

地域・病院協働型
在宅移行支援システム構築への
ガイドライン

はじめに

在宅移行期は、医療から生活場面へ環境が変化する中で、在宅療養生活の継続に向け、地域から病院、病院から地域へ切れ目なく、連続性・継続性・一貫性が確保された医療・ケアを提供する必要があり、入院時から地域の介護支援専門員を始めとする在宅移行に関わる職種が、病院側と連絡を取り合い、共にアセスメント・マネジメントし、患者・家族の生活開始に向けた支援を「協働」して展開することが必要です。

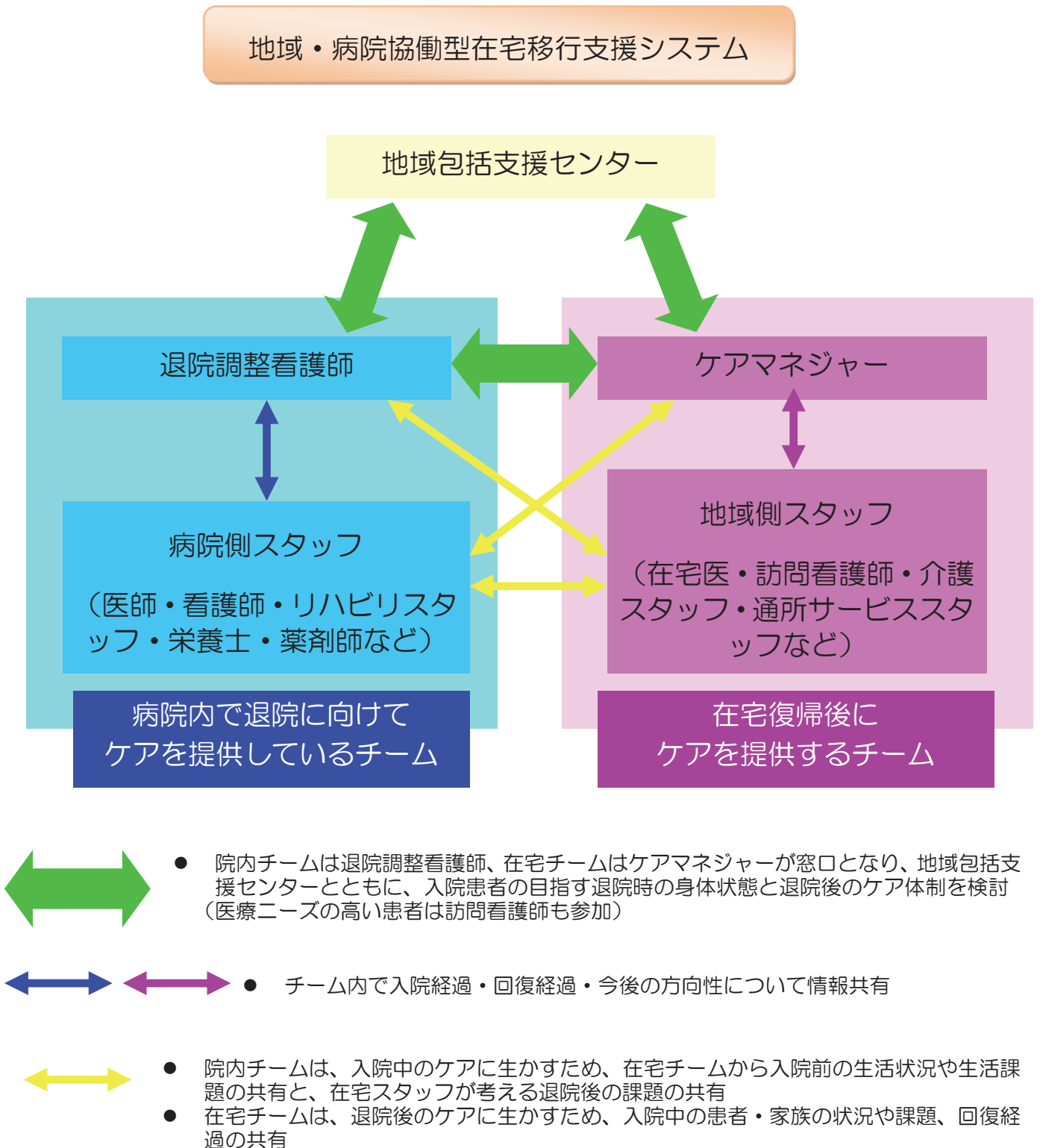
現在、入院時からの「退院支援」の重要性が叫ばれ、退院支援および在宅移行支援システムが構築されていますが、病院内でシステムが完成され、病院のシステムと、退院事例に関与している居宅サービス事業所あるいは地域包括支援センターとがつながるという形がほとんどです。しかし、「地域包括ケアシステム」の観点から、病院への入院と病院からの両方の過程では、地域包括支援センターを中心に、地域を基盤に包括的・継続的なケアマネジメントが必要であり、地域内にある基幹病院、全ての居宅介護支援事業所、地域包括支援センターを内包した在宅移行支援システムの構築が必要です。

そこで、高知県立大学看護学部在宅看護学領域では、高知県土佐市（人口約 2 万 9000 人、高齢化率約 30%）で、地域包括支援センターを中心に土佐市の在宅移行支援に関わる組織・職種らを内包した地域・病院協働型の在宅移行支援システム構築をアクションリサーチにて行いました。このガイドラインは、システム構築に取り組んだ過程をまとめたものです。

本研究は平成 22 年度-25 年度文部科学省科学研費（基盤研究C）の助成を受けて実施しました。

用語の定義

地域・病院協働型在宅移行支援システム：地域から病院、病院から地域の過程において、地域と病院の様々な職種が課題と目標を共有し、対等な関係性を築き対話を繰り返しながら、互いに持っている知恵や資源を出し合って活用し、早期の在宅復帰および在宅生活の安定に向けたケアを創造し、実践していく仕組み



地域・病院協働型在宅移行支援システム構築のステップ

STEP1

システム構築に向けた基盤づくり

- コアメンバーの結成と展開方法の決定
- プロジェクトメンバーの結成と展開に向けた準備
- 協力体制の構築



STEP2

システム構築の展開

- 手順書（「在宅移行支援フローチャート」）にもとづいて在宅移行支援を展開



STEP3

今後の展開の検討

- 変化を共有する
- 今後のシステムの発展・活動の継続について検討する

STEP1 システム構築に向けた基盤づくり

■ コアメンバーの結成と展開方法の決定

1. コアメンバーを結成する

まず、コアメンバーを結成しましょう。地域・病院協働型の在宅移行支援システムは、異なる専門職・組織間でシステムを構築するため、コアメンバーで綿密な戦略を練る必要性があります。

コアメンバーに必要な人材

- ①在宅移行支援における課題に気づいた人物、在宅移行支援を展開する専門職のリーダーとなる存在
- ②在宅移行支援の現状、地域の専門職組織および病院組織の状況を把握している存在
- ③仕組みづくりのプロセスを分析し助言できる存在

2. コアメンバー間で在宅移行支援における課題を抽出し、共有する

地域側および病院側の在宅移行支援に関わる専門職から、在宅移行支援の状況や課題について聞き取り調査を行い、課題を明確にしましょう。そして、コアメンバー間で在宅移行支援における課題を共有しましょう。

聞き取り調査の内容

- 「在宅移行支援で何か困ることや気になることはないか、一番困っていることは何か」
- 「在宅移行支援で自分はどのような役割を担っている、あるいは、今後どのような役割を担うことができると思っているか」
- 「在宅移行支援で病院側（地域側）にどのようなことをしてほしいか」
- 「どのような在宅移行支援・地域連携システムを希望しているか」

3. コアメンバー間で作りたい在宅移行支援のシステム像をイメージ化する

以下の2点を踏まえた、作りたい在宅移行支援のシステム像をイメージ化しましょう。

- ◆ 入院中から地域側スタッフがかかわることができるシステム
- ◆ 地域側スタッフが病院側スタッフに、退院に向けてどのようなことが必要か伝え、それを受けて病院側スタッフが入院中に何をすべきか考えるシステム
(例：土佐市の場合) “ここまでできないと退院・在宅療養は難しい” という地域側ス

スタッフが考える退院時の身体状況の回復レベルをケアマネジャーが病院側に示し、それを踏まえたケアを病院側が行い、退院に結びつけていけるようなシステム

4. コアメンバー間で地域内の医療・福祉専門職および組織の状況を把握する

「地域の在宅ケアに関わる専門職および専門職組織」と「病院組織」の状況を『強み』に着目して把握しましょう。

「地域の在宅ケアに関わる専門職および専門職組織」

■ 在宅移行支援で中心となって展開する職種

ケアマネジャー

- 医療的課題を持つ在宅療養者・要介護者へのアセスメント・マネジメント力
- 病院スタッフとの対話力
- システム構築への意欲や積極性

訪問看護ステーション

- 医療的課題を持つ在宅療養者への対応力
- 病院スタッフと連携・協働していく力
- ケアマネジャーと連携・協働していく力
- 在宅ケアに関わる他専門職と連携・協働していく力
- システム構築への意欲や積極性

■ 在宅ケアに関わる専門職・専門職組織の中で権力を持つ人や組織

医師会 など

- システム構築の必要性の認識
- システム構築の賛同の有無 と協力の可能性

「病院組織」

- 退院調整看護師の医療的課題を持つ退院支援患者へのアセスメント・マネジメント力
- 病棟看護師の医療的課題を持つ退院支援患者へのアセスメント力
- 組織体系
- 病院内各部門および病院内スタッフのシステム構築の必要性の認識
- 病院内各部門および病院内スタッフのシステム構築の協力の可能性

5. システム構築の対象とする範囲、システム構築に参加するメンバー（以下プロジェクトメンバー）を決定する

在宅移行支援における課題、作りたいシステムのイメージ、地域内の医療・福祉専門職および組織のアセスメントの結果から、システム構築の対象とする範囲、システム構築に参加するプロジェクトメンバーを決定しましょう。このシステムでは基本的に、

- ◆ 退院調整看護師
- ◆ ケアマネジャー
- ◆ 訪問看護師
- ◆ 地域包括支援センター職員

間の在宅移行支援システムであり、プロジェクトメンバーもこれらの職種から構成されますが、地域の現状に合わせて対象とする範囲、プロジェクトメンバーを決定しましょう。

6. システム構築の展開方法を決定する

システム構築の展開は以下で行いますが、地域の現状に合わせて方法を決定しましょう。

システム構築の展開方法

- ① プロジェクトメンバーを結成する
- ② 病院組織および在宅ケアに関わる専門職・専門職組織の中で権力や影響力のある組織や人に対し、システム構築に対する許可と協力を得る
(例：医師会・病院長・看護部門長など)
- ③ 目指すシステムにつながる**地域スタッフ・病院スタッフ共通の在宅移行支援の手順書（以下「在宅移行支援フローチャート」）**を作成する
(参考：資料「土佐市版在宅移行支援フローチャート」)
 - 1) コアメンバーによる「在宅移行支援フローチャート」案の作成
 - 2) プロジェクトメンバーと「在宅移行支援フローチャート」案の検討
- ④ フローチャートに基づいて退院事例を展開
 - ・ まずは自宅退院の意思決定ができている退院患者の事例から開始

「在宅移行支援フローチャート」

(資料：土佐市版在宅移行支援フローチャート)

- ◆ 地域側スタッフ・病院側スタッフ共通の在宅移行支援の手順書
- ◆ 入院時から退院、退院後の経過において、地域スタッフ・病院スタッフがそれぞれ、どの時期にどのような行動をするのかが記載されている
- ◆ 地域側スタッフ・病院側スタッフが、情報共有、退院に向けた課題の共有、今後の方向性・課題に対する解決策の検討を入院時から実施するように記載されている
- ◆ 地域側スタッフ・病院側スタッフともに力量に関係なく行動できるよう詳細に行動が記載されている

7. コアメンバー内の役割分担を決定する

コアメンバーの専門性や所属している組織を踏まえて役割分担をしましょう。

コアメンバー内に必要な役割

- プロジェクトメンバーに参集を呼びかける
- プロジェクトメンバーへシステム構築の動機付けを行う
- プロジェクトメンバーの意見を聞き、まとめる
- 病院組織および在宅ケアに関わる専門職・専門職組織の中で権力を持つ人や組織に対し、システム構築に対する許可と協力を得る
- 退院事例の展開が円滑に進むようアセスメントと介入へのコンサルテーションを行う
- システム構築のプロセスを分析し円滑な進行に向けて助言する

■ プロジェクトメンバーの結成と展開に向けた準備

1. プロジェクトメンバーを結成する
2. プロジェクトメンバー間で課題を共有する
3. プロジェクトメンバー間で作りたい仕組みをイメージ化する

プロジェクトメンバーを結成したら、コアメンバー間で共有した在宅移行支援における課題をもとにプロジェクトメンバー間で課題を共有しましょう。

そして、コアメンバー間で検討した作りたい在宅移行支援システムのイメージを提示し、プロジェクトメンバーと共有しましょう。

さらに、プロジェクトメンバーと対話を重ね、プロジェクトメンバーが作りたい在宅移行支援システムをイメージしましょう。

プロジェクトメンバーが

「自分たちの力で、地域側スタッフと病院側スタッフが協働して
在宅移行支援を展開する仕組みを作る！」
という機運を高めていくことが重要です。

4. プロジェクトメンバーで「在宅移行支援フローチャート」案を実施可能なものに洗練化する

プロジェクトメンバーをはじめ在宅移行支援を行う地域側スタッフと病院側スタッフは、『病院側スタッフと地域側スタッフとが入院中から協働で展開する在宅移行支援』と聞いても、具体的に自分たちがどのように動くかがイメージできません。したがって、「在宅移行支援フローチャート」案をもとに『地域側スタッフと病院側スタッフが協働して在宅移行支援を展開する』ことについての理解を深め、プロジェクトメンバーが実施可能なものに洗練化していくことが重要です。

「在宅移行支援フローチャート」案を プロジェクトメンバーが実施可能なものに洗練化

- 「在宅移行支援フローチャート」案をもとに『病院側スタッフと地域側スタッフとが入院中から協働で展開する在宅移行支援』ことについて、プロジェクトメンバー内で研修会を行う
- プロジェクトメンバーから非現実的な部分に対する意見、新たな提案についての意見を聞く、必要時、個別インタビューで意見を聞く（プロジェクトメンバー全員の意見を丁寧に聞く）
- プロジェクトメンバーからの意見を反映させて現実的に実施可能な内容に修正する

■ 協力体制の構築

地域と病院間の新たな在宅移行支援システムを構築するため、地域では在宅ケアに関わる専門職・専門職組織の中で権力や影響力のある人や組織、病院では病院組織で権力や影響力のある人から、新たなシステム構築への取り組みをすることの許可と協力を得ることが重要です。

「在宅移行支援フローチャート」を提示しどのような在宅移行支援を行うか説明しましょう。

（例：医師会・病院長・看護部門長など）

STEP2 システム構築の展開

■ 「在宅移行支援フローチャート」を用いて事例を展開

1. 円滑に事例展開が進行する体制を作る

事例を展開し、『病院側スタッフと地域側スタッフとが入院中から協働で展開する在宅移行支援』を定着させていきましょう。事例展開では、円滑に事例展開が進行するよう支援体制を整えましょう。

円滑な事例展開に向けた体制作り

- コアメンバーが事例展開者から定期的に進行状況の報告を受け、進行状況を把握・管理できる体制をつくる
- 病院側スタッフ・地域側スタッフが、事例展開中にアセスメントや介入について、メール・電話などでコンサルテーションできる体制を作る

2. 事例展開後に振り返り会議を開催する

事例展開が終了したら、プロジェクトメンバーが集まり、振り返り会議を開催しましょう。支援経過を振り返り、「在宅移行支援フローチャート」の運用上の課題を検討するだけでなく、プロジェクトメンバー全員が、気づきや学びが得られる会議としましょう。

この会議は、事例展開毎に開催しましょう。事例展開による気づきや学びの積み重ねが、プロジェクトメンバーの成長とシステム構築への意欲の継続につながります。

振り返り会議の内容

- 「在宅移行支援フローチャート」の運用上の課題を検討し、修正する
- 事例展開者とプロジェクトメンバー双方が、気づきや学びが得られるよう、事例展開者が以下を詳細に語る
 - 在宅移行支援に対する患者・家族の反応
 - 事例展開中にどのように考えどのような行動をとったのか
 - 事例展開者の行動に対する病院スタッフ・地域スタッフの反応
 - 事例展開中に困ったことは何か、上手くいったことは何か
 - 今までの退院支援との違いで気付いたこと、感じたこと
- プロジェクトメンバーが事例展開者の発言からの気づきや学びを発表する

STEP3 今後の展開の検討

■ 変化を共有する

振り返り会議の内容をまとめ、事例展開を重ねていく中でどのような変化が生じたのかプロジェクトメンバー間で共有しましょう。

振り返り会議から見える変化

- 在院日数短縮、再入院率軽減に向けた変化
 - 患者の回復過程
 - 患者の自己管理・介護者の介護技術の習得状況
 - 在宅移行支援への満足度
- 病院内の在宅移行支援の流れと病院内スタッフの動き
- 地域側の在宅移行支援の流れと地域側スタッフの動き
- 病院側スタッフと地域側スタッフとの関係性

■ 今後のシステムの発展・活動の継続について検討する

プロジェクトメンバー間で変化を共有したら、プロジェクトメンバー結成時にイメージした在宅移行支援システムに近づいたか確認しましょう。そして、今後、どのようなシステムに発展していくか、また、どのような活動を継続していくか、プロジェクトメンバー間で検討しましょう。

資料

「土佐市版在宅移行支援フローチャート」

<特徴>

入院中に以下の4つのカンファレンスが位置付けられている。

- ・ 「ミニカンファレンス」：入院時、48時間以内にケアマネジャーと退院調整看護師が情報共有、方向性の検討をする。
- ・ 「ケアカンファレンス」：退院後の課題と対策をケアマネジャーと退院調整看護師で話し合う。
- ・ 「サービス調整カンファレンス」：患者・家族も参加し、退院後の課題と対策（退院後のサービスも含めて）を検討する。
- ・ 「退院前カンファレンス」：退院後のサービスを提供する在宅スタッフも参加し、退院後のケア体制の準備状況を確認する。

「土佐市版入院時情報提供シート」

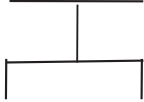
- ・ 入院時にケアマネジャーが病院へ情報提供する際に使用する土佐市共通の用紙
- ・ 入院48時間以内にケアマネジャーが病院（退院調整看護師のところ）に持参するか、時間がない場合は、電話で情報を共有し退院調整看護師が記載

氏名: _____ (男・女) 生年月日: 明治・大正・昭和 年 月 日 (歳)

自宅電話番号: _____ キーパーソン電話番号: _____

担当ケアマネジャー
 事業所名: _____ (電話番号: _____) 氏名: _____

利用者の生活状況	病名			
	病状の経過			
	在宅での服薬内容			
	入院前のADL	ADL項目	ADLレベル	在宅で問題となっていたこと・詳細な一部介助の記載
		食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	IADL	IADL項目	IADLレベル	在宅で問題となっていたこと・詳細な一部介助の記載
		掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		買物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
通院		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
認知の状況	認知症日常生活自立度()			

	自己管理の状況	理解している病状(自由記載:本人の言葉で) 本人:
		病状管理・処置の内容 自分でできている部分 上手くできていない部分
	生活上の特徴	今までどのような職業についていたか、生活されている中でのご本人独特のこだわり、在宅での楽しみなど(自由記載)
家族の関係性	家族構成	<p>以下のように図で記載 本人・妻のきょうだい・居住地・年齢まで記載する</p>  <p>家族の関係性(□良好 □課題あり:コメント)</p> <p>家族内でキーとなる人物() 主介護者()</p>
介護状況	介護者の状況	介護者の介護を行う上での身体的状況(自由記載)
		実施している介護の内容 できている部分 上手くできていない部分
		介護に対する意欲・思い(自由記載)
		介護者以外の家族のサポート状況(自由記載)
利用しているサービス	利用している介護サービス	
	要介護度・認定期間	
医療の状況	かかりつけ医	
1日の生活リズム		
家屋の状況(図でもよい)		病院に伝えておきたいこと

土佐市での「地域・病院協働型在宅移行支援システム」の構築過程

1. システム構築の背景

1) 地域側の状況

入院中から病院側スタッフと地域側スタッフが協働して在宅移行支援を展開するシステム構築が開始される以前は、土佐市民病院からの退院事例は、短い在院日数での治療終了後すぐに退院するため、準備が整わないままの退院となり、患者や家族が不安や不服を抱えたまま退院することが多かった。ケアマネジャーをはじめとする地域側スタッフは、退院把握の遅れから、在宅環境の整備やケアの調整に手間取り、退院後にサービス調整や在宅生活の安定に向けたケアに奔走するものの、再入院が発生してしまうという問題に直面していた。ケアマネジャーたちは病院側に、「在宅生活を考慮したケアの改善」への提案をしづらく、地域包括へ切実な思いで相談をしている状況があった。

2) 病院側の状況

土佐市民病院では、以前から看護部長が「自宅に帰りたい患者が自宅に帰れない現状」を課題として感じていた。そこで、平成 22 年、医療・介護保険制度の改正もあり、医療相談室の中に、退院調整看護師 1 名、医療相談担当看護師 1 名、事務職 1 名の計 3 名による「退院調整部門」を設置した。しかし、退院調整部門が立ち上がったものの、退院調整看護師たちは何をしたらよいのかもわからず、試行錯誤していた。

3) 在宅移行支援チームの結成

地域包括主任ケアマネジャーは、ケアマネジャーから「土佐市民病院からの退院事例」について相談されるなかで、「地域側スタッフも自分たちの利用者の在宅移行に関して、『入院したら退院までは病院にお任せ、病院側からアクションがあるまで待つ』というのではなくて、地域側スタッフの動きにも工夫が必要なのでは」という考えが生じてきていた。そこで、ケアマネジャーに、「入院中からケアマネジャーも在宅移行支援にかかわるシステム構築」を提案、ケアマネジャーたちは、「病院側に退院調整部門ができた今なら、自分たちもかかわれるしくみづくりができるかもしれない」と、また、病院側にも提案、試行錯誤していた退院調整部門も「ぜひ参加したい」と地域側・病院側両方ともがシステム構築への意欲が高まった。

平成 22 年 8 月、地域包括支援センターを中心に、土佐市民病院の退院調整看護師、土佐市内の全居宅介護支援事業所（8 か所）代表、訪問看護ステーション所長をメンバーに、また、中央西福祉保健所・大学はアドバイザーとして参加し、総勢 21 名の「在宅移行支援検討チーム」（以下検討チーム）を結成した。そして、平成 22 年から始まった中央西地域包括ケアシステム整備事業および土佐市地域ケア体制整備事業のもと、システム構築が開始された。

2. システム構築に向けた基盤づくり

1) コアメンバーの結成

地域包括主任ケアマネジャー・中央西福祉保健所・大学がコアメンバーとなった。

2) コアメンバー間で作りたい在宅移行支援のシステム像をイメージ化

地域包括主任ケアマネジャーは、

- ・ 入院中から地域側スタッフがかかわることのできるしくみ
- ・ 「退院前カンファレンス」が定着するしくみ
- ・ “ここまでできないと退院・在宅療養は難しい”という地域側スタッフが考える退院時の身体状況

の回復レベルをケアマネジャーが病院側に示し、それを踏まえたケアを病院側が行い、退院に結びつけていけるようなしくみ

といった目指すしくみのイメージはあっても、具体的にはどのように動き、どのように協働していったらいいのかがわからない状況であった。そのため、まずは入院から退院までの病院側スタッフ・地域側スタッフそれぞれの動きを記載した共通の手順書となる「在宅移行支援フローチャート」を作成することとした。

3) コアメンバー間で地域内の医療・福祉専門職および組織の状況

「地域の在宅ケアに関わる専門職および専門職組織」の状況

地域側については、ケアマネジャーの医療ニーズの高い患者のアセスメントおよびマネジメント力・病院側スタッフとの対話力・システム構築への意欲、訪問看護ステーションの医療ニーズの高い患者を持つ患者への対応力・ケアマネジャーや病院側スタッフとの関係性・システム構築への意欲の状況を把握した。また、土佐市医師会のシステム構築の必要性の認識や賛同の有無についての状況も把握した。地域側は在宅移行支援のシステム構築への意欲はとても高く、システム構築には今が適切な時期であることがわかった。しかし、土佐市は介護職のケアマネジャーが多く、医療への敷居の高さを感じている状況、病院側スタッフに意見を伝えにくい状況があった。このような中で、訪問看護ステーションは、医療職としてケアマネジャーをサポートできる存在であることもわかった。医師会については、在宅移行支援の重要性の認識が高く、今回のシステム構築において協力が得られることもわかった。

「病院組織」の状況

土佐市民病院については、入院から退院までの患者・家族へのケア提供の現状、看護師・退院調整看護師の医療ニーズの高い患者へのアセスメントやマネジメント力・システム構築の必要性の認識・組織体系と部門毎のシステム構築への協力可能性について把握した。これらのことから、退院支援における地域連携室の役割と行動が確立していない状況であることがわかった。

4) システム構築の対象とする範囲、システム構築に参加するメンバーの決定

得られた情報から、システム構築に参加し、中心となって運用していくメンバーを、検討チームのメンバーである、地域側は地域包括・ケアマネジャー・訪問看護師、病院側は退院調整看護師とした。そして、地域側は、医療ニーズの高い患者は訪問看護師がサポートに入る、病院側は、地域連携室の退院調整看護師が中心になって動き院内スタッフを巻き込んでいくシステムを構築することとした。

5) システム構築の展開方法の決定

具体的な展開方法については、地域側スタッフ・病院側スタッフ共通の手順書となる、在宅移行支援フローチャート案を作成、検討チームへ提示し意見を得て修正、在宅移行支援フローチャートに基づいて退院事例を展開し繰り返すこととした。地域連携室の退院調整看護師が中心になって動き院内スタッフを巻き込んでいくシステムとするため、検討チームメンバーではないが、病院側スタッフの中でも看護スタッフには在宅移行支援フローチャートについての理解が必要なため、各病棟師長へ在宅移行支援フローチャートについての説明会を開催することとした。

さらに、システム構築が円滑に進むように、土佐市医師会、土佐市民病院看護部門長へ協力を依頼することとした。

6) 在宅移行支援検討チームとのシステム構築に向けた準備

コアメンバーで、在宅移行支援フローチャート案を作成した。フローチャートの作成にあたっては、目指す仕組みにつながる内容、力量に関係なく行動できるよう詳細に行動を示した内容、どの職種でも理解できる簡単な表現とした。そして、2回の検討チーム会議と地域包括主任ケアマネジャーによる

検討チームメンバーへの個別インタビューの意見から、修正・洗練化し、「土佐市版在宅移行支援フローチャート」を作成した。また、入院時にケアマネジャーから病院へ送る情報提供用紙についても、土佐市内で共通のものを作成したいとチーム内で意見がまとまり、「入院時情報提供シート」を作成した。

第1回目の在宅移行支援検討チーム会議で「土佐市版在宅移行支援フローチャート」について説明を行った。検討チームメンバーからは、「これは理想的なパターン、今の時点で可能かどうか・・・病棟と地域が密着していないので」という意見がほとんどであったが、個別インタビューで意見を聞きながら、入院中から地域側スタッフと病院側スタッフが協働で在宅移行支援を展開する必要性について話し合うことによって、「これができたらすごいと思う」という意見に変化した。

3. システム構築の展開

1) 「土佐市版在宅移行支援フローチャート」を用いて事例を展開

平成22年10月より、フローチャートに基づいた事例の展開を開始し、平成24年3月までに4つの事例を展開した。(表1)

表1 展開した4事例の概要

事例	事例の概要
1	血糖コントロール不良、脳梗塞再発で入院。退院後、脳梗塞再発予防のため、血糖コントロールの援助が必要。ADL低下のため、退院後もリハビリの継続・介護支援が必要。
2	難病で、経口摂取不能、脱水・栄養状態悪化で入院し、入院後に胃瘻造設。入院中から、胃瘻の手技習得に向けた援助が必要。介護量が多く、固形化栄養への変更が必要。
3	高齢、認知症、嚥下機能低下、繰り返す誤嚥性肺炎にて入院。胃瘻造設せず、自然なままでの経過を家族が希望。退院後、在宅看取りに向けた援助が必要。
4	脳梗塞で入院。心筋梗塞、糖尿病の既往あり退院後、脳梗塞再発予防のため、血糖コントロールの援助が必要。ADL低下のため、退院後もリハビリの継続・介護支援が必要。

モデル事例の展開では、フローチャートに基づいて、「入院」→「退院」→「退院後」の流れのなかで、病院側スタッフと地域側スタッフがそれぞれ、どのような行動をとればよいのか、情報交換を効果的に行うにはどのような情報を収集し、提供すればよいのかといったことなどを常に意識し、病院側スタッフと地域側スタッフが対話を繰り返すよう心がけた。

2) 事例展開後の振り返り会議の開催

モデル事例終了後は2回の振り返り会議を開催した。1回目の振り返り会議では、担当ケアマネ・地域包括ケアマネ・退院調整看護師が、展開中にどのように考えどのような行動をとったのか、行動をとる中で気づいたことは何かについて思うままに発表した。また、担当ケアマネジャー以外のメンバーも、病院と協働の在宅移行支援がイメージできるよう支援経過を詳細に語るようにした。2回目の振り返り会議では、1回目の振り返り会議から見えた課題を共有・検討し、次の事例の支援や、フローチャートの洗練化につなげた。

モデル事例の患者と家族からは、「病院のスタッフの方々が在宅のスタッフの方々に、ちゃんとバトンタッチしてくださっているという実感がもてた」「退院と聞いたときは病院から見放された気持ちになったが、皆から支えられていると感じられて心強かった」などの発言があったことも、振り返り会議で報告された。このようなしくみが、患者や家族の安心につながることを実感し、病院側スタッフと地域側スタッフともに、しくみづくりへの意欲は向上した。



事例振り返り会議の様子



助言を行う大学教員と中央西福祉保健所職員

3) 事例展開における役割分担と円滑な事例展開を支援する体制作り

モデル事例の展開では、退院調整看護師と担当ケアマネジャーが中心となって動くことにした。事例の展開をとおして、退院調整看護師は院内の在宅移行に向けたケアが提供できる体制を整備する一方、地域包括支援センター主任ケアマネジャーは担当ケアマネジャーとともに動き、病院側と話し合える関係づくりへの支援、医療ニーズの高い患者の場合は訪問看護師と一緒に動ける体制づくりへの支援を行った。

中央西福祉保健所は、振り返り会議に参加し事業経過の助言と中央西地域包括ケアシステム整備事業につなげていく役割を担った。

大学は、事例展開中、退院調整看護師および地域包括主任ケアマネに対し、電話やメールでアセスメント・ケア・連携方法についての助言を行った。また、事例終了後は、1 回目の振り返り会議の記録、事例展開中の電話やメールの対話記録を分析し、2 回目の振り返り会議でチームメンバーが課題を明確化できるよう分析結果を提示した。また、課題だけでなく、事例展開で良かった点や前回の事例と比べて良い変化にも着目し、それらに気づける助言も行った。

4) 展開した 4 事例で見た課題と対策

1 事例目：血糖コントロール不良、脳梗塞再発で入院、生活管理の必要性が高い患者

<見えてきた課題>

地域側（ケアマネジャー）

- ・ 課題抽出が難しい（病棟からの病状管理に対するセルフケア能力の情報がない、入院前後の ADL 変化がわからない）
- ・ 情報提供用紙の作成に時間がかかり情報提供が遅れる、病状管理不十分であることの情報提供が遅れた

病棟側

- ・ 病棟看護師の意識が「病状が安定したら退院」と捉え、病状管理習得へのケアの必要性に気付いていない

<課題に対する方策>

- ① 入院時情報提供用紙の項目を追加（詳細な ADL の情報、入院前の疾病管理状況）
- ② 電話での入院時情報提供用紙を用いた情報共有へ

2事例目：難病・経口摂取不能・胃瘻造設

<見えてきた課題>

地域側（ケアマネジャー）

- ・ 医療的ケアのある家族の介護負担を軽減できるサービス計画立案に悩む
- ・ 医療面について予測が立たず医療上の課題抽出が難しい
- ・ 「完璧に胃瘻の手技を覚えて帰ってもらいたい」と思ってしまう
- ・ 胃瘻の管理についての指導を全部自分でしないといけないと思ってしまう

病棟側

- ・ 退院病棟で実施している方法で胃瘻の管理を指導していた⇒シンプルケアの切り替えの視点が必要
- ・ 本来なら病棟看護師が中心で指導するのであるが、退院調整看護師が中心で胃瘻の管理を指導していた

<課題に対する方策>

- ① 医療上の課題抽出を地域側から病院側へ変更⇒フローチャートの修正
- ② 医療的ケアの必要な場合、早期から訪問看護に相談
- ③ 「ケアマネジャー・調整看護師⇒調整役」を意識する
- ④ 目標設定は「最低限」のラインにする
- ⑤ 退院後の再評価の項目を追加⇒フローチャートの修正

3事例目：高齢・認知症・在宅看取りに向けた援助が必要

<見えてきた課題>

地域側（ケアマネジャー）

- ・ 不確かな情報で不確かな将来を予測することからくる不安
- ・ 病状が不安定なため「退院後のケア提供が上手くいかないかもしれない」という不安

病棟側

- ・ 退院調整看護師が把握している情報が地域側スタッフへ伝わりにくい

<課題に対する方策>

- ・ 不安をそのままにせず、頻回に情報交換し合う
- ・ リスクがあることを共有し受け入れる
- ・ リスクが生じた場合の体制を整えておくことの重要性を意識する
- ・ 完璧を求めず帰ってからの状況に合わせてサービス内容を変更する姿勢をもつ

4事例目：脳梗塞再発、血糖コントロール・体重コントロールの援助が必要

- ① 1～3事例目までの事例展開で得た気づき・学びの蓄積が活かされた。
- ② 在宅⇒入院⇒在宅で、課題が切れ目なく引き継がれ、課題に対するケアも切れ目なく展開された。課題に対するケアは、入院当初は病棟の視点から新たなケアを提供し、ミニカンファレンス後は在宅で引き継げるように調整された。
- ③ ケアの評価も、切れ目なく引き継がれ、入院前・入院時・退院時を基準に評価がされていた。
- ④ ミニカンファレンス後は、ケアマネジャー・調整看護師がそれぞれの役割を果たせた。
- ⑤ 病院側スタッフ・地域側スタッフが共に、これから生じる問題を予測し、対応できる体制ができた。

4. 今後の展開の検討

1) もたらされた変化

① 組織を超えて協働で展開する在宅移行支援システムの構築

現在、ケアマネジャーは在宅スタッフの窓口、退院調整看護師やMSWは病院側スタッフの窓口となり、在宅移行支援を展開している。複雑な課題をもつ療養者や介護保険未申請患者など、ケア体制をつくるのが困難な事例は、地域包括支援センターも加わり、医療ニーズが高い事例は訪問看護も加わっている。

このように、事例の状況に応じて、地域と病院が組織を超えて話し合い、役割や職種の専門性に合わせて柔軟に在宅移行支援に参画していくしくみに発展した。

② 病院側スタッフと地域側スタッフとが入院中から協働で展開する在宅移行支援の定着

地域包括支援センターのケアマネジャー、居宅介護支援事業所のケアマネジャーとともに、担当の療養者が入院すると、早い場合はその日のうちに情報をもって来院し、まずは相談室に声をかけ、担当がケアマネジャーと一緒に患者に会いに行き、ミニカンファレンスを行うことが定着した。そして、ミニカンファレンスでは、患者・家族の退院に関する意向や、主治医の意見なども含めた情報を共有し、在宅にスムーズに移れるのか見通しをつけ、今後の方向性をおおまかに検討し、サービス調整カンファレンス、退院時カンファレンス、退院という流れが定着した。

さらに、病棟看護師や院内の他の専門職は、病棟に患者の様子を見にきたケアマネジャーや地域側スタッフに自分から声をかけ、在宅生活の様子を情報収集し、入院中のケアの方向性を地域側に伝えるようにもなった。病院側スタッフは、入院前の課題を引き継ぐケア、退院後の生活を見据えたケアを提供するようになり、地域側スタッフ、特にケアマネジャーは、入院中の課題を継続した居宅サービス計画の立案ができるようになった。

③ 退院支援患者数の増加と自宅復帰率の上昇

平成23年と平成25年の同時期を比較すると、平均在院日数の減少（1.2日）がある中で、退院支援患者は増加し、退院支援患者のうちの自宅退院の割合は増加（18.1%）した。また、特別養護老人ホームやグループホームへの退院患者も増えた。（表1・表2）

表1：平成23年と平成25年の同時期（7月～9月）の退院患者の状況

	全退院患者数 (人)	退院支援患者数 (人)	退院支援患者の退院先(人)						
			医療機関	自宅	介護老人保健施設	特別養護老人ホーム	グループホーム	有料老人ホーム	障害者施設
2011年7月～9月	561	102	69	23	0	9	1	0	0
2013年7月～9月	537	172	56	70	3	21	13	6	3

表2：平成23年と平成25年の同時期（7月～9月）の平均在院日数・退院支援患者の割合・自宅復帰率

	平均在院日数	全患者に占める退院支援患者の割合(%)	自宅復帰率(%)*
2011年7月～9月	17.5	18.2	22.5
2013年7月～9月	16.3	32.0	40.7

*退院支援を受けて自宅に退院した人数/退院支援患者数×100

④病院側スタッフと地域側スタッフ間の退院支援への意識の変化

システム構築の前後で、地域包括主任ケアマネジャー・ケアマネジャー・退院調整看護師・病棟師長が、在宅移行支援等についてどのように捉えているかについてインタビューを行った。すると、しくみづくり前の地域側スタッフは、「病院とうまく連携・協働できていない」ととらえていたが、現在は「病院側は地域とともに在宅移行支援をしてくれる」「病院側といつでも話し合い、相談し合える関係性ができた」と捉えていた。

また、病院側のスタッフは、退院支援の重要性や、地域のスタッフと連携・情報共有することの重要性を実感していた。(表3)

表3：システム構築前後の捉えの変化

	地域側スタッフの捉え	病院側スタッフ（退院調整看護師・病棟師長）の捉え (CM：ケアマネジャー)
システム構築前	<ul style="list-style-type: none"> ・情報共有や相談の窓口がない ・病院は病院、地域は地域で考えるという雰囲気 ・医療の知識がなくて病院は敷居が高い ・突然の退院、連絡がないままの退院のため十分に準備ができないまま受け入れ、再入院になるケースが多い 	<ul style="list-style-type: none"> ・医師が退院と言ったら有無を言わず退院、という感じで放り出すみたいなイメージだった ・(フローチャートでやっていくことは)理想だけど、こんなことをしていくのは無理 ・CMに渡す情報提供書を「個人情報なのに・・・」と思っていた ・看護計画は標準的で日々の観察・介入だけで、退院後の生活やADLの視点があまりなかった
システム構築後	<ul style="list-style-type: none"> ・モデル事例の振り返りを通して退院支援における病院側との連携方法、それぞれの職種の役割がわかった ・病院との情報交換の頻度が増えた ・病院の敷居が低くなって相談しやすくなった ・窓口がはっきりした ・病棟で師長や担当看護師がすぐ対応してくれる実感ができた。 	<ul style="list-style-type: none"> ・患者さんを帰さないといけなく、退院できるようにしないといけないという意識ができた ・家に帰って何が困るかということを若い看護師たちがちゃんと確認してくれるようになった ・CMと関わった看護師が次の事例からはCMと連絡をとることを意識してくれだした ・CMからの在宅生活や今までの人生についての情報が大事だということを病棟看護師が実感した

⑤土佐市地域包括ケア意見交換会への発展

病院側と地域側が話し合い、一緒に検討する関係性を維持するため、在宅移行支援検討チームのように多職種が一堂に会する場が必要であることと、それを継続していくことの大切さをチーム内で確認した。そこで平成24年から、在宅移行支援検討会を「土佐市地域包括ケア意見交換会」に発展させ、定期開催している。

同会は、地域包括支援センター、ケアマネジャー、訪問看護師、特養・老健・グループホームの職員、2つの療養型病院の窓口担当者、土佐市民病院の病棟師長・MSWを基本メンバーとし、時には関連のデイサービス職員なども参加して、パンフレット作り（がん患者への訪問看護・在宅療養のアドバイスツール）や勉強会（痛みと緩和ケアについて、在宅リハビリについて）、事例検討（3病院からの退院支援事例の振り返り）などを行っている。



土佐市地域包括ケア意見交換会の様子



<研究代表者>

高知県立大学看護学部在宅看護学領域
森下安子

<研究メンバー>

高知県立大学看護学部在宅看護学領域
川上理子 小原弘子 森下幸子