

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 26 年 6 月 20 日現在

機関番号：23901

研究種目：基盤研究(C)

研究期間：2011～2013

課題番号：23593164

研究課題名(和文)在宅療養者のための看護退院サマリーを活用した生活支援システムの構築

研究課題名(英文) Establishment of a daily living support system for home care patients that utilizes nurses' patient discharge summaries

研究代表者

藤原 奈佳子 (FUJIWARA, Nakako)

愛知県立大学・看護学部・教授

研究者番号：30178032

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,300,000円、(間接経費) 990,000円

研究成果の概要(和文)：看護退院サマリーを活用した生活支援システムの構築を目的とし、看護師を対象とした質問紙調査(n=173)と在宅療養から再入院した患者を対象とした面接調査(n=29)を実施し、在宅療養へつなぐ「私の療養生活手帳」を作成した。

質問紙調査から患者に適した社会資源の利用の情報収集が困難な看護師は17.4%と多く、面接調査から患者の状態にあった入浴法など日常生活上の情報に関するニーズが求められた。これらの結果を考慮し、7章構成の手帳を作成した。第1章は入院中に提示された「退院後に気をつけること」の記載枠を、第2章以降は入浴などの日常生活動作や服薬上の留意点、社会資源の利用法などの記載枠を設けた。

研究成果の概要(英文)：With the aim of establishing a daily living support system that uses nurses' patient discharge summaries, we conducted a questionnaire survey of nurses (n = 173) and interviews of patients re-hospitalized after home care. We then developed a "recuperation notebook" for use in home care. The questionnaire survey revealed that 17% of nurses had experienced difficulty in gathering information on the use of social resources appropriate to patients, while the interviews showed needs for information on daily living activities such as bathing that is suited to patients' circumstances. Using these results, we prepared a notebook consisting of 7 chapters. The first chapter is a box to write "Things to be careful about after leaving the hospital" that the patient is told during hospitalization. The remaining chapters give space for writing things related to bathing and other daily living activities, taking medicines, how to use social resources, and other matters that patients should note.

研究分野：医歯薬学

科研費の分科・細目：看護学・基礎看護学

キーワード：退院支援 生活支援システム 看護退院サマリー

1. 研究開始当初の背景

急性期病院では医療費の適正化の対応策の一つとして早期退院が求められている。急性期病院の一般病床の平均在院日数は1994年には34.4日であったが2008年には18.8日と年々短縮¹⁾している。人口千人当たり病床数をG7先進諸国と比較すると、病院等病床数は13.9(日本)、3.1(アメリカ)~8.2(ドイツ)で、介護施設等病床数は5.7(日本)、2.9(イギリス)~9.7(ドイツ)であり²⁾、日本では病院等病床数は先進諸国の1.7~4.5倍と多いのに対して介護施設等の病床数は0.6~2.0倍と介護施設等での受け皿が少ない状況である。

これらのことから、病状がやや不安定な状態で退院して在宅での療養生活となっていることがうかがえる。また、入院期間が短縮した一方で再入院率と退院後の高度看護施設入所率が上昇したとの報告³⁾がある。早期から適切な退院計画を行うためには、退院調整に大きな役割を担っている病棟看護師が患者の退院計画に関心を持ち、退院時には患者に適した今後の療養生活支援を含めた情報提示が求められる。

平成22年度診療報酬改定では、重点課題2-3.地域の医療機関の連携に対する評価の中に「退院調整に係る評価」があり、1)従来の退院調整加算について、看護師及び社会福祉士による手厚い体制で退院調整を行う場合の評価と、2)病状の安定が見込まれた患者に対し、必要に応じて医療と介護が切れ目なく提供されるよう、介護保険サービスの活用も含めて支援する観点から新たな評価の視点が新設されている⁴⁾。また、本改訂の4つの視点の中で「患者からみて分かりやすく納得でき、安心・安全で生活の質にも配慮した医療を実現する」があげられている。退院後に在宅療養する者に対して、その療養生活を退院時にわかりやすく説明することが求められている。

これらの診療報酬改定に伴い、地域連携室が設置される医療機関が次第に増え、患者およびその家族への退院調整として地域や在宅での療養の連携をはかっている。病院を離れた在宅療養者は、居宅介護施設等の介護支援専門員等によって介護方法・施設のセッティングをされるものの患者の実生活までフォローできていないのが現状である。そのため、病院を退院して実生活に適應できなくて困る患者も少なくない。

地域の薬局では、在宅療養者から処方箋のみを持参されても患者の診療情報がわからず、服薬指導が困難である⁵⁾と報告がある。大腿骨頸部骨折や脳卒中など疾患をもとにした地域連携パスは従来より用いられているが、服薬を含めた生活支援を中心とした退院調整システムはみあたらない。

入院中の医療者のアドバイスを患者に的確に伝えることは、在宅療養へと無理のない生活支援につながる。入院生活の総括である

看護退院サマリーの内容を在宅療養へとつなぐ情報の一つとして患者本人に提供し、さらに従来から行われていた地域連携室または病棟での患者およびその家族に対しての施設紹介に加えて、患者が在宅療養生活に入るための十分なフォロー体制の構築、関係者づくり、および、情報提供を行っていく必要があると考え、本研究課題を着想した。

2. 研究の目的

退院後に在宅療養が必要な者に対して、看護師の退院時サマリーを活用した生活支援システムを構築することを目的とする。システム開発の主な視点は、在宅療養をしてゆく者への生活支援や地域社会資源の利用時の活用である。患者が保持する手帳『私の療養生活手帳(仮称)』を作成し、院内病棟から地域連携室を通して患者の生活を支援するシステムの構築である(図)

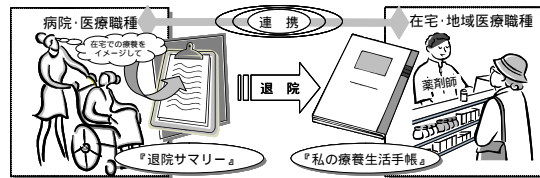


図 在宅療養者のための看護退院サマリーを活用した生活支援システム

3. 研究の方法

研究計画申請時に予定の研究方法は、アクションリサーチを用いて病棟看護師の退院サマリーを患者の在宅療養生活支援と医療職種間連携支援に活用できるように発展させることであった。しかし、病院に勤務する病棟看護師がアクションリサーチに参加する時間的確保が困難であったことから、病棟看護師を対象とした質問紙調査(n=173)と在宅療養から再入院した患者を対象とした面接調査(n=29)を実施し、その結果をもとに在宅療養へつなぐ「私の療養生活手帳」を作成した。

(1) 病棟看護師の退院支援に関する調査(平成23年度)

急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価を職位、経験年数別把握し、退院支援対策に資することを目的として、平成24年2月から同年3月に郵送法による質問紙調査を実施した。

研究対象

対象者は退院支援にかかわる機会のある病棟看護師とした。退院支援に関する院内の手順や必要な書式は施設により異なるため、研究対象施設は急性期病院1施設に限定し、外来や一時的な治療・療養室であるNICU・ICU・手術室、産科に配置の看護師を除いた。

調査項目

本質問紙において、「患者」とは「過去1年間に受け持った回復期・慢性期に入った時の

治療の継続や障害が残った場合の長期療養が必要な患者」とした。質問紙の調査項目は、対象施設で現行で用いられている書式や用語をもとに、1)回答者の基本属性、2)退院支援が必要な患者の退院後療養生活についての予測、3)退院支援についての情報収集やアセスメントの難易度、4)看護退院サマリーの記録および他職種の意見の反映とした。

(2)病院で現在稼働している退院調整スクリーニング支援システムに関する検討(平成24年度)

病棟看護師の退院調整の必要性の判断について、病棟看護師と退院調整室看護師の判断の相違を把握することを目的とし、平成24年6月1日から同年6月30日までの入院患者のうち病棟看護師による退院調整スクリーニングシート入力データと退院調整室の判断データを閲覧した。

(3)在宅療養者が日常生活の継続に必要なニーズ調査(平成24年度)

在宅療養が継続できずに2ヶ月以内に再入院した患者29名を対象に面接調査を実施した。

(4)在宅療養者のための看護退院サマリーを用いた生活支援システムの設計

入院中の患者に応じた退院後の療養生活への各職種からのアドバイスを一覧できるように集約した。さらに看護退院サマリーから生活支援情報を抽出するに際して前述の(1)から(3)の調査結果を考慮し、在宅療養が必要とする情報の記述がしやすいように記述枠を設定した。一部電子版も試作した。

(5)倫理的手続き

研究代表者の所属機関(23 愛県大管理第12-36号、24 愛県大管理第6-27号、25 愛県大管理第7-12号)および調査対象施設の研究倫理審査委員会の承認を得て実施した。

4. 研究成果

(1)病棟看護師の退院支援に関する調査(平成23年度)⁶⁾

質問紙の回収は173名であった(回収率80.1%)。回答の結果は、自記式の自己評価に基づくものであることを考慮した上で、以下のことが明らかとなった。

退院支援が必要な患者について、退院後療養生活が予測できた患者の割合(中央値)は、入院時に46.2%であったが、退院時には78.4%となり、入院中に退院後療養生活の予測について約32%の獲得が示された。看護師が退院後の療養生活を予測できた患者の割合は、経験年数が3年以上15年未満で入院時、退院時ともに経験年数とともに高くなる傾向であった。経験年数が3年未満は、3年以上7年未満よりも退院後療養生活について予測割合がやや高く、看護退院サマリーにおいて

も在宅療養を意識した記載を心がけている傾向が示され、看護基礎教育の影響が示唆された。退院支援に関連する情報収集やアセスメントで「ほとんどいつも困難」の割合が最も高値であった項目は、「患者に適した具体的な家族以外による介護体制や社会資源の利用方法」(17.4%)であった。

病棟看護師の退院支援に関する難易度が高い項目を把握した上で、院内教育の内容やチェック式記録方法の開発などを取り入れた退院支援に関するシステム構築へと発展させることが重要であることが示唆された。退院サマリーの患者への活用については、今後の検討課題となった。

(2)病院で現在稼働している退院調整スクリーニング支援システムに関する検討(平成24年度)

対象患者のデータ1161名のうち、27名で退院調整の必要性について病棟看護師と退院調整室看護師の間で判断の相違があった。相違があった患者の記録者である病棟看護師の看護師経験年数は、5年未満が33.3%、5-9年が22.2%、10-19年が25.9%、20年以上が18.5%であり、経験年数に一定の傾向は認められなかった。現在稼働している退院調整スクリーニング支援システムは、評価項目をチェックすることにより自動的に退院調整の必要有無を判断できるシステムになっているが、特に介護保険認定の状況など在宅療養に必要な情報の看護退院サマリーへの反映の必要性が検討された。

(3)在宅療養者が日常生活の継続に必要なニーズ調査(平成24年度)

面接調査の結果から、今回入院直前の退院時に、看護師から具体的な生活支援(入浴時や浴槽整備の留意点など)がされていた例はほとんどないことを把握し、これらの項目についての看護退院サマリーへの反映を検討した。

(4)在宅療養者のための看護退院サマリーを用いた生活支援システムの設計

「私の療養生活手帳」は7章構成とした。本研究は、医療機器の導入があること、および日常生活動作がほぼ可能であることから、まず、在宅酸素療法を導入する患者の療養手帳を例に手帳の構成を考案した。装丁は、患者情報の変更に応じるため、差し込みが可能ないようにバインダ式を用いた。

第1章は、入院中にお伝えした「退院後に気をつけること」について、そのアドバイスを記入または説明されたメモを入院中の医療職者または患者・家族により貼り付けるための枠であり、本研究における生活支援システムの開発の根幹である。その特色として、次の3点があげられる。

療養者およびその家族に対して

ひとりの療養者には様々な社会資源が関

わり、職種間や、同一職種においてもその専門性の観点から様々な対応をすることが生じる。そこで、療養者が自ら保持している『私の療養生活手帳』を必要時に提示することでこの療養者に対する支援にかかわる関係者の意思統一がなされ、一定の方向性を保持した支援が提供されることが期待できる。療養者にとってわかりやすい支援は、療養意欲を高めることになり、意義がある。

地域の社会資源に対して

療養者が利用する地域の社会資源で、急性期病院から発信された「退院後に気をつけること」を参考にすることで、療養者に対して一定の方向性をもって支援することができ、急性期病院との連携の密度が濃くなることが期待される。

急性期病院に対して

病棟看護師が退院調整する際に在宅療養における生活の様子をイメージして入院中の看護を実践してゆくことは、その後に継続する療養生活をよりスムーズに受け入れることができると期待できる。患者の地域における療養生活をふまえた看護の提供とその結果として退院時サマリーを作成してゆくことで、看護の質の向上や院内・院外連携が発展することが期待できる。

第2章以降は、対象とする患者の疾患特性にあわせた内容である。在宅酸素療法編の第2章は、安全に在宅で酸素療法を継続してゆくために必要な事項、患者にあわせた酸素の使いかたのメモなど、第3章は日常生活動作の留意点、第4章は生活空間を意識した患者の日常生活での動線などの書き込み枠、第5章は服薬や感染予防に関することなどを設けた。第6章は緊急時の連絡先、第7章は介護についての行政等との連絡についての内容で構成されている。

文献

- 1) 厚生統計協会編、厚生指標 増刊、国民衛生の動向、57(9)、207、2010。
- 2) 前田由美子、医療関連データの国際比較「OECD Health Data 2009」より、日医総研リサーチエッセイ、No.55、12-14、2009。
- 3) Héctor Bueno, et al. Trends in Length of Stay and Short-term Outcomes Among Medicare Patients Hospitalized for Heart Failure, 1993-2006. JAMA. 303(21), 2141-2147, 2010.
- 4) 厚生労働省、平成22年度診療報酬改定について、<http://www.mhlw.go.jp/bunya/iryuhoken/iryuhoken12/index.html>、アクセス日:2010年10月30日。
- 5) 井村千鶴、古村和恵、末田千恵ほか、地域における緩和ケアの連携を促進する取り組み フォーカスグループの有用性(2)、緩和ケア、20(3)、308-312、2010。
- 6) 藤原奈佳子、小野薫、森田恵美子、安西由美子、永井昌寛、森雅美、賀沢弥貴、柳澤理

子、古田加代子、急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価、愛知県立大学看護学部紀要、19巻、2013、49-59

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)

藤原奈佳子、小野薫、森田恵美子、安西由美子、永井昌寛、森雅美、賀沢弥貴、柳澤理子、古田加代子、急性期病院における病棟看護師の退院支援に関する自己評価、愛知県立大学看護学部紀要、査読有、19巻、2013、49-59、<https://aichi-pu.repo.nii.ac.jp/>

6. 研究組織

(1) 研究代表者

藤原 奈佳子 (FUJIWARA, Nakako)
愛知県立大学看護学部・教授
研究者番号：30178032

(2) 研究分担者

永井 昌寛 (NAGAI, Masahiro)
愛知県立大学情報科学部・教授
研究者番号：60242905

柳澤 理子 (YANAGISAWA, Satoko)
愛知県立大学看護学部・教授
研究者番号：30310618

森 雅美 (MORI, Masami)
金城学院大学薬学部・名誉教授
研究者番号：80080216

賀沢 弥貴 (KAZAWA, Miki)
愛知県立大学看護学部・講師
研究者番号：10363954

(3) 連携研究者

古田 加代子 (FURUTA, Kayoko)
愛知県立大学看護学部・准教授
研究者番号：00319253