

## 7. 患者・家族に対するアンケート調査

### (1) 回収率

回収率は 54.0% だった。(配布数 202 件 回収数 109 件)

### (2) 回答者の属性

回答者の属性		
患者	30	27.5%
家族	73	67.0%
不明	6	5.5%

### (3) 評価内容 7 項目 (N=97~109)

	N(人)	はい	どちらかといえば「はい」	どちらかといえば「いいえ」	いいえ
(1)入院中の治療内容とその結果がよくわかった	108	64.8%	33.3%	0.9%	0.9%
(2)退院後の生活で気をつけることがよくわかった	109	60.6%	36.7%	2.8%	0.0%
(3)退院後に服用する薬の効果と副作用がよくわかった	108	41.7%	39.8%	12.0%	6.5%
(4)看護師の留意書についての説明はわかりやすかった	108	60.2%	35.2%	3.7%	0.9%
(5)医師の留意書についての説明はわかりやすかった	107	59.8%	36.4%	1.9%	1.9%
(6)今後も退院する時に欲しい	104	64.4%	25.0%	9.6%	1.0%
(7)これまで退院時にもらった文書(退院療養計画書など)と比べてわかりやすかった	97	50.5%	41.2%	7.2%	1.0%

#### (4) 自由記入

全部で 62 件の記述があった。

<p>「退院後 ケアの留意書」 で良かった点（19 件）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*大変良かったです。</li> <li>*今まで何回か他の病院にも入院しましたが今回説明がわかりやすかった。</li> <li>*今まで入院はなく退院計画書などわかりませんが、書面でケアについての記入されるのは良いと思います。患者の今後の注意点として活用出来ると思います。</li> <li>*口頭で聞いたことが文書になって残せたのが良い。</li> <li>*非常にくわしくよくわかった。すばらしい病院だ。薬の副作用については、説明なかった。</li> <li>*今まで、書面でもらうことはなく、説明はうけても書きとめる余裕もなく、その時は理解できて忘れてしまったりしていた。今回「退院後のケアの留意書」をいただき、とても解りやすく高齢の本人にも説明しやすく助かりました。</li> <li>*「退院後のケアの留意書」を見ながら説明を受けてすごく現実を実感できて退院後の生活に気をつけないと思いました。又、医師及び看護師の説明を二重に聞けるのもありがたいと思いました。</li> <li>*入院中も医師、看護師さんにとってもよく説明をして頂き感謝しています。退院時にも注意点など「退院後ケアの留意書」で改めて確認し1枚の紙でとてもわかりやすくていいです。</li> <li>*退院留意書は特によいと思います。これまでは、家族の判断や、理解度で、次の入院時にいろいろ説明していたものが、証明書があれば医察関係の連携で情報の交換が出来よかったと思います。</li> <li>*入院中の医師や、看護師との対話では、回復状況やリハビリの進み具合等、大変わかりやすい説明で良かったと思います。しかし退院時にいただいた書類（退院後ケアの留意書）は、一般の私たちには、あまりにも専門用語が多すぎる様に感じました。もう少し専門用語を省き、退院後、注意する事を細かく記載いただけると、今後の参考になると思います。</li> </ul>
<p>「退院後 ケアの留意書」 で不満に 感じた点 （18件）</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>*退院後のケアの留意点で重いものをもつことさける。腹筋のかかる運動をさけるとのことですが、仕事がらむずかしい。どのくらいの期間か？ずーとなのか？わからなかった。</li> <li>*だいたいいつもと同じ入院で、特に変わらなかったのも特別書類なしでもよかった。</li> <li>*もう少し具体的に書いてほしかった。</li> <li>*内容が分りにくかった。</li> <li>*専門的な用語ADL、意味不明</li> <li>*医師の字がとても読みづらい。もっとていねいに書いてほしい。</li> <li>*具体的に、どの位動いても良いのか書いてほしかった。1人暮らしの為、家事</li> </ul>

	<p>全般を行わなくてはならない状況です。・安静にしている様に言われたが、1人でやらなくてはいけない事があります。</p> <p>*記入者が病気に対して知識が（普通者よりも）あると思っておりますが、ともかく入院→退院時の間適切な説明をして頂き、満足しております。でもこれもこれが本当は普通なのでは…。</p> <p>*専門用語が少しあり解りづらかった。又、自宅で読み直した時に読みづらかった。</p> <p>*字が小さくて読みづらい。</p>
<p>自身の退院後生活の具体的な事項の記述 (14件)</p>	<p>*胃痛の管理・内服薬の確実な服用（クエニトイン血中濃度の維持）・吸入吸引口腔ケアを行い肺炎を予防・排便コントロール（アローゼン排便時座薬）・尿路感染の予防（バルン管理、水分摂取）先生の往診（月2回）訪問看護（週3回）等で注意すべき点のご指示を受けながら6年間自宅介護を続けています。私73才いつまで続けられるか常に不安を持っています。</p> <p>*回復期においてリハビリを一生懸命にやれば日常生活に少しでも支障がないようにすると思ひ、退院後の注意を聞く際参考になったと思ひます。</p> <p>*退院後のリハビリがなかなか1人で不安で院内での先生方又リハビリの先生方のおっしゃる様には自分に甘く、弱音をはいてしまい不安でたまりません。何日ぐらいでやわらげるのか毎日が心細く、でもがんばります。</p> <p>*血腫除去のみで安易に考えていたが思ひの外困難な事であり院長の最終的な治癒に向って完全な状態に快復する事の説明を得たので指示通り家庭療養を行うつもりです。</p> <p>*ころんだりしたらすぐ病院へ行けばよかったと反省しました。今後体に気をつけたいと思ひます。</p> <p>*脳梗塞、高血圧のためタバコをやめて水分の十分な補給内服は続けていきます。</p>
<p>現在の介護事情や制度全般への不満・要望 (3件)</p>	<p>*特別養護老人ホームで熱と食事ができなく、古い脳梗塞があったがそれはもうどうしようもないと1度退院し1ヶ月のうち色々な病院に入り1ヶ月で約30万。年金10万、このままではやっていけないといったら自宅にとわれています。92才になってかわいそうです。</p> <p>*我が家は89歳の母の他に65歳の1級障害者が居ります（リュウマチ）昼3時間ヘルパーに入ってもらい夜1時間入ってもらっています。今日退院に看（介）護タクシーを利用しますが2時間立たないと、ヘルパーにお願い出来ないという現状とても困りました。退院時に入手が無いのは泣きたくになります。この様な事アンケートに書いてよろしいのでしょうか？よろしくお願ひ致します。</p>
<p>病院全体や各職種への感謝 (7件)</p>	<p>*私の前からの主治医の紹介で行った病院ですが私にはよくケアが行きとどいた病院だったと思ひます。今後とも再発（必ず再発）するのは分っているのです。ので又お世話になるつもりで居ります。</p> <p>入院ははじめてです。クスリについては別に説明をもらっていました。</p>

	<p>*初めての急なことでしたが、先生をはじめスタッフの方々にとても良くしていただき、また事あるごとに詳しく説明していただいて感謝しております。</p> <p>*ソーシャルワーカーさんとの相談が良かった。</p>
<p>その他 (3 件)</p>	<p>(1) ~ (7) の中で、内容を具体的にできるものはないでしょうか。</p>

## 8. 病院医師に対するアンケート調査

### (1) 回収率

回収率は88%であった（配布数50件 回収数44件）。

### (2) 回答者の属性（N=44）

項目	人数	パーセント
経験年数		
5年未満	4	9.1%
5-10年	8	18.2%
10年以上	28	63.6%
不明	4	9.1%
専門		
一般内科	13	29.5%
一般外科	7	15.9%
整形外科	6	13.6%
脳神経外科	4	9.1%
呼吸器内科	4	9.1%
神経内科	2	4.5%
その他・不明	8	18.2%

### (3) 患者アセスメント表（MDS-AC）・サマリーシートに関する評価

#### ①サマリーシートを見ましたか（N=43）

項目	人数	パーセント
はい	28	65.1%
いいえ	15	34.9%

#### ②サマリーシートの情報は入院中の治療方針に役立ちましたか（①で「はい」と回答した医師 N=28）

項目	人数	パーセント
とても役立った	7	25.0%
少し役立った	17	60.7%
あまり役立たなかった	4	14.3%

③患者アセスメント表（MDS-AC）を見ましたか（①で「はい」と回答した医師 N=28）

項目	人数	パーセント
はい	22	78.6%
いいえ	6	21.4%

#### （４）要介護高齢者の情報収集について

①要介護高齢者の入院前の情報（ADL等）は入院治療に必要ですか（N=43）

項目	人数	パーセント
いつも必要	34	79.1%
時に必要	9	20.9%

②高齢者の入院前の情報を得る手段として最も活用しているものは何ですか（1つ）  
（N=39）

項目	人数	パーセント
施設など以前いた場所からのサマリー	16	41.0%
家族からの情報	12	30.8%
看護師からの情報	7	17.9%
看護師の記録	4	10.3%

#### （５）退院後ケアの留意書について

①看護師の記載した内容は適切でしたか（N=41）

項目	人数	パーセント
適切だった	40	97.6%
あまり適切でなかった	1	2.4%

②留意書の内容を患者や家族に説明をした場合、平均何分くらい時間をかけましたか  
(N=43)

項目	人数	パーセント
5分未満	7	16.3%
5・15分	16	37.2%
15分以上	7	16.3%
説明する機会がなかった	13	30.2%

(6) 自由記入

<p>「退院後ケアの留意書」の活用方法や記入すべき内容</p>	<p>*①延命治療に関する情報、②急変期の対応に関するとりきめ(外来主治医や在宅主治医)。 *ADLをもっと細かいとわかりやすい。 *医師記入分としては分量は適切でした。 *家族と在宅訪問サービスなどにそれぞれ渡すことで、ケアのしかたがほぼ同じように行えると思った。家族(特に高齢の)にとっては、後から見直すことで再確認に役立った。 *ケアマネージャー、ヘルパーの情報源として活用。 *次回入院時にも活用したい。 *地域との連携に活用できる。</p>
<p>要介護高齢者が入院した場合に、医師として病棟の看護師に期待すること</p>	<p>*介護保険制度をよく利用してほしい。病気が治っても身体は良好でないことが多い。安易に福祉施設への転院を望む。 *家族の気持ち、方針や、本人の元気だった頃の意思を確認してほしい。 *患者の家族は医療にどの程度期待しているかを理解して高齢者に接して欲しい(若年の患者の回復に対する期待との違いを認識して行動してほしい)。 *急性期病院のため、在宅ないし転院を円滑にするため、状況の悪化を引き起こさない(人為的に)ことが必要。 *日中はなるべく離床(車イスでも)するよう、うながしていただきたいと思います。 *入院時、褥瘡等がないか確認してほしいです。 *入院前と入院時のADLの比較、褥瘡の有無確認をし、診療の手助けを期待。</p>

## 9. 病院看護師に対するアンケート調査

### (1) 回収率

回収率は 91.0% だった（配布数 106 件 回収数 98 件）。

### (2) 回答者の経験年数（N=98）

項目	人数	パーセント
経験年数		
5 年未満	24	24.5%
5-10 年	35	35.7%
10 年以上	38	38.8%
不明	1	1.0%

### (3) 患者アセスメント表（MDS-AC）・サマリーシートについて

#### ①患者アセスメント表の記載時間（N=62～65）

	入院前・入院時	サマリーシート	退院時
N（人）	91	87	83
10 分未満	9.9%	32.2%	37.3%
10—20 分	41.8%	48.3%	42.2%
20—30 分	30.8%	13.8%	16.9%
30 分以上	17.6%	5.7%	3.6%

#### ②アセスメント表の内容は入院中の看護計画に反映させましたか（N=91）

項目	人数	パーセント
よく反映させた	7	7.7%
少し反映させた	46	50.5%
ほとんど反映させなかった	38	41.8%

#### ③サマリーシートを医師に提出する際、何か口頭で説明しましたか（N=91）

項目	人数	パーセント
特に何も言わなかった	60	65.9%
リスクの高い内容を伝えた	23	25.3%
その他	8	8.8%

#### (4) ケアマネジャーとの連絡体制について

① 要介護高齢者が在宅から入院した際に、その患者の担当ケアマネジャーへ連絡していますか (N=96)

項目	人数	パーセント
いつも連絡する	20	20.8%
時に連絡する	27	28.1%
連絡しない	31	32.3%
その他	18	18.8%

② 要介護高齢者が在宅から入院した際に、担当ケアマネジャーに連絡して留意書を依頼することは、業務に負担でしたか (N=92)

項目	人数	パーセント
とても負担だった	7	7.6%
少し負担だった	34	37.0%
あまり負担ではなかった	8	8.7%
依頼していないのでわからない	43	46.7%

#### (5) 入院前ケアの留意書・退院後ケアの留意書について

① 「入院前ケアの留意書」の内容は入院中の看護に役立ちましたか (N=88)

項目	人数	パーセント
とても役立った	15	17.0%
少し役立った	38	43.2%
あまり役立たなかった	35	39.8%

②「退院後ケアの留意書」の記入に要した時間はどのくらいですか（N=89）

項目	人数	パーセント
10分未満	11	12.4%
10-20分	54	60.7%
20-30分	22	24.7%
30分以上	2	2.2%

③留意書の内容を患者や家族に説明をした場合、平均何分くらい時間をかけましたか（N=90）

項目	人数	パーセント
5分未満	24	26.7%
5-15分	40	44.4%
15分以上	13	14.4%
説明する機会がなかった	13	14.4%

(6) 自由記入

<p>「患者アセスメント表(MDS-AC)」の結果を反映した看護計画の具体例</p>	<p>*ADLのレベルを知ることができ、意識レベルの異常や転倒防止対策を立てることができた。</p> <p>*かなり細かい所までADLや認知症の程度がわかった。今までの評価よりも具体的でわかりやすかった。</p> <p>*食事の摂取の仕方などを知り、食事の危険度を把握できた。入院前ADL自立している人も入院時寝たきりとなり、治療後、入院前のADLに近い状態になった。</p> <p>*入院前と入院時のADLが違うことが多い。</p> <p>*入院前のADLと退院時のADLの評価ができた。退院サマリーなど作成時の参考にできた。</p> <p>*入院前はADL自立していた患者様だが、入院時、発熱のためグッタリしている。治療により入院前のADLに近い状態になり、徘徊等予測できた。</p> <p>*認知症の程度がわかる。</p>
<p>「患者アセスメント表」の感想(これまでのアナムネ用紙</p>	<p>(良かった点)</p> <p>*入院時→退院時のADLや症状の評価がひとめでわかる。</p> <p>*ADL状態をより具体的に把握できるのが良い。</p> <p>*アナムネシートは、ADLの細かい部分まで記入することがなかったが、質問事項に加えることができ、Pt様の入院前の背景をより細かく知ることが出来た。アナムネ用紙のADL確認はあまり詳細ではないので、サマリーシ</p>

<p>等と比較して)</p>	<p>ートが役立った。</p> <p>*MDSを利用したことで、入院前の患者様のADLがよく把握できたので、計画の立案や退院指導、準備、ケアマネとの連携に役立てることができた。</p> <p>*介護度や入院前のサービス利用などの情報を得ることを意識するようになった。</p> <p>*細かい情報からENT後の生活まで考えられる。</p> <p>(悪かった点)</p> <p>*全体像のように結びつきにくい。問題が点在してしまう。点数で評価するので抽象的すぎる。</p> <p>*チェック項目が多すぎて面倒。ケアマネからの「入院前ケアの留意書」が届かなかったり、家族からの情報が不明確だったりして記入しにくい時があった。</p> <p>*急性期の病院ではあまり活用できる項目がなかった。</p> <p>*入院にあたり具合が悪くなってから入院に至るまでの様子が不明。</p> <p>*項目の表現が難しい。あてはまらない内容などあった。</p> <p>*アナムネ用紙の方が全体像がわかりやすい。</p> <p>*家族の同伴なく入院されたPt様の中には、なかなか答えが出ずに時間がかかる場合もあった。</p> <p>*記入の仕方が面倒でした。</p> <p>*項目毎の内容がつかみにくかった。</p> <p>*「そこまで答えなきゃいけないの？」と時折聞かれる。個人情報保護法との兼ね合いが難しい。</p> <p>*自分の聞きたい項目があまり充実していない気がした。時間がかかりすぎる。</p>
<p>「入院前ケアの留意書」が役立った・役立たなかった具体的な点</p>	<p>(役立った点)</p> <p>*いつもの状態がわかったので、レベル変化の目安になった。</p> <p>*褥瘡の処置や在宅中の経管内容など分かりやすかった。</p> <p>*認知症の患者様への対応がスムーズに行えた。</p> <p>*排泄や食事等、日頃の状態を知ることができた。対応の仕方がわかり役に立った。また、ご家族の様子もわかった。</p> <p>*不穏時の対応に役立った。</p> <p>*在宅での様子がわかり、今まで連携サマリーというものがなかったので、今後作成するに当たり参考になった。細かい生活様子がわかり、又、Pt様の生活の特徴等つかむことができた。</p> <p>*清潔ケアの習慣や、介入の仕方、回数がよく把握できた。</p> <p>*転倒の危険が把握でき、計画や援助ができた。</p> <p>*どの程度の動きができるのか把握でき、危険防止対策につなげることができた。</p>

	<p>(役立つなかった点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*返ってくるのに数日かかるため、情報のほしい時期には活用できなかった。</li> <li>*きちんと留意書が届いていた場合は役に立った。(認知症の程度、食事摂取状況、ADL状況)</li> <li>*緊急入院の場合が多かったため、前施設や病院からすでにサマリーが送られており、『入院前ケアの留意書』が不要な場合がほとんどだった。</li> <li>*すでに用意されたサマリーがあり、情報を収集できる。</li> <li>*入院数日過ぎて患者さんの状態が把握出来たころに用紙が届くことが多かった。</li> </ul>
<p>「退院後ケアの留意書」の感想(これまでの看護サマリー用等と比較して)</p>	<p>(良かった点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*Drからの意見記入があったのが良いと思うが、急な退院の時等主治医以外が記入する場合、Drは書きにくかったのでは？</li> <li>*Drからの記入があったのはよかったと思う。</li> <li>*家族に説明する際は、分かりやすく記入することができたと思う。</li> <li>*患者、家族に対しては説明しやすい内容で、わかりやすかったが、サマリーとして活用するには少し情報量(医療的な)が不足しているような気がした。(項目が少ない)</li> <li>*患者様本人の考えを記入することで、お互いの目標を確認しあえた。</li> <li>*主治医、看護師よりENT時の説明ができてよかった。</li> <li>*変化した点を記入すればよいので、記載が容易だった。</li> <li>*簡潔なので良かった。</li> </ul> <p>(悪かった点)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>*家族状況(特にキーパーソン)の欄がない。ADL状況を詳しく記入できる欄がない。(例えば、排泄→自立・全介助、食事→自立・部分介助・全介助、移動→歩行・車イス・杖・自立・部分介助・全介助、など)</li> <li>*ADLを細かく書く所がなく、ADLの項目だけでもチェック式で細かく記入できたら良かったと思います。</li> <li>*詳しく記入するスペースが多い。チェックする形式が良い。</li> <li>*ADLが十分に書けない。行った看護について細かく書けない(なぜこの計画を立て、どう行動し、その結果どうなったかなど)</li> <li>*口頭で説明することは時間がかかり大変だった。</li> <li>*書き方がよく分からないので使いにくかった。</li> <li>*書きにくかった。</li> </ul>

## 10. 在宅のケアマネジャー・施設の看護師に対する電話インタビュー調査

### (1) 回答者

以下の所属先の 11 名に対して行なった

居宅介護支援事業(居宅)	ケアマネジャー	4名
訪問看護ステーション(訪看)	看護師	1名
介護老人保健施設(老健)	看護師	1名
特別養護老人ホーム(特養)	看護師	5名

### (2) 内容

項目	発言要旨(所属機関)
「退院後ケアの留意書」を受け取った感想	<p>*特に主治医の記載もあるのがよい。これまでは、半年に1回の主治医意見書を読むか、家族等に退院後に「医師から何を言われましたか?」と間接的に情報収集するしかなかった(居宅)。</p> <p>*他のサービス提供者との情報共有にも役立った。こういうのは必要だと思う。</p> <p>*普段から利用者さんが入院すると時間があれば訪問するし、家族さんとも入院中に連絡をとりあっている。そのように対応しているので現状では必要な情報は、家族や利用者からもらえている状況だが、病院からの情報はやはり、とてもありがたい(居宅)。</p> <p>*これまでは、利用者や家族に「看護サマリーを書いてもらってください」といって、家族を通じて看護サマリーを入手することで、医療の情報をもらっていたが、このような書類があれば非常に有用だ(居宅)。</p> <p>*連携の書類は、医師用、看護師用、リハビリ用などと多岐にわたり、それぞれ役に立っている。今回の書類は、医師の留意点が入って、かつ、1枚の紙というのはとても利便性がある。ただ1枚の紙だけでは、情報の量に限界があるのではないか(老健)。</p> <p>*通常の看護サマリーをもらうので、その方が全体的だったように思う(特養)。</p> <p>*「転倒に注意」とだけ書いてあるが、実際に転倒した場合、どんなことが起こるのか(〇〇の骨折とか)を書いてもらうと、もっとわかりやすい。また介助方法などもそうだが、実際に病棟で経験した「失敗談」を具体的に書いてもらうと、その予防策も具体的にできると思う(居宅)。</p> <p>*病院からもらう情報は、経過が書いてあっても、客観的な検査数値などが抜けていることがある(例;BSコントロール目的で入院し、安定した、と</p>

記述があるのに、BSの数値が書かれていないことがある)。検査値の欄があるので、よいと思う(訪看)。

\*関連病院で行き来することが多いからなのか、病棟に出入りするときに、病棟看護師から「口頭で」情報提供や依頼を受ける。私たちも、知りたかったら、電話をするより、直接カルテを見に行くことも多い。書面にしないと、「伝えた・伝えない」ということになるので、問題かもしれない。今回のように、定型化した書類で記録を残して連携するほうが抜けがなくて、よいと思った(訪看)。

\*こうした書式が一般化されてほしい。現場(下)から病院へのお願いもしくいので、ぜひ、厚生労働省なりの上から、制度として位置づけてくれるといいと思う(居宅)。

\*医療に関する情報の中では、特に正確な「病名」がわからないことが多く、訪問看護が入っていれば、その指示書を見せてもらうなどの方法しかなかった。今回の書類により疾患名がわかるだけでもケアマネジャーにとっても重要だ(居宅)。

\*通常は、家族に了解を得たうえで、看護サマリーをケアマネジャーから病院に依頼して、情報収集しており、今回のように体制として書類が送付されるのはとてもよいことだ。\*書かれている情報で注目するのは、病院が家族に「何(病状など)を説明し」「何(ケア内容)を指導したか」である。それを把握できると、こちらとしては、「家族はどこまで、それを理解しているのか」という評価的な視点で本人や家族の話を知ることができる。何もないと「何を言われましたか」ということを聞くだけになってしまう(居宅)。

\*通常の看護サマリーでは必ずしも詳しく書かれないのが、「疾患名」「治療方法」「薬」である。医師同士の連携で把握されていれば、ケアマネジャーが知る必要があるのか、という議論があるのかもしれないが、実際に必要だと感じる時もある。疾患名や薬は今回の書類に記入欄があったのは、よかった(居宅)。

\*医師の留意事項を知ることができたのがよかった。医師から、退院の時に患者さんの「臨床的な長期の展望」を聞けるよい機会になった(居宅)。

\*今回の書類は非常に役立ったが、ケアプランの変更には至らないケースだった。もしケアプランの変更が必要な程、状態が変わっている場合は、退院後では遅く、入院中からある程度、情報をもっていないと、退院直後からのケアには反映できない(居宅)

<p>「入院前ケアの留意書」を記入した感想</p>	<p>*1件 20分くらいかかった。ケアの連続性のためには、必要な内容だし、ケアマネジャーとしては求められれば、情報提供するのは当然だと思う（居宅）。</p> <p>*書くのは大変だった。30分くらいかかる。受診にも同行するし、別途サマリーもあるし、かなりばたばただった。二重業務だったせいかもしれない。統一されるなら、いいと思う（特養）。</p> <p>*30分程度はかかった。「記述してまとめる=考える」「しかも業務外」というのが、負担だった。しかし、書き出すと自由に記入できるので、書きやすい面もあった。IADLについては、どこまで書く必要があるのか、というのが気になった（居宅）。</p> <p>*記入には30分くらいかかった。書式が自由な分、書きやすかった（居宅）。</p> <p>*文章で書くのは、まとめるのが大変だった。チェック式の方が楽なのではないか。1時間くらいかかった（特養）</p> <p>*記入は1通1時間くらいかかった。必要な情報を整理して、記入することは時間がかかるし、負担はある。ただ、それだけ書いた情報が、十分活用されるなら、けして無駄なことではないし、実際に生かして欲しいと思う（居宅）。</p> <p>*観察してすぐにわかるような内容は、看護師でも入院時にわかるだろうから、簡単に記述した。一方、「すぐには、見えにくい、わかりにくい部分」を伝えることを留意した。例えば、「介護者の状況」などは、まさにそういう内容だろう。こういう記録を病院側は参考にして、退院時の判断にも、介護者の状況を知ってから判断してほしい、という気持ちがある（居宅）。</p>
<p>現状での連携体制・連携室について</p>	<p>*そもそも、病院側が、患者の介護保険を「使っている・使っていない」の情報さえ持っていないのが現状なのではないか。病院側もそうした情報を調べたいだろうけど、個人に聞く位しか方法がないので、はっきりわからない家族の場合は、難しい場合もあるかもしれない（居宅）。</p> <p>*ご本人や家族が高齢なせいもあって、「制度的なこと」の理解が十分でないことがある。病院に入院していて、退院近くになって連携室のMSWと話をして、ようやく病院も「その人が介護保険を持っていて、ケアマネジャーがいる」とわかる場合もあるのではないかと（居宅）。</p> <p>*病院に医療連携室があると、まずはそこへ連絡をするので、あるとありがたい（居宅）。</p> <p>*連携室の対応がしっかりしていると、自分が担当ケアマネジャーです、と連絡しておけば、必要時に連絡をしてくれるし、連携がやりやすい（居宅）。</p> <p>*こうした利用者の個人の情報は、「連携室」を通じてやりとりするのが、スムーズである。個人情報保護の観点から、直接スタッフに掛け合うこと</p>

	<p>もよくないだろうし、スタッフも直接に外部者に情報を伝えるのは、抵抗があるだろう。なので、個人情報保護の観点から、連携室が外と中をつなぐ中間組織としてあって機能することは重要で、期待している（居宅）。</p>
<p>その他</p>	<p>*やはり、病院と在宅では、色んなことが違う、ということを病院の医療職にわかってもらいたい。例えば、自己管理できて当然というケア・処置として指導してその場では患者さんが理解した対応をしたのだろうが、実際の退院後の自宅でのケアをこちらが見ると、自己管理は無理だと感じることもある。そのような時は、訪問看護を紹介してサービスを組み込むようにする（居宅）。</p> <p>*脱水や尿路感染症を繰り返して、病院から水分摂取を指示されても、退院すると水分摂取を控える利用者さんがいた。主介護者である妻が体重の重い自分のトイレ介助を行う負担を少しでも減らしたい、という気持ちからの行動だった。現在は、デイケアの時間になるべく水分をとって排尿するように心がけている。在宅での生活、というのはこのように、必ずしも疾患の治療や予防を最優先できないような、家族や本人の環境がある。ケアマネジャーとしては、何を優先するか、限られた資源で何に対処できるか、ということを考えている（居宅）。</p>

## 第4章 まとめ

### 1. 本研究の連携方式に関する評価

#### (1) 要介護高齢者を対象としたことについて

本研究においては、医療と介護の連携を要する対象患者を、「要介護認定の有無」によってスクリーニングした。一般病床では、要介護の患者の入院の割合は必ずしも多くないと認識されているが、今後は増加することが予測され、今回複数の医療機関で調査を実施した結果により、ある程度の患者像を把握することができた。

患者の属性の傾向としては、主傷病については、上位3つの疾患である「脳血管疾患」「肺炎」「大腿骨骨折」で全体の4割を占めており、上位10疾患で7割を占めていた。要介護度については、「4または5」が半分であるが、これらの患者は特別養護老人ホームなど施設からの入院の場合が多い。これに対して、在宅から入院する患者の多くは軽度要介護者であり、15%は居宅介護サービスを一つも利用していなかった。連携を最も要すると推測される在宅から入院する要介護「4または5」の患者は、全体の16%であった。

入院時に患者の要介護度の確認は、急性期病棟では必ずしも実施されてはならず、まずはこの基本的な情報の収集から行う必要がある。

#### (2) MDS-ACの利用について

収集した情報を58.2%の看護師が看護計画に反映させており、「入院前と入院時のADLが違ふことが多い」という認識を持ち、「意識レベルの異常や転倒防止策をたてることができた」のように、有用性を評価していた。医師の79.1%が、要介護高齢者の入院前の情報（ADL等）を「いつも必要」と回答しており、今回のサマリーシートの情報を65%の医師が確認し、そのうち25%は「とても役立った」、60%は「少し役立った」と回答し、9割以上の医師にサマリーシートの有用性が評価された。サマリーシートを見なかった医師が35%いたが、その理由として、看護師の65.9%は「特に何も言わず」に医師用カルテに添付したのみであったことが推測され、アセスメントした情報が医療チームで共有されケアに生かされるためには、医師・看護師間のコミュニケーションも重要であることが示唆された。

なお、入院後48時間以内に行う「入院前・入院時の評価」に20分以上の時間を要した看護師が48.4%おり、「チェック項目が多すぎてめんどう」「時間がかかり過ぎる」という自由記入が複数みられ、既存の記録用紙との統合が課題として残された。

### (3) 入院前ケアの留意書について

病院における入手率は全体で 64.1%と高く、この数値は病棟および医療連携室のスタッフの外部機関への働きかけにより、達成できた。

受け取った看護師からは、褥瘡の処置方法、認知症の対応、不穏時の対応等に役立ったと評価していた。MDS-AC の評価から、入院時において 17%の患者に暴言等の問題行動があり、普段から患者をよく知っている担当のケアマネジャーや看護師からの情報は有用であると考えられた。しかしながら、本留意書を「あまり役立たなかった」と回答した看護師が 4 割おり、その最大の理由としては「情報の欲しいときに活用できない」「患者さんの状態が把握できたところに用紙が届く」のように情報の遅延が指摘され、より迅速な提供が課題として残された。

一方、記載を行ったケアマネジャーや看護師にとっては、1 件 30 分から 1 時間程度の時間を要しており、それなりの負担を感じていた。しかし、「ケアの連続性のためには必要な内容だし、情報を提供するの当然」「書いた情報が十分活用されるなら、けっして無駄なことではない」と前向きにとらえていた。したがって評価内容を「すぐには見えにくい、わかりにくい部分（例：介護者の状況）」により焦点をおいて、負担を軽減するのの一つの方法といえよう。

### (4) 退院後ケアの留意書について

受け取った患者・家族のアンケート調査結果によれば、「今後も退院するときに欲しいか」という設問に対し、「はい」(64.4%)、「どちらかといえば、はい」(25.0%)、のように、ほぼ全ての患者・家族において有用性が評価されていた。特に、書面で受け取れる点と、用紙の説明を医師や看護師から受けられる点を、利点としてあげていた。説明内容の中では、「退院後に服用する薬の説明」を理解したかどうかは、「どちらかといえば、いいえ」または「いいえ」と回答した者が合計で 18.5%もおり、他の「治療内容」や「生活の留意点」に比較すると、評価が低かった。患者・家族が不満に感じた点からみて、患者に情報提供する上で重要なことは、「専門用語ではなく一般用語」「字を読みやすく」「患者の生活に沿って具体的に留意点を書く」であることが明らかとなった。今後は、こうした点を心がけることで、より患者・家族の満足度を高め連携に生かされることが示唆された。

記載を行った病院看護師は、「患者・家族のために記載するのでわかりやすく、記入できた」と評価しており、医師からの記入があることで、医師と看護師の共同作業による書面になることを肯定的に評価していた。

記載を行った医師からは、「次回入院時にも活用したい」、記載欄については「分量として適切」という意見があり、患者・家族への「退院後ケアの留意書」の説明を 7 割が行っていたので、今回の連携に対して医師の関与が十分に行われ、書式が活用されたと評価できる。

コピーを送付された居宅介護支援事業所のケアマネジャーは、非常に有用性を評価していた。通常は、利用者の入院経過や退院時の状態に関する情報は、家族から間接的に聞くか、「退院時看護要約（通称：退院サマリー）」を家族を通じて病院に依頼し入手しており、今回のように病院から直接情報を受け取れることを感謝していた。書式の内容としては、医師からの具体的な記述があることを利点とするケアマネジャーが多く、その他、疾患名が書かれていること、薬の内容があること、についても評価していた。一方、普段から定式化したサマリー（医師用、看護師用）を受け取っていた施設の看護師からは、通常用の紙で十分対応できると感じており、今回の「退院後ケアの留意書」の利点はあまり認識されなかった。

## 2. 連携に重要なポイント

### （1）入院前の状態への理解

入院時点における介護認定のレベルという基本情報を病棟看護師が確認していなかった患者が1割以上おり、入院前の状態を十分考慮した治療計画がたてられていなかった患者が存在することが示唆された。急性期疾患で入院する場合は、病気の治療に焦点があたる。先行研究が指摘するように、病棟看護師の特性として、目の前の患者像をその場の状態のみでとらえてしまう傾向があるので、「今回の入院で必要になった点」と「入院前から発生している点」を整理することが重要であろう。

こうした観点から、MDS-ACを用いて入院前の定常状態をアセスメントすることによって、退院時の目標を看護計画に反映させることの重要性を実感できた意義は大きい。病棟看護師自身の視点を広げることが、切れ目のないケアを実現するためには不可欠であろう。なお、医師にとっても、入院前の定常状態を病棟看護師の作成した「サマリーシート」から把握することは有用と評価されたが、医師への周知が不十分であったことが今後の課題として残された。

一方、「入院前ケアの留意書」の記載を行ったケアマネジャーが肯定的に捉えた理由は、時間を要しても病院との有用な情報の交換を切望していることにある。先行研究によれば、ケアマネジャーの6割は病院からの退院ケースで困った経験をもち、7割は病院の対応に不満をもった経験を持っており、自分達を医療機関が活用するために、入院時の看護記録にケアマネジャーの連絡先を記入することから始めてほしいと考えている。現状における病棟看護師の7割が、訪問看護師との連携をとれていないと考え、その理由の2割が「訪問看護師への連絡方法がわからない」という別の報告もあるので、まずは情報交換のための連絡先の把握を行うことが重要であろう。

## (2) 連携先のニーズに対応した情報提供の必要性

病院から連携先の在宅や施設の看護師に情報を提供する際は、退院時看護要約が一般に用いられることが多いが、その内容は必ずしも有益ではないと指摘されており、その1つの理由は、同要約が病棟看護師の関心事に留まっていることにある。本研究では「退院後ケアの留意書」の主たる対象者を患者・家族にすることによって、分かりやすい言葉で、実際のケアに役立つように工夫し、またケアマネジャーにとっては看護診断名よりも医師の診断名が有用である点、処方内容や血糖値等の検査値が重要である点等を考慮した。その結果、病棟看護師は「患者・家族向けにわかりやすく記入できた」と実感しており、受け取った患者・家族の理解も高かった。

退院時看護要約のもう1つの問題点は、医師が関与していないことであり、こうした観点から「退院後ケアの留意書」には、医師の記載欄(医師としての留意事項)を設けた。主治医が患者・家族に向けて自ら記載した内容は、たとえ短くても退院後の生活に関与する家族や連携する諸機関にとって非常に有用性が高いと考えられる。病棟看護師は、医師との共同作業で同用紙を作成することに対して肯定的に評価しており、医師からも「次の入院時にも活用したい」という指摘があった。医師の負担を考慮する必要はあるが、医師の関与が不可欠である点が改めて示唆された。

## 3. 今後の課題

今回の連携方式には、関係者それぞれより概ね肯定的な評価を得ることができた。患者・家族に焦点をおいた書類の作成と関係職種による共有は、連携に有効な手段であることが確認された。

MDS-ACを用いてアセスメントした内容は入院中のケアに活用され、有用性が明らかとなった。MDS-ACは、既に普及している施設版のMDS、および在宅版のMDS-HCと基本項目を共有しているので、MDS方式を利用することによって、ケアの提供場所に関わらず、同じ状態が、同じアセスメント項目により、同じ基準で評価され、ケアの連続性を保つうえで有効である。

本研究で開発した連携方式が改善・普及すれば、急性期病院では患者の悪化前の定常状態を踏まえた入院時点からのケアが可能となり、また居宅介護支援事業所および療養病床・介護保険施設では、退院時点からのケアを円滑に継続することができる。さらに、退院した時点で「退院後ケアの留意書」を受け取ることによって、患者と家族介護者のケアへの主体的な参加も可能となり、切れ目のないケアが実現する環境が整備されるであろう。

今後の課題は、患者のニーズに沿った、より焦点を絞ったスクリーニング方法の開発と、それに対応した書式の改善、および連携方式を普及するうえでの、病院にとってのインセンティブ(経済的な動機付け)を設けることであろう。また情報システムを構築するうえで、個人情報保護を担保する必要があるだろう。