

地域医療支援病院の病棟看護師における 退院支援の実施状況とその関連要因

山本さやか¹, 百瀬由美子²

Implementation status of discharge support by ward nurses of Regional Medical Care Support Hospitals and its related factors

Sayaka Yamamoto¹, Yumiko Momose²

目的：地域医療支援病院の病棟看護師における退院支援の実態と関連要因を明らかにした。

方法：病棟看護師2,115名に質問紙調査を実施した。質問項目は基本属性、教育背景、カンファレンス開催状況、7つの要素から構成される「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」に関する項目とした。

結果：分析は有効回答1,021名の回答を用いた。実施状況の低い要素は【エンパワーメント促進】【チームアプローチによる退院支援計画立案】であった。実施状況と関連があった項目は、病棟・院内勉強会参加 ($p=.000$)、院外勉強会参加 ($p=.001$)、連携部門数 ($p=.000$)、カンファレンス開催回数 ($p=.016$)、アウトカム項目では病棟看護師の退院支援満足度得点 ($p=.000$)、再入院率 ($p=.039$) であった。

結論：退院支援実践力向上のために院内外勉強会参加を推進することは重要であり、教育プログラム作成に際しては実施状況の低い要素の取り組みが強化される内容が求められていることが示唆された。

キーワード：退院支援, 病棟看護師, 実態, 看護活動

I. 諸 言

近年の社会情勢を受けて、医療を取り巻く環境は変化している。また、患者の疾病構造、家族の世帯構造の変化に伴い、身体機能低下や複合的疾患を併せ持ち、さらにサポートシステムや社会的役割の喪失につながる要因を数多くもった患者・家族が増加している。そのような中で、2000年以降には退院支援といった言葉が多きかれるようになった。福島・河野(2009)は、退院支援・調整の目的として、“患者の早期退院”と“ケアの質保証”の2点を示している。その両者の目的達成に向けては、退院支援を取り巻くシステムの構築や組織の質向上と共に、そこで働く医療従事者が提供するケアの質を高めていくことにより実現していけるものであるといえる。政策のひとつである医療提供体制の病床機能の分

化・連携では、急性期から回復期そして在宅医療まで切れ目のない医療が提供できる体制を目指され、患者・家族のQOLを考えながら日常生活の健康管理をはじめ、継続的な視点での支援が必要となっている。それに伴って今後さらに病棟看護師における退院支援実践能力の向上が望まれている。その中でも、地域医療支援病院には地域の病院、診療所などを後方支援するという形で医療機関の機能の役割分担と連携を目的に創設されており、院外との連携の要素等、地域の医療を担っている病院となっている。そのため、その病院の機能により質の高い退院支援が求められていると考えられた。退院支援は多角的で複合的な活動であることから、退院支援全体の活動を可視化していくことが不可欠である。また、退院支援の評価を行うことは、「目標への到達度や取り組む過程での実践状況が明らかになり、さらに課題を明確にすることで、退院支援の取り組みの意味や価値を見出すこ

¹愛知県立大学大学院看護学研究科, ²愛知県立大学看護学部

とができる重要な活動である」と述べられている(福島・河野, 2009)。先行研究では, 退院支援に関する実態調査はいくつか散見された(伴・丸岡・川島・小松・佐藤, 2005; 藤澤, 2012; 藤原・小野・森田・安西・永井・森・賀沢・柳澤・古田, 2013; 丸岡・洞内・川島・下嶋・向井・尾崎・古本, 2011; 丹羽・下田・伊藤, 2000)。しかし, 地域医療支援病院の退院支援に焦点をあて, 全国的な実態を調査した研究はなかった。さらに, 退院支援におけるアウトカム項目は様々な観点があることが述べられているもの(伊藤, 2003; 福島・河野, 2000), アウトカム項目と関連を検討した研究は一部にとどまっていた(Evans & Hendricks, 1993; 伊藤・近藤, 2000; 伊藤・塚本, 2001; 丹羽・下田・伊藤, 2000)。そこで, 本研究では地域医療支援病院で勤務する病棟看護師の退院支援の実施状況とアウトカム項目を含めた退院支援の実施状況に関連する要因を明らかにしていくことが不可欠である。このように, 実態把握をしていくことで, 病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成に際し, 教育目標を設定する指標として活用可能なものとなる。さらに, 教育体制や管理体制との関連を評価することができ, 個人レベルだけでなく, 組織としての退院支援の質の向上への取り組みを検討する資料になり得ると考える。

II. 研究目的

本研究では, 地域医療支援病院の病棟看護師における退院支援の課題を検討していくために, 病棟看護師の退院支援実施状況とその関連要因を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 調査対象

院外との連携の要素など多様な退院支援が求められている地域医療支援病院の実態把握の必要性から, 全国の地域医療支援病院361か所に研究協力を依頼し, 46か所から承諾が得られた(承諾率15%)。承諾の得られた看護部門責任者46名および看護師経験3年以上の病棟看護師2,115名(質問紙調査票配布可能数)とした。退院支援において重要な診療科ではあるが, 疾患特性により入院が長期間または短期間と極端な差があることや家族支援や地域との独自の調整が考えられる等の病棟の特殊

性により, 耳鼻科・小児科・産婦人科・精神科を除外することとした。また, ICU・OPE室についても, 他の病院や在宅に直接移行することがないため除外した。

2. 調査期間

2013年5月～10月

3. データ収集方法

看護部門責任者に研究説明文書を送付し, 退院支援のアウトカム項目とした病棟平均在院日数と病棟再入院率, 各病棟の質問紙調査票配布可能な病棟看護師数, 病院における退院調整看護師数の回答を求めた。その後, 各病院に配布可能な病棟看護師数分の病棟看護師への研究説明文書, 無記名自記式質問紙調査票を送付し, 配布を依頼した。病棟看護師の質問紙調査票は同封した返信用封筒にて, 直接郵送法により回収した。

4. 調査内容

調査内容は, 基本属性として所有資格, 最終学歴, 看護師としての通算経験年数, 職位, 現在の所属病棟と所属病棟勤務年数の回答を依頼した。対象者の教育背景としては, 病棟内・病院内・病院外の退院支援に関する勉強会参加回数, 対象者の所属病棟の職員配置では, 所属病棟の病床数, 所属病棟の看護師総数, 日勤務帯の受け持ち患者数, 病棟リンクナースの有無を設定した。連携システムは, 院内の他部門との連携の有無とその部門, カンファレンスの開催状況では, 退院支援に関するカンファレンスの定期的な実施の有無と開催回数(以下, カンファレンス開催回数), 院外多職種とのカンファレンスの参加の有無と参加回数(以下, 院外多職種とのカンファレンス参加回数)を設定した。

また, 退院支援の実施状況では「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」35項目について, 各項目の実施状況として, 「1: 全く実施していない」「5: いつも実施している」の両極の選択肢を設定した5件法とし, 評価を依頼した。本研究で使用する指標は信頼性・妥当性を検討されたものであり, 7つの要素の【エンパワメントの促進】, 【社会資源の情報収集・活用】, 【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】, 【チームアプローチによる退院支援計画立案】, 【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】, 【院内外職種との相談】, 【意思尊重を基盤とした家族間調整】の視点から評価できる(山本・百瀬, 2017)。そして, 退院支援のアウトカム項目

として病棟看護師の退院支援満足度の記載を依頼した。退院支援満足度は、病棟看護師に「あなたは自分自身が行っている退院支援について満足していますか」の問いに対し、「0：全く満足していない」～「10：十分満足している」の10段階とした。

5. 分析方法

分析には、統計解析ソフトIBM SPSS Statistics version 21を使用した。病棟看護師の退院支援の機能に関する各項目の基本統計量（度数、中央値、平均値、標準偏差）の算出を行った。また、「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」35項目の合計得点を算出し、得点の低いグループ（得点の下位25%）を下位群、得点の高いグループ（得点の上位25%）を上位群とし、関連要因を検討するために、2群間で項目の比較を行った。その項目は、属性（看護師経験年数、病棟所属年数）、教育背景（病棟内勉強会参加回数、病院内勉強会参加回数、病院内勉強会参加回数、カンファレンス開催回数）と連携システム（連携部門数、院外多職種とのカンファレンス参加回数）、退院支援満足度、平均在院日数、再入院率とし、独立したサンプルのt検定を行った。有意水準は5%未満を有意な差があるとした。

6. 倫理的配慮

看護部門責任者には文書を用いて研究目的や方法、倫理的配慮について説明し、調査協力の承諾と質問紙調査票配布可能数の回答を文書で得た。看護部門責任者から病棟看護師への質問紙調査票の配布の際には、文書にて病棟看護師の調査は自由意思によるものであることを説明し、調査協力への強制力が働かないように配慮を依頼した。病棟看護師には、質問紙調査票とともに研究目的や方法、匿名堅持や自由意思による回答、データの連結可能匿名化等の倫理的配慮を明示した文書を同封し、質問紙調査票の返送をもって同意が得られたものとした。本研究は、愛知県立大学の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した（承認番号：25愛看大管理第7-3号）。

IV. 結果

病棟看護師からの質問紙調査票回収数は1,111名（回収率52.5%）であった。その内、本研究の対象者選定基準に満たなかった者（耳鼻科・小児科等の所属、看護師経験が3年未満の病棟看護師）、質問紙調査票の実施状

況の無回答が項目数の3分の1以上ある者を除き、かつ病棟看護師の退院支援における包括的評価指標項目の欠損のない1,021名を分析対象者とした。

1) 対象者の概要

対象者の属性（表1）では、看護職としての最終学歴では、専門学校が84.7%（865名）と多くを占めており、次に短期大学が6.8%（70名）、大学が6.1%（62名）の順で多かった。所有資格（複数回答）は看護師が99.5%（1016名）、保健師が4.8%（49名）、介護支援専門員2.4%（24名）、認定看護師0.4%（4名）、助産師0.2%（2名）であった。職位は、スタッフナースが77.2%（788名）を占め、次に主任が（副師長、係長、看護長補佐、主査）17.9%（183名）、師長2.8%（29名）となった。訪問看護の経験者は4.3%（44名）であった。看護師としての通算経験年数は平均13.0±8.6年、現在、所属している病棟の経験年数は、平均3.7±2.9年であった。

表 1. 対象者の属性

		<i>n</i> = 1,021	
項目	分類	<i>n</i> (%)	
看護職としての最終学歴	専門学校	865 (84.7)	
	短期大学	70 (6.8)	
	大学	62 (6.1)	
	高等学校5年一貫	14 (1.4)	
	他(大学院, 認定教育過程)	5 (0.5)	
	無回答	5 (0.5)	
所有資格(複数回答)	看護師	1016 (99.5)	
	保健師	49 (4.8)	
	介護支援専門員	24 (2.4)	
	認定看護師	4 (0.4)	
	助産師	2 (0.2)	
	他(救急救命士, 精神保健福祉士等)	13 (1.3)	
	無回答	1 (0.1)	
職位	スタッフナース	788 (77.2)	
	主任レベル(副師長, 係長等)	183 (17.9)	
	師長	29 (2.8)	
	他	17 (1.7)	
	無回答	4 (0.4)	
訪問看護の経験	有	44 (4.3)	
	無	972 (95.2)	
	無回答	5 (0.5)	
項目	<i>n</i>	範囲	平均値(標準偏差)
看護師通算経験年数(年)	1016	3-48	13.0 (8.6)
所属病棟経験年数(年)	1018	0-25	3.7 (2.9)

所属する病棟の診療科（複数回答）は、消化器系が28.6%（292名）、整形／リハビリが18.6%（190名）、呼

表 2. 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の実施状況

n = 1,021

項目【要素】	平均値 (標準偏差)	中央値 (四分位)	平均値 (標準偏差)	中央値 (四分位)
【エンパワーメント促進】				
1. 患者・家族が退院時の自身の課題や目標を明らかにできるように支援する	3.3 (1.0)	3.0 (3.0-4.0)		
2. 患者・家族が退院に向けて自分自身のもっている力に気づけるように支援する	3.3 (1.0)	3.0 (3.0-4.0)		
3. 患者・家族が退院に伴う不安や葛藤を解決できるよう支援する	3.5 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)		
4. 患者・家族が退院後の生活における困難を解決するための学習や訓練の機会を提供する	3.3 (1.1)	3.0 (3.0-4.0)		
5. 患者・家族が退院後の生活について自己決定できるように必要な選択肢を提示する	3.3 (1.0)	3.0 (3.0-4.0)	3.3 (0.8)	3.3 (2.8-3.9)
6. 退院前に患者・家族に退院後の生活に対する自信がどうかを確認する	3.4 (1.1)	3.0 (3.0-4.0)		
7. 退院後の生活に向けて、患者・家族が自身の力や他者の手助けを活用できるように支援する	3.5 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)		
8. 患者・家族への退院支援計画の内容と実施状況の振り返りを行う	2.9 (1.2)	3.0 (2.0-4.0)		
9. 患者の再入院時、退院後の生活が継続困難になった理由について確認する	3.3 (1.2)	3.0 (3.0-4.0)		
【社会資源の情報収集・活用】				
10. 患者・家族に退院後の生活において必要となる社会資源についての情報提供を行う	3.5 (1.1)	4.0 (3.0-4.0)		
11. 患者・家族に退院後の医療上の問題により必要となる社会資源についての情報提供を行う	3.5 (1.1)	4.0 (3.0-4.0)	3.5 (1.1)	3.5 (3.0-4.3)
12. 患者・家族が退院後に必要なサービスを利用できるように準備する	3.5 (1.2)	4.0 (3.0-4.0)		
13. 介護保険制度やその他の社会資源に関する情報収集を行う	3.6 (1.1)	4.0 (3.0-5.0)		
【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】				
14. 患者・家族の退院後に予測される医療上の問題点を明確にする	3.8 (1.0)	4.0 (3.0-5.0)		
15. 患者・家族の退院後の医療上の問題に合わせた退院時の目標設定を行う	3.6 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)		
16. 患者・家族の退院後の生活上の困難に合わせた退院時の目標設定を行う	3.6 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)	3.7 (0.9)	3.8 (3.0-4.2)
17. 患者・家族が希望する退院後の療養の場の適切性を検討する	3.7 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)		
18. 患者・家族の退院後に予測される生活上の困難な点を明確にする	3.9 (0.9)	4.0 (3.0-5.0)		
【チームアプローチによる退院支援計画立案】				
19. 病棟看護師間で退院支援計画について話し合う	3.8 (1.1)	4.0 (3.0-5.0)		
20. 多職種の意見を取り入れて、退院支援計画を立案する	3.3 (1.2)	3.0 (3.0-4.0)		
21. 患者・家族と退院支援計画について共有する	3.5 (1.1)	4.0 (3.0-4.0)	3.4 (0.9)	3.4 (2.8-4.0)
22. 患者・家族の意向を反映した退院支援計画を立案する	3.4 (1.1)	3.0 (3.0-4.0)		
23. 多職種と共に患者・家族の退院に向けた指導計画を立案する	3.2 (1.1)	3.0 (2.0-4.0)		
【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】				
24. 患者・家族の退院後の生活状況や状態を予測する	3.9 (0.9)	4.0 (3.0-5.0)		
25. 患者・家族の退院困難な要因についての情報収集を行う	4.1 (0.9)	4.0 (4.0-5.0)	3.8 (0.8)	4.0 (3.3-4.5)
26. 患者・家族の退院に伴う不安や葛藤を受け止める	3.7 (0.9)	4.0 (3.0-4.0)		
27. 退院に関する情報を患者・家族の心身の準備状況に合わせて提供する	3.7 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)		
【院内外職種との相談】				
28. 患者・家族に必要とされる知識・技術をもつ院内の多職種と相談する	3.6 (1.1)	4.0 (3.0-4.0)		
29. 患者・家族に必要とされる支援について地域医療連携室・退院調整部門等と相談する	4.1 (1.1)	4.0 (3.0-5.0)		
30. 患者・家族に必要とされる知識・技術をもつ認定看護師・専門看護師と相談する	3.4 (1.3)	3.0 (3.0-4.0)	3.6 (0.9)	3.8 (3.0-4.2)
31. 院外の多職種との退院前カンファレンスで入院中の患者・家族の状況について情報提供する	3.4 (1.3)	4.0 (3.0-4.0)		
32. 病棟看護師間で患者・家族の情報共有や連絡を密に行う	3.7 (1.0)	4.0 (3.0-5.0)		
【意思尊重を基盤にした家族間調整】				
33. 患者・家族の退院に関する意向や希望を最大限尊重することを伝える	3.7 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)		
34. 患者・家族間で退院後の生活の仕方について合意形成ができる機会を提供する	3.3 (1.1)	3.0 (3.0-4.0)	3.5 (0.9)	3.3 (3.0-4.0)
35. 患者・家族間の退院後の生活の仕方についての意向の違いを確認する	3.7 (1.0)	4.0 (3.0-4.0)		
全項目 (35 項目)	3.5 (0.8)	3.5 (3.1-4.0)		

吸器系が17.8% (182名), 脳神経系が14.7% (150名), 循環器系が14.5% (148名), 腎・泌尿器系が7.4% (76名), 血液が2.4% (25名), 代謝・内分泌系が2.4% (24名)であった。所属病棟の内科・外科別(複数回答)では, 内科52.7% (538名), 外科43.8% (447名)であった。

退院支援リンクナースの所属病棟配置有りは, 33.9% (246名), 他部門との協力や連携有りは, 94.2% (962名)となっていた。連携が有る場合の部門別では, 退院調整部門との連携が95.8% (922名)と最も高く, 次に緩和ケアチームが49.7% (478名), 薬剤部門48.9% (470名), 栄養部門が46.2% (444名), 外来部門が27.2% (262名), リハビリ部門が5.4% (52名), 褥瘡チームが1.1% (11名)となっていた。連携部門数としては, 平均 2.8 ± 1.6 部門との連携を行っていた。

所属病棟の病床数は平均 49.3 ± 8.9 床であり, 病棟看護師総数は平均 30.5 ± 6.9 名であった。分析対象者の日勤帯の受け持ち患者数は平均 6.0 ± 2.0 名であった。

退院支援に関する病棟内勉強会参加回数は, 平均 1.2 ± 2.4 回, 退院支援に関する病院内勉強会参加回数は,

平均 1.4 ± 2.6 回, 退院支援に関する病院外勉強会参加回数は, 平均 0.4 ± 1.2 回であった。所属病棟内での定期的なカンファレンス開催がある者は64.4% (658名)であり, カンファレンス開催回数は平均 5.1 ± 4.8 回/月であった。院外多職種とのカンファレンス参加のある者は, 51.4% (525名)で, 参加回数は平均 5.3 ± 8.5 回/年であった。

分析対象者の自分自身が行う退院支援の満足度は0~10段階評価の内, 平均 5.2 ± 2.0 得点であり, 得点分布は正規分布していた。病棟平均在院日数は平均 14.4 ± 4.5 日, 再入院率は平均 $5.8 \pm 4.7\%$ であった。病院における退院調整看護師を配置している病院は76.1%, 配置数は平均 2.1 ± 2.0 名であった。

2) 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の実施状況(表2)

「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の実施状況の全項目(35項目)の平均は 3.5 ± 0.8 であった。各項目の平均値は表2に示す。平均値4以上の実施頻度が高い項目は, 「患者・家族に必要とされる支援について

表 4. 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」実施状況の2群間比較

		n	平均値(標準偏差)	t 値	自由度	p 値	
属性							
看護師経験年数	下位群	254	11.9 (8.3)	-2.369	526.307	.018	*
	上位群	277	13.6 (8.4)				
病棟所属年数	下位群	254	3.5 (2.7)	-1.618	527.944	.104	
	上位群	277	3.9 (3.1)				
教育背景							
病棟内勉強会参加	下位群	247	0.8 (1.3)	-4.149	334.899	.000	***
	上位群	264	1.8 (3.6)				
病院内勉強会参加	下位群	245	0.9 (1.5)	-5.800	389.307	.000	***
	上位群	264	2.1 (3.0)				
病院外勉強会参加	下位群	247	0.3 (0.8)	-3.498	425.646	.001	**
	上位群	272	0.6 (1.5)				
連携システム							
連携部門数	下位群	230	2.5 (1.5)	-4.147	493.620	.000	***
	上位群	266	3.1 (1.7)				
カンファレンス開催状況							
カンファレンス開催回数/月	下位群	110	4.5 (4.7)	-2.424	252.566	.016	*
	上位群	215	5.9 (5.5)				
院外多職種とのカンファレンス参加回数/年	下位群	77	4.6 (8.8)	-0.622	125.645	.535	
	上位群	183	5.3 (7.6)				
アウトカム項目							
退院支援満足度	下位群	248	3.7 (1.9)	-16.528	493.198	.000	***
	上位群	274	6.4 (1.7)				
平均在院日数	下位群	166	13.9 (3.7)	-0.660	275.963	.510	*
	上位群	146	14.2 (4.6)				
再入院率	下位群	139	6.6 (4.6)	2.080	263.712	.039	
	上位群	127	5.5 (4.0)				

t 検定 * $p < 0.05$, ** $p < 0.01$, *** $p < 0.001$

て地域医療連携室・退院調整部門等と相談する」, 実施状況が低い項目は, 「患者・家族への退院支援計画の内容と実施状況の振り返りを行う」であった。

「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の7つの要素別では, 高頻度で実施されている要素は【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】平均 3.8 ± 0.8 , 【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】平均 3.7 ± 0.9 であった。また, 実施の低い要素は, 【エンパワーメント促進】平均 3.3 ± 0.8 で最も低く, 次に【チームアプローチによる退院支援計画立案】平均 3.4 ± 0.9 であった。

3) 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の実施状況との関連要因の検討

実施得点の下位群は35～107得点の255名(25.0%), 上位群は140～175得点の277名(27.1%)であった。下位・上位群の概要を以下に示す(表3)

表3. 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」実施得点の下位・上位群

	n	範囲	平均値	標準偏差
下位群	255	35-107	90.8	15.9
上位群	277	140-175	154.2	10.9

また, 実施状況得点の下位・上位群でt検定を行い, 以下の結果となった(表4)。基本属性では, 看護師経験年数において上位群の得点が高く, 有意な差が認められた($p = .018$)。教育背景では, 病棟内勉強会参加($p = .000$), 病院内勉強会参加($p = .000$), 病院外勉強会参加($p = .001$), 連携部門数($p = .000$), カンファレンス開催回数($p = .016$), の5つの項目について上位群で有意に高値を示した。アウトカム項目でも, 病棟看護師の退院支援満足度得点($p = .000$), 再入院率($p = .039$)について上位群で有意に高値が示された。

V. 考 察

1) 対象病院および対象者の特性

所属する病棟の診療科では, 消化器系が多いものの, 整形/リハビリ, 呼吸器系等の診療科より回答が得られ, 所属病棟の内科・外科でも約半数ずつとなり, 幅広い対象より回答が得られた。看護師経験年数は平均が10年

を超えており, 看護実践経験を蓄積されてきた方も多いと考えられた。また, 連携部門に関しては退院調整部門との連携している割合が最も多く, 退院調整部門等と協働する意識が高いことが示された。地域医療支援病院の退院調整部門の設置については, 財団法人日本訪問看護振興財団(2012)の退院調整看護師に関する実態調査報告書の調査において設置率は76.2%であり, 本研究でも76.1%であったことから, 退院調整部門の設置率という点では病棟看護師の退院支援に関する組織的な影響は少ないことが推察された。

2) 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の要素別実施状況

実施状況得点が高い要素は, 【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】であった。この要素は, 退院困難な要因を情報収集して, 退院後の生活状況・状態の予測を行うこと, そして患者・家族の心身の状況に応じて進めていく内容であり, これらについては在院日数の短縮化に伴い, 近年, 病棟看護師において早期からの退院支援を行う認識が高まってきたことが推測された。特に実施状況の得点が高い「患者・家族の退院困難な要因についての情報収集を行う」では, 入院時におけるスクリーニングシート活用が定着し始め, 活用方法の工夫や入院時にスクリーニングシートをすることで早期から退院支援の認識を高める一助となっていると考えられた(福島・河野, 2009; 設楽, 2001)。

実施状況の低い要素としては, 【エンパワーメント促進】や【チームアプローチによる退院支援計画立案】があげられた。【エンパワーメント促進】では, 退院後の生活に向けて, 患者・家族のもつ強さを引き出し, 主体的な行動や自信がもてるように支援していく内容が含まれる。今回, 【エンパワーメント促進】の実施状況が低いことが明らかになったことにより, 取り組みを高めていく必要がある要素であることが明らかになったといえる。先行研究では, 患者・家族は退院に向けた過程の中で様々な不安を抱えていることも明らかになっている(平松・中村, 2010)。そのため, 病棟看護師が, 患者・家族が自身のもっている力を意識化できるようにすること, 退院後の課題を明らかにし, 必要な知識・技術の獲得や強化ができるように支援することが不可欠であり, 取り組みへの意識を浸透させていく必要がある。また, 【チームアプローチによる退院支援計画立案】では, 患者・家族を中心としながら, 多職種と退院支援計画を立

案していく内容である。チームアプローチに関する先行研究では、多職種との患者・家族の情報共有と患者・家族への支援について共通認識をもって支援していくことが欠かせないことが示され（三輪，2012；山田・廣岡，2009），多職種間の連携が不十分な場合は、チーム内の不和や意思決定の遅れを招くことが示されている（山田・廣岡，2009）。そのため、実施状況の得点が低い「多職種と共に患者・家族の退院に向けた指導計画を立案する」等の実施を高め、限られた入院期間の中で、各職種がより専門性を発揮し、チームアプローチを推進していくことが求められると考える。そして、多職種の介入を求めるには病棟看護師からの情報発信も不可欠であり、病棟看護師のチームアプローチの意識を高める取り組みが望まれる。

3) 「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の実施状況との関連要因の検討

本研究では実施状況と教育背景、連携システム、カンファレンス開催状況、アウトカム項目との関連を確認した。実施状況の高い群が院内・病院外の勉強会への参加や他部門との連携、カンファレンスの開催をよく行っていることが明らかとなった。このことから、院内・院外の勉強会の参加や多職種との連携、カンファレンスの開催を進めていくことにより、退院支援の質が高められることが示唆された。これらの項目は病棟看護師の経験や知識・技術の積み重ねにより、実践能力を高めることが可能であり、それらに働きかけられるような退院支援に関する教育の場を提供していくことも重要であると考えられる。

本研究では退院支援のアウトカム評価項目として、退院支援満足度と平均在院日数、再入院率等を取り上げた。今回の調査では平均在院日数に有意な差がなかったが、再入院率に有意な差があったことは、病棟看護師の質の高い退院支援により再入院が回避でき、良いアウトカム結果が得られたとも考えられた。それは同時に、本研究で使用した指標が病棟看護師の退院支援の質を測るための内容が抽出されているとも考えられた。病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成に際しては、教育目標を設定する項目として指標の実施状況の低い内容をふまえて検討していくことで質の高い退院支援に向けた取り組みにつながることを示唆された。

以上のことから、今後も、地域医療支援病院における病棟看護師の退院支援の取り組みは、社会情勢をふまえ

ても非常に重要となってくると考えられる。今回、明らかとなった結果を活用し、病棟看護師の退院支援に関する実践能力の向上に向けて、実施状況の低い要素への教育的介入や関連要因をふまえた取り組みを強化していく必要がある。そして、退院支援の実施状況が再入院率と関連していることは意義深く、指標を活用して教育プログラムを作成することで退院支援の質向上に役立てられる可能性も示唆された。

VI. 本研究の限界と課題

本研究の病院からの承諾率は、地域医療支援における調査依頼の多さや多忙さにより低かったとも考えられた。病院からの承諾率は低かったものの、病棟看護師からの質問紙調査票回収率は半数を超え、また回収数も分析に必要なサンプル数を得られたと考える。それにより、地域医療支援病院における病棟看護師の退院支援の特徴が明らかになり、退院支援の質向上への取り組みを検討する資料になり得ると考える。

また、本研究では各個人のデータとアウトカム項目とした病棟に関するデータを結び付けて分析した。しかし、病院別の回収率等によって、病棟の在院日数、再入院率を正確に反映していくことが難しい側面がある。病棟看護師の退院支援のアウトカム項目設定の難しさがある中で、本研究では病棟看護師の退院支援におけるアウトカム項目として病棟看護師の退院支援満足度と組織側からの2項目を設定したが、退院支援のアウトカム項目には、その他にも患者・家族の退院支援満足度等の観点がある（伊藤，2003；福島・河野，2009）。今後、アウトカム項目となり得る項目の検討を行い、多角的に捉えていく必要がある。また、関連要因の検討についても、管理体制との関連等の変数を増やしていくことで組織としての退院支援の質向上への取り組みを検討していくことが可能であると考えられる。そして、それらの影響の度合いを検討していく必要がある。

VII. 結 論

「病棟看護師の退院支援における包括的評価指標」の7つの要素別では、よく実施されている要素は【患者・家族理解と退院に向けた準備支援】、【退院に向けた生活・医療に関するアセスメント】であった。また、実施の低い要素は、【エンパワーメント促進】、次に【チームアプ

ローチによる退院支援計画立案】であった。また、実施状況得点と関連があった項目は、病棟内勉強会参加、病院内勉強会参加、病院外勉強会参加、連携部門数、カンファレンス開催回数であった。アウトカム項目でも、病棟看護師の退院支援満足度得点、再入院率との関連が明らかになった。退院支援の課題として、病棟看護師に院内・外勉強会参加を推進していくことが重要であると考えられた。また、教育プログラム作成に際しては、実施状況の低い要素の取り組みが強化できる内容が求められることが示唆された。

謝 辞

本研究を進めるにあたり、ご協力くださいました対象者の皆さま、ご指導くださいました先生方に心より深く感謝申し上げます。本研究は、愛知県立大学平成25年度愛知県看護協会看護研究助成金の助成を受けて行った研究の一部である。また、愛知県立大学大学院看護学研究科博士前期課程修士論文の一部を加筆修正したものである。

文 献

伴真由美, 丸岡直子, 川島和代, 小松妙子, 佐藤弘美 (2005). 病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題. *石川看護雑誌*, 2, 33-41.

Evans Ron. L., Hendricks. Robert. D. (1993). Evaluating hospital discharge planning: A randomized clinical trial. *Med Care*, 31(4), 358-370.

福島道子, 河野順子 (2009). *入院時から始める退院支援・調整*. 東京: 日総研出版.

藤原奈佳子, 小野薫, 森田恵美子, 安西由美子, 永井昌寛, 森雅美, 賀沢弥貴, 柳澤理子, 古田加代子 (2013). 急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する

自己評価. *愛知県立大学看護学部紀要*, 19, 49-59.

平松瑞子, 中村裕美子 (2010). 療養者とその家族の退院に関連する療養生活への不安. *大阪府立大学看護学部紀要*, 16 (1), 9-19.

伊藤まゆみ, 近藤宙子 (2000). 退院計画のプログラム化に関する研究2—在院日数の減少と患者の満足度からの検討—. 退院計画のプログラム化を図るための研究事業報告書. *在宅ケア研究会*, 57-67.

伊藤まゆみ, 塚本友栄 (2001). 慢性期・終末期にある高齢患者における退院計画プログラムの効果評価. *昭和大学医療短期大学紀要*, 2, 21-31.

丸岡直子, 洞内志湖, 川島和代, 下嶋恵美子, 向井孝子, 尾崎真裕美, 古本桂子 (2011). 病棟看護師による退院調整活動の実態と課題: 退院調整活動質指標を用いた調査から. *石川看護雑誌*, 8, 29-39.

三輪恭子 (2012). 退院支援のプロセスと多職種協働における病棟看護師の役割. *看護技術*, 58 (14), 1324-1331.

丹羽敦, 下田信明, 伊藤まゆみ (2000). 退院計画プログラム化に関する研究5: 策定されたケアプランと患者・家族の退院計画への満足度からの検討. *社会福祉・医療事業団退院計画のプログラム化を図るための研究事業報告書*, 93-104.

設楽美佐子 (2001). 対象者に合った独自のスクリーニング票開発と退院計画のための体制整備. *看護展望*, 26 (13), 40-45.

山田雅子, 廣岡佳代 (2009). 多職種によるチーム医療2看護師の役割. *治療学*, 43 (4), 80-82.

山本さやか, 百瀬由美子 (2017). 病棟看護師の退院支援における包括的評価指標の作成. *日本看護研究学会雑誌*, 40 (5), 837-848.

財団法人日本訪問看護振興財団 (2012). *平成23年3月退院調整看護師に関する実態調査報告書*. 社団法人日本看護協会委託事業.