

急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状 ～がん、慢性疾患の違いに焦点をあてて～

黒澤佳代子¹⁾、池田清子¹⁾、河村麻佐子²⁾、早川悦子³⁾、奈良悦子⁴⁾、丹生淳子⁵⁾

¹⁾ 神戸市看護大学, ²⁾ 元足利訪問看護ステーション, ³⁾ 神戸市立医療センター中央市民病院,
⁴⁾ 神戸市立医療センター西市民病院, ⁵⁾ 天理よろず相談所病院

キーワード：急性期病院、病棟看護師、退院支援、がん、慢性疾患

Discharge care of ward nursing staff on Acute Hospital. -Focus on the difference between cancer and non-cancer-

Kayoko KUROSAWA, Sugako IKEDA, Masako KAWAMURA, Etsuko HAYAKAWA,
Etsuko NARA, Junko NIU

¹⁾ Kobe City College of Nursing, ²⁾ Fomer Ashikaga Visiting Nursing Station, ³⁾ Kobe City Medical Center
General Hospital, ⁴⁾ Kobe City Medical Center West Hospital, ⁵⁾ Tenri Hospital

Key words : acute care hospital, clinical nurse, the support of discharge planning, cancer, chronic illness

1. はじめに

2002年の診療報酬改定において「退院指導計画の作成と実施」が要件として追加され、2006年の中長期の医療費適正化方策にも平均在院日数の短縮が挙げられた。このような流れを受け、多くの急性期病院では1人以上の退院調整看護師を専任で配置し、入院時からアセスメントシートを用いたハイリスク患者のスクリーニングを行い、ソーシャルワーカーと協働しながら退院調整を行っている。しかし退院調整看護師が関わることのできる患者数には限りがあり、患者ケアの質を維持するためには、病棟看護師が行う退院支援の質を向上させる必要がある(藤澤、普照、森ら、2006)。

これら退院支援・調整が必要となる患者には、慢性疾患のコントロール不良、加齢に伴う認知機能の低下、がんの終末期、家族の介護力・サポート状況の低下などの背景がある(森山、2007)。このことから病棟看護師にも疾患による症状以外にもこうした社会的な背景を含めた情報収集とアセスメントを行う必要性があることがわかる。

退院支援・調整は、その疾患の特徴から現時点で

患者がどの病期におり、どのような軌跡をたどるか、といった視点や、入院目的、また再入院しないような関わりが必要である。平原(2011)は、がんと慢性疾患の病態の違いから、その病状の予後予測が異なると述べている。すなわち、がんは侵害受容器や神経そのものに浸潤するため、疼痛が比較的早期から発生し、増強しながら長期に持続し、さらに原発巣や転移先でがんが増大することにより呼吸不全、麻痺、肝不全など生体臓器の機能不全を起こす。このような病理的特徴のためにがんの症状や臨床経過において、一定の共通性・法則性が認められ、その共通性・法則性は終末期になるほど顕在化する。一方うつ血性心不全や肝硬変、呼吸器疾患、脳卒中、腎臓病、神経疾患などの慢性疾患は、がんとは異なり細胞壊死や退行性変化による衰退が基本的病理であり、疾患によっては機能が低下する部位や臓器は様々であり、疾患ごとに軌跡が異なる。看護師はこのような病気の進行に関する知識と経験知をもとに、退院支援・調整において、患者の病気の成行き、患者・家族の、病状や治療の認識や思い、退院後どのような生活を送りたいかなどをアセスメントし、患者家族の退院後の生活を予測し見通しを立てる

と考える。平原(2011)が述べているように、看護師が見通しを立てる際、がんの場合は、治療方針が慢性疾患に比べ明確であることが多いことから、看護師は退院後の病状や生活について見通しを立てやすいと考えられる。

一方、慢性疾患では疾患のコントロール不良で入院を繰り返し、その度に機能レベルは下がるがその経過は一定ではなく、患者が今回の治療によりどの程度回復が見込めるのか、このまま下降し終末期となるのかという見通しを立てにくいことが考えられる。

このように看護師が患者の退院後の見通しを立てにくい場合、日々の介入の方向性が定まらず、その結果退院支援・調整が十分行えない状況が予測される。

しかし、がんと慢性疾患といった疾患の違いに焦点を当て退院支援の現状を明らかにした研究はされていない。

II. 研究目的

がんと慢性疾患の違いに焦点をあて、急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の現状を明らかにする。

III. 用語の定義

1. 急性期病院：

平成12年の第四次医療法改正における療養病床と一般病床に区分された一般病床のうち、平成18年度の診療報酬改定により急性期入院医療の評価基準である「7:1入院基本料」もしくは「10:1入院基本料」であり、かつ地域医療連携室を設置している病院とする。

2. 退院支援：

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援で、病棟看護師が行う支援とする。なお主に地域・社会資源との連携・調整を指す「退院調整」とは区別する。

3. 見通し：

患者の病気の成行き、患者・家族の、病状や治療の認識や思い、退院後どのような生活を送りたいかなどをアセスメントし、患者家族の退院後の生活を予測

すること。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

量的記述的デザイン

2. データ収集方法

1) 期間

平成24年10月1日～11月15日

2) 研究参加者

兵庫県内350床余りの総合病院及び県外の800床余りの総合病院の2施設とする。平均在院日数は、それぞれ12.8日と、14.9日である。1施設であると、病院独自の退院支援などのシステム上データに偏りが出る可能性があると考え、2施設とした。2つの施設に勤務する看護師417名(外来、透析室、手術室及び、看護師長、看護主任を除く)を研究参加者とした。

3) データ収集

(1) 質問紙の作成

退院支援に関する先行研究として主に病棟看護師への意識調査に関するもの(鈴木、新井、2003;佐藤、高橋、真弓、2006;青木、真鍋、豊島他、2008;沖野、谷、百々、2008;工藤、藤田、小野他、2009)と複数の慢性疾患看護専門看護師の意見を参考に、退院支援に関する質問紙を独自に作成した。なおその過程において、急性期病院で働く病棟看護師にプレテストを施行し、文言に修正を加えた。

作成した質問紙の内容は、①退院支援に対する意識や退院支援を考え始める時期、②この1年間の中で関わった困難事例の頻度、③疾患の種類・患者の病状が退院支援の困難さに影響するか、さらに疾患の種類や患者の病状の違いが退院支援に影響すると回答した者に、④がんと慢性疾患それぞれの患者の退院支援に関する見通し及びアセスメントの実施状況、⑤がんと慢性疾患それぞれで、退院支援において困難と感じる状況、⑥がんと慢性疾患でどちらがより退院支援が困難か、最後に全員に⑦希望する学習サポートについて質問した。回答形式については、上記②④は4段階のリッカート尺度、①③⑤⑥⑦は選択肢から1つか複数選択式を用いた。

(2) 質問紙の配布と回収

研究参加者となる施設の看護部長に研究依頼し、承諾が得られた後、看護師の更衣室前に研究参加のポスター（A4サイズ）を貼った。次に研究者が更衣室内の参加候補者のロッカーに、質問紙調査用紙を磁石により貼り付け配布した。

回収方法は、2施設とも更衣室前に回収箱を設置する留置法とし、回収時期は配布から2週間以内とした。

4) データ分析方法

全ての変数について記述的統計分析を行った。統計解析には統計パッケージ SPSS Ver.23.0 を使用した。

5) 倫理的配慮

本研究は、神戸市看護大学の倫理委員会で承認を得て実施した。質問紙調査用紙への回答について、無記名とし、回収についても自由意思を尊重した。施設や所属病棟は分からないよう配慮した。

V. 結果

1. 参加者の属性

有効回答数は187名（44.8%）で、臨床経験の平均年数は8.7年（±6.7）、現在の病棟勤務の平均年数は5.6年（±3.0）であった。

2. 退院支援に関する意識

「受け持ち患者の退院支援をどの程度意識しているか」では、半数程度75名（40.1%）、全数63名（33.7%）、少数45名（24.1%）、意識していない4名（2.1%）であった（表1）。「受け持ち患者の退院支援を意識する時期」については、入院時74名（40.4%）、患者に退院を受け入れる様子がみられた時30名（16.4%）、主治医から退院の指示が出た時17名（9.3%）、入院から1週間経った頃17名（9.3%）、病状が安定した頃15名（8.2%）、退院後の目処・治療方針が決定した頃12名（6.6%）の順であった（表2）。

表1. 退院支援に対する意識 n=187

	(人)	(%)
全数	63	33.7
半数程度	75	40.1
少数	45	24.1
意識していない	4	2.1

表2. 退院支援を意識する時期 n=183

	(人)	(%)
入院時	74	40.4
患者が受け入れた時	30	16.4
主治医から指示	17	9.3
入院1週間後	17	9.3
症状安定・病状安定	15	8.2
退院後の目処・治療方針が決定	12	6.6
退院支援が必要と感じた時	5	2.7
退院前2～3日	3	1.6
ADLが変化した時	2	1.1
その他	8	4.3

3. 退院支援における困難感

「退院支援に困難を感じる程度」は、関わった患者の半数程度92名（49.2%）、少数65名（34.8%）、ない17名（9.1%）、ほぼ全数13名（7.0%）の順であった（表3）。

また「退院支援の困難さに、疾患の種類や患者の病状が影響を及ぼしていると思うか」については、はい136名（72.7%）、いいえ10名（5.3%）、わからない24名（12.8%）、無回答17名（9.1%）であった（表4）。

表3. 退院支援の困難の程度 n=187

	(人)	(%)
ほぼ全数	13	6.9
半数程度	92	49.2
少数	65	34.8
ない	17	9.1

表4. 退院支援の困難さに及ぼす疾患の影響 n=187

	(人)	(%)
はい	136	72.7
いいえ	10	5.3
わからない	24	12.8
無回答	17	9.1

4. がんと慢性疾患ごとの、看護師の退院支援に関するアセスメント実施状況

「退院支援の困難さに、疾患の種類や患者の病状が影響を及ぼしていると思うか」の質問項目に、「はい」と答えた136名を対象に、退院支援のアセスメント実施状況を質問したところ、7項目についてがん・慢性疾患とも、「全数」していると答えた者が39.7%～57.4%であった。2項目「退院支援を開始する時期・タイミングに関するアセスメント」及び「在宅での患者・家族の看取りの意思に関するアセスメント」については、「全数」しているのが19.9%～33.8%と低かった。すなわち前者についてがんでは27.9%、慢性疾患では33.8%

表 5. 退院支援に関するアセスメント実施状況 n=136

		がん		慢性疾患	
		(人)	(%)	(人)	(%)
A. 入院中の患者の生活に影響を及ぼす病態の予測に関するアセスメント	全数	58	42.6	61	44.9
	半数程度	49	36.0	47	34.6
	少数	15	11.0	12	8.8
	行わない	2	1.5	0	0.0
	無回答	12	8.8	16	11.8
B. 入院中の患者の病状や治療に関するアセスメント	全数	78	57.4	75	55.1
	半数程度	38	27.9	39	28.7
	少数	7	5.1	6	4.4
	行わない	1	0.7	0	0.0
	無回答	12	8.8	16	11.8
C. 退院支援を開始する時期・タイミングに関するアセスメント	全数	38	27.9	46	33.8
	半数程度	61	44.9	58	42.6
	少数	24	17.6	16	11.8
	行わない	1	0.7	0	0.0
	無回答	12	8.8	16	11.8
D. 病状や治療に対する患者・家族の理解の程度に関するアセスメント	全数	63	46.3	61	44.9
	半数程度	50	36.8	45	33.1
	少数	10	7.4	13	9.6
	行わない	1	0.7	0	0.0
	無回答	12	8.8	17	12.5
E. 病状や治療に対する患者・家族の不安や気がかりに関するアセスメント	全数	71	52.2	63	46.3
	半数程度	42	30.9	44	32.4
	少数	9	6.6	13	9.6
	行わない	1	0.7	0	0.0
	無回答	13	9.6	16	12.5
F. 退院後に患者・家族がどのような生活を送りたいかに関するアセスメント	全数	69	50.7	54	39.7
	半数程度	42	30.9	57	41.9
	少数	12	8.8	9	6.6
	行わない	1	0.7	0	0.0
	無回答	12	8.8	16	11.8
G. 退院後、患者・家族がどこで療養したいと考えているかに関するアセスメント	全数	65	47.8	53	39.0
	半数程度	50	36.8	59	43.4
	少数	8	5.9	8	5.9
	行わない	1	0.7	0	0.0
	無回答	12	8.8	16	11.8
H. 退院後の療養生活に対する患者・家族の不安や気がかりに関するアセスメント	全数	70	51.5	59	43.4
	半数程度	43	31.6	51	37.5
	少数	10	7.4	10	7.4
	行わない	1	0.7	0	0.0
	無回答	12	8.8	16	11.8
I. 在宅での患者・家族の看取りの意思に関するアセスメント	全数	37	27.2	27	19.9
	半数程度	50	36.8	56	41.2
	少数	33	24.3	34	25.0
	行わない	4	2.9	2	0.0
	無回答	12	8.8	17	14.0

であり、後者ががんでは 27.2%、慢性疾患では 19.9%であった(表 5)。

5. 退院支援に困難を感じるがん患者及び慢性疾患患者の状況

「退院支援の困難さに疾患の種類や患者の病状が影響を及ぼすと思うか」に「はい」と答えた 136 名に、

表 6. 退院支援において困難を感じる状況（複数回答） n=136

	順位	がん		順位	慢性疾患		がん-慢性疾患 (%)
		(人)	(%)		(人)	(%)	
1. 症状（痛み、吐気、呼吸困難、腹水など）コントロールが不十分	3	88	64.7	4	65	47.8	16.9
2. 緩和ケアが不十分		53	39.0		33	24.3	14.7
3. 経口摂取が困難である	5	61	44.9		55	40.4	4.5
4. トイレでの排泄が困難である		43	31.6		49	36.0	-4.4
5. 認知機能に障害がある		54	39.7	4	65	47.8	-8.1
6. 抑うつ状態にある		16	11.8		20	14.7	-2.9
7. 患者が治療やケアに協力的でない		37	27.2		53	39.0	-11.8
8. 家族が治療やケアに協力的でない	4	71	52.2	3	70	51.5	0.7
9. 家族の介護力が不足している	1	101	74.3	1	96	70.6	3.7
10. 身寄りがいない／キーパーソンがいない	2	91	66.9	2	81	59.6	7.3
11. 主治医から患者・家族への病名や治療についての説明（IC）が不十分		36	26.5		27	19.9	6.6
12. 治療に伴う副作用（有害事象）が大きい		22	16.2		15	11.0	5.2
13. 患者と主治医の治療に対する期待が異なる		37	27.2		40	29.4	-2.2
14. 患者と家族の治療に対する期待が異なる		36	26.5		30	22.1	4.4
15. 転院先の施設が自宅から遠い		21	15.4		23	16.9	-1.5
16. 転院先の施設の受け入れ条件に患者の状態が合わない		56	41.2		47	34.6	6.6
17. 患者の経済状態が困窮している		37	27.2		33	24.3	2.9

退院支援に困難を感じる患者の状況を複数回答で尋ねた。その結果、がん患者では「家族の介護力が不足している」は101名、「身寄りがいない／キーパーソンがいない」は91名、「症状（痛み、吐気、呼吸困難、腹水など）コントロールが不十分」は88名、「家族が治療やケアに協力的でない」は71名、「経口摂取が困難である」は61名の順であった。慢性疾患では、家族の介護力が不足している96名、「身寄りがいない／キーパーソンがいない」で81名、「家族が治療やケアに協力的でない」70名、「認知機能に障害がある」65名、症状（痛み、吐気、呼吸困難、腹水など）コントロールが不十分」65名の順であった。全項目を多い順に1～5位を見たところ、上位2位までは「家族の介護力が不足している」「身寄りがいない／キーパーソンがいない」と、がんと慢性疾患ともに同じであった。3位以下は、がんでは「症状（痛み、吐気、呼吸困難、腹水など）コントロールが不十分」、「家族が治療やケアに協力的でない」「経口摂取が困難である」の順であった。慢性疾患では、「家族が治療やケアに協力的でない」が3位で、4位は「症状コントロールが不十分」「認知機能に障害がある」であった。さらに、がんと慢性疾患で、それぞれの項目に「全数」と答えた割合（%）を比較し、10%以上の差がある項目に着目したところ、「症状（痛み、吐気、呼吸困難、腹水など）コントロールが不十分」で、16.9%、

「緩和ケアが不十分」で14.7%がんのほうが慢性疾患より高かった。一方「患者が治療やケアに協力的でない」で慢性疾患が11.8%がんより高かった（表6）。

また表4で「はい」と答えた136名に「退院支援の困難さにおいて、がんと慢性疾患のどちらでより感じるか」と質問したところ、「同じ程度である」53名（39.0%）、「どちらかといえば慢性疾患」30名（22.1%）、「分からない」27名（19.9%）、「どちらかといえばがん」18名（13.2%）、無回答8名（5.9%）の順であった（表7）。

表 7. がんと慢性疾患患者における退院支援の困難さ n=136

	(人)	(%)
同じ程度	53	39.0
どちらかといえば慢性疾患	30	22.1
分からない	27	19.9
どちらかといえばがん	18	13.2
無回答	8	5.9

6. 今後希望する学習サポート

今後退院支援をより効果的に行うために希望する学習サポート（複数回答可）としては、「患者が利用できる社会資源」105名（77.2%）、「家族への介入方法」86名（63.2%）、「退院調整ナースの役割」78名（57.4%）の順であった（表8）。

表 8. 今後どのような学習サポートを希望するか
(複数回答) n=136

	(人)	(%)
患者が利用できる社会資源	105	77.2
家族への介入方法	86	63.2
退院調整ナースの役割	78	57.4
患者の意思決定を支える介入	67	49.3
緩和ケア全般	61	44.9
患者の心理状態のアセスメント	45	33.1
各種の慢性疾患の経過・進行	44	32.3
各種のがん疾患の経過・進行	35	25.7

VI. 考察

1. 退院支援に関する看護師の意識とアセスメント実施状況

宇都宮によると、退院支援には3段階あると言われており、第1段階は退院支援を必要とする患者の把握、第2段階は患者と家族とともに、退院する頃のイメージをより具体的に行い、自立・自律できるよう介入していくこと、第3段階はそれらを実現するための地域・社会資源との連携・調整を指す(宇都宮、三輪、2012)。

今回の結果より退院支援を意識している割合は、約74%で、意識する時期については「入院時」が約40%と1番高かった。退院支援の必要性は3つのタイプ、すなわち①退院支援・調整はかならず必要なタイプ、②退院支援の必要性は予測できるが、経過を見て判断するタイプ、③入院時は全く予測できなかったが、状態の変化による必要性が出てくるタイプがあると言われている(宇都宮ら、2012)。本研究の退院支援を意識する時期においても、入院時以外では看護師として主体的に意識するのではなく主治医の指示で意識するという割合も9.3%であった。これは退院の決定は医師が行うシステムになっていることから、医師から退院の指示が出ないと、病棟看護師が退院支援を意識しないという見方もあると考える。一方で「入院1週間後」、「症状安定、病状安定」、「退院後の目途・治療方針が決定」など、医師の指示ではなく看護師が独自で患者の経過を見ながら退院支援を意識する場合や、「患者が受け入れた時」といった患者の心理面を考慮する場合など、病棟看護師は患者の身体・心理面、医師の指示など多方面から退院支援の時期を意識しはじめるのではないかと考えられる。

宇都宮による退院支援過程の第2段階においては、患者の自立、自律の支援のために必要な情報の収集

やアセスメントが求められるが、本研究の結果からは、退院支援に関するアセスメントは、がんも慢性疾患でも「全数」実施している看護師は7項目で約40%以上であり、「半数程度」している割合を合わせると8項目で70%以上であったことから、疾患の違いが看護師のアセスメントに及ぼす影響については、がんも慢性疾患による影響はないのではないかと考えられる。

しかしアセスメント実施状況の中で、「退院支援を開始する時期・タイミング」については「全数」の割合が、がんでは27.9%、慢性疾患では33.8%と他の項目に比べ両疾患とも低かった。これは先に述べた患者の自立、自律した退院後の生活を看護師がイメージしにくい場合、介入方法や介入のタイミングを図りかねることが考えられた。この点は、がんも慢性疾患ともに、支援開始のタイミングを掴むのが難しいことも示唆していると考えられる。同様に「全数」の割合が低い項目に「在宅での患者・家族の看取りの意思に関するアセスメント」があり、がんでは27.2%、慢性疾患では19.9%であった。がん末期患者の場合、看護師は患者の反応が怖くて、患者や家族と本当の思いを言い合わせる事ができず、退院支援に自信がないために退院支援を自ら進んですることができない傾向にある(林、山田、2011)。一方慢性疾患では、疾患のコントロール不良で入退院を繰り返し、その度に機能レベルは下がるがその経過は一定ではなく、患者が今回の治療によりどの程度回復が見込めるのか、このまま下降し終末期となるのか見通しが立てにくい。そして医療者も同様であり、患者家族に予後について告知をされ意思決定支援に移行する現状も少ないと考えられる。特に慢性心不全では最期に至るまで寛解する可能性の残る疾患であり患者の自律性が保たれないまま侵襲的な治療が選択され、患者自身が「最期までどのように生きたいか」を医療者・家族と共有しないまま最期を迎えることも少なくないと言われている(高田、2015)。そのような現状から、慢性疾患の場合も、在宅での患者・家族の看取りの意思に関するアセスメントがされている割合が少ないことが考えられた。

2. 家族の介護力不足による退院支援の困難感

病棟看護師の退院支援における困難感として、がん・慢性疾患とも「家族の介護力不足」が1位、「身寄りがない/キーパーソンがない」が2位に挙げられた。先行研究でも、家族による介護が難しい(川添、

2011; 藤村、上林、蘇武他、2015) ことが示唆されており、本研究でもがんと慢性疾患などの疾患に関わらず困難感の理由として1位となった。患者の高齢化が進み、独居や高齢の配偶者との2人暮らしなど、家族機能の変化などが影響し、家族の介護力を望めない現状がある。家族の介護力不足がある場合には、地域での社会資源の活用を考え看護師も主体的に退院支援に関われることが望ましい。しかし、看護師には社会資源に関する知識が不足しており(青木、真鍋、豊島他、2008; 洞内、丸岡、伴他、2009; 工藤、藤田、小野他、2009)、この点は8割近くの看護師が学習したいテーマに「患者が利用できる社会資源」を挙げていることにも表れている。2000年から施行された介護保険は、最初は5年後に、その後は3年毎に改正されているため、今後益々進む高齢化と介護需要度の上昇、地域包括ケアといった社会のニーズを把握しながらその都度、介護保険をはじめとする諸制度の理解を進める必要があると考える。

3. がん・慢性疾患における退院支援の困難感

本研究では、「退院支援における困難さに疾患の種類や患者の病状が影響している」と答えた看護師が全体の72.7%もいたにもかかわらず、がんと慢性疾患における退院支援の困難さの比較では、「同じ程度」が39.0%であった。退院支援の困難さを感じる状況としては両疾患ともに「家族の介護力不足」が1位、「身寄りがない/キーパーソンがいない」が2位であったことから、がんと慢性疾患といった疾患の違いではなく、こういった患者の状況が退院支援の困難感を生じさせていることが示唆された。先行研究でも、「家族介護に問題がある」「医療処置が必要」「ADLが要介護の場合」など患者の状況が退院支援の困難さに挙がっている(川添、2011)。

一方がんもしくは慢性疾患どちらかに、より退院支援の困難さを感じている看護師は、全体の35.3%であった。退院支援の困難さを感じる状況の傾向としては、がんでは「症状がコントロール不十分」「緩和ケアが不十分」、慢性疾患では「患者が治療やケアに協力的でない」といった状況が上位に挙がり、疾患の特徴から退院支援の困難さに違いを感じている看護師もいることが示唆された。

がん患者は、自宅療養を希望していても治療の副作用や呼吸困難などの症状、退院してからの症状の悪化

や医療処置の継続に対して患者家族・医療者とも不安を覚える傾向にあり(木場、2013)、またがん性疼痛などの緩和ケアも必要となる。このようながんの特徴から退院支援の困難の理由として挙げられていると考えられた。一方慢性疾患では、特に心血管系の疾患や腎障害、代謝障害は加齢に伴い罹患率が増え後期高齢者の割合が多くなることが予測される。高齢者では老化に伴う身体及び認知機能・能力の低下から、慢性疾患の再発や急性増悪予防に必要な内服、食事、運動療法といった療養生活における自己管理の不徹底が考えられる(平田、服部、青木ら、2011)。そのため「患者が治療やケアに協力的でない」ことが困難な状況に挙げたと考える。

VII. 研究の限界と課題

今回の質問紙調査では、急性期病院の病棟看護師が行う退院支援の過程で重要となるアセスメントの実施状況、退院支援に困難を感じる患者の状況について、がんと慢性疾患という、疾患による影響について、看護師の認識や行動の現状を明らかにした。

今後は結果をもとに、退院支援における学習会の開催による困難感の変化や介入の実際を調査することが必要であると考えられる。

VIII. 結論

本研究は、急性期病院の病棟看護師が行う退院支援における現状を明らかにすることを目的として疾患の違いに焦点を当て質問紙調査を行った。

1. 退院支援に関する看護師の意識

有効回答数は187名(44.8%)で、臨床経験の平均年数は8.7年(±6.7)であった。退院支援を意識している場合はおよそ7割で、意識する時期については「入院時」が4割であった。

2. 退院支援のアセスメント実施状況に及ぼす疾患の影響

退院支援の困難の程度は、「関わった患者の半数程度」がおおよそ5割であった。退院支援の困難さに及ぼす疾患の種類や患者の病状の影響があると答えた回答者は136名でおおよそ7割に上った。その136名について、がんと慢性疾患における退院支援に関するアセスメン

ト実施状況についてほぼ違いがないことが示唆された。

3. 家族の介護力不足による退院支援の困難感

「退院支援に困難を感じる患者の状況」については、がんと慢性疾患での順位は、1位はいずれも「患者の介護力が不足している」2位「身寄りがいない／キーパーソンがいない」が同じであった。学習サポートニーズとして、およそ8割が「患者が利用できる社会資源」であったことから、高齢者の単身世帯、夫婦のみの世帯の増加といった家族の介護力不足が影響していることが考えられた。

4. 退院支援に困難を感じる疾患や患者の状況に及ぼす疾患の影響

退院支援の困難さに疾患の種類や患者の病状が影響していると答えた看護師は約70%と多いものの、約40%の看護師ががんと慢性疾患における退院支援の困難さは同程度であると答えており、疾患の違いよりも家族の介護力不足といった患者の状況が影響していることが示唆された。一方がんと慢性疾患でどちらかがより退院支援が困難であると答えた看護師は約35%であり、それぞれの疾患に特徴的な状況としてがんでは「症状コントロールや緩和ケアが不十分」、慢性疾患では「患者が治療やケアに協力的でない」ことが影響していることが示唆された。

謝辞

本研究に協力して下さった参加者の皆様に深く感謝致します。なお本研究は平成24年度神戸市看護大学共同研究費（臨床共同研究）の助成を受けて実施したものであり、また第7回日本慢性看護学会学術集会で発表した。

引用参考文献

青木恵美、真鍋典子、豊島弘子他(2008)、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—、第39回成人看護Ⅱ、p424-426。
 荒尾春恵、恒藤暁、大内紗也子他(2014)、第7章身体的ケア、恒藤 暁、内布敦子、系統看護学講座別巻 緩和ケア (p153-155)、東京：医学書院。
 藤村史穂子、上林美保子、蘇武彩加他(2015)、退院

支援・退院調整に関わる医療機関の看護職が感じる困難とその対処、岩手県立大学看護学部紀要 17、p1-12。
 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)、p35-41。
 藤澤まこと(2012)、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1部)—医療機関の看護職者が取り組む退院支援の課題の明確化—、岐阜県立看護大学紀要、12(1)、p57-65。
 林 真子、山田雅子(2013)、がん末期患者の退院支援に関する研究～実践につながる看護師のケア発現の構造～、がん看護、18(3)、389-394。
 平原佐斗司(2011)、在宅医療の技とこころ チャレンジ! 非がん疾患の緩和ケア、東京：南山堂。
 平田明美、服部紀子、青木律子他(2011)、後期高齢期にある心不全患者の入退院の実態と支援体制、横浜看護学雑誌、4(1)、p94-98。
 洞内志湖、丸岡直子、伴真由美他(2009)、病院に勤務する看護師の退院調整活動の実態と課題、石川看護雑誌、vol.6、p59-65。
 加藤麻衣、竹中麻美、森智美他(2012)、がん患者の退院調整の実態と退院調整に対する看護師の意識調査、富山県立中央病院医学雑誌、35(3・4)、p79-82。
 川添恵理子(2011)、わが国における1999~2009年の退院計画に関する文献の概観、日本在宅ケア学会誌、14(2)、p18-25。
 木場しのぶ(2013)、看護師によるがん患者の退院支援に関する文献検討、看護・保健科学研究会誌、14(1)、p173-180。
 北川恵、岩郷しのぶ、細見明代他(2008)、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)、p82-89。
 工藤愛、藤田優子、小野智恵子、藤田博子他(2009)、退院調整に関わる医療スタッフの認識、第40回地域看護、p184-186。
 森山美知子(2007)、新しい慢性疾患ケアモデル—ディジーズマネジメントとナーシングケアマネージャー—、東京：中央法規。
 長江弘子(2014)、看護実践に活かすエンド・オブ・ライフケア、東京：日本看護協会出版会。
 沖野真澄、谷沙織、百々裕子(2008)、退院調整にお

ける看護師の意識調査、神戸百年記念病院誌、第22号、p61-65.

佐藤孝子、高橋明子、真弓尚也(2006)、一般総合病院における退院調整に関する実態と課題—病棟看護師への意識調査から—、第37回成人看護Ⅱ、p116-118.

鈴木美砂、新井容子(2003)、退院調整に関する病棟看護師の意識と課題、第34回地域看護、p38-39.

高田弥寿子(2015)、心不全患者の質の高いエンド・オブ・ライフケアの実現に向けて、看護管理、25(01)、p34-42.

宇都宮宏子、三輪恭子(2012)、これからの退院支援・退院調整 ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域、東京：日本看護協会出版会、p15-40.