

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 6 月 24 日現在

機関番号：26401

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2013

課題番号：23593463

研究課題名(和文) 地域を基盤とした「地域病院協働型在宅移行支援システム」の開発とガイドラインの作成

研究課題名(英文) The Development and Designing the Guidelines for Construction of the Collaborative Transition Care System between Hospital Staff and Home Care Staff

研究代表者

森下 安子 (MORISHIITA, YASUKO)

高知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：10326449

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 4,000,000円、(間接経費) 1,200,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は、地域病院協働型在宅移行支援システムの開発に向けたガイドラインを作成するためにアクションリサーチの手法を用いて行った。その結果、地域病院協働型在宅移行支援システム開発過程は、地域の病院、在宅ケアの事業所、保健機関にシステム構築への協力を得る。病院の代表者、在宅ケアの事業所のケアプロバイダーをメンバーとしたプロジェクトチームを作る。在宅移行支援における地域の課題を明確化する。明確化した課題を地域の在宅移行支援に関わるケア提供者間で共有する。病院スタッフと地域スタッフの役割と目標が含まれた協働型の在宅移行支援プログラムを作成する。モデル事例を通してプログラムを評価・修正する、であった。

研究成果の概要(英文)：The objectives of this study was development and designing the guidelines for construction of the collaborative transition care system between hospital staff and home care staff. The data in each municipal with regard to the process of system designing was collected from the following sources: recorded minutes; interview with project members; attitude survey of workers. The data was qualitatively analyzed in terms of the events during the process and necessary matters. The following guidelines were developed: 1. Obtaining support of a project to hospitals, home care agencies and health care institutions in community, 2. Organizing representatives of the hospital, agencies into a project team, 3. Identifying the local problems in a transition care, 4. Sharing the problems on extended conferences of concerned people, 5. Producing transition care program that contains the goals of each role of hospital staff and home care staff, 6. Evaluating the newly launched program through trials.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学 地域・老年看護学

キーワード：在宅看護 地域包括ケア 在宅移行支援 ガイドライン

1. 研究開始当初の背景

在宅移行支援において、療養者・家族の在宅生活適応促進と在宅療養生活の継続のためには、地域から病院、病院から地域へ切れ目なく、連続性・継続性・一貫性が確保された医療・ケアを提供しなければならない。このことから、病院への入院と病院からの両方の過程では、地域包括支援センターを中心に、地域を基盤とした包括的・継続的なケアマネジメントが必要である。そのためには、地域内にある基幹病院、全ての居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを内包した在宅移行支援システムの構築と構築に向けたガイドラインの作成に取り組む必要があると考えた。

2. 研究の目的

本研究の目的は、病院単位・病院側主導の退院支援システムから、さらなる在院日数の適正化、入院中および退院後の患者・家族のQOL向上を目指し、以下の(1)(2)に取り組むことである。

(1)地域を基盤として、地域と病院が入院時から協働する「地域・病院協働型在宅移行支援システム」を、アクションリサーチの手法を用いて開発する。

(2)開発に取り組む過程の記述により、地域を基盤とした在宅移行支援システム開発のガイドラインを作成する。

3. 研究の方法

(1)研究デザイン

研究者と実践者が現状の課題の共同理解を得て、有効な介入方法を探し、変化を創り出す計画を立案して、それを実行に移すというスタイルをとることから、ミューチュアルアプローチによるアクションリサーチを用いた。

(2)ガイドライン開発までのプロセス

国内外の文献レビュー結果から「地域・病院協働型在宅移行支援におけるフローチャート」案を作成する。

フローチャート案をもとに、在宅移行支援に関わる職種によるインタビュー、バズセッションでの地域のニーズ・強みや課題・目標を抽出した結果より、地域の資源や強みを活用した「地域・病院協働型在宅移行支援システム」のフローチャートを開発する。

を活用した事例展開をとおし「地域・病院協働型在宅移行支援システム」をアクションリサーチにより開発する。

開発過程の記述により、「地域・病院協働型在宅移行支援システム」構築方法のガイドラインを作成する。

(3)研究期間

平成23年4月～平成26年3月

(4)研究参加者

「在宅移行支援検討チーム」メンバーとして参加していた地域包括支援センター区域内の、基幹病院の退院調整看護師など病院で在宅移行支援を中心に担っている専門職
地域包括支援センター職員 介護支援専門員 訪問看護師で、共同研究者として、研究者とともに在宅移行支援システム構築過程を経験することに同意できる者とする。

(以降、「研究参加者」を「研究参加者(共同研究者)」と記す)ただし、研究が進む中で希望者がいれば、その都度同意を得て研究参加者(共同研究者)とした。

(5)データ収集、分析方法

研究グループの会議録、事例展開中の研究者と研究参加者(共同研究者)とのメールでの対話記録、事例展開後の振り返り会議の会議録、研究参加者(共同研究者)によって振り返り会議で提出される資料、研究参加者(共同研究者)に対するインタビューを行った。データは、対象の許可を得てICレコーダーに録音し、逐語録とした。得られたデータを、研究参加者(共同研究者)の在宅移行支援展開での思い・考え・行動の変化 患者・家族への関わり方と患者・家族の反応の変化 他職種・他組織への関わり方と他職

種・他組織の反応の変化に着目し、関連する記述を抽出、意味を解釈し、変化のプロセスを見出した。また、アクションリサーチによりもたらされた、研究参加者（共同研究者）以外の地域・病院のスタッフや地域・病院全体に現れた変化に着目し、関連する記述を抽出、意味を解釈し、変化のプロセスを見出した。

(6)倫理的配慮

高知県立大学看護研究倫理審査委員会の審査を受け、承認をえた。研究参加者には、研究の目的・内容、途中辞退の自由、匿名性やプライバシーの保護、研究成果の公表等について文書と口頭で説明し、同意を得た。また、心身の負担に配慮して実施した。

4. 研究成果

(1) 「A市版在宅移行支援フローチャート」の作成

システム作りを進めていく上で地域包括支援センターを中心にコアメンバーを決定し、在宅移行支援の課題の抽出、目指すシステムの共有、地域内の医療・福祉職や組織の状況把握、システム構築の範囲、参加メンバー（プロジェクトメンバー）の決定、地域の現状に合わせた展開方法の決定、メンバーの役割分担をまず行った。続いて、地域包括支援センタースタッフ・A市の介護支援専門員・訪問看護師・基幹病院の退院調整看護師からなる「在宅移行支援検討チーム」を立ち上げた。「在宅移行支援検討チーム」で、国内外の文献レビューから作成した、「在宅移行支援フローチャート案」を地域のニーズ・強みや課題・目標を抽出した結果より、地域の資源や強みを活用した「A市版在宅移行支援フローチャート」を開発した。「A市版在宅移行支援フローチャート」は、入院時から退院までを〔第1期〕情報共有・ミニカンファレンス時期の相談、〔第2期〕課題抽出・ミニカンファレンス前の情報共有、〔第3期〕ミニカンファレンス（課題共有と退院までのケア

計画・地域での調整）〔第4期〕退院カンファレンス（最終確認と情報共有）〔第5期〕退院（退院後の情報提供、ケアの再調整）の5期に分類している。

(2) 「A市版在宅移行支援フローチャート」を用いた事例展開による課題抽出と方策の決定、及びフローチャートの洗練化

平成22年10月～平成24年3月にかけて、4事例について、フローチャートを用いて展開を行った。事例毎に、振り返り会議を開催した結果、以下のような課題を抽出し、課題に対する方策を見出し、随時、フローチャートを修正、洗練化を研究参加メンバーで行った。

1 事例目（脳梗塞再発・糖尿病の不適切な管理の事例）

地域側の課題として、まず課題抽出が難しく、病棟から病状管理に関するセルフケア能力の情報がない、入院前後のADL変化がわからない、があった。2点目として、情報提供用紙の記入に時間がかかり情報提供が遅れる、病状管理不十分であることの情報提供が遅れることがあった。病院側の課題として、1点目、病棟看護師の意識が「病状が安定したら退院」と捉え、病状管理習得へのケアの必要性に気付いていない、があった。以上、明らかになった課題を受け、解決の方策として、まず、入院時情報提供用紙の項目（詳細なADLの情報、入院前の疾病管理状況）を追加した。そして、電話での入院時情報提供用紙を用いた情報共有へと変更した。

2 事例目（進行性核上性麻痺・経口摂取不能・PEG造設の事例）

地域側の課題として、1点目は、医療的ケアのある家族の負担軽減ができるサービス計画立案に悩む、があった。2点目として、医療面について予測が立たず医療上の課題抽出が難しい、があげられた。病院側の課題としては、在宅生活のイメージが不十分な中での医療的ケア習得に向けた援助の実施、が

あげられた。以上、明らかになった課題を受け、解決の方策として、医療上の課題抽出の役割を地域側から病院側へ変更するとともに、退院後の再評価の項目を追加した。

3 事例目（老衰ターミナルの事例）

地域側の課題として、不確かな情報で不確かな将来を予測することの不安、があげられた。病院側の課題として、退院調整看護師が把握している情報の伝達方法、があげられた。以上、明らかになった課題を受け、解決の方策として、不安を共有すること、リスクがあることを共有し受け入れること、リスクへ対応できる体制の調整等のアプローチ方法を確認することとなった。

4 事例目（脳梗塞、心筋梗塞、糖尿病、ADL低下の事例）

在宅から病院、病院から在宅で、課題が切れ目なく引き継がれ、課題に対するケアも切れ目なく展開された。課題に対するケアは、入院当初は病棟の視点から新たなケアを提供し、ミニカンファレンス後は在宅で引き継げるように調整された。ケアの評価も、切れ目なく引き継がれ、入院前・入院時・退院時を基準に評価がされるように変化した。

以上のことから、在宅移行支援において地域側スタッフと在宅側スタッフが協働していく上で、共通したフローチャートを用いることによって、情報共有・課題と目標の共有が効果的・効率的に実施でき、医療・ケアの連続性・継続性・一貫性が担保できると考えた。

(3)事例展開を通じた地域病院の2年間の変化の抽出

地域側スタッフの入院早期からの積極的な関わりへの変化があった。例えば、取り組み前は、ケアマネジャーの入院時の情報提供が情報提供自体が出来ていない時もあったが、2年後においては、ほぼ入院後48時間以内に実施されるようになった。また、「A市版在宅移行支援フローチャート」に位置付けた、

退院に向かって支援を本格的に開始する「退院後の暫定的居宅計画立案のためのミニカンファレンス」と退院前の最終的な話し合いをする『退院時ケアカンファレンス』の2回のカンファレンスをモデル事例に適用することにより、入院中から地域側スタッフが病院スタッフと話し合える場が増加した。

病院スタッフによるケアが「入院前の課題を引き継ぐケア」「退院後の生活を見据えたケア」に変化した。

地域スタッフと病棟スタッフが施設・職種を超えて話し合える関係性へと変化した。

以上のことから、「A市版在宅移行支援フローチャート」という共通手順書の使用と、振り返り会議による互いの支援を評価する場により、物理的距離や職種の専門性の違いがある中で、互いの行動や役割を共有でき、円滑な在宅移行支援の流れの定着化につながったと考えた。

(4)「地域・病院協働型在宅移行支援システム」の開発過程およびガイドラインの内容

2年間の(1)～(3)をとおした活動や変化のデータを分析した結果「地域・病院協働型在宅移行支援システム」構築の開発過程を抽出し、ガイドラインを作成した。開発過程は、

地域の病院、在宅ケアの事業所、保健機関にシステム構築への協力を得る 病院の代表者、在宅ケアの事業所のケアプロバイダーをメンバーとしたプロジェクトチームを作る 在宅移行支援における地域の課題を明確化する 明確化した課題を地域の在宅移行支援に関わるケア提供者間で共有する 病院スタッフと地域スタッフの役割と目標が含まれた協働型の在宅移行支援プログラムを作成する モデル事例を通してプログラムを評価・修正する、であった。これらの5つの要素をさらに構造化し、「地域・病院協働型在宅移行支援システム」構築の開発過程を、ステップ1【システム構築に向けた基盤づくり】、ステップ2【システム構築の展開】、

ステップ3【今後の展開の検討】の3つのステップに分類した。ステップ1【システム構築に向けた基盤づくり】では、「コアメンバーの決定と展開方法の決定」「プロジェクトメンバーの結成と展開に向けた準備」「協力体制の構築」の段階があった。「コアメンバーの決定と展開方法の決定」では、コアメンバーと在宅移行支援の課題の抽出、目指すシステムの共有、地域内の医療・福祉職や組織の状況把握、システム構築の範囲、参加メンバー（プロジェクトメンバー）の決定、地域の現状に合わせた展開方法の決定、メンバーの役割分担を行う。「プロジェクトメンバーの結成と展開に向けた準備」では、プロジェクトメンバーの結成、メンバー間での課題共有、構築するシステムのイメージ化、文献から在宅移行をどう支援するのか行動レベルで示した「在宅移行支援フローチャート」について実現可能性の検討、洗練化を行うことを示した。「協力体制の構築」では、システム構築に関わる地域の中で権力や影響力のある組織に働きかけ、協力を得る。ステップ2【システム構築の展開】では、「在宅移行支援手順書を用いた事例展開」の段階があった。この段階は、在宅移行支援フローチャートを用いて事例展開を行うことであり、円滑に事例展開が進行する体制を構築し、事例展開後の振り返り会議の開催を行う。ステップ3【今後の展開の検討】では、「今後の展開の検討」と「変化を共有する」の2つの段階があった。「今後のシステムの発展・活動の継続について検討する」では、事例展開と振り返りを重ねていく中での変化を共有する。「変化を共有する」では、システムの変化を確認し、今後どのようなシステムに発展していくか、どのような活動を継続していくのか検討することである。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計1件)

森下安子、川上理子、小原弘子、森田理久、

高橋洋子、病院と地域が協働でかかわる在宅移行支援のしくみづくり、看護展望、査読無、30、2013、75-86

〔学会発表〕(計12件)

H.Kohara, M.Kawakami, Y.Morishita, S.Morishita, Collaborative Practice between Hospital Staff and Homecare Staff during Transitional Care; A Case of Rural Area in Japan, ATBH VII, June, 2014, Pittsburgh, USA.

M.Kawakami, H.Kohara, Y.Morishita, S.Morishita, Designing the Guidelines for Construction of the Collaborative Transition Care System between Hospital Staff and Home Care Staff, ATBH VII, June, 2014, Pittsburgh, USA.

小原弘子、川上理子、森下安子、森下幸子：地域・病院が協働で展開する在宅移行支援システムの構築に向けて A 地区における在宅移行支援の課題、第17回日本在宅ケア学会学術集会、188、2014。

川上理子、小原弘子、森下安子、森下幸子：地域・病院が協働で展開する在宅移行支援システムの構築に向けて A 地区における在宅移行支援システムの開発、第17回日本在宅ケア学会学術集会、189、2014。

Hiroyuki Kohara, Michiko Kawakami, Yasuko Morishita, Sachiko Morishita: Evaluation of Patient Satisfaction for Transition Care from Hospital to Other Settings at Three Hospital in A Rural Area, Japan, EAFONS conference, Manila, 2014.

川上理子、小原弘子、森下安子、森下幸子、高橋洋子：地域・病院協働型在宅移行支援システムの構築 1～システム構築における地域包括支援センターの役割、第6回日本多職種連携教育学会学術集会、2013、仙台。

川上理子、小原弘子、森下安子、森下幸子、高橋洋子：地域・病院協働型在宅移行支援システムの構築 2～地域包括支援センタースタッフが捉えたシステム構築で生じた変化、第

6 回日本多職種連携教育学会学術集会、2013、
仙台。

小原弘子、川上理子、森下安子、森下幸子：
地域・病院協働型在宅移行支援システムの構
築 3～システム構築における地域包括主任ケ
アマネジャーの役割、第 6 回日本多職種連携
教育学会学術集会、2013、仙台。

川上理子、小原弘子、森下安子：地域・病
院協働型在宅移行支援システムの開発 ～
在宅移行支援フローチャートの開発～、第 14
回日本医療マネジメント学会、2012、長崎。

小原弘子、川上理子、森下安子：地域・病
院協働型在宅移行支援システムの開発 ～
病院・地域スタッフの協働の抽出～、第 14
回日本医療マネジメント学会、2012、長崎。

小原弘子、川上理子、森下安子：地域・病
院協働型在宅移行支援システムの開発 ～2
年間の取り組みの報告～、第 14 回日本医療
マネジメント学会、2012、長崎。

小原弘子、森下安子、川上理子：在宅移行
支援システム開発過程で生じた地域包括主
任ケアマネジャーの困難とその変化 - 地
域・病院協働型在宅移行支援システム開発過
程より、第 16 回日本在宅ケア学会学術集会、
2012、東京。

6 . 研究組織

(1)研究代表者

森下 安子 (MORISHITA YASUKO)
高知県立大学・看護学部・教授
研究者番号：10326449

(2)研究分担者

川上 理子 (KAWAKAMI MICHIKO)
高知県立大学・看護学部・准教授
研究者番号：60305810

小原 弘子 (KOHARA HIROKO)
高知県立大学・看護学部・助教
研究者番号：20584337