

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～（要旨）

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

看護学研究科：看護生涯教育学

学籍番号：DN-11453

氏名 善生 まり子

指導教員：戸田 肇（教授）

1. 研究背景

医療や介護のニーズや単独世帯の増大、認知症者の増加等の 2025 年問題が顕在化する我が国において、地域包括ケアシステム構築や深化は喫緊の課題である。なかでも病気や障害をもって生きる患者や家族を地域生活者として捉え、健康的な生活が送れるよう病院から暮らしの場への移行を、多職種連携のもとで担う退院調整看護師の果たすべき役割は極めて重要であると考え。先行研究では退院調整看護師の実践について、多職種連携や家族支援、退院前合同カンファレンスの効果等に関する有用な知見は得られ、海外の在宅移行期ケアモデルも提示されているが、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かった。

そこで、基礎研究では、2005 年に医療連携担当部門へ専従の退院調整看護師が配置された、首都圏郊外の地域中核病院の B 病院において、退院調整を要する患者（以下、退院調整事例）の特徴や支援ニーズを明確にする目的で、約 2 年かけて、調査 a「退院支援計画書 215 件の内容分析」、調査 b「退院調整事例 10 件の在宅追跡による非構造的インタビュー」、調査 c「在宅療養支援診療所医師や看護師、訪問看護ステーション管理者、退院調整看護師との在宅移行期支援課題に係るグループ討議」、調査 d「退院調整看護師の実践の課題に係るグループ討議」の 4 つの調査を実施した。特に調査 b は約 1 年 6 か月間かけて、10 事例それぞれ退院後 2 週間以内、2 か月まで、1 年以上の 3 つの時点に分けて退院調整看護師と筆者とで事例の自宅へ 1～3 回同行訪問し、患者や家族へインタビュー調査を行った。その結果、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、退院調整活動からなる重層構造になっており、退院調整看護師には在患者や家族の在宅移行期の生活を支えている多職種チーム形成を促進する役割が期待されていることがわかった。

以上のことから、本研究では、基礎研究から継続して B 病院をフィールドに、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を分析し構造を明らかにすることとした。

2. 研究目的

退院困難な患者やその家族への在宅移行期支援の要となる、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の構造を明らかにする。

3. 用語の操作的定義

1) 実践

退院調整看護師が退院困難な患者や家族、多職種と共に考え行動し、在宅移行の判断や合意形成を図って支援の方向性を導くこと、評価まで含む行為。

2) 専門職連携カンファレンス

患者や家族と共に院内外の多職種が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支援システムの重要な支援活動。

4. 研究デザイン

質的記述的研究

5. 研究方法

B 病院にて、調査①「専門職連携カンファレンスの参与観察」、調査②「専門職連携カンファレンスのリフレクション」、調査③「退院後の在宅追跡調査」を行った。各調査に共通して、事例毎の質的データ分析過程において、象徴的相互作用論を理論基盤とし、その人間行動の見方を応用したグラウンデッド・セオリー・アプローチ(以下、GTA)を援用し、専門職連携カンファレンスにおける参加者間の相互作用で成り立つ複雑な看護現象を読み解いて、退院調整看護師の実践を構造化した。なお、本研究は事例性の重視等、継続的比較分析による理論的サンプリングには限界あると判断し、個別事例毎の分析にのみGTA分析方法を用いることにした。

1) 調査①

(1) 調査目的

専門職連携カンファレンスの参与観察により退院調整看護師の実践の構造を明らかにする。

(2) 調査方法

調査対象者は、2014年3月下旬～2015年3月上旬の専門職連携カンファレンスのうち、対象患者10名(以下、10事例)の各専門職連携カンファレンスの参加者(実83名、延91名)。参加者内訳は、退院調整看護師4名(延12名：退院調整平均経験年数4.3±3.0年、40歳代後半～60歳代前半)、患者5名、家族18名、知人1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、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。平均参加者数9.1±2.9名、5～14名。10事例の概要は、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、要支援2・1名、要介護1・1名、要介護2・1名、要介護3・1名、新規介護保険申請5名、医療保険対応1名。平均所要時間58.2±20.2分、31～87分。

2) 調査②

(1) 調査目的

各事例の調査①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、意味づけを行う等、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の結果を補う。

(2) 調査方法

調査対象者は、実46名、延56名。調査①からの参加率61.5%。家族4名、知人1名、退院調整看護師4名(延12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、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。平均参加者数5.6±1.2名、4～7名。平均所要時間32.0±7.6分、20～45分。インタビューガイドを用いたグループ討議形式の半構造化インタビュー調査。

3) 調査③

(1) 調査目的

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の結果を補う。

(2) 調査方法

調査対象者は、実9名、延21名。内訳は、患者1名(延5名)、患者妻1名(延5名)、知人1名、介護支援専門員1名(延2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2名、Z研究所福祉機器開発室室長(研究者)1名、作業療法士(Y大学研究者)1名(延3名)。訪問場面を参与観察した。期間は2014年12月下旬～2015年3月上旬の4か月間。平均参加者数4.2±1.3名、3～6名。平均所要時間86.0±26.1分、60～120分。

4) 分析方法

調査①、調査②は各々10事例・10のテキスト、調査③は1事例・各1のテキストで計21のテキストを分析データとした。第1段階のコーディングは、GTAのオープン・コーディングに従い調査毎に各事例のテキストを分析した。第2段階のコーディングは、テキスト分析で抽出したカテゴリーを3つのパラダイム(『状況』『行為/相互行為』『帰結』)にそってカテゴリー関連図を作り要約した。21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結果を統合し、10のカテゴリー関連統合図を作り要約した。第3段階のコーディングでは、10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を統合し、中心カテゴリーを吟味し、在宅移行期支援における

退院調整看護師の実践の構造を示した。

中心カテゴリー【 Ⅰ】、カテゴリー《 Ⅱ》、プロパティ“ ”、ディメンション“ ”。

5) 倫理的配慮

埼玉県立大学倫理委員会（25091 号、27011 号）承認後、B 病院院長、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。

6. 研究結果

10 事例の分析により、専門職連携カンファレンス場面を中心とした、在宅移行期支援における退院調整看護師の実践の構造が明らかになった。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。

そして、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。これらプロセスを辿った退院調整看護師の実践の成果として、患者や家族の在宅移行期における療養生活が円滑にいくよう、《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、病院薬剤師と薬局薬剤師および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》を行っていた。また、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》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認識しながら取り組んでいた。

さらに、退院調整看護師は在宅追跡における自己の実践の事後評価により、難病者や重度心身障害者等への在宅移行支援の場合、患者の生命維持に係る医療ニーズの充足や介護のサポートと同時に、長期にわたる在宅療養生活への導入として、患者の自立生活への意欲が損ねられ、生きる希望が失われないよう、地域社会とつながるための対話環境の整備等、QOL 支援を視野に入れることや福祉工学や重度障害者意思伝達装置に精通した専門家等の参加を調整する等、学際的な多職種連携・協働に取り組んでいることがわかった。

7. 考察

退院調整看護師は実践において、専門職連携カンファレンスを病院と在宅をつなぐ重要な初期対応と捉え、問題解決や調整可能なことを見極め、患者参加の適切性や必要性を事前に検討し、時には患者の代弁役を担って、患者、家族、多職種間の相互関係、対話を促していると考えられる。患者や家族の在宅移行に係る自己認識が深められ、意思表示が促されることで多角的アセスメントや支援課題の抽出が可能になり、多職種連携が促され、個別に応じた社会資源の活用や学際的支援体制の構築も可能となるだろう。退院調整看護師の実践の特徴として、促し・代弁・俯瞰・調整・管理・教育等が挙げられるが、その中でも地域包括ケア力向上にむけた病棟看護師への教育的関わりは重要であると考え。このように本研究では在宅移行の方向づけがなされた実践から、退院調整看護師の患者や家族、多職種、全体への関わりや実践のプロセスが明らかにされたが、これらの知見は、退院困難な患者やその家族の在宅での暮らしへの移行を支える際に役立ち、これから退院調整看護師としての活躍を期待されている者にとっては実践のとっかかりの参考となり、経験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ものと考え。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活用できるものかを検証していく必要がある。さらに、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。