

# がん患者の退院支援におけるパートナーシップの構築

東北文化学園大学医療福祉学部看護学科 准教授  
 (助成時：東北大学大学院医学系研究科基礎・健康開発看護学領域老年保健看護学分野 助手)

大槻 久美

## 【ポスター -1, 2】

今回の研究フィールドとなっているA大学病院は、ポスター-2にも載せていますが、地方における大規模病院の1つであり、病床数が1262床あります。平均在院日数が18日であり、がん患者の退院支援に関して、1月～6月の6ヶ月間では9963名退院していますが、その中で悪性新生物の患者は3440名含まれています。

がん診療連携拠点病院となっているため最先端のがん治療も提供しているのですが、やはりがん患者や家族の苦痛の軽減と、療養生活の質の向上に向けた退院支援の質の評価が必要ということで、今回この質というところに着目し、訪問看護師からのインタビューを実施しました。そして、病棟看護師と連携して実践した退院支援の評価をいただき、また、病院看護師と訪問看護師との連携（看看連携）のあり方を聴取することを目的に本研究を実施しました。

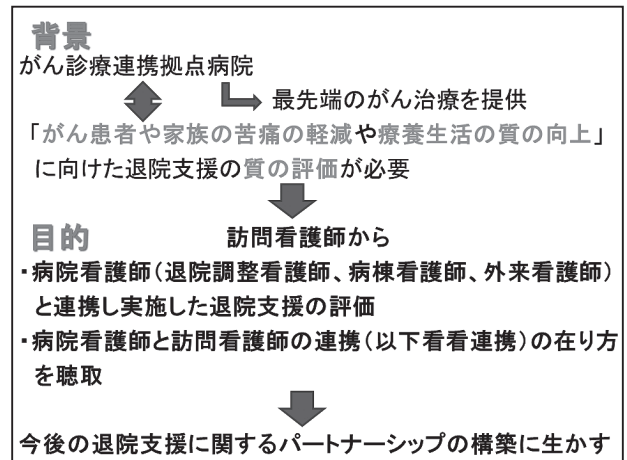
この結果を最終的には、今後の退院支援に関する病院看護師と訪問看護師におけるパートナーシップの構築に生かす基礎的資料にしたいと考えています。

## 【ポスター -3】

A大学病院で実施した退院支援で、病棟看護師と連携した経験があるという訪問看護ステーションの所長ならびに訪問看護師を研究対象としました。

調査内容は、A大学病院におけるがん患者に対する退院支援の状況調査を実施したのち、訪問看護師に対し半構成面接を行い逐語録を作成したあと、カテゴリーを組む作業を実施

### ポスター 1



### ポスター 2

A大学病院の概要	
◆ 2003年	地域医療連携センター設置 退院支援のために退院調整看護師を配置
◆ 2006年	「がん診療連携拠点病院」に認定
◆ 診療科	42科+26科（歯学部）
◆ 総病床数	1262床（H24.7～）
◆ 平均在院日数	18日
◆ 1日平均外来患者数	2038人（H24.4～12）
◆ 1ヶ月新入院患者数	1642人（H24.12）
◆ 2012年1月～6月	退院患者数 9963人 悪性新生物患者数 3440人

しました。

倫理的配慮として、東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の審査・承認を得てから、研究を実施しています。

#### 【ポスター -4】

退院支援を実施した患者数は5年間で700名以上になっています。この700名というのは、退院調整看護師が、病棟から退院支援の依頼がきて退院まで関わった人数です。従って、退院支援を「最初から」ということなので、「途中から」となればもっと数が増えると思います。

対象者は1歳の方からいらっしゃるのですが、高齢化社会ということで、平均年齢は60歳代になっています。

全てのがん患者がターミナルというわけではないのですが、徐々に退院支援の実施期間は短くなっています。

大学病院ですが地方にあるということで、一番の特記事項は、在宅復帰率が6割近くの患者が在宅に戻れているということです。

また、医療の進歩もあると思うのですが、医療処置が継続して必要だという患者が増えています。医療処置の増加は、往診医との連携だけでなく、訪問看護師との連携数も多くなり、それに伴って退院調整会議も多くなっているということがこの結果から表れています。

#### 【ポスター -5】

今回インタビューを実施した訪問看護師は、全て女性で平均年齢は47.0±6.1歳でした。訪問看護は「新人では難しい」ということもあり、対象者は平均で9年9ヶ月臨床を経験したあと、訪問看護に入って平均12年働いていました。

退院支援に対する評価ということで、「看護師同士という同一職種であることの強み」、「良

#### ポスター 3

##### 方法

- ・ **対象者:** A大学病院が実施した退院支援で、病院看護師と連携した経験があり、事前に研究参加の同意を得たB県内の訪問看護ステーションの所長ならびに訪問看護師
- ・ **調査内容:** 退院支援記録より退院調整看護師が関わったがん患者数、患者背景、支援期間、転帰を調査。訪問看護師より、退院支援に対する感想・要望・看看連携について自由に語ってもらえるように配慮した半構成面接を個別に約30分程度実施。本人の了解を得て録音し逐語録を作成
- ・ **分析方法:** 逐語録を精読し、A大学で実施した退院支援に対する感想や要望を表す最小単位の記述を抽出して、意味内容の類似性に基づきカテゴリーを組む
- ・ **倫理的配慮:** 東北大学大学院医学系研究科倫理委員会の審査・承認を得て実施

#### ポスター 4

##### 結果1

	2007年	2008年	2009年	2010年	2011年
患者数	120名	113名	170名	183名	122名
性別					
男性	65名(50.8%)	55名(48.7%)	71名(41.8%)	91名(49.7%)	53名(43.4%)
女性	63名(49.2%)	58名(51.3%)	99名(48.2%)	92名(50.3%)	69名(56.6%)
平均年齢	64.1歳	65.9歳	65.0歳	67.0歳	65.9歳
退院支援実施期間	23日	20日	17日	16日	16日
転帰					
在宅	82名(64.6%)	86名(76.1%)	107名(62.9%)	111名(60.7%)	85名(69.1%)
転院	10名(7.9%)	11名(9.7%)	21名(12.3%)	26名(14.2%)	9名(7.3%)
死亡	15名(11.8%)	7名(6.2%)	12名(7.1%)	11名(6.0%)	7名(5.7%)
中止	3名(1.4%)	9名(8.0%)	17名(10.0%)	14名(7.7%)	12名(9.8%)
不明	6名(4.7%)	0	0	20名(10.9%)	7名(5.7%)
転医	12名(9.6%)	0	13名(7.7%)	0	0
入所	0	0	0	1名(0.6%)	2名(1.6%)
訪問との連携					
有り	50名(39.1%)	59名(52.2%)	75名(44.1%)	96名(52.5%)	79名(64.8%)
無し	78名(60.9%)	54名(47.8%)	95名(55.9%)	87名(47.5%)	43名(35.2%)
往診医との連携					
有り	25名(19.5%)	37名(32.7%)	40名(23.5%)	48名(26.2%)	42名(34.4%)
無し	103名(80.5%)	76名(67.3%)	130名(76.5%)	135名(73.8%)	80名(65.6%)
医療処置					
有り	55名(43.0%)	64名(56.6%)	104名(61.2%)	105名(57.4%)	84名(68.9%)
無し	73名(57.0%)	49名(43.4%)	66名(38.8%)	78名(42.6%)	38名(31.1%)
退院調整会議					
有り	50名(39.1%)	57名(50.4%)	72名(42.4%)	101名(55.2%)	78名(63.9%)
無し	78名(60.9%)	56名(49.6%)	98名(57.6%)	82名(44.8%)	44名(36.1%)

#### ポスター 5

##### 結果2

- ・ **対象者の属性**
  - 年齢(Ave±SD) 47.0±6.1歳
  - 性別(%) 女性(100%)
  - 臨床看護歴(Ave) 9年9か月
  - 訪問看護歴(Ave) 12年
- ・ 退院支援に対する評価 5つのカテゴリーを抽出
  - 【看護師同士という同一職種であることの強み】
  - 【良好な訪問看護師と退院調整看護師との関係性】
  - 【良好な病院内外の職種を超えた連携】
  - 【連携をする上での整備された環境】
  - 【在宅を意識した退院支援のレベルアップ】
- ・ 看看連携の在り方 2つのカテゴリーを抽出
  - 【病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続】
  - 【患者・家族が戸惑わず支えることができる体制づくり】

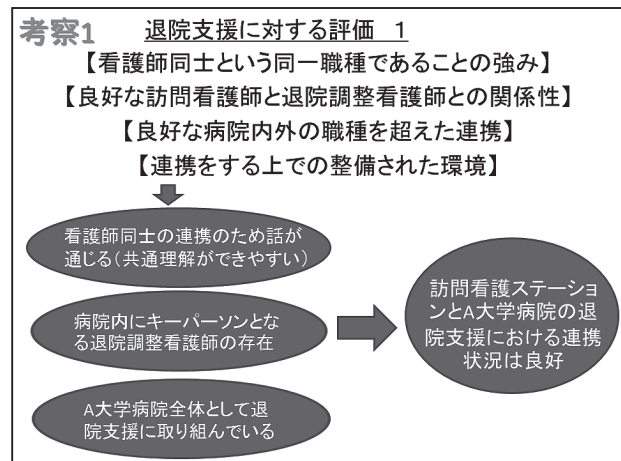
「良好な訪問看護師と退院調整看護師との関係性」、「良好な病院内外の職種を超えた連携」、「連携をする上で整備された環境」、「在宅を意識した退院支援のレベルアップ」という5つのカテゴリーが抽出されました。

看看連携のあり方については2つのカテゴリーが抽出され、「病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続」「患者・家族が戸惑わず支えることができる体制づくり」が挙げられました。

【ポスター -6】

退院支援に対する評価は、5つのカテゴリーが抽出されましたが、そのうちの4つのカテゴリーから、「看護師同士の連携のために話が通じるといことで共通理解が出来やすい」、「病院の中にキーパーソンとなる退院調整看護師の存在があることが大きい」ということと、一般に大学病院という縦割りの社会で横の繋がりが弱いのではないかと考えられますが、A大学病院に関しては「病院全体として退院支援に取り組んでいる」という評価より、概ね訪問看護ステーションとA大学病院の退院支援における連携状況は良好ではないかと推測されます。

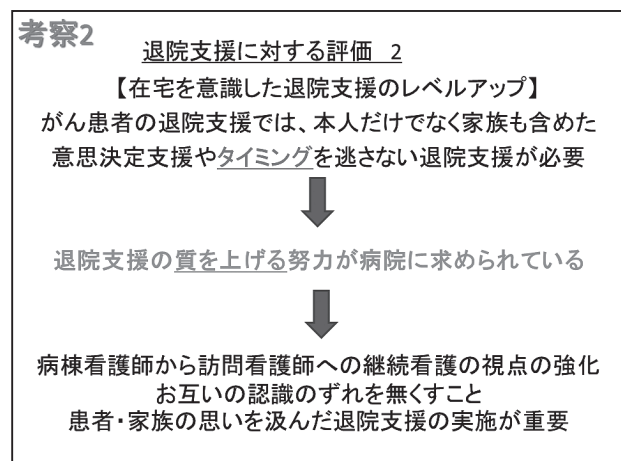
ポスター 6



【ポスター -7】

しかし、退院支援に対する評価は、良いことばかりではなく、「在宅を意識した退院支援のレベルアップ」というカテゴリーが抽出されました。がん患者の退院支援では、本人だけではなく家族も含めた意思決定支援やタイミングを逃さない退院支援が必要です。そしてタイミングが重要です。やはりターミナルの方もいるので時間的に余裕が持てないこともあり、それを逃さない退院支援が必要であるということで、「退院支援の質を上げる努力がもっと病院に求められている」ことが明らかとなりました。

ポスター 7



そのためには、病棟看護師から訪問看護師への継続看護の視点の強化、お互いの認識のずれを無くすこと、患者・家族の思いを汲んだ退院支援の実施が重要、ということが示唆されています。

【ポスター-8】

次に連携のあり方についてです。

「病院から在宅へ変わらない質の高い看護ケアの継続」ということについて、この3点が出てきました。

質の保障であったり、情報共有の強化、そしてフィードバックということが訪問看護師から提言されました。特に病棟看護師が実践した退院支援に対して、訪問看護師側からフィードバックしてもらうことは、すぐにも実施可能なことであり、早急に行わなければいけないことかと思

います。そして、フィードバックを実践することで病棟看護師が今回の退院支援で得たことを次の退院支援に生かせるのではないかと考えます。

「患者・家族が戸惑わずに支えることができる体制づくり」ということでは、「同じ看護職として支えていく」、そして訪問看護ステーションの存在がなかなか認知されにくいという状況もあるので、「入院中から訪問看護師について知ってもらうことが在宅への不安軽減へ繋がる」のではないかと考えられます。

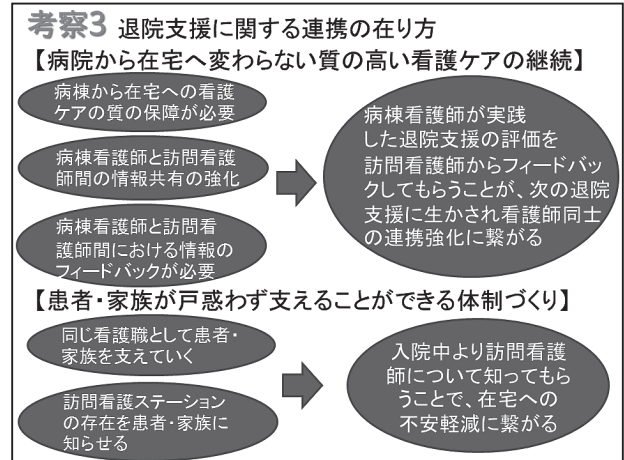
【ポスター-9】

結論として、退院調整看護師を窓口として、訪問看護ステーションとA大学病院で実施された退院支援における連携状況は良好である。

しかし、今後がん患者や家族の苦痛の軽減や療養生活の質の向上に向けた退院支援を実践していくためには、ライフサポーターである病棟看護師の退院支援に対するスキルアップが必要である。

そして、同じ看護職である病院看護師と訪問看護師が継続看護の視点を持って、看看連携強化を実践していくことが、患者・家族のQOL向上に繋がることが示唆されました。

ポスター 8



ポスター 9

