

原著論文

A市における地域病院協働型退院支援システムの構築

Construction of community-hospital collaboration type discharge support system in city A

川上理子 (Michiko Kawakami)\*<sup>1</sup> 小原弘子 (Hiroko Kohara)\*<sup>1</sup>  
森下安子 (Yasuko Morishita)\*<sup>1</sup>

要 約

本研究は、地域の退院支援に関わる専門職が病院スタッフと協働で退院支援を展開する、『地域病院協働型退院支援システム』を開発することおよびシステム展開後の変化を明らかにすることを目的に、平成22年5月～平成26年3月末にかけて、A市基幹病院とA市基幹病院からの退院患者を受け入れる地域においてアクションリサーチを行ったものである。退院支援チームにより、「A市版地域病院協働型退院支援フローチャート」を作成し、それを用いて4つのモデル事例を展開した。事例展開後の振り返り会議の開催を通して、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を行った。事例展開を通じたシステム構築後の変化として、平成23年と平成25年の同時期を比較すると、平均在院日数が17.5日から16.8日の減少（1.2日）し、退院支援患者数、自宅退院患者数および、グループホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホームへの退院患者数も有意に増加した。また、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も変化が見られた。

Abstract

In this study, the authors performed an action research in a community that accepts patients in city A and those discharged from a key hospital in the city for the period from May, 2010 to the end of March, 2014, aiming at developing and evaluating "Community-hospital collaboration type discharge support system" in which specialists involved with local home transition support develops discharge support by collaborating with hospital staff members. The discharge support team created "Discharge support flow chart for city A" and developed four model examples using it. A system to support role-sharing in the example development and smooth example development was devised through an evaluation meeting after developing examples. Comparison of the same periods of 2013 and 2011 as a change after the system construction through the example development has revealed that the average number of days of hospitalization decreased from 17.5 to 16.8 days (1.2 days), and the number of patients supported at the time of discharge, and the number of those discharged to home and those discharged to group home, pay nursing home and special elderly nursing home also significantly increased. Further, consciousness to the discharge support of the hospital staff members and local staff members also changed.

キーワード：地域病院協働型退院支援 退院支援システム構築 アクションリサーチ

I. 序 文

施設中心の医療・介護から、可能な限り住み慣れた生活の場において必要な医療・介護サービスが受けられる地域包括ケアシステムの構築が進められている（森田他，2014）。高齢者に対して、入院から退院・在宅復帰の過程で継続性・

一貫性のあるケア体制、病状の変化の迅速にかつ柔軟に対応できるケア体制を構築し、在宅移行期および在宅復帰後もその体制を継続していく必要があり、医療的ニーズ・生活上のニーズをアセスメントした上での継続的ケアおよび包括的ケアマネジメントの展開が必要である（宇都宮他，2014）。

\*<sup>1</sup>高知県立大学看護学部

本研究の対象となるA市基幹病院（以下A病院とする）において病院側スタッフは、短い入院日数で準備が整わないままの退院となり、患者や家族が不安を抱えたまま退院しているのではないかと感じていた。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。ケアマネジャーらは病院側に、「在宅生活を考慮したケアの改善」への提案をしづらく、地域包括支援センターへ切実な思いで相談をしている状況があった。地域包括支援センター主任ケアマネジャーは、相談されるなかで、地域側スタッフも自分たちの利用者に関して、「入院したら退院までは病院に任せ、病院側からアクションがあるまで待つ」のではなく、地域側スタッフの動きにも工夫が必要ではないかと考えていた。そこで、ケアマネジャーに、【入院中からケアマネジャーも退院支援にかかわるシステム構築】を提案すると同時に、病院側にも提案し、試行錯誤していた退院調整部門も積極的に参加したいという意向を示し、地域側・病院側双方がシステム構築への意欲が高めている状況であった。

退院支援において、宇都宮（2016）は地域包括支援センターを中心とした介護支援専門員や訪問看護師など地域側の専門職が、入院時から病院スタッフと共にアセスメント・マネジメントし、早期の在宅復帰および在宅生活の安定という共通の目標のもと、協働して退院支援を展開するシステム構築が必要となると述べているが、具体的な方法論を明らかにした研究は見いだされず、入院中から地域側のスタッフも退院支援に関わるシステム構築を開発することは急務であると考えられた。地域スタッフと病院スタッフが協働して退院支援に関わるシステムを構築することにより、入院から退院し在宅で生活する患者と家族を切れ目なくサポートすることが可能になると同時に、地域スタッフと病院スタッフの連携・関係性強化につながり地域包括ケアシステム構築に寄与できると考えられた。

## II. 目 的

本研究の目的は、地域の退院支援に関わる専門職が、病院スタッフと協働で退院支援を展開する『地域病院協働型退院支援システム』をアクションリサーチにより開発し、システム展開による変化を明らかにすることである。

## III. 用語の定義

地域病院協働型退院支援システム：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

## IV. 研究期間

平成22年5月～平成26年3月末

## V. 研究方法

### 1. 研究デザイン：アクションリサーチ

システム構築においては、既存のシステムを分析、問題を明らかにし、地域の実情に合わせた目指すべきシステムを掲げ、システム構築に向けた戦略を計画し、実施していくことが求められる。また、計画・実施においては、もたらした変化や効果を評価し、柔軟に計画を修正させていく必要がある。したがって、研究者と実践者が現状の課題の共同理解を得て、有効な介入方法を探し、変化を創り出す計画を立案して、それを実行に移すというスタイルをとることから、ミューチュアルアプローチによるアクションリサーチ（Cooper, 2005）（嶺岸, 2007）を採用する。

### 2. 研究フィールドおよび研究参加者

A病院からの退院患者を受け入れているA市を研究フィールドとし、A病院退院調整看護師1名、A市地域包括支援センター主任ケアマネジャー1名、A市地域包括支援センター職員6

名・A市居宅介護支援事業所代表8名・訪問看護ステーション所長1名、研究者所属大学教員3名を研究参加者とする。

### 3. データ収集方法

質的データ：研究グループの会議録、事例展開中の研究者と研究参加者とのメールでの対話記録、事例展開後の振り返り会議の会議録、研究参加者によって振り返り会議で提出される資料、研究参加者・モデル事例とその家族・事例に関わった病院の管理者とスタッフに対する個別インタビューをデータとする。

量的データ：A病院における退院調整事例のカルテから、在院日数・退院先・退院時のADL等の情報を抽出する。

### 4. データ分析方法

質的データ：得られたデータから、地域病院協働型退院支援システムがどのように開発されたかに関する記述を抽出し、開発されたシステムと開発プロセスを明らかにするとともに、研究参加者の退院支援展開での思い・考え・行動の変化に関連する記述を抽出、意味を解釈し、変化を見出す。

量的データ：システム構築前とシステム構築後のデータを $\chi^2$ 検定により比較する。

### 5. 倫理的配慮

本研究は、1) 研究参加者、2) 研究参加者が所属する施設長と看護部長、3) 退院支援に関わる部署の管理者とスタッフ、4) モデル事例となる患者・家族に対して、研究開始前の説明時と研究期間中に説明と同意、倫理的配慮を行った。また、1) 研究参加者に対しては同意書、2) 研究参加者が所属する施設長と看護部長に対しては、承諾書を交わすこととした。3) 退院支援に関わる部署の管理者とスタッフ、4) モデル事例となる患者・家族に対しては、研究協力および、データの取り扱い、個人情報の保護、情報公開の範囲を口頭で説明し承諾を得ることとした。研究計画書を所属施設の倫理審査委員会からの承認を得た。なお、この研究における利益相反はない。

## VI. 結 果

### 1. コアメンバー結成および方向性の確認

平成22年度の研究開始に当たって、システム構築に向けた基盤作りのため、コアメンバーを結成した。地域包括支援センター主任ケアマネジャー・B県保健所保健師・大学教員がコアメンバーとなり、コアメンバー間で作りたい退院支援のシステム像のイメージ化を図った。地域包括主任ケアマネジャーは、①入院中から地域側スタッフに関わり目標を共有できる仕組み、②「退院前カンファレンス」が定着する仕組みを希望した。この希望を叶えるために、まず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「退院支援フローチャート案」を大学メンバーが文献をもとに作成し、コアメンバー間で共有した。

### 2. 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

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決定した。地域側は地域包括支援センター職員・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。システム構築の対象とする範囲は、病院を退院しA市内の在宅へ戻る事例を扱うA病院とA市地域側の専門職とした。病院側スタッフの中でも看護スタッフには退院支援フローチャートについての理解が必要なため、各病棟師長へ退院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、A市医師会、A市基幹病院看護部門長へ協力を依頼することとした。

### 3. 退院支援検討チーム（以下検討チーム）とのシステム構築に向けた準備

コアメンバーで作成・共有した退院支援フローチャート案を検討チームに提示した。

検討チームは、地域包括支援センター職員（主任ケアマネジャー含む）4名、居宅支援事業所ケアマネジャー9名、訪問看護ステーション所長1名、A病院退院調整看護師1名、保健所保健師2名、在宅看護領域大学教員3名の20名と

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。検討チームメンバーで、フローチャート案をたたき台として2回のフォーカスグループミーティング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、現状の課題や希望・理想について明確化し、ミー

ティングでの意見に合わせて修正・洗練化し、「A市版地域病院協働型退院支援フローチャート」(以下フローチャート)を作成した。図1はフローチャートの流れを示す概要である(図1)。フローチャートは、地域側は担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センターケアマネジャー、病院側は退院調整看護師が窓口となり調整を行うものであった。

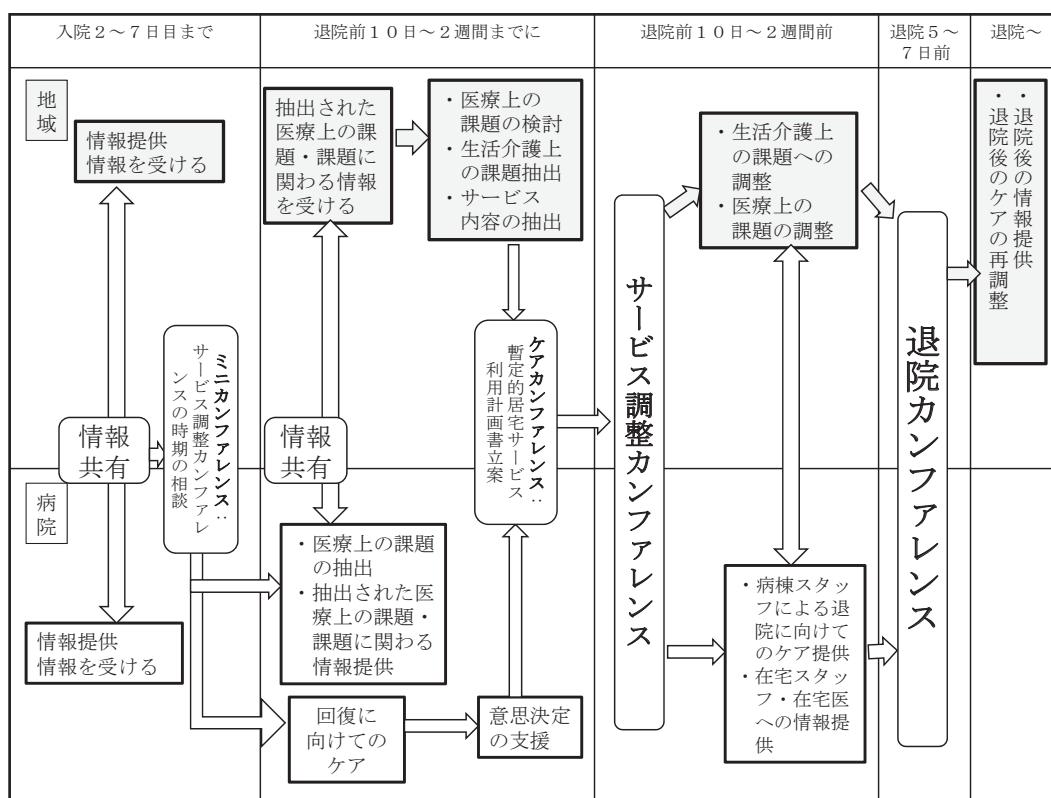


図1 A市版地域病院協働型退院支援フローチャートの概要

ミニカンファレンスは、入院7日目までにケアマネジャーと他院調整看護師が電話もしくはは面会し、①サービス調整カンファレンスの時期、②介護保険新規・区分変更の必要性と時期について相談し決定するものであった。

ケアカンファレンスは、退院2週間前までにケアマネジャーと他院調整看護師が電話もしくはは面会し、情報共有した医療上の課題・生活介護上の課題・必要なサービス内容等を踏まえて、本人・家族の退院時の病状・障がいの理解度、自宅退院への意思決定していることを確認し、暫定的居宅サービス利用計画書を作成するもの

であった。

サービス調整カンファレンスは退院10日~2週間前に本人・家族、病院主治医、退院支援看護師、担当ケアマネジャー、必要に応じて訪問看護師等が参加し、退院後必要な①医療上の課題への対策、②生活介護上の課題への対策、③本人・家族が入院中に最低限習得すべき自己管理方法及び介護、④在宅用にシンプル化したケア内容、⑤退院カンファレンスの日程および退院までのスケジュールを話し合い決定するものであった。

退院カンファレンスは、退院5~7日前に本

人・家族と在宅側・病院側の支援者が一堂に参加し、在宅療養の目標と内容を摺り合わせて確認するものであった。

#### 4. システム構築の展開

平成22年10月より、フローチャートを用いて事例展開を開始し、平成24年3月までに4つのモデル事例を展開した。

事例1は、血糖コントロール不良、脳梗塞再発で入院。病院側は脳梗塞の治療が終了すれば、自宅退院と考えていた。しかし、ミニカンファレンス（退院調整看護師と担当ケアマネジャー）で地域側の情報提供により、1年前の脳梗塞で入院した時と比べて体重が3kg増加し、それによって従来の車椅子が使えなくなっていること、1年前の退院日、ADL低下により自宅前の段差を上ることができず困って地域包括支援センターに電話したこと等が明らかになった。脳梗塞再発予防のためにはインシュリンによる血糖コントロールに加え体重コントロール（食事・運動）の援助が必要であり、また、今回ADLが低下したため、退院後もリハビリの継続・介護支援も必要であることが明確になった。

サービス調整カンファレンス（出席者：本人・妻・脳外科主治医・病棟師長・担当理学療法士、退院調整看護師、担当ケアマネジャー、訪問看護ステーション所長）では、ADL低下の改善目標について確認されただけでなく、妻への栄養指導が計画され、また、理学療法士の作成した運動プログラムを病棟でも実施し、退院までに体重(82.5kg)を3kg減少する目標が掲げられた。病状管理や妻と本人との関係調整のため訪問看護師を導入することについても本人・家族に提案され合意を得た。

退院カンファレンス（出席者：妻・脳外科主治医・病棟師長、担当理学療法士、担当作業療法士、栄養士、退院調整看護師、訪問看護ステーション所長、デイサービス提供責任者、担当ケアマネジャー）では、妻が1,400kcal/日の栄養指導を受け、合併症についての理解も良好であること、本人が病棟でも運動を頑張り、入院時より3.5kg減量し以前の車椅子が使用できるようになったこと、階段昇降は掴まりで可能なレベルになっていることが報告された。内科主治医

から出された目標血糖値：空腹時80~130mg/dl、食後2時間値80~180mg/dlであることが確認され、週1回訪問看護師が糖尿病管理のフォロー等で入ること、退院後のデイサービス・通所リハビリテーションでは、病院理学療法士が作成した運動プログラム継続して運動量を増やすこと、昼食カロリーを確認することで合意した。

事例2は難病で、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であり、また、介護量が多く、固形化栄養への変更が必要であった。

事例3は、高齢、認知症、嚥下機能低下、繰り返し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されていたため、退院後、在宅看取りに向けた援助が必要であった。

事例4は、脳梗塞で入院し、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であり、ADL低下のため、退院後もリハビリの継続・介護支援も必要であった。

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。

#### 5. 事例展開後の振り返り会議の開催

モデル事例終了後は各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、担当ケアマネジャー・地域包括支援センター主任ケアマネジャー・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、病院と協働の退院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。

事例1の振り返り会議では、地域側から①対象者の課題抽出の困難さ、②情報提供用紙作成の煩雑さと情報提供の遅れが課題としてあげられ、課題に対する方策として①入院時情報提供用紙の項目追加、②入院時情報提供用紙を活用して電話での情報共有することとなった。

事例2の振り返り会議では、地域側は①医療的ケアのある家族の負担軽減できるサービス計画立案の困難さ、②医療面についての予測が立たず対象者の医療上の課題抽出が難しい、③完璧に手技を獲得してから退院して欲しいと思ってしまう、④ケアマネジャーがすべて確認しないといけないと思ってしまうという課題、病院側は①在宅生活のイメージが不十分な中で医療的技術習得に向けた援助の困難さ、②退院調整看護師の役割意識の混乱が課題としてあげられた。課題に対する方策として①医療上の課題抽出は地域側から病院側への変更するようフローチャートの修正、②医療的ケアが必要な場合、早期から訪問看護師に相談するよう意識啓発、③ケアマネジャー・退院調整看護師の「調整役」としての役割再確認、④目標設定を「最低限」のラインにすることの合意、⑤退院後の再評価の項目を追加するフローチャートの修正を行った。

事例3の振り返り会議では、地域側は①不確かな将来を予測しづらいことへの不安、②退院後のケア提供に対する自信のなさが課題として表出された。病院側からは①退院調整看護師が

把握している情報を伝達することの困難さがあげられた。課題に対する方策として①不安をそのままにせず頻回に情報交換し合う必要性を確認、②リスクが生じた場合の体制を準備する重要性の意識、③完璧を求めず退院後状況に合わせてサービス内容変更する姿勢を持つことが話し合われた。

事例4では、入院時から在宅に帰るまでフローチャートを活用する中で、3事例までで抽出された課題に対する方策の効果があつたことが確認できた。対象者の課題に対するケアは入院当初は病棟看護師の視点から新たなケアを提供し、退院カンファレンス後は在宅で引き継ぐことができるように調整されたこと、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をされていたこと、ケアマネジャー・退院調整看護師がそれぞれの役割を果たすことができていたこと、これから生じる問題を予測し、対応できる体制を作ることができたことを振り返り会議で確認した。

## 6. 事例展開を通じたシステム構築後の変化

### 1) 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、平均在院日数が17.5日から16.8日の減少(1.2日)がある中で、退院支援患者数は増加し、自宅退院の割合および、グループホーム、有料老人ホーム、特別養護老人ホームへの退院患者も有意に増加した(表1)。

表1 退院支援患者数および退院先別患者数の比較

患者数(人)	平成23年 7月～9月	平成25年 7月～9月	$\chi^2$ 値	有意確率
全退院患者数	561	537		
退院支援患者数	102	172	28.10	**
自宅	23	70	28.26	**
グループホーム	1	13	10.96	**
有料老人ホーム	0	6	6.30	*
特別養護老人ホーム	9	21	5.49	*
介護法人保健施設	0	3	3.14	
障害者施設	0	3	3.14	
医療機関	69	56	0.95	

有意確率：\* $p<0.05$ , \*\* $p<0.01$

## 2) 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、地域包括支援センター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、退院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、システム構築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、システム構築後は「病院側は地域とともに退院支援をしてくれる」「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2）。

表2 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"> <li>・情報共有や相談の窓口がない</li> <li>・病院は病院、地域は地域で考えるという雰囲気</li> <li>・医療の知識がなくて病院は敷居が高い</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・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</li> <li>・（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</li> <li>・CMに渡す情報提供書を「個人情報なのに・・・」と思っていた</li> <li>・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</li> </ul>
システム構築後	<ul style="list-style-type: none"> <li>・モデル事例の振り帰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</li> <li>・病院との情報交換の頻度が増えた</li> <li>・病院の敷居が低くなって相談しやすくなった</li> <li>・窓口がはっきりした</li> <li>・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</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・患者さんを帰さないといけない、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</li> <li>・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</li> <li>・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</li> <li>・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も病棟看護師が実感した</li> </ul>

## 3) A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、退院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、退院支援検討会を「A市地域包括ケア意見交換会」に発展させ、定期開催することとなった。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、特別養護老人ホーム・老人保健施設・グループホームの職員、2つの療養型病院の窓口担当者、A病院の病棟師長・ソーシャルワーカーを基本メンバーとし、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）、事例検討などを行っている。

## 4) B県の他病院での地域病院協働型退院支援システムの構築

大学メンバーが中心となり「地域病院協働型

退院支援システム構築のガイドライン」を作成し、それを洗練化させながらB県退院支援事業の委託をうけて、A市以外の病院でそれぞれの病院・地域に合わせたシステム構築の支援を実施することとなった。また、平成28年以降は、それぞれの地域・病院において、自分たちでシステム構築を目指していけるよう退院支援コーディネーターの育成にも関わっている。

## Ⅶ. 考 察

### 1. 組織を超えて協働で展開する退院支援システムの構築のポイント

#### ①病院と地域の窓口の一本化

渡邊他（2018）は、退院支援に関わる看護師の役割については、院内の取り組みや職種間の連携における役割は明確になっているが、地域の中での看護師の役割・連携は明確にされていないと述べている。今回のシステム構築の取り組みを通して、病院側の機能・役割、地域側の役割が明確になったと考えられる。

現在、ケアマネジャーは在宅側スタッフの窓口、退院調整看護師やソーシャルワーカーは病院側スタッフの窓口となり、退院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。このように地域側と病院側の窓口を一本化し、明確にすることによって、情報共有がスムーズに実施でき、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退院支援に参画していくしくみに発展することができると思う。

## ②情報共有だけでなく目標の共有

今回のアクションリサーチの最初のコアメンバーの希望は「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」であった。それに合わせた退院支援フローチャートでは、入院初期の段階からケアマネジャーと退院調整看護師がミニカンファレンスによって患者・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ることができるのかの見通しをつけ、次にケアカンファレンスで医療上の課題および生活介護上の課題を共有し準備しながら、すべての関係職種（患者家族含む）によるサービス調整カンファレンスで退院までの目標を話し合うプロセスになっていた。

このように、地域側のケアマネジャーが患者の在宅時の情報を提供するだけでなく、入院中の状況や退院までの目標を共有することによって、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り、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っていった。退院時の回復状態・目標について医療者と家族・地域と一緒に検討することによって、医療者と家族の意見のずれが解消され、自宅復帰

率やグループホームへの入所率は上昇する結果にもなったと考えられる。

現在、多くの地域で進められている【退院支援ルール】（厚生労働省、2018）では、病院側が入院時と退院のめどが立ったら地域側に連絡し情報交換するものである。しかし、あくまでも情報共有のルールであり、このルールでは地域側が希望する退院後の生活を見据えた入院時のケアの実施－例えば、在宅に合わせた服薬管理やケアのシンプル化等－について病院側と地域側が目標を共有することにはならないのではないかと考える。宇都宮（2016）は、病院視点に基づく「退院調整」から、患者・家族の暮らしと人生を支援するための「退院支援」「在宅療養移行支援」へと転換する重要性を強調している。本研究のように入院中から「生活介護上の課題」について何らかの目標を設定し協働することこそ退院支援で重要であると思う。

## 2. 地域病院協働型退院支援システムの定着の課題

今回の研究で開発した地域病院協働型退院支援システムは、地域側・病院側がそれぞれ機能・役割を発揮することが前提となる。そのためには関わるすべての職種がこのシステムを周知し活用できるようにしていく必要がある。A市では地域包括ケア意見交換会を開催することによって、多職種が一堂に会する場を設定し、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できるようにしている。また、病院においては、入職時オリエンテーションでの説明と日々の実践での活用を新しい職員に行っていくこと、地域においては地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが中心となり、居宅介護支援事業所に新たに入ったケアマネジャーへのオリエンテーションとサポートが求められる。

さらに、定着したシステムが機能的に活用されているかをモニタリングし、年々変化していく現状に合わせて改善していくことも重要であると思う。モニタリングおよびシステム改善を図る能力を退院支援コーディネーターが獲得し、管理者とともに実践・展開して行くことが望まれる。



## VIII. 結 語

高齢者にとって何らかの疾病や障害の発生・悪化により入院することは、回復後のADL・IADL低下を招きやすく、入院中から地域側と目標を共有して退院後の生活を見据えた退院支援の援助を行うことは非常に重要である。今回の研究で構築した地域病院協働型退院支援システムのように、入院中から「医療上の課題」だけでなく「生活介護上の課題」について何らかの目標を設定し協働することで、退院支援事例が増加し、自宅復帰率も改善することができたと考えられ、このようなシステム構築が地域で最期まで高齢者が生き生きと自分らしく生活できるという課題を解決する一助であると考えられる。

※本研究は平成23年度から「高知県地域医療連携体制整備モデル事業」として展開した事業の一部である。

### <文 献>

厚生労働省. 退院支援ルールが地域全体で活用されるために、<https://www.mhlw.go.jp/file/06-Seisakujouhou-12600000-Seisakutoukatsukan/0000118616.pdf#search=%27E9%80%80%E9%99%A2%E6%94%AF%E6%8F%B4++%E5%8E%9A%E7%94%9F%E5%8A%B4%E5%83%8D%E7%9C%81%27>、アクセス2018年10月1日

Alison Morton-Cooper著 (2000). 岡本玲子, 関戸好子他訳2005. ヘルスケアに活かすアクションリサーチ, pp53~84. 東京:医学書院.

嶺岸秀子 (2007). アクションリサーチ 実践かナースと看護教育者・研究者のパートナーシップ. 看護研究40(3), 89-97.

森田理久, 高橋洋子, 森下安子他 (2014). 病院と地域が協働で関わる退院支援のしくみづくり. 看護展望39(2), 75-86.

永田千鶴, 松本佳代, 北村育子他 (2015). 認知症疾患医療センターが担う在宅支援 独自の支援と地域包括支援センターとの連携による支援内容の分析. 山口医学64(3), 183-89.

小田清一, 稲木杏吏, 貝沼圭吾他 (2018). 在宅医療の推進. 国民衛生の動向・厚生指標65(9), 192-194.

宇都宮宏子, 柳澤美津代, 吉田千文 (2014). 退院支援・地域連携について今、考えるべきこと. 看護展望39(2), 6-17.

宇都宮宏子 (2016). 退院調整から退院支援の時代へ - “Aging in Place” の視点から2016年診療報酬改定を読む. 看護管理26(7), 577-584.

渡邊栄子, 掛谷益子 (2018). 国内の退院支援の看護師の役割に関する看護研究の動向と課題 2006年~2017年における文献検討. インターナショナルNursing Care Research17(2), 111-120.