

〔研究論文〕

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～

坂井志麻* 中田晴美* 柳 修平*
犬飼かおり* 服部真理子* 大堀洋子**

HOW NURSES AT SPECIAL FUNCTIONING HOSPITALS PERFORM IN-HOME CARE
-ANALYSIS OF YEARS OF NURSING EXPERIENCE AND COMPARISON OF WARD
NURSES AND OUTPATIENT NURSES-

Shima SAKAI* Harumi NAKADA* Shuhei RYU*
Kaori INUKAI* Mariko HATTORI* Yoko OHORI**

【目的】 特定機能病院に勤務する看護師の在宅療養支援に関する認識について現状を把握し、さらに経験年数や病棟と外来の所属による相違を明らかにすることで、在宅療養に移行する患者への退院支援に関する教育的介入のあり方について示唆を得ることを目的とした。

【方法】A 大学病院に勤務する外来看護師と5病棟の病棟看護師を対象に在宅療養支援に関する自記式質問紙調査を行った。調査項目は、回答者の基本属性、「在宅療養支援のアセスメント・実践」22項目、「各職種との連携」6項目、「保健福祉制度の活用」7項目に関する理解度と到達度、在宅療養支援への看護師の満足度である。

【結果】 質問紙回収数は170（回収率89.5%）、有効回答数は167であった（有効回答率87.6%）。対象者は全て女性で、平均年齢31.5(SD7.6)歳、平均看護師経験年数9.5(SD7.6)年であった。「患者の疾患・予後・ADL・認知力」や「患者家族の理解・受け止め」等の情報収集は7割以上の看護師が理解し、実践できていると回答しており、医師やMSW、薬剤師等との連携も5割が実践できていると回答していた。一方で「経済状況」や「社会状況」に関する情報収集や「医療処置の準備、在宅用にアレンジ」の項目は到達度が低く（2割～4割）、保健福祉制度の活用も、できているとの回答が1～2割であった。経験年数別による比較では、5年未満の群より5年以上9年未満、9年以上の群が理解度、到達度ともに有意に高かった（ $p<.05$ ）。また、病棟外来別による比較では、「患者・家族・医療者間でゴールの共有」や「支援の必要な患者の早期把握」、「医師、MSW、在宅医療室との連携」において病棟看護師が有意に高い傾向にあった（ $p<.05$ ）。

【考察】 患者の今後の生活を見通した援助や制度の有効活用について、教育の必要性が示唆された。また今後、入退院を繰り返しつつ、外来治療を継続する患者の増加が予測され、病棟外来間で療養上の課題や情報を共有することが重要である。

キーワード：在宅療養支援、看護師、特定機能病院、質問紙

Key words: in-home care, nurse, special functioning hospital, questionnaire

*東京女子医科大学看護学部 (Tokyo Women's Medical University, School of Nursing)

**東京女子医科大学病院 (Tokyo Women's Medical University Hospital)

Abstract

This study aimed to identify how nurses working at special functioning hospitals understand and perform in-home care support, verify the relationship between years of nursing experience and in-home care, and compare ward nurses and outpatient nurses. Furthermore, this study describes the ideal educational intervention for nurses regarding discharge support.

A questionnaire survey about the practice of in-home care, collaboration with multidisciplinary health teams, and the utilization of the health and welfare system was conducted on nurses employed at five wards and the outpatient unit of a special functioning hospital.

Questionnaires were collected from 170 subjects (89.5% response rate), and data from 167 questionnaires were analyzed. Subjects were women (mean age, 31.5 years) with a mean number of years of nursing experience of 9.5 years. More than 50% of nurses reported understanding and practicing information gathering regarding "Patient's primary information" and "Obtaining consent of patients and their families", and cooperated with doctors, MSW, and pharmacists. However, few nurses (10%-40%) reported practicing information gathering regarding "Economic state and social background", "Preparations and arrangements for discharge to the home", and "Use of knowledge about the health welfare system". Comparison by years of experience revealed that nurses with 5 years of experience or more were significantly more likely to perform in-home care than nurses with less than 5 years of experience ($p < .05$). Ward nurses tended to practice significantly more "Goal sharing with patients, families, and medical staff", "Early recognition of patients who need support", and "Cooperation with doctors, MSW and discharge nurses" than outpatient nurses ($p < .05$).

These findings indicate the necessity of providing nurses with education regarding patient support and utilizing the health welfare system. As the number of patients who are rehospitalized or continue outpatient treatment is expected to increase, it is suggested that ward and outpatient nurses share information about in-home care.

I. はじめに

平成 18 年の医療法改正により、医療計画において急性期病院、回復期・慢性期病院、診療所などの医療機関間の連携を強化するとともに、診療報酬において終末期ケアや慢性疾患の療養等へ 24 時間体制で対応する「在宅療養支援診療所」の制度が創設され、疾病を有しながらも、地域や家庭において生活を送ることが求められてきた（厚生統計協会，2010）。2008 年には、新たに退院調整加算が新設され、患者の同意のもと退院支援に係る計画を立案した場合およびその計画に基づき退院出来た場合の入院医療が評価されるようになった。さらに、2010 年度より介護支援連携指導料が算定され、入院患者の退院後の在宅療養におけるニーズを的確にアセスメントし、訪問看護や訪問介護、施設等の地域資源に繋げていく能力を有した看護師の人材育成が急務となっている。

病院から在宅療養へ移行する患者ケアに関する研究では、地域中核病院で退院調整に携わる看護師を対象にした、非参与的観察・聞き取り調査による実態調査（木幡，2007）や病院看護師が地域と連携しながら自宅への退院調整を行った高齢患者の経過記録から、看護師の果たした役割について記述した研究があり、（平瀬ら，2006）これらの結果より、看護師の役割として①問題の掘り起こしとアセスメント、②サービスの確認、③家族の代行、④他職種への協力依頼、⑤自宅をイメージしたケアの具体的アドバイス、⑥情報提供を行うこと等が明らかにされている。

また、病院から在宅療養へ移行する患者への在宅療養支援に対する知識や認識について調査したものは、入院により ADL が低下する患者の多い整形外科・脳外科・内科病棟に勤務する看護師を対象にしたものや（三上ら，2008）、一般病院の成人・老人系の病棟および小児・精神科病棟看護師対象のもの（峰村ら，2008）があげられる。前田は（2005）在宅看護論を履修した看護師とそうでない看護師の在宅療養支援に対する認識と行動について調査し、青木ら（2009）は退院支援における役割意識の実態について看護師に質問紙調査を行い、役職や経験年数等の属性別に比較検討している。これらの研究より、在宅療養支援に関する認識に在宅看護論履修の有無の単独の影響より看護師としての経験年数や経験の内容が関係していることが示唆された。しかし、いずれの報告も急性期病院や一般病棟に勤務する病棟看護師を対象としており、特定機能病院に勤務する看護師や外来看護師も含めて調査した研究報告

は数少ない。

病院から在宅療養へ移行する患者への退院支援システムには、退院支援部門がすべての地域との連携の窓口となり実施するパターンと各病棟に退院支援担当を置き、退院支援部門と病棟が協働で実施するパターン、退院支援部門を設置せず各病棟の退院支援担当者が地域と連携を実施する 3 つのシステムがあげられる（松下，2008）。病床数が多数あり、複雑な疾病を抱えて入退院を繰り返す患者が多い特定機能病院の特徴を考慮すると、より複雑で調整困難なケースは、退院支援部門の退院調整看護師に繋げられるように病棟看護師が在宅療養に向けたアセスメント能力を有し、退院支援部門と病棟の協働システムを確立していくことが課題となっている。

さらに、在院日数の短縮により、在宅で療養生活を継続しながら化学療法や急性増悪時に一時的に入院するケースが増加しており、病棟と外来の連携や患者が医療的ニーズを抱えながらも在宅療養を継続できるよう地域資源との調整能力を有する外来看護師が求められている。

そこで本研究では、特定機能病院に勤務する看護師が在宅療養へ移行する患者に必要な支援内容や院内の各職種との連携、在宅療養支援に必要な制度に関する認識について、実態を把握することを目的として調査を行ったのでここに報告する。この結果より、看護師の在宅療養支援能力を育成する教育プログラムの開発や教育的介入の方法など看護師に対する支援の方向性を示唆できるものと考えられる。

II. 目的

特定機能病院に勤務する看護師の在宅療養支援に関する認識について現状を把握し、さらに経験年数や病棟と外来の所属による相違を明らかにすることで、在宅療養に移行する患者支援に関する教育的介入のあり方について示唆を得ることを目的とした。

III. 用語の定義

1. 在宅療養支援に関する認識

医療的ニーズを抱えながら在宅へ退院する入院患者および外来通院患者が QOL を保持した在宅療養生活を送るために必要な支援のアセスメントと実践、院内の各職種との連携、保健福祉制度の活用に関する理解度と実施の到達度、研修の要望および在宅療養支援に対

する看護師の満足度とする。

Ⅳ. 研究方法

1. 調査対象

対象者は A 大学病院に勤務する外来看護師と医療的ニーズを抱えながら在宅へ退院する患者の多い 5 病棟の病棟看護師へ回答を依頼した。

2. 調査方法

事前に病院長と看護部長に研究の目的、方法について文書と口頭にて説明を行い、承諾を得た。外来と各病棟の看護師に研究目的と研究依頼文および質問紙を配布し、返信用封筒に封をして入れた質問紙を各部署に設置した回収箱により回収した。調査期間は 2009 年 9 月～10 月の 2 ヶ月間であった。

3. 調査内容

(1) 看護師の基本的属性

看護師の基本的属性として、年齢、性別、看護領域での最終学歴、看護師経験年数、現在の所属での勤務年数、病院・在宅・施設における勤務年数、これまでに経験した診療科目を調査した。

(2) 在宅療養に関する認識

退院支援における看護師の役割や外来における継続看護の役割に関する先行文献を参考に退院調整看護師の経験のある研究者 2 人と退院調整看護師の実務者 3 人が在宅療養支援に必要な看護師の知識、実践項目について意見交換を行い、以下の 3 領域から構成される質問紙を作成した。質問紙の項目は、「在宅療養支援のアセスメント・実践」について 22 項目、「各職種との連携」について 6 項目、「保健福祉制度の活用」について 7 項目から構成される。評価指標は理解度として、「実践の理解度」、「連携手法の理解度」、「制度の理解度」について、「かなりわかる：4」、「ややわかる：3」、「あまりわからない：2」、「まったくわからない：1」の 4 段階評価とし、同様に到達度として「実施の到達度」を「かなりできる：4」、「ややできる：3」、「あまりできない：2」、「まったくできない：1」の 4 段階評価とし、さらに各項目における研修要望の有無を調査した。

(3) 在宅療養支援への看護師の満足度

在宅療養支援への看護師の満足度について、「かなり満足している：4」、「やや満足している：3」、「あまり満足していない：2」、「まったく満足していない：1」の 4 段階評価にて調査した。

1」の 4 段階評価にて調査した。

4. 分析方法

看護師の基本的属性や「在宅療養支援のアセスメント・実践」、「各職種との連携」、「保健福祉制度の活用」の各項目の理解度、到達度、研修の要望を把握するために記述統計を行った。また、経験年数による比較は 3 群による Kruskal Wallis の検定を行った。病棟看護師と外来看護師の比較は、基本的属性について t 検定を行い、各項目の理解度、到達度、在宅療養支援への看護師の満足度は Wilcoxon の順位和検定にて調べた。統計分析には統計処理ソフト SPSS15.0 for Windows を用い、有意水準は 5%未満とした。

Ⅴ. 倫理的配慮

対象者に対して、研究の目的・方法、結果の開示方法、研究協力の自由意志の尊重、プライバシーの保護、データは研究目的以外に使用しないこと、鍵のかかるキャビネットに保管し研究終了後は破棄すること、質問紙の回答は無記名とし返信をもって同意とみなすことについて記載された文書を質問紙に添付し、封筒をつけ個人のプライバシーが保持できるように配慮した。なお本研究は、東京女子医科大学研究倫理委員会での承認を得て実施した。

Ⅵ. 結果

質問紙は 190 人の看護師に配布し、170 人から回答を得た（回収率 89.5%）。そのうち質問紙の有効回答者 167 人を分析対象とした（有効回答率 87.6%）。

1. 研究対象者の概要（表 1）

対象者 167 人はすべて女性で、平均年齢 31.5（SD7.6）歳、平均看護師経験年数 9.5（SD7.6）年、平均所属勤務年数は 5.6（SD6.2）年であった。看護領域における最終学歴は専門学校卒が最も多く 81 人（48.5%）で、次いで短期大学卒 44 人（26.3%）、大学卒は 41 人（24.6%）であった。164 人（98.2%）が病院のみの勤務経験で、3 名は診療所などの勤務経験があった。これまでに経験した診療科目は消化器科が最も多く 82 人（49.1%）、次いで内科 56 人（33.5%）、外科 53 人（31.7%）脳神経外科 31 人（18.6%）であった（複数回答）。

表 1. 研究対象者の所属別概要

項目	病棟看護師 n=107 人(%)	外来看護師 n=60 人(%)	全体 n=167 人(%)
性別			
女性	107 (100.0)	60 (100.0)	167 (100.0)
年齢			
20歳代	73 (68.2)	8 (13.3)	81 (48.5)
30歳代	27 (25.3)	31 (51.7)	58 (34.7)
40歳以上	7 (6.5)	21 (35.0)	28 (16.8)
看護師経験年数			
5年未満	52 (48.6)	6 (10.0)	58 (34.7)
5年以上10年未満	34 (31.8)	10 (16.7)	44 (26.3)
10年以上15年未満	12 (11.2)	16 (26.7)	28 (16.8)
15年以上	9 (8.4)	28 (46.6)	37 (22.2)
所属勤務年数			
3年未満	52 (48.6)	18 (30.0)	70 (41.9)
3年以上5年未満	23 (21.5)	16 (26.7)	39 (23.3)
5年以上10年未満	26 (24.3)	8 (13.3)	34 (20.4)
10年以上	6 (5.6)	18 (30.0)	24 (14.4)
看護領域最終学歴			
専門学校	48 (44.8)	33 (55.0)	81 (48.5)
短期大学	24 (22.5)	20 (33.3)	44 (26.3)
大学	35 (32.7)	6 (10.0)	41 (24.6)
大学院	0 (0.0)	1 (1.7)	1 (0.6)

2. 在宅療養支援に関する項目の理解度、到達度、研修の要望

(1) 在宅療養支援のアセスメント・実践の実施方法に関する理解度、到達度、研修の要望（表2）

「在宅療養支援のアセスメント・実践」に関する22項目中、実施方法の理解度では18項目において、7割以上の看護師が「かなりわかる」「ややわかる」と回答しており、実施方法の到達度は16項目において半数以上の看護師が、「かなりできる」「ややできる」と回答していた。一方で、「わかる」「できる」との回答が低かった項目は、「患者・家族をとりまく社会資源を情報収集する」が理解度101人（60.5%）、到達度73人（43.7%）、「継続する医療処置を在宅用にアレンジして指導する」が理解度95人（56.9%）、到達度67人（40.1%）、「在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族へ説明し理解できているか確認する」が理解度110人（65.9%）、到達度83人（49.7%）、

表 2. 在宅療養支援のアセスメント・実践の実施方法に関する理解度、到達度、研修の要望（n=167）

質問項目	在宅療養支援のアセスメント・実践の実施方法		研修の要望
	理解度	到達度	
	わかると回答した 人数(%)	できると回答した 人数(%)	要望ありと回答した 人数(%)
1 在宅療養支援が必要な患者を早期に把握する	124 (74.3)	92 (55.1)	110 (65.9)
2 患者の疾患、進行度、予後を情報収集する	152 (91.0)	128 (76.6)	106 (63.5)
3 患者のADL状況、認知・理解能力を情報収集する	153 (91.6)	134 (80.2)	97 (58.1)
4 家族構成と関係性、キーパーソンの有無（インフォーマルも含めて）を情報収集する	152 (91.0)	128 (76.6)	90 (53.9)
5 住環境について情報収集する	126 (75.4)	93 (55.7)	93 (55.7)
6 経済状況について情報収集する	119 (71.3)	83 (49.7)	101 (60.5)
7 患者・家族をとりまく社会資源（介護保険申請等）を情報収集する	101 (60.5)	73 (43.7)	127 (76.0)
8 患者の病状理解・受け止めについて把握する	157 (94.0)	135 (80.8)	104 (62.3)
9 家族の病状理解・受け止めについて把握する	148 (88.6)	123 (73.7)	107 (64.1)
10 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の調整をする	141 (84.4)	119 (71.3)	87 (52.1)
11 患者が今後どのような生活を送りたいか、意思・意向を把握する	151 (90.4)	123 (73.7)	109 (65.3)
12 家族が今後どのような生活を送りたいか、意思・意向を把握する	144 (86.2)	110 (65.9)	108 (64.7)
13 医師と患者の予後・治療方針を話し合う	131 (78.4)	107 (64.1)	99 (59.3)
14 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にズレが生じた場合に調整をする	123 (73.7)	92 (55.1)	116 (69.5)
15 患者・家族・医療者間で在宅療養生活に向けたゴール（治療方針、ADL、療養生活等）の共有をする	133 (79.6)	100 (59.9)	115 (68.9)
16 患者の生活に合わせた食事指導（食形態、内容、介護方法）をする	122 (73.1)	94 (56.3)	118 (70.7)
17 患者の生活に合わせた排泄指導（介護方法、排便コントロール）をする	127 (76.0)	104 (62.3)	110 (65.9)
18 患者の生活に合わせた保清指導（浴室環境整備、口腔ケア、介護方法）をする	125 (74.9)	83 (49.7)	109 (65.3)
19 患者の生活に合わせた服薬指導（理解力の確認、服薬方法の調整）をする	141 (84.4)	116 (69.5)	108 (64.7)
20 継続する医療処置を在宅用にアレンジ（患者の生活状況で安全・簡便なもの）して指導する	95 (56.9)	67 (40.1)	127 (76.0)
21 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族へ説明し理解できているか確認する	110 (65.9)	83 (49.7)	122 (73.1)
22 自宅の準備・医療材料を準備する（購入について情報提供、関係医療機関との調整）	90 (53.9)	57 (34.1)	114 (68.3)

* わかると回答した人数：「かなりわかる」と「ややわかる」の合計
できると回答した人数：「かなりできる」と「ややできる」の合計

「自宅の準備・医療材料を準備する」が理解度 90 人 (53.9%)、到達度 57 人 (34.1%) であった。また、すべての項目において、半数以上の看護師が研修の要望があると回答していた。

(2) 各職種との連携に関する理解度、到達度、研修の要望 (表 3)

「各職種との連携」では、6 項目中 4 項目において、6 割以上の看護師が「かなりわかる」「ややわかる」と回答し、半数以上が「かなりできる」「ややできる」と回答していた。「退院後の住環境整備、介護指導方法について PT・OT・ST と連携する」、「退院後の食事指導について栄養士と連携する」の項目は理解度がそれぞれ 71 人 (42.5%) と 88 人 (52.7%)、到達度が 33 人 (19.8%)、49 人 (29.3%) と低かった。研修の要望ありの回答は、すべての項目において 6 割以上にみられた。

(3) 保健福祉制度の活用に関する理解度、到達度、研修の要望 (表 4)

「保健福祉制度の活用」では、「訪問看護制度の対象者・利用方法について情報提供を行い在宅医療室へつなげる」の項目が、理解度 73 人 (43.7%)、到達

度 52 人 (31.1%) と最も高く、他の 6 項目は理解度 16%～31%、到達度 9%～22% であった。研修の要望は、すべての項目において 8 割以上の看護師があると回答していた。

(4) 在宅療養支援への看護師の満足度

在宅療養支援への看護師の満足度は「あまり満足していない」との回答が最も多く 95 人 (56.9%) で、次いで「やや満足している」54 人 (32.3%)、「まったく満足していない」9 人 (5.4%) であった。

3. 看護師経験年数別比較

病棟看護師の平均看護師経験年数と対象者全体の平均看護師経験年数を参考に、経験年数 5 年未満の群 59 人、5 年以上 9 年未満の群 38 人、9 年以上の群 70 人の 3 群に分けて、在宅療養支援に関する認識の各項目の理解度、到達度を比較した。

(1) 在宅療養支援のアセスメント・実践の実施方法に関する理解度、到達度の比較 (表 5)

「在宅療養支援のアセスメント・実践」の実施方法に関する理解度では 22 項目中、13 項目に、到達度では 12 項目に有意差がみられた。いずれの項目も、5 年

表 3. 各職種との連携に関する理解度、到達度、研修の要望 (n=167)

質問項目	各職種との連携		研修の要望
	理解度	到達度	
	わかると回答した 人数 (%)	できると回答した 人数 (%)	要望ありと回答した 人数 (%)
1 患者のゴール設定、在宅医療処置について医師と連携する	120 (71.9)	96 (57.5)	115 (68.9)
2 制度利用・転院調整についてソーシャルワーカーと連携する	113 (67.7)	94 (56.3)	129 (77.2)
3 継続した医療処置を必要とする患者の退院調整について在宅医療室と連携する	111 (66.5)	90 (53.9)	126 (75.4)
4 退院後の住環境整備、介護指導方法について PT・OT・ST と連携する	71 (42.5)	33 (19.8)	125 (74.9)
5 退院後の服薬管理について薬剤師と連携する	115 (68.9)	89 (53.3)	110 (65.9)
6 退院後の食事指導について栄養士と連携する	88 (52.7)	49 (29.3)	112 (67.1)
* わかると回答した人数:「かなりわかる」と「ややわかる」の合計 できると回答した人数:「かなりできる」と「ややできる」の合計			

表 4. 保健福祉制度の活用に関する理解度、到達度、研修の要望 (n=167)

質問項目	保健福祉制度の活用		研修の要望
	理解度	到達度	
	わかると回答した 人数 (%)	できると回答した 人数 (%)	要望ありと回答した 人数 (%)
1 介護保険制度の対象者・申請方法・サービス内容について情報提供を行い関係機関へつなげる	52 (31.1)	35 (21.0)	143 (85.6)
2 訪問看護制度の対象者・利用方法について情報提供を行い在宅医療室へつなげる	73 (43.7)	52 (31.1)	139 (83.2)
3 支援費制度の対象者・申請方法について情報提供を行い MSW へつなげる	46 (27.5)	35 (21.0)	136 (81.4)
4 難病対策事業の対象者・申請方法について情報提供を行い MSW へつなげる	36 (21.6)	25 (15.0)	138 (82.6)
5 成年後見制度の対象者について必要時、情報提供を行い MSW へつなげる	27 (16.2)	16 (9.6)	136 (81.4)
6 生活保護制度の対象者について必要時、情報提供を行い MSW へつなげる	47 (28.1)	31 (18.6)	137 (82.0)
7 高額療養費制度の対象者について必要時、情報提供を行い MSW へつなげる	50 (29.9)	37 (22.2)	136 (81.4)
* わかると回答した人数:「かなりわかる」と「ややわかる」の合計 できると回答した人数:「かなりできる」と「ややできる」の合計			

未満に比して、5年以上9年未満、9年以上の群が有意に高い傾向にあった。実施方法の理解度、実施の到達度ともに有意差のみられた項目は、「在宅療養支援が必要な患者を早期に把握する」(p<.001)、「家族が今後どのような生活を送りたいか、意思・意向を把握する」、「医師と患者の予後・治療方針を話し合う」、「患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にズレが生じた場合に調整をする」、「在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族へ説明し理解できているか確認する」(p<.01)、「住環境について情報収集する」、「患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の調整をする」、「患者が今後どのような生活を送りたいか意思・意向を把握す

る」、「自宅の準備・医療材料を準備する」(p<.05)の9項目であった。

(2) 各職種との連携に関する理解度、到達度の比較(表6)「各職種との連携」では、すべての項目において理解度、到達度に有意差がみられ、5年未満の群より5年以上9年未満、9年以上の群が有意に高かった。「退院後の住環境整備、介護指導方法についてPT・OT・STと連携する」の項目は経験年数が高くなるほど、理解度、到達度も高くなる傾向にあったが(p<.05)、その他の項目においては、5年以上9年未満の群が最も高い傾向にあった(p<.001、p<.01)。

(3) 保健福祉制度の活用に関する理解度、到達度の比較(表7)

表 5. 経験年数別の在宅療養支援のアセスメント・実践の実施方法に関する理解度、到達度の比較 (n=167)

質問項目	実施方法の理解度				実施方法の到達度			
	平均ランク				平均ランク			
	5年未満 n=59	5年以上 9年未満 n=38	9年以上 n=70	P値	5年未満 n=59	5年以上 9年未満 n=38	9年以上 n=70	P値
1 在宅療養支援が必要な患者を早期に把握する	63.8	94.3	94.3	***	61.3	97.3	94.8	***
2 患者の疾患、進行度、予後を情報収集する	74.6	88.0	88.5	n.s	75.6	96.4	84.2	*
5 住環境について情報収集する	70.4	89.6	90.2	**	72.3	88.0	90.5	*
6 経済状況について情報収集する	69.1	91.6	90.2	**	75.2	81.0	91.7	n.s
7 患者・家族をとりまく社会資源(介護保険申請等)を情報収集する	71.6	90.5	89.7	*	74.8	84.1	91.6	n.s
9 家族の病状理解・受け止めについて把握する	73.3	87.7	89.9	*	75.0	90.9	87.8	n.s
10 患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の調整をする	69.9	88.9	92.0	**	70.6	90.9	91.5	*
11 患者が今後どのような生活を送りたいか、意思・意向を把握する	71.0	91.5	89.7	**	73.5	88.4	90.4	*
12 家族が今後どのような生活を送りたいか、意思・意向を把握する	70.1	98.1	86.8	**	70.8	95.9	88.6	**
13 医師と患者の予後・治療方針を話し合う	66.0	92.1	92.2	**	66.8	96.1	90.4	**
14 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にズレが生じた場合に調整をする	68.0	91.8	92.0	**	66.0	91.8	94.8	**
15 患者・家族・医療者間で在宅療養生活に向けたゴール(治療方針、ADL、療養生活等)の共有をする	71.1	88.4	91.3	*	75.3	85.3	90.6	n.s
18 患者の生活に合わせた服薬指導(理解力の確認、服薬方法の調整)をする	75.3	82.2	91.1	n.s	73.1	85.0	91.5	*
20 継続する医療処置を在宅用にアレンジ(患者の生活状況で安全・簡便なもの)して指導する	74.2	86.0	90.0	n.s	69.1	81.4	96.9	**
21 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族へ説明し理解できているか確認する	68.3	91.6	91.9	**	62.3	92.3	95.6	***
22 自宅の準備・医療材料を準備する(購入について情報提供、関係医療機関との調整)	69.9	85.5	93.9	*	68.0	77.7	99.8	***

Kruskal Wallis検定
*** P<.001 ** P<.01 * P<.05
n.s 有意差なし

表 6. 経験年数別の各職種との連携に関する理解度、到達度の比較 (n=167)

質問項目	連携の理解度				連携の到達度			
	平均ランク				平均ランク			
	5年未満 n=59	5年以上 9年未満 n=38	9年以上 n=70	P値	5年未満 n=59	5年以上 9年未満 n=38	9年以上 n=70	P値
1 患者のゴール設定、在宅医療処置について医師と連携する	69.1	95.5	89.0	**	70.6	97.8	87.7	**
2 制度利用・転院調整についてソーシャルワーカーと連携する	66.2	97.6	89.3	**	64.7	99.6	90.6	***
3 継続した医療処置を必要とする患者の退院調整について在宅医療室と連携する	59.4	97.5	94.2	***	59.8	96.4	94.0	***
4 退院後の住環境整備、介護指導方法についてPT・OT・STと連携する	68.8	89.2	91.8	*	71.0	83.9	92.8	*
5 退院後の服薬管理について薬剤師と連携する	66.6	97.0	89.2	**	69.0	96.2	88.8	**
6 退院後の食事指導について栄養士と連携する	67.1	94.6	90.2	**	69.2	88.3	93.0	**

Kruskal Wallis検定
*** P<.001 ** P<.01 * P<.05

「保健福祉制度の活用」に関する理解度、到達度では、7項目中「成年後見制度の対象者について必要時、情報提供を行いMSWへつなげる」を除く6項目に、有意差がみられ、経験年数とともに理解度、到達度も高くなっていた（ $p<.001$ 、 $p<.01$ ）。

(4) 在宅療養支援への看護師の満足度の比較（表8）

在宅療養支援への看護師の満足度は5年以上9年未満の群が最も満足度が高く、次いで9年以上の群、5年未満の群は低い傾向にあった（ $p<.05$ ）。

4. 病棟看護師と外来看護師別比較

外来看護師は病棟看護師を経験後に現部署への配属となった者が多いため、病棟看護師は経験年数5年目以上の54人を分析対象とした。

(1) 基本的属性の比較

外来看護師の平均年齢は37.7（SD7.1）歳、平均看護師経験年数は15.0（SD7.5）年で、病棟看護師の平均年齢31.8（SD5.2）歳、平均看護師経験年数10.4（SD4.9）年より有意に高かった（ $p<.001$ ）。平均所属勤務年数に差はみられなかった。

(2) 在宅療養支援のアセスメント・実践の実施方法に関する理解度、到達度の比較（表9）

「在宅療養支援のアセスメント・実践」の実施方法に関する理解度、到達度の比較では、22項目中、理解度では2項目、到達度では4項目に有意差がみられ、病棟看護師が外来看護師よりも高かった。理解度、到達度ともに有意差がみられた項目は「患者・家族・医療者間でゴールの共有をする」であった（ $p<.01$ 、

表7. 経験年数別の保健福祉制度の活用に関する理解度、到達度の比較（ $n=167$ ）

質問項目	制度活用の理解度				制度活用の到達度			
	平均ランク				平均ランク			
	5年未満 $n=59$	5年以上 9年未満 $n=38$	9年以上 $n=70$	P 値	5年未満 $n=59$	5年以上 9年未満 $n=38$	9年以上 $n=70$	P 値
1 介護保険制度の対象者・申請方法・サービス内容について情報提供を行い関係機関へつなげる	68.6	84.8	92.9	**	69.6	86.8	93.5	**
2 訪問看護制度の対象者・利用方法について情報提供を行い在宅医療室へつなげる	63.4	89.2	95.9	***	62.6	90.4	97.0	***
3 支援費制度の対象者・申請方法について情報提供を行いMSWへつなげる	65.3	92.7	92.4	**	66.1	88.8	96.4	**
4 難病対策事業の対象者・申請方法について情報提供を行いMSWへつなげる	65.3	90.9	93.4	**	67.7	91.9	93.4	**
5 成年後見制度の対象者について必要時、情報提供を行いMSWへつなげる	75.9	78.2	91.5	n.s	76.6	77.1	92.6	n.s
6 生活保護制度の対象者について必要時、情報提供を行いMSWへつなげる	66.0	84.0	96.6	**	67.3	83.1	98.4	***
7 高額療養費制度の対象者について必要時、情報提供を行いMSWへつなげる	63.6	79.9	100.9	***	65.8	79.9	101.5	***

Kruskal Wallis検定
*** $P<.001$ ** $P<.01$ * $P<.05$
n.s 有意差なし

表8. 経験年数別の在宅療養支援への看護師の満足度の比較（ $n=167$ ）

平均ランク			P 値
5年未満	5年以上 9年未満	9年未満	
68.9	94.4	79.5	*

Kruskal Wallis検定
* $P<.05$

表9. 病棟外来別の在宅療養支援のアセスメント・実践の実施方法に関する理解度、到達度の比較（ $n=114$ ）

	質問項目	平均ランク		P 値
		病棟 $n=54$	外来 $n=60$	
理解度	14 患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にズレが生じた場合に調整をする	63.2	51.2	*
	15 患者・家族・医療者間でゴール(治療方針、ADL、療養生活等)の共有をする	64.2	50.0	**
到達度	1 在宅療養支援が必要な患者を早期に把握する	64.9	49.7	**
	2 患者の疾患、進行度、予後を情報収集する	65.3	50.4	**
	13 医師と患者の予後・治療方針を話し合う	65.2	50.5	**
	15 患者・家族・医療者間でゴール(治療方針、ADL、療養生活等)の共有をする	63.2	52.2	*

Wilcoxonの順位和検定
** $P<.01$ * $P<.05$

表 10. 病棟外来別の各職種との連携の理解度、到達度の比較 (n=114)

質問項目	平均ランク		P値
	病棟 n=54	外来 n=60	
理 解 度	1 患者のゴール設定、在宅医療処置について医師と連携する	66.6	48.1 **
	2 制度利用・転院調整についてソーシャルワーカーと連携する	62.3	51.1 *
	3 継続した医療処置を必要とする患者の退院調整について在宅医療室と連携する	61.8	50.5 *
到 達 度	1 患者のゴール設定、在宅医療処置について医師と連携する	69.2	46.9 ***
	2 制度利用・転院調整についてソーシャルワーカーと連携する	67.0	47.8 **
	3 継続した医療処置を必要とする患者の退院調整について在宅医療室と連携する	67.0	46.7 ***
	4 退院後の住環境整備、介護指導方法についてPT・OT・STと連携する	62.8	50.6 *
	5 退院後の服薬管理について薬剤師と連携する	65.1	49.5 **

Wilcoxonの順位和検定

*** P<.001 ** P<.01 * P<.05

p<.05)。

(3) 各職種との連携に関する理解度、到達度の比較 (表 10)

「各職種との連携」では、「患者のゴール設定、在宅医療処置について医師と連携する」、「制度利用・転院調整についてソーシャルワーカーと連携する」、「継続した医療処置を必要とする患者の退院調整について在宅医療室と連携する」の3項目について、理解度、到達度ともに病棟看護師が外来看護師よりも有意に高い傾向にあった (p<.001, p<.01, p<.05)。

(4) 保健福祉制度の活用に関する理解度、到達度の比較と在宅療養支援への看護師の満足度の比較

保健福祉制度の活用に関する理解度、到達度と在宅療養支援への看護師の満足度は病棟看護師と外来看護師では有意な差はみられなかった。

VII. 考 察

1. 多職種連携のもと患者の生活を見通したマネジメント力を養う教育的介入

特定機能病院の特性から、高度先進医療を要する特殊な疾患や複合的な疾病を抱える患者が多く、看護師は現在の患者の状況や疾患の進行度、予後について情報収集を行い、今後患者に起こりうる身体的精神的変化について予測しながらケアしていることが示唆された。また疾患が患者に及ぼす影響について患者家族がどのように受け止め、今後どのような生活を送りたいか意思意向を把握する視点について意識が高い傾向にあった。先行研究においても、看護師の退院支援重要度の第1因子として患者家族の意思決定を支える援助があげられており (村松ら, 2009)、本研究においても重要な看護師の役割として認識されていた。樋口ら (2008) の報告に、患者家族が求める退院支援への要望に、対象者の意思を尊重した退院準備があげられていることから、在宅療養移行に向けて主体となるのは患者

本人であり、患者を支える家族も含めて、今ある現状そして今後起こりうる状況を理解したうえで、患者家族が主体的に治療方針や療養生活の方向性を意思決定していけるよう支援していくことが重要である。そのためには、多忙な業務に追われる中でも、患者家族の思いや意向をひきだし、必要に応じて適切な情報の提供や医師との調整によりゴールを共有できるよう患者・家族・医療者をつなぐ関係形成能力のスキルをもった看護師が求められている。

本研究においては、「経済、社会状況」に関する情報収集や「医療処置の準備、在宅用にアレンジ」、リハビリスタッフや栄養士との連携、保健福祉制度の活用においては理解度、実施度が低かった。これは、在院日数が短く、日々患者が入れかわる中で、安全安楽に入院生活を送れるよう疾病や治療に伴う療養上の課題についての情報収集が優先され、その後の生活を視野に入れた連携、調整にまでなかなか到達出来ていないことが示唆される。また、本研究の対象者のほとんどが病院における勤務経験のみで、訪問看護ステーション等の在宅での勤務経験者がいなかったため、患者家族がどのように生活を送りたいのか把握出来ているが、実際の在宅療養生活についての具体的なイメージが出来ず、必要なケアが適切な資源に繋がっていない可能性があると考えられる。北川ら (2009) の調査でも病棟看護師は、在院日数短縮化などの時間不足から退院後の患者家族の生活について意向を把握しきれないなどの病院を取り巻く環境の厳しさや在宅療養に対する知識、情報そして生活の視点が不足していると指摘するように本研究においても同様の傾向がみられた。

円滑な在宅療養への移行に向けて、患者の抱える疾患が今後の生活にどのように影響するのか予測したうえで、保健・医療・福祉制度に関する知識を活用し、患者家族の意向に沿った社会資源につなげていくことが不可欠である。訪問看護師が期待する連携の内容は、

療養の継続をする対象者の生活に即した支援内容であり（樋口ら、2009）、そのためには知識だけでなく患者一人一人の生活をイメージできる柔軟な思考と広い視野が求められる。看護教育機関を卒業後は病院に就職する看護師が多い中、看護教育の過程において在宅療養者の生活を訪問学習することや院内の継続教育に地域医療福祉従事者との勉強会や訪問看護ステーション等への短期研修の導入など在宅療養生活の体験や経験を蓄積していく教育の充実が望まれる。そして、在宅療養支援はチーム医療が基本であり、患者家族と関わる機会の多い看護師には、患者家族のニーズに合わせて各専門職種につなげていくマネジメント力の育成が大切であると考ええる。

今回の調査では、すべての項目において到達度が理解度を下回っていた。峰村ら（2008）の大学病院に勤務する看護師を対象とした日々の看護実践の調査でも、在宅支援は意識と比較して行動が低いことを明らかにしている。看護師は、支援が必要であることはアセスメントできているが、治療と並行して日々患者の状態変化のある中、どのようなタイミングで在宅療養に向けて支援したらよいのか、またどのように多職種と連携して資源や制度を有効活用していくのかについて課題が示唆された。今後、実践に向けた研修等の教育を充実していくことと、患者を支える多職種医療チームの在宅療養支援に対する共通認識の構築にむけた組織としての取り組みが不可欠である。

2. 看護師のキャリア発達を促進するサポートシステムの構築

経験年数別に在宅療養支援における理解度、到達度を比較すると、すべての項目において、5年未満の群より5年以上の群が高かった。これは、経験の蓄積にともない視野が広くなり患者家族を包括的に捉え、有効な資源を活用するために多職種と連携し、調整を行っていることが示唆された。三上ら（2008）はADL低下傾向のある患者の退院調整の知識と認識について3年未満の群に比較して3年以上の群が高い傾向にあったと報告しており、経験の浅い看護師でも在宅療養支援を円滑にすすめられるような手順書となるツールの開発が必要であると考ええる。

経験年数の増加とともに理解度、到達度が増加傾向にある一方で、5年以上9年未満の群と9年以上の群では、「疾患、予後の情報収集」「患者、医師と予後の話し合い」や「家族の意思意向の把握」、各職種との連携、在宅療養支援への満足度においては、5年以上9年未満

の群が有意に高い傾向にあった。これは、9年以上の群には外来看護師が多く、病棟外来の部署別の特徴が影響したことが考えられる。さらに、中西ら（2008）は、看護師がやってみたいと思う地域連携に関連する要因として看護師のモチベーションが重要であり、経験年数10年以上の看護師のモチベーションが低くなっていたと報告している。臨床経験10～20年の看護師は職場での配置転換や家庭の事情などさまざまな苦悩を経験し、キャリア発達を続けてきたと述べられていることから（グレッグら、2003）、これまでの経験の蓄積を十分に発揮できるようなサポート体制やキャリア発達支援システムの構築が重要である。

3. 病棟と外来の連携による外来看護機能の強化

病棟看護師と外来看護師間で在宅療養支援における理解度、到達度を比較すると、外来看護師のほうが病棟看護師よりも経験年数が高いにも関わらず、「患者の早期把握」「疾患、予後の情報収集」「患者、医師と予後の話し合い」「ゴールの共有」「各職種との連携」の項目において、到達度が有意に低かった。外来看護師は、処置のある患者や患者より要望のある場合にプライマリーとして関わる場合がほとんどで、問題が表在化していない場合は医師の診察のみで、早期より支援の必要な患者を把握するのが困難な状況にあることが示唆された。

片倉ら（2006）は、在宅療養者への看護支援のあり方を検討する研究で、外来看護師は患者が受け身の状況に陥らないように語りかけ、感情・意思の表出をうながし、その表出に共感し、患者の自己肯定感に意識的に結び付けていたと述べるように、在宅療養支援に関する知識が豊富で患者家族支援の経験を蓄積し、調整能力を有した外来看護師の力量を十分に発揮するためには、支援の必要な患者を早期に見出せるよう外来診察医師との連携を密に行うことや患者家族を対象とした外来看護相談の設置などが望まれる。

今後、在院日数がますます短縮化していく中で、入退院を繰り返しながら、在宅療養にて外来での治療や検査の増加が予測され、入院中に抽出した療養上の課題に対する支援を退院後の外来に引き継ぐこと、または患者の療養生活に関する情報を入院する病棟に引き継ぐことが求められている。そのためには、病棟看護師と外来看護師の情報共有を強化するシステムや情報共有用紙の開発、病棟外来看護師の流動的な配置の検討が必要である。

VIII. 研究の限界と課題

本研究では、横断的研究であることと、1施設の病棟看護師と外来看護師を対象としており、すべての特定機能病院に共通するとは限らない。今後は、対象数を広げて経験年数による推移を経時的に評価していくことや、今回得られた結果をもとに、在宅療養支援に必要な知識、実践項目を育成する教育プログラムの開発に繋げていきたい。

謝辞：調査にご協力いただきました看護部長様ならびに対象者の皆様に深く感謝申し上げます。特にご多忙の折、アドバイスをくださった在宅医療室の皆様、アンケートにご協力いただいた多数の看護師の皆様に深くお礼を申し上げます。

なお、本研究は、新宿区が東京女子医科大学病院に委託した「退院調整モデル事業」を実施するにあたり東京女子医科大学と共同で行った。

引用文献

- 青木恵美、真鍋典子、豊島弘子、他（2009）：退院調整における役割意識の実態と課題 病棟看護師の意識調査から、日本看護学会論文集：成人看護Ⅱ，39，424-426.
- グレッグ美鈴、渡邊敏子、池西悦子、他（2003）：臨床看護師のキャリア発達の構造，岐阜県立看護大学紀要，3（1），1-8.
- 樋口キエ子、原田静香、大木正隆（2009）：訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状；連携上の困難・役立った支援より，看護実践の科学，34（10），61-69.
- 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，医療看護研究，4（1），42-49.
- 平瀬節子、橋本智子（2006）：高齢者の退院支援にかかわる看護師の役割 地域との連携を通して，看護・保健科学研究誌，6（3），67-75.
- 片倉直子、山本則子、赤沼智子、他（2006）：外来における効果的な看護の構成要素と実践プロセス -在宅療養者への看護支援のあり方を検討するメタ研究-，28，23-28.
- 木幡映美（2007）：地域中核病院の地域医療連携における看護師の実際の役割と今後期待される役割 A 県の2つの自治体病院の看護師・医師・MSW のインタビューを通して，看護教育，48（8），722-725.
- 北川恵、岩郷しのぶ、細見明代、他（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），1298-1305.
- 厚生統計協会（2010）：厚生指針増刊 国民衛生の動向，57（9），175，東京.
- 前田由紀子（2005）：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，10（2），50-58.
- 松下正明（2008）：チームで行う退院支援 -入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド-，中央法規出版，東京.
- 三上佑介、日下和代（2008）：病棟看護師の経験年数による退院調整の差と課題 入院により ADL 低下傾向のある患者の退院調整において，日本看護学会論文集：老年看護，38，6-8.
- 峰村淳子、吉田久美子、宮崎歌代子、他（2008）：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，18（1），1-34.
- 村松恵子、中谷久恵（2009）：療養病床の患者と家族へ行う退院支援の看護に関する要因，日本在宅ケア学会誌，13（1），30-37.
- 中西順子、森下路子（2008）：地域連携に対する看護師の役割認識とモチベーション、セルフ・エフィカシーとの関連，保健学研究，20（2），9-18.