

原 著

手術療法後の適応支援に関する研究

— 退院指導と保健医療福祉職連携についての外科系看護師長の認識 —

石野レイ子*¹ 戸梶亜紀彦*²

要 約

手術療法を受けた患者の退院後の日常生活への適応支援について検討するために、全国の300床以上の病院234を無作為に抽出し、外科系病棟看護師長を対象に調査を行った。内容は、退院指導や病院内および地域における保健医療福祉職の連携に関する看護師長の認識である(回収率53.8%)。退院指導については、継続看護部門や患者相談室が未設の病院より既設の方が、術後の治療や生活上の障害に適応するための指導をしていると認識していた。病院内の職種連携については、患者相談室が既設の病院より未設の方がその必要性と連携上の問題が多いことを認識していた。病院と地域の保健医療福祉職の連携については、退院計画・調整部門の既設の方で連携が進んでいた。その場合、患者の承諾を得ないで個人情報を提供している割合が多かった($p<0.01$)。

以上の結果から、退院指導や病院と地域の保健医療福祉職の連携や、継続看護部門など病院によっては設備環境の整備状況が不備であり、術後患者の退院後の受け入れ体制はシステムとして十分には整備されていない病院が多いことが明らかになった。術後患者が、生活上の障害を受容して自己管理ができるような行動を育む適応支援を行うためのシステムの必要性が示唆された。

はじめに

わが国では急速な少子高齢化、医療技術の進歩、健康に関する国民意識の変化など医療を取り巻く環境の変化に対応した質の高い効率的な医療提供体制の構築が急務の課題であり、包括払い方式の一部導入や入院日数の短縮など、診療報酬による政策誘導が行われている。このような医療制度改革の下、医療技術の進歩により手術の対象となる疾患の範囲が広がり、臓器移植術、難易度の高い手術、内視鏡下手術などが増加している。また、入院日数の短縮と相まって日帰り手術(Day surgery)が普及するなど、手術療法は著しく多様化している。

手術は正常な皮膚あるいは体表構造にメスを加え、手術器具や機械を用いて病巣の切除や、臓器の修復・摘出などを行うことから、手術後に身体の形態的变化や機能上の障害による生活上の不都合を抱えることになる者もいる。なかでも、人工肛門造設術や尿路変更術による排泄経路の変更や、喉頭摘出術による意思伝達様式の変更などを要する手術では、生活様式や生活習慣に影響を及ぼす場合がある。このよ

うな手術後の機能障害に対して日常生活への適応行動を育む看護の支援に関する研究が散見される。佐藤らは直腸がんの低位前方切除術後の排便障害について、時間的経過に伴って不変、あるいは改善が見られることから、排便障害の回復についての見通しや経過、食事と排便促進の方法や生活様式の指導の必要性を述べている^{1,2)}。また、藤田らは、低位前方切除術後1年以上5年未満の患者を対象とした調査から、2年未満は排便障害の改善に希望を抱き自尊感情が高いが、排便障害が高くなるに従い生活満足度と自尊感情が低下する傾向にあり、排便障害が術後経過と共に改善するとは言えず、自尊感情は術後経過と共に高くなるとは言えないことを報告している^{3,4)}。胃術後患者の職場復帰に伴う症状の変化と食行動に関しては、胃切除術後特有のダンピング症候群様症状や後発性低血糖様症状について、職場復帰前と復帰後を比較した研究結果から、職場における食後の休憩時間や食事を摂取する間隔など、個別に職場環境を調整する必要性を示唆している⁵⁾。

看護職は、患者が入院した当初から療養生活のケアを行い、個別の状態を把握しており、退院後の患

*1 川崎医療福祉大学 医療福祉学部 保健看護学科 *2 広島大学大学院 社会科学研究科
(連絡先) 石野レイ子 〒701-0193 倉敷市松島288 川崎医療福祉大学

E-Mail: ishino@mw.kawasaki-m.ac.jp

者や家族が、術後の治療や生活上の機能障害に適應するための支援が可能な立場にある。しかし、適應への支援がシステムとして十分に整備されていないこともあって、実践報告は極めて少ない^{6,7)}。加えて、入院期間がより一層短縮される現状では、手術療法後の化学療法や放射線治療などの継続中の退院、手術創部抜糸前の退院、手術に起因した形態の変化の受け入れが不十分な状態の退院など、患者は生活様式や生活習慣の変更に戸惑いを残しながら退院する状況である⁸⁾。

他方、退院した患者が継続して治療を受ける病院外来においては、在宅療養指導料が適應される疾患については、看護職による相談・指導が行われている。なかでも、診療報酬が算定される人工肛門造設患者や、がん術後患者の外来化学療法などに対する認定看護師による専門外来が盛況である^{9,10)}。しかし、在宅療養指導料が適應されていない乳房切除術、胃切除・全摘出術、大腸全摘出・亜全摘出後の術後患者においても、看護師が30分弱から30分以上の相談・指導を実施している施設が45.2%であると報告されている¹¹⁾。また、乳がん・大腸がん手術療法後患者の通院治療中における社会復帰プロセスにおいて専門家の継続した指導の必要性が示されている¹²⁾。

このように、手術後の生活上のさまざまな問題や機能障害を持つ患者のニーズが明らかにされつつある。患者の生活全般に関するニーズに対応する適應支援について、看護職だけではなく保健・医療・福祉職の職種間連携を含めて検討する必要がある。しかし、適應支援の必要性についての先行研究は散見されるが、具体的な指導や方法論に関する研究は極めて少ない。本研究は、病院の人的・物的環境と手術療法後に退院する患者に看護職が行っている指導内容、および病院内および地域における看護職と保健・医療・福祉職の連携の実際について、外科系看護師長の認識として調査を行い、手術療法を受けた患者の適應支援について検討することである。

調査方法

1. 調査対象と方法、および調査内容

調査対象は平成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。倫理的配慮としては、研究目的を表記し、記入は自由意志であ

ること、研究目的以外にはデータを使用しないことを明記して、無記名で記入後に返送を依頼した。また、結果について郵送希望施設には郵送することを記載した。

調査内容は、病院の設置主体、適應への支援に関連する人的・物的設備や環境である患者相談室、継続看護部門、退院計画・調整部門、外来通院治療室の設置状況、専門看護師や認定看護師の配置、病院機能評価受審状況とした。外科系看護師長の属性は、性別、年齢、経験年数、勤務病棟とした。外科系病棟における術後患者に対する看護実践については、病棟看護師と病院内および地域の保健・医療・福祉職との連携や情報提供の実際、入院期間が短縮したことによる術後看護実践上の問題や支障について、および看護職が術後患者の適應への支援として行っている退院指導について文献を参考にして36項目からなる退院指導内容を作成し¹³⁾、その実施状況について4段階評定の質問紙を用いて、看護師長の認識として調査を行った。調査時期は平成15年11月から12月までとした。

2. 統計処理

調査対象234施設のうち126施設(回収率53.8%)の看護師長364名から得られた回答をデータとして分析した。各調査項目について記述統計の算出と、病院の設備や環境と病棟看護師の連携状況、看護師長の勤務病棟の特性、退院指導内容について分散分析を行った。計算にはSPSS (version 13)を用いた。

結果

1. 病院の設備や環境

病院の設備環境については、患者相談室の設置が93.2%で最も多く、次いで外来通院治療室76.9%、継続看護部門63%で、退院計画・調整部門の設置は44.3%と最も少なかった。設置していない施設の内、準備・検討中の割合を見ると、患者相談室が100%、次いで外来通院治療室が91.7%で、継続看護部門は15.9%と最少であった(表1)。

表1 病院の設備・環境

	(%)		
	設置あり	設置なし	準備・検討中
患者相談室	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・調整部門	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)

n=126

専門看護師を配置している病院は7施設で、精神看護2,がん看護4,地域看護1,であった。認定看護師を配置している病院は43施設で、WOC(創傷・オストミー・失禁)看護29が最も多く、次いで感染管理20,重症集中ケア15,ホスピスケアと糖尿病看護が各11,救急看護とがん化学療法看護が各10,がん性疼痛看護6であった。専門看護師については、配置を予定して研修を受ける看護師を検討中の施設は34.1%,配置を予定していないは60.3%であった。認定看護師については、配置を予定して研修を受ける看護師を検討中の施設は43.7%,配置を予定していないは22.2%であった。

病院機能評価の受審状況は、認定病院が52.4%,受審申請中が22.2%,未受審が25.4%で、病院機能評価の受審状況は高いことが示された。

2. 看護師長の属性と病院内・外の

連携に関する認識

看護師長の背景を設置主体別に見ると、公立に所属が最も多く、次いで公的(赤十字やJRなど),民間と続き,国立は最小であった(表2)。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81.9%と最も多く,性別では,女性が98.4%,男性が1.6%であった(表3)。勤務病棟については複数回答であるが,2科以上の混合病棟が最も多く,次いで消化器系病棟が25.8%,骨・筋肉系病棟17%と続き,内分泌系0.8%が最少であった(表4)。

術後患者に退院後の継続的な看護を実践することにおいて,病棟と外来看護職の連携の必要性については,常に必要149(41.0%),時々必要208(57.3%),ほとんど必要ない6(1.7%)で,連携することの必要性を認識している看護師長の割合は高かった。病棟と外来看護職の連携の実施状況については,必要に応じて連携している324(89.5%),ほとんど連携しない36(9.9%),全く連携しない2(0.6%)で,ほとんどの看護師長が必要に応じて連携していると認識していた。病棟と外来看護職の連携の必要性に関する看護師長の認識と,患者相談室の設置状況との関連において,患者相談室が既設の施設より,設置することを準備検討中の施設の方が連携の必要性を認識していた($F(2,323)=3.360, p<0.05$)。

病院内で病棟看護職と保健・医療・福祉職者が連携する必要性については,常に必要71(19.6%),時々必要274(75.5%)で,ほとんど必要がないは18(5%)であった。病棟看護職が連携している職種は,ソーシャルワーカー81.6%が最も多く,次いで,薬剤師45.9%,理学療法士44.5%,栄養士40.1%などであった(表5)。連携する上での問題や支障につい

表2 設置主体別看護師長の所属

		(%)
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)

n=364

表3 調査対象の背景

		(%)
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. 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)

n=364

表4 看護師長の勤務病棟

		(%)
消化器系	94	(25.8)
骨・筋肉系	62	(17.0)
婦人科系	31	(8.5)
脳神経系	27	(7.4)
循環器系	10	(2.7)
呼吸器系	9	(2.5)
内分泌系	3	(0.8)
2科以上の混合	128	(35.2)

n=364

表5 病院内で連携する職種(複数回答)

		(%)
ソーシャルワーカー	297	(81.6)
薬剤師	167	(45.9)
理学療法士	162	(44.5)
栄養士	146	(40.1)
作業療法士	69	(19)
言語聴覚士	31	(8.5)
その他	26	(7.1)
放射線技師	13	(3.6)
検査技師	9	(2.5)
臨床心理士	8	(2.2)

n=928

ては,問題や支障がある11(3.1%),時々ある121(34.3%),ほとんどない1204(58.6%),全くない114(4.0%)であった。病棟看護職と保健・医療・福祉

職者が連携する上での問題や支障と、患者相談室の設置状況との関連については、患者相談室が既設の施設より設置することを準備検討中の施設の方が問題や支障が多いと認識していた ($F(2,323)=4.29$, $p<0.01$)。以上の結果は、病院内の看護職と保健・医療・福祉職者が連携して術後患者の日常生活への適応支援を行うことにおいて、患者相談室が必要であることを示唆しているといえよう。

病棟看護職と地域の保健・医療・福祉職者との連携状況については、常に連携する177(49.3%)、時々連携する166(46.2%)、ほとんどしない15(4.2%)、全くしない1(0.3%)であった。連携する施設としては、訪問看護ステーションが64.3%で最も多く、次いで、紹介病院50.6%、患者が希望する施設45.9%、老人保健施設40.7%、在宅介護支援センター33.8%、かかりつけ医院・病院32.7%などであった(表6)。病棟看護職と地域の保健・医療・福祉職者との連携状況と退院計画・調整部門の設置状況との関連をみると、退院計画・調整部門が既設の施設の方が未設の施設より連携している状況にあった($F(2,318)=3.799$, $p<0.05$)。このことは、病棟看護職と地域の保健・医療・福祉職者が連携する上で、退院計画・調整部門が調整的な役割を果たしていることが推測できる。

表6 地域の連携施設(複数回答)

	(%)
訪問看護ステーション	234 (64.3)
入院時紹介してきた病院	184 (50.5)
患者が希望する施設	167 (45.9)
老人保健施設	148 (40.7)
在宅介護支援センター	123 (33.8)
かかりつけの医院・病院	119 (32.7)
地域内の医療機関連携病院	77 (21.1)
保健所・市町村保健センター	48 (13.2)
その他	13 (3.6)

n=1113

病棟看護職と地域の保健・医療・福祉職者と連携をする場合、患者の情報を提供する方法や手段として、退院時サマリー78.6%、電話やファックス44.5%、紹介状などの文書48.4%、電子メディア0.8%、その他2.7%であった。しかし、患者の情報を提供する場合、患者の承諾を得ている143(40.1%)よりも、承諾を得ていない214(59.9%)の割合が多かった($\chi^2=7.141$ $df=1$ $p<0.01$)。

また、病院看護職と地域の保健・医療・福祉職者との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177(54.0%)、定期・不定期に開催している139(42.4%)、現在検討中12(3.7%)で、開催していない施設が多かった。

3. 退院時の指導の実際

外科系病棟における看護の実践において、入院期間が短縮されたことにより問題や支障があると認識している看護師長は187(51.5%)で、問題や支障がないのは176(48.5%)であった。有意な差はなかったが、51.5%の看護師長が問題や支障があると認識しており、具体的な問題や支障の内容として、患者の不安が大きい33%、家族の不安が大きい26.4%、退院指導が充分出来ない16.5%、家族の負担が大きい12.4%、患者の自己管理の負担が大きい11.3%、再入院が多い6.3%、その他1.4%と回答していた。

術後患者への退院指導の実施状況については、実施している364(100%)であった。しかし、実施した退院指導の内容は患者が退院後の生活にスムーズに移行する上で役に立つ内容であったか、困惑するようなことはなかったのかなどについて、退院後に評価をしているのは100(27.6%)で、評価をしていないのは263(72.5%)であった。退院指導は調査対象の全施設で実施されているが、行った指導内容について退院後に評価を行っていない施設が有意に多いことが示された($\chi^2=38.586$ $df=1$ $p<0.01$)。

術後患者の退院後の生活に必要な退院指導と考えられる内容について、通常の療養指導、特殊なケアについての指導、予測される変化と対処方法の指導、日常生活動作の拡大、社会資源の活用について、リスクが高い外来治療についての5項目をあげて、各項目の具体的な指導内容として36項目を設定した。実施状況の段階を「いつもする」を1として、「全くしない」を4とする、4段階評価で求めた。指導内容36項目の平均値と標準偏差に見られるように(表7)、「1.外来通院の必要性や通院間隔」「2.退院時処方薬剤の服用」など、治療指示内容の確認はほぼ日常的に実践されていた。一方、「9.補正用品や補正下着の選択について」「11.ホルモンや内部環境の変化」など、術後の機能障害を予測し、自己受容ができるような指導や、「29.患者会の紹介」「31.介護用品メーカーの紹介」など、生活者としてのQOLに関わる社会資源の活用についての指導や、「35.輸液療法」「36.放射線治療」など、リスクが高い術後の治療についての実施状況は低かった。

指導内容36項目の平均値と、病院の設置主体や設備環境および病院機能評価、看護師長の所属病棟との関連について分散分析を行った。

病院の設置主体との関連では、特殊なケア項目の「6.薬の服用法や副作用について」の項目は、国立病院より民間や公的病院の方が実施していた($F(4,340)=2.876$, $p<0.05$)。同様に「11.ホルモンや内部環境の変化」については、民間や公立病院よ

表7 退院指導の内容と実施状況

	mean	SD
I. 通常の療養指導内容		
1. 外来通院について (必要性や通院間隔など)	1.09	0.34
2. 退院時処方薬剤の服用について	1.1	0.32
3. 食事指導 (食生活や調理の工夫など)	1.63	0.62
4. 排便調整 (便秘や下痢予防など)	1.52	0.58
5. 身体の清潔 (清拭、シャワー浴など)	1.41	0.59
II. 特殊なケアについての指導		
6. 薬の服用法や副作用について	1.32	0.50
7. ケア用品の選択やケアの実際について	1.49	0.61
8. ボディイメージの変化	1.57	0.67
9. 補正用品 (リ・マンマなど) や、補正下着などの選択について	1.84	0.88
10. 生活上の補助具の使用について	1.66	0.66
11. ホルモンや内部環境の変化	2.18	0.94
12. 切除臓器・器官などの機能的変化	1.68	0.78
13. 手術創傷の手当て	1.46	0.61
14. 自己注射の指導	1.46	0.73
15. 経管栄養の方法、手順などについて	1.51	0.87
16. 酸素吸入の実際について	1.75	1.01
17. 気管内吸引の管理と方法など	1.82	1.05
18. 各種カテーテル管理について	1.53	0.82
19. 自己導尿の実際について	1.57	0.87
20. 排泄に必要な用品・用具の使用について	1.42	0.65
21. 機能障害を軽減する訓練 (膀胱・肛門括約筋訓練、四肢回復訓練、嚥下訓練など)	1.64	0.76
22. 疼痛コントロール	1.39	0.63
III. 予測される変化と対処方法の指導		
23. 手術に起因する合併症の予防と対処について	1.49	0.69
24. 急変時の対処	1.56	0.75
IV. 日常生活動作の拡大		
25. 機能的変化に伴う移動動作	1.58	0.77
26. 更衣・着衣の仕方・方法	1.65	0.77
27. 術後経過による段階的な退院後の日常生活動作の拡大について (家事・職場・学校・地域活動への復帰など)	1.50	0.65
V. 社会資源の活用について		
28. WOC、がん化学療法などの認定・専門看護師の紹介	2.85	1.10
29. 患者会の紹介 (ストマの会・乳がんの会など)	2.15	0.98
30. 医療器械・器具メーカーの紹介 (ストーマパウチ、人工呼吸器、ペースメーカーなど)	1.57	0.86
31. 介護用品メーカーの紹介 (車椅子、入浴用具など)	1.89	0.74
32. 身体障害者の割引制度	1.74	0.77
33. 高額療養費などの医療費について	1.84	0.74
VI. リスクが高い外来治療について		
34. 抗癌剤治療	1.78	0.96
35. 輸液療法 (高カロリー輸液の管理、セット交換、ミキシングなど)	1.95	1.12
36. 放射線治療	1.94	1.05

り公的病院の方が有意に実施していた ($F(4,223) = 2.842, p < 0.05$).

病院の設備環境との関連では、リスクが高い外来治療の項目の「34. 抗癌剤治療」については、継続看護部門が準備検討中の施設より既設の施設の方が実

施していた ($F(2,226) = 3.558, p < 0.05$). 同様に、社会資源の活用の項目の「32. 身体障害者の各種割引制度」については、患者相談室が準備検討中の施設より既設の施設の方が実施していた ($F(2,291) = 2.872, p < 0.05$).

病院機能評価との関連では、特殊なケア項目の「6.薬の服用法や副作用について」の指導は、未受審の施設より申請中の施設の方が有意に指導をしており ($F(2,302)=3.569, p<0.05$)、¹⁷「7.気管内吸引の管理と方法など」の指導については、申請中の病院より認定病院の方が有意に指導をしていた ($F(2,182)=4.043, p<0.05$)。リスクが高い外来治療の項目では、「36.放射線治療」についての指導の実施状況が、未受審の施設より認定病院の方が有意であった ($F(2,204)=3.995, p<0.05$)。以上の結果が示すように、病院機能評価の審査では継続看護部門や患者相談室などの設備環境の整備状況が評価項目になっており、認定病院や継続看護部門・患者相談室が既設の病院が、社会資源の活用やリスクが高い外来治療項目の指導など、患者の術後の治療や生活上の障害に適応するための支援内容を指導していることが示された ($p<0.05$)。

指導内容の36項目と看護師長の所属病棟との関連については、分散分析の検定結果で有意であった項目について多重比較 (Tukey法) を行い、有意な差が見られた項目について表8に示した。その結果では「3.食事指導」「4.排便調整」「20.排泄に必要な用品・用具の使用」は消化器系病棟、「11.ホルモンや内部環境の変化」「12.切除臓器・器官などの機能的変化」は婦人科系病棟など、退院指導内容と疾患の身体機能系統別に区分された看護師長の所属病棟の特性が見られる。同様に、「15.経管栄養の方法や手順」「17.気管内吸引の管理と方法」など特殊なケアについての指導は脳神経系病棟、「25.機能的変化に伴う移動動作」「26.更衣や着衣の方法の指導」については骨筋肉系病棟、など退院指導の実施状況と所属病棟の特性が示された。また、リスクが高い外来治療についての項目においては相対的に実施状況は低い、「34.抗癌剤治療」は消化器系と婦人科系病棟、「35.輸液療法」「36.放射線治療」は消化器系病棟の実施が多かった。しかし、予測される変化と対処方法の指導の項目「23.手術に起因する合併症の予防と対処」「24.急変時の対処」については所属病棟との関連が見られず、外科系病棟においてはほぼ日常的に退院指導として実践している内容と考えられる。

考 察

疾病による苦痛や症状を緩和するために受けた手術により、時として手術前と異なる生活上の不都合や機能障害を抱えることになる場合がある。看護としては、その人なりのQOLを維持して日常生活に適応できるような行動変容を促進する支援が必要で

ある。術後患者の適応支援について、医療施設の看護職と地域の保健・医療・福祉職の職種間連携と看護職が行っている退院指導の実際について、外科系看護師長の認識として得られた結果から考察する。

病棟看護職は、病院内および病院と地域における保健・医療・福祉職の連携の必要性を認識し実践していたが、連絡調整会などを開催していない割合が多く、情報提供をする場合においては患者の承諾を得ていない ($p<0.01$) など、連携上の課題が示された。退院時の指導は「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¹⁴⁾」である。病院から病院または保健福祉施設へ提供される情報は、患者や家族が退院後に継続して支援を得るために必要な内容が記載されており、医療施設、地域の保健・医療・福祉施設、患者の三者が共有する必要がある。情報提供に際し患者の同意を得ることが診療報酬上の算定要件に明記されており¹⁵⁾、看護職は、このことを認識して情報提供を行う必要がある。

病院内の看護職と地域の保健・医療・福祉職の連携と、病院の設備環境の関連では、病院内においては、患者相談室が整備されていない施設の方が、連携の必要性 ($p<0.05$) と、連携上の問題や支障を認識しており ($p<0.01$)、地域との連携においては、退院計画・調整部門が整備されている施設の方が連携している状況にあった ($p<0.05$)。このことは術後患者の適応支援において病院内および病院と地域の連携が効果的に機能する上で、患者相談室や退院計画・調整部門が必要であることを示唆している。患者相談室については93.2%の病院で設置されており、未設置の病院では100%が準備・検討中であったことからその必要性は認知されていると推測できる。患者相談室が施設内で総合患者支援センターのシステムとして機能している病院においては、患者支援の研修を受けたボランティアがストーマサロンを運営しており、サロンでは毎月一定の曜日にオストメイト(人工肛門・人工膀胱保有者)の悩みや情報交換を行っている^{16,17)}。他方、患者情報室として、場所を病院が提供しNPO法人が運営を行い、入院中の患者や外来受診者はもとより、一般の人も医療に関する情報収集ができるシステムがある¹⁸⁾。患者が医療の主体者であることについて、医師と患者の情報の非対称性を改善する提案¹⁹⁾が散見される。患者相談室のあり方としては、来談者を受身的に待つのではなく、患者自ら主体的に術後の治療について選択し意思決定ができるような情報収集がで

表8 退院指導の内容と看護師長所属病棟の分散分析

I. 通常の療養指導内容	所属病棟の 区分	mean	SD	
3. 食事指導（食生活や調理の工夫など）	消化器系	1.39	0.49	**
	骨・筋肉系	1.94	0.70	
4. 排便調整（便秘や下痢予防など）	消化器系	1.33	0.49	*
	骨・筋肉系	1.94	0.70	
	呼吸器系	2	0.76	
	循環器系	2.13	0.64	
5. 身体の清潔（清拭、シャワー浴など）	消化器系	1.44	0.56	**
	婦人科系	1.03	0.18	
	骨・筋肉系	1.28	0.45	
	脳神経系	1.43	0.5	
	呼吸器系	2.11	0.78	
II. 特殊なケアについての指導				
7. ケア用品の選択やケアの実際について	消化器系	1.35	0.5	*
	婦人科系	1.81	0.8	
9. 補正用品（リ・マンマなど）や、補正下着などの選択について	消化器系	1.56	0.64	***
	骨・筋肉系	2.41	1.05	
	脳神経系	2.45	1.04	
	骨・筋肉系	1.32	0.47	
10. 生活上の補助具の使用について	消化器系	1.7	0.67	**
	呼吸器系	2.14	0.69	
	婦人科系	1.25	0.44	
11. ホルモンや内部環境の変化	消化器系	2.24	0.78	***
	骨・筋肉系	3.05	0.97	
	脳神経系	2.25	0.97	
	呼吸器系	2.83	0.98	
12. 切除臓器・器官などの機能的変化	婦人科系	1.21	0.41	**
	消化器系	1.71	0.75	
	脳神経系	1.94	0.8	
15. 経管栄養の方法、手順などについて	循環器系	2.5	1.29	**
	脳神経系	1.28	0.54	
	骨・筋肉系	1.88	1.18	
17. 気管内吸引の管理と方法など	婦人科系	2.38	1.33	**
	脳神経系	1.43	0.6	
20. 排泄に必要な用品・用具の使用について	婦人科系	2.7	1.16	**
	消化器系	1.24	0.48	
	呼吸器系	2	1.31	
	婦人科系	1.93	0.96	
IV. 日常生活動作の拡大				
25. 機能的変化に伴う移動動作	骨・筋肉系	1.15	0.36	***
	脳神経系	1.32	0.56	
	消化器系	1.81	0.82	
	婦人科系	2	0.91	
26. 更衣・着衣の仕方・方法	骨・筋肉系	1.25	0.43	***
	消化器系	1.81	0.82	
	呼吸器系	2.25	0.89	
	婦人科系	2	0.94	
V. 社会資源の活用について				
29. 患者会の紹介（ストマの会・乳がんの会など）	消化器系	1.84	0.79	***
	骨・筋肉系	2.76	1.01	
	婦人科系	2.83	1.11	
30. 医療器械・器具メーカーの紹介（ストマパウチ、人工呼吸器、ペースメーカーなど）	消化器系	1.26	0.46	***
	骨・筋肉系	2.44	1.16	
	脳神経系	1.89	1.02	
	呼吸器系	2.43	1.27	
	婦人科系	2.13	1.15	
31. 介護用品メーカーの紹介（車椅子、入浴用具など）	脳神経系	1.64	0.57	***
	骨・筋肉系	1.63	0.6	
	婦人科系	2.53	1.06	
32. 身体障害者の割引制度	呼吸器系	2.5	1.07	***
	消化器系	1.65	0.69	
	骨・筋肉系	1.75	0.61	
	脳神経系	1.45	0.51	
	循環器系	1.45	0.51	
	呼吸器系	2.75	1.16	
VI. リスクが高い外来治療について				
34. 抗癌剤治療	婦人科系	1.62	0.85	***
	消化器系	1.55	0.78	
	骨・筋肉系	2.5	1.24	
35. 輸液療法（高カロリー輸液の管理、セット交換、ミキシングなど）	脳神経系	2.5	1.15	***
	消化器系	1.6	0.85	
	骨・筋肉系	2.84	1.26	
36. 放射線治療	消化器系	1.71	0.82	*
	骨・筋肉系	2.68	1.29	

脚注：分散分析後の多重比較の結果を点線を境に有意差を表した *p<0.05 **p<0.01 ***p<0.001

きる部門として検討する必要がある。看護職としては、患者が活用できる情報提供者としての役割を認識する必要がある。

一方、看護師がほぼ日常的に行っている退院指導は、退院後の外来通院の間隔や処方薬剤の服用などの治療指示内容の確認であった。手術に起因する合併症の予防や対処、急変時の対処については、看護師長の所属病棟に関わらず外科系病棟における退院指導として実践していることが示された。しかし、退院指導を実施したことについて退院後の生活で効果的であったかどうか、指導内容について評価を行っていないと認識していた ($p < 0.01$)。

退院指導内容36項目の実施状況と病院の設備環境との関連では、リスクが高い外来治療項目の抗がん剤治療の指導については、継続看護部門を既設の病院の方が実施しており ($p < 0.05$)、社会資源の活用についての項目の身体障害者の割引制度の指導については、患者の相談室が既設の施設の方が実施していた ($p < 0.05$)。社会資源の活用については、患者会の紹介についても、他の病棟と比較すると消化器系病棟の方が実施している ($p < 0.001$) とはいえ、平均値は1.84であった。これは、病院勤務の看護職の社会資源に関連する認知度の結果と同様に²⁰⁾、看護職の社会資源に関する認知が高くないことを示している。退院指導内容36項目の実施状況と病院機能評価との関連では、薬の服用法や副作用の説明、気管内吸引の管理と方法、放射線治療についてなど、退院後の治療や日常生活へ適応するための指導については、認定病院の方が実施している状況にあった ($p < 0.05$)。このことは、継続看護部門、患者相談室などが整備された病院や、病院機能評価の認定病院の方が、退院後の治療や日常生活への適応支援として退院指導をしていることが推測できる。また、入院期間の短縮化や在宅医療の推進、医療機関相互の連携推進、病院機能評価など第三者評価を算定要件とする診療報酬の推進など、質の高い効率的な医療サービスを図ることをめざした、医療政策の影響によるものであると考えられる。

入院期間が短縮された現状について、51.5%の看護師長は術後の看護を行う上で問題や支障があると認識し、具体的には、術後の患者や家族の不安が大きい59.4%、退院指導が充分できない16.5%などをあげている。看護職として、患者が術後の内部環境の変化や、身体的機能的変化について理解し、適応するための行動を育み、そして社会資源を活用してその人なりのQOLを維持して生活ができる適応支援が求められている。しかし、看護師の退院指導については、患者の経済的側面や退院後の生活に関す

る問題意識が低いこと^{21,22)}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が指摘されている²⁰⁾。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性を明らかにしている²³⁾。また、急性期病床においても入院期間が短縮される中、退院時に患者や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、適応支援を充実させることが多くの施設の課題であると指摘されている²⁴⁾。入院期間の短縮がわが国の比ではない諸外国においては、退院計画や退院指導後の評価に関する研究や報告²⁵⁻²⁸⁾が多く、適応支援の検討が進められている。

本研究において、病院の設備環境の整備状況、看護職が行っている退院指導内容やその評価の実施状況、病院内と地域における保健医療福祉職の連上の課題などが見出され、手術後早期に退院する患者を支援できる体制はシステムとして十分には整備されていない状況であることが明らかになった。とりわけ手術療法を受けた患者が、退院後に必要な治療を受けることを自己決定し、生活上の障害を受容できるような日常生活への適応支援を行うシステムが必要であると考えられる。

結 論

外科系病棟看護師長の認識として調査した結果、術後患者の適応支援において病院内および病院と地域の連携が効果的に機能する上で、患者相談室や退院計画・調整部門が必要であることが示唆された。看護職が行う退院指導内容については、継続看護部門や患者相談室が既設の病院と、病院機能評価の認定病院の方で、術後の治療や生活上の障害に適応するための指導を行っていた。しかし、実施した退院指導について評価を行っていないこと、くわえて、病院内および病院と地域の連携において患者の承諾を得ないで情報提供をしている割合が多かった。これらの結果から、退院指導内容、病院の設備環境、病院と地域の保健医療福祉職の連携上の課題など、術後患者の退院後の受け入れ体制は十分には整備されていない状況であり、術後患者が生活上の障害を受容し自己管理ができるような行動を育む適応支援を行うためのシステムの必要性が示唆された。また、診療報酬による政策誘導の影響が示された。看護職

の課題としては、情報提供者としての役割、システムマネジメント能力、社会資源の活用に関する認知などが問われていることが考えられる。

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。今後の適応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ために

貴重な資料が得られた。また、入院期間が短縮される中で、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、患者サイドに対して、適応支援に関するニーズの実態を調査し、患者のニーズに添った適応支援を検討していくことが課題である。

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、本稿は第25回日本看護科学学会学術集会(2005.11)に発表した内容に加筆・修正をしたものである。

文 献

- 1) 佐藤正美, 数間恵子, 石黒義彦: 直腸癌肛門括約筋温存術後患者の排便障害とセルフケア行動に関する研究, その1. 排便障害の実態と排便障害評価尺度の作成. 日本ストーマ学会誌, **12**(1), 27-38, 1996.
- 2) 佐藤正美, 数間恵子, 石黒義彦: 直腸癌肛門括約筋温存術後患者の排便障害とセルフケア行動に関する研究, その2. セルフケア行動と排便障害影響要因日本ストーマ学会誌, **12**(1), 27-38, 1996.
- 3) 藤田あけみ, 佐藤和佳子, 岡美智代: 直腸低位前方切除術患者の排便障害の検討 —生活行動への影響と主観的 QOL の関連について—. 日本看護研究学会誌, **24**(3), 108, 2001.
- 4) 藤田あけみ, 佐藤和佳子, 岡美智代, 佐川美枝子: 直腸癌低位前方切除術患者の術後経過期間別の排便障害と自尊感情との関係について. 日本看護科学学会誌, **22**(2), 34-43, 2002.
- 5) 奥坂喜美子, 数間恵子: 胃術後患者の職場復帰に伴う症状の変化と食行動に関する研究. 日本看護科学学会誌, **20**(3), 60-68, 2000.
- 6) 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, **20**(9), 30-35, 2001.
- 7) 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.
- 8) 矢吹浩子: 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.
- 9) 竹股喜代子, 丸山陽子: 外来分離の中で看護をどう行うか. 看護展望, **28**(6), 28-33, 2003.
- 10) 黒瀬正子: 外来増築に合わせた看護部門の強化. 看護展望, **28**(6), 21-27, 2003.
- 11) 数間恵子, 青木春恵, 小池智子, 高橋雪子, 原雅子, 長井浜江, 向井恵子, 宮下光令, 田中ゆき, 入江慎治, 小林康司: 外来における看護の相談機能拡充・確立のための基礎的研究「在宅療養指導料」非適応対象に対する相談・指導の実態と、相談・指導に対する考え・意見. 看護, **55**(2), 98-102, 2003.
- 12) 柿川房子, 水主いづみ, 木村裕美, 橋本恵美子, 長谷川敏彦: 乳がん・大腸がん患者の日常生活障害に関する研究. 神戸大学医学部保健学科紀要, **118**, 105-113, 2002.
- 13) 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—. 日本看護科学学会誌, **20**(2), 21-28, 2000.
- 14) 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.
- 15) 岩下清子, 奥村元子, 石田昌宏, 野村陽子, 神田裕二, 皆川尚史: 診療報酬(介護報酬)第5版. 日本看護協会出版会, 193-202, 2003.
- 16) 山陽新聞2004年1月9日
- 17) 総合患者支援センターニュース, 平成16年7月号創刊号, 岡山大学医学部・歯学部付属病院総合患者支援センター
- 18) COML, No.159, 15-16, 2003. 11.
- 19) 日経メディカル編集: 医療を変える. 日経BP社, 230-235, 1999.
- 20) 当目雅代, 上野範子, 木村みさか: 病院に勤務する看護職における社会資源に関連する認知度. 日本看護研究学会雑誌, **22**(5), 9-21, 1999.
- 21) 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.

- 22) 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．
- 23) 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．
- 24) 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．
- 25) Velma J: Information needs of surgical patient following discharge . *Applied Nursing Research* ,**13**(1),12-18 , 2000 .
- 26) Mcnamee S and Wallis M : Patient problems and evaluation of patient discharge education after coronary artery bypass graft surgery . *Contemporary Nurse* , **8**(3) , 107-115 , 1999 .
- 27) Hughes LC ,Hdgson NA ,Muller P ,Robinson LA and 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 .
- 28) Amanda H and Wendy Z : A study of the impact of discharge information for surgical patients . *Journal of Advanced Nursing* , **35**(3) , 435-441 , 2001 .

(平成18年4月28日受理)

Research on Adjustment Support after Operative Treatment
— Recognition of the Head of Surgical Nursing on Discharge Education and
Cooperation of Health Medical Welfare Teams —

Reiko ISHINO and Akihiko TOKAJI

(Accepted Apr. 28, 2006)

Key words : operative treatment, adjustment support, discharge education
cooperation with health medical welfare teams

Abstract

To clarify the adjustment supports of post-discharge patients who received operative treatment, 234 hospitals were randomly selected from a nationwide list of hospitals with 300 beds or more, and a questionnaire survey was conducted with the heads of surgical nursing staff. The contents were about discharge education and cooperation with health medical welfare staffs in hospitals and communities (response rate 53.8%). Discharge education indicated hospitals that have continuing nursing sections and patient clinic rooms where guidance is given in order to adjust to the handicap of post-operative treatment and life. Cooperation between staffs in the hospital recognized that there are many problems in the hospital when patient clinic rooms don't exist and cooperation is minimal. As for cooperation with hospital and health medical welfare staffs in the community, cooperation was advanced with the hospitals existing discharge plan. In that case, there were a lot of ratios to provide individual information without obtaining the patient's consent ($p < 0.01$). From the above results, there were problems in discharge education and in cooperation of hospital and health medical welfare staffs in communities, and it was clarified that the preparation for post-operative patient's reception was not well established. The necessity of adaptive support for post-operative patients whose lives will be permanently altered, both mentally and physically was suggested.

Correspondence to : Reiko ISHINO

Department of Nursing, Faculty of Health and Welfare

Kawasaki University of Medical Welfare

Kurashiki, 701-0193, Japan

E-Mail: ishino@mw.kawasaki-m.ac.jp

(Kawasaki Medical Welfare Journal Vol.16, No.1, 2006 41-51)