

機関番号：12601

研究種目：基盤研究(B)

研究期間：2008～2010

課題番号：20390569

研究課題名(和文) 地域ケアにおける看護連携ガイドラインの作成—外来と在宅ケア機関に焦点を当てて—

研究課題名(英文) Creation of the guideline for collaborative nursing practice in the community care: focused on ambulatory and home health care agency

研究代表者

永田 智子(NAGATA SATOKO)

東京大学・大学院医学系研究科・講師

研究者番号：80323616

研究成果の概要(和文)：患者の療養に関連する各機関間の看護職の連携についての実態把握を行い、連携促進に向けた提言を行うことを目的として研究を行った。院内の部門間の連携を構築するためには、看護管理者が継続看護の必要性を認識し、在宅医療の知識がある中心メンバーを選出し、病院全体を巻き込む必要があること、規模の大きいステーションは病院での退院支援にも積極的に関わっていること、退院支援看護師のいる病院では積極的な連携が行われている事、難治性の慢性疾患においては、外来での相談室の設置、外来から地域の保健師や訪問看護ステーションに情報を伝達することなどが必要であることがわかった。

研究成果の概要(英文)：A research was performed to figure out the actual situation of the collaboration of nurses among each institution for the medical treatment of patients and to provide recommendations for facilitating the collaboration. In order to build collaboration among the departments inside hospital, it was found out to be necessary that nurse administrators understand the necessity of continuing nursing care, selecting core members who have knowledge of home medical care and getting the entire hospital involved. It was also found out that the large scale visiting nursing care stations can be actively involved in providing discharge planning at the hospitals, while there are active collaborations in the hospitals where there are discharge planning nurses. As for intractable chronic diseases, it was found out to be necessary to set up a counseling room at outpatient department, and to transmit information from the outpatient department to local public health nurses and visiting nursing care station.

交付決定額

(金額単位：円)

	直接経費	間接経費	合計
2008年度	2,400,000	720,000	3,120,000
2009年度	2,000,000	600,000	2,600,000
2010年度	1,500,000	450,000	1,950,000
年度			
年度			
総計	5,900,000	1,770,000	7,670,000

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、退院支援、継続ケア、訪問看護ステーション

## 1. 研究開始当初の背景

昨今の医療費増大・病院機能の明確化の流れの中で、一般病院における在院日数の短縮

化、DPC 導入による疾患別の在院日数の標準化、在宅ケアへの移行はますます進展している。それに伴い、退院支援 (discharge

planning) は多くの病院に浸透しつつある (Nagata, 2004 ; 医療経済研究機構, 2007)。しかし、患者にとって適切な療養の場を選択し、適切なタイミングで移行し、移行先での療養生活の安定を図るといふ、本来の目的が見失われ、病院側の都合で一方的に退院を促進したり、退院後のケアが十分に提供されなかったりする例も多く見られるようになっている。

退院支援においては、単に早期に退院できるように支援するのではなく、適切な場所に、必要な準備を行ったうえで退院できるように支援することが必要であり、そのためには病院と地域の医療従事者の密接な連携が必要である。しかし、現状では、退院時期が迫ってから地域ケア提供者に連絡があるため十分な連携が図れない、本来なら在宅ケアが必要な患者についても連絡が来ないといった実態がある。

一方、患者が適切で安定した療養生活を送れるようにするためには、外来通院中・自宅療養中の患者の入院のタイミングや場所の選択への支援、入退院時にケアの継続性を図るための支援なども必要である。これらは、単に退院支援における「フォローアップ」機能にとどまらず、「療養場所移行支援」「療養継続支援」などの枠組みで考えるべき課題であるが、その内容については未だ十分検討されていない。

これらの状況を鑑みると、地域ケア全体の枠組みの中で、病院や診療所、在宅ケア機関が、患者の安定した療養生活の継続のために密接に連携する必要性があることが明らかである。その中でも、患者の医療と生活の両面をサポートする看護職の役割は大きいと考えられる。諸外国では、リエゾンナースとして、地域ケア機関に属するナースが病院でも支援を行うといった動きがある (Dukkers van Emden DM, 1999 ; 村上, 2007)。一方、日本では未だ機関間の連携が十分行われているとはいえない。利用者個別の対応に関しては、記録様式の整備など、少しずつ研究が進められているところであるが (川越, 2006)、機関間の連携方法やシステム構築に関する検討は未だ不十分であり、研究の必要性が高い。

## 2. 研究の目的

患者の療養に関連する各機関間の看護職の連携についての実態把握を行い、連携促進に向けた提言を行う。

## 3. 研究の方法

### (1) 文献検討

2000年以降に発表された国内文献を対象に、医中誌 Web (Ver. 4.0) を用いて「看護 and (継続ケア or 連携 or 多機関医療協力シス

テム)」に、連携場所として「訪問」及び「外来」を組み合わせて検索し、文献レビューを行った。

### (2) ヒアリング

文献検討の結果を踏まえ、看看連携に先進的に取り組んでいる機関を文献からピックアップし、ヒアリング調査を行った。

### (3) 訪問看護ステーションに対する全国調査

訪問看護ステーションと病院や他機関との連携に焦点を当てて、実態調査を行った。2009年7月時点で全国訪問看護事業協会に加盟する3,578ヶ所の訪問看護ステーションを対象とした。

### (4) 病院に対する全国調査

全国の病院を対象に、部署の設置・DPNの配置の実態を把握し、病院の特性や退院支援活動との関連を検討することを目的として、調査を行った。全国の100床以上の一般病床を持つ全病院2600箇所、2010年4月に質問紙を送付した。

### 5) 医療者間の連携に関する事例検討

2010年夏～秋に、3か所の病院において、ALS患者の胃瘻造設に焦点を当て、医療者間や患者・医療者間のコミュニケーションに関する調査を行った。患者・家族へのインタビュー、病院でのカルテ調査、インタビューを実施した。

## 4. 研究成果

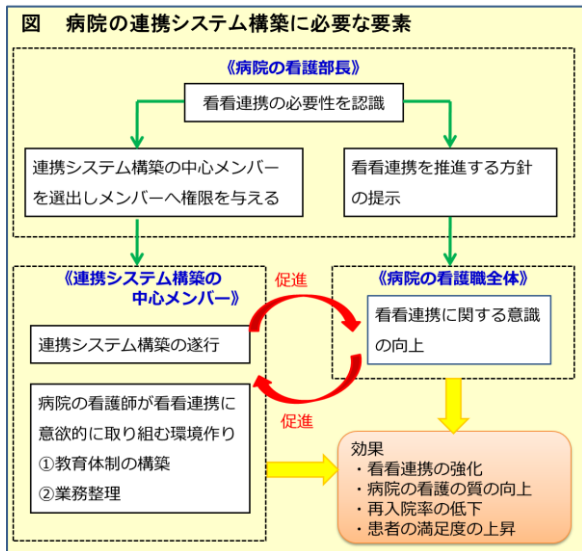
### (1) 文献検討

「看護」and (「連携」or「継続ケア」or「多機関医療協力システム」) and (「外来」or「訪問」)のキーワードで、国内の文献検討を行った。その結果、[and「訪問」]で528件、[and「外来」]で287件の文献がヒットし、中でも看看連携に直接関連する文献89本を精読した。論文記載内容は、「システム整備」「個別支援」「その他」に大別された。さらに「システム整備」に関する26本を検討した結果、看看連携のシステム整備の方法は「組織の改善」「場の設定」「ツール開発」に、また、連携の範囲は「機関内」「機関間」「地域全体」に分けられることが分かった。

### (2) ヒアリング

文献検討の結果を踏まえ、「システム整備」に先進的に取り組んでいる2機関へのヒアリング調査を行った。各々、病棟と外来、病棟と訪問看護部門とが、密接な連携システムを構築し、効果をもたらしていた。各機関に共通していたのは、「連携システムの構築に至った経緯」「連携システムを構築するためのプロセス」「連携システムが病院全体に普及した要因」「連携システム構築後の効果」であった。連携システムを構築するためには、看護管理者が継続看護の必要性を認識し、在宅医療の知識がある他部門の看護職を含め

た中心メンバーを選出し、病院全体を巻き込んでシステム構築に取り組む必要があり、その結果、病院全体の看護師の継続看護への意識が高まり、看看連携が円滑となる風土の形成や看護の質の向上に繋がったと考えられた。



### (3) 訪問看護ステーションに対する全国調査

3578 か所中、1188 か所から回答を得た。入院患者の情報共有のための定期的な病院の訪問を行っているのが 468 箇所(39.4%)で、具体的には、病棟の定期的なラウンドが 219 箇所、入院中の患者に関する病院内での会議への定期参加が 171 箇所、入院中の患者に関する病棟カンファレンスへの定期参加が 145 箇所などであった。また、病院の退院支援担当者としての業務を行っているという回答したステーションが 295 箇所(24.8%)あったが、殆どは病院から退院支援の依頼が寄せられたのを受けて実施していた。

学習会等へのステーションとしての継続的な参加については、訪問看護ステーションの協議会等が開催する学習会・事例検討会への参加が 813 箇所(68.4%)、近隣のステーション同士の学習会・事例検討会への参加が 600 箇所(50.5%)、行政が主催する学習会・事例検討会への参加が 585 箇所(49.2%)、地域の多職種からなる協議会等が開催する学習会・事例検討会への参加が 515 箇所(43.4%)、病院が主催する学習会・事例検討会への参加が 507 箇所(42.7%)であった。また、訪問看護ステーションの協議会等による学習会・事例検討会で役割を担っているのが 405 箇所(34.1%)、地域の多職種からなる協議会等による学習会・事例検討会で役割を担っているのが 282 箇所(23.7%)、近隣のステーション同士の学習会・事例検討会を主催しているのが 233 箇所(19.6%)と、積極

的に役割を担っているステーションも 3 割以上を占めていた。退院支援担当者の業務を実施しているステーションの特徴として、重症者管理加算を算定していること、常勤の看護職数が多いこと、医療保険による訪問看護の延べ訪問回数が多いことが挙げられた。今後、ステーションと病院との密接な連携を促進するためには、病院訪問や退院支援担当者としての業務を行うための時間や労力、これらの業務実施による効果等を明らかにする必要がある。

### (4) 病院に対する全国調査

2600 病院中 913 病院から有効回答を得た(有効回答率 35.1%)。退院支援の専門部署がある病院は 669 病院(72.2%)、在宅ケア機関と連携して退院支援を行っている病院は 396 病院(42.8%)であり、両方を行っているところが 297 病院(32.1%)、専門部署のみが 372 病院(40.2%)、在宅ケア機関との連携のみが 99 病院(10.7%)であった。設置主体が国や公的機関の病院で部署を有するところが多く、医療法人ではいずれもしていないところ、在宅ケア機関と連携しているところが多かった。部署を有するところでは病床数が多く、在院日数が短く、DPC 病院が多かった。在宅ケア機関との連携による退院支援は、併設施設・機関を有するところが多かった。

また、「DPN のいる病院(51.2%)」「部署はあるが DPN がいない病院(24.8%)」「部署がなく DPN もいない病院(24.1%)」の 3 群に分けての分析を行った。「DPN のいる病院」は、病床数が多い、設置主体が国や自治体、7 対 1 入院基本料、DPC 対象病院、在院日数が短い、併設施設を有しないといった特徴を有していた。また、在宅療養指導管理料、地域連携診療計画管理料、後期高齢者退院調整加算、退院時共同指導料を算定している病院が多かった。退院前以外の在宅療養指導管理料については、「部署はあるが DPN がいない病院」でも同程度算定していた。退院支援を要する患者の把握方法については「早期に把握するための用紙等を活用」は「DPN のいる病院」の 7 割が病院全体で実施していたのに対し、「部署はあるが DPN がいない病院」では 5 割弱、「部署がなく DPN もいない病院」では 4 分の 1 の実施率であった。また、「退院支援スタッフの病棟ラウンド」を病院全体で行っているのは、「DPN のいる病院」で半数、「部署はあるが DPN がいない病院」では 4 割であった。一方、「長期入院者への対応策を検討するカンファレンス」は「部署はあるが DPN のいない病院」で最も実施率が高かった。

以上より、DPN の効果を明確にし、配置を働きかける事が必要なこと、また、DPN 配置が難しい病院でも患者が円滑に療養場所を移行できる仕組みを整えていく必要がある

ことが示された。

(5) 医療者間の連携に関する事例調査

ALS 患者の胃瘻造設に関する医療者間や患者・医療者間のコミュニケーションに関する調査を行った結果、ALS 患者が診断を受けてから、治療法を選択するまでの間に、医療者としては外来医師しかコミュニケーションできていない実態が明らかになり、外来での相談室の設置、外来看護の充実、外来から地域の保健師や訪問看護ステーションに情報を伝達することなどが必要であることがわかった。

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)

1. 永田智子, 田口敦子, 戸村ひかり, 廣田真由美, 石塚裕美子, 山居優子, 草刈由美子, 村嶋幸代. 全国の訪問看護ステーションにおける病院との連携に関する調査—患者の円滑な退院に向けた取り組みに焦点を当てて—. 日本地域看護学会誌, 14(1), 40-48, 2011 (査読あり)

<http://jachn.umin.jp/jcontents/jcontents1411.html>

[http://search.jamas.or.jp/index.php?format=detail&pp=&uid=18&nocert=on&module=Advanced&action=DetailOne&sid=268435471&change\\_f=on&nocert=on](http://search.jamas.or.jp/index.php?format=detail&pp=&uid=18&nocert=on&module=Advanced&action=DetailOne&sid=268435471&change_f=on&nocert=on)

[学会発表] (計8件)

1. 永田智子, 戸村ひかり, 村嶋幸代. 全国の病院における退院支援部署の設置・退院支援看護師の配置の実態—病院特性・退院支援活動との関連—. 第31回日本看護科学学会学術集会. 高知県 高知市文化プラザ かるぼーと, 2011年12月2日.

2. 山居優子, 永田智子, 村嶋幸代. 筋萎縮性側索硬化症患者の胃瘻造設術実施時期に影響する要因—情報提供のされ方に焦点を当てて—. 第16回日本難病看護学会学術集会, 東京都 昭和大学医学部付属看護専門学校, 2011年8月26-27日

3. 永田智子, 戸村ひかり, 村嶋幸代. 全国の一般病院における退院支援体制の現状—病院の属性および退院支援関連の報酬算定状況との関連—. 第49回日本医療・病院管理学会学術総会. 東京都 学術総合センター, 2011年8月20~21日

4. Satoko Nagata, Hikari Tomura, Sachiyo Murashima. Discharge Planning Systems of General Hospitals in Japan: A

Nationwide Survey. The Second Japan-Korea Joint Conference on Community Health Nursing. Hyogo, Kobe City College of Nursing. 2011/7/17-18

5. 永田智子, 田口敦子, 村嶋幸代. 全国の訪問看護ステーションの現状 (第2報)—病院及びステーション間の連携—. 第69回日本公衆衛生学会総会, 東京都 東京国際フォーラム, 2010年10月27日-29日

6. 山居優子, 草刈由美子, 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代. 看看連携を円滑に行うための病院のシステム構築に必要な要素の検討. 第13回日本地域看護学会学術集会, 北海道 北海道立道民活動センターかでの2.7, 2010年7月10日-11日.

7. 石塚裕美子, 廣田真由美, 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代. 看看連携に関する国内文献の検討 (第1報)—国内文献の動向と実態—. 第12回日本地域看護学会. 千葉県 OVTA (財) 海外職業訓練協会国際能力開発支援センター, 2009年8月8日-9日

8. 廣田真由美, 石塚由美子, 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代. 看看連携に関する国内文献の検討 (第2報)—連携システムに関する文献に焦点を当てて—. 第12回日本地域看護学会. 千葉県 OVTA (財) 海外職業訓練協会国際能力開発支援センター, 2009年8月8日-9日

6. 研究組織

(1) 研究代表者

永田 智子 (NAGATA SATOKO)

東京大学・大学院医学系研究科・講師  
研究者番号: 80323616

(2) 研究分担者

村嶋 幸代 (MURASHIMA SACHIYO)

東京大学・大学院医学系研究科・教授  
研究者番号: 60123204

田口 敦子 (TAGUCHI ATSUKO)

東京大学・大学院医学系研究科・助教  
研究者番号: 70359636

有本 梓 (ARIMOTO AZUSA)

東京大学・大学院医学系研究科・助教  
研究者番号: 90451765

(3) 連携研究者 なし