

# 終末期患者に対する在宅療養移行支援の 外来看護師と病棟看護師の連携 —地域でより良く最期まで生活できるように—

中 伊代 中矢知美 辰巳早百合

大阪府済生会中津病院 北13階病棟

## I. はじめに

平成20年度診療報酬改定で「退院調整加算」が新設されて以降、病院においては在院日数の短縮化が促進され、早期退院の動きが加速している。その一方で医療技術の進歩、高齢化、慢性疾患の増加などにより医療依存度の高い状態や振動性の疾患に罹患した状態での退院を余儀なくされることも少なくない。また、核家族や高齢世帯の増加など家族形態の変化により、患者を支える家族の力が脆弱化してきている現状がある。平成30年度診療報酬改定に伴い、入退院支援の推進が掲げられた。当院でも、退院調整部門が設置され、平成27年度より退院支援業務等に専従する職員が各病棟に配置された。部門の新設に伴い、入院後の患者に対し、速やかに退院支援を開始する体制が整った。

また現在、多くのがん治療が外来にて継続している。進行がん患者の多くはギリギリまで体力を維持し亡くなる1～2ヶ月前に一気に悪化することから「早期からの緩和ケア」はもとより「再発・進行がんの緩和ケア」の対象となる患者が相当数含まれている。そのため、病状が悪化し自宅での生活が困難になった患者が、入院中に療養先を検討し入院期間が長期化するケースは少なくない。また、本来、在宅での生活を支援する役割である看護部門が業務に追われ、外来と病棟の連携が上手くとれず、退院後の外来通院患者への継続的な介入が出来ていないのが現状である。そこで、終末期患者に対する在宅療養移行支援において、外来看護師と病棟看護師が、どのような連携を図れば退院後も継続的な看護ができるかを明らかにしたいと考えた。

## II. 目的

本研究は、外来看護師と病棟看護師の終末期患者に対する在宅療養移行支援（以下：支援とする）につい

での認識を明らかにし、患者が地域でよりよく最期まで生活し、支援できるような連携方法について検討することを目的とした。

## III. 方法

研究デザイン：質的記述的研究方法

対象：実務経験年数5年以上且つ終末期患者の支援経験を有する外来・病棟看護師

データ収集期間：倫理審査承認後～平成30年9月30日。

データ収集方法：半構造的面接

質問インタビュー調査の内容：

- 患者に対して支援の必要性
- 支援を行う際の指標
- 実際に介入した事例
- 外来、病棟看護師との連携の実際と要望

分析方法：インタビュー内容を逐語録に起こしコード化、カテゴリー化し、外来看護師と病棟看護師の考え方と連携について比較

倫理的配慮：データは目的以外使用禁止、匿名性確保などを書面にて説明し同意を得た。調査に先立ち、済生会中津病院看護研究倫理委員会の承認を得て実施した

## IV. 結果

研究参加者は9名で、うち外来看護師4名、病棟看護師5名。看護経験年数は、平均9.1年で最長14年、最小5年。インタビュー時間は平均20分で、最長37分、最短11分。逐語録より168コードの意味内容が得られ、10カテゴリーが抽出された（表1）。

表1 外来看護師と病棟看護師の在宅移行支援について

外来看護師		病棟看護師	
カテゴリー	コード化	カテゴリー	コード化
終末期患者を把握、意思を確認し、療養先を選定	患者、家族の意思を確認後療養先を選定	終末期患者を把握、意思を確認し、療養先を選定	患者、家族の意思を確認し、療養先を選定
	患者のADLの変化を把握		外来での進行状況を確認し、介入を継続
	病状進行に伴う治療方針の変更を把握		患者・家族からの希望を介入に反映
	患者の認知面の変化を把握		退院調整部門での介入により一貫した情報活用
終末期患者・家族の意向に合わせ他職種へコンサルト	家族の介護力の査定	支援に対する自己の課題の認識	家族の介護力の査定
	介入状況を退院調整部門と外来で共有し進行状況を把握		患者のADLの変化の把握
	医師の判断のもとコンサルト		病状進行に伴う治療方針変更の把握
	患者・家族の意向に合わせてコンサルト		院内研修の未実践
緊急時は医師と病棟・外来スタッフ間で情報提供	外来業務が煩雑なため退院支援部門へ業務委託	師長と相談し、リーダーが中心となって支援の実践	知識、経験の差による予後認識の相違
	他職種のスキルを活用する		スクリーニングシートの不活用
	緊急入院時必要に応じて病棟スタッフへ情報提供		チームによる患者の情報共有
	医師と看護師間で情報共有を行い迅速に連携		師長、副師長、リーダーを中心にスタッフと情報共有
支援に対する意欲があるが業務煩雑のため介入困難	スタッフ間の情報共有	スタッフの能力に合った支援の教育指導	患者の要望や状態に合わせて医師に相談し看護師主体で介入
	病棟スタッフからの支援介入に対しての情報提供はない		看護師を軸とした介入
	業務や環境により、患者、家族との関係構築困難		退院調整部門の設置に伴う役割分担の明確化
	外来での調整が間に合わず、病棟へ調整依頼		患者の今後の経過について医師とカンファレンス
支援後に対する自己の課題の認識	業務煩雑のため意欲はあるが介入困難	病棟・外来看護師との連携不足	他職種と連携しチーム医療
	社会資源の利用状況が把握困難		医師へ治療方針の確認
	退院時に支援介入した外来通院患者に対して関係性を見出す		病棟、外来スタッフ間での情報共有の機会がない
	早期介入開始に対する外来看護師の今後の願望を見出す		外来通院の段階からの病棟、外来看護師の連携不足

## V. 考察

看護者は対象となる人々の理解度や意向を確認しながらわかりやすく説明し、意思表示をしやすい場づくりや調整、他の保健医療福祉関係者への働きかけを行う。<sup>1</sup>ことが支援に対して必須である。【終末期患者を把握、意思を確認し、療養先を選定】では、外来看護師・病棟看護師共に患者のADLの変化や病状の進行に伴う治療方針の変化を把握し、患者や家族の意思を踏まえ療養先を選考していた。

また、病棟看護師は【師長・リーダーが中心となって支援の実践】に抽出されている様に、患者・家族の意向に沿って支援介入を心がけており退院支援室と協力しながら支援を進めていた。そして、支援を進める上で患者の意向を尊重し、患者・家族が現状や今後の予測を理解出来るように情報提供を行い、意向を踏まえた上で選択肢を提示する<sup>2</sup>ことが大切となる。

さらに、経験の浅いスタッフは、緊急入院時など支援に必要な情報を本人や家族から聞き出す事が出来ず、退院支援の判断が劣るため、プライマリーレベルがフォローしている。【スタッフの能力に合った支援の教育指導】を行い、プライマリー看護師が経験の浅い看護師へサポートや指導・教育を行うことで、患者に合わせた早期からの支援が開始出来ていたと考える。

外来看護師は、【終末期患者・家族の意向に合わせた他職種へコンサルト】を、医師の指示の元支援を開始し他職種へ繋げている。外来看護師から、在宅の状況や患者の情報を聞くことはなく、退院支援室が介入する場合に情報を聞いていくというように特徴に合わせて役割分担ができていた。

一方で、患者に声を掛けて現状のことについて聞けたらいいが、外来患者が多いため把握が出来ない事や、患者と深く関わりたいが、護送や処置などの業務が忙しく診察に入ることが難しく、【支援に対する意欲があるが業務煩雑のため介入が困難】といった葛藤も生じている。【緊急時は医師と病棟・外来スタッフ間で情報提供】とあり、一見連携出来ている様に思えるが、緊急時とは、地域での療養が困難となり、緊急入院してきた際の申し送りであり、業務的な内容の情報提供に関するものであった。

清水あさみは、「医療技術の進歩や在院日数の短縮化が進む中で、高度な治療や侵襲性の高い検査などが外来で行われるようになった。それに伴い、外来での継続治療の指導、患者・家族への精神的なサポートが

必要となっている<sup>3</sup>」と述べている。外来業務は患者数に比べ、スタッフ数も少なく、煩雑であり、積極的な外来段階からの療養支援の介入は困難であることが本研究で明確になった。病棟からの有効な情報提供や、連携があれば、患者に必要な支援内容が把握出来、退院後の継続的な看護が出来るのではないかと考える。

## VI. 結果

青沼は、「患者の心身の状態の変化等に応じて、本人の意思の変化しうるものであり、医療・ケアの方針や、どのような生き方を望むか等を、日頃から繰り返し話し合うことの重要性を強調している。」<sup>4</sup>と述べている。今後より一層、他部門間での連携は、必要不可欠となっていく。病棟と外来看護師の連携があれば、退院後の継続的な看護が出来るのではないかと考える。慣れ親しんだ地域で最期までより良い生活を送り、その人らしく生を全うできることを目的に多職種チームで協働することが今後求められると考えられる。

## VII. 文献

- 1) 国立がん研究センター がん情報サービス (引用2017年12月08日) [https://ganjoho.jp/reg\\_stat/statistics/stat/summary.html](https://ganjoho.jp/reg_stat/statistics/stat/summary.html)
- 2) 日本看護協会：看護者の倫理綱領，第4条，2003
- 3) 厚生労働省ホームページ：生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン，2018 <https://www.mhlw.go.jp/stf/houdou/0000197665.html>
- 4) 平松瑞子：退院支援の流れと、外来看護師に必要な看護の視点と役割，継続看護時代の外来看護，2014，19(1)，61～70
- 5) 清水あさみ：がん診療連携拠点病院における認定看護師の気付きと今後の展望，東邦看護学会誌，2017，14(2)，27-33
- 6) 青沼まゆみ：外来で行う緩和ケア 現実編，緩和ケア，2017，27(5)，302-305