

科学研究費助成事業(科学研究費補助金)研究成果報告書

平成 25 年 6 月 19 日現在

機関番号:22401
 研究種目:基盤研究(C)
 研究期間:2010~2012
 課題番号:22592596
 研究課題名(和文) 在宅アクションリサーチを用いた入院患者と家族への縦断的支援プログラムの開発と評価
 研究課題名(英文) Development and Evaluation of Longitudinal Support Program for Support Needs for Cases of Discharge Planning—by Action Research of Home Health Care
 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・講師
 研究者番号:20292394

研究成果の概要(和文):

本研究は、筆者と退院調整看護師が協働して行った、入院患者と家族の退院、在宅療養生活の様子を「在宅アクションリサーチ」によって縦断的に調査した。調査内容を補完するため、入院から在宅移行期支援に関係する専門職者へのインタビュー調査およびグループ討議調査等を行った。さらに、主にフランス、オランダの在宅移行期支援の実際から得られた知見を統合し、わが国の患者と家族の QOL 担保等の観点から在宅移行期支援の充実への提言を検討した。

研究成果の概要(英文):

This study aims to develop and evaluate of Longitudinal Support Program for Support Needs for Support Needs for Cases of Discharge Planning when hospital patients return to their homes based on case studies of coordination of hospital discharges, integrating the findings of 'home action research' conducted by the authors of the study and nurses responsible for coordinating hospital discharges, as well as the findings of a separate complementary study.

交付決定額

(金額単位:円)

	直接経費	間接経費	合計
2010 年度	1,900,000	570,000	2,470,000
2011 年度	1,100,000	330,000	1,430,000
2012 年度	500,000	150,000	650,000
総計	3,500,000	1,050,000	4,550,000

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:在宅移行期支援、アクションリサーチ、退院調整、縦断的支援プログラム

1. 研究開始当初の背景

国は、多様で高度化する国民の医療需要に対し、医療法等改正により体系的な地域医療提供体制の整備を促進している。診療報酬に「在宅療養支援診療所」制度の創設等、誰もが医療を享受する場として「在宅」が選択できるよう方向性が示されている。しかし、在宅医療の対象者の多くは診療所ベースの外來医療からの移行ではなく、病院の入院医療から在宅に移ってきているとの指摘もあり、英仏の在宅入院制度をヒントにする等、在宅

支援の方向性に関する発想転換も必要とされている。平成 20 年度(2008)診療報酬改定「退院調整加算」が新設された。退院調整加算の施設基準には、退院調整部門の設置、退院調整に十分な経験を有する看護師および社会福祉士の配置等が設けられ、「退院調整看護師」が活動を展開するようになった。「退院調整看護師に関する実態調査報告書」(日本訪問看護振興財団 2011)によると、病床規模が大きく高機能病院ほど退院調整部門設置率が高く、退院調整部門設置病院(一般病床)は、

部門が無い病院に比べて平均在院日数が有意に低いことを指摘している。一方、厚生労働省は 2025 年までに、平均在院日数の短縮によって約 4 兆円の国民医療費を抑制できるとの見通しを示しており、医療費適正化計画の推進機能・役割期待が大きいことを指摘する。他方、平均在院日数短縮に伴い、患者・家族が現実を受止める時間が少なくなり納得のいく決定が困難である等の指摘もある。

筆者は平成 20 年度より A 市 B 地域中核病院(以下、B 病院)の退院調整看護師との共同研究活動を通して、入院患者と家族への在宅移行期支援の多様な課題を見出し、各方策を検討した。他方、退院調整部門への相談や支援ニーズは、入院患者・家族から院内・関係機関専門職および一般住民まで多岐にわたり、総合相談窓口化している。このように在宅支援体制整備が不十分な中、退院調整看護師等は、在宅移行期支援に際して本来業務のあり方を模索している現状である。

2. 研究の目的

在宅アクションリサーチを通して、在宅移行期支援を要する入院患者と家族(以下、退院調整事例)への縦断的支援プログラム開発・評価を目的とし、次の観点から構成されている。

- (1)退院調整事例を対象に、本研究プロジェクトチーム(筆者と B 病院退院調整看護師)による在宅アクションリサーチ等の調査で得られた知見を統合し、在宅移行期支援ニーズの構造を明らかにする。
- (2)(1)の成果をもとに、在宅移行期の縦断的支援プログラムを組み立て、「プログラム評価」の観点から有効性を検証する。
- (3)(1)(2)の結果と海外視察成果を照らし合わせ、わが国の在宅移行期支援の課題を検討する。補足:「プロジェクトチーム」とは、「プロジェクトに課せられたさまざまな制約条件のバランスをとり、決められた目標が達成された状態」を創出するための構成員をさす。「プログラム評価」は、問題改善、状況向上のための活動でありプログラムに関する①ニーズ、②設計、③実施とサービス提供、④インパクト or アウトカム、⑤効率性の 5 領域のうち 1 領域以上のアセスメントを伴う。

3. 研究の方法

- (1)研究フィールド:定点継続調査拠点とする B 病院(一般病棟入院基本料 1)。
- (2)研究メンバー:筆者および B 病院退院調整看護師 2 名(副看護部長、主査)
- (3)研究デザイン:複数の定性的研究手法による Triangulation(図 1 参照)
- (4)在宅アクションリサーチと 3 つの補完調査<<調査 a(分析データ①)、調査 b(分析データ②)、調査 c(分析データ③)、調査 d(分析データ④)>>を実施した。以下、(7)~(10)参照。

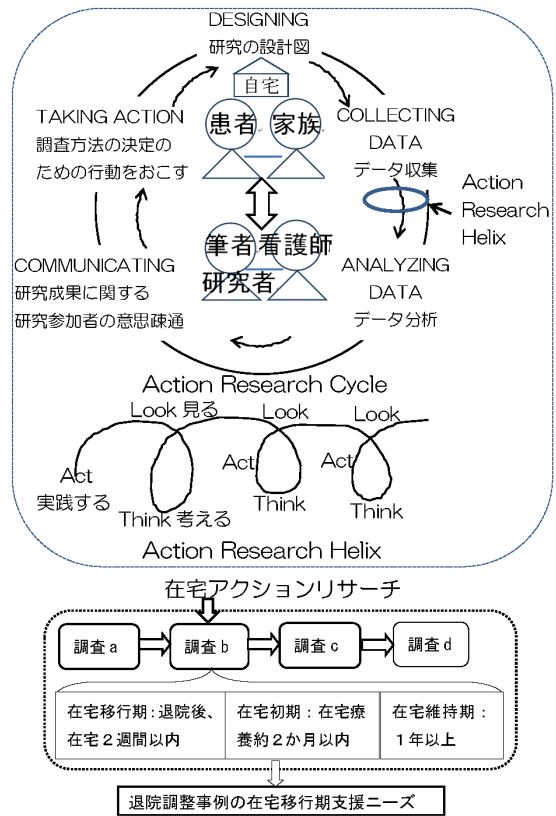


図 1 本研究の調査枠組み

(5)本研究における用語の定義

- ①在宅アクションリサーチ:「アクションリサーチは現場に関わることによって生じる思いを統合しながら、それを基に、現実から現実変革に関連する情報やヒントを炙り出し、その状況に文化的に可能なアクションプランを策定し、それを実行していく研究スタイルである(内山 2007)。」と述べている。本研究では「筆者と勤務の一環として B 病院の許可を得た退院調整看護師とが協働して得た成果について、一方は研究成果へつなげ、他方は現場へフィードバックし、退院調整活動の質向上へつなげること」とした。
- ②退院調整:「病棟看護師が通常業務では担いきれないような退院に関する様々な部署や外部機関等との調整業務を専任者が担当する(手島 2006)」を援用した。
- ③退院調整看護師:入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援を行う者であり、看護師の行う「看護」とは対象者が「生命力の消耗を最小にするよう生活過程をととのえること」(薄井 1997)を意味する。
- (6)質的データ分析の真実性:データの真実性を高めるために、第一にデータが現実を表しているかどうか、共同研究者である退院調整看護師のチェックを受けた。第二に、データ分析について共同研究者バイアスが起り得る可能性があるため、質的研究に精通する看護学研究者にデータを提示し助言を得た。

(7)調査 a「退院調整事例の退院支援計画調査」
 ①対象者:調査 a では、B 病院退院調整看護師の支援事例 215 件(平成 22 年 4 月～23 年 1 月;10 か月分)のうち退院調整加算対象 10 件。
 ②退院調整事例の選定基準の明確化

過去 1 年間の B 病院「退院支援計画書」の内容分析結果 17)をもとに退院調整事例の特徴を整理した。ア)がん終末期や呼吸器疾患等の内部障害および認知症等に起因した不安定な「病状・症状」がある、イ)「廃用症候群」があること、ウ)経験したことのない介護環境や看取り等に起因した「退院後の不安」がある、エ)主介護者や家族の健康、世帯の経済状況等「家族の状況」による影響がある、を踏まえて選定基準を設け「症状不安定で長期の療養生活が予測され、日常的に医療的ケアと介護を要し、家族介護を前提に多職種の支援の必要性があり、再入院が想定されることであり、今後も病院への再入退院や救急等を含めた外来受診をとおして、長期的かつ継続的な支援の必要性が高い事例」とした。

事例への研究協力依頼方法は、上述の基準を満たす退院調整事例を無作為に選び、事前に B 病院退院調整看護師(共同研究者)によって研究趣旨等を口頭・文書説明し内諾を得た。筆者は、共同研究者により内諾が得られた事例の紹介を受けて、研究趣旨を口頭および文書で説明し署名にて研究協力の同意を得た。

③事例紹介

・患者(表 1):平均在院日数 65.2 ±SD36.4 日間、範囲 22～152 日間。「平成 22 年度病院経営分析比較表(総務省)埼玉県」19)では、B 病院一般病床の平均在院日数 13.0 日、全国 17.9 日であった 20)。全て介護保険、医療保険等の公的サービス導入等、専門職支援を受けながら複数の社会的資源活用が必要であった。

・家族(被面接者)(表 2):妻 8 件中 6 件は、生活活動時間の約 9 割は介護であった。総じて初回訪問時は「頑張っている」と介護状況を自己評価できずにいたが、2 回目以降「初めは大変でした」等と表現できるようになった。

④調査方法

i 「退院支援計画」における課題の明確化

・A 市介護支援専門員が使用するアセスメントツールの現状

A 市内の居宅介護支援事業所介護支援専門員の協力を得て、「アセスメントツール」実態調査 21)を行った。介護支援専門員 52 名中、40 名(76.9%)への聞き取り調査結果、「MDS-HC 方式」(18 名, 45.0%)が最も多かった。日本版 MDS-HC2.0, interRAI は信頼性・妥当性が保証され、研究使用には著作権が発生せず、在宅移行期支援の視点に有効だと確認された。

ii データ収集・分析方法:MDS-HC データ収集において、筆者が看護サマリー等の記録を閲覧・記入し、不足部分は研究メンバーで事例、病棟看護師へ各ヒアリングを行い補足し、

CAPs(在宅ケアプラン指針)を抽出した(表 3)。
 iii 期間:平成 22 年 7 月～23 年 10 月(1.5 年)

表 1 退院調整事例紹介(患者)

事例	年代・性別	主傷病名	要介護区分 ^{※1)}	在院日数(日) ^{※2)}	介護保険サービス利用内容 ^{※3)}
A	70 歳代後半・男	慢性呼吸不全	要介護 5	152	①③④⑤⑩⑫⑬⑭
B	70 歳代後半・男	肺気腫、気管支喘息	要介護 4	62	④⑩⑫⑬⑭
C	70 歳代前半・男	アルツハイマー型認知症	要介護 2	22	⑥⑦⑧⑩⑫⑬⑭
D	70 歳代後半・男	ヘルペス脳炎	要介護 5	85	①③④⑥⑩⑫⑬⑭
E	70 歳代前半・男	筋萎縮性側索硬化症	要介護 5	60	①③④⑥⑩⑫⑬⑭
F	30 歳代後半・男	多発性硬化症		76	医療保険、障害者自立支援費による③④
G	80 歳代前半・男	脳梗塞	要介護 5	51	④⑥⑩⑫⑬⑭
H	70 歳代前半・男	肺癌、脳腫瘍	要介護 5	60	①③④⑦⑩⑫⑬⑭
I	70 歳代後半・男	腎不全、洞不全症候群、糖尿病	要支援 2	60	④⑦⑩⑫⑬⑭
J	60 歳代後半・男	パーキンソン病	認定結果待ち	24	⑧⑩⑫⑬⑭

※1) 訪問 1 回目時点 ※2) 平均 65.2 日 ±標準偏差 36.4 日

※3) 介護保険サービス利用内容

①訪問介護・身体介護、②訪問介護・生活援助、③訪問入浴介護、④訪問看護、⑤訪問リハビリテーション、⑥居宅療養管理指導、⑦通所介護、⑧通所リハビリテーション、⑨短期入所生活介護、⑩特定施設入居者生活介護(有料老人ホーム)、⑪福祉用具貸与、⑫特定福祉用具販売、⑬居宅介護住宅改修費、⑭居宅介護支援、⑮地域密着型サービス

表 2 家族(被面接者)と訪問状況

事例	被面接者	訪問 1 回目 ^{※)}	訪問 2 回目	訪問 3 回目
A	◎妻(80 歳代前半) ○長女(50 歳代前半)	6 日	42 日 入退院繰返し	1 年 43 日
B	◎妻(70 歳代前半) ○妻妹夫妻(共に 60 歳代後半)	5 日	50 日	
C	◎妻(60 歳代後半)	14 日	48 日	
D	◎妻(70 歳代前半) ○長女(30 歳代後半)	7 日	48 日	90 日死亡
E	◎妻(60 歳代後半)	6 日	42 日	1 年 42 日
F	◎妻(30 歳代後半) ○実父(60 歳代後半) ○実母(60 歳代後半)	14 日	28 日電話:死亡	
G	◎娘婿(60 歳代前半)	14 日	28 日電話:入院中	
H	◎妻(60 歳代後半)	14 日	28 日電話:入退院繰返し	
I	◎長女(50 歳代前半) ○長男(60 歳代後半) 地域包括支援センター-社会福祉士(30 歳代前半・男性)	28 日	60 日電話:入退院繰返し	131 日(転院先訪問) 191 日死亡
J	◎妻、○次女	7 日:電話	60 日	

◎家族の主介護者 ※) 退院後の在宅療養日数

○家族等の副介護者

表3 退院調整事例のCAPs(在宅ケアプラン指針)一覧

CAPs 在宅ケアプラン指針	退院調整事例	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J
1	ADL/リハビリテーション										
2b	IADL(支援)										
3	健康増進										
4	施設入所のリスク										
5	コミュニケーション										
6	視覚										
8	認知										
9	行動										
10	うつと不安										
11	高齢者の虐待										
12	社会的機能										
13	心肺の管理										
15	転倒										
16	栄養										
17	口腔衛生										
18	痛みの管理										
19	褥瘡										
20	皮膚と足の状態										
21	順守										
22b	もろい支援(主あり)(B)										
23b	薬剤(副作用)(B)										
24	緩和ケア										
25	保健予防サービス										
26	向精神薬										
27	在宅サービス削減										
28	環境評価										
29	排便の管理										
30	尿失禁と留置カテ										

(8)調査b「在宅アクションリサーチ」

①対象者:退院調整事例10件(調査a同様)

②調査方法:筆者と退院調整看護師と協働して対象者宅へ訪問調査を実施した。各事例の訪問時期・頻度は退院後2週間以内「在宅移行期」、2か月まで「在宅初期」、1年以上「在宅維持期」、事例の状況に応じて1~3回実施(1~2時間/回)(図1参照)。

i データ収集・分析方法:初回訪問では半構造的インタビュー調査を行った。本人へ「自宅に帰ってきた感想」「困っていること」「家族への思い」「退院調整看護師への質問」等、家族:「困っていること」「介護サービス」等とした。2回目以降は非構造的に自由な語りを促し収集した。音声記録により逐語録(元データ)作成し、録音の承諾が得られなかった場合は調査後に想起し、記述内容をテキスト化した。元データは目的に照らし合わせて意味内容を検討・概念化しラベル作成。内容の共通性、相異性に注目しカテゴリにまとめた。

ii 期間:平成22年7月~23年10月(1.5年)

(9)調査c「在宅医療専門職とのグループ討議」

①対象者:A市D在宅療養支援診療所医師1名、E訪問看護ステーション管理者・訪問看護師各1名。退院調整看護師2名の計4名が捉えた、退院調整事例の在宅支援上の課題をテーマに設定し、グループ討議を行った。

②調査方法:D診療所にてグループ討議を約2時間/回実施。分析方法は調査b同様。

ii 期間:平成22年9月のうち1日。

(10)調査d「本研究メンバーグループ討議」

①対象者:本研究メンバー3名

②調査方法:調査a・b・c結果を元にグループ討議を3時間/回実施。分析方法は調査b同様。

②データ収集期間:平成24年2月のうち1日。

(11)調査a・b・c・dの分析結果の統合

全調査結果で得られた各カテゴリを元デ

ータに再構成した。調査bと同様に分析した。(12)倫理的配慮:C大学倫理審査会(第22012号)を経て、B病院倫理審査代替として院長、看護部長の許可を得た。対象者には研究趣旨、参加・協力の任意性、途中辞退の自由、個人情報保護を口頭・文書説明し署名承諾を得た。※海外視察成果は「4.研究成果」で述べる。

4. 研究成果

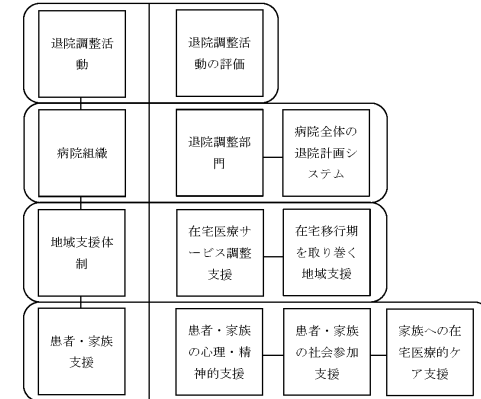
(1)退院調整事例の在宅移行期支援ニーズ

表4、図2のとおり、全調査データを分析し、再構成した結果を示す。

表4 分析データ①~④のカテゴリのまとめ

コアカテゴリ	カテゴリ	サブカテゴリ
患者・家族支援	患者・家族の心理・精神的支援	在宅介護の意思決定支援 複数の家族員による在宅介護・医療的ケア参加の支援 患者と家族の支え・支えられる関係の支援 要介護者本人の長い病歴・被支援歴を共に辿り、共有すること 家族介護者の思いの代弁とその共有 家族介護者の信頼を得るための方策
		患者・家族の社会参加支援 家族介護者の社会活動・参加支援 要介護者本人のリフレッシュを意図した外出・外泊支援
	家族への在宅医療的ケア支援	家族の医療行為の指導責任の所在 患者・家族教育指導 家族による在宅介護の創意・工夫のサポート 高度福祉・医療機器使用の共通理解 最新専門知識・情報に気軽にアクセスできる場・ツールの情報提供
	地域支援体制	在宅医療サービス調整支援 在宅療養支援診療所の訪問診療利用 ケアプラン修正・追加には訪問看護師が関与 訪問看護師が身近な相談窓口になるよう調整 退院後早期に医療・介護サービスを再調整 24時間の医療介護体制サービス調整
病院組織	在宅移行期を取り巻く地域支援課題	在宅抗がん剤療法導入の難しさ 入院患者・家族の外泊支援体制の不足 数少ない看護職ベースの介護支援専門員 在宅療養の視点が欠如した病院勤務医 認知症者支援システムの課題 (在宅支援に係る)医療職のコスト管理意識欠如と支援のモチベーション低下
	退院調整部門の課題	地域連携支援の相談窓口の明確化 介護支援専門員の職種背景 介護支援専門員からの医療相談件数が増加 在宅事例への対応 入院・外来支援の実績のない事例の対応 多岐におよぶ退院調整看護師への相談内容 病棟の総合相談窓口化
退院調整活動	退院調整活動の評価	病院全体の退院計画システム 診療部門・看護部門の体制に影響される地域連携支援 病院全体の相談体制の整備・強化 優先順位の高い課題、重点目標 包括的な記述 予測的かつ予防的な対応不足

図2 退院調整事例の在宅移行期支援ニーズの構造



(2)縦断的支援プログラム(LSP)開発と評価

①在宅移行期を通して患者・家族の多様な対立(問題)存在が明確になる。「解決できる」こと、「調和的に解決すべき対立」と区別し

て捉え、看護職・専門職連携の元に縦断的に支援していく視点が必要不可欠である(図3)。

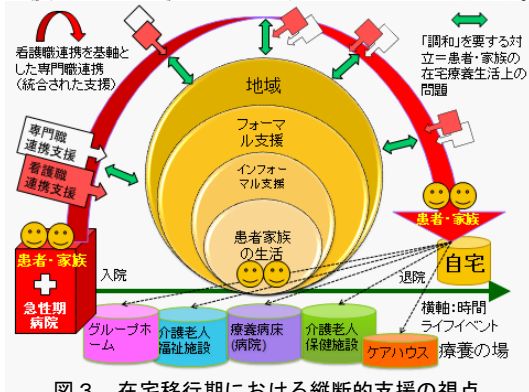


図3 在宅移行期における縦断的支援の視点

②LSPを要する対象者把握の観点(図4)

在宅移行期支援は病棟、外来、救急、在宅等の関係部署、専門特化した看護職との同職種連携、医師や社会福祉士等の他職種との専門職連携が必要になる。しかし全ての連携調整役が退院調整部門に集中しないよう受入、振分等、支援是非の判断、初動支援における対象者査定・把握力促進は最重要課題である。

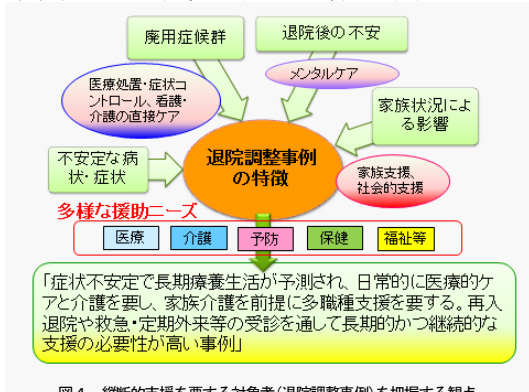


図4 縦断的支援を要する対象者(退院調整事例)を把握する観点

③本研究における入院患者と家族のための縦断的支援プログラム案(図5)

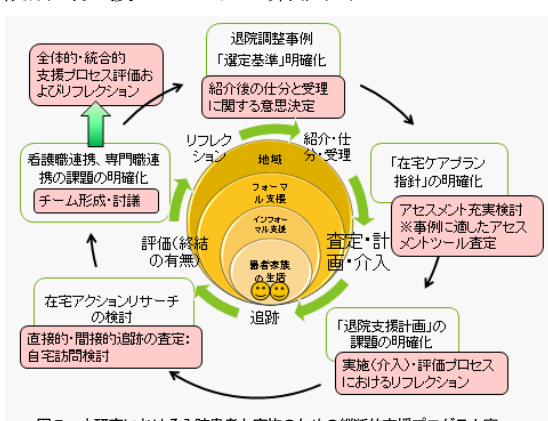


図5 本研究における入院患者と家族のための縦断的支援プログラム案

①②の結果より「入院患者と家族への縦断的支援プログラム(案)」を提案する(図5)。

図5枠内ピンクは、各プログラム項目の評価の視点としても活用できると考える。

④縦断的支援プログラムの統括評価指標(案)

- i 患者家族への支援(個の視点)
 - a. 心理・精神的支援
 - b. 社会参加支援
 - c. 家族への在宅医療ケア支援
- ii 地域支援体制(社会資源査定・活用等)
 - a.在宅医療サービス調整支援
 - b.在宅移行期を取巻く地域支援の俯瞰図
- iii.病院組織の支援
 - a.病院組織内の退院調整部門の位置づけ
 - b.退院計画システムの機能評価
- iv.退院調整活動サマリー

(3)海外視察調査

①フランス:(財)日本訪問看護振興財団企画の視察調査(2011.9、5日間)にて、フランスのHospitalisation a domicile:在宅入院制度(以下HAD)を学んだが、わが国の在宅移行期支援の課題解決の参考になった。ヒューマンケア、エコノミック、在院日数減少を目的に、病院入院よりも自己負担分の軽減措置もある。医療依存度の高い患者とその家族に対して、在宅移行期に質の高い医療的ケアの提供を可能にするため、最優先されるべきサービスをコーディネートできるよう、専門部門には医師、看護師、臨床心理士、社会福祉士等の多職種が少数配置される等、組織化されていた。全年齢、症状・疾患等を対象であり

②イギリス、オランダ:「地域ケアの実際と教育視察調査(2012.1、7日間)」に参加した。

i イギリス・ロンドン・シティ大学

看護基礎教育における臨地実習(病院)は学生と指導者のマンツーマンが実現できるよう教育環境を整えている(メンター、プラクティス・ティーチャー、ティーチャーと3層構造)。2013年度以降、看護師は学士教育のみになる。看護師は能力別評価(レベル1~9)である。日本の看護学教育は臨地実習時間数の減少等からイギリスでは評価が低い。日本人がイギリスで看護師免許取得条件が厳しくなった。看護学教員は現場と遊離しないよう、自己の実践・教育能力を磨くため現場に足を運びつながり担保している。

・マギーズセンター(がん患者支援センター)

CEO およびセンター長(いずれもがん専門看護師)のレクチャーがあった。誰もが我が家に帰ってきたような、友人宅に招かれたような空間で個が尊重され、自然に相談できる空間を目指す等、住環境への配慮が充分なされていた。がん患者の診断・治療等に係る心的ストレス、ダメージを緩和するため、小人数制運営等のコアコンセプトを崩さない。

・オランダ Buurtzorg(民間の在宅支援・訪問事業所)は、200件以上ある事業所単位でチー

ムを組む「在宅支援専門職集団の集合体」である。看護師と同行訪問し在宅移行期支援の実際を体験した。CEO ヨス氏によると、オランダではサービス単価で給付するのではなく、各ケースに必要な給付・算定方式へシフトし、高効果・効率であることが Buurtzorg の活動により立証された。デンマークの医療の質評価機関(世界的権威)から、オランダの医療は欧州で最も優れていると評価された。

(4) 今後の展望

患者と家族の QOL 担保および、専門職とのケアリング関係促進のため、以下のとおり、在宅移行期支援の充実に関して提言する。

① 退院調整加算の見直し

在宅アクションリサーチ等を通して、退院調整活動は一部門で解決できない支援課題が山積みであることが実証された。実践者が抱える課題を病院組織として見過ごさないよう、a)「退院計画システム」評価指標を導入する。b)在宅療養継続には医療や介護の直接支援やレスパイト支援の他、患者と家族の社会参加を促す社会資源開発が肝要である。c) b)を踏まえ、地域包括ケアシステムと各病院「退院計画システム」との連動が必至である、d)当事者・実践者参加型の関係者会議推進等を明文化し、積極的に一般市民のリテラシー向上、啓発活動へつなげる方向性を示す。

② 専門職連携実践(InterProfessional Work)の教育体制の推進

同職種・多専門職の連携実践の質向上は、在宅移行期支援にとり重要かつ喫緊の課題である。保健医療福祉等の学問領域における基礎教育、継続教育への義務づけが望ましい。

③ ケアマネジメントからケースマネジメントへ、当事者主体の発想へのシフト

国内フィールド調査、世界的に評価の高いフランス HAD、オランダ Buurtzorg 等の視察調査を通して、「ケース」主体の発想への帰着あるいは原点回帰が必要であると考えられる。

5. 主な発表論文等

〔雑誌論文〕(計 2 件)

① 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、査読有、14 巻、2013、13-26

② 善生 まり子、フランスの在宅入院制度および在宅ケアシステムについて看護の観点から学ぶ、埼玉県立大学紀要、査読有、13 巻、2012、139-147

〔学会発表〕(計 9 件)

① 善生 まり子、高橋 良子、アクションリサーチによる退院調整事例の在宅移行期支援ニーズの検討、日本看護科学学会第 32 回学術集会、2012 年 11 月 30 日、千代田区

② 善生 まり子、高橋 良子ら、退院調整事例の在宅追跡調査から捉えた専門職連携を要する支援課題の一考察、日本保健医療福祉連携

教育学会第 5 回学術集会、2012 年 10 月 8 日、神戸市

③ Mariko Zensho, Hajime Toda, et. The problem of home-nursing-care service recognized by IPW of home care, All Together Better Health VI, 10/6/2012, Kobe

④ 善生 まり子、高橋 良子ら、退院調整看護師の在宅支援のアセスメント力強化にむけた方策の検討、日本老年看護学会第 17 回学術集会抄録集、2012 年 7 月 15 日、金沢市

⑤ 善生 まり子、高橋 良子、在宅医療介護サービス導入事例の分析、日本在宅ケア学会第 16 回学術集会、2012 年 3 月 18 日、千代田区

⑥ Mariko Zensho, Hajime Toda, Characters of Support needs for in-home care elderly Discharge Inpatients in Kaifukuki Rehabilitation Ward, 15th EAFONS, 2/23/2012, Singapore

⑦ 善生 まり子、在宅への移行支援に関する実践上の課題、日本看護科学学会第 31 回学術集会、2011 年 12 月 2 日、高知市

⑧ 高橋 良子、善生 まり子ら、退院調整活動の指標となるチェックリストの検討、日本在宅ケア学会第 15 回学術集会、2011 年 3 月 20 日、三原市

⑨ 善生 まり子、高橋 良子ら、退院調整看護師の役割遂行を促す要因の一考察、第 41 回日本看護学会 老年看護、2010 年 9 月 10 日、奈良市

〔その他〕ホームページ等

① 善生 まり子、越谷市「包括・継続的ケアマネジメント」研修講師 研究成果紹介(2012)

② 善生 まり子、埼玉県立大学 HP 掲載「産学連携の提案」(2011~)「在宅での医療ケア」<http://www.spu.ac.jp/nocms/strawberry0008/sangaku23/003.pdf>

③ 善生 まり子、「彩の国ビジネスアリーナ 2011」研究成果をポスター展示した(2011)

④ 善生 まり子、鳩ヶ谷市市民大学講座「在宅医療の素晴らしさ」研究成果紹介(2010)

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・講師
研究者番号:22592596

(2) 研究分担者

瀬戸 僚馬(SETO RYOMA)

東京医療保健大学・医療保健学部・講師
研究者番号:20554041

(3) 連携研究者

戸田 肇(TODA HAJIME)

北里大学・看護学部・教授

研究者番号:80286369

(4) 研究協力者

高橋 良子(TAKAHASHI RYOKO)

越谷市立病院・医事課・副主幹・看護師