

## 研究ノート

# 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—

Current State and Future Issue Concerning Ward Nursing Staff

— Helping Patients Return Home with Peace of Mind —

川嶋 元子<sup>1)</sup>\*, 森 昌美<sup>2)</sup>, 松宮 愛<sup>3)</sup>, 磯邊 厚子<sup>1)</sup>

Motoko Kawashima, Masami Mori, Ai Matsumiya, Atsuko Isobe

キーワード 在宅療養, 退院支援, 病棟看護師, 看護師連携, 他職種連携

Key Words home care discharge planning, hospital nurses, cooperation of nursing, cooperation of other occupations

### 抄 録

**背景** 近年, 在院日数の短縮化により患者は早期に退院することが一般的になった。しかし, 患者は不安を持ったまま退院するケースもあり, 入院直後からの退院支援が重要になっている。同時に病棟看護師の退院支援の役割も大きくなっている。

**目的** 退院支援の内容と退院支援に対する考えや希望から病棟看護師が在宅生活を想定した退院支援を行うために必要な課題を明らかにする。

**方法** A県の地域を担う2つの中核病院に勤務する病棟看護師200人に対して, 無記名自記式質問紙調査を行った。

**結果** 164人から回答があり(回収率82.0%), 有効回答数は154人(93.9%)であった。退院支援は154人すべてが経験しており, 支援の内容は, 「医療処置」が最も多く, 次に「日常生活動作」であった。回答者の9割は, 「退院後の患者が気になっている」と回答した。

**結論** 病棟看護師は, 訪問看護や在宅生活のイメージが付きにくい現状にも置かれている。患者や家族が安心して地域で療養をしていくためには, 病院から地域へ切れ目のない支援を行えるよう, 病棟看護師と訪問看護師間の連携の強化が必要である。

### Abstract

**Background** Patients generally leave the hospital earlier before due to a shortening of their hospital stay. But quite a few of them are discharged in the restless state of mind, not knowing what is going to happen to them. It is therefore becoming important to assist them during the period of transition from hospital to home. So is the role of ward nursing staff.

**Purpose** This report aims to clarify the scope, concept and expectations of assistance in the transition period. It also attempts to analyze some issues of nursing staff who extend assistance based on the imagination of how the patients are going to live at home.

**Methodology** A survey was conducted among 200 ward nurses working for two core hospitals in A Prefecture. They were asked to fill in an anonymous questionnaire by themselves.

**Results** A total of 164 nurses responded, accounting for 82.0 percent of the nurse covered by the survey. The valid responses were obtained from 154 nurses (93.9%). All of the respondents said they were involved in assistance of some kind. As to details of the assistance, “medical procedures” came on top of the list, followed by “activities in daily life”. Of them, 90 percent said “they worried about discharged patients.”

**Conclusion** Under the current circumstances, ward nursing staff has difficulty imagining themselves visiting the patients and caring for them at home. It is necessary to strengthen coordination between ward nurses and home-visiting nurses so as to ensure that patients and their families can find peace while the patients are recuperating at home. Such efforts will enable seamless assistance in transition from hospital to home.

<sup>1)</sup> 聖泉大学 看護学部 看護学科 School of Nursing, Seisen University

<sup>2)</sup> 市立長浜病院 Nagahama City Hospital

<sup>3)</sup> 訪問看護ステーションレインボウとよさと Rainbow Toyosato Home-visit nursing satation

\* E-mail kawash-m@seisen.ac.jp

## I. 緒言

急速な高齢化と医療改革により、在院日数が短縮化され、在宅医療が推進されるようになった。そのため、患者は一定の治療を受けた後、病院から早期に地域に戻り、自宅療養を続けることが一般的になってきている。2006（平成18）年の「良質な医療を提供する体制の確立を図るための医療法の一部を改正する法律」では、医療計画制度を見直し、地域において切れ目のない医療の提供を実現し、質の高い医療を安心して受けられる体制を構築する事を掲げている。また、患者が病院から地域へ円滑な移行ができるように、2012（平成22）年度の診療報酬改定では、退院調整加算が新設され、退院調整看護師が配置されるようになった（全国訪問看護事業協会、2012）。

退院調整看護師の配置により、質の高い退院調整が行えるようになった（小宅、2013）が、その一方で、退院調整看護師だけでなく、病棟看護師や他職種が協働し、病院全体で退院支援に取り組む必要性が推奨されている（藤澤、2006）。特に病棟看護師は、入院中の患者との関わりが最も長いことから、退院困難な患者を早期に認識し、支援を開始するための重要な役割を担っている（松永、2004）。そのため、病棟看護師には、患者が地域にもどっても安心して療養ができるよう、退院後の生活を想定した支援を入院直後から開始することが求められている。しかし、これまでの研究において、病棟看護師は、地域で生活をする患者のイメージがつきにくく（樋口、2008）、在宅支援に「目が向かない」現状があることが報告されている（2009）。

そこで今回、A県にある2病院の病棟看護師に対して退院支援について質問紙調査を行い、退院支援の内容と退院支援に対する考えや希望の現状を知ることによって病棟看護師が在宅生活を想定した退院支援を行うために必要な課題を明らかにしたいと考えた。その結果を報告すると共に、地域へ戻る患者が安心して療養するには、病棟看護師はどのような支援を行っていけばよいかを検討し考察を行う。

## II. 方法

用語の定義

退院支援：在宅移行後の療養生活に必要な生活指導、医療処置の方法の指導、療養上必要と思われる保健医療福祉サービスについての対象および関連する人々との相談仲介紹介をさす（樋口、2007）。

### 1. 研究対象

A県北部の地域医療の中核を担う300～600床規模の公立および民間病院各1病院の病棟に勤務する看護師200人を対象とした。

### 2. データ収集期間

2013年12月から2014年2月までの3ヵ月間をデータ収集期間とした。

### 3. 調査方法

各病院の責任者に調査依頼を行ったうえで病棟責任者から看護師へ「退院支援に関する無記名自記式質問紙」の配布を依頼し、記入後は個々に投函していただく郵送法で回収した。質問項目は、全19項目で、問1～問9を基本属性、問10～問15までを退院支援の内容とし、問16～問19までを退院支援における考えや希望とした。

#### 1) 調査項目

基本属性は、性別、年齢、看護師経験年数、最終看護教育機関、取得資格の種類、在宅看護論(学)の受講経験、訪問看護の経験、福祉関係業務の経験、在宅看護に関する研修会の参加経験を選択法で回答を求めた。

退院支援の内容は、1)現在もしくは過去に行った退院支援の内容、2)社会資源を紹介した経験とその内容、3)退院カンファレンスの開催状況、4)退院サマリー記載の経験と記載時期、5)退院支援において連絡・連携をとった他職種とその内容を選択法と自由記載で回答を求めた。

病棟看護師の退院支援に関する考えや希望について、1)訪問看護師と連絡を取りたいと思った事の有無とその内容、2)退院した患者が気になった事の有無とその内容、3)退院支援を行う時に困っていること、4)退院支援に必要なだと思うことを選択法と自由記載で回答を求めた。

2) 分析方法

調査項目ごとに単純集計を行い、自由記載で回答を求めた項目については、類似した内容別に情報を整理し、さらに共通する内容を集めた。

在宅看護に関する学習経験と社会資源の紹介経験、在宅看護に関する学習経験と訪問看護師と連携した経験との関連については、 $\chi^2$ 検定を用い分析した。無回答は欠損値として扱い除外した。分析には統計解析ソフトウェア SPSS Statistics Version20を使用し有意水準は5%とした。

4. 倫理的配慮

各病院の責任者から研究の同意書を得たうえで、病棟看護師に対しては質問紙に、研究の趣旨、個人や施設の匿名性の保護、調査協力をしなくても不利益にならないこと等を記し配布した。同意が得られた場合のみ質問紙の返送を依頼した。なお、本研究は聖泉大学倫理委員会の承認（承認番号：8）を得て実施した。

III. 結果

2病院200人の病棟看護師のうち、164人から回答があった（回収率82.0%）。有効回答数は154人（93.9%）であった。

1. 対象の基本属性（表1）

対象の年齢は20歳から39歳代が104人（67.5%）と約6割を占めた。看護師経験年数は、12.58年（SD±8.29）であった。最終看護教育機関は、養成所3年課程74人（48.1%）と最も多かった。取得資格の種類を複数回答で求めた結果、その他には、介護支援専門員、介護福祉士、養護教諭、学会合同呼吸療法認定士の資格者であった。

在宅看護論（学）の受講経験は、有り106人（68.8%）であった。訪問看護の経験者は9人（5.8%）、福祉関係業務の経験者は7人（4.5%）であった。また、在宅看護に関する研修会の参加経験は、有りが79人（51.3%）であった。

表1 対象者の属性

		n=154	
		人数	%
性別	女性	144	93.5%
	男性	10	6.5%
年齢	20歳から29歳	49	31.8%
	30歳から39歳	55	35.7%
	40歳から49歳	38	24.7%
	50歳以上	12	7.8%
最終看護教育機関	看護師養成所(3年課程)	74	48.1%
	看護師進学課程(2年課程)	36	23.4%
	看護系短期大学	14	9.1%
	看護系大学	13	8.4%
	高校衛生看護学科	7	4.5%
	准看護師養成所	5	3.2%
	その他	5	3.2%
取得資格(複数回答)	看護師	148	96.1%
	准看護師	22	14.3%
	保健師	12	7.8%
	助産師	7	4.5%
	その他	7	4.5%
経験年数	mean±SD	12.58 ± 8.29	
在宅看護論(学)の受講経験	有	106	68.8%
	無	48	31.2%
訪問看護の経験	有	9	5.8%
	無	145	94.2%
福祉関係業務の経験	有	7	4.5%
	無	147	95.5%
在宅看護に関する研修会参加の経験	有	79	51.3%
	無	75	48.7%

表2 退院支援の内容

	回答数	合計件数		人数	%
1. 退院支援の内容 (複数回答)	154	812	医療処置	391	48.2%
			日常生活動作	350	43.1%
			他職種との連携(社会資源の紹介を含む)	31	3.8%
			健康管理	23	2.8%
			個別の指導(育児方法, 在宅看取り)	10	1.2%
			生活環境の調整	7	0.9%
2. 社会資源			有	109	70.8%
1) 紹介の経験			無	45	29.2%
2) 紹介の内容 (複数回答)	110	226	制度について	148	65.5%
			在宅で利用できる居宅サービスについて	49	21.7%
			専門職の紹介	29	12.8%
3. 退院カンファレンス 開催状況			必要な事例のみ実施	143	92.9%
			事例全てに実施	9	5.8%
			実施していない	1	0.6%
			その他	1	0.6%
4. 退院サマリー 1) 記載経験			有	115	71.9%
			無	38	23.8%
			無回答	1	0.6%
2) 記載時期	154	-	退院1週間前	68	42.5%
			退院カンファレンス開催前後	10	6.3%
			退院が決まった時	12	7.5%
			退院1週間前から徐々に書きだす	20	12.5%
			その他(決まっていない, 退院前日, 退院数日前等)	44	27.5%
5. 他職種との連携 1) 連絡・連携した他職種 (複数回答)	154		リハビリテーション専門職 (理学療法士, 作業療法士, 言語聴覚士)	269	-
			調整マネジメント関係職 (介護支援専門員, 医療ソーシャルワーカー)	202	-
			医療関係職 (訪問看護師, 外来看護師, 行政保健師)	160	-
			福祉関係職 (ヘルパー, 介護福祉士, 社会福祉士)	102	-
			薬剤師	67	-
			栄養士	52	-
			その他	42	-
2) 訪問看護師との情報交換 (複数回答)	81	169	医療的な管理	69	40.8%
			継続してほしい看護内容	59	37.3%
			患者・家族の情報(指導内容)	27	16.6%
			急変時の対応	5	3.0%
			カンファレンスの参加と調整	5	3.0%
			その他	4	2.4%

## 2. 病棟看護師がこれまでに行った退院支援

### 1) 病棟看護師の直接的支援

病棟看護師が実施したことがある退院支援の内容を、類似した内容に分類し情報を整理した(表2)ところ、154人(812件)の回答があった。退院指導の内容は、多い順に「医療処置」、「日常生活動作」、「他職種との連携」等であった。

「医療処置」は、注入食(106件)、吸引(62件)、インシュリンや血糖測定(48件)、内服管理(39件)、点滴管理(32件)、在宅酸素・人工呼吸器の管理(32件)、バルンカテーテル管理や導尿(30件)、ストマの管理(24件)、褥創などの創処置(11件)、医療的な処置方法(7件)、シャントの管理(5件)であった。

「日常生活動作」は、おむつ交換(104件)、清潔の援助(86件)、移乗方法(81件)であった。「他

職種との連携」には、他職種と連携した指導や調整(19件)や社会資源の紹介や助言(12件)があった。

### 2) 社会資源を紹介した経験及びその内容

病棟看護師が患者や家族に社会資源を紹介した経験は、有り109人(70.8%)であった。紹介した内容については110人(226件)の回答があった。多い順に「制度について」、「居宅サービスについて」、「専門職の紹介」であった。内容を下記にあげると、「制度について」は介護保険(104件)、身体障害者手帳(30件)、制度について(7件)、医療器具の手続き(5件)、生活保護の申請(2件)であった。

「居宅サービスについて」は、福祉用具(9件)、訪問看護(8件)、自宅で利用できるサービス(7件)、ショートステイ(5件)、訪問サービス(4

件), 配食サービス(4件), デイサービス(4件), 住宅改修(3件), 施設サービス(2件), インフォーマルなサービス(3件)であった。「専門職の紹介」は, 他職種から説明を受けるように助言する(21件), 介護支援専門員の紹介(5件), かかりつけ医の紹介(3件)であった。

### 3) 退院カンファレンスの開催状況

病棟で開催される退院カンファレンスの開催状況で, 最も多かったのは, 「必要な事例のみ実施」の143人(92.9%)であった。必要な事例の内容について435件の回答があり, 「個別の問題がある人」118件(28.2%), 「医療的な管理が必要な人」78件(17.9%), 「在宅サービスが必要な人」72件(17.2%)があった。

「個別の問題がある人」では, ターミナル・在宅看取り, 入退院を繰り返す, 認知症がある, 退院先が決まらないがあった。「医療的な管理が必要な人」では, ストマ, バルンカテーテル, 注入(経鼻・PEG・胃瘻), 在宅酸素, 点滴, 吸引, 導尿があった。「在宅サービスが必要な人」では, 居宅サービスの追加や変更の調整, 住宅改修, 入院前からの居宅サービス, 初めての居宅サービス利用があった。

### 4) 退院サマリーの記載経験と記載時期

地域で患者を受け入れる訪問看護師へのサマリーの記載経験は, 有り115人(71.9%)であった。記載時期は, 「退院1週間前」68人(42.5%), 「その他」44人(27.5%)で, 「その他」の内容は記載時期を決めていない, 退院前日や数日前等であった。

### 5) 他職種との連携

病棟看護師がこれまでに連携をとったことがある職種は, リハビリテーション専門職(以下リハビリ専門職と略す)が最も多かった。中でも, 理学療法士との連携は124人(75.6%), 作業療法士とは95人(57.9%)とられていた。調整マネジメント関係職との連携では, 介護支援専門員99人(60.4%)であり, 医療関係職との連携は訪問看護師99人(60.4%)であった。

訪問看護師との情報交換の内容は, 81人(169件)の回答があり, 多い順に, 「医療的な管理」, 「継続してほしい看護の内容」, 「患者・家族の情報」等があげられた。「医療的な管理」は, ストマ(12件), 褥瘡処置の方法(12件), 在宅酸素の管理, 吸引(10件), 内服(10件), 点滴(9件), 医療処置(8件), 注入食(8件)であった。「継続してほしい看護の内容」は, 継続してほしい看護(23

表3 退院支援に対する考えや希望

	回答数	合計件数		人数	%
1. 訪問看護師と連絡を取りたいと思ったことがあるか	154	-	有	93	60.4%
			無	53	34.4%
			無回答	8	5.2%
			家族を含めた入院前の生活状況を知りたい	66	38.8%
連絡をとりたい内容 (複数回答)	92	170	医療処置の継続に必要な情報交換	38	22.4%
			症状コントロールが必要な患者の情報提供	9	5.3%
			入院中の患者の情報提供	9	5.3%
			その他	48	28.2%
			有	142	92.2%
2. 退院した患者が気になった事があるか	154	-	無	10	6.5%
			無回答	2	1.3%
			指導したことが活かされているか	54	22.4%
			A DLの状況に変化がないか	51	21.2%
気になった内容 (複数回答)	142	241	病状について	40	16.6%
			家族が介護できてるか	28	11.6%
			困っている事はないか	23	9.5%
			その他	45	18.7%
			家族の協力が得られない	45	32.6%
3. 退院支援時に困ったことがあるか (複数回答)	94	138	他職種との連携がうまくはかれない	16	11.6%
			病院の体制によりうまく退院調整がはかれない	12	8.7%
			看護師の介護保険に対する知識不足	11	8.0%
			その他(カンファレンスの時期, 入退院を繰り返す等)	54	39.1%
			本人、家族の思いや理解	187	43.2%
4. 退院支援に必要なことは何か (複数回答)	152	433	他職種との連携	77	17.8%
			在宅サービスやサポート体制	54	12.5%
			ADLの状況	22	5.1%
			生活への視点	17	3.9%
			その他	76	17.6%

件), 入院中の状況 (19件), 入院中の看護 (17件) であった。「患者・家族の情報」は, 本人・介護者への指導状況 (15件), 入院中の患者・家族の状況 (7件), 患者, 家族の思い (5件) であった。

### 3. 病棟看護師の退院支援における課題

病棟看護師の退院支援に対する考え方や希望を, 下記の項目により回答を得た (表3)。

#### 1) 訪問看護師と連絡を取りたいと思ったことがあるか

訪問看護師と連絡を取りたいと回答した病棟看護師は93人 (60.4%) であった。理由については, 92人 (170件) の回答があり, 主な内容は「家族を含めた入院前の生活状況を知りたい」, 「医療処置の継続に必要な情報交換」, 「症状コントロールが必要な患者の情報提供」であった。

「家族を含めた入院前の生活状況を知りたい」は, 入院前の生活について知りたい (29件), 家族関係や介護力について知りたい (27件), 訪問看護の利用者についての情報共有をしたい (10件) であった。「医療処置の継続に必要な情報交換」は, 医療処置の方法の継続について情報交換したい (34件), 内服管理について情報交換したい (4件) であった。

#### 2) 退院した患者が気になったことがあるか

退院した患者が気になったことがあると回答した病棟看護師は, 142人 (92.2%) であり, 主な内容は, 「指導したことが活かされているか」, 「ADLの状況に変化がないか」, 「病状について」であった。

「ADLの状況に変化がないか」については, 生活状況 (36件), 食事が摂れているか (9件), ADLが低下していないか (6件) があった。

#### 3) 退院支援時に困ったことがあるか

退院支援時に困ったことがあると回答した病棟看護師は, 94人 (138件) であり, その内容は主に「家族の協力が得られない」, 「他職種との連携がうまくはかれない」, 「病院の体制によりうまく退院調整がはかれない」, であった。「その他」には, カンファレンスの開催時期, 入退院を繰り返す患者, 医療処置が多い患者, 急な退院の決定等があった。

「家族の協力が得られない」は, 家族の受け入れが困難 (26件), 家族の思いが聞けていない (11件), 家人の協力が得られない (8件) であった。

「他職種との連携がうまくはかれない」は, 他職種との連絡連携 (6件), 介護支援専門員との視点の違い (5件), 医師の非協力 (5件) であった。「病院の体制によりうまく退院調整がはかれない」は, 病院の体制 (7件), 退院支援の時間がない (3件), 急な退院 (2件) のであった。

#### 4) 退院支援に必要なことはなにか

退院支援に必要なことについては, 152人 (433件) の回答があり, その内容は, 「本人・家族の思いや理解」, 「他職種との連携」, 「在宅サービスやサポートの体制」であった。

「本人・家族の思いや理解」は, 本人・家族の思い (88件), 家族の介護力や受け入れ状況 (47件), 家族の不安 (26件), 介護負担の調整 (12件), 患者・家族の理解 (10件), 家族との信頼関係 (4件) であった。

「他職種との連携」は, 他職種との情報収集や情報交換 (65件), カンファレンス (6件), 継続看護 (6件) であった。

「在宅サービスやサポート体制」は, 在宅サービスの状況 (39件), 在宅療養への支援体制 (11件), 緊急時の対応 (4件) であった。

### 4. 在宅看護論 (学) の受講経験や在宅看護に関する研修会参加と関連項目との関連性の検討

#### 1) 在宅看護に関する学習経験と社会資源を紹介した経験との関連性

患者や家族が希望する退院支援の一つに退院後の社会資源の紹介があるが, 病棟看護師の社会資源の知識不足も課題とされている。そのため, 在宅看護論 (学) の受講の有無を2群に分け, 社会資源を紹介した経験の有無との関連について  $\chi^2$  検定で分析した (表4)。その結果, 在宅看護論 (学) の受講者と未受講者との間に社会資源の紹介について, 有意な差はみられなかった ( $p=0.296$ )。しかし, 在宅看護に関する研修会への参加経験者は, 社会資源を紹介した経験者が有意に多かった ( $p=0.000$ )。

#### 2) 在宅看護に関する学習経験と訪問看護師との連携の関連性

在宅看護論 (学) の受講経験と, 訪問看護師との連携の有無を分析した (表5)。在宅看護論 (学) の受講者は, 受講していない人に比べて, 訪問看護師と連携の経験が有意に多かった ( $p=0.015$ )。

表 4 在宅看護に関する学習経験と社会資源を紹介した経験の関連

	社会資源の紹介			p値
	有無	経験有り	経験無し	
在宅看護論(学)の受講経験	有り	73(47.4%)	33(21.4%)	0.296
	無し	37(24.0%)	11( 7.1%)	
在宅看護に関する研修会参加の経験	有り	67(43.5%)	12( 7.7%)	0.000
	無し	43(27.9%)	32(20.8%)	

χ<sup>2</sup> 検定

表 5 在宅看護に関する学習経験と訪問看護師との連携の関連

	訪問看護師との連携			p値
	有無	経験有り	経験無し	
在宅看護論(学)の受講経験	有り	60(38.9%)	46(29.9%)	0.015
	無し	37(24.0%)	11( 7.1%)	
在宅看護に関する研修会参加の経験	有り	62(40.3%)	17(11.0%)	0.000
	無し	35(22.7%)	40(25.9%)	

χ<sup>2</sup> 検定

また、在宅看護に関する研修会への参加経験者は、訪問看護師との連携の経験が有意に多かった(p=.000)。

## IV. 考 察

### 1. 病棟看護師の院内における退院支援の重要性

#### 1) 広範囲の看護と医療管理の多さ

154人中、全ての病棟看護師が退院支援を経験しており、退院支援の重要性を改めて認識すると共に、その内容は広範囲のケアであり、高齢化時代の特徴ともいえる内容である。最も多かったのが「医療処置」で、訪問看護師と情報交換した内容も「医療処置の継続に必要な情報交換」が多かった。自宅へ医療器具をもったまま帰宅する人が増えていることを意味すると共に、医療的な管理は、自宅に戻ったとき患者や家族にとって困難や負担を課するケアである(樋口, 2007)。「医療処置」の内容は、注入食、インシュリンや血糖測定、内服管理などであり、これらは入院中からきめ細かな支援が必要とされる。患者や家族にとっても、その習得には一定期間と学習能力が求められる。しかし、在院日数の短縮化により、患者と家族が、十分習得できないまま退院せざるを得ないことも少なくない。さらに、おむつ交換や体位変換など日常生活援助も多く、寝たきり度が高い人が退院支援の対象に多いことが推測される。これらの日常生活援助も、家族に負担が重くのしかかり、十分なケアの支援が必要である。

全ての看護師が退院支援を経験していても、「退

院した患者が気になる」と回答した看護師が、142人(86.6%)いたことから、十分な退院支援ができたかどうか、支援評価を確認できないまま、退院を迎えている現状が考えられる。病棟での看護の質が退院後も継続できるよう、地域で受け入れられる訪問看護師との連携が一層必要になる。

#### 2) 入院完結型から地域完結型への支援へ

退院カンファレンスは、「必要な事例のみ実施する」と回答した看護師が9割であり、必要な事例の内容は、「在宅サービスが必要な患者」が最も多かった。退院後、在宅生活を継続していくために必要な保健・医療・福祉サービス等を利用する人が多いことを示していると言える。

病棟看護師の退院カンファレンスは他職種と意見交換することで、対象を総合的に理解できる機会であり、それぞれの職種が患者の在宅生活を専門的に支援する役割を明確にできる。しかし、患者と家族は、支援体制が整わないまま退院するため不安を抱いていると言われており(平松, 2010; 永田, 2007)、十分に支援を受けず退院することが、患者が入院を繰り返すことにもつながる。

昨今、「入院完結型」から、地域で患者を支える「地域完結型」に転換した地域包括ケアシステムが注目され(介護保険部会, 2013)、切れ目のない医療を続けるために、地域で患者に関わる専門職が共通の目標を持ち、支えていく必要がある。そのためには、訪問看護師が入院中の患者を訪問することや、カンファレンスに参加することが、病棟看護師にとっても、患者の背景を理解でき、患者や家族へ有効な退院支援に繋がるのではない

かと考える。

### 3) 他職種との連携が地域での自立に繋がる

病棟看護師が連携をとることの多い職種は、「リハビリ専門職（理学療法士・作業療法士・言語聴覚士）」や「調整マネジメント関係職（介護支援専門員・医療ソーシャルワーカー）」であった。とくに理学療法士との連携の機会が多かった。在宅看護では、高齢者や日常生活動作に障害をもつ人に対して、自立を支援することが重要となるため、介護用品の利用や、在宅サービスの利用をコラボレーションした内容も求められる。また、理学療法士の73.1%が病院勤務をしている（日本理学療法協会, 2013）ことから、多くの病院には理学療法士が配置されており、連携がとりやすいことが推測できる。

看護師は、療養者の持つ疾患を理解し、疾患を踏まえた上で、日常生活動作の拡大へとつなげていく役割がある。一方で、リハビリ専門職は、患者の身体の機能を理解した上で、日常生活動作を拡大へとつなげる役割がある。このように、看護師とリハビリ専門職に共通した目標があることから、他の職種よりも連携をとる機会が多かったのではないかと考えられる。看護師とリハビリ専門職との連携は、患者や家族にとって、可能な限り自立した日常生活を送ることが生活の質を高め、在宅生活を有意義に送ることに繋がっていく。

## 2. 病棟看護師の退院支援における課題と可能性

### 1) 退院支援へのジレンマ

退院後の患者が気になったことがあると回答した病棟看護師は、9割であった。その内容は、「指導したことが活かされているか」、「ADLの状況に変化がないか」、「病状の変化」であった。病棟看護師は、退院後の患者の治療や看護の継続を家族や訪問看護師にゆだねることになるが、病棟で行った支援の結果を見届けることができない。本研究では、病棟看護師が訪問看護師と情報交換をしたいと思う内容は、「家族を含めた入院前の生活状況」が最も多かった。さらに、退院支援時に病棟看護師が、最も困っている内容は、「家族の協力が得られない」であった。このことから、病棟看護師は、患者の入院前の生活状況や家族の介護力について情報がとりにくく、退院支援を行う際に、患者の在宅生活のイメージが持ちにくいこ

とがわかった。

従来から訪問看護の利用者が入院する時には、病棟看護師に対して看護サマリーによる情報交換が行われている。しかし、看護サマリーだけでは、家族の情報や生活情報が十分把握できていないことが考えられる。そのため、看護サマリー作成の工夫や情報交換の方法について検討を求めていくことも必要である。気になる患者は、電話で退院後の様子を確認することや、外来看護師からの情報を得られる体制づくりなど、訪問看護師と情報共有できるシステムづくりも必要である。

### 2) 訪問看護師と病棟看護師の相互理解と役割の向上

本研究の対象となった病棟看護師のうち、在宅看護論（学）の受講者は、7割であったが、訪問看護の経験者や福祉関係業務の経験者は1割に達していない。

訪問看護師の経験者や福祉関係業務の経験者が病棟に少ないため、経験を病棟で共有できないことも、患者の在宅生活のイメージが持ちにくい要因となっていると考えられる。

退院した患者の生活状況を知ることは、病棟看護師が気になっている内容を解消すると共に、今後、退院支援を行う際に、退院後に起こり得る問題を予測することや、その対処方法について患者や家族に指導することに繋がる。そのため、訪問看護師との連携を強化し、患者の退院後の状況を病棟看護師に伝えることのできる連絡体制が求められる。連携の方法は書類だけではなく電話報告を行うことや、訪問看護師の一日経験など、生活の場にてできるだけ病棟看護師が訪問できる機会が必要である。退院支援は在宅ケア経験者や訪問看護師などが互いに協力を得ることでより大きな効果を得る（宇都宮, 2008）ことが可能であり、病棟看護師が、在宅看護の体験や研修を受けられるような体制作りも一案である。

### 3) 在宅看護の学習経験と退院支援内容との関連性

在宅看護論（学）の受講経験は、社会資源の紹介の頻度とは関連性はなかった。しかし、在宅看護に関する研修会の参加者には、社会資源を患者に紹介した人が多くいた。在宅看護に関する研修会への参加が、社会資源の紹介に役立っていることが考えられる。病棟看護師が、社会資源の紹介を行うためには、地域にどのような社会資源があ



るのか、地域の把握や日本の医療の現状や制度の動向などの知識を持つておくことが必要である。本研究では、在宅看護論（学）の未受講者は3割であり、すべての看護師が受講しているわけではなかった。しかし、基礎教育機関で在宅看護論が未受講者であっても、研修会などの現任教育が、退院支援の充実につながる一要因と考える。

在宅看護論（学）の受講者と在宅看護に関する研修会への参加者は、訪問看護師と連携した者が多かった。このことから、在宅看護に関する学習経験は、訪問看護師の連携を強める一つの要因であると言える。訪問看護師が行う退院支援に関する研修会は在宅生活をイメージする上でも効果がある（小倉、2012）と言われている。今後、訪問看護師を交え、在宅看護に関する現任教育を進めていく事や退院後の療養者と関わりを持つことで、病院と地域の継続看護の強化を図る必要がある。

## V. 結 語

病棟看護師の退院支援内容は、「医療処置」、「日常生活動作」が多く、支援内容から、医療依存度や要介護度が高い患者が自宅に戻っている状況が確認された。

また、病棟で実施した支援効果の確認はできておらず、退院後の患者が気になっていると答えた看護師が9割であった。在宅看護の研修会参加者は、社会資源の紹介を未参加者よりも多く行っていた。病棟看護師は、訪問看護や在宅生活のイメージが付きにくい現状にも置かれている。患者や家族が安心して地域で療養をしていくためには、病院から地域へ切れ目のない支援を行えるよう、病棟看護師と訪問看護師間の連携を強化する必要がある。また、病院、訪問看護ステーションとの互いのサマリーや、情報交換の方法、在宅看護に関する研究会の参加など現任教育の充実が望まれる。

## 研究の限界と展望

本研究では、A県内の2ヵ所の病院が対象であるため、結果及び考察を一般化、標準化することには限界がある。しかし、2病院のみの結果ではあるが、現在の病棟看護師が抱える退院指導の

現状と課題を、一定表していると考え、地域に戻る患者が安心して暮らすためには、病院における退院支援を充実させ、病棟看護師と訪問看護師との連携の強化が必要であることが示唆された。

## 謝 辞

本研究に調査協力いただきました2病院の責任者の方、看護師の皆様に深く感謝致します。

## 文 献

- 小宅比佐子, 佐藤則子, 間雅子, 他 (2013): 国立病院機構・国立高度専門医療研究センターにおける退院調整に関する実態調査, 国立看護大学校研究紀要, 12 (1), 17-25.
- 藤澤まこと, 普照早苗, 森仁実, 他 (2006): 退院調整看護師の活動と退院支援における課題, 岐阜県立看護大学紀要, 6 (2), 35-41.
- 樋口キエ子, 田城孝雄 (2007): 医療的ケアをになう家族介護者支援に関する研究, 8, 50-57.
- 樋口キエ子, 原田静香, カーン洋子, 他 (2008): 患者家族が求める退院支援に関する研究—退院後の患者家族の退院支援への要望・意見から—, 順天堂大学医療看護学部医療看護学研究, 4 (1), 42-49.
- 北川恵 (2009): 急性期病院の退院調整に携わる病院看護師の在宅移行連携の実態と認識, 看護展望, 34 (13), 1928-1305.
- 平松瑞子, 中村裕美子: 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.
- 一般社団法人全国訪問看護事業協会 (2012): 退院調整が求められる背景～政策の動向～, 篠田道子, ナースのための退院調整—院内チームと地域連携のシステムづくり, 2-12, 日本看護協会出版会, 東京.
- 介護保険部会 (2013): 都市部の強みを活かした地域包括ケアシステムの構築, [www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai/0000024922.pdf](http://www.mhlw.go.jp/file/05-Shingikai/0000024922.pdf), [検索日2014年12月26日].
- 公益社団法人日本理学療法士協会 (2013): 国際検証特別委員会報告書理学療法士の法的一づけに関する国際比較, <http://www.japanpt.or.jp>, [検索日2014年12月1日].
- 宇都宮宏子 (2008): 第1節 退院支援をめぐる現状と期待できる効果, 松下正明監修, 退院支援の活動体制づくり, 27, 中央法規出版, 東京.

- 松永篤志, 永田智子, 村嶋幸代 (2004) : 特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況—退院支援部署の有無による比較に焦点を当てて—, 病院管理, 41 (3), 185-194.
- 永田智子, 村嶋幸代 (2007) : 高齢者が退院前・退院後に有する不安・困り事とその関連要因, 病院管理, 44 (4), 323-335.
- 小倉美香, 首藤悦子, 青戸まり子 (2012) : 訪問看護師が行う退院支援に関する研修会の効果, 日本看護学会論文集 地域看護学, 24, 50-62.