

科学研究費助成事業 研究成果報告書

平成 30 年 6 月 23 日現在

機関番号：11501

研究種目：若手研究(B)

研究期間：2014～2017

課題番号：26861982

研究課題名(和文)病棟看護師の退院支援実践向上システムの構築と検証

研究課題名(英文)An empirical research the effectiveness of promoting ward nurses' practical discharge support

研究代表者

進藤 真由美 (SHINDO, Mayumi)

山形大学・医学部・助教

研究者番号：30638523

交付決定額(研究期間全体)：(直接経費) 2,100,000円

研究成果の概要(和文)：病棟看護師の退院支援実践向上システムの構築と効果の検証を目的に、先駆的取組施設への調査から明らかとなった以下の4項目をシステムに採用した。退院前の訪問看護との直接面会式での患者情報の共有、退院後の患者情報について訪問看護からの報告、退院時サマリーの記載内容の変更、退院支援チェックリストの運用。システム試行前後で病棟看護師対象に退院支援実践自己評価尺度(DPWN)で評価したところ、4下位尺度のうち3つでは実践が向上したが「社会資源の活用」については試行後も実践が向上しなかった。今後は、システムのみでなく病棟看護師への退院支援教育を職場内教育の形式で併せて実施するプログラム開発を行う。

研究成果の概要(英文)：We selected the following four items that were detected in a survey of pioneering facilities to develop a system for improving the work of ward nurses supporting discharge of patients and to verify the training effects: [1] sharing of patient information with home nurses at the meeting before discharge, [2] report from home nurses about patient conditions after discharge, [3] revised contents described in the summary at discharge, and [4] use of checklists to support discharge. The system for ward nurses was assessed before and after introduction of use of the discharge planning scale for ward nurses (DPWN). Three of the 4 subscales were improved by introduction of this approach; however, the "utilization of social resources" scale was not improved. In addition to this approach, we plan to develop a program for on-the-job training for ward nurses supporting discharge of patients.

研究分野：在宅看護

キーワード：discharge support ward nurse

1. 研究開始当初の背景

退院支援とは、個々の患者・家族の状況に応じて適切な退院先を確保し、その後の療養生活を安定させるために、患者・家族への教育指導や諸サービスの適切な活用を支援すること¹⁾と定義されている。高齢患者の増加や家庭の介護力の低下など²⁾から退院困難な患者を経験している病院看護師は96.6%にのぼる³⁾。入院時にスクリーニングを実施し、退院困難と判断された患者には退院支援専門部署(以下、専門部署)が介入する方式をとる病院が急増したが、院内の退院困難患者に対して専門部署だけで介入するのは現実的に不可能であり⁴⁾、病棟看護師の退院支援実践の向上が求められている。

退院困難な患者の特性のひとつに、自宅退院後の医療処置の継続⁵⁾がある。医療処置を継続する患者の退院支援には専門部署看護師と病棟看護師が中心的に関わることが多く⁶⁾、退院後に訪問看護を利用することが多い。病院と在宅の看護師の連携促進に向けたサマリーの統一書式などのツール開発や、退院時共同指導加算等の診療報酬制度上の新規加算も相次いでいるものの、病棟看護師の退院支援実施は低い現状が報告されていた⁷⁾。

これらの背景を踏まえ、研究者は山形県内の訪問看護師を対象に病棟看護師に求める退院支援について面接調査を実施し、その後、全国の一般病床200床以上の322病院を対象に病院看護部による退院支援教育の実態に関する質問紙調査を行った。面接調査では、退院後も医療処置を継続する患者には自宅でも継続実施できる簡便な手技の指導や医療廃棄物の処理方法や衛生材料の入手先についての指導などが求められていることが分かった⁸⁾。全国調査では、医療処置を継続する患者への退院支援のための看護師教育は10%程度の病院でのみ実施されており、教育の実施には、病院に併設施設が有ること、リンクナースの配置や退院後フォローアップの実施が有意に関連することが明らかになった⁹⁾¹⁰⁾。退院後フォローアップとは、退院した患者に在宅療養での困りごとや入院中にもっと実施してほしい支援の内容を電話や書面で確認することを指す。病院が在宅との連携の機会を有することで教育の必要性を強く認識するようになり実施に結びついたと考えた。

病棟看護師の退院支援実践を向上させるためには、病棟看護師が退院後の患者状況を把握することで退院支援のアウトカム評価を受ける機会をもつ等のシステムを構築することが重要と考える。しかし、そのような病棟看護師の退院支援実践向上システムの検討を行った研究は見られなかった。

(参考文献)

- 1) 手島陸久:退院計画 病院と地域を結ぶ新しいシステム 第2版 3-10,中央法規出版,東京,1997.
- 2) 大竹まり子,田代久男他:山形大学附属病院における退院困難事例の特徴と地域医療連携セ

ンター退院支援部門の役割に関する検討,山形医学,22(1),57-69,2004.

- 3) 永田智子,大島浩子他:退院支援の現状に関する全国調査 病院における退院支援の実施体制に焦点を当てて,病院管理 A1(4),301-310,2004.
- 4) 日本訪問看護振興財団:退院調整看護師に関する実態調査報告書,2011年3月
- 5) 松下正明:チームで行う退院支援 入院時から在宅までの医療・ケア連携ガイド,62-66,中央法規出版,東京,2008.
- 6) 森鍵祐子,叶谷由佳他:他職種が協働する退院支援における看護職の役割の検討 事例別にみた退院支援の中心職種から,第13回日本在宅ケア学会学術集会講演集,161,2008.
- 7) ニノ宮沙恵子,嶋内良江:病院・訪問看護師間の連携への関心と行動の現状.第35回日本看護学会論文集(地域看護),3-5,2004.
- 8) 進藤真由美,他:平成21年度研究助成研究報告 9 病棟看護師に求められる退院支援-地域連携室担当者,訪問看護ステーション勤務者への面接調査による検討-.ヘルスサポートニュース.2010;13(11):12-15
- 9) 進藤真由美:病院看護部による病棟看護職への退院支援教育の実態と必要性 医療処置を必要とする患者の退院支援の充実を目指して,山形大学大学院医学系研究科看護学専攻修士論文 2010.
- 10) 進藤真由美,他:病院看護部による病棟看護職への退院支援教育の実態と必要性 医療処置を必要とする患者の退院支援の充実を目指して.第14回北日本看護学会学術集会講演集,96,2010.

2. 研究の目的

本研究の目的は、病棟看護師の退院支援実践が向上するためのシステムを構築し、効果を検証することである。

- (1) 患者に対する病棟看護師の退院支援実践が向上するための一般化可能なシステムを構築する。
- (2) 構築したシステム運用前後での比較調査から病棟看護師の退院支援実践が向上したか検証する。

3. 研究の方法

- (1) 病棟看護師の退院支援実践向上システムの構築

情報収集:国内外の文献検討と先駆的取組施設・地域の探索を実施した。

先駆的取組施設の調査:先駆的取組を行っている病院へインタビュー調査を行うとともに、その病院からの退院患者を引き受けている件数の多い訪問看護ステーションを紹介してもらい、その訪問看護ステーション所長にもインタビュー調査を行う。先駆的な取り組みの独自性を明らかにするために、一般的な退院支援実践がされている地域でも、病院と訪問看護ステーションを対応させてインタビューを実施した。

システムの構築:インタビュー調査の結果から、一般化可能なシステムを検討し、構築した。

- (2) システムの効果の検証：システムを試行した前後での病棟看護師の退院支援実践の変化を検証した。加えて、調査期間中の平均在院日数も比較し効果を検証した。

4. 研究成果

- (1) 病院による退院後フォローアップの現状と先駆的取組施設の探索結果

文献検討の結果

平成 28 年 2 月に医学中央雑誌 Web 版にて、「退院支援」「質」「評価」をキーワードとして原著論文で絞り込みを行った。発行年は限定せずに検索した。検索の結果、88 件の文献が抽出され、タイトルと要旨の内容から目的に合致する文献を 14 件選択した。文献を精読したところ退院後フォローアップが行われていた文献は 3 件であった。3 件の文献を、看護情報の提供元・受け手ならびに伝達手段に着目し図式化したところ、看護情報の伝達方式には現在報告されているものとしては 2 つのタイプに大別されることが明らかとなった。文献で報告された看護情報の伝達方式は、a. 病棟看護師が退院後の患者宅を訪問して状況を確認する方式と、b. 訪問看護師が在宅での患者状況を書面と写真にまとめて病棟へ持参する方式であった。平成 28 年度より退院後訪問看護指導料が新設されたこともあり、a. の方式は今後増加していくことが予測される。一方、b. の方式で情報提供した訪問看護側には現状取得できる加算等はない。この不均衡を是正し、病棟看護師の在宅のイメージ形成に効果的な退院患者の看護情報の伝達手段を検討する必要があると示唆された。(業績;学会発表)

先駆的取組施設の調査から

先駆的取組施設としては、機縁法にて 2 地域 (A 地域、B 地域) を選択し、在宅療養移行支援と退院後フォローアップの現状に関する視察を行った。比較検討の為、所属機関の所在地周辺 (C 地域) での視察も実施した。

戦後早期より地域医療の理念を掲げて実践を重ねている A 地域での病院実習では、地域で利用開始され全県で採用されるようになった「入退院支援ルール」が導入された経緯、ルールのビルドアップに向けた地域を巻き込んでの取り組みの実際、運用場面の見学を体験した。A 地域では患者の入退院に伴い病院と在宅との間で看護情報を提供していたが、互いに必要とする情報が得られている実感がなかったこと、病院での窓口が不明確で在宅の従事者が情報提供に難渋していたことなどの課題を共通認識し、その解決に向けた取り組みの成果が入

退院支援ルールとなっていた。提供すべき情報項目や方法が標準化されたことで情報提供する際の負担も軽減されている様子であった。また、A 地域では病院が率先して訪問診療を手厚く行ってきたことで地域住民が在宅療養を当然のことと認識しており、病院から退院となっても抵抗を示す者が少ないように感じた。これらのことから、ツールやシステムを新たに導入するだけでは現状の改善は難しく、運用する側の従事者や住民への教育啓蒙が不可欠であることが示唆された。

B 地域では、2016 (平成 28) 年 2 月に開設された地域包括ケア病棟のみで構成された病院を視察した。地域包括ケア病棟は 2014 (平成 26) 年の診療報酬改定時から新設された病棟基準で、平均在院日数が 60 日以内であること、退院患者の在宅復帰率が 70% 以上であること等が算定条件であるが、療養病棟や回復期リハビリテーション病棟を再編して開設する医療機関がほとんどで、視察病院の動向は全国的に注目を集めていた。期間中には体験できなかったが、連携している訪問看護ステーションと共同で実施した退院後訪問指導料の制度を活用した先駆的取り組みについての情報を得た。退院後の患者の元を訪問した看護師は在宅療養の実際について理解が深まったとのことであったが、管理者からは実現に際し訪問看護との調整にかかる労力や病棟看護師が病棟以外で勤務に就く間の病棟の看護職員補てんについては課題がある旨を聞き、現場に負担の少ない形でシステム構築するヒントを得た。訪問看護の管理者からは、過去に同一法人内の病院に向け、ファイル式で退院患者の自宅状況をフィードバックしたが病棟から否定的な反応があったため中止としたこと、病院と訪問看護間での人事交流の取り組みに対する私見を聞くことができ、実現可能性と持続性を保ったシステムが現場では有用であると考えた。

C 地域での視察から、病院と訪問看護ステーション間での退院患者の看護情報共有については、病院と連携している訪問看護ステーションでの実習から、異なる機関同士での情報共有は対面でのカンファレンス形式が多く病棟で作成した看護サマリーの内容が訪問看護師の求める情報とは必ずしも一致しないことを実際の連携場面に立ち会うことから理解できた。訪問看護ステーションでのインタビューから、数年前に病棟看護師に在宅のことをもっと理解してほしいという強い願いで退院後の患者情報を善意から病棟に返す取り組みを行ったが病院からは不要と言われ取り組

みが立ち消えになったと聞いた。指導者からは電子カルテの病院に書類を送付しても迷惑だったのだろうという推察も聞かれた。

看護職は病院、訪問看護、施設、行政、教育機関などあらゆる場で人々の健康を支援する専門職である。病院と在宅の間で看護職の連携を強化・促進することは、多職種連携が前提の地域包括ケアシステムをより強靱なものにするための「楔」になりうると考える。また、現場において特に在宅の従事者からは病院との情報共有に課題を感じていることも明らかとなった。(山形大学大学院医学系研究科看護学専攻博士後期課程フィールド実習統合的到達目標評価レポートより一部改変)

(2) システム案の構築と試行の結果
システム案の構築

先駆的取組施設での調査から、退院後フォローアップを一般化可能とするためには以下のポイントを押さえたシステムが必要と考えた。

- i) 病院と訪問看護間での退院時の患者情報交換・共有の機会の活用
- ii) 病棟看護師対象の在宅療養支援に関する教育
- iii) 退院後訪問指導等の制度活用
- iv) 書式やシステムの開発・統一よりもガイドラインやルールの作成・運用が多機関での利用に適する。

また、A 県内の居宅介護支援事業所対象にケアマネジャーが担当利用者退院時に収集する情報について調査(業績; 学会発表)では、ケアマネジャーの基礎資格によっては病院が提供した医療・看護関連情報は活用されにくい現状があることが明らかになった。多職種連携が推進されるが、専門性の高い看護情報については病院と在宅の看護職同士での情報交換・共有の機会をつくり、病棟看護師が退院患者の在宅での状況を知りうるシステム案であることも必要と考えた。

以上のことから、本研究でのシステム案としては、協力病院(一般病床 452 床)の 1 病棟において実施可能であった、退院前の訪問看護師との対面での情報交換・共有、退院後の患者状態のフィードバック(専門部署担当者を介して週 1 回のカンファレンス時に病棟に伝達)、退院時サマリーの記載項目見直しを行い、患者入院時から退院までの一連の流れが分かる様「退院支援チェックリスト」としてカルテとは別媒体のツールを運用した。

システム試行部署(D 病棟)では、管理職を除く 19 名を対象として、「退院支援チェックリスト」導入前後で退院支援

実践自己評価尺度(the Discharge Planning of Ward Nurses: 以下 DPWN) ¹⁾ に関して無記名自記式質問紙調査を行った。研究は協力病院の倫理審査の承認を得て実施した。また質問紙は無記名で回収し、回答をもって同意を得たと判断した。

DPWN では下位尺度「患者家族からの情報収集」において試行前から「実施」の回答割合が高かった。下位尺度「患者・家族への意思決定支援」では全ての項目で導入後の実施が上昇した。下位尺度「社会資源の活用」では導入後も実施の改善が見られなかった。下位尺度「院内外での多職種連携による療養指導」で一部の項目で実施が低下した。(表)

表 システム試行前後の患者情報共有の進展状況(自己評価尺度の推移)

質問項目		十分に出来ていない		出来ていない		少し出来ていない		あまり出来ていない		全く出来ていない		Med (Min-Max)
		人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	人	(%)	
1) 患者の入院前の生活状況(ADL、認知レベル、住環境等)について情報収集する	前	1	(5.3)	7	(36.8)	8	(42.2)	3	(15.7)	0	(0)	4 (3-6)
	後	0	(0)	15	(79.0)	3	(15.7)	1	(5.3)	0	(0)	5 (3-5)
2) 患者の意思、進行度、予後について情報収集する	前	0	(0)	7	(36.8)	7	(36.8)	5	(26.4)	0	(0)	4 (3-5)
	後	1	(5.3)	11	(58.0)	4	(21.0)	3	(15.7)	0	(0)	5 (3-6)
3) 患者のADL状況、認知・理解能力について情報収集する	前	0	(0)	13	(68.4)	5	(26.3)	1	(5.3)	0	(0)	5 (3-5)
	後	2	(10.5)	12	(63.3)	3	(15.7)	2	(10.5)	0	(0)	5 (3-6)
4) 家族構成と関係性、キーパーソン(インフォーマルも含む)について情報収集する	前	0	(0)	8	(42.1)	9	(47.4)	2	(10.5)	0	(0)	4 (3-5)
	後	4	(21.0)	8	(42.1)	5	(26.4)	2	(10.5)	0	(0)	5 (3-6)
5) 患者の社会背景(生活史、職業、嗜好、趣味等)について情報収集する	前	0	(0)	4	(21.1)	7	(36.8)	7	(36.8)	1	(5.3)	4 (2-5)
	後	2	(10.5)	6	(31.6)	5	(26.3)	6	(31.6)	0	(0)	4 (3-6)
6) 患者、家族が退院に向けてどのような思いを抱き、今後どのように過ごしたいかの意向を把握する	前	1	(5.3)	2	(10.5)	10	(52.6)	4	(21.1)	2	(10.5)	0 (4-3)
	後	2	(10.5)	6	(31.7)	8	(42.1)	3	(15.7)	0	(0)	4 (3-6)
7) 患者、家族の理解度に合わせて退院からの病状説明の場を設定する	前	0	(0)	4	(21.0)	4	(21.0)	8	(42.1)	2	(10.5)	3 (1-5)
	後	1	(5.3)	5	(26.3)	5	(26.3)	7	(36.8)	1	(5.3)	4 (2-6)
8) 患者のADLより、今後の生活で起こりうる課題について検討する	前	1	(5.3)	5	(26.3)	8	(42.1)	4	(21.0)	1	(5.3)	4 (2-6)
	後	1	(5.3)	8	(42.1)	6	(31.6)	4	(21.0)	0	(0)	4 (2-6)
9) 患者、家族の思いや意向と共有して、今後の方向性話し合う	前	2	(10.5)	1	(5.3)	5	(26.3)	10	(52.6)	0	(0)	3 (1-6)
	後	2	(10.5)	6	(31.6)	4	(21.0)	6	(31.6)	1	(5.3)	4 (2-6)
10) 病状に伴い、今後起こりうる生活上の変化について患者、家族へ説明する	前	0	(0)	5	(26.3)	8	(42.1)	6	(31.6)	0	(0)	4 (2-5)
	後	0	(0)	6	(31.6)	8	(42.1)	5	(26.3)	0	(0)	4 (3-5)
11) 現在の病院機能と役割について患者、家族へ説明する	前	0	(0)	3	(15.7)	5	(26.3)	9	(47.4)	2	(10.5)	0 (3-2)
	後	0	(0)	7	(36.8)	4	(21.0)	7	(36.8)	1	(5.3)	4 (2-5)
12) 患者、家族、医療者間で今後の方向性の意思、意向にズレが生じていないか確認する	前	0	(0)	5	(26.3)	7	(36.8)	7	(36.8)	0	(0)	4 (3-5)
	後	2	(10.5)	7	(36.8)	8	(42.1)	2	(10.5)	0	(0)	4 (3-5)
13) 患者の在住する地方自治体には在宅療養を支えるためのどのようなサービスがあるのか把握する	前	0	(0)	1	(5.3)	7	(36.8)	10	(52.6)	1	(5.3)	3 (2-5)
	後	1	(5.3)	1	(5.3)	9	(47.4)	7	(36.8)	1	(5.3)	4 (2-6)
14) 介護保険の対象者、申請方法、サービス内容について患者、家族へ説明する	前	0	(0)	4	(21.0)	10	(52.6)	4	(21.0)	1	(5.3)	4 (2-5)
	後	1	(5.3)	5	(26.3)	9	(47.4)	3	(15.7)	1	(5.3)	4 (2-6)
15) 住居や訪問看護の対象者と利用方法について必要時に患者、家族へ説明する	前	0	(0)	1	(5.3)	4	(21.0)	9	(47.4)	4	(21.0)	3 (1-5)
	後	0	(0)	4	(21.0)	3	(15.7)	9	(47.4)	2	(10.5)	3 (1-5)
16) 生活保護制度による医療費の負担割合について必要時に患者、家族へ説明する	前	0	(0)	1	(5.3)	0	(0)	13	(68.4)	3	(15.7)	3 (1-5)
	後	0	(0)	2	(10.5)	2	(10.5)	10	(52.6)	4	(21.0)	3 (1-6)
17) 患者、家族へ病棟スタッフが統一した内容で医療処置を指導する	前	0	(0)	7	(36.8)	10	(52.6)	2	(10.5)	0	(0)	4 (3-5)
	後	1	(5.3)	10	(52.6)	5	(26.3)	3	(15.7)	0	(0)	5 (3-6)
18) 点滴の管理や内服管理方法について医師や薬剤師と連携して患者、家族が対応可能となるよう解説化する	前	0	(0)	6	(31.6)	6	(31.6)	5	(26.3)	1	(5.3)	4 (1-5)
	後	2	(10.5)	7	(36.8)	5	(26.3)	4	(21.0)	1	(5.3)	5 (2-6)
19) 退院後の環境を想定したADL動作についてリハビリスタッフと連携して患者、家族に指導する	前	0	(0)	6	(31.6)	10	(52.6)	2	(10.5)	1	(5.3)	4 (2-5)
	後	2	(10.5)	7	(36.8)	5	(26.3)	5	(26.3)	0	(0)	4 (3-6)
20) 栄養士やNSTに在宅での食事方法や栄養について相談する	前	0	(0)	8	(42.1)	8	(42.1)	3	(15.7)	0	(0)	4 (3-5)
	後	2	(10.5)	9	(47.4)	3	(15.7)	3	(15.7)	2	(10.5)	5 (2-6)
21) 退院調整部門と連携して、患者の生活に合わせた医療処置の方法をアシストする	前	0	(0)	5	(26.3)	6	(31.6)	7	(36.8)	1	(5.3)	4 (2-5)
	後	1	(5.3)	4	(21.0)	9	(47.4)	2	(10.5)	3	(15.7)	4 (2-6)
22) 在宅生活で起こりうる異常や緊急時の対応を患者、家族が理解できているか確認する	前	0	(0)	4	(21.0)	5	(26.3)	9	(47.4)	1	(5.3)	3 (2-5)
	後	2	(10.5)	3	(15.7)	6	(31.6)	6	(31.6)	2	(10.5)	4 (2-6)
23) 退院前カンファレンスで在宅生活の課題についてケアマネジャーや医師、訪問看護師、ヘルパー、保健師へ申し送る	前	0	(0)	7	(36.8)	8	(42.1)	4	(21.0)	0	(0)	4 (3-5)
	後	1	(5.3)	7	(36.8)	6	(31.6)	4	(21.0)	1	(5.3)	4 (2-6)
24) 在宅療養の準備をする(医療材料購入について情報提供、関係医療機関との調整等)	前	0	(0)	5	(26.3)	7	(36.8)	6	(31.6)	1	(5.3)	4 (2-5)
	後	1	(5.3)	9	(47.4)	4	(21.0)	3	(15.7)	2	(10.5)	0 (5-2)

平均在院日数は、試行前 27.2 ± 4.3 日に対し試行後 25.4 ± 4.6 日へ短縮した。

(引用文献)

- 1) 坂井志麻編:退院支援ガイドブック「これまでの暮らし」「そしてこれから」をみすえてかかわる.学研メディアカル秀潤社;東京,2015

(3) まとめ

病棟看護師の退院支援実践は構築したシステムの運用前後で変化を示したが、効果の持続性については今後も評価する必要がある。また、協力病院が1施設と限定されたため一般化には限界がある。

システム案構築にあたり、先駆的取組施設での調査や現状把握のための調査から、「必要な情報が得られない」や「システムやツールを整えても結局は使用する『ヒト』が変わらなければ根本的解決にはならない」という声が挙がった。研究実施前には、現場に極力負担をかけないよう画期的ツールやシステムを構築することで現場の実践が改善すると想定していたが、看護実践は「ヒト」を介して行われる営みであり、実践の向上には教育が効果的と考える。今後は病棟看護職への教育・研修の一環として、退院後訪問や退院後患者の看護情報のフィードバック経験を含む退院支援教育プログラムの構築を検討したいと考える。

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)

進藤真由美, 大竹まり子, 森鍵祐子 (他4名, 1番目): 病院看護部による病棟看護職への継続医療退院支援教育の必要性. 日本看護研究学会雑誌, 2014;37(5):55-64 (査読あり)

〔学会発表〕(計 7件)

進藤真由美, 小林淳子: 退院患者の看護情報フィードバックの現状に関する文献検討. 第7回日本在宅看護学会学術集会, 山梨; 2017 (査読あり)

秋葉郁絵, 進藤真由美, 赤間由美, (他3名, 2番目): 訪問看護師の離職意向と職場環境との関連. 第43回山形県公衆衛生学会, 山形; 2017 (査読なし)

瀬川美紀, 進藤真由美, 赤間由美, (他3名, 2番目): 介護支援専門員の情報収集の実態 担当利用者の退院時に着目して. 第43回山形県公衆衛生学会, 山形; 2017 (査読なし)

八鍬絵梨菜, 渡部公志, 星川亜由美, 進藤真由美: A病棟における多職種連携カンファレンスの実践について. 第47回日本看護学会 看護管理 学術集会, 金沢; 2016 (査読あり)

齋藤梨沙, 進藤真由美, 赤間由美 (他4名, 2番目): 医療依存度が高い患者の退院カンファレンスの実態. 第42回山形県公衆衛生学会, 山形; 2016 (査読なし)

鈴木真美, 進藤真由美, 森鍵祐子 (他7名, 2番目): 訪問看護師から見た退院支援時の病棟看護師との連携. 第41回山形県公衆衛生学会, 山形; 2015 (査読なし)

小座間睦恵, 進藤真由美, 森鍵祐子 (他4名, 2番目): 訪問看護ステーションの広報活動とその関連要因. 第41回山形県公衆衛生学会, 山形; 2015 (査読なし)

〔図書〕(計 0件)

〔産業財産権〕

出願状況 (計 0件)

名称:
発明者:
権利者:
種類:
番号:
出願年月日:
国内外の別:

取得状況 (計 0件)

名称:
発明者:
権利者:
種類:
番号:
取得年月日:
国内外の別:

〔その他〕
ホームページ等

6. 研究組織

(1) 研究代表者

進藤 真由美 (SHINDO, Mayumi)
山形大学・医学部・助教
研究者番号: 30638523

(2) 研究協力者

小林 淳子 (KOBAYASHI, Astuko)
松田 友美 (MATSUDA, Yumi)
森鍵 祐子 (MORIKAGI, Yuko)