

継続看護が必要な患者の在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因

～訪問看護ステーションにおける退院時連携の実態調査から～

キーワード:訪問看護ステーション、退院時連携、継続看護

小野美奈子¹⁾、川原瑞代¹⁾、梶田 啓²⁾、荒川貴代美²⁾、富田一子³⁾、
坂本三智代³⁾、吉本美智代³⁾、中迫喜美子³⁾、荒川文子³⁾、河野直美³⁾、
杉山賞子³⁾

1) 宮崎県立看護大学 2) 宮崎県看護協会ナースセンター

3) 宮崎県看護協会訪問看護検討委員会

I. はじめに

高齢化が進展し、医療資源の偏在する本県において、施設と地域との連携を深め、地域医療を受ける患者に切れ目ない看護ケアが提供できるシステムを構築することは重要な課題である。特に、医療依存度の高い患者が退院する場合、在宅移行を円滑に行うためには訪問看護ステーションとの連携が重要となってくる。今回、県内の訪問看護事業所を対象とし、医療機関との退院時連携に関する実態調査を行い、それをもとに継続看護が必要な患者の在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因を検討した。

II. 対象

県内すべての訪問看護事業所 105 施設（内訳：医療機関からの訪問看護 45 施設、訪問看護ステーション 60 施設）^{注)}

注): 全国介護サービス情報公開サイト（平成 22 年 11 月）に掲載されていた全医療機関からの訪問看護及び宮崎県看護協会ホームページ（平成 22 年 11 月）に掲載されていた全訪問看護ステーション

III. 方法

1) 調査期間:平成 22 年 12 月～平成 23 年 1 月

2) 調査方法:郵送無記名質問紙調査

①施設長あて、退院調整と地域連携について最も詳しい 1 名を人選していただくよう文書で依頼した。

②①を施設の代表者として、平成 22 年 12 月 1 日現在の状況で調査票への回答を依頼した。

3) 調査内容:回答者の属性、退院時連携の状況（退院患者の訪問依頼の有無、退院時連携を行う上での困難、連携により在宅支援が円滑であった事例と困難であった事例の状況、在宅移行を円滑にした理由と困難にした理由）等

4) 分析方法:退院時連携により在宅移行が円滑であった事例と困難であった事例各 1 事例ずつの事例比較をしながら連携の実態と在宅移行に影響を及ぼす要因を検討した。また、在宅移行を円滑にした理由と困難にした理由として記述された内容の性質を類別し、在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因を抽出した。

IV. 倫理的配慮

本調査は、宮崎県立看護大学研究倫理委員会の承認を得ておこなった。

調査への参加は所属施設の了承が得られ、回答者本人の自由意志によるもので支障ないこと、回答したくない・回答できない質問には、無回答にできること、調査は無記名で、施設・個人が特定されることはないこと、研究結果は報告書を作成し、調査対象となった施設及び関係機関に報告したり、学会等で発表させていただくが、公表に当たっても施設・個人が特定できることはないこと、を文書で説明した。回答用紙が返送されたことをもって調査に同意を得たとみなした。

V. 結果

105 施設中 37 施設から回答があり、回収率は 35.2%であった。

1 事業所の種類と回答者の立場及び事業所の所属医療圏

回答した事業所の種類は、医療機関 3 事業所、訪問看護ステーション 33 事業所、未記入 1 事業所であった。回答者の立場としては、訪問看護責任者が 86.5%を占めていた。地域的には、県内すべての医療圏域の事業所から回答が寄せられた。

2 退院時連携の状況

1) 病院、診療所からの退院患者の訪問依頼

退院調整の具体的な実態を把握するため、平成 22 年 9 月～11 月の 3 ヶ月間の退院患者の訪問依頼の有無と件数を尋ねた。「あり」と回答したのは 33 事業所で 138 件の訪問依頼を受けていた。「なし」と回答したのは 1 事業所、「未記入」が 3 事業所であった。

2) 退院時連携により在宅支援が円滑に行われた事例及び困難であった事例の病状

これまでの活動の中で、退院時連携により在宅移行が円滑に行われたと思う事例（以下円滑事例とする）と、退院時連携に支障があり在宅移行が困難であった事例（以下困難事例とする）を 1 例ずつ選んでもらい、その病状を尋ねた。病状では、円滑事例、困難事例、いずれもがん終末期の患者が最も多かった（図 1）。

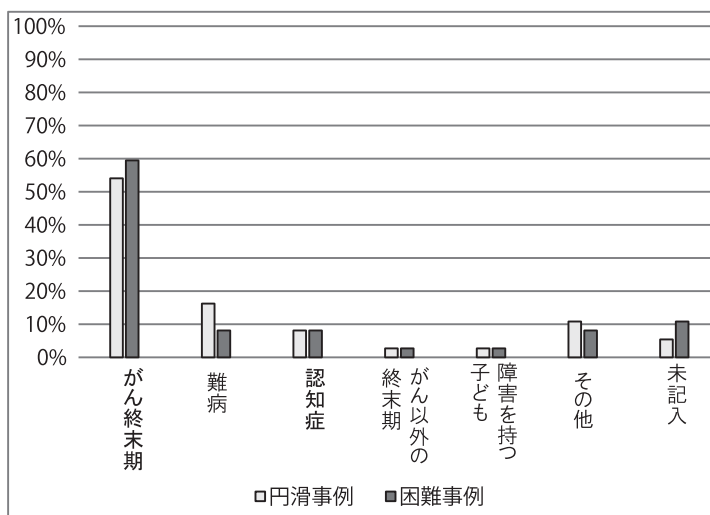


図 1 在宅移行が円滑に行われた事例と困難だった事例の病状

3 がん終末期患者円滑事例 20 例、困難事例 22 例の事例分析

最も多かったがん終末期患者に絞って、円滑事例と困難事例の比較を行い、その状況を作り出す要因を検討した。

(1) 状態

患者の状態としては円滑事例、困難事例いずれにも「緩和ケア、ターミナルケア」「医療処置」「生活支援の必要性」が多くみられた。困難事例に特徴的だったのは、「家族の介護

力に問題」「経済的な問題」であった。

(2) 訪問依頼の時期

訪問依頼を受けた時期については、円滑事例においては、ほとんどが「退院 1 週間以上前」であった。一方、困難事例の半数以上が「退院日前日～退院後」の依頼であった(図2)。

(3) 訪問依頼者

訪問依頼者について、円滑事例では「連携室看護師」「MSW」「かかりつけ医師」などからの依頼であった。入院中の情報がうまく地域に繋がるときには円滑な在宅移行ができていた。反対に困難事例の場合は「ケアマネジャー」からの依頼が最も多かった。

(4) 訪問依頼の方法

依頼の方法は、両者とも「電話やファックス、メールでの連絡」が最も多かった。円滑事例と困難事例で差が大きかったのは「退院時カンファレンスへの出席依頼」であった。

(5) 連携方法

連携の方法については、円滑事例では「病棟訪問」、「病棟カンファレンス出席」、「訪問看護連絡票の送付」の順に多かった。困難事例では、「病棟訪問」、「訪問看護連絡票の送付」「病棟カンファレンスへの出席」の順に多く、両者の差が最も大きかったのは「病棟カンファレンス出席」であった。

(6) 連携内容

連携の内容については、「在宅に必要な情報提供依頼」や「提供できる訪問看護の内容」「在宅療養で考えられるリスクの提示」が行われており、円滑事例と困難事例において、両者の差はなかった。

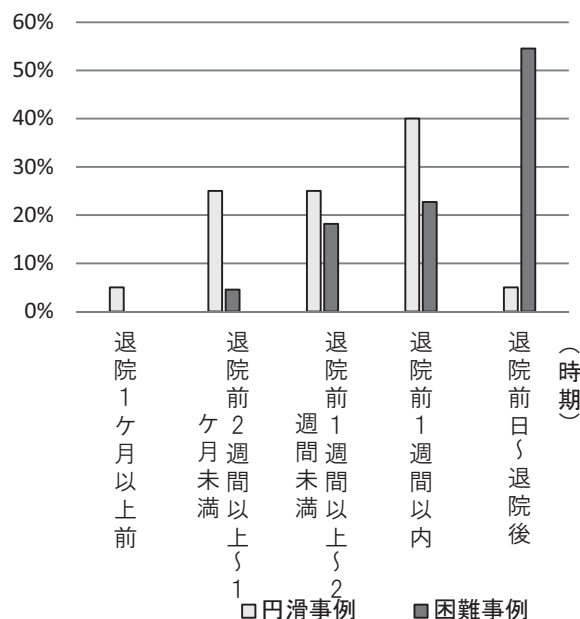


図2 訪問依頼の時期

4 在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因

円滑事例、困難事例各 1 事例をもとに、在宅移行を円滑にした理由及び困難にした理由について自由記載で意見を求め、記述された内容の性質を類別し、在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因を表 1 のとおり抽出した。

在宅移行を円滑にする要因として、<訪問開始までに時間的な余裕があること><退院前カンファレンスや関係者より、入院中及び訪問開始までの状況について多くの事前情報を得たり支援の方向性を共有すること><病棟や医師、在宅医との話し合いを重ね病状や起こりうるリスクの予測ができること><在宅療養に必要な物品がスムーズに準備できること>の 4 つの要因が抽出された。在宅移行を困難にする要因として、<重篤な状態での、急な訪問看護の依頼><医師からの家族や本人への説明が不十分なままの退院><在宅での支援体制が不十分なまま退院><介護力が乏しい>の 4 つの要因が抽出された。

表1 在宅移行を円滑にする要因及び困難にする要因

	記述から抽出された要因（記述数）	記述内容
在宅移行を円滑に行うための要因	訪問開始までに時間的な余裕があること（6）	早めの相談で退院時の必要なものの準備ができた/時間に十分な余裕があった/退院までに時間があつたので、帰宅するまでに在宅療養に必要な準備が余裕を持って行えた/在宅までの時間が余裕があつた事でケア会議に出席できた/退院時までに在宅受け入れ準備できる期間が充分あつた/人間関係を少しずつ築きあげる時間があつた
	退院前カンファレンスや関係者より、入院中及び訪問開始までの状況について多くの事前情報を得たり、支援の方向性を共有すること（10）	退院前に患者訪問を行ない、カンファレンスで情報収集がしっかりできた/退院前に病棟スタッフ、家族を交え、担当者会議が行なわれ必要な情報提供がなされた/退院前に病棟内で退院前カンファレンスを行ない、病状や今後継続して必要なケア、退院後の御家族の希望など、在宅でかかわるスタッフで共有できた/医師・看護師・家族・ケアマネジャー・訪問看護師とが集まり今後の話し合いができ利用者や家族と共通の情報を得ることでサービスの導入がしやすかつた/カンファレンスの実施/在宅の環境や介護状況を重点的にカンファレンスできた/事前に地域連携室担当、ケアマネジャーより依頼があつた/MSWから頻回に情報提供あつた/ケアマネジャーからの情報提供/ケアマネジャーが在宅支援に向け積極的に動いてくれた
	病棟や医師、在宅医との話し合いを重ね病状や起こりうるリスクの予測ができること（6）	病院では在宅移行が難しいと判断されたが、病棟との話し合いを何回か行って在宅移行ができた/入院病院の医師や看護師、MSW、在宅医と密な連携が出来た/MSWや師長への電話相談が行えた/主治医と方針について充分話し合いができた/医師や看護師から患者の病状やリスクをきくことができた/医師の説明をしっかり聞くことができた
	在宅療養に必要な物品がスムーズに準備できること（1）	医療処置、必要物品の準備がスムーズであつた
在宅移行を困難にする要因	重篤な状態での、急な訪問看護の依頼（4）	訪問看護へ依頼のあつた時にはかなり痛みが強くなつており、家族の不安が大きかつた/依頼された時にはかなり重篤であつた/悪くなつて急に訪問してほしいとの依頼で時間調整が困難/本人の意識がない状態での在宅移行だつた
	医師からの家族や本人への病状説明が不十分なままの退院（4）	末期である事の説明指導が少なく、家族の動揺があつた/御家族の希望で未告知。病状の進行に不信感や服薬拒否による疼痛コントロールができなかつた/本人・家族が病状を把握しておらず在宅医療の移行が急にきまり、家族も不安が強くない感があつた/家族・本人の希望の確認が行われていないままの退院
	在宅での支援体制が不十分なまま退院（7）	準備不足で退院したため退院1週間何もサービス受けることができなかつた/主治医が決まらないままの退院/状態悪化し死期がせまつた時に家族及び本人の希望で退院したが訪問看護の情報提供がなかつた/連絡がうまくなされずケアマネジャー・家族・病棟看護師等情報がばらばらで困つた/退院間際の訪問看護依頼/連携なしで在宅に帰した/退院になる可能性がある時点で連絡がなくサービス導入までに時間がかかつた
	介護力が乏しい（3）	ひとり暮らし/介護力に問題があり患者の在宅療養への不安が大きかつた/家族への介護の負担が大きい

VI. 考察

本県は患者や家族のニーズに合う受け入れ施設が少なく、介護力が不足している家族も多い地域特性を持っている。そのような地域においては、医療機関と訪問看護ステーションの退院時連携が、患者が望む生活の場に戻っていくことを支えるために重要な役割を果たすといえる。ここでは、今回得られた結果を基に、在宅移行を円滑におこなうための課題について考察する。

まず、在宅生活が開始すれば、ケアの主体は患者、家族となり、入院中よりも、高い自己決定力やセルフケアの力が求められることになる。今回の研究で<医師からの家族や本人への病状説明が不十分なままの退院>が在宅移行を困難にする要因の一つとして抽出された。服薬管理、療養方法の選択など、患者と家族自身で決定していくことが必要な在宅療養生活において、自己の病状を十分理解しておくことは不可欠なことである。特にがん終末期患者や神経難病患者のような進行性の病をもちつつ在宅療養を選択する場合には、患者や家族が自己の状態を認識したうえで、退院後どこで暮らすのかを選択し合意するプロセスを踏むことが入院中の重要な課題となると考える。また、がん終末期患者の事例分析では家族の介護力に問題がある場合に困難事例となりやすい傾向があることも見えてきた。入院中から家族の介護力を把握し、介護力の強化や介護にむけた家族関係の再構築への支援も必要になると考える。このような課題に対応するための方法として、患者・家族が退院後の療養生活の場を自分で選ぶことができるように、その思いを引き出しながら情報を提供し、退院後も医療が継続できるように調整する退院支援の重要性が再認識されている¹⁾。これらのことから、患者の入院時早期から対象把握や家族との信頼関係づくり、介護力獲得への支援など、退院後の地域での暮らしを視野にいたった関わりを行うことにより、在宅移行が円滑に行われることになると考える。

次に、医療機関のスタッフが在宅療養生活や訪問看護についての理解を深めることが必要となると考える。今回在宅移行を円滑に行うための要因として、<訪問開始までに時間的な余裕があること>があげられた。がん終末期患者の事例分析において、困難事例の半数以上が「退院日前日～退院後」の依頼であったことからこのことの必要性が分かる。この課題の克服のためには、医療機関のスタッフに、物品の準備や療養環境の整え、制度の導入のために週単位で時間を要することなど、生活の場の特殊性が十分理解されることが必要であると考え。県看護協会では、訪問看護師養成講習会や地域連携のための訪問看護ステーション・医療機関相互研修など、生活の場で看護を提供するために必要な知識を学ぶ研修の機会の提供を行っている。特に地域連携のための訪問看護ステーション・医療機関相互研修では、地域と医療機関の看護師が一堂に会して学ぶことが相互理解を促進することに繋がっていることが確認できている^{2) 3) 4)}。このような研修を活用することにより、医療機関スタッフの在宅への理解が深まり、在宅移行が円滑に行われていくのではないかと考える。

最後に、多職種参加型の退院調整カンファレンスの開催と活用が在宅への円滑な移行のために大きな役割を果たすと考え。三輪は、「各職種が専門的立場で自由に意見を交換しあうことができるカンファレンスは「チーム医療」の理想の形を体現している」と述べている⁵⁾。また、武田は、地域から診療所スタッフ多訪問看護ステーションからの参加を得て開催した院外施設参加型カンファレンスが円滑でQOLの高い在宅緩和ケアへの連携を

可能にしたと報告している⁶⁾。今回のがん終末期患者の事例分析においても、また要因分析においても、訪問看護師が、退院前カンファレンスへの出席依頼を受けたり、医師やケアマネジャー、地域連携室スタッフとともに在宅支援にむけたカンファレンスを行うことにより、多くの情報や支援の方向性の共有が図られ、在宅支援が円滑に行われていることが確認できた。これらのことから、医療機関スタッフと地域の専門職が一堂に会する退院調整カンファレンスは、患者家族の多様なニーズを満たすチーム医療の実現につながるとともに、お互いの専門性を理解し合う連携しあう多職種連携の場としても重要な意味を持つといえる。

VII. 結論

県内の訪問看護事業所を対象とした、医療機関との退院時連携に関する実態調査から、在宅移行を円滑にする要因として4つの要因が、在宅移行を困難にする要因として4つの要因が抽出され、継続看護が必要な患者の在宅移行を円滑に行うためには、①患者の入院時から退院支援に取り組み、早期から対象把握や家族との信頼関係づくり、そして退院後の地域での暮らしを視野にいたった関わりを行うこと、②医療機関のスタッフが在宅療養生活や訪問看護についての理解を深めること、③多職種参加型の退院調整カンファレンスの開催と活用が重要であること、が示唆された。

謝辞

お忙しい中、本調査にご協力くださいました県内の訪問看護事業所の皆様に深く感謝いたします。

引用文献

- 1) 宇都宮宏子編集：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例，10，日本看護協会出版会，2009
- 2) 荒川貴代美・梶田啓・中迫貴美子他：地域連携のための訪問看護ステーション・医療機関相互研修プログラムの評価（1）—研修満足度調査の実施と課題—，第42回日本看護学会抄録集—看護教育—，2011
- 3) 中迫貴美子・富田一子・坂本三智代他：地域連携のための訪問看護ステーション・医療機関相互研修プログラムの評価（2）—退院調整のプロセスを展開するグループワークを取り入れて—，第42回日本看護学会抄録集—看護教育—，2011
- 4) 川原瑞代・小野美奈子・梶田啓他：地域連携のための訪問看護ステーション・医療機関相互研修プログラムの評価（3）—アクションプランの実践記録の分析より—，第42回日本看護学会抄録集—看護教育—，2011
- 5) 三輪恭子：取り組み例② 効果的な退院支援につながるチームでの継続的な退院支援カンファレンス，Nursing Today，23（11），28，20086）
- 6) 武田明：緩和ケアとの切れ目ない連携を可能にした院外施設参加型カンファレンス，緩和医療学，11（4），374－382，2009