

から別のケアレベルへ移動する準備」と定義している²⁸⁾。また、塚本らは「個々の患者とその家族が、不安なく退院を迎え、その後の生活を安定させるために、教育指導、諸サービスを適切に活用できるよう支援する病院主導型の援助計画」という定義を用いているが²⁹⁾、ここでは、病棟看護師による退院計画の実践状況を、スクリーニングからモニタリングまでといったプロセスで分析しようとしていることから、上記の定義を採用することとした。

初期アセスメント：退院計画が必要であるとされた患者について、退院後のケアに関するニーズを入院早期（本研究では入院後1週間目前後）にアセスメントすること。初期アセスメント表はその時に用いるチェック表である。

B. 研究方法

<初期アセスメント票の作成>

1. 作成の過程

退院計画において、退院後のケアニーズをアセスメントするツールに関しては、いくつかの取り組みが報告されているが³⁰⁾³²⁾、どれも項目数が多い等、急性期病院における複雑な病棟業務の中で継続的に使用していくには、実行可能性に欠けると考えた。そこで、今回は、初期アセスメント票として、独自のものを試作することにした。

初期アセスメント票は、病棟看護師が患者の入院後1週間目に行うことを意図したものであり、退院計画が必要とされた患者について、退院に関するニーズを早い時期に明らかにするため、先行研究や既存の文献等から、入院後1週間の時点でアセスメントが必要と考えられる項目の選定を行った。

その際、選定の基礎としたアセスメント項目は、本研究の対象病院である狭山病院における先行調査³³⁾のデータを参考にした。その調査では、退院計画が必要とされる患

者の特定の後に実施されるモニタリングにおいて、退院に関するケアニーズを時系列で明らかにするための69項目からなるツールを作成し、使用している。そのツールを用いて、1週間毎にモニタリングを行った結果のうち、1週間目にアセスメントのニーズがあるとされた項目の中から、発生頻度が10%以上の項目を抽出し、今回の調査の基礎項目とした。

次に、介護保険制度で利用されている日本訪問看護振興財団のアセスメント票、MDS-HC/CAPsを参考（初期アセスメント票の標準化を意図）にして、基礎項目について、項目数やことばの表現法を再検討し、項目の選定を行い、初期アセスメント票を作成した。用紙は実際の運用の利便性を考慮し、A3サイズ1枚、項目数は20項目とした。

2. 初期アセスメント票の内容（資料参照）

20項目の内容は次の通りである。

①全身状態、②基本動作、③ADL (Barthel Index)、④IADL、⑤意識レベル (JCS)、⑥痴呆 (柄澤式)、⑦コミュニケーション、⑧認知、⑨気分と行動、⑩食事・栄養、⑪排泄、⑫転倒の危険性、⑬褥創 (NPUAPの分類)、⑭皮膚の状態、⑮特別な治療・ケア、⑯退院先、⑰家族状況・介護力、⑱住居環境、⑲社会資源、⑳その他

そして、これら各項目について、対象者の詳細な状態・問題を容易に、かつ網羅的に確認できるように、チェックによる選択形式で下位項目を設定した。

また、項目の⑥痴呆と⑬褥創については、その評価基準を用紙の裏面に記すことで評価・記載を容易にした。

なお、初期アセスメント票の試行にあたっては、対象病院の退院支援の専門職であるディスチャージコーディネーターと退院計画の研究者による内容の検討を経て実施した。

3. 初期アセスメント票の使用時期について

て

今回の初期アセスメントの実施時期を、患者入院後1週間目とした背景について説明する。

調査対象病院の特性を考慮すれば、その経営環境に多大な影響を及ぼす診療報酬体系の改定を考慮すべきであると考えた。ここで組織の経営問題を取り上げるのは、本研究の最終的な目標が、病院全体のシステムとしての退院計画の定着であり、双方ともに、組織全体による取り組みなしには問題の解決は困難であることが言われているためである^{34,35)}。

まず、診療報酬上、平成14年10月より、急性期入院加算、急性期特定入院加算の要件が平均在院日数「20日以内」から同「17日以内」に短縮された。このことは、退院時に問題を有する可能性のある患者に対して、より早期に退院支援を開始することが要求されていることを意味する。

そして、退院計画の対象者となることが多い脳血管疾患に関してしてみると、これまで、早期理学療法として、急性発症した脳血管疾患30日以内の実施で算定できていたものが廃止され、発症後14日以内に行われた場合に一番高い報酬額を算定できるように体系が見直された。このことは、発症後、より早期に対象患者をリハビリテーション部門に照会するシステムの確立を迫られているともいえる。ここで、今回試作したような初期アセスメント票の活用が有効となりうる。この中には、バーセルインデックスなど、患者の機能状態を表す指標が設定されている。このアセスメントを1週間目に実施し、理学療法士に情報提供する仕組みを確立すれば、多忙な医師の指示を待つことでリハビリテーションの開始が遅れることもなくなる。また、看護師も初期アセスメント票のデータを根拠に専門職間の議論において、自信を持って説明ができることにもつながる。この多職種による話し合いは退院計画システムにおいては欠かせない要素である。

また、英国では脳卒中患者に関するケアにおいて根拠に基づいたガイドラインとして、初期のアセスメントを発症後7日目で実施することを定めている³⁶⁾。

以上のようなことから、本研究の初期アセスメントの実施時期は、入院後1週間目に設定した。

<初期アセスメント票の試行調査>

1. 試行の枠組み

初期アセスメント票を使用する前後で病棟看護師の退院計画実践状況に対する自己評価がどのように変化するかについて、前後に実施する質問紙調査の結果から分析し、その意義（妥当性の予備的検証）を検討することとした。

2. 調査方法

1) 調査病院の概要

1987年に開設された、許可病床数288床の急性期一般病院である。東京近郊に位置し、二次救急の受入れ、開放型病院認可、在宅医療の実施など、地域の中核病院としての機能を有している。1994年に、退院支援の専門職として初めてディスチャージコーディネーターが配置されている。

病棟は1単位48床～58床、2:1加算の新看護体系、1フロア2看護単位、フロア単位に科長1名、1看護単位に2名の主任を配置している。3交替制、受け持ち制、一部プライマリーナーシングを取り入れたモジュール形式を採用している。

今年度より電子カルテ化に向け、看護支援システムの構築に取り組んでいる。その一環として、クリティカルパスの作成作業が続けられ、11月からは、フォーカスチャータリングが導入・実践されており、その中で行われているフィジカルアセスメントにおいては、今回の初期アセスメント票の内容と重なる部分がある。

対象病棟

3 階南病棟：整形外科・泌尿器科中心の
病棟

4 階南病棟：内科

4 階北病棟：消化器・慢性期疾患を主と
した内科病棟

2) 調査病院における退院計画の概要

2-1) これまでの取り組みの経過^{37,38)}

・1992年 看護部にディスチャージコーディネーター設置：退院支援の専門職として、ベッドコントロール、長期入院患者の退院促進などを行う。長期入院を予測して介入することが困難、在院日数短縮ができない、また、退院支援が必要な患者・家族を特定するための情報収集に費やす時間が大きく退院支援の提供が十分にできないといった課題があった。

・1997年 共同研究の依頼を受ける：「早期退院と継続ケアを可能にするケアプラン・システム・マネジメントに関する研究」（平成10年度厚生科学研究費補助金医療技術評価総合研究事業）スクリーニング票の開発に着手する。

・1999年12月 病棟看護婦のアセスメント・ケアプラン能力評価（本取り組み前調査）：モデルケースについてのアセスメント、ケアプラン記入（無記名自記式）、評価を実施。

・2000年1～3月 患者・家族の退院準備状況の調査（本取り組み前調査）：

この間、看護婦の教育（アセスメントツールの作成・配布、退院計画フローチャート作成・配布、学習会）の実施。

・2000年11月～2001年1月 患者・家族の退院準備状況の再調査（本取り組み後の評価）：スコアの上昇はあったが、精神的な援助、役割遂行、人間関係、家事能力については前調査と比較して変化がなかった。

・2001年2月 看護婦のアセスメントとケアプラン能力の再評価（本取り組み後の評価）：スコアの上昇が認められた（ケアの質の向上に効果があった）。

2-2) 対象病院の退院計画システム（図1参照）

①退院計画ガイドライン：当院における退院計画の定義、目的、原則、病棟看護師とディスチャージコーディネーターの役割を明記している。

②ハイリスクスクリーニング票：15のハイリスク項目からなる。病棟看護師が入院患者全員を対象に48時間以内に記入して、ディスチャージコーディネーター（DC）に提出する。DCはそれによって退院計画の対象者を特定し、病棟看護師に指示・助言と共に返信する。指示・助言の内容は、退院計画の展開方法、使用すべきアセスメントツールやフローシートについてなど、退院計画の対象者となった場合は、そのほかに役割分担などがある。

③退院計画フローチャート：病棟での退院計画の展開を補佐するためのものである。退院計画の主な項目（13項目）ごとに、アセスメントすべき内容と利用できるツール、退院計画で行うべき教育内容、DCや関係職種への依頼・相談すべき対象者が掲載されている

④アセスメントツール：退院計画に必要なアセスメント領域を6つに分類し、その領域ごとに作成されているツール。領域は、フィジカルアセスメント、心理・認知の状況、身体状況、薬剤管理、家族介護の状況、介護負担の状況、住環境、の6つ。

⑤調整会議：在宅介護支援センターや訪問看護ステーションが参加して、入院が長期化している患者について、退院調整を行っている。

⑥退院計画のプロセス：ハイリスクスクリーニング票によって、退院計画の対象者と特定された患者（15項目のうち3項目以上に該当）の場合は、DCが中心となってその後の退院計画を展開していく。退院計画の対象とならなかった場合は、DCの指示・助言のもと、病棟看護師が、アセスメントツールやフローチャートを活用しながら

ら、退院計画を展開していく。途中で退院時間問題が発生した場合は、依頼票にてDCへ依頼する。

2-3) 調査対象者および調査期間 (図2, 3参照)

① 試行の対象患者と試行期間

入院後48時間以内に行うハイリスク・スクリーニング項目中、3項目以上に該当した患者のうち、ディスチャージコーディネーターが退院計画の対象者と判断した患者33名を対象とした。具体的には、通常業務において、各病棟から提出されたハイリスクスクリーニング票によりディスチャージコーディネーターが退院計画の要否判定を行った後、返信票を病棟看護師へ送るための専用ボックスに入れる都度、同時に初期アセスメント表を添付することで、なるべく通常の業務の流れを妨げないよう配慮した。記入の依頼は事前に管理者を通じて文書で行った。回収は、同じく返信票を入れるボックスに返却されるようにした。

試行期間は、まず、初期アセスメント票の配布期間を平成14年11月18日から11月30日の14日間と設定し、その配布開始日を試行開始日とした。試行の終了日は、初期アセスメント票の配布期間の最終日の同年11月30日に入院した患者の初期アセスメント票が回収される時期、つまり、同年12月10日頃とした。

② 調査対象および調査時期

今回対象となった3病棟の全看護師69名について、以下に述べる質問紙を用いて自記式質問紙調査を行った。

調査期間は、1回目が平成14年11月14日～11月19日、2回目が平成14年12月16日～20日であった。

回収方法は、各病棟管理者を通して、個人宛に無記名の返信用封筒を同封して封書

で配布し、記入後密封の上、回収用のボックスに返却してもらった。

2-4) 質問紙の作成 (添付資料参照)

質問紙は、対象者の基本属性を問うものを8項目設定した。また、退院計画実践状況の自己評価に関しては26項目とした。

退院計画の実践状況を問う項目は、文献から退院計画を構成する活動内容³⁹⁾等を参考にし、退院計画のプロセスとされている「スクリーニング」「アセスメント」「プランニング」「実施」「モニタリング」の要素ごとに、実施が求められている具体的な行動を示す表現(～をする)を用いた評定を用意した。

設問の形式は評定法とし、回答の選択肢は、各項目についてどの程度実施できているか、「十分できている」を5、「だいたいできている」を4、「どちらともいえない」を3、「あまりできていない」を2、「全くできていない」を1とする5段階の評定尺度とした。最後に、初期アセスメント票試行前後の自己評価の変化が視覚的に把握できるように、VAS (visual analog scale) による質問を追加した。

2-5) 分析の方法

初期アセスメント用紙を記入することで、退院計画の実践状況の自己評価にどのような影響を及ぼすかについて、初期アセスメント票の記入状況を考慮した検討を以下の手順で行った。

退院計画実践状況の自己評価の26質問を5つのプロセス(スクリーニング、アセスメント、プランニング、実施、モニタリング)に分類した。回答のあった1から5までの評定尺度を得点化し、プロセスごとの合計点を算出した値をそのプロセスの「自己評価得点」とした。

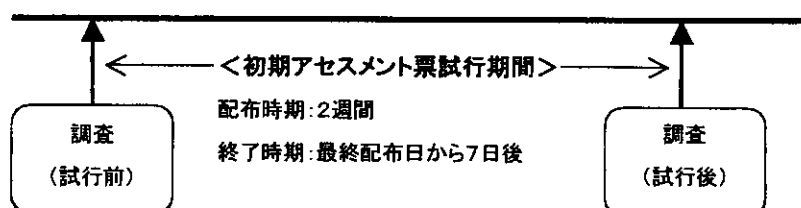


図2 調査の流れ(全体)

初期アセスメント票については、記入の有無のみを確認し、記載内容の適切性は問わなかった。記入回数や経験年数などの要因と初期アセスメント表の試用前後の自己評価得点の変化との間で検定を行った。なお、初期アセスメント票（臨床での運用を考慮し記名式）の記入者の基本属性を把握するために、基本属性が記載された質問紙に整理番号欄を設け、両者間の照合はその整理番号のみで行うようにして、プライバシーに配慮した。

分析には、統計ソフト SPSS10.0 J for Windows を使用した。

C. 結果

1. 回収状況と対象者の概況

調査は2回実施したが、ここでは1回目と2回目で比較可能な回答を有効回答として扱う。配布数は1回目、2回目ともに69、回収数（回収率）は1回目が64（92.8%）、2回目が57（82.6%）。最終的な有効回答数は43（62.3%）であった（表1）。

年齢は、20歳台が23名（53.5%）、30歳台が12名（27.9%）、40歳以上が6名（14%）。経験年数は0.6～23年（平均6.8年±5.93）で、5年未満が23名（53.5%）、5年以上10年未満が9名（20.9%）、10年以上が11名（25.6%）であった（表2）。

2. 質問項目の信頼性

26の質問項目を退院計画のプロセスごとに「スクリーニング」「アセスメント」「プランニング」「実施」「モニタリング」の5グループに分類し（表3）、各グループの項目間の内的整合性について α 係数を求めた結果、「スクリーニング」のグループは0.88、「アセスメント」のグループでは0.89、「プランニング」のグループでは0.85、「実施」のグループでは0.91、「モニタリング」のグループでは0.79と、いずれも高い値を示した。

3. 初期アセスメント票の試行前後における自己評価の変化

初期アセスメント票の記入状況は表4のとおりである。記入回数は、0回から3回に分布していたが、 n の数を考慮し、0回群（ $n=29$ ）と1回以上群（ $n=14$ ）の2群に分けて分析を行った。

初期アセスメント票の試行前後における自己評価得点の変化の状況は表5のとおりである。各プロセスの自己評価得点はそのプロセスを構成する項目の合計点とした。

初期アセスメント票の試行前後の自己評価得点について、 t 検定で平均値の差を調べた。まず、記入回数を考慮に入れずに、全体（ $n=43$ ）の前後の平均値の差を調べたところ、有意な差は認められなかった。記入回数が0回群と1回以上群とで平均値の差を調べたが、全体において両群に有意な差はなかった。また、経験年数、年齢、職位を説明変数として検定を行ったが、いずれにおいても有意な差は認められなかった。

次に、経験年数別に記入回数と、初期アセスメント票記入後の各プロセスの自己評価得点との関係を調べたところ、5年未満の経験年数の群において、アセスメント、実施、VASで有意な相関がみとめられ、記入回数の多いほうが、記入後の自己評価得点が高い傾向にあった。また、記入回数と自己評価得点の前後差との関係では、アセスメント、プランニング、実施、VASにおいて、有意な相関関係がみとめられ、同様に記入回数が多いほうが、自己評価得点が高い傾向にあった（表6）。有意な差は認められなかったものの、経験年数が5年未満と5年以上10年未満、そして全体において、記入回数と「スクリーニング」とでは逆相関が認められた。記入回数が少ない（0回群）の方が自己評価得点が高い傾向にあった。

さらに、記入回数別に前と後の自己評価得点の変化をみてみると、有意な差はなかったものの、記入回数1回以上群では、スクリーニング以外の項目で得点の上昇が認

められているが、0回群で得点の上昇が認められたのは、スクリーニングとVASのみであった。また、記入回数1回以上群では、スクリーニングの自己評価得点が下がっていた。(表7)

D. 考察

急性期病院は、入院治療に追われて退院後に関するケアへの配慮が行われにくいといわれる。そこで、初期アセスメント票は実行可能性を重視した比較的簡単なツールを意識して作成し、その使用の前後で退院計画がどのくらい実践できていると思うかについての自己評価の変化を検討した。

実際に対象者の使用後の反応を確認したところ、試行に伴う負担感についての声は聞かれなかった。しかし、今回得られたデータは、ツールの試行を評価するための調査期間が短いことから、以下の考察は、比較のためのデータとしては、変化が現れにくい可能性があるという点に配慮する必要がある。

まず、経験年数別に、記入回数と初期アセスメント票試行後の自己評価得点との関係を調べたところ、いずれの経験年数においても平均値に有意な差は認められなかったものの、5年未満の経験年数において、記入回数と「アセスメント」「実施」「VAS」の自己評価得点とで有意な相関がみとめられ、記入回数の多いほうが、試行後の自己評価得点が高い傾向にあった。今回の調査対象病院では、これまで退院計画に関するガイドラインやマニュアルは用意されてはいたが、ハイリスクスクリーニング票による対象者の特定を除いて、あまり実践できていなかったとみられる。今回の初期アセスメント票の試行によって、これまで曖昧だった、退院に関するニーズ把握の具体的な方法が示され、実践につなげられたことで、記入経験のない群と比較して、多少といえど得点に違いができたことが考えられる。

また、これに関連し、同じ5年未満の経験年数において、自己評価得点の上昇の度合いを示す「得点の前後差」と記入回数との関係を見ると、「アセスメント」「プランニング」「実施」「VAS」で有意な相関関係がみとめられ、記入回数の多いほうが、自己評価得点の上がり具合も高い傾向にあるということが示唆された。

さらに、記入回数から試行前と試行後の全体の平均点の変化をみてみると、有意な差はなかったが、記入回数1回以上群では、スクリーニング以外の項目で自己評価得点の上昇が認められており、0回群で得点の上昇が認められたのは、「スクリーニング」と「VAS」のみであった。

記入回数1回以上の群で「スクリーニング」の自己評価得点下がっていたことから、あくまで予想であるが、初期アセスメント票を試行してみて、それと関連の深いスクリーニングのあるべき姿が見えて、スクリーニングはできていると思っていた人たちが実践を振り返る機会となり、あらためて評価し直したということも考えられる。

以上のことから、初期アセスメント票の試行が、退院計画の実践状況にプラスの面で、少なからず何らかの影響を及ぼしたのではないかと考えられる。このことは、初期アセスメント票を退院計画の具体的な実践方法を示唆する教育のためのツールととらえれば、退院計画に関する効果的な教育プログラムによって、看護師の実践力が向上する可能性が考えられる。これに関しては、確立した教育プログラムを有する施設の例が参考となる⁴⁰⁾⁴²⁾。

しかし、一方で、試行前に実施した質問紙調査の影響も考慮しておく必要がある。退院計画の実践状況に関する自己評価を問う質問紙には、退院計画における活動内容がプロセスを追ってほぼ網羅されている。それを確認することだけでも、自己の退院計画の実践の振り返りの材料となり、行動の変容がおきたということも予測される。このことは、今回初期アセスメント票の記

入回数が0回だった群においても考えられる。退院計画における一般看護師の教育プログラムに関する研究⁴³⁾において、「It is possible that, by asking ward staff for detailed information about the mechanics of discharge planning, staff would become sensitized to the problem. This could lead to changes in practice during the data collection.」とあり、この‘mechanics’の内容を調査票の各質問項目と考えれば、つまり、各項目は、退院計画の構成要素ともいえることから、病棟看護師がこの質問に回答することで、自分たちが退院計画の展開において何を実践しなければならないかをあらためて確認する機会を提供することになったとも考えられるのである。

研究の限界と今後の課題

本研究は特定の一施設のデータであるため、一般化することは困難であるという限界がある。また、初期アセスメント票の施行期間が約3週間と短期間であったために、退院計画の実践状況をその前後で比較する際、結果に変化が現れにくいということも考えられる。しかし、試行後の得点が少なからず上昇していることから、さらに十分な教育が行われれば、退院計画の提供者側の質の向上の可能性はあると考える。

また、初期アセスメント票の項目はデータを積み重ねていけば、疫学的なアプローチによって、どのような状態の患者に、どのような介入をおこなった場合に、どのような予後（ここでは入院期間など）が得られたかに関するデータが得られるものでもある。それをもとに統計学的手法を用いれば、このような状態の患者は、この程度の予後をたどる傾向にあるといった、おおまかな予測が可能となりうる点で、意義はあると考える。

今回の初期アセスメント票の試行については、看護師側の評価のみであり、患者側の効果評価は行っていない。両者を対象と

した効果評価の研究も今後の課題である。

今後、退院計画に関する系統的な教育の経験がない看護師については、退院計画の質の維持のためにも、効果的な教育プログラムの開発が望まれる。臨床の実践の場においてはOJT形式が多用されるが、その際に留意したいことは、広井氏がケアの標準化に関する議論の中で述べているように⁴⁴⁾「単純なマニュアルではなく、医療の不確実性や確率論的性格、あるいはケアの個別性というものを十分に視野にいった」上で標準化の試みを進めていくことである。今回の調査研究で試用した初期アセスメント票は、項目に沿って記入していけば、何をアセスメントすればよいか、それも、患者の個別性を考慮するという点で、単純なマニュアルではないと言える。また、今回はデータが少なく十分な検討ができなかったが、このデータを積み重ねていくことによって退院計画におけるケアの標準化にも貢献できるものであると考える。

Avedis Donabedianによると、医療の質の向上に向けて講じる適切な措置として「システムの再調整」「教育的および動機づけとなる活動」の2種類があるとし、前者の活動の一つである「ルーチン化」を「特別な様式の開発、または、プロトコルの導入により、系統的かつ合理的な業務が可能となり、質の向上が促進されるもの」⁴⁵⁾であると説明している。このことは、今回、試行的に使用した初期アセスメント票について、その意義を説明している。

初期アセスメント票は、日常業務において継続的な使用が可能であることを前提に、入院の長期化につながる退院困難事例を予測できるようなツールとして試作した。今回の調査だけでは、その効果は不明ではあるが、データを積み重ね、内容も精選し、効果的なツールとなれば、それをルーチン化することにより、少なくとも、病棟看護師では対応が困難な患者を、退院支援の専門職であるディスチャージコーディネーターへつなげるルートの確立が可能となりう

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

る。これはシステムの一部ではあるが、看護師個々の能力の差に左右されない、質の高い退院計画のシステムの定着への寄与になりうると考える。

<謝辞>

本研究を進めるにあたり、貴重な研究フィールドを提供していただいた石心会狭山病院と看護部の皆様に謝意を表明したい。

また、東京医科歯科大学大学院助手の千葉由美先生に謝意を表明したい。

<文献>

- 1) 森山美知子:なぜ退院がスムーズにいかないのか?. 看護学雑誌, 60(11), 986-992, 1996.
- 2) 辻本好子:患者から見た退院問題. 看護管理, 9(4), 250-254, 1999.
- 3) 藤原泰子:訪問看護ステーションから見た看護連携の方法とその課題. 看護展望, 27(2), 48-54, 2002.
- 4) 川越博美・他:早期退院における病院との連携を促進する訪問看護ガイドライン作成事業 研究報告書 平成13年度社会福祉・医療事業団(長寿社会福祉基金)助成事業, 2002.
- 5) 森山美知子:ナーシング・ケースマネジメント 退院計画とクリティカルパス, 医学書院, 1998.
- 6) Naylor M, Brooten D, Jones R, Lavizzo-Mourey R, Mezey M and Pauly M : Comprehensive Discharge Planning for the Hospitalized Elders : A Randomized Clinical Trial. Ann Intern Med, 120(12):999-1006, 1994.
- 7) 島内節・他:早期退院と継続ケアを可能にするケアプラン・システム・マネジメントに関する研究 総合研究報告書, 平成12年度厚生科学研究費補助金(医療技術評価総合研究事業), 2001.
- 8) 菊島レイ子: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.
- 9) 鷺見尚己, 村嶋幸代, 鳥羽研二, 大内尉義:退院困難が予測された高齢入院患者に対する早期退院支援の効果に関する研究—特定機能病院老年病科における準実験研究, 病院管理, 38(1), 29-39, 2001.
- 10) 濱口恵子・他:早期退院を可能とする看護活動の効果に関する研究—包括的退院計画システムの標準化にむけてのアプローチ, 平成9年度厚生省看護対策総合研究事業研究報告書, 1998.
- 11) Joan Lindsay, 島内節, 栗盛須雅子:北米の退院マネジメントと在宅ケア事情—カナダにおける高齢者の退院マネジメント, 看護学雑誌, 64(9), 836-843, 2000.
- 12) 伊藤まゆみ, 河野順子:退院計画の実践と評価—退院計画プログラム・評価を連動させて, 看護展望, 25(12), 50-57, 2000.
- 13) 桂敏樹・他:医療機関における退院患者の在宅療養支援システムの開発に関する研究—看護職による退院調整機能, 北日本看護学会誌, 2(1), 11-20, 1999.
- 14) 石垣靖子:早期退院計画システムのモデル化—パイロットスタディと今後の課題, 看護, 49(12), 55-66, 1997.
- 15) 宮崎照子:退院計画の実際とプログラム化に関する課題, 看護展望, 25(3), 34-40, 2000.
- 16) 目黒衣留舞・他:都内の特定機能病院および一般病院における退院計画実施状況に関する実態調査, 日本看護管理学会誌, 4(1), 5-12, 2000.
- 17) 右田周平・他:山形県内の医療機関における退院計画のシステム化の現状と課題に関する調査
- 18) Japan Medicine, 2002年12月25日号
- 19) Naylor Mary, Brooten Dorothy,

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

- Campbell Roberta, et al : Comprehensive Discharge Planning and Home Follow-up of Hospitalized Elders : A Randomized Clinical Trial, Journal of the American Medical Association, 281(7), 613-620, 1999.
- 20) Haddock KS: Collaborative discharge planning : nursing and social services. Clinical Nurse Specialist 8(5):248-252, 1994.
- 21) 田口樹美, 高橋雪子, 鷺見尚己, 村嶋幸代: 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), 161-166, 2002.
- 22) 森山美知子, 岩本晋, 芳原達也, 小山秀夫: 急性期疾患治療病院に退院調整専門看護婦を設置する効果の研究(その2), 病院管理, 33(2), 1996.
- 23) 前掲 8)
- 24) 塚本友栄・他: 病棟看護婦による退院計画の展開とそれに影響する要因との関連, 日本在宅ケア学会誌, 4(1), pp54-61, 2000.
- 25) 設楽美佐子: 対象者に合った独自のスクリーニング票開発と退院計画のための体制整備, 看護展望, 26(13), 40-45, 2001.
- 26) 手島睦久: 退院計画—病院と地域を結ぶ新しいシステム, 中央法規出版, 1996.
- 27) 同上
- 28) 前掲 5)
- 29) 前掲 24)
- 30) 近森栄子・他: 日本版高齢者アセスメントツールによる退院時のニーズ領域判定—2名の看護婦による再現性の検討, 神戸市看護大学紀要 5, 47-54, 2001.
- 31) 石垣靖子: 早期退院計画システムのモデル化—パイロットスタディと今後の課題, 看護, 49(12), 55-66, 1997.
- 32) 鎌田ケイ子: MDS/HCを用いた退院計画の作成, 臨床看護, 24(1), 101-110, 1998.
- 33) 千葉由美・他: 退院計画におけるケア介入の標準化に関する研究—アセスメント・パス票による試み—, 日本在宅ケア学会誌, 6(1), 51-60, 2002.
- 34) 前掲 5)
- 35) 前掲 26)
- 36) 千葉由美: 英国におけるエビデンスに基づく看護活動, EBナーシング, 2(1), 70-76, 2002.
- 37) 前掲 7)
- 38) 前掲 25)
- 39) 前掲 5)
- 40) Sande Jones, Victoria Borces, et al.: Changing Behaviors—Nurse Educator and Clinical Nurse Specialists Design a Discharge Planning Program. Journal of Nursing Staff Development, 11(6), 291-295, 1995.
- 41) 高岡宣子・他: 退院計画コーディネーター—包括的医療提供のための米国・メイヨー・メディカルセンターの方策, 聖マリア学院紀要, 15, 9-20, 2000.
- 42) Diane C. Hansen, Natasha Matt-Hensrud, Diane E. Holland, Mary A. Severson: Development of a Discharge Planning Mentorship Program. Journal for Nurses in Staff Development, 16(11), 11-16, 2000.
- 43) Closs S. J. & Tierney A. J.: The complexities of using a structure, process and outcome framework: the case of an evaluation of discharge planning for elderly patients. Journal of Advanced Nursing 18, 1279-1278, 1993.
- 44) 広井良典: ケア学—越境するケアへ, 医学書院, 2000.
- 45) Avedis Donabedian: 「医療の質の評価と向上」財団法人日本医療機能評価機構第1回講演会資料, 1996.

E. 研究発表

厚生科学研究補助金
分担研究報告書

1. 論文発表
未定
2. 学会発表
未定

F. 知的所有権の取得など
なし

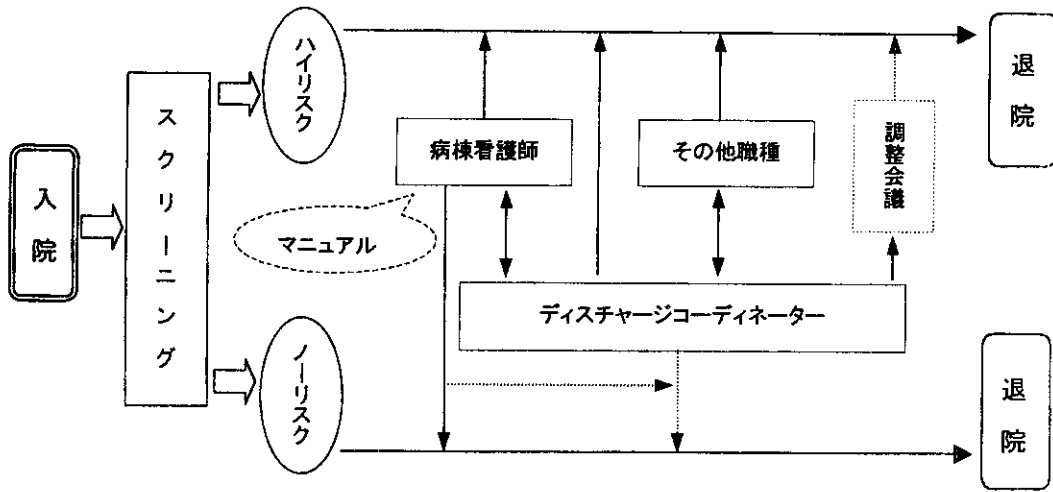


図1 対象病院における退院計画システムの概要

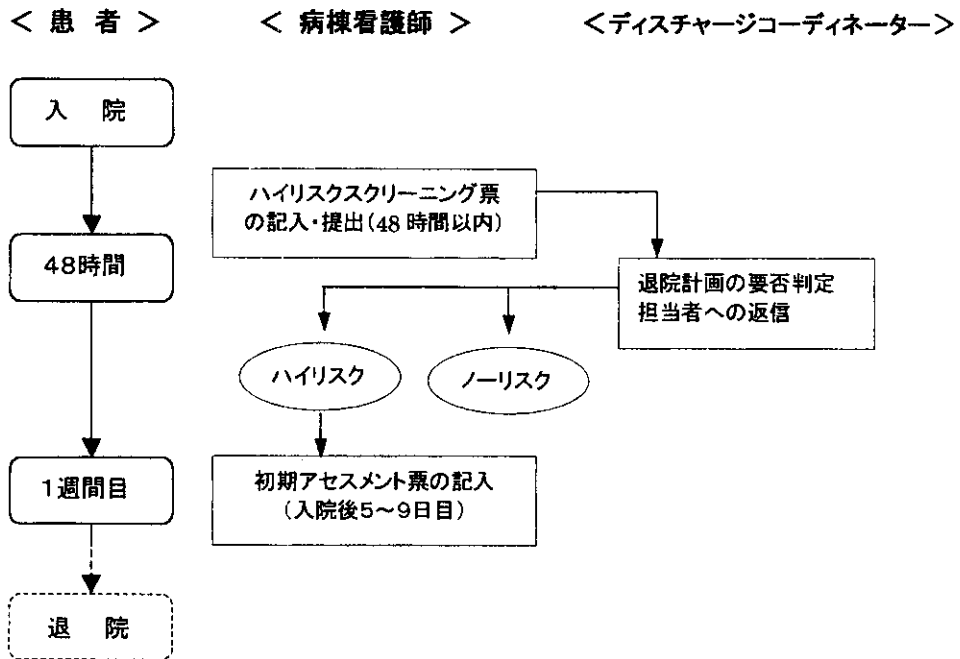


図3 調査の流れ(ケース毎)

表1 回収状況

	配布	回収	有効回答	%
1回目	69	64	58	(84.1)
2回目	69	57	43	(62.3)

*2回目の有効回答については、1回目と比較可能なデータのみを算出

表2 対象者の概況

		人数	%
性別	男性	2	(4.7)
	女性	40	(93.0)
	無回答	1	(2.3)
年齢	20歳台	23	(53.5)
	30歳台	12	(27.9)
	40歳以上	6	(14.0)
	無回答	2	(4.7)
職位	主任	6	(14.0)
	スタッフ	37	(86.0)
雇用形態	常勤	38	(88.4)
	非常勤	0	(0.0)
	無回答	5	(11.6)
経験年数	5年未満	23	(53.5)
	5年以上10年未満	9	(20.9)
	10年以上	11	(25.6)
学歴	専門学校	41	(95.4)
	短期大学	1	(2.3)
	大学	1	(2.3)
	その他	0	(0.0)
資格	看護師	41	(95.4)
	保健師	1	(2.3)
	助産師	0	(0.0)
	その他	2	(4.7)
	無回答	1	(2.3)

表3 退院計画実施状況に関する自己評価・質問内容

項目	内容
スクリーニング	<ol style="list-style-type: none"> 1 リスクスクリーニングに必要な情報収集をする 2 決められた時間内にリスクスクリーニングをする 3 リスクのある患者を特定する
アセスメント	<ol style="list-style-type: none"> 4 患者の治療・看護・リハビリニーズのアセスメントをする 5 患者・家族の日常生活ニーズのアセスメントをする 6 患者・家族の精神的ニーズのアセスメントをする 7 患者の退院先のアセスメントをする 8 患者・家族に教育すべきことを明確にする 9 継続ケア(治療、看護など)の体制を把握する
プランニング	<ol style="list-style-type: none"> 10 患者・家族が退院後の生活環境の中で実現可能なプランを策定する 11 退院後ケアが継続されるようなプランを策定する 12 ヘルスケアニーズ、社会的ニーズ、経済的ニーズを考慮に入れたプランを策定する 13 患者の治療・ケアの到達目標を把握する 14 関係者(患者・家族・他職種)へ退院計画の伝達をする
実施	<ol style="list-style-type: none"> 15 退院後に必要となる知識や技術習得のための患者・家族教育をする 16 保健医療福祉関係者・関係機関との連携をとる 17 介護者の支援体制の調整をする 18 患者に合ったセルフケアを促進する 19 家族へのカウンセリング・精神的支援をする 21 退院準備のために患者・家族・重要他者を支援する 22 適切な時期の退院のために、さまざまなケア提供者との調整をする 23 退院時の患者移送手段の手配をする 24 他職種にも分かる紹介の記録を書く
モニタリング	<ol style="list-style-type: none"> 20 患者・家族の退院の準備状況を観察する 25 新たに発生するリスク患者を把握する 26 ディスチャージコーディネーターへ依頼する時期を把握する

表4 初期アセスメント票の記入状況

記入回数	人数	%
0	29	(67.4)
1	12	(27.9)
2	1	(2.3)
3	1	(2.3)
合計	43	(100.0)

表5 自己評価得点の状況

		最小値	最大値	平均値	標準偏差
スクリーニング (15点)	前	3	13	10.05	2.16
	後	6	13	10.14	1.74
アセスメント (30点)	前	14	27	20.28	3.20
	後	14	30	20.70	3.11
プランニング (25点)	前	10	20	16.93	2.48
	後	10	24	17.00	2.51
実施 (45点)	前	18	38	29.42	4.58
	後	19	44	29.77	4.72
モニタリング (15点)	前	5	13	9.63	1.63
	後	7	14	9.67	1.71
VAS (10点)	前	2	8.5	5.02	1.68
	後	2.5	9	5.31	1.75

注)カッコ内は満点の値

表6 経験年数別の記入回数と自己評価得点(前後差)の相関(Spearman)

	記入回数			
	5年未満 n=23	5年以上10年 未満 n=9	10年以上 n=11	全体 n=43
スクリーニング	-0.221	-0.108	0.000	-0.168
アセスメント	0.427 *	0.370	0.099	0.329 *
プランニング	0.515 *	0.472	-0.352	0.286
実施	0.474 *	0.312	-0.325	0.241
モニタリング	0.407	0.307	0.106	0.313 *
VAS	0.439 *	-0.052	0.097	0.231

*: 相関係数は5%水準で有意

表7 記入回数でみた自己評価得点の前後比較(全体)

	記入回数	平均値	
		前	後
スクリーニング	0回	9.93	10.10
	1回以上	10.29	10.21
アセスメント	0回	20.45	20.38
	1回以上	19.93	21.36
プランニング	0回	17.24	16.93
	1回以上	16.29	17.14
実施	0回	29.48	29.38
	1回以上	29.29	30.57
モニタリング	0回	9.83	9.59
	1回以上	9.21	9.86
VAS	0回	5.00	5.11
	1回以上	5.07	5.74

注) いずれの項目も 記入回数 0回:n=29、1回以上:n=14

調査にご協力いただくスタッフの皆様へ

この度は、大変お忙しい中、本調査にご協力いただき、誠にありがとうございます。

本調査は、現在、皆様が日常的に実践されておられる退院計画を、さらに効果的に進めるために、より実践的なアセスメントツールを検討、開発するという目的で、試行していただくものです。このようなツールを用いることで、入院の長期化が予測される患者様や、退院に際し、何らかの援助が必要な患者様を、病棟スタッフが、日常業務の中で容易に把握でき、早期にケアの介入を行なうことで、患者様、病院側双方にとって不要な入院を防ぐということを意図しています。回答内容につきましては、統計的に処理いたしますので、個人情報外部へ漏れたり、個人の職務評価となることは決してございません。調査の趣旨をご理解いただき、ご協力くださいますようお願い申し上げます。

A. スタッフ調査

この調査は、皆様の現在の退院計画の実施状況を把握しておくためのものです。記入後は、同封の袋に入れて、ディスチャージボックスにお願いします。11月19日(火)頃までに記入・提出して下さい。

B. 患者調査

この調査は、退院計画の、特に初期のアセスメントに焦点を当て、入院の長期化、退院時の問題の発生を、早期に予測できるような項目を明らかにする目的で実施するものです。

患者調査（初期アセスメント表）の流れ

1. 期間：11月18日（月）～11月30日（土）に入院したハイリスクの患者様が対象ですので、実際の記入は、11月23日（土）頃～12月10日（火）頃までとなります。
2. 配布：ハイリスクスクリーニング票で、退院計画の対象者（ハイリスク患者）の返信票と共に「初期アセスメント表」が病棟へ届きます。
3. 記入：入院後7日目の時点の情報をもとに、プライマリナースが記入することを原則としていますが、実際の勤務のご都合もございますので、入院後5日目～9日目の期間内の情報をもとに、同期間内に記入をお願いします。記入まではカーデックスに保存となります。なるべく空欄ができないように記入してください。該当する項目がない等、どうしても記入できないときは、空いたところに、その理由などメモ書きしておいて下さい。
4. 回収：記入後はディスチャージボックスに入れてください。

この調査票は、「退院計画を円滑に遂行するために、病棟ケアの標準化と効果的・効率的な医療業務の改善」を目的とした継続した調査の一部です。質問の回答に関しましては統計処理を致しますので、個人情報外部へ漏れることは一切ございません。また、これらの結果が個人の職務評価となることは決してございません。以上の内容をご理解頂き、何卒、ご協力の程、お願い申し上げます。なお、本調査に関しまして、ご不明な点などがございましたら、お気軽にご質問ください。調査に同意されない場合には、袋に入れてそのままご返却ください。

記入日：H14. 月 日	(この番号は統計処理の為の整理番号です)	第1回目
--------------	----------------------	------

* 以下の内容について該当するものに○をつけるか、あるいは空欄にご記入ください。

1. あなたのプロフィールについて、お伺い致します。

1) 性別 1. 男 2. 女 2) 年 歳 齡

3) 職 位 1. 科長 2. 副婦長・主任 3. スタッフ 4. その他 ()

4) 現在の勤務部署と常勤の有無 1. 病棟 () 病棟 (常勤・非常勤)
 2. その他 () (常勤・非常勤)

5) 勤務年月数 (下表にご記入下さい：おおよそで結構です)

	常 勤	非 常 勤
狭山病院		
・ 外科病棟	約 年 月	約 年 月
・ 内科病棟	約 年 月	約 年 月
・ 外来	約 年 月	約 年 月
当院以外の一般病院	約 年 月	約 年 月
老人病院	約 年 月	約 年 月
施 設	約 年 月	約 年 月
他(<input type="text"/>)	約 年 月	約 年 月

6) 最終学歴 (各専門分野) は次のどれですか。該当するものに○をおつけ下さい。

1. 専門学校 2. 短期大学 3. 大学 4. その他 ()

7) どの資格をお持ちですか。該当するものすべてに○をおつけ下さい。

1. 看護師 2. 保健師 3. 助産師 4. その他 ()

* その他には介護支援専門員の資格も含まれます。

8) 勤務状況：月の日勤・夜勤の回数は1ヶ月に平均何回ですか (過去3ヶ月のデータを参考としてください)。

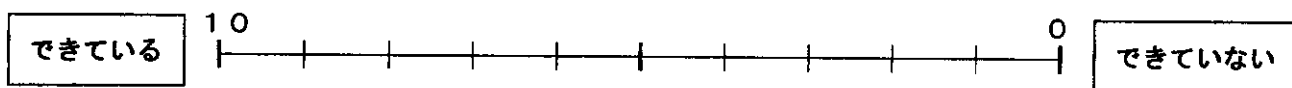
日 勤 約 回 / 月 夜 勤 約 回 / 月

2. 現在の退院計画の実践状況をお尋ねします。
最近1ヶ月位の状況を振り返り、以下の質問について
該当する番号を○で囲んでください。

全くできていない
あまりできていない
どちらでもない
だいたいできている
十分できている

1. リスクスクリーニングに必要な情報収集をする・・・5--4--3--2--1
2. 決められた時間内にリスクスクリーニングをする・・・5--4--3--2--1
3. リスクのある患者を特定する・・・5--4--3--2--1
4. 患者の治療・看護・リハビリニーズのアセスメントをする・・・5--4--3--2--1
5. 患者・家族の日常生活ニーズのアセスメントをする・・・5--4--3--2--1
6. 患者・家族の精神的ニーズのアセスメントをする・・・5--4--3--2--1
7. 患者の退院先のアセスメントをする・・・5--4--3--2--1
8. 患者・家族に教育するべきことを明確にする・・・5--4--3--2--1
9. 継続ケア（治療、看護など）の体制を把握する・・・5--4--3--2--1
10. 患者・家族が退院後の生活環境の中で実現可能なプランを策定する・・・5--4--3--2--1
11. 退院後ケアが継続されるようなプランを策定する・・・5--4--3--2--1
12. ヘルスケアニーズ、社会的ニーズ、経済的ニーズを考慮に入れた・・・5--4--3--2--1
プランを策定する
13. 患者の治療・ケアの到達目標を把握する・・・5--4--3--2--1
14. 関係者（患者・家族・他職種）へ退院計画の伝達をする・・・5--4--3--2--1
15. 退院後に必要となる知識や技術習得のための患者・家族教育をする・・・5--4--3--2--1
16. 保健医療福祉関係者・関係機関との連携をとる・・・5--4--3--2--1
17. 介護者の支援体制の調整をする・・・5--4--3--2--1
18. 患者に合ったセルフケアを促進する・・・5--4--3--2--1
19. 家族へのカウンセリング・精神的支援をする・・・5--4--3--2--1
20. 患者・家族の退院の準備状況を観察する・・・5--4--3--2--1
21. 退院準備のために患者・家族・重要他者を支援する・・・5--4--3--2--1
22. 適切な時期の退院のために、さまざまなケア提供者との調整をする・・・5--4--3--2--1
23. 退院時の患者移送手段の手配をする・・・5--4--3--2--1
24. 他職種にも分かる紹介の記録を書く・・・5--4--3--2--1
25. 新たに発生するリスク患者を把握する・・・5--4--3--2--1
26. ディスチャージコーディネーターへ依頼する時期を把握する・・・5--4--3--2--1

※ あなたは、どのくらい退院計画が実践できていると思いますか。下図の横線上で該当するあたりに×をつけてください（目盛は目安です） 記入例： +---+×--+



ご協力を頂き大変ありがとうございました

病棟名： _____ 患者氏名： _____ 入院日： 11 / _____ 記入日： _____ / _____ / _____

(入院後 5 日目～9 日目)

<記入方法>

- ・入院後 5 日目～9 日目に記入してください
- ・記入まではカーデックスに保存してください
- ・記入後はディスチャージボックスに入れてください
- ・全てのアセスメント項目について、確認・チェック (□に✓) をしてください。

1. 全身状態 (状態・問題として該当するものにチェック)

<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 体温の状態	<input type="checkbox"/> 心臓の状態	<input type="checkbox"/> 呼吸状態
<input type="checkbox"/> 脱水の徴候	<input type="checkbox"/> 出血	<input type="checkbox"/> 痛み	<input type="checkbox"/> その他 (_____)

2. 基本動作 (状態・問題として該当するものにチェック)

<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 寝返り	<input type="checkbox"/> 起き上がり	<input type="checkbox"/> 座位保持
<input type="checkbox"/> 立ち上がり	<input type="checkbox"/> 立位保持	<input type="checkbox"/> その他の基本動作 (_____)	

3. ADL—バーセルインデックス

	0	5	10	15	
1. 食事	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
2. 移乗	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> ほぼ全介助	<input type="checkbox"/> 要監視・部分介助	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
3. 整容	<input type="checkbox"/> 部分・全介助	<input type="checkbox"/> 自立			<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
4. トイレ	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
5. 入浴	<input type="checkbox"/> 部分・全介助	<input type="checkbox"/> 自立			<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
6. 歩行	<input type="checkbox"/> 右記以外		<input type="checkbox"/> 45m 介助歩行可	<input type="checkbox"/> 45m 歩行可	<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
(車椅子)		<input type="checkbox"/> 45m 操作可			
7. 階段昇降	<input type="checkbox"/> 不能	<input type="checkbox"/> 介助・監視	<input type="checkbox"/> 自立ですり可		<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
8. 着替え	<input type="checkbox"/> 右記以外	<input type="checkbox"/> 部分介助	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
9. 排便	<input type="checkbox"/> 右記以外	<input type="checkbox"/> 時に失禁	<input type="checkbox"/> 失禁なし		
10. 排尿	<input type="checkbox"/> 右記以外	<input type="checkbox"/> 時に失禁	<input type="checkbox"/> 失禁なし		
合計					

4. IADL (能力・意欲各々に判断基準の数値を記入)

	能力	意欲	判断基準
食事の用意			能力 0. 自立 1. 観察・誘導 2. 部分的な依存 3. 全面依存で援助あり 4. 全面依存で援助が必要だが、本動作は行っていない 5. 判断できない 意欲 0. 意欲がある 1. 意欲が低下している 2. 全く意欲がない 3. 判断できない
選択と整理			
部屋の整理			
電話の利用			
買物			
交通手段の利用			
金銭管理			
冷暖房管理			
服薬の管理			

5. 意識レベル—JCS

問題なし

I 刺激しないでも覚醒している状態	<input type="checkbox"/> 1. だいたい意識清明だが今ひとつはっきりしない <input type="checkbox"/> 2. 見当識障害がある <input type="checkbox"/> 3. 自分の名前、生年月日がいえない
II 刺激すると覚醒する状態・刺激をやめると眠り込む	<input type="checkbox"/> 10. 普通の呼びかけで容易に開眼する <input type="checkbox"/> 20. 大きな声または体を揺さぶることで開眼する <input type="checkbox"/> 30. 痛み刺激を加えつつ呼びかけを繰り返すと辛うじて開眼する
III 刺激をしても覚醒しない状態	<input type="checkbox"/> 100. 痛み刺激に対し、はらいのけるような動作をする <input type="checkbox"/> 200. 痛み刺激で少し手足を動かしたり、顔をしかめたりする <input type="checkbox"/> 300. 痛み刺激に全く反応しない

(6~18については、状態・問題として該当するものにチェックして下さい)

6. 痴呆…………… → (裏の基準参照)	<input type="checkbox"/> 正常(-)	<input type="checkbox"/> 正常(+)	<input type="checkbox"/> 軽度(+1)
	<input type="checkbox"/> 中等度(+2)	<input type="checkbox"/> 高度(+3)	<input type="checkbox"/> 最高度(+4)
7. コミュニケーション…… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 聴覚	<input type="checkbox"/> 意思伝達能力 <input type="checkbox"/> 理解力
8. 認知…………… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 日常の意思決定のための認知
9. 気分と行動…… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 不安
	<input type="checkbox"/> うつ	<input type="checkbox"/> 問題行動	<input type="checkbox"/> 向精神薬・抗うつ薬等の使用
	<input type="checkbox"/> その他日常生活上の問題()		
10. 食事・栄養…… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 摂取内容	<input type="checkbox"/> 食べ方(時間・姿勢・介助等)
	<input type="checkbox"/> 嚥下障害	<input type="checkbox"/> 摂取量	<input type="checkbox"/> 歯・口腔内の状態
11. 排泄…………… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 排尿コントロール	<input type="checkbox"/> 排便コントロール
12. 転倒の危険性 →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 拘縮	<input type="checkbox"/> 麻痺 <input type="checkbox"/> 視覚
	<input type="checkbox"/> 視覚	<input type="checkbox"/> バランス(歩行・立位・座位)	
	<input type="checkbox"/> めまい(起立性低血圧など)		
13. 褥創…………… → (裏の基準参照)	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 危険性あり	
	<input type="checkbox"/> 褥創あり	<input type="checkbox"/> 第1度	<input type="checkbox"/> 第2度 <input type="checkbox"/> 第3度 <input type="checkbox"/> 第4度
14. 皮膚の状態・ 清潔…………… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 皮膚の清潔保持能力	
	<input type="checkbox"/> 創・湿疹等	<input type="checkbox"/> 不潔な衣服・おむつ・寝具等による皮膚障害リスク	
15. 特別な治療・ ケア…………… →	<input type="checkbox"/> 酸素療法	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 理学療法
	<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 作業療法
	<input type="checkbox"/> 吸引	<input type="checkbox"/> 自己導尿	<input type="checkbox"/> 言語療法
	<input type="checkbox"/> 気切開口部ケア	<input type="checkbox"/> 人工透析	<input type="checkbox"/> 身体抑制
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸療法	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 緩和ケア(疼痛・麻薬管理など)
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 胃ろう(PEG)	<input type="checkbox"/> 定期的な注射(DIV、インスリンなど)
	<input type="checkbox"/> その他()		<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
16. 退院先…………… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 退院先の確保	<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
17. 家族状況・ 介護力…………… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 家族の人間関係	<input type="checkbox"/> 家族の金銭的な負担感
	<input type="checkbox"/> 独居	<input type="checkbox"/> 家族の理解力	<input type="checkbox"/> 医療費(自己負担分)
	<input type="checkbox"/> 家族の健康	<input type="checkbox"/> 収入	<input type="checkbox"/> 介護の代替者・協力者不在
	<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可		
18. 住居環境…… →	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 利便性	<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可
	<input type="checkbox"/> 安全性	<input type="checkbox"/> 住居の維持管理	
19. 社会資源…… → (検討の必要があるものにチェック)	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> 福祉用具の導入(福祉機器、衛生材料等)	
	<input type="checkbox"/> 住宅改修の導入	<input type="checkbox"/> その他介護保険サービスの導入	
	<input type="checkbox"/> 現段階では判断不可		
20. その他…………… → (再度アセスメントの必要があるものにチェック)	<input type="checkbox"/> 患者基礎情報	<input type="checkbox"/> 患者疾病歴	<input type="checkbox"/> 家族背景 <input type="checkbox"/> 制度利用状況