

研究報告

病院と訪問看護ステーションにおける看護職間連携の実態と課題

聖隷浜松病院 MFICU

加藤 智子

Key words : 看護職間連携、急性期病院、訪問看護ステーション、看護師の認識

要 旨

「地域包括ケアシステム」の実現のため、医療機関と住み慣れた地域の訪問看護ステーションの円滑で強力な連携への期待が高まっている。しかし、その中心的役割を果たす看護職間の連携不足がもたらす患者・家族に対するケアの非効率性や、継続性の分断・欠如、問題発生時の対応の遅れなどの声が、現場で働く看護職から相次いでいる。このため、看護職間の連携を促進するための取組みとして、退院前カンファレンス、看護の情報提供書の郵送などの取り組みが報告されている。しかし、情報共有や連携を停滞させる背景にはさまざまな要因があり、必ずしも看護職間の連携を促進する取組みが進められているとはいえない。この現状を改善するため、医療機関と訪問看護ステーションの看護職の「在宅移行期」の情報共有に関する認識や看護職間連携を停滞させている課題についての具体的内容を調査し、今後の課題や課題解決の方向性を検討したため報告する。

緒 言

日本は、諸外国に例を見ないスピードで少子高齢化が進んでいる。総務省統計局の推計によると、65歳以上の人口は2018年8月に3,530万人（約4人に1人）を超えており、2040年の約3,920万人を迎え、その後も75歳以上の人口の割合は増加し続けることが予想されている。少子高齢化が加速する中、団塊世代が75歳以上となる2025年以降は、国民の医療や介護の需要が増えることが想定されている。このような背景から、国は、医療と介護を病院や施設等で行うものから在宅で行うもの、つ

まり住み慣れた地域の中で最後まで自分らしい生活ができるようにと、地域の包括的な支援・サービス提供体制「地域包括ケアシステム」の構築を推進している。

患者が地域で暮らすために、医療機関から在宅移行する時期の看護職間連携は重要であり、生活に密着する情報が豊富である。それぞれの立場から認識している看護情報への認識を調査し、今後の課題や課題解決の方向性を検討したため報告をする。

対象者および方法

研究デザイン：量的実態調査研究

目的：看護職間の「在宅移行期」の情報共有に関する認識について明らかにする。次に、「在宅移行期」の看護職間連携を停滞させている課題を明らかにする。

対象者：下記役割の経験を3年以上有している看護師。

- ①A県内の100床以上の病院から無作為に抽出された200病院に勤務し、入院患者の在宅移行支援の役割を担う看護師400名（以下、病院群）
- ②A県内の訪問看護ステーションから無作為に抽出された200施設に勤務し、在宅療養支援を担う訪問看護師200名（以下、訪看群）

調査方法：郵送による無記名自記式質問紙調査

調査内容：1. 在宅移行期の看護職間連携における情報交換の方法や内容に関する質問項目、「伝達している情報」や「検討内容」の実践頻度（「ほぼ毎回実施」4点～「ほとんど実施されない」1点の4段階評定で質問した）。2. 対象者自身に関する項目、1) 個人属性（年齢、勤務形態、看護

表1 結果

回収率			対象者の属性						
	回収数 (名)	回収率 (%)	病院群 n=131		訪問群 n=55				
			項目	度数	%	項目	度数	%	
病院群	132	33	年齢	20代	5	3.8		1	1.8
訪問群	55	27.5		30代	22	16.7		9	16.4
				40代	59	44.7		22	40.0
				50代以上	45	34.1		23	41.8
							病院併設の有無		
							あり	16	29.1
							なし	38	69.1
			所属部署	退院調整	69	52.3			
				病棟	57	43.2			
			訪問看護経験の有無	なし	114	86.4			
				あり	17	12.9			

師経験年数、所属部署、在宅移行支援役割の経験年数など)、2) 施設属性、3. 看護職間連携における課題に関する項目 (4段階評定)。

調査実施期間と配布・回収の方法：2020年1月～2月、研究協力者 (各施設の看護部門責任者の方) を介して調査票を対象者に配布し、郵送によって回収した。

分析方法：①記述統計による分析 (一部は分散・相関分析)

倫理的配慮：A大学の『「人を対象とする研究」に関する倫理審査において、承認を受け実施した (19-33)、倫理審査承認後に、研究協力者及び調査対象者に対し、研究の目的と方法、研究への参加・不参加に関する意思の尊重、不参加の権利の擁護と不利益の回避、匿名性の確保、プライバシーの保護、データの保管と破棄などについて文書による説明を行った。

結 果

アンケート回収率は、病院群132名 (33%)、訪問看護群55名 (27.5%) であった (表1)。病院群の対象者の属性は、年齢20代5名 (3.8%)、30代22名 (16.7%)、40代59名 (44.7%)、50代以上45名 (34.1%) であった。所属部署は、退院調整部門69名 (52.3%)、病棟57名 (43.2%) であり、訪問看護経験の有無は、あり17名 (12.9%)、なし114名 (86.4%) であった (表1)。対象者の所属する施設属性は、100床以下8名 (3.7%)、101～250床45名 (30.1%)、251～500床50名 (31.3%)、

501～750床16名 (7.5%)、751床以上6名 (3.7%) であった。

訪問看護群の属性は、年齢20代1名 (1.8%)、30代9名 (16.4%)、40代22名 (40.0%)、50代以上23名 (41.8%) であった。病院併設の有無については、あり16名 (29.1%)、なし38名 (69.1%) であった。対象者の所属施設の常勤換算看護師数は、3～5人は9名 (16.4%)、6～10人は35名 (63.7%)、11～15人は6名 (10.9%)、16～20人は3名 (5.4%)、500人以上は1名であった。

病院群の「情報を伝達している情報の実践頻度」に認識は、伝達している情報として、①退院までの病状と治療経過、②日常生活自立度、③主治医からの指示、④在宅移行への思い、⑤在宅移行への家族の思い、⑥連携予定の多職種の役割が上位を示していた。検討して情報伝達している項目は、⑦緊急時の連絡体制、⑧退院後の療養環境、⑨導入予定の医療福祉サービス、⑩医療処置や家族ケア内容、⑪家族状況および介護力であった。以上の項目は、4段階評定で平均値3.0を上回っている項目であり、退院カンファレンスでの伝達は11項目中全項目、書面資料での伝達は、11項目中8項目であった (表2)。

伝達している (検討している) 情報の認識として、平均値より高い項目は以下の結果であった。カンファレンス等の対面場で伝達している項目は、①退院までの病状と治療経過、②退院後の療養環境、③日常生活自立度、④医療処置や家族ケア内容、⑤導入予定の医療福祉サービスであった。そして、退院サマリー等の書面資料で伝達してい

表2 病院群：『情報を伝達している頻度』の認識

■伝達している情報

- ①退院までの病状と治療経過
- ②日常生活自立度
- ③主治医からの指示
- ④在宅移行への思い
- ⑤在宅移行への家族の思い
- ⑥連携予定の多職種の役割

■検討している内容

- ⑦緊急時の連絡体制
- ⑧退院後の療養環境
- ⑨導入予定の医療福祉サービス
- ⑩医療処置や看護ケア内容
- ⑪家族状況および介護力

4段階評定で平均値3.0を上回っていた項目

●対面の場での伝達
11項目中全項目

●書面資料での伝達
11項目中8項目

表3 “伝達している（検討している）情報”の認識として平均値の高い項目順 【病院群】

カンファレンス等の対面の場で伝達	n	平均値	SD
退院までの病状と治療経過	131	3.72	0.56
退院後の療養環境	131	3.66	0.59
日常生活自立度	131	3.63	0.67
医療処置や看護ケア内容	131	3.63	0.56
導入予定の医療福祉サービス	131	3.58	0.58

退院サマリー等の書面資料で伝達	n	平均値	SD
退院までの病状と治療経過	131	3.85	0.40
日常生活自立度	131	3.78	0.49
医療処置や看護ケア内容	131	3.75	0.49
主治医からの指示	131	3.27	0.83
家族状況及び介護力	131	3.21	0.78

る項目は、①退院までの病状と治療経過、②日常生活自立度、③医療処置や看護ケア内容、④主治医からの指示、家族状況および介護力であった（表3）。

一方、伝達している（検討している）情報の認識として、平均値より低い項目は以下の結果であった。カンファレンス等の対面の場で伝達している項目は、①緊急時の連絡体制、②連携予定の多職種の役割、③在宅移行への患者の思い、④主治医からの指示、在宅移行への家族の思いであった。そして、退院サマリー等の書面資料で伝達している項目は、①連携予定の多職種の役割、②緊急時の連絡体制、③在宅移行への患者の思い、④退院後の療養環境、⑤在宅移行の家族の思いであった（表4）。

情報提供している頻度【病院群】と情報提供される頻度【訪問看護群】に認識の平均値に差はみ

られた。平均値の差が高い項目として、カンファレンス等の対面での伝達では、①退院後の療養環境、②家族状況および介護力、③導入予定の医療福祉サービス、④家族の思いであった。退院サマリー等の書面資料での伝達では、①家族状況および介護力、②退院後の療養環境、③導入予定の医療福祉サービス、④日常生活自立度、医療処置や看護ケア内容であった。

以上の結果から、病院群の情報提供している頻度と訪問看護群の情報提供される頻度の認識の差は、カンファレンス等の対面の伝達11項目中10項目で有意差があった（ $p<.05$ ）。また退院サマリー等の書面資料での伝達は、11項目中9項目で有意差があった（ $p<.05$ ）。つまり、訪問看護群が認識している「情報提供される頻度」は、病院群の認識している「情報提供している頻度」より有意に少なかった（表5-1.2）。

表4 “伝達している（検討している）情報”の認識として平均値の低い項目順 【病院群】

カンファレンス等の対面の場で伝達	n	平均値	SD
緊急時の連絡体制	131	3.13	0.85
連携予定の多職種の役割	131	3.48	0.67
在宅移行への患者の思い	131	3.48	0.67
主治医からの指示	131	3.50	0.64
在宅移行への家族の思い	131	3.54	0.61

退院サマリー等の書面資料で伝達	n	平均値	SD
連携予定の多職種の役割	131	2.86	0.93
緊急時の連絡体制	131	2.88	0.96
在宅移行への患者の思い	131	2.98	0.84
退院後の療養環境	131	3.01	0.93
在宅移行への家族の思い	131	3.06	0.83

表5-1 情報提供している頻度【病院群】と情報提供される頻度【訪看群】の認識

カンファレンス等の対面の場での伝達	提供している頻度 病院群：平均値	提供される頻度 訪看群：平均値	平均値 の差	有意確率 p<.05 (両側)
①退院までの病状と治療の経過	3.72	3.40	0.32	0.002 *
②日常生活自立度	3.63	3.27	0.36	0.001 *
③主治医からの指示	3.50	3.15	0.34	0.002 *
④患者の思い	3.48	3.06	0.42	0.000 *
⑤家族の思い	3.54	2.87	0.67	0.000 *
⑥連携予定の多職種の役割	3.48	2.94	0.54	0.000 *
⑦緊急時の連絡体制	3.13	3.06	0.07	0.423
⑧退院後の療養環境	3.66	2.68	0.98	0.000 *
⑨導入予定の医療福祉サービス	3.58	2.90	0.68	0.000 *
⑩医療処置や看護ケア内容	3.63	3.25	0.38	0.000 *
⑪家族状況及び介護力	3.56	2.81	0.75	0.000 *

表5-2 情報提供している頻度【病院群】と情報提供される頻度【訪看群】の認識

退院サマリー等の書面資料での伝達	提供している頻度 病院群：平均値	提供される頻度 訪看群：平均値	平均値 の差	有意確率 p<.05 (両側)
①退院までの病状と治療の経過	3.85	3.49	0.36	0.000 *
②日常生活自立度	3.78	3.18	0.60	0.000 *
③主治医からの指示	3.27	3.04	0.24	0.088
④患者の思い	2.98	2.56	0.42	0.002 *
⑤家族の思い	3.06	2.55	0.52	0.000 *
⑥連携予定の多職種の役割	2.86	2.38	0.48	0.001 *
⑦緊急時の連絡体制	2.88	2.64	0.24	0.112
⑧退院後の療養環境	3.01	2.33	0.68	0.000 *
⑨導入予定の医療福祉サービス	3.07	2.40	0.67	0.000 *
⑩医療処置や看護ケア内容	3.75	3.15	0.60	0.000 *
⑪家族状況及び介護力	3.21	2.53	0.69	0.000 *

表6-1 訪問看護師の認識 欲しい情報と提供されている情報

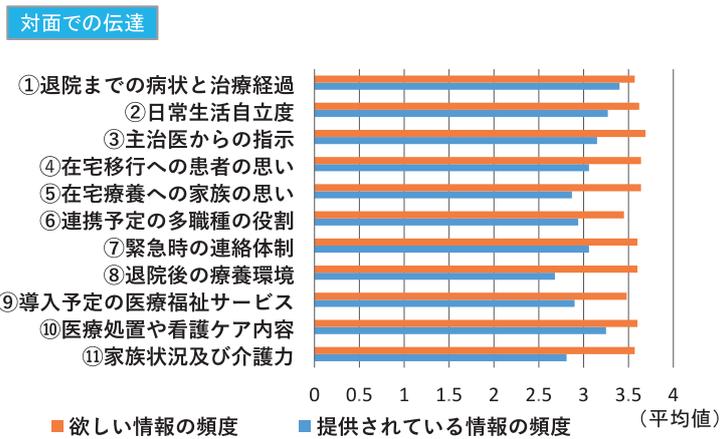
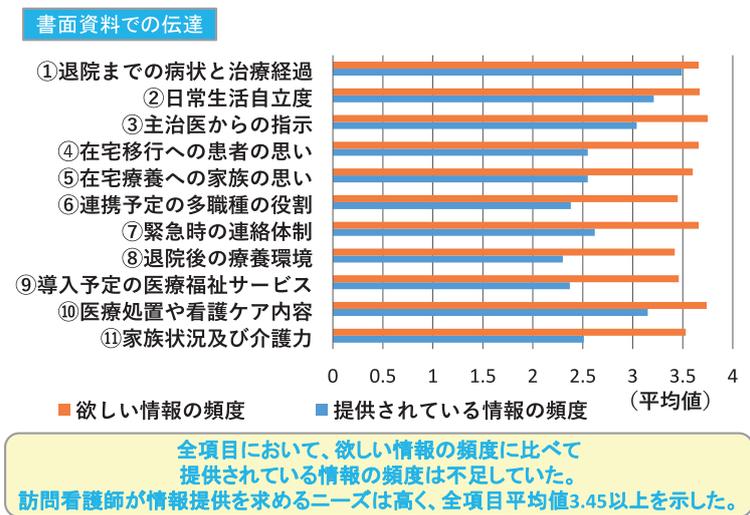


表6-2 訪問看護師の認識 欲しい情報と提供されている情報



さらに、訪問看護師が認識している欲しい情報と提供されている情報には、カンファレンス等の対面での書類であっても、書類資料での伝達であっても全項目において、不足していた。訪問看護師が情報提供を求めるニーズは高く、全項目平均値3.45以上を示した(表6-1.2)。

病院と訪問看護の課題認識の差については、「人材確保の困難」「情報提供後のフィードバック不足」が両群ともに3.0以上の高値を示した。病院では「時間確保の困難」、「在宅看護の知識や経験不足」を課題と感じており、「在宅看護の知識・経験不足」では訪問看護よりも有意に課題意識が高かった(p<.05)(表7-1.2)。病院看護師の訪問看護経験の有無による差は、訪問看護経験の

ない病院看護師は、「在宅看護の知識や経験不足」が低い傾向にあり、有意差はなかった。

考 察

病院群と訪看群の間では、情報伝達についての認識に差があり、ニーズに見合った情報提供の困難さが窺えた。これは、対面の場での伝達においても明らかであり、双方が参加するカンファレンスの在り方にも工夫が必要と考えられる。とくに、「退院後の療養環境」、「家族状況および介護力」、「導入予定の医療福祉サービス」、「在宅移行への家族の思い」の情報提供の内容の補足が必要であることが示唆された。看護職は互いの認識の違い、

表7-1 病院看護師 訪問看護経験の有無による差

訪問看護経験のない「病院看護師は「在宅看護の知識や経験不足」が低い傾向にある(有意差はなし)

	経験の有無	度数	平均値	有意確率 (p<.05)
①体制の未整備	なし	109	2.81	.934
	あり	17	2.82	
②情報提供後のフィードバック不足	なし	112	3.11	.546
	あり	17	3.00	
③コーディネーター不足	なし	112	2.52	.841
	あり	17	2.47	
④算定上の制約	なし	109	2.51	.685
	あり	17	2.59	
⑤時間確保の困難	なし	110	3.06	.358
	あり	16	2.88	
⑥人材確保の困難	なし	111	3.19	.729
	あり	17	3.12	
⑦連携先の情報不足	なし	111	2.77	.541
	あり	17	2.65	
⑧在宅看護の知識や経験不足	なし	111	3.12	.149
	あり	17	2.82	
⑨連携に対する認識不足	なし	111	2.99	.278
	あり	17	2.76	
⑩管理者の認識不足	なし	111	2.38	.688
	あり	17	2.29	

表7-2 訪問看護ステーション 病院併設の有無による差

病院併設でないステーションは、連携体制が整備されている割合が低い傾向にある(有意差はなし)

	併設の有無	度数	平均値	有意確率 (p<.05)
①体制の未整備	あり	16	2.63	.159
	なし	36	2.97	
②情報提供後のフィードバック不足	あり	15	2.93	.674
	なし	36	3.03	
③コーディネーター不足	あり	15	2.47	.256
	なし	36	2.78	
④算定上の制約	あり	15	2.67	.572
	なし	35	2.51	
⑤時間確保の困難	あり	15	2.93	.794
	なし	36	2.86	
⑥人材確保の困難	あり	16	3.06	.741
	なし	36	3.14	
⑦連携先の情報不足	あり	15	2.93	.395
	なし	36	2.75	
⑧在宅看護の知識や経験不足	あり	15	2.80	.982
	なし	36	2.81	
⑨連携に対する認識不足	あり	15	2.80	.733
	なし	35	2.71	
⑩管理者の認識不足	あり	15	2.00	.215
	なし	35	2.31	

ニーズを理解したうえで、“情報を伝達する”だけでなく、“看護ケアの継続”の視点での情報交換や検討が十分行えるように、カンファレンスや交流の機会の事前準備や情報提供の方法等、より効率的な連携の方策の検討が必要である。

退院調整部門は病棟よりも、「在宅看護の知識や経験不足」、「連携に対する認識不足」を課題としており、在宅看護実践を反映した結果であると推察された。

「在宅移行期」の看護職間連携を停滞させる要因として、病院群、訪看群ともに「人材確保の困難」「情報提供後のフィードバック不足」が課題として挙げられた。病院と訪問看護はいずれも

フィードバックを求めているものの、連携が促進しないことの要因として、在宅看護の知識や経験が少なく、人材や時間が十分確保できないことが影響していることが示唆された。

人材の確保に加え、退院後の在宅療養の様子や再入院後の入院生活に関する情報共有の機会を設け、“看護ケアの継続”に繋げることが、看護職連携を促進させる一助になると考える。

結 語

病院群と訪看群の間では、情報伝達についての認識に差があることが明らかになり、11項目中9

項目に有意差 ($p<.05$) があった。

訪看群の情報提供を求めるニーズは全体的に高く、実際の情報提供の程度と差があり、在宅環境や家族に関する情報の補足の必要性が示唆された。また病院群、訪看群ともに「人材確保の困難」「情報提供後のフィードバック不足」を課題としていた。「在宅移行期」の看護職間連携を停滞させる要因として、「人材不足」や「時間確保の困難」のほか、「在宅看護の知識や経験不足」が関連していることが示唆された。