

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 5 月 28 日現在

機関番号：12501

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2017

課題番号：15K11843

研究課題名(和文)療養の場の移行支援構築に向けた退院支援に係る看護技術の体系化

研究課題名(英文)Systematization of nursing skill related to discharge planning that toward to formulate transitional care

研究代表者

石橋 みゆき (ISHIBASHI, Miyuki)

千葉大学・大学院看護学研究科・准教授

研究者番号：40375853

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,700,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は、療養の場の移行支援の構築を目指し、退院支援に係る看護技術を体系化することである。計26病院に勤務する協働して退院支援を実施している関係にある看護師ら計48名へ半構成インタビューを実施し、先行研究の枠組みを基盤に内容を分類・統合し計21の退院支援技術が明らかとなった。退院支援に係る21の看護技術は、#0本人の意向を見極めセルフケア能力を高める、#1家族への支援と家族との協働、#2医療福祉専門職との連携と協働、#3退院支援体制発展に向けたシステム構築という4段階で体系化でき、個への支援(ミクロ)から地域への貢献を意図した支援(マクロ)に向かって拡大する方向であると考えられた。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study is systematization of nursing skill related to discharge planning. A semi-structured interview of 48 nurses in charge of discharge planning in 26 hospitals was conducted. Based on the framework of our previous research, we integrated the contents of the interviews and identified a total of 21 discharge support skills that are important through the four stages of discharge planning. These 21 skills could be applied #0: Enhancing self-care capacity by identifying the patient's intention, #1: Supporting and collaborating with family members, #2: Interprofessional collaboration with medical welfare professionals and #3: Improving a system to develop the discharge planning.

It was thought that nursing skills for discharge planning can be systematized in four stages from the individual to the community level. These skills can be used for future nurse training. In addition, as the nurse's skill improves, the patient can continue to live in a familiar place.

研究分野：看護学(地域・老年看護学)

キーワード：退院支援 看護技術 療養の場の移行支援 地域包括ケアシステム 体系化

1. 研究開始当初の背景

日本看護科学学会の看護行為用語分類(2005年)では、退院調整は、環境への働きかけの用語として分類整理され、その定義については、「退院後の生活に対する対象の不安・心配および意向を把握して、退院後の生活に必要な人的・物理的環境に対して支援者となり得る人や機関などと連絡を取り、各支援者の役割が対象にとって最適なものとなるように支援体制を整えること。」とされている。また、篠田ら(2007)は退院支援を「患者・家族の主体的な参加のもと、退院後も自立した自分らしい生活が送れるように、教育体制を提供したり、諸サービスの活用を支援する等、病院内外においてシステム化された活動・プログラムである。」と定義している。すなわち、退院支援は看護行為であるが、対象とするのは患者のみならず、患者を取り巻く家族や諸サービス、病院・地域システムをも包含し、それぞれのニーズや役割を踏まえた対応が必要となる。近年、コンピテンシーモデルを活用し、退院支援専従の看護職が備えるべき能力に関する研究がなされている。戸村は、全国の退院支援を行う看護師を対象に質問紙調査を実施し、退院支援看護師の個別支援における職務遂行能力評価尺度を開発する中で退院支援看護師に特徴的な4つの能力として、合意形成力、見積力、調整力、移行準備力を抽出している(戸村ら, 2013)。また、森鍵は、病院の退院支援専従者へのインタビュー調査を実施し、退院支援を行う看護職のコンピテンシーモデル案の核となる部分を見出す研究に取り組んでいる(森鍵, 科学研究費助成事業研究成果報告書, 2012)。

しかしながら、地域包括ケアシステムの構築により患者が多様な療養の場を移行する状況において、看護職者がどのように患者・家族のニーズを構造化し、どのような技術を用いて退院支援を進めているのか、その看護技術の体系はいまだ明らかとなっていない。そこで、本研究では、看護行為は認識の意識的適用であるとの立場をとり、退院支援に係る行為をその意図と共に取り出し、退院支援に係る看護技術の明確化と体系化を目指す。

2. 研究の目的

本研究の目的は、将来的に日本における療養の場の移行支援(Transitional Care)の構築を目指し、退院支援に係る看護技術を体系化することである。本研究の成果は、人々が住み慣れた場で最適な療養環境を主体的に構築できるよう、すべての看護専門職者が備えるべき「ケアをつなぐ技術」として新たな看護技術体系構築を目指す点において、看護学の幅広い専門領域を横断する新たな学術的観点や枠組みを提示し、もって日本の看護学の学術的發展に大きく貢献するものである。

3. 研究の方法

本研究は三段階構成とし3年間で実施した。研究全体を通じ、研究代表者、連携研究者、研究協力者から成る研究者と実践者の混合チーム組織を編成し、各段階において複数回の研究会議を開催し、インタビュー計画と実施、得られた結果の個別分析、全体分析の統合の妥当性について検討を重ねた。

第一段階では、先行研究(石橋ら2011)で明らかとした個別事例への退院支援遂行に係る技術と、退院支援システム構築に係る技術の内容(石橋ら, 2015)を研究者と実践者混合の研究チームで妥当性を確認しながら質的に統合し、「退院支援に係る看護技術案」として再構成した。

第二段階では、同一施設の異なる部署で退院支援を協働して行う複数の看護師らへ半構成インタビューを実施した。インタビュー対象の要件は、3年以内に退院支援の実践報告を日本国内の看護系雑誌等に発表・執筆している看護師と、その看護師が勤務する組織の複数の看護師とした。インタビュー内容は、印象に残る退院支援事例へのかかわりにおいて、誰にどのように働きかけ、その事例や事例を取り巻く環境(家族や在宅療養を支援する専門職者など)に変化をもたらしてきたのか、退院支援実践が患者や家族のみならず患者が生活する地域に何かしら影響を与えることがあると考えるか等で、病棟や専門部署などのそれぞれの立場で自由に語っていただいた。

個別分析として、それぞれの病院ごとに、実施している退院支援の意図と行為のセットを技術として抽出し、全体分析では、技術に含まれる内容を類似の観点から分類・統合し、第一段階で再構成した看護技術の枠組み「退院支援に係る看護技術案」を基盤に、新たな技術の追加と統合を行い、退院支援に係る看護技術を精練した。

第三段階は、第二段階で精練した退院支援に係る看護技術について、地域包括ケアシステムの場において適応可能かどうか検証するため、専門家会議を開催し広く意見を聴取し、療養の場の移行支援に係る看護技術の体系化の方向性を定め、今後の活用可能性と課題を検証した。

4. 研究成果

(1) 退院支援に係る看護技術

第一段階では、先行研究(石橋ら2011)で明らかとした「療養者を中心に社会資源をコーディネートする技術」「家族を理解し家族と協働し退院支援計画を実施する技術」等16の技術に、新たに「退院支援の個別支援結果と体制の現状分析・評価を継続し改善する技術」「地域における児施設の役割を踏まえ自身の強み・役割・責任を明確化する技術」等退院支援システム構築に係る技術を統合し、18の技術に再構成した。なお、先行研究では退院支援専門部署に所属する専任もしくはは

専従看護師をインタビュー対象とした。

第二段階では、計 26 病院に勤務する協働して退院支援を実施している関係にある看護師ら計 48 名へ半構成インタビューを実施した。対象者の所属部署の内訳は、病棟（23 名）地域連携部門（19 名）管理部門を含むその他（5 名）外来（1 名）であった。

語られた内容から、各病院単位で意図と行為を技術として抽出し、第一段階で再構成した「退院支援に係る看護技術案」全 18 項目に意味内容の類似の観点から分類・統合し、合計 21 の退院支援に係る看護技術が明らかとなった（表 1）。

表 1 退院支援に係る看護技術

#0 本人の意向を見極めセルフケア能力を高める
1 繰り返し表出される一貫した本人の意向をつかんで支援の方向性を確実なものとする
2 本人の不利益を最小限とするために本人の意思を尊重し擁護する
3 退院後の実行可能な生活を確かめるため、本人の今まで持っていた力と今持てる力の双方をアセスメントする
4 不安のない退院支援の実現を目指し本人の病態・身体状態の把握をもとに退院後の課題や問題を多職種と情報交換しながら予測し本人や家族が納得できるように説明・助言する
5 本人の状態に応じた安全かつ家族背景と文化的・社会的背景に考慮したケア環境を検討する
6 入院後早期に個別の状態に応じた退院計画を立案し病状や意向の変化に合わせて柔軟に計画を見直す
7 退院後に本人の生活を支える人を慎重に見極め特定する
#1 家族への支援と家族との協働
1 家族が捉えている本人の希望や思いをアセスメントする
2 家族全員が納得できる療養生活を見定めるため家族個々の意思決定を支援する
3 家族全体の退院に向けた機動力を総合的に判断し家族全体の力をアセスメントする
4 家族の持つ力を活用し退院支援を進める技術
#2 医療福祉専門職同士の連携と協働
1 退院支援の目標設定の根拠となる自己のアセスメント内容を他者評価を織り交ぜ確実なものとする
2 過去の経験と知識を活用して退院後に利用可能な社会資源をアセスメントする
3 療養者の予測される状態・意向を中

心として療養生活継続のための社会資源を調達する

4 退院に向けた課題解決のため多職種カンファレンスを計画し実施する

5 看護職同士の協働を含め、同施設内でお互いの役割と専門性を尊重する多職種協働体制を構築しチームで退院支援を実践する

6 個別事例について病院内外の多職種で共有した支援目標に向けて退院を実現するための詳細な医療と療養生活に関する情報提供と連絡調整

#3 退院支援体制発展に向けたシステム構築

1 終結時・退院後に、患者・家族の視点を中心に退院支援の結果を評価する

2 自施設の方針や地域の状況に照らして自施設の状況を分析し退院支援体制について、評価・改善を重ねる

3 看護師一人一人が主体的に退院支援ができるよう、退院支援に関する各部署と看護師の能力・状況をアセスメントし、教育支援を計画・実施する

4 地域の課題解決を見据え、自施設の果たす役割を分析し、自分の立ち位置、強みを認識して役割や責任を明確化し、予防的観点からの地域貢献を推進する

(2) 退院支援に係る技術の体系化

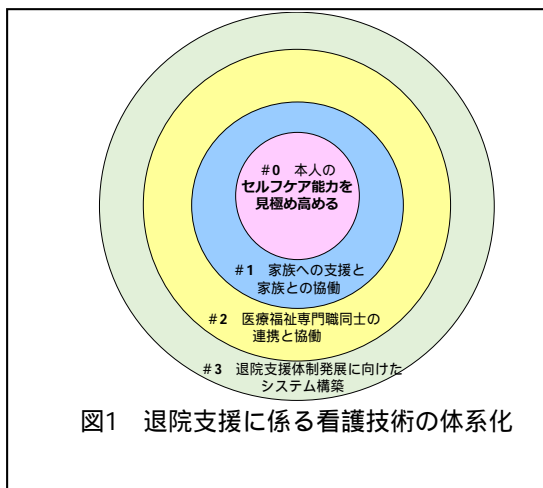
第三段階では、退院支援に係る看護技術について「療養の場の移行支援に係る看護技術」として地域包括ケアシステムの場において適応可能かどうか検証するため、医師、ソーシャルワーカー、訪問看護師、看護管理者、地域リハビリテーションを実践する理学療法士、専門職連携に造詣の深い研究者を構成員とする専門家会議を開催し、意見を聴取し、退院支援に係る看護技術の体系化を試みた。

退院支援に係る看護技術は、退院時の地域連携と多職種連携の考え方（正木ら、2016）を参考に、対象の広がりや基軸とし、個への支援（ミクロレベル）から地域への貢献を意図した支援（マクロレベル）に向かって拡大する方向を示す 4 段階で体系化が可能であると考えられた。

1 段階目は、入院後早期に個別の状態に応じた退院計画を立案し病状や意向の変化に合わせて柔軟に計画を見直す等 7 つの技術を含む #0「本人の意向を見極めセルフケア能力を高める」、2 段階目は、家族全体の退院に向けた機動力を総合的に判断し家族全体の力をアセスメントする等 4 つの技術を含む #1「家族への支援と家族との協働」、3 段階目は療養者の予測される状態・意向を中心とした療養生活継続のための社会資源調達技術等 6 つを含む #2「医療福祉専門職同士の連携と協働」、4 段階目は自施設の方針や地域の状況に照らして自施設の状況を分析し退院

支援体制について評価・改善を重ねる等の4技術を含む#3「退院支援体制発展に向けたシステム構築」と命名し体系化した(図1)。

本研究の成果である21の退院支援に係る看護技術は単独で機能するものではなく、いくつかの技術を組み合わせることで「退院支援」として実施できるものであることから、専門家会議においては、研究結果の実践への適用に向けては、退院支援実践に活用できる技術の組み合わせの活用パターンを示すなどの工夫が必要であることを指摘された。よって、今後は、退院支援実践への適用を目指した方法論の開発が必要である。



(3) 考察

本研究では、退院支援に係る看護技術として、本人への直接ケアを含む、本人の意向とセルフケア能力を見極め高める#0系統の7技術が新たに見出されたことは特記すべき点である。先行研究(石橋ら,2011)では、退院支援専門部署の専任・専従看護師らを対象としてインタビュー調査をし得られた結果であるのに対し、本研究結果は、同一病院の異なる部署で退院支援にあたる複数の看護師を対象としたことによって明らかになったものである。本研究では、48名の看護師のうち23名が病棟に所属していた対象者の背景があり、主に病棟看護師の実施する退院支援に係る看護技術が新たに#0の技術として見出されたと考える。これは、近年、退院支援は地域連携部門等の専門部署のみで実施されるのではなく、病棟の看護師と地域連携部門が連携・協働して退院支援を実践している現状を反映したものであり、今後看護専門職が退院支援を実施する際、他部門と協働する連携体制が必須となることを示すものとする。

また、退院支援に係る看護技術を実践することにより、看護専門職者は、個人への直接的ケアを通しその人のセルフケア能力を高め、それにより家族をエンパワーし、医療福祉専門職者同士の連携を促進し、必要に応じその人が住み慣れた地域の健康課題に予防的観点から貢献できることが期待できる。

また、退院支援に係る看護技術の体系化には、対象の広がりを中心として用いた。本研究は、将来的に療養の場の移行支援構築を目指し、その初期段階として退院支援に係る看護技術を明らかとし体系化することを目的として実施したものであるが、体系化の考え方は、熊谷らが考えるシステム理論を基盤とするソーシャルワークの目的(カレン,2016)とも類似する。このことから、本研究結果については、療養の場の移行支援においてソーシャルワーカー等システム理論を基盤とした実践方法論を用いる他職種と看護師の連携・協働推進ツールとしても発展させ得る可能性がある。

一方、先に述べた通り、本研究結果の実践への適用に関して課題も明らかとなった。引き続き、すべての看護職者が退院支援に係る看護技術を確実に実践で用いることができるよう、本研究結果の実践への適応に関する方法論の開発に取り組むことも今後の課題である。

<引用文献>

1) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会編：看護行為用語分類、領域5.環境への働きかけ5B0101,退院調整,2005年

2) 篠田道子編：ナースのための退院調整,p12,日本看護協会出版会,2007年

3) 戸村ひかり,永田智子,村嶋幸代,鈴木樹美：退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発,日本看護科学学会誌,第33巻,3号,p3_3-3_13,2013
DOI: <https://doi.org/10.5630/jans.33.3.3>

4) 森鍵祐子,看護職が行う退院支援の質の向上に関する研究-看護職のコンピテンシーに着目して,科学研究費助成事業研究成果報告書課題番号21792292,2012
<https://kaken.nii.ac.jp/ja/file/KAKENHI-PROJECT-21792292/21792292seika.pdf>

5) 石橋みゆき,吉田千文,木暮みどり,津野祥子,丸谷美紀,雨宮有子,樋口キエ子,諏訪部高江,佐瀬真粧美,葛西好美：退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセス,千葉看護学会誌,第17巻2号,1-9,2011

6) 正木治恵,真田弘美編：看護学テキストNiCE 老年看護学概論(改訂第2版),第5章高齢者の療養生活の支援,第5節 地域連携における退院時の看護(石橋みゆき分担執筆),237-241,2016

7) カレン・ヒーリー著,杉本敏夫,熊谷忠和監訳：ソーシャルワークの方法とスキル第1章脈絡を考慮に入れたソーシャルワークの方法：目的のある実践,20-24,株式会社みら

い,2016

5. 主な発表論文等

(研究代表者、研究分担者及び連携研究者には下線)

[雑誌論文](計 1件)

1)石橋みゆき・吉田千文・雨宮有子・木暮みどり・樋口キエ子:退院支援過程において退院調整看護師とソーシャルワーカーの用いる技術の特徴保健医療福祉連携第10巻第1号, p19-28、2017年3月(査読あり)

[学会発表](計 8件)

1)石橋みゆき、会長講演 看護がつなくケアのかたち、千葉看護学会第23回学術集会報告、千葉看護学会会誌、第23巻2号,33-36、2018 千葉大学亥鼻キャンパス(千葉市)、2017.9.9

2)木暮みどり、石橋みゆき、大藤沙紀、雨宮有子、伊藤隆子、樋口キエ子、林弥生、角川由香、諏訪部高江、神谷明美、平野和恵、丸谷美紀、(交流集会3)看護をつなくための人材育成 退院支援部門院内留学研修制度、千葉看護学会第23回学術集会講演集、61、千葉大学亥鼻キャンパス(千葉市)、2017.9.9

3)伊藤隆子、平野和恵、林弥生、石橋みゆき、雨宮有子、角川由香、神谷明美、木暮みどり、諏訪部高江、樋口キエ子、丸谷美紀、吉田千文、自組織の看護師の退院支援スキル向上にむけた人材養成に関わる意図と行為、千葉看護学会第23回学術集会講演集、55、千葉大学亥鼻キャンパス(千葉市)、2017.9.9

4)樋口キエ子、諏訪部高江、石橋みゆき、吉田千文、雨宮有子、丸谷美紀、神谷明美、在宅移行時に患者本人と家族の希望にズレが生じている事例への退院支援看護実践に含まれる技術、日本家族看護学会第24回学術集会抄録集、78、東京ベイ幕張ホール(千葉市)、2017.9.2-3

5)雨宮有子、石橋みゆき、角川由香、吉田千文ほか:超高齢構想区域にある地域中核病院での地域ケアシステム構築に繋がる退院支援看護技術、日本地域看護学会第20回学術集会講演集、135、別府国際コンベンションセンター(大分県)、2017年8月5日

6)Ishibashi M., Amamiya Y., Ito R., Marutani M., :How do discharge coordination nurses(DCNs)devise their own discharge systems?. 19th East Asia Forum of Nursing Scholars(EAFONS), 22, Chiba, 2016.

7)石橋みゆき、雨宮有子、伊藤隆子、樋口キエ子、丸谷美紀:退院支援に係る看護技術の再構成 個別事例への支援技術とシステム構築方略の統合、千葉看護学会第21回学術集会講演集、33、2015.9、千葉大学亥鼻キャンパス(千葉市)

8)石橋みゆき、雨宮有子、伊藤隆子、樋口キエ子:退院支援システム構築のための看護師の方略、第19回日本看護管理学会学術集会抄録集、232、2015、ピックパレット福島(福島県)

6. 研究組織

(1)研究代表者

石橋 みゆき (Ishibashi, Miyuki)
千葉大学・大学院看護学研究科・准教授
研究者番号:40375853

(2)研究分担者 なし

(3)連携研究者

吉田 千文 (YOSHIDA, Chifumi)
聖路加国際大学・看護学部・教授
研究者番号:80258988

樋口 キエ子 (HIGUCHI, Kieko)
群馬医療福祉大学・看護学部・教授
研究者番号:60320636

丸谷 美紀 (MARUTANI, Miki)
鹿児島大学・保健学研究科・教授
研究者番号:50442075

伊藤 隆子 (ITO, Ryuko)
順天堂大学・医療看護学部・教授
研究者番号:10451741

雨宮 有子 (AMAMIYA, Yuko)
千葉県立保健医療大学・健康科学部
・准教授
研究者番号:30279624

(4)研究協力者

諏訪部 高江 (SUWABE, Takae)

神谷 明美 (KAMIYA, Akemi)

平野 和恵 (HIRANO, Kazue)

林 弥生 (HAYASHI, Yayoi)

木暮 みどり (KOGURE, Midori)