

<原著>

高齢患者の退院後を見通した看護に対する 看護師の認識と実施状況 —病棟の特徴に焦点をあてて—

小嶋美沙子¹⁾，渡辺幸枝¹⁾，木内千晶²⁾，千田睦美¹⁾，石川みち子³⁾

1) 岩手県立大学看護学部 2) 日本保健医療大学保健医療学部看護学科 3) 元岩手県立大学看護学部

要旨

目的：病棟に勤務する看護師の，高齢患者に対する退院後の生活を見通した看護の「必要性の認識」と「実施状況」，および病棟の特徴により「必要性の認識」と「実施状況」に違いがあるか明らかにし，高齢患者の退院後を見通した看護の役割を検討する。

方法：高齢患者を取り巻く環境を考え，高齢患者に対する退院後を見通した看護について13項目を作成し，病院に勤務する看護師を対象に自記式質問紙調査を行った。

結果：908名(52.1%)から返信があり，13項目全て「必要性の認識」が「実施状況」より有意に高かった($p<0.05$)。また，病棟の特徴が高齢患者の退院後を見通した看護の各項目の違いに関係しているか分析した結果，スクリーニングの実施において最も多くの項目で有意差が認められ，次いで専任職員の配置において多かった。13項目は【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】【退院調整，介護保険の判断】の2因子構造であり，それらの2因子において，スクリーニングの実施の有無による有意差が最も多く認められた。

結論：スクリーニングを実施し，【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】【退院調整，介護保険の判断】という側面から看護することで，高齢患者の退院後を見通した看護の視点が強化されると同時に家族への看護も充実し，看護の質向上にもつながると考えられた。

キーワード：高齢患者 認識 実施状況 退院支援 スクリーニング

はじめに

現在，入院期間の短縮化により，退院支援の必要性が重要視され¹⁾，病院間の連携だけでなく，保健・医療・福祉間など多様な職種の間において，いかに効果的な連携を構築し，強化していくかが課題となっている。

厚生労働省の患者調査の概況²⁾によると，「病院」の患者の平均在院日数は，平成2年が47.4日，平成11年が41.8日，平成20年が37.4日であり，年々在院日数が短縮している。しかし，年齢階級別にみると，65歳以上の高齢者の平均在院日数も年々短縮しているものの他の年代と比較すると群を抜いて長く，傷病分類別にみても大項目20のうち，「眼及び付属器の疾患」を除く全ての項目で，高齢者の在院日数が最も長くなっている。

米国では，高齢者専門看護師による早期からの退院支援によって，在院日数の減少や再入院，再入院までの期間が減少したことが報告されている³⁾⁴⁾。しかし，日本での老人看護の専門看護師（以下，専門看護師とする）は41名と少ないうえに，所属する施設の地域に偏りがある⁵⁾ため，どの病院にも専門看護師を配置することは，人員確保やコスト面から考えても難しいのが現状である。日本における研究は，「退院支援」「高齢者」をキーワードとすると，医学中央雑誌での検索では，会議録を除くと255件，さらに看護文献に絞ると169件で，初出は2001年であった(2012年2月14日)。年々研究は増えているが，専門看護師による退院支援の効果が検証されていても，専門看護師が少ない現状では研究の効果と同じような実践にはつながりにくい。また，スクリーニング票の効果や退院支援の介入研究

の報告が多いものの、退院支援において、病院の規模や機能、地域特性に合わせた支援システムの構築が重要との報告⁶⁾⁷⁾もあるため、現状の体制を考慮し、病棟の特徴で違いがあるかの検討も合わせて行うことも必要である。さらに、入院中の病院スタッフによる日常ケアが、退院後の生活に影響した⁸⁾ことや、維持期にある後期高齢者への理学療法の必要性が報告⁹⁾されているように、高齢者は入院による身体への影響が他の年代に比べて大きいと、高齢患者の看護を継続するには、日々の関わりの視点が重要となる。したがって、病棟に勤務する専門看護師以外の看護師（以下、看護師とする）が、高齢患者の退院後を見通した看護の視点で、どの程度必要性の認識を持ちながら日々の看護を実施しているのか、現状を明らかにすることが必要であると考えた。そのうえで、病棟の特徴に焦点をあてながら分析し、高齢患者の退院後を見通した看護の役割を検討したので報告する。

I. 目的

本研究の目的は、病棟に勤務する看護師の、高齢患者に対する退院後の生活を見通した看護の「必要性の認識」と「実施状況」、および病棟の特徴により「必要性の認識」と「実施状況」に違いがあるかについて明らかにし、高齢患者の退院後を見通した看護の役割を検討することである。

II. 研究方法

1. 研究の枠組みと用語の定義

本研究では、病棟の特徴を、「スクリーニングの有無」、病棟の機能として「転院形式」、退院調整に「専任する職員の有無」と定義した。そのうえで、病棟の特徴によって、看護師の「必要性の認識」と「実施状況」の差から高齢患者の退院後を見通した看護の現状を把握し、看護の役割を検討していくため、図1のような枠組みとした。

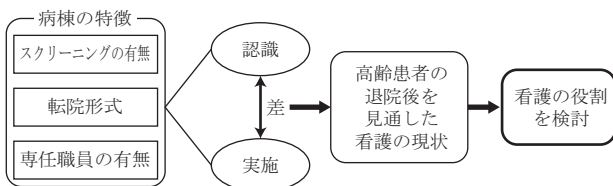


図1 本研究の枠組み

2. 調査方法および対象者

A県内の病院のうち、小児の専門病院を除く89病院の看護部（看護科）を窓口に、研究目的と方法を記

載した文書で調査協力を依頼した。研究への参加・協力の有無は、返信葉書にて任意で回答してもらった。研究への参加・協力が得られる場合には、調査票の配布部数を把握するため、協力できる看護師の人数を返信葉書に記入してもらい、質問紙を病院ごとに一括郵送し、対象者への配布を依頼した。

対象者は、研究協力が得られた59病院の、高齢患者の看護を実践している看護師1743名である。

3. 調査内容

質問紙の項目は、楠本ら¹⁰⁾の退院支援評価項目を参考に、高齢患者を取り巻く環境や転院の状況を考え、研究者らで作成した。具体的には、看護の中心となる高齢患者と高齢患者を支える家族について理解することが重要であり、その両者のQOLを高めるためには、高齢患者の身体的な特徴や社会的制度を含めた周囲の環境が関係すると考えたため、「高齢患者と家族の思いや周囲の環境について」、「変化しやすい高齢患者の特徴について」、「切れ目のない看護を展開するために重要である介護保険について」という視点から、看護師の「必要性の認識」と「実施状況」が把握できる項目とした。主な内容は、対象者の基本情報（性別、年齢、経験年数）および職場の基本情報（スクリーニングの有無、退院調整に専任する職員の有無、病棟の機能等）、転院時に病院間の連携で工夫していること、転院に関して問題に感じていること、高齢患者の退院後を見通した看護について13項目、他院からの転入について23項目、他院への転出について14項目である。高齢患者の看護、他院からの転入および他院への転出については、1つの質問項目に対して「必要性の認識」と「実施状況」の2側面から質問し回答を求めた。「必要性の認識」は「4. 必要である」から「1. 必要ない」、「実施状況」は「4. 行っている」から「1. 行っていない」までの、それぞれ4段階評価で回答を求め、「4. 必要である」「4. 行っている」を4点、「1. 必要ない」「1. 行っていない」を1点として各回答を1～4点で得点化した。

今回の報告では、高齢患者の退院後を見通した看護13項目について焦点をあてた。

4. 分析方法

高齢患者の退院後を見通した看護13項目について、構成概念の妥当性をみるため、因子分析法を行った。さらに、内的整合性の確認のために、13項目全体と因子分析により得られた各因子のCronbachの α 係数を求めた。2群間の比較は、Mann-WhitneyのU検定を用いた。有意水準は5%未満とし、分析には、統計ソフトSPSS

for Windows19.0Jを使用した。

5. 調査期間

調査期間は、平成21年8月～9月である。

6. 倫理的配慮

倫理的配慮として、研究協力を依頼する際に、文書で研究の趣旨を伝え、質問紙への回答は自由意思であり回答しなくても不利益を被らないこと、無記名であり匿名性を保持すること、目的以外にデータを使用しないこと、データは厳重に保管し研究終了後には破棄することを明記した。調査用紙は、個別封筒による無記名の返信とし、返信をもって研究への同意とした。なお、研究者が所属する機関の倫理審査委員会の承認を得た。

III. 結果

1. 回収率と対象者の概要

908通の返信があり、回収率は52.1%だった。

対象者の属性は表1の通りで、男性57名(6.3%)、女性848名(93.4%)、無回答3名(0.3%)、年齢は、20歳～72歳で平均39.7歳(標準偏差±10.5)であった。看護職の経験年数は、4ヶ月から48年3ヶ月で平均約17年(209.8ヶ月)(標準偏差±125.0)であった。

表1 対象者の概要

項目	人数	(%)
性別		
男性	57	(6.3)
女性	848	(93.4)
無回答	3	(0.3)
年齢		
20歳代	202	(22.3)
30歳代	244	(26.9)
40歳代	259	(28.5)
50歳代	183	(20.1)
60歳代以上	10	(1.1)
無回答	10	(1.1)
看護師経験年数		
1年未満	16	(1.8)
1年以上3年未満	43	(4.7)
3年以上5年未満	49	(5.4)
5年以上10年未満	156	(17.2)
10年以上20年未満	231	(25.4)
20年以上30年未満	261	(28.7)
30年以上	142	(15.6)
無回答	10	(1.1)
現在働いている病棟の経験年数		
1年未満	176	(19.4)
1年以上3年未満	298	(32.8)
3年以上5年未満	183	(20.2)
5年以上10年未満	148	(16.3)
10年以上20年未満	63	(6.9)
20年以上30年未満	22	(2.4)
30年以上	5	(0.6)
無回答	13	(1.4)

N=908, 数値は人数, ()内は回答数に占める割合

表2 対象者が勤務する職場の概要

項目	人数	(%)
退院調整についてのスクリーニング		
行っている	476	(52.4)
行っていない	400	(44.1)
無回答および無効回答	32	(3.5)
退院調整部門または退院調整に専任する職員		
あり(いる)	452	(49.8)
なし(いない)	431	(47.5)
無回答および無効回答	25	(2.8)
転院の形式		
急性期の治療が終了し慢性期治療の必要な患者の受け入れ	275	(30.3)
急性期治療が終了し回復に向けての転出	229	(25.2)
高度な医療が必要な患者の急性期病院への転出	94	(10.4)
高度な医療が必要な患者の受け入れ	27	(3.0)
その他	90	(9.9)
無回答および無効回答	193	(21.3)

N=908, 数値は人数, ()内は回答数に占める割合

2. 対象者が勤務する職場の概要

対象者が勤務する職場の概要は表2の通りである。高齢患者の入院時に、退院調整についてのスクリーニング(以下、スクリーニングとする)を行っているとは回答した人は476名(52.4%)、スクリーニングを行っていないと回答した人は400名(44.1%)、無回答および無効回答32名(3.5%)であった。病院に退院調整部門または退院調整に専任する職員(以下、専任職員とする)が置かれていると回答した人は452名(49.8%)、専任する職員が置かれていないと回答した人は431名(47.5%)、無回答および無効回答25名(2.8%)であった。また、転院の形式で最も多かったのは、「急性期の治療が終了し慢性期治療の必要な患者の受け入れ」で、次いで「急性期治療が終了し回復に向けての転出」、「高度な医療が必要な患者の急性期病院への転出」、「高度な医療が必要な患者の受け入れ」だった。その他の内容は、「緩和ケアに関すること」、「リハビリテーションに関すること」などであった。

3. 高齢患者の退院後を見通した看護について

1) 各項目の得点

高齢患者の退院後を見通した看護13項目について、各項目の平均点は表3の通りである。「実施状況」の平均点が高い順に、質問項目を並べ替えた。「必要性の認識」の平均点は、13項目全て3.54以上と高かった。「実施状況」の平均点は、2.40～3.55とばらつきがあり、『8. 家族構成の把握』『9. 家族の介護力の把握』『11. 家族のこれからの療養に関する希望の確認』といった家族についての理解や把握に関する内容が、他の項目と比べると「必要性の認識」「実施状況」とも

表3 高齢患者の看護13項目の平均点：「必要性の認識」と「実施状況」

項目番号	項目	中央値（平均値）		p値
		必要性の認識	実施状況	
8	家族構成の把握	4.0(3.87)	4.0(3.55)	0.00*
9	家族の介護力の把握	4.0(3.88)	3.0(3.27)	0.00*
11	家族のこれからの療養に関する希望の確認	4.0(3.82)	3.0(3.16)	0.00*
6	患者がどのような生活を望んでいるのかの確認	4.0(3.80)	3.0(2.93)	0.00*
5	介護保険が必要とされる時の申請への関わり	4.0(3.69)	3.0(2.92)	0.00*
13	キーパーソンが機能するような働きかけ	4.0(3.79)	3.0(2.89)	0.00*
7	患者のこれからの療養に関する思いの確認	4.0(3.77)	3.0(2.88)	0.00*
4	介護保険の必要性についてのアセスメント	4.0(3.72)	3.0(2.86)	0.00*
3	入院中にADLがどのように変化していくかの予測	4.0(3.64)	3.0(2.69)	0.00*
12	経済力の把握	4.0(3.63)	3.0(2.59)	0.00*
1	入院早期の退院調整の必要性のアセスメント	4.0(3.67)	3.0(2.54)	0.00*
2	入院早期の回復後の療養場所のアセスメント	4.0(3.70)	3.0(2.52)	0.00*
10	家屋の構造や住宅環境の把握	4.0(3.54)	2.0(2.40)	0.00*

p値：Mann-Whitney のU検定；*，p<0.05

表4 病棟の特徴による高齢患者の看護13項目の得点（必要性の認識）

平均±標準偏差（点）

項目番号	項目	スクリーニング実施			退院調整に専任する職員の配置			転院形式		
		有 (n=476)	無 (n=400)	p値	有 (n=452)	無 (n=431)	p値	転院形式		p値
								急性期病棟 (n=256)	慢性期病棟 (n=369)	
1	入院早期の退院調整の必要性のアセスメント	3.77±0.48	3.58±0.66	0.00*	3.72±0.53	3.62±0.64	0.03*	3.68±0.55	3.67±0.57	0.79
2	入院早期の回復後の療養場所のアセスメント	3.76±0.48	3.63±0.62	0.00*	3.71±0.54	3.69±0.58	0.71	3.73±0.50	3.71±0.52	0.65
3	入院中にADLがどのように変化していくかの予測	3.66±0.52	3.60±0.59	0.21	3.66±0.52	3.61±0.60	0.27	3.66±0.55	3.62±0.54	0.22
4	介護保険の必要性についてのアセスメント	3.77±0.48	3.65±0.59	0.00*	3.73±0.52	3.70±0.56	0.40	3.67±0.56	3.74±0.52	0.14
5	介護保険が必要とされる時の申請への関わり	3.76±0.48	3.61±0.63	0.00*	3.70±0.54	3.69±0.57	0.77	3.66±0.58	3.69±0.55	0.41
6	患者がどのような生活を望んでいるのかの確認	3.83±0.39	3.77±0.49	0.21	3.81±0.41	3.78±0.47	0.50	3.83±0.39	3.79±0.43	0.29
7	患者のこれからの療養に関する思いの確認	3.81±0.40	3.74±0.53	0.08	3.80±0.43	3.74±0.51	0.12	3.81±0.42	3.76±0.46	0.10
8	家族構成の把握	3.90±0.31	3.83±0.39	0.01*	3.87±0.34	3.86±0.37	0.84	3.88±0.34	3.86±0.35	0.29
9	家族の介護力の把握	3.91±0.32	3.84±0.39	0.01*	3.89±0.32	3.86±0.39	0.36	3.89±0.32	3.89±0.33	0.77
10	家屋の構造や住宅環境の把握	3.61±0.57	3.47±0.71	0.01*	3.57±0.61	3.50±0.70	0.25	3.58±0.62	3.53±0.63	0.25
11	家族のこれからの療養に関する希望の確認	3.85±0.36	3.78±0.47	0.06	3.83±0.39	3.81±0.44	0.60	3.80±0.41	3.83±0.39	0.36
12	経済力の把握	3.62±0.53	3.64±0.55	0.38	3.62±0.53	3.64±0.54	0.53	3.60±0.55	3.63±0.52	0.55
13	キーパーソンが機能するような働きかけ	3.80±0.42	3.77±0.45	0.49	3.78±0.45	3.79±0.42	0.74	3.76±0.44	3.80±0.44	0.26

p値：Mann-Whitney のU検定；*，p<0.05

に点数が高く、『6. 患者がどのような生活を望んでいるのかの確認』『7. 患者のこれからの療養に関する思いの確認』といった患者本人の希望や思いの確認に関する内容よりも重要視されている傾向が認められた。13項目全てにおいて、「必要性の認識」が「実施状況」よりも有意に高かった (p<0.05)。また、『1. 入院早期の退院調整の必要性のアセスメント』『2. 入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』の2項目は、「実施状況」の平均点が低く、『10. 家屋の構造や住宅環境の把握』

は、「必要性の認識」「実施状況」とともに最も低かった。

次に、13項目それぞれを「必要性の認識」と「実施状況」ごとに、スクリーニングの実施の有無、専任職員の配置の有無、転院形式の違いにおいて分布に差があるか、Mann-WhitneyのU検定を行った(表4, 表5)。

「必要性の認識」では、『1. 入院早期の退院調整の必要性のアセスメント』『2. 入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』『4. 介護保険の必要性についてのアセスメント』『5. 介護保険が必要とされる時の申請

表5 病棟の特徴による高齢患者の看護13項目の得点（実施状況）

平均±標準偏差（点）

項目 番号	項 目	スクリーニング実施			退院調整に専任する 職員の配置			転院形式		
		有 (n=476)	無 (n=400)	p値	有 (n=452)	無 (n=431)	p値	転院形式		p値
								急性期病棟 (n=256)	慢性期病棟 (n=369)	
1	入院早期の退院調整の必要性のアセスメント	3.01±0.78	1.98±0.81	0.00*	2.75±0.91	2.31±0.93	0.00*	2.58±0.92	2.50±0.92	0.33
2	入院早期の回復後の療養場所のアセスメント	2.84±0.75	2.14±0.82	0.00*	2.64±0.82	2.38±0.87	0.00*	2.53±0.83	2.54±0.84	0.73
3	入院中にADLがどのように変化していくかの予測	2.85±0.77	2.51±0.80	0.00*	2.79±0.80	2.58±0.80	0.00*	2.75±0.77	2.64±0.79	0.09
4	介護保険の必要性についてのアセスメント	3.12±0.76	2.56±0.91	0.00*	2.89±0.87	2.83±0.89	0.32	2.67±0.88	2.98±0.81	0.00*
5	介護保険が必要とされる時の申請への関わり	3.11±0.78	2.69±0.97	0.00*	2.92±0.90	2.92±0.90	0.91	2.71±0.90	3.01±0.84	0.00*
6	患者がどのような生活を望んでいるかの確認	3.07±0.72	2.76±0.83	0.00*	2.99±0.75	2.85±0.80	0.01*	2.94±0.75	2.93±0.77	0.76
7	患者のこれからの療養に関する思いの確認	3.05±0.74	2.70±0.81	0.00*	2.94±0.76	2.80±0.80	0.01*	2.93±0.76	2.84±0.79	0.21
8	家族構成の把握	3.63±0.56	3.46±0.70	0.00*	3.57±0.61	3.53±0.64	0.36	3.59±0.61	3.52±0.64	0.13
9	家族の介護力の把握	3.43±0.64	3.08±0.80	0.00*	3.31±0.73	3.22±0.75	0.06	3.27±0.72	3.28±0.73	0.87
10	家屋の構造や住宅環境の把握	2.56±0.85	2.21±0.90	0.00*	2.48±0.88	2.32±0.90	0.01*	2.36±0.85	2.39±0.86	0.79
11	家族のこれからの療養に関する希望の確認	3.33±0.69	2.96±0.86	0.00*	3.20±0.78	3.11±0.80	0.13	3.17±0.80	3.15±0.78	0.67
12	経済力の把握	2.69±0.88	2.46±0.89	0.00*	2.59±0.89	2.57±0.89	0.78	2.49±0.86	2.60±0.87	0.15
13	キーパーソンが機能するような働きかけ	3.04±0.76	2.69±0.84	0.00*	2.93±0.81	2.83±0.82	0.07	2.87±0.80	2.86±0.80	0.86

p値：Mann-Whitney のU検定；*、p<0.05

への関わり』『8. 家族構成の把握』『9. 家族の介護力の把握』『10. 家屋の構造や住宅環境の把握』の7項目において、スクリーニングを実施している病棟に勤務する看護師（以下、スクリーニング実施看護師とする）の方が有意に高かった（p<0.05）。また、『1. 入院早期の退院調整の必要性のアセスメント』のみ、専任職員が配置されている病院に勤務する看護師（以下、専任職員看護師とする）の方が有意に高かった（p<0.05）。転院形式については、質問項目の内容から急性期病棟と慢性期病棟の2群に分けて分析したが、13項目全てにおいて有意差が認められなかった。

「実施状況」では、13項目全てにおいて、スクリーニング実施看護師の方が有意に高かった（p<0.05）。また、『1. 入院早期の退院調整の必要性のアセスメント』『2. 入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』『3. 入院中にADLがどのように変化していくかの予測』『6. 患者がどのような生活を望んでいるかの確認』『7. 患者のこれからの療養に関する思いの確認』『10. 家屋の構造や住宅環境の把握』の6項目において、専任職員看護師の方が有意に高かった（p<0.05）。転院形式については、『4. 介護保険の必要性についてのアセス

メント』『5. 介護保険が必要とされる時の申請への関わり』の2項目において、慢性期病棟に勤務する看護師（以下、慢性期病棟看護師とする）の方が有意に高かった（p<0.05）。

2) 信頼性・構成概念妥当性

高齢患者の退院後を見通した看護についての質問項目の信頼性・妥当性について検討した（表6, 表7）。信頼性は、Cronbachのα係数を求めた。「必要性の認識」については0.88, 「実施状況」については0.90であり、信頼性は認められた。妥当性については、構成概念の妥当性をみるために因子分析を行った。因子分析における検定については、サンプルと因子分析の適合性を図る事前検定として、Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) の標本妥当性測度およびBartlettの球面性検定の実施が推奨され、KMOは、「必要性の認識」「実施状況」ともに0.89であった。また、Bartlettの球面性検定結果は、「必要性の認識」「実施状況」ともにp<0.05となるため、因子分析の適用は妥当と判断した。分析は、主因子法による因子分析プロマックス回転を行い、その結果、因子負荷の低い項目や複数の因子に因子負荷の高い項目を除いて、「必要性の認識」「実施状況」ともに2つ

表6 高齢患者の看護の「必要性の認識」に関する項目の因子分析結果

項目番号	項目	因子負荷量	
		第1因子	第2因子
第1因子 (7項目) 【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】 $\alpha=0.85$			
11	家族のこれからの療養に関する希望の確認	0.85	-0.06
8	家族構成の把握	0.77	-0.13
9	家族の介護力の把握	0.72	0.01
13	キーパーソンが機能するような働きかけ	0.69	-0.04
12	経済力の把握	0.60	0.05
10	家屋の構造や住宅環境の把握	0.53	0.20
7	患者のこれからの療養に関する思いの確認	0.53	0.20
第2因子 (4項目) 【退院調整、介護保険の判断】 $\alpha=0.76$			
1	入院早期の退院調整の必要性のアセスメント	-0.12	0.74
2	入院早期の回復後の療養場所のアセスメント	-0.05	0.72
4	介護保険の必要性についてのアセスメント	0.06	0.61
5	介護保険が必要と判断される時の申請への関わり	0.09	0.57
除外した項目			
6	患者がどのような生活を望んでいるのかの確認	0.42	0.33
3	入院中にADLがどのように変化していくかの予測	0.27	0.30
		回転後の負荷量平方和	5.15
		寄与率 (%)	39.63
		累積寄与率 (%)	39.63
		平均値	3.76
			0.75
			5.73
			45.36
			3.70

N=908, 因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

表7 高齢患者の看護の「実施状況」に関する項目の因子分析結果

項目番号	項目	因子負荷量	
		第1因子	第2因子
第1因子 (8項目) 【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】 $\alpha=0.88$			
11	家族のこれからの療養に関する希望の確認	0.77	0.04
8	家族構成の把握	0.77	-0.18
9	家族の介護力の把握	0.76	-0.04
12	経済力の把握	0.67	-0.07
13	キーパーソンが機能するような働きかけ	0.62	0.11
6	患者がどのような生活を望んでいるのかの確認	0.55	0.20
7	患者のこれからの療養に関する思いの確認	0.54	0.20
10	家屋の構造や住宅環境の把握	0.53	0.18
第2因子 (4項目) 【退院調整、介護保険の判断】 $\alpha=0.80$			
2	入院早期の回復後の療養場所のアセスメント	-0.12	0.92
1	入院早期の退院調整の必要性のアセスメント	-0.14	0.85
4	介護保険の必要性についてのアセスメント	0.28	0.51
3	入院中にADLがどのように変化していくかの予測	0.14	0.47
除外した項目			
5	介護保険が必要と判断される時の申請への関わり	0.35	0.37
		回転後の負荷量平方和	5.64
		寄与率 (%)	43.36
		累積寄与率 (%)	43.36
		平均値	2.96
			0.84
			6.47
			49.83
			2.66

N=908, 因子抽出法: 主因子法 回転法: Kaiserの正規化を伴うプロマックス法

の因子が抽出された。「必要性の認識」の第1因子は、『11. 家族のこれからの療養に関する希望の確認』『8. 家族構成の把握』『9. 家族の介護力の把握』『13. キーパーソンが機能するような働きかけ』『12. 経済力の把握』『10. 家屋の構造や住宅環境の把握』『7. 患者のこれからの療養に関する思い』の7項目から構成されることから、【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】と解釈した。第2因子は、『1. 入院早期の

退院調整の必要性のアセスメント』『2. 入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』『4. 介護保険の必要性についてのアセスメント』『5. 介護保険が必要と判断される時の申請への関わり』の4項目から構成されることから、【退院調整、介護保険の判断】と解釈した。「実施状況」の第1因子は、『11. 家族のこれからの療養に関する希望の確認』『8. 家族構成の把握』『9. 家族の介護力の把握』『12. 経済力の把握』『13. キーパー

表8 病棟の特徴による因子分析結果の得点：「必要性の認識」と「実施状況」 平均±標準偏差（点）

項目	スクリーニング実施			退院調整に専任する 職員の配置			転院形式		
	有 (n=476)	無 (n=400)	p値	有 (n=452)	無 (n=431)	p値	転院形式		p値
							急性期病棟 (n=256)	慢性期病棟 (n=369)	
必要性の認識									
【家庭背景・家族機能の評価 と家族・患者の希望確認】	3.79±0.30	3.73±0.37	0.12	3.77±0.32	3.75±0.36	0.68	3.76±0.33	3.76±0.33	0.79
【退院調整, 介護保険の判断】	3.77±0.35	3.61±0.49	0.00*	3.72±0.39	3.68±0.46	0.88	3.69±0.42	3.70±0.41	0.66
実施状況									
【家庭背景・家族機能の評価 と家族・患者の希望確認】	3.10±0.53	2.79±0.61	0.00*	3.00±0.58	2.90±0.58	0.02*	2.95±0.57	2.95±0.57	1.00
【退院調整, 介護保険の判断】	2.96±0.57	2.30±0.65	0.00*	2.77±0.66	2.53±0.70	0.00*	2.64±0.67	2.66±0.66	0.74

p値：Mann-Whitney のU検定；*, p<0.05

ソンが機能するような働きかけ』『6. 患者がどのような生活を望んでいるのかの確認』『7. 患者のこれからの療養に関する思いの確認』『10. 家屋の構造や住宅環境の把握』の8項目から構成されることから、【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】と解釈した。第2因子は、『2. 入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』『1. 入院早期の退院調整の必要性のアセスメント』『4. 介護保険の必要性についてのアセスメント』『3. 入院中にADLがどのように変化していくかの予測』の4項目から構成されることから、【退院調整, 介護保険の判断】と解釈した。

3) 因子分析結果による各群の得点

因子分析の結果をふまえ、スクリーニングの実施の有無、専任職員の配置の有無、転院形式の違いにおいて分布に差があるか、Mann-WhitneyのU検定を行った(表8)。

スクリーニングの実施の有無では、「必要性の認識」において【退院調整, 介護保険の判断】で有意差(p<0.05)を認め、スクリーニング実施看護師の認識が、スクリーニングを実施していない病棟に勤務する看護師(以下、スクリーニング未実施看護師とする)の認識よりも有意に高かった。「実施状況」では、【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】と【退院調整, 介護保険の判断】のどちらにも有意差(p<0.05)を認め、スクリーニング実施看護師の実施が、スクリーニング未実施看護師の実施よりも有意に高かった。

専任職員の配置の有無では、「必要性の認識」には有意差が認められなかった。「実施状況」では、【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】と【退院調整, 介護保険の判断】のどちらにも有意差(p<0.05)を認め、専任職員看護師の実施が、専任職員が

配置されていない病院に勤務する看護師(以下、専任職員不在看護師とする)の実施よりも有意に高かった。

転院形式の違いでは、「必要性の認識」「実施状況」ともに有意差を認めなかった。

IV. 考察

1. 高齢患者に対する退院後の生活を見通した看護の「必要性の認識」と「実施状況」

高齢患者に対する退院後を見通した看護13項目全てにおいて、「必要性の認識」が「実施状況」よりも有意に高かったことから、「必要性の認識」は高いが、日々の看護で実践しきれていない現状があると考えられる。また、各項目の「必要性の認識」と「実施状況」の平均点を比較すると、概ね同じような得点順位となるが、13項目の中で、得点順位が大きく異なる項目の1つに、『2. 入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』があった。これは、「必要性の認識」はしているものの「実施状況」が低い。先行研究でも、退院にむけての支援を早期に開始することで、入院の長期化を防ぐことが報告¹¹⁾されたり、患者背景も複雑であることから、複雑な調整内容が必要となって支援に時間を要するため、早期から対象者の特定と支援の必要性¹²⁾が述べられている。また、退院支援に対してハイリスク患者であると認識した時点で、初めて積極的な支援が開始されても、支援開始のタイミングを逃す¹³⁾ことも述べられている。『2. 入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』の「必要性の認識」はしているものの「実施状況」が低いことから、看護師は、入院期間が短縮している現在、退院支援が早期から実施されることのメリットや必要性を理解していると同時に、回復後の療養場所のアセスメントの必要性も理解している現状である。また、複数の疾患を抱えることが多い

高齢患者は、ADLの変化の予測が難しく、修正が必要なことも多く、日々の多忙な看護の中で、早期から退院後を見据えた看護を行うことが困難な状況にあることが考えられる。しかし、退院支援開始のタイミングを逃さないためにも、早期にアセスメントを行い、修正しながら看護する必要があるため、専任職員が配置されている場合には、早期に連絡を取って連携を密にしながら、高齢患者の状態を病棟看護師と共有する必要がある。また、専任職員が配置されていない場合には、入退院の調整を日々実践している看護師長と協力する必要があると考える。

2. 病棟の特徴による「必要性の認識」と「実施状況」の違い

1) 高齢患者に対する退院後を見通した看護13項目について

「必要性の認識」は、『1.入院早期の退院調整の必要性のアセスメント』『2.入院早期の回復後の療養場所のアセスメント』『4.介護保険の必要性についてのアセスメント』『5.介護保険が必要とされる時の申請への関わり』『8.家族構成の把握』『9.家族の介護力の把握』『10.家屋の構造や住宅環境の把握』の7項目で、スクリーニング未実施看護師と比較して、スクリーニング実施看護師の方が認識が有意に高かった。しかし、専任職員の配置の有無で有意差が認められたのは『1.入院早期の退院調整の必要性のアセスメント』の1項目のみで、専任職員看護師の方が「必要性の認識」が有意に高かった。また、転院形式の違いでは、全ての項目で有意差が認められなかった。すなわち、最も多くの項目で有意差が認められたのは、スクリーニングの実施の有無によるものであった。これらは、スクリーニング票の有効性¹⁴⁾や、スクリーニングの実施による看護師への教育効果¹⁵⁾が述べられていることから、スクリーニングを実施することは、日々の看護の質を上げることにもつながり、実施することの意味は大きいと言える。

「実施状況」では、全ての項目でスクリーニング実施看護師の方が有意に「実施状況」が高かった。専任職員の配置の有無において項目に有意差が認められたのは6項目で、専任職員看護師の方が有意に「実施状況」が高かった。また、転院形式の違いにおいて項目に有意差が認められたのは、介護保険に関する2項目であり、慢性期病棟看護師の方が有意に高かった。ここでも、スクリーニングを実施することと同時に専任職員がいることは、看護師への教育効果があると考え

られる。

2) 因子分析結果による2因子について

因子分析によって分類された【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】では、「必要性の認識」において、スクリーニングの実施の有無や専任職員の配置の有無、転院形式の違いで項目に有意差が認められなかったが、「実施状況」ではスクリーニング実施看護師、専任職員看護師の方が有意に高い。これらのことから、病棟の特徴に関わらず、どの看護師も「必要性の認識」を高く持っていると考えられる。また、病棟の特徴に関係していないため、高齢患者に向き合う看護師一人一人の姿勢が反映されており、高齢化の加速や介護における諸問題を敏感に突き、必要性を認識しながら看護しているとも言える。反して「実施状況」となると、平均点は「必要性の認識」よりも低くなり、スクリーニングの実施や専任職員の配置の有無によって有意差が認められている。これは、表5に示しているように、『7.患者のこれからの療養に関する思いの確認』において「実施状況」が低いことがあげられる。この結果は、退院調整において、中心に存在する高齢患者に目を向けて理解する必要性を示唆しており、スクリーニングの実施や専任職員が配置されていることは、看護師の「必要性の認識」が「実施状況」に変わる要因になると考えられる。

因子分析によって分類された【退院調整、介護保険の判断】では、「必要性の認識」において、スクリーニングを実施している方が高いが、専任職員の配置や転院形式の違いにおいて項目に有意差が認められなかった。一方、「実施状況」では、スクリーニングを実施、専任職員が配置されている方が有意に高い。【退院調整、介護保険の判断】でも、先に述べたように、「必要性の認識」を高く持っていると考えられるものの、「実施状況」となると、スクリーニングの実施や専任職員の配置の有無によって有意差が認められている。しかし、「必要性の認識」で、スクリーニングの実施において項目に有意差が認められたことは、【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】と異なる部分である。【退院調整、介護保険の判断】は、退院調整や介護保険といった高齢患者を取りまく社会的側面についてであり、伴ら¹⁶⁾は、病棟看護師長の認識として、看護師の社会資源や介護保険等の知識不足があったことを報告しているが、本研究では、看護師はスクリーニングを実施することで、高齢患者の先の生活を見通した関わりをし、社会的側面に

もアンテナを広く持てたと考えられる。

以上のように、13項目毎に検討した結果と因子分析による2因子で検討した結果のいずれにおいても、スクリーニングの実施の有無、専任職員の配置の有無、転院形式の違いという病棟の特徴では、スクリーニングの実施の有無において最も多くの項目で有意差が認められた。スクリーニングの実施により在院日数が短縮した¹⁷⁾との報告もあるため、年々在院日数が短縮している中、高齢患者の在院日数が長いことへの解決の糸口になる可能性もある。スクリーニングを実施することで、高齢患者を看る視点が強化されると同時に家族への看護も充実し、相対的に看護師の看護の質向上にもつながると考えられる。

3. 高齢患者の退院後を見通した看護の役割

病棟に勤務する看護師の高齢患者に対する退院後の生活を見通した看護の「必要性の認識」は高いが、「実施状況」は低く、日々の看護で実践しきれていない現状の可能性を述べたが、病棟看護師の果たす役割はますます大きいと考える。なぜなら、病棟で普段から高齢患者に関わっている看護師の観察とアセスメントは、退院時期を逃さないためにも、退院支援が表面化する以前、すなわち病棟に入院した時点からアセスメントの視点を持って関わる必要性があるからである。平瀬ら¹⁸⁾が、個々の看護師の生活の視点からのアセスメント能力の差を補うために、退院調整看護師と合同でアセスメントを行う必要性を述べていたり、専門部署が日常的に退院支援活動を病棟看護師と一緒にすることで、病棟看護師の退院支援に関する能力向上の可能性¹⁹⁾が示唆されているように、退院調整に専任の看護師がいることは、より広い視点での援助が期待できる。しかし、専任職員の確保と経済的な担保が課題となるため、その役割の一部を、広い視点でとらえることが可能な看護師長などに協力を仰ぐことは、看護師個人のアセスメント能力向上のためにも、高齢患者の看護にとっても重要である。特に高齢患者は、少しの活動制限で容易にADLが低下するため、高齢患者の変化を入院時から日々理解している病棟看護師や看護師長の役割は大きい。また、専任職員の配置については、専任職員の確保と経済的な担保が課題となるが、全国調査によると、専門部署を有している病院の方が病床数が多い^{20) 21)}。これらのことから、病床数の少ない病院では、専任職員の確保が難しいことも考えられる。今回の結果を見ても、スクリーニングの実施や専任職員の配置は約半数にとどまっている。しか

し、スクリーニングの実施については、患者の状況を把握している病棟看護師が行うのがふさわしいとの見解²²⁾もあり、スクリーニングの実施は、看護の一部として病棟単位で実践可能だと考えられる。さらに、スクリーニングの実施については、鷺見ら²³⁾が高齢患者に対する退院支援スクリーニング票を開発したなかで、高齢患者へ退院支援をする際、家族介護体制を評価する必要性があり、スクリーニング項目としても重要不可欠であると報告されている。在宅においては、家族の介護力が高齢者の在宅生活を継続する重要な要因であり、介護力の低下²⁴⁾が問題視されているからこそ、視点をあてて生活の調整をすることが大切である。また、村松ら²⁵⁾は、入院時のスクリーニングのみでは、退院支援の必要な対象者を特定しきれず、その原因として、在院日数が短い情報を取りこぼしがあつた可能性を指摘している。これらのことから、普段関わっている時間が長く心身状態の変化を目の当たりにしている病棟看護師が、日々の高齢患者の状態をアセスメントしながら関わることの重要性が大きいものと考えられる。

高齢患者の特徴として、ADLが低下しやすく回復しにくい特徴があり、治療を終えた段階で入院前の生活スタイルと異なることが多く見られる。そのため、入院早期から退院後の生活を具体的に見通しながら日々の看護を実践すること、さらに、外来通院中の予定入院であれば、外来看護師による一次スクリーニングを行い、それに続いて病棟看護師がスクリーニングを実施することで、退院支援の必要な患者が漏れることを少なくすることが、今後の課題と考えられた。

因子分析の結果から、2因子【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】【退院調整、介護保険の判断】に分類された。【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】は高齢患者の心身や生活および家族について、【退院調整、介護保険の判断】は高齢患者をとりまく社会的側面についての側面である。「必要性の認識」のみならず「実施状況」においても、急性期病棟、慢性期病棟に関わらず有意差を認めなかったことは、高齢患者と家族についての理解はされているし、退院後の生活を見通しているからこそ、退院調整や介護保険の判断も実施されていると考えられる。一方、スクリーニングの実施と専任職員の配置の有無に有意差が認められたことは、スクリーニングの実施と専任職員が配置されている意味が高まると言える。加えて、【家庭背景・家族機能の評価と家

族・患者の希望確認】【退院調整，介護保険の判断】

という2つの視点で有意差が認められたこと，退院調整加算にスクリーニングの実施や専任職員の配置が算定要件となっていることから，退院調整における2つの側面の重要性も増す。しかし，高齢患者の心身や生活および家族については，病棟で働く看護師が最も理解していると考えられるため，受け持ち高齢患者の看護には，この2つの側面をより意識しながらの看護が重要と考えられる。美ノ谷ら²⁶⁾は，本人と家族の心配内容に相違があることから，本人と家族を一体とみなしてしまう傾向があるが，両者それぞれへの心配への対応の必要性を述べている。本研究でも，家族のこれからの療養に関する希望の確認が，患者のこれからの療養に関する思いの確認よりも高値を示していたため，高齢患者と家族それぞれの思いや希望を確認しながら関わることが必要である。一方，「転院支援」が「在宅支援」に比べて患者や家族の満足度が低いのは，患者や家族と医療者との認識のずれが推察され，目標を共有することの重要性²⁷⁾が述べられている。高齢患者と家族それぞれの思いや希望を確認したうえで，医療者も同じ方向を向いていくために，皆で共有することが必要であると考えられる。そのため，入院時あるいは入院早期から，高齢患者と家族を交えた話し合いをすることが大切であり，その際，今後の希望などを確認する必要がある。看護師が，ADLがどのように変化していくかの予測をしながら，なおかつ高齢患者がどのような生活を望んでいるかを確認し，これからの療養に関する思いを本人および家族と共に共有することは，ニーズに即した支援として重要である。さらに，入院中から退院後の生活について見通しを立て，本人および家族のニーズに沿うような関わりが求められる。そのため，病棟の特徴に関わらず，高齢患者に携わる看護師が日々の看護で【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】を実践することが，強く望まれる。

4. 調査対象者および尺度の妥当性

本研究の調査対象者を日本看護協会での看護職員実態調査結果²⁸⁾と比較すると，男女比はほぼ同じであった。しかし，本研究では30歳代以下の対象者が少なく40歳代以上の対象者が多かったため，平均年齢も高い傾向にあった。看護師経験年数は，5年以上10年未満および20年以上が多かった。これらのことから，本研究の結果は，看護師経験が5年以上の中堅以上の看護師の「必要性の認識」と「実施状況」を反映していると

考えることができる。

病棟の特徴を見ると，スクリーニングの実施に関して全国的な実態は明らかとなっていないが，洞内ら²⁹⁾の研究では，スクリーニングシステムが「ある」と回答したのは74.4%であった。本研究では，スクリーニングを実施していると回答したのは52.4%であり，先行研究と比較すると低い。しかし，先行研究は，ある地域に特定されていて母数が少なく，多くの病院の実態が反映されているわけではない。スクリーニングを実施することにより，院外連携など退院支援が必要な患者の把握や専門部署との連携を早期から図ることが可能という効果も報告^{30) 31)}されていることから，スクリーニングの実施が波及することが望まれる。また，専任職員の配置は，全国的に増えている^{32) 33)}。本研究では，専任職員の配置の有無を回答したのは各看護師であり，病院ごとに回答を求めた全国調査との単純比較はできないものの，専任職員がいると回答した全国調査の結果67.1%に比べて49.8%と低かった。全国調査³⁴⁾では病床が大きいほど，また急性期中心の病院や高次機能の医療機関において専任職員がいると報告されている。しかし，全国調査と比較して本研究の結果が低かったのは，病床数に関わらず協力していただける病院の看護師を対象としたため，病床数が少ない病院が全体の半数を占めるほど多く，病床数や病院の機能が関係しているとも考えられる。

本研究で，質問紙の項目は，高齢患者を取り巻く環境や転院の状況を考えて研究者らで作成したが，Cronbachの α 係数が0.8以上であり，信頼性が確保されていることが確認できた。また，スクリーニングの実施や専任職員の配置が，退院調整加算の算定要件となっており，2因子とも「実施状況」において有意差を認め，なおかつ転院形式で有意差が認められなかったことは，質問項目の妥当性が確認できたとも考えられる。その一方で，因子分析をした時に，因子負荷量が小さかったり二重負荷がかかってしまった項目があった。このことから，項目内容を見直すことも必要であると考えられる。

V. 結論

病院に勤務する看護師の高齢患者の退院後を見通した看護13項目に対する「必要性の認識」と「実施状況」を調査し，病棟の特徴ごとに分析した結果，以下のことが明らかとなった。

1. 高齢患者の退院後を見通した看護13項目において，

全ての項目で「必要性の認識」が「実施状況」より有意に高かった。

2. 高齢患者の退院後を見通した看護の各項目の「必要性の認識」と「実施状況」は、スクリーニングの実施の有無において最も多くの項目で有意差が認められ、次いで専任職員の配置の有無において多かった。
3. 高齢患者の退院後を見通した看護13項目のうち、「実施状況」では6項目において専任職員の配置の有無で有意差が認められたため、専任職員が配置されていることは高齢患者の退院後を見通した看護の実践のためにも望ましいと考える。しかし、病床数の少ない病院では、専任職員の確保と経済的な担保が課題となる。
4. スクリーニングの実施は、専任職員の配置よりも多くの項目で有意差を認めており、看護の一部として病棟単位で看護師による実践が可能であるため、スクリーニングの実施意義は大きいと考える。スクリーニングを実施することで、高齢患者の退院後を見通した看護の視点が強化されると同時に家族への看護も充実し、看護の質向上にもつながると考えられた。
5. 高齢患者の退院後を見通した看護13項目は、【家庭背景・家族機能の評価と家族・患者の希望確認】【退院調整、介護保険の判断】の2因子構造であった。そのため、病棟で働く看護師は、これら2つの側面をより意識しながら看護することが重要であると考えられた。

おわりに

病棟で実際に働いている看護師は、高齢患者の退院後の生活を見通した看護において、「実施状況」に比べて「必要性の認識」は高いがそれを実践しきれていない現状があると考えられた。そのため、高齢患者と関わっている時間が長く心身状態の変化を目の当たりにしている病棟看護師が、日々の高齢患者の状態をアセスメントしながら関わることの重要性が示唆された。また、スクリーニングを実施することで、高齢患者を看る視点が強化されると同時に、家族への看護も充実し、相対的に看護師の看護の質向上にもつながると考えられた。このことから、入院早期から退院後の生活を具体的に見通した看護実践が、今後の課題と考えられた。先行研究で在宅支援の割合も多い³⁵⁾ことから、今後は、病院間の連携にとどまらず、病院と在宅

との連携にも目を向け、さまざまな角度から高齢患者の看護について検討を重ねていく必要がある。

謝辞

大変お忙しい中、本研究の調査に協力してくださった看護部長様、総看護師長様、看護師の皆様に深謝申し上げます。なお、本研究の一部は、第3回岩手看護学会学術集会において発表した。

引用文献

- 1) 清水房枝, 安井明子. 高齢長期入院患者の退院に向けての支援システムの必要性—退院を困難にする問題と支援システム—. 三重看護学誌2008; 10: 83-87.
- 2) 退院患者の平均在院日数等. 厚生労働省; 2011年9月21日 <http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/kanja/08/dl/03.pdf>.
- 3) Mary D. Naylor, Dorothy Brooten, Roberta Campbell, Barbara S. Jacobsen, Mathy D. Mezey, et al. Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders. JAMA1999; 281 (7) : 613-620.
- 4) Evans RL, Hendisks RD. Evaluating Hospital Discharge Planning: A Randomized Clinical Trial. Medical Care1993; 31 (4) : 358-370.
- 5) 老人看護の専門看護師登録者一覧. 看護協会ホームページ; 2012年2月20日. <http://www.nurse.or.jp/index.html>.
- 6) 美ノ谷新子, 杉本正子, 福嶋龍子, 小松優紀. 施設療養へ移行した脳卒中患者の退院時状況と退院前の心配. 順天堂医学2009; 55 (3) : 294-302.
- 7) 永田智子, 村嶋幸代. 高齢者の退院支援. 日本老年医学会雑誌2002; 39 (6) : 579-584.
- 8) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代. 一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析—追跡調査による評価から—. 日本地域看護学会誌2009; 12 (1) : 50-58.
- 9) 石橋麻里, 狩野良太, 西澤美貴子, 平山朋子. 療養型病棟に入院中の高齢者の運動機能・精神機能に関する調査. 藍野学院紀要2008; 22 : 23-30.
- 10) 楠本順子, 川崎浩二. 満足度調査による退院支援の評価. 日本医療マネジメント学会雑誌2008; 9 (2) : 322-326.

- 11) 鷺見尚己, 村嶋幸代, 鳥羽研二, 大内尉義. 退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究-特定機能病院老年病科における準実験研究-. 病院管理2001 ; 38 (1) : 29-40.
- 12) 鷺見尚己, 奥原芳子, 安達妙子, 浅野弘恵, 佐藤由佳. 大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証. 看護総合科学研究会誌2007 ; 10 (3) : 53-64.
- 13) 永田智子, 村嶋幸代. 退院支援の現状と課題. 保健の科学2002 ; 44 (2) : 95-99.
- 14) 鷺見尚己, 村嶋幸代. 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発 (第二報) -大学病院における妥当性の検証-. 病院管理2005 ; 42 (4) : 479-491.
- 15) 前掲12)
- 16) 伴真由美, 丸岡直子, 川島和代, 小松妙子, 佐藤弘美. 病棟看護師長からみた退院調整の現状と課題. 石川看護雑誌2005 ; 2 : 33-41.
- 17) 森田亘, 天羽健太郎, 黒田栄史, 星川吉光, 辻莊市 他. 高齢者に対する早期退院支援スクリーニングの有用性. 東日本震災会誌2010 ; 22 : 194-197.
- 18) 平瀬節子, 橋本智子. 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2006 ; 6 : 67-75.
- 19) 松永篤志, 永田智子, 村嶋幸代. 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2004 ; 41 (3) : 185-194.
- 20) 前掲6)
- 21) 日本訪問看護振興財団. 退院調整看護師に関する実態調査報告書. 2011. 9-45.
- 22) 森鍵祐子, 大竹まり子, 赤間明子, 鈴木育子, 佐藤千史 他. 急性期病院における早期退院支援を目的としたスクリーニング票の導入. 日本在宅ケア学会誌2008 ; 12 (1) : 26-34.
- 23) 鷺見尚己, 村嶋幸代. 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発 (第一報). 病院管理2005 ; 42 (3) : 277-288.
- 24) 新田静江. 文献抄録における日本の家族介護者を対象とする看護研究の動向と課題. 山梨大学看護学会誌2008 ; 7 (1) : 3-10.
- 25) 村松恵子, 高橋睦子, 黒田めぐみ, 中谷久恵. 在宅療養における退院指導の早期化に向けた入院時スクリーニングによる看護. 日本在宅ケア学会誌2005 ; 9 (1) : 114-118.
- 26) 前掲7)
- 27) 前掲10)
- 28) 日本看護協会 政策企画部. 2009年看護職員実態調査. 2010. 2-7.
- 29) 洞内志湖, 丸岡直子, 伴真由美, 川島和代. 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2009 ; 6 : 59-66.
- 30) 前掲14)
- 31) 前掲12)
- 32) 桂敏樹, 高橋みや子, 右田周平. 医療機関における退院調整専門職配置の可能性に関する全国調査. 日本農村医学会雑誌2003 ; 52 (2) : 198-204.
- 33) 前掲21)
- 34) 前掲21)
- 35) 前掲12)

(2012年3月30日受付, 2012年8月30日受理)

Nurses' "Recognition of Necessity" and "Condition of Implementation" of Care that Considers the Lifestyles of Elderly Patients after Discharge —Focus on Ward Characteristics—

Misako Kojima¹⁾ Yukie Watanabe¹⁾ Chiaki Kinouchi²⁾ Mutsumi Chida¹⁾ Michiko Ishikawa³⁾

1) Faculty of Nursing, Iwate Prefectural University

2) Department of Nursing Sciences, School of Health Sciences, Japan University of Health Sciences

3) Former Iwate Prefectural University

Abstract

Objective: To elucidate the "recognition of necessity" and "condition of implementation" of nursing care that considers the lifestyles of elderly patients after discharge among nurses working in wards based on the characteristics of the ward and the influence of these characteristics on nurses' "recognition of necessity" and the "condition of implementation". Furthermore, this research investigates the role of nursing care that considers the lifestyles of elderly patients after discharge in care for elderly patients.

Methods: A 13-item self-report questionnaire on nursing care that considers the environment surrounding elderly patients as well as their lifestyles after discharge was created and conducted on 1743 nurses at 59 hospitals.

Results: Responses were obtained from 908 nurses (52.1%). For all 13 items, scores for "recognition of necessity" were significantly higher than those for "condition of implementation" ($p < 0.05$). In addition, we analyzed the influence of each ward characteristic on the lifestyles of elderly patients after discharge. As a result, the ward characteristic with the most significant influence was the practice of screening. The 13 items had a two-factor structure consisting of "assessment of family background and function, and confirmation of the wishes of the family and the patient" and "discharge planning and intervention for long-term care insurance". The ward characteristic with the most significant influence on these factors was also the practice of screening.

Conclusion: Implementation of screening, Implementation of screening was thought to not only was thought to not only strengthen the perspective of caring for elderly patients, but also contribute to improvements in nursing care by enhancing nursing care for families.

Key words : elderly, recognition, implementation, discharge planning, screening