

文献から見た地域包括ケアシステムにおける訪問看護の連携の現状と課題 —退院支援の多職種連携に焦点を当てて—

吉田令子 武田保江

(Reiko YOSHIDA, Yasue TAKEDA)

【要約】

《目的》本研究は、地域包括ケアシステムにおける訪問看護の連携の現状と課題を、退院支援の多職種連携に焦点を当てて文献検討を行い、連携の障壁や対処方法の示唆を得ることである。

《方法》医学中央雑誌により、①「訪問看護and連携and原著」1537件を概観し②「訪問看護and連携and原著and2015-2020 and地域包括ケアシステム」から47件を抽出し、在宅看護の研究者で精選したキーワード：「退院支援」「リハビリテーション」「終末期」「精神疾患」「認知症」「がん」などについて文献を分類した。そのうち最も数が多く、地域包括ケアシステムの中で特に重要となる「退院支援」について検討した。

《結果》2000年の介護保険制度の施行後、①は著しく増加していた。さらに②の文献47件のうち「退院支援」に関連した文献は、14件であった。事例3件、アンケートやインタビュー調査8件、文献検討1件、看護師の研修の評価2件であった。病棟看護師から見て退院困難な事例が多職種連携により自宅に帰る事が可能となっていた。また、病院の退院支援看護師や訪問看護師には意識の違いがあり、訪問看護師は対象者の生活を支える為に日常生活の情報を必要としていた。また、多職種の連携推進には研修が有効であった。

《結論》多側面の課題を抱える患者の退院に多職種連携が有効であるが、課題として、病院看護師と訪問看護師、サービスを提供するスタッフと行政・福祉職の認識の違いがあり連携の障壁となっていた。この認識の違いは同行訪問や研修などの教育によって変化した。そのため、多職種連携の推進には研修や教育が有効であることが示唆された。

キーワード：訪問看護 多職種連携 地域包括支援ケアシステム

I. はじめに

我が国では、総人口が減少する一方で、高齢化率が28.7%となっており、国際的に見ても高齢化が最も進んでいる¹⁾。厚生労働省は団塊の世代が75歳以上となる2025年までに、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目的とし、可能な限り住み慣れた地域で自分らしく過ごせるよう、地域包括ケアシステムの構築を推進している。国内の人口動態の特徴として、大都市部では人口が横ばいで75歳以上の後期高齢者が急増している。その一方で、町村部等では、後期高齢者の増加は緩やかで、人口の減少が著しくなっており、大き

な地域差が見られている。このため、地域包括ケアシステムは、地域の自主性や主体性および、地域の特性に応じて構築されることが重要である²⁾。

これらの社会的課題を背景とした入院期間の短縮化、また、技術の進歩による医療機器の発達等により、在宅医療・外来医療の進展は、療養する人々の生活の場の多様化につながっている。さらに、疾病や健康の概念も変化していることから、看護職は、対象を生活者として捉える視点を持ち、看護を提供することが求められている。これらの社会のニーズに応じて、看護基礎教育における2022年度からのカリキュラム改正では、「地域包括ケアシステム」「地域・在宅看護」の

充実が重要とされている³⁾。

本研究の目的は、地域包括ケアシステムにおける訪問看護の連携の現状と課題を、退院支援の多職種連携に焦点を当てて文献検討を行い、連携の障壁や対処方法についての示唆を得ることである。

本研究の意義は、文献から得られた多職種連携の障壁や対処方法を記述することにより、地域包括ケアシステムの中で多職種連携の要となる看護人材を育成する上で必要な知見を得られることである。

用語の定義：本研究において、「移行期」とは、患者あるいは療養者が病院から地域や在宅へ退院する前後1カ月程度の期間を指す。

II. 研究方法

1. 研究方法

データ収集期間は、2020年7月1日～9月20日であった。

医学中央雑誌web ver 5に以下の検索式を用いて文献を抽出した。選定基準は、学会誌、学術誌に掲載された原著論文とした。在宅看護の研究者で検討し、検索式1：訪問看護and連携（他機関医療協力システムor地域社会ネットワークor多部門連携）原著 N=1537から年代を5年ごとに区切り論文数を概観した。検索式2：訪問看護and連携（他機関医療協力システムor地域社会ネットワークor多部門連携）and原著and2015-2020 and地域包括ケアシステム n=46さらに新たに地域包括ケアシステムの語を加えて論文を絞り込んだ。在宅看護の研究者で精選したキーワード：「退院支援」「リハビリテーション」「終末期」「精神疾患」「認知症」「がん」などについて文献を分類した。地域包括ケアシステムの中で特に重要となる「退院支援」について検討した。

検索に在宅看護ではなく「訪問看護」を用いた理由として、在宅看護は在宅にいる療養者を対象としたものという意味合いが強くなるが、近年、在宅に準ずる場として高齢者向け住宅やグループホーム、地域の介護保険施設のショートステイ、ミドルステイを利用しながら住み慣れた地域で暮らす対象者も増加していることからより広義となり、件数が多い「訪問看護」を用いた。

「多職種連携」の統制語は「多部門連携」であるが、訪問看護が地域包括ケアシステムの中で行う連携の内

容や実態を踏まえ、研究者間で討議しながら、より広義の統制語である「連携」から（他機関医療協力システムor地域社会ネットワークor多部門連携）を含めて選定した。

2. 分析方法

検索式1の論文1537件の内容について、5年ごとの論文数と連携の機関や職種等を概観した。検索式2により47件の文献を抽出した。さらに、平成30年度看護師国家試験出題基準の在宅看護 地域包括ケアシステムに関連する項目を参考にキーワードを在宅看護の研究者が精選した。

キーワード：「退院支援（移行期）」「リハビリテーション（回復期）」「終末期」「精神疾患」「認知症」「がん」「小児」「難病」「ひとり暮らし」毎に文献を分類した。このうち件数が多く、地域包括ケアシステムの対象者の生活をプロセスとしてとらえるために退院支援、リハビリテーション、終末期に該当する論文を分類した。特に退院支援の時期は、病状の安定に伴い、療養の場を移すことで、治療優位から生活優位に移行する最も重要な時期であり、この時期をうまく乗り越え、安心して自立した生活を目指すことが望まれる。療養のプロセスで最も支援や連携が必要な時期であると考え。そのため今回は「退院支援」に焦点をあて、分析することとした。対象の論文を精読し、時期ごとに、著者、発行年、研究目的、研究対象、結果を表に分類、整理した。

3. 倫理的配慮

本研究は、人を対象とする研究ではなく、文献を対象としていることから、剽窃、盗用など著作権を侵すことのないよう、研究倫理を順守した。

III. 結果

1. 介護保険以降の訪問看護の連携の推移と現状

介護保険の施行後、訪問看護における連携に関する論文数は著しく増加しており、地域連携や多職種連携の強化が図られ、家族、医師、外来、介護支援専門員、ヘルパーとの連携が多くなされていた。また、療養者の生活をプロセスとしてとらえて分類した結果、移行期にあたる「退院支援」は数が多い傾向にあった。

検索式1から得られた論文数は、1537件であった。

年代を5年ごとに区切り研究の量的な動向を見たところ2000年の介護保険制度の施行後、著しく増加していることがわかった。(図1)

また、検索式1から得られた論文のうち、訪問看護以外にどのような職種や機関と連携を取っていたのかを推察するために、地域包括ケアシステムに関連する機関や職種で分類を行った。(図2)

検索式2により得られた論文は、47件であった。これは、検索式1の中から、過去5年の最新論文を絞り込み、さらに、平成30年度看護師国家試験出題基準の在宅看護 地域包括ケアシステムに関連する項目を研究者間で討議しながら精選したキーワード:「退院支援」「リハビリテーション」「終末期」「精神疾患」「認知症」「がん」「小児」「難病」「ひとり暮らし」毎に文献を分類した。

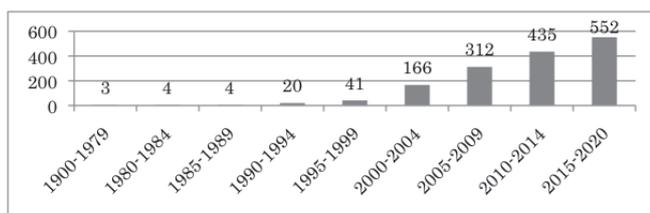


図1. 訪問看護における連携に関する論文数の推移 (検索式1から分類)

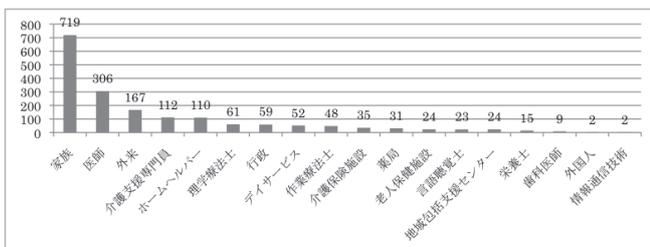


図2. 訪問看護との連携が推察される機関及び職種等 (検索式1から分類)

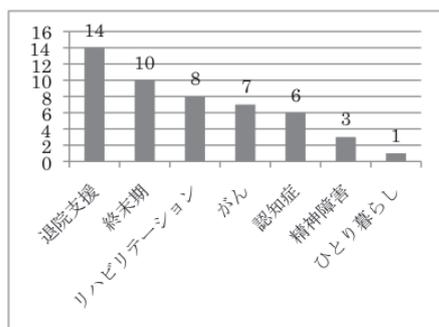


図3. 訪問看護における連携が必要となった対象者の状態 (検索式2から分類)

移行期、回復期、終末期は、療養者の生活をプロセスとしてとらえている時期別の概念である。特に移行期にあたる「退院支援」は数が多い傾向にあった。また、病状の進行に伴い医療的ニーズや福祉のニーズが高く、複合的な課題がある対象者である、がん、認知症の数が多かった。(図3)

2. 退院支援における多職種連携の現状と課題

分析対象の論文を要約し、時期ごとに、著者、発行年、研究目的、研究対象、結果を表にまとめた。(表1) 検索式2の47件の文献より、「退院支援」に関連した文献を抽出し得られた文献は、14件であった。そのうち退院患者の事例が3件^{6) 7) 16)} 関連職種(訪問看護師、介護支援専門員、退院支援看護師、病院看護師など)へのアンケート^{4) 10) 12)} やインタビュー^{5) 8) 11)}、既存の資料⁹⁾による調査が8件、文献検討が1件¹⁴⁾、研修の評価^{13) 15)}が2件であった。小川は、研修の有無が連携に影響することや、福祉・行政職は顔の見える関係や場を重視し、看護職やサービス提供者は、情報の共有を重視していたと述べている⁴⁾。また、松井は、病院の退院支援看護師が訪問看護の同行を経験することで、患者・家族を生活者として捉え、入院中から在宅療養生活を視点とした退院支援を行う認識へと変化していたことを示した⁵⁾。村瀬は、病棟看護師の退院指導は「医療処置」が多く、訪問看護師が必要とする情報は「食事」や「保清」、「生活指導(全般)」といった日常生活援助にかかわるものであった。さらに、看護サマリの内容について、病棟看護師は「十分」と考えていたが、訪問看護師は「不十分」と捉え訪問看護師が必要な情報が不足した一方的な情報提供になっている現状を明らかにした¹²⁾。また事例についてはいずれも退院が困難な状況であったが、関係機関との連携により患者の望む自宅への退院が可能となった事例が紹介されていた^{6) 7) 16)}。

表1. 地域包括ケアシステムにおける退院支援（移行期）に関連した文献

No	著者（年）	要約（目的・対象・結果）
1	小川 (2020)	目的：「連携尺度」を用い、医療介護福祉専門職者間の協働実践の現状把握と課題を抽出。 対象：訪問看護師、ケアマネジャー、退院支援看護師および行政保健師を中心に、地域を巻き込んだ連携協働に携わる医療介護福祉専門職者349名 「連携尺度」の平均値比較では「退院前カンファレンスなど病院と地域との連携の良さ」が最も高く、次に「他の施設の医療福祉従事者と気楽にやりとりができる」が高かった。 考察：研修の有無が「連携尺度」において有意に高得点となった。福祉職、行政職は連携の「場」「顔」を重視し、看護職その他実際に介護・医療サービスを実践している職種は、「情報交換」「連携」「共有」を重視していた。
2	松井 (2019)	目的：訪問看護に同行した地域包括ケア病棟看護師の退院支援に関する認識の変化 対象：地域包括ケア病棟看護師5名 結果：同行前は、「患者・家族の意思決定支援」「看護サマリと退院前カンファレンスで情報共有」。同行後は「コミュニケーション力の必要性」「初回指導の重要性」「生活を視点とした看護サマリ、退院前カンファレンスでの「情報共有の必要性」などが抽出された。同行訪問を体験することにより患者・家族を生活者として捉え、入院中から在宅療養生活を視点とした退院支援を行う認識へと変化していた。
3	工藤 (2019) 事例	目的：入退院を繰り返す糖尿病患者の退院後訪問の事例検討から今後の地域包括ケア病棟の役割を明らかにする 対象：糖尿病患者（60歳男性） 結果：退院後訪問の際に、訪問診療、訪問看護、ケアマネジャー、ヘルパーと情報を共有し、問題点を掘り起こし、入院時に関わった看護師が訪問した。食事指導、血糖測定を依頼し、血糖コントロールが可能になり、訪問看護ステーションへ引き継いだ。
4	牛場 (2019) 事例	目的：急性期病院から在宅療養への移行における薬剤師との連携を明らかにする急性期病院の退院調整看護師の視点で、在宅療養への移行にあたって、薬剤師との連携が特に有用であった事例を報告。 対象：①S状結腸がん50歳代の女性患者、②乳がん40歳代の女性 ①在宅療養移行に向けて、高カロリー輸液の持続注入と癌性疼痛緩和の麻薬の持続投与を在宅医療機器を用いて実施。退院調整看護師が病棟看護師とともに点滴管理と医療危機管理を患者に指導し、各職種と連携し、在宅療養に繋いだ。 ②術後、脳転移の状態であった。訪問薬剤師が服薬内容や方法を伝達し連携を図り、在宅療養中には、看護師と薬剤師の連携により、タイムリーな疼痛管理が行われた。
5	吉田 (2019)	目的：在宅療養者の入退院にかかわる病院看護師と訪問看護師による連携の現状に対する双方の認識 対象：病院看護師5名、訪問看護師4名 結果：療養者がシームレスなケアを受けられるために、病院看護師と訪問看護師の連携についての看護師の認識についてインタビュー調査を実施。病院看護師は、ケア継続のため情報を訪問看護師に伝えたいと認識しており、訪問看護師は病棟看護師に対してケア継続のための情報を伝える必要性和伝わりにくさを認識していた。また、両者ともにケア継続のための情報共有と信頼関係の必要性を認識していた。
6	藤田 (2019)	目的：地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師との連携の在り方を訪問看護師への質問調査から明らかにする 対象：訪問看護師4名 結果：地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師との連携について、「情報交換の必要性」「具体的な情報提供と共有」が抽出された。また、地域包括ケア病棟看護師に求めることについて、「在宅療養への思い」「地域包括ケア病棟看護師としての専門性を深める」「地域包括ケア病棟看護師への対応」のカテゴリーが抽出された。入院中からの訪問看護師の介入については、早期から連携をとることで円滑に在宅復帰支援を行うことができ、訪問看護師が退院支援に関わることで共通した目標を持ち統一した指導ができると考えられた。
7	平田 (2019)	目的：A病院における退院支援の現状と退院調整看護師の役割を明らかにする。 対象：退院援助・相談援助でハイリスク分類された患者50例 結果：年齢平均84.9歳、主疾患は筋骨格系が最も多く30%、主診療科は内科が最多で50%、次いで整形外科の30%であった。入院病棟は一般病棟と地域包括ケア病棟がほぼ同数であった。 医療的ケアの種類は「薬剤管理」が圧倒的に多く73%であった。医療的ケアの有る患者の割合を病棟別にみると、一般病棟75%、地域包括ケア病棟64%であった。医療的ケアの有る患者に対する訪問看護介入の割合は16%であった。医療的ケアのある患者に対する退院調整看護師介入の割合は3%（1例）であった。
8	森本 (2019)	目的：地域包括ケア病棟が取り組む退院支援における情報提供の検討を行い、患者の入院中の生活を退院後も継続してケアできるために必要な情報について患者の入院中の生活を退院後も継続してケアするために必要な情報について明らかにする。 対象：訪問看護師54名と居宅介護支援事業所の介護支援専門員72名 計74名。 自由記載を含む質問紙調査を実施した。74名から回答が得られ、60名（看護師25名、介護士35名）の有効回答を分析対象とした。病棟看護師から得た患者の情報で役立ったと感じたものはあったか、という問いについて「はい」との回答は90%であった。訪問看護師と介護支援専門員が必要とする情報は「病状や思い」「自宅での注意事項」「現在の日常生活動作（ADL）」であった。これら3項目について情報提供を行うことで退院後の生活の目標立案に繋げることができると考えられた。退院後に明らかになった看護問題は「退院時の物品の準備不足」「退院時のケア指導不足」「退院後の急変時の受け入れ」であった。
9	渡邊 (2018)	目的：地域包括ケア病棟における在宅支援の取り組みと課題を明らかにする。 対象：地域包括ケア病棟から自宅退院した要介護者と家族各3名 結果：在宅療養支援の課題として、他施設やケアマネジャー・訪問看護師などとの【看護の確実な連携】、「主介護者の心理的变化」など【介護状態の変化を考慮した指導】、患者状態の悪化や改善といった【患者状態の変化を予測した指導】が必要なことが明らかになった。

10	村瀬 (2018)	目的：A病院の退院支援における病棟看護師と訪問看護師の連携の検討に資すること 対象：地域包括ケア病棟看護師19名、地域医療連携課訪問看護師5名 結果：病棟看護師の退院指導の内容で多かったのは「医療処置」であったが、訪問看護師が病棟看護師に指導を希望する内容は「食事」や「保清」、「生活指導（全般）」といった日常生活援助にかかわるものが多かった。また、看護サマリの内容について、病棟看護師は「十分」と考えていたが、訪問看護師は「不十分」と捉えており、訪問看護師が必要な情報が不足した一方的な情報提供になっている現状が明らかになった。
11	高村 (2018)	目的：中堅看護師を対象とした退院調整看護研修後の理解と今後の課題を明らかにする。 対象：「退院調整看護研修」を受けた中堅看護師18名 結果：研修後のレポートから 1) 情報収集。2) 多職種連携。3) 意思決定支援。4) 患者・家族が安心できる生活を見据えた支援。5) 今まで退院支援の方法が分からず、患者・家族の思いが聞けなかった。6) 社会人基礎力が抽出された。
12	品川 (2017)	目的：がん患者の在宅療養移行に向けた看護師による退院支援を先行研究の知見を統合することにより明示し、地域包括ケアシステムの実現を見据え、質の高い在宅療養生活を目指した看護師による退院支援のあり方への示唆を得ること。 対象：2000～2015年終末期and癌and（退院支援or選択or在宅）として検索した5文献の内14文献を分析対象とした。 結果：終末期がん患者の在宅療養移行に向けた退院支援は、〈終末期がん特有の時間の有限性に依拠した時機の重視〉を基盤として、〈在宅療養に対する意思の表面化の促進〉を発端としながら必要時に立ち戻り〈患者・家族が想定している在宅療養生活上のきがかりの解決〉と〈終末期の在宅療養生活の実行を可能にする環境の構築〉を相互補完的に実施することである。また、地域包括ケアシステムの実現のためには、「医療」と「介護」の連携・調整能力が全ての看護職に必要であり、とりわけ病棟看護師、退院調整看護師、訪問看護師への期待は大きい。癌医療においてもアドバンスケアプランニングが重視され、病院を核として訪問診療などと緩和ケアネットワークを充実させる必要性が指摘されている。
13	萩田 (2016)	目的：新人教育プログラムで学ぶ地域包括ケア 訪問看護同行研修での学びを明らかにすること。 対象：新卒新人看護師19名 結果：研修後のグループワーク時の記録と発表内容から、利用者やその家族がどのような環境であれ、住み慣れた場所で生活することは利用者の願いであること、在宅で生活するには介護者の有無や介護力を把握し、在宅での生活を支える社会的資源や仕組みを利用し、他職種と連携して支援すること、病院から在宅に移行するためには入院中からどのような退院支援が必要となるのかを考え、退院に向けて関わっていくことが大切であることが示された。研修時期としては、新人教育の最終段階が良いとの意見があった。
14	永友 (2015) 事例	目的：重度介護状態の患者の自宅退院支援を振り返り、地域と病棟の連携について考える 対象：自宅退院した重度介護状態の患者1名 結果：重度介護状態の患者、介護者の妻も高齢で、理解力も乏しく、自宅退院は困難と思われたが、地域との連携により、自宅退院が実現できた。病棟と地域が共通の目標を持ち連携することや、ケアカンファレンスを有効活用することが大切である。

IV. 考 察

1. 介護保険以降の訪問看護の連携の現状

介護保険の施行後、訪問看護における連携に関する論文数は著しく増加しており、地域連携や多職種連携の強化が図られ、家族、医師、外来、介護支援専門員、ヘルパーとの連携が多くなされていた。また、療養者の生活をプロセスとしてとらえて分類した結果、移行期にあたる「退院支援」は数が多い傾向にあった。

入院治療から地域での療養に移行する為には、継続する医療を切れ目なく提供し、生活の場で療養するための支援体制づくりが求められる。医療機関の中でチーム医療が提供されてきたが、地域においては多機関や多部門それぞれと契約をし、ケアマネジメントを行う必要がある。

療養者の多くは高齢者であり、ひとり暮らしや高齢者世帯、また若い世代と同居であっても、家族員は仕事や子育てに忙しく、日中独居となることも多い現状がある¹⁷⁾。日常生活に影響を及ぼす障害や疾病を抱え

入院前のイメージを持ったまま在宅療養の環境が未整備な状況で退院に至った場合、これまでの生活を維持継続することは難しい。

療養者ができるだけ自立した生活が送れるよう、また障害や病気を抱えながらも社会参加を行い社会の一員として活躍できることが重要である¹⁸⁾。2025年に向けて地域包括ケアシステムを推進するためには、多職種連携が欠かせないと考える。

2. 退院支援における多職種連携の現状と課題

専門分化した保健医療福祉の職種間の認識の違いから、共通理解が困難な状況が示されていた。

これらの結果と同様に小木曾は、認知症のケアにかかわる環境について、看護職は「サービス・制度・政策」との認識であったが、介護職は「自然環境と人間」であった。看護職は、施設の運営方針に関わる『職種間の仕事の配分』、『職員教育』など、認知症ケアの質の向上に繋がるサービス提供体制に関することが多く、介護職は、『温度調節』や『四季を取り入れる』こ

となど、直接的に利用者に関わる内容が多い傾向があることを示した¹⁹⁾。また、依田は、訪問看護師は、両者の連携の現状において介護支援専門員との情報共有の困難を感じ、打ち解けた関係づくりや情報伝達方法の工夫が支援専門員の連携に対する積極的な姿勢に影響していることを示していた²⁰⁾。さらに、鈴木らは、移植医とメディカルスタッフの認識の違いについて、患者の精神的な兆候に対して、移植医の1割が「精神科医との連携の必要はない」と認識し、「移植でストレスを感じるのは病気ではない」と連携に繋がらなかったことを示した²¹⁾。

上記の研究からも、福祉職と医療職のみならず、医療職間も認識の違いが連携の障壁となった類似の例が示され、専門医とコメディカル、退院支援にかかわる病院や病棟看護師と訪問看護師など異なる職種、また、同職種であっても所属機関や部署により専門的な役割を持ち、認識の違いから十分な情報共有がなされていない現状がみられている。このことから、立場の違いや役割の違いがあることを認識することから始め、その違いを認め合ったうえで多職種連携や情報共有を行う必要があると考える。

一方では、多職種連携の困難を克服するための提案が挙げられている。

小玉は、退院後のフィードバックカンファレンスに病院管理職、医師、看護師、コメディカル、事務職など多職種が参加することにより、訪問診療医や訪問看護師等との相互理解や信頼関係構築に役に立つ機会となり事例を通して相互理解が深まることを示した²²⁾。

さらに、中俣は、地域包括ケアシステムの実現のためには職種間で相互に理解すること、各職種が高度の専門性を追求するだけでなく、職種間の壁を超え幅広い視野を持って対象を支援することが求められ、その実現のためにICFの共通概念、共通言語の活用が必要とその方法を具体的に提案している²³⁾。

多側面の課題を抱える患者の退院に多職種連携が有効であった。また、病院看護師と訪問看護師、サービスを提供するスタッフと行政・福祉職の認識に違いがあった。さらに、連携についての認識は同行訪問や研修などの教育によって変化し、地域包括ケアシステムの推進には現任教育や看護基礎教育が有効であることが示唆された。

また、地域包括ケアシステムを担う人材の育成には、各機関や専門職の特徴や役割、対象理解をした上

で、立場の違いから認識の違いがあることを理解し、事例を通じた関係性の構築や、対象者の生活機能に着目した共通言語となるツールを活用していくことが効果的であると考えられる。

V. 結 論

1. 訪問看護の連携に関する論文は、介護保険施行後著しく増加し、連携の対象は家族、医師、介護支援専門員、ヘルパーの順に多く、また療養時期別では移行期である退院支援に関するものが多かった。
2. 多側面の課題を抱える患者の退院に多職種連携が有効であった。
3. 多職種連携の困難の背景には各機関や職種、対象者との認識の違いがあった。
4. 各機関や職種、対象者の認識の変化には、研修や教育が効果的であった。

VI. 研究の限界と課題

本研究は、文献により訪問看護の連携の現状を概観したものである。対象者は複合した課題やニーズがあるため、分類した論文には重複があることが考えられる。また、事例研究についてはいずれも成功例だったため、ネガティブデータも含めて事例を分析していく必要がある。

今後は、回復期や終末期の連携の現状、事例研究から詳細な支援内容の抽出や教育、人材育成に関する研究を行っていく。

【文献】

- 1) 総務省：統計トピックスNo.126 統計からみた我が国の高齢者―「敬老の日」にちなんで―。令和2年9月20日発表。 <https://www.stat.go.jp/data/topics/topi1261.html> (閲覧日2020.9.20)
- 2) 厚生労働省：地域包括ケアシステムの実現に向けて。 https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (閲覧日2020.9.20)
- 3) 厚生労働省：看護基礎教育検討会報告書。2019年10月15日公表資料。 https://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/other-isei_544319.html (閲覧日2020.9.20)
- 4) 小川 典子, 藤尾 祐子, 鈴木 江利子, 榎本 佳子, 酒井 太一：静岡県東部地域における医療介護福祉専門職者間の地域連携・協働実践 (IPW) の現状と課題、順天

- 堂保健看護研究 8, 36-50 (2020)
- 5) 松井 ゆかり, 勝田 美佐恵: 訪問看護に同行した地域包括ケア病棟看護師の退院支援に関する認識の変化, 鳥取市立病院業績集 25, 112-117 (2019)
 - 6) 工藤 大伍, 金田 裕実, 稗田 真弓, 高橋 大賀: 今後の地域包括ケア病棟の役割. Best Nurse30 巻10, 55-54 (2019.10)
 - 7) 半場 万紀, 長谷川 修: 急性期病院から在宅療養への移行における薬剤師との連携. 看護実践の科学.44 巻10, 66-69 (2019)
 - 8) 吉田 幸枝, 森田 みゆき, 新井 美保, 倉林 花美, 衣川 さえ子: 在宅療養者の入退院にかかわる病院看護師と訪問看護師による連携の現状に対する双方の認識. 看護展望44 巻10, 0984-0990 (2019)
 - 9) 平田 直留美: A病院における退院支援の現状と退院調整看護師の役割. 日本看護学会論文集 慢性期看護 249, 115-118 (2019)
 - 10) 森本 明見, 久保 陽子, 長谷川 真樹, 瀬山 由美子: 地域包括ケア病棟が取り組む退院支援における情報提供の検討 訪問看護師と介護支援専門員への質問紙調査より. 日本看護学会論文集 ヘルスプロモーション 49, 7-10 (2019)
 - 11) 渡邊 ま美, 河西 啓子, 伊藤 千恵子: 【平成30年度診療・介護報酬同時改定対応とさらなる先を見据えて 地域包括ケアシステム構築・運用の指針】地域包括ケア病棟における在宅支援の取り組みと課題. 看護部長通信 16 2, 26-32 (2018)
 - 12) 村瀬 真望, 花岡 千子, 三宅 由希子: 病棟看護師と訪問看護師の連携の在り方の検討 A病院の退院支援における現状と課題から. 日本看護学会論文集 慢性期看護 48, 3-6 (2018)
 - 13) 高村 千香子, 下島 美千代, 芳村 直美: 中堅看護師を対象とした退院調整看護研修後の理解と今後の課題. 日本看護学会論文集 看護教育 48, 130-133 (2018)
 - 14) 品川 祐子, 黒田 寿美恵: 終末期がん患者の在宅療養移行に向けた看護師による退院支援に関する文献検討
 - 地域包括ケアシステムの実現を見据えた支援の検討. 死の臨床 40 1, 154-160 (2017)
 - 15) 荻田 多恵子, 森安 浩子: 新人教育プログラムで学ぶ地域包括ケア 訪問看護同行研修を通して. 香川県看護学会誌 7, 40-42 (2016)
 - 16) 永友 優希恵, 白鳥 千恵美, 南條 久乃: 重度介護状態の患者の自宅退院支援を振り返り、地域と病棟の連携について考える. 静岡赤十字病院研究報 35, 64-66 (2015)
 - 17) 厚生労働省: 「平成30年版厚生労働白書」. https://www.mhlw.go.jp/toukei_hakusho/hakusho/ (閲覧日 2020.9.20)
 - 18) 国民生活調査: 2019年国民生活基礎調査の概況. <https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/k-tyosa/k-tyosa19/index.html> (閲覧日 2020.9.20)
 - 19) 小木曾 加奈子, 安藤 邑恵: 認知症高齢者のケアに対する「環境因子」に関する看護職と介護職の認識の違い 介護老人保健施設のインタビュー調査から. 岐阜医療科学大学紀要 5, 1-7 (2011)
 - 20) 依田 純子, 佐藤 悦子, 泉宗 美恵, 須田 由紀, 井出 成美: 訪問看護師がもつ介護支援専門員との連携の困難性と課題の構造 管理職にある訪問看護師のフォーカス・グループインタビュー. 日本地域看護学会誌 16, 3, 13-21 (2014)
 - 21) 鈴木 吏良, 谷知 正章, 仲宮 優子他: 移植の精神的ケアに対する移植医とメディカルスタッフの認識の違いに関する検討. 日本臨床腎移植学会雑誌 7, 1, 88-95 (2019)
 - 22) 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 12, 4, 221-224 (2012)
 - 23) 中俣 恵美: 【ICFコアセット】多職種協働のための共通言語としてのICFへの期待と課題. The Japanese Journal of Rehabilitation Medicine 53, 9, 706-710 (2016)

(2020年10月2日受付、2020年11月26日受理)

Current Status and Issues of Cooperation of Home-Visit Nursing in the Comprehensive Community Care System Witnessed in the Literature Focusing on Multidisciplinary Collaboration for Discharge Support

Reiko YOSHIDA, Yasue TAKEDA

[Abstract]

Objective: This study examined the current status and issues associated with home-visit nursing cooperation in a community-based comprehensive care system, focusing on multidisciplinary cooperation for discharge support and obtaining suggestions for barriers to cooperation and coping methods.

Method: Referring to the Central Medical Journal Database, (1) we reviewed 1,537 articles including the following keywords: home-visit nursing, collaboration, and original work; and (2) extracted 47 articles from them on the basis of the following keywords: 2015-2020 and community-based comprehensive care system. Keywords selected during the discussion were: "Discharge support (transitional period)," "Rehabilitation," "Recovery Period," "Terminal Stage," "Mental Illness," "Dementia," and "Cancer," among others. The contents of the paper on "Discharge Support", which is important in the comprehensive community care system, are summarized in a table.

Results: Post the implementation of the long-term care insurance system in 2000, the number of original articles concerned with home-visit nursing and collaboration has increased significantly. Furthermore, of the 47 articles selected in (2) above, 14 were related to "discharge support." There were three cases, eight questionnaires and interview surveys, one literature review, and two evaluations on nurse training.

We also found the following. First, multidisciplinary collaboration enabled patients to return home even in cases where ward nurses had not believed that they could. Second, there was a difference in consciousness between discharge support nurses and visiting nurses in hospitals; visiting nurses required medical assessment data on subjects on a daily basis to support their lives. In addition, training was effective in promoting collaboration among multiple occupations.

Conclusion: Multidisciplinary cooperation is effective for the discharge of patients with multifaceted issues; however, there are differences in their views of multidisciplinary cooperation among hospital nurses and visiting nurses, staff providing services, and administrative/welfare workers. This difference changed, if not dissolved, with education such as accompanying visits and training. Therefore, it is suggested that training and education are effective in promoting multidisciplinary collaboration.

Keywords : Visiting nurses, Multidisciplinary Collaboration, Community care system

Department of Nursing, Faculty of Nursing, Mejiro University