

研究報告

医療看護研究32 P. 9-18 (2023)

看取り・医療処置導入以外の事例において退院支援看護師が
訪問看護導入を判断する要因Factors in the Decision by Discharge Support Nurses to Introduce Home-
Visit Nursing Care in Cases other than End-of-Life Care and Introduction
of Medical Treatment菱田 一 恵¹⁾
HISHIDA Kazue藤田 淳 子²⁾
FUJITA Junko

要 旨

退院支援看護師が、看取り・医療処置導入以外の事例に対して、訪問看護導入を判断する要因を明らかにすることを目的として、退院支援看護師7名に対し訪問看護の導入を判断した事例の状況と判断の過程に関する半構成的インタビューを行い、質的帰納的に分析した。その結果、看取り・医療処置導入以外の事例において、退院支援看護師が訪問看護導入を判断する要因として、【患者・家族の不安】【医療的視点での介入の必要性】【家族支援の必要性】【将来予測される病状・成長発達・療養上の課題】【疾患や患者・家族の状況に応じたタイミング】【病状変化の早期発見と適切な支援へつなぐ必要性】【患者・家族の関係や生活の把握困難】の7カテゴリーが抽出された。退院支援看護師は、療養者・家族の生活全体をとらえながら訪問看護の必要性を判断し、疾患の特徴をふまえた今後の長期的な予測の中で訪問看護導入の時期やタイミングを見極めていた。今後さらに複数の疾患を持ち療養の場を移行する患者の増加が考えられ、訪問看護導入のタイミングを考慮すべき疾患や疾患ごとの訪問看護導入のタイミングをより明確にしていく必要があることが示唆された。

キーワード：退院支援看護師、訪問看護導入、判断要因

Key words：Discharge support nurse, Introduction of home-visit nursing, Factors in the decision

I. 緒言

我が国の高齢化率は令和4年10月1日現在29.0%で、今後も高齢化率は上昇を続け、2040年には35.3%になると見込まれている（内閣府，2022）。高齢化に伴い、複数の疾病を持つ高齢者の在宅医療・介護ニーズは増大しており、急性期・回復期・慢性期を通して、

病院と在宅とのシームレスな連携による地域包括ケアの構築が求められている。また、小児の在宅療養者に対しては、医療的な支援だけでなく家族の社会的支援や日常生活維持など生活面への支援も必要であり、適切なタイミングで訪問看護による支援を受けられることが求められている（山本 他，2022）。

このような現状において、患者の在宅療養上の課題を早期に把握し、適切な在宅サービスの導入を判断し連携を図ることが、病院の看護師の役割であると考えられる。この役割は、主には退院支援部署に所属する退院支援看護師が担っている。しかし、在宅サービスの1

1) 順天堂大学医療看護学部
Faculty of Health Care and Nursing, Juntendo University2) 国立看護大学校
National College of Nursing, Japan
(May. 6. 2023 原稿受付) (Jul. 26. 2023 原稿受領)

つである訪問看護の導入の判断に一定の基準はなく、臨床現場からは導入の時期の遅れなどが問題提起されている（奥村，2013）。

ケアマネジャーを対象にした基礎資格による訪問看護導入の判断の違いに関する調査では、ターミナル期にある患者や医療処置が必要な患者については判断に差は生じていないが、食事指導や服薬などの日常生活の課題については、ケアマネジャーの基礎資格によって訪問看護の必要性の判断に差が生じることが報告されている（辻村 他，2014）。このことから、ターミナル期にある看取りの患者や医療処置を導入して退院する患者は、訪問看護導入の根拠が比較的に見えやすいため、訪問看護が導入されやすいと考えられる。また、訪問看護導入の判断は、患者の心身の状態のほかに、ケアマネジャーや他職種への訪問看護によるサポートの必要性など、複数の要素から構成されていることが明らかとなっている（下吹 他，2018；辻村，2014）。

これまで訪問看護導入の判断の実態について、ケアマネジャー（下吹越 他，2016；2018）や訪問看護師（小原 他，2012；2013）を対象とした調査がある。一方、退院支援看護師を対象とした研究はほとんど行われていない。訪問看護導入の判断をする役割は、介護保険利用者の場合はケアマネジャーが、医療保険利用者の場合は病院従事者が担っていることが多い（日本訪問看護財団，2012）ことから、病院の退院支援看護師の判断の要因について明らかにしていく必要があると考える。

以上のことから、本研究では、訪問看護導入の根拠が見えやすい看取り・医療処置導入以外の理由で、病院から在宅へ移行する患者に対して訪問看護が導入される場合の判断要因を明らかにしたい。これらを明らかにすることによって、退院支援看護師が訪問看護導入の判断要因を認識でき、訪問看護サービス導入の判断力向上と多職種との連携促進の一助になると考える。

II. 目的

在宅へ移行する患者への支援として退院支援に着目し、退院支援看護師が看取り・医療処置導入以外の事例にどのような要因がある場合に訪問看護導入を判断しているのか、その判断要因を明らかにする。

III. 方法

1. 研究デザイン

質的記述的研究デザイン

退院支援看護師の判断を具体的に明らかにするために、研究協力者の見方から現実を記述することに適した質的記述的デザインを用いた。

2. 研究協力者

退院支援看護師が研究を実施する等、退院支援に関して先駆的な取り組みを行っている医療施設の看護部長に退院支援看護師の推薦を依頼した。退院支援看護師の条件は、退院支援において、看取りや人工呼吸器など医療処置導入以外の理由で訪問看護の導入を判断し導入に至った患者の経験があることとし、経験年数は問わないこととした。看護部長が研究の趣旨を理解し、退院支援看護師に研究依頼書を配付することに同意した場合に研究依頼書を配付するよう依頼した。研究協力の同意を得られた退院支援看護師7名を研究協力者とした。

3. データの収集方法

研究協力者に対し、個別に1回60分程度の半構成的インタビューを実施した。研究協力者に、看取り・医療処置導入以外の理由で訪問看護の導入を判断した事例の状況と判断の過程についてインタビューガイドを用いてインタビューを実施し、フェイスシートを用いて、性別、年齢、看護師経験年数、退院支援看護師経験年数、職位、訪問看護経験の有無について尋ねた。データ収集期間は2019年8月から2020年2月であった。

4. 分析方法

収集したデータから逐語録を作成した。研究協力者の語っている看取り・医療処置導入以外の理由で訪問看護を導入した事例の特徴、訪問看護導入の判断要因についての語りを、言葉の内容の意味を損なわないように個別分析によりコード化した。次に、全体分析によりコード同士を見比べ、コード内容の類似点、相違点の比較をし、共通性のある意味内容が類似したコードを集めてサブカテゴリーとした。さらに、意味内容が類似したサブカテゴリーを集め、本質的な意味を表現したカテゴリーを抽出した。なお、分析過程において、退院支援熟練者のスーパーバイズを受け、信頼性および妥当性を高めた。

5. 倫理的配慮

本研究は、順天堂大学医療看護学研究科研究等倫理審査委員会(順看倫第2019-54)の承認を得て実施した。研究協力者の任意性と研究参加への自己決定の遵守、個人情報保護に留意して研究を進めた。研究目的、方法、データ管理、研究協力の自由意思、研究協力の利益および不利益、研究の成果の公表方法などを口頭と書面で説明し、同意書に署名を得て実施した。面接調査では、答えたくないことは答えなくてよいこと、途中辞退を希望する場合の方法を説明した。面接調査は周囲に面接内容が聞こえない場所を確保して、身体面、精神面に負担のないよう配慮し、面接時間は60分以内とした。面接の内容は、事前に承諾を得た上で、ICレコーダーでの録音とメモによる記録を行った。

IV. 結果

1. 研究協力者と語られた事例の概要

研究協力者は関東の医療施設に所属している退院支援看護師7名で、平均年齢は44.7歳、全員女性であった。平均看護師経験年数は21.5年、平均退院支援看護師経験年数は3年11か月、訪問看護は2名が経験していた(表1)。

研究協力者7名から語られた事例は17事例で、1歳未満が1名、20~64歳が4名、65歳以上が12名であった。主疾患は悪性腫瘍、慢性呼吸器疾患、神経難病、心不全、糖尿病、アルツハイマー型認知症等と多岐に

表1 研究協力者(退院支援看護師)の概要

対象者	年齢	性別	看護師経験年数	退院支援看護師経験年数	訪問看護経験
A	30歳代	女性	13年	5年	なし
B	40歳代	女性	18年	5年	なし
C	40歳代	女性	20年	8か月	なし
D	40歳代	女性	22年	7年	なし
E	40歳代	女性	20年	1年	なし
F	50歳代	女性	34年	10か月	有
G	40歳代	女性	24年	8年	有

わたり、入院理由は病状悪化が9名、治療・症状管理が7名であった(表2)。

2. 看取り・医療処置導入以外の事例において訪問看護導入を判断する要因

退院支援看護師が看取り・医療処置導入以外の事例において訪問看護導入を判断する要因として【患者・家族の不安】【医療的視点での介入の必要性】【家族支援の必要性】【将来予測される病状・成長発達・療養上の課題】【疾患や患者・家族の状況に応じたタイミング】【病状変化の早期発見と適切な支援へつなぐ必要性】【患者・家族の関係や生活の把握困難】の7カテゴリーが抽出された(表3)。以下カテゴリーは【】、サブカテゴリーは<>、コードは<>、語りは「」で示す。

1) 【患者・家族の不安】

<疾患に関連した患者の不安>では、呼吸苦や発熱等の<病状に対する患者の不安がある><患者が疼痛緩和の服薬管理の実施に不安がある><短期間で複数の疾患が見つかり、患者の気持ちが追いついていない>等の患者自身の不安があげられた。<介護方法への家族の不安>では<病態に合わせた食事の調理への家族の不安がある>があげられ、<起こりうる病状変化や生活への患者・家族の不安>では<今後の日常生活が予想できないことに患者・家族の不安がある><状態悪化時に家族の不安が増強することが予想される>といった病状変化や生活への不安があげられた。また入院中だけでなく、<退院後、受診のたびに家族が患者と一緒に退院支援看護師に相談に来る>といった<家族の相談の頻度の高さ>も、退院後外来フォロー中の訪問看護導入の要因になっていた。

2) 【医療的視点での介入の必要性】

<日常生活に関連した医療的視点での体調管理の必要性>では、<在宅酸素療法を行うため呼吸管理が必

表2 語られた17事例の概要

性別	女性7名、男性10名
年齢	1歳未満：1名、20~65歳：4名、65歳以上：12名
主疾患	悪性腫瘍(4名)、慢性呼吸器疾患(3名)、神経難病(2名)、心不全/糖尿病/誤嚥性肺炎/アルツハイマー型認知症/てんかん/クローン病/腎出血/脊髄髄膜瘤(各1名)
同居家族	配偶者(8名)、配偶者と子(4名)、独居(2名)、親(2名)、姉妹(1名)
入院理由	病状悪化(9名)、治療・症状管理(7名)、診断の確定(1名)
訪問看護導入時期	退院時(14名)、退院後外来フォロー中(3名)

表3 看取り・医療処置導入以外の事例において退院看護師が訪問看護導入を判断する要因

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
患者・家族の不安	疾患に関連した患者の不安	病状に対する患者の不安がある
		患者が病状への不安があり看護師に頻回に質問する
		患者は痰吸引しないことへの不安が強く看護師にその必要性を頻回に確認する
		呼吸困難感による死への不安（と共に家で療養しつづけたい希望）がある
		患者が疼痛緩和の服薬管理の実施に不安がある
	介護方法への家族の不安	短期間で複数の疾患が見つかり、患者の気持ちが追い付いていない
		病態に合わせた食事の調理への家族の不安がある
	起こりうる病状変化や生活への患者・家族の不安	今後の日常生活が予想できないことに患者・家族の不安がある
		状態悪化時に家族の不安が増強することが予想される
		介護者不在時に患者が病状に合わない食事をするのではないかと介護者の心配がある
		兄の在宅での生活に対して母親の心配・不安がある
		母親に退院後の定期的な相談の希望がある
	家族の相談の頻度の高さ	退院後、受診のたびに家族が患者と一緒に退院支援看護師に相談に来る
		外来受診と外来受診の間に、電話での報告、相談が多い
		入院中から家族の心配事が多く看護師に頻繁に質問がある
家族からの相談が頻繁にある		
医療的視点での介入の必要性	日常生活に関連した医療的視点での体調管理の必要性	在宅酸素療法を行うため呼吸管理が必要である
		全身の管理が必要である
		糖尿病、認知機能低下、誤嚥による症状の管理を要する
		嚥下障害が出現している
		経口摂取で誤嚥のリスクが高い
		介護者は食事介助で精いっぱい肺予防の口腔ケアの実施が難しい
	合併症の予防と対処の必要性	家での栄養管理の具体的な方法が不明である
		排便コントロールが上手くいっていない
		誤嚥性肺炎予防が必要である
		ステロイド剤を内服しており感染予防が必要である
	疾患のセルフケア不足	褥瘡予防が必要である
		装具を装着しないと呼吸抑制のリスクがある
		脱水、尿路感染症等で発熱しやすい
		患者に知的障害があり、自分で症状出現を訴えることができない
	ADL維持のためのリハビリテーションの必要性	心不全で頻脈の自己判断が難しい
		独居で近くに家族がおらず、病識が薄い
	服薬の自己管理の課題	水分摂取と体重の自己管理ができない
		アルコール依存の傾向があり、生活リズムが乱れている
		退院前訪問で移動ができることがわかり、安全にADLを維持するために訪問看護によるリハビリが必要と判断
		残薬が多く、服薬している薬の認識もできていない
	医療的判断が求められる疼痛・症状コントロール	複数服薬している薬の管理ができていない
		高血糖で緊急受診を繰り返しており看護師による服薬管理が必要である
	清潔ケアによっておこる病状変化に医療的対処の必要性	心疾患や脳梗塞の複数の服薬も含めた体調管理が必要である
		疾患の状態変化に合わせた服薬ができていない
		化学療法と鎮痛剤による副作用が出現している
		レスキュードーズを自己判断では適切に使用できず疼痛管理ができていない
		通院困難な環境であり、在宅での疼痛コントロールが必要である
清潔ケアにより出やすくなる痰を看護師が適切なタイミングで吸引する必要がある		
家族支援の必要性	足の拘縮によりヘルパーによる清潔ケアは難しいと思われた	
	頸椎転移があり、患者も家族も清潔ケアが怖くてできない	
	腰椎圧迫骨折後であり看護師による入浴介助が必要である	
	入浴時の呼吸困難感に対して、看護師による適切な安静・安楽のケアが必要である	
家族の介護力不足	易感染状態にある患者の感染兆候の把握には、ヘルパーや訪問入浴ではなく訪問看護師が必要である	
	家族だけでケア（褥瘡予防、吸引、口腔ケア）を実施することは難しい	
	家族に患者の状態を理解する余裕がない	
		家族の精神的な負担が大きい

カテゴリー	サブカテゴリー	コード
家族支援の必要性	疾患を抱える家族による介護困難の予測	患者の配偶者が認知症である
		患者の配偶者に心疾患があり膝も悪く外出できない
		患者の配偶者がパーキンソン病のため患者の病状の理解や介護の実施は難しい
	高齢家族による介護困難の予測	高齢者世帯であり、家族は身体機能低下により受診同行できない
		介護者が高齢であり今後介護継続困難が予測される
		介護者が後期高齢者であり介護を依頼することができない
	介護負担増強の予測	患者の介護へのこだわりが家族の疲れが見え始めている
		患者の病気が進行すると介護者一人で今の生活を維持できない可能性がある
	家族の介護方法の確認・指導・承認の必要性	家族が嚥下食調理に自信が持てない
		家族が胃瘻の注入の手技を覚えられていない
	家族が介護方法について承認してもらいたい様子がある	
家族の疾患理解の促進の必要性	家族の判断基準や対応があいまいで医療的な対応ができていない	
	家族が患者の疾患について理解できておらず受け止めができていない	
将来予測される病状・成長発達・療養上の課題	短期間で繰り返される再入院	退院指導をしても心不全を何回も繰り返し、再入院までの期間が短い
		自宅でのがん疼痛管理を指導されているが、入退院を繰り返している
		発熱による入院を繰り返している
	将来的に起こりうる病状・身体機能の変化	誤嚥性肺炎による入院を繰り返している
		ADL・嚥下機能・認知機能が低下する可能性がある
	成長発達に伴って生じうる課題	体力が低下していく可能性がある
		患者が積極的に治療を希望しており、治療開始後に副作用が出現する可能性がある
	延命治療しない意向であり、今後呼吸苦が予測される	
	将来的に医療処置が必要になる可能性がある	
	成長発達においてリハビリテーションを継続していく必要がある	
疾患や患者・家族の状況に応じたタイミング	疾患によって予測される病状をもとに考えたタイミング	誤嚥性肺炎を再発すると生命への危険がある
		がんの場合は、訪問看護が入ると急激な変化に対応できるため、在宅生活開始後早い段階で導入する
		心不全の場合は、病棟看護師や医師と話し合いの結果訪問看護導入を決定する
		慢性呼吸器疾患の場合は、呼吸機能が悪化する病状後期に訪問看護の導入を検討する
	患者・家族が生活に困難を感じはじめ支援が必要となるタイミング	精神疾患の場合は、人とかかわりに慣れることを目的に訪問看護を導入する
		患者・家族が生活に少し困り始めている
	患者・家族だけで過ごす時間を確保するため、訪問看護が必要となるギリギリのタイミングを見極める	
病状変化の早期発見と適切な支援へつなぐ必要性	病状変化時の早期発見のための継続的な観察の必要性	受診が必要な状態の判断が患者・家族では難しい
		症状出現しても受診行動をとるのが難しい
		症状変化時に備えた定期的な観察が必要である
		肺炎を発症する危険性が高い
	病状や患者の意向変化時に、適切に医療・介護へつなぐ判断の必要性	食事形態や嚥下状態の継続的な観察が必要である
		訪問診療が導入できていない
		延命治療の意向があり、気管切開の見極めが必要である
介護職への医療的視点からの情報発信の必要性	体調変化時に訪問診療や病院と連携し治療の体制を整える必要がある	
	抗がん剤治療後の体調管理、副作用でADLが低下した場合の介護保険利用の判断が必要である	
患者・家族の関係や生活の把握困難	患者・家族の生活状況が見えない	ケアマネジャー（介護職）から患者・家族への医療面の情報が不足している
		高齢者夫婦の生活の全体像が見えにくい
		同居家族の様子がわからない
	患者と家族の思いや認識の不一致	遠方にある家族が病院やケアマネジャーにお任せの姿勢でいる
		患者には頼れる人がいない
	患者と家族の話に相違がある	
	家族間の関係が上手くいっていない	

要である><介護者は食事介助で精いっぱい肺炎予防の口腔ケアの実施が難しい>といった呼吸や肺炎予防の管理が必要な状態があげられた。《合併症の予防

と対処の必要性》では<褥瘡予防が必要である><装具を装着しないと呼吸抑制のリスクがある>等の予防が必要な状態やリスクがある状態があげられた。《疾

患のセルフケア不足」では、＜心不全で頻脈の自己判断が難しい＞＜水分摂取と体重の自己管理ができない＞等があげられた。

＜服薬の自己管理の課題＞では、＜残薬が多く、服薬している薬の認識もできていない＞＜複数服薬している薬の管理ができていない＞＜高血糖で緊急受診を繰り返しており看護師による服薬管理が必要である＞といった、服薬に関する認識の不足、複数の服薬の管理、服薬できない場合のリスク等に関連する課題があげられた。

＜医療的判断が求められる疼痛・症状コントロール＞では、＜化学療法と鎮痛剤による副作用が出現している＞＜レスキュードーズを自己判断では適切に使用できず疼痛管理ができていない＞があげられた。

＜清潔ケアによっておこる病状変化に医療的対応の必要性＞には、＜清潔ケアにより出やすくなる痰を看護師が適切なタイミングで吸引する必要がある＞といった清潔ケアによって病状が変化する場合や、＜頸椎転移があり、患者も家族も清潔ケアが怖くてできない＞といった患者の病状が変化する可能性があり、患者・家族・介護職では清潔ケアが難しい状況が含まれた。

3) 【家族支援の必要性】

＜家族の介護力不足＞では、＜家族だけではケアを実施することは難しい＞＜家族に精神的な負担が大きい＞といった状態があげられた。＜疾患を抱える家族による介護困難の予測＞では、＜患者の配偶者が認知症である＞＜患者の配偶者がパーキンソン病のため患者の病状の理解や介護の実施は難しい＞等の、家族が疾患を抱えているため介護が難しかったり、家族の疾患管理が必要だったりする状態があげられた。＜高齢家族による介護困難の予測＞には、＜高齢者世帯であり、家族は身体機能低下により受診同行できない＞といった高齢家族による介護が困難になること予測される状況が含まれた。＜介護負担増強の予測＞では、＜患者の介護へのこだわりが家族の疲れが見え始めている＞＜患者の病気が進行すると介護者一人で今の生活を維持できない可能性がある＞といった、介護が継続することで家族負担増加が予測される状態があげられた。＜家族の介護方法の確認・指導・承認の必要性＞では、＜家族が嚥下食調理に自信が持てない＞＜家族が胃瘻の注入の手技を覚えられていない＞等の家族の介護状況に対し、確認・指導・承認が必要な状態があげられた。＜家族の疾患理解の促進の必要性＞では、＜家族の判断基準や対応があいまいで医療的な

対応ができていない＞＜家族が患者の疾患について理解できておらず受け止めができていない＞の、家族の疾患等についての理解を促進することで改善が予測される状況があげられた。

4) 【将来予測される病状・成長発達・療養上の課題】

＜短期間で繰り返される再入院＞には、＜退院指導をしても心不全を何回も繰り返し、再入院までの期間が短い＞、誤嚥性肺炎や発熱による＜入院を繰り返している＞の、指導をしても再入院を繰り返している状態があげられた。＜将来的に起こりうる病状・身体機能の変化＞には、＜ADL・嚥下機能・認知機能が低下する可能性がある＞といった疾患や加齢による機能低下や、＜患者が積極的に治療を希望しており、治療開始後に副作用が出現する可能性がある＞といった患者が選択した治療によって起こる病状にかかわる内容が含まれた。＜成長発達に伴って生じうる課題＞には、＜将来的に医療処置が必要になる可能性がある＞等の児の成長発達に関連した課題が含まれた。

5) 【疾患や患者・家族の状況に応じたタイミング】

＜疾患によって予測される病状をもとに考えたタイミング＞には、＜がんの場合は、訪問看護が入ると急激な変化に対応できるため、在宅生活開始後早い段階で導入する＞＜心不全の場合は、病棟看護師や医師と話し合いの結果訪問看護導入を決定する＞等の、退院支援看護師が考えている疾患に応じた有効な訪問看護導入のタイミングが、要因として含まれていた。＜患者・家族が生活に困難を感じはじめ支援が必要となるタイミング＞には、ALSの事例において「家族だけで過ごす時間を確保するため、訪問看護が必要となるぎりぎりのタイミングを見極める」といった＜患者・家族だけで過ごす時間を確保するため、訪問看護が必要となるギリギリのタイミングを見極める＞が含まれていた。

6) 【病状変化の早期発見と適切な支援へつなぐ必要性】

＜病状変化時の早期発見のための継続的な観察の必要性＞では、＜受診が必要な状態の判断が患者・家族では難しい＞＜症状出現しても受診行動をとるのが難しい＞等の、症状が出現しても受診の判断や受診ができない状態や早期発見のための観察が必要な状態があげられた。＜病状や患者の意向変化時に、適切に医療・介護へつなぐ判断の必要性＞では、退院時に＜訪問診療が導入できていない＞状態や、＜延命治療の意向があり、気管切開の見極めが必要である＞＜体調変化時

に訪問診療や病院と連携し治療の体制を整える必要がある」といった病状の変化とともに患者の意向に応じた対応が必要な状態があげられた。《介護職への医療的視点からの情報発信の必要性》では、〈ケアマネジャー（介護職）から患者・家族への医療面の情報が不足している〉傾向がある場合に、介護職の医療的な視点の不足を補えるよう、訪問看護師から連携・協働を維持しながら情報を発信してもらうことを意図した内容が含まれていた。

7) 【患者・家族の関係や生活の把握困難】

《患者・家族の生活状況が見えない》では、これまでの〈高齢者夫婦の生活の全体像が見えにくい〉、病院では把握しきれず同居家族の様子がわからない〉〈遠方にいる家族が病院やケアマネジャーにお任せの姿勢である〉等の内容があげられた。《患者と家族の思いや認識の不一致》では、患者と家族の認識にずれがあり〈患者と家族の話に相違がある〉状況や、通院に付き添っていない家族から患者に内緒で相談があり〈家族間の関係が上手くいっていない〉状況があげられた。

V. 考察

1. 訪問看護導入における共通の判断要因

本研究では、疾患に関連した患者自身の不安や、今後起こりうる病状変化や生活への患者と家族の不安などの【患者・家族の不安】、疾患・食事・排泄等の日常生活に関連した管理の必要性などの【医療的視点での介入の必要性】、家族の介護方法の確認・指導・承認の必要性などの【家族支援の必要性】が、看取り・医療処置導入以外の患者に対しての退院支援看護師の訪問看護導入の判断要因となっていた。この3カテゴリー【患者、家族の不安】【医療的視点での介入の必要性】【家族支援の必要性】は、退院時に顕在化または予測された患者、家族のニーズに関する判断要因であると考えられる。

先行研究においてケアマネジャーや退院支援者（看護師・MSWを含む）による訪問看護導入の判断要因として、病状の観察、医療処置の実施・管理、自己管理への援助、心身機能維持・悪化予防、家族への援助といった内容が明らかになっている（高橋 他, 2012; 下吹越 他, 2018）。この先行研究の患者、家族のケアの必要性に関する幅広いニーズの内容と、本研究結果の【患者・家族の不安】【医療的視点での介入の必要性】【家族支援の必要性】の内容は一致していた。これらは、

看護職、介護職等の職種やケアマネジメント、退院支援といった役割にかかわらず、訪問看護を導入する際に基本となる判断要因内容であると考えられる。

2. 看取り・医療処置導入以外の患者に対しての退院支援看護師の訪問看護導入判断の特徴

先行研究では、介護職ケアマネジャーは医療知識の不足による不安から、訪問看護の導入に看護職の情報提供や、主治医と連携が図りやすくなることを期待していた（大浜 他, 2012; 下吹越 他, 2016）。また、看護職ケアマネジャーは、患者の体調の変化に備えて予防的なケアの提供の期待をした場合や、身体の清潔保持等の生活支援の必要がある場合に訪問看護導入を判断していた（下吹越 他, 2013; 辻村 他, 2014; 下吹越 他, 2020）。退院支援看護師7名を対象とした本研究において、主治医に関連する判断要因は抽出されなかったが、訪問看護導入を判断する要因として抽出された【医療的視点での介入の必要性】のサブカテゴリー〈清潔ケアによっておこる病状変化に医療的対処の必要性〉には家族やヘルパーだけでは実施が難しく不足する部分を看護師が補う必要があるといった内容が含まれており、先行研究の看護職ケアマネジャーの判断の特徴と一致している。

本研究で抽出された【将来予測される病状・成長発達・療養上の課題】には、短期間で再入院を繰り返す状態や将来的に起こる機能低下や副作用の可能性などの内容が含まれた。【疾患や患者・家族の状況に応じたタイミング】には、〈がんの場合在宅生活開始後早い段階から訪問看護が入ると急激に変化した場合対応できる〉〈慢性呼吸器疾患の場合は、呼吸機能が悪化する病状後期に訪問看護の導入を検討する〉といった〈疾患によって予測される病状をもとに考えたタイミング〉や、ALS事例において〈患者・家族だけで過ごす時間を確保するため、訪問看護が必要となるぎりぎりのタイミングを見極める〉といった〈患者・家族が生活に困難を感じはじめ支援が必要となるタイミング〉が含まれた。このように退院支援看護師は疾患の特徴や治療方法によって予測される病状、患者や家族の生活状況の経過をもとに、訪問看護を導入するタイミングを判断していることが本研究では明らかになった。

本研究では、【将来予測される病状・成長発達・療養上の困難】、【疾患や患者・家族の状況に応じたタイミング】、患者や家族だけでは病状変化の認識や受診

行動が難しい、気管切開の見極め・介護保険利用の判断が必要などの【病状変化の早期発見と適切な支援へつなぐ必要性】、高齢者夫婦の生活の全体像や家族の様子がわからないなどの【患者・家族の関係や生活の把握困難】によって、退院支援看護師は将来予測される病状や困難をとらえていた。さらに退院支援看護師は、それらをとらえながら、病状変化や困難を早期発見し適切な支援につなぎ、安定した在宅療養生活が送れるよう支援していることが明らかになった。この4カテゴリーは、将来予測される病状・成長発達・療養上の困難といった患者の状況に対して、患者本人だけでなく家族・介護者を含めた生活の長期的な支援のマネジメントに関する判断要因であると考えられる。

3. 看護実践への示唆

本研究で示された結果は、退院支援におけるアセスメントの視点として活用できると考えている。また、退院支援だけでなく、場を移行しながら療養する患者に対しての訪問看護導入のアセスメントの視点として、入所施設、在宅など多施設間において看護職を含めた在宅医療・介護に関わる専門職が活用できると考えられる。さらに、多職種間で訪問看護が必要な条件となる要素を共通理解することにもつながるといえる。訪問看護が必要な条件となる要素がより明確になることは、地域全体で看護のマネジメントの視点の統一や継続、さらには必要なタイミングで訪問看護を含めた必要な支援が患者に届くことにつながると考える。

VI. 本研究の限界と今後の課題

今回の研究協力者7名の退院支援看護師経験年数は8か月から8年で、平均退院支援看護師経験年数は平均3年11か月であった。そのため退院支援看護師の訪問看護導入の経験は限定されている可能性があり、一般化には限界があると考えている。今後は、訪問看護導入の経験が豊かな熟練した退院支援看護師等を対象とした調査を重ね、病院から在宅へ移行する患者に対して訪問看護が導入される場合の判断要因をより明確にしていく必要がある。また今回、退院支援看護師は疾患の特徴によって訪問看護を導入するタイミングを判断していることが明らかになった。今後訪問看護導入のタイミングを考慮すべき疾患や、疾患ごとの導入のタイミングをより明確にしていくことによって、より症状や時期に応じた適切な訪問看護導入につながる

と考える。

VII. 結論

退院支援看護師が、看取り・医療処置導入以外の患者に対して訪問看護導入を判断した要因として【患者・家族の不安】【医療的視点での介入の必要性】【家族支援の必要性】【将来予測される病状・成長発達・療養上の課題】【疾患や患者・家族の状況に応じたタイミング】【病状変化の早期発見と適切な支援へつなぐ必要性】【患者・家族の関係や生活の把握困難】の7カテゴリーが抽出された。前半3カテゴリーは退院時に顕在化または予測された患者のニーズに関する判断要因、後半4カテゴリーは、将来予測される患者の状況への支援のマネジメントに関する判断要因であると考えられた。退院支援看護師は、療養者・家族の生活全体をとらえ、その過程で訪問看護の必要性を判断していること、疾患の特徴をふまえた今後の長期的な予測の中で訪問看護導入の時期やタイミングを見極めていることが明らかになった。

謝辞

本研究の趣旨をご理解いただきご協力いただきました退院支援看護師の皆様には心より感謝申し上げます。本研究は第12回日本在宅看護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、2019年度順天堂大学医療看護学部共同研究費の助成を受けて実施した。

引用文献

- 小原弘子, 森下安子(2012). 訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断の内容. 高知女子大学看護学会誌, 38(1), 14-23.
- 小原弘子, 森下安子(2013). 訪問看護の導入に関する訪問看護師の判断-判断の拠り所に焦点を当てて-. 高知女子大学看護学会誌, 38(2), 139-147.
- 内閣府(2022). 令和4年度版高齢社会白書(概要版) 第1章 高齢化の状況. 内閣府ホームページ https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/html/gaiyou/s1_1.html. (Jun. 30, 2023)
- 大浜恵美子, 新谷奈苗(2012). 基礎資格の違いからみえる介護支援専門員の課題とマネジメント. 産業保健人間工学研究, 14, 25-28.
- 奥村美奈子(2013). A県における終末期がん患者在宅療養支援体制の課題. 岐阜県立看護大学紀要, 13

(1), 103-113.

下吹越直子, 波多野浩道(2013). 看護職ケアマネジャーがとらえた訪問看護導入を判断する要因. 日本看護福祉学会誌, 18(2), 205-217.

下吹越直子, 八代利香(2016). 介護職ケアマネジャーの訪問看護導入を判断する根拠. 日本職業・災害医学会会誌, 64(1), 46-53.

下吹越直子, 八代利香(2018). ケアマネジャーの訪問看護導入の判断に影響する要因. 日本職業・災害医学会会誌, 66(4), 276-282.

下吹越直子, 兒玉慎平, 八代利香(2020). ケアマネジャーの基礎資格による訪問看護導入の判断要因の相違.

日本職業・災害医学会会誌, 68(5), 283-290.

高橋和子, 平尾由美子(2012). 急性期病院退院調整者の在宅療養移行患者に対する訪問看護の必要性の判断要因と調整上の課題. 北日本看護学会誌, 15(1), 1-11.

辻村真由子, 樋口キエ子, 川上節子他(2014). 介護支援専門員のケアプラン作成における訪問看護導入に関する実態 A県の福祉系と看護系の介護支援専門員の比較から. 医療看護研究, 10(2), 18-26.

山本智子, 市江和子(2022). 在宅で生活する重症心身障害児と家族に対して訪問看護師が行う支援に関する文献検討. せいい看護学会誌, 12(2), 17-23.

Research Report

Abstract

Factors in the Decision by Discharge Support Nurses to Introduce Home-Visit Nursing Care in Cases other than End-of-Life Care and Introduction of Medical Treatment

This study clarifies the contributing factors involved in the decisions made by discharge support nurses to introduce home-visit nursing care in cases other than end-of-life care and medical treatment.

We conducted semi-structured interviews with seven discharge support nurses regarding the circumstances and decision process of cases in which they decided to introduce home-visit nursing care, analyzing these instances qualitatively and inductively.

Seven categories were extracted as factors for discharge support nurses' decision to introduce home-visit nursing in cases other than end-of-life care and medical treatment: "Anxiety of the patient/family;" "Necessity of intervention from a medical point of view;" "Necessity of family support;" "Predicted future medical condition, growth and development, and treatment issues;" "Depending on the disease, patient/family situation timing;" "Necessity for early detection of changes in medical condition and the need to connect to appropriate support;" and "Difficulty in understanding the patient-family relationship and life."

Discharge support nurses determine the need for home-visit nursing care while assessing the overall lifestyle of the patient and family, identifying the timing and introduction of home-visit nursing care based on long-term predictions based on the characteristics of the disease.

In the future, it is expected that the number of patients with multiple illnesses who will move from one place of treatment to another will increase; thus, it is necessary to clarify the timing of the introduction of home nursing care for each disease. (234 words)

Key words : Discharge support nurse, Introduction of home-visit nursing, Factors in the decision

HISHIDA Kazue, FUJITA Junko