

## 原 著 論 文

# 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

## Visiting Nurses' Approach to Collaboration with Ward Nurse in Transitional Period to Home Care

潮 由美子 (Yumiko Ushio)\* 森 下 安 子 (Yasuko Morishita)\*

### 要 約

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することを目的として、病棟看護師と協働して在宅移行支援に関わった経験を有する訪問看護師8名を対象に、半構成的面接法を用いてデータ収集を行った。

結果、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には、【同じ看護専門職であることをよりどころとする】【互いの立場を理解する】【利用者・家族を中心にすえる】を含む『関係性の構築』と、【入院中の情報を共有する】【互いが蓄積している看護実践を学びあう】【在宅生活に必要なセルフケアを見極める】【在宅で起こりうる問題を予測する】【在宅で実施可能なケアを考案する】【利用者・家族への支援体制を検討する】【退院までに必要なケアを決定する】【シームレスケアに向け互いに役割を担いあう】を含む『協働活動』が抽出された。

在宅移行期における訪問看護師と病棟看護師の協働は、同じ看護専門職であることをよりどころに、互いの情報や看護実践を共有したうえで、在宅で起こりうる問題を予測し、利用者・家族の力にあわせたシームレスケアをともに創造する重要な看護実践であることが示唆された。

### Abstract

The aim of this study is to clarify the structure of collaboration of visiting nurse and ward nurse in transitional period from hospitalization to homecare. Data was collected by semi-structured interview with eight visiting nurses who had experienced collaboration with ward nurses in supporting care transition.

The result reveals two categories: "establishment of relationship" and "cooperative activity". The former includes the following three subcategories: 'sharing of common disciplinary characteristics of nursing', 'understanding each other's position' and 'focusing on patients and their family as central issue'. The latter includes the followings: 'sharing information on patients in hospitalized period', 'mutual education by sharing the personal experience of nursing praxis', 'evaluation of capacity of patients and their family', 'estimate of possible problems in homecare', 'designing feasible home care system', 'considering support system for patients and their family', 'judging on care service needed by the time of discharge' and 'role sharing aiming at seamless care service'.

It is suggested that collaboration of the both disciplinary nurses is an important care practice in order to implement seamless care system by meeting such conditions as enumerated in the subcategories above.

キーワード：在宅移行期、協働

### I. は じ め に

医療を取り巻く環境は、医療法改正に伴って進められてきた病院機能の分化の進展、2012年をめどに介護療養型医療施設を廃止するなど著

しく変化し、入院から在宅まで切れ目のない医療提供体制が求められている。病院から在宅への移行を支援することは、再入院の予防、利用者・家族のQOLの向上などが報告されており<sup>1)</sup>、地域ケアシステムの構築につなげていく

\*高知県立大学看護学部

ためにも重要な機能として退院調整が注目されている<sup>2)3)</sup>。なかでも、医療経済研究機構<sup>4)</sup>は、医療依存度の高い利用者に提供する退院支援として、病院側と在宅側が協働することが重要であると指摘している。

協働については、亀口<sup>5)</sup>が「所与のシステムの内外で、異なる立場に立つ者同士が、共通の目標に向かって、限られた期限内に、互いの人的・物的資源を活用して、直面する問題の解決に寄与する対話と活動を展開すること」と定義している。また、染谷<sup>6)</sup>は訪問看護の視点から、「対等な立場のもとにおいて、在宅ケアに関わる患者・家族を含めた多くの職種が、それぞれの役割を重複しながら、共通の目標達成に向かって、対話と活動を展開すること」と定義している。このように、協働は、互いの知恵や資源を活用し、患者・家族の問題解決、目標達成を実現する活動といえる。しかし、在宅移行支援の現状として、患者・家族に関する情報共有のツールとして活用している看護サマリーには、在宅生活に活かせる情報や継続される問題点が網羅されていないことが報告されている<sup>7)</sup>。また、病棟看護師だけの支援では、「予測・予防」「ケアマネジメント」が十分にできず、そのため患者・家族が不十分な体制の中で在宅生活が開始され、継続して必要なケアを受けられないという現状がある。

以上のことから、患者・家族を受け入れる側である訪問看護師が病棟看護師と、入院中から情報を共有し、利用者・家族の在宅生活への早期安定に向けて、対話を繰り返しながらともに在宅移行を支援する、つまり協働していくことが重要と考える。

## II. 研究目的

本研究は、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、利用者・家族が望む在宅生活への移行を支援する看護のあり方への示唆を得ることを目的とした。

## III. 研究方法

### 1. 研究デザイン

在宅移行期における訪問看護師が、病棟看護師との協働においてどのような関係性を築き、協働活動を行っているかを明らかにするため、帰納的手法による質的因子探索型研究とした。

### 2. 用語の定義

在宅移行期は伊藤<sup>8)</sup>、中家<sup>9)</sup>の定義を、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は経営学<sup>10)</sup>、社会学<sup>11)</sup>、教育学<sup>5)12)</sup>における協働の定義、染谷<sup>6)</sup>の訪問看護における協働の定義をもとに、以下のように用語を定義した。

在宅移行期：退院調整看護師やケアマネジャーなどから訪問看護の依頼を受け、利用者・家族が、入院中から新たな在宅生活の再構築に取り組む時期

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：訪問看護師が病棟看護師と、在宅移行期に利用者・家族の在宅生活への早期安定、QOLの維持・向上およびセルフケアの継続に向けて、共通の目標を共有し、対等な関係性を築き、困難に取り組みながら、互いの知恵や資源を出しあって活用し、ともに新たなケアの創造に取り組み、実践すること

### 3. 研究対象者

研究対象者は、病棟看護師と協働して在宅移行支援に関わった経験を有し、訪問看護ステーションの管理者より推薦を受け、本研究の趣旨を理解し研究への協力および同意が得られた訪問看護師とした。

### 4. データ収集期間・方法

データ収集期間は、2010年9月から11月までの3ヶ月間であった。データ収集方法は、半構成インタビューガイドを作成し、面接法にてデータ収集を行った。インタビューガイドの妥当性の検討と面接技法の向上のために、プレテストを2回行った。インタビューガイドは、在宅生活の早期安定に向けてどのような課題があり、それを解決するために病棟看護師とどのような

ことを共有し、どのようなことを考え、行動したのか、また病棟看護師とどのような関係性を構築しようと考え、行動したのかを具体的に自由に語ってもらえる内容とした。面接は、1時間程度の半構成的面接を1～2回行い、承諾を得たうえでICレコーダーに録音した。

## 5. データ分析方法

録音した面接内容から逐語録を作成し、繰り返し読むことで全体の流れをつかんだ。そして、記録したデータから訪問看護師と病棟看護師の協働に関する内容を事例ごとに抽出し、コード化した。類似した意味をもつコードをまとめ、カテゴリー化した。データ分析は、在宅看護学領域の研究者1名および質的研究に精通している研究者2名より継続的にスーパーバイズを受け、信頼性と妥当性の確保に努めた。

## 6. 倫理的配慮

本研究は、高知女子大学看護研究倫理審査委

員会の承諾を得て実施した。また、訪問看護ステーションの管理者と研究対象者には、研究の趣旨、参加の自由、研究協力の撤回の自由、心身の負担への配慮、匿名性とプライバシーの保護等について書面で提示・説明し、同意を得た。

## IV. 結 果

### 1. 研究対象者の概要および語られた事例の概要

研究対象者は、A県5ヶ所の訪問看護ステーションに勤務する訪問看護師8名であった。このうち、臨床看護師経験年数10年以上が5名、20年以上が3名であった。また、訪問看護師経験年数5年以上が5名、10年以上が3名であった。対象者のうち管理者が4名、主任が2名、スタッフが2名であった。語られた事例の主疾患は、脳梗塞、肺炎、先天性疾患、がんターミナル、パーキンソン病であった。訪問看護の依頼から退院までの期間は、2日～1ヶ月であった。(表1)

表1 研究対象者の概要および語られた事例の概要

ケース	研究対象者の概要			語られた事例の概要		
	臨床 看護師 経験年数	訪問 看護師 経験年数	役職	年齢 性別	事例の主疾患と状況	訪問看護の依頼～ 退院までの期間
1	20年以上	5年以上	主任	70代男性	・妻と二人暮らし・脳梗塞による嚥下障害のため、胃瘻を造設した。	1ヶ月
2	20年以上	10年以上	スタッフ	80代男性	・妻と二人暮らし ・肺炎のため再入院後に、気管切開し、吸引が必要な状態。	不明
3	10年以上	10年以上	管理者	80代女性	・脳梗塞後遺症により、誤嚥性肺炎と経口摂取量低下にて胃瘻を造設した。	1週間
4	10年以上	5年以上	スタッフ	2歳女児	・両親と姉の4人家族 ・先天性疾患のため経管栄養と吸引が必要な状態。	1ヶ月
5	10年以上	10年以上	管理者	50代男性	・独居 ・脳梗塞後遺症による左半身不全麻痺あり。糖尿病の血糖値コントロール目的で入院中に、廃用症候群を起こしていた。	10日間
6	10年以上	5年以上	管理者	40代女性	・配偶者と子どもの4人家族 ・腎臓がんターミナル	2日間
7	10年以上	5年以上	管理者	80代女性	・パーキンソン病が進行し、寝たきりで関節拘縮あり、胃瘻管理と吸引が必要な状態。 ・娘の希望にて退院	2週間
8	20年以上	5年以上	主任	80代女性	・誤嚥性肺炎のため寝たきりとなり、関節拘縮をきたし、胃瘻を造設した。	2週間

## 2. 分析結果

分析の結果、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には、『関係性の構築』と『協働活動』があった。『関係性の構築』には、【同じ看護専門職であることをよりどころとする】【互いの立場を理解する】【利用者・家族を中心にすすめる】の3つのカテゴリーがあった。『協働活動』には【入院中の

情報を共有する】【互いが蓄積している看護実践を学びあう】【在宅生活に必要なセルフケアを見極める】【在宅で起こりうる問題を予測する】【在宅で実施可能なケアを考案する】【利用者・家族への支援体制を検討する】【退院までに必要なケアを決定する】【シームレスケアに向け互いに役割を担いあう】の8つのカテゴリーがあった。（表2）

表2 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

	カテゴリー	サブカテゴリー
関係性の構築	同じ看護専門職であることをよりどころとする	同じ看護専門職だからこそ理解しあえると信じて関わる
		同じ看護専門職として互いに学びあう姿勢で関わる
	互いの立場を理解する	互いの違いをふまえて関わる
		互いに限界があることを理解して関わる
		常に相手の立場に立って配慮する
協働活動	利用者・家族を中心にすすめる	利用者・家族の思いを中心にすすめて関わる
	入院中の情報を共有する	入院期間を通じた療養上の管理過程を共有する
		病棟で実施している援助を共有する
		入院中に見えた利用者の人物像を共有する
		入院中に見えた利用者・家族の病状理解の情報を共有する
		入院中に見えた家族の力の情報を共有する
	互いが蓄積している看護実践を学びあう	入院中に工夫している看護実践を学びあう
		在宅移行支援で重要となる視点を学びあう
		在宅での限界を学びあう
		在宅で継続可能なケアの実際を学びあう
	在宅生活に必要なセルフケアを見極める	利用者が入院中に習得すべきセルフケア能力を見極める
		家族の介護力を見極める
		家族が入院中に習得すべきケアを見極める
		看護職が担うべきケアを見極める
	在宅で起こりうる問題を予測する	在宅で起こりうる身体的な危険性を予測する
		在宅で起こりうる生活上の困難な状況を予測する
	在宅で実施可能なケアを考案する	在宅で継続可能なケア方法を考案する
		在宅で利用者・家族が力を発揮できる効果的なケア方法を考案する
	利用者・家族への支援体制を検討する	在宅でのサービス導入を検討する
		家族と在宅ケアスタッフの役割分担を検討する
		退院後の受け入れ体制を検討する
	退院までに必要なケアを決定する	在宅で必要となるケア物品の供給体制を決定する
		在宅生活に向けたリハビリ訓練内容を決定する
		無理のない介護指導方法を決定する
	シームレスケアに向け互いに役割を担いあう	利用者・家族が習得すべき知識・技術を指導する役割を担う
		ケア物品を確保する役割を担う
		医師を巻き込む役割を担う
		入院中のケアを継続し発展させていく役割を担う
		入院中のケアを評価できるよう在宅での状況をフィードバックする役割を担う



本稿では、カテゴリーを【 】、サブカテゴリーを《 》、ローデータを「 」で示す。

### 1) 『関係性の構築』

(1) 【同じ看護専門職であることをよりどころとする】とは、同じ看護職だからこそ理解しあえると信じて学びあう姿勢で関わることである。これには2つのサブカテゴリーがあった。ケース3は、「在宅のイメージがつきににくい病棟看護師にも同業者としてね、『在宅ではこのケアはこんなことやっているんです』って話をしても通じやすいんですよ」と語り、《同じ看護専門職だからこそ理解しあえると信じて関わる》ことをしていた。また、ケース3は、「病棟看護師の方も『在宅の方ではどういう風にされているのですか？教えてもらいたいです』っていう、そういう意見を言ってもらえたので、『在宅ではその毎回毎回ルートを替えるんじゃないでね、例えばミルトンで洗浄して消毒を一日一回はするとかね。で、あとは吊るして乾燥させておくとかね。そういうような形でやっていますよ』って在宅の現実的なことをお話したら、『じゃ、ミルトンでいいんですね？』とか、それから『ルートは何日ぐらいで交換しましょうかね？』ってそういう話もできましたね」と語り、訪問看護師と病棟看護師が、在宅で継続すべきケアを決定するために、《同じ看護専門職として互いに学びあう姿勢で関わる》ことをしていた。

(2) 【互いの立場を理解する】とは、互いの違いや限界を理解したうえで、相手に配慮して関わることである。これには3つのサブカテゴリーがあった。ケース6は、「お互い同じ看護職ですけど、それぞれに持っている知識も違うし」と語り、在宅と病院というフィールドの違いから、知識や情報といった《互いの違いをふまえて関わる》ことをしていた。また、ケース5は、「この勤務の状況でそこまでやるのは大変だろうなっていうのはわかるので」と語り、訪問看護師は《常に相手の立場に立って配慮する》ことをしていた。

(3) 【利用者・家族を中心にすすめる】とは、利用者・家族が望む在宅生活への実現に向けて、利用者・家族の思いを中心にするとともに考える

よう関わることである。これには1つのサブカテゴリーがあった。ケース5は、「自分でできる、家族でできるように、なるべく近づけて帰るようにするのが基本ですね。(中省略)『家でこういう形を希望されているので』ということとか、『バルーンあった方がいい？』とか、本人に確認して、本人の思っているので伝えますね」と語り、在宅でどのような生活を送りたいか《利用者・家族の思いを中心にすすめて関わる》ことで、病棟看護師とともに利用者・家族の在宅生活を検討していた。

### 2) 『協働活動』

(1) 【入院中の情報を共有する】とは、訪問看護師は病棟看護師と、ケアの根拠となる入院中の利用者・家族の客観的情報のみならず、病棟で実施しているケア内容や、病棟看護師が捉えた利用者の特性について情報を共有することである。これには5つのサブカテゴリーがあった。ケース2は、「排便コントロールがどのお薬で、浣腸をするのか、何日に1回、どんな感じなのかとか」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、《病棟で実施している援助を共有する》ことをしていた。また、ケース5は、「メンタルで、『ちょっと依存傾向が強いです』って病棟から聞いたら、『あ、わかりました、在宅で家族の負担が強くないように見ていきます』って。病棟から『実は…』って(サマリーに)書けないことでお伝えいただけました」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、《入院中に見えた利用者の人物像を共有する》ことをしていた。

(2) 【互いが蓄積している看護実践を学びあう】とは、訪問看護師は病棟看護師から、病棟で実践している利用者の個別性をふまえたケアの工夫を学び、病棟看護師は訪問看護師から、在宅移行支援における重要な視点や、在宅の限界をふまえた在宅で実践しているケアを互いに学びあうことである。これには4つのサブカテゴリーがあった。ケース4は、「看護師さんて記録には残ってないんですけど、やっぱりこの子の癖だとか生活のコツみたいな、ちょっとしたことご存知なんですよ」と語り、訪問看護師は病棟看護師から、《入院中に工夫している看護実践を学びあう》ことをしていた。また、

ケース6は、「寝たきりなので、体の向きを変えたりとかっていうのも病院の中では2時間ごとになっているんですけど、『2時間毎の指導をしたらいんですか』って病棟の方に聞かれるんですけど、（中省略）『ご家族がお休みになる前に一回変えていただいて、夜におトイレに起きた時にもし余裕があれば変えてもらったらいいです』って」と語り、病棟看護師は訪問看護師から、『在宅で継続可能なケアの実際を学びあう』ことをしていた。

（3）【在宅生活に必要なセルフケアを見極める】とは、訪問看護師は病棟看護師と、入院中に利用者・家族が最低限習得すべき力を見極め、家族および看護職が担うべきケアを見極めることである。これには4つのサブカテゴリーがあった。ケース5は、「お一人暮らしであるということ病棟にフィードバックして。バルーン抜けてトイレ歩行が行けるようになりました」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、『利用者が入院中に習得すべきセルフケア能力を見極める』ことをしていた。また、ケース2は、「（病棟看護師から退院後の）『ガーゼ交換は家族にさせないで、ナースがしてください』ってあるので（訪問看護で）行く時もあるけど」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、『看護職が担うべきケアを見極める』ことをしていた。

（4）【在宅で起こりうる問題を予測する】とは、訪問看護師は病棟看護師と、在宅で起こりうる利用者の身体的な危険性や、利用者・家族の生活の中で起こりうる困難な状況を予測することである。これには2つのサブカテゴリーがあった。ケース1は、『5時に巡回したらとっくに起きて座っています』とかいう人だったら、（在宅では）家族が早朝に起きて、転倒予防しないといけなかなとか」と語り、『在宅で起こりうる身体的な危険性を予測する』ことをしていた。

（5）【在宅で実施可能なケアを考案する】とは、訪問看護師は病棟看護師と、在宅で継続可能、かつ、利用者・家族の力を活かしたケア方法を考案することである。これには2つのサブカテゴリーがあった。ケース4は、「夜間お母さんの睡眠時間を確保する必要があって、夜中の2時とかにミルクがいて、次のタイミング

が7時とかだったら、お母さんもなんとかできるかもしれないので、一日8回の注入を6回にしてもらって、一回量を寝る前に増やして夜間の注入の間隔を広げてもらう」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、『在宅で利用者・家族が力を発揮できる効果的なケア方法を考案する』ことをしていた。

（6）【利用者・家族への支援体制を検討する】とは、訪問看護師は病棟看護師と、在宅でのサービス提供体制および医療受け入れ体制を検討することである。これには3つのサブカテゴリーがあった。ケース6は、『このあたりがもうちょっと工夫が必要そうだから、他のサポート資源があればそれを導入しようか』とかっていうのをプライマリーさんと話し合いをすることができるので」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、『在宅でのサービス導入を検討する』ことをしていた。また、ケース1は、「熱が出た時にひよっとして病棟サイドでまた受けてもらえるかどうかっていうのを相談したりとか」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、在宅で利用者が病状悪化した際の『退院後の受け入れ体制を検討する』ことをしていた。

（7）【退院までに必要なケアを決定する】とは、訪問看護師は病棟看護師と、入院中に必要な利用者・家族へのケアや在宅に必要なケア物品の供給方法を決定することである。これには3つのサブカテゴリーがあった。ケース6は、『そこまで負荷をかけてしまうと在宅移行に対して不安が出てくるかもしれないからそれは訪問看護でサポートするから、この部分についてはもうちょっと手前のラインで止めていいです』っていうのをプライマリーさんに返していきます」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、家族の介護習得状況に合わせて『無理のない介護指導方法を決定する』ことをしていた。また、ケース1は、「バルーンがつまりやすい人で、病棟で10日に1回交換だったら、『在宅では1週間に1回交換できるようにそれだけの数を持たせてください』とか」と語り、訪問看護師は病棟看護師と、利用者の病状に合わせて『在宅で必要となるケア物品の供給体制を決定する』ことをしていた。

（8）【シームレスケアに向け互いに役割を担

いあう】とは、病棟看護師は在宅生活に必要な知識・技術の指導やケア物品を確保する役割を担い、訪問看護師は病棟看護師のケアを継続して利用者・家族の力を発展させていく役割を担うことである。これには5つのサブカテゴリーがあった。ケース2は、「『チューブをミルトンに浸けて、2～3回使ったらいけませんか？』って聞きます。（中省略）それもナースが決められないことだったりするので病棟のドクターに聞いてもらったりとか」と語り、在宅で継続可能、かつ、シンプルな医療的ケア方法を検討するために病棟看護師は《医師を巻き込む役割を担う》ことをしていた。ケース1は、「『退院までにご家族に胃瘻からの水分補給を指導しておいてほしい』っていうのを一応言っていましたね。もう帰った日から水分入れないといけませんので」と語り、病棟看護師は《利用者・家族が習得すべき知識・技術を指導する役割を担う》ことをしていた。また、ケース4は、「病棟で指導した内容に沿って（家で）指導していかないと、お母さんが混乱するので。まずは病院での指導内容を確認して、家でお母さんの手技を確認して」と語り、訪問看護師は在宅で《入院中のケアを継続し発展させていく役割を担う》ことをしていた。そして、ケース3は、「帰ってきて次の受診までの間に、『なんとか元気に過ごしています』って一回電話入れたんですよね。そしたらその看護師さんが喜んで、『一人だから心配していました』って」と語り、訪問看護師が病棟看護師に《入院中のケアを評価できるよう在宅での状況をフィードバックする役割を担う》ことをしていた。

## V. 考 察

本研究結果から、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には、協働活動を実現するための『関係性の構築』と『協働活動』があり、それぞれの特徴について考察していく。

### 1. 『関係性の構築』の特徴

染谷<sup>6)</sup>は、「訪問看護師は協働において“対話”を通して信頼関係を育み、信頼関係がなければ

協働活動がスムーズに行われず、また協働も促進されていない。」と述べている。在宅移行期の現状として、在宅側への連絡は退院直前であるなど<sup>7)</sup>、対話どころか情報共有ですら困難であることが報告されている。一方、病棟看護師は、組織を越えて院外の看護職と連携することへの障壁があり<sup>14)15)</sup>、実際の連携行為を直接実施する機会が少ないことから、利用者・家族が週に数回、30分や1時間の訪問といった点のサービスを受けながら生活している在宅療養をイメージし難い現状にある<sup>13)16)</sup>。このようなフィールドの違いから、協働活動を行ううえでの関係性が構築されず、協働活動も困難となると考える。

急性期医療では生命維持が優先され、患者が疾患とともに生活していくことの受容・自立から遠ざけてしまう環境にある<sup>17)</sup>。そのため、訪問看護師は、【同じ看護専門職であることをよりどころ（とする）】とし、【利用者・家族を中心にすえ（る）】て病棟看護師と対話することによって、病棟での治療やケアが、医療優先から自立支援に転換できるようにしていたといえる。そして、訪問看護師と病棟看護師は、このような対話をしていくために【互いの立場を理解する】というように、互いの違いや時間の限界などを受け入れていたといえる。このような対話が、病院・在宅という看護を提供する場の違いや、違う組織に所属している看護師であることから生じる協働活動の困難を乗り越え、協働活動が実現できていくと考えられる。

### 2. 『協働活動』の特徴

『協働活動』は、【入院中の情報を共有する】【互いが蓄積している看護実践を学びあう】から“学びあい、情報を共有する協働活動”、【在宅生活に必要なセルフケアを見極める】【在宅で起こりうる問題を予測する】から“在宅生活で生じうる問題を予測する協働活動”、【在宅で実施可能なケアを考案する】【利用者・家族への支援体制を検討する】から“セルフケアに基づいたケア体制を検討する協働活動”、【退院までに必要なケアを決定する】【シームレスケアに向け互いに役割を担いあう】から“シームレスケアを展開する協働活動”の4つ



の領域があると考えられた。

### 1) “学びあい、情報を共有する協働活動”

在宅移行期においては、利用者・家族が在宅で生活していくために、継続必要な専門職のケアが在宅移行に伴って途切れることのないよう、病院と在宅とをつなぐ移行期に十分な時間を取り、関係者が共に考える姿勢をもつことが重要<sup>18)19)</sup>と報告されている。このことから、訪問看護師と病棟看護師が、入院中から在宅生活の早期安定に向けた支援を検討するために、互いが把握している情報や知識を共有することが必要と考える。

本研究において訪問看護師は、病棟看護師が把握している療養上の管理過程や利用者・家族に関する【入院中の情報を共有する】とともに、文書では表しきれない【互いが蓄積している看護実践から学びあう】という協働活動を行っていた。このように、訪問看護師と病棟看護師が、互いに蓄積している情報や看護実践を言語化し伝えあい、学びあうことで、ともに利用者・家族に関わる看護専門職として協働する関係性を構築しながら、目標となる退院後の利用者・家族の生活像を共有し、在宅移行支援を検討するための基盤を作り上げていたと考える。また、病棟看護師が実践している効果的なケアを在宅でも継続することは、ケアの質を保証し、再入院を防ぎ、利用者の病状や生活の安定につながると考える。

### 2) “在宅生活で生じうる問題を予測する協働活動”

小笠原<sup>20)</sup>は、利用者宅と在宅ケアサービス機関との物理的距離を考慮し、「どれだけ先を見越した予測的判断ができるかが、利用者やその家族が安心して在宅療養生活を継続できるのかに大きな影響を及ぼす。」と述べている。近年の退院は、患者に看護が必要でなくなった時ではなく、その病院の機能と患者の状態が一致しなくなった時に患者は他の場所に移動していく<sup>21)</sup>ことから、利用者は医療的ケアなど病氣管理の継続を必要とする状態で退院しなければならず、退院当日から病氣管理に取り組みながら、利用者・家族はセルフケア能力をもって生活し

ていくことが求められる。つまり、利用者・家族のセルフケア能力を見極め、病氣管理を必要とする健康状態にある利用者とその家族が在宅で生活していくことへの影響を予測することが必要といえる。

本研究において訪問看護師と病棟看護師は、【在宅生活に必要なセルフケアを見極め(る)】、利用者・家族の在宅生活をイメージし、【在宅で起こりうる問題を予測する】という協働活動を行っていた。入院中の利用者・家族の特性を把握している病棟看護師と、在宅での生活を見通すことができる訪問看護師が協働することによって在宅生活の実現に向けた判断を行っていたと考える。在宅移行期は、生活を新たに再構築していかなければならない危機をはらんでいく<sup>8)</sup>ことから、危機を予測し対応策を講じておくことは、在宅生活の早期安定と継続に向けた重要な協働活動である。

### 3) “セルフケアに基づいたケア体制を検討する協働活動”

病院からの退院調整において、「24時間、三交代で提供している医療・看護を、自宅でも可能な方法にアレンジすること、シンプルな方法へ切り替えること<sup>22)</sup>」が重要である。つまり、利用者・家族が可能な限り不安や負担感を抱くことなく、退院当日から生活の中にケアを取り入れることができるよう、ケアを組み立て直すことが必要といえる。また、在宅は住み慣れた場所ではあるが、医療機器やケア物品も十分には整っておらず、医療者が常時いない環境となるため、利用者・家族が安心して在宅で生活していくことができるよう支援体制を整えておくことが必要である。

本研究において訪問看護師と病棟看護師は、在宅生活の実現に向けた判断のもと、病院でのケア方法と利用者・家族のセルフケア、そして在宅でのケア方法をすり合わせ、【在宅で実施可能なケアを考案する】という協働活動を行っていた。つまり、在宅移行期において重要な『いま提供している医療は必要なのか』、『在宅で継続できるのか』という視点から優先度を考え、病院と在宅の間のギャップを埋める<sup>23)</sup>ことを、訪問看護師と病棟看護師が協働して行って



いたといえよう。これによって、利用者・家族が在宅で継続できる個別のケア方法を創造していたと考える。訪問看護師と病棟看護師がともに【利用者・家族への支援体制を検討する】ことは、利用者・家族の在宅生活を保障することで安心感を得ることができ、在宅生活の継続につながる重要な協働活動といえる。

#### 4) “シームレスケアを展開する協働活動”

シームレス (seamless) とは、「縫い目や継ぎ目がないこと。断続がないこと<sup>24)</sup>」を意味する。病院から在宅へ療養場所を移行する継ぎ目においては、適切な医療の継続<sup>18)19)</sup>が問題視されている。そこで鄭ら<sup>25)</sup>は、患者が身体の回復過程に伴って、場所を移動しながら治療や療養を受けなければならない状況に対して、いつ、どこに移動しても切れ目やつなぎ目のないシームレスケアのために、連携・調整・仲介等の役割を果たすサービス機能の必要性を述べている。

本研究において訪問看護師と病棟看護師は、対話を通して【退院までに必要なケアを決定(する)】していた。そして、病棟看護師は、在宅生活で基盤となる患者・家族のセルフケアを育成するために、現時点での患者の健康状態や家族の力を考慮したケアを実践し、そして訪問看護師は、病棟看護師が育んだ利用者・家族のセルフケアを在宅でさらに発展させていた。つまり、訪問看護師と病棟看護師は、【シームレスケアに向け互いに役割を担いあう】ことで、利用者・家族に必要なケアを入院中から在宅移行後も途切れることなく提供し続ける体制を作っていたと考える。このことからシームレスケアは、利用者・家族の生活の場や支援者が変わろうとも、本研究結果のように訪問看護師と病棟看護師が協働することで、利用者・家族の在宅生活の安定化とケアの継続のために、退院後も協働して取り組み続ける在宅移行支援であるといえる。

## VI. 看護への示唆

本研究結果より、訪問看護師と病棟看護師が対話を通して、互いの看護実践と在宅生活のイメージを共有したうえで、在宅で起こりうる問

題を予測し、利用者・家族の力にあわせたケアを創造する協働活動は、利用者・家族の在宅生活への早期安定と継続につながる重要な看護実践であることが示唆された。さらに、在宅でのケア体制づくりにおいては、導入する訪問看護ステーションの状況やその地域にあるサービス提供体制を考慮する必要性からも、訪問看護師と病棟看護師が協働活動することは重要である。「コラボレーションの継続的な展開によって、孤立無援の状況に陥りがちな専門家に、適切なサポートあるいは安全ネットを提供するコミュニティを形成することができる<sup>5)</sup>」と言われるように、シームレスな地域ケアシステムを構築するためにも、訪問看護師と病棟看護師が協働して在宅移行支援を行っていくことが必要と考える。このように、訪問看護師と病棟看護師が協働して在宅移行支援を行うためには、互いに必要とする情報を理解し伝えあうコミュニケーション能力、互いの看護実践を活用して利用者・家族にあわせたケアへと発展させていく能力を養う教育が必要である。また、退院調整看護師などの調整担当者が介入する場合は、訪問看護師と病棟看護師が直接対話できるようにつなげることが重要と考える。

## VII. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、対象者が8名、訪問看護ステーションは5ヶ所と少数であったこと、事例によっては記憶が不確かな場合も考えられる。今後は、病棟看護師側から見た訪問看護師との協働について明らかにしていくことが課題である。

### 謝 辞

多忙な職務の中、本研究に快くご協力くださいました研究対象者の皆様、ご指導を賜りました先生方に心より感謝申し上げます。なお、本稿は平成21年度高知女子大学大学院看護学研究科に提出した修士論文の一部を加筆修正したものである。

### <引用文献>

- 1) 千田みゆき：病院から在宅へつなぐ看護、臨床看護、第24巻第1号、9-17、1998.

- 2) 山田雅子：医療連携において期待される看護師の役割、病院、66巻5号、382-385、2007.
- 3) 平原優美：在宅移行期および在宅ケア継続中の連携・協働について、ホスピスケア、18巻2号、42-62、2008.
- 4) 在宅医療移行管理のあり方に関する研究、医療経済研究機構、2008.
- 5) 亀口憲次：現代のエスプリ コラボレーション 協働する臨床の知を求めて、No.419、5-19、2002.
- 6) 染谷千亜希：訪問看護における協働と訪問看護が協働していくうえでの困難に関する研究、高知女子大学大学院看護学研究科、平成17年度修士論文.
- 7) 清崎由美子：在宅ケアサービス提供者からみた望ましい退院支援：訪問看護の立場から、ジェロントロジーニューホライズン、Vol.17、No.4、338-343、2005.
- 8) 伊藤隆子：在宅療養移行期のケアマネジメントにかかわる在宅介護支援センター所属の看護職ケアマネジャーの認識、千葉看護学会会誌、10(2)、56-64、2004.
- 9) 中家洋子：高齢者の終末期ケアにおける在宅移行期のケアマネジャーの役割と課題 退院時の事例から、四條畷学園短期大学紀要、42、27-35、2009.
- 10) 早津明彦、大西二郎、高橋保人ほか：共働によるマネジメントの基本、序章 構造変化とマネジャーの役割・第1章 これからのマネジメント、産能大学出版部、1996.
- 11) 世古一穂：協働のデザイン パートナリシップを拓く仕組みづくり、人づくり、学芸出版、2001.
- 12) ヘイズ、R.L.、高岡文子、ブラックマン、L.：現代のエスプリ 協働（コラボレーション）の意義 学校改革のための学校—大学間パートナーシップ、No.407、99-112、2001.
- 13) 福井小紀子：がん終末期ケアにおける医療連携の現状と課題 病院看護師と訪問看護師への期待、病院、66巻5号、397-402、2007.
- 14) 吉田千文：病院から訪問看護ステーションへの要望 効果的な連携と協働のために、訪問看護と介護、Vol.8、No.3、204-208、2003.
- 15) 三澤康雄、山口幸枝、田口敬代：病院看護師による訪問看護師との同行訪問看護研修の試み、愛仁会医学研究誌、Vol.38、119-120、2006.
- 16) 樋口キエ子、原田静香、大木正隆：訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状 連携上の困難・役立った支援より、看護実践の科学、Vol.34、No.10、61-69、2009.
- 17) 宇都宮宏子：退院支援実践ナビ、031-040、医学書院、2011.
- 18) 長江弘子：末期がん患者の在宅移行期 退院までの訪問看護婦のかかわり、臨床看護、第24巻第1号、18-28、1998.
- 19) 長江弘子：在宅移行期の家族介護者が生活を立て直すプロセスに関する研究—家族介護者にとって生活の安定とは何かに焦点をあてて—、聖路加看護大学紀要、No.33、17-25、2007.
- 20) 小笠原充子：訪問看護師の行っている予測的判断、高知女子大学看護学会誌、Vol.28、No.2、21-31、2003.
- 21) 角田直枝：病院・施設と訪問看護ステーションとの看看連携、保健の科学、第51巻第9号、627-631、2009.
- 22) 宇都宮宏子：スムーズな退院調整に向けた取り組みとネットワーク構築、看護管理、Vol.16、No.11、899-906、2006.
- 23) 宇都宮宏子：退院支援のプロセスを学ぼう 一冊まるごと退院支援、看護学雑誌、第74巻第5号、6-28、2010.
- 24) 杉村出：広辞苑 第六版、岩波書店、2007.
- 25) 鄭佳紅、上泉和子：求められる退院調整看護師の活躍と退院支援システムの確立、看護Vol.60、No.11、40-43、2008.