原 著

大学病院看護職員における地域完結型看護の実践度評価

大谷 忠広¹, 牛久保美津子², 堀越 政孝², 金井 好子¹, 冨田千恵子¹, 杉本 厚子¹, 尾上 悦子¹, 荻原 京子¹, 佐光 恵子², 近藤 浩子², 常盤 洋子², 神田 清子²

1 群馬県前橋市昭和町3-39-15 群馬大学医学部附属病院看護部
2 群馬県前橋市昭和町3-39-22 群馬大学大学院保健学研究科

要 旨

目 的：医療の質向上や健康長寿社会の実現に向け、看護職には地域完結型医療・ケアの考え方に立脚した地域医療連携の推進を実践する指導者の育成が求められる。本研究の目的は、大学病院看護職員の在宅を見据えた看護活動の実態を明らかにすることとした。

方 法：大学病院看護職員 720 名を対象に在宅へ戻る患者への看護活動の自己評価に関する自記式質問票調査を実施した。

結 果：533 名 (回収率 74.0%) から回答を得た。大学病院看護職員は、在宅へ戻る患者への看護活動として「在宅生活の情報把握」「退院に向けた調整・指導」を実践し、約半数が退院支援に関わっていると総括的判断をしていた。

結 論：地域完結型看護の実践力を更に高めるには、地域連携室との連携強化や研修会など「社会資源の活用」を実感できるような取り組みが重要である。

文献情報

キーワード：

退院支援,
人材育成,
大学病院,
在宅看護,
自己評価,

投稿履歴：

受付 平成28年 2 月25日
修正 平成28年 3 月 9 日
採択 平成28年 3 月10日

論文別刷請求先：

大谷忠広
〒371-8511 群馬県前橋市昭和町3-39-15
群馬大学医学部附属病院看護部
電話：027-220-8751
E-mail: t.ohtani@gunma-u.ac.jp

はじめに

我が国は、2025 年に団塊の世代が 75 歳以上となり 65 歳以上の高齢者数は 3,657 万人と人口の約 3 割を占めることが推計されている。それに伴い、病院から在宅医療へのシフトが急速に進められている。厚生労働省は、2025 年を目途に高齢者の尊厳の保持と自立生活を支援する目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、地域包括的な支援・サービス提供体制 (地域包括ケアシステム) の構築を推進している。¹

その中で、看護職には地域完結型医療・ケアの考え方に立脚した地域での暮らしをつなぐ在宅看護の視点を持ち、在宅ケアを見据えた看護を提供できる人材が求められている。しかしながら、我が国の看護基礎教育および現任教育はこれまでの歴史の中で、病院に入院している患者に視点がおかれていたため、地域での暮らしを重視し地域に密着した看護師養成のための人材育成のプログラムの開発が急務とされている。病床の機能分化が進む今日、特に、超急性期医療を担う医療機関においては、在宅復帰率を高めるための看護師の教育は重要課題である。

このたび、文部科学省の大学改革推進等補助金「課題解決型高度医療人材養成プログラム」事業で採択された「群馬一丸で育てる地域完結型看護リーダー」事業の一部として、群馬県内の病院看護職員を対象に「在宅の視点を持った看護師を養成する人材育成プログラム」の開発に関する基礎調査を実施した。本研究は、大学病院看護職における

病院から在宅へ退院する患者に対する看護活動の自己評価の実態について明らかにすることを目的とした。

方法

1. 研究対象者

A 大学病院に勤務する看護職員 720 名。

2. 調査方法

無記名自己記入式質問票による留め置き調査を 2014 年 11 月に実施した。調査内容は以下のとおりとした。

1) 基本属性: 年齢, 職種, 臨床経験年数, 配属部署, 職位, 在宅看護論履修の有無, 在宅看護研修受講の有無, 退院支援に関する研修の希望。

2) 「在宅を見据えた看護活動の自己評価 (Cronbach's α : 0.97)」: 病院医師用に開発された尺度²を参考にし、12 名の看護師間で臨床看護師用に何度も検討を繰り返したうえで評価項目を設定、プレテストを実施し修正したものを用いた。

評価項目は、5 カテゴリー【A. 退院後の生活をイメージした看護の提供】(8 項目)【B. 地域の社会資源の活用】(6 項目)【C. 患者・家族の負担軽減のためのケア方法の簡素化】(3 項目)【D. 病状変化を予測した対応】(3 項目)【E. 多職種との協働】(5 項目)の計 25 項目である。自己評価は、「常にする」「よくする」「時々する」「あまりしない」「全くしない」の 5 段階とした。

3) 退院支援への総括的判断

退院支援活動についての総括的自己評価は、「よく関わっている」「少し関わっている」「あまり関わっていない」の 3 段階とした。

4) 分析方法

基本属性については単純集計し、自己評価は調査項目ごとに「常にする: 5 点」「よくする: 4 点」「時々する: 3 点」「あまりしない: 2 点」「全くしない: 1 点」で得点化し、平均値と標準偏差を算定した。また、基本属性の職位、在宅看護論履修の有無、在宅看護研修受講の有無、退院支援に関する研修の希望について「在宅を見据えた看護活動の自己評価」5 カテゴリーの平均値の差は t 検定と一元配置分散分析を用いて比較した。解析には、SPSS Statistics Ver. 22 を使用した。有意水準は t 検定では $p < 0.05$ 、一元配置分散分析では $p < 0.001$ とした。

3. 倫理的配慮

群馬大学医学部疫学研究に関する倫理審査委員会にて承認を得た (承認番号 26-34)。対象者には、文書を用いて研究の目的、方法、プライバシーの保護等について説明し、回収をもって同意とした。

結果

配布数 720 部に対して回答数は 533 部 (回収率 74%) であった。

1. 対象者の基本属性 (表 1)

年齢は 30 歳未満が 261 名 (49.0%) と最も多く、臨床経験年数は 10 年以上が 192 名 (36.0%)、5 年～10 年未満は 140 名 (26.3%) であった。職種は看護師が 505 名 (94.7%) で、配属部署は外科系 175 名 (32.8%)、外来・中央部門 153 名 (28.7%)、内科外科系混合 88 名 (16.5%) であった。職位はスタッフ 448 名 (84.1%)、副看護師長 54 名 (10.1%)、看護師長 23 名 (4.3%)、その他 4 名 (0.8%) であった。在宅看護論履修者は 423 名 (79.4%)、在宅看護に関する研修の受講者は 182 名 (34.1%) であった。また、退院支援に関する研修は 422 名 (79.2%) が希望していた。

2. 在宅を見据えた看護活動の自己評価 (表 2)

【A. 退院後の生活をイメージした看護の提供】では全 8 項目中、「常にする」～「時々する」で 70% 以上を占めていたのは 5 項目「A1: 入院前の生活状況の把握」448 名 (84.1%)、「A8: 家族介護力の評価」416 名 (78.0%)、「A6: 退院後の本人の希望の把握」407 名 (76.4%)、「A7: 退院後の家族の希望の把握」403 名 (75.6%)、「A5: 退院後をイメージした看護計画」383 名 (71.9%) であった。

【B. 地域の社会資源の活用】では、全 6 項目で 70% となる項目はなかった。

【C. 患者・家族の負担軽減のためのケア方法の簡素化】では全 3 項目中、約 70% の回答を得たのは「C17: 医療費などの患者負担の考慮」371 名 (69.6%)、「C16: 継続できるケアへの簡素化」370 名 (69.4%) の 2 項目であった。

【D. 病状変化を予測した対応】の全 3 項目のうち、70% 以上の回答を得たのは「D18: 今後の病態への対処法の確認」379 名 (71.1%) の 1 項目であった。

【E. 多職種との協働】では全 5 項目中、約 70% の回答を得たのは「E24: 患者への説明をサマリーに記載」396 名 (74.3%)、「E21: 多職種との意見交換」362 名 (67.9%) の 2 項目であった。

3. 退院支援への総括的判断 (図 1)

患者の在宅での暮らしを見据えた退院支援に関する総括的な判断については、退院支援について「よく関わっている」「少し関わっている」を合わせて 281 名 (52.7%) であった。

表 1 看護職員の属性				n=533
項目	内訳	n	%	
年齢	30 歳未満	261	49.0	
	30～40 歳未満	142	26.6	
	40～50 歳未満	95	17.8	
	50 歳以上	32	6.0	
	無回答	3	0.6	
臨床経験年数	1 年未満	42	7.9	
	1 年～ 3 年未満	57	10.7	
	3 年～ 5 年未満	97	18.2	
	5 年～10 年未満	140	26.3	
	10 年以上	192	36.0	
	無回答	5	0.9	
職種	保健師	0	0.0	
	助産師	25	4.7	
	看護師	505	94.7	
	無回答	3	0.6	
配属部署	内科系	63	11.8	
	外科系	175	32.8	
	内科外科系混合	88	16.5	
	外来・中央部門	153	28.7	
	その他	50	9.4	
	無回答	4	0.8	
職位	スタッフ	448	84.1	
	副看護師長	54	10.1	
	看護師長	23	4.3	
	その他	4	0.8	
	無回答	4	0.8	
在宅看護論の履修	あり	423	79.4	
	なし	106	19.9	
	無回答	4	0.8	
在宅看護研修の受講	あり	182	34.1	
	なし	347	65.1	
	無回答	4	0.8	
退院支援に関する研修の希望	あり	422	79.2	
	なし	106	19.9	
	無回答	5	0.9	

表 2 在宅看護を見据えた看護活動の自己評価				n=533
質問項目	実践していると回答			
	n	%		
A. 退院後の生活をイメージした看護の提供				
A 1: 入院前の生活状況の把握	448	84.1		
A 2: 訪問看護からの情報の活用	342	64.2		
A 3: 居住地域や自宅構造の把握	271	50.8		
A 4: 経済状況の把握	340	63.8		
A 5: 退院後をイメージした看護計画	383	71.9		
A 6: 退院後の本人の希望の把握	407	76.4		
A 7: 退院後の家族の希望の把握	403	75.6		
A 8: 家族介護力の評価	416	78.0		
B. 地域の社会資源の活用				
B 9: 患者の医療保険の把握	291	54.6		
B 10: 利用可能な社会資源の把握	338	63.4		
B 11: 社会資源についての情報提供	318	59.7		
B 12: 介護認定の見込みの評価	222	41.7		
B 13: 障害認定の見込みの評価	197	37.0		
B 14: 介護・障害認定に関する相談	182	34.1		
C. 患者・家族の負担軽減のためのケア方法の簡素化				
C 15: 継続できるケアへの簡素化	370	69.4		
C 16: 継続できる薬剤使用の相談	300	56.3		
C 17: 医療費等の患者負担の考慮	371	69.6		
D. 病状変化を予測した対応				
D 18: 今後の病態への対処法の確認	379	71.1		
D 19: 再入院時の対応方法の確認	354	66.4		
D 20: 症状緩和ケアについての指導	348	65.3		
E. 多職種との協働				
E 21: 多職種との意見交換	362	67.9		
E 22: 地域連携室との相談	311	58.3		
E 23: 退院後の地域連携室との相談	229	43.0		
E 24: 患者への説明をサマリーに記載	396	74.3		
E 25: 今後の予測をサマリーに記載	326	61.2		

「実践している」は、常にする・よくする・時々するの合計

図1 退院支援への総括的判断

4. 在宅を見据えた看護活動と影響要因との関係 (表3)

1) 在宅看護論の履修の有無

全25項目において、「在宅看護論履修なし」の評価得点が「履修あり」よりも高く、16項目で有意な差が認められた。特に【E. 多職種との協働】の「E22: 地域連携室との相談」「E23: 退院後の地域連携室との相談」では、2群間の平均値は0.5点以上の差がみられた。

2) 在宅看護に関する研修の受講の有無

全25項目において、「在宅看護に関する研修の受講あり」の評価得点が「受講なし」よりも高く、有意な差がみられた。【A. 退院後の生活をイメージした看護の提供】における「A2: 訪問看護からの情報の活用」「A3: 居住地域や自宅構造の把握」「A6: 退院後の本人の希望の把握」、【B. 地域の社会資源の活用】の「B10: 利用可能な社会資源の把握」「B11: 社会資源についての情報提供」「B12: 介護認定の見込みの評価」「B13: 障害認定の見込みの評価」「B14: 介護・障害認定に関する相談」、【C. 患者・家族の負担軽減のためのケア方法の簡素化】における全3項目、【D. 病状変化を予測した対応】における「D18: 今後の病態への対処法の確認」「D20: 症状緩和ケアについての指導」、【E. 多職種との協働】における「E21: 他職種との意見交換」「E22: 地域連携室との相談」「E23: 退院後の地域連携室との相談」の計16項目で2群間の平均値が0.5点以上の差がみられた。

5. 職位別による実践度評価 (表4)

全25項目において、評価得点の平均値はスタッフよりも看護師長・副看護師長が高かった。3群間比較において平均値が最も高かった項目数は副看護師長14項目、看護師長11項目であった。副看護師長の平均値が高かった項目は、【A. 退院後の生活をイメージした看護の提供】の「A3: 居住地域や自宅構造の把握」「A5: 退院後をイメージした看護計画」「A6: 退院後の本人の希望の把握」「A7: 退院後の

家族の希望の把握」「A8: 家族介護力の評価」、【B. 地域の社会資源の活用】は「B10: 利用可能な社会資源の把握」、【C. 患者・家族の負担軽減のためのケア方法の簡素化】と【D. 病状変化を予測した対応】では全3項目、【E. 多職種との協働】は、「E24: 患者への説明をサマリーに記載」「E25: 今後の予測をサマリーに記載」であった。看護師長の平均値が高かった項目は、【A. 退院後の生活をイメージした看護の提供】の「A1: 入院前の生活状況の把握」「A2: 訪問看護からの情報の活用」「A4: 経済状況の把握」、【B. 地域の社会資源の活用】の「B9: 患者の医療保険の把握」「B11: 社会資源についての情報提供」「B12: 介護認定の見込みの評価」「B13: 障害認定の見込みの評価」「B14: 介護・障害認定に関する相談」、【E. 多職種との協働】における「E21: 多職種との意見交換」「E22: 地域連携室との相談」「E23: 退院後の地域連携室との相談」であった。

また、【B. 地域の社会資源の活用】の「B9: 患者の医療保険の把握」については、副看護師長と有意な差がみられた。

考察

1. 在宅を見据えた看護活動の自己評価 全体像

在宅を見据えた看護活動の自己評価では、「A1: 入院前の生活状況の把握」や「A6: 退院後の本人の希望の把握」「A7: 退院後の家族の希望の把握」「A8: 家族介護力の評価」「E24: 患者への説明をサマリーに記載」など、患者・家族との関わりから聴取できる項目や地域支援者へ情報提供する項目は80%前後と高かった。しかし、【B. 地域の社会資源の活用】では「B13: 障害認定の見込みの評価」「B14: 介護・障害認定に関する相談」が35%前後まで低下する項目であることが明らかとなった。

多くの看護職員は、社会資源の活用について看護基礎教育や研修等で学習しているため、先行研究³と同様に在宅療養の継続において重要であることを認識している。しかし、社会資源の活用は退院調整に関わらない看護職員にとり、入院時の退院調整スクリーニングで困難感を抱き、⁴ 情報収集の理解度や到達度が低い項目であること⁵が報告されている。さらに、大学病院の特徴から急性期治療への対応に重点が置かれていること、在院日数の短縮化により患者・家族との限られた関わりの中では、疾患や治療に関する課題への情報収集が優先されていることが予想され、その後の社会資源を踏まえた在宅療養に関する対応まで至っていないことが考えられる。

また介護や障害認定については、制度の概要を知っているが退院調整を地域連携室へ依頼することが多いことから、機能分化が進められ実践する機会が少なく、具体的なサービス内容や適応基準まで理解が進んでいないと考えられる。

A 大学病院では、退院支援に関する研修を80%が希望していることから、退院支援への関心が非常に高いと言える。

表3 在宅を見据えた看護活動と影響要因との関係

		A 1：入院前の生活状況の把握				A 2：訪問看護からの情報の活用				A 3：居住地域や自宅構造の把握			
		n	mean	SD	P-value	n	mean	SD	P-value	n	mean	SD	P-value
在宅看護論履修	あり	393	3.69	0.86	.038*	357	3.47	1.13	.139	388	2.59	0.94	.000*
	なし	89	3.90	0.85		81	3.68	1.19		89	2.98	0.89	
在宅看護研修受講	あり	163	4.02	0.80	.000*	154	4.05	0.97	.000*	167	2.98	0.89	.000*
	なし	319	3.58	0.85		284	3.21	1.12		310	2.48	0.93	
		A 4：経済状況の把握				A 5：退院後をイメージした看護計画				A 6：退院後の本人の希望の把握			
在宅看護論履修	あり	396	2.91	0.97	.000*	381	3.33	0.97	.103	383	3.49	1.00	.019*
	なし	89	3.35	0.88		80	3.53	0.94		90	3.76	0.90	
在宅看護研修受講	あり	168	3.23	0.95	.000*	154	3.65	0.89	.000*	166	3.87	0.85	.000*
	なし	317	2.86	0.96		307	3.22	0.98		307	3.35	1.01	
		A 7：退院後の家族の希望の把握				A 8：家族介護力の評価				B 9：患者の医療保険の把握			
在宅看護論履修	あり	390	3.36	0.96	.154	390	3.48	0.98	.054	399	2.75	0.97	.001*
	なし	89	3.52	0.92		84	3.70	0.86		90	3.13	1.13	
在宅看護研修受講	あり	166	3.69	0.80	.000*	165	3.82	0.87	.000*	169	3.11	1.03	.000*
	なし	313	3.22	0.99		309	3.36	0.97		320	2.67	0.97	
		B 10：利用可能な社会資源の把握				B 11：社会資源についての情報提供				B 12：介護認定の見込みの評価			
在宅看護論履修	あり	399	2.91	0.91	.005*	397	2.78	0.98	.000*	357	2.55	1.03	.022*
	なし	89	3.21	0.96		91	3.21	0.91		78	2.85	1.03	
在宅看護研修受講	あり	169	3.39	0.93	.000*	170	3.34	0.90	.000*	153	3.05	1.04	.000*
	なし	319	2.74	0.84		318	2.60	0.93		282	2.37	0.95	
		B 13：障害認定の見込みの評価				B 14：介護・障害認定に関する相談				C 15：継続できるケアへの簡素化			
在宅看護論履修	あり	373	2.38	0.94	.002*	362	2.32	1.07	.053	373	3.33	1.06	.021*
	なし	82	2.74	1.02		77	2.58	1.10		80	3.63	0.97	
在宅看護研修受講	あり	157	2.78	0.98	.000*	153	2.75	1.10	.000*	156	3.82	0.84	.000*
	なし	298	2.27	0.91		286	2.17	1.01		297	3.15	1.07	
		C 16：継続できる薬剤使用の相談				C 17：医療費等の患者負担の考慮				D 18：今後の病態への対処法の確認			
在宅看護論履修	あり	370	2.95	1.07	.147	390	3.22	1.04	.011*	380	3.28	1.00	.052
	なし	79	3.14	1.00		82	3.54	0.96		81	3.52	0.98	
在宅看護研修受講	あり	155	3.35	0.92	.000*	164	3.66	0.92	.000*	158	3.69	0.84	.000*
	なし	294	2.79	1.08		308	3.06	1.03		303	3.13	1.02	
		D 19：再入院時の対応方法の確認				D 20：症状緩和ケアについての指導				E 21：多職種との意見交換			
在宅看護論履修	あり	383	3.12	1.02	.008*	383	3.06	1.00	.047*	395	3.09	1.01	.000*
	なし	82	3.45	0.94		81	3.30	0.90		89	3.57	1.05	
在宅看護研修受講	あり	163	3.48	0.88	.000*	160	3.44	0.86	.000*	167	3.56	0.99	.000*
	なし	302	3.01	1.04		304	2.92	1.00		317	2.98	1.00	
		E 22：地域連携室との相談				E 23：退院後の地域連携室との相談				E 24：患者への説明をサマリーに記載			
在宅看護論履修	あり	387	2.85	1.15	.000*	372	2.54	1.11	.000*	371	3.78	1.13	.579
	なし	84	3.56	1.10		73	3.22	1.25		76	3.84	0.90	
在宅看護研修受講	あり	165	3.49	1.06	.000*	151	3.16	1.14	.000*	148	4.08	0.85	.000*
	なし	306	2.70	1.13		294	2.39	1.09		299	3.64	1.17	
		E 25：今後の予測をサマリーに記載											
在宅看護論履修	あり	370	3.13	1.17	.051								
	なし	72	3.42	0.96									
在宅看護研修受講	あり	146	3.47	1.07	.000*								
	なし	296	3.02	1.15									

t検定

*p<.05

表 4 職位における実践度評価

A1: 入院前の生活状況の把握				A2: 訪問看護からの情報の活用			A3: 居住地域や自宅構造の把握				
	n	mean	SD		n	mean	SD		n	mean	SD
スタッフ	409	3.66	0.86	***	366	3.43	1.14	***	404	2.59	0.94
副看護師長	52	4.12	0.78		52	3.90	1.12		51	3.12	0.93
看護師長	19	4.16	0.69		18	3.94	0.94		20	2.95	0.76
A4: 経済状況の把握				A5: 退院後をイメージした看護計画			A6: 退院後の本人の希望の把握				
スタッフ	412	2.89	0.96	***	394	3.31	0.97		398	3.48	0.98
副看護師長	51	3.53	0.78		49	3.69	1.00		53	3.87	1.00
看護師長	20	3.65	0.81		16	3.56	0.81		20	3.80	0.62
A7: 退院後の家族の希望の把握				A8: 家族介護力の評価			B9: 患者の医療保険の把握				
スタッフ	406	3.33	0.97		403	3.47	0.97	***	416	2.77	0.99
副看護師長	51	3.76	0.86		51	3.92	0.82		52	2.87	1.05
看護師長	20	3.70	0.57		19	3.52	0.96		20	3.70	0.92
B10: 利用可能な社会資源の把握				B11: 社会資源についての情報提供			B12: 介護認定の見込みの評価				
スタッフ	416	2.86	0.88	***	414	2.75	0.97	***	369	2.53	1.03
副看護師長	51	3.59	0.96		52	3.40	0.91		48	3.02	0.91
看護師長	20	3.50	0.69		21	3.43	0.75		17	3.12	1.05
B13: 障害認定の見込みの評価				B14: 介護・障害認定に関する相談			C15: 継続できるケアへの簡素化				
スタッフ	385	2.36	0.95	**	372	2.27	1.04	***	384	3.30	1.06
副看護師長	50	2.86	0.88		49	2.77	1.14		49	3.96	0.87
看護師長	19	3.05	0.97		17	3.35	1.00		19	3.63	0.68
C16: 継続できる薬剤使用の相談				C17: 医療費等の患者負担の考慮			D18: 今後の病態への対処法の確認				
スタッフ	379	2.91	1.06	***	400	3.18	1.03	**	391	3.25	1.00
副看護師長	49	3.51	0.92		51	3.90	0.90		50	3.76	0.96
看護師長	20	3.05	0.94		20	3.75	0.72		19	3.63	0.60
D19: 再入院時の対応方法の確認				D20: 症状緩和ケアについての指導			E21: 多職種との意見交換				
スタッフ	393	3.09	1.01	***	393	3.02	0.99	***	410	3.04	1.00
副看護師長	51	3.73	0.92		50	3.66	0.85		53	3.83	0.98
看護師長	20	3.50	0.69		20	3.30	0.73		20	4.10	0.72
E22: 地域連携室との相談				E23: 退院後の地域連携室との相談			E24: 患者への説明をサマリーに記載				
スタッフ	397	2.79	1.11	***	378	2.49	1.09	***	382	3.73	1.11
副看護師長	53	3.92	1.02		49	3.45	1.14		47	4.23	0.89
看護師長	20	4.10	0.72		17	3.88	0.99		17	4.06	0.66
E25: 今後の予測をサマリーに記載											
スタッフ	377	3.08	1.14	***							
副看護師長	47	3.79	0.93								
看護師長	17	3.65	0.93								

一元配置分散分析 * p<.05 ** p<.01 *** p<.001

今回の調査においても、「C15: 継続できるケアへの簡素化」「C17: 医療費などの患者負担の考慮」「D18: 今後の病態への対処法の確認」について約 70%の看護師から実践していると回答を得た。これは、入院中に専門職として高度なケアを提供するのみではなく、在宅での暮らしを見据えて患者・家族のケア力や負担を考慮して安心安全に療養生活を継続できる視点による退院支援にあたっていることが明らかとなった。

退院支援への総括的判断については、「よく関わっている」と「少し関わっている」を合わせて 52.7%と約半数にとどまっている。これは、患者・家族に様々な退院支援を実践しているが、【B. 地域の社会資源の活用】を実践できていない思いが、退院支援への関わりを認識させにくくしてい

るためではないかと考える。

看護職員が退院支援の実践をより認識できるためには、自己評価の低い【B. 地域の社会資源の活用】に関する教育を継続的に行うことが望まれる。それにより看護職員は基礎知識を身につけ、患者・家族へ助言や相談の対応を経験するなかで自信へとつながり、退院支援に関わっている実感が評価の向上に寄与すると考える。

2. 在宅を見据えた看護活動に影響する属性の要因

1) 在宅看護論の履修

1996 年に厚生労働省が看護教育の第三次カリキュラム改訂を行い在宅看護論を新設し、看護基礎教育で在宅療養に視点を当てた継続看護を学習する機会が設けられてい

る。A 大学病院の看護職員の構成は、40 歳未満が 75%であり且つ臨床経験 10 年未満が 63%であることから看護職員の大部分が看護基礎教育において在宅看護論を履修しており、病院と地域間で継続性のある看護の必要性を認識していると考えられる。

しかし、今回の結果では全項目において履修なしの評価得点が履修ありを上回る結果となり、16 項目においては有意な差がみられた。その中でも「E22: 地域連携室との相談」「E23: 退院後の地域連携室との相談」については、入院中の状況から推測される退院時の課題を解決するために速やかに地域連携室へ連絡や相談を行っていることが窺える。この役割は在宅看護論を履修していない看護師長や副看護師長等が、カンファレンスやスタッフの相談から得た情報を統合して地域連携室と調整を図ることが多い。このため先行研究⁵⁻⁸と同様に、在宅を見据えた看護活動に対して、在宅看護論の履修の有無による単独の影響よりも、看護職や人生の経験の積み重ねの中から形成された看護観を基に、患者や家族に対して入院時から退院後の生活における課題を見据えた関わりを行っていることが窺えた。

2) 在宅看護研修の受講

A 大学病院では、継続看護研修として訪問看護ステーションとの交流会を年 1 回開催している。その内容は、訪問看護師との同行訪問や事例検討を行うことでお互いの活動内容や役割を知り、どのような情報を提供することが患者・家族に対して継続性のある看護の提供へつなげられるか等の相互理解の場となっている。また、キャリアラダーの必須研修に地域連携研修が含まれており、地域連携室の看護師長から退院支援や訪問看護師等の地域支援者との連携について講義を受ける場が設けられている。さらに、県看護協会が主催する相互研修へ勤務扱いで参加する機会があるなど看護職員の関心や役割に応じて在宅看護について学習する機会が設定されている。松原⁹は、訪問看護師と同行訪問を行う効果について、病棟看護師が退院支援に対する積極的な関わりを持とうとする認識に変化することを明らかにしている。また、藤澤¹⁰は自宅での患者・家族の生活状況を把握することは病棟での退院支援の評価として重要であると同時に、看護師にとって自身の行った支援が患者・家族の安心した生活に繋がっているという成功体験となり、退院支援に関する意識の向上につながると述べている。このことから、研修受講者は退院支援の認識が高く、全項目において評価得点が高い結果となったと考える。

3. 職位別による実践度評価

全 25 項目において、看護師長・副看護師長がスタッフよりも評価得点が高かった。これにより、看護師長・副看護師長といった看護管理者が、部署における退院支援を中心になって実践していることが明らかとなった。特に、【E. 多職種との協働】の「E22: 地域連携室との相談」「E23: 退院後の地域連携室との相談」については、スタッフの平均値と

0.5 点以上の差がみられた。地域連携室との連携は、病院内や病院・地域支援者間の看護連携となるため、部署間の調整や情報整理の役割が求められる。そのため、看護管理者である看護師長や副看護師長がスタッフに比べて実践していると考えられる。

また、看護師長と副看護師長において平均値が最も高かった項目数は副看護師長 14 項目、看護師長 11 項目であった。副看護師長の評価得点が高い 14 項目のうち、【A. 退院後の生活をイメージした看護の提供】の「A5: 退院後をイメージした看護計画」、【C. 患者・家族の負担軽減のためのケア方法の簡素化】の「C15: 継続できるケアへの簡素化」「C16: 継続できる薬剤使用の相談」、【D. 病状変化を予測した対応】の全 3 項目、【E. 多職種との協働】の「E24: 患者への説明をサマリーに記載」「E25: 今後の予測をサマリーに記載」の計 8 項目が患者・家族に対する直接的な退院支援内容であった。これは、副看護師長が患者の状態を把握しながら、スタッフへ退院支援の指導を行いつつ、継続受け持ち看護師としても交代制勤務の中で直接ベッドサイドケアを提供することから、患者・家族に対して直接的に関わる退院支援の実践度が高い傾向になったと考える。

また、看護師長の平均値が高かった 11 項目のうち【B. 地域の社会資源の活用】の「B9: 患者の医療保険の把握」「B14: 介護・障害認定に関する相談」、【E. 多職種との協働】の「E21: 多職種との意見交換」「E22: 地域連携室との相談」「E23: 退院後の地域連携室との相談」の 5 項目は多部門との関わりが中心となる患者・家族に対して間接的な退院支援内容であった。これは、看護師長が退院支援において部署で収集した情報を基に、医師や地域連携室などの多職種や多部門への連絡や相談、退院調整依頼などを行うこと。さらに、主として日勤業務のため副看護師長と比較してより多職種や多部門からの情報が集約されやすい立場であるために、マネジメントを中心とした間接的な退院支援の実践度が高い傾向になったのではないかと考える。

まとめ

本研究において、A 大学病院看護職員における在宅を見据えた看護活動の課題として、①地域の社会資源の活用に関する継続的な教育、②スタッフが退院支援に関わっていると更に実感できる体制作りであることが明らかとなった。しかし、1 施設の看護職員の主観的評価を対象としているため一般化には限界がある。今後、今回得られた結果を基にして在宅の視点を持った看護師を養成する人材育成プログラムの指標としていく必要性が示唆された。

謝辞

質問票調査にご協力をいただきました A 大学病院看護職員みなさまに感謝申し上げます。

本研究は平成 26 年度文部科学省 大学改革推進等補助金課題解決型高度医療人材養成プログラム「群馬一丸で育てる地域完結型看護リーダー」事業の一部として実施したものである。要旨については、第 62 回北関東医学会総会(2015 年 10 月, 前橋市)にて発表した。

引用文献

1. 厚生労働省 HP 地域包括ケアシステム
[http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/\(2015/10/26\)](http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/(2015/10/26))
2. 春原光宏.「在宅の視点のある病院医師」尺度の開発と信頼性・妥当性の検討. OPTIM Report 2012; 562-564.
3. 竹森美穂, 佐々木淳子, 田島律子ら. 退院支援における医療従事者の意識調査から見る退院支援の在り方. 近畿中央病院医学雑誌 2014; 34: 47-56.
4. 藤原奈佳子, 小野 薫, 森田恵美子ら. 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 2013; 19: 49-59.
5. 坂井志麻, 中田晴美, 柳 修平ら. 特定機能病院における看護師の在宅療養支援に関する認識～経験年数別比較と病棟・外来別比較～. 東京女子医大看護学会誌 2011; 6(1): 41-51.
6. 藤原奈佳子, 小野 薫, 森田恵美子ら. 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 2013; 19: 49-59.
7. 峰村淳子, 吉田久美子, 宮崎歌代子ら. 病院看護師の在宅支援の看護についての研究(第 4 報) 3 施設の看護師の認識と行動の実態分析. 東京医科大学看護専門学校紀要 2008; 18(1): 1-34.
8. 前田由紀子. 病棟看護師の在宅療養にむけた退院支援に関する検討. 日本看護福祉学会誌 2005; 10(2): 50-58.
9. 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 2015; 15: 11-19.
10. 藤澤まこと. 医療機関の退院支援の質向上に向けた看護のあり方に関する研究(第 2 部) 一退院支援の課題解決・発展に向けた方策の検討一. 岐阜県立看護大学紀要 2013; 13(1): 67-79.

Practice of University Hospital Nurses Related to Assisting Discharged Patients to Access Community-based Integrated Care

Tadahiro Ohtani¹, Mitsuko Ushikubo², Masataka Horikoshi², Yoshiko Kanai¹, Chieko Tomita¹, Atsuko Sugimoto¹, Etsuko Onoue¹, Kyouko Ogiwara¹, Keiko Sakou², Hiroko Kondo², Youko Tokiwa² and Kiyoko Kanda²

1 Division of Nursing, Gunma University Hospital, 3-39-15 Showa-machi, Maebashi, Gunma 371-8511, Japan
2 Gunma University Graduate School of Health Sciences, 3-39-22 Showa-machi, Maebashi, Gunma 371-8514, Japan

Abstract

Purpose: Faced with serving the needs of a super-aging society, the Japanese government is actively seeking to establish a community-based integrated care system. The goal is to shift hospital-based medical and nursing care to home or community-based settings. Medical and nursing personnel need to be educated to meet this social change. The purpose of this study was to clarify the current nursing practice of hospital nurses regarding the process for patients who are discharged to home.

Method: A questionnaire survey was distributed to 720 nurses who worked in a university hospital; 533 responded (response rate 74.0%).

Results: The results showed that half of the respondents thought they were fairly capable at helping patients who were discharged. In order to assist these patients, nurses required knowledge of the patients' living conditions at home and ability to perform discharge coordination and guidance through the discharge process.

Conclusion: Collaboration with the discharge support center and seminars about utilization of social resources are especially needed to enhance the nurses' ability to smoothly assist patients as they are discharged from the hospital into community-based settings.

Key words:

hospital discharge support,
human resource development,
University hospital,
home care,
self-evaluation