
研究ノート

訪問看護師のとらえた排液ドレナージを留置したまま在宅療養をすることでの困難さに対する支援の構造



安井かおり¹⁾, 高橋 歩¹⁾, 後藤 真美子¹⁾²⁾, 奥津 文子³⁾

¹⁾彦根市立病院

²⁾岡山大学大学院保健学研究科博士課程

³⁾滋賀県立大学大学院

医療制度や介護保険制度の改革により、在院日数の短縮化がより一層促進されている。その為、リハビリや医療処置を必要としたまま退院する例が増加している。また、癌患者の増加及び医療の進歩に伴い、排液ドレナージを留置した状態や化学療法や高カロリー輸液目的のポート留置の状態、ストーマ造設した状態などの医療処置が必要な状態での退院調整するケースも増加している。[目的]本研究では、排液ドレナージを留置したまま在宅療養をすることでの困難さについて、訪問看護師の視点から明らかにすることにより退院調整への示唆を得ることができる。[研究方法]質的帰納的研究。対象者は過去約5年以内に、排液ドレナージを留置したまま在宅療養する患者に関わったことのある1年以上在宅看護の経験のある訪問看護師4名。調査期間は平成24年9月12日～12月11日。半構造化面接法にて、インタビューで得られたデータをカテゴリー化し、分析を行った。[倫理的配慮]対象者へは文書で研究の目的、方法、任意参加であること、個人情報の保護に関して説明し、承諾を得た。本研究はH24年度、研究施設の倫理審査委員会審査にて承認を受けた。[結果]逐語に起こした結果、ラベル290となった。カテゴリー化を進め、サブカテゴリー46、カテゴリーは8となった。カテゴリーは「訪問看護師から見た利用者の排液ドレナージのトラブル」「訪問看護師の行う利用者の排液ドレナージのトラブル対処の方策・指導」「訪問看護師とステーション内での協働」「利用者・家族の在宅療養するための自立への誘導」「利用者独自の工夫」「在宅での医療行為への利用者の真意」「施設看護師との連携」「連携不足要因」を抽出した。

訪問看護師の役割は、患者の身体的トラブルの予防、情報収集・連携、精神的トラブル対処、ステーション内の協働であった。訪問看護師が医療処置だけではなく、患者と家族の生活面、医療面での自立への関わりと、自立の意識の必要性が明らかとなった。また、利用者の病期や身体的トラブルにより、再入院を余儀なくされる際に施設看護師との連携不足を感じていることが明らかとなった。[考察]同じ看護の視点を持つ、施設看護師と訪問看護師間での情報交換が希薄なため、専門的な医療処置が不十分となっていると考える。利用者、家族の自立を促しトラブルを最小限に抑えるため、在宅を念頭においた退院準備の充実、緊急時の対応手段を統一していくとともに、施設看護師、訪問看護師のあり方をさらに考えていく必要がある。[結論]利用者、家族の背景を把握したうえで退院後の生活をイメージした在宅療養の環境を整えていき、自立に向けて援助していく。看護は看護でつながり連携の充実を図る。看護師が担える医療処置の範疇を把握し、医療チーム各職種の特殊性を活かした退院調整の重要性が示唆された。

キーワード がん患者、排液ドレナージ留置、在宅療養、訪問看護師

The structure of how to arrest Visiting Nurses for the difficulty in recuperating at making homecare with drainage.

I. 緒言

近年、医療制度や介護保険制度の改革により、在院日数の短縮化がより一層促進されている¹⁾。その為、医療処置が退院後も継続的に必要ながん患者も増加している。しかし、在宅医療において医療処置が補える人材調整が追い付かず、患者および家族だけでなく在宅療養を担う訪問看護師や病院施設側の医療者も戸惑うケースが増加してきているのが現状である²⁾。胆管癌などによる排液ドレナージ留置、抗がん剤投与のためのポート留置、ストーマや尿道カテーテル留置など様々の医療処置を必要としたまま在宅へ移行する患者の退院調整において、感染や閉塞などのトラブルで在宅療養を継続することが出来ず入退院を繰り返す例も増加している³⁾⁴⁾⁵⁾。胆管癌などの患者で、腫瘍による閉塞性黄疸を発生された場合、経皮経肝胆道ドレナージ(以下PTCDチューブと明記する)を挿入することで対処療法を施す際、多くは退院までに内瘻化や、外科的手術により経皮ドレナージは抜去されるが、最近では内瘻化が困難なケースなどでも、在院日数短縮化や患者のQOLの重視し、チューブを留置したまま退院されることがあり、その数は年々増加している⁶⁾。

急性期一般病院において、排液ドレナージを留置した患者の退院指導方法は、各病院により様々であり、また、排液ドレナージを留置して退院となるケースの経過が多様であるために標準化されていないのが現状である⁷⁾⁸⁾⁹⁾。ケースにより多様な経過を持つために、そのケースに個別に対応する必要性があり、退院前にはケアマネージャー・訪問看護師などの在宅療養を支援する職種と主治医・看護師などにより他職種拡大カンファレンスを行い調整が必要となってきた¹¹⁾¹²⁾。排液ドレナージ特にPTCDチューブ留置中の患者においては感染などのチューブトラブルでの再入院もあり、排液ドレナージを留置しながら退院し、在宅での療養において維持管理することへの問題があることがわかる¹⁵⁾²⁰⁾。排液ドレナージを留置し医療処置を必要としながら在宅で安楽に過ごせるために、患者・家族が医療装具を扱うことへの負担や困難さは明らかである。

医療装具を扱わなくてはならず、医療処置を必要としながら在宅での療養をしなければならない患者・家族の困難さを支える現状を、在宅療養を支援している立場の訪問看護師の視点から明らかにすることで入院生活から在宅へ移行する際の退院調整へ生かすことができると考えた。

II. 研究目的

本研究では、排液ドレナージを留置したまま在宅療養

をする患者・家族の困難さを支えている現状の構造を訪問看護師の視点から明らかにすることを目的とする。

III. 研究方法果

1) 研究デザイン

質的帰納的研究

2) 対象者の選定

過去約5年以内に、排液ドレナージを留置されたまま在宅で療養する利用者に関わったことのある、A地区の1年以上在宅看護経験のある訪問看護師4名とした。

3) 調査期間

平成24年9月12日～12月11日

4) データの収集方法

半構造化面接法を用いた。面接時間は30分から40分程度。対象者に負担にならない時間帯、長さに配慮した。面接内容は奈良らの「PTCDチューブ挿入中の在宅療養者の日常生活で困ったことについての実態調査」を参考にして訪問看護師からの困難さを項目とした独自のインタビューガイドを作成しインタビューを行った。

5) 調査場所

訪問看護ステーション内の応接室。

または、同等の個室を準備する。

6) 分析方法

逐語録にしたデータを研究者2名によって内容を損なわない文に要約しラベルとし、同じような内容を示しているものを表札として集め、カテゴリーの関係性を分析する。分類の際に質的研究者のスーパーバイズを受け医療処置を必要とした退院調整にかかわったことのある病棟看護師に助言を受け、文章の信実性、信憑性を高めた。

IV. 倫理的配慮

本研究は、研究施設における倫理審査委員会の承認を受けた。

- 1 研究対象者に対して、研究の目的・方法・倫理的配慮などについて、別紙の文書により十分な説明を行う。
- 2 研究への参加は任意であり、参加に同意しないことをもって不利益な対応を受けないこと、参加に同意した場合であっても、不利益を受けることなくこれを撤回することができることを保障する。
- 3 研究対象者はこの内容を理解したうえで、研究に参加することに同意する場合は、自らの自由意思に基づき、同意書に署名して提出するものとする。
- 8 取得した個人情報は、研究者の責任の下に管理し、

厳格なアクセス権限の管理と制御を行う。

- 9 研究者相互間でのデータのやり取り、保管にあたっては、個人を特定できないようにして取り扱うなど、安全管理の徹底を図る。
- 10 研究終了後、個人データを含むデータは、消去または裁断処理により廃棄する。

V. 操作的用語の定義

1. 医療処置：大辞泉によれば、医師法により、医師の指示を受けた看護師、助産師などの医療従事者のみ行うことが認められている治療や処置のことを医療行為という。医学的な技術、判断がなければ人体に危害を及ぼす危険がある行為の総称。医療行為の定義は必ずしも明確ではなく血圧測定、経管栄養注入、痰の吸引などを医療行為とみなすかどうか意見が分かれている。経管栄養注入などの日常の医療的ケアは、現在では家族も行うことが認められており気管挿入は、かつては医師しか行えなかったが、現在は救急救命士も行うことが認められている。処置とは、けがや外傷に対する創傷処理、火傷したときの火傷処理、人工呼吸、胃洗浄、皮膚科軟膏処置、膿洗浄、結膜異物除去、扁桃処置等の処置術をいい、診療ごとの特色ある医療的な処置が定められている。医科診療報酬点数より。

今回の研究においては施設看護師や訪問看護師が行うPTCDチューブ管理に対する処置等の在宅における医療的ケアを総称して示すこととした。

2. 排液ドレナージ：感染源除去や減圧目的で体内に貯留した血液・膿・浸出液・消化液などを体外に排泄させること。医学書院看護用語辞典より。今回の研究において、経皮経胆管ドレナージ（PTCDチューブ）を含む消化管排液ドレナージを示すこととした。
3. 施設看護師：今回の研究においては、病棟看護師を示すこととする。

VI. 研究結果

1) 対象者の概要

研究参加の同意が得られた対象者4名で、その概要は表1に示すとおりである。

2) 分析結果

独自のインタビューガイドに基づき聞き取り調査を実施した結果、一人当たり平均40分程度であった。逐語に起こした結果、ラベル290、サブカテゴリー46、カテゴリー8となった。カテゴリーは、「訪問看護師から見た利用者の排液ドレナージのトラブル」「訪問看護師の行う利用者の排液ドレナージのトラブル対処の方策・指導」「訪問看護師とステーション内での協働」「利用者・家族の在宅療養するための自立への誘導」「利用者独自の工夫」「在宅での医療行為への利用者の真意」「施設看護師との連携」「連携不足要因」を抽出した。表札分類については別紙資料(表2)を参照とする。

次に抽出した8つのカテゴリーについて具体例を示して説明する。[]をカテゴリー名、{ }をサブカテゴリーであらわす。「斜字」をラベルであらわす。

[訪問看護師から見た利用者の排液ドレナージのトラブル]

患者トラブルの内容として、腫瘍の成長による消化管の閉塞、炎症やそれによる消火器症状の憎悪、消化管閉塞に伴う消化液漏れ、ターミナル期の患者の全身状態の悪化等を示している。{消化器症状による消化管のつまり}や、{利用者の体調不良}、{ナート部の感染}、{テープ使用による皮膚のかぶれ、かゆみ}などの実際におこったトラブルを示している。

「一番大きなトラブルというのは、短い期間でしたけどやっぱり詰まって、もどしてしまうことですよ。」(B-12)「吐き気は徐々に徐々に強くなってましたので、管自体も詰まりかけていたのかもしれない」(B-92)

[訪問看護師の行う利用者の排液ドレナージのトラブル対処の方策・指導]

{チューブ閉塞予防のためのミルクング}{感染予防のための被覆保護剤の交換}{チューブ抜け予防のためのマーキング}などの具体的なケアを行いながらチューブ管理を日常的に行い、{留置部位のトラブル対処の医療判断}{画像メディア活用での感染状況の異常の連携}で示され

表1. 対象者の概要

	性別	年代	看護師経験年数	訪問看護師経験年数
訪問看護師A	女性	30代	15年	1年
訪問看護師B	女性	40代	20年	5年
訪問看護師C	女性	50代	38年	7年
訪問看護師D	女性	40代	27年	6年

表2. 排液ドレナージを留置したまま在宅療養をする患者・家族の困難さを支える要因のカテゴリ―表

訪問看護師から見た 利用者の排液ドレ ナージのトラブル	①消化器症状による消化管のつまり	一番大きなトラブルは、短い期間でしたけどやっぱり詰まって、もどしてしまうことですよ。(B-12)
	②テープ使用による皮膚のかぶれ・かゆみ	かぶれですね、消毒はしました。(B-62)
	③ナート部の感染	退院の時からナート部分に感染兆候があったので。(D-72)
	④利用者の体調不良	行ってみて、動けない、食べれない、立てないの脱水症状がかなり強かったので、確か前日に訪問したんです。(D-57)
	⑤チューブ閉塞による胆汁漏れ	例えば出が悪くなったり、こういう時は来てくださいというパンフレットをもらっていたので、出が悪くなっているとか、おなかが痛いというような感じで体調に変化があった場合、こういう時は緊急でも受診しようという感じなので。結構多かったのは胆汁漏れが多かったです。(D-5)
[訪問看護師の行う利 用者の排液ドレナ ージのトラブル対処の 方策・指導	①留置部位のトラブル対処の医療判断	結構屈曲したりとかで多かったんで、どこで本来だったらその程度だったらかからなくていいという判断が家族さんにはづらいところがあった。(D-6)
	②チューブ閉塞予防のためのミルキング	基本的にはミルキングを一番したと思います。(B-78)
	③感染予防のための入浴後の被服保護材の交換	入浴時は刺入部は絶対に濡らさないということ、カバーをして、入浴後は刺入部の消毒とオプサイト交換をしっかりとっていた。(B-97)
	④画像メディア活用での感染状況の異常の連携	なので、その次の日に私たちが入って、観察ということだったのですが、周期的に見せてもらった分には問題なかったです。(D-71)
	⑤チューブ抜去防止のためのマーキング確認	ただあと振った場合ってマーキングをしないとくれはるんですけど、このマーキングが例えば何センチのマーキングなのかそういうのが家族さんに明記されていれば、例えば1センチごとに振ってあるとかするとわかりやすかったという気はしました。(D-6)
	⑥緊急時の電話による利用者の対応	消化管の詰まりでむかつきがあった時も、最後ほんとにそばにいて、朝方かな救急が8時から空のくので早く行っても緩和の先生に診てもらえないので、救急に1回電話して、娘さんにも連絡して、土日だったんですけど救急に行ってもらった。(B-31)
	⑦緊急時訪問後、利用者との直接対応	とりあえず訪問しました。(C-14)
[訪問看護師とステ ーション内での協働	①チューブ閉塞時のためのミルキング(身体的トラブルの予防)	症状が出たときは、ミルキングしたりとか、簡易でできることをさせてもらった。(C-60)
	②訪問看護師の病棟、在宅訪問による情報収集(情報収集、連携)	入院中でも何らかの情報は収集できると思うんですよ、ケアマネさんに家の状況とかも聞けるし、見てくださいと言われれば見にも行きますし、こんな状況で帰ってもらうけどどうかって言われれば検討することも私たちもできるのでそういうことが具体的にできたらいいと思いますね。(A-45)
	③利用者と家族の不安への対処(精神的トラブル)	だから不安を言わなくても私たちが感じられる、こちらが今その方が不安に思っておられるじゃないか、いつもと何か違うとかいつもこんな表情をされているが、それはなんだろうなっていう気付きっていうのが出てくると思うので、そこに私たちがどのように気づくのかっていうのが問題だと思うんです。(C-29)
	④訪問看護ステーション内でのケースごとの検討(ステーション内での協働)	帰ってトラブルが起こったことでも、常にそうすることで次の方の時にフィードバックできると思っています。(A-62)
	⑤利用者や家族との信頼関係を築く	いきなり行って家族さんと顔合わせっていうのもね。(D-43)
利用者・家族の在宅療養するための自立への誘導]	①トラブルに対する利用者・家族の対応不足	こうなったらこれは問題なんですよということを知っていただきたい。(C-7)
在宅での医療行為への利用者の真意	①利用者、家族の思い	救急車を呼ぶことになったのですが、本人が頑として拒否され、これで帰ってこれないというのを悟ってはったんだと思います。(D-59)
	②利用者の状態、背景	少しでも家に帰れたということで本人さんはとても満足されていた。(A-43)
	③利用者の病状の不安、家族の不安	私半年っていわれたのよって、それを当てたら先生は大したものよねっていうのをよく聞いていたんです。(B-25)

利用者独自の工夫	①保清の工夫	保清的には週末のお休みの日に、ご家族さんがシャワーに入られて、そのあとにガーゼ交換をして週1回のが一せ交換で指導を受けて帰られてきていた。(D-70)
	②刺入部の清潔	本人も、触ったりはがしたりする人でなく、年齢の割にはとてもしっかりされた方でした。(B-101)
	③接続部の清潔	本人さんも一番気にされていたので、入る前仮って保護して浴室に行ってもらおうという風にしていたので、その点では大丈夫だったと思います。(A-27)
	④チューブ屈曲に対する工夫	屈曲するので、必ず屈曲面をシルキーでかましてもらって、帯を付けてそこには癖がつかないように工夫していましたね。(D-76)
	⑤行動範囲の拡大に向けての工夫	ドレナージを右側に流すのか、左側に持っていくのか、生活スペースや動きも考えて固定の仕方は考えていました。(C-64)
	⑥独居患者の不安に対する工夫	やっぱり娘さんがすぐに来られる状況でしよっちゅう顔を見に来てくださっていたので、でもまあ私たちや近所の方が来てくださった時は安心してくださいましたけど。(A-38)
	⑦排液流出状態の観察	私たちがしてくださっていう前から、一日の排液量と熱を書いてっていうことを表示してはったんです。(D-48)
	⑧状態悪化時、緩和病棟との連携	緩和受診して、つながりもできていたので、娘さんを待って、救急受診して、緩和に入院されました。(B-88)
	⑨在宅必要物品の充足	物品も、病院にあるものと違いますし、取り寄せるものも違います。(C-75)
施設看護師との連携の脆弱さ	①在宅を念頭に置いた必要物品の充実	倍くらいの予備を頂ければ嬉しいですね。(D-22)
	②緊急時の対応手順の統一	緊急時はどういう風な手順を取って、例えば退院してきほたらもうご家族さんはどうしたらよいかわからないですよ、こっちに聞いて気はるんですけど、まあこういう場合は訪看さんでもいいけど、こういう時はすぐ救急車でもいいから来なさいとか、なんかこう紙面上にされているとご家族さんも動揺されないのかなという思いはありました。(D-52)
	③在宅を念頭に置いた退院指導の充実	退院指導をいろいろされる中で、病棟の中でその方が退院された後の生活をもっとリアルに把握していただいて欲しいです。(A-58)
	④サマリーの充実	病院は病院という風になりがちであるが、在宅でもそのままよい状態が続いて行ってもらえるように思っているし、情報が共有できる状況というのが大切ですし、入院されているときに退院後の状況は見えないから私たちもわかりませんね。(A-44)
	⑤プライマリナースの退院後の情報収集不足(退院の準備不足への不満)	この方が家に帰ったらパジャマでなくなるとか、この方がどんな動きをするとか、この人はベッド上がほとんどですからという話だったりしてこっちにつけました、この長さでいいんです、という話をされていたんです。(C-19)
	⑥看護と看護のつながり	私はやっぱり看護は看護でつながるべきだと思うんですよ。(C-54)
	⑦外来受診の医療行為の充実	でも私たちも月曜日に訪問しているときがあったので、その時に病院で交換してもらえてるもんやと思ってたんですけど、開けてもらっていないことがたびたびあったので、受診に行かれた時は必ず創部を開けて先生が観察してくださると私たちもちょっと動きやすいかなという気はしますね。(D-17)
	⑧病棟看護師とケアマネとの信頼関係	ケアマネさんはケアマネさんに連絡をすればいいって思っていたらいいようで、そうじゃないんですよ。(C-54)
	⑨プライマリナースの能力不足(自己評価の必要性)	独自にされているとしても、その時々で評価はやっぱり必要だと思うんです。(A-2)
施設看護師連携の手段	①拡大カンファレンスの内容、回数不足	そういう人から情報を得て、帰った状態の中でどういう不都合が生じやすいかを把握し、退院前に予備的に話し合いをもっと持ってほしいです。(A-60)
	②退院前の利用者の自宅訪問の不足	そういう交流的なことができると、今回のケースだけでなく、連携ができるんじゃないかなって思います。(A-66)
	③早期からの情報提供の不足	特にまたがんの末期の方は家で本当に家族の方たちが必死に動いておられるというか、早い時期につながっていくことができないかなと思います。(C-59)
	④外来との連携不足	そこに外来の看護婦さんも入ってもらわないと、つながり場合に入院になるわけにもいかないですね。(D-83)
	⑤緊急時の医療機関への連絡手段の統一	あとは指導内容を統一してもらって、閉塞したらどういった手順で先生のところに行くかなどですね。(D-81)
	⑥訪問看護師による入院中の情報収集の不足	あとこの方は日中独居の方だったので、結構いらっしゃると思うのでそういうときの、今までの行動パターンにできるだけ合わせてと私は思っていたので、どういう風に退院後過ごさせるつもりだったのかを家族さんの意向に合わせてやっぱり入院中は入院中の看護師、退院した後は訪問看護師ってなった時の、そのご家族さんを踏まえての家族指導っていうのが本当は入院中の訪問で言うのを1、2回はしたほうがよかったのかなと思います。(D-35)
	⑦退院前後の継続した医療	まずその場で入院の看護師と訪問看護師が利用者さんの創部を確認させていただくことを、顔合わせの時にしておくことですね。(D-80)

るように予防から異常時の判断や異常時のアルゴリズムを示している。また、{緊急時の電話による利用者への対応}、{緊急時の訪問後、利用者との直接対応}に示されているように、異常と判断し緊急時の対応や緊急時の利用者への配慮を利用者の自宅に訪問して行うといった内容が示された。

例えば近くの先生やったら、行ってもすぐ見てくださいますとか言えるんですけどね。」(D-12)「連絡していただいて、ミルクンクしてもとに戻らなければ、病院に連絡して救急で行っていただくことですよね。」(C-66)

[訪問看護師とステーション内での協働]

訪問看護師は、身体的トラブルの予防、訪問看護師の病棟、在宅訪問による情報収集・連携、利用者と家族への不安の対処、訪問看護ステーション内でのケースごとの検討、利用者、家族との信頼関係を築くことを役割としている。具体的には、{チューブ閉塞のためのミルクンク}、{利用者、家族への不安の対処}、{訪問ステーション内でのケースごとの検討} {信頼関係を築くこと}を示している。ケアだけではなく、信頼関係の構築をステーション内で他職種間で協働している。

「症状が出たときはミルクンクしたりとか、簡易でできることをさせてもらった。」(C-60)「入院中でも何らかの情報が収集できると思うんですよ、ケアマネさんに家の状況と帰ってもらうけどどうかって言われれば検討することも私たちもできるので、そういうことが具体的にできたらいいと思いますね。」(A-45)「だから不安を言わなくても私たちが感じられる、こちらが今その方が不安に思っておられるじゃないか、いつもと何か違うとかいつもこんな表情をされているが、それはなんだろうなっていう気付きっていうのが出てくると思うので、そこに私たちがどのように気づくのかっていうのが問題だと思うんです。」(C-29)

[利用者・家族の在宅療養するための自立への誘導]

{トラブルに対する利用者、家族の対応不足}について示している。

「こうなったらこれは問題なんですよということを知っていただきたい。」(C-7)

[在宅での医療行為への利用者の真意]

利用者の病期や背景を踏まえた利用者本人や、家族の思いを示している。医療処置を行わなければならないことでの不安な思い医療者への依存。医療処置をしなくてもならないが自宅へ帰れ生活している満足感について示している。{利用者、家族の思い}、{患者の状態、背景}、{利用者の病状への不安、家族の不安}を示している。

「私たちや近所の方が来てくださった時は安心してくださいましたけど。」(A-38)「少しでも家に帰れたということで本人さんはとても満足されていた。」(A-43)

[利用者独自の工夫]

チューブ管理に必要な手技的工夫には{保清の工夫}{チューブ屈曲に対利する工夫}、日常生活での工夫には、{行動範囲拡大に向けての工夫}が、また病状悪化時の対応については、{状態悪化時、緩和病棟の連携}などを具体的に示している。

「ドレーンを右側に流すのか、左側に持っていくのか、生活スペースを動きも考えて、固定の仕方を考えてました。」(C-64)「屈曲するので、必ず屈曲面をシルキーテックスでかましてもらって、帯を付けて、そこには癖がつかないように工夫しましたね。」(D-76)

[施設看護師との連携の脆弱さ]

施設看護師への要望として{在宅を念頭に置いた退院指導の充実}、{緊急時の対応手段の統一}、{退院への準備不足への不満}の訴えがあがった。また、施設看護師の{プライマリ看護師の能力不足、自己評価の必要性}なども指摘された。{看護と看護のつながり}がないことから引き起こす、連携不足について示している。

「退院指導をいろいろされる中で、病棟の中でその方が退院された後の生活をもっとリアルに把握していただいで欲しいです。」(A-58)「訪問看護師に私たちの手には負えないと思ったら、どこのステーションでも構わないので、訪問看護師としてどう思うかという相談をしてほしいと思います。」(C-50)「私はやっぱり看護は看護でつながるべきだと思うんですよね。」(C-55)

[施設看護師連携の手段]

施設看護師と訪問看護師間の伝達不足が引き起こす、利用者の退院後のトラブルなどについて示している。具体的な内容としては、{拡大カンファレンスの内容、回数不足}、{退院前の利用者の自宅訪問の不足}、{早期からの情報提供の不足}、{退院前後の継続した医療の不足}などである。特に、{退院前後の継続した医療の必要性}や、{外来との連携不足}、{緊急時の医療機関への連絡手段の統一}連携の重要性をあげた。

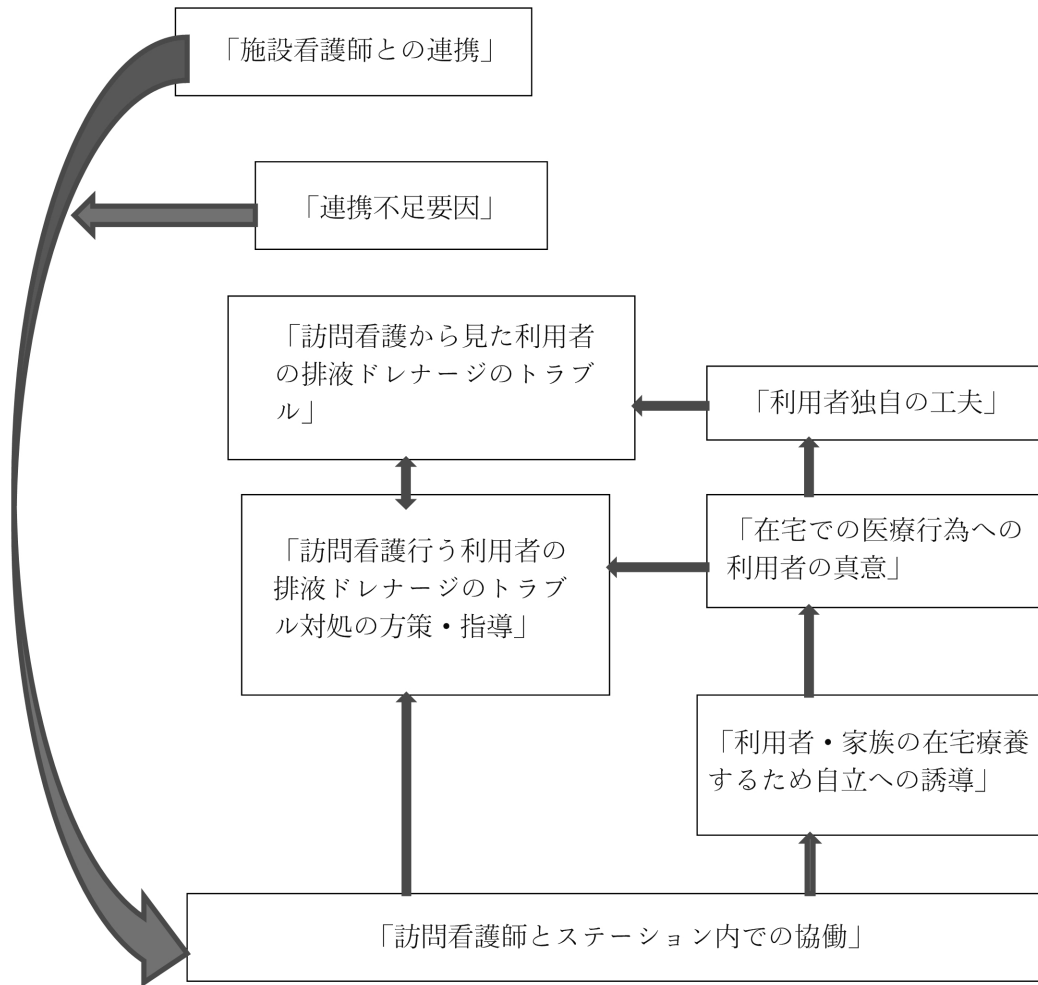
「どういう不都合が生じやすいかを把握し、退院前に予備的に話し合いをもっと持ってほしいです。」(A-60)「あとは、指導内容を統一してもらって、閉塞したらどういった手順で先生のところに行くのかなどですね。」(D-81)

3) 訪問看護師のとらえた困難さ支援の構造 (図1参照)

訪問看護師の実際の支援役割は、身体的トラブル予防、情報収集・連携、精神的トラブル対処、ステーション内の協働といった、患者の全体像を網羅した形で業務を遂行していた。

訪問看護師の役割を基盤として、利用者の思いと身体的な工夫を行いながら業務を行い、利用者のみならず家族の自立の指導・誘導を進め、信頼関係を構築している。利用者の病期や身体的トラブルにより、施設看護師との

図1 排液ドレナージを留置したまま在宅療養をする患者・家族の困難さを支える要因の構造



連携が現実には脆弱であること、施設看護師との連携手段の強化の重要性が関連していた。

VII. 考 察

インタビューの分析の結果、急性期病院の在院日数短縮化の現状により、早期退院に向けて多職種（主治医、担当看護師、ソーシャルワーカー、ケアマネージャー、訪問看護師など在宅を含めて関わる医療者）でのカンファレンスの簡素化、早期からの情報提供の不足、緊急時の対応についての統一が不十分であるために訪問看護師から連携不足の訴えがあった。同じ看護の視点を持つ施設看護師と訪問看護師間での情報交換が希薄なため専門的な医療処置が不十分になっていると考えられる。訪問看

護師は同じ看護の基盤を持つ施設看護師と訪問看護師であるならば医療的ケアである医療処置を病態も含め把握が容易であり情報交換がより有効に活用することができると考えられる。「看護は看護でつながるべき」といった発言もみられるが、看護だけでなく、より幅広くチーム医療は浸透していかなばならないと考える。医療的ケアの理解度等の面では、看護から看護より容易でありスムーズであろうと考えられ、在宅での問題点の場面によってそれぞれにあった協力、協働ができるようなコーディネートが必要であろうと考える。

今後、さらなる人口の高齢化に向けて医療処置を必要とする患者も増加し、在宅で生活する高齢者が多くなると考える。そこで利用者とその家族の自立を促しトラブルを最小限に抑えるため、在宅を念頭に置いた退院準

備の充実、緊急時の対応手段を統一し整備していかねばならないと考える。自宅の様子や退院後の具体的な生活様式などの情報収集を丁寧に行うことで問題は、明確化され、解決も入院中に見出すことも可能である。退院後に、利用者とその家族がスムーズに自宅での生活に順応できるように施設看護師は退院調整を丁寧に行っていかなければならないと考える

インタビューにより、再入院の理由が感染、閉塞によるチューブトラブルではなく、利用者の病期が末期によるものであり、そのことから生じる身体的症状のほうが重要視された。トラブルを起こす原因については個々に違うため、状況にあった対処方法をケースごとに検討していく必要がある。各職種による協働を十分に行っていく、調整を行うことで、利用者である患者が退院後も自宅での生活を満喫することができると考えられ、そのため連携を図っていく必要がある。

さらに訪問看護師の視点からは利用者、その家族の自立が不足していることが問題であるという結果が示されていた。常時医療者が補助をしてくれる医療者依存の施設から自宅では医療行為も利用者およびその家族により実施されなければならない場合もあるため、在宅へ向けて利用者もその家族も医療者からの依存から脱却し自立を促していかなければならないことが示された。

利用者、家族の自立を促すだけではなく、不安軽減へのフォローアップ態勢の見直しもあわせて必要と考える。利用者の自立を促していくためには、「入院中から患者を病院の中で生活している人ではなく、自宅で生活する人という視点でとらえた情報収集が必要と考える」と奈良ら³⁾は述べている。早期から訪問看護師との連携を取り、利用者、家族の在宅での生活様式を把握したうえで退院後の生活を具体化した在宅療養への調整と指導を行っていく必要がある。

中村ら⁴⁾は「退院後に起こり得る問題を予測し、対処できるようにすることが大切である。

そのためには退院前に患者・家族の在宅生活を具体的にイメージした退院指導を行うと共に、訪問看護との連携をしっかりと取る必要がある」と述べている。このことは今回の結果の看護は看護でつながっていくべきであるという訪問看護師の施設看護師に対する要望と一致している。

また、患者トラブルが起こった際に、訪問看護師の役割で処置をどこまでできるかという法的に不明確な部分があった。そのため、在宅における訪問看護師が行える医療行為に関して、施設看護師と看護師の解釈が異なることがわかった。将来的に特定看護師制度が設置される動きがある。そのため看護師の行う医療処置も拡大することが考えられる。施設看護師は訪問看護師が担う医療処置を知ることによって訪問看護師が動きやすいように、在院中

から患者と家族に指導を行っていくことが今後の施設看護師の課題であろう。訪問看護師だけでなくケアマネージャーほかの医療チームのそれぞれの職種の特殊性を踏まえたよりよい退院調整を行っていく必要があり、今後施設看護師に課せられた大きな課題であろう。

VIII. 結 語

1. 利用者、家族の背景を把握したうえで退院後の生活をイメージした在宅療養の環境を整えていき、自立に向けて援助していく。
2. 看護は看護でつながり連携の充実を図る。
3. 看護師が担える医療処置の範疇を把握し、医療チームの各職種の特殊性を活かした退院調整を行っていく。

IX. 研究の限界

本研究は対象者が4名と少数であり、十分な理論生成までには至らなかった。今後も対象者を増やして一般化を目指していく必要があると考える。

謝 辞

本研究にあたり、インタビューにご協力して頂きました対象者の皆様、関係者の皆様に心よりお礼申し上げます。

文 献

- 1) 木村菜由、細川満子. 在宅療養者の入院時における訪問看護師と橋渡し看護師の連携について—訪問看護師の視点からの検討—. 日本看護学会論文集:地域看護37号、2006、p24-26
- 2) 小玉かおり. 退院後フィードバックカンファレンスの地域連携における効果. 日本医療マネジメント学会雑誌VOL12、No.4、2012、p221-224
- 3) 奈良美紀、稲泉信行、久保田有紀子、谷口洋子. PT CDチューブ挿入中の在宅療養患者の日常生活で困ったことについての実態調査. 日本看護学会論文集:地域看護36号、2006、p30-31野川道子、今野多美子、稲垣令子、清水多恵子、大森真理子、堂蘭あづさ. 在宅患者の胆道ドレナージュ上の問題と対処方法. 日本看護学会論文集:地域看護29号、1998、p160-162
- 4) 中村久美子、藤重スミエ、松田由香里、石津美智子、赤井由紀子. 訪問看護師への調査から見た退院支援の課題. 日本看護学会論文集:地域看護41号、2010、p183-185
- 5) 大坪裕子、森加奈子、田中まち子. PTCDチューブ

- 固定方法の改善を試みて. 日本看護学会論文集:看護総合21号、1990、p254-256
- 6) 遠又すみ恵、高田浩子、渡辺恭子、松下英子、佐藤紀子. 在宅療養患者を受け入れる家族への退院指導. 日本看護学会論文集:地域看護30号、1999、p74-76
 - 7) 吉田千文、佐瀬真粧美、石橋みゆき. 看護師の行う退院支援と継続学習および組織的取り組みに関する実態. 日本看護学会論文集:地域看護38号、2007、p190-192
 - 8) 菅野和子、村上智香子、村田加寿子、佐藤佐登美. 高齢入院患者の在宅療養上の問題点ー日本訪問看護財団方式を簡易化し用いてー. 日本看護学会論文集:老人看護30号、1999、p105-107
 - 9) 藤澤まこと、黒江ゆり子. 退院後の療養生活の充実に向けた支援方法の開発ーその1. 岐阜県立看護大学紀要第10巻1号、2009、p23-32
 - 10) 大森淳子、浪下和子、末澤廣子. 在宅療養に向けての退院支援に関する病棟看護師の意識と実際. 日本看護学会論文集:地域看護34号、2003、p100-102
 - 11) 重富洋子、辰巳恵理、渡邊安子. 医療的ケアを担いながら長期的に在宅看護を行う家族の力の特徴ー家族生活量アセスメントスケールを用いてー. 日本看護学会論文集:成人看護II 42号、2012、p160-163
 - 12) 戸塚智美. より良い在宅療養を送るための療養環境に関する意見ー訪問看護師の実態調査からー. 日本看護学会論文集:地域看護38号、2007、p28-30
 - 13) 吉村優佳里、千葉真弓. 在宅療養を行う高齢患者とその家族の在宅移行後の現状. 日本看護学会論文集:地域看護、2003、p94-96
 - 14) 田中千代、日野茜. 終末期患者の在宅療養移行への援助ー医療・福祉チームとの協働ー. 日本看護学会論文集:成人看護II 38号、2007、p68-70
 - 15) 井藤登志子. 高齢者の医療器具操作に対する効果的な看護-自己管理による安全性の確保とQOLの維持向上に向けてー. 日本看護学会論文集:老年看護42号、2012、p91-93
 - 16) 田所三奈、三田玲美子、大塚葉月、井駒みどり. 在宅療養へ移行する患者の家族が抱える不安の分析. 日本看護学会論文集:老年看護32号、2001、P38-40
 - 17) 石澤恵、富岡小百合、大竹まり子、赤間明子、鈴木育子、小林淳子、佐藤千史. 訪問看護師の家族観と家族看護実践の実態および家族看護実践に関連する要因. 山形医学2009; 27(1): p79-88
 - 18) 三浦弘恵、舟島なをみ、鈴木恵子. 在宅における看護実践自己評価尺度の開発. 千葉看会誌VOL. 11No. 1、2005. 6、p31-37
 - 19) 八馬弘美、青柳幸子、五木田理恵、本田彰子. 在宅療養生活のイメージを共有する退院支援. 日本看護学会論文集:地域看護36号、2005、p87-89
 - 20) 野川道子、今野多美子、稲垣令子、清水多恵子、大森真理子、堂蘭あづさ. 在宅患者の胆道ドレナージ上の問題と対処方法. 日本看護学会論文集:地域看護29号、1998、p160-162
 - 21) 大園康文、石井容子、宮下光令. 訪問看護師からみた終末期がん患者の在宅療養に関する問題とその解決策. 日がん看会誌26巻3号2012
 - 22) 厚生労働省. 国民衛星の動向. 厚生労働統計協会. 2008
 - 23) 厚生労働省. がん対策基本2007 <http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/06/so615-1.html> (参照2011-12-20)
 - 24) 厚生労働省. 介護保険法2010 <http://low.gov.go.jp/htmldata/H09/H09H0123.html> (参照2011-12-20)
 - 25) 榎本真津、一井美哉子、小手川雄一、他. 急性期病院から在宅医療への推進-その課題と地域連携部門の役割. 癌と化療37. 177-179(2010)
 - 26) 辻彼南雄. [高齢者の終末期をめぐる諸問題3]在宅における高齢者の終末期ケアと看取り-現場と課題 Geriatr Med. 47(4). 465-469(2009)
 - 27) 川喜田二郎. 発想法-創造性開発のために. 中公新書. 1967
 - 28) 川喜田二郎. 続発想法-KJ法の展開と応用. 中公新書1967