

令和元年8月30日現在

機関番号：11501

研究種目：基盤研究(C) (一般)

研究期間：2015～2018

課題番号：15K11786

研究課題名(和文) 病院と地域の専門職連携実践(IPW)による退院支援システムの構築

研究課題名(英文) Construction of the discharge support system based on interprofessional work between hospitals and communities

研究代表者

大竹 まり子(Ohtake, Mariko)

山形大学・医学部・准教授

研究者番号：40333984

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 3,600,000円

研究成果の概要(和文)：本研究は病院と地域の専門職連携実践(IPW: interprofessional work)による退院支援システムの構築を目指し、退院した患者の事例検討会の効果を検証した。3施設380名の病棟看護師を対象に介入群と対照群に分け、介入群で事例検討会を実施した。介入前後に質問紙で退院支援実践と認識を調査した。その結果1病院は介入群で退院支援実践頻度が高くなり効果を認め、1病院は対照群に効果があり、1病院は両群に効果を認め、効果は一定ではなかった。退院支援システムの構築は病院の特性に合わせて検討する必要性が示唆された。

研究成果の学術的意義や社会的意義

平成30年に診療報酬が改定され、入退院における地域と病院との連携が強化されている背景のなか、入院患者の身近にいる病棟看護師が地域の専門職と連携することは重要である。本調査で2病院の介入群の群内の比較で「地域の専門職との連携」を実践する頻度が高くなったことは、今後の入退院支援の多職種連携を進めるための方策として事例検討会の可能性を示唆しており、意義がある。

研究成果の概要(英文)：This research examined the effectiveness of case reviews of discharged patients as a potential component of a discharge support system based on interprofessional work (IPW) between hospitals and communities. In total, 380 ward nurses at three hospitals were assorted into an intervention group, who performed case study meetings for discharged patients, and a control group, who did not. Questionnaires given before and after the intervention investigated at nurses' perceptions of discharge support and related practices. The intervention had mixed results: while case study meetings led to more-frequent discharge support at one hospital, the opposite was true at another, and resulted in no appreciable difference between the groups at the third. Our findings suggest the necessity of taking hospital-specific characteristics into consideration when trying to design a discharge support system.

研究分野：在宅看護

キーワード：退院支援 退院支援システム 専門職連携 専門職連携実践

1. 研究開始当初の背景

わが国では、医療制度改正により医療機能の分化・連携が推進され、在宅医療の充実が進められている。平成 20 年度の診療報酬改定で退院調整加算が新設され、在宅復帰率が施設基準となるなど病院は地域と積極的に連携する仕組みを作ることが急務となっている。英国の退院支援システムではコミュニティヘルス部門に所属するリエゾンナースが病院と地域をつなぐ役割として配置されており、フランスでは在宅入院制度が整っているが、日本の場合、地域包括ケアシステムの進め方は地域の特性に応じて市町村や都道府県が作り上げていくとし自治体にゆだねられている現状である。

地域包括ケアシステムは医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供されるシステムであり、多職種連携が前提である。IPW は「専門職の相互作用しあう学習のうえに成り立つ協働関係」とされ、今後の在宅医療推進の要になることが予測されるが、しかし IPW に関する論文はまだ少なく具体的な連携方法や IPW による取り組みの効果などは検証されていない。

そこで本研究では、退院支援システム構築に資するために、具体的な多職種連携を実践し、その効果を検証することを目的とする。

2. 研究の目的

地域の専門職と協働で退院した患者の事例検討会を実施し、その効果を検証すること。

3. 研究の方法

対象は 3 施設 380 名の病棟看護師で、介入群と対照群に分け、介入群で事例検討会を実施し、対照群は通常通りの退院支援を行った。介入内容は、介入病棟で退院支援を受けて退院した患者の現在の状況を介護支援専門員、訪問看護ステーション看護師、理学療法士など、利用しているサービス担当者と協働で実施し、現在の患者の状況のフィードバックと今後の連携についての検討を行う事例検討会の実施である。介入期間は 3 か月間で事例検討会は月 1 回計 3 回実施した。

効果の評価は病棟看護師の退院支援の実践と認識で行った。無記名自記式質問紙調査を介入群 3 回、対照群 2 回実施した。調査内容は対象の属性、退院支援の実践（在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度（山岸ら 2015）: アセスメント、意向確認、シンプル化、地域との連携、患者・家族指導の 5 因子で構成され、得点が高いほど退院支援を実践していることを示す）退院支援に関する認識 5 項目（Visual Analogue Scale を使用）事例検討会参加回数、事例検討会後の効果の認識である。

4. 研究成果

(1) A 病院の結果（図 1, 表 1, 2）

A 病院は病床数 330 床で対象病棟は類似した消化器病棟 2 つを選定し、介入群 29 名、対照群 27 名の看護師を対象とした。ベースライン時の介入群と対照群の比較では属性と退院支援実践に有意な差はなかった。介入後の比較では、退院支援の実践、認識とも有意な差はなかった。介入群の介入前後の比較では、退院支援実践の「地域の専門職との連携」において介入前に比べ介入後の得点が高かった ($p < 0.035$)。退院した患者の担当ケアマネジャーや訪問看護師と事例検討会を実施したことで、「早めにケアマネジャーに相談する」などの実践頻度が高くなり、事例検討の効果と推察された。

(2) B 病院の結果（図 2, 表 3, 4）

B 病院は 528 床で、脳血管センター 1 病棟（37 名）を介入群とし、その他 7 病棟 208 名の看護師を対照群とした。ベースライン時の属性において介入群の病棟経験年数が長かった ($p = 0.047$)。ベースライン時の介入群と対照群の比較では退院支援実践、認識とも対照群が介入群より得点が高く、3 か月後も同様だった。介入群の群内比較は実践、認識とも有意な変化はなく、対照群は実践の「アセスメント」と「地域の専門職との連携」がベースライン時に比べ 3 か月後の得点が高かった。介入病棟が連携による転院が多く、事例検討会の効果が得られなかったと考える。

(3) C 病院の結果（図 3, 表 5, 6）

C 病院は 230 床で、地域包括ケア病棟 1 病棟（30 名）を介入群とし、その他 2 病棟 49 名の看護師を対照群とした。ベースライン時の属性に有意な差はなかった。ベースライン時の介入群と対照群の比較では退院支援実践の「意向確認」「ケアのシンプル化」を介入群が対照群より得点が高かったが、3 か月後は有意な差がなかった。介入群の群内比較は実践の「地域の専門職との連携」がベースライン時に比べ 3 か月後の得点が高かった。対照群は「アセスメント」「意向確認」「ケアのシンプル化」がベースライン時に比べ 3 か月後の得点が高かった。対照群が本介入の影響を受けて退院支援の実践頻度が高まり、両群の差がなくなったと考える。介入群で「地域の専門職との連携」の得点が上昇したことは事例検討会の効果と推察される。

以上より、地域の専門職と協働で行う退院支援事例の検討会の効果は一定ではなかった。退院支援システムの構築は病院の特性に合わせて検討する必要性が示唆された。

<引用文献>

山岸暁美, 久部洋子, 山田雅子他: 「在宅の視点のある病棟看護の実践に対する自己評価尺度」の開発および信頼性・妥当性の検証. 看護管理 2015; 25(3): 248-254

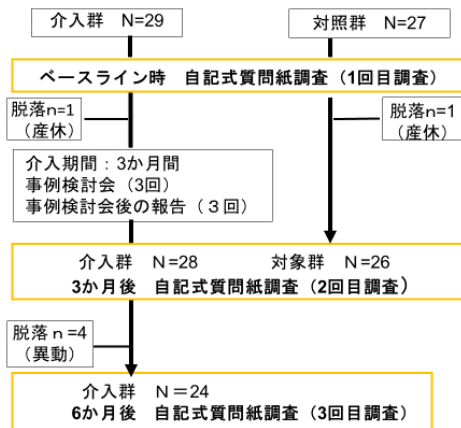


図1 A病院の対象者

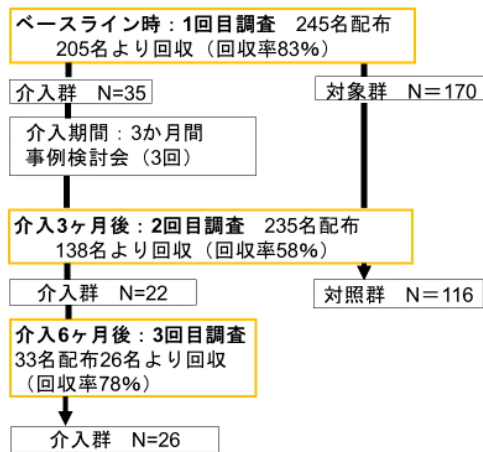


図2 B病院の対象者

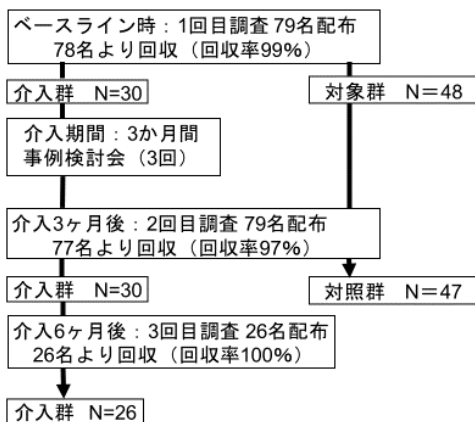


図3 C病院の対象者

表1 A病院 介入群と対照群の比較

	介入群 n=29		対照群 n=27		p
	平均	(±SD)	平均	(±SD)	
ベースライン時					
退院後の生活のアセスメント	19.5	(±4.6)	21.0	(±3.0)	0.184
今後の療養生活に関する意向確認	22.5	(±4.1)	23.4	(±4.3)	0.397
ケアのシンプル化	18.4	(±4.3)	19.1	(±4.5)	0.576
地域の専門職との連携	17.4	(±5.7)	18.9	(±4.5)	0.265
療養環境に合わせた患者・家族指導	20.9	(±5.1)	22.2	(±3.5)	0.253
3ヶ月後					
介入群 n=28			対照群 n=26		
平均		(±SD)	平均	(±SD)	p
退院後の生活のアセスメント	19.5	(±6.2)	21.2	(±2.9)	0.223
今後の療養生活に関する意向確認	22.8	(±4.4)	24.1	(±3.7)	0.259
ケアのシンプル化	19.8	(±4.4)	20.4	(±3.7)	0.635
地域の専門職との連携	19.3	(±5.3)	20.0	(±4.6)	0.600
療養環境に合わせた患者・家族指導	20.5	(±4.1)	22.2	(±3.4)	0.159
ベースライン時					
介入群 n=29			対照群 n=27		
平均		(±SD)	平均	(±SD)	p
退院後の生活をイメージできる	60.5	(±15.4)	59.3	(±17.1)	0.774
ケアマネジャーと連携が取りやすい	64.5	(±20.0)	60.7	(±24.7)	0.523
訪問看護師と連携が取れやすい	45.0	(±27.7)	46.2	(±24.2)	0.874
退院支援カンファレンス企画の負担	54.0	(±26.2)	67.5	(±23.3)	0.047
3ヶ月後					
介入群 n=28			対照群 n=26		
平均		(±SD)	平均	(±SD)	p
退院後の生活をイメージできる	57.1	(±17.0)	60.8	(±15.6)	0.413
ケアマネジャーと連携しやすい	70.9	(±20.6)	60.7	(±23.4)	0.095
訪問看護師と連携しやすい	45.9	(±28.2)	39.6	(±27.1)	0.404
退院支援カンファレンス企画の負担	51.5	(±27.9)	67.9	(±24.3)	0.025

†検定

実践: 得点範囲5~30点、得点が高いほど退院支援を実践している

認識: VAS できる・しやすい・負担: 100点 できない・しにくい・負担でない: 0点

表2 A病院 群内のベースライン時と3か月後の比較

		ベースライン時		3か月後		p	
		平均	(\pm SD)	平均	(\pm SD)		
退院支援実践	介入群	退院後の生活のアセスメント	19.6	(\pm 4.6)	19.5	(\pm 6.2)	0.926
		今後の療養生活に関する意向確認	22.8	(\pm 3.9)	22.8	(\pm 4.4)	0.913
		ケアのシンプル化	18.6	(\pm 4.4)	19.8	(\pm 4.4)	0.077
		地域の専門職との連携	17.6	(\pm 5.7)	19.3	(\pm 5.3)	0.035
		療養環境に合わせた患者・家族指導	21.0	(\pm 5.1)	20.5	(\pm 4.1)	0.458
	対照群	退院後の生活のアセスメント	21.0	(\pm 3.0)	21.0	(\pm 2.9)	0.946
		今後の療養生活に関する意向確認	23.5	(\pm 4.4)	24.1	(\pm 3.7)	0.453
		ケアのシンプル化	19.2	(\pm 4.5)	20.1	(\pm 3.5)	0.212
		地域の専門職との連携	19.0	(\pm 4.6)	20.0	(\pm 4.6)	0.110
		療養環境に合わせた患者・家族指導	22.4	(\pm 3.5)	22.0	(\pm 3.4)	0.409
退院支援に関する認識	介入群	患者の退院後のイメージができる	59.9	(\pm 15.4)	57.1	(\pm 17.0)	0.228
		ケアマネジャーと連携しやすい	65.2	(\pm 20.1)	70.9	(\pm 20.6)	0.087
		訪問看護師と連携しやすい	46.4	(\pm 27.3)	45.9	(\pm 28.2)	0.946
		退院支援カンファレンス企画の負担	53.0	(\pm 26.1)	51.5	(\pm 27.9)	0.799
		患者の退院後のイメージができる	59.4	(\pm 17.5)	60.8	(\pm 15.6)	0.698
	対照群	ケアマネジャーと連携しやすい	60.9	(\pm 25.2)	60.7	(\pm 23.4)	0.944
		訪問看護師と連携しやすい	46.2	(\pm 24.9)	39.6	(\pm 27.1)	0.225
		退院支援カンファレンス企画の負担	67.2	(\pm 23.7)	68.0	(\pm 24.3)	0.900

介入群n=28, 対照群n=26 対応のある t検定

表3 B病院 介入群と対照群の比較

		介入群		対照群		p	
		n	平均 (\pm SD)	n	平均 (\pm SD)		
退院支援実践	ベースライン時	退院後の生活のアセスメント	35	17.0 (\pm 5.3)	169	19.7 (\pm 4.0)	0.001
		今後の療養生活に関する意向確認	35	19.8 (\pm 4.4)	169	22.3 (\pm 3.7)	0.000
		ケアのシンプル化	35	14.5 (\pm 4.5)	168	19.3 (\pm 4.5)	0.000
		地域の専門職との連携	34	10.2 (\pm 4.8)	167	18.1 (\pm 4.8)	0.000
		療養環境に合わせた患者・家族指導	34	15.3 (\pm 5.9)	168	22.7 (\pm 4.1)	0.000
	3ヶ月後	退院後の生活のアセスメント	29	17.3 (\pm 4.0)	161	21.1 (\pm 3.7)	0.000
		今後の療養生活に関する意向確認	29	20.1 (\pm 3.9)	161	23.3 (\pm 3.5)	0.000
		ケアのシンプル化	28	15.8 (\pm 4.1)	158	20.4 (\pm 4.3)	0.000
		地域の専門職との連携	28	11.1 (\pm 4.6)	157	19.6 (\pm 4.9)	0.000
		療養環境に合わせた患者・家族指導	28	16.0 (\pm 5.1)	161	23.7 (\pm 4.0)	0.000
退院支援に関する認識	ベースライン時	患者の退院後のイメージができる	33	48.6 (\pm 18.3)	169	58.7 (\pm 20.1)	0.008
		ケアマネジャーと連携しやすい	33	33.3 (\pm 21.5)	169	56.9 (\pm 24.0)	0.000
		訪問看護師と連携しやすい	33	23.2 (\pm 20.5)	168	40.6 (\pm 26.3)	0.000
		地域医療連携室と連携しやすい	33	62.2 (\pm 27.9)	168	78.9 (\pm 21.9)	0.002
		3ヶ月後	患者の退院後のイメージができる	29	50.8 (\pm 22.1)	158	62.9 (\pm 16.7)
	ケアマネジャーと連携しやすい	29	31.9 (\pm 24.4)	158	60.8 (\pm 19.7)	0.000	
	訪問看護師と連携しやすい	29	22.8 (\pm 19.1)	156	44.7 (\pm 24.3)	0.000	
	地域医療連携室と連携しやすい	29	61.7 (\pm 25.0)	158	81.1 (\pm 19.3)	0.000	

t検定

表4 B病院 群内のベースライン時と3か月後の比較

		ベースライン時			3か月後			
		n	平均 (\pm SD)	p	n	平均 (\pm SD)	p	
退院支援実践	介入群	退院後の生活のアセスメント	22	17.9 (\pm 4.5)	0.874	22	18.0 (\pm 3.9)	0.874
		今後の療養生活に関する意向確認	22	20.1 (\pm 4.3)	0.494	22	20.8 (\pm 4.2)	0.494
		ケアのシンプル化	21	15.7 (\pm 4.3)	0.825	21	15.9 (\pm 4.1)	0.825
		地域の専門職との連携	20	11.0 (\pm 5.2)	0.309	20	11.8 (\pm 4.6)	0.309
		療養環境に合わせた患者・家族指導	21	15.8 (\pm 6.0)	0.528	21	16.5 (\pm 4.7)	0.528
	対照群	退院後の生活のアセスメント	104	19.9 (\pm 4.0)	0.005	104	21.0 (\pm 3.9)	0.005
		今後の療養生活に関する意向確認	104	22.1 (\pm 3.7)	0.111	104	22.7 (\pm 3.6)	0.111
		ケアのシンプル化	102	19.2 (\pm 4.4)	0.090	102	20.0 (\pm 4.6)	0.090
		地域の専門職との連携	102	18.0 (\pm 4.8)	0.008	102	19.5 (\pm 4.8)	0.008
		療養環境に合わせた患者・家族指導	104	22.7 (\pm 4.3)	0.344	104	23.2 (\pm 4.2)	0.344
退院支援に関する認識	介入群	患者の退院後のイメージができる	29	58.8 (\pm 15.8)	0.606	29	60.3 (\pm 17.9)	0.606
		ケアマネジャーと連携しやすい	30	43.3 (\pm 22.5)	0.590	30	45.3 (\pm 21.3)	0.590
		訪問看護師と連携しやすい	29	40.3 (\pm 22.2)	0.148	29	35.4 (\pm 20.5)	0.148
		地域医療連携室と連携しやすい	29	64.7 (\pm 21.8)	0.005	29	52.4 (\pm 27.9)	0.005
		患者の退院後のイメージができる	43	55.3 (\pm 19.4)	0.531	43	57.1 (\pm 14.7)	0.531
	対照群	ケアマネジャーと連携しやすい	43	47.3 (\pm 29.1)	0.230	43	42.4 (\pm 24.2)	0.230
		訪問看護師と連携しやすい	42	36.4 (\pm 23.6)	0.568	42	34.6 (\pm 20.7)	0.568
		地域医療連携室と連携しやすい	43	73.2 (\pm 25.1)	0.510	43	71.0 (\pm 23.8)	0.510

対応のある t検定

表5 C病院 介入群と対照群の比較

	ベースライン時		介入群		対照群		ρ
	n	平均 (±SD)	n	平均 (±SD)	n	平均 (±SD)	
退院支援実践	ベースライン時		介入群		対照群		
	退院後の生活のアセスメント	30	18.2 (±4.4)	48	16.1 (±5.0)	0.059	
	今後の療養生活に関する意向確認	29	22.9 (±2.9)	48	20.3 (±4.9)	0.011	
	ケアのシンプル化	30	20.2 (±3.6)	48	17.4 (±4.5)	0.005	
	地域の専門職との連携	29	15.0 (±4.2)	48	14.9 (±5.8)	0.941	
	療養環境に合わせた患者・家族指導	30	21.0 (±4.5)	47	20.0 (±5.8)	0.400	
	3か月後		介入群		対照群		
	退院後の生活のアセスメント	29	19.3 (±3.3)	47	19.1 (±3.8)	0.831	
	今後の療養生活に関する意向確認	30	22.3 (±3.0)	47	21.7 (±4.6)	0.527	
	ケアのシンプル化	30	20.3 (±3.8)	47	18.5 (±4.2)	0.065	
退院支援に関する認識	ベースライン時		介入群		対照群		
	患者の退院後のイメージができる	30	58.6 (±15.5)	47	54.1 (±19.4)	0.281	
	ケアマネジャーと連携しやすい	30	43.3 (±22.5)	47	45.6 (±28.9)	0.702	
	訪問看護師と連携しやすい	29	40.3 (±21.2)	46	36.5 (±23.3)	0.478	
	地域医療連携室と連携しやすい	30	64.1 (±21.6)	47	72.0 (±25.7)	0.167	
	3ヶ月後		介入群		対照群		
	患者の退院後のイメージができる	29	60.3 (±17.9)	44	57.3 (±14.6)	0.430	
	ケアマネジャーと連携しやすい	30	45.3 (±21.3)	44	42.4 (±23.9)	0.589	
	訪問看護師と連携しやすい	30	36.7 (±21.3)	44	35.2 (±20.5)	0.763	
	地域医療連携室と連携しやすい	29	52.4 (±27.9)	44	71.3 (±23.6)	0.003	

t検定

表6 C病院 群内のベースライン時と3か月後の比較

	ベースライン時		3か月後		ρ	
	n	平均 (±SD)	n	平均 (±SD)		
退院支援実践	ベースライン時		3か月後			
	退院後の生活のアセスメント	29	18.5 (±4.1)	29	19.3 (±3.3)	0.356
	今後の療養生活に関する意向確認	29	22.9 (±2.9)	29	22.3 (±3.0)	0.338
	ケアのシンプル化	30	20.2 (±3.6)	30	20.3 (±3.8)	0.888
	地域の専門職との連携	28	14.9 (±4.3)	28	16.3 (±3.7)	0.045
	療養環境に合わせた患者・家族指導	29	21.3 (±4.4)	29	21.9 (±3.2)	0.466
	退院後の生活のアセスメント	47	16.3 (±4.7)	47	19.1 (±3.8)	0.000
	今後の療養生活に関する意向確認	47	20.3 (±5.0)	47	21.7 (±4.6)	0.015
	ケアのシンプル化	47	17.3 (±4.6)	47	18.5 (±4.2)	0.045
	地域の専門職との連携	46	14.9 (±5.6)	46	15.7 (±5.0)	0.219
退院支援に関する認識	ベースライン時		3か月後			
	患者の退院後のイメージができる	43	55.3 (±19.4)	43	57.1 (±14.7)	0.531
	ケアマネジャーと連携しやすい	43	47.3 (±29.1)	43	42.4 (±24.2)	0.230
	訪問看護師と連携しやすい	42	36.4 (±23.6)	42	34.6 (±20.7)	0.568
	地域医療連携室と連携しやすい	43	73.2 (±25.1)	43	71.0 (±23.8)	0.510

対応のあるt検定

5. 主な発表論文等

〔学会発表〕(計3件)

武田碧, 松田友美, 大竹まり子: 地域の専門職と行う退院支援事例検討会の効果. 第45回山形県公衆衛生学会, 2019

大石万梨乃, 赤間由美, 森鍵祐子, 小林淳子, 松田友美, 大竹まり子: 病棟看護師による退院支援の実践. 第44回山形県公衆衛生学会, 2018

齋藤裕子, 小林淳子, 松田友美, 大竹まり子: 退院支援における事例検討の効果の検証. 第20回北日本看護学会学術集会, 2017

6. 研究組織

(1) 研究分担者

研究分担者氏名: 村上 正泰

ローマ字氏名: MURAKAMI Masayasu

所属研究機関名: 山形大学

部局名: 大学院医学系研究科

職名: 教授

研究者番号 (8桁): 00577760

研究分担者氏名: 森鍵 祐子

ローマ字氏名: MORIKAGI Yuko

所属研究機関名: 山形大学

部局名: 大学院医学系研究科

職名: 准教授

研究者番号 (8桁): 20431596

研究分担者氏名: 小林 淳子

ローマ字氏名: KOBAYASHI Atsuko

所属研究機関名: 山形大学

部局名: 大学院医学系研究科

職名: 教授

研究者番号 (8桁): 30250806

研究分担者氏名: 進藤 真由美

ローマ字氏名: SHINDO Mayumi

所属研究機関名: 山形大学

部局名: 大学院医学系研究科

職名: 助教

研究者番号 (8桁): 30638523

研究分担者氏名: 赤間 由美

ローマ字氏名: AKAMA Yumi

所属研究機関名: 山形大学

部局名: 大学院医学系研究科

職名: 助教

研究者番号 (8桁): 90700021

研究分担者氏名: 松田 友美

ローマ字氏名: MATSUDA Yumi

所属研究機関名: 山形大学

部局名: 大学院医学系研究科

職名: 教授

研究者番号 (8桁): 90444926

(2)研究協力者

研究協力者氏名:

ローマ字氏名:

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、研究者個人に帰属されます。