

【特別報告】 No. 5 短報

## 新型コロナウイルス感染拡大状況下における 訪問看護師の退院調整に関連する課題

杉本由起子<sup>1)</sup>， 讃井真理<sup>2)</sup>， 河野保子<sup>2)</sup>

<sup>1)</sup> AOIケアリングステーション・訪問看護認定看護師

<sup>2)</sup> 人間環境大学 松山看護学部

(2020年10月21日受理)

### I. はじめに

厚生労働省は、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度の要介護状態になっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される自治体ベースの取り組みが必要であると指摘しており、「地域包括ケアシステム」の構築を進めている（厚生労働省ホームページ；内閣府，2019）。訪問看護師は、入院患者に対して、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、可能な限り容易に在宅生活への移行を行えるように、さまざまな支援を行っている。

しかし、新型コロナウイルス感染症に伴う未曾有の事態の中、2020年4月16日に政府から緊急事態宣言が発出された。全国各地では、県をまたいでの移動の自粛・手洗いの習慣化・マスクの着用・ソーシャルディスタンスの奨励や3密を避けるなどが国民に求められ、「新しい生活様式」が提言された。施設・医療現場はもちろんのこと、在宅ケアを実践する訪問看護ステーションにおいても緊迫した状態が続き、入院患者、入所利用者の面会制限や面会禁止などの規制が行われ、このような規制もまた新たな生活様式の1つとして受け止めざるを得ない状況である。

このように、施設・医療現場や訪問看護ステーションなどが、混乱し緊迫している状態の中、今まで当然のようにできていた面会、退院前の試験外出、試験外泊が許されない状況の入院患者・入所利用者の中には、「家族に会いたい」「家族のいる家に帰りたい」と、在宅療養を希望する者も少なくない。そして家族においても、「最期の時を一人病院で迎えさせるのは悲しい」「そばに付き添えないなら、そばにいないことができないのなら、病院が安心だけれど、家に連れて帰ってあげたい」と切実な思いを抱く人が増えているのも現実である。

昨今のコロナ禍の在宅療養を開始する場面で、これまではない退院調整の困難さを感じる事例に遭遇した。これまでの困難事例に対する研究は、訪問看護ステーションの経営（渡邊，2020）、感染予防対策（佐藤，2020）、新型コロナウイルス感染者への訪問看護の実際（板谷ら，2020；齋藤，2020）などの報告は見られたものの、コロナ禍における退院調整に関する困難事例の文献は皆無であった。そのため、退院調整困難事例を分析することにより、コロナ禍における訪問看護活動の問題点・課題を明らかにするとともに、高齢者等がその人らしい生活を退院後も送り続けられるよう、切れ目ない在宅看護の在り方を検討することは喫緊の課題と考える。

### II. 目的

コロナ禍における訪問看護ステーションが関わる退院調整困難事例を分析することにより、コロナ禍以前と現在とでは①退院調整の仕方がどのように違うのか、②訪問看護師が行う退院支援の課題は何かを明らかにする。そして、コロナ禍における高齢者等のQOL（Quality of life；生活の質）を保証した退院調整の新たな対応について論ずる。

### III. 事例と分析方法

#### 1. 事例

コロナ禍で退院調整を行った2事例の経緯、身体的状態、家族構成、本人・家族の希望などを表1に示した。本事例は、A訪問看護ステーション勤務で訪問看護師経験10年以上の経験をもつ50歳代の看護師から聴取した。

A氏は、70歳代の女性で、進行性核上性麻痺による嚥下困難のため胃瘻造設し、口腔内に痰が貯留するため頻回な吸引が必要であるとケアマネジャーから訪問看護の依頼と情報提供を受けた。本人は「家に帰りたい」、家族も「入

表1 コロナ禍の退院調整2事例の状況

	【A氏】70歳代、女性、要介護5	【B氏】80歳代、女性、要介護5
①経緯	進行性核上性麻痺による嚥下困難のため胃瘻造設、口腔内に痰が貯留するため頻回な吸引が必要であるとケアマネジャーより訪問看護の依頼と情報提供を受ける。	すい臓がん末期で自宅での看取りを希望していると、病院ソーシャルワーカーより訪問看護の依頼と予後は週単位であろうとの情報提供を受ける。
②ケア対象期間	3ヶ月間	2～3週間
③身体的状況	基礎疾患：進行性核上性麻痺、日本版modifiedRankinScale5、症状：経口摂取困難・垂直性核上性眼球運動障害で歩行困難・無言、無動、概ね1日をベッド上臥床で過ごす	基礎疾患：すい臓がん（末期）、症状：腹部の痛みあり医療用麻薬を貼付、水分・食事摂取不可、1日中ベッド上臥床で過ごす
④家族構成	夫、娘との3人暮らし、息子は他県に在住	夫と二人暮らし、在宅での看取りを前提とした介護のため長女が同居する、同敷地内に息子家族が住んでいる
⑤希望	本人：「家に帰りたい」 家族：「入院していると会えないし、寂しいので退院させたい」	本人：「家に帰りたい」 家族：「残された時間が少なく、このまま入院していても面会や付き添いが許されないなら、自宅で、そして家族皆で看取ってあげたい」
⑥退院後のサービス利用予定	訪問診療（1回/月）、通所リハビリテーション（2回/週）、訪問看護（5回/週）、訪問看護ステーションからの理学療法士（1回/週）、言語聴覚士（1回/週）	訪問診療（1回/週）、訪問看護（1～2回/日）

院していると会えないし、寂しいので退院させたい」という希望があった。B氏は、80歳代の女性で、すい臓がん末期で、自宅での看取りを希望していると、病院ソーシャルワーカーから訪問看護の依頼を受けた。予後は週単位であろうとの情報であった。

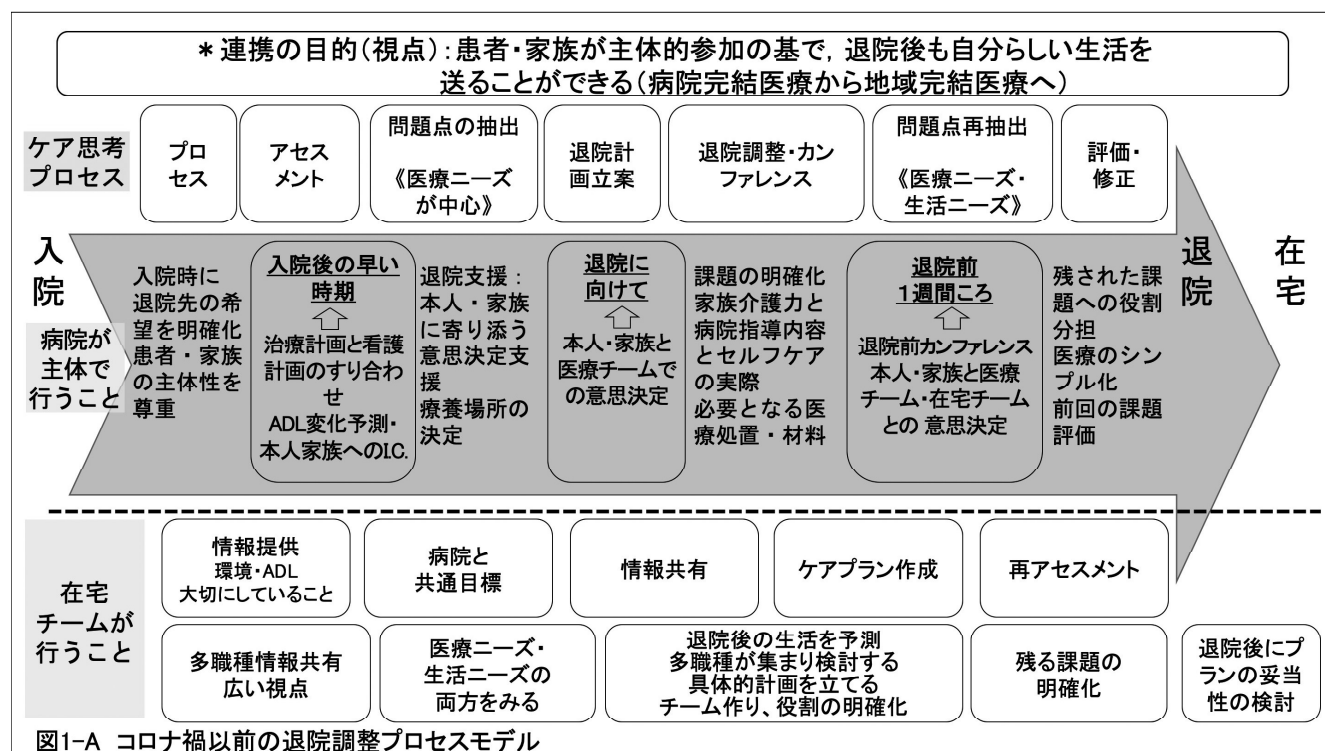
2. 分析方法

本論は、「退院調整のプロセスモデル」を用いて分析する（図1-A）。このプロセスモデルは、コロナ禍以前の状況において用いられていたモデルであり、スタンダードプ

ロセスモデルとして活用していた。このモデルを用いて、コロナ禍以前と現在とでは、訪問看護の退院調整に関する仕方のどこに違いがあったのか、またA氏、B氏の退院調整場面で看護師が困難に感じた誘因を推論することで、コロナ禍における「新たな退院調整の支援」を明確にした。

4. 倫理的配慮

本論は、コロナ禍で訪問看護師が経験した退院調整困難事例を対象とした後ろ向き研究手法を用いて論ずる。2事例をまとめるにあたり、1名の訪問看護師、および2名の



訪問看護ステーション利用者と、その家族の自由意志による同意を得、また、倫理審査委員会に該当する施設管理者等の複数の承諾を得た。事例の提示は、個人が特定されることのないように、実践の枠組みが歪まない程度に情報を置き換えて(松岡, 2020)まとめた。事例の置き換えは聴取の場で直接入力した。分析は執筆者が所属する施設、及び共同研究者の研究室で行った。データはパスワードで暗号化し本研究以外のデータは含まれず、施設内の執筆者個人の鍵のかかる場所で保管した。論文掲載後に、執筆に使用した電子媒体は、確実に焼却処理を行う。

## IV. 結果

### 1. コロナ禍の退院調整の現実

コロナ禍以前の退院前の調整では、訪問看護師は退院カンファレンス実施前に入院先の病院へ何度か足を運び、利用者と実際に対面することで利用者、利用者家族の思いや病棟看護師などから情報を得て、退院後に必要な医療ケアと入院までの生活像を知ることで退院後の療養生活のイメージを十分に持つことができていた。しかし、A氏の場合、コロナ禍以前には当たり前のこととして行っていた退院前カンファレンスの設定ができず、A氏との短時間の面会と、少人数(ケアマネジャー、病院ソーシャルワーカー、訪問看護師)の短時間のカンファレンスが1回行われたのみであった。また、A氏の退院前の自宅訪問は、退院後の在宅生活のイメージが十分つかないまま、ケアマネジャーと福祉用具事業者、訪問看護師が実施することとなった。退院前訪問では、退院後の生活の場へのベッド搬入、通所リハビリ時に使用する昇降リフトの設置、車いすの搬入などを行った。また医療ケアに必要な物品の設置場所の確認を行うことはできたが、本人の今までの生活リズムや家で叶えたいことなど今後に向けての希望などの意向を確認する十分な時間と場がないままの訪問となった。そして、初回訪問は、A氏の身体的安定の確認後に、必要な医療材料の確認と整理、ケアに必要な物品の確認と整理に時間を費やす結果となり、在宅療養で最も大切な本人、家族の在宅療養に対する希望の確認に至らない初回訪問となった。

B氏の場合、入院先の病院では、家族であっても平日のみの面会であり、1日15分、面会者2人までという制限があった。家族は「最期の時を病院で、一人で迎えさせるのはつらい。治療がないのであれば家に連れて帰り、看取りたい」と、他町に住む長女が在宅での看取りを前提に、実家に戻って介護をすることを決意し退院した。退院前カンファレンスは、病院の方針で開催されなかった。加えて家族以外の面会は禁止されていたため、事前に病院への訪問が許可されないままの退院であった。退院前の病院訪問がないことで治療方針の共有などの重要情報が得られないま

ま、また、退院後の在宅生活のイメージを持つことのないまま、退院後の初回訪問の予定となった。そのため、退院前日にケアマネジャー、福祉用具事業者、訪問看護師のみの自宅訪問を行った。この訪問では、ベッドの位置などの環境確認や退院時の移送方法についての検討にとどまり、B氏の家族の意向を確認することはできなかった。初回訪問では、前述したA氏の初回訪問と同様に、環境調整と確認に時間を要し、在宅療養で最も大切な本人、家族の在宅療養に対する希望の確認に時間をかけることができない初回訪問となった。

### 2. 事例における訪問看護師の退院調整に関連した葛藤

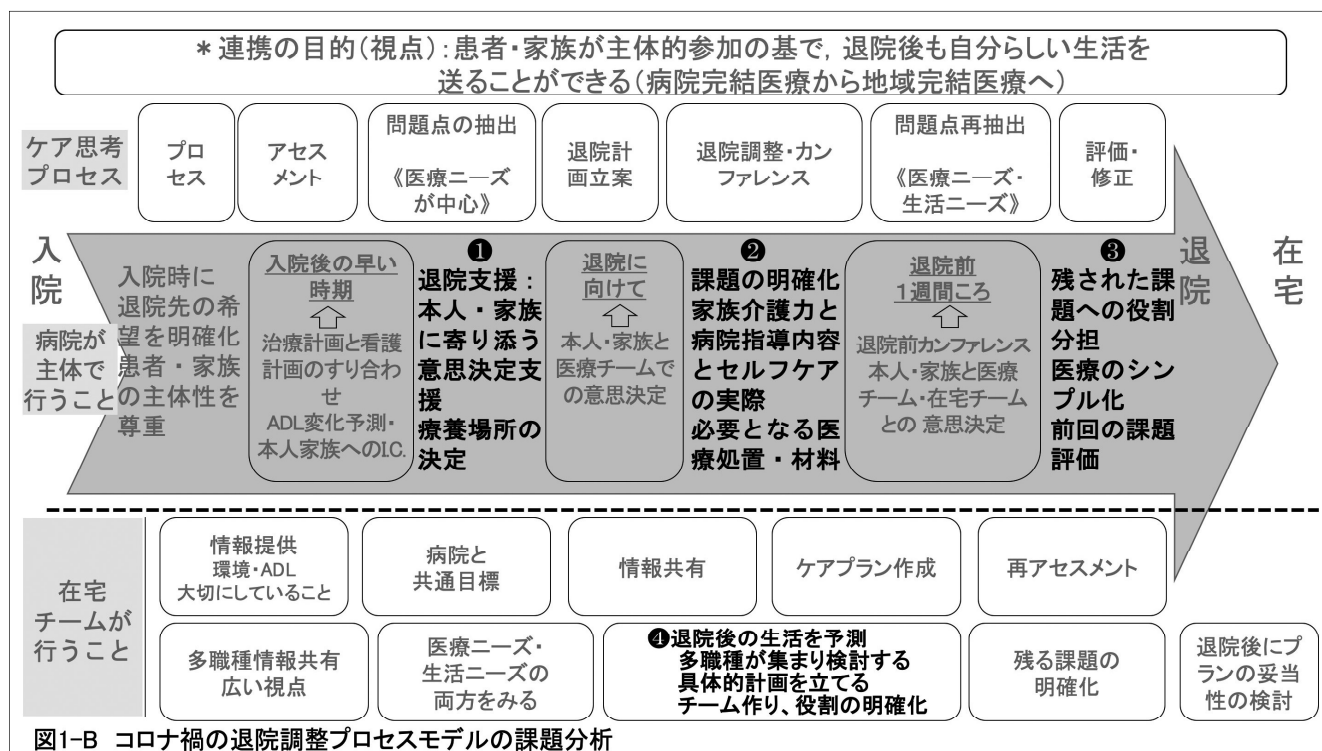
「退院調整のプロセスモデル」に照合したA氏の退院調整において、訪問看護師は、①コロナ禍以前のように複数回にわたって、入院先病院へ足を運べなかったこと、②その結果、本人・家族と十分な話し合いができなかったこと、③これらの理由により、A氏とその家族の今後に対する意向を確認できるほど、コミュニケーションが図れなかったこと、④病状や必要な医療材料、継続する医療ケア内容について確認が不十分になったことに対して、退院と同時に十分に安心できる在宅生活のスタートの調整ができなかったという調整困難さと、同時に、訪問看護の退院調整の理想と、改善策が講じられない現実との葛藤を生む結果となっていた。

「退院調整のプロセスモデル」に照合したB氏の退院調整においては、①直接、会えないことで利用者像がつかめないこと、②病状の説明と今後起こりうるリスクの説明を、医師から必要なタイミングで確認できなかったこと、③その結果、本人・家族・訪問看護師の、同じ目標に向かうという一体感を得ることができなかったこと、④家族・関係者が一堂に会して情報共有がなされなかったことに対して、結果として安全に、安心して在宅生活への移行ができなかったという、訪問看護師の役割遂行への責任と、安全と安心への不安全感との葛藤を生む結果となっていた。

### 3. 「退院調整のプロセスモデル」からみたコロナ禍の退院調整の課題

「退院調整のプロセスモデル」との照合によるコロナ禍の退院調整の課題を整理すると、以下の4つの問題点がクローズアップされる(図1-B①~④)。

- ①本人・家族と医療チームの意思決定の不完全性：本人と家族が直接会って話ができない状況であるため、家族と医療チームとの対話機会が得られず、本人・家族・訪問看護師との一体感は欠如する。その結果、本人・家族の意思決定と、意思決定の確認・情報共有の不完全な状況を生む。
- ②家族介護力とセルフケアの低迷性：直接、病院の家族指導を受けられない、またはできない状況は、家族介護力またセルフケアの低下と、退院後のサービス利用のアセスメント、マネジメントの低迷を生む。このことは、退院初日



よりの安心した在宅生活のスタートを切ることの困難さにつながる。

③退院前カンファレンス省略等によるチーム間の意思決定及び目的の不確実性: 退院前のカンファレンスの未開催は、本人・家族の意思決定のみでなく、医療チームと在宅チームが一堂に会する機会の喪失であり、連携の根底である同じ目的に向かうための相互の確認ができず、同じ場所、同じ時間だから行えるチームの意思決定・目標設定の確実性を低下させる。このことは、病院から在宅への切れ目ないケアを行うための大きな障壁となる。

④多職種によるチーム化と役割の明確化の困難性: 多職種が集まり課題対策の検討をする機会がなく、退院後の生活の予測を立てることが困難で、各職種の役割の明確化が進まないことは、退院後の在宅ケアチーム形成困難を生む。特に、緩和ケアにおいては、早期からのチーム間の良好なコミュニケーションは必須である。

## V. 考察

訪問看護における支援困難事例と呼ばれるケースの発生要因は、個人的な要因、社会的要因、不適切な対応の3つの要素が深く関与していると言われる(岩間, 2011)。地域包括支援センターにおける支援困難事例では、本人の健康問題と、生活上の問題、家族要因と、支援者側の要因が重畳していることが指摘されている(吉岡, 2019)。では、コロナ禍で訪問看護師が感じた困難感・葛藤は、どこから発現しているのだろうか。この葛藤の多くは社会的な要因

に関連しており、そのために不適切な対応になるという懸念につながる。そして、支援者側の要因となりうるものが想定できるからこそ訪問看護師は葛藤する。これまで、退院調整の成功体験から導きだした「退院調整のプロセスモデル」は、コロナ禍においては機能せず、逆に、社会的要因として起因して、訪問看護時自身は自己の行動を不適切な対応と捉えて葛藤を生んでいたと考えられる。

また、新型コロナウイルス感染拡大防止のための3蜜回避は、高齢者の命を守るための対策であったはずである。しかしながら、感染予防対策による成果の対極には、本事例のように、十分な準備が整わないまま在宅療養に移行せざるをえないケースもある。このことは、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを、多職種とともに人生の最期まで続けられるような、退院前からの垣根のない在宅生活への移行支援にはつながらない。

コロナ禍以前に作成した「退院調整のプロセスモデル」は、看護師同士の連携、多職種間の連携において、同じ時間・同じ場所を共有することを前提として作成されたモデルである。また、看護職の退院支援は、臨床判断のもとで退院調整などを行っている(塚越と二渡, 2015)。そして、退院移行期には、退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間が患者と家族の意思を中心に、各職種間で役割を認識している。それとともに、訪問看護師らは、各々の立場や役割を考えながら行動し、移行後も患者の在宅生活にフィードバックしているという報告もある(畔上と伊藤, 2020)。これらは、コロナ禍以前に実践できていた、すべての関係者が集まり、場と時間と情報を共有することで成

立していたシステムである。そして、コロナ禍での退院を決定した本事例のような、対面による退院調整プロセスを実践することができないケースは想定されていない。本論で示した2事例は、コロナ禍以前には実践できていたプロセス（大木と浅海，2020）であるが、3密を回避し、新たな生活様式の獲得を要求するコロナ禍では成立しないケースの存在を示している。そして、こうした状況は、退院調整のパラダイムシフト禍にあるとも言える。

以上で述べてきたように、コロナ禍以前の「退院調整のプロセスモデル」においては、当然のこととして行ってきた本人・家族、および多職種による退院調整のための、対面による各期カンファレンスが、新型コロナウイルス感染拡大という事態では実施不可能な状況であった。このことは、退院当日から安心した暮らしの提供を最重要視する在宅療養への移行を困難にする状況であったと考える。そして、これまで各期の対面による意思決定とチーム形成が、第一義的に重要であるとの前提で実施してきた「退院調整のプロセスモデル」の変革を迫られていることに気づかされる。

コロナ禍の退院調整において、治療から生活、病院から暮らしへの転換期で感じた葛藤は、訪問看護師が利用者・家族との関わりというケアリングを、患者のためにそこにいる、患者を尊重し患者とともに「感ずる」ことの実践（Fry ST & Johnstone M-J, 2010）の一つとして行ってきたことを明確化したものと考えられる。そして、コロナ禍で実践できなかった、それらの対応は、退院調整のみならず、今後の在宅看護にとっての重要な方向性を示しているのではないだろうか。

時間・場所の共有がなされないとコミュニケーションは生まれない。言語コミュニケーションは対面でなくても実践できるかもしれないが、非言語的コミュニケーションは、対面してこそわかることや伝わるが多く、対面しなければ「間」や「空気感」といった言語にならない伝達を受け取ることはできない。これらの共有がないままでは正確に情報を共有することは非常に困難である。コロナ禍で実践してきた退院調整は、これまで通常に行ってきた在宅医療・在宅ケアにはない「ポストコロナの退院調整プロセスモデル」を生み出すという大きな課題を、私たちに突き付けているのかもしれない。

原田らは、訪問看護師が病院に出向き、直接退院調整に関与した場合としなかった場合とで、在宅移行期に起きた家族介護者の状況の違いを比較検討している（原田ら，2013）。退院調整に訪問看護師が関与した場合、家族介護者は、健康状態悪化や介護負担の増大を回避できること、また家族介護者が在宅移行期に安心感を持ち、生活状況に合わせた支援が補完されていたこと、多職種が関与し、地域連携の促進が可能、的確な保健・医療・福祉サービスの

導入の可能性などを報告している。コロナ禍を新たな支援開発への機会ととらえるならば、情報通信機器活用でのカンファレンスの開催や、保険・制度に拘らないケア会議開催により、新たなメンバー参加による在宅医療・看護が始まるのではないだろうか。利用者・家族を中心とした在宅医療の移行のためには、行政・医療・福祉・介護の組織を超えた情報通信機器の導入や、共通ツールを開発し、また、そのツールで組織横断できる人材の創成と育成が必要であることを提言したい。

## VI. 結論

コロナ禍の終息までにはまだまだ時間を要するであろう。「退院調整のプロセスモデル」で示したような、多職種を含めたチームが時間と場所の共有をし、対面によるコミュニケーションを主体として退院調整のプロセスを実践できる機会は、今後、ますます少なくなっていくであろう。訪問看護師は、このコロナ禍における退院調整の在り方、すなわち「退院調整の新たな様式」の構築が必要になってきており、早急に問題を解決に導く具体的な方策に挑戦していく必要がある。

## 【謝辞】

本論の分析に使用した「退院調整のプロセスモデル」は、著者が大学院看護学研究科博士前期課程に所属した際、在宅看護学演習で導き出したモデルである。本論文をまとめるにあたり、再度、このモデルが自身の方向性を示していることを再認識するとともに、現在の状況を適切に分析できるモデルの作成に導いてくださった小西美智子教授に深く感謝申し上げます。

## 文 献

- 畔上光代, 伊藤隆子 (2020). 在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師間の協調的支援. 医療看護研究, 16 (2), 47-54.
- Fry, Sarah T, Johnstone Megan-Jane (2010). 看護実践の倫理 倫理的意思決定のためのガイド (第3版). 片田範子, 山本あい子訳, 東京: 日本看護協会出版会. (Ethics in Nursing Practice: A Guide to Ethical Decision Making 1994, Geneva: International Council of Nurses.)
- 原田静香, 杉本正子, 秋山正子, 岡田隆夫, 櫻井しのぶ (2013). 訪問看護師による退院調整への関与に関する分析—通常の退院調整後との比較から— 順天堂醫事雑誌, 59 (6), 480-489.
- 板谷裕美 (2020). 新型コロナウイルス感染症の予防対策・発生時の対応 訪問看護ステーション 近隣のステーションと連携体制を構築. コミュニティケア, 22 (9), 19-23.
- 岩間伸之 (2011). 支援困難事例と向き合う サービス拒否. ケアマネジャー, 13 (4), 36-41.

- 厚生労働省 (2020.04.05). 地域包括ケアシステム. [https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/-bunya/hukushi\\_kaigo/kaigo\\_koureisha/chiiki-houkatsu/](https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/-bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/).
- 松岡千代 (2020). 看護学領域の研究倫理のトピックス—インフォームド・コンセントと事例研究について—. 老年社会科学, 41 (4), 435-439.
- 内閣府編集 (2019). 令和元年版高齢社会白書. 東京: 日経印刷株式会社.
- 成田光江 (2020). 地域包括ケアの理解と看護の役割. 臨床老年看護, 27 (4), 89-97.
- 大木正隆, 浅海くるみ (2020). 地域包括ケアシステムにおける訪問看護師の役割と訪問看護の実際. 臨床老年看護, 27 (4), 98-105.
- 齋藤訓子 (2020). #在宅医療「Life with COVID-19での訪問看護の価値」. 日本医事新報 (5021), 59-59.
- 佐藤美穂子 (2020). 訪問看護ステーションにおける新型コロナウイルス感染症対策. コミュニティケア, 22 (5), 32-36.
- 塚越徳子, 二渡玉江 (2016). 退院支援を行う看護職を対象とした研究の動向と課題 国内文献レビュー. 群馬保健大学紀要, 36, 103-114.
- 吉岡京子 (2019). 地域包括支援センターにおける高齢者の支援困難事例に関する文献レビュー—2005～2017年に発表された論文に焦点を当てて—. 日本地域看護学会誌, 22 (2), 79-88.
- 渡邊尚之 (2020). 新型コロナウイルス感染症に関する経営支援. コミュニティケア, 22 (8), 35-38.

*Issues Related to Discharge Coordination by Home-Visiting Nurses During the Spread of the COVID-19 Infections.* Journal of Nursing Science in Human Life, 3: 23-28 (2020). Sugimoto Yukiko<sup>1</sup>, Sanai Mari<sup>2</sup>, Kawano Yasuko<sup>2</sup> (<sup>1</sup>AOI Caring Station, <sup>2</sup>Faculty of Nursing Sciences at Matsuyama, University of Human Environments).