

研究報告：秋田大学保健学専攻紀要26(1)：61-68, 2018

A圏域における病棟看護師の退院支援の取組みと自己評価

長岡 真希子* 中村 順子* 佐藤 亜紀子**
大塚 悦子*** 小松 順子*** 白川 秀子***

要 旨

A県A圏域の病院看護師の退院支援への取組みの現状や自己評価、退院支援に関する病棟看護師の役割認識等を調査し退院支援の実態を明らかにすることを目的に、A圏域の総合病院4か所の病棟看護師400名を対象に質問紙調査を実施した（有効回答299名，有効回答率74.8%）。退院支援病棟評価では13項目中10項目において、70%以上が「いつでもできている」または「ときどきできている」と回答し、退院支援自己評価の尺度全体の得点±SDは20点満点中13.90±2.44と共に概ね高評価であったが、院内外他職種との連携、役割分担等に課題があることが推察された。また病棟看護師の役割として、患者・家族の意思決定支援を重要視している一方、療養環境や社会資源の調整まで病棟で完結しようとする認識が窺えた。今後、他職種との関わりやカンファレンスの持ち方、他職種との役割分担を再確認し、病棟における退院支援のあり方を整理する必要があると考える。

I. 研究背景

現在、我が国の老年人口割合は25%を越え、超高齢社会に突入した¹⁾。こうした状況に付随し、2012年の介護保険制度及び介護報酬改定等では、地域包括ケアシステムの実現に向けた取組みを進めることがねらいとされている²⁾。地域医療の現場では現在、医療連携室や退院支援部門の設置及び退院調整看護師の配置、地域連携クリティカルパスの開発等が進み、施設間、職種間の連携の強化を図りつつ、地域包括ケアシステム構築に伴う病院機能分化や入院日数短縮等地域完結型医療の実現に向けた取り組みが期待されている³⁾。このような加速度的な社会の動きに見合った地域医療の確立に対応するためには、病院から療養先へ安心して移行できるための支援、いわゆる退院支援体制の構築が重要である。中でも、外来から入院治療、退院と関わり、介護サービス等へ引き継ぐ重要な役割を担う病棟の病棟看護師（以下、病棟看護師）の退院支援能力の育成は喫緊の課題である⁴⁾。

中でもA県は、高齢化率、人口減少率、生活習慣病による死亡率が47都道府県中常に上位であり、過疎化に伴う医療及び介護サービスの偏在が顕著な状況にあるなど、退院支援を行う上での課題も多様化していることが予測される。こうした地域において退院支援体制を構築するには、地域の医療・介護の現状と施設間、職種間連携の課題等を分析し、その特性に見合った病棟看護師の退院支援能力育成のための研修プログラム（以下、退院支援研修プログラム）の構築が必要であると考える。

今回、A県の中心部であり第2、3次医療機関が集中するA二次医療圏（以下、A圏域）に着目し、A圏域版退院支援研修プログラムを作成、実践するための方向性を検討するために、病棟看護師から見た退院支援への取組みの現状や自己評価、退院支援に関する役割認識等を調査することとした。

* 秋田大学大学院医学系研究科保健学専攻
** 秋田大学医学部附属地域包括ケア・介護予防研修センター
*** 秋田大学医学部附属病院

Key Words: 退院支援
病棟看護師
自己評価

II. 研究目的

A圏域版退院支援研修プログラムを作成、実践するための方向性を検討するために、A圏域における病棟看護師から見た退院支援への取組みの現状や自己評価、退院支援に関する役割認識等を調査し退院支援の実態を明らかにする。

III. 研究方法

1. 本研究における用語の操作的定義

- ・退院支援：患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るか自己決定するための支援⁴⁾。
- ・退院調整：患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向をふまえて、環境・人・物・経済的問題などを社会保障制度や社会資源につなぐためのマネジメントの過程⁴⁾。
- ・退院調整看護師：退院支援部署等に所属し専従または専任で退院支援並びに退院調整を行う看護師^{4,5)}。

2. 調査方法、調査期間、調査対象

無記名自記式質問紙調査とし回収は留置き法とした。調査期間は2016年6～7月であった。事前に研究の趣旨と協力に承諾の得られたA圏域を管轄する400床以上を持つ総合病院4か所の看護部長に対し、病棟勤務の看護師を無作為に100名ずつ選定してもらい調査用紙の配布を依頼した。選定する際には、役職の有無、退院支援部署等の経験、資格等は問わず、できるだけ勤務病棟、経験年数等に偏りがないことを依頼した。回答用紙は各回答者が個別で封筒に入れ、個人の識別ができない状態とした。調査内容の設定にあたっては研究者間、A圏域内病院の看護部長、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーションの管理者（以下、A圏域内の専門職）と共に複数回にわたり内容の検討を行い、プレテストを経て本調査を実施した。

3. 調査内容

1) 対象者の属性

性別、年齢、職位、保有資格、看護師経験年数、現部署経験年数、最終学歴、看護基礎教育における在宅看護に関する科目履修の有無とした。

2) 退院支援に関する所属病棟の取組み

事前にA圏域の医療及び介護の実状と課題、施設間、職種間連携、退院支援・退院調整の実態を

把握するため、A圏域内の専門職を対象に、複数名から聴取りを行った。その中から病棟看護師に求められる退院支援に必要なスキル、役割等をA圏域内の専門職と研究者間で検討し、更に文献^{4,7)}を参考に、退院支援の現状や自己評価、役割認識等に関する質問項目を検討した。このうち、退院支援全般の傾向を把握するため、所属する病棟の退院支援の取組み（以下、退院支援病棟評価）として、「できるだけ早期に退院支援を開始できている」等13項目を作成した。選択肢は「まれにできている」、「たまにできている」、「ときどきできている」、「いつもできている」の4段階とした。

3) 退院支援に関する自己評価

対象者個々の退院支援に関する自己評価については、戸村らによって開発された『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』(Nurse's Discharge Planning Ability Scale: NDPAS)⁵⁾を用いることとした。本尺度は、退院支援看護師（退院調整看護師と同義語）の個別支援における実践能力を測定する尺度として信頼性・妥当性が確認されており、4因子24項目について「全くできていない：1点」～「十分できている：5点」の5段階で評価する。NDPASは病棟看護師にも求められる実践能力も多く含まれている。そのため本研究においては、研究者間での検討に加え開発者の許可を得て、退院支援に関する実践能力の自己評価（以下、退院支援自己評価）として、各項目の実施状況並びに全体の傾向を把握するため、各項目の平均得点、4因子平均得点の合計（尺度全体の得点）を算出し分析に使用することとした。

4) 退院支援における病棟看護師の役割の認識について

対象者が考える退院支援における病棟看護師の役割については、A圏域内の専門職からの聴取りと文献検討の後、研究者間で検討した。「患者・家族の要望に添った退院先・療養先を見つけ、早期に移行できるようにすること」等、退院支援における病棟看護師の役割として考えられる6項目を作成し、優先度が高いと考えるものを3つ選択してもらった。

4. 分析方法

単純集計の後、属性と退院支援自己評価間の分析は、Spearmanの順位相関係数、Mann-WhitneyのU検

定, Kruskal Wallis 検定を用い有意性を検討した. 有意水準は5%とした. 分析には, SPSS for windows 20.0 (日本IBM, 東京)を使用した.

5. 倫理的配慮

秋田大学大学院医学系研究科研究倫理審査委員会の承認(医総2099号2016年1月26日)を得た. 所属病院の看護部, 対象者それぞれに対し, 研究目的と内容, 匿名性と情報の機密性の確保, 研究への協力の有無に対する利害は一切発生しないこと, 研究協力は任意であること, データは研究目的外の使用はないこと, 結果の公表後破棄すること等を依頼文に記載し, 質問紙の回答をもって本研究への協力の同意とした.

IV. 結果

配布数400件, 回収数(率)333件(83.8%)であり, 回答不備を除いた299件を分析対象とした(有効回答率74.8%).

1. 対象者の属性(表1)

年齢は 36.9 ± 10.3 歳, 看護師経験年数は 14.6 ± 10.3

年, 性別は女性286件(95.7%), 男性13件(4.3%)であった. 師長, 主任等の管理職にあるものは63件(21.1%), 看護師以外の保有資格は保健師60件(20.1%), 介護支援専門員12件(4.0%)等であり, 在宅看護履修経

表1 対象者の属性 n = 299

	平均±S D	最小	最大
年齢(歳)	36.9 ± 10.3	21.0	59.0
看護師経験年数(年)	14.6 ± 10.3	0.4	38.0
現病棟経験年数(年)	4.9 ± 6.1	0.2	31.1
		件数	%
性別	女性	286	95.7
	男性	13	4.3
職位	看護師	236	78.9
	管理職(師長・主任等)	63	21.1
看護師以外保有資格	保健師	60	20.1
	助産師	18	6.0
	介護支援専門員	12	4.0
	認定看護師	2	0.7
	その他	2	0.7
最終学歴	専門・専修学校	208	69.6
	短大	33	11.0
	大学	56	18.7
	大学院	2	0.7
看護基礎教育における在宅看護履修経験	あり	172	57.5
	なし	114	38.1
	不明	13	4.3

表2 退院支援病棟評価 n = 299

項目(数字は設問番号)	1 まれに できている		2 たまに できている		3 ときどき できている		4 いつも できている	
	件数	%	件数	%	件数	%	件数	%
1. できるだけ早期に退院支援を開始できている	12	4.0	37	12.4	153	51.2	97	32.4
2. 患者・家族が退院後の生活, 療養先に関する不安について, 主治医や担当看護師に相談しやすい環境にある	3	1.0	51	17.1	155	51.8	90	30.1
3. 必要に応じて院内の退院支援専門部署に相談したり, 連携ができている	8	2.7	19	6.4	65	21.7	207	69.2
4. 患者の経過や今後の退院後の生活, 退院先に関して, 医師との情報共有や意思統一ができている	5	1.7	59	19.7	171	57.2	64	21.4
5. 患者の経過や今後の退院後の生活, 退院先に関して, 病棟看護師間で情報共有や意思統一ができている	3	1.0	19	6.4	146	48.8	131	43.8
6. 退院先となる医療機関・施設のスタッフと情報共有や連携ができている	18	6.0	63	21.1	147	49.2	71	23.7
7. ケアマネージャー・訪問看護師等, 在宅療養に関わるケアスタッフと情報共有や連携ができている	13	4.3	69	23.1	153	51.2	64	21.4
8. 退院する患者について, 外来との情報共有や連携ができている	66	22.1	91	30.4	103	34.4	39	13.0
9. 退院する患者について, 院内の他職種と情報共有や連携ができている	11	3.7	62	20.7	144	48.2	82	27.4
10. 退院に向けて, 医師を交えた病棟カンファレンスを行うことができている	80	26.8	77	25.8	106	35.5	36	12.0
11. 退院に向けて, 院内外のケアスタッフを交えた院内外合同カンファレンスを行うことができている	74	24.7	67	22.4	111	37.1	47	15.7
12. 患者・家族が退院先や療養生活についての自己決定に関する支援ができている	16	5.4	59	19.7	153	51.2	71	23.7
13. 退院後, できるだけ患者・家族が住み慣れた地域で治療・療養が継続できるよう, 退院先を選択することができている	21	7.0	51	17.1	151	50.5	76	25.4

験がある者は172件 (57.5%) であった。

携ができてい」 66件 (22.1%) であった。

2. 退院支援病棟評価 (表2)

全13項目中、「いつもできている」の回答が最も多かった項目は「3. 必要に応じて院内の退院支援専門部署に相談したり、連携ができてい」207件 (69.2%)、次いで「5. 患者の経過や今後の退院後の生活、退院先に関して、病棟看護師間で情報共有や意思統一ができてい」131件 (43.8%)、「1. できるだけ早期に退院支援を開始できている」97件 (32.4%)、「2. 患者・家族が退院後の生活、療養先に関する不安について、主治医や担当看護師に相談しやすい環境にある」90件 (30.1%) であった。また、「いつもできている」と「ときどきできている」を合わせると80%以上の項目は4項目 (項目1, 2, 3, 5)、70%以上の項目は10項目 (項目8, 10, 11以外) であった。一方、「まれにできている」の回答が最も多かった項目は「10. 退院に向けて、医師を交えた病棟カンファレンスを行うことができている」80件 (26.8%)、次いで「11. 退院に向けて、院内外のケアスタッフを交えた院内外合同カンファレンスを行うことができている」74件 (24.7%)、「8. 退院する患者について、外来との情報共有や連

3. 退院支援自己評価 (表3)

尺度全体の得点は20点満点中13.90±2.44点であった。最も平均得点が高かった項目は「20. 患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する」4.02±0.83点で、最も低かったのは「16. 地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する」2.41±1.11点であった。最も高かった因子は『患者・家族との合意形成力』3.72±0.60点、最も低かったのは『退院後のケアバランスの調整力』3.23±0.74点であった。尺度全体及び各因子のCronbachの α 係数は0.8以上であり内的整合性を確認した。

4. 対象者の属性と退院支援自己評価の関連 (表4・表5)

年齢、看護師経験年数、現在所属する病棟の経験年数と退院支援自己評価の尺度全体の得点並びに各因子平均得点について、Spearmanの順位相関係数にて検定を行った。その結果、看護師経験年数と退院支援自己評価第4因子においてかなり弱い相関 ($r=0.126$,

表3 退院支援自己評価 (NDPAS)

n = 299

	平均得点	SD
第1因子：患者・家族との合意形成力 Cronbachの α 係数=0.883	3.72	0.60
1. 患者の病状と退院後の経過について、患者・家族がどのように理解しているかを確認する	3.69	0.70
2. 患者・家族が、退院の計画や準備について主体的に意思決定できるように働きかける	3.57	0.76
3. 患者・家族の意向と、病院スタッフの方針に相違がある場合は、調整する	3.78	0.77
4. 家族が介護を行う意思があるか把握する	3.96	0.73
5. 患者・家族の退院に伴う不安の内容を把握する	3.89	0.76
6. 患者・家族の意向を考慮して、実現可能な支援計画をたてる	3.66	0.83
7. 患者・家族が、退院後に担う介護負担量を理解できるように情報を提供する	3.47	0.91
第2因子：退院後のケアバランスの見積力 Cronbachの α 係数=0.877	3.46	0.69
8. 患者の退院後の経過を考慮した上で、家族の介護の継続可能性を予測する	3.57	0.88
9. 退院後に患者が必要とする医療管理や日常生活援助を予測する	3.81	0.72
10. 患者が退院後に必要とする医療管理やケアを、家族の介護力と地域資源でまかなえるか、アセスメントする	3.45	0.96
11. 患者の退院後の住環境を把握する	3.29	0.97
12. 支援早期に退院までの支援の全体像や流れをイメージする	3.45	0.88
13. 患者が退院後に必要とする医療管理やケアを提供できる医療機関や訪問看護の情報を迅速につかむ	3.18	0.89
第3因子：退院後のケアバランスの調整力 Cronbachの α 係数=0.841	3.23	0.74
14. 患者の退院支援に関与する病院スタッフ間で、退院に向けた目標を共有する	3.65	0.91
15. 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	3.04	1.01
16. 地域スタッフが、未経験の医療管理やケアの技術をマスターできるように調整する	2.41	1.11
17. 病院スタッフとともに、入院中に患者の自立度 (ADL やセルフケア能力) が最大限上がるように支援する	3.64	0.90
18. 患者・家族が医療管理やケアの手技を習得しやすいよう、病院内外のスタッフとともに指導方法を工夫する	3.13	1.06
19. 病院スタッフとともに、患者・家族の退院後の負担が減るよう、入院中に医療管理やケアを調整する	3.51	0.87
第4因子：療養場所の移行準備力 Cronbachの α 係数=0.808	3.50	0.75
20. 患者の状況に応じて、退院時に患者を自宅へ移送する手段を選定する	4.02	0.83
21. 退院後に必要な医療管理やケアができる医療機関や訪問看護をタイムリーに確保する	3.17	1.01
22. 医療・福祉制度を利用する場合、必要な手続きの手配を、認定に要する期間を考慮して行う	3.24	1.04
23. 退院までに退院後の療養環境を整えられるよう、家族や介護支援専門員 (ケアマネジャー) と調整する	3.67	0.94
24. 合同カンファレンスの目的を達成するために、患者・家族および必要な病院内外のスタッフが参加できるように調整する	3.41	1.15
尺度全体の得点 Cronbachの α 係数=0.947	13.90	2.44

全くできていない = 1, あまりできていない = 2, どちらともいえない = 3, だいたいできてい = 4, 十分できてい = 5 として回答

表4 年齢, 看護師経験年数, 現病棟経験年数と退院支援自己評価 (NDPAS) の相関 n = 299

	退院支援自己評価 (NDPAS) の平均得点				NDPAS 尺度全体 の得点
	第1因子 患者家族との 合意形成力	第2因子 退院後のケア バランス見積力	第3因子 退院後のケア バランスの調整力	第4因子 療養場所の 移行準備	
年齢	0.007	0.065	- 0.039	0.102	0.034
看護師経験年数	0.019	0.065	- 0.016	0.126*	0.053
現病棟経験年数	0.052	0.062	- 0.018	0.035	0.039

Spearman の順位相関係数 * p < 0.05

表5 属性による退院支援自己評価 (NDPAS) の比較 n = 299

項目 (人数)		退院支援自己評価 (NDPAS) の平均得点				NDPAS 尺度全体 の得点		
		第1因子 患者・家族 との合意 形成力	第2因子 退院後の ケアバランス の見積力	第3因子 退院後の ケアバランス の調整力	第4因子 療養場所 の移行 準備力			
職位 ^{※1}	看護師 (236)	平均得点	3.70	3.43	3.21	3.47	13.81	
		SD	0.58	0.69	0.73	0.77	2.44	
		中央値	3.80	3.49	3.24	3.50	14.04	
管理職 (63)		平均得点	3.78	3.58	3.30	3.62	14.29	
		SD	0.67	0.70	0.77	0.68	2.42	
		中央値	3.94	3.72	3.24	3.66	14.46	
	p 値	0.050	0.063	0.495	0.196	0.141		
最終学歴 ^{※2}	専門・専修学校 (208)	平均得点	3.77	3.54	3.29	3.59	14.19	
		SD	0.58	0.66	0.73	0.74	2.35	
		中央値	3.88	3.62	3.31	3.62	14.47	
	短大 (33)		平均得点	3.58	3.34	3.15	3.41	13.49
			SD	0.72	0.86	0.82	0.86	3.00
			中央値	3.77	3.58	3.20	3.53	14.17
	大学・大学院 (58)		平均得点	3.59	3.22	3.08	3.26	13.15
			SD	0.58	0.67	0.72	0.68	2.25
			中央値	3.67	3.20	3.06	3.22	13.37
		p 値	0.031	0.003	0.063	0.001	0.003	
	保健師 ^{※1}	あり(60)	平均得点	3.65	3.31	3.12	3.31	13.39
			SD	0.58	0.66	0.71	0.68	2.23
中央値			3.73	3.25	3.06	3.23	13.27	
なし(239)			平均得点	3.73	3.50	3.26	3.55	14.04
			SD	0.60	0.70	0.74	0.76	2.48
			中央値	3.85	3.60	3.29	3.60	14.40
	p 値	0.297	0.015	0.078	0.002	0.009		
介護支援 専門員 ^{※1}	あり(12)	平均得点	3.93	3.75	3.57	3.87	15.11	
		SD	0.34	0.41	0.49	0.67	1.74	
		中央値	3.90	3.78	3.60	3.92	15.20	
	なし(287)		平均得点	3.71	3.45	3.22	3.49	13.86
			SD	0.61	0.70	0.74	0.75	2.45
			中央値	3.83	3.53	3.22	3.52	14.04
	p 値	0.268	0.131	0.065	0.128	0.077		
在宅看護 履修経験 ^{※1}	あり(172)	平均得点	3.71	3.41	3.24	3.50	13.86	
		SD	0.59	0.70	0.72	0.76	2.44	
		中央値	3.82	3.48	3.27	3.52	14.04	
	なし・不明 (127)		平均得点	3.72	3.53	3.22	3.51	13.98
			SD	0.61	0.68	0.77	0.74	2.45
			中央値	3.85	3.63	3.20	3.56	14.40
	p 値	0.611	0.085	0.869	0.769	0.542		
合計		平均得点	3.72	3.46	3.23	3.50	13.91	
		SD	0.60	0.69	0.74	0.75	2.44	
		中央値	3.84	3.54	3.24	3.53	14.05	

※1 Mann-Whitney の U 検定, ※2 Kruskal Wallis 検定

太斜字: p < 0.05

表6 退院支援における病棟看護師の役割の認識

n = 299

	件数	%
1. 患者・家族の要望に添った退院先・療養先を見つけ、早期に移行できるようにすること	132	44.1
2. 退院後も必要な医療処置や療養が継続できるよう、患者・家族に指導すること	127	42.5
3. 患者・家族が退院先や療養生活について自己決定できるよう、情報提供や相談等の支援を行うこと	193	64.5
4. 患者・家族・医師・院内外のスタッフとの仲介役となり、退院後の生活について患者・家族の要望を叶えること	158	52.8
5. 患者の状態に合わせ、退院後の療養生活をアセスメントし、療養環境や必要な社会資源を調整すること	140	46.8
6. 退院支援スクリーニングを行い、退院支援専門部署と連携を図ること	139	46.5

※優先度の高いもの3つ選択

$p < 0.05$) を認めた以外では、有意な相関は認めなかった。退院支援自己評価については、最終学歴を「専門・専修学校」「短大」「大学・大学院」の3群に分けKruskal Wallis 検定を行ったところ、第1・2・4因子と尺度全体の得点に有意な差があった。職位、保有資格、在宅看護学履修経験についてMann-WhitneyのU検定を行ったところ、保健師資格を持っている者の方が持っていない者よりも、退院支援自己評価第2・4因子、尺度全体の得点が有意に低かった($p < 0.05$)。

5. 退院支援における病棟看護師の役割の認識(表6)

回答が最も多かったのは、「3. 患者・家族が退院先や療養生活について自己決定できるよう、情報提供や相談等の支援を行うこと」193件(64.5%)、次いで「4. 患者・家族・医師・院内外のスタッフとの仲介役となり、退院後の生活について患者・家族の要望を叶えること」158件(52.8%)、「5. 患者の状態に合わせ、退院後の療養生活をアセスメントし、療養環境や必要な社会資源を調整すること」140件(46.8%)であった。

V. 考 察

A圏域は比較的医療・介護サービスは整っているとはいえ、行政機関を含め様々なサービスは半径約10km圏内に集中している。管轄するA圏域全体は半径約40kmであり、医療・介護サービスが少ない遠方の地域から訪れる患者も少なくない。本調査では、こうした状況下での病棟看護師の退院支援の実施状況が明らかとなった。ここから課題を見出し、A圏域の特性に見合った退院支援研修プログラムへの方向性を検討する。

1. 退院支援病棟評価・退院支援自己評価からみた退院支援の現状

本調査における退院支援自己評価各因子の平均得点 \pm SDは、 $3.23 \pm 0.74 \sim 3.72 \pm 0.60$ 点であった。2013年の戸村らの全国調査では、退院調整看護師は $3.48 \pm 0.63 \sim 3.93 \pm 0.55$ 点、病棟看護師は $3.28 \pm 0.61 \sim 3.54 \pm 0.68$

点であった⁵⁾。このことから、退院調整看護師に求められる実践能力とまではいかないものの、本調査対象においても退院支援自己評価は比較的高得点であったといえる。また、退院支援病棟評価において「いつもできている」と「ときどきできている」の回答を合わせると70%以上の項目が13項目中10項目であり、所属病棟における退院支援の全般の傾向として比較的良く行えていると評価していた。

更に、退院支援自己評価で最も平均得点が高い因子は、患者・家族の意思決定を支援し合意を得たプランを作成する『患者・家族との合意形成力』であった。加えて退院支援病棟評価で「いつもできている」の回答が多い項目(表2:項目1, 2, 3, 5)を見ると、患者・家族は退院後の生活や療養先に関する不安について相談しやすい環境にあり、必要に応じて院内の専門部署と連携しながら、患者の経過や退院後の生活、転院先について病棟内で情報共有が行われ、できるだけ早期に退院支援を開始できていることが推察された。一方、退院支援自己評価で最も平均得点が高い因子は、院内外のスタッフと共に患者・家族への指導方法の工夫やケアの調整を行う『退院後のケアバランスの調整力』であり、退院支援病棟評価の「まれにできている」の回答が多い項目(表2:項目8, 10, 11)からも、退院に向けて医師や院内外のケアスタッフを交えたカンファレンス開催や外来や地域ケアスタッフとの連携は十分とはいえないことが現状の課題として考えられる。

また、保健師保有者はそうでない者と比べ、退院支援自己評価の『退院後のケアバランスの見積力』『療養場所の移行準備力』の得点が低かった。保健師は地域での療養生活や地域のケアサービス体制の知識があることが推察され、こうした知識が評価の基準に結び付いているのではないかと考えられる。更に第1・2・4因子、尺度全体と最終学歴に有意差が認められたことは、近年の看護基礎教育の改革による、大卒者、保健師保有者の増加が何らかの背景にあると考えられる⁸⁾。しかし、今回、年齢や経験年数では相関は認められず、最終学歴や保有資格による差に関して明確な要因は見出すことができなかった。今後、検討したい。

2. 退院支援における病棟看護師の役割の認識

病棟での退院支援の流れとして、看護師は患者・家族が退院後の生活の場を意思決定できるように必要な情報を提供しながら伴走することが必要であり、医療処置が必要な状態を作ってから退院可能な場を探すのではなく、医療者は退院後の生活の場に合わせた治療方針を決定していくことが求められている⁹⁾。しかし現状では、医療者自身が退院後の在宅療養をイメージした退院支援・退院調整ができておらず、「家へ帰るのは無理」と判断し退院先の決定を医療者が行ってしまう傾向があることが指摘されている¹⁰⁾。本調査の退院支援における病棟看護師の役割について回答の多かった上位3項目をみると、患者・家族の自己決定支援を重要視している者が多い一方、療養生活についての意思決定支援から療養環境や社会資源の調整をすることまでを病棟で完結しようとする認識があると察せられた。しかし、短い入院期間内で病棟看護師がこれら全てできているかどうかには疑問が残る。今後、病棟看護師と他職種との役割分担を再確認し、病棟における退院支援のあり方を整理する必要があると考える。

3. 本調査結果から見たA圏域における退院支援研修プログラムの方向性

本調査の結果、退院支援の実践状況として退院支援病棟評価、退院支援自己評価は概ね高い傾向にあり、退院支援の基礎知識は備わっていることが予想できる。一方で、院内外他職種との連携、役割分担等に課題があることが窺えた。この背景には、医療及び介護サービスの偏在、高齢化や県外への人口流出による家族介護の困難な状況、医師不足、住民の介護意識等といった、「家へ帰るのは無理」と判断せざるを得ないA圏域の特性による環境要因に加え、医療者自身が退院後の在宅療養をイメージしにくいこと、在院日数の短縮により患者全体を把握することが難しい、カンファレンスを行う時間がないといった、患者を総合的に時間軸で捉えにくい状況等が影響していると考えられる¹⁰⁾。

こうした課題を解決する一助として、A圏域における退院支援研修プログラムでは、意思決定場面のシナリオロールプレイや模擬カンファレンスの実施、訪問看護実習と実習後の事例検討を組み込むこととした。これらは、退院後の療養生活のイメージ化につながり、病棟看護師として積極的に退院支援に関わる態度や退院支援のプロセスや他職種連携の実践能力が修得できることが期待される^{6,11,12)}。今後も継続的に調査を実

施しながら、研修内容の見直しや充実に努める必要があると考える。

VI. 結 論

A圏域における病棟看護師から見た退院支援への取組みの現状や自己評価、退院支援に関する役割認識等を調査した結果、所属病棟の取組みとしての退院支援病棟評価、並びに自身の退院支援自己評価は概ね高い傾向にある一方で、院内外他職種との連携、役割分担等に課題があることが窺えた。

VII. 本研究の限界と今後の課題

本調査はA県A圏域と限定した地域であり、一般化には限界がある。また、退院支援病棟評価について今回は回答分布のみを分析で使用したが、妥当性、信頼性について更に検討した上で、病棟の取組みの全体の傾向を把握するための尺度の開発等も必要であると考ええる。また、各地域特性を考慮し実状に見合った研修の企画を進めるには、本研究のような現状分析が重要であり、継続的かつ広範囲の調査が必要だと考える。

謝 辞

本研究にご協力いただきましたA圏域の病院看護職の皆様、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所の管理者の皆様にご心より感謝申し上げます。

引用文献

- 1) 井部俊子, 及川恵美子・他: 全国人口の動向, 国民衛生の動向・厚生指標増刊, 厚生労働統計協会, 東京, 2017, pp49-50
- 2) 井部俊子, 及川恵美子・他: 介護保険制度の見直し, 国民衛生の動向・厚生指標増刊, 厚生労働統計協会, 東京, 2017, pp260-261
- 3) 太田秀樹: 地域包括ケア時代における在宅療養移行支援の重要性と展望. 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者別看護ケアのマネジメント. 宇都宮宏子, 山田雅子編, 日本看護協会出版会, 東京, 2014, pp6-10
- 4) 宇都宮宏子: 病院で行う在宅療養移行支援: 退院支援・退院調整・外来支援. 看護がつながる在宅療養移行支援 病院・在宅の患者別看護ケアのマネジメント. 宇都宮宏子, 山田雅子編, 日本看護協会出版会, 東京,

- 2014, pp11-19
- 5) 戸村ひかり, 永田智子・他: 退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度の開発. 日本看護科学学会誌33(3): 3-13, 2013
 - 6) 藤澤まこと, 黒江ゆり子・他: 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた人材育成モデルの開発(第1報) - 退院支援の課題解決に向けた看護職者への人材育成の方策の検討 -. 岐阜県立大学紀要14(1): 109-120, 2014
 - 7) 坂井志麻: 病棟看護師の退院支援能力の育成 - 教育プログラム運用の実際 -. 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. 宇都宮宏子監修・坂井志麻編集, 学研メディカル秀潤社, 東京, 2015, pp26-38
 - 8) 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会: 大学における看護系人材養成の在り方に関する検討会最終報告書. 厚生労働省. (オンライン), 入手先 <http://www.mext.go.jp/b_menu/shingi/chousa/koutou/40/toushin/1302921.htm> (参照2018.2.9)
 - 9) 山田雅子: 退院調整とその動向. 保健の科学52(4): 265-269, 2010
 - 10) 宇都宮宏子: 地域包括ケアシステムを実現するための退院支援. 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. 宇都宮宏子監修・坂井志麻編集, 学研メディカル秀潤社, 東京, 2015, pp12-20
 - 11) 松原みゆき, 森山薫: 訪問看護の同行訪問を経験した病棟看護師の退院支援に対する認識の変化. 日本赤十字広島看護大学紀要15: 11-19, 2015
 - 12) 藤澤まこと, 加藤 由香里・他: 利用者ニーズを基盤とした退院支援の質向上に向けた看護職者への教育支援. 岐阜県立看護大学紀要17(1): 119-129, 2017

Discharge Support Initiatives and Self-evaluation by Ward Nurses in District A

Makiko NAGAOKA* Yoriko NAKAMURA* Akiko SATO**
Etsuko OTSUKA*** Junko KOMATSU*** Hideko SHIRAKAWA***

* Akita University Graduate School of Health Sciences

** Akita University Center of Aging in place

*** Akita University Hospital

Abstract

This study aims to elucidate the state of discharge support by investigating initiatives for discharge support by hospital nurses, their self-evaluation, and their role awareness regarding discharge support in District A, Prefecture A. We conducted a questionnaire survey on 400 ward nurses at four general hospitals in District A. Of 299 respondents (valid response rate: 74.8%), by 10 item in 13 items of the discharge support ward evaluation, "It's always done" or "It's sometimes done" was answered more than 70 %, and the total score \pm SD for discharge support self-evaluation was 13.32 ± 2.33 , respectively, suggesting generally high scores for both. However, issues associated with items such as coordination with other professionals inside and outside of the hospital, and role allocation were noted. Although several subjects gave the highest priority to patient and family decision-making support in their role as a ward nurse, they most likely felt that they had to complete everything up to the recuperative environment and social resource adjustment at the ward. Furthermore, it appears imperative to reconfirm involvement and conferences with other professionals, the acquisition of assessment and communication methods for decision-making, and role allocation with other professionals to determine how to implement discharge support at wards.