

特定機能病院から訪問看護師への情報提供の現状と今後の課題 第2報

key word 特定機能病院 訪問看護師 情報提供 連携
総合相談・支援センター ○馬場まどか 杉山ゆう子 加藤ひろみ
田山友子 志賀圭子 告原博美

はじめに

特定機能病院から在宅療養へ移行するには、地域連携機関と密な情報発信・共有が必要である。前回の研究より地域との情報共有の齟齬があることが明らかになった。第2報として情報提供が不十分な項目に注目し、アンケート調査の自由記載の内容分析を行い今後の課題を明らかにした。

I 研究目的

情報提供が不十分な項目について、訪問看護師へのアンケート調査より自由記載の内容分析を行い、今後の課題を明らかにする。

II 研究方法

1. 期間：2015年9月～12月
2. 対象：2013年4月～2年間でセンター看護師が連携した訪問看護ステーション訪問看護師300名
3. 調査方法：アンケート調査(自由記載内容分析)
4. 分析方法：情報提供が不十分な項目(本人・家族への病状説明・意向、緊急時の対処方法、医療・介護技術習得)のテキストをコード化しカテゴリー分類した。

III 倫理的配慮

本研究は東京医科大学医学倫理委員会の承認を得た。対象者のデータは統計的に処理し、個人が特定されないよう配慮した。

IV 結果

1. 対象：121名(回収率40%)
2. 自由記載回答数73件、内容分析対象数46件
3. 自由記載内容の分析(表1)

【在宅を見据えた指導不足】【相談システムの不備】【情報提供不足】【院内スタッフの在宅に対する意識が低い】

V 考察

病院完結型から地域で患者を支える地域完結型の地域包括ケアシステムになり、切れ目のない医療ケアが求められている。高度先進医療の提供を行う特定機能病院においても、患者へ適切な療養環境の提供を継続していくためには、訪問看護師・地域との連携が不可欠である。

内容分析の結果から4つのカテゴリーが生成された。【在宅を見据えた指導不足】は「病院が患者に何を指導すべきか分かっていない」「在宅に合わせた指導ができていない」等のコードで構成され、医療ケアを在宅で継続する患者・家族の生活に視点をあてた指導ができていないと言える。

【相談システムの不備】は「窓口がない」「誰に相談していいのかが分からない」「相談先を明確にしてほしい」等のコードで構成された。病院と地域は双方向の情報提供が必要だが、病院から地域への一方の情報提供になっていると考える。訪問看護師が在宅療養を支えるには、必要なタイミングで病院と連絡や連携を取ることを望んでいる。患者、家族、医師、看護師、訪問看護師で、退院後の相談窓口や緊急時の対応方法・連絡先を明確に情報共有しておく必要があると考える。

【情報提供不足】は「病状の受け止め方、今後どのような生活をしたいか情報が少ない」「看護サマリーから入院中の経過がくみ取れない」等のコードがあり、意思決定支援や自立支援といった退院支援が不十分のまま、退院調整をしていると考える。地域で患者・家族が継続したケアをするための情報は、治療情報だけでなく、意思決定支援や自立支援のためにどのような看護を行ったかである。さらに患者・家族が病気を受け止めどのような暮らしを望んでいるかなど、生活者としての患者像が描けるような情報と、病院における看護のプロセスを伝える必要がある。そのような情報が看護サマリーや指導、カンファレンスに反映することで患者・家族のQOLの向上や継続看護につながってくると考える。

【院内スタッフの在宅に対する意識が低い】は、「在宅生活をしている患者・家族への関心不足」等のコードで構成された。特定機能病院では治療が優先され、生活者としての患者の視点が希薄なまま看護をしている現状があると考えられる。在宅に対する意識の低さが、他の3つのカテゴリーに関連し、地域からみた連携のとりづらさの要因となっている。(図1)

病院の在宅に対する意識の低さを改善するためには、患者の療養生活に看護師が主体的にかかわるという自覚のもと、病院スタッフが在宅をイメージすることが必要である。当院では訪問看護師に講師を依頼し、研修や連携の会等を開催し、共に地域を支えるものとして、顔の見える関係づくりを行っている。これらの機会を強化して、院内スタッフの意識

改善を図っていく必要性が示唆された。

VI 結論

1. 【在宅を見据えた指導不足】【相談システムの不備】【情報提供不足】【院内スタッフの在宅に対する意識が低い】の4つのカテゴリーが生成された
2. 特定機能病院において院内スタッフの在宅に対する意識改善を図る必要性が示唆された

参考文献

- 1) 宇都宮宏子編. 病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例. 日本看護協会出版社. 2009
- 2) 宇都宮宏子, 三輪恭子他. 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.

- 3) 福井トシ子. 病院看護職が持ちたいマネジメントの視点. 看護. 67 (15). 90-91. 2015.
- 4) 戸田美音子. 急性期病院における地域との顔が見える退院調整のあり方. 看護. 67 (15). 82-85. 2015.
- 5) 志賀圭子. 杉山ゆう子. 加藤ひろみ他. 特定機能病院から訪問看護師への情報提供の現状と今後の課題. 第47回日本看護学会 在宅看護学術集会 抄録集. 147. 2016.
- 6) 宇都宮宏子. 特定機能病院における地域連携と専任の退院計画調整看護師の役割. 看護展望. 29 (9). 22-30. 2004
- 7) 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.

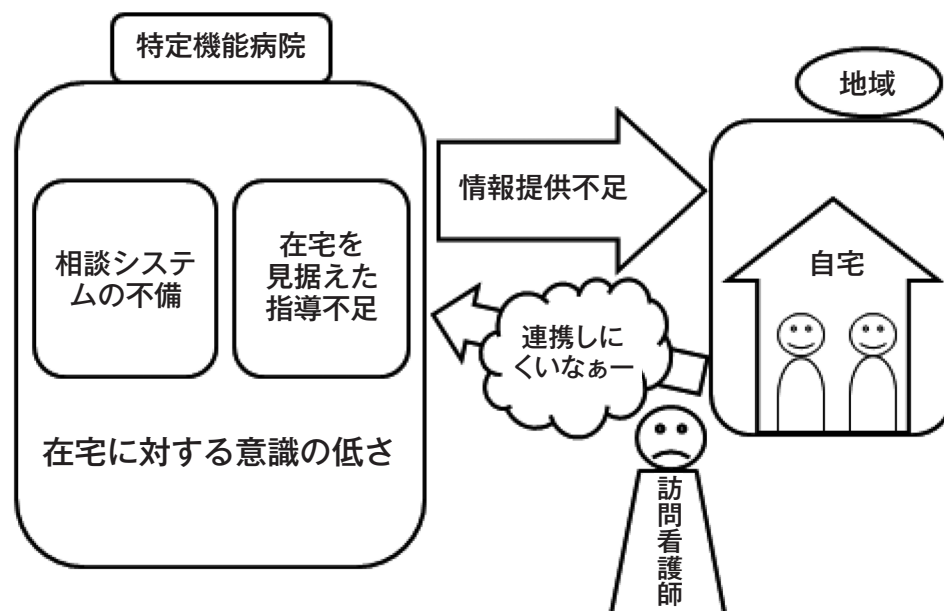


図1 情報提供の現状の概念図

表1 自由記載内容のカテゴリー分類

カテゴリー	コード
在宅を見据えた指導不足	病院が患者に何を指導すべきか分かっていない
	在宅に合わせた指導ができていない
	医療器材・衛生材料の調達方法説明不足
	在宅に合わせた医療材料、物品、栄養剤の選択ができていない
	指導表を作成してほしい
	家族指導が不十分、習熟度が知りたい
	十分に指導されていない
相談システムの不備	窓口がない
	誰に相談したらいいのかが分からない
	相談先を明確にしてほしい
	医師へどのように連絡を取ったらよいのか提示してほしい
	訪問看護指示書をもらっているが、緊急時対応を拒否された
	受け持ち看護師と直接話したい
	院内連携が機能していない（他外来への紹介をしない）
	連携が取れない
	顔の見える関係づくりが必要
	カンファレンス・看護サマリー以外で情報が得られるシステムが必要
	在宅での急変時、受け入れ可能か分からない
情報提供不足	病状の受け止め方、今後どのような生活をしたいか情報が少ない
	看護サマリーから入院中の経過がくみ取れない
	予後予測の共有ができていない
	病状程度、医療ケアの必要度の共有がない
	本人に精神疾患のあるケースは病状・療養上の指示が把握できない、地域に適切に情報発信ができていない
	退院前カンファレンスの開催で情報共有をしたい
	家族のキャラクターに関する情報は事実と異なる
	物品に関する情報提供がない
	指導内容を教えて欲しい
	内服管理についての情報共有不足
	説明内容、理解度、方向性を聞きたい
治療、在宅指示の情報提供	
看護サマリーに治療方針の正しい情報が書かれていない	
院内スタッフの在宅に対する意識が低い	在宅生活している患者・家族への関心不足
	治療についての理解が不足しているとき情報提供してほしい
	本人家族の意思、気持ちの揺れ等の入院中のエピソードがほしい
	看護師によっていうことが違う
	病状、生活上の制限の説明が不足している
	介護者の不安を聞いてあげてほしい
	家に帰ってから指導してもらおうよう説明された