

—看護師シリーズ—

退院支援教育における病棟看護師の退院支援プロセスの変化について

安部 節美¹ 小栗 智美²¹日本医科大学付属病院患者支援センター²日本医科大学付属病院看護部

About Change of the Ward Nurse's Discharge Support Process in Discharge Support Education

Setsumi Abe¹ and Tomomi Oguri²¹Patient Support Center, Nippon Medical School Hospital²Department of Nursing Service, Nippon Medical School Hospital

Abstract

This study was conducted to examine how a patient discharge support training course for nurses changed the actual patient support process. We asked 11 chief nurses who joined the course to complete a questionnaire three times: before, during, and after the course. Significant changes were observed over time in their responses to 17 of the 24 questionnaire items that have a direct bearing on the patient discharge support process. The items that showed no significant differences were those that required working with other health professionals, including doctors and nurses. The results suggest that education on collaboration among health professionals and encouragement of teamwork should be explored to improve patient discharge support.

(日本医科大学医学会雑誌 2015; 11: 37-40)

Key words: discharge support, nursing coordination, team

はじめに

2006（平成18）年の第5次医療法改正では、医療計画制度を見直し、地域連携クリティカルパス（以下、連携パス）の普及を通じ、医療機能の分化・連携を推進し、切れ目のない医療を提供することや、早期に在宅生活に復帰できるように在宅医療の充実を図ることなどが明記された¹。急性期病院の在院日数が短縮化され、急性期病院の役割が特化されたことによって、入院前と比べて医療依存度が高くなった患者、介護の必要度が高くなった高齢者など、入院前の医療と生活の再編が必要となるケースが見受けられる。そのような場合は、医療とケアをどこでどのように継続するか、急性期病院の限られた入院期間の中で準備しなければ

ならない。したがって、急性期病院への入院直後から、障害や疾患によって生活に影響をもたらす視点を持ち、どのような療養場所であっても「その人らしい生活」が継続できるような退院支援が求められている。

退院支援のプロセスは、＜第一段階＞（外来申込時/入院から48時間以内）、退院支援が必要な患者の把握＜第二段階＞（入院3日目から退院まで）、生活の場に戻るためのチームアプローチ、医療・ケア継続のための看護介入とチームアプローチとして、治療経過・病態予測から「退院時の状態」をイメージし、必要な介入を行う時期、＜第三段階＞地域・社会との連携・調整、退院を可能にするための制度・社会資源への調整を行う²とされている。

退院支援の中心的役割を担う外来・病棟のジェネラリストナースには、「患者の生活をイメージする」「病

Correspondence to Setsumi Abe, Nippon Medical School Hospital, 1-1-5 Sendai, Bunkyo-ku, Tokyo 113-8603, Japan

E-mail: mahimahianan@nms.ac.jp

Journal Website (<http://www.nms.ac.jp/jmanms/>)

態予測に基づき、療養上必要なケアや看護を言語化して患者・家族と共有する力」が備わっていることが必要であり、これらの力を発揮することで「退院支援＝自己決定支援」の実践が可能になる²とされている。急性期病院の限られた入院期間の中で、より早期から切れ目のないシームレスケアが実現できるように、患者・家族を中心とした多職種によるチームアプローチと、疾患や障害による生活への影響を予測できる看護師の教育が重要課題と思われる。これまで看護師の退院支援に関する事例検討や看護師への教育内容についての文献は見られるが、退院支援の教育が看護師の退院支援のプロセスにどのように影響を与えるかは明らかにされていない。そこで今回われわれは病棟看護師への教育プログラムを実施しそのプロセスの変化について検証し、考察したのでここに報告する。

対象と方法

1. 対象者

退院支援教育プログラムに参加した病棟主任看護師21名のうち、回答の得られた11名。

アンケートの回収率：52.4%

2. 方法

1) 教育プログラムの実施

期間：平成25年7月～12月

900床程度の都内A大学病院、在宅実習は在宅診療のみ行うB在宅支援診療所1施設

①退院調整看護師、社会福祉士による退院支援・調整、訪問看護経験者による高齢者の在宅での生活について講義した。

②講義終了後、後日2～3名に分かれ、各グループが2日間の院外の在宅実習に参加した。

③病棟でのケースを用いた事例演習を4グループに分かれて検討した。その結果をまとめ、参加者全員で共有した。

④各自が病棟でのスタッフ教育の課題を明確化し全体共有する場を設けた。

2) 質問表による評価

退院支援教育プログラムの参加者に対して、教育前・在宅実習後・教育終了後に自記式質問紙表を配布した。質問紙は対象者の経験年数と坂井ら³が作成した病棟看護師の退院支援実践に関する自己評価尺度を作成者に承諾を得て用いた。この尺度は「1. 家族からの情報収集」「2. 患者・家族への意思決定支援」「3. 社会資源の活用」「4. 院内外の多職種連携による療養指導」の4因子24項目に対して6件法で回答を得て、「1. まったくできない」「2. できていない」「3. あまりできていない」「4. 少しできている」「5. でき

ている」「6. 十分できている」の内容に対して一問一答とし、最大6点として点数化した。

分析方法：回収した調査票を教育前・在宅実習後、教育後の3群に分け、4因子および各項目ごとの合計得点の記述統計を行った後、3群についてFriedman検定を行った。統計ソフトはIBM SPSS Statistics20を用いた。

倫理的配慮

本研究は日本医科大学付属病院倫理委員会・看護部小委員会の承認を得て実施した。研究参加を断っても職務上不利益を被らないこと、研究協力の任意と安全性の保障について説明書を用いて説明し、調査票を配布した。アンケートは無記名で個人の特典できないIDのみ記入し、研究者はデータをID番号で管理した。調査票は、対象者各自に所定の回収箱への投函を依頼し、調査票の回収をもって同意とした。

結果

対象者の経験年数は、5～9年1名、10～14年5名、15～19年5名であった。

1) 3群間での比較

自己評価尺度の3群間での合計得点および4因子・各項目の平均値を表1に示す。

教育前よりすべての項目の平均値が3以上であった。

24項目の中で3点台の項目は、8項目あり、「II患者家族への意思決定支援」1項目、「III社会資源の活用」4項目すべて、「IV院内外の多職種連携による療養指導」3項目であった。その8項目は、教育終了後にはすべて4点台となった。

3群間のFriedman検定では、合計得点および4因子すべてにおいて有意差を認めた ($p < 0.05$)。

各因子の構成は、第一因子は5項目、第二因子は7項目、第三因子は4項目、第四因子は8項目、計24項目から成るが、本研究では、17項目に有意差が見られた ($p < 0.05$)。有意差が見られなかった7項目は、第一因子「1. 家族からの情報収集」は1項目、第二因子「2. 患者・家族への意思決定支援」は2項目、第三因子「3. 社会資源の活用」は0項目、第四因子「4. 院内外の多職種連携による療養指導」は4項目であり、項目の詳細は表2に示す。

考察

今回の研究では、対象者の経験年数が豊富であったためか、教育前の項目ごとの平均点が3点以上にあっ

表1 3群間での合計得点および4因子・各項目の平均値

	教育前	在宅実習後	教育後	P 値
				教育前後の比較
I. 患者・家族からの情報収集	22.64 (±2.20)	22.54 (±1.86)	25.09 (±2.77)	<0.003
1. 患者の入院前の生活状況	4.55	4.55	4.91	
2. 患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集する	4.64	4.55	5.18	
3. 患者の ADL 状況, 認知・理解能力について情報収集する	4.73	4.73	5.09	
4. 家族構成と関係性, キーパーソン (インフォーマル) について情報収集する	4.55	4.55	5	
5. 患者の社会背景 (生活史, 職業, 信条, 趣味など) について情報収集する	4.27	4.18	4.91	
II. 患者・家族への意思決定支援	29.90 (±3.72)	30.27 (±3.19)	32.54 (±3.38)	<0.003
6. 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を確認する	4.55	4.55	4.73	
7. 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する	4.73	4.55	4.82	
8. 患者の ADL より, 今後の生活で起こりうる課題について検討する	4.18	4.18	4.64	
9. 患者・家族の思いを医師と共有して, 今後の方向性を話し合う	4.45	4.45	4.82	
10. 病状に伴い, 今後起こりうる生活上の変化について患者・家族へ説明する	4.18	4.27	4.64	
11. 現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する	3.45	4	4.18	
12. 患者・家族・医療機関で今後の方向性の意思・意向にズレが生じていないか確認する	4.36	4.36	4.73	
III. 社会資源の活用	13.09 (±2.11)	13.54 (±2.16)	16.09 (±2.46)	<0.001
13. 患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか確認する	3.09	3.36	4	
14. 介護保険の対象者, 申請方法, サービス内容について患者・家族へ説明する	3.45	3.55	4.45	
15. 往診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する	3.55	3.45	4.45	
16. 生活保護制度による医療費の負担割合について必要時に患者・家族へ説明する	3	3.18	4	
IV. 院内外が多職種連携による療養指導	31.81 (±5.05)	31.36 (±4.47)	36.27 (±5.64)	<0.003
17. 患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する	4.09	3.82	4.73	
18. 点滴の管理や内服管理方法について医師や薬剤師と連携して患者・家族に指導する	4.36	3.91	4.91	
19. 退院後の環境を想定した ADL 動作についてリハビリスタッフと連携し患者・家族に指導する	4.18	3.82	4.55	
20. 栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談する	3.64	3.91	4	
21. 退院調整部門と協働して, 患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする	4	4.27	4.91	
22. 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族が理解できているか確認する	4.18	4.18	4.73	
23. 退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネージャーや往診医, 訪問看護師, ヘルパー, 保健師へ申し送る	3.82	3.82	4.36	
24. 在宅療養の準備をする (医療材料購入について情報提供, 関係医療機関との調整)	3.55	3.64	4.09	
合計得点	97.45 (±9.77)	97.72 (±8.86)	110.81 (±12.04)	<0.001

た。教育後では, 各項目の平均点が4以上になったことや, 4因子の合計得点に有意差があったことから,

教育プログラムが病棟看護師の行う退院支援プロセスに影響をもたらしたことが考えられた。

表2 教育前後で有意差が見られなかった項目 $p < 0.005$

第一因子	家族構成と関係性, キーパーソンについて情報収集する
第二因子	患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を把握する
	患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する
	患者・家族・医療者間で今後の方向性・意思・意向にズレが生じていないか確認する
第四因子	退院後の環境を想定した ADL の動作についてリハビリスタッフと連携して患者・家族に指導する
	栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談する
	在宅療養の準備をする (医療材料購入についての情報提供, 関係医療機関との調整など)

質問項目 24 項目中, 17 項目に有意差が見られており, その項目は, 病院機能の説明や社会資源の活用など教育前から点数が低い項目が多く, 知識習得で看護師の行動変容が可能と思われる項目であった。

一方, 有意差が見られなかった 7 項目の中で, 家族からの情報収集の場面では, 家族構成などの情報収集は通常から必須の業務であり教育による効果が現れにくかったと考えられる。また, 意思決定場面において「病状説明の場を設定する」や「その後の療養場所に関する意向を確認する」については, 医師からの病状説明との関係性が強く看護師単独での行動変化は難しいものであると思われた。それに加え, 院内外の他職種連携による療養指導では, リハビリスタッフや栄養士との連携が必要な項目や病院外部との調整などが含まれており, 研修終了後に 4 点台まで上昇したが, 有意差は認められなかった。チームの中での他職種とのコミュニケーションや業務の調整など, 看護師にはチーム内での調整能力が必要とされるが, 今回の教育プログラムの実施だけでは十分な結果が得られないのではないかと推測された。今後, 医師や他職種との院内外でのチームでの検討が必要な項目であると考えられる。退院支援はチームで行うものであり, 看護師は患者・家族の意向を確認しチーム内で看護師の役割を發揮できるように, 教育実施後もそれぞれの実践の場において継続教育が必要になると思われた。

結 語

教育前, 在宅実習後, 教育後の Friedman 検定では 4 因子および合計得点すべてにおいて有意差を認めた ($p < 0.05$)。退院支援プロセスの 24 項目中, 17 項目に有意差をみとめ退院支援の教育プログラムは病棟看護師の退院支援のプロセスに効果をもたらす可能性が示唆された。退院支援の教育においては, 患者・家族を

中心とした多職種によるチーム内の調整能力を高め看護師の役割を發揮できるように実践の場での継続教育が重要であると考えられる。

研究の限界

今回は経験年数の高い看護師を対象としたプログラムであり, 経験年数の浅い看護師への教育内容には配慮が必要である。そして, 対象人数が 11 名と限られており, また教育プログラム以外でも日々の看護実践が自己評価に影響を与えている可能性もあるため, 結果が研修のみの効果とは言い切れない。今後データを積み重ね, さらなる検証が必要である。

謝辞: 本稿で紹介した研究をご指導頂いた日本医科大学付属病院内藤明子副看護部長に深謝いたします。

文 献

1. 篠田道子: 退院支援システムの構築と退院調整看護師の役割. 看護 2008; 044.
2. 宇都宮宏子, 三輪恭子: 退院支援・退院調整～ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域～. 日本看護協会出版社. 2014; pp 11, 168.
3. 坂井志麻, 山本則子, 水野敏子: 病棟看護師の退院支援実践に関する自己評価尺度の開発～信頼性, 妥当性の検討～. 日本看護科学学会学術集会講演集 32 回. 2012; pp 248.
4. 鄭 桂紅, 上泉和子: 求められる退院調整看護師の活躍と退院支援システムの確立. 日本看護協会雑誌 2008.
5. 三輪恭子: 退院支援の院内研修で何を学ぶ? Nursing Today 2012.
6. 千葉由美: デイスタージャブランニングのプロセス評価尺度開発と有用性の検証. 日本看護協会雑誌 2005; 25: 39-51.

(受付: 2014 年 10 月 2 日)

(受理: 2015 年 1 月 17 日)