

論文の内容の要旨

1 申請者

国立看護大学校 荒川 祐貴

2 論文題目

地域への移行支援に焦点をあてた急性期病棟に入院する患者への Care Coordination Competency Model (TCCCM) の考案

— Development of a Transitional Care Coordination Competency Model (TCCCM) for acute care unit. —

3 論文の概要 (修士: 1,000 字程度、博士: 2,000 字程度)

急性期病院における平均在院期間は年々短縮する中、地域における医療依存度の高い療養者や再入院の増加といった新たな課題が起きている。2018 年の診療報酬改定では入退院支援加算が新設され、病棟に退院支援専従の看護師を配置するなど、入院早期からの支援が強化されている。このように患者のニーズをタイムリーに把握し介入することができる病棟看護師の役割発揮が期待される一方で、急性期病院の病棟看護師は退院支援を専門部門に一任しがちとの指摘もある。そのため本研究では、急性期病院から地域に病を抱えて移行する人々を対象とした **Care Coordination** に焦点をあて、**Transitional Care Coordination Competency Model** (以下、TCCCM) の考案を目的に実施した。

研究では、質的研究を用いて病を抱えて地域に戻る人々への支援に関する **Competency** を明らかにするとともに、質問紙調査により実際に急性期病院で働く病棟看護師の認識や実践状況を踏まえた臨床有用性の検討を行い、日本における **Transitional Care Coordination Competency Model** を考案した。Competency Model 案の作成では、病棟看護師、退院支援部門の看護師、訪問看護師の 3 者を対象に半構造化面接を実施し、得られたデータをグラウンデッド・セオリーアプローチで分析した。その結果、8 つのコアカテゴリーに分かれる 29 カテゴリーが抽出された。それらの関係性を整理したところ、情報収集とアセスメント、療養支援と自立支援、地域への移行支援の 3 局面とそれらを支える基盤の 4 つの側面で構成されることが明らかとなった。まず、情報収集とアセスメントは「入院早期から治療と並行して退院後の課題を探る」が、そして、療養支援と自立支援は「病気・治療に伴う変化についての理解を促し退院後の生活に気持ちを向けていく」を含む 3 コアカテゴリーが位置づく。さらに、地域への移行支援には「継続可能な生活に向けて社会資源の利用を検討する」と「急性期病棟から地域へ医療・ケアを引き継ぐ」の 2 コアカテゴリーが含まれる。加えて、それら 3 つの局面を支える基盤として「多職種チームのより良い協働体制を構築する」と「患者の地域での生活を意識した急性期病棟看護を提供する」の 2 コアカテゴリーが位置する。これらの関係性を示す結果図を作成し、**Transitional Care Coordination Competency Model** 案が完成した。

その後、作成した TCCCM 案の Competency 案 29 項目に対して“急性期病棟での看護師の実践としての重要度”および“回答者自身の実践を振り返っての実施頻度”を全国 1100 名の病棟看護師に WEB アンケートによる質問紙調査を行った。その結果、全国 22 都道府県の計 293 名より回答を得た (回収率 26.6%)。そのうち欠損値のあるデータ

を除く 279 名を分析対象とした (有効回答率 25.4%)。その結果、「とても重要」と「やや重要」と回答した者の合計が Competency 案 29 項目全で 9 割以上を占めていた。一方、実施頻度では「全くしていない」と「ほとんどしていない」と回答した者の合計が 25.0%を超える項目が 8 項目みられた。“回答者自身の実践を振り返っての実施頻度”に関する回答を用いて確認的因子分析を行い、8 コアカテゴリーを潜在変数、26 カテゴリーを観測変数とするモデルが得られた。モデルの適合度は、 $\chi^2 / df = 1.705$ 、 $p < .001$ 、 $GFI = .884$ 、 $AGFI = .849$ 、 $CFI = .935$ 、 $RMSEA = .050$ であり、 GFI ならびに CFI は基準の .90 をやや下回るものの、 CFI と $RMSEA$ は基準を満たした。クロンバックの α 信頼性係数は、全体が $\alpha = .933$ 、各因子では $\alpha = .568 \sim .805$ と、1 因子が 3~4 と項目数が少ないなかでも十分な値を示した。また、回答者の基本属性と比較したところ「免許取得後の退院に向けた看護に関する研修・学習の機会」の有無と、Competency の実施頻度において有意差が認められた。

すべての分析を終えて、有識者とともに確認的因子分析においてモデルより削除された 3 項目を中心に TCCCM 案の見直しを行った。削除された 3 項目は、表現の抽象度が高く回答者に Competency の内容が伝わりにくかったとの見解で一致した。そのため、表現の抽象度や類似性に注意して TCCCM 案 29 項目を見直し、表現の変更ならびに 2 項目の削除を行い、最終的に 8 コアカテゴリー 27 項目から成る TCCCM を完成させた。

本研究では、急性期病院から地域に移行する患者に焦点化し、TCCCM を明らかにした。TCCCM は、これまでの Competency Model とは異なり、侵襲的な治療を行い目まぐるしく変化する急性期病棟に特化したものである。そのため、短い在院期間での支援や多職種連携・協働といった近年の急性期病院を取り巻く環境を反映しており、病による変化を患者・家族/介護者が理解し納得した上で、治療・療養を含めた新たな生活の構築をどのようにサポートするかが示されている。このように多様な職種が患者に関わる中で支援を行うにあたり求められる役割や必要な能力が TCCCM では示されていることから、基礎教育さらには現任教育へも活用できるものであり、経験年数を問わず全ての看護師が必要な視点を持ち看護を行うことが可能となる。また、他職種と互いの専門性を活かして効果的に連携していくための在り方が示唆されている。TCCCM が用いられることで急性期病院から地域に移行する患者への看護の質が担保され、再入院の抑制や患者満足度の向上が期待される。

4 キーワード (5 個程度)

「Care Coordination」、「Competency Model」、「急性期病院」、「病棟看護師」、「移行支援」、「Transitional Care」