

[原著]

病棟看護師と訪問看護師の退院支援における連携に対する認識

—がん患者の訪問看護連絡票実施後の評価—

宮下 真子¹⁾, 大槻 久美¹⁾, 五十嵐 ひとみ²⁾, 井上 紀子³⁾, 遠藤 恵²⁾, 浦山 美輪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 看護部

3) 元・東北大学病院 看護部

要旨

がん患者に病院と在宅の間で継続したケアが提供されるためには病棟看護師と訪問看護師との連携が重要である。しかし連携など退院支援に困難感を抱く病棟看護師は多い。本研究では退院支援を行った患者の在宅療養の状況を訪問看護連絡票によって訪問看護師から病棟看護師にフィードバックの試みが行われたことに関して、その前後の病棟看護師の退院支援や連携に対する認識の変化および訪問看護師との認識の違いについて検討した。フィードバック後に退院支援に変化が生じたと回答した病棟看護師は34.5%で、変化があったと感じた看護師は、病棟看護師が在宅を意識した関わりを考えるようになったと回答した。連携においては病棟看護師、訪問看護師ともに地域連携室が連携をとってくれるので互いに連携はとっていないという認識であった。訪問看護連絡票の継続使用など、病棟看護師にとって在宅療養や訪問看護師が身近な存在になるための取り組みが一層必要である。

【キーワード】がん患者、退院支援、連携、訪問看護師、フィードバック

I. はじめに

がん対策推進基本計画(厚生労働省, 2012)において、「患者とその家族の意向に応じた切れ目のない在宅医療の提供体制の整備」や「地域連携や在宅医療・介護サービスについては、患者の複雑な病態や多様なニーズにも対応できるよう、地域の経験や創意を取り入れ、多様な主体が役割分担の下に参加する、地域完結型の医療・介護サービスの提供体制の整備」が目標として述べられているように、がん患者の意向に沿って在宅療養が行えるための医療連携が、がん患者が在宅療養をする

うえでの重要な課題の一つとなっている。切れ目のない在宅医療が提供されることによって患者家族の安心感にもつながり(Tuggey and Lewin, 2014)、患者は安心して在宅療養を選択することが可能になると考えられる。

しかし、終末期がん患者に対する看護において、看護師は「病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続」の必要性を認識しているものの(大槻ら, 2017)、システム・地域連携に関する困難感が高く(宮下ら, 2014)、また地域の社会資源、地域ネットワークに関する知識も低いことが示されている(山本ら, 2013)。さらにがん患者の退院支援の

阻害要因としても、看護師が連携方法を知らないことなど社会資源の情報不足や医療連携の不備が報告されている(田所ら, 2006; 松本ら, 2015)。

本研究者らは病棟看護師と訪問看護師の連携に対する認識に関するインタビュー調査を行ってきたなかで、病棟看護師は退院後の状況を訪問看護師にフィードバックしてもらうことで、次の退院支援へのモチベーションや実施につながると考えていることが明らかになった(大槻ら, 2015)。このため、在宅療養につながったがん患者の在宅療養の状況について、訪問看護連絡票を介して訪問看護師から病棟看護師に返却することを試みた。この試みによって病棟看護師が看護の継続性を意識し患者や家族の目線に立ったがん患者の退院支援を円滑に行うきっかけになることが期待される。本研究では、訪問看護連絡票による病棟看護師へのフィードバック実施後の病棟看護師および訪問看護師の退院支援およびその連携に対する認識について調査し、訪問看護連絡票の実施が看護師にどのように影響したかを検証する。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(大槻ら, 2017)。

II. 研究目的

訪問看護連絡票の実施前後における病棟看護師の退院支援や看護師間の連携に関する認識の変化、および実施後の病棟看護師と訪問看護師の退院支援や看護師間の連携に関する認識の違いについて明らかにすることである。

III. 研究方法

本研究は観察研究である。大学病院1施設を退院し在宅療養をしているがん患者に関して、平成28年4月から12月にかけて訪問看護師から訪問看護連絡票が大学病院の地域連携室を通じて病棟にフィードバックが行われた。当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。2003年に地域医療連携センターが設置され、退院支援のために退院調整看護師を配置して、年間350名程度のがん患者に対し退院支援を行ない、60%以上の患者が在宅を選択している。そのため、住民からのがん医療に対するニーズは高く、他院からの紹介患者も多いため、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。

訪問看護連絡票は、記入依頼文書をつけて調査対象とする病棟を退院する患者の退院時看護サマリーと一緒に大学病院の地域医療連携室から訪問看護ステーションに郵送された。その後、訪問看護ステーションにて患者の退院後2週間を目途に在宅での患者の様子などが訪問看護師によって記載後、大学病院の地域医療連携室に郵送返却、地域医療連携室から該当の病棟にフィードバックされた。上記期間において、訪問看護ステーション36施設から62人の患者について訪問看護連絡票が大学病院の地域連携室を通じて5病棟に返却された。

1. 調査方法

本研究の対象は1大学病院の病棟または訪問看護ステーションに勤務する看護師である。調査票は各所属先を通じて看護師に配布し、大学病院は留め置き法にて訪問看護ステーションは郵送にて回収した。

1) 訪問看護連絡票実施前の認識の調査

大学病院内で実際のがん患者の退院支援を多く実践している6か所の病棟を選び、その病棟に勤務する看護師47人、および平成23年度にがん患者の退院支援で大学病院の地域医療連携室を通して連携があった宮城県内の訪問看護ステーションの所長を含む看護師50人を対象として調査票調査を平成25年2月～3月に行った。

2) 訪問看護連絡票実施後の認識の調査

大学病院で訪問看護師より訪問看護連絡票によ

るフィードバックを受けた5病棟で勤務する看護師30人、および大学病院にフィードバックを行った37訪問看護ステーションの看護師37人を対象として、調査票調査を平成28年3月～4月に行った。

2. 調査項目

調査票は、訪問看護師と病棟看護師との連携に関する内容と訪問看護連絡票に関する内容で構成した。連携に関する調査項目は、大槻らが看看連携に対する看護師の考えについて看護師を対象として行ったインタビュー結果を参考に作成した(大槻ら, 2017)。なお、訪問看護連絡票に関する項目は、連絡票実施後の調査票にて質問した。

1) 基礎情報

性別、年齢、看護の経験年数、現在の所属機関における勤務年数

2) 訪問看護師と病棟看護師の連携に関して

① 病棟看護師と訪問看護師の連携

連携が「とれている」または「とれていない」の二択式で回答してもらった。

② 連携の上で重要なこと

上記①で連携がとれていると回答した場合、連携する内容「医療的ケアについて」、「患者の身体的状況」、「患者の精神的状況」、「患者の社会的状況」、「家族やキーパーソンとなる方の情報」、「社会資源の活用状況」および「その他」の7項目を挙げ、一番重要と考えるものから順位で回答してもらった。

③ 連携がとれていない理由

上記①で連携がとれていないと回答した場合、とれていない理由として病棟看護師には「時間的余裕がない」、「地域医療連携室の看護師が訪問看護師に連絡をとってくれる」、「訪問看護師への連絡方法がわからない」、「訪問看護師からの連絡がない」、「看護連絡票に記載するだけで良い」、「ケアマネージャーが決まっている患者はケアマネージャーにすべて任せる」および「その他」の7項目を挙げ、訪問看護師には「退院前

カンファレンスには出席しているが内容に問題がある」、「退院前カンファレンスに出席できない」、「時間的余裕がない」、「地域医療連携室の看護師に連絡をとったほうが、スムーズに対応してくれる」、「病棟看護師は交代制勤務のため連絡方法がとりにくい」、「病棟看護師からの連絡がない」、「病棟からくる看護連絡票の内容だけで良い」、「ケアマネージャーが決まっている場合はケアマネージャーにすべて任せる」および「その他」の7項目を挙げ、それぞれに一番の理由から順位で回答してもらった。このうち、病棟看護師への「地域医療連携室の看護師が訪問看護師に連絡をとってくれる」、「訪問看護師への連絡方法がわからない」、「訪問看護師からの連絡がない」、「看護連絡票に記載するだけで良い」はそれぞれ、訪問看護師への「地域医療連携室の看護師に連絡をとったほうが、スムーズに対応してくれる」、「病棟看護師は交代制勤務のため連絡方法がとりにくい」、「病棟看護師からの連絡がない」、「病棟からくる看護連絡票の内容だけで良い」に対応する質問として解析では扱った。

④ 看看連携のイメージ

「業務連絡」、「会議の調整」、「看護目標や計画の共有化」、「情報交換・伝達」および「退院指導の継続」の5項目について病棟看護師と訪問看護師に対して質問し、該当するかしないかの2択式で回答してもらった。なお訪問看護師には、前記5項目に「病棟看護の継続」も項目として追加した。

⑤ 看看連携の意義

「患者や家族への安心の提供」、「病院と在宅での継続看護の提供」、「同じ職種で話が通じるという安心感」、「患者や家族の思いの代弁」、「訪問看護師との関係性の構築」および「退院支援に対するスキルアップ」の7項目について質問し、該当するかしないかの2択式で回答してもらった。

⑥ 患者の退院時に連携をとるための行動内容

病棟看護師には「医師に退院後の見通しについて患者や家族への説明を働きかける」、「他職種との退院前カンファレンスの設定」、「患者や家族の問題点の把握」、「患者や家族の在宅への思いを聞く」、「地域医療連携室の看護師に連絡する」、「入院前、在宅で訪問看護ステーションを利用していた患者の場合、訪問看護ステーションに連絡する」、「ケアマネージャーが決まっている患者の場合は、ケアマネージャーに連絡し、すべてを任せる」および「看護連絡票を作成する」の8項目について、該当するかしないかの2択式で回答してもらった。また、訪問看護師には、病棟看護師と連携をとるための行動内容について「地域医療連携室の看護師に連絡し情報収集を行う」、「依頼者が病棟看護師の場合は、病棟看護師に連絡し情報収集を行う」、「他職種との退院前カンファレンスの設定時期を確認する」、「退院前カンファレンスに出席する」、「退院前カンファレンス開催の前にも病棟訪問する」、「退院前カンファレンス参加の後にも病棟訪問する」および「ケアマネージャーが決まっている場合は、ケアマネージャーに連絡しすべて任せる」の7項目について、該当するかしないかの2択式で回答してもらった。このうち、病棟看護師への「他職種との退院前カンファレンスの設定」、「地域医療連携室の看護師に連絡する」、「ケアマネージャーが決まっている患者の場合は、ケアマネージャーに連絡し、すべてを任せる」はそれぞれ、訪問看護師への「他職種との退院前カンファレンスの設定時期を確認する」、「地域医療連携室の看護師に連絡し情報収集を行う」および「ケアマネージャーが決まっている場合は、ケアマネージャーに連絡しすべて任せる」に対応する質問として解析では扱った。

3) 訪問看護連絡票に関して

① 訪問看護連絡票で重要なこと

記載事項の「利用者の状況」、「医療処置のトラブル」、「家族の状況」および「その他、伝え

たい情報」の4項目について、一番重要（心に響いた）と考えた項目から順位で回答してもらった。

② 訪問看護連絡票実施後の連携における変化

訪問看護を受け取ったことによる訪問看護師と病棟看護師との連携について変化があったかどうかを、「変化があった」または「変化はない」の2択式で回答してもらった。さらに、変化があったと回答した場合には、病棟看護師には「退院前カンファレンスでディスカッションする内容が深まった」、「訪問看護連絡票を返信してくれた訪問看護ステーションの看護師と会話する機会が増えた」、「在宅を意識した関わりを以前よりするようになった」、「訪問看護師から相談などを受ける回数が多くなった」を、訪問看護師には前述の病棟看護師への項目に対応する項目として、「退院前カンファレンスでディスカッションする内容が深まった」、「訪問看護連絡票を送った病棟の看護師と会話することが多くなった」、「病棟看護師が訪問看護師に対し、在宅を意識した関わりを考えてくれるようになった」、「病棟看護師から相談などを受ける回数が多くなった」を挙げ、該当する項目を複数選択式で回答してもらった。

③ 訪問看護連絡票の意義

訪問看護連絡票を使用して訪問看護師から病棟看護師にフィードバックを行うことについての意義を、「とても有意義」、「意義はある」、「どちらでもない」、「やや意義はない」および「全く意義はない」の5択式で病棟看護師、訪問看護師それぞれに回答してもらった。

④ 訪問看護連絡票への記入

訪問看護師に対し、訪問看護連絡票の記載に対する大変さについて「全くなかった」、「なかった」、「どちらでもない」、「ややあった」および「とても大変だった」の5択式で回答してもらった。

3. データ分析方法

調査票は病棟看護師と訪問看護師、および調査時期別に単純集計を行った。連携に関する質問に未回答、後調査においては訪問看護連絡票の実施前後での変化に関する質問が未回答の場合を解析の除外基準とした。訪問看護連絡票の実施前後における病棟看護師の認識の変化および、訪問看護連絡票実施後の病棟看護師と訪問看護師との認識の比較については、 χ^2 検定または Fisher の正確検定を行った。また順位で回答を得た項目については、回答を連続変数として項目別に Wilcoxon の順位和検定にて前述の比較を行った。 $p < 0.05$ を統計学的に有意とみなした。なお、本研究では訪問看護連絡票のフィードバック後の病棟看護師における看看連携に対する認識の変化に主として着目したため、訪問看護師の認識については訪問看護連絡票実施後の調査票のみを解析対象とした。統計解析には SASver9.4(SAS Institute Inc., Cary, NC, USA)を使用した。

4. 倫理的配慮

本研究は、東北大学大学院医学系研究科倫理審査委員会および東北文化学園大学研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。また本研究への参加は、研究の趣旨や研究不参加の場合でも不利益を被らないことなどを文書にて説明後、調査票の回収をもって同意とみなした。

IV. 結果

訪問看護連絡票実施前の調査（以後、前調査）は、病棟看護師 47 人配布中 47 人(回収率 100%)、

訪問看護師 50 人配布中 30 人(60%)であった。参加者の平均年齢および看護経験年数は、大学病院の病棟看護師では 37.8 歳（標準偏差 ± 9.4 ）、看護経験 15.4 年(標準偏差 ± 9.4)であった。また、訪問看護連絡票実施後の調査（以後、後調査）は、病棟看護師 30 人配布中 30 人(回収率 100%)、訪問看護師 37 人配布中 21 人(56.8%)であった。前調査および後調査の有効回答率は 100%であった。

実施後調査において、大学病院の病棟看護師と訪問看護ステーションの看護師の平均年齢および看護経験年数は、それぞれ 34.3 歳（標準偏差 ± 10.4 ）、看護経験 11.2 年(標準偏差 ± 9.6)、48.5 歳(標準偏差 ± 6.8)、看護経験 14.8 年(標準偏差 ± 9.1)であった。(表 1)

1. 訪問看護連絡票実施前後における退院支援に対する病棟看護師の認識（表 2）

訪問看護師と退院支援に関して連携がとれていると回答した病棟看護師は、前調査では 23 人(49.9%)、後調査では 16 人(53.3%)と訪問看護連絡票実施前後で有意な差はみられなかった($p = 0.707$)。連携がとれていると回答した病棟看護師のうち、訪問看護師との連携の上で重要だと考える内容についての質問では、前後調査ともに一番は「患者の身体的状況」で、次に「医療的ケア」であった。一方、連携がとれていないと回答した病棟看護師のうち連携がとれていない理由は、前後調査ともに一番は「地域連携室の看護師が訪問看護師に連絡を取ってくれる」であった。看看連携に対するイメージについては、「情報交換・伝達」は前調査では看護師全員であったのに

表1. 訪問看護連絡票によるフィードバック実施前後の調査参加者の基礎特性

	実施前調査		実施後調査	
	病棟看護師	訪問看護師	病棟看護師	訪問看護師
総数, 人	47	33	30	21
性別・女性, 人(%)	45(95.7)	32(97.0)	29(96.7)	21(100)
年齢(平均 \pm SD), 歳	37.8 \pm 9.4	47.9 \pm 6.4	34.3 \pm 10.4	48.5 \pm 6.8
臨床経験年数(平均 \pm SD), 年	15.4 \pm 9.4	14.4 \pm 8.5	11.2 \pm 9.6	14.8 \pm 9.1
現職場の経験年数(平均 \pm SD), 年	14.2 \pm 9.5	8.9 \pm 5.0	10.5 \pm 9.4	9.4 \pm 6.3

対し後調査では 93.1%であった一方 ($p=0.143$)、
「退院指導の継続」は前調査では 91.5%に対し後
調査では看護師全員であった ($p=0.291$)。また、
「業務連絡」というイメージは、前調査では看護
師の 83.0%であったが、後調査では 65.5%であっ

た ($p=0.082$)。しかしすべての結果において統
計的な有意差はみられなかった。

また、看看連携の意義は、すべての項目につい
て前後での回答に有意差はみられなかった。さら
に、「患者や家族への安心の提供」と「病院と在宅

表2. 訪問看護連絡票実施前後の連携に対する病棟看護師の認識について

	実施前 47人	実施後 30人	p 値
連携がとれている, 人(%)	23 (49.9)	16 (53.3)	0.707
連携で一番重要だと考えたこと・順位付け回答, 平均値(中央値) *1			
医療的ケアについて	2.2 (3)	2.8 (3)	0.089
患者の身体的状況	1.6 (1)	1.3 (1)	0.419
患者の精神的状況	3.2 (3)	3.5 (3)	1.000
患者の社会的状況	3.7 (4)	4.1 (4)	0.344
家族やキーパーソンの情報	4.3 (5)	4.2 (4)	0.750
社会資源の活用状況	5.2 (6)	5.2 (6)	0.831
連携がとれていない理由・順位付け回答, 平均値(中央値) *1			
時間的余裕がない	3.0 (3)	3.6 (3)	0.466
地域医療連携室が連絡をとってくれる	1.8 (1)	1.4 (1)	0.313
訪問看護師への連絡方法がわからない	5.5 (6)	4.9 (6)	0.660
訪問看護師からの連絡がない	3.4 (3)	3.3 (3)	0.835
看護連絡票に記載するだけで良い	3.3 (3.5)	3.4 (3.5)	0.848
ケアマネージャーにすべて任せる	2.7 (3)	3.3 (3)	0.198
看看連携に対するイメージ, 人(%)			
業務連絡	39 (83.0)	19 (65.5)	0.082
会議の調整	40 (85.1)	21 (72.4)	0.177
看護目標や計画の共有化	38 (80.9)	22 (75.9)	0.604
情報交換・伝達	47 (100.0)	27 (93.1)	0.143
退院指導の継続	43 (91.5)	29(100.0)	0.291
看看連携の意義, 人(%)			
患者や家族への安心の提供	47 (100.0)	29 (100.0)	
病院と在宅での継続看護の提供	47 (100.0)	29 (100.0)	
同じ職種で話が通じる安心感	25 (53.2)	17 (58.6)	0.644
患者や家族の代弁	40 (85.1)	24 (82.8)	1.000
訪問看護師との関係性の構築	36 (76.6)	26 (89.7)	0.225
退院支援に対するスキルアップ	31 (66.0)	24 (82.8)	0.124
退院時に連携をとるための行動内容, 人(%)			
医師に退院後の見直しについて患者や家族への説明を働きかける	46 (97.9)	28 (93.3)	0.557
他職種との退院前カンファレンスの設定	44 (93.6)	29 (96.7)	1.000
患者や家族の問題点の把握	47 (100.0)	30 (100.0)	
患者や家族の在宅への思いを聞く	46 (97.9)	30 (100.0)	1.000
地域医療連携室に連絡する	46 (100.0)	30 (100.0)	
入院前に利用していた訪問看護ステーションに連絡する	45 (95.7)	25 (83.3)	0.103
ケアマネージャーにすべてを任せる	30(63.8)	10(33.3)	0.009 [†]
看護連絡票を作成する	47 (100.0)	30 (100.0)	

*1 wilcoxon の順位和検定 両側 $p > |Z|$

† $p < 0.05$

での継続看護の提供」は、前後調査ともに看護師全員が看看連携の意義に該当すると回答していた。

退院時に連携をとるための行動内容については、「ケアマネージャーにすべてを任せる」と回答した看護師の割合は前調査では63.8%であったのに対し、後調査では33.3%と有意に低下していた ($p = 0.009$)。その他の項目では、前後ともに80%以上の看護師が該当すると回答しており有意な差はみられなかった。

2. 訪問看護連絡票実施後における看看連携に対する病棟看護師と訪問看護師の認識 (表3)

訪問看護師と退院支援に関して連携がとれていると回答した割合は、病棟看護師の53.3%(再掲)に対し訪問看護師では33.3%であったが、統計的な有意差はなかった ($p = 0.158$)。また、連携がとれていない一番の理由としては、病棟看護師も訪問看護師も「地域医療連携室が連絡をとってくれる」ことであった。一方で、病棟看護師では「訪問看護師への連絡方法がわからない」という理由

表3. 訪問看護連絡票実施後の連携に対する病棟看護師と訪問看護師の認識

	病棟看護師 30人	訪問看護師 21人	p 値
連携がとれている, 人(%)	16 (53.3)	7 (33.3)	0.158
連携で一番重要だと考えたこと・順位付け回答, 平均値(中央値)*1			
医療的ケアについて	2.8 (3)	2.8 (2.5)	0.968
患者の身体的状況	1.3 (1)	1.7 (1.5)	0.258
患者の精神的状況	3.5 (3)	3.0 (2.5)	0.542
患者の社会的状況	4.1 (4)	3.6 (3)	0.292
家族やキーパーソンの情報	4.2 (4)	3.7 (4)	0.252
社会資源の活用状況	5.2 (6)	6.0 (6)	0.168
連携がとれていない理由・順位付け回答, 平均値(中央値)*1			
時間的余裕がない	3.6 (3)	3.6 (4)	1.000
地域医療連携室が連絡をとってくれる	1.4 (1)	1.4 (1)	1.000
訪問看護師への連絡方法がわからない(病棟看護師は連絡がとりにくい)	4.9 (6)	2.9 (3)	0.050
訪問看護師(病棟看護師)からの連絡がない	3.3 (3)	2.0 (2)	0.380
看護連絡票に記載するだけで良い	3.4 (3.5)	5.3 (6)	0.150
ケアマネージャーにすべて任せる	3.3 (3)	8.0 (8)	0.040
看看連携に対するイメージ, 人(%)			
業務連絡	19 (65.5)	11 (55.0)	0.458
会議の調整	21 (72.4)	14(70.0)	0.854
看護目標や計画の共有化	22 (75.9)	20 (100.0)	0.032 [†]
情報交換・伝達	27 (93.1)	20 (100.0)	0.507
退院指導の継続	29(100.0)	21(100.0)	
看看連携の意義, 人(%)			
患者や家族への安心の提供	29 (100.0)	21 (100.0)	
病院と在宅での継続看護の提供	29 (100.0)	21 (100.0)	
同じ職種で話が通じる安心感	17 (58.6)	12 (57.1)	0.917
患者や家族の思いの代弁	24 (82.8)	19 (95.0)	0.379
訪問看護師との関係性の構築	26 (89.7)	16 (80.0)	0.422
退院支援に対するスキルアップ	24 (82.8)	15(79.0)	1.000
退院時に連携をとるための行動内容, 人(%)			
他職種との退院前カンファレンスの設定(他職種との退院前カンファレンスの設定時期を確認)	29 (96.7)	13 (65.0)	0.005 [†]
地域医療連携室に連絡する	30 (100.0)	18 (90.0)	0.155
ケアマネージャーにすべてを任せる	10(33.3)	4(22.2)	0.521

*1 wilcoxon の順位和検定 両側 $p > |z|$

† $p < 0.05$

は中央値で6の順位であったが、訪問看護師では「病棟看護師は連絡がとりにくい」という理由は3の順位であった ($p = 0.05$)。

看看連携に対するイメージについては、「看護目標や計画の共有化」を訪問看護師全員が該当すると回答していたのに対し、病棟看護師では75.9%であった ($p = 0.032$)。その他の連携に対するイメージは病棟看護師と訪問看護師の回答に有意差はみられなかった。さらに、看看連携の意義についても両者の回答に有意差はなかった。

退院時に連携をとるための行動内容については、病棟看護師では「他職種との退院前カンファレンスの設定」を96.7%が該当すると回答していたが、それに対応する項目として「他職種との退院前カンファレンスの設定時期を確認する」ことを回答した訪問看護師は65.0%にとどまっていた ($p = 0.005$)。また、両者の90%以上が「地域医療連携室に連絡する」と回答したのに対し ($p = 0.155$)、

「ケアマネージャーにすべてを任せる」という回答は病棟看護師で33.3%、訪問看護師では22.2%であった ($p = 0.521$)。

3. 訪問看護連絡票による病棟看護師へのフィードバックの意義 (表4)

訪問看護連絡票の記入について、「大変さはまったくなかった」、「大変さはなかった」または「どちらでもない」と回答した訪問看護師は21人中13人(61.9%)であり、「大変だった」と回答した訪問看護師の方が少なかった。また、訪問看護連絡票の内容で一番重要だと考える項目は、病棟看護師、訪問看護師ともに「利用者の状況」であった。

訪問看護連絡票によるフィードバック後に、連携における変化があったと回答したのは病棟看護師では10人(34.5%)、訪問看護師では3人(15.0%)であったが ($p = 0.191$)、訪問看護連絡票による

表4. 訪問看護情報提供書による訪問看護師からのフィードバックについて

	病棟看護師 30人	訪問看護師 21人	p 値
フィードバック後、連携における変化があった, 人(%)	10 (34.5)	3 (15.0)	0.191
変化があったこと(重複回答), 人(%)			
退院前カンファレンスの内容が深まった	5 (50.0)	0 (0.0)	
訪問看護師(または病棟看護師)との会話が増えた	0 (0.0)	1 (33.3)	
病棟看護師が在宅を意識した関わりを考えるようになった	8 (80.0)	1 (33.3)	
訪問看護師(または病棟看護師)からの相談が増えた	0 (0.0)	0 (0.0)	
訪問看護情報提供書で一番重要だと考えたこと・順位付け回答, 平均値(中央値) *1			
利用者の状況	1.3 (1)	1.1 (1)	0.203
医療処置のトラブル	2.6 (3)	2.2 (2)	0.072
家族の状況	2.3 (2)	2.7 (3)	0.037 †
その他	3.4 (4)	4.0 (4)	0.075
記入の大変さ, 人(%)			
まったくなかった	—	1 (4.8)	
なかった	—	8 (38.1)	
どちらでもない	—	4 (19.0)	
ややあった	—	7 (33.3)	
とても大変だった	—	1 (4.8)	
フィードバックについて, 人(%)			
とても有意義	2 (6.7)	0 (0.0)	
意義がある	19 (63.3)	12 (60.0)	
どちらでもない	9 (30.0)	6 (30.0)	
やや意義はない	0 (0.0)	2 (10.0)	
まったく意義がない	0 (0.0)	0 (0.0)	

*1 wilcoxon の順位和検定 両側 $p > |Z|$

† $p < 0.05$

病棟看護師へのフィードバックについて、病棟看護師で21人(70.0%)、訪問看護師で12人(60.0%)は「意義がある」と回答していた。連携に変化があったと回答した病棟看護師の80.0%が「在宅を意識した関わりを考えるようになった」ことを変化の内容として回答していた。一方で、訪問看護師で「病棟看護師が在宅を意識した関わりを考えるようになった」と回答したのは3人中1人で、3人全員が変化の内容として共通で回答した項目はなかった。

V. 考察

本研究では、訪問看護連絡票にて病棟看護師にフィードバックを行うことによる退院支援およびそれに関連した看看連携に対する看護師の認識を調査し、病棟看護師のフィードバック前後の認識の変化や訪問看護師との認識を比較検討した。

1. 退院支援における看看連携に対する看護師の認識

看看連携における意義について、訪問看護連絡票の実施に係わらず病棟看護師、訪問看護師ともにほぼ全員が「患者や家族への安心の提供」および「病院と在宅での継続看護の提供」を選択し、この2項目以外についても病棟看護師と訪問看護師の間で回答に有意な差はなかった。さらに、連携の上で一番重要だと考える内容においても病棟看護師、訪問看護師ともに差異はなかった。これらのことから、病棟看護師も訪問看護師も退院支援における連携に対する認識はほぼ共通していることが考えられた。しかし、訪問看護連絡票実施の前後どちらにおいても、訪問看護師と連携がとれていると回答した看護師は約半数と少なかった。連携がとれていない第一の理由は「地域医療連携室が訪問看護師に連絡をとってくれる」であり、病棟看護師にとっては地域医療連携室が訪問看護師と連絡をとる専門部署という意識が根付いているためと考えられた。さらに訪問看護師においても連携がとれていない一番の理由は、病棟看護師

同様に「地域医療連携室が連絡をとってくれる」ことであった。病棟看護師と訪問看護師の両者で互いへの「連絡の取り方がわからない」という理由は、連携が取れない理由の順位として低く、決して連絡方法の手段がないために連携をとっていないわけではなかった。

さらに、連携が看護連絡票への記載だけで良いという認識が連携のとれていない上位の理由でもなかった。一方、退院時に連携をとるための行動内容をみると、病棟看護師も訪問看護師も全員が「地域連携室に連絡をする」を挙げていた。以上を総合的に検討すると、大学病院においては地域医療連携室が病院と在宅の橋渡しをする役割として機能していることを病棟看護師も訪問看護師も認識している。しかし病棟看護師は、地域連携室を介して継続看護を提供することができているのであれば訪問看護師と病棟看護師間で個々に連絡をとる必要性を感じていない可能性がある。患者個々の入院生活の状況をより把握しているのは看護師であり、訪問看護師への情報伝達や在宅療養にむけた環境調整は地域連携室を介するよりも直接訪問看護師と行った方が効果的なのは明白であり、病棟看護師と訪問看護との連携が、終末期のがん患者では在宅療養移行の実現に大きく影響する(福井, 2007)。本結果にて地域連携室だけに頼らない病棟看護師と訪問看護師との連携を強化するためのさらなる取り組みが必要であることが示唆された。

2. 訪問看護連絡票による病棟看護師へのフィードバックの意義

訪問看護連絡票の実施後においては、退院時に連携をとるための行動内容について「ケアマネジャーにすべてを任せる」と回答した病棟看護師は、実施前の63.8%から33.3%に減っており訪問看護師における回答、22.2%に近づいた結果となった。連携をとるための行動内容の前記以外の項目に関しては、実施前においても80%以上の看護師が「該当する」と回答していたことから、大

学病院の病棟看護師は退院支援に関する意識は、もともと高かったことが考えられる。しかし訪問看護連絡票の実施によって、病棟看護師の中で「ケアマネージャーにすべてを任せればよい」という意識が見直され、退院時の連携に必要な支援内容がより明確になったことが推測される。そのことを示す結果として、訪問看護連絡票によるフィードバック後に連携における変化があったと回答した看護師の80.0%が「在宅を意識した関わりを考えるようになった」、および50.0%が「退院前カンファレンスの内容が深まった」と回答していることが挙げられる。また病棟看護師が自覚するこれらの変化は、看護師らが抱える患者・家族とのコミュニケーションや地域連携に関する困難感(山本ら, 2013; 宮下ら, 2014; 直成ら, 2016)が、訪問看護連絡票によって病棟看護師の中で軽減した可能性も考えられる。しかし連携に変化があったと感じている病棟看護師は34.5%、訪問看護師においては15.0%に留まっていることから、訪問看護連絡票の実施によって病棟看護師の退院支援に対する意識への働きかけにはつながったものの、連携における変化が看護師自身の行動変容や退院支援システムの変化などの形としてはまだ明確に表れるまでには至っていないといえる。訪問看護連絡票による病棟看護師へのフィードバックを継続して行うことで、行動変容にまでつながるかどうかが継続的に観察していく必要があると考える。

訪問看護連絡票で最も重要と考える項目は病棟看護師も訪問看護師ではほぼ合致しており、さらに病棟看護師の70.0%、訪問看護師でも60.0%は訪問看護連絡票によるフィードバックに意義があると認識していた。四十竹ら(2017)が、在宅に関する経験や研修の経験がある看護師ではがん患者の退院後の生活への関心が高いと述べているように、病棟看護師が在宅療養を直接的・間接的でも体感しイメージできることが患者の在宅療養を意識した関わりには重要である(林ら, 2013)。病棟看護師への教育目的として退院後の在宅療養をしている患者を訪問看護師と同行訪問する取り組みも試み

られているが(Suzuki et al., 2012)、退院支援を行ったケースすべてについて訪問することは困難である。一方、退院支援を行った患者ごとにフィードバックされる訪問看護連絡票では、間接的ではあるが在宅療養をしている患者の様子を知ることができ、退院支援の振り返りを病棟看護師は行うことができるため、退院支援に対する認識の変化やスキルアップにつながることも期待できる。このため在宅療養をしている患者の状況や医療処置のトラブル、家族の状況に焦点を絞った今回の訪問看護連絡票を用いて病棟看護師にフィードバックを継続することは、病院と在宅間で継続した看護を提供するうえで意義があると考えられる。一方で、今回の訪問看護連絡票の記載項目は病棟看護師の意見を反映させて作成したものではあるが、実際には病棟看護師の退院支援の振り返りに活かされる項目となっていたか、訪問看護連絡票の記載項目に関しても検討が必要である。さらに、38.1%の訪問看護師は記入の大変さがあったと回答しているため訪問看護師に一方的な負担がかからないよう記入量や記入方法の見直しもしていくことが必要である。

3. 本研究の限界

本研究は大学病院1施設の病棟看護師を対象とした調査であり、対象数も数十人と限られている。また同一の病棟看護師を訪問看護連絡票の実施前後で追跡した調査ではないため、結果の比較も集団に限られているうえ、後調査に回答した看護師は必ずしも訪問看護からフィードバックを受けた患者の退院支援を主導的に行った病棟看護師や訪問看護連絡票を記入した訪問看護師とは限らない。以上により本研究の結果をそのまま一般化することは困難である。しかし本研究において訪問看護師から病棟看護師に訪問看護連絡票が返却されたことによって、これまで患者が退院したら終結とされていた病院の看護に、看護の継続性を意識した退院支援を病棟看護師に再認識してもらうきっかけをつくることのできたと考える。本研究を一

般化するために、訪問看護連絡票の実施を実用化することを検討していくことと並行して実施対象施設や対象看護師を広げ、看護師の退院支援に対する認識の変化を経年的に調査していく必要がある。

VI. 結論

1. 病棟看護師も訪問看護師もがん患者の退院支援に関して互いに連携がとれていると認識していたのは、半数であった。
2. 病棟看護師、訪問看護師ともに、退院時の連携で重要となる内容は患者の身体的状況と医療的ケアと考えていた。
3. 患者の在宅療養状況が記載された訪問看護連絡票を訪問看護師から病棟看護師に返すことは、病棟看護師も訪問看護師も意義があると認識していた。
4. 訪問看護連絡票の9か月間の実施前後で、病棟看護師と訪問看護師との連携における変化は特にみられなかったため、訪問看護連絡票の継続的な実施とその評価が必要である。

VII. 謝辞

本研究の実施にあたり、ご協力くださった大学病院および訪問看護ステーションの看護師の皆さまに感謝申し上げます。

本研究は文部科学省 科研費 基盤研究(C)の助成を受けて実施した。

VIII. 参考文献

- 四十竹 美千代, 村上 真由美, 山本 恵子他. (2017). 病棟看護師におけるがん患者の在宅緩和ケアの認識と影響要因に関する検討. 富山大学看護学会誌, 16(2), 173-183.
- 福井 小紀子. (2007). 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討 在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果. 日本看護科学会誌, 27(3), 48-56.
- 林 真子, 山田 雅子. (2013). がん末期患者の退院支援に関す

る研究 実践につながる看護師のケア発現の構造. がん看護, 18(3), 389-394.

厚生労働省. (2012). 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 (最終アクセス 2018/1/18)

松本 美奈, 阿部 泰之, 田中 幸恵他. (2015). がん患者の退院支援と地域連携を促進するための緩和ケア認定看護師の役割. 癌と化学療法, 42(Suppl.I), 69-71.

宮下 光令, 小野寺 麻衣, 熊田 真紀子他. (2014). 東北大学病院の看護師のがん看護に関する困難感とその関連要因. Palliative Care Research, 9(3), 158-166.

大槻 久美, 五十嵐 ひとみ. (2015). 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. 東北文化学園大学看護学科紀要, 4(1), 73-80.

大槻 久美, 大槻 文, 五十嵐 ひとみ. (2017). 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. 東北文化学園大学看護学科紀要, 6(1), 31-40.

直成 洋子, 小幡 明香, 原島 利恵他. (2016). がん看護に関わる看護師の困難感に関する研究 困難感の特徴と関連要因. 茨城キリスト教大学看護学部紀要, 8(1), 19-27.

Suzuki S., Nagata S., Zerwekh J., et al. (2012). Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. Jpn J Nurs Sci, 9(2), 201-215.

田所 かおり, 関木 裕美, 神谷 淳子他. (2006). 医療者が考える末期がん患者の退院阻害要因. 癌と化学療法, 33(Suppl.II), 338-340.

Tuggey E. M., Lewin W. H. (2014). A multidisciplinary approach in providing transitional care for patients with advanced cancer. Ann Palliat Med, 3(3), 139-143.

山本 恵子, 四十竹 美千代, 村上 真由美他. (2013). がん患者の在宅緩和ケアに関する病棟看護師の認識の現状. 富山大学看護学会誌, 13(1), 15-24.

Recognition of transitional care for cancer patients among nurses after receiving reports of patients at home

Masako Miyashita¹⁾, Kumi Otsuki¹⁾, Hitomi Igarashi²⁾,

Noriko Inoue³⁾, Megumi Endo²⁾, Miwa Urayama²⁾

1) Department of Nursing, Faculty of Medical Science and Welfare, Tohoku Bunka Gakuen University

2) Division of Nursing, Tohoku University Hospital

3) Former Division of Nursing, Tohoku University Hospital

Abstract

It is necessary for hospital nurses and home visiting nurses to cooperate with to provide seamless care to cancer patients who want to live at home. However, many hospital nurses have little information from regional supporters to provide sufficient transitional care for cancer patients. We intended to elucidate whether reports of patients at home affect transitional care by hospital nurses for cancer patients. After receiving reports about patients at home, 34.5% of hospital nurses felt they should change their transitional care and came to provide care with a vision of the patient living at home. Neither hospital nurses nor home visiting nurses recognized the necessity of direct cooperation because they felt the regional medical liaison office in the hospital acts as a link between them. Our results suggest that reports about patients at home might be useful in helping hospital nurses to overcome difficulty with transitional care.

Key words: home visiting nurse; transitional care; palliative care; cooperation