

# 手術療法を受けた患者の退院支援の研究

## — 外科系病棟看護師長の認識 —

Research of Discharge support of patients who received surgical treatment:  
Recognition on head of surgical nursing

石野 レイ子

Reiko Ishino

戸梶 亜紀彦

Akihiko Tokaji

### 要 約

手術療法を受けた患者の退院支援について検討する目的で、退院指導と病院内・外の保健・医療・福祉職の連携の実際について、全国の300床以上を有する特定機能病院と一般病院887施設から234施設をランダムサンプリングして、外科系病棟看護師長を対象に調査を行った。126施設の看護師長364名の回答結果から、患者の相談室や外来通院治療室が設置され、また、設置されていない施設においては準備・検討中である割合が高く、かつ病院機能評価を受審した病院が多いことなど、診療報酬による政策誘導の成果が示された。しかし、退院計画や退院調整をする部門は設置されていない施設が多いといった結果が示され、早期退院後の患者の受入体制はシステムとして充分には整備されていない状況であることが見出された。そうした中で看護職は患者の退院にあたり退院指導が必要と認識して実施しているが、患者のニーズに添った退院支援ができるように、実施した退院指導の内容を評価すること、および、地域の保健・医療・福祉施設へ患者の情報を提供する際に患者・家族の承諾を得ることを認識する必要性が示唆された。

キーワード：手術療法，退院支援，退院指導の評価，保健・医療・福祉の連携

### はじめに

高齢社会に対応した医療制度改革として、医療機関の機能の明確化・重点化・効率化の観点から機能分化が推進されている。急性期病院においても、病院内での自己完結型から機関連携型や在宅医療へ移行する医療施設機能の体系化が進められている。そして入院期間はより一層短縮化される傾向にあり、適切な退院計画・退院調整の実施に向けた準備が求められている。

このような状況において、手術療法を受けた患者は手術創部の抜糸前の退院、輸液療法やドレナージ状態の退院、機能回復のためのリハビリテーション、化学療法、放射線治療などの後療法を要する退院など、治療の継続に対するケアが必要な状態で退院することがまれではない<sup>1)2)</sup>。手術療法後の看護としては、手術侵襲からの身体的回復の促進や、臓器喪失もしくは機能低下が日常

生活に及ぼす影響に対する退院後を視野に入れたケアや指導が必要である。患者が入院した当初から24時間関わって療養生活のケアを行い、患者の個別の状態を把握している看護職は、手術療法を受けた患者やその家族が退院後の後療法や生活上の障害などに対するケアを受けることについて、自立した存在として自己決定をして選択ができるように退院に向けての支援ができる状況にある。しかし、退院後の患者の生活上の障害やニーズに対応するための退院支援に関してシステムとして充分に整備されていないこともあって、病院内の病棟と外来の連携体制および地域の医療機関と連携をする病診連携などの実践報告は極めて少ない<sup>3)4)</sup>。そこで、外科系病床を有する医療機関における退院指導や病院内における外来との連携、および病診連携の実体などを把握し、手術療法を受けた患者の退院支援を検討するために質問紙調査を行っ

た。本稿では、従来までのような退院に向けての知識や技術を伝えるだけの指導ではなく、手術療法後の患者が、退院後に必要な療養上の生活について自己決定して継続していくことができるような支援という視点から退院支援という表現を用いることとした。

## 目的

外科系病床を有する医療機関における看護職の退院指導、病院内における病棟と外来やコメディカルスタッフとの連携、および地域における病診連携の実体を把握して、手術療法を受けた患者の退院支援について検討を行う。

## 対象と方法

調査方法は郵送法による質問紙調査を実施した。調査時期は平成15年11月から12月までとした。調査対象者は平成14年10月の医療施設調査結果による全国の300床以上を有する特定機能病院と一般病院887施設から、234施設をランダムサンプリングした。医療機関の検索は「病院要覧」2002年版を用いた。手続きとして各医療機関の看護管理者宛に、調査趣意書を添えて、調査票と返信用封筒を送付し、外科系看護師長3名に記入を依頼した。

表1-1 病院の設置主体別数 n=126

公立	50 (39.7)
公的	30 (23.8)
民間	30 (23.8)
国立	11 (8.7)
その他	5 (4.0)

### 2) 設置主体の設備・環境 (表2参照)

患者の相談室、外来通院治療室、継続看護部門は、60%以上の施設で設置されているが、退院計画・調整部門の設置は少ない。設置していない施設

調査内容は、施設の特性として、設置主体、患者相談室・継続看護関連部門・退院計画部門・外来通院治療室の設置、電子カルテ導入、専門看護師・認定看護師の配置、病院機能評価受審状況とした。外科系看護師長の背景は、性別、年齢、基礎教育課程、取得免許、経験年数、取得所持資格、研修会受講状況、勤務病棟とした。調査内容は、退院指導の実際、病院内・外における職種連携と情報提供の実際、入院期間短縮による問題や支障についてであった。

## 結果

各項目について記述統計の算出を行った。計算にはSPSS(version 12)を用いた。表中の数値の内、施設に関する回答は施設数、看護師長の回答は件数、( )内は%を示している。

1. 調査票の回収状況と回答施設の特性 (表1参照)  
126施設 (回収率53.8%) の看護師長364名から回答が得られた。
- 1) 施設の特性は表1-1に、設置主体別看護師長の数は表1-2に示した。設置主体別に見た回答比率と設置主体別看護師長の数は、共に公立が最も多く、次いで公的施設 (赤十字やJRなど)、民間、と続いていた。

表1-2 病院の設置主体別看護師長の所属 n=364

公立	140 (38.5)
公的	80 (22.0)
民間	71 (19.5)
その他	43 (11.8)
国立	30 (8.2)

設の内準備・検討中の割合を見ると、患者の相談室が100%、次いで外来通院治療室が91.7%であった。

表2 施設の設備・環境 n=126

	設置あり	設置なし	準備・検討中
患者の相談室	110 (93.2)	8 (6.8)	8 (100)
継続看護部門	75 (63.0)	44 (37.0)	7 (15.9)
退院計画・調整部	47 (44.3)	59 (55.7)	20 (33.9)
外来通院治療室	80 (76.9)	24 (23.1)	22 (91.7)

### 3) 専門看護師・認定看護師の配置 (表3から表5参照)

配置されている認定看護師は、WOC (創傷・オストミー・失禁) 看護が最も多く、次いで感染管理、重症集中ケア、ホスピスケア、糖尿病看護

表3 専門的看護職員の配置 n=126

	配置している	研修者を検討中	配置予定なし
専門看護師	7 (5.6)	43 (34.1)	76 (60.3)
認定看護師	43 (34.1)	55 (43.7)	28 (22.2)

表5 配置している専門看護師の資格 n=7

精神看護	2 (28.6)
がん看護	4 (57.1)
地域看護・老人看護	1 (14.3)

### 4) 電子カルテの導入、病院機能評価の受審状況 (表6、表7参照)

電子カルテの導入は現在検討中が43.7%で、これから導入が進められる状況であった。

表6 電子カルテの導入状況 n=126

導入している	13 (10.3)
導入していない	56 (44.4)
外来部門だけ導入	2 (1.6)
準備・検討中	55 (43.7)

## 2. 外科系看護師長の背景 (表8から表10参照)

年齢は40歳代が最も多く、次いで50歳代、30歳代であった。経験年数は20年以上が298名(81.9%)と最も多かった。性別は、女性358名、男性6名であった。基礎教育課程は専門学校が圧倒的に多く、短期大学27名、大学3名であった。研修会の受講状況は、ファーストレベルと看護管理の受講など、看護管理関係の講習を受講済みであった。認定看護師は4名、専門看護師は1名であった。勤務病棟については複数回答で、混合病棟が多いことが推測できる。

## 3. 退院指導の実際 (表11から表17参照)

退院指導は、全員が必要と認識して実施していた。必要性を判断する基準は、看護上の必要性が最も多く50.4%、次いで、治療上の必要、クリティカルパスに基づく、と続いていた。退院指導内容を計画・立案するのは、受持ちナース59.7%、受持ちナースと医師の共同23.7%であった。退院指導の主な実施者は、受持ちナース

と続いていた。専門看護師・認定看護師の総数が少なく、専門看護師の配置は7名であった。しかし、いずれも研修者を検討中ということを含めると、必要性は認知されていることが示された。

表4 配置している認定看護師の資格 n=112

WOC (創傷・オストミー・失禁) 看護	29 (25.9)
感染管理	20 (17.9)
重症集中ケア	15 (13.4)
ホスピスケア	11 (9.8)
糖尿病看護	11 (9.8)
救急看護	10 (8.9)
がん化学療法看護	10 (8.9)
がん性疼痛看護	6 (5.4)

病院機能評価の受審状況は、二回目の評価を更新や申請中などを含めると半数以上が受審していた。

表7 病院機能評価の受審状況 n=126

1. 認定病院	46 (36.5)
2. 受審申請中	27 (21.4)
3. 二回目の評価更新済み	4 (3.2)
4. 二回目の更新申請中	16 (12.7)
5. 受審結果待ち	1 (0.8)
6. 未受審	32 (25.4)

69.7%、受持ちナースと医師の共同19.0%であった。退院指導の方法や媒体は、既存のパンフレットの活用28.8%、口頭で説明する28.3%、手造りパンフレットの工夫をする24.7%、デモンストラーション12.4%、と続いていた。しかし、実施した退院指導の内容が充分であったか否か、また、患者が退院後の生活にスムーズに移行する上で退院指導の内容が役に立ったのか、困るようなことはなかったのかなどについて、必要時評価している27.3%、常に評価している0.3%、評価していない72.5%で、評価をしていない割合が有意に多かった ( $\chi^2=38.586$  df=1 p<0.01)。評価している場合の評価の時期は、外来受診時に評価をする58.2%、立案時に評価日を決めている25.5%、その他16.3%であった。

## 4. 病院内における保健・医療・福祉職との連携 (表20から表28参照)

病院内における病棟と外来看護職の連携の必要性については、時々必要57.3%、常に必要41.0%

であった。連携の実施状況については、必要に応じて56.9%、時々する32.6%であった。また、連携がスムーズに機能しているかについては、「まあまあだと思う」を含め85.1%が機能していると回答していた。

保健・医療・福祉職者との連携については、連携の必要性の程度として時々必要75.5%、常に必要が19.6%と回答し、連携する場合の手段や方法

は、電話やファックス、退院時サマリー、紹介状などの文書などであった。連携する頻度が多い職種は、ソーシャルワーカー 32.0%が最も多く、次いで、薬剤師18.0%、理学療法士17.5%、栄養士15.7%などであった。しかし、連携上の問題や支障があるとの回答が3割ほどあり、その内容として業務が煩雑、連携システムが無い、理解が得られない、であった。

表8 看護師長の背景 n=364

1. 性別	
男性	6 ( 1.6)
女性	358 (98.4)
2. 年齢	
20～29歳	1 ( 0.3)
30～39歳	29 ( 8.0)
40～49歳	172 (47.3)
50～59歳	160 (43.9)
60歳以上	2 ( 0.5)
3. 看護基礎教育課程	
専門学校	334 (91.8)
短期大学	27 ( 7.4)
看護系大学	3 ( 0.8)
4. 取得免許	
看護師	328 (90.1)
看護師と助産師	29 ( 8.0)
看護師と保健師	3 ( 0.8)
看護師・助産師・保健師	4 ( 1.1)
5. 経験年数	
10年未満	1 ( 0.3)
10～14年	10 ( 2.7)
15～19年	55 (15.1)
20年以上	298 (81.9)
6-1. 認定看護師資格保有者	
WOC	2
感染管理	2
6-2. 専門看護師資格保有者	
母性	1

表9 研修会の受講経験 n=829

ファーストレベル	242 (29.2)
看護管理	191 (23.0)
褥創ケア	78 ( 9.4)
緩和ケア	65 ( 7.8)
がん看護	58 ( 7.0)
セカンドレベル	42 ( 5.1)
継続看護	38 ( 4.6)
医療経済	38 ( 4.6)
在宅ケア	18 ( 2.2)
退院計画	16 ( 1.9)
看護教員養成講習	10 ( 1.2)
臨床指導者研修	7 ( 0.8)
リスクマネージャー	5 ( 0.6)
感染管理	4 ( 0.5)
ファーストレベル研修	3 ( 0.4)
ストーマリハビリテーション	3 ( 0.4)
訪問看護	2 ( 0.2)
周産期看護・母性看護	2 ( 0.2)
地域看護	1 ( 0.1)
継続教育	1 ( 0.1)
禁煙支援リーダー	1 ( 0.1)
介護認定審査員	1 ( 0.1)
家族看護	1 ( 0.1)
セルフケア	1 ( 0.1)
CAPDケア	1 ( 0.1)

表10 勤務病棟 n=512

消化器系	177 (34.6)
骨・筋肉系	93 (18.2)
呼吸器系	65 (12.7)
脳神経系	61 (11.9)
婦人科系	50 ( 9.8)
循環器系	38 ( 7.4)
内分泌系	28 ( 5.5)

表11 退院指導の必要性の程度 n=363

常に必要	298(82.1)
時々必要	65(17.9)

表12 退院指導の実施状況 n=363

常に実施する	298(82.2)
必要時実施する	65(17.9)

表13 退院指導の必要性を判断する基準  
重複回答 n=570

看護上の必要	287(50.4)
治療上の必要	159(27.9)
クリティカルパスに基づく	95(16.7)
マニュアルに基づく	29(5.1)

表14 退院指導内容を主に計画・立案する者  
重複回答 n=414

受持ちナース	247(59.7)
受持ちナースと医師の共同	98(23.7)
リーダーナース	53(12.8)
師長や主任	16(3.9)

表15 退院指導の主な実施者 n=399

受持ちナース	278(69.7)
受持ちナースと医師の共同	76(19.0)
リーダーナース	30(7.5)
師長や主任	15(3.8)

表16 退院指導の方法や媒体 n=728

既存パンフレットの活用	210(28.8)
口頭で説明する	206(28.3)
手造パンフレットの工夫	180(24.7)
デモンストレーション	90(12.4)
VTRの視聴	33(4.5)
メディアの活用	5(0.7)
その他	4(0.5)

表17 実施した退院指導の評価の有無 n=363

評価していない	263(72.5)
必要時評価している	99(27.3)
常に評価している	1(0.3)

表19 退院指導の評価をしている場合の評価の方法 n=87

外来受診時に面接する	45(51.7)
その他	27(31.1)
電話やファックスの活用	15(17.2)

表18 退院指導の評価をしている場合の評価の時期 n=98

外来受信日に評価する	57(58.2)
立案時に評価日を決めている	25(25.5)
その他	16(16.3)

表20 病棟と外来が連携する必要性の程度 n=363

時々必要	208(57.3)
常に必要	149(41.0)
ほとんど必要ない	6(1.7)

表21 病棟と外来の連携の実施状況 n=362

必要に応じてする	206(56.9)
時々する	118(32.6)
ほとんどしない	36(9.9)
全くしない	2(0.6)

表22 病棟と外来の連携はスムーズに機能しているか n=363

まあまあだと思う	255(70.2)
思う	54(14.9)
ほとんど思わない	51(14.0)
全く思わない	3(0.8)

表23 病棟・外来の連携手段や方法について n=481

退院時サマリー	308(64.0)
電話やファックス	129(26.8)
紹介状などの文書	33(6.9)
電子メディアの活用	11(2.3)

表24 保健・医療・福祉職との連携の必要性の程度 n=363

時々必要	274(75.5)
常に必要	71(19.6)
ほとんど必要ない	18(5.0)

表25 保健・医療・福祉職と連携する頻度が多い職種について  
n=928

ソーシャルワーカー	297(32.0)
薬剤師	167(18.0)
理学療法士	162(17.5)
栄養士	146(15.7)
作業療法士	69(7.4)
言語聴覚士	31(3.3)
その他	26(2.8)
放射線技師	13(1.4)
検査技師	9(1.0)
臨床心理士	8(0.9)

表26 保健・医療・福祉職と連絡・連携する場合の  
手段・方法 n=503

電話やファックス	216(42.9)
退院時サマリー	142(28.2)
紹介状などの文書	137(27.2)
電子メディア	8(1.6)

表27 病院内で保健・医療・福祉職と連携する上で  
の問題や支障の有無 n=353

ある	11( 3.1)
時々ある	121(34.3)
ほとんどない	207(58.6)
全くない	14( 4.0)

### 5. 病院外における保健・医療・福祉職との連携 (表29から表34参照)

病院外の保健・医療・福祉職者との連携の必要性については、必要50.6%, 時々必要46.1%と認識し、連携の実施状況も常にする49.3%, 時々する46.2%であった。連絡・連携する施設は、訪問看護ステーション21.0%が最も多く、次いで、紹介病院16.5%, 患者が希望する施設15.0%, 老人保健施設13.3%, 在宅介護支援センター 11.1%, かかりつけ医院・病院10.7%であった。しかし、

表29 連絡や連携の必要性の程度 n=360

必要	182(50.6)
時々必要	166(46.1)
ほとんど必要ない	12( 3.3)

表31 連絡・連携する施設 n=1113

訪問看護ステーション	234(21.0)
入院時紹介してきた病院	184(16.5)
患者が希望する施設	167(15.0)
老人保健施設	148(13.3)
在宅介護支援センター	123(11.1)
かかりつけの医院・病院	119(10.7)
地域内の医療機関連携病院	77( 6.9)
保健所・市町村保健センター	48( 4.3)
その他	13( 1.2)

表33 地域内の医療機関同士の連携を図るための連絡調整会の開催状況 n=328

開催していない	177(54.0)
不定期に開催	74(22.6)
定期的に開催	65(19.8)
現在検討中	12( 3.7)

### 6. 入院期間が短縮したことによる問題や支障の有無について (表35, 表36参照)

入院期間が短縮したことにより、術後の看護を実践する上で問題や支障があるか否かについての回答は、問題や支障がある51.5%, 問題や支障がない48.5%であった。問題や支障がある場合の回

表28 病院内で保健・医療・福祉職と連携する上で  
の問題や支障がある場合のその内容 n=140

業務が煩雑	81(57.9)
連携システムがない	39(27.9)
理解が得られない	16(11.4)
方法が分からない	4( 2.9)

連携を図るための連絡会や調整会などの開催状況については、開催していない54.0%が、定期・不定期に開催している42.4%より多かった。連携する場合の患者の情報を提供する方法や手段は、退院時サマリー 44.9%, 電話やファックス25.4%, 紹介状などの文書27.6%であった。しかし、情報提供にあたり患者の承諾を得ている40.1%よりも、承諾を得ていない59.9%の回答の割合が有意に多かった ( $\chi^2=7.141$  df=1 p<0.01)。

表30 連絡・連携の実施状況 n=359

常にする	177(49.3)
時々する	166(46.2)
ほとんどしない	15( 4.2)
全くしない	1( 0.3)

表32 情報提供の方法や手段

退院時サマリー	286(44.9)
電話やファックス	162(25.4)
紹介状などの文書	176(27.6)
電子メディア	3( 0.5)
その他	10( 1.6)

表34 サマリーで情報提供する場合の患者の承諾を得るか否か n=357

承諾を得ていない	214(59.9)
承諾を得ている	143(40.1)

答内容としては、患者の不安が大きい30.8%, 家族の不安が大きい24.6%, 退院指導が充分出来ない15.4%, 家族の負担が大きい11.5%, 患者の自己管理の負担が大きい10.5%, 再入院が多い5.9%であった。

表35 入院期間が短縮したことによる術後看護の問題や支障の有無 n=363

よくある	19 ( 5. 2)
時々ある	168 (46. 3)
ほとんどない	163 (44. 9)
全くない	13 ( 3. 6)

## 考 察

医療費抑制策として診療報酬による政策誘導が行われ、入院期間の短縮化や医療の質の向上を図ることが求められるなど病院運営は厳しい状況にある。本調査結果において患者の相談室や外来通院治療室が設置されており、設置されていない施設においては準備・検討中である割合が高く、かつ病院機能評価を受審した病院が多いことなど、診療報酬による政策誘導の成果が示された。しかし、退院計画や退院調整をする部門は設置されていない施設が多いといった結果に示されるように、早期退院後の患者の受入体制はシステムとして充分には整備されていない状況であることが見出された。そして、術後の看護を行う上で問題や支障があると認識している看護師長が大半を占め、術後看護における問題や支障の内容として、患者・家族の不安が大きい、退院指導が充分できないと認識していることが示された。このような状況から、外科系看護師長は退院指導の必要性があると認識して、退院指導を実施していると考えられる。しかし、実施した退院指導が効果的であったのかどうかについては、評価していないという回答の割合が有意に多かった。そこで、手術療法を受けた患者が、退院後に必要な療養上の生活について自己決定をして継続していくことができるような退院支援という観点から調査結果について考察を加える。

退院指導料が診療報酬において算定されるようになったのは1983年からである。これには入院期間短縮や高齢者の社会的入院を解消することを目的に、入院が1ヶ月を超え、退院して家庭に復帰する患者に対する退院指導料の算定が政策誘導の一環として行われてきたという経緯がある。医師、看護師、その他必要に応じ関係職種が共同して、患者がどのような状態まで回復すれば退院できるかというゴールを明確にし、退院に向けた計

表36 短縮されたことによる問題や支障の内容 n=390

患者の不安が大きい	120 (30. 8)
家族の不安が大きい	96 (24. 6)
退院指導が充分できない	60 (15. 4)
家族の負担が大きい	45 (11. 5)
患者の自己管理の負担が大きい	41 (10. 5)
再入院が多い	23 ( 5. 9)
その他	5 ( 1. 3)

画的な治療・ケア計画を策定し、文書により退院後の治療計画、療養上の留意点、退院後必要となる保健・医療・福祉サービスなどについて医師が説明を行った場合に算定するという要件がある<sup>5)</sup>。しかし、日常的に看護師が行っているいわゆる退院指導は、現時点では診療報酬上に算定されないものもあるが、患者が退院後の生活にスムーズに移行するためには必要な内容も含まれている。

宮崎<sup>6)</sup>は退院指導について、「患者が退院した後、入院前にもっていたその人個人の生活リズムへの復帰適応を助け、スムーズに社会復帰ができるよう援助する、そして、多少でも健康に問題をもったまま退院する場合は、その疾患と生活の共存をより良い状態に保ちながら、回復過程を促進できるような生活の在り方を患者自身が身につけ、精神的にも身体的にも自立し安定した社会生活が営まれるように援助することである。退院指導は、患者および家族に事実を可能な限り示して、患者（家族）自らの健康上の問題点を考え、自分自身で解決、決断し、より良い生活を実現することができるよう援助（指導、助言）することであり、自己管理、自立への援助の過程である」と述べている。これは退院指導が診療報酬において算定されていなかった当時の退院指導について示された内容である。患者が退院後において自立し安定した社会生活を営めるように援助することが退院指導であるならば、その目標が達成されたかどうか、退院後の患者の生活を評価しなければ退院指導本来の目的には至らないと考える。退院指導の評価については本調査結果だけではなく、医学中央雑誌 WEB 上で過去10年間の文献を「退院指導」のキーワードで検索すると1,463件であるが、「退院指導の評価」をキーワードにすると16件と極めて少ない。退院後は、健康上の問題に伴う生活上の問題にも直面することを予測して、継続した看護が必要である。しかし、看護師の退

院指導は医療処置や疾患に関する自己管理の方法について実施されており、経済的問題や退院後の生活に関する問題意識が低いこと<sup>7) 8)</sup>や、看護師が患者の退院後の生活上の問題予測が十分できていないこと<sup>9)</sup>が指摘されている。

一方、退院した患者を対象とした調査ではなく、退院指導を行った経験を持つ看護師を対象とした研究では、退院指導に保健指導内容をさらに加えていくことを促進する方法について検討し、指導マニュアル作成や退院指導について助言指導をできる体制を整備する必要があることを明らかにしている<sup>10)</sup>。また、急性期病床においても入院期間が短縮される中、退院時に患者・家族が必要としている援助は、指導することや調整することでは不十分であり、退院後に必要な療養上の生活について自己決定を促し、新たな生活パターンを獲得するプロセスに沿った継続的な支援として、退院支援を充実させることが多くの施設で課題となっていることが指摘されている<sup>11)</sup>。入院期間の短縮がわが国の比ではない諸外国では、退院計画や退院指導後の評価に関する報告が多く<sup>12)13)14)15)</sup>、保健・医療・福祉にとって退院支援は中心的課題となっている。今後、入院期間がより一層短縮化されることが予測されており、とりわけ手術療法を受けた患者が、退院後に必要な療養上の生活について自己決定して継続していくことができるような視点から退院支援を検討する上で、臨床の看護職は現状の退院指導を評価することの必要性を認識し、患者のニーズに添った退院支援の実践と研究的な取組みが必要となると考える。

くわえて、医療の専門分化・高度化が進み、病院の機能分化が推進されており、医療施設から地域の保健・医療・福祉施設へ患者の情報を提供することが日常的になることは言うまでもない。診療報酬上の算定要件においても「情報提供に際し患者の同意が必要である」<sup>5)</sup>と記載されている。提供する情報は患者・家族が必要としている内容であって、患者の承諾を得ることは当然のことであり、提供する情報の内容については、患者・家族と医療者の双方が共通理解をしておく必要がある。退院後に必要な療養上の生活において、患者が自己決定して継続していくことができるような退院支援として、患者が主体となって自身のセルフ

マネジメントをする能力を支援していくこと、および保健・医療・福祉職が連携していく上で看護職が主体的に医療施設におけるシステムマネジメントをしていく能力が求められていると考える。

## 結 論

外科系病棟看護師長を対象に行った調査結果から、患者の相談室や外来通院治療室が設置されており、設置されていない施設においては準備・検討中である割合が高く、かつ病院機能評価を受審した病院が多いことなど、診療報酬による政策誘導の成果が示された。しかし、退院計画や退院調整をする部門は設置されていない施設が多いといった結果が示され、早期退院後の患者の受入体制はシステムとして充分には整備されていない状況であることが見出された。そうした中で看護職は患者のニーズに添った退院支援ができるように、実施した退院指導の内容を評価する必要性や、医療施設から地域の保健・医療・福祉施設へ患者の情報を提供する際に、患者・家族の承諾を得る必要性が示唆された。

## 本研究の限界と今後の課題

本研究は全国の医療機関のうち300床以上を有する887施設から234施設をランダムサンプリングして調査した結果を分析した。設置主体別の分析は行っていないが、実施した退院指導の内容を評価する必要性や、医療施設から地域の保健・医療・福祉施設へ患者の情報を提供する際に、患者・家族の承諾を得る必要性が示唆された。このことは今後の退院支援の検討を進めていく上で、患者のセルフマネジメント能力の支援と、保健・医療・福祉職が連携していく上で看護職のシステムマネジメント能力を検討する貴重な資料となると考える。また、入院期間が短縮する中で、外科系看護師長は患者・家族の負担や不安が大きいと認識していることが示された。今後、患者サイドの退院支援に関するニーズの実際について調査し、患者のニーズに添った退院支援を検討していくことが課題であると考えられる。

## 謝 辞

本調査にご協力いただいた病院の看護管理者および看護師長に感謝いたします。



なお、本稿は Japan Academy of Nursing Science Fifth International Nursing Research Conference (2004.8) に発表した内容に加筆・修正をしたものです。

## 引用文献

- 佐藤正美. オストメイトの生活を支援するために出来ること, せねばならぬ事 (1), (SSKP 通巻2650号, (社)日本オストミー協会, 2-11, 2004
- 左吹浩子. ストーマ造設患者の退院調整—ストーマセルフケアの早期確立を阻む問題と看護—, 看護学雑誌, 67(9):856-861, 2003
- 大堀洋子, 竹村悦子, 北川仁美, 米崎元子, 長井浜江, 猪熊京子. ケアの一貫性を目指した外来—病棟の連携体制 看護展望 26(9):30-35, 2001
- 乗越千枝. 早期退院のためのケアマネジメントとその効果. 保健の科学, 44(2):119-122, 2002
- 岩下清子, 奥村元子, 石田昌宏他. 診療報酬(介護報酬) 第5版. 日本看護協会出版会, 193-202, 2003
- 宮崎和子. セルフケアのための退院指導のあり方, 看護展望, 5(9):6-11, 1980
- 沖壽子. 継続看護に関する病院看護婦の意識の現状と課題 (その1), 看護展望, 23(13):93-99, 1998
- 沖壽子. 継続看護に関する病院看護婦の意識の現状と課題 (その2) 看護展望, 24(3):87-99, 1999

山本則子, 杉下知子, 退院指導と退院後の問題発生予測の評価—退院後の問題発生との対応から—, 日本看護科学会誌, 20(2):21-28, 2000

山田智子, 水野優希, 木全真理, 川村佐和子, 保健指導の実施状況からみた退院指導の評価に関する研究—腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けた成人患者への指導の実態から—, 東京保健科学学会誌, 6(3):177-184, 2003

山田雅子. 今こそ専任看護師による退院支援を, 看護展望, 29(9):17-21, 2004

Velma, J. MN, RN.: Information needs of surgical patient following discharge. *Applied Nursing Research*, 13(1):12-18, 2000

Mcnamee, S., & Wallis, M.: Patient problems and evaluation of patient discharge education after coronary artery bypass graft surgery. *Contemporary Nurse*, 8(3):107-115, 1999

Hughes, L. C., Hdgson, N. A., Muller, P., Robinson, L. A., & McCorkle, R.: Information need of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal of Nursing Scholarship*, 32(1):25-30, 2000

Amanda Henderson, Wendy Zernike: A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing*, 35(3):435-441, 2001

(2004年11月25日受付)