

## 原 著

認知症高齢者の在宅復帰支援に向けた  
地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師の連携・協働の実態

清永麻子, 永田千鶴

山口大学大学院医学系研究科保健学専攻 地域・老年看護学講座 宇部市南小串1丁目1-1 (〒755-8505)

Key words : 認知症高齢者, 在宅復帰支援, 訪問看護, 地域包括ケア病棟

## 和文抄録

様々な疾患を抱え、訪問看護サービスを利用しながら在宅生活をおくる認知症高齢者が多く存在する。本研究では疾患を持つ認知症高齢者が医療機関に入院した場合に、訪問看護師と病棟看護師が、入院生活における認知症ケアや在宅復帰支援のためにどのようなことを実践しているのか、どのような連携・協働が必要なのかを明らかにする。

在宅復帰を目的とする地域包括ケア病棟に勤務する看護師21名に認知症ケア、在宅復帰支援の現状、訪問看護師との連携・協働についてインタビューを実施した。分析の結果、病棟看護師は、地域からの受け入れや在宅復帰という「果たせていない地域包括ケア病棟の役割」の現状や「病棟看護の限界」を感じるなど【役割遂行の葛藤】を抱きながら、認知症高齢者の在宅復帰支援のために【病棟看護に生かす在宅の視点】の充実を図り【在宅ケアを支える職種との連携】を模索していた。

そこで、認知症高齢者の在宅生活を支援する訪問看護師17名に、有用だと考える病棟看護師との連携・協働、認知症ケア等についてインタビューを行った結果、2カテゴリと9サブカテゴリが抽出された。病棟看護師が「訪問看護の理解」を深め【訪問看護の特性の共有】を行うことで、自宅での生活を知る訪問看護師との【看看連携によるケアの実践】によって認知症高齢者の在宅復帰支援を医療機関と

在宅という双方向から実践できると考えていた。

病棟看護師と訪問看護師が、積極的な連携・協働を実践することで入院中の認知症ケアの充実につながり、病棟と在宅の双方から在宅復帰支援を行うことができる。そこで、入院早期から連携・協働をスムーズに行うための方策として、疾患の治療経過やリハビリテーションの進捗状況に沿ってどのような連携・協働を行うのかを可視化されたシステムを作成・活用することが有効であると考えた。そのことによって看看連携が促進され、認知症高齢者の在宅復帰支援が実現する。

## I. はじめに

高齢化の進展とともに、認知症患者数も増加し、2025年には約675万人（65歳以上の有病率18.5%）が認知症になると予測されている<sup>1)</sup>。そのようななか、訪問看護サービスの利用者においても、認知症を有している高齢者の割合は、70歳代で約75%、80歳代で約85%との報告<sup>2)</sup>もあり、今後も在宅生活を送る医療も介護も必要な認知症高齢者は増加が予想される。

しかし、在宅生活をおくる認知症高齢者が、何らかの理由により入院が必要となった場合、環境の変化や治療の侵襲などによって、認知症の中核症状や行動・心理症状（Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia : BPSD）が顕在化・重度化し、治療やリハビリテーションの遅延により、入院期間の延長を余儀なくされる<sup>3, 4)</sup>。また、医療費削減に伴

う診療報酬改定の影響により急性期病院では在院日数の短縮が促進されている。そこで、急性期を脱し回復過程にいる認知症高齢者は、地域包括ケア病棟や回復期リハビリテーション病棟に転院・転棟し、治療や身体管理を行いながら集中的にリハビリテーションを受けて在宅復帰を目指す場合が多くある。

地域包括ケア病棟は、「急性期治療を経過した患者および在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を担う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病床」<sup>5)</sup>である。そのため、この地域包括ケア病棟においては、できるだけ短い期間で住み慣れた自宅へ戻るために、認知症高齢者の精神的・身体的安寧を保つ看護介入、認知症ケアによって、適切な治療・リハビリテーションが実施されることが重要な役割となっている。さらに、地域包括ケア病棟では認知症を有する患者が8割を占めるという報告<sup>6)</sup>もあり、患者のADLや認知機能の低下に対応する認知症ケアや在宅復帰支援の充実が求められる。

在宅復帰に向けて、地域包括ケア病棟では専任の在宅復帰支援担当者が1名以上配置されていることが必要<sup>7)</sup>であり、在宅復帰支援担当者としては医療ソーシャルワーカー (Medical Social Worker : MSW) や退院支援看護師 (Discharge Planning Nurse : DPN) が配置されている。医療ソーシャルワーカーや退院支援看護師は退院支援・退院調整を主な業務とするエキスパートであり、在宅ケアサービス提供者との情報交換についても重要な役割を担っている。しかし、地域包括ケア病棟においては、退院後の生活につながる日常生活の支援を行うプライマリーなどの病棟看護師にこそ、退院支援や退院調整を行う力が求められるため、病棟看護師と在宅ケアサービス提供者との直接的な情報交換は認知症ケアや在宅復帰支援に有用である。なかでも医療も介護も必要な認知症高齢者の在宅復帰支援においては、退院後の疾患の管理や日常生活の支援を担う訪問看護師と病棟看護師との連携・協働は重要である。しかし、双方の看護師はお互いの連携・協働の重要性は理解しているものの、業務上のさまざまな理由により、十分な連携体制を構築できていない<sup>8)</sup>ことも報告されている。これまでの病棟看護師と訪問看護師との連携・協働に関する研究では、退院時に限定されたもの<sup>9-11)</sup>が多くみられた。さらに、医

療的ケアの必要な小児<sup>12, 13)</sup>、終末期患者<sup>14, 15)</sup>、難病<sup>16)</sup>といった医療連携に関する先行研究は複数確認することができたが、認知症高齢者の入院時から退院 (在宅移行期) まで通してのかかわりをもつ研究は見当たらない。

そこで、訪問看護サービスを利用しながら、在宅生活を送っていた認知症高齢者が、在宅復帰できるように、入院前の情報を生かした入院直後からの認知症ケアや在宅復帰支援をするための訪問看護師と病棟看護師の連携・協働のあり方を明らかにする必要があると考えた。

本研究では、訪問看護サービスを利用していた認知症高齢者が入院した場合に、入院まで支援していた訪問看護師と地域包括ケア病棟の看護師は、入院生活における認知症ケアや在宅復帰支援のためにどのようなことを実践しているのか、またどのような連携・協働を行っているのか明らかにする。そのなかでの課題を見つけ、どのように連携・協働を図ることが認知症ケアや在宅復帰支援のために有効であるのかを明らかにすることで、認知症高齢者の在宅復帰につなぐことができ、地域包括ケアシステムの一端を担うことができると考える。

## II. 方法

### 1. 対象者

中国・九州地方にある地域包括ケア病棟を有する医療機関および訪問看護ステーションに研究の協力を依頼し、8医療機関、9訪問看護ステーションから承諾が得られた。管理者より推薦された、入院前に訪問看護サービスを利用していた認知症高齢者の在宅復帰支援にかかわったことのある地域包括ケア病棟看護師 (以下、病棟看護師) 21名と、担当する認知症高齢者が入院し在宅復帰することのできた経験を持つ訪問看護師 (以下、訪問看護師) 17名を対象とした。

調査期間は2019年11月から2021年3月である。

### 2. 調査内容とデータ収集方法

#### 1) 対象者の属性

年齢、性別、看護師としての経験年数、当該部門での経験年数、看護師以外の資格 (保健師、介護支援専門員等) についてフェイスシートへの記載を求めた。

## 2) インタビュー調査

まず、病棟看護師にたいして、入院前に訪問看護サービスなどの在宅サービスを受けながら生活していた認知症高齢者への支援を想起しながら、入院前に担当していた訪問看護師との連携・協働の実際、入院生活における認知症ケアの内容と在宅復帰に向けた支援の内容、また、そのなかでうまく進んだこととそうではなかったことについて半構成型個別面接を実施した。

次に、先に実施した病棟看護師へのインタビューの結果を踏まえ、訪問看護師にたいして、地域包括ケア病棟から在宅復帰することができた認知症高齢者について、半構成型個別面接を行った。内容は、病棟看護師との連携・協働の実際、訪問看護師からみた病棟看護師が行う認知症ケアや在宅復帰支援について、また、在宅復帰に向け有用だと考える病棟看護師との連携・協働、病棟における認知症ケアについて尋ねた。

インタビュー内容は研究対象者の許可を得てICレコーダーに録音した。

## 3. 分析方法

対象者の属性は記述統計を行った。

インタビュー調査の内容すべての逐語録を作成し熟読し、それぞれの対象者の語りの文脈を崩さないよう留意しながら分析を行った。

病棟看護師のインタビュー内容では、訪問看護師との連携・協働の実際、入院生活における認知症ケアと在宅復帰に向けた支援の内容について、訪問看護師へのインタビュー内容では、病棟看護師との連携・協働の実際、病棟看護師が行う認知症ケアや在宅復帰支援の内容、訪問看護師からみた病棟での認知症ケアや在宅復帰支援に有用だと考えていることについて表している箇所を抽出し一次コードを生成した。抽出した内容について、共通部分を見出し分類（二次コーディング）した後、さらに統合を試みサブカテゴリを生成した。そのサブカテゴリを類似性・相違性に従って総合的にとらえカテゴリを命名した。

なお、本研究では、Krippendorffの内容分析法<sup>17, 18)</sup>を参考に分析を行った。内容分析は、他の質的研究で行われる理論構築を目的としておらず、データをもとにそこに組み込まれた文脈にたいして再現可能

でかつ妥当な推論を行うための方法であることより採用した。

分析の過程は、2名の研究者で行い、不一致が認められた部分については慎重にデータと分析内容との検討を重ねることで妥当性の確保に努めた。

## 4. 倫理的配慮

研究対象者には、研究の目的、意義、インタビューへの参加は自由意思であり、参加しなくても不利益を被ることはないこと、インタビュー後でも分析前であれば中止を申し出ることが可能であること、また、研究終了後は、ICレコーダーの録音は消去し、資料はシュレッダーで破棄すること、所属機関や個人が特定されることはないことを口頭と文書にて説明し同意を得た。

本研究は、山口大学大学院医学系研究科保健学専攻医学系研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（管理番号：562）。

## Ⅲ. 結果

### 1. 地域包括ケア病棟看護師への調査

#### 1) 地域包括ケア病棟看護師の概要

病棟看護師21名の概要は表1に示すとおりである。

病棟看護師のうち、保健師の有資格者が1名、介護支援専門員（ケアマネジャー）の有資格者はいなかった。また、認知症に関する資格では認知症ケア専門士を有する看護師が2名いた。

#### 2) 地域包括ケア病棟看護師へのインタビュー調査

分析の結果、病棟看護師が認知症高齢者の在宅復帰を目指すための訪問看護師との連携・協働と認知症ケアに関する一次コードは222であった。これらの一次コードより33の二次コード、9サブカテゴリが抽出され、3つのカテゴリとなった（表2）。

以下、カテゴリを【 】, サブカテゴリを< >, コードを< >とし、カテゴリごとの概要を示す。ここでは、抽出されたカテゴリを補完する目的で、逐語録から引用したデータ（ローデータ）を「 」で示した。

#### (1) 【役割遂行の葛藤】

地域包括ケア病棟の役割として、在宅療養者の受け入れと在宅復帰支援が求められているが、在宅療

養者の入院よりも急性期の医療機関からの受け入れ患者数が圧倒的に多いことが語られていた。また、地域包括ケア病棟の入院算定期間を「60日しかない」と表現し、＜入院算定期間（60日）（の使い方）＞を在宅復帰支援に有効に活用するため、退院先について＜入院直後から検討すべき（退院先）＞と考えていた。しかし、「入院のときには施設入所や他の病院に入院することが決まっていることもある」と＜在宅復帰の役割を担う病棟としての使命＞といった＜果たせていない地域包括ケア病棟の役割＞の現状が語られていた。

認知症ケアでは、日中の活動や離床を促すためにデイルームへ誘導し趣味活動やレクリエーションなどが行われていても、＜離床・見守りという名の行動制限＞につながっていると感じていることや多忙な業務のなかでは認知症ケアを＜看護補助者や介護士に頼らざるを得ないケアの実践＞が語られた。また、「病院のなかで非日常だし…」と、＜病棟という限られた環境のなかで行うケア＞についても十分な認知症ケアの実践ができていないことが語られ、＜病棟看護の限界＞を感じていた。

このように、病棟看護師は、＜果たせていない地域包括ケア病棟の役割＞や＜病棟看護の限界＞を感

じ【役割遂行の葛藤】を抱えていた。

## (2) 【病棟看護に生かす在宅の視点】

認知症ケアでは、その人自身の特性に着目したケアが重要である。そこで病棟看護師は、＜趣味活動や好きなこと、得意なこと（ができる環境整備）＞を＜生活のリズムを整える日中の活動＞につなげ、＜現役時代の職業や生活歴を理解した（ケアの実践）＞うえで＜個別性に応じたコミュニケーション方法＞を図るなど、入院前の生活について得た情報を活用し認知症ケアを実践していた。また、見当識障害の予防のため「研修会で教わった」＜リアリティオリエンテーションの試み＞といった＜個別性に配慮した認知症ケア＞の実践を行っていることが語られた。

地域包括ケア病棟への入院患者の多くは、急性期の治療が終了したのちに転院・転棟し在宅復帰を目指す。「リハビリスタッフと一緒に患者さんのお宅に行き、自宅の特徴と今のADL（Activities of Daily Living, 以下ADL）の他に何ができたなら自宅に帰ることができるのかを見てくる」と＜住宅訪問によって獲得した自宅情報を（の）活用＞した病棟でのケアを実践していた。また、「患者さんたちは

表1 対象者の属性

	病棟看護師 (n=21)	訪問看護師 (n=17)
平均年齢 (歳)	44.9±11.4	46.8±9.3
性別 (人)	女性: 21 男性: 0	女性: 15 男性: 2
看護師としての経験年数 (年)	19.1±11.7	21.3±9.9
当該部署での経験年数 (年)	3.0±1.3	6.8±5.8
看護師以外の資格 (人)		
保健師	1	1
介護支援専門員 (ケアマネジャー)	0	6
介護福祉士	1	0
認知症ケア専門士	2	2
訪問看護認定看護師	0	2

痛みが取れて、リハビリがある程度進んでいく時期」であり、<リハビリの進捗と病棟生活の差異>を多職種で共有し、<できることを把握した過介助にな  
りすぎない援助>とともに、危険予測が困難な認知症高齢者ではなく身体的苦痛の緩和によって増加する活動量への対応>についても配慮するといった

表2 病棟看護師からみた認知症高齢者の在宅復帰に向けた訪問看護師との連携・協働の実態

カテゴリ	サブカテゴリ	二次コード	一次コード数	
役割遂行の葛藤	果たせていない 地域包括ケア病棟の役割	急性期の医療機関からの受け入れ	10	
		入院算定期間（60日）の使い方	4	
		入院直後から検討すべき退院先	3	
		在宅復帰の役割を担う病棟としての使命	10	
	病棟看護の限界	離床・見守りという名の行動制限	4	
		看護補助者や介護士に頼らざるを得ないケアの実践	5	
		病棟という限られた環境のなかで行うケア	4	
	病棟看護に生かす在宅の視点	個別性に配慮した認知症ケア	趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境整備	5
			生活のリズムを整える日中の活動	10
			現役時代の職業や生活歴を理解したケアの実践	2
個性に応じたコミュニケーション方法			4	
リアリティオリエンテーションの試み			3	
ADLの自立と安全のジレンマ		住宅訪問によって獲得した自宅情報の活用	5	
		リハビリの進捗と病棟生活の差異	8	
		できることを把握した過介助になりすぎない援助	14	
		身体的苦痛の緩和によって増加する活動量への対応	3	
介護負担感への支援		退院先を左右する家族の介護負担感	8	
		自宅へ退院できない理由の把握	10	
		退院後の介護負担感のアセスメント	17	
		入院によって確立した家族介護者の生活リズムの理解	8	
		社会資源の存在と活用方法の周知	7	
意思決定支援の充実		意思表出能力を見極めるかかわり	10	
		有無の二択だけではない意思決定の理解	3	
		これまでの生活歴から予測する考え方や価値観	4	
在宅ケアを支える職種との連携		連携室の役割	連携室をととした介護支援専門員・訪問看護師との情報交換	10
			連携室主導で開催される多職種カンファレンス	7
			連携室が収集する患者・家族の情報	4
	看護と介護の専門性・視点の違い	介護支援専門員中心の在宅ケア	15	
		医療的ケアの必要時のみに行う訪問看護師との情報交換	7	
		看護要約のみによって行われる退院指導に関する情報提供	5	
		介護支援専門員を経由する看護ケアに関する情報提供	2	
	退院指導の実践と評価	退院後の在宅生活状況のフィードバック	6	
		退院後訪問で行うことのできる退院指導の評価	5	

《ADLの自立と安全のジレンマ》が語られていた。

認知症高齢者が在宅復帰するためには、家族への支援は欠かすことができない。「家族がおうちは無理と言えば自宅退院はなくなる」と語られていたことから、〈退院先を左右する家族の介護負担感〉にたいして、〈自宅へ退院できない理由の把握〉を十分に行い、退院後をイメージした〈退院後の介護負担感のアセスメント〉が重要であると考えていた。また、認知症高齢者が入院することによって長期間不在となり、「おうちの方も介護しなくていい生活、自分の時間がとれる生活になった」といった〈入院によって確立した家族介護者の生活リズム（の理解）〉についても理解を示し、〈社会資源の存在と活用方法の周知〉をするなどの支援が必要であることも述べられていた。病棟看護師は家族介護者が感じている《介護負担感への支援》を行うことが重要であると考えていた。

認知症高齢者の意思決定支援について、24時間患者の近くで支援する病棟看護師は、その表情や体動をとおして〈意思表出能力を見極めるかかわり〉をもち、「よく見ていると何か言いたそうな感じとか決めかねているような様子とか」と〈有無の二択だけではない意思決定の理解〉をすることが語られていた。また、認知症高齢者の情報収集を行い、〈これまでの生活歴から予測する考え方や価値観〉について考えることで、認知症高齢者の《意思決定支援の充実》を図っていた。

以上のことから、病棟看護師は【病棟看護に生かす在宅の視点】として入院前の生活状況や生活歴、価値観などを把握し、ケアに生かす必要があることを認識していた。

### (3) 【在宅ケアを支える職種との連携】

訪問看護師をはじめとする在宅ケアサービス提供者との連携については、〈連携室の役割〉となっていた。「訪問看護師と直接情報交換をすることは考えたことがなかった」ことや「ケアマネや訪問看護師との連携は連携室をとおすことが当然だと思っていた」ことなど〈連携室をとおした介護支援専門員・訪問看護師との情報交換〉が語られた。また、退院支援や退院調整で重要となる多職種カンファレンスでは、「連携室が日程調整を行っていて看護師は決まったことを知らされる」と〈連携室主導で

(開催される)多職種カンファレンス〉は開催されていた。「受け持ちの看護師は交代勤務でタイミングによって家族に会えないことも多くて」と在宅復帰支援やケアに必要な情報も〈連携室が収集する患者・家族の情報〉に頼っていることが語られ、「本当は家族やケアマネ（ケアマネジャー）、訪問看護師とも自分たちが直接話をして細かなニュアンスとか知れたほうがいい」と考えてはいるものの実現できていない現状があった。

認知症高齢者の在宅サービスは介護保険制度によるため、在宅復帰支援においては〈介護支援専門員中心の在宅ケア〉となっており、「訪問看護師との情報交換を行うのはインスリンとか褥瘡とか医療的な処置がある場合がほとんど」と、〈医療的ケアの必要時のみに行う訪問看護師との情報交換〉が語られた。情報交換の手段としても看護要約が中心となっているが、「文字数とか項目が決まっていて書ききれないこともある。直接話をした方がちゃんと伝わると思う」と〈看護要約のみによって行われる退院指導に関する情報提供〉について語られていた。また、「看護要約もケアマネに渡して訪問看護に渡รมみたいで、ケアマネには口頭で説明するけど訪問看護師さんと話すことはない」、「生活習慣の注意事項とか退院した直後が一番重要で、ケアマネさんに説明してもうまく伝えられなくて、伝わらなくて。後日、電話をもらって改めて説明することもある」と〈介護支援専門員を経由する看護ケアに関する情報提供〉についても病棟看護師は〈看護と介護の専門性・視点の違い〉による情報提供の難しさが語られていた。

病棟看護師は、在宅復帰後の認知症高齢者の生活状況を確認することができない現状があった。そのため、〈退院後の在宅生活状況のフィードバック〉が行われることで、病棟で実施した退院指導の内容が在宅生活で活用できているか確認することができること、「退院後訪問指導料というので退院した患者さんのところに行く機会があって、生活の場を自分で見ることができて、自分の指導が役に立っていたと実感した」と〈退院後訪問を行うことのできる退院指導の評価〉によって振り返りを行っていた。病棟看護師が退院後の生活を知ることによって次に生かすことができ、〈退院指導の実践と評価〉を繰り返し有効な在宅復帰支援につなぐことができると語られていた。

病棟看護師は、訪問看護師や介護支援専門員といった【在宅ケアを支える職種との連携】が必要であり、直接的な情報交換を入院中から退院後まで継続して行うことが望ましいと考えていた。

以上のことから、病棟看護師は「果たせていない地域包括ケア病棟の役割」や「病棟看護の限界」を感じるなど【役割遂行の葛藤】を抱きながら、認知症高齢者の在宅復帰支援のために【病棟看護に生かす在宅の視点】の充実を図り、【在宅ケアを支える職種との連携】を模索していることが分かった。

## 2. 訪問看護師への調査

### 1) 訪問看護師の概要

17名の訪問看護師は全員病棟での勤務の経験があった。保健師の有資格者は1名、介護支援専門員の有資格者が6名であった。認知症ケア専門士、認知症看護認定看護師がそれぞれ2名ずつであった(表1)。

### 2) 訪問看護師へのインタビュー調査

インタビューデータより、病棟看護師との連携・協働、認知症高齢者の在宅復帰を目指すために訪問看護師が有用だと考える認知症ケアや在宅復帰支援に関する一次コードは232であった。これらの一次コードより28の二次コード、9サブカテゴリが抽出され、2つのカテゴリとなった(表3)。

#### (1) 【訪問看護の特性の共有】

訪問看護師は、有効な在宅復帰支援のためには、病棟看護師にたいして「在宅で行うことのできる医療処置やケアの内容の理解」を望んでいた。「病棟看護師に、患者さんのところで1時間も何をしてるのかと聞かれる。私としては、訪問看護はどんなことをしているのか知って欲しい」と考えていることが語られていた。「併設または連携している訪問看護ステーションを活用した訪問看護の体験」を研修として行っている医療機関もあり、「訪問看護を(の)理解」する取り組みによって在宅復帰支援が促進されると考えていた。

退院後、認知症高齢者は医療機関と異なり、「常時の見守りや管理が不可能な自宅での生活(の理解)」が必要になる。そのため、看護や介護といっ

た専門職の目が届かない環境のなか、生活を営む上での「(生活上での)リスクを予測した対策」を図るなど、「疾患ではなく生活の視点」をもち、認知症高齢者や家族介護者の安全を確保しなければならないことが述べられていた。

医療機関で行われる在宅復帰支援では、ADLに関するカンファレンスの場面や退院前の住宅改修の検討などでリハビリテーションスタッフを中心に進む場面が多くみられる。しかし、訪問看護師は、病棟看護師の「看護師としての五感と経験・知識を融合した価値観」を大事にし、支援の中心となってほしいと思っていることが語られていた。また、「看護師って、目の前の処置的なものだけじゃなく、メンタル面、家族関係、いろんなことを含めたことも総合して見る。そこに何か引っ掛かるものとか、看護師の目線で、看護師同士で、話ができるというのは分かりやすいし、伝わりやすい。その看護師の目線や感じたこと、気づきを共有することができたらいい」と、看護師として認知症高齢者や家族介護者とかかわるなかで「くわずかに感じた違和感や気づき(の発信)」を同じ「看護師としての価値観(の共有)」をもつ訪問看護師に発信し共有することを望んでいた。

このように、訪問看護師は病棟看護師にたいして、在宅復帰支援を行うにあたり、訪問看護についての理解を深め、【訪問看護の特性の共有】と、同じ看護師としてともに在宅復帰を支援していくことを望んでいた。

#### (2) 【看看連携によるケアの実践】

入院時に病棟看護師が患者データベースを聴取する際、訪問看護サービスを利用していた場合には、「訪問看護師からの情報提供書(看護要約)の確認」や「入院前のADLやIADL(Instrumental Activities of Daily Living)について訪問看護師からの情報収集」といった、看護師の視点による情報、「自宅の間取りや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などの情報収集」を早期に行い、「入院時の情報収集」を充実させ、入院直後からケアに生かすことの必要性が語られていた。

また、訪問看護師は、認知症高齢者がこれまでの生活で行っていた、「自宅でできていたこと(移動・排泄・服薬管理)」を参考にしたりリハビリや看護

表3 訪問看護師からみた認知症高齢者の在宅復帰に向けた病棟看護師との連携・協働と病棟での認知症ケア

カテゴリ	サブカテゴリ	二次コード	一次コード数
訪問看護の特性の共有	訪問看護の理解	在宅で行うことのできる医療的処置やケア内容の理解	10
		併設または連携している訪問看護ステーションを活用した訪問看護の体験	13
	疾患ではなく生活の視点	常時の見守りや管理が不可能な自宅での生活の理解	2
		生活上でのリスクを予測した対策	2
	看護師としての価値観の共有	看護師としての五感と経験・知識を融合した価値観	10
		わずかに感じた違和感や気づきの発信	10
看看連携によるケアの実践	入院時の情報収集	訪問看護師からの情報提供書（看護要約）の確認	24
		入院前のADLやIADLについて訪問看護師からの情報収集	7
		自宅の間取りや動線、動線上のバリア、入院前に利用していた福祉用具などの情報収集	4
	ADL・IADL能力の維持・促進	自宅でできていたこと（移動・排泄・服薬管理）を参考にしたりハビリや看護実践	2
		強みやできることに着目したアセスメントと看護実践	4
		「できそうなこと」を「できる」ような、ある程度の失敗を許容される入院環境	15
	個別性に配慮した認知症ケア	リロケーションダメージ軽減のための病棟・病室内の環境づくり	8
		趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境の整備	8
		個性に応じたコミュニケーションの方法	3
	介護負担感への支援	入院前の家族介護者の力量や負担感の把握	2
		家族介護者がもつ退院後の介護負担感の理解	8
		家族介護者の不安や心配ごとの把握と解消のための方法の提案	3
		主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度と調整	7
		患者が自宅で過ごすことについて、家族がどのように思っているか意思の確認	3
	在宅ケア提供者との連携	自宅への退院の可能性がある場合のできるだけ早い訪問看護師へ相談	5
		多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師や介護支援専門員の参加依頼	34
		治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の関係する職種間での共有	3
		主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度の共有不足	2
	生活に合わせた退院指導	退院後に患者・家族介護者が無理なく服薬やケアの継続性の確認	15
		訪問看護師と協働で行う医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援方法のシンプル化	16
医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援の具体的内容や患者・家族介護者の理解・習得度についての情報提供		7	
病棟看護師からみた退院後の課題について訪問看護師へ情報提供		5	

実践>を行うことや<強みやできることに着目したアセスメントと看護実践>によって、入院によるADLの低下を予防するかかわりを望んでいた。また、医療機関においては、医療事故防止のための様々な管理が必要となる。特に服薬管理については「病院では持ってきてくれて、飲ませてくれて、確認ができてっていうのが当たり前。でも、これまで自宅では、飲めてるにしろ、飲めてないにしろ自分である程度はできていた。それが全くできなくなって帰ってくる。できてるところはできるだけさせてあげてほしい。普通の生活に戻るまでの時間が、入院が長いだけ戻れなくなるというところは感じる」と語られていた。多くの医療機関では、誤薬を防ぐため服薬管理は看護師が行う。それにより、自分自身で管理しなくなったことで、できなくなってしまった服薬管理を再び認知症高齢者が自身で管理できるようになることは難しい現状があった。在宅復帰を目指す認知症高齢者には、<「できそうなこと」を「できる」ような、ある程度失敗を許容される入院環境>を整備し、今できることやできそうなことを奪わずに、<ADL・IADL能力の維持・促進>することが重要であると述べていた。

入院前の情報を活用した認知症ケアとして、自宅での環境に関する情報を生かし、<リロケーションダメージ軽減のための病棟・病室内の環境づくり>や、自宅での過ごし方から<趣味活動や好きなこと、得意なことができる環境の整備>を行うことによって、少しでも穏やかな入院生活を送ることができると述べていた。認知症ケアでは、より個別性の強い看護実践が求められ、その人となりや十分に情報収集し、<個別性に応じたコミュニケーションの方法>の工夫を行い、信頼関係の構築につなぐことが認知症高齢者の安心につながると訪問看護師は考えていた。このように、<個別性に配慮した認知症ケア>が充実することで、入院生活による混乱やなじみのない環境といったBPSDやせん妄の出現・悪化の要因を取り除くことができ、認知症高齢者のスムーズな治療や訓練につながることが語られていた。

認知症高齢者の在宅復帰および在宅療養の継続に家族介護者の<介護負担感への支援>は欠かすことができない。家族関係やキーパーソンの年齢や就業状況など、<入院前の家族介護者の力量や負担感の把握>をすることで<家族介護者がもつ退院後の介

護負担感の理解>につなぎ、訪問看護師と協力しながら<家族介護者の不安や心配ごとの把握と解消のための方法の提案>すべきであると述べられていた。また、疾患や予後に対する受け止めや認識が医療機関側の意図と齟齬があることで、在宅療養の支援に困難をきたすという現状が生じているため、<主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度と調整>が行われることを望んでいた。医師からの説明を十分に理解したうえで、<患者が自宅で過ごすことについて、家族がどのように思っているか（意思の確認）>といった家族の意向や意思決定支援も重要であると語られている。

訪問看護師は、在宅復帰に向けてできる限り早く連携し、準備を進めることが認知症高齢者の在宅復帰支援に有効であると考えており、<自宅への退院の可能性がある場合のできるだけ早い訪問看護師への相談>をして欲しいことが語られていた。<多職種で行われる院内カンファレンスに訪問看護師や介護支援専門員の参加（依頼）>を希望しており、定期的に院内で行われるカンファレンスの場で自宅の様子を知る訪問看護師が看護の視点で自宅の情報を提供することは、認知症高齢者の在宅復帰に有用であると述べていた。しかし、多職種が集まって開催されるため、日程調整などの関係によっては、カンファレンスへの参加が叶わない場合もある。その場合、カンファレンス内容の情報提供を望んでおり、<治療・リハビリ・ケアの方向性や現状を院内外の関係する職種間での共有>を行い、院外であってもカンファレンスに参加できなくても、ともに在宅復帰に向けた準備を行いたいと考えていた。また、入院中の<主治医の治療方針や予後についての説明内容の患者・家族介護者の認知・理解の程度の共有不足>によって、家族からの誤解した情報を聞く場合も多く、対応に苦慮していた。「キーパーソンである高齢のご主人の理解、今後どうなっていくのかという見通しの受け入れが全くできなくて、こちらがやろうとする介入、病院側からも依頼されている介入とご主人が求めている介入と全く違う。ご主人が思っているのは、薬を飲んで、訪問看護師に来てもらえば、そのうちに認知機能が戻るだろう、改善するだろうと。もしご主人の受け入れができていないのであれば、それをこちらに伝えてもらえれば対

応もスムーズだったかもしれないと思ったこともあった」と、医療機関と《在宅ケア提供者との連携》が認知症高齢者の在宅復帰支援には重要であることが語られた。

認知症高齢者の在宅復帰では、その人の《生活に合わせた退院指導》が重要となる。＜退院後に患者・家族介護者が無理なく服薬やケア（の継続性の確認）＞を自宅でも継続することができるよう、自宅での生活状況を知る＜訪問看護師と協働で（行う）医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援方法のシンプル化＞を図ることが必要であると述べられていた。そして、＜医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援の具体的内容や患者・家族介護者の理解・習得度についての情報提供＞が訪問看護師に行われることで、退院後も病棟で退院指導として実践していた内容を在宅療養へ移行後も継続して行うことが可能になると語られていた。＜病棟看護師からみた退院後の課題について訪問看護師へ情報提供＞がなされることで、医療的ケア・服薬管理・日常生活での支援といった生活全般にわたる退院指導を行う病棟看護師が在宅ケアを担う同じ専門職である訪問看護師へ看護師としての専門性から感じる退院後の課題について情報を共有し、退院後の患者・家族介護者の支援につなぐことができることが語られていた。

このように入院前の生活状況や家族背景などについて、看護師の視点で客観的にみた情報を訪問看護師から得て【看看連携によるケアの実践】を行うことが可能となることが述べられていた。

以上のことから、訪問看護師は、病棟看護師が＜訪問看護の理解＞を深め、【訪問看護の特性の共有】を行うことで、自宅での生活を知る訪問看護師との【看看連携によるケアの実践】によって認知症高齢者の在宅復帰支援を医療機関と在宅という双方向から実践できると考えていることが分かった。

#### IV. 考 察

##### 1. 病棟看護師と訪問看護師との連携・協働のための訪問看護の理解

在宅サービスとはどのようなサービスであるのか、訪問看護ではどのようなケアを行っていて、在宅移行に向けてどのようなことが必要であるのかを入院

生活を支える病棟看護師が具体的に理解することは、在宅移行支援には重要である。しかし病棟看護師は、自宅での生活状況に関する情報に触れる機会が少なく、訪問看護などのサービスを受けながら生活をする在宅療養をイメージしにくい状況にある<sup>19)</sup>。病棟看護師が訪問看護で行われているケア内容や在宅療養生活についての理解や意識向上を目的とした訪問看護師に同行し訪問看護を経験する取り組みでは、訪問看護の経験によって、病棟看護師は、在宅での患者の表情が入院中と違い生きいきとしていること<sup>20)</sup>、在宅療養継続に必要な要素や訪問看護師との連携の大切さの理解<sup>21)</sup>、積極的に退院支援にかかわる態度に変化したこと<sup>22)</sup>などが報告されている。このように、訪問看護の体験は、入院中とは異なる患者の様子や生活場面を自分の目で見て理解し、退院後の生活を見据えた在宅復帰支援を実践する一助となる。しかし、今回の結果では、病棟看護師の訪問看護体験が有効であることについての理解はあるが、実際の臨床現場において浸透し、実践されているとはいえない状況であった。多忙な業務のなかで、病棟看護師が訪問看護体験を取り入れることは難しい。併設機関や協力体制のある訪問看護ステーションとの一定期間の人事異動など医療機関全体での取り組みや訪問看護師との症例検討や意見交換を通して、病棟看護師が訪問看護を体験することで、理解を深めるといった方法も有効な手段であると考えられる。また、病棟看護師と訪問看護師間での積極的な情報交換を含めた連携・協働の機会を持つことは重要であり、病棟看護師の在宅復帰支援への意識向上にもつながるのではないかと考える。

##### 2. 看看連携による認知症ケアと在宅復帰支援

多くの医療機関において、医療ソーシャルワーカーや退院調整看護師などが所属する連携室が、医療機関と在宅との橋渡しをする役割として機能している。本研究においても、病棟看護師は訪問看護師との連携は連携室の役割であり、自身が訪問看護師から直接情報を得るということを意識していなかった。一方で、訪問看護師は医療機関と地域との仲介役としての連携室の役割は認めつつ、入院生活を支援する病棟看護師との直接的な連携・協働を強く望んでいた。また、介護保険制度下での訪問看護サービスの利用者の場合では、病棟看護師と介護支援専

門員、訪問看護師と介護支援専門員との間での連携・協働も重要となる。医療が必要な在宅療養者を支援する訪問看護師とケアプラン全体のマネジメントを行う介護支援専門員との連携では、専門性の違いや専門用語による言葉の壁<sup>23)</sup>、情報共有のしにくさ<sup>24)</sup>、コミュニケーションの取りにくさ<sup>25)</sup>がある。今回の結果でも、病棟看護師は介護支援専門員を経由して訪問看護師へ看護要約などを活用した情報提供を行っていたが、うまく情報伝達ができないこともあり、病棟看護師自身も課題を感じていた。また、医療機関を退院直後で少なからず医療が必要な認知症高齢者に対して、訪問看護師は病棟看護師と直接的な情報交換を行うことで介護職や福祉職とは違う看護師としての価値観を共有したいと考えていた。病棟看護師も入院中の生活で認知症高齢者の言動のなかから、個別性を理解し尊重した意思決定支援やケアの実践を行っていた。このように看護を提供する場は違っても、同じ価値観を持つ看護師として、日々の生活の様子について看護の視点から観察やアセスメントを行い、観察やアセスメントを行い、感じた気づきや違和感を直接、共有することができれば、より充実したケアの実践が可能になると考える。

病棟看護師が実践する在宅復帰支援では、認知症高齢者の治療経過や入院生活に関することについては把握しているものの、退院に関するアセスメント力や退院計画の実践が不十分であったり、入院前の生活状況や介護力についての情報不足によって患者の在宅生活をイメージしにくかったりすることが指摘されている<sup>26)</sup>。そこで、ともに看護師という同職種間での連携を図り、在宅での生活情報が早期に病棟看護師に提供され、入院中のケアに活かすことで、環境の変化によるせん妄、リロケーションダメージを軽減することで、円滑な在宅復帰支援につながる。川嶋らの報告<sup>27)</sup>では、訪問看護師は連携を強化したい職種として病棟看護師を挙げており、情報提供してほしいこととして、退院指導の内容、在宅療養上での注意点や問題点、患者・家族の病状の理解の程度を挙げていた。また、在宅移行期の現状では、在宅側への連絡は退院直前であり、退院までの時間がなく十分な情報共有が困難であると報告されている<sup>28)</sup>。訪問看護師は退院時（在宅移行期）だけではなく、入院当初からリアルタイムでの治療経過やリハビリテーションの進捗状況といった入院生活の全

般で情報共有を行い、より連携を強化したいと考え、その手段として、院内で行われる定期的な多職種カンファレンスへの参加を希望していた。カンファレンスの場で多職種に対し、自宅での生活状況や、ここまでできれば在宅復帰が可能と考える点などを直接提案することで、より現実的で有用な支援方法の検討を行うことができる。また、治療経過や入院生活の状況を共有することで、家族介護者への支援についても統一した対応が可能となる。さらに、退院指導では住環境や家族の介護力を熟知した訪問看護師とともに退院計画・指導を行うことで、退院後の生活に即し、在宅用にアレンジされた、退院後も継続可能なケアの内容にすることができる。今後、訪問看護師と病棟看護師がともに退院後に必要な医療処置や看護ケアなどを行う場をもつなど積極的な連携・協働を図ることで退院支援の充実が期待できる。

医療機関では、医療安全の観点から危険性を伴う行為については配慮が行われる。訪問看護師は、認知症高齢者の在宅復帰後の服薬管理について特に苦慮していた。誤薬を防ぐため、認知症高齢者に対して入院当初から看護師による服薬管理が行われ、退院が決定すると退院先の環境に応じて自己管理に向けた支援を実践する<sup>29)</sup>、<sup>30)</sup>。しかし、認知症高齢者では一度手放してしまったIADLを再び獲得することは難しい。そこで、入院後早期に服薬の管理が可能かどうか見極め、可能であればハイリスクだと考えられる薬剤のみ看護師で管理し一部は認知症高齢者自身で管理することが継続できるといった、できることを奪わないケアについても、医師や薬剤師と協力しながら考慮すべき点である。一方で、病棟看護師も安全管理の観点からできること、できそうなことを病棟生活で実施させることができない安全と自立へ向けた支援へのジレンマを抱いていた。危険の予測や回避することが困難である認知症高齢者にたいしては、様々な視点から退院後の生活を鑑み、安全と自立を検討しつつも自立に向けた支援がより重要である。

### 3. 在宅復帰に向けて必要な支援

訪問看護師は、入院早期から病棟看護師をはじめとする医療機関のスタッフとの直接的な連携・協働を望んでおり、カンファレンスに参加するなど顔の見える関係性を築くことで認知症ケアの充実や在宅復帰支援に有用であると考えていた。また、病棟看

看護師も連携室に任せるだけでなく、病棟看護師自身が訪問看護師と直接連携を行うことで必要な情報収集を行い、認知症ケア在宅移行支援につなぐことができる可能性があることを語っていた。しかし、実際の臨床の現場においては、連携室や介護支援専門員を通すことが当然であると考えられ、直接的な連携・協働は実現できていない。医療機関を退院し、また入院前から訪問看護サービスを利用していた認知症高齢者は、医療も介護も必要な状況が継続する。そのため、入院中に行うべきケアや支援の内容は、看護師が中心となるという認識をもつことが重要である。病棟看護師と訪問看護師との連携は、一方からの依頼や情報伝達ではなく、双方の強みを活かした具体的で実践可能な方法や内容を検討し、協働して機能することが必要となる。在宅で使用していた物品や方法を病棟で活用し、ADL・IADLの低下を最小限にしたり、入院前の生活環境を理解しリロケーションダメージの軽減を図る、また新たに必要となった援助内容については看護師間で意見交換を行い、退院後も継続可能な内容に修正していくなど、双方での情報共有を行うことができれば、在宅移行から在宅療養の継続まで見越した在宅復帰支援につなぐことができる。近年、オンラインが普及している。多忙な勤務の合間に直接的な連携に活用することで顔の見える関係を築き、必要な情報共有ができるのではないかと考える。

今後は、入院早期から病棟看護師と訪問看護師が連携・協働をスムーズに行うための方策として、疾患の治療経過やリハビリテーションの進捗状況や訪問看護師へのインタビュー調査で示されたタイミングや内容に沿って活用できる看護パス<sup>31)</sup>などの可視化したシステムが必要であると考え。退院前からの訪問看護師とのかかわりや退院後のフィードバックによって病棟看護師の退院支援に関する意識変化の報告<sup>32)</sup>もあり、可視化したシステムによって訪問看護師とのかかわりを意識することで、病棟から有効な認知症高齢者の在宅復帰支援が発信されていくきっかけになることが期待される。

## V. 結 語

地域包括ケア病棟に入院する認知症高齢者の認知症ケア、在宅復帰支援について病棟看護師と訪問看

護師にたいしてインタビュー調査を行った。

地域包括ケア病棟に勤務する看護師は、地域からの入院の受け入れや在宅復帰という「果たせていない地域包括ケア病棟の役割」の現状や認知症高齢者が生活していたなじみの環境には程遠い「病棟看護の限界」を感じるなど地域包括ケア病棟の【役割遂行の葛藤】を抱きながら、認知症高齢者の在宅復帰支援のために【病棟看護に生かす在宅の視点】の充実を図り、【在宅ケアを支える職種との連携】を模索していた。入院前の在宅生活を支援していた訪問看護師は、病棟看護師が「訪問看護の理解」を深め、【訪問看護の特性の共有】を行うことで、自宅での生活を知る訪問看護師との【看看連携によるケアの実践】をすることによって、認知症高齢者のケアの充実や在宅生活を具体的にイメージした在宅復帰支援を医療機関と在宅という双方向から実践できると考えていることが分かった。

しかしながら、病棟看護師は、訪問看護師との連携・協働連携室に一任しており、直接的な連携・協働の実践は行われていなかった。そこで、入院早期から病棟看護師と訪問看護師が連携・協働をスムーズに行うための方策として、疾患の治療経過やリハビリテーションの進捗状況に沿って、どのような連携・協働を行うのかを示した可視化されたシステムを作成・活用する必要がある。そのことによって地域包括ケア病棟看護師と訪問看護師の連携・協働が促進され、認知症高齢者の在宅復帰につなぐことができ、地域包括ケアシステムの一端を担うことができると考える。

## 謝 辞

本研究のインタビューにご協力いただきました看護師のみなさまに心より感謝申し上げます。

## 利益相反の開示

本研究における利益相反は存在しない。

## 引用文献

- 1) 内閣府. 平成29年版高齢社会白書. <http://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w->

- 2017/zenbun/pdf/ls2s\_03. (参照2023-04-23)
- 2) 厚生労働省. 訪問看護ステーションの利用者状況. [https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou\\_03](https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kaigo/service16/dl/kekka-gaiyou_03). (参照2023-04-23)
  - 3) 清水祥史, 鈴木瑞枝. 認知症患者におけるリハビリテーション. 日本慢性期医療協会誌 2015; 23 (2) : 88-93.
  - 4) 寺西美佳, 栗田征武, 西野 敏, 武吉健児 他. 認知症患者の中核症状・周辺症状および日常生活動作能力の関係について. 老年精神医学雑誌 2011; 22 (2) : 185-193.
  - 5) 厚生労働省. 地域包括ケア病棟のイメージと要件. <https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12400000-Hokenkyoku/0000039380.pdf>. (参照2023-04-23)
  - 6) 田中志子, 安原千亜希, 内田智久. 認知症に特化した地域包括ケア病棟における身体拘束ゼロでのリハビリテーション. JOURNAL OF CLINICAL REHABILITATION 2019; 28 (6) : 537-543.
  - 7) 地域包括ケア病棟協会. 地域包括ケア病棟施設基準等について. <https://chiiki-hp.jp/wp-content/uploads/2019/02/160629-00.pdf>. (参照2023-04-23)
  - 8) 柄澤邦江, 安田貴恵子, 伊藤みほ子, 清水美穂子 他. 訪問看護師と病棟看護師の切れ目のない緩和ケアを提供するための課題. 長野県看護大学紀要 2020; 22 : 23-36.
  - 9) 山崎潤子. 退院支援から退院直後の訪問看護への活用. 訪問看護と介護 2017; 22 (10) : 765-774.
  - 10) 佐野けさ美. 訪問看護をプロセスで見せる. 訪問看護と介護 2017; 22 (8) : 621-628.
  - 11) 畔上光代, 伊藤隆子. 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 2020; 16 (2) : 47-54.
  - 12) 牟田京子, 徳田結衣, 坂元 梓. 医療的ケア児の在宅移行支援における病棟看護師の役割. 鹿児島純心女子大学看護栄養学部紀要 2019; 23 : 23-29.
  - 13) 田中千恵, 佐島 毅. 在宅重症心身障害児と介護者が望む支援・必要な情報と求められる連携について. リハビリテーション連携科学 2016; 17 (1) : 54-60.
  - 14) 大槻久美, 大槻 文, 五十嵐ひとみ. A大学病院におけるがん患者の退院支援について－病院看護師と訪問看護師の連携に焦点をあてて－. 東北文化学園大学看護学科紀要 2017; 6 (1) : 31-40.
  - 15) 尾形由起子, 櫛 直美, 小野順子, 吉田恭子. 終末期がん療養者の配偶者による在宅看取り実現のためのセルフマネジメントに対する支援方法の検討－多職種フォーカス・グループインタビューの結果より－. 福岡県立大学看護学研究紀要 2017; 14 : 41-47.
  - 16) 又吉 忍. 病棟看護師と訪問看護師の看護の視点と連携の課題－ALS (筋萎縮性側索硬化症) 療養者の事例を通して－. 相山女学園大学看護学研究 2021; 13 : 14-24.
  - 17) Dr. Klaus H. Krippendorff. Content Analysis An Introduction to Its Methodology, SAGE Publications. 米国, 2018 : 196-383.
  - 18) 三上俊治, 椎野信雄, 橋元良明 訳, Krippendorff. K. メッセージ分析の技法. 第1版, 勁草書房, 東京, 1989 : 168-183.
  - 19) 福井小紀子. がん終末期ケアにおける医療連携の現状と課題 病院看護師と訪問看護師への期待. 病院 2007; 66 (5) : 397-402.
  - 20) 三澤康雄, 山口幸枝, 田口敬代. 病院看護師による訪問看護師との同行訪問看護研修の試み. 愛仁会医学研究誌 2006; 38 : 119-120.
  - 21) 瀬戸広子, 佐藤福恵, 佐々木紫, 佐藤佳子 他. 病院・訪問看護師間の連携のための病棟看護師との同行訪問の試み. 日本看護学会論文集 地域看護 2007; 37 : 135-136.
  - 22) 森田周子, 下村晃世, 大市三鈴. 病棟看護師が訪問看護への同行訪問を行うことで得た気づき. 日本看護学会論文集 地域看護 2011; 41 : 266-269.
  - 23) 平川仁尚. ケアマネジャーを悩ませる訪問看護師の行動傾向について. 日本農村医学会雑誌 2014; 63 (4) : 679-682.
  - 24) 原田小夜. 介護支援専門員の直面する在宅ホスピスケアにおける課題. 日本健康医学会雑誌 2012; 21 (1) : 2-9.
  - 25) 依田純子, 佐藤悦子, 泉宗美恵, 須田由紀 他.

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 2014；16（3）：13-21.

- 26) 川嶋元子, 森 昌美, 松宮 愛. 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.
- 27) 川嶋元子, 森 昌美, 磯邊厚子. 訪問看護師が初回訪問までに行う在宅移行患者の情報収集の実態. 聖泉看護学研究 2017；6：75-82.
- 28) 清崎由美子. 在宅ケアサービス提供者からみた望ましい退院支援－訪問看護の立場から－. ジェロントロジーニューホライズン 2005；17（4）：338-343.
- 29) 塩見利明, 黒野俊介, 真田 進. 高齢患者の服薬能力の評価 服薬能力判定試験（Japanese Regimen Adherence Capacity Tests；J-RACT）による検討. 臨床薬理 1997；28（4）：793-800.
- 30) 竹山由香, 木原貴子. 自宅退院患者の服薬管理に対する取り組み－服薬シート・運用を見直して－. 日本看護学会論文集 慢性期看護 2020；50：30-33.
- 31) 一般社団法人日本クリニカルバス学会, クリニカルバス用語解説集, 第2版. サイエンティスト社. 東京, 2019；21-24.
- 32) 藤本真由美, 佐々木睦子, 大森美津子. 中堅看護師と訪問看護師の初回同行訪問後の在宅療養移行支援への思い. 香川大学看護学雑誌 2022；26（1）：13-24.

### Practical Cooperation and Collaboration between Community-based Care Hospital Nurses and Home-Visiting Nurses to Support Elderly People with Dementia Returning Home

Asako KIYONAGA and Chizuru NAGATA

Division of Community/Gerontological Nursing,  
Faculty of Health Sciences, Yamaguchi University  
Graduate School of Medicine, 1-1-1 Minami  
Kogushi, Ube, Yamaguchi 755-8505, Japan

### SUMMARY

Elderly people living with dementia often have some other illnesses and lots of them receive home care services. The purpose of this study is to clarify through a qualitative analysis how community-based care hospital nurses and home-visiting nurses collaborate in practicing dementia care and support hospitalized elderly patients returning home.

The first interview was conducted with twenty-one community-based care hospital nurses, and the results suggested that they were struggling with conflicts related to fulfilling their own role and limitations of ward nursing.

Seventeen home-visiting nurses were the participants of the next interview. Two categories of “sharing the specialty of home-visiting care” and “practicing nurse-to-nurse collaboration” and 9 subcategories including “understanding home-visiting care by hospital nurses” were identified. Hospital nurses need to enhance their understanding of home-visiting care and collaborate with other healthcare professions in order to support elderly patients with dementia returning home.

These results indicated that developing and putting into practical use since early phases after hospitalization a visualized system of nurse-to-nurse collaboration according to process of medical treatment and rehabilitation might be effective to support elderly patients returning their own homes from both the hospital and home care perspectives.