

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 6 月 27 日現在

機関番号：31310

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2012～2015

課題番号：24593184

研究課題名(和文) 退院支援における地域連携システム構築に関する研究

研究課題名(英文) Study on regional alliances systems construction in the discharge support

研究代表者

大槻 久美(Ohtsuki, Kumi)

東北文化学園大学・医療福祉学部・准教授

研究者番号：80546341

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,500,000円

研究成果の概要(和文)：がん医療では、病院看護師と訪問看護師間の連携は、患者の生命予後およびQOLに一層深くかかわる問題である。そこで、病棟看護師と訪問看護師の連携状況を調査した結果、訪問看護師から病棟看護師へ在宅を意識した退院支援の実施や、退院調整看護師は退院支援の要であるという思いと、病棟看護師から、退院後の患者・家族の情報を教えてもらうことで退院支援の質を上げたいという思いが明らかとなり、訪問看護師より退院後の患者・家族の情報を病棟に戻す取り組みを実施した。今後、退院調整看護師を核に病棟看護師と訪問看護師による情報のフィードバックが、がん患者・家族の退院支援では重要となる。

研究成果の概要(英文)：By the cancer medical care, the cooperation of a hospital nurse and the visiting nurse is a problem to be still deeper, and to be associated with the vital prognosis of the patients and quality of life.

Therefore we had the information after the discharge of the patients and the family feedback from a visiting nurse to a hospital. As a result, the cooperation reinforcement between a hospital nurse and visiting nurse was possible. By the discharge support of patients with cancer and the family, feedback of the information by a hospital nurse and the visiting nurse will be essential in future.

研究分野：医歯薬学

キーワード：退院支援 看護連携 フィードバック 訪問看護師 病棟看護師 退院調整看護師

1. 研究開始当初の背景

本邦における全死亡率のトップが悪性新生物（がん）であるため、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基本計画において、「訪問看護の24時間連絡体制や事業所の充実など、訪問看護に従事する看護師の専門性を発揮できる体制の整備」を挙げ、国としての在宅医療の推進を更に強く推し進める体制をとっている。今回の研究フィールドとなる都道府県がん診療連携拠点病院に認定されたA大学病院は、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て、年間100名程度のがん患者に対し退院支援を行っている。また、同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が行われており、A大学病院がある地域では、1995年に行政主導によって推進された在宅ホスピスケアシステムも構築されている。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く、医療依存度が高いまま退院しなければならない患者も増えている。このような状況下で、がん患者・家族の目線に立った退院調整を行うために、患者家族のライフサポーターとして働く病院看護師（退院調整看護師を含む）と訪問看護師の連携は必要不可欠となっている。

2. 研究の目的

A大学病院がある地域には、終末期がん患者の在宅ホスピスケアのシステムはあるが、すべてのがん患者を対象とした地域での治療・ケアへの支援をカバーすることはできない。したがって、A大学病院における病院看護師と訪問看護師との相互理解による、患者目線に立った連携に向けてのパートナーシップ構築のための研究は、全てのがん患者の地域での生活を支える地域連携システムのあり方に重要な示唆を与えうる。

3. 研究の方法

(1) 調査研究（インタビュー調査）

研究期間：2012年2月～3月

研究対象

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）で、訪問看護師と連携の経験があり、研究協力の同意を得られた看護師を対象とした。

調査内容

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項目を設定し、自由に語ってもらった。

倫理的配慮

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。

(2) 調査研究（アンケート調査）

研究期間：2013年2月～3月

研究対象

2012年にがん患者の退院支援で大学病院の地域医療連携室をとおり、病棟看護師と連携があった、宮城県内の訪問看護ステーションの所長ならびに訪問看護師と、A大学病院内で実際に、がん患者の退院支援を多く実践している病棟に所属する看護師。

調査内容

病院看護師と訪問看護師との連携状況、連携するためにとる行動、連携強化に必要なこと等の項目に回答してもらい、訪問看護師には病棟へ退院後の患者・家族の情報をフィードバックしてもらうことの是非や方法について調査した。

倫理的配慮

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。

(3) 訪問看護師から病棟へ退院後の患者・家族の情報をフィードバックする取り組みの実施

実施期間：2015年4月～12月

研究対象

A大学病院でがん患者の在宅への退院支援を多く実施している病棟を5か所選定。

実施内容

(2)の調査での意見を参考に「訪問看護連絡票」を作成し、退院時サマリーと一緒に同封し、在宅復帰後2週間を目安に地域医療連携室に返信してもらい、退院調整看護師が各病棟に配布した。

倫理的配慮

東北文化学園大学倫理委員会の審査・承認を得たあとに研究を実施した。

(4) ワークショップの開催

実施期間：2015年9月と12月

参加者

職種は、往診医、病棟主治医、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師、認定看護師、MSWであった。

実施内容

地域医療連携室と協賛で開催し、1回目、2回目同様に、A大学病院から在宅復帰困難事例ということで、訪問看護師から「訪問看護連絡票」の返信があった事例のケーススタディを実施した。その際に、今までの研究成果の発表も行った。

(5) 「訪問看護連絡票」フィードバック実施後のインタビュー調査

実施期間：2016年3月

研究対象

「訪問看護連絡票」をA大学病院にフィードバックした訪問看護師と、「訪問看護連絡票」を受け取った病棟看護師長

実施内容

訪問看護師には、「訪問看護連絡票」を記載して病院に戻すことに対する考えや、今後についてを聞き、病棟看護師長には「訪問看護連絡票」を受け取って感じたことや、今後に対する考えをインタビューした。

東北文化学園大学倫理委員会の審査・承認を得たあとに研究を実施した。

(6)「訪問看護連絡票」フィードバック実施後のインタビュー調査後のアンケート調査

実施期間：2016年3月

研究対象

「訪問看護連絡票」をA大学病院にフィードバックした訪問看護ステーションの看護師と、「訪問看護連絡票」を受け取った5つの病棟看護師

実施内容

2013年に実施したアンケート内容も一部入れ、今回の取り組み（「訪問看護連絡票」をA大学病院に訪問看護師よりフィードバックしてもらう）の評価と、今後の連携強化に対する考えを選択式回答項目と自由記述欄を設けて意見を求めた。

4. 研究成果

(1) 調査研究（インタビュー調査）の結果

対象者の属性

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。

結果

インタビューより、4つのカテゴリーと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<>で示す。【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】に対するサブカテゴリーは<タイミングを逃さない退院支援ができる><ケア会議を効果的に行うことができる><同一職種であることで相互理解ができる>が抽出された。【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】に対するサブカテゴリーは<患者・家族の不安が軽減できる><医師との連携が取りやすくなる><継続看護に繋げる必要がある>が抽出された。【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】に対するサブカテゴリーは<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><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><退院支援の評価があると次の退院

支援に繋がる><訪問看護ステーションとの関係強化ができる>が抽出された。【訪問看護ステーションとの相互理解を深めたい】に対するサブカテゴリーは<病棟看護師は在宅をイメージできにくい><訪問看護ステーションとの共通理解が図られていない>が抽出された。

考察

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協働していくことの重要性が示唆された。

(2) 調査研究（アンケート調査）の結果

対象者

25か所の訪問看護ステーションにアンケート用紙を送付し、33名の訪問看護師から回答を得た。病棟は、がん患者の退院支援が多い5か所の病棟看護師46名から回答を得た。

結果

病棟看護師と訪問看護師との連携は取れているかの問いでは、両者ともに半数近くが連携は取れていないとの回答だったが、その理由としてA大学病院の退院調整看護師の存在を上げていた。今後、訪問看護師から在宅へ移行したがん患者や家族の状況を病棟へフィードバックする取り組みの是非については、94%の訪問看護師が可能との回答だった。

考察

A大学病院では地域医療連携センターに所属する退院調整看護師が核となり、病棟と訪問看護ステーションをつなぐ形で退院支援を実施しているため、病棟看護師と訪問看護師間の直接的な連携は取れていないとの回答が多かったのかもしれない。しかし、訪問看護師は在宅での状況を病棟看護師も知ることが、お互いのがん患者に対する退院支援のレベルアップに繋がるので、訪問看護師からの情報のフィードバックに賛成したと考える。

(3) 訪問看護師から病棟へ退院後の患者・家族の情報をフィードバックしてもらう取り組みを実施しての結果と考察

訪問看護ステーションから9か月間で62件の「訪問看護連絡票」5か所の病棟に返信された。内容として、医療的処置の継続に関する退院指導に対するコメントや、疼痛コントロール関することや、退院後の患者・家族の様子や思いなどの情報の他に、在宅で亡くなられた時の様子なども、病棟看護師へフィードバックされた。各病棟では、看護師が返信された「訪問看護連絡票」を共有しやすい

ように、目のつくところにファイリングされ、カンファレンスに使用する部署もあり、次のがん患者の退院支援に活かそうとする気運が生じていた。

(4) ワークショップの開催

参加者

1 回目：職種は、往診医、訪問看護師、病院医師、病棟看護師、外来看護師、退院調整看護師、MSW の計 60 名参加

2 回目：職種は 1 回目と同様で、計 31 名参加

結果および考察

ワークショップの内容はどちらも在宅復帰に向けての困難事例であったため、参加した職種それぞれからどのような対応をしたかの報告があった。各職種がお互いに患者や家族への対応で気をつけたことは同じだということがわかり、継続医療・継続看護の視点が大事であることを再確認できた。今後も、参加者からこのような機会がもっと増えれば、顔が見える連携につながるという意見が多く出たため、地域包括ケアに向けて病院と地域の医療を支える職種との拡大会議開催の重要性が示唆された。

(5) 「訪問看護連絡票」フィードバック実施後のインタビュー調査

対象者

「訪問看護連絡票」を A 大学病院に多くフィードバックした訪問ステーションの看護師 6 名と、「訪問看護連絡票」を受け取った 5 か所の病棟看護師長 5 名

結果および考察

訪問看護師からは、「訪問看護連絡票」を A 大学病院にフィードバックすることは、自分が行った看護の振り返りができ、書式も決まっていたので書くことはあまり苦にはならなかったが、2 週間という期間での返信は少し早いとも感じたという意見が出た。そして、在宅の現場に病院看護師も訪問してほしいし、病棟でカンファレンス等があれば声をかけてほしいという意見も聞かれた。病棟看護師長からは、忙しい時間を割いて書いてもらい感謝の心を持ちながら、次の退院支援に活かせるように看護師間での情報共有を図っているという意見が共通して聞くことができた。病棟看護師は訪問看護師が忙しいと思い、一緒にカンファレンス等に参加してもらうことに対し躊躇する気持ちを持っていたが、訪問看護師からどんどん声をかけてほしいという思いがあることを伝えたことにより、相互交流に対する行動をとっていきいたいという前向きな発言も聞かれた。今後、さらなる看護職同士の連携強化につながる動きが病棟から発信される可能性が出てきたと考える。

(6) 「訪問看護連絡票」フィードバック実施後のインタビュー調査後のアンケート調査

対象者

「訪問看護連絡票」を A 大学病院に多くフィードバックした訪問看護師 21 名と、「訪問看護連絡票」を受け取った 5 か所の病棟看護師 30 名

結果および考察

訪問看護師と病棟の看護師との連携が取れているかという質問では、(2) の調査時の割合と変化は見られなかった。これは、「訪問看護連絡票」を A 大学病院にフィードバックした期間が短かったことも影響したかもしれないが、A 大学病院においては退院調整看護師が、退院支援の核になっていることが再認識された。しかし、病棟看護師からは、退院支援の評価を訪問看護師からもらうことで、在宅をもっと意識できる退院支援に繋げることができたという意見や、退院前カンファレンスではお互いの距離が近くなり、いろいろと意見交換できる雰囲気になったという意見が多く聞かれた。訪問看護師からは、情報をフィードバックした後のことが分からないので、どうだったのかということが知りたかったという意見が多く聞かれたが、自分たちの看護の振り返りができるという意見もあり、お互いに退院支援のレベルアップに繋がればという意見も聞かれた。同じ看護師という職種が、がん患者や家族が今後どのようにしたいかということに寄り添い、医療処置等も含めて継続看護につなげることが重要であるとの考えから、今回は訪問看護師から「訪問看護連絡票」の記載による情報のフィードバックだった。今後は、病棟からも訪問看護ステーションへの情報の発信が必要であると考え、これができれば、お互いの顔が見える連携強化に貢献できると考える。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕

(1) 大槻久美、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、東北文化学園大学看護学科紀要、査読有、第 4 巻第 1 号、2015、73-80

〔学会発表〕

(1) 大槻久美、がん診療拠点病院における高齢がん患者に対する退院支援の現状、日本老年看護学会第 19 回学術集会、2014.6.28、愛知県産業労働センター ウィンクあいち

6. 研究組織

(1) 研究代表者

大槻 久美 (OHTSUKI KUMI)
東北文化学園大学・医療福祉学部・看護
学科・准教授
研究者番号：80546341

(2) 研究協力者

五十嵐 ひとみ (IGARASI HITOMI)
東北大学病院・地域医療連携センター・
副看護師長
浦山 美輪 (URAYAMA MIWA)
東北大学病院・地域医療連携センター・
看護師長
及川 真喜子 (OIKAWA MAKIKO)
宮城県看護協会・青葉訪問看護ステーシ
ョン・所長