

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

早期退院連携ガイドライン



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

早期退院連携ガイドライン

目 次

・ 早期退院連携ガイドライン活用の目的	1
・ 早期退院連携ガイドラインの作成過程	2
・ 早期退院連携ガイドライン	4
1．早期退院連携ガイドラインのながれ	4
2．早期退院連携ガイドラインの活用手順とその根拠	5
・ 早期退院連携ガイドラインで使用する記録票の書式と書き方	6
A：訪問依頼票	6
B：連携情報票	10
C：医療処置管理票	14
D：訪問看護連絡票	31
・ 早期退院連携ガイドライン活用のためのヒント	34
1．病院から訪問看護事業所への情報提供の工夫	34
2．訪問看護事業所から病院への情報提供の工夫	35
3．病院および訪問看護事業所間の情報交換における方法の工夫	35
・ ガイドラインの根拠	36
1．病院から訪問看護を依頼	36
2．訪問看護事業所が利用者の受け入れ可否を判断	40
3．連携に必要な患者の詳細情報を提供	41
4．退院前訪問、合同カンファレンスの必要性を判断	44
5．訪問看護開始後の状況を報告	49
6．ガイドライン導入を考えている訪問看護事業所の特徴	49
7．ま と め	50

【別冊】全国訪問看護ステーションの情報リスト



早期退院連携ガイドライン活用の目的

このガイドラインは、病院と地域との連携を促進し、病院から退院する患者で在宅療養を希望する本人と家族が不安なく在宅療養がはじめられるようにするためのものです。スムーズな在宅への移行を促す連携のためには、医療者、特に看護師が連携のために必要な情報を適切に速やかに共有しあうことが重要と考えます。

これまでの病院と地域との連携は、病院から地域へあるいは、地域から病院へというように一方通行の情報提供にとどまっておりました。在宅療養への移行をスムーズにするためには、病院と地域との情報提供のあり方を改良する必要があると考えます。

そのため、本ガイドラインは、連携のために必要な情報項目を精選した書式の利用とその書式による情報の流れを枠組みにしています。本ガイドラインに従った連携により、病院にとっては、在宅療養のためのケアニーズ情報を提示することができ、訪問看護事業所への依頼を速やかにする、訪問看護事業所にとっては、退院前に在宅療養に必要な情報提供を受け取り、受け入れ準備を可能とすることができます。退院後は、訪問看護事業所から報告を病院に情報提供することで双方の継続看護の評価となりうるなど、病院および訪問看護事業所にとって利用価値の高いものです。

本ガイドラインの活用により、病院と地域との関係性が深まり、早期退院連携システムの構築に貢献できると考えます。また、利用者が適切な時に、適切な場所で、適切な医療を受けることを保証することにつながると考えます。

本ガイドラインの目的は、以下の4つです。

1. 全国で共通して活用できる。
2. 最も必要な情報を速やかに伝達できる。
3. 訪問看護が必要な患者を、適切な訪問看護事業所に依頼できる。
4. 情報を病院と訪問看護事業所双方が共有できる。

本ガイドラインは、連携に関する情報およびその使い方に沿うことによって、以上の目的を果たすように作られています。

連携のツールとしての書式は、次の4種類です。



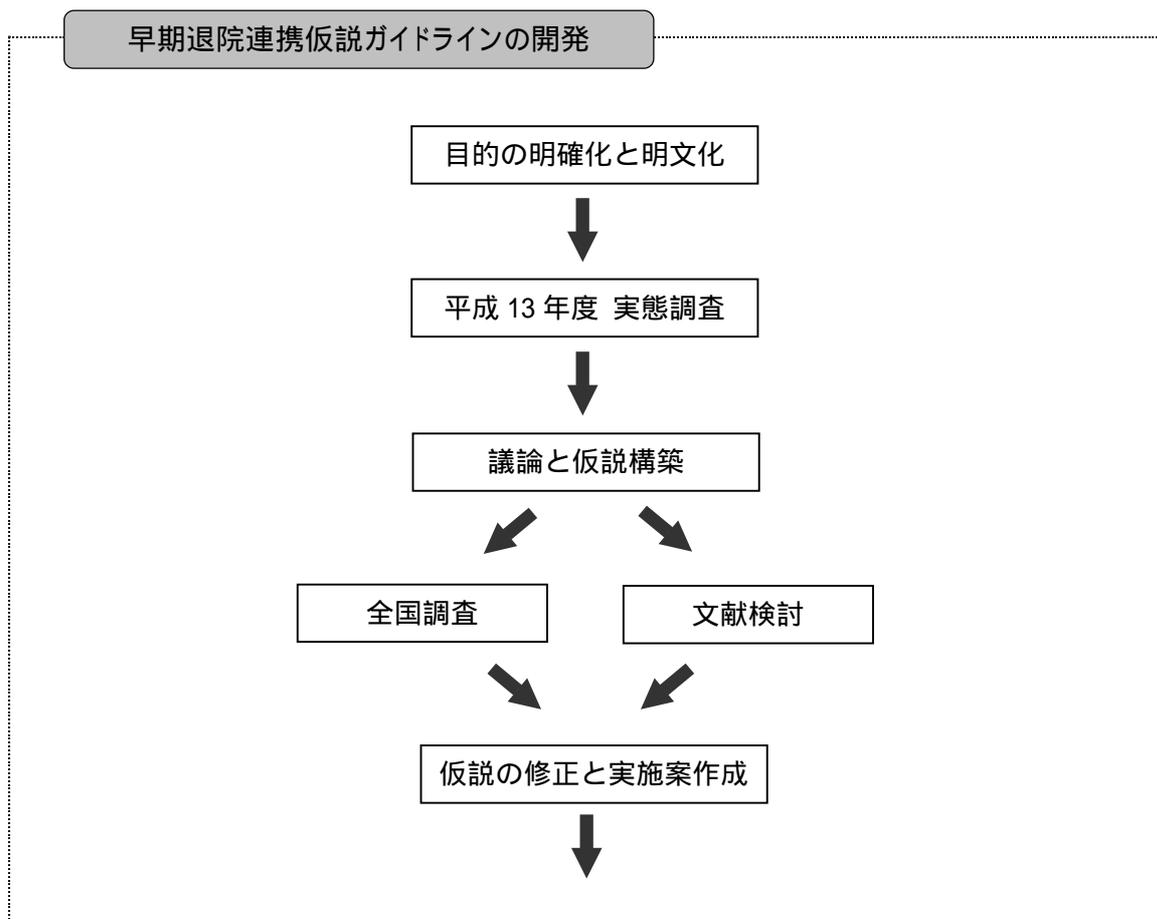
これらは連携を効果的にするために使用する道具です。皆さんの現場に最も使いやすい方法で、部分的に活用することもできます。ここに示している書式はすべて(社)全国訪問看護事業協会のホームページで公開しています。書式はワードでダウンロードし書き換えも可能です。皆様の日常の病院と地域との連携にお役に立てれば幸いです。



早期退院連携ガイドラインの作成過程

早期退院連携ガイドライン作成フローチャート

早期退院連携ガイドラインは、2段階の開発過程をたどって作成された。第1段階は、「早期退院連携仮説ガイドラインの開発」、第2段階は「早期退院連携ガイドライン実用可能性の検討」である。



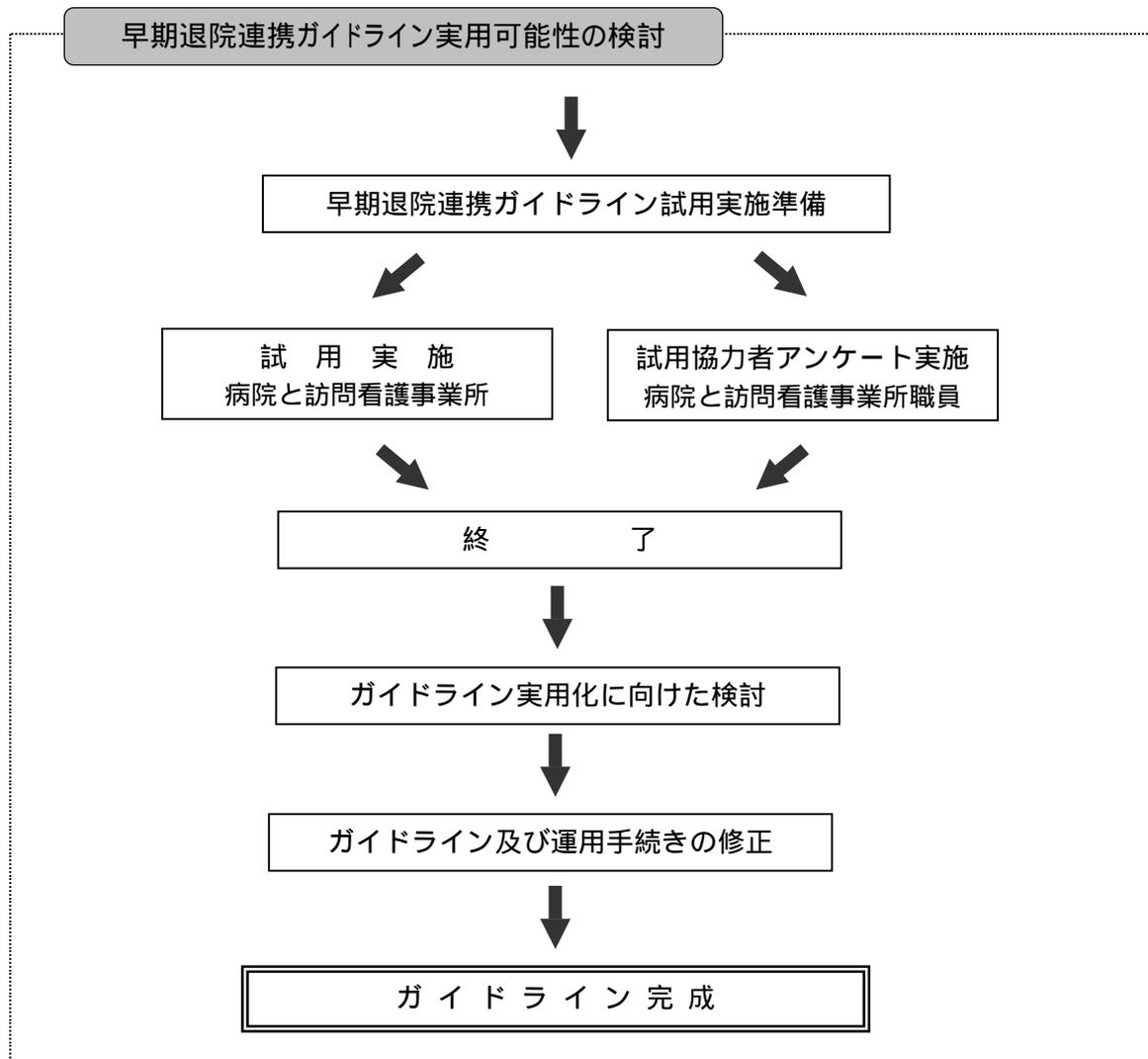
第1段階の「早期退院連携仮説ガイドラインの開発」では、このガイドラインの目的を明文化し、本研究として目指すところを明確化した。その後、現状として病院と地域における連携がどのように行われているかについて実態調査を行った。その方法としては、質問紙による事例調査と施設におけるヒアリング調査である。

この実態調査で明らかになった連携のプロセスに基づき、現状における問題の明確化を行い、よい連携とは何か、いつ、誰が、どの方法で連携をするとより効率がよく連携できるかについて考察した。

その後、まだ明らかでないことや、全国的なデータを得たうえで、ガイドラインの根拠を収集し、より実現しやすい、実態に即した根拠を持つガイドラインの作成を目指し、文献調査と全国調査の結果を仮説モデルに反映した。その上で、全国的に実用化を図るためのガイドラインとしての実用化検討実施計画を立案した。

第2段階「早期退院連携ガイドライン実用可能性の検討」では、ガイドラインの実用化を検討するため、また、実用における準備や使い方のヒントを得るために、実際に病院と地域の訪問看護事業所で活用を試みた。

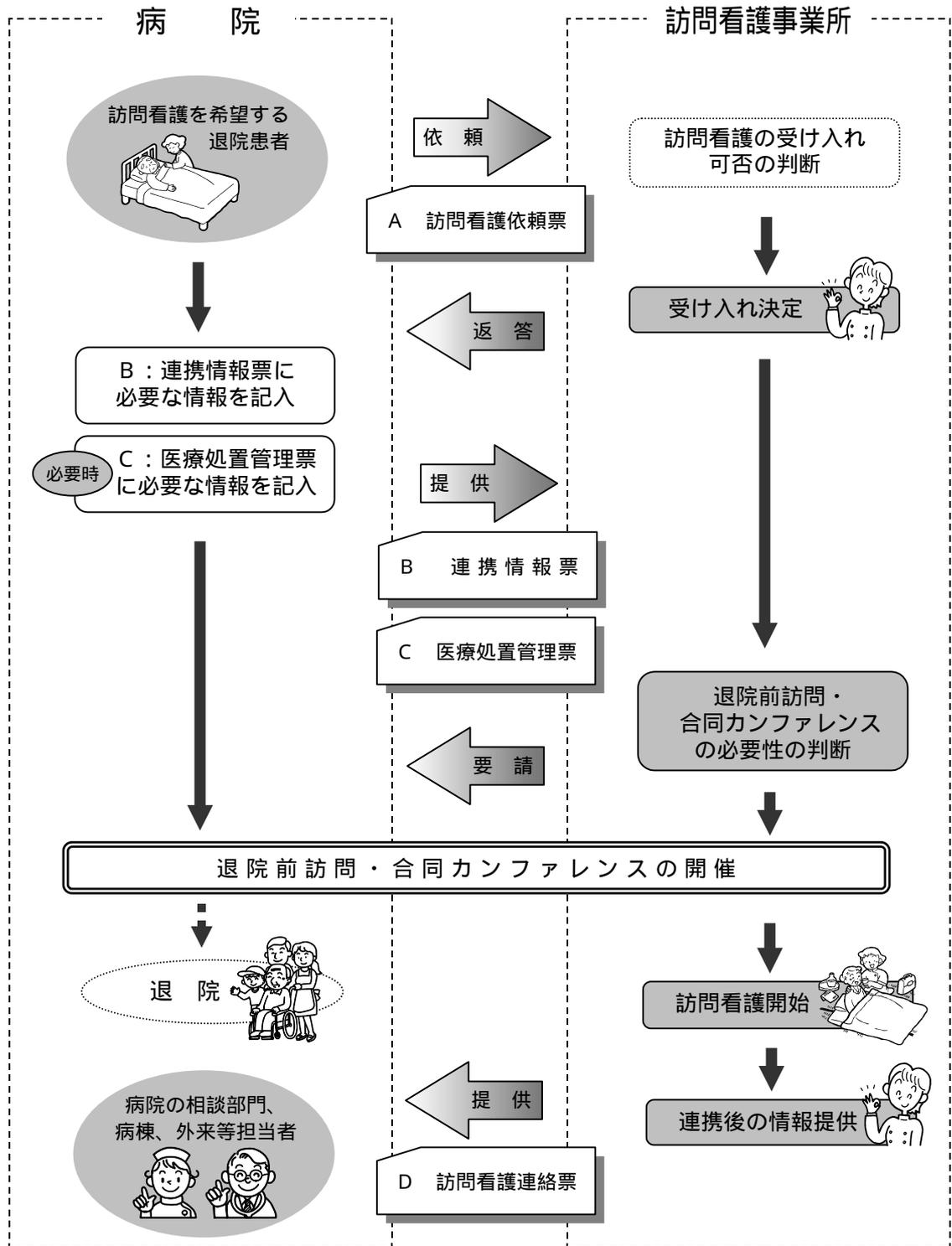
実用化においては、病院、訪問看護事業所の職員が全員かかわる組織的な取り組みとなる。そのため、実用可能性の検討は、ガイドラインにかかわった職員全員にヒアリング、グループインタビューもしくは質問紙の方法を用いて、ガイドラインの示す内容、書式について意見を求めた。それらは結果的にガイドライン導入のヒントとなり、運用手続きとして位置づけまとめた。またさらに連携ツールとして「ガイドラインの書式」は部分的に修正し、最終的な早期退院連携ガイドラインを作成した。





早期退院連携ガイドライン

▶ 1. 早期退院連携ガイドラインのながれ



▶ 2 . 早期退院連携ガイドラインの活用手順とその根拠

ここでは、ガイドライン活用の流れと A ~ D の各用紙の使い方を示します。

1 . 病院から訪問看護を依頼する

病院は、在宅療養を希望する退院患者が生じた時、地域の訪問看護事業所に、**A : 訪問依頼票** の情報項目にそって電話または F A X にて依頼する。

(本ガイドライン P36 表 2 , P37 表 4 , P38 表 6) < 文献 8) , 16) >



2 . 訪問看護事業所は受け入れ可否を判断し、返答する

病院から患者依頼を受ける訪問看護事業所は、伝えられた情報をもとに、**A : 訪問依頼票** に記入し、新規の訪問看護利用者として受け入れが可能かどうかを判断し、返答する。 (平成 14 年度報告書 P61-64 , P73) < 文献 7) , 13) , 16) >



3 . 病院から詳細な連携情報を提供する

受け入れ不可能 → 病院は、次の訪問看護事業所へ F A X し、受け入れ可否を問う。

受け入れ可能 → 病院は、**B : 連携情報票** を記入し、必要時には **C : 医療処置管理票** を添え、訪問看護事業所へ連絡する。

(平成 13 年度報告書 P124-127 , 平成 14 年度報告書 P75-76) < 文献 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し、要請する

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。

(平成 13 年度報告書 P114 , 本ガイドライン P44-48) < 文献 21) , 22) , 23) , 28) >



5 . 訪問看護開始後の状況を報告する

訪問看護事業所は、在宅療養開始後 1 週間以内に **D : 訪問看護連絡票** に記入し、病院へ郵送または F A X にて情報提供する。

(平成 13 年度報告書 P17-18 , P22-55) < 文献 15) , 16) >

詳細については巻末に記す。



早期退院連携ガイドラインで使用する記録票の書式と書き方

ガイドラインの4つの書式、



について、以下の構成で説明します。

1. 目的
2. 活用のしかた
3. 構成
4. 記入と使用方法
5. その他

▶ A. 訪問依頼票

1. 目的

退院患者を訪問看護事業所へ依頼する際、病院と事業所が、共通の利用者情報項目による情報書式を用いることによって、在宅ケアのニーズを明らかにすることができる。

<病院の目的>

記入によって、患者の必要な訪問看護の内容を明らかにし、その内容を提供できる訪問看護事業所を検索できる。
それにより在宅への移行を速やかとする。

<訪問看護事業所の目的>

記入によって、利用者に必要な訪問看護内容を明らかにし、受け入れの判断ができる。
さらに訪問看護の開始の準備の情報として役立つことができる。

2. 活用のしかた

病院から訪問看護事業所への依頼は電話によることが多い。本票は、病院、訪問看護事業所のそれぞれの手元に備える。依頼時は書式の情報をもとに電話やFAXで依頼し、また依頼を受ける。

3. 構成

本票は、利用者の基本情報、在宅療養についての希望、利用者の状況、そして総括としての受け入れの判断、退院前訪問の必要性から成る。

4. 記入と使用方法

1) 利用者基本情報

利用者：男女のいずれかに を記入する。
生年月日：生年月日及び年齢を記入する。
住所：空欄に記入する。但し、番地については未記入にする。
退院予定日：日時を記入する。

2) 在宅療養についての希望

在宅への移行を誰が望んでいるのか、患者との関係について留意する必要があるため、本人および家族の在宅療養の希望や意向について該当する箇所にレ点を記入する。

3) 利用者の状況 利用者の状況は

A：特記すべき病状
B：生活支援の必要性
C：医療処置の必要性
D：リハビリテーション
E：介護力の問題
F：家族の不安、その他

の情報から成る。

各項目について、

- (1) 看護のケアニーズ A. ~ F. について、該当する項目欄にレ点を記入する。
- (2) それらの項目に該当する内容に 印をし、括弧内に必要事項を記入する。

4) 受け入れの可否、退院前訪問の必要性の判断

訪問看護事業所は、1) ~ 2) の情報を統合し、《受け入れについて》、《退院前訪問の必要性》を判断する。特に A, C, F, に該当する項目があった場合は、情報交換のための退院前訪問が必要と考えられる。

A. 訪問依頼票

受付 年 月 日 (受付者)

申込者 住所
 機関名 電話/FAX
 担当者 (職種)

・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

・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

・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-グ-ル・オツ・カ-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*	褥創 点滴 注射 経管栄養 IVH 吸引 HOT 気管カニューレ 人工呼吸器 膀胱留置カテーテル 腎瘻・尿管皮膚瘻 ストマケア 自己導尿 CAPD 疼痛管理 (持続皮下注射・硬膜外注射を含む) 死の看取り 服薬 () その他 ()
	D. リハビリテーション
E. 介護力の問題	訪問先・通院先・他 ()
	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).....

A. 訪問依頼票

14年 9月 30日

住所 中央区明石町10-1
 申込者 病院名 ルカ病院 電話/FAX 03-5550-2272
 担当者 築地 聖子 (職種 担当看護師)

利用者基本情報

利用者 男・**女** 生年月日 M.T.**S**H. 11年 10月 31日 (65才)
 住所 東京 **都**道府県 中央 市**区**町村 明石 町(番地は無記入)
 主な傷病名 **肺がん 骨転移** 退院予定日 14年10月7日

在宅療養についての希望

1. 在宅療養の希望について 2. 訪問看護導入の意向
 [本人] あり 迷っている なし [本人] あり 迷っている なし
 [家族] あり 迷っている なし [家族] あり 迷っている なし

利用者の状況 (*該当する欄に \surd 、必要事項は印、および記入)

A. 特記すべき病状*	\surd 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-グ-ル・オツ・カ-テ-ル・便器・尿器・)
	食事(一部介助・全介助・嚥下障害・)
	\surd 清潔(清拭・入浴介助・)
	\surd 寝たきり度(J・ A ・B・C)
C. 医療処置の必要性*	褥創 点滴 注射 経管栄養 IVH 吸引 HOT 気管カニューレ 人工呼吸器 膀胱留置カテーテル 腎瘻・尿管皮膚瘻 ストマケア 自己導尿 CAPD <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理(持続皮下注射・硬膜外注射を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 死の看取り <input checked="" type="checkbox"/> 服薬(MS コナシ 、 ラシックス 、 リゲロン) その他()
	D. リハビリテーション
E. 介護力の問題	訪問先・通院先・他() 介護方法指導内容() \surd 介護力不足状況(夫・娘とも勤務をしている。)
F. 家族の不安*	\surd 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》

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 **夫・娘とも勤務をしており、介護力不足から、家族の不安が予想されるため**.....

▶ B . 連 携 情 報 票

1 . 目 的

訪問看護を速やかに開始しよりよい継続看護を提供するために、病院が、訪問看護事業所に在宅看護に必要な情報を提供する。

2 . 活 用 の し か た

病院が、訪問看護の受け入れの了解を得た時点で、訪問看護事業所に、

B 連携情報票 を郵送または家族にゆだね渡す。

B 連携情報票 の記入は、病院の受け持ち看護師または、地域連携の業務を行う部門担当者が行う。

< 訪問看護事業所 >

訪問看護の受け入れを了解した訪問看護事業所は、患者に関する詳細な情報収集のために依頼を受けた病院に **B:連携情報票** の提供を電話で要請する。

< 病 院 >

病院は、**B:連携情報票** を訪問看護事業所提出する。特に医療処置を有する患者については、**C:医療処理管理票** を添付して、療処置に関する付加情報を提供する。

その他、保険情報、病名に対する説明や理解、受け止め方について必要時、記述する。

その際、個人情報が含まれるため、情報提供に関して本人、家族の了解を得る。訪問看護事業所への情報提供の手段は、郵送か家族による手渡ししかのいずれかの方法を選択する。

3 . 構 成

本票は、利用者基本情報（最終バイタルサインズ、最終検査結果、医療保険、入院経過で伝えたい必要な情報等含む）、利用者の身体症状、生活支援の必要性、医療処置の必要性、社会的情報、介護力・家族の準備状況の6項目より成る。

4 . 記 入 と 使 用 方 法

病院は、訪問看護のケアニーズの詳細な情報、特に医療処置についての詳細な情報を提供する。4) 医療処置の必要性は、該当項目をチェックする。該当する項目がある場合は、**C:医療処置管理票** において、さらに該当する項目の個別情報を訪問看護事業所に提供する。

訪問看護事業所は、病院より送付された **B:連携情報票** ならびに、

D:医療処理管理票 から退院前訪問や合同カンファレンスの必要性を判断する。これらが、必要な場合には、病院へ要請し、調整を取る。

< 記入の仕方 >

1) 利用者基本情報

氏名、住所、電話番号（連絡先）を記入する。
病棟名、主治医、担当看護師を記入する。
退院後のフォローアップは、該当する内容に をし、他の場合、記入する。
医療保険、介護保険、身障手帳、特定疾患医療給付については、該当する項目に L 点をし、該当する内容に 印をし、括弧内に必要事項を記入する。
最終バイタルサインズ、最終検査結果、現在の病状、今回の入院目的、入院経過で伝えたい必要な情報について、必要事項を記入する。

2) 利用者の身体症状

- (1) 寝たきり度、麻痺、起居・移動、歩行、障害、意思の伝達について、該当する内容に をし、視力・聴力については程度を記入する。
- (2) 上記以外の内容について、必要事項は欄外に記入する。

3) 生活支援の必要性

- (1) 排泄、食事、清潔、更衣について、該当する内容に をし、括弧内に必要事項を記入する。
- (2) 上記以外の内容について、必要事項は欄外に記入する。

4) 医療処置の必要性

- (1) ~ の該当する項目欄に L 点を記入する。なお、いずれかに L 点がついた場合、C: 医療処置管理票の該当する項目の情報を記入し、合わせて送付する。
- (2) 死の看取りに、該当した場合、L 点を記入する。
- (3) 服薬は、種類と処方、薬についての指導、薬についての理解（本人、家族）について記入する。
- (4) 上記 ~ 以外にその他、何かある場合には、点線上に記入する。

5) 社会的情報

該当する項目に L 点を記入し、括弧内に必要事項を記入する。

6) 介護力・家族の準備状況

- (1) 家族の支援体制について、主介護者、及び協力者を記入する。その他の必要事項は点線上に記入する。
- (2) 家族が実施する処置（内容・習得状況・必要物品準備状況）について、点線上にその内容を記入する。
- (3) その他介護についての不安について、点線上にその内容を記入する。

7) に関連する項目

病名・病状に対する説明と理解の状況について、告知されている診断名及び理解や受け止め方の内容を点線上に記入する。

B. 連 携 情 報 票

〔機関名 訪問看護ステーション〕 年 月 日(記入者)

<p>利用者基本情報</p> <p>氏名 _____ 男・女</p> <p>連絡先 _____ TEL _____</p> <p>病棟名 _____ 主治医 _____ 担当看護師 _____</p> <p>入院日 _____</p> <p>退院後のフォローアップ：病院外来・かかりつけ医・他(_____)</p>	<p>医療保険：</p> <p>健康保険(政府・組合・共済・日雇) 国保 生保 労災 公費</p> <p>介護保険： 未申請 申請中 認定済(介護度 _____)</p> <p>身障手帳： _____ 級(障害名 _____)</p> <p>特定疾患医療給付： なし あり</p>
<p>最終バイタルサイン： 日付 _____ 血圧(_____) 体温(_____) 呼吸(_____) 脈拍(_____ 整/不整)・SpO_2-スモカ</p> <p>最終検査結果(注意すべき検査結果含む)： _____ _____ _____</p> <p>現在の症状 _____ _____</p>	<p>今回の入院目的(治療・検査・教育・他) _____</p> <p>入院経過で伝えたい情報 _____ _____ _____</p>
<p>・利用者の身体症状</p> <p>寝たきり度：J(自立)・A(外出要介助)・B(座位可)・C(寝たきり)</p> <p>麻痺：なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢</p> <p>起居・移動：自立・一部介助・座位・起居不能</p> <p>歩行：自立・杖・歩行器・車椅子(一部介助・全介助)</p> <p>障害：視力(程度 _____)・聴力(程度 _____)</p> <p>意思の伝達：できる・時々できる・ほとんどできない・できない</p>	<p>左記の詳細を番号明記で記入</p> <p>_____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>・生活支援の必要性</p> <p>排泄：自立・失禁(尿・便)・おムツ・ポータブル おムツ(最後に挿入した日 _____ 交換頻度 _____)</p> <p>食事：自立・一部介助・全介助・嚥下障害・咀嚼(_____) 方法(箸・スプーンなど _____)</p> <p>清潔：入浴・シャワー・清拭・口腔ケア</p> <p>更衣：自立・一部介助・全介助</p>	<p>_____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>・医療処置の必要性</p> <p>_____ の _____ にチェックがついた場合は、同じカバーの別票に記入し添付してください</p> <p>褥創 _____ 点滴 _____ 注射 _____ 経管栄養 _____ IVH _____ 吸引 _____ HOT _____</p> <p>気管カニューレ _____ 人工呼吸器 _____ 膀胱留置カニューレ _____ 腎瘻・尿管皮膚瘻 _____ ストマカ _____</p> <p>自己導尿 _____ CAPD _____ 疼痛管理(持続皮下注射・硬膜外注射を含む) _____ 死の看取り _____</p> <p>服薬(種類と処方 _____)</p> <p>薬についての指導 _____</p> <p>薬についての理解：本人 _____ 家族 _____</p> <p>その他 _____</p>	<p>_____ _____ _____ _____ _____</p>
<p>・社会的情報</p> <p>一人暮らし 同居(_____)</p> <p>経済的・社会的問題(_____)</p>	<p>病名・病状に対する説明と理解</p> <p>診断名：患者(_____)</p> <p>家族(_____)</p> <p>理解や受け止め方 _____ _____ _____</p>
<p>・介護力・家族の準備状況</p> <p>家族の支援体制(主介護者 _____ 協力者 _____)</p> <p>_____</p> <p>家族が実施する処置(内容・習得状況・必要物品準備状況) _____ _____</p> <p>その他介護についての不安： _____</p>	<p>_____ _____ _____</p>

私は上記の情報を病院から訪問看護ステーションに報告することを承諾いたします。

署名 _____ (本人・本人との続柄 _____)

B. 連携情報票

〔機関名 **ルカ病院** 訪問看護ステーション〕14年10月1日(記入者 **築地 聖子**)

<p>利用者基本情報 氏名 東 路加子 様 男・女 連絡先 自宅 TEL 03-3333-2222 病棟名 3階東病棟 主治医 明石 道夫 担当看護師 築地聖子 入院日 平成14年8月1日から 退院後のフォローアップ：病院外来・かかりつけ医・他()</p>	<p>医療保険： <input checked="" type="checkbox"/>健康保険(政府・組合・共済・日雇) 国保 生保 労災 公費 介護保険： <input checked="" type="checkbox"/>未申請 申請中 認定済(介護度) 身障手帳： 級(障害名) 特定疾患医療給付： なし あり</p>
<p>最終バイタルサイン：日付 10/1 血圧(110/50) 体温(36.0) 呼吸(45) 脈拍(90 整/不整)・Δ-スメカ 最終検査結果(注意すべき検査結果含む)： TP5.8 アルブミン3.1 WBC 3900 Hb10.0 現在の症状 上肢浮腫・胸水(+) 腰痛あり、MS コンチンで緩和されている。</p>	<p>今回の入院目的 治療 検査・教育・他) 入院経過で伝えたい必要な情報 2回の放射線療法あり：5月L4~S1へ放射線 30Gy、7月胸部に施行している。 新しい抗がん剤イレッサ 服薬希望あり、今後意思を確認してほしい。</p>
<p>利用者の身体症状 寝たきり度：J(自立)・A(外出要介助)・B(座位可)・C(寝たきり) 麻痺：なし・左上肢・右上肢・左下肢・右下肢 起居・移動：自立・一部介助・座位・起居不能 歩行：自立・杖・歩行器・車椅子(一部介助・全介助) 障害：視力(程度)・聴力(程度) 意思の伝達：できる・時々できる・ほとんどできない・できない</p>	<p>左記の詳細を番号明記で記入 現在 ADL は保たれていますが、今後急速に低下する可能性がある。..... 補いたい詳細事項は右記に記入してください</p>
<p>生活支援の必要性 排泄：自立・失禁(尿・便)・おツ・ポ・ダブル 介-用(最後に挿入した日 交換頻度) 食事：自立・一部介助・全介助・嚥下障害・咀嚼() 方法(箸・スプーンなど) 清潔：入浴・シャワー・清拭・口腔ケア 更衣：自立・一部介助・全介助</p>	<p>入浴を希望していますが介助が必要。 ~ にチェックがついた場合は、同じ番号のC医療処置管理票に記入して、このB連絡情報票と一緒に送ってください。</p>
<p>医療処置の必要性 ~ の にチェックがついた場合は、同じ番号の別票に記入し添付してください 褥創 点滴 注射 経管栄養 IVH 吸引 HOT 気管カニューレ 人工呼吸器 膀胱留置介-用 腎瘻・尿管皮膚瘻 ストマカ 自己導尿 CAPD <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理(持続皮下注射・硬膜外注射を含む) <input checked="" type="checkbox"/> 死の看取り <input checked="" type="checkbox"/>服薬(種類と処方) 薬についての指導 MS コンチン 20mg分2、酸化マグネシウム 1.5g分3 ラシックス 20mg分1 リンデロン 2mg分2 薬についての理解：本人モルヒネについて理解している 家族モルヒネその他の薬剤について理解している <input checked="" type="checkbox"/>その他 モルヒネ・ステロイド・ラシックスを投与しているため、副作用に注意が必要。</p>	
<p>社会的情報 一人暮らし <input checked="" type="checkbox"/>同居(夫・娘 35歳(会社員)) 経済的・社会的問題() 介護力・家族の準備状況 家族の支援体制(主介護者 夫 協力者 本人の妹) 家族が実施する処置(内容・習得状況・必要物品準備状況) その他介護についての不安：</p>	<p>病名・病状に対する説明と理解 診断名：患者(予後については知らない) 家族(病名予後とも知っている) 理解や受け止め方 今後、病状がどのように変化するか不安がある。 本人・家族に、訪問看護開始のため事前に情報を伝えることについて了解を得る</p>

私は上記の情報を病院から訪問看護ステーションに報告することを承諾いたします。

署名 **東 路加子** (本人)・本人との続柄)

▶ C . 医 療 処 置 管 理 票

1 . 目 的

訪問看護事業所が、訪問看護開始前に、在宅療養に必要な医療処置に関する情報を収集するためのもの。在宅医療機器管理プロトコルを参考に連携に必要な情報項目としている。

2 . 活用のしかた

B:連携情報票 の「 . 医療処置の必要性」の該当する医療処置項目について、加えて詳しい情報を提供する。該当する情報がある場合 B:連携情報票 の . 医療処置の必要性 (~) の別票として使用する。

3 . 構 成

本票は、15種類の医療処置管理内容を示した別表である。

構成されている15種類の内容とは、

褥創

点滴

注射

経管栄養

I V H

吸引

H O T

気管カニューレ

人工呼吸器

膀胱留置カテーテル

腎瘻・尿管皮膚瘻

ストマケア

自己導尿

C A P D

疼痛管理（持続皮下注射・硬膜害注射を含む）

で成る。

C : 医療処置管理票

褥創管理	16 頁
在宅自己注射(インスリン療法)	17 頁
点 滴	18 頁
在宅経管栄養法	19 頁
気管カニューレ	20 頁
吸 引	21 頁
在宅人工呼吸療法	22 頁
在宅酸素療法	23 頁
在宅自己腹膜灌流	24 頁
在宅中心静脈栄養法	25 頁
膀胱留置カテーテル	26 頁
腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)	27 頁
在宅自己導尿	28 頁
人工肛門・人工膀胱	29 頁
癌末期疼痛管理	30 頁

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)

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)

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)

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 (~ cmH₂O)
- ・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)

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 () /分)
間欠 () /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:)
酸素ボンベ(機種:) 容量:)

2) 携帯用の場合

携帯型液化酸素装置
携帯用酸素ボンベ

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:

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

排液の混濁 ()

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)

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： _____ ）

輸液基剤（ _____ ） 抗凝固剤（ _____ ）
ビタミン剤（ _____ ） 生理食塩水（ _____ ）
脂肪剤（ _____ ） その他（ _____ ）

2. 医療器材

輸液回路（ _____ セット インジェクションプラグ（ _____ 個）
注射針（ _____ 本） 注射器（ _____ 本）
ヒューバー針（ _____ 本 その他（ _____ ）
フィルター（ _____ ）

3. 衛生材料

滅菌綿棒（ _____ 本 消毒液（薬品名： _____ ml 本）
滅菌ガーゼ（ _____ 枚 × パック その他（ _____ ）
絆創膏（ _____ 個 ）

4. 投入方法

持続
間欠（ _____ 時間 / 日、他 _____ ）
・注入速度（ _____ ml / 時間）

5. 自己管理能力

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

6. 入院中に行った指導内容

7. トラブルの対処

滴下不良時（ _____ ）
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）

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)

腎瘻・尿管皮膚瘻(有カテーテル尿路変更)管理

現在、実施している腎瘻・皮膚瘻管理の方法は以下のとおりです。

1. 医療器材

カテーテル (種類:) 太さFr:) 交換頻度 回/週

集尿装具 (種類:) 交換頻度 回/週

その他 ()

2. 衛生材料

生理食塩水 (薬品: ml 本) 消毒液 (薬品: ml 本)

ガーゼ () その他 ()

3. 洗浄方法

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

カテーテルの抜去時の対応 ()

カテーテルの閉塞時の対応 ()

血尿 ()

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)

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)

リユ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)

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)

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（訪問看護事業所 病院）

1．目的

訪問看護を開始した患者の状況を連携された病院に情報提供することにより、在宅と病院の継続看護に役立てる。

2．活用のしかた

本票は、訪問看護が開始された訪問看護事業所から患者および家族の依頼された情報を提供する。

訪問看護事業所は、初回訪問からできるだけ1週間以内に、「D：訪問看護連絡票」を病院へ返送する。返送は、病院の在宅相談部門・退院調整部門、もしくは病棟、外来の担当者等に行う。

3．構成

本票は、1.初回訪問、2.利用者の病状、3.緊急訪問の有無と回数、4.緊急連絡の有無と回数、5.予定外の外来受診、6.医療処置のトラブル、7.再入院の可能性、8.家族の状態、9.その他伝えたい情報、の9項目で成る。

4．記入と使用方法

該当項目にチェックし、利用者および家族の状況、または再入院の可能性やトラブルの発生など退院後の情報を病院に提供する。

< 記入の仕方 >

1．初回訪問

訪問日を入する。

2．利用者の病状

安定、不安定のいずれか該当する項目に \surd 点を記入する。
また、その内容について点線上に記入する。

3．緊急訪問の有無と回数、4．緊急連絡の有無と回数、5．予定外の外来受診

無、有のいずれか該当する項目に \surd 点を記入する。
また、有の場合、回数及び内容を記入する。

6．医療処置のトラブル、7．再入院の可能性

無、有のいずれか該当する項目に \surd 点を記入する。
また、有の場合、内容を記入する。

8．家族の状態

安定、不安定のいずれか該当する項目に \surd 点を記入する。
また、その内容について点線上に記入する。

9．その他伝えたい情報

必要事項について、記入する。
最後に、記入日、訪問看護事業所の担当者名を記入する。

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	安定 不安定			
3	緊急訪問の有無と回数	無	有	回(内容)	
4	緊急連絡の有無と回数	無	有	回(内容)	
5	予定外の外来受診	無	有	回(内容)	
6	医療処置のトラブル	無	有	(内容)	
7	再入院の可能性	無	有	()	
8	家族の状態	安定 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 _____

D . 訪問看護連絡票

記 入 例

病院担当者様 築地 聖子 様

この度は利用者様 東 路加子 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。

14年 10月 14日(退院 7 日目)現在

1	初回訪問	14年 10月 8日
2	利用者の病状	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 自宅に戻り、安心した様子あり、現在MSコンチンで <input type="checkbox"/> 不安定 疼痛コントロールできている。
3	緊急訪問の有無と回数	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有 回(内容)
4	緊急連絡の有無と回数	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有 回(内容)
5	予定外の外来受診	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有 回(内容)
6	医療処置のトラブル	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有(内容)
7	再入院の可能性	<input checked="" type="checkbox"/> 無 有()
8	家族の状態	<input checked="" type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定
9	その他 伝えたい情報	<div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> その他、伝えたい内容がある場合は、自由に記載してください。 </div>

詳細を記入してください。特に不安定の場合は、その理由をお書きください。

14年 10月 14日記入

ステーション担当者 西 路子



早期退院連携ガイドライン活用のためのヒント

本ガイドラインの実用可能性を検討したところ、退院患者に関する情報提供のプロセスとして、A．訪問依頼票、B．情報連携票、C．医療処置管理票、D．訪問看護連絡票の4段階を経て実施される意義が確認された。

一方、各票の様式や連絡手段などの活用方法は、訪問看護事業所や病院の体制や地域の状況などにより、様々な可能性があることが示され、個々の状況に応じて形を変えて活用されることが望ましいと考えられる。

本研究プロセスで確認された応用例は、以下のとおりである。

1．病院から訪問看護事業所への情報提供の工夫

1) 病院が訪問看護事業所への情報提供に退院時看護サマリーを使用している場合

看護サマリーが訪問看護事業所で十分に必要な内容になっている場合

訪問看護事業所と病院との間で、訪問看護を開始する上で必要な情報を交換する際、サマリーの枠組みが作られている場合がある。日々の実践の中で、改善の必要性を認識している場合には、ガイドライン導入を機会に、簡潔な「B．情報連携票」を活用することも可能である。

病棟が既存のサマリーの様式に慣れており、訪問看護事業所でも改善の必要性を認識していない場合には、既存のサマリーを代用させ、一部を補完する形で「B．情報連携票」を用いることも可能であると考えられる。本ガイドラインで重要な点は、「B．情報連携票」の形式ではなく、退院時に訪問看護開始に必要な情報が病院から提供される「仕組み」である。

病院の記録としての看護サマリーになっている場合

提供された看護サマリーが、訪問看護の開始時の情報として結果的にほとんど活用できない内容の場合もある。この場合、ガイドライン導入を働きかけることにより、病院から「B．情報連携票」で必要な情報が提供されるような仕組みをつくる必要がある。

2) 病院内の医療福祉相談窓口が、退院患者の在宅療養へ働きかけている場合

病院組織のあり方により、退院患者に関する情報は、医療福祉相談窓口(医療連携室、医療福祉相談室などの名称)を経由する場合が大規模な病院を中心に多く見られる。本ガイドラインは、病棟の看護師が、退院時の情報を訪問看護事業所に提供することを前提としているが、このような病院では、医療福祉相談窓口で活用されることも検討する必要がある。医療福祉相談窓口では、看護職に加え、福祉職などがおり、情報の内容については病院内の組織間、職種間の連携に依存する場合もある。「B．連携情報票」のような枠組みがあることによって、それぞれの立場で把握できる情報が集約され、訪問看護に提供されることを通じて、必要な情報の流れについて病院内の連携を支援できる可能性も考えられる。

3) ケアマネジャーが介在する場合

介護保険制度になり、退院後帰宅する患者については、ケアマネジャーへの連絡が優先されるようになってきている。在宅での療養環境を整える上で、必要な在宅サービス

の早期の導入は不可欠であり、その点では病院からケアマネジャーへの連絡は必要な手続きであるといえるが、問題も生じている。

退院患者の多くは、医療処置の必要性が高いなど、医療的な管理が必要とされるが、連絡を受けたケアマネジャーに医療的なアセスメントの視点が乏しいこともあり、医療的管理の必要性が認識されず、訪問看護サービスが早期に導入されない場合がある。

このような場合の1つの解決策として、本ガイドラインを導入し、病棟で「A．訪問依頼票」を活用して、訪問看護の必要性が高いと考えられる場合には、訪問看護事業所に併設される居宅介護支援事業所に連絡するなど徹底することにより、帰宅する退院患者への訪問看護の早期の導入が実現できると考えられる。

また、退院患者本人や家族へも訪問看護の必要性についての認識を入院中に深めることも必要な解決策と思われる。

▶ 2．訪問看護事業所から病院への情報提供の工夫

本ガイドラインの特徴の1つは、退院患者の退院直後の在宅での状況について病院に伝え、訪問看護事業所と病院との連携についてのフィードバックのプロセスが含まれている点である。

この情報提供は、病棟では退院指導の評価として活用できる。フィードバックプロセスを繰り返すことによって、病院と訪問看護事業所の連携がより促進され、適切な情報が適切な形で提供されることを通じて、退院患者が早期に在宅での療養を開始することができると考えられる。また、情報が病院にフィードバックされることにより、病院側では退院患者が再度入院する場合、外来通院する場合にも活用でき、有意義である。

病棟看護師に「D．訪問看護連絡票」を返信する必要だけでなく、外来や救急への活用も意図すると、病院のどの窓口に渡すかが問題となる。病院内の情報システムを考えると、病棟看護師だけに返信しても、他部門へは情報が行き渡らないと思われる。場合によっては、ケアマネジャーや相談室などの直接の情報提供窓口にも提供されることが望ましい。つまり、連携を取り合う関係者同士が、情報の仕組みを必要に応じ追加することも考慮していくと良いと思われる。

▶ 3．病院および訪問看護事業所間の情報交換における方法の工夫

本ガイドラインでは、A～Dの各票を使用し、情報を交換することが基本であるが、その使用方法については、使用する施設にあわせると使用しやすい。例えば、「A．訪問依頼票」は、票のやり取りをするよりも、その票を使用して、電話で確認することが実用的であるという意見が多かった。つまり、使用する側が各票の情報交換の方法、つまり伝達方法には責任を持って、使用しやすい方法を選ぶと良いと考えられる。

本ガイドラインは、訪問看護事業所が訪問看護を開始する上で必要な情報が病院から提供され、退院患者がスムーズに在宅療養を開始できる環境整備のために有効と考えられる手続きを示したものである。訪問看護事業所と病院との間で、本ガイドラインで示した手続きを繰り返していくことによって、相互の連携が強化され、単に適切な情報提供されることにとどまらず、関係づくりを促進すると考えられる。

本ガイドラインの導入が、単に情報提供の手続きの整備にとどまらず、そのプロセスを通じて相互に理解しあう機会とし、訪問看護事業所と病院とが退院患者にとっての互いの長所を活かしあえる関係づくりの契機となることを期待したい。



ガイドラインの根拠

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。

1 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	公的・社会保険 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	4 730
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空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」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 ² 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」と回答した割合と比較すると、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。

3

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）

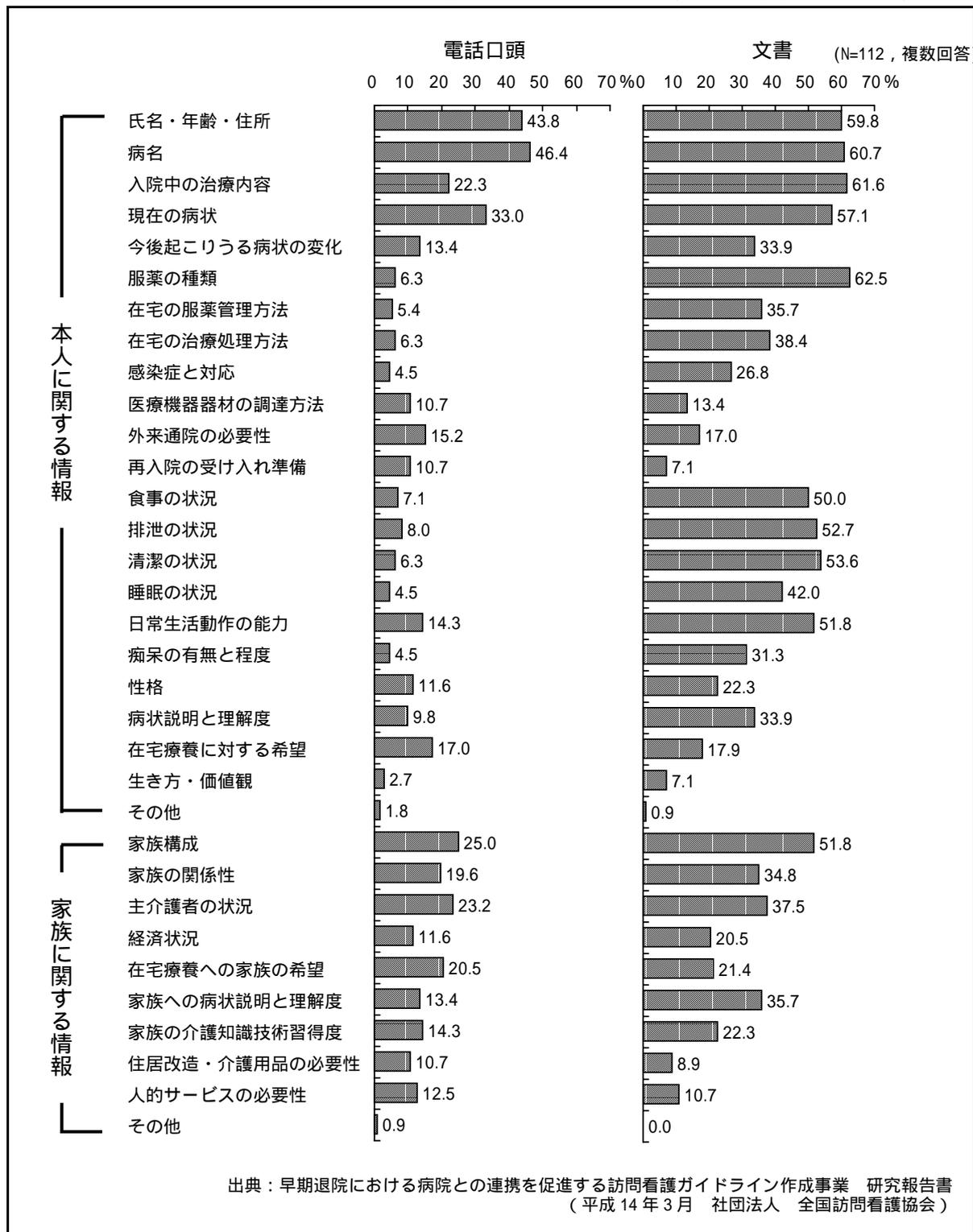
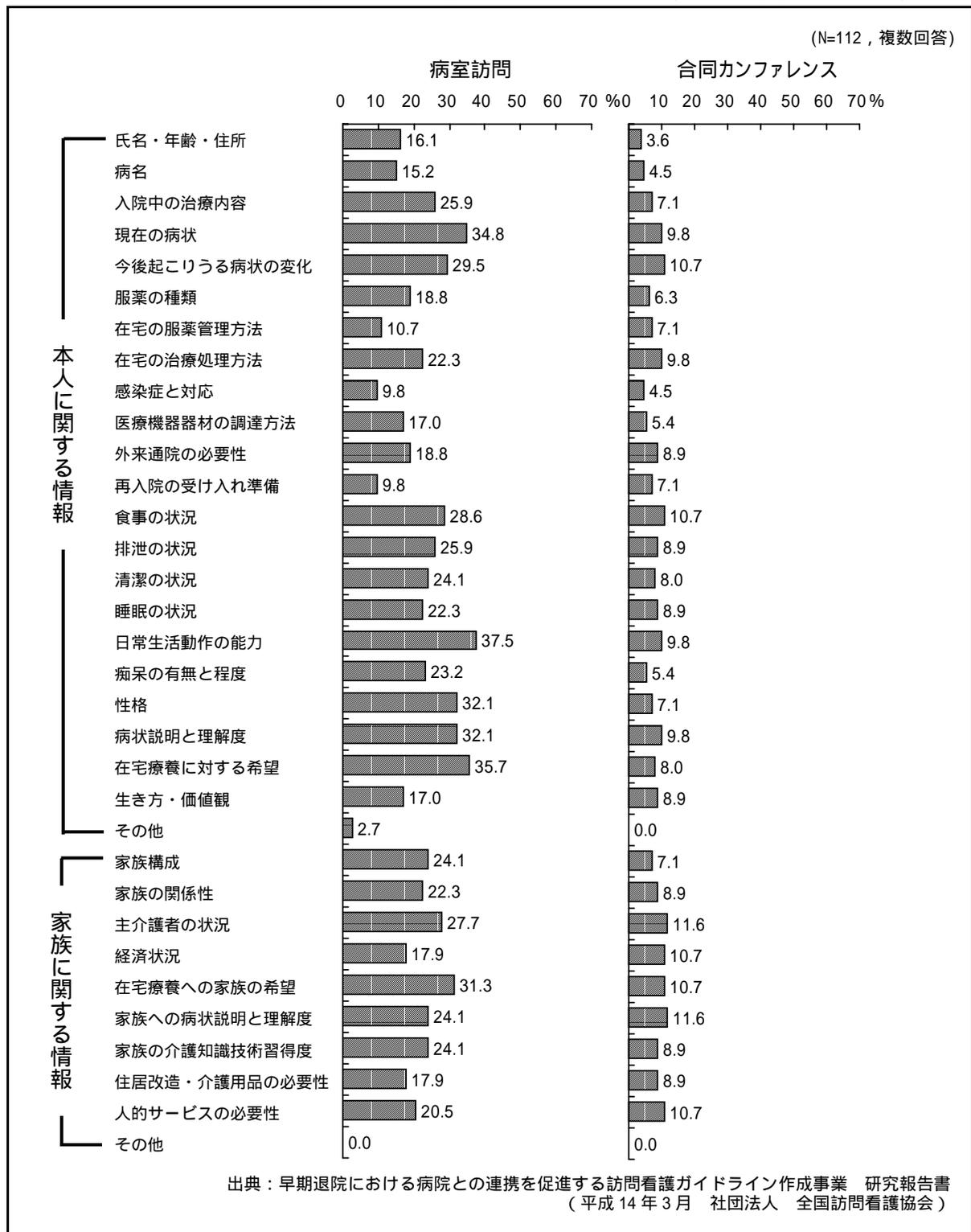


表9 - 2 入手方法別にみた退院前に訪問看護師が収集した情報 (平成13年度事例調査データ)



4

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、設置主体が看護協会の訪問看護事業所、24時間連絡体制をとっている訪問看護事業所、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 1 3 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 ¹⁾
		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) 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別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 1 5 訪問看護事業所の特性別 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 ¹⁾
		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) 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）

5

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。(平成14年度報告書 P67)

6

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。(平成14年度報告書 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。

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

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。
(本ガイドライン P36-表 2)
- 2) 病院から依頼を受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。
(本ガイドライン P39-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。
(本ガイドライン P37-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。
併設施設に「病院」「居宅介護支援センター」があること
「24 時間連絡体制」「緊急時訪問看護体制」をとっていること
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。
(本ガイドライン P38-表 6)

文献レビューから (平成 14 年度報告書 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

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。
(平成 14 年度報告書 P61 ~ 64, P73)

文献レビューから (平成 14 年度報告書 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。
(平成14年度報告書 P75～76)

文献レビューから (平成14年度報告書-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。
(本ガイドライン P44～48)

- 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。
(平成13年度報告書 P114)

文献レビューから (平成14年度報告書 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。
(平成 13 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。
(平成 13 年度報告書 P23～55)

報告書のガイドライン実用可能性の検討から

- 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。
(平成 14 年度報告書 P89)

文献レビューから

(平成 14 年度報告書 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。

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

委員会構成

委員長	川越 博美	聖路加看護大学地域看護学	教授
委員	長江 弘子	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
委員	酒井 昌子	聖路加看護大学地域看護学	講師
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

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
