

総 説

シームレスケアの概念分析  
—高齢脳血管疾患患者への看護実践における活用—

**Concept Analysis of Seamless Care: Application in Nursing Practice for Elderly Patients with Cerebrovascular Disease**

竹内 千夏 (Chinatsu Takeuchi)\*<sup>1</sup> 森下 安子 (Yasuko Morishita)\*<sup>2</sup>  
長戸 和子 (Kazuko Nagato)\*<sup>2</sup>

要 約

本研究は、シームレスケアの概念を明らかにし、高齢脳血管疾患患者への看護実践における活用について検討することを目的とする。Walker & Avantの手法を参考に概念分析を行った結果、属性は【継続性のあるケア】【一貫性のあるケア】【個別性のあるケア】【協働性のあるケア】、先行要件は【医療・介護が必要な患者】【療養の場の移動】【在宅での受け入れが困難な状況】、帰結は【患者・家族が安心できる生活】【患者・家族が望む場での生活】が抽出された。概念分析の結果から、シームレスケアの定義は、「医療・介護が必要な患者の退院による療養の場の移動に伴う困難な状況において、患者と家族ならびに医療・介護に関わる専門職により行われる継続性・一貫性・個別性・協働性のあるケアであり、その結果、患者・家族が望む場での安心できる生活につながっている。」と結論づけた。類似概念としてdischarge planningについて検討した結果、明確に区別でき、シームレスケアの概念は、高齢脳血管疾患患者への看護実践において活用できることが示唆された。

Abstract

The purpose of this study was to clarify the concept of seamless care and examine its practical application in nursing practice for elderly patients with cerebrovascular disease. Through concept analysis using Walker & Avant's method, seamless care attributes [continuous care], [consistent care], [individual care] and [collaborative care], antecedents [patients who need care], [movement of the place of treatment], [difficult circumstances regarding care for patients at home], and consequences [living in a way that patients and their families feel reassurance] and [living in the place where patients and their families want to live] were extracted. Based on the results of concept analysis, seamless care was defined as follows: "seamless care is continuity, consistency, individuality, and collaborative care provided to patients and their families by medical and welfare professionals in difficult circumstances due to the movement of the place of treatment for discharged patients who still need care. Therefore, it leads to living with reassurance in the place patients and their families want to live." As a result of examining discharge planning as a similar concept to seamless care, they were clearly distinguishable, and it was suggested that the concept of seamless care can be applied in nursing practice for elderly patients with cerebrovascular disease.

キーワード：シームレスケア 概念分析 高齢者 脳血管疾患

I. はじめに

シームレスケアは、1990年代はじめに米国で初めて使用された概念であり、discharge planning (退院計画) の要素の一つとして、海外では病

院から在宅への移行に不可欠な概念とされている。discharge planning (退院計画) は、1984年米国病院協会により「患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病

\*<sup>1</sup>香川県立保健医療大学

\*<sup>2</sup>高知県立大学

院全体としてのプロセス」と定義されている(手島, 1997)。円滑なdischarge planning(退院計画)を行うために、病院内の体制整備や他機関との連携、入院支援などのシステム整備が進められているものの、病院から退院する際には、療養の場の変更、ケア提供者の交代、必要とする医療・介護の変更が生じることが多く、入院中に行われ、退院後も継続すべきケアが中断されやすい状況となり、ケアの断片化につながる。ケアの断片化の結果として、患児を持つ親の孤立感(Smith, 2000) 退院後の不安や投薬の不一致(Säfström, 2018) といった病院および地域社会サービス全体のケアの不連続性(Marks, 1994)が生じる。

Heywood (2002) は、シームレスケアに関するレビューにおいて、手術の準備時、入院前の診療所、退院計画などの様々な場面で個別にケアが計画・実施されるため、断片的になる危険性が高くなるが、ケアの一貫性と継続性を達成するには、ケアの各側面を全体の一部として捉えることが必要であるとしている。またKitson (1999) は、看護の本質に関する記述において、患者中心のケアを構成する要素の一つに“継続性と調整”を挙げ、在宅での継続的なサービスを保証するためには看護師が部門、機関、地理的境界、専門分野を超えて働くことができるシステムと構造が必要であることに加え、患者を取り巻くサポートネットワーク、患者の対処する力、短期および長期間における介護者の対処する力量についてケアの継続性の範囲で考慮する必要があることを述べている。さらに近年ではBoston-Fleischhauer (2017) が、病院間のケアの断片化に対処するためには再入院の回避への対策から病院と病院の全体にわたってシームレスなケアの継続性を達成することへとパラダイムを転換する必要性があることに言及している。つまり、病院から在宅に移行する患者への看護援助として、看護師各々が行う退院援助のプロセスに重点を置く視点から、病院および在宅を含む地域全体を一つの共同体としたケアの継続性に焦点を当てる必要性があると考え、シームレスケアに着目した。

シームレスケアは、アメリカの医師Johnsson (1992) により農村地域における医療システムに

関する報告において初めて用いられ、病院や診療所のような独立した施設であっても施設間でコミュニケーション、ネットワーク、パートナーシップを構築し、医療記録を共有することにより患者へのシームレスケアが実現すると述べている。またシームレスケアをサポートする環境整備として患者の医療情報の電子記録システムが構築されている(Hammond, 2010)。薬学では、カナダにおいて退院に伴う薬物療法の中断が課題となっていたことからカナダ病院薬剤師協会がシームレスケアを定義し(Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2004)、薬剤師を中心とした薬物管理のシームレスケアプログラム(Edwards, 2014; Nickerson, 2005) や長期ケア環境における薬物調整(MacKinnon, 2009)、在宅ケア移行に関連する薬物関連の問題の評価(Meyer-Masseti, 2018) およびシームレスケアを促進する取り組み(Claeys, 2013) といった報告がある。看護学では、急性期病院を退院する患者へのシームレスケアについて、discharge planning(退院計画)の現状や課題を分析した報告(Marks, 1994) が広く認識されている。我が国においては小木曾(2019b) がシームレスケアを定義し、認知症高齢患者のシームレスケア実践力尺度を開発している。

以上のように、シームレスケアの概念は看護学のほかに医学、薬学で用いられているが、各分野で多様な用いられ方をしており、共通理解がされていない。さらに看護学の中でも切れ目なく行われる看護の中のどのような看護実践を指しているのか曖昧な状態であることがうかがえる。したがって、シームレスケアの概念を明らかにすることにより、ケアの継続性にかかわる看護実践が明確となり、地域包括ケアシステムの中で病院から在宅へ移行する患者への看護実践につながると期待できる。そこで、本研究では、シームレスケアの概念分析を行い、その構成要素と定義を明らかにし、特にシームレスケアを必要としている高齢脳血管疾患患者への活用について検討することを目的とする。

## II. 研究方法

### 1. データ収集方法

#### 1) 英文献

文献の選択基準は、①タイトルもしくはキーワードもしくは要旨に“Seamless care”が入っているもの、②本文中にシームレスケアに関する記述があるものとした。データベースはPub Med, CINAHL, MEDLINEを用い、キーワードは“Seamless care” AND “discharge planning” および “Seamless care” AND “nursing” とし、年代は制限せず検索した結果、重複を削除した444件が検索された。このうちタイトル・キーワード・抄録にシームレスケアが入っていない381件を除いた63件の本文を精読し、選択基準に該当する19件と書籍1件の計20件を分析対象とした。文献は医学、看護学、薬学、教育学の分野であった。

#### 2) 和文献

文献の選択基準は、①タイトルもしくはキーワードもしくは要旨に「シームレスケア」が入っているもの、②本文中にシームレスケアに関する記述があるものとした。データベースは、医学中央雑誌Web版Vers. 5、CiNiiを用い、キーワードは「シームレスケア」とし、年代は制限せず2020年までで検索した結果、重複を削除した121件が検索された。このうちタイトル・キーワード・抄録にシームレスケアが入っていない46件を除いた75件の本文を精読し、選択基準に該当する9件および書籍1件の計10件を分析対象とした。文献は全て医学・看護分野であった。

和文献・英文献をあわせて30件を分析対象とすることとした。

### 2. 分析方法

Walker & Avantの手法 (Walker & Avant, 2005/2008) を参考に行った。この方法は、概念の基礎となる要素を調べることを目的としていることから分析方法として選択した。分析手順は1) 概念を選択する、2) 分析の目的を決定する、3) 選択した概念の用法を明らかにする、4) 選択した概念を定義づける属性について明らかにする、5) モデル例を明らかにする、6) 補足例を明らかにする、7) 先行要件と結果を明

らかにする、8) 経験的指示対象を明らかにする、に基づいて行った。まずシームレスの概念を選択し、分析対象の文献からシームレスケアの定義およびシームレスケアに関わる記述を抽出した。分析シートに属性、先行要件、帰結に分けて記入し、類似性と相違性に配慮しながらサブカテゴリー化、カテゴリー化を行い、属性、先行要件、帰結を明らかにした。モデル例を示した後、類似概念との類似性と相違性を検討し、シームレスケアを定義した。なお、本研究では補足例、経験的指示対象を明らかにする手順は省略した。

## III. 結果

まず、概念の用法について記述し、その後シームレスケアの属性、先行要件、帰結の内容を記述する。加えて、類似概念との相違を明らかにする。本文中にはカテゴリー【】、サブカテゴリー<>およびコードを示す。

### 1. 概念の用法

#### 1) 国外での用法

医学分野では、シームレスケアについて患者を病院から自宅にスムーズかつ安全に移動させること (Spehar, 2005)、精神保健サービスにおける病院と社会サービスとの間の自然な不連続性に関して、両者を密接に結びつけるという人工的な概念 (Tyrer, 2002) としている。このように患者が病院を退院した後も、患者に必要な医療的ケアや社会サービスが継続され、病院から在宅へスムーズに移動させる援助と捉えている。一方で、医療情報の分野では、人、場所、人口統計、病気、治療、データ、規則など全ての部分を整然と論理的で審美的に一貫した方法でまとめる必要があること (Hammond, 2010)、ITを用いた健康にかかわる情報システムによって施設にまたがる臨床医、患者、介護者への情報の流れとフィードバックを促進する介入 (Marcotte, 2015) としている。このように患者がどこで療養していても医療者や患者が健康にかかわる情報を得ることができる情報管理システムを構築することとして捉えており、患者への直接的な援助の意味合いは含んでいない。

薬学分野では、1998年にカナダ病院薬剤師協会およびカナダ薬剤師協会がシームレスケアを「医療提供者と環境のスペクトル全体に及ぶヘルスケアシステムで患者に提供されるケアの望ましい継続性」と定義し (Canadian Society of Hospital Pharmacists, 2004)、ヘルスケアサービスの提供の構成要素 (Edwards, 2014) と捉えている。さらに2000年には医療分野のケアの継続性に関するレビューにおいて以下の6つの要素からなる定義が提案されている。①患者の視点に立った協調的で円滑なケアの進行の経験 (経験的継続性)、②患者を追跡する優れた情報伝達 (情報の連続性: 医療記録の継続性と一貫性)、③専門家とサービスおよび患者の間の効果的なコミュニケーション (国境を越えたチームの継続性)、④柔軟性を持ち、時間の経過とともに個人のニーズに適応する (柔軟な継続性)、⑤他のニーズに合わせてできる限り少数の専門家によるケアを行う (長期的な継続性)、⑥患者が治療上および対人関係 (対人関係の連続性) を築くことができる1人または複数の指名された専門家を提供することである (Spinewine, 2010)。この定義は、シームレスケアとケアの継続性を同義とみなしつつ、異なる医療提供者または環境を移行する場合の薬物療法の継続性のみに限定している。また、ケアの移行全体にわたる患者の安全を確保すること (van Mil, 2019)、患者が健康管理にギャップを感じることなく一次医療と二次医療の間を行き来できるようにすること (Smith, 1997) と定義している研究者もいる。このように、ヘルスケアシステムにおいて患者が退院に伴う健康管理にギャップを感じることなく安全に移動でき、投薬に関わる問題が生じない状態にする継続性のある援助と捉えている。

看護学分野では、Marks (1994) が急性期病院を退院する患者へのシームレスケアと discharge planning (退院計画) との関連性を分析し、退院プロセスの問題として、①急性病棟の高齢患者は家庭の状況や退院後の対応について尋ねられない、②薬物療法に関する情報の不足、③退院支援に関する情報の不足、④退院通知の欠如、⑤搬送手配の不十分、⑥コミュニティサービスの提供の遅れを挙げ、シームレスケアを確保するためには継続性が重要であることを述べてい

る。その他、急性期施設とプライマリ施設の間の患者のスムーズな移行 (Hibberd, 1998) として用いられており、退院を契機に異なる環境に移動する患者に適切な退院計画を行うこと、および退院後に担当するコミュニティスタッフへの情報伝達およびスムーズな移行を促進する援助と捉えている。しかしながら Heywood (2002) はシームレスケアの文献レビューの中で、Marks (1994) の研究に見られるように、看護学分野ではシームレスケアについて、単に discharge planning (退院計画) を的確に行い、コミュニティスタッフへの効率的な引き継ぎを達成することだけの問題であると多くの人が信じていることを指摘している。一方で Burton (2011) は、ストーマケアの必要な患者への薬剤調整のシステム構築に関する報告において、シームレスケアによりエビデンスに基づく実践である「適切な患者に適切な時期に適切な方法で適切なことを行うこと」を保証できると述べている。ここでは、シームレスケアを退院に関わらず、患者の状態に合わせたタイミング、適切な方法でケアを行うことと捉えている。

教育学分野では、専門職連携教育に「シームレスケア」モデルが活用されている。ダルハウジー大学では、急性期医療から地域社会へと移行する患者を中心とした専門家間の協働スキルを開発することを目的として、医学・看護学・薬学・歯科・歯科衛生の各領域1人の学生から成る学生の専門職チームで学ぶ体験学習のカリキュラムを構築している (Mann, 2009)。ここでは、シームレスケアを患者中心の協働実践のための専門職間の教育の枠組みと捉えている。

## 2) 国内での用法

日本でシームレスケアの概念が用いられ始めたのは、2000年以降である。

医学分野では、シームレスケアについて、つなぎ目のない医療 (藤田, 2010)、急性期・回復期・維持期・在宅の患者情報を共有し、定期的な他機関による会合で共有し、切れ目のない、つなぎ目のない医療・ケアを提供すること (大原, 2011)、療養場所に関わらず適切な口腔ケアが受けられるような病院看護師による病院や施設へのクリティカルパスによる情報提供 (木村,

2012) としている。このように、退院後の患者へのつなぎ目のない医療ケアの提供およびクリティカルパスを活用した病院や保健福祉施設の間での情報伝達システムの運用の基盤として捉えている。

看護学分野では、医療連携の重要性が認識される中で、保健、医療、福祉は“人びとの健康”を中核に据えて連携することが望ましいことに言及し、シームレスケアを「医療サービスや介護サービスの提供が様々な療養の場に分かれていても、切れ目のない、一体となったケアや医療サービスを提供すること」(上泉, 2013) としている。また、認知症看護において「入院前や退院後の生活状況も視野に入れて、必要な医療を継続して行いながら生活機能を高める切れ目のないケアを行うこと」(小木曾, 2019b) として

いる。さらに看護実践の褥瘡ケアについて、職種間や施設間を切れ目なくつなげることにより、病院から在宅まで、「いつでも、どこでも、だれでも、正しい褥瘡ケアを実現すること」を目指すケアシステム(田中, 2017) としている。

このように、シームレスケアとは、ケアの対象としているものは、退院後の医療・介護サービス、褥瘡ケア、認知症ケアのように多岐にわたるが、病院や在宅のどこにいても患者に必要な医療やサービスを切れ目なく提供する援助として捉えることができる。

## 2. 属性(裏づけとなる文献を表1に示す)

シームレスケアの属性は【継続性のあるケア】【一貫性のあるケア】【個別性のあるケア】【協働性のあるケア】の4つが抽出された(図1)。

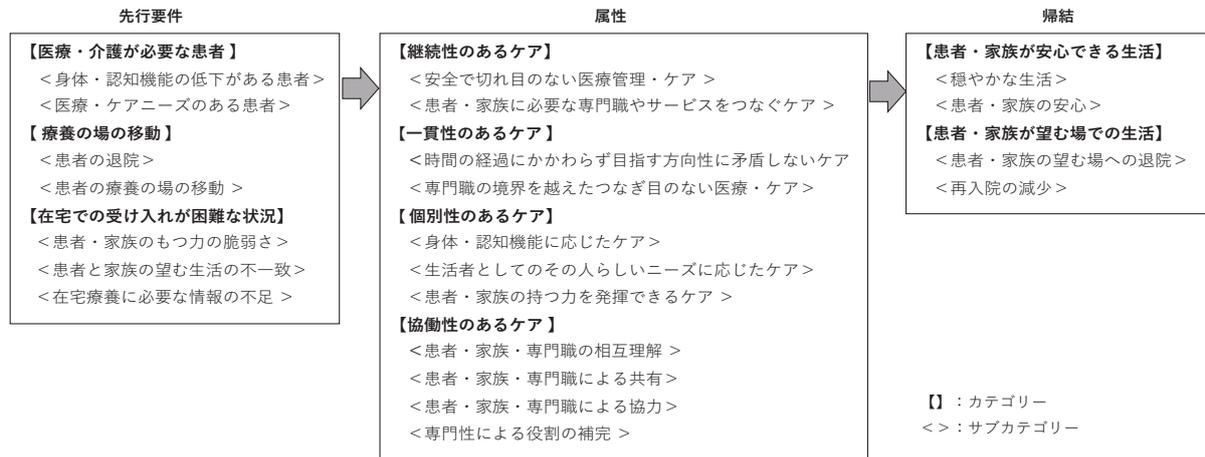


図1 シームレスケアの先行要件・属性・帰結

### 1) 【継続性のあるケア】

【継続性のあるケア】は、療養場所が病院から在宅に移行する過程において患者に必要な医療・介護が切れ目なく行われ、患者・家族が必要とする専門職とのアクセスや社会的サービスが途切れずにつながっているケアである。<安全で切れ目のない医療管理・ケア><患者・家族に必要な専門職やサービスをつなぐケア>の2つで構成されている。

<安全で切れ目のない医療管理・ケア>は、療養場所が病院から在宅に移行する過程において、患者に必要な医療・ケアを中断することがないように安全に提供し続けることである。医療管理の継続(小木曾, 2018b; 小木曾, 2018e)、安全な薬物治療の継続(Claeys, 2013;

Booij, 2003; Nickerson, 2005; MacKinnon, 2009; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; Spehar, 2005)、病院から在宅へ引継ぐ切れ目のないケア(Boston-Fleischhauer, 2017; Hammond, 2010; Meyer-Masseti, 2018; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; 田中, 2017; Spehar, 2005)が含まれる。

<患者・家族に必要な専門職やサービスをつなぐケア>は、病院から退院する際に、患者や家族のセルフケア能力に応じた社会資源および医療・介護に関わる多職種への引継ぎや社会的サービスが切れ目なくつなげていくケアである。患者・家族のセルフケア能力に応じた社会資源の調整(Boston-Fleischhauer, 2017; Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018c; 小木曾,

2018e)、患者・家族が必要とする医療・介護に関わる専門職につなぐケア (Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018c; 田中, 2017; Spehar, 2005) が含まれる。

## 2) 【一貫性のあるケア】

【一貫性のあるケア】は、時間の経過や、組織ならびに医療・介護に関わる専門職の引継ぎがあっても、退院後に提供される医療・ケアの目指す方向性に矛盾なく、つなぎ目のないケアである。＜時間の経過にかかわらず目指す方向性に矛盾しないケア＞＜専門職の境界を越えたつなぎ目のない医療・ケア＞の2つで構成されている。

＜時間の経過にかかわらず目指す方向性に矛盾しないケア＞は、時間の経過による患者の状態の変化に合わせて医療・ケアに変化があったとしても目指す方向性に矛盾がないケアである。目指す方向性に矛盾しないケア (Hammond, 2010; Heywood, 2002)、患者の状態に合わせて変化するケア (Boston-Fleischhauer, 2017; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018e; 田中, 2017) が含まれる。

＜専門職の境界を越えたつなぎ目のない医療・ケア＞は、退院により病院から在宅へと患者の療養の場の変更に伴い、施設や職種が変更してもつなぎ目のない医療・ケアを行うことである。専門職の境界を越えたつなぎ目のない医療・ケア (Boston-Fleischhauer, 2017; Hibberd, 1998; 大原, 2011; 田中, 2018; Werrett, 2001) が含まれる。

## 3) 【個別性のあるケア】

【個別性のあるケア】は、患者の身体的・認知的状態に応じ、生活者としてのその人らしいニーズに応じつつ、患者・家族のもつ力の発揮を促すケアである。＜身体的・認知機能に応じたケア＞＜生活者としてのその人らしいニーズに応じたケア＞＜患者・家族のもつ力の発揮を促すケア＞の3つで構成されている。

＜身体的・認知機能に応じたケア＞は、患者の身体・認知機能を踏まえてその時々に必要なケアを選択して提供するケアである。身体機能に応じたケア (小木曾, 2018b)、認知機能に応じたケア (Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018b; 小

木曾, 2018d) が含まれる。

＜生活者としてのその人らしいニーズに応じたケア＞は、生活者として生きてきた患者の目標、好みなどのその人らしさや患者の多様なニーズに応じるケアである。生活者の視点にたつケア (小木曾, 2018c; 田中, 2017)、その人らしさに寄り添うケア (小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; Spehar, 2005)、多様なニーズに応じたケア (Fitzpatrick, 2008; Hammond, 2010; Spehar, 2005) が含まれる。

＜患者・家族のもつ力の発揮を促すケア＞は、患者・家族のもつ力の強みを最大限に活用し発揮できるように働きかけるケアである。患者・家族のもつ力の発揮を促すケア (Knight, 2013; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018e; Spehar, 2005) が含まれる。

## 4) 【協働性のあるケア】

【協働性のあるケア】は、同じ目標を持つ患者・家族および医療・介護に関わる専門職が、各々の強みを生かした役割と責任を相互理解し、目標や医療・ケアに関する知識やスキルを共有し、相互協力し、専門性による役割を補完するケアである。＜患者・家族・専門職の相互理解＞＜患者・家族・専門職による共有＞＜患者・家族・専門職による協力＞＜専門性による役割の補完＞の4つで構成されている。

＜患者・家族・専門職の相互理解＞は、患者・家族が患者の身体状態および必要な医療・ケアの内容を理解し、患者と家族のみならず医療・介護にかかわる専門職が互いの役割と責任に関する相互理解することである。医療・ケアに対する患者・家族の理解 (Knight, 2013; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c)、患者・家族・専門職の役割と責任の相互理解 (Heywood, 2002; Hibberd, 1998; Knight, 2013; Meyer-Masseti, 2018; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; Spehar, 2005; 田中, 2018; Werrett, 2001) が含まれる。

＜患者・家族・専門職による共有＞は、患者と家族および医療・介護に関わる専門職が、患者の医療・ケアに必要な知識やスキルに関する情報を共有するとともに退院後の生活に向けた目標を共有することである。患者・家族

に関する情報の専門職による共有 (Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; Werrett, 2001)、医療・ケアに関する知識とスキルの共有 (Fitzpatrick, 2008; Hibberd, 1998; 小木曾, 2018c; 田中, 2018; 田中, 2017; Werrett, 2001)、目標の共有 (Marcotte, 2015; 小木曾, 2018e) が含まれる。

＜患者・家族・専門職による協力＞は、患者・家族および医療・介護にかかわる専門職が、目指す目標に向かって自らの役割を遂行しつつ、患者・家族と専門職間ならびに組織の異なる専門職の力を合わせてことを進めることである。家族の協力 (小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c)、患者・家族と専門職の協力 (小木曾, 2018a)、組織の異なる専門職間の協力 (Heywood, 2002; Hibberd, 1998; Johnsson, 1992; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018e; Werrett, 2001) が含まれる。

＜専門性による役割の補完＞は、各々の専門性を活かした役割を担いつつ、他の専門職の役割とオーバーラップしながら役割の隙間の部分を埋めるように補い合うことである。他の専門職の役割の補完 (Booij, 2003; 小木曾, 2018d; 田中, 2017; 田中, 2018)、専門性を活かした役割の遂行 (小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e) が含まれる。

### 3. 先行要件と帰結

#### 1) 先行要件

先行要件として【医療・介護が必要な患者】【療養の場の移動】【在宅での受け入れが困難な状況】の3つが抽出された。

【医療・介護が必要な患者】は、疾患による身体的・認知的機能が低下し、医療・介護が必要な状態の患者である。＜身体・認知機能の低下がある患者＞＜医療・ケアニーズのある患者＞の2つで構成されている。＜身体・認知機能の低下がある患者＞は、疾患や入院の影響により身体的・認知的機能が低下した患者である。入院によるADLの低下 (小木曾, 2018b)、入院による認知機能の低下 (小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b) が含まれる。＜医療・ケアニーズのある患者＞は、退院後も何らかの医療・ケアに関するニーズを持つ患者である。医療・ケアニーズのある患者 (小木曾, 2018b; Spehar, 2005) が含まれる。

【療養の場の移動】は、患者の退院に伴い療養の場が病院から在宅へと移動することである。＜患者の退院＞＜患者の療養の場の移動＞の2つで構成されている。

＜患者の退院＞は、入院早期から患者は退院を控えている状態であることを示す。病院からの退院 (Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018b; Spehar, 2005)、退院の準備 (小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e) が含まれる。＜患者の療養の場の移動＞は、退院に伴い、療養の場が病院から在宅に移動することである。療養の場の移動 (Boston-Fleischhauer, 2017; 上泉, 2013; 小木曾, 2018d)、療養場所の探索 (小木曾, 2018b; 小木曾, 2018d) が含まれる。

【在宅での受け入れが困難な状況】は、患者や家族の力の脆弱さや望む生活の不一致、社会資源の情報不足などの理由から患者を在宅で受け入れることが困難な状況である。＜患者・家族のもつ力の脆弱さ＞＜患者と家族の望む生活の不一致＞＜在宅療養に必要な情報の不足＞の3つで構成されている。＜患者・家族のもつ力の脆弱さ＞は、患者自身の自己管理の低さ、家族の患者の身体・認知機能に関する理解力および介護力が低い状態である。患者の自己管理不足 (小木曾, 2018a)、家族の患者に対する理解不足 (小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c)、家族の介護力不足 (小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b; Spehar, 2005) が含まれる。＜患者と家族の望む生活の不一致＞は、退院後の療養に向けた望む生活についての患者と家族の意見が一致しない状態である。施設に頼らざるを得ない家族の事情 (Heywood, 2002; 小木曾, 2018b)、自立した生活への患者の欲求 (小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b) が含まれる。＜在宅療養に必要な情報の不足＞は、地域にある社会資源について患者・家族が十分な情報を持っていない状態である。患者の治療に関する情報不足 (Booij, 2003; Knight, 2013)、利用できる社会資源の情報不足 (Werrett, 2001) が含まれる。

#### 2) 帰結

帰結として【患者・家族が安心できる生活】【患者・家族が望む場での生活】の2つが抽出された。

【患者・家族が安心できる生活】は、シームレスケアにより患者が病院からの退院に伴う療養の場の移動の際に不連続性を感じることなく、落ち着いた穏やかな生活を送ることができる状態である。〈穏やかな生活〉〈患者・家族の安心〉の2つで構成されている。

〈穏やかな生活〉は、退院後の生活に慣れて穏やかな生活を送ることができることである。穏やかな日々の生活の維持（小木曾, 2019b）、施設での落ち着いた生活（小木曾, 2018b）が含まれる。〈患者・家族の安心〉は、シームレスケアが行われた結果、患者・家族は再入院することなく、在宅で過ごすことに安心を感じている状態である。患者・家族の安心（Fitzpatrick, 2008; Marcotte, 2015; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c）

が含まれる。

【患者・家族が望む場での生活】は、シームレスケアにより患者の回復が促進され、患者・家族の望む場に退院でき、再入院することなく望む場での生活を続けることができている状態である。〈患者・家族の望む場への退院〉〈再入院の減少〉の2つで構成されている。〈患者・家族の望む場への退院〉は、患者・家族がともに望む場へ退院することができることである。患者・家族の望む場への退院（小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c）が含まれる。〈再入院の減少〉は、シームレスケアが行われた結果、退院後に体調悪化や生活の不具合による再入院が減少することである。再入院の減少（Fitzpatrick, 2008; Spehar, 2005）が含まれる。

表1 シームレスケアの属性

カテゴリ	サブカテゴリ	コード	文献
継続性のあるケア	安全で切れ目のない医療管理・ケア	医療管理の継続	小木曾, 2018b; 小木曾, 2018e
		安全な薬物治療の継続	Claeys, 2013; Booi, 2003; Nickerson, 2005; MacKinnon, 2009; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; Spehar, 2005
		病院から在宅へ引継ぐ切れ目のないケア	Boston-Fleischhauer, 2017; Hammond, 2010; Meyer-Masseti, 2018; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; 田中, 2017; Spehar, 2005
	患者・家族に必要な専門職やサービスをつなぐケア	患者・家族のセルフケア能力に応じた社会資源の調整	Boston-Fleischhauer, 2017; Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018e
		患者・家族が必要とする医療・介護に関わる専門職につなぐケア	Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018c; 田中, 2017; Spehar, 2005
一貫性のあるケア	時間の経過にかかわらず目指す方向性に矛盾しないケア	目指す方向性に矛盾しないケア	Hammond, 2010; Heywood, 2002
		患者の状態に合わせて変化するケア	Boston-Fleischhauer, 2017; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018e; 田中, 2017
	専門職の境界を越えたつなぎ目のない医療・ケア	専門職の境界を越えたつなぎ目のない医療・ケア	Boston-Fleischhauer, 2017; Hibberd, 1998; 大原, 2011; 田中, 2018; Werrett, 2001
個別性のあるケア	身体・認知機能に応じたケア	身体機能に応じたケア	小木曾, 2018b
		認知機能に応じたケア	Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018d
	生活者としてのその人らしいニーズに応じたケア	生活者の視点にたつケア	小木曾, 2018c; 田中, 2017
		その人らしさに寄り添うケア	小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; Spehar, 2005
	多様なニーズに応じたケア	Fitzpatrick, 2008; Hammond, 2010; Spehar, 2005	
	患者・家族のもつ力の発揮を促すケア	患者・家族のもつ力の発揮を促すケア	Knight, 2013; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018e; Spehar, 2005
協働性のあるケア	患者・家族・専門職の相互理解	医療・ケアに対する患者・家族の理解	Knight, 2013; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c
		患者・家族・専門職の役割と責任の相互理解	Heywood, 2002; Hibberd, 1998; Knight, 2013; Massetti, 2018; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; Spehar, 2005; 田中, 2018; Werrett, 2001
	患者・家族・専門職による共有	患者・家族に関する情報の専門職による共有	Fitzpatrick, 2008; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c; 小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e; Werrett, 2001
		医療・ケアに関する知識とスキルの共有	Fitzpatrick, 2008; Hibberd, 1998; 小木曾, 2018c; 田中, 2018; 田中, 2017; Werrett, 2001
		目標の共有	Marcotte, 2015; 小木曾, 2018e
	患者・家族・専門職による協力	家族の協力	小木曾, 2018b; 小木曾, 2018c
		患者・家族と専門職の協力	小木曾, 2018a
組織の異なる専門職の協力		Heywood, 2002; Hibberd, 1998; Johnsson, 1992; 小木曾, 2018a; 小木曾, 2018e; Werrett, 2001	
専門性による役割の補完	他の専門職の役割の補完	他の専門職の役割の補完	Booi, 2003; 小木曾, 2018d; 田中, 2017; 田中, 2018
		専門性を生かした役割の遂行	小木曾, 2018d; 小木曾, 2018e

#### 4. 類似概念

シームレスケアの類似概念であるdischarge planning（退院計画）について検討を行った。

##### 1) discharge planning（退院計画）

“discharge planning”の定義には、1984年に米国病院協会が定義した「患者とその家族が退院後の適切なケアプランをつくるのを助けるために利用可能でなくてはならない、部門を越えた病院全体のプロセス」（手島，1997）が用いられていることが多い。米国では、入院中の患者への退院援助のみならず、退院後の長期の療養生活における専門的援助が病院の責務とされている。手島（1997）は、discharge planning（退院計画）について「看護師や医療ソーシャルワーカーなどの一部の専門職に限られていた退院援助を全ての患者に対して漏れなく効率的に提供するために、各職種の役割分担や連携方法などについて基準化し、システム化した病院全体としてのプログラムが退院計画である」と述べており、退院計画のプロセスのシステム化をはじめ病院内外の情報共有やサービス環境整備などのシステム構築ならびに専門職への退院支援教育が含まれている。つまりdischarge planning（退院計画）は、病院組織や病院と地域を一つの単位として捉え、円滑な退院援助を目指し、病院全体の退院援助プロセスの構築、病院と退院後の支援者である地域専門職が協働するための病院内外の情報共有やサービス環境整備などのシステム構築、および専門職教育の要素を含んでいることを示している。

また、Xiaoら（2019）によるメンタルヘルスケア環境におけるdischarge planningの概念分析では、属性は「包括的なニーズアセスメント」「患者中心の協働ケア」「人的資源の管理」「ケアとサービスの調整」「退院計画担当者の役割」「退院計画」の6つで構成されている。これらの属性のうち「包括的なニーズアセスメント」「人的資源の管理」「ケアとサービスの調整」の3つは退院援助プロセスであり、「患者中心の協働ケア」「退院計画担当者の役割」の2つは多職種協働のシステム構築に相当することから【協働性のあるケア】の属性と共通している。さらに、discharge planningには、患者の継続的な医療および精神医学的ケア、住居、社会化のニ-

ズに対応するための文書が用いられ、それによりdischarge planningの実実施計画が大幅に異なることを防ぎ、タイムリーで一貫した実施を確実にするような工夫が病院全体で行われていることが示されている。手島（1997）とXiaoら（2019）の定義を踏まえると、discharge planning（退院計画）の属性の特徴は、病院組織全体を一単位としており、病院内のみならず地域を含めた病院内外の協力関係にある組織をも視野に入れた退院援助体制やシステム構築、専門職教育に対するプログラムであるといえる。

一方、シームレスケアの属性の特徴は、病院内外における患者・家族への一連の援助プロセスではあるが、あくまで対象は患者・家族という点である。つまり病院の退院支援体制や病院と地域との情報共有などのシステム構築および専門職教育は含んでいない。したがって、discharge planning（退院計画）が病院組織全体を一つの単位として捉えた援助プロセスやシステム構築の要素を含んでいるのに対し、シームレスケアは患者・家族を一つの単位として捉え、病院から在宅へ移動する個人を対象に行われる直接的・間接的なケアであるという点において明確な違いがある。

以上のことから、discharge planning（退院計画）はシームレスケアを包含する概念であるものの代用できる概念ではないと考える。

## IV. 考 察

### 1. シームレスケアの概念の定義

概念分析の結果から、シームレスケアを以下のように定義した。「医療・介護が必要な患者の退院による療養の場の移動に伴う困難な状況において、患者と家族ならびに医療・介護に関わる専門職により行われる継続性・一貫性・個別性・協働性のあるケアである。その結果、患者・家族が望む場での安心できる生活につながる」である。

シームレスケアは、【継続性のあるケア】【一貫性のあるケア】【個別性のあるケア】【協働性のあるケア】の4つの属性から成り立っている。疾病や障害などの要因により患者が医療・介護が必要な状況や退院を契機に療養の場を移動す

ることに伴い患者・家族が困難な状況に直面した時に、患者・家族に関わる医療・介護に関わる専門職が病院から在宅の担当者に交代となる状況においても、目指す方向性に矛盾しない一貫した医療・介護ケアが切れ目なく行われ、患者・家族の身体・認知機能や生活者として個別性のあるニーズが共有され、患者・家族を中心に病院と在宅の医療・介護に関わる専門職の協力により行われるケアである。また、シームレスケアにより【患者・家族が安心できる生活】【患者・家族が望む場での安心できる生活】につながり、看護師はこれらの状態を目指して支援する必要がある。

## 2. シームレスケアのモデル例

シームレスケアは病院から自宅への移行期における患者とその家族への看護実践として有効であると考えられるが、特に疾患による後遺症のため生活の再構築を迫られることの多い高齢脳血管疾患患者とその家族への看護実践に活用できる概念であると考えた。概念の有効性を検討するためモデルケースの現象を示す。

Aさんは80歳男性。妻と二人暮らしで子供はいない。Aさんは長年タクシー運転手として働き、70歳で退職してからは、家庭菜園や友人とのカラオケを楽しみにしており、また地域の民生委員としてのやりがいを感じながら過ごしていた。3カ月前の夕食時に箸をうまく持てなくなり突然右上下肢が動かなくなった。救急搬送され、中大脳動脈の閉塞による脳梗塞と診断され急性期病院に入院となった。その後、治療とリハビリテーションを続け、2カ月前に回復期リハビリテーション病棟に転院してきた。転院後も右上下肢の麻痺は残っており、車いすの移乗はゆっくりであれば自分で行うことができるが、トイレの際の下着の着脱や入浴の介助などは退院後も必要である【先行要件：医療・介護が必要な患者】。入院期間は3カ月であり、1カ月後には退院することが決まっている【先行要件：療養の場の移動】。退院先について、Aさんは自宅に帰りたく希望しているが、妻は施設入所を希望しており、望む生活の場は一致していない【先行要件：在宅での受け入れが困難な

状況】。

看護師が妻と面談したところ、妻は「夫を見てあげたい気持ちはあるけれど、また脳梗塞になったらと思うと怖い。子どもはいないし、夫の介護を頼める人はいませんしね【先行要件：在宅での受け入れが困難な状況】。私も膝が悪い【先行要件：在宅での受け入れが困難な状況】ので自宅での介護は無理です。施設入所も考えています。」と話された。一方、Aさんは自分のことはできるだけ自分でできるようになって、妻に負担をかけないようになりたくと退院後もリハビリを続けることを希望された。

看護師は、自宅で生活するには、患者と家族だけの力では難しいと考え、妻に、Aさんの現在のADLの状況やこれからの改善の見込みを伝えた。そして、介護保険制度で利用できる福祉サービスや訪問看護について説明した【属性：継続性のあるケア】。妻は「家に来てくれる看護師がいることを知らなかった【先行要件：在宅での受け入れが困難な状況】。病院と同じように看護師さんが身体を見てくれたり、介護を手伝ってくれたり、分からないことを教えてくれると心強い」と話し、訪問看護を利用したいという気持ちを確認した【属性：協働性のあるケア】。看護師は訪問看護師とケアマネジャーにAさんと家族の希望を伝え【属性：協働性のあるケア】、入院中に患者・家族・訪問看護師・ケアマネジャーと共に退院後の生活やそれぞれの役割について話し合う場を作り、退院後の目標を共有した【属性：協働性のあるケア】。また退院後のリハビリは週2回の訪問リハビリに加え、妻が休息できる時間を作るために週1回の通所リハビリを提案した【属性：個別性のあるケア】。薬の管理は妻が今まで行っていたカレンダー管理に合わせて再度指導し【属性：一貫性のあるケア】、退院した当日に訪問看護師が自宅訪問し、体調管理ができるように訪問日の日程調整を行った【属性：一貫性のあるケア】。Aさんと妻は、「手伝ってくれる人がいるから、大丈夫な気がします。やってみないと分からないけど。」と退院に前向きになった。

Aさんは希望する自宅に退院することができた【帰結：患者・家族が望む場での生活】。退院後2週間は訪問看護師が毎日訪問し、体調管理

や介護のサポートを行ったところ、1カ月後には、Aさんと妻は「なんとなく、元の生活に近づいてきました。」【帰結：患者・家族が安心できる生活】と話され、退院当初は難しいと思っていた家庭菜園をプランターからはじめることにした【帰結：患者・家族が安心できる生活】。

このモデルケースは、脳梗塞の発症に伴い介護が必要となった患者のケースであるが、加齢による患者・家族の脆弱さ、望む生活の不一致、社会資源の情報不足などの理由から患者を在宅で受け入れることが困難な状況にある。そのような状況にあっても、看護師による医療・介護の専門職につなぐ継続性のあるケア、患者・家族の望む生活を目指した一貫性のあるケア、患者・家族のニーズに応じた個別性のあるケア、病院と在宅の医療・福祉の専門職が目標を共有する継続性のあるケアが行われることにより、患者・家族の望む生活の場につながっていくと考える。

以上より、シームレスケアの概念は、疾患により介護が必要になった患者とその家族において活用可能であることがわかった。我が国の地域包括ケアシステムではシームレスな医療・介護が掲げられており、システムのどこにいても必要なケアが受けられることが重要である。そのためには、異なる施設にいる専門職各々が自らの所属する施設における介入に限定して考えるのではなく、システムの中で患者がどのように行き来しているかを把握し、異なる施設の多職種が情報提供できる関係性を構築することにより、シームレスケアの達成につながると考える。したがって、病院から在宅への移行期のケアに留まらず、在宅から病院もしくは施設への移行期のケアの概念としても利用可能であると考えた。

### 3. シームレスケアの概念の看護実践への活用

従来、看護学においてシームレスケアは、退院支援の一環として捉えられる傾向にあったことから、シームレスケアそのものとしての看護実践が認識されていない状況であった。退院支援ではなく、シームレスケアの概念に着目することで、病院内および在宅の組織との連携体制

やシステム構築および教育体制と明確に区別し、病院から在宅へ移動する患者・家族という個人を対象に行われる直接的・間接的なケアに重点を置いた看護実践を行うことができる。

脳血管疾患患者への早期からの退院支援により、長期自立機能障害や施設入所数の減少、在院日数を短縮できることが明らかにされている (Langhorne, 2017)。高齢脳血管疾患患者を対象にした退院支援に関する研究として、小山 (2012) は、急性期における退院支援の詳細な支援内容を明らかにし、「病状の見通しの患者・家族への説明」「治療方針の患者・家族への説明」「家族の退院先の希望の把握・確認」は90%以上の患者に提供していると報告している。しかしその一方で、急性期病院の看護師の40.8%は退院後の生活のイメージができないとの報告があり (岩脇ら, 2015)、臨床現場において高齢患者の生活を踏まえて退院支援を行うことは容易ではないことが推測できる。

また回復期リハビリテーション病棟の看護師を対象とした退院支援の先行研究においては、その現状 (長嶋, 2017; 古谷, 2008)、自宅訪問に同行する看護師の役割 (阿閉, 2016)、家族への支援 (金子, 2013)、生活の再構築を支える看護 (原田, 2016; 原田, 2019)、退院先に影響する要因 (青木, 2019)、回復期リハビリテーション看護に従事する看護師のコンピテンシー (松本, 2017) が報告されている。小野 (2006) は看護師が患者・家族との相互作用の中で展開する自宅退院への退院援助プロセスに着目し、【自宅生活の安全性分析】【家族間緊張の感受性】【ADL獲得介入】【生活の意思決定介入】の4つのカテゴリーを抽出し、看護師が患者と家族の関係を維持しつつ自宅退院に導く援助内容を明らかにしている。また、竹内 (2020) は、回復期リハビリテーション病棟の看護師が高齢脳血管疾患患者に生活者の視点に基づいて行う退院支援の実践内容を明らかにしている。以上のように先行研究では、脳血管疾患患者や家族への退院支援にかかわる看護援助に関する知見が蓄積されているが、病院から在宅への移行期の患者・家族への直接的援助に限定されている。つまり、ケアの継続性の視点に立つ看護援助について系統的に述べている報告は見当たらない。

本研究では、シームレスケアの4つ属性【継続性のあるケア】【一貫性のあるケア】【個別性のあるケア】【協働性のあるケア】を見出し、病院から在宅への移行期の患者・家族への直接的・間接的なケアであることを明らかにした。【継続性のあるケア】は、専門職とのアクセスや社会的サービスを途切れずにつなげ、医療・介護を切れ目なく行うケアであり、シームレスケアにおいて最も重要な要素である。また【一貫性のあるケア】は、患者・家族の療養の場、身体状態およびケア提供者など患者を取り巻く環境が変化しても、目指す生活に矛盾のないケア方法に変更し柔軟に対応できるケアであり、過去・現在・未来の時間軸でとらえている。今後の目指す生活が明確であることにより切れ目ないケアを支えている。また【個別性のあるケア】は、患者の身体的・認知的状態や生活者としてのその人らしいニーズを踏まえて、患者・家族のもつ力の発揮を促すケアであり、病院から在宅へ移行したとしても違和感なく受け入れられるというケアであるという点が重要である。さらに、【協働性のあるケア】は、患者・家族がケアに参画し、医療・介護に関わる専門職と目標の共有、協力しながら役割を補完するケアであり、患者・家族および専門職の関係性は、【継続性のあるケア】【一貫性のあるケア】【個別性のあるケア】を行う基盤となっている。以上のことから、【継続性のあるケア】【一貫性のあるケア】、【個別性のあるケア】、【協働性のあるケア】の4つの属性は、過去・現在・未来という長期にわたってつなげていくケアと個々の患者へのケアの双方に焦点を当てつつ、互いに関連しあいながらシームレスケアを構成していると考えられる。

したがって、シームレスケアの概念を活用することにより、病院から在宅への移行期の患者・家族への直接的援助のみならず、地域全体を一つの共同体としたケアの継続性にかかわる看護援助に焦点を当てることができることから、シームレスケアの概念は有用であると考えられる。

また、モデル事例で示したように、シームレスケアは、高齢脳血管疾患患者に活用できる概念であることから、病院から在宅への移行期である回復期の時期に焦点を当て、どのような看護

実践が行われているかを明らかにすることが今後の課題である。

## V. 結 論

概念分析の結果、属性は【継続性のあるケア】【一貫性のあるケア】【個別性のあるケア】【協働性のあるケア】、先行要件は【医療・介護が必要な患者】【療養の場の移動】【在宅での受け入れが困難な状況】、帰結は【患者・家族が安心できる生活】【患者・家族が望む場での生活】が抽出された。シームレスケアは、「医療・介護が必要な患者の退院による療養の場の移動に伴う困難な状況において、患者と家族ならびに医療・介護に関わる専門職により行われる継続性・一貫性・個別性・協働性のあるケアであり、その結果、患者・家族が望む場での安心できる生活につながる」と定義できた。シームレスケアの概念は、病院から在宅への移行期の患者・家族への直接的援助のみならず、地域全体を一つの共同体としたケアの継続性にかかわる看護援助に焦点を当てることができ、高齢脳血管疾患患者への看護実践に活用できることが示唆された。

**利益相反：**本研究において申告すべき利益相反事項はない。

### <引用参考文献>

- 青木頼子, 中山和弘 (2019). 回復期リハビリテーション病棟における脳卒中高齢者の退院先への影響要因. 日本看護研究学会雑誌, 42(5), 881-888.
- 阿閉絵美, 池原真有美, 杉浦早苗, 他 (2016). 回復期リハビリテーション病棟で自宅訪問に同行する看護師が認識した効果や役割, 日本看護学会論文集在宅看護, 46, 59-62.
- Booij AD, de Boer WO, Kokenberg ME, et al (2003). Interventions in seamless care. Pharmacy world & science, 25(2), 41-42.
- Boston-Fleischhauer C, Rose R, Hartwig L (2017). Cross-continuum Care Continuity. Achieving Seamless Care and Managing Comorbidities. The Journal of nursing administration, 47(7-8), 399-403.

- Burton J (2011). A prescription for seamless care: PGDs in stoma care practice, *Gastrointestinal Nursing*, 9, 7-11.
- Canadian Society of Hospital Pharmacists (2004). Seamless Care: Statement.[ [https://www.cshp.ca/docs/pdfs/S\\_Seamless\\_Care\\_2004\\_RETIRED.pdf](https://www.cshp.ca/docs/pdfs/S_Seamless_Care_2004_RETIRED.pdf). 2022. 8. 23]
- Claeys C, Foulon V, De Winter S, et al (2013). Initiatives promoting seamless care in medication management: an international review of the grey literature, *International journal of clinical pharmacy*, 35(6), 1040-1052.
- Edwards SJ, Abbott R, Edwards J, et al (2014). Outcomes assessment of a pharmacist-directed seamless care program in an ambulatory oncology clinic. *Journal of pharmacy practice*, 27(1), 46-52.
- Fitzpatrick M, Dawber S (2008). Best practice in management of stroke: effective transfer of care from hospital to community. *British Journal of Neuroscience Nursing*, 4(12), 582-587.
- Hammond WE (2010). Seamless care: what is it; what is its value; what does it require; when might we get it?. *Studies in health technology and informatics*, 155, 3-13.
- 原田めぐみ, 奥村美奈子 (2016). 回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える援助方針と援助体制の検討, *岐阜県立看護大学紀要*, 16(1), 39-49.
- 原田めぐみ, 奥村美奈子 (2019). 回復期リハビリテーション病棟における脳血管障害患者の生活の再構築過程を支える看護のあり方, *岐阜県立看護大学紀要*, 19(1), 41-52.
- Heywood J (2002). Enhancing seamless care: a review. *Paediatric Nursing*, 14(5), 18-20.
- Hibberd PA (1998). The primary/secondary interface. Cross-boundary teamwork-missing link for seamless care? *Journal of Clinical Nursing*, 7(3), 274-282.
- 古谷澄子, 山本将宏, 藤田真理, 他 (2008). 回復期リハビリテーション病棟から在宅への退院支援に影響する要因の分析, *日本看護学会論文集地域看護*, 38, 91-93.
- 藤田信也, 岡地玉恵 (2010). 中越地区脳卒中地域連携パスの現状—脳卒中のシームレスケアのネットワーク作り—, *長岡赤十字病院医学雑誌*, 23, 3-7.
- 岩脇陽子, 山本容子, 室田昌子, 他 (2015). 病棟看護師の退院支援スキルに関する実態, *京府医大看護紀要*, 25, 19-26.
- Johnsson J (1992). Dynamic diversification: hospitals pursue physician alliances, 'seamless' care. *Hospitals*, 66(3), 20-26.
- 金子史代, 倉井佳子, 佐藤益美 (2013). 高齢患者のセルフケアを支援する家族への退院支援としての援助技術, *新潟青陵学会誌*, 5(3), 41-49.
- 上泉和子 (2013). 脳卒中地域連携パスとリハビリテーション: シームレスな医療・介護連携に向けて, *青森県立保健大学雑誌*, 14, 15-18.
- 木村年秀, 成行稔子, 高橋弥生, 他 (2012). 医療・介護の地域連携におけるシームレスな口腔ケアの取り組みと今後の課題, *三豊総合病院雑誌*, 33, 104-111.
- Kitson A (1999). The essence of nursing. *Nursing Standard*, 13(23), 42-46.
- Knight DA, Thompson D, Mathie E, et al (2013). 'Seamless care? Just a list would have helped!' Older people and their carer's experiences of support with medication on discharge home from hospital. *Health Expectations*, 16(3), 277-291.
- 小山洋恵, 小林恵子 (2012). 脳血管疾患をもつ高齢患者の退院先の意向と退院支援の検討—プライマリーナースへの質問紙調査から—. *日本在宅ケア学会誌*, 16(1), 100-106.
- Langhorne P, Baylan S (2017). Early supported discharge services for people with acute stroke. *The Cochrane database of systematic reviews*, 7(7), Cd000443.
- MacKinnon NJ, Kaiser RM, Griswold P, et al (2009). Medication reconciliation and seamless care in the long-term care setting. *Annals of Long Term Care*, 17(11), 36-40.
- Mann KV, McFetridge-Durdle J, Martin-Misener R, et al (2009). Interprofessional education for students of the health professions: the "Seamless Care" model. *Journal of interprofessional care*, 23

- (3), 224-233.
- Marcotte L, Kirtane J, Lynn J, et al (2015). Integrating Health Information Technology to Achieve Seamless Care Transitions. *Journal of patient safety*, 11(4), 185-190.
- Marks L (1994). *Seamless care or patchwork quilt? Discharging patients from acute hospital care*. 10-18, London: King's Fund Institute.
- Meyer-Masseti C, Hofstetter V, Hedinger-Grogg B, et al (2018). Medication-related problems during transfer from hospital to home care: baseline data from Switzerland, *International journal of clinical pharmacy*, 40(6), 1614-1620.
- 松本志保子, 片山はるみ (2017). 回復期リハビリテーション看護に従事する看護師のコンピテンシー, *日本看護管理学会誌*, 21(1), 17-29.
- 内閣府 (2021). 令和4年版高齢社会白書, 2. [[https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s\\_01.pdf,2022.6.14](https://www8.cao.go.jp/kourei/whitepaper/w-2022/zenbun/pdf/1s1s_01.pdf,2022.6.14)]
- 長嶋祐子 (2017). 回復期リハビリテーション病棟の看護実践：退院支援に焦点を当てて. *昭和学士会雑誌*, 77(1), 33-39.
- Nickerson A, MacKinnon NJ, Roberts N, et al (2005). Drug-therapy problems, inconsistencies and omissions identified during a medication reconciliation and seamless care service. *Healthcare quarterly*, 8, 65-72.
- 小木曾加奈子 (2019a). 地域包括ケアにおける高齢者に対するシームレスケア：ICFの視点を活かしたケアプロセス, 退院支援, 退院調整に焦点を当てて 第1版, 東京：学文社.
- 小木曾加奈子, 伊藤康児 (2019b). 地域包括ケアにおける認知症高齢患者のシームレスケア実践力尺度の妥当性と信頼性の検討 地域包括ケア病棟の看護職に着目をして. *日本看護科学学会誌*, 39, 193-201.
- 小木曾加奈子, 樋田小百合, 渡邊美幸 (2018a). Current Situation of and Problems with Elderly Patients with Dementia Home Recuperation in Japan. *教育医学*, 63(3), 241-251.
- 小木曾加奈子, 樋田小百合, 渡邊美幸 (2018b). 介護老人保健施設の看護職が認識する認知症高齢者へのシームレスケアの現状と課題. *社会福祉科学研究* (7), 35-45.
- 小木曾加奈子, 樋田小百合, 渡邊美幸, 他 (2018c). 看護職が認知症高齢患者の退院支援・退院調整において心がけていること. *福祉と看護の研究誌* (5), 60-68.
- 小木曾加奈子, 樋田小百合, 渡邊美幸, 他 (2018d). 地域包括ケアにおける認知症高齢患者へのシームレスケア. *地域福祉サイエンス* (5), 1-9.
- 小木曾加奈子, 樋田小百合, 渡邊美幸, 他 (2018e). 地域包括ケアシステムにおける認知症高齢患者に対するシームレスケア尺度の作成に向けて デルファイ法による内容妥当性検討. *教育医学*, 64(2), 191-197.
- 大原昌樹 (2011). シームレスケアと地域連携パスの取り組み. *地域医療* (第50回特集号), 206-219.
- 小野美喜 (2006). 回復期リハビリテーション病棟看護師の自宅への退院援助プロセス, *日本看護研究学会雑誌*, 29(1), 97-105.
- Säfström E, Jaarsma T, Strömberg A (2018). Continuity and utilization of health and community care in elderly patients with heart failure before and after hospitalization, *BMC geriatrics*, 18, 1-9.
- Sexton J, Ho YJ, Green CF, et al (2000). Ensuring seamless care at hospital discharge: a national survey. *Journal of clinical pharmacy and therapeutics*, 25(5), 385-393.
- Smith L, Daughtrey H (2000). Weaving the seamless web of care: an analysis of parents' perceptions of their needs following discharge of their child from hospital. *Journal of advanced nursing*. 31(4), 812-20.
- Smith L, McGowan C, Moss-Barclay J, et al (1997). An investigation of hospital generated pharmaceutical care when patients are discharged home from hospital. *British journal of clinical pharmacology*, 44, 163-165.
- Spehar AM, Campbell RR, Cherrie C, et al (2005). Seamless Care: Safe Patient Transitions from Hospital to Home. *Advances in Patient Safety: From Research to Implementation*, 1, 79-98.
- Spinewine A, Foulon V, Claeys C, et al (2010).

- Seamless care with regard to medications between hospital and home. KCE Reports 131C [file:///C:/Users/C16-2024/Downloads/kce\_131c\_seamless\_care.pdf,2022.8.18]
- 竹内千夏, 黒島あゆみ, 谷芽美 (2020). 脳血管疾患をもつ高齢患者に対する生活者の視点に基づく退院支援の構造 回復期リハビリテーション病棟看護師に焦点を当てて. 日本リハビリテーション看護学会誌10(1), 51-60.
- 田中マキ子, 磯貝善蔵, 石澤美保子, 他 (2017). 「褥瘡のトータルケア」がカギとなる病院と在宅をつなぐシームレスケア. *Expert Nurse*, 33(5), 109-114.
- 田中マキ子, 磯貝善蔵, 石澤美保子, 他 (2018). 「シームレスケア」実践のための症例検討会 (第4回) 褥瘡のシームレスケアのための各職種 の役割と連携. *Expert Nurse*, 34(2), 71-77.
- 手島陸久, 退院計画研究会 (1997). 退院計画: 病院と地域を結ぶ新しいシステム第1版, 12, 東京: 中央法規出版.
- Tyrer P (2002). The search for seamless care. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association*, 1(2), 96.
- van Mil JWF (2019). Seamless care, do it well or not at all. *International journal of clinical pharmacy*, 41(6), 1391-1393.
- Walker LO, Avant KC (2005) / 中木高夫, 川崎修一訳 (2008). 看護における理論構築の方法 第1版, 89-122. 東京: 医学書院.
- Werrett JA, Helm RH, Carnwell R (2001). The primary and secondary care interface: the educational needs of nursing staff for the provision of seamless care. *Journal of advanced nursing*, 34(5), 629-638.
- Xiao S, Tourangeau A, Widger K, et al (2019). Discharge planning in mental healthcare settings: A review and concept analysis. *International journal of mental health nursing*, 28(4), 816-832.