

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 28 年 5 月 30 日現在

機関番号：22401

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2013～2015

課題番号：25463559

研究課題名(和文)在宅支援力の深化をめざした看護職IPW促進のためのアクションリサーチ

研究課題名(英文) Action Research to Promote Interprofessional Working in Pursuit of Better Home Care Support for Nurses

研究代表者

善生 まり子 (ZENSHO, Mariko)

埼玉県立大学・保健医療福祉学部・准教授

研究者番号：20292394

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,900,000円

研究成果の概要(和文)：3つのアクションリサーチをもとに看護職の在宅支援力の深化のためのIPW(専門職連携実践)プロトコルを提案する。看護職は、患者、家族のこれまでの人生を捉え、これから人生をどのように描きたいと思っているかに思いを馳せ、俯瞰する支援姿勢を持つ。施設・在宅と組織の異なる同じ専門職をつなぐ同職種連携を前提にIPWチームを形成する。3)地域社会資源の開発、ICT(情報通信技術)による情報バンク(専門職配置、支援機能等)の仕組みをつくり、施設・在宅連携システムを構築する。補足)看護職は介護職を協同(協働)者と捉え、連携に不調和が生じないよう相互関係をつくる姿勢をもって実践する。

研究成果の概要(英文)：We propose an interprofessional working (IPW) protocol to improve home care support provided by nurses based on three action research models.

Nurses (1) take on a reflecting and supportive role, in which they gain an understanding of the overall lives of patients and families, and think about what these patients and families want for their futures; and (2) organize IPW team members with a view toward intraoccupational cooperation that links those of the same profession working at different facilities, homes, and organizations. Nurses also (3) build facility/home cooperation systems by developing community resources and creating mechanisms for information and communication technology-based information banks (installing specialists, support functions, etc.). In addition, nurses perceive caregivers as collaborators and work with the intention of forming mutual relationships with caregivers to prevent disharmony in collaborations.

研究分野：高齢看護学

キーワード：看護職 在宅支援 アクションリサーチ 専門職連携実践 退院支援 在宅移行期 退院調整看護師
在宅介護

1. 研究開始当初の背景

少産多死社会における医療財政危機の中、国は、病院で最期を迎えることが一般的な現代社会のあり方から一転し、在宅看取りを重んじる社会の構築にむけて対策を講じている。在宅の実践現場の現状と課題を見極めつつ、末期がんや難病等の医療依存度の高い状態に限らず、家族の介護力や看取り力が脆弱であっても、誰もが自宅で十分な医療や介護を享受でき、より満足な在宅死が可能になるよう在宅医療の体制強化に取り組むことは、わが国の喫緊の課題であるといえる。

筆者は、QOL 向上をめざした在宅医療を推進するためには、看護職が牽引役となつて取り組むことこそが必要不可欠な要素であると考え。その根拠に公立病院の退院調整看護師との協働アクションリサーチの取り組みがある¹⁾。退院調整看護師の支援を要した、在宅移行事例の入院から在宅へ追跡調査したプロセスにおいて、患者と家族の持てる力を最大限に発揮し、生命力の消耗を最小限にして生活過程を整えること²⁾を業とし、医療に精通した看護職の機能を発揮させることが、在宅医療推進の原動力だと確信した。

看護職に求められる素養として「患者・家族の思いに寄り添った在宅支援観の醸成」があり、特に退院調整看護師と病棟・外来・夜間救急等の看護師連携においては「院内看護職連携モデルの構築」「共助の風土づくり(相互に学び合う関係)」を意図的に継続教育に組み入れることの必要性を見出した。在宅医療の充実とその対象者の QOL 維持・向上にむけて看護職はどのような能力を伸ばしていけば良いのか、看護職に特化した能力とは何かを研究的に探究することは社会的ニーズであり、それらの問いがリサーチクエストにつながった。

第 1 に看護職同職種の専門職連携実践 [InterProfessional Work (以下 IPW)³⁾] である。総じて看護職はスキルの汎用性が高い職業である。活動の場の多様性かつ選択肢の多さに特徴があり、その端的な例が在宅支援の実践現場といえる。訪問看護師、行政保健師、退院調整看護師、外来看護師、介護支援専門員(看護職は資格取得の基礎となる職種の一つ)等と名称を区別し、同職種でありながらも支援の対象特性や組織の違いによって異なる専門性を有しながら、在宅医療推進に寄与していることは周知のことである。

それ故に在宅支援に関わる様々な看護職は、医療機関から在宅への退院支援・地域連携、つまり継続看護において、他専門職との連携協働とは異なる、同職種の連携協働実践における特有の dilemma や conflict を内在させながら、未だ多くが自己対処により活動を展開しているのではないかと考える。

第 2 に看護職を含む多職種 IPW である。平成 20 年度診療報酬改定による退院調整加算の新設は、病診の退院調整に関連する相談窓口の明確化に直結した。退院調整部門への

相談内容は、よろず化しており、特に診療報酬改定により専従配属された退院調整看護師は、本来業務のあり方を模索している。地域の専門職者からの相談は、入退院・外来受診歴のある患者・家族に留まらず、医療ケアを要する在宅事例にまで及んでおり、相談・調整業務は益々拡大・多様化している。

さらに在宅事例においては、支援課題ごとに複数の専門職チームが形成されているケースが多く、事例の全体像や支援体制の把握には予想以上の時間と労力を必要とされることがわかった。

2. 研究の目的

看護職の同職種 IPW、多職種の IPW 促進のためのコアとなる要素を抽出し、看護職の在宅支援力の深化に寄与するシンプルな IPW プロトコルを検討するためアクションリサーチに取り組んだ。

3. 研究の方法

- (1)在宅移行期、在宅支援、IPW の文献検討
- (2)在宅支援ケアアセスメントツール・連携協働ツールに関する Supervise と情報収集
- (3)アクションリサーチ A: 在宅移行期の IPW による退院支援カンファレンス(以下、Conf.) の参加観察とリフレクション

昨今、専門職連携の場面は様々あり、看護職には専門性深化と同時に各専門領域を統合して援助する姿勢が求められる。

多領域の専門家が相互作用しつつ、共通の目標達成を患者・家族と共に目指す専門職連携において、専門家は職業的専門に加え、当事者の立場から知識を有し力を発揮する患者・家族も位置付ける。今回、退院調整看護師による退院支援カンファレンス(Conf.) の参加観察を行い、患者と家族の在宅移行を円滑にする専門職連携のあり方を見出した。

対象は Conf.10 例。データ収集方法:2014.3 ~2015.3 (1年間)。Conf.参加者に事前に研究協力説明書で説明し同意を得た。データ収集は Conf.内容の音声録音・観察メモにて逐語録作成。退院調整看護師による退院支援の Conf.内容を文脈に沿って選定しデータとした。データ分析方法は、Conf.内容について在宅移行を円滑にし、専門職連携を促す看護実践内容を抽出しコード化した。内容の共通性・相異性によりカテゴリ分類し時系列・文脈を維持し再構成した。

- (4)アクションリサーチ B: ALS(Amyotrophic Lateral Sclerosis, 筋萎縮性側索硬化症)事例の在宅移行期に関する追跡調査

アクションリサーチ A の追跡調査を行った。対象は、継続的な支援の依頼があった ALS 患者 (50 歳代) と家族介護者 (妻) 知人、6 人の専門職 (ケアマネジャー、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、社会福祉士、福祉用具スタッフ) であった。データは、ALS 患者は email 内容および訪問時手のひら筆談、家族・知人は ALS 患者を含めた email 内容

および訪問時のナラティブデータであった。訪問 10 回、email 486 通。

調査期間は 2014.12 ~ 2015.5 の約 6 か月。データ分析は、多専門分野の各研究者でリフレクションしながら内容分析を行った。

(5) **アクションリサーチ C**: NPO 法人 未来のいえ(24 時間ショートステイ施設の開設にむけた準備活動を展開する組織)との共同調査対象は介護支援専門員 70 人のうち 34 人(回収率 49%)の研究協力を得て自記式質問紙調査を行い、定性・定量分析を行った。調査期間は 2015.6 ~ 9 (約 3 か月)

< 研究倫理審査 >

埼玉県立大学倫理委員会承認番号 25092 号
(平成 26 年 1 月 10 日)

埼玉県立大学倫理委員会承認番号 27016 号
(平成 27 年 5 月 14 日)

4. 研究成果

(1) 在宅移行期、在宅支援、IPW の文献検討
先行研究の分析結果では、専門職連携・協働、在宅移行期に係る退院プロトコル、プログラム等の介入の効果、諸外国の医療、介護重点施策等に関する研究取組みがあった。

在宅移行期ケアモデル: Transitional Home Care Model(TCM)⁴⁾は、複雑なニーズがある高齢者が救急から自宅等に移行する際、患者と家族介護者の対処行動を支えるためのモデルであり、総医療費を削減し、高齢者の在宅移行期にプラス効果があることが明らかにされていた。

(2) 在宅支援ケアアセスメントツール・連携協働ツールに関する Supervise と情報収集

特定非営利活動法人インターライ日本日本版インターライ方式について、インターライ日本理事および公益財団法人 ダイア高齢社会研究財団 研究部長 石橋智昭氏、慶應義塾大学医学部 医療政策・管理学教室 特任助教 天野貴史氏からツール活用例等の情報提供および指導を受けた。(2013.7)

(3) **アクションリサーチ A**: 在宅移行期の IPW による退院支援カンファレンス(以下、Conf.)の参加観察とリフレクション

Conf.参加延/実数(人)は、総計 91/85、患者 5/5、家族 24/24、友人 1/1、退院調整看護師 12/4(退院調整経験年数 Ave.4.25±SD2.99)、病棟看護師 11/11、医師 9/9、薬剤師 4/2、理学療法士 3/3、社会福祉士 1/1、介護支援専門員 9/8、訪問看護師 7/7、福祉住環境事業者 6/6、行政職 1/1、介護事業所管理者 2/2、主任介護支援専門員 1/1。

Conf.時間/回 33 ~ 110 分、合計 623 分、Ave.62.30±SD29.03 分、参加人数/回 5 ~ 15 人、患者 40 歳代後半 ~ 80 歳代後半。疾患: 認知症、脳梗塞、慢性閉塞性肺疾患、筋萎縮性側索硬化症等。カテゴリ 15 分類であった。

在宅移行期における退院調整看護師の支援のあり方に関わるカテゴリは、Conf.の準備に向け参加者の思い・希望の事前把握 に努

め、地域性による利用可能な社会保障制度とサービス把握 とケアプラン予測に基づく招集メンバーを検討した。Conf.実施時は進行管理 に努め、参加者の士気向上、役割の明確化 を図り一方的な説明に終始しないよう発言時宜の見立て と思いの代弁 し、相互交流 を促した。

Conf.中 ~ 終盤は、患者・家族の生活史の尊重、インフォーマル支援者の観点から家族の心身・経済的・社会的負担の総合評価、決定事項と課題の明確化 を行い、患者・家族へ在宅療養の安心と安全、不安とリスクの区別 を伝えた。Conf.事後は専門職間で生活支援と病期・病状による医療的ケアとのバランスと統合、継続的な連携支援の合意を行った という特徴がみられた。

以上、在宅移行を円滑にして専門職連携を促す看護実践は患者と家族の生活様式の変化、思いや希望を参加者同士が分かち合い、安全、安心感を得て在宅療養生活へ円滑に移行できるよう、人的・物的・社会的環境等を予測し整える観点が重要であると考える。

(4) **アクションリサーチ B**: ALS 事例調査

ALS 事例の在宅支援ニーズは、個別の能力に応じたコミュニケーションエイドの選択と使用、意思決定プロセスへの支援であった。そのため、福祉工学研究者の専門的指導を受け・実践の助けを借りて介入を行った。

その結果、ALS 患者および家族介護者の言動は、コミュニケーションエイドへの選択や支援体制の不満感等の否定的な表現から、満足感を示す肯定的な表現に変化した。



【写真】ALS 事例宅への福祉工学研究者と筆者との同行訪問・コミュニケーションエイドおよび周辺福祉機器の導入指導等の場面 写真は本人の承諾を得て掲載

主要因としては、コミュニケーション手段に係る本人の思いを表現し共有する機会をつくったこと、納得のいく意思表出の手段を共に考えて、実行を支えたこと、患者家族と専門職間の相互理解を深め、在宅支援ニーズを明確化したこと、在宅支援チームの IPW を強化したこと、福祉工学研究者と協働したこと、の 5 点が抽出された。

<研究分担者のリフレクション>

看護学（研究分担者：戸田肇教授）

患者は細胞や組織・臓器の機能の衰えが顕在化する壮年期に、大手食品物流会社の存亡をかけた会社合併に中間管理者として寝食を忘れて携ったようである。その期間は不明であるが、社会的個人を優先させた生活の繰り返し、本来彼の身体に備わっている免疫機能を狂わせ、運動ニューロンを侵し、日常生活動作に不自由を来すようになり、結果として、退職を余儀なくされるまでの健康の段階に至った。患者情報から、患者の五感（視覚、聴覚、臭覚、味覚、触覚）、記憶、知性を司る神経は障害されていないと推測されるが、日常生活力は他者の介助を必要とするレベルまでに下がっている。生命を維持する力の呼吸・循環・体温、生活習慣を獲得し発展させる力の運動・休息・食・排泄・清潔・衣、社会関係を維持発展させる力の労働・性・環境については、実際関わっていないのでどのレベルにあるのかは不明なところが多い。また、これらの力はベクトルとしてどの方向にあるのかも気になるところである。主な介護者は妻と娘2人とのことであるが、娘の年齢から大学等に通っているとも考えるが、生活の支え手が倒れた家族のありようも気になるところである。患者は高学歴で、今まで物事に拘る生活を送ってきたようである。したがって、この患者が置かれている現在の不自由さが、本人だけでなく、家族に犠牲を強いているといったこの苦しみに繋がっているとも考える。iPadの導入により、意思疎通は以前より増していくと考えるので、患者が今までの人生をどのように捉え、今を生きようとしているのか、また、家族を含め、これからの人生をどのように思い描いているのかが看護としては重要になると考える。

また、研究としては、以上の観点から患者・家族を捉え、社会的資源をどのように活用し、施設・在宅のパイプラインを構築していくのが重要になると考える。

薬学・臨床検査学（研究分担者：久保田亮講師）

薬剤師の立場から

現在、在宅支援を行っている薬剤師の業務としては、患者さんやご家族への服薬指導、服薬支援、服用薬剤の効果や副作用のモニタリング、お薬カレンダー等によるコンプライアンス改善と確認、様々な症状変化に応じた処方提案、訪問診療、訪問看護担当者へ医薬品情報を提供し関係者と情報を共有等があげられる。

この患者の場合は、理解力、コミュニケーション力の点から、服薬指導は普通に行うことができると思う。しかし飲んでる薬がどんな薬か分からない状態では服薬拒否等が起こる可能性があるため、特に薬の説明を行うことは重要である。また理解力・判断力もあるので、飲み忘れ等の服薬コンプライア

ンスの問題については少ないと考える。薬剤師が訪問するとしたら、念のため飲み忘れがないかきちんと確認することが重要である。

また、嚥下能力、身体能力の点からは、適切な剤形として嚥下補助ゼリーの形にしたり、経管栄養チューブから与薬するための準備を行ったりと服薬支援も大切であると考えられる。現在、医療機関の多職種連携では、病院内の薬剤師が関わっており、在宅医療（地域医療）の多職種連携には、薬局の薬剤師が関わっている。患者の場合、医療機関の薬剤師による支援のみではなく、地域の薬局薬剤師による支援も今後必要になるのではないかと考える。そのためにはそれぞれの多職種連携の前に病院内の薬剤師と薬局の薬剤師との連携（薬薬連携）が重要になってくるのだと考える。

臨床検査関連職（研究職）の立場から

現在の臨床検査技師は病院内の仕事が主であり、在宅支援は行っていない。しかし今後は臨床検査技師も在宅支援を行っていく方向に動いている。例えば簡易に行える検査機器（POCT）を用いると、わざわざ病院に行かなくても簡単な検査は自宅で行うことができる。この検査データを担当医師に電子データとして送ることで、担当医師が在宅患者の現状をこまめに把握できるので今後の診断等に役立つと考える。患者の場合は、健康診断で行うような一般的な検査項目や栄養評価マーカー等を測定することで、日々の体調や栄養状態を検査値で確認することができる。ただし、現状ではそのようなシステムがないことが問題点であるため、今後研究者の立場としてそのような機器開発研究・システム開発研究を行わなければならないと考える。臨床検査技師は在宅医療の多職種連携を行うには現状難しい点があるが、小型の検査機器（POCT）や生理機能検査（心電図・呼吸機能検査等）を利用することで在宅での検査も可能になると考える。患者の場合には将来的には細かな検査情報が必要になってくると考えられるため、担当医師や看護師、リハビリ専門職に検査情報を提供することが多職種連携として必要になっていくのではないかと考える。

医学（研究分担者：菅野康二助教）

内科医としてこれまで数多くの患者、家族と接してきた。疾患に関わらず病院での医療が患者に及ぼすメリットだけでなくデメリットも感じている。特に難治性疾患や進行がんに罹患した患者、家族に接するにあたり目の前の問題だけに対処するだけでは患者のADLのみならずQOLの維持・向上がさらに難しくなってしまうと感じる。疾患に関わる症状のみならずさまざまな心理社会的問題を抱える患者は多く、周囲家族も同様に苦痛を抱えている。患者が何を目標にどのように生きたいか、特に難治性疾患や進行がんの患者では重要な問題となる。一方で、患者、家族が医療者へ思いを伝えることは容易なこ

とではない。そのため、疾患の治療やケア、心理社会的問題や今後の生活面等多職種で関わることが重要になる。

今回、療養場所の1つの形として在宅医療をテーマに、ALSと診断された患者への支援に関して検討した。

ALSは神経繊維が破壊されて筋肉が萎縮していく進行性の難病であり、眼球を動かす筋肉や知覚、感覚等に障害が及ぶことは少ないと言われる。当該患者は気管切開を施行後人工呼吸器管理のもと、コミュニケーション手段として手掌への筆談やタブレットを試みている。これまでの生活で当たり前に使ってきた身体機能の低下に加え、心理社会的な問題についても直接介入の必要性が生じているように思う。当該患者は意思表示手段をさらに効率よくおこなえるよう希望され、既存のトーキングエイドがどのように患者に役立つかということと他専門職とともに検討した。さまざまな形での在宅支援が行われる中、ALSという病態の患者がどのように生活をしていきたいかという思いに沿った関わりを、多職種でおこなうことが重要である。医師として患者の病状や今後の見通しさらには予後まで把握しておくこともまた重要である。そして、患者の病状認識の程度や気がかりが何であるかと知ることは、患者だけでなく家族の今後の生活を考える上で大切である。患者自身が自ら病状を理解し、現在の治療やケアが患者にとってどのような意味をなしているか、そして治療やケアを受けることでその先の患者の人生がどのような影響を受けるかということ認識することは、患者の意思決定を考えるうえで重要な構成要素と考えられる。患者が意思決定をおこなえるよう必要な情報を医療者が提供するとともに、意思伝達手段が困難である患者への支援も欠かせない。患者が自ら考えることを伝えられて初めて、患者、家族にとっての本当の意味での「健康」が取り戻されるきっかけになるかもしれない。

(5)アクションリサーチ C : NPO 法人未来のいえとの共同調査

<介護支援専門員> IPW 職種は医師(n=22; 64.7%)、看護師(n=22; 64.7%)、理学療法士(n=15; 44.1%)、介護福祉士(n=14; 41.2%)、歯科医師(n=9; 26.5%)、作業療法士(n=8; 23.5%)、医療ソーシャルワーカー(n=8; 23.5%)、ホームヘルパー(n=8; 23.5%)、薬剤師(n=5; 14.7%)等。IPW 機関は福祉機器用具事務所(n=23; 67.6%)、訪問看護ステーション(n=21; 61.8%)、病院(n=16; 47.1%)、訪問介護ステーション(n=8; 23.5%)、診療所(n=7; 20.6%)。IPW 上の問題を感じたこと yes(n=17; 50.0%)、no(n=17; 50.0%)であった。その自由記述には、介護職にとって医療のハードルが高く、連携の糸口をみつけ難い。医療の現場の人は忙しいと言う人が多く、聞きたいことが聞けない。訪問診療の医師には時間を合わせて訪問し、話を聞くことができる

が病院医師には連絡しづらい。看護師はわかりやすい言葉で伝えて欲しい。わからない医療用語を使用するが、その用語の意味は何ですか?とは聞きにくい。皆自分の専門分野だけうまくできればいいと思っている。認知症からサービス拒否があっても、知識の乏しさから医療ニーズの見極めが不十分であり受診につなげられない。もっと勉強する必要がある。他職種で多くの人に関わっており、連携調整が困難となる。

<在宅介護者> 平均年齢 63.87 歳(中央値 64.00 歳) 41 歳~84 歳、男性 10 人、女性 23 人(欠損 1 人) 妻 10 人、夫 5 人、子 12 人、子の妻 2 人等であった。

多次元介護負担 bic11 調査結果(平均値±標準偏差)

介護のために自分の時間が十分にとれない(2.4±1.0)
介護のために自由に外出できない(2.3±1.1)
介護をしていて何もかもいやになってしまう(1.6±0.9)
介護を誰かにまかせてしまいたい(1.3±0.9)
介護をしていてやりがいを感じられずつらい(1.6±1.1)
介護をすることの意味を見いだせずつらい(1.3±1.1)
介護をしていて体の痛みを感じる(2.2±1.1)
介護のために自分の健康をそこなった(1.5±1.0)
患者さんが介護サービスを嫌がるので困る(0.9±0.8)
介護サービスが家に入ってくるのが負担である (0.8±0.8)
全体的に見て、介護は自分にとってどのくらい負担である と思いますか(2.1±1.1)

5段階評価: 全く思わない0点、ほとんど思わない1点、時々思う2点、よく思う3点、いつも思う4点。iHope International 株式会社、多次元介護負担 bic11、使用許可済、承諾書 2015.4.6。

介護サービスの不満の理由(自由記述)

タクシー代が高い。緊急時の対応の不安。受け入れてくれるか(入院)どうか心配。医療ニーズが高くなるほど受け入れ先施設が少なくなるので困る。病院への受診が大変なので、在宅での生活が続けられるか?要介護者の体調不良、転倒そして介護者の体調不良。介護支援専門員と連絡が取れない時(留守電)。通院が大変なので薬を出して欲しい。入院時の家族呼出しが負担等であった。

介護支援専門員の調査結果から、介護職背景では医療機関・医療専門職との IPW の課題がみられる。介護職と医療職とでは医療知識・情報量の差があり、連携の不調和が生じやすいと考える。介護職にとって、同じ医療職でも診療所とは連携しやすいが、病院(入院施設)は難しい等、所属機関の特性も連携に反映することも浮き彫りになった。

在宅介護者の調査結果から、平均値2点以上(肯定)の上位3位は、自分の自由時間が十分とれず、外出できないこと、体の痛みを感じる。平均値2点未満(否定)の上位3位は、介護サービスが家に入ることが負担、患者が介護サービスを嫌がる、誰かに任せてしまいたい。つまり、在宅介護者の介護の意思を尊重するために、自己の健康管理、生活時間の確保は重要であり、介護サービス利用は受容れるべきものであることが示唆された。

(6)看護職の在宅支援力の深化のための IPW プロトコルの提案

以下 3 つのコアとなる要素(下線)および、補足から成る IPW プロトコルを提案する。

在宅移行期および在宅支援にあたり、看護職は 1)人生を捉える:どのような疾患、障害、病状・病期であっても、患者および家族が、これまでの人生をどのように歩んできたか(過去から現在)をリフレクションし、これからの人生をどのように描き、歩みたいと思っているのか(現在から未来への希望)に思いを馳せる、同時に俯瞰する支援姿勢を持つ。

2)1)を充実させるため IPW チームを形成する際、<施設>・<在宅>と組織は異なるが同じ専門職をつなぐ、同職種連携を前提とした IPW チームメンバーを編成する。

3)1)2)の充実を念頭に、支援ニーズに応じた地域社会資源の開発、地域社会資源の有効活用の際に ICT(Information and Communication Technology 情報通信技術)による情報バンク(施設、在宅の専門職配置、支援機能、患者受入態勢等)の仕組みを活用し、可視化された施設・在宅連携システムをつくる。

補足)看護職は介護職を協同(協働)者と捉え、連携に不調和が生じないよう相互関係をつくる姿勢をもって実践する。

<引用文献>

善生まり子、退院調整事例の支援ニーズの構造—在宅アクションリサーチを通して、埼玉県立大学紀要、14 巻、2013、13-2

薄井 坦子、科学的看護論 第 3 版、日本看護協会出版会、1997

埼玉県立大学編、IPW を学ぶ - 利用者中心の保健医療福祉連携 -、中央法規、2009

Naylor MD, and Sochalski JA. Scaling Up: Bringing the Transitional Care Model into the Mainstream. The Commonwealth Fund. 2010; 103(1453): 1-11.

5 . 主な発表論文等

[雑誌論文](計 2 件)

(1)善生まり子、菅野康二、戸田肇、久保田亮、在宅支援力の深化をめざした看護職の専門職連携実践(IPW)促進のためのアクションリサーチ(その 2) - 退院支援における多職種カンファレンス -、地域ケアリング、Vol.18、No.2、2016、pp.65-67、<http://ci.nii.ac.jp/naid/40020747161>

(2)善生まり子、菅野康二、戸田肇、久保田亮、在宅支援力の深化をめざした看護職の専門職連携実践(IPW)促進のためのアクションリサーチ - 多分野の研究者による共同アプローチ -、地域ケアリング、Vol.17、No.14、2015、pp104-109、<http://ci.nii.ac.jp/naid/40020681163>

[学会発表](計 3 件)

(1)善生まり子、菅野康二、久保田亮、戸田肇、在宅移行を円滑にする専門職連携のあり方—

退院調整看護師による退院支援カンファレンスの内容分析—日本看護科学学会学術集会、35 回、広島市、2015.12. 講演集 p 679

(2)Mariko Zensho, Koji Sugano, Ryo Kubota, Hajime Toda. A case study regarding the home care support of middle-aged Amyotrophic lateral sclerosis patients with tracheostomy: A follow-up survey The Asian Symposium on Health Informatics and Nursing Education, JAPAN, HIROSHIMA, 2015 Aug.7, p21

(3)Mariko Zensho, Koji Sugano, Ryo Kubota, Hajime Toda. Wisdom of the area core hospital in a district that established a unique discharge planning a qualitative analysis, The 7th International Conference on Interprofessional Practice and Education (All Together Better Health), Pittsburgh, USA, 2014 June 6, p54

[図書](計 0 件)

[産業財産権]

○出願状況(計 0 件)

○取得状況(計 0 件)

[その他]

病院から在宅へ - 在宅移行期支援に関するアクションリサーチ(2014~)

<http://homecare2014transitional.web.fc2.com/>

6 . 研究組織

(1)研究代表者

善生 まり子 (ZENSHO, Mariko)

埼玉県立大学・保健医療福祉学部・准教授
研究者番号：20292394

(2)研究分担者

戸田 肇 (TODA, Hajime)

北里大学・看護学部・教授
研究者番号：80286369

久保田 亮 (KUBOTA, Ryo)

埼玉県立大学・保健医療福祉学部・講師
研究者番号：90548124

菅野 康二 (SUGANO, Koji)

順天堂大学・医学部・助教
研究者番号：80445543

(3)連携研究者

なし

(4)研究協力者

伊藤 和幸 (ITO, Kazuyuki)

国立障害者リハビリテーションセンター
研究所・第 2 福祉機器試験評価室長
研究者番号：80370873