

**在宅移行に向けた介護サービス事業所等との
効果的な連携体制構築のための調査研究事業
調査結果概要（事業サマリ）**

1. 事業目的

医療機関から在宅・施設へ患者が移行するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、円滑な移行を推進すること」が求められている。理論的には「医師とケアマネジャー」の連携が重要とも取れるが、チーム医療を実践する観点からは病院内「医療チーム」と在宅・施設でのケアマネジャーを中心とした「生活支援チーム」との連携が挙げられる。これまで、退院時カンファレンスを促進する「退院時共同指導料」、介護支援専門員との入院中からの連携を評価する「介護支援連携指導料」が診療報酬で評価されている。また、平成18年の医療法改正で疾患・事業毎の地域連携体制構築が医療計画に明示され、地域連携パス等を活用した連携が行われている。

そのため、多くの病院では地域連携を推進するために退院支援部門である「地域連携室」が設けられ、退院後の在宅生活に対しての患者・家族の不安を軽減するため、在宅生活の相談支援や介護への助言指導、ケアマネジャーとの調整等に関する退院支援に係る役割を担っている。しかし、地域連携室としての機能・役割は多種多様で、退院する患者の生活支援を行っていない医療機関や、行っても退院促進に終始し、患者の退院後の生活へ向けた意向支援や、地域の社会資源への調整が実践できていないなど、その活動や事業展開方法には格差が見られるのが現状である。地域連携パスを用いての連携も、一部を除いて病院間の連携にとどまることが多いのが現状である。

円滑な在宅への移行を図るためには、退院後も適切な医療・リハビリ・介護サービスの提供が受けられること、患者・家族の不安を軽減するための在宅生活のイメージづくりや介護への助言指導が重要である。そのためには、患者・家族との十分な話し合いとともに退院時の状況（入院前との差異や今後の見通し等）を在宅生活に関わる医療機関や介護支援専門員を始めとする介護専門職に的確に情報伝達すること、連携体制を構築することが必要である。

このことから、本研究事業においては、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」をするモデル事業を実施し、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とした。

2. 事業概要

(1) 全国実態調査の実施

全国の国保直診施設 834 施設に対し、退院支援の状況、在宅移行に当たっての課題や問題点、診療所としての在宅移行へのかかわり等について、実態把握のための調査を行った。なお、本調査の結果は、モデル事業の枠組み構築のために活用した。

(2) 先進地域へのヒアリング調査

在宅移行に先進的に取り組んでいる 2 施設に対し、具体的な取り組み方法や地域連携の方策を調査し、モデル事業の枠組みを作成するためのヒアリング調査を実施した。

調査対象施設は以下のとおり。

- ・富山県・南砺市民病院
- ・香川県・綾川町国民健康保険陶病院

(3) モデル事業の実施

医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とし、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」を念頭に置いた在宅移行・退院支援の枠組みを構築し、在宅移行に関する手引書を作成するためのモデル事業を実施した。実施対象施設は以下のとおり。

NO	都道府県	施設名
1	宮城県	涌谷町町民医療福祉センター
2	富山県	南砺市民病院
3	滋賀県	公立甲賀病院
4	京都府	京丹後市立久美浜病院
5	三重県	紀南病院
6	鳥取県	国民健康保険日南病院
7	香川県	綾川町国民健康保険陶病院
8	熊本県	上天草市立上天草総合病院

(4) 効果検証ヒアリングの実施

モデル事業の実施状況、実施上の問題点や課題、工夫点について、実施結果を元に詳細を調査した。調査対象施設としてモデル事業実施施設中から 6 施設を選定し、訪問調査を行った。

調査対象施設は以下のとおり。

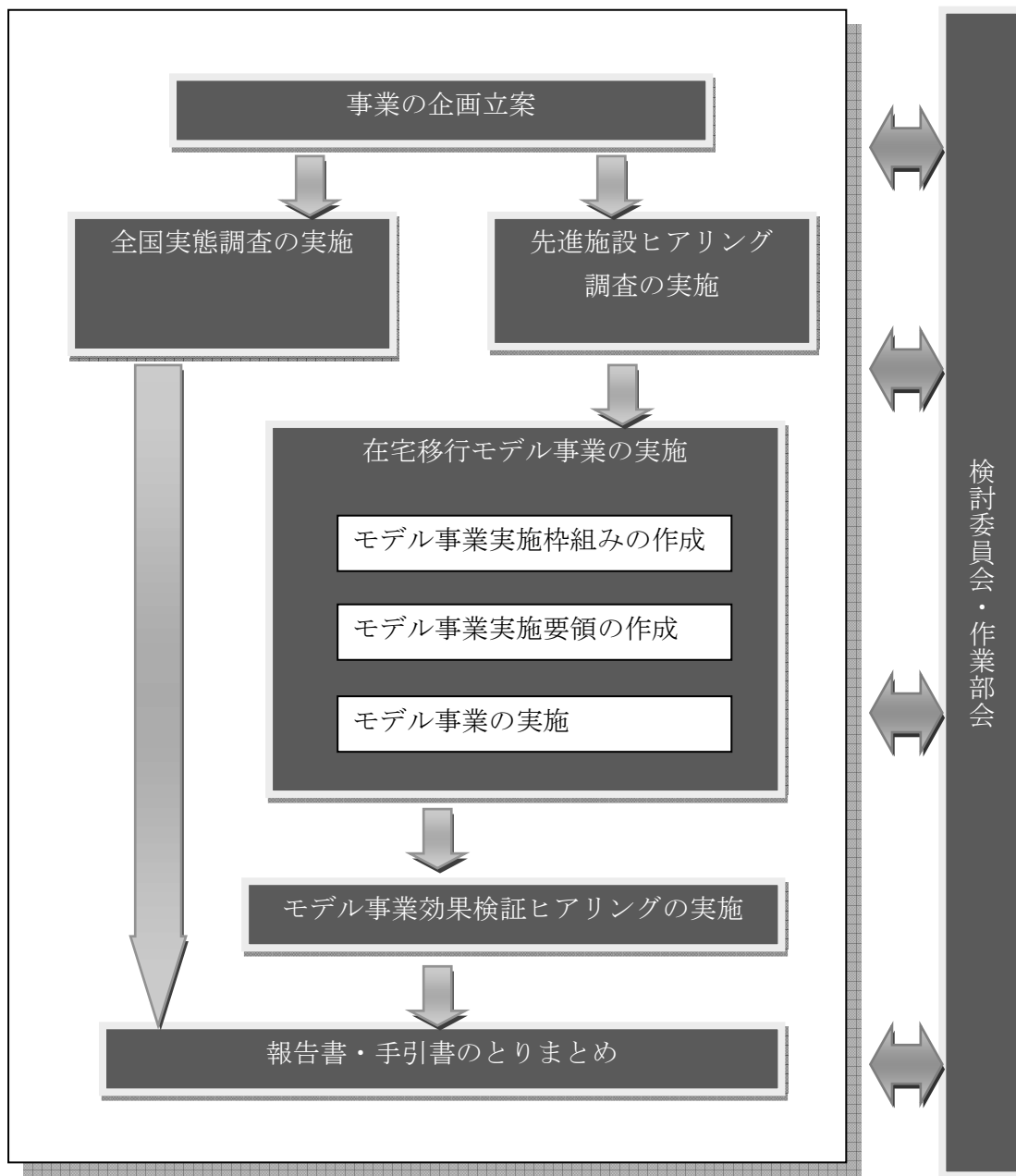
- ・宮城県・涌谷町町民医療福祉センター
- ・京都府・京丹後市立久美浜病院
- ・滋賀県・公立甲賀病院
- ・三重県・紀南病院
- ・鳥取県・国民健康保険日南病院
- ・熊本県・上天草市立上天草総合病院

(5) 在宅移行の手引書の作成

モデル事業の結果に基づき、モデル事業実施要領を修正・加筆して、在宅移行に関する手引書を作成した。

3. 調査研究の過程

本調査研究は以下の流れで実施した。



4. 事業結果

(1) 結果

本研究事業においては、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」をするモデル事業を実施し、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とした。

1) 全国調査について

全国の国保直診施設（834 施設、うち病院 292 施設、診療所 542 施設）を対象とした。回答は、在宅移行に主に携わっている職種の方（看護師、MSW 等）に記入を依頼した。回収数は 376 票（回収率 45.1%）であった。在宅療養支援の届出がある病院は 12.8%、在宅療養支援診療所の届出がある診療所は 22.4%であった。病院においては地域連携室を設置している施設が 71.1%を占めていた。

①在宅医療・在宅移行について

在宅患者への 24 時間対応体制の有無は、「24 時間対応はしていない」が 56.1%と最も多く、次いで「自院のみで対応」が 22.3%、「自院と連携先医療機関とで対応」が 9.3%となっている。有床診療所では「自院のみで対応」が 4 割以上となっている。連携している介護保険サービス（併設施設含む）は、病院では、「訪問看護」が 81.9%と最も多く、次いで「介護老人保健施設」が 79.2%、「地域包括支援センター」が 77.9%となっている。

地域連携のために実施している取組は、「他の医療機関等との研修会や勉強会等」が 44.9%と最も多く、次いで「地域のケアマネジャーとの研修会や勉強会等」が 37.8%、「地域住民に向けた講習会等」が 21.3%となっている。病院において、地域連携室の有無別にみると、いずれの項目においても、地域連携室を設置している施設の方が実施割合は高い。

各サービスとの連携方法についてみると、定期的な会合の開催（地域ケア会議等）では、「地域包括支援センター」との連携が 39.9%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が 30.3%、「他の医療機関」が 20.5%となっている。

②入院から退院に至るまでの流れにおける多職種連携

入退院時の情報提供では、「他の医療機関」が 57.2%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が 46.0%、「地域包括支援センター」が 39.1%となっている。

退院支援開始時の連携では、「居宅介護支援事業所」が 46.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 42.8%、「他の医療機関」が 32.2%となっている。

退院前カンファレンスへの参加では、「居宅介護支援事業所」が 42.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 36.7%、「訪問看護ステーション」が 30.3%となっている。

退院時の連携では、「居宅介護支援事業所」が 48.9%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 45.5%、「他の医療機関」が 44.9%となっている。

退院支援の各段階における在宅移行へ向けた具体的な取り組みについてみると、入院時の

取り組みとしては「病棟担当者がアセスメントを行っている」が 57.7%、次いで「スクリーニングを 1 週間以内に実施している」が 51.0%など、半数近くの病院が 1 週間以内に退院支援のためのアクションを起こしていることが明らかとなった。また、地域連携室の早期介入や、MSW による患者情報の早期収集・確認も行われていた。

退院支援開始時の取り組みとしては、「本人・家族の意向を定期的に確認している」(66.4%)が多くなっており、看護師、MSW など多職種が協働して意向を確認しているとの回答が見られた。また、「多職種による退院前訪問を実施している」も 35.6%にのぼり、PT やケアマネジャー、地域包括支援センターのスタッフと協働して訪問したり、日常生活の動線を確認して居住環境の調整を行うなどの工夫が見られている。一方、本人や家族の意向確認が困難であったり、家族が早期に退院支援を開始することを望まなかったりという課題も見られている。

退院カンファレンスは多職種が参加しており (67.1%)、さらにカンファレンス時以外にも情報共有・連携を密にしたり、介護保険利用者については退院前カンファレンスにケアマネジャーも参加して退院前からの情報共有に努めるなどの工夫が見られている。

退院後のフォローについては実施できていない施設も多いが、地域ケア会議等の場において情報共有をしているという回答が 36.2%見られていた。

2) モデル事業について

在宅移行に積極的に取り組んでいる 2 施設に対し、モデル事業枠組み策定のためのヒアリングを実施し、それに基づいてモデル事業の枠組みを策定して効果検証を行った。モデル事業のポイントは以下のとおりとした。

- ・ 退院調整の主体は医療機関とし、実施要領 (手引書) の対象は医療機関とする。
- ・ 特に介護サービス事業所との連携部分に注目し、ケアマネジャーに連絡するポイント、訪問看護を検討するポイント等、どの介護職種とどのような情報を共有するかについて、各段階における連携フローを検討する。
- ・ 退院後のフォロー (情報共有) 方法についても検討。

また、退院支援の対象となる患者は、高齢者かつハイリスク者 (退院困難者) と考えられ、これらの者を抽出する際に以下の条件にあてはまる者を対象としてモデル事業を実施した。

- ・ 11 月 1 日～30 日に一般病床に入院した患者 かつ
- ・ 65 歳以上の高齢者 かつ
- ・ 計画的入院 (3 日以内に退院が想定されるもの) の患者は除く

モデル事業の実施工程は以下のとおりである。

- モデル事業実施担当者の選定
- スクリーニングの実施
- アセスメントの実施
- 退院支援の開始
- 退院カンファレンスの実施
- 退院
- 退院後のフォロー、情報共有
- 患者さんアンケートの記入
- モデル事業実施結果報告の記入

モデル事業には、医療機関8施設が参加した。スクリーニングからアセスメントまでの平均日数はおおよそ半数の医療機関で減少していた。

①モデル事業の実施状況

モデル事業の効果としては、退院支援計画書の作成基準が明確になった、事業所とのやり取りが密に行えるようになった、入院早々から退院支援の必要性を強く感じることができた等が挙げられている。

モデル事業の結果について、入院後の各種手続きの実施日についてみると、入院日から数えてスクリーニング実施日は平均 2.38 日、アセスメントは平均 4.65 日、退院調整開始日は 7.32 日、大規模なカンファレンス実施日は 17.75 日等となっている。

カンファレンスに参加した職種は、看護職員が 35.9%、家族が 29.0%、ケアマネジャーが 27.6%などとなっている。ケアマネジャーと連絡した初回の調整日は、入院日から数えて平均 7.48 日目であった。初回の連絡手段は電話（42.1%）が最も多かった。

退院調整の結果、モデル事業実施期間中に退院できた患者は 76 名（52.4%）、退院できなかった患者は 47 名（32.4%）、近日中に退院見込みの患者は 12 名（8.3%）であった。（いずれも様式 1 ベース）。退院先については、「自宅」（75.0%）が最も多く、そのほかは老人保健施設等が多い。

退院支援の必要性についてみると、「担当者が中心となり対応」の割合が、退院できなかったケースの方が退院できたケースに比べてやや高くなっている。支援が必要な理由については、「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」が退院できたケース、できなかったケースともに最も高い（各々 66.7%、55.8%）。退院できなかったケースでは、「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」の割合も、もっとも高くなっている（55.8%）。

②ケアマネジャー、患者等からの意見

ケアマネジャーからの意見としては、「主治医との連携が難しい」「僻地のため訪問に時間がかかる」「突然カンファレンスが開催されることもあり、時間調整が難しい」等の意見が挙げられていた。事業の効果としては、「家族と会えるようになった」、「退院前から利用者さんの情報がよくわかりスムーズに退院に向けてプラン作成が行うことができ他事業所へも情報

を早目に知らせることができた。」などが挙げられていた。

患者アンケートでは、病院の支援に関する満足感については、「満足している」(60.5%)がもっとも多く、「やや不満である」「不満である」は見られなかった。

3) 手引書の作成

手引書の枠組みについては、在宅移行を先進的に実施している施設に対するヒアリング等から構築し、モデル事業において検証された。本手引書は、モデル事業の実施要領をベースとして、効果的な連携事例等を盛り込みながら作成されたものである。以下にその構成を示す。

1. はじめに
 - (1) 本手引書作成の背景
 - (2) 本手引書のねらい
 - (3) 在宅移行を始めるにあたって
 2. 在宅移行の対象者
 3. 退院支援に使用する様式例
 4. 具体的な退院の流れ
 - (1) スクリーニングの実施
 - (2) アセスメントの実施
 - (3) 退院支援の開始
 - (4) 退院カンファレンスの実施
 - (5) 退院、退院後のフォロー、情報共有
- 参考資料：様式集

(2) 考察

1) 在宅移行への取り組みに関する課題と工夫について

①地域連携室の機能について

全国調査の結果、病院の7割では地域連携室を設置しており、在宅移行の体制づくりを行っている状況が明らかとなった。他の医療機関等との研修会や勉強会、地域のケアマネジャーとの研修会等についても、地域連携室を設置している病院の方が実施割合は高くなっており、在宅移行に向けた取り組みがなされていると言えよう。在宅移行のシステムとして、院内のスクリーニング体制(1週間以内に実施)が機能している病院は約半数であり、このような施設では、早期にスクリーニングを行うことで、その後のアセスメント、退院計画の作成、家族の意向確認等にスムーズに移行する体制を構築していると考えられた。地域連携室のMSWが早期に退院支援にかかわることで、スムーズな在宅移行につなげているケースもある。

さらに、病棟に在宅支援に向けてリンクナース(在宅支援ナース)を置き、在宅移行に向けての取組みを地域連携室と分担しながら行っている医療機関もある。入院時からの患者、家族との関わり、ケアマネジャーとの情報共有、月1回の地域連携室や病院管理者などとのカンファレンス等、様々な業務を行っている。

一方で、スクリーニングを早期に行えない、シートが活用できていないといった課題も見

られており、地域連携室がないために病棟看護師が実施しており、業務が多忙で相談の時間が取れないという意見も挙げられている。中心となる部署や職員の存在が必要という意見も挙げられていた。

そのような中、ヒアリング調査先の病院では、あえて地域連携室を設置せずに、病棟の受け持ち看護師が担当の患者について退院支援を行っていく取り組みを実施している施設もあった。受け持ち看護師を指導する者が訪問看護経験者であり、在宅生活を見越した支援の指導、助言がなされている。当該地域では、病院が町民の家族構成や生活実態、人柄まで把握できているため、患者（家族も含め）ごとに在宅生活が可能かどうか、予測が可能であるとのことであった。

このように、医療機関によって在宅移行の取り組み状況も異なっており、以下の3パターンが想定された。

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none">① 地域連携室と病棟（看護師）に在宅移行担当者が配置されている② 地域連携室に在宅移行担当者が配置されている③ 地域連携室は設けず、病棟で在宅移行を行う |
|--|

医療機関の規模、地域特性、人口等により、医療機関において効率的に在宅移行を進めていく体制は異なると考えられる。例えば大規模の医療機関であれば病棟にも退院支援担当者を配置することが求められるだろうし、小規模医療機関で地域の人口も少ないということであれば、地域連携室に情報を集中されるパターンや、病棟で受け持ち看護師がスクリーニング、アセスメントを行っていくというパターンも考えられる。自施設と患者の状況にあった体制の構築が求められると言えよう。

②退院支援の各プロセスにおける課題と工夫

退院支援を開始するタイミングが困難であるという意見は多く挙げられていた。病状が安定していない場合、重い場合など、家族が退院支援を早期にすることを望まない現状もある。患者・家族が「退院可能である」ことを医師から聞いていない場合や退院の見込みなどが説明されていない場合は特に介入が難しい。

またアセスメント直後等は状態も安定しないため、「なぜこのタイミングで退院か」「病院を追い出されるということか」という反発が生じる場合がある。本人や家族が納得して退院に向けて踏み出すには、十分なコミュニケーションを取り、アプローチすることが必要と考えられる。

退院支援を行う際にも、例えば施設入所の待機期間にいったん在宅復帰してもらい、生活してもらうなどのアプローチを行うことも効果的である。居宅サービスの組み合わせで在宅療養が可能となり、そのまま復帰される方もいる。「いつでも医療機関が後ろに控えている」という安心感を患者に提供することで、可能となる場合も多い。退院時は家族は不安を抱えているため、安心感を患者・家族が感じられることで、地域住民へ「家に帰ることが当たり前」のこととして認識されるような関わりを持つことが可能となるのではないかと。

その一環として、在宅で受けられる介護サービスについて、入院初期段階から患者や家族

に情報提供することは、在宅移行に向けて有効な方法と考えられる。居宅ケアマネジャーと早期に連携し、在宅での生活をイメージできるような介護指導等を行っていくことで、介護サービスを有効に活用した在宅移行が可能となると思われる。退院カンファレンスに当たっては、ケアマネジャーをはじめ訪問看護、訪問リハなどの事業所とも情報共有し、地域で受け入れる体制を整えていく必要がある。

退院後の受け入れ先の確保も重要な問題である。特に独居の場合、家族の介護力が不足している場合は困難である。医療依存度の高いケース（胃ろう、経鼻経管、在宅酸素等）については、家族の介護力がないと在宅復帰が難しいのも現状である。中山間地域では在宅サービス資源も不足しているため、本人や家族の意向通りに退院の意向が決まらないことも多く、施設入所についても資源不足の面から制約がかかることがある。

また、退院後のフォローは困難な課題である。外来や往診以外にフォロー体制を構築することは難しく、医療機関から患者を訪問する余裕がないのが現状である。介護保険サービスを利用している患者であれば、ケアマネジャーや訪問看護師から情報を得て状況を把握することができるが、サービスを活用していない患者の場合は状況把握が難しい。これらは地域での見守り等で補完していく必要がある。

2) 手引きの効果的な活用方法について

今回のモデル事業では、スクリーニング、アセスメント、退院計画の作成という流れを構築し、そのプロセスを標準化した。既に在宅移行の枠組みを構築している医療機関や、これから在宅移行のシステムを構築していく医療機関など、医療機関の現状は様々だと思われるため、あくまでも骨格として提示することを念頭に置き、この一連の流れと、ケアマネジャーや介護サービス事業所と早期から調整・連携することを盛り込んで、スムーズな在宅移行につながるような枠組みを構築した。

この枠組み自体はどの医療機関でも共通して活用できるものと考えられる。また、モデル事業実施に当たって様式を作成し、事業の結果に基づいて簡略化したスクリーニング票、アセスメント票、退院支援計画書を作成しているため、各地域や医療機関の状況に応じ、実情に合わせて改編するなどして活用いただくことが望まれる。

3) 在宅移行を推進するための方策について

現在、地域連携とはどのような業務を担うべきかという定義がないため、各医療機関において様々な活動を行っているのが実態である。今回、在宅移行の枠組みを提示することで、地域連携室もしくは在宅移行に携わる方が何をすべきか、そのエッセンスを示すことができた。本手引きを活用し、その医療機関にあった在宅移行システムの構築が期待される。

地域との連携も重要であり、例えば、当該地域全体で情報交換シートを作成するなどして、連携体制の構築を図る、近隣の医療機関、介護サービス事業所等と定期的な会議を開催する等も検討する必要がある。その他、公民館活動等として、看護師、保健師が介護指導（身体の拭き方、おむつ交換など）を行うなど、医療機関から地域に出て、在宅療養のための理解促進や啓発活動を行うことも必要と考えられる。