

## 病棟看護師と訪問看護師の連携促進強化の試み —入退院連携シート（退院時共同指導説明書）の作成と活用—

蒔田 寛子      三浦 さえ子<sup>1)</sup>      風間 祐子<sup>2)</sup>  
高井 由美子<sup>3)</sup>      永嶋 智香<sup>4)</sup>      大石 寿子<sup>5)</sup>  
大村 早苗<sup>6)</sup>      織田 雅子<sup>7)</sup>      小出 美由季<sup>8)</sup>

静岡県訪問看護ステーション協議会中部支部在宅医療推進センター事業委員会では、退院時、病棟看護師と訪問看護ステーション訪問看護師の連携促進のさらなる強化が必要と考え、その手始めとして、訪問看護師にも病棟看護師にも有用な連携シート作成に取り組んだ。今回、連携シート作成に至るプロセス、シートの概略、使用後の感想と広報活動について報告する。

病棟看護師と訪問看護師の連携の状況と、問題と感ずる内容を検討したところ、退院時カンファレンスの問題と、退院時情報提供用の記録用紙の必要性が明らかになった。そこで「入退院連携シート（案）」の作成と試行、広報活動を行い、試行後の評価をふまえて「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を作成した。本取り組みを通して、退院支援に必要な情報を明らかにすることができ、本シートを使用してのカンファレンスの活性化と、支援者間の関係を良好に築くことについて確認できた。

キーワード：退院支援 訪問看護ステーション 専門職連携 カンファレンス 記録用紙

### はじめに

我が国は急速な少子高齢化と医療の高度化を背景に、医療費は高騰し、その抑制策として、在院日数の短縮と在宅医療の充実がすすめられている。そのようななか、2012年4月に行われた6年に一度の診療報酬・介護報酬同時改定は、「地域包括ケアシステム」構築への第一歩と言われ、とくに「在宅医療の充実」、「医療と介護の連携」に重点が置かれている。「在宅医療の充実」のための「退院促進の強化」として、今回の診療報酬改定では、医療機関は退院調整加算に加えて、地域連携計画加算が算定できるようになり、これまでは医療機関同士の共同指導のみが対象であった退院時共同指導料に、訪問看護ステーションの看護師等も含まれるようになった。訪問看護ステーションも退院時共同指導加算を算定できるようになったため、医療機関と訪問看護ステーションとの連携が非常に強化された形となっている。

---

1) 元訪問看護ステーション清水      2) 訪問看護ステーション清水      3) 訪問看護ステーションもも静岡石田  
4) 静岡県立総合病院                      5) 社会保険桜ヶ丘総合病院              6) 訪問看護ステーションふれあい  
7) 市立島田市民病院                      8) 島田市訪問看護ステーション

静岡県訪問看護ステーション協議会中部支部在宅医療推進センター事業委員会（以下事業委員会とする）では、法制度の改定もふまえ、退院時に病棟看護師と訪問看護ステーション訪問看護師の連携促進のさらなる強化が必要であると考えた。全国訪問看護事業協会が平成15年に作成した「早期退院連携ガイドライン」の訪問依頼票、連絡情報票、医療処置管理票などの記録用紙（川越他，2006）は、保険請求には対応していないため、退院時共同指導料2、退院時共同指導加算を請求できなかった。診療報酬・介護報酬が請求できるような連携のための情報共有シートを作成使用することは、病院と訪問看護ステーションにとってメリットが大きく、連携の強化を図ることができると考えた。また記録用紙は簡潔に1枚の用紙である方が活用しやすい。

そのため、訪問看護師にも病棟看護師にも有用な「入退院連携シート」作成に取り組むこととした。そこで今回、入退院連携シート作成に至るプロセス、シートの概略、使用後の感想と広報活動について、施設名等特定できないよう守秘義務に配慮し報告する。

## 1. 「入退院連携シート」作成までのプロセス

### 1) 病棟看護師と訪問看護師の連携の状況と、問題と感ずる内容の検討

現在の病棟看護師と訪問看護師の連携の状況と、問題であると感じている内容を事業委員会会議において検討した。事業委員会は、訪問看護ステーションの訪問看護師5名（訪問看護ステーション所長4名、訪問看護認定看護師1名）、病院の地域連携室退院調整看護師3名、大学で在宅看護学を専門領域としている教員1名の合計9名で構成されている。

#### (1) 訪問看護師からの意見

訪問看護師の意見を集約すると看護サマリーに関するものと退院時カンファレンスに関する2点に絞られた。

##### ① 看護サマリー

病院の看護サマリーは、入院中の看護を整理したものであり、退院時訪問看護師への情報提供を目的として記載しているものではないため、訪問看護師が必要としている情報が得られにくい。

##### ② 退院時カンファレンス

退院時カンファレンスの目的は、退院後の療養生活支援のために必要な情報を患者家族と支援者間で共有し、退院後の支援の方向性を決定するために実施するのが理想的である。しかし、居宅介護支援における退院・通所加算は、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に加算ができるとなっている。このことが逆に弊害ともなっており、例えば退院時カンファレンスでケアマネジャーが司会をすると、往々にして上記の理由で居宅サービス計画を具体的に立案することを目的にすることが多い。しかし、退院して生活が始まってみない

とわからないことも多く、退院時カンファレンスで立てた居宅サービスが退院後に役に立たないことがほとんどである。すなわち、退院時カンファレンスで決めた在宅サービスも、実際に在宅での生活が始まると、変更する場合も多いということであり、退院前に具体的サービス調整に多くの時間をかけることが効果的とも思えないという意見が多かった。

そして、カンファレンスの目的がこのような退院後の具体的サービス調整になると、参加しているケアマネジャー以外の職種はカンファレンスをもった理由がわからなくなるといった意見もあり、実際、医師もカンファレンスに参加しなくなっていた。

さらに、退院後の具体的サービス調整が中心になると退院時カンファレンスで病棟看護師の発言が少なくなり、医療処置の指導がどこまで進んでいるのかわからない、参加している患者・家族の発言も少なくなり、在宅療養についての想いが聞けず、今後の方向性がわからないなどの意見があり、医療と生活に関する課題が明確にならない傾向にあった。

これらのことから、看護サマリーと退院時カンファレンスは参加者にとっては満足感が少なく、支援に有効に利用されていないと思われた。すなわち時間がかかるわりには、在宅療養生活を支援するために必要な情報が得られなく、関連多職種との関係作りにもなっていないということである。療養者を直接ケアしてきた病棟看護師からの、訪問看護ステーションへの生きた情報は、療養者や家族と訪問看護師が短時間に人間関係の構築ができる橋渡しになるとの先行文献（田島、2008）があるが、医療と生活の課題が明確にならないような情報提供およびカンファレンスのあり方は、変更の必要があると思われた。

## (2) 病院の退院調整看護師からの意見

病院の退院調整看護師からは、病棟看護のみの経験であると、退院後の患者の生活がイメージできないため、個別的な退院指導が難しいこと、病院は治療の場であるため、病棟看護師の中には、退院後の生活への意識が低いことなどの意見があった。一方、訪問看護師も退院時カンファレンスなど、病院の看護師との連携をとおして、病棟看護師の在宅生活への関心が低いことを感じていた。

退院に向けて、病棟看護師が他組織と連携を進めるために必要な要素には、病棟看護師が退院調整の必要性に対する認識を持ち共有すること、退院プロセスに関われるように成長すること、などがあげられている（佐藤他、2010）。また、在宅ケアの専門的知識や経験があることにより、退院後の生活をイメージした支援ができるということ（戸村、2007）である。病院での看護の経験のみでは、退院後の生活に必要な退院支援を行うことが難しいと思われた。そこで、病棟看護師が在宅支援でも必要と思われる医療情報が記入できるシートの作成を考えることとした。さらにこの情報については後述するが、訪問看護師からの退院後の情報も返ってくるができるものとした。

## 2) 「入退院連携シート(案)」の作成と試行

訪問看護師と病院の退院調整看護師の意見から、退院時カンファレンスがより効果の高い話し合いとなるような取り組みが必要であると考えた。そのためには、病棟看護師から訪問看護師へ、必要な情報が提供されるような、退院後の在宅療養生活継続への看護に役立つ情報を整理できる、退院時の連携シートが必要ではないかと考えた。

そこで、現在の病棟看護師と訪問看護師の連携の状況と、問題であると感じている内容の検討により、退院時カンファレンスには、カンファレンスに使用することを目的とした連携シートが必要と考え、先行文献(川越他, 2006; 戸村他, 2009; 今西, 2010; 北, 2010; 神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会役員会, 2010; 篠田, 2011)も参考に「入退院連携シート(案)」を作成した。

退院時に連携シートが効果的に使用されることにより、患者入院時から退院後の生活をイメージした支援の実施が強化されると思われる。つまり、病棟看護師の退院後の患者の生活への関心が高まり、病院でのより効果的な退院支援にも役立つと思われ、さらにカンファレンスも、退院後の生活支援に的を絞った内容の話し合いになるのではないかと考えた。

### (1) 「入退院連携シート(案)」に必要な情報の抽出

病棟看護師から訪問看護師へ、退院後の在宅療養生活継続への看護に役立つ情報は何かを検討した。内容は、基本情報の他に、病名、既往歴、入院中の経過、病状説明と受け止め、保険・社会福祉等、身体状況、療養生活に関わる動作(ADL)、家族の状況、共同指導内容(医療処置・身体援助)、今後の治療課題と生活課題、退院予定日、緊急時対応であった。

看護サマリーでは記述欄が多いが、記述は時間がかかるわりには、それを受け取る側では、あまり読まない傾向にあったため、チェック項目を増やすことで、「入退院連携シート(案)」の記入時間短縮を図った。また身体状況と療養生活に関わる動作(ADL)では、状態の詳細が記入できるように、特記事項を記入する欄を設けた。

「退院時連携シート」は退院時カンファレンスに使用するものであるが、退院後の患者がどのような療養生活を送っているのか確認できると、病院での看護、特に退院指導の評価ができるとのことであった。そこで、「1週間から1ヶ月の間に、別紙にて情報の返信をお願いします」というチェック項目を設け、そこにチェックされている場合には、訪問看護ステーションから病院へ、退院後の生活の様子を報告できるシステムとなるようにした。

すなわち病棟看護師から訪問看護師への一方通行の連携シートではなく、訪問看護師からの返信も含まれる双方向のものとした。

## 3) 連携シート作成の経過報告を兼ねて、「在宅療養を支えていくための連携を目指して」というテーマでシンポジウムを開催

平成24年6月から12月までの7か月間に、事業委員の所属する3病院で「入退院連携シート(案)」を試用したのだが、その間平成24年8月に、静岡県中部支部の訪問看護ステーション、総合病院、居宅介護支援事業所を対象に、「在宅療養を支えていくための連携を目指して」

というテーマでシンポジウムを実施した。

総合病院の地域連携室退院調整看護師，居宅介護支援事業所の介護支援専門員，訪問看護ステーションの所長，大学の教員の4名のシンポジストが，それぞれの立場から，在宅療養を支えていくための連携について発言し，意見交換を行った．シンポジウムの内容については，参加者41名のうち，アンケートに答えた32名中31名が理解できたと答えていた．また，「入退院連携シート（案）」についての経過報告を行い，連携シートの使用についても説明した．

表1 入退院連携シート（案）試行のアンケート結果

1. 連携シートの記載は時間の短縮につながったか			
①はい	12名(85.7%)	②変わらない	2名(14.3%)
③いいえ	0名		
2. 連携シートを使用した退院時カンファレンスの感想			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 項目別に利用者の状況がわかりやすく、全体像の把握がしやすい(4名)</li> <li>● 情報のアセスメントがその場でできるため、在宅への繋がりをイメージしやすく必要なサービス選定が早い</li> <li>● カンファレンス前に情報がまとめられ、その場でサインができるため便利</li> <li>● 情報と問題が共有できる(2名)</li> <li>● 一枚で、全ての情報が把握できるので助かる(3名)</li> <li>● シートに添って確認できるので、情報の漏れがなく、在宅への移行がスムーズにできる(2名)</li> <li>● 患者の状態を把握しやすいため、質問もしやすい</li> <li>● 予め情報が記載されているので、それに添って課題検討できる</li> <li>● 要点がつかみやすく、会議を進行しやすい</li> <li>● カンファレンスの際、追加情報を記入するだけでいいので、効率的である</li> <li>● 連携シートを使用していない総合病院にも広報し、共通にして欲しい</li> <li>● 予め病院で情報が記載されていれば良いが、記載されていないとカンファレンスで聞きながら記載のため時間がかかる</li> <li>● 連携シートを使用していない病院では、病院の書式と連携シートにサインしてもらっている。地域で共通のシートにして欲しい ( )内は人数が複数名の答え</li> </ul>			
3. 改善点や気づいた点など(書きやすさ、情報の量・内容等)			
<ul style="list-style-type: none"> <li>● 連携シートのみでの情報は、主治医からの実際の病状経過や介護力・介護問題・家族関係が把握できない</li> <li>● カンファレンスから退院が延期するとその間の情報がない。その場合退院時に補足の情報が欲しい</li> <li>● ステーション独自の書式があるため、その方がスタッフも慣れていて移行しにくさを感じる</li> <li>● この書式では、入院エピソード欄が狭い(2名)</li> <li>● 病院の主なシートとして普及されると良いと思う</li> <li>● 病状では、利用者の病気の経過記入するのか、現在の病状のみに限定されるのか迷った ( )内は人数が複数名の答え</li> </ul>			

#### 4) 「入退院連携シート（案）」の事業委員の所属する施設で試用とその反応

「入退院連携シート（案）」を試用した事業委員の所属する3病院で、「入退院連携シート（案）」を記載した病棟看護師、このシートで退院時カンファレンスに参加した退院調整看護師と訪問看護師からの意見を整理した。約3カ月の間に「入退院連携シート（案）」は72枚利用されており、訪問看護ステーションから病院への返信用シートは24枚利用されていた。

連携シート記載が記録時間の短縮につながったかという問いには、12名（85.7%）が時間短縮になったと答えていた。アンケート結果の詳細については表1に示したが、連携シートを使用してのカンファレンスでは、患者の全体像が把握しやすく、在宅生活がイメージしやすい、必要な情報がまとめられているので課題検討ができる、要点がつかみやすく会議の進行もしやすい、他の病院にも広報し地域で共通の様式にして欲しい等の意見があった。「入退院連携シート（案）」には、退院時カンファレンスに必要な情報が記載されており、カンファレンスを効率的に進めることができるようであった。

改善点については、入院中の病状経過、家族関係、介護力等の把握ができないという意見、施設独自の書式があるため、そちらの方がスタッフも慣れていて記載しやすいなどの意見があった。

訪問看護師から病棟看護師への返信用のシートについては、必須でないため利用が多くはなく、訪問看護師にとっては負担感が大きかった。そのため今回は、退院時の情報共有に絞り、連携シートを検討していくこととした。

#### 5) 最終版「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」の概略

「入退院連携シート（案）」試用のアンケート結果と、「入退院連携シート（案）」を試用している事業委員の意見をふまえて、内容を検討し、最終版の「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」（資料1）を作成した。

身体状況では、在宅生活では日常生活自立度が重要であるため、認知症高齢者の日常生活自立度のチェック項目を追加し、障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度を最初にチェックできるように配置した。病状経過、介護力、家族関係などのスペースが少ないとの意見もあったが、利用のしやすさから考えると、記載用紙は簡潔にA3、1枚で収まる方がよいと考え、これらのスペースの変更はしなかった。病状については、現在の状態が重要であり、介護力や家族関係については、療養生活が始まってから確認していく方が現実的であると思われた。

また、「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」には、各項目に記載する際のコメントを入れたマニュアルと、記載例を作成した。

#### 6) 最終版「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を使用しての感想

2013年11月現在、実際に使用している病院は8施設である。

「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を使用し、退院時情報共有している病院看護師からは、「記載時間が短く負担感が少なく記入できる」「連携シートを使用するようにな

り、退院時カンファレンスが短時間になった」「連携シートがあれば急にカンファレンスに参加になっても司会ができる」などの意見を聞くようになった。

また、訪問看護ステーションの看護師からは、「連携シートになってから退院時カンファレンスが短時間になった」「病棟看護師から積極的に情報を発信してくれるようになり、在宅生活に必要な情報を系統的に話してくれる」「退院後の具体的サービスの調整ばかりの話し合いということがなくなった」「連携シートに沿って情報を整理するので、必要な情報の確認し忘れがなくなった」「連携シートに慣れてきた」などの意見を聞いている。そして医師も積極的に退院時カンファレンスに参加してくれるようになったので、医師に直接病気や治療について確認できるのでわかりやすいということであった。

これらの結果から、最終版「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を、実際使用にむけて勧めることとした。

## 2. 最終版「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」の広報活動

### 1) 「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」説明会の実施

静岡県中部支部の訪問看護ステーション管理者会議において「連携シート作成までの経緯と広報活動」について説明し、連携シート活用方法についてロールプレイを実施した。ロールプレイは、連携シートを利用した退院時カンファレンスを再現したもので、病棟担当看護師、病院連携室退院調整看護師、訪問看護ステーション所長、患者、患者家族（長女）、ケアマネジャー、ナレーションを事業委員で配役し実施した。ロールプレイでは、要点を押さえて実施すること、病院でのサービス担当者会議にならないようにすること、同席した者が最後にサインをして、内容を確認し合うことを含めるようにした。

### 2) 研修会などでの広報活動

事業委員が参加している研修会などで、「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」の広報および説明をしてきた。説明を受けた関係者からは、このシートを自分たちの病院などでも導入したいという声を多く聞いており、静岡県内においては徐々に利用が増えている状況である。

また、「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」の各病院での導入の際、病院で使用しやすいように多少変更を加えているところもあると聞いている。本連携シートは、病院看護師から訪問看護師へ、退院後の在宅療養生活支援に役立つ情報が網羅されており、これを基本に各病院で実際の利用にあわせて修正を加え利用評価され、そのようにして地域での連携支援が促進されることは望ましいと考える。

### 3. 考察

#### 1) 退院時カンファレンスに必要な情報

病院看護師から訪問看護師へ、退院後の在宅療養生活支援に役立つ情報は、基本情報の他に、病名、既往歴、入院中の経過、病状説明と患者および家族の受け止め、保険・社会福祉等、身体状況、療養生活に関わる動作（ADL）、家族の状況、共同指導内容（医療処置・身体援助）、今後の治療課題と生活課題、退院予定日、緊急時対応であった。

「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」があることにより、訪問看護師は、退院時カンファレンスで、必要な情報の聞き忘れをしなくなったとの意見が多く聞かれたことより、病院看護師より得たい、退院時の情報が網羅されていると考えられた。在宅療養生活では、生活を継続するために、対象となる保険や社会福祉等の具体的な情報が必要であった。そして、身体状況と療養生活に関わる動作（ADL）があることで、療養者がどの程度自立した生活が可能かの予測をたてながら、支援ができると考えた。

在宅では、生活を基盤に必要な医療や看護が提供されるため、「生活の中で実施できるか」の確認が求められる（高砂,2011）とあるが、本シートの共同指導内容（医療処置・身体援助）の項目も必須と考え入れている。在宅療養生活では、医師や看護師等が常に身近にいるわけではないので、生活の中で、療養者もしくは家族等の介護者がどのように実施できるのか、具体的な情報が必要である。今回作成されたシートは、これらの必要な項目を網羅しており、カンファレンスでの具体的な情報の確認も確実に実施できている。

#### 2) 退院後の生活を考えた支援の促進

本シート作成前の事業委員間での話し合いでは、病棟看護のみの経験であると、退院後の患者の生活がイメージできないため、個別的な退院指導が難しいこと、病棟看護師の中には退院後の生活への関心が低いこと、などの意見が聞かれていた。

先行研究（佐藤他, 2010；今磯他, 2007；佐藤他, 2009）によると、病院看護師は、退院に向けて他組織との連携に関心が低いこと、連携が十分取れていると感じていないことが明らかにされており、治療の場である病院では、看護師も退院後を意識して看護することが難しいと考えられる。そのため、退院後の生活をふまえた支援はあえて意識をすることが必要であり、意識を促すためには、本研究の「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」のような、退院支援に必要な情報を整理できる記録用紙が効果的ということである。本研究の「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」は、退院後の在宅療養支援のために、訪問看護師が必要な情報を、病棟看護師が整理するように作成されており、このシートを埋めるように患者の情報を収集整理することで、病棟看護師は、患者の退院後の生活へ意識が向けられると考える。

入院日数が短縮しており、今後ますます医療処置が必要な在宅療養者が増加することをふまえると、病棟看護師には、入院時から退院後の生活をみすえた支援が望まれている。病院



看護師が、患者退院後の在宅イメージを推し量れないことが連携を困難にしている（樋口他，2009）との文献もあり，病院での看護経験のみでは，退院後の生活のイメージがつかみにくいと思われるが，「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」のような退院後の支援に必要な情報を整理できる記録用紙があることで，ケアの中で退院後の支援に必要な情報を自然に得ることができ，退院後の生活もイメージできやすくなるのではないかと考える。

また，直接ケアしてきた病棟看護師から訪問看護ステーションへの生きた情報提供は，療養者や家族と訪問看護師が短時間に人間関係の構築ができる橋渡しとなる（田島，2008）とあるように，病棟看護師から訪問看護師への生きた情報提供は情報を伝える以上の効果もあると考えられる。病棟看護師と訪問看護師の情報共有という連携を通して，より対象者にとって質の高い看護を提供できるのである。

### 3) カンファレンスの活性化

先行文献では，早期在宅療養に移行できた要因は，時期を逃すことなく患者・家族への情報提供が行え，在宅へのカンファレンスの場で関係者すべてが在宅へ向けて意思統一が図れたことであり（樋口他，2009），カンファレンス等を通して病院看護師と訪問看護師が顔なじみになり，気軽に話し合える関係になったことで，連携の強化が図られているとある（宮地他，2006；中野他，2003）。在宅療養の安定には，支援者の連携を強化することが必須であり，そのためにはカンファレンスが重要であると考えられる。

「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を使用し，退院時カンファレンスを行うようになった結果として，「カンファレンスが短時間になった」「在宅支援に必要な情報を系統的に病棟看護師が情報提供してくれる」「必要な情報が洩れなく確認できる」「医師のカンファレンス参加が多くなり医師にも情報の確認ができる」などの意見を聞いている。カンファレンスに対して肯定的な意見が多く，在宅生活に必要な情報が洩れなく確認できるということは，退院時カンファレンスが効果的に実施できるようになったと考えられた。医師のカンファレンス参加の機会も増え，疾病治療に関する情報の確認もできたということであるが，訪問看護師が患者退院時に求めている情報には，退院後の医療体制に関する医師からの説明，継続する医療的ケアがあったという文献（宮下他，2011）もあり，必要としている情報が得られやすくなっていると思われた。このことは在宅医療への円滑な橋渡しとなったとも考えられ，病院勤務の医師にも在宅支援に関心を向けてもらう機会ともなっている。

カンファレンス終了時には，病院看護師，訪問看護師，ケアマネジャー，患者・家族等カンファレンス参加者がそれぞれの氏名の欄に，自筆でサインをすることになっており，このような行為を通して，それぞれがカンファレンスの内容に責任を持つとともに，参加者の一体感が生まれているように感じる。

「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を使用するようになり，同じ目的で，より適切にカンファレンスできるようになり，参加者の負担感が減り，達成感を持っていて，良い関係を持つことができていると考えられた。支援者のより良い関係は，一人の療養者にとどまらず，他の療養者の支援の際にも活かされ，支援者間の連携の強化が図られるものと

思われた。

#### 4) 地域で同じ記載用紙を用いて支援することの意味

本取り組みでは、静岡県中部地区での試験的な実施を経て、「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を、静岡県中部地区を中心に、研修会などで広めていっているところである。現在、8の病院でこの「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」を導入しており、これらの病院からの退院患者を受け入れる訪問看護ステーションでは、退院時カンファレンスの際には、このシートを使っているということであり、このシートに慣れてきている訪問看護ステーションも多くなっている。また、本シートを基本にしなが、病院ごとに使用しやすいように変更を加えて、病院オリジナルの「入退院連携シート」使用により連携しているところもあり、地域での連携支援が促進されていると思われる。

静岡県中部地区という限られた範囲での使用ではあるが、このシートに慣れてきている病棟看護師他病院のスタッフ、訪問看護ステーションの訪問看護師、ケアマネジャーなどが増えてきていることは、その地域の退院支援を円滑にするものであると思われる。同じ地域の多くの支援者が、同じシートを使い慣れることにより、業務の短縮、情報の確認漏れを防ぐことにつながる。そして、病棟看護師と訪問看護ステーション訪問看護師の連携のさらなる強化が、地域で促進されることになり、地域の在宅療養支援を安定させることにつながると考えられた。

#### 結語

病棟看護師と訪問看護ステーション訪問看護師の連携促進のさらなる強化が必要と考え、事業委員会で取り組んできた、「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」作成と連携強化の実際について報告した。

「入退院連携シート（退院時共同指導説明書）」の作成と利用を通して、退院支援に必要な情報を明らかにすることができ、本シートを使用してのカンファレンスの活性化と、支援者間の関係を良好に築くことについて確認できた。

なお、本取り組みは、静岡県訪問看護ステーション協議会中部支部在宅医療推進センター事業の一環として実施している。

- 1) 川越博美，長江弘子編（2006）：早期退院連携ガイドラインの活用—退院する患者・家族を支援するために—，日本看護協会出版会，東京。
- 2) 田島正美（2008）：在宅ターミナルケアのための看護師間の継続看護に関する研究の動向—がんのターミナル期にある人と家族を支える病棟看護師と訪問看護師との連携の課題—，神奈川県立保健福祉大学実践教育センター看護教育研究集録，33，271-278。
- 3) 佐藤真粧美，酒井郁子（2010）：退院に向けて病院看護師が他組織と連携をすすめるために必要な要素と課題，千葉看護学会誌，16（1），77-85。
- 4) 戸村ひかり（2007）：在宅ケア経験が豊富な“リエゾンナース”を中心に病院全体で行う退院

- 支援, コミュニティケア, 9(3), 33-37.
- 5) 戸村ひかり, 永田智子, 村嶋幸代 (2009): 一般病棟から自宅退院する要介護高齢患者への退院支援に必要な要素の分析—退院調査による評価から—, 日本地域看護学会誌, 12(1), 50-58.
  - 6) 今西悦子 (2010): 地域の声を参考に「看護サマリー」を改編“連携書式”として利用する, ナーシング・トゥデイ, 25(9), 74-76.
  - 7) 北由美 (2010): 生きた情報を「看護要約」に記入し患者・家族の“安心”を支える, ナーシング・トゥデイ, 25(9), 77-79.
  - 8) 神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会役員会 (2010): 訪問看護活用マニュアル—医療機関との連携—, 神奈川県訪問看護ステーション連絡協議会ホームページ, <http://www.kanagawa-stkyougikai.jp/use/>.
  - 9) 篠田道子 (2011): 多職種連携を高めるチームマネジメントの知識とスキル, 医学書院, 東京.
  - 10) 高砂裕子 (2011): 立場は違っても目標は同じ—同じ専門職として看護をつなげたい—, コミュニティケア, 1, 18-22.
  - 11) 今磯純子, 石井英子, 加藤容子 (2007): 病院看護師の訪問看護師との連携に関する意識状況分析, 病院, 66(1), 55-58.
  - 12) 佐藤悦子, 泉宗美恵, 望月宗一郎他 (2009): 在宅ケアシステムの視点からみた山梨県内の継続看護の実態と連携のスムーズ性に関連する要因の検討—異なる組織に所属する看護職間の連携に焦点をあてて—, 山梨県立大学看護学部紀要, 11, 61-71.
  - 13) 樋口キエ子, 原田静香, 大木正隆 (2009): 訪問看護師が認識する在宅移行時における連携の現状—連携上の困難・役立った支援より—, 看護実践の科学, 34(10), 61-69.
  - 14) 宮地美紀, 石山智香子, 猪原繁美 (2006): 症状コントロールに難渋した癌末期患者に対する在宅療養支援の検討, 日本看護学会論文集, 地域看護, 36, 230-232.
  - 15) 中野和美, 権木美由紀, 徳本直子他 (2003): 在宅療養に向けての支援—不安の強い肺がん終末期患者の一例—, 日本看護学会論文集, 成人看護II, 33, 395-397.
  - 16) 宮下裕江, 佐川美枝子, 佐藤鈴子 (2011): 訪問看護師が退院時サマリーに求める情報, 国立病院看護研究学会誌, 7(1), 52-60.

## 資料1 入退院連携シート (退院時共同指導説明書)

## 入退院連携シート (退院時共同指導説明書)

	病棟	入院日 平成 年 月 日	感染症 HBs抗原 ( )
	診療科	アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	HCV ( )
	主治医	担当Ns	TPHA ( ) MRSA ( )
氏名	様	生年月日 年 月 日	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	TEL		
病名	<既往歴>		
入院中の経過			
病状説明と受け止め	医師からの病状説明： 本人： 家族：		
保険・社会福祉等	<input type="checkbox"/> 障害者手帳 級 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 特定疾患受給者症 介護保険：要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 [新規・更新・変更] ケアマネジャー名 事業所名 <input type="checkbox"/> 入浴サービス <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> デイサービス		
利用者の状況		(左記の詳細)	
身体状況	寝たきり度 <input type="checkbox"/> J(自立) <input type="checkbox"/> A(外出要介助) <input type="checkbox"/> B(座位可) <input type="checkbox"/> C(寝たきり) 認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M 麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 ) ( <input type="checkbox"/> D3 <input type="checkbox"/> D4 <input type="checkbox"/> D5) <input type="checkbox"/> 視力障害 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 聴力障害 ( <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) <input type="checkbox"/> 言語障害 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(睡眠薬 )		
療養生活に関わる動作(ADL)	①食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 経管栄養※ 形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ ※ <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 栄養剤名 (1日量 栄養 kcal 水分 ml) (Fr 製品名 ) 最終交換日 /		
	②排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ( <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 ) <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル (Fr ) 最終交換日 / <input type="checkbox"/> ストマ 最終交換日 / 下剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 最終排便日 /		
	③清潔 <input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 口腔ケア 更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 部分介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	④歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす ( <input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 介助 ) <input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 起座介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助		
家族の	介護者	(続柄)	家族構成

状況	キーパーソン 緊急時連絡先 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 昼間独居	
共同指導内容	医療処置	薬・注射 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> BS測定 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> CVポート <input type="checkbox"/> ペインコントロール 医療機器 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> ポンプ 医療処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 尿道留置カテーテル その他 <input type="checkbox"/> 必要な医療物品（製品名）・調達先
	身体援助	<input type="checkbox"/> 清潔 <input type="checkbox"/> 食事・栄養 <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> その他
今後の治療課題 生活課題	退院直後、特別指示書での訪問看護の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
退院予定日	退院予定日 月 日 ( ) 時 退院後の主治医： 在宅医： 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( 年 月 日 ~ 月 ) 看護サマリー <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 要 ( 通 ) /搬送方法 <input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー	
緊急時対応		
病院⇄ステーション <input type="checkbox"/> 1週間~1カ月の間に、別紙にて情報の返信をお願いします。		

平成 年 月 日

以上の内容で、(入院中・入所中)の主治医・看護師等と共同で退院指導を行いました。

病院名

医師名： \_\_\_\_\_ 看護師名： \_\_\_\_\_

： \_\_\_\_\_ ； \_\_\_\_\_

訪問看護ステーション名

管理者名： \_\_\_\_\_ 担当者名： \_\_\_\_\_

居宅支援事業所名

ケアマネジャー名： \_\_\_\_\_

： \_\_\_\_\_

私は、上記の内容の退院指導を受けました。

ご利用者・ご家族等名 \_\_\_\_\_

