

研究報告

順天堂大学保健看護学部 順天堂保健看護研究13
P.1-9 (2025)入院早期での在宅支援スタッフとのカンファレンス開催における
病棟看護師の意図
—緊急入院となった在宅療養者への支援を通して—Ward nurse's intention of conferences with home care team
in the early stages of hospitalization村瀬 夢帆¹⁾ 種市 ひろみ²⁾ 伊藤 隆子²⁾
MURASE Yumeho TANACHI Hiromi ITO Ryuko

要旨

急性期病棟に緊急入院となった在宅療養者に対し、病棟看護師はどのような意図を持ちカンファレンスを開催したか明らかにすることを目的に、病棟看護師に半構造化面接を行った。カンファレンスを開催した意図として【家族や在宅支援スタッフから情報を得て、自宅での生活をイメージする】【患者のADLや認知機能による在宅生活での困難に対する心配を共有したい】【退院できるタイミングを逃さないように入院早期から退院の目途を立てる】【緊急入院患者の情報を早期に在宅支援スタッフと共有し、退院支援計画に参画して欲しい】【退院後の生活に合わせた治療方法や在宅サービスを入院時から調整する】【入院早期に家族の体調や介護の意思と方法を確認し、退院後の生活が困らないようにしたい】【患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで多職種の意識を変える】の7つのカテゴリーが導き出された。病棟看護師は入院早期のカンファレンスで、患者の在宅生活に関するイメージのギャップをなくし退院後に想定される困難を共有すること、早期から支援にとりかかることで入院の長期化を防ぎ、療養者・家族の退院への思いを叶える支援を行う意図があった。

索引用語：病棟看護師、退院支援、カンファレンス、在宅療養者、入院早期、意図

Key words：Ward Nurse, Discharge support, conference,

People who are recuperating at home, Early hospitalization, intention

1. 問題の起案および目的

わが国では住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、また地域ごと

に医療や介護が切れ目なく継続的に提供されるよう「地域包括ケアシステム」の構築が国の政策として進められている¹⁾。これまでの退院調整・退院支援より進んだ入院前からの退院支援に診療報酬が組み込まれるなど、より一層の医療施設と在宅との連携の強化が推進されている。しかしながら、急性期機能を有する病院では救急医療を必要とする患者が存在し、予定外の入院である緊急入院患者は入院前からの退院支援に

1) 順天堂大学医学部附属静岡病院

2) 順天堂大学医療看護学部

1) *Juntendo University Shizuoka Hospital*2) *Juntendo University Faculty of Health Care and Nursing*

該当しない。また、在宅療養移行支援を行なった患者の入院契機は、緊急入院が全体の75%と予定入院より高い割合を占めていたように、救急医療を担う急性期病院において、緊急入院患者に対する入院早期からの退院支援の重要性が示唆されている²⁾。

山本らは、急性期病院の退院支援における病棟看護師に求められる視点として、入院前後で症状やADLの変化する患者・家族の総合的なアセスメントから、退院時の目標設定につなげていくことが重要であり、「院内外職種との相談」の視点では、「病棟看護師は看護師間や多職種と患者・家族の情報を共有し、専門的な視点から支援の適切性や改善の余地を話し合い、患者・家族の目標について共通認識を持つ必要がある³⁾」と述べている。「病棟看護師の退院支援実践自己評価尺度」を用いた急性期病棟看護師の退院支援に関する意識調査において、病棟看護師は自己の実践について「院内連携について」はよくできていると高く評価している。一方で「院内外の多職種連携による連携指導」中でも「ケアマネジャーや往診医、訪問看護師、ホームヘルパー、保健師への申し送り」「ケアマネジャーからの情報収集」という院外の多職種との連携に関して行えていないという自己評価であった⁴⁾。このように、退院支援に関わる病棟看護師は、緊急入院患者の入院前の生活を知り、入院前と変化する症状やADLを予測し、退院後に患者や家族の生活にどのように影響するのを見極める必要があると言える。さらにその判断を患者や家族だけでなく、院内外で当該患者に関わるスタッフ等と共有することが必要である。しかし、緊急入院となった患者をケアする病棟看護師は、どのような意図で入院早期に在宅支援スタッフとカンファレンスなどを通して関わるのかという研究は見当たらない。

中山は地域包括ケア病棟において入院後早期に行う担当者会議で、担当のケアマネジャーが退院前カンファレンスに参加することで、入院後のADLの変化

や認知症の程度を、ケアプランへ反映することができたと報告している⁵⁾。急性期病棟でも入院前とADLや認知機能が低下することをケアマネジャーに伝え、退院後のケアプランを修正することで退院後の生活を見通した準備ができ、患者・家族の安心につながるのではないかと考える。そこで、本研究では急性期病院において、緊急入院となった在宅療養者に対し、病棟看護師はどのような意図をもって入院早期に在宅支援スタッフとのカンファレンスを行っているのかを明らかにしたいと考える。このことは、急性期病院に緊急入院となり混乱をきたしている患者・家族に対し、看護師が必要な多職種の介入を早期から検討し、必要時に患者が援助を受けられるように多職種を巻き込んでいくチームアプローチ方法の示唆を得ることにつながると考える。

II. 研究目的

緊急入院となった在宅療養者に対し、病棟看護師はどのような意図をもって入院早期に在宅支援スタッフとのカンファレンスを行っているのかを明らかにする。

III. 用語の操作的定義

本研究における「意図」とは病棟看護師が、緊急入院した患者の身体や生活環境に対して今後起こりうることについて予測を立てて考えている内容や考えとする。

本研究における「緊急入院」とは、外来の初診後・再診後を含める予定入院以外のすべての入院とする。

本研究における「在宅療養者」とは、入院前から在宅支援スタッフ（かかりつけ医・訪問看護師・ケアマネジャー・ホームヘルパーなど）との関わりがある療養者とする。

本研究における「入院早期における在宅支援スタッフとのカンファレンス」とは、入院後1週間以内に、在宅支援スタッフ（かかりつけ医・訪問看護師・ケア

マネジャー・ホームヘルパー・訪問リハビリスタッフなどの医療福祉関連従事者)が来院し、病棟看護師と患者の今までの生活や思いを共有するカンファレンスのこととする。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン 質的記述的研究

2. 研究対象

1) 病棟看護師の条件 緊急入院となった在宅療養者の入院早期に、在宅支援スタッフとカンファレンスを行ったことがあり、その際の意図を語ることできる病棟所属の看護師であることとし、役職は問わない。

2) 病院の条件 「高度急性期機能」または「急性期機能」を有する医療施設とする。

3. 調査期間

2020年4月1日～2021年1月19日

4. データ収集方法

救急医学会に認定されている救急救命センターを有する施設から機縁法にて選定を行い、病院長・看護部長・病棟師長宛に文書を作成し、病棟師長から「意図を語るができる」と思われる研究対象者へ文書を渡していただいた。返信のあった研究対象者と連絡を取り、研究の趣旨を説明し同意が得られた者を研究対象者とした。対象者に事例を想起し語ってもらうため、対象者ができるだけ語ることが出来るような内容となるようグレッグらの半構造化インタビューを参照しインタビューガイド(表1)を作成、半構造化面接を行った⁶⁾。面接は研究対象者1人につき1回とし時間は30～45分程度とした。面接は研究対象者が指定する日時とプライバシーが守られる環境で個別に行った。面接時に研究対象者に同意を得て録音した。

表1 インタビューガイド

1. 患者様の経過
患者様の入院から退院までの経過を教えてください
入院中の患者様の様子を教えてください
患者様の病状を教えてください
退院後の患者様の様子を知る機会がありましたか?
2. カンファレンスを開催した意図と経緯
なぜこの患者様に対してカンファレンスが必要だと思いましたか?
誰がカンファレンスを行うように働きかけ、いつ開催しましたか?
カンファレンスの参加者を教えてください
3. カンファレンスにて共有した情報
カンファレンスで共有した内容を教えてください
カンファレンスでケアマネジャーや訪問看護師は患者様の緊急入院に対してどのように感じていましたか?
ケアマネジャーや訪問看護師とのやり取りで、どのような情報が患者の入院前の生活イメージをより具体的にしましたか?
どのようなことをケアマネジャー・訪問看護師に尋ねましたか?
どのようなことをケアマネジャー・訪問看護師から尋ねられましたか?
4. その時話し合った退院時の目標設定や立案した看護計画の内容と入院中に行った日々のケアについて
カンファレンスで共有した内容からどのようなことを病棟内で共有しましたか?
患者様の看護計画の立案内容と、日々の実践ケアの内容について教えてください

5. データ収集内容

病棟看護師の概要として、性別、年齢、看護師経験年数、在宅療養者像があるか問うため訪問看護の経験の有無を尋ねた。その後1年以内に経験した在宅療養者が緊急入院した1例について想起してもらいインタビューガイドを用いて語っていただいた。

6. 分析方法

1) 研究対象者の概要は調査対象者の属性として表にまとめた。

2) 語られた内容については逐語録を作成した。その逐語録を繰り返し読み、逐語録から「入院早期に在宅支援スタッフとカンファレンスを開催した意図」と読み取れる部分を抜き出し意味内容ごとに区切り、誰にでもわかる一文に書き換え1次コードとした。1次コードを意味内容の同じもの同士でまとめ2次コードとした。2次コードを相違点、共通点について比較することによってさらに分類し、共通する名前をつけサブカテゴリーとした。サブカテゴリーを相違点、共通点について比較することによってさらに分類し抽象度を上げ、カテゴリーを導いた。カテゴリーを導く際には、病棟看護師が意図した内容を説明できるような表現となるよう留意し、入院早期にカンファレンスを開催する意図をカテゴ

リーによって記述した。在宅看護学に精通する研究者にスーパーバイズを受け、研究の妥当性を確保した。

V. 倫理的配慮

研究を開始する前に、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会にて承認を得た（順看倫第2020-60号）。筆者が研究協力施設の看護部へ事前に連絡し、看護部長の承認を得た。筆者が研究について説明文書を対象施設に配布し、研究の趣旨の同意を対象者から返信していただいた。調査対象候補者へは文書と口頭で研究協力への任意性、匿名性、同意撤回の保障について筆者が説明し、同意が得られた者のみを調査の対象とした。また、勤務の妨げにならないよう調査日程を調整し、インタビュー途中で休憩を確保して対象者への負担軽減に努めた。

VI. 結果

1. 研究対象者と語られた療養者の属性

18施設に研究依頼を行い、返信のあった2施設を対象とした。研究対象者は5名、年齢は25～49歳であり平均32.0歳、平均看護師経験年数は5～25年であった（表2）。

2. 病棟看護師が入院早期に在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを開催した意図

前述した5事例の逐語録から82の入院早期に在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを開催した意図を表すコードを導出した。5事例のコードから、病棟看護師が緊急入院した療養者に対して入院早期に在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを開催した意

表2 研究対象者の属性

	Aさん	Bさん	Cさん	Dさん	Eさん
性別	女性	女性	女性	女性	女性
年齢	40代	20代	20代	20代	30代
看護師経験年数	25	7	5	5	12
訪問看護の経験	なし	なし	なし	なし	なし

表3 病棟看護師が入院早期に在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを開催した意図

カテゴリ	サブカテゴリ	コード
家族や在宅支援スタッフから情報を得て、自宅での生活をイメージする	家族やケアマネジャーと直接患者が会話している姿から自宅での生活をイメージできる	新型コロナウイルスに伴う面会制限で、家族と接する機会が減り、患者の自宅での生活イメージが難しいと感じている（一次コード数：3） サマリリ等ではイメージが難しいので、家族やケアマネジャーと直接患者が会話している姿から自宅での生活をイメージしたい（2）
	緊急入院してきた患者の自宅の様子の確認し、現在の様子と変化がないか知る必要がある	入院前の療養生活を外来担当医師や退院支援看護師がネット上で知らないかと心配していたことを知り、在宅生活が可能か確認したい（1） 入院してきた患者の状況と、家族から聞く自宅の様子が一致しないと感じた（1） 自宅の様子と入院中の様子に変化がないか、ケアマネジャーに判断してもらいたい（2） 自宅での生活をイメージできることは、病院から送り出す看護師の安心につながる（1）
患者のADLや認知機能による在宅生活での困難に対する心配を共有したい	入院前のADLや認知機能が異なると在宅での生活が困難になるのではないかと、このまま家に帰れるか心配になった	入院した際のADLや認知機能では、退院後家族が困ってしまうのではないかと病棟看護師は不安に思った（4） 今の治療方針のままでは自宅での生活が難しいかと心配になった（1）
	入院前の生活環境のまま退院してよいか心配になった	ネット情報が得られる状態のもとに、各病棟の理由で退院させてしまったよいか心配になった（3） カンファレンス時に退院の自決を立てることで、入院の長期化を助けない（1）
退院できるタイミングを逃さないように入院早期から退院の自決を立てる	退院できる状態を在宅支援スタッフと共有する	患者の退院できる状態を、在宅支援スタッフから問われる（1） ケアマネジャーと患者の状況や家族の退院への思いを早期に共有した方が良かった（2）
	在宅支援スタッフと患者の状況や家族の思いを早期に共有する	ケアマネジャーの支援できる範囲を知るは難しいため、調整が必要なら早めに教えてほしい（1） 家族の抱える退院後の生活における患者の心配事を知っている（4） 患者の病状に対する家族の不安ができていないことを知っている（1） 家族の抱える自身の病状への不安を知っている（1） ケアマネジャーが退院後の生活で心配している内容を知っている（4）
在宅療養を支える家族・ケアマネジャーが不安に思う内容を知っている	ケアマネジャーはどのような支援ができるのかを知りたい	ケアマネジャーと患者の状況や家族の退院への思いを早期に共有した方が良かった（2） ケアマネジャーの支援できる範囲を知るは難しいため、調整が必要なら早めに教えてほしい（1） 家族の抱える退院後の生活における患者の心配事を知っている（4） 患者の病状に対する家族の不安ができていないことを知っている（1） 家族の抱える自身の病状への不安を知っている（1） ケアマネジャーが退院後の生活で心配している内容を知っている（4）
	在宅療養を支える家族・ケアマネジャーが不安に思う内容を知っている	在宅での生活は、知らないことが多く、病院内ですべての問題を解決したり、問題に気づくこともできないかもしれない（2） 病棟看護師だけの知識では在宅療養は支援できないので、在宅支援スタッフに退院支援計画に参画してほしい（5）
緊急入院患者の情報を早期に在宅支援スタッフと共有し、退院支援計画に参画して欲しい	在宅療養を支えるには、病院内だけではなく在宅支援スタッフにも退院支援計画に参画して欲しい	緊急入院の患者は、退院後の外来がないため退院後の様子は分からない（2） 転院後の様子は分からない（1） ケアマネジャーから情報をもたず手放しがなく、外来がないと退院後の様子が分からずフォローできない（1） 退院後のことは踏み込みにくいと思っている（1） 患者の退院後が気になる（3） 担当医から患者の退院後の様子を教えてほしいと思う（1）
退院後の生活に合わせた治療方法や在宅サービスを入院時から調整する	退院後も治療の継続が必要であり、退院後の生活に合わせた治療方法の変更が必要である	入院前から訪問看護が介入していたが、管理ができていなかったとサマリリに記入があったため、今後も支援が必要である（2） 退院後も治療の継続が必要であり、退院後の生活に合わせた治療方法の変更が必要である（2）
	現在利用している在宅サービスを確認し、入院時から調整する必要がある	現在利用している社会資源では退院は難しく、入院時から調整する必要がある（3） 治療後は介護保険を申請し、サービスを受けた方が良かった（1）
入院早期に家族の体調や介護の意思と方法を確認し、退院後の生活が困らないようにしたい	家族の生活や介護の状況を知る	退院に向けて家族の生活の把握しておく（3） 退院には病状が落ち着くこと、家族の介護状況を整えることが必要だ（1）
	家族の体調や介護の意思を確認する	家族の体調や介護の意思を確認していくことが必要だ（1） 退院後も在宅生活と治療を継続するために、家族の協力が必要であるため、治療や生活の方法に変更が必要かもしれない（2） 主介護者の介護意識の到達度を早期に見出し、退院までの看護技術習得の目標を立てたい（2）
退院後の療養先を選択するのが難しい場合に、病棟看護師の介入が必要	家族の意思を確認して、退院後の生活が困らないようにしたい	患者の状況と、退院可能なADLなのか家族の意思の確認が必要である（1） 退院後にADLや認知機能の低下があると家族が困ってしまうと思う（1） 医療処置や介護手段が必要でも、退院したいのか家族の意思を確認することが必要である（1）
	退院後の療養先を選択するのが難しい場合に、病棟看護師の介入が必要	本人の意向を確認せず、家族の意向を優先する場合には悪いと感じる（1） 退院後の療養先の選択が難しい場合に、病棟看護師は介入し支援していくことが必要である（1） 看護師は患者・家族の意見を聴けるのが強み、その思いを聞き多職種に働きかけられることができ、その役割を担っている（3）
患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで多職種の高齢を支える	患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで、多職種の高齢を支える	主治医は、家族の家に帰りたいという希望を聞いて、帰してあげようという気持ちになった（1） 看護師が患者・家族の思いを知りながら退院に向けた働きかけを多職種へ行うことで、気持ちの変化や連携につながる（1） ケアマネジャーに患者の状況を電話で伝えた時、患者は退院できなさそうと思っている印象を受けた（2） 家族の思いを直接ケアマネジャーに聞いてもらうことで、ケアマネジャーの思いが変化するかもしない（2）

図として、【家族や在宅支援スタッフから情報を得て、自宅での生活をイメージする】【患者のADLや認知機能による在宅生活での困難に対する心配を共有したい】【退院できるタイミングを逃さないように入院早期から退院の目途を立てる】【緊急入院患者の情報を早期に在宅支援スタッフと共有し、退院支援計画に参画して欲しい】【退院後の生活に合わせた治療方法や在宅サービスを入院時から調整する】【入院早期に家族の体調や介護の意思と方法を確認し、退院後の生活が困らないようにしたい】【患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで多職種の意識を変える】の7つのカテゴリーが導き出された(表3)。以下カテゴリーを【 】で、サブカテゴリーを『 』で、コードを〈 〉で説明する。

1) 【家族や在宅支援スタッフから情報を得て、自宅での生活をイメージする】

本カテゴリーは『家族やケアマネジャーと直接患者が会話している姿から自宅での生活をイメージできる』『緊急入院してきた患者の自宅での様子を確認し、現在の様子と変化がないか知る必要がある』という2つのサブカテゴリーで構成されていた。〈新型コロナウイルス流行に伴う面会制限で、家族と接する機会が減り、患者の自宅での生活イメージが難しいと感じている〉ため、〈サマリー等ではイメージが難しいので、家族やケアマネジャーと直接患者が会話している姿から自宅での生活をイメージしたい〉と考えていた。

2) 【患者のADLや認知機能による在宅生活での困難に対する心配を共有したい】

本カテゴリーは、『入院前のADLや認知機能が異なると在宅での生活が困難になるのではないかと、このまま家に帰れるか心配になった』『入院前の生活環境のまま退院してよいのか心配になった』という2つのサブカテゴリーで構成される。〈入院した時のADLや認知機能では、退院後家族が困ってし

まうのではないかと病棟看護師は不安に思った〉ことや、〈ネグレクトが疑われる家族のもとに、金銭面の理由で退院させてしまってよいのか心配になった〉ため〈自宅での生活をイメージできることは、病院から送り出す看護師の安心につながる〉と語られた。

3) 【退院できるタイミングを逃さないように入院早期から退院の目途を立てる】

本カテゴリーは、『退院できるタイミングを入院早期から想定し、設定することで入院の長期化を防ぐ』『退院できる状態を在宅支援スタッフと共有する』の2つのサブカテゴリーで構成されていた。〈カンファレンス時に退院の目途を立てることで、入院の長期化を防ぎたい〉と考え、入院早期のカンファレンスで〈患者の退院できる状態を、在宅支援スタッフから問われる〉ことから、病棟看護師は治療に必要な期間や退院が可能となる状態について、在宅支援スタッフと共有することを意図していたことが語られた。

4) 【緊急入院患者の情報を早期に在宅支援スタッフと共有し、退院支援計画に参画して欲しい】

本カテゴリーは、5つのサブカテゴリーから構成される。『在宅支援スタッフと患者の状態や家族の思いを早期に共有する』は、〈ケアマネジャーと患者の状態や家族の退院への思いを早期に共有した方が良いと思った〉ため、ケアマネジャーに入院後や治療の方針を伝えたと語られた。『ケアマネジャーはどのような支援ができるのかを知りたい』は、〈ケアマネジャーの支援できる範囲を知るのは難しいため、調整が必要なら早めに教えてほしい〉と語られた。『在宅療養を支える家族・ケアマネジャーが不安に思う内容を知っている』は、〈家族の抱える退院後の生活における患者の心配事を知っている〉〈患者の病気に対する家族の受容ができていないことを知っている〉〈ケアマネジャーが退院後の生活で心

配に思っている内容を知っている)と語られた。『在宅療養を支援するには、病院内だけではなく在宅支援スタッフに退院支援計画に参画して欲しい』は、〈在宅での生活は、知らないことが多く、病院内ですべての問題を解決したり、問題に気づくこともできないかもしれない)と考えているため(病棟看護師だけの知識では在宅療養は支援できないので、在宅支援スタッフに退院支援計画に参画して欲しい)と語られた。『緊急入院患者の退院後を心配している』は、病棟看護師にとって緊急入院の患者は〈緊急入院の患者は、退院後の外来がないため退院後の様子は分からない)〈退院後のことは踏み込みにくい)と考えている)と語られた。

5)【退院後の生活に合わせた治療方法や在宅サービスを入院時から調整する】

本カテゴリーは、『退院後も治療の継続が必要であり、退院後の生活に合わせた治療方法の変更が必要である』『現在利用している在宅サービスを確認し、入院時から調整する必要がある』の2つのサブカテゴリーから構成される。〈入院前から訪問看護が介入していたが、管理ができていなかったとサマリーに記入があったため、今後も支援が必要である)〈退院後も治療の継続が必要であり、退院後の生活に合わせた治療方法の変更が必要である)と語られた。入院時のサービスを確認することで〈現在利用している社会資源では退院は難しく、入院時から調整する必要がある)と考えていることが語られた。

6)【入院早期に家族の体調や介護の意思と方法を確認し、退院後の生活が困らないようにしたい】

本カテゴリーは、5つのサブカテゴリーから構成される。『家族の生活や介護の状況を知る』は、〈退院には病状が落ち着くこと、家族の介護状況を整えることが必要だ)と考えているため〈退院に向けて家族の生活の様子を把握しておく)と語られた。『家族の体調や介護の意思を確認する』は〈家族の体調

や介護の意思を確認していくことが必要だ)と語られた。『退院後の医療管理や介護に家族の協力が得られるよう早期から方法の変更が必要』は、〈退院後も在宅生活と治療を継続するために、家族の協力が必要であるため、治療や生活の方法に変更が必要かもしれない)ため、〈主介護者の介護主義の到達度を早期に見通し、退院までの看護技術習得の目標を立てたい)と語られた。『家族の意思を確認して、退院後の生活が困らないようにしたい』は、〈退院後にADLや認知機能の低下があると家族が困ってしまう)と考えていることから、〈患者の状態が、退院可能なADLなのか家族の意思の確認が必要である)〈医療処置や介護手技が必要でも、退院したいのか家族の意思を確認することが必要である)と語られた。『退院後の療養先を選択するのが難しい場合に、病棟看護師の介入が必要』は、〈退院後の療養先の選択が難しい場合に、病棟看護師は介入し支援していくことが必要である)と語られた。

7)【患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで多職種意識を変える】

本カテゴリーは、『看護師は患者・家族の意見を聞けるのが強み、その思いを聞き多職種に働きかけることができ、その役割を担っている』『患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで、多職種の気持ちの変化や退院に向けた連携につながる』の2つのサブカテゴリーから構成される。病棟看護師は〈ケアマネジャーに患者の状態を電話で伝えた時、患者は退院できなさそう)と考えている印象を受けた)ため、〈看護師の退院に向けた発言や調整で、リハビリスタッフは退院に向けた働きかけをしていこう)というスイッチが入った)と振り返っていた)ことや〈主治医は、家族の家に帰りたいという希望を聞いて、帰してあげよう)という気持ちになった)経験から〈家族の思いを

直接ケアマネジャーに聞いてもらうことで、ケアマネジャーの思いが変化するかもしれない)と考えていた。(看護師が患者・家族の思いを知らながら退院に向けた働きかけを多職種へ行うことで、気持ちの変化や連携につながる)ことから、(看護師は患者・家族の意見を聴けるのが強み、その思いを聞き多職種に働きかけることができ、その役割を担っている)と語られた。

VII. 考察

本研究の結果、緊急入院となった在宅療養者に対し、病棟看護師が入院早期に在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを行った意図として、7つのカテゴリーが導出された。それらのカテゴリーから、緊急入院した在宅療養者に対して入院早期に行うカンファレンス開催の意図について考察する。宇都宮は、退院支援は3段階で支援していくことが求められていると示している⁷⁾。すなわち、ステップ1では「スクリーニングとアセスメント」で退院支援が必要な患者のスクリーニングとアセスメント、支援の必要性を患者・家族と共有し動機づけをする段階である。ステップ2では「受容支援と自立支援」であり、継続的にアセスメントし、チームで支援をしていく。退院後の生活を患者・家族とともに相談し構築していく段階である。ステップ3は「サービス調整」であり、退院を可能とするための制度・社会資源の調整や地域のサービスとの連携や調整を行う段階である。緊急入院した療養者に対し、本研究の結果である病棟看護師の【患者のADLや認知機能による在宅生活での困難に対する心配を共有したい】という意図は、退院が困難になることが想定される緊急入院であるからこそ、退院支援のステップ1であるアセスメントを早急に行い、退院支援の必要性を患者・家族と共有し動機づけ、ステップ2の受容支援・自立支援となる退院支援計画の立案へつなげる意図であったと考える。さらに、在宅支援スタッフを含

めたカンファレンスを病院内で行うことには、【家族や在宅支援スタッフから情報を得て、自宅での生活をイメージする】【緊急入院患者の情報を早期に在宅支援スタッフと共有し、退院支援計画に参画して欲しい】という意図が含まれていた。これらは、病棟看護師が情報を得るには難易度が高い「入院前の生活状況」「患者に適した具体的な家族以外による介護体制や社会資源の利用方法」「患者の療養生活で直面する住宅環境の具体策」⁸⁾といった項目について、それらをよく知る在宅支援スタッフから情報を得ようとする意図があり、緊急入院患者の入院早期に、患者や家族の情報を在宅支援スタッフと共有し、在宅支援スタッフの協力を得ながら退院支援計画をより具体的に組み立てステップ3のサービス調整につなぎたいという意図があることが考えられた。

認知症をもつ高齢者の退院支援において、「病棟看護師は本人や家族が退院後の療養生活を具体的にイメージできるように関わる必要があり、そのためには看護師の自己判断だけではなく多職種と情報を共有し連携を深めることが重要である」⁹⁾と述べている。認知症を持つ高齢者は、入院に伴う生活環境の変化や治療を優先した安静指示により、身体機能の低下や認知機能の低下が予測され、患者・家族が考える退院後の生活イメージと病棟看護師の間にギャップが生じやすい。すなわち、病棟看護師は【入院早期に家族の体調や介護の意思と方法を確認し、退院後の生活が困らないようにしたい】と、入院前の患者の状態をより詳しく知ることで、患者・家族、在宅支援スタッフと看護師間の在宅での生活のイメージのギャップを埋めることを意図したと考える。このように、病棟看護師が在宅での生活に思いを馳せ、患者の本来の姿とはどのようなものなのだろうと、入院早期に直接在宅支援スタッフと面会する場面を作り、入院している今の患者の状態を共にアセスメントすることは、患者が本来の生活に移行するための重要な取り組みであると考えられる。

また、全国の一般病床の平均在院日数は16.1日であり、一般病床は他の医療機関と連携し、急性期から回復期までの医療をそれぞれのニーズに見合った病床で過ごすことができるように機能分化が推進されている¹⁰⁾。すなわち、急性期病院の役割として、患者にとって必要な高度で専門的な医療を提供する役割があり、今後も効率的な病床の活用が重要視される。機能分化を推進するためには、療養者は入院早期から療養先の検討や退院できるタイミングや療養者の状態を医療者だけでなく療養者本人・家族と在宅支援スタッフが共有しておく必要がある。そのため、病棟看護師は入院早期に【退院できるタイミングを逃さないように入院早期から退院の目途を立てる】ことを意図していたと考えられる。急性期病棟では「在院日数が短く準備不足の状態での退院を余儀なくされることが退院支援の課題」¹¹⁾であり、高齢者の退院支援において、「限られた時間で調整することや認知症高齢者を支える体制を短い期間では調整しきれないことが困難だ」¹²⁾と述べている。本研究において病棟看護師は、療養者に対する支援の開始が遅れてしまうことを防ぐために【退院後の生活に合わせた治療方法や在宅サービスを入院時から調整する】と意図していたと考えられる。

さらに、急性期病院における高齢者の退院支援において、「病棟看護師が退院の可能性について検討しない」「医師が転院と決めつけ在宅への退院を検討しない」「在宅ケアマネジャーや在宅側の事業者が家に帰ることを納得しない」といった内容の困難がある⁹⁾。本研究において病棟看護師は、そのような困難を抱くことがあり、【患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで多職種の意識を変える】ことを意図して、入院早期に在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを行っていたと考える。また、本研究ではカンファレンスで入院早期から療養者と家族の退院への思いを多職種で共有するだけでなく、退院するという方向付けを多職種に働きかけていたこ

とが明らかとなった。早期から多職種に退院に向けて働きかけを行うことで、多職種が退院に消極的になることを防ぎ、療養者・家族の退院への思いを叶えることができるように支援を行っていくことも、病棟看護師の役割であると考えられる。

VIII. 結論

急性期病院において病棟看護師が入院早期に在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを行う意図として【家族や在宅支援スタッフから情報を得て、自宅での生活をイメージする】【患者のADLや認知機能による在宅生活での困難に対する心配を共有したい】【退院できるタイミングを逃さないように入院早期から退院の目途を立てる】【緊急入院患者の情報を早期に在宅支援スタッフと共有し、退院支援計画に参画して欲しい】【退院後の生活に合わせた治療方法や在宅サービスを入院時から調整する】【入院早期に家族の体調や介護の意思と方法を確認し、退院後の生活が困らないようにしたい】【患者・家族の思いを考慮しながら退院に向けた働きかけを看護師が行うことで多職種の意識を変える】の7つのカテゴリーが導出された。病棟看護師は、カンファレンスを通して、患者・家族や在宅支援スタッフと病棟看護師間で、緊急入院した患者の在宅生活に関するイメージのギャップをなくし退院後に想定される困難を共有することを意図していた。また、病棟看護師は、入院早期から、退院のタイミングや退院後の療養場所、退院後の生活に合わせた治療や在宅サービス調整について、患者・家族と在宅支援スタッフとも共有しておくことで、入院の長期化を防ぐことにつながると意図していた。さらに、カンファレンスを情報共有だけの場と捉えるのではなく「退院する」という方向付けを行い、多職種が退院に消極的になることを防ぐことで、患者・家族の退院への思いを叶える支援を行うことを意図し、在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを開催していたと考えられた。

IX. 研究の限界と今後の課題

本研究の調査は、新型コロナウイルス感染症流行の時期と重なり、研究対象者が5名に留まった。このため、この研究結果は、緊急入院となった在宅療養者に対して、在宅支援スタッフを含めたカンファレンスを開催した病棟看護師の意図の全容を明らかにしたものではない。今後、本研究結果で得られた結果から、緊急入院となった患者が自宅へ移行するための支援として入院早期のカンファレンスの有用性や効果を今後検討していく必要がある。

X. 謝辞

本研究の実施にあたり、お忙しい中ご協力してくださいました急性期病院の病棟看護師の皆様へ深く感謝申し上げます。また、ご指導くださいました順天堂大学医療看護学研究科伊藤隆子先生、種市ひろみ先生、藤尾祐子先生ならびに在宅看護学の教員の皆様、在宅看護学学生の皆様へ深く感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 地域包括ケア研究会報告「更地域包括ケアシステムと地域マネジメント」, 2016.
- 2) 山本さやか, 百瀬由美子: 地域医療支援病院の病棟看護師における退院支援の実施状況とその関連要因, 愛知県立大学看護学部紀要 (1884-8869), 24, 83-90, 2018.
- 3) 山本さやか, 百瀬由美子: 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成, 日本看護研究学会雑誌 (0285-9262), 40(5), 837-848, 2017.
- 4) 斎田菜穂子, 渡辺則子, 木下みゆき: 退院支援・調整のために収集する患者情報の実態 職種間での差異に着目して, 日本看護学会論文集 在宅看護, 45, 64-66, 2015.
- 5) 中山聡子: 急性期病院の地域包括ケア病棟における多職種連携, 看護実践の科学, 44(2), 28-36, 2019.
- 6) グレッグ美鈴, 麻原きよみ, 横山美江: よくわかる質的研究の進め方・まとめ方, 医歯薬出版株式会社, 2008.
- 7) 宇都宮宏子: 退院支援実践ナビ, 医学書院, 2011 (2017改訂)
- 8) 藤原奈佳子, 小野薫, 森田恵美子, 他: 急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価, 愛知県立大学看護学部紀要, 19, 2013.
- 9) 深山つかさ: 緊急入院となった後期高齢患者が抱く治療方針の決定についての思い, 京都大学研究紀要 (1883-0307), 43, 181-194, 2017.
- 10) 厚生労働省: 国民衛生の動向, 平成30年度診療報酬改定, 2018.
- 11) 井上奈穂美: 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題, せいれい看護学会誌, 6, 2015.
- 12) 原田かおる, 松田千登勢, 長畑多代: 急性期病院の退院調整看護師が感じている高齢者の退院支援における困難, 老年看護学, 18(2), 2014.