

在宅移行期支援における
退院調整看護師の実践の構造
～専門職連携カンファレンス場面を
中心として～

Structure of nursing practice
implemented by discharge nurses in
support during transition to homecare:
Focus on interprofessional case
conference settings

専門分野:看護生涯教育学
学籍番号: DN11453
氏名: 善生まり子
指導教員名: 戸田 肇(教授)

平成 29 年度

目 次

第Ⅰ章	序論	1
第1節	研究背景	1
第2節	文献検討	5
	1. 国内における先行研究の状況	5
	2. 海外における先行研究の状況	11
第Ⅱ章	基礎研究	16
第1節	研究目的と研究方法	16
第2節	研究結果と考察	17
	1. 結果	17
	2. 考察	21
第3節	本研究への示唆	24
第Ⅲ章	本研究	27
第1節	研究目的	27
第2節	用語の操作的定義	27
	1. 在宅移行期	27
	2. 退院調整看護師	27
	3. 実践	27
	4. 専門職連携カンファレンス	27
第3節	研究デザインと研究の枠組み	28
	1. 研究デザイン	28
	2. 退院調整看護師の実践の構造を明確にするための3つの研究の枠組み	28
第4節	研究方法	
	1. 研究フィールドの概要	29
	2. 各調査の目的と方法	33
	3. 分析方法	41
	4. 倫理的配慮	46
第5節	研究結果	48
	1. 調査①	48
	2. 調査②	96
	3. 調査③	127
	4. 調査①と調査②の分析結果の統合(事例1～7、9、10)	138
	5. 調査①と調査②、調査③の分析結果の統合(事例8)	167
	6. 在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造	172
第6節	考察	177
	1. 退院調整看護師の実践の構造	177
	2. 在宅移行期支援の課題	183
	3. 専門職連携カンファレンスの職種別参加率の特徴	186
	本研究の意義と限界および今後の課題	189
第7節	結論	189
第8節	看護への提言	191
	引用文献	194
	参考文献	205

第 I 章 序論

第 1 節 研究背景

昨今の超高齢社会、少産多死社会を背景にした医療および介護需要の増大、核家族化の進展やライフスタイルの多様化や個別化は、社会保障制度の中核を所得保障からサービス保障へと移行させた¹⁾。そのサービス保障の範囲は、治療や介護等の直接的な支援だけでなく、これまで家族単位で考えてきた療養生活の場、最期の場、看取る場の意思決定等、人生や生活の質に関わる内容において、家族機能の代替となる社会的支援までも包含するようになった。

2025 年には第 1 次ベビーブーム世代が後期高齢者となり、ケアニーズの増大、単独世帯の増大、認知症を有する者の増加等が想定されることから、2014 年に「地域における医療及び介護の総合的な確保の促進に関する法律」が制定され、介護保険サービス、医療保険サービス、成年後見等の権利擁護、住居保障、低所得者支援等の分断されていた提供システムを包括的、継続的につないでいくため²⁾、地域包括ケアシステムの構想が提唱された。

2016 年度診療報酬改定の重点課題においても、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう地域包括ケアシステムの実現に向けて医療機能の分化・強化、医療と介護の連携、在宅医療・看取り・緩和ケアの推進がなされており、地域医療構想による病床数の適正化、施設から地域へ、医療から介護への流れが明確にされている³⁾。

しかし、大島⁴⁾は「我が国は他の国と比べ、過剰な病院と病床を整備してきたために、専門性の高いスタッフと高度で高額な機器の整備による診断治療が必要な急性で重症の疾患だけでなく、いわゆる社会的入院

と表現されるような本来は病院で対応する必要がない患者も、入院の対象としてきたため、諸外国に比べ極端に長い在院日数など、日本独特の病院、病床の利用という状況をつくり出してきた」とこれまでの入院医療の問題点を指摘している。日本独自の病院観が人々の病院・病床観として根付いているのであれば、病院機能分化の流れは患者や家族にとって受入れ難くもあるだろう。

一方、松田⁵⁾は「現在増加している在宅医療の対象者の多くは診療所ベースの外来医療からの移行ではなく、病院の入院医療から在宅に移ってきている」と在宅移行期支援の問題を指摘し、在宅医療の基盤整備の一助として、フランスの在宅入院制度(Hospitalisation A Domicile:以下、HAD とする)を紹介している。HAD とは、入院医療費の抑制や在院日数の短縮化と利用者の QOL 向上という双方の利益が合致して生まれた、自宅で受けられる在宅高度医療である⁶⁾。HAD の活動は分娩出産を除く、高度医療技術を要するあらゆる傷病者が対象となり、がんの化学療法、重度要介護状態の難病、エンドオブライフ・ケア等、HAD の医師や看護師がコーディネートして多職種による最善の医療を受けられ、診療報酬上は入院に数えられている⁷⁾。HAD 制度について、医療費適正の経済効果は一定の結論が得られていないが、臨床的效果、患者の QOL への効果が実証されている。

さらに、垣添は、在宅医療推進にあたり、在宅死の割合を増やすことの必然性について触れており、「少産多死社会での新しい死の迎え方を考えざるを得ない事態が目前に控えていること、第 2 に日本は世界最速で高齢社会に移行し、他国よりも 20 年以上早くがん死亡者に占める 80 歳以上の割合が、最高となる。(中略)この年代のがん患者について考慮すべき課題は、生存率の向上ではなく、いかに生活の質の高い終

末期を迎えられるかにあると思う」と在宅死におけるエンドオブライフ・ケアの課題を示唆している。[『読売新聞』2011.10.2 東京朝刊, ‘地球を読む’ 高齢がん患者「質の高い終末期」在宅で(寄稿)]。

他方、在宅医療の時代的変遷について、医学史家の立川⁸⁾は「これまでの病院医療偏重への反省から、在宅医療そして訪問看護の必要性和重要性がしきりにいわれている。実は、高度経済成長以前の昭和初期までは医者は往診し、看護師は派出会からいつでもやってきていた。一昔前、医療・看護は人々の暮らしのなかで息づいていた」と指摘している。在宅医療が病院等の施設医療へシフトした背景には、高度経済成長期における高齢者への手厚い社会保障、1973年の老人医療費の無料化、出来高払いなどが色濃く影響しているようだ⁹⁾。

然るに地域包括ケアシステムにおける在宅医療推進は、温故知新ともいえよう。地域における人々の暮らしを支えるという原点に戻りつつ、45年後に約2.5人に1人が65歳以上¹⁾という未曾有の超高齢社会の到来に備え、システムの創発のみならず海外の動向なども踏まえて新たな道を模索している最中とも言えるであろう。

それ故に医療や介護を必要とする人々やその家族が、現状の制度やシステムに翻弄されることなく、直面している個々の現実的な課題を調和させながら乗り越えられ、安全に安心して主体的に療養の場を選び、円滑な在宅移行が可能となるよう多職種連携による退院支援の充実は欠かせないものとなっている。

これらのことは診療報酬における退院支援評価の方法にも影響を与えている。以前の評価対象は医師による入院治療計画だったものが、次第に患者・家族の療養生活をどのように支えるかという視点へと転換していった。高齢化率が14%(高齢社会)¹⁰⁾に達した1994年以降、退院支

援に係る診療報酬加算の主な評価対象は入院治療計画であったが、2006年には、地域連携クリティカルパス、退院支援計画システムが整備された。

高齢化率が21%(超高齢社会)¹⁰⁾に突入した2008年には、退院調整加算(2016年診療報酬改定で退院支援加算となる)が新設され、その施設基準¹¹⁾には、退院調整部門の設置、退院調整に十分な経験を有する看護師(退院調整看護師)および社会福祉士の配置等が設けられた。

なお、退院調整看護師に関する日本訪問看護振興財団の実態調査報告書¹²⁾では、退院調整部門設置率は、一般病床のみを有する病院の設置率と、病床規模が大きく高機能病院ほど設置率が高く、退院調整部門設置病院(一般病床)は、部門が無い病院に比べて平均在院日数が有意に低いことを明らかにしている。村上¹³⁾は「厚生労働省は、2025(平成37)年度時点で、生活習慣病対策の推進によって約2兆円、平均在院日数の短縮によって約4兆円の国民医療費を抑制できるとの見通しを示している」と述べているように、退院調整部門の双肩には医療費適正化への寄与という大きな期待がかけられていることも窺い知れる。

しかし、堀越¹⁴⁾は、医療ソーシャルワーカーの視点から在院日数の短縮化の流れについて、『「早い退院」は、患者・家族が現実を直視し、受け止め、理解し、受け入れるための時間を奪い、患者や家族が合理的で納得のいく退院後ケアを考えることを困難にしている』と警告している。

このように制度改革が繰り返され、新たなシステムやサービスが導入されてはいるが、施設完結型から地域完結型のチーム医療へと移行する地域包括ケアシステムについて、どのようなプロセスで何を2025年までに行なえばいいのか不明瞭との指摘もある²⁾。

地域包括ケアシステムを国民の健康的な生活を守る実行性のあるシステムにしていくことは容易ではないが、厚生労働省のチーム医療推進会議¹⁵⁾は、早くから医療現場において診療・治療等の関連業務から患者の療養生活に至るまで幅広い業務を担い得る看護職者がキーパーソンであると指摘している。

確かに、いつの時代もどのような場や局面においても看護職者は、時代の流れを踏まえつつ、生活者である人々のより良い健康状態を願い、生活過程を整えることを社会的使命とし活躍している。

その中でも、筆者は、病気や障害をもって生きる患者や家族を 24 時間の時の流れを持ちながら生活している社会的存在として捉え、健康的な生活が送れるよう、医療やケアを受けている施設からその人が生活している地域への移行を多職種連携のもとで担う退院調整看護師の果たす役割は極めて重要であると考えている。

第 2 節 文献検討

1. 国内における先行研究の状況

地域包括ケアシステムを視座に据え、退院調整看護師にはどのような実践力が求められているのだろうか。その問いのもとに、退院調整看護師の実践に関わる国内の研究動向について検討した。退院調整看護師をキーワードに医中誌 Web、CiNii 国立情報学研究所、最新看護索引 Web を活用して検索したところ、2003 年から現在に至るまで 69 件の原著論文を抽出することができた。そのうち、本研究の退院調整看護師の実践への示唆に富むと思われた 2 つの文献を概観した。

1) 退院調整看護師に関する研究

山本¹⁶⁾は、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の内容を明らかにするために、退院調整看護師 9 名に半構成面

接を行った結果、退院調整看護師のかかわりの特徴として“状況の認識”と“働きかけ”があり、病棟看護師の気づきや主体性を引き出しながら退院支援の実践能力を高め、看護管理者も含め病棟全体がチームとして動き、合意形成できるよう働きかけることが重要であることが明らかにされていた。

藤澤¹⁷⁾は、病院看護師の退院支援の現状と課題を把握することを目的に、A県で3年間実施された「退院調整看護師育成のための研修」へ参加した看護職者を対象にアンケート調査を行い80名の自由記述内容を分析した結果、【多職種間の連携が不十分】【入院時から退院に向けたアセスメント・計画的支援が不十分】【退院支援への知識・認識・関心の不足】【患者・家族の状況により退院支援が困難】【患者・家族の意向に沿うことが困難】【多職種参加のカンファレンスの開催・定着が必要】【退院支援体制の整備が必要】【退院支援の時期の見極めが困難】【地域の社会資源の不足】という9つの課題が明らかにされていた。

これら先行研究による文献検討の結果、退院調整看護師の実践に関わる問題点や課題について、退院調整看護師は患者の入院生活を身近で支えている病棟看護師との連携・協働の質を深化させていくために、病棟看護師の退院調整・退院支援の実践能力の向上に積極的に関与すべきであるが、退院調整看護師自身もアセスメント不足、退院支援への困難感、多職種連携不足などの課題をかかえていること、病院組織の退院支援のシステムや社会資源の未充足である等、多重課題の様相が伺えた。

さらに、退院調整看護師の実践に関連して、在宅移行期、退院支援、退院調整をキーワードに、医中誌Web、CiNii国立情報学研究所、最新看護索引Webを活用して検索したところ、29件の原著論文を抽出することができた。そのうち、退院調整看護師の実践への示唆に富むと

思われた 8 つの文献を概観した。

2) 在宅移行期に関する研究

在宅移行期については事例研究が多く、重症児¹⁸⁾や先天性障害児¹⁹⁾、人工呼吸器管理を要する児²⁰⁾、ターミナル期の患者および家族²¹⁾、精神科長期入院患者²²⁾等、発達課題は幅広く、高度かつ複合的な医療的ケアを要し、重度の要介護状態の患者、長期的な社会的支援を要する患者が対象とされていた。

福田¹⁸⁾は、訪問看護師の立場から、在宅で高度な医療ケアを必要とする 13 トリソミーの 1 歳 4 ヶ月男児一事例の看護援助を、在宅移行前・移行期・移行後の環境変化時の 3 期に分けて振り返ったところ、訪問看護師が在宅移行期支援に参加することで、家族が児との愛着形成が促進されるよう家族の関係性に着目し働きかけることが可能になり、長期の在宅生活につながると述べていた。

一方、宮近²⁰⁾は、病院看護師の立場から、人工呼吸器や経管栄養などの医療処置を必要とする 4 歳の患児の事例分析を通し、在宅移行期における家族の持つ問題や不安を早期に取り除くためには、段階を追って外出泊、退院調整会議などを行い、入院当初から多職種連携し、必要な社会資源の把握、家族への医療や介護の教育的アプローチの必要性を示唆していた。いずれも、在宅移行期支援は手厚く、家族への医療的ケアや介護方法などの退院指導、心理社会的支援、多職種連携・協働など、患者や家族が病院から自宅へと新たな療養の場へ適応でき、入院医療から在宅医療のシフトが円滑になるよう取り組んでいることがわかった。

また、在宅移行期における家族介護者の介護への思い、支援ニーズについては、患者の医療ニーズに応じた家族介護者の在宅介護・ケアに

に対する準備態勢の特徴²³⁾、脳腫瘍患者の介護者の介護体験²⁴⁾、高齢な脳卒中患者および家族の現状分析²⁵⁾²⁶⁾、患者や家族の不安の現状²⁷⁾が明らかにされていた。

その中でも中條は²⁴⁾、脳腫瘍患者の家族介護者を対象にした半構造的インタビュー内容を分析した結果、「介護生活に対する介護者のストレス」「患者が一人になることに対する不安」「介護者の負担感」「不安の軽減」「ADL低下への不安」「疾患による症状やアクシデントに対する不安」「在宅での限界」「余命への不安」「自分の時間を失ったという喪失感」というネガティブな思いと、「家族の存在」「患者を一番に考える思い」「ADL拡大が気持ちの支え」「介護への責任感」「将来への思い」という比較的ポジティブな思いと共存していることを明らかにしていた。

菊地²⁸⁾は、病棟看護師の在宅移行期支援に関わる制度やサービスの周知度とその要因を把握することを目的にアンケート調査を行い140名から得た回答を分析した結果、病棟看護師は、介護保険区分、申請方法、利用額などの基本事項は理解しているが、施設利用負担額、住宅改修限度額、特定疾患16種類などの周知度は高くない等が明らかになり、これらの知識や周知度に関連する要因としては、看護師経験年数の長さ、経験診療科、退院支援・調整の経験の有無が明らかにされていた。他の文献においても、在宅移行期のがん患者の退院調整の経験により、看護師の退院調整に対する意識に差がみられた²⁹⁾ことから、経験を積み重ねることの重要性が指摘されていた。

3) 退院支援および退院調整に関する研究

退院支援システムや退院調整部門については、退院支援の効果³⁰⁾³¹⁾を考察したり、退院支援スクリーニング導入の有用性³²⁾³³⁾を検証

したり、退院支援に関わる利用者(患者)と専門職の協働による合意形成のあり方について明確にされたもの³⁴⁾がみられた。

武田³⁰⁾は、がん治療のため、高度先進病院へ紹介後、緩和医療目的で逆紹介され再入院となった50歳代・女性・独身の膵臓がん患者の事例研究を通して、医師主導の入院緩和ケアから在宅緩和ケアへの円滑な移行を主とした院内外専門職参加型の専門職連携カンファレンスの有用性に着目し、合意形成の円滑化、在宅療養支援計画の明確化、患者のQOL向上に寄与することが示唆されていた。

また、退院支援において専門職連携および地域連携の不足・問題³⁵⁻³⁷⁾そのものを指摘したもの、退院調整担当の病棟看護師が連携不十分と認識している専門職は、同職種の行政保健師、外来看護師、サービス担当者等が示唆されていた³⁸⁾。

多職種が認識する退院支援のあり方³⁹⁻⁴¹⁾について、佐々木⁴¹⁾によると、在宅支援機関の介護支援専門員7名(基礎資格：看護師・社会福祉士・介護福祉士・歯科衛生士等)を対象に半構造的インタビューを実施し、在宅移行期支援過程を質的帰納的に分析したところ【生活を捉える】【生活を整える】【希望を見立て支える】【家族と協働で調整する】【家族をエンパワーする】【できる力を支える】【生活に着目したケアマネジメント】と生活の連続性を思考する関わり、家族と協働する、課題達成志向で支えるという思考をもち、Well beingやQOL向上を目指すことの必要性が明らかにされていた。

また、高橋⁴²⁾は、急性期病院の退院調整者が訪問看護サービスの導入の判断要因や調整する上の課題を抽出するため、退院調整者9名(MSW3名、退院調整看護師2名、病棟師長4名)を対象に半構成的面接を実施した結果、訪問看護サービスの利用は、【病状の把握や早期対応

の必要性】【自宅での適切な医療処置の実施・管理の継続の必要性】【在宅療養での自己管理への援助の必要性】【在宅療養でのリハビリテーションの必要性】【精神的ケアの継続の必要性】【家族介護を補う援助の必要性】【医師の見解】と専門職者側の判断に偏ることがわかった。当然、調整上の課題として、【家族による在宅療養受け入れ拒否】【金銭的理由による利用拒否】【病院側との認識の相違】【サービス利用への抵抗】と、専門職者と家族との認識の不一致が要因であることが明らかにされていた。また、リハビリテーション専門職の観点からは、大腿骨頸部骨折術後の患者の退院調整、介護保険サービスの決定にあたり、片足起立検査による歩行再獲得時期の早期評価が有用との示唆もあった

43)。

さらに、退院調整看護師を養成する観点から、吉田⁴⁴⁾は、退院調整看護師活動支援プログラム試案を開発するため、退院調整看護師42人の質問紙調査と専門家会議の分析結果の統合から、退院調整看護師の支援ニーズの明確化を行ったところ、「個別ケースに対する退院調整実践能力の開発」「退院調整のための院内システム構築能力の開発」「地域保健医療福祉連携促進のための能力開発」「倫理的問題への対応能力開発」「セルフマネジメントと専任者としての能力開発」が明確にされていた。

その他、看護系大学教員による継続的退院支援の効果検証⁴⁵⁾、摂食・嚥下障害看護認定看護師の教育課程修了後の受講者を対象にしたアンケート調査では、退院調整やコーディネートに関する教育強化が望まれていることがわかった⁴⁶⁾。

以上の先行研究による文献検討の結果、退院調整看護師の実践について、以下の点が明らかになった。

退院調整看護師の実践の対象となる患者は、医療依存度が高く、重度要介護状態の者がほとんどであるため、在宅介護を担う家族への支援は手厚くされていることがわかった。

家族支援には、家族介護者を一人の生活者と捉えた時の介護の両立、家族は介護負担感と意欲の狭間で揺れていること、家族と患者との関係に着目して問題があれば調和できるよう支援していくこと、退院指導では医療的ケアや介護方法の指導、活用できる社会資源や制度の情報提供を教育的に関わっていくことなどが挙げられていた。

また、在宅移行期支援に関わる病院や地域の専門職種や所属機関は多様であり、多職種連携・協働は必須となるが、在宅移行に関する方針を患者、家族、多職種で共有し、合意形成を促し、ケアプランの見通しを立てるためには専門職連携カンファレンスが効果的であるとの見解が示されていた。専門職連携カンファレンスの場において、患者や家族、多職種がそれぞれの立場で抱えている問題や課題について意見交換することで、認識の不一致を解消または調和することが可能になることも示されていた。

以上、国内における研究の文献検討の結果、退院調整看護師の実践について有用な情報は得られたが、在宅移行期の退院支援を担う退院調整看護師の実践を分析し、構造を明らかにした研究知見は見当たらないことがわかった。

2. 海外における先行研究の状況

海外の先行研究については、MEDLINE, CINAHL Plus® with Full Text, SocINDEX with Full Text により、キーワードを discharge planning AND transition に設定したところ、ランダム化比較試験 5 件、総説 1 件、Transitional Home Care Model (TCM) 1 件の文献を抽出

することができた。

フランスにおける医師の研究チームによる介入研究では、救急外来受診と再入院の抑制に関して、急性期医療の老人病院にて、70歳以上の入院患者を対象に通常の退院支援を行った対照群と、退院支援プロトコル(A New Multimodal Geriatric Discharge-Planning)介入群を比較検討した。介入群は、有意に救急外来受診や再入院が抑制されたと考察されていた⁴⁷⁾。台湾における看護学研究者による介入研究では、脳卒中患者、家族に対して通常の退院支援の対照群と「family caregiver-oriented discharge planning program」介入群とを比較したところ、退院前より退院後1か月経過した時点で介入群の方が家族介護者による介入評価が有意に高くなったと示唆していた⁴⁸⁾。同じく、台湾における脳卒中患者の家族介護者への個別介入試行に関する臨床研究では、前述研究の追跡調査の結果、介入群は退院後1年の生活の質が対照群に比べ有意に高く、対照群は介入群に比べ有意に入院していることを示唆していた⁴⁹⁾。オーストラリアの看護学研究者による介入研究では、救急専門看護師の活動の影響について、通常の看護を実施した患者を対照群、救急専門看護師が看護した患者を介入群にし、在宅移行期のアウトカムプロセスを評価した結果、救急専門看護師は、重要な退院に関わる重要事項を情報提供し、患者の見通しを示し、よりよく退院できるようサポートしていた。介入群は、対照群に比べ有意に退院に関するマネジメントに理解を示していたと考察している⁵⁰⁾。

また、アメリカの高齢者への移行期支援チーム(多職種)による研究について、The Geriatric Floating Interdisciplinary Transition Team(Geri-FITT)によって、Medical Servicesを提供した患者(介入群)と通常サービスの患者(対照群)と比較したところ、GNP(geriatric

nurse practitioner) 老年看護の専門看護師が要となった移行期支援は、再入院および医療費の抑制につながることを示唆している⁵¹⁾。さらに、ノルウェイとオランダの研究チームによる高齢患者の病院から在宅移行期支援に関する総説では、最近 10 年間の質的・量的研究の文献検討により、教育やトレーニング、看護師の移行支援、退院プロトコール、退院計画、薬物用例、標準的な退院方針、電子ツール等の専門職主導の介入の視点、アウェアネス、エンパワメント、退院支援等の患者への介入の視点が明らかにされた。今後の研究の方向性について、病院から地域への社会資源、患者家族の健康管理、多職種連携、個別支援の多様性等の検討が期待されると考察している⁵²⁾。

さらに、ペンシルバニア大学 Mary Naylor 博士と研究者らによる学際的チームによって考案された在宅移行期ケアモデル(Transitional Home Care Model:TCM)について、複雑なニーズがある高齢者が救急医療環境から自宅または他の医療環境に移行する場合に一般的に生じる悪影響に取り組み、患者と家族介護者が複数の慢性疾患に伴う健康上の変化をより効率的に対処するよう備えるためのモデルであり、①原疾患および合併症による再入院の回避、②退院後の健康状態の改善、③患者と家族介護者におけるケア経験の向上および総医療費の削減が実証されている。TCM において、在宅移行期ケアナース(Transitional Home Care Nurse: TCN)は、急性疾患の潜在的かつ突発的なケアの調整役であり、退院後 2 か月間は患者・家族への電話相談、訪問指導等のフォロー体制が示されていた⁵³⁾。

海外先行研究の文献検討の結果、退院調整に関わる看護師は、オーストラリアでは救急専門看護師、アメリカでは老年看護専門看護師および在宅移行期ケアナースが挙げられていた。いずれも退院支援システム

導入のもとで、老年看護専門看護師による在宅移行期支援は、救急外来受診や再入院および医療費の抑制につながり、生活の質が高くなることが明らかにされていた。また、救急専門看護師による在宅移行期支援では救急の現場においても退院に関わる重要事項を情報提供し、今後の見通しを示し退院までのプロセスを支えた結果、患者の退院に関するマネジメントへの理解度が増すことが示唆されていた。また、在宅移行期ケアモデル(Transitional Home Care Model:TCM)における在宅移行期ケアナースについて、急性疾患の潜在的かつ突発的なケアの調整役になり、退院後2か月間、患者・家族への電話相談、訪問指導等のフォロー体制をひいて実践することで、①再入院の回避、②退院後の健康状態の改善、③患者と家族介護者におけるケア経験の向上および総医療費が削減されることが明らかにされていた。

つまり、在宅移行期に専門性の高い看護師が退院支援に関わることによって、患者や家族の退院後の療養生活の質の向上が図られ、医療経済効果もあることが明らかにされていた。しかし、海外文献検討の結果においても、国内文献検討の結果と同様に、在宅移行期の退院支援に関わる看護職者、つまり退院調整看護師の実践の構造は明らかにされていないことがわかった。

以上のような国内や海外の先行研究による文献検討に加え、本研究での在宅移行に係る退院調整看護師の実践の構造化にむけた準備として、退院調整看護師の実践の対象となった患者の特徴を捉え、それら患者や家族の在宅移行に係る支援ニーズを明確にするための基礎研究への取組みが肝要であると考えた。

そこで、筆者が首都圏郊外中核都市⁵⁴⁻⁵⁶⁾の地域中核病院(以下、A市、B病院とする)のB病院退院調整看護師と共同して取り組んだ、研

究課題「退院調整事例の支援ニーズの構造－在宅アクションリサーチを通して⁵⁷⁾」を基礎研究に位置付け、本研究の意義を検討し、示唆を得ることにした。

第Ⅱ章 基礎研究

第１節 研究目的と方法

筆者は、平成 20 年度より「在宅療養支援に資する退院調整活動のあり方」をテーマに、A 市 B 病院退院調整看護師と共同研究に取り組み、その研究活動を通して、退院調整部門への相談内容は在宅医療や介護等に関わる総合相談窓口化しており、退院調整看護師は本来業務のあり方を模索している現状を目の当たりにした。例えば、高齢で独居の在宅移行期支援の場合、社会資源の活用がなく、退院を契機に初めて在宅支援体制構築に取り掛かることも多くなっていた。大道⁵⁸⁾は『高齢化の進捗で難渋するのは、どちらかといえば急性期後の対応であり、個別の病院や施設の機能というよりは、地域における医療や介護のための資源の確保とその有効な活用、すなわち「地域医療機能」のあり方が問われている』と示唆している。つまり、退院調整部門の総合相談窓口化の流れは必然であり、退院調整部門の機能を充実させるためには、そこで現実生じている問題や課題に対応できるよう、どのような支援ニーズがあるのかを把握し、退院調整部門の体制を整えることも重要ではないかと考える。同時に、地域医療の全体像把握に努めること、社会背景の変化やそれに応じた社会保障改革に対応すること、とりわけ、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムと連動させた観点は必要不可欠であると考ええる。

そこで、基礎研究では、A 市 B 病院において、退院調整看護師の実践の対象となる患者(退院調整事例)の特徴や在宅移行期における退院調整事例の支援ニーズを明確にする目的で、調査 a「退院支援計画の課題」退院調整事例 215 件の退院支援計画書の内容分析、調査 b「在宅アクションリサーチ」退院調整事例 10 件の在宅追跡調査による非構造的イン

タビュ－調査、調査 c「在宅移行期支援の課題」在宅療養診療所医師、同看護師、訪問看護ステーション管理者、退院調整看護師へグループ討議調査、調査 d「退院調整看護師の実践の課題」退院調整看護師 3 名へグループ討議調査を実施した。研究期間は、2010 年 4 月上旬～2012 年 2 月下旬であった。これらの質的データを分析した結果は、コアカテゴリーは【 】、カテゴリーは< >、サブカテゴリーは「 」で示した。

第 2 節 研究結果と考察

1. 結果

1)退院調整看護師の実践の対象となる患者（退院調整事例）の特徴

退院調整事例は、症状不安定で長期の療養生活が予測され、日常的に医療的ケアと介護を要し、家族介護を前提に多職種の支援の必要性があり、再入院が想定される。今後も病院への再入退院や救急等を含めた外来受診をとおして、長期的かつ継続的な支援の必要性が高い患者という特徴が明らかになった。

2) 退院調整看護師の実践の対象となる患者(退院調整事例)の在宅移行期の支援ニーズ

(1) 【患者・家族支援】

①＜患者や家族への心理・精神的支援＞として、「患者と家族の支え・支えられる関係」をつくり家族の「在宅介護の意思決定」を支えるために、「患者の長い病歴・被支援歴の共有」や「複数の家族員による在宅介護・医療的ケア参加」のきっかけをつくり、ケア参加を促すことができるよう「在宅介護を担う家族の思いの代弁とその共有」や「在宅介護を担う家族の信頼を得るための方策」を考える必要性があった。

②＜社会参加支援＞として、「在宅介護を担う家族の社会活動・参

加」や「患者のリフレッシュを意図した外出・外泊」は病気や障害をもって自宅で療養する患者および、医療的ケアや介護を担う家族が、その暮らしの中で他者と社会的なつながりを持ちながら、健康的に生活していく上で重要な支援ニーズであった。

③＜家族への在宅医療的ケア支援＞として、入院医療から在宅医療への移行にあたり、「在宅介護を担う家族の医療行為に関する指導責任の所在」を明らかにし家族の医療行為や患者の在宅療養生活の妥当性などを評価しながら、随時「患者・家族への介護および医療ケアに係る教育的指導」を行う必要性が明らかになった。他方で、金銭的な負担を軽減するため移動リフトに関わる高額な物品を手作りするなど、インシデントやアクシデントのリスクを評価しながら「家族による在宅介護の創意・工夫」を否定せず受止めていくことも必要であった。また、「患者・家族への介護および医療ケアに係る教育的指導」には、重度障害者伝達装置や人工呼吸器管理のなど高度知識・技術をようする＜家族への在宅医療的ケア支援＞に際し、「患者・家族・専門職者の高度福祉・医療機器使用の共通理解」が必要であり、「気軽に最新の専門知識・情報へアクセスできる場・Web等ツールの情報提供」も重要な在宅移行期の支援ニーズであった。

(2)【地域支援体制】

①＜在宅医療サービス調整支援＞として、数が少なく現実的には利用が限定されてしまう「在宅療養支援診療所の訪問診療利用」を検討する場合は、退院支援計画に関わる退院調整看護師やケアプランに関わる介護支援専門員などから、在宅療養支援診療所への事前相談が欠かせないことがわかった。

吸引や経管栄養管理など在宅医療では「身近な相談窓口となる訪問

看護師の継続看護」は重要であり、実際に「介護支援専門員によるケアプラン作成・修正・追加への訪問看護師の参画」により、「退院後早期の在宅医療・介護サービス再調整」や「24時間の医療介護体制の調整」に寄与していることがわかった。

②＜在宅移行期を取り巻く地域支援＞として、特に若年者の「在宅抗癌剤療法」は身体面だけではなく精神的健康を保つためのメンタルケアが重要になり、訪問看護師はその役割を担い得るが、患者や家族がその入院医療から在宅医療への移行に係る継続看護の必要性を理解せず多くがケアプランに反映されていなかった。

また、介護保険サービスのケアプランを見込んだ在宅サービス担当者に連絡し「入院中の患者・家族の試験外泊支援体制」を構築することは在宅移行を円滑にするため重要であることが明らかになった。なお、＜在宅移行期を取り巻く地域支援＞において、基本資格が「看護職の介護支援専門員」は少ないことや「在宅療養の視点が欠如した病院勤務医」の存在は、医師の指示を受けて開始する訪問看護サービスの導入に影響が出てしまい、支援ニーズのある患者や家族に訪問看護サービスが提供されないのではないかと現場の訪問看護師が認識していることがわかった。

さらに医療ニーズの低い認知症者の在宅移行を支援する際は、地域の「認知症者支援システム」を把握し、医療や介護などの公的サービスの利用だけでなく共助など地域支援に結びつけていることがわかった。在宅移行に関わる退院調整看護師、訪問看護師は、診療報酬や介護保険の加算を度外視して活動を展開してしまうことが多いが、「医療職のコスト管理意識と支援へのモチベーション」は病院経営や訪問看護ステーションの安定的経営にとって重要な在宅移行期の支援ニーズであった。

(3)【病院組織】

①病院に＜退院調整部門＞が設置されて「地域連携支援の相談窓口の明確化」は図られたが、「介護支援専門員の資格背景」に看護職者は少なく、退院調整看護師に対して「介護支援専門員による医療相談数の増加」し、「入退院・外来支援の実績のない事例の対応」、「在宅事例への対応」など、「退院調整看護師への多岐におよぶ相談内容」が舞い込み、現状では「総合相談的な退院調整部門」となっていた。

②患者や家族の在宅移行を支援する退院調整部門の機能や退院調整看護師の実践能力がよりよく発揮されるためには円滑なく病院全体の退院計画システム＞のもとでの「病院全体の相談体制の整備・強化」が必要であり、自ずとその中心を担っている「診療部門、看護部門の体制に影響される地域連携支援」は重要な在宅移行期の支援ニーズであった。

(4)【退院調整活動】

①＜退院調整活動＞として、退院調整看護師は「退院調整活動の優先順位および重点目標の明確化」は意識しているが、「包括的な退院調整活動の記述」にとどまり、在宅移行期支援を要する患者の状況を在宅ケアアセスメントツールで評価したところ、退院調整活動には「健康増進・重度化予防への支援」は未充足であったが、病状が安定し入院退院を繰り返さないよう対処するためにも重要な在宅移行期の支援ニーズといえる。

以上、(1)～(4)の結果から、在宅移行期における退院調整事例の在宅移行期の支援ニーズは、個別の【患者・家族支援】、患者や家族に関わる多機関・多職種による【地域支援体制】の整備や構築、その地域支援体制の構成員として退院調整看護師が位置付けられるよう、【病院組織】において退院調整部門の機能や退院調整看護師の役割が認知される

こと、また、患者・家族による【退院調整活動】の評価から支援の未充足点を補っていくことが明らかになった。

つまり、退院調整事例の在宅移行期の支援ニーズは【患者・家族支援】、【地域支援体制】、【病院組織】、【退院調整活動】による重層構造になっていることがわかった(図1)。

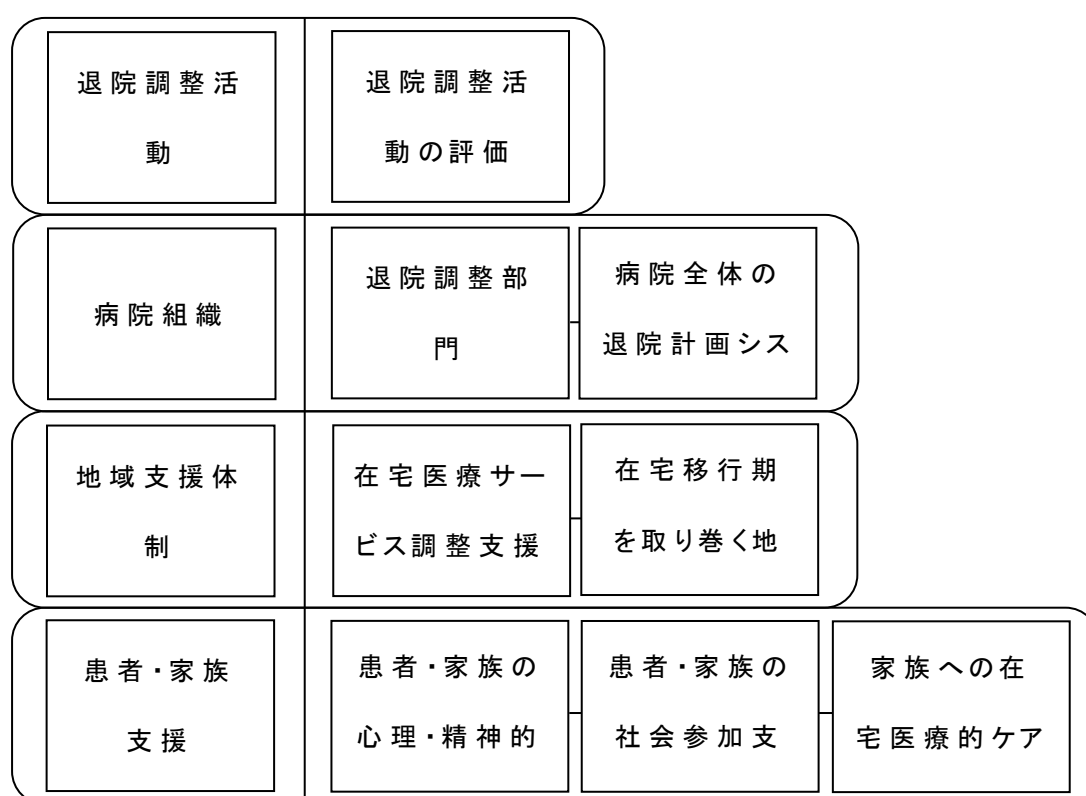


図1 退院調整事例の在宅移行期における支援ニーズの構造

2. 考察

退院調整事例の在宅移行期における支援ニーズについて、【患者・家族支援】では、在宅介護する家族がセルフケア能力を高め、エンパワメントされるためには、＜患者・家族の心理・精神的支援＞や＜患者・家族の社会参加支援＞は欠かせないものと考えられる。また、＜家族への在宅医療的ケア支援＞では、直接的な訪問看護や訪問診療による支援の他、多様で複雑な医療的ケアや介護などに振り回されないよう、家族の

ヘルスリテラシーへの支援が必要になる。中山⁵⁹⁾は、「アメリカなどでは、大学や病院の提供する市民向けのサイトの情報の範囲は広く質も高い。」と指摘しているように、日本においても医療情報や知識を膨大に蓄えた病院などが、誰でもいつでも気軽に医療や介護に関する情報収集や知識や技術が得られるような拠点づくりの整備も必要であろう。また、退院後の療養場所の選択や在宅介護などで葛藤や困難を生じた患者や家族が、自己の対処行動を高められるよう、自由に情報収集できるような場や仕組みづくりに着手することも、在宅移行期支援の質向上の観点から重要であると考ええる。

このような患者や家族参加型の支援体制づくりは、「日本人独特の沈黙は金也という考え方をベースにした価値観（他の患者も黙って待っているのだからという‘遠慮’と、最終的には医師に命を握られているという‘弱み’）が、医療機関と患者との間に「主従」のような関係性をもたらしめている。」⁶⁰⁾という従来の病院に対する潜在的意識を改善する点からも重要であると考えられる。

【地域支援体制】では、特に自宅における医療ニーズのある患者の長期療養を可能にするため、訪問診療や訪問看護など必要な患者に提供されるよう＜在宅医療サービス調整支援＞を充足させていく必要性が示唆され、＜在宅移行期を取り巻く地域の支援課題＞の中には、医療職を基本資格としない介護支援専門員が医療の専門家と連携・協働が円滑にいくような働きかけも重要であると考えられる。

【病院組織】では、＜退院調整部門の課題＞、＜病院全体の退院計画システム＞の2つの視点が得られたが、「医療制度でいえば、社会的入院の問題はいまでも、解決の目処が立っていない状況である。」⁶¹⁾との指摘もあるとおり、退院調整事例の在宅移行期の支援ニーズを満たす

ためには、入院医療から在宅医療への移行を支援するという病院組織全体の体制の見直しも必要になるだろう。また、入院医療から在宅医療への移行という流れだけではなく、それらは相互補完的に機能しなければならない⁶²⁾との指摘もあり、【地域支援体制】を加味しながら、【病院組織】全体で地域完結型医療、延いては地域包括ケアシステムへの寄与する姿勢が求められているといえよう。また、【地域支援体制】や【病院組織】のあり方については、先に述べたフランスの在宅入院制度(HAD)やクロニックケアモデル(Chronic care model: CCM)⁶³⁾など他国のシステムの優れた点を取り入れる姿勢も必要であろう。

その際、【病院組織】の退院調整部門は、在宅移行期や転院の支援にあたり、介護保険サービスに関連する介護支援専門員や訪問看護師、多医療機関専門職者への対外的な相談窓口となっているため、退院調整部門の相談機能を充実させるためには、病院全体の退院計画システムや相談体制の課題と相互に関連し合うことを念頭に解決されるべきであると考え。そして、病院完結型が当然とされる時代背景の中で育成されてきた医療の専門職者の入院医療から在宅医療への意識づけや、地域包括ケアシステムに関する造詣を深める機会をもつことも必要ではないかと考える。島崎⁶⁴⁾は、在宅医療の理念とは、「個人の生き方に関する意思や選択を尊重し、在宅において医療のみならず生活そのものを支えることによって、その尊厳を確保すること」と示唆しているが、患者・家族の思いに寄り添った在宅支援観の醸成、倫理観、ヒューマンケア等の教育の充実も今後の課題であると考え。

【退院調整活動】について、退院調整看護師と筆者が協働して研究に取り組んだプロセスを経ることで退院調整活動の評価が可能になり、「健康増進・重度化予防への支援」の未充足という課題が明らかになっ

たとえられる。退院調整看護師の資質として「患者の抱える疾病・病態から、現状・退院後・長期的な病態予測に基づき、患者の療養上必要なケアや看護を言語化して患者・家族と共有する力が備わっていること」⁶⁵⁾と指摘されるとおり、長期ケアが予測されるのであれば、患者・家族にとってより快適で安心感のある在宅療養生活を可能にするため、健康増進や重度化を予防のケアプランを介護支援専門員へ提案し、訪問看護師による継続看護へつなげることなどが、退院調整看護師の重要な役割であると考ええる。

第3節 本研究への示唆

2025年問題が顕在化する我が国において、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう在宅医療や介護が推進されている地域包括ケアシステムにおいて、患者や家族の支援ニーズに応じた退院支援システムの構築は喫緊の課題となっている。

医療や介護に係る社会保障制度の存続や国の費用負担の効率化により病院機能分化や医療と介護の連携が進む中で、病院から自宅、急性期病院から亜急性期や慢性期療養病院、病院から介護老人保健施設や介護老人福祉施設など、療養の場の選択肢は多様かつ複雑になっている。そのため、患者や家族が安心して退院後の療養場所の意思決定ができるよう、患者や家族の支援ニーズを明確にし、多職種との連絡調整やサービス調整などを担う、退院調整看護師の役割は重要かつ必須といえる。

基礎研究によって、B病院入院中に退院調整看護師をはじめとした院内や地域の専門職連携による在宅移行期支援を受け、自宅へと退院し、医療保険や介護保険などの公的サービスを利用しながら在宅療養生活を送っている患者や家族(退院調整事例)への、退院調整看護師と筆者との

同行訪問による個別インタビュー調査結果などをまとめた結果、在宅移行期における退院調整事例の支援ニーズは【患者・家族支援】、【地域支援体制】、【病院組織】、【退院調整活動】による重層構造であることが明らかになった。すなわち、在宅移行期にある退院調整事例の観点から、多角的に支援ニーズを明確にできた点において、在宅移行期支援における退院調整看護師の実践への示唆は得られたと考える。

概して医療ニーズが高く、重度要介護状態の患者が病院から自宅への在宅移行に係る退院支援では、退院調整看護師には、個々のケースに応じて、入院医療から在宅医療・介護への移行が円滑になるよう、在宅のケアプランの見通しをつけながら院内外が多職種チームを形成することが求められる。在宅移行期支援を現実的に推し進めるため、退院調整看護師の役割として、多職種チーム形成を支える中で専門職連携や協働の効果を最大限発揮させるよう、患者や家族を含むチームメンバーが同じ場所で情報や意見交換し、合意形成しながら支援の方向性を導くため、専門職連携カンファレンス開催にむけて尽力することは必要不可欠である。

つまり、専門職連携カンファレンスにおける退院調整看護師の実践は、多職種チームによる在宅移行期支援の質、患者や家族の在宅移行期の療養生活の質に大きく影響するといえる。

しかし、実際に退院調整看護師は、専門職連携のもとで患者や家族の在宅移行期支援の必要性を判断し、どのように合意形成を図りながら意思決定にむけて実践しているのかは明確になっていない。

そこで、本研究では、退院調整看護師の実践の中でも、患者や家族への在宅移行期支援において重要な役割を果たし、診療報酬において退院時共同指導加算等の算定対象であるものの、算定数が少ないことが指摘

されている⁶⁶⁾、退院前合同カンファレンス(本研究では専門職連携カンファレンスとする)の場面に着目して取り組むことが重要であると考え、筆者が約5年間フィールドに入り、現場の状況の中に身を置き、フィールドワークに取り組んだA市B病院(以下、B病院とする)において、在宅移行に向け、退院調整看護師が中心となり、多職種と連携し、患者や家族との相互作用の中で繰り広げられている専門職連携カンファレンスにおける退院調整看護師の実践を分析することとした。

第Ⅲ章 本研究

第1節 研究目的

本研究は、退院困難な患者や家族への在宅移行期支援の要となる、院内や地域の専門職者合同の専門職連携カンファレンスにおける退院調整看護師の実践の構造を明らかにすることを目的とした。

第2節 用語の操作的定義

1. 在宅移行期

退院調整看護師が入院患者の在宅療養への移行にあたり、退院調整の必要性を判断し、在宅療養を導入し、社会資源を安定的に活用する方向性が明確になる時期とした。

2. 退院調整看護師

入院早期より退院困難な要因を早期に見出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援を行うことに資する看護師⁶⁷⁾とした。

3. 実践

退院調整看護師が退院困難な患者や家族および複数の領域の専門職者(多職種)と共に意欲的に思考し、創造的に行動しつつ、在宅移行を判断し、合意形成を図りながら在宅支援の方向性を導いていくことであり、実践に内在する偶然性や不完全性、曖昧性、危険性などの現実に見えるため、実践の只中や事後に省察し、評価まで含む行為とした。

4. 専門職連携カンファレンス

在宅移行期支援の意思決定に関わる患者や家族、複数の領域の専門職者(多職種)が、退院前に一堂に会してそれぞれの技術と知識を提供し合い、相互に作用しつつ、在宅移行にむけた共通の目標達成を患者や家族とともに合意形成しながら支援方針を決定するための病院の退院計画

システムにおける重要な支援活動とした⁶⁸⁾⁶⁹⁾。

第3節 研究デザインと研究の枠組み

1. 研究デザイン

本研究は、在宅移行に向け、退院調整看護師が中心となり、多職種と連携し、患者や家族との相互作用の中で繰り広げられている専門職連携カンファレンスにおける看護現象を記述することにより、退院調整看護師は、専門職連携のもとで患者や家族の在宅移行期支援の必要性を判断し、どのように合意形成を図りながら意思決定にむけて実践しているのかを理解し、退院調整看護師の実践の構造を導き出すことが必要であるため、質的記述的研究を選択した。

2. 退院調整看護師の実践の構造を明確にするための研究の枠組み

本研究では、退院調整看護師は、専門職連携カンファレンスにおける実践の中でどのようなことを思い描いて意味づけしながら行動し、多職種・患者・家族との相互作用の中で在宅移行の必要性を判断し、在宅支援の方向性を導いていったのか、また、退院後の在宅追跡によって退院調整看護師の実践はどのように評価されたのかをリサーチ・クエスションに据え、退院調整看護師という主となる人物の考えや行為だけでなく、退院調整看護師の実践に影響を与える周囲の人々(患者、家族、多職種)からもデータ収集を行い、一つの現象を多角的に見ることによって、退院調整看護師の実践の構造が明確にできるよう、以下の3つの調査枠組みを設定した。

第1に、本研究の核となる調査①「専門職連携カンファレンスの参与観察」として、退院調整看護師が中心となり、多職種と連携し、患者や家族との相互作用の中で繰り広げられている専門職連携カンファレンスの参与観察法による調査を行った。

第 2 に、調査①のデータを補足するため、調査②「専門職連携カンファレンスのリフレクション」として、調査①の直後に専門職連携カンファレンスに参加した家族や退院調整看護師、多職種によるリフレクションの場を設けることで、退院調整看護師の実践を振り返って意味づけるため、半構造的インタビュー法を用いたグループ討議形式の調査を行った。

第 3 に、調査①のデータを補足するため、調査③「退院後の在宅追跡調査」として、退院調整看護師の実践を評価するために自宅訪問し、患者や家族、在宅支援に関わる多職種への非構造的インタビュー法による調査を行った。

第 4 節 研究方法

1. 研究フィールドの概要

本研究の 3 つの調査において、基礎研究と同一の A 市 B 病院（以下、B 病院）を研究フィールドに据えて実施した。研究フィールドの概要は次のとおりであった。

1) A 市の地域特性

A 市は首都圏郊外中核都市で、A 市の総人口は 336,565 人（2016.1.1）、65 歳以上 77,739 人、高齢化率 23.2%（2015.1.1）である⁷⁵⁾。総人口は減少傾向にあるが、将来推計では高齢者人口は増加し、後期高齢者の比率が高くなると予測されている。高齢化社会（7%）から超高齢社会（21%）への移行期間が A 市は 18 年間、国は 37 年間と全国的にも A 市の高齢化のスピードは加速的である。また、A 市の要介護認定者は介護保険制度開始から 15 年で約 4 倍となり、要介護認定割合は 80 歳以上で急速に高くなっている。なお、A 市の主要死因別死亡者数（2013 年、C 保健所統計）は、悪性新生物、心疾患、肺炎、脳血管疾患⁷⁵⁾等、全国⁷⁶⁾と同様の順位であ

った。

2) B 病院の特徴

B 病院⁷⁷⁾は公的機関で地域中核病院として 6 市 1 町の地域住民に対する第二次救急医療を担っている。急性期病院(一般急性期)で病床数は 400 床以上、平均在院日数 13.4 日である。入院基本料 7 対 1、固定チームナーシング継続受持ち、3 交代、変則 2 交代であった。

(1) 退院調整看護師が所属する医療連携担当の現状と役割

B 病院医療連携担当は 2005 年に設置され、退院調整看護師 4 名、医療ソーシャルワーカー 3 名(社会福祉士 2 名、社会福祉主事 1 名)、医療連携担当事務 1 名、医療連携担当臨時職員 3 名で編成されている。

退院調整看護師の役割は、退院調整を要する患者・家族に対して、入院時より退院後の生活を見据えた退院計画ができるよう病棟看護師と連携して退院支援を行うこと、退院困難な入院患者に対する退院・転院の調整を行い療養場所の確保、入院期間の短縮に努めること、退院後の療養生活が不安なくできるよう、必要な介護・福祉サービスを視野にいれ、地域との連携をはかること、院内および地域におけるコーディネーターの役割をとること等であった。

(2) 退院調整看護師への相談件数

退院調整看護師への相談件数は 2014 年度 3,189 件であった(2013 年度 3,135 件)。そのうち、在宅支援の依頼件数は 499 件(2013 年度 430 件)、患者が 70 歳以上の依頼件数は 382 件(2013 年度 324 件)であった。

なお、医療ソーシャルワーカーへの相談件数は 2014 年度 5,402 件であった(2013 年度 5,181 件)。相談内容は、入院患者の転院調整、入院外来患者の経済的問題や DV、虐待、望まない妊娠の心理的問題、成

年後見人制度等の多種多様な社会福祉制度への相談など多岐に渡っていた。

(3)退院調整看護師の主な業務内容

①患者・家族支援

患者・家族への個別面談、利用可能なサービス・制度の情報提供

患者・家族の在宅療養生活環境の調整と療養上の指導

在宅療養患者の退院後の外来受診調整・診察同席（必要時）

在宅移行に係る医療・介護用品の準備と供給ルートの確保

②多職種連携・協働

院内外が多職種への情報提供や連絡調整

患者や家族が無理なく実施できる在宅ケア方法の共有・調整

専門職連携カンファレンスの開催

院内外の専門職の総合相談窓口

退院支援の問題・課題をもつ病棟看護師の個別相談

③退院支援システムの運営

自宅への在宅移行に係る退院困難ケースの把握

患者・家族の退院支援計画書の作成

退院日の調整、退院に係る必要書類の確認（診療情報提供書・看護要約・リハビリ要約、訪問看護指示書等）

訪問看護指示書・報告書の管理

退院支援マニュアル作成

④院内・外教育の企画・運営

看護部の継続教育：2012年度から新人教育参加、2015年度から看護実践7年目以上の看護師を対象の「退院調整/退院支援」専門教育コースの運営

院内多職種教育：退院支援研修・教育の企画・運営

院外多職種の勉強会開催

⑤在宅移行に係る地域の社会資源に関する情報収集

地域の社会資源のリスト作成及び更新

連携強化のため関連事業所への訪問活動

(4)退院調整看護師の在宅移行に係る退院支援の流れ

①支援の依頼受理、診療情報より情報収集

②病棟訪問・依頼者(専門職)との面談

③病棟チームカンファレンス参加

④患者や家族との個別面談・アセスメント・支援ニーズの抽出

⑤患者や家族へ各種制度・サービスの情報提供・モニタリング

⑥在宅支援に係る多職種との連絡調整

⑦専門職連携カンファレンス開催

(5)専門職連携カンファレンスに参加する専門職

院内：医師、薬剤師、管理栄養士、医療ソーシャルワーカー、医療事務、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、外来看護師、病棟看護師、退院調整看護師等。

地域：在宅療養支援診療所の医師、介護支援専門員、ヘルパー、介護福祉士、通所介護や通所リハビリテーション施設職員、福祉用具事業所職員、行政職員、院外薬局薬剤師、地域包括支援センター職員、訪問看護ステーション看護師等。

(6)専門職連携カンファレンス対象患者の選定規準

①入院前に比べ病状悪化、医療的ケアが複雑等の変化がある

②医療管理や医療処置が開始または継続する

③ADL・IADLが低下し、自立した生活が困難である

- ④がんや難病のように進行する症状を抱えながらの在宅療養希望者
- ⑤自己管理が困難、病状不安定で再入院を繰り返す
- ⑥介護の支援体制が不十分で支援の見直しが必要
- ⑦食事が摂取できない
- ⑧経済的不安や問題

但し、厚生労働省「医科診療報酬点数表に関する事項」⁶⁷⁾による
退院調整加算の対象は、以下のとおりである。

- ①悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症
- ②緊急入院であること
- ③介護保険が未申請の場合
- ④入院前に比べ日常生活動作が低下し退院後の生活様式再編が必要
- ⑤排泄(排尿や排便)に介護を要すること
- ⑥同居者の有無に関わらず必要な介護を十分提供できる状況にない
- ⑦退院後に医療処置が必要なこと
- ⑧入退院を繰り返していること

2. 各調査の目的と方法

1) 調査①

(1) 調査目的

調査①では、退院困難な患者や家族の在宅移行期の療養生活が円滑になるよう地域連携や多職種連携のもとで行われた、10件の対象患者(以下、事例とする)のための専門職連携カンファレンスにおける退院調整看護師の実践の構造を明らかにすることを目的とした。

(2) 調査期間

2014年3月下旬～2015年3月上旬の1年間

(3) 調査対象者

① B 病院の退院調整看護師の概要

退院調整看護師 4 名について、退院調整経験年数の平均年数(±標準偏差値)は 4.3 ± 3.0 年、年齢は 40 歳代後半～60 歳代前半(40 歳代 2 名、50 歳代 1 名、60 歳代 1 名)、看護学教育は 4 名共に専門学校の教育課程を修了していた。

退院調整看護師 a : 40 歳代後半、B 病院看護師歴 25 年以上(内、看護師長歴 3 年)、退院調整看護師歴 5 年、介護支援専門員資格取得

退院調整看護師 b : 40 歳代後半、B 病院看護師歴 25 年以上、退院調整看護師歴 1 年

退院調整看護師 c : 60 歳代前半、B 病院看護師歴 40 年以上(内、看護師長歴 10 年以上、副看護部長歴 3 年)、退院調整看護師歴 8 年、介護支援専門員資格取得

退院調整看護師 d : 50 歳代前半、B 病院看護師歴 5 年以上(主任)、その他看護師歴 10 年以上(病院看護師 5 年、訪問看護師 5 年等)、退院調整看護師歴 3 年、介護支援専門員資格取得

② 事例の概要

専門職連携カンファレンスを要した 10 事例は、40 歳代後半～80 歳代後半、男性 9 名、女性 1 名、単独世帯 2 名、夫婦世帯 6 名、2 世帯同居 2 名、要介護区分は要介護 1 が 1 名、要介護 2 が 1 名(要介護区分変更申請中 1 名)、要介護 3 が 1 名、新規の介護保険申請 6 名、医療保険対応 1 名であった。主な診断名は、チャージ・ストラウス症候群、2 型糖尿病(腎症・神経障害含む)、認知症、廃用症候群、脱水症、転倒による下肢打撲、高 CPK 血症、慢性気管支炎、腸閉塞、左気胸、うつ血性心不全による呼吸困難、肺炎、筋萎縮性側索硬化症(以下、ALS)、前立腺癌等であった。また、10 事例 3 事例は救急搬送された緊急入院であつ

た。

③ 専門職連携カンファレンス参加者と所要時間の概要

専門職連携カンファレンスの延べ参加人数は 91 名、実人数は 83 名であった。内訳は、患者・家族について、患者 5 名、患者の家族 18 名、患者の知人 1 名、B 病院職員について(以下、院内とする)、退院調整看護師 12 名(実人数 4 名)、病棟看護師 12 名、病院医師 8 名、薬剤師 4 名、理学療法士 3 名、医療ソーシャルワーカー 1 名、地域の在宅支援者(以下、地域とする)について、診療所医師 1 名、介護支援専門員 10 名、訪問看護師 7 名、介護事業所社長 1 名、デイサービスセンター長 1 名、福祉住環境事業者 6 名、行政職員(生活保護担当) 1 名であった。また、参加者の構成割合は、患者・家族等 24 名(26.4%)、院内 40 名(44.0%)、地域 27 名(29.7%)、であった。

なお、専門職連携カンファレンス 1 回あたりの参加人数(平均値±標準偏差値)と幅は、患者・家族等：2.4±1.9 名、1～7 名、院内：4.0±1.2 名、2～5 名、地域：2.7±1.4 名、1～5 名、全体：9.1±2.9 名、5～14 名であった。

(4) 調査方法

B 病院内で行われた専門職連携カンファレンスの参与観察において、退院調整看護師 4 名の協力のもとで調査を進めるにあたり、研究計画の準備段階で、退院調整看護師と筆者とで、患者や家族の在宅移行が円滑になるようよりよい専門職連携カンファレンスの運営をめざそうという共有の目標を設定し、筆者の存在が専門職連携カンファレンス参加者に及ぼす影響について十分検討した。その結果、退院調整看護師より、調査協力期間は約 1 年間とし、調査①について「専門職連携カンファレンス開始後はその運営に集中し、在宅移行など支援の方向性に関する

る患者や家族、多職種の合意を導いていきたいこと、主治医は多忙の中で参加して下さっていることなど時間を大切にしたいので、その場での質問や意見、感想を求めるなどの発言は控えて欲しい。わからないことは後で私たちが聞きます。」と申し出があったため、筆者は専門職連携カンファレンスの参与観察の開始から終了まで、積極的に観察は行うがその場での発言は控えることを相互の合意事項とした。

そして、退院調整看護師より事前に参加予定者個々に本研究の趣旨や筆者が研究者として参加することを伝えて内諾を得た。さらに専門職連携カンファレンス当日、開催前に退院調整看護師から参加者全員へ改めて筆者が研究者として参与観察することを伝え、その後、筆者は参加者全員に説明し、同意を得てから参与観察を開始した。同意の得られた専門職連携カンファレンスの様子は録音し、観察内容のメモを取った。エンドポイントとしては、専門職連携カンファレンスによって、在宅移行期における患者や家族の支援に関する内容を多職種、患者および家族などによって情報共有でき、問題解決することによって支援の方向性を決定することとした。専門職連携カンファレンスの所要時間については、平均値 $58.2 \pm$ 標準偏差値 20.2 分、幅は $31 \sim 87$ 分であった。

2) 調査②

(1) 調査目的

調査②では、調査①の各事例の専門職連携カンファレンスの直後に、研究協力に同意した家族や多職種と共に、退院調整看護師の実践を振り返り、意味づけを行うことによって、専門職連携カンファレンスのリフレクションの観点から、調査①の結果から導いた各事例の専門職連携カンファレンスにおける退院調整看護師の実践の構造を補足することを目的とした。

(2) 調査期間

2014 年 3 月下旬～2015 年 3 月上旬の 1 年間

(3) 調査対象者

調査①の 10 事例の専門職連携カンファレンス参加者のうち、退院調整看護師が自己の実践を振り返り、意味づけを行う目的で行うリフレクション参加に同意した者を対象とした。

専門職連携カンファレンスのリフレクションの延べ参加人数は 56 名、実人数は 46 名であった。調査①の延べ参加人数は 91 名であり、調査②への参加率は 61.5%であった。

内訳は、患者・家族について、患者の家族 4 名、患者の知人 1 名、院内について、退院調整看護師 12 名(実人数 4 名)、病棟看護師 7 名、薬剤師 3 名、理学療法士 3 名、医療ソーシャルワーカー 1 名、地域について、介護支援専門員 10 名、訪問看護師 7 名、介護事業所社長 1 名、デイサービスセンター長 1 名、福祉住環境事業者 5 名、行政職員(生活保護担当)1 名であった。

(4) 調査方法

10 事例の専門職連携カンファレンスのリフレクションは、調査①と同様に、研究計画の準備段階で、機会を設けたいと提案し同意を得て実施した。調査①の終了直後、退院調整看護師の協力を得ながら、同じ場所あるいは院内の別室を設けて、各事例の調査対象者が共に各自の感想を述べあったり、課題意識など意見を出し合ったり等、専門職連携カンファレンスを振り返り、退院調整看護師の実践を意味づけできる場になることを目的に、筆者がファシリテーター役となって、インタビューガイドを用いながらグループ討議形式の半構造化インタビュー法による調査を実施した。

インタビューガイドの内容は、日程、場所、参加予定者、インタビュー項目、所要時間(約 30 分間)、筆者のファシリテーター役割であった。

インタビュー項目は、以下の問いの中から、筆者が参与観察した専門職連携カンファレンスの状況に応じて抜粋して、退院調整看護師はじめ参加者の実践の振り返りを促した。

- ・ 本日の感想を述べて下さい。
- ・ 在宅移行期支援に必要な意見交換や情報収集は十分できました？
→ 不十分と感じた場合、それはどうしてでしょうか？
- ・ 自己の意見が参加者へ十分伝わった、伝えていたと思いますか？
→ 不十分と感じた場合、それはどうしてでしょうか？
- ・ 参加者の考えを理解しようと努めていたと思いますか？
→ 不十分と感じた場合、それはどうしてでしょうか？
- ・ 本日の自己の役割についてどのように感じていましたか？
→ その理由は？
- ・ 本日の退院調整看護師の役割についてどのように感じましたか？
→ その理由は？
- ・ 本日の満足度は？
→ その理由は？

また、筆者のファシリテーター役割について、参加者へ筆者の立場を周知し理解を得ることで調査の質を担保するため、以下の項目を設定し説明した。

- ・ 話しやすい雰囲気づくり

→ 専門職連携カンファレンスから一転して調査に関わる緊張感が高まらないよう、机、椅子の配置、隣同士の関係等の多様な環境に配慮

する。

- ・客観的立場の保持

→専門職連携カンファレンスの参与観察およびリフレクションでは、客観的立場に努める。

- ・参加者の主体性の尊重

→参加者が主体性をもって発言できるよう促す。

- ・参加者の発言の促進

→参加者の言葉をよく聞き、伝えたいことなど発言を引き出す。

- ・場の把握

→参加者の表情、雰囲気などから発言したい人、場に参加できていない人などを把握し、調査の目的に向かって進んでいるかどうかを判断する。

- ・場の状態に応じた介入

→順調に進んでいる場合は調査をそのまま続行するが、「問い」に対する回答に窮する場合、混乱がある場合など必要時には調査が円滑にすすむよう、「問い」の仕方を変えるなど介入する。また、適宜、参加者同士の話し合いを促す。

- ・調査内容の集約

→調査で得られた発言についてその場で整理し要約して伝える。

- ・参加者の自己評価を促す

→専門職連携カンファレンスに関する自己評価ができるよう促す。

- ・時間配分への配慮

→参加者の就業などへの影響や負担を最小限にするため、所要時間 30 分程度で終了できるようにする。

なお、研究対象者全員の同意を得て、専門職連携カンファレンスのリフレクションの様子は録音し、観察内容のメモを取った。エンドポイントとしては、専門職連携カンファレンスによって、在宅移行期における調査対象者(患者や家族)の支援に関する内容を多職種、患者および家族などによって情報共有でき、問題解決することによって支援の方向性を決定したことに対して、退院調整看護師の確信が得られたこととした。また、専門職連携カンファレンスのリフレクションの所要時間は、平均値 $32.0 \pm$ 標準偏差値 7.6 分間、幅は 20～45 分であった。

3) 調査③

(1) 調査目的

調査①、調査②を経て、10 事例のうち、退院後の在宅追跡調査が可能となった 1 事例について、退院調整看護師と筆者とが自宅訪問し、退院調整看護師の実践の評価の観点から、調査①、調査②の結果から導いた退院調整看護師の実践の構造を補足することを目的とした。

(2) 調査期間

2014 年 12 月下旬～2015 年 3 月上旬の 4 か月間

(3) 調査対象者

退院後の在宅追跡調査が可能となった事例は、調査① No.8(以下、事例 8)であった。退院後の在宅追跡調査の訪問場面の参加者について、延べ参加人数は 21 名、実人数は 9 名であった。

内訳は、患者 1 名、患者の妻 1 名、介護支援専門員 1 名、福祉住環境事業者 1 名、訪問理学療法士 1 名、訪問看護師 1 名、患者の知人 1 名、Z 研究所福祉機器開発室研究者 1 名(室長)、作業療法士(Y 大学研究者)1 名であった。

(4) 調査方法

在宅追跡調査が可能となった患者の自宅へ退院調整看護師と筆者とが訪問し、退院して良かったこと、退院前に想い描いていたことと異なり、不自由していること、自宅をより良くするために工夫していることなど把握し、退院調整看護師の実践の評価へつなげるために在宅での様子を把握することの調査目的を調査対象者へ伝え同意を得た。

調査対象者の負担とならないよう、フィールドワーカーとして参与観察し、非構造的インタビューを心がけた。エンドポイントとしては、退院調整看護師の実践の評価が見出せた場面とした。調査の所要時間は、平均値 86.0±標準偏差値 26.1 分間、幅は 60～120 分であった。

3. 分析方法

質的記述的研究では、分析方法は定められていない。本研究の分析は、在宅移行期支援にむけた専門職連携カンファレンスにおいて、患者、家族、退院調整看護師をはじめとした在宅移行期支援に関わる多職種の相互作用の中で成り立つ複雑な看護現象、つまり、退院調整看護師の実践を分析する必要があることから、「人間が体験する諸現象を社会相互作用の中でとらえようとする見方」、象徴的相互作用論を理論基盤とし、その理論の人間行動の見方を応用した研究法と位置付けられているグラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、GTA)を援用することにした⁷¹⁾。

木下⁷²⁾は、GTA について、人間行動の説明だけでなく予測に有効と示唆しており、GTA を援用することによって、専門職連携カンファレンスでの患者、家族、退院調整看護師、多職種との相互作用の中で起こり得る行動の変化と多様性を説明できれば、退院調整看護師の実践の構造が明らかになり、それが知識となって、実践的活用を促すことができるのではないかと考えた。

なお、GTA では、個別の事例から抽象的な理論へと一般化するプロセスにおいて、1つの事例ごとにデータ収集、コーディング、分析と同時に行い次々にデータを継続的に比較分析することによって、次にどのデータを収集すべきかを洞察し、意図的に対象や事例を選定することによってよりよいデータを得るという、理論的サンプリングへつなげることが必要になる⁷⁰⁾。しかし、本研究では、理論化を目指していないこと、また、調査にあたり専門職連携カンファレンス参加者全員の研究協力を要する状況や意図的な事例選定には対象特性の多様性や時間的制約の問題等、様々な困難が予測されることから、厳密な継続的比較分析による理論的サンプリングには限界があるため、個別事例毎の分析の部分にのみ GTA の分析方法を用いることにした。

また、GTA は、社会学者アンセルム・ストラウスとバーニー・グレイザーによって病院での死と死ぬことの扱われ方に関する研究(1965)の中で開発され⁷⁰⁾、The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research(1967 年)⁷³⁾で初めて紹介された後、現在に至るまでに複数の GTA バージョンが存在しているため、本研究では、ストラウス版とストラウス・コービング版を進化させた、戈木クレイグヒル版の GTA⁷⁴⁾を参考に質的データ分析プロセスを援用し、退院困難な患者や家族への在宅移行期支援の要となる、院内外の専門職連携カンファレンスにおける退院調整看護師の実践の構造の解明を目指した。

1) 各調査データの分析方法の全体図

図 1 に各調査データの分析方法の全体図を示した。分析データは、調査①(10 事例・10 のテキスト)、調査②(10 事例・10 のテキスト)、調査③(1 事例・1 つのテキスト)、計 21 のテキストであった。第 1、第 2、第 3 と 3 段階のコーディングを行った。

第1段階のコーディングはGTAのオープン・コーディングに従って調査毎に各事例のテキストを分析し、第2段階のコーディングは調査毎に各事例のテキストの分析から抽出したカテゴリーを用いて21のカテゴリー関連図と各々要約で示した。すべてのカテゴリー関連図が揃った時点で、各事例において調査①、調査②または調査①、調査②、調査③の結果を統合し、11のカテゴリー関連統合図と各々要約を作成した。第3段階のコーディングでは、11のカテゴリー関連統合図を構成しているすべてのカテゴリーについて、中心となるカテゴリーを吟味し、統合的に分析し、在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造として提示した。データの分析方法の詳細は次に述べる。

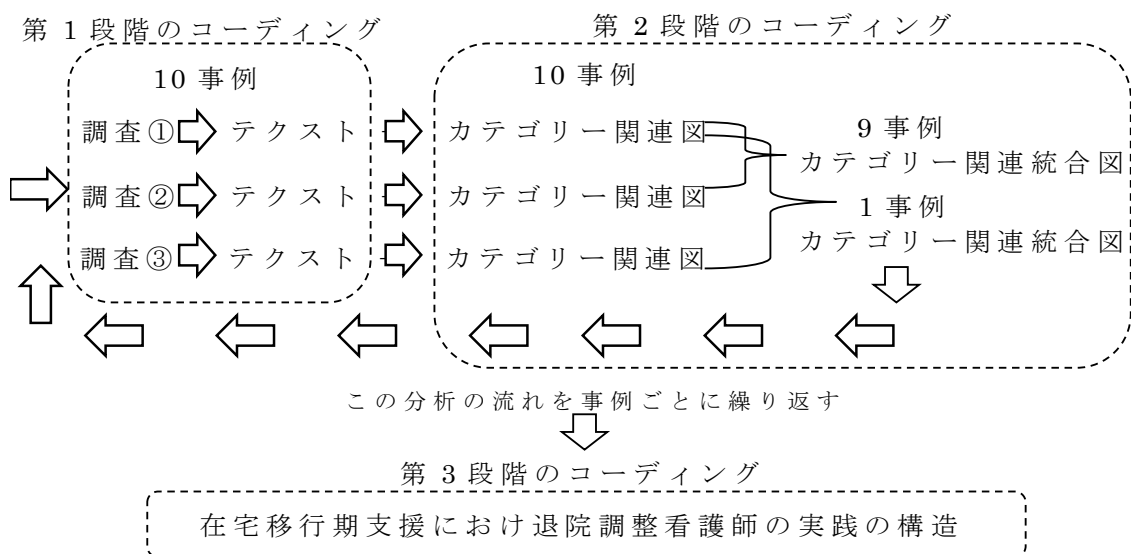


図1 各調査データの分析方法の全体図

2) 各段階の分析方法

第1段階のコーディングでは、GTAのオープン・コーディングの分析法を用いた。各事例のテキストは発言者がわかるよう識別番号(ID:identification)をふり、全体を把握してから意味ごとに切片化した。各切片テキスト(以下、切片とする)からプロパティとディメンションを抽出してラベル名をつけ、ラベルの内容の共通性をもとにカテゴリー

一分類し名前をつけた。ラベルやカテゴリーは名前をつけた時点で、必ずテキストとの内容の一致性を確認した。

なお、事例 8 を例に挙げて、表 1 では第 1 段階のコーディングの例（その 1）として、テキストの切片化、プロパティ、ディメンション、ラベルの実際を示し、表 2 では第 1 段階のコーディングの例（その 2）として、共通するラベルを集めてカテゴリー分類した実際を示した。

表 1 事例 8 の第 1 段階のコーディングの例（その 1）

No.	テキスト	プロパティ	ディメンション	ラベル名
15	退院調整看護師 a：ケアマネジャー さん言ってくださった皆さんの考え方、ご家庭によって、考え方によってというのも、そういうところもあると思うんですね。さっきお父さん言っていた、この間も言いましたけど、スープとか野菜ジュースとか、〇〇（経腸栄養剤）だけじゃなくて、そういうのを流し入れてもいいと思うんですね、そこは。	家族の今まで の家庭の食卓 環境確保の希望の程度 経腸栄養の必要性の程度 家庭の食卓における患者の食事の位置づけ	強い 高い 一緒	食事に匹敵する経腸栄養内容の検討

表 2 事例 8 の第 1 段階のコーディングの例（その 2）

カテゴリー《家庭の食卓における経腸栄養を基本とした患者の食事の位置づけ》
ラベル〈患者の経口摂取許可の可能性(13)〉、〈経口摂取困難な患者に配慮した退院後の家庭の食卓のあり方(14)〉、〈食事に匹敵する経腸栄養内容の検討(15)〉、〈訪問看護ステーション管理者による過去の訪問看護経験を拭替えた複数の経腸栄養に関する

話題提供(16))、〈経腸栄養の内容変更に慎重さを求める複数の意見(17)〉

プロパティ(並字)とディメンション(太字) ※「-」はディメンションがない場合

弱い(17)- 家族の今までの家庭の食卓環境確保の希望の程度 強い(13,14,15,16)

低い- 経腸栄養の必要性の程度 高い(15,16,17)

別々(17) 家庭の食卓における患者の食事の位置づけ 一緒(13,14,15,16)

第2段階のコーディングでは、21のテキストから生成されたカテゴリについて、パラダイム[『状況(条件): condition』、『行為/相互行為: action/interaction』、『帰結: consequence』]を使って、調査①では退院調整看護師の実践に関わる現象、調査②では退院調整看護師が自己の実践を振り返り意味づけを行っている現象、調査③では退院調整看護師の実践を評価している現象ごとに分類し、21のカテゴリ関連図を描いた。カテゴリ関連図において、カテゴリ同士をプロパティとディメンションで関係づけ、中心となるカテゴリを1つ選んで現象の名前にした。また、カテゴリ関連図を用いて、各現象を要約した。

さらに10事例の調査①、調査②、調査③の21のカテゴリ関連図がすべてそろった時点で、事例ごとに調査①のカテゴリ関連図を中心にして、それを補足する位置づけで同じ事例の調査②や調査③のカテゴリ関連図の内容を統合させながら複数の現象のカテゴリ関連統合図を描いた。

最後に第3段階のコーディングでは、複数の現象のカテゴリ関連統合図の中心となっているカテゴリを見極め、プロパティとディメンションで関係づけ、概念を使ってカテゴリ関連統合図とその要約により、専門職連携カンファレンスの場面を中心とした、在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造として提示した。

カテゴリ関連図、カテゴリ関連統合図、要約で使用する記号に

ついて、【 】は中心となるカテゴリー、《 》はカテゴリー、〈 〉はラベル名、()は切片番号とした。

なお、太字はプロパティ(要約では“ ”と示す)、並字はディメンション(要約では‘ ’と示す)を示し、推測されるディメンションには「?」、該当ディメンションがない場合には「ー」とした。関係は矢印で示した。

3) 質的データ分析の質保証について

質的データの信用性の確保のため、質的研究に精通する指導教授の指導を受けて実施し、調査対象者である退院調整看護師 4 名と筆者が、調査①、調査②、調査③と 3 つの調査が可能になった事例 8 の分析データを共有することにより、真実性を確保した。調査③については、事例 8 の地域の在宅支援者（専門職者）や重度障害者用の意思伝達装置に係る専門的知識の提供を受けた Z 研究所福祉機器開発室研究者 1 名（室長）、作業療法士（Y 大学研究者）と事例 8 の分析データを共有することにより、真実性を確保した。

なお、指導教授の他、質的研究に精通した研究者にデータおよびその分析過程を提示し、評価を受けることでデータの質を担保した。

4. 倫理的配慮

本研究による調査は、「埼玉県立大学倫理委員会」の審査を経て学長の許可を得た（2014 年 1 月 16 日 承認 25091 号、2015 年 5 月 20 日 承認 27011 号）後、研究フィールドの B 病院院長および看護部長の指示により研究計画書を提出し、2014 年 3 月 28 日付で看護部長から口頭にて承認を得て実施した。

B 病院の副院長兼看護部長から、医事課医療連携担当の退院調整看護師の紹介を受けて、筆者が退院調整看護師へ研究趣旨および調査方法を

説明し同意を得て調査協力を得た。

調査対象者へのインフォームド・コンセントについて、B病院退院調整看護師が事前に調査対象者へ本研究の趣旨および調査方法を説明し、内諾を得た。次に、筆者は、退院調整看護師から、調査①「専門職連携カンファレンス」の日程に関する情報提供を受け参加した。B病院の専門職連携カンファレンス開催前に、筆者が説明書および同意書を用いて口頭にて、研究目的および方法を伝え、1) 調査対象者の選定方針、2) 研究の任意性と撤回の自由、3) 対象の利益と不利益、4) 調査対象者等及びその関係者からの相談等への対応を説明し同意を得ることとした。

1) 調査対象者の選定方針

調査対象者は、B病院退院調整看護師の実践の中で行われる専門職連携カンファレンスの参加者とし、患者の年齢や病期、傷病を選定規準としないこととする。なお、調査対象者のうち、患者からのインフォームド・コンセントを取得できない場合、家族の代諾を得ることを必須とした。また、専門職連携カンファレンス参加者全員の研究協力の同意が得られない場合は、調査対象者から除外した。

2) 研究の任意性と撤回の自由

調査対象者に対して、研究の参加や協力は任意であり、個人の自由意志で一旦協力した後でも途中や事後であっても調査後1か月間は申し出があればデータを使用せず破棄することが可能なこと、研究協力の有無によって、患者および家族に対しては入院中および退院後の在宅等の療養生活に何ら影響がないことや専門職者については職務に何ら影響がないことを説明し理解を得ることとした。

3) 調査対象者の利益と不利益

本研究により、退院調整看護師の実践の構造が明らかになれば多職

種が連携する退院支援システムの質向上につながり、患者・家族の人生上の出来事への自己対処力を高め、安心感獲得に貢献できる点からも利益となると考える。但し、患者および家族については退院後の療養生活への精神的な不安や負担が生じ不利益となる可能性はあるため退院調整看護師による事後フォローを依頼する。専門職者については勤務時間中の調査協力のため職務遂行に支障が生じ不利益となる可能性があるため、所属長の研究協力に関する承諾を得ることとした。

4) 調査対象者等及びその関係者からの相談等への対応

研究や調査に関する問い合わせ先や責任の所在を明確に提示し、調査対象者からの質問や相談、同意撤回ができるように通信体制を整えた。

第 5 節 研究結果

1. 調査①

対象とした専門職連携カンファレンス(事例 1～事例 10)は 10 事例、各 1 回、計 10 回であった。

1) 各事例の専門職連携カンファレンスの概要と分析結果

(1) 専門職連携カンファレンス 1 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 1 の概要

事例 1 と参加者の概要を表 3 に、目的・成果と所要時間を表 4 に示した。

表 3 事例 1 と参加者の概要

事例 1 の概要	参加者の概要		
<p>【基本情報】</p> <p>60 歳代後半・男性、介護保険申請中、夫婦世帯</p> <p>【傷病名(主な治療)】</p> <p>チャーグ・スト劳斯症候群(ステロイド療法)、2 型糖尿病(インスリン療法)、高血圧症(薬物療法)、重度認知機能低下(治療は特になし)、廃用症候群(リハビリテーション)</p> <p>【入院目的】</p> <p>低ナトリウム血症による意識障害の加療目的のため。緊急入院。</p>	患者・家族	院内	地域
	患者の妻 a	<u>退院調整看護師 a</u> <u>退院調整看護師 b</u> 薬剤師 a <u>病棟看護師 a</u> <u>理学療法士 a</u>	<u>介護支援</u> <u>専門員 a</u>

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 4 専門職連携カンファレンス 1 の目的・成果と所要時間

目的	成果
<p>B 病院薬剤師から薬物療法の管理に関する情報提供、入院前と比べ著しい ADL 低下のため家族の介護負担増を踏まえたケアプランの見直しを検討するため。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・妻の介護負担の評価 ・通所介護サービス利用の調整 ・薬物療法の管理に関する家族への指導と多職種との情報共有 ・住宅改修や介護環境整備の調整
所要時間：52 分間	

② 分析結果

i カテゴリー一覧

- ・ 状況 《認知機能低下を伴う要介護者への在宅支援サービス調整》

- ・ 行為/相互行為

《理学療法士への安全な移動介助に関する家族指導の依頼》

《薬剤師による薬物療法に関する在宅療養上の注意点説明の促し》

《家族介護者のレスパイトケアに関する提案》

【患者の病状に関する家族の予期不安への対応】

- ・ 帰結

《自宅の住環境整備》

《薬剤師による家族への服薬に関する退院指導場面の調整》

ii カテゴリー関連図

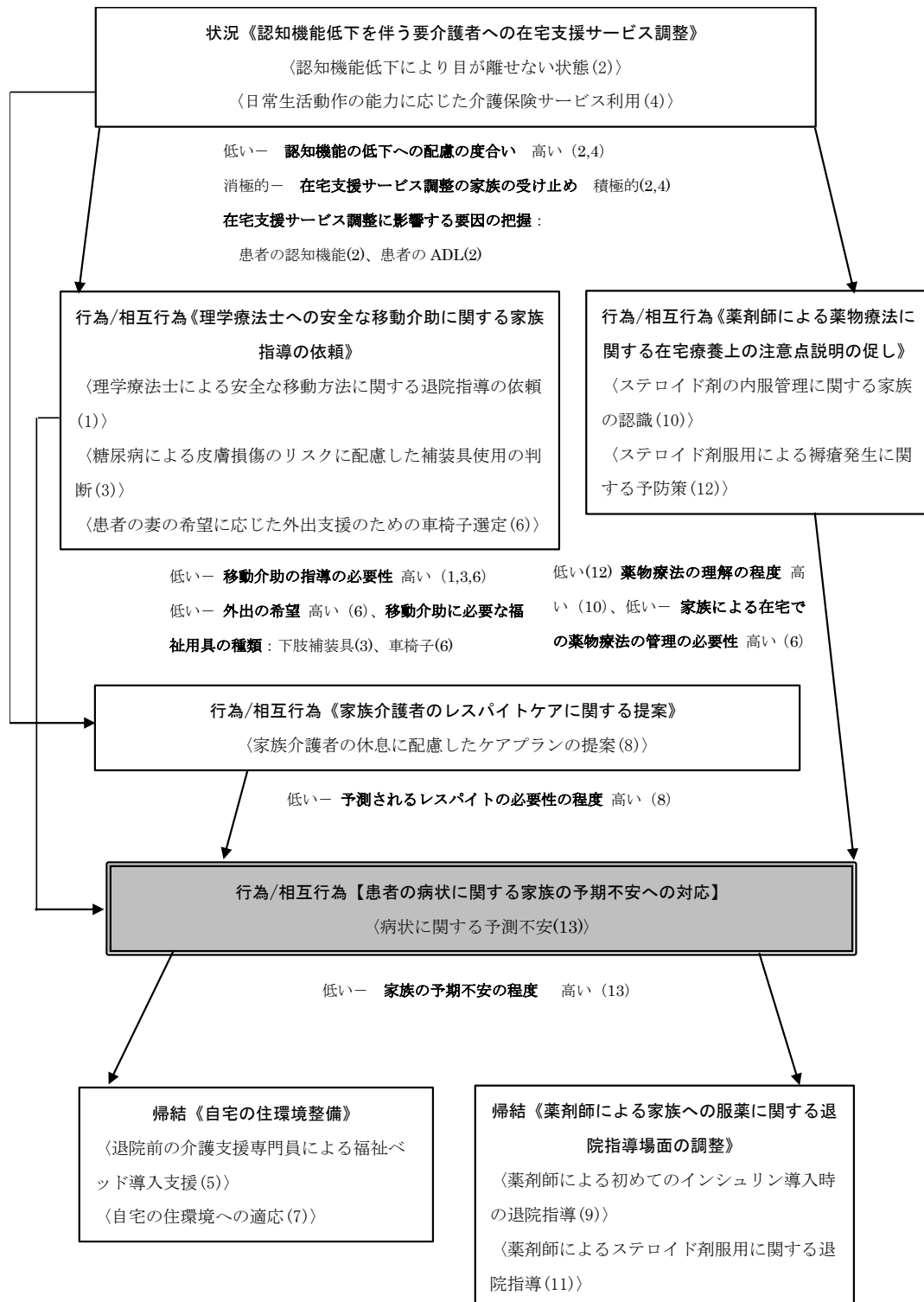


図 2 事例 1 のカテゴリー関連図【患者の病状に関する家族の予期不安への対応】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、‘積極的’な“在宅サービス調整の家族の受け止め”に対して、《認知機能低下を伴う要介護者への在宅支援サービス調整》を前提に、家族へ《薬剤師による薬物療法に関する在宅療養上の注意点説明の促し》をしたところ、各薬剤の“薬物療法の理解の程度”は‘様々’であることがわかった。そこで、退院調整看護師は、《薬剤師による家族への服薬に関する退院指導場面の調整》に尽力した。一方、退院調整看護師は、家族は認知機能低下を予防するための“外出の希望”が‘強い’ことを察し、外出にむけて《理学療法士への安全な移動介助に関する家族指導の依頼》をし、さらに介護保険サービス利用による“移動介助に必要な福祉用具の種類”として‘車椅子’を選定したり、《自宅の住環境整備》のための住宅改修へとつなげた。

他方、退院調整看護師は、【患者の病状に関する家族の予期不安への対応】の必要性が高いことを察し、心身の負担軽減のための《家族介護者のレスパイトケアに関する提案》をし、ケアプランに取り入れることについて合意を得た。

(2) 専門職連携カンファレンス 2 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 2 の概要

事例 2 と参加者の概要を表 5 に、目的・成果と所要時間を表 6 に示した。

表 5 事例 2 と参加者の概要

事例 2 の概要	参加者の概要		
【基本情報】	患者・家族	院内	地域
70 歳代前半・男性、要介護 2(区分変更申請中)、夫婦世帯	患者の妻 b	<u>退院調整看</u>	診療所医師 a
【傷病名(主な治療)】	患者の長男	<u>護師 c</u>	<u>介護支援専</u>
【傷病名(主な治療)】	a	病院医師 a	<u>門員(患者担</u>
脱水症状、転倒による下肢打撲、		病棟看護師	<u>当) b</u>
高 CPK 血症、慢性気管支炎(薬物治療)、		b	<u>介護支援専</u>
重度認知症:長谷川式簡易知能		<u>理学療法士</u>	<u>門員(患者の</u>
評価スケール(改訂版)1 点(薬を吐		<u>b</u>	<u>妻担当) c</u>
出し処方薬なし)、廃用症候群(リハ		<u>医療ソーシ</u>	
ビリ)		<u>ヤルワーカ</u>	
【入院目的】		<u>ー a</u>	
デイサービス移送時、意識レベ			
ル低下しチアノーゼ出現し救急外			
来受診した。脱水症状、自宅トイレ			
の便座上で過ごした時の腰・臀部、			
右肩の圧迫・挫滅、高 CPK 血症が			
認められ精査・加療目的のため。緊			
急入院。			

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 6 専門職連携カンファレンス 2 の目的・成果と所要時間

目的	成果
炎症所見は陰性化状態となり、患者の生活機能や家族の介護力、利用可能な介護保険サービス等を家族や多職種で共有し、課題や問題点を明確にし、退院後の療養生活の場を多角的に検討し方向性を検討するため。	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の療養場所の見通し ・家族の介護力の評価 ・経済状況の評価
所要時間：81 分間	

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《重度要介護者の在宅支援サービス調整》

・ 行為/相互行為

《主治医による認知症治療状況に関する情報共有の場づくり》

《院内多職種の入院生活上の支援ニーズの明確化》

《介護支援専門員の在宅支援の気がかりの表出の促し》

《退院後の療養場所の選択に揺れる家族の思いの表出の促し》

【家族への療養場所に関する意思決定の促し】

・ 帰結

《認知症者の病状とその家族の気持ちに寄り添った支援方針の合意
形成》

《自宅での在宅療養生活の実現に必要なケアプランの提案》

ii カテゴリー関連図

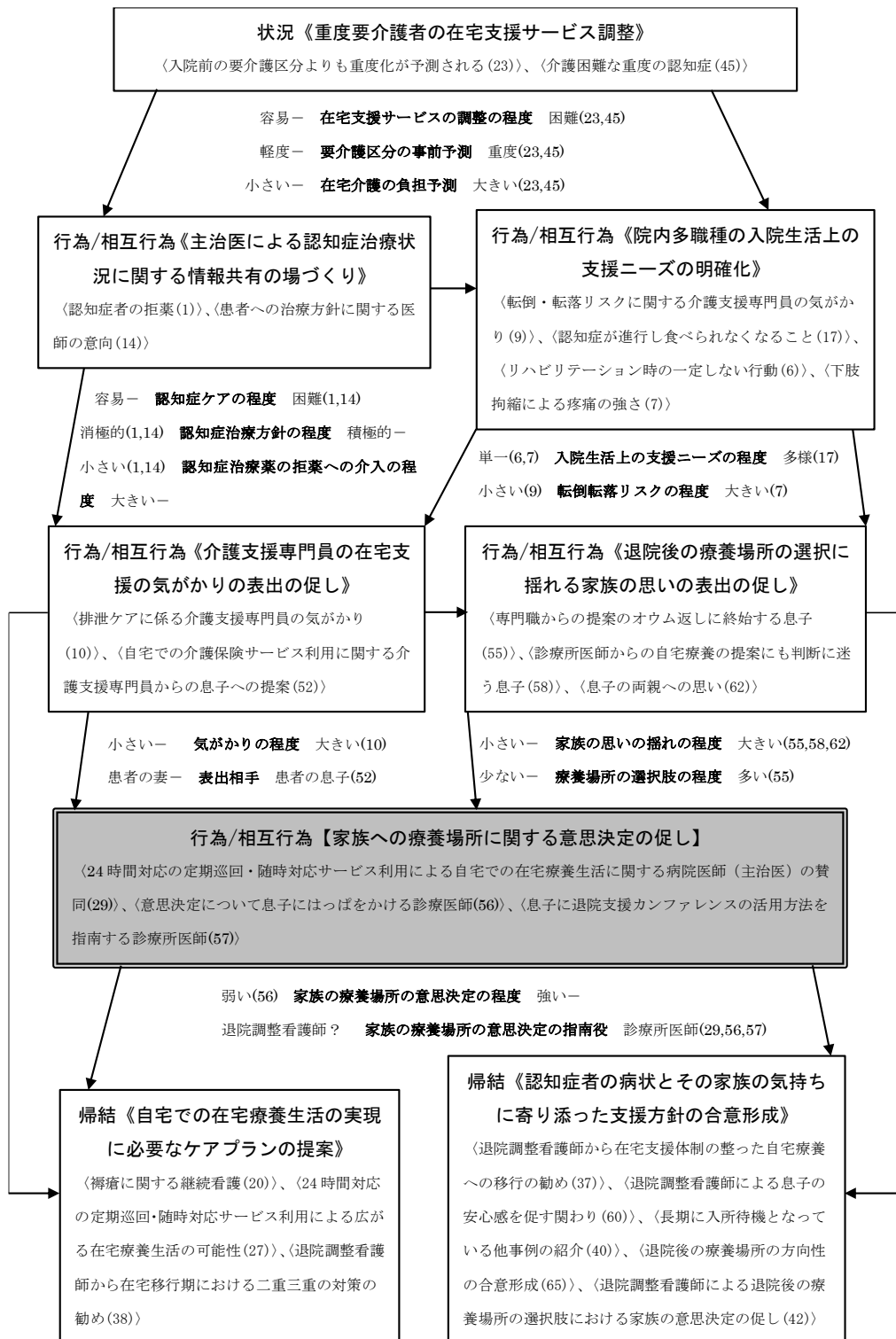


図 3 事例 2 のカテゴリー関連図【家族への療養場所に関する意思決定の促し】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、“要介護区分の事前予測”では患者の要介護区分は‘重度’であり、家族による“在宅介護の負担予測”も‘大きい’ことから、《重度要介護者の在宅支援サービス調整》の話し合いを進めた。退院調整看護師は、患者の在宅支援上の問題を探るため、最初に《主治医による認知症治療状況に関する情報共有の場づくり》をし、患者の“認知症治療薬の拒薬への介入の程度”は‘小さく’、主治医の“認知症治療方針の程度”は‘消極的’であることを明確にした。そこで、退院調整看護師は、認知症症状による起こり得る療養生活上の問題に関して、食事摂取量が一定しないこと、〈リハビリテーション時の一定しない行動〉をとったり、その指示が入らずモチベーション低下も著しいことを参加者間で共有した。さらに、患者は日常生活動作において移動移乗時は筋力低下や関節拘縮のため“転倒転落リスクの程度”は‘大きい’が、ベッド上では自律的な活動性は低いため、“転倒転落リスクの程度”は‘小さい’ことなど、退院前に病院内で観察している《院内多職種の入院生活上の支援ニーズの明確化》に努めた。一方、退院調整看護師は、退院後の療養場所について参加者間の意見がまとまらない中、自宅療養になった場合の在宅支援者である《介護支援専門員の在宅支援の気がかりの表出の促し》によって、その“気がかりの程度”は‘大きい’ことがわかり、傾聴すると、《退院後の療養場所の選択に揺れる家族の思いの表出の促し》にもつながり、“家族の思いの揺れの程度”は‘大きく’、家族は入院前の患者の徘徊、異食、物事への強い固執等、過去に対処した辛い経験がよみがえる等、自宅への退院に迷いが生じていることを把握した。退院調整看護師は、入院前の患者の主治医であった‘診療所医師’へ客観的な意

見を求めたところ、“家族の療養場所の意思決定の指南役”の効果がみられ、【家族への療養場所に関する意思決定の促し】につながったと判断した。退院調整看護師は、家族は療養場所の選択に迷い困惑していた状況から、一旦自宅へ戻ることを受け容れる気持ちへと変化したことを察知して、《認知症者の病状とその家族の気持ちに寄り添った支援方針の合意形成》を行い、《自宅での在宅療養生活の実現に必要なケアプランの提案》を実施した。

(3) 専門職連携カンファレンス 3 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 3 の概要

事例 3 と参加者の概要を表 7 に、目的・成果と所要時間を表 8 に示した。

表 7 事例 3 と参加者の概要

事例 3 の概要	参加者の概要		
	患者・家族	院内	地域
【基本情報】 60 歳代前半・男性、医療保険利用、単独世帯	患者 a	<u>退院調整看護師 c</u> 病院医師 b <u>薬剤師 b</u> 病棟看護師 c (師長) <u>病棟看護師 d</u>	<u>訪問看護師 (管理者) a</u>
【傷病名(主な治療)】 2 型糖尿病(内服薬の再調整、食事療法、運動療法)			
【入院目的】 外来治療による 2 型糖尿病の食事療法の指示について、患者のコンプライアンスが得られない等、食生活の乱れによる症状悪化、内服薬再調整による			

<p>血糖コントロールや教育指導目的のため。</p>			
----------------------------	--	--	--

参加者の概要の 下線部は調査②の調査対象者

表 8 専門職連携カンファレンス 3 の目的・成果と所要時間

目的	成果
<p>前頭葉の広範の脳梗塞の既往があり糖尿病に係るインシュリン注射・食事などの自己管理は困難であるが、生活保護受給世帯、独居で日常的に家族等の支援が受けられない等の複合的な問題へ対処するため、訪問看護サービスを導入する等、在宅支援の方向性を参加者間で検討するため。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自己管理能力の評価 ・食生活の見直し ・訪問看護サービス導入
<p>所要時間：31 分間</p>	

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《独居患者の自己管理能力に応じた治療方針》

・ 行為/相互行為

《退院後に予測される独居患者の食生活問題抽出》

《独居患者の内服薬自己管理上の問題点》

【独居患者の入院加療に関する認識の共有化】

・ 帰結

《独居患者への労いの言葉かけ》

《在宅支援体制の調整》

ii カテゴリー関連図

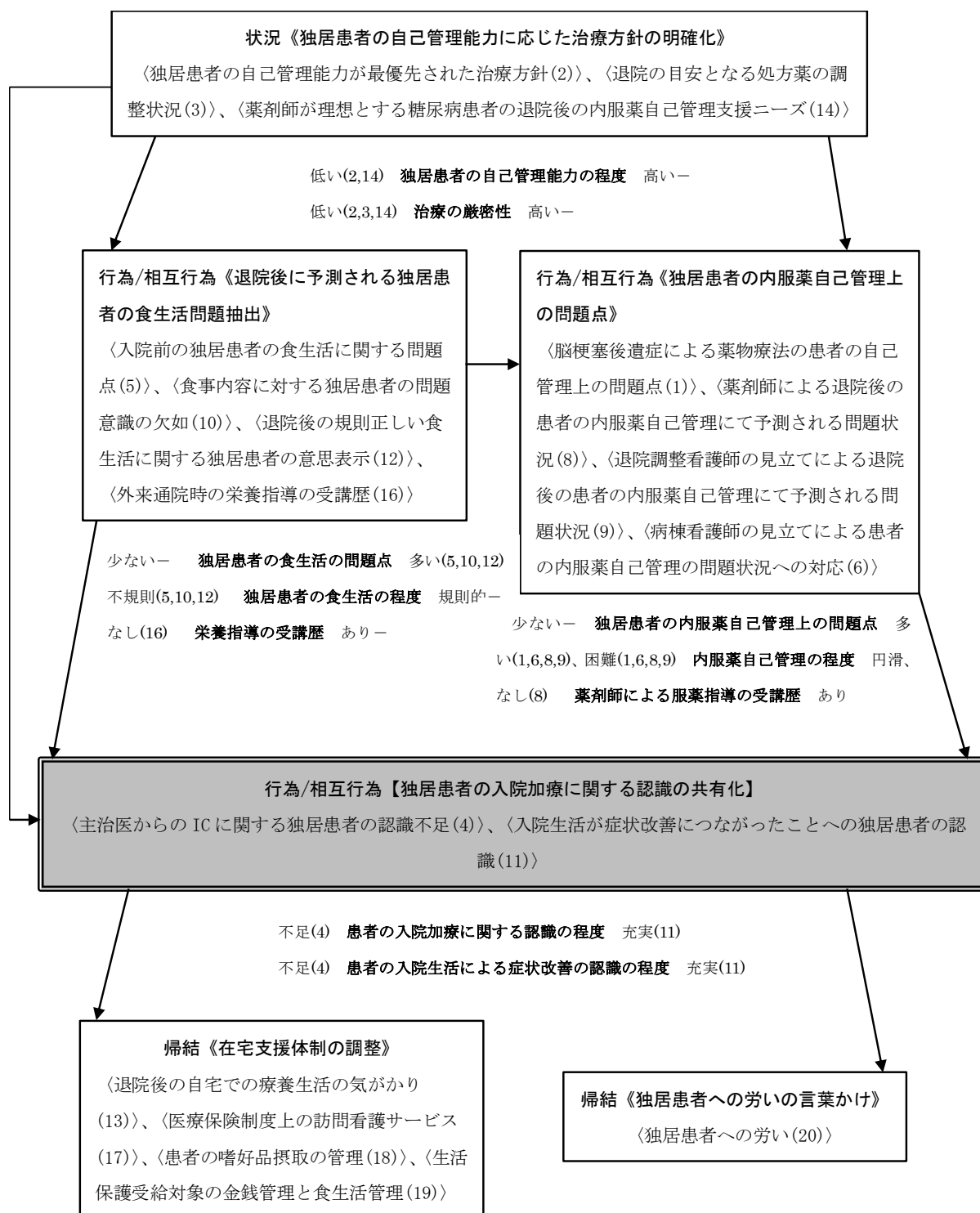


図 4 事例 3 の カテゴリー関連図【独居患者の入院加療に関する認識の共有化】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、“独居患者の自己管理能力の程度”が‘低い’ことを認識しつつ、糖尿病に関する“治療の厳密性”は‘低い’ことなど《独居患者の自己管理能力に応じた治療方針》を確認しながら、【独居患者の入院加療に関する認識の共有化】を図った。退院調整看護師は、〈主治医からのICに関する独居患者の認識不足〉は明確であるが、“独居患者の入院生活による症状改善の程度”は‘充実’しており、今後は独居患者のセルフケアへの介入として、入院前の“独居患者の食生活の程度”が不規則で《退院後に予測される独居患者の食生活問題抽出》、“内服薬自己管理の程度”も‘困難’であり、《独居患者の内服薬自己管理上の問題点》があることをその場で共有し、独居患者の闘病意欲を高めるため《独居患者への労いの言葉かけ》をしつつ、《在宅支援体制の調整》を行った。

(4) 専門職連携カンファレンス 4 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 4 の概要

事例 4 と参加者の概要を表 9 に、目的・成果と所要時間を表 10 に示した。

表 9 事例 4 と参加者の概要

事例 4 の概要	参加者の概要		
【基本情報】 70 歳代前半・男性、介護保険申請中、夫婦世帯 【傷病名(主な治療)】 糖尿病性腎症(薬物療法、食事療法、水分制限)、廃用症候群(リハビリ) 【入院目的】 糖尿病性腎症の安定化、薬物療法の調整目的で入院となった。	患者・家族	院内	地域
	患者 b	<u>退院調整看</u>	<u>介護支援専</u>
	患者の妻 c	<u>護師 c</u>	<u>門員 d</u>
	患者の姉 a	病院医師 c <u>薬剤師 c</u> 病棟看護師 e <u>理学療法士</u> <u>c</u>	<u>福祉住環境</u> <u>業者 a・b・c</u>

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 10 専門職連携カンファレンス 4 の目的・成果と所要時間

目的	成果
退院後の他院外来における透析療法等の糖尿病性腎症に係る治療が円滑に受けられるよう、介護保険サービスを活用した継続的フォローアップ体制を検討するため。	<ul style="list-style-type: none"> ・他院での透析療法の見通し ・通院移動・移送サービス検討 ・住宅改修 ・妻の介護力の評価 ・薬物療法の管理上の指導

② 分析結果

i カテゴリ一覧

・ 状況

《退院後の透析外来治療方針や場所の確認》

・ 行為/相互行為

《多職種による移動時の転倒転落リスク評価の共有》

《薬剤師による糖尿病性腎症患者への内服指導の促し》

《理学療法士による家族の歩行介助指導の場づくり》

【退院後の外来透析治療の通院施設への移動手段】

・ 帰結

《家族介護者の健康破綻予防のための介護保険サービス利用の提案》

《遠方にいる家族の緊急時対応に係る思いの表出》

ii カテゴリー関連図

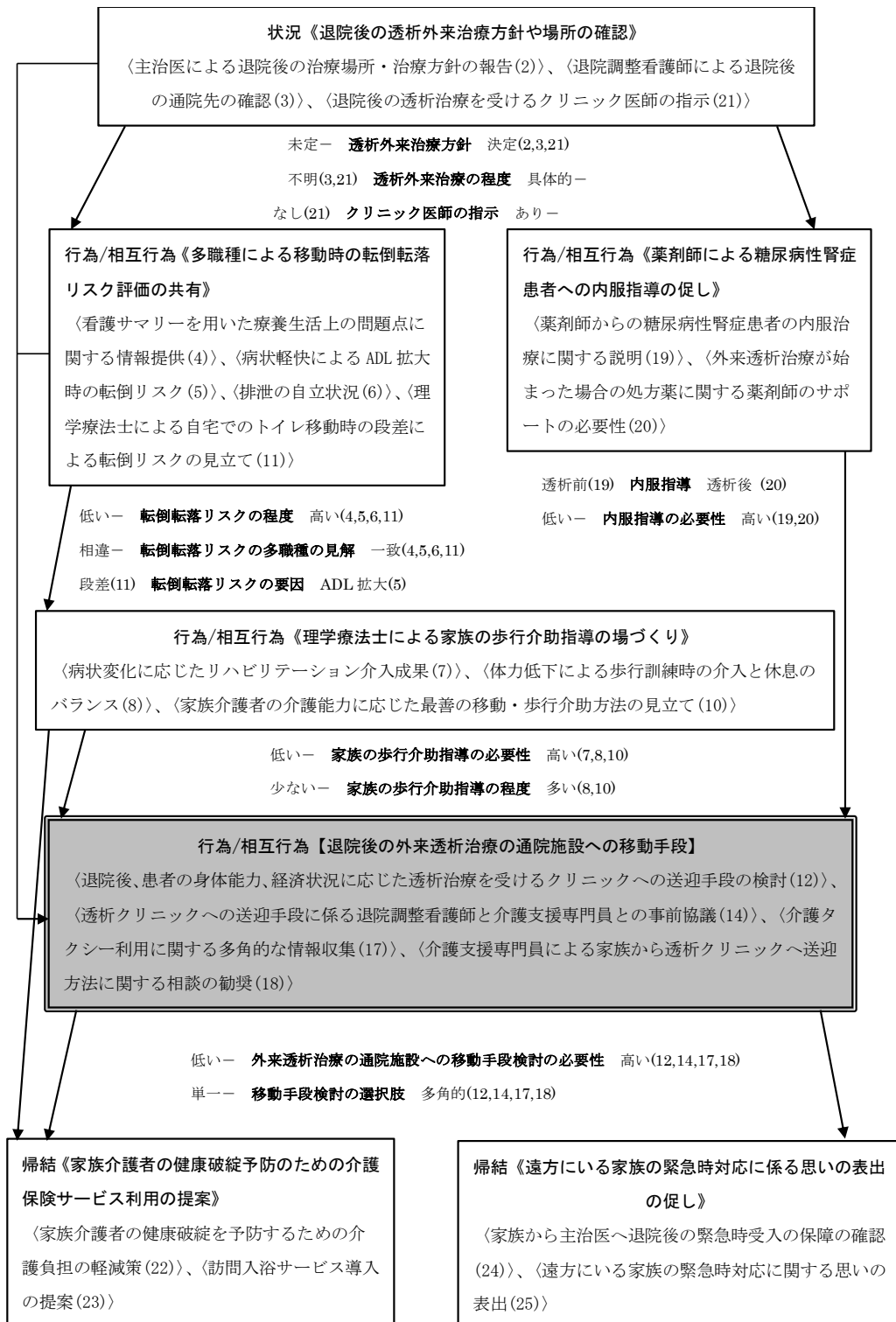


図 5 事例 4 のカテゴリー関連図【退院後の外来透析治療の通院施設への移動手段】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、主治医へ糖尿病性腎症の治療について、《退院後の透析外来治療方針や場所の確認》をしながら、現在は“クリニック医師の指示”が‘ない’ため、退院後に患者や家族が紹介状を持って外来で確認することを共有した。また、退院調整看護師は、《薬剤師による糖尿病性腎症患者への内服指導の促し》をし、“内服指導”は‘透析前’、‘透析後’で大きく変わることを参加者間で情報共有した。患者の在宅療養生活上の問題について検討するため、病棟看護師の〈看護サマリーを用いた療養生活上の問題点に関する情報提供〉をもとに、“転倒リスクの程度”が‘高い’ことに着目し、【退院後の外来透析治療の通院施設への移動手段】を検討するため、《多職種による移動時の転倒転落リスク評価の共有》に努め、“家族の歩行介助指導の必要性”は‘高い’と判断し、《理学療法士による家族の歩行介助指導の場づくり》へとつなげた。退院調整看護師は、家族の介護負担は大きいことが予測され、《家族介護者の健康破綻予防のための介護保険サービス利用の提案》によりレスパイトケアの意識づけをし、他方で別居のために不安が強くなってしまう《遠方にいる家族の緊急時対応に係る思いの表出》を促し参加者間で共有し傾聴した。

(5) 専門職連携カンファレンス 5 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 5 の概要

事例 5 と参加者の概要を表 11 に、目的・成果と所要時間を表 12 に示した。

表 11 事例 5 と参加者の概要

事例 5 の概要	参加者の概要		
<p>【基本情報】</p> <p>70 歳代前半・男性、介護保険申請中、夫婦世帯</p> <p>【傷病名(主な治療)】</p> <p>腸閉塞(減圧療法、食事療法)、左気胸(胸腔ドレナージ)、廃用症候群(リハビリ)</p> <p>【入院目的】</p> <p>腸閉塞(減圧療法、食事療法)、左気胸(胸腔ドレナージ)等の入院加療による症状改善のため。</p>	患者・家族	院内	地域
	<u>患者の妻 d</u>	<u>退院調整看護師 c</u>	<u>介護支援専門員 e</u>
	<u>患者の長女 a</u>	<u>退院調整看護師 b</u>	
		<u>病棟看護師 f</u>	

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 12 専門職連携カンファレンス 5 の目的・成果と所要時間

目的	成果
<p>気胸や腸閉塞は改善したが、要介護状態になったため、入院中の自宅への一時外泊結果をもとに、生活保護受給世帯であることを勘案しながら退院後に利用できる在宅サービスについて、患者、家族、専門職者と共に検討するため。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・自宅介護環境の整備と住宅改修の行政機関への事前相談 ・トイレ移乗・移動動作 ・生活保護世帯 ・排尿管理方法
所要時間：47 分間	

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《自宅への一時外泊で明確化した在宅介護上の問題の共有化》

・ 行為/相互行為

《看護サマリーによる情報提供》

《転倒事故を予防するための住宅改修手続きの促し》

《過去の家庭生活における夫婦関係の表出の促し》

【家族介護者の在宅介護への気負いの緩和】

・ 帰結

《家族のレスパイトケアを意図した介護保険サービス利用の促し》

《家族介護者の健康維持・増進の支援》

ii カテゴリー関連図

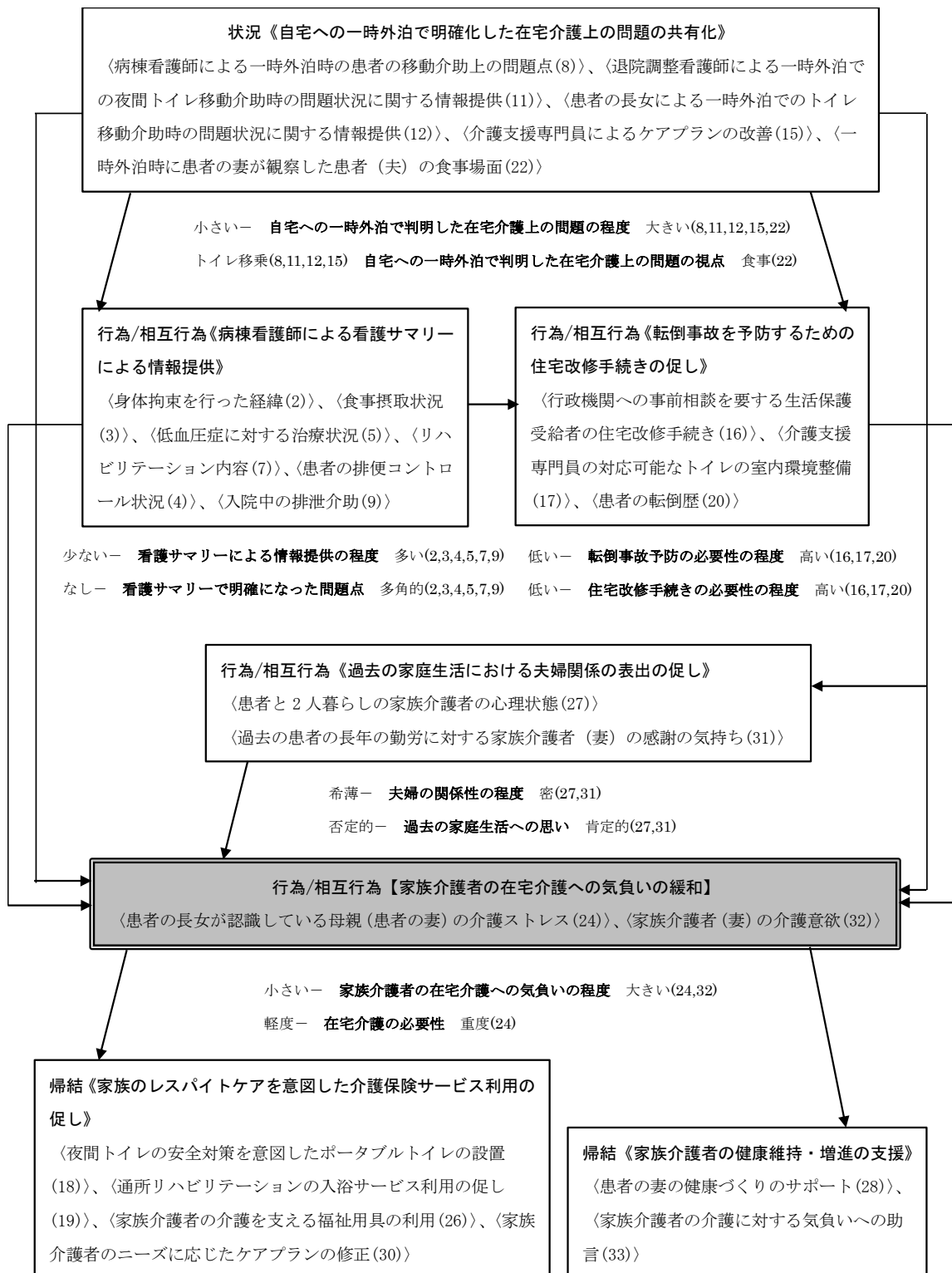


図 6 事例 5 のカテゴリー関連図【家族介護者の在宅介護への気負いの緩和】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、食事やトイレ移乗・移動などに関連する《自宅への一時外泊で明確化した在宅介護上の問題の共有化》を図りながら、病棟看護師による《看護サマリーによる情報提供》を促し、入院中の排泄動作や食事、認知機能低下など‘多角的’な“看護サマリーで明確になった問題点”と照らし合わせて、“転倒事故予防の必要性の程度”が‘高い’ことから、《転倒事故を予防するための住宅改修手続きの促し》につなげた。また、退院調整看護師は、“自宅への一時外泊で判明した在宅介護上の問題の程度”の‘大きい’ことを家族は実感した上で自宅への退院を受入れようとしているため、“家族介護者の在宅介護への気負いの程度”は‘大きい’ことを察知し、“夫婦の関係性の程度”が‘密’であり、“過去の家庭生活への思い”も‘肯定的’なことなど《過去の家庭生活における夫婦関係の表出の促し》によって、家族が現在の生活状況に目をむけることができるよう【家族介護者の在宅介護への気負いの緩和】が最優先されると判断した。そこで、家族の介護負担を最小限にするため、《家族介護者の健康維持・増進の支援》や《家族のレスパイトケアを意図した介護保険サービス利用の促し》に重点をおいた。

(6) 専門職連携カンファレンス 6 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 6 の概要

事例 6 と参加者の概要を表 13 に、目的・成果と所要時間を表 14 に示した。

表 13 事例 6 と参加者の概要

事例 6 の概要	参加者の概要		
<p>【基本情報】</p> <p>70 歳代後半・男性、介護保険申請中、夫婦世帯</p> <p>【傷病名(主な治療)】</p> <p>うつ血性心不全による呼吸困難の疑い(人工呼吸器：非侵襲的陽圧換気、酸素療法、薬物療法)、廃用症候群(リハビリ)</p> <p>【入院目的】</p> <p>呼吸困難の原因の精査加療、うつ病が疑われる意欲低下、食事量の減少によるい痩と低栄養等の改善目的で入院した。呼吸困難は 25 年前の既往歴に食道がんあり手術療法を受けたこととの関連も考えられている。</p>	患者・家族	院内	地域
	<u>患者の妻</u>	<u>退院調整看護師 d</u>	<u>訪問看護師 (管理者) b</u>
	<u>e</u>	病院医師 (主治医) d	<u>介護支援専門員 f</u>
		<u>病棟看護師 g・h</u>	<u>福祉住環境業者 d</u>

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 14 専門職連携カンファレンス 6 の目的・成果と所要時間

目的	成果
初めての介護保険制度利用にあたり、退院前に、患者や家族、在宅移行期支援に関わる多職種の顔合わせを行い、必要とされる医療的ケアや介護について共有し、必要な在宅サービスの導入を検討するため。	<ul style="list-style-type: none"> ・呼吸困難感の増強時の対応 ・食欲低下時の対応 ・便秘時の対応 ・家族の介護負担の評価 ・訪問看護サービスの導入
所要時間：57 分間	

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《主治医の見立てによる呼吸困難感の要因の共有化》

・ 行為/相互行為

《病棟看護師による看護上の問題点の共有化》

【患者の呼吸困難感への在宅における対応の共有化】

・ 帰結

《家族による自己の在宅介護力の見立て》

《訪問看護師の活動を後方支援する病院の役割の確認》

ii カテゴリー関連図

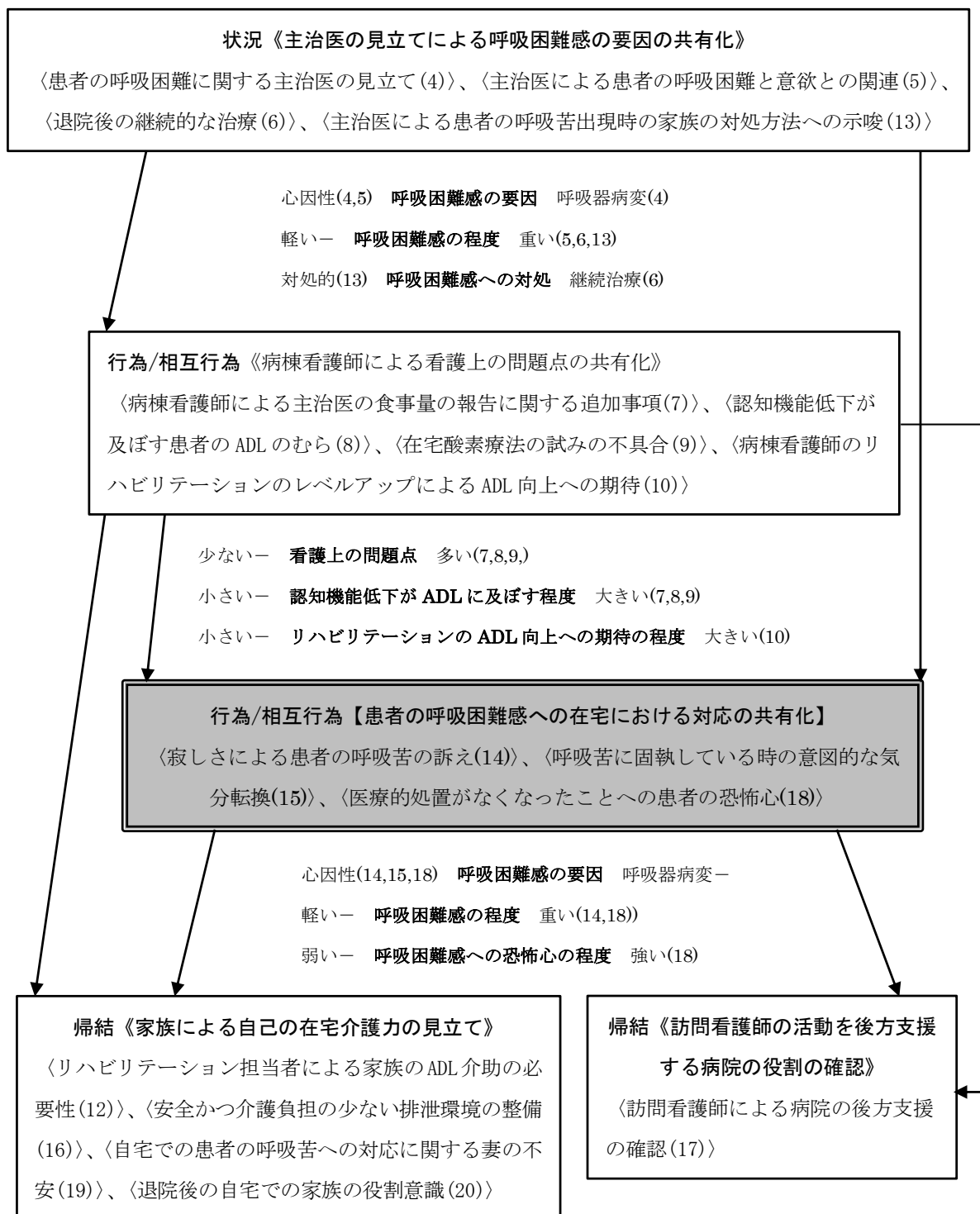


図 7 事例 6 のカテゴリー関連図【患者の呼吸困難感への在宅における
対応の共有化】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、《主治医の見立てによる呼吸困難感の要因の共有化》において、‘呼吸器病変’だけでなく、‘心因性’も考慮した“呼吸困難感の要因”や“呼吸困難感の程度”の‘重さ’を念頭におきながら、全体的な患者の状況を把握するために、《病棟看護師による看護上の問題点の共有化》を図り、“認知機能低下が ADL に及ぼす程度”の‘大きい’ことや、“リハビリテーションの ADL 向上への期待の程度”も‘大きい’ことなどの情報提供を促した。

退院調整看護師は、参加者間で患者の‘呼吸器病変’や‘心因性’など“呼吸困難感の要因”を理解し、“呼吸困難感への対処”について、すぐに病院受診につながるような‘継続治療’の必要性の判断や、患者の言動やバイタルサインの測定結果が異常値でない場合、〈寂しさによる患者の呼吸苦の訴え〉と捉え、〈呼吸苦に固執している時の意図的な気分転換〉その場での不安な気持ちを和らげるような‘処处的’な関わりでよいのか【患者の呼吸困難感への在宅における対応の共有化】を図った。

退院調整看護師は、家族による患者の“呼吸困難感への対処”について、‘継続治療’や‘処处的’な関わり等の状況判断が必要であるが、〈退院後の自宅での家族の役割意識〉は大きいものの、《家族による自己の在宅介護力の見立て》は低く、つまり自己評価は低く、〈自宅での患者の呼吸苦への対応に関する妻の不安〉の大きさに配慮して、今後、訪問看護師のサポートを受けながら、《訪問看護師の活動を後方支援する病院の役割の確認》もなされた。

(7) 専門職連携カンファレンス 7 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 7 の概要

事例 7 と参加者の概要を表 15 に、目的・成果と所要時間を表 16 に示した。

表 15 事例 7 と参加者の概要

事例 7 の概要	参加者の概要		
【基本情報】	患者・家族	院内	地域
60 歳代後半・男性、要介護 1、単独世帯	患者 c	<u>退院調整看護師 c</u>	<u>介護支援専門員 g</u>
【傷病名(主な治療)】		病院医師（主治医） e	<u>行政職員（生活保護担当） a</u>
肺炎(点滴による薬物療法)、2 型糖尿病(インシュリン)、糖尿病性神経障害(薬物療法)		<u>病棟看護師 i</u>	
【入院目的】			
外出時、意識消失あり救急搬送され肺炎治療のため。緊急入院。			

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 16 専門職連携カンファレンス 7 の目的・成果と所要時間

目的	成果
セルフケア能力や金銭管理能力が低く、入退院を繰り返しているため、生活保護受給世帯の医療や介護扶助の適正管理の観点から、継続的に事例 7 の自己の健康管理能力、自己責任力を促し、生活改善できるよう在宅移行	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅移行期支援の方向性に係る専門職者間の合意 ・金銭管理に係る公的サービス導入の検討 ・同じ食事の繰り返し、喫煙や飲酒、お菓子など嗜好品の大量摂取の改善の提

期支援体制を検討するため。

案

所要時間：87 分間

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《貧窮時の非難場所を意図した患者の病院への依存傾向の共有化》

・ 行為/相互行為

《主治医の病状や患者の態度に関する見立ての共有化》

《嗜好品摂取にこだわる偏った生活の改善》

《公的サービス導入による金銭管理の徹底》

《在宅支援の提案に関する患者の拒否的反応の共有化》

《公的サービス導入による金銭管理の徹底》

【専門職による独居の生活保護受給者に対する在宅支援の検討】

・ 帰結

《自己管理不足により入院を繰り返す生活保護受給対象患者への在宅支援サービスの調整》

《患者の健康問題に直結する生活費に係る金銭管理サービスの調整》

ii カテゴリー関連図

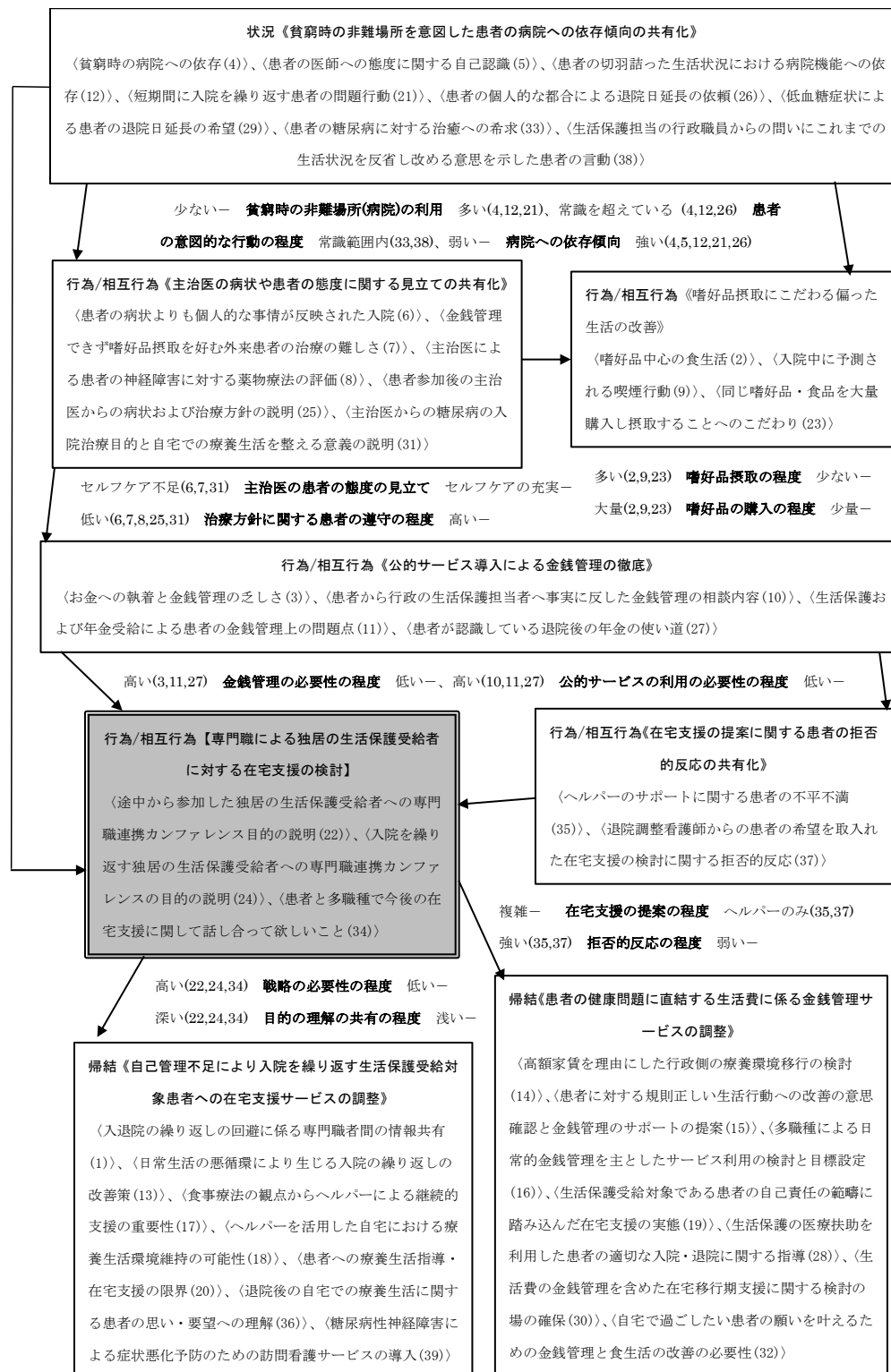


図 8 事例 7 のカテゴリー関連図【専門職による独居の生活保護受給者に対する在宅支援の検討】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、開始約 30 分間は意図的に多職種のための話し合いの場をつくり、在宅支援に関わる専門職から情報提供を受け、入退院を繰り返す患者の生活背景として、独居の生活保護受給者で“病院への依存傾向”が‘強い’こともあり、“患者の意図的な行動の程度”は常識を逸脱していること等、《貧窮時の非難場所を意図した患者の病院への依存傾向の共有化》を図った。次に退院調整看護師は、《主治医の病状や患者の態度に関する見立ての共有化》により、“治療方針に関する患者の遵守の程度”は‘低く’、〈患者の病状よりも個人的な事情が反映された入院〉であることや〈金銭管理できず嗜好品摂取を好む外来患者の治療の難しさ〉など、主治医から治療困難な状況の表出を促し参加者間で共有した。退院調整看護師は、入院を繰り返さないようにするため、患者の生活態度について“嗜好品摂取の程度”は‘多く’、“嗜好品の購入の程度”も‘大量’であること等、《嗜好品摂取にこだわる偏った生活の改善》とそれに関連する〈生活保護および年金受給による患者の金銭管理上の問題点〉を重視し、《公的サービス導入による金銭管理の徹底》を患者へ提案する方針を参加者間で共有した。そのため、退院調整看護師は、主治医が認識する治療困難な患者への対策は医療面だけでなく、患者の〈お金への執着と金銭管理の乏しさ〉の心理面・経済面にも着目し、患者の生活費に影響を及ぼす行政の生活保護担当者へ参加を促したことを説明した。加えて、退院調整看護師は、介護支援専門員から〈ヘルパーのサポートに関する患者の不平不満〉があり、“拒否的反応の程度”が‘強く’対処に困ったエピソードから、《在宅支援の提案に関する患者の拒否的反応の共有化》も図るなど、多職種に対して多角的に患者特性を理解し、一貫した

支援体制が整える等、患者支援には“戦略の必要性の程度”が‘高い’ことを伝える等、【専門職による独居の生活保護受給者に対する在宅支援の検討】を行い多職種の合意形成を図った。合意形成後、患者参加による専門職連携カンファレンスを開始し、主治医から〈金銭管理できず嗜好品摂取を好む外来患者の治療の難しさ〉や〈主治医による患者の神経障害に対する薬物療法の評価〉などの治療に影響する生活態度の説明を促した後、患者に対して多職種の同一見解として、〈嗜好品中心の食生活〉や〈お金への執着と金銭管理の乏しさ〉の見直しが最重要課題であることを伝え、《公的サービス導入による金銭管理の徹底》に対して同意を得た。そして、《自己管理不足により入院を繰り返す生活保護受給対象患者への在宅支援サービスの調整》および《患者の健康問題に直結する生活費に係る金銭管理サービスの調整》を行った。

(8) 専門職連携カンファレンス 8 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 8 の概要

事例 8 と参加者の概要を表 17 に、目的・成果と所要時間を表 18 に示した。

表 17 事例 8 と参加者の概要

事例 8 の概要	参加者の概要		
【基本情報】	患者・家族	院内	地域
40 歳代後半・男性、介護保険申請中、夫婦・子 2 人の 4 人世帯	患者 d	<u>退院調整</u>	<u>介護支援</u>
【傷病名(主な治療)】	患者の実父 a	<u>看護師 a</u>	<u>専門員 h</u>
筋萎縮性側索硬化症（以下、	<u>患者の実母 a</u>	病院医師	<u>訪問看護</u>
ALS）による呼吸不全(気管切開	患者の実妹 a	（主治	<u>師（管理</u>
術、人工呼吸器管理、酸素療法）、	<u>患者の妻 f</u>	医） f	<u>者） c</u>
嚥下摂食機能の低下(胃瘻造設	患者の長女 b	病棟看護	<u>訪問看護</u>
術)、廃用症候群(リハビリ)	患者の次女 a	師 j	<u>師 d</u>
【入院目的】			<u>福祉住環</u>
筋萎縮性側索硬化症による呼			<u>境業者 e</u>
吸機能や嚥下機能の低下により、			
気管切開・人工呼吸器装着、胃瘻			
造設術など入院加療が必要なた			
め。			

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 18 専門職連携カンファレンス 8 の目的・成果と所要時間

目的	成果
<p>気管切開や人工呼吸器装着、胃瘻造設と経管栄養等が施行され、長期的かつ日常的な複数の医療と介護のニーズがあるため、退院後、患者および家族の希望を確認しながら、在宅サービス利用について、患者、家族、病院および在宅の専門職者で話し合う機会を持つため。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ 家族による患者の思いの代弁の表出 ・ 患者や家族の在宅療養・在宅介護の継続意思の明確化 ・ 訪問看護師の新たな支援、役割の明確化 ・ 訪問診療や訪問理学療法士による訪問リハビリテーション導入 ・ 福祉用具導入の決定（車椅子、介護用ベッド）、検討（重度障害者伝達装置）
<p>所要時間：75 分間</p>	

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《家族の介護力に応じた在宅支援サービスの調整》

・ 行為/相互行為

《ALS 受容に関する患者および家族の認識の共有化》

《家庭の食卓における経腸栄養を基本とした患者の食事の位置づけ》

【在宅介護・医療的ケアに関する家族の個別相談対応】

・ 帰結

《在宅介護・医療的ケアに関わるサービス調整》

《患者の個別性に応じた福祉用具の選定の調整》

ii カテゴリー関連図

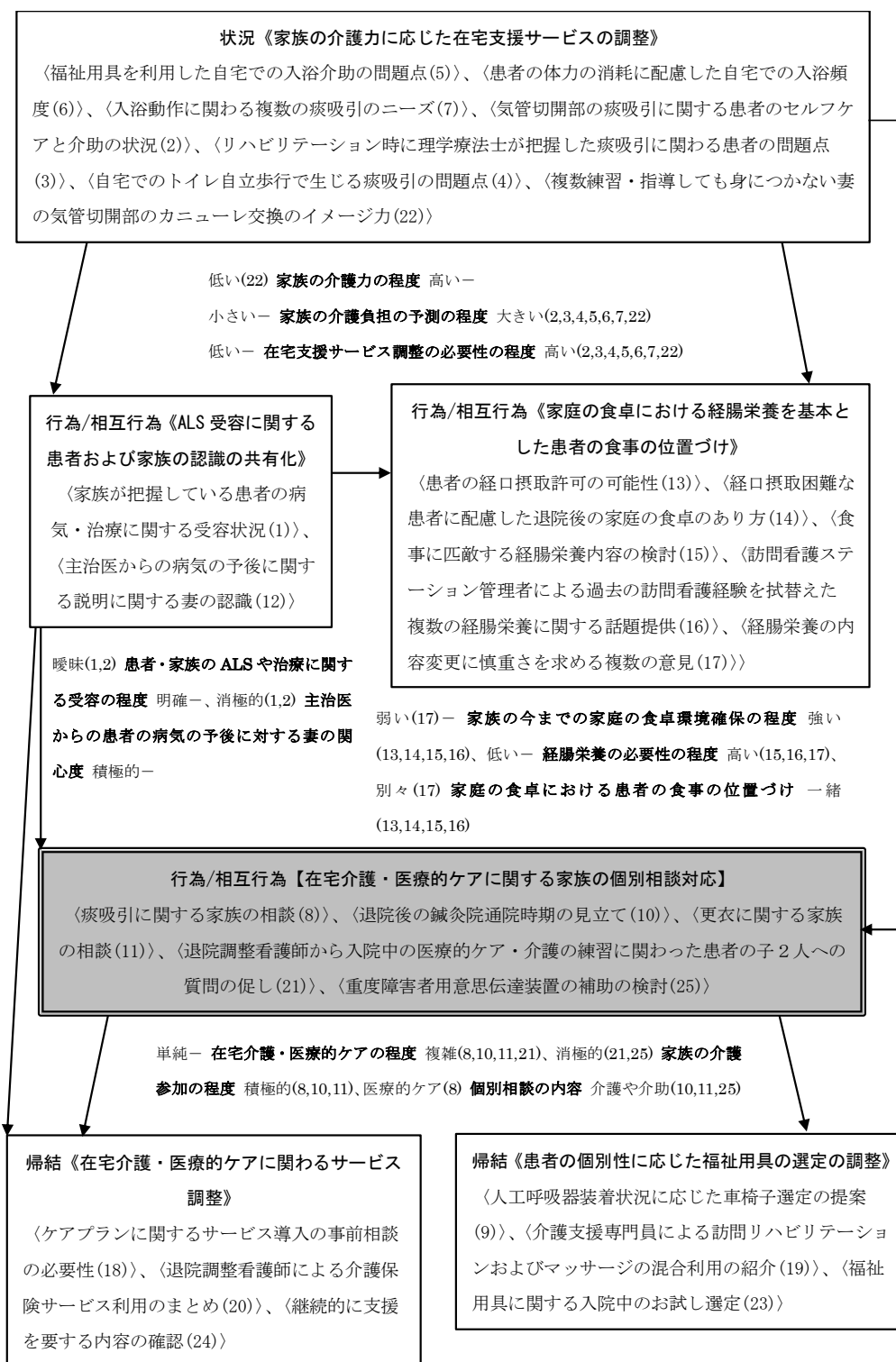


図 9 事例 8 のカテゴリー関連図【在宅介護・医療的ケアに関する家族の個別相談対応】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、気管切開し人工呼吸器装着や痰吸引、胃瘻からの経管栄養管理など日常生活全般において全介助が必要な ALS 患者の“在宅支援サービス調整の必要性の程度”が‘高い’ことを前提に、“家族の介護負担の予測の程度”が‘大きい’こと、初めての介護であり主介護者である妻は 40 歳代後半であるが“家族の介護力の程度”は低く見積もりながら、《家族の介護力に応じた在宅支援サービスの調整》が必要なことを伝えた。

患者は ALS を発症して 1 年くらいであり“患者・家族の ALS や治療に関する受容の程度”は‘曖昧’で、“主治医からの患者の病気の予後に対する妻の関心度”は‘消極的’であることなど、多職種で《ALS 受容に関する患者および家族の認識の共有化》を図りながら、【在宅介護・医療的ケアに関する家族の個別相談対応】を主目的にした。その中でも、家族の抱える大きな気がかりの 1 つであった、《家庭の食卓における経腸栄養を基本とした患者の食事の位置づけ》について、退院調整看護師は、患者がいる前で家族が口から食べることになるとおいしく食べられない等の家族の言動から、“家族の今までの家庭の食卓環境確保の程度”が‘高い’こと、〈患者の経口摂取の可能性〉を確認し、“経腸栄養の必要性の程度”が‘高い’のか‘低い’のかを確認したり、“家庭の食卓における患者の食事の位置づけ”で‘別々’なのか、‘一緒’なのかそれぞれ意見を出し合えるよう促し、退院後の状況を見て判断するよう伝えた。

退院調整看護師は、【在宅介護・医療的ケアに関する家族の個別相談対応】について、〈痰吸引に関する家族の相談〉や〈退院後の鍼灸院通院時期の見立て〉、〈更衣に関する家族の相談〉、〈重度障害者用意思伝

達装置の補助の検討）など多岐にわたったため、今後、《在宅介護・医療的ケアに関わるサービス調整》、《患者の個別性に応じた福祉用具の選定の調整》ができるように合意形成した。

(9) 専門職連携カンファレンス 9 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 9 の概要

事例 9 と参加者の概要を表 19 に、目的・成果と所要時間を表 20 に示した。

表 19 事例 9 と参加者の概要

事例 9 の概要	参加者の概要		
	患者・家族	院内	地域
【基本情報】			
70 歳代前半・女性、要介護 3、	患者の実妹 b	<u>退院調整</u>	<u>介護支援専門員</u>
姉妹・独身の子 1 人の 4 人世帯	患者の長男 b	<u>看護師 c</u>	<u>i</u>
【傷病名(主な治療)】	患者の長女 c	病院医師	<u>訪問看護師（管</u>
2 型糖尿病(インシュリン注射)、	患者の知人 a	(主治	<u>理者) d</u>
重度認知症(処方薬なし)、廃用症候		医) g	<u>訪問看護師 e</u>
群(リハビリ)		病棟看護	<u>介護事業者社長</u>
【入院目的】		師 k	<u>a</u>
近医で 2 型糖尿病の治療を受けていたが、重度認知症のため意思疎通困難で、食事療法、運動療法、内服管理等のセルフケア不足こと、同居家族の病識が低い等の家族の介護力も乏しく高血糖状態が続いたため、専門医の治療が必要			<u>デイサービスセンター長 a</u>

となり紹介入院となった。			
--------------	--	--	--

参加者の概要の下線部は調査②の調査対象者

表 20 専門職連携カンファレンス 9 の目的・成果と所要時間

目的	成果
<p>家族の乏しい介護力と患者の医療・介護等のニーズに沿った、現実的な在宅支援体制を検討し、糖尿病治療の内容や現実的に家族が介護できる内容、利用できる介護保険サービス等を摺り合わせて、自宅療養上の課題や問題点を家族や多職種と共有し具体策のとっかかりを得るため。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の乏しい介護力を勘案した在宅支援体制の検討 ・インシュリン注射に関する対応 ・自宅の介護環境の整備 ・福祉用具の導入 ・住宅改修
<p>所要時間：76 分間</p>	

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《重度要介護者の在宅支援上の問題点の共有化》

・ 行為/相互行為

《重度要介護者の介護保険サービス利用に関する検討の促し》

《在宅支援体制に影響を受ける主治医の糖尿病治療方針の共有化》

【家族の脆弱な介護力の共有化】

・ 帰結

《要介護区分未定における暫定的ケアプラン検討》

《家族介護力の向上にむけた教育的介入》

ii カテゴリー関連図

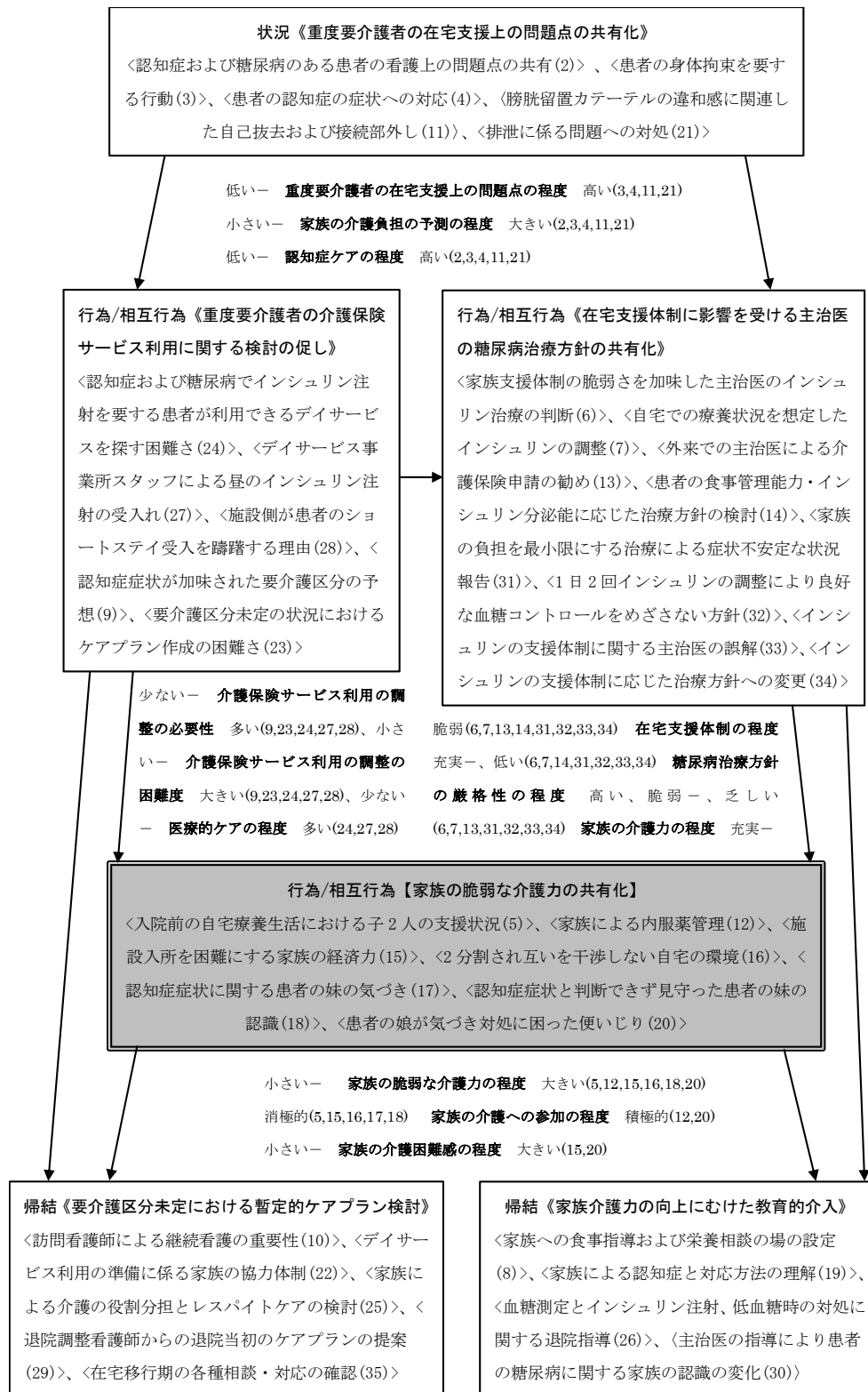


図 10 事例 9 の カテゴリー関連図【家族の脆弱な介護力の共有化】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、〈認知症および糖尿病のある患者の看護上の問題点の共有〉、〈患者の身体拘束を要する行動〉、〈患者の認知症の症状への対応〉、〈排泄に係る問題への対処〉など、“認知症ケアの程度”が‘高い’こと、“重度要介護者の在宅支援上の問題点の程度”は‘複雑’で“家族の介護負担の予測の程度”は‘高い’ことなど、《重度要介護者の在宅支援上の問題点の共有化》を図った。

その上で、〈認知症および糖尿病でインシュリン注射を要する患者が利用できるデイサービスを探す困難さ〉や〈要介護区分未定の状況におけるケアプラン作成の困難さ〉など “介護保険サービス利用の調整の必要性”が‘多い’こと等、多職種による《重度要介護者の介護保険サービス利用に関する検討の促し》を積極的に行った。退院調整看護師の促しの結果、主治医から、“糖尿病治療方針の厳格性の程度”は“家族の介護力の程度”の‘低さ’や“在宅支援体制の程度”の‘脆弱’さを見越して‘低い’レベルで設定ことなど《在宅支援体制に影響を受ける主治医の糖尿病治療方針の共有化》が図られ、多職種間で【家族の脆弱な介護力の共有化】が最優先事項との認識で一致した。退院調整看護師は、“家族の介護への参加の程度”は各家庭や社会生活の事情、過去の関係性などから‘積極的’な面と‘消極的’な面が垣間見られ、“家族の介護困難感の程度”は‘高い’と判断し、早期対応が肝心であると判断し、《要介護区分未定における暫定的ケアプラン検討》や〈家族への食事指導および栄養相談の場の設定〉、〈家族による認知症と対応方法の理解〉、〈血糖測定とインシュリン注射、低血糖時の対処に関する退院指導〉など多職種へ《家族介護力の向上にむけた教育的介入》を促した。

(10) 専門職連携カンファレンス 10 の概要と分析結果

① 専門職連携カンファレンス 10 の概要

事例 10 と参加者の概要を表 21 に、目的・成果と所要時間を表 22 に示した。

表 21 事例 10 と参加者の概要

事例 10 の概要	参加者の概要		
<p>【基本情報】</p> <p>70 歳代後半・男性、介護保険申請中、夫婦世帯</p> <p>【傷病名(主な治療)】</p> <p>前立腺癌(化学療法：骨髄抑制で 2 回中止)、胃炎(化学療法の副作用)の治療、胃潰瘍による吐血・貧血(輸血)、がん性疼痛緩和(薬物療法)、腰痛等の疼痛緩和(リハビリ)</p> <p>【入院の目的】</p> <p>前回の入院で前立腺癌の放射線治療とホルモン療法を受け、退院後、自宅で療養しながら泌尿器科外来受診していた。今回の入院は、腫瘍マーカーが上昇したため、抗がん剤を用いた化学療法を受けること、がん性疼痛の出現があり疼痛コントロールや緩和の目的のため。</p>	患者・家族	院内	地域
	患者 e	<u>退院調整看護師 c</u>	<u>介護支援専門員 j</u>
	患者の妻 g	病院医師(主治医) h	<u>訪問看護師 f</u>
		<u>薬剤師 e</u>	福祉住環境業者 f
		<u>病棟看護師 l</u>	

参加者の概要の 下線部 は調査②の調査対象者

表 22 専門職連携カンファレンス 10 の目的・成果と所要時間

目的	成果
<p>前立腺癌について、がん治療のためのホルモン療法およびがん性疼痛の緩和に関する薬物療法の管理上の注意点について、病院薬剤師から情報提供を受け、それらの情報を家族、専門職者間で共有するため。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・がん性癌性疼痛の緩和 ・薬物療法の指導 ・理学療法士の指導 ・介護用の福祉ベッド導入 ・患者の身体機能に関する過信 ・安全な在宅療養環境づくり
<p>所要時間：39 分間</p>	

② 分析結果

i カテゴリー一覧

・ 状況

《生活の質の低下につながるがん性疼痛の緩和ケアの検討》

・ 行為/相互行為

《主治医による治療経過の説明内容の共有化》

《薬剤師による医療用麻薬の管理方法の説明内容の共有化》

【がん治療を受ける患者への訪問看護師への継続看護の調整】

・ 帰結

《身体的負担の大きい移動手段への支援》

《自宅での快適な療養生活環境の整備》

ii カテゴリー関連図

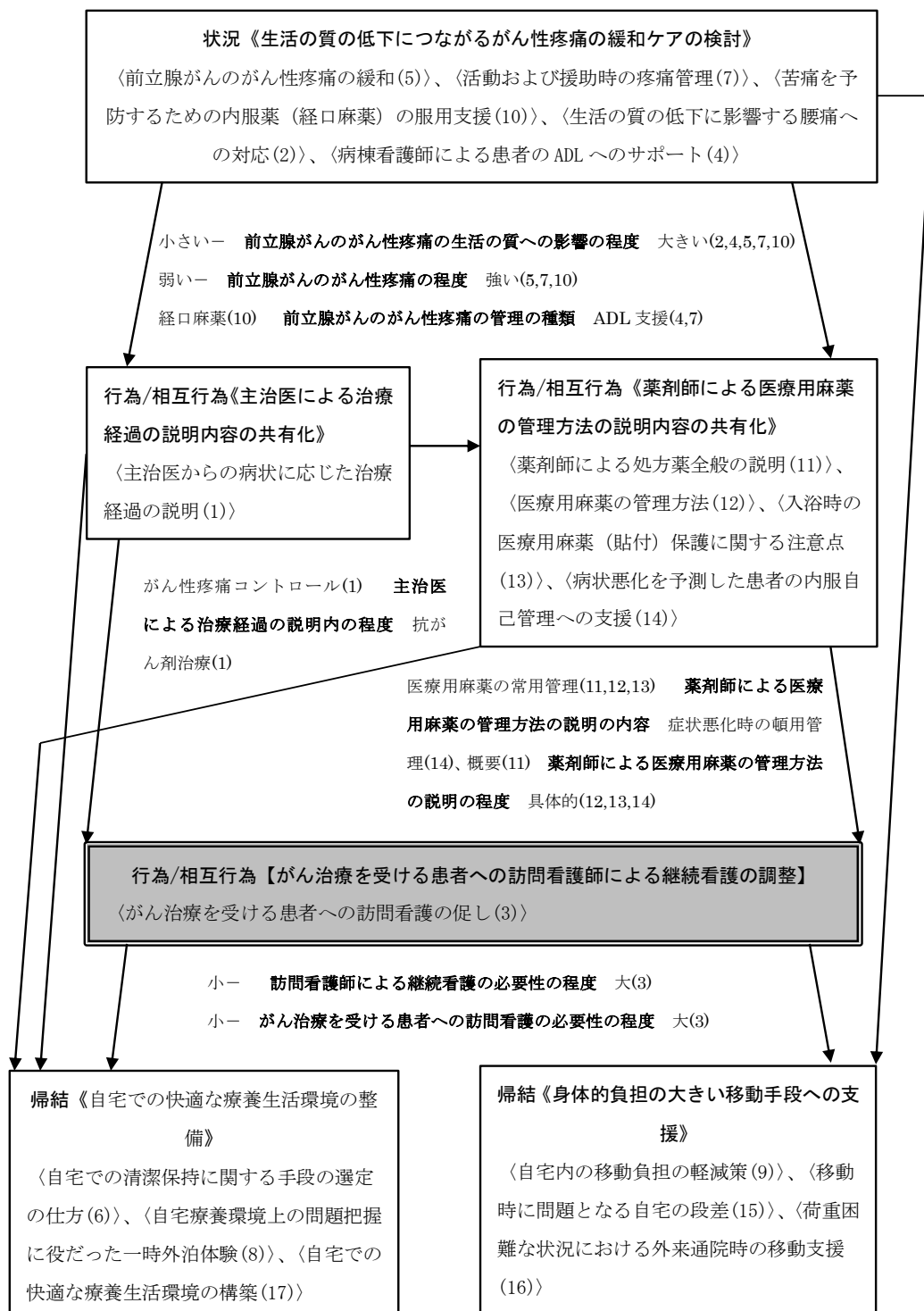


図 11 事例 10 のカテゴリー関連図【がん治療を受ける患者への訪問看護師による継続看護の調整】

iii 要約

専門職連携カンファレンスにおいて退院調整看護師は、患者の“前立腺がんのがん性疼痛の程度”は‘強い’ため、在宅において適切な麻薬による疼痛緩和ケアが必然であることから、在宅療養生活において、患者の《生活の質の低下につながるがん性疼痛の緩和ケアの検討》を主眼に置いて話し合う必要性を伝えた。最初に、《主治医による治療経過の説明内容の共有化》、次に《薬剤師による医療用麻薬の管理方法の説明内容の共有化》を図り、薬剤師に〈入浴時の医療用麻薬（貼付）保護に関する注意点〉や〈病状悪化を予測した患者の内服自己管理への支援〉についての言及を促した。また、退院調整看護師は、患者や家族にとってがん性疼痛コントロールや病状観察への参加だけでなく“一時外泊体験での在宅療養の問題点把握”が《自宅での快適な療養生活環境の整備》について多職種と共に考えることに大いに‘役立った’ことを把握し、自宅の〈移動時に問題となる自宅の段差〉の解消や、〈荷重困難な状況における外来通院時の移動支援〉など《身体的負担の大きい移動手段への支援》や【がん治療を受ける患者への訪問看護師への継続看護の調整】について患者や家族の積極的な受容れにつないだ。

2. 調査②

1) 各事例の専門職連携カンファレンスのリフレクションのデータ分析結果

(1) 専門職連携カンファレンス 1 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 3 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 7 名中 5 名（参加率 71.4%）、所要時間は 30 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《患者・家族への専門職連携カンファレンス参加の促し》

・ 行為/相互行為

《介護支援専門員の参加意欲の促し》

《理学療法士からの専門職連携カンファレンス依頼の相談窓口》

【専門職連携カンファレンスにおける看護サマリーの効果的活用】

・ 帰結

《多職種の参加意欲の促し》

《退院調整看護師の専門職連携カンファレンス運営上の自己の課題意識の明確化》

② カテゴリー関連図

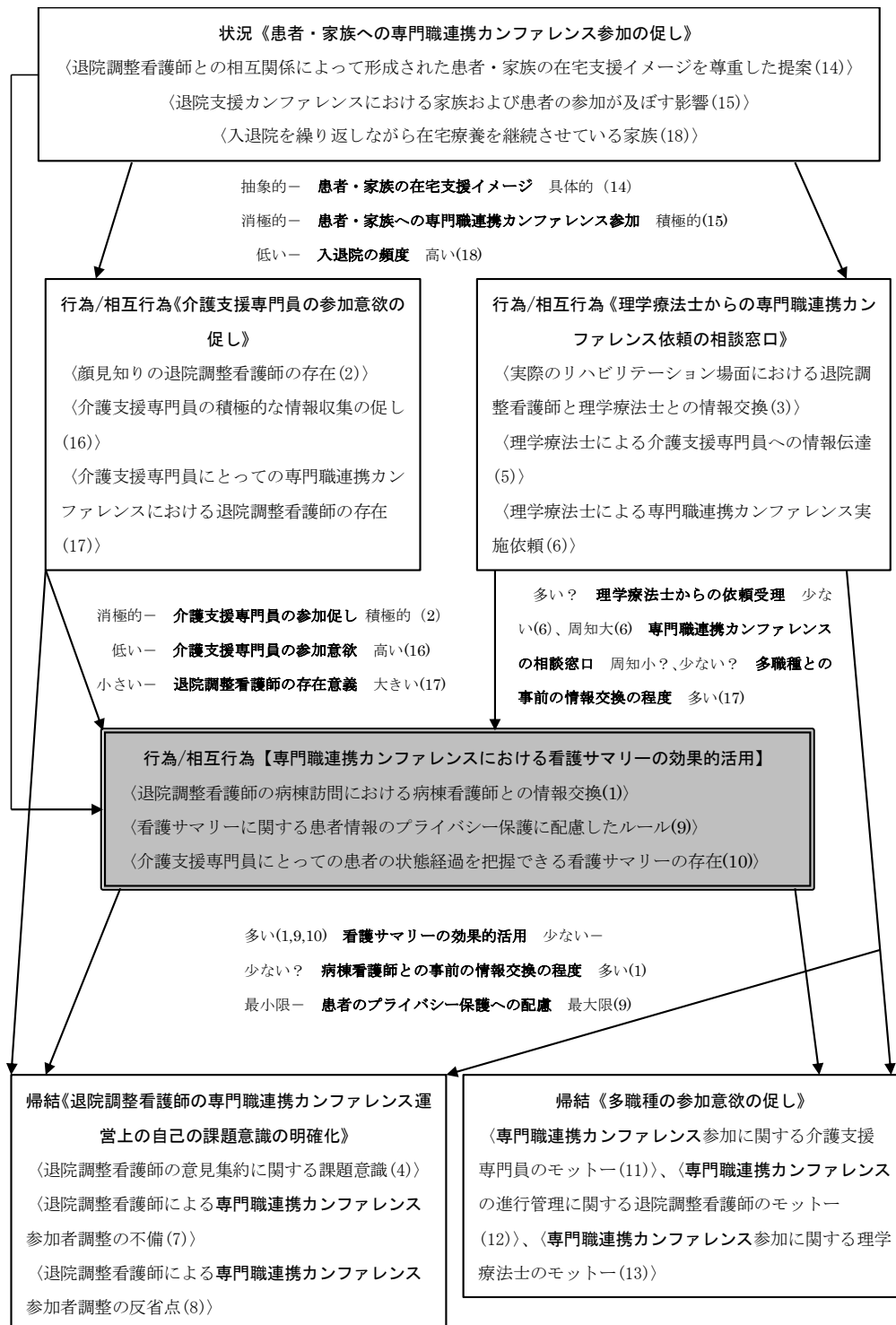


図 12 事例 1 のカテゴリー関連図【専門職連携カンファレンスにおける看護サマリーの効果的活用】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、患者は、“入退院の頻度”が‘高く’、患者や家族の不安も強く、また専門職への遠慮もみられたことから、《患者・家族への専門職連携カンファレンス参加の促し》によって、多職種からの情報提供や意見交換の場を設け、“患者・家族の在宅支援イメージ”を‘具体的’にさせ、不安の払拭につながるよう努めた。また、退院調整看護師は、“理学療法士からの依頼受理”は‘少ない’ものの、今回は《理学療法士からの専門職連携カンファレンス依頼の相談窓口》となり、その相談内容に応じて“多職種との事前の情報交換の程度”も‘多く’連絡調整に奔走した。

そのような退院調整看護師の多職種との事前の積極的な関わりは、主な在宅支援サービス調整役となる《介護支援専門員の参加意欲の促し》や〈介護支援専門員の積極的な情報収集の促し〉につながり、より個別性の高い在宅移行期支援やケアプラン作成につながることを意識しながら、退院調整看護師は専門職連携カンファレンスを運営した。

その際、退院調整看護師は他機関の専門職者への情報提供にあたり、在宅移行期支援に必要な情報提供つまり“患者のプライバシー保護への配慮”しつつ、【専門職連携カンファレンスにおける看護サマリーの効果的活用】が最重要であると認識し、“病棟看護師との事前の情報交換の程度”を‘多く’し、事前準備を万端にした結果、退院調整看護師は《多職種の参加意欲の促し》につながり、《退院調整看護師の専門職連携カンファレンス運営上の自己の課題意識の明確化》を可能にすることによって、専門職連携カンファレンスの質向上につながる事がわかった。

(2) 専門職連携カンファレンス 2 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 5 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 10 名中 5 名(参加率 50.0%)、所要時間は 36 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《家族の在宅支援のイメージ力の強化》

・ 行為/相互行為

《多職種の自己の支援上問題点の振り返りの促し》

《介護支援専門員の役割意識の促し》

【在宅介護に関する家族の認識の表出の促し】

・ 帰結

《患者家族の合意形成プロセスへの介入》

《参加者の合意形成》

② カテゴリー関連図

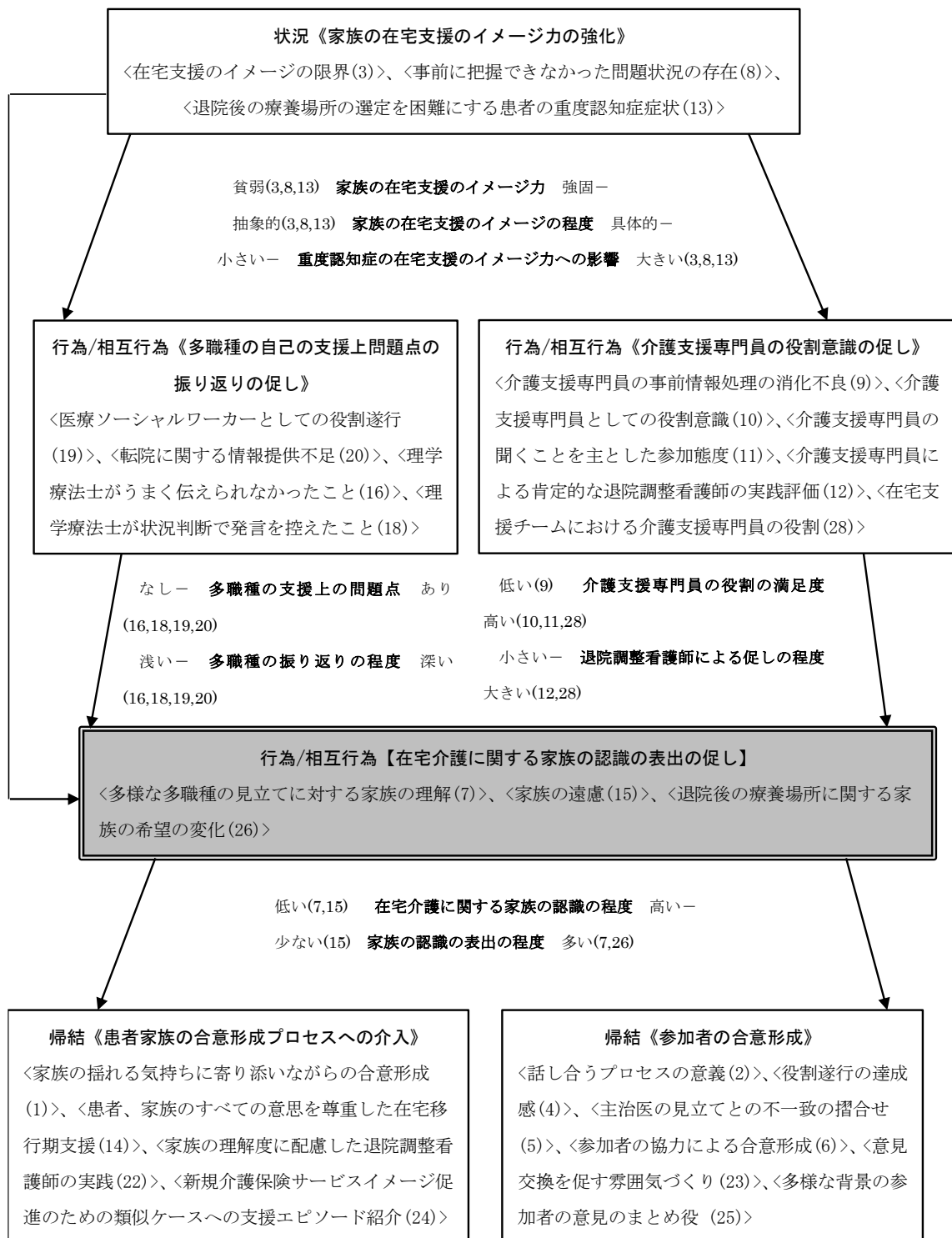


図 13 事例 2 の カテゴリー関連図【在宅介護に関する家族の認識の表出の促し】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、事前に“家族の在宅支援のイメージ力”は‘貧弱’であり、“家族の在宅支援のイメージの程度”は‘抽象的’なことを察して、家族の持てる力を最大限引き出すことができるように、《家族の在宅支援のイメージ力の強化》を目的にしながら、多職種にも在宅支援のイメージづくりができるよう意図して運営した。その結果、〈医療ソーシャルワーカーとしての役割遂行〉について〈転院に関する情報提供不足〉であったこと、〈理学療法士がうまく伝えられなかったこと〉、〈理学療法士が状況判断で発言を控えたこと〉など《多職種の自己の支援上問題点の振り返りの促し》により改善点が明確になり専門職連携カンファレンスの質の担保へとつながる可能性があることがわかった。加えて、《介護支援専門員の役割意識の促し》により、〈介護支援専門員の事前情報処理の消化不良〉など改善点への気づきは、問段や課題の解消つながるため、在宅移行期支援の質向上だけでなく“介護支援専門員の役割の満足度”を‘高い’状態へ導くことにもつながる可能性が見出された。

そして、退院調整看護師は、多職種で《家族の在宅支援のイメージ力の強化》をめざすことは、多職種の対応へ良い変化も及ぼすことにつながり、その結果、専門職者に対する〈家族の遠慮〉の気持ちは緩和され、“家族の認識の表出の程度”が‘多く’なることによって、専門職連携カンファレンスへの積極的参加へとつながり、〈多様な多職種の見立てに対する家族の理解〉が得られ、【在宅介護に関する家族の認識の表出の促し】という良循環を構築することがわかった。つまり、在宅介護に関する家族の認識を整えられることによって《患者家族の合意形成プロセスへの介入》が可能になり、《参加者の合意形成》に至ることがわ

かった。

(3) 専門職連携カンファレンス 3 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 7 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 7 名中 4 名(参加率 57.1%)、所要時間は 27 分間であった。

① カテゴリー一覧

- ・ 状況

《独居患者の当事者意識の促進》

- ・ 行為/相互行為

《患者参加の専門職連携カンファレンスの欠点》

《薬剤師の専門職連携カンファレンスへの参加意欲》

【患者参加型の専門職連携カンファレンスの利点の明確化】

- ・ 帰結

《退院調整看護師の専門職連携強化における役割》

《円滑な院内連携に支えられた事前準備》

② カテゴリー関連図

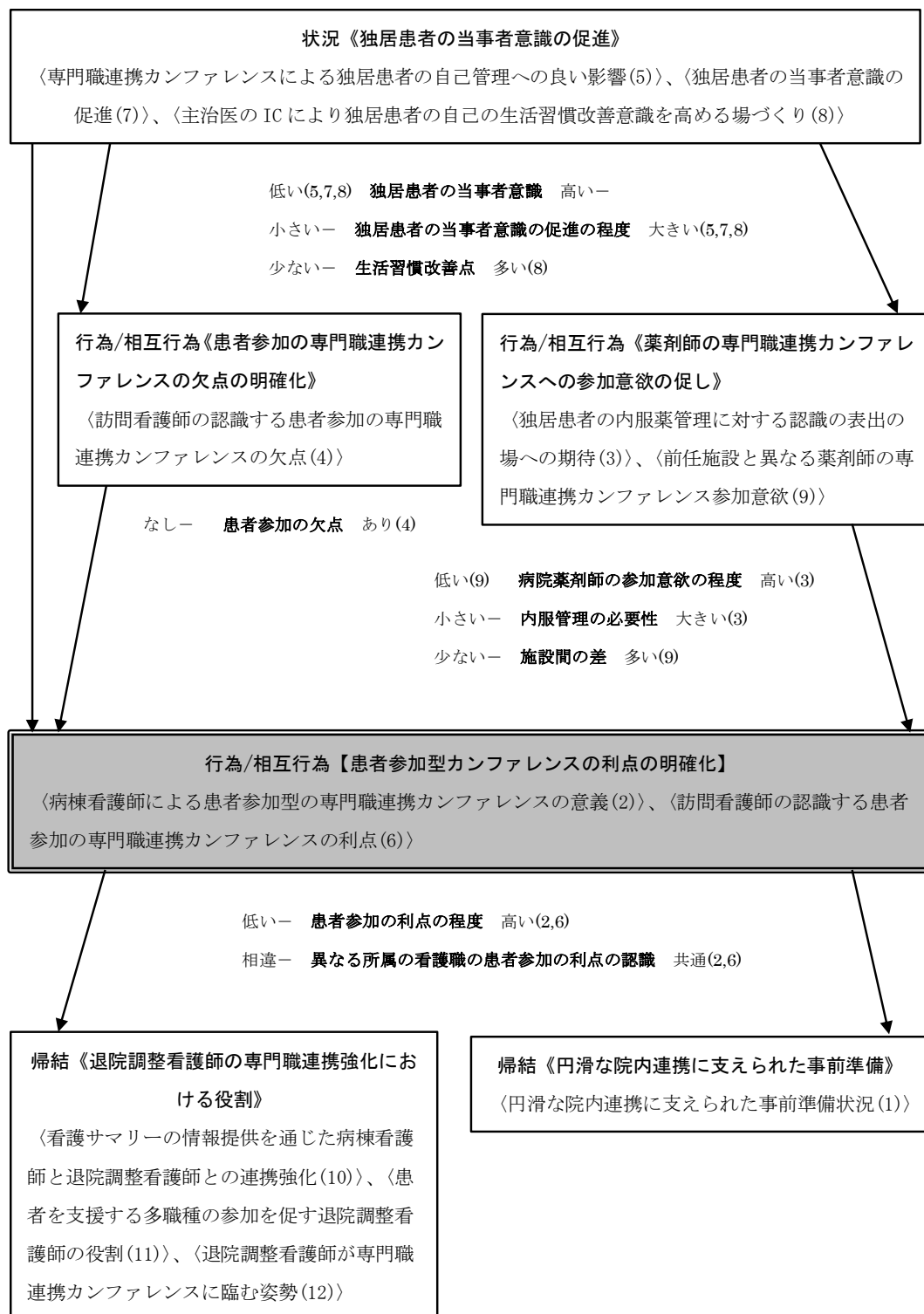


図 14 事例 3 のカテゴリー関連図【患者参加型カンファレンスの利点の明確化】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、専門職連携カンファレンスの効果として《独居患者の当事者意識の促進》につながり、薬剤師について、今回“病院薬剤師の参加意欲の程度”は‘高い’ことがわかったが、前任施設での‘低い’状況と比較して“施設間の差”は大きいことも理解した。退院調整看護師は、薬剤師の支援を要する〈独居患者の内服薬管理に対する認識の表出の場への期待〉もあり、《薬剤師の専門職連携カンファレンスへの参加意欲》を促すことは重要な役割であると認識した。他方では《患者参加の専門職連携カンファレンスの欠点》が指摘され、専門職者間での情報交換が十分できないという不満が挙げたことを理解した。

退院調整看護師は、【患者参加型の専門職連携カンファレンスの利点の明確化】、つまり“患者参加の利点の程度”を‘高い’と多職種が賛同できるようにすることは、異なる所属の看護職の患者や家族主体の支援の目標共有にもつながる等、《退院調整看護師の専門職連携強化における役割》であると認識し、その役割を十分発揮させるためにも、《円滑な院内連携に支えられた事前準備》を担保していかなければならないことがわかった。

(4) 専門職連携カンファレンス 4 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 9 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 12 名中 7 名(参加率 58.3%)、所要時間は 23 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《多職種の視点の違いの明確化》

・ 行為/相互行為

《多職種による専門職連携カンファレンスの評価》

《事前の専門職者間の連携を促進する仕掛け》

《福祉住環境業者による患者理解の促進》

《専門用語を使用した患者および家族への説明》

【患者・家族の思いや生活状況に寄り添い】

・ 帰結

《多職種の意見を統合した患者・家族への情報提供》

《多職種の患者支援の目標共有》

② カテゴリー関連図

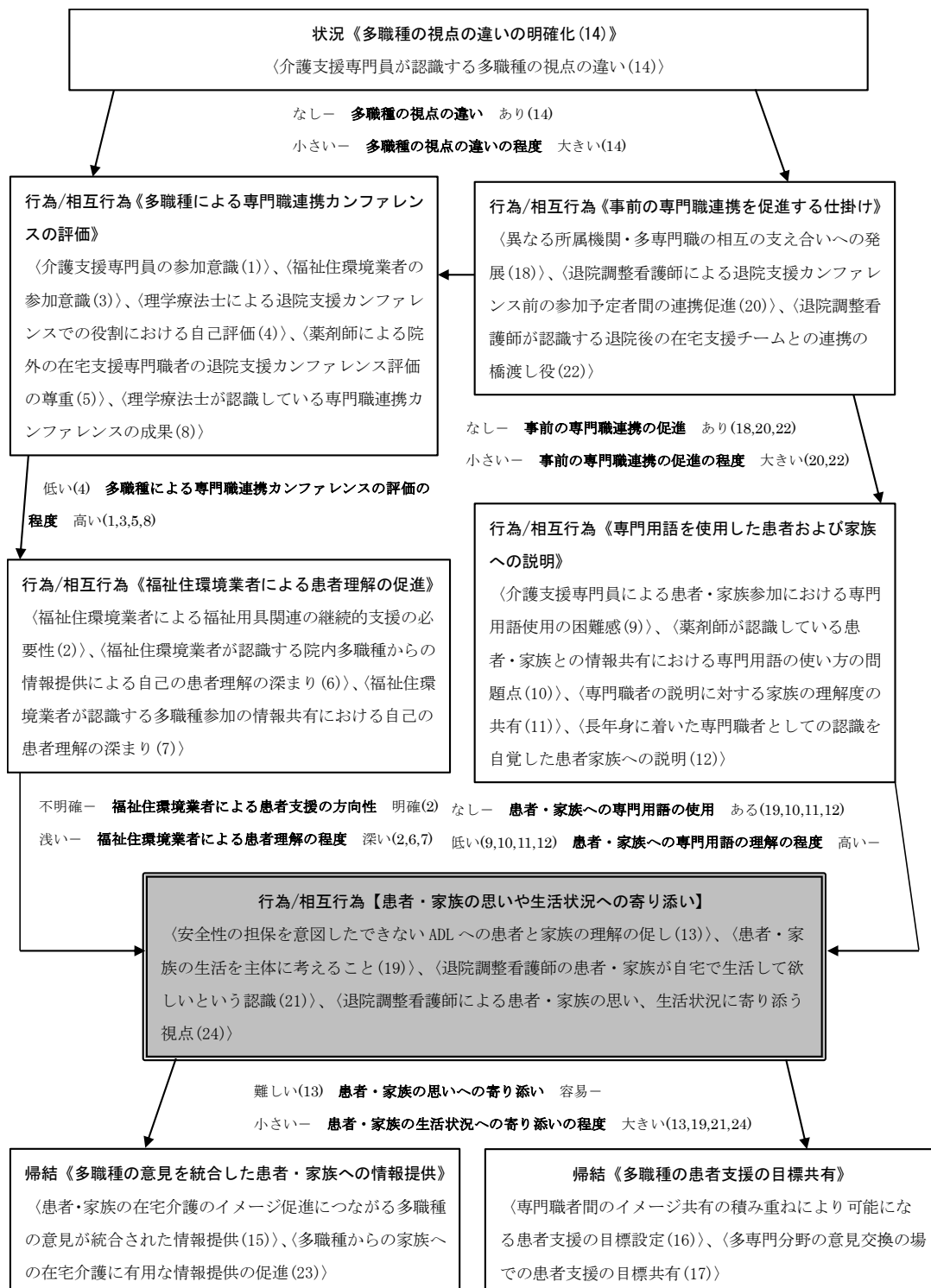


図 15 事例 4 のカテゴリー関連図【患者・家族の思いや生活状況への寄り添い】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、異なる多専門分野の専門職者が参加する専門職連携カンファレンスでは《多職種の視点の違いの明確化》は、単に“多職種の視点の違い”が‘あり’、“その程度”の‘大きい’ことへの実感を促すだけでなく、多職種間のアセスメントや価値観の共通性や相違性の気づきへとつながることを意識しながら運営していた。退院調整看護師は、その多職種の気づきが〈異なる所属機関・多専門職の相互の支え合いへの発展〉につながることを見越して、《事前の専門職者間の連携を促進する仕掛け》や《多職種による専門職連携カンファレンスの評価》の機会をつくることの重要性に気づいた。今回は、福祉用具のレンタルや購入に関わる《福祉住環境業者による患者理解の促進》につながり“患者理解の程度”を‘深め’たり、“患者支援の方向性”を‘明確’にさせたり、介護支援専門員や薬剤師は《専門用語を使用した患者および家族への説明》はどのように伝わったか、“患者・家族への専門用語の理解の程度”は‘低かった’のではないかと等の反省点が共有され、相互評価により在宅移行期支援の質向上につながるといえる。その結果、退院調整看護師は、多職種が【患者・家族の思いや生活状況に寄り添い】支援するための姿勢になり、“その程度”も‘大きく’なり《多職種の患者支援の目標共有》や退院調整看護師からの《多職種の意見を統合した患者・家族への情報提供》が可能になることがわかった。

(5) 専門職連携カンファレンス 5 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 11 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 6 名中 6 名(参加率 100.0%)、所要時間は 39 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《過去の夫婦関係から予測される家族の在宅介護負担感の明確化》

・ 行為/相互行為

《家族の医療専門職者との信頼関係構築のサポート》

《介護支援専門員による在宅介護評価の促し》

《外来受診時の移動手段に関する問題抽出》

【家族介護者の在宅介護に関する認識の表出の促し】

・ 帰結

《家族介護者の意思決定を支える》

《生活保護世帯の在宅支援における行政との連携》

② カテゴリー関連図

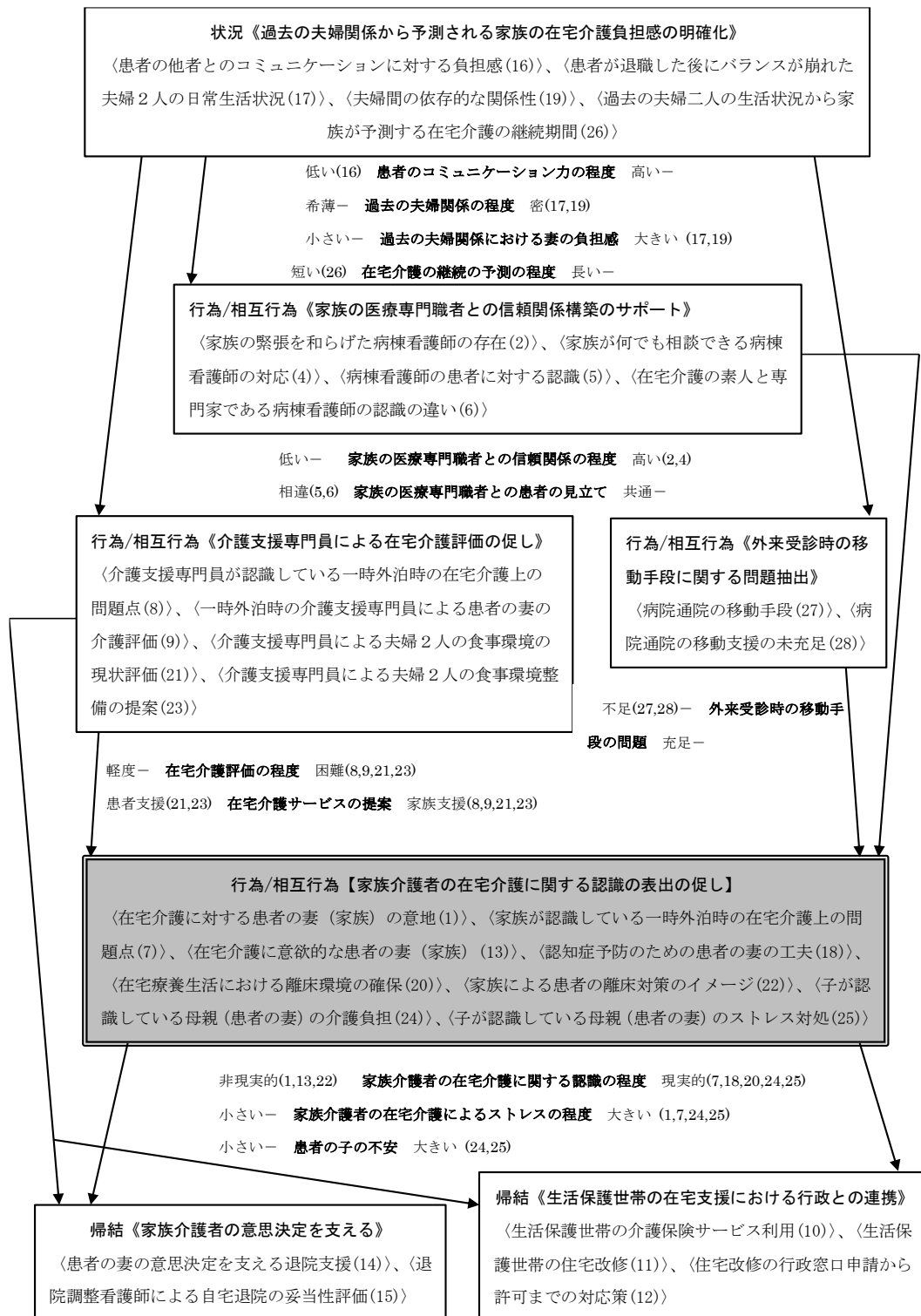


図 16 事例 5 のカテゴリー関連図【家族介護者の在宅介護に関する認識の表出の促し】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師により、《過去の夫婦関係から予測される家族の在宅介護負担感の明確化》がなされ、患者である夫の長年の勤労に感謝しているものの“患者のコミュニケーション力の程度”が‘低い’ため“過去の夫婦関係における妻の負担感”は‘大きく’ストレスを抱えていること、その状況を理解している子は、母親(患者の妻)の“在宅介護の継続の予測の程度”は‘短い’と予測していることなど、在宅介護に関する家族の気負いや見通しについての情報が共有された。つまり、“家族介護者の在宅介護によるストレスの程度”や“患者の子の不安”は‘大きい’こと等【家族介護者の在宅介護に関する認識の表出の促し】は重要であり、その情報がもとにならなって《介護支援専門員による在宅介護評価の促し》となり、“在宅介護評価の程度”が‘困難’なこと、“在宅介護サービスの提案”は‘患者支援’、‘家族支援’の双方から必要なことの気づきへとつながった。そして、退院調整看護師は、〈家族が何でも相談できる病棟看護師の対応〉など、《家族の医療専門職者との信頼関係構築のサポート》に努めることによって、家族の不安表出は促され、在宅介護にむけた具体的な《外来受診時の移動手段に関する問題抽出》が検討されるようになった。これらのプロセスは《家族介護者の意思決定を支える》ことに直結し、介護支援専門員の最優先課題となった、《生活保護世帯の在宅支援における行政との連携》の必要性も明確になった。

(6) 専門職連携カンファレンス 6 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 13 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 8 名中 7 名(参加率 87.5%)、所要時間は 45 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《専門職連携カンファレンス参加者の参加意欲の促し》

・ 行為/相互行為

《病棟看護師の訪問看護師への継続看護の引継ぎの促し》

《訪問看護師による在宅移行期支援の流れの共有》

【意図的な患者不参加型カンファレンスの調整】

・ 帰結

《専門職連携カンファレンスにおける役割意識の明確化》

《患者・家族支援の訪問看護師への引継ぎ》

② カテゴリー関連図

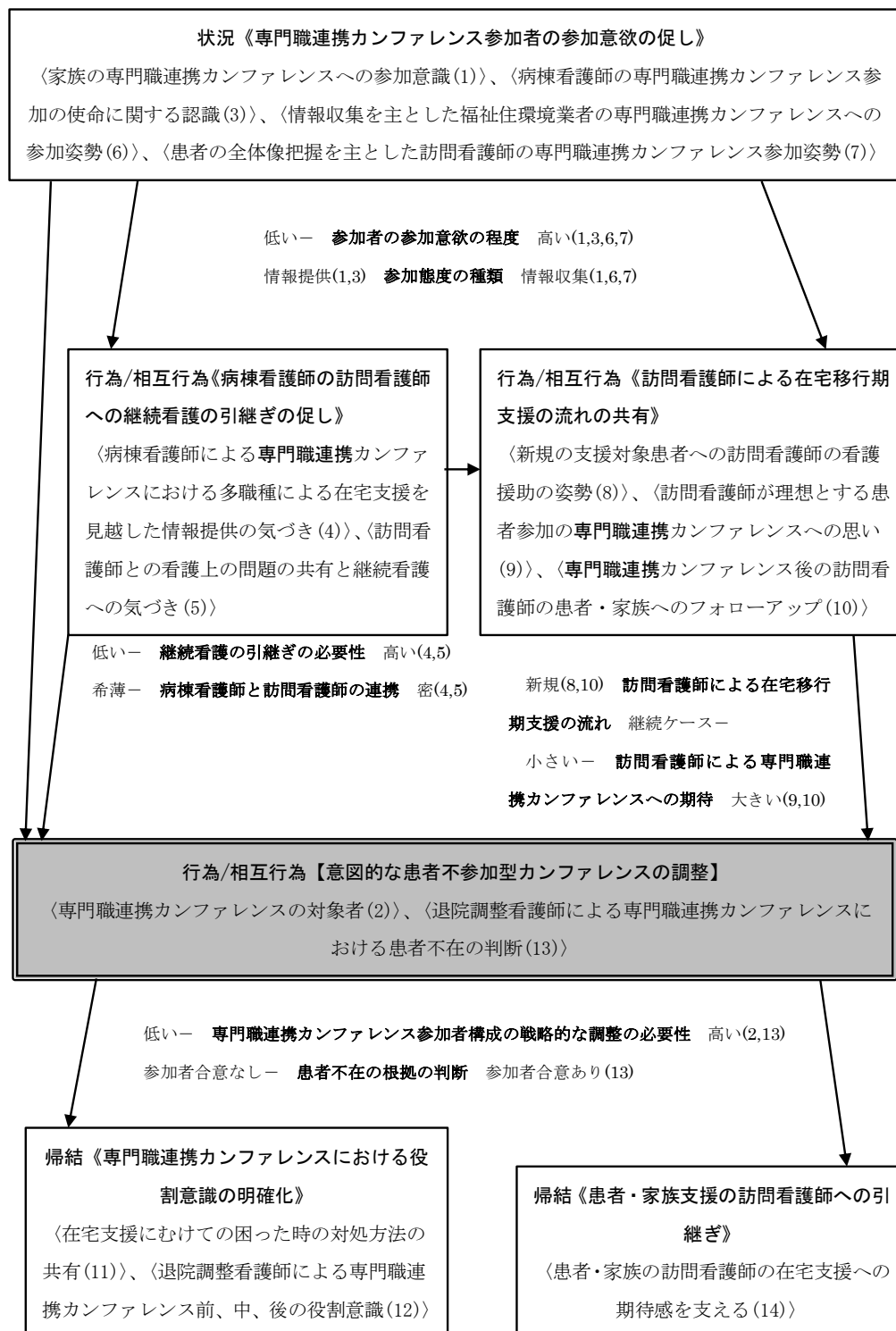


図 17 事例 6 のカテゴリー関連図【意図的な患者不参加型カンファレンスの調整】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、多職種の《専門職連携カンファレンス参加者の参加意欲の促し》を図ることで、必然的に“参加意欲の程度”は‘高まり’、情報収集や情報提供の姿勢も積極的になることがわかった。

退院調整看護師は、“継続看護の引継ぎの必要性”は‘高い’と考えており、“病棟看護師と訪問看護師の連携”が‘密’になるよう《病棟看護師の訪問看護師への継続看護の引継ぎの促し》を意図的に行うことによって、《訪問看護師による在宅移行期支援の流れの共有》がなされることがわかった。病棟看護師や訪問看護師各々の支援力を高めることに直結するため、“患者不在の根拠の判断”なども必ず事前に‘参加者の合意を得る’などの【意図的な患者不参加型カンファレンスの調整】は重要になる。そのプロセスを経ることで《専門職連携カンファレンスにおける役割意識の明確化》につながり、《患者・家族支援の訪問看護師への引継ぎ》を円滑にしていくことがわかった。

(7) 専門職連携カンファレンス 7 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 15 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 6 名中 4 名(参加率 66.7%)、所要時間は 20 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《患者の在宅支援に係る専門職種間の事前会議》

・ 行為/相互行為

《行政職員（生活保護担当）の専門職連携実践における自己の役割認識の促し》

《患者の認識レベルに応じた専門職連携の調整》

【医療ニーズのある独居の生活保護受給者への専門職連携による生活指導】

・ 帰結

《行政職員（生活保護担当）の存在が患者の生活改善へ与えた影響の評価》

《病棟看護師による生活者としての患者の対象特性を把握する力の促し》

② カテゴリー関連図

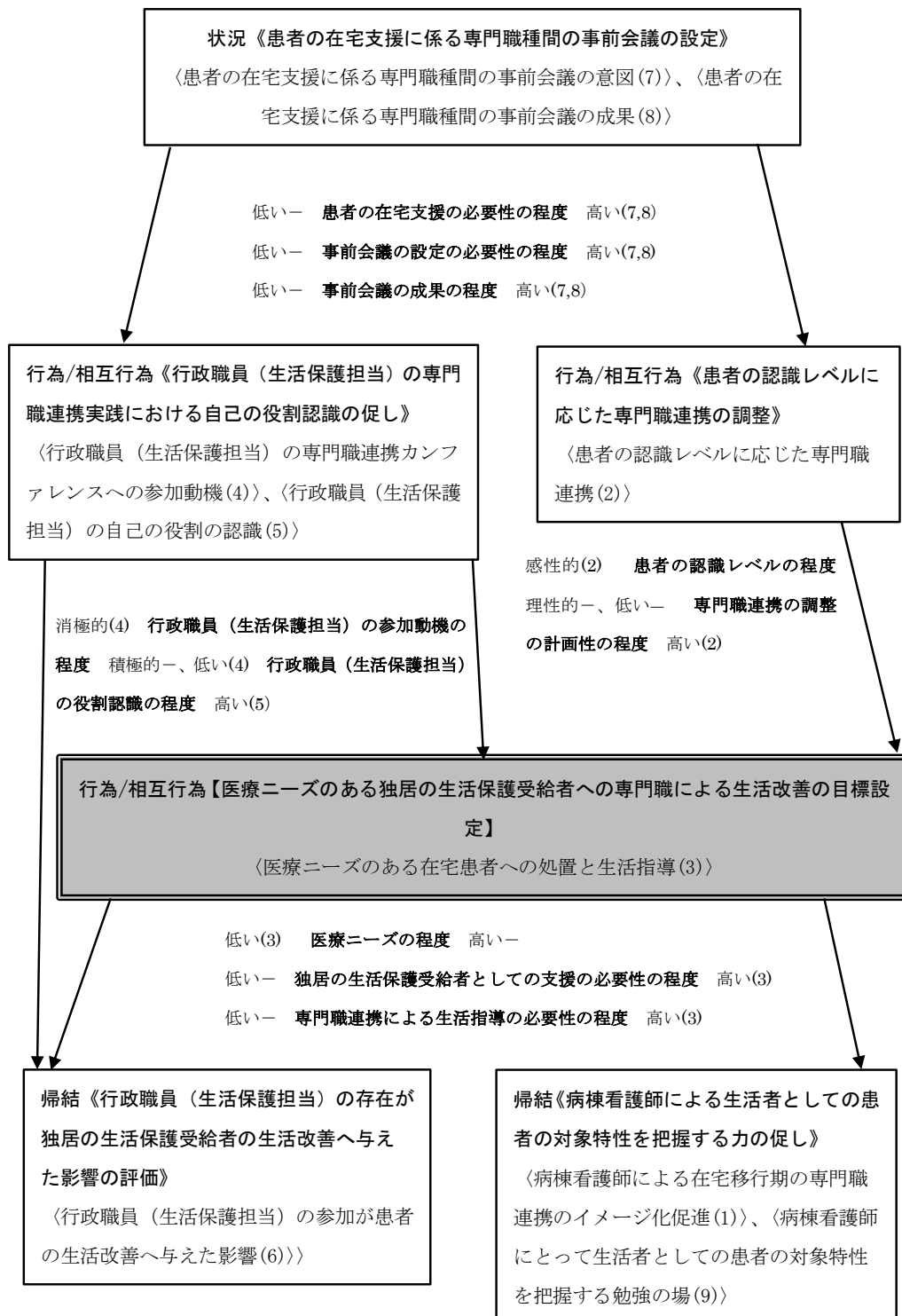


図 18 事例 7 のカテゴリー関連図【医療ニーズのある独居の生活保護受給者への専門職連携による生活指導】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、専門職連携カンファレンス時間内での《患者の在宅支援に係る専門職種間の事前会議》を設けるケースは稀であるが、“患者の在宅支援の必要性の程度”は‘高く’、【医療ニーズのある独居の生活保護受給者への専門職連携による生活指導】をメインにした専門職連携カンファレンスであったため、“事前会議の成果の程度”は‘高い’と判断し、“参加意欲の程度”の‘低かった’《行政職員（生活保護担当）の専門職連携実践における自己の役割認識の促し》をしたり、“計画性の程度”の‘高い’《患者の認識レベルに応じた専門職連携の調整》の実現に功を奏した。

退院調整看護師が思い描いていたとおり、参加者間の《行政職員（生活保護担当）の存在が患者の生活改善へ与えた影響の評価》は高く、参加者のうち、病棟看護師への教育的配慮にも効果があり、《病棟看護師による生活者としての患者の対象特性を把握する力の促し》につながった。

(8) 専門職連携カンファレンス 8 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 17 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 14 名中 7 名（参加率 50.0%）、所要時間は 37 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《ALS と診断されるまでの経過の共有》

・ 行為/相互行為

《他 ALS 患者と家族との交流の促し》

《ALS 患者や家族への症状進行に応じた訪問看護師の支援のあり方の共有》

【退院調整看護師の家族への寄り添い】

・ 帰結

《ALS 患者の家族の介護力に応じた在宅支援サービスの調整》

《個別性の高い在宅支援計画の作成への関与》

② カテゴリー関連図

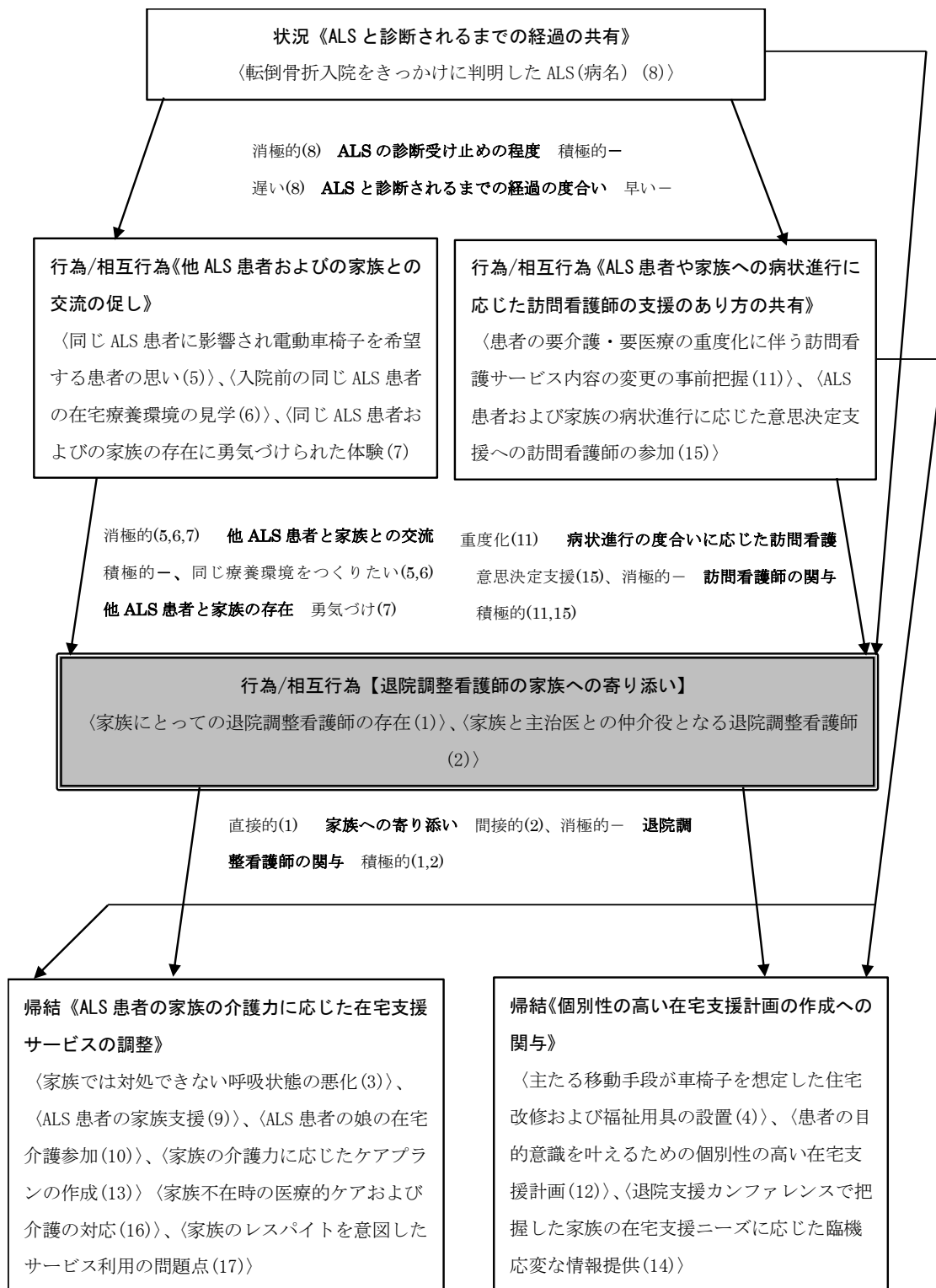


図 19 事例 8 の カテゴリー関連図【退院調整看護師の家族への寄り添い】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションによって、退院調整看護師は、患者が家族、多職種で《ALS と診断されるまでの経過の共有》をし、患者や家族の“ALS の診断受け止めの程度”は‘消極的’であるが、《他 ALS 患者と家族との交流の促し》を‘積極的’に行うことによって、その“ALS 患者や家族の存在”が勇気づけにもつながっていくことがわかった。また、複数の ALS 患者や家族の在宅支援に関わっている訪問看護師からは、《ALS 患者や家族への症状進行に応じた訪問看護師の支援のあり方の共有》として〈ALS 患者および家族の病状進行に応じた意思決定支援への訪問看護師の参加〉が表明され、長期的展望をもった‘積極的’な“訪問看護師の関与”が示された。

また、【退院調整看護師の家族への寄り添い】は個別相談などの直接的な役割から、主治医などの多職種の仲介となる間接的な役割など多様であるが、退院調整看護師が“家族への寄り添い”に‘積極的’になることで、多職種の支援の意欲が高まり、《ALS 患者の家族の介護力に応じた在宅支援サービスの調整》や《個別性の高い在宅支援計画の作成への関与》が可能になった。

(9) 専門職連携カンファレンス 9 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 19 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 12 名中 6 名(参加率 50.0%)、所要時間は 32 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《家族の介護負担の予測》

・ 行為/相互行為

《外来看護師からの事前の情報提供による退院困難ケースの把握》

《退院後の在宅支援の専門職連携の促し》

《退院調整看護師の役割の他専門職者評価の明確化》

【多職種間のキーパーソン選定に関する不一致状況の調整】

・ 帰結

《在宅移行期の生活を円滑にする訪問看護サービス導入》

《デイサービスにおけるインシュリン注射管理のサポート体制の構築》

② カテゴリー関連図

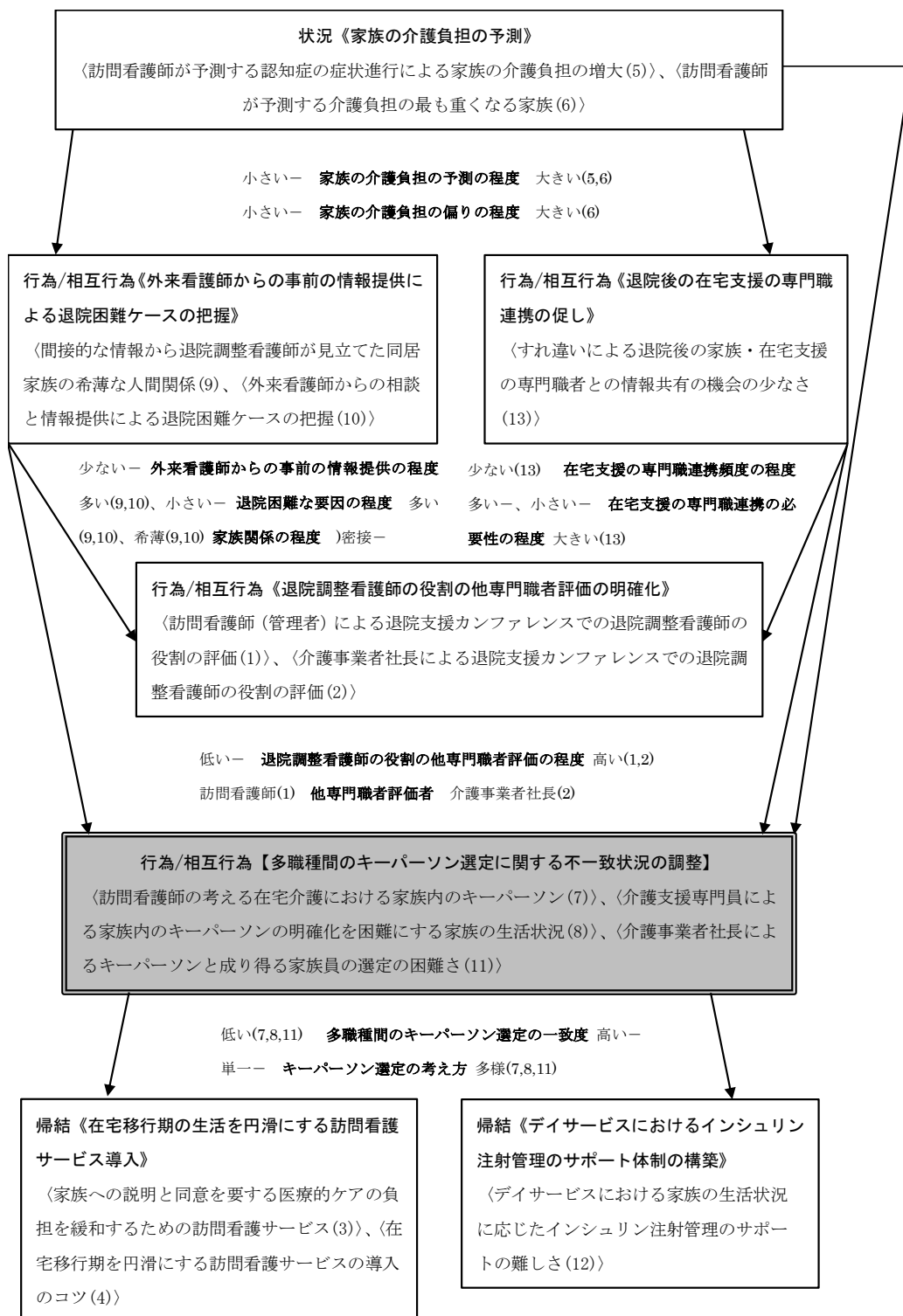


図 20 事例 9 のカテゴリー関連図【多職種間のキーパーソン選定に関する不一致状況の調整】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、《外来看護師からの事前の情報提供による退院困難ケースの把握》によって、“退院困難な要因の程度”は‘多く’、特に“家族の介護負担の偏りの程度”は‘大きい’ことから《家族の介護負担の予測》について、多職種と検討したところ、〈訪問看護師が予測する認知症の症状進行による家族の介護負担の増大〉など活発に意見交換がなされた。

その中で、専門職連携カンファレンス参加者はそれぞれ、在宅移行期支援において家族内のキーパーソン選定にとまどいを感じており、“多職種間のキーパーソン選定の一致度”は‘低い’ことから、退院調整看護師は、退院後の自宅での状況判断も含めて、現時点でのキーパーソンの明確は困難であるが【多職種間のキーパーソン選定に関する不一致状況の調整】の必要性を感じ、“在宅支援の専門職連携頻度の程度”は‘少ない’ことを把握していることから《退院後の在宅支援の専門職連携の促し》を行う等で対応した。そういった退院調整看護師の実践は、《退院調整看護師の役割の他専門職者評価の明確化》につながり、《在宅移行期の生活を円滑にする訪問看護サービス導入》や《デイサービスにおけるインシュリン注射管理のサポート体制の構築》など、より具体的かつ個別・応用的な支援の提案が可能になった。

(10) 専門職連携カンファレンス 10 のリフレクションの概要

参加者の概要は、表 21 の下線部に示したとおり、調査①の参加者 9 名中 5 名(参加率 55.6%)、所要時間は 31 分間であった。

① カテゴリー一覧

・ 状況

《患者・家族の在宅療養上の不安の表出の促し》

・ 行為/相互行為

《病院薬剤師が要望する在宅支援体制の明確化》

《薬剤師による薬の自己管理にむけた指導の促し》

【在宅移行期支援における退院調整看護師の役割意識の気づき】

・ 帰結

《病院・地域連携を円滑にする退院支援システムの構築》

《患者の希望を叶えるための入浴支援準備》

② カテゴリー関連図

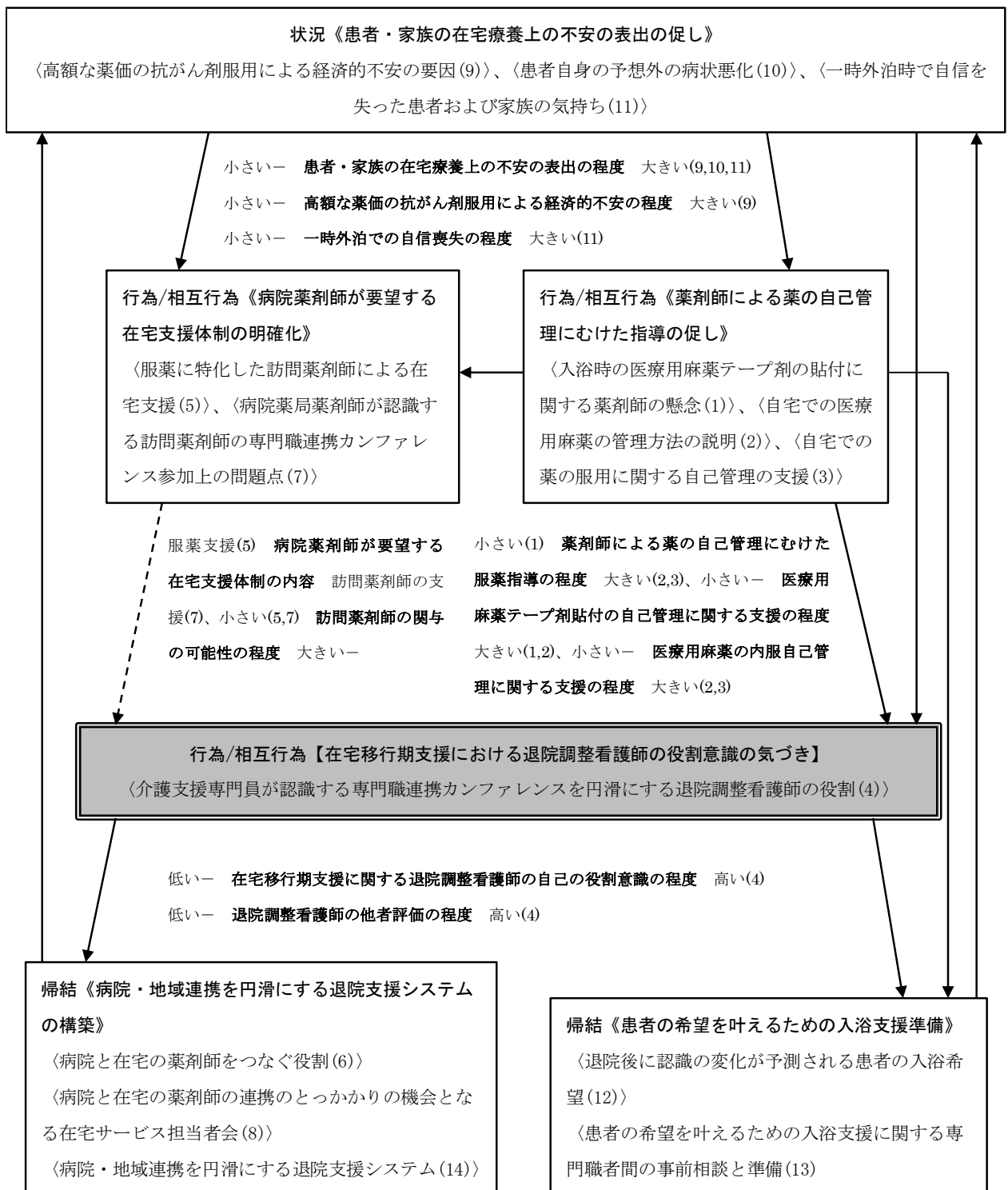


図 21 事例 10 の カテゴリー関連図【在宅移行期支援における退院調整看護師の役割意識の明確化】

③ 要約

専門職連携カンファレンスのリフレクションにおいて、退院調整看護師は、〈一時外泊時で自信を失った患者および家族の気持ち〉を察して、“不安や自信喪失の程度”の‘大きい’ことを参加者間で共有し、さらに《患者・家族の在宅療養上の不安の表出の促し》によって、家族によって〈高額な薬価の抗がん剤服用による経済的不安〉、退院後の〈患者自身の予想外の病状悪化〉等の問題が抽出された。経済的不安について、退院調整看護師は、保険適応の薬剤であったため、高額療養費で対応できることを伝え解消したため、同じく薬剤である、がん性疼痛緩和のための医療用麻薬について、薬剤師へ《薬剤師による薬の自己管理にむけた指導の促し》を行った。薬剤師は、《病院薬剤師が要望する在宅支援体制の明確化》等、薬薬連携の重要性や必要性を主張しつつ、現実的には“訪問薬剤師の関与の可能性の程度”は‘小さい’ため、“医療用麻薬の内服自己管理に関する支援の程度”や“医療用麻薬テープ剤貼付の自己管理に関する支援の程度”は‘大きい’と判断していることがわかった。

そこで、退院調整看護師は、薬剤師の発言のとおり、病院薬剤師と薬局薬剤師や訪問薬剤師との薬薬連携の体制が整っていない等、盤石な在宅移行期支援とはいえない中、生命や生活の質に直結するような〈自宅での薬の服用に関する自己管理の支援〉の代替策の提案は、【在宅移行期支援における退院調整看護師の役割意識の気づき】といえる。

退院調整看護師が十分役割を発揮し、退院支援を実践するためには、《病院・地域連携を円滑にする退院支援システムの構築》の充実が必須であることがわかった。他方では、個別支援内容を具体化するため患者と家族、多職種が《患者の希望を叶えるための入浴支援準備》の検

討がなされた。

3. 調査③

1) 在宅追跡調査の概要とデータ分析結果

専門職連携カンファレンス 8(事例 8)の在宅追跡調査結果について、5回の訪問場面 1～5 の概要と全体のデータ分析結果を述べる。

(1) 訪問場面 1 の概要

訪問目的や参加者の概要、所要時間、訪問の成果は表 23 に示した。

表 23 訪問場面 1 の概要

訪問目的	参加者の概要
在宅移行期の事例 8 や家族の自宅での療養生活の現状を知り、退院前の専門職連携カンファレンスで検討された、福祉用具の利用状況、家族の医療的ケアや介護の状況、新たに導入された訪問看護サービス、訪問リハビリテーションサービスなどの課題を明確にするため。	事例 8、事例 8 の妻 介護支援専門員 訪問理学療法士
	所要時間：90 分間
成果	
<p>事例 8 は、両掌・手背部の骨間筋の萎縮が著明であるもののタブレット端末等を利用する様子からは、上肢機能が保たれておりトイレまで歩いていける能力を有していることから身体的機能は前情報より良好であることがわかった。家族による医療的ケアや介護も慣れてきており、事例 8 の在宅療養生活は安定していた。</p> <p>但し、事例 8 の不満として、他者との会話において手文字ではゆっくり過ぎて、伝えたいことが伝わらず、手文字の限界が表出された。退院前の専門職連携カンファレンスでは、重度障害意思伝達装置が話題にのぼったが、若年発症であり進行も早いことから生命維持支援を積極的に図ったため、コミュニケーション支援は十分検討されなかった。事例 8 には身体機能低下に対する強いあせりがあり、全般的に先を見越した支援体制を望んでいた。なお、要介護区分は、要支援 2 から要介護区分 5 に区分変更され、訪問診療週 1 回、訪問リハビリテーション週 1 回、訪問看護週 2 回、介助用ベッド・介助用リクライニング式車椅子の貸与を利用していた。医療処置：臥床時人工呼吸器装着・離床時は離脱、吸引器使用(事例 8 自己吸引、家族：妻、20 歳代の娘 2 人、実母、実妹、訪問看護師が担当している)、胃瘻から経管栄養剤(エンシュア 200ml×3 回)、内服薬(整腸剤のみ)投与。</p>	

(2) 訪問場面 2 の概要

訪問目的や参加者の概要、所要時間、訪問の成果は表 24 に示した。

表 24 訪問 2 の概要

訪問目的	参加者の概要
コミュニケーション支援ツールについて、作業療法士（Y 大学研究者）と同行訪問し情報提供し、事例 8 のニーズを検討するため。	事例 8、事例 8 の妻 作業療法士（Y 大学研究者）
	所要時間：60 分間
成果	
<p>事前に筆者からコミュニケーション支援ツールについて相談し、その場で作業療法士（Y 大学研究者）から「現代人は公的補助の対象となっている旧式のものを使わずにタブレット端末対応のアプリケーションで開発されたものをよく使っている。」等の話題提供をしたところ事例 8 は意欲になった。今後「鍼灸所に通いたい」と意思表示があり、通うためにどのような準備が必要か等を検討した。</p> <p>また、右足関節の屈曲伸展ができず、「靴」を履くと足指がまるまってしまうのが嫌だということで、適切な「靴」を探していることがわかった。今後、Z 研究所福祉機器開発研究所（室長）と連携をとり、継続介入となった。</p>	

(3) 訪問場面 3 の概要

訪問目的や参加者の概要、所要時間、訪問の成果は表 25 に示した。

表 25 訪問場面 3 の概要

訪問目的	参加者の概要
コミュニケーション支援ツールについて、作業療法士（Y 大学研究者）と介護支援専門員、福祉住環境業者と情報共有し、ニーズを多角的に検討するため。	事例 8、事例 8 の妻
	作業療法士（Y 大学研究者）
	介護支援専門員
	福祉住環境業者
	所要時間：120 分間
成果	
<p>メール、会話をスマートフォンや PC、タブレット等の IT 機器を利用して、迅速かつ円滑なコミュニケーションを図りたいという事例 8 自身の強い希望が表出された。事例 8 としては、手のひら筆談による交流では相手が先走り事例の意思を十分伝えきれないもどかしさを解消したい、相手に手のひら筆談の文字を読む不やんや迷惑をかけたくないという思いからであることがわかった。</p>	

(4) 訪問場面 4 の概要

訪問目的や参加者の概要、所要時間、訪問の成果は表 26 に示した。

表 26 訪問場面 4 の概要

訪問目的	参加者の概要
筆者と作業療法学研究者で同行訪問し、リハビリテーション研究所の福祉機器開発室長からのコミュニケーション支援ツールに関する指導内容や助言を伝え、そのツールを検討するため。	事例 8、事例 8 の妻
	事例 8 の知人
	作業療法士（Y 大学研究者）
	訪問看護師
	福祉住環境業者
	所要時間：120 分間

成果

訪問の間では、コミュニケーション支援ツールに関する情報提供と共有に終了したが、事例 8 より本日の感想について、筆者宛にメールが届いた。「早速手書き入力アプリを試してみました。しかし、私の勘違いがありました。（中略）私は手書入力したものが楷書で見やすくなって相手にみせられるアプリかと思っていました。それとも他の使用方法があるのでしょうか？あるようでしたら教えて下さい。タブレット端末は機種を吟味してから購入するつもりです。」この事例 8 の質問について、筆者が Z 研究所福祉機器開発研究所（室長）へ問い合わせして以下の回答を得た。

「手書き入力アプリはアプリそのものというよりは入力方法の一つと考えていただいたほうが良いかと思います。キーボード入力やフリック入力の代わり、というイメージです。（中略）画像転送ケーブルを使うと携帯端末、タブレット端末画面をテレビに表示することもできますので、ベッド周りの方も手元の携帯端末、タブレット端末を見るために屈まなくても良いです。」

(5) 訪問場面 5 の概要

訪問目的や参加者の概要、所要時間、訪問の成果は表 27 に示した。

表 27 訪問場面 5 の概要

訪問目的	参加者の概要
Z 研究所福祉機器開発研究所（室長）と同行 訪問し、事例 8 や妻へ直接、コミュニケーション 支援ツールの導入についての訪問指導状況 を共有するため。	事例 8、事例 8 の妻 Z 研究所福祉機器開発研究所 （室長）
	所要時間：60 分間
成果	
<p>事例 8 は、Z 研究所福祉機器開発研究所（室長）から、様々なコミュニケーション支援のツールについて指導を受けて夢中になって試しており、自己の探究心が満たされ満足な様子であった。訪問後、事例 8 から筆者宛に御礼のメールが届いた。「Z 研究所福祉機器開発研究所（室長）に来てもらえてモヤモヤが晴れました。再度、タブレット端末の購入を考えてみたいです。タブレット端末を外出時に携帯し例えば車内の会話（道案内）にも使用してみようと思います。故障・破損しても自分のものなら安心です。」つまり、事例 8 自身でコミュニケーション支援ツールに関して結論を導き出すことができた。</p>	

(6) 事例 8 の訪問場面 1～5 におけるデータ分析の結果

① カテゴリー一覧

・ 状況

《心身の回復への願いを支える》

・ 行為/相互行為

《好きなものを口から食べることを支える》

《外出を可能にするための移動手段のサポート》

《個別性に応じたコミュニケーションツール選定のサポート》

【ALS 患者の社会とつながる対話環境の整備】

・ 帰結

《福祉機器開発専門の工学博士と共に考える手のひら指文字に代わるコミュニケーションツールの選定》

《嚥下機能評価に応じた経口摂取のサポート》

② カテゴリー関連図

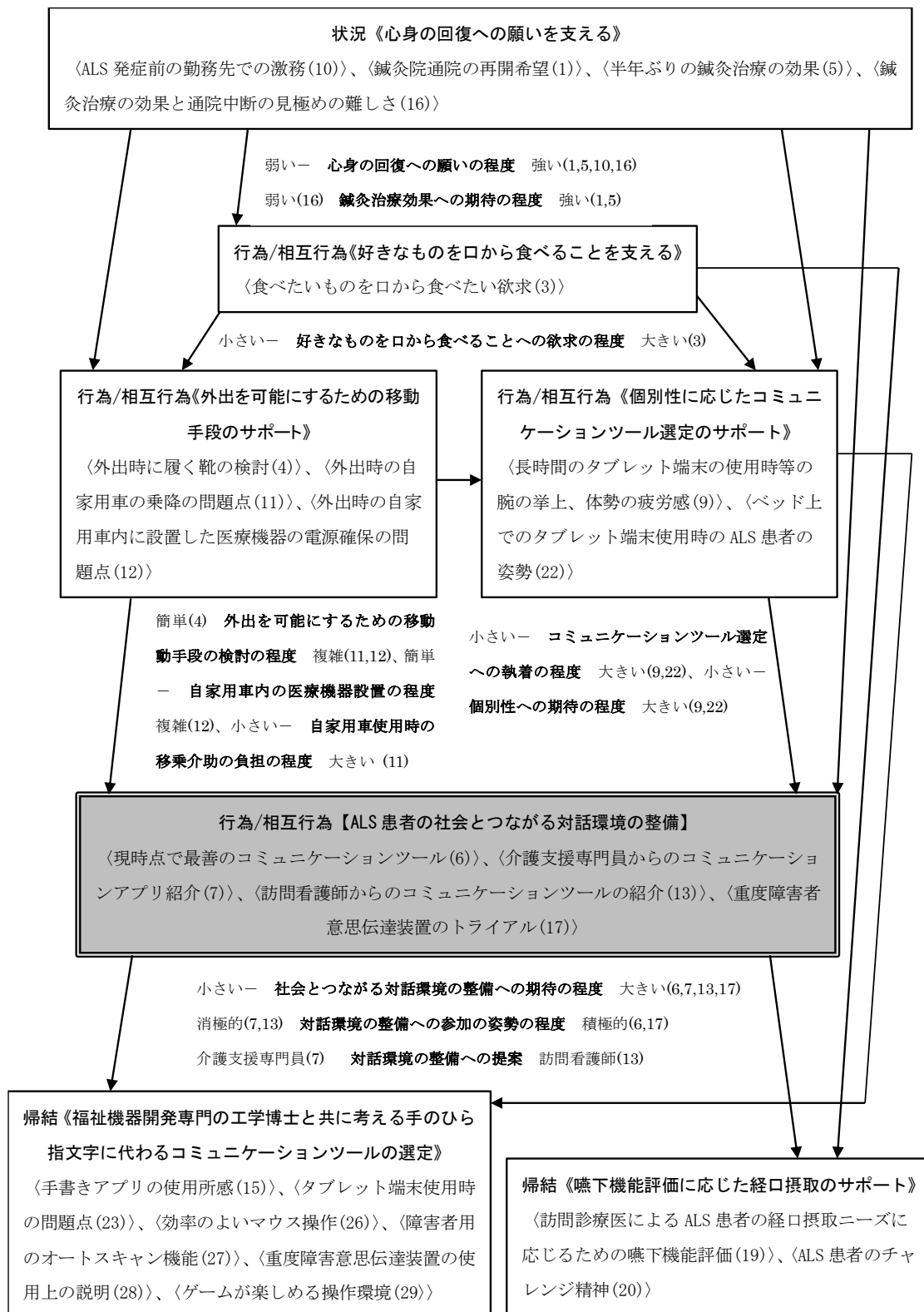


図 22 【ALS 患者の社会とつながる対話環境の整備】

③ 要約

在宅追跡調査において退院調整看護師は、40歳代後半でALSを発症し、人工呼吸器管理のため言語的コミュニケーションは不可能となり、経管栄養管理となった患者が〈ALS発症前の過酷な勤務状況〉を振り返り、“心身の回復への願いの程度”が‘強く’、自身の生命維持や回復力を高めるための手段として〈鍼灸院通院の再開希望〉が強いこと、〈鍼灸治療の効果と通院中断の見極めの難しさ〉の両極の思いを抱いていることを把握し、《心身の回復への願いを支える》ことの重要性を察知した。しかし、患者は、自宅で施術が受けられる介護保険や医療保険サービスによる訪問鍼灸マッサージの利用ではなく、過去に利用した経験のある遠方の針灸治療の施術院への通院を希望していることが判明した。

退院調整看護師は、患者が希望する遠方の鍼灸施術院への《外出を可能にするための移動手段のサポート》には、〈外出時に履く靴の検討〉や〈外出時の自家用車の乗降の問題点〉として、患者が段差を気にせずに介助負担が少なく乗降できるような福祉車両の購入、患者が人工呼吸器をはずした状態でベッドから車までの歩行の際に移乗・移動を介助する人、福祉車両を安全走行できる人、車内で患者が安全・安楽な姿勢で坐位を保ったりリクライニングできること、人工呼吸器や吸引器と関連する衛生材料を設置するための安定した場所の確保、吸引できるスペースの確保、〈外出時の自家用車内に設置した医療機器の電源確保の問題点〉、急な呼吸困難や病状の変化が起こることを想定した通院ルート上の病院マップ、コンビニや公共のトイレマップ等、“外出を可能にするための移動手段の検討の程度”、特に“自家用車使用時の移乗介助の負担の程度”は付帯事項が多く‘複雑’であることが明らかになった。

同時に、退院調整看護師は、患者は、自身が希望する鍼灸施術院への通院には、通院を協力する人々へ自身の要望を、その時々状況に応じてタイミングよく伝える必要があると認識していることがわかった。現在、患者は手のひら指文字でコミュニケーションをとっているが、病状が進行し腕を挙上したり、指を動かすことが困難になった場合を想定したりなど《個別性に応じたコミュニケーションツール選定のサポート》には“コミュニケーションツール選定への執着の程度”は‘大きく’、こだわりが強いことが明らかになった。

退院調整看護師は、約2か月前にB病院で実施した、在宅移行期支援のための専門職連携カンファレンスでは、患者の生命維持や家族の介護力の問題や課題に関する在宅移行期支援が最優先となり、患者にとって社会とつながるためのコミュニケーションの問題や課題について、重度障害者用意思伝達装置の補助は話題に出たものの十分に検討し、継続課題としてなかったことを反省した。その時の患者のADLは介助にて約10m歩行が可能であったため、重度障害者用意思伝達装置の補助の対象にはならないと判断し、積極的な在宅移行期支援の検討事項には挙げなかった。今回、在宅追跡調査によって、筋力低下や関節拘縮などの症状は徐々に進行しているものの、人工呼吸器管理や適宜吸引を受けることによって、呼吸器症状などは安定し、経管栄養により栄養状態も維持されていることから、【ALS患者の社会とつながる対話環境の整備】が最優先課題となり、《福祉機器開発専門の工学博士と共に考える手のひら指文字に代わるコミュニケーションツールの選定》に在宅支援体制を発展させていることがわかった。

また、重度障害者用意思伝達装置の場合と同じく、患者の経口摂取の可能性について家族から退院調整看護師へ質問がなされたが、病院で

は主治医が禁止の指示を出していることから嚥下評価につなぐことはできなかった。しかし、患者の“好きなものを口から食べることへの欲求の程度”は‘大きく’、〈ALS 患者のチャレンジ精神〉は旺盛であり、経口摂取による病状悪化は自己責任の範疇であるとの訪問診療医との合意を取り付け、経口摂取の許可を得て《好きなものを口から食べることを実現》ことを実現させており、《嚥下機能評価に応じた経口摂取のサポート》へと在宅支援体制を発展させていることがわかった。

2.3 つの調査の分析結果の統合

以下、調査①、調査②の分析結果の統合において、専門職連携カンファレンス 1～10 の表記を、数字を対応させる形で事例 1～10 と改めて表記し、各カテゴリー関連図と各要約を示した。

4. 調査①と調査②の分析結果の統合（事例 1～7、9、10）

1) 事例 1

(1) カテゴリー一覧

・ 状況

《家族と共に考える認知機能低下を伴う要介護者への在宅支援サービス調整》

・ 行為/相互行為

《理学療法士への安全な移動介助に関する家族指導の依頼》

《薬剤師への薬物療法に関する在宅療養上の注意点説明の促し》

《家族介護者のレスパイトケアに関する提案》

【看護サマリーの効果的活用で明確になった患者の病状に関する家族の予期不安への対応】

・ 帰結

《自宅の住環境整備》

《薬剤師による家族への服薬に関する退院指導場面の調整》

《多職種に参加意欲の促し》

(2) カテゴリー関連統合図

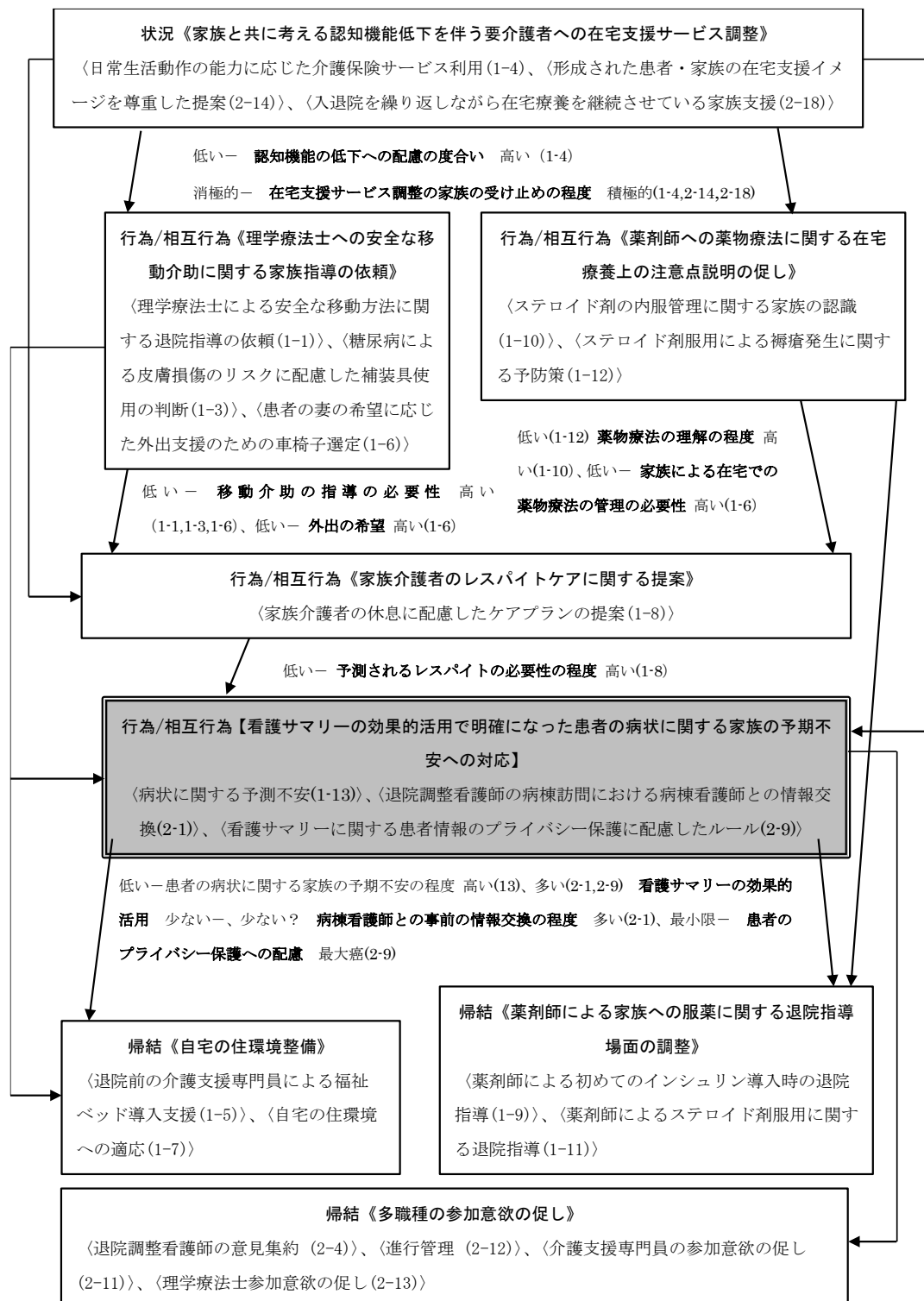


図 23 事例 1 のカテゴリー関連統合図【看護サマリーの効果的活用で明確になった患者の病状に関する家族の予期不安への対応】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、患者の“認知機能の低下への配慮の度合い”は‘高い’ものの、“在宅支援サービス調整の家族の受け止め”は‘積極的’であったため、《家族と共に考える認知機能低下を伴う要介護者への在宅支援サービス調整》にむけて、最初に“予測されるレスパイトの必要性の程度”が‘高い’ことを重視し、《家族介護者のレスパイトケアに関する提案》への布石を打った。

その背景として、退院調整看護師は“病棟看護師との事前の情報交換”を‘多く’とった結果、“患者の病状に関する家族の予期不安の程度”が‘高い’ことを察したため、“患者のプライバシー保護への配慮”を‘最大限’にしながら“看護サマリーの効果的活用”により他職種への情報提供・共有を‘多く’し、【看護サマリーの効果的活用で明確になった患者の病状に関する家族の予期不安への対応】として、家族を含めて《多職種の参加意欲の促し》を積極的に行っていた。

また、退院調整看護師は、その場で家族は患者との“外出の希望”が‘高い’ことを把握し、《理学療法士への安全な移動介助に関する家族指導の依頼》をし意見を求めたところ、患者は〈糖尿病による皮膚損傷のリスクに配慮した補装具使用をするための判断〉が必要になる等、家族へ“移動介助の指導の必要性”が‘高い’と評価していたため、安全面の観点から《自宅の住環境整備》にもつないだ。

さらに《薬剤師への薬物療法に関する在宅療養上の注意点説明の促し》をしたところ、“家族による在宅での薬物療法の管理の必要性”は‘高い’と判断し、他方で家族の“薬物療法の理解の程度”は‘低い’点、‘高い’点のどちらの状況も垣間見られたため、《薬剤師による家族

への服薬に関する退院指導場面の調整》につないだ。

2) 事例 2

(1) カテゴリー一覧

・状況

《認知機能低下を伴う重度要介護者の在宅支援サービス調整》

・行為/相互行為

《主治医による認知症治療状況の共有》

《多職種による在宅支援上の気掛りの共有》

《退院後の療養場所の選択に揺れる家族の思いの表出の促し》

【家族の療養場所に関する認識の表出と意思決定の促し】

・帰結

《家族の揺れる気持ちに寄り添った支援方針の合意形成》

《在宅療養生活の実現に必要なケアプランの提案》

(2) カテゴリー関連統合図

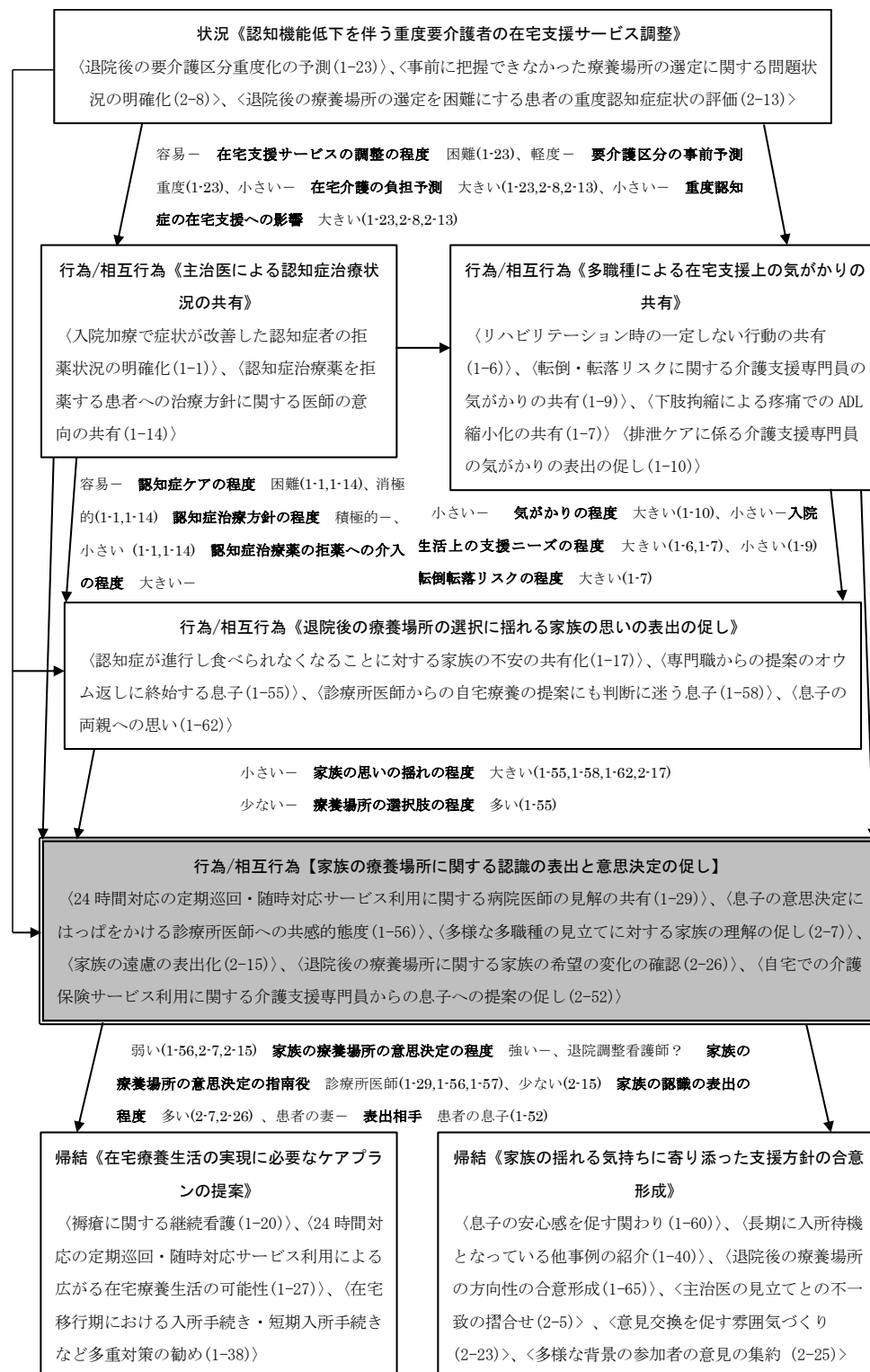


図 24 事例 2 のカテゴリー関連統合図【家族の療養場所に関する認識の表出と意思決定の促し】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、“在宅支援サービスの調整の程度”は‘困難’であり、“要介護区分の事前予測”は‘重度’にて、“在宅介護の負担予測”も‘大きく’、“重度認知症の在宅支援への影響”は‘大きい’ことを念頭におき、《認知機能低下を伴う重度要介護者の在宅支援サービス調整》を進めるため、《主治医による認知症治療状況の共有》を図ったところ、“認知症治療薬の拒薬への介入の程度”は‘小さく’、“認知症治療方針の程度”は‘消極的’で“認知症ケアの程度”は‘困難’であることを明確にした。

主治医からの情報提供を受けた後の《多職種による在宅支援上の気がかりの共有》として、“気がかりの程度”は全員‘大きい’ことがわかった。看護サマリーや理学療法士からの情報提供により、患者は廃用症候群が進行し、“転倒転落リスクの程度”は‘小さい’が、移動・移動時は体幹不安定などで‘大きい’ことも予測される等、“入院生活上の支援ニーズの程度”が‘大きい’ことを共有した。それらの気がかりの状況から、多職種からの“療養場所の選択肢の程度”は‘多く’なり、《退院後の療養場所の選択に揺れる家族の思いの表出の促し》を行ったところ、“家族の思いの揺れの程度”は‘大きく’なってしまった。

退院調整看護師は、介護支援専門員による自宅での介護保険サービス利用に関する情報提供や療養場所の選定に関する“表出相手”は‘患者の息子’であり、その状況を反映して、多くの情報を持っている患者の息子による“家族の認識の表出の程度”は‘多い’ものの、専門職の提案のオウム返しに止まっており、決定には至らず、また肝心な同居する患者の妻の“家族の認識の表出の程度”は‘少なく’意思表示がなさ

れない状況が続いた。

そこで、退院調整看護師は、“家族の療養場所の意思決定の程度”は‘弱い’ことを認識し、【家族の療養場所に関する認識の表出と意思決定の促し】のきっかけとして、‘診療所医師’の発言とそれを聞いている家族の反応を見ながら、退院調整看護師自身よりも“家族の療養場所の意思決定の指南役”として位置づけ、《家族の揺れる気持ちに寄り添った支援方針の合意形成》ができるよう、一旦介護保険サービスを利用して自宅へ退院して、同時に入所手続きを進める方向に持っていき、《在宅療養生活の実現に必要なケアプランの提案》を行った。

3) 事例 3

(1) カテゴリー一覧

- ・ 状況

《独居患者の当事者意識の促進》

- ・ 行為/相互行為

《独居患者の食生活に関する問題抽出》

《独居患者の内服薬自己管理上の問題点》

【患者参加型カンファレンスにおける独居患者の入院加療に関する認識の共有化】

- ・ 帰結

《在宅支援体制の調整》

《円滑な院内連携に支えられた事前準備》

《独居患者への労いの言葉かけ》

(2) カテゴリー関連統合図

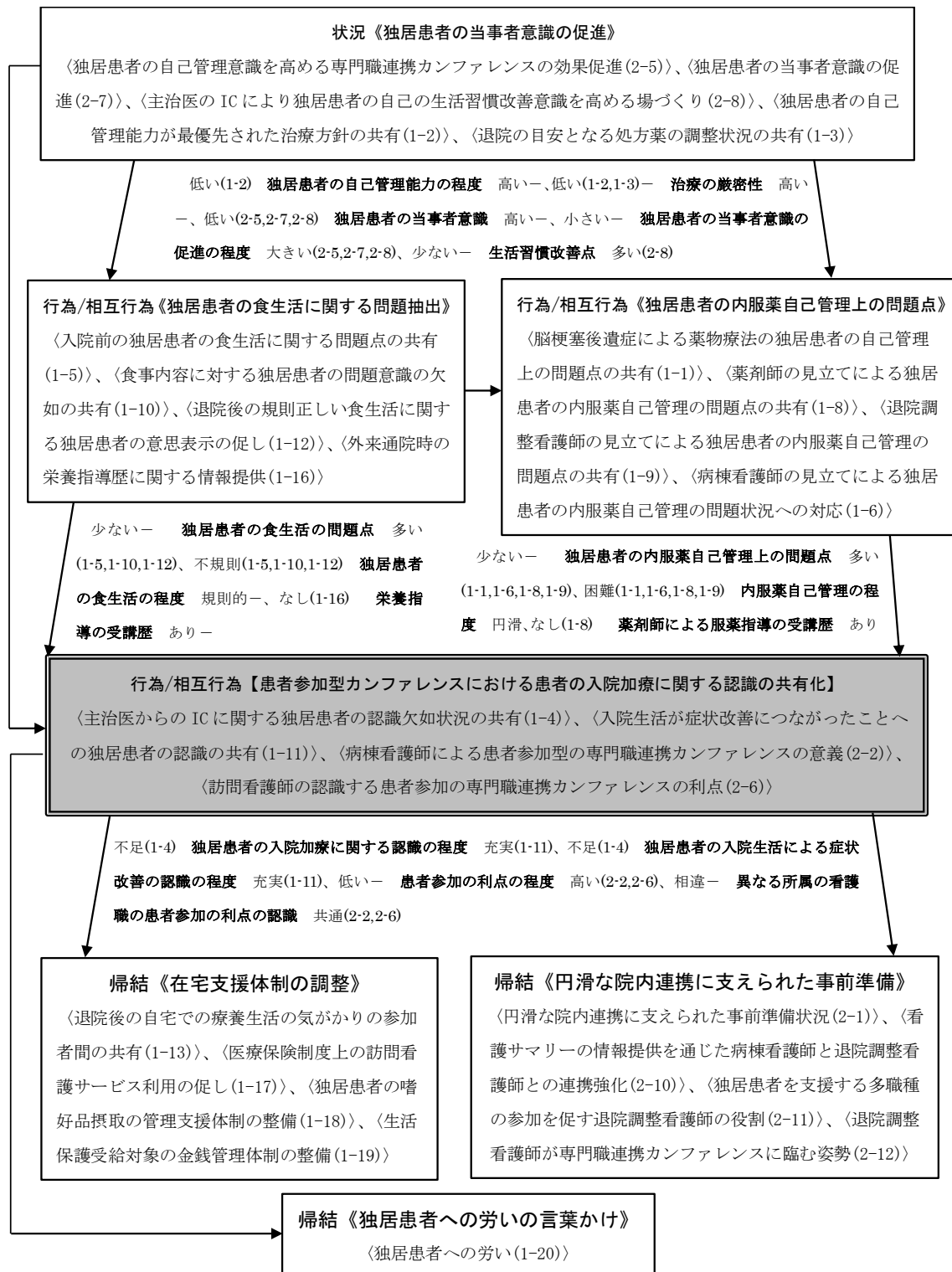


図 25 事例 3 のカテゴリー関連統合図【患者参加型カンファレンスにおける独居患者の入院加療に関する認識の共有化】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、多職種の事前の同意を得て、《独居患者の当事者意識の促進》にむけて患者参加型カンファレンスを調整し、脳血管疾患後遺症があり、“独居患者の当事者意識”は‘低く’、“独居患者の自己管理能力の程度”も‘低い’状況であり、“生活習慣改善点”も‘多く’、“治療の厳密性”は‘低く’設定されているが、患者の持てる力を発揮して在宅療養生活を送ることができるよう、“独居患者の当事者意識の促進の程度”が‘大きく’なるよう臨んだ。《独居患者の食生活に関する問題抽出》にあたり、その“問題点”は‘多く’、“食生活の程度”は‘不規則’で、“栄養指導の受講歴”は‘ない’ことが挙げられた。また、《独居患者の内服薬自己管理上の問題点》は、‘多く’、その‘程度’は‘困難’であり、これも“薬剤師による服薬指導の受講歴”は‘ない’ことがわかった。退院調整看護師は、【患者参加型カンファレンスにおける独居患者の入院加療に関する認識の共有化】によって、“独居患者の入院加療に関する認識の程度”は、特に主治医からの治療に関する説明は理解しておらず、入院加療に関する認識は‘不足’しているものの、“独居患者の入院生活による症状改善の認識の程度”は‘充実’しており、症状改善と入院生活との関連づけは良くできていることがわかった。また、今回、“患者参加の利点の程度”は‘高い’という病棟看護師や訪問看護師の“異なる所属の看護職の患者参加の利点の認識”も‘共通’にすることができ、自然の流れの中で、患者の意欲を高めるような《独居患者への労いの言葉かけ》が行われた。退院調整看護師は、常に《円滑な院内連携に支えられた事前準備》を意識し、個別性の高い《在宅支援体制の調整》を行っていた。

4) 事例 4

(1) カテゴリー一覧

・状況

《退院後の透析治療方針や通院場所の確認》

・行為/相互行為

《多職種の転倒転落リスク評価を踏まえた患者と家族への歩行介助指導内容の共有》

《薬剤師による糖尿病性腎症患者への内服指導の促し》

《専門職連携を促進する仕掛け》

【患者・家族の生活状況に寄り添った通院施設に関する移動手段の検討】

・帰結

《多職種の意見を統合した患者・家族への情報提供》

《家族のレスパイト目的の介護保険サービス利用の提案》

《遠方にいる家族の緊急時対応に係る思いの表出》

(2) カテゴリー関連統合図

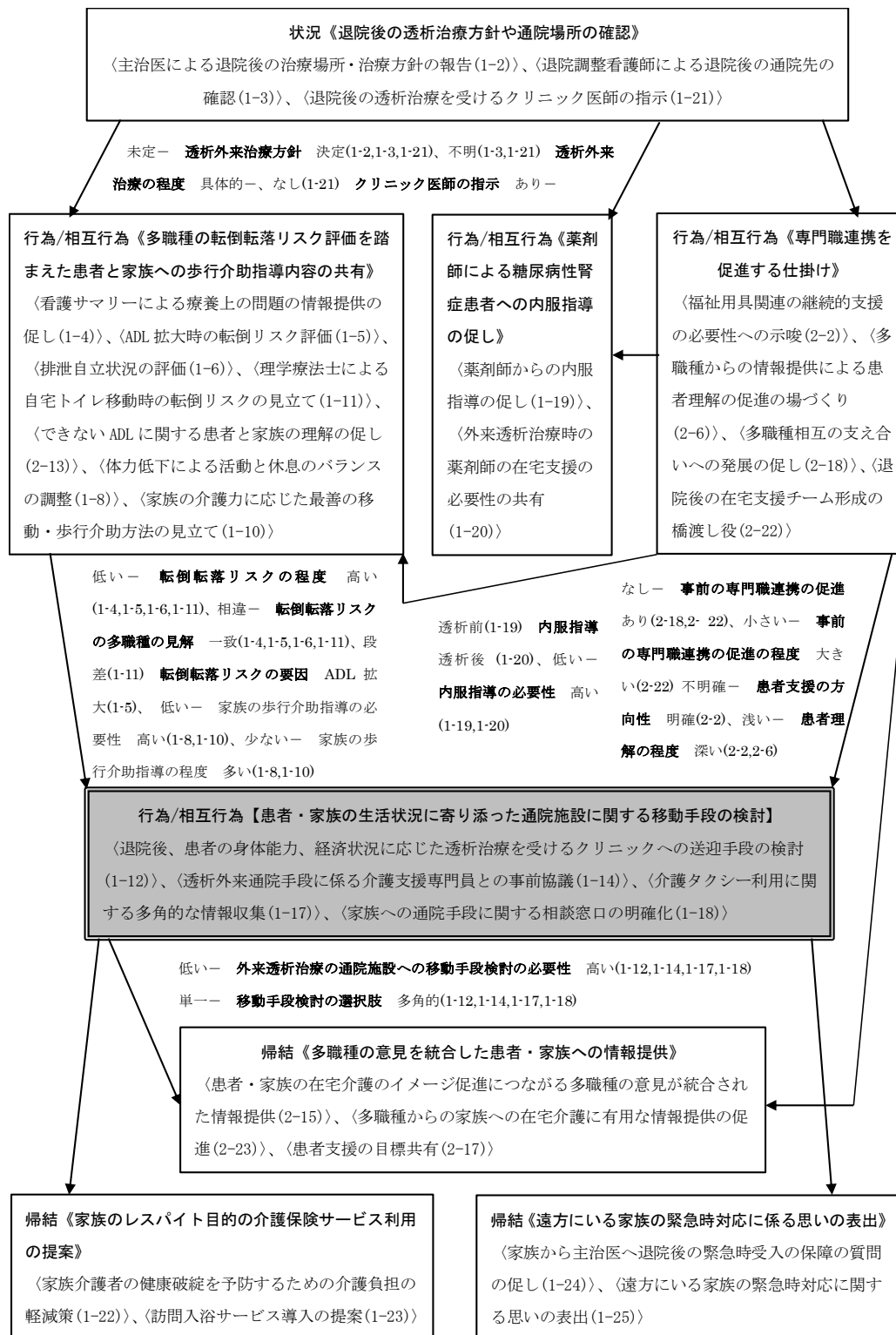


図 26 事例 4 のカテゴリー関連統合図【患者・家族の生活状況に寄り添った通院施設に関する移動手段の検討】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、家族による在宅介護の負担の大きい《退院後の透析治療方針や通院場所の確認》をとるため、主治医から“透析外来治療方針”の‘決定’に関する口頭指示を受けた。しかし、退院後に予定している透析治療施設の外来通院を開始するまでは“クリニック医師の指示”は‘なく’、現時点で“透析外来治療の程度”は‘不明’であることを参加者間で共有した。

そこで、退院調整看護師は、退院後に外来通院が必要になることを見越して、《多職種の転倒転落リスク評価を踏まえた患者と家族への歩行介助指導内容の共有》として、病棟看護師による看護サマリーや理学療法士からの情報提供により、患者の“転倒転落リスクの程度”は共通して‘高い’と評価され、“転倒転落リスクの多職種の見解”は‘一致’していることを明確にした。患者の“転倒転落リスクの要因”は‘ADL拡大’による歩行時の‘段差’であり、今後の外来通院において患者が安全に移乗・移動するためには、“家族の歩行介助指導の必要性”は‘高く’、“家族の歩行介助指導の程度”も‘多い’ことが確認された。

他方で、退院調整看護師は、薬剤師へ‘透析前’および‘透析後’の“内服指導”を意図した《薬剤師による糖尿病性腎症患者への内服指導の促し》をしたところ、いずれも注意点が説明され、患者や家族に対する“内服指導の必要性”が‘高い’ことを参加者間で共有した。

このように多職種がそれぞれの専門性を発揮した発言をするためには、退院調整看護師による“事前の専門職連携の促進”が‘あり’、“事前の専門職連携の促進の程度”も‘大きい’こと等、《専門職連携を促進する仕掛け》を念頭において準備していること明らかになった。

その結果、当日参加した多職種の“患者理解の程度”は‘深く’なり、“患者支援の方向性”も‘明確’になることに気づいた。今回のような専門職連携による意見交換を経て、退院調整看護師は、改めて【患者・家族の生活状況に寄り添った通院施設に関する移動手段の検討】したところ、“外来透析治療の通院施設への移動手段検討の必要性”は‘高い’と判断され、“移動手段検討の選択肢”は‘多角的’に探ることになった。

このような複雑な状況を退院調整看護師は、《多職種の意見を統合した患者・家族への情報提供》に努め、透析治療やその外来通院、内服治療による患者の負担だけでなく、家族の介護負担の大きさを予測して、意識的に《家族のレスパイト目的の介護保険サービス利用の提案》をし、《遠方にいる家族の緊急時対応に係る思いの表出》も促し、安心感が得られるように対応した。

5) 事例 5

(1) カテゴリー一覧

・ 状況

《自宅への一時外泊で明確化した在宅介護上の問題の共有化》

・ 行為/相互行為

《病棟看護師による看護サマリー内容の共有》

《転倒事故を予防するための住宅改修手続きの共有》

《家族の医療専門職者との信頼関係構築のサポート》

《夫婦関係に起因した家族の在宅介護負担感の明確化》

【家族の在宅介護に関する認識の表出と気負いの緩和】

・ 帰結

《家族の健康管理・レスパイトケアを意図した介護保険サービス利

用の促し》

《生活保護世帯の在宅支援における行政との連携》

(2) カテゴリー関連統合図

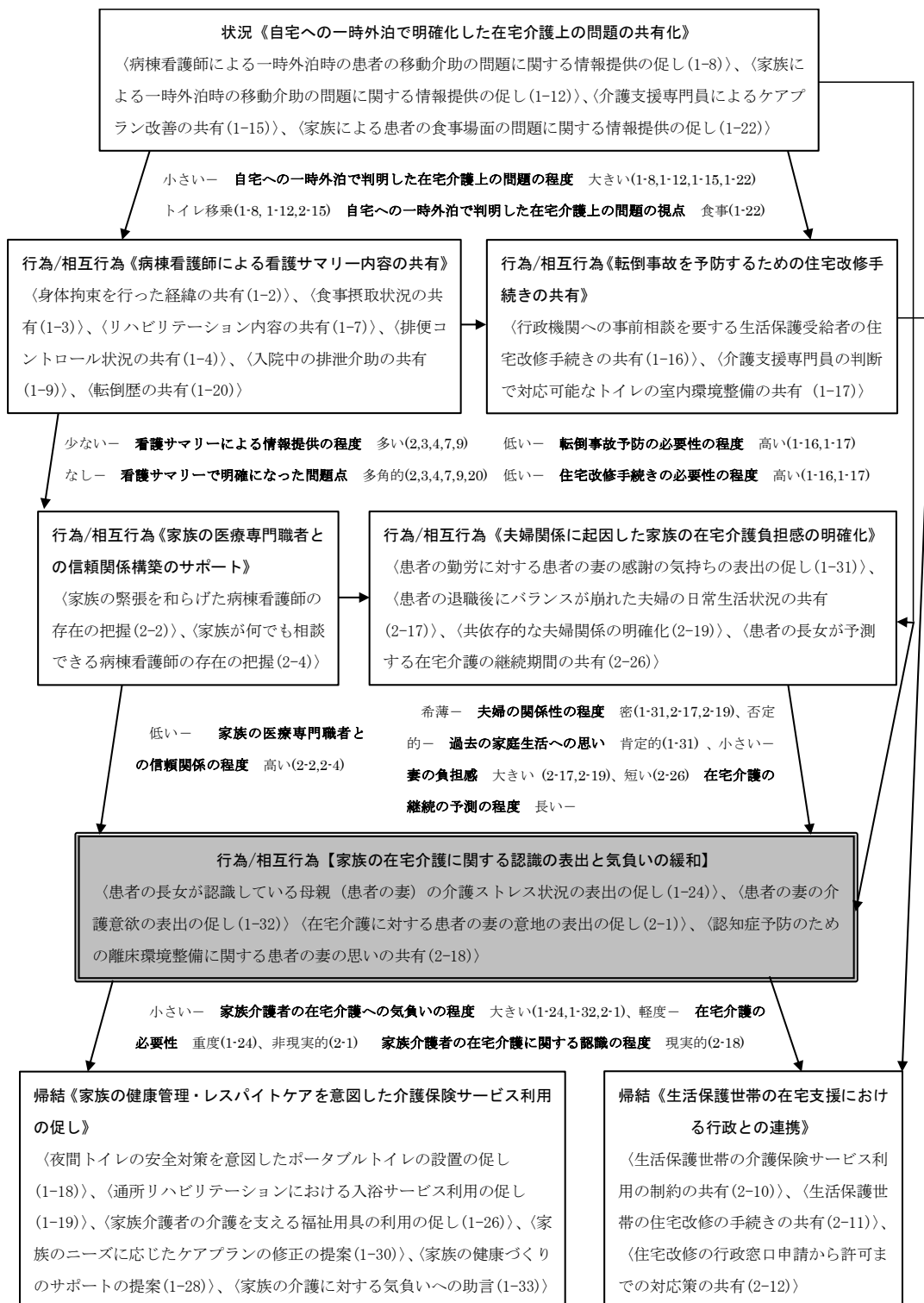


図 27 事例 5 のカテゴリー関連統合図【家族の在宅介護に関する認識の表出と気負いの緩和】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、患者や家族の《自宅への一時外泊で明確化した在宅介護上の問題の共有化》をとっかかりに、“自宅への一時外泊で判明した在宅介護上の問題の程度”が‘大きい’こと、“自宅への一時外泊で判明した在宅介護上の問題の視点”は主に‘トイレ移乗’と‘食事’であったことを話題提供した。

話題提供の具体化を意図して、《病棟看護師による看護サマリー内容の共有》を行ったところ、“看護サマリーによる情報提供の程度”は‘多く’、“看護サマリーで明確になった問題点”は‘多角的’に調和または解決にむけて検討しなければならないことがわかった。

他方で家族の言動から病院の医師や病棟看護師等“家族の医療専門職者との信頼関係の程度”は‘高い’ことがわかり、その場で《家族の医療専門職者との信頼関係構築のサポート》を支持するような声かけをすると、家族(患者の妻や娘)の発言、情報提供につながり、《夫婦関係に起因した家族の在宅介護負担感の明確化》がなされ、“夫婦の関係性の程度”は‘密’であり、“過去の家庭生活への思い”は‘肯定的’に思い描きながらも、“妻の負担感”は‘大きく’、患者の娘は、母親で(患者の妻)の“在宅介護の継続の予測の程度”はごく‘短い’という見解が示された。

そこで、退院調整看護師は、【家族の在宅介護に関する認識の表出と気負いの緩和】として、“家族介護者の在宅介護への気負いの程度”は‘大きく’、また“在宅介護の必要性”も‘重度’であり、家族は‘現実的’に考えつつも、“家族介護者の在宅介護に関する認識の程度”は‘非現実的’な面もみられたことから、《家族の健康管理・レスパイトケアを意図した介護保険サービス利用の促し》を行った。

さらに、前半で検討された‘トイレ移乗’の問題点は、“転倒事故予防の必要性の程度”が‘高く’、“住宅改修手続きの必要性の程度”は‘高い’と判断され、介護支援専門員が中心となって、《転倒事故を予防するための住宅改修手続きの共有》がなされ、住宅改修の実現にむけて《生活保護世帯の在宅支援における行政との連携》を進めていくことが確認された。

6) 事例 6

(1) カテゴリーー覧

・ 状況

《主治医による患者の呼吸困難感の要因に関する見立ての共有化》

・ 行為/相互行為

《病棟看護師の看護サマリーによる看護上の問題点の共有化》

《病棟看護師と訪問看護師との看護上の問題の共有による継続看護の促し》

《訪問看護師による在宅移行期支援の流れの共有》

【意図的な患者不参加型カンファレンスにおける呼吸困難感の対応の共有化】

・ 帰結

《家族の在宅介護力の見立て》

《病院の後方支援による訪問看護師の継続看護の促し》

(2) カテゴリー関連統合図

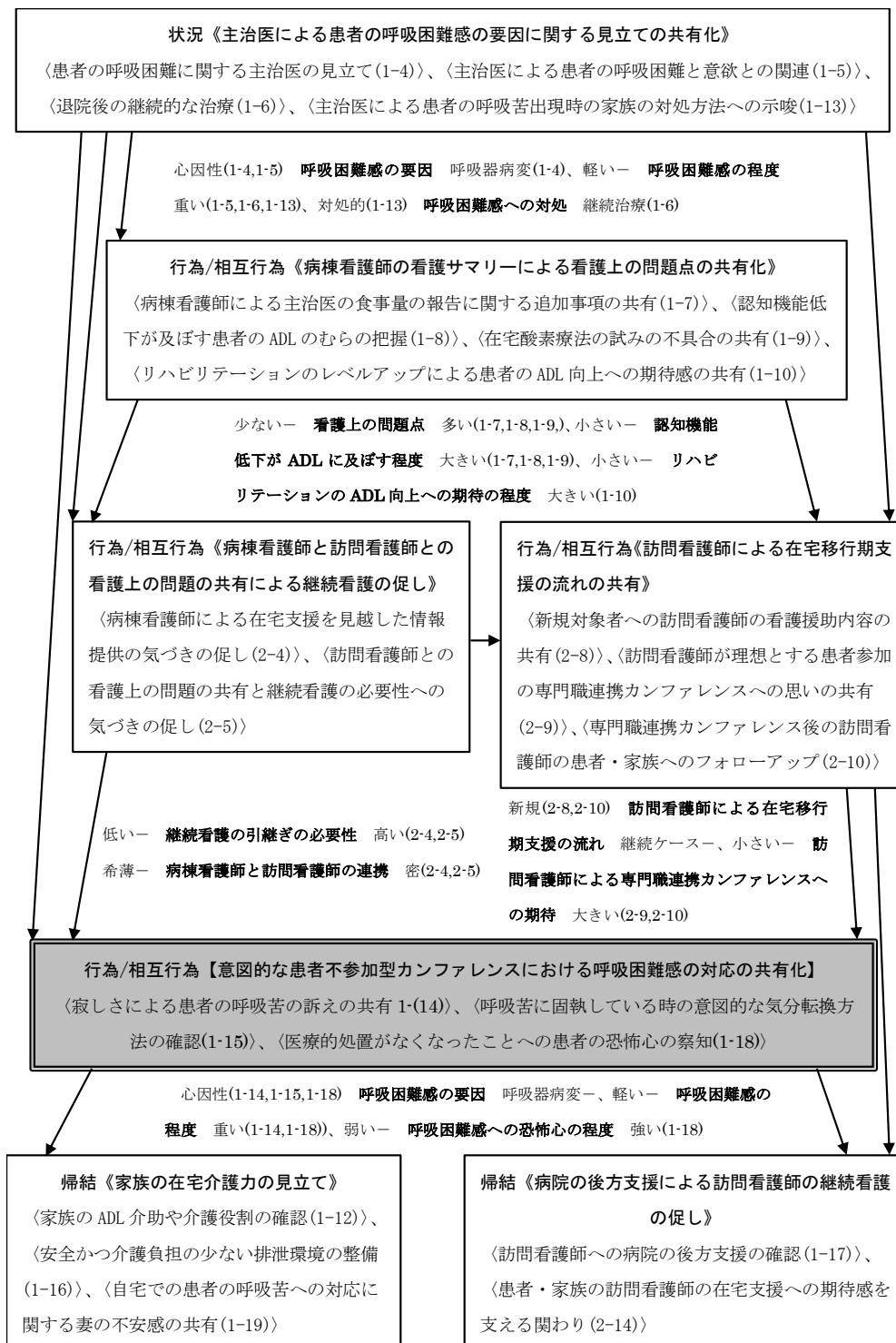


図 28 事例 6 のカテゴリー関連統合図【意図的な患者不参加型カンファレンスにおける呼吸困難感の対応の共有化】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、在宅支援上の問題となる《主治医による患者の呼吸困難感の要因に関する見立ての共有化》を図ったところ、“呼吸困難感の要因”は‘呼吸器病変’だけでなく、その多くは寂しさや不安からくる‘心因性’と判断されていることがわかった。但し、患者の“呼吸困難感の程度”は家族等の素人目には‘重く’映ることが多いため、“呼吸困難感への対処”は‘継続治療’に結びつけるべきなのか、気持ちを落ち着かせるための心理的側面への‘処理的’な対応でよいのか、多職種間の多角的な検討が必要になると判断し、患者像の全体を把握するため、《病棟看護師の看護サマリーによる看護上の問題点の共有化》を図った。

退院調整看護師は、看護サマリーの情報提供だけでも“看護上の問題点”は‘多い’状況であったが、“認知機能低下がADLに及ぼす程度”は‘大きい’反面、“リハビリテーションのADL向上への期待の程度”も‘大きい’ことがわかり、ADLの向上、つまり患者の持てる力を発揮できるような関わりをすると、呼吸困難感も緩和するのではないかと考え、“継続看護の引継ぎの必要性”は‘高い’と判断し、“病棟看護師と訪問看護師の連携”が‘密’になるよう《病棟看護師と訪問看護師との看護上の問題の共有による継続看護の促し》をした。

その促しに納得した訪問看護師から情報提供を受け、《訪問看護師による在宅移行期支援の流れの共有》として、‘新規’の訪問看護サービス導入に関する“訪問看護師による在宅移行期支援の流れ”の説明があり、“訪問看護師による専門職連携カンファレンスへの期待”が‘大きい’という訪問看護師の認識の表出も促した。

今回は【意図的な患者不参加型カンファレンスにおける呼吸困難感

の対応の共有化】として、“呼吸困難感の程度”は‘重い’ように見えても、“呼吸困難感の要因”は‘心因性’が強いこと、“呼吸困難感への恐怖心の程度”は‘強い’ことが参加者間で共有され、その初動の対処に関わる《家族の在宅介護力の見立て》や《病院の後方支援による訪問看護師の継続看護の促し》を行った。

7) 事例 7

(1) カテゴリー一覧

・状況

《貧窮時の非難場所を意図した患者の入院ニーズと病院への依存傾向の共有化》

・行為/相互行為

《主治医による患者の見立ての共有化》

《嗜好品摂取に偏った生活改善の促し》

《患者の在宅支援に関する拒否的反応の共有化》

【独居の生活保護受給者に対する専門職による検討から患者との在宅生活改善の目標設定】

・帰結

《入退院を繰り返す生活保護受給患者の生活改善に係る在宅支援サービスの提案》

《病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を把握する力の促し》

(2) カテゴリー関連統合図

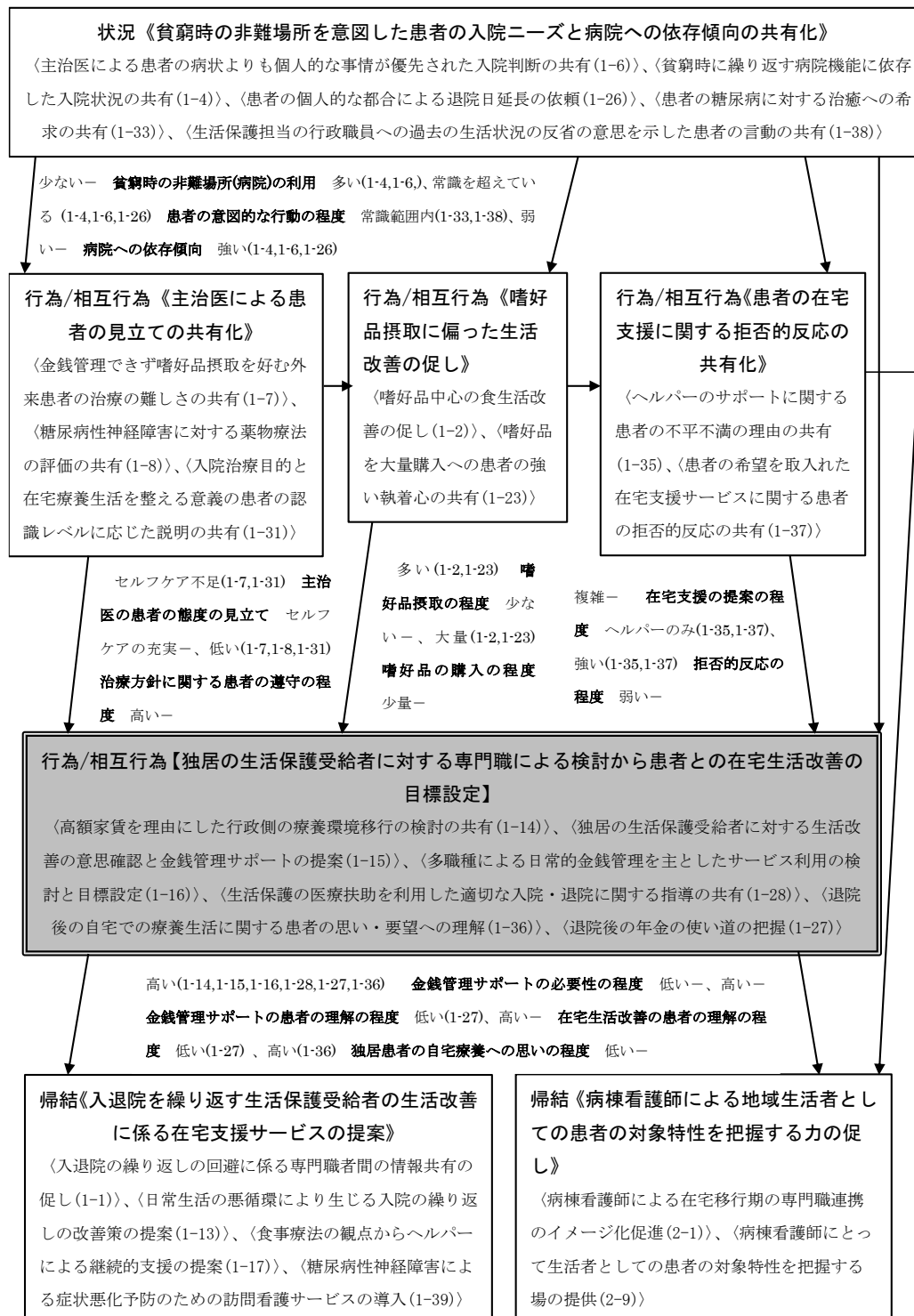


図 29 事例 7 のカテゴリー関連統合図【独居の生活保護受給者に対する専門職による検討から患者との在宅生活改善の目標設定】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、《貧窮時の非難場所を意図した患者の入院ニーズと病院への依存傾向の共有化》を図り、生活保護費がなくなってしまった“貧窮時の非難場所(病院)の利用”が‘多い’こと、その“患者の意図的な行動の程度”は‘常識範囲内’よりも、‘常識を超えている’ことが多く、“病院への依存傾向”が非常に‘強い’ことが確認された。

退院調整看護師は、その裏付けとして、“主治医の患者の態度の見立て”として、患者が治療を要する状況になる原因の多くは、‘セルフケア不足’であり、“治療方針に関する患者の遵守の程度”は非常に‘低い’という《主治医による患者の見立ての共有化》を図った。

加えて、介護支援専門員からの情報提供により、今まで“嗜好品摂取の程度”が‘多く’、“嗜好品の購入の程度”も‘大量’な点について“在宅支援の提案の程度”は、調理やその買い物に関わる‘ヘルパーのみ’とし、必要最小限の《嗜好品摂取に偏った生活改善の促し》であったが、それさえも“拒否的反応の程度”が‘強い’状況である等、《患者の在宅支援に関する拒否的反応の共有化》を図った。

そこで、退院調整看護師は、【独居の生活保護受給者に対する専門職による検討から患者との在宅生活改善の目標設定】にむけて、多職種一致で、“金銭管理サポートの必要性の程度”は‘高い’と判断した。

“金銭管理サポートの患者の理解の程度”は‘低く’、“在宅生活改善の患者の理解の程度”は‘低い’ものの、“独居患者の自宅療養への思いの程度”は‘高い’だろうとの意見が出され、退院後も今までどおり生活保護受給により安心して自宅で生活できるよう、患者の在宅生活をサポートするための手段として、金銭管理サポートの導入を検討する等、

《入退院を繰り返す生活保護受給患者の生活改善に係る在宅支援サービスの提案》がなされた。同時に退院調整看護師は地域生活者として患者の対象特性を捉える重要性について、《病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を把握する力の促し》も意図して運営していた。

8) 事例 9

(1) カテゴリー一覧

・状況

《認知機能の低下を伴う重度要介護者の在宅支援上の問題点の共有化》

・行為/相互行為

《重度要介護者の介護保険サービス利用に関する検討の促し》

《在宅支援体制に影響を受ける主治医の糖尿病治療方針の共有化》

《外来看護師からの事前の情報提供による退院困難ケースの把握》

【多職種がキーパーソン選定に戸惑う家族の脆弱な介護力の共有化】

・帰結

《家族介護力の向上にむけた教育的介入》

《家族の医療的ケアを支える訪問看護サービス導入》

《家族やデイサービス看護職によるインシュリン注射管理のサポート体制の提案》

(2) カテゴリー関連統合図

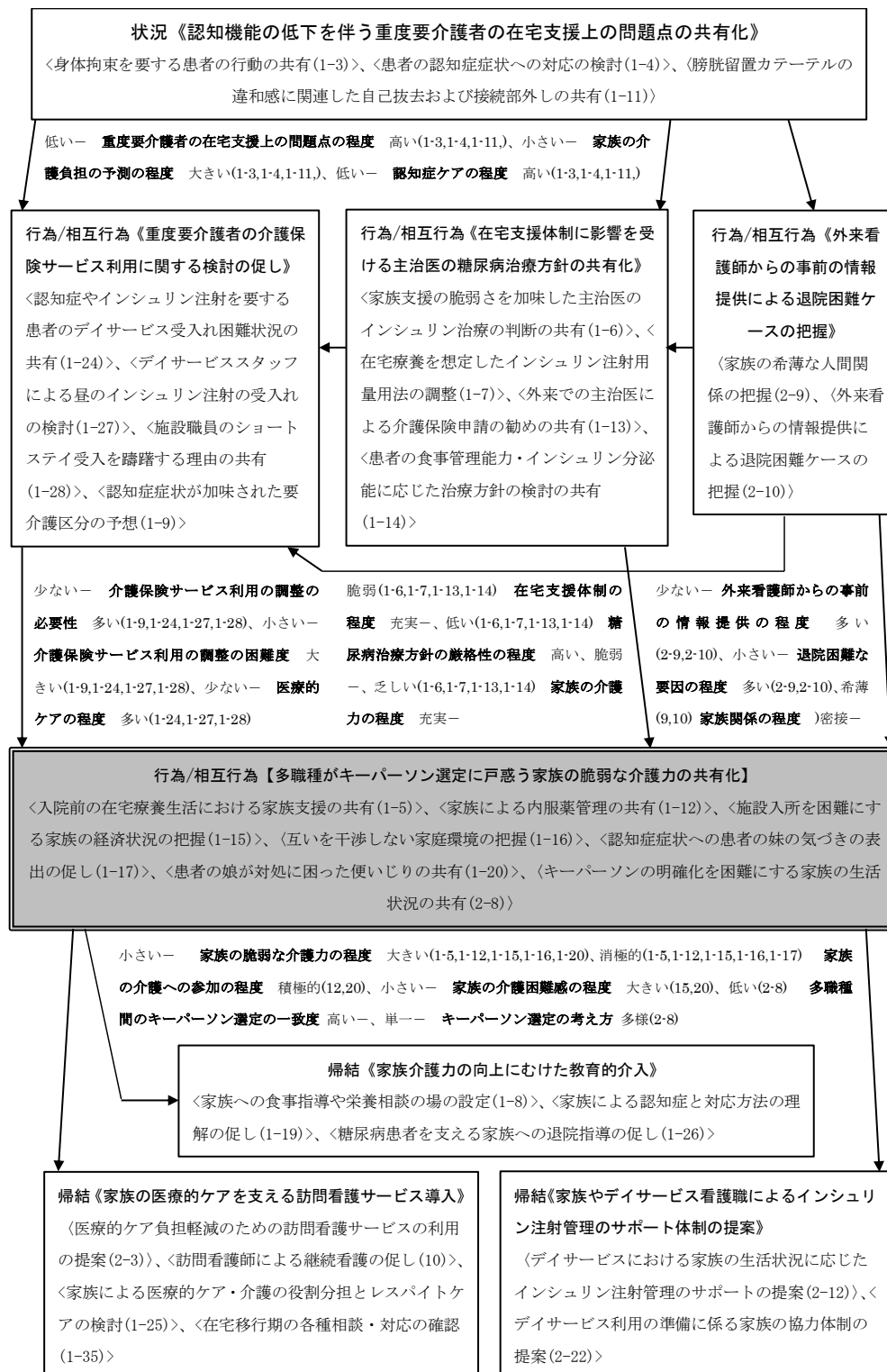


図 30 事例 9 のカテゴリー関連統合図【多職種がキーパーソン選定に戸惑う家族の脆弱な介護力の共有化】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、患者の在宅支援上の問題について“認知症ケアの程度”は‘高く’、“家族の介護負担の予測の程度”も‘大きい’ため、“重度要介護者の在宅支援上の問題点の程度”は‘高い’と捉え、《認知機能の低下を伴う重度要介護者の在宅支援上の問題点の共有化》を図った。

退院調整看護師は、患者が入院する前の外来通院時から《外来看護師からの事前の情報提供による退院困難ケースの把握》をしており、

“外来看護師からの事前の情報提供の程度”は‘多く’、特に“家族関係の程度”は‘希薄’で“退院困難な要因の程度”は‘多い’ことも伝えた。特に、生命の危機に直結する糖尿病のインシュリン注射について、“糖尿病治療方針の厳格性の程度”は‘低く’設定する等、《在宅支援体制に影響を受ける主治医の糖尿病治療方針の共有化》を図った。

このように、患者は“医療的ケアの程度”は‘多い’、が“家族の介護力の程度”は‘乏しく’、家族を介護力と位置づけた場合の“在宅支援体制の程度”は‘脆弱’で、“介護保険サービス利用の調整の必要性”は全般的に‘多く’なり、それ故に“介護保険サービス利用の調整の困難度”は‘大きく’、多職種へ《重度要介護者の介護保険サービス利用に関する検討の促し》をした。

しかし、介護保険サービス利用の見通しにあたり、“家族の介護力の脆弱さの程度”は‘大きく’、“家族の介護への参加の程度”はそれぞれ‘積極的’なところもみられるが、多くの点で‘消極的’であり、それぞれの仕事や家庭の事情から“家族の介護困難感の程度”は‘大きい’等、状況が複雑であり、【多職種がキーパーソン選定に戸惑う家族の脆弱な介護力の共有化】を図ったところ、“多職種間のキーパーソン

選定の一致度”は‘低く’、“キーパーソン選定の考え方”は多職種‘多様’であることがわかった。そこで、退院調整看護師は、家族の誰かをキーパーソンと位置付けるのではなく、糖尿病の食事療法や栄養管理等の療養上の指導が受けられるよう、全体的な《家族介護力の向上にむけた教育的介入》の場面を設定し、《家族の医療的ケアを支える訪問看護サービス導入》と《家族やデイサービス看護職によるインシュリン注射管理のサポート体制の提案》を行った。

10) 事例 10

(1) カテゴリー一覧

・ 状況

《在宅生活の質を高めるがん性疼痛に対する薬物療法の支援》

・ 行為/相互行為

《主治医による治療経過の説明内容の共有化》

《薬剤師による服薬や医療用麻薬の在宅での自己管理にむけた説明内容の共有化》

【がん治療を受ける患者の希望を叶えるための訪問看護師の継続看護の調整】

・ 帰結

《身体的負担の大きい移動手段への支援》

《病院と在宅の薬剤師の薬薬連携の調整》

(2) カテゴリー関連統合図

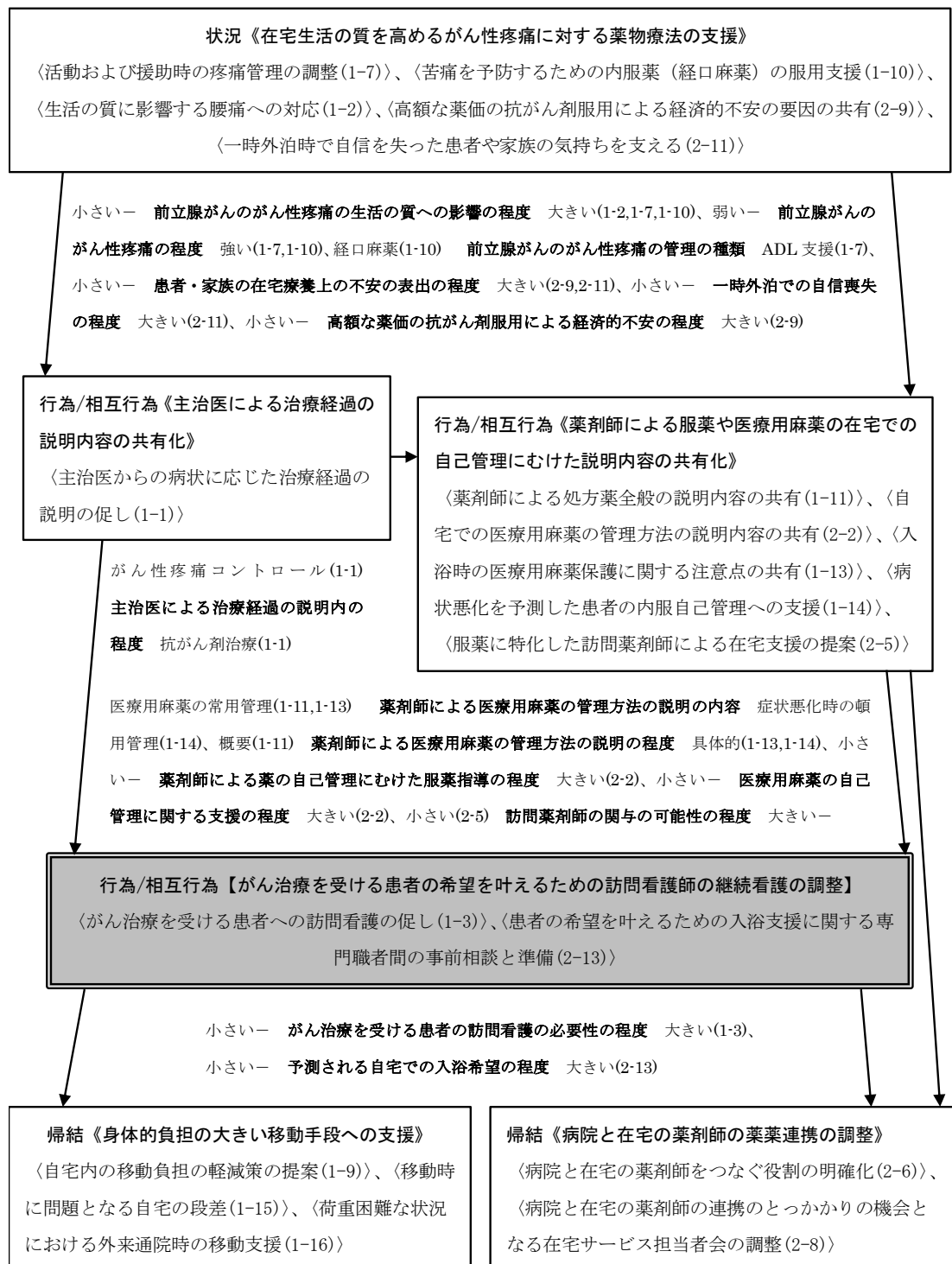


図 31 事例 10 のカテゴリー関連統合図【がん治療を受ける患者の希望を叶えるための訪問看護師の継続看護の調整】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、《在宅生活の質を高めるがん性疼痛に対する薬物療法の支援》として、患者の“前立腺がんのがん性疼痛の程度”は‘強く’、“前立腺がんのがん性疼痛の生活の質への影響の程度”は‘大きい’ため、“前立腺がんのがん性疼痛の管理の種類”として‘経口麻薬’の薬物療法の管理と同時に‘ADL支援’も検討された。その背景には、患者や家族の“一時外泊での自信喪失の程度”が‘大きかった’ことが関わっており、“患者・家族の在宅療養上の不安の表出の程度”も‘大きく’なり、“高額な薬価の抗がん剤服用による経済的不安の程度”も‘大きく’なってしまった。

そこで、退院調整看護師は、《主治医による治療経過の説明内容の共有化》を図ったところ、“主治医による治療経過の説明”は‘がん性疼痛コントロール’と‘抗がん剤治療’であることが把握できた。次に退院調整看護師は、《薬剤師による服薬や医療用麻薬の在宅での自己管理にむけた説明内容の共有化》を図り、‘がん性疼痛コントロール’については“薬剤師による医療用麻薬の管理方法の説明の内容”として、‘医療用麻薬の常用管理’、‘症状悪化時の頓用管理’、“薬剤師による医療用麻薬の管理方法の説明の程度”は、管理目的は‘概要’で済ませたり、管理方法は‘具体的’に行ったり、“薬剤師による薬の自己管理にむけた服薬指導の程度”は‘大きく’、“医療用麻薬の自己管理に関する支援の程度”も‘大きい’ことがわかった。さらに、薬剤師からは“訪問薬剤師の関与の可能性の程度”の‘小さい’ことが課題として挙げられたため、退院調整看護師は、患者や家族のより良い在宅移行期支援のためとはいえ、病院と地域の薬薬連携の課題をすぐに緩和することは難

しいと判断し、その代替案として【がん治療を受ける患者の希望を叶えるための訪問看護師の継続看護の調整】を行った。

“がん治療を受ける患者の訪問看護の必要性の程度”は‘大きく’、ADL支援の中でも“予測される自宅での入浴希望の程度”‘大きい’ものと考え、《身体的負担の大きい移動手段への支援》が提案され、がん性疼痛コントロールのため、現状では解決できなかった《病院と在宅の薬剤師の薬薬連携の調整》を検討することになった。

5. 調査①と調査②、調査③の分析結果の統合

1) 事例 8

(1) カテゴリー一覧

・状況

《家族の介護力と ALS 患者の自己の心身の回復への願いを支える在宅支援サービスの調整》

・行為/相互行為

《ALS 受容に関する患者・家族の認識の共有化》

《家族による ALS 患者への介護負担の検討》

《病院安全管理上の観点から口から食べる試みを支えられない現状の共有》

【ALS 患者の社会とつながる対話環境の整備と家族の支援ニーズにそった寄り添い】

・帰結

《社会とつながる対話ニーズを支える》

《福祉機器開発専門の工学博士と共に考える手のひら指文字に代わるコミュニケーションツールの選定》

《ALS 患者の個別ニーズに応じた車椅子選定の促し》

《ALS 患者の家族の介護力に応じた在宅支援サービスの調整》

(2) カテゴリー関連統合図

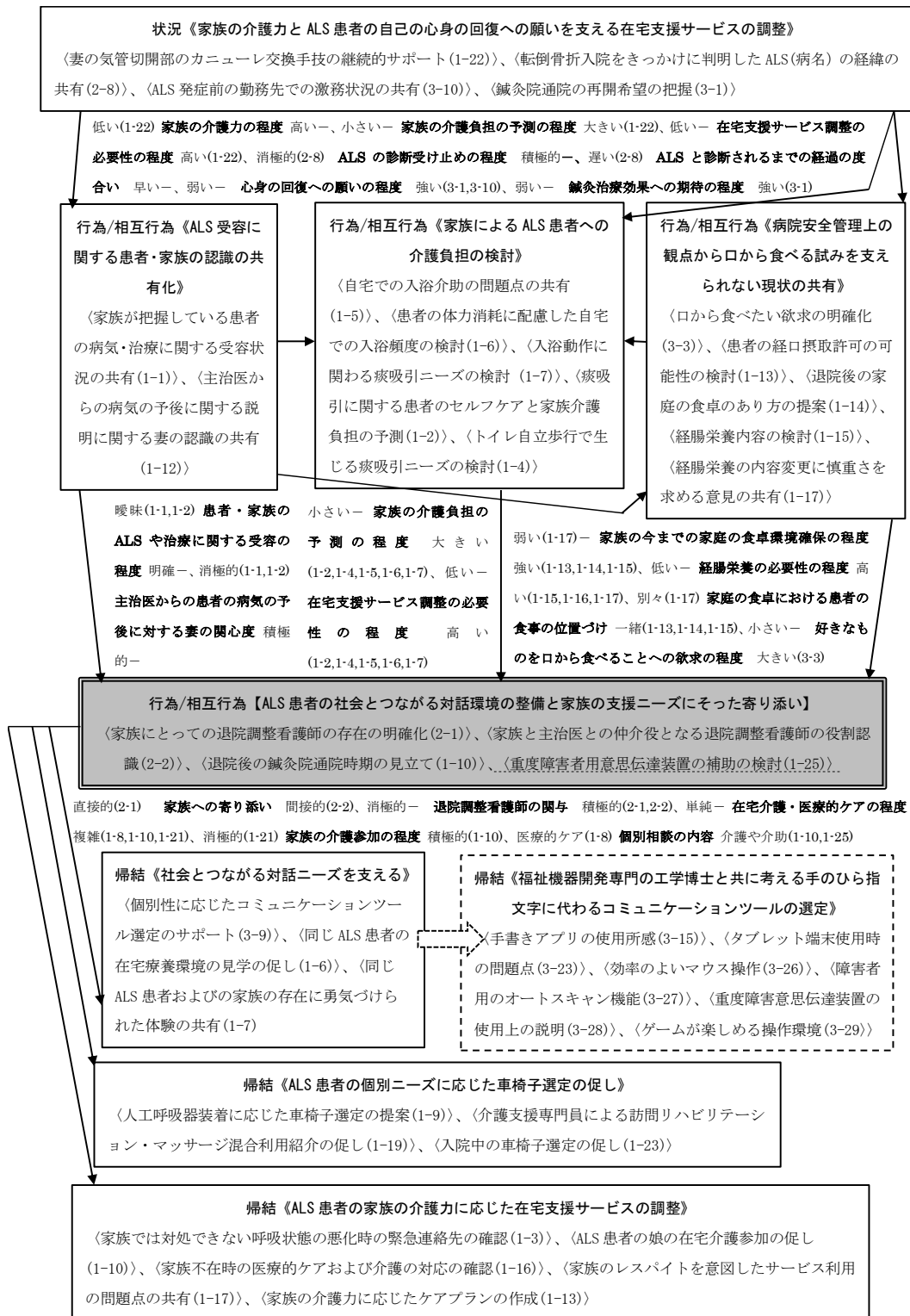


図 32 事例 8 のカテゴリー関連統合図【ALS 患者の社会とつながる対話環境の整備と家族の支援ニーズにそった寄り添い】

(3) 要約

専門職連携カンファレンスにおいて、退院調整看護師は、ALS 患者や家族の“ALS の診断受け止めの程度”は‘消極的’であり、“ALS と診断されるまでの経過の度合い”は‘遅い’等の否定的な側面はあるものの、ALS 患者の“心身の回復への願いの程度”は‘強く’、特に“鍼灸治療効果への期待の程度”は‘強い’ことがわかった。他方で、吸引、呼吸器管理、経管栄養管理等の医療ニーズが高く、トイレ介助、褥瘡予防、更衣、入浴介助、清拭等の ADL 全介助にて、“家族の介護負担の予測の程度”は‘大きく’、相対的にみると“家族の介護力の程度”は‘低く’、“在宅支援サービス調整の必要性の程度”が‘高い’と判断し、《家族の介護力と ALS 患者の自己の心身の回復への願いを支える在宅支援サービスの調整》に向けて話し合いを進めていった。

退院調整看護師は最初に ALS 患者・家族、多職種と共に《ALS 受容に関する患者・家族の認識の共有化》を行った。“主治医からの患者の病気の予後に対する妻の関心度”は‘消極的’で、現実を直視して受け止めているというよりは、“患者・家族の ALS や治療に関する受容の程度”は‘曖昧’で漠然としていることがわかった。

そこで、“家族の介護負担の予測の程度”は‘大きく’、“在宅支援サービス調整の必要性の程度”が‘高い’ことから、改めて《家族による ALS 患者への介護負担の検討》を進めていった。

退院調整看護師は、家族に対して退院に心配なことについて意見を促すと、“家族の今までの家庭の食卓環境確保の程度”は‘強く’、食事の時間はおいしいものを皆で楽しくおしゃべりしながら過ごしたいが、“家庭の食卓における ALS 患者の食事の位置づけ”は‘別々’でよいのか、経口摂取を望む ALS 患者の代弁として“経腸栄養の必要性の程度”

は‘高い’のか等の質問があった。家族からの質問に対して、その場では多職種間で主治医の見解の代弁として《病院安全管理上の観点から口から食べる試みを支えられない現状の共有》を行ったのみであったが、退院後の在宅追跡調査の結果、退院調整看護師は、ALS患者本人の“好きなものを口から食べることへの欲求の程度”は‘大きく’、訪問診療医の許可を得て、ALS患者は経口摂取と経管栄養を併用しており、病院の主治医と在宅療養支援診療所の訪問診療医の見立ての違いが自らの実践に大きく影響することを改めて認識した。

さらに、ALS患者のコミュニケーションツールの支援ニーズについて、専門職連携カンファレンスでは、ADL全介助であるものの、立位や10m程度の歩行が可能なこと、タブレット端末等の操作も可能なことから、補助対象の障害像に該当しないだろうということで、〈重度障害者意思伝達装置の補助の検討〉は十分なされなかった。しかし、退院後の在宅追跡調査の結果、病状が安定しているALS患者の意思を家族が的確に受け取って介護ができるよう、コミュニケーションツールの検討は最優先事項であることがわかった。家族だけでなくALS患者も社会とつながって意欲的に在宅療養できるよう、ALS患者と家族の相互関係を支えることが肝心であり、専門職カンファレンスにおいても【ALS患者の社会とつながる対話環境の整備と家族の支援ニーズにそった寄り添い】が重要であることに気づくことができた。

“退院調整看護師の関与”が‘積極的’になることで、“在宅介護・医療的ケアの程度”は‘複雑’で、“家族の介護参加の程度”はできることには‘積極的’で、自信がないことには‘消極的’な傾向があったとしても、‘直接的’に家族の‘医療的ケア’や‘介護や介助’など“個別相談の内容”を把握して対応したり、‘間接的’に主治医や多

職種と家族との仲介役になって食べることへのニーズ、鍼灸院通院のニーズ、コミュニケーション支援ニーズなどを支えるなど、“家族への寄り添い”の姿勢をとることで、入院中から課題解決の糸口を検討できる可能性があることに気づいた。専門職連携カンファレンスでは、《ALS患者の家族の介護力に応じた在宅支援サービスの調整》がなされ、《ALS患者の個別ニーズに応じた車椅子選定の促し》もなされたが、退院調整看護師は、退院後の在宅追跡調査により、在宅移行期支援では《福祉機器開発専門の工学博士と共に考える手のひら指文字に代わるコミュニケーションツールの選定》が重要であることを受け止め、《社会とつながる対話ニーズを支える》視点を追加する必要性を認識することが可能になった。

6. 在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造

1) カテゴリー一覧

・状況

《在宅支援の問題共有によるサービス調整の初期対応》

・行為/相互行為

《患者情報の提供による在宅医療ニーズの明確化》

《複雑な患者・家族背景による家族の療養場所選択の揺れや介護負担感の察知》

《患者のセルフケアの多面的な問題抽出にむけた多職種の専門性発揮の促し》

《在宅薬物療法に係る患者の自己管理方法の共有》

【患者や家族の認識表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】

・帰結

《レスパイトケアを意図した在宅支援体制の調整》

《異なる機関の同職種連携による患者支援の継続性担保の調整や促し》

《円滑な院内の専門職連携に支えられた専門職連携カンファレンスへの多職種参加の促し》

《病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を捉える力の促し》

2) 全体のカテゴリー関連統合図

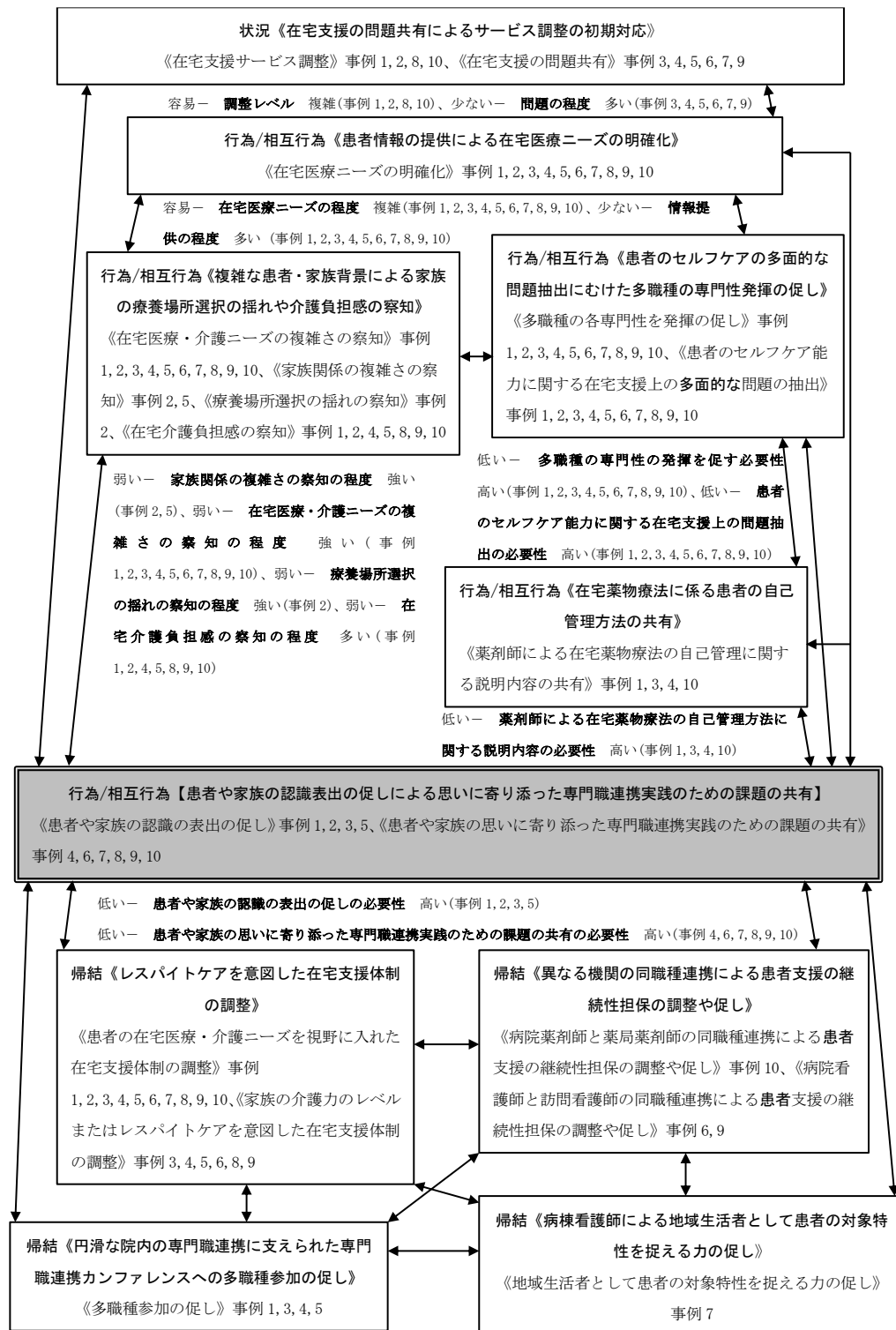


図 33 全体のカテゴリー関連統合図【患者や家族の認識の表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】

3) 要約

本研究において、10 事例の専門職連携カンファレンス場面から見出された、在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造は、以下のとおりであった。

退院困難な患者や家族の在宅移行期支援において、退院調整看護師は、患者や家族、多職種などの専門職連携カンファレンス参加者に対して、《在宅支援の問題共有によるサービス調整の初期対応》にあたり、“調整レベル”は‘複雑’で、“問題の程度”は‘多い’ことを印象づけるため、“情報提供の程度”は‘多い’ものの、《患者情報の提供による在宅医療ニーズの明確化》の効果をねらい、事実として“在宅医療ニーズの程度”が‘複雑’であることへの理解を促していた。

そして、退院調整看護師は、多職種がそれぞれの立場から《複雑な患者・家族背景による家族の療養場所選択の揺れや介護負担感の察知》することは極めて重要であり、“在宅医療・介護ニーズの複雑さの察知の程度”、“療養場所選択の揺れの察知の程度”、“家族関係の複雑さの察知の程度”、“家族の介護負担感の察知の程度”について、多職種がそれぞれ‘強い’という認識をもつことによって、《患者のセルフケアの多面的な問題抽出にむけた多職種の専門性発揮の促し》が効果的に行われることを認識しながら関わっていた。

特に、退院調整看護師は、“薬剤師による在宅薬物療法の自己管理方法に関する説明内容の共有の必要性”は‘高い’と判断し、その場で、《在宅薬物療法に係る患者の自己管理方法の共有》を図っていた。

一方では、退院調整看護師は、患者や家族が多職種同士の意見交換の様子を目の当たりにし、多職種からの情報提供を十分受けられたと捉えたところで、“患者や家族の認識の表出の促しの必要性”は‘高い’

と判断し、患者や家族の認識の表出を促し、それを多職種と共有することで、多職種にとっても、主体的に“患者や家族の思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有の必要性”への気づきが‘高く’なると考え、【患者や家族の認識表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】を図っていた。

退院調整看護師は、これらプロセスを辿った実践の成果として、患者や家族の在宅移行期の生活が円滑にいくよう、多職種と共に《レスパイトケアを意図した在宅支援体制の調整》の道筋をつけることが可能になり、病院薬剤師と薬局薬剤師や病棟看護師と訪問看護師の《異なる機関の同職種連携による患者支援の継続性担保の調整や促し》に取り組んでいた。

同時に、退院調整看護師は、専門職連携カンファレンスを振り返り、《円滑な院内の専門職連携に支えられた専門職連携カンファレンスへの多職種参加の促し》が、退院調整看護師の実践の成果に結びついていることに気づき、退院調整看護師の役割は《病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を捉える力の促し》という現任教育にまで及んでいることを認識しながら取り組んでいた。

第 6 節 考察

1. 退院調整看護師の実践の構造

1) 退院調整看護師の特徴

本研究の調査研究対象者である退院調整看護師 4 名は、年齢は 40 歳代後半 2 名、50 歳代前半 1 名、60 歳代前半 1 名、退院調整看護師の平均経験年数は 4.3 ± 3.0 年、看護師経験年数は 10 年以上 1 名、25 年以上 2 名、40 年以上 1 名、2 名が管理職（看護師長、看護部長）経験者であった。戸村ら⁷⁸⁾の退院支援看護師（本研究では退院調整看護師）の全国調査結果によると、2014 年では、平均年齢 47.7 ± 8.1 歳、看護職の平均経験年数は 24.1 ± 8.9 年、退院支援看護師の平均経験年数は 3.1 ± 2.7 年とあり、本研究の調査対象者の退院調整看護師の平均年齢は高く、看護職全体や退院調整看護師としての平均経験年数は長いことがわかった。また、永田⁷⁹⁾は、退院支援の質を担保するためには、患者のスクリーニングのツールと退院支援システムが必要であると述べているが、本研究フィールドにおいても、それら仕組みは整っており、退院調整看護師の実践のデータとして一定の質は担保されていたことが推察される。

2) 退院調整看護師の実践の構造

本研究における専門職連携カンファレンスを中心とした在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造は、【在宅移行期の支援ニーズをもつ患者や家族の認識の表出の促しとその思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】を中心として、《在宅支援上の問題と介護保険や医療保険サービス調整に係る初期対応の共有》、《主治医や看護サマリーからの情報提供による在宅医療ニーズの明確化》、《在宅医療・介護ニーズと療養場所選択の揺れや家族関係の複雑さに起因した家族の介護負担感の察知》、《薬剤師による在宅薬物療法の自己管理方法に関する説

明内容の共有》、《多職種の専門性の発揮の促しと患者のセルフケア能力に関する在宅支援上の問題抽出》、《在宅医療・介護ニーズや家族の介護力のレベルまたはレスパイトケアを意図した在宅支援体制の調整》、《病院薬剤師と薬局薬剤師や病棟看護師と訪問看護師の同職種連携による支援の継続性担保の調整や促し》、《円滑な院内の専門職連携に支えられた多職種参加の促し》、《病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を捉える力の促し》という9つのカテゴリで構成されていた。

退院調整看護師にとって患者や家族の在宅移行期支援における専門職連携カンファレンスは、病院と在宅をつなぐ重要な支援活動であり、診療報酬加算の対象となっているが、患者の家族や院内多職種や地域の多職種などの参加調整が困難な現状において、多職種が専門職連携カンファレンスを意義あるものと捉え、《在宅支援の問題共有によるサービス調整の初期対応》を具体的に検討し進めていくためには、【患者や家族の認識表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】に尽力することは、その状況を変化させるきっかけとなる重要な働きかけであると考ええる。

また、退院調整看護師は専門職連携カンファレンスの場に患者の参加を促すだけでなく、参加できない状況や参加により不利益が被ることが予測される場合等は、事前に多職種と相談し患者の参加・不参加の合意を図ったり、患者不参加の決定をした場合は、家族を含め、退院調整看護師は患者の代弁者となって臨む姿勢をもつことも重要ではないかと考える。

但し、在宅移行期支援における退院調整看護師の実践は、患者や家族、院内や地域の多職種が専門職連携カンファレンスの意義や参加の必要性を認識し、在宅支援の問題を共有したり、在宅支援の方向性を意思

決定したり、患者や家族の在宅生活が安心、安全、安定するような在宅支援サービスの調整に結びついてこそ、意味のあるものとなる。そこで、今回の結果を踏まえて、【患者や家族の認識表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】のための方策を検討したい。

退院調整看護師は専門職連携カンファレンスにおいて、参加者と共に、《在宅支援の問題共有によるサービス調整の初期対応》を行うためには、退院調整看護師自身が在宅支援上の問題や初期対応の全体のイメージを頭に描いて臨むことが肝要であると考ええる。

退院調整看護師が描く全体のイメージを参加者に事実として伝え、参加者にも患者や家族、各専門職の立場からイメージ化してもらえようにするためには、《患者情報の提供による在宅医療ニーズの明確化》は重要な位置を占めると考える。しかし、主治医からの医療・介護ニーズが複雑でセルフケアが不十分な患者の治療方針に関する見立てや情報提供は有用であるものの、実際には主治医の参加率は100%とは言えず、他の受持ち患者への緊急対応や外来診療などで途中退出するなども多く、退院調整看護師は病棟看護師へ主治医の代弁役を担うことを事前に依頼したり、退院調整看護師が主治医と多職種とのつなぎ役になったりと、状況を予測し、補完ながら、当日の不測の事態にも対応できるよう事前準備が必要になると考える。

一方では、医師や看護師等の医療職からの情報提供によってインシュリン注射や医療用麻薬によるがん性疼痛管理、人工呼吸器管理や吸引、経管栄養等の在宅医療ニーズが明確になると同時に、自宅で暮らすため、また在宅医療ニーズを満たすためにも食事、排泄、清潔等の療養生活上の世話は欠かせず、その役割を誰が担うのか等、在宅介護ニーズも顕在化することになる。家族が同居している場合、多職種の《複雑な患者・

家族背景による家族の療養場所選択の揺れや介護負担感の察知》によって、家族支援を含めて各専門性を発揮した多角的なアセスメントが可能になり、よりの確に在宅支援上の問題や課題が検討され、より個別性の高い在宅支援サービス調整の検討が可能になると考える。このように、退院調整看護師は実践の中で《患者のセルフケアの多面的な問題抽出にむけた多職種専門性発揮の促し》を意識して関わっているものと考ええる。特に本研究では、退院調整看護師の実践において病院薬剤師の説明による《在宅薬物療法に係る患者の自己管理方法の共有》の場面が複数みられ、先行研究において、化学療法における薬薬連携の問題や取り組み事例が紹介されているとおり⁸⁰⁾⁸¹⁾、専門職連携カンファレンスにおいても病院薬剤師と地域の薬局薬剤師の同職種連携による支援の継続性担保の調整は今後の課題であることが示唆された。

退院調整看護師は、前述のような実践のプロセスを経ることによって、《レスパイトケアを意図した在宅支援体制の調整》に取り組むことになると考える。但し、本研究では家族支援、介護者の休養⁸²⁾の観点から、レスパイトケアとしてのショートステイ等の介護保険サービス利用の重要性が強調されていたが、山田ら⁸³⁾は、本研究の退院調整看護師が思い描いたように、レスパイトケアつまりショートステイ利用によって介護者の疲労感や、抑うつ感、不安感が減少したと報告しているが、岡前ら⁸⁴⁾はショートステイ利用によって、重度要介護者や勤労介護者の介護負担は減少する可能性はあるが変化はみられなかったことを示唆している研究結果もみられた。総じて、介護者である家族の休養や健康管理の促進は、患者や家族の在宅生活の質に直結するため、ショートステイ以外にも積極的に地域社会資源を探し、その利用を検討することは重要であろう。退院調整看護師の実践は「社会的個人としての対象と同じく社会

的個人としての看護者とが、できるだけその人の生活を尊重しながら健康の良い状態を実現していくためには、地域社会に密着した活動が必要になってくる。」⁸⁵⁾という生活の場に視点を据えた看護活動一般の特殊なあり方として重なるものと考えられる。

また、病院薬剤師と薬局薬剤師や病棟看護師と訪問看護師の《異なる機関の同職種連携による患者支援の継続性担保の調整や促し》は、病院と在宅をつなぐ部署にいる退院調整看護師だからこそ、薬剤師や看護師などの同職種連携の重要性を理解し、見えてくる課題があるのではないかと考える。患者や家族への在宅移行期支援にとって、多分野の専門職連携は、支援方針が統一され、統合されたサービスが提供される上で重要であるが、各専門性が削がれないよう支援を引き継ぐ専門職者を見極めることも、退院調整看護師の重要な役割であると考ええる。フランスではHADの仕組みによって、在宅においても入院医療と同等のサービスの提供が可能になっている⁸⁶⁾。

さらに、退院調整看護師は実践の中で、《円滑な院内の専門職連携に支えられた専門職連携カンファレンスへの多職種参加の促し》は重要な役割といえる。院内のネットワークや退院支援システムを活かした多職種との患者や家族に関わる情報交換や情報共有、院内カンファレンスの場を設け、地域の在宅支援者とのネットワークに励むことが専門職連携の促進につながりののではないかと考える。他方で退院調整看護師は、《病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を捉える力の促し》として、専門職カンファレンスへの病棟看護師の参加が、現任教育としての病棟看護師の在宅移行期支援に係る実践力の向上にも寄与しているものと考ええる。

なお、昨今の地域包括ケアシステム構築や地域医療構想により、病院

機能分化が進み、病院から住み慣れた地域で最期まで暮らすための支援等の社会の変遷に対応でき、看護師として必要な能力を備えた質の高い人材養成については、現任教育だけでなく、平成29年10月に公表された、大学の学士課程における看護師養成教育の充実と社会に対する質保証に資するための看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～⁹²⁾にもその重要性が示されている。看護師が「ケアニーズをもつ人々が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるようにするために、多職種や地域の人々と連携・協働し、看護の役割を発揮する能力を身につける」ことは喫緊の課題であり、看護師の基礎的な実践能力と位置付けられることから、本研究による在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造は、社会的ニーズに対応した地域包括ケアにおける看護の展開に役立つものであると考える。

以上のことから、総じて、退院調整看護師は、専門職連携カンファレンス参加者に対して《在宅支援の問題共有によるサービス調整の初期対応》にあたり、“調整レベル”は‘複雑’で“問題の程度”は‘多い’ことを印象づけるため、主治医や病棟看護師からの“情報提供の程度”は‘多い’が、《患者情報の提供による在宅医療ニーズの明確化》の効果をねらい、多職種へ“在宅医療ニーズの程度”が‘複雑’であることへの理解を促していた。

多職種が各々の立場から、“在宅医療・介護ニーズの複雑さ”、“家族関係の複雑さ”、“療養場所選択の揺れ”は‘強い’等、《複雑な患者・家族背景による家族の療養場所選択の揺れや介護負担感の察知》は重要であり、退院調整看護師は、《患者のセルフケアの多面的な問題抽出にむけた多職種の専門性発揮の促し》を意識的に行っていた。特に病院薬剤師と

の《在宅薬物療法に係る患者の自己管理方法の共有》が散見された。

退院調整看護師は、多職種から十分情報提供を受けた頃合いを見計らって、“患者や家族の認識の表出の促しの必要性”は‘高い’と判断し、多職種の“患者や家族の思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有の必要性”への気づきが‘高く’なると考え、【患者や家族の認識表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】を図っていた。

その結果、《レスパイトケアを意図した在宅支援体制の調整》の道筋をつけることや、病院薬剤師と薬局薬剤師や病棟看護師と訪問看護師の《異なる機関の同職種連携による患者支援の継続性担保の調整や促し》に取り組んでいた。退院調整看護師は実践の振り返りにより《円滑な院内の専門職連携に支えられた専門職連携カンファレンスへの多職種参加の促し》への気づきや《病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を捉える力の促し》により現任教育への役割を担っていることを認識しながら取り組んでいた。

2. 在宅移行期支援の課題

在宅移行期支援の対象となる患者や家族は、経済状況や家族関係等の社会背景が複雑で、在宅医療ニーズだけでなく在宅介護ニーズが高く、家族の介護負担も多いことが予測される等、主体的かつ積極的に病院から暮らしの場への在宅移行を選択するというよりは、専門職者の助言を受けたり、その選択肢しかなかったという消極的な理由も垣間見られた。

このように、在宅移行期支援の課題として、患者や家族の地域生活を俯瞰し、多角的な観点からの検討が挙げられるが、優先すべきは患者や家族が在宅療養生活を受入れ、意欲を高めるための方策の検討が肝要であると考えられる。

内閣府による平成 24 年度「高齢者の健康に関する意識調査」(全国 55 歳以上の一般国民対象)結果⁸⁷⁾では、介護を受けたい場所として、自宅・親族の家 38.0%、施設・医療機関利用 54.0%、わからない・その他 8.0%と、自宅を選択した者は 4 割弱であった。厚生労働省による「人生の最終段階における医療に関する意識調査」(全国 20 歳以上の一般国民対象)結果⁸⁸⁾では、患者の症状や状況の異なる 7 つのケースにおける人生の最終段階を過ごしたい場所として、「末期がんであるが、食事はよくとれ、痛みもなく、意識や判断力は健康なときと同様に保たれている場合」では 71.7%が自宅を選んでいるが、「認知症が進行し、身の回りの手助けが必要で、かなり衰弱が進んできた場合」には自宅 11.8%と極端に少なく、医療や介護ニーズが高くなればなるほど在宅移行に消極的な結果が示された。これらの意識調査結果から、一般国民は医療や介護ニーズの高い状態での在宅移行に積極的な姿勢を持っているとはいえず、患者や家族の希望する療養先も一致しない状況が示唆された。

これらの社会背景も踏まえつつ、在宅移行期支援の課題として、どのような支援があれば、患者や家族は積極的かつ主体的に在宅移行を受入れることができるのか、認識の表出の促しに丁寧に関わることは必要不可欠であると考ええる。

また、現実として、地域包括ケアシステムにおいて、訪問介護、訪問診療や訪問看護、訪問リハビリテーション、薬剤師や管理栄養士の訪問、そのケアマネジメント等のサービスや支援体制が充実する中、在宅医療や介護のニーズが高い状態のまま、療養の場を急性期病院から自宅へ移行することは可能である。患者や家族が在宅生活をイメージできなければ、患者や家族の心身の負担は計り知れない。

よって、在宅移行期支援では、患者や家族が専門職による医療保険や

介護保険サービスを受入れ、同居家族の中には介護者という役割を担いながら社会の中で暮らしていくことを選択する等、患者や家族が意思決定プロセスを進めることができるよう、初期対応の充実は欠かせないものとする。

もちろん、患者や家族の思いに不一致があればそれを整えながら、24時間の在宅生活に適応し、安全かつ安定するよう支えることが重要であり、退院調整看護師をはじめとする在宅移行期支援に関わる専門職者は、患者や家族の24時間の在宅生活について、それぞれ個の認識の限界を意識しつつ、互いに想像力を膨らませて共有しながら、最善の在宅支援体制の構築やサービス調整をめざす必要がある。

今回、在宅追跡調査が可能になった事例は1件のみであったが、専門職連携カンファレンスで検討された内容は、患者の生命の維持に直結する医療的ケアとその家族支援が重要課題であり、患者の社会的側面の健康を支えるための検討は優先順位としては低くなっていた。B病院での専門職連携カンファレンスの成果によって家族の医療的ケアは自立し安定的に行われるようになり、患者の在宅医療ニーズは充足され病状は安定していたが、患者は、退院直後から、在宅生活の適応や心身の回復を願って社会とつながるためのツールを求めた。患者の社会的側面の健康を支えるためのコーディネートが必要となり、地域の在宅支援者は患者のニーズに応えようと模索していたが答えを出せずにいた。

そこで、筆者や退院調整看護師は、新たに大学研究者である作業療法士や福祉機器開発専門の工学博士と共同し、患者の希望に添ったコミュニケーションエイドを開発し、日々のコミュニケーションツールとして使用に結びつけ、その人ができるだけ健康的な生活が送れるよう支援していった。今後はこうした学際的に広がりをもった共同や在宅生活のモ

ニタリングも必要となるのではないかと考える。

退院後の在宅追跡調査結果の振り返りを通して、患者や家族を地域で暮らす生活者として捉え、専門職連携カンファレンスで検討された在宅支援体制やサービス調整はどの程度反映され、患者や家族の在宅生活に寄与しているか、また、新たな支援ニーズを観察し、把握することにより、退院調整看護師の実践はさらに評価され、より高まっていくものと考ええる。

すなわち、退院調整看護師の実践の中心となる行為/相互行為①【患者や家族の認識表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】は重要であり、専門職連携カンファレンスにおいて、知らず知らずのうちに専門職主導にならないよう、また、患者や家族どちらかの意思に偏ることなく在宅生活や支援ニーズに対する認識の表出を促すことは必要不可欠であると考ええる。その上で、退院調整看護師は、患者や家族の在宅生活において、どのようなことを専門職連携で進めいくべきか、その支援課題を十分検討すべきではないだろうか。

宇都宮⁸⁹⁾は、『「病院から在宅へ」といった川上・川下発想ではなく、地域の中に患者さんがいて、たまたま入院して戻ってくる。そんな当事者目線による水平思考が求められる』と示唆している。病気や障害をおって医療や介護が必要になった時でも、独居であっても、住み慣れた自宅で暮らしていくことが当たり前となるような社会に醸成していくことができるような在宅移行期支援の仕組みを整えなければならないのではないかと考える。

3. 専門職連携カンファレンス参加者の特徴

このように在宅移行期支援において、現実の問題や課題解決にむけて、患者や家族、病院や地域の多職種が顔を合わせて直接意見交換し、情報

共有できる専門職連携カンファレンスの場合は必要不可欠であり、その運営を任されている退院調整看護師の役割は重要であるといえる。

退院調整看護師が在宅移行期支援に関わる多職種をどのように認識するかによって、参加者構成は大きく影響されるものと考ええる。本研究における10事例の専門職連携カンファレンス(診療報酬加算上の退院前合同カンファレンス)の特徴について、川越ら⁹⁰⁾の調査結果と比較し検討したい。

本研究の専門職連携カンファレンスへの職種別参加率について、患者(50.0%)、患者の家族(80.0%)、患者の知人(10.0%)、院内では、退院調整看護師(100.0%)、医師8名(80.0%)、病棟看護師(100.0%)、薬剤師4名(40.0%)、理学療法士3名(30.0%)、医療ソーシャルワーカー1名(10.0%)、地域の在宅支援者について、診療所医師(10.0%)、介護支援専門員(90.0%)、訪問看護師(50.0%)、介護事業所管理職(20.0%)、福祉住環境事業者(40.0%)、行政職員(生活保護担当)(10.0%)であった。川越ら⁹⁰⁾の調査によると、急性期病床の退院前合同カンファレンスの職種別参加率は、医師(32.0%)、看護師(88.3%)、理学療法士(27.4%)、作業療法士(7.5%)、言語聴覚士(3.9%)、医療ソーシャルワーカー(63.7%)、薬剤師(3.6%)、栄養士(2.8%)、本人(=患者 55.9%)、家族(82.6%)、介護支援専門員(54.9%)、在宅主治医(1.1%)、在宅看護師(=訪問看護師 28.8%)、在宅理学療法士(5.7%)、在宅作業療法士(1.1%)、在宅言語聴覚士(0.4%)、在宅薬剤師(0.0%)、在宅栄養士(1.1%)、在宅介護職(24.6%)とあった。これら調査結果による参加率との比較において、本研究では、患者や家族の参加率はほぼ同率であるが、院内の専門職では病院医師や病棟看護師、薬剤師の参加率は高く、院内連携の充実や患者自身の医療ニーズの高さが伺えるが、医療ソーシャルワーカーの参加率は低く、自宅退院か転院か判

断が難しい場合に参加しているのではないかと考えられる。その背景には、本研究フィールド B 病院では自宅への在宅移行期支援は、訪問看護サービスに結びつける事例が多いため、主に退院調整看護師が担い、転院支援は医療ソーシャルワーカーが担うという役割分担が影響しているものと考えられる。また、リハビリテーション職種の参加は理学療法士に偏っており、栄養士の参加はみられないことがわかった。専門職連携カンファレンスの構成メンバーは事例に応じて調整されるものであるが、宇都宮⁹¹⁾は、専門職連携カンファレンス(退院前カンファレンス：退院時共同指導)について、院内の多職種にとって、「在宅医療や在宅ケアのイメージをもつことができる何よりの学びの場」であることを指摘しているとおり、院内の関係職種への積極的な参加の促しは病院全体の退院支援システムの質にも影響を与えるのではないかと考える。

他方、地域の在宅支援者については、本研究では、介護支援専門員や訪問看護師の参加率は高いといえる。退院調整看護師は、在宅医療ニーズが高く、医療保険や介護保険サービス利用による在宅支援サービス調整を要する患者の状況に応じて、在宅支援の担い手側への円滑な情報提供や情報共有のために、介護支援専門員や訪問看護師の参加を優先させているのではないかと考えられる。また、訪問リハビリテーションサービスに結びつける可能性のある事例はみられたが、リハビリテーション職種の参加はみられなかった。そして、病院薬剤師は薬薬連携の重要性を示唆していたものの、川越らの調査と同じく本研究でも在宅の薬剤師の参加もみられなかった。在宅支援を担う多職種に対する在宅移行期支援を意図した専門職連携カンファレンスへの参加調整は、今後の課題ではないかと考えられる。

本研究の意義と限界および今後の課題

本研究では、在宅移行期支援において、専門職連携カンファレンス場面の参加観察とそのリフレクションによる退院調整看護師の実践の意味づけ、在宅追跡調査による退院調整看護師の実践の評価とプロセスを辿って、退院調整看護師の実践の構造として表現できたと考える。すなわち、対象となった 10 事例全て在宅移行の方向づけがなされた退院調整看護師の実践の実際から 10 のカテゴリーを導いており、GTA の援用によりカテゴリー間の関連性を見出し、パラダイムの活用によって退院調整看護師の患者や家族、多職種、全体への関わりの観点やプロセスが明らかになったことから、退院困難な患者や家族が地域社会で生活していけるような支援に役立つものと考ええる。

また、退院調整看護師の活動を始める者にとっては実践のとっかかりの参考となり、経験を積み重ねている者にとっては実践の振り返りや評価が促され、質向上に寄与できる点において意味があるのではないかと考える。

しかし、1 つの病院の調査結果であり、他病院の退院調整看護師の実践にも活用できるものかを検証していく必要がある。また、退院後の在宅追跡調査は退院調整看護師の実践の評価を深化させることから、事例を多く積み重ねていけるよう、フィールドワークの範囲を在宅へと拡大させていくことも課題であると考ええる。

第 7 節 結論

本研究における専門職連携カンファレンスを中心とした在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造は、以下に示した、10 のカテゴリーが相互に関連し合って構成されており、さらに 3 つのパラダイムの『状況』、『行為/相互行為』、『帰結』によって分類され、退院調整看護

師の実践に共通した『状況』（1つのカテゴリー）に対して、患者・家族や多職種との『行為/相互行為』（5つのカテゴリー）が繰り広げられることによって、その成果として『帰結』（4つのカテゴリー）に至ることが明確になった。

1. 状況

- 1) 《在宅支援の問題共有によるサービス調整の初期対応》

2. 行為/相互行為

- 1) 【患者や家族の認識表出の促しによる思いに寄り添った専門職連携実践のための課題の共有】

- 2) 《患者情報の提供による在宅医療ニーズの明確化》

- 3) 《複雑な患者・家族背景による家族の療養場所選択の揺れや介護負担感の察知》

- 4) 《患者のセルフケアの多面的な問題抽出にむけた多職種の専門性発揮の促し》

- 5) 《在宅薬物療法に係る患者の自己管理方法の共有》

3. 帰結

- 1) 《レスパイトケアを意図した在宅支援体制の調整》

- 2) 《異なる機関の同職種連携による患者支援の継続性担保の調整や促し》

- 3) 《円滑な院内の専門職連携に支えられた専門職連携カンファレンスへの多職種参加の促し》

- 4) 《病棟看護師による地域生活者として患者の対象特性を捉える力の促し》

以上、専門職連携カンファレンスを中心とした在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造が明確になることによって、院内だけで

なく地域の在宅支援者との多職種連携や同職種連携が促進され、より個別性の高い在宅移行期支援が可能となるものとする。さらに、患者や家族が安心、安全、安定した在宅療養環境を早期かつ短期に整えられ、入院環境から暮らしの場への移行が円滑になることから、特に病棟看護師に対する地域包括ケアシステムを視座に入れた現任教育への寄与が示唆された。

第 8 節 看護への提言

在宅移行期支援の体制を盤石にするため、退院調整看護師は、病院と在宅をつなぐ重要な支援活動の一つである在宅移行期支援の専門職連携カンファレンス（以下、カンファレンス）において、カンファレンス参加者がその機会を意義あるものと捉えて参加できるよう実践するために、以下の観点から退院調整看護師の看護実践のあり方について提言する。

1. カンファレンスの導入部分では、患者や家族、多職種の各々の立場におけるイメージ化ができ、支援の方向性や各々の役割の明確化、参加意欲も増すよう、在宅支援サービス調整の初期対応の見通しを頭に描いて臨み、カンファレンス早期に参加者へ伝える。
2. カンファレンスへの主治医の不参加や途中退出を考慮し、事前に治療方針や見立てを把握し、病棟看護師へ主治医の代弁役を依頼したり、主治医と多職種との情報交換のつなぎ役になったりと、状況を予測した準備行動をとる。
3. 主治医をはじめ多職種における患者情報の提供による在宅医療ニーズの明確化にあたり、患者のセルフケア能力の把握と共に医療行為に伴い変化する患者の療養生活やそれに影響を受ける介護者となる家族の社会生活を整える視点をもつ。
4. 患者や家族の個別性に考慮して医療や介護ニーズを抽出するため、患

者のセルフケアの多面的な問題抽出にむけた多職種の専門性発揮の促しを意識して働きかける。

5. 多職種の気づきとして、複雑な患者・家族背景による家族の療養場所選択の揺れや介護負担感の察知のきっかけをつくり、各専門性を発揮したアセスメントができ意見を促す。

6. 多職種の意見を統合し、早期に在宅移行期支援上の問題や課題が抽出され、より個別性の高い在宅支援サービス調整が可能にする。

7. 家族支援について、家族の休養や健康管理の促進にむけてレスパイトケアを意図した在宅支援体制を調整する。

8. 在宅薬物療法に係る患者の自己管理方法を共有できるよう促し病院薬剤師と地域の薬局薬剤師の同職種連携による支援の継続性を担保する。

9. 病院と薬局薬剤師や病棟と訪問看護師等の異なる機関の同職種連携による患者支援の継続性担保の調整や促しを行う。

10 退院支援力向上にむけた現任教育を意識して、病棟看護師による地域生活者としての患者の対象特性を捉える力を促す。

謝辞

本研究の遂行にあたりまして、数多くの貴重な学びを与えて下さいました、B病院の専門職連携カンファレンスの対象患者様、ご家族様、在宅移行期支援に関わるB病院や地域の専門職者の皆様、そして、B病院の専門職連携カンファレンスの参与観察などの調査を可能にして下さいました退院調整看護師の皆様方、重度障害者用の意思伝達装置に係る指導や助言を下さいました、国立障害者リハビリテーション研究所第二福祉機器試験評価室長の伊藤和幸先生、埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科のHiromi Nakamura-Thomas先生に心より感謝申し上げます。

す。

そして、ご指導とご示唆をいただきました、指導教員の戸田肇先生、論文審査員の小山幸代先生、田中美加先生、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻地域・老年看護学講座の永田千鶴先生に心から敬意を表します。

引用文献

1)内閣府「平成 27 年版高齢社会白書(全体版)」

http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2015/zenbun/27pdf_index.html

2016 年 2 月 9 日更新．アクセス 2016 年 2 月 9 日．

2)白澤政和．地域包括ケアシステムの確立に向けて．老年社会科学．

2015；37(1):28-35.

3)厚生労働省 平成 28 年度診療報酬改定について．

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106421.html>

2016 年 3 月 4 日更新．アクセス 2016 年 3 月 7 日．

4)大島伸一．第 14 章日本の医学・医療制度が抱える課題と在宅医療．佐藤智編．明日の在宅医療第 1 巻在宅医療の展望，中央法規，東京 2008:319

5)松田晋哉．英仏の在宅入院制度と日本への導入可能性，社会保険旬報，2380:10-15, 2009.

6)奥田七峰子．看護師のやりがいにつながる高い報酬〈フランス〉

Community care2004;6(1);17-22

7)真野俊樹．フランス医療制度から日本への示唆：日本に近い制度を持つ国からの学び，共済総合研究 2011;63:64-81

8)立川昭二．第 7 章文化としての医療と在宅医療．佐藤智編．明日の在宅医療第 1 巻在宅医療の展望，中央法規，東京 2008:163

9)山路憲夫．第 11 章国民は在宅医療に何を求めているか．佐藤智編．明日の在宅医療第 1 巻在宅医療の展望，中央法規，東京 2008:240

10)厚生統計協会．国民衛生の動向・厚生指標 2015/16．2016；62(9)：11.

11)平成 24 年度診療報酬改定の概要(厚生労働省保険局医療課)

http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/h24_01-03.pdf

2012 年 11 月 23 日更新．アクセス 2012 年 11 月 23 日

12) 財団法人日本訪問看護振興財団「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」（平成 23 年 3 月）

<http://www.nurse.or.jp/home/zaitaku/hokokusho/pdf/gittaiichosa.pdf>

2012 年 11 月 23 日更新．アクセス 2012 年 11 月 23 日

13) 村上正泰．第 1 章医療保険制度をめぐる政策の変遷と現状 8. 医療適正化計画の推進 川渕孝一監修．医療経営士テキスト・初級・2 巻日本の医療行政と地域医療 政策、制度の歴史と基礎知識, 日本医療企画, 東京 2010:18-20

14) 堀越由紀子．退院後ケアと社会資源の活用．病院 1998;57(12):1096-1100

15) 厚生労働省 チーム医療推進会議

<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei.html?tid=127351>

2016 年 3 月 4 日更新．アクセス 2016 年 3 月 7 日．

16) 山本詩帆, 森下安子．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 2016;41(2):60-69

17) 藤澤まこと．医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究(第 1 部) 医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化．岐阜県立看護大学紀要 2012;12(1):57-65

18) 廣田真由美, 永田智子, 戸村ひかりら．重症児の在宅支援に向けた課題：重症児とその養育者が退院に向けて受けた支援と退院後の問題に

についての考察．日本地域看護学会誌．2012；14(2)：32-42.

19) 福田亜子，岩出るり子，安村恵津子ら．訪問看護におけるファミリーケア 高度医療を必要とした児へのアプローチを行って．日本看護学会論文集：小児看護．2011；41：27-30.

20) 宮近 友梨，連 敬子，大場 三千代ら．人工呼吸器管理を必要とする児を持つ家族へ社会資源を活用した援助の1考察 在宅療養に消極的であった家族の気持ちの変化を通して．市立釧路総合病院医学雑誌．2011；23(1)：71-74.

21) 樋口キエ子，大木正隆，上村和子ら．ターミナル期患者の在宅移行時における訪問看護師の看護活動．医療看護研究．2009；5(1)：69-74.

22) 石川かおり．精神科ニューロングステイ患者の入院生活の体験．岐阜県立看護大学紀要．2011；11(1)：13-24.

23) 片山陽子，太湯好子，小野ツルコ．在宅移行期における療養者の医療ニーズ別にみた家族介護者の介護準備態勢．日本看護研究学会雑誌．2009；32(4)：67-76.

24) 中條直美．脳腫瘍により障害をかかえて退院した患者の介護者の在宅移行期における介護体験．神奈川県立がんセンター看護師自治会看護研究部会看護研究集録．2010；16：84-89.

25) 千葉真弓，安田貴恵子，御子柴裕子．脳卒中患者の在宅移行期における看護ニーズの検討 4事例の検討から．長野県看護大学紀要．2009；11：39-49.

26) 水津朋子．脳卒中を体験した要介護高齢者とその家族への在宅支援．高知女子大学紀要(看護学部編)．2008；57：47-57.

27) 平松瑞子，中村裕美子．療養者とその家族の退院に関連する療養生

活への不安．大阪府立大学看護学部紀要．2010；16(1)：9-19.

28)菊地容子，十河陽子，谷口有樹子ら．在宅療養支援の充実に向けた基礎調査 看護師が認知する社会福祉・医療制度の知識とその背景に関する分析．日本看護学会論文集：地域看護．2012；42：205-208.

29)加藤麻衣，竹中麻，森智美ら．がん患者の退院調整の実態と退院調整に対する看護師の意識調査．富山県立中央病院医学雑誌．2012；35(3-4)：79-82.

30)武田明．在宅緩和ケアとの切れ目の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．2009；11(4)：379-382.

31)村松恵子，中谷久恵．療養病床の患者と家族へ行う退院支援の看護に関する要因．日本在宅ケア学会誌．2009；13(1)：30-37.

32)森田亘，天羽健太郎，黒田栄史ら．高齢者に対する早期退院支援スクリーニングの有用性．東日本整形災害外科学会雑誌．2010；22(2)：194-197.

33)森鍵祐子，大竹まり子，赤間明子ら．急性期病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入．日本在宅ケア学会誌．2008；12(1)：26-34.

34)新保祐光．利用者と専門職の協働による合意形成 「状況的価値」形成を目的とした退院支援．社会福祉学．2011；51(4)：43-56.

35)川越雅弘，備酒伸彦，森山美知子ら．要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の間与状況 急性期病床、回復期リハビリテーション病床、療養病床間の比較．理学療法科学．2011；26(3)：387-392.

36)原美弥子，小林万里子，飯田苗恵ら．急性心筋梗塞後の心臓リハビリテーション継続への退院支援および連携に関する実態調査．群馬県立

県民健康科学大学紀要． 2009； 4： 67-76．

37) 鈴木俊彦， 森有加， 牧上久仁子ら． 医療ソーシャルワーカーの仕事に対する満足感に関連する要因 退院支援における院内の職種間連携に注目して． 病院． 2008； 67(3)： 238-241．

38) 廣野祥子， 中谷久恵， 成相恵子ら． 島根県下の病棟看護職による退院調整の取り組み． 島根大学医学部紀要． 2010； 33： 33-39．

39) 中西一葉． 高齢患者の自宅退院における「予測内」、「予測を超える」ダメージ リロケーション第四形態の存在とリスク要因． 北海道医療大学看護福祉学部学会誌． 2012； 8(1)： 21-30．

40) 風間眞理， 井上牧子， 西澤利朗． 長期在院患者の退院促進支援の実際 精神科病院と社会復帰施設の比較． 目白大学健康科学研究． 2010； 3： 45-52．

41) 佐々木裕子， 高橋佳子， 飯盛茂子． 在宅支援機関が実践する退院支援・在宅復帰支援の明確化． ホスピスケアと在宅ケア． 2010； 18(1)： 37-48．

42) 高橋和子， 平尾由美子． 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． 2012； 15(1)： 1-11．

43) Murata Koichi, Sugitani Shigeki, Yoshioka Hiroki et. al 日本人高齢者の大腿骨頸部骨折術後早期における片足起立検査による歩行再獲得時期の評価 前向き研究． Journal of Orthopedic Science． 2010； 15(1)： 38-43．

44) 吉田千文， 伊藤隆子， 千葉由美ら． 退院調整看護師のためのリフレクションを中核とした活動支援プログラム試案開発． 千葉県立保健医療大学紀要． 2012； 3(1)： 3-12．

- 45) 細川満子, 石鍋圭子, 三津谷恵. 計画的な退院の促進に向けた大学教員による病院支援の評価 療養型病床における看護・介護職の認識・行動の変化から. リハビリテーション連携科学. 2008; 9(2): 91-98.
- 46) 深田順子, 鎌倉やよい, 浅田美江. 摂食・嚥下障害看護認定看護師教育課程における教育効果の検討. 日本摂食・嚥下リハビリテーション学会雑誌. 2009; 13(2): 107-119.
- 47) Legrain S, Tubach F, Bonnet-Zamponi D, et al. a new multimodal geriatric discharge-planning intervention to prevent emergency visits and prehospitalization of older adults: the optimization of medication in AGEd multicenter randomized controlled trial. Journal of the American Geriatrics Society. 2011; 59(11): 2017-28.
- 48) Shyu YI, Chen MC, Chen ST, et al. a family caregiver-oriented discharge planning program for older stroke patients and their family caregivers. Journal of Clinical Nursing 2008; 17(18): 2497-2508.
- 49) Wallis M, Hooper J, Kerr D, et al. Effectiveness of an advanced practice emergency nurse role in a minor injuries unit. Australian Journal of Advanced Nursing, 2009; 27(1): 21-29.
- 50) Shyu YI, Kuo LM, Chen MC, Chen ST. a clinical trial of an individualized intervention programme for family caregivers of older stroke victims in Taiwan. Journal of Clinical Nursing. 2010; 19(11-12): 1675-85.
- 51) Arbaje AI, Maron DD, Yu Q, et al. The geriatric floating interdisciplinary transition team. Journal of the American

- Geriatrics Society. 2010; 58(2): 364-70.
- 52) SoAres, Marcelo M., Jacobs, Karen, Laugaland, Kristin, et al. Interventions to improve patient safety in transitional care - a review of the evidence. Work. 2012; 41: 2915-2924.
- 53) Naylor MD, and Sochalski Ja. (2010). ScAling Up: Bringing the Transitional Care Model into the Mainstream. The Commonwealth Fund. 2010; 103(1453): 1-11.
- 54) 越谷市ホームページ. <https://www.city.koshigaya.saitama.jp/>
2016年3月9日更新. アクセス 2016年3月9日.
- 55) 総務省統計局. <http://www.stat.go.jp/data/kokusei/2005/sokuhou/03.htm> 2016年3月4日更新. アクセス 2016年3月9日.
- 56) 越谷市立病院. <http://www.mhp.koshigaya.saitama.jp/> 2016年3月4日更新. アクセス 2016年3月9日.
- 57) 善生まり子. 退院調整事例の支援ニーズの構造—在宅アクションリサーチを通して. 埼玉県立大学紀要. 2013;14: 13-26.
- 58) 大道久. 医療制度等理論編 医療提供体制の課題と将来. 週刊社会保障 社会保障読本 2010年版 2010;2592:64
- 59) 中山和弘. ヘルスリテラシーとヘルスプロモーション. 病院 2008;67(5):394-400.
- 60) 深津博. 第1章総論 医療サービスの定義と理解. 医療経営士テキスト 初級7 患者と医療サービス 患者視点の医療とは. 日本医療企画, 東京 2010:2-27.
- 61) 高橋紘士. 地域包括ケア提供体制の現状と諸課題によせて. 季刊社会保障研究 2011;47(4):344-345.

- 62) 尾形裕也. 日本における在宅医療の現状, 課題及び展望. 季刊社会保障研究 2011;47(4):357-367.
- 63) 筒井孝子. 日本の地域包括ケアシステムにおけるサービス提供体制の考え方ー自助・互助・共助の役割分担と生活支援サービスのありかた. 季刊社会保障研究 2011;47(4):368-381.
- 64) 島崎謙治. 第3章在宅医療と政策ー構造・理念・課題ー. 佐藤智編. 明日の在宅医療第1巻在宅医療の展望, 中央法規, 東京 2008:41-75.
- 65) 宇都宮宏子. 退院支援のシステムづくりここがポイント. Nursing Today 2011;26(1):66-72.
- 66) 戸村ひかり, 永田智子, 竹内文乃, 清水準一. 日本の病院における退院支援看護師の実践状況. 日本看護科学会誌 vol37 2017 150-160
- 67) 厚生労働省 医科診療報酬点数表に関する事項.
<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryouhoken/iryouhoken15/dl/2-25.pdf>
 2016年3月8日更新. アクセス 2016年3月8日.
- 68) 埼玉県立大学編. IPWを学ぶー利用者中心の保健医療福祉連携ー. 東京; 中央法規: 2009.
- 69) 和田攻, 南裕子, 小峰光博編. 看護大事典第2版(電子版). 東京; 医学書院: 2010: 415
- 70) Flick, Uwe. Reinbek bei Hamburg Rowohlt Verlag GmbH; 2007.
 (小田博志監訳. 新版質的研究入門<人間の科学>のための方法論. 東京: 春秋社; 2014.)
- 71) W. キャロル チェニッツ・ジャニス M. スワンソン著, 樋口康子, 稲岡文昭訳. グラウンデッド・セオリーー看護の質的研究のためにー. 東京: 医学書院; 1998.
- 72) 木下康仁. グラウンデッド・セオリー・アプローチの実践. 東京;

弘文堂：2008：27-28.

73) 戈木クレイグヒル滋子. グラウンデッド・セオリー・アプローチ改訂版 理論を生みだすまで. 東京；新曜社：2016：2-14.

74) 戈木クレイグヒル滋子編. グラウンデッド・セオリー・アプローチを用いたデータ収集法. 東京；新曜社：2014

75) 越谷市ホームページ <https://www.city.koshigaya.saitama.jp/>

2016年3月9日更新. アクセス 2016年3月9日.

76) 厚生統計協会. 国民衛生の動向・厚生指標 2015/16. 2016；

62(9)：65.

77) 越谷市立病院. <http://www.mhp.koshigaya.saitama.jp/>

2016年3月4日更新. アクセス 2016年3月9日.

78) 戸村ひかり, 永田智子, 竹内文乃, 清水準一. 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, 2017.

79) 永田智子. 療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価, 看護科学研究 13(1), 18-21, 2015.

80) 佐藤宏樹ら. がん化学療法における薬薬連携への取り組みに関する問題点と対応策:ワークショップ開催によるKJ法に基づく問題点の抽出と対応策の立案. 薬学雑誌 134(4):563-574:2014

81) 伊藤麻紀ら. 外来化学療法患者における薬薬連携の取り組み. 日本農村医学会雑誌. 61(5):703-709:2013.

82) 岡村裕, 萩原清子. 高齢者在宅サービスとしてのレスパイトケアとショートステイケア. 長野大学紀要, 17(1):28-39, 1995.

83) 山田紀代美, 鈴木みずえ, 土屋滋. ショートステイ利用による介護者の疲労徴候の変化とその関連要因についての調査研究. 日本看護科学会

誌. 14(2):39-47, 1994.

84)岡前暁生ら. ショートステイ利用前後における要介護者の ADL と介護者の介護負担の変化. 理学療法学:43(4):323-332, 2016.

85)薄井坦子. [改定版]看護学原論講義. 東京; 現代社; 56: 1998.

86)善生まり子. フランスの在宅入院制度および在宅ケアシステムについて看護の観点から学ぶ～(財)日本訪問看護振興財団「フランスの訪問看護事情視察」に参加して～. 埼玉県立大学紀要. 2011; 13: 139-147.

87)内閣府. 平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査結果(概要版)http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/pdf/kekka_2.pdf(平成 29 年 12 月 10 日閲覧, 平成 29 年 12 月 8 日更新)

88)厚生労働省. 人生の最終段階における医療に関する意識調査報告書. http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-10801000-Iseikyoku-Soumuka/0000041847_3.pdf(平成 29 年 12 月 10 日閲覧, 平成 29 年 12 月 8 日更新)

89)宇都宮宏子. 病院から暮らしの場へ移行するマネジメントを看護師の手で～在宅医療におけるエビデンス構築に期待～. Geriatric Medicine (老年医学). 54(9):921-928, 2016.

90)川越雅弘, 備酒伸彦, 森山美知子. 要介護高齢者に対する退院支援プロセスへのリハビリテーション職種の間与状況—急性期病床, 回復期リハビリテーション病床, 療養病床間の比較—. 理学療法科学:26(3) 387-392(2011)

91)宇都宮宏子. 退院支援の質を高める. 治療 98(1): 75-80, 2016.

92)文部科学省. 看護学教育モデル・コア・カリキュラム～「学士課程においてコアとなる看護実践能力」の修得を目指した学修目標～

http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/078/gaiyou/__icsFiles/afieldfile/2017/10/31/1397885_1.pdf

(閱 覧 : 平 成 30 年 1 月 8 日 、 更 新 : 平 成 30 年 1 月 4 日)

参考文献

- 1) Norman K. Denzin and Yvonna S. New York, Lincoln.Sage Publications, 2000.(平山満義監訳,藤原顕編訳.質的研究ハンドブック 2 巻 質的研究の設計と戦略.京都:北大路書房;2012)
- 2)高橋良子,善生まり子,山田八重,金子美奈,渡邊弘美,篠崎越子,野川とも江. 在宅ケア移行支援の充実にむけた病院看護師の退院調整活動の課題. 第 13 回日本在宅ケア学会学術集会講演集 2009:164
- 3)野口美和子監訳. ナースのための質的研究入門, Immy Holloway, Stephanie Wheeler. Qualitative Research for Nurses. Blackwell Science Ltd., USA, 1996
- 4)高橋良子,林三和子,善生まり子. 退院調整活動の指標となるチェックリストの検討. 第 15 回日本在宅ケア学会学術集会講演集 2011:141
- 5)善生まり子,高橋良子,林三和子. 退院調整看護師の役割遂行を促す要因の一考察. 第 41 回日本看護学会抄録集老年看護 2010:67
- 6)善生まり子,高橋良子,林三和子. A 市介護支援専門員有志の会会員のアセスメントツール活用に係る現状と課題. 日本在宅ケア学会第 16 回学術集会講演集 2012:130
- 7)池上直己. 日本版 MDS - HC2.0—在宅ケアアセスメントマニュアル. John N. Morris, Brant E. Fries, Iain Carpenter, 池上 直己, Roberto Bernabei. MDS-HC2.0, InterRAI, Washington, D.C. in USA, 1999
- 8)野口裕二. 物語としてのケア ナラティブアプローチの世界へ. 医学書院,東京 2003
- 9)伊藤勇,徳川直人,内田健. 質的研究用語事典,Thomas A. Schwandt. The SAGE dictionary of qualitative inquiry The sage dictionary of

qualitative inquiry.3rd ed. SAGE Publications, USA, 2007

10)大谷順子,大杉卓三. 質的データの取り扱い,Lyn Richards,
HANDLING QUALITATIVE DATA:A Practical Guide, Sage Pubns
Ltd, UK, 2009

11)大熊由紀子. わが国の在宅医療の課題と展望 欧米諸国との比較を含
めて. 公衆衛生 2012;76(7):506-517

12)難波卓志. ベナー/ルーベル現象学的人間論と看護, Patricia
Benner/Judith Wrubel. The primacy of caring: stress and coping in
health and illness. Prentice Hall, USA, 1989

13)公益社団法人 日本医療社会福祉協会「医療ソーシャルワーカー業務
指針」 2002;1-6

http://www.jaswhs.or.jp/images/pdf/gyoumusisin_2002.pdf(2013.1.23
)

14)高田玲子. 老人退院指導の実際と問題点. 病院 1978;37(2):123-125

15)厚生労働省. 介護支援専門員(ケアマネジャー)の資質向上と今後の
あり方に関する検討会における議論の中間的な整理 2013;1-17

[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-
att/2r9852000002s7go.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002s7f7-att/2r9852000002s7go.pdf)(2013.1.23)

16)株式会社日本総合研究所「ケアプラン詳細分析結果報告書」

[http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002a2tj-
att/2r9852000002a2vs.pdf](http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002a2tj-att/2r9852000002a2vs.pdf)(2012.11.23)

17)笠木映里. 九州大学法学書 2 公的医療保険の給付範囲 比較法を手
掛かりとした基礎

18)伊関友伸. 住民が地域医療を支える意義. 病院 2011;70(9):654-657

19)埼玉県健康福祉部健康づくり支援課,埼玉県立大学,埼玉県三郷市.

- 27)OPTIM プロジェクト (Outreach PalliActive care Trial of Integrated regional Model, 厚生労働科学研究費補助金第 3 次対がん総合戦略研究事業「緩和ケア普及のための地域プロジェクト」). 緩和ケア普及のための地域プロジェクト報告書 2011. <http://gankanwa.umin.jp/>. 2014 年 9 月 2 日閲覧
- 28)土橋善蔵,大橋謙策,鎌田實編集代表, 茅野市の 21 世紀の福祉を創る会・日本地域福祉研究所. 福祉 21 ビーナスプランの挑戦ーパートナーシップのまちづくりと茅野市地域福祉計画, 中央法規, 東京 2003: 72-95
- 29)国立市役所. 市報くにたち 2012. 第 1010 号
- 30)大分市医師会立アルメイダ病院. 大分市医師会立アルメイダ病院 40 周年記念誌 2010 : 155-179
- 31)鎌原雅彦,宮下一博,大野木裕明,中澤潤編. 心理学マニュアル質問紙法. 北大路書房, 京都 2010 : 1-187
- 32)八島智子,竹内理監訳. 外国語教育学のための質問紙調査入門, Zoltán Dörnyei. Questionnaires in Second Language Research-Construction, Administration, And Processing. Lawrence Erlbaum associates, USA, 2003 : 1-106
- 33)小塩真司,西口利文編. 心理学基礎演習 vol.2 質問紙調査の手順. ナカニシヤ出版,京都, 2011: 5-73
- 34)長谷川敏彦. 地域医療計画の効果と課題, 季刊・社会保障研究 1998;33(4):382-391
- 35)内閣官房社会保障改革担当室. 社会保障制度改革国民会議報告書(平成 25 年 8 月).
<http://www.kantei.go.jp/jp/singi/kokuminkaigi/pdf/houkokusyo.pdf>.

2014 年 10 月 10 日 閲覧

36)西村周三,京極高宣,金子能宏編著. 社会保障の国際比較研究—制度再考にむけた学際的・政策科学的アプローチ. ミネルヴァ書房,京都
2014: 60-77

37)地域包括ケア研究会. 持続可能な介護保険制度及び地域包括ケアシステムのあり方に関する調査研究事業報告書 地域包括ケアシステムの構築における今後の検討のための論点整理—概要版(平成 25 年 3 月)http://www.murc.jp/uploads/2013/04/koukai130423_gaiyou.pdf.

2014 年 10 月 10 日 閲覧

38)宮武剛. いまが見える社会保障セミナー第 8 回 医療と介護の連携・統合をめざして. 月刊介護保険 2013; 210: 44-47

39)日本緩和医療学会. 緩和ケア普及啓発活動(オレンジバレーンプロジェクト)<http://www.kanwacare.net/>. 2014 年 10 月 10 日 閲覧

40) 厚生労働省. 平成 23 年受療行動調査の概況(概数).
<http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jyuryo/11/dl/kekka-gaiyo.pdf>. 2014 年 10 月 10 日 閲覧

41) 内閣府. 平成 24 年版高齢社会白書(全体版).
[http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf_index.html)

[2012/zenbun/24pdf_index.html](http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2012/zenbun/24pdf_index.html). 平成 27 年 1 月 14 日 閲覧

42) 厚生労働省・終末期医療に関する意識調査検討会. 人生の最終段階における医療に関する意識調査(平成 26 年 3 月).
www.mhlw.go.jp/bunya/iryou/zaitaku/dl/h260425-01.pdf. 平成 26 年 10 月 10 日 閲覧

43) 内閣府. 平成 23 年度高齢者の経済生活に関する意識調査.
<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h23/sougou/gaiyo/pdf/kekka.pdf>

．平成 26 年 10 月 10 日閲覧

44)飯島勝矢．高齢社会の動向から見える高齢者医療のあり方．診断と治療．2014, vol.102, no.2, p.162-169.

45)辻哲夫、飯島勝矢．超高齢社会を迎えるにあたって、現在、何をすべきか． Geriatric Medicine.2013, vol.51, no.5, p.463-470.

46)新川結子、甲斐かつ子、河野優子ら．地域医療を担う病院に勤務する特定看護師の新たな実践に関する質的研究．看護科学研究．2014, vol.12, p.44-52.

47)鶴田恵子.役割拡大が議論される背景．看護．2009, vol.61, no.10, p.40-52.

48)百瀬由美子．超高齢社会に求められる老年看護の役割． Geriatric Medicine. 2015, vol.53, no.1, p.47-51.

49)内閣府男女共同参画局．「社会的・文化的に形成された性別」（ジェンダー）の表現等についての整理．

<http://www.gender.go.jp/kaigi/senmon/keikaku/pdf/genderhyougen.pdf>, (参照 2016.01.19).

50)越谷市 高齢者福祉(H26 年版).

http://www.city.koshigaya.saitama.jp/shisei/tokei/syakaifukusi/korei/08_koureisha_fukushi.html, (参照 2015/08/20).

51)越谷市．高齢者福祉．くすのき荘(老人福祉センター).

<http://www.city.koshigaya.saitama.jp/shisetsu/koureishafukushi/kusunoki.html>, (参照 2015/08/20).

52)越谷市 市政・市民参加．「越谷市第 2 期特定健診等実施計画の策定(原案)閲覧用」(平成 24 年)．

<http://www.city.koshigaya.saitama.jp/shisei/ikenbosyuu/kekkaouko>

ku/h24iken/2nd-tokuteikennshinn-action-plan.files/2nd-tokuteikennshinn-action-plan.pdf, (参照 2015/08/20).

53)内閣府. 高齢社会対策. 平成 24 年度 高齢者の健康に関する意識調査結果(概要版).

<http://www8.cao.go.jp/kourei/ishiki/h24/sougou/gaiyo/>, (参照 2015/08/20).

54)政府広報オンラインホームページ. 暮らしのお役立ち情報. ご存じですか? 地域の身近な相談相手「民生委員・児童委員」.

<http://www.gov-online.go.jp/useful/article/201305/1.html>, (参照 2015/08/20).

55)厚生労働省 生活保護・福祉一般. 民生委員・児童委員について. http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/aunyA/hukushi_kaigo/seikatsuhogo/minseiiin/, (参照 2015/08/20).

56)江藤裕之. 看護学をとりまくグレート・アイディアズ(7). *Quality Nursing*. 2004, vol.10, no.7, p.708-711.

57)日本老年医学会. フレイルに関する日本老年医学会からのステートメント. http://www.jpn-geriatrics.or.jp/info/topics/pdf/20140513_01_01.pdf, (参照 2015/09/15).

58)会田薫子. 超高齢社会のエンドオブライフ・ケアの動向ーフレイルとエンドオブライフ・ケア. *Geriatric Medicine*. 2015, vol.53, no.1, p.73-76.

59)内山研一. 現場の学としてのアクションリサーチ ソフトシステム方法論の日本的再構築, 白桃書房, 東京 2007:29, 333-376.

60)Ernie Stringer, illiam J. Genet. *Action ReseArch for the Health Professions*. Ernie Stringer, illiAm J. Genet. *Action research in*

health. Pearson Education, Inc., Upper Saddle River, New Jersey
2004:1-15.

61)手島陸久.退院計画と退院支援の概念と歴史.大内尉義編.高齢者の退院支援と在宅医療.メディカルビュー社,東京 2006:3-46.

62)Donald A.Schön. USA, Basic Books, 1983.(柳沢昌一、三輪建二監訳. 省察的实践とは何か—プロフェッショナルの行為と思考—. 東京:鳳書房;2013)

63)勝原由美子.人を相手とする専門職 看護師.金井壽宏,楠見孝編.実践の構造 エキスパートの知性.有斐閣,東京 2012:194-221.

64)P.Benner, P.Hopper Kyriakidis, D.Stannard. New York, Springer Publishing Company, 2011.(井上智子監訳.ベナー看護ケアの臨床知 行動しつつ考えること第2版.東京:医学書院;2012)

65)松田晋哉.基礎から読み解く DPC 第3版,医学書院,東京 2011:1-8

66)F.ナイチンゲール著,湯楨ます,薄井坦子,小玉香津子ら訳.『看護覚え書』—看護であること 看護でないこと(改訳第7版). 東京:現代社;2011.

67)Florence Nightingale NOTES ON NURSING. 東京:現代社;1999.

68)薄井坦子. 科学的看護論第3版. 東京;日本看護協会出版会:1997.

69)Marilyn M. Friedman. New York, NY: appleton-Century-Crofts;
1986.(野嶋佐由美. 監訳. 家族看護学:理論とアセスメント. 東京:へるす出版;1993.)

70)伊藤正男,井村裕夫,高久史磨編集. デジタル医学大辞典第2版.
医学書院. 2009; I.D.581013.

71)佐藤郁哉.フィールドワーク書を持って街へ出よう. 東京;新曜社:1999:38.

- 72) 小山真理子. チーム医療の時代における看護学教育－看護のアイデンティティの醸成－. 第35回日本看護科学学会学術集会講演集. 2015: 141.
- 73) 斉藤しのぶ. 看護基礎教育の今後の展望. 臨床透析. 2017; 33(3): 227-234.
- 74) 篠田道子. フランスにおける医療・介護ケアシステムの動向－在宅入院制度による集中的ケアマネジメントを中心に, 海外社会保障研究 2008; 162: 29-42