

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 13 No. 1

January 2015

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

ISSN 2424-0052

看護科学研究 編集委員会

編集委員： 委員長 太田勝正 (名古屋大学)
副編集長 三宅晋司 (産業医科大学)
(五十音順) 江崎一子 (別府大学)
江藤宏美 (長崎大学)
草間朋子 (東京医療保健大学)
高波利恵 (産業医科大学)
三重野英子 (大分大学)
村嶋幸代 (大分県立看護科学大学)
八代利香 (鹿児島大学)

編集幹事： 平野 亙 (大分県立看護科学大学)

英文校閲： Gerald Thomas Shirley (大分県立看護科学大学)

事務局： 定金香里 (大分県立看護科学大学)
河野梢子 (大分県立看護科学大学)
森田慶子 (大分県立看護科学大学)
馬場奈穂 (大分県立看護科学大学)
白川裕子 (大分県立看護科学大学)

編集委員会内規

1. 投稿原稿の採否、掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集上の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。
2. 査読に当たって、投稿者の希望する論文のカテゴリーには受理できないが、他のカテゴリーへの掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を留保し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。あらかじめ複数のカテゴリーを指定して投稿する場合は、受理可能なカテゴリーに投稿したものとして、採否を決定する。
3. 投稿原稿の採否は、原稿ごとに編集委員会で選出した査読委員があらかじめ検討を行い、その意見を参考にして、編集委員会が決定する。委員会は、必要に応じ、編集委員以外の人の意見を求めることができる。

査読委員の数	原著論文：	2名
	総説：	1名
	研究報告：	2名
	資料：	1名
	トピックス：	1名
	ケースレポート：	1名

看護科学研究投稿規定

1. 本誌の目的

本誌は、看護ならびに保健学領域における科学論文誌として刊行する。本誌は、看護学・健康科学を中心として、広くこれらに関わる専門領域における研究活動や実践の成果を発表し、交流を図ることを目的とする。

2. 投稿資格

特に問わない。

3. 投稿原稿の区分

本誌は、原則として投稿原稿及びその他によって構成される。投稿原稿の種類とその内容は表1の通りとする。

本誌には上記のほか編集委員会が認めたものを掲載する。投稿原稿のカテゴリーについては、編集委員会が最終的に決定する。

4. 投稿原稿

原稿は和文または英文とし、別記する執筆要項で指定されたスタイルに従う。他誌(外国雑誌を含む)に発表済みならびに投稿中でないものに限る。投稿論文チェックリストにより確認する。

5. 投稿原稿の採否

掲載順は編集委員会が決定する。採否の検討は受付順に従い、掲載は受理順によることを原則とするが、編集の都合などで、前後させる場合がある。ただし、原稿の到着日を受付日とし、採用決定の日を受理日とする。

6. 投稿原稿の査読

原則として、投稿原稿は2ヶ月を目途に採否の連絡をする。査読に当たって投稿者の希望する論文のカテゴリー欄には受理できないが、他の欄への掲載ならば受理可能な論文と判断した場合、決定を保留し、投稿者に連絡し、その結果によって採否を決定することがある。予め複数の欄を指定して投稿する場合は、受理可能な欄に投稿したものとして、採否を決定する。編集上の事項をのぞいて、掲載された論文の責任は著者にある。また著作権は、看護科学研究編集委員会に所属する。査読では以下の点を評価する。

内容：掲載価値があるか、論文の内容は正しいか、論文の区分が正しいか

形式：書き方・表現が適切か、論文の長さが適切か、タイトル・英文要旨が適切か、引用文献が適切か

7. 投稿原稿の修正

編集委員会は投稿原稿について修正を求めることがある。修正を求められた原稿はできるだけ速やかに(委員会から特に指示がない場合、2ヶ月以内を目途に)再投稿すること。返送の日より2ヶ月以上経過して再投稿されたものは新投稿として扱うことがある。なお、返送から2ヶ月以上経過しても連絡がない場合は、投稿取り下げと見なし原稿を処分することがある。

8. 論文の発表

論文の発表は、以下のインターネットジャーナルWWWページに公表する。

<http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/>

9. 校正

掲載を認められた原稿の著者校正は、原則として初校のみとする。

10. 投稿原稿の要件

投稿原稿は、以下の要件をふまえたものであることが望ましい。

- 1) 人間または動物における **biomedical** 研究実験的治療を含む)は、関係する法令並びにヘルシンキ宣言(以後の改訂や補足事項を含む)、その他の倫理規定に準拠していること。
- 2) 関係する倫理委員会の許可を得たものであることを論文中に記載すること。ただし、投稿区分「ケースレポート」については、倫理的配慮等に関するチェックリストの提出をもって、それに代えるものとする。

11. 投稿料

投稿は無料とする。

12. 執筆要項

投稿原稿の執筆要項は別に定める。

13. 著作権譲渡

著作権は看護科学研究編集委員会に帰属する。論文投稿時、投稿論文チェックリストを提出することにより、著作権を譲渡することを認めたものとする。

14. 投稿論文チェックリスト

著論文投稿時に、原稿とともに投稿論文チェックリストを提出する。

15. 英文(全文、または和文の英文タイトル、英文要旨)のネイティブ・チェック

英語を母国語としない方は、専門分野の用語を理解している英語ネイティブのチェックを受けた後、投稿する。

16. 編集事務局

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

E-mail: jjnhs@oita-nhs.ac.jp

表 1 投稿区分

カテゴリー	内容	字数
原著 (original article)	独創的な研究論文および科学的な観察	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
総説 (review article)	研究・調査論文の総括および解説	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
研究報告 (study paper)	独創的な研究の報告または手法の改良提起に関する論文	和文 5,000 ~ 10,000 文字 英文 1,500 ~ 4,000 語
資料 (technical and/or clinical data)	看護・保健に関する有用な資料	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
トピックス (topics)	国内外の事情に関するの報告など	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
ケースレポート (case report)	臨地実践・実習から得られた知見	和文 5,000 文字以内 英文 2,000 語以内
読者の声 (letter to editor)	掲載記事に対する読者からのコメント	和文 2,000 文字以内 英文 1,000 語以内

執筆要項

1. 原稿の提出方法

本誌は電子投稿を基本としています。以下の要領に従って電子ファイルを作成し、E-mailに添付してお送り下さい。その際、ファイルは圧縮しないで下さい。

ファイルサイズが大きい、あるいは電子化できない図表がある場合は、ファイルをCDにコピーし、鮮明な印字原稿を添えて郵送して下さい。原則として、お送りいただいた原稿、メディア、写真等は返却いたしません。

投稿区分「ケースレポート」を提出する場合は、「チェックリスト」を必ず郵送でお送り下さい。

原稿送付先

(E-mailの場合)

jjnhs@oita-nhs.ac.jp

(郵送の場合)

角2封筒の表に「看護科学研究原稿在中」と朱書きし、下記まで書留でお送り下さい。

〒870-1201 大分市廻栖野2944-9

大分県立看護科学大学内

看護科学研究編集事務局

2. 提出原稿の内容

1) ファイルの構成

表紙、本文、図表、図表タイトルを、それぞれ個別のファイルとして用意して下さい。図表は1ファイルにつき1枚とします。ファイル名には、著者の姓と名前の頭文字を付け、次のようにして下さい。投稿区分「ケースレポート」については、署名をした投稿要項別紙のチェックリストも用意してください。

(例) 大分太郎氏の原稿の場合

表紙: OTcover

本文: OTscript

図1: OTfig1

表1: OTtab1

表2: OTtab2

図表タイトル: OTcap

2) 各ファイルの内容

各ファイルは、以下の内容を含むものとします。

表紙: 投稿区分、論文タイトル(和文・英文)、氏名(和文・英文)、所属(和文・英文)、要旨(下記参照)、キーワード(下記参照)、ランニングタイトル(下記参照)

本文: 論文本文、引用文献、注記、著者連絡先(郵便番号、住所、所属、氏名、E-mailアドレス)

図表タイトル: すべての図表のタイトル

3) 要旨

原著、総説、研究報告、資料については、英文250語以内、和文原稿の場合には、さらに和文400字以内の要旨もつけて下さい。

4) キーワード、ランニングタイトル

すべての原稿に英文キーワードを6語以内でつけて下さい。和文原稿には、日本語キーワードも6語以内でつけて下さい。また、論文の内容を簡潔に表すランニングタイトルを、英文原稿では英語8語以内、和文原稿では日本語15文字以内でつけて下さい。

3. 原稿執筆上の注意点

1) ファイル形式

原稿はMicrosoft Wordで作成して下さい。これ以外の

ソフトウェアを使用した場合は、Text形式で保存して下さい。

図表に関しては以下のファイル形式も受け付けますが、図表内の文字には、Times New Roman、Arial、MS明朝、MSゴシックのいずれかのフォントを使用して下さい。

Microsoft Excel, Microsoft PowerPoint,
Adobe Photoshop, Adobe Illustrator, EPS, DCS,
TIFF, JPEG, PDF

2) 書体

ひらがな、カタカナ、漢字、句読点と本文(和文)中の括弧は全角で、それ以外(数字、アルファベット、記号)は半角にして下さい。数字にはアラビア数字(123...)を使用して下さい。

全角文字については、太字および斜体は使用しないで下さい。また、本文・図表とも、下記のような全角特殊文字の使用は避けて下さい。

(例)① VII ix ◎ ★ ※ 『 【 “ No. m² kg ㄗ (株) 靴 ☞

3) 句読点

本文中では、「、」と「。」に統一して下さい。句読点以外の「」 「,」 「:」 「;」などは、すべて半角にして下さい。

4) 章・節番号

章・節につける番号は、1. 2. …、1.1 1.2 …として下さい。ただし、4桁以上の番号の使用は控えてください。

(例) 2. 研究方法

2.1 看護職に対する意識調査

2.1.1 調査対象

5) 書式

本文の作成にはA4判用紙を使用し、余白は上下・左右各30.0 mm、1ページあたり37行40文字を目安にして下さい。適宜、改行を用いてもかまいません。

図表については大きさやページ数等の設定はいたしません。ただし、製版時に縮小されますので、全体が最大A4サイズ1ページにおさまるようフォントサイズにご留意下さい。1ページを超える図表になる場合は、編集事務局にご相談下さい。

6) 引用文献

本文及び図表で引用した文献は、本文の後に日本語・外国語のものを分けずに、筆頭著者名(姓)のアルファベット順に番号をふらないで記載して下さい。ただし、同一筆頭著者の複数の文献は、発行年順にして下さい。著者が3名よりも多い場合は最初の3名のみ記載し、それ以外は「他」 「et al」として省略して下さい。雑誌名に公式な略名がある場合は略名を使用して下さい。なお、特殊な報告書、投稿中の原稿、私信などで一般的に入手不可能な資料は文献としての引用を避けて下さい。原則として、引用する文献は既に刊行されているもの、あるいは掲載が確定し印刷中のものに限ります。

(例: 雑誌の場合)

江崎一子, 神宮政男, 古田栄一 他(1996). 早期リウマチ診断における抗ガラクトース欠損IgG抗体測定の臨床的意義. 基礎と臨床 30, 3599-3606.

Miyake S, Loslever P and Hancock PA (2001). Individual differences in tracking. Ergonomics. 44, 1056-1068.

Kusama T, Sugiura N, Kai M et al (1989).

Combined effects of radiation and caffeine on embryonic development in mice. Radiat Res. 117, 273-281.

(例: 書籍の場合)

高木廣文(2003). 生活習慣尺度の因子構造と同等性の検討. 柳井晴夫(編), 多変量解析実例ハンドブック, pp95-110. 朝倉書店, 東京.

Emerson AG (1976). Winners and losers: Battles, retreats, gains, and ruins from the Vietnam War. Norton, New York.

O'Neil JM and Egan J (1992). Men's and Women's gender role journeys: Metaphor for healing, transition, and transformation. In Kusama T and Kai M (Eds), Gender issues across the life cycle, pp107-123. Springer, New York.

(例: 電子ジャーナル等の場合)

太田勝正 (1999). 看護情報学における看護ミニマムデータセットについて. 大分看護科学研究 1, 6-10. [http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1\(1\)/1_1_4.pdf](http://www.oita-nhs.ac.jp/journal/PDF/1(1)/1_1_4.pdf)

本文中では、引用文の最後に(太田 2012)または(Ota 2012)のように記載します。ただし、一つの段落で同じ文献が続いて引用されている場合は不要です。著者が2名の場合は(太田・草間 2012)または(Ota and Kusama 2012)、3名以上の場合は(太田 他 2012)または(Ota et al 2004)として下さい。同一著者の複数の文献が同一年にある場合は、(太田 2012a)、(太田 2012b)として区別します。2つ以上の論文を同一箇所引用する場合はカンマで区切ります。

(例) 食事の中の塩分や脂肪は、大腸がんのリスクファクターのひとつであると考えられている(Adamson and Robe 1998a, O'Keefe et al 2007)。

図表を引用する場合は、図表のタイトルの後に(太田 2012)のように記載し、引用文献として明示して下さい。ただし、あらかじめ著作者に転載の許可を得て下さい。

電子ジャーナルの引用は、雑誌に準じます。それ以外のインターネット上のリソースに言及する必要がある場合は、引用文献とはせず、本文中にURLを明記して下さい。

(2014年4月7日改定)

看護科学研究

Japanese Journal of Nursing and Health Sciences

Vol. 13, No. 1 (2015年1月)

目次

研究報告

- 大分県内における在宅療養児の訪問看護の実態と課題 1
草野 淳子、高野 政子、下迫 絵梨、足立 綾

企画記事

- 大分県立看護科学大学第15回看護国際フォーラム
Working with communities to promote health and wellbeing 9
Karen Francis
療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価 18
永田 智子

大分県内における在宅療養児の訪問看護の実態と課題

Realities and challenges of home nursing care for children in Oita Prefecture

草野 淳子 Junko Kusano

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 小児看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

高野 政子 Masako Takano

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 小児看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

下迫 絵梨 Eri Shimosako

大分県立看護科学大学 看護学部 Oita University of Nursing and Health Sciences

足立 綾 Aya Adachi

大分県立看護科学大学 専門看護学講座 小児看護学 Oita University of Nursing and Health Sciences

2014年5月20日投稿, 2014年11月27日受理

要旨

厚生労働省は医療依存度が高い児が地域で生活できる政策を提言した。その結果、訪問看護を受ける小児は年々増加している。本研究の目的は大分県内の在宅療養児の訪問看護の実態を明らかにし、課題を検討することである。大分県内の小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションの管理者を対象に質問紙調査を実施した。62人の小児が訪問看護を利用していた。実施されている医療的ケアは経管栄養・胃瘻64.5%、気管内吸引58.1%であった。看護ケアは全身状態の管理が100%の施設で行われていた。レスパイトケアの割合は55.6%、受診同行の割合は27.8%であり、実施率は低かった。大分県では約2割の施設が小児の訪問看護を実施していた。サービス可能な施設を増加させることと、サービスの地域差をなくすことが必要である。レスパイトケアや受診同行の支援が今後の課題である。

Abstract

The Ministry of Health, Labour and Welfare has proposed a policy in which medical support communities are chosen where infants with high medical dependence can live. As a result, the number of children undergoing home-visit nursing care is increasing year by year. The purpose of this study was to clarify the realities of home-visit nursing care for children in Oita Prefecture and was to consider the challenges. An inventory survey was performed for the managers of the home-visit nursing care stations that carry out home-visit nursing care for the children in Oita. Sixty-two children were using home-visit nursing care. The medical care, that was implemented, involved tubal feeding gastric fistula, which 64.5% of the children received, and endotracheal suction, which 58.1% of the children received. 100% of the facilities managed general conditions. The proportion of respite care was 55.6%, and the proportion of consultation assistance was 27.8%, which was a low implementation rate. About 20% of the facility had conducted a home-visit nursing care for children in Oita Prefecture. Increasing the serviceable facilities and eliminating the regional differences in the service are required. Respite care support and consultation assistance are challenges for the future.

キーワード

在宅療養児、訪問看護、大分県

Key words

children receiving home care, home-visit nursing care, Oita Prefecture

1. 緒言

厚生労働省は、平成15年「医療体制の改革ビジョン」の中で、医療依存度が高い小児が地域で生活できる政策を提言し、地域医療連携、在宅支援機能の強化に取り組んでいる。その結果、医療保険を利用して訪問看護を受ける0歳～9歳の小

児の利用者は、平成13年度842人であったのに対し、平成21年度には2,928人と増加していることが報告されている（厚生労働省2011）。平成19年に日本小児科学会倫理委員会が8府県で行った20歳未満の超重症心身障がい児（以下、超重症児）についての調査によると、超重症児の70%が在

在宅療養中であるが、訪問診療を受けている小児は7%、訪問看護を受けている小児は18%で、ホームヘルパーを利用しているのは12%である。すなわち、医療依存度の高いほとんどの超重症児が、家族の力だけで在宅療養をしている(前田 2012)。近年、小児と家族のQOLを重視する考えや、在宅療養を可能とする人工呼吸器などの機器の開発、訪問看護ステーションでの小児の受入数の増加などにより、地域で生活する小児は増加している。しかし、医療依存度の高い小児は、生命の危機に直結しやすいため、家族は不断の緊張状態におかれ、身体的・精神的な疲弊を感じている。従って、このような小児の地域での暮らしを身近に支える役割として、訪問看護師が期待されている(下地 2010)。地域に密着している訪問看護ステーションで小児訪問看護を実施し、介護者の負担の軽減や、関連機関とのネットワークづくり、時にはよき相談相手となるような小児訪問看護の普及を期待したいが、現状は難しい状況であり、その実態は把握されていない(古田 2008)。大分県内でも同様に、訪問看護を利用している小児の数や訪問看護の実施状況は把握されていない。

本研究の目的は、大分県内の訪問看護を受ける在宅療養児の状況、小児の訪問看護の実施状況や関連機関との連携の状況を明らかにして、今後の課題を検討することである。

2. 研究方法

2.1 調査期間および対象者

調査期間は平成25年9月～10月であった。対象者は、大分県内で小児の訪問看護を実施している訪問看護ステーションの管理者とした。

2.2 調査手順

調査は、先行文献を参考に独自に作成した無記名の自記式質問紙法を用いて、実施した。公益社団法人大分県看護協会のホームページの情報より、県内の101施設の訪問看護ステーションを確認した。その内、小児の訪問看護の記載がある28施設に電話で実施の有無を確認した結果、19施設が小児の訪問看護を実施していた。19施設の訪問看護ステーションの管理者に電話で内諾を頂き、研究の趣旨を記載した協力依頼文や質問紙を郵送した。管理者には同意書に署名捺印し、同意書と

回答用紙を返送するよう依頼した。

2.3 調査項目

調査は、先行文献を参考に、自記式質問紙を作成し実施した。調査項目は、基本属性(訪問看護ステーションの設置形態、小児の訪問看護実施年数、小児看護の経験のある看護師数、訪問看護ステーションで働く看護師の人数、小児の訪問看護の利用者数、利用者の年齢・人数、訪問看護の依頼元、利用者の主疾患・人数)8項目、小児の訪問看護で実施している処置・ケアについて12項目、小児の訪問看護で実施している看護ケアについて16項目、他職種との連携状況について7項目、計43項目とした。訪問看護で実施している看護ケア、他職種との連携に対しては「よくする」から「しない」までの4段階のリッカート法で回答を求めた。

2.4 分析方法

基本属性、小児の訪問看護で実施している処置・ケア、小児の訪問看護で実施している看護ケアについては記述統計で、他職種との連携状況については、訪問看護ステーションの設置形態、小児の訪問看護実施年数で2群に分け、 χ^2 検定(Fisherの直接法)を行った。4段階で回答を求めた「他職種との連携」「現在行っている看護」については、「よくする」と「時々する」を「する群」とし、「あまりしない」と「しない」を「しない群」に再分類し、比較した。データの集計は統計ソフトSPSS ver. 20.0を使用し、有意水準を5%とした。

2.5 倫理的配慮

本研究への協力は、対象者の自由意思と任意性に基づいて行われることを文書で説明した。また、収集したデータは厳重に保管し、協力して頂いた個人が特定できないようプライバシーの保護を遵守した。収集したデータは分析後速やかにデータを破棄すること、調査結果は研究以外の目的では使用しないこと、同意書と回答の返信により承諾を得たとすることを文書で説明した。本研究は、大分県立看護科学大学研究倫理安全委員会の承認を得て実施した(承認番号: 818)。

2.6 用語の定義

訪問看護ステーションの設置形態は、「併設型」と「独立型」とした。「併設型」は、医療機関または

介護保険施設（介護老人保健施設もしくは介護老人福祉施設）と併設している施設であり、「独立型」は、医療機関などに属さず訪問看護ステーションのみで独立採算制をとる施設である。

訪問看護ステーションを小児の訪問看護の開始からの実施年数により、「5年以下群」と「6年以上群」に分類した。「5年以下群」は小児の訪問看護を開始して5年以下である群、「6年以上群」は開始してから6年以上経過している群とした。

3. 結果

3.1 対象施設の概要

大分県内の訪問看護ステーション101施設のうち、小児の訪問看護を実施している19施設に質問紙を配布し、18部（94.7%）の回答が得られた。19施設を市町村別にみると、中津市が3か所、宇佐市が3か所、大分市が7か所、別府市が2か所、臼杵市が1か所、津久見市が1か所、佐伯市が2か所であった。豊後大野市、竹田市、日田市など県西部や国東市など県北東部では小児の訪問看護を行っているステーションがなく、地域差がみられた。回収した回答はすべてを有効回答とした。対象施設の概要を表1に示した。

ステーションの設置形態は、医療機関併設型が6施設（33.3%）、介護保険施設併設型が2施設（11.1%）、独立型が10施設（55.6%）であった。小児の訪問看護の実施年数は平均が7.06 ± 6.22年であり、5年以下群が10施設（55.6%）、6年以上群が8施設（44.4%）であった。1施設における小児看護の経験のある看護師の人数は、平均が2.33

表1. 対象施設の概要 (n = 18)

	n	%
設置形態	医療機関併設型	6 33.3
	介護保険施設併設型	2 11.1
	独立型	10 55.6
小児訪問看護実施年数	5年以下群	10 55.6
	6年以上群	8 44.4
小児看護の経験のある看護師の人数	0~3人	13 72.2
	4人以上	5 27.8
看護師数	0~4人	6 33.3
	5~9人	8 44.4
	10~14人	2 11.1
	15~19人	1 5.6
1施設における利用者数	20人以上	1 5.6
	1~3人	13 72.2
	4~6人	3 16.7
	7~9人	1 5.6
合計	18	100.0

± 1.94人であり、0~3人が13施設（72.2%）、4人以上が5施設（27.8%）であった。1施設のステーションで働く看護師の人数は、平均が7.17 ± 5.18人であり、0~4人が6施設（33.3%）、5~9人が8施設（44.4%）、10~14人が2施設（11.1%）であった。1施設における小児の訪問看護の利用者数は、平均が3.44 ± 4.2人（最少1人、最多18人）であり、1~3人が13施設（72.2%）、4~6人が3施設（16.7%）であった。

3.2 小児の訪問看護の利用状況

小児の訪問看護の利用状況について表2に示した。対象18施設で計62人の小児が訪問看護を利用していた。利用する小児の年齢は平均が5.87 ± 4.58歳であり、0~3歳が24人（38.7%）、4~7歳が17人（27.4%）、8~11歳が12人（19.4%）、12~15歳が5人（8.1%）であった。利用する小児の主疾患は、「脳・神経系疾患」が最も多く20人（32.3%）であり、次いで「脳性麻痺」が12人（19.4%）、「染色体異常」が10人（16.1%）、「低出生体重児」が4人（6.5%）、「呼吸器疾患」が4人（6.5%）などであった。訪問看護の依頼元は、「病院NICU・小児科」が最も多く54人（87.1%）であり、次いで「家族」が5人（8.1%）、「保健所・保健センター」が2人（3.2%）などであった。

表2. 小児訪問看護の利用者の状況 (n = 62)

	n	%
利用者の年齢	0~3歳	24 38.7
	4~7歳	17 27.4
	8~11歳	12 19.4
	12~15歳	5 8.1
	16~18歳	2 3.2
	不明	2 3.2
利用者の主疾患	脳・神経系疾患	20 32.3
	脳性麻痺	12 19.4
	染色体異常	10 16.1
	低出生体重児	4 6.5
	呼吸器疾患	4 6.5
	循環器疾患	1 1.6
	消化器疾患	1 1.6
	その他	10 16.1
	・低酸素性虚血脳症	
利用者への訪問看護の依頼元	病院NICU・小児科	54 87.1
	家族	5 8.1
	保健所・保健センター	2 3.2
	療育センター	0 0.0
	児童相談所	0 0.0
	その他	1 1.6
合計	62	100.0

(数値は、18施設における利用者の合計人数と割合)

実施されている処置・ケアの内容について表3に示した。「経管・胃瘻栄養管理」が最も多く40人(64.5%)であり、次いで「気管内吸引の実施」が36人(58.1%)、「気管切開管理」が30人(48.4%)、「人工呼吸器管理」が21人(33.9%)、「酸素療法管理」が18人(29.0%)などで、医療依存度が高い小児が多かった。

3.3 小児の訪問看護における看護ケア

対象施設における看護ケアの実施状況は表4に示した。＜直接的ケア＞である「全身状態の管理」は全施設で実施されていた。また、「日常生活援助」は17施設(94.4%)が実施し、「リハビリテーション」は16施設(88.9%)が実施していた。＜家族支

表3. 小児の訪問看護で行っている処置・ケア(複数回答)

	n	%
経管・胃瘻栄養管理	40	64.5
気管内吸引の実施	36	58.1
気管切開管理	30	48.4
人工呼吸器管理	21	33.9
酸素療法管理	18	29.0
吸入の実施	15	24.2
洗腸・排便の実施	7	11.3
褥瘡・創部処置	6	9.7
人工肛門・膀胱の管理・処置	3	4.8
中心静脈栄養の管理	2	3.2
その他	5	8.1
・リハビリ		
・清潔支援		
・座位訓練		
・生活援助全般		

(%はn=62に対する割合)

表4. 小児の訪問看護における看護ケア(n=18)

		する群		しない群	
		n	%	n	%
直接的 ケア	全身状態の管理	18	100.0	0	0.0
	日常生活援助	17	94.4	1	5.6
	リハビリテーション	16	88.9	2	11.1
家族 支援	育児指導・相談	17	94.4	1	5.6
	家族と児の関わり方のアセスメント	16	88.9	2	11.1
	家族の障害受容の過程のアセスメント	16	88.9	2	11.1
	家族の児に対する気持ちを継続的に聞く	16	88.9	2	11.1
	家族のストレス・恐れに対するケア	16	88.9	2	11.1
	療育指導・相談	15	83.3	3	16.7
	児と親の相互作用への助言	15	83.3	3	16.7
	レスパイトケア	10	55.6	8	44.4
	受診同行	5	27.8	13	72.2
情報 提供 連絡 調整	医療器具の管理	16	88.9	2	11.1
	緊急時の連絡調整	16	88.9	2	11.1
	有効な社会資源を活用できるような支援	15	83.3	3	16.7
	各種手続きの助言	14	82.4	3	17.6

* 各種手続きの助言については n=17

援＞では「育児指導・相談」は17施設(94.4%)、「家族と小児の関わり方のアセスメント」は16施設(88.9%)、「家族の障害受容の過程のアセスメント」は16施設(88.9%)、「家族の小児に対する気持ちを継続的に聞く」は16施設(88.9%)、「家族のストレス・恐れに対するケア」は16施設(88.9%)、「療育指導・相談」は15施設(83.3%)、「小児と親の相互作用への助言」は15施設(83.3%)が実施していた。一方、＜家族支援＞に含まれる「レスパイトケア」は10施設(55.6%)、「受診同行」は5施設(27.8%)と実施率が低かった。＜情報提供・連絡調整＞である「医療器具の管理」は16施設(88.9%)、「緊急時の連絡調整」は16施設(88.9%)、「有効な社会資源を活用できるような支援」は15施設(83.3%)、「各種手続きの助言」は14施設(77.8%)が実施していた。

3.4 他職種との連携状況

対象施設の「他職種との合同カンファレンス」は16施設(88.9%)、「入院していた病院のスタッフやかかりつけ医との連携や情報交換」は13施設(72.2%)、「保健師との連携や情報交換」は12施設(66.7%)、「他ステーションとの連携や情報交換」は12施設(66.7%)、「福祉施設との連携や情報交換」は8施設(44.4%)で実施していた。

ステーションの設置形態別に比較したものを、表5に示した。「他職種との合同カンファレンス」は、併設型が6施設(75.0%)、独立型は10施設(100.0%)が実施していた。「入院していた病院のスタッフや、かかりつけ医との連携や情報交換」は、併設型が4施設(50.0%)、独立型は9施設(90.0%)が実施していた。「保健師との連携や情報交換」は、併設型が4施設(50.0%)、独立型は8施設(80.0%)が実施していた。「他ステーションとの連携や情報交換」は、併設型が3施設(37.5%)、独立型は9施設(90.0%)が実施しており有意差がみられた(p<0.05)。「福祉施設との連携や情報交換」は、併設型が2施設(25.0%)、独立

表5. 設置形態別(併設型・独立型)の多職種との連携状況 (n = 18)

		する群		しない群		合計		p 値
		n	%	n	%	n	%	
他職種との合同カンファレンス	併設型	6	75.0	2	25.0	8	100.0	0.183
	独立型	10	100.0	0	0.0	10	100.0	
入院していた病院のスタッフや かかりつけ医との連携や情報交換	併設型	4	50.0	4	50.0	8	100.0	0.118
	独立型	9	90.0	1	10.0	10	100.0	
保健師との連携や情報交換	併設型	4	50.0	4	50.0	8	100.0	0.321
	独立型	8	80.0	2	20.0	10	100.0	
他訪問看護ステーションとの 連携や情報交換	併設型	3	37.5	5	62.5	8	100.0	0.043*
	独立型	9	90.0	1	10.0	10	100.0	
福祉施設との連携や情報交換	併設型	2	25.0	6	75.0	8	100.0	0.153
	独立型	6	66.7	3	33.3	9	100.0	
医療機器メーカーとの連携や 情報交換	併設型	3	37.5	5	62.5	8	100.0	0.637
	独立型	5	55.6	4	44.4	9	100.0	
児の通う支援学校との連携や 情報交換	併設型	2	28.6	5	71.4	7	100.0	1.000
	独立型	2	25.0	6	75.0	8	100.0	

χ²検定 * p<0.05

表6. 小児の訪問看護の開始からの実施年数別 (5年以下群・6年以上群) の多職種との連携状況 (n = 18)

		する群		しない群		合計		p 値
		n	%	n	%	n	%	
他職種との合同カンファレンス	5年以下群	10	100.0	0	0.0	10	100.0	0.183
	6年以上群	6	75.0	2	25.0	8	100.0	
入院していた病院のスタッフや かかりつけ医との連携や情報交換	5年以下群	8	80.0	2	20.0	10	100.0	0.608
	6年以上群	5	62.5	3	37.5	8	100.0	
保健師との連携や情報交換	5年以下群	9	90.0	1	10.0	10	100.0	0.043*
	6年以上群	3	37.5	5	62.5	8	100.0	
他訪問看護ステーションとの 連携や情報交換	5年以下群	8	80.0	2	20.0	10	100.0	0.321
	6年以上群	4	50.0	4	50.0	8	100.0	
福祉施設との連携や情報交換	5年以下群	5	55.6	4	44.4	9	100.0	0.637
	6年以上群	3	37.5	5	62.5	8	100.0	
医療機器メーカーとの連携や 情報交換	5年以下群	3	33.3	6	66.7	9	100.0	0.347
	6年以上群	5	62.5	3	37.5	8	100.0	
児の通う支援学校との連携や 情報交換	5年以下群	2	25.0	6	75.0	8	100.0	1.000
	6年以上群	2	28.6	5	71.4	7	100.0	

χ²検定 * p<0.05

型は6施設(66.7%)が実施していた。「児の通う支援学校との連携や情報交換」は、併設型が2施設(28.6%)、独立型は2施設(25.0%)が実施していた。

小児の訪問看護の開始からの実施年数で比較したものを、表6に示した。「他職種との合同カンファレンス」は、5年以下群が10施設(100.0%)、6年以上群は6施設(75.0%)が実施していた。「入院していた病院のスタッフや、かかりつけ医との連携や情報交換」は、5年以下群が8施設(80.0%)、6年以上群は5施設(62.5%)が実施していた。「保健師との連携や情報交換」は、5年以下群が9施設(90.0%)、6年以上群は3施設(37.5%)が実施しており有意差がみられた(p < 0.05)。「他ステーションとの連携や情報交換」は、5年以下群が8施設(80.0%)、6年以上群は4施設(50.0%)が実施していた。「福祉施設との連携や情報交換」

は、5年以下群が5施設(55.6%)、6年以上群は3施設(37.5%)が実施していた。「児の通う支援学校との連携や情報交換」は、5年以下群が2施設(25.0%)、6年以上群は2施設(28.6%)が実施していた。

4. 考察

4.1 在宅小児の訪問看護の実態

医療依存度の高い小児がよりよく地域で生活していくには、訪問看護ステーションの役割は欠かせない存在である(及川 2003)。全国の看護協会の訪問看護ステーション161施設を対象とした研究によると、62施設が小児の訪問看護を実施しており、利用する小児の主疾患は脳・神経系疾患が最も多く、次いで脳

性麻痺、先天異常が多いこと、吸引や経管栄養、酸素療法が実施されていたことが報告されている(谷口 他 2005)。大分県内の訪問看護ステーションのうち小児の訪問看護を実施しているのは約2割弱であり、全国調査の約4割という結果と比較すると少ない。しかし、小児の主な疾患や、実施されている処置・ケアの内容は、同様であった。対象の18施設中5割強が小児の訪問看護を開始してから5年以下であり、大分県では近年小児の訪問看護を実施するステーションが増加したと考えられる。

訪問看護制度は、昭和58年に老人保健法が施行され、初めて法的に位置づけられた。その後、健康保険法の改正などを経て対象が拡大され、平成12年の介護保険法の施行により、介護保険および医療保険の双方に対応する訪問看護制度が整

備された。平成21年6月の報告では、訪問看護ステーションによる訪問看護の対象者は75%が高齢者の介護保険による利用であった。残りの25%が医療保険による利用であるが、そのうち3.7%を小児(0~9歳)の利用者が占める(厚生労働省 2011)。訪問看護ステーションのうち半数は、得意分野を限らず、幅広い対象者に対応しているが、小児を得意とするステーションは5%とわずかである(池崎 他 2011)。小児の訪問看護では対象者が重症であり、小児領域における専門的な知識や技術等が必要である。訪問看護師には医療的ケアの実践能力だけでなく、重症児の成長や発達を理解した看護ケアの実践能力が求められる。しかし、大分県では小児の訪問看護の利用者が1施設あたり1~3人であるステーションが約7割であり、訪問看護師の中でも小児看護の経験のある看護師は約3割と少ない。

訪問看護は高齢者を中心に制度化されてきたが、ようやく小児の在宅療養者にも目が向けられてきた。平成24年度から小児在宅医療をより一層充実させるために、在宅小児経管栄養法指導管理料の新設や、長時間訪問看護の対象が人工呼吸器を装着していない超重症児・準重症児にも拡大されるなど、診療報酬が改定された。しかし、保険でカバーされる医療材料や衛生材料の提供ができる機関が限られており、活動に不都合を生じている。また、訪問看護ステーションの経営課題として、経営の安定化、効率化が図れるよう事業所の規模拡大が望ましい(青木 2013)と指摘されており、大分県では看護師10人以下の小規模施設が多いことが、経営的な視点からの課題と考えられる。

医療処置を継続しながら在宅療養を行う小児の場合は、個別的なケアや地域社会との連携は必須であり、医療と福祉の連携が不備であると在宅医療の環境は劣悪となる(緒方 2013)。大分県における訪問看護の依頼元は、病院NICU・小児科からの依頼が約9割と大部分を占めており、病院が情報提供の窓口となり関係機関への紹介や地域連携を図る役割を果たしている。その他に、家族からの直接の依頼や、保健所・保健センターからの依頼もあるため、対象者や関係者に小児の訪問看護の活動を広報することにより、利用者が増加することが期待できる。利用を希望する対象者が

サービスを利用できるように、小児の訪問看護が可能な施設を増加させ、地域差をなくすことが必要である。

4.2 小児の訪問看護で実施している看護ケア

大分県内の小児の訪問看護では、<直接的ケア>である「全身状態の管理」は全施設で実施しており、「日常生活援助」も約9割のステーションで実施していた。医療的ケアを必要とする小児は、日常的に全身状態の観察、緊急時の判断の他、清潔や食事などの生活援助も必要であるため、訪問看護師には小児への<直接的ケア>を実施できる能力が、求められる。小児の訪問看護師の役割は、母親をバックアップすること、また、家族を脇から支える在宅療養の伴走者として、家族支援のためのケアを中心に提供することである(田辺・林 2012)。本調査では、<家族支援>に含まれる「育児指導・相談」や「家族のストレス・恐れに対するケア」等も高率に実施されていた。利用する小児の家族は、在宅での世話の仕方や、小児の症状の判断、あるいは将来への不安など、ストレスを抱えていることが予測される。水落ら(2012)は、「母親は病院から在宅に帰る際、退院初日の不安を強く感じていた。入院中に子どもの急変の現場を目のあたりにしており、家に帰ってからも急変するかもしれないという生命の危機を常に感じていた。」と述べている。小児の訪問看護師は、母親のニーズに応じて必要な看護を提供することが望まれる。

「レスパイトケア」の実施率は5割強であった。レスパイトケアは、家族が介護から解放され、気分転換や休養ができる重要な支援である。対象の18施設のうち約半数が実施しており、レスパイトケアが拡大されつつあるが、まだ十分ではない。「受診同行」の実施率は3割弱であった。小児が人工呼吸器を装着していたり、吸引を必要とする場合は、受診時に人手が多く必要である。利用者の2時間を超える訪問看護サービスの利用ニーズは高いが(厚生労働省 2011)、訪問看護師による受診同行の実施率が低い要因に、訪問看護サービスの時間制限があると推察され、今後の課題であると考えられる。

4.3 小児の訪問看護と他職種との連携状況と課題

小児の訪問看護を円滑にする要件は、入院して

いた病院のスタッフとの連携・情報交換や、退院前の合同カンファレンスの実施だと報告されている(谷口 他 2005)。本調査結果では「他職種との合同カンファレンス」は9割弱、「入院していた病院のスタッフや、かかりつけ医との連携や情報交換」は7割強と高率に実施されていた。このことから、小児の訪問看護を円滑にする要件が認識され連携が図られていると言える。一方、「児の通う支援学校との連携や情報交換」は3割弱であり、訪問看護師による支援学校との連携の実施率は低い傾向にある。医療的ケアを必要とする子どもは学校での体調管理やケア提供が必要であるため、在宅で看護介入を行う訪問看護師と学校関係者との連携が今後の課題である。

小児は様々な健康状態・発達段階にあり、多様なニーズに対応していくには訪問看護だけでは支えきれない(田辺・林 2012)。今回の調査では、独立型で小児の訪問看護の開始から時間が経過していない施設ほど、他機関との連携や情報交換をしており、併設型では情報交換の実施が少ない傾向にある。これは関連施設を持たない新しい施設ほど連携の必要性を感じ、併設型では病院や施設などの職員による支援があるため、連携の必要性を感じていないのではないかと推測する。また、5年以下群では保健師との連携や情報交換をする割合が多く、6年以上群ではしない群の割合が高い。諸制度に詳しい保健師が積極的に相談を受けることで家族はより安定した生活を送ることができる(谷口 他 2004)ため、開設からの実施年数が少ない施設ほど、マネジメントを行う保健師との連携の必要性を感じており、地域の調整役として保健師に期待していた。

独立型の施設ほど他訪問看護ステーションとの連携や情報交換をしていた。1か所の訪問看護ステーションでは十分に対応できない場合があるため、可能であれば複数の施設が連携して訪問することが望ましい(望月 2010)、という報告がある。複数の訪問看護ステーションが関わることで、訪問日の調整や緊急時の対応など、様々なニーズに対応でき、施設の負担は軽減される(望月 2010)。大分県では、訪問看護ステーション間の連携を図り、利用者の在宅ケアを支援するシステムとして、平成8年に連絡協議会が設立された。今後も連絡協議会を通し、連携の強化を図ることが課題と考

える。

5. 結語

大分県では約2割弱の訪問看護ステーションが、小児の訪問看護を実施しており、調査対象の18施設において62人の小児が、訪問看護を利用していた。小児の訪問看護の実施率は低く、地域的な差が見られた。今後、小児の訪問看護を周知し普及させること、地域差をなくすこと、レスパイトケアや受診同行の拡大の検討が必要である。また、小児の多様なニーズに対応するには、1か所の訪問看護ステーションだけでは支えきれないため、ステーション間や他職種との連携や情報交換を行う必要がある。

6. 研究の限界

今回の調査は、訪問看護ステーションの管理者を対象とし実態を調査したが、訪問看護を実施している看護師や利用者のニーズを反映した結果ではないため、今後は訪問看護師や小児の訪問看護の利用者を対象として調査する必要がある。

謝辞

本研究にご協力いただいた訪問看護ステーションの管理者の皆様へ深く感謝申し上げます。

引用文献

- 青木正人(2013). 地域包括ケアを支える"訪問看護ビジネス"とは. 訪問看護と介護18(5), 401-405.
- 古田聡美(2008). 訪問看護ステーションにおける小児訪問看護の実際 -鹿児島県の実態調査-. 鹿児島純心女子短期大学研究紀要38, 155-162.
- 池崎澄江, 清水準一, 津野陽子 他(2011). 「経営管理の実態」と「事業所特性」と事業収支(黒字/赤字)との関連. 訪問看護と介護16(9), 772-775.
- 厚生労働省(2011). 中央社会保険医療協議会資料, 2013-10-2. <http://www.mhlw.go.jp/stf/shingi/2r9852000001uo3f-att/2r9852000001uo71.pdf>

前田浩利(2012). 小児在宅医療の現状と課題. 小児保健研究 71(5), 658-662.

水落裕美, 藤丸千尋, 藤田史恵 他(2012). 気管切開管理を必要とする重症心身障害児を養育する母親が在宅での生活を作り上げていくプロセス. 日本小児看護学会誌 21(1), 48-58.

望月洋子(2010). 「小児」と身構えなくても大丈夫! 訪問看護だからこそできる小児の在宅支援. 訪問看護と介護 15(8), 594-597.

緒方健一(2013). NICU・小児科病棟から在宅医療への移行と問題点 -受ける側として: 在宅診療医-. 小児内科 45(7), 1286-1290.

及川郁子(2003). 調査からみた小児の訪問看護の現状と課題. 訪問看護と介護 8(5), 373-379.

下地節子(2010). 小児訪問看護を広げていくための取り組み. 訪問看護と介護 15(8), 591-593.

田辺裕美, 林裕栄(2012). 小児在宅療養における訪問看護の機能に関する研究 -訪問看護師が捉えた小児訪問看護の役割-. 日本看護学会論文集小児看護 42, 150-153.

谷口美紀, 横尾京子, 名越静香(2004). 小児の在宅医療および育児を支えるための訪問看護ステーション利用の実状と課題. 日本新生児看護学会誌 10(1), 10-18.

谷口美紀, 横尾京子, 名越静香 他(2005). 小児領域における訪問看護ステーションの活用 第一報: 訪問看護ステーションの立場からみた実情と課題. 日本新生児看護学会誌 11(1), 32-36.



著者連絡先

〒870-1201
大分県大分市廻栖野 2944-9
大分県立看護科学大学 小児看護学研究室
草野 淳子
kusano@oita-nhs.ac.jp

大分県立看護科学大学第15回看護国際フォーラム

Working with communities to promote health and wellbeing

Karen Francis, RN, PhD

School of Nursing, Midwifery and Indigenous Health, Charles Sturt University

Received 27 January 2014

Abstract

This paper provides an overview of contemporary health care challenges that include changing population demographics, communicable and non-communicable diseases and disasters. Directions for sustainable and affordable health care systems that prioritise preventative approaches to health care are presented. The pivotal position of nurses supporting the achievement of goals and targets set by the World Health Organization, Governments and health care authorities globally are examined. Nurses' roles in promoting health and wellbeing of individuals, groups, communities and whole populations that facilitate equitable access to health care at all levels and prevent unnecessary hospitalization are portrayed. Finally, the preparedness for nurses to support the primary health care agenda is discussed and recommendations offered to strengthen their involvement.

Key words

primary health care, health challenges, community health, nursing

1. Introduction

The impact of ageing populations is a growing concern for minority (developed) nations and increasingly majority (developing) nations (Francis et al 2013, Hirano et al 2011, Nagae et al 2013, Sakai et al 2013). Many have begun planning and initiating short, medium and long term strategies for improving health status of overall populations; particularly older persons to limit the financial burden expected from changed population demographics. While the impetus for changes to health and welfare systems is primarily driven by a desire to reduce the burden expected from increased demands there is a recognition that by promoting preventative health care costs can be curtailed and population health status improved. This phenomenon coupled with a preponderance of western, minority nations to invest heavily in high-level medical interventions and related equipment utilised by a small percentage of the population has led to the adoption of primary health care as a model of health care service delivery. Investment in primary health care and realigning nations' health priorities to focus on wellness promotion

are key strategies advocated by the World Health Organization (Francis and Chapman 2011, Hirano et al 2011).

Nurses have a key role in the implementation of this agenda. To ensure that the nursing profession is prepared for the challenge of working in a reoriented health care system nurses must be equipped for practice in contexts beyond acute care (hospital) environments. Understanding and knowing the community is a fundamental element of new age nursing practice as is establishing partnerships with individuals, groups and community to facilitate improved access to health care and overall population health outcomes (Francis et al 2013, International Council of Nurses 2007b, Nagae et al 2013, Priority Health 2013).

2. Primary Health Care

The drafting and signing of the Alma Ata declaration in 1978 is often cited as the key event of the modern era that facilitated global health reform (McMurray 2003). This declaration highlighted the need for all nations to re-

conceptualise health beyond illness. Advancements in public health policy such as improved housing, access to clean water, sewage systems, national/global immunization and screening programs were accepted as major innovations that impacted positively on population health. Focusing on a whole of government approach to improving health status and the achievement of the common goal of 'health for all' was advocated and accepted by the member nations of the World Health Organization who participated in this meeting (Francis et al 2013, Hoodless et al 2008).

The blueprint for achieving the agreed goal of 'health for all' was not produced until 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion paved the way for nations to think about inter-sectorial collaboration and the prioritization of health education and promotion as primary health care initiatives to improve health literacy and overall population health (McMurray, 2003, Talbott and Verrinder, 2005). Primary Health Care as discussed at the Ottawa meeting was accepted as both a philosophy to guide health care and as a model for the organization and delivery of health care. Subsequent meetings of the member nations of the World Health organization have focused on specific issues that impact on global health and have provided frameworks for achieving their overarching goal, 'health for all' (Francis et al 2013, Sweet 2013).

Preventative health care was identified by WHO as a cost efficient and effective approach to improving population health. Preventative health care measures embrace initiatives that require inter-sectorial collaboration. For example government departments that manage roads, transport, waste disposal, water, housing and food safety, as well as policing and welfare have a role in supporting the health and wellbeing of populations. Public health campaigns aimed at raising awareness and protecting people from infectious diseases, exposure to carcinogenic and/or environmental hazards, health promotion and education programs that enhance understanding and support

optimal levels of functioning are also important components of a primary health care approach. In any health system interventionist health care is necessary when individuals' health status deteriorates and for some when death is inevitable (Sakai et al 2013). Likewise, rehabilitative health interventions that assist people regain functionality and ensure recovery which may/may not be to the same level as experienced prior to the illness episode also feature (Francis et al 2013). An effective primary health care system circumvents unnecessary hospitalization and burden of disease thus improving the quality of life for many, reduces health care costs and positively impacts on population health.

3. Contexts of nursing practice

Nurses represent the largest group of health professionals globally (International Council of Nurses 2006a). They are employed in geographically distributed settings (urban, regional, rural and remote) and in diverse contexts including but not limited to community, residential aged care, acute hospitals, hospice and rehabilitation services (Francis et al 2013, Francis and Mills 2011). Nurses work with people across the lifespan (womb to tomb). The term holistic nursing has been adopted by many nurse theorists to reflect nursing care that considers the physical body as well as the mind and spirit and the cultural, social and environmental influences that impact on health and wellbeing (McEvoy and Duffy 2008). It is this appreciation of the whole person that theorists such as Rodgers claimed differentiates nursing from other health professions (McEvoy and Duffy 2008).

The majority of nurses internationally are employed in acute care hospitals and largely work in environments that use a medical model of service delivery. The continuing primacy of the medical model as the mainstay of health systems has influenced nursing practice and potentially supported a specialization agenda that has seen the person reduced to a system part (McEvoy and

Duffy 2008, Talbott and Verrinder 2005). McElvoy and Duffy (2008, p 415) asserted that

(w)hile acknowledging the expertise of specialist nurses, it could be argued that what essentially has happened is that specialism has fragmented the whole back into its component parts.

This enigma has been promulgated through the education of nursing students (Heath 2002). If nurses are to champion 'health for all' and ensure that individuals, groups and communities are empowered and supported to access appropriate care ensuring that basic and post basic education equips them with the knowledge and skills is a necessary initial step.

4. Nursing Education and preparedness for primary health care futures

The major focus of pre-service nursing education internationally has been on developing skills to work in acute care environments. Australian nursing curriculum is not dissimilar in this regard although all pre-service nursing programs graduate generalist prepared nurses who are technically able to work in all contexts of practice (Keleher et al 2010). Keleher et al reported (2010) that while primary health care featured in most pre-service baccalaureate curriculum they researched the opportunities provided to experience diverse clinical practice settings were limited. They argued that if student nurses were not exposed to the breath of practice options their capacity to practice effectively in settings other than hospitals on graduation was limited.

The International Council of Nurses affirmed that the major providers of primary health care at all levels globally are nurses (International Council of Nurses 2007b). If nurses are to be central to improving population health they need to understand that for most people episodes of ill health that require hospitalization are insignificant in terms of their overall life trajectory. It therefore

makes sense that nursing education should include primary health care theory and ensure that it has primacy and opportunities for clinical practice to learn the skills required to practice in diverse settings (Keleher et al 2010).

5. Health policy and nurses roles in enacting the principles of Primary Health Care

Promoting health and wellbeing through public health initiatives and individual, group and population health education and promotion campaigns characterizes contemporary advanced nations' health policies and practices (Hirano et al 2011, Sakamoto 2012). Many nations have realigned health priorities to include the social determinants of health that include:

- * Age
- * Socioeconomic status
- * Education
- * Gender
- * Ethnicity
- * Wealth
- * Geographic location
- * Environmental factors (Francis and Chapman 2011, p240).

Nurses have a role in these initiatives (International Council of Nurses 2007a, International Council of Nurses 2007b). Supporting people to become self-determining through health literacy and thus enabling them to make informed decisions is a major role of nurses today and in the future (International Council of Nurses 2006b). Through engagement with community and in their environments nurses can influence overall health outcomes and the life experiences of individuals (International Council of Nurses 2006b, Nagae et al 2013). Working in partnership with community provides options for nurses to move from intervention-based practice to prevention (Francis et al 2013, Japanese Nursing Organization 2013). Changing the focus of practice is not a simplistic strategy; rather it is complex and requires not only the profession of nursing to value community and

primary healthcare practice but also governments and society. Traditionally health professionals have assumed responsibility for, and doing things to people to address aberrations to health status. This approach dominates many nations' health service delivery systems although it is accepted that empowering populations to understand how and be able to take responsibility for their own health is a more useful approach (Francis et al 2013).

6. Working with community

Understanding the community is a first step for nurses and other health professionals being able to contribute to the 'health for all' agenda (Francis et al 2013, Nagae et al 2013). This can be achieved by identifying the attributes of the community such as location, population demographics and resources. Next, developing methods for interacting and supporting community across the lifespan. Initiatives such as antenatal clinics, maternal child health, school and adolescent health services, community mental health, sexual health, family planning, drug and alcohol, domiciliary, community and residential aged care, and primary health care clinics that incorporate preventative and interventionist care are examples of practice contexts and focus of work. Additionally, assisting individuals and groups to manage communicable and non-communicable epidemics and pandemics is part of the remit of contemporary nurses. Communicable diseases that impacted on past populations such as small pox, measles, mumps, diphtheria, polio and malaria have largely been contained or in some cases eradicated with national and global immunization and other public health interventions. New communicable diseases that have challenged Governments, health systems and health professionals internationally include coronavirus, HIV/Aids, Avian and Swine flu, for example (World Health Organisation 2013). Non-communicable chronic diseases such as diabetes, cardiovascular and mental health conditions are increasing and it is this demand that nurses must respond to. Moreover, nurses have a major

role in disaster management as has been seen in recent years with the Tsunami in Japan, floods in China, Cyclone in Vietnam and the typhoons and fires in the USA (Anon 2013, Japanese Nursing Organization 2012).

Preventative nursing practice comprises high-level assessment, diagnostic and clinical reasoning and communication knowledge and skills. Nurses in all settings draw on these attributes in their everyday work. Using a holistic approach to practice they embrace the principles of primary health care that include valuing and empowering individuals, groups and communities (McEvoy and Duffy 2008).

Nurses who work in community-based settings are often individual community members' first point of contact with the health care system. They negotiate with patients, families and communities models of care that meet need and lead to improved health and wellbeing. These nurses are able to facilitate the patient journey from initial contact through the health care system ensuring that care provided is continuous and appropriate and that unnecessary hospitalization is avoided.

Identifying ways of reaching out to community and making a difference may involve rethinking the ways in which care is delivered (Nagae et al 2013). Moving from a clinic based service delivery model to an outreach health promoting preventative approach is a model of care that can increase access particularly for vulnerable groups such as the aged. This group often have mobility impairment and may or may not have transport options that limit their capacity to attend clinics (Francis et al 2013). Knowing community is therefore an essential ingredient of facilitating practice change and providing culturally appropriate care (Hirano et al 2011).

Entering client/patient homes and providing care in environments that are not controlled can be daunting for many nurses commencing community-based practice. The challenge for many is setting aside individual beliefs and values and accommodating others' difference (Nagae

et al 2013). Several authors assert that cultural competence is a requisite skill for all health care providers, a position that Governments in nations such as Australia, New Zealand, Canada and Japan have enshrined in policy (Francis and Chapman 2011, Mochizuki et al 2012). Cultural competence is '... a broad term that implies understanding and sensitivity of different cultural beliefs and practices' (Francis and Chapman 2011, p239). While cultural appropriateness refers to individuals' capacity to adjust their behaviors to accommodate population diversity. Having insight into the socio-cultural, spiritual and economic backgrounds of individuals, groups and populations is important information that should inform the ways in which nurses interact and the methods they adopt in delivering the care required (Francis and Chapman 2011).

In all settings nurses' promote wellbeing and engage in interactions that facilitate the empowerment of individuals, groups and / or communities. Nurses are therefore strategic to improving overall health outcomes (Francis et al 2013, International Council of Nurses 2007b).

7. Promoting the health of community, groups, individuals

Communities are diverse and as such their needs vary. Knowing the community and having insight into their vagaries assist nurses and other health care providers identify appropriate methods for working with individuals, groups and the community to promote and support health and wellbeing. While these are lofty goals they are the mainstay of nursing practice in all environments. Nurses who work in community primary care settings are privileged as they are invited into the everyday life worlds of those with whom they interact. Population / community demographics, employment data, income levels, morbidity and mortality patterns, community resources, and geographic location data informs awareness (Francis et al 2013). This data can be sourced

through Government websites, developing a community profile that may involve documenting through observational means the infrastructure in the community. Community profile templates are available that can assist nurses and others to construct a resource that details important information about the community (Francis and Chapman 2011, Francis et al 2013). The information contained in a community profile may be used by nurses to identify services such as specialist medical services / practitioners, complimentary therapy providers, allied health services, pharmacies, aged care and palliative care providers, doctors, dentists, welfare services, recreational agencies, transport services, support groups, education providers, religious groups and services, and food and clothing outlets to name a few that they can refer community members to. Linking individuals, families and groups to available resources and referring to necessary services ensures that they are able to expedite access (Hirano et al 2011). Nurses play a pivotal role in connecting people ensuring that they access services available and if they require health care that their 'patient journey' is fluid and best outcomes are achieved (Hirano et al 2011). Figure 1 is a visual representation of a mapped patient journey. The map highlights the initial and subsequent interactions of the patient with health services and an array of providers. Opportunities for health education and promotion feature in the process that facilitate patient empowerment, best health care outcomes and cost efficiencies. Maps such as this provide a useful audit tool that can inform the quality assurance cycle by enabling identification of points for improving the system (Shearer and Lawrence 2013). Nurses can use this information to identify opportunities to intervene as a method to reduce preventable aberrations to health status thus reducing the need for costly and sometimes debilitating interventions.

E-health records are a valuable and a convenient contemporary tool that safeguards patients navigating the health care system successfully



Figure 1. The patient journey

and that care they access is consistent (Australian Government 2013). Keeping well-informed of changes to the system and the technologies is an important aspect of ensuring practice is current. In addition, these technologies aid nurses and other health professionals support people to access appropriate care that is required before unnecessary interventions and/or hospitalization is required.

8. Using evidence to support practice

Evidenced based practice (EBP) is the new mantra driving health care (Bradbury-Jones et al 2011) and is a method that government, employers, professional organizations and regulators endorse to protect the public. Requiring best practice from health care providers including nurses is a risk management and quality assurance strategy. Muir Gray (1997) stated that EBP is 'doing the right things right' (Craig and Smyth 2007, p4).

Drawing on evidence to inform practice requires searching for information that will include practice guidelines, discerning the quality, translating the information, accommodating additional information and utilizing it in practice. Evidenced based practice guidelines are developed from reviews of the best available evidence at the time the guidelines are produced (Joanna Briggs Institute 2013). The discerning user of these guidelines and other evidence however must make informed decisions about their context of

practice and the extent to which recommendations for practice can be adopted. Being cognizant of the context in which practice occurs (community, hospital, aged care and palliative settings to name a few), being aware of the resources (human and physical and fiscal) available and the needs and expectations of community should inform translation of evidence to practice by nurses (Australian Government 2013). Nurses must be sophisticated consumers of research as well as contributors to knowledge if the work they do is to be valued and acknowledged.

The International Council of Nurses (ICN) endorses nursing research as a central activity of the profession. They argue that evidence is required to facilitate advancement of practice and to confirm the efficacy of nursing interventions. The ICN have identified a number of nursing research priorities that include:

- * Health
- * Illness and care delivery that address quality and cost effectiveness
- * Community-based care
- * Nursing workforce, and
- * Health care reform (International Council of Nurses 2007c).

Contributing to the knowledge base is an expected aspect of nurses' practice. There is a dearth of information on the impact that community based nurses have on health outcomes. As this group work closely with highly vulnerable

groups, data that they can generate is essential to inform health and workforce planning.

9. Professionalism and currency of practice

Professionalism refers to the '... conduct, aims or qualities that characterize or mark a profession or a professional person' (McEvoy and Duffy 2008, Mind Tools 2013). The attributes of a professional include honesty, integrity, having specialized knowledge, being competent, accountable, self-regulated and/or regulated by an external agency such as a nursing council/board. Professional nurses in many nations are regulated and as such adhere to legislative as well as professional codes and standards of practice that define scope of practice and associated accountabilities (International Council of Nurses 2013a). Regulation ensures that the public are protected and assured about the work that nurses are legally permitted to perform (Hudspeth 2012, International Council of Nurses 2013b).

All professional nurses are responsible for their own practice. In nations such as Japan that do not have mandatory requirements for evidence of continuing professional education as part of licensure processes, nurses are still obligated to ensure that they are safe practitioners (Hirano et al 2011, Japanese Nursing Organization 2013). Currency of practice means that practice is consistent with contemporary knowledge and skills and that these are appropriate for the contexts in which nurse's work (Japanese Nursing Organization 2012). Reading journals, attending training sessions, undertaking studies and engaging in reflective practice are examples of methods of that nurses may engage in to ensure that they are current (International Council of Nurses 2007c, James and Francis, 2011, Oyamada 2012). Nurses make a valuable contribution to the health of populations. The efficacy of their contribution is however dependent on individuals maintaining currency of practice.

10. Conclusion

The role of nurses in promoting health and wellbeing of populations is accepted. Nurses as the largest group of health professionals globally are employed in a broad range of contexts. They provide care to people across the lifespan that is underpinned by a holistic approach that values the person and understands that their 'being' cannot be separated from their life worlds. As nations struggle with changing population demographics and escalating costs of health care provision promoting population health through preventative approaches are being implemented. Nurses working in community primary care settings are pivotal to the achievement of this agenda that is consistent with the World Health Organization's recommendations for achieving 'health for all'. Knowing the community, forming partnerships and advocating on behalf of individuals, groups and communities features in their practice. These nurses form relationships with people ensuring that they have access to services that are required and that they are able to navigate the system effectively ensuring continuity of care and limiting preventable medical interventions and unnecessary hospitalization.

References

- Anon (2013). Recent Natural Disasters. <http://www.disaster-report.com> [Accessed 31st May 2013].
- Australian Government (2013). Learn About Ehealth Records. <http://www.ehealth.gov.au/internet/ehealth/publishing.nsf/content/home> [Accessed 31st May 2013].
- Bradbury-Jones C, Irvine F, Jones C et al (2011). A comparison of elderly care nursing in the UK and Japan. *Nursing Older People* 23, 31-35.
- Craig JV and Smyth RL (2007). *The Evidenced-based practice manual for nurses*, Edinburgh UK. Elsevier, Churchill Livingstone.

- Francis K and Chapman Y (2011). Cultural competence. In: Kralik D and Van Loon A (Eds.), *Community nursing in Australia*. 2nd Eds. John Wiley & Sons, Milton, Australia.
- Francis K, Chapman Y, Hoare K et al (2013). *Australia and New Zealand, community as partner, theory and practice in nursing*. Wolters Kluwer / Lippincott, Williams & Wilkins, Sydney.
- Francis K & Mills J (2011). Sustaining and growing the rural nursing and midwifery workforce: Understanding the issues and isolating directions for the future. *Collegian* 18, 55-60.
- Heath P (2002). National review of nursing education 2002. In: Ageing, D. O. H. A. (Ed.). *Commonwealth of Australia*.
- Hirano M, Saeki K, Kawaharada M et al (2011). Awareness of the importance of public health nursing activities in Japan. *Journal of Community Health* 36, 765-771.
- Hoodless M, Bourke L and Evans F (2008). Quality of rural primary health care: Including the consumer. *Australian Journal of Primary Health* 14, 82-88.
- Hudspeth R (2012). Nursing regulation: A relevant force for 2020. *Nursing Administration Quarterly* 36, 268-269.
- International Council of Nurses (2006a). *The global nursing shortage: Priority areas for intervention*. Geneva.
- International Council of Nurses (2006b). *Nursing care of the older person*. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/a15_nsg_care_older_person.pdf [Accessed 31st May 2013].
- International Council of Nurses (2007a). *Nature and scope of practice of nurse-midwives*. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/a10_nature_scope_practice_nurse-midwives.pdf [Accessed 31st May 2013].
- International Council of Nurses (2007b). *Nurses and primary health care*. Geneva, Switzerland: ICN. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/d02_nurses_primary_health_care.pdf [Accessed 31st May 2013].
- International Council of Nurses (2007c). *Nursing research*. http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/b05_nsg_research.pdf [Accessed 31st May 2013].
- International Council Of Nurses (2013a). *Global database of nurse regulators*. ICN. <http://www.icn.ch/pillarsprograms/global-database/> [Accessed 31st May 2013].
- International Council Of Nurses (2013b). *Regulation*. Geneva, Switzerland: ICN. <http://www.icn.ch/pillarsprograms/regulation/> [Accessed 31st May 2013].
- James A and Francis K (2011). Mandatory continuing professional education: What is the prognosis? *Collegian* 18, 131-136.
- Japanese Nursing Organization (2012). *JNA News Release*. JNA. http://www.nurse.or.jp/jna/english/news/pdf/2012nr_10.pdf [Accessed 31st May 2013].
- Japanese Nursing Organization (2013). *Nursing in Japan* [Online]. Tokyo: JNA. <http://www.nurse.or.jp/jna/english/nursing/education.html> - basic [Accessed 1st June 2013].
- Joanna Briggs Institute (2013). *Welcome to Joanna Briggs institute*. Adelaide, Australia: The University of Adelaide. <http://www.joannabriggs.edu.au/home> [Accessed 30th May 2013].
- Keleher H, Parker R and Francis K (2010). Preparing nurses for primary health care futures: how well do Australian nursing courses perform? *Australian Journal of primary Health*, 16, 211-216.
- McEvoy L and Duffy A (2008). *Holistic practice -*

a concept analysis. *Nurse Education in Practice* 8, 412-419.

McMurray A (2003). *Community health and wellness*. Mosby/Elsevier, Marrickville, NSW.

Mind Tools (2013). *Professionalism*. Colorado, USA: Mind Tools. <http://www.mindtools.com/pages/article/professionalism.htm> [Accessed 30th May 2013].

Mochizuki Y, Iwasaki Y and Masaki H (2012). The Asian research and collaboration centre for nursing and cultural studies in Japan. *The International Journal of Nursing Practice* 18, 4-7.

Nagae H, Tanigaki S, Okada M et al (2013). Identifying structure and aspects that 'continuing nursing care' used in discharge support from hospital to home care in Japan. *International Journal of Nursing Practice* 19, 50-58.

Oyamada K (2012). Experiences of a critical reflection program for mid-career nurses. *Japan Journal of Nursing Science* 9, 9-18.

Priority Health (2013). *Understanding Preventive Care*. Canberra, Australia: Priority Health. <http://www.priorityhealth.com/member/health-wellness/preventive-care/~media/documents/preventive-care/2013-preventive-guidelines.pdf> [Accessed 31st May 2013].

Sakai M, Naruse T and Nagata S (2013). Home visiting nurses' attitudes toward caring for dying patients, and related workplace factors. *International Journal of Palliative Nursing* 19, 195-202.

Sakamoto S (2012). Nursing for people in need. *The Daily Yomiuri*, 11 March, 2012.

Shearer S and Lawrence A (2013). C6 patient journey mapping: Everything you wanted to know but were afraid to ask - Mini Course. Slideshare. [http://www.slideshare.net/bcpsqc/c6-patient-journey-mapping-everything-you-wanted-to-know-but-were-afraid-to-ask-minicourse-s-](http://www.slideshare.net/bcpsqc/c6-patient-journey-mapping-everything-you-wanted-to-know-but-were-afraid-to-ask-minicourse-s)

[shearer-and-a-lawrence](#) [Accessed 31st May 2013].

Sweet M (2013). A surprising lack of clarity around the definition of core primary health care services. Australia: Crikey Health Blog. <http://blogs.crikey.com.au/croakey/2013/05/21/a-surprising-lack-of-clarity-around-the-definition-of-core-primary-health-care-services/> [Accessed 31st May 2013].

Talbott L and Verrinder G (2005). *Promoting health, the primary health care approach*. Elsevier, Marrickville.

World Health Organisation (2013). Sixty-Sixth world health assembly closes with concern over a new global threat. Geneva, Switzerland: WHO. http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2013/world_health_assembly_20130527/en/index.html [Accessed 31st May 2013].



Author for correspondence

Karen Francis
School of Nursing, Midwifery and Indigenous Health
Charles Sturt University
Wagga Wagga, NSW 2678, Australia
kfrancis@csu.edu.au

大分県立看護科学大学第15回看護国際フォーラム

療養場所の円滑な移行に向けた退院支援方策の開発とその評価

Strategy and evaluation of discharge planning for smooth transfer of patients

永田 智子 Satoko Nagata

東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 The University of Tokyo

2014年6月30日投稿

要旨

在院日数の短縮化が進められる中、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性が増大し、診療報酬上の評価も進んでいる。これに伴い、退院支援の普及が進んでいるが、同時に質の担保が今後の課題であると言えよう。退院支援の質を担保するためには、必要な患者にもれなく支援を行うためのスクリーニングやカンファレンス、退院支援に従事する専門職の能力向上、さらに、院内・院外の多部門・多機関との連携を円滑に進めるための体制整備が重要である。本稿では、これらの支援方策に関して解説し、今後の退院支援実践および研究の方向性についての議論の一助となることを目指す。

キーワード

退院支援、療養場所、移行、スクリーニング、カンファレンス、在宅ケア

1. 退院支援が注目される背景

在院日数の短縮化が進められる中、療養場所の円滑な移行に向けた退院支援の重要性はますます増大している。近年では、診療報酬の改定のたびに退院支援への評価が新たに追加されている（表1）。病院における退院支援部署の設置率も年々増加しており、100床以上の一般病床を有する病院に対する全国調査によると、退院支援部署設置率が2001年には29.4%であったのが、2010年には73.2%となっている（Nagata et al 2012）。このように、退院支援が普及しつつある今、その質を担保することが必要である。

2. 退院支援の定義とプロセス

退院支援はアメリカ病院協会により「患者とその家族が、退院後の適切なケアプランを作るのを助ける為に、利用可能でなければならない、部門を越えた病院全体としてのプロセス」とされており、「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援助するように病院においてシステム化された活動・プログラム」である（手島1997）。

退院支援のプロセスを図1に示す。退院支援を要する患者の抽出（スクリーニング）、ニーズの

アセスメント、退院計画の立案と実施（情報収集、意思決定支援、社会資源の調整、患者・介護者教育など）、（必要に応じ）合同カンファレンス、退院に向けたゴールの達成状況と退院後のケアプランの確認、そして、退院の後、評価・フォローアップとなる。加えて、すべての患者を対象として、入院計画策定に患者・家族が参加して入院中の目標設定を行う事、病棟で行う通常ケアに退院後を視野に入れる事が必要である。これを踏まえると、退院支援は、目標設定に向けた意思決定支援と、入院目標を達成するための看護過程の展開、そして必要な資源をリンクするためのケアマネジメントとを合わせて実行するプロセスと言える。ここで、意思決定支援には主治医や病棟看護師、看護過程の展開には病棟看護師をはじめとする病棟スタッフ、ケアマネジメントには退院支援スタッフが主な役割を果たすが、関係者全員がチームとして、目標の共有・互いの役割の認識・進捗状況の把握を行いながら進めていくことが必要である。

3. 退院支援の質を担保するためのシステム

3.1 必要な患者にもれなく支援を行う仕組み

退院支援の質を担保するためには、まず、退院支援を必要とする患者にもれなく支援を行う仕組み

表1. 昨今の主な退院支援関係の診療報酬・介護報酬の動き

2000年	(介護保険制度開始)
2002年	急性期入院加算等の施設基準：退院指導計画の作成・実施が開始される
2004年	「亜急性期入院医療管理料」の新設 →「専任の在宅復帰支援の担当者を1名以上配置」等の要件あり
2006年	「入院から在宅療養への円滑な移行の促進」 在宅療養支援診療所の新設 在宅の多職種が共同して行う退院指導について評価引き上げ 地域連携診療計画(地域連携パス)新設
2008年	長期療養者・後期高齢者への退院調整加算の新設 →「退院調整部門の設置」等の要件あり 退院時共同指導料(加算)の条件変更：三者以上が集まると+2000点 退院支援指導加算の新設：退院日の訪問看護への算定
2010年	退院調整加算：後期高齢者から介護保険該当者に拡大 在宅復帰後を目指した地域連携診療計画 がん患者の治療連携計画策定、認知症患者・NICUの退院調整加算が新設
2012年	「医療と介護の役割分担の明確化と地域における連携体制の強化及び在宅医療等の充実」 退院調整加算の要件変更：在院日数短いと高点数、スクリーニング実施要 介護報酬改定も含め、医療と介護の情報共有に対し加算

みが必要である。そのためには、スクリーニングのツールとシステムを整える必要がある。平成24年の診療報酬改定で、「退院調整加算」を算定するには「退院困難な要因を有する者を7日以内に抽出し、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、7日以内に退院支援計画の作成に着手する」ことが求められ、退院困難な要因として「悪性腫瘍・認知症・急性呼吸器感染症、緊急入院、入院前と比してのADL低下、排泄に介護を要すること、介護を十分に提供できる状況にないこと、医療処置が必要なこと、入院を繰り返している」ことなどが挙げられているが、研究的な裏付けは確認されていない。一方、スクリーニングの項目については種々の研究が行われており、点数化してハイリスクな患者を把握するツールも存在する(Blaylock and Cason 1992, 鷲見他2007)。

ただし、どのようなツールを用いても、絶対という事はない。患者の病状や家族の状況が変化することもあれば、入院時には分からなかった患者の状況が明らかになることもある。よって、フェールセーフの仕組み、および、その後のフォローアップシステムが重要である。

筆者の関わった退院支援部署の無い病院におけ

る研究では、スクリーニング票の導入とハイリスクと見なされた患者についての退院支援カンファレンスを各病棟で実施したところ、支援を要する患者を的確に把握できるようになり、看護師のアセスメント力の強化が図られたとの結果が得られた(Domoto et al 2014)。退院支援部署のある病院であれば、退院支援スタッフが各病棟で週1回支援中の患者や気になる患者について情報交換を行うカンファレンスを行う事が効果的と考えられる。

3.2 専門職の能力向上と連携体制づくり

前述のカンファレンスをはじめとする退院調整担当者との日頃からの連携体制は、病棟スタッフの退院支援能力の向上にもつながる。病棟看護師への研修とカンファレンス等を組み合わせた教育プログラムで、病棟看護師の知識の向上や行動の変化、病棟内の退院支援に対する雰囲気が変わったとする報告もある(Suzuki et al 2012)。

一方、退院支援看護師等の退院支援専門スタッフの養成に関しては、看護協会等での研修が盛んに行われている。前述のように、退院支援部署は急速に増えているが、診療報酬に押される形で部署を設置する病院もあり、退院支援専門スタッフの資質向上は課題である。退院支援看護師としては、病棟と地域との両方の経験を有し、ある程度

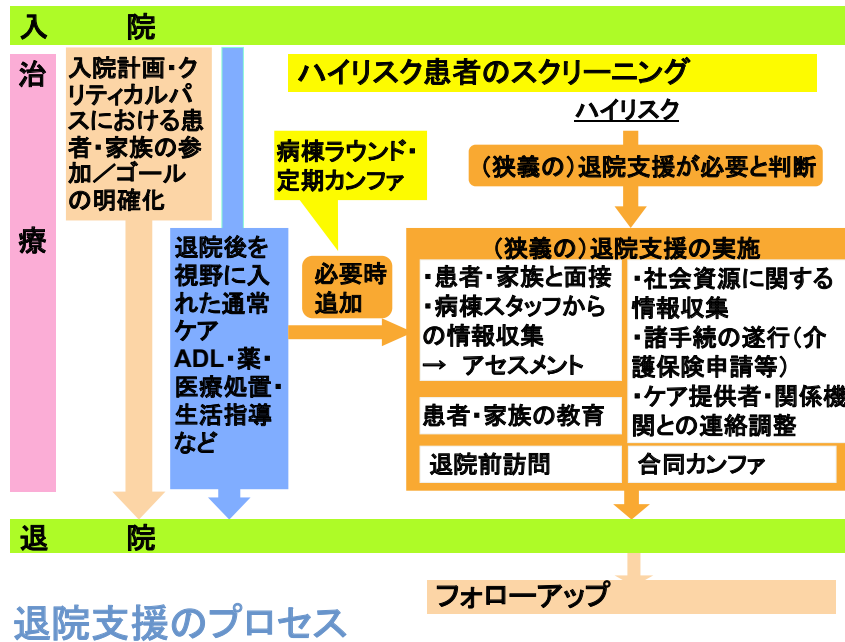


図1. 退院支援のプロセス

退院支援のプロセス

「顔が利く」立場であるほうが種々の調整がしやすいと言われている。条件に合う場合も合わない場合も、研修などで最新の知見を得ると共に、事例検討を通して具体的な問題解決方法や意思決定支援の方法を学ぶことが望まれる。多くの病院で退院支援部署には数人のスタッフしかおらず、看護職が1名という場合も多い。研修等を通して悩みを話し合える同職種の間をつくる事は、資質向上の点および自身の精神的な支えという点でも効果的と考えられる。なお、退院調整看護師の退院支援に関する能力を測定する尺度が開発されており、研修等の前後変化や経時的な変化を管理者や本人が把握するのに活用可能である(戸村 他 2013)。

さらに、病院から退院するに当たり、在宅ケアとの連携を円滑に進めることが重要である。2012年からは「在宅医療連携拠点事業」が実施され、医療・介護の従事者が一堂に会して連携の促進を図る試みが行われている。このように、地域と病院との垣根を低くすることが、個々の患者における退院支援の質向上においても効果的と考えられる。

4. 退院支援の質の評価

退院支援の評価には、複数の視点がある。まずは、退院する患者の視点である。患者が「十分準備した状態で退院でき」「退院後の生活に軟着陸

でき」「退院前に思い描いていた生活を送ることができる」という状況が望ましいが、評価の時期によって同じ退院でも評価が異なってくる可能性がある。退院前に十分な準備ができたと思われた退院でも、退院後にサービス導入が不十分であることに気づくこともある。よって、個々の患者における評価は、複数時点で慎重に行い、かつ必要に応じて介入を行う事もありうる。しかし、多くの場合、十分に準備が整った退院であれば、その後の生活への移行もスムーズに行く可能性が高いとみなしてよいだろう。

ケア提供者の視点では、スムーズな連携がよい退院支援となり、施設の効率的利用という観点では適切な在院日数で適切な療養場所に移行することが評価対象となる。これらが全てwin-winとなることが期待されるが、一時的には両立しないことも多い(十分な準備と在院日数の関係など)。基本的には、患者のQOLを第一に考えつつも、適切な時期に退院することは患者にとっても安全で効果的であることを念頭に置いて、質の高い退院支援のための最善策を探っていく必要がある。

昨今、退院支援の効果に関する介入研究が増加し、在院日数の短縮、再入院の減少、退院後の適切なサービス利用、患者・家族の満足度の向上、コスト削減などが期待できるとされている。一方で、2011年には、21の無作為化比較試験のレ

ビューにより、在院日数と再入院の減少には効果があるが、死亡率や健康アウトカム、コストにおいては効果が定まっていないとの報告が出ている (Shepperd et al 2013)。

しかし、日本でのこうした研究はまだ数少ない。「患者・ケア提供者・社会全体のwin-win-winの関係」に貢献する退院支援を促進していくためには、実践を積み重ねるとともに、その効果を明らかにする研究の推進も必要であり、今後の課題である。

5. 結論

退院支援の重要性はますます増大し、診療報酬での評価も定着した。退院支援部署が拡充される現在だからこそ、その質の担保が重要となる。退院支援は目標設定に向けた意思決定支援と、入院目標を達成するための看護過程の展開、そして必要な資源をリンクするためのケアマネジメントとを合わせて実行するプロセスであり、多部門多機関の多職種がチームとなって進めていくことが必要である。特に、必要な患者にもれなく支援を提供すること、専門職の能力向上と連携体制づくりにより適切な支援を行えるようにすることが重要である。退院支援の質は多方面からの評価が必要であり、さらに研究を進めて、退院支援による患者アウトカム改善のエビデンスを蓄積し、患者・ケア提供者・社会全体の全てを利する退院支援のあり方を追求することが今後の課題である。

引用文献

Blaylock A, Cason CL(1992). Discharge planning: predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing* 18(7), 5-10.

Domoto T, Takemura Y and Nagata S (2014). Effects of a Screening Tool and Conference on Nurses' Discharge-planning Ability in a Hospital without a Discharge Planning Department. *Clinical Nursing Studies* 2(3), 127-139.

Nagata S, Tomura H and Murashima S (2012). Expansion of discharge planning system in Japan: Comparison of results of a nationwide survey between 2001 and 2010. *BMC Health Services Research* 12, 237. <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/12/237>

com/1472-6963/12/237

Shepperd S, Lannin NA, Clemson KM et al (2013). Discharge planning from hospital to home. *EBM Reviews - Cochrane Database of Systematic Reviews, Cochrane Effective Practice and Organisation of Care Group Cochrane Database of Systematic Reviews* 1, Art No: CD000313. DOI: 10.1002/14651858. CD000313. pub4

鷺見尚己, 奥原芳子, 安達妙子 他(2007). 大学病院における改訂版退院支援スクリーニング票の妥当性の検証. *看護総合科学研究会誌* 10(3), 53-64.

Suzuki S, Nagata S, Zerwekh J et al (2012). Effects of a multi-method discharge planning educational program for medical staff nurses. *Japan Journal of Nursing Science* 9(2), 201-215.

手島陸久(1997). 退院計画 - 病院と地域を結ぶ新しいシステム -. pp39-47. 中央法規出版, 東京.

戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代 他(2013). 退院支援看護師の個別支援における職務行動遂行能力評価尺度の開発. *日本看護科学会誌* 33(3), 3-13.



著者連絡先

〒113-0033

東京都文京区本郷7-3-1

東京大学大学院 医学系研究科 地域看護学分野

永田 智子

satoko-tky@umin.ac.jp