

図4：管理を移管する場合にそれを支援するメンバーが異なる。

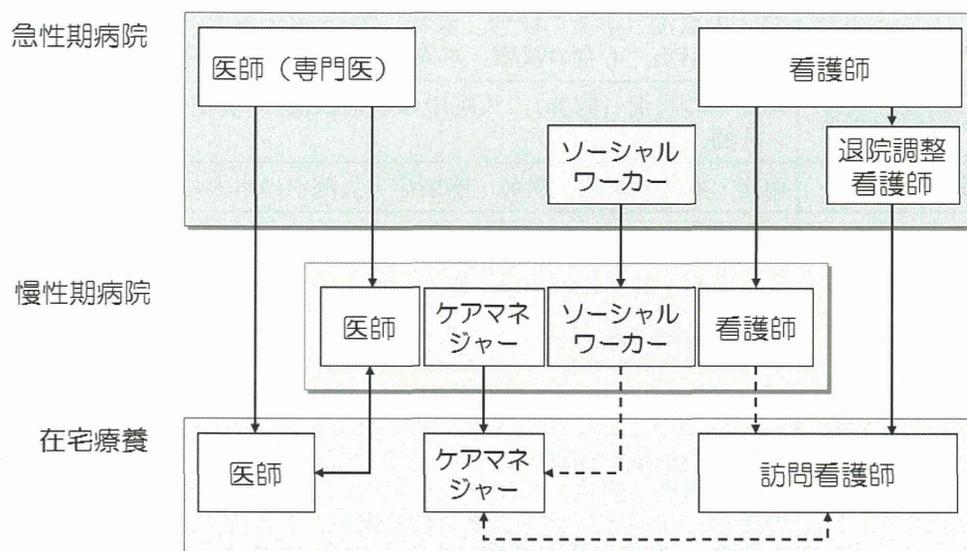


表9：慢性期病院の各部門で事前に知っておきたい情報

	医師	看護師	介護士	薬剤師	栄養士	理学療法士	作業療法士	言語聴覚士	医療ソーシャルワーカー	ケアマネジャー
氏名・年齢等	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
療養情報	意志決定者	○	○	○	○	○	○	○	●	○
	主介護者	○	○	○	○	○	○	○	●	○
	家族構成	○	○		○	○	○	○	●	○
	家庭問題	○	○	○	○	○	○	○	●	○
	家屋評価	○	○	○		●	●		●	●
	経済問題	○	○	○	○	○	○	○	●	○
	介護保険	○	○	○	○	○	○	○	●	●
	手帳・年金等	○					○	○	●	○
かかりつけ医	●							●	●	
保健医療情報	病状説明内容	●	○			○	○	○	○	○
	病歴	●	●	○	○	○	○	○	○	○
	呼吸管理	●	●	○	●	○	○	●	○	○
	薬物管理	●	●	○	●	○	○	○	○	○
	感染症	●	●	●	●	●	●	●	●	●
リハビリテーション内容	●	●	○	○	○	●	●	●	○	
介護情報	身体状況	●	●	●	○	○	●	●	○	○
	栄養状況	●	●	○	○	●	○	○	○	○
	精神状況	●	●	●	○	○	○	○	○	○
	ADL	●	●	●	○	○	●	●	○	○
IADL	○	●	●	○	○	●	●	○	○	

丸は業務に絶対に必要な情報、白丸は業務の参考にするものである
 必ず必要な情報 ○ あった方が良い情報

表10：急性期病院を退院する前に引継ぐ支援者が知りたい情報の調査結果

身体状態 ADL表,	食事	食事摂取状況、嚥下・食事形態・
	ADL	ADLの状況（排泄の状態、歩行、等）・リハビリテーション報告書（ADL）・現在のADL、心身の状態、本人のADL、入院中の状況
	入院時の様子	入院中の状況（認知）、入院中の生活状況、現在の状況、リハビリテーション評価、
医学管理	病状	病状・本人の病状・病名・感染症・入院中の本人の病状・様子
	薬	薬情報
	医療処置	痰・排便・排ガスの介助（看護）状況・医療処置・入浴可能な血圧範囲
	入院経過	治療経過報告書、疾患の入院治療経過、入院経緯
	リハビリテーションの内容	リハビリテーションの実施状況
	治療計画	退院後の治療や通院の必要性について、通院の必要性および治療計画・退院療養計画書（病状・医療系サービスの必要性、今後の医療の必要性・退院後の指示・リハビリテーションの必要性、リハビリテーション報告書（今後の方向性）・在宅生活復帰時の医学的支援・医療系サービスとの連携
	主治医	通院先について、退院後の主治医、医師との連絡方法
療養計画	療養方針	退院決定前から定期的な院内カンファレンスに呼んで頂けると経過がわかり早目に準備も進められ在宅生活を始めることができる。退院前カンファレンス・退院日・問題点・必要な介護、望ましいサービス、必要なサービス、退院後に必要な看護・介護サービス
	注意点	退院療養計画書（療養上の留意点）・自宅で注意すること・退院後の在宅での留意点、自宅療養時注意すること、在宅生活での留意点、退院後の注意点、退院後の生活の注意点、在宅に戻った時の注意、退院後の生活上の注意点、療養上の留意点・どんな症状がある時に緊急で受診したら良いか・リハビリを行う際に注意する事・再発予防のために在宅生活で注意する事・在宅生活でのリスクについて、在宅生活における禁忌事項・服薬等病気の治療に関して注意すべきこと
家族	希望	退院後の生活についての希望・本人・家族が自宅でどの様な生活を望んでいるか
	指導内容	介助の仕方・健側の考え方・生かし方について、離床リハビリテーションの介助指導
	住環境	リハビリテーション・福祉用具の必要性に関する情報、環境整備、経済力、住宅改修・住宅改修の必要性、住宅の状況（住宅改修が必要か）など
	理解度	病状について家族がどの程度理解しているか
	家族の様子	家族等の協力体制、介護力・キーパーソン、「患者情報シート」の情報内容でOK 看護サマリー、リハビリテーションサマリー等、サマリーの内容

平成21年西多摩脳卒中医療連携検討会

る情報と、通常の業務にはあまり利用されない情報があると考えられるが、ほぼ全職種がすべての情報を必要と考え、どの情報が自らにとって必要な情報であるか明確にするは難しかった。すべての情報を提供することも情報の共有化という意味では正しいともいえるが、それぞれの立場で扱う情報が異なっているはずであり、すべての情報を呈示しても専門的な情報は他の職種には理解できず、また見落とし

かねず、療養の方針管理をかえって難しくするという問題が生じることになる。その専門家による判断がチーム内のメンバーに伝達されればよく、その専門家の思考過程を問題にする必要はない。

西多摩脳卒中医療連携検討会では退院前に知りたい情報についての調査を行っている（表10）。その結果をもとにして患者の全体像を把握してチームで情報を共有するために「患者情報シート」が開発

され、西多摩医師会のホームページ上で公開された。http://www.nishitama-med.or.jp/renkei_infosheet.html (資料1, 2)。

(2) 患者情報シートの開発

西多摩脳卒中医療連携検討会では、チーム内で情報を共有化するために、メンバー全員で知っておいた方がよいと考えられる項目を平成20年に調査し、その結果に基づいて平成21年に「患者情報シート」を開発した(参考資料1, 2-1, 2-2)。このシートは診療情報ばかりでなく、日常生活関連動作(介護行為)、ソーシャルワーク(療養環境)の三部で構成され、多くの項目を選択式とし、面談内容や家族に伝えた内容を記述する欄が設けられている。療養場所にかかわらずどの職種でも利用でき、他の書類として、いわゆる地域連携パスの一部、情報提供用紙、入院申し込み書(他の疾患でも利用が可能)、ADL

(日常生活動作)表として流用することも可能なものとし、既存の評価指標は用いず、使用される言葉や内容は介護の現場で最も患者家族と緊密な関係にある介護士が理解できるものとされた。

(3) 提供が困難な情報

西多摩脳卒中医療連携検討会では患者情報シートが発行された後の平成22年に再度患者情報シートで不足していると考えられる項目について調査を行った(文献5)。その結果から在宅療養での必要なこと・注意点・指示・状況・家族・計画等で34項目の不足が指摘さ、特にリハビリテーション関連の項目が多く指摘された。さらにこの項目に対して、提供者側となる急性期病院の医師4、看護師4、療法士5、医療ソーシャルワーカー3名を対象に提供できるか調査したが、提供が困難なものが34項目中10項目含まれていた(表2)。主なものは在宅等先方の状況がわ

図5：西多摩脳卒中医療連携検討会による患者情報シートの開発経緯

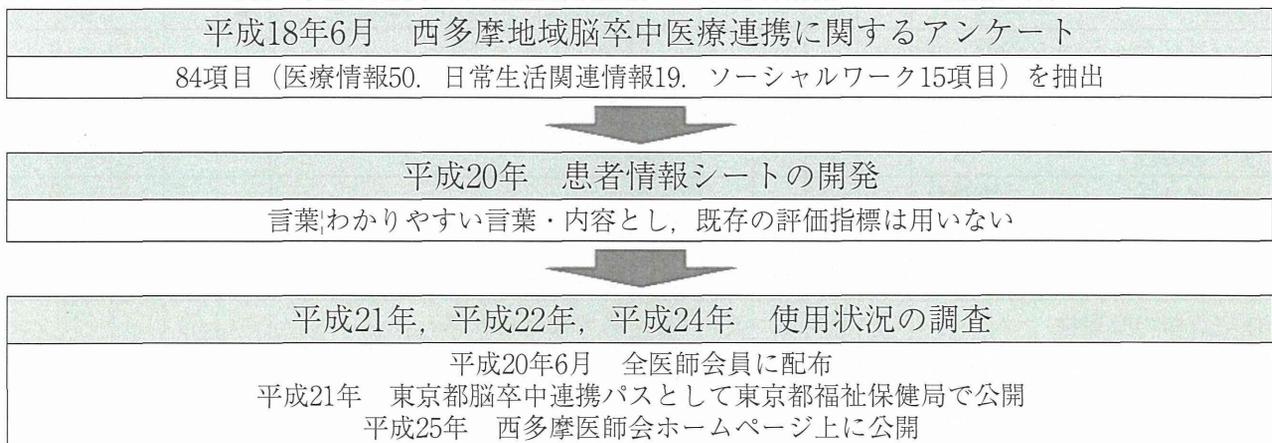


表11：情報シート発行後の調査でさらに必要とされた情報

	項目	項目数
医療情報 (診療情報計画書)	現状態と問題点, 退院後の指示, 入浴可能な血圧範囲, どんな症状がある時に緊急で受診したら良いか, 痰の吸引 病気の治療・再発予防で注意する事, 今後の治療計画, 通院の必要性, 在宅復帰時の医学的支援, 医療系サービスの必要性, リハビリテーションの今後の方向性・必要性, リハビリテーションの実施状況, リハビリテーションの評価, リハビリテーションを行う際に注意する事, 住宅改修の必要性	14
ADL関連情報 (ADL表)	介助の仕方, 離床リハビリテーションの介助指導内容, 入院中の生活状況, 食事・食事形態, 食事摂取状況, ADLの状況(嚥下等), 排便・排ガスの介助(看護)状況, 排泄の状態, 在宅生活での留意, 在宅生活でのリスク・禁忌 必要な介護福祉用具の必要性	9
ソーシャルワーク	介護力, 病状について家族の理解度, 家族等の協力体制, 経済力, 環境整備, 退院後の生活についての希望, 医師との連絡方法, 退院後の主治医・通院先, 退院日(事前に)必要なサービス, 望ましいサービス	11
	計	34

表12：急性期病院で提供が難しい情報

提供できる情報★と提供が難しい情報△ 各部署で平均し0～0.6未満ならその部署での提供が困難で×、0.6～1.5未満なら一部可能で○、1.5以上であれば提供可能として★で示す

	医師	看護師	療法士	M S W	総合評価		医師	看護師	療法士	M S W	総合評価
病気の治療・再発防止で注意する事	●	●	×	○	★	必要な介護	○	●	○	○	★
今後の治療計画，通院の必要性	○	○	×	○	△	食事・食事形態	●	●	○	○	★
在宅復帰時の医学的支援	○	○	×	×	△	食事摂取状況	●	●	○	○	★
退院後の指示	○	○	×	○	△	ADLの状況（嚥下等）	●	●	○	○	★
入浴可能な血圧範囲，	●	×	×	×	★	介助の仕方，離床リハビリテーションの介助指導	○	○	●	×	★
どんな症状がある時に緊急で受診したら良いか	●	×	×	○	★	福祉用具の必要性	○	○	○	○	△
痰の吸引	○	●	×	×	★	排便・排ガスの介助（看護）状況，排泄の状態	○	●	×	×	★
現状態と問題点，	●	○	○	○	★	医師との連絡方法	●	×	×	●	★
医療系サービスの必要性	○	○	○	○	△	退院後の主治医・通院先	●	×	×	●	★
リハビリテーションの際に注意する事	○	○	●	×	★	病状について家族の理解度	○	○	○	○	△
リハビリテーションの方向性・必要性	○	○	●	○	★	家族等の協力体制	○	○	○	●	★
リハビリテーションの実施状況	○	●	●	×	★	経済力	×	×	×	●	★
リハビリテーション評価	○	○	●	×	★	環境整備	×	○	○	○	△
住宅改修の必要性	○	○	○	○	△	必要なサービス	○	○	○	○	△
在宅生活での留意在宅生活でのリスク・禁忌	●	○	○	○	★	望ましいサービス	○	○	○	○	△
介護力	○	○	×	○	△	退院後の生活についての希望	○	○	○	●	★
入院中の生活状況	●	●	○	○	★	退院日（事前に）	●	○	○	●	★

からない、時々刻々と変化するもの（状況が変化することで対応が変わるもの）で、情報の受け手側も概念的な内容や退院後の通院先により変化することを予測せずに情報の提供を求めている可能性があった。

(4) 訪問看護で必要な情報

柚木らは訪問看護ステーションの看護師の立場で、切れ目のない連携をするためにどのように情報が伝達されているか、平成26年2月日～4月30日（3か月間）に東京都西多摩地域の訪問看護ステーション協議会加入の15の事業所にファクシミリにより無

記名により、病院から依頼のあった際の、依頼の状況および退院前カンファレンスの実施状況について調査した。15の訪問看護ステーションのうち8つの訪問看護ステーションからアンケートが回収されたが、依頼件数は43件で、そのうち23件は終末期であった。この中で退院前にカンファレンスが実施されたものは27件で、退院前カンファレンスまでに療養方針が決まっていたものが21件、退院指導が実施されていたものが19件、実施を予定しているものが6件であった。退院前カンファレンスは概ね退院3日前までに実施されていたが、退院直前に実施されることもあった（図6）。

図6：退院前カンファレンスの実施時期

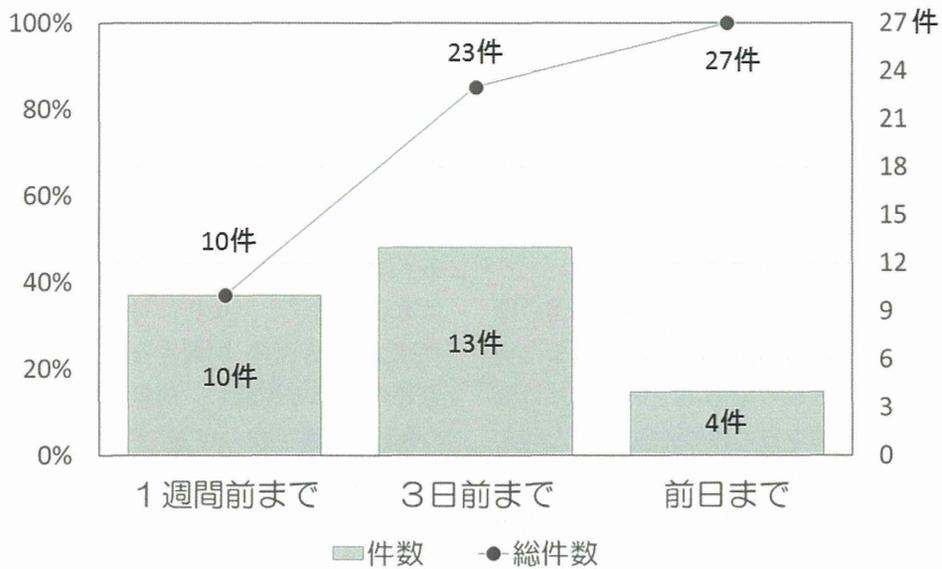
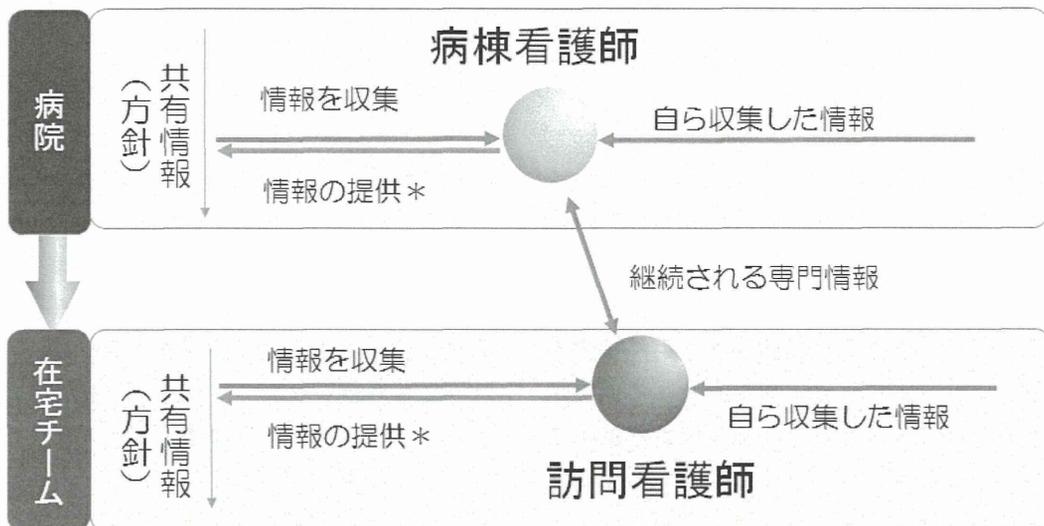


図7：伝達される情報の種類



この調査から、退院前カンファレンス前に提供できるものとカンファレンスで提供できるものがあり、退院直前まで病院のスタッフが数々の支援をしていることがわかった。すなわち退院前カンファレンスで取り扱う情報は依頼の時の情報と異なっていると指摘している。患者家族の病気についての理解、今後の方針・本人の意向、医療処置の種類、医療・介護の指導に対する患者及び家族の理解などで、こうした項目は変化しやすく退院直前にならないと提

供が難しく、患者の状態や患者家族の気持ちの変化などは情報が変化していることを認識しておかなくてはならないとしている。さらに退院後にも訪問看護師が情報を収集しなくてはならない情報も要求している可能性を指摘している(図7)。これは患者情報シートで不足してさらに提供できない情報があることに一致する。こうしたことから訪問看護を開始する際に必要な情報というのは、以下のようにまとめることができる。

1) 専門職同士で伝達する情報：

退院するまでに変化するものとして病院内での看護を継続するものの情報で、例えば介護指導などで退院するまでに時々刻々と変化していく情報で文書での伝達が難しく時間的には殆ど余裕のないもので、専門家同士が連結をしていないとならないものであり、いわゆる切れ目のない連携を行っていく上で重要な問題になる。

2) チーム全体で方針管理する情報：

全体で理解する（療養方針）ものとして伝達の際にはある程度時間的には余裕のある情報で、また前のチームで共有しているものである。医学的には落ち着いたと判断し、療養方針の概要が決まった時のもので、状態が変化した際の対応や療養方針など在宅支援チーム（本人・家族・入院看護師・訪問看護師・チーム）全体で理解し共有しておくものである。

3) 自らが収集する情報：

情報はすべて与えられるものでなく、新たな環境での療養を検討する際に、病院内では収集が難しく、判断ができないものがあり、退院後の介護者の生活パターンなど実際に退院してみないとわからない情報が含まれている可能性があり、支援を引き継ぐチームのメンバーが自ら情報を収集しなくてはならない。

8. 退院調整

近年、救急病院での在院日数の短縮化や在宅療養が促進され、退院調整が救急医療を実施するうえで重要になってきている。急性期病院では入院した直後から療養についての検討が開始され、退院調整看護師や医療ソーシャルワーカーを中心として退院調整が行われることもまれでない。施設により退院調整の仕組みは異なるが、退院調整看護師と医療ソーシャルワーカーの役割もはっきりとしていないことも多く、石橋らは退院調整看護師と医療ソーシャルワーカーの退院支援における判断プロセスの内容の多くが共通していることを指摘している（文献13）。そこで今瀬・草野らは退院調整看護師や医療ソーシャルワーカーはメンバーの一員としてそれぞれの立場で次の支援チームに対して院内の支援チームの情報を収集しどのような目的で支援をしていくか検討した。

(1) 退院調整部門の看護師の退院時の援助過程

退院に際して、看護師が医師の治療方針に基づい

て、患者の状態を把握しながら、安楽な療養を継続するために、必要な在宅療養を支援する資源の導入が検討されるが、その際、医療行為よりむしろ、生活動作の介助が療養先を決める大きな要素になっていることがわかる（図10）。

在宅療養を実際に開始するためには、入院中から主たる介護者に対して、介助方法や観察方法などの指導が行われ、その内容を在宅療養の支援チームの各メンバーは共有する必要がある。退院調整看護師は家族と面談し、疾患に対する患者家族の理解、病状確認、患者面接、問題点を抽出し、自宅生活の選択、患者の意思を確認し、病状確認、介護保険の必要性の確認、介護保険の申請、生活環境確認、介護力、キーパーソンを選定し、在宅療養支援を計画しケアマネジャーに打診する。それとともに家族患者指導内容の確認、病棟指導、介護・医療指導、住宅環境の確認、退院前カンファレンスの準備・開催、各シート作成、患者・家族の介護・記載項目の確認、退院前訪問などが検討される。さらに退院にあたり往診医決定、家族での医療行為がすべて挙げられているか最終確認をし、往診医・訪問看護師への連絡など、在宅チームとの最終確認をして退院日が決定され、B病院ではでは情報収集を紙面（各種シート）を用いて情報の共有化をはかっている（図8、資料3・6参照）。

(2) 医療ソーシャルワーカーからみた退院支援の過程

A病院では、脳卒中の場合、西多摩脳卒中医療連携検討会で発行している患者情報シートを用いて退院調整が行われている。そのため、前掲のB病院と退院調整過程が異なる。基本的には患者情報シートを利用し、医師による診療情報提供書と併用されるシート（資料1）を記載することで退院調整の依頼が始まり、退院調整が開始されると、病棟看護師によるADL関連情報（資料2-1）が作成される。そして、退院時までに療養情報（資料2-2）が提供されるが、草野らは医療ソーシャルワーカーの立場から退院調整にかかわる際の情報の利用について検討した。その結果から医療現場では患者の身体状況を把握することが必要になるため、療養計画を立案する際に医師・看護師の情報を取り入れている（図9）。具体的な医療ソーシャルワーカーによる退院調整過程を表13に示す。

(3) 家族介護者への退院指導

図8：B病院で行われている退院調整支援の際の情報収集の仕組み（資料3から6参照）

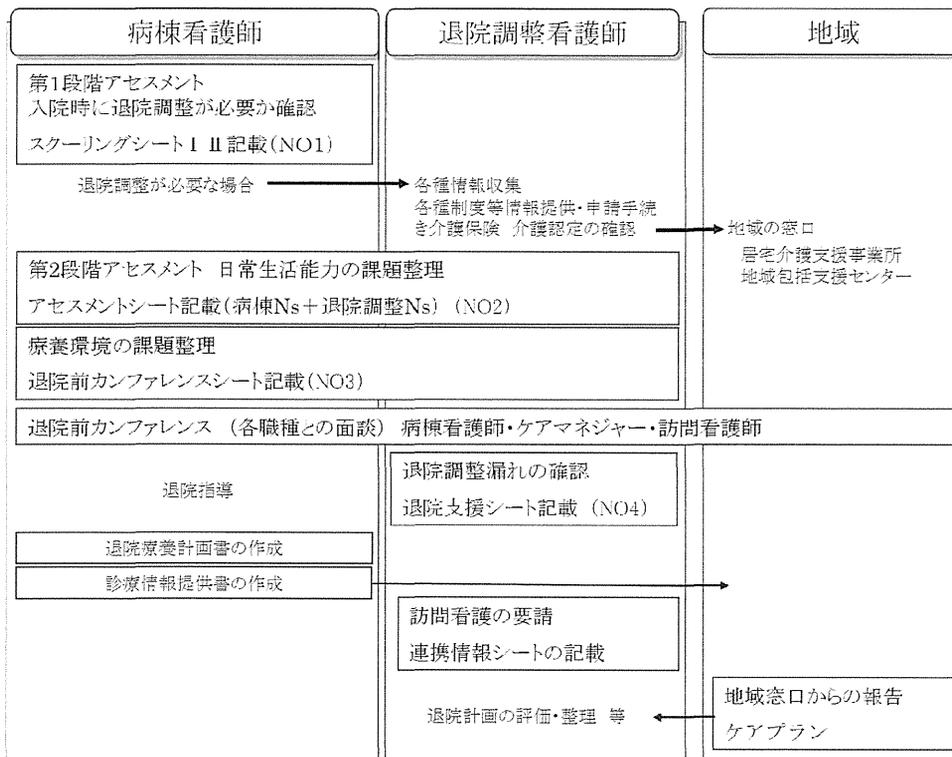
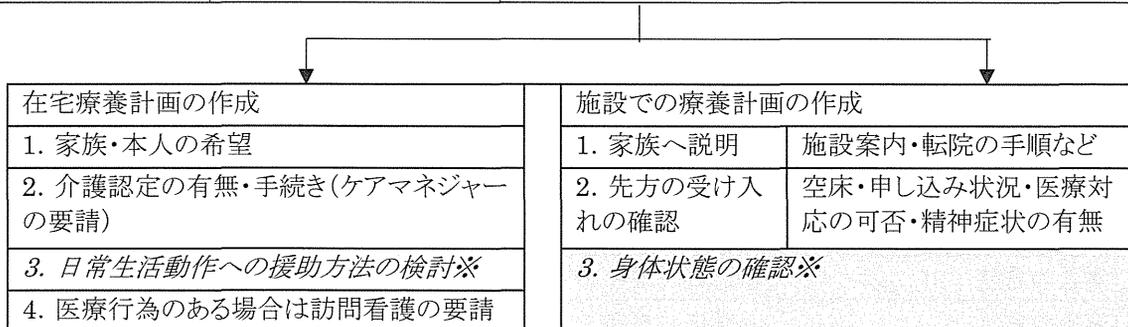


図9：A病院での退院調整時の主な流れ

在宅療養の可否の評価		
介護の必要性	介助量の測定・継続すべき医療行為・食事摂取の可否 ※	
介護力	・人的資源	家族，親族，近隣，友人による援助ネットワーク
	・能力資源	知識，技術，情報の入手，パーソナリティ
	・時間的資源	就労状況，育児との競合など
	・身体的資源	介護者の体力，健康，エネルギーなど
	・社会的資源	介護の社会的サービス(公的，ボランティア，民営)
経済力	経済的資源	収入，資産，住宅設備など
社会資源	空間的資源	要介護者との地理的近接性，資源へのアクセスなど



※ 看護師・医師による判断が必要になる

表13：医療ソーシャルワーカーによる退院調整過程

療養先の検討（在宅か転院か）	
患者・家族の状態と社会資源の適応	
カテゴリー	具体的な評価項目
在宅サービスの利用	家族の状況・介護保険の認定
リハビリテーションの実施	回復期リハビリテーションの適応の有無
療養型病院への適応	医療区分，問題行動の有無
緩和ケア病棟への適応	精神疾患の有無
精神科病院の適応	身体合併症の有無
上記に該当しない場合 各種施設の可能性の検討	サービス付高齢者住宅，グループホーム 老人保健施設など
患者・家族の希望と社会資源との適応	
カテゴリー	具体的な評価項目
在宅復帰の希望	長期療養の希望
本人のリハビリテーション	意欲，希望
家族による介護	意欲，希望
費用	負担できる金額
転院調整	
移行先の選定：各種機関の持ちうる機能	
カテゴリー	具体的な評価項目
リハビリテーション	回復期リハビリテーション病棟の有無，リハビリテーションの体制
各種医療行為	人工呼吸器，透析，輸血，ドレーン，医療用麻薬の使用，緩和ケア，胃瘻，点滴 などが可能か
社会的支援	生活保護受給者の受け入れ，療養支援体制 など
移行先の選定：各種機関の利便性，費用負担	
カテゴリー	具体的な評価項目
交通手段	駅からの交通手段，病院専用バスの有無や路線バスの本数など
周囲の環境	買い物のしやすさ，自然環境 など
負担・費用	リース代の有無，部屋代の有無 など
初期評価から変化したこと（転院直前の評価）	
カテゴリー	具体的な評価項目
患者の状態	ADL
	病状
	患者・家族の病気観
家族の状況	ライフスタイル，家族の関係，介護観
	健康状態
在宅調整	
在宅療養の原型階に関する評価	
カテゴリー	具体的な評価項目
本人の希望	長きに（最期まで）在宅希望か
家族の希望	長きに（最期まで）在宅希望か
家族の介護力	構成年齢健康状態就労状況
在宅サービスの適応	家族介護への支援の限界

慢性期病院・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーションで、介助量の評価票を用いて（文献14）介助時間と介助回数を調査した。その結果、在宅療養を検討する場合でも、施設療養を検討する場合でも、介助量に大きな差はなく（図10-1）また在宅療養では医療行為が必要になる際に利用する訪問看護の介入の有無にかかわらず介助量は変わらない（図10-2）。家庭生活についての障害が療養場所を決める際に大きな要素になっていることがわかる（文献15）（図11）。すなわち療養先を決めるのには、家族による介護力の有無が大きく影響し、療養先を決める際の大きな要素は介護者の介護能力であり、家族への指導が重要になっている。

（4）新たなチーム作りとしての退院調整

在宅療養の環境を整える場合には、退院調整看護師が介入し、施設への転院の場合には医療ソーシャルワーカーがその中心となることも多いが、退院調整にかかわる看護師と医療ソーシャルワーカーによる判断の過程を検討してみると、患者の状況から適切な資源を利用するために、看護師は患者の状況から、医療ソーシャルワーカーは家族の状況から地域の資源から適切に利用しようとしていた。このような視点から見ると、社会資源を有効に利用するには、医療ソーシャルワーカーが在宅療養支援にさらに介入をし、転院については看護の継続をはかる点からも看護師の介入を積極的にした方が良いと考えることもできる。

このように、今後の療養を支援していくためには、たな在宅療養支援チームを結成させることが重要となり、その際には退院調整部門は次の支援の窓口と協議して、新たな職種のメンバーの介入を依頼し、病院内のチームから情報を収集して、次のチームに伝えることが退院調整業務ともいえる。

こうした退院調整過程は、看護師と医療ソーシャルワーカーが同じように行っており、それぞれの役割がわかりにくい点が多かったが、本研究から両者の業務の違いの中心となるものは判断方法の違いであったことがわかる。このように似た業務であっても、担当者は他のメンバーに判断内容を呈示することができればチームとしての運営が可能になり、多職種による専門家で構成されているチームが次の構成メンバーの異なるチームへの療養支援を引き継ぐことができる。

9. 連携の定義

近年地域完結型の医療ということでは地域の医療関連の資源を有効に利用することが促進されている。ところがそこでは“顔の見える関係”，あるいは“シームレスな連携”といった抽象的な概念の言葉が多く使われ、具体的な内容がはっきりしない。そればかりか、「連携」という言葉自体もあいまいな使われ方をしている。

「連携」という言葉はそれぞれの立場で様々な考え方があり（文献16）、地域の資源を利用する場合に、資源全体の運用を管理することができず、トラブルが可視化されないために、地域の医療関連の連携については自らに都合良く使用され、「連携がうまくいっている」と感覚的にとらえている可能性がある。たとえば、大病院（中核病院）からの転院のためのもの、開業医からの検査・高度診療を目的にしたもの、医師会・中核病院を中心とした地域医療情報ネットワーク、医師による患者の情報伝達を主にしたものといった“送る”ことを念頭に置いた「連携」、各医療施設がどのような患者に対応できるかを明確にするものや空床情報を提供するとして各医療施設の“受け入れ”を念頭に置いた「連携」などである。

これまで地域の資源を有効に利用するために現場で行われているチームによる支援やチームの引継ぎの際の課題を急性期病院の退院調整を中心に情報の伝達方法の問題と対処の例を示してきた。

脳卒中に罹患した患者が地域の資源を有効に利用するためには、多職種による療養支援のチームはそれぞれの療養場所や患者家族の状況に合わせて構成メンバーを変えて引き継いでいかななくてはならない。チームが連続して患者家族を支援するためには情報が適切に伝えられなくてはならない。このようなことからチームの中での情報を共有して各職種が協働するチーム作りを「水平連携」とし、チームを変更して次のチームに引き継ぐ場合を「垂直連携」と定義すると「連携」という概念が理解しやすく議論を整理することができる。ここに、連携の概念図と参加するメンバーについて 図12 に示し、表14に連携の違いをまとめた。

地域で患者を支援していく際に、この水平連携のことはよく議論されるが、チームを引き継ぐ際の課題の議論は十分とはいえない。ここでは急性期病院での退院調整を中心に検討してきたが、退院調整の中でチームを引継ぐために業務を引き渡す側と引き受ける側が共同して新たな支援チームを組み立てる

図10-1：療養病床と回復期病床への転院の介助量の違い

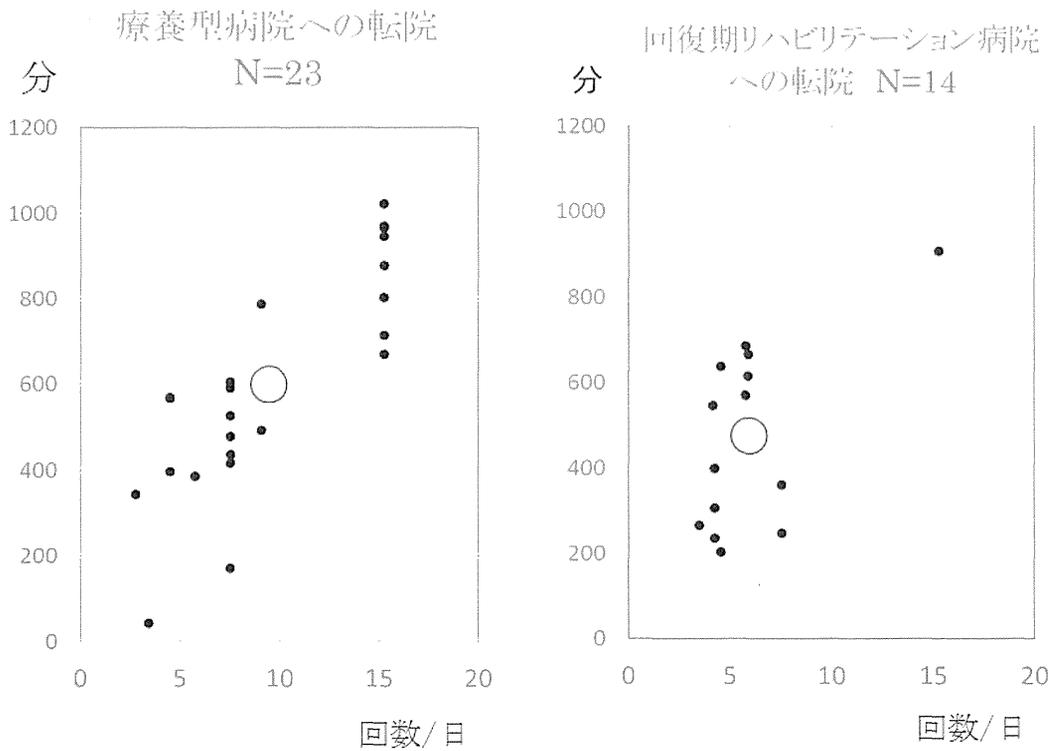


図10-2：医療依存度でみた在宅療養の介助量の違い

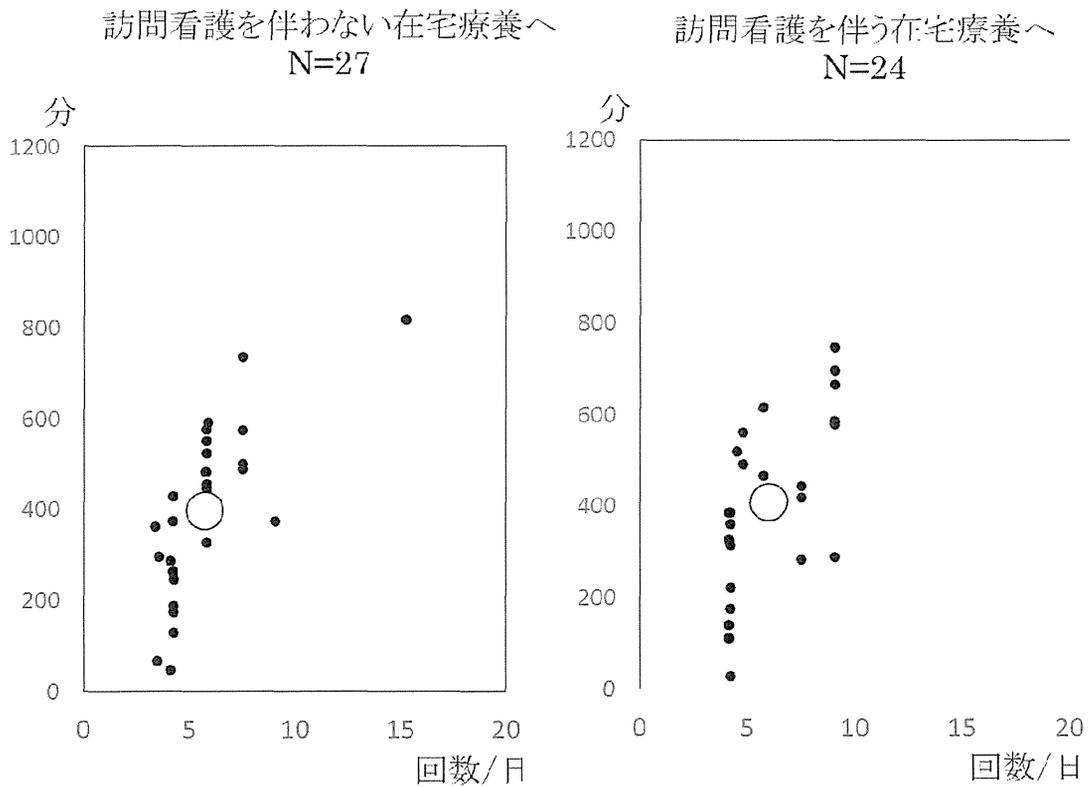
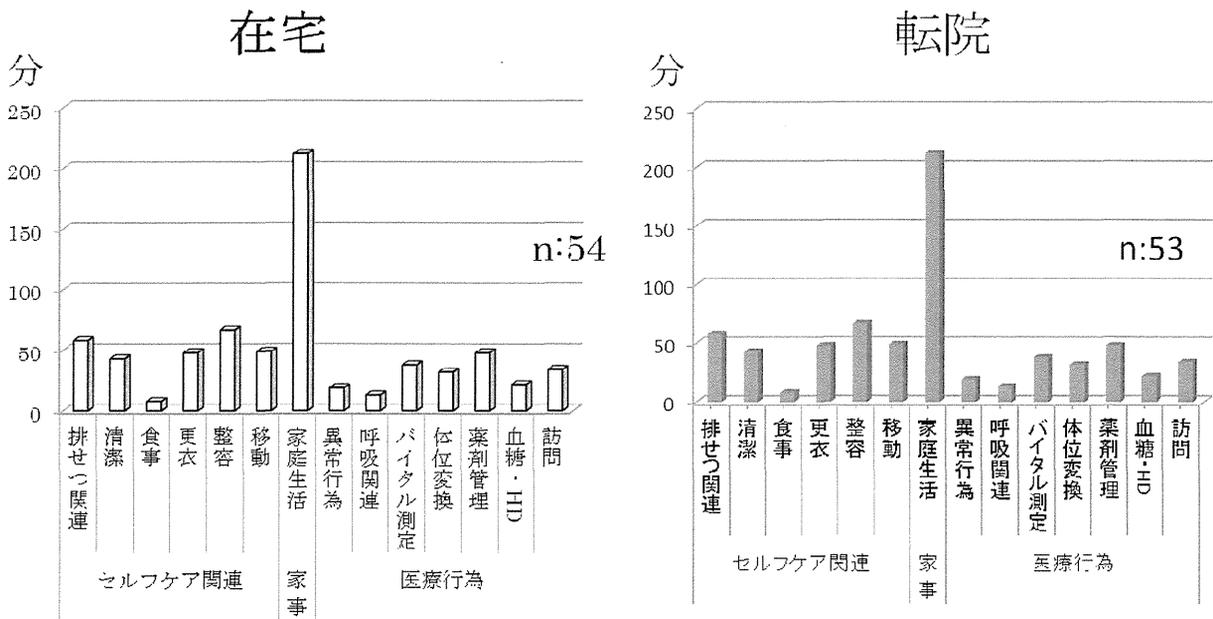


図11：在宅療養と転院療養の際の介助量



作業が含まれていることが理解でき、ここで初めて“顔の見える関係”を作ることができるだろう。また、情報を共有化するとしても、特に専門的な支援をする場合には引継ぎの直前まで情報のやり取りを行っていくことで“切れ目のない連携”が可能になるだろう。

元来臨床医学が確率論であり、病気や介護もそれぞれ病気観あるいは介護観がある中で、それぞれを定義することが困難なことが多い。そこでは地域の施設ばかりでなく人材も資源として利用し、支援者が他の支援者の行動を理解していくことが“地域連携”につながるものと考えられ、そのための評価指標を今後検討しなくてはならない。

E. 結論

東京都西多摩地域で検討されてきた地域全体での資源の有効利用について、西多摩脳卒中医療連携検討会での調査を中心に、その問題点と解決策について検討した。脳卒中患者を支援するためには多職種が介入してチーム作り行われるが、チームの引継ぎで取り扱われる情報は全体で共有するものと、専門的に取り扱うもの、さらには自らが収集をしなくてはならないものがあり、変化しやすい情報のやり取りが切れ目のない支援につながると考えられた。

チームの成立にはメンバーとしてチームにどのように貢献できるかを意識しメンバー全員で理解できるように言葉を使用することが重要になる。

急性期病院ではチームを引き継ぐ際に退院調整部門が大きな役割を担うが、職種により視点が異なり、役割分担をしていくことが重要になる。地域で療養支援を行っていく際の連携にはチーム作りとしての連携と、チームを引き継ぐための連携があるが、特に在宅療養を支援する際のチーム作りについて、今後検討していく必要がある。

謝辞

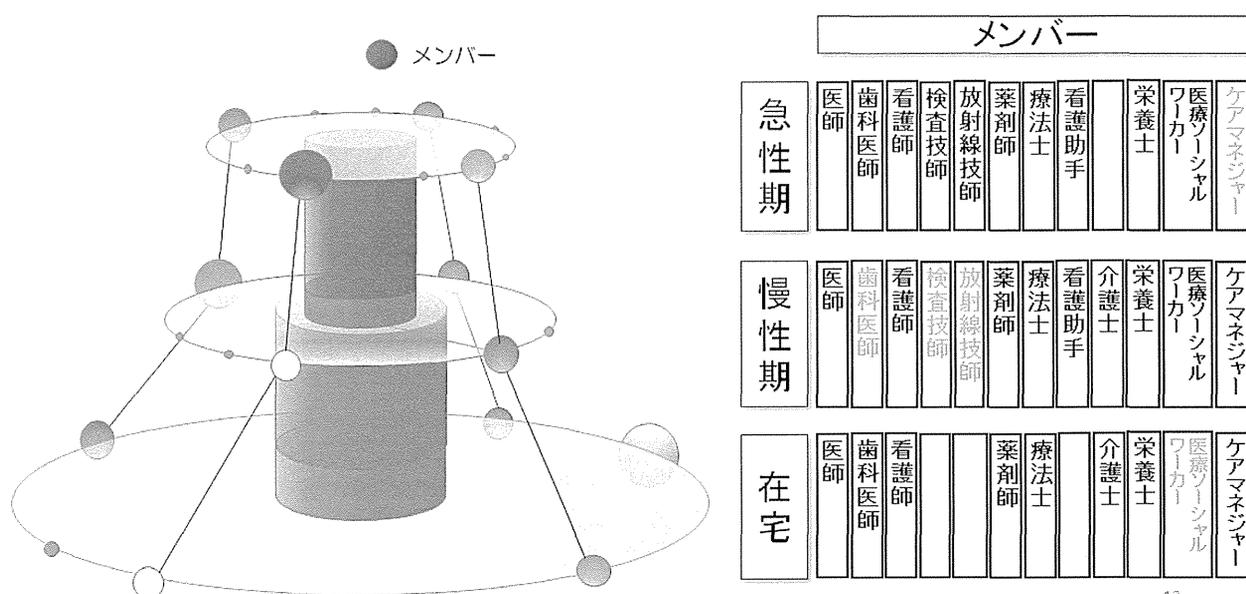
本研究にあたり、熊本脳卒中地域連携ネットワーク研究会、能登脳卒中地域連携協議会、カシオペア地域医療福祉連携研究会、しまんとネット、足立区脳卒中情報ネットワーク（足立区医師会）、濃尾医療連携研究会、群馬脳卒中医療連携の会、穂の国脳卒中医療連携研究会、北多摩西部脳卒中地域連携パス協議会、横浜西部脳卒中地域連携の会、佐久小諸脳卒中連携の会、宗像医師会在宅医療連携拠点事務室、(NPO法人)佐渡地域医療連携推進協議会、大阪地域医療連携共同協議会、庄内地域医療連携の会（庄内プロジェクト）、茨城県央・県北脳卒中地域連携パス研究会、高松東讃地域シームレスケア研究会、

北多摩南部脳卒中ネットワーク研究会（順不同）、ほか全国で脳卒中に関連して、多職種で質の良い連携のために活動している団体の皆様、調査にご協力いただきました青梅市立総合病院 佐藤陸先生、持田裕子先生、病棟スタッフの皆様、ならびに家田史子氏、山口剛氏、資料の提供いただいたあきる台病院井村健司先生、各種調査資料の使用をこころよくご許可いただきました西多摩地域脳卒中連携検討会委員の方々ならびに関係各位に深謝します。

参考文献

- (文献1) 大藪毅：チーム医療とは何か：病院70 (12), 910-917, 2011
- (文献2) 蒲生智哉：「チーム医療」の組織論的一考察—協働システム理論をふまえて—：立命館ビジネスジャーナル2, 25-48, 2008
- (文献3) World Health Organization：WHO Patient Safety Curriculum Guide: Multi-professional Edition 2011 (WHO患者安全カリキュラムガイド多職種版) (日本

図12：チームの引き継ぎモデル



13

表14：水平連携と垂直連携の違い

		水平連携	垂直連携
チーム	遂行	チームの結成	チームの引継ぎ
	業務の範囲	管理限界内	管理限界の変更
	判断	チームのリーダーがまとめる	方針（共有情報）に基づく両チームの合意による
	リーダー業務	チーム内の各専門職の業務をまとめる	チームの維持 チーム結成・解体
情報	利用方法	管理限界内で業務の判断	管理限界の判断
	情報の取り扱い	同時進行	経時的
	主に必要になる情報	患者情報	施設・事業所情報
	患者情報シート	共有情報として用いる（方針）	共有情報として用いる（方針） （チーム結成・解体に使用）

- 語版)：(参照 <http://meded.tokyo-med.ac.jp> 平成26年12月30日)
- (文献4) 西多摩脳卒中医療連携検討会：平成26年度 西多摩地域脳卒中医療連携アンケート調査結果：西多摩医師会（東京）2015
- (文献5) 西多摩脳卒中医療連携検討会平成22年度 西多摩地域脳卒中医療連携アンケート結果（平成22年10～11月実施）：西多摩医師会（東京）2010
- (文献6) 日本栄養士会医療事業部：全国急性期病院栄養部門実態調査・病棟業務調査報告書（平成24年10月実施）：公益社団法人日本栄養士会2012
- (文献7) 藤崎享：ユニバーサルデザインフード：日本食品科学工学会誌55（2）78-79，2008
- (文献8) 有元光彦：伝言ゲームの言語学的分析：日本文学研究31，A25-A35，1996
- (文献9) 長田源太郎：Risk Management における Teamworkの重要性：医科器械学 75（11），809-815，2005
- (文献10) 小路ますみ，小森直美，藤岡あゆみ，宮田喜代志，川浪康男，中山みどり，北山后子：看護職・他部門間のコミュニケーションリスクの構造：福岡県立大学看護各研究紀要5（2），61-65，2008
- (文献11) 小林 宏之：チーム医療に求められるノンテクニカルスキル：日職災医誌 61（5），314-318，2013
- (文献12) 組織学会編：組織論レビュー：白桃書房（東京）：2013
- (文献13) 石橋みゆき，吉田千文，木暮みどり，津野祥子，丸谷美紀，雨宮有子，樋口キエ子，諏訪部高江，佐瀬真粧美，葛西好美：退院支援過程における退院調整看護師とソーシャルワーカーの判断プロセスの特徴：千葉看会誌千葉看護学会会誌17（2），1-9，2011
- (文献14) 高橋真冬：織田順：新井絹子：小机敏昭，今瀬律子：柚木祐子：中野美由起：草野華世：在宅療養を判断するために介護者と支援者が共有認識できる介護量評価票の開発：厚生労働科学研究費補助金脳卒中や心筋梗塞に関する医療連携構築に関する研究・平成25年度総括・分担研究報告書：2014
- (文献15) 田中結香・望月宗一郎：介護療養型医療施設の看護師・ソーシャルワーカーの業務に関する認識～専門職連携に焦点を当てて～：保健医療福祉連携：連携教育と連携実践6（1・2），2-10，2013
- (文献16) 松岡千代：ヘルスケア領域における専門職間連携－ソーシャルワークの視点からの理論的整理－：社会福祉学40（2），17-38，2000.

参考資料

- 1, 2-1, 2-2：西多摩脳卒中医療連携検討会で作成された患者情報シート
3,4,5,6：B病院で用いられている退院調整を円滑に行うためのアセスメントシート

F. 健康危険情報

なし

G. 研究発表

1. 論文発表
なし
2. 学会発表
- 1) 高橋真冬，岡部百合子，田尾修，等松春美，草野華世，中野美由起，小山英樹，岡田真明，伊藤宣行：地域で情報を共有するために開発された患者情報シート（チームで共有する情報）の活用：第53回全国自治体病院学会（宮崎市）平成26年10月
 - 2) 柚木祐子，進藤晃，新井絹子，今瀬律子，大山京子，高橋真冬，小机敏昭：病院から訪問看護へ提供される情報の検討：第22回 日本慢性期医療学会（熊本市）平成26年11月
 - 3) 高橋真冬，織田順：病棟業務における多職種の情報管理－Medical Briefing－：第16回日本医療マネジメント学会学術総会（岡山市）平成26年6月
 - 4) 高橋真冬，岡部百合子，田尾修，佐藤いづ美，等松春美，草野華世，中野美由起，伊藤正一，柚木祐子，今瀬律子，新井絹子，小机敏昭：全

国で脳卒中の地域連携に関連して活動している
団体の取り組み：第55回日本神経学会学術大会（福岡市）平成26年5月

- 5) 今瀬律子，関根奏子，北浦理恵子，三上佳世，
小山英樹，高橋真冬，草野華世，等松春美，中
野美由紀：急性期病院の退院調整看護師から見た
退院援助：第53回全国自治体病院学会（宮崎
市）平成26年10月
- 6) 草野華世，等松春美，中野美由起，高橋真冬，
関根奏子，今瀬律子：急性期病院のソーシャル
ワーカーからみた退院支援：第53回全国自治体
病院学会（宮崎市）平成26年10月

H. 知的財産権の出願・登録状況

1. 特許取得
なし
2. 実用新案登録
なし
3. その他
なし

呼吸・ 循環動態	血圧: ____ / ____ mmHg (____月 ____日)		不整脈: 無・有		
	気管切開: 無・有	カニューレメーカー: _____ サイズ: ____ Fr. 交換 ____ 週毎			
今後必要な医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 酸素吸入(____ L/分) <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 尿道バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 血糖チェック <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 人工透析 詳細は備考欄へ記入 その他(_____)				
感染症の有無	無・有	<input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> HBV 抗原 <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> HIV <input type="checkbox"/> 疥癬 <input type="checkbox"/> MRSA (部位: _____) <input type="checkbox"/> 多剤耐性緑腫菌 (部位: _____) <input type="checkbox"/> その他(_____)			
薬剤	内服(または注射剤)				
	外用薬				
	自己管理:	可 ・ 一部介助 ・ 全介助			
禁忌・アレルギー	無・有	<input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 食品 (_____) その他(_____)			
栄養摂取	嚥下障害: 無・有	咀嚼障害: 無・有	経口摂取: 無・有		
	経管栄養: 無・有	鼻腔・食道ろう・胃ろう・腸ろう・その他			
	1日水分量: ____ cc	(_____)			
	栄養剤の種類:	摂取量	kcal/日		
	水分摂取量:				
	チューブサイズ ____ Fr	最終交換日 ____月 ____日 (頻度: _____)			
精神機能	認知症: 無・有	日常生活自立度: I ・ IIa ・ IIb ・ IIIa ・ IIIb ・ IV ・ M			
	精神症状: 無・有	詳細:			
	精神科受診: 無・有				
	失語症: 無・有				
	構音障害: 無・有				
身体機能	麻痺: 無・有	詳細:			
	拘縮: 無・有				
	その他: 無・有				
リハビリテーション	無・有	<input type="checkbox"/> 理学療法 ・ <input type="checkbox"/> 作業療法 ・ <input type="checkbox"/> 言語聴覚療法 ・ <input type="checkbox"/> 摂食嚥下訓練 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
	リハへの意欲: 無・有				
備考欄					

【資料2-1】ADL表

患者情報シート(2) 地域連携用

患者氏名		生年月日	(歳)
------	--	------	------

記入年月日: 平成____年____月____日 記入者職種: _____ 氏名 _____ 印

身体機能および日常生活動作(ADL)

身長	cm	体重	kg
視力	眼鏡・コンタクト: (無 ・ 有)	見える ・ 大きい字なら見える ・ 殆ど見えない ・ 見えない	
聴力	補聴器: (無 ・ 有)	聞こえる ・ 大きい声なら聞こえる ・ 殆ど聞こえない ・ 聞こえない	
褥瘡	無 ・ 有 (部位: _____ 処置法: _____)		
移動	つえ ・ シルバーカー ・ 歩行者 ・ 車椅子		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
起居動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 全介助	移乗動作	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
排泄	失禁: 無 ・ 有	オムツ使用	無 ・ 有
排尿	尿意: 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	バルーン留置: 無 ・ 有		
排便:	便意: 無 ・ 有	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 差込便器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
	下剤の使用: 無 ・ 有 (<input type="checkbox"/> 下剤 <input type="checkbox"/> 坐薬 <input type="checkbox"/> 浣腸 <input type="checkbox"/> その他)		
食事	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> 自助具		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
食形態	主食	米飯 ・ 全粥 ・ ()粥 ・ その他()	
	水分	普通の飲み物 ・ ゼリー ・ とろみ (状態:)	
	副食	加工なし ・ きざみ (2~3cm 角 ・ 1~1.5cm 角 ・ 0.5cm 角程度) ペースト状 ・ その他() とろみ: 無 ・ 有	
歯磨き	自立 ・ 見守り 一部介助 ・ 全介助	入れ歯: 無 ・ 有	口腔内衛生状態: 良 ・ 悪
入浴	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> 清拭のみ		自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
更衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	整容	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助
意思疎通	失語症: 無 ・ 有	構音障害: 無 ・ 有	表現理解:
問題行動	無	<input type="checkbox"/> 精神症状 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 頻回のコール <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 転倒転落 <input type="checkbox"/> 自己抜去 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 大声を出す	
	有	<input type="checkbox"/> その他() 抑制: 無 ・ 有 (方法:)	
備考欄	家族への退院指導: 有 ・ 無 理解度: 良好 ・ 多少不安が残る 指導内容等		

【資料2-2】

ソーシャルワーク

保険種別	<input type="checkbox"/> 国保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 社保（本人・家族） <input type="checkbox"/> 国保高齢（1割、2割、3割） 非課税減額 _____ <input type="checkbox"/> 後期高齢（1割、3割） <input type="checkbox"/> 障害（食のみ） <input type="checkbox"/> 難病 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 乳 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 親 <input type="checkbox"/> 生保（_____福祉事務所 TEL _____ 担当_____）	
障害者手帳	無・有 （ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 部位____、____種____級・度 _____年交付）	
介護保険	無・有 （要支援1・要支援2・要介護1・要介護2・要介護3・要介護4・要介護5）	
かかりつけ医	無・有 （_____先生：_____病院・医院・診療所（_____科））	
ケアマネジャー	無・有（氏名：_____事業所名：_____）	
その他の社会資源利用	無・有（_____）	
主たる意思決定者	本人・本人以外（氏名：_____続柄：_____）	
家族構成図		男 <input type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/> 本人は■/● 主たる介護者に◎ 居住（_____）
患者、家族の希望 （可能なら本人、家族が直接記入）	本人： _____ _____ _____ 家族： _____ _____ _____	
家屋状況	一戸建て 集合住宅（_____階建ての_____階に居住）・エレベーター：無・有 <input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> その他 家屋の改修の必要性：無・有	
備考欄 （療養計画等）		
同意確認	地域連携パスとしての使用：可・不可	本人： _____ 印 家族代表： _____ 印

【資料3】

保存 中止

退院支援・情報シート

(No. 1)

評価日: 年 月 日() 退院予定日: 年 月 日()

患者ID 氏名	様	性別	生年月日	年齢	歳
入院日	年 月 日	介護保険	<input type="checkbox"/> 1. 介護保険認定済み→ <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() →介護度変更申請の必要性:		
病棟			<input type="checkbox"/> 2. 申請中 <input type="checkbox"/> 3. 必要があるが未申請 <input type="checkbox"/> 4. 不要または非該当		
特定疾患	()	身障手帳	(級)(種類:)		
保険種別	<input type="checkbox"/> 1. 健保(<input type="checkbox"/> 政府 <input type="checkbox"/> 組合 <input type="checkbox"/> 日雇) <input type="checkbox"/> 2. 国保 <input type="checkbox"/> 3. 共済(<input type="checkbox"/> 国 <input type="checkbox"/> 地 <input type="checkbox"/> 私学) <input type="checkbox"/> 4. 生保 <input type="checkbox"/> 5. 労災 <input type="checkbox"/> 6. 自費 <input type="checkbox"/> 7. 公費				
入院前場所	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 他病院 <input type="checkbox"/> 3. 老健 <input type="checkbox"/> 4. 特養 <input type="checkbox"/> 5. 有料老人ホーム・グループホーム <input type="checkbox"/> 6. その他()				
かかりつけの医師はいますか?	<input type="checkbox"/> 1. いる(<input type="checkbox"/> 往診可 <input type="checkbox"/> 不可)		<input type="checkbox"/> 2. いない		ケアマネージャーは決まっていますか?
告知は受けていますか?	<input type="checkbox"/> 1. はい <input type="checkbox"/> 2. いいえ <input type="checkbox"/> 3. 家族は受けている <input type="checkbox"/> 4. その他()				

■ 第一段階(48時間以内に記入):(病棟看護師が記入) *BPSDは「認知症に伴う行動・心理障害をさす。」

区分	項目(当てはまるものすべてにチェック)	記入日:
主疾患	<input type="checkbox"/> 1. 悪性新生物 <input type="checkbox"/> 2. 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 3. 難治性神経疾患 <input type="checkbox"/> 4. 心疾患 <input type="checkbox"/> 5. 骨折 <input type="checkbox"/> 6. 慢性呼吸器疾患 <input type="checkbox"/> 7. 糖尿病 <input type="checkbox"/> 8. うつ病 <input type="checkbox"/> 9. 認知症 <input type="checkbox"/> 10. その他	
症状	<input type="checkbox"/> 1. 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 2. 終末期 <input type="checkbox"/> 3. 麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 5. 低栄養 <input type="checkbox"/> 6. 褥瘡 <input type="checkbox"/> 7. 脱水 <input type="checkbox"/> 8. BPSD <input type="checkbox"/> 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 <input type="checkbox"/> 10. その他()	
医療処置 (退院後予測される)	<input type="checkbox"/> 1. 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 2. 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 3. 吸引 <input type="checkbox"/> 4. HOT <input type="checkbox"/> 5. 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 6. 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 7. 経管栄養 <input type="checkbox"/> 8. 腎ろう <input type="checkbox"/> 9. 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 10. 尿管皮膚ろう <input type="checkbox"/> 11. CAPD <input type="checkbox"/> 12. ストーマケア <input type="checkbox"/> 13. 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 14. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール <input type="checkbox"/> 15. リハビリテーション <input type="checkbox"/> 16. その他() <input type="checkbox"/> 17. 特になし	
入院形態	<input type="checkbox"/> 1. 再入院(<input type="checkbox"/> 1ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 2ヶ月以内 <input type="checkbox"/> 半年以内) <input type="checkbox"/> 2. 緊急入院 <input type="checkbox"/> 3. その他()	
ADL	<input type="checkbox"/> 1. 移動要介助 <input type="checkbox"/> 2. 排泄要介助 <input type="checkbox"/> 3. コミュニケーション障害 <input type="checkbox"/> 4. 言語障害 <input type="checkbox"/> 5. 視力障害 <input type="checkbox"/> 6. 聴力障害 <input type="checkbox"/> 7. その他()	
家庭・環境	<input type="checkbox"/> 1. 独居・介護者不在 <input type="checkbox"/> 2. 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 3. 日中独居 <input type="checkbox"/> 4. その他()	
希望する退院先	本人	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 他病院 <input type="checkbox"/> 3. 老健 <input type="checkbox"/> 4. 特養 <input type="checkbox"/> 5. 有料老人ホーム・グループホーム <input type="checkbox"/> 6. その他() <input type="checkbox"/> 7. 未確認
	家族	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 他病院 <input type="checkbox"/> 3. 老健 <input type="checkbox"/> 4. 特養 <input type="checkbox"/> 5. 有料老人ホーム・グループホーム <input type="checkbox"/> 6. その他() <input type="checkbox"/> 7. 未確認
経済的問題	<input type="checkbox"/> 1. あり <input type="checkbox"/> 2. なし	社会復帰への支援 <input type="checkbox"/> 1. 必要 <input type="checkbox"/> 2. 不要
退院後の生活についての —ご希望 —不安なこと		

■ 住宅医療移行支援の必要性について:(病棟看護師が記入)

支援の必要性 ※チェックはひとつ	<input type="checkbox"/> 1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 <input type="checkbox"/> 2. 病棟看護師が中心となり対応 <input type="checkbox"/> 3. 不要
支援が必要な理由 ※チェックは いくつでも可	<input type="checkbox"/> 1. 再入院を繰り返している患者 <input type="checkbox"/> 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者 <input type="checkbox"/> 3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 <input type="checkbox"/> 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 <input type="checkbox"/> 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 <input type="checkbox"/> 6. その他()

■ 住宅医療移行支援の必要性について:(在宅医療移行支援担当者が記入)

在宅医療移行支援 担当者	職種() 部署名()
支援の必要性 ※チェックはひとつ	<input type="checkbox"/> 1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 <input type="checkbox"/> 2. 病棟看護師が中心となり対応 <input type="checkbox"/> 3. 不要
支援が必要な理由 ※チェックは いくつでも可	<input type="checkbox"/> 1. 再入院を繰り返している患者 <input type="checkbox"/> 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者 <input type="checkbox"/> 3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 <input type="checkbox"/> 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 <input type="checkbox"/> 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 <input type="checkbox"/> 6. その他()

【資料4】

保存 中止

アセスメントシート

(No. 2)

患者ID 氏名	様	性別	生年月日	年齢	歳	
区分	項目				記入日:	
疾患・症状 ※チェックはいくつでも可	<input type="checkbox"/> 1. 意識レベル低下 <input type="checkbox"/> 2. 終末期 <input type="checkbox"/> 3. 麻痺 <input type="checkbox"/> 4. 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 5. 低栄養 <input type="checkbox"/> 6. 褥瘡 <input type="checkbox"/> 7. 脱水 <input type="checkbox"/> 8. BPSD <input type="checkbox"/> 9. 疼痛またはその他の苦痛症状 <input type="checkbox"/> 10. その他()					
医療処置 ※チェックはいくつでも可	<input type="checkbox"/> 1. 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 2. 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 3. 吸引 <input type="checkbox"/> 4. HOT <input type="checkbox"/> 5. 注射・点滴 <input type="checkbox"/> 6. 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 7. 経管栄養 <input type="checkbox"/> 8. 腎ろう <input type="checkbox"/> 9. 膀胱カテーテル <input type="checkbox"/> 10. 尿管皮膚ろう <input type="checkbox"/> 11. CAPD <input type="checkbox"/> 12. ストーマケア <input type="checkbox"/> 13. 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 14. 疼痛(麻薬)管理・症状のコントロール <input type="checkbox"/> 15. リハビリテーション <input type="checkbox"/> 16. その他() <input type="checkbox"/> 17. 特になし			服薬 状況	具体的内容(自由記載)	
日常生活動作 ※チェックは各ターフ						
排便	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 時々失敗 <input type="checkbox"/> 3. 失禁、オムツ					
排尿	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 時々失敗 <input type="checkbox"/> 3. 失禁、オムツ					
整容	<input type="checkbox"/> 1. 自立(用具は準備してもらおう) <input type="checkbox"/> 2. 全介助					
トイレ動作	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 一部介助 <input type="checkbox"/> 3. 全介助					
食事	<input type="checkbox"/> 1. 自立(食事は用意してもらってよい) <input type="checkbox"/> 2. 一部介助 <input type="checkbox"/> 3. 全介助					
起居・移動	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 一部介助 <input type="checkbox"/> 3. 全介助 だか座位はとれる <input type="checkbox"/> 4. 起居不能					
歩行	<input type="checkbox"/> 1. 自立(補助具を使用してもよい) <input type="checkbox"/> 2. 一部介助 <input type="checkbox"/> 3. 車椅子にて自立 <input type="checkbox"/> 4. 全介助					
更衣	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 一部介助 <input type="checkbox"/> 3. 全介助					
階段昇降	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 一部介助 <input type="checkbox"/> 3. 全介助					
入浴	<input type="checkbox"/> 1. 自立 <input type="checkbox"/> 2. 何らかの介助が必要					
認知	<input type="checkbox"/> 0. 正常 <input type="checkbox"/> 1. 軽度(通常家庭内行動ほぼ自立、日常生活上助言や介助は必要ないか、あっても軽度) <input type="checkbox"/> 2. 中等度(知能低下のため日常生活が1人ではちょっとおぼつかない、助言や介助が必要) <input type="checkbox"/> 3. 高度・最高度(日常生活が1人では無理、多くの助言や介助が必要、あるいは逸脱行為が多く目が離せない)					
コミュニケーション障害	<input type="checkbox"/> 1. 言語障害 <input type="checkbox"/> 2. 視力障害 <input type="checkbox"/> 3. 聴力障害 <input type="checkbox"/> 4. その他()					
希望する退院先	本人	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 他病院 <input type="checkbox"/> 3. 老建 <input type="checkbox"/> 4. 特養 <input type="checkbox"/> 5. 有料老人ホーム・グループホーム <input type="checkbox"/> 6. その他() <input type="checkbox"/> 7. 未確認				
	家族	<input type="checkbox"/> 1. 自宅 <input type="checkbox"/> 2. 他病院 <input type="checkbox"/> 3. 老建 <input type="checkbox"/> 4. 特養 <input type="checkbox"/> 5. 有料老人ホーム・グループホーム <input type="checkbox"/> 6. その他() <input type="checkbox"/> 7. 未確認				
家族/介助者の状況 (家族の介護力、退院に対する不安等)						
その他の状況	(社会資源・入院前の在宅サービス利用状況等)					
支援の必要性 ※チェックはひとつ	<input type="checkbox"/> 1. 在宅医療移行支援担当者が中心となり対応 <input type="checkbox"/> 2. 病棟看護師が中心となり対応 <input type="checkbox"/> 3. 不要					
支援が必要な理由 ※チェックはいくつでも可	<input type="checkbox"/> 1. 再入院を繰り返している患者 <input type="checkbox"/> 2. 褥瘡処置など退院後も高度で熟練の医療が必要な患者 <input type="checkbox"/> 3. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 <input type="checkbox"/> 4. 独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 <input type="checkbox"/> 5. 現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 <input type="checkbox"/> 6. その他()					