

2) プログラムの介入

プログラムの具体的な内容を表 1 に示す。病棟単位で行ったため、より臨床で実践しやすく簡便に実施できる方法を考慮し、実施時間、実施回数などは、病棟師長と調整した。『勉強会』と『カンファレンス』は並行して実施し、その後『訪問』を行った。『勉強会』では、最新の情報が得られるようウェブ上の情報や参考文献を紹介し、さらに自己学習を促すよう働きかけた。また、DP が必要かつ DP 専門部署に支援依頼をした患者がいる場合は、状況に応じて DP 専門部署担当者の『カンファレンス』への参加要請を各病棟師長らに促し、参加を得た。

プログラムは、平成 19 年 7 月 17 日から 9 月 28 日に実施した。全てのプログラムは、ケアマネジャーの資格を有し、DP を専門とする研究者 1 名が実施した。

なお、介入群、対照群とも日々の病棟での DP は病棟看護師が通常通り実施し、研究者は関与しなかった。また、対照群には、特に DP プログラムを行わなかった。各病棟から DP 専門部署へ依頼された場合には、DP 専門部署による通常通りの DP が行われた。

退院後訪問の対象となった患者には、研究者から口頭および文書で研究説明を行い、文書による同意を得た。また、担当医師にも訪問の趣旨及びその必要性を伝え、口頭にて同意を得た。

3. データ収集および調査項目

1) 調査時期およびデータ収集方法

プログラムによる介入前後に、全対象者に対し留置き法で無記名自記式質問紙調査を行った。介

入前調査は平成 19 年 7 月 4 日-17 日、介入後調査は平成 19 年 10 月 17 日-31 日に実施した。介入前後で個人の変化を測定できるよう、質問紙に番号を付し連結可能とした。さらに病棟師長に十分に説明を行ない、介入前後で同じ番号の質問紙を同じ病棟看護師に配布するように依頼した。

2) 調査項目

(1) 病棟毎の介入実施状況

『勉強会』と『カンファレンス』の実施回数及び参加人数、『訪問』の実施回数を把握した。

(2) 対象者概要

年齢、性別、職位(病棟師長・主任副看護師長・副看護師長を含む病棟管理者または病棟看護師)、看護師経験年数、看護師教育機関、学生時代の訪問看護実習の経験の有無及び実習中の訪問件数、訪問看護勤務経験の有無を尋ねた。なお、対象者概要については介入前にのみ尋ねた。

(3) 介入評価項目

KAB モデルを参考に調査項目を作成した。

① 知識(knowledge)

介入による知識の変化を測定するため、「介護保険制度の知識」、「障害者自立支援法の知識」、「訪問看護の知識」、「難病対策の知識」、「(A 病院の)DP 専門部署の知識」の 5 項目について尋ねた。各項目の回答肢は、「1: 仕組みや申請方法などを患者に説明できるぐらいは知っている」から「5: 全く知らない」の 5 段階とし、項目毎の合計点を算出した。得点範囲は 1-5 点で、逆スコア化を行い得点が高いほどその項目について知識があると評価した。

表1 介入群におけるDP教育プログラム内容

プログラム	勉強会	定期カンファレンス	退院後の患者宅訪問
対象者	全対象者	日勤勤務者	訪問を希望する者
実施時間	日勤終了後30分	13時30分-14時の 15-30分程度	該当看護師の休日 患者が訪問看護を受ける日時に 合わせる
実施回数	各コース2回以上	1回/週	希望する看護師1人につき1回
内容	各コース1回ずつ参加 第1回 退院支援に関するアセスメント ・入院から退院までの流れに沿ったアセスメントポイントを説明 第2回 退院支援に必要な関連諸制度 ・介護保険法、障害者自立支援法、訪問看護、難病対策、退院支援専門部署の対象者、申請方法、内容などを説明 ※勉強会に参加できなかった者については、後日同じ資料を配布	・入院時に記入する退院支援スコア票でハイリスクの患者および、病棟看護師が退院支援が必要と判断した患者についてカンファレンスを実施 ・研究者は、アセスメント内容、不足する情報などを確認しながら、病棟看護師が主体的に退院支援に関わるように支援	・病棟看護師は、患者が訪問看護を受ける様子および在宅での様子を見学 ・訪問後に、訪問に行った看護師は、病棟の他の看護師へ患者の訪問時の様子や感想などを報告

② 態度(attitudes)

態度の変化を測定するため、12項目を設定した。因子分析(重みなし最小二乗法・バリマックス回転)の結果、「入院時から退院後の生活を気にかけている」、「在宅でも継続できるケア方法を、心がけている」、「入院時から退院困難になるリスクを見逃さないように心がけている」、「入院早期から退院困難にならぬよう、廃用症候群の予防などに取り組むようにしている」、「入院早期から家族とも信頼関係を築けるように、密なコミュニケーションを心がけている」、「DPに必要な社会資源の情報を得る努力をしている」、「DPに関する院内・院外の研修に自分から希望して参加している」、「DPを行うにあたり多職種との連携を意識している」の8項目が1因子として抽出され、これらを「退院支援への自分の意識」(Cronbach's $\alpha=0.825$)として合計点を算出した。他の4項目は天井効果が見られたため、分析には使用しなかった。各項目の回答肢は、「5:全くその通り」から「1:違う」の5件法とした。得点範囲は8-40点で、得点が高いほどDPに対する態度がよく変化したと評価した。

③ 行動(behavior)

DPの行動について包括的評価を行うため、既に信頼性・妥当性が検討されている、ディスチャージプランニングのプロセス評価尺度(以下DCP-PEMとする)を用いた³⁵⁾。主観的判断により回答を得るDCP-PEM26項目の合計点と、5領域の下位概念「スクリーニング(範囲:3-15点)」、「アセスメント(範囲:6-30点)」、「ケアプランニング(範囲:5-25点)」、「実施(範囲:9-45点)」、「モニタリング(範囲:3-15点)」について評価した。回答肢は「5:十分にできている」から「1:全くできていない」の5件法で回答を得た。得点範囲は26-130点で、得点が高いほどDPの行動ができていると評価する。

④ 組織(病棟)への影響

介入により個人の変化が組織として共有されることにより、病棟の雰囲気や、病棟からの支援提供状況に影響を及ぼすと考えた³⁰⁾。一方で、病棟全体の変化により、個人が影響を受けることも考えられた。そこで、所属する病棟のDPに関する質問6項目を設定した。因子分析(重みなし最小二乗法・バリマックス回転)を行いスクリープロットから、2因子に分かれた。「普段からスタッ

フ間でDPに関する話題が多い」、「日々のDPの取り組みについて病棟の理解がある」、「病棟にDPを積極的に取り組もうという雰囲気がある」の3項目を「病棟の雰囲気」(Cronbach's $\alpha=0.859$)とし、「病棟にDPに関する相談相手がいる」、「病棟にDPに関して指導してくれる看護師がいる」、「病棟と一緒にDPに取り組んでくれる同僚がいる」の3項目は、「病棟からの支援提供」(Cronbach's $\alpha=0.853$)として、合計点を算出した。各項目の回答肢は「5:全くその通り」から「1:違う」の5件法とした。2つの項目それぞれの得点範囲は3-15点で、合計得点が高いほど「病棟にDPに取り組む雰囲気がある」、「病棟にはDPについて支援提供がある」と評価した。

⑤ 介入期間中における個人の学習状況

介入後に3ヶ月間のDPに関する院内研修、院外研修受講、自主的な勉強の有無を尋ねた。また介入群にのみ、『勉強会』と『カンファレンス』の参加程度を尋ねた。なお、『訪問』を経験した看護師には、別途個別に訪問後の感想を尋ねた。

4. 解析方法

介入群と対照群の基本属性を比較するために、t検定、Fisherの直接確率検定、Mann-WhitneyのU検定を用いた。また、介入病棟間の参加状況の比較には、Fisherの直接確率検定及びKruskal Wallis検定を用いた。

介入前の介入群の各評価項目の平均値は全体的に対照群よりも高値で、「病棟の雰囲気」については2群間で有意差を認めた。そのため、介入群と対照群それぞれの介入後の値を従属変数とし、それぞれの変数の主効果を検討した。介入の有無、年齢、職位、教育機関、経験年数、学生時代の訪問看護実習の経験の有無を独立変数、共変量には介入前の値を投入して共分散分析を行った。また、介入の参加状況による違いについても、同様に共分散分析を行った。全ての検定で有意水準は両側5%とした。解析には統計パッケージSPSS ver.12.0J for Windowsを用いた。

5. 倫理的配慮

本研究は、回答者の匿名性を確保しつつ、介入前後で同じ対象者のデータを比較する必要があった。病棟師長に十分説明し、番号のついた質問紙を同じ看護師に配布するよう依頼することでデータの一致性を担保した。看護師は無記名の封筒に自ら封をし、病棟毎に設置された回

収袋に入れることにより匿名性の確保に努めた。また、介入期間中はデータ解析を行わないよう配慮した。上記手続きは、東京大学医学部倫理委員会の承認を得た。

C. 研究結果

調査表の回収率は、介入前が 90.6%、介入後は 87.1%であった。有効回答は 189 名 (73.8%)、介入群 87 名 (85.3%)、対照群 102 名 (66.2%)であった。

1. 対象者概要(表 2)

年齢は、20 歳代が介入群 57.5%、対照群 65.7%を占め、平均看護師経験年数 (SD) は、介入群 6.5(8.4) 年、対照群 7.1(9.6) 年であった。在宅看護論を受け卒業したと思われる看護師経験 7 年目以下の看護師は、介入群、対照群とも 7 割前後であった。訪問看護勤務経験は、経験なしが両群とも 97%以上であった。卒業した看護師教育機関は、4 年制大学が最も多かった。学生時代の訪問看護実習経験は、経験有りが両群とも 8 割以上であった。介入群と対照群の対象者概要には有意差はなかった。

2. 介入実施状況

介入は、A、B、C、D の 4 つの病棟に対し、『勉強会』、『カンファレンス』、『訪問』を実施した。

1) 介入内容(表 3)

プロセス評価のため、介入病棟毎の介入実施結果を調べた。『勉強会』は 1 病棟につき 2 回以上実施した。『カンファレンス』は、各病棟とも日勤帯に勤務する看護師の約 80%が毎回参加した。また、4 病棟のうち A、B の 2 病棟で、『訪問』を合計 3 例実施した。訪問を経験した 3 名の看護師のうち、1 名が看護師経験 5 年目以下、2 名が 10 年目以上の者であった。当該病棟での経験年数は、3 名とも 2-3 年目であった。C、D 病棟では、訪問予定の患者が訪問予定日前に在宅で死亡、あるいは再入院したために訪問を実施出来なかった。訪問を経験した看護師からは、退院は目標ではなく在宅生活を考えたケアへの認識の不足があった、病棟では患者の気持ちを十分に汲みきれていなかったなどの感想が聞かれた。

2) 介入参加の程度(表 4)

介入病棟間で介入の参加程度には有意差がみ

	介入群 n=87		対照群 n=102		
	n	%	n	%	
年齢	20-29歳	50	57.5	67	65.7 ns ^{c)}
	30-39歳	24	27.6	15	14.7
	40-49歳	6	6.9	9	8.8
	50歳以上	7	8.0	11	10.8
性別	男性	2	2.3	2	2.0 ns ^{a)}
	女性	84	97.7	100	98.0
職位	病棟管理者	9	10.6	16	15.7 ns ^{a)}
	病棟看護師	76	89.4	86	84.3
看護師経験年数 mean(SD) (年)		6.5(8.4)		7.1(9.6)	ns ^{b)}
看護師経験年数分類	新卒・1年	28	33.3	39	38.6 ns ^{a)}
	2-7年	30	35.7	37	36.6
	8年以上	26	31.0	25	24.8
訪問看護の勤務経験	有	2	2.3	3	2.9 ns ^{a)}
	無	84	97.7	99	97.1
教育機関	4年制大学	36	41.9	47	46.1 ns ^{c)}
	短期大学	16	18.6	16	15.7
	3年課程	25	29.1	27	26.5
	2年課程	8	9.3	11	10.8
	その他	1	1.2	1	1.0
学生時代の訪問看護実習経験	有	70	81.4	84	82.4 ns ^{a)}
	無	16	18.6	18	17.6
学生時代の訪問看護実習での訪問経験 (実習経験有の訪問件数内訳)	1-5件	44	62.9	50	60.2 ns ^{c)}
	6-10件	18	25.7	15	18.1
	11-15件	1	1.4	5	6.0
	16-20件	3	4.3	2	2.4
	21件以上	0	0.0	2	2.4
	無回答	4	5.7	9	10.8

a) Fisherの直接確率検定、b) t検定、c) Mann-WhitneyのU検定
ns: not significant、欠損値は除く

表3 介入病棟毎の介入実施結果

		介入病棟(配置人数) A(27)	B(28)	C(20)	D(27)
勉強会	第1回 実施回数	3	3	4	2
	第2回 実施回数	3	3	5	2

定期カンファレンス	全実施回数	10	10	11	11
	平均参加率(%) [†]	94.4	78.7	96.4	87.3

退院後患者宅訪問	訪問実施回数	1	2	0	0

† 平均参加率は、日勤者のうちカンファレンスに参加した人数の割合を算出し平均した。

表4 勉強会と定期カンファレンスの参加程度

		介入群 n=87							
		A (n=23)		B (n=25)		C (n=13)		D (n=26)	
		n	%	n	%	n	%	n	%
勉強会:第1回 「アセスメントについて」	参加	20	90.9	18	78.3	12	92.3	17	70.8 ns ^{a)}
	不参加	2	9.1	5	21.7	1	7.7	7	29.2
勉強会:第2回 「関連諸制度について」	参加	16	72.7	16	76.2	13	100.0	16	64.0 ns ^{a)}
	不参加	6	27.3	5	23.8	0	0.0	9	36.0
勉強会(第1回・第2回)	両方参加	15	68.2	14	60.9	12	92.3	10	40.0 ns ^{a)}
	1回目のみ参加	5	22.7	4	17.4	0	0.0	7	28.0
	2回目のみ参加	1	4.5	2	8.7	1	7.7	6	24.0
	両方不参加	1	4.5	3	13.0	0	0.0	2	8.0
定期カンファレンス	0回	0	0.0	4	17.4	0	0.0	2	8.0 ns ^{b)}
	1-4回	17	77.3	9	39.1	10	76.9	19	76.0
	5-8回	4	18.2	9	39.1	2	15.4	3	12.0
	9-12回	1	4.5	1	4.3	1	7.7	1	4.0

a) Fisherの直接確率検定、b) Kruskal Wallis 検定
ns: not significant、欠損値は除く

表5 介入期間中の退院支援に関する学習状況 n=189

		介入群 n=87		対照群 n=102	
		n	%	n	%
院内研修の参加	有	42	48.3	10	9.9 *** ^{a)}
	無	45	51.7	91	90.1
院外研修の参加	有	5	5.7	3	3.0 ns ^{a)}
	無	82	94.3	97	97.0
自主勉強	有	27	31.0	13	12.9 ** ^{a)}
	無	60	69.0	88	87.1

a) Fisherの直接確率検定
: $p < 0.01$ 、*: $p < 0.001$ 、ns: not significant、欠損値は除く

られなかった。『勉強会』には第1回・第2回それぞれ6割以上が参加したが、2回とも参加した割合は、40.0%から92.3%と様々だった。『カンファレンス』には、A、C、Dの3つの病棟で、70%以上が1-4回程度参加した。B病棟では、5-8回程度参加した人が39.1%と多かった。

3) 介入期間中の退院支援に関する学習状況(表5)

対照群に比べ、介入群のほうが院内研修に多く参加し(48.3%)、自主的な勉強を多くしていた(31.0%)。

3. 介入効果

1) ベースライン

ベースライン時である介入前に、介入群と対照群で有意差が見られた項目は「病棟の雰囲気」平均(SD)で、介入群 10.7(2.3)、対照群 9.6(2.3)であった($p < 0.001$)。その他の項目では、全体的

に介入群の平均値のほうが対照群と比べ高値であった。

2) 介入評価項目の結果(表6)

介入前の値を共変量として共分散分析を行った結果、以下の事柄が明らかになった。

① 知識について、介入群が有意に平均値の向上が見られた項目は、「訪問看護の知識($F=7.12$ 、 $p=0.009$)」、「難病対策の知識($F=19.11$ 、 $p < 0.001$)」、「DP 専門部署の知識($F=7.13$ 、 $p=0.009$)」だった。「障害者自立支援法の知識」は、対照群 2.6 (0.9)で、対照群で介入後は有意に低下した($p=0.006$)。

② 態度の項目で、介入群のみの介入前後データの比較では有意差が見られ、対照群のみの介入前後のデータの比較では有意差がみられなかった。5%水準での共分散分析では2群間に有意差

表6 介入前後の評価項目の比較と共分散分析

	介入群			対照群			共分散分析 ⁵	
	介入前 [†]	介入後	p値 [‡]	介入前 [†]	介入後	p値 [‡]	F値	p値
	n mean±SD	n mean±SD		n mean±SD	n mean±SD			
介護保険制度の知識	86 3.6±0.9	87 3.8±0.8	0.023	102 3.4±0.9	100 3.4±1.0	0.693	1.46	0.229
障害者自立支援法の知識	86 3.3±1.0	87 3.0±0.9	0.182	102 3.5±0.9	98 2.6±0.8	0.000	7.83	0.006 **
訪問看護の知識	86 3.8±0.8	87 4.0±0.7	0.083	102 3.6±0.8	100 3.6±0.9	0.657	7.12	0.009 **
難病対策の知識	86 3.1±0.9	87 3.3±0.8	0.052	102 2.9±0.9	100 2.8±1.0	0.052	19.11	0.000 ***
退院支援専門部署の知識	86 3.6±0.9	87 3.8±0.8	0.002	102 3.4±1.0	100 3.5±1.0	0.247	7.13	0.009 **
退院支援への自分の意識	85 26.9±4.9	84 28.9±3.5	0.000	99 27.1±4.1	100 26.9±4.1	0.889	3.32	0.071
DCP-PEM(26項目合計)	86 78.9±17.5	85 86.7±14.7	0.000	102 77.6±16.7	99 80.1±15.2	0.056	1.38	0.242
スクリーニング	85 9.8±2.0	86 10.6±1.5	0.000	101 9.7±2.4	97 9.7±2.0	0.551	4.04	0.047 *
アセスメント	86 19.2±4.4	86 20.5±3.6	0.003	100 18.6±3.9	98 19.5±3.5	0.016	0.96	0.329
ケアプランニング	86 14.7±3.8	84 16.9±3.2	0.000	102 14.6±3.7	98 15.4±3.4	0.019	2.35	0.128
実施	83 26.4±6.9	86 29.0±6.1	0.001	100 25.9±6.6	98 26.4±6.5	0.411	1.11	0.295
モニタリング	86 8.9±2.4	86 9.8±2.1	0.000	102 8.9±2.4	101 9.1±2.3	0.300	0.02	0.904
病棟の雰囲気	87 10.7±2.3	87 12.3±1.8	0.000	102 9.6±2.3	102 10.0±2.3	0.062	11.56	0.001 **
病棟からの支援提供	87 10.0±2.4	87 11.4±2.1	0.000	102 9.6±2.4	102 9.9±2.6	0.261	7.89	0.006 **

† 介入前の2群間比較では、「病棟の雰囲気」(p<0.000)のみ介入群の平均値が高く有意差を認めたが、他の項目においては有意差を認めなかった

‡ 対応のあるt検定

§ 独立変数: 介入の有無、年齢(4区分)、職位(病棟管理者/病棟看護師)、教育機関(5区分)、看護師経験年分類(3区分)、学生時代の訪問看護実習経験の有無
共変数: 介入前の値

|| DCP-PEM: 退院支援のプロセス評価尺度 退院支援の実践の評価を示す 下位概念は以下の5項目

*p<0.05, **p<0.01, ***p<0.001, 欠損値は除く

はなかった(F=3.32、p=0.071)。

③ 行動について、介入群が有意に平均値の向上が見られたのは、「スクリーニング(F=4.04、p=0.047)」であった。その他の4つの下位概念と、DCP-PEMの合計には、2群間に有意差はなかった。

④ 組織(病棟)の影響の項目では、「病棟の雰囲気(F=11.56、p=0.001)」、「病棟からの支援提供(F=7.89、p=0.006)」で、介入群の方が有意に改善していた。

表には示していないが、参加状況による介入効果の違いについて検討した。第1回、第2回の『勉強会』に参加した群とそれ以外の群で共分散分析を行った結果、どの評価項目にも2群間で有意差はなかった。また、『カンファレンス』に0-2回程度参加した群と3回以上参加した群とを共分散分析を行った結果、「病棟の雰囲気(F=18.14、p<0.001)」「スクリーニング(F=5.69、p=0.022)」の2項目で3回以上参加した群の方が有意に改善していた。また、訪問を実施したA、B病棟と、訪問を実施しなかったC、D病棟の2群間でも同様に比較したが有意差はなかった。

D. 考察

1. プログラムの効果について

本研究は、患者に最も近い立場である病棟看護師のDP実践力を高めることが重要と考え、病

棟看護師を対象としたプログラムを行った²⁰⁾。介入は病棟単位で働きかけを行い、個人と病棟全体の相乗効果を目指した。その結果、知識の項目では、「訪問看護の知識」、「難病対策の知識」、「DP専門部署の知識」、行動では「スクリーニング」、組織の影響では「病棟の雰囲気」、「病棟からの支援提供」で向上が認められた。

1) 知識

5項目のうち「訪問看護」、「難病対策」、「DP専門部署」の知識の3項目で向上を認めた。今回、知識の向上を図るために『勉強会』を実施し、関連する各種制度やDP専門部署について取り上げた。また、『カンファレンス』で新規に訪問看護の導入があったこと、介入病棟では難病を有する患者が多かったこと、『カンファレンス』へのDP専門部署担当者の同席などにより、『勉強会』での学習を実践の中で繰り返し確認する機会ができ、介入群全体の知識を深めることができた可能性がある。なお、介入群は、DPに関する自主的な勉強を多く行っており、『勉強会』では資料を配布すると共に、最新の情報を得られるようウェブ上の情報や参考文献なども紹介した。その結果、配布資料を基に自主的な学習を行い、知識が向上したことも考えられた。

一方で、「介護保険制度」と「障害者自立支援法」の知識については、介入の効果が認めら

れなかった。今回の対象病棟は内科系病棟であり、介護保険に該当する患者が多いため、介護保険法については既に知識があり、今回の『勉強会』の内容では、知識を向上するには不十分であった可能性がある。また障害者自立支援法は、新たに制度化された法律であり手続きも複雑なため、勉強会や自己学習だけでは十分に理解することが出来なかったことが考えられた。今後は、参加者の知識が多いものについてはプログラム内容を最新の情報に絞り、障害者自立支援法のような知識を得にくいものについては、重点的に『勉強会』に取り入れ、『カンファレンス』でも意識的に取り上げるなどの工夫が必要と思われた。

2) 態度

態度の項目では介入群、対照群とで共分散分析を行った結果、有意差は認められなかったが、介入群の対応のあるt検定では、介入後に有意に態度の向上が認められた。今回『勉強会』では、入院時からDPを行う必要性や入院時から在宅生活を意識する重要性について説明をした。さらに『カンファレンス』により、在宅生活でも継続できるケアへの切り替えについて、事例を通して説明を加えた。そのような知識を得ることにより、DPの必要性が認識され、態度が変化したと考える。また、『勉強会』では、自己学習を促す説明を行ったため、介入群ではDPに必要な社会資源の情報を得よう態度が変化したと考えられた。

3) 行動

行動の項目は、DCP-PEMの下位概念である「スクリーニング」にのみ効果が認められた。『勉強会』ではDPに必要なアセスメントポイントについて説明をし、さらに『カンファレンス』でも、再度説明を加えた。その結果、スクリーニングに必要な情報収集のポイントが明確となり、効果的であった可能性がある。

一方、他の項目では効果を認めなかった。DPは個別性が高い支援であり、身体面での評価と共に患者、家族の意向も踏まえ、患者が利用可能な関連諸制度を組み合わせて実施する必要がある¹⁴⁾。本プログラムでは『カンファレンス』により、個別の患者のDPについて具体的に説明を行ったが、これだけでは行動の変化にはつながらなかったと考えられる。訪問を実施した病棟

では、訪問後に『カンファレンス』で振り返ることが出来たが、全介入病棟で行えなかった。ケースの振り返りにより、病棟看護師がDPの成功体験を得ることで、行動の変化を促す可能性がある³⁷⁾。今後は、自分が行ったDPを振り返る機会を設ける、またプログラム実践者が一緒にDPを行うことにより、行動に変化を及ぼす必要性が考えられた。

4) 組織(病棟)への影響

「病棟の雰囲気」及び「病棟の支援提供」に効果が認められた。『勉強会』を病棟単位で行い、『カンファレンス』を定期的に行ったことで、病棟全体でDPに取り組もうとする雰囲気、互いに助け合おうという雰囲気が出てきたと考えられる。組織の中で多くの人が同じ様に認知することで、その組織を特徴づけ、判断や行動の枠組みとなると言われ、一部の看護師に刺激を与えても、病棟全体としての共通認識は得にくいと考える³⁰⁾。本プログラムのように、病棟単位を対象にした介入は、病棟の共通認識を得ることができ、変化を生みやすい方法のひとつと考える。

本プログラムは3つの目標を挙げ、知識の向上を目指した。DPに関する各種制度の概要及びDP専門部署については概ね理解でき、アセスメントポイントを学んだことにより、スクリーニングの行動に効果が見られたと考えられた。よって今回の目標は達成できたと考える。

2. プログラム実践上の課題

『勉強会』は、第1回、第2回とも多くの病棟看護師が受けられることを目指し、病棟の事情に合わせ実施したが実施回数に差があった。開催方法や回数についてさらに検討が必要である。また、DPに必要な関連諸制度は、数年おきに改定が行なわれる。看護師には常に新しい知識を持ち学習することが求められる³⁶⁾。定期的に最新の情報を提供する場を設ける必要もある。

また『カンファレンス』の参加程度によって「病棟の雰囲気」「スクリーニング」に有意差を認めたことから、『カンファレンス』の内容を病棟内で共有するための工夫が必要である。

『訪問』は実施回数が少なく、実際に訪問を行ったのは2病棟の3名であった。訪問に行った者の感想からは、意味のある体験であったことが伺えた。また、病棟看護師にとって、訪問看

護体験研修はニーズが高く、講義だけではなく訪問を加える方が効果的と言われる^{26,29)}。退院後訪問は、A病院における初めての試みだったため、病棟看護師の休日を利用し、労働者災害補償保険の対象には出来ないなどの実施上の留意事項があった。今後は院内研修として勤務内に組み入れ、より安全に行なえることが望ましい。

3. 本研究の限界と意義、今後の課題

本研究では、介入群と対照群の割付をランダムに行う事は出来なかった。そのため元々の病棟の退院支援の関心と関わりや理解に相違があり、そのためにバイアスがかかった可能性がある。また、今回は特定機能病院1施設の内科病棟のみを対象としたため、他の病棟や地域医療支援病院など違う機能を持つ病院にも応用できるかどうかは検討が必要である。今回の介入では、退院後の訪問を十分に行うことが出来ず、その効果については十分検討できていないため、この点も今後の課題である。しかし、KABモデルを用い、講義とカンファレンス、訪問の3つをプログラムとし、DPの教育効果を介入群と対照群を設けて検討した研究はなく、また病棟の雰囲気の変化を含め、その効果を認めた点に本研究の意義がある。

今後は、DPに必要な関連諸制度に関した勉強会等を、定期的に全看護職員を対象に行うこと、カンファレンスには、DPを専門に行う看護職が病棟に教育的にかつ継続的に関わりを持つことが望ましいと考える。そして病棟に働きかけDPに主体的に関わるよう変化をもたらすために、定期的なDPのカンファレンスを全病棟に導入していく必要がある。

プログラム評価を厳密に行うためには、客観的な評価指標を用いること、DPの実施状況や患者のアウトカムへの影響についても考慮していく必要がある。さらにプログラムをより効果的に実施するためには、プログラム自体の評価を協力者から得て、改善していく必要がある。

E. 結論

特定機能病院の内科病棟看護師の退院支援能力を高めるため、新たに退院支援教育プログラム『勉強会』、『定期的なカンファレンス』、『退院後の患者宅訪問』を考案し介入を行い、その効果を検証した。その結果、介入群におい

て訪問看護、難病対策、退院支援専門部署に関する知識の向上、病棟の退院支援に関する雰囲気および、病棟からの支援提供の向上、退院支援実践評価のディスチャージプランニング評価尺度の下位概念であるスクリーニングの項目の向上が認められた。またDPに対する態度についても介入群において改善がみとめられた。以上より、本プログラムによって病棟看護師へDPの教育を行うことにより、個人の知識や態度が向上し、病棟全体へも影響を与えることが出来る可能性がある。今後は評価方法の拡充を行い、一般化可能性を広げると共に実践現場への適用を進めていく必要がある。

謝辞

研究にご協力いただきました患者の皆様、快く病棟看護師の訪問同席をお受け頂きました訪問看護ステーションの皆様、在宅サービス関係者の皆様、A病院看護部および病棟看護師長、看護師の皆様、DP専門部署の皆様、ご助言いただきました東京大学大学院医学系研究科臨床試験データ管理学山口拓洋准教授に心より感謝申し上げます。また、東京大学地域看護学教室、母性看護学教室の皆様に深謝致します。

文献

- 1) 厚生労働省, 医療制度改革関連法に関する都道府県説明会配付資料(平成18年7月10日)<http://www.mhlw.go.jp/bunya/shakaihoshou/iryouseido01/tdfk060710-1.html>(参照2008年1月10日)
- 2) 手島陸久, 退院計画一病院と地域を結ぶ新しいシステム一, 中央法規出版(東京), 8-11, 1997
- 3) 平成16年度厚生労働科学研究補助金(厚生労働科学特別研究事業)在宅療養促進のための訪問看護のあり方に関する研究 分担研究報告書, 「退院調整看護師養成プログラム作成」(分担研究者 篠田道子), 2005
- 4) 永田智子, 大島浩子, 田畑まりえ, 他, 退院支援の現状に関する全国調査一病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて一, 病院管理, 41(4), 301-310, 2004
- 5) 平成18年度老人保健健康増進等事業 退院準備から在宅ケアを結ぶ支援(リエゾンシス

- テム)のあり方に関する研究 報告書, 医療経済研究・社会保険福祉協会 医療経済研究機構, 2007
- 6) 森山美和子, 岩本晋, 芳原達也, 他, 急性期疾患治療病院に退院調整専門看護婦を設置する効果の研究(その2), 病院管理, 33(2), 123-131, 1996
 - 7) Foust J B, Discharge planning as part of daily nursing practice, Applied Nursing Research, 20(2), 72-77, 2007
 - 8) Haddock KS, Collaborative discharge planning: Nursing and social services, Clinical Nurse Specialist, 8(5), 248-252, 1994
 - 9) Bristow DP, Herrick CA, Emergency department case management: The dyad team of nurse case manager and social worker improve discharge planning and patient and staff satisfaction while decreasing inappropriate admissions and costs: A literature review, Lippincott's Case Management, 7(6), 243-251, 2002
 - 10) Robinson A, Street A, Improving networks between acute care nurses and an aged care assessment team, Journal of Clinical Nursing, 13(4), 486-496, 2004
 - 11) 宇都宮宏子, 角田直枝, 永田智子, 他, 病院・地域の看護職の協働でよりよい支援をスムーズな退院支援のためにできること一, コミュニティケア, 9(3), 14-21, 2007
 - 12) 宮田昌司, よい連携への提案①—理学療法士の立場から—病棟看護師に望む地域への患者情報の提供, コミュニティケア, 70, 29, 2005
 - 13) Macleod A, The nursing role in preventing delay in patient discharge, Nursing Standard, 21(1), 43-48, 2006
 - 14) 篠田道子(編集), ナースのための退院調整院内チームと地域連携のシステムづくり, 日本看護協会出版会(東京), 2007
 - 15) 平成13年度社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金) 助成事業 早期退院における病院との連携を促進する訪問看護ガイドライン 作成事業 研究報告書(主任研究者 川越博美), 全国訪問看護協会, 2002
 - 16) 植村康子, 看護相談室専任者と各病棟の連絡委員の連携による退院調整, 看護展望, 29(9), 991-997, 2004
 - 17) 吉村繁子, 病院と生活の場をつなぐ役割—療養生活支援活動は“看護”そのもの, コミュニティケア, 70, 26-28, 2005
 - 18) 前田由紀子, 病棟看護師の在宅療養に向けた退院支援に関する検討, 日本看護福祉学会誌, 10(2), 50-58, 2005
 - 19) 峰村淳子, 施設内看護師の在宅支援の看護についての研究(第1報) 大学病院看護師の認識と行動の実態, 東京医科大学看護専門学校紀要, 12(1), 1-30, 2002
 - 20) 峰村淳子, 施設内看護師の在宅支援の看護についての研究(第3報) 認識・行動の実態と影響要因分析を通じた看護教育への一提言, 東京医科大学看護専門学校紀要, 14(1), 1-12, 2004
 - 21) Carter H, MacInnes P, Nursing attitudes to the care of elderly patients at risk of continuing hospital care, Journal of Advanced Nursing, 24(3), 448-455, 1996
 - 22) 秋葉妙美, 伊崎美紀, 久保美帆, 他, 退院支援に関する学習会による看護師の知識の向上と意識の変化, 日本看護学会論文集: 地域看護, 36, 12-14, 2006
 - 23) 福島道子, 河野順子(編集・執筆), 実践退院計画(ディスチャージプランニング)導入ガイド, 日総研出版(愛知), 57-61, 2003
 - 24) 熊谷富子, 院内認定訪問看護師を中心に—よい連携への提案②—病院看護師の立場から—, コミュニティケア, 7(4), 30, 2005
 - 25) 立石容子, 濱村フサ子, 深田敬子, 他, 看護連携促進を目的とした病院看護師に対する訪問看護研修の試み, 日本看護学会論文集: 地域看護, 90-92, 2005
 - 26) 曾木はま子, 病院看護師を対象にした「訪問看護ステーション1日体験研修」東京訪問看護ステーション協議会の取り組みから, 訪問看護と介護, 12(5), 371-375, 2007
 - 27) 宇都宮宏子, 高齢者の退院支援と在宅ケア急性期病院における在宅へ向けての取り組み, ジェロントロジー ニューホライズン,

- 17(4), 317-324, 2005
- 28) 山口真美, 楠本順子, 川崎浩二, 他, 「退院困難リスク評価用紙」導入による病棟看護師への教育的効果について, 日本看護学会論文集: 成人看護Ⅱ, 35, 132-134, 2005
- 29) Jones S, Clark C, Merker A, et al, Changing behaviors: Nurse educators and clinical nurse specialists design a discharge planning program, Journal of Nursing Staff Development, 11(6), 291-295, 1995
- 30) 桑田耕太郎, 田尾雅夫, 組織論, 有斐閣(東京), 1998
- 31) 園田恭一, 川田智恵子, 吉田亨(編集), 保健社会学Ⅱ 健康教育・保健行動, 有信堂(東京), 18-30, 1993
- 32) 日野原重明, 日野原茂雄, 菊田文夫, 他, 新・新健康教育テキスト 効果をあげる健康教育, 成果のあがる健康づくり, ライフ・サイエンス・センター(神奈川), 94-101, 1998
- 33) Nishiuchi K, Tsutsumi A, Takao S, et al, Effects of an education program for stress reduction on supervisor knowledge, attitudes, and behavior in the workplace: A randomized controlled trial, Journal of Occupational Health, 49(3), 190-198, 2007
- 34) マルカム・ノールズ著, 堀薫夫, 三輪建二監訳, 成人教育の現代的実践: ペダゴジーからアンドラゴジーへ, 鳳書房(東京), 2002
- F. 健康危険情報
該当無し
- G. 研究発表
1. 論文発表
該当無し
2. 学会発表
該当無し
- H. 知的財産権の出願・登録状況
該当無し

病棟看護師の皆様へ

「病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成」に関する
調査へのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は東大病院を休職させて頂き、目下、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野の修士課程で学んでいる看護師です。現在、病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成に取り組んでいます。

この度、病棟看護師の退院支援に関する実態を把握することを目的として調査をさせて頂くことになりました。今回の調査で得られた結果から、今後退院支援に関する教育プログラムを改善し、看護に生きるものになりたいと考えております。

本調査票には、教育プログラムの実施前後で比較を行うために番号が付されていますが、調査票は全てID化され、私ども研究者には誰が記入したかわからないようになっていきます。ご回答頂いた内容・データは全てコード化し統計的に処理をしますので、個人が特定されることはありません。また、ご回答頂いた結果は本研究以外には使用致しません。あくまで、看護師集団としての退院支援の現状を知ることにより、今後の教育プログラム作成に役立てることのみに活用します。

お忙しい中、誠に恐縮ですが、本調査の趣旨にご同意とご協力をいただき、調査用紙へのご記入を宜しくお願い申し上げます。

ご記入くださった調査票は、同封の返信用封筒に入れ、平成19年7月17日(火)までに病棟ごとの回収袋に入れてくださいますようお願い申し上げます。

本研究は、厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）の一部として行われます。

敬具

※本調査へのご質問・お問い合わせ等ございましたら、下記の実務担当者までご連絡下さいますようお願い申し上げます。

〈研究担当者・連絡先〉

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野
実務担当者 大学院生 鈴木樹美
主任研究者 講師 永田智子
教授 村嶋幸代
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
TEL：03-5841-3597
E-mail（鈴木）：shigemi-ky@umin.ac.jp

病棟看護師の皆様へ

「病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成」に関する 調査へのご協力をお願い

拝啓 時下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

私は東大病院を休職させて頂き、目下、東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野の修士課程で学んでいる看護師です。現在、「病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成とその効果」に関する研究に取り組んでいます。

7月には、病棟看護師の退院支援に関する実態を把握するための調査にご協力いただき、ありがとうございました。皆様にご協力をいただき、教育プログラムを無事開発・実施することができました。

今回は、以前の調査から3ヶ月经過した時点での退院支援の実態を検証するために、同内容の調査を実施いたします。この調査結果は、教育プログラム作成の検証と改善に役立てるためのものです。

前回の調査との比較をするために調査票に番号が付されていますが、調査票は全て研究補助者によってID化し、私ども研究者には名前がわからないようになっております。ご回答頂いた内容・データは全てコード化し、統計的に処理をします所以個人が特定されることはありません。また、ご回答頂いた調査票は本研究以外には使用致しません。看護師集団としての現状を知ることにより、今後の教育プログラム作成に役立てることのみに活用します。

お忙しい中、誠に恐縮ですが調査の趣旨にご同意とご協力をいただき、調査用紙にご記入下さいますよう宜しくお願い申し上げます。

ご記入くださった調査票は、同封の返信用封筒に入れ、平成19年10月31日(水)までに病棟ごとの回収袋に入れてくださいますようお願い申し上げます。

本研究は厚生労働科学研究費補助金（医療安全・医療技術評価総合研究事業）の一部として行われます。

敬具

※本調査へのご質問・お問い合わせ等ございましたら、下記の実務担当者までご連絡下さいますようお願い申し上げます。

〈研究担当者・連絡先〉

東京大学大学院医学系研究科健康科学・看護学専攻 地域看護学分野
実務担当者 大学院生 鈴木樹美
主任研究者 講師 永田智子
教授 村嶋幸代
〒113-0033 東京都文京区本郷7-3-1
TEL 03-5841-3597
E-mail (鈴木) : shigemi-ky@umin.ac.jp

No. _____

病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成に関する調査

【記入上のお願い】

- ・回答は相談せず、ご自身のお考えを記入してください。
- ・調査票の記入が済みましたら返信用封筒に入れ、平成19年7月17日（火）までに病棟ごとの回収用袋に入れてください。

【I. 現在所属している病棟の退院支援に関する質問】

* 以下の項目について、最もよく当てはまる番号に○をしてください（○はひとつ）。

	全くその通り	その通り	どちらともいえない	どちらかといえば違う	違う
1. 普段からスタッフの間で患者の退院支援に関する話題が多い	5	4	3	2	1
2. 日々の退院支援の取り組みについて病棟の理解がある	5	4	3	2	1
3. 病棟に退院支援を積極的に取り組もうと言う雰囲気がある	5	4	3	2	1
4. 病棟に退院支援に関する相談相手がいる	5	4	3	2	1
5. 病棟に、退院支援に関して指導してくれる看護師がいる	5	4	3	2	1
6. 病棟に、一緒に退院支援に取り組んでくれる同僚がいる	5	4	3	2	1

【Ⅱ. 自分の退院支援の意識に関する質問】

*以下の項目について、最もよく当てはまる番号に○をしてください（○はひとつ）。

	全くその通り	その通り	どちらともいえない	どちらかといえば違う	違う
1. 退院支援に主体的に看護師が取り組むことが大切だと思う	5	4	3	2	1
2. 入院時から退院後の生活を気にかけている	5	4	3	2	1
3. 在宅でも継続できるケア方法を、日々心がけている	5	4	3	2	1
4. 入院時から退院困難になるリスクを見逃さないように心がけている	5	4	3	2	1
5. 入院早期から退院困難にならぬよう、廃用症候群の予防などに取り組むようにしている	5	4	3	2	1
6. 入院早期から家族とも信頼関係を築けるように、密なコミュニケーションを心がけている	5	4	3	2	1
7. 退院支援に必要な社会資源の情報を得る努力をしている	5	4	3	2	1
8. 退院支援に関する院内・院外の研修に自分から希望して参加している	5	4	3	2	1
9. 退院支援に興味がある	5	4	3	2	1
10. 退院支援の専門性を極めたいと思っている	5	4	3	2	1
11. 退院支援を行なうにあたり、他職種と連携をとることが大切だと思う	5	4	3	2	1
12. 退院支援を行なうにあたり、他職種との連携を意識している	5	4	3	2	1

【Ⅲ. 退院支援の過程についての質問】

* あなたは以下の項目それぞれについてどの位出来ていると思いますか。

あなたご自身の最近3ヶ月において、最もよく当てはまる番号に○をつけてください。

	十分 できている	だ いた い で き て い る	ど ち ら と も い え な い	あ ま り で き て い な い	で き て い な い
1. リスクスクリーニングに必要な情報収集をする	5	4	3	2	1
2. 決められた時間内にリスクスクリーニングをする	5	4	3	2	1
3. リスクのある患者を特定する	5	4	3	2	1
4. 患者の治療・看護・リハビリニーズのアセスメントをすることができる	5	4	3	2	1
5. 患者・家族の日常生活ニーズのアセスメントができる	5	4	3	2	1
6. 患者・家族の精神的ニーズのアセスメントをする	5	4	3	2	1
7. 患者の退院先のアセスメントをする	5	4	3	2	1
8. 患者・家族に教育すべきことを明確にする	5	4	3	2	1
9. 継続ケア（治療・看護）の体制を把握する	5	4	3	2	1
10. 患者・家族が退院後の生活環境の中で実施可能なプランを策定する	5	4	3	2	1
11. 退院後ケアが継続されるようなプランを策定する	5	4	3	2	1
12. ヘルスケアニーズ、社会的ニーズ、経済的ニーズを考慮に入れたプランを策定する	5	4	3	2	1
13. 患者の治療・ケアの到達目標を把握する	5	4	3	2	1
14. 関係者（患者・家族・他職種）へ退院計画の伝達をする	5	4	3	2	1
15. 退院後に必要となる知識や技術習得のための患者・家族教育をする	5	4	3	2	1
16. 保健医療福祉関係者・関係機関との連携をとる	5	4	3	2	1
17. 介護者の支援体制の調整をする	5	4	3	2	1
18. 患者にあったセルフケアを促進する	5	4	3	2	1
19. 家族へのカウンセリング・精神的支援をする	5	4	3	2	1
20. 退院準備のために患者・家族・重要他者を支援する	5	4	3	2	1
21. 適切な時期の退院のために、さまざまなケア提供者との調整をする	5	4	3	2	1
22. 退院時の患者移送手段の手配をする	5	4	3	2	1
23. 他職種にもわかる紹介の記録を書く	5	4	3	2	1
24. 患者・家族の退院の準備状況を観察する	5	4	3	2	1
25. 新たにリスクが発生した患者を把握する	5	4	3	2	1
26. 地域医療連携部へ依頼する時期を把握する	5	4	3	2	1
27. 入院に伴う廃用症候群などを最小限にするケアを行なう	5	4	3	2	1
28. 病棟で提供しているケアを在宅用にアレンジする	5	4	3	2	1
29. 必要時、地域医療連携部に依頼する	5	4	3	2	1

【Ⅳ. 以下の設問にお答え下さい】

*最もよく当てはまる番号に○をつけてください (○は一つ)。

問1. あなたは介護保険についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 介護保険について全く知らない

問2. あなたは、障害者自立支援法についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 障害者自立支援法について全く知らない

問3. あなたは、訪問看護についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや利用方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや利用方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや利用方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや利用方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 訪問看護について全く知らない

問4. あなたは難病の対策についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 難病対策について全く知らない

問5. あなたは、東大病院の地域医療連携部についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや連絡方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや連絡方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや連絡方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや連絡方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 地域医療連携部について全く知らない

【V. あなたご自身の看護師としての経験や所属病棟について伺います】

問1. あなたの年代と性別をお聞かせください（該当する番号に○）。

（平成19年4月1日現在で御記入下さい）

年齢： 1. 20～24歳 2. 25～29歳 3. 30～34歳 4. 35～39歳
5. 40～44歳 6. 45～49歳 7. 50～54歳 8. 55～59歳

性別： 1. 男性 2. 女性

問2. あなたの職位をお聞かせください（該当する番号に○）。

1. 病棟管理者（看護師長・主任副看護師長・副看護師長含む） 2. 病棟看護師

問3. 看護師免許を取得した教育機関をお聞かせください（該当する番号に○、複数回答可）。

1. 4年制大学 2. 短期大学 3. 看護師養成所（3年課程）
4. 看護師養成所（2年課程） 5. その他（ _____ ）

問4. あなたの取得している免許等の種類をお聞かせください（該当する番号に○、複数回答可）。

1. 看護師 2. 保健師 3. 助産師 4. 准看護師 5. 社会福祉士
6. 介護支援専門員 7. 認定看護師 8. 院内認定看護師 9. 専門看護師

問5. 臨床看護師としての通算経験年数をお聞かせください。

臨床看護師の経験年数は、平成19年4月1日現在（満 _____ 年）

問6. 今までに看護師として、訪問看護（訪問診療の同行も含む）の経験はありますか。

1. あり 2. なし

※問6-1：「あり」と回答した方にお聞きします。
経験した期間はどの位ですか

（ _____ 年）

問7. 看護学生の時に、訪問看護の実習をした経験がありますか。

1. あり 2. なし

※問7-1：「あり」と回答した方にお聞きします。
訪問事例は何件位でしたか

（ _____ 件位）

（注・どのような患者様の訪問看護の実習でも構いません）

お忙しい中、アンケートに御協力頂きましたことを心より御礼申し上げます。
ご協力ありがとうございました。

No. _____

病棟看護師の退院支援に関する教育プログラムの作成に関する調査

【記入上のお願い】

- ・回答は相談せず、ご自身のお考えを記入してください。
- ・調査票の記入が済みましたら返信用封筒に入れ、平成19年10月31日までに病棟ごとの回収用袋に入れてください。

【I. 現在所属している病棟の退院支援に関する質問】

*以下の項目について、最もよく当てはまる番号に○をしてください。(○は一つ)

	全くその通り	その通り	どちらともいえない	どちらかといえば違う	違う
1. 普段からスタッフの間で患者の退院支援に関する話題が多い	5	4	3	2	1
2. 日々の退院支援の取り組みについて病棟の理解がある	5	4	3	2	1
3. 病棟に退院支援を積極的に取り組もうという雰囲気がある	5	4	3	2	1
4. 病棟に退院支援に関する相談相手がいる	5	4	3	2	1
5. 病棟に、退院支援に関して指導してくれる看護師がいる	5	4	3	2	1
6. 病棟に、一緒に退院支援に取り組んでくれる同僚がいる	5	4	3	2	1

【Ⅱ. 自分の退院支援の意識に関する質問】

*以下の項目について、最もよく当てはまる番号に○をしてください。(○は一つ)

	全くその通り	その通り	どちらともいえない	どちらかといえば違う	違う
1. 退院支援に主体的に看護師が取り組むことが大切だと思う	5	4	3	2	1
2. 入院時から退院後の生活を気にかけている	5	4	3	2	1
3. 在宅でも継続できるケア方法を、日々心がけている	5	4	3	2	1
4. 入院時から退院困難になるリスクを見逃さないように心がけている	5	4	3	2	1
5. 入院早期から退院困難にならぬよう、廃用症候群の予防などに取り組むようにしている	5	4	3	2	1
6. 入院早期から家族とも信頼関係を築けるように、密なコミュニケーションを心がけている	5	4	3	2	1
7. 退院支援に必要な社会資源の情報を得る努力をしている	5	4	3	2	1
8. 退院支援に関する院内・院外の研修に自分から希望して参加している	5	4	3	2	1
9. 退院支援に興味がある	5	4	3	2	1
10. 退院支援の専門性を極めたいと思っている	5	4	3	2	1
11. 退院支援を行なうにあたり、他職種と連携をとることが大切だと思う	5	4	3	2	1
12. 退院支援を行なうにあたり、他職種との連携を意識している	5	4	3	2	1

【Ⅲ. 退院支援の過程についての質問】

* あなたは以下の項目それぞれについてどの位出来ていると思いますか。

あなたご自身の最近3ヶ月において、最もよく当てはまる番号に○をつけてください。(○は一つ)

	十分できている	だいたいできている	どちらともいえない	あまりできていない	できていない
1. リスクスクリーニングに必要な情報収集をする	5	4	3	2	1
2. 決められた時間内にリスクスクリーニングをする	5	4	3	2	1
3. リスクのある患者を特定する	5	4	3	2	1
4. 患者の治療・看護・リハビリニーズのアセスメントをすることができる	5	4	3	2	1
5. 患者・家族の日常生活ニーズのアセスメントができる	5	4	3	2	1
6. 患者・家族の精神的ニーズのアセスメントをする	5	4	3	2	1
7. 患者の退院先のアセスメントをする	5	4	3	2	1
8. 患者・家族に教育すべきことを明確にする	5	4	3	2	1
9. 継続ケア（治療・看護）の体制を把握する	5	4	3	2	1
10. 患者・家族が退院後の生活環境の中で実施可能なプランを策定する	5	4	3	2	1
11. 退院後ケアが継続されるようなプランを策定する	5	4	3	2	1
12. ヘルスケアニーズ、社会的ニーズ、経済的ニーズを考慮に入れたプランを策定する	5	4	3	2	1
13. 患者の治療・ケアの到達目標を把握する	5	4	3	2	1
14. 関係者（患者・家族・他職種）へ退院計画の伝達をする	5	4	3	2	1
15. 退院後に必要となる知識や技術習得のための患者・家族教育をする	5	4	3	2	1
16. 保健医療福祉関係者・関係機関との連携をとる	5	4	3	2	1
17. 介護者の支援体制の調整をする	5	4	3	2	1
18. 患者にあったセルフケアを促進する	5	4	3	2	1
19. 家族へのカウンセリング・精神的支援をする	5	4	3	2	1
20. 退院準備のために患者・家族・重要他者を支援する	5	4	3	2	1
21. 適切な時期の退院のために、さまざまなケア提供者との調整をする	5	4	3	2	1
22. 退院時の患者移送手段の手配をする	5	4	3	2	1
23. 他職種にもわかる紹介の記録を書く	5	4	3	2	1
24. 患者・家族の退院の準備状況を観察する	5	4	3	2	1
25. 新たにリスクが発生した患者を把握する	5	4	3	2	1
26. 地域医療連携部へ依頼する時期を把握する	5	4	3	2	1
27. 入院に伴う廃用症候群などを最小限にするケアを行なう	5	4	3	2	1
28. 病棟で提供しているケアを在宅用アレンジする	5	4	3	2	1
29. 必要時、地域医療連携部に依頼する	5	4	3	2	1

【IV. 以下の設問にお答え下さい】

* 最もよく当てはまる番号に○をつけてください。(○は一つ)

問1. あなたは介護保険についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 介護保険について全く知らない

問2. あなたは、障害者自立支援法についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 障害者自立支援法について全く知らない

問3. あなたは、訪問看護についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや利用方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや利用方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや利用方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや利用方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 訪問看護について全く知らない

問4. あなたは難病対策についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや申請方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや申請方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや申請方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 難病対策について全く知らない

問5. あなたは、東大病院の地域医療連携部についてどの程度知っていますか。

1. 仕組みや連絡方法などを患者さんに説明できるぐらいは知っている
2. 仕組みや連絡方法などを患者さんに一部なら説明できるぐらいは知っている
3. 仕組みや連絡方法などを患者さんに説明はできないが、ある程度知っている
4. 仕組みや連絡方法などは知らないが、名前ぐらいは知っている
5. 地域医療連携部について全く知らない