

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 ——

峰 村 淳 子

東京医科大学看護専門学校

【要旨】 本研究の目的は、施設内において在宅支援の看護を提供できる看護師を育てるための看護教育の基礎資料を得るために、施設内看護師の在宅支援の看護の認識と行動の実態およびその影響因子を明らかにすることである。本論文は、その第1報として“実態”の報告を主とし、影響要因からみた分析と教育に関する検討は次報以降で報告する。

調査は、首都圏の某私立医科大学病院の成人老人対象の一般病棟看護師 374 名を対象に行い、319 名の有効回答 (有効回答率 85.35%) を得た。方法は自記式質問紙調査留め置き法とした。調査に先立ち事前に看護部の了解を得た上で、対象者へは調査の趣旨および倫理的配慮事項の説明文書を添付し調査用紙の配布を行い、調査への協力の判断は本人の意思に委ねた。

調査票は、本研究のために開発した在宅支援の看護の認識 (23 項目) と在宅支援の看護の行動 (33 項目) および影響要因 (22 項目) からなっている。その構成概念は 1999 年提示の『在宅看護論』国家試験出題基準の内容を基本とし、本調査に先立ち予備調査を行い調査内容の修正を行った。下位尺度の信頼性分析で α 係数は認識項目 0.904 行動項目 0.9302 であった。因子分析でも構成概念は概ね妥当と判断した。データの分析は統計ソフト (SPSS 10.0J) を用いた。

結果は、回答者の属性は 20 歳代が 88.4%、新カリキュラムの者 17.6%、旧カリキュラムの者 73.4%、看護師経験年数 4 年未満の者 62.1%、所属は内科系 42.7%、外科系 56.4% であった。58.0% がクリティカルパスを導入中の病棟である。在宅支援の看護の実態としては、施設内看護師の在宅支援の行動は認識と比べて平均値が低かった。「生活の自立支援」は認識と行動ともに高く、「家族関係の理解と調整」「チームケア」「ケアマネジメント」が認識と行動ともに低かった。「予測と予防」は、認識は高いが行動では低いという実態であった。

はじめに

近年、医療環境を取り巻くシステムや制度の変化・介護保険の導入等様々な要因から、臨床現場ではクリティカルパスの導入や患者の入院期間の短縮化等の変化が起こっている。このために退院後に在宅医療の継続が必要なケースも増えている。また、社会や人々のニーズの多様化とともに対象自身が在宅療養を望む場合も徐々に増え、施設内の看護師には、以前にも

増して在宅を意識した関りが求められている。

施設内の看護師は入院・外来を問わず患者である対象を一人の生活者として捉え、地域をも視野に入れ真に対象の立場に立った在宅療養や退院後の生活を意識した看護を実践しなければならない。しかし、わが国の医療と看護は長い間、施設中心・診療中心言い換えれば医療者主体の状態が続いていたとも言える。

1997 年に改正された看護基礎教育カリキュラムでは、これまでの施設中心の看護から患者中心の、より

* 本論文は 2001 年 2 月に、厚生労働省看護研修研究センター幹部看護教員養成課程研修中の研究論文として提出したものの一部を加筆・修正したものである。

Key words: 施設内看護師, 在宅支援, 認識, 行動, 実態

健康な生活を維持していくための看護を主眼として、施設内外を問わず看護の力が発揮できる看護師の養成を意図とし、『在宅看護論』が新設された。その基本的考え方には看護師の調整能力やケアマネージメントの能力の重要性も謳われた位である。

社会制度の改革に伴い医療看護福祉の場だけでなく、社会全体が在宅へシフト変更をしつつあると言っても過言ではない時代になってきている。

このような状況下で、現在施設内で活動している看護師達は実際には在宅支援の看護をどのように捉え対象への関わりをしているのであろうか。

1. 問題の所在と研究課題

1. 研究動機

在宅療養の場に出てみると、施設内看護師の入院中の看護の問題と思われる事例に直面することもある。また、実際の病院における看護師の活動を観た時、どの程度までその対象の退院後つまり在宅での療養やその後の生活を意識し、継続看護を実践しているのであろうかと考えることも多い。

患者の退院後の生活は、入院から退院まで医療従事者がどのように関るかによって左右されると言っても過言ではないと考える。施設により在宅看護部門や退院調整看護師のシステム化等が進みつつあるとは言え、現在の日本においては施設内看護師一人一人が対象の退院に向けて果たす役割は重要と考える。

そこで、施設内において看護師達は継続看護や在宅支援の看護を、現在どのように認識し日々の看護実践のどの場面でどのように行っているのか、行えているのかを把握する必要性を感じた。現在の施設内における看護師の在宅支援の看護の認識と行動の実態把握をすると共にその影響要因を明らかにし、施設内においても生活支援の視点で退院に向け必要な看護を提供できる看護師を育てるための看護教育の基礎資料を得たいと考えた。

2. 文献検討

【患者・家族が求める看護者の行う退院時援助に対するニーズ】^{3~6)} 【継続看護・在宅看護に対する施設内看護師の意識の実態】^{7~13)} 【継続看護・在宅看護に向けた施設内看護師の実践活動の実態】^{14~18)} 【病院と地域の連携の現状】^{19~22)} 【施設内看護における“退院後”への取り組みの動向】^{23~39)} に関連する文献検討では、現在の日本における施設内の看護師は施設による差や個

人差はあるものの在宅支援の看護への意識の高まりは起こっており、各施設においても在宅支援の看護の行動化に向けての模索やシステムの検討が活発になりつつある現状であった。しかし一般的には未だ看護師の実践の内容は不十分であることが明らかになった。

3. 問題の所在

- 1) 近年の医療現場の動向や社会の在宅療養への関心の高まりに伴い、施設内看護の現場では、看護師の在宅ケア・在宅看護への意識は育ってきつつある。基礎教育期間中の地域や在宅療養の現場での臨地実習体験は、入院中の対象を生活者として理解する一助となっているが、施設内における在宅支援の看護に十分生かされているとは言えずその実践や行動化には課題が残されている。
- 2) 患者・家族のニーズからとらえると、患者一人一人の生活適応に向けた本来の生活スタイルに戻れるような看護援助が看護師には不足しており、現状の“退院時指導”においても地域で暮らすことを視座に入れた十分な援助とはなり得ておらず生活支援の視点が不足している現実がある。
- 3) 近年、在宅看護における訪問看護師の役割等の分析の研究は増えているが、施設内看護師に対する日々の実践の視点からの在宅支援に向けた看護に関する研究は少ない。明らかになっているものは、基礎情報の収集の観点からのものや1施設の1病棟の傾向等である。新しいシステムとして退院調整看護師の調整過程等の研究は進められている。

4. 研究課題

本研究においては、以下の2点を研究課題としている。

- 1) 入院期間の短縮化に伴い退院援助への取り組み等にも変化が起こりつつある現在、施設内看護師は対象の一番近い位置にいる立場から、対象を退院後の状態まで想定し、生活者としてどのように捉え、どのように関わっているのであろうか。在宅支援の看護を意識した援助を、どの場面でどのように行っているのであろうか。
- 2) 認識や行動の不十分な部分は、何でありその理由は何であろうか。

II. 研究目的

本研究(第1報)の目的は、施設内看護師の日々の看護実践における“在宅支援の看護”に対する認識と行動の実態を明らかにすることである。

《用語の操作的定義》

本研究では、下記の定義のもとに用語を用いる。

施設内看護師：

病院の病棟・外来に従事する看護師のこと。

在宅支援の看護：

施設内看護師が、入院当初から退院後の対象(本人・家族)の生活を想定して、その人なりの生活支援に向けて行う全ての看護活動のこと。

在宅支援の看護の対象：

退院後も疾病や障害の管理が継続して必要なまま、在宅で療養生活に移行する人々や生活自立が困難で支援を要する人々、転院する人々(リハビリテーション施設・療養型病床群を備えた施設・老人保健施設・老人病院等への転院)、退院後外来治療を継続しながらある程度の社会生活も営んでいる人々。

退院時指導：

日常生活への影響を中心に、アフターケアについて指導すること。

退院計画：

退院後の場所や生活方法・支援体制等について総合的にかつ多職種の参加のもとに援助すること。クリティカルパスの展開の中で入院当初から計画的に行う退院に向けた指導や援助内容も含む。

認識：

個々の看護師が内的状態として持っている概念や用語の知識、事実や現象を整理し構造化する原理・法則性の知識、看護の方法についての知識、人間・看護への興味・関心・価値づけ等の情緒的側面も含む。

行動：

個々の看護師が内的状態として持っている概念や原理・原則等の既習の知識を用いて事実や現象・体験を関連させ意味づけや解釈をし、問題解決思考を活用すること。問題解決に向け思考したことを活用し援助を行うこと。さらに問題解決のために関係者・機関との協力・調整を行うことも含む。

III. 研究の意義

わが国の今までの施設内看護師の活動は、対象の在宅支援に向けた関りとしては十分とはいえず看護基礎教育カリキュラムにおける1997年新設の『在宅看護論』はそれらを改善することも願いとなっている。その教育も2000年3月には1クールを終え、卒業生が病院等で活躍するようになり今後の成長に期待が寄せられているところである。

すでに1990年の改正カリキュラムにおいて、その基本的考え方に継続看護や在宅看護が教育内容の視点として指導要領の中で謳われており、継続看護や在宅療養に向けた看護に関する教育は、この時から他の専門分野(看護学)領域での教育内容として意図的に取り入れた教育がなされていたことになる。

看護基礎教育における『在宅看護論』の導入の効果や社会の動向等と並行し、今後は現場の看護もさらに施設中心から在宅の視点へと変化していくことが予測される。しかし、卒業直後から看護基礎教育での知識を統合して入院中の患者や家族に真の在宅支援の看護が実践できるためには、マネージメント力や幅広い知識と技術等の高い能力を要求される領域であり、施設内看護師にとっては難易度の高い看護活動と考える。この点からも施設内看護師の在宅支援の看護の現在の実態の分析を行うことは意義がある。それを通して、施設内看護師の行う在宅支援の看護について具体的な視点が検討できると考える。

このことは、今後の看護基礎教育に対する基礎的資料を得ることにもなり、改正カリキュラムの意図している“施設内においても地域・在宅を視野に入れた看護ができる看護師”を育てるための、施設内における在宅支援の看護のより具体化した教育内容の開発にも繋がると考える。

IV. 研究方法

1. 研究デザイン

本研究は、施設内看護師の在宅支援の看護の実践の実態、つまりその認識と行動を扱うものであり、さらに今後の継続研究の基礎資料とするために看護師の全体的傾向、集団としての特性を捉えることを優先し、研究デザインは関係探索型量的研究(廻及的研究)とした。

データ収集方法は、看護師自身が自分の看護活動を調査項目に沿って振り返る自記式質問紙調査留め置

き法とし、データを量的に集計し集団の特性を明らかにすることとした。

2. 研究の手続き

1) 調査の対象

調査対象は首都圏の某私立医科大学病院の成人・老人対象の一般病棟看護師とした。尚、手術室・ICU・NICU・産科・精神科・小児科・眼科・短期入院病棟・特別室と外来部門の看護師は看護の対象の違いより実践活動にも影響が出ると考え今回の対象からは除いた。また、日々のケアに直接関わっている看護師の実態を知ることとし婦長・主任等の管理者は対象から除いた。

対象病棟の看護師の全数調査とし、1990年の改正カリキュラム履修生つまり継続看護・在宅看護の考え方がカリキュラムに導入された時期の看護師とそれ以前のカリキュラム履修生、そして1997年改正新カリキュラムの履修生全てを調査対象とした。

2) 調査期間

2000年11月16日～11月30日

3) 調査用紙作成の手続き

(1) 調査項目の原案作成

- ① 在宅支援の看護の認識と行動の構成項目を検討するに当たり、1999年6月に提示された保健婦・助産婦・看護師国家試験出題基準⁴⁰⁾の中の、『在宅看護論』の“看護の特徴”の部分の内容を基本にした。この内容は看護基礎教育内容としての標準的基準であり、施設内外を問わない在宅看護の視点として提示されたものと捉えた。この内容に、訪問看護業務基準⁴¹⁾(日本看護協会業務委員会1999年)、鈴木⁴²⁾らの訪問看護の援助内容、森山・川村^{43,44)}らの退院調整看護師の役割と業務内容の文献等も参考にし、研究者の考えを加え“施設内看護師の行う在宅支援の看護の構成概念”について表1のように決定した。
- ② 表1の構成概念をもとに、内容項目毎にさらにその下位概念を研究者が抽出した上で、さらにその妥当性の検討のために、現在施設内看護で管理的立場にある3名の看護師と専任教員1名に聞き取りを行い内容の修正をした。
- ③ その下位概念をもとに、「在宅支援の看護の認識」について23項目、「在宅支援の看護の実践」につい

表1 施設内看護師の行う在宅支援の看護の構成概念

| 看護の視点 | 内容 |
|--------------|--|
| I. 生活重視の看護 | 1) 本人と家族を単位とした考え方 2) 本人と家族の生活スタイル・価値観を重視した考え方 3) 本人と家族の生活設計を尊重した考え方 |
| II. 生活の自立支援 | 1) 本人の自己役割の確立・存在の価値付けを重視した考え方 2) インフォームド・コンセントと自己決定を重視した考え方 3) セルフケアを目標とする考え方 4) 家庭生活における自立支援を重視した考え方 5) 権利の擁護(アドボカシー)を重視した考え方 |
| III. 予測と予防 | 1) 病状・病態の予測と予防的視点 2) 生活問題の予測と予防的視点 3) 介護力の確保と維持に対する予測的視点 |
| IV. 家族関係の調整 | 1) 家族関係の理解を前提とした、家族への指導の考え方 2) 家族の健康状態への配慮の視点 3) 日常生活用具や介護用品・療養備品の家庭内にある物品の利用と工夫への配慮 4) 介護方法の指導は入院の早期から計画的に実施 |
| V. チームケア | 1) チームケアの意義と目的の理解 2) 在宅支援の看護が他職種との協働において成立することの理解 |
| VI. ケアマネジメント | 1) ケアマネジメントの意義と目的・必要性の理解 2) ケアマネジメントにおける連携・調整の重要性の理解 3) 社会資源について情報収集の必要性の自覚 4) 対象のニーズにあわせた社会資源の利用の考え方 |

て33項目からなる調査項目の原案を作成した。

(2) 研究の概念枠組み (図1)

在宅支援の看護の認識と行動に影響を与える要因として、看護師の個人特性としては、教育背景・自己学習力・卒業後の学習・看護師経験年数(看護体験)・過去の経験病棟・生活体験(人生経験)・訪問看護の経験・在宅介護の体験・現在の所属病棟・職務姿勢(職業意欲, 職業意識, 対人関係)・人間観・看護観・健康

観(在宅看護・訪問看護への関心)をあげた。施設の特性としては、施設の種類・方針・地域及び環境・看護体制・職員の構成・チームの連携・病棟の方針・現任教育システム・併設部門を取り上げた。この概念枠組みをもとにさらに調査項目として影響要因についての調査項目22項目を決定した。

(3) 予備調査の実施

10年前後の臨床経験のある施設内看護師6名に予

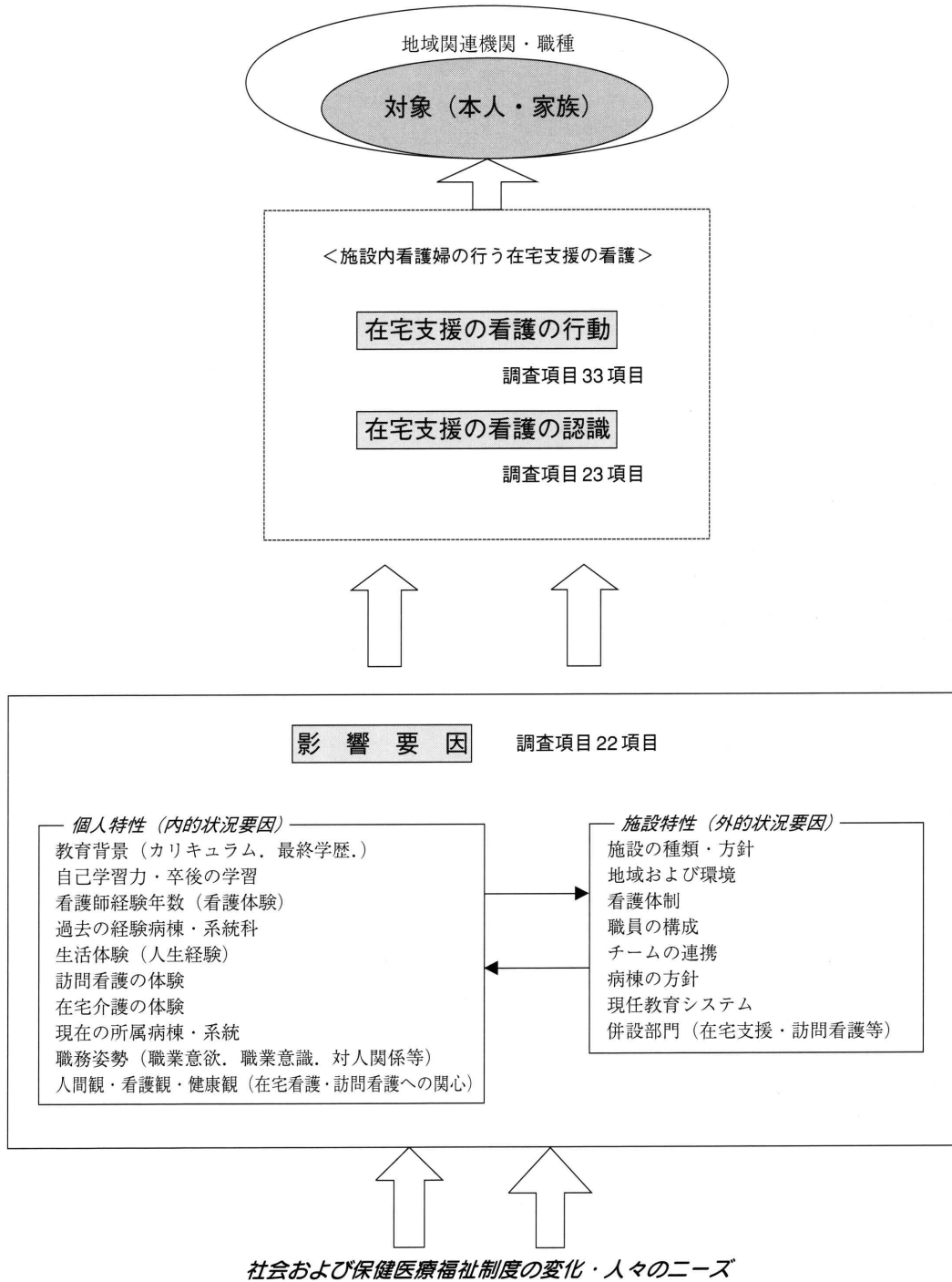


図1 研究の枠組み：施設内看護師の在宅支援の看護の認識と行動およびその影響要因の関係

備調査を実施し、調査項目の最終調整をした。尚、尺度の項目内容の整合性・回答方法・回答用紙の記述方法については、情報処理の専門家にも助言をもらい調査用紙と回答用紙の修正を行った。

(4) 本調査票の確定 (資料2)

上記予備調査を経て本調査票を確定した。その調査項目内容は ①施設内看護師の在宅支援の看護に対する考え方について23項目 ②施設内看護師の在宅支援の看護の実践について33項目 ③個人特性(内的状況要因)・施設特性(外的状況要因)について22項目 ④フェースシートで構成される。

回答方式は、①は4段階の評定法とし、常に意識している(4点)・時々意識している(3点)・あまり意識していない(2点)・全く意識していない(1点)で得点化した。②も4段階の評定法とし、常に実施している(4点)・時々実施している(3点)・あまり実施していない(2点)・全く実施していない(1点)で得点化した。③は単一及び複数回答と一部自由記述法とした。

(5) 分析方法

集められたデータは、すべてコンピューター入力し単純集計した上で、統計解析ソフト(SPSS 10.0J)を使用し分析した。調査項目に対しては信頼性分析と因子分析を行い信頼性と妥当性の検討を行った。

3. 倫理的配慮 (資料1-1, 資料3-1)

看護部へ事前に文書および口頭にて研究主旨の説明を行い了解を得た。調査対象病棟の検討と確認をし、病棟毎に調査対象となる看護師全員に調査用紙の配布をした。調査の主旨および配慮事項(得られた回答内容の秘守、本研究以外には活用しないこと、匿名性の厳守等)の説明文書を添付し、本人に調査内容を直接見てもらった上で調査への協力と提出の判断は本人の意志に委ねた。回答用紙は、無記名とし個人別に封をした上で、そのまま看護部で回収保管してもらい研究者が直接回収に行った。

V. 結 果

調査対象者は374名であり回答者は323名で回収率86.4%であった。回答者323名中、有効回答数は319名で有効回答率が85.3%であった。

1. 回答者の属性

1) 回答者の所属施設の背景

1080床の首都圏の私立医科大学病院であり、一般病院・特定機能病院である。看護師総数830名、看護部

所属の保健指導室に訪問看護部門が併設されており、看護体制はプライマリーナーシングでモジュール型、変則3交代制を実施している。

2) 回答者の基本属性 (表2)

回答者の年齢層は、20～24歳が161名(50.5%)、25～29歳122名(38.2%)と20歳代が88.7%であった。履修カリキュラム別に観ると新カリキュラムの者つまり平成12年度の卒業生が56名(17.6%)、旧カリキュラムの者つまり平成4年～11年度の卒業生が234名(73.4%)で、旧々カリキュラムつまり平成3年以前の卒業生が29名(0.6%)である。

看護基礎教育最終学歴は、3年課程看護専門学校卒が242名(75.9%)であり、看護大学卒が26名(8.2%)である。看護師としての経験年数は、1年未満64名(20.1%)、2年～3年未満81名(25.4%)、3～4年未満53名(16.6%)であり4年未満が62.1%を占め、10年以上は9名(2.7%)であった。

現在の所属病棟は、内科系89名(27.9%)、外科系158名(49.5%)、老年科21名(6.6%)であり、その他の系統を含めて内科系・外科系と分類し直すと内科系42.7%・外科系56.4%となる。

看護体制は全病棟がプライマリーナーシングであり、回答者の185名(58.0%)がクリティカルパスを導入中の病棟の所属である。

退院計画の実施の有無については、退院計画の考え方を森山⁴⁵⁾の“患者の退院後の場所や生活方法・支援体制について、総合的にかつ多職種の参加のもとに援助するもの”という定義に限定せず“退院に向けた指導や援助内容を計画的に取り入れて実施している場合”も退院計画の実施「あり」と含めた設問とし回答を求めた。その結果「あり」が200名(62.7%)、「なし」が134名(42.0%)であった。

今までに身近な人の在宅介護体験をしたことのある者は68名(21.3%)であり、看護基礎教育期間中に284名(89%)の者が訪問看護実習の経験をしていた。今までの臨床看護師としての期間中在宅療養に向けた患者での何らかの苦労を経験している者は120名(37.6%)であった。在宅看護やケアマネージャー関連研修の受講経験のある者は120名(37.6%)であった。

3) 現在の看護活動や継続看護等の受け止め方について (表3)

所属病棟のチームワークに対する受け止め方は、「看護師・医師・他職種との連携がとれている」と感じている者は66名(20.7%)、「看護師・医師との連携はと

表2 対象者の基本属性

| | | n=319 人数 (%) |
|---------------------------|-------------|--------------|
| 年齢層 | 20-24歳 | 161 (50.5) |
| | 25-29歳 | 122 (38.2) |
| | 30-39歳 | 30 (9.4) |
| | 40-49歳 | 4 (1.3) |
| | 50歳以上 | 2 (0.6) |
| 履修カリキュラムの種別 | 新カリキュラム | 56 (17.6) |
| | 旧カリキュラム | 234 (73.4) |
| | 旧々カリキュラム | 29 (9.1) |
| 看護基礎教育最終学歴 | 看護大学 | 26 (8.2) |
| | 短期大学 | 42 (13.2) |
| | 専門学校 (3年課程) | 242 (75.9) |
| | 専門学校 (2年課程) | 9 (2.8) |
| 看護師経験年数 | 1年未満 | 64 (20.1) |
| | 2年~3年未満 | 81 (25.4) |
| | 3年~4年未満 | 53 (16.6) |
| | 4年~5年未満 | 37 (11.6) |
| | 5年~10年未満 | 75 (23.5) |
| | 10年以上 | 9 (2.7) |
| 現在の所属病棟 | 内科系 | 89 (27.9) |
| | 外科系 | 158 (49.5) |
| | 脳神経外科 | 22 (6.9) |
| | 老年科 | 21 (6.6) |
| | その他 | 26 (8.2) |
| | 無回答 | 3 (0.9) |
| 所属病棟における クリティカルパスの導入 | あり | 185 (58.0) |
| | なし | 134 (42.0) |
| 所属病棟における 退院計画の実施 | あり | 200 (62.7) |
| | なし | 118 (37.0) |
| | 無回答 | 1 (0.3) |
| 訪問看護や 訪問診療同行経験 | あり | 3 (0.9) |
| | なし | 316 (99.1) |
| 身近な人の 在宅介護体験 | あり | 68 (21.3) |
| | なし | 251 (78.7) |
| 訪問看護実習の経験 | あり | 284 (89.0) |
| | なし | 35 (11.0) |
| 在宅看護やケアマネー ジャー関連研修受講経験 | あり | 19 (6.0) |
| | なし | 300 (94.0) |
| 在宅療養に向けた患者 での苦労の経験 | あり | 120 (37.6) |
| | なし | 187 (58.6) |
| | 無回答 | 12 (3.8) |

《所属施設背景》

- ・病院の種類：一般病院、特定機能病院
- ・病床数：1080床
- ・看護師総数：830名
- ・併設部門：保健指導室内に訪問看護部門あり
- ・看護体制：プライマリナーシング・モジュール型

れている」と感じている者95名(29.8%),「看護師間の連携はとれている」と感じている者145名(45.5%)であった。「チームワークがとれてない」と感じている者は、13名(4.1%)であった。

訪問看護への関心度は、「近いうちに訪問看護に従事したい」者が110名(34.5%)であり、「関心はあるが、訪問看護に従事したいと思わない」者119名(37.3%),「関心ない」者87名(27.3%)である。

継続看護の考え方については、その本質である「必要な時に必要な医療や看護が受けられることを目指す看護」と、「生活や医療の場における看護の一貫性を重視した看護」にそれぞれ199名(62.4%)と306名(95.9%)が回答していた。狭義の部分である「退院時の看護師の病院から地域への引き継ぎ」に131名(41.1%),「施設内での病棟間・病棟と外来間の継続のこと」にも73名(22.9%)の回答があった。

現在の看護活動に対する意識は、「経験したことを振り返り理論的に裏付けようとしている」145名(45.5%),「日々、自分のケアを評価するようにしている」135名(42.3%),「知識の向上のために努力をしている」133名(41.7%),「世の中の動きと看護師の仕事の関係に関心を持とうとしている」100名(31.3%)であった。しかし、「業務をこなすことに精一杯で、学習をしたいが体力・気力がついていかない」165名(51.7%),「現在は、看護や学習への気力が全くない」が25名(7.8%)もあった。

現在の仕事に対する満足度は、「やりがいを感じている」40名(12.5%),「納得する看護ができていない」18名(5.6%),「少しやりがいを感じている」95名(29.8%)である。「もっと自分自身の満足につながる看護をしたい」193名(60.5%),「仕事の量・責任が重く疲れている」213名(66.8%),「看護師を辞めたいと思っている」68名(21.3%)であった。

2. 在宅支援の看護の認識と行動に関する調査項目の信頼性と妥当性 (表4, 表5)

在宅支援の看護の認識と行動の下位尺度の信頼性分析を行った結果、クロンバックの α 係数は認識項目0.9040, 行動項目0.9372で、尺度の信頼性は認められた。

今回の調査項目に関しては既成の概念がなく、保健師・助産師・看護師国家試験出題基準⁴⁶⁾の中の“看護の特徴”を基本に他の文献^{47,48)}も参考に概念枠を筆者が作成したものである。在宅支援の看護の認識23項目

表3 現在の看護活動や継続看護の受け止め方

人数 (%)

| | | | |
|---------------------------------|---|------------|-------|
| 看護活動に対する意識 (複数回答) | 1. 日々、自分のケアの評価をするようにしている。 | 135 (42.3) | n=319 |
| | 2. 経験したことを振り返り理論的に裏付けようとしている。 | 145 (45.5) | n=319 |
| | 3. 知識の向上のための努力をしている。 | 133 (41.7) | n=319 |
| | 4. 世の中の動きと自分たちの看護師としての仕事の関係に関心を持つようとしている。 | 100 (31.3) | n=319 |
| | 5. 業務をこなすことに精一杯で、学習をしたいが体力・気力がついていかない。 | 165 (51.7) | n=319 |
| | 6. 現在は、看護や学習への気力が全くない。 | 25 (7.8) | n=319 |
| 現在の仕事の満足度 (複数回答) | 1. 現在の仕事にとってもやりがいを感じている。 | 40 (12.5) | n=319 |
| | 2. 自分の納得する看護ができていると思う。 | 18 (5.6) | n=319 |
| | 3. 現在の看護に少しやりがいを感じている。 | 95 (29.8) | n=319 |
| | 4. もっと自分自身の満足につながる看護をしたい。 | 193 (60.5) | n=319 |
| | 5. 仕事の量・責任が重く疲れている。 | 213 (66.8) | n=319 |
| | 6. 現在は、看護師をやめたいと思っている。 | 68 (21.3) | n=319 |
| 訪問看護への関心度 (単一回答) | 1. 関心あり、近いうちに訪問看護に従事したい。 | 110 (34.5) | n=319 |
| | 2. 関心はあるが、訪問看護に従事したいとは思わず。 | 119 (37.3) | |
| | 3. 関心なし。 | 87 (27.3) | |
| | 4. 無解答 | 3 (0.9) | |
| 継続看護の認識 (複数回答) | 1. 必要な時に必要な医療や看護が受けられることをめざす看護 | 199 (62.4) | n=319 |
| | 2. 生活や医療の場における看護の一貫性を重視した看護 | 306 (95.9) | n=319 |
| | 3. 退院時に、看護師として病院から地域へ引き継ぐこと | 131 (41.1) | n=319 |
| | 4. 施設内における病棟間・病棟と外来間の継続のこと | 73 (22.9) | n=319 |
| | 5. 病棟内の日勤者と夜勤者間の連携や看護師間の連携のこと | 8 (2.5) | n=319 |
| 所属病棟における チームワークの意識 (単一回答) | 1. 看護師・他職種・医師との連携がとれている。 | 66 (20.7) | n=319 |
| | 2. 看護師・医師との連携はとれている。 | 95 (29.8) | |
| | 3. 看護師間の連携はとれている。 | 145 (45.5) | |
| | 4. 看護師間の連携もとれていない。 | 9 (2.8) | |
| | 5. 医師中心に動いており看護師もチームワークの意識がない。 | 4 (1.3) | |

と在宅支援の看護の行動 33 項目についての構成概念妥当性検討のために因子分析 (主因子法: 直交バリマックス回転) を行った。回転前の固有値が 1.0 以上の条件で、認識は 7 回の反復で行動は 11 回の反復で回転が収束し、それぞれ 6 因子が抽出された。主成分分析における累積寄与率は認識が 49.8%, 行動は 48.7% であり、項目別の因子負荷量を 0.4 以上にすると表 4・表 5 のような因子構造となった。項目に概念モデルとは異なった分かれ方をした部分もあり構成概念の検討が示唆される所もあったが、グループの固まりには大きな差はなく平均値の算出について大きな影響はないと判断し今回は現在の概念モデルのまま分析を

行うことにした。

3. 在宅支援の看護の認識と行動の実態: 度数分布 (表 6, 表 7)

在宅支援の看護の認識についての 4 段階の回答状況については、“常に意識している”と“時々意識している”の回答を合計し 80% 以上の回答のあった項目内容は、「A-1 今までの生き方・生活スタイル・生活習慣の理解」93%, 「B-5 自尊心と存在感が持てる関りの必要」89.9%, 「B-6 生きる意味・その人らしく生きていくことに対する関りの大切さ」87.7% であった。

“余り意識していない”と“全く意識していない”の

表4 在宅支援の看護の“認識”に関する質問項目の因子分析

| 質問項目 No. | 因 子 | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| A19-12 | .780 | | | | | |
| A19-11 | .669 | | | | | |
| A19-13 | .609 | | | | | |
| A19-10 | .541 | | | | | |
| A19- 9 | .411 | | | | | |
| A19-14 | | | | | | |
| A19-20 | | .804 | | | | |
| A19-19 | | .682 | | | | |
| A19-21 | | .667 | | | | |
| A19-18 | | | | | | |
| A19- 7 | | | .652 | | | |
| A19- 6 | | | .583 | | | |
| A19- 8 | | | .522 | | | |
| A19- 3 | | | .413 | | | |
| A19- 4 | | | | | | |
| A19- 5 | | | | | | |
| A19-22 | | | | .793 | | |
| A19-23 | | | | .696 | | |
| A19-16 | | | | | .735 | |
| A19-17 | | | | | .591 | |
| A19-15 | | | | | | |
| A19- 1 | | | | | | .701 |
| A19- 2 | | | | | | .667 |

因子抽出法：主因子法
 回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法
 (※因子負荷量が0.4以上の場合のみの数値を記載)

回答を合計し40%以上の回答のあった項目内容は、「D-18入院したその日から在宅療養に向け意識した関りの大切さ」41.4%、「F-22資源の効果的活用を行う人の存在の必要性」42.3%であった。

在宅支援の看護の行動についての4段階の回答状況については、“常に実施している”と“時々実施している”の回答を合計し80%以上の項目内容は「B-4廃用症候群の予防とADLの拡大をめざした援助」90.3%、「B-5残存機能を生かし、退院後の生活や環境に関連づけた日常生活の援助」91.9%、「F-24主治医との今後の方針や退院方針についての確認と調整・連携」88.7%、「A-1入院時、今までの生活と今後の生活に対する考え方について情報収集」81.8%、「C-10本人・家族が今まで日常生活の中で工夫していた療養上の工夫の尊重」81.2%、「D-16入院時の本人家族の表情・反応の細やかな観察と家族関係のアセスメント」80.9%であった。

“余り実施してない”と“全く実施してない”の回

表5 在宅支援の看護の“行動”に関する質問項目の因子分析

| 質問項目 No. | 因 子 | | | | | |
|-------------|------|------|------|------|------|------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| A20-30 | .757 | | | | | |
| A20-29 | .732 | | | | | |
| A20-32 | .699 | | | | | |
| A20-26 | .667 | | | | | |
| A20-28 | .663 | | | | | |
| A20-27 | .655 | | | | | |
| A20-31 | .539 | | | | | |
| A20-33 | .523 | | | | | |
| A20-25 | .455 | | | | | |
| A20-23 | | | | | | |
| A20-15 | | | | | | |
| A20-18 | | .615 | | | | |
| A20-20 | .419 | .596 | | | | |
| A20-19 | | .588 | | | | |
| A20-21 | | .521 | | | | |
| A20-22 | | .446 | | | | |
| A20-17 | | .433 | | | | |
| A20- 4 | | | .526 | | | |
| A20-16 | | | .501 | | | |
| A20-24 | | | .496 | | | |
| A20- 5 | | | .490 | | | |
| A20- 9 | | | .412 | | | |
| A20-10 | | | .409 | | | |
| A20-13 | | | | .665 | | |
| A20-12 | | | | .614 | | |
| A20-14 | | | | .495 | | |
| A20-11 | | | | .451 | | |
| A20- 7 | | | | | .666 | |
| A20- 6 | | | | | .618 | |
| A20- 8 | | | | | .481 | |
| A20- 2 | | | | | | .548 |
| A20- 1 | | | | | | .498 |
| A20- 3 | | | | | | |

因子抽出法：主因子法
 回転法：Kaiserの正規化を伴うバリマックス法
 (※因子負荷量が0.4以上の場合のみの数値を記載)

答を合計し40%以上の回答のあった項目内容としては15項目あった。その中で60%以上のものは、「F-28ケアプランの共有を行うために家族を交えたカンファレンスの実施」「F-29地域関連機関との退院前の積極的な連携や紹介の実施」「F-30資源の情報提供をしつつ、本人・家族の資源活用意思の確認」「F-32病院からの退院前家庭訪問・地域の看護職による病院訪問等の調整実施」の4項目であった。50%以上のものは、「E-25入院当初からの施設内の関係者との密接な

表6 在宅支援の看護の“認識”の実態 (設問19)

人数 (%) n=319

| カテゴリー | 項目No | 内 容 | 常に意識している | 時々意識している | 余り意識していない | 全く意識していない | |
|---------------|----------|--------------------------------|----------------------------|------------|------------|-----------|---------|
| A. 生活重視の看護 | 1 | 今までの生き方・生活スタイル・生活習慣の理解 | 119 (37.3) | 181 (56.7) | 15 (4.7) | 4 (1.3) | |
| | 2 | 本人・家族の生活信条・価値観・健康観の理解 | 88 (27.6) | 179 (56.1) | 49 (15.4) | 3 (0.9) | |
| | 3 | 生活時間・生活設計を考慮した退院指導計画 | 98 (30.7) | 154 (48.3) | 54 (16.9) | 13 (4.1) | |
| | 4 | 本人・家族と共に退院後の療養計画・介護計画の立案 | 120 (37.6) | 148 (46.4) | 44 (13.8) | 7 (2.2) | |
| B. 生活の自立支援 | 5 | 自尊心と存在感が持てる関わりが必要 | 152 (47.6) | 135 (42.3) | 29 (9.1) | 3 (0.9) | |
| | 6 | 生きる意味・その人らしく生きていくことに対する関わりの大切さ | 129 (40.4) | 151 (47.3) | 36 (11.3) | 3 (0.9) | |
| | 7 | その人らしい生活を取り戻すことを大切に指導の大切さ | 100 (31.3) | 170 (53.3) | 48 (15.0) | 1 (0.3) | |
| | 8 | 潜在能力を引き出し、可能性に目を向ける関わり | 63 (19.7) | 148 (46.4) | 98 (30.7) | 10 (3.1) | |
| | 9 | 入院中の体験を通した、習慣化につながるような指導の必要性 | 87 (27.3) | 167 (52.4) | 60 (18.8) | 5 (1.6) | |
| | 10 | サポートの種類・内容・方法について十分な情報提供の必要性 | 90 (28.2) | 166 (52.0) | 59 (18.5) | 4 (1.3) | |
| | 11 | サポートの選択方法・内容について本人・家族の決定権の尊重 | 124 (38.9) | 143 (44.8) | 47 (14.7) | 5 (1.6) | |
| | 12 | 本人・家族の決定したサポート等への同意と支援 | 109 (34.2) | 162 (50.8) | 44 (13.8) | 4 (1.3) | |
| | 13 | 本人・家族の意志決定時の、権利の擁護者としての意識 | 94 (29.6) | 144 (45.1) | 73 (22.9) | 7 (2.2) | |
| | C. 予測と予防 | 14 | 退院指導時、家族や介護者の心身の健康管理の必要性 | 88 (27.6) | 159 (49.8) | 68 (21.3) | 4 (1.3) |
| | | 15 | 対象に起こりうる健康問題の予防についての指導の必要性 | 112 (35.1) | 141 (44.2) | 63 (19.7) | 3 (0.9) |
| D. 家族関係の理解と調整 | 16 | 本人や家族の家庭内における役割の理解の必要性 | 78 (24.5) | 154 (48.3) | 82 (25.7) | 5 (1.6) | |
| | 17 | 長い間に築かれた家族の結束力・協力体制の理解の大切さ | 87 (27.3) | 155 (48.6) | 67 (21.0) | 10 (3.1) | |
| | 18 | 入院したその日から在宅療養に向け意識した関わりの大切さ | 58 (18.2) | 129 (40.4) | 117 (36.7) | 15 (4.7) | |
| E. チームケア | 19 | 他職種の人々との相互協力体制を整えていくことの大切さ | 66 (20.7) | 166 (52.0) | 75 (23.5) | 12 (3.8) | |
| | 20 | 関係職種の役割についての理解の必要性 | 58 (18.2) | 169 (53.0) | 81 (25.4) | 11 (3.4) | |
| | 21 | 各職種の専門的活動に協力し協力を求めて成り立つことへの認識 | 80 (25.1) | 170 (53.3) | 65 (20.4) | 4 (1.3) | |
| F. ケアマネジメント | 22 | 資源の効果的活用のための調整を行う人の存在の必要性 | 52 (16.3) | 132 (41.4) | 113 (35.4) | 22 (6.9) | |
| | 23 | 社会資源に関する情報収集・活用の知識技術習得の大切さ | 68 (21.3) | 131 (41.1) | 100 (31.3) | 20 (6.3) | |

(■) は、各項目で回答人数が最大のもの

調整・連携」「E-26 退院前の十分なケアマネジメントに向けた関係者・関係機関との連携」「E-27 在宅の目標は退院後のその人なりの生活を捉え無理のない状況で設定」の3項目であった。

4. 在宅支援の認識と行動の実態：得点の平均値 (表8, 表9)

在宅支援の看護の認識と行動について、項目別に4段階の回答を1~4点で得点化し平均値及び標準偏差を出し、さらに6カテゴリー別の平均値及び標準偏差を出した。

カテゴリーでみると、認識についてカテゴリー別の平均値は、高い順に「A. 生活重視の看護」3.16, 「B. 生活の自立支援」3.13, 「C. 予測と予防」3.09であった。

行動については、カテゴリー別の平均値は「B. 生活

の自立支援」が3.09であった。他のカテゴリーは、すべて2点台であった。また、認識と行動ともに「F. ケアマネジメント」が最も低かった。

内容項目でみると、認識の項目内容別の平均値は23項目中3点以上のものは、16項目であった。その中でも高いものは「B-5 自尊心と存在感が持てる関りの必要」3.37, 「A-1 今までの生き方・生活スタイル・生活習慣の理解」3.30, 「B-6 生きる意味その人らしく生きていくことに対する関りの大切さ」3.27であった。

低いものは「F-22 資源の効果的活用を行う人の存在の必要性」が2.67, 「D-18 入院したその日から在宅療養に向け意識した関りの大切さ」が2.72であった。

行動の項目内容別の平均値は、33項目中3点以上のものが「A-1 入院時、今までの生活と今後の生活に対する考え方について情報収集」「B-4 廃用症候群の予防とADLの拡大をめざした援助」「B-5 残存機能を生

表7 在宅支援の看護の“行動”の実態(設問20)

人数 (%) n=319

| カテゴリー | 項目No | 内 容 | 常に実施している | 時々実施している | 余り実施していない | 全く実施していない |
|---------------|----------|----------------------------------|--------------------------------|------------|------------|-----------|
| A. 生活重視の看護 | 1 | 入院時、今までの生活と今後の生活に対する考え方について情報収集 | 106 (33.2) | 155 (48.6) | 54 (16.9) | 4 (1.3) |
| | 2 | 入院時に集めた在宅支援の視点の生活基礎情報を看護計画へ活用 | 70 (21.9) | 138 (43.3) | 97 (30.4) | 14 (4.4) |
| | 3 | 在宅では病気は生活の一部になることの本人・家族への説明と理解 | 49 (15.4) | 118 (37.0) | 114 (35.7) | 38 (11.9) |
| B. 生活の自立支援 | 4 | 廃用症候群の予防とADLの拡大をめざした援助 | 154 (48.3) | 134 (42.0) | 30 (9.4) | 1 (0.3) |
| | 5 | 残存機能を生かし、退院後の生活や環境に関連づけた日常生活の援助 | 133 (41.7) | 160 (50.2) | 24 (7.5) | 2 (0.6) |
| | 6 | 本人の今後の意欲に繋がる、鍵となる情報の分析と援助の中での活用 | 67 (21.0) | 175 (54.9) | 72 (22.6) | 5 (1.6) |
| | 7 | セルフケアに向けて、本人自身の問題として考え学習できるような工夫 | 65 (20.4) | 167 (52.4) | 83 (26.0) | 4 (1.3) |
| | 8 | 認識・理解力等を客観的に見極めその人にあつた指導になるような工夫 | 97 (30.4) | 160 (50.2) | 57 (17.9) | 5 (1.6) |
| | 9 | 本人・家族との積極的な接触と感情の交流を行い対象の価値観の理解 | 87 (27.3) | 153 (48.0) | 77 (24.1) | 2 (0.6) |
| | 10 | 本人・家族が今までの日常生活の中で工夫していた療養上の工夫の尊重 | 93 (29.2) | 166 (52.0) | 55 (17.2) | 5 (1.6) |
| | 11 | 退院時期は、本人・家族を交えた話し合いと本人・家族側の主体的決定 | 83 (26.0) | 145 (45.5) | 81 (25.4) | 10 (3.1) |
| | C. 予測と予防 | 12 | 治療上や使用機器のトラブル・合併症の併発等を視野に入れた指導 | 72 (22.6) | 124 (38.9) | 99 (31.0) |
| 13 | | 生活上の諸問題を視野に入れ問題発生時の初期対処方法の説明 | 63 (19.7) | 133 (41.7) | 98 (30.7) | 25 (7.8) |
| 14 | | 退院後の生活に向けた支援のための再アセスメントと初期計画の修正 | 59 (18.5) | 133 (41.7) | 104 (32.6) | 23 (7.2) |
| 15 | | 退院後の不安や悩みの相談できる窓口の説明 | 79 (24.8) | 119 (37.3) | 88 (27.6) | 33 (10.3) |
| D. 家族関係の理解と調整 | 16 | 入院時の本人家族の表情・反応の細かな観察と家族関係のアセスメント | 109 (34.2) | 149 (46.7) | 58 (18.2) | 3 (0.9) |
| | 17 | 家族への影響・家族介護力を査定した上で援助内容・指導内容の決定 | 51 (16.0) | 160 (50.2) | 98 (30.7) | 10 (3.1) |
| | 18 | 家族員が少ない場合、別居中の家族への理解を促す働きかけ | 43 (13.5) | 122 (38.2) | 118 (37.0) | 36 (11.3) |
| | 19 | 家族のニーズ・気持ちに無理のない形での介護力強化に向けた相談対応 | 35 (11.0) | 137 (42.9) | 123 (38.6) | 24 (7.5) |
| | 20 | 介護機器・福祉機器等は家庭内の物品を工夫活用できることの説明 | 38 (11.9) | 122 (38.2) | 121 (37.9) | 38 (11.9) |
| | 21 | 在宅療養の受容に向けた関わりや不安への対応 | 41 (12.9) | 146 (45.8) | 104 (32.6) | 28 (8.8) |
| | 22 | 入院当初からの積極的な家族との接触、効果的機会を捉えた指導の実施 | 41 (12.9) | 145 (45.5) | 115 (36.1) | 18 (5.6) |
| | 23 | 家族面会時、状況に応じた可能なケアへの参加の促し | 52 (16.3) | 130 (40.8) | 107 (33.5) | 30 (9.4) |
| | E. チームケア | 24 | 主治医との今後の方針や退院方針についての確認と調整・連携 | 134 (42.0) | 149 (46.7) | 32 (10.0) |
| 25 | | 入院当初からの施設内の関係者との密な調整・連携 | 34 (10.7) | 111 (34.8) | 131 (41.1) | 43 (13.5) |
| F. ケアマネージメント | 26 | 退院前の十分なケアマネージメントに向けた関係者・関係機関との連携 | 27 (8.5) | 109 (34.2) | 135 (42.3) | 48 (15.0) |
| | 27 | 在宅での目標は退院後のその人なりの生活を捉え無理のない状況で設定 | 46 (14.4) | 137 (42.9) | 100 (31.3) | 36 (11.3) |
| | 28 | ケアプランの共有を行うために家族を交えたカンファレンスの実施 | 22 (6.9) | 84 (26.3) | 137 (42.9) | 76 (23.8) |
| | 29 | 地域関連機関との退院前の積極的な連携や照会の実施 | 18 (5.6) | 85 (26.6) | 124 (38.9) | 92 (28.8) |
| | 30 | 資源の情報提供をしつつ、本人・家族の資源活用意思の確認 | 21 (6.6) | 101 (31.7) | 135 (42.3) | 62 (19.4) |
| | 31 | 退院時要約への疾病受容プロセスや現在の疾病に対する認識の記入 | 68 (21.3) | 119 (37.3) | 95 (29.8) | 37 (11.6) |
| | 32 | 病院からの退院前家庭訪問・地域の看護職による病院訪問等の調整実施 | 20 (6.3) | 94 (29.5) | 111 (34.8) | 94 (29.5) |
| | 33 | 本人・家族の療養環境の整備や退院準備に向けた試験外泊の支援 | 72 (22.6) | 161 (50.5) | 67 (21.0) | 19 (6.0) |

() は、各項目で回答人数が最大のもの)

かし、退院後の生活や環境に関連づけた日常生活の援助」「B-8 認識・理解力等を客観的に見極めその人にあつた指導になるような工夫」「B-9 本人・家族との積極的な接触と感情の交流を行い対象の価値観の理解」「B-10 本人・家族が今までの日常生活の中で工夫していた療養上の工夫の尊重」「D-16 入院時の本人家族の

表情・反応の細かな観察と家族関係のアセスメント」「E-24 主治医との今後の方針や退院方針についての確認と調整・連携」の8項目であった。

表8 在宅支援の看護の“認識”得点

n=319

| カテゴリー | 項目No | 内 容 | 平均値 (標準偏差) | カテゴリー 平均 |
|---------------|------|--------------------------------|---------------|-------------|
| A. 生活重視の看護 | 1 | 今までの生き方・生活スタイル・生活習慣の理解 | 3.30 (0.62) | 3.16 (0.52) |
| | 2 | 本人・家族の生活信条・価値観・健康観の理解 | 3.10 (0.68) | |
| | 3 | 生活時間・生活設計を考慮した退院指導計画 | 3.06 (0.80) | |
| | 4 | 本人・家族と共に退院後の療養計画・介護計画の立案 | 3.19 (0.75) | |
| B. 生活の自立支援 | 5 | 自尊心と存在感が持てる関わりの必要 | 3.37 (0.69) | 3.13 (0.47) |
| | 6 | 生きる意味・その人らしく生きていくことに対する関わりの大切さ | 3.27 (0.69) | |
| | 7 | その人らしい生活を取り戻すことを大切にした指導の大切さ | 3.16 (0.67) | |
| | 8 | 潜在能力を引き出し、可能性に目を向ける関わり | 2.83 (0.78) | |
| | 9 | 入院中の体験を通じた、習慣化につながるような指導の必要性 | 3.05 (0.72) | |
| | 10 | サポートの種類・内容・方法について十分な情報提供の必要性 | 3.07 (0.72) | |
| | 11 | サポートの選択方法・内容について本人・家族の決定権の尊重 | 3.21 (0.75) | |
| | 12 | 本人・家族の決定したサポート等への同意と支援 | 3.18 (0.71) | |
| | 13 | 本人・家族の意志決定時の、権利の擁護者としての意識 | 3.02 (0.78) | |
| C. 予測と予防 | 14 | 退院指導時、家族や介護者の心身の健康管理の必要性 | 3.04 (0.76) | 3.09 (0.63) |
| | 15 | 対象に起こりうる健康問題の予防についての指導の必要性 | 3.13 (0.75) | |
| D. 家族関係の理解と調整 | 16 | 本人や家族の家庭内における役割の理解の必要性 | 2.96 (0.75) | 2.89 (0.62) |
| | 17 | 長い間に築かれた家族の結束力・協力体制の理解の大切さ | 3.00 (0.78) | |
| | 18 | 入院したその日から在宅療養に向け意識した関わりの大切さ | 2.72 (0.81) | |
| E. チームケア | 19 | 他職種の人々との相互協力体制を整えていくことの大切さ | 2.90 (0.76) | 2.92 (0.64) |
| | 20 | 関係職種の役割についての理解の必要性 | 2.86 (0.75) | |
| | 21 | 各職種の専門的活動に協力し協力を求めて成り立つことの認識 | 3.02 (0.71) | |
| F. ケアマネジメント | 22 | 資源の効果的活用のための調整を行う人の存在の必要性 | 2.67 (0.83) | 2.72 (0.79) |
| | 23 | 社会資源に関する情報収集・活用の知識技術習得の大切さ | 2.77 (0.85) | |

(■) は、平均値が3.0以上のもの)

VI. 考 察

1) 施設内看護師の在宅支援の看護の“認識”が高いもの

カテゴリーにおいては、「生活重視の看護」と「生活の自立支援の援助」「予測と予防」が他と比較すると高く、さらに内容項目では「今までの生き方・生活スタイル・生活習慣の理解」・「自尊心と存在感が持てる関わりの必要」・「生きる意味・その人らしく生きていくことに対する関りの大切さ」が、高値であった。このことから、看護の基本的概念でもある“生活者としての対象理解・対象の尊厳の重視・看護は対象の自立を目指す”という考え方は、施設内看護師の認識として定着していると言える。

2) 施設内看護師の在宅支援の看護の“行動”が高いもの

カテゴリーにおいては「生活の自立支援」が、内容項目では「廃用症候群の予防とADLの拡大をめざした援助」と「残存機能を生かし、退院後の生活や環境に関連づけた日常生活の援助」が高値であった。日常の看護において概ね実践できている看護内容と判断できる。これらの看護は在宅支援の看護の特徴として構成概念に抽出したが、ADLの拡大や廃用症候群の予防や残存機能の活用は、看護が人々の自立を目的としていることからどのような対象であれ看護の場であれば、基本となる看護であり常に認識し行動しなければならないこととしての当然の結果とも言える。

行動の内容項目においては、「認識・理解力等を客観

表9 在宅支援の看護の“行動”得点

n=319

| カテゴリー | 項目No | 内 容 | 平均値 (標準偏差) | カテゴリー 平均 |
|---------------|----------|----------------------------------|----------------------------------|-------------|
| A. 生活重視の看護 | 1 | 入院時、今までの生活と今後の生活に対する考え方について情報収集 | 3.14 (0.73) | 2.84 (0.60) |
| | 2 | 入院時に集めた在宅支援の視点の生活基礎情報を看護計画へ活用 | 2.83 (0.82) | |
| | 3 | 在宅では病気は生活の一部になることの本人・家族への説明と理解 | 2.56 (0.89) | |
| B. 生活の自立支援 | 4 | 廃用症候群の予防とADLの拡大をめざした援助 | 3.38 (0.67) | 3.09 (0.48) |
| | 5 | 残存機能を生かし、退院後の生活や環境に関連づけた日常生活の援助 | 3.33 (0.64) | |
| | 6 | 本人の今後の意欲に繋がる、鍵となる情報の分析と援助の中での活用 | 2.95 (0.71) | |
| | 7 | セルフケアに向けて、本人自身の問題として考え学習できるような工夫 | 2.92 (0.71) | |
| | 8 | 認識・理解力等を客観的に見極めその人にあつた指導になるような工夫 | 3.09 (0.73) | |
| | 9 | 本人・家族との積極的な接触と感情の交流を行い対象の価値観の理解 | 3.02 (0.74) | |
| | 10 | 本人・家族が今までで日常生活の中で工夫していた療養上の工夫の尊重 | 3.09 (0.72) | |
| | 11 | 退院時期は、本人・家族を交えた話し合いと本人・家族側の主体的決定 | 2.94 (0.80) | |
| | C. 予測と予防 | 12 | 治療上や使用機器のトラブル・合併症の併発等を視野に入れた指導 | |
| 13 | | 生活上の諸問題を視野に入れ問題発生時の初期対処方法の説明 | 2.73 (0.87) | |
| 14 | | 退院後の生活に向けた支援のための再アセスメントと初期計画の修正 | 2.71 (0.85) | |
| 15 | | 退院後の不安や悩みの相談できる窓口の説明 | 2.76 (0.94) | |
| D. 家族関係の理解と調整 | | 16 | 入院時の本人家族の表情・反応の細かな観察と家族関係のアセスメント | 3.14 (0.74) |
| | 17 | 家族への影響・家族介護力を査定した上で援助内容・指導内容の決定 | 2.79 (0.74) | |
| | 18 | 家族員が少ない場合、別居中の家族への理解を促す働きかけ | 2.54 (0.86) | |
| | 19 | 家族のニーズ・気持ちに無理のない形での介護力強化に向けた相談対応 | 2.57 (0.79) | |
| | 20 | 介護機器・福祉機器等は家庭内の物品を工夫活用できることの説明 | 2.50 (0.85) | |
| | 21 | 在宅療養の受容に向けた関わりや不安への対応 | 2.63 (0.82) | |
| | 22 | 入院当初からの積極的な家族との接触、効果的機会を捉えた指導の実施 | 2.66 (0.77) | |
| | 23 | 家族面会時、状況に応じた可能なケアへの参加の促し | 2.64 (0.86) | |
| | E. チームケア | 24 | 主治医との今後の方針や退院方針についての確認と調整・連携 | 3.29 (0.70) |
| 25 | | 入院当初からの施設内の関係者との密な調整・連携 | 2.43 (0.85) | |
| F. ケアマネジメント | 26 | 退院前の十分なケアマネジメントに向けた関係者・関係機関との連携 | 2.36 (0.84) | 2.40 (0.65) |
| | 27 | 在宅での目標は退院後のその人なりの生活を捉え無理のない状況で設定 | 2.61 (0.87) | |
| | 28 | ケアプランの共有を行うために家族を交えたカンファレンスの実施 | 2.16 (0.87) | |
| | 29 | 地域関連機関との退院前の積極的な連携や照会の実施 | 2.09 (0.88) | |
| | 30 | 資源の情報提供をしつつ、本人・家族の資源活用意志の確認 | 2.25 (0.84) | |
| | 31 | 退院時要約への疾病受容プロセスや現在の疾病に対する認識の記入 | 2.68 (0.94) | |
| | 32 | 病院からの退院前家庭訪問・地域の看護職による病院訪問等の調整実施 | 2.13 (0.91) | |
| | 33 | 本人・家族の療養環境の整備や退院準備に向けた試験外泊の支援 | 2.90 (0.82) | |

■は、平均値が3.0以上のもの

的に見極めその人にあつた指導になるような工夫」
「本人・家族との積極的な接触と感情の交流を行い対
象の価値観の理解」「本人・家族が今までの日常生活の

中で工夫していた療養上の工夫の尊重」が高く、認識
と同様に看護の主体は対象であり人間として尊重す
るといふ医療従事者としての基本的姿勢が行動にも

生かされていると判断できる。

「入院時、今までの生活と今後の生活に対する考え方について情報収集」「入院時の本人家族の表情・反応の細かな観察と家族関係のアセスメント」も行動としては比較的高い結果であった。調査対象施設の看護方式と看護記録用紙の影響も大きいと考えられる。しかし、一方では「入院時に集めた在宅支援の視点の生活基礎情報を看護計画へ活用」と「本人の今後の意欲に繋がる鍵となる情報の分析と援助の中での活用」等が低く、入院時の生活に関するアセスメント情報が看護計画への活用やセルフケアに向けた援助、つまり日々の実践活動に具体的には生かせてないと考えられる。

3) 施設内看護師の在宅支援の看護の“認識”と“行動”の低いもの

カテゴリーおよび内容項目ともに「予測と予防」については、認識では高いが行動では低かった。この視点の看護は、その必要性については理解できていても臨床経験の少ない看護師には難易度の高い看護でもある。調査施設の特性として比較的若い年齢層の看護師集団であるために実践が十分でないということも推察される。しかし、対象には退院後の身体や生活上に起こりうることを具体的に予測した上で、この時の対処法等も知り、不安なく退院したいという高いニーズがある⁵¹⁻⁵⁴⁾。しかもその対象は、入院中に今の自分の健康問題と関連づけて、具体的に退院後をイメージすることは難しいのである。看護師は退院後の生活の具体的な理解に繋がるようなサポートと説明、そして予測と予防の視点に立った指導を早期から意識し実践することが重要である。

行動の「退院後の不安や悩みの相談できる窓口の説明」も先行研究^{55,56)}と同様に低かった。施設内看護師は、対象のニーズに応え不安緩和のためにももっと意識し実践に繋げていく必要がある。

「家族関係の理解や調整」「ケアマネージメント」は認識と行動両側面において低かった。この看護については施設内看護師の認識は弱く、現状では実践が難しい看護ケアであることが推察できる。しかも、調査対象者の年齢層が比較的若い集団であり、生活体験が少ないという特徴も家族支援の看護や調整力には影響していると考えられる。さらに、看護師たちは現在余裕がなく活動している人も多い(表3)ため、実践できてないと推察できる。又、自由記述回答の内容には、在宅支援の看護ができていない理由として、「時間が十

分にとれない・社会資源の知識がない」が多かった。退院時の援助で苦勞したこととして「家族の受け入れが悪い時」という内容も比較的多く、看護師自身の言葉としても家族支援や家族関係調整の看護の難しさは表現されている。

「チームケア」の視点は認識と行動ともに低い傾向であるが、行動における「主治医との今後の方針や退院方針についての確認と調整・連携」は高く、施設内看護師は医師との連携は良いということが推察できる。「所属病棟のチームワーク」に対する受け止め方にもこの結果は現れている(表3)。今後はチームの一員として真の継続看護や在宅支援の看護の実践のために、さらに多職種との連携の必要性を認識した実践への発展を期待したい。

認識の内容項目において「入院したその日からの在宅支援」と「資源の効果的活用を行う人の存在の必要性」は低値である。近年、在院日数短縮化等の病院の動向がある中で、入院当初から在宅支援の視点で看護を実践する必要性が益々高くなっている。特に大学病院や特定機能病院等の急性期の病院においては、まさしく一時預かり的という状況でもあり、早期から予測を持った退院に向けての援助計画と指導計画が大切になってくる。

クリティカルパスの導入で入院当初から退院までの診療・看護の内容がシステム化されたことで、退院に向けた看護が良い意味で実施されている傾向はあるが、今後はこれに“生活者”としての視点をさらに重視し認識した看護を行うことが、在宅支援の看護の実践にも繋がっていくのではないだろうか。

さらに近年の入退院に関連する動向として、退院時援助を専任とする退院調整専門看護師の配置の有効性や介護保険制度との関連において病院におけるケアマネージャーの必要性等についての研究も進みつつある。しかしこのような動向に対する認識が、施設内看護師には未だ浅いということも調査結果からは読み取れる。

4) 在宅支援の看護の“認識”と“行動”の関係と今後への取り組み

施設内看護師の在宅支援の看護の認識と行動の実態は、段階別の回答人数と得点平均値を通して全体的に概観すると、“認識”と比較すると“行動”が全体的に低いということが明らかになった。行動つまり実践が弱いという調査施設の実態は先行研究^{49,50)}と一致

していたことになる。看護の内容では、6カテゴリーのうち「家族関係の理解と調整」「チームケア」「ケアマネージメント」が認識と行動ともに弱いという実態も明らかになった。

今回の調査結果は、新カリキュラムによる履修生の看護師としての活動が1年未満の時期であり、履修カリキュラムの違いによる実態の差として明言はできない。

また在宅支援の認識と行動の6カテゴリー全てについて、下位項目の相関係数を求めた所、認識と行動には相関が高く認められ認識と行動には関係があることが明らかになった。このことは、看護基礎教育における認識に関する教育の意義と意味の再確認ができた。今後看護基礎教育において、在宅支援の看護についての教育を充実させていくためには、施設内における在宅を視野に入れた看護とは何であるのか、つまり在宅支援の看護についての構造化も必要である。本研究で用いた在宅支援の看護の構成概念も、筆者が先行文献や自己の経験に基づいて作成したものであり、妥当性の点では課題も多く今後の研究でより現実に即した内容にしていく必要がある。

今後の研究では、施設内看護師の在宅支援の看護の実態と影響因子から考える看護教育の方向性等を明らかにしていく予定である。

VII. 結 論

首都圏の某私立医科大学病院の一般病棟看護師を対象とし、在宅支援の看護の認識と行動の実態を明らかにする目的で調査研究を行った結果以下のことが明らかになった。

1. 施設内看護師は、全体的には在宅支援の看護の認識と比較すると在宅支援の看護の行動の方が弱い。看護内容としては、「家族関係の理解と調整」「チームケア」「ケアマネージメント」が、認識と行動ともに弱い。
2. 認識において高いのは「生活重視の看護」と「生活の自立支援の援助」「予測と予防」であり、内容項目では「今までの生き方・生活スタイル・生活習慣の理解」・「自尊心と存在感が持てる関りの必要」・「生きる意味・その人らしく生きていくことに対する関りの大切さ」である。看護の基本的概念でもある“生活者としての対象理解・対象の尊厳の重視・看護は対象の自立を目指す”という認識は、施設内看護師に定着している。

3. 行動において高いのは「生活の自立支援」であり、内容項目では「廃用症候群の予防とADLの拡大をめざした援助」・「残存機能を生かし、退院後の生活や環境に関連づけた日常生活の援助」である。日常の看護で概ね実践できている内容と判断できる。
4. カテゴリーおよび内容項目ともに「予測と予防」は、認識は高いが行動では低い。必要性については理解できているが臨床経験の少ない看護師には難易度の高い看護でもある。しかし、対象のニーズから、予測と予防の視点に立った看護を早期から実践することは重要である。
5. 施設内における在宅支援の看護についての効果的教育のためにも、現実に即した在宅支援の看護についての構造化が望まれる。

おわりに

本研究の限界は、時間的な関係や研究者の能力もあり、現時点での分析対象として1施設から導き出した考察と結論であるため一般化ができないことである。

また、パイロットスタディが完全とはいえず、質問紙の妥当性や分析方法にも課題が残されている。

今後の課題は、結果をより一般化するためにも調査対象を広げ地域性や施設の特性による影響等を考慮し、多様な施設における施設内看護師の在宅支援の看護の実態と課題を明らかにすることである。

又、今回の研究では既成の測定用具がなく調査票の開発を行った。今後調査票を洗練し、より信頼性を高めていくことも課題である。そして信頼性のあるデータをもとに、目的に合ったより高度な分析方法による実態把握の必要性を感じている。

謝 辞

本論文を終えるに当たり、お忙しいなか本研究の主旨を御理解いただき、調査に協力頂いた調査施設の看護部の皆様、直接調査に協力頂いた看護師の皆様にご心より感謝を申し上げます。

また、研究データの処理と分析の過程で御指導を頂いた三重大学教授中野正孝先生、研究全般に渡りご指導とサポートを頂いた厚生労働省看護研修センター主任教官和賀徳子先生、さらにデータの処理と分析の段階でご指導ご協力頂いた、東京医科大学医療情報学教室大原達美先生・同衛生学公衆衛生学教室安部由美子先生、千葉大学大学院生竹鼻ゆかり様にも感謝申し上げます。

最後になりますが、本研究への取り組みに際し、計画の段階から最後まで終始暖かいサポートと丁寧な

ご指導を頂いた厚生労働省看護研修研究センター所長丸山美知子先生に心より感謝を申し上げます。

資料 1-1

施設内看護婦の“在宅支援の看護”の実態に関する調査のお願い

私は現在、厚生省看護研修研究センターにおける幹部看護教員養成課程で、1年間の研修を受けている者です。所属の職場は東京医科大学看護専門学校の専任教員です。今回の研修において、『施設内看護婦の“在宅支援の看護”の認識と行動の実態とその影響要因』についての研究に取り組んでおります。

ご承知の通り、1997年の看護基礎教育カリキュラム改正では、“在宅看護論”が科目として独立致しました。そのカリキュラム履修生の方もすでに今年から臨床でご活躍されておられることと存じます。私達看護教員は、新しい分野でもあり現場はまさしく制度の改正等変化の真っ只中にある中で、社会のニーズにあった在宅看護論の教育とは何かについて試行錯誤をしつつ教育に当たっている所です。

病院では入院期間の短縮化や高齢化などで在宅看護の視点が要求される場が増えているのが現状ではないかと思われます。又、看護基礎教育においては、現在は在宅看護論の教育は訪問看護の立場からの在宅看護の内容が主となっている傾向があります。

そこでこの度、病院における在宅支援の看護の実態を把握し、在宅看護論の教育についての基礎的資料を得ていくことを目的として調査研究を行うことに致しました。今回の調査で得られた結果は、あくまでも看護教育に反映されるものであり教育の発展のための調査であることを是非ご理解頂いて調査にご協力頂きますようお願い申し上げます。

ご回答頂いた内容・データは、すべてコード化し統計的に処理をしますので、個人や病院名が特定されることはありません。また、個人でご回答頂いた調査票は、本研究以外には使用せず、研究終了後所属の施設へ返送することはありません。回答内容によりあなた自身を評価するのではなく、看護婦の集団としての現場の実態を知ることにより今後の看護基礎教育に役立てるものです。

お忙しい中、誠に恐縮ですが、何卒調査の主旨にご同意と御協力をいただき、調査用紙へのご記入をよろしくお願い申し上げます。

2000年11月16日

厚生省看護研修研究センター

幹部看護教員養成課程研修生 峰 村 淳 子
指 導 教 官 ○ ○ ○ ○

照会先：調査依頼者連絡先

〒160-8402 東京都新宿区新宿 6-1-1 東京医科大学看護専門学校
専任教員 峰 村 淳 子

(厚生省看護研修研究センター

幹部看護教員養成課程研修生)

TEL 03-××××-××××。内線×××

※ 自宅 Tel・ファックス ××××× 携帯 TEL ××××××

資料2-1

施設内看護婦の“在宅支援の看護”の実態に関する調査

《調査用紙記入にあたってのお願い》

1. 本研究では、用語や対象の捉え方を以下のように規定致しました。各設問のご回答の際はこれらをふまえて頂きますようお願い致します。

* “在宅支援の看護”とは、
病院の看護婦が、入院した患者とその家族等へ、退院後のことも想定して支援する全ての看護活動を指します。

* “在宅支援の看護の対象”とは、
①退院後も疾病や障害の管理が継続して必要なまま、在宅で療養生活に移行する人々や、生活自立が困難で支援を要する人々。
②転院する人々（リハビリテーション施設・療養型病床群を備えた施設・老人保健施設・老人病院等への転院）。
③退院後外来治療を継続しながら、ある程度の社会生活も営めていける人々。
を指します。

2. 最近、あなたが関わった上記のような事例（受け持ち患者・チーム内の患者としての関わりは問いません）に対して自分自身の看護の体験を思い出してお答え下さい。

3. 本調査は、あくまでも実態を知ることが目的としていますので、現在のありのままのあなたの考えと実際の活動をもとにご回答ください。（今後への期待や希望、あるべきとする考え方は含めないで下さい。）

4. お手数ですが、用紙はコンピューターにて処理いたしますので、以下の記入上の注意に従って、ご回答はすべて添付中の『回答用紙』にご記入をお願いいたします。

- ① □の中には、各設問の回答に当たる数字を一文字ずつ楷書で記入して下さい。
- ② ()の中には、設問に該当する内容を自由にお書きください。
- ③ 黒のボールペン・鉛筆で、濃く記入して下さい。
- ④ □内に数字以外を書き込んだり、汚したりしないようお願い致します。

記入例：問1.

| | |
|---|---|
| 0 | 3 |
|---|---|

| | |
|---|---|
| 1 | 2 |
|---|---|

 □枠1つに、数字を1つ記入します。10桁の数の選択肢がある場合で、応えが1桁の数字の時は10桁の□枠には、“0”を記入して下さい。

⑤『回答用紙』は必ず添付中のものを使い自分でコピーして使用しないで下さい。

5. ご記入が終わりましたら、添付した封筒に調査票を入れ封をして、お手数ですが貴施設指定の提出場所にご提出願います。（後日、調査依頼者が施設に直接受け取りに参りますが、この間提出されたものは開封されることはありません。）

6. 提出の締め切りは、11月28日（火）とさせていただきます。お忙しい中恐縮ですが何卒ご協力の程お願い申し上げます

資料2-2

最初にあなた自身の看護婦としての経験や所属病棟について伺います。

以下の質問について該当する番号と、()内に該当する内容を回答用シートにご記入ください。

問1. あなたの年齢と性別をお聞かせ下さい。

- ① 年齢は、(1. 20～24歳 2. 25～30歳 3. 30～39歳 4. 40～49歳 5. 50歳以上)
② 性別は、(1. 男性 2. 女性)

問2. 看護基礎教育機関への入学年度と卒業年度をお聞かせください。

- ① 入学年度は()年度 ② 卒業年度は()年度

問3. 卒業した看護基礎教育機関をお聞かせ下さい。(複数回答可)

1. 看護大学 2. 短期大学 3. 看護婦養成所(3年課程) 4. 看護婦養成所(2年課程)
5. 保健婦養成課程 6. 助産婦養成課程 7. その他()

問4. あなたの取得している免許の種類をお聞かせ下さい。(複数回答可)

1. 看護婦 2. 保健婦 3. 助産婦 4. 准看護婦

問5. 臨床看護婦としての通算経験年数と経験した系統科名をお聞かせください。(②は複数回答可)

- ① 臨床看護婦の経験年数は、12年11月1日現在()年
② これまでに経験した病棟の科は、(1. 内科 2. 外科 3. 脳神経科 4. 老年科 5. 精神科
6. その他)

問6. 今までに看護婦として、訪問看護(訪問診療の同行も含む)での在宅看護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。期間はどのくらいですか。()年

問7. あなたはこれまでの人生の中で、身内の方などの在宅看護や介護を觀たり経験したことがありますか。

1. あり 2. なし

問7-1. 「あり」と回答した方にお聞きします。それはいつ、どの位の期間ですか。

- ① あなたが何歳の頃()歳 ② 期間は、()年

問8. 看護学生の時に、訪問看護実習の経験がありますか。

1. あり 2. なし

問8-1. 「あり」と回答した方は、訪問事例は何件位ですか。()件位

問9. 今までに在宅看護や訪問看護関連の研修やケアマネージャー関連の研修を受講したことがありますか。

1. あり 2. なし

問9-1. 「あり」と回答した方にお聞きします。何についての研修ですか。(複数回答可)

1. 在宅看護・訪問看護 2. 社会資源関連 3. 介護保険関連
4. ケアマネージャー資格試験対策 5. ケアマネージャー実務研修 6. その他

資料2-3

問 10. 今までの臨床看護婦としての経験の中で、関わった患者に対し在宅に向けたケアや退院時の看護で苦労や工夫をした経験がありますか。

- 1. あり
- 2. なし

問 10-1. 「あり」と回答した方は、どのような事例でしたか。差し支えなければお聞かせください。

()

《現在の所属病棟について》

問 11. 所属の病棟の種類と系統科名をお聞かせ下さい。

- ①種類は、(1. 一般病棟 2. 療養型病床群の病棟 3. 老年科病棟 4. その他 ())
- ②系統科名は、(1. 内科 2. 外科 3. 脳神経科 4. 老年科 5. 精神科 6. その他 ())

問 12. 所属病棟の看護体制をお聞かせ下さい。(複数回答可)

- 1. プライマリーナーシング
- 2. 受け持ち制
- 3. チームナーシング
- 4. 機能別体制
- 5. その他 (例：モジュール型の併用等)

問 13. 所属病棟の病床数と看護婦数をお聞かせ下さい。

- ① 病床数は、() 床
- ② 看護婦数は、() 名

問 14. 所属病棟に以下の職種が配属されていますか。

- 1. 退院調整看護婦
- 2. ケアマネージャー
- 3. ソーシャルワーカー
- 4. 何れの職種もない

問 15. 所属病棟のチームワークに対して、あなたはどのように思っていますか。(単数回答)

- 1. 他の職種とも話し合いが持たれ、看護婦・他職種・医師等との連携がとれている。
- 2. 看護婦間の連携も良く、医師との連携もとれているが他職種とは連携がとれていない。
- 3. 看護婦間の連携は良くとれているが、医師・他職種とは連携がとれてない。
- 4. 看護婦間の話し合いも余り行われておらず、看護婦間の連携はとれてない。
- 5. 医師中心に動いており、看護婦間のチームワークも意識されてない。

問 16. 所属病棟では、クリティカルパスの導入がされていますか。

- 1. はい
- 2. いいえ

問 17. 所属病棟では、『退院計画』を実施していますか。

(*退院に向けた指導や援助内容を計画的に取り入れて実施している場合でも構いません。)

- 1. はい
- 2. いいえ

問 17-1. 「はい」と回答した方にお聞きします。『退院計画』の実施時期はいつ頃ですか。

- 1. 入院直後
- 2. 退院日決定前後
- 3. 退院日直前
- 4. その他 ()

問 17-2. 「はい」と回答した方にお聞きします。『退院計画』のカンファレンスに参加するのは誰ですか。

(複数回答可)

- 1. 本人
- 2. 家族
- 3. 婦長
- 4. 受け持ち看護婦
- 5. チーム内看護婦
- 6. 主治医
- 7. ソーシャルワーカー
- 8. 薬剤師
- 9. 栄養士
- 10. PT
- 11. OT
- 12. 施設内在宅部門看護婦
- 13. 地域の看護職
- 14. その他

資料2-4

次に、“施設内で行われる在宅支援の看護”についての貴方自身のお考えや現在の実践状況について伺います。

問18. “在宅支援の看護の視点”として整理した6項目を以下に提示してあります。あなたの実際の臨床での日常を思い出し、設問に対してご回答ください。

問18-1. あなたが対象に行っている日常の看護の中で最も意識していると思う順に順位(1~6位)をつけて下さい。

1. 生活重視の看護 ()
2. 生活の自立支援 ()
3. 予測と予防に向けた援助 ()
4. 家族関係の理解と調整 ()
5. チームケア ()
6. ケアマネジメント ()

問18-2. あなたは実践したいと思っているのに、現在の臨床で本人・家族に対して最も実践できないと思う順に順位(1~6位)をつけて下さい。

1. 生活重視の看護 ()
2. 生活の自立支援 ()
3. 予測と予防に向けた援助 ()
4. 家族関係の理解と調整 ()
5. チームケア ()
6. ケアマネジメント ()

★問18-1, 問18-2の回答は、回答用シートには、順位番号に沿って項目の番号をご記入ください。

資料2-5

問19. 以下の表は“在宅支援の看護の視点”6項目毎にその考え方の具体的内容を現したものです。

項目それぞれについて、あなたの日常の看護の中での意識の程度についてお聞かせ下さい。右上の該当する選択肢の内容に沿って数字を選び回答用シートの□にご記入下さい。

| A. 在宅支援の看護の考えかた | | 1. 常 意 識 し て い る | 2. 時 々 意 識 し て い る | 3. あ ま り 意 識 し て い な い | 4. 全 く 意 識 し て い な い |
|---------------------------------|---|---------------------------------------|--|--|---|
| 生活重視の看護 | 1. 本人や家族の今までの生き方や、生活スタイル、生活習慣などの理解 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 2. 本人や家族が何を大切に生活しているか(生活信条)や価値観(健康観)の理解 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 3. 入院中に行う退院指導は、家族の生活時間や生活設計を考慮して計画立案する必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 4. 退院後の療養および介護計画は退院後の生活を想定し、本人・家族と共に考える必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 生活の自立支援 | 5. 本人の自尊心と存在感が持てるような関わりの必要 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 6. 本人や家族が生きる意味を感じ、その人らしく生きていくことへ積極的になれるような関わりの大切さ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 7. 本人や家族がその人らしい生活を取り戻せることを大切にしたい指導的関わりの必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 8. 本人や家族の持つ潜在能力を引き出し、可能性に目を向ける関わり | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 9. 知識と技術を伝えるだけでなく、入院中の体験を通して学習ができ、その習慣化につながるような指導的関わりの必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 10. 個々のケースに見合うサポートの種類・内容・方法について十分な情報提供と説明の必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 11. サポートの選択方法と内容に対する、本人や家族の最終的な決定権の尊重 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 12. 本人・家族の決定したサポート等への同意と支援 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 13. 本人・家族の様々な意志決定時の、権利を擁護する者としての意識 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 予予測と | 14. 退院指導時の、家族や介護者の心身の健康管理への考慮の必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 15. 在宅において対象に起こりうる健康問題の予測と、その予防についての指導の必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 理家 解族 と関 係調 整の | 16. 入院中の関わりでの、本人や家族の家庭内における役割の理解の必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 17. 入院中の関わりでの、長い間に築かれた家族の結束力と協力体制の理解の大切さ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 18. 在宅療養に向けた支援は入院したその時から始め、日々の関わりの中でも意識して行うことの大切さ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| チ ー ム ケ ア | 19. 在宅支援の看護の目標達成のために、多職種の人々との相互協力体制を整えていくことの大切さ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 20. 在宅支援に関連する関係職種の役割についての理解の必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 21. チームケアでは、各職種の専門知識と技術を用いた活動に、それぞれが協力したり協力を求めたりして成り立つということへの認識の必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ジ ケ メ ン ト ネ ー | 22. 資源の効果的利用のための調整とそれらのマネジメントを行う人の存在の必要性 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 23. 日常からの社会資源に対する情報収集と管理および効果的に活用できるための知識や技術の修得の大切さ | 1 | 2 | 3 | 4 |

資料2-6

問20. 以下の表は“在宅支援の看護の視点”6項目毎にその実践の具体的内容を現したものです。

項目それぞれについて、あなたの日常の看護実践の状況についてお聞かせください。右上の該当する選択肢の内容に沿って数字を選び回答用シートの□にご記入下さい。

| B. 在宅支援の看護の実践 | | 1. 常に 実施 して いる | 2. 時々 実施 して いる | 3. あまり 実施 して いない | 4. 全く 実施 して いない |
|---------------|--|----------------------------|----------------------------|------------------------------|-----------------------------|
| 生活重視 の看護 | 1. 入院時の、入院前の生活と今後の生活に対する考え等についての細かな情報収集 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 2. 入院時に在宅支援の視点で集めた生活の基礎情報の、看護計画立案への活用 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 3. 本人や家族に対して行う、“在宅では病気は生活の一部になる”ことの説明 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 生活の自立支援 | 4. 廃用症候群の予防とADLの拡大をめざした援助 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 5. 本人の残存機能を生かし、退院後の生活や環境に関連づけた日常生活の援助の実施 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 6. 本人の今後の意欲につながる“鍵”となる情報の分析と、援助の中での活用 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 7. セルフケアに向けて、本人自身の問題として考え学習できるような工夫 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 8. 本人や家族の病気に対する認識・理解力などを客観的に見極めた、その人にあった指導になるような工夫 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 9. 本人や家族との積極的な接触と感情の交流を行い、対象の価値観の理解 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 10. 本人や家族が日常生活の中で、今まで療養上の様々な工夫をしていた場合の尊重 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 11. 退院時期に対する、本人・家族を交えた話し合いと、本人・家族側の主体的決定 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 予測と予防 | 12. 在宅医療の継続者に対する治療上のトラブルや使用機器のトラブル、特徴的な合併症の併発等も視野に入れた指導 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 13. 在宅療養が長期になった場合の生活上の諸問題を視野に入れた、問題発生時の初期の対処方法についての説明 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 14. 退院後の生活のために、入院中にサポートや指導すべきことの再アセスメントと初期に立案した看護計画の修正 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 15. 退院後の不安や悩みの相談できる窓口の説明 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 家族関係の理解と調整 | 16. 入院オリエンテーション時の、本人・家族の表情や反応等の細かな観察と家族関係等のアセスメント | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 17. 本人の療養が家族に与える影響と、本人の療養に対する家族の介護力を査定した上での援助内容・指導内容の決定 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 18. 家族員が少ない場合、状況が許す範囲での別居中の家族への理解を促す働きかけ | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 19. 家族のニーズ把握と、本人と家族の気持ちに無理のない形での介護力強化・機能強化のための相談への対応 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 20. 経済的負担などを考慮し、市販・給付・貸与されている介護機器・福祉機器だけでなく、家庭内にある物品を利用し工夫をして活用していくことの説明 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 21. 在宅療養の受容に向けた関わり（在宅療養に必要な条件や在宅療養の利点と課題の説明等）や不安への対応 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 22. 入院当初からの積極的な家族との接触と面会時など機会を捉えた指導の実施 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 23. 家族の面会時での、状況に応じた可能なケアへの参加の促し（清拭・体位交換・リハビリ・入浴介助・吸引等） | 1 | 2 | 3 | 4 |

資料2-7

| B. 在宅支援の看護の実践 | | 1. 常に実施している | 2. 時々実施している | 3. あまり実施していない | 4. 全く実施していない |
|---------------|--|-------------|-------------|---------------|--------------|
| チームケア | 24. 主治医との今後の方針や退院方針についての確認と調整・連携 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 25. 入院当初からの施設内の関係者（ソーシャルワーカー・PT・薬剤師・栄養士・在宅看護部門・ケアマネージャー・退院調整看護婦等）との密な調整・連携 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| ケアマネージメント | 26. 退院前のケアマネージメントが看護者として十分でない場合の、関係者や関係機関との連携 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 27. 退院後のその人なりの生活を捉えた無理のない在宅での目標を設定 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 28. 家族・関係者が退院後のケアプランの共有を行えるために家族を交えたカンファレンスの実施 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 29. 地域関連機関との退院前の積極的な連携や照会の実施 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 30. 複数の資源の情報提供および関係者との調整をしつつ、本人や家族の資源活用意志の確認の実施 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 31. 退院時要約への、本人・家族の疾病受容プロセスや現在の疾病に対する認識の把握状況の記入 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 32. 療養環境の整備のため病院からの退院前家庭訪問や、地域の看護職による病院訪問等の調整の実施 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | 33. 本人・家族の療養環境の整備や退院準備に向けた試験外泊の支援 | 1 | 2 | 3 | 4 |

※ 1. 『問 19. 在宅支援の看護の考え方』の設問において、“3. あまり意識していない” “4. 全く意識していない” の回答があった方および、『問 20. 在宅支援の看護の実践』の設問において、“3. あまり実施していない” “4. 全く意識していない” の回答が、あった方は、差し支えなければその理由をお聞かせください。

()

資料 2-8

最後になりますが以下の設問にお応えください。

- 問 21. あなたの“継続看護”の考えかたは以下のどれですか。最もあてはまるものを2つだけ選んで下さい。
1. 対象が必要な時に必要な医療や看護が受けられることをめざす看護
 2. 対象にとって生活や医療の場における看護の一貫性を重視した看護
 3. 対象が退院するときに、看護婦として病院から地域へ引き継ぐこと
 4. 施設内における病棟間・病棟と外来間の継続のこと
 5. 病棟内の日勤者と夜勤者間の連携や看護婦間の連携のこと
- 問 22. あなたの、現在の看護婦としての活動についてお聞きします。(複数回答可)
1. 日々、自分のケアの評価をするようにしている。
 2. 経験したことを振り返り理論的に裏付けようと努力している。
 3. 知識の向上のための努力をしている。
 4. 世の中の動きと自分達の看護婦としての仕事の関係に関心を持つようとしている。
 5. 業務をこなすことに精一杯で、学習をしたいが体力・気力がついていかない。
 6. 現在は、看護や学習への気力が全くない。
- 問 23. あなたの、看護職としての満足度についてお聞きします。(複数回答可)
1. 現在の仕事にとってもやりがいを感じている。
 2. 自分の納得する看護ができていると思う。
 3. 現在の看護に少しやりがいを感じている。
 4. もっと、対象と自分自身の満足につながる看護をしたい。
 5. 仕事の量・責任が重く疲れている。
 6. 現在は、看護婦を辞めたいと思っている。
- 問 24. あなたの、訪問看護に対する現在の関心度についてお聞きします。
1. 近いうちに、訪問看護に従事したいと思っている。
 2. 将来、訪問看護に従事したいと思っている。
 3. 訪問看護には、とても興味があるが、従事したいとは思わない。
 4. 訪問看護には、興味がない。
 5. その他
- 問 25. あなたは、介護保険制度について学習したことがありますか。
1. はい
 2. いいえ
- 問 25-1. 「はい」と回答した方にお聞きします。学習方法は以下のどの方法ですか。
1. 自己学習
 2. 講習会・研修等
- 問 26. あなたが、看護基礎教育で学習したと思う在宅支援の看護に関する考えかたで、現在一番印象に残っていることがあったらお聞かせ下さい。(カリキュラム上の科目としての履修の有無とは関連ありません。)
- ()
- 問 27. あなたが看護基礎教育で学習したと思う、在宅支援の看護の考え方や内容で、現在現場で活用できていると思うものがあればお聞かせ下さい。
- ()
- ※ 2. 調査にご協力いただきありがとうございました。本調査に対して、お気づきのことがありましたらご自由にお書きください。(恐れ入りますが、最後に記入漏れがないかご確認をお願い致します。尚、回答用紙は添付した封筒に入れ、貴施設にて指示のあった所へ提出してください。)

資料3-1

平成12年11月16日

病院看護部長殿

施設内看護婦の“在宅支援の看護”の実態に関する調査のお願い

晩秋の候、病院看護部長様にはご健勝にお過ごしのことと存じます。

私は現在、厚生省看護研修研究センターにおける幹部看護教員養成課程で、1年間の研修を受けている者です。所属の職場は東京医科大学看護専門学校の専任教員です。今回の研修において、『施設内看護婦の“在宅支援の看護”の認識と行動の実態とその影響要因』についての研究に取り組んでおります。

ご承知の通り、1997年の看護基礎教育カリキュラム改正では、“在宅看護論”が科目として独立致しました。そのカリキュラム履修生の方もすでに今年から臨床で活躍をされておられることと存じます。私達看護教員は、新しい分野でもあり現場はまさしく制度の改正等変化の真っ只中にある中で、社会のニーズにあった在宅看護論の教育とは何かについて試行錯誤をしつつ教育の実践をしている所です。又、皆様の病院でも、近年入院期間の短縮化や患者の高齢化などで在宅看護の視点が要求される場が増えているのが現状なのではないかと思われま

す。新カリキュラムへの在宅看護論新設の意図は、施設内外を問わず看護の力が発揮できる看護婦の養成であり、施設内においても地域や在宅を視野に入れた看護のできる看護婦を育成することが求められています。ところが、現在の在宅看護論の教育は、訪問看護の立場からの教育内容が主となっている傾向もあるのが現実でもあります。

そこで今回の調査は、在宅支援の看護に関する病院における現在の実態の分析を行うことを目的とし、その結果をもとに今後の具体的な在宅看護論の教育についての基礎的資料を得ていくことをねがいとしています。調査に協力して頂ける病院や看護婦の皆様の評価をするものではなく、あくまでも看護婦の集団としての特性と医療施設の現場の実態を知ることにより今後の看護基礎教育に役立てるものです。調査結果は看護教育に反映されるものであり、教育の発展のための調査であることを是非ご理解頂き、お忙しいところ誠に恐縮ですが、貴施設看護職員の皆様への調査に対してご同意とご協力を頂きます様お願い申し上げます。

ご回答頂いた内容とデータは、すべてコード化し統計的に処理をしますので、個人や病院名が特定されることはありません。また、個人で回答頂いた調査票は、本研究に以外には使用するものではありません。何卒よろしくお願い申し上げます。

厚生省看護研修研究センター

| | | | | |
|---------------|---|---|---|---|
| 幹部看護教員養成課程研修生 | 峰 | 村 | 淳 | 子 |
| 指 導 教 官 | ○ | ○ | ○ | ○ |

資料3-2

看護部担当者殿

調査用紙の配布・回収にあたってのお願い

お忙しい所、調査への御協力を頂き誠にありがとうございます。大変お手数をおかけいたしますが、以下の件につきましてよろしくご考慮お願い申し上げます。

1. 研究の分析の関係上、調査の対象となる貴施設の看護婦の皆様の入学年度・卒業年度と所属の病棟を以下の範囲で限定して頂きます様お願い致します。

※卒業年度 (入学年度)

- ・平成12年度の卒業生 (平成9年4月の入学)：原則として全員
 - ・平成4年～11年度の卒業生 (平成2年～8年の入学)：_____名位
 - ・平成3年以前の卒業生 (平成元年以前の入学)：_____名位
- 計. _____名位

※所属病棟

病棟に勤務する看護婦 (士)。ただし産科、精神科、小児科、手術室、ICUを除く。

2. 調査用紙は、研究者峰村が後日受け取りに参ります。お手数をおかけしますが、貴施設で提出先を決めて頂き記入済みの調査用紙を取りまとめておいて頂きたくお願い申し上げます。(回答者には、お一人ずつ添付された封筒に入れていただくようお願い致します。)
3. 調査用紙の回収日は、11月30日とさせていただきます。
恐縮ですが、事前に研究者峰村が回収状況の確認のお電話を入れさせて頂くつもりでおります。
4. 本調査に関する照会先は、以下とさせていただきます。調査に関しましてご不明な点等がございましたら何なりとご連絡ください。

照会先：調査依頼者連絡先

〒160-8402 東京都新宿区新宿 6-1-1 東京医科大学看護専門学校

専任教員 峰村 淳子

(厚生省看護研修研究センター

幹部看護教員養成課程研修生)

TEL 03-××××-××××。内線×××

※ 自宅 Tel・ファックス ××××× 携帯 TEL ××××××

資料3-3

《施設内看護婦の“在宅支援の看護”の実態に関する調査》

この用紙は、看護部の方にご記入をお願い致します。
大変お手数をおかけしますが、以下の各質問について該当する番号に○をつけ、
() 内には該当する内容をご記入ください。

★貴施設についてお伺いします。

問1. 貴施設の医療機関の種類をお聞かせください。

1. 一般病院 2. 療養型病院 3. 地域医療支援病院 4. 特定機能病院 5. 老人病院
6. その他 ()

問2. 医療機関の設置主体をお聞かせください。

1. 国 2. 都道府県・市町村 3. 公的 4. 社会保険関係団体 5. 医療法人・個人 6. 学校法人
7. その他 ()

問3. 貴施設の所在地をお聞かせください。

所在地 () 市・区)

問4. 貴施設の許可病床数と看護婦数をお聞かせください。

①許可病床数は、() 床 ②看護婦総数は、() 名)

問5. 貴施設には併設部門・併設機関として、以下のものがありますか。(複数回答可)

1. 在宅介護支援センター 2. 訪問看護ステーション 3. 特別養護老人ホーム
4. 老人保健施設 5. 訪問看護部門 6. 在宅支援部門 7. その他
8. 何れの機関・部門もない

問6. 貴施設には、専任の介護支援専門員(ケアマネージャー)の方がいますか。

1. いる 2. いない

問6-1. 「いる」と回答した施設の方にお聞きします。その人の職種は以下のどれですか。(複数回答可)

1. 看護職 2. 福祉職 3. 医療職(医師) 4. その他 ()

問6-2. 「いる」と回答した施設の方にお聞きします。その人の施設における所属(部・課等)はどこですか。

1. 在宅支援部門 2. 医療相談部 3. 訪問看護部 4. その他 ()

問7. 貴施設での在宅看護に関する現任教育の実施状況についてお聞きします。

問7-1. 現在、在宅看護に関する教育内容を実施していますか。 (1. はい 2. いいえ)

問7-2. 過去に、在宅看護に関する教育内容を実施していましたか。 (1. はい 2. いいえ)

問7-3. 今後、在宅看護に関する教育内容を取り入れる予定はありますか。 (1. はい 2. いいえ)

★お忙しい所、ご記入ありがとうございました。看護婦の皆様にご記入頂いた調査用紙の回収保管もよろしく
お願い致します。

引用・参考文献

引用文献

- 1) 峰村淳子:「地域看護学」の構築—広い視野で地域看護をとらえた在宅看護論—, 看護展望, **24**(2), 198-203, 1999.
- 2) 峰村淳子:教育特集:新カリ教育は成果をあげているか(その2)—〔在宅看護論〕看護職としての視野が拡大している—, 看護展望, **25**(8), 938-941, 2000.
- 3) 手島陸久:退院改革—現状の問題点と展望—, 看護, **50**(4), 27-52, 1998.
- 4) 森山美知子:看護婦の視点から考える退院改革, 看護, 53-69, 1998.3月臨時増刊号
- 5) 太田ケイ子, 鈴木照美:東京都立大塚病院のサービス向上への取り組み—「組織サービス」を追求して—, 看護展望, **25**(6), 654-659, 2000.
- 6) 稲垣綾子他:悪性疾患患者の家族への退院指導—在宅療養に向けて病棟看護婦としての役割を考える—, 東京医科大学看護研究会誌, **20**, 56-62, 2000.
- 7) 檜原登志子, 川崎裕美:看護基礎教育課程における継続看護の学習方法の評価(第2報)—卒業後の継続看護に関する意識調査からの考察—日本看護学教育学会誌, **10**(2), 210, 2000.
- 8) 峰村淳子:前掲書2), 938-941.
- 9) 星野千明, 加藤美幸他:継続看護に関する看護婦(士)の意識調査, 神奈川県総合リハビリテーションセンター紀要, **25**, 71-73, 1999.
- 10) 北川利香, 松尾久美子他:看護職員の在宅ケアへの認識, 久留米大学医学部附属看護専門学校紀要, **16**, 42-45, 1997.
- 11) 堀間華世, 宮崎歌代子:大学病院からの訪問看護を考える—当院看護婦に対するアンケート調査をもとにして—, 東京医科大学病院看護研究学会誌, 1999.
- 12) 松橋由美子, 森 真琴他:継続看護を目的とした病棟と外来の複合化—複合化前後の看護婦の意識変化—, 日本看護学会論文集 地域看護, **30**, 143-145, 2000.
- 13) 福迫聡美:訪問看護に対する介護者と看護婦の受け止め方, 東邦大学医療短期大学紀要, **12**, 26-37, 1998.
- 14) 滝内浩子:病院看護と地域連携検討小委員会報告(日本看護協会看護職能委員会), 1995.
- 15) 斎藤慶子:院内における継続看護検討小委員会報告(日本看護協会看護職能委員会), 1995.
- 16) 久保田満子:看護婦(士)がかかわる指導業務調査検討小委員会報告(日本看護協会看護職能委員会), 1995.
- 17) 新治純子, 青山恭子他:在宅支援に向けて行動化を推進するための検討—医療施設で働く看護職の実態調査を通して—, 第30回日本看護学会抄録集 地域看護, **31**, 1999.
- 18) 並河明子, 藤本誠子他:在宅支援のための退院計画システム活用前後の看護婦の行動と意識の変化, 日本看護学会抄録集 地域看護, **31**, 95, 2000.
- 19) 高見陽子, 松岡 緑他:退院時要約に関する実態調査—佐賀県, 長崎県, 福岡県における退院時要約の現状—, 日本看護学会抄録集 看護管理, **30**, 7, 1999.
- 20) 藤田君支, 高見陽子他:退院時要約に関する実態調査—病床の規模別, 診療科別, 受持ち看護婦の有無別にみた退院時要約の現状—, 日本看護学会抄録集 看護管理, **30**, 8, 1999.
- 21) 横田喜久恵:「退院時」と「入院時」における病院との情報のやりとりについて, 訪問看護と介護, **3**(9), 647-650, 1998.
- 22) 真嶋朋子, 佐藤禮子他:継続看護に有用な看護情報に関する研究, 日本看護学会抄録集 看護管理, **30**, 12, 1999.
- 23) 本道和中子, 川村佐和子:病院内退院調整看護婦の退院調整過程分析, 東京保健科学学会誌, **1**(1), 11-19, 1998.
- 24) 森山美知子:なぜ退院がスムーズにいかないのか, 看護学雑誌, **60**(11), 986-992, 1996.
- 25) 伊藤満子:退院を病院組織の中でシステム化する取り組み, 看護学雑誌, **60**(11), 993-998, 1996.
- 26) 倉田和枝:地域との接点でよりよい退院をめざす—退院調整専門看護婦の位置づけとはたらき—, 看護学雑誌, **60**(11), 999-1005, 1996.
- 27) 手島陸久, 森山美知子:効果的な退院のために—医療と福祉の視点と協同—, 看護学雑誌, **60**(11), 1006-1018, 1996.
- 28) 押川真喜子:退院計画はいつ, どのように立てるのか, 看護技術, **44**(7), 691-695, 1998.
- 29) 堀越由紀子:退院計画に必要な要素—退院に関する問題のアセスメントと社会資源—, 看護技術, **44**(7), 696-700, 1998.
- 30) 本道和中子:「退院調整」における看護の専門性, 看護技術, **44**(7), 701-705, 1998.
- 31) 笹鹿美帆子:スムーズな退院に向けてのツール—「クリティカルパス」って何—, 看護技術, **44**(7), 706-709, 1998.
- 32) 松本昌子, 菅田勝也:退院計画の成り立ちと効果, 看護技術, **44**(7), 710-713, 1998.
- 33) 本道和中子:スムーズな退院を阻む要因とその対策, 看護展望, **25**(3), 305-309, 2000.
- 34) 小関次子:在宅療養を支えるための医療連携システム, 看護展望, **25**(3), 310-314, 2000.
- 35) 末永洋子:「高齢患者退院指導・継続看護マニュアル」を活用した退院指導, 看護展望, **25**(3), 315-321, 2000.
- 36) 宮崎照子:退院計画の実際とプログラム化に関する課題, 看護展望, **25**(3), 322-328, 2000.
- 37) 手島陸久他:退院計画—病院に求められる新しい機能1-5, 病院, **52**(8)~(12), 1993.
- 38) 野川とも江:在宅看護論, メジカルフレンド社, 1997.
- 39) 森山美知子:退院計画とクリティカルパス—ナーシング・ケースマネージメント—, 医学書院, 1998.

- 40) 厚生省健康政策局看護課編集：保健婦・助産婦・看護婦国家試験出題基準，厚健出版社，1999。
- 41) 日本看護協会業務委員会：訪問看護基準（1998年4月），看護，50(8)，198-206，1998。
- 42) 鈴木和子，竹内智子：訪問看護の実践と家族看護，Quarity Nursing，1(10)，1995。
- 43) 森山美知子：前掲書 39)。
- 44) 本道和子，川村佐和子：前掲書 23)。
- 45) 森山美知子：前掲書 39)。
- 46) 厚生省健康政策局看護課編集：前掲書 40)。
- 47) 森山美知子：前掲書 39)。
- 48) 本道和子，川村佐和子：前掲書 23)。
- 49) 北川利香，松尾久美子他：前掲書 10)。
- 50) 堀間華世，宮崎歌代子：前掲書 11)。
- 51) 手島陸久：前掲書 3)。
- 52) 森山美知子：前掲書 4)。
- 53) 太田ケイ子，鈴木照美：前掲書 5)。
- 54) 稲垣綾子他：前掲書 6)。
- 55) 手島陸久：前掲書 3)。
- 56) 稲垣綾子他：前掲書 6)。

参考文献

- 1) 厚生省健康政策局看護課監修：必携看護教育カリキュラム—21世紀に期待される看護職員のために—，第一法規，97-98，1997。
- 2) 川村佐和子：第4部，改正カリキュラムと看護基礎教育の方向—「在宅看護論」新設定の意義と展開の仕方（平成9年版看護白書），日本看護協会出版会，99-101，1998。
- 3) Rice, Robyn 編：在宅看護論—基本概念と実践—，伊藤景一監訳，医学書院 MYW，1997。
- 4) Rovinski, C.A., Zastocki, D.K. 著：訪問看護のためのマニュアル，北里大学東病院総合相談部訳，医歯薬出版，1993。
- 5) 高崎絹子，島内節他編：看護職が行う在宅ケアマネジメント，日本看護協会，1996。
- 6) 坂田三元編：日本人の生活と看護，中央法規，1998。
- 7) 坂田三元編：生活の再構築を必要とする人の看護，中央法規，1998。
- 8) 稲田美和也：看護管理シリーズ7，継続教育，日本看護協会出版会，1997。
- 9) 松田厚恵：看護管理ハンドブック，メジカルフレンド社，1999。
- 10) 志自岐康子：看護婦の専門職性の構成概念—看護婦への面接調査から—，東京保健科学学会誌，1(1)，45-48，1998。
- 11) 菊池昭江：看護専門職における自律性と職場環境および職務意識との関連—経験年数ごとにみた比較—，看護研究，32(2)，92-103，1999。
- 12) 松尾真規子，鈴木泰子他：在宅介護に対する成人女性の意識および準備状況，慶應義塾看護短期大学紀要，9巻，33-40，1999。
- 13) 津田 司，新津ふみ子編集：6 在宅に向けての退院計画，在宅ケアマニュアル，48-54，医学書院，1999。
- 14) 片倉直子，濱尾房子：病院と訪問看護ステーションそれぞれの対応と現状の問題点，訪問看護と介護，3(9)，627-631，1998。
- 15) 池ヶ谷紀子：病院との連携をどうはかってきたか，訪問看護と介護，(9)，632-636，1998。
- 16) 栗原知女：病院との連携窓口としての看護相談室，訪問看護と介護，3(9)，637-643，1998。
- 17) 春日真一：引継ぎ時のトラブルをどのように解決したか，訪問看護と介護，3(9)，644-646，1998。
- 18) 京極高宣他：退院計画導入ガイド，日総研，2000。
- 19) 笹鹿美帆子他：チームで取り組むクリティカルパス，日本看護協会出版会，2000。
- 20) 大淵和夫編：哲学・論理学用語辞典，増補改定版，三一書房，1988。
- 21) 梶田叡一：教育評価，第2版，有斐閣双書，1999。
- 22) 田島桂子：看護教育評価の基礎と実際，医学書院，1989。