

平成14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に関する研究

## 研究報告書

平成15年3月

委員長・主任研究者 川越 博美  
社団法人 全国訪問看護事業協会







# 目 次

I. 研究要旨	1
1 研究要旨	1
2 研究組織と実施体制	1
3 研究内容	2
4 事業の成果および今後の活動課題	3
II. 研究概要	5
1 はじめに	5
2 ガイドラインの考え方と意義	5
3 研究計画	6
4 本研究における倫理的配慮	8
III. ガイドラインの開発	11
1 Step1 ガイドラインの仮説モデルの作成	11
2 Step2 ガイドラインの根拠を明確にするための調査	33
3 Step3 ガイドラインの修正	83
IV. ガイドラインの実用可能性の検討	87
1 目的	87
2 方法	87
3 倫理的配慮	87
4 結果	88
V. まとめ	93
【 資料編 】	
1 ガイドラインの開発で使用した全国調査の調査依頼書・調査票	
2 実用可能性の検討に使用した研究協力依頼書・同意書・ご意見書	

## 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	水流 聡子	広島大学医学部保健学科 助教授
委員	柏木 聖代	社団法人 日本看護協会 政策企画室
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	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	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	千葉大学医学部付属病院 副看護部長
委員	山田 雅子	セコメディック病院看護部 部長
委員	押川 真喜子	聖路加国際病院訪問看護科 婦長
委員	伊藤 きよみ	佐々訪問看護ステーション 所長
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	松本 直子	聖路加看護大学 図書館司書
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	杉田 美佐子	新緑訪問看護ステーション長津田所長
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 講師
委員	宮崎 紀枝	聖路加看護大学地域看護学 助手

### 研究協力者

大森 純子 聖路加看護大学大学院博士課程後期 大学院生

### 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 中根 階雄 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

## 1. 研究要旨

---



---

---

# 1. 研究要旨

①

## 研究要旨

近年、診療報酬の改定による政策的誘導や病院経営の効率性の重視、および患者のQOL向上の観点から在院日数の短縮化が進んでいる。一方、利用者を受け入れる在宅では早期退院に伴い医療依存度の高い患者の在宅移行が促進されることが予想される。在宅ケアへの移行を促進しても提供する看護サービスの質の低下を引き起こさないためには、病院と地域における医療専門職間の連携が不可欠である。

そこで本事業では、昨年度より病院と在宅という2つのフィールドにまたがる在宅移行期に焦点をあて、病院と訪問看護事業所における情報交換とその伝達方法を軸とした早期退院連携ガイドライン（以下ガイドラインと称する）を作成するに関する研究を開始した。昨年度までの成果をもとに本年度では、ガイドラインの仮説モデルを作成し、さらに全国調査と文献レビューでevidenceを収集し、モデルの根拠を明確にした。その結果、在宅への移行期で病院から伝達される情報の整理と書式を考案し、その使用手順を含めた早期退院連携ガイドラインとしてまとめ、さらに実用化にむけて導入の手引き、全国の事業所の機能に関する情報一覧を別刷りとして配布し、病院から退院にむけた、より実践的なガイドラインを作成した。

このガイドラインの意義は、医療依存度が高い、あるいはターミナル期にある人々などハイリスク要因を抱えた病状の利用者・家族が在宅を希望した場合に円滑に移行できるシステムを提供すると同時に、在宅移行期における看護職の退院調整機能もしくは、在宅ケアマネジメント機能を標準化することを意味し、その専門性に何らかの報酬をあたえる基礎資料を提供するものと考えている。ガイドラインの特性上、全国的なレベルで標準化されたガイドラインを使用することが期待される。

②

## 研究組織と実施体制

委員会組織は、幅広い領域の専門家を集め、18名の委員で組織した。医師会役員を始め、病院管理に携わる看護部長、地域での受け皿として訪問看護事業所の所長、地域ケアセンターなどの介護福祉業務に携わるもの、また日本看護協会および大学の研究者が含まれている。この委員会は3つのワーキングプロジェクトに分れ、それぞれが精力的なガイドライン開発に取り組んだ。年間10回以上の会議を重ね、最終的にはガイドライン作成班、調査班、実用可能性検討班ともに、統合する形で成果を結びつけた。このような精力的な開発過程は、学識経験者や研究者と実践とが共同研究することで産出できるものであり、その成果によって実用的なガイドラインを作成することができたと考えている。

## ③ 研究内容

本事業は、早期退院連携ガイドラインを作成するにあたり、2つの研究プロジェクトを計画した。第1に、ガイドライン開発、第2はガイドライン実用可能性の検討である。

### 1. ガイドラインの開発

#### Step 1 ガイドラインの仮説モデルの作成

方 法：前年度の事例調査の結果、連携のプロセスで重要な要因となる訪問看護ニーズ判定、初回連絡、退院前訪問、合同カンファレンスについて、事例の特性や連携に必要な情報および伝達方法を軸にしたガイドラインの仮説モデルを作成する。

#### Step 2 ガイドラインの根拠を明確にするための調査

目 的：全国的な調査を実施し、ガイドラインの根拠を得ることを目的とする。

方 法：①文献検索 仮説モデルの「訪問看護ニーズ判定」から「連絡報告票」に至るまで、一連の内容に関する国内外における研究論文の検索

②全国調査 調査票は資料参照\*

対 象：全国訪問看護事業協会会員の全訪問看護事業所 2108 件（平成 14 年 7 月末日の時点での会員事業所数）を調査対象とした。

当該事業協会会員の訪問看護事業所数は、全訪問看護事業所数（平成 13 年、4,825 か所）の約半数を占めている。都道府県別の分布もほぼ半数であり、地域による偏りも少ない集団であると判断し、本集団を調査対象とした。

調査内容：病院と訪問看護事業所との退院前の連携に関する調査票

訪問看護ガイドラインの実現可能性に関する調査票

早期退院連携ガイドラインへの施設情報掲載に関する調査票

#### Step3 ガイドラインの修正

調査により明らかになった結果をガイドラインの仮説モデルへ適用し、修正する。

### 2. ガイドラインの実用可能性の検討

目 的：作成したガイドラインの実用性を検討し、実用化に向けて、導入の要件や導入手順を作成する。

方 法：調査期間は 2002 年 10 月～11 月で、作成した仮説モデルを、2ヶ月間試用し、その後病院、および訪問看護事業所にアンケートを実施する。回答内容をガイドライン実用化の手引きに反映する。

これらの開発過程を経て、ガイドラインは作成された。

本事業の成果は、調査および文献等による根拠に基づいた早期退院連携ガイドラインが成果物として、全国に配布できることである。早期退院連携ガイドラインの構成は、病院施設等での普及を狙いとして実用の可能性への示唆を十分に盛り込み、「手引き」としてまとめている。さらに別冊として全国の訪問看護事業所で調査協力を得た事業所の管理体制やケア体制、実施可能な医療処置やケアの特徴を自己申告で回答されたものを掲載した。これらの情報提供は病院から地域へ医療体制を移していくとき、病院が事業所を探しやすくするという、有効な情報となる。

連携の鍵を握るのは医療職が共有する情報であり、そのための一つのツールとして病院と地域で活用、普及されることが望まれる。今後は病院と地域の連携促進の啓発普及の道具として活かし、それぞれの現場で使用できるよう更なる改善をすることが課題である。このガイドラインは病院から地域連携へと継続して活用できるもので、特に看護職間の連携に有効なガイドラインとして位置づけている。このガイドラインは標準化された手順と情報伝達のプロセスとその内容に関して、病院と地域で共通の基準を持つことを実現する。その結果、互いがどのような役割機能を担うかを明確にし、共通認識をもって移行期の準備を進めることができると考えている。



## II. 研究概要

---



---

---

## II. 研究概要

### ① はじめに

近年、診療報酬の改定による政策的誘導や病院経営の効率性の重視、および患者の QOL 向上の観点から在院日数の短縮化が進んでいる。一方、利用者を受け入れる在宅では早期退院に伴い医療依存度の高い患者の在宅移行が促進されることが予想される。在宅ケアへの移行を促進しても提供する看護サービスの質の低下を引き起こさないためには、病院と地域における医療専門職間の連携が不可欠である。

そこで本研究では、昨年度より病院と在宅という 2 つのフィールドにまたがる在宅移行期に焦点をあて、病院と訪問看護事業所における情報交換とその伝達方法を軸とした早期退院連携ガイドライン（以下ガイドラインと称する）を作成するに関する研究を進めている。昨年度までの成果では、関東近県の病院 18 ヶ所、訪問看護事業所 11 ヶ所の連携システムの現状と課題を質的に抽出した。さらに、病院から退院後初めて訪問看護を開始した 112 例の事例調査を行い、連携のプロセスやどのような情報が伝達されたか、連携の効果をどのように把握しているかについて分析した。

これらの研究成果をもとに本年度では、ガイドラインの仮説モデルを作成し、さらに全国で使用可能となるような evidence に基づいた、より実践的なガイドラインを作成することを目的とする。

### ② ガイドラインの考え方と意義

このガイドラインは病院から地域連携へと継続して活用できるもので、特に看護職間の連携に有効なガイドラインとして位置づけている。このガイドラインは標準化された手順と情報伝達のプロセスとその内容に関して、病院と地域で共通の基準を持つことを実現する。その結果、互いがどのような役割機能を担うかを明確にし、共通認識をもって移行期の準備を進めることができると考えている。

このガイドラインの意義は、医療依存度が高い、あるいはターミナル期にある人々などハイリスク要因を抱えた病状の利用者・家族が在宅を希望した場合に円滑に移行できるシステムを提供すると同時に、在宅移行期における看護職の退院調整機能もしくは、在宅ケアマネジメント機能を標準化することを意味し、その専門性に何らかの報酬をあたえる基礎資料を提供するものと考えている。ガイドラインの特性上、全国的なレベルで標準化されたガイドラインを使用することが期待される。

## 1. 研究目的

平成13年度の研究成果をもとに本年度では、早期退院連携ガイドライン（以下ガイドラインと称す）の仮説モデルを作成し、さらに全国で使用可能となるような evidence に基づいた、より実践的なガイドラインを作成することを目的とする。

## 2. 研究方法

本年度は、ガイドラインを作成するにあたり、2つの研究プロジェクトを計画した。その作成過程は図1に示した。

第1に、ガイドライン開発、第2はガイドライン実用可能性の検討である。

### 1) ガイドラインの開発

ガイドラインの開発は次の3Stepで構成する。

Step 1 ガイドラインの仮説モデルの作成

Step 2 ガイドラインの根拠を明確にするための調査

Step 3 ガイドラインの修正

### 2) ガイドラインの実用可能性の検討

### 1) ガイドラインの開発

ガイドラインの開発は次の3つの段階を順次行うものとする。

#### Step 1 ガイドラインの仮説モデルの作成

目的：在宅移行期における早期退院連携ガイドライン仮説モデルを作成する。

方法：前年度の事例調査の結果、連携のプロセスで重要な要因となる訪問看護ニーズ判定、初回連絡、退院前訪問、合同カンファレンスについて、事例の特性や連携に必要な情報および伝達方法を軸にしたガイドラインの仮説モデルを作成する。

#### Step 2 ガイドラインの根拠を明確にするための調査

目的：文献検索および全国的な調査を実施し、ガイドラインの根拠を得ることを目的とする。

方法：①文献検索 仮説モデルの「訪問看護ニーズ判定」から「連絡報告票」に至るまで、一連の内容に関する国内外における研究論文の検索

②全国調査 調査票は資料参照\*

対象：入院患者が在宅ケアへ移行するにあたり、訪問看護サービス利用のためのプロセスを標準化することを目的とし、病院と訪問看護事業所との情報伝達を中心とした退院前の連携状況を把握するため、全国訪問看護事業協会会員の全訪問看護事業所2108件（平成14年7月末日の時点での会員事業所数）を調査対象とした。

---

当該事業協会会員の訪問看護事業所数は、全訪問看護事業所数（平成13年、4,825か所）の約半数を占めている。都道府県別の分布もほぼ半数であり、地域による偏りも少ない集団であると判断し、本集団を調査対象とした。

調査内容：①訪問看護事業所のプロフィール、②利用者の状況（平成14年4月1日～7月31日までの4ヶ月間）、③訪問看護サービス依頼経路・時期、④退院前訪問・合同カンファレンスの状況、⑤利用者の受け入れを判断するための情報、⑥受け入れに準備に必要な期間、⑦病院と訪問看護事業所との連携の良し悪しを判断するための評価指標、⑧訪問看護ガイドラインの導入の実現可能性について把握することを目的に、以下の調査票を作成し、各訪問看護事業所に郵送依頼した。（資料編参照）

- (1) 病院と訪問看護事業所との退院前の連携に関する調査票
- (2) 訪問看護ガイドラインの実現可能性に関する調査票
- (3) 早期退院連携ガイドラインへの施設情報掲載に関する調査票

### Step3 ガイドラインの修正

調査により明らかになった結果をガイドラインの仮説モデルへ適用し、修正する。

目 的：実用可能性を検討するにあたり、実施できるガイドラインを作成する。

方 法：研究班員の中から、ガイドライン作成ワーキンググループを結成し、以下の手順でガイドラインを作成する。

- ①仮説ガイドライン実施のために、ガイドラインの実施マニュアルを作成する。
- ②ガイドラインと連動して使用する記録票および記入要領を作成する。

### 2) ガイドラインの実用可能性の検討

目 的：作成したガイドラインの実用性を検討し、実用化に向けて、導入の要件や導入手順を作成する。

方 法：(1) 期間 2002年10月～11月

(2) 手順

- ①作成した仮説モデルを、2ヶ月間試用する。
- ②病院、および訪問看護事業所に、試用にあたってのアンケートを実施する。
- ③アンケート、および試用のついでの意見を分析し、課題抽出を行う
- ④抽出された課題より、仮説モデルの修正を行う

(3) アンケート内容（報告書資料編参照）

- ①ガイドラインの活用の流れについて  
(どの施設でも使用可能か、連携方法は効果的か等)
- ②A～Dまでの各情報用紙への意見について  
(必要な情報が入っているか、情報は連携に役立つか等)

## 4

## 本研究における倫理的配慮

本研究の協力依頼は、1) ガイドラインの開発では、調査依頼書、2) ガイドラインの実用可能性の検討では研究協力依頼書と同意書を使用し、研究主旨と調査上の留意事項を明記したうえで実施する。

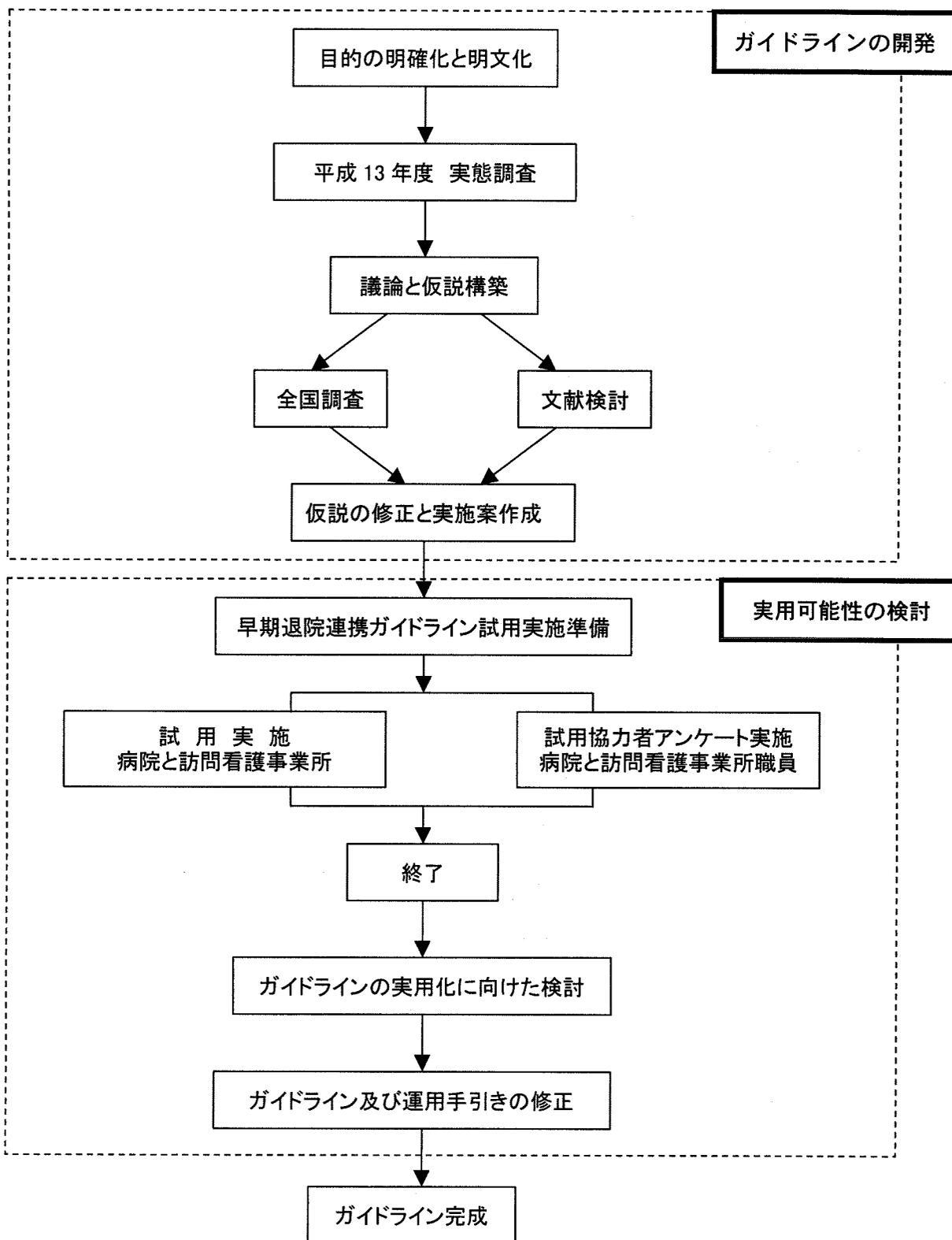
「ガイドラインの実用可能性の検討」における研究協力訪問看護事業所及び病院は、平常業務に支障をきたさないよう配慮する。また、選定に当たっては、研究委員の所属する訪問看護事業所や病院に依頼することとする。

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。

訪問看護事業所及び病院の情報は、すべて個人が特定されないよう配慮する。

結果の公表は社会福祉・医療事業団の報告書、(社)全国訪問看護事業協会のホームページに公開する、ならびに在宅ケア関連の学会で発表する予定であるが、個人及び訪問看護事業所・病院が特定されないよう配慮する。

## 本研究の概要図：早期退院連携ガイドライン作成フローチャート





### III. ガイドラインの開発

---



---

---

## Ⅲ. ガイドラインの開発

ガイドラインの開発は次の3つの段階を順次行った。

### ① Step 1 ガイドラインの仮説モデルの作成 .....

#### 1. 目的

在宅移行期における早期退院連携ガイドライン仮設モデルを作成する。

#### 2. 方法

前年度の事例調査の結果、連携のプロセスで重要な要因となる訪問看護ニーズ判定、初回連絡、退院前訪問、合同カンファレンスについて、事例の特性や連携に必要な情報および伝達方法を軸にしたガイドラインの仮説モデルを作成する。

#### 3. 結果

病院と地域をつなぐ連携ガイドラインのプロセスとして「早期退院連携仮説モデル」を作成した。このモデルは次の5つの目的を表明している。

1. 全国で活用できる。
2. 必要な情報がコンパクトでシンプルに網羅されている。
3. 情報を効果的に活用できる。
4. 訪問看護が必要な患者を病院から適切な事業所へ依頼できる。
5. 情報が病院と事業所で相互にやり取りできる。

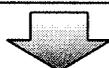
このガイドラインは連携に関する情報が5つの目的を果たすよう機能的に作られており、そのツールとして、次の4種類の書式で構成されている。

- A：訪問依頼票
- B：連携情報票
- C：医療処置管理票
- D：訪問看護連絡票

これらの書式は、以下のような流れで活用するものとする。

### 1. 病院から訪問看護を依頼する

病院から退院する患者で在宅療養を希望している患者が出た時点で **A:訪問依頼票** を作成し、地域の訪問看護事業所へ FAX し、受け入れ可否を問う。



### 2. 訪問看護事業所は受け入れ可否を判断する

**A:訪問依頼票** を受けた訪問看護事業所は、記載された情報から訪問看護利用者として新規の受け入れが可能かどうかを返答する。



### 3. 詳細な連携情報を提供する

- ①受け入れ不可能 → 次の訪問看護事業所へ FAX し受け入れ可否を問う。
- ②受け入れ可能 → **B:連携情報票** を記入し、必要時 **C:医療処置管理票** を添え、訪問看護事業所へ連絡する。



### 4. 退院前訪問、合同カンファレンスの必要性を判断する

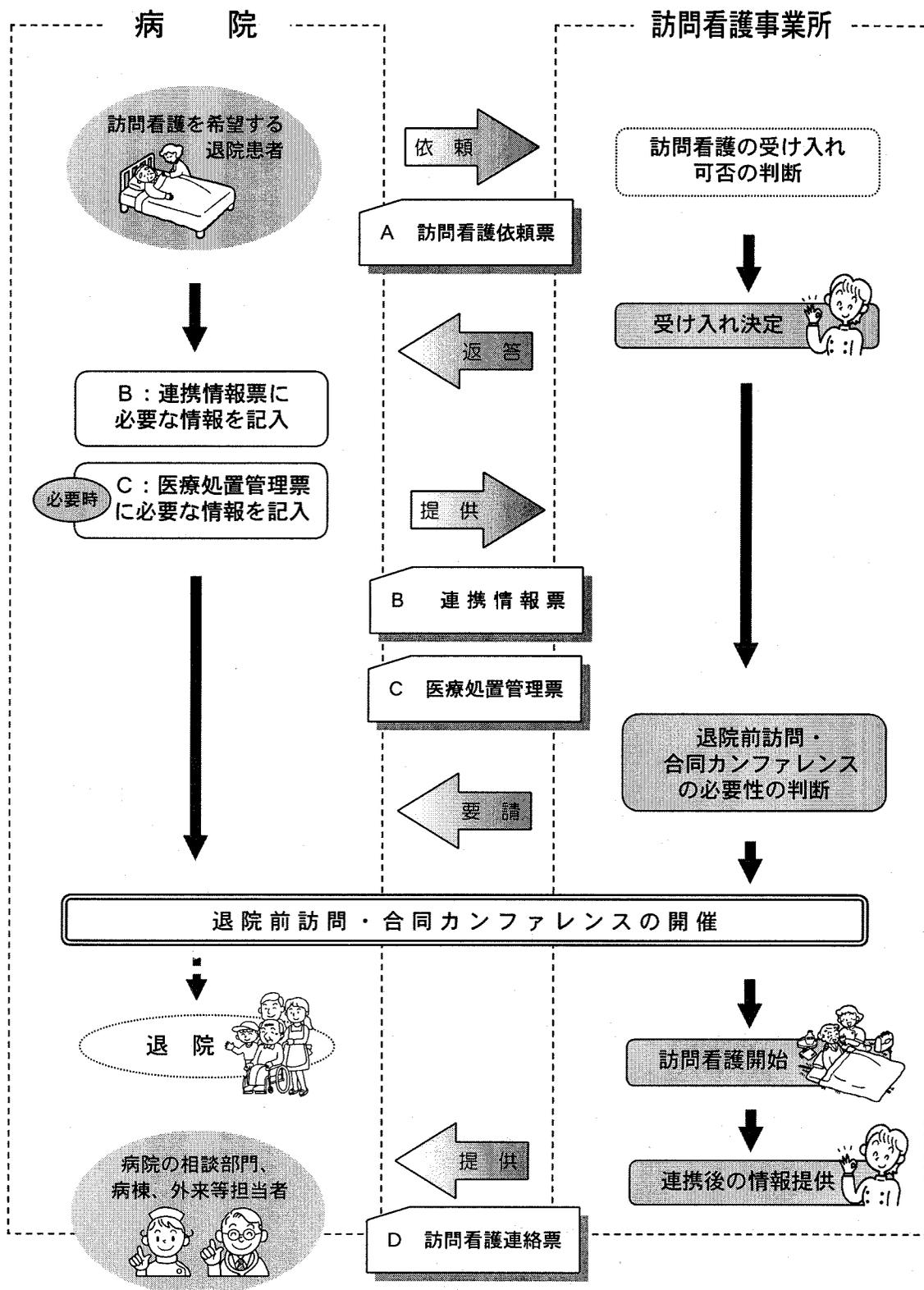
訪問看護事業所は送られた **B:連携情報票** と **C:医療処置管理票** から退院前訪問、もしくは合同カンファレンスの必要性を判断し、病院へ要請する。



### 5. 訪問看護開始後の状況を報告する

初回訪問、在宅療養開始後 1 週間以内に病院へ **D:訪問看護連絡票** に記載し病院へ報告する。

早期退院連携ガイドラインのながれ



## A. 訪問依頼票 (病院→訪問看護ステーション)

年 月 日

訪問看護ステーション長 殿

住所  
 申込者 病院名  
 電話/FAX  
 担当者 (職種 )

下記の通り、訪問看護依頼の申し出を致します。

つきましては、受け入れ可否のお返事をお願いいたします。受け入れ可能の場合は、詳細な利用者の情報(B 連携情報票)を送らせていただきます。

### I. 利用者基本情報

利用者 男・女 生年月日 M.T.S.H. 年 月 日 ( 才)  
 住所 都・道・府・県 市・区・町・村 町 (番地は無記入)  
 主な傷病名 退院予定日 年 月 日

### II. 訪問看護の依頼者 (\*該当者にレ、および記入)

- ( ) 1. 患者本人
- ( ) 2. 家族 (患者との関係: )
- ( ) 3. 本人の代理 (患者との関係: )

### III. 訪問看護のケアニーズ (\*該当する欄にレ、必要事項は○印、および記入)

A. 特記すべき病状*	ターミナル (末期がん・高齢者・ )	)	
	難病 (ALS・ )	)	
	痴呆 (痴呆性自立度・問題行動 )	)	
	感染症 ( )	)	
	コントロール・モニタリングに必要な症状 ( )	)	
B. 生活支援の必要性	排泄 (時々失敗・ポータブルオムツ・カテーテル・便器・尿器・ )	)	
	食事 (一部介助・全介助・嚥下障害・ )	)	
	清潔 (清拭・入浴介助・ )	)	
	寝たきり度 (J・A・B・C)	)	
C. 医療処置の必要性*	<input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (持続皮下注射・硬膜外注射を含む) <input type="checkbox"/> 死の看取り <input type="checkbox"/> 服薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	)	
	D. リハビリテーション	訪問Ⅱ・通院Ⅱ・他 ( )	)
	E. 介護力の問題	介護方法指導内容 ( )	)
		介護力不足状況 ( )	)
	F. 家族の不安*	介護・経済・病状の変化・医療処置	)
自分自身の生活変化・他 ( )		)	
その他必要な連絡事項			

A. C. F. (\*のある項目)にチェックがある場合→退院前訪問が必要となる可能性がありますので、なるべく早期にご紹介下さい。

### 《受け入れについての返信》(ステーション記入欄)

- 受け入れ可能 つきましては、Bの連携情報票を記入の上、お送りください。
- 受け入れ不可 以下の理由により訪問看護をお引き受けできません。.....



## C : 医療処置管理票

①	褥創管理	17 頁
②	在宅自己注射(インスリン療法)	18 頁
③	点滴	19 頁
④	在宅経管栄養法	20 頁
⑤	気管カニューレ	21 頁
⑥	吸引	22 頁
⑦	在宅人工呼吸療法	23 頁
⑧	在宅酸素療法	24 頁
⑨	在宅自己腹膜灌流	25 頁
⑩	在宅中心静脈栄養法	26 頁
⑪	膀胱留置カテーテル	27 頁
⑫	腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)	28 頁
⑬	在宅自己導尿	29 頁
⑭	人工肛門・人工膀胱	30 頁
⑮	癌末期疼痛管理	31 頁



## ② 在宅自己注射(インスリン療法)

現在、実施している自己注射は以下のとおりです。

### 1. 使用薬剤

インスリン名 ( )

その他 ( )

### 2. 医療器材

注射器(シリンジ・ペン型)

針(ペンニードル) ( 本/月 )

自己血糖測定器

穿刺具

穿刺針 ( 本/月 )

チップ ( 個/月 )

その他(針廃棄 )

### 3. 衛生材料

カット綿 ( 枚× パック ) 滅菌ガーゼ ( 枚× パック )

消毒液(アルコール・他) ( ml )

その他 ( )

### 4. 自己管理能力

自己管理できる ( )

一部介助が必要 ( )

全面介助 ( )

### 5. 入院中に行った指導内容

### 6. トラブルの対処

低血糖発作時

食事がとれないときのインスリン量

その他

7. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)



## ④ 在宅経管栄養法

現在、実施している経管栄養は以下のとおりです。

### 1. 使用栄養剤

栄養剤名 ( )

・注入回数 ( )

・注入量 ( )

・1回の注入時間 ( )

その他:水分などの注入量

### 2. 医療器材

カテーテル法

瘻管法

・カテーテル (種類: ) 太さFr: ( )

・イルリガートル ( )

・注射器 ( )

・その他 ( )

### 3. 衛生材料

### 4. 自己管理能力

自己管理できる ( )

一部介助が必要 ( )

全面介助 ( )

### 5. 入院中に行った指導内容

### 6. トラブルの対処

滴下不良時の対応

その他 ( )

### 7. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)

## ⑤ 気管カニューレ管理

現在、実施している気管カニューレ管理は以下のとおりです。

### 1. 医療器材

- カニューレ (種類:                      太さFr:                      交換頻度:                      回/                      )  
カニューレの数 (                      本 )  
カフ用注射器 (                      ml                      本 )  
その他 (                      )

### 2. 衛生材料

- 滅菌綿棒 (                      本 )    絆創膏 (                      個 )  
滅菌Yガーゼ (                      枚 )    消毒液 (薬品名                      ml                      本 )  
その他 (                      )

### 3. 自己管理能力

- 自己管理できる (                      )  
一部介助が必要 (                      )  
全面介助 (                      )

### 4. 入院中に行った指導内容

### 5. トラブルの対処

- カニューレ抜去時の対応 (                      )  
呼吸困難時の対応 (                      )  
その他 (                      )

6. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)



## ⑦ 在宅人工呼吸療法

現在、実施している人工呼吸療法は以下のとおりです。

### 1. 人工呼吸器設定

- ・使用時間 (常時・ 時 分～ 時 分まで)
- ・モード ( )
- ・1回換気量 ( ml )
- ・呼吸回数 ( 回/分)
- ・I/E比 ( 1: 秒)
- ・気道内圧 ( ~ cmH<sub>2</sub>O)
- ・加温加湿器設定 ( )
- ・酸素量 ( ml/分)

### 2. 医療器材 (提供機関: )

- ・人工呼吸器 (機種: )
- ・人工呼吸器回路 (種類: ) (交換頻度 回/週)
- ・加湿モジュール (種類: ) (交換頻度 回/週)
- ・バクテリアフィルター (種類: ) (交換頻度 回/月)
- ・気管カニューレ (種類: 太さFr ) (交換頻度 回/月)

### 3. 衛生材料

- 滅菌綿球 ( 個)       吸引チューブ ( 本)
- 滅菌ガーゼ Yカット( 枚)       消毒液(気切用)(薬品名: ml 本)
- 絆創膏 ( 個)       消毒液(回路用)(薬品名: ml 本)

### 4. 入院中に行った指導内容

### 5. トラブルの対処

6. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)

## ⑧ 在宅酸素療法管理

現在、実施している酸素療法管理は以下のとおりです。

### 1. 酸素投与方法

- 持続 ( ) ℓ/分)
- 間欠 ( ) ℓ/分、時間/1日 動作時 睡眠時 他)
- その他 ( )

### 2. 医療器材

#### 1) 設置型の場合

- 吸着型酸素濃縮装置(機種: )
- 膜型酸素濃縮装置(機種: )
- 液化酸素装置(機種: )
- 酸素ポンペ(機種: ) 容量: )

#### 2) 携帯用の場合

- 携帯型液化酸素装置
- 携帯用酸素ポンペ

### 3. 衛生材料

### 4. 自己管理能力

- 自己管理できる ( )
- 一部介助が必要 ( )
- 全面介助 ( )

### 5. 入院中に行った指導内容

### 6. トラブルの対処

- 呼吸困難増強時
- その他

7. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)

業者連絡先:

## ⑨ 在宅自己腹膜灌流

現在、実施している腹膜灌流は以下のとおりです。

1. 使用薬剤（提供機関： ）

透析液（種類： ）(液量 ml)留置時間( )交換回数( )

透析液（種類： ）(液量 ml)留置時間( )交換回数( )

2. 医療器材

バッグ交換システム

（メーカー： ）種類： セット )

その他 ( )

3. 衛生材料

消毒液（薬品名： ml 本) 綿棒 ( 本 )

滅菌ガーゼ ( 枚× パック ) 絆創膏 ( 個 )

Y字カットガーゼ ( 枚× パック ) その他

4. 自己管理能力

自己管理できる ( )

一部介助が必要 ( )

全面介助 ( )

5. 入院中に行った指導内容

6. トラブルの対処

排泄の混濁 ( )

カテーテル出口部の発赤 ( )

除水量の不足 ( )

その他 ( )

7. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)

## ⑩ 在宅中心静脈栄養法

現在、実施している中心静脈栄養法は以下のとおりです。

### 1. 使用薬剤（提供機関： \_\_\_\_\_ ）

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 輸液基剤（ _____ ）  | <input type="checkbox"/> 抗凝固剤（ _____ ）  |
| <input type="checkbox"/> ビタミン剤（ _____ ） | <input type="checkbox"/> 生理食塩水（ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 脂肪剤（ _____ ）   | <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）   |

### 2. 医療器材

- |  |   |           |
|--|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> 輸液回路（ _____ ）   | セット <input type="checkbox"/> インジェクションプラグ（ _____ ） | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 注射針（ _____ ）    | 本 <input type="checkbox"/> 注射器（ _____ ）           | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> ヒューバー針（ _____ ） | 本 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）           | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> フィルター（ _____ ）  |   |           |

### 3. 衛生材料

- |   |   |           |
|---|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> 滅菌綿棒（ _____ ）            | 本 <input type="checkbox"/> 消毒液（薬品名： _____ ml） | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 滅菌ガーゼ（ _____ 枚 × _____ ） | パック <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）     | （ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 絆創膏（ _____ ）             | 個（ _____ ）                                    |           |

### 4. 投入方法

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 持続                       |  |
| <input type="checkbox"/> 間欠（ _____ 時間／日、他 _____ ） |  |
| <input type="checkbox"/> 注入速度（ _____ ml／時間）       |  |

### 5. 自己管理能力

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 自己管理できる（ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 一部介助が必要（ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> 全面介助（ _____ ）    |

### 6. 入院中に行った指導内容

### 7. トラブルの対処

- |   |
|---|
| <input type="checkbox"/> 滴下不良時（ _____ ） |
| <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）   |

### 8. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください（退院時持ち帰る物品など）

## ⑪ 膀胱留置カテーテル管理

現在、実施している膀胱留置カテーテル管理は以下のとおりです。

### 1. 医療器材

- 尿道カテーテル(種類:                      太さFr:                      交換頻度:                      )  
蓄尿袋 (                      個 )  
注射器 (                      )  
その他 (                      )

### 2. 衛生材料

- 滅菌綿棒 (                      本    絆創膏 (                      本 )  
消毒液 (薬品名:                      ml    潤滑油 (薬品名:                      本 )  
その他 (                      )

### 3. 自己管理能力

- 自己管理できる (                      )  
一部介助が必要 (                      )  
全面介助 (                      )

### 4. 入院中に行った指導内容

### 5. トラブルの対処

- 尿道カテーテル閉塞(                      )  
その他 (                      )

6. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)



### ⑬ 在宅自己導尿

現在、実施している自己導尿は以下のとおりです。

#### 1. 自己導尿方法

- 自己導尿回数 (1日 回 時間ごと)
- 自己導尿カテーテル消毒交換(1回 / 日)
- その他( )

#### 2. 医療器材

- ディスポカテーテル  
(種類: 太さFr: 本)
- リューザブルカテーテル・再利用型自己導尿用セット  
(種類: 太さFr: 本)

#### 3. 衛生材料

- 潤滑剤 (薬品名: 本・個 / 日)
- 消毒液 (薬品名: ml / )
- 手指消毒薬 (薬品名 ml / )
- その他 ( )

#### 4. 自己管理能力

- 自己管理できる ( )
- 一部介助が必要 ( )
- 全面介助 ( )

#### 5. 入院中に行った指導内容

#### 6. トラブルの対処

- 上行感染 ( )
- その他 ( )

#### 7. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)

## ⑭ 人工肛門・人工膀胱管理

現在、実施している人工肛門・人工膀胱管理は以下のとおりです。

### 1. ストーマの種類

人工肛門( )

人工膀胱( )

### 2. 使用装具 (購入場所: )

装具名 (皮膚保護材、パウチなど )

・装具交換頻度 ( 回/週 あるいは 日毎に交換 )

・その他使用材料 ( )

### 3. 衛生材料

・種類( )

・種類( )

### 4. 自己管理能力

自己管理できる ( )

一部介助が必要 ( )

全面介助 ( )

### 5. 入院中に行った指導内容

### 6. トラブルの対処

ストーマの異常( )

ストーマ周囲の皮膚トラブル( )

排泄に関するもの( )

7. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)

## ⑮ 癌末期疼痛管理

現在、実施している癌末期疼痛管理は以下のとおりです。

### 1. 使用薬剤

鎮痛剤

・種類 ( )

・投与量 ( )

・投与回数 ( )

鎮痛補助剤

・種類 ( )

・投与量 ( )

・投与回数 ( )

### 2. 医療器材

輸液セット (                      セット/月 )  インフューザーポンプ (                      セット )

注射器・針 (                      セット/月 )  その他

交換頻度 (                      )

### 3. 衛生材料

滅菌綿棒 (                      本/月 )

滅菌ガーゼ (                      枚 ×                      パック/月 )

消毒液 (                      ml/月 )

絆創膏 (                      個/月 )

### 4. 自己管理能力

自己管理できる

一部介助が必要

全面介助

### 5. 入院中に行った指導内容

### 6. トラブルの対処

7. その他、伝えておきたいことがある場合は、以下にご記入ください(退院時持ち帰る物品など)

## D. 訪問看護連絡票

病院担当者様 \_\_\_\_\_ 様

この度は利用者様 \_\_\_\_\_ のご紹介ありがとうございました。現在の利用者様の状況を下記のように連絡させていただきます。

		年	月	日 (退院	日目) 現在
1	初回訪問	年	月	日	
2	利用者の病状	<input type="checkbox"/> 安定 ..... <input type="checkbox"/> 不安定⇒ ..... .....			
3	緊急訪問の有無と回数	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回(内容 ..... )			
4	緊急連絡の有無と回数	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回(内容 ..... )			
5	予定外の来受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回(内容 ..... )			
6	医療処置のトラブル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容 ..... )			
7	再入院の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ..... )			
8	家族の状態	<input type="checkbox"/> 安定 ..... <input type="checkbox"/> 不安定⇒ ..... .....			
9	その他 伝えたい情報				

年 月 日記入      ステーション担当者 \_\_\_\_\_

## 1. 目的

この段階では2つの方法を用いて、早期退院連携ガイドラインのエビデンスを収集する。

第1に①文献検索をおこない、病院と地域との連携を促進するための訪問看護の具体的方法を確立するために重要となる要因や内容を文献レビューより探索する。

第2は、前年度の研究結果として得られた「早期退院連携仮説ガイドライン」流れとなっている訪問看護サービス利用のためのプロセスを標準化することを目的とした②全国調査を実施することである。順に述べる。

## 2. 方法

### 1) 文献検討とエビデンス

#### ①問題の明確化

国内外の論文のデータベースより、研究成果を整理した。病院と地域との連携を促進するための訪問看護の具体的方法を確立するために重要となる要因や内容を文献レビューより探索する。国内外の論文のデータベースより、研究成果を整理した。日本におけるガイドラインを作成するにあたり、最も重要となるキーワードのひとつとして、「discharge planning：退院計画」を取り上げた。日本の退院計画研究には独自の定義が用いられていることもあるが、多くの文献にはアメリカ病院協会の定義が用いられている。アメリカ病院協会の定義とは、「患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体のプロセスである（アメリカ病院協会 1984年）」という内容になる。日本では「退院計画」という用語そのものが、まだなじみが薄いためか、その用語の意味するところを正しく解釈することが未だ難しい側面もみられている。その困難さのために他の用語を使用することによって、その理解を凶ろうという動きもある。しかし、「退院計画」そのものの意味を理解することによって、より現実的に共通の言語として用いることが可能となるであろう。

「退院計画」という用語を理解する上で、「計画」には「物事をおこなうに当たって、方法・手順などを考え企てること。また、その企ての内容。（広辞苑）」とされているように、これらの

「退院計画」とは、患者および家族が退院されるにあたってできるだけ患者および家族の意思（今後の意向）に沿い物事が決定され、退院に必要な手続きが適切な時期に遂行されるように、より早期の時点でリスクを含めた十分な患者情報の収集（ニーズ把握）、アセスメント、医療・看護ケア・生活ケア（予測を含めた）に関する今後の目標設定（プランニング）、具体的な支援活動の実行、そしてそれらのモニタリングと適宜評価しながらのケアプラン修正をしていく一連の流れといえる。必要な支援活動は病院機能を考慮した場合、それを責任もってすることのできる者が、担っていけばよいのであり、その必要な活動が患者や家族への説明も含めて、過不足なく実施されることにその重要性がある。また、その支援活動の場が、地域など他の支援場所へ移行したとしてもプランニングされたケアが継続して実施される必要がある。その際に病院で実施された支援内容に必要とされた患者情報をいかに伝達するかといった手続きと記録の問題が生じる。

本ガイドラインでは訪問看護の必要となる患者を対象としており、病院の退院後、その方がその方らしく生活するために必要となる医療あるいはケアに視点を置いている。このケアを円滑にするための具体的なケア内容が一貫して提供できるシステムのあり方を求めることが重要とな

---

る。訪問看護が適応となる患者や家族にとって、多くの医療をはじめとする社会資源情報や専門的手技を有する医療職の関わりが必須となる場面も多い。エビデンスレベルの高い論文から得られた要因に基づき、よりエビデンスの高い移行の具体的方法を導くための文献レビューを実施する。まずは、昨年のレビューと同じ内容をフォローした結果を以下に記す。基本的なデータソースの整理をCochrane Library コクラン・ライブラリー、Pub-Med パブ・メド、および医学中央雑誌を用いて実施した。また、退院計画に関する詳細内容のカテゴリ化の手続きとして、keyword となると思われる用語を抽出し、要因として整理した。

## 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54件(前年比+6件)、Protocols プロトコルは13件(+6件)であった。また、“Continuity コンティニューイティ：継続性”では、Complete reviews 44件(+12件)、Protocols 9件(+1件)、“transition トランディッション：移行”は、Complete review が42件(+11件)、Protocols は22件(+11件)となっていた(H15.3.27 現在)。コクランでの新しいレビューをcomplete review をみると、“Discharge Planning”では「精神分裂病や関連障害に対する効果指標とニーズアセスメント」および「在宅における脳卒中患者への治療ベースのリハビリテーション」となっており、病院と地域との連携に関連するレビュー内容はみられなかった。また、同様に“continuity”と“transition”について見ると、これらの用語の検索においては、専門職間での適切な情報提供とその方法の確立を行うことに焦点があたっているレビューはみられず、脳血管疾患のクリニカル・パスの使用により、その効果がどうかという内容にとどまっていた。この内容では、ケアのプロセスと臨床的な効果には、正と負の両方が見られ、エビデンスレベルとしては不十分であるとの見解であった。また、情報提供によって、認識を変化させる効果をねらったものは、患者、家族及び重要他者に関するものであって、専門職のこれら連携に関する内容ではなかった。ツールに関する臨床効果の是非について、さらに論文のレビューを深める必要がある。

## (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1229件で、“Continuity”2756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 臨床試験の各々についての件数は表1、2の通りである。

Discharge Planningに関する論文の増加はあまり見られず、具体的な内容を検討する際の新しい見解は得られなかった。また、その他の用語に関する検索では、transitionに関しては、日本では移行の意味が強く MeSH の階層構造から見ると、その上位のカテゴリが“Population Dynamic”“Public Health”“Chemistry”に関係しており、今回のポイントとなる論文は探索が難しいといえる。一方、Continuityは、“quality control”“education”といった上位カテゴリがあるが、“Discharge Planning”の上位にある“hospitalization”“patient care”とはカテゴリの分類は異なるが、オーバーラップする論文はcontinuityの方で多くなっている。

表1 各 Keyword の文献数

	Discharge Planning	Continuity (*1)	Transition (*2)
全体	1229 件	2756 件	2927 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～	198 件	511 件	859 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 開始年	論文数	掲載 開始年	論文数	掲載 開始年	論文数
Meta-Analysis		0 件	1995 年	2 件	1999 年	2 件
RCT	1986 年	40 件	1977 年	80 件	1977 年	65 件
Clinical Trial	1986 年	54 件	1977 年	144 件	1975 年	155 件
Practice Guideline	1995 年	1 件	2000 年	2 件		0 件

\*1、\*2については、Aged 65+ years の Limit をかけた。

---

### ③退院計画の要因検討

Discharge Planning に関する要因について詳細に検討するために調査内容を構成する keyword を抽出し、Donabedian モデルに従い分類・整理した。なお、データソースとして Pub-Med を用い、“Discharge Planning” をキーワードとし、1990 年～2000 年 7 月末までに公表された約 200 論文の中から、題名、エビデンスレベルなどを考慮し選択した 28 論文について分析した。要因分析に使用した論文とその要因について整理したものは表 3 の通りである。

Donabedian’s モデルは、structure 構造、intervention 介入、outcome 効果の 3 つに分類される。本研究における structure は、病院と地域の両場所とのやり取りとなるが、その手続きは病院から実施されるもので、これらの論文はすべて病院をベースにした研究であるため省略した。Intervention 介入を見ると、(早期退院のための) システム、専門家と患者関係、パスツール、情報提供、退院前病室訪問、プロトコル、管理業務、患者の病態を含めたケアニーズなどがあげられる。対象となる患者のケアニーズの領域特定は包括的(時に診断や異常データを踏まえる必要がある)に実施されるべきで、継続的管理計画のもとに、システム化された組織にて運営することが考慮されている。また、情報の提供、退院前病室訪問、コンサルテーション用紙の使用、医師の参加、家族の在宅転帰の同意、退院に際し看護師の退院前 48 時間より前に関わることなどが付加的に必要であると判断される。よりリスクの高い患者に対しては、そのためのプロトコルを準備することが必要であることが示唆される。多職種の間で退院計画を設定することにより、サービスの支持が高まるとともに、共同で質向上を図るプログラムそのものが、多職種間のデータをフィードバックすることにつながったり、ケアコーディネーターそのものが退院時情報をより詳細に知る手段となることにつながる。また outcome 効果について見ると、様々な領域において効果が得られている。特に在院日数の短縮は、早期の退院を可能にすることにつながることもなり、また、病院サイドの目標達成のみならず、患者・家族サイドの指標も考慮されていることが、効果指標の一覧から理解することができる。これらの介入内容に関してシステムを構成する要因として統合して、本調査をデザインすることにより、より効果的で整備された退院促進のためのシステムづくり構築を可能とする根拠としたい。

表3 Donabedian's モデルへの要因の振り分け

文献No.	intervention	介入	outcome	効果
1	早期変更	早期退院政策	在院日数 ↓	
2	早期リハビリテーション	退院計画の重視	在院日数 ↓	
3	専門家-患者信頼関係モデルの使用*		健康感 ↑	施設入所率 ↓
4	在宅ベースの退院計画		満足感 ↑	介護者の情報 ↑
5	統合されたケアパス		機能回復 ↑	介護者のHR-QOL ↑
6	アドバンスプラクティスナースが記録としてケア肯定を記入		問題抽出 ↑	QOL ↑
7	リエゾン看護師の導入(退院前48時間より前)		肯定的理解 ↑	医学的問題 ↓
8	多岐にわたる情報提供		患者の不安 ↓	コスト ↓
9	在宅継続管理計画作成		再入院までの期間 ↑	再入院率 ↓
10	退院前病室訪問	コンサルテーション用紙の記入 医師の参加	地域サービス ↑	患者との話し合い ↑
11	協力	退院計画調整	再入院日数 ↓	24週間以内の入院 ↓
12	ケアコーディネーター		コミュニケーション ↑	コミュニケーション ↑
13	在宅ケアニーズ特定用紙(DCCQ)の使用		在宅ケアのニーズ情報サポート ↑	退院時(困難なこと、サービス)情報 ↑
14	早期退院の促進		ケアミスマッチ ↑	移行期の期間 ↑
15	共同質向上プログラム		医師、管理者へのデータフィードバック ↑	患者教育 ↑
16	意思決定プロセス		地域看護師と病棟看護師の態度変容 ↑	退院計画 ↑
17	看護師の管理	多角的な介入	再入院 ↓	入院回数 ↓
18	退院計画記録欠如	退院時体温異常・不整脈	リスク ↑	QOL ↑
19	家族の在宅転帰の同意		長期療養施設入所 ↓	コスト ↓
20	臨床的システム		ADL ↑	
21	看護師の診断的訪問		長期療養施設入所 ↓	
22	包括的退院計画プロトコル		退院時期変更	退院先変更
23	早期退院のための計画		再入院率 ↓	再入院日数 ↓
24	専門看護師とソーシャルワーカー共同の退院計画		在院日数 ↓	情緒的な健康状態 ↑
25	早期退院計画		満足感 ↑	再入院率 ↓
26	リスク患者へのプロトコル遂行		在院日数 ↓	再入院率 ↑
27	管理業務のできる看護師		在宅転帰率 ↑	満足度 ↑
28	包括的退院計画		在院日数 ↓	離間率 ↓

\*は、ケア調整と継続的なケア介入を実施する内容

---

#### ④問題点と今後の課題

日本では介護保険制度の開始後、対象のケアニーズを特定する際に、医療的処置を必要とする内容と、それに対する看護師の技術を提供する能力が論点となる。特に在宅継続管理の視点では、看護師には高いリスクアセスメント、計画、実践の能力が求められている。それが患者のケアニーズの領域にあることを考え、看護師の実施する訪問看護のあり方、及び医師をはじめとする多職種との連携の具体的なあり方についても、実践を通じて、より明確にしていくことがさらなる早期退院のためのシステムの質を向上することにつながると考える。

#### <レビュー文献(表3の番号と一致)>

- 1) 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.
- 2) 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.
- 3) Bull MJ, Hansen HE, Gross CR. : A professional-patient partnership model and discharge: Planning with elders hospitalized with heart failure. Appl Nurs Res. 13(1):19-28,2000.
- 4) 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.
- 5) 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.
- 6) Naylor MD, Bowles KH, Brooten D.: Patient problems and advanced practice nurse interventions during transitional care. Public Health Nurs. Mar-Apr, 17(2):94-102,2000.
- 7) 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.
- 8) 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.
- 9) Naylor MD, et.al.: Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalized elders: a randomized clinical trial. Naylor, JAMA. 281(7): 613-20,1999.
- 10) 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.
- 11) 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.
- 12) 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.

- 
- 13) Rosswurm MA, Lanham DM: Discharge planning for elderly patients. *J Gerontol Nurs.* May;24(5):14-21,1998.
  - 14) 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.
  - 15) Philbin EF, Lynch LJ, Rocco TA : 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
  - 16) Carter H, MacInnes P: Nursing attitudes to the care of elderly patients at risk of continuing hospital care. *J Adv Nurs.* 1996 Sep;24(3):448-55.
  - 17) Rich MW, et.al: A multidisciplinary intervention to prevent the readmission of elderly patients with congestive heart failure. *N Engl J Med* 1995.333(3):1190-5.
  - 18) Wei F, Mark D, Harts A, Campbell C. : Are PRO discharge screens associated with postdischarge advance outcome? *Health Serv Res.*30(3), 1995.
  - 19) Zureik M, et.al.: Returning home after acute hospitalization in two French teaching hospitals: predictive value of patients' and relatives' wishes. *Age Aging.*24(3):227-34,1995.
  - 20) Landefeld CS, et.al.: A randomized trial of care in a hospital medical unit especially designed to improve the functional outcome of acutely ill older patients. *N Engl J Med*332(20):1338-1344,1995.
  - 21) Nikolaus T, Deterbeck 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.
  - 22) Naylor MD, et.al.: Comprehensive discharge planning for the hospitalized elderly. A randomized clinical trial. *Ann Intern Med*120(12):999-1006,1994.
  - 23) O' Cathain A: Evaluation of a hospital at home scheme for the elderly discharge of patients with fractures neck of femur. *J Public Health Med*16(2):205-210,1994.
  - 24) Haddock KS, et.al.: Collaborative discharge planning: nursing and social services. *Clin Nurse Spec.*8(5):248-252,1994.
  - 25) 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 Med.*Apr;17(2):88-96,1994.
  - 26) Evans RL, et.al.: Evaluating hospital discharge planning: a randomized clinical trial. *Med Care* 31(4):358-370,1993.
  - 27) Moher D, et.al: Effects of a medical team coordinator on length of hospital stay, *CMAJ*146(4):511-515,1992.
  - 28) Naylor MD: Comprehensive discharge planning for the elderly, *Res Nurs health*13(5),327-347,1990.

---

<参考文献>

- 1) Sackett LD, Straus SE, Richardson SW, et.al: Evidence Based Medicine, Churchill Livingstone,2000.
- 2) Trisha G: How to read s paper,BMJ,2001.
- 3) 森山美知子: ナ・シグ・ケ・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.
- 4) 手島陸久偏: 退院計画・病院と地域を結ぶシステム-,中央法規,1997.
- 5) 永田智子,村嶋幸代: 高齢者の退院支援,日本老年医学雑誌 39(6),379-584,2002.
- 6) 新村出偏: 広辞苑-第5版-,岩波書店,1999.
- 7) 懸俊彦編: PubMed 活用マニュアル,南江堂,2000.
- 8) Trisha greenhalgh : How to read a paper -second edition-,MBJ,2001.
- 9) Donabedian A:Some Basic Issues in Evaluating the Quality of Health Care, Outcome Measures in Home Care,VolumeiResearch,3-28,NationalLeagueforNursing,1987.
- 10) <http://www.cochranelibrary.com/clibhome/clib.htm>
- 11) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/entrez/query.fcgi>
- 12) <http://login.jamas.gr.jp/enter.html>
- 13) 全国訪問看護事業協会: 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,2002.
- 14) Anis AH, Wang XH, Leon H: Economic evaluation of propofol for sedation of patients admitted tointensive careunit,Anesthesiology.Jan96(1):196-201,2002.
- 15) 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.
- 16) 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.
- 17) 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.
- 18) Swanson AJ, Pantaloni MV, Cohen KR: Motivational interviewing and treatment adherence among psychiatric and dually diagnosed patients. J Nerv Ment Dis. Oct;187(10):630-5,1999.
- 19) 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.
- 20) Liebergell M, Soskolne V, Matten Y, ら: 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.
- 21) Patel M,et.al.: The process of rehabilitation and discharge planning in stork: a controlled comparison between stroke units. Stroke29(12):2484-7,1998.
- 22) 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.
- 23) Cline CMJ, et.al.: Cost Effective management programme of heart failure reduces hospitalization. Heart80(5): 442-6,1998.
- 24) Dansky KH,et.al.: After hospitalization: home health care for elderly persons. . Cli Nurs Res.1996. 5(2):185-98.
- 25) 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.

- 26) 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.
- 27) 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.
- 28) O'Hara PA: Comparing two models of discharge planning rounds in acute care. *ppl Nurs Res*. May;5(2):66-73, 1992.
- 29) 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.
- 30) 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.
- 31) 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.
- 32) 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.
- 33) 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.
- 34) 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.
- 35) 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 JOURNAL49(5) Page339-346, 1999.
- 36) 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.
- 37) 井上喜久男, 紫藤徹郎, 矢部裕一郎, 小原徹哉, 酒井義人: 症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.
- 38) 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.
- 39) 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 ヶ月後を通して, 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.
- 40) 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.
- 41) 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.
- 42) 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.
- 43) 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.

- 44) 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.
- 45) 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.
- 46) 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.
- 47) 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 ヶ月時点の ADL 改善とその関連要因, 日本公衆衛生雑誌 43(5) Page354-363, 1996.
- 48) 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 ヶ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, 厚生指標 42(6) Page31-36,1995.
- 49) 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.
- 50) 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.
- 51) 千葉由美, 設楽美佐子, 乗越千枝, 中澤典子: 退院計画におけるケア介入の標準化に関する研究-アセスメント・パス票による試み-,日本在宅ケア学会誌 6(1),51-60,2002.
- 52) 柏木昌代, 川越博美, 長江弘子, 酒井昌子, 千葉由美, 山田雅子, 吉田千文: 病院と地域との連携を促進するガイドラインの開発に関する研究(その 1)-退院前訪問前実施に関連する要因-, 日本看護科学雑誌第 22 回日本看護科学学術集会講演集:237,2002.
- 53) 長江弘子, 川越博美, 酒井昌子, 柏木昌代, 千葉由美, 山田雅子, 吉田千文: 病院と地域との連携を促進するガイドラインの開発に関する研究(その 2)-連携の効果を示す指標の検討-, 日本看護科学雑誌第 22 回日本看護科学学術集会講演集:479,2002.
- 54) 千葉由美, 柏木昌代, 島田千穂, 川越博美, 長江弘子, 酒井昌子, 宮崎紀枝, 住川陽子: 病院と地域の連携が困難な事例の諸要因に関する検討, 日本公衆衛生雑誌 49(10), 第 61 回日本看護科学学術集会抄録集:213,2002.
- 55) 島田千穂, 柏木昌代, 千葉由美, 長江弘子, 酒井昌子, 宮崎紀枝, 住川陽子, 川越博美: 病院と地域の連携システムの実態とその課題, 日本公衆衛生雑誌 49(10), 第 61 回日本看護科学学術集会抄録集:552,2002.

## 2) 全国調査：調査票は資料参照\*

### ①対象

入院患者が在宅ケアへ移行するにあたり、訪問看護サービス利用のためのプロセスを標準化することを目的とし、病院と訪問看護事業所との情報伝達を中心とした退院前の連携状況を把握するため、全国訪問看護事業協会会員の全訪問看護事業所 2108 件（平成 14 年 7 月末日の時点での会員事業所数）を調査対象とした。

当該事業協会会員の訪問看護事業所数は、全訪問看護事業所数（平成 13 年、4,825 か所）の約半数を占めている。都道府県別の分布もほぼ半数であり、地域による偏りも少ない集団であると判断し、本集団を調査対象とした。

### ②調査内容および方法

①訪問看護事業所のプロフィール、②利用者の状況（平成 14 年 4 月 1 日～7 月 31 日までの 4 ヶ月間）、③訪問看護サービス依頼経路・時期、④退院前訪問・合同カンファレンスの状況、⑤利用者の受け入れを判断するための情報、⑥受け入れに準備に必要な期間、⑦病院と訪問看護事業所との連携の良し悪しを判断するための評価指標、⑧訪問看護ガイドラインの導入の実現可能性について把握することを目的に、以下の調査票を作成し、各訪問看護事業所に郵送依頼した。

（資料編参照）

- (1) 病院と訪問看護事業所との退院前の連携に関する調査票
- (2) 訪問看護ガイドラインの実現可能性に関する調査票
- (3) 早期退院連携ガイドラインへの施設情報掲載に関する調査票

### ③調査期間

平成 14 年 8 月 15 日 ～ 10 月 末日

### ④データ分析方法

調査全体の概要を把握するために、得られた結果を単純集計した。さらに、連携ガイドラインで示したモデルの根拠となり得る基礎データとして、以下を検証するため、集計したデータの分布を確認し、ガイドラインのモデル(流れ図)に沿って各課題にあわせた研究デザインを設定し、分析をおこなった。

### ⑤倫理的配慮

調査の概要について説明し、調査によって得られた情報は、すべて匿名とし、プライバシーの保持に努めること、調査への協力は自由意志であり、調査途中でも中止可能であること等を明記した研究協力の同意書を同封し、同意の得られた者のみを対象とした。調査内容については、聖路加看護大学の倫理委員会によって審査された。

## 3. 結果

### 1) 調査票の回収状況

調査票を 2108 件の訪問看護事業所に発送し、回答のあった訪問看護事業所は 954 件（回収率 46.0%）であった。このうち、有効回答であった 953 件を分析対象とした。

	調査施設数 ①	調査票回答 施設数 ②	調査票 回収率 ②/①	有効回答 施設数 ③	有効回答率 ③/②
訪問看護事業所	2,108	954	46.0%	953	99.8%

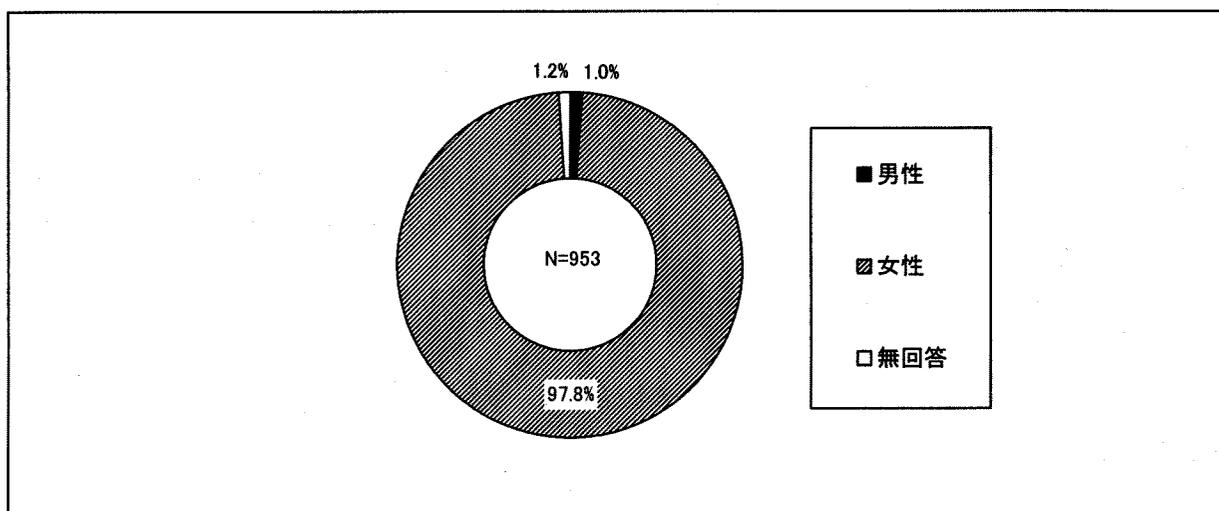
## 2) 調査結果

本全国調査の基礎集計結果は、次に示すとおりであった。

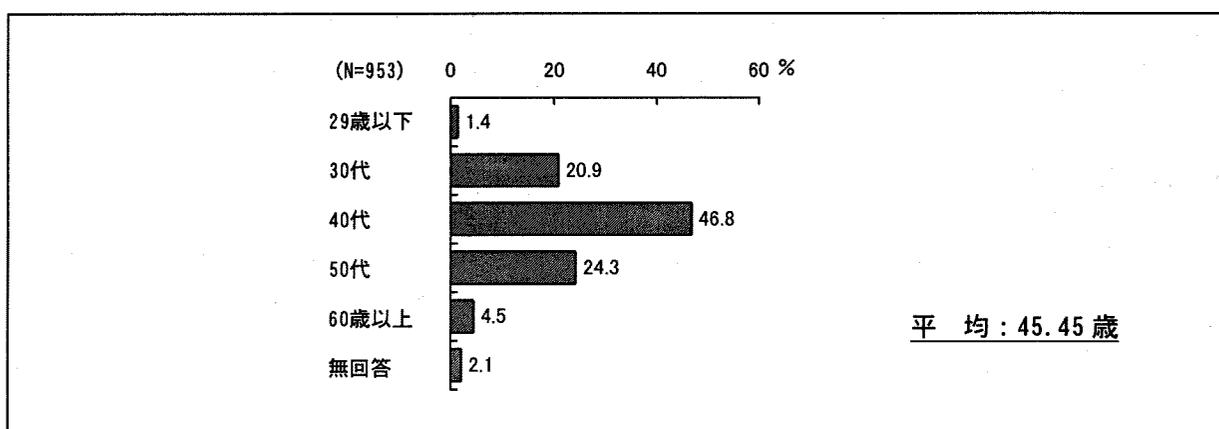
# I

## 回答者の概要

### 1. 性別



### 2. 年齢



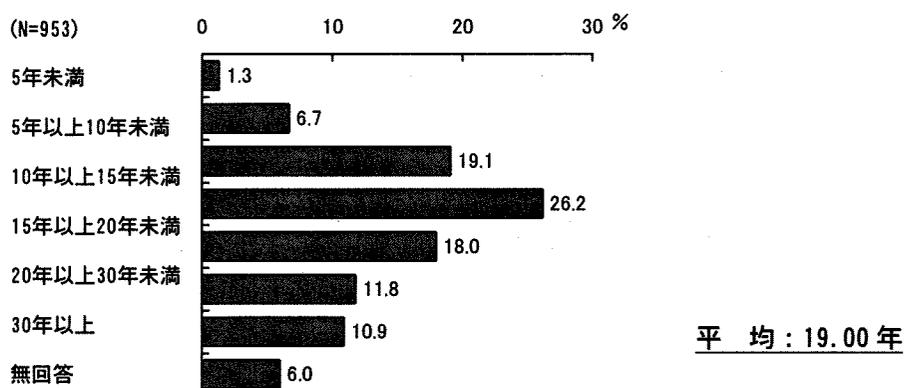
回答者は、97.8%とほとんどが女性である。

年齢別にみると、40代が46.8%と最も多く、次いで50代が24.3%、30代が20.9%となっている。

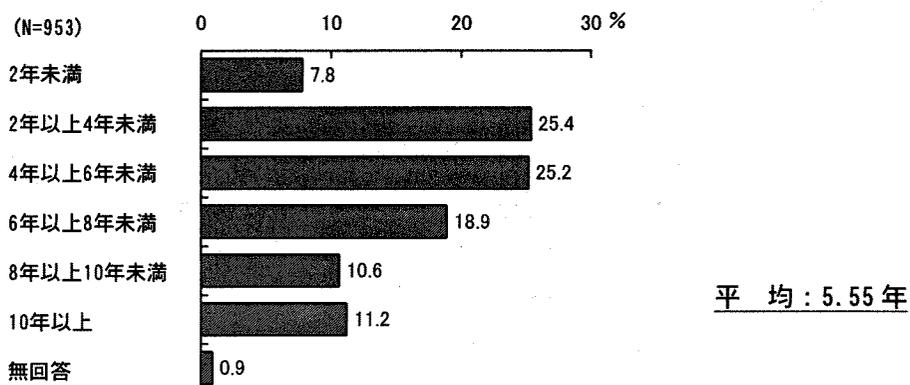
また、回答者の平均年齢は45.45歳である。

### 3. 臨床経験年数

#### 1) 看護職としての臨床経験年数



#### 2) 訪問看護師としての経験年数



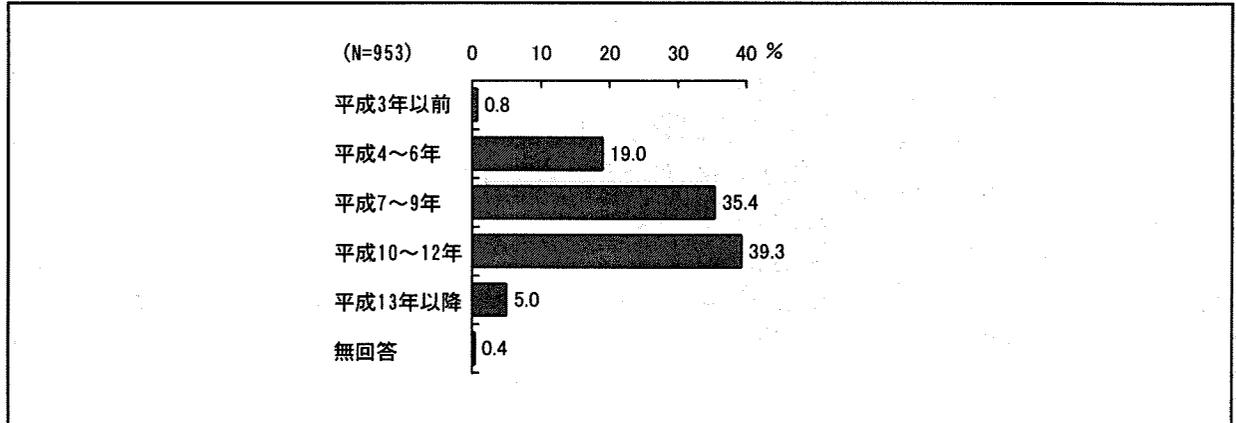
看護職としての臨床経験年数は、「15年以上20年未満」が26.2%と最も多く、以下「10年以上15年未満」が19.1%、「20年以上30年未満」が18.0%、「20年以上30年未満」が11.8%、「30年以上」が10.9%の順で、平均経験年数は19.00年となっている。

訪問看護師としての経験年数は、「2年以上4年未満」が25.4%、「4年以上6年未満」が25.2%と僅差で並んでおり、以下「6年以上8年未満」が18.9%、「10年以上」が11.2%、「8年以上10年未満」が10.6%と続く。平均経験年数は5.55年となっている。

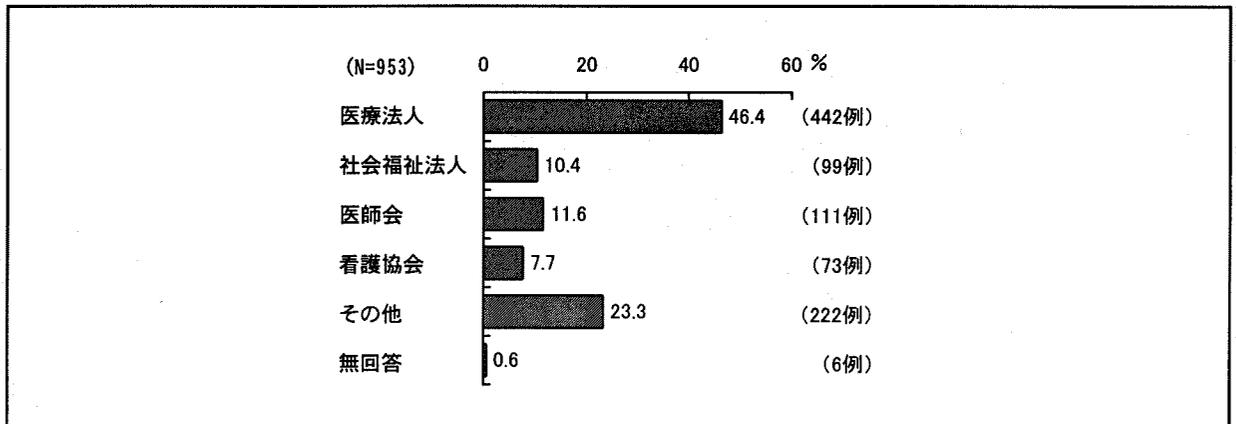
## Ⅱ

## 訪問看護事業所の概要

### 1. 事業所開設年



### 2. 設置主体

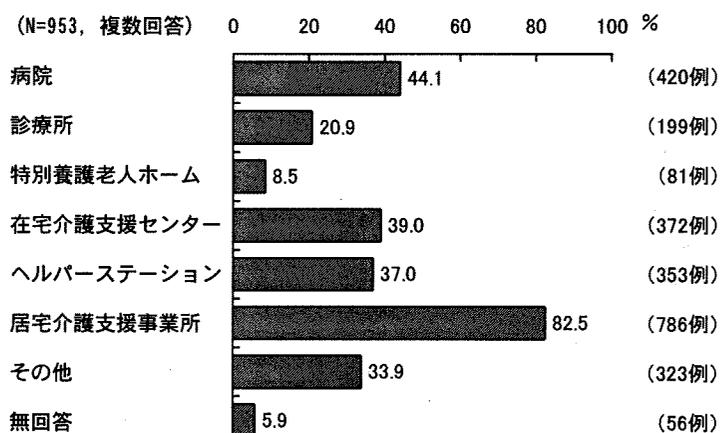


訪問看護事業所の開設年は、「平成10～12年」が最も多く、39.3%とほぼ4割を占め、次いで「平成7年～9年」が35.4%となっている。両者の合計は74.7%で、訪問看護事業所のほぼ4分の3が、平成7年から12年までの間に開設されている。

また、訪問看護事業所の設置主体は、「医療法人」が46.4%と半数弱を占め、以下「その他」が23.3%、「医師会」が11.6%、「社会福祉法人」が10.4%、「看護協会」が7.7%の順となっている。

### 3. 併設施設

設置主体と同一法人としてある併設施設（該当するもの全てに○をつけてください）

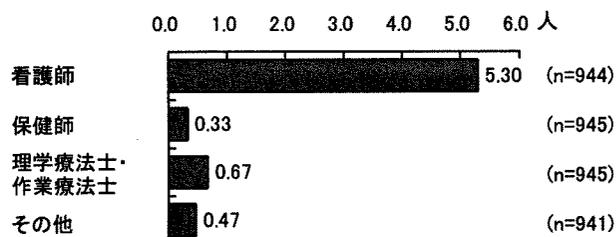


訪問看護事業所の、設置主体と同一法人としてある併設施設をみると、「居宅介護支援事業所」が最も多く 82.5%、以下「病院」が 44.1%、「在宅介護支援センター」が 39.0%、「ヘルパーステーション」が 37.0%、「その他」が 33.9%、「診療所」が 20.9%、「特別養護老人ホーム」が 8.5% の順となっている。

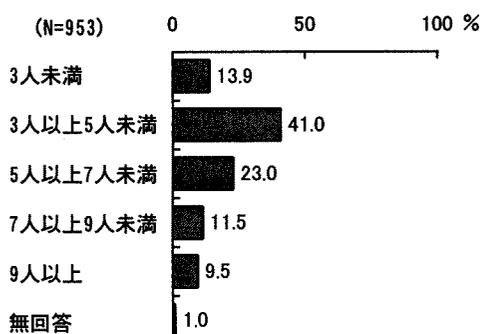
## 4. 職員数

常勤換算数～平成14年8月1日現在～

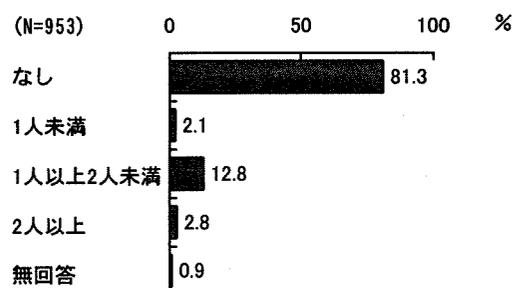
《平均（職種別）》



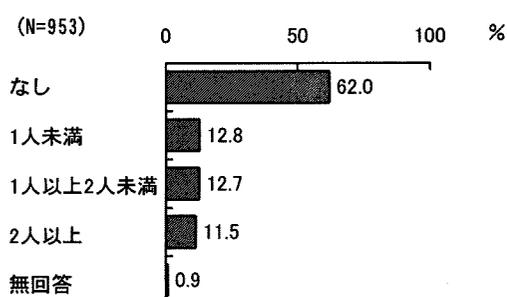
### 1) 看護師



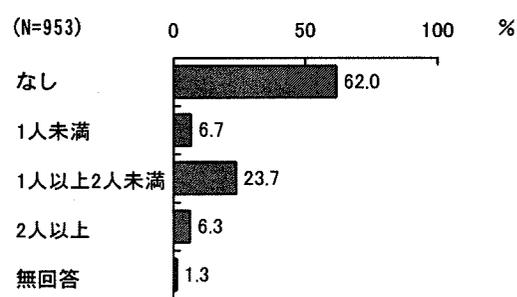
### 2) 保健師



### 3) 理学療法士・作業療法士



### 4) その他

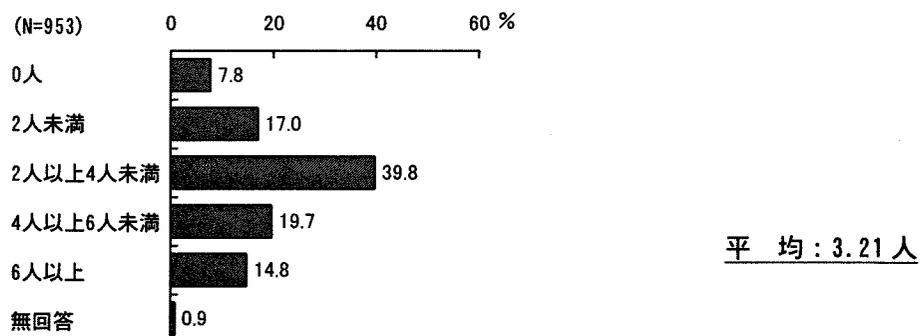


職員数を、常勤換算でみると、平均人数が最も多いのは「看護師」で5.30人、次いで「理学療法士・作業療法士」が0.67人、「その他」が0.47人、「保健師」が0.33人となっている。

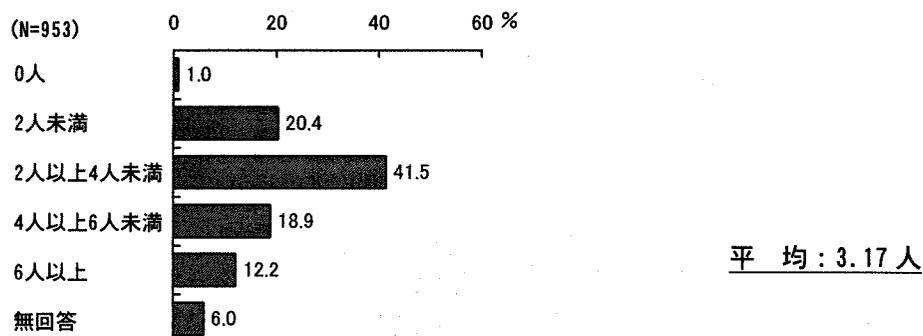
職種別にみると、「看護師」は「3人以上5人未満」の事業所が最も多く41.0%、次いで「5人以上7人未満」が23.0%となっている。「保健師」、「理学療法士・作業療法士」、「その他」については、いずれも「なし」の事業所が最も多く、それぞれ81.3%、62.0%、62.0%となっているが、実際に職員がいるケースに着目すると、「保健師」では「1人以上2人未満」が12.8%、「理学療法士・作業療法士」では「1人未満」が12.8%、「1人以上2人未満」が12.7%、「2人以上」が11.5%、「その他」では「1人以上2人未満」が23.7%などとなっている。

## 5. 介護支援専門員（ケアマネージャー）の資格をもつ職員

### 1) 介護支援専門員（ケアマネージャー）の資格をもつ職員数



### 2) このうち看護師免許をもつ職員数



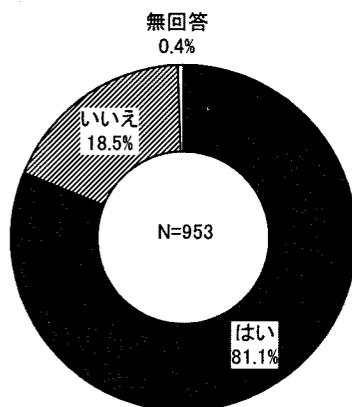
介護支援専門員（ケアマネージャー）の資格をもつ職員数は、「2人以上4人未満」が39.8%とほぼ4割を占め最も多く、これに「4人以上6人未満」が19.7%、「2人未満」が17.0%で続き、平均では3.21人となっている。

また、このうち看護師免許をもつ職員数は、「2人以上4人未満」が41.5%で最も多く、これに「2人未満」が20.4%、「4人以上6人未満」が18.9%で続き、平均では3.17人となっている。

## 6. 24時間連絡体制・緊急時訪問看護体制

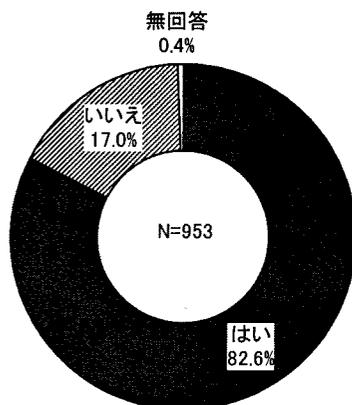
### 1) 24時間連絡体制

貴訪問看護事業所は、24時間連絡体制をとっていますか。



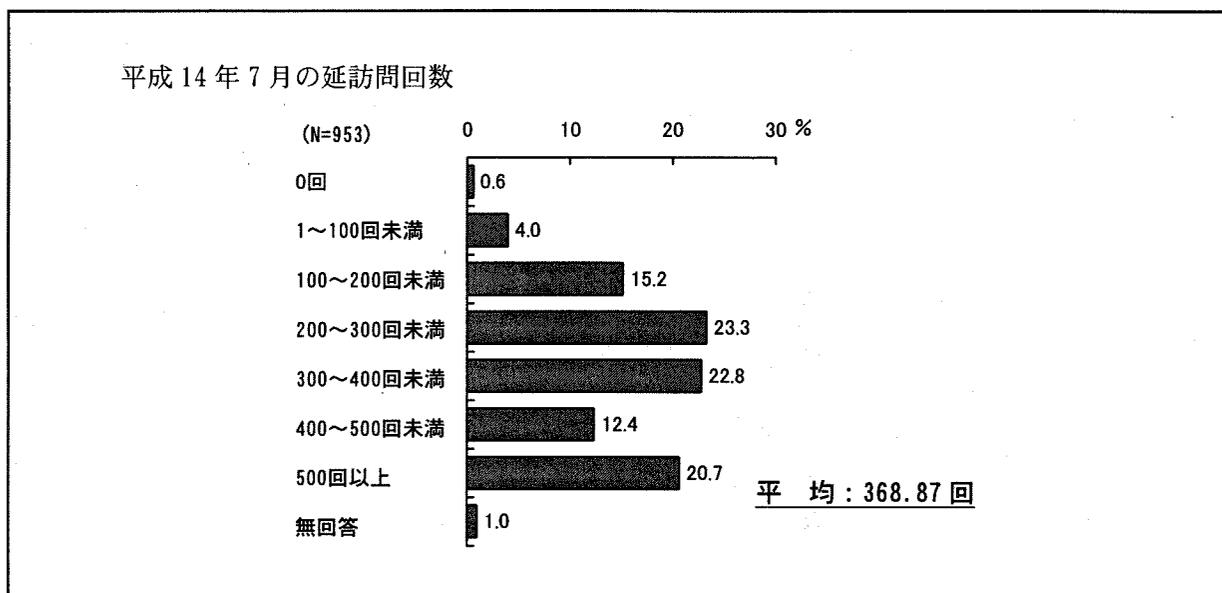
### 2) 緊急時訪問看護体制

貴訪問看護事業所は、緊急時訪問看護体制をとっていますか。



24時間連絡体制及び緊急時訪問看護体制をとっているか否かについては、それぞれ「はい」と回答した割合が81.1%、82.6%であり、8割強の訪問看護事業所で24時間連絡体制及び緊急時訪問看護体制がとられていることになる。

## 7. 1ヶ月の延訪問回数

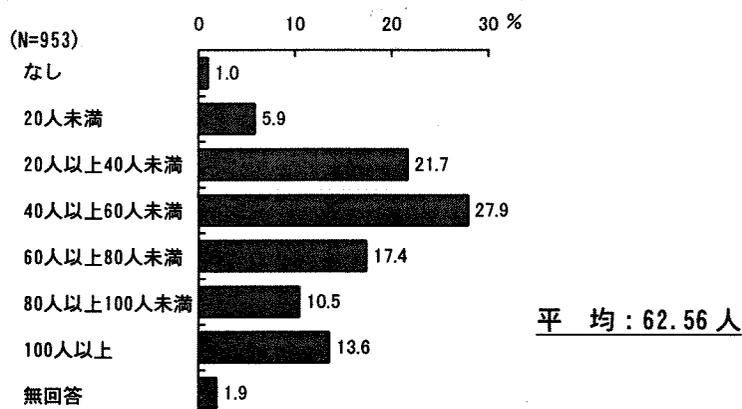


1ヶ月間の延訪問回数(平成14年7月)は、「200~300回未満」が23.3%、「300~400回未満」が22.8%、「500回以上」が20.7%と僅差で並んでおり、平均では368.87回となっている。

## 8. 1ヶ月間の利用者数

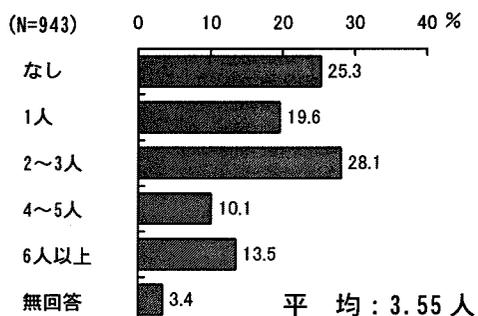
### 1) 1ヶ月間の利用者数

平成14年7月（7月1日から7月31日迄）の1ヶ月の利用者数



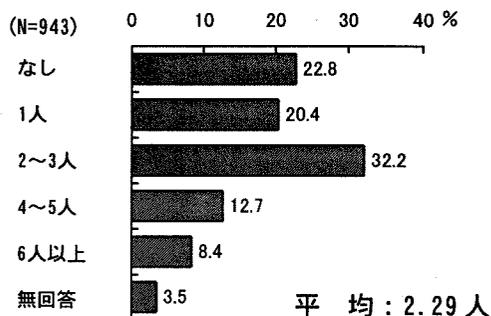
### 2) 入院中に訪問看護の依頼があった利用者数

平成14年7月の利用者のうち、入院中に訪問看護の依頼があった利用者数



### 3) 新規利用者数

平成14年7月の利用者のうち新規利用者数

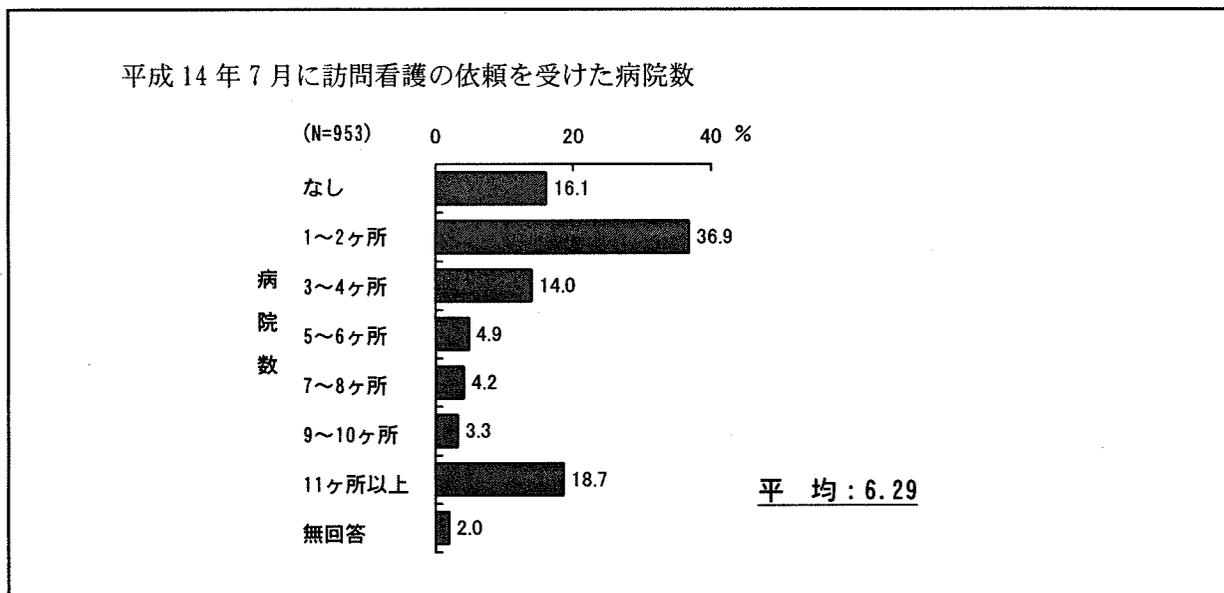


1事業所あたりの1ヶ月間の利用者数（平成14年7月1日から7月31日迄）は、「40人以上60人未満」が27.9%で最も多く、次いで「20人以上40人未満」が21.7%、「60人以上80人未満」が17.4%で続き、1ヶ月間の平均利用者数は62.56人となっている。

このうち、入院中に訪問看護の依頼があった利用者数は、「2~3人」が28.1%で最も多く、これに「なし」が25.3%、「1人」が19.6%で続き、その平均は3.55人であった。

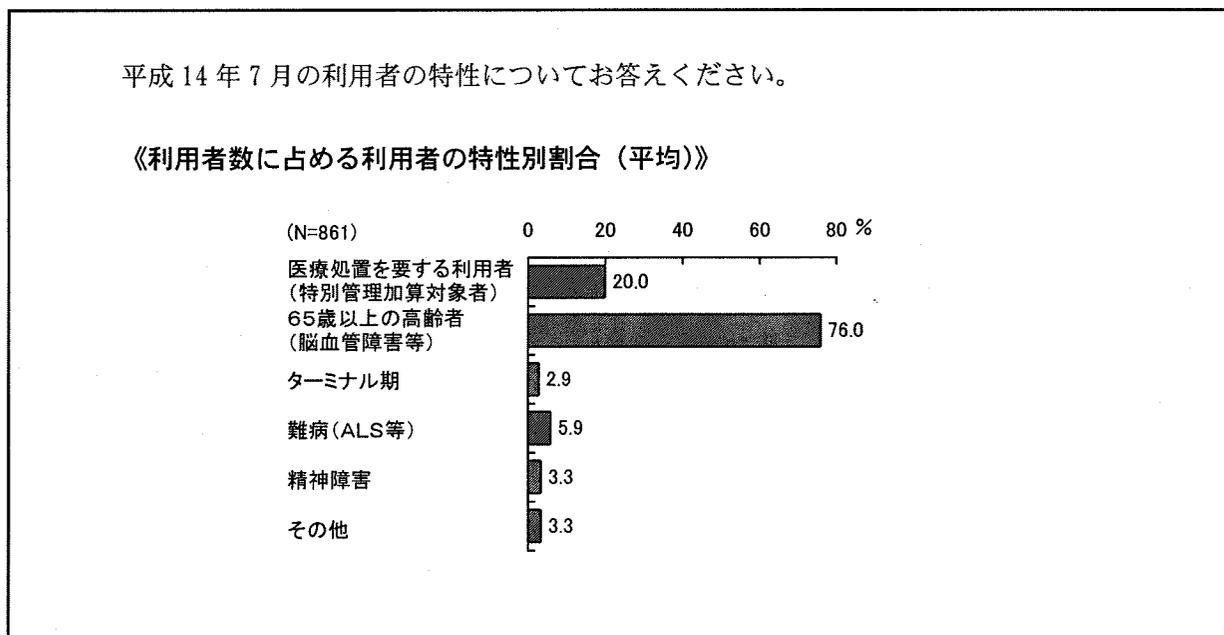
新規利用者数をみると、「2~3人」が32.2%で最も多く、これに「なし」が22.8%、「1人」が20.4%で続き、平均新規利用者数は2.29人となっている。

## 9. 1ヶ月間の新規訪問看護の依頼を受けた病院数



1ヶ月間で病院からの新規訪問看護の依頼を受けた数（平成14年7月）は、「1~2」が最も多く36.9%、これに「11以上」が18.7%、「3~4」が14.0%、「なし」が16.1%で続き、平均では6.29ヶ所となっている。

## 10. 利用者の特性



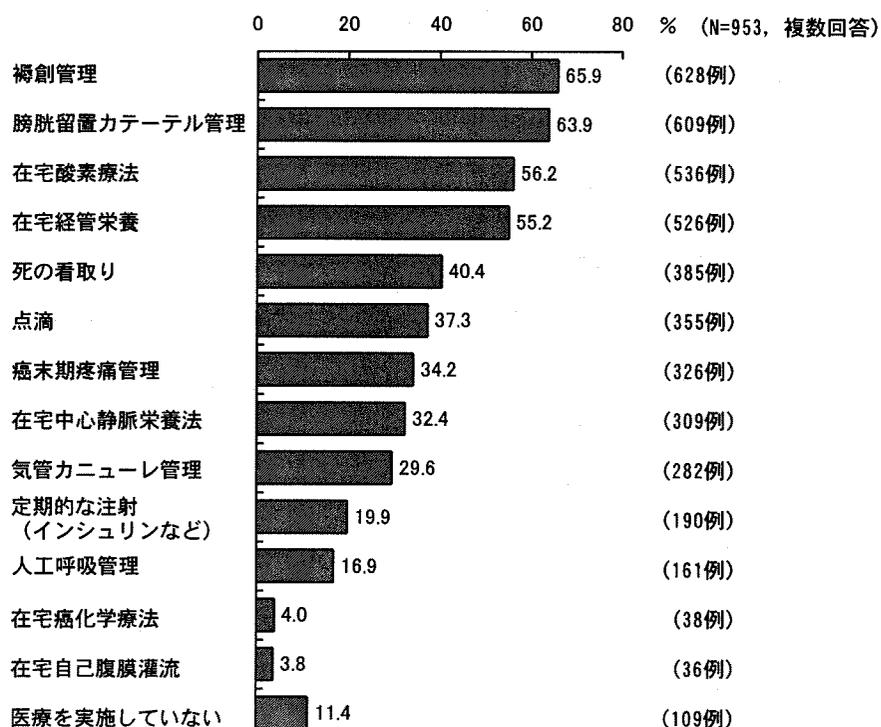
利用者の特性（平成14年7月）は、「65歳以上の高齢者」が最も多く76.0%、これに「医療処置を要する利用者」が20.0%、「難病」が5.9%などとなっている。

### Ⅲ

## 入院中訪問依頼のあった利用者について

### 1. 在宅で実施した医療処置

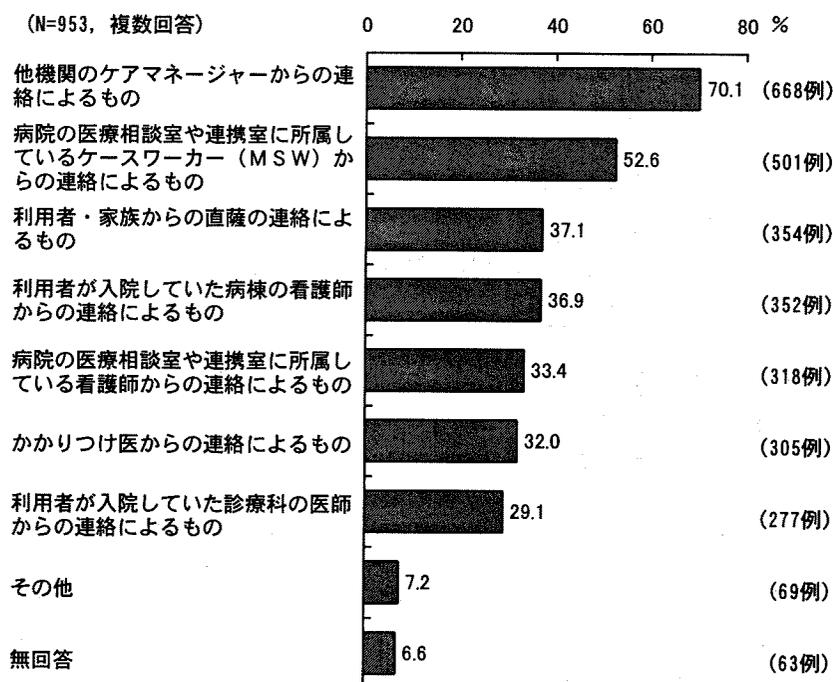
過去4ヶ月間で入院中に訪問看護の依頼のあった利用者に対して、在宅で実施した医療処置について、該当するもの全てに○をつけてください。



過去4ヶ月間（平成14年4月1日から7月31日まで、以下同じ）で入院中に訪問看護の依頼のあった利用者に対して、在宅で実施した医療処置は、「褥創管理」が65.9%で最も多く、これに「膀胱留置カテーテル管理」が63.9%と続き、以下「在宅酸素療法」が56.2%、「在宅経管栄養」が55.2%、「死の看取り」が40.4%、「点滴」が37.3%、「癌末期疼痛管理」が34.2%、「在宅中心静脈栄養法」が32.4%の順となっている。

## 2. 訪問看護の依頼経路

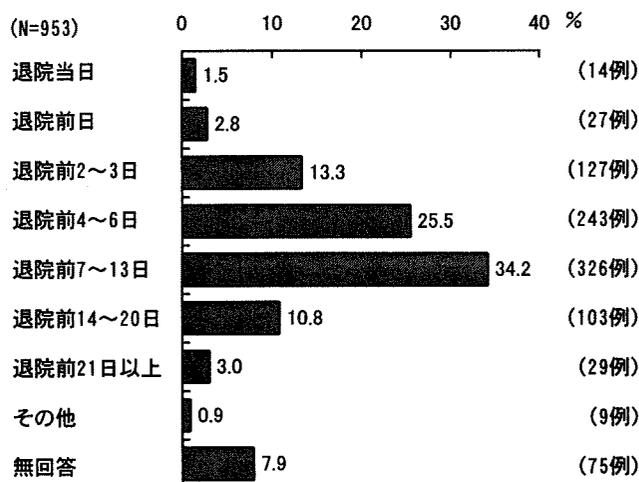
過去4ヶ月間で入院中に訪問看護の依頼があった利用者に対して、病院から事業所への依頼経路について、該当するもの全てに○をつけてください。



過去4ヶ月で入院中に訪問看護の依頼があった利用者に対しての、病院から事業所への依頼経路は、「他機関のケアマネージャーからの連絡によるもの」が70.1%で最も多く、以下「病院の医療相談室や連携室に所属しているケースワーカー (MSW) からの連絡によるもの」が52.6%、「利用者・家族からの直接の連絡によるもの」が37.1%、「利用者が入院していた病棟の看護師からの連絡によるもの」が36.9%の順となっている。

### 3. 訪問看護の依頼時期

過去4ヶ月間で入院中に訪問看護の依頼のあった利用者に対して、病院から事業所へ訪問看護が依頼された時期で最も多かった時期を1つ選び、○をつけてください。

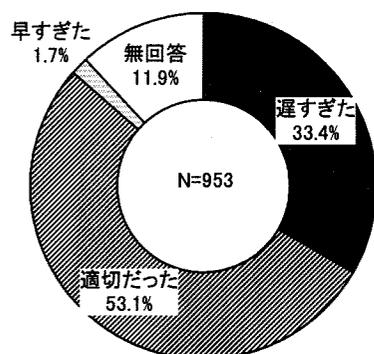


過去4ヶ月間で、入院中に訪問看護の依頼のあった利用者に対して、病院から事業所へ訪問看護が依頼された時期で最も多かった時期は、「退院前7～13日」が34.2%で最も多く、これに「退院前4～6日」が25.5%、「退院前2～3日」が13.3%、「退院前14～20日」が10.8%が続いている。

#### 4. 依頼時期について

##### 1) 依頼時期は適切か

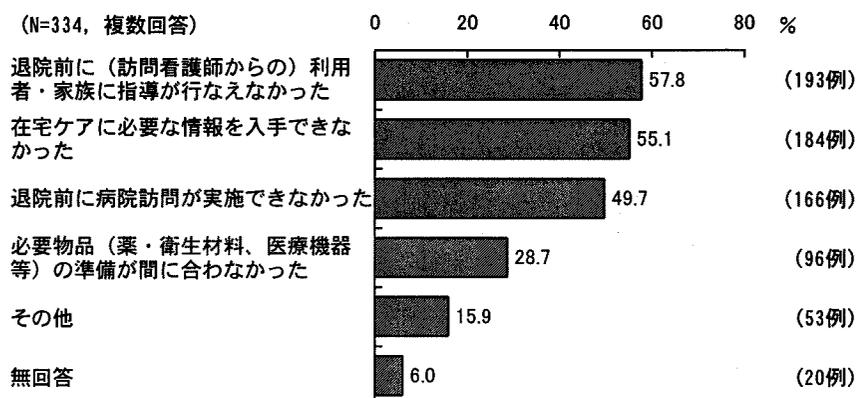
依頼時期は、在宅ケアへの準備をするために適切な時期でしたか。



##### 2) 依頼時期が適切でない理由

「依頼時期が遅すぎた」あるいは「依頼時期が早すぎた」理由について、該当するもの全てに○をつけてください。

(N=334, 複数回答)



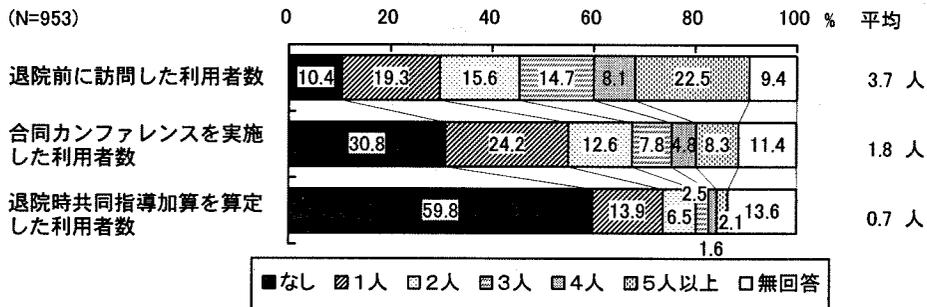
訪問看護の依頼時期が、在宅ケアの準備をするために適切な時期であったか否かについては、「適切だった」が53.1%と半数強を占め、「遅すぎた」は33.4%、「早すぎた」は1.7%となっている。

また、「依頼時期が遅すぎた」あるいは「依頼時期が早すぎた」と回答があった、334のケースについてその理由を尋ねたところ、「退院前に(訪問看護師からの)利用者・家族に指導が行えなかった」が57.8%で最も多く、これに「在宅ケアに必要な情報を入手できなかった」が55.1%、「退院前に病院訪問ができなかった」が49.7%、「必要物品(薬・衛生材料・医療機器等)の準備が間に合わなかった」が28.7%で続いている。

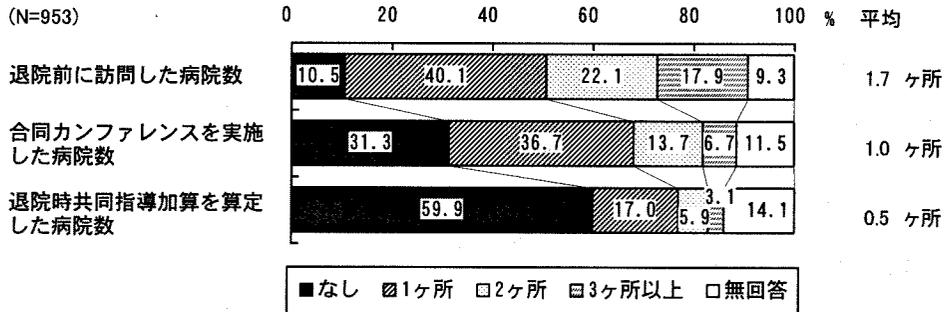
## 5. 退院前訪問の実施状況

過去4ヶ月間で入院中に訪問看護の依頼のあった利用者のうち、退院前訪問の実施状況についてお伺いいたします。

### 1) 退院前訪問を実施した利用者数



### 2) 退院前訪問を実施した病院数



※退院前訪問とは、退院前に訪問看護師が直接病院へ行き、利用者・家族及び病院看護師から必要な情報収集を行うこと

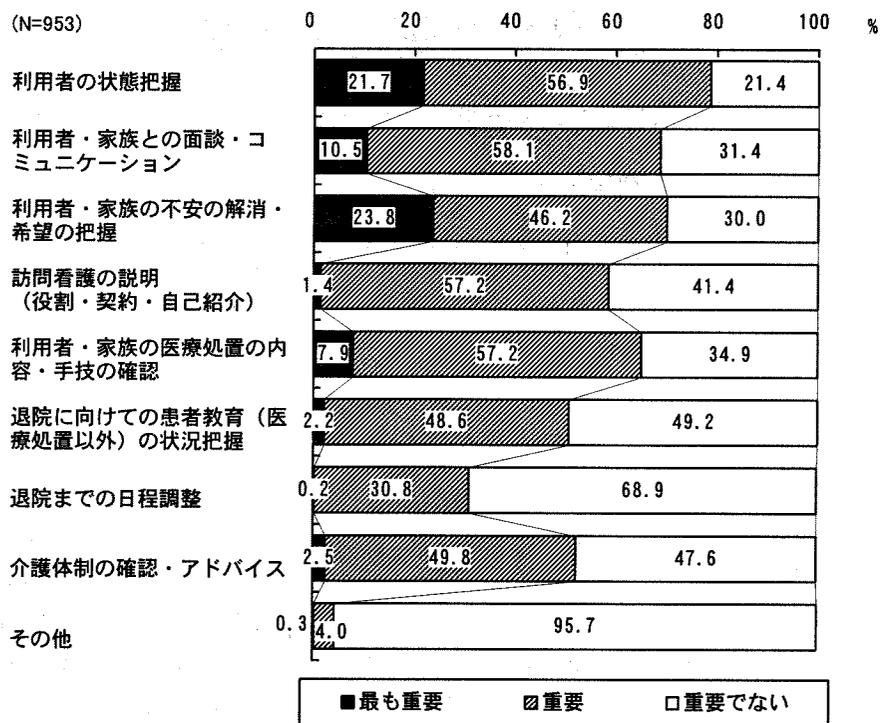
※合同カンファレンスとは、他職種・他機関による支援が予測される利用者に職種間のサービス調整等を目的にした退院前に行われるカンファレンスを言う。

過去4ヶ月間で入院中に訪問看護の依頼のあった利用者のうち、退院前訪問を実施した利用者数をみる。“退院前に訪問した利用者数”は「5人以上」が22.5%と最も多く、次いで「1人」が19.3%、「2人」が15.6%などとなっており、平均利用者数は3.7人であった。“合同カンファレンスを実施した利用者数”は「なし」が30.8%と最も多く、次いで「1人」が24.2%、「2人」が12.6%などとなっており、平均利用者数は1.8人であった。“退院時共同指導加算を算定した利用者数”は「なし」が59.8%と最も多く、次いで「1人」が13.9%、「2人」が6.5%などとなっており、平均は0.7人であった。

## 5. 退院前訪問の実施状況

### 3) 退院前訪問を実施した目的

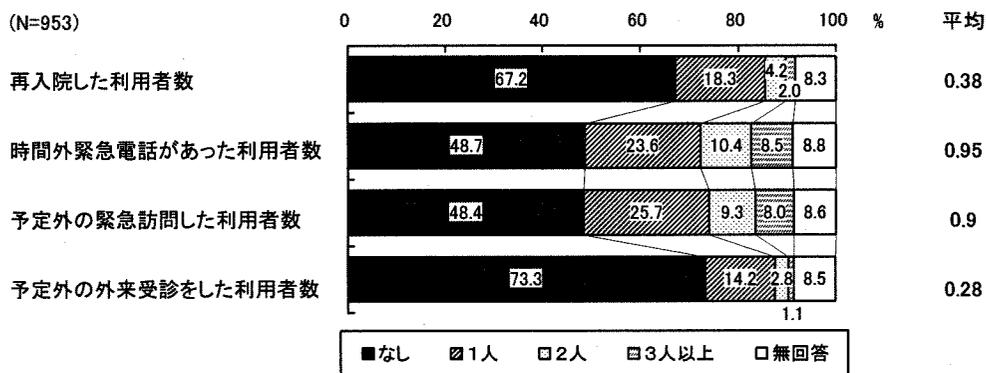
退院前訪問を実施した目的として、重要なものに○を（複数可）、そのうち最も重要と思われる項目1つに◎をつけてください。



退院前訪問を実施した目的を尋ねたところ、「利用者の状態把握」（78.6%）、「利用者・家族の不安の解消・希望の把握」（70.0%）、「利用者・家族との面談・コミュニケーション」（68.6%）の順で重要度が高くなっている。また、最も重要と思われる項目としては「利用者・家族の不安の解消・希望の把握」（23.8%）、「利用者の状態把握」（21.7%）、「利用者・家族との面談・コミュニケーション」（10.5%）などが上位にあがっている。

## 6. 退院後1週間以内の利用者の状況

過去4ヶ月間の利用者のうち、退院後1週間以内の状況について伺います。  
(利用者がいない場合は0と記入して下さい。)



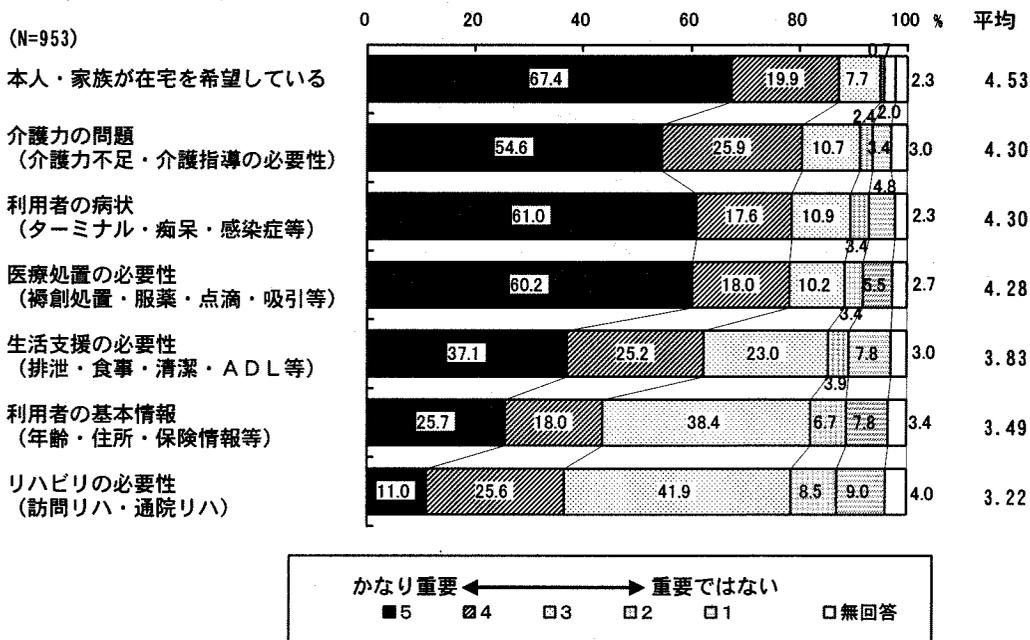
過去4ヶ月間の利用者のうち、退院後1週間以内の状況について尋ねた。“再入院した利用者数”は「なし」が67.2%と最も多く、次いで「1人」が18.3%、「2人」が4.2%などとなっており、平均利用者数は0.38人であった。“時間外緊急電話があった利用者数”は「なし」が48.7%と最も多く、次いで「1人」が23.6%、「2人」が10.4%などとなっており、平均利用者数は0.95人であった。“予定外の緊急訪問した利用者数”は「なし」が48.4%と最も多く、次いで「1人」が25.7%、「2人」が9.3%などとなっており、平均利用者数は0.9人であった。“予定外の外来受診をした利用者数”は「なし」が73.3%と最も多く、次いで「1人」が14.2%、「2人」が2.8%などとなっており、平均は0.28人であった。

# IV

## 利用者の受け入れ可否を判断する情報

### 1. 医療処置を要する利用者を受け入れる場合

医療処置を要する利用者（特別管理加算対象者）を受け入れる場合、下記の情報は受け入れの可否を判断するためにどの程度重要と考えますか。最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

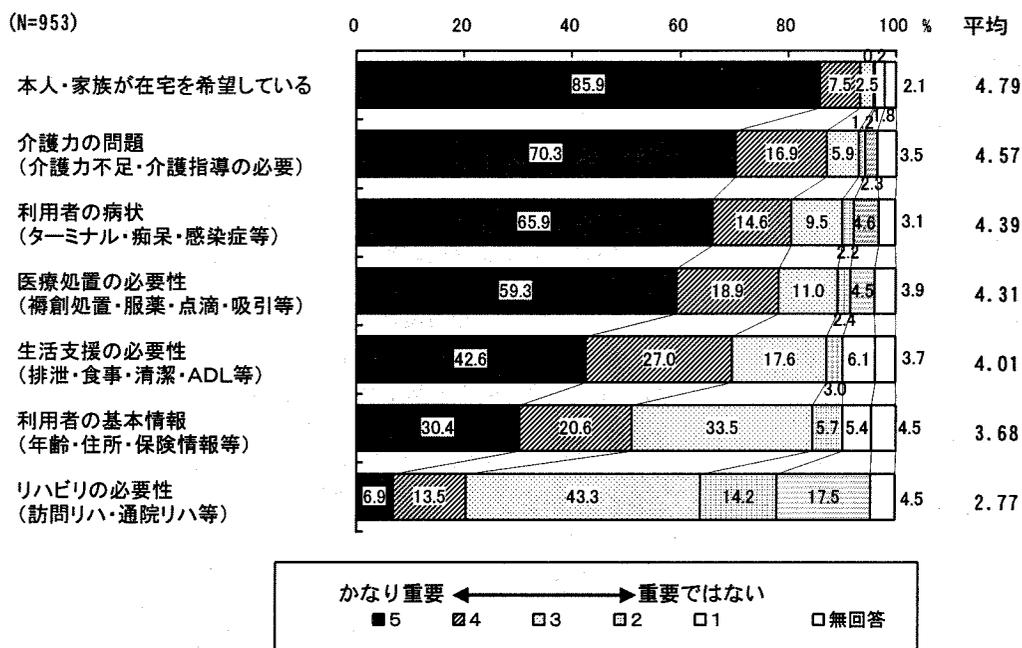


医療処置を要する利用者（特別管理加算対象者）を受け入れる場合、受け入れの可否を判断するための情報の重要度を、「かなり重要」を5点とし、「重要ではない」を1点とした、5段階評価で尋ねた。

平均点を集計したところ、「本人・家族が在宅を希望している」が4.53点で最も高く、以下「利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）」、「介護力の問題（介護力不足・介護指導の必要性）」がともに4.30点、「医療処置の必要性（褥創処置・服薬・点滴・吸引等）」が4.28点、「生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）」が3.83点、「利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）」が3.49点、「リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ）」が3.22点の順となっている（「その他、必要な情報」を除く）。

## 2. ターミナル期の利用者を受け入れる場合

ターミナル期の利用者を受け入れる場合、下記の情報は受け入れの可否を判断するためのどの程度重要と考えますか。最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

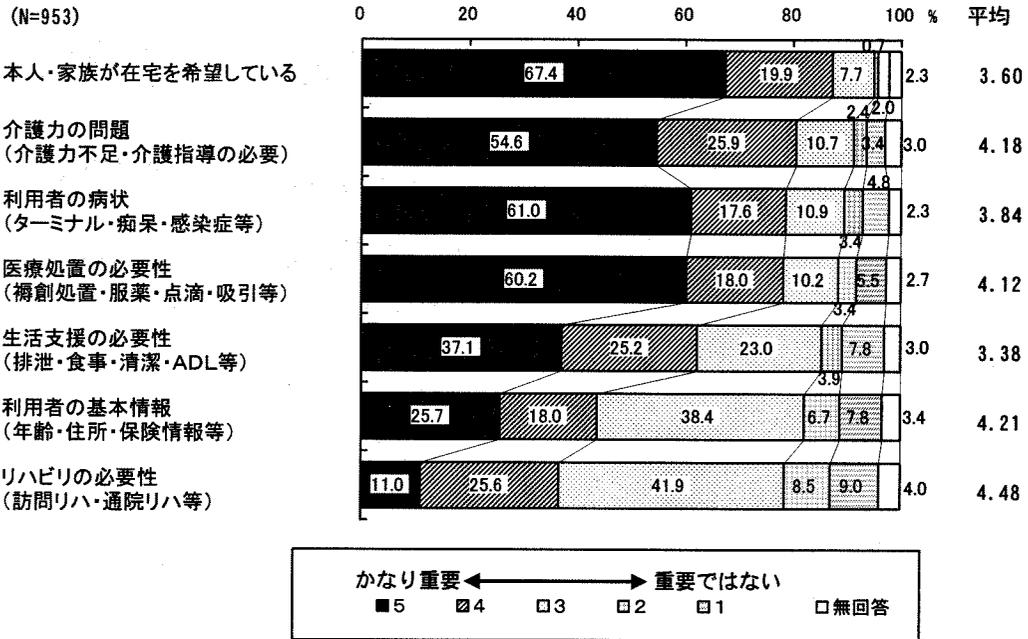


ターミナル期の利用者を受け入れる場合、受け入れの可否を判断するための情報の重要度を、「かなり重要」を5点とし、「重要ではない」を1点とした、5段階評価で尋ねた。

平均点を集計したところ、「本人・家族が在宅を希望している」が4.79点で最も高く、以下「介護力の問題（介護力不足・介護指導の必要性）」が4.57点、「利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）」が4.39点、「医療処置の必要性（褥創処置・服薬・点滴・吸引等）」が4.31点、「生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）」が4.01点、「利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）」が3.68点、「リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ）」が2.77点の順となっている（「その他、必要な情報」を除く）。

### 3. 利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合

利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、下記の情報は受け入れの可否を判断するためにどの程度重要と考えますか。最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

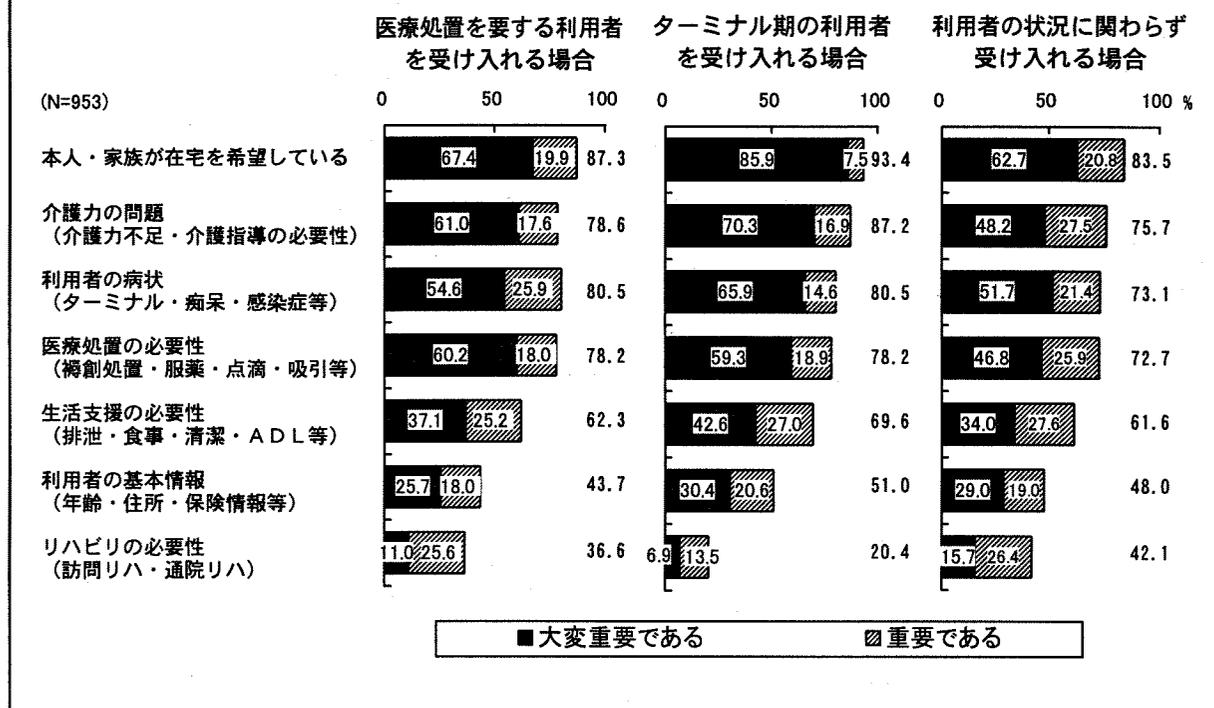


利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、受け入れの可否を判断するための情報の重要度を、「かなり重要」を5点とし、「重要ではない」を1点とした、5段階評価で尋ねた。

平均点を集計したところ、「本人・家族が在宅を希望している」が4.48点で最も高く、以下以下「介護力の問題（介護力不足・介護指導の必要性）」が4.21点、「利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）」が4.18点、「医療処置の必要性（褥創処置・服薬・点滴・吸引等）」が4.12点、「生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）」が3.84点、「利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）」が3.60点、「リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ）」が3.38点の順となっている（「その他、必要な情報」を除く）。

#### 4. 受け入れ可否を判断する情報～比較～

利用者を受け入れる場合、受け入れの可否を判断するための情報について、重要である(1, 2)について比較した。



利用者の受け入れ可否を判断する情報について、医療処置を要する利用者(特別管理加算対象者)、ターミナル期の利用者、利用者の状況に関わらないという3つのケースにおいて「大変重要である」と「重要である」で比較した。

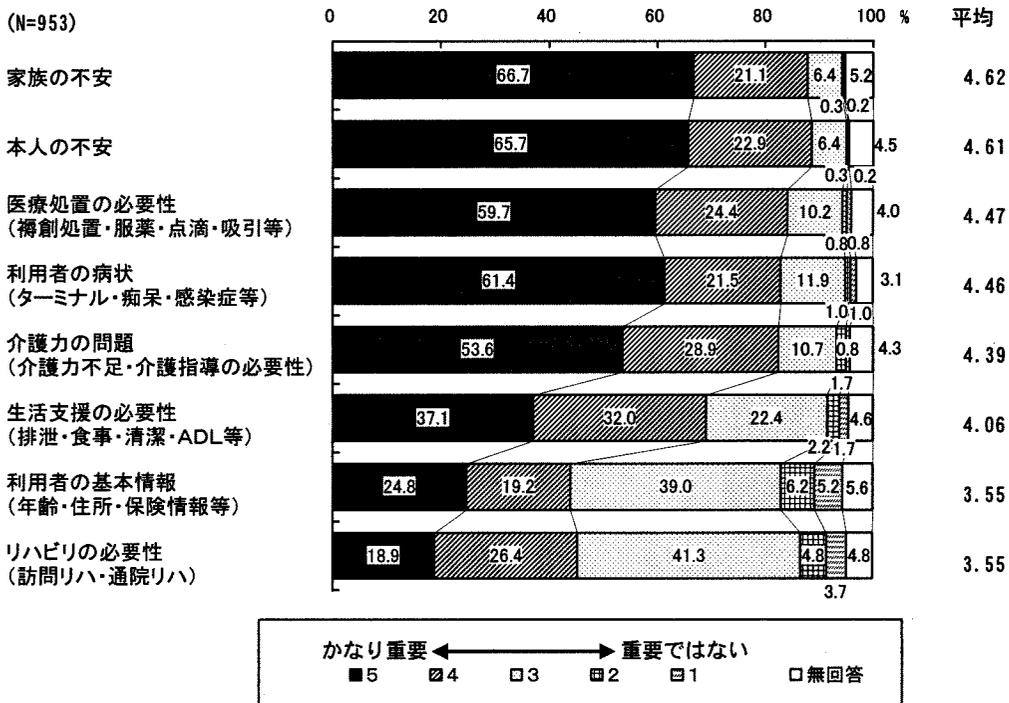
医療処置を要する利用者(特別管理加算対象者)の平均点を集計したところ、「本人・家族が在宅を希望している」が4.53点で最も高く、以下「利用者の病状」、「介護力の問題」がともに4.30点、「医療処置の必要性」が4.28点、「生活支援の必要性」が3.83点、「利用者の基本情報」が3.49点、「リハビリの必要性」が3.22点の順となっている。

ターミナル期の利用者の平均点を集計したところ、「本人・家族が在宅を希望している」が4.79点で最も高く、以下「介護力の問題」が4.57点、「利用者の病状」が4.39点、「医療処置の必要性」が4.31点、「生活支援の必要性」が4.01点、「利用者の基本情報」が3.68点、「リハビリの必要性」が2.77点の順となっている。

利用者の状況に関わらない場合の平均点を集計したところ、「本人・家族が在宅を希望している」が4.48点で最も高く、以下「介護力の問題」が4.21点、「利用者の病状」が4.18点、「医療処置の必要性」が4.12点、「生活支援の必要性」が3.84点、「利用者の基本情報」が3.60点、「リハビリの必要性」が3.38点の順となっている(いずれも「その他、必要な情報」を除く)。

## 1. 退院前訪問の実施を決定するための情報

退院前訪問の実施を決定するために、下記の情報項目はどの程度重要と考えますか。  
最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

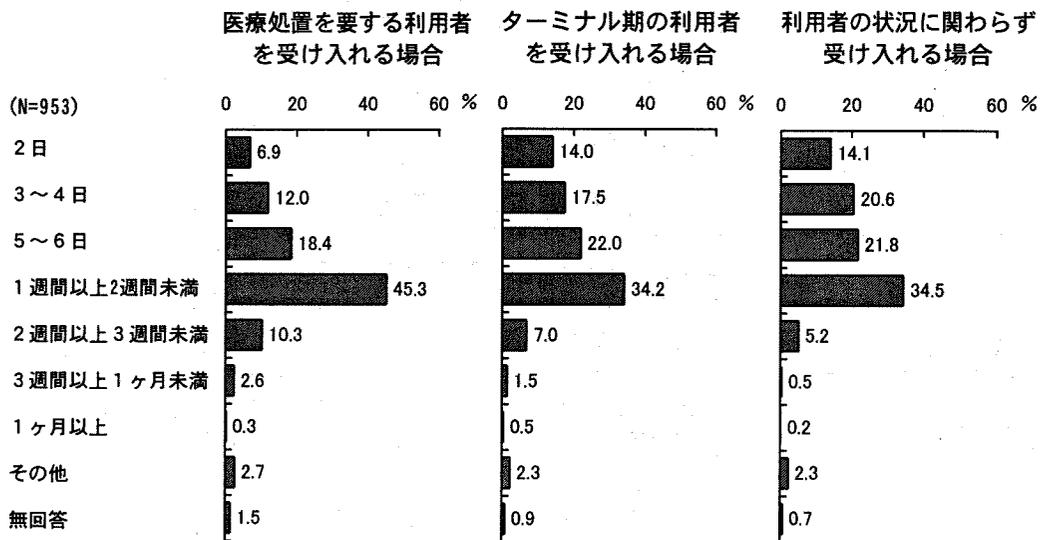


退院前訪問の実施を決定するための情報の重要度を、「かなり重要」を5点とし、「重要ではない」を1点とした、5段階評価で尋ねた。

平均点を集計したところ、「家族の不安」が4.62点で最も高く、これに「本人の不安」が4.61点と僅差で並び、以下「医療処置の必要性（褥創処置・服薬・点滴・吸引等）」が4.47点、「利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）」が4.46点、「生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）」が4.06点、「利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）」、「リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ）」がともに3.55点の順となっている（「その他、必要な情報」を除く）。

## 1. 在宅への移行に必要な準備期間

「医療処置を要する利用者（特別管理加算対象者）を受け入れる場合」、「ターミナル期の利用者を受け入れる場合」、「利用者の状況に関わらず受け入れる場合」のそれぞれについて、その準備に最低限必要な日数はどのくらいですか。最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

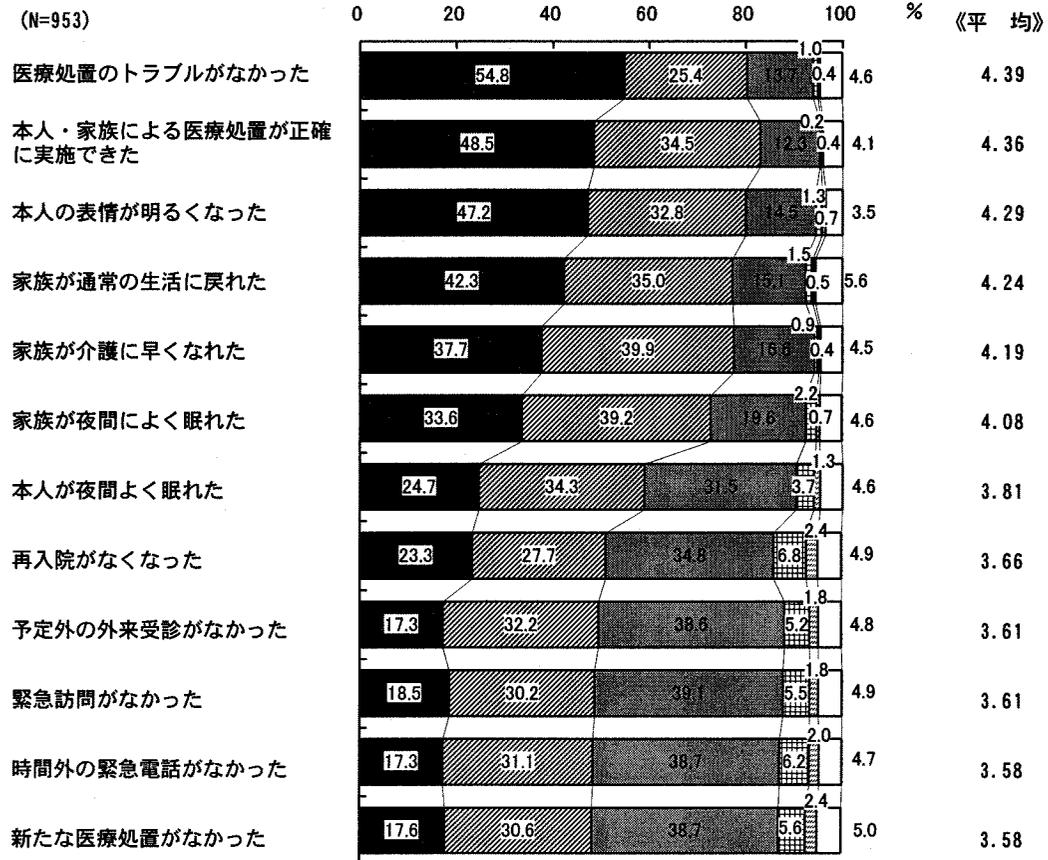


医療処置を要する利用者（特別管理加算対象者）を受け入れる場合、その準備に最低限必要な日数は「1週間以上2週間未満」が45.3%でもっとも多く、これに「5～6日」が18.4%、「3～4日」が12.0%、「2週間以上3週間未満」が10.3%が続いている。

ターミナル期の利用者を受け入れる場合、その準備に最低限必要な日数は「1週間以上2週間未満」が34.2%でもっとも多く、これに「5～6日」が22.0%、「3～4日」が17.5%、「2日」が14.0%が続いている。

利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、その準備に最低限必要な日数は「1週間以上2週間未満」が34.5%でもっとも多く、これに「5～6日」が21.8%、「3～4日」が20.6%、「2日」が14.1%が続いている。

貴訪問看護事業所では連携の良し悪しを判断する場合の指標として、以下の項目はどの程度重要と考えますか。最も該当する番号を1つ選び○をつけてください。



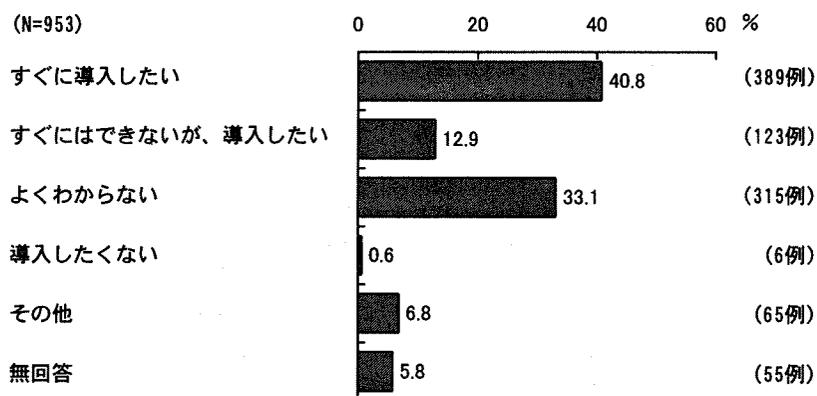
かなり重要 ← → 重要ではない  
 ■ 5 ▨ 4 ▩ 3 ▪ 2 ▫ 1 □ 無回答

連携の良し悪しを判断する場合の指標として重要と考える項目を、「かなり重要」を5点とし、「重要ではない」を1点とした、5段階評価で尋ねた。

平均点を集計したところ、「医療処置のトラブルがなかった」が4.39点で最も高く、以下「本人・家族による医療処置が性格に実施できた」が4.36点、「本人の表情が明るくなった」が4.29点、「家族が通常の生活に戻れた」が4.24点、「家族が介護に早くなれた」が4.19点、「家族が夜間によく眠れた」が4.08点の順となっている（平均点4.00点以上の項目。「その他の指標」を除く）。

## 1. 早期退院連携ガイドライン導入の意向

最後に貴訪問看護事業所では、「早期退院連携ガイドライン」を導入したいと思いますか。当てはまる番号に○をつけてください。



早期退院連携ガイドラインの導入意向については、「すぐに導入したい」が40.8%で最も多く、以下「よくわからない」が33.1%、「すぐにはできないが、導入したい」が12.9%、「導入したくない」が0.6%の順となっている。

「すぐに導入したい」、「すぐにはできないが、導入したい」を合わせると53.7%となり、半数強の事業所が導入の意向を示していることになる。

#### 4. ガイドライン作成のための根拠となるデータ

訪問看護ガイドラインで提示している各プロセスを決定の根拠を明らかにするため、以下について分析を行い、その結果をプロセスごとに示した。平成13年度に収集した事例調査データを追加分析した結果についても一部、再掲した。

## I

### 病院から訪問看護を依頼

本ガイドラインのプロセスである「病院から訪問看護の依頼をする」という段階では、地域にどのような訪問看護事業所が存在しているかというわが国における訪問看護事業所の事業所基盤について述べる。

表1に示すように、平成13年に厚生労働省が実施した「介護サービス・施設事業所調査」によると、平成13年10月1日現在、訪問看護事業所（居宅サービス事業所）は全国で4,996事業所であり、休止中を除くと全国4,825事業所である。また、開設（経営）主体別にみると、医療法人が多い。また、社会福祉・医療事業団が運営しているサイト（WAM-NET）への登録者数（平成15年3月31日現在）をみると、訪問看護は62,680となっている。

表1 介護サービス・施設事業所

	事業所数	構成割合 (%)											事業所数 (平成12年10月現在)
		総数	地方公共団体	関係団体	社会福祉法人		医療法人	社団・財団法人	協同組合	営利法人	NPO	その他	
					総数	社協(再掲)							
訪問介護	11 644	100	2	...	42	19.2	10.7	2	5	34	3.1	1.2	9 833
訪問入浴介護	2 457	100	2	...	66.3	36.2	2.6	1.1	0.9	26.1	0.8	0.1	2 269
訪問看護事業所	4 825	100	5.2	3.4	10.3	9	52.2	17.1	4.4	7	0.4	0.2	4 780
福祉用具貸与	3 839	100	0.3	...	6.3	3.9	2.5	0.4	4.3	85.4	0.3	0.5	2 685
居宅介護支援	19 890	100	6.1	...	37.4	11.2	25.6	5.3	3.7	19.5	1.2	1.2	17 176

出典) 平成13年度 厚生労働省「介護サービス・施設事業所調査」

また都道府県別では、都道府県別介護保険指定サービス事業者登録状況（表2）では全国の登録事業者が実施するサービス数の合計に占める割合は、約20%あり、地域の在宅サービスの受け皿として訪問看護事業所は重要な機能を果たしている。

表2 都道府県別介護保険指定サービス事業者登録状況（※訪問看護事業所数ではない）

	事業者数	サービス数合計	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護
全国合計	222088	350532	17452	2888	62680

出典) WAM-NET（社会福祉・医療事業団）

訪問看護事業所が事業所として病院から地域への移行をどの程度受け入れ、どのような体制を維持しているかの実績については、平成13年に厚生労働省が実施した「介護サービス・施設事業所調査」によると、居宅サービス事業所を平成13年9月中の利用人員階級別にみると、訪問看護事業所は「50人以上」が多い。

表3 居宅サービス利用人数

	総数	1～9人	10～19人	20～29人	30～39人	40～49人	50～99人	100人以上	9月中の1事業所当たり利用者数(人)	9月中の1事業所当たり利用者延数(人)
訪問介護	100	8.3	13.2	15.2	14.2	10.9	23.1	10.5	54	639.1
訪問入浴介護	100	34.6	22.5	12.8	5.9	3.7	7.6	5.4	30.5	113.8
訪問看護事業所	100	6.5	11.7	16.5	15.5	13.7	29.7	6.4	46.1	233.3

注：1) 総数には利用者数不詳の事業所を含む。  
 2) 短期入所生活介護には病床利用型の事業所を含まない。  
 3) 「9月中の1事業所当たり利用者及び利用者延数(人)」は、利用者数不詳、利用者延数不詳の事業所を除いて算出した。  
 出典)平成13年度 厚生労働省「介護サービス・施設事業所調査」

要介護度別利用者数は、訪問介護事業所が「要介護2」以下が約7割を占めているが、訪問入浴介護、訪問看護事業所は「要介護5」、「要介護4」が多くなっている。9月中の利用者1人当たり利用回(日)数をみると、訪問介護事業所は11.8回、訪問看護事業所は5.2回、通所介護事業所は5.6回となっている。

表4 要介護度別利用者数

	利用者数(人)	構成割合(%)								9月中の利用者1人当たり利用回(日)数
		総数	要支援	要介護1	要介護2	要介護3	要介護4	要介護5	その他	
訪問介護	600 313	100	16.3	35.6	17.2	9.9	8.3	8.9	3.8	11.8
訪問入浴介護	69 340	100	0.2	2.5	6.9	12.4	26.2	49.9	2	3.7
訪問看護事業所	221 005	100	2.5	14.1	14.7	12.6	15.2	22.3	18.7	5.2

出典)平成13年度 厚生労働省「介護サービス・施設事業所調査」

また、平成14年に本研究班が実施した全国調査によると、利用者のうち医療処置を実施した割合は19.9%であった。また、高齢者の割合は全利用者の75.8%と高くなっていた。

表5 利用者の割合（医療処置・高齢者・ターミナル期・難病）

変数	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
利用者のうち、医療処置を実施した割合	894.0	19.9	14.3	0	18.3	100.0
利用者のうち、高齢者の割合	883.0	75.8	25.3	0	85.3	100.0
利用者のうち、ターミナル期の患者割合	902.0	3.4	7.5	0	2.3	100.0
利用者のうち、難病患者の割合	897.0	6.2	7.3	0	4.4	75.0

出典) 平成14年度全国訪問看護ステーション調査(本研究班による)

さらに受け皿としての訪問看護事業所の特性別にみた、過去4ヶ月間(平成14年4月1日～7月31日間の実績)における医療処置の実施状況を表6に示す。それによれば、「病院」や「居宅介護支援センター」を併設している訪問看護事業所、「24時間連絡体制」や「緊急時訪問看護体制」をとっている訪問看護事業所、「保健師」や「ケアマネージャー」が所属している訪問看護事業所はそれぞれ以外の訪問看護事業所に比べ、医療処置を実施していた(P<0.05)。

表6 医療処置の実施状況

説明変数	医療処置実施の有無		合計	χ <sup>2</sup> 値	P値	
	未実施	実施				
訪問看護事業所設置主体	医療法人	53 (12.0)	389 (88.0)	442		
	社会福祉法人	13 (13.1)	86 (86.9)	99		
	医師会	11 (9.9)	100 (90.1)	111		
	看護協会	1 (1.4)	72 (98.6)	73		
	その他	29 (13.1)	193 (86.9)	222		
病院併設の有無	なし	74 (13.9)	460 (86.1)	534	6.4402	0.0112 *
	併設あり	36 (8.6)	384 (91.4)	420		
診療所併設の有無	なし	84 (11.1)	671 (88.9)	755	0.5808	0.446
	併設あり	26 (13.1)	173 (86.9)	199		
在宅介護支援センター併設の有無	なし	70 (12.0)	512 (88.0)	582	0.3615	0.5476
	併設あり	40 (10.8)	332 (89.3)	372		
ヘルパー事業所併設の有無	なし	74 (12.3)	527 (87.7)	601	0.9747	0.3235
	併設あり	36 (10.2)	317 (89.8)	353		
居宅介護支援事業所併設の有無	なし	37 (22.0)	131 (78.0)	168	22.0105	<.0001 ***
	併設あり	73 (9.3)	713 (90.7)	786		
24時間連絡体制の有無	あり	70 (9.1)	703 (90.9)	773	20.523	<.0001 ***
	なし	37 (21.0)	139 (79.0)	176		
緊急時訪問看護体制の有無	あり	75 (9.5)	712 (90.5)	787	14.0358	0.0002 ***
	なし	32 (19.8)	130 (80.2)	162		
看護師数(常勤換算)	3名以下	54 (19.9)	217 (80.1)	271		
	4-9名	45 (8.5)	486 (91.5)	531		
	10名以上	4 (6.4)	59 (93.6)	63		
保健師所属の有無	なし	98 (12.6)	677 (87.4)	775	5.0318	0.0249 *
	あり	12 (6.7)	167 (93.3)	179		
OT/PT所属の有無	なし	73 (12.4)	518 (87.6)	591	1.0277	0.3107
	あり	37 (10.2)	326 (89.8)	363		
ケアマネージャー所属の有無	なし	21 (28.4)	53 (71.6)	74	22.3231	<.0001 ***
	あり	89 (10.1)	791 (89.9)	880		
うち、看護師免許を持つケアマネージャー所属の有無	なし	19 (26.8)	52 (73.2)	71	17.4428	<.0001 ***
	あり	91 (10.3)	792 (89.7)	883		

出典) 平成14年度全国訪問看護ステーション調査(本研究班による)

また、利用者のうち、病院から直接依頼があった利用者の割合は6.7%であった。

表7 利用者の割合（病院から直接依頼・新規）

変数	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
利用者のうち、病院から直接依頼があった利用者割合	900	6.7	13.6	0	3.0	100.0
うち、新規利用者割合	901	5.0	11.0	0	3.0	100.0

出典) 平成14年度全国訪問看護ステーション調査(本研究班による)

平成13年に厚生労働省が実施した「介護サービス・施設事業所調査」によると、訪問看護事業所の常勤換算従事者数は21,534人となっていた。

表8 従事者数

	訪問介護			訪問入浴介護			訪問看護事業所		
	総数	常勤	非常勤	総数	常勤	非常勤	総数	常勤	非常勤
従事者総数	104 019 (76 973)	50 911 (40 526)	53 108 (36 447)	10 890 (9 426)	7 875 (7 252)	3 015 (2 174)	21 534 (22 302)	15 442 (15 820)	6 092 (6 482)
介護職員 (訪問介護員)	98 569	46 435	52 134	6 992	5 239	1 753	.	.	.
介護福祉士 (再掲)	17 785	15 423	2 362	1 286	1 183	103	.	.	.
ホームヘルパー 1級(再掲)	8 807	6 660	2 147	395	333	62	.	.	.
ホームヘルパー 2級(再掲)	62 314	21 162	41 152	3 032	1 989	1 043	.	.	.
ホームヘルパー 3級(再掲)	2 057	278	1 779	125	68	57	.	.	.
看護師	837	554	283	1 442	891	551	16 817	12 219	4 597
准看護師	794	489	306	1 752	1 201	552	2 689	1 881	808
理学療法士	.	.	.	.	.	.	760	489	271
作業療法士	.	.	.	.	.	.	344	243	100
その他の職員	5 451	4 476	975	704	545	159	926	611	316
サービス提供責任者 (再掲)	17 501	.	.	.	.	.	.	.	.

出典) 平成13年度 厚生労働省「介護サービス・施設事業所調査」

## 1. 利用者の受け入れ可否を判断するための情報

訪問看護の対象者として利用者を受け入れる場合に、どの程度情報を重視するかについて、1) 医療処置を要する利用者、2) ターミナル期の利用者、3) 利用者の状況に関わらず、の3つの利用者の状況に分けて、「かなり重要」から「重要ではない」までの5段階で質問した。

### (1) 医療処置を要する利用者を受け入れる場合

「利用者の基本情報」「利用者の病状」「生活支援の必要性」「医療処置の必要性」「介護力の問題」「本人・家族が在宅を希望している」については、半数以上の訪問看護事業所が「かなり重要」または「重要」と回答した。

「かなり重要」と回答した割合だけに絞ってみると、「本人・家族が在宅を希望している」「利用者の病状」「医療処置の必要性」については6割を超え、「介護力の問題」についても5割を超えた。これらは、病院から訪問看護事業所に医療処置を要する利用者を紹介する際、情報提供の必要性が特に高い項目と考えられる。

### (2) ターミナル期の利用者を受け入れる場合

「利用者の基本情報」「利用者の病状」「生活支援の必要性」「医療処置の必要性」「介護力の問題」「本人・家族が在宅を希望している」については、半数以上の訪問看護事業所が「かなり重要」または「重要」と回答した。

「かなり重要」と回答した割合だけに絞ってみると、「本人・家族が在宅を希望している」については8割を超え、「介護力の問題」については7割であった。「利用者の病状」「医療処置の必要性」についても6割の訪問看護事業所が「かなり重要」としていた。これらは、病院から訪問看護事業所にターミナル期の利用者を紹介する際、情報提供の必要性が特に高い項目と考えられる。

### (3) 利用者の状況に関わらず、利用者を受け入れる場合

「利用者の病状」「生活支援の必要性」「医療処置の必要性」「介護力の問題」「本人・家族が在宅を希望している」については、半数以上の訪問看護事業所が「かなり重要」または「重要」と回答した。

「かなり重要」と回答した割合だけに絞ってみると、「本人・家族が在宅を希望している」については6割、「利用者の病状」については5割を超える訪問看護事業所が「かなり重要」と回答していた。これらは、病院から訪問看護事業所に利用者を紹介する際、利用者の状況にかかわらず情報提供の必要性が高い項目と考えられる。

### (4) 医療処置を要する利用者、ターミナル期の利用者を受け入れる場合と

#### その他の利用者の受け入れとの比較

医療処置を要する利用者を受け入れる場合、状況によらず利用者を受け入れる場合の情報の重要度について、「かなり重要」と回答した割合で比較すると、医療処置を要する利用者を受け入れる場合、「利用者の病状」は61.0%、「医療処置の必要性」は60.2%であった一方、利用者の状況にかかわらず利用者を受け入れる場合では、「利用者の病状」は51.7%、「医療処置の必要

性」は 46.8%であった。訪問看護事業所では、医療処置を要する利用者を受け入れる場合、他の利用者よりも特に「利用者の病状」と「医療処置の必要性」について詳細な情報を必要としていることが示された。

ターミナル期の利用者を受け入れる場合、状況によらず利用者を受け入れる場合の情報の重要度について、「かなり重要」と回答した割合で比較すると、ターミナル期の利用者を受け入れる場合、「本人・家族が在宅を希望している」が 85.9%、「介護力の問題」が 70.3%であった一方、利用者の状況にかかわらず利用者を受け入れる場合では、「本人・家族が在宅を希望している」が 62.7%、「介護力の問題」が 48.2%であり、ターミナル期の利用者では、「本人・家族の在宅の希望」「介護力」についても情報を必要としていることが示された。また、「利用者の病状」が 65.9%、「医療処置の必要性」が 59.3%であり、医療処置を要する利用者と同様、これらの情報についても重要視されていた。

### Ⅲ

## 連携に必要な患者の詳細情報を提供

連携に必要と考え、退院前に訪問看護師が収集した情報情報について結果によれば、(平成 13 年度事例調査データ)退院前に入手した情報の中で、本人に関する情報を見ると、「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% (93 例)、「日常生活動作の能力」が 80.4% (90 例)などとなっている。食事・排泄・清潔状況については共に 70%を超えている一方で、「性格」「生き方・価値観」「痴呆の有無と程度」、また「外来通院の必要性」「再入院の受け入れ準備」「感染症と対応」などは 60%以下である。

家族に関する情報を見ると、「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。一方で「家族の介護知識技術習得度」「住居改造・介護用品の必要性」「経済状況」などは、40%台～50%台である。

退院前に入手した情報を入手方法別に見ると、電話口頭より文書での情報入手が明らかに多く、合同カンファレンスによる情報入手は少ない。

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。一方で文書による入手と大差がない情報は「在宅療養に対する希望」「再入院の受け入れ準備」「外来通院の必要性」「医療機器機材の調達方法」「在宅療養への家族の希望」「住居改造・介護用品の必要性」「人的サービスの必要性」である。

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。少ない情報としては「再入院の受け入れ準備」「生き方・価値観」「住居改造・介護用品の必要性」がともに 10%以下である。

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。また他の入手方法と比較して明らかに多いのが、「性格」「病状説明と理解度」である。

合同カンファレンスで入手した情報は、極端に多い情報・少ない情報はないが、「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「今後起こりうる病状の変化」、「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。

表9-1 入手方法別にみた退院前に訪問看護師が収集した情報 (平成13年度事例調査データ)

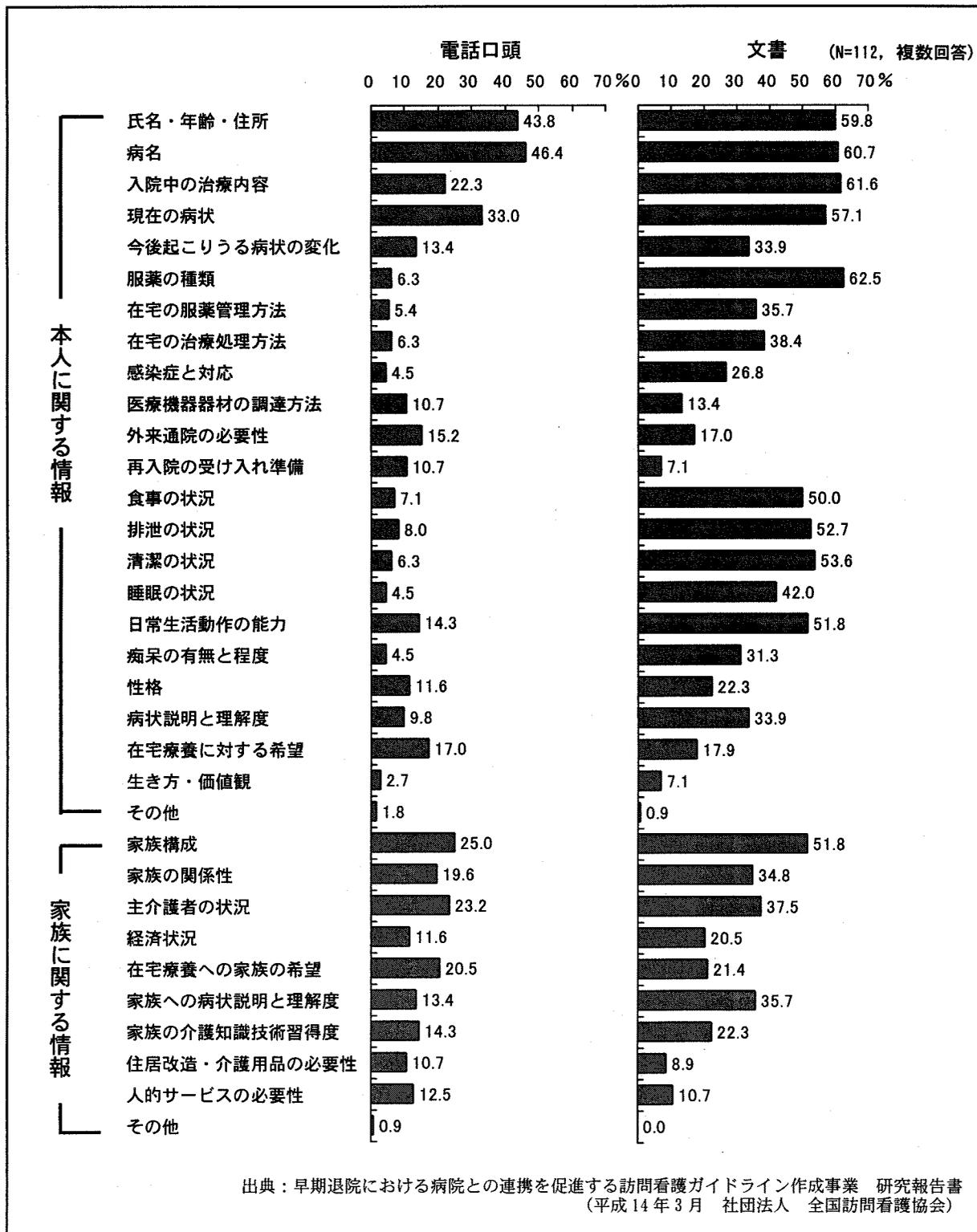
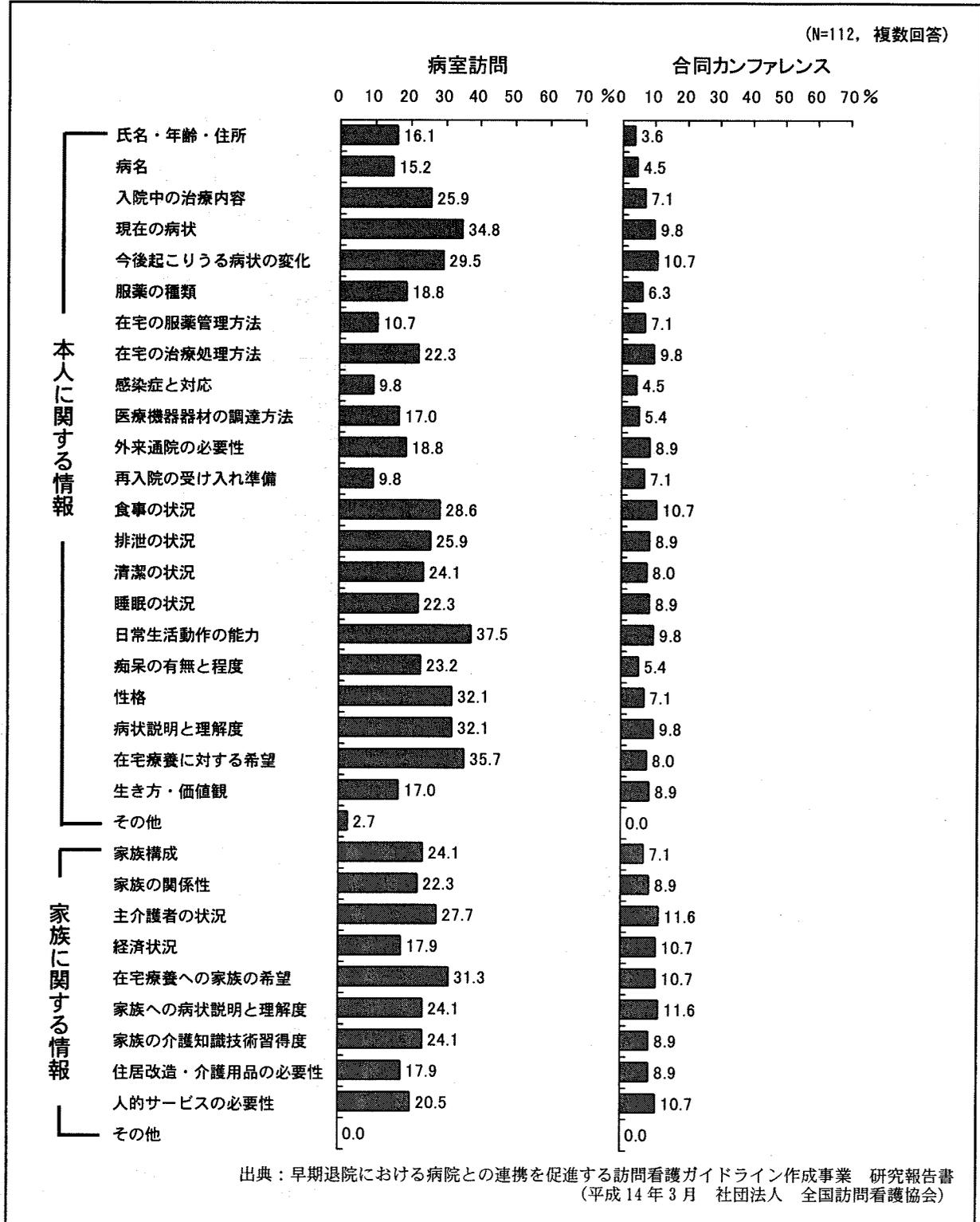


表9-2 入手方法別にみた退院前に訪問看護師が収集した情報 (平成13年度事例調査データ)



## IV

### 退院前訪問、合同カンファレンスの必要性を判断

病院との連携を進める上で、重要な情報交換の場である退院前訪問であるが、本研究班が実施したH14の全国調査によれば、病院から直接訪問看護があった利用者のうち、退院前訪問を実施した割合は33.1%、また、合同カンファレンスを実施した割合は18.1%となっている。さらに、退院前訪問を実施した利用者のうち、共同指導加算をとった割合は、19.1%であった。

表10 退院前訪問の実施

変数	N	平均値	標準偏差	最小値	中央値	最大値
病院から直接訪問看護依頼ありのうち、退院前訪問を実施した割合	112	33.1	37.4	0	4.0	100.0
病院から直接訪問看護依頼ありのうち、合同カンファレンスを実施した割合	262	18.1	32.9	0	0.0	100.0
退院前訪問を実施した利用者のうち、共同指導加算をとった割合	711	19.1	32.7	0	0.0	100.0
病院から直接訪問看護依頼ありのうち、共同指導加算をとった割合	460	6.7	21.6	0	0.0	100.0

出典)平成14年度全国訪問看護ステーション調査(本研究班による)

退院前訪問前実施・未実施の別にみた、(訪問看護側の)病院との連携の評価では、退院前訪問を実施したケースは実施していないケースに比して、訪問看護師の評価が高い傾向にあった。

表11 病院との連携の評価

	退院前訪問				All	P-Value
	未実施		実施			
	N	PctN	N	PctN		
訪問看護師による	15	25	43	73	59	0.0085
主観的評価	8	57	6	43	14	

出典)平成13年度東京および近郊にある訪問看護ステーションを利用した利用者に関する調査(本研究班による)

このような「退院前訪問をするほうがよい」とする連携の患者特性について、本研究の調査では、平成13年度東京および近郊にある訪問看護事業所を利用した利用者の特性ごとにみた、退院前訪問の実施状況でみると、ADLの低いケースほど、また訪問看護の依頼から退院までの期間が長いほど、それ以外のケースに比べ、退院前訪問を実施していた。さらに、合同カンファレンスを実施しているケースは退院前訪問を実施していた。退院前訪問実施群は、未実施群に比べ、退院日から初回訪問までの期間が短い傾向がみられた。

表12 利用者の特性別 退院前訪問の実施状況

		退院前訪問				All N	p-value* (Fisher)
		未実施		実施			
		N	%	N	%		
All		24	32	51	67	76	
性別	男性	11	39	17	61	28	
	女性	13	27	34	71	48	n. s.
痴呆	なし	12	33	23	64	36	
	あり	10	26	28	74	38	n. s.
ADLレベル	JJ	3	50	3	50	6	
	J	2	50	2	50	4	
	A	5	42	7	58	12	
	B	8	30	19	70	27	
	C	5	19	20	77	26	
要介護認定	介護認定あり	19	34	37	66	56	
	介護認定なし	11	38	18	62	29	n. s.
退院後の主治医	病院主治医	14	35	25	63	40	
	地域の医師	9	28	23	72	32	n. s.
病院病棟からの紹介	病棟以外から	13	30	30	68	44	
	病棟からの紹介	8	32	17	68	25	n. s.
合同カンファレンス実施	未実施	20	43	26	55	47	
	実施	1	5	19	95	20	<0.0001
文書による情報交換	情報交換なし	5	42	7	58	12	
	情報交換あり	19	30	44	69	64	n. s.
文書を受け取った時期	退院前	13	28	32	70	46	
	退院後	6	35	11	65	17	n. s.

出典) 平成13年度東京および近郊にある訪問看護ステーションを利用した利用者に関する調査(本研究班による)

また、訪問看護事業所の特性別に退院前訪問実施状況をみると、①設置主体が看護協会の訪問看護事業所、②24時間連絡体制をとっている訪問看護事業所、③緊急時訪問看護体制をとっている訪問看護事業所は（それぞれ以外と比して）退院前訪問を実施していた（ $P < 0.05$ ）

表13 訪問看護事業所の特性別 退院前訪問実施状況

		退院前訪問実施状況		合計	P値 <sup>1)</sup>	
		未実施	実施			
医療法人	医療法人	29 (6.6)	413 (93.4)	442	0.3988	
	以外	27 (5.3)	485 (94.7)	512		
医師会	医師会	8 (7.2)	103 (92.8)	111	0.5238	
	以外	48 (5.7)	795 (94.3)	843		
看護協会	看護協会	0 (0)	73 (100)	73	0.0175	*
	以外	56 (6.4)	825 (93.6)	881		
病院併設	なし	36 (6.7)	498 (93.3)	534	0.1966	
	併設あり	20 (4.8)	400 (95.2)	420		
診療所併設	なし	39 (5.2)	716 (94.8)	755	0.0714	
	併設あり	17 (8.5)	182 (91.5)	199		
介護支援センター併設	なし	34 (5.8)	548 (94.2)	582	0.9632	
	併設あり	22 (5.9)	350 (94.1)	372		
ヘルパー事業所併設	なし	34 (5.7)	567 (94.3)	601	0.7152	
	併設あり	22 (6.2)	331 (93.8)	353		
居宅介護支援事業所併設	なし	13 (7.7)	155 (92.3)	168	0.2564	
	併設あり	43 (5.5)	743 (94.5)	786		
24時間連絡体制	体制あり	39 (5.1)	734 (95.0)	773	0.0191	*
	なし	17 (9.7)	159 (90.3)	176		
緊急時訪問看護体制	体制あり	39 (5.0)	748 (95.0)	787	0.0064	**
	なし	17 (10.5)	145 (89.5)	162		
看護師数	3名未満	19 (7.1)	252 (93.0)	271		
	4-9名	22 (4.1)	509 (95.9)	531		
	10名以上	7 (11.1)	56 (88.9)	63		
保健師職員の有無	なし	42 (5.4)	733 (94.6)	775	0.2179	
	あり	14 (7.8)	165 (92.2)	179		
リハビリ職員 (OT/PT)の有無	なし	31 (5.3)	560 (94.8)	591	0.2949	
	あり	25 (6.9)	338 (93.1)	363		
ケアマネージャーの有無	なし	5 (6.8)	69 (93.2)	74	0.6143	
	あり	51 (5.8)	829 (94.2)	880		
看護師ケアマネージャーの有無	なし	5 (7.0)	66 (93.0)	71	0.6004	
	あり	51 (5.8)	832 (94.2)	883		

1)  $\chi^2$ 検定による検定結果（有意水準は5%未満）

データの出典）平成14年度全国訪問看護ステーション調査（本研究班による）

表14 Fisher 直接確立法による検定

<連続変数> 実データの分布等については、平成13年度の報告書の集計結果を参照

表14-1 退院日から初回訪問までの期間(wilcoxon順位和検定)

退院前訪問	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score	Pr > Chi-Square
未実施	26	1390.5	1092	99.4	53.5	
実施	57	2095.5	2394	99.4	36.8	0.0027

表14-2 訪問看護の依頼から退院までの期間(wilcoxon順位和検定)

退院前訪問	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score	Pr > Chi-Square
未実施	23	560	966	98.1	24.3	
実施	60	2926	2520	98.1	48.8	<.0001

表14-3 ADL(wilcoxon順位和検定)

退院前訪問	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score	Pr > Chi-Square
未実施	33	1182	1534.5	118.6	35.8	
実施	59	3096	2743.5	118.6	52.5	0.0029

表14-4 患者の年齢(wilcoxon順位和検定)

退院前訪問	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score	Pr > Chi-Square
未実施	33	1565.5	1551	124.5	47.4	
実施	60	2805.5	2820	124.5	46.8	0.9073

表14-5 医療処置数(wilcoxon順位和検定)

退院前訪問	N	Sum of Scores	Expected Under H0	Std Dev Under H0	Mean Score	Pr > Chi-Square
未実施	59	2253	2183	68.4	38.2	
実施	14	448	518	68.4	32.0	0.306

出典) 平成13年度東京および近郊にある訪問看護ステーションを利用した利用者に関する調査(本研究班による)

Wilcoxon順位和検定

さらに、訪問看護事業所の特性格に合同カンファレンスの実施状況をみると、緊急時訪問体制をとっている訪問看護事業所は体制をとっていない訪問看護事業所に比べ、合同カンファレンスを実施していた (P<0.05)。

表15 訪問看護事業所の特性格 合同カンファレンス実施状況

		合同カンファレンス実施状況		合計	P値 <sup>1)</sup>
		未実施	実施		
医療法人	医療法人	86 (19.5)	356 (80.5)	442	0.8572
	以外	102 (19.9)	410 (80.1)	512	
医師会	医師会	22 (19.8)	89 (80.2)	111	0.9745
	以外	166 (19.7)	677 (80.3)	843	
看護協会	看護協会	12 (16.4)	61 (83.6)	73	0.4651
	以外	176 (20.0)	705 (80.0)	881	
病院併設	なし	97 (18.2)	437 (81.8)	534	0.1771
	併設あり	91 (21.7)	329 (78.3)	420	
診療所併設	なし	151 (20.0)	604 (80.0)	755	0.6571
	併設あり	37 (18.6)	162 (81.4)	199	
介護支援センター併設	なし	114 (19.6)	468 (80.4)	582	0.9081
	併設あり	74 (19.9)	298 (80.1)	372	
ヘルパー事業所併設	なし	121 (20.1)	480 (79.9)	601	0.6656
	併設あり	67 (19.0)	286 (81.0)	353	
居宅介護支援事業所併設	なし	33 (19.6)	135 (80.4)	168	0.9818
	併設あり	155 (19.7)	631 (80.3)	786	
24時間連絡体制	体制あり	145 (18.8)	628 (81.2)	773	0.0883
	なし	43 (24.4)	133 (75.6)	176	
緊急時訪問看護体制	体制あり	145 (18.4)	642 (81.6)	787	0.0288
	なし	42 (25.9)	120 (74.1)	162	
看護師数	3名未満	61 (22.5)	210 (77.5)	271	
	4-9名	94 (17.7)	437 (82.3)	531	
	10名以上	15 (23.8)	48 (76.2)	63	
保健師職員の有無	なし	153 (19.7)	622 (80.3)	775	0.9543
	あり	35 (19.6)	144 (80.5)	179	
リハビリ職員 (OT/PT)の有無	なし	114 (19.3)	477 (80.7)	591	0.6794
	あり	74 (20.4)	289 (79.6)	363	
ケアマネージャーの有無	なし	12 (16.2)	62 (83.8)	74	0.4319
	あり	176 (20.0)	704 (80.0)	880	
看護師ケアマネージャーの有無	なし	9 (12.7)	62 (87.3)	71	0.1216
	あり	179 (20.3)	704 (79.7)	883	

1)  $\chi^2$ 検定による検定結果 (有意水準は5%未満)

データ出典) 平成14年度全国訪問看護ステーション調査 (本研究班による)

## V

### 訪問看護開始後の状況を報告

「D. 訪問看護連絡票」は実用可能性を検討した際、病院における必要性が高く評価されていた。「退院後の状況がわかる」、「入院時に実施した退院指導の評価になり在宅で生かせる指導内容の検討に役立つ」、「外来通院時の外来への情報提供としても役立つ」などの回答が得られた。

訪問看護事業所調査では、連携の評価の指標としての重要性を質問した。「かなり重要」「重要」と回答した割合を合わせると、「本人・家族による医療処置が正確に実施できた」「医療処置のトラブルがなかった」の医療処置に関する項目について、8割の訪問看護事業所が重要と回答した。また、「本人の表情が明るくなった」「家族が通常の生活に戻れた」についても8割の訪問看護事業所が重要と回答し、本人の精神的な反応や家族の生活などの指標についても重視していた。(本報告書 P67)

## VI

### ガイドライン導入を考えている訪問看護事業所の特徴

本ガイドラインを導入したいか否かについて質問したところ、「すぐに導入したい」が4割、「すぐにはできないが導入したい」と回答した訪問看護事業所と合わせると5割を超えた。一方、「よくわからない」と回答した訪問看護事業所は3割であった。(本報告書 P68)

「すぐに導入したい」と「すぐにはできないが導入したい」と回答した訪問看護事業所の体制等の特徴をその他の訪問看護事業所と比較したところ、設置主体、併設機関、24時間連絡体制の有無、緊急時訪問看護体制の有無のいずれの条件でも有意な差は見られなかった。医療処置の実施の有無については、医療処置をしている訪問看護事業所に導入したいと回答した割合が高くなっていた。

同一法人内に病院があっても、本ガイドラインが必要とされており、病院と訪問看護事業所の連携は、法人内であっても支援ツールが必要とされていると考えられる。また、24時間連絡体制や緊急時訪問看護体制などの体制にかかわらず、ガイドラインが必要とされていることが示された。医療処置をしている訪問看護事業所の方がガイドラインの必要性を感じている割合が高くなっていたのは、医療処置のトラブルや家族の医療処置の取り扱いの困難さに直面することが多いからと思われる。今後、医療処置を行う訪問看護事業所が増加すれば、ますますガイドラインの必要性は高まると考えられる。

### ③ Step 3 ガイドラインの修正 .....

調査により明らかになった結果をガイドラインの仮説モデルへ適用し、修正する。

#### 1. 目的

実用可能性を検討するにあたり、実施できるガイドラインを作成する。

#### 2. 方法

研究班員の中から、ガイドライン作成ワーキンググループを結成し、以下の手順でガイドラインを作成する。

- ① 仮説ガイドライン実施のためにガイドラインの実施マニュアルを作成する。
- ② ガイドラインと連動して使用する記録票および記入要領を作成する。

#### 3. 結果

調査により明らかになった結果を踏まえ、ガイドライン作成ワーキンググループで話し合いを設けた結果、以下の修正を行った。

##### 【A. 訪問依頼票】

##### 1) 「在宅療養についての希望欄」の追加

訪問看護師が必要な情報として多く示した項目に、本人・家族の在宅療養の希望があった。これは、訪問看護師が、本人や家族の在宅療養の希望に沿って支援をしたいと願っているためでもあり、本人や家族が在宅療養に対してどのくらい準備状態ができているか判断する重要な情報と考えられた。また、訪問看護の導入の意向とあわせて聞くことにより、退院前訪問の必要性を判断できるという意見から追加した。

##### 2) 「退院前訪問の必要性の有無」の追加

訪問依頼票の情報から、退院前訪問の必要性を判断するために、その是非について記入できる欄が必要であるという要望に沿って追加した。

##### 【B. 関係情報票】

##### 1) 「今回の入院目的」の項目追加

訪問看護の利用者は、入退院を繰り返していることが多いという事実から、今回の入院目的は、何であったかの情報があると、利用者の様子がわかるという意見があり追加した。

##### 2) 「現在の症状」の追加

疾病に関する現在の症状の欄がほしいという意見をもとに追加した

##### 3) 「歩行」についての詳細を追加

看護職だけでなく、福祉職にも理解しやすいように、歩行については詳細に記載してほしいという意見から追加した。

##### 4) 署名欄の追加

利用者の在宅療養をスムーズに移行できるための、看護職同士の情報交換であるが、利用者の個人情報扱うことから、インフォームドコンセントは重要である。このため署名欄を追加した。

##### 【D. 訪問看護連絡票】

記入するスペースが広げてほしいという要望から、記入する欄を広げた。

\*\*以下、赤字が修正部分である。\*\*

## A. 訪問依頼票

受付 年 月 日 (受付者 )

住所  
 申込者 機関名 電話/FAX  
 担当者 (職種 )

### I. 利用者基本情報

利用者 男・女 生年月日 M.T.S.H. 年 月 日 ( 才)  
 住所 都・道・府・県 市・区・町・村 町 (番地は無記入)  
 主な傷病名 退院予定日 年 月 日

### II. 在宅療養についての希望

#### 1. 在宅療養の希望について

[本人] あり 迷っている なし  
 [家族] あり 迷っている なし

#### 2. 訪問看護導入の意向

[本人] あり 迷っている なし  
 [家族] あり 迷っている なし

### III. 利用者の状況 (\*該当する欄にレ、必要事項は○印、および記入)

A. 特記すべき病状*	ターミナル (末期がん・高齢者・)
	難病 (ALS・)
	痴呆 (痴呆性自立度・問題行動)
	感染症 ( )
	コントロール・モニタリングに必要な症状 ( )
B. 生活支援の必要性	排泄 (時々失敗・ポータブル・オムツ・カテーテル・便器・尿器・)
	食事 (一部介助・全介助・嚥下障害・)
	清潔 (清拭・入浴介助・)
	寝たきり度 (J・A・B・C)
C. 医療処置の必要性*	<input type="checkbox"/> 褥創 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> ストマケア <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (持続皮下注射・硬膜外注射を含む) <input type="checkbox"/> 死の看取り <input type="checkbox"/> 服薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )
D. リハビリテーション	訪問リハ・通院リハ・他 ( )
E. 介護力の問題	介護方法指導内容 ( )
	介護力不足状況 ( )
F. 家族の不安*	介護・経済・病状の変化・医療処置
	自分自身の生活変化・他 ( )
その他必要な連絡事項	

A. C. F. (\*のある項目)にチェックがある場合→退院前訪問が必要となる可能性があります

#### 《受け入れについて》

受け入れ可能  受け入れ不可 (理由).....

#### 《退院前訪問の必要性》

なし  あり (理由).....



## D. 訪問看護連絡票

病院担当者様 \_\_\_\_\_ 様

この度は利用者様 \_\_\_\_\_ のご紹介ありがとうございました。現在の利用者様の状況を下記のように連絡させていただきます。

		年 月 日 (退院 日目) 現在
1	初回訪問	年 月 日
2	利用者の病状	<input type="checkbox"/> 安定 ..... <input type="checkbox"/> 不安定 ..... ..... ..... .....
3	緊急訪問の有無と回数	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回(内容 )
4	緊急連絡の有無と回数	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回(内容 )
5	予定外の外来受診	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 回(内容 )
6	医療処置のトラブル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(内容 )
7	再入院の可能性	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )
8	家族の状態	<input type="checkbox"/> 安定 ..... <input type="checkbox"/> 不安定 ..... ..... ..... .....
9	その他 伝えたい情報	

年 月 日記入          ステーション担当者 \_\_\_\_\_

★記入欄を広くという要望にこたえています。

## IV. ガイドラインの実用可能性の検討

---



---

---

## IV. ガイドラインの実用可能性の検討

### ① 目 的

作成したガイドラインを実際に試用し、実用化に向けた調整と導入の要件や手順を作成することを目的とする。

### ② 方 法

- (1) 試用対象機関：委員の所属する訪問看護事業所及び病院と関連機関
- (2) 試用期間：2002年 10月～11月
- (3) 新規に訪問看護を開始する利用者の連携時に、作成したガイドラインをマニュアルに沿って2か月間試用する。
- (4) 試用にあたり、対象機関と連携した病院・訪問看護事業所にアンケート調査を実施する。  
アンケート内容（資料参照）
  - ・早期退院連携ガイドラインの活用の流れについての意見
  - ・ガイドラインで用いる4種類の記録用紙への意見
- (5) 試用終了後、アンケートを回収すると共に、試用についての意見を記述する。
- (6) アンケート及び試用の意見を分析し、課題抽出を行なう。
- (7) 抽出された課題を基に、実用化に向けたマニュアルの調整と、導入の要件や手順を作成する。

### ③ 倫 理 的 配 慮

- (1) 研究協力者に対し、研究への協力は自由意志であることを説明し、研究の依頼書と同意書を用い、研究の主旨と調査上の留意事項を明記・説明した上で実施する。
- (2) 平常業務の中でガイドラインの試用をしていただき、協力機関の支障をきたさないよう配慮する。
- (3) 研究の同意のあとでも、研究中止の依頼があればいつでも中止できること、そのことで何らかの不利益を被ることがないことを保証する。
- (4) 研究過程で収集した情報等は、本研究の目的以外では試用しないこと、研究終了後は、収集した情報は破棄することとする。
- (5) 収集した情報等は、すべて個人や機関名が特定されないよう配慮する。結果の公表に際しても、匿名性の保証をする。
- (6) 結果の公表は、社会福祉・医療事業団の報告書、(社)全国訪問看護事業協会のホームページに公開の予定である。

**4 結 果** .....

**1. ガイドライン試用機関の特性**

6 施設で 10 回のガイドラインの試用が実施された。施設は、病院 1 施設、病院看護部 1 施設、訪問看護事業所 4 施設であった。

施 設	施設のタイプと特性
A. 医学部付属病院	特定医療機関 医療福祉部(専任の看護師長と MSW2 名が配置)が退院調整している
B. 病院看護部	病院内型の訪問看護部
C. 訪問看護 ST 1	病院の同一法人訪問看護事業所
D. 訪問看護 ST 2	病院の同一法人訪問看護事業所
E. 訪問看護 ST 3	病院の同一法人訪問看護事業所
F. 訪問看護 ST 4	病院の同一法人訪問看護事業所

**2. ガイドラインの活用への意見**

**1) 「A. 訪問依頼票」を活用した訪問依頼**

ガイドラインの試用を実施したすべての訪問看護事業所から、訪問看護の受け入れを判断するための情報として、「A. 訪問依頼票」に含まれる情報は、必要かつ十分であるという意見であった。

しかし、病院が訪問看護事業所へ訪問看護を依頼する場合は、「A. 訪問看護依頼票」への記入に手間がかかること、また依頼する前に、訪問看護事業所に電話連絡して「A 訪問依頼票」の内容と同様の連絡を対話にて実施している。電話連絡の内容を再度用紙記入し、「A. 訪問依頼票」を作成するという点においては、労力がかかり、実用的でないという意見が、病院側から多く出された。

これらの意見を受けて、「A. 訪問依頼票」を電話連絡時のチェック項目として用いることができるため、病院だけでなく訪問看護事業所にも「A. 訪問依頼票」は置いておくことも必要なのではないかという新たな意見が出された。

**2) 「B. 情報連携票」を活用した必要な情報提供**

訪問看護事業所からの、意見では病院サマリーよりも必要な情報がコンパクトにまとまって得られ、活用しやすいという意見であった。

しかし、連携する病院にとっては、「看護サマリー」「B. 情報連携票」「C. 医療処置管理票」の 3 種類を書くということと、看護サマリーに、「B. 情報連携票」「C. 医療処置管理票」の内容が重複することが多いことが指摘された。しかし、看護サマリーを書かずに「B. 情報連携票」「C. 医療処置管理票」に代えるということは、看護経過を記録することができないため、不可能であることが出された。

一方で、同一法人で連携のある病院・訪問看護事業所の一部では、看護サマリーに「B. 情報連携票」を添付し、訪問看護事業所がほしい情報項目を参考にしてもらうことを依頼し活用を試みたところもあった。看護サマリーでも、「B. 情報連携票」でも病院が使いやすい方を選んで、

---

両者を用い重複事項は避けて記入しても良いことに活用したという報告もあった。

病院が訪問看護事業所に、「B. 情報連携票」を通じ個人情報を提供するという点に関して、本人あるいは家族の署名欄があるが、内容によっては本人に見せることに抵抗がある。また、看護サマリーは、公的な書類であり本人や家族が見るためには、情報の開示の手続きが必要な場合もあるということであった。

「B. 情報連携票」「C. 医療処置管理票」を退院前に、病院から訪問看護事業所へ送付することについては、書類の記入時期により送付で間に合わないことがあり、個人が特定されないようFAXで送信した機関もあった。このようなことは、病院の業務上やむおえないことも考えられるため、FAX送付にも対応できるよう検討が必要という意見があった。

### 3) 「C. 医療処置管理票」の詳細な情報提供

病院・訪問看護事業所ともに、内容や提供に関して活用しやすいという意見であった。しかし、病棟看護師は医療処置について医師が訪問看護指示書に記載するため、看護職が記載する必要はないと考えがちである。このため、病棟看護師に、「C. 医療処置管理票」の必要性や重要性を理解してもらうのに、かなりの説明を要したという意見であった。

### 4) 「D. 訪問看護連絡票」を活用して訪問看護開始後の状況を報告

訪問看護事業所からは、初回訪問あるいは一週間の「D. 訪問看護連絡票」を使用しての報告は、利用者を十分把握できる前であるため、報告しにくいという意見があった。

病院からは、「D. 訪問看護連絡票」を受け取ったときは、患者のカルテや看護記録はすでに病歴室に移送されている。このため、一連の流れにならないという点はあるが、連絡票を受け取った病棟看護師とチームは、退院後の状況がわかると喜んでいて、また、フォローの必要性について話し合うなど、退院後の看護ケアについて関心が深まっている様子が伺えたという意見が出された。

「再入院の可能性」という欄については、病院では医師が入院の判断をしている。入院を考えなければならないような場合は、「D. 訪問看護連絡票」ではなく、直接医師に、病状等の具体的な情報を提供してもらうほうが良いという意見であった。

退院後も継続して同じ病院の外来に通院する利用者の場合は、「D. 訪問看護連絡票」が第1回目の外来時に、看護師が関わる際の重要な情報源となる。このため、「D. 訪問看護連絡票」は初回の外来通院前に送付されることが望ましいという意見であった。「D. 訪問看護連絡票」は、病棟看護チームにとっては、看護評価と病院と訪問看護事業所の連携という点で必要であり、外来看護チームにとっては、退院後の連携した支援が実践できるという利点をもたらす。さらに、救急車で来院や夜間の緊急受診が考えられる場合は、救急部や時間外外来にも連絡する必要がある。つまり、「D. 訪問看護連絡票」の連絡は、病棟だけで把握することではなく、病院全体で共有する必要があるという意見であった。

## 3. ガイドライン実用に向けた課題

ガイドラインに含まれている情報や連携については、必要な情報であり連携であるという意見では、病院からも訪問看護事業所からも同様な意見であり、内容に関しては実用可能であると判断できた。しかし、情報の連絡方法つまり連携の具体的な方法に置いては、課題が残されており、その課題も施設ごとに異なることがわかった。

---

## 1) 実用における限界

### ① 病院内の情報システムを考慮する必要性

試用を試みた特定医療機関では、医療福祉部が介入し病院と地域の連携を受け持っていた。つまり、病棟看護師が直接地域の訪問看護事業所への依頼を行っていない。病棟から退院調整の依頼のあった段階で、医療福祉部が「A. 訪問依頼票」を用いた訪問看護事業所の探索し、受け入れ可能となった段階で実用可能性の検討を主に協力してくれた研究協力者が訪問看護事業所に調査説明し、同意を得た上で、「B. 情報連携票」「C. 医療処置管理票」の情報収集と退院後の情報提供を「D. 訪問看護連絡票」で医療福祉部に送付してもらうことを依頼していた。

病院内型の訪問看護部では、ガイドラインの使用例がなかった。これは、試用を試みた上でのガイドラインの使いにくさから使用例がなかったのではなく、病院内では、病棟に情報を取りに行ったほうが早く利便性が高いため、ガイドラインの必要性を感じなかったため、試みることをしなかったという結果であった。

早期退院連携ガイドラインは、病院と地域の連携を促進して在宅療養へスムーズに移行するためには、相互の情報交換が重要であるという考えを基にしている。病院から訪問看護事業所への情報交換のシステムに焦点を当てて試用をしたが、病院からの報告のように、実際は病院と訪問看護事業所の連携だけでなく、病院内の情報交換システムを同時に考えていかなければ、ガイドラインの実用には、限界があると考えられた。

### ② 病院側から訪問看護事業所への情報提供の手間

ガイドラインで使用する各記録票は、それ自体必要最小限の情報がコンパクトに入っていることにおいて各施設で支持されていた。しかし、病院の看護サマリーとの兼ね合いや重複、何度も書くという手間を考えると病院側にとっては受け入れがたく、実用化への妨げになりうると考えられる。

訪問看護事業所が必要としている情報は何かということへの理解と、病院看護師の労力両者を考え、ガイドラインを臨機応変に使用できるものにならなければならないという課題が考えられた。結果でも出てきたが、ある、同一法人の病院と訪問看護事業所の間で使用した事例では、どちらを主に使用しても良いという条件で看護サマリーに「B. 情報連携票」を添付し、両者の情報の重複を避け、記入を依頼していた。

### ③ 訪問看護の必要性

医師・病院看護師・MSW・ケアマネジャなど、病院から在宅へ移行する際、残念ながら未だ訪問看護の必要性を判断してもらえないことが少なくない。退院する前に訪問看護を依頼するという早い段階で行動するということへの必要性は、さらに理解されにくいと考えられる。このことは、ガイドラインが実用化されるために普及への妨げになると考えられるが、反対に、ガイドラインの使用により、関係者への理解を促すことになる。そのためには、ガイドラインの使用で、利用者や家族が安心して速やかに在宅療養の移行につながっているか、評価していくことが重要になる。

---

## 2) ガイドラインの柔軟な対応の必要性

### ①記録票の使い方の柔軟性

記録記入の手間の解決方法で、上記の施設が取った方法のように、ガイドラインの使用の仕方は、施設の情報システムや関係性の中で自由にできるよう、ある程度、柔軟性を持たせたほうが実用可能だと考えられた。

このことは、「A. 訪問依頼票」のように、訪問依頼のはじめは電話から始まるという現実から、電話でのチェックのために、病院・訪問看護事業所双方に置いておき、互いの情報交換の指針になるようにしたほうが実用的であるという意見があったことから理解できる。

### ②ガイドライン使用の職種の拡大

訪問看護事業所が訪問依頼を受ける場合は、病院からの訪問看護の依頼よりもケアマネジャーやMSWなどの福祉職からの依頼が多いという現実がある。今回の早期退院連携ガイドラインは、病院との連携を促進させるという視点から、病院と訪問看護事業所今後、福祉職も活用できるガイドラインの必要性もあるという意見もあった。



## V. ま と め

---



---

---

## V. ま と め

本研究における文献レビューと全国調査の結果、明らかになったガイドラインの根拠について、次の5つのガイドラインの柱にまとめて順に述べる。

### 1. 病院から訪問看護を依頼する

---

#### 本報告書より明らかになった動向として

- 1) 地域の在宅サービスの受け皿として全国の登録事業者が実施するサービス数の合計に占める割合は、約20%あり、訪問看護事業所は重要な機能を果たしている。(本報告書 P69-表2)
- 2) 病院から依頼をうけた訪問看護の利用者は、訪問看護事業所全利用者に占める割合は全国平均6.7%で非常にわずかである。(本報告書 P72-表7)

#### 訪問看護事業所が病院から依頼を受ける患者特性として

- 3) 介護支援事業所に比して、要介護度4もしくは要介護度5の場合が多い。(本報告書 P70-表4)
- 4) 医療処置がある患者を受け入れる訪問看護事業所には特性が見られた。
  - ①併設施設に「病院」「居宅介護支援センター」があること
  - ②「24時間連絡体制」「緊急時訪問看護体制」をとっていること
  - ③職員に「保健師」「ケアマネジャ」が所属しているこれらの訪問看護事業所は他に比して医療処置が多い傾向が見られた。(本報告書 P71-表6)

文献レビューから (本報告書 P37-表3-8,16)

### 2. 訪問看護事業所が利用者の受け入れ可否を判断するための情報の重要性

---

#### 本報告書で明らかになった訪問看護事業所が利用者を受け入れる際に必要な情報

- 1) 患者の状態に関わらず必要な情報は以下の6項目である。
  - 「利用者の基本情報」「利用者の病状」「生活支援の必要性」「医療処置の必要性」
  - 「介護力の問題」「本人／家族が在宅を希望している」
- 2) ただし、医療処置が必要な場合は他の利用者よりも「利用者の病状」「医療処置の必要性」に関して情報が必要であるとしていた。
- 3) ターミナル患者の場合は、特に重要な情報は「本人／家族が在宅を希望している」「介護力の問題」に加え、「利用者の病状」「医療処置の必要性」の情報を必要としている。  
(本報告書 P61~64, P73)

文献レビューから (本報告書 P37-表3-7,13,16)

---

### 3. 連携に必要な患者の詳細情報を提供

---

訪問看護の依頼を受け入れ決定した後に、さらに詳細な情報を訪問看護事業所は、情報の内容とその伝達方法で次のような提供を求めている。

#### 退院前に入手した情報の内容について

- 1) 退院前の入手した情報で不足していた利用者情報は「利用者の性格」「生き方／価値観」「痴呆の有無と程度」「外来通院の必要性」「再入院の受け入れ準備の有無」「感染と対応」であった。(平成13年度報告書、P124～127)
- 2) 家族に関する情報で不足していたのは「家族の介護知識技術習得度」「住居改造／介護用品の必要性」「経済状況」であった。(平成13年度報告書 P124～127)

#### 情報伝達方法について、およびその内容

- 1) 情報伝達方法は電話口頭より、文書による情報入手が明らかに多い。
- 2) 文書で伝達しにくい情報として「再入院の受け入れ準備の有無」「生き方／価値観」「住居改造／介護用品の必要性」があった。
- 3) 退院前訪問で入手した情報は「日常生活動作能力」「在宅療養に対する希望」「現在の病状」であるが特に他と比較して多いのは「性格」「病状説明と理解度」である。
- 4) 合同カンファレンスで入手した情報は、特別に多い内容はない。(本報告書 P75～76)

文献レビューから (本報告書 P37-表 3-4, 8, 9, 13, 16)

### 4. 退院前訪問・合同カンファレンスの必要性を判断

---

退院前訪問は連携を円滑にする上でどのようなメリットがあるのだろうか。本報告書では次のような結果が見られた。(本報告書 P77～81)

- 1) 退院前訪問をすると連携がうまくいったという評価が高い。
- 2) ADL が低いケースほど退院前訪問の実施率が高い。
- 3) 退院までの期間が長いほど退院前訪問の実施率が高い。
- 4) 退院前訪問を実施していると、合同カンファレンスの実施率が高い。
- 5) 事業所の体制で24時間連絡体制、緊急時訪問看護体制があると退院前訪問や合同カンファレンスの実施率は高い。
- 6) 合同カンファレンスを実施するとその後の対応として、ケアプラン策定や他職種との方針の一致などケアチームとして連携する上で役立ったという回答が見られた。(H13年度報告書 P114)

文献レビューから (本報告書 P37-表 3-21, 22, 23, 28)

---

## 5. 訪問看護開始後の状況を報告する

---

連携は双方からの情報伝達が必要であるが、現状では一方通行になっておりお互いの状況を理解し合える環境が整っていないことが、一つの障壁になっていると考えられる。より円滑な連携を推進するためには、双方での連携意識や態度が形成され交流がもたれることが望まれる。

### 平成13年度報告書、病院と訪問看護事業所のヒアリング調査から

- 1) 連携の実態として、「病院と地域との連携について評価の実施」に関して、病院と訪問看護事業所双方において「実施していない」という実態が示された。(H13 年度報告書 P17～18, P22～23)
- 2) 病院は地域に移行した患者のその後の様子や報告を受けていないと回答していた。  
(H13 年度報告書 P23～55)

### 本報告書のガイドライン実用可能性の検討から (本報告書 P89)

- 1) 訪問看護事業所からの訪問看護連絡票が来ることで、病棟看護師とそのチームは退院後の様子がわかり、フォローの必要性について話し合いをしたと回答していた。
- 2) 退院後の様子がわかると、退院後の様子への関心が高まり在宅での生活イメージが沸いた。
- 3) 外来看護へつなぐことで退院後も継続した支援が実践できるという利点が見られた。

### 文献レビューから (本報告書 P37-表3-15, 16)

以上が本研究で得られたガイドラインの柱を根拠付ける研究成果であると考えられる。これらの結果を反映した成果物としての「早期退院連携ガイドライン」と全国訪問看護事業所の機能をしめす一覧表を活用して、病院と地域との一層の連携促進を望むところである。しかしながら、本報告書とガイドラインは実用可能性を一般化できたわけではない。今後は、本書に関して忌憚ないご意見をお寄せいただきたい。また、この報告書で示されたガイドラインとその書式は、全国訪問看護事業協会のホームページで公開される予定である。本研究が実践に役立つ連携ツールとして育てるのは読者一人であり、本書を活用し、それぞれの現場にあった方法を考案して欲しいと考えている。



## 資料編

---



## 1 ガイドライン開発で使用了全国調査の調査依頼書・調査票



平成 14 年 8 月

訪問看護ステーション所長各位

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早期退院連携ガイドライン作成に関する研究」研究班

研究代表者 聖路加看護大学 川越 博美

病院と地域との連携を促進する

### 早期退院連携ガイドライン作成に関する調査へのご協力をお願い

残暑の候、貴下ますますご清栄のこととお喜び申し上げます。

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、「早期退院連携ガイドライン」作成のための調査研究に取り組んでいます。

近年の医療費の抑制や患者の QOL の向上により早期退院や在宅ケアが推進され、病院、訪問看護ステーションと利用者を結ぶ有機的なシステムづくりが必要とされています。そこで、私どもは、早期退院時の連携のあり方に焦点をあて、実用的な「早期退院連携ガイドライン」を作成する目的で調査を計画いたしました。

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が特定できないようプライバシーの保持に努めます。また、作成した「早期退院連携ガイドライン」は、訪問看護ステーション及び病院に配布すると共に、全国訪問看護事業協会のホームページ (<http://www.zenhokan.or.jp/>) に掲載いたします。

これまでにも本研究班は訪問看護の発展のために下記の調査研究を行ってまいりました。

つきましては、本調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

#### 記

1. 回答者 事業所管理者または病院との連携に関わった訪問看護師。
2. 調査内容 平成 14 年 4 月 1 日～7 月 31 日の期間の中で、入院中に訪問看護サービスの依頼があった利用者について、病院との連携に関すること。
3. 調査方法 別紙調査表票にご記入の上、同封の返信用封筒にて **8 月末日まで**にお送り下さい。

#### 【研究代表者の訪問看護サービスに関連した研究】

- ・平成 11 年 介護保険制度化における訪問看護サービスの質評価・向上に関する研究  
(厚生省老人保健事業推進費等補助金)
- ・平成 12 年 訪問看護サービス利用者への情報提供のあり方検討事業  
(社会福祉・医療事業団助成事業)
- ・平成 12 年～末期がん在宅ケアの標準化に関する研究 (文部科学研究費助成)
- ・平成 13 年～早期退院における病院と連携を促進する訪問看護ガイドラインに関する研究  
(社会福祉・医療事業団助成事業)

連絡先：TEL/FAX 03 (5550) 2273 (長江)

## 記入の手引き

本調査は、病院と訪問看護ステーションの有機的なシステムづくりを目指し、「病院と地域の連携を促進させるための早期退院連携ガイドラインの作成」を目的としています。

### 1. 調査票の構成

調査票は、全7ページ、「Ⅰ. 回答者本人の概要」「Ⅱ. 訪問看護ステーションの概要」「Ⅲ. 利用者で過去4ヶ月間に入院中、訪問依頼のあったケースについて」「Ⅳ. 利用者の受け入れ可否を判断するための情報」「Ⅴ. 退院前訪問の実施を決定するための情報」「Ⅵ. 在宅への移行に必要な準備期間」「Ⅶ. 連携の良し悪しを判断する指標について」「Ⅷ. 早期退院連携ガイドライン導入の意向」の内容で構成されています。

### 2. 「調査票Ⅲ.」における利用者について

平成14年4月1日～7月31日の4ヶ月間で、入院中に訪問看護の依頼があった新規利用者で、年齢・性別・疾患は問いません。

### 3. 回答者

回答は、管理者又は病院との連携に関わった訪問看護師の方をお願いいたします。

### 4. 本研究で用いる言葉の定義

退院前訪問：「退院前に訪問カンゴシが直接病院へ行き、利用者・家族及び病院看護師から必要な情報収集を行うこと」とします。

合同カンファレンス：「多職種・多機関による支援が予測される利用者に、職種間のサービス調整等を目的にした退院前に行なわれるカンファレンス」とします。

### 5. 回収方法と期限

同封した返送用封筒にて8月までにご返送をお願いします。

ご質問等ございましたら下記までご連絡ください。

〒104-0044 東京都中央区明石町10-1  
聖路加看護大学 地域看護 長江弘子  
TEL&FAX 03-5550-2273

病院と地域との連携を促進する

## 早期退院連携ガイドライン作成に関する調査

この調査票は、全7ページ、「Ⅰ.回答者の概要」、「Ⅱ.貴訪問看護ステーションの概要」、「Ⅲ過去4ヶ月間(平成14年4月1日~7月31日)に入院中に訪問依頼があった利用者について」「Ⅳ利用者の受け入れ可否を判断するための情報」「Ⅴ退院訪問実施を決定するための情報」「Ⅵ在宅への移行に必要な準備期間」「Ⅶ連携の良し悪しを判断する指標」「Ⅷ早期退院連携ガイドライン導入の意向」の構成になっています。

回答は、事業所管理者または病院との連携に関わった訪問看護師の方をお願いします。

〔I. 回答者の概要〕

以下の設問は回答者ご本人についてお伺いする内容です。各項目について該当する番号に○もしくは、空欄にご記入ください。

1. 性別 

1：男性	2：女性
------	------
2. 年齢 

--

 歳（平成14年8月1日現在）
3. 看護職としての臨床経験年数 

--

 年
- うち、訪問看護師としての経験年数 

--

 年

〔II. 貴訪問看護ステーションの概要〕

貴訪問看護ステーションについてお伺いいたします。各項目について該当する番号に○もしくは、空欄にご記入ください。

1. ステーション開設年 平成 

--

 年

2. 設置主体

- |        |   |       |
|--------|---|-------|
| 1：医療法人 | 2：社会福祉法人  | 3：医師会 |
| 4：看護協会 | 5：その他（ <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span> ） |       |

3. 設置主体と同一法人としてある併設施設（該当するもの全てに○をつけてください）

- |              |       |   |              |
|--------------|-------|---|--------------|
| 1：病院         | 2：診療所 | 3：特別養護老人ホーム   | 4：在宅介護支援センター |
| 5：ヘルパーステーション |       |   |              |
| 6：居宅介護支援事業所  |       | 7：その他（ <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span> ） |              |

4. 職員数（常勤換算数）～平成14年8月1日現在～

- |  |   |   |
|--|---|---|
| 1) 看護師   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | 名 |
| 2) 保健師   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | 名 |
| 3) 理学療法士・作業療法士   | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | 名 |
| 4) その他（ <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px;"></span> ） | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> | 名 |

5. 介護支援専門員（ケアマネージャー）の資格を持つ職員数 

--

 名
- このうち、看護師免許をもつもの 

--

 名

6. 貴訪問看護ステーションは、

- |                      |   |      |       |  |
|----------------------|---|------|-------|--|
| 1) 24時間連絡体制をとっていますか  | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td style="width: 50%;">1：はい</td><td style="width: 50%;">2：いいえ</td></tr></table> | 1：はい | 2：いいえ |  |
| 1：はい                 | 2：いいえ   |      |       |  |
| 2) 緊急時訪問看護体制を取っていますか | <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td>1：はい</td><td>2：いいえ</td></tr></table>   | 1：はい | 2：いいえ |  |
| 1：はい                 | 2：いいえ   |      |       |  |

7. 平成14年7月(7月1日から7月31日迄)の1ヶ月間の利用者数 

--

 名
- このうち、入院中に訪問看護の依頼があった利用者数 

--

 名
- このうち、新規利用者数 

--

 名

8. 平成14年7月に訪問看護の依頼を受けた病院数 

--

 施設

9. 平成14年7月の延訪問回数 

--

 回





6. 過去4ヶ月間の利用者のうち、退院後1週間以内の状況について伺います。

(利用者がいない場合は0と記入してください)

- |                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| 1) 退院後1週間以内に再入院した利用者数        |  | 名 |
| 2) 退院後1週間以内に時間外の緊急電話があった利用者数 |  | 名 |
| 3) 退院後1週間以内に予定外の緊急訪問した利用者数   |  | 名 |
| 4) 退院後1週間以内に予定外の外来受診をした利用者数  |  | 名 |

#### 〔Ⅳ. 利用者の受け入れ可否を判断する情報〕

貴訪問看護ステーションにおいて、利用者の受け入れの可否を判断するための情報についてお伺いいたします。

1. 医療処置を要する利用者（特別管理加算対象者）を受け入れる場合、下記の情報は受け入れの可否を判断するためにどの程度重要と考えますか。最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

	重要ではない					かなり重要
	1	2	3	4	5	
① 利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）	1	2	3	4	5	
② 利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）	1	2	3	4	5	
③ 生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）	1	2	3	4	5	
④ 医療処置の必要性（褥創処置、服薬、点滴、吸引等）	1	2	3	4	5	
⑤ リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ等）	1	2	3	4	5	
⑥ 介護力の問題（介護力不足・介護指導の必要）	1	2	3	4	5	
⑦ 本人・家族が在宅を希望している	1	2	3	4	5	
⑧ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	
⑨ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	

2. ターミナル期の利用者を受け入れる場合、下記の情報は受け入れの可否を判断するためにどの程度重要と考えますか。最も該当する番号を1つ選び、○で囲んでください。

	重要ではない					かなり重要
	1	2	3	4	5	
① 利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）	1	2	3	4	5	
② 利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）	1	2	3	4	5	
③ 生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）	1	2	3	4	5	
④ 医療処置の必要性（褥創処置、服薬、点滴、吸引等）	1	2	3	4	5	
⑤ リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ等）	1	2	3	4	5	
⑥ 介護力の問題（介護力不足・介護指導の必要）	1	2	3	4	5	
⑦ 本人・家族が在宅を希望している	1	2	3	4	5	
⑧ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	
⑨ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	

3. 利用者の状況に関わらず利用者を受け入れる場合、下記の情報は受け入れの可否を判断するためにどの程度重要と考えますか。最も該当する番号を1つ選び○で囲んでください。

	重要ではない					かなり重要
① 利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）	1	2	3	4	5	
② 利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）	1	2	3	4	5	
③ 生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）	1	2	3	4	5	
④ 医療処置の必要性（褥創処置、服薬、点滴、吸引等）	1	2	3	4	5	
⑤ リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ等）	1	2	3	4	5	
⑥ 介護力の問題（介護力不足・介護指導の必要）	1	2	3	4	5	
⑦ 本人・家族が在宅を希望している	1	2	3	4	5	
⑧ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	
⑨ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	

〔V. 退院訪問実施を決定するための情報〕

貴訪問看護ステーションにおいて、退院前訪問の実施を決定するための情報についてお伺いいたします。

退院前訪問の実施を決定するために、下記の情報項目はどの程度重要と考えますか。

最も当てはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

	重要ではない					かなり重要
① 利用者の基本情報（年齢・住所・保険情報等）	1	2	3	4	5	
② 利用者の病状（ターミナル・痴呆・感染症等）	1	2	3	4	5	
③ 生活支援の必要性（排泄・食事・清潔・ADL等）	1	2	3	4	5	
④ 医療処置の必要性（褥創処置、服薬、点滴、吸引等）	1	2	3	4	5	
⑤ リハビリの必要性（訪問リハ・通院リハ等）	1	2	3	4	5	
⑥ 介護力の問題（介護力不足・介護指導の必要）	1	2	3	4	5	
⑦ 本人の不安	1	2	3	4	5	
⑧ 家族の不安	1	2	3	4	5	
⑨ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	
⑩ その他、必要な情報（ ）	1	2	3	4	5	

〔VI. 在宅への移行に必要な準備期間〕

在宅への移行に必要な準備期間についてお伺いいたします。

1. 医療処置を要する利用者（特別管理加算対象者）を受け入れる場合、その準備に最低限必要な日数はどのくらいですか。最も該当するものを1つ選び、○をつけてください。

1：2日	5：2週間以上～3週間未満
2：3～4日	6：3週間以上～1ヶ月未満
3：5～6日	7：1ヶ月以上
4：1週間以上～2週間未満	8：その他（ ）

2. ターミナル期の利用者を受け入れる場合、その準備に最低限必要な日数はどのくらいですか。最も該当するものを1つ選び、○をつけてください。

1: 2日	5: 2週間以上～3週間未満
2: 3～4日	6: 3週間以上～1ヶ月未満
3: 5～6日	7: 1ヶ月以上
4: 1週間以上～2週間未満	8: その他 ( )

3. 利用者の状況に関わらず、準備に最低限必要な日数はどのくらいですか。最も該当するものを1つ選び、○をつけてください。

1: 2日	5: 2週間以上～3週間未満
2: 3～4日	6: 3週間以上～1ヶ月未満
3: 5～6日	7: 一ヶ月以上
4: 1週間以上～2週間未満	8: その他 ( )

〔VII. 連携の良し悪しを判断する指標〕

貴訪問看護ステーションでは連携の良し悪しを判断する場合の指標として、以下の①～⑫の項目はどの程度重要と考えますか。最も当てはまる番号を1つ選び、○をつけてください。

	重要ではない				かなり重要
① 医療処置のトラブルがなかった	1	2	3	4	5
② 再入院がなかった	1	2	3	4	5
③ 本人が夜間よく眠れた	1	2	3	4	5
④ 本人の表情が明るくなった	1	2	3	4	5
⑤ 本人・家族による医療処置が正確に実施できた	1	2	3	4	5
⑥ 家族が介護に早くなれた	1	2	3	4	5
⑦ 家族が夜間よく眠れた	1	2	3	4	5
⑧ 時間外の緊急電話がなかった	1	2	3	4	5
⑨ 予定外の外来受診がなかった	1	2	3	4	5
⑩ 緊急訪問がなかった	1	2	3	4	5
⑪ 新たな医療処置がなかった	1	2	3	4	5
⑫ 家族が通常の生活に戻れた	1	2	3	4	5
⑬ その他の指標 ( )	1	2	3	4	5
⑭ その他の指標 ( )	1	2	3	4	5

## VIII. 早期退院連携ガイドライン導入の意向

最後に貴訪問看護ステーションでは、「早期退院連携ガイドライン」を導入したいと思えますか。当てはまる番号に○をつけ、その理由を空欄に記入してください。

1：すぐに導入したい（その理由：	）
2：すぐにはできないが、導入したい。（その理由：	）
3：よくわからない（その理由：	）
4：導入したくない（その理由：	）
5：その他（	）

ご協力ありがとうございました。

※ なお、別紙（ピンクの用紙）に、「早期退院連携ガイドラインへの掲載のお願い」がございます。ご賛同の方は、是非ご記入いただき調査票と郵送してくださいませようお願いします。





## 2 実用可能性の検討に使用した研究協力依頼書・同意書・ご意見書

---



（ ） 病 院  
看護部長 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をお願い

拝啓 盛夏の候、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り組んでおります。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、お願い申し上げます。

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ために作成したガイドラインの実用可能性を検討することを目的としています。より実践的なガイドラインを作成するためにご協力をお願いします。

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. 調査期間 2002年 11月（1ヶ月間）
2. 調査内容・方法 貴病院にて、病院から在宅へ移行される利用者に、作成したガイドラインを使用し課題を抽出し、フォーカスグループミーティングを実施する。
3. なお、以下のことに留意いたします。
  - ・ 病院名及び個人名を出すことは一切ありません。
  - ・ 本研究で得られた情報は、すべて匿名としプライバシーの保持に努めます。
  - ・ フォーカスグループミーティングは、了解の上テープ録音させていただきますが、研究終了後破棄することを約束します。
  - ・ 研究にご協力いただくかは、皆様の自由意思です。調査の途中でも、皆様の意思でいつでも中止できます。

\*不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください

（連絡先） 聖路加看護大学地域看護 長江弘子

TEL/FAX 03-5550-2273

（ ） 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をお願い

拝啓 盛夏の候、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り組んでおります。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、お願い申し上げます。

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置き、病院と地域との連携を促進するために作成したガイドラインの実用可能性を検討することを目的としています。より実践的なガイドラインを作成するためにご協力をお願いします。

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. 調査期間 2002 年 11 月（1ヶ月間）
2. 調査内容・方法 貴訪問看護ステーションにて、病院から在宅へ移行される利用者に、作成したガイドラインを使用し課題を抽出し、フォーカスグループミーティングを実施する。
3. なお、以下のことに留意いたします。
  - ・ 訪問看護ステーション名及び個人名を出すことは一切ありません。
  - ・ 本研究で得られた情報は、すべて匿名としプライバシーの保持に努めます。
  - ・ フォーカスグループミーティングは、了解の上テープ録音させていただきますが、研究終了後破棄することを約束します。
  - ・ 研究にご協力いただくかは、皆様の自由意思です。調査の途中でも、皆様の意思でいつでも中止できます。

\*不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください

〈連絡先〉 聖路加看護大学地域看護 長江弘子  
TEL/FAX 03-5550-2273

**「病院と地域との連携を促進するガイドライン」  
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

説明者 \_\_\_\_\_

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。そこで本研究はより実践的な「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、作成しましたガイドラインの実用可能性を検討することを目的としています。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い申し上げます。

〈調査期間〉 2002 年 11 月 1 か月間

〈方 法〉 病院から在宅へ移行する利用者を対象に、作成したガイドラインを使用し、課題抽出しフォーカスグループミーティングを実施する。

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。
- ・ 本調査で得られた情報は、全て匿名性としプライバシーの保持に努めます。
- ・ フォーカスグループミーティングは、了解の上テープ録音させていただきますが、研究終了後破棄することを約束します。
- ・ 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きます予定です。
- ・ 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、皆様の意思でいつでも中止できます。

\* 不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください。

〈連絡先〉

聖路加看護大学地域看護 長江 弘子  
住所 〒104-0044 中央区明石町 10-1  
TEL/FAX 03-5550-2273

## 「病院と地域との連携を促進するガイドライン」 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

説明者 \_\_\_\_\_

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。そこで本研究はより実践的な「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、作成しましたガイドラインの実用可能性を検討することを目的としています。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い申し上げます。

〈調査期間〉 2002年11月 1か月間

〈方 法〉 病院から在宅へ移行する利用者を対象に、作成したガイドラインを使用し、課題抽出しフォーカスグループミーティングを実施する。

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。
- ・ 本調査で得られた情報は、全て匿名性としプライバシーの保持に努めます。
- ・ フォーカスグループミーティングは、了解の上テープ録音させていただきますが、研究終了後破棄することを約束します。
- ・ 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きます予定です。
- ・ 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、皆様の意思でいつでも中止できます。

\* 不明な点がございましたら、ご遠慮なくお問い合わせください。

〈連絡先〉

聖路加看護大学地域看護 長江 弘子  
住所 〒104-0044 中央区明石町 10-1  
TEL/FAX 03-5550-2273



3. 「A.訪問依頼票」では、適切なステーションを見つけるための必要な情報が入っていましたか。〔 はい・いいえ 〕

その理由を下記にお書きください。

4. 「B.連携情報票」では、訪問看護を開始するにあたり必要な情報をステーションに伝達できましたか。〔 はい・いいえ 〕

その理由を下記にお書きください。

5 「C.医療処置管理票」では、必要な医療処置の情報を伝達できましたか。

〔 はい・いいえ 〕

その理由を下記にお書きください。

6. 「D.訪問看護連絡票」では、退院後の利用者の状況を知ることができましたか。

〔 はい・いいえ 〕

その理由を下記にお書きください。

7. その他、お気づきになられた点についてお知らせください。

☆お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。これらのご意見をもとに早期退院連携のためのガイドラインの精選を進めてまいります。

## 「早期退院連携ガイドライン仮設モデル」へのご意見

早期退院連携のためのこのガイドラインをご利用になり、お気づきになった点を書きにご記入ください。利用された利用者ごとにご意見をお聞かせください。なお、紙面が不足した場合は裏面をお使いください。

(機関名： ) (記入者名 )

1. 本ガイドラインは、次に5つのコンセプトから作成しております。それぞれについて、どのように思われたかお聞かせください。

①全国で使用できる [ 思う・思わない ]

そう思われた理由を下記にお書きください。

②必要な情報がコンパクトにシンプルに網羅されている。 [ 思う・思わない ]

そう思われた理由を下記にお書きください。

③情報を効果的に使用できる。 [ 思う・思わない ]

そう思われた理由を下記にお書きください。

④訪問看護が必要な患者を病院から適切なステーションへ依頼できる [ 思う・思わない ]

そう思われた理由を下記にお書きください。

⑤情報が病院とステーションで相互にやり取りできる。 [ 思う・思わない ]

そう思われた理由を下記にお書きください。

2. ガイドラインの説明はわかりやすかったですか。 [ はい・いいえ ]

そう思われた理由を下記にお書きください。

3. 「A.訪問依頼票」では、貴ステーションが訪問看護の依頼を判断するために必要な情報が入っていましたか。 [ はい・いいえ ]

その理由を下記にお書きください。

4. 「B.連携情報票」では、訪問看護を開始するための必要な情報がありましたか。  
[ はい・いいえ ]

その理由を下記にお書きください。

5. 「B.連携情報票」をもとにして、初回訪問までに貴ステーションはどのように活用しましたか。該当するものに○を記入してください。

( ) ① 病室訪問

( ) ② 病院などへの問い合わせ

( ) ③ 合同カンファレンスの開催

( ) ④ この情報票のみで初回訪問へ

上記活動の理由について下記にお書きください。

6. 「C.医療処置管理票」は、必要な医療処置の情報でしたか。 [ はい・いいえ ]  
その理由を下記にお書きください。

7. 「D.訪問看護連絡票」では、退院後の利用者の状況を伝えるための必要な情報でしたか。  
[ はい・いいえ ]

その理由を下記にお書きください。

8. その他、お気づきになられた点についてお知らせください。

☆お忙しい中、ご協力いただきありがとうございました。これらのご意見をもとに早期退院連携のためのガイドラインの精選を進めてまいります。

平成 14 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 15 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

---









