

令和 6 年 5 月 27 日現在

機関番号：12501

研究種目：基盤研究(B)（一般）

研究期間：2020～2023

課題番号：20H04008

研究課題名（和文）Transitionalケアコンピテンシーを基盤とした地域連携教育プログラム開発

研究課題名（英文）Development of education program for continuity of community care based on transitional care competency

研究代表者

石橋 みゆき（ISHIBASHI, Miyuki）

千葉大学・大学院看護学研究院・准教授

研究者番号：40375853

交付決定額（研究期間全体）：（直接経費） 5,960,000円

研究成果の概要（和文）：本研究の目的は、看護師(NS)、社会福祉士(SW)、理学療法士(PT)の3職種に共通する Transitionalケアに必要な共通コンピテンシーを明らかにすることである。急性期病院の3専門職12名の診療録及びフォーカスグループインタビューにより収集した退院支援に係る365技術を先行研究の結果を活用して分析した。共通して用いていた技術は、お互いの役割と専門性を尊重する体制を構築しチームで連携・協働する、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等であった。3職種に共通するコンピテンシーは、互いの役割と専門性を尊重する、他者に説明するためのコミュニケーション力や態度等であった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

本研究の学術的意義は、医療と生活を繋ぐ専門職である、看護師、ソーシャルワーカー、理学療法士の基礎教育に活用できる Transitionalケアに関する共通コンピテンシーを明らかにした点である。3専門職の Transitionalケア能力の涵養には、専門職連携や家族ケアに関する教育等が共通して必要であることが明らかとなった。また、専門家へのインタビューにより、Transitionalケア能力の基盤には多職種や患者、家族と対話ができるコミュニケーション力が必須であることが明らかとなった。本研究は、基礎教育課程において共通コンピテンシーを基盤とした療養の場の移行ケアの共通教育の実装に貢献するものである。

研究成果の概要（英文）：The purpose of this study is to identify skills related to discharge support performed by nurses (NS), social workers (SW), and physical therapists (PT) for transitional care common to the three professions. Data were collected from clinical records and focus group interviews with three professionals. Based on Ishibashi's 21 discharge planning skills, those were classified into four levels. Three cases were selected from two university hospitals. A total of 365 skills were extracted. The main skills commonly used by the three professions were: Building a system in which multiple professions within the same facility respect each other's roles and expertise, and collaborating as a team, Ensuring that the content of your self-assessment, incorporates evaluations by others. Transitional care competencies common to NS, SW, and PT include respecting each other's roles and expertise, collaborating with others, and communication skills and attitude for explaining to others.

研究分野：地域・老年看護学

キーワード：Transitionalケア コンピテンシー 看護 ソーシャルワーク リハビリテーション 教育内容 到達目標 基礎教育

科研費による研究は、研究者の自覚と責任において実施するものです。そのため、研究の実施や研究成果の公表等については、国の要請等に基づくものではなく、その研究成果に関する見解や責任は、研究者個人に帰属します。

様式 C-19、F-19-1 (共通)

1. 研究開始当初の背景

在宅療養移行支援など療養の場の移行支援である **Transitional ケア**は、適切な専門職により異なるレベルの療養の場を移行する際に医療と生活の継続を目的に行われるケアである。しかし、対人援助技術を用いて医療と生活の継続を支援する専門職に共通するコンピテンシーを明らかにした研究は国内外をみても未だ行われていない。そこで、医療と生活の継続を支援するため対人援助技術を用いる看護学、社会福祉学、地域リハビリテーション学に共通する **Transitional ケア**のコンピテンシーを明らかにし、それらを基盤とした基礎教育から現任教育まで一貫した地域連携教育プログラムを開発するための基礎データを得る。

Transitional ケアは米国では、高度実践看護師による介入によって予防可能な再入院を減少させるエビデンスが示され¹⁾、「ヘルスケアの継続性を確保するように設計された期間限定の幅広いサービスであり、(中略)異なるレベルやタイプのケアへの安全で適切な時期の移行を促進する」と定義されている²⁾。日本においては、退院支援・退院調整として広まり、診療報酬の退院支援加算等の社会保障制度を背景に広く認知されてきている。看護系学会の用語集等を踏まえると^{3) 4)}、退院支援・退院調整とは、あらゆる心身の状態の人々に対して、適切な場において一貫したケア提供を行えるよう、療養者本人のセルフケア能力向上や環境の調整により、人々の生活の質が向上するよう支援することといえる。つまり、**Transitional ケア**は対人援助技術を用いて行われるケアであるが、医療と生活の継続を目指す観点からみれば、次の療養先を地域社会という幅広い観点で捉え地域システムの構築や多職種と協働する能力もまた必要といえる。医療と生活を繋ぐ専門職にとっては **Transitional ケア**を実現する地域連携の能力は必須の能力であり、対人援助技術という共通の技術を用いる専門職にはなんらかの共通するコンピテンシーが存在すると考えられるが、それらはまだ明確にされていない。

2. 研究の目的

医療と生活の継続を目指し対人援助技術を用い **Transitional ケア**を担う看護、社会福祉、リハビリテーションの 3 専門職に共通するコアコンピテンシーを明らかにする。コアコンピテンシーを基盤として基礎教育から現任教育までの一貫した地域連携教育プログラム案を考案する。

3. 研究の方法

3 専門職に共通するコアコンピテンシーを明らかにするため、診療録分析及びフォーカスグループインタビューを実施した。また、共通するコンピテンシー案について、専門家インタビューを実施した。急性期病院に所属する退院支援に携わる専門職の臨床記録とフォーカスグループインタビュー (FGI) よりデータを収集した。退院支援に携わる 3 職種が困難であったがうまくいったと印象に残った事例を選定し、臨床記録から技術と認識した部分を抽出し時系列で整理した。次にその記述をもとに事例ごとに、担当した専門職 (NS,SW,PT) へオンラインで FGI を実施し、逐語録を作成し、石橋の退院支援技術 (4 レベル 21 項目)⁵⁾に沿って分類整理した。

退院支援に係る技術は先行研究⁵⁾を参考に支援の意図と行為を一つの単位とした。FGI では、記録されていない各専門職の意図を確認し、診療録から抽出した退院支援に係る技術へ統合し再構成した。分析は、石橋の 21 の退院支援技術⁵⁾に基づき#0 本人の意向・力の見極めと最大限に能力を発揮できるケア環境整備、#1 家族への支援と家族との協働、#2 医療福祉専門職同士の連携と協働、#3 退院支援体制の発展に向けたシステム構築の 4 つのレベルに分類し、多職種が同時に使用する退院支援技術を同定し、共通コンピテンシー案とした。さらに、共通コンピテンシー案および教育方法への展開に関する専門家インタビューを実施した。

4. 研究成果

1) 診療録及び FGI の分析結果

2 か所の大学病院から 3 事例が選定され、FGI では Ns 5 人、PT4 人、SW3 人の意図を確認し、退院支援技術として抽出された数は、3 事例で計 365 であった。1 事例あたりの職種別に抽出された技術数の平均は Ns 63.3、PT 32、SW 37 であった。最もよく用いていた技術は、NS と SW は #2、PT は #0 であった。#3 は SW と NS からのみ抽出された (表 1)。

3 事例すべてにおいて 3 職種が共通して用いていた技術は、#2-16: 看護職同士の協働を含め、同施設内多職種でお互いの役割と専門性を尊重する体制を構築しチームで連携・協働するであった。2 事例 (A, C) で 3 職種が共通して用いていた技術は、#2-12 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であった。事例 B のみであったが、3 職種が共通して用いていた技術は、#0-5 本人の状態に応じた安全で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、#1-8 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であった。

2 職種 (Ns と SW) が共通して用いていた技術は、Case A と B で、#1-10 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、Case A のみでは #2-13 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であった (表 2)。

2) 専門家インタビューから得た今後の課題

3 職種に共通する退院支援に係る技術をもとに共通コンピテンシーを、「成人・老年期にある人々が療養の場を移行する際に医療と生活の継続を目指して行われるケアを実践するために必要な、知識、技能、態度、価値観」と仮に定義し、基礎教育における到達目標案を作成した (表 3)。退院支援の実践や教育に携わる 12 名 (医師 1、看護職 6、SW2、PT3) の専門家の意見を収集し、到達

教育機関の教育理念を反映できる目標の表記とすること、専門職連携の前にコミュニケーション力の涵養を基盤とする教育プログラムの必要性など、今後取り組むべき課題が明確化された。

表1 退院支援を要する患者の特性と退院支援に係る技術の数

Case ID	病院ID	年代 性別	患者の状態・入院中の移行	移行先	FGI参加職種及び数 (院内の役割、資格等)	抽出した技術数					技術数合計
						#1	#2	#3	#4	計	
A	I	80・F	心不全 認知症 有 (ICU⇒ 病棟)	療養型 病院	NS 2 (心不全CN,老人看護CNS)	15	14	28	4	61	124
					PT -	-	-	-	-		
					SW 1	2	29	27	3	63	
B	II	50・M	COVID-19 有 (ICU⇒ 病棟)	自宅	NS 2 (ICU担当、病棟スタッフNS)	38	10	32	0	80	139
					PT 2 (ICU、入院患者対応)	24	2	8	0	34	
					SW 1	4	11	9	1	25	
C	II	70・M	肝細胞癌 緩和ケア 無 (病棟 のみ)	自宅	NS 1 (病棟スタッフNS)	16	2	30	0	48	103
					PT 2 (入院患者対応)	14	1	15	0	30	
					SW 1	4	3	18	0	25	

表2 看護学，社会福祉学，地域リハビリテーション学に共通する退院支援に係る看護技術

退院支援に係る看護技術		各レベルの職種ごとの技術数				NS, PT, SW共通技術		NS,SW共通技術
レベル	技術の対象	NS	PT	SW	計	(Case ID)		(Case ID)
# 3	Community System	4	0	4	8	-		-
# 2	Team	90	23	54	167	#2-16(A,B,C),#2-12(A,C)		#2-13(A)
# 1	Family	26	3	43	72	#1-8(B)		#1-10(A,B)
# 0	Individual	69	38	10	117	#0-5(B)		-

表3 看護学，社会福祉学，地域リハビリテーション学に共通する Transitional ケアコンピテンシーを基盤とした基礎教育における到達目標案

石橋の21の退院支援に係る技術との関連	看護学，社会福祉学，地域リハビリテーション学に共通する Transitional ケアコンピテンシーを基盤とした基礎教育における到達目標案
#0-5	5-1：本人の医療と生活両面からの情報を統合し，家族を含む社会的・文化的背景を考慮した暮らしの場におけるケア環境を模擬的に考案できる，5-2：考案したケア環境を手配する方法が理解できる
#1-8	8-1：家族が思いを表出できるような態度を理解できる，8-2：家族の関係性を捉えて整理することができる，8-3：家族との相談から家族が捉えている本人の希望や思いをアセスメントできる，8-4：家族の希望が実現可能となるために必要な要件が理解できる
#10#11を統合	10-1：家族全体の退院に向けた機動力を総合的に判断するためのアセスメント方法や家族理論が理解できる，10-2：予測される患者の状態，介護負担の程度と，家族の状況を照らし合わせて退院に向けた家族の対応力を模擬的にアセスメントできる，10-3：家族が主体的に退院に向かえるよう模擬的に退院後の患者の状態を説明し必要な介護計画を家族と共に模擬的に立案できる，10-4：退院に向けた家族の思いを把握する方法を自らの立場，専門性を踏まえて考案できる
#2-12と#2-13を統合	12-1：既修得の知識や技能を活用し模擬的に退院支援の目標を設定し，その根拠を他の専門職者に説明できる，12-2既修得の知識を活用し，患者の疾患や状態に合わせて退院後に利用可能な社会資源を同定できる，12-3：自身の立案した退院計画やアセスメント内容について，模擬的に適切な専門職を見極め，評価を求めることができる
#2-16	16-1：協働する他の専門職の役割と専門性を理解し，説明できる，16-2：退院支援に関わるすべての専門職の役割と専門性を理解し尊重できる，16-3：自職種の役割と限界を理解し，適切な専門職を同定し支援及びコンサルテーションを依頼することが（模擬的に）できる，16-4：複数の専門職の視点を統合し退院支援の目標を（模擬的に）設定し共有できる

1) Mary D. Naylor, et al: Transitional Care of Older Adults Hospitalized with Heart Failure: A Randomized, Controlled Trial, Journal of the American Geriatrics Society, Vol.52, No.5,674-684, 2004

2) Mary D. Naylor, et al: The Importance Of Transitional Care In Achieving Health Reform, Health Affairs, 2011, 746-754

3) 日本看護科学学会看護学術用語検討委員会編：看護学を構成する重要な用語集，看護行為用語分類 5B0101 退院調整，https://www.jans.or.jp/modules/committee/index.php?content_id=33

4) 日本看護管理学会学術活動推進委員会編：退院調整・退院支援，看護管理用語集第2版，p180-181，2013

5) 石橋みゆき他：療養の場の移行支援方法論構築に向けた退院支援に係る看護技術の体系化，千葉看護学会誌，2021，<https://opac.ll.chiba-u.jp/da/curator/109527/S13448846-26-2-P83.pdf>

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計0件

〔学会発表〕 計5件（うち招待講演 1件 / うち国際学会 2件）

1. 発表者名 M. Ishibashi, C. Sasaki, M. Kogure, K. Kuzuta, S. Imai, S. Furukawa.
2. 発表標題 Transitional Care Competencies Common to Nurses, Social Workers, and Physical Therapists: Discharge Planning for a Severe COVID-19 Patient
3. 学会等名 Council of International Neonatal Nurses Conference 2023 (国際学会)
4. 発表年 2023年

1. 発表者名 兩宮有子, 齋藤多恵子, 熊谷忠和, 諏訪部高江, 石橋みゆき
2. 発表標題 認知機能低下・心不全増悪で救急再入院した高齢の母と同居する独身の息子からなる家族へのTransitional Careにおける看護師とソーシャルワーカーに共通するコンピテンシー
3. 学会等名 日本家族看護学会第30回学術集会
4. 発表年 2023年

1. 発表者名 伊藤隆子, 平野和恵, 林弥生, 木暮みどり, 古川誠一郎, 葛田衣重, 今井正太郎, 石橋みゆき
2. 発表標題 看護師・ソーシャルワーカー・理学療法士に共通する退院支援技術 閉塞性胆管炎を併発した肝癌患者が緩和ケアのため自宅退院に至った特定機能病院における事例検討
3. 学会等名 第28回日本在宅ケア学会学術集会
4. 発表年 2023年

1. 発表者名 石橋みゆき
2. 発表標題 地域包括ケアにおける在宅看護の役割と展開 地域包括ケアにおける看護の役割と展開 急性期病院から住み慣れた暮らしの場への移行支援
3. 学会等名 第33回日本老年医学会 (招待講演)
4. 発表年 2023年

1. 発表者名 Miyuki Ishibashi, Yuko Amamiya, Ryuko Ito, Taeko Saito, Midori Kogure, Yayoi Hayashi, Chihiro Sasaki, Tadakazu Kumagai, Kinue Kuzuta, Seiichiro Furukawa, Syoutaro Imai, Yahiko Takeuchi, Yasuyuki Tanaka, Takae Suwabe, Kazue Hirano
2. 発表標題 Transitional Care Competencies Common to Nurses, Social Workers, and Physical Therapists
3. 学会等名 27th EastAsian Forum of Nursing Scholars (EAFONS 2024) (国際学会)
4. 発表年 2024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
研究分担者	雨宮 有子 (Amamiya Yuko) (30279624)	千葉県立保健医療大学・健康科学部・准教授 (22501)	
研究分担者	熊谷 忠和 (Kumagai Tadakazu) (30341655)	川崎医療福祉大学・医療福祉学部・教授 (35309)	
研究分担者	佐々木 ちひろ (Sasaki Chihiro) (50845071)	千葉大学・大学院看護学研究院・助教 (12501)	
研究分担者	伊藤 隆子 (Ito Ryuko) (10451741)	順天堂大学・医療看護学部・教授 (32620)	

6. 研究組織（つづき）

	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
研究協力者	古川 誠一郎 (Furukawa Seiichiro)		
研究協力者	今井 正太郎 (Imai Shotaro)		
研究協力者	竹内 弥彦 (Takeuchi Yahiko)		
研究協力者	木暮 みどり (Kogure Midori)		
研究協力者	葛田 衣重 (Kuzuta Kinue)		
研究協力者	齋藤 多恵子 (Saito Taeko)		
研究協力者	諏訪部 高江 (Suwabe Takae)		
研究協力者	林 弥生 (Hayashi Yayoi)		

6. 研究組織（つづき）

	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
研究協力者	田中 康之 (Yasuyuki Tanaka)		
研究協力者	平野 和恵 (Hirano Kazue)		

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