

PFM システムを持つ特定機能病院での 看護師の退院支援意識と関連要因の分析

岡部明子^{*1}・柳原清子^{*1}・堤千加子^{*2}・鈴木朋美^{*2}・勝間典子^{*2}・
畠山真由美^{*2}・西野隆一^{*2}・大串渉^{*2}・土本倫子^{*2}・高澤智桂子^{*2}

Awareness of Discharge Support among Nurses working at an Advanced Treatment Hospital that employs a PFM system, and Analysis of Related Factors

Meiko OKABE ^{*1}, Kiyoko YANAGIHARA ^{*1}, Chikako TUTUMI ^{*2}, Tomomi SUZUKI ^{*2},
Noriko KATUMA ^{*2}, Mayumi HATAKEYAMA ^{*2}, Ryuichi NISHINO ^{*2}, Wataru OOGUSHI ^{*2},
Michiko TUCHIMOTO ^{*2}, Chikako TAKAZAWA ^{*2}

〈抄録〉

本研究の目的は、「PFM (Patient Flow Management)」システムを持つ特定機能病院の病棟看護師の退院支援意識と関連要因を明らかにすることである。方法は PFM システムを導入して10年を経過した首都圏の A 病院（特定機能病院）の病棟看護師405名（回収率52.4%）を対象に、自記式質問紙調査を実施した。その結果、退院支援のうち、〈情報収集〉と〈指導説明〉の実施頻度が高い一方で〈連携〉と〈記録〉が低く、〈調整〉の「患者・家族・医療者間調整」に経験年数と退院支援研修受講経験が関連しており、病棟群の中では「急性重症病棟」看護師の退院実施頻度が全体的に低かった。一方、看護師の退院支援の困難感には、経験年数と研修受講経験が影響を及ぼしている可能性が明らかとなった。今後の PFM システム下の退院支援の課題として、効果的な情報活用システムの再構築と、経験年数に応じた研修の工夫が示唆された。

Key words：退院支援意識、PFM、特定機能病院、病棟看護師

I. 研究課題の背景

近年わが国では、医療費高騰からの医療保険システム崩壊の危機が叫ばれる中、医療制度改革として、入院期間の短縮化と在宅医療へのシフトがはかられてきた。その流れは、1983年の訪問看護の診療報酬点数化を契機に自宅退院を促進するために従来の退院支援体制からの転換が図られ、さらに、2008年の診療報酬改定で退院調整加算の要件に退院調整部門設置と看護職配置が示され、医療依存度の高い患者に対する退院支援を行う際の、医療的側面からのニーズアセスメントの重要性が制度に反映されることとなった。こうして退院調整看護師配置の診療報酬上の評価により、看護師が専任配置により個別

支援を担う体制を整える病院が増え、公的に認知されてきたのである。2009年医療施設調査によると、退院調整支援担当者の配置状況は病床規模が大きいほどその割合は増加し、地域医療支援病院の70%弱、特定機能病院の60%弱が担当者を配置している（田代ほか、2009）。

わが国の「退院支援」に関する研究を概観すると、報酬化以前は病院からの訪問看護に付随して実践されていた移行期支援の効果の検討（内田・岡部、1992）、専任配置の退院調整看護師の役割と能力に関する研究（柳澤、2007：宇都宮、2010）が行われた。また、退院計画のプロセス評価尺度開発（千葉、2005）も試みられ、一部の看護職が担うというよりも病院全体の退院計画プログラム明確化の重要性が明らかにされた。そして、退院困難者を予測する入院時スクリーニング票の開発、退院支援

* 1 東海大学健康科学部看護学科（Department of Nursing, School of Health Sciences, Tokai University）

* 2 東海大学医学部附属病院（Tokai University Hospital）

部署の設置の効果（川添、2011）が報告され、宇都宮（2009）により退院支援過程が3段階に整理され、病棟看護師の役割が明確化された。さらに退院支援の研修システムの検討がなされ、その成果と課題が報告されている（山田ほか、2010：三輪、2012a：三輪、2012b）。また、病棟の看護介入の質が退院支援の質に与える影響（松永・永田、2004：長谷川ほか、2011）が指摘されており、病棟看護師への教育を含め病院全体でのシステム整備（川添、2011）を通して、退院支援システム化を目指す必要性が明らかになってきている。以上のことから、病院全体でシステム化された退院支援を行うためには、病棟看護職の退院支援力量の向上と看護職間のスムーズな連携が課題であると考えられる。

さて本研究の調査対象である A 大学医学部付属病院（以下、A 大学病院）—特定機能病院、804床、病床稼働率98.9%、平均在院日数11.2日（2012年度実績）では、わが国初の入退院一貫支援システムとして「PFM（Patient Flow Management）」と名付けられたシステムが2003年から開始となっている。これは、入院予約患者に入退院センター専従看護師がインタビューを行い、情報収集（看護1号紙と入退院1次アセスメントシートの記入）とオリエンテーションを行い、情報は電子カルテで病棟に引き継がれ、退院時は入退院センターの専従看護師が退院調整を担う、という看護の専門分化・合理化により効率的な退院支援をめざしたシステムである。さらに2012年4月の診療報酬の改訂により退院支援計画書の運用が変更され、病棟看護による継続的な退院支援の実践をめざしているところである。しかし、この PFM システムは、入院時スクリーニング担当、病棟における退院支援、入退院センター退院調整担当と機能別に担当が分かれている。病棟では平均在院日数の短縮により医療処置に追われる中で、「その場限りのケア」に奔走する状況が懸念されており、また、たとえ「退院支援」介入の必要性に気づいたとしても、多忙ゆえに生活のことにはほとんど関われないという問題が指摘されている。また、患者・家族と医療者間での軋轢（コンフリクト）に関する先行研究（柳原、2009：柳原、2011：柳原・渡辺、2012）において、退院をめぐる、患者・家族の‘追い出され感’、早期のスクリーニングや退院への意思決定支援、関係職種役割調整という、退院支援スキルの向上の必要性が強く示唆されている。

実際、特定機能病院は、医療機関の機能が分業され、また在院日数短縮化が顕著であることから、病棟看護師から「退院支援にかかわる時間的余裕がない」との声が聞かれる。したがって入院から退院までのプロセスに関

わる看護師間の連携は、継ぎ目のない連続性と短期間で質の高い支援へと統合する効率性が求められる。しかしながら、そのようなシステムの構築方略に関する研究はあまり見当たらない。システム化成功の鍵を握るのは病棟看護師への院内教育であると宇都宮（2011）は指摘しているが、退院支援に係る診療報酬上の加算の拡充が先行し、形式的な文書のやり取りになってしまう危惧が出てきている。この退院支援システムを改善し社会の要請に応え得るシステムへと進化させていくためには、退院支援に関する看護師の意識と行動の実態の把握を行い、どのような要因が関連しているのかを明らかにする必要があると考えた。

II. 目的

PFM システムを実施している特定機能病院の病棟看護師の退院支援に関する認識とその関連要因を明らかにする。

III. 研究方法

1. 調査対象

A 大学病院の病棟に勤務する看護師773名へ調査を依頼した。

2. 調査方法

事前に看護部長へ研究の目的、方法について文書と口頭にて説明を行い、承諾を得た。各病棟責任者へ研究目的と研究依頼文および自作の自記式質問紙の看護師への配布を依頼し、返信用封筒に封入の上、各部署に設置した回収箱により回収した。調査は2013年1月に実施した。

3. 調査内容

（1）看護師の基本的属性

基本的属性として、年齢、性別、看護師経験年数、職場、退院支援研修受講経験の有無を調査した。

（2）PFM システムの活用状況

A 大学病院で運用されている PFM システムの活用状況を把握するために、PFM の専任看護師がアナムネ聴取後に作成している「入退院1次アセスメントシート」の活用状況とアナムネ聴取後の電子カルテ上への情報整理に用いられている NANDA 看護診断の13領域（以下、看護13領域）項目への注目度（上位3項目の選択）に関する質問項目を加えた。

（3）退院支援の実施頻度に関する認識

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を調査した坂井ほか（2011）の研究を参考に、退院支援プロセスの実施頻度を測定する6カテゴリ23項目から構成される質問紙を作成した。各質問は、実施頻度を「全く行っていない：1」、「ほとんど行っていない：2」、「あまり行っていない：3」、「時々行っている：4」、「たびたび行っている：5」、「いつも行っている：6」の6段階で評価するリッカート尺度（各項目とも1点から6点）とした。

（4）退院支援に関する困難感と思い

看護師が抱く退院支援に関する困難感を把握するため、先行研究を参考に、退院支援実施状況に関連すると予測される、特定機能病院ならではの病棟看護師の困惑や疑問などのジレンマの程度を測定する4カテゴリ10項目からなる自作の質問紙を作成した。評価指標は、「全然そう思わない：1」、「ほとんどそう思わない：2」、「あまりそう思わない：3」、「少しそう思う：4」、「かなりそう思う：5」、「非常にそう思う：6」の6段階で評価するリッカート尺度（各項目とも1点から6点）とした。

また退院支援に関する思いを自由記載の形で尋ねた。

4. 分析方法

基本的属性とPFMの活用状況に関する項目については記述統計を行い、退院支援実施頻度、退院支援に関する困難感の項目については、6件法のデータの平均得点と標準偏差を算出した。また退院支援実施頻度の6カテゴリそれぞれの平均得点と退院支援に関する困難感の4カテゴリそれぞれの平均得点との関連を確認するために、経験年数を「1－3年」「4－6年」「7－10年」「11年以上」の4群に分類し、所属病棟は必要なケアの特性により5つの病棟群に分類した。病棟群は、脳神経内科外科・循環器内科外科・総合内科を合わせて「慢性疾患障害病棟」、救命救急センターと集中治療室を合わせて「救急重症病棟」、呼吸器内科外科・消化器内科外科・婦人科・血液腫瘍内科・耳鼻科・形成外科・眼科・皮膚科を合わせて「がん・医療依存病棟」、小児科と産科を合わせて「小児母性系病棟」、腎センター・整形外科・短期入院病棟・特別病棟を合わせて「短期、特別病棟」とした。退院支援の思いと実施頻度を経験年数や病棟群でKruskal Wallisの検定を行い、その後、多重比較（Bonferoni法）により項目間関連を検討した。退院支援研修受講経験の有無との関連については、Mann-WhitneyのU検定を行った。統計分析には統計ソフトSPSS Ver.21.0 for Windowsを用い、有意水準は5%未満とした。退院支援に関する思いの自由記載回答内容は

類似する意味により質的に分析し、サブカテゴリー、カテゴリーを抽出した。

5. 倫理的配慮

対象者に対して、研究の目的、調査方法、結果の開示方法、研究協力の自由意思の尊重、データは統計的に処理（回答の入力は第3者に委託）しプライバシーを保護すること、研究目的以外に使用しないこと、データ管理を厳密に行い研究終了後は破棄すること、質問紙の回答は無記名であることの文書を提示し、返信をもって研究協力への同意とみなした。個人のプライバシーが保持できるように封筒に入れて回収箱への投函を依頼した。なお本研究はA大学病院臨床研究審査委員会での承諾を得て実施した。

IV. 結果

質問紙は773名の看護師に配布し、405名から回答を得た（回収率52.4%）。

1. 研究対象者の概要（表1）

対象者405名（女性338名、男性46名、無回答21名）の平均年齢29.4（SD ±6.3）歳、平均看護師経験年数7.6（SD ±5.9）年であった。病棟群は「慢性疾患障害病棟」

表1 研究対象者の概要

項目	人数	%	平均(標準偏差)
性別			
女性	338	83.5	
男性	46	11.4	
無回答	21	5.2	
年齢			29.4(±6.3)
20歳代	242	59.8	
30歳代	121	29.9	
40歳以上	28	6.9	
無回答	14	3.5	
看護師経験年数			7.4(±5.9)
1-3年	112	27.7	
4-6年	103	25.4	
7-10年	92	22.7	
11年以上	85	21.0	
無回答	13	3.2	
勤務病棟種類			
慢性疾患障害病棟	93	23.0	
救急重症病棟	76	18.8	
がん・医療依存病棟	100	24.7	
小児母性系病棟	58	14.3	
短期入院・特別病棟	58	14.3	
無回答	20	4.9	
退院支援研修受講経験			
あり	70	17.3	
なし	328	81.0	
無回答	7	1.7	

n=405

93名 (23.0%)、「救急重症病棟」78名 (18.8%)、「がん・医療依存病棟」100名 (24.7%)、「小児母性系病棟」58名 (14.3%)、「短期入院、特別病棟」58名 (14.3%)であった。退院支援研修受講経験は、「あり」70名 (17.3%)、「なし」328名 (81.0%)であった。

2. PFM システム活用状況 (表2、表3)

退院支援の必要な患者を把握するために入退院センターにて看護師が情報収集により作成している「入退院1次アセスメントシート」の活用について6件法で尋ねた結果、平均得点は3.76 (SD ±1.58)、その度数分布は表2に示すように、「行っていない」3項目の累積%が44.7%と5割弱を占めていた。また、アナムネ聴取の「看護13領域」項目のうち注目する上位3つを選ぶように求めたところ、表3に示すように「ヘルスプロモーション」と「活動/休息」のみ5割を超えたが、その他

表2 1次アセスメントシートの活用 (6件法)

項目	人数	%	累積%
全く行っていない	41	10.2	10.2
ほとんど行っていない	54	13.4	23.6
あまり行っていない	85	21.1	44.7
時々行っている	74	18.4	63
度々行っている	79	19.6	82.6
いつも行っている	70	17.4	100

n=403

の項目は割合が低く、項目間で偏りが見られた。

3. 退院支援の実施頻度に関する認識 (表4) と退院支援に関する困難感 (表5)、思い (自由記述内容: 表6)

退院支援の実施頻度を6件法で尋ねた23項目の平均得点は「家族構成と関係性、キーパーソンの有無を情報収集する」が5.4 (SD ±0.8) と最も高く、最も低い「退院調整についての病棟間の連携ができていない」4.0 (SD ±1.4) の間に分布していた。そのうち「継続する医療処置を退院後の療養生活用にアレンジして指導する」が4.1、「継

表3 アナムネ「看護13領域」の注目項目 *

項目	人数	%
ヘルスプロモーション	356	87.9
活動/休息	223	55.1
役割関係	140	34.6
知覚/認知	98	24.2
栄養	70	17.3
安全/防御	56	13.8
自己知覚	42	10.4
安楽	31	7.7
排泄	26	6.4
コーピング/ストレス耐性	24	5.9
セクシュアリティ	10	2.5
生活原理	6	1.5
成長/発達	5	1.2

n=405

*「注目する上位3項目」の条件

表4 退院支援の実施頻度に関する認識 (6件法)

カテゴリー	平均値	標準偏差	調査項目	平均値	標準偏差
基礎情報の収集(4項目)	4.7	±0.8	家族構成と関係性、キーパーソンの有無を情報収集する	5.4	±0.8
			住環境について情報収集する	4.4	±1.2
			経済状況について情報収集する	4.5	±1.2
対象の理解 受け止め意向の把握・確認(5項目)	4.7	±0.8	患者・家族を取り巻く社会資源を情報収集する	4.5	±1.1
			患者の病状理解・受け止めについて把握する	5.0	±1.0
			家族の病状理解・受け止めについて把握する	5.0	±1.0
			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	4.6	±1.1
			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	4.6	±1.0
生活指導と工夫(5項目)	4.3	±1.2	退院後の療養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を確認する	4.4	±1.3
			患者の生活に合わせた食事指導をする	4.2	±1.3
			患者の生活に合わせた排泄指導をする	4.3	±1.3
			患者の生活に合わせた保清指導をする	4.3	±1.3
			患者の生活に合わせた服薬指導をする	4.5	±1.3
医療者間での話し合いと連携(4項目)	4.3	±0.9	継続する医療処置を退院後の療養生活用にアレンジして指導する	4.1	±1.3
			医師と患者の予後・治療方針を話し合う	4.4	±1.2
			継続する医療処置を退院後の療養生活用にアレンジするために医療者間で相談・調整する	4.2	±1.2
			退院支援に関わる患者・家族の情報をスタッフ間で共有している	4.7	±1.2
			退院調整について病棟間の連携ができていない	4.0	±1.4
患者・家族・医療者間での調整(3項目)	4.6	±0.9	患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明を調整する	4.8	±1.0
			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する	4.6	±1.1
			患者・家族・医療者間で退院後の療養生活に向けたゴールの共有をする	4.5	±1.1
記録(2項目)	4.1	±0.9	退院支援計画書に支援の概要を記載する	4.0	±1.7
			退院支援の経過を看護記録に記載する	4.1	±1.5

統する医療処置を退院後の療養生活用にアレンジするために医療者間で相談・調整する」が4.2であり、退院後の生活を見越した医療処置のアレンジに関する支援実施の認識は比較的低い結果であった。また「退院支援計画書に支援の概要を記載する」4.0、「退院支援の経過を看

護記録に記載する」4.1であり、記録に関する項目も低い結果であった。一方、退院支援に関する困難感を尋ねた10項目の平均得点は「近年の入職看護師の「アナムネを聴取する力」は落ちていると思う」が3.8(SD±1.1)と最も高く、「退院の話をするときは患者を病院から追い

表5 退院支援に関する困難感（6件法）

カテゴリー	平均値	標準偏差	調査項目	平均値	標準偏差
退院支援業務への疑問(2項目)	3.1	±0.9	退院支援は看護師が行うべき役割業務なのか疑問に思う	2.6	±1.2
			急性期治療が中心である時期は患者の退院後の生活のことまで考えられない	3.6	±1.3
対象への心情的ジレンマ(3項目)	3.0	±0.8	退院の話をするときは患者を病院から追い出すようで後ろめたい	2.4	±1.2
			退院の勧めは患者のためというより病院の都合(在院日数短縮)であると思う	3.3	±1.2
			退院に消極的な患者・家族は社会的な責任(ルール)を果たしていないと思う	3.2	±1.1
実践上でのジレンマ(2項目)	3.4	±0.9	近年の入職看護師の「アナムネを聴取する力」は落ちていると思う	3.8	±1.1
			PFM、病棟、退院調整という業務分担は「ケアの細切れ」を招いている気がする	3.0	±1.1
支援スキルのジレンマ(3項目)	3.4	±0.9	退院に関して医師等の他職種と相談をするのが難しいと感じる	3.6	±1.2
			退院に関して誰に相談すべきか(ソーシャルワーカーの仕事が)よくわからない	3.1	±1.3
			在宅生活で気になる部分に気づくがアドバイスするタイミングを逃してしまう	3.4	±1.0

表6 退院支援に関する思い（自由記載）カテゴリー

カテゴリー	サブカテゴリー
退院支援の知識不足による、研修受講の希望	入院日数短縮化の中で退院支援ができていないか不安
	退院支援の方法が具体的にわからない
	社会資源の理解が不十分で退院支援に活用できない
	意思決定支援やコミュニケーションのスキルの学習を希望
	退院支援に関する役割が明確化されていない
	スタッフナースを対象とした退院支援に関する研修を希望
退院支援書類の活用法と支援システムの改善が必要	退院支援ナースへの研修体制構築を希望
	退院支援の書類はわかりにくく、支援に活用されていない
	退院支援の書類は診療報酬請求以外の必要性がわからない
	書類が退院支援に活用できるような改善とマニュアル化が必要
	退院支援専門スタッフの育成と各病棟への配置が必要
退院支援を看護業務とする困難さやジレンマ	入院から退院までの流れを一貫して管理する部署が必要
	緊急入院患者の退院支援はシステム化が必要
	看護師業務の多忙さによる退院支援を時間内に行う困難さ
	患者家族側の思いと病院のベッド回転促進との間の葛藤
他部門・他職種との連携、多職種チームの必要性	退院支援のうちの外部との調整は看護師業務の範疇外
	PFMと病棟のより密な連携が必要
	在宅支援ナースとの連携方法の明確化が必要
	退院支援が看護師だけでなく多職種チームの連携・協力が必要
	多職種との連携のタイミングをとらえる困難さと迷い
	医師の認識が低いため啓発が必要
	入院時からの医師との方針の話し合い、介入への参加の希望
	他病棟との協力が必要
	退院支援係からの情報提供の活用が必要
	MSWとの情報の共有が必要
家族の理解を得る困難さ	地域の関係機関・住民の理解と受け入れ強化の取り組みが必要
	家族介護が困難な現状
	急性期病院における入院時に患者家族から退院支援システムの理解を得る困難さ
退院支援への前向きな思いと自覚	家族の理解を得て退院支援をする困難さと、そのための基盤づくりの必要性
	退院支援は重要でやりがいのあるもの
	入院時に退院目標を決め早めにアプローチすることが、早期退院につながる
	患者家族の生活スタイルに合わせた支援が重要
	退院支援を意識して取り組んでいる
	患者家族が安心して退院できるようにチームで支援を行えるようになりたい

表7 退院支援の実施頻度、退院支援に関する困難感と経験年数・研修受講経験・病棟群との関連

実施頻度／困難感	看護師経験年数					病棟群					研修受講経験			
	平均得点				検定 結果a	平均得点				検定 結果b	平均得点		検定 結果c	
	1-3年	4-6年	7-10 年	11年-		慢性 障害	急性 重症	がん医 療	小児 母性		その他	有		無
基礎情報の収集(4項目)	4.6	4.6	4.7	4.8		4.7	4.7	4.5	5.0	4.6	**	4.6	4.9	**
対象の理解受け止め意向の 把握・確認(5項目)	4.7	4.7	4.7	4.8		4.8	4.2	4.6	4.9	4.8	**	4.7	5.0	*
生活指導と工夫(5項目)	4.2	4.4	4.2	4.3		4.4	3.1	4.6	4.8	4.4	**	4.3	4.4	
医療者間での話し合いと連 携(4項目)	4.2	4.3	4.5	4.4		4.4	3.5	4.5	4.7	4.5	**	4.3	4.6	**
患者・家族・医療者間での調 整(3項目)	4.3	4.5	4.7	4.7	**	4.6	4.0	4.6	4.9	4.5	**	4.6	4.8	**
記録(2項目)	4.1	4.0	4.2	3.9		4.0	2.7	4.5	4.2	5.0	**	4.0	4.2	
退院支援業務への疑問(2項 目)	3.3	3.2	3.0	2.9	*	3.2	3.0	3.3	3.2	2.8	*	3.2	2.8	**
対象への心情的ジレンマ(3 項目)	2.9	3.0	3.2	3.0	*	3.3	3.5	3.4	3.3	3.5	**	3.0	2.8	
実践上でのジレンマ(2項目)	3.2	3.2	3.5	3.7	**	3.3	3.5	3.4	3.3	3.5		3.7	3.5	
支援スキルのジレンマ(3項 目)	3.6	3.5	3.3	3.1	**	3.3	3.3	3.5	3.2	3.5	*	3.5	3.1	**

a: 看護師経験年数との関連はKruskal Wallis検定を用いて、3群間比較を行った。 ** $p<0.01$ 、* $p<0.05$

b: 病棟群との関連はKruskal Wallis検定を用いて、5群間比較を行った。 ** $p<0.01$ 、* $p<0.05$

c: 研修受講経験との関連はMann-WhitneyのU検定を用いて、2群間比較を行った。 ** $p<0.01$ 、* $p<0.05$

出す様で後ろめたい」が2.6 (SD $\pm$ 1.2) で最も低かった。

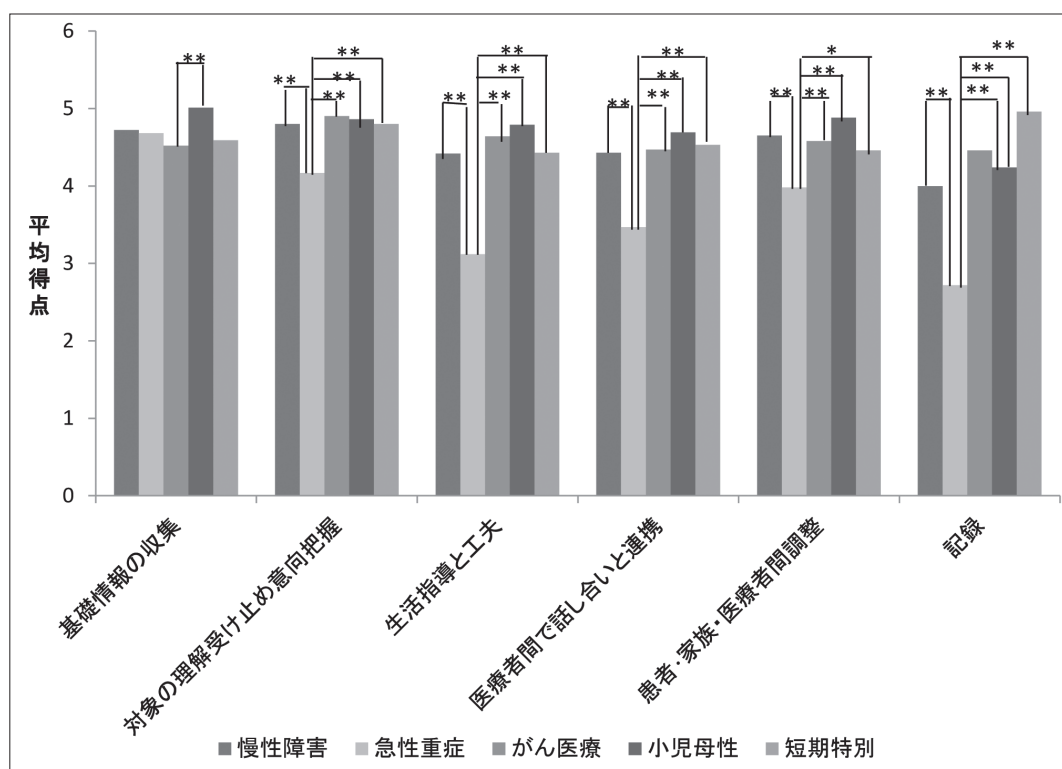
退院支援に関する思いの自由記載内容を分析した結果は表6に示すように、6つのカテゴリー、34のサブカテゴリーが抽出された。「退院支援の知識不足による、研修受講の希望」のカテゴリーでは、退院支援の方法や社会資源の理解不十分、意思決定支援やコミュニケーションのスキルなどをスタッフナースにも研修を希望する意見が見られた。「退院支援書類の活用と支援システムの改善が必要」のカテゴリーでは、書類の活用ができていない現状への問題意識とともに病院全体の退院支援システムを改善する必要性の認識が明らかとなった。「退院支援を看護業務とする困難さやジレンマ」は、看護業務の多忙さゆえの負担感とベッド回転促進と患者家族側の思いの板挟みの辛さが語られていた。「他部門・多職種との連携、多職種チームの必要性」では多様な部門と職種が関わる退院支援における連携の重要性とチームアプローチの必要性の認識が明らかとなった。「家族の理解を得る困難さ」では、急性期病院における家族のおかれた状況と心情から、退院へ向けてのアプローチの理解を得ることの困難さの認識とそのための環境づくりの重要性の指摘がなされていた。「退院支援への前向きな思いと自覚」では、退院支援は患者家族の安心につながる重要な支援であることの認識が見いだされた。

4. 退院支援実施頻度・困難感と経験年数、病棟群、研修受講経験との関連 (表7、図1、図2)

退院支援の実施頻度・困難感と経験年数の関連を検討

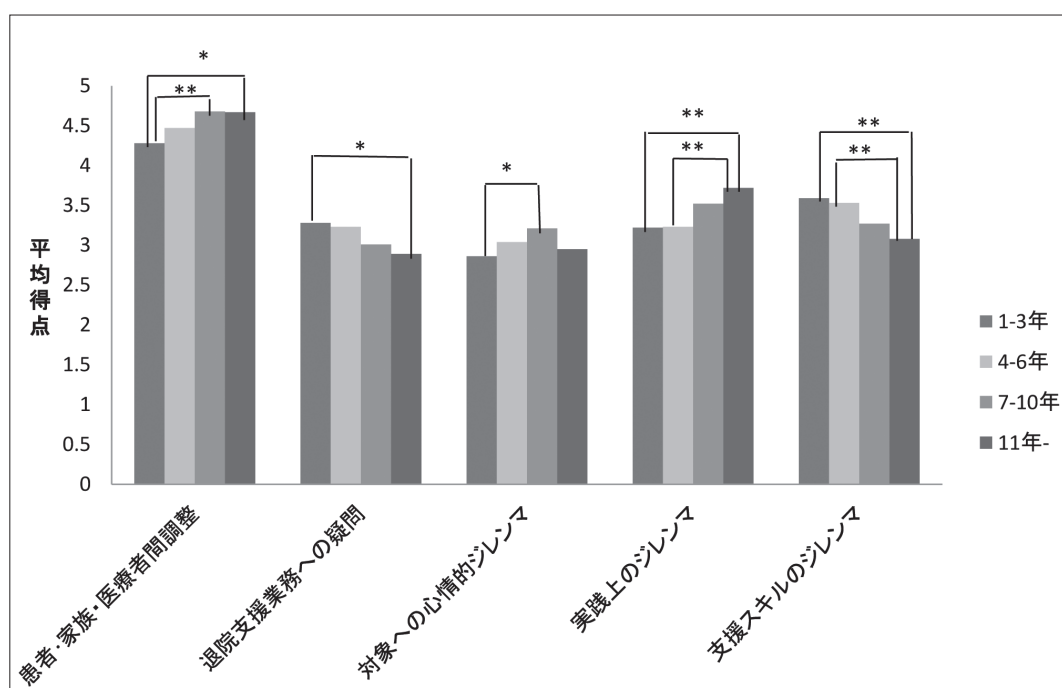
したところ、表7に示すように、実施頻度については「患者・家族・医療者間での調整」において経験年数4群間で有意な変動がみられた。そこで多重比較により分析した結果、図1に示すように経験年数「1-3年」群と「7-10年」群の間 ($p<0.01$)、「1-3年」群と「11年以上」群の間 ($p<0.05$) で有意に差があることが明らかとなった。また、表7に示すように退院支援に関する困難感の4カテゴリー全てにおいて経験年数4群間で有意な変動がみられた。多重比較分析の結果 (図1)、「退院支援業務への疑問」は「1-3年」の看護師は「11年以上」の看護師と比べ有意に高く感じており ($p<0.05$)、一方病院から追い出すような感じを抱くなどの「対象への心情的ジレンマ」は「7-10年」群と比べ有意に低かった。 ($p<0.05$) アナムネ聴取力の低下を感じるなどの「実践上のジレンマ」は「1-3年」群は「11年以上」群と比べて有意に低く ($p<0.01$)、他職種との調整の難しさを感じるなどの「支援スキルのジレンマ」は「11年以上」と比べ有意に高い ($p<0.01$) ことがわかった。

次に退院支援の実施頻度と病棟群間の関連では、6カテゴリー全てにおいて、病棟群5群間で有意な変動がみられた。さらに多重比較分析を行った結果、図2に示すように、「対象の理解・受け止め・意向の把握・確認」「生活指導と工夫」「医療者間で話し合いと連携」「患者・家族・医療者間調整」「記録」の各カテゴリーの平均得点は「急性重症病棟群」がその他の病棟群との比較において有意に低い結果となった。



注：多重比較（Bonferroni の修正） ** p < 0.01、* p < 0.05

図1 退院支援実施と病棟群との関連



注：多重比較（Bonferroni の修正） ** p < 0.01、* p < 0.05

図2 退院支援実施頻度・退院支援に関する困難感と看護師経験年数との関連

退院支援実施頻度と退院支援研修の受講経験の有無との関連は、表7に示すように、「基礎情報収集」「対象の理解・受け止め・意向の把握・確認」「医療者間での話し合いと連携」「患者・家族・医療者間調整」において、研修受講経験のある看護師の方が受けたことがない看護師よりも有意に実施頻度が高かった ($p < 0.01$, $p < 0.05$)。また退院支援に関する困難感との関連では、「退院支援業務への疑問」「支援スキルのジレンマ」において受講経験ありの方がいない看護師よりも有意に思いの程度が高い ($p < 0.01$) ことがわかった。

V. 考察

1. PFM システム下での退院支援実施状況とその関連要因

退院支援の実施状況を、PFM での記録の活用と病棟での実施意識とで考察する。

(1) PFM で記入される「アナムネ」と「入退院1次アセスメントシート」の活用

退院支援プロセスは支援が必要な患者のスクリーニングから始まる (宇都宮, 2009)。PFM システムでは、「入退院1次アセスメントシート」を入退院センター看護師が情報収集後に作成の上、病棟へとあげているが、その活用状況は5割弱であり、有効に活用されているとは言い難い結果となった。この背景要因として、自由記載の内容分析結果を踏まえると退院支援の書類の作成の意義がわからず活用できていないとの認識があると考えられる。また、アナムネ聴取業務として「看護13領域」の情報収集を入退院センターの看護師が行っているが、その情報への注目、「ヘルスプロモーション」(現病歴、既往) という病態に関連する情報への偏りが見られ、退院後の生活にも重要な「役割関係」(家族構成や役割) や「栄養」「排泄」等、日常生活の確認は低い状況であった。すなわち退院後の生活へのアセスメント視点を持ち入院時情報を活用する意識が低い可能性が示唆された。この視点の偏りは、特定機能病院において急性期の患者に短期間で一定の目標達成を目指して治療スケジュールが組まれる状況に対応した看護業務の特性が反映されていると考えられる。治療終了後のスムーズな退院を目指すには、早期にスクリーニングをかけ、重点的な支援につなげていくこと、つまり入退院センターの看護師が収集した情報の活用が重要であるが、結果として、活用が十分ではなかったことを踏まえ、今後それらの記録様式をどのように工夫し、システムの改善へつなげるかという課題が明確となった。

(2) 退院支援実施状況と関連要因

退院支援実施頻度の認識は、6 件法で概ね平均が4 点以上であり「行っている」との回答の割合が高い傾向だったが、退院後の生活を見越した医療処置のアレンジと退院支援の記録の記載については低い結果であった。この結果は、特定機能病院の看護師の在宅療養支援に関する認識を検討した坂井ほか (2011) の報告と同様の結果である。そこでは「患者の疾患・予後・ADL・認知力」や「患者家族の理解や受け止め」の把握は高い割合で実施されているが、経済状況や医療処置の在宅用のアレンジに関しては到達度が低いと報告されており、急性期患者を受け入れている特定機能病院の病棟看護師に共通する傾向としての、退院後の生活を見越した支援の不足があることが示唆された。しかし、「病棟看護職が行う日常ケアの一部が退院支援であり、退院支援専門部署の有効活用のためにも看護職の退院支援の力量向上が重要」(長谷川ほか, 2011) との指摘がある。病棟看護師には日々のケアでの声かけや気づきを退院後の生活へと活かしていくプロセスを踏んでいることがより意識化され、記録により交代勤務を超えた継続的な支援が求められていると考える。

さらに「患者・家族・医療者間での調整」3 項目については経験年数との関連が明らかとなった。このカテゴリーは患者と家族の意向のズレが生じた場合の調整や患者・家族・医療者間での退院後の生活に向けたゴールの共有といった、高度な調整能力によって遂行される役割を含んでおり、経験により培われる面が大きいと言える。また、退院支援研修受講経験がある看護師の方が実施頻度が高いことも明らかとなった。このことから、退院後の生活をイメージし、患者・家族・医療者間のズレを調整しゴールの共有ができるような支援スキルの研修を経験年数による差異も踏まえて展開することが効果的と考えられる。

また、退院支援実施頻度の認識と病棟群の間には明確な関連が認められた。すなわち、急性重症病棟群はその他の病棟群に比べ、ほとんどの項目において、実施頻度が低い結果となった。この背景には急性期の重症患者の治療を優先する時期の看護の特性が作用しており、退院後の生活を考える状況ではない中での勤務という側面があると考えられる。しかし、外傷や精神科領域の自殺企図、急性憎悪など直接退院となるケースも少なくなく、地域の関係機関側が急性期にどのような症状が生じたのかの把握のためにも、ここにおける看護師の退院支援は重要である。また超急性期を脱し一般病棟に移動した場合には、病棟間の情報の引き継ぎによる退院支援の遂行

への参画が必要である。

以上の点から、急性重症病棟においても看護師が退院支援につながる視点での情報収集ができ、シンプルな操作と短時間で取り組める電子カルテ上の記録、また情報の有効共有のための電子カルテ等の情報伝達システムへの提言が必要であることが示唆された。

2. PFM システム下での退院支援に関する困難感とその関連要因、問題意識

本研究では、退院支援に関する困難感や負担感、ジレンマがあると予測し、調査項目に設定したが、その思いの程度は予想よりも低い結果であった。しかし、自由記載の内容分析の結果からは、現状に対する多くの問題意識が抽出され、決して退院支援がスムーズになされているという認識ではないことが明らかとなった。前項で触れたように退院支援関連書類の活用の不十分さに加え、看護業務の多忙さゆえの時間確保の困難さ、負担感、ベッド回転率重視の方針との板挟み感、他部門他職種との連携のむずかしさ、家族の理解を得ることの困難感などのジレンマに直面していた。長江（2011）は退院支援に関わる看護師の倫理的ジレンマとして、患者家族と必要なコミュニケーションがとれずその思いをくみ取れないまま、また、移行先の妥当性への見通しや確信がないまま退院へ至ってしまうことへの無念さを抱いていると報告しており、本研究でも同様のことが推察された。実際 PFM システム下での退院支援は、部門間連携や情報共有がうまく機能しない場合は、さらに不安全感が高まる状態になる可能性が考えられる。本研究で見いだされた看護師の思いは、PFM システムという退院支援を看護師が行うプロセスが、効率的に専門分化されているがゆえの、先が見えず効果がわからないという問題意識が加わったものと考えられる。

しかし一方で、それでも退院支援は重要でありやりがいのあること、もっと知識と技術を身に付けたいという研修への意欲が示されたことは、今後の病院全体での取り組みにつながる重要な結果であると考えられる。

また、今回の分析結果から、経験年数の関連が確認された。1～3年の看護師と7年以上の看護師では明らかに傾向が異なり、経験年数が少ない看護師の方が、退院支援業務への疑問を感じており、また他職種との調整の難しさを感じていた。それに対して、7年以上の中堅からベテラン看護師は患者・家族の“追い出され感”への負い目や新人看護師のアナムネ聴取力の低下を懸念するなどの思いを感じており、対照的な結果となった。先行研究では、病棟看護師は退院支援の一翼を担うことが期

待されながらも、その教育・研修体制は不十分な状況（長谷川ほか、2011）であり、退院支援研修受講者を調査した藤澤（2012）は、退院支援ニーズに対応する看護実践、看護職者の意識改革、組織的体制の構築を課題としてあげている。また退院支援の院内研修として、三輪（2012b）は初級者とリーダーといった対象のレベルに応じた2つの研修プログラムコースを実施した結果、退院支援に関する理解が深められた反面、依然として困難感が残ったと報告している。これは本研究の、退院支援研修受講経験者の方が困難感が高いという結果とも一致しており、支援のあり方について理解が深まった段階で現実とのギャップに戸惑いを感じている様相が推察される。したがって退院支援の研修は、知識の獲得だけでなく、意識を変え困難感を低減させていくような取り組みが求められている。本研究において確認された経験年数による思いの相違を考慮した工夫により、受講者の準備状態にあった内容と方法を検討することが必要と考える。

現在、特定機能病院が急性重症の病態の患者を積極的に受け入れ、先進的で高度な治療を行う機能が社会から求められている中、A 大学病院の病床稼働率は上昇し平均在院日数は確実に短縮してきており、PFM システムの導入が入院から治療までのフロー（流れ）を推進することに関しては一定の効果を上げている。しかし、本研究の結果からは、退院支援が必要な患者をスクリーニングにより把握する段階と、院内での部門間の連携と情報共有には PFM システムを活用しきれていない実態と看護師のジレンマがあり、それには経験年数と病棟の特性、研修受講経験が関連していることが明らかとなった。今後の超高齢社会において、急性期の病変を繰り返しながら、安定期は在宅や施設で過ごすケースが増え、地域包括ケアの中での急性期医療の在り方として、看護職が退院支援を通じた地域での生活への視点を持つ必要がある（斉藤、2012）ことから、そのための PFM システムのさらなる有効な活用に向けての工夫が求められていると考える。

VI. 研究の限界と今後の課題

本研究の限界は、調査対象の所属病院が単一医療機関であり、その組織特性に依存する結果である可能性があることである。しかし、対象病院は特定機能病院として PFM システムを10年間にわたり実施してきた中での全病棟看護師を対象とした調査を実施できたことにより、PFM システム下での病棟看護師の退院支援意識とその関連要因を明らかにするという目的に対しては一定の傾

向を見出すことができたと考え。今後は、同様のシステムを実施している病院の看護師を対象としたデータとの比較による検討が課題である。

参考文献

- 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）、57-65.
- 長谷川美津子、鈴木加乃、菊地京子（2011）：特定機能病院看護職の退院支援活動に事例検討会が及ぼした効果、日本看護研究学会雑誌、34（4）、95-101.
- 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）、18-25.
- 松永篤志・永田智子ほか（2004）：特定機能病院における病棟看護師の退院支援についての認識および実施状況—退院支援部署の有無による比較に焦点を当てて—、病院管理、41（3）、185-194、2004.
- 三輪恭子（2012a）：“退院支援の院内研修”で何を学ぶ？、Nursing Today、27（2）、66-68.
- 三輪恭子（2012b）：淀川キリスト教病院における退院支援の院内研修、Nursing Today、27（2）、69-73.
- 長江弘子（2011）：退院をめぐる看護実践で看護師に求められている行動の振り返りと看護師としてなすべきことの意識化、がん看護、16（4）、476-482.
- 坂井志麻、中田晴美ほか（2011）：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—、東京女子医科大学看護学会誌、6（1）、41-51.
- 斉藤訓子（2012）：在宅療養支援強化における急性期医療機関の役割、看護、64（9）、46-49.

- 田代久男・大竹まり子ほか（2009）：特定機能病院の退院支援部署における看護相談の実態及び自宅退院と転院・施設入所の退院支援の比較、日本看護研究学会雑誌、32（5）、83-92.
- 千葉由美（2005）：ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度の開発と有用性の検証、日本看護科学会誌、25（4）、39-51.
- 内田千佳子、岡部明子（1992）：在宅ケアにおける移行期の看護、日本プライマリ・ケア学会誌、15（3）、23-29.
- 宇都宮宏子（2009）：第1章 総論 2 病棟から始める退院支援・退院調整の進め方、宇都宮宏子（編）、病棟から始める退院支援・退院調整の実践事例、日本看護協会出版会、pp.10-37.
- 宇都宮宏子（2010）：退院調整看護師の活動の実際（1）、保健の科学、52（8）、551-561.
- 宇都宮宏子（2011）：第3章 退院支援・退院調整に必要な知識とスキル 4 退院支援・退院調整に関するシステムづくり、宇都宮宏子・三輪恭子（編）、これからの退院支援・退院調整、日本看護協会出版会、pp.167-187.
- 山田雅子・吉田千文ほか（2010）：退院調整看護師の実践力向上を目指した教育プログラムの開発、聖路加看護大学紀要、36、55-58.
- 柳原清子（2009）：混沌とした医療の時代における家族看護の視座とあり方、臨床看護、35（10）、1421-1426.
- 柳原清子（2011）：「関わりの難しい家族」の理解と調整・相談という家族看護スキル、リハビリナース、2、53-57.
- 柳原清子・渡辺裕子（2012）：渡辺式家族アセスメント／支援モデルによる「困った場面課題解決シート」、医学書院.
- 柳澤愛子（2007）：東大病院における退院支援の現状と課題—地域連携質において看護職の果たす役割、病院、66（5）、386-390.

Abstract

This study investigated ward nurses working at an advanced treatment hospital that employed a PFM (patient flow management) system. The purposes of this study were to clarify the implementation and awareness of discharge support, and analyze related factors. We administered a questionnaire to 405 ward nurses working at a university hospital (response rate: 52.4%). As a result, among the items of discharge support, the frequencies of performing “Information gathering” and “Instruction and explanation” were high, but those of performing “cooperation” and “recording” were relatively low. Also, “Adjustment between patients, families, and healthcare providers”, which is a subitem of “Adjustment”, was correlated to training and years of experience. In terms of ward patients, those in the Ward for Acute and Severe Patients received discharge support with a lower frequency overall. On the other hand, feeling of difficulty in supporting discharge was correlated to training and years of experience. It was suggested that the current issues regarding discharge support using a PFM system include re-developing a system to utilize information effectively, and providing training appropriate to years of experience.

Key words: awareness of discharge support, PFM, advanced treatment hospital, ward nurse