

平成13年度社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成事業

早期退院における病院との連携を促進する
訪問看護ガイドライン作成事業

研究報告書

平成14年3月

社団法人 全国訪問看護協会

委員長・主任研究者 川越 博美

平成13年度社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成事業

早期退院における病院との連携を促進する
訪問看護ガイドライン作成事業

研究報告書

平成14年3月

社団法人 全国訪問看護協会
委員長・主任研究者 川越 博美

委員会構成

委員会

委員長	川越 博美	聖路加看護大学地域看護学 教授
委員	西島 英利	社団法人日本医師会 常任理事
委員	伊藤 きよみ	佐々訪問看護ステーション 所長
委員	押川 真喜子	聖路加国際病院訪問看護科 婦長
委員	柏木 聖代	帝京大学国際教育研究所・帝京大学医学部 公衆衛生学講座 助手
委員	佐野 かず江	衣笠病院訪問看護ステーション 所長
委員	島田 千穂	国際医療福祉大学看護学科 非常勤講師
委員	隅倉 芳子	医療法人財団大和会東大和訪問看護ステーション 所長
委員	千葉 由美	東京医科歯科大学医学部保健衛生学科老人看護学 助手
委員	山田 雅子	セコメディック病院看護部 部長
委員	横田 喜久恵	医療法人社団慶正会新宿訪問看護ステーション 所長
委員	吉田 千文	千葉大学医学部附属病院 副看護部長
委員	錦戸 典子	聖路加看護大学地域看護学 助教授
委員	長江 弘子	聖路加看護大学地域看護学 講師
委員	酒井 昌子	聖路加看護大学地域看護学 助手

研究協力者

住川 陽子	東京大学大学院医学系研究科健康社会学 大学院生
白石 あすか	千葉県がんセンター 看護婦

所轄部局

金子 あけみ	厚生労働省老人保健福祉局老人保健課 看護専門官
--------	-------------------------

事務局

事務局長	山内 政栄	社団法人全国訪問看護事業協会
事務局	濱本 百合子	社団法人全国訪問看護事業協会
事務局	霜田 美奈	聖路加看護大学

目 次

第1章 研究の目的 1

1. はじめに	1
2. 研究の目的	2
2. 本研究における倫理的配慮	2

第2章 文献検討 3

1. 問題の明確化	3
2. 文献検索	3
3. 問題点と今後の課題	5

第3章 研究方法 11

1. 調査1：病院の連携システムに関する調査	11
2. 調査2：訪問看護事業所の連携システムに関する調査	12
3. 調査3：病院から地域に移行した事例調査	14

第4章 研究結果 15

第1節 連携システムのヒアリング調査（調査1、2の結果）	15
1. 本研究で対象となった病院及び訪問看護事業所の概要	15
2. 病院の連携システム	23
A. 院内に訪問看護部を持つ病院	23
B. 同一法人の訪問看護ステーションと連携がある病院	30
C. 独立型ステーションと連携がある病院	36
3. 訪問看護事業所の連携システム	61
A. 病院の組織内にある訪問看護部（医療機関型）	61
B. 病院の同一法人訪問看護ステーション	68
C. 独立型訪問看護ステーション	76
4. 考察	85
A. 病院組織内型の連携システムの特徴	85
B. 同一法人内連携システムの特徴	89
C. 独立型連携システムの特徴	94

第2節 訪問看護ステーションへ依頼された事例調査（調査3の結果）	97
1. 対象の特性	97
2. 入院病院との連携に関する情報	103
3. 在院日数別比較	132
4. 連携の良くなかった事例からの分析	138
5. 考察～個別的な事例調査にみる連携を促進する要因の検討	142

資料編

1. 連携に活用されていた必要な書類様式
 1. 病院から地域への書類様式
 2. 地域から病院への書類様式
 3. 緊急外来受診票
2. 本研究で使用した調査票等

第1章

研究の目的

第1章

研究の目的

1 はじめに

本研究のテーマとして「早期退院」という用語が用いられているが、「早期退院」という用語の定義については、まだ専門家の中で議論されている途上にある。このような現状を鑑み、本報告書で用いる早期退院とは、「患者の疾病治療・回復、QOLの向上と健康の保持増進を目指して、患者にとって最も適切な時期に退院することである」とする。

(上記の目的なくして医療機関から、早期に退院させることではない。)

高齢化や医療の進歩に伴う医療費増大、療養者および障害者のQOL向上の視点から、早期退院が推進されている。病院からの早期退院への流れは、在宅への移行を促進し、地域ケアシステムの活性化を引き起こすと同時に、医療依存が高い患者やターミナル期にあるような重症度の高い患者が在宅へと移行することにつながる。

一方、在宅ケアの現場では介護保険によりケアマネジャーという新しい職種が誕生しケアマネジメントという新しい機能が注目されている。在宅介護支援センター、訪問看護ステーション等サービス事業所の整備が進められてきている。しかしながら、高齢者介護に代表されるような脳血管疾患後遺症の改善のためのADLの拡大や介護に重点を当てた在宅療養管理とは異なり、高度の医療的管理が必要な対象者が増加している。介護保険のケアマネジャーでは対応できない患者を受けざるを得なくなる可能性が新たな課題として出現することになる。医療依存度が高い患者やターミナル期の患者、難病や重症度の高い患者管理は、医療者である看護職による管理が必須であり、円滑な在宅移行には病院との有機的な連携が不可欠である。それは同時に在宅での生活を選択するための不安を軽減し、安心して在宅での生活を患者・家族に提供することも意味するものである。

病院から退院を促され、はじめて在宅療養を考えなくてはならなくなる患者・家族は意志決定するにあたり納得いく情報を与えられ、在宅ケアへの移行のメリット・デメリットを知った上で選択することが重要である。このようなインフォームドコンセントを基本コンセプトとした医療環境を整えていくためには、病院と訪問看護ステーションをはじめとする在宅サービスとが、必要で有効な情報交換を行い、的確に利用者の状況を把握し、サービスをうける利用者にとって有機的なシステムとして機能しなければならないと考える。

そこで本研究は、病院から地域への移行期における看護に視点をおき、連携を促進するガイドラインを作成することを目的とする。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

初年度である平成 13 年は、ガイドライン作成のための基礎資料を得ることを目的とし、病院内の連携システム、訪問看護ステーションにおける連携システムの構造について、現地調査、および事例調査を行った。その結果、効果的な情報伝達の方法と連携に関わる医療専門職の役割を明確にし、資料の整理を本報告書の内容とした。

2 研究の目的

高齢化や医療を取り囲む社会的背景に伴い、療養者および障害者の QOL 向上の視点から、病院や訪問看護ステーションおよび在宅サービスを必要とする利用者にとって在宅ケアへの移行期における病院と地域との連携は、有機的なシステムには至っておらず、重要課題とされながら、現状はまだ模索状態にあるといえる。

そこで本事業は、病院から地域への移行期における看護に視点をおき、連携を促進するガイドラインを作成することを目的とし、2 力年計画で実施することとした。

〈平成 13 年度〉

- 1) 病院から地域への連携を促進するガイドライン作成のための基礎資料を得ることを目的とし、効果的な情報伝達の方法と連携に関わる医療専門職の役割を明確にする。

〈平成 14 年度〉

- 1) 平成 13 年度の現地調査を踏まえ早期退院患者の受け入れに関する病院との連携を促進する訪問看護ガイドラインを作成する。
- 2) 研究協力の得られた訪問看護事業所において訪問看護ガイドラインの実用可能性を検討する。

3 本研究における倫理的配慮

- 1) 本研究の協力依頼は、研究主旨と調査上の留意事項を明記した同意書の署名をもって実施する。
- 2) 収集した情報や資料は本研究以外では使用しないこと、また結果の公表の際は、対象施設が特定されないよう配慮することを保証する。
- 3) 患者の個人情報は、すべて訪問看護婦を通じ記号化して収集し、患者記録等の閲覧は行わない。
- 4) 回答された内容は、すべて数値処理したのち調査対象者全体を分析し、プライバシーの保護に十分配慮する。
- 5) 結果の公表は社会福祉・医療事業団の報告書、ならびに在宅ケア関連の学会で発表する予定であるが、個人・病院が特定されないよう配慮する。

第2章

文獻檢討

第2章

文 獻 検 討

1 問題の明確化

病院との連携を促進するシステムについて、構造 structure、過程 process、効果 outcome に関する 1)、文献レビューを行う 2, 3)。早期退院のために現在日本においても導入されつつあるディスチャージプランニング等は、システムツールを用いての構造的アプローチであり、医師や看護師をはじめとする多職種によるチームが実践するケースマネジメント等の専門職の能力が問われる内容はプロセスアプローチの部分を成す 4)。そこで、ガイドライン作成の前段階となる基本的データソースの整理を Cochrane Library コクラン・ライブラリー 5)、Pub-Med パブ・メド 6) および医学中央雑誌 7) を用いて実施した。

2 文献検索

1. コクラン・ライブラリーによる検索

Cochrane Library にて、“Discharge Planning ディスチャージ・プランニング：退院計画” (No restrictions) の Keyword キーワードで検索したところ、Complete review コンプリート・レビュー：全体レビューは 48 件、Protocols プロトコールは 9 件であった。また、“Continuity コンティニュイティ：継続性” では、Complete reviews 32 件、Protocols 8 件、“transition トランジション：移行” は、Complete review は 31 件、Protocols は 11 件となっていた (H14.3.31 現在)。“Discharge Planning” については 「Discharge planning from hospital to home (病院から在宅に向けての退院計画)」 という文献レビューが見られる。内容の概要は、退院を遅延する理由として、以下の 3 点が特定されている。

1. 患者の社会的環境に対する知識不足などの理由でヘルスケア専門職による患者へのアセスメントが不十分となる。
2. 病院からタイムリーな退院を妨げるような遅い移動手続きが行われている組織の不十分さがある。
3. 病院と地域におけるサービス提供者間のコミュニケーションが不十分である。

また、その結果、先行文献で “Discharge Planning” は、在院日数を削減し、再入院を防ぐことができるとともに、患者満足感は増大した。ただ、コスト削減の有効なエビデンスはみられなかった。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

2. Pub-Medによる検索

Pub-Medで“Discharge Planning”の2ワードで検索を行った。All(全体)検索すると、全論文数は表1の通り合計1147件で、“Continuity”2549件、“transition”2617件であった。うち、Meta-Analysis メタ・アナリシス：メタ分析、Randomized Control Trail (RCT)：無作為抽出試験、Clinical Trail 臨床試験の中から、本研究に必要と判断された46文献について検討した。その結果、概要として入院中のDischarge PlanningやCritical Pathwayクリティカル・パスの導入、ケースマネジメント（ケア調整とサービス情報の継続的なケア介入の実施や退院後のケアに関する情報提供など）、リハビリテーションを考慮した対応などは、在院日数の短縮、心配・不安の軽減、ヘルスコストの削減、介護の意欲、QOL、満足感の向上などに影響があった。

【表1 各Keywordの文献数】

	Discharge planning	Continuity (*1)	Transition (*2)
全体	1147件	2549件	2617件
1960～1969(5yrs)	2件	4件	12件
1970～1974(5yrs)	13件	10件	11件
1975～1979(5yrs)	60件	157件	122件
1980～1984(5yrs)	132件	249件	176件
1985～1989(5yrs)	216件	401件	269件
1990～1994(5yrs)	297件	647件	450件
1995～1999(5yrs)	308件	774件	1017件
2000～	119件	307件	560件

*1、*2については、Aged 65+ years のLimitをかけた。

【表2 各Keywordのエビデンスレベルに応じた論文数】

論文のエビデンス レベル	Discharge planning		Continuity (*1)		Transition (*2)	
	掲載年	論文数	掲載年	論文数	掲載年	論文数
Meta-Analysis		0件	1995年	2件	1999年	1件
RCT	1986年	37件	1977年	64件	1977年	52件
Clinical Trial	1986年	50件	1977年	126件	1975年	137件
Practice Guideline	1995年	1件	2000年	1件		0件

*1、*2については、Aged 65+ years のLimitをかけた。

3. 医学中央雑誌 web による検索

医学中央雑誌 web にて“退院計画（退院/TH or 退院計画/AL）”の Keyword にて検索を行い 2587 文献が抽出された。さらに 2001 年 5 月現在で、最新 5 年分の Limit をかけ“退院計画”+“老年者”的 Keyword にて原著 26 件と“ディスチャージプラン”的 Keyword にて原著 1 件が抽出された中から内容を見て選別した。また、原著以外のものに関しては 7 件中タイトルより選択した。概要として、患者・家族の望む退院に向け双方に負担の少ないより良い退院の選択ができるような支援、面接による退院の意思決定、不安のない状態で退院を迎えること、退院後も援助を受けられる場の選択、リハビリテーションゴールの設定、理学療法プログラムの改善、ADL 評価の改善、在院日数の短縮などの効果が示されていた。

3 問題点と今後の課題

研究方法や内容から問題点や課題を述べる。

まず、第 1 に費用削減を中心とした効果評価を長期的な視野で検討する必要性がある。費用削減の効果に関する介入研究は、かなり精度の高い形で実施されているが、さらに研究を継続し長期的な経済効果、その他の評価を行う必要がある。ディスチャージプランニング研究の中で効果に関する研究は、ここ 10 年位で盛んに行われるようになったため、長期的な指標を示すことは現時点ではまだ不十分であるかもしれない。

第 2 に各効果指標に関連する介入内容を探求することがあげられる。病院が期待する効果指標は、それぞれの病院機能によって異なってくるが、いくつかの指標については優先順位が高い内容であると思われる。現在の日本において、ディスチャージプランニング及び継続ケアに関連する介入研究は殆ど実施されていない状況である。ディスチャージプランニングその他のケア介入や連携のためのシステムを構築する試みは、介入内容と効果との関係を十分に分析、評価していくことが重要である。

第 3 に原則として無作為抽出試験による介入研究を実践し、検討することがあげられる。臨床試験を行う場合、対象の状態や状況、介入内容の設定、効果指標の選定の際には、関連要因についてあらかじめレビューした結果を参考とする必要である。

特に日本でのガイドライン作成に関しては、システムツールの利用や、実践の場では医師やソーシャルワーカーなど多職種の参画が不可欠となってくるために、各連携に関連する組織内外の調整が必要となってくる。今後、連携のための具体的な技術を取得するための訓練や教育、ガイドライン作成が急務である。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

<参考文献>

- 1) Donabedian A: Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Health Care, Outcome Measures in Home Care, Volume 1 Research, 3-28, National League for Nursing, 1987.
- 2) Sackett LD, Straus SE, Richardson SW, et.al: Evidence Based Medicine, Churchill Livingstone, 2000.
- 3) Trisha G: How to read a paper, BMJ, 2001.
- 4) 森山美知子 :「ナーシング・エスマネジメント退院計画とクリティカルパス」, 医学書院, 1999.
- 5) <http://www.updateusa.com/clibhome/clib.htm>
- 6) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
- 7) <http://login.jamas.gr.jp/enter.html>
- 8) Anis AH, Wang XH, Leon H: Economic evaluation of propofol for sedation of patients admitted to intensive care unit, *Anesthesiology*. Jan 96(1):196-201, 2002.
- 9) Rhew DC, Tu GS, Ofman J, et.al.: Early Switch and early discharge strategies in patients with community-acquired pneumonia: a meta-analysis, *Arch intern Med*. Mar 12;161(5), 722-7, 2001.
- 10) Asplund K, Gustafson Y, Jacobsson C, et.al.: Geriatric-based versus general wards for older acute medical patients : a randomized comparison of outcomes and use of resources. *J Am Geriatr Soc*. Nov;48(11):1381-8, 2000.
- 11) Bull MJ, Hansen HE, Gross CR. : A professional-patient partnership model at discharge: Planning with elders hospitalized with heart failure. *Appl Nurs Res*. 13(1):19-28, 2000.
- 12) Hughes SL, Weaver FM, Giobbie-Hurder A: Effectiveness of team-managed home-based primary care: a randomized multicenter trial. *JAMA*. Dec 13;284(22):2877-85, 2000.
- 13) Sulch D, Perez I, Melbourn A, et.al.: Randomized controlled trial of integrated(managed)care pathway for stroke rehabilitation. *Stroke*. Aug;31(8):1929-34, 2000.
- 14) Choong PF, Langford AK, Dowsey MM, et.al.: Clinical pathway for fractured neck of femur: a prospective, controlled study, *Med J Aust*. May 1;172(9):423-6, 2000.
- 15) Hickey ML, Cook EF, Rossi LP, et.al.: Effect of case managers with a general medical patient population. *J Eval Clin Pract*. Feb;6(1):23-9, 2000.
- 16) Naylor MD, Bowles KH, Broaten D.: Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. *Public Health Nurs*. Mar-Apr, 17(2):94-102, 2000.
- 17) Arts SE, Francke AL, Hutten JB.: Liaison nursing for stroke patients: results of a Dutch evaluation study. *J Adv Nurs*. Aug;32(2):292-300, 2000.

- 18) Driscoll A: Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perception of information received during their stay in hospital. *J Adv Nurs.*, 31(5):1165-1173, 2000.
- 19) Koenig HG, et.al.: Use of health services by medically ill depressed elderly patients after hospital discharge. *Am J Geriatr Psychiatry*. 7(1):48-56, 1999.
- 20) Naylor MD, et.al.: Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. *JAMA*. 281(7): 613-20, 1999.
- 21) McInnes E, et.al: Can GP input into discharge planning result in better outcomes for the frail aged: results from a randomized controlled trial. *Fam Pract*. 16(3): 289-93, 1999.
- 22) Swanson AJ, Pantalon MV, Cohen KR: Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. *J Nerv Ment Dis*. Oct;187(10):630-5, 1999.
- 23) Naylor MD, McCauley KM: The effects of a discharge planning and home follow-up intervention on elders hospitalized with common medical and surgical cardiac conditions. *J Cardiovasc Nurs*. Oct;14(1):44-54, 1999.
- 24) Gow P, Berg S, Smith D, et.al.: Care co-ordination improves quality-of-care at South Auckland Health. *J Qual Clin Pract*. Jun;19(2):107-10, 1999.
- 25) Terner-Stokes L, Nyein K, Halliwell D,: The Northwick Park Care Needs Assessment(NPCNA): a directly costable outcome measure in rehabilitation. *Clin Rehabil*. Jun;13(3):253-67, 1999.
- 26) Liebergell M, Soskolne V, Matten Y, 等: Preadmission screening of patients scheduled for hip and knee replacement: impact on length of stay. *Clin Perform Qual Health Care*. Jan-Mar;7(1):17-22, 1999.
- 27) Patel M, et.al.: The process of rehabilitation and discharge planning in stroke: a controlled comparison between stroke units. *Stroke*29(12):2484-7, 1998.
- 28) Candlish P, et.al.: Elderly patients with heart failure: a study of satisfaction with care and quality of life. *Int J Qual Health Care*. 10(2):141-6, 1998.
- 29) Cline CMJ, et.al.: Cost Effective management programme of heart failure reduces hospitalization. *Heart*80(5): 442-6, 1998.
- 30) Rosswurm MA, Lanham DM: Discharge planning for elderly patients. *J Gerontol Nurs*. May;24(5):14-21, 1998.
- 31) Slauenwhite CA, Simpson P: Patient and family perspectives on early discharge and care of the older adult undergoing fractured hip rehabilitation. *Orthopaedic Nursing*, Jan-Feb;17(1):30-36, 1998.

早期退院における病院との連携を促進する
訪問看護ガイドライン作成事業

- 32) Dansky KH, et.al.: After hospitalization: home health care for elderly persons. . Clin Nurs Res. 1996. 5(2):185-98.
- 33) Philbin EF, Lynch LJ, Rocco TA ら: Does QI work?The Management to Improve Survival in Congestive Heart Failure(MISCHF)study. Jt Comm J Qual Improv. 1996 Nov;22(11):721-33
- 34) Carter H, MacInnes P: Nusing attitudes to the care of elderly patients at risk of continuing hospital care. J Adv Nurs. 1996 Sep;24(3):448-55.
- 35) Einstadter D, Cebul RD, Franta PR,: Effect of a nurse care manager on postdischarge follow-up. J Gen Intern Med.1996 Nov;11(11):684-8.
- 36) Rich MW,et.al: A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. N Engl J Med1995. 333(3):1190-5.
- 37) Wei F, Mark D, Harts A, Campbell C. : Are PRO discharge screens associated with postdischarge advance outcome? Health Serv Res.30(3), 1995.
- 38) Zureik M,et.al.: Returning home after acute hospitalization in two French teaching hospitals: predictine value of patients' and relatives' wishes. Age Aging. 24(3):227-34, 1995.
- 39) Landefeld CS, et.al.: A randamized trail of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcome of actely ill older patients. N Engl J Med332(20):1338-1344, 1995.
- 40) Nikolaus T, Detterbeck H, Gartner U,et.al.: Diagnostic house call within the scope of inpatient geriatric assessment. Z Gerontol Geriatr, Jan-Feb;28(1):14-8. German , 1995.
- 41) Naylor MD,et.al.: Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly.A randamized clinical trail. Ann Intern Med120(12):999-1006, 1994.
- 42) O'Cathain A: Evaluation of a hospital at home scheme for the elderly discharge of patients with fractures neck of femur. J Pubiic Health Med16(2):205-210, 1994.
- 43) Haddock KS, et.al.: Collaborative discharge planning:nursing and social services. Clin Nurse Spec. 8(5):248-252, 1994.
- 44) Parfrey PS, Gardner E, Vavasour H,et.al.: The feasibility and efficacy of early discharge planning initiated by the admitting department in two acute care hospitals. Clin Invest Apr;17(2):88-96, 1994.
- 45) Evans RL,et.al.:Evaluating hospital discharge planning:a randamized clinical trial.Med Care 31(4):358-370, 1993.

- 46) Gonski PN, Stathers GM, Freiman JS, et.al.: A critical review of admission and discharge medications in an elderly Australian population. Drugs Aging. Jul-Aug;3(4):358-62, 1993.
- 47) Rich MW, Vinson JM, Sperry JC, et.al.: Prevention of readmission in elderly patients with congestive heart failure: results of a prospective, randomized pilot study. J Gen Intern Med. Nov;8(11):585-90, 1993.
- 48) O'Hara PA: Comparing two models of discharge planning rounds in acute care. ppl Nurs Res. May;5(2):66-73, 1992.
- 49) Fretwell MD, et.al.: The senior care study:A controlled trial of a consultative/unit-based geriatric assessment program in acute care. J Am Geriatr Soc. 38(10):1073-1081, 1990.
- 50) Naylor MD: Comprehensive discharge planning for the elderly. Res Nurs Health. Oct;13(5):327-47, 1990.
- 51) Allen CM, Becker PM, McVey LJ, Saltz C, et.al.: A randomized, controlled clinical trial of a geriatric consultation team.Compliance with recommendations. JAMA. May 16;255(19):2617-21, 1986.
- 52) 窪田美紀, 坂本啓子, 谷脇香, 吉井千加, 江口雅子, 山本千穂: 要介護高齢者の家族が退院を決定するまでの心の動き, 日本看護学会論文集 30回老人看護号, Page33-35, 2000.
- 53) 富久尾敬子, 佐藤浦子, 八幡暁子, 石森尚子, 堀江ミサノ: 高齢者大腿骨頸部・転子部骨折患者の退院に対する家族の考え方の検討 キーパーソンとの面接調査を通して, 整形外科看護 5(8), Page936-941, 2000.
- 54) 阿部弘美, 清田敏恵, 大野操, 下重香織: 老年期患者の退院を遷延させる要因(原著論文), 成田赤十字病院誌 1巻, Page78-82, 1999.
- 55) 川添健生, 上岡禎彦, 伊藤謙: 超高齢者(85歳以上)の大腿骨頸部骨折例の検討 退院時・退院後の歩行能力について, 中部日本整形外科災害外科学会雑誌 42(3) Page695-696, 1999.
- 56) 深川ゆかり, 藤野文代, 大野絢子: 退院決定出来ない高齢者の日常生活援助問題 「退院したい」・「退院したくない」対象者の比較, THE KITAKANTO MEDICAL JOURNAL 49(5) Page339-346, 1999.
- 57) 征矢野あや子, 太田勝正, 麻原きよみ, 小西恵美子: 大腿骨骨折を経験した高齢者と家族の関わりを中心とした退院指導についての考察、老年看護学 3(1) Page35-42, 1998.
- 58) 井上喜久男, 紫藤徹郎, 矢部裕一朗, 小原徹哉, 酒井義人: 痴呆症を伴った超高齢者の大腿骨頸部骨折患者の退院後の歩行能力について, 中部日本整形外科災害外科学会雑誌 42(1) Page27-28, 1999.
- 59) 恩田修治, 金山直子, 馬庭藤浩, 山本恵理, 永島貞夫: 高齢者の大腿骨頸部骨折における退院時歩行能力に関する調査, 松江市立病院医学雑誌 1(1) Page19-22, 1997.

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

- 60) 佐藤厚子：高齢・脳血管障害患者の生活上の不安と状況の変化、退院1週間前から退院3ヵ月後を通して、神奈川県立看護教育大学校看護教育研究集録23号 Page411-418, 1998.
- 61) 田中哲司、水野秀朗、山田高士、他：超高齢者の大腿骨頸部骨折例における合併症と退院時、退院後のADLについて、中部日本整形外科災害外科学会雑誌40(6)Page1471-1472, 1997.
- 62) 池田敏子、中西代志子、近藤益子、他：看護婦の実施する高齢者への退院指導の実態、日本看護学会27回集録老人看護 Page77-79, 1996.
- 63) 小手川香里、法華津友子、松本初美、他：障害を残した高齢患者に関する退院の阻害因子の検討、日本看護学会27回集録老人看護 Page70-73, 1996.
- 64) 石川享子、山崎清恵、松岡和江、他：退院をひかえた高齢者の不安に関する要因分析、高知市民病院紀要19(1) Page21-27, 1995.
- 65) 村上勝彦、竹花務、清水正人：高齢者大腿骨近位部骨折の退院時ADLに影響を及ぼす因子の検討、整形外科と災害外科45(1) Page177-178, 1996.
- 66) 森北育宏、佐藤宗彦、廣島和夫：高齢者大腿骨頸部骨折：退院時歩行能力に影響を与える因子について、医療50(3) Page169-171, 1996.
- 67) 市村瑞也、奥村悦之、金城一二、他：老人病院における長期入院患者の生活実態及び退院阻害因子についての考察、南大阪病院医学雑誌44(2~3) Page204-209, 1996.
- 68) 石川りみ子、崎原盛造、當銘貴世美、他：脳卒中後遺症をもつ患者の退院・転院後3ヵ月時点のADL改善とその関連要因、日本公衆衛生雑誌43(5) Page354-363, 1996.
- 69) 傳秋光、澤村誠志、亀田俊忠、他：脳卒中リハビリテーション患者の退院時ADL 発症後6ヵ月以上を経過して専門病院に転入院して来た症例での検討、厚生の指標42(6) Page31-36, 1995.
- 70) 大谷千鶴、角野トシ：スムーズな退院に向けて効果を上げたディスチャージプランニング、全国自治体病院協議会雑誌388号 Page1411-1414, 2000.
- 71) 小山珠美：【現場のナースに問われる、介護保険の知識の理解と高齢者ケアのアセスメント能力】介護保険制度下におけるディスチャージプランニングの重要性・必要性(解説/特集)、ナースデータ21(4) Page24-32, 2000.

第3章

研究方法

第3章

研究方法

本研究は、病院から在宅への連携を促進するガイドライン作成のための基礎資料を得ることを目的として、以下の3つの調査を同時に実施した。これらの実態調査は、現在、病院と訪問看護事業所とがどのように連携し、どのような患者が病院から直接在宅に移行しているのかを捉えるものである。

それゆえ、本研究の対象は病院から退院し、はじめて訪問看護を受けた患者にまず焦点を当てた（調査3）。その患者を受け入れた訪問看護事業所の連携システムに関する調査（調査2）、その患者が退院した病院の連携システムに関する調査（調査1）とし、患者がたどった連携の経過をさかのぼる形でデータ収集を行なった。

よって、調査2でまず、訪問看護事業所に研究協力を依頼し同意を得のち、当該訪問看護事業所における病院からの新規の訪問看護依頼者を基点としてさかのぼり、病院へ調査協力を依頼するという手順で進めた。

1 調査1：病院の連携システムに関する調査

1. 対象

以下のいずれかの条件に該当する病院を対象とした。

- ①調査2で対象となった訪問看護事業と連携を持っている病院
- ②調査3で対象となった患者の退院した病院
- ③関東近県の病院で地域との連携のために退院調整部門を持っている病院で調査協力の同意が得られた病院

これらの病院の看護部長あるいは退院調整に関わる看護師またはMSWに聞き取りを行なった。

2. 方法

郵送留め置き法、および回収時ヒアリング調査を実施する。

回収時のヒアリングは、各施設に対し調査者2名で実施した。

3. 手順

- ①連携している訪問看護ステーションの管理者から紹介を受け、電話で研究協力の内諾を得た後、さらに郵送で研究趣旨を送付した。
- ②研究協力に同意する場合は同意書に署名してもらい、調査票回収時に受け取った。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

- ③調査票は事前に送付し、記入をしてもらい、それに基づいて面接者がヒアリングで内容を確認した。
- ④調査票回収時には連携に関連すると思われる資料を収集または借用する。

4. 調査内容

①病院の規模

病床数（定数）、平均在院日数（2001.10.1現在）

②病院の連携システム

- ・医療相談室や看護相談室など患者・家族が在宅ケアについて相談する窓口があるか
- ・退院を調整する専門職がいるか
- ・地域の訪問看護ステーション（あるいは病院内訪問看護部門）との連携が必要なときの情報提供があるか
- ・患者が退院するまでの流れや手順が決まっているか

③病院・地域との連携

- ・地域の訪問看護ステーション（あるいは病院内訪問看護部門）との連携をよくするための取り組みをしているか

④連携に関する教育・評価

- ・地域の訪問看護ステーション等との連携に関する評価や職員教育を行っているか
- ・地域の訪問看護ステーション等との連携について、問題となっていることがあるか
- ・地域の訪問看護ステーション等との連携について、全体にどのように感じているか
- ・連携病院との連携について、全体的にどのように感じているか

2 調査2：訪問看護事業所の連携システムに関する調査

1. 対象

病院から退院し訪問看護を受けていたる患者を担当している訪問看護師、もしくは訪問看護ステーションの管理者

調査対象となる訪問看護師の所属するステーションは、東京近郊に存する訪問看護ステーションを3種に分類し、均等になるように選定した。訪問看護ステーションの分類は、以下のとおりである。

- ①病院内に付属する訪問看護部門からの訪問看護ステーション
- ②施設併設型訪問看護ステーション
- ③独立型訪問看護ステーション

抽出にあたっては、病院との連携に関心があり、本研究の研究分担者を含む訪問看護ステーションとした。

2. 方 法

郵送留め置き法、および回収時ヒアリング調査を実施する。

ヒアリングは、各施設に対し調査員2名で実施した。

3. 手 順

- ①電話で研究協力の内諾を得た後、さらに郵送で研究趣旨を送付した。
- ②研究協力に同意する場合は同意書に署名してもらい、調査票回収時に受け取った。
- ③調査票は事前に送付し、記入をしてもらい、それに基づいて面接者がヒアリングで内容を確認した。
- ④調査票回収時には連携に関連すると思われる資料を収集または借用する。

4. 調査内容

①ステーションの規模

病床数（定数）、平均在院日数（2001.10.1現在）

②病院の連携システム

- ・医療相談室や看護相談室など患者・家族が在宅ケアについて相談する窓口があるか
- ・退院を調整する専門職がいるか
- ・地域の訪問看護ステーション（あるいは病院内訪問看護部門）との連携が必要なときの情報提供があるか
- ・患者が退院するまでの流れや手順が決まっているか

③病院・地域との連携

地域の訪問看護ステーション（あるいは病院内訪問看護部門）との連携をよくするための取り組みをしているか

④連携に関する教育・評価

- ・地域の訪問看護ステーション等との連携に関する評価や職員教育を行っているか等
- ・地域の訪問看護ステーション等との連携について、問題となっていることがあるか
- ・地域の訪問看護ステーション等との連携について、全体にどのように感じているか
- ・連携病院との連携について、全体的にどのように感じているか

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3 調査3：病院から地域へ移行した事例調査

1. 対象

事例抽出の条件は次の3点である。

- ①主たる連携病院から訪問看護ステーションに紹介されたケース
- ②ケアマネジャーの紹介ケースでも、訪問看護師が病院の連携に関わったケース
- ③最近の10事例は、現時点からさかのぼり、2001年4月以降のケース

2. 方法

調査2と同時に依頼し、対象となる事例の受け持ち看護師、もしくは病院からの依頼を受け、主に連携に関わった看護師に記載を依頼した。

調査票の回収は郵送で行い、記載内容の不明があるときは訪問看護ステーションの管理者に聞き取りを行った。

3. 手順

- ①調査2の依頼で調査員が訪問し、事例数の確認を行った。
- ②必要部数の調査票と返信用封筒を渡し、回収期限を明記し依頼した。

4. 調査内容

病院の特性、患者の特性、患者の依頼経路

連携手順、様式、伝達される情報、連携の評価

事例把握のために使用した方法

退院前の病院との連携内容、退院後の病院との連携内容

第4章

研究結果

第1節

連携システムのヒアリング調査(調査1, 2の結果)

1. 本研究で対象となった病院及び訪問看護事業所の概要

第4章

研究結果

◆連携システムのヒアリング調査（調査1、2の結果）

1

本研究で対象となった病院及び訪問看護事業所の概要

ここでは、本研究における調査1及び調査2で研究対象となった病院、訪問看護事業所の概要について述べる。

1. 調査対象となった病院の特徴（表1）

本研究では訪問看護ステーションで受け入れた新規利用者を基点に、退院した病院へ遡る形で調査1の対象施設が選定された。その結果、研究協力がえられた病院は、院内に訪問看護部を持つ病院（病院内型）：3ヶ所、同一法人の訪問看護ステーションと連携がある病院：4ヶ所、独立型訪問看護ステーションと連携がある病院：11ヶ所で合計18ヶ所がヒアリング調査対象となった。

これらの病院の開設年は1858年（142年）から1998年（4年）までの幅があった。病院の規模は病床数で比較すると1154床から152床と約10倍の規模までの幅があり、平均在院日数は平均19.3日であるが、最短11.5日、最長23.9日であった。

医療・福祉サービス機関の併設状況は、同一法人の訪問看護ステーションと連携がある病院は文字通り、訪問看護ステーションと介護支援事業所あるいは在宅介護支援センターを併設していた。病院内型では、病院外来機能に位置付けている病院内型は併設を持たないが、在宅介護支援センターを併設している病院も見られた。独立型の訪問看護ステーションと連携がある病院では最も規模の小さい病院が訪問看護ステーションとヘルパーステーション、介護支援事業所の3種類の施設を併設していた。その他の病院は併設施設を持たず、文字通り独立型の病院であった。

連携に関するシステムで組織的な特徴は、患者・家族の相談窓口は、すべての病院が「ある」と回答していた。また病院と訪問看護ステーションとの連携必要時の情報提供の有無ではすべての病院が「ある」と回答していたが、退院調整専門職の有無に関して「ある」と回答したのは4ヶ所にすぎなかった。また病院内での退院までの手順については「ある」12ヶ所（66.7%）「ない」8ヶ所（33.3%）であった。病院における地域との連携を良くするための取り組みは、3ヶ所を除く15ヶ所（83.3%）の病院が「実施している」と回答をしていた。しかしながら、職員への教育の有無は「実施している」は11ヶ所（61.1%）であった。病院と地域との連携に関して全体的な評価は「大変良い」3ヶ所（33.3%）、「まあ良い」11ヶ所（61.1%）、「あまり良くない」1ヶ所（5.6%）、「悪い」と回答した病院はなかった。

【表1 調査対象となった病院の特徴】

《病院と地域の連携全体の評価》

◎・・・大変良い
○・・・まあ良い
△・・・あまり良くない
×・・・悪い

	病院内型				同一法人ステーションと連携がある病院				独立型ステーションと連携がある病院										
	A-①	A-②	A-③	B-①	B-②	B-③	B-④	C-①	C-②	C-③	C-④	C-⑤	C-⑥	C-⑦	C-⑧	C-⑨	C-⑩	C-⑪	
同一法人であるか	○	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
開設年(西暦)	1902	1949	1998	1983	1908	1951	1949	1879	1949	1886	1961	1838	1962	1993	1946	1971	1858	1988	
設置主体	財団法人	公的	個人	公的	医療法人	医療法人	社団法人	公的	社会保険 関係団体	公的	公的	学校法人	国	国	医療法人	医療法人	国	公的	
職員数	全職員数(常勤)	1,134	447	323	625	405.9	385.6	288	369	605	1,231	960	無記入	不明	976	212	1,435	1,737	449
	医師(常勤)	183	44	28	86	36.7	41.7	37	50	90	169	136	無記入	200	149	10	254	492	49
	看護職(常勤)	533	271	125	387	185.9	188.9	184	225	306	640	629	無記入	430	554	113	766	748	233
	看護職(非常勤換算)ステーションのみ																		
	他専門職(常勤)																		
活動状況	利用者数(先月1ヶ月間)																		
	延べ訪問件数(先月1ヶ月間)																		
管理体制	24時間連絡体制加算																		
	緊急時訪問看護加算																		
	重症者管理加算																		
医療・福祉サービス機関併設状況	病院・有床診療所																		
	無床診療所																		
	訪問看護ステーション	×	○	○	○	○	○	○	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	
	ヘルパーステーション	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	
	介護支援事業所	×	×	×	×	○	○	○	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	
	在宅介護支援センター	×	○	×	○	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	老人保健施設	×	×	×	×	×	○	○	×	×	×	×	×	×	×	×	×	×	
	その他	訪問 看護科	デイ サービス	なし	デイ サービス	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	なし	往診クリ ニック往 診外来、 診療所	なし	なし	なし	
	病床数	520	522	292	500	232	274	299	304	418	967	729	1,020	600	925	152	1,154	1,193	310
平均在院日数	11.5	20.0	15.7	13.5	12.0	16.5	13.6	18.3	17.0	18.5	18.1	19.8	19.0	19.0	21.5	23.9	18.9	15.6	
患者・家族の相談窓口の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
病院↔ステーション退院調整専門職の有無	×	×	○	×	×	×	×	○	×	○	×	×	×	×	○	○	○	×	
病院とステーションの連携必要時の情報提供の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	
退院までorステーション内での手順の有無	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○	○	○	×	○	×	×	○	○	
病院と地域の連携をよくする取り組み	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×	○	○	×	○	○	
病院と地域の連携に関する評価の実施	不定期	行って いない	不定期	行って いない	行って いない	不定期	行って いない	不定期	不定期	行って いない	行って いない	不定期	定期的	不定期	行って いない	行って いない	定期的	不定期	
職員教育の実施	○	×	×	○	×	○	○	○	×	○	×	×	○	○	×	○	○	○	
病院と地域の連携全体の評価	◎	○	○	○	○	△	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	

2. 調査対象となった訪問看護事業所の特徴（表2）

本研究に協力した訪問看護ステーションは、医療機関型：3ヶ所、同一法人の訪問看護ステーション：4ヶ所、独立型訪問看護ステーション：4ヶ所で合計11ヶ所であった。開設年は、2002年現在、最長19年、最短2年、平均7年であった。

訪問看護ステーションの運営規模は、1ヶ月の利用者数でみると19人から204人までの開きがあり、述べ訪問件数は96件から943件と運営規模には差が見られた。常勤の職員数で見ると設置主体が財団法人であるものが10人以上と他の施設に比べて多く、その他は4人から8人であった。事務職の常勤は、同一法人及び独立型の訪問看護ステーションでは比較的配置されている傾向がみられた。

訪問看護ステーションの管理体制では殆どのステーションが「24時間連絡体制加算」「緊急時訪問看護加算」「重傷者管理加算」の3つの管理体制をすべて持っていた。また医療・福祉サービス機関の併設状況については「病院・有床診療所」を持つステーションは9ヶ所(81.8%)で「介護支援事業所」を併設しているステーションは8ヶ所(72.7%)であった。

訪問看護ステーションにおける連携に関する組織的特徴は、患者・家族相談窓口があると回答したステーションは1ヶ所のみであった。そして、殆どのステーションが、連携必要時の情報提供を「している」、ステーション内の受け入れ手順が「決まっている」、病院とステーションとの連携を良くするための取り組みを「している」と回答し、連携への意識が高いことを示していた。

しかし、病院との連携調整の専門職員は「ない」と回答していた。また職員にたいする教育に関しては「定期的に行なっている」は2ヶ所のみで、その他の9ヶ所は「行なっていない」7ヶ所(63.6%)もしくは「不定期」2ヶ所(18.1%)と回答していた。病院との連携に関わる専門職員やスタッフ教育への体制の乏しさを示していた。

病院との連携に関する全体的な評価は「大変良い」2ヶ所(18.1%)で医療機関型にみられた。ついで「まあまあ良い」と回答したのは6ヶ所(54.5%)、「あまり良くない」3ヶ所(27.4%)あり、「悪い」と回答したところはなかった。

《病院と地域の連携全体の評価》

◎・・・大変良い
○・・・まあ良い
△・・・あまり良くない
×・・・悪い

【表2 調査対象となった訪問看護事業所の特徴】

	医療機関型			同一法人の訪問看護ステーション				独立型訪問看護ステーション			
	A-①	A-②	A-③	B-①	B-②	B-③	B-④	C-①	C-②	C-③	C-④
同一法人であるか	○	○	○	○	○	×	○	×	×		
開設年(西暦)	1992	1983	1998	1997	1995	1998	1996	1993	1996	2000	1997
2002年現在開設年数	10	19	4	5	7	4	6	9	6	2	5
設置主体	財団法人	公的	個人	社会福祉法人	医療法人	医療法人	(社)法人	医療法人	財団法人	株式	社会福祉法人
職員数	全職員数(常勤)	11	7	4	6	8.5	7.8	6	6	10	5
	医師(常勤)	0			0		0				
	看護職(常勤)	10	4	2	5	6	6	5	8	5	5
	看護職(非常勤換算)ステーションのみ	0	0	0	8.5	0.9	0	2(1.1)	2	15	0
	他専門職(常勤)	0	3	2	0	1.5	0.8	4(非常勤)	0	1	非常勤3(0.1)
	事務職(常勤)	1	0	0	1	1	1	2(外注)	1	1	非常勤1(0.8)
活動状況	利用者数(先月1ヶ月間)	194	不明	19	204	92	78	103	77	195	42
	延べ訪問件数(先月1ヶ月間)	868	131	96	824	430	335	478	357	943	320
管理体制	24時間連絡体制加算	×	○	○	○	○	○	○	○	○	○
	緊急時訪問看護加算	○	○	○	○	×	○	○	○	○	○
	重症者管理加算	○	×	×	○	○	○	○	○	○	○
医療・福祉サービス機関併設状況	病院・有床診療所	○	○	○	○	○	○	○	○	×	×
	無床診療所	×	×	×	×	×	○	○	×	○	×
	訪問看護ステーション										
	ヘルバーステーション	×	×	×	×	×	×	×	×	○	○
	介護支援事業所	×	×	×	○	○	○	○	○	○	○
	在宅介護支援センター	×	○	×	○	×	○	○	×	×	○
	老人保健施設	×	×	×	×	×	○	○	×	×	×
	その他	なし	デイサービス	なし	なし	なし	なし	○	なし	なし	なし
											特養通所サービス
病床数											
平均在院日数											
患者・家族の相談窓口の有無	×	×	×	×	×	×	○	×	×	×	×
病院↔ステーション退院調整専門職の有無	×	×	○	○	○	×	○	×	○	×	×
病院とステーションの連携必要時の情報提供の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
退院までorステーション内での手順の有無	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
病院と地域の連携をよくする取り組み	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	×
病院と地域の連携に関する評価の実施	不定期	行っていない	行っていない	定期的	行っていない	不定期	行っていない	定期的に 行っている	行っていない	行っていない	行っていない
職員教育の実施	○	○	×	○	×	○	○	×	○	×	×
病院と地域の連携全体の評価	◎	◎	○	○	△	△	○	○	△	○	○

2. 病院の連携システム

2

病院の連携システム

ここでは、調査1の結果、病院の看護部長もしくは地域との連携に関わる関係看護師、MSWにヒアリングした内容について述べる。調査対象となった病院の連携システムについて、A：院内に訪問看護部を持つ病院、B：同一法人の訪問看護ステーションと連携がある病院、C：独立型訪問看護ステーションと連携がある病院の順に、各施設ごとの連携システムの特徴について記述した。

病院の連携システムは、調査内容の1. 退院までの流れや手順(図)、2. 地域との連携を良くする取り組み、3. 連携に関する評価、4. 職員教育、5. ステーション・訪問看護部内との連携における問題点について整理した。

A 院内に訪問看護部を持つ病院

1 A-①病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

A-①病院では、1923年より公衆衛生看護部が設置され、予防医学、公衆衛生活動に従事していたが、1992年に保健指導科・訪問看護科に分かれ、以降、訪問看護科を中心となり、地域との連携を図っている。

当病院では、訪問看護を行うまでのプロトコールが作成され、病棟・訪問看護科に設置されている。病棟及び訪問看護科の看護師はこのプロトコールに基づいて、看護の継続を図っている。

1) 訪問看護のニード判定

病棟では、定期的に病棟長が病棟をラウンドし、訪問の対象となりそうなケースや入院中の訪問患者の状況を把握している。病棟婦長、担当看護師、また主治医、担当医により、退院後に看護師による家庭訪問が必要かつ効果的であると判定された場合、その殆どのケースについて、訪問看護科へ電話や文書等により相談・打診がなされる。特に問題のあるケースに対しては、病棟婦長が直接訪問看護科へ出向き、相談を行っている。

さらに、主治医・担当医、担当看護師(必要時、患者本人、家族も同席)、ケースワーカー、そして訪問看護科の担当看護師合同によるケースカンファレンスを実施されている。

なお、問題のあるケースに関しては、前述のようなルートではなく、ケースワーカー

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

を通じて訪問看護科に相談する場合もある。

2) 訪問看護開始のための手続きと情報交換

退院後の訪問看護が決定すると、「家庭訪問依頼票」を主治医が記入し、主治医・担当医・婦長がサインをし、訪問看護科へ送る。その後、訪問看護科から主治医・担当医・病棟婦長、又は担当看護師へ連絡がはいり、依頼票の情報の確認や補充等をはじめ、病棟と訪問看護科で密な情報交換がされている。

3) 訪問看護科の看護師による病棟面接

患者と家族に対し、訪問看護師と面識を持ってもらい、訪問看護を理解してもらうために、必ず訪問看護科の看護師による病棟（患者の病室での）面接が行われている。病棟面接では、訪問看護科の看護師だけでなく、状況に応じて（特に小児科）、担当看護師・主治医・担当医等が同席している。

4) 退院計画・指導

退院時に必要な物品や指導など、必要時、訪問看護師の協力を得ながら退院計画を立案し、患者や家族に対しての指導を行っている。退院計画（訪問看護科では初期計画）は共同のものではなく、それぞれの責任で立案されている。また、病棟の看護師は、当該病院共通で使用されている看護サマリー用紙（添付資料）に患者情報を記載し、初回訪問の前日までに訪問看護科へ送付する。

5) 退院日～退院後

退院当日は、持ち帰り物品の確認や外来予約の確認等、病棟と訪問看護科で最終の調整を行っている。また、訪問看護科による初回訪問（退院後1週間以内）後は、患者や家族の状態などの経過が記載された申し送り用紙が訪問看護科の婦長から病棟の婦長を経由して担当看護師に返されている。文書は最終的に病棟で保管されている。

2. 地域との連携をよくする取り組み

病院内型ということもあり、訪問看護のニーズ把握から退院後までの院内のプロトコールが作成され、これに基づいた連携が行われている。

3. 連携に関する評価

ケースワーカーとの定期的なミーティングで、退院後の患者の状態が病棟へフィードバックされている。病棟へは基本的に前述の申し送り用紙が送られているが、状況に応じて、合同カンファレンスを行うこともある。

4. 職員教育

病院全体の教育プログラムの1つとして、全看護職員対象としたプログラムがある。この教育プログラムでは、年2回の業績発表会、最新の知見や特別講演など看護職員のニーズに応じたプログラムが企画されており、約3年に1回のペースで「訪問看護」をテーマとした勉強会が開催されている。病棟単位では、訪問看護科の看護師を招き、適宜、ケースカンファレンスを実施しており、この話し合いが同時に職員教育にもつながっている。

5. 病院との連携における問題点

特になし。

2 A-②病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

A-②病院では、「患者が自宅へ戻る場合」と「他施設への転院・入所の場合」とでそれぞれ対応している。

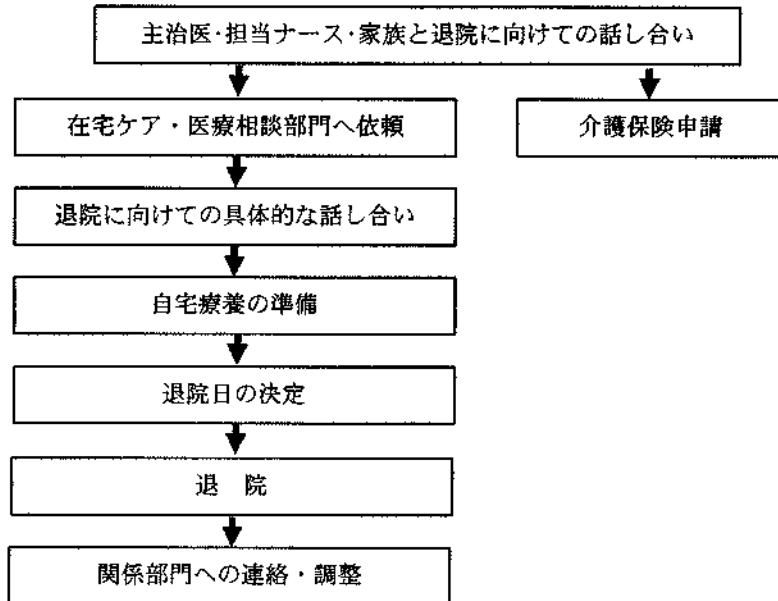
1) 自宅へ戻る場合

主治医、担当ナース、家族が退院に向けての話し合いを行う。話し合いの時期は患者個々の状況に応じて行っているのでまちまちである。患者が自立していて退院後は外来通院が可能である場合は、病棟内で主治医あるいは担当ナースによって退院指導が退院までの間に必要回数行われる。介護認定が可能・あるいは必要な患者は退院に間に合うように介護保険を申請してもらう。

患者が退院後ヘルパー派遣や訪問看護などの支援を要すると主治医や担当ナースが判断した場合、あるいは患者・家族が希望した場合は在宅ケア・相談部門に患者・家族の状況を電話あるいは依頼書で説明し退院に向けての面接を依頼する。訪問看護婦が家族と面接し退院に向けての話し合いを行う。その後は病棟と訪問看護婦、関係部門や関係機関と連絡を取り合いながら退院に向けての準備を行う。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

<退院までの流れ>



2) 他施設への転院・入所の場合

退院に向けての話し合いを主治医、担当ナース、家族が行い、家族が転院あるいは施設入所を希望している場合は在宅ケア・相談部門のMSWに面接を依頼し、転院あるいは入所先を捜してもらう。MSWは先方と連絡を取り、家族には見学をしてもらった上で、転院・入所先を決定してもらう。やはり介護認定が可能・あるいは必要な患者は退院に間に合うように介護保険を申請してもらう。

3) ショートステイ

医療依存度が高く一般の施設でのショートステイが困難である患者が2週間利用できる制度がA市にある。入院期間が決まっているため、2週間経ったら自宅へ退院することになる。

2. 在宅ケア・医療相談部門との連携をよくする取り組み

①病院内の総合ケアセンター^{*1}で月1回連絡会を実施している。参加者は緩和ケア病棟婦長及びコーディネーター、在宅ケア・医療相談部の婦長あるいはMSW、訪問看護ステーション（市看護協会委託）の所長（看護婦）、介護支援センター責任者（老健施設和楽館委託）、老人デイサービスセンター責任者（老健施設委託）、病床評価・ケアプラン病床（神経内科病棟内に設置）婦長の7名である。

*1 総合ケアセンター：緩和ケア、高齢者ケア、在宅ケア、地域連携を運営目標とし、病院の敷地内に建てられている。総合ケアセンターは次の機能を有している。①緩和ケア病棟（ホスピス）、②在宅ケア・医療相談部門、病状評価・ケアプラン病床（本院神経内科病棟内に設置）、④老人デイサービスセンター、⑤在宅介護線センター、⑥訪問看護ステーション、⑦情報ネットワーク、⑧教育・ボランティア拠点

②病床評価・ケアプラン病棟（神経内科病棟）カンファレンスは週1回実施し、入院患者の病状、今後の方針、退院予定等について話しあう。参加職種は病棟スタッフ（医師、看護婦、看護助手）、リハビリテーションセンタースタッフ（心理療法士、言語療法士、作業療法士、理学療法士）、在宅ケア・医療相談部（看護婦、保健婦、MSW）である。

3. 連携に関する評価・職員教育

A-②病院として訪問看護ステーション等との連携に関する評価は行っていない。但し職員教育に関しては院内研修会として在宅ケア・医療相談部での研修が希望者にできる。またキャリアアップ研修として在宅ケア部門から看護婦に対しての講習会を行うことがある。いずれも不定期である。

4. 連携をよくするための職員教育

病院として連携をよくするための職員教育は実施していないが、「3. 連携に関する評価・職員教育」に挙げた院内研修会としての在宅ケア・医療相談部での研修は、一部ではあるが連携をよくするための職員教育といえる。また患者が退院する際は担当ナースが訪問看護ステーション等に看護サマリーを送ることも、職員教育の一つと考えられる。

新人看護婦の場合は新人才オリエンテーションで在宅ケア・医療相談部の説明と連携の仕方についての説明は行っている。

5. 訪問看護部内との連携における問題点

病棟及び外来からの訪問看護等の依頼を在宅ケア・医療相談部にする際は急なことが多いが、拒否されることもなく受けてもらえるためあまり問題は感じていない。

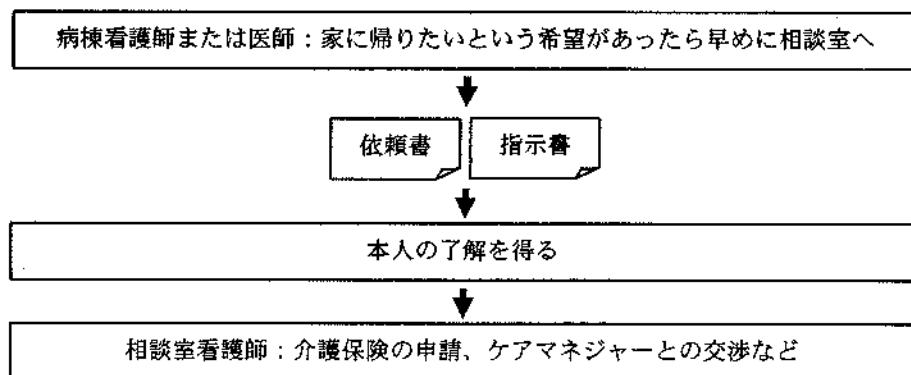
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3 A-③病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

A-③病院では、退院までの流れや手順が決まっている。

〈退院までの流れ〉



※リハカンファを月2回、医師・病棟看護師・PT・OTで行う。

必要時、相談室看護師も参加する。

2. 地域との連携をよくする取り組み

①グループ内施設の活用

院内の総合相談室の訪問看護と連携している。

グループ外の施設と連携するときは、院内からの訪問看護婦とダブルでしばらくの間訪問している。

②総合相談室の案内パンフレットを作成し、病棟や患者に配布し、総合相談室の役割を知ってもらっている。

※定例の勉強会などはない。

3. 連携に関する評価

不定期に事例検討会を行っている。

4. 職員教育

毎朝カンファレンスを行い、事例について検討はしているが、連携に関する教育としてプログラムにはしていない。

5. ステーションとの連携における問題点

どのような患者を相談室に連絡したらいいかの認識が病棟にはまだしっかりとはない。病棟で使う機械と在宅で使う機械の種類が違うため、退院指導や在宅になってから問題が起こる。病棟と相談室が一緒に退院の手順をとりながら学んでいけるようになることを望んでいる。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

B 同一法人の訪問看護ステーションと連携がある病院

1 B-①病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

一定の流れは決まっている。

- ①在宅に移行する患者があると、病棟婦長がまず訪問看護が必要かを判断し、介護保険申請をしている人や介護保険を利用している人はケアマネジャーを紹介する。
- ②訪問看護が必要と判断した患者は、提携している訪問看護ステーションの主任へ連絡し、依頼する。
- ③依頼すると訪問看護ステーションの看護師は病棟へ面接にやってきて、ステーションの説明をする。
- ④担当医師は指示書を書き、最終的に初回訪問日を決め、退院が決定する。
- ⑤訪問を導入するときは、入院時点で早くから関りを持つようにしている。
入院時から退院後のことを考えることが退院時計画である。

2. 在宅ケア・医療相談部門との連携をよくする取り組み

病院内で連絡委員会を持っている。そこでステーション側と病院側で話し合いの機会を持っている。そこで問題点や改善点を話し合い、対策について協議する。

3. 連携に関する評価・職員教育

特別には行っていない。

4. 連携をよくするための職員教育

訪問看護ステーションでの実務研修を行っている。また転科希望を受け入れている。病棟看護師が退院後の患者宅訪問を希望すれば、訪問できるように体制を整えている。

5. 訪問看護部内との連携における問題点

双方でお互いの主張を通そうと思っているとうまくいかない。

お互いに限界があり、いかに溝を浅くするか、それをなくすかに努力すべきである。

病院は個別性よりむしろ一定の規格化された医療を提供することに責任がある。病院に個別性や生活が大切だといわれても無理があり、在宅の専門である訪問看護が個別性や生活を実現できればいいのではないか。病棟にばかり求めても改善にはならないと思う。

2 B-②病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

B-②病院では特に決まった手順はなく、入院計画書に基づいて治療が行われると同時に、病棟婦長が個人状況（独居、高齢世帯等）や家族状況を把握し、病状の安定などを観察しながら、必要時にMSWや訪問看護ステーションに連絡、訪問依頼をする。

2. 地域との連携をよくする取り組み

- ・ケアマネジャーやMSWを通して退院前カンファレンスを行うこともある。
- ・病院とステーションの連絡会を行っていた。ステーションからの実績報告や退院等の連携に伴う問題点や課題についての検討会を実施していた。各科の科長、責任者が参加していたが、病院側から提案することは少なく4年ほど続いたが終了となる（ステーションの一方的な報告会となり、病院がステーションの情報を得る機会にはなったが、連携の為の会としては不十分）。
- ・介護保険の開始を機に院内で「介護保険勉強会」を1回／月、職種を問わず任意の勉強会を開催した。ここで事例紹介等も行われた。

3. 連携に関する評価

連携に関する評価は行っていない。

4. 職員教育

在宅看護を勉強する機会として、卒後3年と主任研修の中に訪問看護同行を計画実施した。

5. ステーション・訪問看護部内との連携における問題点

- ・院内の医師、看護師共に退院後スムーズな在宅看護に引き継ぐ事への積極的な意識がない。
- ・退院までの院内で統一したシステムがない為、訪問看護の活用や連携に病棟格差がある。
- ・訪問看護ステーションのシステムについての情報不足がある。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3 B-③病院の連携システム

2. 退院までの流れや手順

訪問看護ステーションとの連携が必要な時の情報提供は、入院中の看護サマリーを用いている。全病棟に共通のサマリー用紙で、訪問看護ステーションからの意見を参考にし、生活状況がわかるように記録委員会が中心となって改定を重ねた。さらにサマリーによる情報提供のあと、ステーションからのフィードバックにより不足していた情報を再度提供するようにしている。

2. 連携をよくする取り組み

退院までの流れや手順は、主治医から退院間近の情報を得た病棟婦長が家族の介護状況などを勘案しながら家族と相談のうえ、転院か在宅かを決定する。転院の場合はMSWにつなげる。在宅の場合は、直接病棟婦長が訪問看護ステーションへ連絡する。

しかし、転院の方向でMSWに相談する家族の中には、本心では在宅を希望している場合もあり、この場合はMSWより訪問看護ステーションへ連絡をしてステーションスタッフが家族と面談を行い、ステーションスタッフと病棟婦長の間で情報交換を行う。

脳出血・脳血栓などの疾患は、クリニカルパスで概ね入院1週間目に医師、看護師、理学療法士、MSWで退院カンファレンスを行っている。ここでの調整はほとんど転院となり、在宅退院になるケースはほとんどない。

3. 連携をよくするための具体的な取り組み

月1回定例の看護部会には、老健施設、支援センター、訪問看護ステーションの管理者が出席し各部門の情報交換を行う。訪問看護ステーション管理者およびスタッフは病院からの異動であり、管理者・スタッフ間のコミュニケーションは良い。そのため、病棟婦長は気軽に訪問看護に相談できる雰囲気があり、訪問看護ステーションからの病棟・病室訪問に対する病棟側の受け入れも良い。また、病院看護部主催の勉強会に訪問看護婦が参加したり、研修講師として訪問看護婦を招いたり、訪問看護ステーション主催の勉強会に病院看護婦が参加するなどの交流がある。

訪問利用者の栄養状態の評価には、病院の管理栄養士が食事チェック表をもとに栄養分析するなどの協力をしている。

さらに、訪問看護の利用者の救急外来受診は絶対に断らないという病院の方針のもと徹底されており、救外受診後の緊急入院もスムーズに行われている。

4. 職員教育および評価

連携に関する教育は不定期ではあるが、病院看護婦の年間教育計画の中で「交流研修プログラム」があり、希望する看護婦は訪問看護ステーションで5日間程度研修することができる。また、毎年春の新入職者研修では、各部門からの職場紹介を行うがこの際、訪問看護ステーションの所長による紹介も含まれる。

連携に関する評価は、定例の看護部会において訪問看護ステーションの所長からフィードバックがある。退院直後の再入院も退院アセスメントおよび連携の評価となりうるであろうが、そこまでの意識は浸透していない。

5. 問題点

訪問看護ステーションとの連携における問題点は、主治医がその必要を認めていても、指示書を書くまでに時間がかかり十分な連携がとれないまま在宅に移行するケースがあることである。しかし、指示書に限らず医師の書類作成は全般的に遅い傾向にあり、これが原因で退院時期が延長される場合がある。IVH使用のための自動輸液ポンプ、吸引器の申請など在宅移行のための連携の必要性などを、婦長が理解していてもスタッフに浸透していない。そのための教育が不足している。また、本人や家族の想いを把握しきれていない。

4 B-④病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

B-④病院では、入院時医師と病棟看護師が入院診療計画の作成を行い、計画どおり退院が決まって行く場合は問題のないケースとし、退院が何らかの事情で延期になる場合を問題のあるケースとして対応している。

訪問看護利用についての窓口はMSWである。

問題のないケースの流れについては、入院診療計画書に基づいて退院日の決定を医師が行い、他科依頼のある場合は他科の医師の退院確認、及び病棟看護師の退院指導進行状況の確認後退院となる。

問題のあるケースの流れについては、入院日数20日、2ヶ月、3ヶ月を区切りとしている。20日を超える場合は医師、看護師、MSWで病棟カンファレンスを行う。2ヶ月を超える場合には病床管理委員会で、院内全体カンファレンスを行い、何故退院に向かって計画通りに実施できないかについて検討し、今後の見通しを立てるしくみになっている。また、地域の開業医から病診連携で紹介入院ケースの場合は、20日を超えた場合で、病棟カンファレンスは上記同様に行い、2ヶ月を超えた場合は、地域連携委

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

員会での検討会を行うしきみになっている。各委員会の構成員は診療部、看護部、事務部とほぼ同じであるが、地域連携の委員長を医師会の地域連携担当をしている医師が行い、地域の開業医との連携がスムーズに行くように配慮している。

2. 地域との連携をよくする取り組み

月1回の継続看護検討委員会（構成員：看護部長、内科系看護師長2名、介護支援専門員有資格者、訪問看護経験者を含む病棟外来看護師各セクション1名）で、法人内看護サマリーの一本化の実施と内容の評価、病棟及びステーション共有の退院指導パンフレット作成をしている。入退院を繰り返すケースや長期入院患者等の事例検討や、訪問看護師に対する必要時継続看護検討委員会への参加要請の実施もある。さらに、継続看護検討委員会委員の訪問看護ステーションへの出向研修（退院患者の在宅療養生活の実際を見学する目的）、法人内看護部連絡会、看護部婦長主任合同会議へのステーション管理者の参加、院内新人看護師研修で社会資源の活用の理解を目的に介護保険サービスを含め訪問看護ステーションの紹介を行っている。以上のような連携への取り組み努力をしている。

3. 連携に関する評価

実施していないが、継続看護検討委員会で長期入院患者の事例検討を行っている。看護サマリー、退院指導の共有化のために、看護サマリーの内容、訪問看護師も使用できる物品、手技、家族が実施可能な内容等訪問看護師の意見をフィードバックさせながら作成している。

4. 職員教育

新人才オリエンテーション時の他部門との連携の中で必要性の説明と法人内訪問看護ステーションの申し込みのシステムを説明している。社会資源の活用をテーマに講演会を行い、新人研修最終の研修に位置づけられているが、参加は看護師全員が参加可能になっている。

5. ステーションとの連携における問題点

法人内の訪問看護ステーションとは、タイムリーな連絡対応ができる。しかし、その他の訪問看護ステーションの場合は、ステーションがどこまでできるか、誰にどのように連絡したらいいのか病院では情報を持っていないため、家族に説明をし、家族に看護サマリーを渡している。

独居で家族が県外在住の場合、主にM S Wがパイプ役を担っている。この場合、連携する病院、訪問看護ステーションがわからないことや家族との調整が困難と感じている。病院や訪問看護ステーションについては行政機関を探し家族にどこへ行けば良いかを伝

える。

市内もしくは、隣接地域の場合、再利用者は介護支援専門員への連絡を家族にしてもらう。看護上の問題がある場合は、ステーションへ直接連絡をする。市内であってもステーションによってどこまで何をしてくれるかわからないので、MSWに連絡し、ステーションの選定をしてもらっている。介護支援専門員を通して連絡する事もあるが、特に注意しなければいけないことがある場合、直接ステーションへ連絡することもある。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

C 独立型ステーションと連携がある病院

1 C-①病院の連携システム

1. C-①病院において退院を調整する専門職の有無

退院調整をする専門職とはどの程度の役割を担うスタッフなのかが解らないが、一応依頼があれば看護相談室が調整している。

看護相談室には婦長職と看護師の2名が配属されている。このことは、病院内はもとより対外的な交渉をする上で効果がある。

しかし連携の窓口が2ヶ所（医療相談室は医事課・看護相談室は看護課）に分かれているため、混乱を招くのではないかと考える。

訪問看護ステーションの立場から見ると退院に関しては看護相談室が中心に調整しているようである。

2. 地域との連携に必要な時の情報提供の有無

C-①病院には2種類（A：内科系、B：外科系）のサマリーがある。看護相談室ではステーション側に分かりやすくするために身体状況を詳しく記入できるB：外科系の看護サマリーを使うようにしている。

3. C-①病院の連携システム

C-①病院では担当医が退院決定後、継続・訪問看護が必要と判断した患者に対して担当医又はプライマリーNSから電話による相談を看護相談室受け、その後看護相談室依頼表を提出してもらう。数としては担当医からの依頼の方がプライマリーNSからの依頼に比べて7対3の割合が多い。

プライマリーNSからの依頼が少ない理由は「退院が決定しないのに連絡できない」ということである。一方、連絡してくるプライマリーNSからの相談理由は「なかなか医師が退院を決定しないので病棟看護師自身がピレを切らして相談してくる」ということであった。

4. 職員教育

職員教育は行っていない。しかし以下のことを心がけている。

看護相談室は退院前に訪問看護師の病棟訪問を依頼するが、あるステーションでは病棟訪問の必要がないと言われた事があった。

C-①病院では看護相談室の看護師が訪問看護師の病棟訪問に対応することが多い。病棟の看護師は訪問看護を利用することに関して意識が乏しいため、看護相談室の看護

師が病棟訪問した際の内容について病棟看護師、特に依頼を受けた患者のプライマリ-NSに伝えるようにしている。

5. 地域との連携についての問題点

患者が病院での生活から地域での生活へ移行する時、患者にとって最適な生活を送つてもらうにはその移行時点での状況把握を病院と地域（訪問看護ステーション）が共有する必要がある。

しかし例えば①C-①病院でのききとりから退院前に訪問看護師へ病棟訪問を依頼しても断られるケースがあった。

②また看護相談室からある訪問看護ステーションに紹介し在宅に移行した利用者であったが、その訪問看護ステーションから「こんな状態の中で自宅で看るのは無理」と再入院させたいと医師に直接相談してきた事もあった。また③患者の病状から不必要的在宅酸素などの医療器具の利用が必要ないと考えられるが訪問看護ステーションから強く要望されるなど、在宅療養へ移行する患者ケアについて状況把握の共有が難しい現実が伺えた。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

2 C-②病院の連携システム

1. C-②病院においての退院を調整する専門職の有無

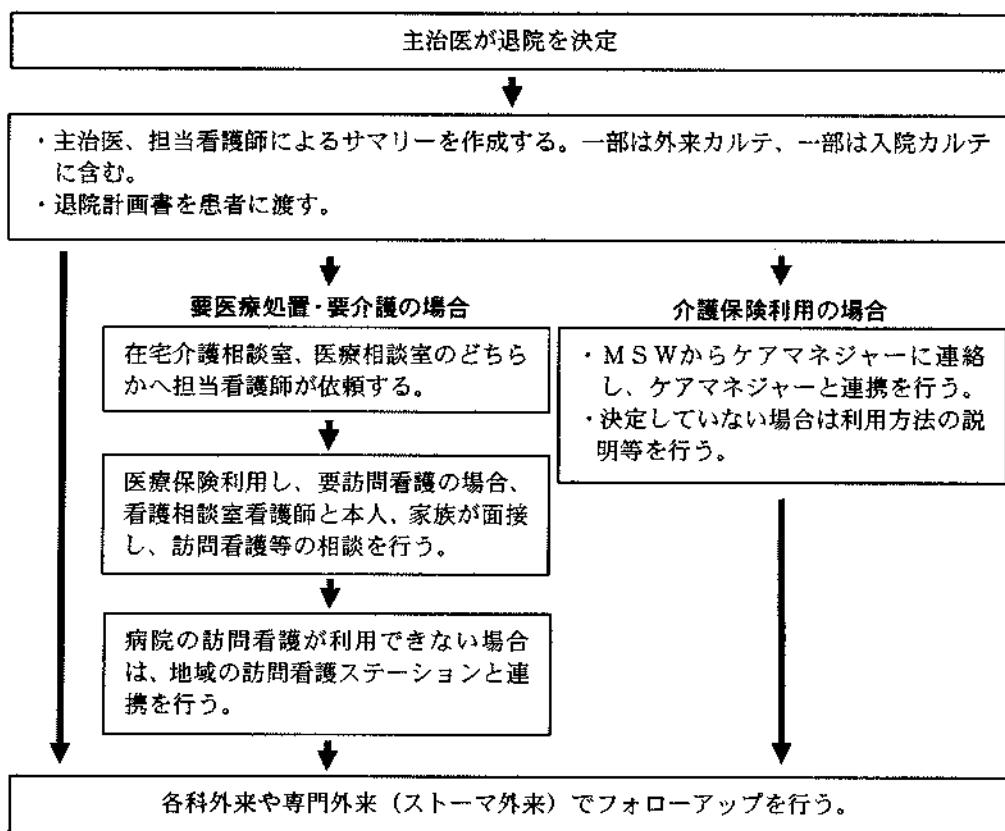
当院では受け持ち看護師になるためには院内研修を終了しなければならない事になっている。退院時は受け持ち看護師が中心となり調整する。退院を調整する時は患者にはこれらの受け持ち NS の他に副担当看護師も就く。受け持ち NS については婦長が決定しているが、入院時の聴取をとった看護師がそのまま受け持ちになることが多い。再入院の場合は前回入院した病棟に入院するようになっており前回の入院時の受け持ち NS が担当する。受け持ち看護師のみでは抱えきれないケースの場合は医療相談室または在宅看護室に相談する。

2. 地域との連携に必要な時の情報提供の有無

退院サマリーは外来カルテにも挿入し退院後の外来受診時にも情報として活用出来るようにしている。

3. 病院の連携システム

C-②病院では、以下のように退院までの流れや手順が決まっている。



4. 地域との連携をよくする取り組み

地域看護研究会に参加している。

地域看護研究会の参加機関は、訪問看護ステーション、病院看護師、在宅介護支援センター、看護学校、保健センター、区役所などで、開催頻度は、2～3ヶ月に1回実施している。

5. 連携に対する評価

看護部で継続看護委員会を運営している。

院内継続看護委員会を月1回開催している。委員会の目的は病棟と外来がスムーズな関係が取れるようにすることである。実施内容は主に院内の連携（病棟→外来）、どのように地域と連携したか等、行った各病棟の事例検討を行う。（看護部長としては病棟看護師が直接地域の関係者と連絡を取ったり、気になる利用者を訪問したりする事も必要と考えているようだ。）

以前は事例検討の内容は個々のケースの問題を掘り下げるまでには至らず、「このようにして繋げた」と言うような報告止まりになっていたが、しかし最近では実際に病棟と外来を繋げた結果、その後の状態を知りたいと言う気運が高まってきている。

この会の参加者は以前はMSWや在宅看護室の看護師であったが現在は病棟、外来の看護師が中心である。そこで今後はMSWや在宅看護室の看護師、訪問看護ステーションの看護師の参加も検討している。

6. 職員教育

職員教育は行っていない。しかし以下の事を心がけている。

医療相談室、在宅看護相談室があるが、退院についての調整は個々の看護師のケースに対する見方を総合的に把握できるようにするために病棟の受け持ち看護師が中心に行なうようにしている。

7. 地域との連携についての問題点

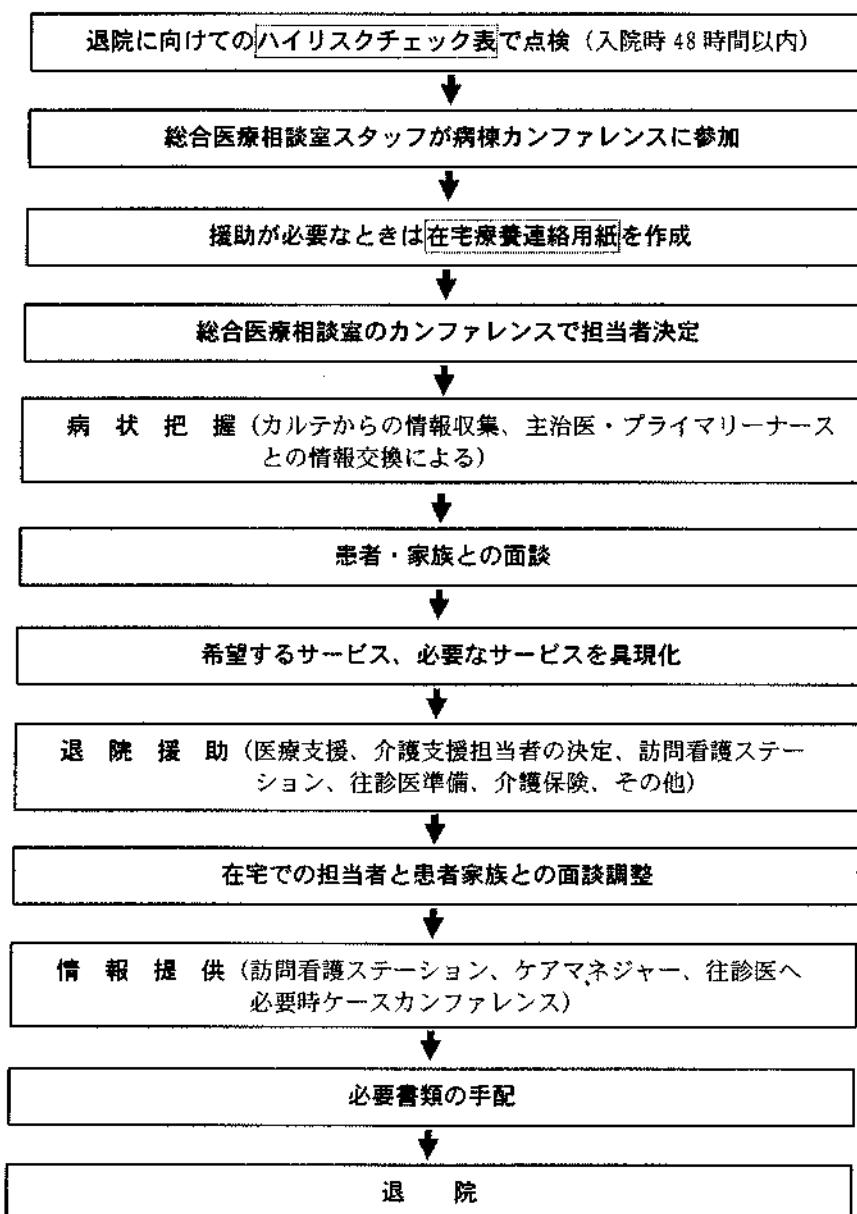
退院前の病棟においての合同カンファレンスに参加してもらっているので、それ程問題を感じていない。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3 C-③病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

C-③病院では、退院までの流れや手順が決まっている。



2. 地域との連携をよくする取り組み

している。

①訪問看護ステーションとの連携窓口を統一（総合医療相談室）

②必要に応じてケースカンファレンス（月に数回）

困難ケースの場合、退院前の情報交換、患者・家族との面接を含めて、在宅での訪問看護の打ち合わせなど。

参加者…病棟プライマリーナース、ケアマネジャー、訪問看護婦、総合医療相談室スタッフ、時には担当医

③週1回の病棟でのカンファレンスに総合医療相談室看護婦2名およびMSW3名が参加。全16病棟中9病棟に参加。カンファレンスでピックアップし、早めに対応。

④毎朝、総合医療相談室スタッフでカンファレンスをし、新規ケースの担当決めをして入院中から対応している。在宅移行は看護婦、施設移行はMSWと大別している。

総合医療相談室看護婦は二人ともケアマネジャーなので、入院中に介護保険必要者は認定調整をする。

⑤相談室看護婦は3年前に、1人から2人に増員した。退院時の介入件数は、3年前の3倍程度に増加している。

⑥退院前1週間から10日前から在宅移行への調整のケースが多いが、訪問看護ステーションとFAXで情報交換を行っている。

⑦訪問ステーションの看護婦が病室訪問でくるときには、患者にだけでなくプライマリーナースとも会って情報交換出来るよう、総合医療相談室看護婦が調整している。

3. 連携に関する評価

行っていない。

4. 職員教育

行っている。

看護部の在宅療養支援検討委員会（相談室看護婦、上司、必要な病棟の看護婦などすべて看護職）主催の月1回の事例検討会を通し、地域連携の検討を行っている。

5. ステーションとの連携における問題点

- ①看護婦以外の職種（医師やPTなど）が、在宅医療や訪問看護などの必要性をもつと理解してほしい。（病院内のチーム医療がうまく機能するように）
- ②渋谷区のケアマネジャーの連絡会議（月1回）では、大病院の医師が指示医だと、指示医との連絡が取りにくい（検査中、手術中など）とか、訪問指示書等書類の遅れが多い等の問題点がよく指摘される。
- ③今後は、地域の訪問看護ステーション、介護支援センター、在宅担当医などとの定期的な連絡会をもち、在宅移行の振り返りができるとよいと考えている。

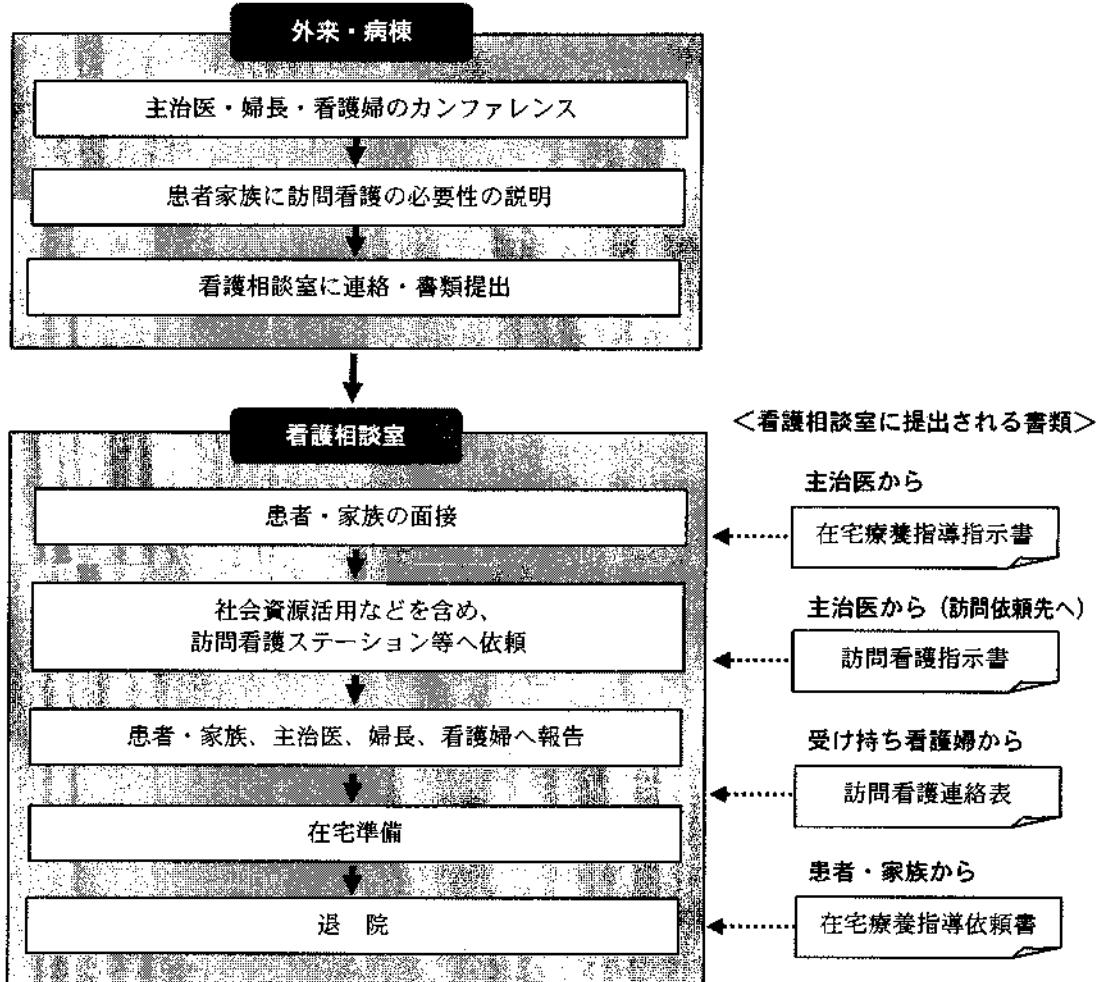
4 C-④病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

当病院の地域連携の窓口として医療相談室と看護相談室がある。これらの相談室は、在院日数の短縮化に伴い、医療依存度の高い患者に対する地域連携の必要性が高まり設立された。医療相談室には、ソーシャルワーカー5名、臨床心理士3名が配置され、主に退院後の医療や福祉サービスの相談や手続きの活動を行っている。看護相談室は、看護婦2名が配置し、退院後継続して自己管理が必要な患者のケア指導および在宅療養の連携のための活動を行っている。医療相談室と看護相談室の職員は同室にいるため、ケースを通じて連携はスムーズに行われる。

院内の地域の連携システムとして、「訪問看護ステーションへの連携のためのフローチャート」が作成されている。各病棟において在宅療養が必要なケースが生じた場合は、このフローチャートに沿って主治医と病棟受け持ち看護婦は、地域連携の窓口である看護相談室に患者を紹介する。看護相談室は、この情報を基に患者・家族と面接を行い、在宅療養の意向や希望を踏まえて訪問看護ステーションの依頼先を決定する。依頼した訪問看護ステーションの了解が得られると、患者・家族は「在宅療養指導依頼書（同意書的な内容）」を看護相談室に提出する。同じく主治医も「訪問看護指示書」を看護相談室に提出し、看護相談室から訪問看護ステーションに送付し、退院後の地域連携の手続きが完了する。

<地域医療連携のためのフローチャート>



2. 地域との連携をよくする取り組み

地域との連携を高めるために、地域医療や在宅医療の勉強会に積極的に参加している。また、連携した訪問看護ステーションが主催する事例検討会に当院の医師と共に参加したこともあった。

地域と連携が必要なケースについては、できるだけ退院前に院内で合同カンファレンス（本人、家族、主治医、病棟スタッフ、訪問看護ステーション、看護相談室看護婦）を開き在宅療養の準備をするように努めている。

3. 連携に関する評価

特に評価は行っていないが、病棟ナース、または主治医に地域連携後の情報を伝えている。訪問看護ステーションから訪問終了後の看護サマリーの報告があるところがあり、その情報も病院の連携の評価の1つとして扱っている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

しかし、現在、看護相談室は外来患者の患者指導を兼務のため多忙であり、地域連携についての十分な評価がなされないことが課題となっている。

4. 職員教育

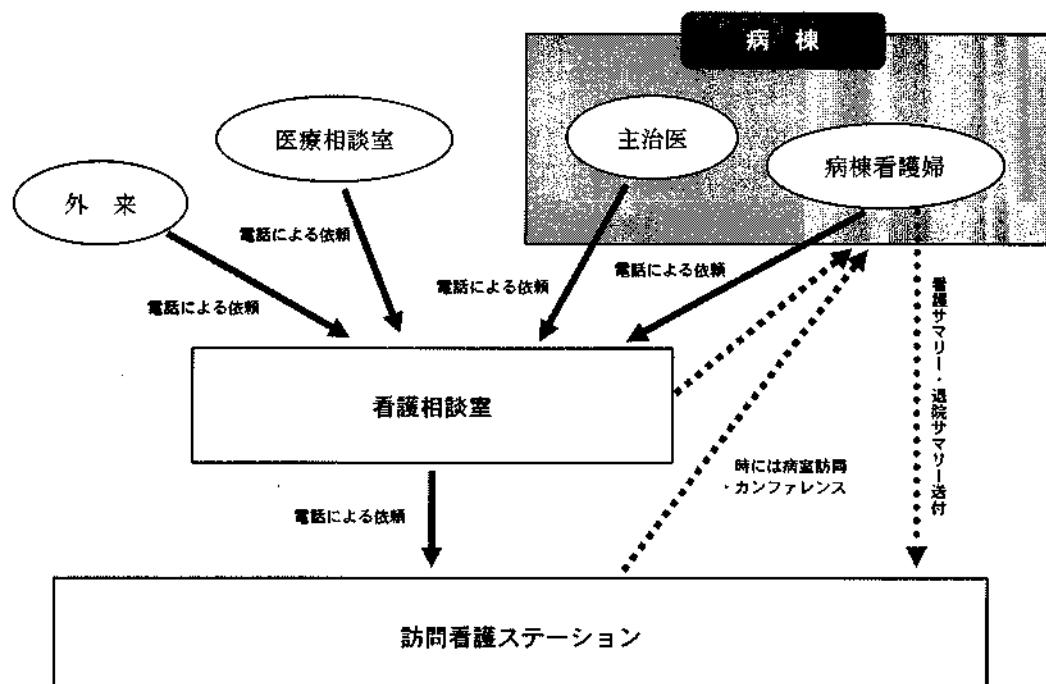
年1回の新入りオリエンテーション時に看護相談室の活動、地域連携の必要性とその手続きについて説明する。

5. ステーション・訪問看護部内との連携における問題点

退院前のカンファレンスでは、他職種が参加した協議をねらいとしているが、現実的にはそれぞれの職種との日程調整が困難な状況にある。また、少数の看護相談室スタッフによる活動でどのようにすれば地域との連携を活性化できるかが今後の重点課題である。

5 C-⑤病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順



地域連携相談窓口として、医療相談室と看護相談室がある。医療相談室にはソーシャルワーカー3名が配置されており、看護相談室は、看護師と保健師の2名の看護職が配

置されている。医療相談室と看護相談室の機能は明確に分けられていないが、看護相談室では主に、医療依存度が高く在宅療養の継続が必要な患者のマネジメントを行うことが多い。退院までの流れや手順は特にきまっている。

退院後に地域医療が必要な患者が生じると、病棟婦長、受け持ち看護婦、または主治医、時には外来から、電話によって看護相談室に患者を紹介される。依頼があると病棟に出向きスタッフや本人または家族から情報を収集し、本人や家族の意向を踏まえて地域の訪問看護ステーションへ電話で依頼する。訪問看護を受け入れたステーションへは病棟から退院用サマリーと入院中の看護サマリーが連携ステーションへ送付される。

2. 地域との連携をよくする取り組み

ケースによっては、退院前に訪問看護ステーションの病室訪問をしてもらいカンファレンス（本人、家族、病棟スタッフ、主治医、看護相談室）を行うこともある。

3. 連携に関する評価

特に評価は行っていないが、再入院時の訪問看護ステーションから送付される在宅時のサマリーから把握している。

4. 職員教育

特に行っていないが、医師を対象に、1年に1回、看護相談室の関わった事例を報告し、看護相談室の機能や役割の認識を図っている。今後は、このような事例報告や実績を示す機会を増やし、院内職員の地域連携の認識を高め院内のシステムづくりへの足がかりになるよう希望している。

また、間接的な教育であるが、看護短期大学の在宅看護実習を受けており、将来地域連携の視点を持った看護職の育成を期待している。

5. ステーション・訪問看護部内との連携における問題点

この病院から在宅療養への移行を必要とする患者は都内の広域にわたり、医療依存度の高い患者が増えてきている。そのため、患者の在宅ケアを適切に実施できる訪問看護ステーションを探すための情報が少ないことが問題である。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

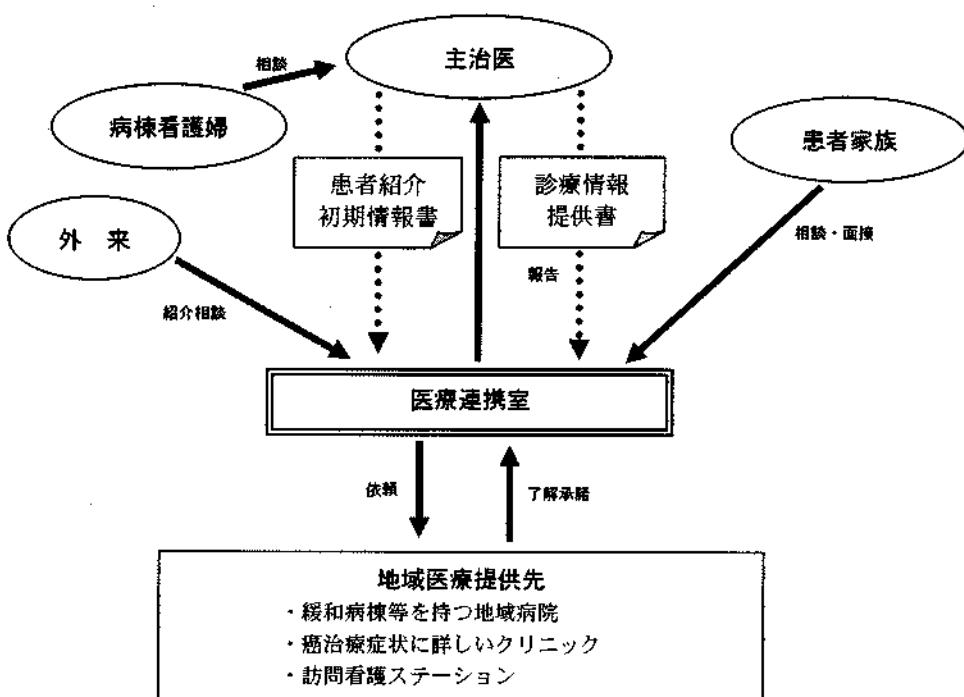
6 C-⑥病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

この病院は、癌治療を専門とする病院であり、これまでの癌治療の進歩に伴い、外来通院治療の普及や在院日数の短縮化によって多くの退院患者は地域医療との連携を必要とするようになってきた。その為地域医療との連携窓口として「医療連携室」があり、新病院建設を機会に設置された。

医療連携室には、ソーシャルワーカー2名、事務職3名が配置されている。院内の地域連携への流れはシステムとして整備されている。まず、地域連携が必要な患者が生じると、主治医は「患者紹介初期情報」に記載し、医療連携室に紹介を依頼する。医療連携室は、送られた書類の情報を基に患者・家族との面接を行い、家族の要望も加え適切な地域医療の提供施設を探し、先方に依頼する。そして、地域医療の了解が得られると主治医にその地域医療先を報告する。その後、主治医から紹介状、病棟から看護サマリーを地域医療先に送付する。

「患者紹介初期情報」の依頼は、基本的には医師が行うが、病棟看護婦が医師に勧めたり、本人が直接医療連携室に来所し相談を受けたことをきっかけに、主治医に「患者紹介初期情報」を提出してもらうこともある。この「患者紹介初期情報」は、チェック方式で必要最小限の情報の記入により患者の地域医療のニードを把握できるように工夫がされている。最近では在院日数が約19日とより短縮化したため、地域医療との連携をより早くスムーズにすることが求められている。



2. 地域との連携をよくする取り組み

医療連携室の地域との連携を促進する取り組みとして院内への取り組み(主に院内の医師)と院外への取り組みがある。

1) 院内への取り組み

①医療連携委員会

院長、医師、総看護婦長、副看護婦長、婦長、ケースワーカーで構成している委員会である。この委員会では、院内の連携対策や実際の連携システムの評価や検討を行っている。医療連携室を通さないで地域の連携を行った医師や連携を怠った医師がいると委員会から注意することもある。

②医療連携室からの連携について啓発活動的情報の発信

「医療連携室便り」を院内向けに発刊している。内容は、医療連携室の活動の紹介や連携室が関わった地域連携の実態の報告、連携の手続きの情報などを掲載し、院内職員への意識化と地域連携に関する情報の提供を行っている。この「医療連携室便り」による情報などの活動を通じて、医局から地域医療についての講義を依頼されることもある。

③外来患者への情報提供

医療連携室前に地域医療施設の情報棚を設け、外来患者などに地域の医療施設の紹介や外来治療など常にオープンな情報を提供をしている。

2) 院外への取り組み

地域医療に対し院内のカンファレンスや研修の案内を送り、医療情報を発信している。

3. 連携に関する評価

評価は定期的に行っていない。しかし、地域連携数が年々増加している地域連携室の実態調査の結果を成果として評価している。医療連携室の地域連携に関する課題は、この病院の患者は、疾患や専門的な治療が伴う上、看護職の地域連携スタッフの必要を認識している。しかし、専門病院のため本人・家族の病院への依存度は高く、当事者の地域医療との連携の必要性を理解させることが難しいことが多い。昨今、入院期間の短縮化がより早まったこと急な退院となり医師が医療連携室を通さないケースも生じている。今後も院内の連携システムの徹底と見直しが必要である。

受け手の地域の問題として、癌治療の継続が可能な地域医療や訪問看護ステーションの情報が得られにくい。診療科などの標榜程度の情報程度では、実際に今の患者の治療や療養方針に対応できるか、患者に治療やケアに混乱を与えないかなどの判断が難しい。よりよい地域連携には治療やケアの一貫性が重要である為、地域医療の情報網について

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

の充実が求められる。これまで医療連携室はひとつひとつの地域医療施設などを調べ依頼してきた。その実績によるネットワークを頼りするしかない状況である。

癌治療を専門とする病院の地域連携ということで医療ケアに関する専門知識が求められる。現在、医療連携室のスタッフはソーシャルワーカーのみであるが看護師の必要性を考えている。

4. 職員教育

特に実施していないが、先に述べた「医療連携室便り」が職員教育になっていると考える。

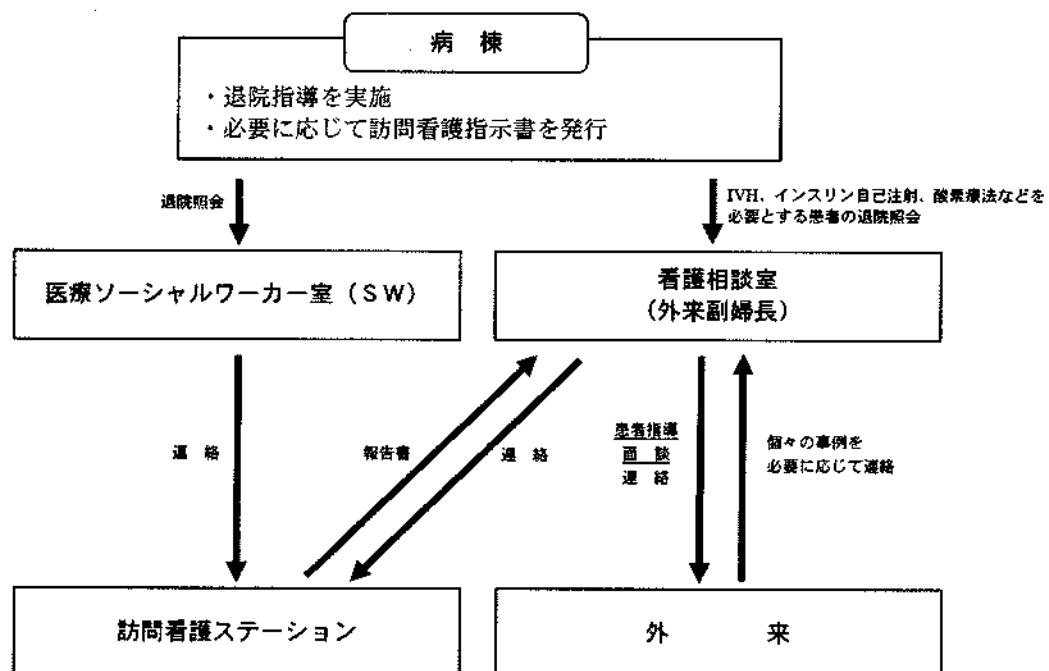
5. ステーション・訪問看護部内との連携における問題点

先述したように、訪問看護ステーションが癌の在宅療養に対するケアができるかどうかの情報がないため、依頼先を探すことが難しい。また、訪問看護サービスのケアが様々なレベルであることも問題である。

7 C-⑦病院の連携システム

1. C-⑦病院までの流れや手順

C-⑦病院では、退院までの手順が決まっている。



訪問看護 新規導入：月10件ほど 継続：月80件ほど
訪問看護ステーション：30～40箇所と連携

2. 地域との連携をよくする取り組み

①区内訪問看護ステーションとの交流会を実施している。

趣旨：顔の見える連携を目指し、主に外来看護婦と訪問看護ステーションとの意見交換を行う

参加職種：看護婦、ソーシャルワーカー、医師

開催頻度：年一回

②訪問看護報告書については、看護相談室で一旦目を通し、重要事項にアンダーラインをひき、各科外来へ配布している。

③訪問看護導入中の患者リストをコンピュータ管理し、外来予約日をリストアップして外来日にはできる限り面談をし、患者把握をしている。必要時、ステーションと連絡を取り合い、情報交換を行っている。

④看護相談室の看護師が意欲的に意識的に取り組んでいる。職位は副看護部長となっており、病院内でも認識されている。

3. 連携に関する評価

①病院全体としては行っていないが、外来看護婦とソーシャルワーカーで「訪問看護連絡会」を開催し、スタッフの訪問看護への意識向上、連携の充実を図っている。

②外来カルテに訪問看護導入中の患者であることが一目でわかるように目印をつけて、意識づけをしている。

以上の取り組みを不定期に行っている。

連携が成功したと感じるときは患者の病状が安定し、問題なく過ごせている状態であると思うと述べ、意識的に連携の評価を個別的に行っている。

4. 職員教育

①病院全体には出来ていないが、外来看護婦に訪問看護についての広報（年に2～3回）を文書で行い、情報提供している。

②訪問看護導入中の患者とは意識的にかかわりを持ち、必要時ステーションと連絡を取る等、スタッフへの呼びかけをしている。

③国立病院学会、日本看護協会の地域看護学会に学会発表し、それを院内に宣伝している。

④看護相談室の1年の活動をまとめたものを副婦長会に出し、外来にも配布している。

⑤区内地域看護業務連絡会（年3～4回）での情報交換を行っており、その結果は院内に返している。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

5. ステーションとの連携における問題点

現状は病院内のシステムが不備で、訪問看護ステーションとの連携の窓口が2ヶ所（医療ソーシャルワーカー室・看護相談室）になっている。病棟からの訪問看護導入時はソーシャルワーカー経由となっているため、病棟・外来間の看護の連携が図りにくい（今後の見通しとして、地域医療連携室として、在宅に関する部署が一箇所に統合される予定）。

具体的な課題としては下記のようなことが挙げられる。

- ・ソーシャルワーカーが窓口となって訪問看護を導入した患者の場合、看護相談室には書類しか回ってこないため、サービスがつながっていない。
- ・入院中から患者に関わっていきたい。
- ・病棟との連携として、訪問看護導入の患者についてだけでも、病棟に報告していきたいと考えている。
- ・病棟からのサマリーは、外来・訪問看護では活用しづらい。

8 C-⑧病院の連携システム

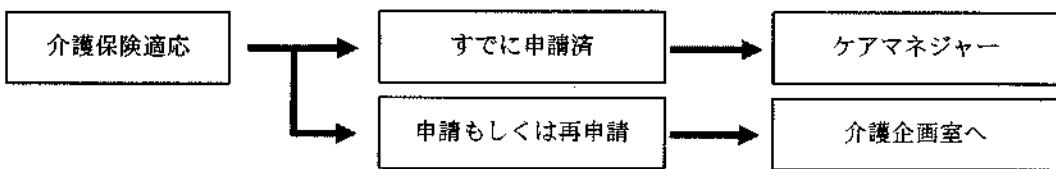
1. 退院までの流れや手順

C-⑧病院では退院までの流れが大方決まっており、入院患者が介護保険適応か否かで対応は分かれる。

《介護保険適応の場合》

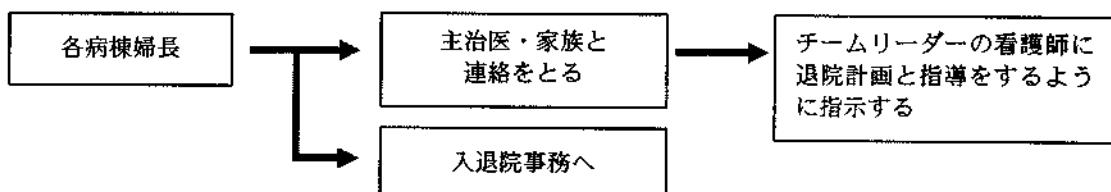
各病棟から退院予定患者があると病棟婦長から介護保険適応者は、病院内の介護保険課に伝達される。すでに認定を受けている患者は、担当のケアマネジャーに連絡され本人・家族と面接しサービス内容が検討され、退院日程が決定される。その後、適宜、外来通院となる。

まだ介護保険の申請をしていない患者は、介護企画室へ連絡され、申請の手続きをする。また介護度に変更が考えられる場合は再申請の手続きを開始するため、同様に介護企画室へ連絡される。



《介護保険適応でない場合》

病棟婦長が主治医や家族と連絡を取り、退院までの手続きを開始し、同時に病棟チームリーダーの看護師に退院計画・指導を行うよう指示する。



2. 地域との連携をよくする取り組み

- ①訪問看護が必要な患者については、退院前に調整し、連絡している。必要に応じて、婦長が中心になってケアマネージャー、訪問看護婦との合同カンファレンスを開いている。
- ②リハビリについて、合同勉強会を行っている。
- ③P.Tが近くの同一法人のステーションに月2回ほど訪問している。

3. 連携に関する評価

気になる患者については、個別に一週間をめどに電話したり、同一法人ステーションであればステーションに情報を聞いたりしている。同一法人外のステーションの場合は、患者を「引き渡した」形になるので評価は難しい。

「連携がうまくいった」ということは、在宅患者・家族が在宅医療に移行したことを喜べることであると述べた。

4. 職員教育

- ①1週間に1回、検討会、院内カンファレンスを開き、手術前後の治療、病状を話し合う。
- ②不定期に全職種の主任以上が集まり、職責者会議を開いている。
- ③3年目の病棟看護師を対象とした地域看護研修を行い、地域の診療所、ステーションなどで3～5日間学ぶ機会を持つ。
- ④不定期に訪問看護ステーションの看護師が病棟を訪床する。

5. ステーションとの連携における問題点

ステーションと病棟の看護婦とが、お互いのことを理解していない。特に、ステーションの役割やシステム、大変さに対する病棟側の理解が足りず、それが連携ミスにつながることになる。

病棟看護師が、在宅医療とはどういうものなのかを理解していない。病棟によっては

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

60%が3年目までの若手ナースのこともある。

9 C-⑨病院の連携システム

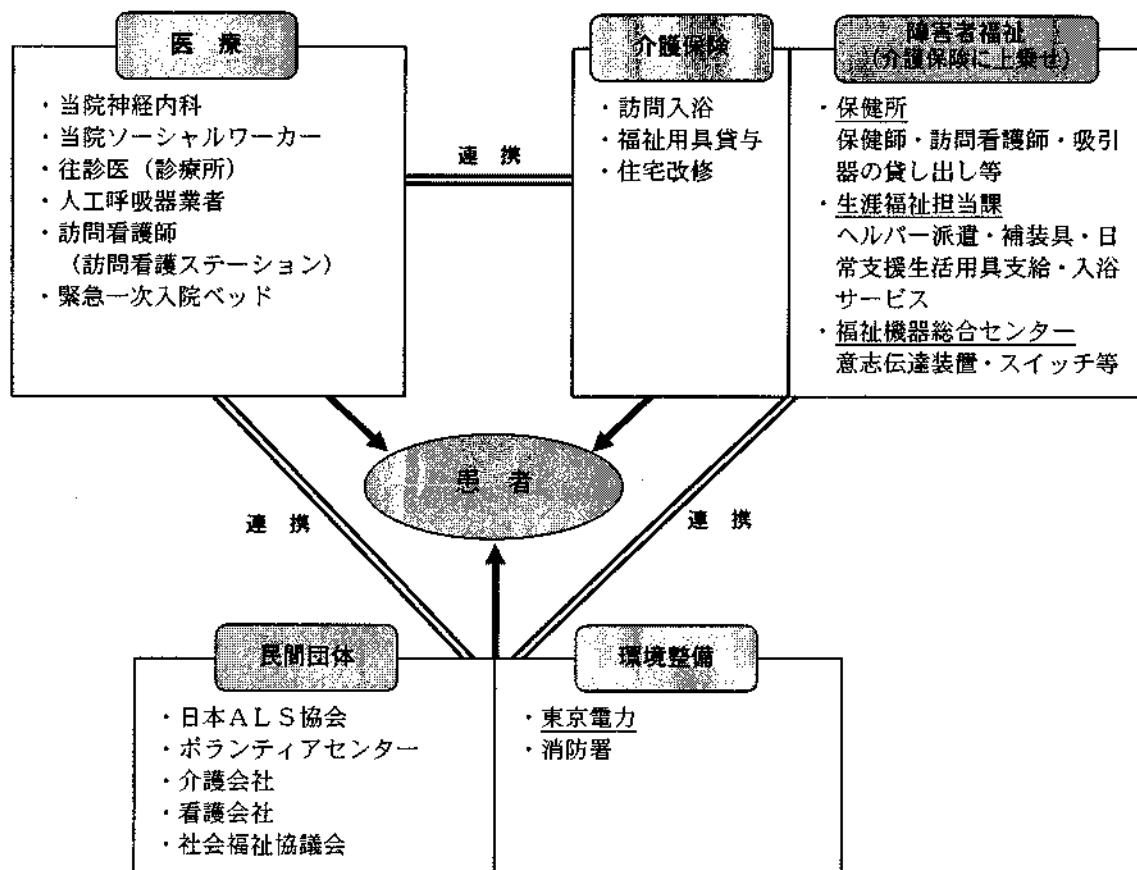
1. 退院までの流れや手順

将来的には、神奈川県川崎市宮前に訪問看護ステーションをもつことを計画しているが、C-⑨病院としては、訪問看護ステーションおよび訪問看護部門をもたない病院に区分される。当院では、退院を調整し、地域との連携を図るための部門として、総合医療相談部が設置されており、看護相談室には看護職、医療福祉相談室にはケースワーカーが所属している。

病院全体としては退院までの流れや手順は特に決まっていないが、在宅ケアを積極的に行っている診療科（特に神経内科）に対しては、総合医療相談部が調整役となり地域との連携を図っている（以下の図はその一例）。特に、医療処置のあるケースに関しては、病棟から総合医療相談部に連絡が入り、総合医療相談部を中心に訪問看護ステーション等、地域との連携を図っているようである。

また、重症例については、医師（担当医、および往診医）、看護師、保健師、ソーシャルワーカー、患者や家族を含めた合同カンファレンスを実施している。

＜現在、病院と地域との連携が図られているケース（ALS患者）のネットワーク＞



2. 地域との連携をよくする取り組み

訪問看護ステーションとの連携が必要なときは、看護要約（退院・転院・転科・転棟・中間共通）や診療情報提供用紙、退院処方記録、最新の検査データのコピーを送付している。また、退院後、訪問看護ステーションからの病状や処置に関する問い合わせに対しては、すぐに患者が入院していた病棟へ連絡をとり、即日回答している。また、求められた資料や書類等については、報告書とともにすぐに送付しているように、頻繁に連絡をとるようにしている。

さらに、当院に入院していた患者で、緊急入院や外来受診が必要となった場合、入院や外来受診の手続きを速やかに行っている。さらに、訪問看護ステーションを利用し、再入院となった患者の病状についての報告や退院時期を連絡するなど、再入院後も病院から訪問看護ステーションへの情報提供を積極的に行っている。

3. 連携に関する評価

病棟単位では実施しているところもあるが、病院全体としては特に行っていない。

4. 職員教育

1年間に1～2回、患者の往診医となる開業医等を招き、地域医療に対しての職員集合研修を行っている。また、地域との連携を意識づけ、理解を深めてもらえるよう、訪問看護ステーションを利用して患者の入院時に看護相談室から担当医師や病棟の看護師へ連絡をとるようにしている。

5. ステーション・訪問看護部内との連携における問題点

職員の地域医療に対する認識が不足しており、病院で考える「医療」を重視した考え方と、地域で考える「生活」を重視した考え方とに差が生じている。

10 C-⑩病院の連携システム

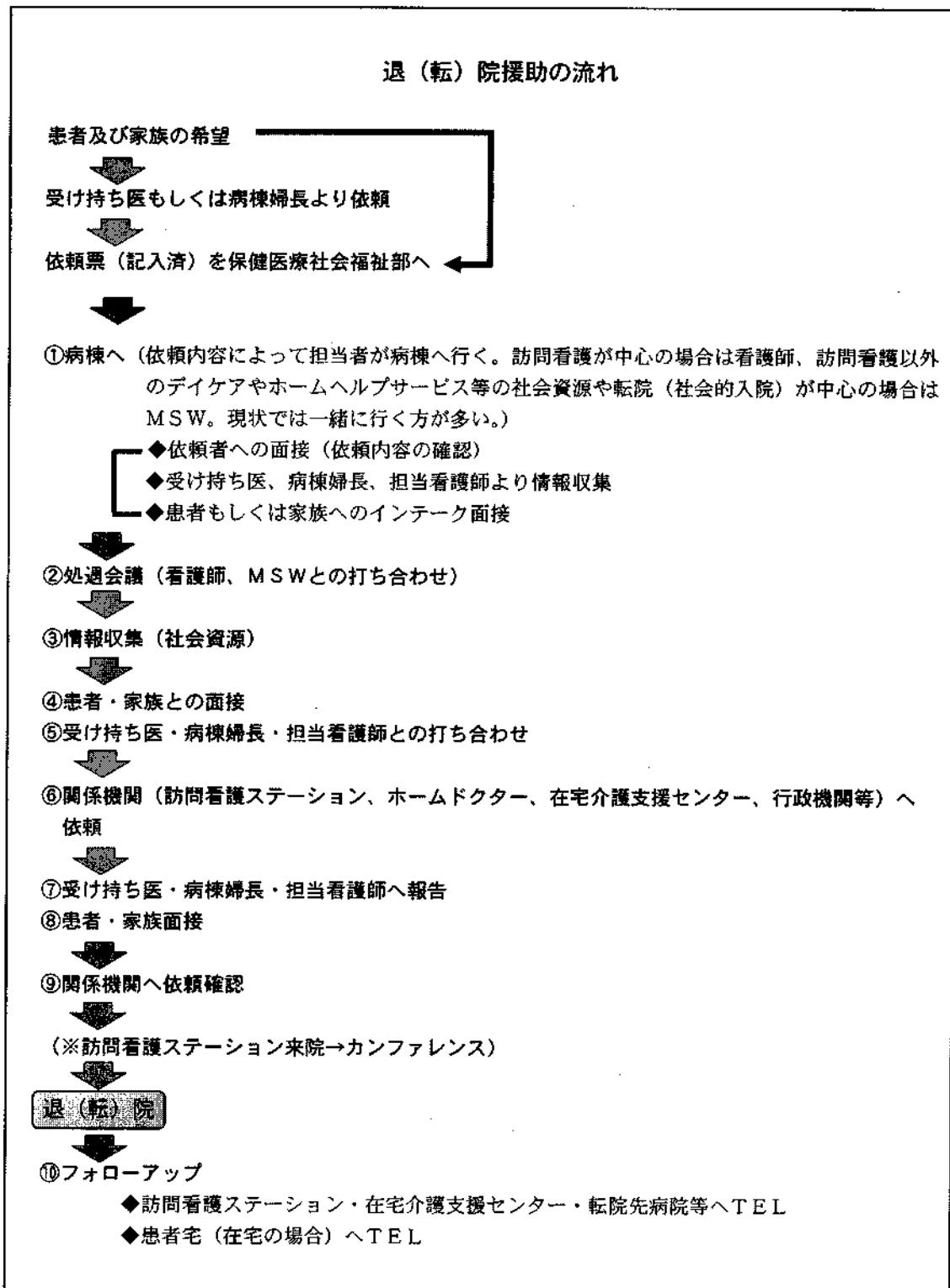
1. 退院までの流れや手順

1) はじめに

C-⑩病院では、各診療科と地域の医療機関との連絡調整を行い、患者が適切なケアが受けられるように、「退院援助」と「在宅療養の推進」を行う部として、1997年4月に保健医療社会福祉部が設置され、医師1名、看護師（在宅医療コーディネーター）1名、医療ソーシャルワーカー1名は配置されている。主に、医師は「在宅療養の推進」のための啓蒙活動を中心に行っており、わが国でも類を見ない在宅医療コーディネータ

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

一である選任の看護婦長と医療ソーシャルワーカーが病院から地域への退院援助を行っている。主な退院援助の流れは以下であり、より分かりやすく示したパンフレットを各病棟に配布し、病棟婦長や主任レベルを中心に教育を行っている。



2) 病棟から保健医療社会福祉部への援助依頼～地域との連携

退院援助は、「継続看護委員会」のバックアップを受け、保健医療社会福祉部で作成された「退院援助依頼票」が保健医療社会福祉部へ届いた時点から、保健医療社会福祉部での援助が開始される。本依頼票は退院する全ての患者に対して提出されるものではなく、退院困難な事例を中心に保健医療社会福祉部へ提出されるものである。保健医療社会福祉部では、依頼を受け、そのケースが在宅療養を希望している場合は、下図の流れに従って退院調整を図っている。また、老年病科については、患者の入院と同時に在宅療養におけるリスクファクターがチェックされ、週1回カンファレンスで在宅医療のニーズが判定され、退院困難な事例に対しては、入院初期より保健医療社会福祉部へ依頼がある。

3) 訪問看護ステーションとの連携

退院援助依頼票が保健医療社会福祉部へ提出され、情報収集の結果、訪問看護が必要であると判断された場合、保健医療社会福祉部では、患者に最も適した訪問看護ステーションを検索し、依頼・連絡・調整が行われている。東京都23区内のステーションについては、インターネットで検索され、既に約180のステーションがリストアップされており、以下の基準を元に、ステーションが選択されている。

- ①患者の居住区に近い：患者の住んでいる地域の中で最も近いステーションを3つ探し出し、交渉に入る。
- ②特徴：在宅ホスピスケアが専門等、訪問看護ステーションの「特徴」を把握し、患者の状態に応じ、必要なケアを提供してくれる条件の合うステーションを見極めている。
- ③稼動体制：地域で評判のよいステーションは安心できるが、多忙すぎると看護職にとって負担が増大するため、敢えて新設のステーションにアプローチすることもある。
- ④看護の質：依頼するステーションに対して、必要な看護処置、医療機器等を伝え、受け入れ可能かについて話し合っている。

このような方法で訪問看護ステーションが決められ、具体的な地域の訪問看護ステーションや保健所との連携のための情報提供手段として、「看護連絡票」がある。本連絡票は、地域との連絡用に保健医療社会福祉部で作成されたものであり、これまで各施設で使用されている看護サマリーのような在宅ケアのためのアセスメント中心のものではなく、在宅で継続して欲しい内容が具体的に記載された文書であるのが特徴である。特に、C-10病院は特定機能病院であり、医療依存度の高い患者が多いため、ステーションの看護婦に病棟でのケアを見てもらう、合同カンファレンスを行う等、保健医療社会福祉部のコーディネートにより連携を図るようにしている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

4) かかりつけ医の選定～連携

また、かかりつけ医は、患者の主治医（担当医）からではなく、保健医療社会福祉部のコーディネーターが中心となり選定される。ステーションの看護職は、地域の医師の情報を熟知し、一緒にケアに携わることが多いため、信頼性の高い情報を得ることができることから、まず訪問看護ステーションを選定し、以下の基準でかかりつけ医を探し出している。

- ①本人または家族のかかりつけ医
- ②依頼した訪問看護ステーションの推薦する往診医
- ③地域の訪問看護ステーションの推薦する往診医
- ④地域でよく知られている往診医
- ⑤インターネットで往診可能な地域の開業医を検索
- ⑥医師会の連携センターに問い合わせる

このように、病院の医師からでなく、在宅医療コーディネーターがかかりつけ医の選定を行うことで、患者の急変時の緊急受診や緊急入院の窓口（保健医療社会福祉部）が明確となっており、その手続きもスムースに進めることができている。

5) 関連病院との連携

前述したように、C-⑩病院は特定機能病院であり、退院後のフォローアップを関連病院に依頼する場合がある。その際の病院の確保と交渉は、患者の症状や予後等によつていくつかの方法がとられている。

- ①病棟の担当医の持つネットワークを使って病院を検索し、医師同士で交渉
- ②保健医療社会福祉部が患者住居地近隣の病院をリストアップし、その資料をもとに病棟の主治医から病院の医師に連絡し、交渉
- ③保健医療社会福祉部の看護婦長や医療ソーシャルワーカーがあらかじめ病院に連絡をとり、最終的な交渉を担当医に任せる
- ④訪問看護ステーションやかかりつけ医との交渉の中で、連携しやすい病院を紹介してもらう
- ⑤地域の保健所、市町村の保健課など公的機関から紹介してもらう。

2. 地域との連携をよくする取り組み

近隣の訪問看護ステーションと密に連絡をとり、特に退院困難なケースについては、訪問看護師に病院に来てもらい、在宅医療コーディネーター、病棟婦長及び看護師、主治医（担当医）、必要に応じて、患者・家族とともに合同カンファレンスを実施している。また、小児については、保健師に来院してもらい、保健師、在宅医療コーディネーター、

病棟婦長及び看護師、主治医（担当医）、必要に応じて、患者・家族と病棟でカンファレンスを行っている。また、医療職種だけでなく、在宅で患者に医療機器を提供するメーカーとの連携も図っている。具体的には、C-⑩病院から退院した患者で当該メーカーの医療機器を使用している患者については、月単位でそのリストを提出してもらい、その報告を義務付けている。このことにより、紹介した側の病院は責任をもって患者に適切な医療機器が提供されているかを把握することができる。また、このことがメーカー側も自覚を持つよい機会となっている。

3. 連携に関する評価

年1回、看護婦長会議にて実績の報告を行っている。その内容は詳細であり、各年度に立てられた目標に対する評価がその実績データとともに明記されている。また、各ケースの調整に要した時間も細かく記録に残されており。統計的に処理され、看護婦長会や新人才オリエンテーション等院内だけでなく、学会や雑誌等にも報告している。

4. 職員教育

病院全体としては、新人教育として、オリエンテーションの中で「医療社会福祉と看護」というテーマでの講演を実施している。また、各医局や糖尿病患者対象のカンファレンスにも出向き、退院支援に関する説明会を行っている。また、2ヶ月に1回、事例検討会を実施している。

病棟に対しては、看護部の継続看護委員会の中で、訪問看護、介護支援センター、特別養護老人ホーム等についての役割・利用手続き等についてまとめた「在宅ケア」のファイルを全病棟に配布し、病棟婦長、主任レベルを中心にその教育を強化している。

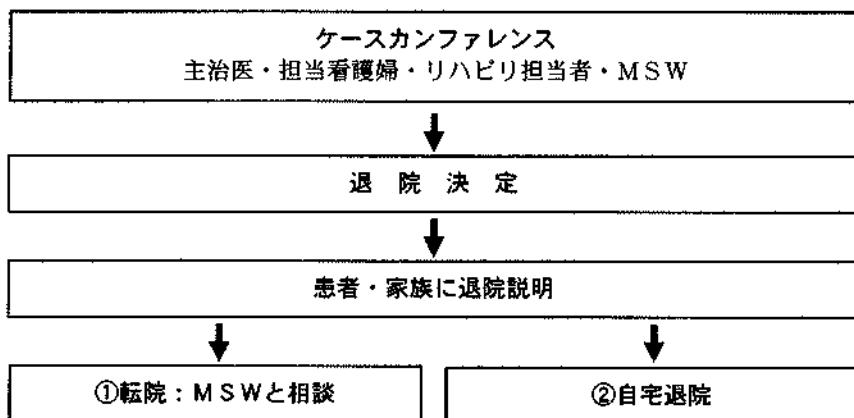
5. ステーションとの連携における問題点

保健医療社会福祉部が設置される前は、個々の病棟の看護師や医師が個別に訪問看護ステーションとの連絡をとっていたが、特に退院困難なケースに対しては、その連携が困難であった。そのような問題を解決するため、保健医療社会福祉部が設置され、専門の担当者が配置されたことで、訪問看護指示書、報告書等の情報が1点に集められるようになり、地域からも信頼され、連携が図れるようになってきている。現在、在宅医療を必要とする殆どの患者は、保健医療社会福祉部へ依頼書がきており、また、病棟から直接地域へ移行したケースについても、訪問看護ステーション等、地域から連絡がくるため、その情報が把握できるシステムができている。

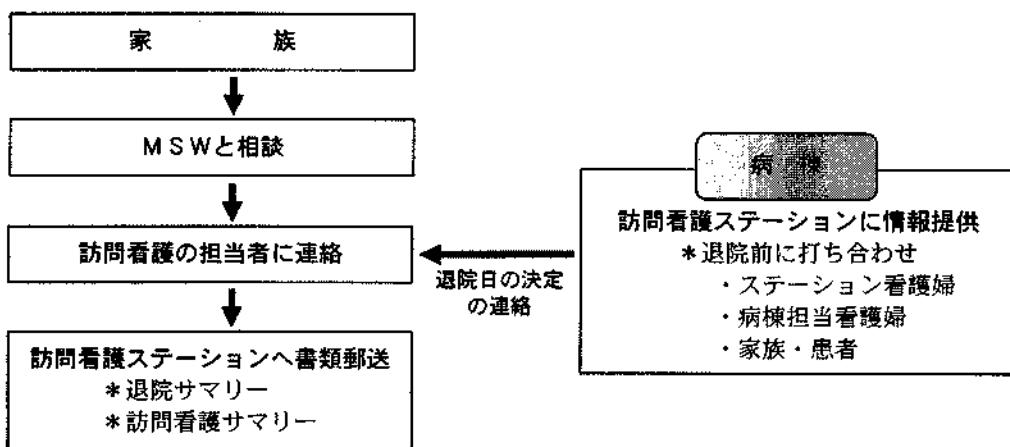
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

11 C-⑪病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順



<訪問看護ステーションの利用>



2. 地域との連携をよくする取り組み

- ①退院前に訪問看護ステーションと連絡を取り、患者・家族と打ち合わせ・準備を整える。
- ②在宅でのIVH、インヒューラー使用による継続麻薬注入によるペインコントロールなど、ステーションにとって新しい取り組みに対しての勉強会、資料提供
- ③急変時、緊急時のベッド確保

3. 評価

不定期ではあるが、訪問看護ステーションを利用している患者の状態により、電話、FAXで連絡を取り合っている。

4. 職員教育

病棟担当看護婦による問題点の抽出、固定チームナーシングによる退院に向けてカンファレンスを行い、具体的検討を実施する。

5. 問題点

大きな問題はないが、訪問看護ステーションによりサービス内容が異なる為、利用される患者が訪問看護ステーションを変更することがある。

指示書作成に日数がかかるが、ぎりぎりに郵送されてくることがある。

3. 訪問看護ステーションの連携システム

3

訪問看護事業所の連携システム

ここでは、調査2の結果、訪問看護事業所の連携システムについて、訪問看護事業所の管理者もしくは新規依頼の退院患者の調整をしている訪問看護師に聞き取りをした結果について述べる。

各施設の分類はA：病院の組織内にある訪問看護部（医療機関型）、B：同一法人訪問看護ステーション、C：独立型訪問看護ステーションとなっており、順に記述する。

調査内容は病院と同様、1. 退院までの流れや手順（図）、2. 病院との関係づくり取り組み、3. 連携に関する評価、4. 職員教育、5. 病院との連携における問題点について整理した。

A 病院の組織内にある訪問看護部（医療機関型）

1 A-①訪問看護部の連携システム

1. ステーション・訪問看護部内の流れや手順

訪問看護のニード判定から訪問看護実施までの院内プロトコールを作成し、病棟と訪問看護科で統一した流れで連携を図っている。

1) 訪問看護のニード判定～初回（病棟）面接

訪問看護の対象となりそうなケースについて、医師（主治医・担当医）・病棟看護師から電話による相談が入り、訪問看護を実施することが決定すると、家庭訪問依頼票が主治医から提出される。依頼票を受けた訪問看護師は、依頼票の情報の確認と補充のため、医師（主治医・担当医）、病棟婦長、または担当看護師に電話や直接病棟へ出向き、情報交換をはかる。さらに、担当の訪問看護師が日程を調整し、患者・家族と面接を行い、訪問場所・初回訪問の日時・訪問料金についての説明と確認を行っている。状況に応じて、医師（主治医・担当医）が立ち会うこともある。

2) 訪問準備～患者退院～初回訪問・病棟への申し送り

退院時の必要物品の確認や退院指導に関しては、必要時、病棟へ出向き、病棟看護婦がアドバイスを行っている。また、病棟から送られた「家庭訪問依頼票」「看護サマリー」や患者の入院記録、また、これまでの電話や病棟面接等で収集した情報を元に、おおよそのProblem Listと初期計画を立案する。そして、患者の退院当日は予定通り退院したかの病棟に確認を行っている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

さらに、初回訪問の前日または当日に病院の入院チャートを取り寄せ、外来での状況を確認し、必要物品を準備している。外来から依頼がきたときは、外来看護師からの申し送りがある。原則として、病棟面接を行い、初期計画を立案した訪問看護師が初回訪問を実施する。その後、患者データベース、Problem List、SOAPを完成させ、問題がある場合は主治医と連絡をとる。当訪問看護科は病院内に設置されているため、基本的に入院中の主治医がそのまま主治医となる。初回訪問の評価については、所定の記録用紙（申し送り用紙）に記載し、訪問看護科の婦長から病棟婦長を経由して担当の看護婦へ届けられている。

2. 病院との関係づくりの工夫

同施設内に訪問看護科が設置されており、電話連絡だけでなく、可能な限り訪問看護師が病棟へ直接出向き、看護師間、訪問看護師－医師（主治医・担当医）間で情報交換を行うようにしている。また、ケースワーカーとも定期的（月に1回）にミーティングを行っている。

3. 連携に関する評価

初回、訪問後（患者の退院後1週間）に、患者・家族の状態、在宅療養の受け入れ・退院時Educationの効果と、今後の訪問の方針を記載した文書を返し（申し送り）、病棟の看護師とともに連携および退院指導の効果に対する評価を行っている。

4. 職員教育

病棟の看護師とは連携が図れているが、連絡するための時間調整が困難な医師（主治医・担当医）との連携のとり方の工夫（状況に応じ、電話、面接、メモなど連携方法をかえる等）について、スタッフ教育を行っている。

5. 病院との連携における問題点

病院内部門であり、コミュニケーションが図れているため特になし。

6. まとめ

当該病院では、平均入院日数が13日台（1997年時点）と全国平均をかなり下回っているが、その要因の1つとして訪問看護科の存在が大きい。その1つとして、訪問看護科が中心となり病院内で訪問看護のニード判定から継続訪問までのプロトコールが作成されていることがあり、病棟と訪問看護科との連携プロセスが確立し、患者の入院から退院後の生活まで継続した看護を実践している。

同施設内に訪問看護科があり、看護師-看護師間だけでなく看護師-医師間や他職種間でのコミュニケーションも図りやすい。さらに、訪問看護科・病棟双方の積極的な働き

かけや密な連絡、また直接双方に出向くことができる環境も連携を深めていると考えられる。

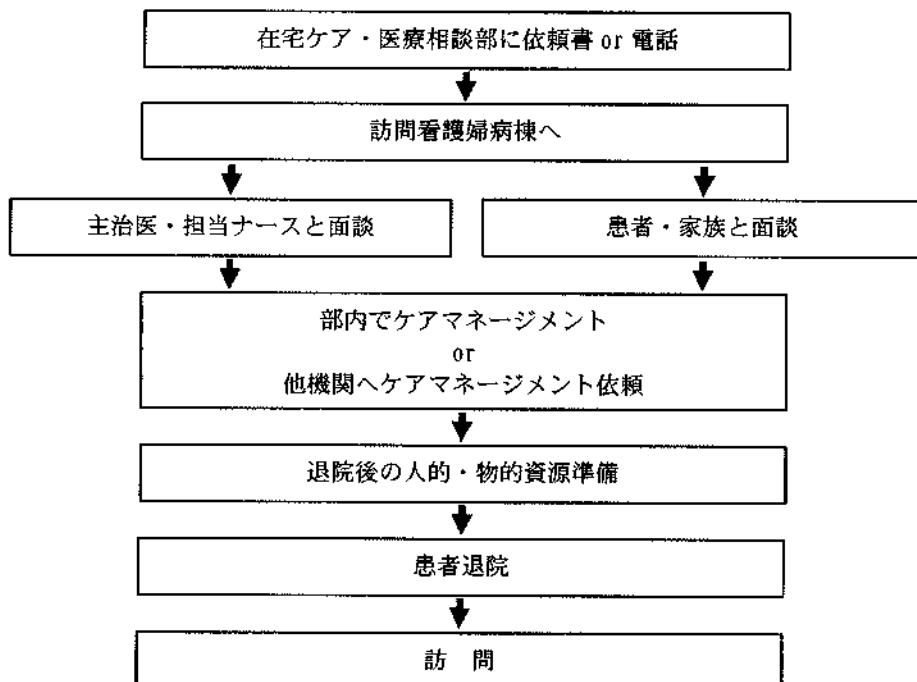
2 A-②訪問看護部の連携システム

1. 訪問看護部内の流れや手順

在宅ケア・医療相談部門に病棟から訪問看護やヘルパー派遣等の依頼が電話あるいは依頼書によって行われる。依頼を受けた訪問看護婦は病棟に出向き、患者・家族の詳しい情報を主治医や担当ナース・婦長から得、その後患者・家族との面接を行う。患者・家族の状況に応じて依頼を受けた訪問看護婦は部内のケアマネジャーがケアプランを作成するか、外部のケアマネジャーが作成したほうがよいか判断する。在宅ケア部門では主に医療依存度の高い患者、ホスピスから自宅へ戻る患者を主に対象としてきたが最近では医療処置のないケアの少ない患者も部内の訪問看護婦が受けている。

部内の訪問看護婦が担当することが決まると、まずケアマネジャーとしてケアプランを立てる。そして退院に向けての人的（訪問看護婦・ヘルパー・理学療法士など）・物的サービス（ベッド、車椅子、吸引器など）ができるだけ退院までに準備する。退院後はケアプランに沿って訪問看護を実施し、必要に応じてケアプランの変更を行う。

<訪問が開始されるまでの流れ>



早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

2. 病院との関係づくりの工夫

- ①在宅ケア・医療相談部門の訪問看護師は病院（病棟）との関係作りのために、患者の依頼が病棟からあると、できるだけ早い時期に病棟にでかけ、主治医と受け持ち看護婦、婦長から患者および家族に関する情報を得るようにしている。
- ②神経内科病棟については訪問依頼が多く、患者も医療依存度の高い患者が多いため在宅ケア部門の設立当初から看護師が週1回の病棟カンファレンスに参加し、早期に病棟と退院に向けての連携を図っている。
- ③緩和ケア病棟から在宅での緩和ケアを希望する患者も比較的多いため、緩和ケア病棟の婦長・コーディネーターを含む総合ケアセンター内の部門間で月1回の連絡会を行い、情報交換や問題等についての話し合いを行っている。
- ④在宅ケア・医療相談部門の婦長は病棟・及び外来の婦長会に週1回出席し情報交換や連絡等を行っている。
- ⑤患者の退院後は訪問看護師が主治医・受け持ち看護師に患者の訪問時の状況を報告するようにしている。

3. 連携に関する評価・職員教育

病棟との連携に関する評価は実施していない。連携の方法等に問題がある場合はその事例ごとに病棟と話し合いを持つようにしている。部内では毎朝行うミーティングの中で病棟との連携に問題があった事例を通して、訪問看護師と病棟との対応方法を話し合うことがある。

4. 連携をよくするための職員教育

「2. 病院との関係づくりの工夫」と重なるが、病棟から患者の依頼を受けると訪問看護婦は病棟へ出向き、主治医、受け持ち看護師、婦長と患者・家族についての情報を得るように在宅ケア部の婦長からスタッフに指導している。

5. 病院との連携における問題点

病棟や患者・家族の都合もあるが、患者の退院直前に訪問を依頼してくることがある。在宅での療養環境が十分に整わぬうちに退院しなければならず、患者・家族が安心して在宅療養を開始できないことがある。特に医療依存度の高い患者では入院したらできるだけ早い時期に在宅ケア・医療相談部に相談をして欲しい。

6. まとめ

1) 連携における構造

- ①A-②病院では訪問看護部門（在宅ケア・医療相談部門）が院内に設置され同じ病院の職員であることから、病棟や外来との連携はかなりスムーズに行われている。入院患者が退院後に在宅ケアを必要とする場合は入院中に訪問看護婦が病棟に出向き、病棟スタッフと共に在宅療養に向けての準備がしっかりと行えることは、病院内型の訪問看護部門のメリットといえる。他機関との連携は訪問看護婦あるいはMSWが主に行い在宅ケア・医療相談部門が院内と院外との橋渡し役を行っている。しかしながら病棟・訪問看護部門の両者とも連携に関するマニュアルは作成していない。また相互の連携や地域との連携に関する評価や職員教育も実施されているとはいえない。よりよい連携方法についての模索や改善が行われず、現状が維持されるのみで発展性がみられない。
- ②訪問看護部門（在宅ケア・医療相談部門）は病院の敷地内の総合ケアセンター内にあるが、ここには緩和ケア病棟のほか市の看護協会が設置主体である訪問看護ステーションや老人保健施設委託の介護支援センター、老人デイサービスなどがあり、在宅ケア患者や地域の高齢者への支援が効果的に行えるような体制にある。月1回の連絡会も行われ、変化する地域ケアシステムに対応できるよう努力している。

2) これからのA-②病院に必要なこと

地域との連携は、多くの病棟スタッフにとっては目の前の患者ケアと比較すると退院後のこととはあまり関心がないようである。病棟看護婦にとっては退院の時点で看護ケアは終了してしまう。従って在宅ケア・医療相談部に退院後のこととは任せてしまう傾向にある為に、退院準備に関しても訪問看護婦やMSWに任せてしまう傾向にある。

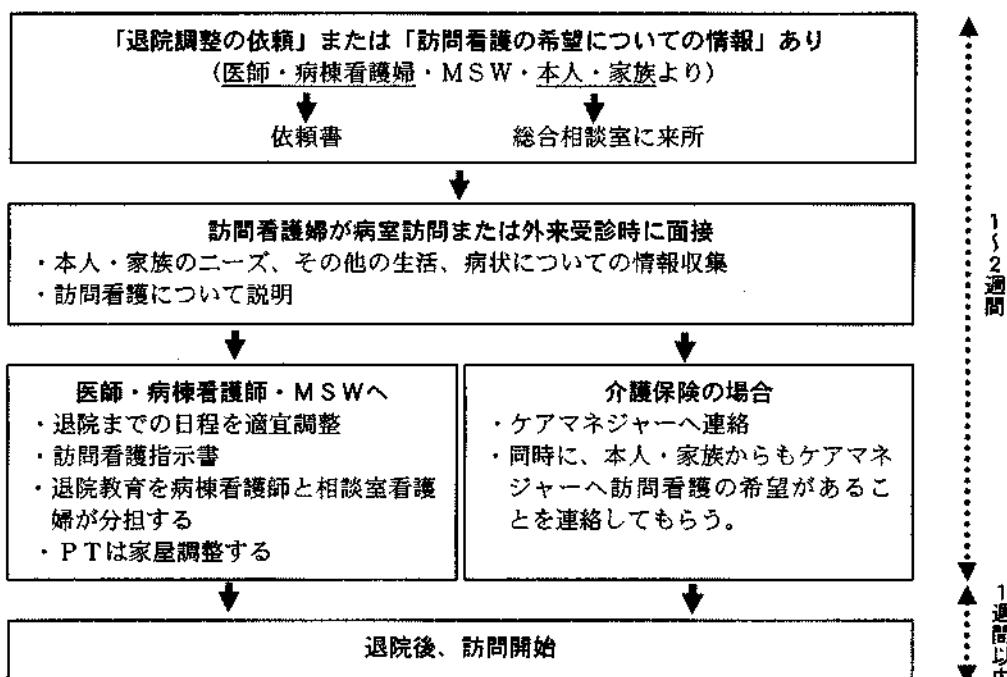
院内での退院後の継続看護に対する教育と在宅ケア・医療相談部との連携方法についての定期的な教育により、病棟スタッフの患者ケアに対する意識改革が必要である。

スタッフの教育に加え、地域との連携システムを関係職種間で作り上げていく必要がある。さらにシステムを定期的に評価できるような方法が必要である。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3 A-③訪問看護部の連携システム

1. ステーションの流れや手順



2. 病院との関係づくりの工夫

- ①退院前には病棟とのミーティング、カンファレンスの場を積極的に設けるようにしている。
- ②訪問看護開始後は病棟看護師に報告するようにしている。

3. 連携に関する評価

- ①特別な取り組みはしていないが総合相談室内で事例検討会をしている。
- ②朝のミーティングで日々の評価を行っている。
- ③だいたい1ヶ月ごとにケースの評価を相談室の看護師、MSWで行っている。

4. 職員教育

- ①特別なプログラムは持っていないが、病棟への患者情報をフィードバックし連携をスムーズにできるよう支援している。
- ②また退院後の患者情報を提供することで病棟看護師の連携の必要性や意義について認識し、退院後の生活への関心を高めるようにしている。

5. 病院との連携における問題点

訪問看護を開始した患者を受け持った看護師は関心を持っているが、病院全体での看護師の地域との連携への意識はまだ低い傾向がある。

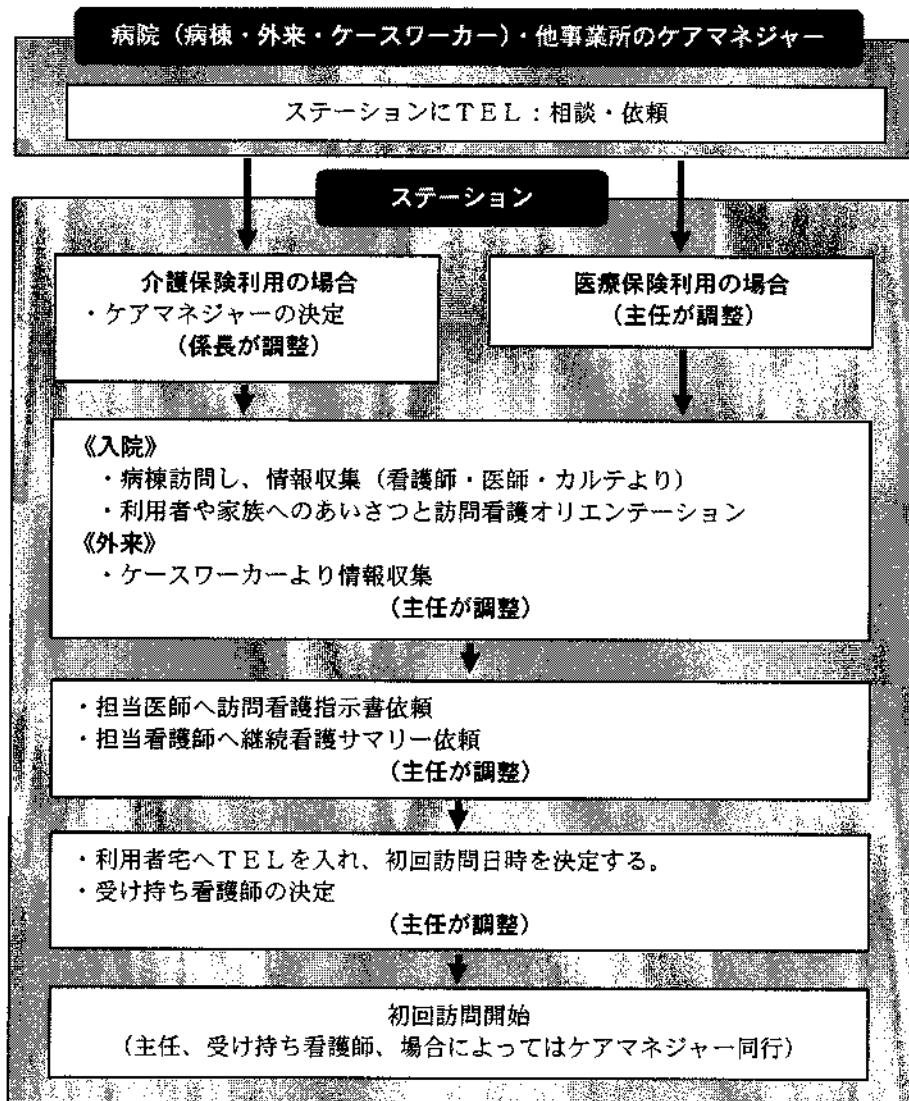
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

B 病院の同一法人訪問看護ステーション

1 B-①訪問看護ステーションの連携システム

1. 訪問看護部内の流れや手順

＜訪問が開始されるまでの流れ＞



ステーションに、病院や他事業所のケアマネジャーから電話で相談や依頼がある。利用者が介護保険利用の場合には、ケアマネジャーの決定は係長が調整して行う。医療保険利用の場合には主任が調整する。まず、病棟を訪問し、看護師・医師・カルテより情報収集を行い、利用者や家族へのあいさつと訪問看護オリエンテーションを行う。そし

て外来、ケースワーカーより情報収集を行う。担当医師へ訪問看護指示書依頼する。また、担当看護師へ継続看護サマリーを依頼する。最後に、初回訪問日時を利用者宅へ電話をして決定する。受け持ち訪問看護師を決定し、初回訪問開始となる。主任、受け持ち訪問看護師、場合によってはケアマネジャーが同行する。

2. 病院との関係づくりの工夫

①訪問看護ステーション連絡委員会を年3～4回開催(定例)

- ・各セクションより1名とステーションより主任か管理者が出席
- ・内容は情報交換と毎年テーマ別に検討
- ・介護保険のプロトコールH13年3月にできた。
- ・また、各種の患者指導のパンフレット作成をする。

②訪問看護ステーション実務研修

- ・年1回、3ヶ月間(10・11・12月)、病棟看護師のステーション実務研修を受け入れている。
- ・看護師一人につき4日間の実務研修をし、在宅をイメージしたり受け持ち患者を訪問したりする。退院指導の成果や反省をする機会となる。

3. 連携に関する評価・職員教育

- ・病棟との連携に関する評価を定期的に行っている。病棟からの継続看護サマリーに対して、初回訪問後、一定の評価と文書で病棟へ戻している。文書は主任が確認し病棟へ手渡すことにしている。
- ・事例ごとの評価を行う。連絡委員会での話し合いや実務研修の中で、退院後の生活に関する患者教育のあり方について検討する。入院時点から在宅指導をしてほしいという希望を患者教育に生かしている。

4. 連携をよくするための職員教育

- ・在宅の患者が入院の際、在宅での看護サマリーを作成し入院日に病棟へ受け持ち訪問看護師が持参し、病棟看護師へ申しあげを行っている。その後受け持ち患者の見舞いをかねて、病室訪問を行っている(1～2週間に1回程度)。
- ・病棟看護師に初回訪問記録で報告し、継続看護サマリーとあわせて何がどう変化しているかを報告する。

5. 病院との連携における問題点

大体良いと感じている。しかし改善の必要な点がある。

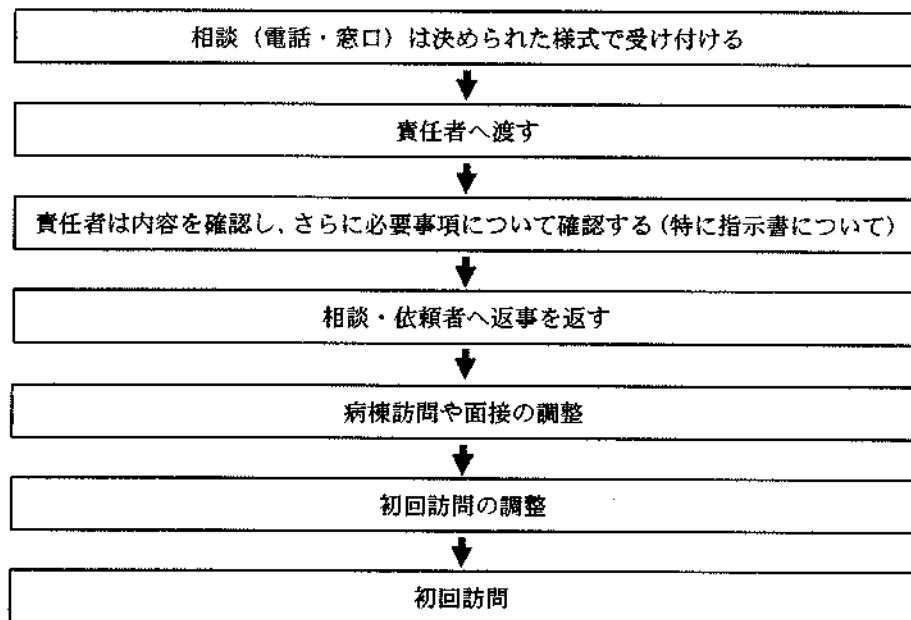
- ①サマリーの内容が適切ではないと感じているので、それを伝えていくように考えている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

- ②看護師が定着していない為、継続できない状況がある。
- ③婦長とは連携が良いが、婦長からスタッフへのひろがりがない。
- ④地域に根ざした病院へ変わっていく必要がある。地域の在宅支援機関からの要望としては、病院へ連携をとりたくてもどこに問い合わせをしたらいいかわからない。

2 B-②訪問看護ステーションの連携システム

1. ステーション・訪問看護部内の流れや手順



2. 病院との関係づくりの工夫

- ・在宅関連の勉強会への参加、事例の提供を行っている。
- ・在宅看護マニュアル及び退院指導マニュアルの共同作成を実施する。
- ・在宅関連必要物品の取り扱いに関する資料作成を薬剤課、総務課、医事課と共に行っている。

3. 連携に関する評価

連携に関する評価は行っていない。

4. 職員教育

職員教育は行っていない。

5. 病院との連携における問題点

- ・退院調整、退院指導のあり方に病棟格差があり、受ける側に混乱や手間が生じる
- ・同じ病棟からの退院でも前例が生かされず、その都度調整に時間がかかる
- ・訪問看護ステーションのシステムがまだ十分理解されていない。退院調整の一部あるいは治療の一部をそのままステーションに依頼してくることもあり、院内への周知活動や事例のフィードバックが必要であると考える。

3 B-③訪問看護ステーションの連携システム

1. 新規利用者の紹介から訪問開始までの流れや手順

- ①病棟婦長による電話またはステーション訪室による情報提供（氏名・年齢・住所・病名・主治医・退院予定日・ケアマネの有無など）
 - ②家族が面会に来ている時間帯に病室訪問あるいはステーションで面接
 - ③訪問診療が必要な場合は、クリニックあるいは訪問診療医を紹介
 - ④継続医療処置が必要な場合は病棟と指導方法・衛生材料の入手方法などを情報交換する。実際に病棟の処置を見学したうえで訪問看護婦が指導する場合もある。
 - ⑤ケアマネージャーとの連携（未申請の場合は申請代行、ケアマネージャー業務の契約を行うこともある）
 - ⑥病棟よりサマリーによる引継ぎ（前日または退院当日）
 - ⑦初回訪問日の決定（通常退院後1～2日以内）。および訪問看護利用申し込み
 - ⑧担当看護婦の決定
 - ⑨初回訪問（担当看護婦・所長）
- ※①～⑨の流れは概ね1週間程度で行われる。

2. 病院との連携をよくする取り組み

病院との関係づくりのために工夫していることは、所長が定例の看護部会に出席し病院との情報交換をするとともに、市や保健所などの会議に出席して得られた情報を伝え現在地域の在宅療養者をとりまく環境に关心を持ってもらえるようにしている。また、毎朝所長が勤務開始前に救急外来へ行き夜間・休日に訪問利用者が受診しているか確認をしている。この際当直医および救外スタッフをねぎらうなどコミュニケーションをはかっている。利用者の状況により、救急外来受診の可能性が高い場合は、夕方救急外来

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

スタッフに申し送っておく。また、利用者からのオンコールにより救急外来受診となる場合は、利用者が受診する前に訪問の担当看護婦から救外スタッフに電話連絡しておく。病院を退院した利用者の在宅での経過について、病棟訪問の際などに病院の担当看護婦や婦長に報告する。仮に入院中のクレームがあった場合も極力フィードバックするようしている。利用者が入院する場合は「連絡表」またはサマリーチャートを使用し担当看護婦が病棟担当者に申し継ぎを行う。ステーションではステーションの機能や活動を知ってもらう為の季刊誌を発行しており、病院各部門には必ず配布している。

3. 評価および職員教育

病院との連携に関する評価は、退院後の利用者が退院当日から困らないことを評価基準にしているが、特定のフォーマットはない。連携をよくするためのスタッフ教育としては、セクショナリズムにとらわれず退院後の利用者の療養環境を整えるための調整を行うよう普段より指導しているが、特別な教育プログラムはない。

4. 問題点

病院との連携について問題となっていることは、病院からの情報提供が遅かったり不足していたりと不十分であることおよび、在宅の様子や訪問看護のシステム、制度を病院職員のほとんどがよく理解していないことである。

5. まとめ

病院の連携に関する評価は大変良いと感じており、その理由として「問題は多いが連携そのものはよく、特にコミュニケーションの良さ」をあげている。一方、訪問看護ステーションの連携に関する評価はあまり良くないとしており、その理由として「緊急時の外来・救外受診および入院はスムーズであるが、病院から在宅への移行は情報が不十分であり満足できる連携ではない」としている。

4 B-④訪問看護ステーションの連携システム

1. ステーションの流れや手順

ほとんど管理者が、介護支援専門員、MSWからの電話、来所での空き情報の確認後、訪問依頼を受ける。

本人家族の氏名、住所、電話番号、本人の主病名、保険情報の記載または保険証のコピーを基本情報として、MSWまたは介護支援専門員から電話、所定の用紙を頂く。

訪問看護ステーションの利用が決まっている場合は、管理者、または担当になる予定の訪問看護師が、看護サマリーを病棟の受け持ち看護師もしくは、担当看護師に依頼す

る。看護サマリーは、病棟クラークより直接渡されるか、連絡用メールボックスへ入れてもらい入手する。退院時訪問看護の利用が決まってなかった場合は、法人外の介護支援専門員が関わる。退院後1週間以内の訪問看護利用希望の場合は、看護サマリーを家族が渡されていればそれを頂き、渡されていない場合は、管理者または担当予定看護師が、退院病棟へ依頼連絡をする。看護サマリーは、直接または、連絡用メールボックスを利用し、入手する。看護サマリー依頼時、入院時の療養状況を電話か病棟訪問して聞き取りを行う。

訪問看護指示書依頼をする。退院以前より訪問看護の利用が決まっている場合は、病棟看護師より医師へ指示書を依頼し、病院指示書担当事務へ指示書を依頼した旨を連絡する。退院後訪問看護利用が決定した場合は、直接主治医に連絡し依頼をする。

退院前に訪問看護利用が決まっている場合は、なるべく病棟訪問を行いたいと考えている。その中でも特に医療処置を必要としている患者やターミナル期にある患者は可能な限り退院前に病棟訪問をする。管理者または担当訪問看護師が、退院後の衛生材料や介護指導状況の確認を病棟看護師及び家族に行う。告知の有無、内容、訪問看護師に期待する事も聴取しておく。褥創は本人・家族了解のうえ写真撮影をすることもある。

家族に連絡後、初回訪問日を決め担当訪問看護師と管理者が訪問する。管理者が訪問できない場合は副担当訪問看護師になる者が同行する。管理者はスタッフの得意分野や緊急訪問の可能性の予測、訪問の空きの状況を考慮して担当を決める。副担当も同様である。

2. 病院との関係づくりの工夫

管理者が主に行っている。フォーマルな面での工夫として、病院内看護研究発表会への参加や、婦長主任合同会議への出席をしている。インフォーマルな面での工夫として訪問看護利用者へのお見舞いと共に病棟ラウンドし、継続看護検討委員会の内容、訪問看護利用予定者の有無やカンファレンスの有無を聞いたり、退院患者で訪問看護利用者の在宅療養状況を伝えたりしている。訪問看護利用者の在宅生活状況は担当訪問看護師から行う事もある。病棟ラウンド時の会話の中では訪問看護の状況は語られていたが、意識して在宅状況の報告を行うのは、最近はじめた状況である。しかし、現状では口頭のみの報告で、文書による報告は行っていない。

3. 連携に関する評価

評価は行っていない。

訪問看護ステーション利用について相談を受ける機会は確実に多くなってきている。退院指導、看護サマリーの内容等について、病棟や委員会より相談を受けるようになった。継続看護検討委員会への参加要請があったり、病棟ラウンド後の在宅相談連絡が多くなったりしてきており、少しずつではある連携の必要性への理解は深まっている

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

と感じている。スタッフに対しては訪問状況を病棟に報告し、看護スタッフ間でも話しやすい状況を作るよう伝えている。

4. 職員教育

訪問看護師は在宅療養生活の実際を見ているが、看護師の多くは、在宅看護論を学んでいない教育背景である。このため、訪問看護師同士で以下のことを情報交換していく努力をしている。

- ①自分達も訪問看護ステーションに来る前は在宅療養生活を知らなかったことを思い出しながら互いに伝え合う努力が必要である事。
- ②病棟看護師と緊張関係や対立関係でなく、伝え合える関係でいる事が大切である事。
- ③病棟は治療を提供する場所であり、在宅療養生活とは場所そのものが違うので、患者も在宅と同じ状態でない。病棟で在宅を想定するには限界があるので、在宅で指導するのは在宅の看護師の役割である事。
- ④病棟訪問時訪問看護ステーションについて質問、相談を受けた時は自分達のしている事を伝えられるようにし、自分達から歩み寄るようにする事を伝えている。

5. 病院との連携における問題点

医事課との問題もあるが、衛生材料の調達が困難である事がある。

感染症がある場合、個室等の説明から自宅退院時不安を表出、相談できないまま退院となり、家族が精神的に辛い時間を過ごす事になることがある。反対に、理解出来ないまま不満、不安を持ちながら、退院になることがある。

体位変換、吸引等病棟で行っているとおりで、「～しなければいけない」というように家族が理解してしまうことがあると調整に時間がかかる（家族の疲労、不信感等）。

法人内の病院においての退院相談では、在宅に関してはMSWに相談に行くというシステムになっている。MSWの判断で訪問看護の必要性が判断されないとなれば、訪問看護に連絡が来ないままの退院になったり、介護支援専門員も退院初期の時点で訪問看護の必要性を判断できず、問題状況が起きたり、困ってからの訪問看護相談になることがある。現在のシステムでは病棟看護師も訪問看護の必要性の有無について等判断しなくとも済んでしまうという状況が起き易く、MSWに相談に行くことの説明でよいと言う事になってしまっているように感じている。MSWや介護支援専門員の能力の差を埋めるために看護師も訪問看護の必要性を判断する必要性を感じると共に、システムの必要性を感じる。

法人外の病院についても、ほぼ同様であると考える。MSWがない病院もあるので、看護師の退院時における訪問看護の利用の判断は更に重要であると考える。看護連携以外では、特に開業医以外で看護相談室の無い病院の医師との連絡の困難さを感じている事が多い。

6. まとめ

調査票1,2の作成対比表からは、病院と訪問看護ステーションの体制については、大きな差異はなかった。病院↔ステーション退院調整専門職の有無については、訪問看護ステーションでは職員数が少ないため、主に電話窓口になっている。しかし、場合によっては、担当になる看護師が調整窓口になることもある。

病院と法人内の訪問看護ステーションとの連携については、継続看護検討委員会への参加要請、情報共有にむけて看護サマリーの一本化、有効な退院指導を行うための退院指導パンフレット作成時の意見交換、退院患者が在宅療養生活をどのように送っているか病棟看護師の在宅見学、法人内看護部連絡会や看護部婦長・主任合同会議に訪問看護ステーションの管理者を出席させるなど、意見交換のできる環境設定に取り組んでいる。また、会議以外でも、連携について起きたトラブルについて、訪問看護ステーションより看護部長に連絡の後、病棟婦長に相談できるようになっている等、連携についての取り組みを積極的に行う姿勢がみられる。

法人外の訪問看護ステーションとの連携については、窓口がはっきりしないこと、どこの訪問看護ステーションが何をしてくれるかはっきりしないため、連携の取りにくさを感じている。

訪問看護ステーションが提供できる看護内容の情報提供と、訪問看護ステーション間の差を埋めるために、地域の訪問看護ステーション全体の問題として、提供できる看護内容、質の向上に取り組む必要性がある。

訪問看護ステーションにおいても、法人内の病院が連携について理解、協力を示し、連携について相談した事がフィードバックされるようになっているため、退院前病棟訪問時に退院指導方法の確認や、会議への参加による意見交換、退院時に起きた問題を解決する事について病棟看護師との連携を取り易いと感じている。ただし、MSWを通してのみの退院調整という現在のシステムでは、訪問看護の必要性を看護師が判断、調整するようになっていないため、病棟看護師、MSWや介護支援専門員の能力により、訪問看護の必要性をアセスメントするに至らないまま、退院になる状況がある。退院調整看護師を含んだ考え方のシステムの必要性がある。調査した病院、訪問看護ステーション間では、お互いフィードバックしながら連携を取ろうとしていた。

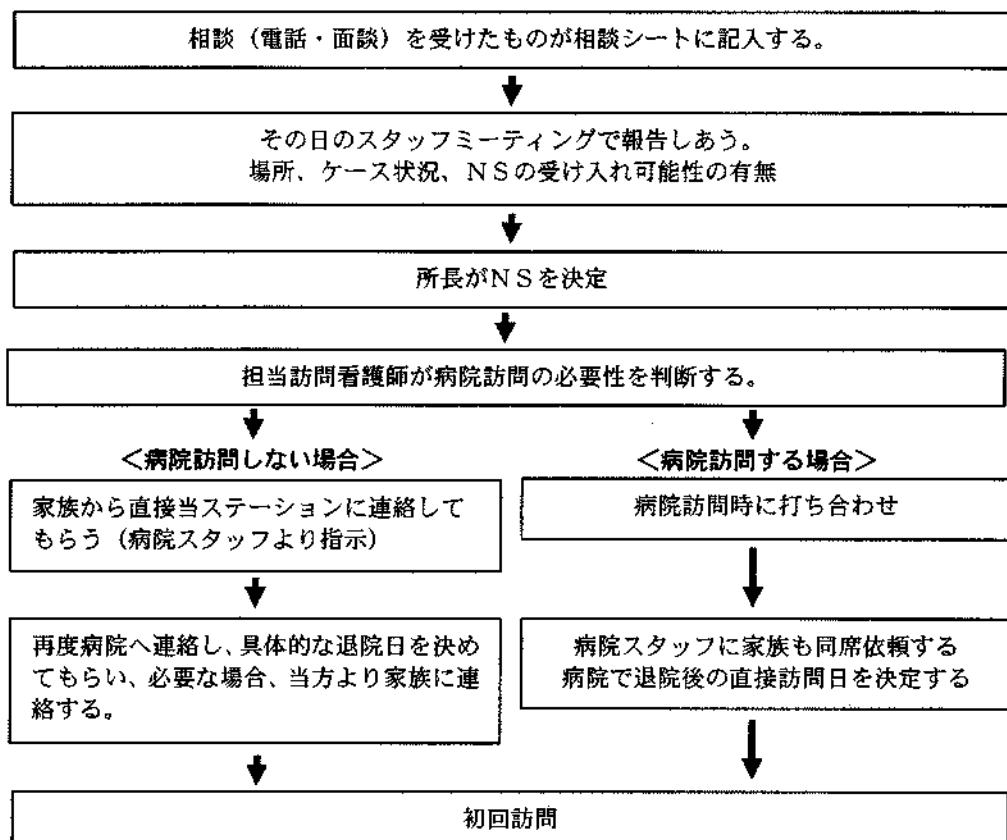
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

C 独立型訪問看護ステーション

1 C-①訪問看護ステーションの連携システム

1. ステーションの流れや手順

決まっている。プロトコールなし。



2. 病院との関係づくりの工夫

している。

利用者が入院した時、入院しようとした時に積極的にその病院のケースワーカー、又は病棟看護師、外来看護師と連絡をとるようにしている。

入院先へこれまでの訪問経過（入院に至った経過など）についての訪問看護サマリーを提出するようにしている。

入院中、退院が近くなると病院訪問をするように心がけている。

病院からの依頼は可能な限り受ける。

最近はほとんど行っていないが開設当初は医療機関ごとに担当訪問看護師を決めて挨拶まわりを行った。

3. 連携に関する評価

行っていない。

4. 職員教育

行っていない。

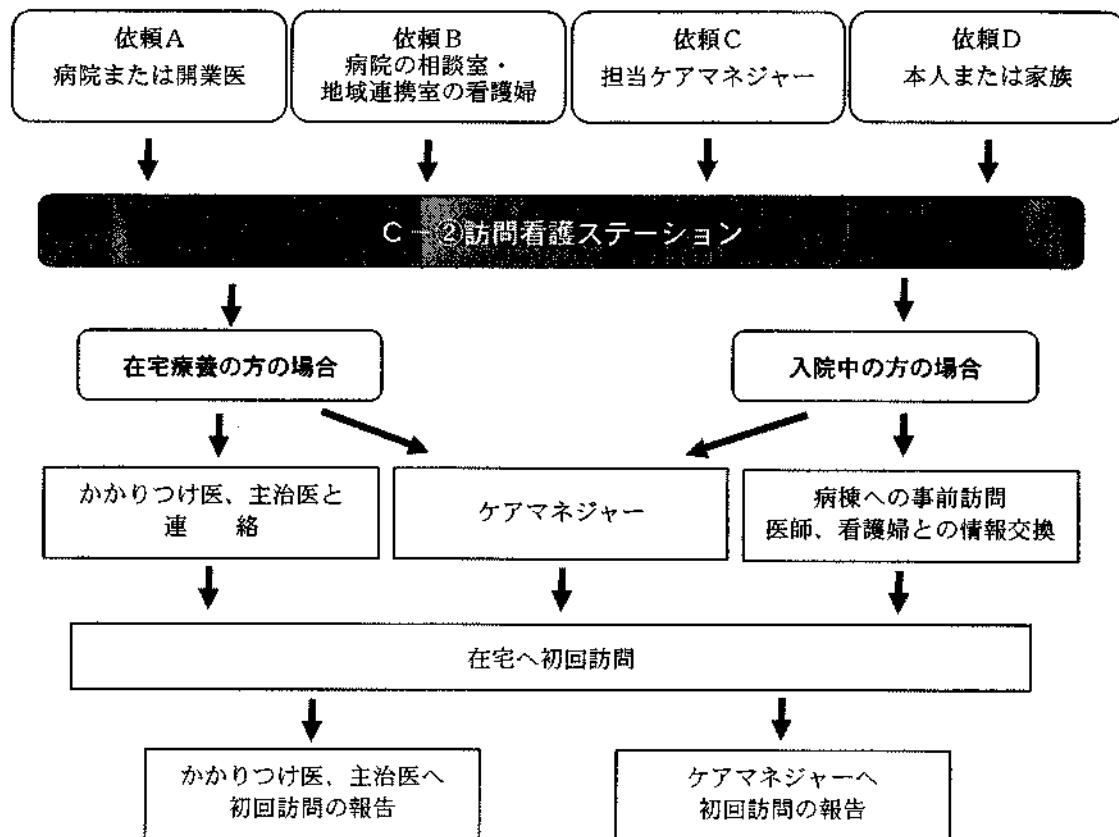
5. 病院との連携における問題点

- ①ある程度限った病院（4～5ヶ所）との連携であれば集中して関係がとれるが、関係病院が多すぎて煩雑になりがちで反省している。
- ②事例ごとに情報交換したいが、医療法人とはいえ単独型のため、周辺の病院との関係づくりには気をつかう。
- ③理由とはならないが、訪問で忙しいため、医療機関ごとの担当NSへの広告活動が行えない。

2 C-②訪問看護ステーションの連携システム

1. ステーションの流れや手順

決まっている。



早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

2. 病院との関係づくりの工夫

している。

- ①それぞれの病院の在宅との橋渡しとなっている部署との連携を積極的に行うよう努めている。(地域連携室、総合相談室、医療相談室など)
- ②依頼があった場合以外でも連絡することがある。ケースに関わる状況についてこまめに連絡を入れ、情報交換を行っている。

3. 連携に関する評価

定期的に行っている。

週1回チームごと(3チームある)に行うスタッフミーティングの中で、ケースがあるたびにチーム内で評価している。病院側、訪問看護ステーション側、ケアマネジャーなどそれが適切に動いたか、利用者さんに不安等の心身の負担をかけなかつたかについて毎回反省会を行っており、次回に生かせるよう努めている。また、連携の重要性をスタッフ間で周知している。

4. 職員教育

行っている。

- ①関心を持ち、傾聴する心で今、訪問看護ステーションが何をすべきかについて十分検討し、協調してことにあたるよう指導している。
- ②情報を正確・的確に分析し連携がスムースに行えるよう努めるよう指導している。
- ③今年度、質の維持・向上のため所内教育・所外教育の強化プログラム作成中。

所外教育…管理者研修でマネージメントの力をつける

5. 病院との連携における問題点

- ①病院内の医師や看護婦が患者を一人の“生活する人”として捉えていないと感じていることが多い。在宅に戻って誰がどんなケアを行うかについて、また本人の生活を侵害しないQOLを保つという視点で退院にむけた計画を立てていないことが多い印象が強い。
- ②病院の看護婦でも、相談室看護婦と病棟看護婦で、在宅療養に対する問題意識に差がある。
- ③大病院に再入院するとき、前回と違う病棟になったりするため、前回の退院が再入院に生かされず、また連携のし直しになる。

6. まとめ

今回の調査対象であった病院の総合相談室、医療相談室のように退院から在宅への移

行期を支える窓口があると、利用者・家族にとってだけでなく、受け入れ側の訪問看護ステーションにとっても相談・連絡がしやすく安心との声が聞かれ、大きなメリットがあると考えられた。ただ、せっかくの窓口があっても、機能しなければ意味がなく、そのためには、日頃からの病院側・ステーション側の担当者間の細やかな連携が大切と思われた。その際、医療ニーズの高い利用者の在宅移行にあたっては、連携にあたる職種として看護職が適任であると考えられる。

今後の課題として、在宅移行窓口以外の病院内スタッフにも、在宅療養や移行期の連携に関する理解を進めることが大切であることが、双方の担当者から聞かれ、対策を急ぐ必要があると思われた。今回の調査対象病院では、看護部内での在宅療養支援検討委員会があったが、これに病院全体で取り組むことが望まれる。

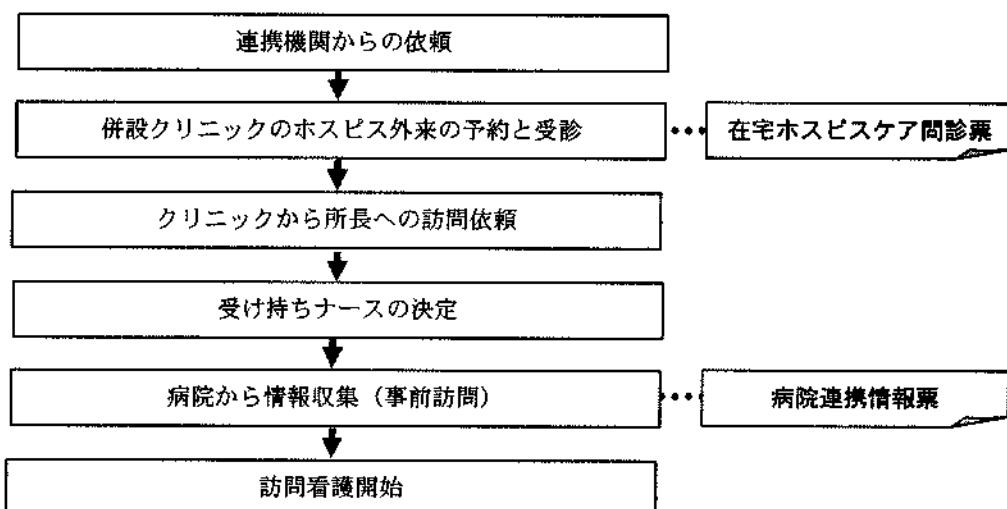
3 C-③訪問看護ステーションの連携システム

1. ステーションの流れや手順

在宅ホスピスケアを中心に活動しているステーションである。病院との連携方法は、末期癌利用者（在宅ホスピスケア患者）とそれ以外の利用者（高齢者や難病等）の場合と2つのシステムを有している。

1) 末期癌利用者の場合

＜末期癌利用者（在宅ホスピスケア）の場合の流れ＞



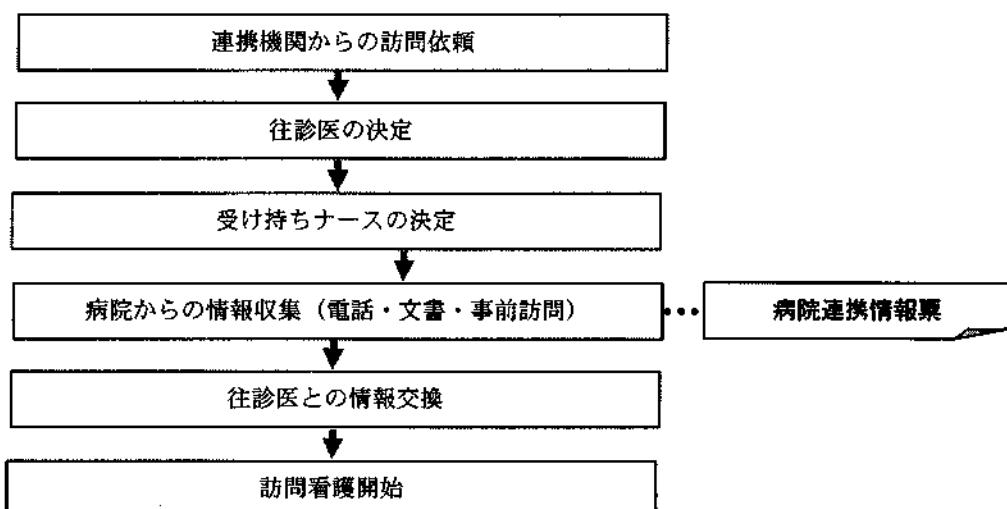
まず提携クリニックに関係機関から依頼がはいる。関係機関からの依頼は病院医師からであったり、看護相談室や医療相談室のスタッフからであったりさまざまである。ときとしてクリニックではなく、訪問看護ステーションや併設介護支援事業所に訪問依頼

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

がくる場合もあるが、末期癌利用者にかぎり全て提携クリニックがうけることになっている。クリニックではホスピス外来が相談窓口となっているため、ホスピス外来の予約をとり受診して相談する。ホスピス外来では、医師と訪問看護師が相談者として話を聞いている。また、利用者の病歴と希望を聴取するための記録用紙（在宅ホスピスケア問診票）が定められており、相談前に利用者に記入してもらい相談の際の資料としている。相談後、利用意思が確認されれば、クリニックから訪問看護ステーションへ訪問依頼がくる。その際、病院主治医からの紹介状と医療情報が所長に提供される。所長は訪問看護ステーションのカンファレンスでスタッフと相談の上、受け持ちナースを決定する。受け持ちナースは不足する情報入手と利用者との面談を目的に事前訪問をする。その際病院連携情報票を使用し、必要な情報にもれがないかチェックする。

2) 末期癌以外の利用者の場合

＜末期癌以外の場合の流れ＞



病院の医療相談室、看護相談室、主治医などから依頼があり、所長が窓口となって依頼を受けている。病院からの初回依頼のとき、電話で簡単な情報を受ける。その情報は、氏名・住所・疾患名・年齢・保険の種類・福祉サービスニーズ・在宅主治医のあるなしである。訪問看護ステーションカンファレンスでナースと相談の上、受け持ちナースを決める。往診医がない場合は、利用者の希望を確認しながら地域の往診医を依頼する。受け持ちナースは、退院前に情報収集と利用者との面談を目的に病院へ事前訪問をする。その際、病院連携情報票を使用し、必要な情報にもれがないかチェックする。収集した情報は往診医にも提供し、往診医と情報交換をする。

2. 病院との関係づくりの工夫

- ①ケースの訪問看護が終了した時、「在宅ホスピス死亡時サマリー」を病棟に送付して

いる。

- ②同様に再入院の場合、「経過サマリー」を送付し、ケアの継続を呈示することによって連携を強める。
- ③退院前訪問の場合(全てのケースの実施ではないが)、関連部署に挨拶し顔合わせをしている。

3. 連携に関する評価

連携に関する評価は実施していない。ケースカンファレンスで連携の評価を含めて検討している。

4. 職員教育

新入りエンテーションの時、病院との連絡方法、連携方法について説明している。カンファレンスで連携方法についてディスカッションする。

5. 病院との連携における問題点

①病院からの連携のための情報不足

電話による利用者の訪問看護の依頼はあるが、利用者の入院中の情報としての看護サマリーが送られてこない施設がある。

②在宅療養の連携のための情報不足

送られてくる看護サマリーや退院サマリーは、利用者の入院中の病状に関する情報が多く、在宅療養への要望や療養上の問題などの情報が不足している。

6. まとめ

1) 連携における構造

在院日数短縮化に伴う流れにより、医療依存度が高い在宅療養者が増え、地域連携のニードが高まっている。そのため病院は退院による地域連携の担う医療相談室または看護相談室などの部署を設置していた。これらの医療相談室や看護相談室には地域連携の促進を専門とする退院調整看護婦などの配置はなかったが、地域連携の窓口として機能していた。各病院では地域連携システムを円滑にするために、院内での地域連携に対する意識化への活動を行っており、成果につながっていた。しかし、どの看護相談室も、2人程度の少人数の看護職によって地域連携業務を行っていた。今後は更に医療依存度の高い患者の退院の増加が予測されるため、地域連携の業務を行う人材不足が問題となろう。

今回の調査対象病院は専門病院や大学病院のため、退院する患者の地域連携先は広域にわたる。又患者は医療依存度の高い患者が多く、患者にとって適切な医療やケアの継

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

続が可能なかかりつけ医や訪問看護ステーションを探索するための情報がないことが課題であった。

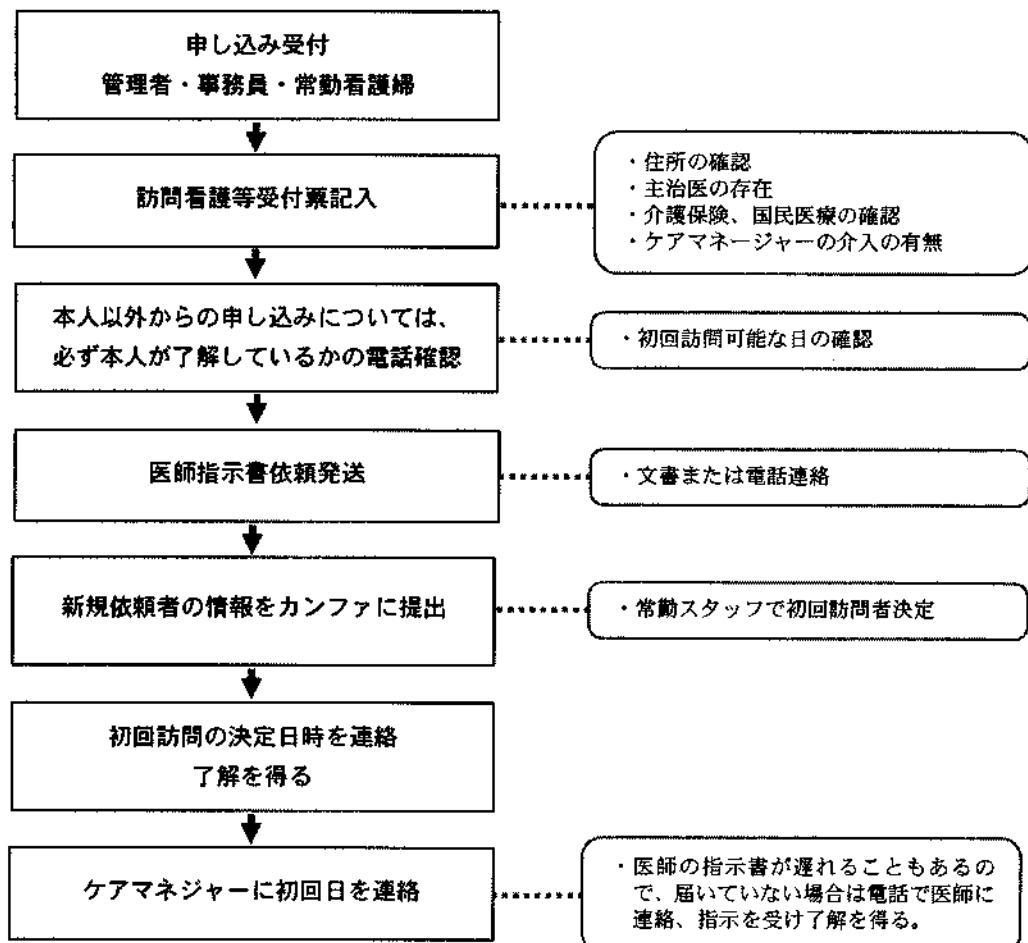
より良い地域連携のためには退院前カンファレンスや退院前訪問が有効であるといわれているが、現実的には、短い在院中に関係者を召集するのは難しい面もある。そのため、地域連携に必要な情報やシステムの整備がより必要になると考えられる。

2) 訪問看護ステーションの情報不足

訪問看護ステーションのサービスの具体的な内容などを示した情報の提供が求められる。例えばステーションからのホームページの開設や全国訪問看護事業団や訪問看護関連機関による系統的な情報の提供が考えられる。

4 C-④訪問看護ステーションの連携システム

1. ステーションの流れや手順



2. 病院との関係づくりの工夫

- ・しているとは言えないが、退院時の合同カンファレンスには出席するようにしている。
- ・普段から人間関係形成に心がけている（応対等）。
- ・入院時、再入院時には必ずサマリーを提出している。

3. 連携に関する評価

特別な取り組みは行っていない。

4. 職員教育

ステーション内での連携について、特に職員教育はしていない。

5. 病院との連携における問題点

- ・C-⑦病院、C-⑧病院のような大きな病院は連携についてはシステム化されているが、100床以下の病院との連携はむずかしい現状がある。
- ・医療相談室、看護相談室を経由して退院する患者はスムーズに在宅生活に移行できる。
- ・病院によっては、いきなり退院の運びとなり、情報がないまま訪問することがある。病院システム上の問題もあるが、病院看護師の意識を高めるように働きかけたい。

6. まとめ

病院の規模、入院患者・外来患者の数から考えると、看護相談室の人員が1人というのは、少ないと感じる。また、他科のヘルプに行くことも多いようで、十分にサービスを提供するには、困難な状況である。

退院後の在宅ケアに関する相談窓口が2箇所に完全に分離している。IVH、酸素療法などの処置がある患者については看護相談窓口、その他の患者については医療ソーシャルワーカー室とおおよそ決まっており、役割分担をしているようだが、外来との連携は看護相談室が主に行っているため、ソーシャルワーカー室経由の患者が退院して外来に通院する際、看護相談室が状況を把握しにくい環境である。ソーシャルワーカー室、看護相談室の連携を密にとる、相談窓口を統合するなどが必要と思われる。

看護相談室業務に対する病院のバックアップが少ない（研修には自費・年休扱いで参加するなど）。

医師から訪問看護指示書を書くことは基本的でない。病棟看護師の意識付けも課題である。看護相談室業務を病棟スタッフに積極的にアピールする、在宅サービスの情報を提供するなどの働きかけも必要である。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

訪問看護中の患者の来院情報をパソコンで管理して、来院時は看護相談室看護師が面談し、看護相談室で把握した情報を外来に流すなど、外来と看護相談室の連携は良好である。

医療ソーシャルワーカー室と外来の連携についてもさらに検討する必要がある。

看護相談室の看護師の力量でシステムが促進されている。何年もの取り組み中でステーションの看護師との人間関係が確立され、個人の努力の賜物であるという印象が強い。

今後は組織として人材を補充するなど、外来との関連やMSWなどとの連携を院内で図っていくうえで組織的な努力が必要であると思われた。

4. 考 察

A 病院組織内型連携システムの特徴

1 病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

病院内に訪問看護を提供する部門をもつ病院では、在宅ケアへの移行までの流れや手順が決められており、各プロトコールに基づいた連携が実践されている。

病院内型の主な特徴は、病院内の在宅ケア相談部門を仲介し（もしくは、直接）、訪問看護部門に連絡が入り、すぐに訪問看護師が病室訪問を行い、最終的な訪問看護の判定および情報収集を実施していることである。訪問看護提供部門が同一施設内、もしくは敷地内に設置されているという環境がこのことを可能にしていると思われる。基本的に病院内の訪問看護提供部門へ依頼されるため、独立型の訪問看護ステーションに依頼される場合に比べ、訪問看護部門との連携だけでなく、主治医となる医師や関連職種との連携が図りやすいと思われた。

2. 地域との連携をよくする取り組み

地域との連携をよくする取り組みは大きく2つに分けられる。病院や看護部を中心となり委員会等を設置し、病院全体で地域との連携の促進に取り組んでいる病院と、病棟単位での訪問看護部門へ働きかけている病院に分けられる。

前者では、組織的な取り組みとして、定期的な連絡会や研修会の開催があげられる。このことによって各関連職種への理解は深められている。また、後者では定期的な合同カンファレンスの開催（または参加）や、退院前後の訪問看護部門への訪問や密な連絡があげられる。このことにより、各病棟と訪問看護部門との個の連携が深められている。

しかし、両者ともに、病棟の管理者レベルが中心であり、実際に日々の患者のケアを行っているスタッフレベルの在宅ケアへの意識の改善にまでは至っていないことや、他の職種の在宅ケアに対する意識の低さを問題点としてあげている。

このような問題を解決し、連携を促進するためには、病棟単位でケースを通じて積極的な連携を図るとともに、病院全体としてバックアップしていく体制が必要となると思われる。

3. 連携に対する評価

多くの病院で、ケース毎に訪問看護部門から送ってきた文書を元に、退院指導の評

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

価を行ったり、事例検討会等を通じて病棟での退院指導が退院後の生活に生かされているかについて話し合いを持っていた。

4. 職員教育

定期的に病棟から院内の訪問看護提供部門での研修や講習会を実施している病院もあったが、多くの病院では、日々の訪問看護部門との連携のプロセスでの経験を職員教育の1つとしてとらえていた。

5. ステーションとの連携における問題点

退院直前であっても在宅ケアの相談部門や訪問看護部門では依頼を受けてくれる。また、連携システムが整備されている等の理由から、病院（病棟）側では訪問看護ステーション（部門）連携に対する問題はあがっていない。

2 ステーションの連携システム

1. ステーション（訪問看護部門）での流れや手順

多くの病院では、在宅ケアの相談部門を介して、もしくは直接、文書等で依頼を受けるとすぐに病棟に訪問し、直接、病棟管理者や担当看護師、主治医（もしくは担当医）から、また、患者のカルテ等からの情報収集を行っている。さらに、患者や家族に対し、訪問看護師が面接やオリエンテーションを行っている。

このように直接関係者から、また患者の入院中の記録にアクセスできることは、より正確で適切な患者情報を収集し、退院までの準備を早期に行うことを可能にすると思われる。

2. 病院との関係づくりの工夫

多くの病院では、訪問看護部門の管理者やスタッフが病院内で開催される委員会や連絡会議を通じて積極的に情報交換が行われており、病院全体としての関係づくりがなされている。また、病院全体で訪問看護部門への情報提供の文書や、プロトコールを作成したり、病院の研修会や講演会で訪問看護部門の職員が講演し、全職員に対し、訪問看護（在宅ケア）への理解を深めるような取り組みもされている。

3. 連携に対する評価

多くのステーション（訪問看護部門）で、初回訪問後に退院サマリーや退院計画に対する評価を文書で報告している（申し送りを行っている）。もしくは事例検討会で連携方法について話し合われていた。

4. 職員教育

病院全体としては、新人教育や講習会の中で在宅ケアの相談部門や訪問看護部門から連携に関する説明や講演が行われている。病棟単位としては、訪問看護依頼後や患者の退院後に直接、病棟へ出向き、病棟看護師や医師に対し、事例を通じての指導を実施している。

5. 病院との連携における問題点

病院内での連携のためのプロトコールやマニュアルが機能（存在）しているか否かによって大きく異なる。プロトコールに沿って連携が進められている場合、個々の病棟で多少の違いがあるものの、事例毎の連携プロセスや合同カンファレンス等を通じ、病棟-訪問看護師双方での移行期のケアへの認識が高まり、早期より訪問看護の必要性を把握し、退院への準備につなげている。しかし、プロトコールが決まっていない場合、在宅ケアへの相談部門や訪問看護部門の存在は認識されているが、依頼経路や訪問看護の必要性の判断等、個々の判断に任されてしまい、病棟-訪問看護部門単位、または病院全体としての連携につながっていない場合が多いようである。

また、プロトコールの作成に関わらず、病棟と訪問看護部門が共同での退院計画・指導の実施までにはいたっておらず、同じ病院内でも各々に計画を立案して実践していたり、訪問看護依頼と同時に、移行期のケアの役割を相談部門や訪問看護提供部門へ転換してしまうといった問題も指摘されていた。

以上のことから、地域との連携をさらに促進していくためには、病院内の連携プロトコールを作成することは必須であると思われるが、部門単位での理解や実践だけでなく、病院全体として患者の移行期のケアに対する理解を深め、職種間で共同して計画を立案・実践していくことが必要である。

3 まとめ

1. 連携における構造

病院と病院組織内型の訪問看護部門（訪問看護ステーション）における連携について、情報の流れを中心に整理すると以下となる。

- ① 病棟での訪問看護のニーズ把握
- ② 在宅ケア相談部門への相談依頼（特に多くの問題を抱えたケース等）
- ③ 訪問看護部門への訪問看護依頼
- ④ 訪問看護師による病棟・病室訪問：情報収集、患者・家族面接

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

- ⑤ 退院準備・退院調整（病棟・訪問看護部門間での情報交換）
- ⑥ 初回訪問後の病棟への申し送り：文書あるいは、直接出向く
- ⑦ 経過報告

ほとんどの施設が同一施設内（敷地内）に訪問看護部門が存在しており、密な電話や文書による連絡だけでなく、直接双方に出向くことができる環境が連携を深めていると思われた。また、連絡会議等、各部門での交流が可能であり、互いに合意がとれた文書を連携のための情報提供手段として適用することや病院内のプロトコールを作成することで、更なる連携の促進が期待できることが示唆された。

B 同一法人内連携システムの特徴

1 病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

退院の時期や退院後の生活にかかるサービスの導入までの流れに影響を与える判断は、大きく分けて、①医師の判断、②病棟看護婦（婦長）の判断、③医療相談室などの福祉職の判断である。

退院の時期の決定は医師の判断であるが、入院時からクリニカルパスなどで標準化されている場合もある。また、日常的にかかわっている病棟看護婦の判断を、医師に伝えることもある。

この退院の時期の決定には、退院後の生活の準備に必要な時間が考慮される必要がある。そのためにも、退院後の生活を念頭におきつつ退院指導を行う病棟看護婦と、退院の時期を決定する医師との情報交換がスムーズに行われる必要がある。

病棟看護婦（婦長）が在宅での生活におけるサービスの必要性を判断する場合、訪問看護の必要性のある患者については、婦長が訪問看護ステーションに直接つなぎ、特に必要がないと考えられる患者については、そのまま退院か、または訪問看護以外の介護保険サービスが必要と考えられる場合はケアマネジャーに、転院などその他の調整の必要性が考えられる場合は医療相談室につなぐという判断を婦長がしているところがある。この場合は、婦長に、患者の在宅での生活のアセスメント能力と訪問看護サービスについての知識が不可欠である。

在宅サービスを利用する退院患者のほとんどを医療相談室につなぐ病院もある。その場合は、医療相談室の福祉職に訪問看護サービスの必要性を判断できるアセスメント能力が必要となる。

2. 地域との連携をよくする取り組み

地域との連携について関心をもち、積極的に連携システムを構築していくこうとする病院と、病院内のサービスを重視して地域との連携に関心の低い病院とがある。

前者の場合でも、訪問看護ステーション側からの働きかけによって取り組まれ始める傾向にある。組織的な取り組みとしては、婦長会への参加、研修プログラムでの訪問看護に関する紹介、研修での体験プログラム、などがあげられる。

病棟婦長と訪問看護婦との交流も重要である。退院時のサマリーの内容に関するやりとり、退院後の患者の状況について訪問看護ステーションからの報告、再入院した場合の訪問看護婦の病棟訪問時の情報交換、長期入院者に関する事例検討などを通じ、退院後の生活のイメージをもてるよう努力している。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

後者の場合、病院全体の組織としての活動はなされていても根付きにくい。婦長が地域との連携に关心が深い病棟を中心とするなど、病棟単位での連携体制づくりとなる。

3. 連携に関する評価

評価という形式で行っている病院はないが、退院後の生活に退院指導がどのように生かされているかについてフィードバックを得たり、病棟と訪問看護婦の連携のふりかえりを行ったりして評価していた。フィードバックによる評価はシステムの改善に生かされ、サマリーの様式の変更につなげたり、病棟看護婦の在宅での患者のイメージが変わったりして、次の連携に生かされていた。

4. 職員教育

新人研修の中で、訪問看護ステーションについての紹介を取り入れている。近年の看護婦養成教育の中では在宅看護論があるため、訪問看護ステーションについて理解されやすい傾向にある。

婦長レベルの訪問看護ステーションの理解には個人差が大きい。関心のある病棟看護婦については、研修プログラムの中で同行訪問などを体験できる病院もあるが、その看護婦の体験が病棟に戻った後生かされるかどうかは、病院の地域との連携への意識の程度によって異なる。実際に病院が積極的に地域との連携を進めているとする病院の場合には、1人の体験がその後病棟での実践で活用され、病棟全体に浸透していく傾向があるが、そうでない場合は、1人の体験にとどまってしまうこともある。

5. ステーションとの連携における問題点

現状では、地域との連携に関心をもつ病棟婦長や看護婦が中心になって連携を行っており、全病棟に連携の意識を浸透させるまでには至っていない。また、婦長レベルでは浸透しつつあっても、スタッフの看護婦まではいきわたらず、在宅をイメージしつつ病棟で看護を行うという発想にはまだなっていない。

法人内のステーションが行っている訪問看護については理解ができるが、他のステーションではどの程度まで行えるのかが、病棟では把握できない。少なくとも退院患者の多い地域の訪問看護ステーションとの情報交換が必要とされている。

2 ステーションの連携システム

1. ステーション内の流れや手順

患者が入院中に病棟から直接連絡を受け、退院まで十分な日数がある場合には、病棟に訪問して患者や家族と面接し、事前に情報を収集する。病棟看護婦からも、医療処置など必要な情報を収集し、サマリーをもらう。

患者が退院後、ケアマネジャーなどを通じて訪問依頼があり、入院先が母体病院であれば、病棟に情報収集に出向く。

2. 病院との関係づくりの工夫

まず訪問看護についての広報活動がある。病棟の婦長をはじめとした看護婦に対し、訪問看護ではどのようなことができるのか、訪問看護が必要な人はどのような人なのかなどについて、婦長会などの会議、研修などフォーマルな場をはじめ、退院患者についての情報収集、退院後の生活に関する情報提供、再入院時の在宅でのすこし方についての情報提供などを通じ、訪問看護の活動を病棟に伝える。

病棟の看護婦、特に婦長との関係づくりも重要になる。訪問看護ステーションの看護婦にどのような人がいるのか理解を深めることが必要とされる。関係づくりを意識して、訪問看護婦が病棟訪問をし、また訪問看護ステーションが病棟婦長の相談などを受けられるような雰囲気づくりも重要である。

次に、訪問看護を開始する上で必要な情報の様式について、病棟側と共に作り上げていくことである。特に、退院時のサマリー、退院指導の内容、必要物品の調達方法など、訪問看護ステーション側から要請し、病棟で使いやすい形に整えていくプロセスを経ている。ある程度整った段階で試用し、実際に使いながら改善を重ねている。

3. 連携に関する評価

評価という形式で行っているステーションはない。

4. 職員教育

ステーションが行っているスタッフ教育は、病棟での患者理解の限界を認識させるための働きかけである。病棟での患者の状況をみて在宅の生活を想像するのは困難であり、そのイメージを補うのが、訪問看護婦の役割であることを伝えるなどしている。

また、訪問看護婦と病棟の看護婦がセクショナリズムに陥り対立関係にならないよう、患者の療養生活を支えるという共通の視点を失わず、相互の立場から見えることを伝え合うことの必要性を伝えている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

5. 病院との連携における問題点

同じ病院でも、病棟による格差が大きい点である。

まず、訪問看護の必要性の判断が的確にできない病棟があることである。ステーションに連絡せずに退院してしまう、訪問看護が必要であるにもかかわらず医療相談室につないでしまいステーションにはつながらない、などの状況が起きている。

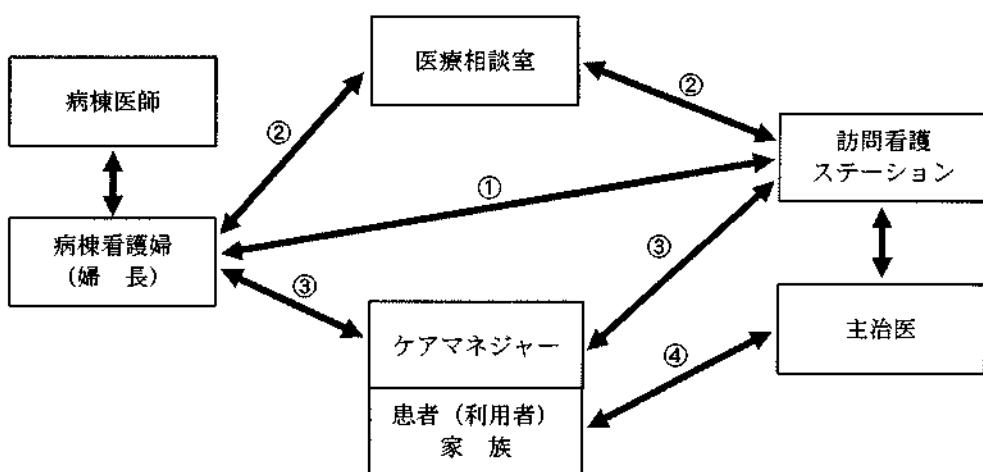
次に、提供される情報の内容が、訪問看護に必要なものになっていないことである。サマリーのフォーマットや退院指導のマニュアルが訪問看護ステーションと病棟との協議のもとに作り上げられたとしても、使い方に病棟間でばらつきがある。サマリーの内容、退院指導の説明の仕方など病棟や担当した看護婦によって対応が異なる場合があり、提供される情報のレベルがさまざまであるため、そのつど訪問看護ステーション側から確認することが必要になる。

さらに、病棟から訪問看護ステーションへの退院に関する連絡のタイミングが適切でない場合があるということである。退院間近になって連絡を受け、十分な準備や調整ができないままに在宅での療養生活に入るというケースもある。適切な準備期間を経ずに在宅生活を始めてしまい、再入院となるケースもある。

3 まとめ

1. 地域における連携の構造

1) 退院時の情報の流れ



①病棟看護婦が直接連絡し、情報を提供する。不足する部分は確認することもある。

②病棟から医療相談室を経由して、訪問看護の利用に至る。医療相談室が訪問看護の必要性を判断できる場合である。病棟から医療相談室に提供された情報で不十分な

場合には①の経路で、病棟に確認する。

- ③利用者がすでにケアマネジャーを利用していた場合、または病棟で訪問看護ステーションの必要性を判断しなかった場合に、ケアマネジャーにつないで退院、または患者に退院サマリーを渡してそのまま退院した後、訪問看護ステーションにつながる場合である。病棟からの退院サマリーの情報で不十分な場合には、①の経路で、病棟に確認する。
- ④訪問診療が必要、通院が困難などで母体病院の医師が主治医にならない場合、訪問看護ステーションが主治医を紹介することもある。

2) 連携の基礎となる関係づくりのための取り組み

- ・婦長会など、母体病院の会議などに出席し、情報交換
- ・研修における訪問看護ステーションに関する講義や体験研修
- ・事例検討会、勉強会などの開催
- ・退院前の病棟訪問を通じて情報交換
- ・在宅での生活状況を病棟へフィードバック
- ・病院から在宅への継続したケアに必要なサマリーやマニュアルに関する情報交換
- ・病棟看護婦や訪問看護婦のセクショナリズムを排した相互理解への意識づけ

2. 併設型ステーションと母体病院との連携の限界

同一法人であるために、連携しやすくなる条件は多くある。関係づくりの工夫についても、同一法人であるがゆえにできることも多い。しかしながら、同一法人であれば即連携がしやすいとは限らない。病院が地域との連携を志向し、退院後の患者の生活を整えることまでを病院の責任と考えている場合にのみ、連携がしやすくなるメリットが生きてくる。母体病院が地域との連携に積極的に取り組む姿勢が見られない場合、訪問看護ステーションとしては、ステーションのない大学病院、専門病院などと連携システムを構築することも選択肢の一つである。

C 独立型連携システムの特徴

1 病院の連携システム

1. 退院までの流れや手順

独立型ステーションと連携がとれている病院として紹介された病院は、大学病院や専門病院など大病院が多く、在院日数の短縮化と医療依存度の高い退院患者の増加に伴い、地域連携の窓口部門の役割の重要性は高まっていた。ほとんどの病院は少ない看護職のスタッフが担っていたが、病院内の地域連携のシステム整備や職員、特に医師への地域連携の認識を高める努力がなされていた。

病院の地域連携の窓口として、医療相談室と看護相談室の2つを設置している病院と、「医療連携室」、「総合医療相談室」、「医療社会福祉部」などの名称で一括した病院に分けられた。地域への窓口として医療相談室と看護相談室を設置している病院では、院内にこれら相談室の業務の違いが十分に認識されていない点もあった。

病院の地域連携への流れは、病院内のマニュアルやフローチャートとして成文化されたところは少なかった。地域連携への判断は、主治医がイニシアチブをとるところが多い。そのため主治医の在宅療養への認識の違いや病棟看護婦や本人家族からの主治医への働きかけによって地域連携の判断が影響されることもあった。地域連携の窓口には主治医または受け持ち看護婦から電話依頼とともに、手続きとして地域連携に必要な情報を明記する所定の用紙を有している病院が多く、病棟で使用している看護サマリーを用いている病院では、地域連携に必要な情報がわかりにくいことが問題となっていた。

地域連携の依頼があってから、看護相談室は患者の意向や状況を踏まえて訪問看護ステーションを探すために本人・家族との面接や病室訪問を実施し、適切な訪問看護ステーションを提供しようと努力しているが、ステーションが提供するケア内容など具体的な情報が少ないため新規のステーションを探すことは難しく、これまでの連携のなかで把握しているステーションに依頼することが多い。

在宅療養の困難が予想されるケースについては、連携の窓口が中心となって病院で関係者を集めたカンファレンスを開催することもあるが、在院日数の短縮化や地域連携の窓口のスタッフが少ないこともあり、関係者らの調整が難しく開催が難しくなっている。

訪問看護ステーションへの依頼は主に電話で実施している。了解が得られると主治医による指示書や入院先の退院サマリーを送付している。

病院の地域連携の窓口を1ヶ所にしている病院では、連携への流れや手続きをマニュアル等を整備し院内の徹底に努力しその成果をあげていた。手続きに使用している書類なども地域連携に必要な情報のみの明記にするなど工夫がされていた。

その中で、入院48時間以内に地域連携の判断をし、地域連携の窓口のスタッフが多くの病棟のカンファレンスに毎週出席し、地域連携が必要な患者の把握と対応を図っている病院があり、その積極的な活動は興味深いものであった。

2. 地域との連携をよくする取り組み

地域が主催している地域医療や在宅ケアの研究会の参加や患者の依頼先であった訪問看護ステーションの事例検討会に参加し、地域の様々な機関とのネットワークを図っている。

病院内に在宅療養や地域連携についての検討委員会を定期的に開催している病院があった。現在の検討事項は病院内の退院困難な事例検討や病院内の連携システムの整備を検討し始める状況にある。

窓口のスタッフが病棟のカンファレンスに定期的に出席し、チームカンファレンスの中で地域連携が必要な患者の判断や対応を行っている活動は、病院内のスタッフが地域の視野を含めたケア実践を向上させ、かつ地域連携に必要な情報交換や対応を早めることにつながる。

3. 連携に関する評価

定期的に評価を実施しているところは少ない。連携後の結果などから評価として判断している。

4. 職員教育

積極的に地域連携のための教育を行っているところは少ない。院内の報告会、刊行物または新入りエンテーション時に、連携の窓口の役割や手続きの紹介や実績を呈示している。

ステーションとの連携における問題点は、訪問看護ステーションが提供できるケア内容の情報が入手しにくいので、適正な訪問看護を探すことが難しい。

2 ステーションの連携システム

1. ステーション内の流れ

病院の看護相談室または主治医、時にはかかりつけ医から直接電話またはファックスなどで依頼を受ける。退院までに日数があれば病室訪問や面接を行う。受け入れ可能となると患者の入院している病棟看護婦から退院サマリーや看護サマリーなどによる患者情報を受け取る。さらに情報が必要な場合は電話などで病院に確認する。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

2. 病院との関係づくりの工夫

依頼された事例について、その後の状況を電話で伝える。または利用者の再入院時や訪問看護終了時に病院側にサマリーとして情報提出している。

地域の地域連携検討会などへの出席や病室訪問した折に、病院の地域連携窓口のスタッフと面識を持つように心がけている。

3. 連携に関する評価

連携に関する評価項目を挙げ定期的に評価するような事はないが、ケースカンファレンスの中で、連携も含めて検討し、今後の連携への対応に生かすよう努力している。

4. 職員教育

新人才リエンテーション時に連携のしくみを説明する。

地域で開催している地域連携検討会への出席、ステーションが開催している事例検討会に事例に関わった他施設の職員を招くなど、職員の地域連携のネットワークを図る。

5. 病院との連携における問題点

病院からの看護または退院サマリーに在宅療養に必要な情報が明記されていないことが多い。提供された情報からの状況と実際には違うこともある。

病院の主治医による指示書が遅くなるなどの手続き上の混乱がある。

3まとめ

1. 地域における連携の構造

併設の訪問看護ステーションを持たない病院における地域連携の構造の特徴として、在院日数の短縮化に伴い医療依存度の高い患者の増加に対して、地域連携を担う看護職のスタッフ数は1~2人と弱小であるところが多かった。それらの中で、病院内の地域連携がスムーズなところは地域連携へのシステムが整備されているとともに、地域連携が必要な状況を簡潔に伝える情報の工夫がされていた。課題としては、連携先のステーションを探査する際、ステーションのサービス内容に関する情報が不足しており、連携先の選択に影響を与えていた。独立型の訪問看護ステーションの連携の構造として、特記することは、連携後の情報を病院側に文書または電話で提供していたり、地域の検討会に参加し職員同士の面識を持つなどのかかわり方をしているステーションは病院との連携をスムーズにしていた。病院から訪問看護を依頼された患者の情報は、文書で提供されているが、その情報内容は訪問看護にとって有効なものでないものが多くあった。

第2節

訪問看護ステーションへ依頼された事例調査(調査3の結果)

第2節 訪問看護ステーションへ依頼された事例調査（調査3の結果）

1 対象者の特性

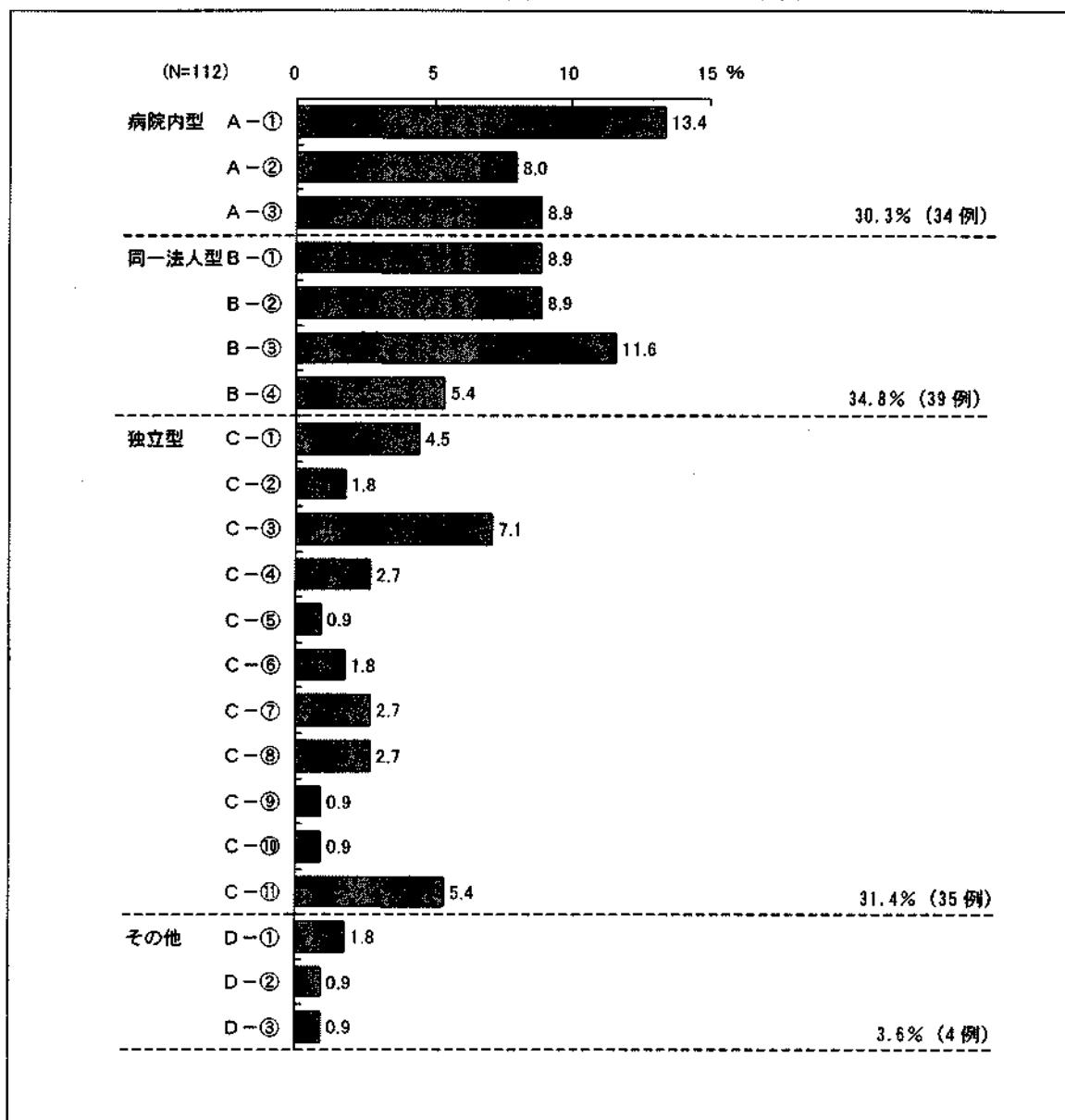
調査3では、病院と訪問看護ステーションとの連携事例の連携の実態を把握することを目的として行った。2001年4月以降に初めて訪問看護を導入する患者がどのような経緯で移行されるか、その連携を事例で追ったものである。主たる連携病院と訪問看護ステーションの看護師の連携112例を一連のプロセスとして、必要な人材や情報及びその伝達方法について分析した。

病院と地域との連携を考えるにあたり、訪問看護ステーションの設置主体、運営形態を類別すると、現状では①病院内型—病院内組織として訪問看護科・部、もしくは在宅医療相談部として位置づいているタイプ、②病院併設型—同一法人内で運営組織として訪問看護ステーションが位置づいている場合、③独立型—併設施設もなく独立した組織として地域の病院と連携している訪問看護ステーション、という3種の形態が考えられる。

そこで次頁のように、病院と訪問看護ステーションの連携形態を組織的特徴で分類し、連携の実態を比較した。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

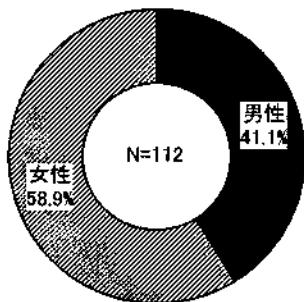
1. 病院と訪問看護ステーションの組織的形態別事例数の割合



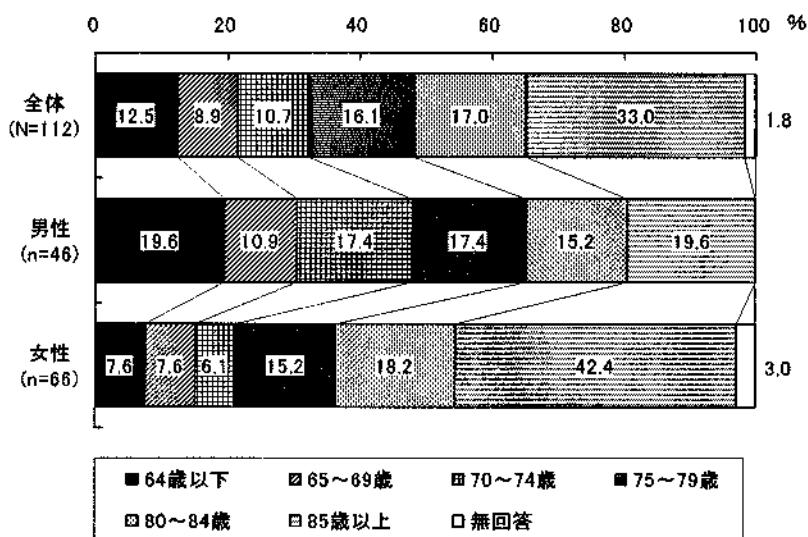
病院と訪問看護ステーションの組織的特徴を 3 つに分類したが、調査 3 の調査対象となった事例数の割合を図にまとめた。112 例の事例は、病院内型 30.3% (34 例)、同一法人型 34.8% (39 例)、独立型 31.4% (35 例) その他 3.6% (4 例) となっていた。全体的な構成割合に差は見られないが、独立型では各施設で受け入れる新規依頼患者は少数の傾向がある。その反面、同一法人型、病院型は施設当たりの事例数が独立型に比べ、比較的多い傾向が見られた。

2. 性・年齢

《性別》



《性・年齢》



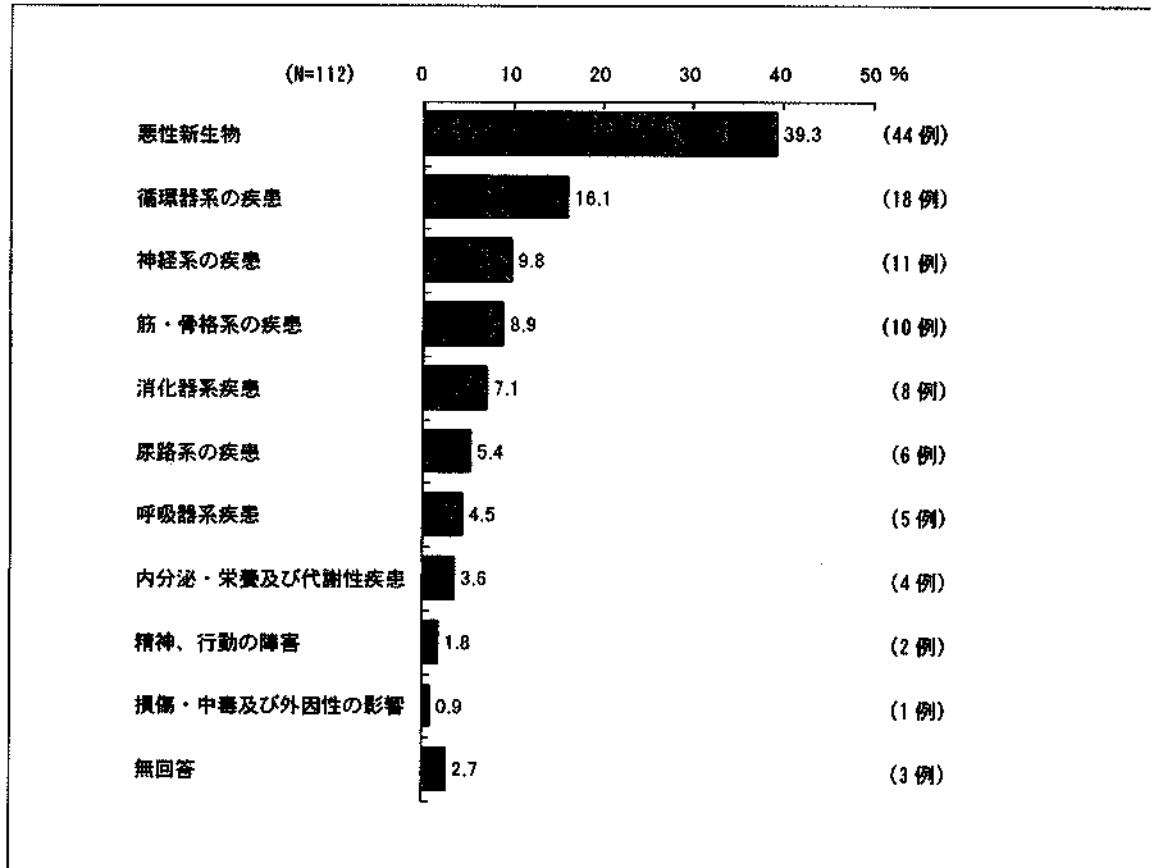
患者の年齢を性別でみると、女性の場合、「85歳以上」が42.4%と最も多い、次いで「80~84歳」が18.2%、「75~79歳」が15.2%などとなっている。

男性では、「85歳以上」、「64歳以下」がそれぞれ19.6%などとなっている。

全体では、「85歳以上」が33.0%と最も多く、次いで「80~84歳」が17.0%、「75~79歳」が16.1%などとなっており、75歳以上が全体の約7割を占めている。

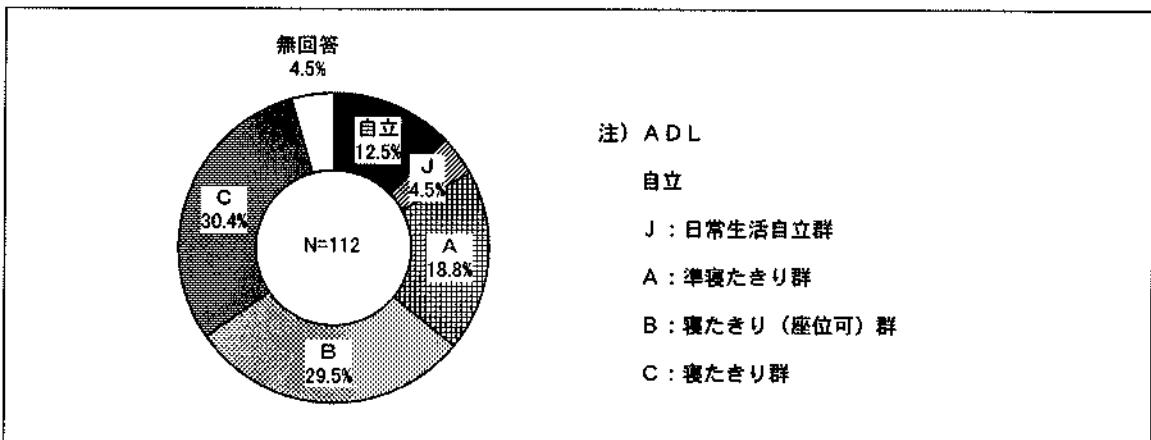
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3. 主疾患



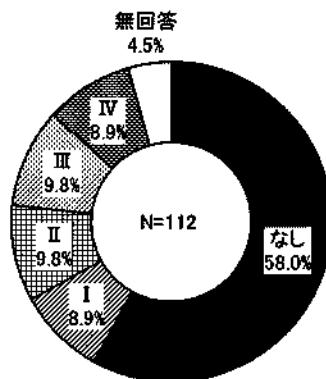
患者の主疾患は、「悪性新生物」が39.3%と最も多く、次いで「循環器系の疾患」が16.1%、「神経系の疾患」が9.8%、「筋・骨格系の疾患」が8.9%などとなっている。

4. ADL



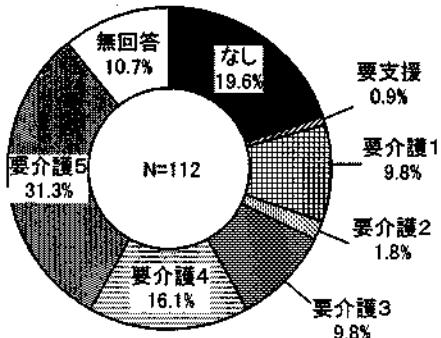
ADLについては、寝たきり群「C」が30.4%と最も多く、次いで寝たきり（座位可）群「B」が29.5%、日常生活自立群「A」が18.8%などとなっている。また、「自立」している人は12.5%と8人に1人の割合となっている。

5. 痴呆の程度



痴呆の程度については、「(痴呆)なし」が58.0%と全体の約6割を占めている。痴呆がある人の中では「Ⅱ」「Ⅲ」がそれぞれ9.8%、「Ⅰ」「Ⅳ」がそれぞれ8.9%となっている。「M」の人はいなかった。

6. 要介護度

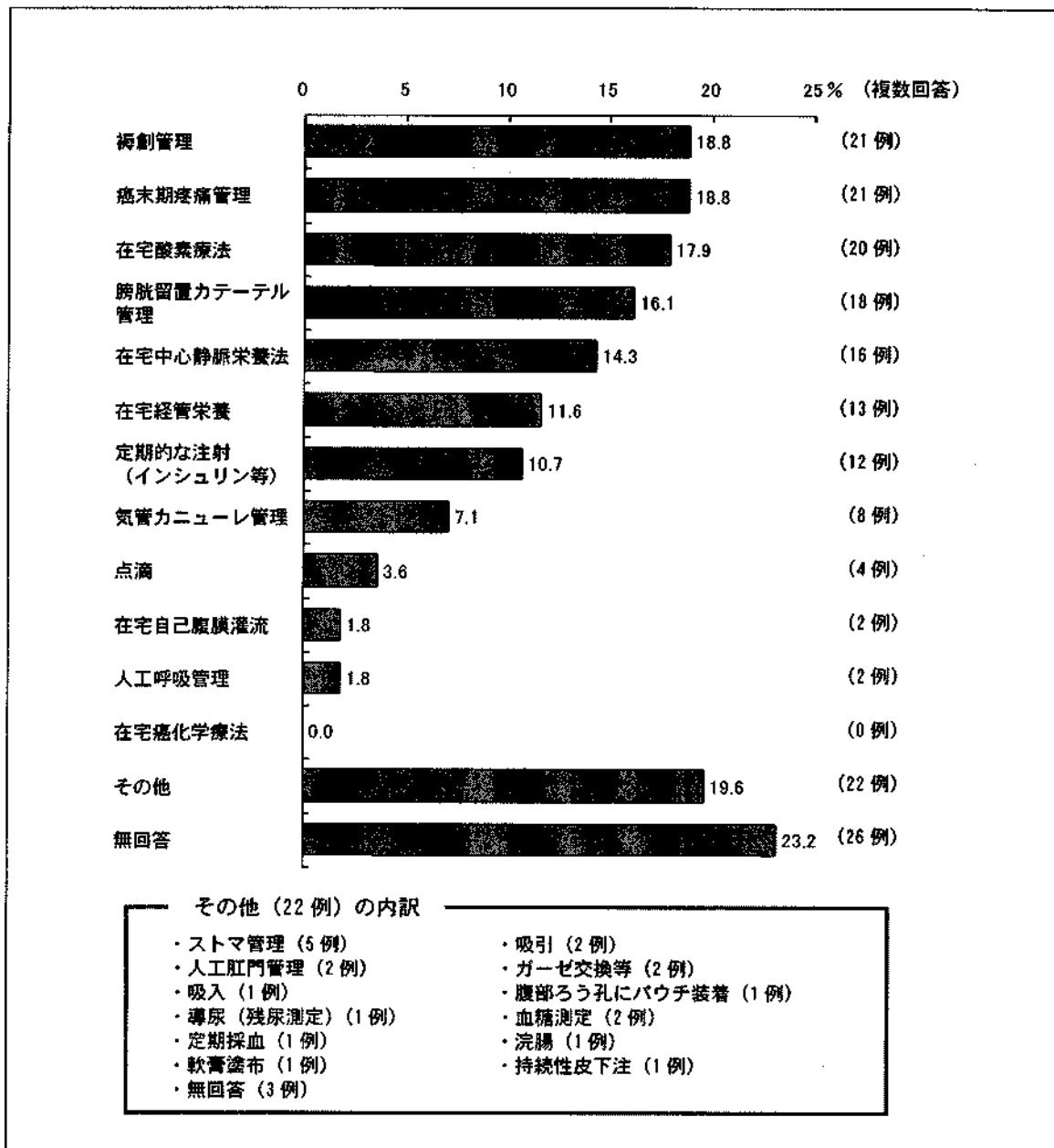


要介護度については、「なし」が19.6%となっており、全体の5人に1人は介護認定を受けていない。

介護認定を受けている人の中では、「要介護5」が31.3%と最も多く、「要介護4」が16.1%、「要介護1」「要介護3」がそれぞれ9.8%となっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

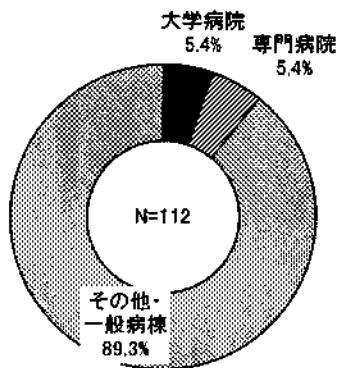
7. 医療処置がある場合の内容



医療処置がある場合の内容は、「褥創管理」「癌末期疼痛管理」がそれぞれ 18.8%と最も多く、次いで「在宅酸素療法」が 17.9%、「膀胱留置カテーテル管理」が 16.1%などとなっている。

2 入院病院との連携に関する情報

1. 退院前の病院の種類

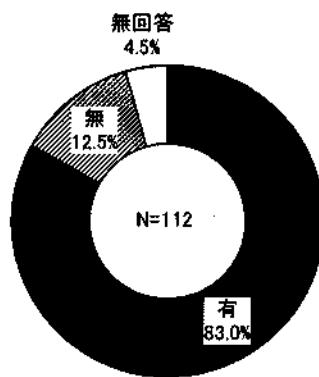


退院前の病院の種類は、「その他・一般病棟」が 89.3% と大半を占めており、次いで「大学病院」「専門病院」がそれぞれ 5.4% となっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

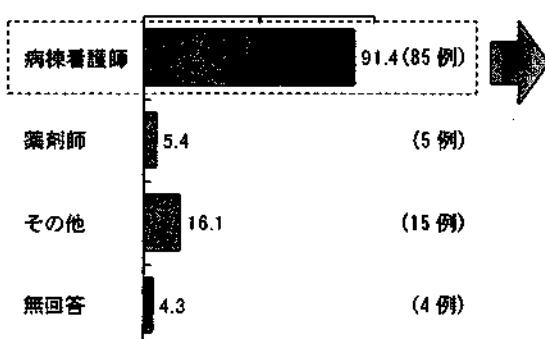
2. 病院の退院指導

1) 退院指導の実施



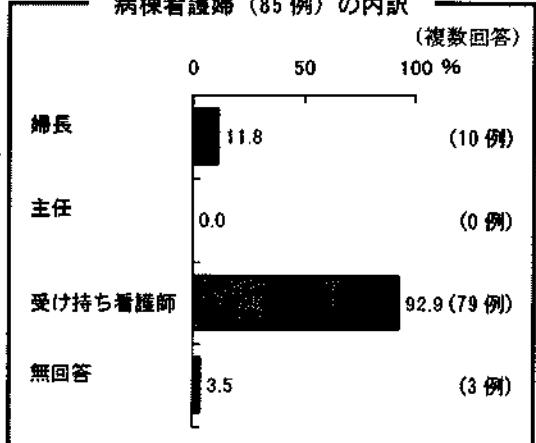
2) 退院指導には誰が関わっていたか

(n=93) 0 50 100 % (複数回答)



病棟看護師 (85例) の内訳

(複数回答)



その他 (15例) の内訳

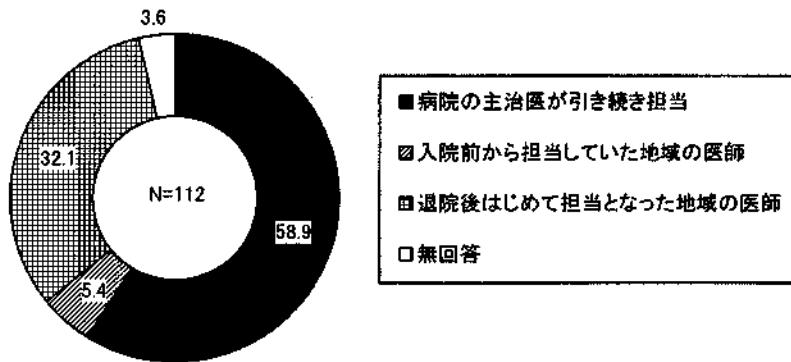
- | | | |
|----------------|--------------|---------------|
| ・訪問看護室看護師 (2例) | ・主治医 (2例) | ・ケースワーカー (1例) |
| ・透析室看護師 (1例) | ・臨床工学技士 (1例) | ・院外薬局 (1例) |
| ・MSW (1例) | ・ME (1例) | |
| ・無回答 (5例) | | |

退院指導については、「指導をしている病院」が83.0%、「指導をしていない病院」が12.5%となっている。

退院指導に関わっているのは、「病棟看護師」が85例(91.4%)、「薬剤師」が5例(5.4%)などとなっている。

退院指導に関わった看護師85例のうち、看護師の役職を見ると、「受け持ち看護師」が79例(92.9%)、「婦長」が10例(11.8%)となっている。

3. 退院後の主治医

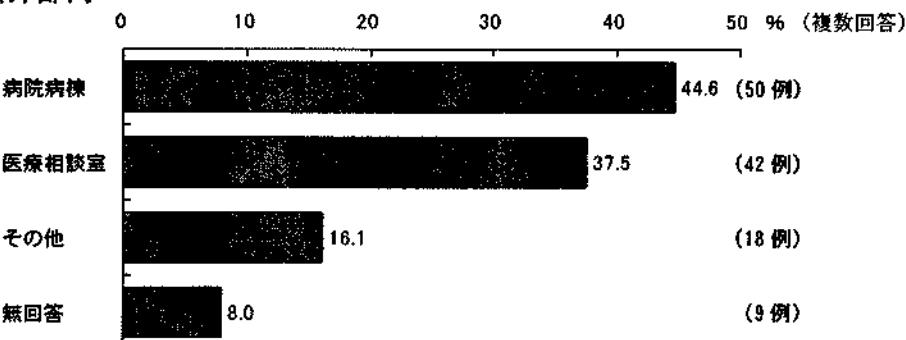


退院後の主治医は、「病院の主治医が引き続き担当」が 58.9%、「退院後はじめて担当となった地域の医師」が 32.1%、「入院前から担当していた地域の医師」が 5.4% となっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

4. 利用者の紹介

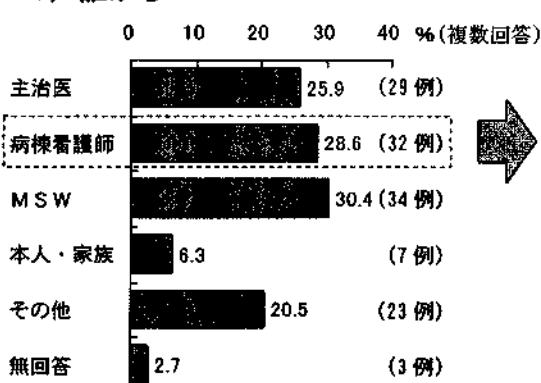
1) 紹介部門



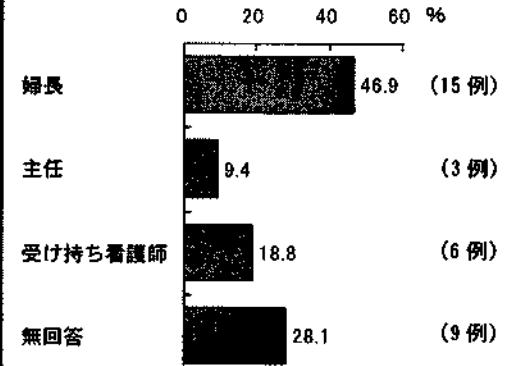
その他(18例)の内訳

- ・指定居宅介護支援事業所・在宅介護支援センター(4例)
- ・病院の訪問看護室・元利用者(2例)
- ・ケアマネジャーとの関わりから(3例)
- ・地域担当地区保健師(1例)
- ・無回答(8例)

2) 誰から



病棟看護婦(32例)の内訳 (複数回答)



その他(23例)の内訳

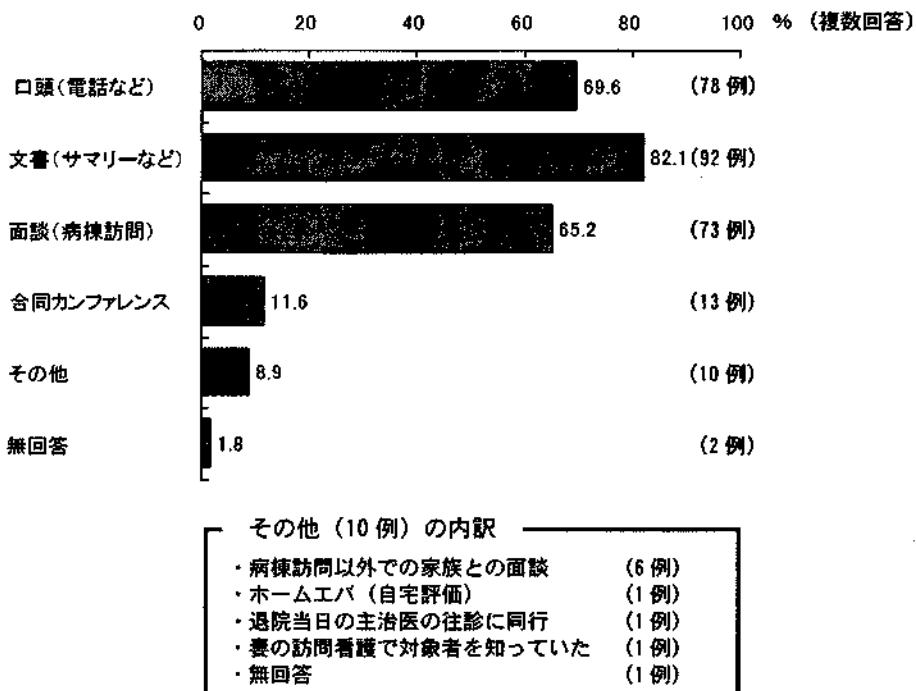
- ・ケアマネジャー(9例)
- ・医療・看護相談室看護師(9例)
- ・訪問看護室看護師(1例)
- ・保健師(1例)
- ・無回答(3例)

利用者の紹介をした部門は、「病院病棟」が44.6%、「医療相談室」が37.5%、「その他」が16.1%となっている。

利用者を紹介したのは、「M S W」が30.4%と最も多く、「病棟看護師」が28.6%、「主治医」が25.9%、「本人・家族」が6.3%となっている。

紹介した看護師の内訳は、「婦長」が46.9%、「受け持ち看護師」が18.8%、「主任」が9.4%となっている。

5. 事例把握のために使用した方法



事例を把握するために使用した方法は、「文書（サマリーなど）」が92例（82.1%）、「口頭（電話など）」が78例（69.6%）、「面談（病棟訪問）」が73例（65.2%）、「合同カンファレンス」が13例（11.6%）となっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

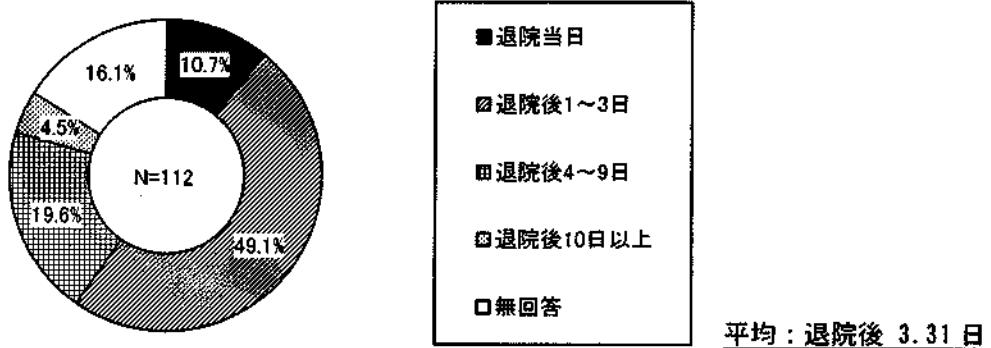
6. 初回連絡・紹介日

1) 連絡紹介日



※平均は、回答件数（退院前+退院後）を母数とし、退院当日を基準に退院前をマイナス、退院後をプラスとして算出した数字です。

2) 初回訪問日



※初回訪問とは、退院後初めて訪問看護師が利用者の自宅を訪問することを指す。

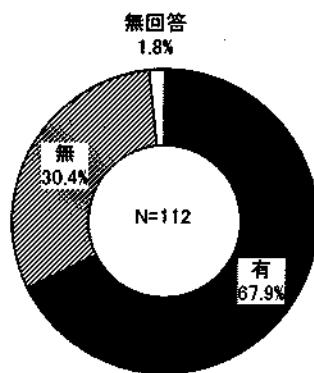
連絡・紹介日は、「退院前4~9日」「退院前10日以上」がそれぞれ28.6%と最も多く、次いで「退院前1~3日前」が17.9%などとなっており、全体の7割以上が退院前である。また、連絡・紹介日の平均は“退院前11.03日”である。

初回訪問日は、「退院後1~3日」が49.1%と最も多く、次いで「退院後4~9日」が19.6%、「退院当日」が10.7%などとなっている。また、初回訪問日の平均は“退院後3.31日”である。

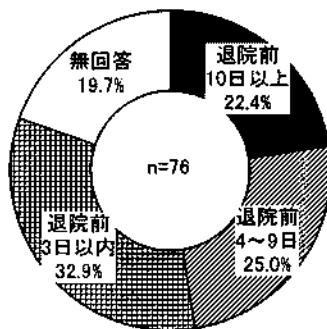
7. 退院前の病院との連携

1) 病室訪問

(1) 病室訪問の実施



(2) 病室訪問をいつ実施したか



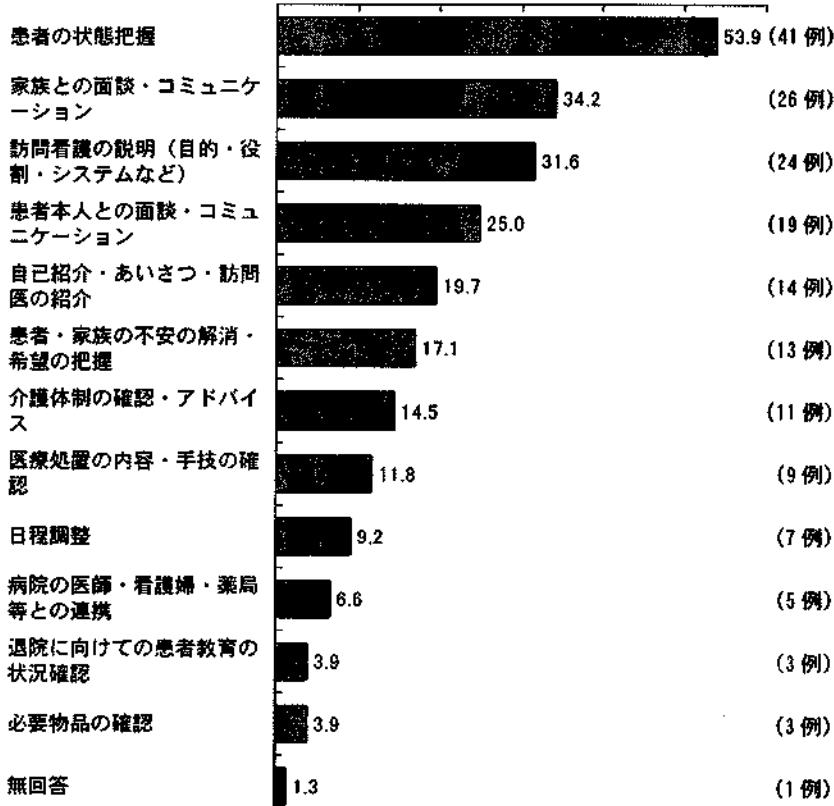
病室訪問については、「病室訪問をしている」が67.9%、「病室訪問をしていない」が30.4%である。

病室訪問をしている76例に訪問時期を聞いたところ、「退院前3日以内」が32.9%、「退院前4~9日」が25.0%、「退院前10日以上」が22.4%となっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

(3) 病室訪問の目的

(n=76) 0 10 20 30 40 50 60 % (複数回答)

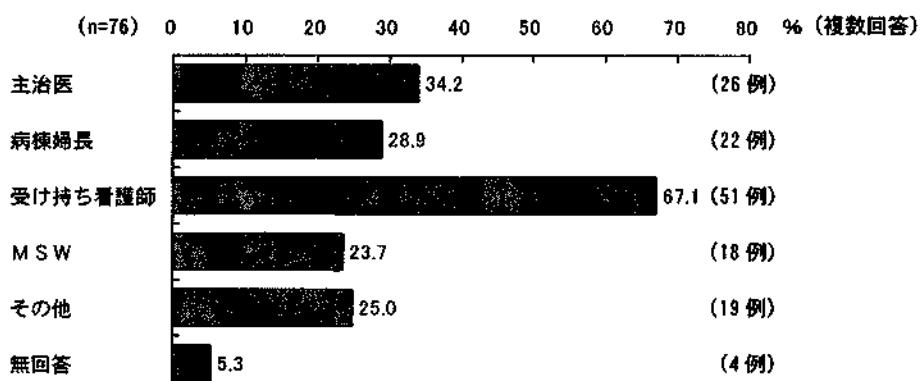


病室訪問をしている 76 例について病室訪問の目的を聞いたところ、「患者の状態把握」が 53.9%と最も多く、次いで「家族との面談・コミュニケーション」が 34.2%、「訪問看護の説明（目的・役割・システムなど）」が 31.6%などとなっている。

訪問看護師の病室訪問の目的は、病院スタッフとの連携より在宅療養を受け入れるための情報収集が多い。

(4) 病室訪問時の病院職員との連携内容

①誰と



また、病室訪問時に連携をした職員の内訳は「受け持ち看護婦」が 67.1%、「主治医」が 34.2%、「病棟婦長」が 28.9%、「MSW」が 23.7% となっている。その他の内訳は、「医療・看護相談室看護婦（4例）・病棟医（3例）・理学療法士（2例）・ケアマネジャー（2例）・ME（2例）」などとなっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

②どのような内容について

●患者の病状

- ・病歴
- ・病状
- ・病態
- ・血糖コントロール状況
- ・身体状態
- ・病棟での運動、食事、言語
- ・ADLの確認

●治療・処置

- ・リハビリの進行状況
- ・服薬
- ・治療経過
- ・ムンテラ内容
- ・緊急時の対応について
- ・退院後の方針確認（受診予定、治療など）
- ・訪問診療医の紹介
- ・退院指導について
(処置の方法、患者・家族への指導内容、物品の確認、経管栄養、褥創、透析、IVH、ドレーン、吸引、酸素、MRSAの取扱い、車椅子)

●患者・家族の特性や意向、理解度

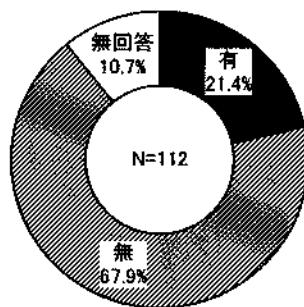
- ・家族のキャラクター
- ・家族の介護力
- ・患者への指導内容
- ・患者・家族の思い
- ・患者受け入れ上の不安
- ・退院指導に対する家族の理解度
- ・患者、家族の理解

●その他

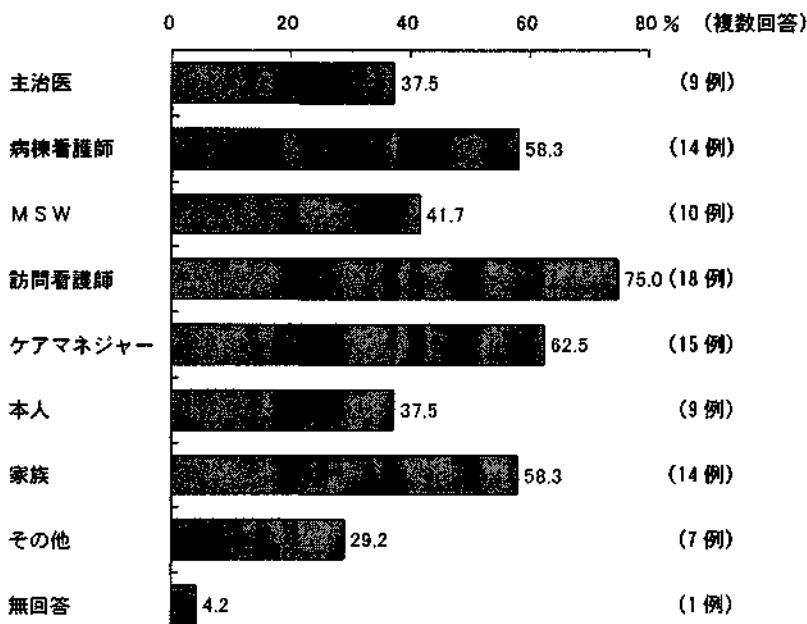
- ・サマリーの依頼
- ・主治医の意向
- ・今後のサービス提供予定
- ・ケアカンファレンス

2) 合同カンファレンスによる情報交換

(1) 合同カンファレンスの実施



(2) 合同カンファレンスの参加者



その他(18例)の内訳

- ・ヘルパー(2例)
- ・病棟医(1例)
- ・ヘルパーステーション(1例)
- ・往診医(1例)
- ・入浴委託所(1例)
- ・看護相談室看護婦(1例)
- ・無回答(13例)

合同カンファレンスについては、「実施している」が21.4%、「実施していない」が67.9%となっている。

合同カンファレンスを実施している24例に参加者を聞いたところ、「訪問看護婦」が18例(75.0%)と最も多く、次いで「ケアマネジャー」が15例(62.5%)、「病棟看護婦」「家族」がそれぞれ14件(58.3%)などとなっている。

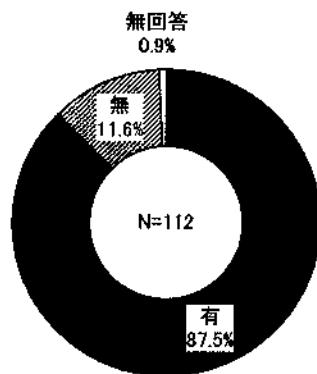
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

(3) 合同カンファレンス後の対応

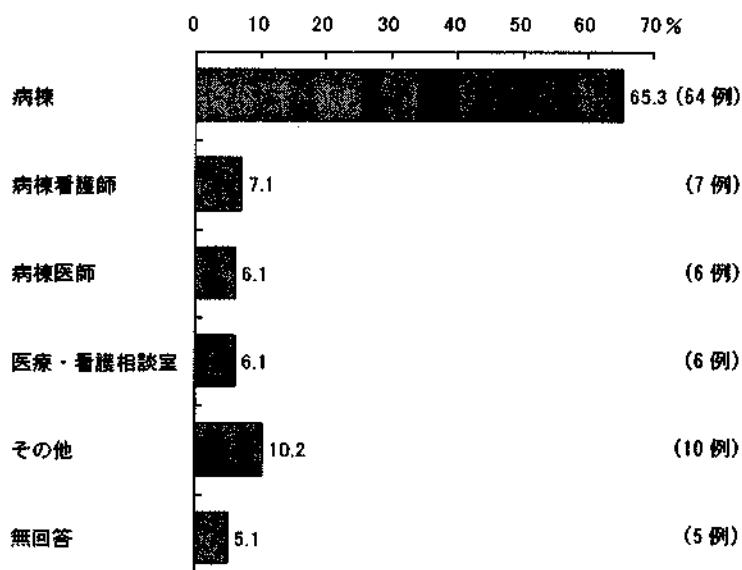
- ・ 家族が一緒に参加するカンファレンスの時間を多く持った。
- ・ 住宅改修について本人の希望に十分そよう本人の意見を取り入れた。
- ・ 本人の思いを受け止め本人の希望を重視したサービスプランを目指した。
- ・ 共通ノートを作製し情報を共有した。
- ・ 事前に情報を得ることにより看護サイドで退院後の生活状況を多少でもイメージすることができた。
- ・ 文書にして共通の理解とし、今後のプラン変更に活用した。
- ・ 全員で同時に連携内容について確認し合った。
- ・ 訪問看護サービス、訪問介護サービス、栄養士等へ情報提供ができた。
- ・ 訪問看護ステーションに持ち帰り、看護師間で検討、調整
- ・ 家族の思いを大切にしていこうと全員で確認し合った。

3) 文書による情報交換

(1) 文書による情報交換の実施



(2) 文書の発信元

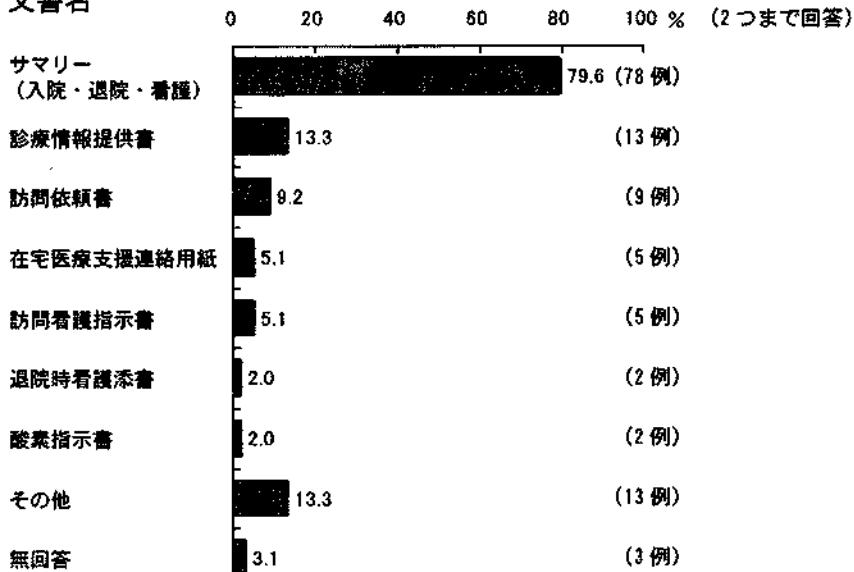


文書による情報交換については、情報交換を「実施している」が 87.5%、「実施していない」が 11.6%となっている。

文書による情報交換を実施している 98 例に文書がどこから来たかを聞いたところ、「病棟」が 64 例 (65.3%) と最も多く、次いで「病棟看護婦」が 7 例 (7.1%)、「病棟医師」「医療・看護相談室」が 6 例 (6.1%) などとなっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

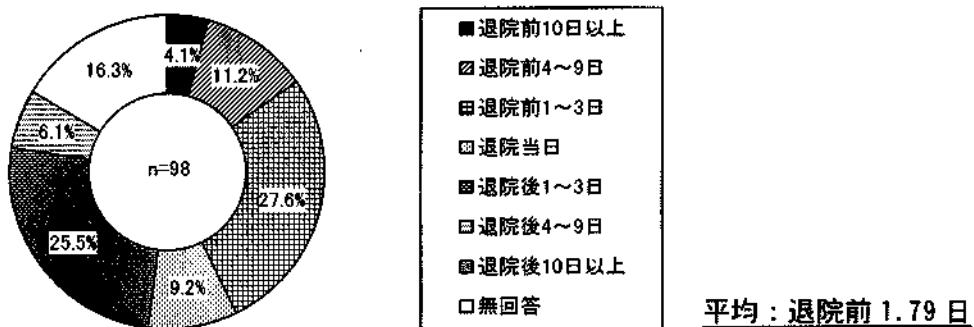
(3) 文書名



その他（10例）の内容

- ・継続看護記録（3例）
- ・フェイスシート（1例）
- ・利用者情報（1例）
- ・ベース情報（1例）
- ・入院チャート（カルテ）（2例）
- ・入院時介護記録（短期）（1例）
- ・サービス提供票（1例）
- ・訪問看護連絡表（1例）
- ・退院前訪問について（1例）
- ・栄養指導（1例）
- ・訪問看護連絡表（1例）
- ・退院前訪問について（1例）
- ・ケアプラン（1例）

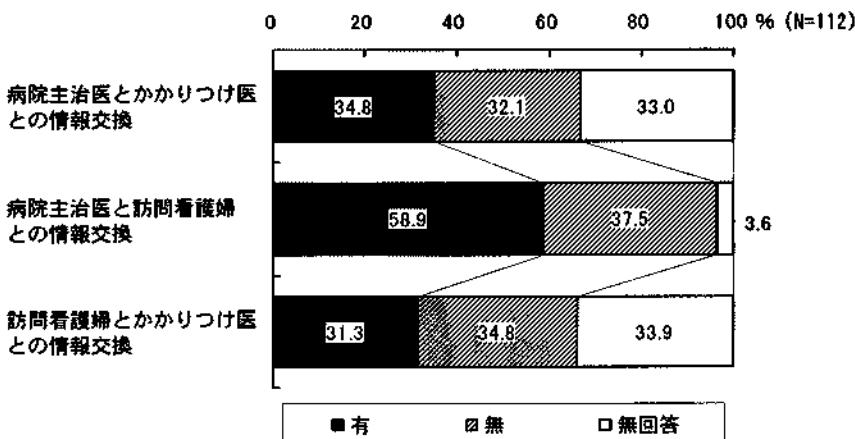
(4) 文書を受け取った時期



具体的な文書名は、「サマリー（入院・退院・看護）」が 78 例（79.6%）と最も多く、次いで「診療情報提供書」が 13 例（13.3%）、「訪問依頼書」が 9 例（9.2%）などとなっている。

文書を受け取った時期については、「退院前 1~3 日」が 27.6% と最も多く、次いで「退院後 1~3 日」が 25.5%、「退院前 4~9 日」が 11.2% などとなっている。また、文書を受け取った時期の平均は“退院前 1.79 日”である。

4) 連携時の医師との情報交換



※無回答には、「かかりつけ医と病院主治医が同じ場合」を含む。

病院主治医とかかりつけ医との情報交換については、「情報交換をしている」が 34.8%、「情報交換をしていない」が 32.1%となっており、情報交換しているケースが若干多い。

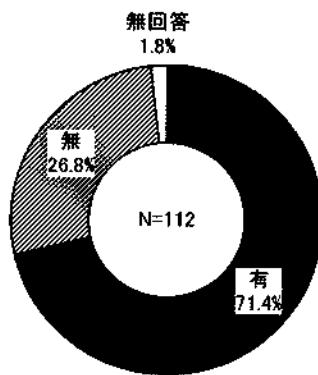
病院主治医と訪問看護婦との情報交換については、「情報交換をしている」が 58.9%、「情報交換をしていない」が 37.5%となっており、情報交換をしているケースが 20%以上多い。

訪問看護婦とかかりつけ医との情報交換については、「情報交換をしている」が 31.3%、「情報交換をしていない」が 34.8%となっており、情報交換をしていないケースが若干多い。

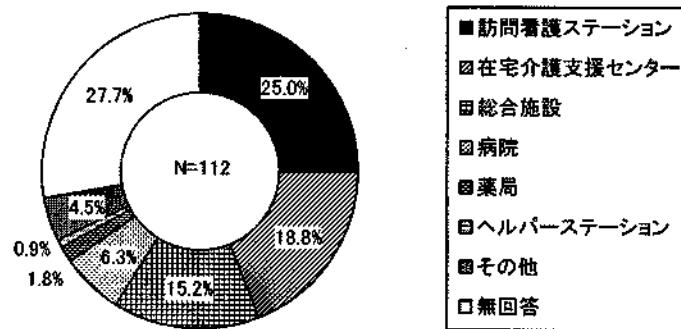
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

8. ケアマネジャーのかかわり

1) 退院時連携におけるケアマネジャーのかかわり



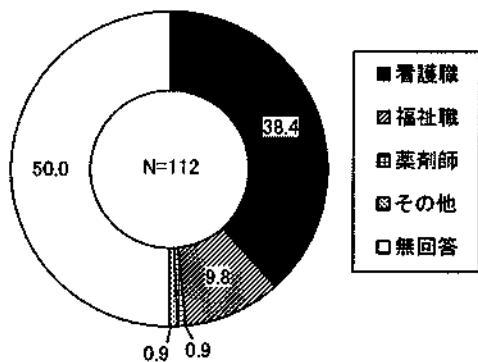
2) ケアマネジャーの所属機関



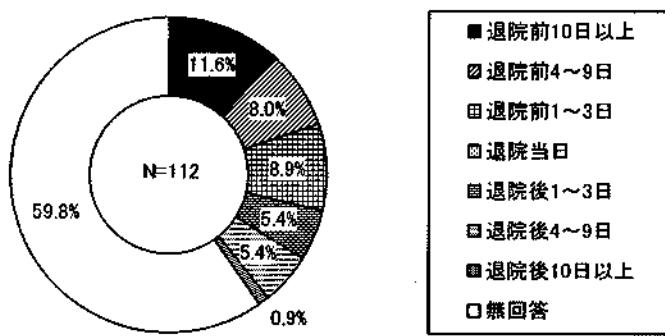
本事例の退院時におけるケアマネジャーとのかかわりについては、「ケアマネジャーと関わった」が 71.4%、「ケアマネジャーと関わらなかった」が 26.8% となっている。

ケアマネジャーの所属機関は、「訪問看護ステーション」が 25.0% と最も多く、次いで「在宅介護支援センター」が 18.8%、「総合施設」が 15.2% などとなっている。

3) ケアマネジャーの職種



4) いつからかかわったか

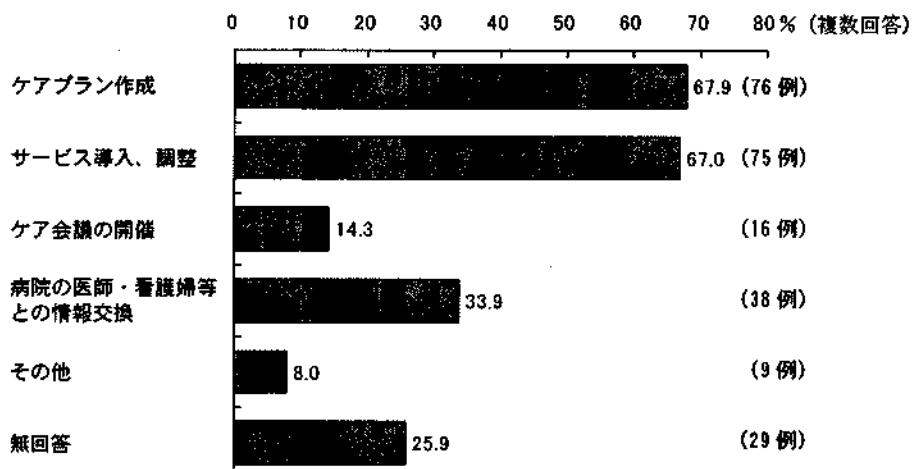


ケアマネジャーの職種は、「看護職（訪問看護婦・看護婦）」が 38.4%と最も多く、次いで「福祉職（介護福祉士・社会福祉士・ヘルパー・MSW）」が 9.8%などとなっている。

ケアマネジャーと関わった時期は、「退院前 10 日以上」が 11.6%と最も多く、次いで「退院前 1~3 日」が 8.9%、「退院前 4~9 日」が 8.0%などとなっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

5) ケアマネジメントの内容



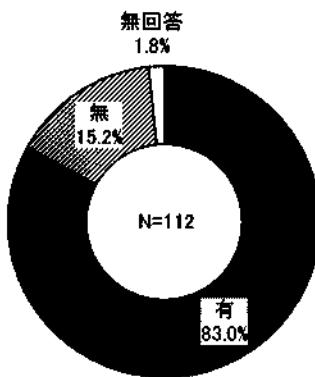
その他（9例）の内容

- 申請代行・各種手続き（4例）
- 病院の医師・看護婦以外との情報交換・連絡調整（3例）
- ホームエバ（自宅評価）（1例）
- 再入院へ（1例）

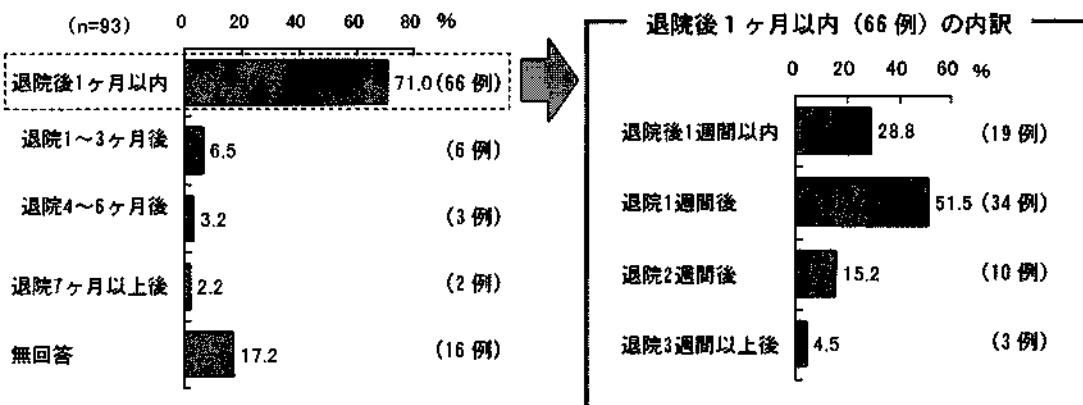
ケアマネジメントの内容については、「ケアプラン作成」が76例(67.9%)と最も多く、次いで「サービス導入・調整」が75例(67.0%)、「病院の医師・看護婦等との情報交換」が38例(33.9%)などとなっている。

9. 退院後の病院との連携内容

1) 退院後の病院との連携の有無



2) いつ病院と連携をとったか



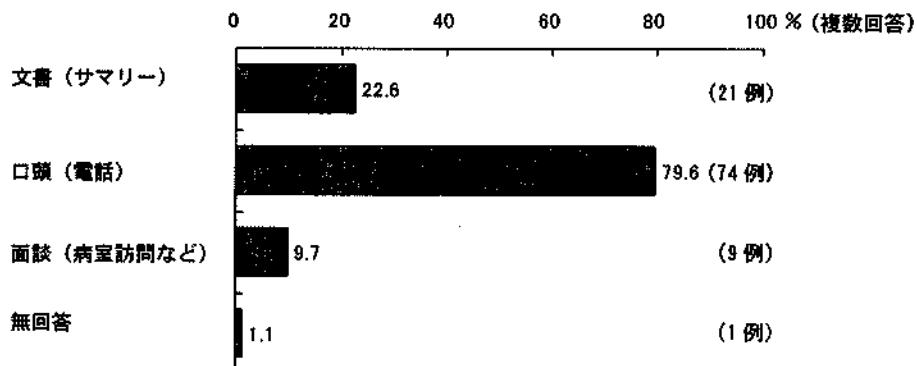
退院後の病院との連携については、「連携あり」が 83.0%、「連携なし」が 15.2% となっている。

「連携あり」と回答した 93 例について、いつ病院と連携をとったかを聞いたところ、「退院 1 カ月以内」が 66 例 (71.0%) と最も多く、「退院 1~3 ヶ月後」が 6 例 (6.5%)、「退院 4~6 ヶ月後」が 3 例 (3.2%)、「退院 7 ヶ月以上後」が 2 例 (2.2%) となっている（回答数 11 例）。

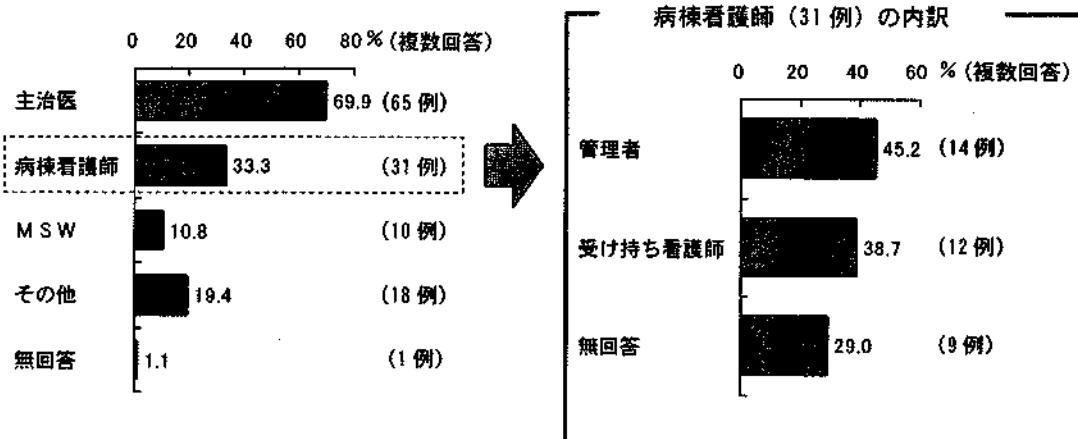
また、「退院 1 カ月以内」と答えた 66 例を週単位で見ると、「退院 1 週間後」が 34 例 (51.5%) と最も多く、次いで「退院後 1 週間以内」が 19 例 (28.8%)、「退院後 2 週間後」が 10 例 (15.2%) などとなっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3) どのような方法で



4) 病院のだれと



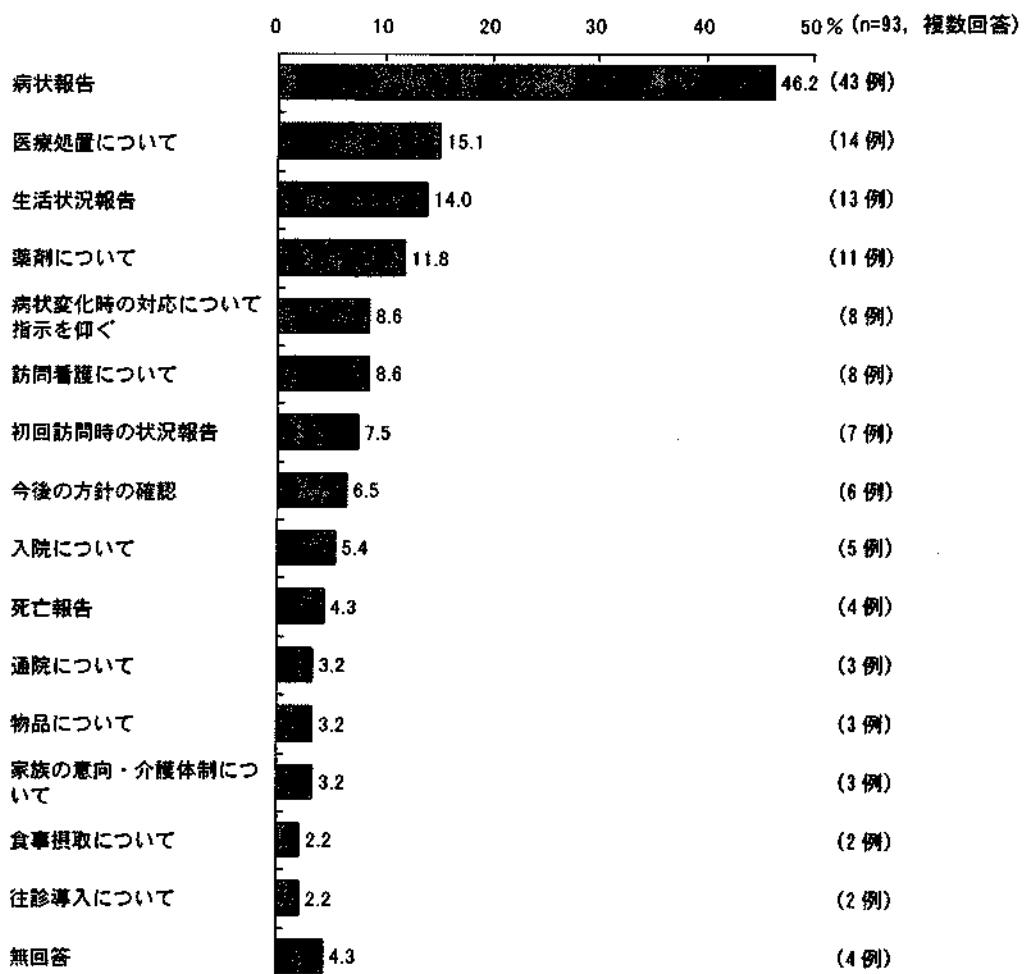
その他 (18例) の内訳

- ・医療・看護相談室看護師 (5例)
- ・訪問看護室看護師 (3例)
- ・外来看護師 (2例)
- ・透析室看護師 (1例)
- ・褥創ケア専門看護師 (1例)
- ・当直医師 (1例)
- ・ケアマネジャー (1例)
- ・薬局長 (1例)
- ・無回答 (3件)

連携方法は、「口頭 (電話)」が 74 例 (79.6%)、「文書 (サマリー)」が 21 例 (22.6%)、「面談 (病室訪問など)」が 9 例 (9.7%) となっている。

連携をとった相手は、「主治医」が 65 例 (69.9%)、「病棟看護師」が 31 例 (33.3%)、「M S W」が 10 例 (10.8%) となっている。また、病棟看護師と回答した 31 例の内訳は「管理者」が 14 例 (45.2%)、「受け持ち看護師」が 12 例 (38.7%) となっている。

5) どのような内容について



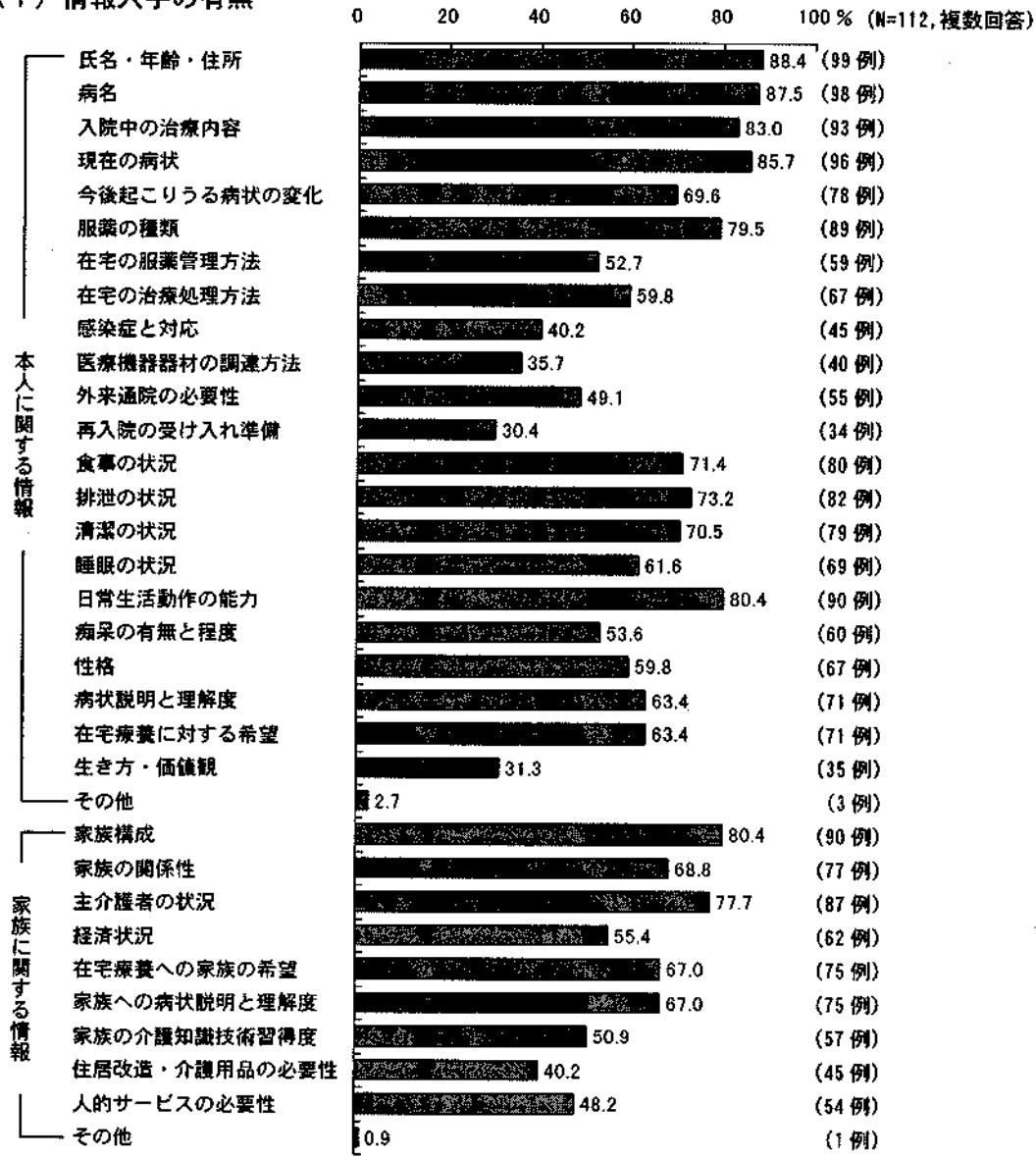
連携内容は、「病状報告」が43.0%と最も多く、次いで「医療処置について」が14.0%、「生活状況報告」が13.0%、「薬剤について」が11.0%などとなっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

10. 情報の入手について

1) 退院前

(1) 情報入手の有無

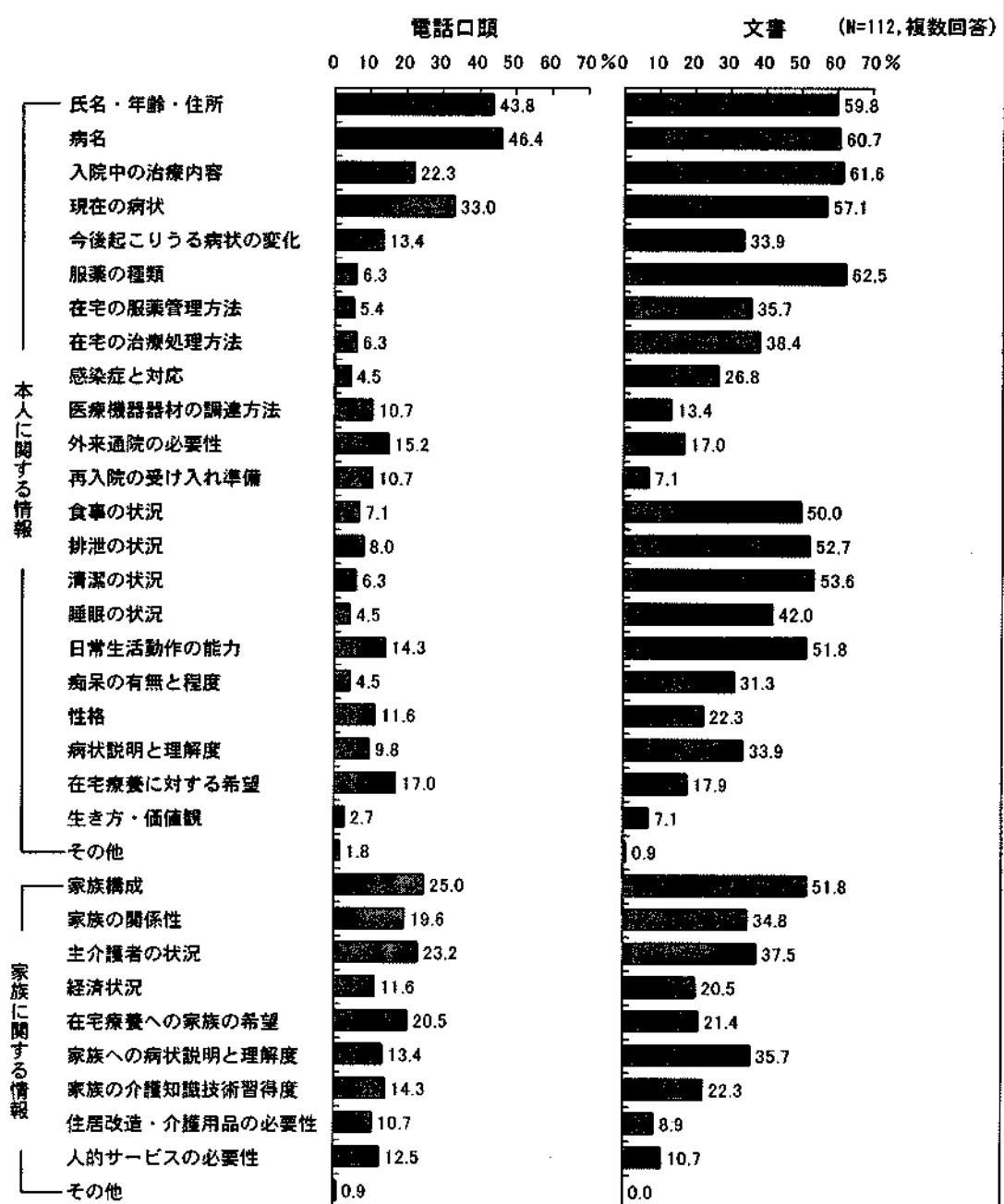


退院前に入手した情報の中で、本人に関する情報をみると、「氏名・年齢・住所」が88.4% (99例) と最も多く、次いで「病名」が87.5% (98例)、「現在の病状」が85.7% (96例)、「入院中の治療内容」が83.0%などとなっている。

家族に関する情報をみると、「家族構成」が80.4% (90例) と最も多く、次いで「主介護者の状況」が77.7% (87例)、「家族の関係性」が68.8% (77例) などとなっている。

1) 退院前

(2) 情報はどのように入手したか

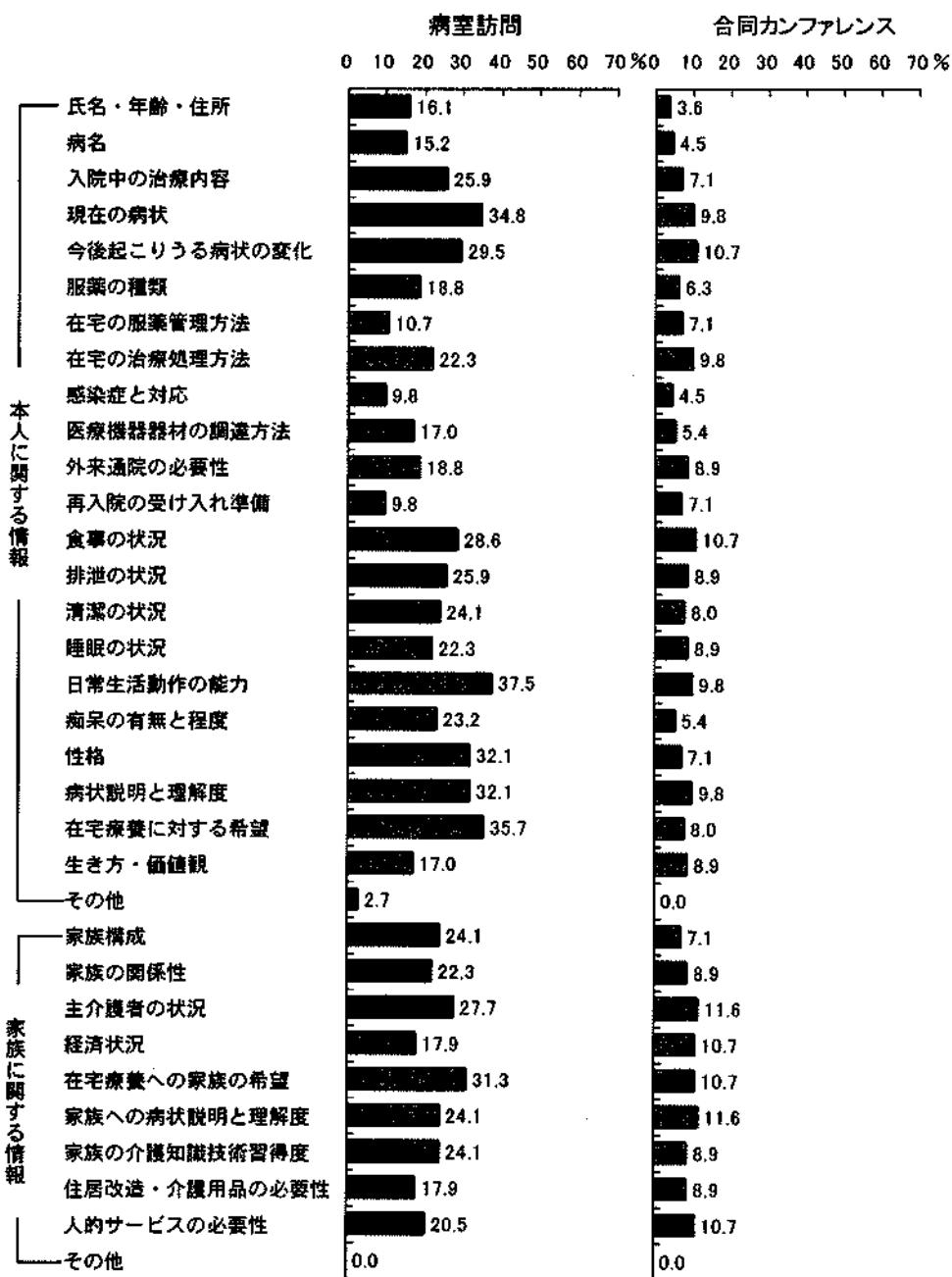


早期退院における病院との連携を促進する
訪問看護ガイドライン作成事業

1) 退院前

(2) 情報はどのように入手したか

(N=112, 複数回答)



退院前に入手した情報を入手方法別にみると、電話口頭で入手した情報は、「病名」が46.4%と最も多く、次いで「氏名・年齢・住所」が43.8%、「現在の病状」が33.0%などとなっている。

文書で入手した情報は、「服薬の種類」が62.5%と最も多く、次いで「入院中の治療内容」が61.6%、「病名」が60.7%などとなっている。

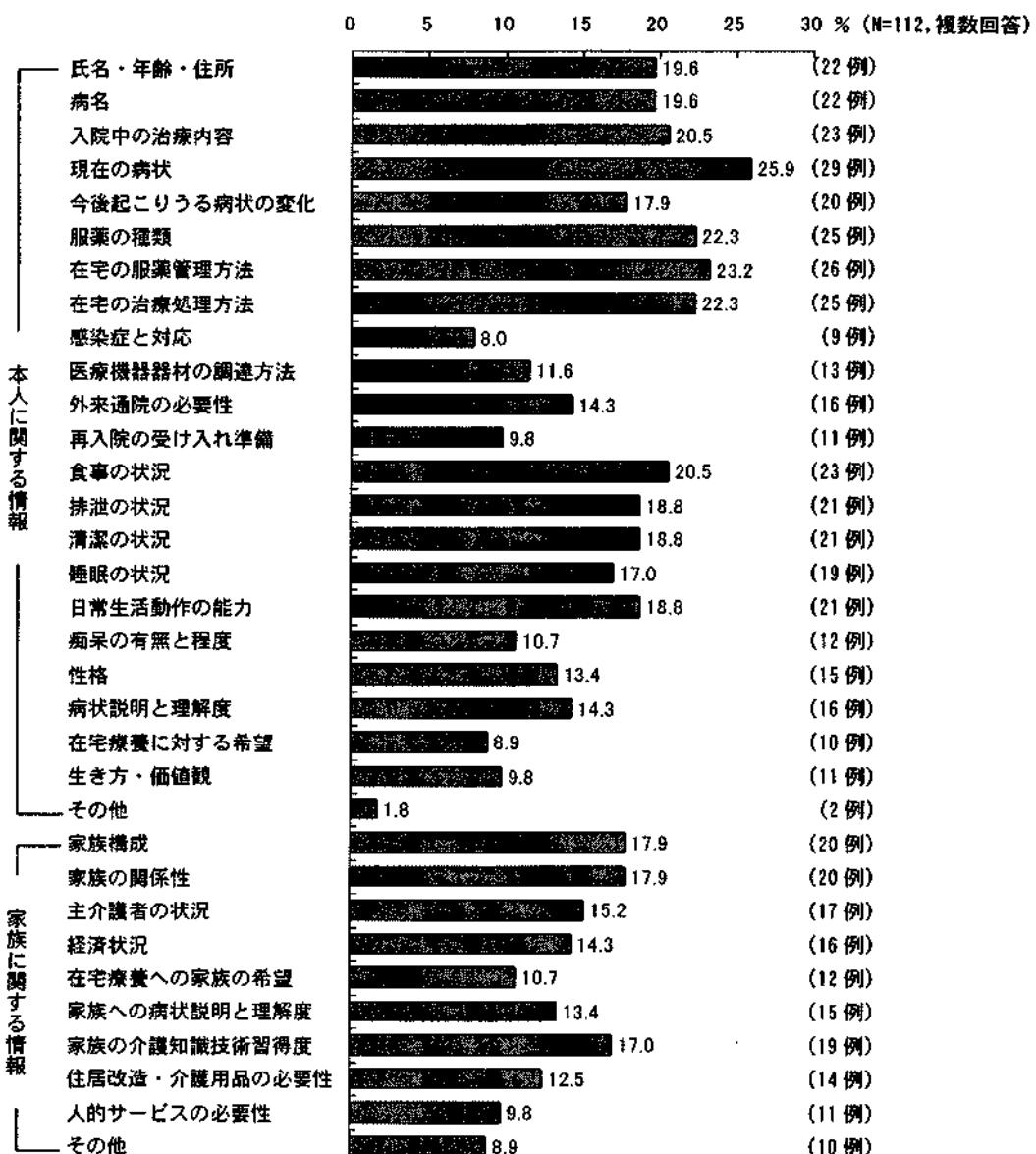
病室訪問で入手した情報は、「日常生活動作の能力」が37.5%と最も多く、次いで「在宅療養に対する希望」が35.7%、「現在の病状」が34.8%などとなっている。

合同カンファレンスで入手した情報は、「主介護者の状況」、「家族への病状説明と理解度」が11.6%と最も多く、次いで「今後起こううる病状の変化」、「食事の状況」、「経済状況」、「在宅療養への家族の希望」、「人的サービスの必要性」が10.7%などとなっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

2) 退院後

(1) 情報入手の有無

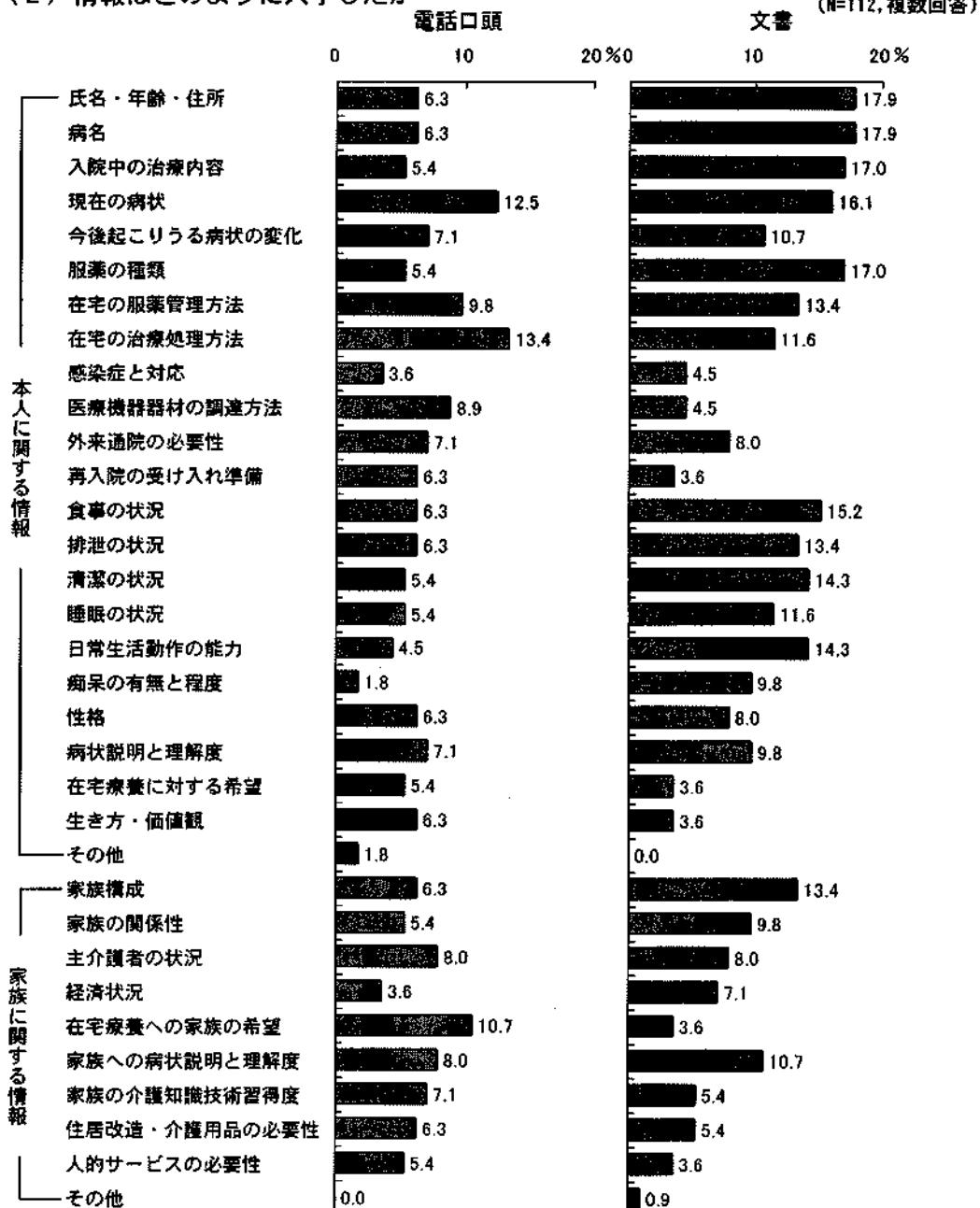


退院後に入手した情報の中で、本人に関する情報をみると、「現在の病状」が25.9% (29例) と最も多く、次いで「在宅の服薬管理方法」が23.2% (26例)、「服薬の種類」、「在宅の治療処理方法」が22.3% (25例) などとなっている。

家族に関する情報をみると、「家族構成」、「家族の関係性」が17.9% (20例) と最も多く、次いで「家族の介護知識技術習得度」が17.0% (19例)、「主介護者の状況」が15.2% (17例) などとなっている。

2) 退院後

(2) 情報はどのように入手したか

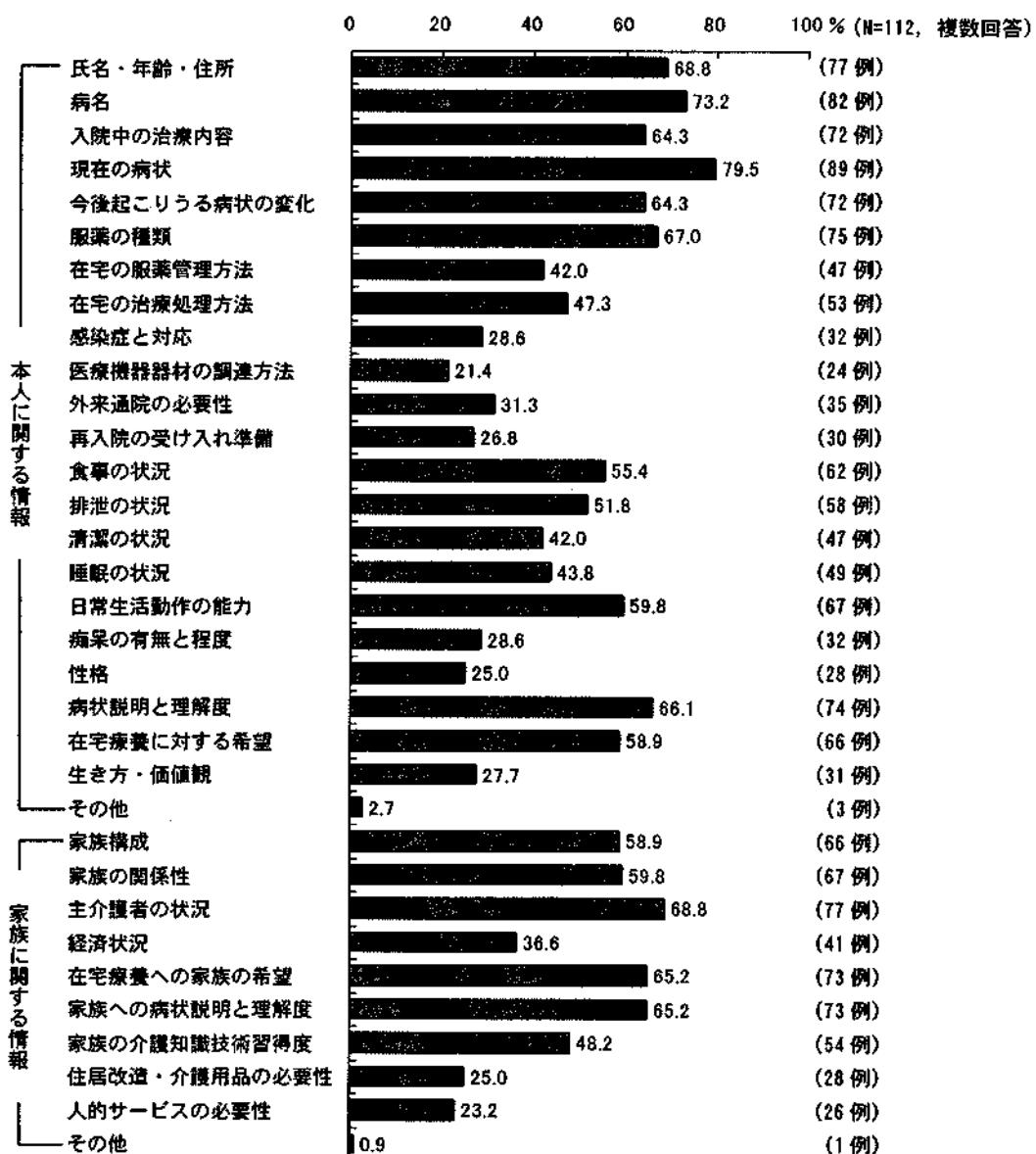


退院後に入手した情報を入手方法別にみると、電話口頭で入手した情報は、「在宅の治療処理方法」が13.4%と最も多く、次いで「現在の病状」が12.5%、「在宅療養への家族の希望」が10.7%などとなっている。

文書で入手した情報は、「氏名・年齢・住所」、「病名」が17.9%と最も多く、次いで「入院中の治療内容」、「服薬の種類」が17.0%などとなっている。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3) 必要不可欠な情報



本人に関する情報の中で、必要不可欠な情報は、「現在の病状」が 79.5% と最も多く、次いで「病名」が 73.2%、「氏名・年齢・住所」が 68.8%、「服薬の種類」が 67.0% などとなっている。

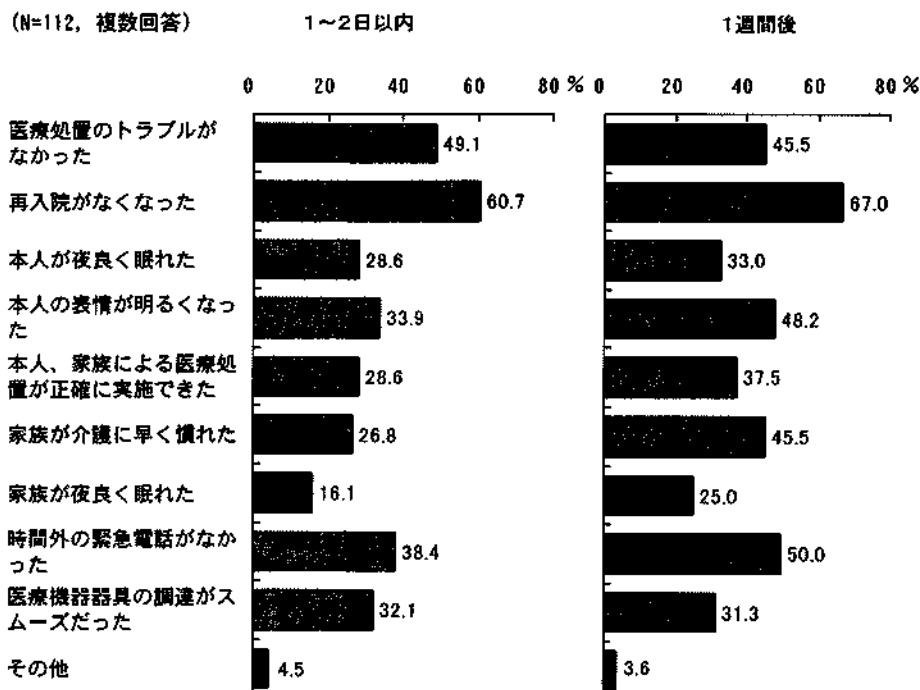
家族に関する情報の中で、必要不可欠な情報は、「主介護者の状況」が 68.8% と最も多く、「在宅療養への家族の希望」「家族への病状説明と理解度」がそれぞれ 65.2% などとなっている。

11. 連携についての評価

1) 効果があったと思われる項目

この事例の連携の結果として、どのような効果がありましたか。効果があったと思われる項目について、1~2日以内と1週間後に分けて○を付けてください。

(N=112、複数回答)



病院との連携について、最も効果があったと思われる項目は、「再入院がなくなった」「医療処置のトラブルがなかった」「時間外の緊急電話がなかった」などが上位にあがる。

1~2日以内で見ると、「再入院がなくなった」が60.7%、「医療処置のトラブルがなかった」が49.1%、「時間外の緊急電話がなかった」が38.4%などとなっている。

1週間後で見ると、「再入院がなくなった」が67.0%、「時間外の緊急電話がなかった」が50.0%、「本人の表情が明るくなった」が48.2%などとなっている。

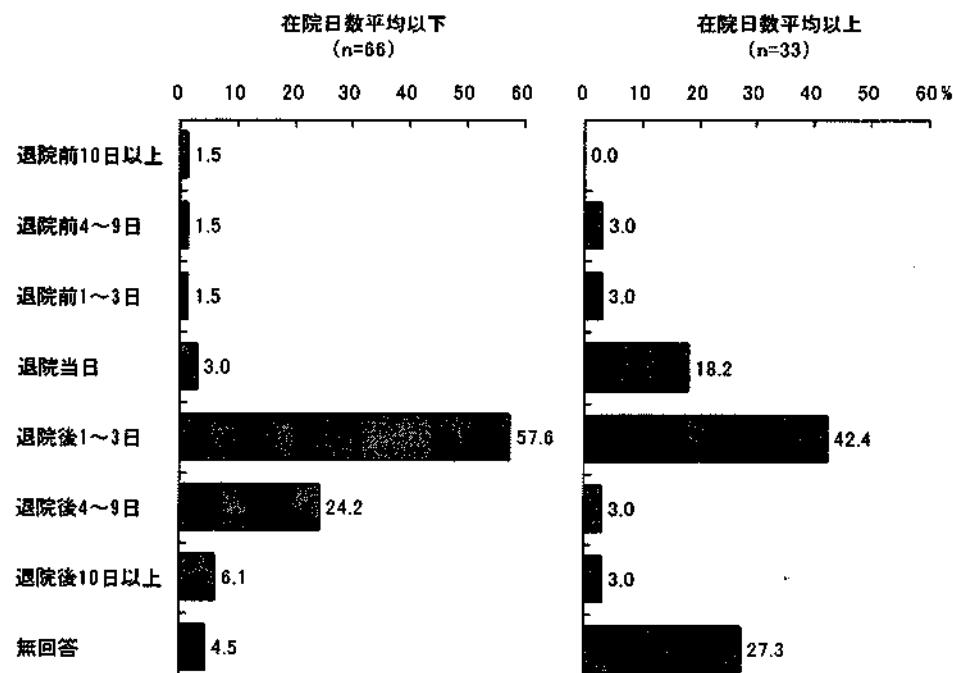
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

3 在院日数別比較

調査3で対象となった病院は、21施設あるが、聞き取り等の現地調査では18施設の病院の協力を得ることができた。18施設の連携システムの概要（表—1 P15, 16）のうち、在院日数に着目し、対象施設の在院日数で平均以上と平均以下にグループ化し、連携方法とその効果について比較検討を行った。

1. 初回連絡・紹介の日

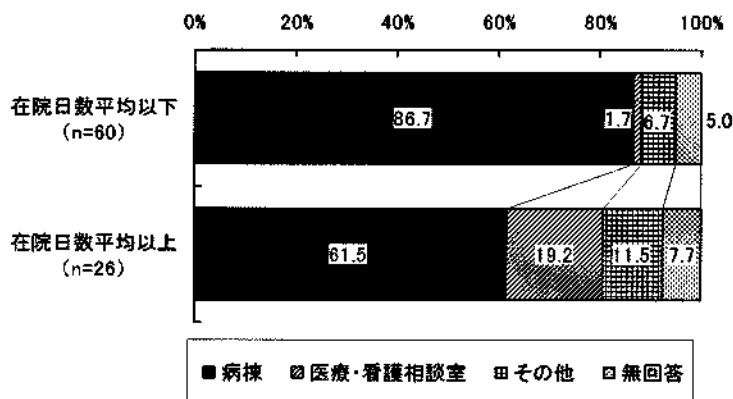
初回訪問日



初回訪問日は、在院日数に関わらず「退院後1~3日」が最も多い、次いで「退院後4~9日」、「退院当日」などが上位となっている。在院日数別にみると、在院日数平均以下では「退院後1~3日」が57.6%と半数以上を占めており、次いで「退院後4~9日」が24.2%と続く。在院日数平均以上では、「退院後1~3日」が42.4%となっており、次いで、「退院当日」が18.2%となっており、有意差がみられる ($P<0.05$)。

2. 文書による情報交換

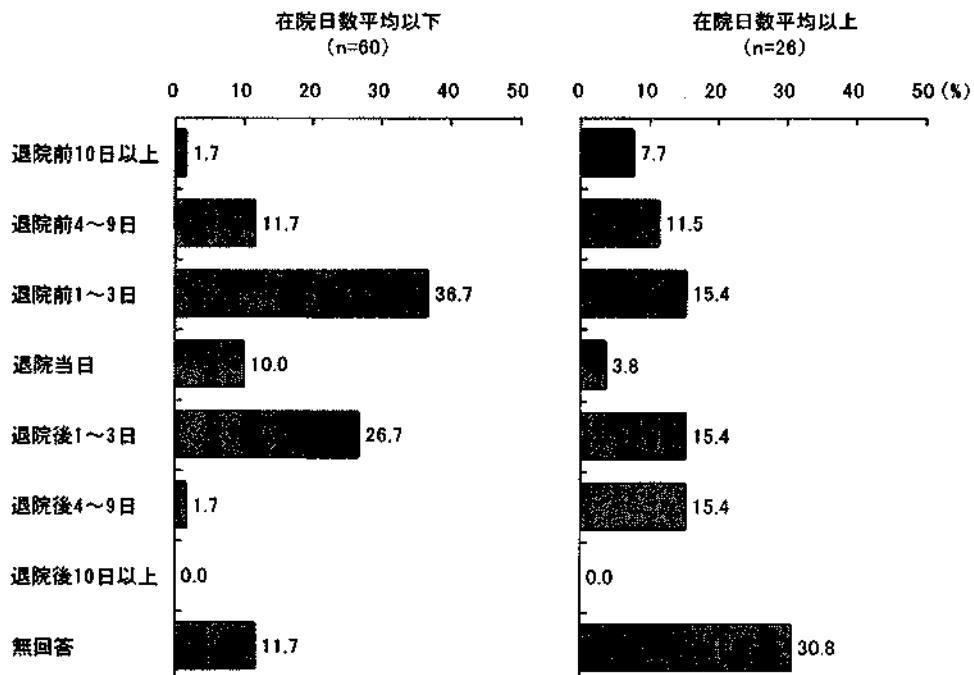
1) 文書の発信元



文書の発信元は「病棟」が最も多くなっている。在院日数別にみると、在院日数平均以下では「病棟」が 86.7%と高率を示しているのに対して、平均以上では 61.5%となっており、有意差がみられる ($P < 0.01$)。

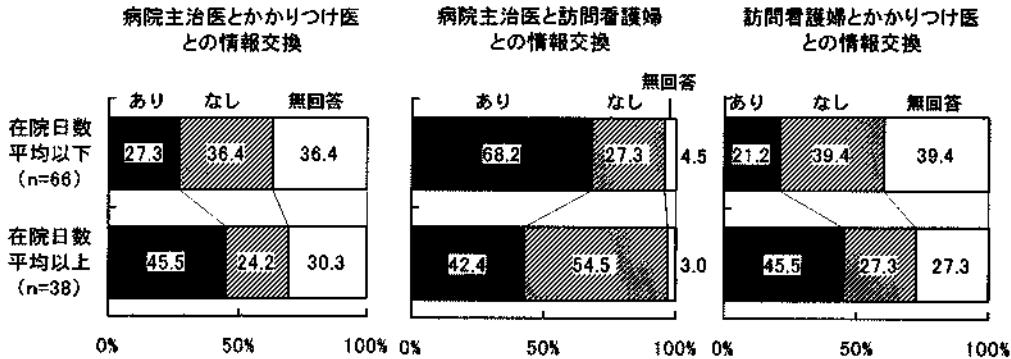
早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

2) 文書受取日



文書の受取日は、在院日数に関わらず「退院前1~3日」が最も多く、次いで「退院後1~3日」、「退院前4~9日」などが上位となっている。在院日数別にみると、在院日数平均以下では「退院前1~3日」が36.7%と最も多く、次いで「退院後1~3日」が26.7%、「退院前4~9日」が11.7%と続く。在院日数平均以上では、「退院前1~3日」「退院後1~3日」「退院後4~9日」がそれぞれ15.4%となっており、有意差がみられる ($P<0.05$)。

3. 連携時の医師との情報交換



※無回答には、「かかりつけ医と病院主治医が同じ場合」を含む。

連携時の医師との情報交換についてみると、「病院主治医とかかりつけ医との情報交換」があるのは、在院日数平均以下の 27.3% に対して、平均以上では 45.5% と約半数を占めている。また、有意差はみられなかった。

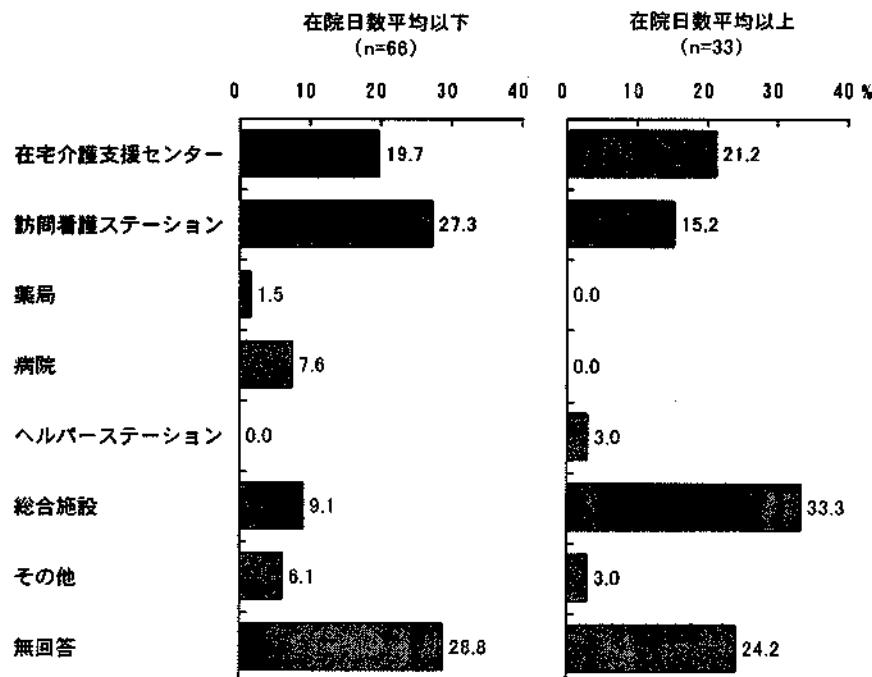
「病院主治医と訪問看護婦との情報交換がある」のは、在院日数平均以下で 68.2% と約 7 割を示しているのに対して、在院日数平均以上では 42.4% となっており、有意差がみられる。 $(P < 0.01)$ 。

「訪問看護婦とかかりつけ医との情報交換がある」のは、在院日数平均以下の 21.2% に対して、在院日数平均以上では 45.5% と約半数を示しており、有意差がみられる $(P < 0.05)$ 。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

4. ケアマネジャーのかかわり

ケアマネジャーの所属機関

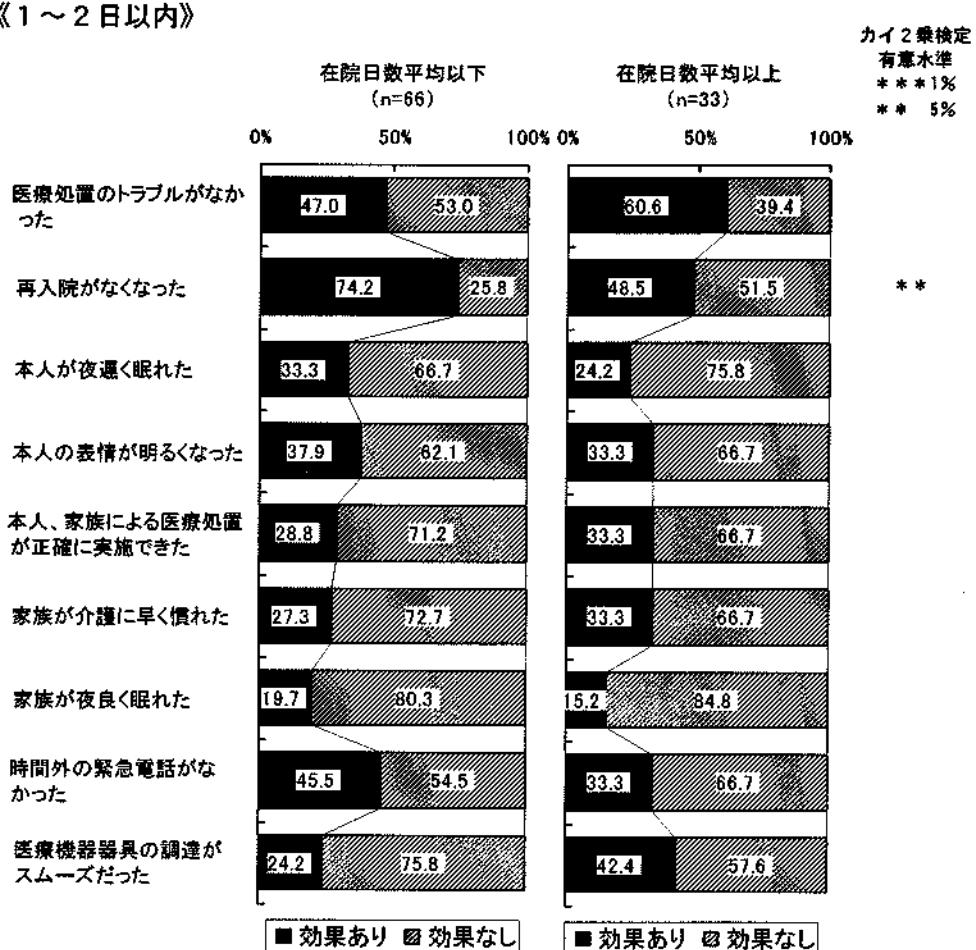


ケアマネジャーの所属機関は、在院日数に関わらず「在宅介護支援センター」、「訪問看護ステーション」、「総合施設」などが上位となっている。在院日数別にみると、平均以下では「訪問看護ステーション」が 27.3%と最も多い、次いで「在宅介護支援センター」が 19.7%、「総合施設」が 9.1%と続く。平均以上では、「総合施設」が 33.3%と最も多い、次いで、「在宅介護支援センター」が 21.2%、「訪問看護ステーション」が 15.2%となっており、有意差がみられる ($P<0.05$)。

3. 連携についての評価

効果があったと思われる項目

《1~2日以内》



効果があつたと思われる項目は、在院日数に関わらず「再入院がなくなった」「医療処置のトラブルがなかった」「時間外の緊急電話がなかった」「本人の表情が明るくなつた」などが上位となっている。在院日数別にみると、在院日数平均以下では「再入院がなくなった」が 74.2%と最も多く、次いで「医療処置のトラブルがなかった」が 47.0%、「時間外の緊急電話がなかった」が 45.5%と続く。在院日数平均以上では、「医療処置のトラブルがなかった」が 60.6%と最も多く、次いで「再入院がなくなった」が 48.5%、「医療機器器具の調達がスムーズだった」が 42.4%となっている。

また、「再入院がなくなった」には在院日数平均以下と平均以上との間に有意差がみられる ($P < 0.05$)。

4 連携の良くなかった事例からの分析

1. 患者の基本属性

性別は男性が3名、女性が1名で、年齢は50代、70代、80代、90代に1名ずつであった。主疾患は癌が2名、陳旧性腰椎圧迫骨折1名、心不全1名となっており、年齢等から考慮し、いずれの場合にも終末期の状態であると考えられる。これらの事例中、3例が自宅における医学的療養管理が必要とされていた。

2. 入院病院との連携について

いずれの事例も一般病院からの退院で、退院指導は2事例が受けている。退院後の主治医は、退院後はじめて担当した地域の医師、あるいは病院主治医が引き続き行っていた。利用者の紹介は専門職として、病院病棟主治医、ケアマネジャー、病院病棟看護師で、事例把握はどの事例も面談の場であった。退院日から連絡・紹介日までの期間は事例によってまちまちであった。病室訪問は事例5についてのみ行われていた。文書情報交換は、3事例について実施されており、医師との情報交換については、病院主治医とかかりつけ医、病院主治医と訪問看護師、訪問看護師とかかりつけ医のいずれかの間で実施されていた。ケアマネジャーとの関わりはサービス導入がされた3事例において退院前に実施されていた。退院後の連携については、退院1~2週間後になされていた。その方法は、口頭あるいは面談で病棟看護師（婦長、受け持ち看護師）、主治医によってなされていた。伝達された情報には、死亡報告、褥創方法、入院中の様子、在宅での様子、訪問看護の指示などの内容があった。

3. 情報の入手について

退院時は文書による情報が主であるが、事例中2事例のみとなっていた。退院後の情報については、電話口頭、あるいは文書により行われていたが、必要性のある項目としてあげられている内容については、入手できていないものも見られた。必要な情報は、事例5、8は身体状況の中でもADLに関することがあげられており、さらに全事例について、「家族の情報」が必要な項目に含まれている。事例5については、退院時、退院後とともに、身体的な状況については十分な情報の入手ができていなかった。

4. 連携の評価と効果

連携の良かった点、あるいは連携の改善点について検討してみると、事例5では身体状況の情報が必要とされながらもその情報が欠落していたために、医療器具の手配が遅れてしまっていた。また、事例8は介護状況と本人のアセスメントが不十分で、必要な処置が実践されず、それを手配する時間がとられ、訪問が遅れてしまったと考えられる。

事例70は退院後に電話口頭により情報入手がされていたが、主治医からのお問い合わせでも病棟看護師からの文書も必要であると述べられている。さらに事例86については、患者への理解とスムーズな訪問への移行が全くできなかったということであった。

結果、効果項目を見ると、その内容は1～2日目以内、1週間後ともに項目が少ないこともあるが、評価として明確な提示が困難である状況がうかがえる。

5. 今後の課題

4 事例から、必要な情報が適切な時期に入手できない状況とそれに伴う医療処置の遅延、また退院前の患者のアセスメント、家族状況の把握、不安への対応などの改善が求められており、その具体的な方法として適切な時期の紹介方法、文書交換、多職種との情報交換・その他の連携のあり方を検討することの重要が示された。具体的な情報入手すべき内容については、事例の疾患や特徴も考慮すべきである。さらに効果としての内容を明確に評価できない状況もみられるので、実践の中において、何を患者及び家族からの効果として期待するかをあらかじめ意図しながらの関わりも必要であると思われる。

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

【連携の良くなかった事例】

項目	事例 5	事例 8	事例 70	事例 86
基 本 患 者 性 の 特 徴	1. 性別 男	女	男	男
	2. 年齢 76	92	54	81
	3. 主疾患 食道癌術後、肺、骨転移	陳旧性腰椎圧迫骨折、尿路感染症	肺癌、多発性骨転移	心不全
	4. ADL c	b	自立	自立
	5. 症状の程度 なし	IV	なし	なし
	6. 要介護認定 なし	要介護5	なし	要介護1
	7. 医療処置内容 点滴 在宅酸素療法 癌末期疼痛管理 吸引	じょく創管理 導尿（残尿測定）	在宅酸素療法 じょく創管理 癌末期疼痛管理 持続皮下注	-
II 入 院 病 院 と の 連 携 に 關 す る 情 報	1. 退院前の病院の種類 一般病院: 273	一般病院: 273	一般病院	一般病院
	2. 病院の退院指導 退院指導の有無 なし	あり	あり	なし
	1) 退院指導者	-	病棟看護師 (受け持ち)	病棟看護師 (受け持ち)
	3. 退院後の主治医 退院後にはじめて担当した地域の医師	病院主治医が引き続き	退院後にはじめて担当した地域の医師	病院主治医が引き続き
	4. 利用者の紹介 病院病棟主治医、妻のケアマネジャー	病院病棟看護師	病院病棟主治医	妻のケアマネジャー
	5. 事例把握の方法 文書、面談	口頭、文書、家族との面談	面談	口頭、妻の訪問看護すでに接していた
	6. 初回連絡・紹介の日 退院日～連絡・紹介日までの期間 12日前	9日前	1日前	-
	連絡・紹介日～初回訪問日までの期間 12日	5日前	4日前	23日前
	退院日～初回訪問日までの期間 当日	14日	5日	-
	7. 退院前の連携内容 1) 病室訪問の有無 あり	なし	なし	なし
III 退 院 連 携 に 關 す る 情 報	(1) 訪問時期 7日前	-	-	-
	(2) 訪問目的 痘状把握、家族との面談	-	-	-
	(3) 連携した職員 受け持ち看護師	-	-	-
	(4) 連携内容 往診医師への情報提供書について	-	-	-
	2) 合同カンファレンス なし	なし	-	なし
	3) 文書情報交換の有無 あり	あり	あり	なし
	(1) 文書の発信先 病院病棟	病院病棟	その他	-
	(2) 文書名 -	-	-	-
	(3) 文書を受け取った時期 退院1日前	退院9日前	退院2日前	-
	4) 医師との情報交換の有無 (1) 病院主治医とかかりつけ医 あり	なし	あり	-
	(2) 病院主治医と訪問看護師 なし	あり	なし	あり
	(3) 訪問看護師とかかりつけ医 あり	なし	あり	-
IV 退 院 連 携 時 の ケ ア マ ネ ジ ヤー と の か か わ り	かかわりの有無 あり	あり	なし	あり
	1) ケアマネジャーの所属機関 同一法人内	同一法人内	-	F市福祉サービス公社
	2) ケアマネジャーの職種 -	-	-	-
	3) 開わりの時期 退院7日前	退院9日前	-	退院前
	4) ケアマネジメントの内容 ケアマネジメント作成、サービス導入、新規申請代行	ケアマネジメント作成、サービス導入	-	サービス導入
V 退 院 後の 連 携	連携の有無 あり	あり	あり	あり
	1) 連携の時期 退院1週間後	退院2週間後	退院1週間後	退院2週間後
	2) 連携の方法 口頭	口頭	面談	口頭
	3) 連携した職員 病棟看護師(姉長・受け持ち看護師)	主治医・受け持ち看護師	病棟看護師(姉長・受け持ち看護師)	主治医・受け持ち看護師
	4) 連携内容 死亡報告	じょく創の処置方法について	病院入院中の様子、在宅での様子について	訪問看護の指示について

第4章 研究結果

項目		事例 5		事例 8		事例 70		事例 86		
本人に関する情報	(1) 氏名・年齢・住所	電話口頭 ・文書	電話口頭 ・文書	○	-	電話口頭 ・文書	○	文書	-	
	(2) 病名	電話口頭 ・文書	電話口頭 ・文書	○	-	電話口頭 ・文書	○	文書	-	
	(3) 入院中の治療内容	電話口頭 ・文書	文書	×	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(4) 現在の病状	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(5) 今後おこりうる病状の変化	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(6) 服薬の種類	-	-	×	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(7) 在宅の服薬管理方法	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(8) 在宅の治療処置方法	-	-	×	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(9) 感染症と対応	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(10) 医療機器器具の調達方法	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(11) 外求通院の必要性	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(12) 再入院の受け入れ準備	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(13) 食事の状況	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(14) 排泄の状況	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(15) 清潔の状況	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(16) 睡眠の状況	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(17) 日常生活動作の能力	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(18) 痛苦の有無と程度	-	-	○	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(19) 性格	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(20) 病状説明と理解度	電話口頭 ・文書	-	○	-	-	-	-	電話口頭	
	(21) 在宅療養に対する希望	電話口頭	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(22) 生き方・価値観	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(23) その他	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(24) その他	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
10 情報の入手について	(1) 家族構成	-	-	×	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(2) 家族の関係性	文書	-	×	-	文書	○	文書	電話口頭	
	(3) 主介護者の状況	-	-	○	-	○	文書	文書	電話口頭	
	(4) 経済状況	-	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(5) 在宅療養への家族の希望	-	-	○	-	-	○	-	電話口頭	
	(6) 家族への病状説明と理解度	文書	-	○	-	-	-	-	電話口頭	
	(7) 家族の介護知識技術習得度	文書	-	×	-	-	○	-	電話口頭	
	(8) 住宅改造・介護用品の必要性	文書	-	×	-	-	-	-	電話口頭	
	(9) 人とのつながりの必要性	-	-	×	-	-	○	-	電話口頭	
	(10) その他	-	-	-	-	-	-	-	電話口頭	
	(11) その他	-	-	-	-	-	-	-	電話口頭	
連携についての評価	1) 連携の良かった点	退院前から訪問看護師（ペジニア）が家族と面談できため、介護保険の申請助言、福祉用具（介護ベッド）を退院にあわせて調整することことができた。訪問診療師との連携がスムーズにいった。				入院中の様子を開き、在宅での様子と比較できた。				
	2) 連携の改善点	退院当日の身体状況の悪化が届かず、退院当日の診察Dr.より脱引の件で軽い間に連絡があり、当日訪問（実費負担）、吸引器の貸し出し、指導をしなければならなかつた。				退院後、家族が尿漏も出来ない、じょく割の処理方法もよくわからない。2週間後に外来受診に来たが、大変だったと訴えあり、今後は地域の訪問診療医に連携する予定である。退院前に家族の介護状況や本人の状態がアセスメントできれば、もっと早く訪問看護につながったのではないかと思われる。				主治医からだけでなく、看護師からのサマリーなどももららう。服薬の効果などの項目を伝えてもらう。在宅に移行するまでの流れを開く（本人・家族の認識、希望など）。
3) 効果のあった項目		1週間以内	1週間後	1~2週間以内	1~2週間後	1~2週間以内	1~2週間後	1~2週間以内	1~2週間後	
(1) 医療処置のトラブルがなかった		-	-	-	-	-	-	-	-	
(2) 再入院がなかった		○	-	-	-	-	-	○	○	
(3) 本人が夜よく眠れた		○	-	-	-	-	-	-	-	
(4) 本人の表情が明るくなつた		-	-	○	-	-	○	○	○	
(5) 本人、家族による医療処置が正確に実施できた		-	-	-	-	-	-	-	-	
(6) 家族が介護に早くなれた		-	-	-	-	-	-	-	-	
(7) 家族が夜良く眠れた		-	-	-	-	-	-	○	○	
(8) 時間外の緊急電話がなかった		-	-	-	-	-	-	○	○	
(9) 医療機器器具の調達がスムーズだった		-	-	-	-	○	-	-	-	
(10) その他()		-	-	-	-	-	-	-	-	
4) 看護師評価		全く良くない		全く良くない		全く良くない		全く良くない		

5 考 察～個別的な事例調査に見る連携を促進する要因の検討～

1. 医療的管理をベースにしたケアマネジメント能力を強化する必要性

本調査では、病院から退院後始めて訪問看護を受ける患者で、しかも病院から訪問看護ステーションへ直接依頼されたケースを分析した。対象とした事例は以下の3点の条件で選定してもらい、受け持ち訪問看護師が回答したものである。その条件とは①主たる連携病院から訪問看護ステーション・訪問看護部に紹介されたケース、②ケアマネジヤの紹介ケースでも、訪問看護婦が病院の連携に関わったケース、③2001年4月以降のケースで現時点からさかのぼり、最近の10事例とした。

分析によれば病院から退院後、初めて訪問看護を必要とする患者は、悪性新生物が多く4割近く占め、寝たきり度はCランクで要介護度は5(31.3%)と最も多く、医療処置は「癌末期疼痛管理」「褥創管理」が18.8%、ついで「在宅酸素療法」「膀胱留置カテーテル管理」「中心静脈栄養」となっており、複数の医療処置を必要としている。しかも、病院型別事例数を分類してみると、事例数は同一法人型が39例(34.8%)、次いで病院内型34例(30.3%)で、これらの分類での1施設あたりの事例数は5例(5.4%)から15例(13.4%)と多い。一方、独立型では各ステーションの事例数は1例(0.9%)から6例(7.1%)にとどまっており、病院から直接の新規依頼事例は、ステーションの運営形態によりかなり差が見られていることがわかる。

これらの結果から、病院内型、同一法人型では訪問看護を必要とする患者依頼が多い傾向にあり、医療依存度が高く、介護度も高いゆえに、病院から退院後も継続して医療的管理の元で介護を必要とする患者が移行する傾向があるといえる。そのような患者が自宅で継続した看護を受けるためには、介護保険のみならずより訪問看護の機能を強化したケアマネジメントが必要となると考えられる。

本調査で明らかになったケアマネジヤの現状では、その職種は「看護師」が38.4%、「福祉職」9.8%であったが、「不明」が50.0%と明らかな傾向ではなく、所属機関も多様であった。ケアマネジヤという新しい機能を持った職種は、病院からの退院には「看護職」のケアマネジヤがかかわる傾向がみられたが、人材として「病院」6.3%での所属は少ない。連携を機能的に促すには、地域の「訪問看護ステーション」25.0%「在宅介護支援事業所」18.8%でもまだ少なく、退院前からケアマネジメントを促進するような人材配置が病院と地域双方に必要であると考える。

このように病院から地域への移行する患者特性の変化は、病院の在院日数の短縮化によっても今後、より強まる可能性があると考えられる。現在のところ、独立型の訪問看護ステーションの依頼事例は少ないが、地域における受け皿的対応として、より訪問看護の導入を促進することと同時に、ケアマネジヤの人材配置を病院内と地域でさらに強化し、その機能をより拡大し、在宅での療養管理を可能する環境が必要であると考える。

2. 連携方法

1) 地域ベースの連携システムの必要性

連携の方法はいつ、誰が、どのように、情報を伝達しあって病院から退院する患者を受け入れていたかについて、受け皿としてのステーション側から調査した。その結果、病院からの患者紹介部門は病棟（44.6%）、医療相談室（37.5%）と2分され、職種としても医師、病棟看護婦、MSWなどで3分されており、看護婦による退院指導を受けてはいるが、直接看護職の紹介は少ない現状が明らかになった。また病院群別で見ると、病院内型、同一法人型では主治医との連携が86.7%、65.5%と圧倒的に多く、独立型では38.5%に減少する傾向にあり、病院との繋がりの強さは外来での継続医療を受ける関係があると考えられ、医療的管理を継続して行う必要がある以上、必然的な連携と言えよう。しかしながら、それとは逆に独立型ステーションでは、医師との個別的な連携を結び付けていることが推察される。このような現状ではステーションの運営形態の違いで患者に均質的な継続した医療環境を維持することができない。今後は、病院内型、同一法人型にかかわらず、地域全体の社会資源として訪問看護ステーションが位置付き、地域に根ざした連携システムを持つことが必要とされる。それは、どんな患者であっても、どこのステーションでも、医療管理を伴いながらも患者・家族が不安なく在宅療養を継続できるよう地域の医療環境として連携システムを整備していくなければならない。

2) 連携は病棟からのアクセスで始まり、基本は文書、不足は直接やりとりする

連携の開始時期は、平均では退院前11日であり、初回訪問の実施は1日から3日が半数をしめ、連携における時間的要素は比較的早い対応が実施されている。そのため、退院前の病室訪問実施率（67.9%）も高い傾向が見られる。受け皿のステーションとしても患者受け入れには業務運営上、依頼時期が早ければ「患者の状態把握」41例（53.9%）を目的に必要な情報を「病室訪問」という直接的なやり取りで情報交換しているという実態がみられた。このような「病室訪問」という情報収集方法は、重症な医療管理への対応のためには有効な方法と考えられる。

しかし、本調査対象の7割弱は病院内型と同一法人型であり、病室訪問をしやすい環境にあると考えられ、一般的な傾向とはいえない。また、「病室訪問」には、時間や人手に経費が必要で、労力もかかる方法である。現状では、病院と地域とで連携して退院指導を行った場合には「退院時共同指導加算」が請求できることになっているが、その活用実態は低い。そのため、「退院前訪問」という形をとらなくても、独立型の場合でも必要な情報交換が可能となるような情報伝達の方法の確立が必要であると考える。

情報伝達の方法について今回の調査では、「文書」が約8割、「口頭」（69.6%）で「病室訪問」65.2%の患者に実施していることがわかった。この現状から、重複した情報の収集方法が生じており、訪問看護師は病院から伝達される情報の不足を補うために文書

早期退院における病院との連携を促進する 訪問看護ガイドライン作成事業

交換があるにもかかわらず口頭や病棟面接の実施をしている。これには、病院内に「医療相談室」42例(37.5%)があるにもかかわらずまだ機能的に整っていないことや文書の内容が不明確であるか、記載される内容が地域で欲しい情報であるかという記載内容や記載情報の妥当性が問題であり、十分な情報伝達ができていないことが推察される。

また、病院と地域の連携の開始時期は初回連絡、文書受け取り時期は「退院後1日から3日」が最も多く、病院の在院日数で比較すると、退院前にすでに文書受け取りが見られたのは、在院日数が短い病院であった。それゆえ、早期退院の促進に伴って連携のスピードも促進される必要があることも示唆された。

3. 連携に必要な情報

連携に必要不可欠な情報は、本人の病状に関する基本的な情報のほか、「病状の説明がどのように行われ、本人はどのように理解しているか」「在宅療養に対する希望」がとくに重要として示された。また家族に関する情報として「主介護者の基本情報」「家族の希望」「家族への病状説明と理解」「家族の介護技術」などが重要と示された。このことは、在宅療養が本人の意向のもとに始まり、生活のQOL重視の医療形態であることが示す特徴と考えられる。これらの情報が正確に伝達され、効率的に連携できる方法が必要であると考える。

これらの情報は主に文書、口頭で伝達されており、口頭でなければならない情報は何か、それはどのようなことかをさらに分析し詳細に検討する必要がある。

4. 連携の効果

連携の効果について看護婦はどのように考えているのかについて「連携がよかったです」と判断する根拠、またその判断時期を「退院後1日ないし2日」「退院後1週間」で結果を比較してみた。

すると連携の効果は「再入院が無い」「医療処置のトラブルが無い」「時間外の緊急電話が無い」「本人の表情が明るくなった」という内容を看護婦は連携の効果と見ており、評価時期による差は無かった。また病院群別、在院日数別でも、「再入院の有無」に有差が見られたことから連携の効果に関する指標としての有効性が示唆されたと考える。しかしながら、十分な指標の検討は今後も継続して調査する必要があり、本人・家族の生活のQOLに関連した評価指標の検討が必要である。

また、本人の病状や家族の状況に応じた連携の効果指標も必要であり、更なる詳細な分析が必要であると考えている。

今後は、全国的に使用可能なガイドラインの作成するために、情報交換の内容や方法について標準的な方法を検討し、病院と地域との連携を促進するツールとして開発されることが望まれる。本研究の成果はその基礎資料を提供するものであると考える。

資料編

連携に活用されていた必要な書類様式 1

病院から地域へ

在宅療養支援連絡用紙

記入年月日

IDナンバー 氏名(フリガナ)		病棟看護婦 主治医名 科
年齢 入院日 / 退院日 /		生年月日 相談希望日
健保の種類 住所・TEL	障害等級	介護認定 未・済(自立・要支援・要介護 級)
家族構成 独居・同居 人		主な連絡者 電話()TEL
病名及び経過 既往		
現在の状態(介助が必要な場合は具体的に記入してください)		
1. 食事	自立・一部介助・全介助	
2. 排泄	自立・一部介助・全介助	
3. 清潔	自立・一部介助・全介助	
4. 移動	自立・一部介助・全介助	
5. 理解力・コミュニケーションの程度		
6. その他		
7. 利用している社会資源		ケアマネージャ所属・氏名()・ヘルパー・配食 訪問看護(ステーション)・かかりつけ医()医師 その他
相談内容		
1. 退院に向けての早期相談 2. 退院に向けての不安 3. 施設紹介 4. 経済問題 5. 家族問題の調整 6. 在宅(HOT・HIT・訪問看護・ヘルパー・介護用品・自己導尿・自己注射)		
相談室MSW 相談室看護婦		

退院にむけてのハイリスクチェック表

(在宅療養支援検討委員会)

IDカード		①入院後48時間以内に各項目(※)当てはまるものをチェックして下さい。 記載日 平成 年 月 日 記入看護婦サイン
入院 平成 年 月 日 病棟		②その後、状況の変化があったときに再びチェックして下さい。 記載日 平成 年 月 日 記入看護婦サイン
チェック項目		
1. 年代	<input type="checkbox"/> 65歳以上	<input type="checkbox"/> 65歳以下
2. 入院時の主疾患	<input type="checkbox"/> 脳血管疾患、 <input type="checkbox"/> 心不全、 <input type="checkbox"/> 慢性腎疾患、 <input type="checkbox"/> 難病、 <input type="checkbox"/> 慢性呼吸不全、 <input type="checkbox"/> 肺炎、 <input type="checkbox"/> 骨折、 <input type="checkbox"/> 脱水、 <input type="checkbox"/> 糖尿病、 <input type="checkbox"/> 癌末期	<input type="checkbox"/> その他の疾患 ()
3. 家族構成	<input type="checkbox"/> 独居、 <input type="checkbox"/> 65歳以上高齢2人暮らし	<input type="checkbox"/> その他の同居人あり
4. 入院形態	<input type="checkbox"/> 緊急入院(初回・再入院)	<input type="checkbox"/> 予約入院(再入院)、 <input type="checkbox"/> 転院
5. 入院理由	<input type="checkbox"/> 社会的入院	<input type="checkbox"/> 治療、 <input type="checkbox"/> 検査、 <input type="checkbox"/> その他()
6. 入院前の居所	<input type="checkbox"/> 自宅以外・施設	<input type="checkbox"/> 自宅
7. 在宅へ継続する医療処置	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし、 <input type="checkbox"/> 不明
8. 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> ほとんど寝たきり、 <input type="checkbox"/> かなりの介助が必要、 <input type="checkbox"/> 一部介助が必要	<input type="checkbox"/> ほぼ自立、 <input type="checkbox"/> 自立
9. 排泄介助	<input type="checkbox"/> 終日要介助	<input type="checkbox"/> 夜間のみ要介助、 <input type="checkbox"/> 不要
10. コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 意志疎通困難な時がある(どんな方法でも)	<input type="checkbox"/> 意志疎通できる(どんな方法でも可)
11. 介護力の不足	<input type="checkbox"/> 不足している	<input type="checkbox"/> 不足していない
12. その他、ハイリスクと思われる事柄	()	

ハイリスク群 ⇒
(※の部分)

□3個以上…支援が必要と判断した場合は、早めに在宅支援用紙を総合医療相談室に届けてください。FAXでもOKです。FAX 2255
□2個以下…この用紙を病棟に保存し、必要時依頼して下さい。

H14.1作成

返信欄

家庭訪問依頼票

病棟 _____
依頼 _____
外来 _____

氏名 _____ 生年月日 _____ 年 月 日 M・F ID No. _____

〒 _____
住所 _____ 電話 _____

病名 _____ 入院月日 _____ 退院月日 _____

訪問目的(○印をお付けください)	
【入院中の場合】	【外来通院の場合】
1. 退院後、医療処置の継続・状態のCheck Up・諸検査が必要 2. 退院時、寝たきりで、介護方法・教育が必要 3. 退院時、家族・患者の不安が強い 4. その他 ()	1. 通院困難で状態のCheck Up・諸検査が必要 2. 医療処置の継続が必要 3. その他 ()

【病気・予後について】	
患者に知らされている	・ 否
家族に知らされている	・ 否

【検査オーダー】	
(項目)	(頻度)

【投薬】	入院経過	
	年 月 日	次回外来予約日 月 日

※ 地図を必ずそえてください。
外来医師名 _____ 医師署名 _____
婦長署名 _____

退院援助依頼票

依頼日 年 月 日
 入院日 年 月 日
 フロア名・病室
 依頼者
 担当医 1 2 3
 担当看護婦

住所	緊急連絡先	Tel
保険種別	・健保(政府組合・日雇) ・国保 ・共済(国・地・私学) ・生保 ・労災 ・自費 ・公費()	
身障手帳	・無 ・有(級 障害名)	介護保険 ・未申請 ・申請中 ・認定済(介護度)
病名		

依頼内容(○で囲んでください)	家族(本人:○、同居家族は□で囲む、同居の介護者に←をつける)
1 在宅 2 転院 3 老人保健施設 4 その他()	() ・キーパーソン()

1 排便	・自立	・時々失敗	・失禁、オムツ
2 排尿	・自立	・時々失敗	・失禁、オムツ、カテーテル
3 整容	・自立(用具の準備はしてもらってよい)		・全介助
4 トイレ動作	・自立	・一部介助	・全介助
5 食事	・自立(食事は用意してもらってよい)	・一部介助	・全介助
6 起居・移動	・自立	・一部介助	・全介助だが座位はとれる
7 歩行	・自立(補助具を使用してもよい)	・一部介助	・車椅子にて自立
8 更衣	・自立	・一部介助	・全介助
9 階段昇降	・自立	・一部介助	・全介助
10 入浴	・自立	・何らかの介助が必要	

退院後必要な医療処置	・無	・有	・自己注射	・在宅酸素	・膀胱留置カテーテル	・経管栄養	・点滴(含IVH)	・吸引
痴呆	・無	・有	・せん妄	・褥創処置	・疼痛管理	・その他		
			・その他	・暴力行為	・不潔行為	・徘徊		
感染症	・無	・有						
備考	()							

訪問看護、訪問リハビリ相談・受付票

年 月 日 曜日 対応者：
＜別紙＞

相談者：

連絡先：

(ケアマネ・ご家族・主治医・)

訪問看護依頼訪問リハビリ依頼両方依頼

氏名：

年齢：

住所：

電話番号：

要介護度：要支援 要介護() 自立 介護保険対象外 未申請 申請中

ケアプラン作成事業者名：

疾患名：

既往歴：

主治医：

医療機関名：(科)

医療機関住所：

連絡先：

(指示書依頼：依頼済 依頼予定 未確認)

A.D.L.状況：

痴呆の状況：

医療機器装着・使用状況：なし あり

使用機器名：

機器取扱指導状況：実施中 実施予定 予定なし

相談内容：

主たる介護者：

希望訪問回数：週 回 月 回 連日訪問 その他()

他のサービス使用状況：

ステーションより返答内容：

訪問開始 相談のみ

患者照会初期情報 (医療連携用)

全ての項目についてご記入下さい。

受付番号は記入しないで下さい

提出日：平成 年 月 日	照会終了日： 月 日	保険区分	受付番号：
--------------	------------	------	-------

下記各カラムの該当箇所に記入し、該当□に×で記して下さい、()内は具体的に記載してください

氏名	、 才 女 男	科	住所：
病棟	号室、外来、登録番号	電話	
病名： (転移部位)：		担当医 PHS	担当看護婦 PHS

地域医療機関・在宅治療/介護、ホスピスを希望する理由を明記ください

- 地域医療機関（入院、外来）、 ホスピス、 在宅治療、 在宅介護、 緊急時の入院先 ()
 本人が希望、 家族が希望 ()
 具体的に ()

患者の身体状況

活動範囲：PS (0、1、2、3、4)、歩行： 可、 不可（床上可動、寝たきり、その他）
 介助： 不要、 必要 ()、補助器具： なし、 必要 ()

日常生活範囲：食事 ()、洗面 ()、歯磨 ()、排尿 ()、排便 ()
 更衣 ()、洗髪 ()、入浴 ()、洗濯 ()

指標レベルを下記の基準で記入ください

0 = 全般的に自立、1 = 補助具が必要、2 = 最小限の手助けが必要、3 = ある程度の援助が必要
 4 = 全般的な援助が必要

排泄障害： 無、 有（便、尿）(程度) 、意識障害： 無、 有（程度）()

四肢麻痺： 無、 有（左右、程度）()、精神障害： 無、 有（程度）()

聴力障害： 無、 有（左右、程度）()、痴呆症状： 無、 有（程度）()

視覚障害： 無、 有（程度）()、MRSAなど特殊感染症： 無、 有 ()

会話など： 可能、 不可能

患者： 無、 有 ()、家族： 無、 有 ()

患者の生活環境

住居： 一戸建て（平屋、____階建て）、 マンション（____階、エレベーター 有、 無）()

家庭環境：同居人： 無、 有（夫、妻、その他）()

介護者： 無、 有（____才、男性、女性、患者との関係）()

その他 ()

退院後の治療予定： 他院に依頼、 当院で継続（外来治療、短期入院治療、その他）()

がんの治療 ()

緩和治療 ()

その他 ()

補液： 無、 有 () 酸素吸入： 無、 有 ()

鎮痛剤： 無、 有 () ストマ管理： 無、 有 ()

モルヒネ： 無、 有 () チューブ管理： 無、 有 ()

褥瘡処置： 無、 有 () 創傷管理： 無、 有 ()

リハビリテーション： 不要、 要（原因、部位、治療内容など具体的に以下に明記ください）()

具体的に記載

その他の治療：

予測される予後：

1か月、 3か月、 6か月、 1年以上、その他 ()

病室の希望、自己負担可能な差額料金：

個室、 大部屋、 人部屋、その他 ()

差額ベット希望しない、 15万円/月、 30万円/月、 45万円/月、 50万円/月、 特に心配ない

院内FAX：

に転送下さい

看護相談室依頼票

病棟 依頼者 (Dr _____
外来 Ns _____)

疾患名			
依頼項目	1. 日常生活状況の把握と調整 2. 介護について 3. 医療処置・機器管理 4. 病状観察 5. 社会資源の利用 6. 介護用品・医療器具の紹介、利用法 7. 退院後のフォロー（内服自己管理・療養生活の援助） 8. その他		
在宅療養指導管理の必要の有無	1. 在宅自己注射 2. 在宅自己腹膜透析 3. 在宅酸素療法 4. 在宅中心静脈栄養法	5. 在宅成分栄養経管栄養法 6. 在宅自己導尿 7. 在宅人工呼吸	9. 在宅寝たきり患者処置 10. 在宅自己疼痛管理 8. 在宅悪性腫瘍患者

訪問看護依頼票（訪問看護が必要な方のみ記入してください。）

訪問看護を依頼します。

主治医氏名 _____

留意事項および指示事項 _____

病棟 依頼者 (Dr _____
外来 Ns _____)

訪問看護指示書

新規導入・継続（いずれかに○印） 指示書有効期間（いずれかを選択すること：1カ月 2カ月 6カ月）

患者氏名		生年月日	明・大・昭・平 年 月 日 生 (歳)	
患者住所	電話 () -			
主たる傷病名				
現在の状況	病状・治療状態			
	投与中の薬剤の用法・用量	1. 3. 5.	2. 4. 6.	
	日常生活自立度	寝たきり度	J A B C	
		痴呆の状況	I II III IV M	
	装着・使用医療機器等（該当項目に○印）	1. 酸素療法 (℥ / 分) 2. 吸引器 3. 中心静脈栄養 4. 経管栄養 5. 留置カテーテル 6. 人工呼吸器 7. 気管カニューレ 8. ドレーン 9. 人工肛門 10. 人工膀胱 11. その他 ()		
	要介護認定の状況	要支援	要介護 (1 2 3 4 5)	
<u>訪問看護に関する留意事項及び指示事項</u>				
I 療養生活指導上の留意事項				
II 指示事項（該当項目に○印）				
1. リハビリテーション 2. 損瘡の処置等 3. 装着医療機器等の操作援助・管理 4. その他				
III 特記すべき留意事項（感染症、薬物アレルギーの既往等あれば記載して下さい。）				
緊急時の連絡先（いずれかに○印）				
1. 国立国際医療センター 平日 8:30~17:00 外来 上記以外 救急外来 外来主治医_____科_____医師				
2. 他の医療機関等				

上記のとおり、指定訪問看護の実施を指示いたします。

平成 年 月 日

訪問看護ステーション殿

医師氏名

印

2001.4 (版)

看護相談・指導依頼書

年 月 日

病棟

外来

主病名	主治医	依頼N.s

依頼内容

1、医療処置についての指導・相談

- ・自己注射
- ・自己血糖測定
- ・中心静脈栄養法
- ・成分栄養経管栄養法
- ・その他

2、衛生材料・医療器具などの情報提供

3、訪問看護等の社会資源導入についての相談

4、その他の療養相談

依頼者からのコメント

看護相談室からの連絡

(2000.5)

看護相談室 TEL 2623

(153)

看護要約 (退院 転院 転科 転棟 中間)

病棟 科	氏名	男 女	生年月日 MTSH 年 月 日		連絡先	主治医
入院 年 月 日～退院 年 月 日 転換〔 〕			血液型 Rh〔 〕	アレルギー	感染症 HAT HBV HCV その他	
入院時診断名			退院時診断名			
術式、合併症			既往歴			
入院までの経過			社会的情報 1.職歴 2.同居人(有,無) 3.支援体制 4.経済的状況 5.その他			
入院中の経過〔看護問題(#)の推移〕			日常生活状況 1.食事 2.排泄 3.清潔 4.睡眠 5.活動 人間関係 IC			
指導						
連絡事項 その他						
年 月 日 記				記載者	監査者	

NURSING SUMMARY (転院・転棟 →)

紹介医療機関名

病棟婦長	
病棟PNe	
主治医	

患者紹介

氏名		血型		感染症	
年齢	才	■			
家族構成		Key Person			
		主な連絡者		(説明)	
		TEL			
既往歴		内服薬			

入院までの経過、転院・転棟目的

入院中の経過

医師からの説明

現在の状態

食事	自立・一部介助・全介助	
排泄	自立・一部介助・全介助	最終排便 /
清潔	自立・一部介助・全介助	
移動	自立・一部介助・全介助	
コミュニケーションの程度		

その他

看護要約(紹介状)

フリガナ 患者氏名:	生年月日: M・T・S・H 年 月 日 才
病名:	

年 月 日

担当N_s: _____ 婦長: _____

病棟 _____

継続看護記録

病棟記録者

ID	継続看護問題（指導内容・最終評価・在宅準備状況等具体的に）	
患者氏名 様 歳		
入院日 年 月 日	退院日 年 月 日	
連絡先 ①		
②		
疾患名		
現病歴		
	アレルギー 無・有 感 染 症 無・有 HBs・HCV・ワ氏・MRSA ()	
既往歴	日常生活動作（具体的に記載） 〔移動〕 [食事]	
生活歴	〔排泄〕	〔保清〕
医師からの説明 本人：	〔衣類着脱〕	〔意思疎通〕
家族：	〔その他〕	
退院処方	家族構成：主な介護者及びキーパーソン その他（他科受診予定日など）	
次回受診日 月 日 科 医師名		

訪問看護サマリー（継続）

宛

入院日：

記載日：

訪問開始：平成 年 月 日

利用者氏名： 姓（男／女） 明大昭平 年 月 日生（ 歳）

住所及び連絡先： TEL:

主治医の氏名： () 病院、医院、診療所

病名：

感染症：無・有 (H B s H C V W 氏 M R S A ())

訪問内容及び訪問回数		看護問題
経過／		
食事、栄養	更衣	コミュニケーション
排泄	移動	医療処置
清潔	睡眠	その他 主たる介護者

管理者
担当者

外来データベース

H 年 月 日

I D 氏名	生年月日 T.S.H 年 月 日	性別 男・女	住所 TEL																								
受診科	主病名	主治医	職業																								
<p>[外来看護記録選定基準]</p> <p>() ①生活指導が必要なケース () ②悪性疾患・慢性疾患で問題が多いケース () ③在宅酸素・IVHなど在宅での管理が必要なケース () ④自己注射・ストーマなど指導の必要があるケース () ⑤感觉器などの高度な障害を持ったケース () ⑥家庭環境・介護上の問題があるケース () ⑦サマリーから継続した問題があるケース</p>																											
<p>[現病歴]</p>		<p>[治療方針]</p>																									
		<p>[現在の処方]</p>																									
<p>[既往歴]</p>		<p>[処置]</p>																									
<p>[医師の説明]</p> <p>本人</p> <p>家族 ()</p> <p>本人・家族の受け止め方</p> <p>本人</p> <p>家族</p>		<p>[家族背景] (同居者は○で囲み年齢を記入)</p> <p>父□ H 母○</p> <p>・介護者の状況 主な介護者 職業 無・有 (フルタイム、パート、その他) ・キーパーソン</p> <p><備考></p>																									
<p>[日常生活状況]</p> <table> <tbody> <tr> <td>歩 行</td> <td>自立・一部介助・全介助</td> <td>会 話</td> <td>支障無・やや支障あり・支障あり</td> </tr> <tr> <td>食 事</td> <td>自立・一部介助・全介助</td> <td>聴 力</td> <td>支障無・やや支障あり・支障あり</td> </tr> <tr> <td>排 泄</td> <td>自立・一部介助・全介助</td> <td>視 力</td> <td>支障無・やや支障あり・支障あり</td> </tr> <tr> <td>入 浴</td> <td>自立・一部介助・全介助</td> <td>痴 呆</td> <td>無・有り (軽度、中等度、重度)</td> </tr> <tr> <td>着脱衣</td> <td>自立・一部介助・全介助</td> <td></td> <td>その他</td> </tr> <tr> <td>整 容</td> <td>自立・一部介助・全介助</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				歩 行	自立・一部介助・全介助	会 話	支障無・やや支障あり・支障あり	食 事	自立・一部介助・全介助	聴 力	支障無・やや支障あり・支障あり	排 泄	自立・一部介助・全介助	視 力	支障無・やや支障あり・支障あり	入 浴	自立・一部介助・全介助	痴 呆	無・有り (軽度、中等度、重度)	着脱衣	自立・一部介助・全介助		その他	整 容	自立・一部介助・全介助		
歩 行	自立・一部介助・全介助	会 話	支障無・やや支障あり・支障あり																								
食 事	自立・一部介助・全介助	聴 力	支障無・やや支障あり・支障あり																								
排 泄	自立・一部介助・全介助	視 力	支障無・やや支障あり・支障あり																								
入 浴	自立・一部介助・全介助	痴 呆	無・有り (軽度、中等度、重度)																								
着脱衣	自立・一部介助・全介助		その他																								
整 容	自立・一部介助・全介助																										
<p>[装着医療機器等] 無・有</p> <p>1. 留置カテーテル 2. 経管栄養 3. 気管カニューレ 4. 酸素吸入 5. IVH 6. その他 ()</p>																											
<p>[在宅療養状況]</p> <table> <tbody> <tr> <td>かかりつけ医</td> <td>無・有 ()</td> <td>回/W</td> </tr> <tr> <td>訪問看護</td> <td>無・有 (S.T)</td> <td>回/W</td> </tr> <tr> <td>訪問介護 (ヘルパー)</td> <td>無・有 ()</td> <td>回/W</td> </tr> <tr> <td>ディサービス</td> <td>無・有 ()</td> <td>回/W</td> </tr> <tr> <td>その他</td> <td>無・有 ()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				かかりつけ医	無・有 ()	回/W	訪問看護	無・有 (S.T)	回/W	訪問介護 (ヘルパー)	無・有 ()	回/W	ディサービス	無・有 ()	回/W	その他	無・有 ()										
かかりつけ医	無・有 ()	回/W																									
訪問看護	無・有 (S.T)	回/W																									
訪問介護 (ヘルパー)	無・有 ()	回/W																									
ディサービス	無・有 ()	回/W																									
その他	無・有 ()																										
<p>[医療保険等の種類]</p>		<p>介護保険 無・有 (自立・要支援・要介護 1 2 3 4 5)</p>																									

外来看護サマリー

H 年 月 日

I D (フリガナ) 氏名 生年月日 T.S.H 年 月 日 (男・女)	受診科 疾患名 主治医
訪問看護導入目的	ADL (セルフケアの状態) 食事 自立・要介助 清潔 自立・要介助 排泄 自立・要介助
患者への説明	障害の有無
外来での経過	家族背景 父□ 母○ 主な介護者 キーパーソン
外来での問題点	その他

看護要約

1. 看護要約は第一回目の評価日より記録
2. 退院時、残された問題を記録する。
3. 退院時、原本をカルテにコピーを外来カルテへ。

①病像（病歴・疾病・障害の程度）		②家族背景（生活像） 社会的背景 キーパーソン（ ） 介護者（ ）
③ 日常 生 活 の 状 況	食事	④精神活動（人間像） (コミュニケーション・人間関係・ 価値観・生きがい・役割等)
	排泄	
	睡眠	
	保育	
	日常動作	
看護度 入院時（ ） → 退院時（ ）	⑤今後の治療	

⑥看護の要点

⑦患者にとっての今後の問題

退院時 病名		感染症 有・無（ ）	
退院年月日	受持医	担当看護婦	記入者

患者代名

エロ

病院内
在宅看護相談室 ←→ 各病棟

看護要約

在宅看護相談室

氏名	男・女	M T S H 年 月 日 生 (歳)	D r
病名	H 年 月 日	に初回訪問、H 年 月 日	感染症
告知 (済・未)	最終訪問となり	病棟に入院・軽快終了	
①病像 (病歴・疾病・障害の程度)	②社会資源	③家族背景 (生活像) キーパー() 介護者()	
④日常生活の状況	食事		
	排泄		
	睡眠		
	保清		
	日常動作		
看護度	⑤精神活動 (人間像)		
⑥看護の要点			
⑦患者にとっての今後の問題			

退院予定決まったら、在宅看護室に連絡ください。

H 年 月 日 担当者

入院時看護記録(短期)

記録 N S

入院月日	平成 年 月 日		
病名			
主治医		職業	
入院方法	ストレッチャー 車椅子 独歩		
住所	連絡先		昼 夜
家族状況	♂() — [] ♀() — []		
配偶者() — []			
既往歴			
現病歴			
入院時の一般状態	T= p= BP= R= Ht= cm Wt= Kg	食習慣 排泄——尿 /日 便 /日 嗜好——酒 /日 煙草 /日 日常生活習慣・その他 視力 有(眼鏡 コンタクトレンズ) 無 聽力 有() 無 義歯 有(部分 総) 無 その他	
アレルギー	食物 有() 無 薬物 有() 無 その他		

看護要約

1. 看護要約は第一回目の評価日より記録する。
2. 退院時、残された問題を記録する。
3. 退院時、原本をカルテに、コピーを外来カルテに。

①病像（病歴・疾病・障害の程度）		②家族背景（生活像） 社会的背景 キーパーソン（ ） 介護者（ ）	
③日常生活の状況	食事	④精神活動（人間像） (コミュニケーション・人間関係・ 価値観・生きがい・役割等)	
	排泄		
	睡眠		
	保清		
	日常動作		
	看護度 入院時（ — ） → 退院時（ — ）	⑤今後の治療	
⑥看護の要点			
⑦患者にとっての今後の問題			
退院時 病名		感染症 有・無（ ）	
退院年月日	受持医	担当看護婦	記入者

看護記録一号用紙

IDカード

氏名			性別
入院月日	平成 年 月 日		
退院月日	平成 年 月 日		
病名			
年令 歳	主治医	記録No.	

住所					
連絡先	昼① () ② ()	夜① () ② ()			
アレルギー	食物 無 有 () 薬物 無 有 () その他 ()	感染症	HB () HIV () HCV () 輸血歴 無 有 ワクチン () その他	血液型	() 型 RH ()
入院時計測	T = ℃ P = 整 不 R = 整 不 BP = mmHg Ht = cm Wt = kg				

入院時の状態

現病歴

既往歴

視力障害	無 有 (眼鏡 コンタクトレンズ)	聴力障害	無 有 (補聴器)
義歯	無 有 (はずれる はずれない)	言語障害	無 有 ()

家族背景	同胞		未婚	離婚	別居	同居人	無有()
	父(才)				配偶者(才)		
	母(才)						
遺伝性疾患：DM 高血圧 喘息 その他							
どんな説明を受けて入院しましたか：							
主に世話をしてくれる人：		関係	病状を説明する人：		関係		
持参薬がありますか：無 有()							
嗜好・習慣	1. 食事：a 米飯 b 粥 c パン d 麺類 e 流動物 2. 偏食：a 無 b 有() 3. 味付け：a 濃 b 薄 c 普通 4. アルコール：a 飲まない b 飲む (何才から) 種類 量(/ 日) 5. 煙草：a 吸わない b やめた c 吸う 本/日 6. その他						
習慣		趣味		宗教			
職業：職種()		経済的責任：無 有					
収入：a 現役 b 年金 c その他()							
家屋：a 一戸建て b マンション()F c アパート()F		d エレベータ：無 有					
一日の過ごし方(：)		(：) 就寝					
起床							

評価

項目	入院時	/	/	/
看護度	A—I II III IV B—I II III IV C—I II III IV			
呼吸状態	1. 異常：a 無 b 有() 2. 酸素吸入：a 不要 b 要(カヌラ マスク 呼吸器 その他) 3. 気道確保：a 不要 b 要(挿管 気切 その他) 4. その他			
循環状態	1. 尿量：() cc 2. 脱水：a 無 b 有 3. 体液貯留：a 無 b 浮腫 c 腹水 d 胸水 e その他 4. その他			

項目	入院時	/	/	/
栄養状態	1 食欲： a 有 b 無 2 食種： a 常食 b 全粥 c 5分粥 d 流動 e 経管栄養 f IVH g その他 3 体重： kg 標準体重 kg 4 その他			
意識レベル	1 清明 2 異常 ()			
神経症状	1 正常 2 異常 瞳孔：右 mm・左 mm 瞳孔反射： a 良好 b 緩慢 c 無 麻酔：右(上 下)・左(上 下)			
精神活動	1 悩み・不安： a 無 b 有 () 2 情緒的反応： a 明るい b 普通 c 暗い d 無口 e 多弁 f いらいら g 繁張 3 その他			
病気に対する知識・態度	1 知識： a 病状を理解できる b 理解できない c その他 2 態度： a 治療を受け入れている b 無関心 c 拒否的 3 その他： a 不安が強い b 説明不足 c 落ち着いている			
日常生活行動	日 食事 常 生 活 行 動 便 便 排 尿 尿 清 潔 更 衣 運 移 動 移 動 睡 眠 /時～ /時 その他の項目	<p>1 一人で自由にたべられる 2 介助が必要 3 準備・後始末が必要 4 特別な食事方法： a 経管 b IVH c その他</p> <p>1 トイレに行ける： a 一人で行ける b 介助をする 2 要介助： a 便器 b 尿器 c オムツ 3 排便障害： a 便秘 (回/日) b 下痢 (回/日) c 人口肛門 (装具の種類) 4 排尿障害： a 頻尿 (回/日) b 尿閉 c 時間がかかる d カテーテル留置中 e 用手排尿 f 自己導尿 a 人口膀胱 5 月経： a 順 b 不順 d 困難 d 閉経 6 その他</p> <p>1 自由に出来る 2 要介助： a 入浴 b シャワー c 清拭 3 その他</p> <p>1 障害： a 無 b 有 () 2 歩ける： a 介助無し b 要介助 3 坐れる： a 介助無し b 要介助 4 ねたきり： a 寝返りが出来る b 寝返りが出来ない 5 できる： a 一人で自由に b 介助で 6 車椅子： a 自分で b 全面介助で c 部分介助で 7 ストレッチャー</p> <p>1 良好 2 不眠 3 不眠対策： a 眠剤 b 酒 c 保温 d その他</p>		

看護要約

1. 看護要約は第一回目の評価日より記録
2. 退院時、残された問題を記録する
3. 退院時、2枚コピーをする。原本をカルテ
コピーの1枚を外来カルテ、1枚を病棟用とする

月日	看護問題	対策・経過・評価

看護サマリー(1)A

登録番号 - -

中間 退院 転棟 転院()

氏名 M・T・S・H	年 月 日 (歳)	男	プライマリ-Ns.	主治医
		女	HB抗原() HCV抗体() ワ氏() 血液型 型 Rh(+・-) アレルギー	入院 年 月 日 退院・転棟 年 月 日
診断名・術式		既往歴		
患者の背景				
入院までの経過				
看護の経過・継続する看護問題				
持参品 カルテ／外来カルテ／IDカード 記入年月日 年 月 日 X-P／内服薬／外用薬 病棟 記録者 婦長				

入院カルテ用

看護サマリー(1)B

登録番号 □□□—□□□—□

中間 退院 転棟 転院 ()

氏名 M・T・S・H 年 月 日 (歳)	男 女	プライマリーNs. HB抗原() HCV抗体() ワ氏() 血液型 型 Rh(+ -) アレルギー	主治医 入院 年 月 日 退院・転棟 年 月 日
診断名・術式			
患者の背景		既往歴	

入院までの経過

患者の状態

チューブ類挿入部位・創部・処置・シャント

食事

清潔 全身

洗髪

洗面

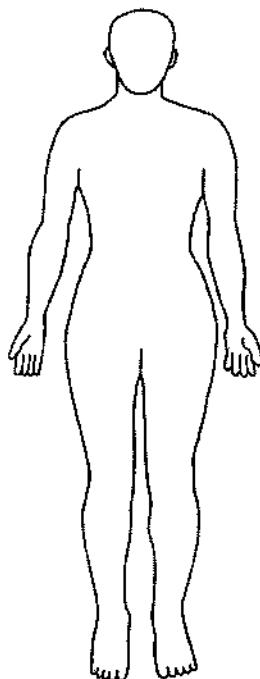
口腔

移動

睡眠

与薬

排泄



看護の経過・継続する看護問題

持参品 カルテ／外来カルテ／IDカード

記入年月日 年 月 日

X-P／内服薬／外用薬

病棟 記録者 婦長

看護サマリー()

登録番号 □□□-□□□-□

中間 退院 転棟 転院()

看護の経過・継続する看護問題

入院カルテ用

記入年月日 年 月 日

病棟 記録者 婦長

継続看護記録

科

氏名	入院時担当医師
診断名	
手術月日	
術式	
入院 年 月 日	退院 年 月 日
感染症 無・有 (HB、HCV、Wa氏、S)	
アレルギー 無・有 ()	

<継続看護をするうえで必要な情報>

- ① 継続看護が必要 無・有 ()
- ② 他の医療機関や社会資源等との連携が必要 無・有 ()
- ③ 複数の科に受診して診療科間の連携が必要 無・有 ()
- ④ 自己管理が必要 無・有 ()
- ⑤ その他 ()

<入院看護概要(看護を継続するうえで必要な情報)>

退院後の検査予定 無・有 ()	月 日 曜日 午前・午後	検査項目
次回外来受診日	月 日 曜日 午前・午後	外来担当医師

<既往歴>		診断名	転帰
年 齢			治癒・治療中()
<退院時のADLの状況>			
介護(要・不要)			
理解力			
社会的背景			
キャバーソン			
氏名	(姓)	連絡先TEL	()
<病状説明(月/日)の内容および受けとめ方>			
本人(/)			
家族(/)			
<今後の治療方針>			
記載日	月	日	病棟名
			担当看護婦
責任者			

訪問看護添書

氏名	男・女	生年月日	年	月	日	歳
病名						
住所				TEL		
病歴						
薬剤						
経過サマリー						

看護サマリー（自宅・転院）

ID番号： 患者氏名： 生年月日： 性別：男・女	住所： 電話番号：	
入院年月日： 年 月 日 退院年月日： 年 月 日	最終バイタルサイン： 血圧： / mmHg (R・L) 体温 ℃ 呼吸： / 分 正常・その他 () 脈拍： / 分 整・不整 ()	
退院先：自宅・他院() 入院時の主治医： 退院後の主治医： (外来名) 退院後の初回外来日： 年 月 日 午前・午後 時 分 訪問看護：無・有 (担当看護婦： 病棟担当看護婦： 病名： 手術名： (術式／手術日)	身長： cm 体重： kg 血液型： 型 RH () 感染症：無・HbsAg・HbsAb・HCV・STS・MRSA・その他 () アレルギー：無・有 食物 () 薬物 () その他 ()	
既往歴：	家族構成：	社会的情報： 退院後の生活：一人暮らし 同居者： () 経済的問題：無・有 キー・パーソン：
入院中の看護ケアの経過・退院後の看護問題：		
病名・症状・予後についての患者・家族への説明と受け止め方：		
服用中の薬 (日分まで)：		
薬についての指導：患者・家族		

項目	患者の状態・および指示の内容	看護ケア上のポイント
精神状態の問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 忘れやすい <input type="checkbox"/> 痴呆 <input type="checkbox"/> 意識障害 3-3-9 度方式 <input type="checkbox"/> 発達障害	
呼吸の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (<input type="checkbox"/> 液体酸素 <input type="checkbox"/> 圧縮酸素 <input type="checkbox"/> ポンベ) <u>O₂流量</u> L/min <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 (カニューレ:品名) 最後に挿入した日付け _____ カフ圧 _____ ml <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 ()	
コミュニケーションの問題 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 聽力障害 <input type="checkbox"/> 視力障害 <input type="checkbox"/> 話すことができない <input type="checkbox"/> 聞くことができない <input type="checkbox"/> 会話を理解できない <input type="checkbox"/> しぐさを理解できない <input type="checkbox"/> 読むことができない	
活動の指示 睡眠状況 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> ステッキ リハビリの指示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 運動制限の指示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 睡眠剤使用 <input type="checkbox"/> 不穏	
食事の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 半軟食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 制限食 热量 _____ kcal 塩分 _____ g 蛋白質 _____ g 脂質 _____ g <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 栄養指導 ()	
排尿／排便の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 失禁 (原・便) <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル挿入 (品名) 最後に挿入した日付け _____ 交換頻度 _____ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> 拘束便 <input type="checkbox"/> 浣腸 () <input type="checkbox"/> 下剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 軟便排便日 ()	
ストマケアの指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> コロコロストマー (口一時的 <input type="checkbox"/> 永久的) (<input type="checkbox"/> 横行結腸 <input type="checkbox"/> 下行結腸 <input type="checkbox"/> S字結腸) (<input type="checkbox"/> 洗腸法 <input type="checkbox"/> 自然排便) <input type="checkbox"/> ロイレオストマー <input type="checkbox"/> ウロコロストマー (口回腸導管 <input type="checkbox"/> 尿管皮膚瘻) 装置 <input type="checkbox"/> 皮膚保護剤 () <input type="checkbox"/> パワチ () 交換頻度 ()	
清潔の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清式 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 陰部ケア 衣類の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
皮膚のもしくは 創部の管理の指示 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> その他 () 部位 _____ サイズ _____ 状態: () 処置の方法: ()	
性生活の制限 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
その他		

看護サマリー

フリガナ

氏名

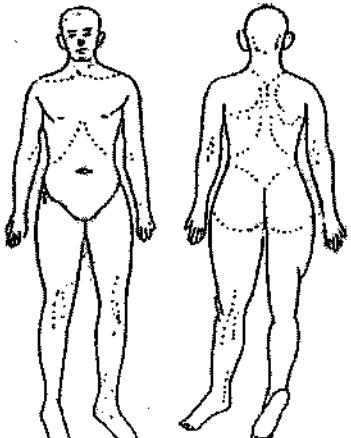
(男・女)

生年月日 M T S H

年 月 日(歳)

入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日
主治医	受け持ちNs
診断名	
血液型 (型) Rh() Wa() HB() HCV() HIV() MRSA() アレルギー()	
既往歴	看護経過
病状説明内容 本人	今後の問題
病状説明内容 家族	
退院時指導内容	<ul style="list-style-type: none"> ・ 担当MSW (施設名/名前) ・ 担当ケアマネージャー (施設名/名前) ・ 要介護度 () <p>家族構成</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 主介護者(名前) Tel ・ キーパーソン(名前) Tel

ADL

移動	歩行	独歩・杖使用(点杖)・歩行器・車椅子	
	立位	自立・一部介助・全介助(補助具)	
	状態	座位保持(可・不可)寝返り(可・不可) 麻痺(有・無)部位()	
排泄	自立・介助尿意(有・無)便意(有・無)最終排便		
	用具	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・尿留置カテーテル・紙オムツ	
	状態	尿(回/日)[夜間回]便(回/日)[下剤]	
食事	状態	自立・一部介助・全介助	
	方法	はし・スプーン・手づかみ・経管栄養[]・胃瘻[]・IVH[]	
	咀嚼	義歯(有・無)現在の食事(主食副食)	
	嚥下	食事のむせ(有・無)水分のむせ(有・無)	
入浴	自立・一部介助・全介助		
	方法	入浴・シャワー・機械浴・清拭	
更衣	自立・一部介助・全介助		
意思	会話	明瞭・不明瞭(言語障害・意味不明)・不可	
	聴力	普通・難聴(右・左)[補聴器]	
	視力	普通・やや悪い・悪い(右・左)[眼鏡]	
	理解度		
睡眠	睡眠状態()眠剤(有・無)[内容]		
その他(社会資源等)			
痴呆(有・無)徘徊・暴力・暴言・異食・謙妄・その他() 昼夜逆転(有・無)[処方]			
退院時処方(衛生材料も含む)		継続処置(有・無) ルート類(有・無)	
			
次回受診		曜日 時	
年月日		TEL (0468) -	内線()
		記載者()	管理者()

退院時サマリー

入院 年 月 日

退院 年 月 日

氏名性別
M/F住所

TEL

既往歴

主治医

入院中の経過

感染症 HBV HCV

一般状態

食事形態：米飯・粥・その他（ ）

排泄：尿尿・オムツ・Hxカテ・ウロストマ

癪果：有・無

入浴：自立・半介助・全介助

衣類着脱：自立・半介助・全介助

洗面整容：自立・半介助・全介助

排泄：尿尿・オムツ・Hxカテ

立位坐位：自立・半介助・全介助

歩行：自立・半介助・全介助

食事：自立・半介助・全介助

患者・家族への指導内容在宅移行への問題点訪問看護への轉読内容・要望

年 月 日

病棟名

記入者

ID番号	
患者氏名	
性 別	
病 檢 名	
生年月日	
年 齡	才
記入方法: □の中にチェックするか空欄に記入して下さい。	
<input type="checkbox"/> 内科 <input type="checkbox"/> 外科 <input type="checkbox"/> 小児科 <input type="checkbox"/> その他 _____	
主治医/受け持ち医 _____	
入院 年 月 日 _____	
退院 年 月 日 _____	
退院・転院先: _____	
<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他院 施設名 _____	
Follow up by	
<input type="checkbox"/> 外来名 _____ Dr. _____ Date. _____	
<input type="checkbox"/> 訪問看護科 _____ Dr. _____ Date. _____	
<input type="checkbox"/> その他 _____ Dr. _____ Date. _____	
<input type="checkbox"/> アポイントなし _____	
最終バイタルサインズ: Bp. 右 _____ 左 _____ R. _____ T. _____ °C P. _____ /分 <input type="checkbox"/> 整 <input type="checkbox"/> 不整 () <input type="checkbox"/> ベースメーカー	
体重: _____ kg 身長: _____ cm	
感染症: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> HBsAg <input type="checkbox"/> HBsAb <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> STS <input type="checkbox"/> MRSA () <input type="checkbox"/> その他 ()	
精神状態: <input type="checkbox"/> 清明 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 混乱 <input type="checkbox"/> 忘れやすい <input type="checkbox"/> 発達遅延 <input type="checkbox"/> 意識障害 3-3-9度方式 ()	
セルフケア状態: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 依存(裏面参照)	
障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 聴力 () 視力 () 麻痺 () その他 ()	
装填器具 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクト <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> その他 ()	
社会的情報:	
1) <input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 同居 () 2) 経済的・社会的問題 <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> あり	
3) 家族の支援体制 (主に面倒を見る人および支えになる人: _____)	
注目すべき検査結果	

Nurse's Summary Sheet

継続中の患者の問題(医学的診断名、術式名、看護上の問題)

問題についての経過および今後の看護介入のポイント(主要な問題ごとに簡潔に記述する)

病名・病状・予後についての患者・家族への説明と理解、受け止め方 診断名を知っている <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 () 内容 患者本人:
説明医師名 _____
服薬中の薬 _____
薬についての指導 <input type="checkbox"/> 患者 <input type="checkbox"/> 家族 () 薬についての患者・家族の理解 患者本人: 家 親:

記入者サイン _____ RN Date.
婦長サイン _____ RN Date.

項目	患者の状態、および指示の内容	ケア上のアドバイス
呼吸管理の指示 □有 □無	<input type="checkbox"/> 酸素療法 (<input type="checkbox"/> 液体酸素 <input type="checkbox"/> 圧縮酸素 <input type="checkbox"/> ポンベ) O ₂ 流量 _____ l/min <input type="checkbox"/> ネブライザー <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> トリフロー <input type="checkbox"/> 気管切開 カニューレ (品名: _____) 最後に挿入した日付 _____ カフ圧 _____ mmHg <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
コミュニケーションの問題 □有 □無	<input type="checkbox"/> 話すことができない <input type="checkbox"/> 書くことができない <input type="checkbox"/> 会話を理解できない <input type="checkbox"/> しぐさを理解できない <input type="checkbox"/> 読むことができない <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
活動の指示 □有 □無	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 松葉杖 <input type="checkbox"/> ステッキ (_____) リハビリの指示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____) 運動制限の指示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
食事の指示 □有 □無	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 半食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 制限食 热量 _____ kcal 蛋白質 _____ g 脂質 _____ g 炭分 _____ g <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> その他 (_____) 栄養士による指示 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 済 指導を受けた人 (_____)	
排尿／排便の指示 □有 □無	<input type="checkbox"/> 失禁(尿・便) <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿意がない <input type="checkbox"/> 便意がない <input type="checkbox"/> 膀胱カテーテル (品名: _____) 最後に挿入した日付 _____ 交換頻度 _____ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 用手排尿 <input type="checkbox"/> 洗腸 (_____) <input type="checkbox"/> 摘便 下剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
ストマケアの指示 □有 □無	<input type="checkbox"/> コロストミー (<input type="checkbox"/> 一時的 <input type="checkbox"/> 永久的) (<input type="checkbox"/> 横行結腸 <input type="checkbox"/> 下行結腸 <input type="checkbox"/> S状結腸) (<input type="checkbox"/> 洗腸法 <input type="checkbox"/> 自然排便法) <input type="checkbox"/> イレオストミー <input type="checkbox"/> ウロストミー (<input type="checkbox"/> 回腸導管 <input type="checkbox"/> 尿管皮膚瘻) 痢具 <input type="checkbox"/> 皮膚保護剤 (_____) <input type="checkbox"/> ミ ウ チ (_____) 交換頻度 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
清潔の指示 □有 □無	<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 全身清拭 <input type="checkbox"/> シャンプー <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 陰部ケア 衣類の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 その他 (_____)	
皮膚もししくは創部管理の指示 □有 □無	<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 発疹 <input type="checkbox"/> 打撲傷 <input type="checkbox"/> 褥創 (状態 _____) 部位・サイズ (_____) <input type="checkbox"/> ガーゼ交換 (_____) <input type="checkbox"/> ドレーン (_____) <input type="checkbox"/> 洗浄 <input type="checkbox"/> 薬剤 (_____) <input type="checkbox"/> 抜糸 (済 未) <input type="checkbox"/> 排菌 (無 有: _____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)	
性生活の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)	
その他の		

連携に活用されていた必要な書類様式2

地域から病院へ

【病棟】
【名前】

【初回訪問： 年 月 日】

患者・家族の状態
在宅療養の受け入れ、退院時 Educationの効果
今後の訪問の方針

記入者 Sign

看護長 Sign

在宅療養支援 報告

頁

ID 氏名 病棟	殿	主治医 看護婦	御机下
----------------	---	------------	-----

報告者：総合医療相談室（ ）

報告日

（This section contains 20 blank horizontal lines for reporting information.）

連携に活用されていた必要な書類様式③

緊急外来受診票

氏名	生年 月日	年　月　日(　　)	ID
住所	主治医		
姓	先生 女		
病名	【特記事項】		【相談者への対応】Who:
特記内服薬・外用薬等			
頸用薬			
【医療処置】			
急変時			

本研究で使用した調査票等

病院コード：

調査 1

病院と地域の連携に関する調査

病院看護部長あるいは関係看護婦（士）の皆様へ

この調査票は、貴病院において、病院と地域との連携に関する基本的な情報をお伺いするものです。そのため、この調査は、貴院と地域との連携システムの状況に詳しい看護部長あるいは関係看護婦（士）がご回答ください。

なお、この調査の設問の中でご回答しにくい箇所については、ご記入は結構です。後ほど調査者が伺いました際に、ご質問させていただきますのでご了承ください。

《調査者へお願い：病院コードの記入について》

調査3の事例における連携病院との照合できるように、病院コードを1～3などの数字をコードにして病院コードの欄に記入して下さい。

*下記の設問について、空欄にご記入して頂くか、あてはまる番号に○をお付けください。

1. 記入者ご自身について

- 1) 年齢：() 才 2) 性別： 1. 女 2. 男
2) 職種：() / 職位：()

2. 開設年

西暦 年

3. 設置主体

1. 国 2. 公的医療機関 3. 社会保険関係団体 4. 医療法人
5. 個人 6. その他()

4. 職員数 (2001.10.1 現在)

	全職員数	うち医師数	うち看護職数
常勤	名	名	名
非常勤 (常勤換算*)	(名)	(名)	(名)

*常勤換算…非常勤職員の1ヶ月の延べ勤務時間を、貴院の常勤職員1人あたりの通常の1ヶ月分の勤務時間に換算して()内にご記入ください(小数点以下第1位まで)

5. 医療・福祉サービス機関の併設状況

訪問看護ステーション	1.あり	2.なし
ヘルパーステーション	1.あり	2.なし
介護支援事業所	1.あり	2.なし
在宅介護支援センター	1.あり	2.なし
老人保健施設	1.あり	2.なし
その他	()	()

6. 病床数(定数) () 床

7. 平均在院日数(2001.10.1 現在) () 日 (小数点以下第1位まで)

8. 貴院では、医療相談室や看護相談室など患者・家族が在宅ケアについて相談する窓口がありますか？

- 1) ある ⇒ 1. 名称()
 スタッフの職種と人数()
 2. 名称()
 スタッフの職種と人数()
- 2) ない

9. 貴院には、退院を調整する専門職がいますか？

- 1) いる 2) いない

⇒ 1) のいる場合、

その専職職の 1. 所属（ ） 名称（ ） 職位（ ） 人数（ ）
 2. 所属（ ） 名称（ ） 職位（ ） 人数（ ）

10. 貴院は、地域の訪問看護ステーション（あるいは病院内訪問看護部門）との連携が必要な時の情報提供がありますか。

- 1) ある 2) ない

⇒ 1) のある場合、あてはまるものに○、または記入してください。

1. 退院のための連絡サマリーを用いている
2. 入院中の看護サマリーを用いている
3. 上記以外の手段を用いている

→具体的にお書きください。

11. 貴院では、患者が退院するまでの流れや手順が決まっていますか？

- ① 決まっている ② 決まっていない

↓

退院までの流れや手順を図示してください。

（窓口、担当者、情報の流れなどをご記入ください。その際、クリニカル・パスや規定の手順書などがあればその記載もお願いします。

組織図などの資料があれば、それに加筆してくださっても結構です。）

12. 貴院には、地域の訪問看護ステーション（あるいは病院内訪問看護部門）との連携をよくするための取り組みをしていますか？

- ①している ②していない

↓

具体的な取り組みをお書きください（例：訪問看護ステーション等との事例検討会、勉強会など）。できましたら、それらの取り組みの趣旨、参加職種、開催頻度などもお知らせください。

13. 貴院では、地域の訪問看護ステーション等との連携に関する評価や職員教育を行なっていますか？

1) 地域の訪問看護ステーションとの連携の評価

- ①定期的に行っている ②不定期に行っている ③行っていない

↓

↓

その内容を具体的にお聞かせください。

2) 地域の訪問看護ステーション等との連携を良くするための職員教育

- ①行っている ②行っていない

↓

どのような教育を行っていますか？ 具体的にお聞かせください。

14. 貴院と地域の訪問看護ステーション等との連携について、問題となっていることがありましたら、お聞かせください。

15. 貴院と地域の訪問看護ステーション等との連携について、全体にどのように感じていますか？
あてはまるものに○をつけ、その理由を具体的にお書き下さい。

- 1) 大変良い 2) まあ良い 3) あまり良くない 4) 悪い

理由：

ご協力ありがとうございました。このあと、聞き取り調査につきましてもよろしくお願ひいたします。

調査2

病院と地域の連携に関する調査

訪問看護ステーション管理者・訪問看護部婦長様へ

この調査票は、貴訪問看護ステーション・訪問看護部において、病院と地域との連携に関する基本的な情報をお伺いするものです。この調査は、病院との連携の状況に詳しい訪問看護ステーション管理者・訪問看護婦長あるいは関係訪問看護婦（士）がご回答ください。

なお、この調査の設問の中でご回答しにくい箇所については、ご記入は結構です。後ほど調査者が伺いました際に、ご質問させていただきますのでご了承ください。

*下記の設問について、空欄にご記入して頂くか、あてはまる番号に○をお付けください。

1. 記入者ご自身について

1) 年齢：() 才

2) 性別： 1. 女 2. 男

2) 職位： 1. 管理者 2. 婦長 3. 主任 4. スタッフ

2. 開設年

西暦 年

3. 設置主体

- | | | | |
|---------------|-----------|-------------|-------|
| 1.国・地方公共団体 | 2.医療法人 | 3.社会福祉法人 | 4.医師会 |
| 5.公的・社会保険関係団体 | 6.看護協会 | 7.認定法人(NPO) | |
| 8.有限会社・株式会社 | 9. その他() | | |

4. 職員数

	看護職	他専門職(PT等)	事務職
常勤	名	名	名
非常勤	名	名	名
(常勤換算*)	(名)	(名)	(名)

*常勤換算…非常勤職員の1ヶ月の延べ勤務時間を、貴ステーションの常勤職員1人あたりの通常の1ヶ月分の勤務時間に換算して()内にご記入ください(小数点以下第1位まで)

5. 活動状況

利用者数(先月1ヶ月間) 人	延べ訪問件数(先月1ヶ月間) 件
-------------------	---------------------

6. 管理体制

24時間連絡体制加算	1.あり	2.なし
緊急時訪問看護加算	1.あり	2.なし
重症者管理加算	1.あり	2.なし

7. 医療・福祉サービス機関の併設状況

病院・有床診療所	1.あり	2.なし
無床診療所	1.あり	2.なし
ヘルパーステーション	1.あり	2.なし
介護支援事業所	1.あり	2.なし
在宅介護支援センター	1.あり	2.なし
老人保健施設	1.あり	2.なし
その他 () ()		

8. 訪問依頼の実績について（平成13年8月～10月までの3ヶ月間）

1) 新規ケース数 () 件

2) 新規ケースの状況（主疾患・性別・年齢）

疾 患 別				名
				名
				名
				名
				名
				名
性 別	男 名 ・ 女 名			
	10才台	名	60～64才	名
	20才台	名	65～69才	名
	30才台	名	70～74才	名
	40才台	名	75～79才	名
	50才台	名	80～84才	名
			85才以上	名

3) 依頼経路について

	合 計	電話のみ	電話の後 に文書	文書のみ	そ の 他 ()
1. 病院から	名	名	名	名	名
2. 在宅介護支援 センターから	名	名	名	名	名
3. ケアマネジャ ーから	名	名	名	名	名
4. 本人から	名	名	名	名	名
5. その他 ()	名	名	名	名	名

9. あなたのステーションには、病院から在宅移行を調整する担当看護婦がいますか？

いる (人) いない

→ (名称/立場：)

10. あなたのステーションは、利用者が再入院する時、病院と情報提供をしていますか。

ある ない

→ある場合、どのような情報提供ですか。あてはまるものに○をつけて下さい。

- 1) 入院時のための連絡サマリー
- 2) その他 ()

11. あなたのステーションでは、新規利用者が紹介され、訪問が開始されるまでの流れや手順が決まっていますか。

①決まっている ②決まっていない

↓

訪問が開始されるまでの流れまたは手順を図示してください。

(窓口、担当者の決定など情報の流れを記入してください。その際、在宅移行時のプロトコールやチェックリストがあればその旨も記載してください。)

組織図などの資料があれば、それに加筆してくださっても結構です。

12. あなたのステーションでは、病院との関係づくりのための工夫をしていますか？

- ①している ②していない

↓

具体的に関係づくりについてお書きください。（例 病院や他職種とのサービス調整会議、日ごろから心がけていることなど）

13. あなたのステーションでは、病院との連携に関する評価やスタッフ教育を行なっていますか？

1) 病院との連携の評価

- ①定期的に行っている ②不定期に行っている ③行っていない

↓

↓

その内容を具体的にお聞かせ下さい。

2) 病院との連携を良くするためのスタッフ教育を行っていますか？

- ①行っている ②行っていない



どのような教育を行っていますか？ 具体的にお聞かせください。

14. 病院との連携について、問題になっていることがございましたら、お聞かせください。

15. 連携病院との連携について全体的にどのように感じていますか？

あてはまるものに○をつけ、その理由を具体的にお書き下さい。

- 1 大変良い 2 まあ良い 3 あまり良くない 4 悪い

理由：

ご協力ありがとうございました。このあと、聞き取り調査につきましてもよろしくお願ひいたします。

病院コード：

調査 3

病院と地域の連携に関する事例調査

訪問看護ステーション担当看護婦の皆様へ

この調査票は、貴ステーションにおいて、在宅ケアに移行したケースのうち、下記の条件に合った最近の10例について、事例ごとにお答え下さい。この調査の回答者は、そのケースの担当看護婦など在宅ケア移行の状況について詳しい看護婦の方がお答えください。

《事例の条件》

- ① 主たる連携病院から訪問看護ステーション・訪問看護部に紹介されたケース
- ② ケアマネジャーの紹介ケースでも、訪問看護婦が病院の連携に関わったケース
- ③ 最近の10事例は、現時点からさかのぼり、2001年4月以降のケース

《調査者へのお願い：病院コードの記入について》

調査1の病院と照合できるように、病院コードの欄に調査1の病院のコードを記入してください。

*以下の設問は、連携事例についてお伺いする内容です。各項目についてご記入ください。

I. 患者の基本属性

1. 性別 a : 男 b : 女
2. 年齢 () 才
3. 主疾患名 ()
4. ADL a : 自立 b : J c : A d : B e : C
5. 痴呆の程度 a : なし b : I c : II d : III e : IV f : M
6. 要介護認定 a : なし b : 要支援 c : 要介護1 d : 要介護2 e : 要介護3
f : 要介護4 g : 要介護5
7. 医療処置がある場合の内容（該当する番号にすべて○をつけて下さい）
1 : 定期的な注射（インシュリン等） 8 : 在宅自己腹膜灌流
2 : 点滴 9 : 気管カニューレ管理
3 : 在宅経管栄養 10 : 人工呼吸器管理
4 : 在宅中心静脈栄養法 11 : 癌末期疼痛管理
5 : 在宅酸素療法 12 : 在宅癌化学療法
6 : 膀胱留置カテーテル管理 13 : その他 ()
7 : 褥創管理

II. 入院病院との連携に関する情報

1. 退院前の病院の種類（該当するものに○をつけて下さい）
a : 大学病院 b : 専門病院 c : 老人保健施設
d : 療養型病床群 e : その他一般病棟（約 床）
2. 病院の退院指導（該当するものに○をつけて下さい）
1) 退院指導の実施 a : 有 b : 無
2) 退院指導は誰がかかわっていたか
(1) 病棟看護婦 (a : 婦長 b : 主任 c : 受け持ち看護婦)
(2) 薬剤師
(3) その他 ()
3. 退院後の主治医（該当するものに○をつけて下さい）
a : 病院の主治医が引き続き担当
b : 入院前から担当していた地域の医師
c : 退院後はじめて担当となった地域の医師
4. 利用者の紹介（該当するものに○をつけて下さい）
1) 紹介部門 a : 病院病棟 b : 医療相談室 c : その他 ()
2) 誰から a : 主治医
b : 病棟看護婦 (① 婦長 ② 主任 ③ 受け持ち看護婦)
c : MSW d : 本人・家族 e : その他 ()
5. 事例把握のために使用した方法（該当するものにすべて○をつけて下さい）
a : 口頭（電話など） e : その他
b : 文書（サマリーなど）
c : 面談（病棟訪問）
d : 合同カンファレンス { }
6. 初回連絡・紹介の日（数字をご記入下さい）
1) 連絡・紹介日：平成 年 月 日
2) 退院日 : 平成 年 月 日
3) 初回訪問日 : 平成 年 月 日

7. 退院前の病院との連携内容（該当するものに○をつけ、その他質問にお答え下さい）

1) 病室訪問

- (1) 病室訪問の実施 a : 有 b : 無
↓ ()
(2) 病室訪問をいつ実施したか 退院日から ()日前、あるいは 月 日
(3) この事例の病室訪問の目的は何でしたか
{ }
(4) 病室訪問時の退院職員との連携内容（該当する番号にすべて○をつけて下さい）
①誰と a : 主治医 b : 病棟婦長 c : 受け持ち看護婦 d : MSW
e : その他 ()
②どのような内容について ()

2) 合同カンファレンスによる情報交換

- (1) 合同カンファレンスの実施 a : 有 b : 無
(2) 合同カンファレンスの参加者（該当する番号にすべて○）
a : 主治医 b : 病棟看護婦 c : MSW d : 訪問看護婦
e : ケアマネジャー f : 本人 g : 家族 h : その他 ()
(3) 合同カンファレンス後の対応：
カンファレンス情報をどのように伝達・活用していったか
{ }

3) 文書による情報交換 a : 有 b : 無

- (1) どのような文書がどこからきましたか どこ ()
(2) 文書名： () ()
(3) 文書を受け取った時期：退院 (前・後) 日目

4) 連携時の医師との情報交換について

- (1) 病院主治医とかかりつけ医との情報交換 a : 有 b : 無
(2) 病院主治医と訪問看護婦との情報交換 a : 有 b : 無
(3) 訪問看護婦とかかりつけ医との情報交換 a : 有 b : 無

8. この事例の退院時連携にケアマネジャーはどのようにかかわりましたか

（該当するものに○をつけ、その他質問にお答え下さい）

- (1) ケアマネジャーのかかわり a : 有 b : 無
(2) ケアマネジャーの所属機関 ()
(3) ケアマネジャーの職種 ()
(4) いつからかかわったか 退院前・後 日目
(5) ケアマネジメントの内容
a : ケアプラン作成 b : サービスの導入、調整 c : ケア会議の開催
d : 病院の医師・看護婦等との情報交換 e : その他 ()

9. 退院後の病院との連携内容（該当するものに○をつけ、その他質問にお答え下さい）

- (1) 退院後の病院との連携の有無 a : 有 b : 無
(2) いつ病院と連携をとったか 退院後 ()週間後、 ()ヶ月後
(3) どのような方法で
a : 文書（サマリー） b : 口頭（電話） c : 面談（病室訪問など）
(4) 病院のだれと
a : 主治医 b : 病棟看護婦 (① 管理者 ② 受け持ち看護婦)
c : MSW d : その他 ()
(5) どのような内容について
{ }

10. 情報の入手について

- 1) 連携の際、情報はどのように入手したか、該当する欄に○をつけて下さい。
 2) この事例において、必要不可欠な情報について◎をつけて下さい。

時 期		退院 前				退院 後		欠 要 不 可 情 報
入手方法		電 話 口 頭	文 書	病 室 訪 問	合 同 カ ン フ ア レ ン ス	電 話 口 頭	文 書	
情報の項目								
本人に 関する 情報	(1) 氏名・年齢・住所							
	(2) 病名							
	(3) 入院中の治療内容							
	(4) 現在の病状							
	(5) 今後起こりうる病状の変化							
	(6) 服薬の種類							
	(7) 在宅の服薬管理方法							
	(8) 在宅の治療処置方法							
	(9) 感染症と対応							
	(10) 医療機器器材の調達方法							
	(11) 外来通院の必要性							
	(12) 再入院の受け入れ準備							
	(13) 食事の状況							
	(14) 排泄の状況							
	(15) 清潔の状況							
	(16) 睡眠の状況							
	(17) 日常生活動作の能力							
	(18) 痴呆の有無と程度							
	(19) 性格							
	(20) 病状説明と理解度							
	(21) 在宅療養に対する希望							
	(22) 生き方・価値観							
	(23) その他 ()							
	(24) その他 ()							
家族に 関する 情報	(1) 家族構成							
	(2) 家族の関係性							
	(3) 主介護者の状況							
	(4) 経済状況							
	(5) 在宅療養への家族の希望							
	(6) 家族への病状説明と理解度							
	(7) 家族の介護知識技術習得度							
	(8) 住居改造・介護用品の必要性							
	(9) 人的サービスの必要性							
	(10) その他 ()							
	(11) その他 ()							

3) 連携についての評価

(1) この事例において連携のどのような点が良かったと思いますか。
(入手した情報について、情報伝達の仕方、訪問看護のかかわる時期、病院からの依頼など)

(2) この事例でさらに連携をよくするためには、どのような改善点がありますか。

(3) この事例の連携の結果として、どのような効果がありましたか。効果があったと思われる項目について1~2日以内と1週間後に分けて○をつけて下さい。

	1~2日以内	1週間後
(1) 医療処置のトラブルがなかった		
(2) 再入院がなかった		
(3) 本人が夜良く眠れた		
(4) 本人の表情が明るくなかった		
(5) 本人、家族による医療処置が正確に実施できた		
(6) 家族が介護に早く慣れた		
(7) 家族が夜良く眠れた		
(8) 時間外の緊急電話がなかった		
(9) 医療機器器具の調達がスムーズだった		
(10) その他()		

(4) この事例の病院との連携について、担当看護婦の評価をお聞きします。
あてはまるものに○をつけて下さい。

この事例について病院との連携は

1. とても良かった
2. まあまあ良かった
3. あまり良くなかった
4. 全く良くなかった

一調査にご協力頂きありがとうございました

平成14年2月 日

病院
看護部長あるいは関係看護婦(士)様

社団法人全国訪問事業協会
「病院と地域との連携を促進するガイドライン」作成研究班
研究代表者 川越 博美

調査研究へのご協力のお願い

拝啓 残寒の候、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび私どもでは、社会福祉・医療事業団の助成を受け、「病院と地域との連携を促進するガイドライン」作成のための調査研究に取組んでおります。つきましては、調査の実施につきましてご協力をいただきたく、お願ひ申し上げます。

近年、医療費の抑制や患者のQOL向上の観点から、早期退院や在宅ケアが推進されております。

しかし、病院から在宅ケアへの移行に際しての連携には改善すべき点も多く、今後は病院と訪問看護ステーションおよび利用者を結ぶ有機的なシステムづくりが必要であると考えます。そこで本研究では、病院から在宅への移行期における看護に視点をおき、病院と地域との連携を促進するガイドライン作成のための基礎資料を得ることを目的として、下記のような調査を計画しております。

尚、ご回答いただいた情報は、本研究のみに使用し、病院名、個人名が特定できないよう、プライバシーを保持するよう努めます。

ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、調査の趣旨にご理解をいただき、何卒ご協力を賜りますようお願ひ申し上げます。

敬具

記

1. 調査対象者 貴院 看護部長あるいは関係看護婦(士)様

2. 調査内容

- 1) 病院の基礎データ(開設年、設置主体、職員数、病床数など)
- 2) 退院までの流れに関する病院内システムの現状(相談窓口、担当者など)
- 3) 退院についての地域との連携システムの現状
- 4) 病院と地域との連携の意義と今後の課題

3. 調査方法 別添の調査票に事前にご記入いただいた上で、ご都合の良い日時に調査員が貴院にお伺いし、補完の意味で30分程度のインタビューをさせていただく予定です。

〈連絡先〉

聖路加看護大学地域看護 川越 博美
住所 〒104-0044 中央医明石町10-1
TEL/FAX 03-5550-2272

<看護部長あるいは関係看護婦(士)研究協力の同意書>

「病院と地域との連携を促進するガイドラインの作成」
に関する研究協力の同意書

私 _____は、下記の説明を理解し研究に協力することを同意します。

日付 ____年____月____日

近年、医療費の抑制や患者のQOL向上の観点から、早期退院や在宅ケアが推進されております。しかし、病院から在宅ケアへの移行に際しての連携には改善すべき点も多く、今後は病院と訪問看護ステーションを結ぶ有機的なシステムづくりが必要であると考えます。そこで「病院と地域との連携を促進するガイドライン作成」のための基礎資料を得ることを目的として調査を計画いたしました。つきましては、調査の実施につきましてご協力をいただきたくお願い申し上げます。

1. 調査内容

- 1) 病院の基礎データ(開設年、設置主体、職員数、病床数など)
- 2) 退院までの流れに関する病院内システムの現状(相談窓口、担当者など)
- 3) 退院についての地域との連携システムの現状
- 4) 病院と地域との連携の意義と今後の課題

2. 調査方法

別添の調査票に事前にご記入いただいた上で、ご都合の良い日時に、調査員が貴院にお伺いし、補完の意味で30分程度のインタビューをさせていただく予定です。調査票の設問の中で、ご回答にくい、またはご回答できない箇所につきましては、空欄のままでも結構です。

なお、調査に関しては次のことを留意いたします。

- ・ 病院名、ご回答くださった個人名を出すことは一切ありません。
- ・ お書き頂いた内容、またはインタビューで得られた情報は、全て匿名性とし、プライバシーの保持に努めます。
- ・ 結果については、社会福祉・医療事業団の報告書ならびに在宅ケアに関する論文に発表させていただく予定です。
- ・ 研究にご協力いただくか否かは皆様の自由意志です。調査の途中でも、皆様の意志でいつでも中止できます。

*不明な点がございましたら、ご遠慮なく研究代表者へお問い合わせください。

〈連絡先〉

聖路加看護大学地域看護 川越 博美

住所 〒104-0044 中央区明石町 10-1

TEL/FAX 03-5550-2272

平成14年2月 日

訪問看護ステーション
所長 様

社団法人全国訪問事業協会
「病院と地域との連携を促進するガイドライン」作成研究班
研究代表者 川越 博美

調査研究へのご協力のお願い

拝啓 残寒の候、益々ご清祥のこととお慶び申し上げます。

さて、このたび私どもでは、社会福祉・医療事業団の助成を受け、「病院と地域との連携を促進するガイドライン」作成のための調査研究に取組んでおります。つきましては、調査の実施につきましてご協力をいただきたく、お願ひ申し上げます。

近年、医療費の抑制や患者のQOL向上の観点から、早期退院や在宅ケアが推進されております。しかし、病院から在宅ケアへの移行に際しての連携には改善すべき点も多く、今後は病院と訪問看護ステーションおよび利用者を結ぶ有機的なシステムづくりが必要であると考えます。そこで本研究では、病院から在宅への移行期における看護に視点をおき、病院と地域との連携を促進するガイドライン作成のための基礎資料を得ることを目的として、下記のような調査を計画しております。

尚、ご回答いただいた情報は、本研究のみに使用し、ステーション名及び利用者名が特定できないようプライバシーを保持するよう努めます。

ご多忙のところ大変恐縮ではございますが、調査の趣旨にご理解をいただき、何卒ご協力を賜りますようお願い申し上げます。
敬具

記

- | | |
|----------|---|
| 1. 調査対象者 | 調査2) 貴ステーション 管理者 殿 |
| | 調査3) 貴ステーション 担当看護婦 殿 |
| 2. 調査内容 | 調査2) ステーションの基礎データ（開設年、設置主体、職員数など）
および在宅移行時の病院との連携システムの現状 |
| | 調査3) 病院から初めて在宅へ移行した最も最近の10事例各々についての連携の原状 |
| 3. 調査方法 | 別添の調査票2)、3)に事前にご記入いただいた上で、ご都合の良い日時に調査員がお伺いし、補完の意味で1~2時間程度のインタビューをさせていただきます。 |

〈連絡先〉 聖路加看護大学地域看護 川越 博美
住所 〒104-0044 中央区明石町10-1
TEL/FAX 03-5550-2272

<訪問看護ステーション研究協力の同意書>

「病院と地域との連携を促進するガイドラインの作成」
に関する研究協力の同意書

私 _____は、下記の説明を理解し研究に協力することを同意します。

日付 ____年____月____日

近年、医療費の抑制や患者のQOL向上の観点から、早期退院や在宅ケアが推進されております。しかし、病院から在宅ケアへの移行に際しての連携には改善すべき点も多く、今後は病院と訪問看護ステーションを結ぶ有機的なシステムづくりが必要であると考えます。そこで「病院と地域との連携を促進するガイドライン作成」のための基礎資料を得ることを目的として調査を計画いたしました。つきましては、調査の実施につきましてご協力をいただきたくお願い申し上げます。

1. 調査内容
- | | |
|-------|--|
| 調査 2) | ステーションの基礎データ（開設年、設置主体、職員数など）
および在宅移行時の病院との連携システムの現状 |
| 調査 3) | 病院から初めて在宅へ移行した最も最近の10事例各々についての連携の原状 |

2. 調査方法

別添の調査2、3に事前にご記入いただいた上で、ご都合の良い日時に、調査員が貴院にお伺いし、補完の意味で1～2時間程度のインタビューをさせていただきます。

なお、ステーション管理者様への調査2の中で、ご回答しにくいままたはご回答できない箇所につきましては、空欄のままでも結構です。

なお、調査に関しては次のことを留意いたします。

- ・ 訪問看護ステーション名、ご回答くださった個人名を出すことは一切ありません。
- ・ お書き頂いた内容、またはインタビューで得られた情報は、全て匿名性とし、プライバシーの保持に努めます。
- ・ 結果については、社会福祉・医療事業団の報告書ならびに在宅ケアに関する論文に発表させていただく予定です。
- ・ 研究にご協力いただくか否かは皆様の自由意志です。調査の途中でも、皆様の意志でいつでも中止できます。

*不明な点がございましたら、ご遠慮なく研究代表者へお問い合わせください。

（連絡先）

聖路加看護大学地域看護 川越 博美
住所 〒104-0044 中央区明石町10-1
TEL/FAX 03-5550-2272

調査者のための調査手順

I. 病院を対象とした訪問調査(調査1)

1) 対象病院の選定

- ①病院訪問看護部および病院併設型ステーションは、同一法人の病院を対象とする。
- ②独立型・医師会立・看護協会立ステーションは、主たる連携病院を1~3ヶ所選定する。

2) 看護部長あるいは地域連携に詳しい看護職への依頼

- ①調査者は、病院に調査の承諾を得る交渉を訪問看護ステーション・訪問看護部婦長に依頼する。
- ②依頼状、承諾書、調査票1は、事務局から郵送する。

3) 訪問調査実施

- ①調査者は、看護部長あるいは地域連携に詳しい看護職と日程調整し調査日を決め、調査を実施する。
- ②調査開始時に承諾書を受け取る。
- ③調査票1は、記入された個所を確認し、未記入個所は聞き取りを行う。地域との連携に関する資料等は可能ならコピーまたはいただいてくる。
- ④調査者は、各々の調査票1に病院コードを記入する。

II. 訪問看護ステーション・訪問看護部を対象とした訪問調査(調査2・調査3)

1) 訪問看護ステーション・訪問看護部への依頼

- ①訪問看護ステーション・訪問看護部への調査の依頼は、調査者が行う。
- ②対象ステーション管理者・訪問看護部婦長あてに依頼文、承諾書、調査票2・3は、事務局から郵送する。

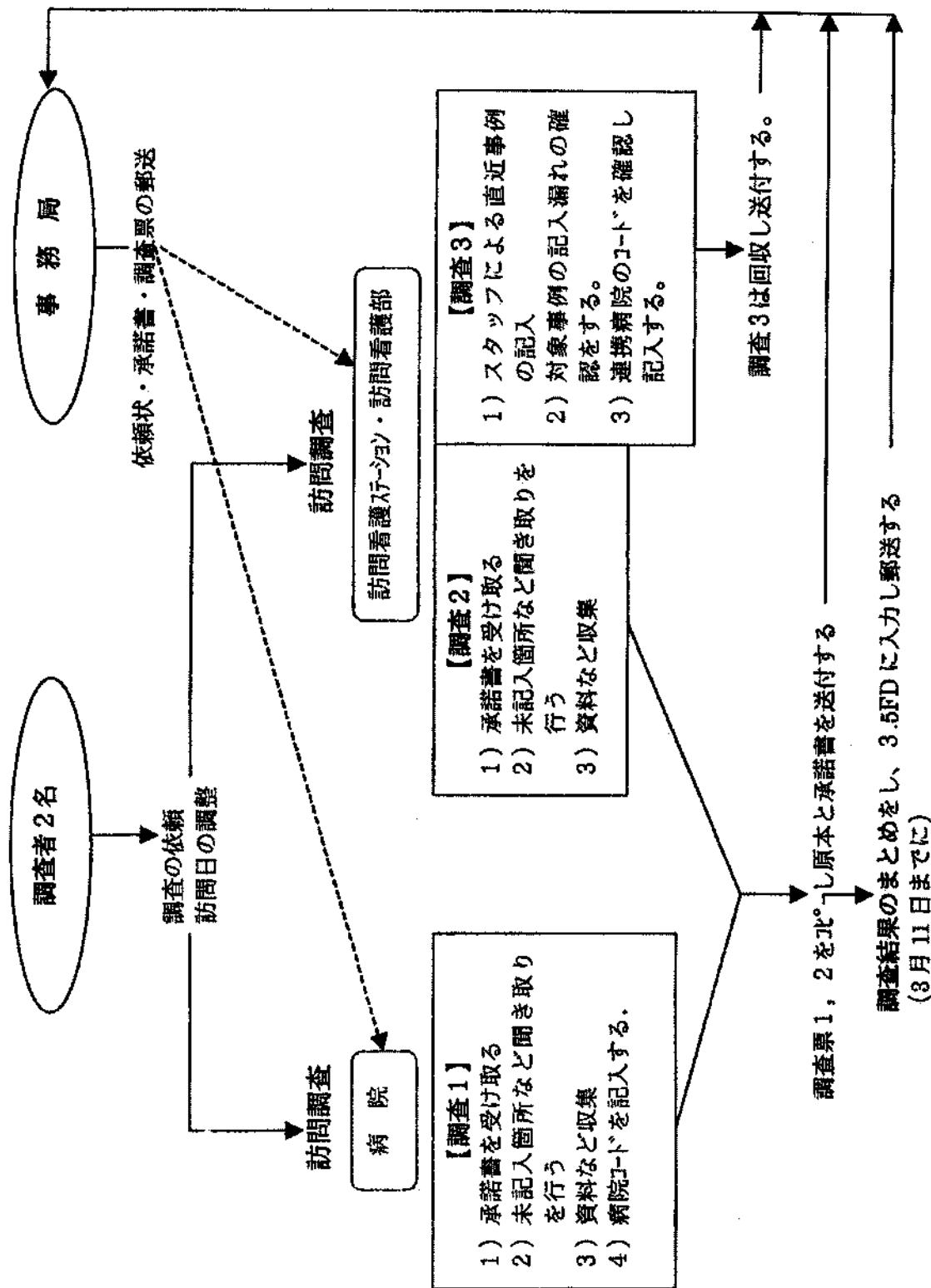
2) 訪問調査実施

- ①調査者は、管理者と日程調整し訪問調査を実施する。
- ②調査開始時に承諾書を受け取る。
- ③調査票2は、記入された個所を確認し、未記入個所は聞き取りを行う。地域との連携に関する資料等は可能ならコピーまたはいただいてくる。
- ④調査票3は、連携事例直近の10例について記入した調査票について、記入洩れがないか確認し回収する。回収の際、連携病院と事例をマッチングさせておく。

III. 訪問調査後

- 1) 調査票1・2は、回収後にコピーし、原本を速やかに事務局へ送付する。(宅急便)
- 2) 調査票3は、回収後事務局へ速やかに送付する。(コピーは不要、宅急便)
- 3) 調査者は、調査結果をまとめ3.5インチのFDに入力し事務局へ郵送する。
(締め切り3月11日)
- 4) 調査票3は、事務局が統計的手法で分析する。

調査手順の流れ



平成 13 年度社会福祉・医療事業団（長寿社会福祉基金）助成事業
早期退院における病院との連携を促進する
訪問看護ガイドライン作成事業

発 行 平成 14 年 3 月
(株) サーベイリサーチセンター
静岡事務所 堀 仁
〒420-0031 静岡市呉服町 1-6-11
主任研究者 川 越 博 美
聖路加看護大学 地域看護
〒104-0044 東京都中央区明石町 10-1
