
研究報告

医療看護研究25 P.47-54 (2020)

在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間の協調的支援

Coordinated Care among Discharge Planning Nurses, Ward Nurses and Visiting Nurses during the Transition to Home Care

畔上 光代^{1) 2)} 伊藤 隆子³⁾
AZEGAMI Mitsuyo ITO Ryuko

要旨

在宅移行期において退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師がどのように三者間で協調的支援を行っているのかを明らかにすることを目的に、同一患者の移行支援に関わった退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師を1組とし、計2組(2事例)に半構造化面接を行い質的に分析した。その結果、【退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が患者・家族の意思を中心として移行支援を行う】、【退院支援看護師と病棟看護師が協力し合って移行支援を進める】、【病棟看護師は在宅生活を想像しながら支援し訪問看護師と互いに確認する】、【退院支援看護師は病棟看護師と訪問看護師をつなぐ】、【退院支援看護師と訪問看護師は互いに信頼して患者の課題と看護を引き継ぐ】、【訪問看護師は患者の在宅生活を退院支援看護師と病棟看護師にフィードバックする】の6カテゴリーが導出された。在宅移行期に三者間で行われている協調的支援とは、患者・家族の意思を中心として、自身の立場や役割を認識するだけでなく、各看護師の立場や役割を考えながら行動することや、移行後も患者の在宅生活をフィードバックすることであると考えられた。

キーワード：在宅移行支援、看護師間の連携、協調的支援

Key words：Transition to home care, Coordination among nurses, Coordinated care

I. 緒言

医療が病院完結型から地域完結型へ転換していく中、地域完結型医療では入院前の外来から急性期、回復期、在宅療養にいたるまで、地域全体で医療が切れ目なくつながるために移行支援が必要となる。移行支援により切れ目のないサービス提供とケアの連続性が保証されることで、療養者は安全に療養場所を移動す

ることができる。

入院した療養者の在宅移行支援を行う看護師には、病院の退院支援看護師、病棟看護師および訪問看護ステーションの訪問看護師があげられる。退院支援看護師は、在宅ケア提供者と連携して退院後の療養環境を準備していることが報告されている(戸村ら, 2013)。また、退院支援看護師は病棟看護師を後方から支援しながら病棟看護師の退院支援実践力を高めるために働きかけていることも報告されている(山本ら, 2016)。しかし、7割以上の病棟看護師が「社会資源の情報収集」や「医療処置の在宅用アレンジ」、「在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応の説明」について在宅療養支援研修を希望しており(坂井ら, 2011)、病棟看護師の在宅移行支援の理解と実践が不足していること

- 1) 元順天堂大学大学院医療看護学専攻科博士前期課程
Former Master's Course, Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University
- 2) 埼玉県立大学保健医療福祉学部看護学科
Department of Nursing, School of Health and Social Services, Saitama Prefectural University
- 3) 順天堂大学大学院医療看護学専攻科
Graduate School of Health Care and Nursing, Juntendo University
(Oct. 30. 2019 原稿受付) (Jan. 22. 2020 原稿受領)

が推察される。一方、地域で在宅移行支援に関わる訪問看護師は、退院前カンファレンスに参加することで療養環境の移行に伴って起こるトラブルの予測と備えを行っていることが明らかとなっている（樽矢ら、2015）。しかし、訪問看護師は病院看護師からの連絡調整の欠如や時期の遅さなど、看護師間連携の希薄さがあると認識している（樋口ら、2013）。以上のことから、在宅移行支援を行う看護師の課題は、移行支援の理解不足と看護師間の連携行動や態度の不足であると考えた。

そこで、退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が在宅移行支援を行い、退院後1か月以内に療養場所の移動がない事例には、在宅移行期に看護師間の連携行動と態度を包含した協調的支援が行われているのではないかと考えた。在宅移行期に看護師間で行われている支援を明らかにすることは、ケアの連続性を保証する看護師間連携を促進するための一助となると考える。そこで本研究では、在宅移行期に退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師がどのように三者間で協調的支援を行っているのかを明らかにすることを目的とした。

II. 用語の定義

本明（1989）は協調性を「対人関係において、互いに利益になるように協力して行動し問題を解決するのが協同行動であり、協同行動を起こす傾向を協調性という」と定義している。本研究において協調的支援とは、「看護師間の連携行動と態度によって互いに利益になるように協力して在宅移行支援を行い、患者・家族の問題解決を図ること」と定義した。

III. 研究方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究

2. 研究対象

研究対象者は、退院後も継続して医療的ケアが必要な一人の患者とその家族の在宅移行支援（以下、移行支援）を行った退院支援部門専従の看護師（以下、退院支援看護師）、受け持ち病棟看護師（以下、病棟看護師）、退院後の訪問看護を主に担当した訪問看護師（以下、訪問看護師）とした。まず、関東地方の病院に勤務する退院支援看護師の選定を機縁法で行い、研究協力依頼をした。その後、研究協力の同意が得られ

た退院支援看護師に、退院支援看護師が選定した事例の移行支援を行った病棟看護師と訪問看護師の紹介を依頼した。事例は、退院後も継続して医療的ケアが必要で、移行支援を退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が連携して行い、退院後1ヶ月間以内に再入院・施設入所等の療養の場の移動がない患者のなかで印象に残ったものとした。紹介された病棟看護師と訪問看護師に研究者が研究の目的・方法を説明し、研究協力の同意が得られた者について研究対象者とした。

3. データ収集方法と期間

データはインタビューガイドを用いた半構造化面接法により退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師の役割別に収集した。調査内容は研究対象者の基本属性、所属施設の概要および事例の概要と、それぞれの看護師が実施した移行支援とした。移行支援の内容として、支援課題の抽出、看護計画と実施内容、看護師同士の連絡方法や連携の内容、自分と立場の異なる看護師とのアセスメントや援助計画の相違点、移行支援における各看護師の役割などを尋ねた。面接は1人1回60分程度とし、内容は許可を得て録音して逐語録を作成した。データ収集期間は平成29年7月～10月であった。

4. 分析方法

退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師の逐語録を精読し、移行支援における看護師間の連携行動や態度を含む記述を、前後の文脈の流れと関連付けながら抽出してコード化した。作成したコードを集め、退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師の役割ごとで意味内容の類似性および相違性に基つき分類し、サブカテゴリーを作成した。次に、サブカテゴリーを類似性および相違性に基つき分類し、カテゴリーを作成した。厳密性と真実性の確保のため、共同研究者とともに分析を行った。

5. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学大学院医療看護学研究科研究等倫理委員会の承認を得て実施した（順看倫第29-8号）。研究の参加は自由意思であり逐語録作成および結果の公表時は匿名性を保持することなどを説明の上、同意書に署名を得た。病棟看護師及び訪問看護師は退院支援看護師から紹介してもらうため、関係性を考慮して退院支援看護師に病棟看護師と訪問看護師の研究参加の可否は伝えないこととした。また、病棟看

護師と訪問看護師には研究協力に不同意であっても、紹介者である退院支援看護師との関係に不利益は生じないことを伝えた。なお、事例となった患者の情報を保護するため、退院支援看護師がどの患者を事例としたかについては退院支援看護師から病棟看護師や訪問看護師に伝えてもらい、研究者は患者の氏名やカルテ等の情報は得ないこととした。

IV. 結果

1. 研究対象者と語られた事例の概要

同一患者の移行支援に関わった退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師を1組として、計2組(2事例)の語りが得られた。事例Ⅰは30歳代男性の難病患者、事例Ⅱは80歳代男性のがん患者で、どちらも訪問診療と訪問看護を導入し、在宅看取りとなった事例であった。

事例Ⅰの病棟看護師は主任看護師とプライマリー看護師の2名が、訪問看護師は療養経過の途中で担当が交代したため2名がインタビューに参加した。事例Ⅰ、Ⅱともに退院支援看護師と病棟看護師は同一病院内の職員であり、訪問看護師は別法人の訪問看護ステーションに所属していた。事例Ⅰの退院支援看護師は訪問看護経験者であった。研究対象者の概要を表1に示す。

2. 在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間の協調的支援

在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間で行われている協調的支援は21サブカテゴリー、6カテゴリーが導出された(表2)。以下、カテゴリーを【】、サブカテゴリーを〈〉、コードを〔〕、語りを「」で示す。

- 1) 【退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が患者・家族の意思を中心として移行支援を行う】
退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師それぞれ

が患者と家族の意思を確認し、その意思を中心として移行支援を行っていた。退院支援看護師と病棟看護師は入院中に患者・家族の意思を直接確認していたが、訪問看護師は〔外泊中に患者の病状と患者・家族の自宅退院の意思を確認する〕といった直接の確認とともに、〔退院支援看護師や病棟看護師に患者の病気への思いや今後の療養の希望を確認する〕という患者・家族の意思についての情報共有も図っていた。事例Ⅰの退院支援看護師は、「『帰りたい』じゃなくて、本人が一番良い時に良い状況で、本人の気持ちで帰りたいっていう気持ちになったら、やっぱりそこが帰る時なんだよねっていうところは、多分みんな共通理解してたんじゃないのかなって。』と語り、患者の意思を中心として移行支援を行っていた。

- 2) 【退院支援看護師と病棟看護師が協力し合って移行支援を進める】

1人である退院支援看護師と複数人で交代勤務の病棟看護師が協力するために、〈病棟看護師は病棟看護師チームでカンファレンスをして退院支援看護師にその内容を伝える〉ことや〈病棟看護師は患者の希望である自宅退院を実現するために退院支援看護師と目標をひとつにする〉ことで支援の統一を図っていた。また、〈退院支援看護師は病棟看護師がチームとなり中心的に移行支援を進められるように働きかける〉ことで、病棟看護師チームの移行支援を支持していた。

- 3) 【病棟看護師は在宅生活を想像しながら支援し訪問看護師と互いに確認する】

病棟看護師は在宅生活を実際に見ることができないため〈病棟看護師は家族の状況や在宅サービスの利用頻度から在宅生活を想像し家族ができる処置方法を指導する〉ことや、〔病棟看護師は退院前カンファレンスで訪問看護師に実際に処置方法を見てもらい共に確認する〕ことで患者の在宅療養に沿った支援となるように検討していた。

表1 研究対象者の概要

事例の概要	職種	性別	年齢	看護師経験年数	所属
事例Ⅰ 30歳代男性 難病	退院支援看護師	女	40歳代	20年以上	A病院
	病棟看護師	女	40歳代	16年~20年	A病院
	病棟看護師	女	30歳代	6年~10年	A病院
	訪問看護師	女	50歳代	20年以上	B訪問看護ステーション
	訪問看護師	女	40歳代	20年以上	B訪問看護ステーション
事例Ⅱ 80歳代男性 がん	退院支援看護師	女	40歳代	20年以上	C病院
	病棟看護師	女	20歳代	1年~5年	C病院
	訪問看護師	女	50歳代	20年以上	D訪問看護ステーション

表2 在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間の協調的支援

カテゴリー	サブカテゴリー	コードの例 (退院支援看護師：DPN 病棟看護師：WN 訪問看護師：VN)
退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が患者・家族の意思を中心として移行支援を行う	退院支援看護師は患者や家族の意思を都度確認し在宅サービス調整をする	退院支援看護師は患者と家族の在宅療養の意思を再確認し患者の特徴に合わせた在宅サービスを調整する (DPN)
	病棟看護師は患者と家族両者の意思を確認して目標を立てる	病棟看護師は患者と家族が目標を一つにするために両者の思いを橋渡しする (WN)
	訪問看護師は患者の病気への思いや希望を入院中に確認してから引き受ける	訪問看護師は退院支援看護師や病棟看護師に患者の病気への思いや今後の療養の希望を確認する (VN)
退院支援看護師と病棟看護師が協力し合って移行支援を進める	病棟看護師は患者の希望である自宅退院を実現するために退院支援看護師と目標をひとつにする	病棟看護師は患者が自宅退院を望んでいることを認識し、病状が悪化して帰れなくなる前に実現しようと病棟看護師チームと退院支援看護師が一致団結する (WN)
	病棟看護師は病棟看護師チームでカンファレンスをして退院支援看護師にその内容を伝える	病棟看護師は退院支援看護師が在宅サービスの検討や院外との連携をスムーズにできるように情報収集して伝える (WN)
	病棟看護師は全員が情報を共有できるように支援経過を記録する	病棟看護師は入れ替わりになるスタッフが情報を共有できるように、支援経過や患者・家族の思いをカルテに記録する (WN)
	退院支援看護師は病棟看護師がチームとなり中心的に移行支援を進められるように働きかける	退院支援看護師は病棟看護師が退院支援の中心になり看護計画を立案実施することを支持する (DPN)
	退院支援看護師は病棟看護師と共に支援方法を考え実行する	退院支援看護師は病棟看護師から患者や家族の情報を得て在宅療養移行支援の方法を考える (DPN)
病棟看護師は在宅生活を想像しながら支援し訪問看護師と互いに確認する	病棟看護師は家族の状況や在宅サービスの利用頻度から在宅生活を想像し家族ができる処置方法を指導する	病棟看護師は在宅サービス利用状況から在宅生活を想像し、患者・家族が不安なく退院できるようにケアや処置の指導内容を考える (WN)
	病棟看護師は退院支援看護師に院外連携を任せ、病棟での支援内容は訪問看護師に直接伝える	病棟看護師は病棟で行った支援内容を家族や訪問看護師と共有する (WN)
	病棟看護師は退院前カンファレンスで訪問看護師と患者の思いやケア方法を共有し確認する	病棟看護師は退院前カンファレンスで訪問看護師に実際に処置方法を見てもらい共に確認する (WN)
	訪問看護師は家族が困らないように在宅での処置物品を多く持ち帰らせてもらうよう依頼する	訪問看護師は退院処方として処置物品をできる限り多く出すように依頼することで家族が困らないように備える (VN)
退院支援看護師は病棟看護師と訪問看護師をつなぐ	訪問看護師は退院支援看護師に病院と在宅をつなぐ役割を期待している	訪問看護師は退院支援看護師に病棟看護師と自分をつなぐ役割を期待している (VN)
	退院支援看護師は支援経過を確認して、支援がずれないように病棟看護師や訪問看護師に伝達する	退院前カンファレンス後は退院支援看護師が訪問看護師に電話で現状を伝えて準備を依頼する (DPN)
	退院支援看護師は病院と在宅の看護の違いを認識する	退院支援看護師は訪問看護師と退院後訪問をすることで病院と在宅での看護の違いを認識する (DPN)
退院支援看護師と訪問看護師は互いに信頼して患者の課題と看護を引き継ぐ	退院支援看護師は移行実現のために訪問看護師に患者・家族の思いと病院での支援内容を伝え、課題を確認しあう	訪問看護師に安心して受けてもらえるように、退院支援看護師が患者・家族の思いや希望を正確に聞き取り訪問看護師に伝える (DPN)
	退院支援看護師は訪問看護師の協力を信じて相談し、退院後は訪問看護師の判断に任せる	退院支援看護師は訪問看護師に困っていることを相談して、退院後は訪問看護師の判断に任せる (DPN)
	訪問看護師は退院前カンファレンスで病院での看護と在宅生活をつなげて確認する	訪問看護師は退院前カンファレンスで在宅療養で課題となる点を確認する (VN)
	訪問看護師は病院での看護を引継ぎながら再調整する心構えで引き受ける	訪問看護師は病院での調整を踏まえて在宅療養の経過をみながら再調整する心構えがある (VN)
	訪問看護師は病院から引き継がれた課題を初回訪問から評価し看護をする	訪問看護師は退院前カンファレンスで共有した在宅療養の課題を初回訪問から評価し介入する (VN)
訪問看護師は患者の在宅生活を退院支援看護師と病棟看護師にフィードバックする	訪問看護師は初回訪問の様子を病院での支援の結果として退院支援看護師と病棟看護師に報告する (VN)	

4) 【退院支援看護師は病棟看護師と訪問看護師をつなぐ】

事例Ⅱの退院支援看護師は「病院にいると未然に防ぐという視点だけど、(訪問看護は)全てを先にお膳立てをするのではなく、できるだけ本人の今の状態の中で対応をしていく。療養の先の経過なんだというところで捉えてるんだな」と語り、「退院支援看護師は訪問看護師と退院後訪問をすることで病院と在宅での看護の違いを認識」していた。また、事例Ⅰの退院支援看護師は訪問看護経験者であり、どちらの退院支援看護師も病院と在宅の違いを認識しているからこそ「退院支援看護師は支援経過を確認して、支援がずれないように病棟看護師や訪問看護師に伝達する」ことで病棟看護師と訪問看護師をつないでいた。

5) 【退院支援看護師と訪問看護師は互いに信頼して患者の課題と看護を引き継ぐ】

退院支援看護師と訪問看護師は患者のケアを継続するために、「退院支援看護師は移行実現のために訪問看護師に患者・家族の思いと病院での支援内容を伝え課題を確認しあう」ことで送り手としての役割を、「訪問看護師は病院から引き継がれた課題を初回訪問から評価し看護をする」という受け手の役割を果たしていた。また、両者は「退院支援看護師は訪問看護師の協力を信じて相談し、退院後は訪問看護師の判断に任せる」、「訪問看護師は病院での看護を引き継ぎながら再調整する心構えで引き受ける」といった互いの看護への信頼を示していた。

6) 【訪問看護師は患者の在宅生活を退院支援看護師と病棟看護師にフィードバックする】

事例Ⅰの訪問看護師が「帰ってこんなふうに食べられてたとか、(患者が)こんなことを病院の人たちよくやってくれたんですよと言ってたよとか。たぶんそうやってフィードバックが、退院後って病棟にはないと思っているので。それを返せるのは私たちだけだと思ってるからだいたい返すようには心掛けてはいますね。」と語ったように、「訪問看護師は病院の看護師が行った支援の結果として在宅療養の様子を報告する」ことで患者が在宅に移行してからも退院支援看護師や病棟看護師とつながっていた。

V. 考察

本研究で明らかとなった在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間の協調的支援とは、患者・家族の意思を中心とした移行支援を行うた

めに互いに協力し合い支援の統一を図りつつ、退院後の生活を想像しながら互いに信頼して患者の課題と看護を引き継ぎ、退院後も患者の在宅生活を訪問看護師が退院支援看護師と病棟看護師にフィードバックすることであった。以下、在宅移行期の協調的支援の様相について考察する。

1. 患者・家族の意思を中心とした移行支援

野中(2014)は、連携するうえで最も大切なのは目的・目標の共有であると述べている。移行支援の目的は患者の望む生活の実現であり、目標は患者と家族の希望や思いから具体的に設定する必要がある。本研究では、【退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が患者・家族の意思を中心として移行支援を行う】ために、退院支援看護師も病棟看護師も訪問看護師も患者と家族の意思を確認し、把握した意思を看護師同士で伝え合って共有していた。これが移行支援における三者間の目的・目標の共有であったと考えられる。また、中原(2009)はたとえ客観的な情報を共有していても、その意味づけを共有できなければ協調的な行動をとることはできないと述べている。「訪問看護師は患者の病気への思いや希望を入院中に確認してから引き受ける」ことや、退院前カンファレンスの機会に「退院支援看護師は移行実現のために訪問看護師に患者・家族の思いと病院での支援内容を伝え、課題を確認しあう」ことは、患者がどう生きていきたいと思っているのかを退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が一緒に考え、その情報の意味づけを三者で共有することが含まれていると考えられる。これらによって【退院支援看護師と訪問看護師は互いに信頼して患者の課題と看護を引き継ぐ】ことができ、医療処置などのケアの継続と同様に、患者・家族の意思を共有することで意味づけされた目標が立ち、協調的支援になると考えられた。

2. 立場の異なる看護師の役割認識と相互補完

移行支援において病棟看護師が患者や家族に医療的ケアの指導をすること(宇都宮ら, 2015; 土田ら, 2013)や、退院支援看護師が院外の在宅ケア関係者との連携を主に担うこと(日本訪問看護振興財団, 2011; 戸村ら, 2017)は先行研究で明らかとなっている。本研究においても同様の結果が得られたが、さらに本研究では「退院支援看護師は病院と在宅の看護の違いを認識する」こと、【病棟看護師は在宅生活を想像し

ながら支援し訪問看護師と互いに確認する】ことや、〈訪問看護師は病院での看護を引継ぎながら再調整する心構えで引き受ける〉ことなどから、看護師が自身の立場や役割を認識するだけでなく、移行支援を行うそれぞれの看護師の立場や役割を考えながら行動していたと推察できる。さらに、このような行動や態度が協調的支援の源となり、移行支援の経過とともに各看護師が発揮させていく能力であるとも考えられた。

また、【退院支援看護師と病棟看護師が協力し合っ
て移行支援を進める】の〔病棟看護師は退院支援看護師が在宅サービスの検討や院外との連携をスムーズにできるように情報収集して伝える〕や〔退院支援看護師は病棟看護師が退院支援の中心になり看護計画を立案実施することを支持する〕のように、退院支援看護師と病棟看護師は移行支援を進めるために相互に補完しあってきたと考えられた。相互に補完関係が築かれることで不足なく移行支援が進められ、移行支援の質保証につながると考えられる。

3. 訪問看護師から退院支援看護師、病棟看護師へのフィードバックの効果

川嶋ら（2015）は、約9割の病棟看護師が退院後の患者が気になったと回答し、その内容は指導内容の活用や、患者のADLの変化であったと報告している。本研究で訪問看護師が退院支援看護師と病棟看護師に行ったフィードバックとは、病院で受けた指導が在宅でどのように活かされているかということや在宅での療養生活の様子を伝えることであった。退院支援看護師と病棟看護師が、退院後の患者の生活や患者・家族が自宅退院を喜ぶ様子を知ることは、自身の移行支援を評価し、ケアの継続性を再確認する機会となると考えられる。さらに、訪問看護師と連携する必要性を認識し、連携行動につながる可能性も考えられた。

また、島村ら（2017）は病棟看護師と退院後同行訪問を行った訪問看護師は退院支援の結果のフィードバックが重要であると感じ、病棟看護師宛てにフィードバックを行うようになったと報告している。訪問看護師が退院支援看護師や病棟看護師にフィードバックをすることは、訪問看護師にとっても訪問看護を理解してもらう機会となり得るといえる。退院後の訪問看護師からのフィードバックによって、移行支援に関わる看護師が互いを理解しつながりを実感して、その後の移行支援がケアの継続性を意識した看護師間連携となる可能性があると考えられた。

4. 本研究の限界と今後の課題

本研究ではひとりの患者の移行支援に関わった退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師を研究対象とし、それぞれの看護師の経験年数を選定条件としなかったため研究対象者の看護師経験年数の差が大きくなった。移行支援は疾病と生活を統合したアセスメントが必要となり、看護師の経験によって支援の内容や質に差が出るのが予測される。今後は看護師経験年数を対象者の選定条件に加えて調査することで、異なる結果が得られる可能性があると考えられる。

VI. 結論

在宅療行期に退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間で行われている協調的支援は、【退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が患者・家族の意思を中心として移行支援を行う】ことにより、患者がどう生きていきたいと思っているのかを退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が一緒に考え、その意味づけを三者で共有することであると考えられた。また、【病棟看護師は在宅生活を想像しながら支援し訪問看護師と互いに確認する】ことや、【退院支援看護師と訪問看護師は互いに信頼して患者の課題と看護を引き継ぐ】など、移行支援の経過の中で看護師が自身の立場や役割を認識するだけでなく、移行支援を行うそれぞれの看護師の立場や役割を考えながら行動することも協調的支援であると考えられた。【退院支援看護師と病棟看護師が協力し合っ
て移行支援を進める】ことで不足なく移行支援が進められ、さらに、移行後も【訪問看護師は患者の在宅生活を退院支援看護師と病棟看護師にフィードバックする】ことで、その後の移行支援がケアの継続性を意識した看護師間連携となると考えられた。

謝辞

本研究にご協力いただきました研究協力施設の責任者様、インタビューに応じていただきました看護師の皆様へ心より感謝申し上げます。本研究は第38回日本看護科学学会学術集会で発表した。本研究における利益相反はない。本研究は、平成29年度順天堂大学大学院医療看護学研究科修士論文に加筆・修正を加えたものである。

引用文献

樋口キエ子, 山崎恵子, 玄永春奈(2013). 訪問看護師が

- 認識する在宅移行時の連携促進要因と阻害要因. 医療看護研究, 10(1), 38-44.
- 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛(2015). 病棟看護師の退院支援の現状と課題－患者が地域へ安心して戻るために－. 聖泉看護学研究, 4, 29-38.
- 本明寛監修(1989). 評価・診断心理学辞典. p.75. 実務教育出版.
- 中原淳, 長岡健(2009). ダイアログ対話する組織. p.77. ダイヤモンド社.
- 日本訪問看護振興財団(2011). 社団法人日本看護協会委託事業 退院調整看護師に関する実態調査報告書. 日本訪問看護財団ホームページ. <https://www.jvnf.or.jp/taiin.pdf>. (Oct. 30, 2019)
- 野中猛(2014). 多職種連携の技術. pp. 31-36. 中央法規.
- 坂井志麻, 中田晴美, 柳修平(2011). 特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識－経験年数別比較と病棟・外来別比較－. 東京女子医科大学看護学会誌, 6(1), 41-51.
- 島村敦子, 辻村真由子, 権平くみ子(2017). 受け持ち病棟看護師と訪問看護師による退院後同行訪問の実施(第2報)－訪問看護師の気づきと看護活動の変化－. 千葉大学大学院看護学研究科紀要, 39, 11-19.
- 樽矢裕子, 濱本洋子, 佐藤鈴子(2015). 退院前カンファレンスにおける訪問看護師によるケアの継続に向けたアセスメントのプロセス. 日本看護研究学会雑誌, 38(4), 25-35.
- 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代(2013). 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. 日本看護科学会誌, 33(3), 3-13.
- 戸村ひかり, 永田智子, 竹内文乃(2017). 日本の病院における退院支援看護師の実践状況－2010年と2014年の全国調査の結果を比較して－. 日本看護科学会誌, 37, 150-160.
- 土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子(2013). 医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践. 日本看護研究学会雑誌, 36(4), 39-46.
- 宇都宮宏子, 坂井志麻(2015). 退院支援ガイドブック. pp.95-99. 学研メディカル秀潤社.
- 山本詩帆, 森下安子(2016). 退院調整看護師による病棟看護師の実践能力向上へのかかわり－退院支援における状況の認識・働きかけに焦点を当てて－. 高知女子大学看護学会誌, 41(2), 60-69.

Research Report

Abstract

Coordinated Care among Discharge Planning Nurses, Ward Nurses and Visiting Nurses during the Transition to Home Care

This study aimed to clarify how discharge planning, ward, and visiting nurses collaborate to provide coordinated care during the period of transition from hospital care to home care. We conducted semi-structured interviews with 2 groups, each consisting of a discharge planning nurse, a ward nurse, and a visiting nurse who were involved in transition support for the same patient (total, 2 patients) and qualitatively analyzed the results. The following 6 categories were extracted: “discharge planning, ward, and visiting nurses provide transition support focused on the desires of the patient and family members”, “discharge planning and ward nurses cooperate to promote transition support”, “ward nurses provide support while imagining the patient’s home living condition and confirm with visiting nurses”, “discharge planning nurses connect the ward and visiting nurses”, “discharge planning and visiting nurses trust each other to take over the handling of patient issues and nursing care”, and “visiting nurses provide feedback on patient home life to the discharge planning and ward nurses”. Coordinated care provided by the three parties during the transition period included not only recognizing each nurses’s particular position and role, focused on the desires of the patient and family members, but also acting in consideration of each nurse’s position and role, and then providing feedback on maintaining the patient’s lifestyle at home after the transition.

Key words : Transition to home care, Coordination among nurses, Coordinated care

AZEGAMI Mitsuyo, ITO Ryuko