

41. 退院調整看護師のがん終末期患者への 退院支援のプロセスとその役割に関する研究

三輪恭子¹⁾ 岩瀬嘉壽子²⁾ 宇都宮宏子³⁾ 大杉花⁴⁾ 行田菜穂美⁵⁾
杉内陽子⁶⁾ 高田久美⁷⁾ 原田かおる⁸⁾ 平松瑞子⁹⁾ 藤本未央¹⁰⁾

- 1) 淀川キリスト教病院 2) 国立大阪南医療センター 3) 京都大学医学部附属病院
4) 市立池田病院 5) 北里大学病院 6) 北野病院 7) 西伯病院
8) 高槻赤十字病院 9) 大阪府立大学看護学部 10) 日本赤十字社和歌山医療センター

．はじめに

近年、医療機関の機能分化や在院日数短縮化が進められており、病院と地域の多機関多職種が連携し、患者が円滑に在宅医療に移行するためのシステムづくりが課題となっている。平成20年度の診療報酬改定でも、後期高齢者医療制度において、看護師や医療ソーシャルワーカー（MSW）が中心となって行う退院調整が評価されるようになり、退院調整看護師を配置する病院が増加した。一方、がん対策基本法においても、がん患者が自宅においても適切な医療や緩和ケアを受ける体制を整備することが必要とされ、病院と地域との連携の必要性が高まっている。特に、医療ニーズの高いがん終末期患者の在宅療養移行が進むなか、医学的知識とケア技術、病気や障害を抱えた生活への理解が深い看護師による退院支援がますます重要性を増している。

先行文献において、退院支援のプロセスとして、永田ら¹⁾が「ハイリスク患者のスクリーニング」、「支援の実施」、退院後の「フォローアップ」、また、宇都宮²⁾が「第一段階：退院支援が必要な患者のスクリーニング」、「第二段階：ケア継続のための看護介入とチームアプローチ」、「第三段階：地域・社会資源との連携・調整」という流れがあると述べている。しかし、まだ退院支援プロセスを明らかにしている研究は数少なく、多くの研究は個々の病院や個別のケースにおける事例紹介にとどまっている。

そこで今回、退院調整看護師によるがん終末期患者への退院支援の内容およびプロセスを明らかにすることを目的に研究を行ったので報告する。

．研究目的

退院調整看護師によるがん終末期患者への退院支援の内容およびプロセスについて明らかにする。

．用語の定義

退院支援：患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活を送れるように、教育指導を提供したり、諸サービスの活用を支援するなど、病院内外においてシステム化されたプログラム

．研究方法

- 1．期間：2008年9月～2009年10月
- 2．対象：退院支援部署や病棟などにおいて、退院支援を専任で行っている看護師4名。
- 3．方法

1) データ収集

対象が所属する病院の責任者に対して、研究の主旨・方法について書面にて説明を行い、各病院の患者情報保護に関する配慮をふまえた上での承諾を得た。その後、対象に対して、研究の意義・目的、方法、倫理的配慮などを書面および口頭にて説明し協力を依頼、同意を得た。なお、面接の日時・場所は、対象の希望を最優先して行った。

対象が実践したがん終末期患者への退院支援の実際について語ってもらった後、研究者により、退院調整看護師のアセスメントや介入の実際をより詳細に把握するための補足的なインタビューを行った。

2) 分析

インタビューデータの逐語録を作成した上で、退院調整看護師の実践内容をコード化し、サブカテゴリーを抽出、さらにカテゴリーと退院支援プロセスを抽出した。

3) 倫理的配慮

対象の所属する病院の患者情報保護に関する配慮をふまえた上で、所属長の承諾を得て行った。また、対象に対して、研究の参加は自由意思であること、不参加でも不利益は生じないこと、途中で中断も可能であること、得られたデータの匿名性と守秘性が保障されること、研究成果の発表時には病院や個人を特定できないようにすること、データは分析後に破棄することを書面にて伝えた上で、研究参加の同意を得た。面接の日時・場所は対象の希望を最優先し、業務などに支障をきたさないよう配慮した。

．結果

1．対象の背景（表1）

対象となった退院調整看護師は、看護師経験年数が7年6ヶ月～21年で、所属部署は看護部が2名、地域医療連携室が1名、亜急性期病床・急性期病棟が1名であり、役職は看護師長が1名、副看護師長が1名、スタッフが2名であった。

表1 退院調整看護師の概要

対象	A氏	B氏	C氏	D氏
看護師経験年数	21年	8年8ヶ月	18年	7年6ヶ月
所属部署	看護部	亜急性期病床 急性期病棟	地域医療連携室	看護部
役職	看護師長	スタッフ 在宅復帰支援担当者	副看護師長	スタッフ 退院支援担当

2．患者と家族の概要（表2）

患者の年齢は42～90歳、性別は男性1名、女性3名、がんの部位は膵臓が2名、肺が1名、子宮が1名であった。患者への告知は3名が病名は告知されていたが、予後に関しては全員が告知されていなかった。寝たきり度はB1が3名、A2が1名であり、家族については、3名は同居家族があり、1名は独居であった。入院期間は15～177日、退院支援

の介入時期は、退院 57
～ 12 日前であった。

3. 退院調整看護師の 支援プロセス (表 3)

退院調整看護師の支
援は、逐語録から計
191 のコードが抽出さ
れ、それらは 64 サブ
カテゴリ、18 カテゴリ
(《 》で示す)で
構成された。さらに、
そのプロセスは 4 つの
コアカテゴリ(【 】
で示す)で構成されて
いた。

まず、第 1 段階の【合
わせる】は、47 コード

から 22 のサブカテゴリが抽出さ
れ、《患者・家族の退院に対する意向
の確認》《在宅療養が可能かどうかの
アセスメント》《患者・家族・医療者
の病状認識と方向性のずれの調整》
《退院支援のための院内連携の強
化》《退院時期の設定》《看取りの場
の選択に関する意思決定への支援》
の 6 つのカテゴリから構成された。

第 2 段階の【整える】は、117 コ
ードから 29 のサブカテゴリが抽
出され、《患者・家族の在宅療養のイ
メージ構築のための情報提供》《病棟看護師が行う退院支援へのサポート》《調整が必要な医療と生活のアセスメント》《退院までの日程調整》《在宅療養に必要な関連機関の検討》《在宅療養方法の検討と構築》《看取りの体制の構築》《病状変化をふまえた院内外の体制の検討と構築》があった。

第 3 段階の【つなぐ】は、21 コードから 9 つのサブカテゴリが抽出され、《退院前カンファレンスでの情報共有と最終確認》《退院直前の準備と確認》から成った。

第 4 段階の【備える】は、6 コードから 6 つのサブカテゴリが抽出され、《退院支援の

表2 退院支援の対象となった患者と家族の概要

対象	A氏	B氏	C氏	D氏	
患者の年齢・性別	61歳、女	90歳、男	42歳	72歳、女	
診断名	膵臓がん	膵臓がん	子宮頸がん	肺がん	
患者への告知内容	慢性膵炎と説明	膵臓がん、遠い臓器への転移なし、今後治療しない	子宮がんの全身への転移で積極的治療は不可	肺がん、がんのため食べられない	
予告知の有無	なし	なし	なし	なし	
要介護度	要介護1	要介護1	要介護3	要介護5	
Paformance Status	3	3	3	3	
寝たきり度	B1	B1	B1	A2	
ADL	食事	経口摂取、自立	経口摂取、自立	経口摂取不可、腸瘻	
	排泄	トイレ、自立	トイレ、手すりあれば自立	トイレ、見守り要	
	清潔	清拭、介助	シャワー、一部介助	清拭、介助	シャワー、一部介助
	更衣	一部介助	一部介助	一部介助	一部介助
	整容	一部介助	一部介助	一部介助	自立
	移動	手すりを持ち歩行可	手すりを持ち5m歩行可	支柱を持ち2m歩行可	室内で杖歩行可
コミュニケーション	問題なし	問題なし	問題なし	問題なし	
IADL	全介助	全介助	全介助	全介助	
家族構成	夫・長男との3人暮らし、別居で娘2人	独居(妻死亡、子供無)別居で遠方に甥	夫・長女と3人暮らし	夫・長男・長女と4人暮らし、退院後は長女と2人暮らし	
キーパーソン	夫、長女	甥	夫	長女	
介護者	夫、長女、次女、家政婦	ヘルパー	夫	長女	
入院期間	15日	71日	43日	177日	
退院支援の依頼時期	入院当日	退院31日前	退院20日前	退院58日前	
退院支援の介入開始	退院12日前	退院31日前	退院20日前	退院57日前	
退院支援の介入開始時の自宅退院の意向	あり	あり	あり	あり	
入院前のサービス・連携機関	ケアマネジャー 訪問看護	ケアマネジャー 訪問看護	ケアマネジャー	なし	
退院後のサービス・連携機関	在宅医の訪問診療 訪問看護 ケアマネジャー 調剤薬局 福祉用具業者	在宅医の訪問診療 訪問看護 ケアマネジャー 訪問介護 福祉用具業者	在宅医の訪問診療 訪問看護 ケアマネジャー 調剤薬局 福祉用具業者	在宅医の訪問診療 訪問看護 ケアマネジャー 福祉用具業者	
その他、特記事項課題等	・本人へ病名未告知 ・HPN導入 ・代替補完療法を、家族が希望 ・基幹病院が遠い ・看取りの場所を未決定	・キーパーソンが遠方 ・自宅未改修で段差多い ・看取りの場所を未決定 ・介護認定の変更申請要	・HPN導入 ・麻薬管理あり ・在宅医の変更が必要 ・渡米しての治療を希望し、家族が調整中 ・基幹病院が遠い ・家族の看取りについての理解が不明確	・腸瘻造設 ・疼痛コントロール ・本人、家族の不安が強い	

表3 退院調整看護師の支援プロセス

合わせる	患者・家族の退院に対する意向の確認
	在宅療養が可能かどうかのアセスメント
	患者・家族・医療者の病状認識と方向性のずれの調整
	退院支援のための院内連携の強化
	退院時期の設定
	看取りの場の選択に関する意思決定への支援
整える	患者・家族の在宅療養のイメージ構築のための情報提供
	病棟看護師が行う退院支援へのサポート
	調整が必要な医療と生活のアセスメント
	退院までの日程調整
	在宅療養に必要な関連機関の検討
	在宅療養方法の検討と構築
	看取りの体制の構築
病状変化をふまえた院内外の体制の検討と構築	
つなぐ	退院前カンファレンスでの情報共有と最終確認
	退院直前の準備と確認
備える	退院支援の評価
	再入院時のアセスメントと調整

評価》《再入院時のアセスメントと調整》で構成されていた。

・考察

今回、退院調整看護師のがん終末期患者への退院支援プロセスと退院支援の内容、及び、その役割を明らかにすることができた。

【合わせる】は、退院調整看護師が介入して最初に行う支援であり、患者・家族・医師・看護師など関係者それぞれの思いのずれに気づき、その気持ちや方向性を合わせ、さらに退院に向けたチームとして力を合わせる時期である。そのため、退院調整看護師は、患者・家族の病状理解や意向を確認し、症状マネジメント状況や介護力などの情報を得た上で、退院後の在宅療養が可能かどうかについて予測的な視点でのアセスメントを行い、同時に情報共有するための IC やカンファレンスの場の設定を行っていた。この段階では、退院調整看護師は、関係者全体の思いを把握するとともに、患者・家族のこれまでの生活から現在、そして看取りまでを見通した上で、その方向性を統一するという高度なアセスメント力とコミュニケーション技術が必要とされる調整者としての重要な役割を担っていた。

次の【整える】は、在宅療養への移行に向けて、患者・家族の身体や心の状態を整え、必要な医療・介護体制を整える段階である。ここでは、退院調整看護師は、患者・家族が具体的な在宅療養のイメージができるよう情報提供し、調整が必要な医療・生活のアセスメントと実際の療養方法の検討と調整、院内外の体制づくりを行っている。病状が不安定で医療ニーズが高いがん終末期患者の退院支援では、病院での医療に「生活」の視点を加えてアレンジし、必要な職種・物・時間・費用を見極めて療養方法を検討することが重要となる。在宅支援を担う訪問看護師やケアマネジャーも含めて支援内容を調整し、看取りまでの体制構築を行っている。また実際の退院支援の場面では、病棟看護師が在宅療養をイメージして支援計画を立案し、主体的に退院支援を行えるようサポートと教育を行っていた。この段階では、退院調整看護師は在宅医療に関する知識や地域の社会資源に関する情報をもとに全体をマネジメントし、院内外の多職種の協働を推進する役割を担っていた。

【つなぐ】は、退院直前の最終的な準備の段階であり、院内から地域へとケアをつなぐ時期である。退院調整看護師は、全体の流れを把握した上で、退院前カンファレンスが効果的に運営できるよう準備を行い、患者・家族が安心して在宅療養に移行するための地域の関係職種との調整や看取りや緊急時の対応に関する最終の支援体制の確認を行っていた。ここでは、退院調整看護師は、【整える】で調整した医療処置の手技や生活様式などが、実際の退院後の療養生活で行うことが可能なのか、また地域の関係職種がどのように支援していくかをつなぐ役割を担っている。そのため、主治医や病棟看護師の退院支援の状況を把握すると共に、地域の受け入れ態勢を確認するなど、病院から地域への移行がスムーズに行えるように調整を図っていた。

退院支援は、患者の退院とともに終了するというわけではない。最終段階の【備える】では、移行期から在宅の支援体制が整うまでの療養状況を把握し、緊急時に備えるとともに、入院中の退院支援の評価を得るための継続的な支援を行っている。がん終末期におい

ては、在宅死以外は再入院となるため、病状変化時の対応への準備が不可欠である。そのため、退院調整看護師は、再入院時に患者・家族の意向にそえるよう、その状況に合わせた病院の受け入れ態勢を調整し、地域との連携の窓口としての役割を果たしていた。

がん終末期患者の退院支援では、患者・家族が療養場所・療養方法や看取りについての思いや不安を表出し、限られた時間のなかで、最期の時をどこでどのように療養するかについて意思決定するための支援と、短期間での細やかで先を見越した調整が重要である。白山³⁾も、まずどのような療養を行えるのか選択できるように十分な情報提示が必要であることを述べた上で、「病状経過や投薬内容の説明をするだけでなく、看取りの希望確認、介護環境の確認、病状の確認、不安事項の確認、病状理解の確認、症状の確認をした上で、インフォームド・コンセントの内容やその理解、介護力、緊急時の入院の可否、看取り場所の希望などを十分に考慮しての情報提示が必要であり、その上で患者・家族の不安を軽減し、在宅療養生活を選択した自己決定を支える退院支援が必要である」と述べている。今回の研究では、がん終末期患者の退院支援において、退院調整看護師が、患者・家族の意思決定を支援し、在宅療養生活を予測したアセスメントや退院支援・調整を行っていることが明らかになり、非常に重要な役割を果たしていることが示唆された。

．まとめ

- 1．退院調整看護師のがん終末期患者への退院支援のプロセスは、【合わせる】【整える】【つなぐ】【備える】の4つの段階で構成されていた。
- 2．がん終末期患者への退院支援において、退院調整看護師は、病状変化や看取りをふまえたアセスメントと患者・家族への意思決定支援を軸に、地域の関係職種も巻き込んだ退院支援の実践を行っていた。
- 3．特に、医療や処置だけではなく、療養生活の調整において、患者や家族、病棟看護師のエンパワメントが図れるように支援を行い、退院支援全体のマネジメントとコラボレーションの推進を図る役割を担っていた。

．引用・参考文献

- 1．永田智子，村嶋幸代：高齢者の退院支援，日本老年医学会雑誌，39，579-584，2002．
- 2．宇都宮宏子編集：病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例，日本看護協会出版会，東京，2009．
- 3．白山宏人：在宅ホスピスケア移行のための退院支援，緩和医療学，8(3)，43-54，2006．

．経費使途明細

材料購入費（封筒 735 円、コピー 480 円）	1,215 円
通信運搬費（切手 140 円 × 34 枚、80 円 × 3 枚）	5,000 円
会議費（会議室利用料 36,000 円、交通費 10 名 × 17 回分）	365,900 円
テープおこしの外部委託	165,575 円
合計	537,690 円