

【報 告】

場を共有する訪問看護師の退院支援活動

平山香代子、王麗華

**Home-visit nurse practice
How to share a place in discharge support activities**

HIRAYAMA Kayoko, WANG Lihua

要旨

患者が住み慣れた自宅で療養生活を始めることができるように、看護師の役割のひとつとして退院支援がある。患者が入院している施設側による退院支援に関する報告は多数みられるが、受け手である訪問看護ステーション側の退院支援に関する報告はそれほど多くない。2012（平成24）年には「退院時共同指導加算」が整備され、訪問看護師が退院支援に参加することが推奨されるようになり、今後の活躍が期待される。よって、訪問看護師が実施すべき退院支援の活動内容を明確にするために、既に実施されている退院支援活動の内容をインタビュー調査によって明らかにした。倫理的配慮として、匿名性の保持とデータ取り扱いの厳守等、某大学倫理委員会の承認を得て実施した。研究同意の得られた8名の訪問看護師によって語られた退院支援活動内容を質的帰納的に分析した結果、30の「ラベル」から、10〈サブカテゴリ〉、4《カテゴリ》が抽出された。分析結果として、訪問看護師の退院支援活動は、《受け入れて貰える態度で患者・家族に接する》ことから始まり、一步下がった態度で《入院中の退院指導への後方支援》を行っていた。退院支援の場に馴染むようになると、《退院直後から療養生活が成り立つための積極的な環境整備》という介入を行うこともあった。これら3つは退院支援の介入の強弱であるが、すべては【訪問契約前から始まる退院支援の場の共有】という前提の下に実施していた。退院後の療養生活に継続的に関わる訪問看護師による退院支援は、入院期間の短縮化が求められる中、療養者・家族との関係だけでなく、多職種との馴染みの関係を事前に作っておく必要性も考えられた。

キーワード：退院支援活動；discharge support activity、訪問看護師；visiting nurse、場の共有；shares a places

I. 緒言

患者が住み慣れた自宅で療養生活を始めることができるように、看護師の役割のひとつとして退院支援がある。介護保険導入以前、退院支援を担当するのは患者が入院している病棟看護師である場合が多かったが、2000年前後からは退院調整部門¹⁾が設置されるようになり、病棟と退院先とを結ぶ橋渡しの役割を担うようになった。

国外に目を転じると、訪問看護師が積極的に病院に入って退院調整が必要な患者のアセスメントを在宅ケアにつないでいるという報告²⁾や、訪問看護師と病院関係者の緊密な連携によって、退院調整の質が向

上できるという報告³⁾がある。国内でも、原田ら⁴⁾の調査研究によれば、訪問看護師が退院調整に関与した場合、家族介護者は健康状態の悪化や介護負担の増大を回避できることや、退院調整に多職種が関与し、地域連携の促進が可能であることを報告している。さらに、入院中からの適切な保健・医療・福祉サービスの導入によって、家族介護者は安心感を持つことが報告⁴⁾されている。一方、訪問看護師による関与がなかった場合は、介護負担が大きく在宅移行期の不安や介護への戸惑いがみられた⁴⁾としている。このように、訪問看護師が退院指導に関わることの効果が明らかになったことを契機として、2012（平成24）年には「退院時共同指導加算」が整備⁵⁾された。これによって医療保険、介護保険を問わず、訪問看護の対象患者が退院する際の直接関与に対して、法的な根拠を得たことになる。今後益々、訪問看護師が退院支援に参加することへの期待が高まることが予測される一方で、実際に行われている訪問看護師の退院支援に関する実態は明らかになっていない。退院支援に関する訪問看護師の関与の実態を明らかにし、役割の評価と今後の活動の保証を裏付ける資料を作成することには意義があると考えられる。

なお、看護師が担う退院に関する概念には、「退院指導」、「退院調整」と「退院支援」がある。日本看護科学学会⁶⁾では退院指導を「患者教育の1つで、退院後に起こりうる健康問題の解決や社会生活に必要な知識・技術・態度の習得を助けること」と定義している。また、退院調整については「退院後の生活に対する対象の不安・心配および意向を把握して、退院後の生活に必要な人的・物理的環境に対して支援者となりうる人や機関などと連絡を取り、各支援者の役割が対象にとって最適なものとなるように支援体制を整えること」と定義している。しかし、退院支援は退院調整と同義語⁷⁾と説明するのみで、明確に定義されていない。宇都宮⁸⁾や、山田⁹⁾は、退院支援を自己決定支援と関連づけて説明しており、退院調整は、自己決定された退院後の生活を保障するための調整であると説明している。退院を自己決定と関連させるこれらの考えは、入院施設側からみた退院に関する概念であると考えられる。退院の受け皿となっている訪問看護の視点で、退院支援に関する活動の概念を述べているものは少なく^{10) 11)}、コンセンサスは得られていない。よって本研究では、訪問看護師が実施している退院支援のための活動という視点で「退院指導」「退院調整」「退院支援」の3つの概念を「退院支援活動」として、同一に取り扱うこととした。

II. 研究目的

訪問看護師が実施している退院支援活動を明らかにする。

III. 用語の操作的定義

退院支援活動とは、退院移行を進めるための援助行動であり、「退院指導」、「退院調整」や「退院支援」と表現される活動の総称とする。

IV. 研究方法

研究デザインは質的帰納的研究とした。

1. 対象者の選定

訪問看護師が実際に行っている退院支援の具体的な活動を明らかにするために、退院する患者に入院中に関わったことのある訪問看護経験3年以上の者で、研究の趣旨に同意の得られた訪問看護師を選出した。対象者の選定方法は、研究者らが調査可能な地域として、北海道、東北、東京都内とし、全国訪問看護事業協会のリスト¹²⁾を参考に、研究者らが各訪問看護ステーション（以下、Stと表記する）の管理者に電

話をかけて研究の概要を説明した。St管理者から条件に合う対象者の紹介を得て、連絡がとれた訪問看護師22名のうち、最終的にインタビューのための時間調整が可能で、研究主旨に同意が得られた訪問看護師は8名であった（表1）。

2. 方法

インタビューの方法は非構成的面接法とした。対象者の都合が良い場所と時間を指定してもらったところ、対象者所属事業所内の面談室を借りての約1時間の個別面接となった。面接項目であまり限定した答えを導かないように、「患者・家族に対する退院時の支援や指導に関して訪問看護師として思いつくこと」を自由に語ってもらい、研究者は相槌を付く程度で、途中で口を挟まないようにした。語られた内容は許可を得て全て録音し、逐語録として再現した。

分析方法は質的帰納的分析法を用いた。分析手順は以下のとおりである。分析の視点として、訪問看護師の認識と行動に着目して、訪問看護師の退院支援活動を明らかにしようとした。

逐語録をデータとし、8名の対象者から語られた文脈の中から退院支援活動を示唆できる語りに着目して、訪問看護師の具体的な活動を抽出したものをラベルとした。ラベルを全て比較し、類似するものを集めてサブカテゴリーとした。その後、サブカテゴリーを比較し、カテゴリーへと集約した（表2）。カテゴリーの関係を図示（図1）することで、カテゴリー間の関係を明らかにした。カテゴリーを包含するものをコアカテゴリーとした。

分析過程においては、共同研究者間で、逐語録データ、ラベル、サブカテゴリー、カテゴリー間の往來を繰り返すことで、真実性の確保に努めた。また、質の研究者であるスーパーバイザーにカテゴリー表（表2）を説明して妥当性の確保に努めた。

3. 倫理的配慮

対象者の希望に応じ、各事業所内の面談室で面接を行った。研究の目的、方法、目的外に使用しないこと、個人名は公表されないこと、同意しない場合でも不利益はないなどを文書と口頭で説明し、同意書を交わした。録音データは研究者1名の研究室内の鍵がかかる場所に保存し、逐語録内の個人が特定できる記述に関しては匿名化するまで、ネットが繋がらないPCでの作業を実施した。匿名化後に研究者間で共有して、カテゴリー化を実施した。なお、本調査研究は、某大学倫理委員会の承認（承認番号：第15-T-5号）を得た。

V. 結果

1. 研究対象者の概要

1) 研究対象者の属性・特性（表1）

研究対象者は40～60歳代の女性8名（A氏～H氏）で、訪問看護経験は3～19年であった。所属組織は、医療法人3/8、福祉法人3/8、看護協会2/8が設置主体であった。

表1 研究対象者の属性・面接時間・逐語録文字数

訪問看護師 (8名)	年齢(年代)	所属組織の属性	看護師経験年数 (年)	訪問看護経験年数 (年)	面接時間(分)	逐語録文字数
A	60	医療法人	41	3	51	19533
B	40	看護協会立	21	19	47	16546
C	50	医療法人	29	14	42	13259
D	50	福祉法人	25	13	45	12143
E	50	福祉法人	20	4	50	13003
F	50	医療法人	30	8	44	12645
G	50	看護協会立	22	12	41	10586
H	40	福祉法人	24	5	42	10363
平均			26.5	9.75	45.25	13509.75

2) 研究概要

面接時間は、1人当たり40～60分で、平均は45.25分であった。データ収集期間は、2012年9月の1ヶ月間とした。

2. 訪問看護師が実施する退院支援活動の内容

逐語録データを訪問看護師が実施していた退院支援活動の内容で分析した結果、30の「ラベル」から、10〈サブカテゴリ〉、4《カテゴリ》が抽出された(表2)。

1) データ分析：訪問看護師が実施している退院支援活動の内容

訪問看護師は退院支援活動として、退院直後から療養生活が成り立つための環境整備をするために、患者・家族の意向を汲み取り一歩下がった支援と、原則と応用を往来した退院指導への協力を行っていた。訪問開始前から訪問契約外の活動として、訪問看護による退院支援活動は始まっていた。

以下、【 】はコアカテゴリ、《 》はカテゴリ、〈 〉はサブカテゴリ、「 」はラベルとして扱う。

(1) 受け入れて貰える態度で患者・家族に接する

訪問看護師の退院支援活動に関して、E看護師は「言葉にならない患者・家族の思いや考えを汲み取る」必要性を述べ、〈患者・家族の意向を汲み取る〉ことが「訪問看護には欠かせない」と語っていた。患者・家族の思いを汲み取るためにも、B看護師は「家族まるごとに対応する配慮が必要」であり、E看護師は「患者・家族ごとに異なるポイントを押さえながら関わるのが大切だと思う」と述べ、〈家族の個別性に合わせて関わる〉ことが退院支援に必要なだと語っていた。さらにE看護師は「患者・家族に対して、中立的な距離を保つことで家族自身の生活を築いてもらう」こと、H看護師は「訪問看護師の価値観を押し付けないように気を付けている」ことなどの、〈一歩下がって中立的にいる〉重要性を語っていた。

訪問看護師は、〈患者・家族の意向を汲み取り〉りながら、〈家族の個別性に合わせて関わる〉が、訪問看護師が前面に出ることは避けて、〈一歩下がって中立的にいる〉というその場に居ることを《受け入れて貰える態度で患者・家族に接》していることを語っていた。

表2 訪問看護師による退院支援活動の実際

《カテゴリ》(4)	〈サブカテゴリ〉(10)	「ラベル」(30)
受け入れて貰える態度で患者・家族に接する	患者・家族の意向を汲み取る	言葉にならない患者・家族の思いや考えを汲み取る (E)
		訪問看護は家族の意向を汲み取ることが欠かせない (E)
	家族の個性に合わせて関わる	家族まるごとに対応する配慮が必要 (B)
		患者・家族ごとに異なるポイントを押さえながら関わるのが大切だと思う (E)
一歩下がって中立でいる	患者・家族に対して、中立な距離を保つことで家族自身の生活を築いてもらう (E) 訪問看護師の価値観を押し付けないように気をつけている (H)	
入院中の退院指導への後方支援	病院で指導される手技は基本であることを支持する	介護の手技を十分に習って退院することが良いと思う (B)
		患者・家族が受けた退院指導を基本に自宅の状況に合わせて応用する (F)
		病院での退院指導を応用した方法を家族に提案する (F)
	臨機応変なアプローチで退院指導の方法を提案する	訪問看護師が必要だと思う退院指導項目を退院調整部門の仲介を経て病棟に要望する (A)
		退院指導の具体的な助言をそれとなく病棟スタッフに伝える (F)
		病院スタッフに患者・家族への伝え方をそれとなくアドバイスする (G) 患者・家族が帰る場所を覗てもらい、退院指導に活かしてもらえるように同行訪問を設定する (G) 訪問看護師側から病院での退院指導の内容について、要望を挙げていく必要性を感じる (C)
退院直後から療養生活が成り立つための積極的な環境整備	退院調整部門に退院患者・家族と訪問看護師をつないで貰う	病院のソーシャルワーカーから退院に関する連絡がくるようになってから、退院指導の場が共有できるようになった (C)
		連携した経験があるソーシャルワーカーが退院のときに訪問看護につないでくれる (G)
		ソーシャルワーカーを介して入院中の必要な情報を得ることができる (C)
		退院後では直接病棟に確認しづらいので退院調整部門のスタッフに頼ることになる (C)
	スムーズな退院に向けて連携する職種への積極的な働きかけを行う	病棟訪問することで患者の要望をいち早く察知してケアマネジャーにつなげた (D)
		病棟看護師と家族をつなげるためにケアマネジャーに紹介する (D) 訪問看護師が褥瘡の処置方法や塗布剤の変更を主治医に提案したり専門医につなげる (F)
訪問契約前から始まる退院支援の場の共有	退院指導の場を共有することが大切だと思う	退院指導の場に居ることが大切だと思う (C)
		患者が退院する前から、病棟の看護師に絡まないといけない (C)
	業務の範囲を超えた役割を担う	一時的には業務の範囲を超えても、状況が落ち着いたら適切な援助者につなげる (H)
		訪問看護師は体調が悪い独居患者の食料を買いにいった (H)
		本来であれば看護師の仕事ではないと思われるが受診介助をすることもある (H)
		訪問看護師はケアの内容に制限をかけずに患者が困っていることがあれば対応するようにしている (H)
		患者・家族が自身の望みを実現できる環境づくりをするのが訪問看護師の役割だと思う (E)
	訪問契約外の活動として退院指導する	医師と一緒に食事介助の方法を教えた (D)
医師と一緒に排泄の介助方法を教えた (D)		

(2) 入院中の退院指導への後方支援

訪問看護師の退院支援活動に関して、B看護師は「介護の手技を十分に習って退院することが良いと思う」と、入院中の退院指導の習得の重要性を語り、F看護師は「患者・家族が受けた退院指導を基本にし、「病院での退院指導を応用した方法を家族に提案する」といった〈病院で指導される手技は基本であることを支持する〉と語っていた。しかし、A看護師は「訪問看護師が必要だと思う退院指導項目を退院調整部門の仲介を経て病棟に要望する」とし、F看護師は「退院指導の具体的な助言をそれとなく病棟スタッフに伝え」ていた。G看護師は個別の退院指導への介入ではなく、「病棟スタッフに患者・家族の帰る場所を覗てもらって退院指導に活かしてもらえるように同行訪問を設定する」などの組織への働きかけを行っていることも語られた。このように、〈臨機応変なアプローチで退院指導の方法を提案〉している訪問看護

師の活動が語られた。

訪問看護師は、〈病院で指導される手技は基本であることを支持する〉ことと、〈臨機応変なアプローチで退院指導の方法を提案する〉ことで、《入院中の退院指導への後方支援》という活動を行っていることが語られた。

(3) 退院直後から療養生活が成り立つための積極的な環境整備

訪問看護師の退院支援活動として、G看護師は「連携した経験があるソーシャルワーカーが退院のときに訪問看護につないでくれる」と、日ごろの人脈によってタイムリーに退院支援に関われる状況を語っていた。C看護師も「病院のソーシャルワーカーから退院に関する連絡がくるようになってから、退院指導の場が共有できるようになった」と語り、訪問看護師が退院支援活動を開始できるのは、〈退院調整部門に退院患者・家族と訪問看護師をつないで貰う〉からであることが伺えた。一方で、D看護師は「病棟訪問することで患者の要望をいち早く察知してケアマネジャーにつなげた」り、F看護師は「訪問看護師が褥瘡の処置方法や塗布剤の変更を主治医に提案したり専門医につなげる」などの、〈スムーズな退院に向けて連携する職種への積極的な働きかけを行〉っていることが語られた。

訪問看護師は、〈退院調整部門に退院患者・家族と訪問看護師をつないで貰う〉こと、〈スムーズな退院に向けて連携する職種への積極的な働きかけを行〉うという訪問看護師の退院支援活動の一つとして《退院直後から療養生活が成り立つための積極的な環境整備》を実施していた。

(4) 訪問契約前から始まる退院支援の場の共有

訪問看護師の退院支援活動に関して、C看護師は「退院指導の場に居ることが大切」であり、「患者が退院する前から病棟の看護師に絡まないといけない」として、〈退院指導の場を共有することが大切だと思う〉と語っていた。また、D看護師は「医師と一緒に食事介助の方法を教えた」ことや、「医師と一緒に排泄の介助方法を教えた」と、訪問看護師が〈訪問契約外の活動として退院指導する〉実態も語られた。さらに、H看護師は「訪問看護師はケアの内容に制限をかけずに患者が困っていることがあれば対応するようにしている」と語り、E看護師は「患者・家族が自身の望みを実現できる環境づくりをするのが訪問看護師の役割だと思う」と自分の信条を語っていた。このように訪問看護師は、連携する職種が見当たらない場合には、〈業務の範囲を超えた役割を担う〉ことも視野に入れて退院支援活動を行っていた。

〈退院指導の場を共有することが大切〉だと考えている訪問看護師は、実際に〈訪問契約外の活動として退院指導〉をしており、〈業務の範囲を超えた役割を担う〉活動も視野に入れて行動していることが語られた。

2) カテゴリー間の関係：場を共有する訪問看護師の退院支援活動

データから訪問看護師の退院支援活動として4つのカテゴリーが抽出された。この4つのカテゴリーの関係を見出すために図示をした(図1)。図示の結果から、訪問看護師の退院支援活動は、《受け入れて貰える態度で患者・家族に接》することから始まり、一歩下がった態度で《入院中の退院指導への後方支援》を行っていた。退院支援の場に馴染むようになると、《退院直後から療養生活が成り立つための積極的な環境整備》という介入を行うこともあった。これら3つは退院支援の介入の強弱であるが、すべては【訪問契約前から始まる退院支援の場の共有】という前提のうえに実施していた。

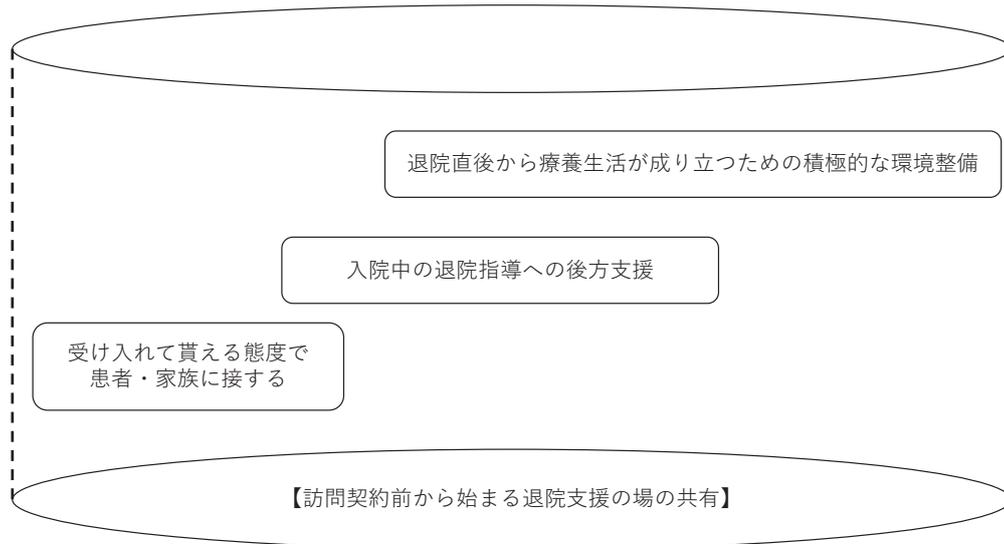


図1 訪問看護師の退院支援活動

VI. 考察

訪問看護師は、訪問契約前から始まる退院支援の場を共有するという前提のもとに、受け入れて貰える態度で接しつつ、入院中の退院指導への後方支援を実施していた。場に馴染むようになると、退院直後から療養生活が成り立つための積極的な環境整備という介入を行っていた。

訪問看護師は療養者・家族、入院先のスタッフとの関係性によって介入に強弱をつけており、場を共有することで、援助関係・連携関係を深める機会を作っていた。

1. 在宅療養への移行を後押しする安心感の提供

退院直後は患者の不安が大きく¹³⁾、重点的な支援が重要であり、関係職種が連携して必要な退院調整や退院前後の指導等に取り組む必要がある¹³⁾とされている。在宅移行期の家族介護者は、訪問看護師を通して病院とのつながりや安心感を求めて¹⁴⁾おり、訪問看護師が実施した退院支援には、家族介護者に安心感を与える効果がある¹⁵⁾ことが報告されている。安心感を提供することの重要性は、看護の世界では自明とされてきたが、安心感に関して突き詰めた研究は多くない。清水・松田¹⁶⁾は、患者は看護ケアの具体的な内容よりも情緒的なサポートにより大きな期待を抱き、その結果、「安心感」と「尊重されたという実感」を抱くようになると述べている。しかし、退院後の療養介護生活は患者自身と家族が当事者であり、何か困ったことが起これば、その対応と責任も降りかかってくる立場である。こうした立場の患者と家族にとっての「情緒的なサポート」というのは、退院後の療養生活に「安心感」を保証することだと考える。

大きな安心感となるのは、入院中に受けている退院指導が、療養生活において即効的で役に立つ知識と技術であるという実感ではないかと研究者は考える。退院後に担当する訪問看護師が、主治医や病棟看護師と共に退院指導をしている様子を見た患者と家族にとって、自分たちが受けている指導は確実に療養生活の役に立つものであるという保証を感じさせていることが推測できる。退院後の受け皿となる訪問看護師が、入院中に療養者と家族に会うことで、安心感を保証する一つになると考える。

2. 場を共有することから始まる退院支援

本調査への協力が得られた訪問看護師は、主治医による退院指導や退院支援の場に同席して、「共に行う」ことに拘った語りが多かった。また、それぞれの専門職がばらばらに説明するのではなく、多職種が同じ時間と場所で、患者と家族に説明することが必要だと語っていた。患者と家族に安心感を提供するために、訪問看護師は必ずしも自分のやり方には拘らずに、〈主治医と共に行う退院指導〉を心掛けていた。また、病棟看護師による退院指導こそが本筋であると心得ており、病棟看護師の後ろに廻って〈個別性を重視した退院指導へのさりげない助言〉をしていた。

退院指導の実施者は、老人保健施設では受け持ち看護師の他に相談員や介護福祉士とされ、病院では受け持ち看護師がその役目を担っているという報告¹⁷⁾がある。他に、医師が実施するのはもちろん、栄養士¹⁸⁾や、薬剤師^{19) 20)}などが退院指導を実施している報告もある。いずれにしても、入院中の患者への退院指導の主体は病院職員であることに変わりなく、多くは病棟看護師であることは想像に難くない。退院支援活動における訪問看護師の一步下がった態度の理由には、退院支援の当事者である病院職員への配慮や、療養者と家族の意向の尊重をしている態度を表現していると考えられる。

また、訪問看護師は、患者・家族への退院指導の場に同席することで、指導内容を共有することに対する意義を認めていたが、「退院時共同指導加算」²¹⁾の利用に関する言及はなかった。制度の利用への関心が薄い中で、主治医とは一緒に退院指導を実施するなどの積極的な共同が語られ、一方で、病棟看護師が退院指導を行っている場面では、患者と家族が退院直後に困らないように“さりげなく”助言することにとどめていた。さらに助言の方法として、病棟看護師に直接話すというよりは、看護師に聞こえるように呟くなど、明確な助言は避けているような語りがあった。訪問看護師からは、病棟看護師と共にいる退院指導への高い認識は読み取れるものの、互いの役割を尊重し、状況に合わせた協力をすることにとどめているようであった。久保²²⁾によると、保健・医療・福祉の連携においては、専門職間の信頼関係はとくに重要であり、「専門職間の信頼関係」とは「一定の距離を保ちながら、それぞれの専門職の役割を認識し、専門職個人を尊重しながら強固なパートナーシップを保つこと」と定義している。本研究では、病棟看護師よりは、医師との間で近い関係になっていることが読み取れた。訪問看護師にとって、入院中だけの関わりである病棟看護師より、退院後も外来や往診などで関係が継続すると考えられる専門職との関係強化の欲求が強くなることは、当然のことと考える。

3. 訪問開始前から始まる契約外の訪問活動

安梅²³⁾は、専門職の果たす機能は大別して二領域に整理でき、直接ケア、相談、個別支援に関わる領域と、業務の組立、調整、管理等、管理者としての機能面にかかわる領域がある。さらに、個別支援にかかわる領域は三分野に分類でき、対象者に対する直接支援に関わる側面、対象者を取り巻く環境に関わる側面、行政、他機関との連携、連絡調整等に関わる側面としている。今回の調査対象者である訪問看護師は、安梅の考える二領域への介入について多く語られた。個別支援にかかわる領域の三分野では、行政との連携に関する内容はなかったものの、概ね専門職の機能²⁴⁾が果たされている様子が語られた。

さらにM. O Mundinger²⁵⁾は、訪問看護師には、「一般的な看護の任務であるケアの医学的管理の責任があるだけでなく、様々の異なる状況の中での各種の資源を駆使し、患者にとって最良のケアが提供されるようにはからうという調整能力も要求される」²⁵⁾と述べている。実際のケアの現場では、「何を優先すべきかということ、その日その日の家族の状況や患者の病状が変化する度に変えてゆかねばならないが、事前の予測が立たないことが多い」。したがって、「考え方が柔軟で適応性があり、工夫ができて機転が利

き」、「どういう具合にケアを続けていくかを素早く決める観察力と判断力」²⁵⁾が必要であると述べられている。

本研究でも、患者にとって最良のケアが提供できるような臨機応変さとして、既成概念にとらわれず柔軟に目的を達成しようとする、〈業務の範囲を超えた役割を担う〉という訪問看護師の活動が語られた。しかし、一方でそのような訪問看護師の活動が、正当に評価されているとはいえない現状があるのではないかと研究者は考えている。退院時共同指導加算（600単位）をみても、訪問看護の単価（1時間未満；834単位）に比べて低い設定のために、訪問件数を減らしてまで実施するには、魅力的な報酬設定とはいえない。現状はまだまだ訪問看護師のボランティア精神に依存した制度設計ではないだろうか。

さらに2000年前後より、退院指導は病棟看護師、退院支援や退院調整は病棟看護師や退院調整部門の看護師や、医療ソーシャルワーカーの役割とみなされており、訪問看護師による病院内での退院支援への関わりは、あまり注目されてこなかったという日本特有の経緯がある。訪問看護師による入院患者との関わりは、病院職員による認知も低く、報酬制度による保障も十分とは言えないのが現状である。

訪問看護師の退院支援活動を積極的に推し進め、退院に不安を抱える患者と家族に安心感を提供し、医療依存度や介護度が重度であっても、療養者が望む場所で療養生活できるような体制を構築することが、これからの地域包括ケアシステムを進めていくうえでも重要であると考えられる。

4. 研究の限界と今後の課題

訪問看護師の退院支援活動を明らかにすることを目的に調査を実施した。その結果、8名と少ないものの、訪問看護師の退院支援活動が、明らかになった部分がある。しかし、本調査を実施した2012年からすでに8年が経過し、着々と地域包括ケアシステムの構築が進んでいる。今後は、退院支援活動を含めた地域包括ケアシステムのなかでの訪問看護師の役割と機能を明らかにしていきたい。

Ⅶ. 結論

訪問看護師の退院支援活動は、《受け入れて貰える態度で患者・家族に接》することから始まり、一歩下がった態度で《入院中の退院指導への後方支援》を行っていた。退院支援の場に馴染むようになると、《退院直後から療養生活が成り立つための積極的な環境整備》という介入を行うこともあった。これら3つは退院支援の介入の強弱であるが、すべては【訪問契約前から始まる退院支援の場の共有】という前提の下に実施していた。そして場における柔軟な訪問看護師の看護活動が、地域包括ケアシステムにおける重要な役割となることが推測できた。

謝辞

本調査を実施するにあたり、調査にご協力いただいた、訪問看護師の方々に心より感謝の意を表したい。さらに、亀田医療大学の宮本真巳教授と聖隷クリストファー大学の本田彰子教授には広い知識と深い見識で本論をまとめる際のご助言をいただき感謝しきれない。また、本論の校閲にご助力くださった和洋女子大学の天谷尚子助教にも感謝申し上げる。本研究は平成15年度文部科学省科研費 15K11815基金の助成を受けて実施した。

利益相反

本研究における利益相反は存在しない。

引用文献

- 1) 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実ら. 退院調整看護師の活動と退院支援における課題. 岐阜県立看護大学紀要. 2006, 6(2), p.35-41.
- 2) 村上紀美子. スムーズな退院支援と在宅移行—米国の訪問看護視察で見た日本の課題—. コミュニティケア. 2007, 9(14), p.66-69.
- 3) Peters, P.; Fleuren, M.; Wijkkel D. The Quality of the discharge planning process; The Effect of a Liaison Nurse. International Journal of Quality in Health Care. 1997, 9(4), p.283-287.
- 4) 原田静香, 杉本正子, 秋山正子ら. 訪問看護師による退院調整への関与に関する分析—通常の退院調整後との比較から—. 順天堂医学雑誌. 2013, 59, p.480-489.
- 5) 厚生労働省. 資料1—2平成24年度介護報酬改定の概要.
<http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000002113p-att/2r98520000021163.pdf>, (参照2016-08-13).
- 6) 日本看護科学学会. 看護行為用語の定義一覧.
http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/codes_top.html, (参照2016-08-13).
- 7) 日本看護科学学会. 看護行為用語の分類, コード領域5.
http://jans.umin.ac.jp/iinkai/yougo/codes_5.html, (参照2016-09-05).
- 8) 宇都宮宏子. 第1章 退院支援・退院調整を理解するための3段階プロセス;これからの退院支援・退院調整. 日本看護協会出版会. 2011, p.10.
- 9) 山田雅子. 序章 退院支援・退院調整をステップアップするために 本書の読み方・活用の仕方, 退院支援・退院調整ステップアップQ&A実践者からの知恵とコツ. 日本看護協会出版会. 2012, p.5.
- 10) 王麗華, 平山香代子. 退院する患者さんにどうかかわる? 看護学生が知っておきたい退院支援と指導のキホン. Clinical Study. 2013, 34(9), p.701-715.
- 11) Kayoko Hirayama.; Lihua Wang.; Masaru Isoyama. Connotations of 3 Concepts for discharge facilitation in Japan. Agenda of Global Human Caring Conference-China. 2016, p.428.
- 12) 全国訪問看護事業協会. 協会概要 訪問看護ステーション.
http://www.zenhokan.or.jp/business_society/member_list/index.html, (参照2016-08-29).
- 13) 永田智子, 村嶋幸代. 高齢患者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因. 病院管理. 2007, 44(4), p.23-335.
- 14) 栗原雄樹, 永田智子, 田口敦子ら. 訪問看護ステーションが利用者の退院前後に行う業務の実態. 日本医療・病院管理学会誌. 2010, 93, p.37-45.
- 15) 伊達久美子. 介護者が訪問看護婦に抱く期待:在宅ケア導入時の経時的変化に視点をあてて. 山梨医大紀要. 1998, 15, p.58-64.
- 16) 清水実重, 松田ひとみ. 臨牀看護場面における看護者への患者の『期待』の構造. 北海道大学医療技術短期大学部紀要. 1997, 10, p.29-38.
- 17) 西田真寿美, 松岡緑, 高見陽子. 退所/退院に関連する看護活動—老人保健施設および内科病棟の看護管理職者の意識調査—. 老年看護学. 2000, 5(1), p.147-155.
- 18) 工藤美香. 嚥下障害者の退院時指導の実際. 臨床栄養. 2011, 119(4), p.462-465.
- 19) 柴田賢三, 二村昭彦, 伊藤知美ら. “お薬手帳”を利用した退院時栄養管理情報提供の取り組みとその評価. 日病薬誌. 2011, 47(6), p.737-741.
- 20) 大野晃子. 透析患者への薬物適正使用 腎センターにおける臨床薬剤師の関わり. 透析会誌. 2008, 41(3), p.180-182.
- 21) 久保元二. 保健・医療・福祉の連携についての概念整理とその課題; 社会福祉援助と連携. 中央法規, 2000, p.108-123.
- 22) 安梅勅江. 保健福祉領域における専門職の専門性の構造に関する研究—保健福祉専門職の連携と共働に向けて—. 月刊地域保健. 1997, 28(8), p.66-80.
- 23) 厚生労働省. 早期の在宅療養への円滑な移行や地域生活への復帰に向けた取組の促進.
http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryohoken/iryohoken15/dl/h24_04-27-12.pdf, (参照2016-08-29).
- 24) M.O Munding. (岡本祐三, 高山佳洋監訳) アメリカの在宅ケアと老人医療保険. 勁草書房, 1986, p.215-216.
- 25) 日本訪問看護財団. 訪問看護に係る報酬のしくみ.
<http://www.kna.or.jp/download.php?dl=vd&filename=訪問看護報酬.doc>, (参照2017-12-05).

平山香代子 (和洋女子大学 看護学部 看護学科 准教授)

王麗華 (大東文化大学 スポーツ健康科学部 看護学科 准教授)

(2020年10月13日受理)