

地域包括ケアシステム導入にあたっての現状と課題（第2報）

—当該地域における地域医療連携の実態に焦点を当てて—

交野好子¹⁾ 池原弘展¹⁾ 諸江由紀子²⁾ 大枝かよ子³⁾ 北村隆子¹⁾

中村ひとみ⁴⁾

1) 敦賀市立看護大学, 2) 元 JCHO 若狭高浜病院 JCHO 高岡ふしき病院, 3) 元杉田玄白記念小浜病院

4) 杉田玄白記念小浜病院

要旨

本研究では、高齢者が利用する病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等における特性と相互間の連携の実態と問題点、今後の課題等について看護職者を対象としたインタビューから明らかにすることを目的とした。

その結果、病院から在宅に移行するにあたり、在宅療養が可能か否かの判断基準は病院看護師と在宅看護師では異なっていた。高齢対象者は一旦病院に入院するとその後、諸機能の低下、病状やADLの変化から在宅生活イメージが形成しにくい状況にあった。そのため、実践者である看護師は、在宅療養のための情報収集、それに基づく退院前家庭訪問、退院支援カンファレンスや帰宅体験等を行っているものの、効果については今後方法を検討していく必要があると考えている。病院から在宅や施設入所には介護保険の申請と認定結果が条件となる。しかし、どのような状況の対象者に介護保険申請を行うのかの基準が明確でないため、働きかけも十分とは言えない現状が見られた。高齢対象者が病院から退院した後に引き受けた在宅看護師や施設看護師は、病状の変化時等には病院に対して指示や相談を必要とすることがある。そのような場合、SOSを出しても対応してもらえない病院もあるが、ほぼ地域連携室が間に入ることで連携の役割は果たされてきている。

キーワード：地域包括ケアシステム、連携、高齢者、尊厳、課題

I はじめに

2018年12月には厚生労働省から2025年を目途に地域の包括的な支援・サービス提供体制（以下地域包括ケアシステムとする）の構築を推進する旨の発表がなされた。地域包括ケアシステムは、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目指すもので、可能な限り住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう支援するものである（厚生労働省、地域包括ケアシステム、2021）。

地域における医療・介護は、「高齢者の生

活を支える」という観点から構築された地域包括ケアシステムである。このケアシステムによって病院、在宅医療・在宅看護・介護、施設等の連携の推進が行われるようになってきている。

一方、高齢者の推移については、第1報でも述べた通り、1990年の統計では65歳以上の人口は全体の12.1%であったものが、2017年には27.7%と2倍以上の増加がみられた。（厚生労働統計協会編 a, 2018）。特に、地方の過疎化された地域における高齢化率は30%を超えるところも出現している。

また、高齢者の健康についてみると、傷病者が多く人口千対の通院者数は全体の389.6に対して65歳以上では686.2、75歳以上になると727.4と増加している（厚生労働統計協会編 c, 2018）。そうした健康状況の中で、65歳以上の17.8%は単独世帯、夫婦のみの世帯は32.5%である（厚生労働統計協会編 b, 2018）。

高齢の対象者である「個人」に焦点を当ててみると、疾病の発症および悪化等による病院への入院、症状の安定または軽減により退院、退院後の在宅医療や看護、または、介護老人福祉施設（以下特養とする）、介護老人保健施設（以下老健とする）（特養と老健の2施設を表す場合は、高齢者施設とする）への入所等、状況に応じて施設や在宅を移行しつつ健康維持が行われている。このような高齢者を医療や介護現場で相互的に支えるためには、それぞれの病院や訪問看護ステーション、高齢者施設が連携しながらマンパワーを発揮していかななくてはならないと考える。

しかし、高齢者の尊厳を支え、安全と安心を提供するといった看護的視点からみると、病院から高齢者施設、高齢者施設から病院、病院から在宅療養、在宅療養から病院への入院といった移動の中で、高齢者の尊厳と自立を支援し、住み慣れた地域で人生の最期まで自分らしく生活し続けることが地域包括ケアシステムによって本当に実現できるであろうか。現実的には、対象者はどこに移動しても一定の看護レベルを保証したケアが受けられているのだろうか。明らかにしていく必要がある。そのような中で、看護職員の不足や業務の多忙さ、看護技術の未熟さ、他の職種との業務分担の曖昧さなどによって看護の質の低下を嘆く声も聞こえてくる（日比野, 2020. 山岸, 2020）。また、看護に関連する研究報告をみても、2018年から診療報酬・介護報酬の改定を踏まえた今後の地域包括ケアシステムのあり方の提言はあるものの（藤

林, 2017）、実態やそこから出される今後の課題等を明らかにした報告はまだ追いついていないのが現状である。

そこで、以上のような環境の中で地域包括ケアを展開していくためには、地域の高齢者を支える環境、特に状況に応じて変化する生活環境および施設間移行においては、それぞれの施設がどのように相互に連携し合っているのかを明らかにすると同時に、どのような課題を抱え、また、それに対して看護はどのような役割を担っているのかを本研究を通して明らかにしていきたいと考える。すなわち、高齢者が利用する病院・訪問看護ステーション・高齢者施設等における連携の実態と問題点、今後の課題等について看護職者を対象としたインタビューから明らかにすることを目的とした。その上で、地域および施設の特性を踏まえた連携と、対象者のニーズに対応した質の高い看護を提供するための地域包括ケアシステムの在り方を検討できればと考える。

II 研究の方法

研究期間は、平成30年5月～平成31年10月までである。

研究デザインは、質的記述的研究である。データ収集の方法は、研究目的に沿ったグループディスカッションである。ディスカッションへの参加者は11名で、2グループに分けて実施した。研究対象者は、病院、訪問看護ステーション、高齢者施設に勤務する、それぞれ実務経験3年以上の実践看護師である。所属も3施設均等に配置した。グループへの質問は、①看護師はどのような看護を目指してケアを実践しているのか。②日常の看護における問題と捉えていること（困っていること）、③対象者を中心にした治療・生活・看護上発生する問題、また、施設間、あるいは他職種間における連携に関する問題等について語ってもらった。ディスカッション

の時間は約1時間半であった。そこで語られた内容は録音し、逐語録を作成した。その上で、参加者の発言を質的に分析し、問題の抽出を行った。連携に関して抽出された項目は2グループ合わせて221項目であった。分析内容は結果に示す通りである。

尚、本分析結果は、第1報と2報に分けて報告する。本稿は第2報である。

倫理的手続きは、研究対象者に対して本研究の趣旨と目的を書面と口頭で説明する。説明内容は、①発言内容はテープに録音させていただく。②研究対象者ならびに所属施設名は匿名とし、個人が特定されないよう全て記号化する。③発言したくないことは拒否しても良い事、研究の参加を途中で中止するのは自由であり、それによって今後の関係に影響することはない。④発言内容は学術研究以外に使用しないこと、データは施設のできる場所に厳重に保管する。研究終了後のデータは敦賀市立看護大学において5年間保存する。以上の説明を行ったうえで承諾していただいた方には同意書に署名をしていただいた。同意書については、そのコピーを研究対象に渡す。

本研究は、敦賀市立看護大学研究倫理審査委員会の承認を受けた。(2018.5.8)

研究代表者 CITI JAPAN(現 eAPRIN) 修了
(2016.8.26)

Ⅲ 結果

本研究でグループディスカッションへ参加した実践看護師は実務経験10年以上で、参加者数は11名であった。

本稿で取り上げる分析結果は、地域包括ケアシステムの中で、人口減少とともに高齢者を抱え過疎化する地域において、病院、訪問看護ステーション、高齢者施設間の連携を実践していく中で発生する問題について明らかにするものである。分析の結果、これらの問題は、実際に当該地域における地域包括シ

テムを構築していく場合の問題や、それを阻害する因子や背景、また、施設間連携の在り方として語られていた。

本研究のインタビューの冒頭には「地域包括ケアイコール連携と言ってよいのだろうか」とか「この地域では施設間の連携は果たして取れているのだろうか」といった疑問からディスカッションに入っている。

本稿は第2報として、施設間の連携に関連する発言を抽出し分析した結果をまとめたものである。

尚、対象者の表記は通常、病院においては「患者」と呼び、在宅や施設では「対象者」と呼ばれているが、本稿では患者を含めて全て「対象者」とした。

分析結果の表記は最も抽象化したカテゴリーを【 】, サブカテゴリーを『 』, 対象者が語った言葉は「 」で示した。

1 病院から在宅への移行にあたっての課題

本項では、最初に病院勤務看護師から最も多く語られた在宅への移行にあたっての考え方や連携に関する問題から述べる。対象者は病院において急性期を経過すると、「地域包括病棟で過ごし、その後は在宅に帰っていただくことを目指している」。そこで、在宅、つまり訪問看護ステーションの看護師に看護が継続されることになる。看護の継続は病院と訪問看護ステーションの連携によって成立するものである。しかし、病院から訪問看護ステーションへの移行にあたっては、いくつかの課題もあることが明らかになった。

1) 【立場によって異なる在宅療養可否の判断基準】

病院からの退院にあたっては、在宅療養が可能か否かの判断が必要である。それは家族の意向によることが多く、その他、対象者の健康のレベルやADLの程度、日常生活上の条件等によって在宅療養の可否が判断されている。その判断基準についてみると、病院看

看護師と訪問看護師とは異なる点が認められた。病院看護師からは「一人暮らしや、昼間一人になる人は在宅には帰れない」、「家族の介護力が不足している場合は施設を探すといった退院支援が必要」と語られていた。これに対して、訪問看護師は、「家族がノータッチでも在宅で療養されている方はいっぱいいます」「在宅にヘルパーと訪問看護師のいずれかが朝一番で訪問し、家族は全く関わらないで生活できるんです」というように、適切な支援を計画的に投入することによって、在宅での療養を可能にしていることが、リアリティーをもって語られていた。

病院から在宅に移行するにあたっての連携という視点からみると、病院看護師は在宅では『介護を行える家族の存在や ADL が判断基準』になっている反面、在宅看護師は『家族が関わらなくても在宅看護・介護によって生活は可能』と考えている。両者には判断上の大きな隔たりが認められた。

2) 【在宅における生活イメージの形成と納得】

(1) 『在宅における療養生活のイメージ形成の難しさ』

訪問看護師の多くは、『対象者も家族も在宅での療養生活がイメージできていない』と感じていた。イメージできない理由は、病院に入院し治療を受けて退院するので元の健康状態に戻ると予測していたものが、予測に反して自力で可能な活動が減少している現状を知り、生活が状況に合わせて再構築できないからである。「病院に入院し退院する時の高齢者の回復力は、良くってほぼ8割、通常6割くらい」と多くの対象者を見てきた看護師は語っている。在宅の生活に戻る場合、100パーセント回復していれば今までの生活がそのまま続けられるため、在宅看護も介護も不要であるということになる。しかし、退院時には躰の一部が不自由であったり、ADLが著しく変化したり、食事制限が生じたり、多

くの内服薬が処方されたりと様々な変化が起こるため、在宅療養生活のイメージが湧きにくいことは十分に理解できる。

通常、退院にあたっては、病院看護師が対象者から今までの生活について話してもらいながら、退院に向けて相談に乗ったり、退院指導を行ったりしている。しかし、それでも現実の生活状況を想像することは、対象者の生活が多彩であり、様々であるため退院後イメージを形成できる状況には至っていなかった。

(2) 『知られていない訪問看護師の活動内容』

病院勤務看護師からは訪問看護や介護の支援を受けたくても「訪問看護師やヘルパーは何をやってくれるのか、どのように活用すればよいのか分からないと言われる対象者および家族が見受けられる」と語られていた。

また、病院のみで業務に当たっている看護師は、訪問看護師の活動内容が十分に把握されていないことに対して、訪問看護師からは「病院の看護師は訪問看護ステーションの存在は知っているが、どのような力を発揮しているのか知らない。もっと理解していただきたい」といった要望も出された。それに対して、訪問看護師自身からは『訪問看護のPRが十分にされていない』といった自己評価も語られていた。以上のように病院看護師の『訪問看護師に対する理解が不十分』である点や「訪問看護師の知られていない活動内容」、また、活動内容を知ってもらうための広報の必要性が明らかになった。

(3) 『退院後の在宅療養支援対策』

看護師は退院後の在宅における生活状況の把握と現在行われている対策について語っていた。1点目は、在宅における療養生活が想定できないでいる退院前対象者に対して、病院看護師は『退院にあたっての情報収集のための自宅訪問をする』ことによって、現実味をおびた退院指導が可能になると語ってい

る。「自宅を訪問させてもらうことで生活環境と現在のADLを関連させて評価する」ことができることも述べている。また、「訪問することで退院指導に活用できたり、訪問看護ステーションを活用した看護ケアを勧めたりする手がかりにもなる」と考えていた。

2点目は、対象者に帰宅体験を行ってもらうことである。このことによって対象者も家族も『退院後のイメージ形成には帰宅体験が有効』であったと話され、さらに、「退院後の生活の拠点を決定する機会になっている」ことが語られた。帰宅体験には「退院後どうか迷い、岐路に立っている時、在宅療養を体験してみるという1つのチャンスになる」、いろいろ心配している間は決められない事でも「いったん帰宅してみると、生活の感じが掴める」といったメリットもあると語られていた。

3) 【対象者や家族の意向にあった退院支援カンファレンス】

病院から退院して在宅療養に移る場合、病院と訪問看護ステーションという組織同士の連携と、病院勤務看護師と訪問看護師といった看護を提供する「人」の『連携は医療や看護、介護を繋ぐ唯一の方法』になっている。すなわち、連携は看護が継続して行われることを意味している。

また、そのように医療や看護が継続するためには、正確で看護にとって必要な情報が提供されなければならない。そこで、地域包括支援システムにおいて注目を集めているのが情報共有のために行われる退院支援カンファレンスとサービス担当者会議である。

なかでも退院支援カンファレンスについて多くの問題点が挙げられた。第1には、『退院するにあたって、どのような時期にどのような内容を誰と共有することが重要なのか明確にされていない』のである。例えば、「退院支援カンファレンスを1週間毎に開催しているが、出席者は看護師のみでご本人は蚊帳

の外になっている。」「退院後の患者のゴールを決めるのに患者と家族が入っていない」などである。「患者や家族が退院後何処で生活したいのか希望が聞けていないでカンファレンスを行っている。」といった疑問が看護師から多く出された。こうした一連の連携活動を通して気づいたことは、カンファレンスを通して『対象者と家族の意向に沿った退院支援』の必要性を再認識させられたと語られていた。特に在宅に帰る場合、何らかの支援を要すると判断されても、「退院支援カンファレンスには訪問看護師もケアマネジャー（以降ケアマネとする）の出席もされていないのです。」といった実態も語られた。これらの問題点を総括すると、誰のために何の目的で開催される退院支援カンファレンスなのかという本質的な部分での自覚と認識が不十分であると思われた。

4) 【病院から在宅療養・施設入所を繋ぐ介護保険の役割】

対象者が退院し、在宅療養や高齢者施設への移行にあたっては、医療機関と訪問看護ステーション、高齢者施設との連携によって、はじめて医療や看護が継続されることはすでに述べたところである。そうした『医療や看護、さらには介護を支えるのは介護度の認定結果』である。言い換えると、訪問看護や介護支援は介護度の認定結果に看護や介護内容が左右されているのである。

そこで、一般的に介護認定結果を得るためには、まず初めに家族による介護申請が行われることである。介護申請に対して、介護審査が行われ、介護度が決定される。その結果に基づき、ケアマネが決まり、看護・介護、またはリハビリテーション等の支援を受けることが可能となる。したがって、「家族が介護保険申請を早期に行うことにより対象者は救われる」という論理が成り立つのである。しかし、家族による申請は必ずしも迅速に行っていないのが現状であった。申請が行われ

難しい理由について次のように語られていた。まず、介護保険というものに触れたことのない人は、介護保険がどのようなものか、どうしたら介護保険は適応されるのか、誰がそれを行うものなのかといった基本的な知識がないことに気づかされる。したがって、介護保険の申請について「介護保険の申請の必要性と方法を理解していただくための講座を開いても、全く人氣が無く人が来ないのです。」「まずは介護保険の手続きにはご家族に動いていただかないと介護認定ができないのです。」家族は、介護保険の申請は「病院か誰かが何とかしてくれると思っている人は多いです」と言ったような捉え方であると看護師は語っていた。

介護保険を活用するのは退院後、「通常は、介護保険でまず日常生活の支援を行って、要介護度を維持する。もしくは介護度を低くしていく。その次の段階では要介護にあった支援を行っていくことになるのです。」しかし、このように介護申請が遅れると「介護保険によるサービスは本当に悪くなって（介護度が上がって）からしか活用できないようになってしまうのです。介護度を維持したり自立に向かうことに活かされなくなるのです。」といった介護保険を活用する本来の意味が希薄になってしまったといった問題点が語られた。

次に、介護保険審査結果についても審査に要する時間、決定、連絡等の一連の手続きは、早いとは言いがたいのが現状である。一般に『介護度の決定は遅くその後のサービスに影響』すると言われている。審査結果が出されないと「ケアマネさんも決まらず、何も前に進まない」、「介護認定が決まってから20日間位の間で退院先やサービスを決めないといけないのでドタバタになってしまいます」、「介護認定後にバリアフリーの修繕をしたり、手すりを設置したりするので大変です。」等があげられた。また、「訪問看護を活

用するにあたっては介護認定の申請はもちろん、介護が認められ介護の点数が付くことが必須条件になります」。判定前の先取りのケアも認められてはいるが、正式な『介護点数が在宅療養のサービス内容を決定していく』ことになっているので『病院から在宅療養・施設入所へと円滑な継続には介護保険が重要な役割を担っている』ことが多くの看護者によって語られた。以上のような審査結果が看護や介護に影響する事案として挙げられた。

2 訪問看護師や高齢者施設看護師からの病院へのアクセス

退院後に在宅生活に移行した場合、病院との関係はどのようになっているのかを訪問看護師の視点からの発言を紹介する。高齢者の退院にあたっては、疾患の特性や高齢者特有の全身機能の低下から病院との関係を末永く継続されて行かなければならないのである。

第1に、退院するにあたって、引き受ける側の訪問看護師は「どのような状況になったら在宅に帰ってもらったらよいかを相互でよく話し合う必要がある」と語っていた。その背景には、病院に対して必要時に「SOSを出しても対応してもらえないときもあった」、「在宅から電話したら実際に迷惑がられたことも何回もありました」。対象者にとって必要であるからSOSを出しているの

で「急に状況が悪化した時などはSOSを出したら対応してほしい」と願っている。こういう時こそ連携だと思う」。このように病院と訪問看護ステーション相互の関係の在り方に課題が見られた。

第2に、『病院の地域連携室の効果と対応内容の不足』の両面からの意見が語られた。最初に地域連携室の機能が活かされている点についてみると、「在宅療養者の件で病院に連絡を取る場合は連携室を通すのが筋である」、逆に、「病院から訪問看護師にお願いしたいことも全部地域連携室を通して行っている」ところもあり、『連携室が間に入ったお

かげでスムーズに連絡や指示・情報が取れた』といった地域連携室の機能の効果について語られていた。このように地域連携室の機能が効果的に働いている病院では「連携室と病棟の情報交換は密に行っています」というものであった。

その一方で、問題点も指摘されている。

「地域連携室の担当者が看護師でない場合、伝えたい、聞きたい、の両方がうまくかみ合わないことがある」、また、「訪問看護ステーションは24時間体制を取っている。高齢対象者の指示を尋ねた場合などは、個人病院はすぐに対処してもらえるが、大きい病院ほど指示をもらうのに時間を要する。」など『訪問看護ステーションと地域連携室の関係では、伝えたいことが伝わらない上、対応も時間的に十分ではない』などの課題も明らかになった。

IV 考察

本項では、病院、在宅医療施設・訪問看護ステーション、特養・老健といった高齢者施設を目的および条件によって選択し、利用していく現状に対して個々人の看護や支援サービス等がどのように提供されているのか。また、実践者の体験を通して見えてきた課題に対して、どのように考え、実践していくことが地域医療の連携を果たし得たことになるのか。さらに、地域包括ケアシステムの運用と言えるのかについて考察する。

1 在宅療養は可否ではなく対象者の希望の有無で

高齢者が病院を退院する場合は、次にどこを拠点にして療養生活が続けるかを入院中に決定しなければならない。また在宅療養を希望した場合、看護師は在宅療養が可能か否かの判断が必要であると述べている。病院看護師は、「一人暮らしや、昼間一人になる人、家族の介護力が不足している場合は在宅には帰れない」、そういう人は施設を探すといっ

た退院支援が必要と考え、訪問看護師は、「家族がノータッチでも在宅で療養できます」「ヘルパーと訪問看護師のいずれかが朝一番で訪問し、家族は全く関わらないで家で生活できます」というように、両者間で方針・意見が分かれた。両者の意見ともその通りである。しかし、この理論には問題点があるように思える。病院看護師は在宅療養の可否について患者の置かれる状況や、家族の介護力を問題としている。一方、訪問看護師は自らが提供できるサービスの能力を提示している。そこには双方ともに患者の希望が組み入れられてはいない。支援困難事例について研究した室谷ら(2018)の研究においても、利用者本人の思いや望みなど、本人に注目した発言が少ないことを明らかにしている。いくら地域包括病棟からの退院にしても、在宅療養が可能か否か、出来るかできないかの問題ではない。対象者が在宅療養をしたいかしたくないかではないか、また、施設に入所したいか、したくないかではないかと考える。まずは高齢対象者がどちらの生活が自分にとって合っていて幸せと感じるかではないかと考える。対象者を中心として連携していくためには、対象者の希望を中心に据え判断することが必要であろう。

第1報において Advance Care Planning (以下 ACP) というプランを取り上げた(厚生労働省, 人生会議してみませんか, 2021)。これは、将来の意思決定能力の低下に備えて、医療・ケア提供者が本人の価値観や選好に基づき、人生・生活の目標を共有しながら話し合うプランであるが、この ACP 同様に、今、退院するにあたって高齢者自身どのような生活場所でどのような生活を描いているのかを話し合い理解した上で方法を講じなくてはならないと考える。こうした考えや選択の過程はどこに移り住むかにあたっても共有し、在宅でも高齢者施設においても継続して受け継がれていくことが対象の理解の第1

歩であり、また、連携の基盤であると考え
る。病院・訪問看護ステーション、高齢者施
設を問わず方向性を共にすることこそ高齢者
のための連携と考える。

在宅での生活者の背景は様々である。慢性
疾患を抱えて生活する人、終末期を過ごして
いる人など多様な人を支えていくためには、
連携において高齢者の尊厳を守る意味も込め
なくてはならないと考える。この点において
古田ら（古田，三好，2020）は、高齢者の看
護倫理における研究動向と課題のなかで、高
齢者を看護する看護師は、倫理的な葛藤やジ
レンマに関する報告が多いことを指摘してい
る。

2 病院看護師と訪問看護師の役割分担によ る連携と効率化

「病院に入院し退院する時の高齢者の回復
力は、良くてほぼ8割、通常6割くらい」
と多くの対象者を見てきた看護師は語ってい
ることは結果で示した通りである。そうした
現実に対して、対象者側からは、①退院後の
生活が描けないことから、拠点をどこにする
か決められない。②退院後の健康管理や生活
支援を依頼したいが訪問看護ステーションの
看護師や介護士には何をどのように助けても
らえるのかが分からないという2点が挙げら
れた。

上記のような問題に対して看護者側は、在
宅における療養生活イメージ形成に向けて、
入院中からの①「帰宅体験」や病院看護師に
よる②「退院前の家庭訪問」などが行われて
いる。また、結果の2)同類であるが、加え
て③病院における「退院支援カンファレン
ス」がある。

退院支援カンファレンスの目的は、対象者
や家族の意向の確認や病院看護師と訪問看護
師の情報共有に留まらない看護の方向性や対
象者にあった具体的なケアの方法の継続にあ
ると考える。すなわち、病院と訪問看護ステ
ーションという組織同士の連携と、そこに所

属する看護師の看護を提供する「人」として
の連携である。しかし、現実には『退院するに
あたって、どのような時期にどのような内容
を誰と共有することが重要なのか明確にされ
ていない』のである。例えば、「退院支援カ
ンファレンスの出席者が看護師のみでご本人
は蚊帳の外」、「退院後の患者のゴールを決
めるのに患者と家族が入っていない」、「患者や
家族が退院後何処で生活したいのか希望が聞
けていないでカンファレンス」、「退院支援カ
ンファレンスには訪問看護師もケアマネも出
席をされていない」などの問題点が挙げられ
た。これらの問題点を総括すると、誰のため
に何の目的で開催される退院支援カンファレ
ンスなのかという本質的な部分での問題が見
えてくる。

以上の問題点から、退院支援カンファレン
スを有効なものにするためには、①対象者の
情報を共有し看護を継続させるためには、担
当する訪問看護師の参加が不可欠となる。そ
の上で訪問看護サービスにおける内容（どの
ようなサービスをどの程度受けることが可能
なのか等）決定することが重要と考える。藤
山ら（藤山，佐藤，2018）はADLが低下し
た高齢透析患者の退院支援においては病院看
護師とケアマネだけでなく、訪問看護師や担
当ヘルパーも入ることにより詳細な情報共有
できることを報告している。

次に『連携は医療や看護、介護を繋ぐ唯一
の方法』という点に焦点を当てて考察を加え
る。ここでは病院と訪問看護ステーションに
おける看護師間の連携を考える。連携の第1
はそれぞれの業務を責任もって遂行しなが
ら、しかも両者が業務を合理的に分担してい
かなければならないと考える。例えば、対象
のケアの継続に必要な情報は確実に共有され
活用されること。具体的には、対象者から帰
宅体験の理解が得られれば、病院から訪問看
護師に依頼し、在宅の看護師は付き添い生活
状況やADLと居宅環境が適合しているか否

かを観察する。対象者から病棟看護師が確認しきれないところを訪問看護師へ依頼することもできる。また、その機会を活用し訪問看護の活動についても説明する。帰宅体験が訪問看護師同席で可能になれば退院前家庭訪問も同時に果たせることになる。その時に得た情報は病院看護師に詳細に伝え、退院後の生活相談や指導に活用してもらう。

一方、退院カンファレンスは病院看護師が主体となって本人、家族、ケアマネ、訪問看護師等を招き、病気や回復度合い、ADL、対象者の行動特性等必要な情報を提供する。こうした相互の関係が看護の継続を可能にし、連携となって生きてくるものと考えられる。

連携で重要な点の二つ目は、情報の理解や看護が同じレベルで理解が得られるような看護職者の質の向上とシステム作りが必要であると考えられる。それは地域包括ケアシステムという大きな枠組みで捉えるのではなく、誰がどのような役割を分担し、責任をもって対象者の意思確認や家族の考えを取り入れ、その上で生活の向上を目指した Holistic な援助設計が建てられるかが重要である。こうしたことの積み重ねが地域医療の連携の基盤となっていくことを期待したい。

3 退院後の健康保持と悪化防止のための 介護保険サービスの早期活用

介護保険法は1997年に成立し、2000年から施行された。その後、当保険法は改正を重ね、2014年の内容の改正によって、介護予防を充実させる地域包括ケアシステムの構築がなされた（厚生労働省、介護保険の概要、2021）。高齢対象者が予防給付や介護給付によるサービスを希望している場合や、要介護認定が必要な場合、例えば、訪問看護ステーションによる在宅看護サービスを受けるにしても、高齢者施設に入居するにしても、はたまた短期入所生活介護を受けるにしても、訪問リハビリテーションを利用するにしても、それらは全て介護保険法の下で施行される行

為である。したがって、対象者が在宅看護や施設入所、または、何らかの在宅でのサービスを希望する場合には介護保険法に基づく介護申請と申請の結果得られた介護度の判定結果が必要であることは言うまでもない。本項では、最初に、個人にとって介護保険が必要な時、いかに円滑に申請、審査、判定、サービスの提供が行えるか、という問いと同時に、それを妨げている要因は何か検討してみたいと考える。

まず、介護保険は対象高齢者の家族が申請するものとやや決めつけている点に注目すると、高齢者の単独世帯は17.8%、夫婦のみの世帯は32.5%、合わせると50.3%と半数を超えている（厚生労働統計協会編 b, 2018, 再掲）。65歳以上の高齢者に申請手続きを説明しても理解に至るにはかなりの時間を要することは推測される。また、20%弱の単身世帯では対象者自身が病院入院中に申請することになる。こうした背景からみて単身世帯と同世代の夫婦のみの世帯では大変難しい課題であることの認識が重要と思われる。

以上のような申請者側の問題に加えて、申請をサポートする側についてみると、病院看護師は、入院中の状況から退院後は介護サービスが必要になるだろうと予測した患者や家族に対しては申請を働きかけている。入院中に申請手続きをする場合は、看護師がケースワーカーと情報交換し、話し合いながら家族に対するサポートを行っている。入院中の介護保険申請への働きかけは、誰が気づき行っているかという点、多くの場合は病棟の看護師長やその役に近い人たちである。患者の日常のケアに追われている看護師にとって、介護保険の申請への働きかけを患者や家族に行うのは大変難しい。狩野ら（狩野、岡田、鈴木、佐藤、漆原、2020）の研究でも病棟看護師が退院支援を進めるうえで困難さを感じていることとして、介護保険の申請や変更申請の説明を挙げている。すなわち、適切な時期

に看護師の働きかけにより申請が行えるか否かがその後の在宅療養支援や施設への入所、看護・介護支援を左右するものとなるからである。しかしながら、早期の介護申請に対して対応できない理由に、「ある程度患者の状態が落ち着いて、治療や処置が一段落してからでないと認定調査に入ってもらえない」という制約がある。こうした制約も介護保険サービス早期利用の妨げになっていると考える。

介護保険の申請を行う側の問題に対しては、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどが申請を代行するので活用することも可能である。また、申請が遅れたり、申請を知らない対象への働きかけをしたりすることは、地域の医療連携の前に入院中であれば病院内の各診療科の連携や病棟と社会福祉関係部署との連携、さらに、その前に病棟で直接看護に当たる看護師の退院後の生活に関する想像力、退院後の継続看護の必要性とその判断力、介護保険の介入の先見力、高齢対象者に対する看護者としての温かい心遣いなどが介護保険の申請への働きかけに繋がるのではないかと考える。

いずれにしても、介護保険は申請によって利用開始がなされる申請主義を取っている。申請が無ければ介護保険下での地域包括システムは作動しない。その意味でも、入院中からの看護師からの働きかけは重要である。また、どのような状況になったら介護保険の申請を積極的に進めていくかの方針を決めておくのも申請に向かうために必要な点であると考えられる。申請主義は申請者が主体的に働きかけることが課題とされており（賢見，2015）、困っている人を自動的に救い上げることはできない。この先、地域包括システムを作動するためには申請だけに依存するのではなく、介護保険が必要な対象者は別の方法でも救える方策の準備が必要と考える。そうすることが本当の地域包括ケアシステムであり、目的を

達成すると同時に医療費や介護保険料の削減に貢献できるものとする。

4 退院後の病院への必要時のアクセスは効果的に

高齢者は、加齢による心身の機能低下に加え、多くの高齢者は疾病を持っていることはすでに述べた通りである。そこに疾病の発症や悪化、再発等で病院に入院した場合、回復率は良くても8割位、通常6割かも知れないとベテラン看護師は語っていた。このような背景を踏まえると、退院後に自宅での在宅療養にしても高齢者施設入所にしても病院との関係は、連携という形で末永く継続されていかなければならない。

在宅看護にあたっている場合や施設で生活されている対象者のケアに当たっている看護師は常に緊急事態発生を予測し、いつでもそれに対応できる体制を整える必要がある。しかし、インタビューで語られているように「SOSを出しても対応してもらえないときもあった」や「在宅から電話したら実際に迷惑がられたことも何回もありました」という実態も明らかにされた。その一方で、地域包括ケアシステムの1つで設置されている病院の地域連携室を通すことによって「スムーズに連絡や指示・情報が取れた」というように効果を見出しているところもある。こうした関係こそ対象者のケアの質に関連する要因であると考えられる。また、入退院支援に関連した櫻井ら（櫻井，井上，2021）の研究では、病院において家族支援を専門に行う看護師の有用性を報告している。このように専門の支援員を配置することも上記のような問題解決への一つの方策と言える。

以上から、高齢対象者をめぐっては、病院、訪問看護ステーション、高齢者施設と立場の異なる施設で働く看護師が、医師や地域連携室の担当職員を含めて、どのような関係が作られたら地域包括ケアシステムにおいて高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援を目指

すものになるのかを明確にしなければならないと考える。

まず、高齢対象者の健康問題に関する情報の収集や医師による現在の症状に対する診断、および治療指示等は、それを求める目的や意味を相手方に的確に伝え理解を得ることが重要であると思う。また、その指示を受け対応することによって、対象者にどのような効果が得られるかを伝えることも必要である。そうした合理的なやり取りによって、迅速かつ積極的に対応しなければならないということを相互で確認することも必要である。その根底には専門職としての一定のレベルを備えていること。または備えようと努力している姿勢が相手に見えることも重要である。さらに、専門家としての冷静さと役割を果たそうとする姿勢も必要である。こうしたことを達成しつつ、SOSを発信したならばどのような対応になるか、試してみたい衝動に駆られるものである。地域連携室を挟んでのやり取りが期待以上の成果を上げている点も、地域連携室も専門性という役割を自覚し対応している結果であると考えている。いずれにしても、地域連携室を設置し対応していくことは、地域包括ケアシステムにおける連携という役割を果たしていると言えるのではないかと考えている。

V おわりに

我が国では、2018年から診療報酬・介護報酬の改定を踏まえた地域包括ケアシステムのあり方が提言されている。特例としての連携成功事例等の報告は見られるものの、実態や今後の課題等の報告はまだ追いついていないのが現状である。

今後地域包括ケアを展開していくためには、地域の高齢者を支える環境、施設間移行に伴う問題等を直視し、看護はどのような役割を担っていったらよいのかを本研究を通して明らかにしたいと考えた。すなわち、高齢

者が利用する病院・高齢者施設・訪問看護ステーション等における特性と相互間の連携の実態と問題点、今後の課題等について看護職者を対象としたインタビューから明らかにすることを目的とした。

その結果、対象者は病院に入院して急性期が過ぎると地域包括病棟で過ごし、訪問看護ステーションの管轄に引き継がれることが多い。この施設間の移行にあたっては、以下のような問題が明らかになった。その第1は、家族側の問題として、対象者の意向が取り入れられないで、回復度やADLを理由に、在宅に引き取らない家族が見られた。

第2は、看護師側も対象者の意向、家族の希望、同居の有無、身体機能、ADL等に基づいた在宅生活の可能性の判断は難しく、病院看護師と在宅看護師の基準は異にするものであった。

さらに、第3には、対象者本人に至っては、退院後の生活の拠点を決めるにあたって、在宅での生活イメージが作り難い状況にあった。

上記1・2点については対象者本人が主体であることを改めて認識した対応の改善を必要とするが、3点目はさまざまな方策により、解決しようと努めている。

具体的には、生活イメージが作り難い背景には、退院後にそれ以前と同質になれない機能やADLの低下、回復しにくい疾病、継続する治療等である。さらに、訪問看護の役割やサービスの内容について知らない事であった。そこで、帰宅体験や退院支援カンファレンス等が行われているところもある。病院看護師、ケースワーカー、在宅看護師、ケアマネ等が退院者に関わり今後の生活を支援していく方向にはあるが、現実には形としては行われていくものの、その効果や将来の継続看護に繋がるような目的をしっかりと見据えたものになっているかということやや不十分と思われる。

次に、医療や看護、さらには介護を支えるのは介護度の認定結果である。言い換えると、訪問看護や介護支援は介護度の認定結果に看護や介護内容が左右されているのである。その介護保険は申請によって利用開始がなされる申請主義を取っている。申請主義では困っている人を自動的に救い上げることはできない。申請にあたっては高齢者の中には独居者と夫婦2人家族は半数を超えている。また、申請を働きかける人は、その人の状態を知る看護師やケースワーカーである。申請が遅れたり、申請を知らない対象への働きかけをしたりすることは、地域の医療連携の前に入院中であれば病院内の各診療科の連携や病棟と社会福祉関係部署との連携、さらに、その前に病棟で直接看護に当たる看護師の退院後の生活に関する想像力、退院後の継続看護の必要性とその判断力、介護保険の介入の先見力、高齢対象者に対する看護者としての温かい心遣いなどが介護保険の申請への働きかけに繋がるのではないかと考える。

病院から在宅・高齢者施設ではなく逆に在宅や高齢者施設からの病院へのアクセスについてである。病院に対して必要時に「SOSを出しても対応してもらえないときもあった」「急に状況が悪化した時などはSOSを出したら対応してほしい」との要望も出された。その反面、地域包括ケアシステムの1つとして病院内に地域連携室が設置された。病院の地域連携室を通すことによって「スムーズに連絡や指示・情報が取れた」というように効果を見出しているところもある。地域連携室を挟んでのやり取りが期待以上の成果を上げている点も、地域連携室が専門性という役割を自覚し対応している結果であると考えられる。こうした関係をより高め、期待に沿った活動を展開することによって対象者の情報の共有やそれに基づくケアの質の向上に繋がるものと今後を期待したいと考える。

最後に、それぞれの施設に所属する11名

の経験豊かな実践看護師のグループディスカッション形式の中で、語られたテーマから地域包括ケアに関連し、かつ、連携を意図した項目を抽出したものである。データの分析を行った結果、①対象者の現問題を看護師としてどのように捉えているか、②それぞれが所属する異なる立場から対象をどのように見て、何をケアまたは支援しようとしているか、③十分でない人材や施設・設備の中でどう工夫をしようとしているのか、④対象者の尊厳をどのように守ろうとしているのか、といった原点的な問題が見え隠れし、その上での連携としての繋がりであった。時間が許されるのであれば、連携の前に上述した問題について議論をし、深められたらと考える。

謝辞

本研究のインタビューにご協力いただいた皆様に深謝いたします。

利益相反

本研究における利益相反について申告すべきものは無い。

文献

- 狩野 温子, 岡田 真広, 鈴木 享子, 佐藤 瞳, 漆原 美智子 (2020) 「退院支援における「意識・情報共有シート」活用の有効性」『山形病院医学雑誌』4 (1) 95-102
- 賢見卓也 (2015) 「がんサバイバーの経済的痛みを支える」『医学のあゆみ』252 (13), 1282-1287
- 厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」
https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiki-houkatsu/ (検索日 2021年7月16日)

厚生労働省ホームページ「人生会議してみませんか」

https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_02783.html (検索日 2021年8月16日)

厚生労働省ホームページ「介護保険の概要」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/gaiyo/index.html (検索日 2021年8月6日)

厚生労働統計協会編 a (2018). 「第1表 人口」『国民衛生の動向 2018/2019』393, 東京, 厚生労働統計協会.

厚生労働統計協会編 b (2018). 「第2編 衛生の主要指標 第1章 人口動態」『国民衛生の動向 2018/2019』50, 東京, 厚生労働統計協会.

厚生労働統計協会編 c (2018). 「第25表 有訴者数」『国民衛生の動向 2018/2019』438-439, 東京, 厚生労働統計協会.

藤林慶子 (2017). 「地域包括ケアシステムと相談支援の政策動向」『保健の科学』59(3), 148-153

藤山 恵美子, 佐藤 友子 (2018) 「脳梗塞による ADL 低下の為, 腹膜透析が困難になった患者に対する退院支援」『日本看護学会論文集: 在宅看護』48, 15-18

古田 知香, 三好 陽子 (2020) 「高齢者の看護倫理における研究動向と課題」『四日市看護医療大学紀要』13 (1), 63-74

日比野直子 (2020). 「名古屋市南部の訪問看護ステーションの管理者が捉えている看護小規模多機能型居宅介護の認識 訪問看護ステーション管理者のアンケート調査より」『日本健康医学会雑誌』29 (3), 336-342.

室谷 牧子, 佐瀬美恵子, 外堀佳代, 黒田研二 (2018) 「多職種事例検討会における支援困難事例の分析 : 学際的アセスメントとストレングスに配慮した課題 解決策」『人間健康研究科論集』1, 3-28

櫻井 大輔, 井上 玲子 「病院に勤務する家族

支援専門看護師の活動実態調査」『家族看護学研究』26 (1-2), 76-85

山岸 暁美, 中神 祐介, 妹尾 栄治ら (2020).

「本人の意向を反映した人生の最終段階の医療・ケアの実現のために何が求められるのか? 増加する高齢者救急搬送に係る地域包括ケア現場の課題」『日本在宅救急医学会誌』4 (1), 61-68.

(受付日: 2021年10月1日)

(受理日: 2021年11月26日)

Current Status and Issues in the Introduction of The Community-based Integrated Care System (2nd Report)

-Focusing on the actual status of regional medical cooperation in said area

Yoshiko KATANO¹⁾, Hironobu IKEHARA¹⁾, Yukiko MOROE²⁾, Kayoko OOEDA³⁾,
Takako KITAMURA¹⁾, Hitomi NAKAMURA⁴⁾

1) Faculty of Nursing Science, Tsuruga Nursing University

2) Former JCHO Wakasa Takahama Hospital, JCHO Takaokafushiki Hospital

3) Former Sugita Genpaku Memorial Obama Municipal Hospital

4) Sugita Genpaku Memorial Obama Municipal Hospital

Abstract

The purpose of this study was to clarify the characteristics of hospital, nursing home, and home nursing care station used by the elderly, as well as the actual status and problems of cooperation among them and future issues through interviews with nursing professionals.

The results showed that hospital nurses and home health nurses differed in their criteria for judging whether or not home care is possible when transitioning from hospital to home. Once elderly patients were admitted to a hospital, it was difficult for them to form an image of life at home due to the decline in various functions and changes in their medical conditions and ADLs. Therefore, although nurses as practitioners are collecting information for home care, conducting pre-discharge home visits based on this information, holding discharge support conferences and homecoming experiences. We consider that methods need to be examined in the future to determine their effectiveness. The application for long-term care insurance and the results of certification are required for admission from a hospital to a home or facility. However, since the criteria for applying for long-term care insurance are not clear, the current situation is that there is not enough encouragement. Home health nurses and nursing home nurses who take on elderly patients after they are discharged from hospitals may need to give instructions or consult with hospitals when their medical conditions change. In such cases, there are some hospitals that do not respond to the SOS. Even in such cases, the role of collaboration is almost always fulfilled by regional cooperation Office.

Keyword the Community-based Integrated Care System, elderly, dignity, cooperation, issue