

令和 4 年 6 月 27 日現在

機関番号：13601

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2017～2021

課題番号：17K17533

研究課題名（和文）退院支援の質向上を目指した病棟看護師教育プログラムの開発

研究課題名（英文）Development of an educational program for ward nurses aimed at improving the quality of discharge support

研究代表者

進藤 真由美（SHINDO, Mayumi）

信州大学・医学部・講師（特定雇用）

研究者番号：30638523

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 2,600,000円

研究成果の概要（和文）：病棟看護師の退院支援の質向上に向けた教育プログラム開発と効果の検証を目的に、現場のニーズを参考に開発したICTツールによる退院後フォローアップ面談を実施した。2施設の地域包括ケア病棟で調査を行い、介入群では6カ月で5事例のICT面談が実施された。介入前後で病棟看護師の退院支援実践（DPWN）に有意な変化はなかったが、退院患者の支援への満足度は介入群の方が高い結果であった。しかし、研究後は退院患者とのスケジュール調整やICTツールの手配の問題でICT面談は実施されていないことも分かった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

病棟看護師は退院支援実践に対して、自らの業務という認識があるが時間がないことや知識・経験不足から困難を感じている現状と座学での教育ニーズがないことが把握できた。研究実施中の新型コロナウイルスの蔓延の影響で、開始前に企画していた退院後訪問に代えてICT面談を実施することとなったが、効果を十分に検討できたとはいえず、地域の訪問看護との連携から病棟看護師が学べるプログラムに改善を重ねていく。

研究成果の概要（英文）：A follow-up interview was conducted after discharge using an ICT tool developed with reference to the needs of the field, with the aim of developing an educational program and verifying the effects of improving the quality of discharge support for ward nurses. A survey was conducted in two community-based integrated care wards, and five cases of ICT interviews were conducted in 6 months in the intervention group. There was no significant change in the discharge support practice (DPWN) of the ward nurses before and after the intervention, but the patient satisfaction with the discharge support was higher in the intervention group. However, after the study, it was also found that ICT interviews were not conducted due to problems with schedule adjustments with discharged patients and arrangements for ICT tools.

研究分野：在宅看護

キーワード：退院支援 病棟看護師 教育

1. 研究開始当初の背景

退院支援とは、個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を支援すること¹⁾である。2008年の診療報酬改定で退院調整加算が新設され、病院では退院困難な患者を早期に把握するため入院時にスクリーニングを実施し、退院困難と判断された患者には退院支援専門部署(以下、専門部署)が介入する方式が一般的となった。しかし、院内の退院困難な全患者に対して少人数の職員のみが配置される専門部署だけで介入するのは現実的に不可能であり²⁾、病棟看護師による退院支援の充実が求められている。

病棟看護師が退院支援を行う際、日々の看護ケアを通して患者や家族と一緒に退院時のイメージを共有する能力が求められる³⁾。政策上、在宅療養の推進と病院の機能分化が掲げられていることから、治療を継続して退院する患者も増加しており、訪問看護で退院後の療養生活を支えることも珍しくない。病院と在宅の看護師の連携促進に向けたサマリーの統一書式などのツール開発や退院時共同指導加算等の診療報酬制度上の評価も増加している。しかし、病棟看護師と専門部署からの退院支援に対する患者の満足度を比較した調査では専門部署の方が有意に高い結果を示し⁴⁾、病棟看護師による退院支援の質の向上に向けた教育の充実が必要と考える。

米国では病院と地域の間で患者情報を共有し、病院が退院後の患者に対して電話訪問を行う等の介入を行った結果、介入群の再入院率や退院後の救急受診が減少する有意な効果が見られたとの報告がある⁵⁾。これは病院が退院後の患者の状況把握をすることで実施した退院支援の過程と結果に対し質評価を得る機会となり、退院支援の充実につながったためと推察される。

研究者は2009年に全国の一般病床200床以上の322病院を対象に病院看護部による退院支援教育の実態に関する質問紙調査を行った結果、病棟看護師対象の退院支援教育は30%程度で実施されており、教育の実施には、病院に併設施設が有ること、リクナースの配置や退院後フォローアップの実施が有意に関連することが明らかになった⁶⁾。つまり、病院が在宅との連携の機会を有することで退院支援の質評価を把握することとなり、教育の必要性を強く認識したことで実施に結びついたと考えた。その後、病棟看護職の退院支援実践向上システムの構築と検証に携わったが、システム構築の段階で訪問看護師は病棟看護師に対し、在宅での生活イメージを意識した退院指導の充実⁷⁾や在宅で必要な情報提供⁸⁾を望んでいることが明らかとなった。これらのことから、病棟看護師が退院患者の在宅での生活イメージの理解を深め、退院支援を実施した後の質評価の把握から支援の質の向上を目指すことは重要な課題と考える。

<参考文献>

- 1)手島陸久：退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム 第2版，3-10，中央法規出版，東京，1997。
- 2)日本訪問看護振興財団：退院調整看護師に関する実態調査報告書．2011年3月
- 3)篠田道子：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作り，84-85，全国訪問看護事業協会，東京，2007。
- 4)楠本順子，川崎浩二：満足度調査による退院支援の評価．日本医療マネジメント学会雑誌，9(2)：322-326，2008。
- 5)Richard B. Balaban et al: Redefining and Redesigning Hospital Discharge to Enhance Patient Care: A Randomized Controlled Study. J Gen Intern Med 23(8):1228-33,2008.
- 6)進藤真由美：病院看護部による病棟看護職への退院支援教育の実態と必要性 医療処置を必用とする患者の退院支援の充実を目指して，山形大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文 2010。
- 7)鈴木真美，進藤真由美，他：訪問看護師から見た退院支援時の病棟看護師との連携．第41回山形県公衆衛生学会，山形；2015年3月
- 8)齋藤梨沙，進藤真由美，他：医療依存度が高い患者の退院カンファレンスの実態．第42回山形県公衆衛生学会，山形；2016年3月

2. 研究の目的

本研究の目的は退院支援の質の向上に向けた病棟看護師対象の教育プログラムを開発し、効果を検証することである。

- (1) 病棟看護師による退院支援の質の向上を目指した教育プログラムを開発する。
- (2) 開発した教育プログラムの運用による介入研究から退院支援の質が向上したか検証する。

3. 研究の方法

- (1) 退院支援の質の向上を目指した病棟看護師対象の教育プログラムの開発

退院支援における病棟と訪問看護との連携に関する実態

訪問看護と病院との連携の現状に関する調査：A県内の訪問看護事業所を対象に自記式質問紙調査を実施した。

病棟での退院支援に関する実態調査：研究者のフィールドワークと病棟看護師対象の

自記式質問紙調査を実施した。

教育プログラムの開発

で把握した現状の課題やニーズに即した教育プログラムを現場の担当者の意見を取り入れ開発した。

- (2) 教育プログラムの運用と効果の検証：介入群と対照群を設定し、介入群で教育プログラムを6か月間運用した。病棟看護師の退院支援実践に関する自己評価、退院支援に対する患者満足度、訪問看護師からの評価を比較し教育プログラムの効果について検証を試みた。

4. 研究成果

- (1) 退院支援の質の向上を目指した病棟看護師対象の教育プログラムの開発

退院支援における病棟と訪問看護との連携に関する実態

訪問看護と病院との連携の現状に関する調査

A県内の訪問看護事業所63カ所を対象に、病棟看護との連携時の満足度や意見について調査を実施した。退院前の病棟との情報共有（複数回答）はカンファレンス93.1%、看護サマリー91.4%、連携室担当者経由81.9%、患者・家族との面会75.9%等の形式で実施されていた。退院後の病棟への情報提供（フィードバック）（複数回答）は、訪問看護報告書67.2%、退院後訪問47.4%、事例検討会33.6%等の形式で実施されていた。退院前後の看護情報共有に対する満足度（5段階）はどちらでもない45.7%、やや満足36.2%、やや不満13.8%の順であった。満足度を選択した理由（自由記載）では、42名から回答が得られた。自由記載の内容は、とても満足、やや満足の回答者を「満足群」、どちらでもないを「中間群」、とても不満、やや不満の回答者を「不満足群」として、群毎に内容を分類した。「満足

表1 情報共有への満足度の選択理由(n=42)

カテゴリ	サブカテゴリ	記述	満足度
情報共有の手段	情報共有の手段 (面会)	・利用者とも会え具体的な内容が聞ける、生活背景が見える。	5
		・必要とする情報がもらえるし入院中に本人と面会により心の準備ができる。	4
	情報共有の手段 (カンファ)	・看護サマリーではわからない部分を実測に行き担当者の方から情報を得ている。	4
		・サービス担当者会議で本人とも面会で情報収集できるため。	4
		・退院前に病院内でカンファレンスを聞き情報を共有している。	4
		・退院前カンファレンスがあるとスムーズにサービス提供できる。	4
		・ほとんどの病院は連携室の職員が事前情報の提供や退院前のカンファレンスを行ってくれるため、退院前までに必要な家族指導も含めて退院後の生活がスムーズに移行できるようです。	4
		・ケアマネジャーが一生涯懸命な方だと退院前カンファレンスをするところがある。	3
		・(病棟でのカンファレンスの際、)連携室のNsやSWはいい。	3
		・サービス担当者が集まって病院と情報交換する機会は以前より増えてはいると思う。	3
情報共有の手段 (連携室)	・連携室の関わりにより看護師との情報交換がとてよくなっている。	4	
	・退院調整を図る部署ができれば病棟の間に入ってもらい日程調整や情報共有、依頼事等をつないでもらい助かっている。	4	
情報共有の手段 (ICTシステム)	・サマリー、FAX、iPadの活用(医師会)	4	
	・Net4Uによる連携システム及び連携室担当者看護師よりの連絡、サマリー-必要時病棟に連絡できる。	4	
情報共有の手段 (併設)	・事業所の運営は独立だが建物や病院と一緒なので動きやすい。	4	
	・併設病院からの退院の場合、すぐに患者さんの情報をキャッチすることができる。	4	
情報共有の手段 (サマリー)	・併設病院からの退院の場合、すぐに患者さんの情報をキャッチすることができる。	4	
	・居室もあるため、病院、ケアマネ、訪問の情報伝達がスムーズにできる。	4	
情報共有の内容	病院から提供してほしい情報内容	・書面での情報交換の場合、在宅でのケアに活かせる情報が記載されている時とそうでない時がある。	3
		・病棟看護師は退院後の在宅生活をイメージできていない。Ex.指導内容、必要なことをきちんと本人・家族に説明できていない場合がある。薬の薬袋が多く飲みにくい。	4
		・入院中の経過だけでなく(家族の介護力や指導内容、看護の継続の内容などを知りたい、緩和であれば疼痛時の薬の飲み方など指導内容を紙面でほしい)。	3
		・入院中のレベルは在宅に切り替わると間もなく変化します。なので基本の情報(内服薬について、治療内容やその部分の本人や家族の本当の理解度など)はほしいところですが内容については各病院で違うので本当にケースbyケースです。	3
		・紙面での情報は十分と思われず、家族より「病院は長(おいて(入院させて)くれない)と言うことあり、告知はしているが安定しているので家族がターミナル期を自宅でみていて「何もして(在宅医は死ぬのを待っているようだ)と言葉あり、告知と余命と在宅では緩和ケアになることを入院中から話してほしいと思った。41歳膀胱がん末期、肺転移、BIPAP装着で退院した家族(父)より	3
		・書面での情報交換の場合、在宅でのケアに活かせる情報が記載されている時とそうでない時がある。	3
		・病気について本人や家族がどのように受け止めているのか等の情報が欲しい時もある。(又、医師からの病状説明やその受け止め方なども含む)	3
		・在宅や施設での退院後の継続しなければならない運動制限や食事内容等詳細なデータが欲しい場合が多くあります。	2
		・入院によりADLの低下や変化したこと等在宅生活での情報	2
		機関毎のシステムの違いへの戸惑い	・病院によって退院支援が違ってくる印象があり情報共有しやすいところとにくいところがある。
・最近では地域連携が定着しつつあるので満足な方ですが病院によってはまだ十分でないところもある	4		
・病院によっては情報提供や共有する場所を設けることに積極的ではなく狭く情報を提供してくれないところがある。	4		
・病院によってサマリーがなかったり退院の連絡がなかったりする。	3		
・病院によって、また利用者の状況によって情報量は違うため。	3		
・施設、病棟、対象患者の重症度などその時々で違うので一概に言えない。	3		
・病院によって連携のしやすさに差があるので。	3		
・退院後に電話で質問等できると情報共有がしやすい。	3		
・病院によって連絡体制がきちんとできている所とできていないところがあるため。	3		
・個人的に情報が入るときと入らない時がある。システムが確立していないが。	3		
病院からの情報提供への意見・要望	・病院に訪問しても担当看護師が多忙であり話す機会が少ない事、事前情報がある場合とそうでない場合もあり、その場だけでは情報を把握しきれない場合がある。	3	
	・病棟でのカンファレンスの際、病棟Nsが何を話したらいいかわからない感じだったり連携が図りづらい人もいて困る。	3	
情報提供の不足(VN)	・受付以外全く分からない。師長を含めて病院内で連携がとれていないこともあり。	2	
	・看護サマリーではわからない部分は担当者の方から情報を得ている。	4	
情報提供の遅さ	・病院、病棟によって情報共有不足のまま退院したりすることがあるから。	3	
	・入院中の経過もよくわからない時があった。	3	
情報伝達のロス(VN)	・病院だけの情報では在宅イメージに結びつかずケアマネ情報を合わせてアセスメントしている。	2	
	・在宅に対する情報が不足。	2	
複数回の情報共有を要する	・入院によりADLの低下や変化したこと等在宅生活での情報が不足していると思います。	2	
	・ケースによる。急な退院で情報共有できないこともある。	4	
情報伝達のロス(VN)	・あらかじめカンファレンスに参加できれば良いが、急に紹介が来てから数日で退院される方がいるため	3	
	・在宅を考えた指導(病棟で)がなされていない時がある。早めの情報提供が必要と思われる。	2	
複数回の情報共有を要する	・地域連携室や担当ケアマネジャーからの連絡が遅い。特に看取りをする患者様への対応が遅く結果的に退院まで至らないケースも多い。また、退院支援の介入が遅いため患者家族が訪問看護に対して必要性を十分に理解しないままになりキャンセルになるケースもある。	2	
	・なかなか情報が来ない。	2	
複数回の情報共有を要する	・利用者が退院した後の在宅の状況がよく把握されていない時がある	2	
	・情報がきちんと伝わっていない時がある。	2	
複数回の情報共有を要する	・必要な情報が含まれていないことが多く、重複して情報をとらなければならないことがある。	2	
	・一度だけでなく数回に及び情報共有が必要	2	

群」では概ね選択した満足度に見合った理由の回答が得られたが「中間群」「不満足群」では、在宅で必要な情報が得られないことへの不満や病棟看護師の在宅への理解不足等

摘する意見が散見された。(表1)

退院患者の在宅療養を支える訪問看護師は病棟からの看護情報を活用している者も少なくないが、病院から送られた看護情報のみでは不足を感じ自ら情報を得るために面会や連携室を通じて病院にアプローチしている現状が明らかとなった。

病棟での退院支援に関する実態調査

研究者が病棟看護師としてフィールドワークを行い、複数事例に対する退院支援の実践から課題を把握した。期間は2018年4月から9月の6か月で、A県内の特定機能病院に入院した6名の患者を担当し継続して支援を行った。院内統一の退院支援スクリーニングでリスクありと判定された事例に対して、プライマリー看護師として継続した介入を行った。うち1事例については、自宅で転倒し顔面を強打、受傷に至った事例であった為、自力歩行可能な状態での退院ではあったが地域包括支援センターへの情報提供と本人・家族へのセンターの紹介を行った。スクリーニングでは浮かびにくい独居高齢者の潜在的リスクへの対応について実践する機会となった。別の事例では、タイムリーな支援の実際(転入翌日の転院に向けた情報提供準備や移送車の手配)も実践したことで、病棟看護師が退院支援を実践する際の困難についても体験できた。退院後に訪問看護を利用した事例は1事例のみであったが、退院前共同指導としてリハビリテーションや病棟での実際の移乗状況、本人家族への病状説明内容と理解状況などを直接対面して情報提供することができた。フィールドワークを通して、汎用性のある退院支援のルールやシステムでは、高度専門治療を要する急性期病院の診療科毎の特性を捉えた支援を網羅できず、結果として支援を受けることなく退院を迎える患者が相当数いるものと思われた。

さらに病棟看護師の退院支援の実態把握の為、A県内の一病院の全看護職を対象に退院支援の実践状況(the Discharge Planning Ward Nurses: DPWN)と退院支援への認識について質問紙調査を行った。292名に調査協力を依頼し157名(回収率53.8%)から回答があり、欠損値の多い1名を除外し156名を集計対象とした(有効回収率53.4%)。対象は平均年齢47.4±9.1歳、病棟所属が55%、職位はスタッフが69.9%で、部署での退院支援実践は「患者ごとの受け持ち看護師が中心」が45.5%、退院支援の重要度は10段階評価(0:全く重要でない~10:非常に重要)で中央値8の結果であった。退院支援関連で欲しいシステム・ツール(複数回答)では、「退院支援の情報共有ツール」67.3%、「患者・家族への説明用パンフレット」62.8%、「退院支援のフローシート」59.6%の順に多かった。退院後の患者状況への関心は「誰かが報告してくれるのであれば知りたい」が73.7%で「直接確認したい」のは16%だった。

DPWNは下位尺度の「患者・家族からの情報収集」のみ平均は先行研究同様の4台であったが、他の下位尺度は3台で先行研究よりも低かった(表2)

		全体		病棟(再掲)(n=86)	
		項目毎平均値	下位尺度毎平均値	項目毎平均値	下位尺度毎平均値
5. 患者・家族の情報収集	1)患者の入院前の生活状況(ADL, 認知レベル, 住環境等)について情報収集する	4.3	4.3	4.3	4.3
	2)患者の疾患, 進行度, 予後について情報収集する	4.4		4.5	
	3)患者のADL状況, 認知・理解能力について情報収集する	4.4		4.5	
	4)家族構成と関係性, キーパーソン(インフォーマルも含む)について情報収集する	4.4		4.4	
	5)患者の社会背景(生活史, 職業, 信条, 趣味等)について情報収集する	3.9		3.9	
6. 患者・家族への退院支援の意思決定	6)患者・家族が退院に向けてどのような思いを抱き, 今後どのように過ごしたいのか意向を把握する	4.0	3.9	4.0	4
	7)患者・家族の理解度に合わせて医師からの病状説明の場を設定する	4.2		4.2	
	8)患者のADLより, 今後の生活で起こりうる課題について検討する	3.9		4.0	
	9)患者・家族の思いを医師と共有して, 今後の方向性を話し合う	3.9		4.0	
	10)病状に伴い, 今後起こりうる生活上の変化について患者・家族へ説明する	3.9		4.0	
7. 社会資源の活用	11)現在の病院機能と役割について患者・家族へ説明する	3.8	3.5	3.8	3.6
	12)患者・家族・医療者間で今後の方向性の意思・意向にズレが生じていないか確認する	3.8		3.9	
	13)患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためにどのようなサービスがあるのか把握する	3.7		3.7	
	14)介護保険の対象者, 申請方法, サービス内容について患者・家族へ説明する	3.9		4.0	
	15)住診や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者・家族へ説明する	3.4		3.5	
8. 院内での退院支援の連携	16)生活保護制度による医療費の負担割合について必要時に患者・家族へ説明する	3.1	3.6	3.1	3.8
	17)患者・家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する	3.8		3.9	
	18)点滴の管理や内服管理方法について医師や薬剤師と連携して患者・家族が対応可能となるよう簡素化する	3.5		3.7	
	19)退院後の環境を想定したADL動作についてリハビリスタッフと連携して患者・家族に指導する	3.6		3.7	
	20)栄養士やNSTに在宅での食事方法や栄養について相談する	3.8		3.9	
	21)退院調整部門と協働して, 患者の生活に合わせた医療処置の方法をアレンジする	3.6		3.7	
	22)在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者・家族が理解できているか確認する	3.6		3.7	
	23)退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネジャーや住診医, 訪問看護師, ヘルパー, 保健師へ申し送る	3.6		3.8	
	24)在宅療養の準備をする(医療材料購入について情報提供, 関係医療機関との調整等)	3.6		3.8	

各項目で「十分できている:6」から「全くできていない:1」の6段階評価で尋ねた。

退院支援のイメージについて、自由記述形式で尋ね 127 名から回答を得た。フリーソフト KHcoder (R) を用いて、テキストマイニングにて単語の共起性を分析し、共起ネットワーク図 (図 1) を作成したところ、6 サブグラフが描出された。それぞれ【病棟が主体となって行うべきこと】【入院前、外来から始まる看護による在宅復帰支援】【多職種連携にて展開される患者・家族の生活支援】【地域の一機関としての病院の大切な仕事】【業務時間外の対応で負担や難しさを感じる】【支援内容への不安が残ることもある】と表札がつけられた。

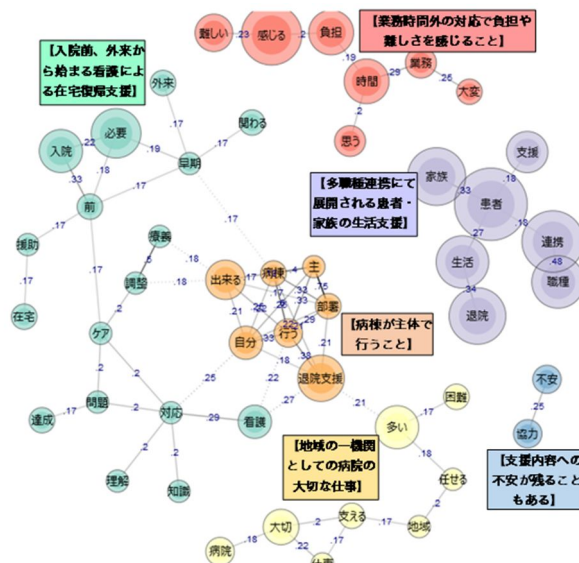


図 1 KHcoder®による共起ネットワーク分析 Jaccard係数 ≥ 0.17 または上位抽出 60 語の設定で描画。図中の数字は Jaccard 係数を示し、語の出現頻度に応じて円のサイズも大きくなる。

教育プログラムの開発

病棟看護師の退院支援実践の実

態調査の結果と協力施設の専門部署担当者の聞き取りから、病棟看護師は明確な教育ニーズというより、日々の業務で退院支援を要する患者を漏れなく把握し、地域へつなぐためのツールやシステムを求めている実態が推測された。システムやツールの活用と併せて、自らが実践した退院支援の結果評価を得る機会を持つことでモチベーションが向上し、教育ニーズにつながる事が考えられた。

以上の内容と 2020 年以降、医療現場を大きく揺るがす新型コロナウイルス感染症による影響を踏まえ、ICT ツールを活用した On-the-Job Training (OJT) 方式の教育として介入を実施していくこととした。

(2) 教育プログラムの運用と効果の検証

病棟看護師対象の On-the-Job Training (OJT) 方式の教育を介入群 (施設 A) で実施し、同時期に対照群 (施設 B) でも調査を実施した。具体的には、退院支援の講義に加え、所属部署である地域包括ケア病棟において実際に退院支援で関わった患者と退院後に ICT ツールを用いた面談 (ICT 面談) を実施した。ICT 面談は、研究協力者または訪問看護が立ち合い ICT ツールの操作補助を行うとともに入院中の退院支援への満足度を聴取した。

6 か月間で 5 事例の ICT 面談が実施され、施設 A、B とともに介入前後で退院支援の実践状況を the Discharge Planning of Ward Nurses (DPWN、24 項目 6 件法) で自己評価を求めた。対象は地域包括ケア病棟の看護師で、施設 A、B とともに 21 名であった。DPWN は介入後で 2 施設とも自己評価が上昇したが、群間、群内いずれも有意差はなかった。施設 A で ICT 面談を実施した症例は、71-86 歳で、男性 1 例、女性 4 例で、心不全や慢性閉塞性肺疾患、骨折等により入院し退院支援を受けた事例で、3 事例は退院後に訪問看護を利用した。ICT 面談では、在宅酸素導入事例で自宅内の様子を画面越しに見せながら確認する等、実施した退院支援の評価を行おうとする様子もあった。施設 A での ICT 面談協力患者の退院支援の満足度 (15 項目 4 件法、Med (Min-Max)) は 42 (38-50) に対し、対照群の施設 B では 40 (32-50) であった。施設 A の研究協力者からは、病院から離れることなく業務に就きながら退院後患者の様子を確認できたことには一定の評価はあったが、スタッフと退院患者との予定を調整することや専用の ICT ツールを用意することへの負担が大きく、研究介入以降は ICT 面談を継続できていないと報告があった。

以上より、本研究で開発した教育プログラムは病棟看護師の退院支援実践向上に一定の効果およびしたものの、システム化や持続可能性の面で課題が多く実用化にはさらなる改善が必要であると考えた。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計1件（うち査読付論文 1件 / うち国際共著 0件 / うちオープンアクセス 0件）

1. 著者名 進藤真由美、松田友美	4. 巻 46 (Suppl. I)
2. 論文標題 訪問看護における診療の補助技術の実践状況とトラブル経験の実態	5. 発行年 2019年
3. 雑誌名 癌と化学療法	6. 最初と最後の頁 66-68
掲載論文のDOI (デジタルオブジェクト識別子) なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

〔学会発表〕 計6件（うち招待講演 0件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 進藤真由美
2. 発表標題 病院看護師による退院支援実践の自己評価と必要なサポート
3. 学会等名 第3回日本在宅医療連合学会大会プログラム・講演抄録集
4. 発表年 2021年

1. 発表者名 進藤真由美
2. 発表標題 A県内の訪問看護サービス提供の実態
3. 学会等名 第25回日本難病看護学会 第8回日本難病医療ネットワーク学会 合同学術集会
4. 発表年 2020年

1. 発表者名 進藤真由美
2. 発表標題 A県内の訪問看護利用者の実態 傷病名と看護ケア内容に着目して
3. 学会等名 第24回日本難病看護学会学術集会
4. 発表年 2019年

1. 発表者名 進藤真由美, 松田友美
2. 発表標題 訪問看護における診療の補助技術の実践状況とトラブル経験の実態
3. 学会等名 第29回日本在宅医療学会学術集会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 進藤真由美, 松田友美
2. 発表標題 退院患者の看護情報共有に対する訪問看護師の認識
3. 学会等名 第38回日本看護科学学会学術集会
4. 発表年 2018年

1. 発表者名 大谷拓也, 進藤真由美 他
2. 発表標題 訪問看護師のポータブルエコー使用に関する認識
3. 学会等名 第44回山形県公衆衛生学会
4. 発表年 2018年

〔図書〕 計0件

〔産業財産権〕

〔その他〕

-

6. 研究組織

氏名 (ローマ字氏名) (研究者番号)	所属研究機関・部局・職 (機関番号)	備考

7. 科研費を使用して開催した国際研究集会

〔国際研究集会〕 計0件

8 . 本研究に関連して実施した国際共同研究の実施状況

共同研究相手国	相手方研究機関
---------	---------