

原 著

## 患者・家族に対する在宅療養移行支援における 病棟看護師の臨床判断

Clinical judgment in ward nurses: support for the patients  
and their families for transition to home care

石川 倫子, 丸岡 直子

Ishikawa Noriko, Maruoka Naoko

石川県立看護大学

Ishikawa Prefectural Nursing University

### キーワード

在宅療養移行支援, 病棟看護師, 臨床判断

### Key words

support for transition to home care, ward nurses, clinical judgment

### 要 旨

本研究の目的は、患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断を明らかにすることである。研究デザインは質的記述的研究手法を用いた。研究参加者は看護師経験5年以上の在宅療養移行支援の経験を有する病棟看護師10名であった。データ収集方法は半構成的面接法を用いた。分析の結果、4つのカテゴリが抽出された。病棟看護師は、患者・家族に対し在宅療養移行支援を進めるにあたって、まずは病状と共に揺れ動く【在宅に帰る患者の真意をつかみ】、その真意に添うように【患者と家族の意思をすり合わせ】ながら、【在宅に帰るタイミングを見極め】ていた。そして在宅に帰るタイミングに合わせて【患者の望む生活に近づける方法を患者・家族とともに決めて】いた。この過程で、病棟看護師は常に在宅に帰る患者の真意を判断の拠りどころにしていた。

### Abstract

The objective of this study was to clarify the clinical judgement made by ward nurses in providing home care transition support for patients and families. A qualitative descriptive approach was adopted for the study design. The participants included 10 ward nurses with at least 5 years of experience in home care transition support. Data were collected using semi-structured interviews, and four categories were extracted as a result of analyzing the data. In promoting home care transition support for patients and families, ward nurses began by “gaining an understanding of the true intentions of patients returning home,” which shifted as their medical condition changed. To realize those true intentions, they

“determined the timing of the patient’s return home” while “reconciling the intentions of the patient and the family.” Furthermore, in accordance with the timing of the patient’s return home, ward nurses “decided together with the patient and family how to create an environment as close as possible to that desired by the patient.” In this process, ward nurses always used the true intentions of the patient returning home as the foundation for their decisions.

## はじめに

超高齢社会を迎え、医療と介護を必要とする生活を余儀なくされる高齢者は増加の一途である。この超高齢社会への医療政策は、「治す医療」から「治し、支える医療」へと転換を図り、2014年には医療介護総合確保推進法を制定し、都道府県による医療機能の分化・連携を強化した地域医療構想の策定が進められている。このような現状の中で、看護師には患者が安心・納得して退院でき、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できる在宅療養移行支援を行うことが求められている。中でも病棟看護師一人ひとりには、これまで以上に患者の入院時から、病態予測と退院後を見据えた療養生活をすり合わせながら、適時適切に在宅療養移行支援を行う力が求められると同時に、この能力を高めることが喫緊の課題である。特に療養生活の支援者として、入院患者に対する病態予測、患者・家族の在宅療養への意思や介護者の医療処置に対する力量から在宅療養の可能性を判断する力、在宅で必要かつ実施可能なケアの選択、在宅で起こりうる問題を予測するなどの臨床判断能力を高める必要がある。また増加する医療依存度の高い患者の在宅療養移行支援には、入院中の病態変化や患者・家族の在宅療養への意思の変化に合わせた判断も必要となり、病棟看護師のより専門的かつ自律的な判断が期待されている。さらに切れ目のない在宅療養移行支援を行う上では、病棟看護師と退院調整看護師および訪問看護師とで協働・連携をすることが重要である。潮ら<sup>1)</sup>は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を明らかにし、病棟看護師のみの支援では「在宅で起こりうる問題の予測・予防、ケアマネジメント」は十分にできないと指摘している。これらのことから、病棟看護師の多職種との協働・連携をも含めた在宅療養移行支援における臨床判断を高めることは重要であり、この能力を高める教育を臨床現場の中で行っていく必要がある。

病棟看護師を対象とした在宅療養移行支援に関する研究は、終末期がん患者の在宅移行を支援す

る看護師の認識・認知<sup>2-4)</sup>や退院患者に提供された看護サービスの実態から見た退院調整における病棟看護師の役割<sup>5) 6)</sup>が明らかにされている。また退院調整看護師の看護判断内容<sup>7)</sup>や過程<sup>8) 9)</sup>も明らかにされている。しかし在宅療養の移行に向けて、患者・家族と合意形成を繰り返しながら、「意思決定支援」と「自立・自律支援」を担う病棟看護師の臨床判断に関する研究は行われていない。

そこで本研究では、病棟看護師は在宅療養移行支援において何をどのように判断をしているのかを明らかにすることを目的とした。この結果は、看護師の在宅療養移行支援における臨床判断能力を高める教育プログラム開発の基礎的資料とする。

## 用語の定義

本研究では、「在宅療養移行支援」、「病棟看護師の臨床判断」、「在宅」を以下のように定義した。

在宅療養移行支援：患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援<sup>10)</sup>

病棟看護師の臨床判断：病棟看護師が患者・家族の何を捉え、捉えた情報を解釈し、どのような支援をどのように行うかを決定する過程

在宅：患者の住み慣れた居場所

## 研究方法

### 1. 研究デザイン

本研究は、病棟看護師が在宅療養移行支援において何をどのように判断をしているのかを明らかにするために、質的記述的研究方法を選択した。

### 2. 研究参加者

研究参加者の選択条件は、①看護師経験5年以上、②自らの看護実践に対する判断を語ることができる、③これまでに在宅療養移行支援の経験を持つとした。研究参加者の選出は、看護部長および退院調整看護師に、研究参加者の条件を満たす病棟看護師の選出を依頼し、選出された病棟看護師に研究者が病院を訪問し、口頭と文書にて依

頼をした。本研究の主旨を理解し、研究への協力及び同意が得られた研究参加者は10名であった。

### 3. データ収集方法および期間

半構成的面接法を用いた。面接内容は、「これまで経験した在宅に移行した患者に対して、何をどのように考え在宅療養移行支援を行ったのか」を聴き、自由に語るができるよう配慮しながらあくまでも自然な対話を心がけた。面接内容は研究参加者の許可を得て録音した。面接時間は平均32.2 (26-47) 分であった。

データ収集期間は平成26年11月～平成27年3月であった。

### 4. 分析方法

面接により得られた全データを分析対象とし、逐語録を作成し熟読した。得られたデータの中から「何をどのように判断したか」の視点で、データの意味を文脈に沿って解釈し、コード化した。抽出されたコードを類似と差異の視点で比較検討し、同様の判断を表すコードを分類しまとめ、抽象度を上げ、カテゴリを抽出した。得られたカテゴリの相互関係性から、過程を導き出した。

なお、分析における結果の真実性を確保するために、質的研究方法について経験を積んだ在宅療養移行支援に精通した研究者からスーパーバイズを受けた。

### 5. 倫理的配慮

本研究を行うにあたり、研究参加者には、個別に研究の主旨、面接の方法、研究協力は自由意思であり途中辞退が可能であること、プライバシーを守り匿名性を厳守すること、研究論文として公表することを文書と口頭で説明し、同意を得た。

なお、本研究は石川県立看護大学倫理委員会（看大第752号）および研究参加者の所属病院の倫理委員会の承認を得て実施した。

## 結 果

### 1. 研究参加者の属性

研究参加者の所属施設は4施設で、その概要は急性期医療を提供する中規模病院2施設、大規模病院1施設、慢性期医療を提供する中規模病院1施設で、4施設すべてに退院調整を行う部署、退院調整看護師等がいた。

研究参加者は、表1に示すとおり10名で、男性1名、女性9名であった。平均年齢は35.2 (27-46)

表1 研究参加者の属性

参加者	年齢	性別	看護師 経験年数	在宅療養移行支援 経験年数
A	30代	女	12	6
B	40代	女	21	10
C	30代	女	17	6
D	20代	女	6	4
E	20代	女	6	4
F	30代	女	8	4
G	20代	男	5	4
H	30代	女	16	8
I	40代	女	24	16
J	40代	女	19	4

表2 患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断

カテゴリ	サブカテゴリ
在宅に帰る患者の真意をつかむ	患者の帰りたい意思をキャッチする 患者の帰りたい真意をつかむ
患者と家族の意思をすり合わせる	共に揺れ動く家族の思いと覚悟をとらえる 患者と家族のつながりを想像する 患者・家族が互いの関係を再認識するきっかけをつくる 患者と家族の生活が成り立つ療養場所を決める
在宅に帰るタイミングを見極める	病状からみた患者の生活可能な退院時期を見極める 患者の望む生活の実現可能性を見極める 家族の介護力と介護分担を見極める
患者の望む生活に近づける方法を患者・家族とともに決める	患者・家族と多職種で一緒に在宅での生活方法を決める 在宅で「できる」につながる支援を選ぶ

歳、看護師経験は平均13.4 (5-24) 年、在宅療養移行支援の経験は平均6.6 (4-16) 年であった。

## 2. 患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断

得られたデータを分析した結果、11のサブカテゴリと4つのカテゴリが抽出された(表2)。この4つのカテゴリの相互関係性から、以下の臨床判断が明らかになった。以下、カテゴリは【 】, サブカテゴリは< >で表記する。

病棟看護師は、患者・家族に対し在宅療養移行支援を進めるにあたって、まずは病状と共に揺れ動く【在宅に帰る患者の真意をつかみ】、その真意に添うように【患者と家族の意思をすり合わせ】ながら、【在宅に帰るタイミングを見極め】ていた。そして在宅に帰るタイミングに合わせて【患者の望む生活に近づける方法を患者・家族とともに決めて】いた。この過程で、病棟看護師は常に在宅に帰る患者の真意を判断の拠りどころにしていた。

以下に、カテゴリを説明する。カテゴリの内容を表している研究参加者の語りを「 」で引用した。

### 1) 【在宅に帰る患者の真意をつかむ】

このカテゴリは、病棟看護師が在宅療養に移行するための支援を進めていくにあたって、患者の在宅に帰る真意を判断の拠りどころとしているために、まずは患者の帰りたい意思をキャッチし、患者の真意をつかむという臨床判断である。このカテゴリは<患者の帰りたい意思をキャッチする>、<患者の帰りたい真意をつかむ>の2つのサブカテゴリから生成された。

#### (1) <患者の帰りたい意思をキャッチする>

病棟看護師は、患者の在宅に帰りたい意思を一番大切に思い、この意思を原点と考えていた。つまり、患者の在宅に帰る意思を在宅療養に移行するための支援を進めていくにあたっての判断の拠りどころと考えていた。そのために、患者の帰りたい意思を逃さずにとらえていた。

「やっぱり本人がどうしても(家に)帰りたいっていうところで、やっぱり本人の思いが一番で、ちょっと早めに本人と家族の思いをキャッチして、帰りたいという思いがあったら、すぐにカンファレンスを開いてみんなで話し合っ、早めに介入する。一番はやっぱり本人の思いなのかなって、在宅支援を行ううえではやっぱりそこが原点じゃないですけど。」(C)

「一番大事なのはその人がどうしたいかなので聞くようにしている。本人が帰りたいといったら、

なるべく帰してあげたいので。本人の気持ちが第一で、自分で決めていけるようにしたいなと。」(H)

#### (2) <患者の帰りたい真意をつかむ>

病棟看護師は、患者の在宅に帰りたい意思を捉え、家族の負担や今の状態では家に帰るのは無理だと思い、帰りたいとは言い出せない患者の真意を言動の意味から理解していた。

「帰りたいけど、大人だから無理だと思って帰れないという人には、帰りたい方法はいくつかあるよって情報提供から始めて、本当はどうしたいのかを聞き出すのが大事かなあと。帰ろうと思ったら出来る方法はあると話す、本当は帰りたいかという言葉が出てきて。」(H)

「本人さんはあまり自分から訴えは少ないけど、おうちに帰りたいっていう思いだけはお持ちだったので。」(F)

### 2) 【患者と家族の意思をすり合わせる】

このカテゴリは、患者と共に揺れ動く家族の思いと覚悟を捉え、患者と家族の意思を照らし合わせ、患者と家族の意思がすれ違う場合には、患者と家族のつながりを想像し、つながりが薄い時に家族関係を再認識する機会をつくり、患者と家族の生活が成り立つ療養場所の案を決めながら、在宅療養移行に向けての患者と家族の意思をすり合わせるという臨床判断である。このカテゴリは、<共に揺れ動く家族の思いと覚悟をとらえる><患者と家族のつながりを想像する><患者・家族が互いの関係を再認識するきっかけをつくる><患者と家族の生活が成り立つ療養場所を決める>の4つのサブカテゴリから生成された。

#### (1) <共に揺れ動く家族の思いと覚悟をとらえる>

病棟看護師は、在宅療養移行支援中に患者の病状が良くなったり悪くなったり、それに合せて治療が変更し、自分は帰れないと思う患者の気持ちに家族もまた家に患者を連れて帰る気持ちにならないと共に揺れ動く家族の思いと、家族の患者を家に連れて帰る覚悟を捉えていた。

「病状が良くなったり悪くなったりを繰り返し、ステロイドも増やしたり減らしたり、そのせいで目がちょっと見にくくなったりとか、こんな状態では自分は帰れないって。ひどい、ひどいが強くて、その(家族も)、家に帰る、そういう気持ちにならないと。」(B)

「どうしてもそこ(家)に連れていきたいっていうような思いが妹さんからあり、その時に何かあっても、もう覚悟は決めましたというふうな感

じで言われていたの。」(D)

(2) <患者と家族のつながりを想像する>

病棟看護師は、患者を遠巻きに見ている家族など、患者と家族の距離を感じていた。また入院中の家族と患者が共に過ごす時間や様子から患者と家族のつながりを想像していた。

「何か、何だろう、この離れた感じで見てのって。奥さんも遠巻きにこう見て、何か私、知らないみたいにしか見えなくて、何だろう、冷たいなと思っていて。すごく拒否をする。食事介助とかっていったら『私できませんから』みたいな。毎日お見舞いには来ているからきっと愛情がないわけじゃないだろうけど。」(H)

「やっぱり娘さん来てくださらなくて。きっと私の知らない何か家族関係があるんだろうなって。娘さんにしたら、行かないことで頑張れっていいなかったのかもしれないし。」(H)

(3) <患者・家族が互いの関係を再認識するきっかけをつくる>

病棟看護師は、家族間の問題は家族だけで話す機会が必要であるが、その機会を作れない家族もいると認識し、お互いのよさを伝えるなど患者・家族が互いの関係を再認識するきっかけをつくっていた。

「ご本人たち、家族間の問題もあるのですが、それを家族だけで話す機会というのがなかなか作れないみたいで。そういう時は間に入ってお話してもらいますね。お互いの思いをなかなか言えないっていうので、お互いの思いを知るといいことなのかなと思います。」(E)

「奥さんの思いと旦那さんの思いがものすごくすれ違っている時とかもあるけど、それを、何とかすり合わせるように、みんなも含めて、何回も面談して、それが何とか歩み寄れるような段階になれるようにお話して。」(I)

(4) <患者と家族の生活が成り立つ療養場所を決める>

病棟看護師は、認知機能の低下や医療処置が必要なために転院を余儀なくされた患者や遠く離れて家庭を築いている家族を持つ患者には、患者の意向に添いながら、患者と家族の生活が成り立つ療養場所の案を決めていた。

「ちょっと麻薬を使っていたので、それを受け入れられるのか、駄目なら施設を探しながらになるけど、せめておうちに近いところに転院はできないかと。」(F)

「娘さんの負担を考えると、認知機能の低下も

あり、入院前は有料老人ホームで生活送っていたので、職員の方でも顔見知りはいらなかなと思うので、安心感がありますし、患者さんの今後のためを考えても、やっぱりお互い知っている同士なので、無理に転院先を変えなくてもいいかなと。」(G)

3) 【在宅に帰るタイミングを見極める】

このカテゴリは、病棟看護師が患者の病状から在宅で生活可能な退院時期、在宅で患者の望む生活が実現可能か、その生活の家族の介護力はあるか、介護分担の状況を総合しながら、患者の在宅に帰るタイミングを見極めるという臨床判断である。このカテゴリは<病状からみた患者の生活可能な退院時期を見極める><患者の望む生活の実現可能性を見極める><家族の介護力と介護分担を見極める>の3つのサブカテゴリから生成された。

(1) <病状からみた患者の生活可能な退院時期を見極める>

病棟看護師は、病気に伴う患者の生活上のリスクを査定し、患者の望む生活に近づけるよう症状に伴う生活上の支障を改善する方法を思案していた。またこれから起こりうる生活上のリスクを予測し、病状からみた退院の時期を見極めていた。そして病棟看護師から見た退院と医師から診た退院とを照らし合わせ、病状から観た患者の生活可能な退院時期を見極めていた。

「治療によって白血球の減少と血小板の減少とかがあり、転倒に注意するように、筋力低下もあるので、足上げを奥さんと一緒にやって、今後痛みとかも出てくるかもしれないと緩和チームに電話相談できるようにして、治療は効かないのに症状だけが悪化するって感じで、本人もすごく帰りがっているので、その時点で先生からもう治療しなかったら長くないと言われ、先生は治療をしたかったけど。奥さんはもう治療やめてもいいからと、病状は多分治療を続けることで副作用も強くなるし、今は副作用もちょっと楽になって、座ってテレビが見れるまでに。今が帰るタイミングみたいところ。」(C)

(2) <患者の望む生活の実現可能性を見極める>

病棟看護師は、患者のこれまでの生活と人とのつながりと近未来の希望を捉えていた。そして在宅での患者の具体的な生活を描き、在宅での生活能力を査定し、患者の望む生活の実現可能性を見極めていた。

「お友達もマンションの近くに住んでいて、友達も遊びに来るから、住んでいたマンションに帰

りたいて。部屋の中で、トイレまでもそんな何mも大きい部屋じゃないので、トイレまで行けるか。せめてデイサービスの時に玄関まで出ることができれば、2～3m、4～5m歩ければ、手すりにつかまって行ければいいと思って。トイレは、最終的にポータブルトイレで、パッドは自分で換えられるように。夜はなかなか起きないので大容量のパットを、昼間はまめに換えられるから小さいパットをベッドサイドに置いて、ゴミ箱も横に置いて捨てられるようにして。」(A)

### (3) <家族の介護力と介護分担を見極める>

病棟看護師は、家族の在宅に向けての準備と具体的な生活のわからなさを捉え、家族のもつ介護力を見極め、介護負担の大きさを予測し、キーパーソンと周囲の家族の介護分担を見極めていた。

「おむつ交換もしないといけないし、あと気管切開をして、痰が時々詰まる、痰を取ってほしい、うまいこと自分で出せないこともあって、吸痰の手技も必要になるし、あと吸入もできないといけないというのもある、全部それをお嫁さんに強いるのはお嫁さんの負担が大きいのではないかと考えたのですけど。でも、お嫁さんは、まあ何とかなるっていうのがあって。無理だったら旦那さんが助けてくれるので。」(A)

「旦那さんの1日のスケジュールをお聞きして、どこに旦那さんがかかわることができるかというのをまず考えたのが一つと、胃瘻の処置、内服薬の注入にしても、実際にやっていただいて、何度も、一緒についてやっていただいて、旦那さんのでき具合を判断させていただいた。」(J)

### 4) 【患者の望む生活に近づける方法を患者・家族とともに決める】

このカテゴリは、患者の望む生活に近づけるために、病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師それぞれの役割と持つ介護力、さらに多職種の専門性を活かし、患者・家族とともに、患者・家族ができると実感につながる具体的な生活方法を決めるという臨床判断である。このカテゴリは、<患者・家族と多職種で一緒に在宅での生活方法を決める><在宅で「できる」につながる支援を選ぶ>の2つのサブカテゴリから生成された。

#### (1) <患者・家族と多職種で一緒に在宅での生活方法を決める>

病棟看護師は、患者の望む生活に近づけるために、患者の意向に添う社会資源の活用を選ぶが、社会資源に関する調整能力には限界があると判断し、専門分野の職種との連携を選択していた。カ

ンファレンスでは、患者・家族と多職種と一緒に、家族のできる範囲と多職種の介入可能な行為を決め、在宅での生活に少しでも近づけるよう方法を決めていた。

「家に帰った時の患者さんの具体的なイメージをみんなでカンファレンス開いて。ケアマネさんや退院調整看護師などに協力してもらって、絶対自分たちでは見つけられない方法もたくさんあったので。やっぱりすごい連携と調整って大事だった。」(D)

「本人はやっぱりおむつ着けたくない思いが強かったんで、ケアマネさん、訪問看護師さんにも来ていただいて、どれぐらいサービスを使えるとか調整も一緒にして、ポートの管理とかは、訪問看護師さんにやってもらって、あとストーマの観察、定期的な観察も頼んで、患者さんが毎週通うのは大変だったので、訪問看護師さんに採血スピッツをお渡しして採血してもらって、それを奥さんが病院に持ってくるというのをしています。」(E)

#### (2) <在宅で「できる」につながる支援を選ぶ>

病棟看護師は、患者に必要な医療処置と日常生活の指導内容を選択し、実施可能な介護者を選んでいた。そして家でできるように体験学習の方法と場を選択し、介護者の手技確立を確認していた。また「病院に戻ってきていい」と伝えることで、安心してできるようにつなげていた。

「(奥さんと長男さんの) 使いこなし方とか、いろいろな手先の器用・不器用とかやっぱり動きを見ているとわかるのと、前説明したのがどれだけわかっているか、何回か見せていただいて判断する。」(I)

「2～3時間でしたが、介護タクシーで家に行って、ケーキか何か食べて帰ってきた。それで、その時間過ごせたことでおうちの人も自信が付いて、(家に)行けるようになって。」(A)

「何かあったら戻ってきていいですよって。その言葉がないと、やっぱり家族は不安になられるので。」(H)

## 考 察

### 1. 患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断

病棟看護師は、在宅療養移行支援を進めるにあたって、常に病状と共に揺れ動く【在宅に帰る患者の真意をつかみ】、その真意を判断の拠りどころにして、【患者と家族の意思をすり合わせ】、【在

宅に帰るタイミングの見極め】、【患者の望む生活に近づける方法を患者・家族とともに決める】という判断をしていた。早瀬<sup>2)</sup>は、多くの患者は病状への不安や家族の負担を考え、帰りたくても言い出せなかったり、家族に対する遠慮からあきらめの気持ちを抱くことにより在宅移行ができなくなっていると報告している。それ故に、在宅療養移行支援を進めていくにあたっては、まずは病棟看護師が【在宅に帰る患者の真意をつかむ】ことが必要であるといえる。そしてその真意を判断の拠りどころとして在宅療養移行支援を進めていくことで、患者の在宅に帰る意思を決定していく支えにつながると考える。

また【在宅に帰る患者の真意をつかむ】は、病棟で療養する患者の身近にいる看護師だからこそ可能であり、患者の病状の変化とともに変化する言動や家族と過ごす状況から患者の真意をつかむことができるのである。在院日数が短縮し、在宅療養をめぐる状況が多様化する中で、病棟看護師が入院時から病状や治療に対する患者の状態や受け止めの変化に伴う患者の真意をつかみ、それに添うように家族との意思をすり合わせ、療養場所の決定を早期に行うことは、患者の望む在宅療養生活に少しでも早く近づくことにつながると考える。退院調整看護師も在宅療養場所の決定における判断指標は、利用者本人の希望であるといわれている<sup>9)</sup>。したがって病棟看護師が早期に患者の真意をつかみ、退院調整看護師と連携することで、より早く患者の望む療養場所を決定でき、患者・家族の安心につながると考える。

さらに、患者の真意をつかむために病棟看護師に求められる臨床判断力は、＜病状から見た患者の生活可能な退院時期を見極める＞と＜患者の望む生活の実現可能性を見極める＞である。病気の発症や悪化によって入院となった患者・家族には、これからの生活状況が想像できない。そのために看護師は患者の病態予測と在宅療養時に起こりうるリスクの予測をし、患者の生活可能な退院時期を見極めること、患者が望む在宅での具体的な生活を描き、それが患者に実現可能かを見極め、患者がこれからの生活の見通しが立てられるように、具体的にイメージできるように情報提供をする必要がある。このことが患者の意思決定、患者の真意を表出することにつながると考える。

次にチームで互いの専門性を活かし、スムーズに【患者の望む生活に近づける方法を患者・家族とともに決める】ために、病棟看護師自らが社会

資源に関する調整能力の限界を見極め、退院調整看護師や訪問看護師などに相談や依頼など連携を行うことは、患者のより安心できる在宅療養移行支援につながると考える。先行研究において、病棟看護師の社会資源の説明<sup>11)</sup>や在宅用医療機器・物品の準備の実施率は低く<sup>12)</sup>、1997年に在宅看護論が看護基礎教育の指定規則に加わり、看護師の介護保険の理解はあるようになったものの、地域によって異なる社会資源を把握し、患者に必要な社会資源の調整や患者への説明までは行っていない。2016年に診療報酬改訂で、病棟への退院支援業務等に専従する職員の配置が評価される「退院支援加算」が新設<sup>13)</sup>された。そのため、病棟看護師には介護保険の理解や社会資源に関する知識の向上に努めることが求められる。しかし短期間に患者が納得・安心できる在宅療養移行支援を行うためには、患者の社会資源に関連した支援に対する自己の能力の限界を見極め、多職種と連携・協働をすることも必要であると考えられる。

また、病棟看護師は患者も介護者も在宅で生活できるという実感を持ち、安心できるように、体験学習を選んでいた。体験を段階的に取り入れて、患者・介護者に「できる」という実感と同時に自信につなげる支援を行っていた。これは、患者の在宅に帰る不安と病状の安定さを把握し、体験が可能かどうかを査定できる病棟看護師だからできる選択であり、在宅療養移行支援において重要な自立支援につながると考える。

以上より、本研究で明らかになった病棟看護師の在宅療養移行支援における臨床判断は、「意思決定支援」と「自立・自律支援」につながる重要な臨床判断であり、医療が施設から在宅へと移り変わる中で、病棟看護師が早期に短期に在宅療養移行支援を行うために必要な臨床判断であるといえる。

## 2. 病棟看護師の在宅療養移行支援における臨床判断の看護への適用

2016年診療報酬の改訂で退院支援加算の新設<sup>13)</sup>により、これまで以上に病棟看護師への在宅療養移行支援力が求められる。病棟看護師は、在院期間の短縮を視野に入れながら、患者の病状が安定しない中で、患者の意思決定支援を行わなければいけない状況にある。本研究の研究参加者は、病状と共に揺れ動く患者の真意と家族の意思を常につかんでいた。このため、看護師は患者の病状把握と予測、それに伴う患者と家族の心の揺れ動きを読み取りながら、患者の在宅に帰る真意をつか

み、意思決定ができるように支援していくことが重要である。

今後は、さらに病棟看護師一人ひとりが入院時から、病状からみた患者の生活可能な退院時期と患者の望む生活の実現可能性を見極めていく能力、それに合わせて患者の真意を引き出す力を高めていく必要があると考える。

### 3. 本研究の限界と課題

本研究は、一県内における4施設の一般病棟に勤務する看護師を対象とした在宅療養移行支援の臨床判断にとどまっている。今後は地域包括ケア病棟の看護師の判断も含めて、在宅療養移行支援の臨床判断を明らかにする必要がある。

## 結 論

患者・家族に対する在宅療養移行支援における病棟看護師の臨床判断を明らかにすることを目的に、病棟看護師10名に半構成的面接を行い、以下のことが明らかになった。

病棟看護師は、患者・家族に対し在宅療養移行支援を進めるにあたって、まずは病状と共に揺れ動く【在宅に帰る患者の真意をつかみ】、その真意に添うように【患者と家族の意思をすり合わせ】ながら、【在宅に帰るタイミングを見極め】ていた。そして在宅に帰るタイミングに合わせて【患者の望む生活に近づける方法を患者・家族とともに決めて】いた。この過程で、病棟看護師は常に在宅に帰る患者の真意を判断の拠りどころにしていた。

## 謝 辞

本研究を進めるにあたり、快く面接にご協力いただきました参加者の皆様に深く感謝いたします。なお、本研究は平成26年度石川県立看護大学学内研究助成を受けて実施したもので、本研究の一部を、第35回日本看護科学学会学術集会(2015.12)にて発表しました。

## 利益相反

本論文について、開示すべき利益相反はない。

## 引用文献

1) 潮由美子, 森下安子: 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, 2013

2) 早瀬仁美, 森下利子: 終末期がん患者の在宅移行を支援する看護師の認知, 高知女子大学看護学会誌, 33(1), 39-47, 2008

3) 水津朋子, 大川宣容, 藤田佐和, 他: 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認知 - 記述内容の分析を通して -, 高知女子大学紀要, 58, 31-41, 2008

4) 大川宣容, 水津朋子, 藤田佐和, 他: 高知県における終末期がん患者の在宅移行支援に対する看護師の認知, 高知女子大学紀要, 58, 19-29, 2008

5) 丸岡直子, 佐藤弘美, 川島和代, 他: 退院患者に提供された看護サービスの実態から見た退院調整における病棟看護師の役割, 石川県看護雑誌, 1, 31-38, 2004

6) 洞内志湖, 丸岡直子, 伴真由美, 他: 病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題, 石川県看護雑誌, 6, 59-66, 2009

7) 瀧本久美子: 退院支援における退院調整看護師の判断-判断内容に焦点を当てて-, 第32回日本看護科学学会学術集会講演集, 267, 2012

8) 本道和子, 川村佐和子: 病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析, 東京保健科学学会誌, 1(1), 11-19, 1998

9) 本道和子, 須藤直子, 川村佐和子: 退院調整における看護判断の過程に関する研究, 東京保健科学学会誌, 4(1), 12-21, 2001

10) 宇都宮宏子: 3段階プロセスの流れ, 宇都宮宏子, 三輪恭子編, これからの退院支援・退院調整-ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域-(第1版), 日本看護協会出版会, 10-14, 東京, 2013

11) 河野由美: 病棟看護師の終末期患者への在宅療養に向けた退院支援に影響する要因, 日本看護科学学会誌, 34, 123-130, 2014

12) 丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 他: 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題-退院調整活動質指標を用いた調査から-, 石川県看護雑誌, 8, 29-39, 2011

13) 厚生労働省: 平成28年度診療報酬改訂の概要, [オンライン, <http://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000115977.pdf>], 厚生労働省, 4. 3. 2016