

令和 2 年 6 月 22 日現在

機関番号：22401

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2016～2019

課題番号：16K21258

研究課題名(和文)『時々入院、ほぼ在宅』を担う病院と地域の看護師が有する能力の探求

研究課題名(英文) Exploring the abilities of hospitals and local nurses who are "sometimes hospitalized, mostly at home"

研究代表者

畔上 光代 (Azegami, Mitsuyo)

埼玉県立大学・保健医療福祉学部・助教

研究者番号：40644472

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,800,000円

研究成果の概要(和文)：本研究の目的は病院と地域の看護職の多機関間同職種連携に必要な能力を明らかにすることである。療養場所を移行する際に関わる看護職への面接調査では、患者・療養者とその家族の思いや希望を中心につながることが明らかとなった。看護職間連携を患者・療養者とその家族の意思決定支援、看護職間の連携協働の認識、看護職自身の協調性といった概念とともに検討するため質問紙調査を行った結果、多機関の看護職との連携に関する実践行動では、約7割の看護師が患者・家族の思いや希望を他機関の看護師に伝えていた。他機関の看護師へ情報のフィードバックを行うといった項目は、3～4割の看護師によって実践されていることが明らかとなった。

研究成果の学術的意義や社会的意義

地域包括ケアシステムの具現化のため、病院、診療所、訪問看護ステーション、福祉施設など多様な場で働く看護職は、患者・療養者とその家族の生活と医療を保障する役割がある。療養の場の移行には様々な問題・課題が伴い、それを紐解き、支援を継続するためには多機関で働く看護職が連携協働する必要がある。本研究で明らかとなった多機関の看護職との連携に関する実践行動によって、患者・療養者とその家族の思いや課題と支援がなくなり、療養生活を安心・安全に継続することができれば地域包括ケアの推進に貢献すると考えられる。

研究成果の概要(英文)：The purpose of this study is to clarify the abilities required for multi-institutional inter-professional collaboration between hospitals and local nursing staff. An interview survey of nursing staff involved in transition support revealed that the connection was centered on the thoughts and aspirations of patients/caregivers and their families. A questionnaire survey was conducted to examine the inter-nursing cooperation together with the decision-making support of patients/caregivers and their families, the recognition of the inter-nursing cooperation, and their own cooperation. As a result, about 70% of nurses reported the thoughts and wishes of patients and their families to the nurses of other institutions in the practical actions related to cooperation with nurses of multiple institutions. It was revealed that 30 to 40% of nurses practice items such as providing information feedback to nurses of other institutions.

研究分野：老年看護学、多職種連携、移行支援

キーワード：同職種連携 移行支援

様式 C - 19、F - 19 - 1、Z - 19 (共通)

1. 研究開始当初の背景

内閣府社会保障制度推進本部の「医療・介護情報の活用による改革の推進に関する専門調査会第1次報告」(2015)によると2025年の必要病床数合計は115~119万床程度で、在宅医療が必要と想定される患者数は29.7~33.7万人程度とされている。入院する患者が在宅へ移行することで、自宅や介護施設で在宅医療を利用しながら生活し、病院での高度な医療が必要になった期間のみ入院するといった「地域完結型医療」への転換が進められている。地域完結型医療体制に向けた社会的ニーズに対応するために、長江らは「病院・施設、在宅におけるすべての看護師が、生活と医療を統合する継続看護マネジメント能力を持つことが必須である」と述べている(長江2014)。日本看護協会「2025年に向けた看護の挑戦 看護の将来ビジョン」(2015)にも、「看護は、対象となる人々を、どのような健康状態であっても、人生を生きる一人の個人として総合的にみる。つまり“疾病”をみる『医療』の視点だけではなく、生きていく営みである『生活』の視点をも持って“人”をみることにその専門職としての価値をおく」とあり、看護師は医療と生活の両方の視点を持った看護実践を行わなければならない。

つまり、病院、在宅系事業所のいずれの機関に所属するにせよ、看護師は、短い入院期間の中で患者の命を守り回復を支援することを重視した看護実践から、地域での療養生活を維持しつつその人らしく暮らせるような看護実践につなげることを意識している必要がある。しかし、応募者が行った訪問看護師へのインタビュー調査では、「退院後に服薬管理ができない」「介護力不足による在宅生活の維持困難」など、病院看護師には認識されていなかった問題が見つかったり、病院看護師が訪問看護師の援助内容を具体的に理解していないために、病院看護師と訪問看護師の間で看護が継続していない可能性が見出された(畔上2015)。さらに、診療所看護師が担うべき役割としては、急性期病院との連携や地域全体の健康管理など、在宅療養支援や地域支援機能が重要である(斜森2015)が、病院と地域の継続看護研究は病院看護師と訪問看護師の連携報告が多く、診療所看護師が行う病院看護師や訪問看護師との継続看護を明らかにしている研究は見受けられず、お互いがその役割機能や看護実践の内容を理解して連携しているかは不明である。

近年、チーム医療、地域包括ケアなど、連携した専門職の実践を対象者に提供するための手法として普及している理論が専門職連携実践(Interprofessional Work 以下、IPW)である。IPWは、英国の専門職連携教育推進センターが提唱した理論であり、世界保健機関が推進している。IPWは複数の領域の専門職が、それぞれの技術と知識を提供し合い、相互に作用しつつ、共通の目標の達成を患者・利用者とともに目指す援助活動(埼玉県立大学2009)であり、専門職間のコミュニケーションや関係性を重視する考え方として定着し始めた。専門職の能力には「共通の能力」「個々の専門の能力」「協働的能力」の3つの枠組みがあるとされ(Barr Hugh1998)。その中で「協働的能力」すなわち、IPWに必要な能力については国内外で様々な研究がされている。IPWに必要な能力として役割の明確化、コミュニケーション、ファシリテーション、リーダーシップ等が明らかになっている(大塚2011、CIHC2010)。これらは保健医療福祉の場で専門性の異なる多職種が援助活動を行うための普遍的な能力として示されており、異なる機関に所属する同職種については述べられていない。

異なる機関の看護師同士の連携については、「継続看護」や「看看連携」などの研究がある。これらは看護師の専門性が同じであるという前提のもと、連携のツールやシステム開発の研究が多く、看護師同士の価値観や相互理解に着目した研究は見当たらない。しかし、応募者が行った先行研究では、同職種であっても働く場が異なることで看護師として発揮する能力も異なり、対象者の目標の共有や相互理解をすることが困難であることを明らかになった。そこで、患者のケアの質の向上のために多職種連携を促進する理論であるIPWを用いて、異なる機関で働く看護師同士の連携、すなわち、看護師の【多機関間同職種連携】を探求することによって、『同職種であるから分かり合える』という前提ではなく、目標共有や相互理解をすることから同職種連携に真摯に取り組む必要があると考え、本計画に至った。

2. 研究の目的

本研究の目的は、地域包括ケアシステムにおける地域性を踏まえて『時々入院、ほぼ在宅』を担う病院と地域の看護師が多機関間同職種連携をするために必要な能力を明らかにすることである。移行支援に関わる訪問看護師、診療所看護師、外来及び病棟看護師などが多機関間同職種連携によってより効果的な移行支援を行うために必要な能力を明らかにする。

3. 研究の方法

まず、退院後も継続して医療的ケアが必要になった患者とその家族に対して退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師の三者によって行われている協調的な在宅療養移行支援を明らかにすることを目的に、インタビュー調査を行った(研究1)。研究デザインは質的記述的研究で、対象者は退院後も継続して医療的ケアが必要になった同一の患者とその家族の在宅療養移行支援を行った退院支援看護師、入院病棟の病棟看護師、および退院後訪問看護を行う訪問看護師とした。インタビューガイドを用いた面接調査では、対象者の概要や、事例の概要、移行支援の内容について語ってもらい、逐語録を作成しそれを分析データとした。分析は、退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師の逐語録を精読し、移行支援における看護師間の連携行動や態度を含む記述を、前後の文脈の流れと関連付けながら抽出してコード化した。作

成したコードを集め、退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師の役割ごとで意味内容の類似性および相違性に基づき分類し、カテゴリーを作成した。

上記の調査結果から、患者・療養者とその家族の思いや希望を中心につながるものが看護職間連携の基盤と考え、看護職間連携を、患者・療養者とその家族の意思決定支援、看護職間の連携協働の認識、看護職自身の協調性といった概念とともに検討するため、先行研究と文献から作成した多機関の看護師との連携に関する実践行動と IPW 自己評価尺度および、多面的協調性尺度からなる調査票を作成し、A 県内の一般急性期病床を有する病院、診療所、訪問看護ステーション、介護老人保健施設、特別養護老人ホームから各 100 施設を無作為抽出し調査を実施した（研究 2）。無作為抽出した合計 500 施設に文書で研究協力依頼を行い、同意が得られた施設に自記式質問紙を郵送した。回収された調査票について統計ソフト（SPSS）を用いて統計学的分析を行った。

4. 研究成果

研究 1 では、同一患者の移行支援に関わった退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師を 1 組とし、計 2 組（2 事例）に半構造化面接を行い質的に分析した。その結果、【退院支援看護師、病棟看護師、訪問看護師が患者・家族の意思を中心として移行支援を行う】【退院支援看護師と病棟看護師が協力し合って移行支援を進める】【病棟看護師は在宅生活を想像しながら支援し訪問看護師と互いに確認する】【退院支援看護師は病棟看護師と訪問看護師をつなぐ】【退院支援看護師と訪問看護師は互いに信頼して患者の課題と看護を引き継ぐ】【訪問看護師は患者の在宅生活を退院支援看護師と病棟看護師にフィードバックする】の 6 カテゴリーが導出された。在宅移行期に三者間で行われている協調的支援とは、患者・家族の意思を中心として、自身の立場や役割を認識するだけでなく、各看護師の立場や役割を考えながら行動することや、移行後も患者の在宅生活をフィードバックすることであると考えられた。

研究 1 での結果を踏まえ、研究 2 では調査票を 1624 名の看護師に配布し、741 件の回答を得た。回答者の所属は病院が 63.4%と多く、次いで訪問看護ステーション（15.2%）、介護老人保健施設（12.7%）、特別養護老人ホーム（4.9%）、診療所（3.5%）であった。これまで異なる役割・機能を持つ複数の職場で働いたことがあるかとの問いにありと回答したものが 47.6%、ないと回答したものが 52.0%であった。回答者の職位はスタッフが最も多く（74.5%）、次いで中間管理職（14.3%）、管理職（9.9%）であった。他機関の看護師との連携に関する実践行動では、約 6 割の看護師が、他機関の看護師を患者・利用者支援のチームメンバーと認識して関わっており、約 7 割の看護師が患者・家族の思いや希望を他機関の看護師に伝えていた。一方、自施設の看護体制を他機関の看護師に伝えることや他機関の看護師へ情報のフィードバックを行う、他機関の看護師に患者・利用者について相談するといった項目は、3~4 割の看護師によって実践されていることが明らかとなった。

本研究の研究参加者は病院で働く看護職が多く、結果も病院看護師の特徴に偏りが生じたことは否めない。しかし、本研究で明らかとなった多機関の看護職との連携に関する実践行動によって、患者・療養者とその家族の思いや課題と支援がつながり、療養生活を安心・安全に継続することができれば地域包括ケアの推進に貢献すると考えられる。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕 計1件（うち査読付論文 1件 / うち国際共著 0件 / うちオープンアクセス 0件）

1. 著者名 畔上光代、伊藤隆子	4. 巻 16
2. 論文標題 在宅移行期における退院支援看護師・病棟看護師・訪問看護師の協調的支援	5. 発行年 2020年
3. 雑誌名 医療看護研究会誌	6. 最初と最後の頁 47 - 54
掲載論文のDOI（デジタルオブジェクト識別子） なし	査読の有無 有
オープンアクセス オープンアクセスではない、又はオープンアクセスが困難	国際共著 -

〔学会発表〕 計1件（うち招待講演 0件 / うち国際学会 0件）

1. 発表者名 畔上光代
2. 発表標題 退院支援看護師と病院看護師と訪問看護師による協調的な在宅療養移行支援
3. 学会等名 第38回日本看護科学学会学術集会
4. 発表年 2018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