

急性期病院のプライマリーナースが行う 退院支援に関わる看護援助

佐々木 ちひろ (千葉大学大学院看護学研究院)
石 橋 みゆき (千葉大学大学院看護学研究院)
大 原 裕 子 (帝京科学大学医療科学部)
正 木 治 恵 (千葉大学大学院看護学研究院)

地域包括ケアシステム構築に基づき地域完結型の医療が推進されるなか、急性期病院では短期間での質の高い退院支援が求められている。

本研究の目的は、急性期病院で退院支援を要する患者に対して行われている、プライマリーナース (PN) の退院支援に関わる看護援助を明らかにすることである。分析対象データは、入院時に退院支援が必要と判断された患者5名とその家族に対して、筆頭著者がPNとして実施した看護援助とした。看護援助実施に際しては、本研究で定めた看護援助の方針に沿って実施した。実施した看護援助は、「行為」とその「意図」を含めて詳細に記述した。

質的帰納的分析の結果、【対象者を生活を営む唯一無二の存在として捉え、生活場面に内在するその人らしさに常に能動的な関心を向ける】【円滑に入院生活を送り退院の準備を進められるために、対象者に潜在しているであろうニーズを汲み取り、働きかける】【対象者の実像に迫るために、多職種間での情報交換によってもたらされた多角的な視点と自らの気づきを統合する】などの10テーマが導かれた。

日々状況が変化し退院が迫るなか、PNは日々の生活場面における対話を通して患者との信頼関係を深めていた。さらに、関わりを通して汲み取った真意や意向、ニーズを多職種と共有・補完し合うことで患者中心の退院支援実現に向けた看護援助を実施していた。

KEY WORDS : primary nurse, discharge, nursing care, acute care hospital

1. はじめに

近年、日本では地域包括ケアシステムの構築に伴い、地域医療構想に基づく病床機能分化が進められている。特に急性期病院では、患者・家族の早期退院への理解と安心感を確保しながらの在院日数短縮が課題とされている¹⁾。なかでも特定機能病院は、短期間でも質の高い退院支援が提供されるよう、地域医療福祉とのネットワーク構築と院内多職種・多部門による連携システムの構築が進められている。しかし、退院支援部門や退院調整看護師が関わることでできる患者数には限りがあり、患者ケアの質を維持するためには、病棟看護師が行う退院支援の質を向上させる必要がある²⁾ことが示唆されている。

退院支援における病棟看護師の役割には、退院支援の必要性の見極め、患者・家族の意向の確認や、退院調整

部門との連携の必要性の判断と依頼、患者・家族への療養指導³⁾等があり、病棟看護師が患者の退院計画に関心を持ち、さらに個々の患者に適した療養生活を退院時にわかりやすく説明できる技能を有することが必要⁴⁾とされている。しかし、急性期病棟は患者の病状を安定させる看護が中心であり、十分な退院支援ができているとは言い難い状況⁵⁾や、看護師は日々変化していく急性期患者の状態の観察、検査や処置などの業務に時間を要し、退院支援に十分な時間をかけることができない現状⁶⁾にあることが指摘されている。

病棟看護師のなかでも、特にプライマリーナース (以下、PNとする) は、その日のその勤務帯だけの受け持ちではなく、ケア計画責任の継続と、勤務のときはいつもその人の看護を行うという主治看護婦制⁷⁾に基づく、患者の最も身近な存在である。海外では、プライマリーナース制の導入によって、入院患者の転倒や褥瘡、カテーテル感染症の発症率が優位に減少したとする報告⁸⁾がある。ただ、PNによる看護援助が患者の転帰に

ポジティブな影響をもたらすことが示唆されている一方で、その背景にどのような看護援助が存在しているのかを明らかにした研究は少ない。急性期病院では、まだ回復半ばの段階から退院に向けた準備を開始することも多く、患者・家族の心理的負担は大きい。急性期病院におけるPNによる看護援助を明らかにすることは、急性期下の看護ケアの質向上のために不可欠であると考えた。

また、北林ら⁹⁾は、円滑で充実した内容の退院支援を行うためには、病棟のプライマリ看護師が退院支援に関心を持ち、退院支援を担当する看護師と協力することが必要であると述べており、退院支援におけるPNへの期待が高まっている。そこで、臨床現場でPNが行う看護援助がより多く共有されることによって、看護師個人の力量の差がそのまま支援の質に反映されるという、プライマリーナーシング制の課題を補完し、患者への退院支援の質向上につながるのではないかと考えた。したがって、本研究では、PNが退院支援を要する患者の意向をどのように汲み取り、どのように支え、患者や家族の参画のもとでそのニーズをどう支援に反映しているのかを臨床場面から明らかにすることとした。

II. 研究目的

急性期病院で退院支援を要する患者に対して行われている、プライマリーナースの退院支援に関わる看護援助を明らかにする。

III. 用語の定義

1. プライマリーナース

「入院時から退院時まで、担当患者との信頼関係の構築を基盤にしながら、退院支援計画を含む看護計画の立案と実施、看護師や多職種間での調整や相談、患者家族への療養指導、退院時調整等を、患者・家族・関係職種との協働のもとで責任をもって実施する看護師」とした。

2. 退院支援に関わる看護援助

本研究では退院支援を、長谷川ら¹⁰⁾の定義をもとにした院内の活動と捉えた。また、田村ら¹¹⁾は、看護職の意図を行為と組み合わせ、意図に基づいて看護職が内面で考えていることを記述することが、看護援助の質を明確にする上で必要と述べていた。これらを踏まえ、「退院支援を要する患者の思いや意向を汲み取り、支え、関係者と協働しながら看護職が行う“行為”とその“意図”、“意図”を導く考えや情報を併せたもの」と定義し、“行為”には思考・選択・決定を含むこととした。

IV. 研究方法

1. データ収集施設

A病院の脳神経内科・呼吸器内科病棟：A病院は関東圏の病床約800床の特定機能病院であり、データ収集年度の平均在院日数は12.1日であった。看護方式はプライマリーナーシング制を採用しており、研究者はデータ収集時期の約1年前まで当該病棟に勤務していた。

2. 分析対象データ

急性期病院に入院しており、入院時の退院支援スクリーニングで退院支援が必要とされた患者・家族（以下、対象者とする）に対して、研究者（筆頭著者）がPNとして実施した看護援助。退院支援スクリーニングは、A病院にてデータ収集時に使用していたシステムに則った。項目は「緊急入院である」「入退院を繰り返している」「(65歳以上で)介護保険が未申請である」「介護者不在あるいは介護力不足がある」「退院後に医療処置を要する」「認知症である」「ターミナル期である」「ADLの低下が予想される」等があり、入院日担当の病棟看護師が入力後、該当項目に応じて退院支援必要度が判定される。

3. データ収集方法と期間

研究者がPNとして1日に対象者1名を受け持つ形で看護援助を実施した。実施にあたっては、薬剤管理や医療機器操作といった一部の行為は病棟看護師に依頼したものの、基本的に日勤帯で患者が必要とする看護援助は研究者主体で進めた。また、看護計画や援助方針・援助内容については、研究者が単独で作成と実施を進めるのではなく、前もって病棟所属のPNと相談・合意しておくことで、研究者と病棟看護師間でケア方針や内容が一貫するよう配慮した。データ収集期間は2018年4月から2018年9月であった。

1) 看護援助の方針

研究者は、5年間の臨床経験後、老人看護専門看護師教育課程へ進学した。本研究における看護援助実施にあたっては、急性期病院の特性や、データ収集病棟での研究者のこれまでの経験、文献検討内容を踏まえ、以下に示す「看護援助の方針」を新たに作成し、その方針に沿って実施した。

【看護援助の目標】

対象者が主体的に退院支援に参加し、必要時は多職種と共にその意思が尊重された退院後の望ましい生活設計を行うことができ、対象者にとって必要なケアが退院後も変わらず一貫して提供されるよう調整されることによって、退院後の生活への不安や脅威が最小限となり安心して退院日を迎えることができる。

【看護援助内容】

長江¹²⁾が分類した「継続看護の実践を構成する要素：属性」を枠組みとし、①対象の望む生活を実現するための円環的アプローチ ②生活安定のための病状管理 ③患者が生活者として主体的に生活できるようにする支援 ④家族のセルフケア能力を高める支援 ⑤患者中心のケアを実現するためのチームアプローチ をもとに、対象者や家族の同意と、看護連携・多職種連携を基盤に看護援助を実施する。

2) 看護援助の記録

診療録等から得られた情報や、対象者または医療者との関わりで生じた場面をありのままにフィールドノートに記載した上で、研究者が実践した看護援助を含む場面を「研究者が捉えたこと」「意図」「行為」に分けて、詳細にプロセスレコードに記述した。

4. 分析方法

まず個別分析によって、対象者の個別性に沿って実施された看護援助を可視化し、各事例における看護過程の客観性と妥当性を確保した上で、それらに普遍的に内在している要素を全体分析によって抽出した。

1) 個別分析手順

- (1) プロセスレコードを何度も読み返し想起しながら、研究者の「意図」と「行為」を含めた状況を客観視した。
- (2) 「研究者が何を意図し、どう行為したか」を一塊として抜き出し一文にまとめ、「元ラベル」とした。
- (3) 得られた元ラベルをもとに、「退院支援に関わる看護援助」が類似しているラベル同士を集め、集まったラベルの全体性を示す意味内容を一文で表現し「サブカテゴリー」を作成した。
- (4) この手順をラベル間の類似性が感じられなくなるまで繰り返し、最終的に残ったサブカテゴリーを「最終カテゴリー」とした。

2) 全体分析手順

- (1) 個別分析で導かれた「最終カテゴリー」を読み比べながら、個別分析と同様に類似している「最終カテゴリー」同士を集め、その全体性を示す意味内容を一文で表現し「サブテーマ」を作成した。
- (2) この手順をラベル間の類似性が感じられなくなるまで繰り返し、最終的に残ったまとまりに対して、その全体性を示す意味内容を反映した「テーマ」を作成した。各テーマには、その内容を端的に表す一文を添え、これを「テーマの見出し」とした。

分析の全行程で、急性期病院で退院支援の実践経験のある指導教員のスーパーバイズを受けると同時に、質的

研究に精通した複数の指導教員に定期的に分析過程を提示することで、データの真実性と分析の厳密性の確保に努めた。

V. 倫理的配慮

千葉大学大学院看護学研究科倫理審査委員会の承認を得て実施した(承認番号29-119)。対象者へは、研究者でもあり援助者でもあるという研究者の立場について書面と口頭でわかりやすく説明した。また、病棟にいるPNも研究者も、どちらも退院時まで一貫して責任を持ち看護援助を行うという役割は共通しており、研究者が不在中には相談内容や意向が確実に引き継がれるよう関係者間で情報共有していくこと、いかなる相談や依頼も、伝えたいときに伝えたい相手にしてもらって構わないことを説明した。その上で、病棟看護師に対しては複数回説明会を実施し、研究者が行う看護援助における看護目標・看護援助の方針について文書と口頭で十分な説明を行った。

また、看護記録に残すべきだと研究者が判断した内容については、病棟管理者及びその日の担当看護師から同意を得た上で、研究者が記録を記載し文責を負った上で、システム上の登録は担当看護師へ依頼し記録に残した。

VI. 結果

1. 対象者概要(表1)

対象者は5名で、うち4名が70歳代、1名が30歳代だった。主に指定難病や認知症、悪性腫瘍などの精査加療目的で入院し、全員が自宅退院した。対象者の平均入院期間は17.2日だった。

2. 急性期病院のプライマリナーズが行う退院支援に関わる看護援助

個別分析の結果、540の元ラベル、61の最終カテゴリーに分類・統合された。さらに全体分析の結果、10のテーマが導かれた。【 】はテーマの見出し、《 》はテーマ、斜字は個別分析における代表的な元ラベルを1～2つずつ例として示す。また、表2は、10のテーマの見出しと各テーマに含まれた対象者一覧を示している。

1) 【本人の同意や意向を基盤にした支援を目指すために、対象者の真意や意向を汲み取ろうとする】は、《医療者側からの一方向的な支援になることを避けようと、対象者との対話を重ねながらその真意や希望を最大限汲み取り、退院支援過程が本人の同意や意向に基づいていることを常に目指した》看護援助だった。

(B-107) 介護保険サービスを新たに利用することに

表1 対象者概要

対象者	A氏	B氏	C氏	D氏	E氏
年齢・性別	30歳代・女性	70歳代・男性	70歳代・女性	70歳代・男性	70歳代・男性
診断	多発性硬化症 (再発)	レビー小体型 認知症	慢性血栓塞栓性 肺高血圧症	重症筋無力症	非小細胞肺癌
入院期間	14日	10日	24日	26日	12日
データ収集期間	入院5日目から 10日間	入院2日目から 9日間	入院4日目から 21日間	入院2日目から 25日間	入院3日目から 10日間
元ラベル数	150	182	106	63	39
研究者が捉えた 退院に向けた 課題	・新たに膀胱留置カ テーテル関連の手 技獲得が必要 ・内服薬が多く、自 己管理方法の再検 討が必要	・自発性低下と環境 変化に伴う廃用や 褥瘡、せん妄の リスクがある ・妻の介護負担軽減 が必要	・心不全増悪を繰り返 している ・今後の治療に対す る不安が大きい ・社会資源導入の検 討が必要	・クリーゼを起こす リスクがある ・確定診断に伴う心 理的支援が必要 ・疾患管理に関する 知識獲得が必要	・確定診断後に心理 的支援を要する可 能性がある ・既往歴に関連した 呼吸状態変調リス クが高い
連携した医療職	病棟看護師, MSW, 医師, 薬剤師など	病棟看護師, 医師, ケアマネージャーなど	病棟看護師, MSW, 医師など	病棟看護師, MSW, PT, 医師など	病棟看護師, 医師, 薬剤師など
退院に向けた 看護援助の概要	・排尿管理方法の手 技獲得支援 ・療養生活の調整 ・内服管理方法検討 ・社会資源の情報 提供	・リアリティオリエ ンテーション ・本人の意向を汲み 取りながら関係者 間で共有する ・社会資源導入の相 談と調整	・心不全増悪を防ぐ 療養生活の検討と 調整 ・不安に対する傾聴 や情報提供 ・社会資源導入の情 報提供	・病状説明後の傾聴 や情報提供 ・症状増悪因子を軽 減する療養方法の 検討や相談 ・社会資源導入の情 報提供	・胸膜癒着術の副作 用や原疾患に関連 した全身管理 ・病状説明後の不安 の傾聴や情報提供 ・入院中の情報の外 来への引継ぎ
退院時の状況	手技獲得と内服管理 方法確立後、自宅退院	二次的障害なく状態 の改善あり、自宅退院	家族内での支援体制 を整えた後、自宅退院	加療後症状の改善あ り、自宅退院	進行性肺癌の病状説 明後に自宅退院

表2 急性期病院のプライマリナーズが行う退院支援に関わる看護援助

番号	テーマの見出し	対象者
1	本人の同意や意向を基盤にした支援を目指すために、対象者の真意や意向を汲み取ろうとする	A, B, C, D
2	対象者の身近な存在として語りに耳を傾け、ありのままを受容する	A, C, E
3	対象者を生活を営む唯一無二の存在として捉え、生活場面に内在するその人らしさに常に能動的な関心を向ける	A, B, C, D, E
4	対象者の置かれている状況や個性、実際の生活を踏まえて教育的に関わる	A, B, C
5	円滑に入院生活を送り退院の準備を進められるために、対象者に潜在しているであろうニーズを汲み取り、働きかける	A, B, C, D, E
6	混沌とした現状や思いを対象者自身が整理し、その過程での気付きを促すために対話し傾聴する	B, C, D
7	対象者の主体性を見出し尊重しつつ、必要時は現状と一緒に整理することで、対象者の自律や自己決定を支持する	A, B, C, D, E
8	連続する療養生活の通過点として“今”を捉えながら、対象者が希望する療養生活実現のために今何が必要かを考える	A, B, C, D, E
9	対象者の実像に迫るために、多職種間での情報交換によってもたらされた多角的な視点と自らの気付きを統合する	A, B, C, D, E
10	刻々と状況が変化するなかで、多職種間での有効な連携方法を模索し迅速に実施する	A, B, C, D

ついてどう思うか、これまでB氏に数回尋ねるも口を閉ざしていたが、シャワー浴後、退院後もシャワー浴の見守りを誰かにお願いすることについて改めてB氏の思いを聞いてみると“自分じゃどうしようもないならそうするしかない”とぼそっと発言があったことを糸口に、B氏の意向をさらに捉えようと少しずつ話を深めていった。

2)【対象者の身近な存在として語りに耳を傾け、ありのままを受容する】は、《対象者が自身の思いを表出しやすいように、語られた内容をありのまま受け止めるとともに、適宜要約してフィードバックしながら傾聴する姿勢を示すことなどを通して、対象者の身近な存在として真摯に向き合おうとした》看護援助だった。

(A-095) 検温時にA氏から、先ほど医師から膀胱留

置カテーテルを入れたまま一旦退院予定だと伝えられたこと、このまま急に退院と言われても困るという戸惑いが聞かれたため、まずはその思いを受け止めようと、今朝の医師の記録には尿破棄等の手技が確立してから退院を検討すると記載があったことを思い出しながら“Aさんが困った状態で退院することがないよう先生も私たちも考えているので焦らなくて大丈夫ですよ”と声をかけた。

3)【対象者を生活を営む唯一無二の存在として捉え、生活場面に内在するその人らしさに常に能動的な関心に向ける】は、《対象者の人となりや強み、これまでの暮らしに常に能動的な関心に向けながら関わることで、ふと見聞きした場面や発言からその人らしさを見出し、個性を踏まえたケアへつなげようとした》看護援助だった。

(D-012) D氏の入院前の生活や価値観を汲み取りたいと思いながら会話していると、D氏が地域の老人クラブで取りまとめ役をしていること、週に1度仲間とウォーキングをすることを楽しみにしていたというエピソードが語られ、D氏にとって老人クラブでの活動は、社会的役割を担う場であると同時に生活に潤いをもたらす大切な時間であることを念頭に置きその全体像を捉えた。

4)【対象者の置かれている状況や個性、実際の生活を踏まえて教育的に関わる】は、《新たな手技の指導や情報提供をするときには、対象者に伝わりやすい平易な言葉と説明方法を用いながら、対象者の普段の生活になじみ継続可能な方法について共に模索した》看護援助だった。

(C-072) 退院後は安静に過ごしたいと思っても、夫の協力を得づらく、結局は1日中家事をこなす生活に逆戻りしてしまうと不安気に語るC氏へ、他の視点から現実的に実行可能な解決策を何か見出せればと思ひ、例えば洗濯は乾燥まで機械に任せるなど、やらなくてはならない家事自体を減らすことは可能そうかを問いかけ、一緒に普段の家事動作を整理しながら振り返った。

5)【円滑に入院生活を送り退院の準備を進められるために、対象者に潜在しているであろうニーズを汲み取り、働きかける】は、《対象者から要望される前に何か困っていることはないかと声をかけたり、本人同意の上で他職種や家族との相談調整につなぐ橋渡しをしたりと、退院後の生活に向けて必要な潜在的ニーズに常に意識を向けて関わった》看護援助だった。

(A-065) 入院前から多飲多尿があり、トイレが多い商業施設は安心して利用できても、そうではない公園や映画鑑賞は行きづらいとA氏が淡々と語るのを聞き、現在加療している尿閉が改善しても、(その時点では原因不明だった)多飲多尿にアプローチしない限りは退院後

の日常生活上の制限は変わらず存在するであろうことを、今後検討が必要なA氏のニーズと位置付け把握した。

(C-037) 家族がC氏の入院中の経過や入院生活の様子を知ることで、退院時のC氏の全身状態や退院後の生活で気を付けるべきことを少しはイメージしやすくなるのではと考え、次女の面会時に“入院して安静にしている時間が増えたことと薬の効果もあって、体重が2キロ位減って足のむくみもだいぶとれて楽になったようですよ”とC氏の前で概況を端的に伝えた。

6)【混沌とした現状や思いを対象者自身が整理し、その過程での気づきを促すために対話し傾聴する】は、《対話中は、聴く姿勢に徹するだけでなく、適宜要約を返したり、対象者のもつ力や強みに目を向けられるよう促したりすることで、自身の考えや思い、漠然とした不安などを少しでも整理できるよう意識した》看護援助だった。

(D-059) “リハビリでは何分動いたら何分休憩とか(教わっている)。この病気は疲れすぎるのが一番いけないそうですよ”とD氏が語るのを聞き、D氏が疾患の特徴や生活上の注意点を把握できているとアセスメントしつつ改めて一緒に振り返りながらポイントを整理してもらえればと思ひ、“疲れる前に休んで頑張りすぎないのが良いそうですね”など、D氏の言葉を繰り返しながら傾聴した。

7)【対象者の主体性を見出し尊重しつつ、必要時は現状と一緒に整理することで、対象者の自律や自己決定を支持する】は、《対象者を主体性をもつ存在として捉え、行動の背景にあるその方なりの判断を最大限尊重しつつ、共に現状を整理し適切な情報提供を行うことで、日常の些細なことも含めて自己決定できるよう意図して関わった》看護援助だった。

(B-079) 病棟のシャワー室を予約する際、当日のB氏の検査・治療予定を考慮するとある程度予約時間は限定されたが、医療者間の調整で時間を決めてしまうのではなく、日常生活内にB氏の自己決定の機会が少しでも設けられればと意図し、B氏とその日のスケジュールを共有した上で、複数の候補時間の中から希望を尋ねた。

(E-037) E氏から“最近夜眠れないので、昼間は体を休めている”“この時間は力を蓄えるために休んでいる”と発言があり、自分なりにその目的や時間を考慮して午睡していることがわかったため、そうしたE氏の自律を尊重しようと、当初は午睡を控えるよう声かけするつもりだったが、E氏の判断を見守りつつ不眠への対処を検討していくこととした。

8)【連続する療養生活の通過点として“今”を捉えながら、対象者が希望する療養生活実現のために今何が必要かを考える】は、《対象者のこれまでの暮らしや退院後の予測を含めた療養生活全体の中の“今”を認識しながら、対象者の病状、褥瘡や廃用・せん妄といった二次障害予防や症状増悪の早期発見、希望する療養生活実現に向けて準備すべき事柄について常に観察・検討した》看護援助だった。

(E-008) 既往に間質性肺炎があり、僅かな体調変化を機に呼吸状態が悪化する可能性があることから、状態変化を早期発見するとともに、退院後に向けて体調変化の兆候を自身でモニタリングできるようになることを目指し、治療前後には、検温時以外でも廊下を歩行するE氏を見かけたら挨拶がてら息切れや活気、労作時のSpO₂を測定する等して全身状態を確認し、結果をE氏と共有した。

9)【対象者の実像に迫るために、多職種間での情報交換によってもたらされた多角的な視点と自らの気づきを統合する】は、《他職種へのコンサルテーションやカルテを介した情報交換だけでなく、ふと顔を合わせた際に交わす短時間の報告や情報交換を機に、今まで知らなかった情報や対象者の一面、はっとさせられる気づきに出会い、対象者への理解をさらに深める契機になった》看護援助だった。

(B-109) シャワー浴中B氏に失行を連想させる様子が初めて観察されたため、まずは担当看護師に報告し情報共有しようと思ひ話していると、偶然側にいた別の病棟看護師から、過去にB氏が手洗い時にも同様の様子がみられたことを聞き、B氏の活動性低下の背景には、自発性の低下だけでなく失行も影響しているのではないかと意見交換し、医師への報告につなげた。

10)【刻々と状況が変化するなかで、多職種間での有効な連携方法を模索し迅速に実施する】は、《病棟看護師を含む多職種間で共有すべき情報について、相手とふと顔を合わせたタイミングを逃さず対面で伝える、記録を通して全体周知するといった“情報伝達の場”の選択と、勤務がすれ違うときにメモを使う、管理者等を含めた複数人で情報共有するといった“情報伝達の手段”を使い分けながら実施した》看護援助だった。

(A-070) A氏や母親から話を聞くうちに、入院前のように母親が手作業で多数の処方薬を分包することは内服誤りのリスクが高く、母親への負担が大きすぎるのではないかと考え、偶然ナースステーションを訪れた病棟薬剤師へ、退院時の一包化処方の必要性について相談した。

(D-046) 病棟所属のPNの次回勤務日と研究者のデータ収集日がすれ違う日が続いたため、研究者がPNとして捉えたD氏の入院前の生活や思い、退院後も体調に見合った形で地域活動を続けていきたいという意向を共有しておくことで、D氏への関わりの方針が一貫されることを意図し、伝言メモを控え室のロッカーに残した。

Ⅶ. 考 察

以下、本研究で明らかになった、急性期病院のプライマリナースが行う退院支援に関わる看護援助の10のテーマについて考察する。

1. 急性期病院のプライマリナースが行う退院支援に関わる看護援助の特徴

1) 対象者へ能動的な関心を寄せながら向き合う

【テーマ1, 2, 3】は、対象者への身体的介助や医療的処置といった直接的援助とは異なり、日々の関わりを通じて信頼関係を深めながら対象者への理解を深めようと能動的に関わる、PNとしての患者との向き合い方を示す援助であると捉えた。【テーマ2】では、対象者がふとPNに漏らした本音や思いをありのまま受容した上で、もし退院に向けて検討すべき点などがあれば継続して共に考えていく姿勢を示していた。一方、対象者からの依頼や表出がない場合でも、【テーマ1】では、対象者が自己決定したり自身の意向を語る機会をPNが意図して設けていた。さらに【テーマ3】では、対象者によってふと語られた言動からその方の人となりや入院前の生活の様子を捉えようとPNが能動的な関心を向けしており、これは全対象者に共通していた看護援助であった。宇都宮¹³⁾は、病棟看護師の特性として、目の前の患者をその場の状態のみでとらえてしまう傾向があると指摘しており、「今回の入院で必要になった点」と「入院前から発生している点」を整理することの重要性を指摘している。退院支援が、今後どのような生活を送りたいか、あるいは生活上どのような支障があり、そのためにどのような準備が必要なのかを検討し決定していくプロセスであると捉えると、日々の対象者の“生活”に寄り添った視点でのアセスメントは重要である。そして、“生活に寄り添う”上では、患者が表出している何気ないサインを捉えようとする姿勢、相手のことを知りたいという能動的な関心といった基盤があるからこそ見える対象者の意向や真意があり、それを価値づけた上でその後の関わりにつなげているという実践例が、本研究では多く示されていた。病棟看護師の中でも、PNは比較的患者の日常生活援助に関わる機会が多く、かつ患者とPNは、互いに相手を「私の担当の人」と認識している

点に関係性の特徴がある。PNとして、まずは目の前の患者と真摯に向き合い信頼関係の構築に努めること、傾聴と共感の姿勢だけでなく、その人が秘めている真意は何なのか、どのような生活背景を持っているのか、などと積極的な関心を寄せて関わるのが重要である。

2) 対象者に潜在しているニーズへアプローチする

【テーマ4, 5, 6, 7】は、対象者が疾患を抱えながら治療・療養していく上でどのような情報提供が必要かという判断、対象者が現状をどのように把握しているのかといった確認を、日々対話を重ねながら行っていた援助と捉えた。特に【テーマ6】では、対話することによって対象者が現状を整理することを助け、【テーマ7】では対象者の自律を支え見守る援助が行われていた。急性期病院では、患者は先行きが不透明ななかで日々精査加療を受けながら、短期間で退院後の生活を視野に入れた準備をしていかなければならない。今回の対象者の中には、日々様々な専門職者から検査や治療、今後の予定などの説明を受け、同時に多くの説明書や書類を手渡される者が多かった。5名の中には、今自分が対応している人が何の専門職で何を担当しており、自分が疑問に思っていることは一体どの職種に尋ねればよいのかと困惑している対象者もいた。PNは、面談やカンファレンスといった固定された話し合いの場に限らず、普段の生活場面で患者と関わる事が多く、自然な会話の流れから患者の認識を捉えられることが強みといえる。したがって、入院中、患者の疑問や不安等がその都度適切に対処されながら、患者が自身をとりまく現状を改めて整理する機会をもてるよう意図して関わる事が大切だと考える。また、日々状況が変化する入院生活の中で、患者自身が認識していない、言い出せない不安やニーズが潜在している可能性もある。退院支援には、患者のアセスメントから始まり、受容支援や自立・自律への介入など24時間ベッドサイドでケアを提供している病棟看護師だからこそできる役割がある¹⁴⁾と述べられているように、病棟看護師、特に担当患者との接点が多く情報が集約されやすいPNが、患者に潜在しているニーズを早期に汲み取り、情報を補完しながら伝える、必要時は他職種につなげるといった役割を担う必要があると考える。

3) 連続する療養生活の通過点として“今”を捉える

【テーマ8】では、急性期治療中の身体徴候をモニタリングしながら、療養生活の連続性に主眼を置いたアセスメントをしていた。例えば、E氏の場合には、胸膜癒着術に伴う発熱や疼痛の出現を念頭に置きながら、E氏の主訴、バイタルサインや採血データ、顔色や活気、歩行状態や頓服薬使用頻度といった客観的情報を多角的に

収集することで全身状態のアセスメントを行っていた。こうした日々の全身観察を行いつつも、入院前はどのように体調管理をしていたのか、退院に向けて入院中から予防すべき症状管理は何か、医療的管理にとどまらず退院後に起こり得る生活上の課題は何か、といった思考プロセスの存在が本研究では示された。特に急性期病院に入院する場合は、病気の治療に焦点があり、入院する契機となった悪化前の生活状況は、多忙な病棟業務のために把握されない危険がある¹⁵⁾と指摘されているように、こうした長期的視野に基づくアセスメントは、急性期病院で退院支援を要する患者にとって特に重要と考える。

4) 対象者の意向やニーズと多職種の視点を統合する

【テーマ9, 10】は、対象者をとりまく複雑な状況、多職種との情報共有や情報伝達、相談、何気ない関わりをとおして補完し合いながら、対象者へのケアの質と継続性を保とうとする援助であると捉えた。退院支援における多職種連携の必要性はこれまで多く述べられているが、最も重要なことは、その中心に患者・家族による主体的な参加が存在しているかである。本研究のデータでは、PNが日々の関わりを通して得られた対象者の言動、意向、観察内容を基に他職種への相談・報告を行っている場面が多くみられた。その一方で、PNが知りえなかった対象者の新たな一面を、他職種との対話をきっかけに発見した場面も多くあった。長野¹⁶⁾は、退院支援を進めるうえで重要なことは、患者を医療、看護、介護、福祉など多職種の視点から総合的にとらえることだと述べている。本研究では、こうした多職種の視点を統合していく過程が、カンファレンス等の固定された場以外の、病棟内あるいはベッドサイドでの何気ない対話の中にも存在することを示している。PNとして、連携の中心に患者・家族の意思が存在しているかを常に意識し、時にそれらを発信しながら、各専門職のアセスメントと自らの気づきを統合し、ケアに反映することが重要と考える。

2. 本研究の意義と今後の課題

本研究にて、病棟看護師の中でも特にPNに着目した上で、PNが行う退院支援に関わる看護援助をその意図も含めて可視化したことは、病棟看護師の役割や機能を他の看護師や他職種に説明することを容易にし、患者中心の退院支援の実現に貢献すると考える。

今後は、本研究で明らかになった10のテーマ同士の関連性や構造を具体的に明らかにすることで、PNが行う退院支援に関わる看護援助をよりイメージしやすい形で示していけるよう研究を進めていく必要がある。

Ⅷ. 研究の限界

本研究結果は、研究者という限定された立場における、1病棟での看護実践から導き出されたものである。また、データ収集は平日の日勤帯に限られており、研究者では責任を負えない一部の医療行為は病棟看護師に依頼して行っていたため、本来のPNが担う病棟業務や看護援助の全てを研究者が代替できていたとは言いきれない。

謝 辞

本研究にご協力いただいた対象者の皆さま、施設の関係者や病棟看護師の皆さまに、深く感謝申し上げます。本研究は、修士論文の一部を加筆・修正したものであり、本研究に係る利益相反はありません。

引用文献

- 1) 田代久男, 大竹まり子, 赤間明子, 鈴木育子, 細谷たき子, 小林淳子, 叶谷由佳: 特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と転院・施設入所の退院支援の比較, 日本看護研究学会雑誌, 32(5): 83-93, 2009.
- 2) 黒澤佳代子, 池田清子, 河村麻佐子, 早川悦子, 奈良悦子, 丹生淳子: 急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状～がん, 慢性疾患の違いに焦点をあてて～, 神戸市看護大学紀要, 20: 69-77, 2016.
- 3) 宇都宮宏子, 長江弘子, 山田雅子, 吉田千文編: 退院支援・退院調整ステップアップQ&A—実践者からの知恵とコツ—, 日本看護協会出版会, 2012.
- 4) 藤原奈佳子, 小野薫, 森田恵美子, 安西由美子, 永井昌寛, 森雅美, 賀沢弥貴, 柳澤理子, 古田加代子: 急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価. 愛知県立大学看護学部紀要, 19: 49-59, 2013.
- 5) 御手洗みどり, 田原由美: 急性期病棟における退院支援の検討—病棟看護師に対する退院支援意識を高めるカンファレンスの効果—, 日本看護学会論文集地域看護, 44: 63-66, 2014.
- 6) 佐々木愛, 沖政真治, 石飛祐子: 急性期病院に勤務する病棟看護師の退院支援の実践内容と意識, 日本看護学会論文集急性期看護, 46: 289-292, 2016.
- 7) 松木光子 (編): クオリティケアのための看護方式—プライマリナーシングとモジュール型継続受持方式を中心に—, 南江堂, 1993.
- 8) Alberto Dal Molin, Claudia Gatta, Chiara Boggio Gilot, Rachele Ferrua, Tiziana Cena, Marie Manthey, Antonella Croso: The impact of primary nursing care pattern: Results from a before-after study: journal of clinical nursing, 27: 1094-1102, 2018.
- 9) 北林正子, 新鞍真理子, 塩澤まゆみ, 野村典子, 瀬山尚子, 林浩靖, 青木頼子, 青柳寿弥, 竹内登美子: 総合病院に勤務する病棟看護師の退院支援に対する意識について, 日本看護学会論文集 地域看護, 67-70, 2013.
- 10) 長谷川美津子, 鈴木加乃, 菊池京子: 特定機能病院看護職の退院支援活動に事例検討会が及ぼした効果, 日本看護研究学会雑誌, 34(4): 95-101, 2011.
- 11) 田村須賀子: 看護職の意図により捉える家庭訪問援助の特質, 千葉看護学会誌, 8(1): 61-66, 2002.
- 12) 長江弘子 (編): 継続看護マネジメント: 生活と医療を統合する, 医歯薬出版株式会社, 2014.
- 13) 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, 16(11): 899-906, 2006.
- 14) 宇都宮宏子, 三輪恭子: これからの退院支援・退院調整—ジェネラリストがつなぐ外来・病棟・地域—, 日本看護協会出版会, 2011.
- 15) 池崎澄江, 池上直己: 要介護高齢者の医療連携に必要な情報の伝達と共有, 病院, 66(5): 407-411, 2007.
- 16) 長野宏一郎: 地域医療連携と大学病院—現状と展望—, 日本内科学会雑誌, 105(10): 2048-2054, 2016.

PRIMARY NURSES' CARE RELATED TO DISCHARGE SUPPORT AT AN ACUTE CARE HOSPITAL

Chihiro Sasaki^{*1}, Miyuki Ishibashi^{*1}, Yuko Ohara^{*2}, Harue Masaki^{*1}

^{*1}: Graduate School of Nursing, Chiba University

^{*2}: Faculty of Medical Sciences, Teikyo University of Science

KEY WORDS :

primary nurse, discharge, nursing care, acute care hospital

Since community-based medical care is promoted as part of the development of community-based integrated care systems, acute care hospitals must provide high-quality discharge support within a short time.

This study aimed to examine the discharge support provided by a primary nurse (PN) in an acute care hospital. The nursing care support provided by the PN (the first author) to five patients and their families, identified during admission as candidates who would need discharge support, was analyzed. Discharge support was performed following the nursing care provision policy defined in this study. The provision of nursing care support—both action and intention—was described in detail.

Using qualitative inductive analysis, ten themes were extracted, including “considering patients as the only ones who manage their daily lives, and always actively focusing on the personhood inherent in everyday life”; “understanding and addressing patients’ potential needs so that their stay in the hospital is comfortable, and they are prepared for discharge”; and “integrating one’s own awareness with the multifaceted perspectives afforded by information exchange with patients and diverse professionals to better understand patients’ health conditions and perceptions.”

As patients’ status improved and discharge approached, the PN deepened the relationship of trust with patients through dialogue about their daily life situations. Furthermore, by sharing and complementing patients’ true intentions and needs, drawn from relationships with different professionals, nursing care was provided to realize patient-centered discharge support.