

退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方に関する研究

【研究要旨】

I 目的

本研究の目的は1) 退院準備・在宅ケア移行支援の機能を実態から把握し、2) 入院医療と在宅ケアの連携を促進する退院準備・在宅ケア移行支援の要素及び体制化のために必要な要件を明らかにすることである。以上により、わが国における適切な退院準備から在宅ケアを結ぶ支援（リエゾンシステム）のあり方を検討し、課題を整理する。

II 方法

本研究はヒアリング調査ならびにアンケート調査により構成される。

ヒアリング調査は平成18年11月から12月にかけて実施した。退院準備・在宅ケア移行支援のために、在宅ケア事業所側の職員と病院側の職員が連携して退院支援活動を実施している施設やネットワーク活動等を考慮し、10箇所の施設を対象とした。アンケート調査は、退院準備・在宅ケア移行支援体制を整備している病院の抽出が現状では困難であったため、WAM-NETに登録されている全国の一般病床100床以上の3212施設を対象とし、平成19年1月に実施した。

III 結果

1. ヒアリング調査

(1) 在宅ケア事業所等の職員が病院に入り病院職員と協働する施設

① 聖隷浜松病院

病院内に在宅事業所の職員(ケアマネジャー)が派遣されて交代で常駐し、人件費は病院が負担する。担当部署は、病院の中に医療相談、地域連携、介護保険総合相談コーナーほか複数設置され、各々が支援における役割を分担して遂行する。入院時から、退院準備・在宅ケア移行支援を入院ケアとセットで行う体制である。病棟単位でも支援のアセスメントシートやフローチャートを作成して退院準備を進めるほか、院内の認定訪問看護師制度や研修など人材育成を行っている。

② 名古屋市高齢者療養サービス事業団

病院内(名古屋市立東市民病院など)に設置された相談室に、在宅ケア事業所の職員(訪問看護師)を派遣して常駐し、院内のスタッフとともに退院支援の必要な患者を支援する。支援の必要性を測るアセスメントチャートなどを整備し、病棟ラウンドやカンファレンスメンバーとなって活動する。在宅での療養やケアについて家族への指導、福祉用具の相談、医療機器業者との橋渡しも行う。職員派遣の費用は事業所が負担する。支援のうち半数は自事業団以外との連携が占める。

(2) 病院職員が中心となって活動する施設

① 筑波メディカルセンター病院

病院内に支援の専門部署はおかず、担当の副看護部長を置いている。各利用者の担当看護師がフローシートに沿って援助を展開する。看護師の地域との連携業務の負担感を減らすために看護部が支援する体制である。病院と居宅事業所との間の人事異動を行い、在宅ケアの経験を有する職員の育成をしている。

② 初台リハビリテーション病院

回復期リハビリテーション病棟で、「チームマネジャー制」により入院時から、患者に

関わるさまざまな職種（医師・看護師・リハビリスタッフ・ソーシャルワーカー）が、徹底したチームアプローチによりリハビリテーション医療を提供する。ADL 向上や家庭への復帰に向けて、チーム全体が退院準備・在宅ケア移行支援を展開するシステムを構築している。「リハビリテーション総合実施計画書」を立案・実施するための「チームカンファレンスガイドライン」を策定し、業務の中に定着させている。

③総合新川橋病院

看護師の自主的な活動から部署の立ち上げへと展開した。退院調整専門看護師が、部署のトップを兼ね、個別ケースへの対応、地域との関係構築、院内への啓発活動などの活動全般を運営している。

④東海大学医学部付属病院

病院の中に総合相談室と在宅医療室とがあり、役割を分担する。在宅医療室では訪問看護と在宅準備支援を並行で実施する。初回の情報収集で支援の必要性をアセスメントする。地域における訪問看護ステーションとの連絡協議会などを開催している。

⑤北摂総合病院

地域の中核病院であり、利用者にとってのゲートキーパーの役割を担う。地域との連携の窓口は全て医療ソーシャルワーカーが担当する。病状のアセスメントや対処の必要性があったことから、専任看護師を配置するようになっている。

⑥ 祐愛会織田病院

連携センターを中心に、退院準備・在宅ケア移行支援のアセスメントを入院予約の時点で開始する。その後もアセスメントを1週間後等と定期的にも実施しながら、必要な退院支援を適切なタイミングを計らい実施している(リエゾンナースシステム)。地域の中核病院であり、併設施設や在宅事業所の職員と協働し、開業医や自治体との連携も重視する。退院関連情報については、病院内 LAN を利用したシステムで一元化と職種間の共有も効果を挙げている。

（3）退院準備・在宅ケア移行支援の基盤となる地域ネットワーク活動

① 新宿区地域看護業務連絡会

職種限定の連絡会と、様々な職種が参加する研究会との複層的なネットワーク構造である。連絡会では異なる機関に所属する看護職同士がつながりをつくり、お互いが実際の活動における連絡窓口となる。病院と在宅事業所が共に地域移行の事例を学び、検討する機会を提供する。この活動への参加には「業務」の位置づけが与えられている。保健所という公的機関が事務局を担うことで活動を支えている。

② 長崎在宅ドクターネット

在宅退院を希望する利用者で地域の主治医がいない場合に、主治医と副主治医を24時間以内に紹介する。利用者を中心に病院職員、訪問看護、ケアマネジャーなどが共同で退院カンファレンスを行い、在宅ケアを開始する。任意団体であり、会員（開業医、病院医師、専門医）と覚書を交わしている。発起人の1人の医院が事務局を担当し、地域ごとの世話人が実務を行う。専門医や病院医師の相互コンサルテーション、グループ診療の機能も果たしている。

2. アンケート調査

（1）回収状況

調査票を配布した100床以上の一般病院3212施設のうち、518施設から郵送にて回答を得た。そのうち有効回答が得られた453施設（有効回答率14.1%）を分析の対象とした。以下の結果においては、回答集団が全国の中でも退院準備・在宅ケア移行支援に先進的に

取り組んでいる病院に偏っている可能性に留意されたい。

（２）病院の概要

設置主体は医療法人（26.7%）、市町村（23.2%）などであった。全国の場合と比較すると、回答集団では都道府県や市町村といった公立の設置主体が多くなっていた。

病院の種類は開放型病院（病院の施設・設備を地域のすべての医師に開放し、診察や検査に利用できる病院；23.2%）、DPC 対象病院（22.7%）、回復期リハビリテーション病棟を有する病院（17.2%）、地域医療支援病院（14.1%）などであった。

有する併設施設は訪問看護ステーションが 34.0%、居宅介護支援事業所が 34.0%、検診センターが 22.5%、介護老人保健施設が 21.6%であった。

（３）退院準備・在宅ケア移行支援の実施体制

病棟に退院準備・在宅ケア移行支援の「担当者」を置く病院は 24.7%であり、病院の中に退院準備・在宅ケア移行支援の「部署」を設置している施設は 69.3%であった。部署が実施した退院準備・在宅ケア移行支援のうち、自宅退院が半数以上のところが 43.0%（113施設）であった。

「退院準備・在宅ケア移行支援」を実施するスタッフの中に、在宅や地域ケアの経験を有する職員がいるのは 42.8%であった。これらの経験スタッフは MSW（60.8%）、看護師（55.2%）などが多かった。経験の内容は訪問診療・看護（53.6%）、介護支援専門員（53.6%）、行政職員（市町村保健師等）（13.9%）などがあつた。

在宅や地域ケア機関の職員が、院内に入って退院準備・在宅ケア移行支援に関する業務を行う病院は 30.9%であった。在宅や地域ケア機関の職員が「病院内に駐在している」のは 33.3%、「病院を定期訪問」しているのは 20.6%であった。所属機関(複数回答)は、併設または同一法人の居宅介護支援事業所が 58.2%、併設または同一法人の訪問看護ステーションが 50.4%であった一方、その他の居宅介護支援事業所が 43.3%、訪問看護ステーションも 39.7%あつた。地域のかかりつけ医（総合的に診る医師）というところも 12.1%あつた。職種は介護支援専門員 78.7%、看護師 69.5%などであった。

（４）病院における退院準備・在宅ケア移行支援の全般

支援を活用した利用者の特徴としては、継続的な医療処置が必要（71.7%）、ADL や認知などに介護上の問題（67.8%）、家族の介護力に問題（63.4%）、ターミナル期（45.3%）など医療や介護におけるサポートが必要な状況が大半であった。

対象者の把握方法としては、「入院後早期のカンファレンス」66.7%、「長期入院者対応策のカンファレンス」63.4%、「退院準備・在宅ケア移行支援スタッフによる病棟ラウンド」54.1%、「アセスメント用紙・項目の使用」50.8%などが行われていた。

退院準備・在宅ケア移行支援活動の実施状況についてみると、実施が多くなかった活動は退院当日の訪問看護（27.8%）、退院前訪問による療養環境調整と療養指導（64.2%）、退院後に行う療養相談（70.6%）、ホームヘルパーの紹介・調整（71.1%）、保健所・保健センターの紹介・調整（75.5%）などであった。

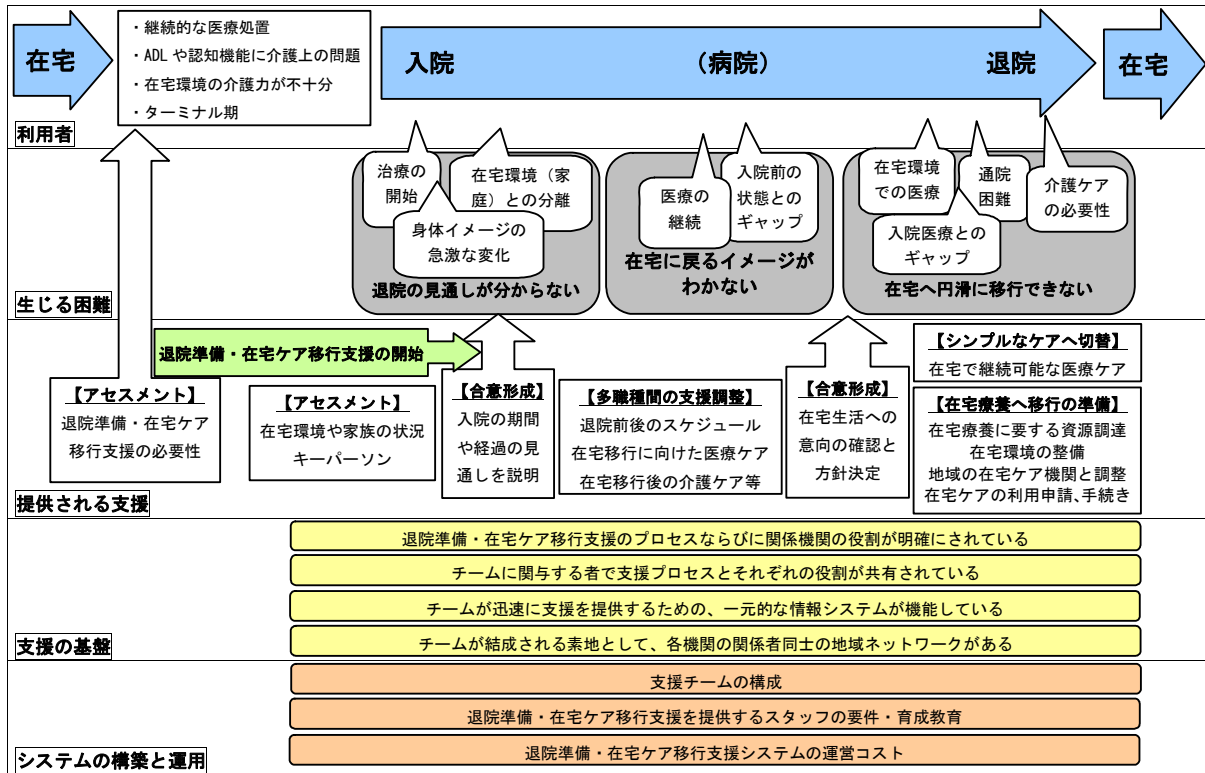
IV 考察

1. 退院準備・在宅ケア移行支援システムの要素

病院から在宅へ場を移すことに伴い困難が生じる場合、この困難に対応して、退院準備・在宅ケア移行支援が必要である。そこで支援が必要な利用者にもれなく効果的に提供されるための仕組みを考察し、退院準備・在宅ケア移行支援システムの要素を(1)提供される支援、(2)支援の基盤に分けて整理した。

システムのイメージを図示したものが図表 3-1-1 である。

図表 3-3-1 退院準備・在宅ケア移行支援（リエゾン）システムのイメージ図



(1) 提供される支援

①退院準備・在宅ケア移行支援を要する利用者のアセスメント

援助が必要な利用者を適切に判断し、もれなく援助を提供するために、アセスメントを入院早期（場合によっては入院予約時）から開始する。本人の状態のみならず在宅でのキーパーソン、介護者の状況や在宅環境も着眼点となる。支援対象となった利用者には継続的にアセスメントを実施し、行うべき支援内容を把握する。

②利用者家族との合意形成

早期から利用可能な在宅ケアを紹介し、地域サービスの情報提供や、在宅生活での不安点をフォローすることで、利用者や家族の側が在宅も選択肢に入れたうえでの決定が可能になる。

③多職種間の支援調整

医療や介護といった複数領域にまたがる支援を組み立てる。在宅環境を把握し考慮したうえで、入院中の治療を計画する。退院後の利用可能な公的制度および社会資源、それらの利用申請手続きなどの準備を同時に進める。

④利用者・家族が在宅でできるシンプルなケアへの切り替え

入院中の治療の段階で、在宅で継続可能な医療・ケアに移行することを見越した計画をたてる。退院後の生活イメージをチームが共有し、共通理解に基づき病院では医療・ケアを組み立てる。また入院中から練習を行い在宅での実施方法を習得するなどの工夫をする。在宅ケア事業所の職員（訪問看護師等）から、在宅環境下でのケア方法の工夫や地域情報を提供する。

⑤在宅療養への移行の準備

在宅ケアを導入する利用者の在宅環境をアセスメントし、地域で利用可能な資源の探索や必要な医療材料の調達方法などを検討する。利用サービスの目途がたった段階、あるいは目途をたてる段階で、在宅ケア機関との連絡調整や利用申請および書類手続きを実施する。例えば退院日を、在宅ケアの準備が完了し退院直後のフォローの可能な日に設定する。退院当日に、既に利用者に関わりがある訪問看護師等が退院先に訪問するなどして、在宅ケアの円滑な開始のために調整を行う。

(2) 支援の基盤

①支援プロセスならびに関係機関の役割の明確化

医療と介護にまたがる多職種チームアプローチの前提として、各機関や各職種の役割が明確で、そのために支援プロセスも明確であることが必要である。フローチャートやマニュアルの整備、覚書や規約といった機関の間での取り決めとその明文化があげられる。

②多職種チームにおける支援プロセスとそれぞれの役割の共有

チームで支援プロセスと役割を確認し共有する。方法としては多職種による合同カンファレンスの開催などがあげられる。

③確実に迅速な連携のための情報システム

各機関ならびに各職種間で必要な情報が遅延なく伝達・共有されるための工夫として、機関や病院部署間の書式の整備、病院の LAN システムなどが考えられる。伝達を効率的にすると共に、伝達する相手にとって必要な情報を明示する機能がある。

④地域での関係者の顔が見えるネットワーク

支援の下地をつくるとともに相互コンサルテーションの場を提供する役割を有する。職種を限定したネットワークは、事例が発生したときの最初の連絡窓口として機能している。多職種が参加するネットワークは、地域の中核病院等が実践する場合と、地域の公的機関が支える場合がある。

2. 退院準備・在宅ケア移行支援システムの構築と運用

(1) 支援チームの構成

在宅ケア事業所の職員と病院の職員とが協働する多職種チームにおいては、各職員がそれぞれの着眼点で利用者にあセスメントを実施する。一方では、利用者から見た主要なゲートキーパー役を設定する必要がある。

(2) 退院準備・在宅ケア移行支援を提供するスタッフの確保・育成教育

研修制度を通し、病院職員が退院後の在宅療養とそれを支える支援のあり方を理解する。支援提供スタッフの確保に加え、スタッフを統括する者(推進者)の設置が必要である。病院内で新たに活動を始める際は、病棟単位よりも専門部署中心の方が取り組みやすいと考えられる。

(3) 退院準備・在宅ケア移行支援システムの運営コスト

現状では、病院内に在宅ケアの担い手を位置づけている施設は、その費用等につき個々の機関で個別に取り決めを行っていた。現行制度でバックアップは必ずしも十分とはいえ、活動を根づかせることの難しさもうかがえる。

3. 退院準備・在宅ケア移行支援システムの効果

(1) 病院の効果

在宅ケア事業所と病院職員の協働により病院職員の在宅支援のスキルが向上、他機関との連携が向上、平均在院期間の適正化、退院における在宅率の増加、退院・転院に関する利用者の苦情等が減少、救急外来の利用や再入院の減少といった効果が考えられる。

（２）利用者の効果

従来は施設転院のみと思われた利用者にも在宅療養の選択肢が広がる、退院後のサービス導入が早期に可能になる、退院後に生じやすい医療ケア上の問題が減少する、ひいてはQOLが向上するなどが考えられる。

（３）在宅事業所の効果

病院に部署や担当者が配置された場合、在宅ケア事業所からみて連携窓口が明確になり実際の支援活動が円滑になることが推察される。それにより、利用者や家族の状況が早期に把握できる、在宅で実施可能な医療ケアの準備や手配を適切に実施できるなどの効果が予想される。

４．今後の課題

（１）効果の側面からみた退院準備・在宅ケア移行支援の活動類型

活動類型の軸となるものには活動の中心メンバー、病院内での活動場所、活動の中心となる職種、病院・患者の特徴、地域性等がある。最も効果的な活動類型についての検証や、効果評価の適切な指標および検証方法についても更なる議論が必要である。

（２）地域の資源、受け皿

在宅ケア事業所やかかりつけ医（総合的に診る医師）、在宅療養支援診療所といった地域の資源のさらなる充実が求められている。在宅療養にあたっての医療資材等の効率的な調達も今後の課題である。

（３）地域全体の取り組みとしての課題

退院準備・在宅ケア移行支援は地域の中の病院と在宅ケア事業所等が連携して、その地域の中で利用者の在宅生活への移行を援助するものである。したがって地域全体の取り組みとしてとらえる必要がある。