

病院に所属する日本の高度実践看護師らによる在宅移行支援の実践 — 事例報告を用いた文献検討 —

芥 田 ゆ み (千葉大学大学院看護学研究科博士後期課程)
池 崎 澄 江 (千葉大学大学院看護学研究院)

目的: 病院所属の専門看護師・認定看護師・特定看護師による在宅移行支援に関する事例報告から、具体的な実践内容について明らかにする。

方法: 医学中央雑誌 Web 版を用い、2012年以降の原著、事例報告について検索し24文献を抽出、計33事例を分析対象とした。

結果: 33事例には、9トピック(看護専門分野、患者情報、関わったタイミング、入院中の介入、連携職種、連携内容、退院後の介入継続必要性アセスメント、継続支援、成果)が含まれていた。専門分野は皮膚・排泄ケア認定看護師が18事例と多く、対象疾患は多疾患併存、希少、難治性という特徴があった。成果は「身体・精神症状の改善」や「在宅療養生活への移行・継続」などに整理された。

結論: 専門性を活かしたケアが複合的な評価により自宅訪問や外来対応として実現されていた。今後は、多くの領域で実践事例の蓄積と共有をし、介入が必要な患者の選定や介入による評価方法を構築する必要がある。

KEY WORDS: certified nurse specialist, certified nurse, nurses pertaining to specified medical acts, transitional care, case report

I. はじめに

少子高齢化、人口減少が顕著になってきた我が国では、制度や分野を超えて、地域住民や地域の多様な主体が参画しつながる地域共生社会の実現を目指している。すなわち、住民が住み慣れた暮らしの場で最期まで暮らし続けられるように、看護職は必要なケアを継続するため、あらゆる場で『つなぐ』役割を発揮することが求められる¹⁾。特に、高度で専門的な技術・知識を持つ看護師が在宅療養者へ医療をつなぐ役割を発揮することで、入院患者の在宅移行は促進され、さらに在宅看護の質は向上すると考える。

アメリカでは、高度実践看護師(Advanced practice nurse: APN)のフォローアップによる早期退院を実現するモデルとして、Transitional Care Modelの検証研究が複数報告されている^{2)~4)}。APNが入院時から退院後まで継続的な看護を行うことにより、患者の身体機能とQOL、満足度、再入院日数、医療費などに効果が認められた。我が国でも同様に、専門性を有する看護師が継続して在宅移行困難な患者へ介入することはかなりの効果が期待できる。

日本においてAPNとは、専門看護師とされる⁵⁾。加えて、現在制度上専門性が担保されているのは、認定看護師と、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備などに関する法律」で創設された特定行為に係る看護師の研修制度修了者(以下、特定看護師)である。それぞれ病院に所属する割合は専門看護師77.3%⁶⁾、認定看護師87.8%⁷⁾、特定看護師84%⁸⁾であり、圧倒的に病院が多い。

A県内の専門看護師・認定看護師を対象とした研究⁹⁾では、患者宅に訪問して行う直接ケアの経験者は25.4%にとどまった。高度実践者らの看護が地域全体で求められているにもかかわらず、病院内だけの実践に限定されている。看護管理者らは、地域における看護人材の活用には専門的な知識のある看護職に期待を寄せる一方で¹⁰⁾、当事者となる皮膚・排泄ケア認定看護師への調査¹¹⁾では、地域に出向いての役割発揮に自信がないと考える者が半数を超えている。期待や意識は持ちつつも、その具体的な実践のイメージが管理者・看護職の双方において十分に共有できていない現状にある。

事例報告は研究デザインの中で妥当性が低いとされる傾向があるが、その蓄積によって、臨床の看護活動に活用するための情報源¹²⁾、臨床場面における課題解決¹³⁾、より詳細な研究のための仮説を導く¹⁴⁾ことが期待でき、新たな取り組みの可能性や課題を見出すためには貴重な

資料といえる。そこで、病院に所属する高度実践者らによる在宅移行支援についての報告から、その具体的な実践内容を特定し、今後の実践と研究活動への示唆を得ることができると考えた。

II. 研究目的

病院に所属する高度実践者らによる在宅移行支援に関する事例報告から、在宅移行支援の具体的な実践内容について明らかにする。

III. 研究方法

1. 対象事例の選定

日本の看護実践の現状を知るために、医学中央雑誌Web版(Ver.5)を用いて2022年1月に文献検索を行った。キーワードは「専門看護師」「認定看護師」「特定看護師」「在宅看護」「移行期ケア」「退院支援」「継続看護」「地域連携」とし、原著論文、症例報告・事例を対象とした。訪問看護師との同一日同行訪問が診療報酬で算定されることとなった2012年以降の発刊とした結果36文献が抽出された。さらに、除外条件を「病院に所属する看護師の実践に関連がない」、「専門看護師、認定看護師、特定看護師の実践に関連がない」、「療養場所移行のケア実践に関連がない」として本文を精読して24の文献を抽出し、そこに掲載された計33事例を分析対象とした。なおMEDLINE、CINAHLを用いて、同様の検索語に「Japan」を加えて英語論文の検索を行ったが該当論文はヒットしなかった。

2. 分析方法

事例は、まず①看護師の専門分野と②患者情報について整理した。次に、専門看護師による在宅療養移行支援の実践内容が、関わっている状況、アセスメント、介入、成果で整理されていること¹⁵⁾を参考にしながら、各事例の看護実践について精読した。すると、③関わったタイミング、④入院中の支援内容、⑤連携した職種、⑥連携の内容、⑦退院後の継続支援必要性のアセスメント、⑧継続支援の内容、⑨成果のトピックが含まれていた。退院支援は「患者と家族が退院後に望む生活を実現するために、入院中あるいは入院前から準備を整える継続的プロセスであり、病棟看護師を含む院内外の多職種が関わるチームアプローチである」¹⁶⁾と示されていることから、在宅移行支援をプロセスと多職種との連携の基準で捉えることが適切と考え、①～⑨のトピックで整理した。次に、事例ごとに該当するトピックに関連した一文を、できるだけ原文のままあるいは意味が通じる一文にして抜き出し、類似性を吟味しまとめ、意味を代

表する表現を用いてその結果とした。なお、文献間で表現が相違する場合、文中から判断できる限り同一の表現にして整理し記述統計の資料とした(例：訪問医→医師(組織外))。

3. 倫理的配慮

文献は、公表されているものとし、病院などが特定されないこと、データ抽出の際にはその意味・内容が損なわれないように十分に配慮した。

IV. 結果

1. 事例概要^{17)~40)}

発行年の新しい順に、分析した33事例を表1に示す。専門看護師、認定看護師、特定看護師の専門分野と患者情報、計9トピックの記述の有無を整理した。

33事例の内、専門看護師3事例(老人看護：No.11、小児看護：No.13、がん看護：No.16)、認定看護師：28事例(No.1-4は特定行為2区分を修了)、特定看護師1事例(No.17)、診療看護師(NP)1事例(No.31)であった。No.31は、2013年発行で特定看護師として記載された、NPコースを修了した看護師による褥瘡を有する在宅療養者への介入事例であったが、スペシャリティに特化した内容の実践であったため分析に含めた。専門分野で記述が多かったのが、皮膚・排泄ケア認定看護師であり計18事例であった。

対象患者の年齢は、70代が18事例と最も多く、新生児(No.29)から90代(No.18)までであった。主疾患はがん、状態としては褥瘡が多く、既往歴も含めて、多疾患併存、再発を繰り返すなどの難治事例や機能障害を有する事例が多かった。家族構成は、必ずしも複雑な家族背景があるとは限らないが、認知症の配偶者と2人暮らし、独居のため支援が必要であるケースが認められた。

全てのトピックについて記述があったのは10事例であり、入院中で介入を終了したのは4事例であった。入院中の支援内容や、退院後の継続支援必要性の記載がないものが一部みられ、連携や成果はほぼ全ての事例で示されていた。

2. 関わったタイミング

専門看護師、認定看護師、特定看護師が、対象患者に関わったタイミングの記載は22事例あり、「コンサルテーション(医師から、看護師から)」が多く(n=8)、次いで「院内ルールがある」(n=6)、「専門家チームや多職種カンファレンスで介入」(n=4)であった。「コンサルテーション」における医師からの依頼は、希少または難治性の事例、在宅での対応が必要な事例であった。また、看護師からの依頼では、対応困難、精神疾患

表1 事例一覧

事例No.	著者 (発行年)	看護師の専門分野(略称)	患者情報			記述の有無						
			年齢	性別	現病歴/既往歴	関わった タイミング	入院中の 支援内容	連携した 職種	連携の 内容	退院後の 継続支援 必要性の アセスメント	継続支 援の内容	成果
1	松岡 (2021)	がん性疼痛看護認定看護師(CP+T) 特定行為:①栄養および水分管理, ②精神および精神症状に係る薬剤投 与関連	60代	男性	喉頭がん			○	○		○	○
2	〃	〃	70代	女性	膀胱癌			○	○	○	○	○
3	〃	〃	70代	女性	子宮体がん			○	○	○	○	○
4	〃	〃	70代	女性	原発不明がん			○	○	○	○	○
5	和田ら (2021)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	60代	女性	臀部褥瘡	○		○	○	○	○	○
6	〃	〃	70代	女性	仙骨部褥瘡	○		○	○	○	○	○
7	〃	〃	70代	女性	仙骨部褥瘡	○		○	○	○	○	○
8	〃	〃	70代	男性	仙骨部褥瘡	○		○	○	○	○	○
9	〃	〃	70代	男性	臀部褥瘡/糖尿病, リウマチ 下肢 に障害あり	○	○	○	○	○	○	○
10	奥村ら (2019)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	70代	男性	下行結腸癌, 直腸がん/糖尿病	○	○	○	○	○	○	○
11	小池ら (2019)	老人看護専門看護師(G)	80代	女性	慢性心不全, 高血圧, 心房細動	○	○	○	○			○
12	松浦ら (2019)	がん化学療法看護認定看護師(CC)	70代	男性	EGFR 遺伝子変異陽性左下葉肺 癌, 左がん性胸膜炎/脳出血, 糖 尿病, 高尿酸血症, 高脂血症, 高 血圧, 症候性てんかん, PSI	○	○	○	○	○	○	○
13	龜山ら (2019)	小児看護専門看護師(Ch)	30代	女性	うつ病, 双胎妊娠婦	○	○	○	○	○	○	○
14	花田ら (2018)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	80代	男性	腎盂腎炎/膀胱癌, 2型糖尿病, 高血圧, 慢性腎臓病, 労作性狭心 症	○	○	○	○			○
15	高野ら (2018)	摂食嚥下障害看護認定看護師(Dy)	80代	男性	パーキンソン病, 誤嚥性肺炎/甲 状腺機能低下症	○	○	○	○	○	○	○
16	伊波ら (2017)	がん看護専門看護師(Ca)	40代	女性	右下腿軟部腫瘍, 多発肝転移, 肺 転移	○	○	○	○			○
17	松脇ら (2017)	特定看護師(T) 特定行為:創傷管理関連	70代	女性	誤嚥性肺炎, 重症褥瘡			○	○	○	○	○
18	森野ら (2017)	慢性心不全看護認定看護師(CH)	90代	女性	大動脈弁狭窄症, 心不全増悪			○	○	○	○	○
19	西山ら (2017)	緩和ケア認定看護師(P) 皮膚排泄ケア認定看護師(W)	70代	男性	大腸がん	○	○	○	○			○
20	飛澤ら (2017)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	70代	男性	皮膚潰瘍/胸髄損傷, 下半身麻痺, 糖尿病壊疽により両大腿切断, 褥 瘡再発			○	○	○	○	○
21	〃	〃	70代	男性	右座骨部褥瘡/胸髄損傷, 褥瘡再 発	○		○	○			○
22	安西 (2016)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	80代	男性	肺炎, 多発褥瘡	○	○	○	○	○	○	○
23	中川 (2016)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	9歳	女性	劣勢栄養障害型表皮水泡症 (RDEB)その他の汎発型	○		○	○	○	○	○
24	中壽賀ら (2016)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	70代	男性	胸部下部食道がん, 胃がん, 拳上 腸管壊死/糖尿病, 高血圧	○		○	○	○	○	○
25	柿宇土 (2015)	糖尿病看護認定看護師(Di)	70代	男性	糖尿病(40年前より。治療中断), 末梢動脈疾患, 左第4, 5趾潰瘍~ 壊疽, 虚血, 骨髄炎		○	○	○	○	○	○
26	関口 (2015)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	80代	男性	左耳下腺癌, 左耳下部に自壊創/ 脳梗塞, 高血圧, 難聴	○		○	○	○	○	○
27	太田 (2015)	がん性疼痛看護認定看護師(CP)	60代	女性	膀胱部癌末期, 癌性腹膜炎による 消化管通過障害	○	○	○	○	○	○	○
28	〃	〃	80代	女性	盲腸癌, 腹腔播種	○	○	○	○	○	○	○
29	中村 (2015)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	新生児	-	第17型コラーゲン欠損接合部型表 皮水泡症(非 Herlitz 型)		○	○	○	○	○	○
30	花木ら (2014)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	70代	男性	盲腸癌, 小腸穿孔, 骨盤内再発に よる膀胱皮膚瘻/高血圧, 慢性腎 不全(人工透析週3回)		○	○	○	○	○	○
31	村井 (2013)	特定看護師(現:診療看護師)(T)	70代	男性	左臀部蜂窩織炎, 右臀部に褥瘡形 成/下半身不随	○	○	○	○	○	○	○
32	矢野ら (2013)	皮膚・排泄ケア認定看護師(W)	70代	女性	褥瘡感染/多発性硬化症, 下半身 麻痺, 仙骨部褥瘡再発		○	○	○			○
33	佐藤ら (2012)	緩和ケア認定看護師(P) 皮膚排泄ケア認定看護師(W)	60代	女性	直腸がん再発, 骨盤内浸潤, 多発 骨転移	○	○	○	○	○	○	○
記述の有無 集計						22	18	33	33	26	28	33

の合併のケースや、訪問看護師からの医療物品の相談が関わるきっかけとなっていた。「院内ルール」の該当事例はいずれも褥瘡のケースであり、自宅退院となる患者にシステムの中で関わったものであった。なお、関わる契機となる際の院内のスクリーニング基準が明確に記載されたものはなかった。

3. 入院中の支援内容

15事例には、入院中の支援内容の記述がなかった。残りの18事例の中で、専門的な介入が最も多く書かれていたのは、患者・家族・訪問看護師への指導や教育に関する9事例であった。身体的改善を目指した看護実践(No.9, 10)や、傾聴や共感による精神面のサポート(No.16, 19)については各2事例であった。その他、意思決定支援や多職種との調整などについて在宅療養生活への移行や継続を促進するための内容が示されていた。

4. 連携した職種(表2)

患者の外來・入院・退院までの期間を通して、看護師と連携して在宅移行支援を行った職種を組織内・外に分類し、連携した内容を整理した。

全ての事例で、多職種の連携について記述があり、その職種も多岐に渡っていた。組織内外ともに看護職との連携(組織内n=20, 組織外n=28)が多く、次いで、組織内では医師(n=16)、組織外ではケアマネジャー(n=11)であった。最大で9職種との連携した事例(No.17, 31)がある一方で、他の認定看護師との連携を含んだものは3事例(事例7, 30, 33)のみであった。組織外の看護師とは、28件中26件が訪問看護ステーションに所属する訪問看護師であり、その中には、自病院に訪問看護を行う仕組みがないため、他ステーションに所属する同分野の認定看護師に訪問を依頼した事例(No.30)が1件あった。

5. 連携の内容(表2)

多職種との連携の方法は、主に患者・家族を含む多職種とのカンファレンスや、患者宅への同行訪問の場で行われており、訪問看護師とに限っては、電話・メールが利用されていた。また、外來診療時や病棟での患者指導、往診の場に、看護師や他職種が同席するといった方法がとられていた。

連携の内容は、ケア方法などの指導、情報共有、自身の専門分野に関する相談を受ける、他職種の専門的介入の依頼・確認などが含まれていた。特定看護師や専門看護師が介入している事例(No.3, 13)では、医師や訪問看護師に病態のアセスメント結果を提示し、薬剤の使用や中止を提案していた。

6. 退院後の継続支援必要性のアセスメント(表3)

退院後に継続して支援が必要とアセスメントを行っていたのは26事例であった。継続支援という判断に至った理由には、「病状の変化に対応する必要がある」、「患者のセルフケアや介護力不足」、「患者・家族に自宅で過ごしたい思いがある」、「患者や家族が在宅療養に不安を抱えている」、「在宅サービス調整の必要がある」、「療養場所の変化に対応する必要がある」等があり、これらは複合的に評価され、継続支援の実践につながっていた。記述のなかったNo.11, 14, 19, 32は、入院中に患者・家族へのセルフケア指導と在宅サービスの調整を行うことで、介入は終了していた。さらにNo.16は、外來通院時から入院-退院-再入院-転棟-退院までを継続支援していたものの、退院後の継続ケアに関する記述はなかった。

7. 在宅ケアへの継続支援の内容(表4)

在宅ケアへの継続支援を行っていた28事例は、自宅へ訪問して看護実践(n=20)や、外來での対応(n=10)として実現されていた。その実践内容には、直接ケアとして、創処置・輸液管理・精神的サポートなどが行われており、相談としては、訪問看護師からはケア方法、患者・家族からは在宅生活の不安について相談に乗っていた。また、在宅サービスの過不足の評価(No.12)や訪問看護の紹介(No.5)といったサービス調整を行っている事例もあった。指導は対象者別に、患者(n=3)、家族(n=12)、患者・家族(n=3)に記述があり、セルフケアや日常生活指導、緊急時の連絡などについて教育的に関わっていた。

8. 成果(表5)

32事例に記述されており、その内容は、「身体・精神症状の改善」、「ADL向上」、「セルフケア・介護の確立」、「在宅療養生活への移行促進・継続」、「医療サービスの終了・間隔の延伸」、「望む最期」、「その他」に分類された。14事例に記述のあった「身体・精神症状の改善」は、特定看護師と皮膚・排泄ケア認定看護師の事例に限定しており、褥瘡を含む創が治癒・縮小したと評価した事例が多かった。11事例に記述のあった「セルフケア、介護の確立」は、看護師の指導・教育的なかわりの成果であった。患者からの提案を尊重し(No.24)、処置方法などを習得させることで、在宅療養移行を促進していた。そして、3事例と少ないものの「医療サービス利用の縮小」につながった事例も認められた。

V. 考察

1. 在宅ケアへの移行支援

分野を問わずに事例報告を整理することで、専門性を

表2 連携した職種と連携の内容

職種名	n	連携の内容 (事例番号と専門分野)
看護師	20	
(病棟)	11	ケアや処置方法の指導 (11G, 12CC, 15Dy, 30W), 患者の治療や思いを情報共有 (10W, 16Ca, 17T), 退院後のセルフケアについて情報共有 (25Di), 家族指導に関する役割の確認 (31T), 児の面会時に母親の精神症状の観察を依頼 (13Ch), 嚥下関連の研修 (15Dy)
(外来)	3	患者・家族の思い, 病態のアセスメント・ケアについて情報共有 (3T), 今後の方針, 役割, 対応について共有 (26W)
(退院調整・訪問看護部門)	4	処置方法, 社会資源の調整, 役割確認, 目標について情報共有 (12CC, 17T, 22W, 25Di)
認定看護師 (他分野)	1	家族に指導する処置方法を検討 (33P)
認定看護師 (同分野)	1	褥瘡ケアのアセスメントについて情報共有 (7W)
組織内 医師	16	特定行為の手順書を交わす (1-3CP+T), 患者・家族への指導・意思の情報共有 (11G, 15Dy, 16Ca, 17T, 25Di, 26W, 33P), 薬剤の中止や使用を提案 (3CP+T, 13Ch), 治療・検査の情報を確認 (14W, 23W, 33P), リハビリ導入の相談 (19P), 自壊創管理の依頼 (26W), 食形態の相談 (32W)
歯科医師, 歯科衛生士	1	疼痛を伴う口腔ケア担当の確認 (23W)
薬剤師	4	情報共有を行い, 症状緩和の方法を検討 (11G, 12CC, 16Ca, 33P)
MSW	9	方針・役割などの情報共有 (15Dy, 17T, 25Di, 26W, 31T, 33P), 地域の医療機関・社会資源の情報を得る (11G, 14W, 19P)
管理栄養士	6	患者・家族に栄養指導の依頼, 栄養補助食品の相談 (8W, 9W, 17T, 18Ch, 31T, 32W)
リハビリスタッフ	6	理学療法士: 試験外泊のアセスメント (11G), 患者・家族との面談 (19P), 訪問リハビリ (31T), ポジショニング・移乗のアセスメント (17T, 32W), 作業療法士: 訪問リハビリを依頼 (17T)
その他		介護福祉士: 院内デイケア (11G), 臨床心理士: 情報共有を行い症状緩和の方法を検討 (33P), 連携部門職員: 転居を提案 (23W)
看護師	28	
(訪問看護)	26	病態などのアセスメントを提示 (1-4CP+T), 処置方法・薬剤の使用・症状管理とアセスメント・生活状況の確認・異常時の報告を依頼 (5W, 6W, 8W, 12CC, 15Dy, 20W, 21W), 薬剤の使用・創処置方法を指導 (9W, 13Ch, 17T, 29W, 31T, 33P), 入院中の様子を伝えて訪問時の情報を受け情報共有 (22W, 23W, 24W, 26W, 27CP, 28CP, 30W, 32W, 33P)
(訪問入浴)	1	入浴後創処置の手順書を作成 (31T)
認定看護師 (同分野)	1	自宅訪問してストーマ管理について訪問看護師に指導するよう依頼 (30W)
保健師	1	子どもが保育園に入園できるよう支援 (13Ch)
組織外 医師	3	特定行為の手順書を交わす (4CP+T), 症状のアセスメントの提示 (4CP+T, 22W), 医療処置を依頼 (14W, 22W), 処置方法・目標の統一 (22W)
ケアマネジャー	11	方針・役割などの情報共有 (3CP+T, 15Dy, 17T, 22W, 25Di, 31T), 介護用品の調達を依頼・適切な使用方法を指導 (5W, 7W, 8W, 9W, 11G)
福祉用具担当者	2	在宅で使用可能な寝具の確認 (31T, 32W)
理学療法士	2	訪問リハビリ (2CP+T, 15Dy)
ヘルパー	4	ケア方法や役割について情報共有 (22W, 25Di, 31T), 簡便な処置を依頼 (20W)
その他		社会福祉士 (精神科病院): 精神科薬物療法や治療状況の情報提供 (13Ch), デイサービススタッフ: 全身観察と保湿剤の塗布・リハビリの継続を依頼 (5W), 教員: 発育状況・学校での食事を確認 (23W)

※表中 () 内数字は表1に示した事例No., アルファベットは専門分野の略称 (Ca: がん看護専門看護師, G: 老人看護専門看護師, Ch: 小児看護専門看護師, W: 皮膚・排泄ケア認定看護師, P: 緩和ケア認定看護師, CC: がん化学療法看護認定看護師, CP+T: がん性疼痛看護認定看護師, Di: 糖尿病看護認定看護師, Dy: 摂食嚥下障害看護認定看護師, CH: 慢性心不全看護認定看護師, T: 特定看護師)

表3 退院後の継続支援必要性のアセスメント

記述の内容 (事例番号と専門分野)	
病状の変化に対応する必要がある (n=7)	疼痛・脱水・せん妄症状がある (4CP+T), 円背による仙骨部への圧迫がある (7W), 貧血で転倒し昏睡性水疱が発生した, 栄養状態の低下 (8W), 糖尿病のコントロールが不良 (9W), 舌運動低下・項部ジストニア・口腔内乾燥・食事に集中できない等 (15Dy), 重症褥瘡を保有した状態で退院 (17T), 浸出液が多く, 創湿潤環境を調整する必要 (20W)
患者のセルフケア不足や介護力不足 (n=10)	褥瘡発生の要因が, 寝具やおむつ, 妻の介護力と知識不足, 多職種の介入不足である (5W), 体圧分散寝具の使用法の誤り, 圧抜きしていない, 慢性化した褥瘡周辺皮膚の脆弱, 車いす乗車時の予防ケアの指導が必要 (6W), おむつ・椅子の選択, 移乗時の介助が不適切 (7W), リウマチによる下肢の感覚障害があり, 体動がスムーズに行えず褥瘡部位にずれ (9W), ストーマセルフケア習得が進まない (10W), 入浴は3日に1回, 保湿の習慣はなく上下肢の乾燥が著明である, 皮疹への注意・関心が足りない (12CC), 患者・家族の誤嚥性肺炎に対する予防意識が低く, 自宅での食事介助の方法を指導, 徹底する必要 (15Dy), 褥瘡が広範囲で自分では処置ができない (20W), 児のQOL向上には, RDEGに対する正しい知識と創処置方法の習得が不可欠 (23W), ストーマ管理に加えて, 膀胱皮膚瘻の管理が必要 (30W)
患者・家族に自宅で過ごしたい思いがある (n=7)	できるだけ家で過ごしたいという患者・家族の思いが強い (3CP+T), 在宅看取りを希望 (4CP+T), 息子の希望により, 自宅退院の方向となったが, 退院後褥瘡が悪化する恐れがあった (22W), 望む生活があり, 認知症の妻のために自宅療養を希望 (26W), 両親が自宅療養を切望したが, 訪問看護師に本症の経験がなく, 創傷処置を含む医療的側面や経済的社会的対応なども未知であった (29W), 妻が本人の希望と妻の体力を理由に, 褥瘡が完治しないまま退院することを強く訴えた (31T), 患者は症状緩和しながら自宅で過ごしたいという気持ちが強く, 家族も患者の希望を支えたいという思いが強かった (33P)
患者や家族が在宅療養に不安がある (n=7)	エンジンバラ産後うつ病質問票を用いた結果, 精神状態が不安定になっているとアセスメント (13Ch), 夫が1人で妻の介護をすることに不安を表出 (17T), 患者・家族が, 病状や自宅療養への不安が強いまま退院となる (18CH), 自壊創からは出血があり, 日中は長男が不在なため不安 (26W), 病状が進行し, 腹水増加による息苦しさ, 嘔気や身のおき所のなさ, 在宅療養や今後に対する不安がある (27CP), 家族の不安が強く, 訪問看護師に持続注入器取扱い経験がなかった (28CP), 瘻孔管理の手技を確認してくれる経験者がいない不安を訪問看護師が訴え, 患者自身も自信が持てない状況 (30W)
在宅サービス調整の必要がある (n=5)	患者が, 外部からの介入に拒否的 (2CP+T), 訪問看護の利用を提案したが, 希望によりストーマ外来通院による交換日ごとのサポートをすることになった (10W), 実父母からの育児協力が困難と判断し, 訪問看護導入を提案した (13Ch), 褥瘡処置に関わる施設職員の負担が大きい (20W), 転居後受診歴がなく, 創処置の間隔や方法が不適切. 母親は弟の育児で患児に注意を向ける余裕がない, 医療費負担が大きい (23W)
療養場所の変化に対応する必要がある (n=2)	在宅生活では飲食物と回数の変化・活動範囲の拡大から頸部形状が変化し食道瘻孔からの漏れが頻発. 日に数回の創処置が必要となった (24W), 入院中にアパートから高齢者集合住宅に変わり足病変の再発リスクが高い (25Di)

※表中 () 内数字は表1に示した事例No., アルファベットは専門分野の略称 (Ca: がん看護専門看護師, G: 老人看護専門看護師, Ch: 小児看護専門看護師, W: 皮膚・排泄ケア認定看護師, P: 緩和ケア認定看護師, CC: がん化学療法看護認定看護師, CP+T: がん性疼痛看護認定看護師, Di: 糖尿病看護認定看護師, Dy: 摂食嚥下障害看護認定看護師, CH: 慢性心不全看護認定看護師, T: 特定看護師)

表4 継続支援の内容

カテゴリー (事例数)	記述の内容 (事例番号と専門分野)
直接ケア (n=11)	手順書に沿った輸液管理 (2, 4CP+T), 創処置 (17T, 22W, 25Di, 26W, 31T), 症状・状態のアセスメント (1, 3, 4CP+T, 17T), 傾聴による精神面のサポート (27CP, 33P)
相談 (n=7)	患者・家族から在宅療養生活の不安について相談: 通院時・電話 (10W, 15Dy, 18CH, 33P), 訪問看護師から処置方法や装具について相談: 対面・電話 (12CC, 22W, 24W, 33P)
サービス調整 (n=2)	訪問看護の紹介 (5W), サービスの過不足を評価 (12CC)
患者・家族への教育 (n=18)	適切なポジショニングや除圧方法などの指導 (5W, 6W, 7W, 8W, 9W, 17T, 20W, 21W), 創処置やストーマケアなどの指導 (10W, 23W, 26W, 29W, 31T), 食事指導 (8W, 15Dy), 薬剤の使用を含む対応方法の指導や提案 (27CP, 28CP, 33P), 疾患管理のための知識を強化 (18CH), 診療材料の確認 (28CP), 緊急時連絡先の確認 (28CP)

※表中 () 内数字は表1に示した事例No., アルファベットは専門分野の略称 (Ca: がん看護専門看護師, G: 老人看護専門看護師, Ch: 小児看護専門看護師, W: 皮膚・排泄ケア認定看護師, P: 緩和ケア認定看護師, CC: がん化学療法看護認定看護師, CP+T: がん性疼痛看護認定看護師, Di: 糖尿病看護認定看護師, Dy: 摂食嚥下障害看護認定看護師, CH: 慢性心不全看護認定看護師, T: 特定看護師)

表5 成果

カテゴリー（事例数）	記述の内容（事例番号と専門分野）
身体・精神症状の改善 (n=14)	褥瘡が退院後37日～12か月後に治癒（5W, 7W, 8W, 17T, 21W, 31T, 32W）、創の縮小や軽快（6W, 9W, 20W, 22W, 23W, 26W）、せん妄が軽快・消失（1, 3CP+T）、栄養状態・貧血の改善（5W, 8W）
ADL向上（n=3）	寝たきりが、自力で寝起き・歩行できるようになった（2CP+T, 5W, 8W）
セルフケア、介護の確立 (n=11)	セルフケアの確立：再発時に原因検索できた（6W）、短時間で処置できた（10W, 23W）、薬の保管方法やケア方法を工夫（12CC）、尿道カテーテルの管理や膀胱洗浄ができた（14W）、ストーマケアが確立した（19W）、A氏の提案を尊重し漏れないパウチング方法を見出し、ボランティア活動を再開（24W）、介護方法の確立：適切なおむつ交換・体圧分散寝具の設定・褥瘡処置ができた（5W）、正しい移乗方法を習得（7W）、食事介助・口腔ケアができ、誤嚥性肺炎の再燃がない（15Dy）、夫が「処置は自分でできる」と自信とやりがいを得た（17T）
在宅療養生活への移行・継続 (n=7)	自宅退院が可能となった（11G, 16Ca, 29W, 30W）、自宅での生活が継続できた（3CP+T, 12CC, 18CH）
医療サービス利用の縮小 (n=3)	受診間隔が延びた（10W）、訪問看護を終了した（13Ch, 25Di）
望む最期（n=5）	穏やかに最期まで自宅で過ごす（4CP+T）、自ら入院を希望し家族に見守られ最期を迎える（26W）、亡くなる前日まで在宅療養（27CP）、在宅看取りとなり家族から「家に連れて帰れてよかった」と評価（28CP）、在宅療養の末家族に見守られ永眠（24W）
その他（n=2）	つらい治療を乗り越えたことを自己賞賛でき、患者と家族の関係構築につながった（16Ca）、介護負担、経済的負担の軽減などの療養環境の改善（24W）

※表中（ ）内数字は表1に示した事例No.、アルファベットは専門分野の略称（Ca：がん看護専門看護師，G：老人看護専門看護師，Ch：小児看護専門看護師，W：皮膚・排泄ケア認定看護師，P：緩和ケア認定看護師，CC：がん化学療法看護認定看護師，CP+T：がん性疼痛看護認定看護師，Di：糖尿病看護認定看護師，Dy：摂食嚥下障害看護認定看護師，CH：慢性心不全看護認定看護師，T：特定看護師）

有する看護師による退院後に継続する支援のプロセスと実践内容が明らかにできた。端的に言えば、専門性を活かしたケアは複合的な必要性のアセスメントに基づいて行われており、自宅訪問や外来対応といった形で実現され、医療依存度の高い患者の在宅療養生活を実現する成果が得られていた。

分野別にみると、多くが皮膚・排泄ケア認定看護師の実践であり、専門的な直接ケアや相談・指導が入院中から在宅療養の場に継続されることにより、創の治癒や縮小といった成果をもたらしていた。2012年に在宅患者訪問看護・指導料3の評価対象として、がん領域とともにいち早くその専門性が在宅看護に必要とされたのを機に、関連団体による実態調査^{11), 41), 42)}などのエビデンスを積み重ねてきたことにより、その実践と公表とが充実したと考える。

専門看護師による実践は、入院中または入院前から退院後の在宅療養生活の継続を見越した支援が丁寧に行われていた。また、多職種との連携は組織内にとどまらず、組織外の医師や保健師などといった連携の幅広さが特徴的であった。専門看護師の実践能力の1つに「俯瞰的視点」⁴³⁾あり、これによって事象全体を概観し全体の方向性を検討する力が、在宅移行支援において発揮されたと考える。その結果、入院中に完結しない潜在的な

ケアニーズを早期に予測し、退院後の支援体制を構築することに繋げるといった実践がなされていた。

対象患者の疾患は、多疾患併存、希少、難治性が多かった。家族背景は様々で、その調整を必要とした事例もあった。関わったタイミングについては、介入の始まりが必ずしも記載されておらず、専門性を有する看護師に何を期待した介入なのかが明確にされていない事例が散見された。さらに、事例には専門・認定看護師のコンサルテーションを受けるためのスクリーニング基準が記載されたものではなく、専門・認定看護師の役割を他職種にも広く認識してもらいアクセスしやすい体制を整えることが必要である。Transitional Care Modelでは、スクリーニング対象となるリスク要因として、5つ以上の慢性疾患や不十分なサポートシステムなどを挙げており、APNが介入する対象が明確に示されている⁴⁴⁾。入退院支援加算で示される退院困難な要因14項目⁴⁵⁾とは別に、専門性を有する看護師の介入すべき対象者のスクリーニング要件として、今回整理された実践内容から、入院中に専門的な支援が必要か、介入が必要な職種間での連携体制・方法・内容に課題があるか、退院後の継続支援が必要か、という視点で病院ごとに整備する必要がある。

多職種の連携はすべての事例において示され、専門性を有する看護師が在宅移行と継続のために『つなぐ』役

割を發揮していた。さらに一部の事例では、病態のアセスメントを提示し薬剤の使用を提案するといった専門職としての自律性の高い実践も認められたことは興味深い。一方で、他の専門・認定看護師との連携が記述されているものはわずか3事例にとどまった。専門分野や組織を越えた看護師同士の連携は、高度な看護が提供するうえでさらに期待される。

全ての文献には、介入による成果が明確に示されていた。成果の7カテゴリーを基に、患者アウトカムとして評価方法を構築することは可能と考えられ、専門性を有する看護師が関与する在宅移行支援の目指す方向性が明確となった。

2. 事例報告の構成要件

専門看護師の実践を概念化することは、活動現場の多様性や医療の変化の激しさなどから難しい⁴⁶⁾と指摘され、それは認定看護師や、特定看護師も同様であると考えられる。そこで、実践事例の共有や分析が重要となる。富田らは、症例報告の構成要件を構造化することにより、個別性を特定した症例報告の蓄積と検索システムの提案をしている¹²⁾。今回は、著者らが先行研究に基づき事例を精読する過程で9つのトピックで整理したが、トピックの妥当性への評価は更なる研究が必要である。本稿をきっかけに、高度実践者らによる在宅移行支援の実践報告の定式化に関する議論が広まり共有されていけば、より効果的な事例報告の蓄積につながると考える。さらに多くの分野で実践事例の蓄積と共有をし、介入が必要な患者を選定する体制づくり、患者アウトカム評価方法の構築につなげることが期待される。

3. 限界と課題

高度実践看護師らによる事例報告について分野を問わない実践内容を集積したが、その多くが皮膚・排泄ケア認定看護師による実践に集中しており、結果に影響している可能性がある。また、今回選定された文献の掲載誌のほとんどは病院が発行している雑誌であり、当該文献へのアクセスの利便性は低かった。加えて、こうした高度実践者らの実践報告の文献が全体に少なく、公表されていない現状も推察される。今後は、より多くの実践内容が公表され共有されることが望まれる。

VI. 結論

高度実践者らによる在宅移行支援の実践内容は、専門性を活かしたケアが複合的な必要性のアセスメントに基づいて、自宅訪問や外来対応といった形で行われており、医療依存度の高い患者の在宅療養生活を実現する成果が得られていた。一方で、スクリーニング基準が事例

報告に記載されたものではなく、専門分野を超えた看護師同士の連携が示されたものは少なかった。今後は、多くの分野で実践事例の蓄積と共有をし、介入が必要な患者を選定する体制づくり、患者アウトカム評価方法の構築が必要である。

引用文献

- 1) 荒木暁子：地域共生社会における看護師の役割 日本看護協会の取り組みと今後、日ヒューマンケア・ネットワーク会誌, 18(1)：2-6, 2020.
- 2) Naylor MD, Brooten D, Campbell R, et.al: Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial see comments, JAMA, 281(7): 613, 1999.
- 3) Naylor MD, Brooten D, Campbell R, et.al: Transitional care of older adults hospitalized with heart failure: a randomized, controlled trial, J Am Geriatr Soc, 52(5): 675-84, 2004.
- 4) Naylor MD, Hirschman KB, Hanlon AL, et.al: Comparison of evidence-based interventions on outcomes of hospitalized, cognitively impaired older adults, J Comp Eff Res, 3(3): 245-57, 2014.
- 5) ICN: GUIDELINES ON ADVANCED PRACTICE NURSING 2020, 2020, https://www.icn.ch/system/files/documents/2020-04/ICN_APN%20Report_EN_WEB.pdf. (検索日：2020年8月5日)
- 6) 日本看護協会：データで見る専門看護師, 2021, <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cns>. (検索日：2023年3月5日).
- 7) 日本看護協会：データで見る認定看護師, 2021, <https://nintei.nurse.or.jp/nursing/qualification/cn>. (検索日：2023年3月5日).
- 8) 厚生労働省：第18回看護師特定行為・研修部会 資料1, 2018, <https://www.mhlw.go.jp/content/10803000/000361777.pdf> (検索日：2023年3月5日).
- 9) 芥田ゆみ, 池崎澄江, 北池正：病院に所属する専門看護師・認定看護師による在宅看護を支援する活動の実態と要因, 日看管理会誌, 26(1)：21-31, 2022.
- 10) 日本看護協会：2017年 病院看護実態調査, 2018, <https://www.nurse.or.jp/home/publication/pdf/research/93.pdf>. (検索日：2023年3月5日).
- 11) 貝谷敏子, 間宮直子, 吉田美香子, 他：皮膚・排泄ケア認定看護師による地域連携に関連する診療報酬算定の実態調査, 日創傷オストミー失禁管理会誌, 21(3)：284-95, 2017.
- 12) 富田美加, 岩澤まり子：摂食障害領域を対象とした看護の高度化に向けた症例報告の構成要件の構造化, 日健医会誌, 21(4)：252-60, 201.
- 13) 上城憲司, 西田征治, 田平隆行, 他：認知症の人に対する作業療法実践の文献研究 41の事例報告, 作業療法, 35(1)：83-96, 2016.

- 14) 村瀬雅敏：症例報告の重要性を考える，理療の歩み，16(1)：5-13，2005.
- 15) 宇佐美しおり：専門看護師による在宅療養移行支援の現状（特集 専門看護師の在宅療養移行支援に学ぶスムーズな在宅復帰のコツ），看護，68(7)：70-5，2016.
- 16) 日本看護管理学会学術活動推進委員会：看護管理用語集：設立25周年記念 第3版，日本看護管理学会，192-3，2021.
- 17) 和田綾乃，中川恵：地域における多職種連携に病院勤務の皮膚・排泄ケア認定看護師が果たす役割 在宅褥瘡患者5症例についての一考察，北海道農村医会誌，53：35-9，2021.
- 18) 松岡実和：院外での特定行為実践を行って 特定行為ができるがん性疼痛看護認定看護師の活動の広がり，共済医報，70(3)：269-72，2021.
- 19) 龜山千里，木下亜由美：小児看護専門看護師による，うつ病患者の産後再燃・再発予防，茨城母性衛会誌，(37)：47-51，2019.
- 20) 松浦志信，堀川康裕，中村茉莉恵：EGFR阻害薬により皮膚障害を呈した高齢患者への支援 在宅療養を見据えた多職種連携の一例，十全病誌，25(1)：1-2，2019.
- 21) 小池彩乃，内田陽子：心不全増悪を繰り返す認知症高齢患者の帰宅願望をかなえる退院支援 老人看護専門看護師実習による介入効果のあった1事例，日エンドオブライフケア会誌，3(1)：37-43，2019.
- 22) 奥村智昭，小副川知子，鰐川玲子：在宅支援を拒否される患者介入の一例，東海ストーマ排泄リハ研会誌，39(1)：27-30，2019.
- 23) 高野実梨，八木宣泰，牧野仁美，他：誤嚥性肺炎をくり返す患者の退院支援，静岡赤十字病研報，38(1)：66-8，2018.
- 24) 花田美奈子，海田真治子，築地原幸子：22年前に禁制型尿路変向術を施行し，高齢となった患者の排尿管理と多職種との連携，日創傷オストミー失禁管理会誌，22(3)：309-12，2018.
- 25) 飛澤貴子，藤村美幸：皮膚・排泄ケア認定看護師と訪問看護師の協働により改善した在宅難治性褥瘡の2症例，日農村医会誌，65(5)：1011-8，2017.
- 26) 西山千尋，池原利香子，安田敦子，他：ストーマ受け入れ困難患者の退院支援 多職種との連携を通しての課題を考える，沖縄看研会集録，31回：91-3，2017.
- 27) 森野智史，西村由香，須佐美智子，他：慢性心不全看護認定看護師は心臓リハビリテーションで活きる，大津市民病誌，(18)：98-100，2017.
- 28) 松脇孝太郎，間宮直子，池田恵津子：訪問看護師と特定看護師が関わる在宅でのチーム医療 重症の多発褥瘡ケアの1事例から，日看会論集：看管理，(47)：189-92，2017.
- 29) 伊波華，照屋典子，砂川洋子：壮年期骨軟部腫瘍患者のがん告知から周手術期までの心理的变化に対する看護介入が看護専門看護師が継続支援した1事例，日看会論集：急性期看，(47)：110-3，2017.
- 30) 中壽賀ゆり子，伊庭治代：頸部食道瘻孔管理に難渋した1例，STOMA，23(1)：32-4，2016.
- 31) 中川恵：劣性栄養障害型表皮水疱症の小児例 多職種連携により適切な創処置習慣が確立した1例，日創傷オストミー失禁管理会誌，20(3)：349-53，2016.
- 32) 安西美智子：在宅患者への訪問看護師との同行訪問を開始して 皮膚・排泄ケア認定看護師による地域連携，東京福祉保健医療会誌，平成27年度（受賞演題論文集）：35-7，2016.
- 33) 中村久美：表皮水疱症患児の両親への日常生活指導と訪問看護師との連携，日創傷オストミー失禁管理会誌，18(4)：354-7，2015.
- 34) 太田果苗：がん患者の在宅療養支援に認定看護師ができること 在宅患者同行訪問を行って，磐田総病誌，17(1)：84-5，2015.
- 35) 関口加奈子：自宅で過ごしたいと願う患者への他職種，地域連携，千歳市民病医誌，11(1)：50-1，2015.
- 36) 柿宇土敦子：訪問看護師との連携による在宅に繋げるフットケア支援体制 セルフケア能力の低い患者の在宅療養移行期のフットケア支援を通して，静岡赤十字病研報，35(1)：110-4，2015.
- 37) 花木江梨子，古賀亜由美，大西直，他：複数の訪問看護施設の介入が在宅移行に有用であった膀胱皮膚瘻の1症例，STOMA，21(1)：47-9，2014.
- 38) 矢野由希子，西垣亜衣子，山本希美重，他：褥瘡を保有した下半身麻痺患者の在宅退院に向けて行った生活改善 他職種との連携の必要性和皮膚・排泄ケア認定看護師が担う役割，日看会論集：成人看Ⅱ，(43)：127-30，2013.
- 39) 村井恒之：【特定看護師】特定看護師としての活動 褥瘡を有する在宅療養者の症例から，看科研，11(1)：29-33，2013.
- 40) 佐藤愛子，細川敦之，白川律子，他：在宅療養を希望する患者・家族を地域で支える，三豊総病誌，33：46-9，2012.
- 41) 間宮直子，溝上祐子，小林直美，他：日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告（2017~2018年度），日創傷オストミー失禁管理会誌，24(3)：349-65，2020.
- 42) 間宮直子，溝上祐子，稲田浩美，他：日本創傷・オストミー・失禁管理学会会員活動調査報告（2013~2016年度），日創傷オストミー失禁管理会誌，23(3)：350-64，2019.
- 43) 井部俊子，大生定義，専門看護師の思考と実践，医学書院，2015.
- 44) Hirschman KB, Shaid E, McCauley K, et.al: Continuity of Care: The Transitional Care Model. Online J Issues Nurs. 20(3): 1, 2015.
- 45) 厚生労働省：診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について（通知），保医発0304第1号，別添1．2022，<https://www.mhlw.go.jp/content/12404000/000984041.pdf>（検索日：2023年3月5日）.
- 46) 前掲43 p.170

NURSING PRACTICE OF TRANSITIONAL CARE WITH JAPANESE ADVANCED PRACTICE NURSES IN HOSPITAL: A LITERATURE REVIEW ON CASE REPORTS

Yumi Akuta^{*1}, Sumie Ikezaki^{*2}

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

^{*2}: Graduate School of Nursing, Chiba University

KEY WORDS :

certified nurse specialist, certified nurse, nurses pertaining to specified medical acts, transitional care, case report

Objective: To clarify practice by reviewing case reports on transitional care from certified nurse specialists, certified nurses, and Nurses Pertaining to Specified Medical Acts in hospitals.

Methods: Case reports were investigated using keywords with the database of Ichushi web from 2012 onwards. Thirty-three cases were selected based on 24 references on transitional care by hospital-based nurses.

Results: The present findings indicated nine topics: nurses' specialty areas, patient information, the timing of involvement, practice in hospitalization, collaborating professions, the content of collaboration, assessment of the need for continued intervention after discharge, the content of continued support, and outcomes. According to the nurses' specialties, wound, ostomy, and incontinence nurse (WOCN) was the most frequently reported based on 18 of the cases. The diseases of the target patients were characterized as multimorbidity, rare diseases, and intractable diseases. All cases indicated collaborations with other professionals; however, three cases described collaborations with other specialized nurses. Furthermore, none of the cases described the criteria for screening by nurses. Outcomes were organized into seven categories: improvement of physical and mental symptoms, transition to and continuation of home care setting, etc.

Conclusion: Specialty nurses practiced home visits and outpatient follow-ups based on a complex assessment of the need for care using their expertise. More practice cases should be accumulated and shared for establishing screening systems and methods for evaluating outcomes based on interventions.