

## 継続看護強化に向けた在宅支援室に求める 支援ニーズの解明と在宅支援事業案の作成

石原逸子<sup>1</sup>、竹橋美由紀<sup>1</sup>、橋本弘子<sup>2</sup>、新田和子<sup>3</sup>、杉原陽子<sup>3</sup>、グレッグ美鈴<sup>1</sup>、池田清子<sup>1</sup>、  
江川幸二<sup>1</sup>、後藤由紀子<sup>1</sup>、江口由佳<sup>1</sup>、谷川千佳子<sup>1</sup>、春名寛香<sup>1</sup>、平野通子<sup>1</sup>

<sup>1</sup>神戸市看護大学、<sup>2</sup>西神戸医療センター、<sup>3</sup>神戸市立医療センター西市民病院

キーワード：継続看護、在宅支援室、支援ニーズ、在宅支援事業案

### Investigating on support needs and constructing effective care transition tasks of the home care service section in an acute care hospital

Itsuko Ishihara<sup>1</sup>, Miyuki Takehashi<sup>1</sup>, Hiroko Hashimoto<sup>2</sup>, Kazuko Nitta<sup>3</sup>, Youko Sugihara<sup>3</sup>,  
Misuzu Gregg<sup>1</sup>, Sugako Ikeda<sup>1</sup>, Koji Egawa<sup>1</sup>, Yukiko Goto<sup>1</sup>, Yuka Eguchi<sup>1</sup>,  
Chikako Tanikawa<sup>1</sup>, Hiroko Haruna<sup>1</sup>, Michiko Hirano<sup>1</sup>

<sup>1</sup>KoBe City College of Nursing, <sup>2</sup>Nishikobe Medical Center, <sup>3</sup>Kobe City Medical Center West Hospital

Key words : care transition, home care service section, support needs, care transition tasks

#### 要旨

**目的**：本研究は、病院側看護師及び訪問看護師を含む在宅支援関係者のB病院在宅支援室に求める支援ニーズを明らかにし、さらに、支援ニーズに基づき在宅支援室事業案を検討することを目的とした。

**方法**：研究参加候補者は、B病院看護師、近隣地域の訪問看護ステーション看護師を含む在宅支援関係者とした。研究デザインは、質的記述的研究とし、フォーカスグループ・インタビューを実施した。データ産出期間は、平成26年7月～12月とし、産出したデータを要約的内容分析し、支援ニーズのカテゴリーを抽出した。さらに、ワークショップを開催し、抽出された支援ニーズのカテゴリーに基づき在宅支援室事業案を検討した。

**結果**：フォーカスグループ・インタビューでは、11名の研究参加者が得られた。分析の結果、6つの支援ニーズ【在宅看護に携わる多職種との連携】【病院や在宅での看護に役立つ情報提供】【病院と在宅とのケアの違いを理解するための取り組み】【在宅ケアに関わる各職種の実践の質の向上のための取り組み】【法的あるいはシステム上の問題解決】【医師とのつながりを推進できる在宅支援室の調整力】を抽出した。ワークショップでは、上記11名の中から5名の参加者が得られ、支援ニーズに対し9つの事業案が提示された。

**考察**：B病院在宅支援室には、実践的協働に向けた在宅側・病院側双方の関係者間のつながりの強化、実践力向上に向けた様々な教育的な取り組み等が求められ、これらに応じた具体的事業案の必要性が示された。

#### I. はじめに

わが国では、少子高齢社会が急速に進み、「団塊の世代」が75歳以上をむかえる2025年には、後期高齢者の人口が現在の約2倍に増加する超高齢社会を迎える（厚生労働統計協会，2014）。それに伴い、多くの国民が、医療や介護を受けながら住み慣れた地域で生活を継続できる保健医療福祉制度の体制の整備が喫緊の課題となっている。したがって、病院から地域につなぐ在宅と医療との連携を強化し、地域にお

ける包括ケアを充実させる対応策をより一層進めていくことが必要である（厚生労働省，2015）。

A市B病院は、市民の生命と健康を守るために、安全で質の高い医療提供を理念とし、地域の中核病院としての機能を担っている。しかし、地域住民の高齢化に伴い医療依存度の高い高齢者が入退院するケースが増加し、それに対し当該病院においても地域医療推進課を中心に入院患者の在宅退院調整を行っている。また、在院日数の短縮化や重症化前の早期入院・退院の必要性の高い患者の増加により、在宅訪

問看護依頼数が、平成 21 年度 380 件から平成 23 年度 741 件と、着実に増加している。それに加え、B 病院が連携を取っている近隣地区では、低収入世帯数、単独高齢者世帯数が増加しており、医療依存度が高く在宅移行の困難な患者を、切れ目なく在宅医療につなぐ、質の高い継続看護の提供が求められている。

B 病院在宅支援室の組織的な位置づけは、地域医療部の下部組織として地域医療推進課に並列するかたちで配置されている。B 病院の地域医療推進課によって行われている地域医療業務は、病院連携業務、看護相談、医療福祉 (MS) 業務、病診・病病連携等がある。当該課は、看護師長を兼務する係長、看護師 4 人、医療ソーシャルワーカー (MSW) 3 人で構成され、認定看護師等による訪問看護師への褥瘡処置や胃瘻留置等に関するケア技術の指導のほか、外来受診患者の悪化予防、訪問看護へのつなぎの仕組みづくり、在宅看護の質の向上や相談対応、地域での看取り支援、認定看護師や専門看護師の実践の場提供等の役割を担っている。一方、このような役割を担っている地域医療推進課は、地域住民や在宅医療関係者にとって使いやすく分かりやすい体制づくり及び院内スタッフが院外に出ていく仕組みづくり等の課題を抱えている。したがって、B 病院「在宅支援室」は、このような背景から、患者、家族のケアに携わる地域医療推進課看護師や B 病院からの退院患者を地域でケアする訪問看護師の継続看護の実践力を強化し、より見えやすく分かりやすい形で患者や患者家族の生活を支援できる組織作りをめざし、平成 25 年度に設立された。

当該病院内では、病棟看護師の約 35% が看護師としての経験年数が 3 年未満であり、在宅療養への対応や在宅関係者との情報交換の実施率は半数程度にとどまっている (院内調査, 2012)。一方、地域医療推進課看護師は、在宅支援に関する経験年数が 10 年以上あり (院内調査, 2012)、B 病院における看護師の在宅看護の経験や知識の差は大きい。さらに現状での在宅支援室は、近隣地区の訪問看護師の看護実践能力や看護実践に取り組む際の思いや考えについても十分把握できていない。よって、B 病院在宅支援室が、病院と在宅をつなぐ継続看護を強化するうえで、どのような支援を図るべきかが明確ではない。

B 病院における前述のような入院から退院、退院後の在宅につなぐ継続看護や退院後の在宅支援におけ

る問題点については、先行研究報告においても指摘されている (大崎, 2009; 篠田, 2007)。一方、病棟看護師や地域医療推進課看護師の継続看護の実践に関する研究では、病院組織として在宅支援室が機能し、多職種をまとめていく等の取り組みが病棟看護師の退院実践につながったことを報告している (土田他, 2013)。したがって、在宅看護のニーズが多様化する中で、病棟看護師から地域医療推進課看護師、さらに訪問看護師との連携を強化し、質を担保したシームレスな看護ケアの提供をサポートできる在宅支援室の体制構築を急ぐ必要がある。

本研究は、B 病院の看護師、B 病院からの退院患者を在宅でケアする訪問看護師及び在宅支援関係者を対象に、在宅支援室に求める支援ニーズを明らかにし、そのうえで、在宅支援室が実施できる事業内容案を検討することを目的とする。

## Ⅱ. 研究方法

### 1. 用語の定義

本研究では在宅支援を次のように定義し用いる：医療依存度が高く在宅移行の困難な患者を、質の高い看護ケア提供により切れ目なく在宅医療につなぐ体制。

### 2. 研究デザイン

フォーカスグループ・インタビューとその後のワークショップによる質的記述的研究。

### 3. 研究参加候補者と研究参加者の選定方法

研究参加候補者は、平成 25 年度、B 病院在宅支援室が関わった在宅医療事例に同行した病棟看護師、地域医療推進課の所属看護師ならびに、在宅看護の引き継ぎを依頼した訪問看護ステーション等 (合計 6 か所) から合計 20 名程度を予定した。

B 病院の研究参加候補者は、B 病院看護副部長に研究を依頼し、看護副部長から外来師長を通じて上記看護師の紹介をお願いして得られた。研究参加者は、紹介された研究参加候補者に依頼状を送付し、研究参加候補者からの返信後、本人に直接説明し同意の得られた者とした。一方、院外の施設については、副看護部長より、B 病院からの退院患者を地域で継続的にケア・対応している居宅介護支援センターを含

む訪問看護ステーション8施設を紹介され、直接これらの施設の責任者に研究依頼状等を送付し、訪問看護師及び介護支援専門員（ケアマネージャー）の紹介をお願いした。なお、ワークショップへの参加は、研究内容を説明し、フォーカスグループ・インタビューへの参加と同時にワークショップへの参加の有無を確認し、同意を得た者とした。

#### 4. 調査方法

フォーカスグループ・インタビュー：研究方法は、研究参加者より、在宅支援室へ求める支援ニーズを明らかにする目的で、グループ面接方法の一つであるフォーカスグループ・インタビューを用いた。具体的には、グループメンバーが自由に意見を交わしながらそこから生じるグループダイナミクスを利用し、「医療依存度の高い患者を在宅医療につなぐときに感じている困難さや課題について」「病院から在宅へのシームレスな看護ケアに必要な看護師間の連携について」「継続看護に必要な病院看護師の実践力向上、在宅での訪問看護師の実践力向上」などをインタビューガイドとし、討論してもらった。なお、フォーカスグループ・インタビューのファシリテートの方法については、大学側研究者、臨床側研究者双方が質的研究を行っている研究者より助言・指導を受け、研究メンバー全員で文献を用いて事前に確認した（ヴォーン, 2002）。フォーカスグループ・インタビューの司会は、大学側研究者が行い、インタビューガイドに沿ってグループでの話し合いが進むよう配慮した。なお、フォーカスグループ・インタビューの司会者以外の主なファシリテートは、リエゾン専門看護師や老年看護専門看護師である臨床側研究者を中心に行った。その理由は、大学側研究者は、実践で行われている継続看護や在宅支援の実際を周知しておらず、ファシリテーターとして適任ではないと判断したからである。

グループセッションは、1-2回、1回に90分程度を予定し、許可を得て録音し、逐語録としてまとめた。

ワークショップ：次に、研究グループ主催によるワークショップを開催し、フォーカスグループ・インタビューで明らかにされた支援ニーズのカテゴリー、サブカテゴリー結果を事前に提示し、B病院在宅支援室が実施できる／提供可能な支援事業内容案について意見を求め、出された意見を中心に在宅支援室で実施可能な継続看護の実践力向上のための事業内容（案）とし

て検討した。

#### 5. データ分析方法

フォーカスグループ・インタビュー：収集したデータは逐語録として起こし、データ分析は、要約的内容分析（Summarizing Content Analysis; Uwe, 2002）を参考におこなった（濱吉, 2011）。具体的には、分析テーマ「在宅支援室に求める支援ニーズ」と設定後、テーマに関する文章を抜き出し、文節に区切り、それらを意味のまとまりごとに「言い換え」分析単位とした。さらに、分析単位の内容が似通っているものについて「要約」してまとめ、コード単位とした。コード単位で意味内容が類似するものをまとめて文脈単位とし、その類似性に沿って抽象度を上げながらサブカテゴリー、カテゴリー化した。データ分析の信頼性を高める為、3名の研究者が分析を行い、その結果について研究メンバー間で検討し合意を得た。

ワークショップ：ワークショップで出された事業案の具体的内容は、フォーカスグループ・インタビュー結果のカテゴリーごとに分類化し、ニーズに応じた対応策と対応策の具体的事業案としてまとめた。

#### 6. 研究の倫理的配慮

研究計画の実施と実施にかかる倫理的配慮については、著者らが所属している大学倫理委員会にて承認を受けた。協力依頼に際しては、研究参加の自由、匿名性の保持、結果の公表等について依頼状にて説明し、書面による同意を得た。

### Ⅲ. 結果

#### 1. 研究参加者の概要

B病院から2名の看護師、4つの訪問看護ステーションから7名の訪問看護師、1居宅介護支援施設から2名の介護支援専門員、合計11名の研究参加者が得られた（表1）。フォーカスグループ・インタビューは、90分間、第1回目5名、第2回目6名の研究参加者に分けて実施した。

さらに、その後のワークショップは、前述の11名中から5名（病院側看護師1名、訪問看護師2名、介護支援専門員1名）の研究参加が得られ、90分1回の開催とした。



表 1. 研究参加者の背景

施設別	病棟など		経験年数
B病院	一般外来	A 看護師	15 年
	外来化学療法センター	B 看護師	21 年 6 か月
訪問看護 ステーション	訪問看護 ステーション L	C 看護師	19 年
	訪問看護 ステーション M	D 看護師	7 年
		E 看護師	9 年
	訪問看護 ステーション N	F 看護師	8 年
		G 看護師	2 年
訪問看護 ステーション O	H 看護師	12 年	
	I 看護師	18 年	
居宅介護 支援施設	居宅介護支援 センター P	J 介護支援 専門員	6 年
		K 介護支援 専門員	5 年

## 2. 分析結果

### 1) フォーカスグループ・インタビューの結果

フォーカスグループ・インタビューから分析単位の内容の共通性、類似性の観点から分類し、要約した結果、言い換えたコード単位は 103 となった。さらにそれらから抽出された文脈単位は 45、サブカテゴリーは 24 となった。最終的に 6 つの支援ニーズのカテゴリーに集約できた。以下、カテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』文脈単位を〈 〉で示す。

【在宅看護に携わる多職種との連携】は、23 のコード、8 つの文脈単位、6 つのサブカテゴリーで構成される。在宅支援室へのニーズとして『意思疎通が困難な他職種との連携の促進』を望んでおり、その理由には、日頃から分かりあえている〈特定のヘルプステーションを活用することでのメリット〉があるが、〈在宅支援室などのスタッフが変わることで連携の取りにくさ〉が生じ、さらに〈外部の理学療法士との意思疎通の困難さ〉を感じていた。『看護と介護の視点の違いを理解した上での連携』では、看護と介護職の違いを十分理解し、まったく異なる施設で働きながら共

表 2. フォーカスグループ・インタビューより抽出された在宅支援室に対する支援ニーズ

カテゴリー	サブカテゴリー
在宅看護に携わる多職種との連携	意思疎通が困難な他職種との連携の促進
	看護と介護の視点の違いを理解した上での連携
	医師の在宅医療についての配慮
	介護支援専門員と利用者や医師をつなぐための看護師の仲介
	部署を超えた多職種間の連携
	多職種の互いを尊重した姿勢
病院や在宅での看護に役立つ情報提供	病院や在宅での看護に役立つ情報提供
病院と在宅とのケアの違いを理解するための取り組み	病院と在宅のズレを埋めるための退院カンファレンス
	病院看護師と訪問看護師の人事交流
	在宅を見据えた病院での退院指導
	病院看護師の在宅療養のイメージ化
在宅ケアに関わる各職種の実践の質向上のための取り組み	在宅支援室や病院主導での訪問看護師の教育
	病院の認定看護師の協力による訪問看護師の専門性の向上
	訪問看護にかかわる多職種の専門性を高める為の連携
	訪問薬剤師のレベルアップ
	看護師全体のレベルアップ
	介護支援専門員のレベルアップ
	ヘルパーへの医療機器の使用に関する支援
	ヘルパーのケア能力向上の研修
ヘルパーが患者の病態を理解するための教育	
法的あるいはシステム上の問題解決	ヘルパーのマンパワーの充足
	病院と在宅ケアの連携に関するシステム上の困難さの解決
	在宅医療に適した法的整備
医師とのつながりを推進できる在宅支援室の調整力	医師とのつながりを推進できる在宅支援室の調整力

通理解を図ること、共有し合える関係の大切さが語られた。『医師の在宅医療についての配慮』では、退院支援のための連携を図る余裕のないまま退院が決まる等〈医師の在宅医療について配慮不足〉で困っていることが語られた。『介護支援専門員と利用者や医師をつなぐための看護師の仲介』、『部署を超えた多職種間の連携』では、多職種をつなぐ仲介や調整へのニーズが出され、『多職種の互いを尊重した姿勢』では、介護支援専門員に対する看護師の対応の不満が述べられた。

【病院や在宅での看護に役立つ情報提供】は、病院から在宅あるいは在宅から病院と、切れ目のない患者ケアに必要な双方向の情報交換について語られた9つのコード、5つの文脈単位から成る。1つのサブカテゴリーは、カテゴリーと同様の文言で抽象化し、看護に役立つ情報提供として〈互いの看護サマリーの内容検討の必要性〉〈在宅看護に必要な情報がほしい〉〈在宅支援室のスタッフが患者理解を深めた情報をくれることへの要望〉〈訪問看護ステーションから病院での看護に必要な情報がほしい〉〈壁のない気軽な情報交換〉等の必要性が示された。

【病院と在宅とのケアの違いを理解するための取り組み】は、16のコードと6つの文脈単位で成り、4つのサブカテゴリー『病院と在宅のズレを埋めるための退院カンファレンス』、『病院看護師と訪問看護師の人事交流』、『在宅を見据えた病院での退院指導』、『病院看護師の在宅療養のイメージ化』で構成される。特に『在宅を見据えた病院での退院指導』では、訪問看護師から〈病院での退院指導のあり方〉への要望が出され、また、退院時に〈家族がもつ退院後のイメージのギャップを最小限にする関わりの必要性〉が提示された。

【在宅ケアに関わる各職種の実践の質向上のための取り組み】は、35のコードと17の文脈単位で成り、以下9つのサブカテゴリーで構成される。『在宅支援室や病院主導での訪問看護師の教育』、『病院の認定看護師の協力による訪問看護師の専門性の向上』、『訪問看護に関わる多職種の専門性を高める為の連携』、『訪問薬剤師のレベルアップ』、『看護師全体のレベルアップ』、『介護支援専門員のレベルアップ』、『ヘルパーへの医療機器使用に関する支援』、『ヘルパーのケア能力向上の研修』、『ヘルパーが患者の病態を理解するための教育』。例えば、『在宅支援室や病院主導での訪

問看護師の教育』では、病院での臨床経験の後に訪問看護師として実践する場合の困難さについて述べられ〈病院の看護経験者に対する訪問看護についての教育上の課題〉と言い換えた。また、ヘルパーの能力や知識について様々な考えが述べられ、具体的には、吸引等の技術について研修を受けているヘルパーやヘルパーステーションが多くないと〈医療依存度の高い患者に対するヘルパー利用上の壁〉が存在し、〈介護職に対するケア研修の必要性〉を感じ、また、介護職の価値観や個人差の違いから〈ヘルパー人材の質の確保の難しさ〉を実感しており、これらを『ヘルパーのケア能力向上の研修』とした。

【法的あるいはシステム上の問題解決】については、9つのコードを5つの文脈単位に言い換え、以下の3つ『ヘルパーのマンパワーの充足』、『病院と在宅ケアの連携に関するシステム上の困難さの解決』、『在宅医療に適した法的整備』で構成している。例えば、『病院と在宅との連携に関するシステム上の困難さ』では、病院と在宅をつなぐ切れ目のない退院支援や在宅ケアにおける様々な制度上の不備に関し〈在宅ケアについての相談を病院看護師にする場合のシステム上の壁〉〈病院看護師が在宅訪問する場合の医療費の支払いに関する不便〉〈ケースワーカーが電話対応すると話が通じない〉等の居宅介護支援の観点の問題が述べられた。さらに、訪問看護ステーションでは、吸引等の技術についてヘルパーに学んでほしいが、〈ヘルパーのマンパワー不足で研修に出すことも厳しい〉ことが述べられ『ヘルパーのマンパワーの充足』とした。また、生活者主体の在宅ケアを実践する際に、関係者に対する様々な法的規制があり思うような介護やケアができない等が語られ『在宅医療に適した法的整備』とした。

【医師とのつながりを推進できる在宅支援室の調整力】は、11のコードを4つの文脈単位に言い換え、1つのサブカテゴリー『医師とのつながりを推進できる在宅支援室の調整力』で構成している。具体的には〈在宅ケアに理解のない主治医の場合の在宅支援看護師の調整力への期待〉があり、〈多くの外来を受診している患者の場合、指示書を記載する医師の決定に関する在宅支援看護師の調整の必要性〉が大切であり、居宅介護支援の立場から〈病院の在宅医との調整の難しさ〉があり、また〈在宅支援室を通してかかりつけ医につないで欲しい〉等のニーズが示され、退院時から在宅へ、さらには在宅ケアにおける医師との連携の困難

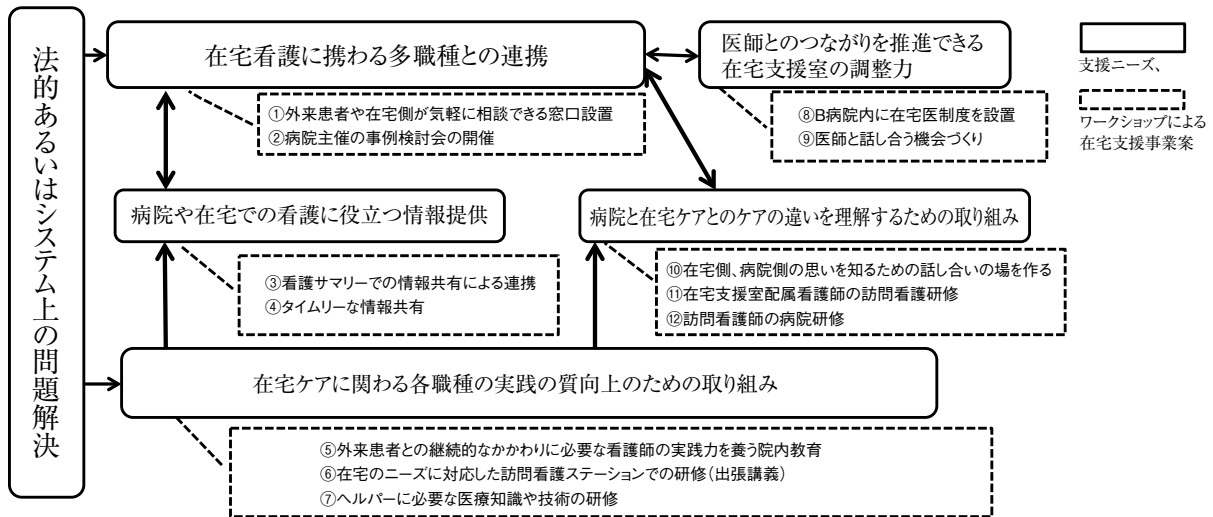


図1. 在宅支援室に求める支援ニーズと在宅支援事業案

さが存在し、在宅支援室への期待が語られた(表2)。

2) ワークショップの結果

上記のフォーカスグループ・インタビュー結果に基づき、6つのカテゴリー、24のサブカテゴリーを参考に「在宅支援室に求める支援ニーズに対応した具体的事業内容とは?」をテーマにワークショップを開催し、話し合いの結果、9つの具体的な事業案が出された(図1)。

【在宅看護に携わる多職種との連携】としては、現在の地域医療推進課は、ほとんどが入院患者を対象としており、入院歴のない外来患者を、在宅支援室に繋ぐことが難しいとの指摘があった。それより、(入院歴のない)外来患者あるいは在宅側のニーズを吸い上げられるような体制作りの必要性が提案され、在宅支援室に期待する具体的対策案としては、①外来患者及び在宅側が気軽に相談できる窓口を設置し、よろず的に困っている外来患者の相談を受ける。病院看護師、訪問看護師双方をつなぐ場として②病院主催の事例検討会の開催等の具体案が出された。

【病院や在宅での看護に役立つ情報提供】では、病院看護師、訪問看護師それぞれのニーズに応じた情報共有の必要性について、以下の2つの具体的対策案が出された。③看護サマリーでの情報共有による連携;病院側・在宅側双方がほしい情報を記入できるような看護サマリー用紙の工夫をする。④タイムリーな情報の共有;患者が入院した場合、病院看護師は入院からその翌日までに、患者の1日の日常生活スケジュール、すなわち、早期に患者の詳細な生活状況等の情報を得る必要があり、記録用紙の工夫や連絡調整等

に対応する案が出された。

【在宅ケアに関わる各職種の実践の質向上のための取り組み】では、⑤外来患者に対し継続的に関わることができよう、在宅で患者が困っている状況を察知できる能力等の看護実践力を養う院内教育の実施。小規模ステーションの訪問看護師は研修機会も少なく、研修を受ける時間的余裕がない為、⑥認定看護師(Certified Nurse; 以下CN)や専門看護師(Certified Nurse Specialist; 以下CNS)による訪問看護ステーションへの出張講義を実施する。また、生活しか見ることができないヘルパーと医療知識や技術の有するヘルパーの介護能力の高低が問題とされており、⑦ヘルパーに必要な医療知識や技術の研修案が出された。

【医師とのつながりを推進できる在宅支援室の調整力】では、介護支援専門員からは、⑧B病院内に在宅医を置く案が出され、在宅支援室事業の一端として、⑨医師と話し合う機会づくりが提案された。

【病院と在宅とのケアの違いを理解するための取り組み】では、⑩在宅側、病院側の思いを知るための話し合いの場を設けること。また、⑪在宅支援室配属看護師の訪問看護研修や⑫訪問看護師の病院研修の機会を設ける案も出された。

【法的あるいはシステム上の問題解決】では、問題解決の為の具体的事業内容案は出されなかったが、利用者のサービス(保険等)が変更された際、例えば、介護保険から医療保険に変わった場合、介護支援専門員に連絡が届かないことが多く、連携していくシステムを整備することの必要性が語られた。



## IV. 考察

### 1. 継続看護に携わる関係職種間の連携と協働への支援

本研究結果で抽出された病院看護師及び訪問看護師がB病院在宅支援室に求める支援ニーズの1つは、継続看護推進のために【病院と在宅におけるケアの違いを理解するための取り組み】であった。その為には、『病院と在宅のズレを埋めるための退院カンファレンス』や『病院看護師と訪問看護師の人事交流』などを実施する。さらに、【病院や在宅での看護の役に立つ情報を提供】する等であった。例えば、この点についてワークショップでは、“看護サマリーを用いたタイムリーな情報共有”が在宅支援室事業案として出されている。このような共同実施による機会の共有は、相互を尊重し合う協働関係の構築のきっかけを作り、さらにこのような関係作りを通じて【在宅看護に関わる多職種との連携】を実現化できると考える。長江ら(2011)は「生活と医療を統合する継続看護の枠組」において「人ととのつながりを統合する」ことの重要性を指摘している。つまり、看護師が関係者の考えや価値観を調整し協働することによって「患者・家族を中心にし、それぞれの思いを尊重する最善の医療やケアの方法」の実施につながり、このような連携と協力こそ倫理的な意思決定を支援する実践であるとしている(長江, 2014, P5)。本研究結果においても、多職種間で連携することの困難さはあるが在宅での看護を推進していくためには、看護や介護、理学療法等それぞれの違いを十分理解し、それぞれの役割を共有することの重要性が語られていた。さらに、ワークショップでは、病院側・在宅側の思いを知る為の話し合いの場や外来患者や在宅側のニーズを吸い上げられるような体制づくり等の必要性が出されている。これらの結果から、B病院在宅支援室の取り組みとして、実際の事例などを他職種で検討し、相互に必要な情報を必要な時に入手できる統一した記録用紙の導入等、連絡調整やつながりを強化できる事業実施の重要性が示唆された。

### 2. 継続看護に関わる各職種の実践力の向上への取り組み

高齢者の増加に伴い、今後、益々在宅での看取りや在宅療養者が増加していく中、継続看護や在宅ケアに携わる関係職種の質向上は喫緊の課題である。例えば、患者の退院後の生活がイメージできない、在

宅療養への理解不足、患者の退院を最終目標としている等、病院で退院支援に関わる看護師の継続看護実施の困難さが指摘されている(篠田, 2007; 大崎, 2009)。本研究結果においても、『在宅を見据えた病院での退院指導』『病院看護師の在宅療養のイメージ化』の必要性について【病院と在宅ケアの違いを理解するための取り組み】の括りで抽出されている。さらに、ワークショップでは、在宅支援室に配属されている看護師の訪問看護研修や在宅現場との情報交換の必要性が議論され、在宅支援室の事業として実施することが提案された。入院患者の在宅での暮らしの理解が深まれば、退院後の在宅療養や具体的な看護ケアの予測ができ、より患者の病状や経済状態に応じた持続的な退院支援が可能となる(潮, 2013)。

また、継続看護に関わる各職種の実践力としては、訪問看護師、訪問薬剤師、看護師全体、介護支援専門員、ヘルパー等【在宅ケアに関わる各職種の実践の質向上のための取り組み】の必要性が示された。看護師全体については、病院が退院支援部署等を設置し、そこに看護師を配置し病棟全体の勉強会を実施する等の取り組みを行うと、病棟看護師の退院支援につながったとする報告(土田, 2013)があるように、在宅支援室が次のような取り組みをすることは重要である。例えば、現行の訪問看護師への同行訪問を継続して行い、病院看護師の継続看護への意識強化を行い、退院後の生活をイメージした具体的で現実的な退院計画の立案ができる能力を養う等である。さらに、看護師以外の多職種については、在宅ケアに携わる関係者を招いての院内で研修会を開催する。研修の機会は、多職種間での相互の役割を認識できるとともに、協働のプロセスを積み重ねることでチームの中でそれぞれの専門性を発揮することを学ぶことが期待できる。さらに、ワークショップでも指摘があったように、ヘルパーの実践の質の向上は必要である。しかしある程度の医療の知識や技術を持つヘルパーの養成については、小規模ステーションのマンパワー不足や経済的・時間的制約(日本訪問看護振興財団, 2007)があり、困難を伴うことが予測できる。本結果の具体的な事業案として、訪問看護師、介護支援専門員の実践力の向上を目的に、病院CNやCNSによる訪問看護ステーションへの出張講義等提案されたが、訪問看護師、介護支援専門員の実践力の向上ばかりでなく、ヘルパーのスキルアップもこのような機会を利用し考慮していく等

の工夫が必要である。

### 3. 在宅ケア推進と社会的整備

本研究のフォーカスグループ・インタビュー結果では、在宅医療の【法的あるいはシステム上の問題解決】が抽出された。平成 27 年 3 月 9 日に地域医療構想及び在宅医療の充実について、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備の概要」が公開された(厚生労働省, 2015)。関係法律の整備の趣旨は、持続可能な社会保障制度の確立を図るための改革の推進と効率的かつ質の高い医療提供体制と地域包括ケアの構築をめざすものである。具体的には、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善をめざし、これらの事業基金として、国の消費税財源を地域医療介護総合確保基金として都道府県に交付する内容となっている(厚生労働省, 2015)。特に、在宅医療と介護の連携にかかる事業は、平成 27 年度より介護保険法の地域支援事業における在宅医療・介護連携推進事業として位置づけられ、本研究結果において在宅支援室事業案の一部として提示された医療・介護関係者の情報共有の支援、医療・介護関係者の研修などは、当該基金の事業内容の位置づけとなっている(厚生労働省, 2015)。よって、在宅医療を推進させるための法的整備体制が進んでいくことで、必要人材のマンパワーの充足やシステム上の困難さの解決が進むことが期待できる。

法的整備の進展に期待するとはいえ、在宅医療や介護の推進には、病院側や在宅側の多職種と連携できる病院医師や在宅医の存在は、不可欠である。本研究結果においても、在宅支援室が中心となり医師とのつながりを推進できる調整力を持つことへの強い要望が出された。上記基金に関連する「地域医療総合確保促進会議」において、在宅療養を理解し、家族や患者に説明できる急性期医療を担う医師の教育と人材の確保の重要性が提言されている(厚生労働省, 2014)。今後、この基金を通じた具体案が実行に移されることによって在宅医療に対する医師の関心と理解が深まれば、B 病院在宅支援室において病院医師及び在宅医との調整がより有効に働くことが期待できる。

### 4. 本研究の限界

本研究は本学地(知)の拠点整備事業における B

病院看護師との共同研究である。したがって、研究結果は、A 市 B 病院における地域性と在宅支援室の活動に限定された内容となっている。さらに、インタビューに参加した病院看護師は 2 名であり、病院看護師の支援ニーズの反映としてはかなり弱いと考える。本研究は、継続研究として平成 27 年度も在宅室支援事業の実践に向けてアクションリサーチを行っているが、今後は、外来師長及び在宅支援室師長を通じて各部所から 5 名程度の研究参加候補者を紹介していただく等、研究参加者のリクルートを工夫し、病院側看護師の参加を多くしたい。

ヘルパー等のマンパワーの充実や研修の実施、在宅ケアを推進するための法的整備等が、支援ニーズとして提示された。これらのニーズは、在宅支援室で病院側 CNS、CN によるヘルパー研修等、1 部分は実施できたとしても、法的整備については、病院の在宅支援室の能力を超えた内容である。この点については、フォーカスグループ・インタビューでの臨床側研究者によるファシリテートの影響の可能性があり、本研究の限界でもある。

### 5. まとめ

フォーカスグループ・インタビューの結果、病院看護師・訪問看護師、在宅関係者の在宅支援室に対する支援ニーズが明らかになった。B 病院在宅支援室の継続看護を強化していく取り組みとしては、病院・在宅双方の看護に役立つ情報の共有、双方のケアの違いを理解する機会を設ける等が必要である。さらに、このようなニーズに応えることで、在宅看護に携わる多職種との連携が図られることも示唆された。また、在宅ケアに関わる各職種の実践の質を上げていくこと、さらには、病院の在宅支援室の役割を超えた提案ではあるが、在宅医療の制度やシステムにおける課題解決の必要性も示された。

### 文献

- 濱吉美穂, 松岡千代(2011). 臨床看護師に対するエビデンスに基づく高齢者のせん妄予防ガイドラインを使用した教育的介入. UH CNAS, RINPC Bulletin. 18, 65-80.
- 厚生労働統計協会(2014). 国民衛生の動向. 61(9), 119-233, 厚生労働統計協会



- 厚生労働省 (2015). 地域における医療及び介護を総合的に確保するための基本的な方針 (案). 検索月日 2015 年 9 月 15 日, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000075516.html>
- 厚生労働省 (2015). 地域医療構想及び在宅医療の充実について. 検索月日 2015 年 9 月 15 日, [www.mhlw.go.jp/stf/seiseisakunitsuite/Bunya/0000061944.html](http://www.mhlw.go.jp/stf/seiseisakunitsuite/Bunya/0000061944.html)
- 厚生労働省 (2014). 第 3 回医療介護総合確保促進会議「総合確保方針 (案)」について (9 月 8 日). 検索月日 2015 年 9 月 15 日, <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi2/0000061041.html>
- 長江弘子, 谷垣静子, 乗越千枝, 他 (2011). 生活と医療を統合する継続看護の思考枠組みの提案, *INR*, 35 (4), 89-94.
- 長江弘子編著 (2014). 生活と医療を統合する継続看護マネジメント, pp.2-9, 医歯薬出版.
- 大崎瑞恵, 大竹まり子, 赤間明子, 他 (2009). 地域中核病院看護部の退院支援教育が病棟看護職の知識・行動へ及ぼす効果, *日本看護研究学会雑誌*, 32 (4), 111-119.
- 篠田道子編 (2007). ナースのための退院調整－院内チームと地域連携のシステムづくり, pp84-86, 日本看護協会出版会.
- S. ヴォーン, J.S. シェーム, J. シナグブ (2002). グループインタビューの技法, 井下理監訳, pp.20-71, 慶応義塾大学出版株式会社.
- 土田美樹, 大竹まり子, 森鍵祐子, 他 (2013). 医療処置が必要な患者の退院支援における組織的取り組みと病棟看護職の実践, *日本看護研究学会雑誌*, 36 (4), 39-46.
- 潮由美子, 森下安子 (2013). 在宅移行期における訪問看護師が取り組む病棟看護師との協働, *高知女子大学看護学会誌*, 38 (2), 108-117.
- Uwe, F. (2002). *Qualitative content analysis, An introduction to qualitative research*, 2nd ed., pp.190-195, SAGE Publications.