

急性期病院における地域連携を推進するための 専門部署に関する文献的考察

上田雅子^{1*}, 叶谷由佳^{2*}, 佐藤千史^{3*}

^{1*}神戸市看護大学, ^{2*}神戸市看護大学看護学部看護組織学講座看護管理学,

^{3*}東京医科歯科大学大学院保健衛生学研究科健康情報分析学

要 旨

医療制度改革が進められている昨今, 急性期病院は地域と連携することによって患者が早期に退院できるような援助を行うため, 地域連携に関わる専門部署(以後, 部署と称す)の配置等を行っている。

そこで, 本研究では, 急性期病院の地域との連携に関する部署について報告されている文献をレビューすることによって, 地域連携のシステムに関する基礎資料とすること, また, 今後の課題について考察することを目的とした。

医学中央雑誌 web にて「最新過去5年分(1998年から2003年)」で「地域連携室」「地域医療室」「看護相談室」「療養指導室」「地域医療連携室」「総合相談室」「医療連携室」「医療社会福祉部」のキーワードで検索を行い, 重複するもの, 急性期病院ではない病院の報告であるもの, 退院支援に関わる機能をもたないもの, 部署についての記載が不明なものは省いた61件を対象として文献レビューを行った。その結果, ①地域連携に関わる部署を設置した病院は病床数200床以上の地域中核病院が多く, 部署の開設年は1994年から2001年と比較的最近に設置されていたこと, ②部署に看護師が配置されている病院が多く, 看護師のみの部署もあったこと, ③地域と連携するためには院内との連携の重要性が多く文献で指摘されていたこと, ④部署の問題として需要の多さから相談手を限定したり, 受け皿が少ない等が挙げられていたことが明らかとなった。

これらから, 医療法により病院の機能分化が推進されたことを背景に, 急性期病院では, 入院治療重視から在宅療養重視へ移行し, 在宅療養への退院支援の必要性から部署が近年設置されるとともに, 多くの看護師が退院支援に携わっていることが示唆された。しかし, 需要が多すぎる, 患者の退院のための受け皿がない等の課題もあり, 部署の人員の拡充や急性期治療が終了した患者が受けられるサービスの充実についての課題が明確となった。

キーワード: 地域連携, 急性期病院, 退院支援

I. はじめに

医療制度改革が進められている昨今, 急性期病院は平均在院日数を短縮することを余儀なくされている(福田敬, 2002)。

そのため, 病院では地域と連携することによって患者が早期に退院できるような援助を行うためのシステムを導入する等の工夫を行っている。その1つに退院支援や地域連携に関わる専門部署(以後, 部署と称す)の配置がある。

それらの部署の機能や看護職がどのような役割を担っているかは, 各病院での取り組み報告があるのみであり知られていない。

そこで, 本研究では, 急性期病院の地域との連携に関する部署について報告されている文献をレビューすることによって, 急性期病院における地域との連携のための部署の傾向を分析し, 基礎資料とすること, また, 今後どのような検討が必要かを考察することを目

的とした。

II. 文献検索方法

医学中央雑誌 web にて「最新過去5年分(1998年から2003年)」で「地域連携室」「地域医療室」「看護相談室」「療養指導室」「地域医療連携室」「総合相談室」「医療連携室」「医療社会福祉部」のキーワードで検索を行った結果, 重複するもの, 急性期病院ではない病院の報告であるもの, 退院支援に関わる機能をもたないもの, 部署として存在しているか不明なものは省いた61件を対象とした(表1)。

III. 文献検討結果

対象とした61件の文献に見られた情報を施設毎にまとめた。その結果, 29施設の情報が得られ, それらの施設について施設名, 施設の属性, 部署の設置年,

表1 レビューの対象となった文献

文献番号	出典名
文献1	吉田みよ他：スムーズな退院と効果的な病床利用を実現する看護部の取り組み，月刊ナースマネジャー，2(8)，23-33，2000
文献2	下村裕見子他：寄せられた苦情から見た医療連携の問題点 大学病院における地域連携室の役割，病院管理，39，139，2002
文献3	下村裕見子他：医療連携推進に向けた情報収集と多職種との情報の共有化 地域連携室 MSW在宅医療支援・推進部，病院管理38，116，2001
文献4	津喜山みどり：「開放型病院」における看護職の役割 地域連携室の活動から，外来看護新時代，5(1)，63-69，1999
文献5	大内宏子：事例で考える介護保険活用のための院内体制 星総合病院 総合相談・地域連携室を窓口にして退院後の生活を支援する，看護展望，25(10)，45-51，2000
文献6	大内宏子他：開放型病院での総合相談・地域連携室における看護の役割，外来看護新時代，4(4)，39-48，1999
文献7	中込玲子他：「地域医療室」による地域医療連携システムの構築と評価，社会保険医学雑誌，38(1)，1-5，1998
文献8	秦温信他：外科領域における医療連携としての「地域連携室」の役割，外科治療，83(5)，604-606，2000
文献9	堀江紀佐子：看護相談室の可能性—大学と病院のユニフィケーション，看護管理，10(9)，719-722，2000
文献10	大島豊子他：外来看護相談室による病棟との連携と継続看護，看護展望，26(9)，36-41，2001
文献11	石本洋子他：当センターにおける看護相談室の役割と訪問看護ステーションとの関わり，第31回地域看護，110-112，2000
文献12	松下秀子他：大学病院における継続診療・看護相談室の活動内容と課題，四国医学雑誌，57(4)，148，2001
文献13	舛田桂子他：癌専門病院における外来看護相談室の重要性とその評価，看護実践の科学，62-66，1998
文献14	西出紀美子他：看護相談機能を活用し退院調節を行い在院日数の短縮を図る，市立堺病院医学雑誌，71-76，2001
文献15	江上直美：看護相談室・医療相談室探訪 専門ナース・専門スタッフでの外来看護相談の実際，外来看護新時代，5(4)，78-85，2000
文献16	栗原知女：病院との連携窓口としての看護相談室，訪問看護と介護，3(9)，637-643，1998
文献17	菊島礼子：チーム医療とディスチャージプランニングの開発，看護展望，26(11)，56-62，2001
文献18	倉田和枝：退院改革を考える，臨床看護，24(1)，88-95，1998
文献19	成田信子他：医療依存度の高い患者の在宅移行をスムーズに行うための看護相談室の役割，第32回地域看護，44-46，2001
文献20	亀田和子：継続看護室設置の経緯と継続医療に果たす看護の役割，月刊ナースマネジャー，2(8)，17-22，2000
文献21	滝澤真季子他：専門外来の取り組みの実際 看護相談室，看護技術，47(7)，45-50，2001
文献22	山口静子他：療養指導室による病棟との連携と継続看護，看護展望，26(9)，42-47，2001
文献23	柳澤愛子：地域医療連携室の役割と課題—看護連携のとして，看護展望，27(2)，24-29，2001
文献24	山崎裕恵：元看護部長が連携システムづくりをリードして，看護展望，27(2)，96-102，2001
文献25	糸井由紀子：婦長職を活かした地域連携の推進，看護展望，27(2)，103-108，2001
文献26	小松やよい：「地域医療連携室」での看護婦の重要性，看護展望，27(2)，109-114，2001
文献27	吉村繁子他：「患者支援センター」を中心とした地域連携システム，看護展望，27(2)，115-201，2001
文献28	上野二郎他：横浜栄共済病院における地域医療連携，共済医法，51(3)，271-274，2002
文献29	溝口葉子他：急性期病院における転院支援の現状，日本農村医学雑誌，51(3)，424，2002
文献30	森田孝子他：継続的なケアを目指しての試み 地域医療連携室による医療連携と看護「医療福祉センター」による医療連携と看護，看護展望，27(2)，202-207，2002
文献31	柴野清子他：退院を調整する専門化としての看護婦の役割，臨床看護，24(1)，59-63，1998
文献32	日浦利恵他：適切な在宅療養のための退院指導の在り方，nurse data，20(2)，37-43，1999
文献33	本道知子：「退院調整」における看護の専門性，看護技術，44(7)，19-23，1998
文献34	小関次子：在宅療養を支えるための医療連携システム，看護展望，25(3)，22-26，2000
文献35	吉武理加子：退院計画の策定・実施におけるMSWの役割，月刊ナースマネジャー，3(11)，21-25，2002
文献36	大松重宏：がん専門病院における医療連携，がん患者と対症療法，13(1)，58-61，2002
文献37	定本清美：在宅診療における受け入れの現状と今後についての検討，在宅医療，27，57-61，2000
文献38	藤田花織里他：総合相談室の発足 総合相談システムの創設におけるMSWの位置付け，医療と福祉，34(2)，60-66，2001
文献39	原田とも子：病院管理フォーラム 総合相談室 退院計画の課題 ソーシャルハイスクリーニングの試行，病院，60(5)，442-443，2001
文献40	原田とも子：病院管理フォーラム 総合相談室 退院計画の課題 ソーシャルハイスクリーニング導入の背景，病院，60(1)，66-67，2001
文献41	佐原まち子：病院管理フォーラム 総合相談室 退院計画の課題 クリティカルパスとスクリーニングシステム，病院，60(2)，156-157，2001
文献42	佐原まち子：病院管理フォーラム 総合相談室 退院計画の課題 ソーシャルハイスクリーニング導入の組織への働きかけ，病院，60(3)，254-256，2001
文献43	原田とも子：病院管理フォーラム 総合相談室 退院計画の課題 ソーシャルハイスクリーニングの基準の開発，病院，60(4)，328-329，2001
文献44	原田とも子：病院管理フォーラム 総合相談室 退院計画の課題 ソーシャルハイスクリーニングの課題，病院，60(4)，532-533，2001
文献45	玉田八重子他：病院から地域へのネットワークづくり，看護管理，10(2)，146-152，2000
文献46	本道知子：医療連携室看護担当の活動に対する利用者の役割意識と利用解釈，第29回地域看護，115-117，1998
文献47	本道知子：地域医療に対する医療連携室看護担当の役割 医療連携室看護担当の活動内容の分析より，日本公衆衛生雑誌，44(10)，419，1997
文献48	本道知子：神経難病患者の退院計画における医療連携室看護担当の役割，東京都立医療技術短期大学紀要11，183-189，1998
文献49	柳澤愛子他：東京大学医学部附属病院医療社会福祉部における退院援助の分析(Ⅱ)，病院管理，36，162，1999
文献50	若林浩司他：東京大学医学部附属病院医療社会福祉部における退院援助の分析(Ⅲ)，病院管理37，91，2000
文献51	田城孝雄他：特定機能病院から在宅医療への移行における 退院支援チーム・在宅医療コーディネーターの有用性，病院管理，37，93，2000
文献52	柳澤愛子他：東大病院医療社会福祉部からの事例報告 退院支援へのチャレンジ1，保健の科学，42(10)，825-829，2000
文献53	柳澤愛子他：東大病院医療社会福祉部からの事例報告 退院支援へのチャレンジ2，保健の科学，42(11)，909-915，2000
文献54	柳澤愛子他：東大病院医療社会福祉部からの事例報告 退院支援へのチャレンジ3，保健の科学，42(12)，99501001，2000
文献55	柳澤愛子他：東大病院医療社会福祉部からの事例報告 退院支援へのチャレンジ4，保健の科学，43(1)，67-73，2001
文献56	柳澤愛子他：東大病院医療社会福祉部からの事例報告 退院支援へのチャレンジ5，保健の科学，43(2)，149-153，2002
文献57	柳澤愛子他：東大病院医療社会福祉部からの事例報告 退院支援へのチャレンジ6，保健の科学，43(3)，243-247，2001
文献58	田口樹美他：退院支援：病棟での実施と専門部署への依頼の比較 東大病院老年病科における分析，保健の科学，44(2)，161-167，2002
文献59	横山 梓他：国立大学病院で専門部署による退院支援を受けた患者の退院後調査，病院管理，38，53-60，2001
文献60	木下由美：救急医療から社会復帰(退院)までの社会生活支援，日本救急医学界雑誌，13(9)，546，2002
文献61	柳澤愛子：患者さんに満足してもらうための工夫と対策 不安の解消，その具体策 術前術後，退院後における看護職の役割，プレインナーシング，18(11)，66-69，2002

構成職員，主たる業務内容，院内外の連携方法，課題等の調査項目にそってレビューした結果を表2に示した。

病院の病床数は200床以上の地域中核病院が多く，平均在院日数は17-20日が多いという結果であった。部署の開設年は1994年から2001年と比較的最近に設置されていた。病院の入院患者の属性は高齢者，慢性疾患患者，日常生活動作に制限のある患者が多いという結果であった。

1. 部署の傾向

部署の設置目的は経済性や質の確保をあげていた。部署に配置されている職種は看護師，MSW（医療ソーシャルワーカー），事務員各1名程度で構成されているところが多く，施設14，17では，医師も参加しており，MSWをおかずに看護師のみで構成されているところも多かった。他に相談室があると記載があった病院は3件（施設11，16，22）であった。

部署における看護職の役割は自宅退院する患者の退院支援（施設8，11，12，15，16，17，18，20，23，24，27，29），療養生活指導や相談業務，空床管理（施設16）が主にあげられていた。

部署の主たる業務は，退院支援（施設5，8，11，12，18，22，23，24，27），療養生活指導・相談業務（施設7，9，13，14，21，26），ベッド管理や紹介患者の受付窓口（施設3，22）をあげていた。退院支援の具体的な方法は，病棟での対象患者の情報収集，患者訪問，面接，病棟とのケアの打ち合わせがあげられており，施設6，11，22では，依頼を待つだけでなく病棟カンファレンスに部署の職員が参加し，介入が必要な患者がいなか足を運んでいることが記述されていた。施設10では，一部の対象であるが，退院計画用の理学療法士も含めた各職種の役割が明記されたクリティカルパスが作られており，退院計画が5つの基本プランに分かれて準備されているという特徴がある。

院外における連携相手は地域の病院や診療所，訪問看護ステーション，在宅支援センター，老人保健施設，市役所など，医療施設や福祉施設等多岐にわたっていた。なかには，その病院の系列の訪問看護ステーションに限定している病院もあった（施設10，16）。施設番号15では，ボランティア施設とも

連携をとっていた。院外との連携方法については，個々の事例ごとの電話・FAXでの連絡や合同カンファレンスを行うだけでなく，病院訪問やパンフレットによるPRや地域医療機関関連施設の情報収集，合同研究会などの交流の場，特殊ケアについてはステーションの看護師に見学してもらう等の取り組みも見られた。支援の期間については，退院までだけでなく，退院後もフォローするところがあり（施設5，6，9，13，27，18，21，26），具体的には連携した機関との連絡（施設18）や訪問看護での療養状況の観察や指導を行っている（施設26）という報告も見られた。

院内における連携については，病棟からの依頼に基づいた退院支援や病棟カンファレンスに参加して介入が必要な患者がいなか把握することによる連携（施設6，11，22）や，病棟や外来，救急外来への情報提供，職員への地域連携に関する教育活動が行われていた。院内での地域連携のシステム化についての取り組みを行っている病院も見られ，具体的には記録用紙の改善（施設18）やクリティカルパスの作成（施設10，24）や相談室利用や退院支援マニュアルの作成（施設1，2），病棟等への情報のフィードバック（施設5，7，18，21，26），患者への急性期病院の説明の標準化（施設13），患者・家族への介護技術処置の指導の標準化等（施設5，7，11，13）があげられていた。

部署への患者の紹介過程については，病棟スタッフからの依頼や患者の直接訪問が最も多く，部署の方から全病棟訪問を行ったり（施設17），病棟のカンファレンスに参加するということも行われていた（施設22）。また，需要が多いために医療依存度の高い疾患，医師の指示のあった患者，病棟責任者からの依頼があった場合で予約制等，条件を限定しているところも見られた（施設12,21）。また，全患者をスクリーニングして援助を行うという病院も（施設16，24）見られた。

退院支援が必要な患者の特性は高齢（施設23，27，28），脳神経疾患（施設10，20，26，23，53），要介護状態（施設10，20），家族介護力が乏しいこと（施設18，27），継続的支援が必要，医療依存度が高いこと（施設6，9，21，25，27，29）があげられていた。

部署設置の効果については，相談数の増加（施設

表2 レビュー結果

施設場号	出典	病院名/部署名/設置主体/研究年	施設の属性/職員構成/併設施設・院内の他の相談室など	部署設置の経緯、活動目標・設置目的・部署の設置場所	部署の職員構成・看護職の役割	主たる業務、相談患者の特性	連携相手、院外への取り組み/連携方法
1	文献1	青森市民病院/看護・医療相談室、地域連携室 (2000年4月)	地域中核病院・急性期疾患と二次救急医療を担う・18診療科538床、平均在院日数21日、1日平均外来患者数1157人・1日平均入院患者数499人(※入院予約月平均患者数577人)/医師57名・看護師404名(看護助手33名含む)	<目標>①スムーズな退院と効果的なベッド管理をめざす②医療・看護の質の向上③医療・福祉について患者が気軽に相談でき、社会資源サービスなど有効に受けられ、退院したその日から安心して在宅療養などができるように、地域との連携をとる	看護師(看護師長)・MSW・医事科主査各1名の計3名②業務分担あり・看護師とMSWは互いに情報交換	<業務>①患者の心身の状態や医療処置などの把握②診療録より情報収集③看護サマリーの記載。<相談患者>	<連携相手>地域の民間病院・介護保険施設・在宅介護支援センター・市役所など。<連携方法>①事例を通して、MSW間で電話連絡 電話連絡後に看護サマリーや紹介状をFAXで送る(速やかに情報提供) ②各種用紙を作成(弘前大学医学部付属病院を参考) ③地域施設への直接訪問2日間(相談室のPR)訪問時に得た青森市介護保険施設一覧表・指定居宅介護支援事業者一覧表などの福祉関係の資料やパンフレット
2	文献2と③	東京女子医科大学病院/地域連携室 (1995年)(病院長直属組織)		<経緯>少子超高齢化社会は病院経営上も自己完結型医療から地域簡潔が大量への転換を迫っている。<目的>大学病院は各診療科の集合体であり、地域連携室は院内外の集約的な窓口業務が求められている	在宅医療支援・推進部 ※役割分担: 紹介患者受け入れへの連携は地域連携室、後方施設などへの連携はMSW・在宅医療推進部が担う		<連携方法>講演会支援②紹介医向けに広報を発行
3	文献4	大浜第一病院/地域連携室	開放型病院(地域医療支援病院・地域中核病院)・急性期病院、214床(8床を開放)	<経緯>①診療報酬獲得(開放型病院共同指導料・退院時共同指導加算)→医療法改正(機能分担と連携促進)により、開放型病院として承認を受け、連携のシステム化が必要になった。個々の医師間ではなく、オープンな窓口が必要になった。<目標>①病診連携のシステム化(紹介率増加・救急時受け入れ体制など)		①病診連携の窓口②入院時受け入れ準備 ③紹介患者情報管理	①診療情報のフィードバック②登録医へ訪問PR/FAX・電話・登録医懇親会や研修会・症例検討会
4	文献7と8	札幌社会保険総合病院/地域医療室(1996年開設)・医師会直轄の組織・札幌市厚別区内76施設		<経緯>地域で唯一の総合病院である。それまで、地域医療機関との連携は個々の医師間の連携に委ねられてきた。医師間の個人的な面識がなくても連携できるようなシステムの構築が必要になった。<目的>①紹介率の増加を目的②病診連携のシステム化(検査・受診中心)	地域医療部運営委員会が管掌(医師が主体)・医事課内	<相談患者>受診・検査依頼(内科受診予約60.6%, CT検査予約69.9%)	
5	文献9	青森県立中央病院/看護相談室 (1999年開設)		<目的>①退院調整②開設と同時にユニフィケーションシステム導入(臨床と教育が連携し協働で発展させていくことを目的とする部署でもある)	看護師1名・大学教員1名(週1回)/教員の役割: 患者に直接指導する時間はないが、看護職員への指導的な役割を担う	①在宅療養生活指導②依頼された患者の退院調整・退院計画立案③他施設利用に関する相談や紹介・地域関連施設との連携④退院前訪問指導⑤在宅療養継続訪問(退院後1ヶ月以内に訪問・療養状況の観察) ※緊急時の対応(コミュニケーション障害のある患者に対し、安心手帳と手作りメッセージカードを利用)	
6	文献10	名古屋大学医学部附属病院/看護相談室 1998年	地域中核病院・特定機能病院、1014床/1962年から医療社会福祉部が開設、3ヶ月以上入院患者割合15.1% ②他施設から紹介患者は57.7%(治療や検査を終える紹介元や他施設へ転院する患者も多い) ③1日平均外来患者2200人	<経緯>①看護部は入院期間短縮の中でより質の高い継続看護を提供するため、1993年から病棟と外来の連携を看護交流の形で開始した。②診療報酬で「在宅療養指導料」が増加され、1998年開設された。<目的>①通院患者の看護問題に対して支援したり、退院の調整を目的②活動の基本姿勢は、相談活動と資源を活用し多様な患者のニーズに応えること③外来棟1階(外来からも病棟からも利用しやすい、プライバシーに配慮した部屋を確保) ④相談業務はサービスの一環であり、看護職が独自性を発揮できること	看護師2名(看護師長・副看護師長) ①MSWが経済的問題・社会的問題などに対応②部署は異なるが、社会資源の活用や他施設と連携する際は社会福祉部のMSWに情報提供し共同で取り組む	<相談患者>継続的な支援を必要とする在宅療養患者が大部分を占める	①地域の診療所などと必要な時には情報を提供②在宅療養指導指示書・外来看護相談依頼書③ステーションのスタッフとケアプラン調整④退院後の問題は相談室でステーションスタッフと協議⑤特殊なケアについては病棟看護師と一緒にケアを行う機会を持つ
7	文献11	国立国際医療センター/看護相談室 (1995年開設)		<目的>①在宅療養が必要な患者や家族に対して療養指導・相談を行い、安心して在宅療養ができるようになり、QOLの向上を図る支援を目的	看護師1名(外来副看護部長) ①連携システムの中で看護は看護職同士との連携プレーで地域と病院をつなぐことが独自の機能	①療養指導・療養相談(受診相談・電話相談) ②その他(苦情への対応など) ③訪問看護指示書・退院サマリーなどの作成依頼と報告書のとりまとめ、訪問看護ステーションへの患者情報提供・電話による情報交換 かかりつけ医師導入の検討・調整④衛生材料介護用品の紹介、相談患者>①訪問看護導入目的は医療機器の操作管理援助(42.5%)リハビリ・褥創処置など②訪問看護利用者増加に伴う対策	①訪問看護連絡会定例化(外来看護師・MSW・地域の訪問看護師が参加)
8	文献12	徳島大学医学部附属病院/継続診療・看護相談室		<目的>患者・家族のQOL改善		<業務>退院調整・在宅療養相談・退院前訪問・看護相談、相談患者>①活動総数222件(1年間)、看護相談141件、退院調整42件、在宅療養相談26件②関わった回数281回(1年間)、そのうち医療機関への連絡が最も多い(77回)、次いで看護相談員の病室訪問による相談57回、地域保健師等と電話連絡43回	
9	文献14	市立塚病院/看護相談室 (1999年)	平均在院日数19日・病利用率91.2%(2000年、長期入院患者(30日以上):要因別、身体的問題・IC不足・相談が選い・受け皿少ない)②入院待機患者400名以上③入院患者疾患別増加率:循環器疾患・目及び付属期の疾患・呼吸器疾患などADL制限あるものも多い	<経緯>診療報酬改定により、長期入院の正(在院日数短縮)→入院待機患者への医療サービス向上を目的	看護師1名	①看護相談②退院調整 (③在宅訪問看護) ④退院後電話相談、相談患者>ターミナル期の患者が増加	

院内での連携方法・取り組み	院内の患者紹介過程／相談件数	専門部署設置の効果	実施上の問題点、課題
<p>①部署の目的役割を部長会議で説明、退院調整や利用者の紹介を依頼した②相談室・地域医療連携システムを作成、相談室依頼書・相談室報告書業務内容のパンフレットの作成し、部長会議に提示し説明した。③教育：経営を自覚した患者中心の質の高い看護の実践（各病棟での病院機能分化・診療報酬についての学習会開催）④顧客満足への取り組み（IC・クリニカルパスの充実など）⑤外来看護に対する意識改革と業務改善（記録の充実・病棟と看護単位の共通化など）⑥患者向けポスター提示⑦パンフレット作成⑧入院案内冊子に相談室開設を掲載</p>	<p>①病状が安定した時点で主治医や病棟部長の紹介で相談室を訪れる場合②入院予定期間を見て家族が直接訪れる場合</p>	<p>紹介や依頼などの連携がスムーズである②退院先の選定は入院前の患者の状況や家族背景が大きく影響する③入院時からできるだけコミュニケーションを良くして、患者の背景ニーズの把握が大切</p>	<p>①今後の取り組みは、受け持ち看護師が中心となり、入院前の状況や家族背景など社会状況を把握し、退院後の生活を想定した退院計画を早期に作成すること②急性期医療を旨とする病院の看護管理者には急性期医療を終えた患者を後方施設にスムーズに移す役割がある。この役割を果たすための明確な理念をもち、入院時から患者の満足度を高める手段をとること、外来では業務の見直しなどの改革が必要</p>
<p>返書未着防止のため、2002年4月から院内各診療科に連携推進医師を選出し、マニュアル作り</p>	<p>退院援助に関するものが半数以上占める</p>		<p><問題>①今日、病院特に急性期病院においては、患者の病気の一過程を治療するに過ぎない。しかし、連携推進の知識・ノウハウ・ツールは必要性が叫ばれているほど充実していない②病院としての統一した認識とシステムで稼働していない。③文献：情報不足と地域活動の評価の難しさ、社会資源に関し、行政や医療機関ごとに情報公開があるが、統一した項目での規格化がない。冊子での提供が多く、情報弱者を生み出す可能性がある。地域連携室の果たす役割・業務内容は、紹介率向上と連携先獲得に終始し、本来の機能連携という目的と手段の連鎖が確立しているとは言い難い。<課題>①他医療機関と情報提供・信頼関係を築く②返書未着にしても、判断を下すのは医師であり、その意思決定をどのように病院全体の仕組みにしていけるかがシステムの鍵である③文献：紹介から逆紹介に至る事例の情報ファイル化・システム化④他職種と情報を共有する（円滑な医療連携における情報の共有化について考える）</p>
<p>登録医からの入院依頼に対応できるよう、病棟管理ミーティング（部長間）</p>			<p><課題>①検討会などに医師だけでなく看護師も参加②病診連携システム化（共同指導体制確立）③情報の共有化④在宅サービスをこの医療機関からでも速やかに対応できるように⑤教育システム</p>
<p></p>	<p>①地域の医療機関から所定の情報提供書送付による依頼に基づく②予約制③（開設から8ヶ月間）受診137件・検査125件 27医療機関から利用</p>	<p>①地域の診療所・病院などが連携をとり、地域住民に密着した医療を提供するシステムが必要②地域医療連携システムにとって人的交流の場と共に学術的交流の場の構築も重要③かかりつけ医との連携は後方支援のため重要</p>	<p><問題点>①休日や夜間のバックアップ体制は万全とはいえない②利用している医療機関に限られている。<課題>①地域の急病センター機能の充実を図ること②地域医療機関へのPR（連携室への理解を促す）</p>
<p>①退院前に患者の自宅に行き、生活環境へのアドバイスした結果を病棟に伝える②病棟看護師への大学教員の講義（相談室の活動報告・在宅移行時の病棟看護師の役割理解）</p>	<p>病棟から依頼のあった患者②月平均相談件数 286 件</p>	<p>①看護師の意識変化・相談件数増加②大学教員との協働は科学的視点から分析する力を得られ、より広い視野を持って関わることができる</p>	
<p>①病棟で開かれるカンファレンスにも参加②午後には病棟に外向き、情報収集・患者訪問・病棟スタッフとのケアの打ち合わせ・外来に外向き、治療室で相談・指導を行う③「外来看護を考える会」を設置（在宅療養に関するケアの標準化など検討）④依頼病棟へ経過を要約して送付⑤再入院時通院中の状況を病棟に報告⑥看護部内では、活動状況や事例紹介など「外来看護相談室だより」を月1回発行⑦ボランティアの方にも理解と協力を求める⑧「退院後初めて外来受診される方へ」という用紙を作成し、退院時に渡す（患者が退院後にはじめて受診するまでのエピソードを書く欄あり）⑨入院案内パンフレットに掲載</p>	<p>①病棟の看護師・医師から依頼のあった患者②患者から直接依頼</p>	<p>①介護保険の導入や少子高齢社会の中で、病院のサービスとして安心して療養できる条件整備は欠かせない</p>	<p><問題>①心の準備をする余裕もないまま退院の勧告をされている。まして障害を抱えて社会へ戻る患者は動揺し、その不安や焦燥感に計り知れない。②在院日数短縮化が進む厳しい状況の中、病棟看護師が在宅療養への退院調整活動を行うのは困難である。<課題>①少しでも多くの患者に目を向け、外来全体で継続看護を提供できるように強化していくことも役割②各部門の垣根を越えて協同して患者の問題解決に当たれるように「総合相談室」としてのシステムの構築が望まれる③病棟では、入院時から退院計画を立て、退院後も継続看護を必要とする場合には早い段階から相談室を利用できるようにすることが求められる④各々の専門性を発揮しチームとして協同していけるシステムの構築が必要⑤患者の潜在的なニーズも含めて把握し、必要なケアをアセスメントし、ケア提供に必要な適切な職種の調達してマネジメントする相談室の機能が期待される</p>
<p>①訪問看護導入後の窓口一本化②導入中の患者基本情報をコンピューター管理し把握、外来受診予約日を調べ面接する③外来カルテに訪問看護中の表示④院内での連携（1）院内看護師に看護相談室運用計画書を提示し、アピール②MSWと毎朝ミニカンファレンス</p>		<p>①訪問看護実施中の患者数月平均増加（98年52.4、99年70.4）②療養指導・相談件数増加要因（糖尿病フォローアップの件数増加・院内看護師や患者が相談室の役割存在を理解し活用するようになったため）</p>	<p><問題>現システムでは病棟からの訪問看護導入はMSWが対応の窓口となっており、外来看護への連携が継続不十分。<課題>訪問看護・在宅看護への意識向上を目指した日常的な教育が必要</p>
			<p><問題>県内の医療機関に専門領域やケアの方針について情報不足、<課題>情報不足を改善し、地域医療のネットワークを整備する</p>
<p>長期入院患者ケースを委員会へ提示※入退院管理委員会（月1回）</p>	<p>①スタッフからの依頼・患者の直接訪問②退院調整患者37名・在宅訪問患者7名（難ターミナル）（5ヶ月間）</p>	<p>長期入院患者数の減少②外来患者数に比べ、外来看護師は少なく相談に応じきれない。相談部署があることは、通院患者にとって安心</p>	<p><問題>入院早期から退院に向けて患者・家族の準備が出来るよう調整できておらず、退院のタイミングを逃すケースあり。機能増強が残るなど退院時予測される患者の状態を十分説明していないため、住環境整備に時間がかかり入院が長期化、<課題>①早期介入②医療提供方法を考慮し、患者の選択肢を増やす</p>

表2 つづき

施設場 出典	病院名/部署 名/設置主体 /研究年	施設の属性/職員構成/併 設施設・院内の他の相談室 など	部署設置の経緯、活動目標・設置目的・部 署の設置場所	部署の職員構成・看護職 の役割	主たる業務、相談患者の特性	連携相手、院外への取り組み/連携方法
10 文獻 17	八戸平和記念 病院/地域ケ ア相談室(開 設年度は不明)	急性期一般病院・日本医療 機能評価認定取得平均在院 日数20日、ベッド稼働率95. 4%/①地域医療連携室(各 部署は従来からある医療相 談室業務を独立させてきた) ・診療情報管理室・ネット ワーク管理室②介護老人保 健施設・療養型病床群・リ ハビリテーションセンター・ 訪問看護ステーション・ 在宅介護支援センター・グ ループホーム・ケアハウス 等併設	<経緯>①医療を取り巻く環境が年ごとに 厳しさを増すなかで、病院経営は医療の効 率化を求め、一方で患者・家族は「長期の 療養保証」を求め、はざまに立つ看護の現 場は対応に苦慮してきた。このような医療 経営と患者ニーズの高立を計画的に保障す るための新たなシステムが求められてきた。 急性期病棟のあり方と、退院する患者の生 活の質保障に関するシステムを探るため、 1997年チーム医療プロジェクトを発足させ た。<ディスチャージプランニング(DP) 開発に取り組んだ目的>①入院患者に対し 適切な退院先の方向性を示し、不安なく退 院できるようにする②各事業所のサービス を併用したい隠語の療養計画を提案する③ ベッドコントロールの適正化	看護師2名(1名は看護 師長)MSW2名(看護 部長室直轄)②各事業所 間の連携は地域ケア相談 室や各事業所のMSW が中心となる。介護保 険対象者へは在宅部門や他 の福祉施設との連携を居 宅介護支援事業所や各事 業所のケアマネジャーが 中心となる。行う。	<相談患者>リハビリテーション目的 の脳梗塞・脳出血、介護保険対象で要介護 状態、病状から長期入院が予想、在宅療 養の希望、緊急入院後病状安定したが在 宅移行困難な患者を対象	
11 文獻 18	済生会山口総 合病院/保健 指導室 (1994) ※以 前より退院調 整専門看護師 はいた	地域のの中核病院・24時間救 急体制、18診療科、310床 ※1994年時平均在院日数22.1 日(脳神経外科48.7日)、 1997年19.8日(脳外8.9日)/ 2.5:1看護(A)加算/①1981 年医療相談室(予防医学的 知見から設置 検診や訪問 看護・糖尿病指導・医療相 談など)1994年から健康増 進部(検診が主)と保健指導 部に分ける②1993年済生会 山口地域ケアセンター併設(訪問 看護ステーション・在宅介護支援 センター)がスタート③A事業 を行う、入院患者は1 994年6月の3ヶ月以上5 年未満の長期入院患者は68名 (全入院患者の22%)	<経緯>①米英国では大半の病院で退院調 整看護師が独立して設置、決められた退院計 画に従って調整され、患者の満足度も高いこ とを参考に1992年退院の実態把握のため 退院調整看護師(保健指導室)を設置、1994 年から実働。②医療費の高騰が問題化し、 長期入院・社会的入院の増正が求められて いる今、在院日数の短縮は病院生き残り策 の重要なポイントとも言える。その中で患 者も家族も共に不安や問題を残さず、満足 した退院へと結びつけられるよう、システム 作りをすることが病院特に看護職に求めら れている。<目的>退院の実態を把握する (在院日数短縮・ベッド回転率上昇)(円滑 な退院支援)	看護師1名	関係者との連絡調整機能・患者家族と医 療者と地域を結び、誰もが満足する退院 を勧める役割①入院早期から退院に向け た調整を患者・家族参加の上で実施、円 滑な退院に向けて支援②訪問看護③ス クリーニング④ニーズアセスメント⑤意見 調整と交渉⑥家族と患者の関係調整⑦家 族へのカウンセリングと精神的支援⑧後 方施設の探索・交渉⑨地域関係者・社会 資源の探索・連携⑩介護技術・処置の指 導⑪在宅介護支援センター・ソーシャル ワーカーと連携、医療福祉給付の斡旋と 調整⑫患者の自宅の医療環境アセスメント ⑬自立支援	
12 文獻 19	市立札幌病院 /看護相談室 (1996年開設)	地域のの中核病院病、3次救 急も行う、診療科30、810 床、平均在院日数20.5日	<目的>慢性疾患やハイリスクの患者が安 心して生活できるように、ニーズに即した看 護を提供する	看護師1名	社会資源の紹介、他部門との連絡調整、 在宅療養へのコーディネート、医療依存 度の高い患者へは訪問看護実施	①退院前にカンファレンス
13 文獻 20	弘前大学医学 部附属病院/ 継続看護室・ 医療相談室 (1998年)	青森県内唯一の特定機能病 院・高度先進医療を目指す・ 20診療科、630床、平均在院 日数31.6日、ベッド稼働率90.4 %、入院患者の特性は①長期 入院患者が多い②3ヶ月以 上入院患者数48.7人	<経緯>それまで医療相談をしてきた医事 課所属の非常勤のMSWが定年退職し、看 護職が相談業務を担当することになったた め、<目的>良質な患者ケアの継続性を保つ ために、入院患者の退院調整と外来患者の 在宅療養の相談・指導等を行い患者・家族 を支援する	看護師1名(看護師長)・ 医事課専門職員1名・医 事課事務職員1名・看護 部長室付きの場所(正面 玄関近く)	先には退院調整あげているが活動報告に は記載なく①外来案内・苦情相談が主② 外来患者の看護相談③在宅療養の相談・ 指導④入院患者の退院調整(退院後複雑 なケアを必要とする患者の早期特定・ 患者と家族アセスメントとカウンセリング ・退院後のケアに必要な環境づくりに関 する家族支援・セルフケアや介護技術 などの指導⑤後方施設やサービス機関、 在宅ケア機関との連携促進及び社会資源 の活用⑥退院後のフォローアップ⑦院内 職員への退院計画指導の共通理解を進め るための教育・指導・調整⑧良質な患者 ケアの継続性を保つために、入院患者の 退院調整と外来患者の在宅療養の相談・ 指導等を行い患者・家族を支援する⑨入 院時からどのような状態になれば退院な のか説明して患者にイメージさせること・ クリティカルパスを用いて説明すること)	<連携方法>①地域の看護職や福祉職と 青森継続看護研究会発足
14 文獻 22	順天堂大学浦 安病院/療養 指導室(1999 開設・94年看 護相談室開設 し名称変更)	地域のの中核病院、500床、1 日平均外来患者1700名・入 院患者474名	<目的>①療養指導②退院調整	看護師1名保健師2名	①療養生活指導(指導件数1日5件まで) ②在宅療養を支える関係者との連携	<連携相手>在宅療養を支える医師・看 護師・保健師など
15 文獻 24	厚生連広島総 合病院/地域 医療福祉部 (1999年開設)	2次医療圏における急性期医 療を担う、施設基準(1群入 院基本料1・急性期病院・ 開放型病院)、指定(二次救急 指定病院など)、診療科18 科、一般病棟578床在院日 数19.2日(2001年9月)、ベ ッド稼働率38.9%外来1348.0 人・入院519.5人/地区: 2次保健医療圏、広島県 西部地域一体の28万人/併 設事業所(訪問看護ステーション・ 居宅介護支援事務所・ 在宅介護支援センター、入 院患者は高齢者が多い)	<経緯>①医療機関の機能分化が進み、在院 日数短縮、早期退院を余儀なくされるよう になった。住民からの期待に応えるには病 病連携を基盤として行政・住民・保健・医 療・福祉関連機関等と連携する部門が必要。 <活動目標>①病診連携強化(紹介率30%以 上平均在院日数20日以内)②身近な地域で 適切な医療を効率よく提供する③療養生活 支援	看護師5名(看護師 長1名)・MSW1名事 務職員1名	①開放病棟の利用拡大②救急受け入れ体 制の整備③逆紹介・返送の推進④転院先 紹介・在宅療養調整/情報収集・情報提 供・家族との面談相談・患者も含めた担 当者会議を開いてサービス計画を立てる	<連携相手>病院・診療所、介護保険施 設、居宅サービス事務所、在宅介護支援 センター、在宅療養調整/情報収集・情報提 供、保健医療福祉関連団体、民生委員・ボラ ンティア組織く連携方法>①医療機関を 訪問②30箇所を病院・施設の機能を示 す一覧表作成/電話での相談依頼

院内での連携方法・取り組み	院内の患者紹介過程／相談件数	専門部署設置の効果	実施上の問題点、課題
<p>①DPの計画どおりに進行しなかったケースに対してはケアカンファレンスやケアマネージャー会議を定期的開催し、DPの結果を分析し評価している②基本プランが決まっからは、入院中の患者に関するDP業務と連携は、病棟・外来の看護師の責任となる。③入院期間内にそれぞれの役割行動がとれるよう、クリティカルパス上に表現。④医療チームの在院日数の情報の共有化（コンピューターで患者入退院情報管理システムが日ごと更新され、個々の在院日数や延長期間を確認できるほか、病棟に向くことで継続治療の必要性や重症度など把握できる。※①各対象別に5つのマスタープラン作成（在宅移行型・継続医療必要型・緊急性期リハビリテーション型、施設移行対応型、在宅不能型）③選択された基本プランと治療を連動させるために、DP用クリティカルパスを開発している。患者にはケアマップを渡し医療チームと目標の共有化を図る。医師は治療計画とDPを同時進行させていく。地域ケア相談室の情報をともに、リハビリスタッフが入院患者に直接関わる。</p>		<p>①ネットワークで情報を共有化したことで、入院患者状況がつかめ患者の状況変化、方針や計画の変更により早く対応できるようにになった。②DPは医療の質保証のみならず病院経営に経済的効果がある（在院日数短縮に伴う経済的効果）③医療チームは共通のツールを通して患者の治療・ケアを行い、チームの支援のもとで個々の専門職はパワーや価値観を高め成長している④ケアの内容が一定にできる※退院調整過程を組織的に扱うのがDP活動である。⑤DP導入の効果（チーム医療で計画を共有しケアを達成するという意識に代わった。職種間の支援体制の充実⑥退院後の生活支援に対して積極的になり、在宅支援が充実した③患者は退院後の方向性が早期に決定することで安心でき、家族も退院に向けて早い時期から行動がとれ、必要に応じた社会資源を活用できるようになった④ニーズに応じたオプションサービスが増加⑤相談室の看護師はDPのコーディネーターとして専門的能力を磨けた</p>	<p><問題>①患者・家族のニーズが入院中に変化する場合も認められ、関わり難さを痛感した②在院日数が延長するケースは転院先が決定されない患者が多く、MSWはその調整に時間を要した③在院日数短縮と患者・家族のニーズは相反する場面が多いが、入院早期からの退院調整作業の重要性が示唆される</p>
<p>①看護師全体研修開催②病棟単位での事例報告会③病棟カンファレンス参加（病棟・外来と交流を増やす）／④社会資源説明会⑤パンフレット・ポスターの配布・掲示</p>		<p>①患者・家族の不安や負担の減少②退院後の選択肢増加③社会資源活用率増加④在院日数短縮⑤医療者の意識改革（退院後へも視野が広がる）⑥相談件数増加⑦自宅退院率増加⑧在宅ケア機器の活用のシステム化や地域の保健福祉施設との連携を図り円滑な退院を促すためには専門的に関わる人が必要である。</p>	<p><問題>①慢性疾患患者が増加し、家族の受け入れがけ等の治療が終了してもスムーズに在宅療養に移行できないなどの問題を抱えた事例が多くなっている②後方施設のベッド待ちも2～3ヶ月を要す状況で、院期間は長引き、ベッド回転率も悪く、急逝期の入院に困難を生じた。（脳外科病棟）退院を阻害する要因として①病院側に退院の目安となる判断基準がない（診療科によってまちまち）②病院と患者との間に介入して退院促進・調整する専門家がいない③家族の在宅ケアに要する医療的・経済的不安④在宅ケア機器の不十分な活用によるケア負担に関わる危惧が存在する。（これは、退院だけでなく選択肢の1つである在宅ケアの発展を阻害する要因でもある）／①病棟では治療が終了する時点になってから退院の介入をするため、介入が遅れる②病棟看護師は業務の追われ、退院調整に当たっては時間的・体制的に難しい／①長期入院は、患者側・家族の要因・病院側の要因、地域の受け皿の要因が組み合わさって発生する②医師や看護師が患者・家族に病状と退院の見通しを明確に伝えていないこと。管者の不正確な聞き取りなどコミュニケーションの不一致も原因の一つ。*DPとはdischarge planの略、 <課題>①退院後も継続して患者・家族の相談に乗る、カウンセリング機能必要②入院早期より患者・家族と十分な関わりを持ち、退院後の希望などを把握しアセスメントしていくための連絡調整機能が必要</p>
<p>①看護相談室が支援した医療依存度の高い患者・家族55名(医療依存度の高い患者の定義として、ターミナル期患者・呼吸器装着患者・要ベインコントロール・重度障害児)②連携支援に関わった医療者128名(医師31名・ホームドクター17名・訪問看護ステーション38ヶ所・院内受け持ちナース42名)</p>		<p>「安心して過ごせた」など肯定的意見が8割・医療提供者よりよい在宅支援につながった」と8割が回答</p>	<p><問題>①緊急時・休日・夜間の対応に対し病院と地域医療者のニーズが異なる(対応を病院は地域医療者に求め、地域医療者は病院に求めている)、<課題>①上記の課題に対し、看護相談室がそれらを補い、調整していくべき②医療依存度の高い患者の在宅移行は地域への教育・指導的なかかりをし、的確に看護できるようにするまで連携支援が必要</p>
<p>①継続看護推進委員会発足（転院時の看護提供用紙作成など記録用紙に関するもの）②医療情報部に3ヶ月以上長期入院患者リストを出してもらい、各診療科長を訪問。③看護師長会議にて早期退院を阻む要因について病院議事に提出／④院内職員向け・患者家族向けのポスター作成</p>	<p>①病棟の看護師・医師から依頼のあった患者②患者から直接依頼③内容：他医療機関などへの紹介・在宅療養の相談、家族関係の調整</p>	<p>3ヶ月以上入院患者数 12.6人減・平均在院日数 10.4日短縮</p>	<p><問題>①退院が長期化する要因として医師の退院許可と患者がもう少し元気になるまで入院を続けたいという気持ちにギャップが生じた場合・医師の治療に不満がある場合・家族関係に問題があり退院受け入れ困難な場合②退院困難事例では問題が家族関係に起因していることが多い、<課題>研究会を通して連携を始め、医師会にも働きかけていきたい</p>
<p>病棟や外来から依頼のあった患者</p>			
<p>病棟との情報交換効率化のため退院計画情報提供書作成②職員への介護保険教育③患者家族への広報活動</p>	<p>病棟から依頼があった患者</p>		<p><問題>①要介護者になった患者・家族が早期退院を納得できない②患者・家族に介護保険の知識が低い③職員に介護保険利用認識が低い④ケアマネジメント開始時期のタイミングが難しい／①急性期治療が終了しても患者が要介護状態であり、家族も退院受け入れ準備ができていない時期から転院か在宅かの選択を迫られる②急性期医療終了後転院先の受け皿が少なく、かつ医療依存度が高いために拒否されたり、満床であったりと、希望の病院・施設に入れない状況、<課題>①見逃されている患者をなくす為、病棟にケアマネージャー担当者を配置すべき②情報の共有化(ITネットワーク・記録用紙の共有)</p>

表2 つづき

施設番号	出典	病院名/部署名/設置主体/研究年	施設の属性/職員構成/併設施設・院内の他の相談室など	部署設置の経緯、活動目標・設置目的・部署の設置場所	部署の職員構成・看護職の役割	主たる業務、相談患者の特性	連携相手、院外への取り組み/連携方法
16	文献 25	日立総合病院/患者さま支援統括室	急性期病院・地域医療支援病院を目指す、一般病棟 461 床・開放病棟 8 床・平均在院日数 12.9 日、病床利用率 91.4%、紹介率平均 32.5% / 院内に訪問看護ステーションあり		患者さま相談室 (2 名) 医療福祉相談室 (MSW 2 名) 地域連携室 (看護師 1 名 事務員 3 名) この 3 部署が患者さま支援統括室に統括 ② MSW による退院支援・看護師は空床管理	① 紹介率増加のため PR 活動 ② 空床管理 ③ 退院支援 (在院日数短縮化)	< 連携相手 > 院内の訪問看護ステーション、< 連携方法 > 病院の PR
17	文献 26	神鋼病院/地域医療福祉部 (2001 年開設)	急性期病院、地域の中核病院、333 床 / 看護職員数 415 名・看護配置 (2:1) 看護方式 (固定チームナース) / 院内に居宅介護支援センターあり		副院長 (医師) 1 名、看護師 2 名、事務員 5 名	① 紹介患者受け入れ業務 ② 地域医療機関との連携 ③ 医師会との連携 ④ 開放病棟運営 / ① 情報収集 ② 面談 ③ 可能な限りケアカンファレンス ④ かかりつけ医の選定・依頼など	< 連携相手 > 訪問看護ステーション、院内併設の居宅介護支援センター (ケアマネージャー)、< 連携方法 > ① 近隣の療養型病院と会議・交流会を年 1 回設ける。② 地域連携室会議を職員参加で毎月 1 回行う ③ 訪問看護実施中の患者が入院した際、それぞれの事業所に入院状況を報告し、情報交換
18	文献 27	鳥取大学医学部付属病院・設置主体 (文部科学省) / 患者支援センター (2001 年開設) (1997 年在宅看護相談担当婦長配置)	地域の中核病院、特定機能病院、697 床、第 3 次救急医療機関。	< 活動目標 > ① 院内退院支援システムの組織化と充実	看護師 2 名 (看護部長 1 名)・MSW 1 名 (看護師は主に在宅事例、MSW は転院・施設入所事例を主に担当)	① 地域との在宅支援の窓口 ② 療養生活のコーディネーター ③ 病棟連携 ④ 病診連携 / ① 病棟訪問・情報収集・面談 (ニーズの把握) ② 情報提供用紙を用いて病棟・地域と連携 (患者の許可を得て、退院後の依頼先に送付する) ③ 退院前に地域関係者と合同カンファレンス (受け持ち看護師・主治医・患者支援センター看護師・薬剤師・理学療法士・栄養士・MSW と地域の連携機関関係者が参加) ④ 介護保険の申請 ⑤ 退院後の支援機関の選択 ⑥ 退院後もフォロー (地域で発生する当院に関連する患者の問題には連携窓口となり、対応、退院後も連携機関との連絡調整)、< 相談患者 > 退院困難事例は家族問題を多く含む	< 連携相手 > 在宅介護支援センター、福祉事務所、ケアマネージャー、かかりつけ医、訪問看護ステーションなど、< 連携方法 > ① インターネットの活用。② 合同カンファレンス毎月平均 10 回以上 ③ 米子市在宅介護支援センター連絡会議や西部在宅ケア研究会などに参加し、顔の見える関係づくり
19	文献 28	横浜栄共済病院・地域医療連携室 (1998 年 10 月) (本格的活動は 1999 年 9 月) (医師会)	紹介率月平均 (38~39%)	病院の理念として：地域に密着した救急医療と病診連携を推進する病院	兼任医師 1 名・事務員 2 名・MSW 1 名 (転院相談など)		< 連携方法 > ① 病院ホームページ ② 連携だより発行 ③ 登録患者制 (地域診療所に受診している患者で緊急に受診や入院の可能性のある方を前もって登録する) ④ 検査依頼の手引き作成 ⑤ アンケート調査 (逆紹介を円滑に行うため、診療所の専門分野・住診の有無などをアンケート) / FAX で紹介書着信・受診の有無を返信 ① 紹介患者用報告書 ② 紹介経過報告書・診療情報提供書 ③ 講演会・症例検討会 ④ 病診連携委員会 (医師会)
20	文献 29	J A 広島総合病院/地域医療連携室	17 日以内	2001 年急性期入院加算算取得後、在院日数短縮し、急性期治療が終了した患者は早期退院を余儀なくされた	MSW・看護師	< 業務 > ① 転院先病院・施設外要調査 ② 訪問活動による受け皿の確保など、< 相談患者 > ① 75 歳以上が 76.8% ② 疾患別では、脳血管疾患 27.6%・大腿骨頭部骨折等の骨折 17% を占める。後遺症による ADL 低下をきたす疾患が多い ③ 介護保険認定者が 41%・入院中に申請が 51% で 92% が介護保険対象者であった。④ 日常生活自立度では介護が必要な寝たきり患者 B C ランクが 72% ⑤ 医療管理が必要な患者は 36% (経管栄養・尿道カテーテル・点滴・IVH の順に多い) 中でも複数の医療管理が必要な患者が 35% ⑥ 痴呆症状のある患者 41%、MRS A 保菌者が 16% であり定員業務に支障をきたす要因となっている	① 転院先病院・施設外要調査 / 地域ケア会議
21	文献 31	東京都立墨堤病院/看護相談室 (1994 年)	地域中核病院 (地域に医療機関がなく唯一の公的総合病院) / ① 医療圏は約 160 万人の人口 ② 地域に医療機関がなく唯一の公的総合病院	在宅療養患者のサービスの向上に努める、病院の理念に「医療連携に努める」が込められている		① 在宅療養の相談 ② ストーマ外来 (月 1 回) の窓口として利用 ③ 訪問看護ステーションなどと交流 ④ 退院後も面談・電話にて患者の療養中の状況を知る / 初回面談は相談室で、2 回目以降は病棟相談室で、面談を繰り返すことにより患者・家族の在宅への不安の把握に努め、その軽減及びイメージアップをしている ⑤ 退院後初回外来受診時には同席 (とくに、病棟と外来で主治医が異なる場合)、< 相談患者 > 対象患者として、訪問看護が必要とする方・人工呼吸器や酸素療法使用者・経管栄養や自己導尿や血糖測定が必要な方	< 連携相手 > 訪問看護ステーションを中心に区の訪問事業、在宅介護支援センターと連携、地域性ははっきりしているため連携をとるステーションは 11ヶ所と決まっている、< 連携方法 > 院内の指導内容はステーションへ再度報告 (手技だけでなく心理面も) / 訪問看護連絡表・ステーションから病棟訪問あり
22	文献 32	近森病院/地域医療連携室	地域中核病院・急性期一般病院 (月平均救急搬送 400 件)・診療科 16、387 床・在院日数 16.98 ~ 19 日 / 地区：高知県は他県に對し高齢者/新看護 2:1 A 加算・11 看護単位/近森リハビリテーション病院・訪問看護ステーション / 医療相談室が主に退院支援を行う	早くより平均在院日数要件をクリアしていたが、その早期退院に当たって必ずしもスムーズとはいえないケースや歪みがあった。複数の病名・合併症を有し、加えて核家族化・共働きなどにより入院が長期化・社会的入院も少なくない現状	MSW 1 名・看護師 1 名 (看護部長)・MSW は院外との連携を行う。院外の医療機関 (紹介元) と患者の関係を評価してカルテに記載し、医師はそれを見て逆紹介などの方法をとる	① ペットコントロール ② 退院予定患者・長期入院患者の把握 ③ 運営会議などでデータの提示 ④ 地域医療機関からの紹介を受け付け入院・外来の調整 (紹介入院患者リスト作成) ※ 退院困難と予想されるケースには退院前に試験入院泊、看護者が家庭訪問に出かけて評価、退院計画の修正 ⑤ 退院後においても電話相談	< 典型相手 > 地域の後方病院、< 連携方法 > ステーション等併設施設の職員とカンファ、各院の地域医療連携委員会開催、地域医療連携医の病棟訪問案内、病院訪問を行う専門部署の PR
23	文献 33・34・46・47・48	東京都立荏原病院/医療連携室 (1994 年開設)	地域の中核病院	< 経緯 > 高齢社会・疾患の慢性化は療養期間の延長につながっているため、入院治療が終了しても何らかの生活上の問題が継続し、何らかの介護・援助を要する状態での退院が増加傾向である。要介護援助者の医療機関の適切な利用と QOL の両者を実現するため、< 目的 > ① 医療連携の推進と連携ネットワークの構築 ② ユニツは連携係・病床管理係 (事務員担当)・医療相談係 (MSW 担当)・看護相談 (看護師担当) から成り立つ	事務職と MSW 4 名、看護職 1 名 / 看護師：① 退院の問題点の抽出・情報整理 ② 病棟看護師へ助言 ③ 地域医療機関へ情報提供・連携促進	連携に関する情報管理・患者紹介窓口・院内病床管理・各種相談 ④ 地域の医療機関看護師との意見交換・相互理解・信頼形成 (整理) ⑤ 試みの中で重要、< 相談患者 > ① 文献 48: (1995 年 4 月 1 日 ~ 1996 年 2 月 29 日) 患者数 448 (男性 225・女性 229) 診療科別患者数 (内科が最も多、脳外科・神経内科、複数の科を受診している患者は 193 名) ② 男女差がなく、全診療科にわたっている	< 連携相手 > 病院が最も多く 23 病院・約 1500 人の医師・歯科医師と連携 (医療連携)・福祉事務所・訪問看護ステーション、脳外科に病院との連携が多い、< 連携方法 > ケースカンファレンス、医師会・連携病院懇談会、看護交流会 ④ 院内の講座へ近隣医療機関の看護師が参加、月刊新聞発行

院内での連携方法・取り組み	院内の患者紹介過程／相談件数	専門部署設置の効果	実施上の問題点、課題
	入院3日以内に全患者に対し「退院計画スクリーニングシート」でのチェックを病棟看護師が行い、必要時MSWの相談、MSWが介入を判断する		<課題>①情報の共有化②院内の訪問看護ステーション以外の施設との連携
<p>婦長連絡会議での報告・看護部在宅検討委員会を各部署から1名選出し毎月定例会)</p>	<p>看護師・MSWが全病棟を巡回し、病棟看護師から相談を受けた患者を対象</p>	<p>①転院主流から訪問看護利用者が3倍に増加②看護師・医師の意識変化(入院時から在宅への視点を持つ)③病院のケアマネージャーの存在により、早くからケアプラン作成できる④療養型病院や居宅支援センターなどと連携が密になった</p>	<p><課題>①病棟・外来と連携室のケース連絡用紙の見直し・スクリーニング用紙の作成②退院調整・地域連携のフローチャートの作成③各部署との連携強化(情報のフィードバック・事例検討会など)</p>
<p>①病棟・外来へフィードバック(退院後地域から届く報告書や訪問看護計画書を提出)②情報提供用紙の見直し(継続看護に必要な項目の追加・記録負担の軽減化)③アムネ時にも使用)在宅か転院希望か早期情報発信への取り組み</p>	<p>①看護師・医師からの依頼②患者家族からの依頼③地域からの訪問調査などの依頼④栄養士・薬剤師・理学療法士からの依頼/退院支援患者数約200人(月平均35人)※患者紹介割合(地域31.6%・看護師28.8%・医師26.6%・本人6.1%家族4.0%)(2001年5月~9月)</p>	<p>①患者家族の不安除去に有効②5月に比べ9月では病床稼働率3.6%増加・平均在院日数は1.0日短縮③特に急変時は説明が行き届き難いため、相談室としての役割大きい④他職種との協働不可欠⑤患者の早期発見・早期介入は早期退院に直結する</p>	<p><問題>①病棟看護師の在宅への視点不足②患者の療養生活指導における外来看護の機能不足、<課題>病院と地域の看護師が互に行き来できる自由度の高い連携</p>
		<p>①紹介率上昇(月平均33~34→38~39%)②病院の活性化・財政基盤強化③セキュリティの問題など考慮した上でのIT活用は、病診が医療情報では一本化し、診療において役割分担明確化になるのでは</p>	<p><課題>ITを活用した地域医療連携を構築</p>
<p>患者家族への在宅療養・医療相談の広報</p>	<p>(2000年10月~2002年3月)246件</p>	<p>転院システムができ転院手順が定着</p>	<p><問題>①高齢者が多く、合併症の治療の継続や機能障害が残った状態で転院か在宅療養かの選択を迫られる状況にある患者の退院調整は決して円滑ではない②転院を選んだ理由は、介護度が高い・医療管理ができない・高齢者2人暮らしや日中1人になるケース・痴呆があるなど介護力が乏しい原因が浮き彫りになっている③相談から転院が決定するまでの日数は自立度のランクが重い患者ほど長くかかっていた④転院の半数が当院へ急性期医療必要のため再入院、<課題>①退院基準の設定②退院先は在宅への意識統一③転院先ベッドの確保④クリティカルパスの地域での共有化⑤ITによるネットワークの構築</p>
<p>面接の内容は病棟看護師に伝える</p>	<p>①相談室利用には、原則として医師の指示を必要(対象患者として、訪問看護が必要とする方・人工呼吸器や酸素療法使用者・経管栄養や自己導尿や血糖測定が必要な方)②医師・病棟看護師・看護部長から退院後の継続医療・看護の必要性が患者家族に説明される。それから、看護相談室へ依頼される。</p>	<p>①在院日数短縮が今後一層求められるが、在宅療養への移行にあたって当室の役割は大きい②患者を含め家族と時間的余裕を持って話をすべき③患者の在宅への希望と家族の介護力とのバランスを考慮することが大切。家族の健康状態・心理状態をどこまで理解し、地域につなげていくことが重要④指導において、できるだけ簡単な方法で、精神的にも経済的にも在宅療養が負担にならないよう調整していくべき⑤活動を振り返ると家族との関わりが大きい</p>	<p><問題>①依頼から退院まで1週間程度であれば、十分な面接を行うことができるが、現実はかなり難しい。退院準備が進まない原因の1つに告知の問題がある。未告知の患者にとって納得のいかない退院となってしまう②面接の中では社会資源を活用しても介護力が不十分であり、家族の共働りが予測されるケースもあるため転院・継続入院となることが多い、<課題>在宅療養中に気軽に相談できる場として努める</p>
<p>①MSWは院外の医療機関(紹介元)と患者の関係を評価してカルテに記載し、医師はそれを見て逆紹介などの方法をとる。このことは病診・病病連携をスムーズにする方策の1つ②運営会議などでデータの提示③医療相談室の活動(MSWが病棟を輪番で訪問しカンファレンスに参加し、情報収集)④週1回診療会議(医師・看護師・薬剤師・栄養士・PT)退院に向け目標の共有化⑤病棟から外来へ退院サマリーで報告</p>	<p>医療相談室の活動①外来・病棟からの依頼②入院患者リストや運営会議での長期入院患者の把握により情報収集③MSWが病棟を輪番で訪問しカンファレンスに参加し、情報収集</p>	<p>在院日数短縮医療の効率を考慮しつつ、医療の質を保つことが必須となる。在宅を視野に入れたサービスを提供できる施設が患者に選ばれる病院になる</p>	<p><問題>①独居老人や家族関係が希薄であるという社会的問題・経済的問題が絡んでスムーズにいかないケースが多々ある②入院時期に退院に向けての活動が開始されていないと、在院日数の短縮は困難である、<課題>①システムとして整備(施設外でも指導の継続が図れるようにすること)②フォーマルな学習のみならずインフォーマルな学習を行うことによって多様な退院パターンに対処できよう</p>
	<p>退院に関し綿密な調整が必要な患者は病棟からの依頼による、患者や家族からの相談</p>	<p>専門看護師だけでなく他職種が専門部署にいてことで、視点が広がる・MSWなどの収集した情報が得られ統合したコーディネート可能、当院は往診・訪問看護を持たないため、地域医療者・保健福祉との連携は必須、合同カンファレンスは、病院と地域の役割明確化・家族の不安軽減</p>	<p><問題>①転院後のフォローが十分行なえていない②地域医療機関の看護師と定期的な交流が難しい③院内の看護職に対する連携の必要性への理解が不十分④医師や訪問看護師への伝達などに退院調整看護師を利用している。利用者が医療情報の伝達者となっている現状に問題がある。(利用者が在宅で抱えている医療機関との関係上の問題点:医療情報の伝達)、<課題>①病院訪問を増やし、病院と地域の看護職同士の話し合いの場を増やすべき(信頼関係と情報の共有)②院内の看護師への啓蒙活動充実③今後医療依存度の高い医療者が増加する中で、医療情報の伝達経路について検討する必要がある④院内スタッフの役割明確化と連携⑤部署の看護師の役割として、スタッフ間のコーディネーターの役割を担う必要あり?緊急時受け入れ体制整備</p>

表2 つづき

施設番号	出典	病院名/部署名/設置主体/研究年	施設の属性/職員構成/併設施設・院内の他の相談室など	部署設置の経緯、活動目標・設置目的・部署の設置場所	部署の職員構成・看護職の役割	主たる業務、相談患者の特性	連携相手、院外への取り組み/連携方法
24	文献 39-44	NTT 東関東病院/総合相談室 (1991年設置)	第二次救急指定急性期医療機関/ソーシャルワーカー、保健師、看護師			50%が退院後の療養に関する相談、相談患者>スクリーニングされた患者の特性は介護に問題がある77%、65歳以上72%、退院後介護支援が必要な患者48%	
25	文献 36	国立がんセンター中央病院/地域医療連携室 (1998年)	特定機能病院(がん専門病院)/通院治療センター	<経緯>がん治療の進歩により、延命効果・がんと共生する時代になり、治療以外に患者をサポートすることが必要となった。がんを含めた慢性疾患は退院後も通院治療を必要とすることが多い、<目的>在院日数短縮化・紹介率アップ		①相談②PR③地域医療機関の情報収集④情報提供(ホスピス・緩和ケアのものが多い)⑤緊急時受け入れ調整、依頼内容⑥緩和ケア・ホスピスが7割⑦緊急時受け入れ⑧在宅療養支援⑨リハビリ	<連携相手>地域医療機関<連携方法>紹介先・紹介元の医療機関をデータベース化(4000ヶ所)
26	文献 38・45	広島市立安佐市民病院/総合相談室(1999年開設・94年ボランティアで訪問看護開始されこれを新設化した)	地域中核病院(医療圏内で200床以上の唯一の病院)一般急性期病棟・高度医療、診療科18科、527床・平均在院日数19.4日病床利用率94.3%/新看護体系2.1A/存在する福祉施設(療養病床115床・特養8ヶ所・訪問看護ステーション6ヶ所・在宅介護支援センター6ヶ所・病院は10ヶ所・老人保健施設6ヶ所・特養12ヶ所・診療所もあり、入院患者は65歳以上が約5割・生活習慣病などの慢性疾患が多い・利用者の居住地は医療圏(2つの区)からが73.1%、1日平均外来患者数1300名	<経緯>①医療の経済性・診療報酬改定(在院日数短縮・在宅指導管理料獲得)②訪問看護体制はあったが、退院コーディネーターが必要な患者が課題となり設置③これまでの経緯:MSWのみの医療相談室あり。在宅ケア相談が増加→在宅支援委員会発足→訪問看護開始→相談室の統合、<目的>①医療処置・看護ケアへの指導②退院調整③玄関の人通りの多いところ※薬局所属	医師1名(副院長)看護師4名(パート2名含む)、事務院名、MSW4名(3名嘱託)社会資源活用についてはMSWが主に、看護師は処置への指導・訪問看護を主に②毎朝ミーティング・年間計画を立てて学集会を開催共通認識を培う(異なる職種が求道するために、情報交換・認識の共有が必要)	①複雑な医療処置・看護ケアの指導の継続に重点を置いた活動(退院後4週間を目標に訪問看護にて指導)②退院調整(合同カンファレンス)③救急外来へも情報提供、相談患者>①相談総数の中で退院相談が5割以上を占める②MSWの援助内容(医療費生活費18%・制度活用39%・退院相談7%・在宅医療支援6%・転院施設7%・介護保険関連6%など)③60代中心高齢者が多い④診療科:精神神経科・内科が25%、リハビリテーション科・脳外科が次いで多い(利用者は小児科も含め、14診療科と多岐に渡っている)	
27	文献 23・49・50・57・59・61	東京大学医学部附属病院/医療社会福祉部 (1997年)	大学病院(高度先進医療、専門的医療、救急医療)、平均在院日数21.8日	<経緯>在院日数短縮が図られてきたが、専門部署を設置して積極的に退院支援に取り組む試みは限られた病院でしか行われてこなかった。特に、特定機能病院ではその動きは限定されている。国立大学病院では1997年まで退院支援を行う独立した部署は存在しなかった。機能分化が進む中で、広く全国から患者を受け入れ高度医療を提供する大学病院では、患者・家族の希望に家内、かつ、医療適正配分を果すために、退院支援が不可欠である。このため、退院支援を行う部署を設置。②文献24:退院後も当院外来に通院する患者は79.2%、看護ケアを必要とする比率は31.8%。看護部より在宅療養支援を要請され設置、<目的>退院後の問題を検討しケアマネジメントを実施する退院支援、在宅療養の推進、早期退院への援助円滑な早期退院を援助する	①看護師(看護部長)1名、MSW1名、専任医師1名、事務職員2名、部長(教授:兼任)1名②MSWは転院支援を主に行う。看護師は在宅療養	①退院援助・転院援助②相談③在宅療養(退院後もフォローアップ(退院後緊急時連絡表作成 救急受診・再入院への支) ※病棟連携は個々の主治医のネット)で連携、相談患者>①かかりつけ医を探す必要のある患者が半数近く②訪問看護21%、在宅医療38%、ターミナル期41%③文献53:男性47.4%女性52.6%、65歳以上6割以上(転院患者の8割が65歳以上)(一事例の援助にかかった時間計130分)④文献54:疾患:悪性新生物38%、循環器疾患11.8%、神経痛疾患1.3%、脳血管疾患10.8%、膠原病7.7%、呼吸器疾患5.6%、痴呆5.1%、整形外科疾患5.1%⑤文献55:70歳以上が62.6% 主な疾患は、悪性新生物(22.5%) 神経系疾患(17.5%) 脳血管疾患(10%) など。入院期間は1ヶ月以上3ヶ月未満(36.3%) 3ヶ月以上6ヶ月未満(31.3%)が多かった。家族構成は夫婦のみ(33.8%) 一人暮らし(10%)⑥文献62:医療依存度が高い、難病・特定疾患を有する、ターミナル期、痴呆症、介護生活上の問題、重症心身障害児	<連携相手>地域中核病院、リハビリ病院・療養型病棟群・指定介護療養型医療施設・介護老人保健施設、訪問看護ステーション(13都道府県23区63市(110ヶ所)、開業医、居宅介護支援事業所、ヘルパーステーション、ケアマネジャー、福祉事務所、保健所など、<連携方法>①合同カンファレンス②訪問看護ステーションの看護師の病棟訪問③電話④広報誌など⑤施設一覧⑥インフォर्मルな情報(MSWの人脈・ボランティア・家族の自主的集いなど)
28	文献 58	東大病院(老年病科)	老年病科病棟内(23日・30床)			<相談患者>①退院支援が必要な患者の傾向「年齢が高い」「再入院・緊急入院」「要介護状態」「在院日数長い」②専門部署に紹介した患者は、「転院・入所の紹介」「新規サービス導入必要」「地域関連施設との調整が必要」「介護者が不在又は手薄」「医療依存度が高く、多岐にわたるサービス導入が必要な患者」が多い。	
29	文献 60	広島大学医学部附属病院/医療社会福祉部				社会生活で予測される問題や適応能力を判断・社会資源を活用・合同カンファレンスを行いながら進める	

院内での連携方法・取り組み	院内の患者紹介過程/相談件数	専門部署設置の効果	実施上の問題点、課題
クリティカルパスやソーシャルハイリスクスクリーニングによって、病棟からシステムとして相談依頼がされるように病棟との協力で作成し、取り組んでいる	モデル病棟においてソーシャルハイリスクスクリーニングを行っている。入院患者 235 名中、ハイリスク患者 44 名であった。	ハイリスクスクリーニング実施によって 1999 年入院患者 10%の相談に対し、22 年では 25%に上昇、入院から依頼までの日数が平均 8 日間短縮された。援助を行った患者の在院日数が 10 日短縮	<課題> 1 病棟での取り組みのため、全病棟で行われるようにしていくこと
院内：依頼書の返事を看護責任者に返却	医療者からの依頼 9 割・患者の直接依頼 1 割/534 件 (8 ヶ月間) (外来時が多い)	患者の継続医療がされているかモニタリングできる (情報の一本化・院内の全ての医師が情報共有できる)	<問題> ①緩和ケア・ホスピス病床はかなり不足、かつ室料差額あり、簡単に入院できない現状②在宅ホスピスは確固たる位置付けがない、<課題> ①入院が在宅かという二択だけで考えるには限界。地域連携強化し、相互に組み合わせていく柔軟性を持つ②在宅ホスピスの位置付け・がん専門病院として医療連携をシステム化を検討
院内：依頼書の返事を看護責任者に返却	看護師責任者からの依頼 (総合相談室依頼書・面接予約) ※以前は患者や看護師個々の依頼により活動。しかし、殺到したため予約制に変更した	①利用件数の増加(96 年 262 件 98 年 1209 件) 相談窓口が明確になり、患者が相談しやすい②相談時に対応できることは再入院の予防につながる③紹介率増加(96 年 6% 98 年 20%)④初診受診時に紹介状持参する患者の割合も増加⑤在院日数短縮化・病床稼働率上昇?病棟から地域へのネットワークを進めるには行政のリーダーシップが効果的 医療現場に専門スタッフ必要 ※退院直後に訪問看護があることは安心につながる⑦文献 4 0 : 組織的位置付けは役割発揮に重要。(以前の MSW のみの医療相談室は医事課所属→診療部などの保健医療スタッフと連携をとりやすい部門に位置付けた+看護師・医師も参加 (他職種が一部門として独立)) 連携がとりやすくなった。⑧看護師が依頼書記入するがそこに記載されていないコードを MSW の視点で把握できている⑨依頼書と返事の受け取りがシステム化・予約制により業務管理しやすく効率的	<問題> ①相談室利用を予約制にしたが、飛び込みが多い。(仕事の優先順位がなくなる・関わる時間の保証や心の準備が十分取れない・件数が多く関わりが中断して終わることあり) ②依頼書のプライバシーの問題、<課題> ①ネットワークをシステム化し、合同カンファレンスを定例化する②予防的視点に加え、QOL 向上への視点必要③文献 40 : 直接相談した利用者への対応を新システムに取り入れる
病棟と福祉部の定期カンファレンス	全診療科の患者を対象。各病棟から依頼があった患者を対象/文献 52:239 件 (2 年半) 文献 53:190 件 (1 年) 文献 62:623 件 (1 年間)	①在宅療養が増加している (介護保険の影響も考えうるが MSW と看護師が役割を明確にし、面接を重視する事で在宅の選択が可能であるとの意識付けが影響している) ②症例を重ねることで面接技術・関連機関との連絡調整技術が部としてマニュアルが構築されてきている③文献 6 2 : 7 0 歳以上が過半数を占め、管者の自宅所在地は関東近県や東北地方まで広域に渡っていることが示された。広域の医療圏を持つ大学病院では、様々な自治体の機関や医療機関の情報収集と連携が必要。退院支援に必要な情報収集を病棟業務の一部として行うことは難しく、広範囲な情報収集機能を持った専門部署が必要	<問題> 文献 6 1 : ADL が低い人は自宅へ戻るのが難しい、<課題> ①ネットワークとしての連携、インターネット情報などを活用すると共に、高齢者の生活場面を考慮した介護保険施設への援助機能も必要③文献 5 4 : 退院支援者の約 4 0 % が悪性新生物疾患であり、在宅ホスピスケアの充実が必要④文献 5 4 : 病棟スタッフに退院支援に対する意識の啓蒙・病棟との連携強化④ DL の低い人には早めに介入⑤フォローアップ体制を確立し、在宅療養支援の継続状況・効果を把握すべき?入院後早期から病院の機能について理解を促し、退院のゴールを明確化しておくべき⑦文献 2 4 : 院内のネットワークづくり(病棟スタッフとの連携)⑧合同カンファレンスによる情報の共有化⑨院外の看護職との連携強化⑩退院計画ケアプラン作成の標準化⑪スタッフへの教育・研修
病棟と福祉部の定期カンファレンス	老年科病棟入院患者 127 名中、病棟看護師が退院支援 36 名・専門部署に紹介 17 名	定期カンファにより、福祉部との交流促進→病棟看護師の退院支援の意識変化・力量アップ	<課題> 病棟と専門部署の連携のシステム化 (退院支援は専門部署だけで行えばいいものではない、それぞれの支援可能な範囲と特性を知り、常に連携をとり支援できる状況にあることが大切)

5, 7, 11, 26), 連携がスムーズ・在院日数の短縮 (施設 1, 9, 10, 11, 13, 17, 27), 院内職員の意識変化 (施設 5, 10, 11, 13, 17, 27), 相談窓口が明確になり相談しやすい (施設 9, 11, 18, 23, 26), 社会資源の活用率や在宅へ退院する患者の増加 (施設 7, 10, 11, 12, 17, 27), チーム医療の向上 (施設 23), 情報の共有化 (施設 25) などがあげられていた。

部署活動の際の問題点としては, 相談が遅いこと (施設 9, 11, 22), 在院日数短縮と患者のニーズの相反 (施設 6, 10, 11, 13, 15), 慢性疾患で入退院を繰り返す, 家族介護力が乏しい, 高齢でかつ障害や治療継続が必要な状態で退院するというような問題を抱えたケースの増加 (施設 11, 13, 15, 20, 21, 22), 受け皿が少ない (施設 11, 15, 24) 院内職員の地域連携に関する知識の乏しさ (施設 1, 2, 11, 15, 18), 夜間, 休日の支援体制の不備 (施設 4, 12), 介入のタイミングの難しさ (施設 11, 15) 等があげられていた。

部署の今後の課題としては, 院内の連携のシステム化 (施設 2, 3, 6, 15, 17, 22, 25, 26, 27), 地域の関連施設との信頼関係作り (施設 2, 3, 4, 13, 15, 16, 18, 22, 23), 院内職員への教育 (施設 3, 7, 12, 15, 23, 27), 他職種や地域との情報の共有化 (施設 2, 4, 8, 15, 16, 19, 20, 23, 27), 退院後のフォローアップ体制の整備等 (施設 11, 21, 27) があげられていた。

IV. 考 察

今回, 検索した文献をレビューした結果, そこで報告された施設の多くが 200 床以上の急性期病院であり, 近年, 部署を設置したところが多かった。この背景として, 今回のレビューを行うにあたって過去 5 年間と限定して文献検索をしたことが挙げられるが, そのほかに急速な高齢化による医療費の高騰に伴い, 医療法が改正され, 病院の機能分化が推進されて, 急性期病院では, 入院治療重視から在宅療養重視へ移行していることが考えられる。

レビューを行った文献で報告された部署に看護師が配置されているところが多く, 看護師のみが配置されている病院もあった。他の相談室の記載があったのは 3 件のみであったが, すでに MSW を配置していた

病院も多いことが予想され, 看護師のみが配置されている部署を持つ病院の場合, 従来の MSW が配置されている相談室がそのまま残されて機能していると考えられる。また, 今回の文献検索を行った文献のデータベースは医学中央雑誌を用いて医療系の文献データベースであったことから看護師が配置されている部署の報告が多いことは当然の結果といえ, 今後, 幅広い分野を網羅したデータベースで検索した文献との比較検討も必要である。

部署での看護師が担っている役割は主に自宅退院への退院指導や療養生活指導であることから, 在宅療養重視という需要から看護師がこれらの役割を担っていると思われる。

多くの文献で地域と連携するには, 院外のみならず, 院内の連携の必要性が示唆されていた。部署活動の問題点としても相談が遅いことがあげられており, タイムリーに退院支援を行っていくことが重要であり, そのためのシステム化や多職種や院内職員の知識の啓蒙や浸透が重要である。支援が必要な患者をスクリーニングしていくというシステムが導入されている病院もあり, このような工夫は今後の活動の参考になるであろう。また, 相談数が多いために対象とする患者を限定したり, 条件を設定しているところもあり, 需要に応じて, 部署の人員の拡充も検討していく必要がある。

これらのレビュー結果から急性期病院は, 在院日数の短縮や退院後に患者が困らないように退院支援を充実している様子がかがえたが, 部署の活動の問題として受け皿が少ない, また家族介護力が乏しい, 患者も医療依存度が高い状態で退院すること等の問題もあげられており, 急性期医療が終了したあとの患者が利用できるサービスの充実も同時に必要である。

V. 結 論

急性期病院の地域との連携に関する部署について報告している文献 61 件のレビューを行った結果, 以下の示唆を得た。

1. 地域連携に関わる部署を設置した病院は病床数 200 床以上の地域中核病院が多く, 部署の開設年は 1994 年から 2001 年と比較的に最近に設置されていた。
2. 部署に看護師が配置されている病院が多く, 看護師のみの部署もあった。

3. 地域と連携するためには院内との連携の重要性が多くの文献で指摘されていた。

4. 部署の問題として需要の多さから相談相手を限定したり、受け皿が少ない等が挙げられていた。

これらの結果より、医療法により病院の機能分化が推進されたことを背景に、急性期病院では、入院治療重視から在宅療養重視へ移行し、在宅療養への退院支援の必要性から部署が近年設置されるとともに、多くの看護師が退院支援に携わっていることが示唆された。しかし、需要が多すぎる、患者の退院のための受け皿がない等の課題もあり、部署の人員の拡充や急性期治療が終了した患者が受けられるサービスの充実についての課題があり、今後さらに研究を行っていく必要がある。

謝 辞

本研究を行うにあたって、ご助言いただきました神戸市看護大学看護組織学講座看護管理学の林千冬先生、中根薫先生に深謝いたします。

文 献

福田敬(2002)：診療報酬の仕組み、看護のための最新医学講座第35巻医療と社会、山崎美貴子、瀧澤利行編、中山書店、東京、228-234

(受付：2003.12.1；受理：2004.2.12)

Analysis of the Literature on the Cooperative Section with the Community in Acute-care Hospitals

Masako UEDA^{1*}, Yuka KANOYA^{2*}, Chifumi SATO^{3*}

^{1*}Kobe City College of Nursing, ^{2*}Nursing Management and Administration, Kobe City College of Nursing, ^{3*}Analytical Health Science, Graduate School of Health Sciences, Tokyo Medical and Dental University

Abstract

Health care systems have recently been reformed in Japan and acute-care hospitals have begun to set specialized sections that promote cooperation with the community for early discharge of patients. The purpose of the present study was to prepare basic data for the cooperative system with the community in acute-care hospitals by reviewing the literature, and to consider possible future issues.

The Igaku-chuo-zasshi database during the past 5 years was searched for the following key words; "sections for cooperation with the community", "sections for the community medicine", "sections for nursing consultation", "sections for instruction of long term care", "sections for medical cooperation with the community", "sections for general consultation", "sections for medical cooperation", and "sections for medical social welfare". Excluding for double-count literatures, literatures describing sections without function for discharge assistance, those on no-acute-care hospital, and those with ambiguous description of sections, 61 reports were selected.

By the analysis of these reports, the following findings were revealed; 1) community-core hospitals with more than 200 beds tended to have specialized sections, which were set mostly from 1994 to 2001, 2) many of them had nurses as staffs in these sections or, in some occasions, all staffs were nurses, 3) the cooperation with the other sections in the hospital itself was suggested to be important in many literatures, and 4) problems held by these sections were that they had to set a limitation to the subjects because of too many needs and the lack of receivers of the patients. Based on the governmental promotion in the clarification of hospital functions, view points of acute-care hospitals have shifted from hospital-based treatment to home-based care, and the needs to assist care at home have increased. Then, specialized sections have recently been set and many nurses have been participating in these sections by assisting discharge. Problems to be solved are that there are over needs and less service after patients' discharge and personals in the sections need to be increased, and that services for the patients after acute-care should be improved.

Key words: cooperation with community, acute care hospitals, assistance for discharge