

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

卒業研究抄録集(看護学科) (2019.12) 令和元年度:19-20.

慢性疾患を有する認知症患者への退院支援・退院調整における連携のあり方ー退院支援・退院調整に関わる看護師へのインタビューを通してー

高木 結衣乃, 土屋 瑠奈, 道林 佐紀

慢性疾患を有する認知症患者への退院支援・退院調整における連携のあり方 —退院支援・退院調整に関わる看護師へのインタビューを通して—

高木結衣乃 土屋瑠奈 道林佐紀
(指導：荒 ひとみ 松田奈緒美)

緒言

日本の後期高齢者の64%は2種類以上の慢性疾患を有し¹⁾、高齢化の進展に伴い認知症患者も増加している²⁾。退院支援において、認知症患者の場合は特にそれぞれの専門分野からの視点でチームアプローチが重要である³⁾一方で、病棟看護師が認知症ケアに困難を感じる場面が多くある⁴⁾。病棟看護師と診療連携室看護師における退院支援・退院調整の実際について、病棟看護師は患者の自宅でのセルフケア能力に関する情報が十分にとれていないこと、看護師同士の連携がとれていないこと⁵⁾は示されているが、その方策について検討している研究はほとんどない。そこで本研究では、慢性疾患を有する認知症患者に焦点を当て、病棟看護師と地域医療連携室看護師における退院支援・退院調整について看護師にインタビューし、退院支援・退院調整を行う上での思いを明らかにし、連携のあり方を検討することを目的とする。

用語の定義

退院支援と退院調整は宇都宮⁶⁾を参考に定義する。
退院支援: 患者やその家族が、療養生活を送る場を自己決定できるよう、患者・家族の思いを引き出しながら、必要な情報を提供することと、退院後もできるだけ入院前の生活を継続していくことができるよう、医療の提供方法を検討し、支援すること。
退院調整: 療養を継続していくことができるよう、人的、物的、経済的な環境を整えること。
認知症患者: 認知症と診断を受けている患者及び認知機能の低下が見られ、他者による支援が必要な患者。

方法

研究対象: A病院に勤務する病棟看護師および地域医療連携室看護師計4名。

データ収集方法: A病院のプライバシーの守られた個室にて、指導教員同席のもと学生2名が半構成的面接を行った。研究対象者の同意のもとICレコーダーにて録音した。調査は2019年8~9月。

調査内容: インタビューガイドに沿って行った。項目は①退院支援・退院調整の捉え方、②思い浮かぶ患者との関わり、③思い浮かぶ看護師間、他職種、地域との関わり、④今後連携を強化したいこと、⑤基本属性(経験年数、資格の有無、在宅看護学履修の有無)。

データ分析方法: グレグ⁷⁾の質的記述的研究を参考に、分析を実施した。インタビュー内容の逐語録を作成後、それをコード化し意味内容の類似性や相違性から比較分類し、類似するものをサブカテゴリとし、さらにカテゴリ化した。

倫理的配慮: 本学倫理委員会の承認(承認番号: 19057)を得た。対象者に対し、文書及び口頭で説明し、文書にて同意を得た。

結果

対象者の概要

対象者は4名であり、経験年数は6年目から21年目の看護師であった。約30分のインタビューを行った。分析の結果、153のコード、104のサブカテゴリ、7のカテゴリを抽出した。そのうち17のコード、11のサブカテゴリは、カテゴリ化する段階で研究目的に関連しないため、除外した。結果は表1に示した。以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを〈 〉で示した。

表1.

カテゴリ	主なサブカテゴリ
患者・家族への退院支援・退院調整は難しい	短い入院期間の中で長期的な生活を見据えた退院支援・退院調整を行うことが必要だが難しい 認知症患者は治療の自己管理が難しい キーパーソンが認知症疑いである場合や、介護することが難しい場合の退院支援が困難
患者・家族への意思決定支援は難しい	認知症による独自の解釈や理解により正しく伝わりにくいことが困難 看護師と患者の思いが一致しないときは難しい 認知症疑いの患者・家族を尊重し、わかりやすい言葉で説明するよう気を付けている
患者・家族への退院支援・退院調整において、早期から介入することが必要だと思う	入院日に必要なことを話し合い、入院中に自己管理方法を定める 在院日数が少ない中で、退院支援をするため、必要な支援を考えながら行っている キーパーソンに問題がある場合、退院支援・退院調整が困難であるため、患者だけでなくキーパーソンの状態を確認することが必要
病棟と地域医療連携室看護師の連携を強化したい	地域医療連携室看護師は、病棟看護師は認知症患者の思いを聞いていないことがあるため聞いてほしいと感じている 認知症の症状を考え、退院支援・退院調整に必要な情報を収集してほしい 地域医療連携室スタッフも患者の状態をわかっているため、スムーズに話ができる 病棟看護師には些細なことでも地域医療連携室に相談してほしい
医師との連携を強化したい	医師と話し合う機会を作るのが難しいため、医師との調整が問題である 医師と連携し、患者に還元できた時はうまくいった 地域医療連携室は、医師と地域のつなげ方に配慮している
病院と地域の連携を強化したい	限られた時間の中で地域と調整していくことが困難 合同カンファレンスや電話により情報共有しているが、カンファレンスで話し合うのが最も望ましい 情報提供書だけでなく、より密にケアマネジャーと調整することができれば、より患者をとらえやすくなる
在宅で管理し、退院支援・退院調整ができる	認知症だけでなく慢性疾患も合わせて在宅で管理できるように病棟と連携し、患者・家族の理想に近づけた時はよかった 認知症患者本人が参加できるようにサポートできたというのは、やりがいを感じた
やりがいを感じる	経験を積んで退院支援・退院調整につなげることが大事

考察

1. 退院支援・退院調整の困難感と取り組み

【患者・家族への退院支援・退院調整は難しい】、【患者・家族への意思決定支援は難しい】にあるように、病棟看護師及び地域医療連携室看護師は、認知症患者やその家族に対する退院支援・退院調整に困難さを感じていることが多いとわかった。具体的には、入院期間の短縮化、認知症症状による独自の解釈による意思疎通困難、キーパーソンが認知症であることである。これらの困難さに対しては、〈認知症疑いの患者・家族を尊重し、わかりやすい言葉で説明するよう気を付けている〉などの取り組みを行っている。このことから、看護師間で連携しながら、患者やその家族の状況に合わせ、幅広く退院支援・退院調整を行うことが必要だと考える。

2. 看護師間の連携

【病棟と地域医療連携室の連携を強化したい】の〈地域医療連携室看護師は、病棟看護師は認知症患者の思いを聞いていないことがあるため聞いてほしいと感じている〉より、地域医療連携室看護師は病棟スタッフの情報収集不足を感じている。一方で、【病棟と地域医療連携室の連携を強化したい】の〈地域医療連携室スタッフも患者の状態をわかっているためスムーズに話ができる〉より、病棟看護師は、地域医療連携室看護師が患者の状態を理解できていると考えている。このことから、病棟看護師と地域医療連携室看護師は、必要な情報や共有すべき情報についての思いに差があると考え。森本ら⁸⁾は、後期高齢がん患者への療養支援において、看護師間の情報共有が課題であると示唆している。看護師間の思いの差を埋めるために、地域医療連携室の看護師は、【病棟と地域医療連携室の連携を強化したい】の〈認知症の症状を考え、退院支援・退院調整に必要な情報を収集してほしい〉、〈病棟看護師には些細なことでも地域医療連携室に相談してほしい〉といった思いを病棟看護師に伝えることが必要であると考え。

3. 多職種連携

【医師との連携を強化したい】の〈医師と話し合う機会を作るのが難しいため、医師との調整が問題である〉などから、医師との連携不足を感じていることがわかった。今野⁹⁾は、医師と医師以外の職種の連携について、医師は連携できていると認識しているのに対し、医師以外の職種は連携できていると認識していなかったことを示している。このことから、まずは医師に連携不足を認識してもらい、医師を含めた定期カンファレンスを行い、患者の今後の方向性などを共通認識できるように、医師との連携のシステムを整備する必要があると考える。

また、【病院と地域の連携を強化したい】の〈限られた時間の中で地域と調整していくことが困難〉、〈合同カンファレンスや電話により情報共有しているが、カンファレンスで話し合うのが最も望ましい〉などから、短い入院期間での地域との連携に困難さを感じている中で、病院と地域で合同カンファレンスを開きたいと感じていることがわかった。このことから、短い入院期間において早期から地域のスタッフと連携をとれるよう調整することが必要であると考え。〈情報提供書だけでなく、より密にケアマネジャーと調整することができれば、より患者をとらえやすくなる〉にあるように、合同カンファレンスは直接会って話し合うことが望ま

しいが、時間確保が困難な場合は、必要な情報を得るために電話等の通信手段を用いることが大切であると考え。

4. 退院支援・退院調整における看護師のやりがい

1. 2. 3. で述べたように、病棟看護師及び地域医療連携室看護師は、退院支援・退院調整において困難さを感じている。しかし、【在宅で管理し続けるよう退院支援・退院調整ができるとやりがいを感じる】の〈認知症患者本人が参加できるようにサポートできたというのは、やりがいを感じた〉、〈経験を積んで成功体験を重ねながら、退院支援・退院調整につなげることが大事〉だと思っていることがわかった。このことから、やりがいをもって退院支援・退院調整に取り組んでいけるよう経験を積み重ねていくことが重要であると考え。

結論

インタビューを通して、退院支援・退院調整への思いについて7つのカテゴリが抽出された。看護師は退院支援・退院調整に困難さと、一方ではやりがいを感じ、看護師間や医師、地域スタッフとの連携を強化したいと考えていることがわかった。退院支援・退院調整の連携強化のためには、患者の今後の方向性についてそれぞれの考えを共有するための機会を持つことが必要であると考え。

謝辞

本研究にご協力頂いた対象者の皆様、病院関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。

引用・参考文献

- 1) 厚生労働省保険局(2016-5-26):高齢者医療の現状等について.https://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai-12601000-Seisakutoukatsukan-Sanjikanshitsu_ShakaihoshouUtantou/0000125582.pdf.
- 2) 厚生労働省(2015-1-27):認知症施策推進総合戦略(新オレンジプラン)～認知症高齢者等にやさしい地域づくりに向けて～.https://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-12304500-Roukenkyoku-NinChishouguyakutaibOushitaiSakusuishinshitu/02_1.pdf.
- 3) 瀧上恵子,田高悦子,臺有桂,他(2012):認知症を有する人の退院支援ニーズ評価尺度の開発とその信頼性・妥当性の検討.日本地域看護学会誌,15(2),18-26
- 4) 鈴木みずえ,桑原弓枝,吉村浩美,他(2013):急性期病院の看護師が感じる認知症に関連した症状の対処困難感と看護介入の関連.日本早期認知症学会誌,6(1),52-57.
- 5) 齊田菜穂子,渡邊則子(2017):大学病院の病棟看護師と診療連携室看護師が収集する退院支援・退院調整のための患者情報と連携の現状.日本医学看護学教育学会誌,26(1),43-49.
- 6) 宇都宮宏子(2012):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, 4-5.
- 7) グレグ美鈴,麻原きよみ,横山美江(2016):よくわかる質的研究の進め方・まとめ方看護研究のエキスパートをめざして.第2版,医歯薬出版株式会社, 64-83.
- 8) 森本悦子,石橋みゆき,小山裕子(2018):一般病棟に通院する後期高齢がん患者の療養支援における専門職の課題と取り組み.高知女子大学看護学会誌,43(2),62-69.
- 9) 今野弘子(2017):療養病床を有する高齢者医療施設の退院支援における多職種連携についての職員の認識.老年看護学,21(2),59-66.