

在宅ケア既存モデルのネットワーク論的分析

浦田喜久子*, 出羽澤由美子*, 中根 薫*, 玄田公子*, 中西睦子*
飯田邦子^{2*}, 渡辺岳子^{2*}, 土屋幸子^{2*}, 松田南生美^{2*}

神戸市看護大学, ^{2}神戸市中央市民病院

Analysis of Existing Home Care Models with a Framework of Community Health Care Network System

Kikuko URATA*, Yumiko DEWAZAWA*, Kaoru NAKANE*,
Kimiko GENDA*, Mutsuko NAKANISHI*, Kuniko IIDA^{2*},
Takeko WATANABE^{2*}, Sachiko TSUCHIYA^{2*}, Naomi MATSUDA^{2*}

Kobe City College of Nursing, ^{2}Kobe City General Hospital

Abstract

Two existing home care models were analyzed, and they were implemented to Kobe city hospital network, which is consisted of public health, medical, and welfare organizations. The purpose is to improve Kobe city hospital network to serve their community more effectively. The result shows the following:

- 1) When clients are able to access to available services within a network, it is due to the network with a) a good "link", b) a good access to the information regards to their clients and each institution, and c) a strong relationship among different health care professionals workshops, conferences, and meetings.
- 2) When a good "link" exists within a network, even a client with acute care demands may be transferred from an acute care hospital to other institutions such an extended care hospital and a nursing home station.

The result also shows that Kobe city hospital network needs a few improvement. Kobe city hospital needs:

- 1) A strong bond among health care professionals and a system which educates staff members for clients in acute care setting. This would allow transferring more clients with high acute care demands.

- 2) More collaboration with other organizations such as a nursing home and an extended care hospital.

Key words: Net (ネット), Network (ネットワーク), Link (連携), Home care (在宅ケア)

I. はじめに

保健・医療・福祉の連携による総合的な医療体制作りは、超高齢社会に向けてますます必要となっており、地域において、各保健・医療施設のネットワークを強化していくことが、緊急かつ重要な課題となっている。

また、医療経済がますます厳しくなることが予測される中、限りある資源を有効に活用するために、病院は在院日数の短縮化に向けて努力しており、老人保健施設や訪問看護ステーションと連携し、保健・医療・福祉のネット化に努めている。

すでに、地域包括医療システムの構築についての基

本構想が論じられ(山本:1987)¹⁾、1998年には、厚生省により、「訪問看護等在宅ケア総合推進モデル事業」が全国11カ所で実施され、ネット化が進められている。

しかし、ネット化の推進状況においては、医療機関と在宅医療の接点の欠如や医療者間の考え方の隔たり等が指摘されているように(山田:1998)²⁾、未だ、各施設間でクライアントの移動が円滑に行われているとは言い難い状況にある。

そこで、保健・医療・福祉の各施設のネットワークにおいて、病院を中心に在宅ケアの既存ネットの連携機能の実態を明らかにし、その結果から、神戸市民病

院を中心とした効果的・効率的なネットワークづくりのための示唆を得ることを研究の目的とした。

II. 用語の定義

本研究で用いる主な用語を以下のように操作的に定義した。

「ネット」

病院を中心にしてクライアントの移動を認める老人保健施設と訪問看護ステーション及び特別養護老人ホームとのつながり。

「ネットワーク」

ネット内の各施設やその職員が、情報交換や直接的な対人交流を通じて行う組織的活動の総体。

「連携機能」

ネット内で、特定の目的に向かって共働する際の、組織間または個人間の有機的な相互関係。

III. 研究方法

1. 調査対象

1) 地方自治体の病院を中心として、老人保健施設、(以下老健と略す) 訪問看護ステーション(以下ステーションと略す)、特別養護老人ホーム(以下特養と略す)の連携のあるネットの中から、訪問看護事業が推進されている3つのネットを選定し、合計12施設の看護部長または管理責任者を対象に調査した。しかし、病院と他の機関との間でクライアントの移動がほとんどないネットがあったので、このネットを除き2ネット・8施設(Aネット、Bネットとする)を分析対象とした。

2) 神戸市民病院とクライアントの移動のある老健、リハビリテーション病院(以下リハビリ病院と略す)、ステーション、特養の5施設(Cネットとする)の看護部門代表者または管理責任者。

2. 調査期間

平成10年9月24日～10月6日

3. 調査方法

1) 調査者

調査は研究者が分担した。調査者は、本調査に入る前に調査のためのガイドラインを作成し、調査方法を

統一した。

2) 調査の手順

事前に、研究計画、調査内容の概要を調査者が説明し、調査協力の依頼を行い、承諾が得られた施設を調査対象にした。調査は、調査票を用いた聞き取り調査の形式とし、所要時間は約1時間を予定した。また聞き取りに際しては、調査対象者に承諾を得て、テープレコーダーに録音した。

3) 調査票の作成

調査票はネットの連携機能に焦点をあて、山本(1987)³⁾の提示する、地域包括医療システムを構築するためのシステム化推進手順を基に作成した。ここには、1. ニーズの認識 2. 方針及び目標の決定 3. 人間関係の確立 4. 効果的・効率的な医療提供の方法の体系化 5. 医療資源の計画開発・適正配置 6. 医療システムの評価と管理 7. 改良計画のフィードバックループの7段階が示されている。本研究では、このうち4.の段階をとりあげた。また、山本によりシステムの評価尺度としてあげられている5項目 1) Time (より適時なサービス) 2) Cost (より効率的なサービス) 3) Quality (より良質なサービス)、4) Humanity (より全人的なサービス) 5) Sociality (より公平なサービス)のうち、ネットの連携機能の評価に適した上記の1) 2) 3)の項目を採用することにした。1)「適時なサービス」の評価項目を①連携の窓口、②情報交換の手段と情報量とした。これらは、サービスの適時性の間接指標になると考えたからである。また、2)「より効率的なサービス」については、③クライアントの移動を指標とした。その理由は、ネット全体の各施設が連携し、各機能を果たすことで、病院では、在院日数の短縮が図られ、老健やステーション・特養へクライアントの移動を可能にし、医療の経済性、効率性が図られると考えた。3)「より良質なサービス」については、④合同研修を指標とした。ネット間の各専門家の研修は、ケースの問題の解決や、ネット全体のスキルアップに貢献し、クライアントに質の高いサービスを提供し、専門家の質を高めることが可能になるからである。最後にネットの連携の阻害・促進要因の項目を設けた。また、本研究のネットワークの連携機能の評価項目として、上記5項目①連携の窓口②情報交換・情報量③クライアントの移動④合同研修⑤連携の阻害要因・促進要因のそれぞれに下位項目を設けた(資料1参照)。

資料1 調査項目

1. フェイスシート
 - 1) 施設の属性・施設所在地・設置主体・施設の機能
 - 2) 許可病床数・病床利用率
 - 3) 職員数
 - 4) 看護体制・主な看護方式(病院のみ)
2. 連携の窓口
 - 1) 連携の窓口
 - 2) 連携のための人員配置
 - 3) 連携のための会議
 - 4) システム上の問題解決の場
3. 情報交換・情報量
 - 1) 転出入時のクライアントの情報の内容・伝達方法
 - 2) クライアント情報のフィードバック
 - 3) 連携施設の情報量
 - 4) 合同カンファレンス
4. クライアントの移動
 - 1) 紹介元・紹介先・紹介率
5. 合同研修
 - 1) 連携施設との合同研修
6. 連携の阻害要因・促進要因
 - 1) 連携の阻害要因
 - 2) 連携の促進要因

試案した調査票は、予備調査に代えて、看護管理者4名が実際に試用し、選択肢の追加等の修正を行い、本調査を実施した。

IV. 結 果

1. ネットの概要

ネットの概要を地域の特徴、施設の位置関係、及び各施設の特性によって示すと以下ようになる(表1)。

1) A ネット

A ネットは、人口約13万人(1995)の中規模の市にある。老年人口比率は10.6%(1995)で、今回調査したネットの中では最も低い。保健・医療・福祉の一体化が行政主導で進められ、同一の敷地内に病院・老健・ステーション等の施設が合理的に配置されている。

病院は、360床の総合病院である。三次救急はないが、市の中核病院の機能を果たしている。平均在院日数は20.7日と比較的他ネットと比し短い。老健は、ショートステイ20床を含む100床を有し、平均在院日数は、93

日である。ステーションは、看護職員6人で、年間訪問回数1,800回あまりで、クライアントの医療依存度は、呼吸管理6%、経管栄養3%、排泄管理6%、創傷処置12%、ターミナルケア6%と他ネットと比しそれほど高くない。特養は、入所定員70人である。

2) B ネット

B 町は、人口約12,500人(1995)、老年人口比率23.1%(1995)、死亡率10.7(1996)を示しており、高齢化が著しい。同様に高齢化が進んでいる近隣の6つの町が「公立病院組合」を組織し、同一敷地内に病院、老健、ステーション等の施設を設置し運営している。

病院は、383床を有する地域の中核病院としての機能を持つ。平均在院日数は、22.4日である。職員の構成が福祉関係、リハビリテーション関係が多様であることが特徴的である。

老健はショートステイ40床を含む90床を有し、平均在院日数は67.5日である。ステーションは、看護職員10人で訪問延べ回数9,360回であり、医療依存度は、呼吸管理35%、経管栄養16%、排泄管理24%、創傷処置13%と他ネットに比し高くなっている。特養は、入所定員90人で、他ネットに比し福祉関係職員が多い。

3) C ネット

C 市は、人口約142万人(1995)の政令都市であり、老年人口13.5%(1995)である。当自治体は、昭和61年に、市医師会、市民福祉振興協会との3者間において、在宅ケア研究所を設立し、医療と福祉の連携を図り、在宅ケア事業を進めてきている。当ネット内のリハビリ病院、ステーションは、財団法人在宅ケア研究所の事業のための施設である。病院は1,000床を有し、三次救命救急センターを持つ高度医療を提供する自治体立の病院である。平均在院日数は25.1日と他ネットに比し長い。リハビリ病院は180床を有している。老健は、財団法人、医療保健協会が設立したショートステイ10床を含む75床を有し、平均在所日数117.0日と他ネットに比し長い。ステーションは看護職員95人(内パート88人)、訪問延べ回数20,000回あまり、クライアントの医療依存度は、呼吸管理9%、経管栄養3%、排泄管理16%、創傷処置19%とA ネットよりやや高い。特養は、入所定員50人である。

表1 各ネットの概要

	項 目	A ネット	B ネット	C ネット
地域の特徴*	総人口 (1995)	127,542	12,562	1,423,792
	老年人口比率 (1995)	10.6%	23.1%	13.5%
	出生率:死亡率 (1996)	9.9:5.5	8.2:10.7	8.8:7.0
	病院施設数 (1996)	10	2	108
	一般診療所数 (1996)	91	7	1,359
	老健数 (1996)	2	1	8
	特養数 (1996)	3	1	31
施設の位置関係	病院-ステーション-老健	同敷地内	同敷地内(渡り廊下で連結)	遠隔地
	病院-ステーション	同建物内		遠隔地
	病院-特養	離れた位置	離れた位置	離れた位置
病院	病院の機能	高度医療(リハビリセンター, 伝染病棟あり)	高度医療	高度医療(三次救命救急センターあり)
	病床数	360床	383床	1000床
	病床利用率 (1998.8)	92.1%	88.0%	92.5%
	平均在院日数 (1997)	20.7日	22.4日	25.1日
	3ヶ月以上入院率 (1998)	9.6%	16.1%	7.8%
	新看護体系	2対1	2対1	2対1
	福祉関係職員数	0	4	4
	(内訳)		社会福祉士1, MSW3	MSW 4
	リハ関係療法士数	10	11	6
	(内訳)	作業療法士3 理学療法士7	作業療法士2 理学療法士8 言語療法士1	理学療法士5 言語療法士1
リハビリ病院	病床数	-	-	180床
	病床利用率 (1998.8)			89.7%
	平均在院日数 (1997)			132日
	3ヶ月以上入院率 (1998)			21.1%
	新看護体系			看:3.5対1 補:5対1
	福祉関係職員数			50
	リハ関係療法士数			31
老健	入所定員(ショートステイ)	100床(20床)	90床(40床)	75床(10床)
	利用率 (1998.8)	81.4%	95.4%	85.0%
	平均在所日数 (1997)	93.0日	67.5日	117.0日
	3ヶ月以上入院率 (1998)	48.0%	33.8%	53.7%
	看護職員(看護婦)数	21	11	12
	福祉関係職員数	22	37	22
	リハ関係療法士数	2	3	1
ステーション	看護職員数	6	10	96
	(内訳)	看護婦6	看護婦9, 保健婦1	看護婦95(内パート88), 保健婦1
	リハ関係療法士数	8	2	7
	登録者数:新規利用	357:50	193:78	387:299
	訪問延べ回数	1,824	9,360	20,169
	クライアントの医療依存度	呼吸管理6% 経管栄養3% 排泄管理6% 創傷処置12% ターミナルケア6%	呼吸管理35% 経管栄養16% 排泄管理24% 創傷処置13%	呼吸管理9% 経管栄養3% 排泄管理16% 創傷処置19%
	特養	入所定員	70人	90人
利用率 (1998.8)		100%	100%	100%
平均在所日数 (1997)		4年1ヶ月	-	-
看護職員(看護婦)数		3	3	4
福祉関係職員数		22	50	17
リハ関係療法士数		2	0	0

*厚生省監修:平成10年版厚生白書CD-ROM版,ぎょうせい,1998.より引用

2. ネットの連携機能

1) A ネット (図1 参照)

(1) ネットの窓口

特養を除いて、病院、老健、ステーションともに連携のための専用の窓口を有している。しかし、病院の地域医療室が窓口となっているが充分機能しているとはいえない。これに替わって主に院内の一部署であるリハビリセンター所属の医師が、ネット内の連携を図っている。ステーションは病院の地域医療室と同居しているが、窓口は院内にはなく、敷地内の別施設内にある。したがって地域医療室との連携はどちらかといえば弱い。窓口専門の職員については、病院は事務員2名を配置し、専門職の配置がなされていない。老健はソーシャルワーカー2名、ステーションは看護婦2名の専門職を配置している。

(2) 情報交換の手段と情報量

病院と老健、ステーション間でのクライアントに関する情報交換は、①定形の文書や電話、②合同カンファレンス、③直接訪問を通じて行っている。合同カンファレンスはリハビリセンターの医師の主導で実施されている。またステーションの管理者は直接クライアントを訪問し、クライアント担当の看護婦とも情報交換をしている。特養とは、①定形の文書や電話のみの情報交換を行っている。

他機関の空床情報や診療・看護内容等は、病院、老健、特養は中(だいたい得ている)、ステーションは大(十分得ている)と回答している。

(3) クライアントの移動

老健には病院より1割弱、ステーションは病院より4割の移動がある。両者から病院へも移動があり、特養からは病院へ、わずかに一方向の移動がある。

(4) 合同研修

4施設合同の研修会等は実施されていない。

2) B ネット (図2 参照)

(1) ネットの窓口

病院、老健、ステーション、特養とも全てに連携専用の窓口を有し、専門の職員を配置している。その職種と人数は、病院(保健婦1.5名・メディカルソーシャルワーカー2名・管理婦長1名)、老健(保健婦1名・ソーシャルワーカー2名)、ステーション(保健婦1名・ソーシャルワーカー2名)特養(生活相談員1名)である。

各窓口には職種の異なる専門職を置いていることがこ

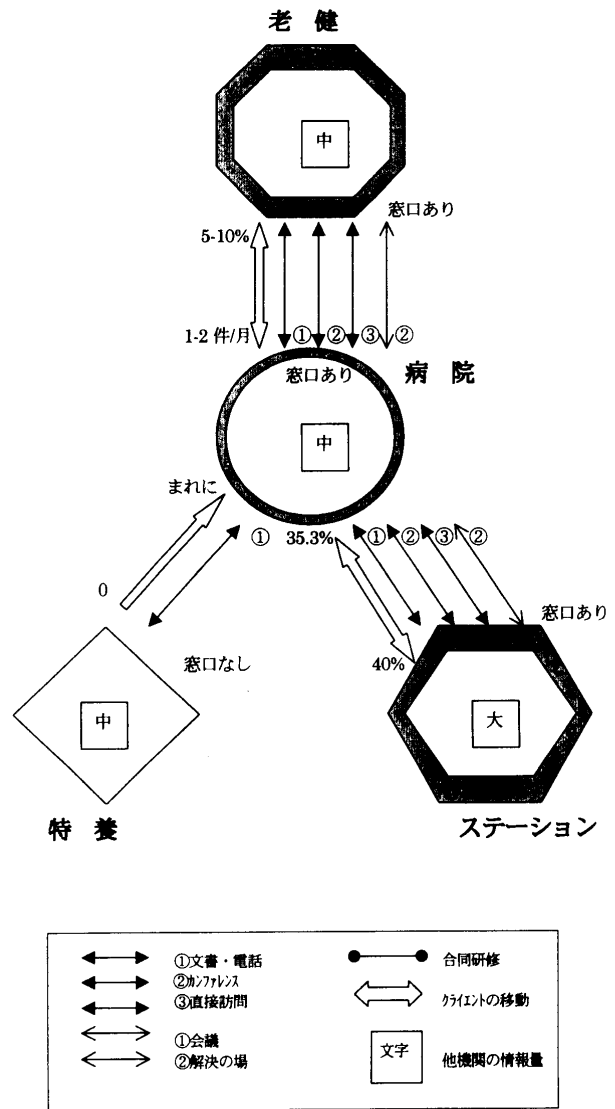


図1 A ネットの連携状態

のネットの特徴である。また、病院、老健、ステーションの3施設間で調整会議を持ち、特養を含む4施設間で毎週行われる施設代表者会議によって、ネット上の問題解決等がなされている。どの窓口も十分機能している。

(2) 情報交換の手段と情報量

病院と老健及びステーションとのクライアント情報は、①定形の書式や電話、コンピューター、②合同カンファレンス、③直接訪問により交換している。特養は①定形の文書や電話、③直接訪問により情報交換を行っている。情報のフィードバックも各施設で必ず行われている。他機関の情報の入手量は、特養は大(十分得ている)、病院、老健、ステーションは中(だいたい得ている)と回答している。

(3) クライアントの移動

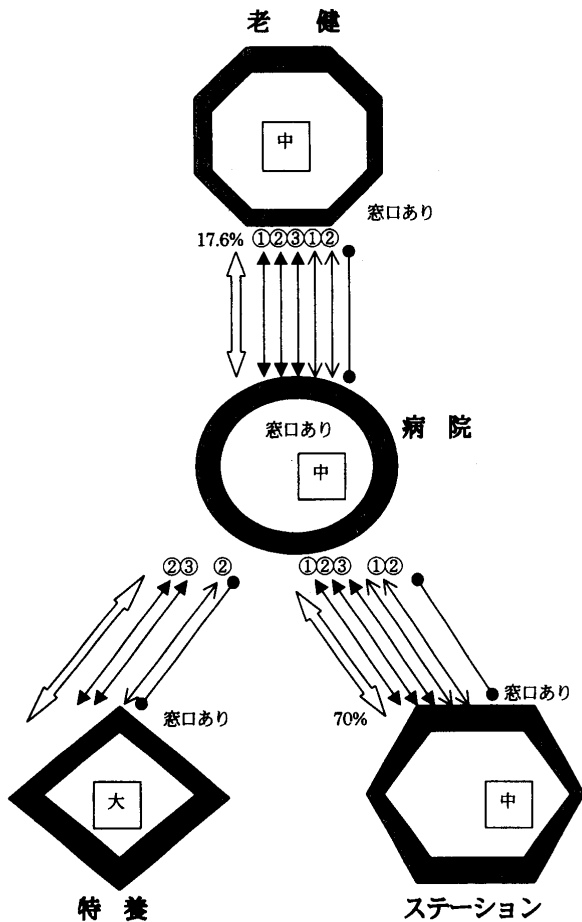


図2 Bネットの連携状態

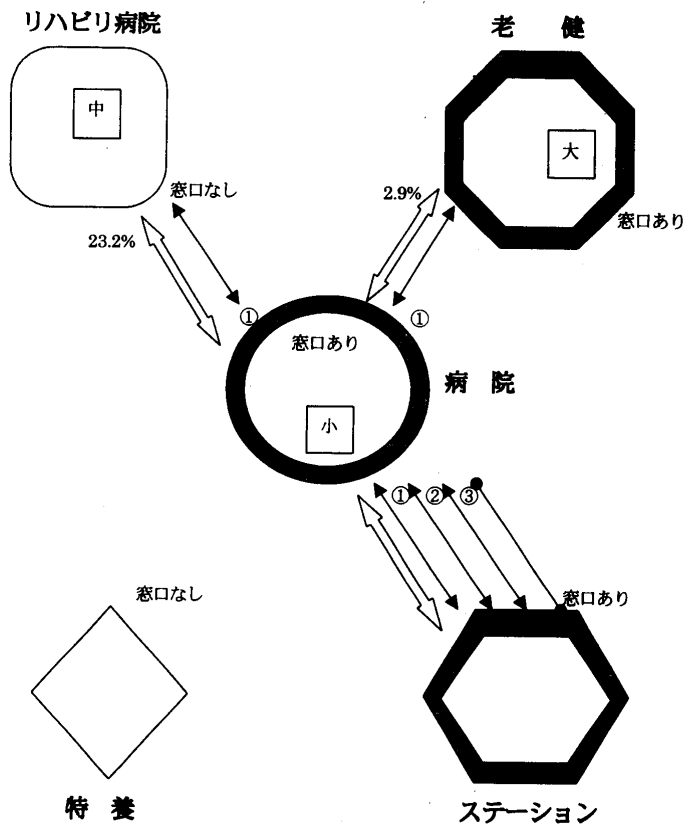
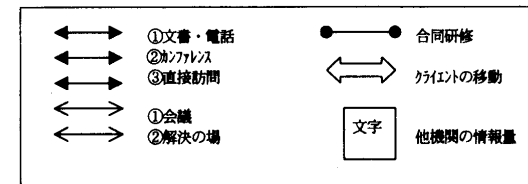
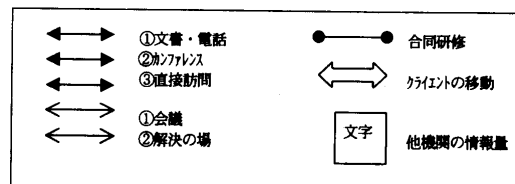


図3 Cネットの連携状態



老健は病院から17.6%，ステーションは利用者の70%が病院から移動している。また，病院と老健，病院とステーション，病院と特養の間には相互に多くのクライアントの移動がある。特養と相互にクライアントの移動があるのは，Bネットだけであった。

(4) 合同研修

病院，老健，ステーション，特養の4施設間で，合同研修を実施している。

3) Cネット (図3参照)

(1) ネットの窓口

病院，老健，ステーションは専用の窓口を有しているが，リハビリ病院及び特養は設置していない。窓口専門の職員は，病院(看護婦主幹1名，メディカルソーシャルワーカー4名，事務員2名，行政員3名)，老

健(相談員2名)，ステーション(看護婦7名，保健婦1名，事務員2名)各々に配置され職種，人数とも充実している。

(2) 情報交換の手段と情報量

病院はリハビリ病院及び老健間において，①クライアント情報を定形の文書または電話・ファックスで交換しているのみで，②合同カンファレンスや③直接訪問による情報交換はなく，情報交換の密度は低い。ステーションとは①文書等に加え②合同のカンファレンスを実施している。実施の理由は，「リハビリ病院や老健は施設内看護というレベルで病院と同様に考えるが，ステーションは施設外看護であり，病院とは異なることから，カンファレンスの必要性があるから」と述べていた。他機関の情報の入手量は，病院は，小

(あまり得ていない), リハビリ病院は, 中 (だいたい得ている), 老健は, 大 (十分得ている), ステーションは情報の入手は必要ないと回答している。

(3) クライアントの移動

リハビリ病院は, 全転入のクライアントの内23.2%が病院からの移動である。老健は2.9%が病院より転入している。ネット内でのクライアントの移動は特養を除いて相互にある。

(4) 合同研修

病院とステーションとは, 前述(2)で述べた同理由により合同研修も実施されているが, リハビリ病院及び老健, 特養との間で実施されていない。しかし, リハビリ病院及び老健は, 「相互の理解を深めるために, 合同の研修をしたい」とインタビューの中で希望を述べていた。

3. 連携の阻害・促進要因

各施設の連携における阻害・促進要因について, 看護管理者が認知している事項を, 『情報の共有』①クライアントの情報②受け入れ基準③組織の役割・機能, 『相互理解/人間関係』, 『連携のシステム』, 『その他』

に分類して示した(表2)。

Aネットでは, 阻害要因について, 窓口が機能していないことや, 医療・福祉の考え方の相違が相互理解不足や高齢者の受け入れ困難につながっていると認知している。促進要因として, 窓口の役割に適した人の配置と, 適切な権限を与えること, 共同活動や広報活動によって相互に理解し, さらに相手の要請に対応していくことをあげている。Aネットの特徴は, 主に連携のシステムに関する問題を指摘していることである。

Bネットは阻害要因は全くなしとしており, この点は他ネットと大きく異なる。促進要因は, 受け入れ基準の設定と理解, 及びステーションの24時間体制をあげ, 現在すでに存在している協議会や勉強会が効果的であると認知している。

Cネットの特徴は, 阻害要因に, クライアントの受け入れ基準の不一致, 関係者間の理解のバラツキ, 看護内容のレベルの相違, インフォームド・コンセントの問題等をあげており, 主に連携不足によって生じている相互理解不足や看護レベルの相違について述べていることである。

表2 調査対象により認知された連携の阻害要因・促進要因

連携の要因	Aネット		Bネット		Cネット	
	阻害	促進	阻害	促進	阻害	促進
	あり	あり	なし	あり	あり	あり
情報の共有						
①クライアントの情報		共同活動				
②受け入れ基準	高齢者の受け入れ困難			受け入れ基準の設定と理解	受け入れ基準が不一致	
③組織の役割・機能		広報				相互診療の内容の周知
相互理解/人間関係	相互理解不足	相互理解			関係者間の理解のバラツキ	相互の人の理解
連携のシステム	窓口の機能不全	窓口の人の能力と権限		・ステーションの24時間体制 ・協議会の存在		夜間の窓口設置
その他	医療・福祉の考え方の相違	相手の要請への対応		勉強会の存在	・看護内容のレベルの相違 ・移行の待ち時間 ・インフォームド・コンセントの問題	

V. 考 察

1. ネットワーク確立の推進力

1) 連携のための組織化

A, B, Cネットのいずれの病院も連携のための窓口を有していたが、それぞれに特徴があった。すなわち、Aネットは、組織的に位置づけられた窓口は十分機能しておらず、病院の一部署の医師の個人的な働きによって、他機関との連携がなされていた。組織的な役割として位置づけられない場合、当の個人が組織から離れた時、その役割は継続されにくい。

これに対して、Bネットでは、各施設に組織としての窓口が設置され、また保健婦やメディカルソーシャルワーカー、生活相談員等、適切な人の配置がなされていた。加えて、クライアントのためのプランニングのための会議やネットの連携上に問題が発生した場合の問題解決の場としての会議が公式的にもたれ、活発に運用されていた。このような窓口や会議の組織的な位置づけに応じた運用が、Bネット連携を強化し、更にネットの発展に大きく影響していると思われる。また、病院と特養間のクライアントの移動はA及びCネットではほとんどなく、Bネットのみ相互にあった。これは、Bネットの特徴として、特養にも窓口が設置されていることが要因となっているのではないだろうか。

Cネットでは、病院と病院からのクライアントの移動の多い施設との情報交換が乏しく、連携が弱かった。ここには、窓口が存在していなかったことも影響していると考えられる。

以上のことから、組織としての窓口を設置すること。また、適切な職種と権限を明確にし、コーディネーションが出来る人材を適数配置すること。そして、窓口を拠点として、ネットワーク会議の開催等、ネット間を有機的に結びつける機能を有することが、連携を促進するものとして重要な要因である。

2) 情報の共有

クライアントの情報については、ほとんどの施設が定型の書式を持ち情報交換を行っている。しかし、直接訪問やカンファレンスの実施等、情報交換の密度に相違があった。連携の強さと情報交換の密度の関連性が示唆されている。前田(1991)⁴⁾は、組織と組織の「つながり」の状態を発展的に捉え、別個の組織の随時の情報交換を「連絡」(点でのサービス)、定期的な業務提携を「連携」(線で結ばれる)、恒常的なつなが

りとして一つの組織を「統合」(面としてシステム化)という段階で示している。Bネットでは各施設がコンピューターで情報交換し、また、常時、各専門職が相互に行き来しており、クライアントの移行は大変スムーズで、情報の共有によって、適時・適切にそして継続的なケア提供を可能にしていた。これは前田のいう「統合」に近い段階を呈しているといえる。

また、各施設は、クライアント情報だけでなく、施設の空床状況や診療・看護内容、設備の状況等を常時交換できる情報センターを有すること、さらにコンピューターの活用など最新の通信技術を活用することで、業務の効率化やネット間での適時な対応へとつながると考えられる。さらに、情報の質や量によって管理者の理念や方針が左右されることも考えられる。よって、管理者の情報に対する意識も重要な要素となるのではないだろうか。加えて、受け入れ基準が相互に理解されていることが必要であり、そのためには体系的に情報提供・交換がなされるよう整備が必要であろう。ただし、プライバシーの確保という情報管理上の問題を考慮することが重要である。

3) ネットにおける合同研修の位置づけ

合同研修が実施されていたのは、Bネットだけであった。合同研修は、人と人が時と場所を同時にし、直接触れあうことで、情報交換や問題解決という成果以上に相互理解の場となっており、そのことが情報の速度や密度または情報の統一といった効果を上げている。相手の立場や内容を理解し、相互に学習することによって、ケアが複雑で高度なクライアントであっても受け入れることを可能にしていると考えられる。ネットワークを確立していくためには、各施設の職員一人一人がネットワークに関する理念や目的を理解し、相互に協力関係や信頼関係を積極的に進めていくことが重要である。

2. 連携機能の促進がもたらすもの

結果から、ネット化が進んでいるネットでは、医療依存度の高いクライアントが、病院から老健やステーションへの移動を可能にしていた。病院の在院日数が短縮化すれば、医療依存度の高いクライアントが、今後ますます、老健やステーションへシフトしていくことが予測される。このことは、看護職が地域において、看護の専門性を発揮する機会がふえること、さらに在宅ケアの質を高めるための研究開発が求められる

ことを意味している。

一方、地域看護推進特別委員会(1998)⁵⁾が指摘するように、ステーションの看護職員がパート職に多い現状がある。ネット化を進めていくためにはこの点に関する対策が必要になるであろう。

3. 神戸市における保健医療福祉サービスのネットワーク化のための課題

1) ネット全体のスキルアップ

第三次救命救急の機能を持つ神戸市民病院は、地域において、高度医療の提供が主たる役割である。神戸市民病院を中心としたネット化を進めていくには、医療依存度の高いクライアントの移動を可能にしていくことであると考えられる。そのためには、先に述べたように、連携する施設と合同研修を実施し、ネット全体の看護のスキルアップ及び各機関のバックアップ体制、各専門家同士の支援体制の整備をすることが必要であると考えられる。

2) リハビリ病院及び老健との連携強化

神戸市民病院から他施設へのクライアントの移動が多いのはリハビリ病院、老健であった。しかし、リハビリ病院と老健は両者とも病院との情報交換の手段を1つしかもっていなかった。さらに、リハビリ病院は連携のための窓口をもっていなかった。このことから、連携のための窓口をまず設置することが連携強化のためには必須と考える。また、情報交換の手段を複数もつことで、各種の方法での情報交換ができ、もてる情報の種類・量・質が広く深くなるのではないだろうか。そのことによって相互理解が深まり、連携強化が促進されると考える。

VI. 結 論

1. ネットワークの確立のために、①連携のための組織的な窓口を設置し、権限を有する適切な人員配置をする②クライアント及び連携に関する諸情報を共有する③合同研修、カンファレンス、会議等通して、情報交換だけでなく、直接的な人間関係を作り、相互理解を深めることが必要であることの示唆が得られた。

2. ネットの連携が良ければ、医療依存度の高いクライアントが老健やステーションへ移動可能なことから、合同研修等で、ネット全体のスキルアップを図り、また、専門家同士の支援体制や各施設のバックアップ

体制を整備していく必要が示唆された。

3. 神戸市民病院を中心としたネットは、医療依存度の高いクライアントの移動を促進するために、人と人の連携強化とスキルアップを図る体制づくり、バックアップ体制を整備することの必要性が示唆された。また、リハビリ病院、老健との連携強化をはかることの必要性が明らかになった。

しかし、本研究の調査枠組みを、山本の提示する地域包括医療システム構築のシステム化推進手順7項目の1項目に限定したことと、ケースメソッドに相当する研究方法を用いたことにより、この研究で得られた結論は、一般化には限界があり、仮説にとどまる。

今後更に、医療依存度の高いクライアントの移動を容易にするために、ネット内において、各施設に応じたスキルアップや専門家同士の支援体制・バックアップ体制整備の方法を見いだすことが課題として残されている。

謝 辞

調査にご協力戴きました、各ネットの病院、老人保健施設、リハビリテーション病院、訪問看護ステーション、特別養護老人ホームの看護部の代表の皆様、施設代表者の皆様に深く感謝致します。

本研究の一部は平成10年度神戸市看護大学共同研究費の助成を受けて実施したものである。

引用文献

- 1) 山本勝：保健・医療・福祉のシステム化と意識改革，新興医学出版社，49：63（1993）。
- 2) 山田雅子：訪問看護の現場から，職能集会検討資料：247，日本看護協会，（1998）。
- 3) 山本勝，佐野正人：地域包括医療システムの構築に関するシステム論的考察(Ⅱ)－計画推進組織とシステム化手順－，病院管理，22(4)：5-12（1985）。
- 4) 前田信雄：保健医療福祉の統合，13-36，東京，勁草書房，（1991）。
- 5) 地域看護推進特別委員会：地域における看護ケア推進についての報告書，広島県地域保険対策協議会・地域における看護ケア推進特別委員会，7（1998）。
- 6) 厚生省監修：平成10年版厚生白書CD-ROM版，ぎょうせい，（1998）。

（受付：1998年12月22日；受理：1999年2月17日）