

研究奨励交付金（若手奨励研究） 報 告 書

令和3年度採択分
令和4年5月22日作成

研究課題名（和文）

終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携の現状と課題に関する文献検討

研究課題名（英文）

Literature review on the current status and issues of collaboration between discharge planning nurses and ward nurses in discharge support for terminal cancer patients

研究代表者

氏 名 中村 美穂子
福岡県立大学 看護学部・看護学科

研究組織

| 氏 名 | 所属研究機関・部局・職 | 役割分担（研究実施計画に対する分担事項） |
|--------|-------------|----------------------|
| 中村 美穂子 | 看護学部看護学科 | 企画・運営・文献収集・分析 |
| | | |
| | | |
| | | |

研究奨励交付金（配分額）

91,800 円

研究成果の概要（当該研究期間のまとめ、できるだけ分かりやすく記述すること。）

わが国は超高齢多死社会を迎える中、「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が進み、医療依存度の高い状態のまま療養の場を移行する患者は増加し、終末期がん患者においても、終末期ケアも含むQOLを重視した退院支援、在宅医療のニーズは高まっている。

がん患者の退院支援においては、退院調整看護師との協働に焦点を当てた病棟看護師のがん患者の退院支援尺度も開発されており、退院調整看護師との協働が、アセスメントや症状マネジメント、意思決定支援など病棟看護師の退院支援と相関があることが報告されている。このように、患者の最も身近にいる病棟看護師と退院調整看護師とが連携することによって、がん患者・家族が住み慣れた地域での生活者として、時期を逃すことなく望む療養の場へ移行することができるように報告されている。しかし、先行研究においては退院調整看護師、病棟看護師それぞれのがん患者への退院支援の実践について明らかにした研究は多くみられるものの、双方の連携及び終末期

がん患者の退院支援に焦点を当てた研究は見当たらない。

このことから、本研究では終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携の現状と課題を明らかにするため、終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携に関する文献検討を実施した。

研究分野／キーワード

「終末期がん患者」「退院支援」「退院調整看護師」「病棟看護師」「連携」

1. 研究開始当初の背景

1) 研究背景・研究の必要性・研究目的

わが国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年には医療・介護の需要が最も大きくなるとされ、在宅医療を必要とする者は2025年には29万人まで増加することが見込まれている。平均在院日数の短縮化とともに「病院完結型」の医療から「地域完結型」の医療への転換が進む中、医療依存度の高い状態のまま療養の場を移行する患者は増加し、終末期ケアも含むQOLを重視した在宅医療のニーズは高まっている。また、診療報酬改定の側面からも入院前から退院時までの切れ目ない支援の促進に対する評価が強化され、国も多職種連携を通して患者・家族の希望に沿った早期からの退院支援の充実を目指す施策を進めている。

国民の意向についてみると、介護が必要な状態になった場合、国民の7割が「自宅での介護」を望み、約6割が最期を迎える場所は「自宅」を希望している。がん患者においては終末期であっても痛みはなく、意識や判断力は健康なときと同様の場合には約5割の国民が自宅での療養を望み、そのうち約7割が「自宅」での最期を望んでいる。しかし、現状は様々な要因から最期の時を病院で迎える人が7割以上であり、がん患者においては自宅での最期を迎えているのは1割に満たず、国民の願いを実現することが困難である現状がある。

患者・家族の望む療養の場を選択することにおいて、がん患者では療養の場を変更する必要性の生じた時が、積極的治療から緩和ケアを中心とした治療へのギアチェンジの時期である場合も多く、患者・家族の戸惑いは大きいとされる。がん患者、家族は治療中であっても療養の場について考え選択することが求められ、積極的治療の中断という大きな選択と最期の時を過ごす療養の場の選択を同時に迫られることもある。このようにがん患者にとって、病を抱えながらも残された時間を過ごす場を選択するということは、人生の最期をどのように迎えるか、つまり人生を最期までどう生き抜くかを決定する重要な意味を持つことであると言える。

がん患者の経過は、比較的長い期間生活機能は保たれ最期の2ヶ月程で急速に機能が低下するため、療養の場を移す時期を逃がさない退院支援が求められる。そのため日々病棟で患者・家族に関わる病棟看護師と共に、がん患者が地域社会の中で病を持ちながら生活していくための方法や手段を考える専門性を持った退院調整看護師との連携の必要性が多くの先行研究でも述べられている。また、がん患者の退院支援においては、退院調整看護師との協働に焦点を当てた病棟看護師のがん患者の退院支援尺度も開発されており、退院調整看護師との協働が、アセスメントや症状マネジメント、意思決定支援など病棟看護師の退院支援と相関があることが報告されている。このように、患者の最も身近にいる病棟看護師と退院調整看護師とが連携することによって、がん患者・家族が住み慣れた地域での生活者として、時期を逃すことなく望む療養の場へ移行することができるように報告されている。

しかし、先行研究においては退院調整看護師、病棟看護師それぞれのがん患者への退院支援の実践について明らかにした研究は多くみられるものの、終末期がん患者の退院支援において双方の連携に焦点を当てた研究は見当たらない。病棟看護師と退院調整看護師は同じ看護職であっても退院支援における連携の困難さについても報告され、終末期がん患者の退院に向けた退院調整看護師と病棟看護師との連携がどのようになされれば、がん患者・家族の希望に沿った療養場所への移行を実現できるのかについて明らかにする必要があると考えた。

このような背景から、本研究では終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携の現状と課題を先行研究より明らかにすることを目的に研究を実施することとした。

2) 期待される成果

終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携の現状と課題を明らかに

することにより、双方が連携し入院早期から退院に向けての切れ目のない支援への取り組みへの示唆が得られる。そのことにより、がん患者・家族が時期を逃がすことなく、望む療養の場を選択・移行することに繋がる。また、がん患者の希望に沿った療養場所で患者らしく過ごすことを叶えることは、家族にとっても、患者が旅立った後も生きていく力となり、グリーフケアのひとつとなりうると考えた。

3) 本研究に関連する現在までの研究

研究者は、2017年度より退院支援部門を有する医療機関を対象に、退院支援部門の実態及び退院支援・退院調整に関する実態調査を実施した。また、がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携を促進するための因子について明らかにすることを目的とし、九州・中国・四国地域における100床以上の医療機関における退院調整看護師を対象に調査研究を行ってきた。その結果、先行研究の結果と同様に退院支援において退院支援に従事する専門職は病棟看護師との連携の必要性は多くの者が感じながらも、連携の取りやすさや連携の実際には結びついていない者もいることが明らかとなった。また、がん患者の退院支援において病棟看護師と退院後の患者・家族についてのフィードバックカンファレンスを開催していることや、退院前カンファレンスへの病棟看護師の参加状況等が退院調整看護師と病棟看護師との連携に関連していることが明らかとなった。

このことから、終末期がん患者の退院支援においても退院調整看護師と病棟看護師との連携には課題があることが予測される。また、疾患により患者・家族の辿る経過は異なり、意思決定支援、退院支援が必要となるタイミングや内容も終末期がん患者特有の特徴があると考えられた。そのため、本研究では、退院調整看護師と病棟看護師の連携の現状と課題を明らかにするため、終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携に関する文献検討を行いたいと考え、本研究に取り組んだ。

2. 研究の目的

終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携の現状と課題を先行研究より明らかにすること。

3. 研究の方法

1) 文献選定方法

医学中央雑誌web版を活用し、検索式に「終末期 and (退院調整看護師 or 退院支援看護師 or 病棟看護師)」「がん(ターミナルケア) and (退院調整看護師 or 退院支援看護師 or 病棟看護師)」「連携 and (退院調整看護師 or 退院支援看護師 or 病棟看護師)」「在宅医療(在宅療養)」をキーワードに国内の論文を検索した。絞り込み条件を「原著論文」とし、分析対象文献の選定基準は、「退院調整看護師もしくは病棟看護師による終末期がん患者の退院支援に関する記述がある」「小児の症例を除く」「学術論文としての形式が整っている」とした。

上記より抽出した文献をもとに、終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携の現状についてまとめ、課題及び今後の可能性について検討した。

2) 分析方法

分析対象とした文献から、終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携の現状に関する記述を抽出した。

3) 用語の定義

本研究において、各用語について以下の通り定義した。

(1) 終末期がん患者

複数の医師が客観的な情報を基に、治療により病気の回復が期待できないと判断し、かつそのことについて患者・家族・医師・看護師等の関係者が納得し、死を予測し対応を考える時期にあるがん患者¹⁾とする。

(2) 退院支援

終末期がん患者が、時期を逃すことなく病院を退院し、安心して次の療養の場所で生活することを目指して行われる患者、家族への支援全般と定義する²⁾。このうち、外部の資源調整や特別な教育等を要する場合の、計画立案や調整、指導について「退院調整」と称する場合もあるが²⁾、本研究においては、患者の円滑な療養場所の移行に必要な人的・物的調整も含め、退院支援とする。

(3) 退院調整看護師

退院支援に関する先行研究において、「退院支援看護師」、「退院調整看護師」という言葉が使用されているが、本研究においては、退院支援部署において主に退院支援業務を行っている専任または兼任の看護職員とする³⁾。

(4) 病棟看護師

医療機関の病棟において、患者の日常生活の援助と診療の補助を主な業務としている看護職者の総称とする²⁾。

(5) 連携

退院調整看護師と病棟看護師が終末期がん患者の退院支援について、共通理解を図り、役割を尊重し合いながら協力し合って動くこととする^{4,5)}。

4. 研究の主な成果

1) 本研究課題の主な成果

検索の結果、137文献が抽出され、選定基準を満たす15文献を分析対象とした(表1)。

(1) 終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携について

分析対象とした文献の中で、終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携に関する記述があったのは、以下の5文献であった。5つの文献において明らかにされている退院調整看護師と病棟看護師の連携に関する記述を以下に述べる。

① 病棟看護師の退院支援部署の活用や退院支援部署スタッフとの連携と終末期がん患者の在宅療養移行の実現との関連について

福井は、入院中の末期がん患者の在宅療養移行を検討した患者に焦点を当て、在宅療養移行の実現・非実現と、それに関連する患者・家族の状況および自宅療養移行検討時の看護支援内容と他職種との連携の状況を明らかにしている⁶⁾。

病棟看護師が実施した看護支援内容のうち、在宅療養移行実現との関連で有意差の見られた項目に退院支援部署の活用が含まれていた⁶⁾。その他、在宅で使用できる社会資源に関する情報提供、介護保険・医療保険などの制度に関する情報の提供、地域の職種とのカンファレンスの実施(訪問看

看護師含む)、緊急時の連絡体制・受入体制の保証を実施したことが、在宅療養移行の実現に有意に関連していたと報告している⁶⁾。そして、かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネージャーの3職種と連携をとっていた場合に有意に高い割合で在宅療養移行が実現していた⁶⁾。一方で、退院支援部署スタッフ、MSW、薬剤師、栄養士との連携は関連が見られなかったとしている⁶⁾。

②病棟看護師が認識する終末期がん患者の在宅療養移行支援における役割の中での退院調整看護師との連携について

吉岡らは、がん診療連携拠点病院において、終末期がん患者の在宅療養移行支援を実践する病棟看護師を対象に面接調査を実施し、終末期がん患者の在宅療養移行支援における看護師の役割について明らかにしている⁷⁾。終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識には「《在宅療養移行支援における関連職種連携力の発揮》」⁷⁾があるとし、病棟看護師は「〈チームメンバーとして自立的に在宅療養移行に関わる〉」⁷⁾、「〈在宅療養移行を見越して早期からチームで動く〉」⁷⁾といった「【在宅療養移行支援におけるメンバーシップの発揮】」⁷⁾を認識していた。また、「〈チーム内の情報共有〉」⁷⁾を大切に、「【在宅療養移行支援のための情報提供と活用】」⁷⁾の役割があると認識している。そして「〈カンファレンスへの積極的参加〉」⁷⁾や「〈状況に応じたカンファレンスの開催〉」⁷⁾、「〈多職種カンファレンスを活用して在宅療養移行を推進する〉」⁷⁾ことを意識し「【在宅療養移行に向けたカンファレンスの運営】」⁷⁾を行なっていることも明らかになっている。退院調整看護師との連携については、「退院調整ナースが病棟に来た際に、違う患者の相談もしてみる」⁷⁾、「地域に強い退院調整ナースから情報を得て、患者や家族への情報提供に役立てる」⁷⁾というように「【在宅療養移行に向けた組織のリソースの活用】」⁷⁾を行うことを意識し、連携を図っていることが報告されている。

一方で、「《在宅療養移行支援における役割開発への取り組み》」⁷⁾として、病棟看護師は「【在宅療養移行に対する自己の課題の認識】」⁷⁾をしていることが明らかにされている。その中で、「家族への説明について、退院支援ナースに任せっきりになっていることを反省している」⁷⁾、「退院調整ナースや先輩ナースがどうにかしてくれるという甘えもある」⁷⁾というように「〈自己の実践を振り返る〉」⁷⁾ことも認識していた。そして「【在宅療養移行支援における自己啓発】」⁷⁾の中で、「早めに退院調整ナースに相談しておく」⁷⁾、「退院の話が出る前から退院支援ナースに情報提供し、相談しておく」⁷⁾というように「〈在宅療養移行を見越して自己の準備性を高める〉」⁷⁾ことも行なっている。更に病棟看護師は退院支援に関する研修会への参加等「〈在宅療養移行支援に関する学習意欲を持つ〉」⁷⁾ことも明らかにされている。

③急性期病院における病棟看護師のがん患者退院支援の問題と課題、問題と課題を解決するために病棟看護師が考える退院調整看護師との協働について

木場は、急性期病院の病棟看護師を対象とした調査から急性期病院における病棟看護師のがん患者退院支援の問題と課題、問題と課題を解決するために病棟看護師が考える退院調整看護師との協働について明らかにしている⁸⁾。病棟看護師は、「患者家族両者の希望や思いに沿うことの難しさ」⁸⁾や「支援のタイミングを逃し、調整に時間がかかる」⁸⁾こと、「転院も含めた調整の中での医師との連携」⁸⁾の難しさを認識していた。また、「病棟看護師の社会資源やサービス調整に対する知識不足や苦手意識」⁸⁾、「医療処置を伴うこと」⁸⁾や「疼痛コントロール」⁸⁾についても課題であると認識していた。これらの問題や課題を解決するための退院調整看護師との協働については、「患者家族の意向を考えた情報の共有を念頭ににおいた調整の必要性」⁸⁾や「在宅で受けられるサービスの活用方法の考慮や選択」⁸⁾、「目標を共有し、具体的内容について医師へ相談することや患者家族の思いの橋渡しとなること」⁸⁾、「患者・家族の意向や生活状況、協力体制などの細かな情報共有の必要性」

8)、「患者家族の思いの傾聴」⁸⁾、「社会資源の活用」⁸⁾があると明らかにしている。

④がん患者退院支援尺度と病棟看護師と退院調整看護師との協働の関連性について

木場らは、退院調整部署を有するがん診療連携拠点病院において退院支援が必要ながん患者のいる病棟の看護師を対象とした調査より、がん患者退院支援尺度を作成し急性期病院の病棟看護師のがん患者の退院支援の実態を捉えるとともに、退院調整看護師との協働との関連を明らかにしている⁹⁾。この調査により作成されたがん患者退院支援尺度には、「【退院調整看護師との協働】」⁹⁾が因子として含まれている。因子の内容は、病棟看護師が「退院調整看護師と入院中の情報を共有」⁹⁾することや、「退院調整看護師にアドバイスを受たり、相談や質問ができています」⁹⁾こと、「退院調整看護師と役割分担をしている」⁹⁾ことが挙げられる。また、「退院調整看護師と互いに学び合う姿勢で関わっている」⁹⁾ことや、「退院調整看護師との信頼関係ができています」⁹⁾といった関係性に関する内容とともに、「退院調整看護師の役割を知っている」⁹⁾、「退院調整看護師と患者・家族の情報分析、ニーズの把握、アセスメントをしている」⁹⁾、「退院調整看護師と早期連携・継続的アプローチを行っている」⁹⁾、「退院調整看護師と協働し、在宅療養必要物品の準備と供給ルートの確保ができています」⁹⁾といった内容が含まれている。

また、この調査におけるがん患者退院支援尺度の得点状況をみると、「【退院調整看護師との協働】」⁹⁾は、「【入院時の生活環境と福祉の利用状況の把握（平均得点：2.98±0.76点）】」⁹⁾、「【意思決定支援・自立支援（3.21±0.60点）】」⁹⁾に次いで7因子中3番目に平均得点が低かった（3.23±0.80点）⁹⁾。更に、看護師の背景とがん患者退院支援尺度の各因子との関連においては、退院支援への興味・関心がある人ほど「【退院調整看護師との協働】」⁹⁾の平均得点が有意に高い結果であった（ $p<0.001$ ）⁹⁾。また、退院後フィードバックカンファレンスまたは事例検討会がよくある人ほど、「【退院調整看護師との協働】」⁹⁾、「【意思決定支援・自立支援】」⁹⁾、「【退院に向けてのチームアプローチ】」⁹⁾、「【入院時の生活環境と福祉の利用状況の把握】」⁹⁾、「【症状マネジメント】」⁹⁾の平均得点が有意に高いことが明らかになっている（ $p<0.001$ ）⁹⁾。そして「【退院調整看護師との協働】」⁹⁾は、がん患者退院支援尺度のその他の因子全てと関連を示していることも明らかにされている⁹⁾。

⑤積極的治療が困難になったがん患者への退院支援における退院支援看護師の実践能力について

廣田らは、戸村らの「退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度（NDPAS）」を使用して積極的治療が困難になったがん患者への退院支援における退院支援看護師の実践能力について明らかにしている¹⁰⁾。NDPASの総得点の中央点は15.5点（20点満点）であり、下位尺度得点の中央点（各5点満点）は、「退院後のケアバランスの見積力」4.0点、「患者・家族との合意形成力」4.0点、「退院後のケアバランスの調整力」3.7点、「退院後の療養場所の移行準備力」4.0点であった¹⁰⁾。最も平均点の低かった「退院後のケアバランスの調整力」は院内外の関係者に働きかける能力であり、「患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する」¹⁰⁾は「だいたいできている・十分できている」と回答した者は48.4%であった¹⁰⁾。

また、「退院後のケアバランスの調整力」は看護師経験と退院支援看護師経験の長い群で、「退院後のケアバランスの見積力」と「療養場所の移行準備力」は退院支援看護師経験年数の長い群と在宅・地域ケアの勤務経験ありの群でそれぞれ有意に高いことが明らかにされている¹⁰⁾。

（2）退院調整看護師と病棟看護師との連携についての記述がみられなかった文献について

分析対象とした15文献のうち、（1）で述べた以外の10文献においては、がん患者の退院支援についての記述はみられたが、退院調整看護師と病棟看護師の連携に関する記述はみられなかった。

①急性期病院における病棟看護師のがん患者の退院支援の実態について

木場らは、退院調整部署を有するがん診療連携拠点病院において、退院支援が必要ながん患者のいる病棟に勤務する病棟看護師を対象とし、病棟看護師の退院支援の実態を調査している¹¹⁾。その結果、急性期病院における病棟看護師のがん患者退院支援の中で平均点が高かった項目は「同居家族・別居家族を含めて主な介護者や支える家族の存在を確認する」¹¹⁾、「苦痛症状やADL低下が及ぼしている日常生活への影響を把握している」¹¹⁾、「入院後48時間以内にスクリーニングする」¹¹⁾等であった。その一方で、平均得点が低かったものは「経済的情報を得ている」¹¹⁾、「社会保障制度や社会資源について情報提供をしている」¹¹⁾、「介護認定結果後在宅へ退院してもらう」¹¹⁾、「家族間で異なる意見の調整」¹¹⁾、「医療機器・医療処置へのトラブル対応の説明」¹¹⁾、「在宅で受けられる医療や看護とその費用等の説明」¹¹⁾といった退院後の生活を組み立てる上で必要な支援が挙げられている。しかし、病棟看護師が行うがん患者の退院支援の項目の中には、退院調整部署との連携や退院調整看護師との連携についての記述はみられなかった¹¹⁾。

②病棟看護師のがん患者の退院支援の自己評価について

山路らは終末期がん患者の退院支援に携わった経験のある病棟看護師を対象とした調査から、病棟看護師の終末期がん患者に対する退院支援の実践の自己評価を明らかにしている¹²⁾。その結果、病棟看護師の終末期がん患者に対する退院支援の実践の自己評価には【終末期がん患者の退院のタイミングや症状緩和に関する援助】¹²⁾、【患者への余命や告知、療養についての要望確認】¹²⁾、【家族への余命や告知、療養についての要望確認】¹²⁾、【患者、家族、医療者の思いのずれの調整】¹²⁾の4つの因子があるとしているが、その中には退院調整看護師との連携についての記述は含まれていなかった¹²⁾。

また、田村らのがん診療連携拠点病院で通常業務で退院支援を行う病棟看護師を対象とした調査から、病棟看護師のがん患者への在宅の視点を持った看護実践自己評価に関連する要因について明らかにしている¹³⁾。病棟看護師のがん患者への病棟看護師の在宅の視点を持った看護実践自己評価は、訪問看護師や診療所医師、ケアマネージャーとの連携を含む地域の医療者との連携の自己評価得点が低い結果となっていた¹³⁾。

③病棟看護師のがん患者に対する意思決定支援の実態について

西尾らは、がん患者の治療法の意思決定に対する病棟看護師の支援の実態とその影響要因について明らかにしている¹⁴⁾。医師による治療法の説明に関わる看護援助は4因子抽出され、「“説明内容の理解と精神援助”」¹⁴⁾では、「医師からの説明後に補足説明をする・カンファレンス等を行い、看護師間で患者の情報を共有する」¹⁴⁾ことを行なっていた。そして「患者の代弁者となり、医師に伝える・患者への説明前に医師と情報交換をする」¹⁴⁾ことを通し「“医師との連携”」¹⁴⁾を図っていた。また、「説明の場に同席する・説明場所の設営をする」¹⁴⁾ことにより「“説明の場の調整”」¹⁴⁾も行なっていた。しかし、退院調整看護師との連携に関する記述はみられなかった。これらの実態に影響する要因としては、講習会への参加や専門書による学習、先輩・上司による指導を有することが4因子すべてにおいて有意に因子得点が高い結果であったと報告されている¹⁴⁾。

また、梶山らは、終末期がん患者をケアする機会のある病棟に所属する看護師を対象とした調査から、終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態とその関連要因を明らかにしている¹⁵⁾。終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態として、症状マネジメント等の患者の基本的ニーズの充足を中心に看護実践していると評価されていた¹⁵⁾。その一方でチームカンファレンスにおいて在宅療養移行について検討するといった

、患者の希望に沿った最期の過ごし方について話し合うことや、他職種を巻き込んだ検討については他の看護実践と比べ評価の点数が低い結果であると共に、退院調整看護師との連携に関する記述はみられなかった¹⁵⁾。

④病棟看護師の進行がん患者の終末期の話し合いにおいて同席を阻害している要因について

原田らは、がん診療拠点病院において外来又は病棟で進行がん患者に関わっている看護師を対象とした調査から、進行がん患者の終末期の話し合いにおいて、病棟看護師の同席を阻害している要因について明らかにしている¹⁶⁾。その結果、5つの阻害要因を明らかにしている。その中には「〈看護師の同席の必要性の認識不足〉」¹⁶⁾や「〈残された時間を支えたいという思いの不足〉」¹⁶⁾といった病棟看護師の「【話し合いへの同席の必要の認識不足】」¹⁶⁾があるとされる。また、医師が「〈多忙な看護師への声かけの躊躇〉」¹⁶⁾をすることや「〈医師と看護師の繋がり希薄〉」¹⁶⁾といった「【医療者間の連携不足】」¹⁶⁾が報告されている。しかし「【医療者間の連携不足】」¹⁶⁾の中にも医者と病棟看護師との連携の記述のみであり、退院調整看護師との連携についての記述はみられなかった¹⁶⁾。

⑤病棟看護師のがん患者の退院支援に対する思いについて

大概らは、大学病院におけるがん患者の退院支援において、訪問看護ステーションとの連携が多く行われた病棟の訪問看護師と連携の経験があった看護師を対象とし、訪問看護師との連携に焦点を当てて大学病院におけるがん患者の退院支援への病棟看護師の思いを明らかにしている¹⁷⁾。

病棟看護師は「【訪問看護師は退院支援における良きパートナーである】」¹⁷⁾と感じ、「〈患者・家族の不安が軽減できる〉」¹⁷⁾ことや「〈医師との連携が取りやすくなる〉」¹⁷⁾などから「【患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしい】」¹⁷⁾と感じていた。そして、「〈病棟看護師は退院後の患者・家族のことが気がかりである〉」¹⁷⁾とし、「【退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしい】」¹⁷⁾と感じ、そのことにより「〈病棟看護師の退院支援に対するモチベーションの向上に繋がる〉」¹⁷⁾、「〈退院支援の評価があると次の退院支援に繋がる〉」¹⁷⁾と感じていることが明らかになっている。

また、加利川らは、一般病棟看護師がギアチェンジ期にあるがん患者とその家族に対し療養場所選択の支援にどのような困難を抱えているのか実態を明らかにしている¹⁸⁾。病棟看護師が認識する療養場所選択を阻害する医療者側の要因の中で、「《看護師は医師の意向に従う傾向にある》」¹⁸⁾ことや「《医療者間の情報共有の困難さ》」¹⁸⁾といった「【医療者間の連携不足】」¹⁸⁾が報告されている。また、「【医療者による療養場所支援時期のズレ】」¹⁸⁾があるとし、「《自宅に帰るタイミングを失った》」¹⁸⁾、「《患者の病状悪化》」¹⁸⁾、「《合併症の併発》」¹⁸⁾、「《退院支援の遅延》」¹⁸⁾があると看護師は捉えている。ここでの「【医療者間の連携不足】」¹⁸⁾においても、退院調整看護師との連携についての記述はみられなかった。

石原らは、緩和ケア中心の療養へ移行するがん患者の療養に対する病棟看護師の認識と、意思決定との関わり、及びこの時期を支援する看護師の受け止めを明らかにしている¹⁹⁾。その中で、病棟看護師は、病棟看護師として出来る支援に限界があることを感じており、関わりたいが躊躇する思いもある中で、自分たち以外に支援できる専門家がいるならば「[治療方針の意思決定や在宅調整は適任者にお任せする方が良い]」¹⁹⁾と考えていることが明らかになっている¹⁹⁾。また、療養場の選択に関する意思決定支援は看護相談にお任せするといった記述もみられている¹⁹⁾。ここでの「適任者」や「看護相談」がどのような職種や部署、機関を指すのかは明確にはされていないが、退院調整看護師との連携に関する記述はみられなかった¹⁹⁾。

⑥急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と、病棟看護師が認識する課題について

井上らは、病棟看護師を対象とした調査により急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と、看護師が認識する課題を明らかにしている²⁰⁾。急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における3つの看護援助のうち、「《安心して在宅療養生活を送るための看護援助》」²⁰⁾では、「【適切な社会資源の活用に向けた援助】」²⁰⁾を行なっていることが明らかになっている。病棟看護師は、「『地域の医療機関との連携に必要な情報を患者・家族から細やかに収集する』」²⁰⁾ことを行い、「『退院調整の進捗状況がわかるように詳細にカルテ記載する』」²⁰⁾ことを行っていた。また、「『必要な社会資源を速やかに導入するためにケアマネージャーと連携を図る』」²⁰⁾、「『地域の医療機関との円滑な連携のために、情報交換を密に行う』」²⁰⁾、「『退院前カンファレンスを開催し地域の医療機関との連携強化を図る』」²⁰⁾といった他職種・他機関との連携も行っていた。そして、「【緊急時の具体的対応の説明】」²⁰⁾を行うとともに、「【患者の意思を尊重するための援助】」²⁰⁾として「『患者・家族の在宅療養への意思を確認しチームで共有する』」²⁰⁾、「『患者・家族が希望する自宅での生活を送れるよう医師に働きかける』」²⁰⁾ことを行っていた。しかしこの中にも退院調整看護師との連携に関する記述はみられなかった²⁰⁾。

終末期がん患者の退院支援における病棟看護師が認識する課題については、3つの課題に分類されている²⁰⁾。その中でも、「《医療者の要因による課題》」²⁰⁾として「『社会資源に関する知識が少なく十分な援助を提供できない』」²⁰⁾、「『これまでの経験により援助の質や内容に差が生じる』」²⁰⁾といった「【看護師自身の知識・経験の不足】」²⁰⁾が挙げられている。そして「【医師の意向が優先される風土】」²⁰⁾があることも明らかにされている。

2) 考察

退院支援・退院調整に関する書籍及びがん患者に限定しない退院支援に関する先行研究では、退院調整看護師、病棟看護師双方が退院支援の必要性を認識していると共に、それぞれの立場で果たすべき役割、機能について明らかにされている^{3, 6, 9, 11, 17, 21~33)}。また、退院調整看護師と病棟看護師は互いの役割に期待を寄せ、患者・家族の希望に沿った退院後の生活を実現するために連携する必要があることが多くの先行研究で述べられている^{9, 11, 21, 32, 34, 35)}。がん患者に対する退院支援においても、病棟看護師は日々のケアを通して疾病受容支援・自立支援を実践し、退院調整看護師は要所所で患者の個別性に合わせた情報提供を行い、病棟・外来の看護師の支援や実践をサポートするとされる³⁶⁾。以下、今回がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携について明らかになったことを考察する。

(1) 終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携の現状について

今回分析対象とした15文献のうち、退院調整看護師と病棟看護師との連携に関する記述のみられた文献は5文献であった。その中で、病棟看護師を研究対象とした文献は4文献であり、退院調整看護師を研究対象とした文献は1文献であった。このことから、終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携については、病棟看護師の立場から退院調整看護師との連携を明らかにした文献が多いことが考えられる。

吉岡らの研究⁷⁾から、病棟看護師はがん患者の退院支援において退院調整看護師を連携する職種の一つとして認識し、同じ組織内のリソースであると認識していると言える。更に、がん患者へ提供する退院支援をより高めるための助言や、自己啓発に関する支援についても退院調整看護師に求めていることがわかる。また、木場の調査では、病棟看護師が抱えるがん患者に対する退院支援における問題解決のため、退院調整看護師と協働していることについて述べられている⁸⁾。その内容は、

患者家族の意向や生活状況等の細やかな情報共有や、在宅生活を支える社会資源の活用方法の検討や選択、患者家族そして医療者間の意思決定支援であった⁸⁾。更に、急性期病院の病棟看護師のがん患者の退院支援の実態を捉える尺度開発においては、退院調整看護師との協働の視点を含んだ尺度が開発されている⁹⁾。この中でも、病棟看護師と退院調整看護師との情報共有や、退院調整看護師に病棟看護師が助言・相談を行うこと、退院調整看護師と患者・家族の情報分析やニーズの把握、アセスメントをしていることや、在宅療養において必要な資源の確保を行うといった内容が含まれている⁹⁾。

このように、がん患者の退院支援においても、退院調整看護師と病棟看護師は連携を図っていることが明らかにされており、その内容としては、患者・家族へ提供する退院支援のための細やかな情報共有、意思決定支援が含まれている。また、退院後の生活を支えるための社会資源の検討や調整については退院調整看護師の知識や技術を活用し、退院支援を実施している現状が伺える。そして、病棟看護師はがん患者の退院支援において何らかの困難さや課題を抱え、その解決の方略を探るために退院調整看護師からの助言や後方支援といった連携、協働を求めていると言える。

退院調整看護師の病棟看護師に対する教育的かかわりについては、がん患者に限定しない退院支援における先行研究において同様のことが報告されている。山本らによれば、退院調整看護師は退院支援における「“状況の認識”」³⁴⁾、「“働きかけ”」³⁴⁾を通して病棟看護師の実践能力向上に向けたかかわりを行っていることが明らかにされている³⁴⁾。退院調整看護師は、「【病棟看護師の退院支援を展開する力】」³⁴⁾や「【病棟看護師の患者・家族の生活や意向に沿った退院支援に取り組む意識】」³⁴⁾といった「“状況の認識”」³⁴⁾を行っていた。そして、「【病棟看護師の退院支援を展開する力を高める】」³⁴⁾、「【病棟看護師が退院支援の中心の役割を担う意識を高める】」³⁴⁾、「【病棟看護師を後方から支援する】」³⁴⁾といった働きかけを行っていると言われる。また、田中らによる調査では、退院調整看護師による病棟看護師との連携の効果を高める教育活動の内容が明らかにされている。院内看護師教育の中に介護保険・社会保険制度や在宅医療に関わる職種の役割等、退院支援に関する講義を取り入れることや、退院調整看護師が病棟に出向き、患者の希望を叶えるために必要な支援について看護師と話し合う病棟カンファレンスに参加することが教育活動として報告されている²¹⁾。

このように、がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携の中にも、病棟看護師が実践するがん患者への退院支援の質向上及び病棟看護師の退院支援能力の向上に向けた教育的かかわりが含まれていると考えられる。これは、がん患者に限定しない退院支援に関する先行研究の結果と同様のものであり、退院調整看護師と病棟看護師双方が、それぞれの持つ知識や技術、役割を認め信頼し合うことにより、患者・家族の想いを中心に据えた退院支援を展開する上での連携が深まって行くものと考えられる。

(2) 退院調整看護師の終末期がん患者への退院支援実践能力について

廣田らは、調査結果より、退院調整看護師は積極的治療が困難になったがん患者に対して一定以上の退院支援実践能力を有すると述べている¹⁰⁾。一方で、退院調整看護師が院内外の関係者に働きかける能力である「退院後のケアバランスの調整力」¹⁰⁾の得点は他の能力の得点よりも低く、この結果は、戸村らの全国調査の結果³⁰⁾と一致しており、終末期がん患者か否かに関わらず退院調整看護師が苦慮する退院支援の内容であるとしている¹⁰⁾。特に、「退院後のケアバランスの調整力」¹⁰⁾に含まれる「患者の状況に応じて、病院スタッフの中から、退院支援のために必要なメンバーを選定する」¹⁰⁾という項目は「あまりできていない」と回答した退院調整看護師の割合が全項目のうち最も多く、院外の多機関、多職種との連携のみならず院内の多職種との連携においても終末期がん患者の退院支援において退院調整看護師が難しさを感じていることが考えられる。しかし、「退院後

のケアバランスの調整力」¹⁰⁾は看護師経験年数や退院調整看護師経験年数、退院支援部署での積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験年数が長いことが実践能力に影響している可能性が示唆されており¹⁰⁾、退院調整看護師自身も看護師経験や退院支援経験の中で知識や経験を積み重ね、終末期がん患者の退院支援に活かすことで、病棟看護師を含む院内の多職種との連携を深めていくことができるのではないだろうか。

(3) 終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携に関する今後の可能性について

今回分析対象とした文献のうち10文献においては、急性期病院における病棟看護師のがん患者の退院支援の実態や、病棟看護師のがん患者の退院支援の自己評価、病棟看護師のがん患者の退院支援に対する思い、終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と病棟看護師が認識する課題等が明らかにされているが、退院調整看護師と病棟看護師との連携に関する記述が見られなかった。

一方で、田村らの調査結果によると病棟看護師のがん患者への病棟看護師の在宅の視点を持った看護実践自己評価は、訪問看護師や診療所医師、ケアマネージャーとの連携を含む「地域の医療者との連携」¹³⁾の自己評価得点が低い結果となっていたとされる¹³⁾。また、病棟看護師は訪問看護師を退院支援における良きパートナーであると感じ、患者・家族に対し入院中から訪問看護師に関わってほしいことや、退院後の状況を病棟看護師にフィードバックしてほしいと感じていることが明らかになっている¹⁷⁾。

このような院内外の多機関、多職種との連携を図ることについて、宇都宮は、退院調整看護師には在宅ケアに関する知識をもとに地域の社会資源を把握し、患者に必要なサービスへのマッチングが求められると共に、院内外の関係者との連携を行い、患者・家族を中心としたチームケアのマネジメントが求められるとしている³¹⁾。このように、病棟看護師と地域の多職種との連携を支援することは退院調整看護師に求められる役割であり、がん患者の退院支援においても同様であると考えられる。特に、在宅移行後も高度な医療管理を求められる可能性の高いがん患者においては、より多くの機関、職種が在宅療養を支えることとなると共に、特に訪問看護師と入院中の医療機関との連携は必須であると言える。加えて、木場らの調査では、病棟看護師のがん患者退院支援合計得点と「院内チームと情報共有しながら対応を相談」¹¹⁾していることや「退院後フィードバックカンファレンス」¹¹⁾を開催していること、「がん患者退院支援経験と成功体験」¹¹⁾があることは正の相関が見られたことが報告されている¹¹⁾。このことから、退院調整看護師が病棟看護師と訪問看護師等の地域の多機関、多職種を繋ぐ橋渡しの役割を担い、退院後のフィードバックカンファレンスを開催するといった病棟看護師との連携を図っていくことが今後更に求められるのではないだろうか。

そして、井上らの調査において明らかにされている終末期がん患者の退院支援における病棟看護師が認識する課題の中に、社会資源に関する知識が少なく十分な援助を提供できないといった

「【看護師自身の知識・経験の不足】」²⁰⁾が挙げられている。病棟看護師は、終末期がん患者・家族が安心して在宅療養生活を送るために、適切な社会資源の活用に向けた援助を行なっていることが明らかになっている一方で、社会資源の調整に関する知識・経験不足を不安に思っていると言える。木場らの先行研究によると、急性期医療を担い退院調整部署を有するがん診療拠点病院においてがん患者の退院支援に従事する病棟看護師のうち、院外の退院支援に関わる研修会やセミナーの参加経験のない看護師は81.9%であり、70%以上の看護師が患者の退院後のフィードバックカンファレンスまたは事例検討会等、退院支援活動の振り返りの機会がないと回答している⁹⁾。更に、患者の退院後、訪問看護師と共に在宅への同行訪問の実施については全くしていないと回答した看護師は83.8%であり、病院から在宅への退院前訪問の経験がないと回答した看護師も95.0%であった⁹⁾。この結果から、病棟看護師は興味・関心はありながらも患者・家族の退院前、退院後の生活につい

て知る機会を十分に有しているとは言い難いことが伺える。これはがん患者の退院支援においても同様のことが考えられ、特に退院の時期の見定めが難しい終末期がん患者の場合であれば、病棟看護師が感じる困難感は終末期がん患者特有のものものあると考えられる。

退院調整看護師が退院支援を担当する患者の特徴としては、継続的な医療処置が必要な患者が約7割と最も多く、終末期の患者も5割台と、医療ニーズを要する患者を多く担当していることが報告されている³⁰⁾。特に、難病患者や終末期患者の在宅療養への移行では、病状に応じた対応の必要性を予測し、訪問看護の利用を考えているとされる³⁷⁾。このように、退院支援を行う上でより支援ニーズの高い患者の支援を担当し社会資源の活用を検討している退院調整看護師が、病棟看護師が苦手と認識する新たな生活を再構築するための社会資源の調整の部分を補いながら連携を図っていくことは、終末期がん患者の退院支援において更に強化が必要であると考えられる。

3) 本研究の限界と今後の課題

今回は海外の終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師との連携に関する知見については分析することができなかった。日本では9割以上の終末期がん患者の療養場所が病院であるのに対し、欧米では2人に1人、英国では3人に1人の終末期がん患者は在宅で療養しているとされる⁶⁾。我が国と海外とでは医療提供体制に違いがあることも踏まえた上で、今後海外での終末期がん患者の退院支援や在宅療養に関する知見についても整理するとともに、退院支援を専門的に担う看護職と病棟看護師との連携についても分析していく必要があると考えている。

4) 結論

終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師と病棟看護師の連携については、がんに限定しない退院支援に関する先行研究同様、連携の必要性と現状について明らかにされていた。また、終末期がん患者の退院支援における退院調整看護師の実践能力についても明らかにされていた。

しかし、病棟看護師を調査対象とした研究がほとんどであり、退院調整看護師の立場から終末期がん患者の退院支援における病棟看護師との具体的な連携について明らかにした文献はみられなかった。今後は、退院調整看護師の立場から終末期がん患者の退院支援における病棟看護師との連携の実態や課題について明らかにしていく必要がある。

引用文献

- 1) 公益社団法人 全日本病院協会. 終末期医療に関するガイドライン～よりよい終末期を迎えるために～ (平成28年11月)
https://www.ajha.or.jp/voice/pdf/161122_1.pdf (2022年4月2日アクセス)
- 2) 看護学大事典. 第6版. 東京: メヂカルフレンド社. 2013.
- 3) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代 他. 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. 日本看護科学会誌 2013; 33 (3) : 3-13.
- 4) 広辞苑. 第六版. 東京: 岩波書店. 2008.
- 5) 田中克恵, 加藤真由美. 特別養護老人ホーム入所者の終末期に関わる多職種チームケア成果尺度の開発. 日本看護科学会誌 2017; 37 : 279-287.
- 6) 福井小紀子. 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討ー在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果. 日本看護科学会誌 2007; 27 (3) : 48-56.
- 7) 吉岡さおり, 片山はるみ. 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の認識. 日本看護科学会誌 2018; 38 : 133-141.

- 8) 木場しのぶ. 急性期病院における病棟看護師のがん患者退院支援の問題の本質と課題検索－問題解決に向けた退院調整看護師との協働とは－. 看護・保健科学研究誌 2019 ; 19 (1) : 83-91.
- 9) 木場しのぶ, 齋藤智恵. 急性期病院におけるがん患者への退院支援－病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性－. 日本看護科学会誌 2017 ; 37 : 298-307.
- 10) 廣田真由美, 表志津子, 岡本理恵 他. 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援における退院支援看護師の実践能力. Palliative Care Research 2020 ; 15 (4) : 345-353.
- 11) 木場しのぶ, 齋藤知江. 急性期病院における病棟看護師のがん患者への退院支援の実態. インターナショナルNursing Care Research 2017 ; 16 (4) : 11-21.
- 12) 山路朋子, 前田修子, 村角直子. 病棟看護師の終末期がん患者に対する退院支援の実践自己評価と関連要因の検討. 日本看護学会誌 2020 ; 40 : 562-571.
- 13) 田村瞳, 森礼美, 大町いづみ. 病棟看護師のがん患者への在宅の視点を持った看護実践自己評価に関連する要因. 保健学研究 2019 ; 32 : 65-73.
- 14) 西尾亜理砂, 藤井徹也. 病棟看護師におけるがん患者の治療法の意味決定支援と影響要因に関する検討. 日本看護科学会誌 2011 ; 31 (1) : 14-24.
- 15) 梶山倫子, 吉岡さおり. 終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意味決定支援の実態とその関連要因. Palliative Care Research 2018 ; 13 (1) : 99-108.
- 16) 原田智子, 木村安貴. 進行がん患者の終末期の話し合いへの病棟看護師の同席を阻害している要因. 日本がん看護学会誌 2021 ; 35 : 158-167.
- 17) 大槻久美, 五十嵐ひとみ. A大学におけるがん患者の退院支援への病棟看護師の思い－訪問看護師との連携に焦点を当てて－. 東北文化学園大学看護学科紀要 2015 ; 4 (1) : 73-80.
- 18) 加利川真理, 小河育恵. ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ. ヒューマンケア研究学会誌 2013 ; 4 (2) : 7-16.
- 19) 石原由花, 山碕智子, 内堀真弓 他. 緩和ケア中心の療養へ移行するがん患者への看護支援の検討－患者の療養に対する認識と看護師の受け止め－. お茶の水看護雑誌 2014 ; 8 (2) : 18-34.
- 20) 井上菜穂美. 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題. せいいい看護学会誌 2015 ; 6 (1) : 1-7.
- 21) 田中博子, 伊藤綾子, 真野響子. 急性期病院から自宅へつなぐ退院調整看護師の役割. 東京医療保険大学紀要 2010 ; 1 : 65-71.
- 22) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代. 一般病棟から自宅退院する要介護高齢者への退院支援に必要な要素の分析－追跡調査による評価から－. 日本地域看護学会雑誌 2009 ; 12 (1) : 50-58.
- 23) 森京子, 古川智恵. 在宅緩和ケアへの移行における看護師の援助－終末期がん患者と家族が体験した困難と安心して移行するために有効であった援助－. 日本在宅看護学会誌 2018 ; 6 (2) : 65-74.
- 24) 林麻衣. 外来・病棟の一元化で推進する退院支援 SOAP記録の共有で進める退院支援・退院調整. 宇都宮宏子, 三輪恭子. これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 東京 : 日本看護協会出版会. 2015 : 48-57.
- 25) 宇都宮宏子. 病院看護師・地域訪問看護師に求められる変革とは何か 「again in place」 (地域で暮らし続ける) を実現するために. 在宅新療0-100 2016 ; 1 (2) : 135-139.
- 26) 福井小紀子. 病院や施設から在宅への移行における支援. 島内節, 内田陽子. 在宅におけるエンド・オブ・ライフケア－看護職が知っておくべき基礎知識－. 2015 ; ミネルヴァ書房 : 19-27.
- 27) 戸村ひかり, 永田智子, 清水準一. 退院支援の実践状況と退院支援に関するシステム整備の関連要因の明確化. 日本在宅看護学会誌 2017 ; 5 (2) : 26-35.
- 28) 木村裕美, 神崎匠世. 大学病院看護師における在宅療養に向けた退院支援の認識と行動の関連

要因. 日本看護福祉学会誌 2015 ; 21 (2) : 43-57.

- 29) 川嶋元子, 森昌美, 松宮愛 他. 病棟看護師の退院支援の現状と課題 -患者が地域へ安心して戻るために-. 聖泉看護学研究 2015 ; 4 : 29-38.
- 30) 戸村ひかり, 永田智子, 竹内文乃 他. 日本の病院における退院支援看護師の実践状況-2010年と2014年の全国調査の結果を比較して-. 日本看護科学会誌 2017 ; 37 : 150-160.
- 31) 宇都宮宏子. 退院支援への早期介入と院内支援体制の構築. 宇都宮宏子, 酒井志麻. 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる. 東京: 学研メディカル秀潤社. 2015 : 53-61.
- 32) 丸岡直子, 伴真由美, 川島和代 他. 退院調整部門の組織発達における看護管理者および退院調整看護師の役割. 石川看護雑誌 2009 ; 6 : 67-75.
- 33) 高橋和子, 平尾由美子. 急性期病院退院調整者の在宅療養移行患者に対する訪問看護の必要性の判断要因と調整上の課題. 北日本看護学会誌 2012 ; 15 (1) : 1-11.
- 34) 山本詩帆, 森下安子. 退院調整看護師による病棟看護師の実践能力向上へのかかわり-退院支援における状況の認識・働きかけに焦点を当てて-. 高知女子大学看護学会誌 2016 ; 41 (2) : 60-69.
- 35) 石橋みゆき, 吉田千文, 両宮有子 他. 退院支援過程において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術の特徴. 保健医療福祉連携 2017 ; 10 (1) : 19-28.
- 36) 鈴木久美, 林直子, 佐藤まゆみ. 看護学テキストNiCE がん看護 様々な発達段階・治療経過にあるがん患者を支える. 東京: 南江堂. 2021. 255.
- 37) 高橋和子, 平尾由美子. 急性期病院退院調整者の在宅療養移行患者に対する訪問看護の必要性の判断要因と調整上の課題. 北日本看護学会誌 2012 ; 15 (1) : 1-11.

5. 主な発表論文等

今回の結果については、今後関連学会等において発表する予定である。

6. その他の研究費の獲得

該当なし。

表 1. 分析対象の文献一覧

| | 文献タイトル | 目的 | 研究対象者 | 著者 | 文献種類 | 発行年 |
|----|---|---|---|---------|------|------|
| 1 | 入院中の末期がん患者の在宅療養移行の実現と患者・家族の状況および看護支援・他職種連携との関連性の検討 ＝在宅療養移行を検討した患者を対象とした二次分析の結果 | 入院中の末期がん患者の在宅療養移行を検討した患者に焦点を当て、在宅療養移行の実現・非実現と、それに関連する患者・家族の状況および在宅療養移行検討時の看護支援内容と他職種との連携の状況を明らかにすること | 全国の100床以上の病院から無作為抽出した250施設に勤務する、末期がん患者のケアに携わる機会がある内科系、外科系、および緩和ケア病棟の看護部長および看護師 | 福井小紀子 | 研究報告 | 2007 |
| 2 | 終末期がん患者の在宅療養移行支援に対する病棟看護師の役割の認識 | がん診療連携拠点病院において、終末期がん患者の在宅療養移行支援を実践する病棟看護師を対象に面接調査を実施し、終末期がん患者の在宅療養移行支援における看護師の役割について質的機能的に分析すること | がん診療拠点病院において、終末期がん看護を実践する病棟看護師 ※対象者の選定基準 終末期がん患者をケアする機会が多い病棟に所属する、臨床経験3～10年の看護師 ※対象者の除外基準 病棟師長などの管理者、専門看護師や認定看護師などの資格取得者 | 吉岡さおり 他 | 原著 | 2018 |
| 3 | 急性期病院における病棟看護師のがん患者退院支援の問題の本質と課題検査問題解決に向けた退院調整看護師との協働とは | 急性期病院における病棟看護師のがん患者退院支援の問題と課題、問題と課題を解決するために病棟看護師が考える退院調整看護師との協働について明らかにすること | 中国地方の急性期病院の病棟看護師 | 木場しのぶ | 報告 | 2019 |
| 4 | 急性期病院におけるがん患者への退院支援 ＝病棟看護師と退院調整看護師の協働との関連性＝ | 新たに作成した評価尺度を用いて、急性期病院の病棟看護師のがん患者の退院支援の実態を捉え、退院調整看護師との協働との関連を明らかにすること | 中国地区200床以上の急性期医療を担うがん診療連携拠点病院5病院で退院調整部署設置あり、退院支援が必要ながん患者のいる病棟（小児を除く）の看護師 | 木場しのぶ 他 | 原著 | 2017 |
| 5 | 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援における退院支援看護師の実践能力 | 積極的治療が困難になったがん患者への退院支援における退院支援看護師の実践能力について明らかにし、今後の退院支援の質の向上に有用な示唆を得ること | 全国のがん診療連携拠点病院等（国立がん研究センター、地域がん診療病院、特定領域がん診療連携拠点病院を含む。以下、がん診療連携拠点病院等）の退院支援部署で退院支援業務に専任・専従し、積極的治療が困難になったがん患者への退院支援経験のある退院支援看護師 | 廣田真由美 他 | 原著 | 2021 |
| 6 | 急性期病院における病棟看護師のがん患者への退院支援の実態 | 新たに作成した尺度を用いて、病棟看護師の退院支援の実態を調査し、がん患者の問題点やニーズに対応するための看護に必要な課題と退院支援を担う看護師育成への示唆を得ること | 中国地区の200床以上の急性期医療を担うがん診療連携拠点病院5病院で退院調整部署設置あり、退院支援が必要ながん患者のいる病棟（小児を除く）に勤務する病棟看護師（臨床経験1年未満の新人・師長を除く） | 木場しのぶ 他 | 記載なし | 2017 |
| 7 | 病棟看護師の終末期がん患者に対する退院支援の実践自己評価と関連要因の検討 | 病棟看護師の終末期がん患者に対する退院支援の実践の自己評価と、それに関連する要因を明らかにすること | 地域がん診療連携拠点A病院（退院連携部門あり、退院支援加算2取得）の病棟看護師（師長、主任含む）のうち、終末期がん患者の退院支援に携わった経験のある病棟看護師 | 山路 朋子 他 | 原著 | 2020 |
| 8 | 病棟看護師のがん患者への在宅の視点を持った看護実践自己評価に関連する要因 | がん診療連携拠点病院で病棟に勤務する看護師のがん患者への在宅の視点を持った看護実践自己評価に関連する要因について、病棟看護師の基本属性やがん患者への地域連携に対する困難感との関連を明らかにすること | がん診療連携拠点病院A施設で、通常業務で退院支援を行う病棟看護師（外来、手術室、ICU、産科、地域医療連携センター、看護部長を除く） | 田村 暲 他 | 原著 | 2019 |
| 9 | 病棟看護師におけるがん患者の治療法的意思決定支援と影響要因に関する検討 | がん患者の治療法的意思決定に対する看護師の支援の実態とその影響要因を明らかにすること | 愛知県、神奈川県、東京都、富山県、宮城県、山形県、山梨県内の都道府県がん診療連携拠点病院、地域がん診療連携拠点病院、そのどちらにも属さない一般病院の10か所の病院に常勤雇用の病棟看護師（救急病棟、ICU、CCU、手術室、産科、小児科、精神科は除く） | 西尾重理砂 他 | 原著 | 2011 |
| 10 | 終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態とその関連要因 | 終末期がん患者の在宅療養移行に向けた一般病棟看護師の意思決定支援の実態を明らかにし、意思決定支援に関連する要因を検討すること | 下記病院のうち終末期がん患者をケアする機会のある病棟に所属する臨床経験3年以上の看護師（病棟管理者、専門看護師や認定看護師などのスペシャリストは対象者から除外） ※病院は、首都圏にある病院で、精神科、小児、産科が主な診療科である病院および療養型を主体とした病院を除き、100床以上の病床を持つ236病院から43病院を無作為抽出 ※43病院は内科、外科を含めた診療科を持つ病院であり、主に地域医療支援病院、がん診療連携拠点病院、がん診療連携病院に類する施設 | 梶山倫子 他 | 原著 | 2018 |
| 11 | 進行がん患者の終末期の話し合いへの病棟看護師の同席を阻害している要因 | 進行がん患者の終末期の話し合いにおいて、病棟看護師の同席を阻害している要因について明らかにすること | A県内にある3つのがん診療拠点病院において、臨床経験5年以上で、がん看護の経験が1年以上で外来又は病棟で進行がん患者に関わっている看護師 | 原田 智子 他 | 原著 | 2021 |
| 12 | A大学病院におけるがん患者の退院支援への病棟看護師の思い ＝訪問看護師との連携に焦点を当てて＝ | A大学病院において病棟看護師と訪問看護師が連携して実施したがん患者の退院支援に対し、病棟看護師からみた退院支援に関する思いを明らかにすること | A大学病院（都道府県がん診療連携拠点病院）におけるがん患者の退院支援において、訪問看護ステーションとの連携が多く行われた病棟（婦人科、呼吸器内科、耳鼻咽喉科）の訪問看護師と連携の経験があった看護師 | 大槻久美 他 | 資料 | 2015 |
| 13 | ギアチェンジ期にあるがん患者の療養場所の移行を支援する一般病棟看護師の困難さ | 一般病棟看護師がギアチェンジ期にあるがん患者とその家族に対し療養場所選択の支援にどのような困難さを抱いているのか実態を明らかにし、ギアチェンジ期にある患者とその家族の療養場所選択における支援の示唆を得ること | 2病院の一般病棟で勤務する看護師で以下の条件を満たす者 ①がん看護経験年数3年以上 ②ギアチェンジ期から終末期にかけてのがん患者・家族の療養場所選択における支援に困難事例の経験のある者 | 加利川真理 他 | 研究報告 | 2013 |
| 14 | 緩和ケア中心の療養へ移行するがん患者への看護支援の検討 患者の療養に対する認識と看護師の受け止め | 緩和ケア中心の療養へ移行するがん患者の療養に対する認識と、意思決定との関わり、及びこの時期を支援する看護師の受け止めを明らかにし、双方について検討すること | 1. 首都圏のがん専門病院における下記の条件を全て満たす患者 ①積極的抗がん治療が中断または終了した患者 ②今後の療養方針や療養場所の変更を決めた患者 ③退院を控えており、退院相談部門が調整を行なった患者 ④面接に耐えうる心身状態の患者 ⑤退院相談部門の看護師、主治医、看護管理者が上記の選定条件を満たすと判断した患者 2. 対象患者の意思決定支援に関わった病棟のプライマリナース （病状説明や退院相談部門とのやりとりなどの経過を全て把握している立場の看護師） | 石原由花 他 | 記載なし | 2014 |
| 15 | 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と課題 | 急性期病院から在宅移行する終末期がん患者の退院支援における看護援助内容と、看護師が認識する課題を明らかにすること | 地域がん診療連携拠点病院に指定されている急性期病院に勤務し、3年以上のがん看護経験および終末期がん患者の退院支援の経験を有する看護師236名 | 井上菜穂美 | 研究報告 | 2015 |