

病棟看護師の退院支援に対する認識の変化

～一病棟に退院後訪問の伝達講習を実施して～

Changes in Ward Nurses' Perceptions of Discharge Support

松土 裕子¹⁾, 穴水 美和¹⁾, 茂手木智美¹⁾, 坂野 雅子¹⁾, 神崎 由紀²⁾

MATSUDO Yuko, ANAMIDU Miwa, MOTEGI Tomomi, SAKANO Masako, KANZAKI Yuki

要 旨

本研究は、病棟看護師が病棟で関わった患者の在宅療養の様子を退院後訪問の伝達講習で知ることによる退院支援に対する認識の変化を明らかにすることを目的とした。病棟看護師を対象として、その病棟に入院していた退院後訪問の実施を受け入れた患者宅へ、患者が利用する訪問看護ステーションの看護師と訪問した内容を写真などの教材を用いて伝達講習を行い、その前後で質問紙調査を実施し、退院支援に対する認識の変化を分析した。結果、病棟看護師が考える退院支援の必要性について、医療的な視点・生活の視点・患者家族のニーズを統合的にアセスメントすることや、多職種が一つのチームで退院支援を行うという認識に変化がみられた。病棟看護師が、患者の在宅での生活を知ることは、自分たちの看護を振り返る機会となり、その後の看護活動に活かされてくると考えられた。

キーワード 退院支援, 認識の変化, 病棟看護師, 退院後訪問, 伝達講習

Key Words : Discharge Support, Changing Perception, Ward Nurses, Post-Discharge Visits, A Transfer Training Session

1. はじめに

日本の高齢化は例をみないスピードで進行しており、医療や介護の需要はさらに増加することが見込まれている¹⁾。病院では、在院日数の短縮化や地域包括ケアシステムの推進による¹⁾、早期退院支援が重要視されている。急性期病院でも、退院支援に関する知識向上のため、クリニカルラダー研修に在宅研修を取り入れ、社会情勢や在宅看護を学ぶ研修を行う²⁾教育が進んでいる。A病院でも、令和3年度から退院支援に関する教育研修が始まっているが、必須研修ではないこともあり、病棟看護師全体の退院支援に関する知識の向上に繋がらないのが現状である。

退院支援において「病棟看護師は患者や家族の身近な存在であり、医療的な視点、生活の視点をあわせもち、患者家族のニーズを統合的にアセスメントする能力が求められている」³⁾といわれている。入院時から意識的に退院支援を行う必要はあるが、在院日数が12日程度と

短い中では、治療に関するケアが優先となり退院支援が遅れてしまう現状がある。A病院があるB県の連携に関する実態調査では、病院看護師が退院後の生活のイメージがつきにくいことや院内の情報の流れや役割分担、スタッフの周知など連携のしくみや組織体制が不十分であること、連携する関係機関や職種間で互いの理解不足があること、退院前カンファレンスが情報交換で終わっている⁴⁾という課題が明らかになっている。さらに、病棟看護師は、地域で生活する患者のイメージがつきにくく⁵⁾、在宅支援に目が向かない現状がある⁶⁾ことも報告されている。A病院においても、これらの報告と同様に、病棟看護師が患者の退院後の生活について時間軸でとらえることができないこと、訪問看護師やケアマネジャーに何を伝える必要があるのかが分からないなどといった他職種との連携に関する課題があった。これらの課題を解決すべく、退院支援の仕組みを構築し取り組んでいるが、A病院看護師の退院支援に関する取り組みや多職種連携などにおける課題は多いと考える。松原ら⁷⁾による、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関する認識の変化を明らかにすることを目的とした調査では、病棟看護師の訪問看護師との同行訪問の経験は、病棟看護師が積極的に退院支援にかかわる態度に変化したことや個別性のある退院指導をすることへ認識が変化したことを報告している。このことから、病棟看護師が実

受理日：2023年1月6日

1) 山梨大学医学部附属病院看護部：University of Yamanashi Hospital, Nursing Department

2) 山梨大学大学院総合研究部：Graduate Faculty of Interdisciplinary Research, University of Yamanashi

際に訪問看護師に同行することができなくても、同じような体験あるいは、在宅療養について目にする機会が作れないだろうか考えた。

そこで、退院支援を行った患者を病棟で主に担当した看護師(以下、担当看護師)と退院調整部門の看護師が退院後訪問を実施し、在宅療養の場で実際に体験したこと(見たことや感じたこと)をその患者が入院していた病棟看護師に伝達講習を行うことで、講習を受けた病棟看護師も在宅療養の場がイメージでき、退院支援への認識が高まるのではないかと考えた。

II. 研究目的

本研究では、病棟看護師が病棟に関わった患者の在宅療養の様子を退院後訪問の伝達講習で知ることによる退院支援に対する認識の変化を明らかにすることを目的とした。

III. 研究方法

1. 用語の定義

- 1) 認識:ある物事について本質・意義を理解すること。また、必要と判断した場合に行動に移せること。
- 2) 退院支援:患者・家族が自分の病気や病態を理解、受け止め、どこで療養するか、どのような生活を送るかを自分で選ぶことができるように関わること。
- 3) 退院調整:患者・家族が選択したことを実現するために、患者・家族の意向をふまえて療養生活を継続していくために必要な環境を整えること。
- 4) 退院前カンファレンス:医療機関と在宅療養を支援する関係者で、入院中の患者に対して、退院後の在宅での療養上必要な説明及び支援の方向性を話し合うこと。
- 5) 退院後訪問:医療ニーズが高い患者に対し、入院中に患者とその家族に行った退院指導によって、退院後に安心して在宅療養が行えているかを確認し、必要時療養指導を行うために、入院医療機関の看護師と訪問看護師が患者の自宅を訪問すること。

2. 対象者

退院後訪問の実施を受け入れた患者が入院していた病棟の看護師で、当該患者の担当看護師を除いた27名。

3. 研究期間

2018年5月7日～2019年7月31日

4. データ収集方法

1) 伝達講習の準備

(1) 伝達講習の協力者

- ①退院後訪問を実施する患者とその家族1組。病棟の担当看護師が、退院支援が必要だと判断し、退院調整部門の看護師が担当して訪問看護の導入を調整した者であり、研究への協力を同意が得られた患者。
- ②訪問看護ステーションの看護師1名。患者が退院後から利用する訪問看護ステーションに勤務し、研究への協力を同意が得られた訪問看護師。
- ③当該患者の担当看護師1名。当該患者を病棟で主に担当しており、研究への協力を同意が得られた看護師。

(2) 退院後訪問の実施

- ①退院調整部門が退院調整を行った患者とその家族の自宅に、患者が入院中の病棟で担当していた看護師と退院調整部門の看護師が訪問看護師とともに退院後訪問を行った。退院後訪問は訪問看護師の訪問日に合わせることで、在宅医や訪問看護が介入し始め、患者とその家族が退院後の生活に慣れてきたと思われる13日目に実施した。
- ②患者とその家族には、実際に入院中に行った退院支援や訪問看護師との連携が効果的なものであったかを確認するために、患者とその家族に退院指導を受けて退院後の生活で感じていること、入院中に教えてもらってよかったこと、または教えてほしかったことを聴取した。
- ③訪問看護師には、退院に向けて病院との連携で感じたことや退院調整で病院に求めることなどを聴取した。
- ④訪問中は、患者の自宅での生活や訪問看護師の関わりを見学し、病院を退院した患者が自宅でどのように生活しているのか、どのような環境で療養しているのかをイメージしやすくするために、患者とその家族から同意を得た上でその様子を写真撮影した。

(3) 伝達講習で使用される資料の作成

退院後訪問で患者とその家族、訪問看護師から聴取した情報と、写真撮影した情報を、以下の内容で整理し、類似する内容は項目を立てて視覚的な資料を作成した(表1)。

- ①患者とその家族の生活状況、②訪問看護師が病院との連携で感じたことや病院に求めること、③患者の生活の様子や在宅での処置方法がわかるような写真

2) 伝達講習の実施

- ①患者が入院していた病棟の看護師27名を対象者としているため、対象者の勤務状況を考慮し、伝達講習は4回実施した。各回の内容は同じとし、対象者は、4回の伝達講習のいずれかで参加できるように調整した。
- ②退院後訪問で収集した情報をもとに作成した資料で、約40分間の伝達講習を行った。伝達講習の講師は、退院調整部門の看護師と病棟の担当看護師とした。

3) 調査の実施

対象者に①伝達講習前、②伝達講習2週間後、③伝達

表1 退院後訪問で収集した情報を伝達講習で使用するスライドにまとめた内容

項目	内容
①患者とその家族の生活状況 (患者・家族から聴取した内容)	<p>《体調について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・普通に順調で、思っていたより困ったことはないこと。 ・病院の生活のようにベッド上で同じ体制ではないから腰痛はないこと。 ・吐気は病気のせいなので、うまく付き合わなければならないと思っていること。 <p>《日中の過ごし方について》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院前のようにはいかないが庭を歩いていること。 ・点滴リュックを背負い、畑に出て枝の手入れをしていること。 ・家にいるほうが気分的にいいと、表情が穏やかに過ごせていること。
②訪問看護師が病院との連携で 感じたことや病院に求めること (訪問看護師から聴取した内容)	<p>《訪問看護で大切にしていること》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人の希望に寄り添っていけるようにすること。 ・本人が穏やかにすごせるように支援すること。 ・家族の介護力を査定して、介護力を引き出すこと。 ・自宅で亡くなりたいたいという人が多いため、在宅医も訪問看護師もその気持ちを大切にしていること。 <p>《退院前に得られて良かった情報》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院前に細かな情報があり本人の人物や家族背景がつかめた。 ・退院前カンファレンスで医師から病状に関する詳細な情報が聞けた。 <p>《退院前に不足している情報》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院前に内服状況の情報が欲しかった。 ・看護サマリーの略語での記載は分かりにくい。 <p>《退院後の生活で病院での指導が活かされていること》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・IVH ポートの管理について一通りの指導がされていたことは大変有効であったこと。 ・もう少し指導をすれば訪問看護の手を借りずとも自分たちでできるくらいになっていること。 <p>《退院支援について病院側に求めること》</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅のイメージがつかないと思うが、在宅をもっと知ってほしい。 ・入院中に訪問看護師を呼んでほしい。
③患者の生活の様子や在宅での 処置方法が分かるような写真	<ul style="list-style-type: none"> ・患者が在宅で過ごされている居室(居間)の様子 ・病院で指導した処置方法を自宅で行っている様子 ・訪問看護師が患者に関わっている様子 ・患者や家族の表情(笑顔)

退院後訪問で得た情報(インタビューと観察)を整理して作成

講習2か月後の3回、退院支援に関する同様の自記式質問紙調査を実施した。

調査内容は、①基本属性：年齢、性別、看護師としての経験年数、訪問看護師としての実務経験年数、介護の経験の有無、在宅看護に関する研修会の参加経験を記載してもらった。②退院支援に関する項目：Ⅰ. 患者・家族からの情報収集時に実践していること8項目、Ⅱ. 退院支援についてどのように考えているか5項目、Ⅲ. 患者・家族への意思決定支援時に実践していること8項目、Ⅳ. 社会資源の知識と活用状況5項目、Ⅴ. 院内外のも職種連携による療養指導で実践していること15項目、Ⅵ. 退院後の患者の支援について考えていること5項目、全46項目を「まったく思わない」0点、「思わない」1点、「そう思う」2点、「大変そう思う」3点までの4件法で実施した。この質問項目は、退院支援実践自己評価尺度³⁾を参考として作成した。

4) 調査用紙の回収方法

対象者には、研究への参加は自由意思であることを書面と口頭で説明を行い、初回に3回分の調査用紙を配付

した。調査用紙の回収期間はそれぞれ2週間とし、伝達講習前の1回目の調査は初回説明時に回収期間を連絡した。伝達講習2週間後の2回目にあたる調査は、伝達講習実施後に回収期間を連絡した。伝達講習2か月後の3回目にあたる調査は、それぞれの伝達講習から2か月後に回収期間を連絡した。調査用紙の回収には回収箱を設置し、回収を持って研究への同意が得られたと判断した。

5. 分析方法

対象者の属性は、記述統計量を算出した。病棟看護師の認識の変化は、①伝達講習前と伝達講習2週間後、②伝達講習前と伝達講習2か月後について、項目の平均点を算出し、平均値の変化を確認した。

6. 倫理的配慮

本研究は、山梨大学医学部倫理委員会の承認(承認番号1743)を受けて実施した。研究協力者である患者とその家族のプライベートの場を資料として提供いただくため、患者、家族、訪問看護ステーション看護師に対して、

研究目的や協力内容, プライバシーへの配慮について, 書面及び口頭で説明し同意を得た。

IV. 結果

対象者 27 名への調査のうち, 伝達講習前, 伝達講習 2 週間後, 伝達講習 2 か月後の 3 回分のいずれかの回の回収が得られなかった, または回答に未記入のあった 5 名を除く 22 名(有効回答率 81.5%)の回答を分析した。

1. 対象者の属性(表 2)

年齢は 22 ~ 54 歳で, 平均年齢は 28.7 ± 9.2 歳であり, 看護師経験年数は 0 ~ 31 年で, 平均値は 7.1 ± 9.0 年であった。訪問看護の経験者は 0 名 (0%), 介護の経験者は 2 名 (9.1%), 在宅看護に関する研修会の参加経験ありは 2 名 (9.1%) だった。

表 2 対象者の概要

(N = 22)	
項目	平均 ± 標準偏差(範囲) or n(%)
年齢	28.7 ± 9.2 歳 (22 ~ 54 歳)
性別	
男性	2(9.1%)
女性	20(90.9%)
看護師経験年数	7.1 ± 9.0 年 (0 ~ 31 年)
介護の経験	
あり	2(9.1%)
なし	20(90.9%)
訪問看護の経験	
あり	0(0%)
なし	22(100%)
在宅看護に関する研修会参加の経験	
あり	2(9.1%)
なし	20(90.9%)

2. 病棟看護師の退院支援に対する認識(表 3)

退院支援に関する質問 46 項目中, 平均値が「そう思う」2 点以上のものは, 伝達講習前が 19 項目, 伝達講習 2 週間後は 24 項目, 伝達講習 2 か月後は 36 項目だった。

1) 伝達講習前の退院支援に対する認識

伝達講習前の病棟看護師の退院支援に対する認識で, 「そう思う」「大変そう思う」と回答し, 平均値が 2 点以上であった項目は, I. 患者・家族からの情報収集時に実践していることについて 6 項目, II. 退院支援についてどのように考えているか 4 項目, III. 患者・家族への意思決定支援時に実践していること 4 項目, VI. 退院後の患者の支援について考えていること 4 項目であった。また, IV. 社会資源の知識と活用状況では 0 項目, V. 院内外が多職種連携による療養指導で実践していること 1 項目であった。

2) 伝達講習後の退院支援に対する認識の変化

伝達講習 2 週間後の病棟看護師の退院支援に対する認識で, 伝達講習前に比べて平均値 2 点以上が増えた項目は, I. 患者・家族からの情報収集時に実践していることについての 1 項目と, III. 患者・家族への意思決定支援時に実践していることの 1 項目, V. 院内外が多職種連携による療養指導で実践していることの 5 項目, VI. 退院後の患者の支援についての 1 項目であった。

伝達講習 2 か月後ではさらに, III. 患者・家族への意思決定支援時に実践していることの 3 項目, V. 院内外が多職種連携による療養指導で実践していることの 7 項目で平均値 2 点以上が増えた。

一方で, 伝達講習 2 週間後に平均値 2 点未満に下がったのは, III. 患者・家族への意思決定支援時に実践していることの 3 項目であったが, 2 か月後に平均値 2 点以上に上がった。

V. 考察

本研究の結果から, I. 患者・家族からの情報収集時に実践していることについて, II. 退院支援についてどのように考えているか, VI. 退院後の患者の支援については, 伝達講習前から対象者の意識は高いことがわかった。その中でも, I-3) 患者の ADL, 認知レベル, 住環境, 社会背景等を確認している, I-4) 患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集している, I-5) 家族構成と関係性, キーパーソンについて情報収集している, I-7) 退院支援が必要とされたら, 早期に退院調整部門に連絡をしている, II-1) 退院支援は入院時から始まっていると思う, II-3) 日頃から退院を意識して患者・家族に関わっている, VI-2) 外来の再来日に, 退院した患者に会いに行きたいと思うについては, 伝達講習 2 週間後と伝達講習 2 か月後にはさらに認識が高まっていた。III-2) 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, どのように支えたいと思っているか把握している, III-4) 患者の入院前後の ADL や病状の変化を, 家族に伝えている, III-5) 患者の ADL から今後の生活で起こりうる問題点を予測しているについて, 伝達講習 2 週間後に平均値が 2 点未満に下がった原因は, 伝達講習前は実践できていると感じていたが, 伝達講習を受け実践できていないと実感したことが予測され, 伝達講習 2 か月後には実践できていたことから平均値が上がったと考える。また, III-3) 患者・家族の理解度に合わせ, 医師からの病状説明の場を設定している, III-7) 患者・家族の思いを医師と共有しているは, 伝達講習後に意識が高まっていた。退院支援には, 入院早期から情報収集を行い, 病状や背景を考慮しながら多職種で意思決定支援を行うことが必要であると, 伝達講習を通してイメージすることができ, 行動に移せるようになったと考える。

表3 病棟看護師の退院支援に対する認識

(N = 22)

項目	実施前	2週間後	2か月後
	Mean	Mean	Mean
I. 患者・家族からの情報収集時に実践していることについて			
1) スクリーニングシートの項目はわかりやすい	2.05	2.00	2.18
2) スクリーニングシートは、入院時毎回忘れずにチェックしている	2.73	2.59	1.32
3) 患者 ADL, 認知レベル, 住環境, 社会背景等を確認している	2.18	2.27	2.55
4) 患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集している	2.05	2.27	2.59
5) 家族構成と関係性, キーパーソンについて情報収集している	2.18	2.45	2.50
6) 入院時スクリーニング後, 退院支援の有無について病棟(チーム)内でカンファレンスを行っている	1.73	2.00	2.14
7) 退院支援が必要とされたら, 早期に退院調整部門に連絡をしている	2.14	2.18	2.45
8) 入院時「支援必要なし」と判断されても, その後再スクリーニングを行っている	1.45	1.82	1.95
II. 退院支援についてどのように考えているか			
1) 退院支援は入院時から始まっていると思う	2.41	2.55	2.86
2) 退院支援は退院が決まったら行うものだと思う	0.55	0.86	1.32
3) 日頃から退院を意識して患者・家族に関わっている	2.14	2.27	2.59
4) 退院支援についてチームカンファレンスで共有している	2.18	2.18	2.32
5) 退院支援は病棟看護師が積極的に行うものだと思う	2.27	2.18	2.45
III. 患者・家族への意思決定支援時に実践していること			
1) 患者が退院に向けてどのような思いを抱き, どのように過ごしたいと思っているか把握している	2.14	2.05	2.36
2) 患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, どのように支えたいと思っているか把握している	2.05	1.91	2.36
3) 患者・家族の理解度に合わせ, 医師からの病状説明の場を設定している	1.64	1.68	2.09
4) 患者の入院前後の ADL や病状の変化を, 家族に伝えている	2.00	1.95	2.18
5) 患者の ADL から今後の生活で起こりうる問題点を予測している	2.00	1.98	2.09
6) 病状に伴い, 今後起こりうる生活上の変化について患者・家族に伝えている	1.64	1.59	2.09
7) 患者・家族の思いを医師と共有している	1.64	1.59	2.09
8) 患者・家族・医療者間で方向性の意向にズレが生じていないか確認している	1.86	2.00	2.18
IV. 社会資源の知識と活用状況			
1) 介護保険制度で使えるサービスの内容を知っている	1.32	1.36	1.68
2) 介護保険の利用が必要かアセスメントできている	1.45	1.68	1.86
3) 訪問看護を利用できる制度を知っている	1.36	1.68	1.95
4) 訪問看護師の仕事内容を知っている	1.45	1.73	1.91
5) 訪問看護の利用が必要かアセスメントできている	1.45	1.76	1.91
V. 院内外の多職種連携による療養指導で実践していること			
1) 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している	1.86	2.00	2.18
2) 医療処置は病棟の方法を家族に指導している	1.86	2.05	2.14
3) 医療処置は家庭で実践できるやり方を指導している	2.09	2.14	2.14
4) 医療処置は金銭的・手技的に負担のかからない方法を指導している	1.86	1.91	2.05
5) 医療処置は自宅での生活リズムを考慮して指導している	1.95	2.09	2.05
6) 内服や点滴の管理方法について, 医師や薬剤師と連携して患者家族が対応可能となるよう簡素化している	1.64	1.95	2.05
7) 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て患者・家族に指導している	1.59	1.77	2.09
8) 言語聴覚士と連携して嚥下方法について患者・家族に指導している	1.41	1.64	1.82
9) 栄養士や NST に在宅での食事方法や栄養について相談している	1.45	1.55	1.82
10) ケアマネジャーや訪問看護師と連絡を取り, 情報を伝えたいと思っている	1.86	2.05	2.23
11) 在宅支援者との退院前カンファレンスの必要性を病棟内で話し合っている	1.64	1.77	2.00
12) 退院調整部門の看護師と連携が取れている	1.95	2.00	2.27
13) 多職種(医師・リハビリ・緩和ケア・薬剤師・外来看護師・MSW)と連携が取れている	1.73	1.86	2.05
14) 外来継続の申し送りの必要性をアセスメントできている	1.91	1.95	2.18
15) 外来継続の患者について外来看護師に積極的に申し送っている	1.95	1.95	2.14
VI. 退院後の患者支援について			
1) 退院前カンファレンスで患者の状態や患者・家族の思いを積極的に伝えたいと思う	2.23	2.18	2.45
2) 外来の再来日に, 退院した患者に会いに行きたいと思う	2.14	2.18	2.36
3) 退院後の患者の在宅生活を知らりたいと思う	2.27	2.23	2.55
4) 訪問看護師の役割を知りたいと思う	2.27	2.27	2.50
5) 退院前訪問, または退院後訪問ができればよいと思う	1.91	2.18	2.45

Mean: 平均値 尺度点: まったく思わない = 0 点, 思わない = 1 点, そう思う = 2 点, 大変そう思う = 3 点

また、V. 院内外が多職種連携による療養指導で実践していることでは、伝達講習前は平均値 2 点以上が 15 項目中 1 項目であったところ、伝達講習後には 13 項目に増加していた。このことから、医療的な視点・生活の視点・患者家族のニーズを統合的にアセスメントすることや、多職種が一つのチームで退院支援を行うという認識が高まったことがわかる。

本研究では、対象者が直接在宅を訪問していないが、伝達講習において患者が退院した後の自宅での生活の様子や表情・言動、訪問看護が関わる様子を写真で知ること、対象者の退院支援の認識に変化をもたらした。松原ら⁷⁾は、同行訪問前は、退院の方向性を決定する支援が看護師の役割と認識し、その後は MSW が中心に支援をする認識があった。しかし同行訪問後は、MSW につなげることに加え、病棟看護師が在宅生活の知識を持ち、早期から患者や家族と積極的に支援する必要性を認識していたと述べており、本研究においても伝達講習後は日々の関わりが退院を意識したものになり、患者・家族の思いに目を向け多職種で協働して退院支援を行うことへの意識が高まったと考える。また、対象者は伝達講習の前後に関わらず、患者の退院後の様子や生活・訪問看護の役割を知りたいと考えており、退院後の患者へ関心が高いことが表れている。岡本ら⁸⁾によると、退院後の患者の状況報告を受けることで在宅での生活を知ることができ、看護師自身の価値観で考えるのではなく患者・家族の意思を元に進めることへ視点が変化すること、具体的な目標や方法が認識されるようになると報告されている。患者の退院後の生活に関心がある病棟看護師が、在宅での生活を知ることが、自分たちの看護を振り返る機会となり、その後の看護活動に活かされてくものと考えている。したがって、病棟看護師へのフィードバックは退院支援の認識を高めることに効果をもたらすことがわかった。

VI. 本研究の限界と今後への課題

本研究は、特定の病棟で 27 名を対象に行った試みであるため、限られた対象者であり、データ数が十分ではないといえる。今後は、対象病棟を増やすなどしてデータ数を増やし分析を積み重ねていく必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいた、患者・家族の方々、訪問看護ステーションの看護師、病棟看護師の皆様に感謝申し上げます。なお、本研究は、平成 30 年度山梨大学看護学会研究助成金を受けて実施した。

利益相反

本研究に関する利益相反事項はない。

引用文献

- 1) 厚生労働省 (2022) 地域包括ケアシステム. https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/ (検索日: 2023 年 1 月 11 日)
- 2) 高村千香子, 下島美千代, 他 (2018) 中堅看護師を対象とした退院調整看護研修後の理解と今後の課題. 日本看護学会論文集. 看護教育, 48: 130-133.
- 3) 宇都宮宏子 (2015) 退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる. 学研メディカル秀潤社, 東京都, 36-37.
- 4) 公益社団法人山梨県看護協会 (2015) 一人ひとりの看護職が行う退院支援マネジメントガイドライン 山梨版. 退院支援マネジメントガイドライン検討会議 公益社団法人山梨県看護協会, 山梨県, 5.
- 5) 樋口キエ子, 原田静香, 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.
- 6) 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): 1298-1305.
- 7) 松原みゆき, 森山薫 (2015) 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関する認識の変化. 日本赤十字広島看護大学紀要, 15: 11-19.
- 8) 岡本双美子, 大橋奈美, 他 (2015) 病棟看護師の退院支援に関する認識の変化 - 訪問看護師から患者の退院後の状況報告を受けて - . 日本在宅看護学会誌, 4(1): 176-183.