

令和7年度第2回社会的処方研究会
高知県立大学が取り組む退院支援・訪問看護師育成の10年
2025.09.27

病院と地域がチームで退院を支える ～その人らしい生活の実現に向けて～

高知県立大学看護学部
特任教授 森下 安子

本日お話しする内容

病院と地域がチームで退院を支える
～その人らしい生活の実現に向けて～

高知県立大学が取り組んでいる「入退院支援事業」

- 入退院支援事業が開始された背景-高知県の現状と課題-
- 地域・病院・多職種協働型入退院支援システム構築のキーワードとその構築に向けたステップ
- 医療機関における仕組みづくりの実際

入退院支援事業が開始された背景 -高知県の現状と課題-

高知県は高齢化、人口減少の先進県



2025年2月1日現在（高知県推計人口）

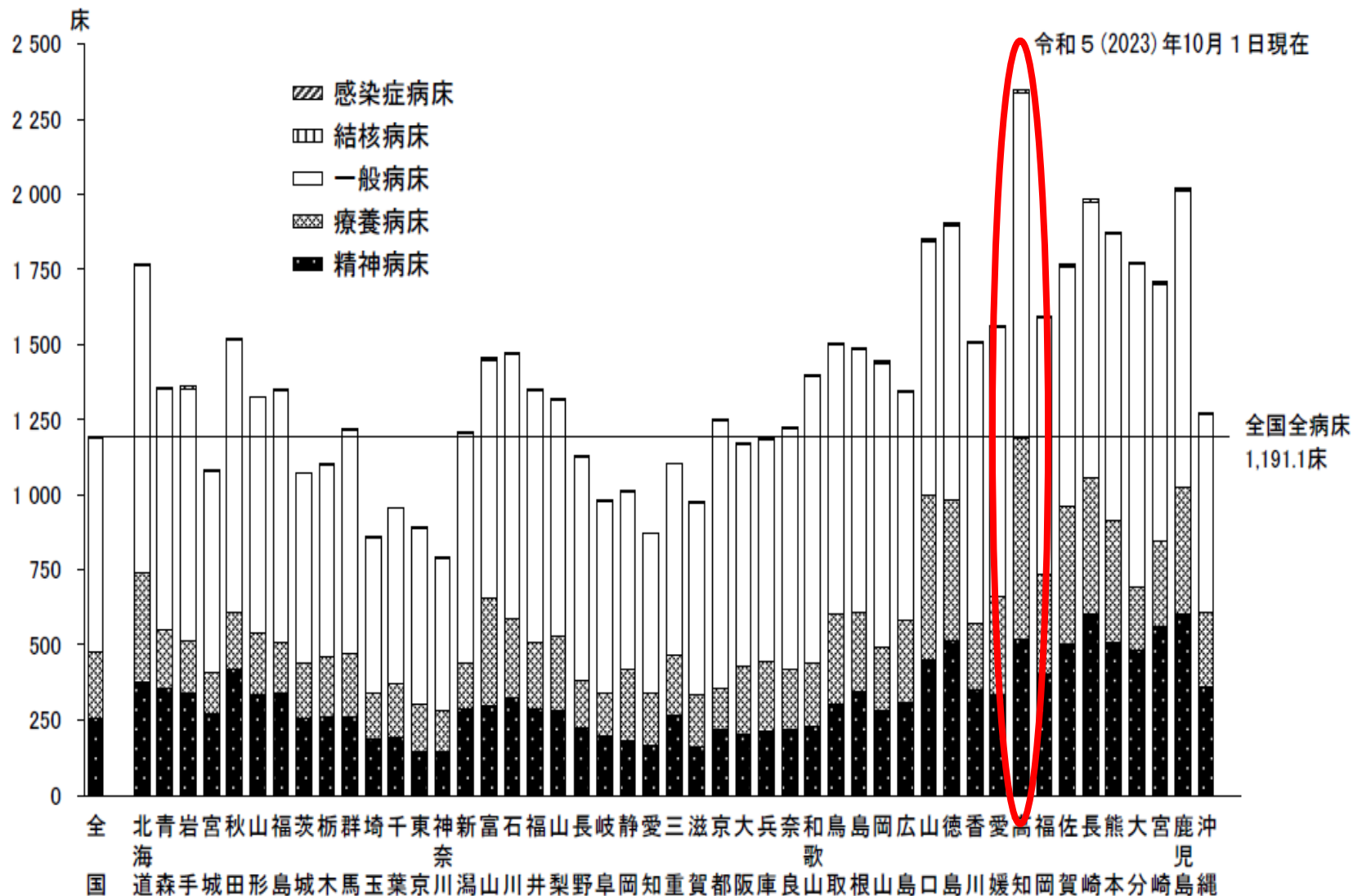
- 人口：652,459人
- 65歳以上の高齢者：239,906人
高齢化率：36.8%
75歳以上の割合：59.7%
- 死亡者数*：11,377人
- 年間出生数*：3,385人
- 認知症高齢者の推計**：45,899人
(19.1%)
- 地勢：中山間地域が9割

*2025年2月厚生労働省人口動態統計月報

<https://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/jinkou/geppo/m2023/02.html>

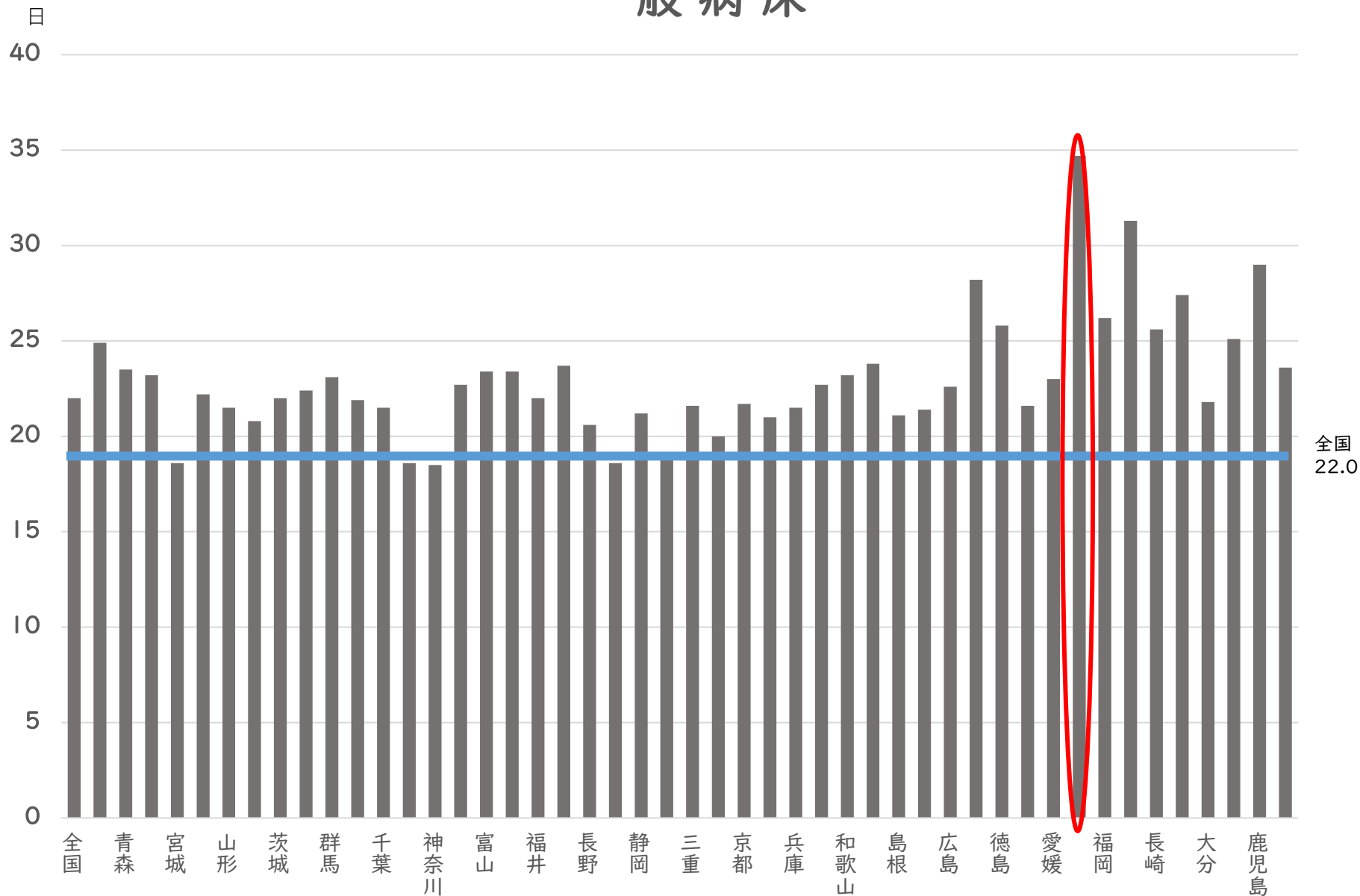
**高知県認知症施策推進計画

図5 都道府県別にみた人口10万対病院病床数



都道府県別平均在院日数

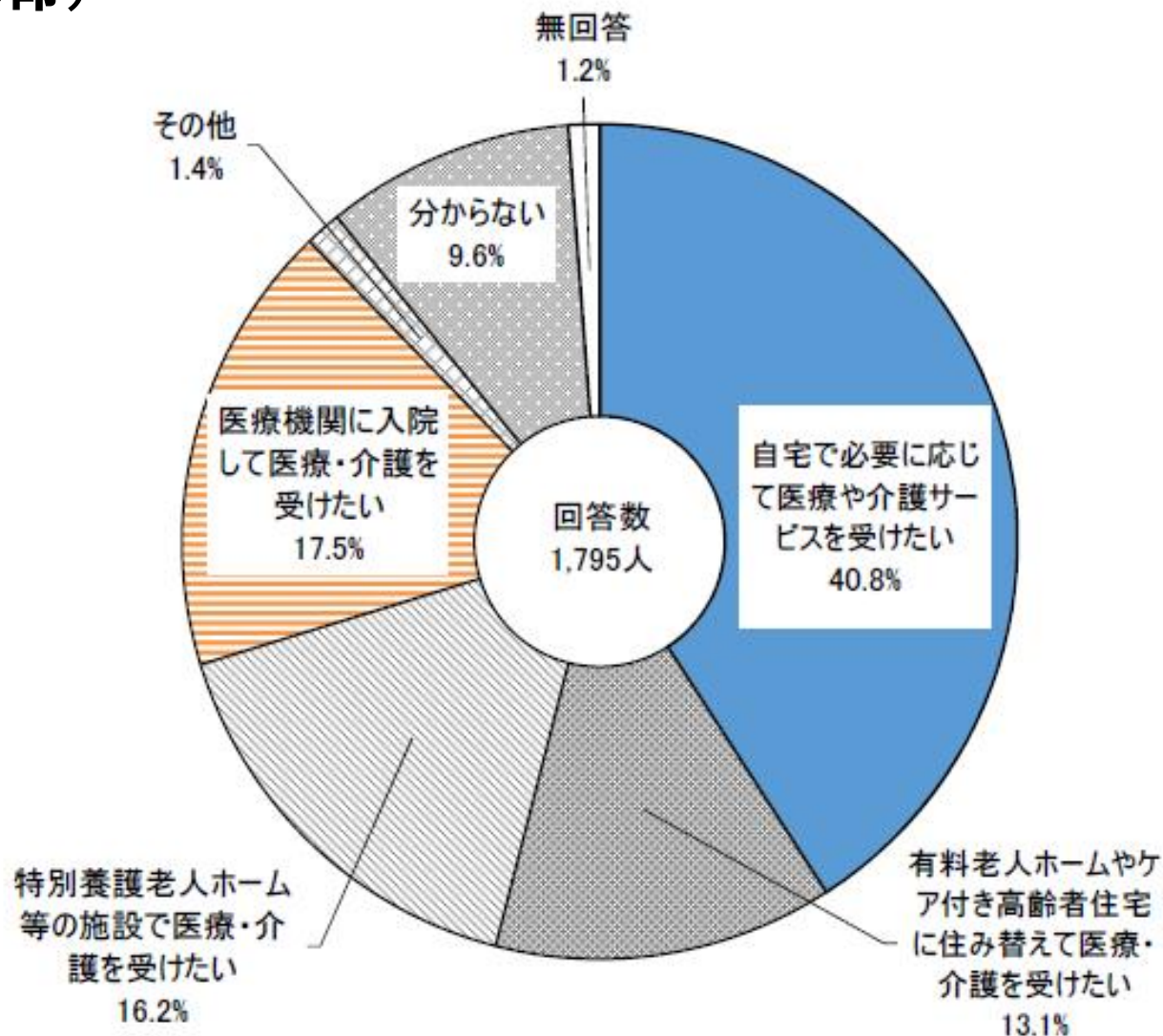
一般病床



令和3年度県民世論調査

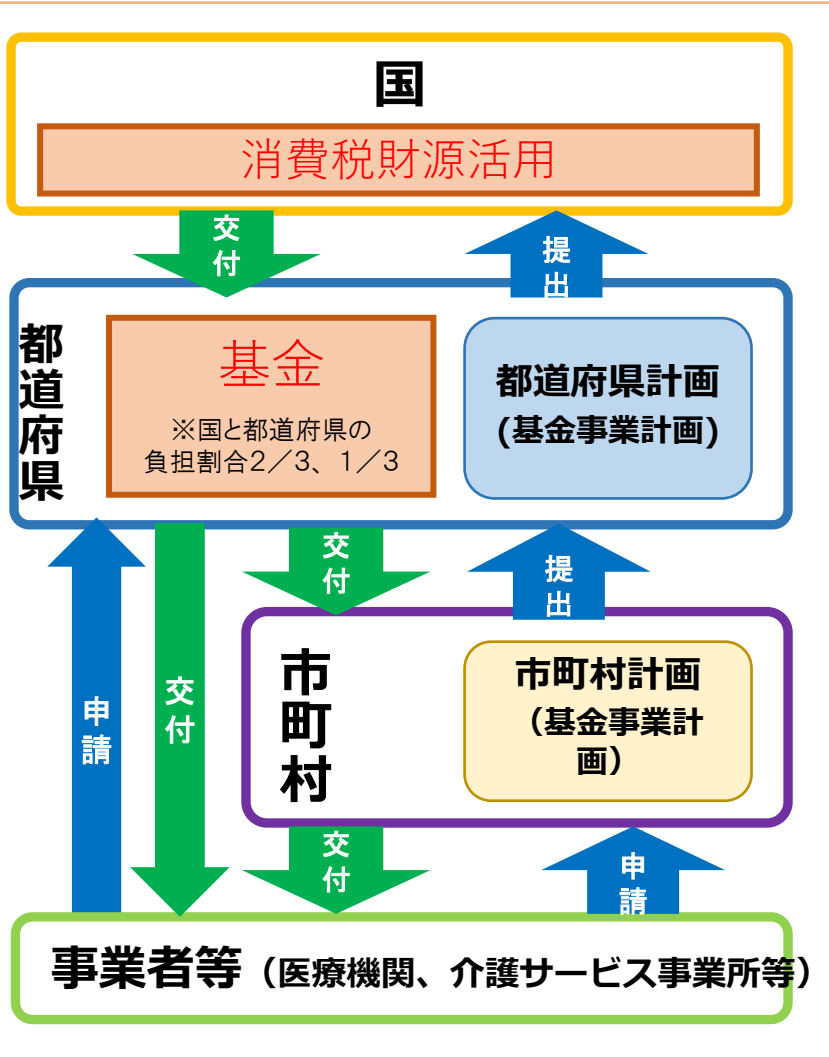
https://www.pref.kochi.lg.jp/soshiki/111301/files/2019122400184/R3_1_houkokusyo.pdf

あなたや家族の方が長期療養や介護が必要となった場合、どう過ごしたいですか。
(1つだけ○印)



地域医療介護総合確保基金

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を展望すれば、病床の機能分化・連携、在宅医療・介護の推進、医療・介護従事者の確保・勤務環境の改善等、「効率的かつ質の高い医療提供体制の構築」と「地域包括ケアシステムの構築」が急務の課題。
- このため、平成26年度から消費税増収分等を活用した財政支援制度（地域医療介護総合確保基金）を創設し、各都道府県に設置。各都道府県は、都道府県計画を作成し、当該計画に基づき事業を実施。



都道府県計画及び市町村計画（基金事業計画）

- **基金に関する基本的事項**
 - ・公正かつ透明なプロセスの確保（関係者の意見を反映させる仕組みの整備）
 - ・事業主体間の公平性など公正性・透明性の確保
 - ・診療報酬・介護報酬等との役割分担
- **都道府県計画及び市町村計画の基本的な記載事項**
 - 医療介護総合確保区域の設定※1 / 目標と計画期間（原則1年間） / 事業の内容、費用の額等 / 事業の評価方法※2
 - ※1 都道府県は、二次医療圏及び老人福祉圏域を念頭に置きつつ、地域の実情を踏まえて設定。市町村は、日常生活圏域を念頭に設定。
 - ※2 都道府県は、市町村の協力を得つつ、事業の事後評価等を国は都道府県の事業を検証し、基金の配分等に活用
- **都道府県は市町村計画の事業をとりまとめて、都道府県計画を作成**

地域医療介護総合確保基金の対象事業

- 1 地域医療構想の達成に向けた医療機関の施設又は設備の整備に関する事業
- 2 居宅等における医療の提供に関する事業
- 3 介護施設等の整備に関する事業（地域密着型サービス等）
- 4 医療従事者の確保に関する事業
- 5 介護従事者の確保に関する事業

日本一の健康長寿県づくり 5つの大目標

～「県民の誰もが住み慣れた地域で、安心して暮らし続けることのできる高知県」の実現を目指して～第3期(H28～H31)

I 壮年期の死亡率の改善

II 地域地域で安心して住み続けられる県づくり

III 厳しい環境にある子どもたちへの支援

IV 少子化対策の抜本強化

V 医療や介護などのサービス提供を担う人材の安定確保と産業化

入退院支援事業 (H22～R7)

* 医療機関から在宅等への円滑な移行 * 平均在院日数の短縮、在宅復帰率の向上

地域医療構想の実現に向けた取り組みのなかで、在宅医療・介護連携は、地域包括ケアシステムの重要な構成要素であり、住み慣れた場所で安心して療養を続けたいという住民の希望に応え、QOLの向上に寄与するためにも、人材及び地域資源を把握し、病院から在宅への円滑で切れ目ない移行を目指した地域・病院・多職種協働による入退院支援を実施する体制作りが必要。

取組項目	H22 ～ H26	H27 ～ H28	H29	H30	R1	R2	R3	R4	R5	R6	R7
ガイドライン作成			地域・多職種協働型の退院支援の仕組み作りガイドライン作成	ガイドライン Ver2.アップ	ガイドラインに「急性期から回復期への移行に係る項目」を追加	ガイドラインVer.3アップ	モニタリング運営会議・大交流会(R7より報告会)の実施				
					入退院システムモニタリングシートの作成					入退院システムモニタリングシート活用マニュアル洗練化	入・退院時の引継ぎルールを活用した専門職による入退院支援ケアマニュアル作成
							入退院システムモニタリングシート活用マニュアル作成				
モデル病院を対象とした相談支援	中央西福祉保健所管内3公立病院(土佐市民病院・仁淀病院・高北病院)で退院移行支援を実施	中央西福祉保健所管内の回復期病院(白菊園病院)	安芸・幡多福祉保健所管内の回復期病院(田野病院・大井田病院)	報告会の実施							
				相談支援事業: 支援担当者、リーダー等の人材の育成・体制構築におけるコンサルテーション							
				モデル病院と地域における入退院支援可視化シートの作成・洗練化							
				モデル病院と地域・多職種が協働するための運営メンバー会議の開催(各病院毎に3回実施)							
				中央東・須崎福祉保健所管内の回復期(JA高知病院・くぼかわ病院)	高知市内の回復期(すこやかな杜)	高知市内の回復期(図南病院)	高知市内の回復期(いずみの病院)	高知市内の地域包括ケア病棟(細木病院)	高知市内の回復期(高知西病院)	高知市内の回復期(近森オルソ)	
				幡多福祉保健所管内の急性期(幡多けんみん病院)		安芸福祉保健所管内の急性期(あき総合病院)		高知市内の急性期(高知医療センター)	高知市内の回復期(高知病院)		
	地域包括支援センター等との連携構築、地域における研修による顔の見える関係作り、多職種による協働支援 など										
ガイドラインを活用した研修事業	(モデル病院と地域限定) 管理者研修・多職種協働研修・看護職研修・退院支援コーディネーター能力修得研修			(県内すべての関係機関を対象とした公開研修) 管理者研修・看護管理者研修・多職種協働研修・入退院支援コーディネーター能力修得研修・入退院支援コーディネーター継続研修							
令和6年度 参加者内訳											

入退院支援事業 モデル基幹病院・参画病院・施設一覧(H28～)



令和6年度 参加者内訳

病院・地域・多職種が協働して入退院支援を進めるための会議等

- 運営メンバー会議等(各モデル病院毎に実施)・・・延べ391人

病院・地域・多職種協働型支援体制構築のための研修

- 管理者研修(1回)・・・33人
- 看護管理者研修(1回)・・・40人
- 多職種協働研修(全5回コース)・・・延べ283人
- 入退院支援コーディネーター能力修得研修(全3回コース)・・・延べ73人
- 入退院支援コーディネーター継続研修(2か所:高知市会場・四万十市会場)・・・23人
- 大交流会・・・31人

県内全域に本事業を拡大するための報告会の開催(ハイブリッド開催)

- 事業報告会・・・51人

参加施設合計(延べ)199施設
参加者数(延べ)754人

【大学の役割と機能】

県民大学として



第3者の視点を活かした支援

【モデル基幹病院における相談支援事業】

・・・令和6年度終了

- ★地域・病院相互の課題を抽出
- ★病院の強みと地域特性を活かした
仕組み作り「可視化シート」作成支援
- ★多職種カンファレンスや地域連携を支援
- ★個別事例を通して課題の明確化を
サポート
- ★院内の多職種連携の円滑化を支援

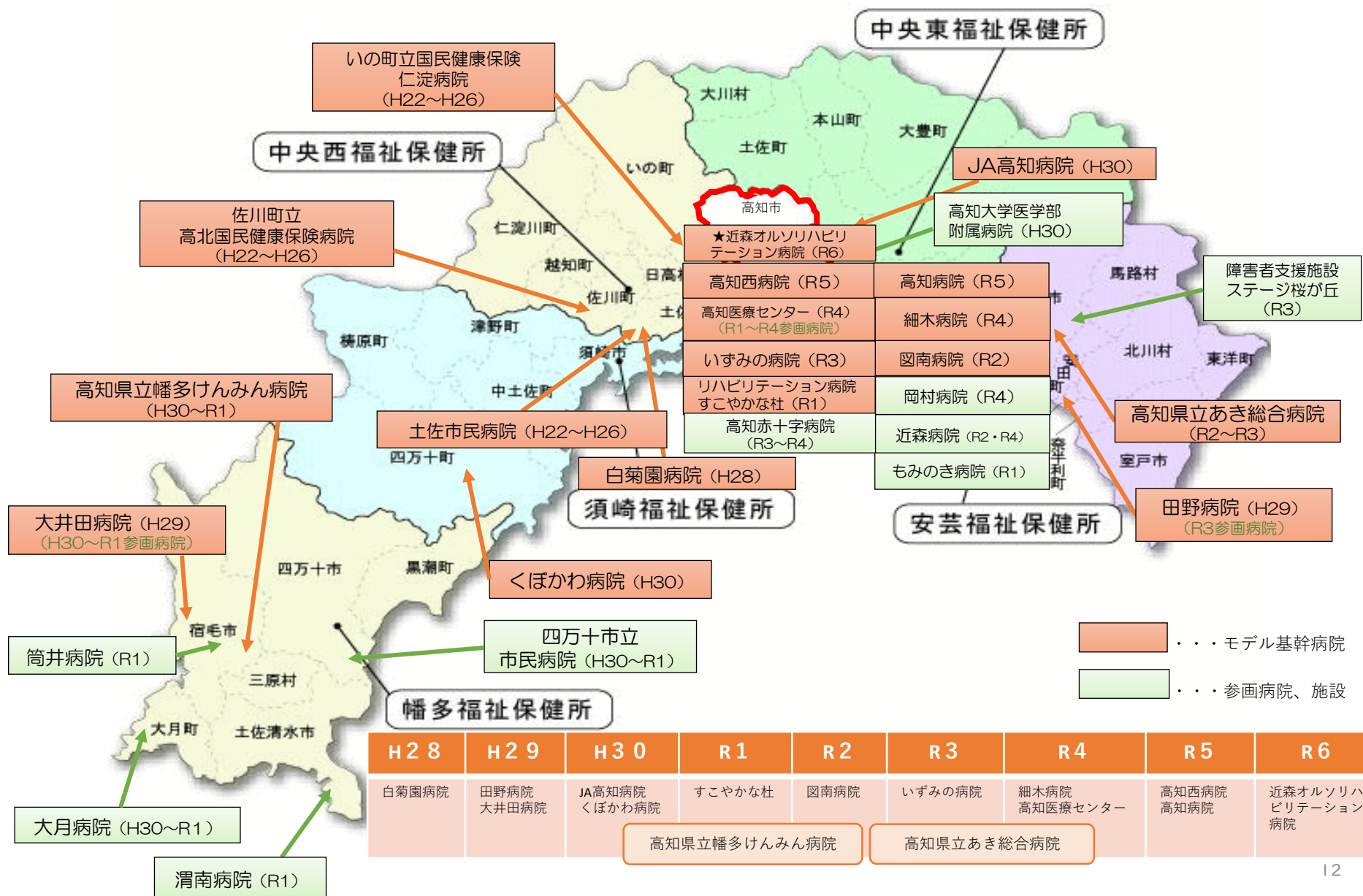
【研修事業】

- ★管理者研修
- ★看護管理者研修
- ★多職種協働研修
- ★入退院支援コーディネーター
能力修得研修
- ★入退院支援コーディネーター
継続研修

【入退院支援体制のモニタリング事業】

- ★これまでに事業を展開した病院・地域における
現状把握・課題抽出と継続支援
- ★モニタリング運営会議の開催
- ★入退院支援体制モニタリングシートの活用支援（モニ
タリングシート及び活用マニュアルの洗練化）

入退院支援事業 モデル基幹病院・参画病院・施設一覧 (H28～)



地域・病院・多職種協働型入退院支援 システム構築のキーワードとその構築に 向けたステップ

入退院支援

患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するのか、どのような生活を送るかを自己決定するなど、退院後も継続するであろうと予測される問題について、入院前（外来）、入院時からアセスメント・マネジメントして患者が望む生活の場に移行するプロセス全体の支援

（宇都宮、2010、2015）



退院後も継続するであろうと予測される問題について、入院前（外来）・入院時から地域・病院スタッフが共にアセスメント・マネジメント

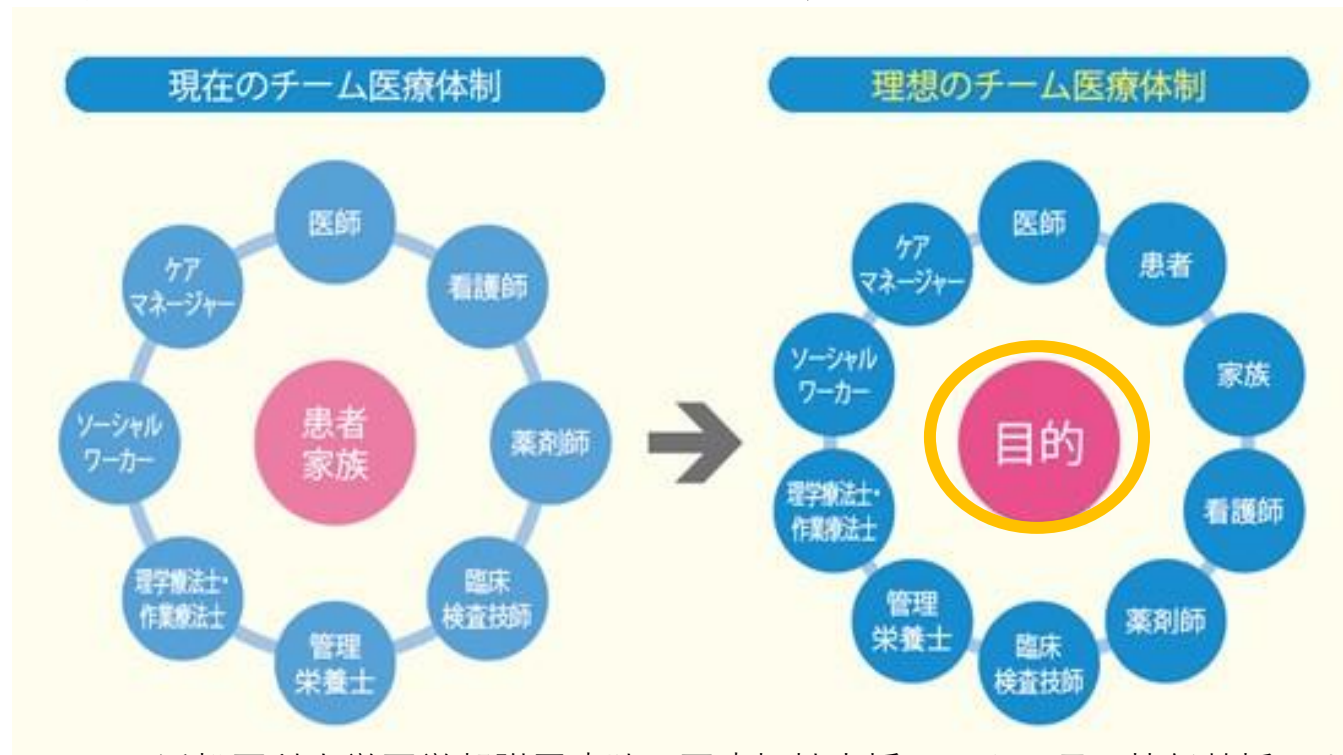
病院と地域がチームで退院を支える 地域・病院・多職種協働型入退院支援とは

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多職種が、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・実践していく
仕組み

ここであらためて 協働とは

- 協働を所与のシステムの内外で、異なる立場に立つ者同士が、**共通の目標に向かって**、限られた期限内に、互いの人的・物的資源を活用して、**直面する問題の解決に寄与する対話と活動**を展開する（亀口：2002）
- 異なる主体が相互に理解し、違いを認め合った上で**共通の目標を設定し**、対等の立場で**目標の達成にむけての課題を出し合い**、**解決の方策を考え**、知恵と力を出し合い、1たす1が3になるようなダイナミズムと**成果を生み出す関係性**であり、同種、異種の多様な組織同士が知り合い、つながることでネットワークをつくること（世古：2001）

利用者家族もチームの一員である【協働】とは、



浜松医科大学医学部附属病院 医療福祉支援センター長 特任教授 小林氏 資料より
https://www.recruit-dc.co.jp/contents_feature/no1606a/

●異なる立場・組織の者同士が、信頼関係・相互理解を基盤として、対話を重ね、課題解決に向け共通の目標を達成するために、互いに持っている知恵や資源、責任を共有し、役割を重複しながら実践する活動

病院組織

【入退院支援体制の強化に向けたキーワード】

【既存の仕組みを強化】

各組織の機能や専門性、強みを明確化し病院と地域、多職種をつなぎ、切れ目のない支援体制の構築

【外来部門との連動】

入院前の患者・家族の困りごとや在宅療養状況を地域連携室や病棟と共有し退院に向けた具体的な課題をケアに移行する



【運営メンバー会議による病院と地域の連携強化】

病院と地域が考える課題や強みを相互理解した上で地域特性に応じた入退院支援の仕組みを構築する

【多職種協働にむけたコーディネート能力の発揮】

単独では解決できない課題に向け多職種・多領域で支援できる体制構築に向けたコーディネート機能が発揮できる組織へ

【大学が地域・病院・多職種と取り組むSTEP】

「地域・病院・多職種協働型入退院支援の仕組み作りガイドライン」支援内容抜粋

STEP 1 地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備

- 支援体制を構築するエリアを決定する
- 入退院支援体制強化に向け病院と地域から運営メンバー・参画病院を決定する

STEP 2 入退院支援の優先課題と目指す姿の決定

- 病院・地域・多職種が入退院支援の課題共有と優先順位・目指す姿を決定
- 病院・地域独自の強みを活かした「入退院支援可視化シート（以下、「可視化シート」）」を作成し、病院と地域に周知する

STEP 3 入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化

- モデル事例で「可視化シート」を活用し地域・病院・多職種協働で事例展開
- 病院と地域で事例展開ごとに丁寧に振り返り会を行う
- 「気づき」や「学び」を「可視化シート」に反映・修正・定着化

STEP 4 入退院支援体制の洗練化

- 地域と共に「可視化シート」に基づいた入退院支援の展開を継続し振り返りで明確になった「効果」と「課題」をもとに仕組みを洗練化
- 入退院支援システムモニタリングシートを活用し、更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指す

地域・病院・多職種協働

【入退院支援体制の構築に向けたキーワード】

多職種が課題と目標を共有してケアを展開する仕組み作り



【入退院支援事業における大学の役割・機能】

県民大学として第3者の視点を活かした支援

【相談支援事業】

…令和6年度終了

- ★地域・病院相互の課題を抽出
- ★病院の強みと地域特性を活かした仕組み作り「可視化シート作成」を支援
- ★多職種カンファレンスや地域連携を支援
- ★個別事例を通して課題を明確化
- ★院内の多職種連携の円滑化を支援

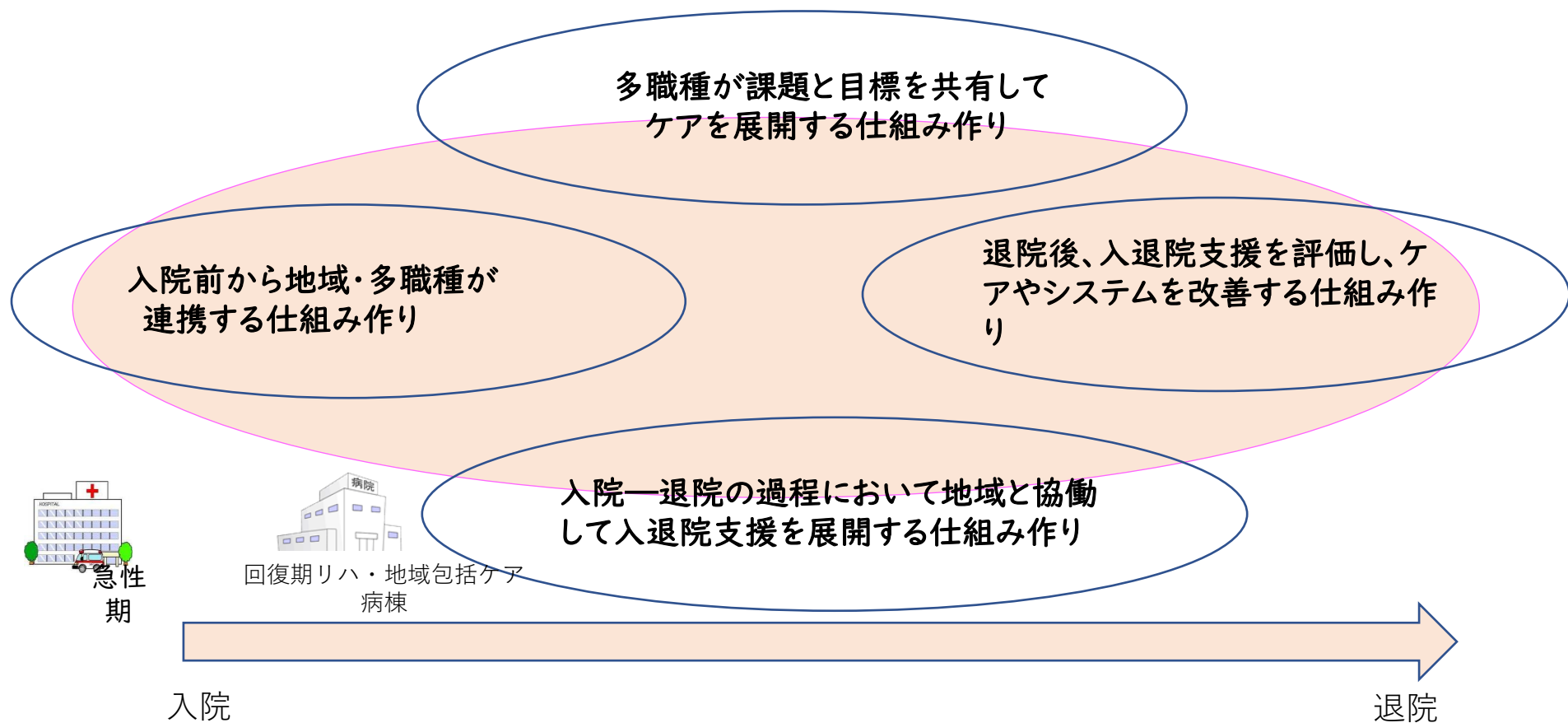
【研修事業】

- ★管理者研修
- ★看護管理者研修
- ★多職種協働研修
- ★入退院支援コーディネート能力修得研修
- ★入退院支援コーディネーター継続研修

【入退院支援体制のモニタリング：入退院支援システムの改善・充実】

これまでに事業を展開した病院・地域における現状把握・課題抽出と継続支援モニタリング運営会議の開催、各種ガイドライン、マニュアルの洗練化

地域・病院・多職種協働型入退院支援システムのキーワード



【大学が地域・病院・多職種と取り組むSTEP】

「地域・病院・多職種協働型 入退院支援の仕組み作りガイドライン」に基づく支援内容抜粋

STEP1 地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備

- 支援体制を構築するエリアを決定する
- 入退院支援体制強化に向け病院と地域から運営メンバー・参画病院を決定する

STEP 2 入退院支援の優先課題と目指す姿の決定

- 病院・地域・多職種が入退院支援の課題共有と優先順位・目指す姿を決定
- 病院・地域独自の強みを活かした「入退院支援可視化シート(以下、「可視化シート」)を作成し、病院と地域に周知する

STEP 3 入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化

- 「可視化シート」を活用し地域・病院・多職種協働で事例展開を積み重ねる
- 病院と地域で事例展開ごとに丁寧に振り返り会を行う
- 「気づき」や「学び」を「可視化シート」に反映・修正・定着化

STEP4 入退院支援体制の洗練化

- 地域と共に「可視化シート」に基づいた入退院支援の展開を継続し振り返りで明確になった「効果」と「課題」をもとに仕組みを洗練化
- 入退院支援システムモニタリングシートを活用し、更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指す

STEP1

地域・病院・多職種協働型の 入退院支援体制に向けた基盤整備

運営メンバーの選出・決定

運営メンバーとは：地域と病院双方から選出し、地域・病院・多職種協働型入退院支援の仕組み作りをけん引していく役割を担う

支援体制を構築する
エリアを決定

★既存の連携状況や地域特性を
ふまえて構築エリアを決定する

地域・病院・多職種より
メンバー選出

★院内に加えて居宅・地域包括
支援センター・在宅メンバー・
行政等から運営メンバーを選出

共に体制構築を行う
『参画病院』決定

★『参画病院』：急性期・回復
期・在宅と切れ目ない支援体制
を目指し協働する医療機関

STEP2

入退院支援の優先課題と目指す姿の決定

運営メンバー会議の開催

病院・地域双方の課題共有

★病院・地域双方から、入退院支援の状況や課題についてインタビューを行い課題を明確化する

地域と共に取り組む
「優先課題」

★地域・病院・多職種が全3回の会議を通して「優先課題」「目指す姿」を合意形成し、作りたい入退院支援の仕組みを検討する

地域と共に「目指す姿」

★「優先課題」「目指す姿」を基盤に地域・病院・多職種協働型の入退院支援を可視化したシートを作成・周知する

入退院支援を可視化した
シート作成

可視化シート例
ガイドラインVer.3
P.23-26

STEP3

入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化

入退院支援可視化シートに沿ったモデル事例での展開

可視化シートで入退院支援の
事例展開を積み重ね



入退院支援のプロセスを
丁寧に振り返る



気づき・学びを波及する



可視化シート活用の定着化

★地域と共にモデル事例の入退院支援を展開し振り返る事で気づきや学びが蓄積され職員の成長につながる

★病院と地域の一体的なモデル事例の展開を3事例程度積み重ね、更なる関係性の構築と仕組みの定着化

★STEP 2で合意形成した「目指す姿」に向け、地域と協議のうえ可視化シートを改善していく

《事例展開を支援 気づきと学びを蓄積》

「生活の場」に訪問すると
様々な事が見えてくる

「毎日の日課は何ですか？」
「家内の仏壇に線香を供えること」



「退院後に何をしたいですか？」
「これからも畑で野菜を作りたい」



「お薬がたくさん残っていますが、入院
前3回飲めていましたか？」

「食後に飲むよう
言われていた。
いつも2食なので
薬も2回・・・」



住み慣れた自宅に帰るためには地域・病院・多職種が
その人らしい生活につながる同じ『目標』や『課題』と向き合う事が大切

細木病院作成入退院支援可視化シート 抜粋

	入院前	入院時～初回カンファレンス (3～7日以内)	入院後3～4週	退院2週間前 後	退院2週間前～退 院	退院後
時期別 到達目標	急性期・ 地域からの 情報を得て患者 像を抽出し支援 について考える ことができる	入院前の情報・患者の状態から退院 に向けた課題、目標、見通しを立て 多職種で支援する 退院目標の立案を行い支援に必要な 職種がゴールに向け活動する	退院後の生活を見据えた支援への中間評価を 行う 退院後の生活に向け必要 なサービスの調整 本人や家族に退院後の 生活に必要なサービスの 提案を行う	多職種、家 族・患者、地 域で、課題に ついての支援 を明らかにす る 退院後の生活 課題解決に向 けた退院目標 を共有する 本人や家族に、 退院後の生活 で必要なサー ビスの提案を 行う	退院後の 生活課題 解決に向 けて、カン ファレンスで設 定した目 標の達成 度を多職 種で確認 する 地域と連 携し必要 なサービ スの利用 につなげ ていく	退院後に サポート を受けな がら患 者・家族 が望む生 活を送る ことがで きる
患者さんの 思い	自宅に帰 りたいか、 誰かの支 援を受け たいのか どうなり たいか	病気が良くなったらどのようにして 過ごしたいのか 病状説明に対しての理解・思いの確 認	退院後のイメージにつ いての理解 サービスについての希 望確認	退院前訪問時 に具体的な意 見を確認	退院後の 生活の不 安や疑問 について 確認	自宅での (退院後 の)生活 の困りご と、体調 について 確認

STEP4

入退院支援体制の洗練化

地域と共に入退院支援の展開を継続
「効果」と「課題」を検討し仕組みの洗練化

地域と共に入退院支援の
事例展開や振り返りを継続

★地域・病院・多職種協働型の入退院支援を継続して展開・振り返る

「効果」「課題」を明確化し
可視化シートを洗練化

★事例展開で見えてきた「効果」と「課題」地域と共有し仕組みの洗練化を目指す

地域・病院・多職種協働型
入退院支援をモニタリング

★入退院支援システムモニタリングシートを活用し、更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指す

STEP4 入退院支援体制の洗練化 取り組み紹介

【参加者】

- ◆病院スタッフ
- ◆前方連携急性期病院
- ◆地域包括支援センター
- ◆居宅介護支援事業所
- ◆高知市行政



事業終了後も地域・病院・多職種協働型の入退院支援推進において、運営メンバー会議を開催（病院が主催）

日頃から前方連携している急性期病院より参加



居宅介護支援事業所
ケアマネジャー

グループワークにて
入退院支援の課題と解決策を地
域・病院・多職種協働で検討中

地域・病院・多職種協働型入退院支援 ～医療機関における仕組みづくり実際～

令和7年度入退院支援事業「管理者研修」

リハビリテーション病院すこやかな杜 看護管理者 村田ゆかり様資料より

●診療科目

内科・整形外科・脳神経外科・小児科
リハビリテーション科

●許可病床：回復期リハビリテーション病棟入院料2：60床
【北病棟20床/中病棟19床/南病棟21床】

●常勤医師：7名

内科：5名
整形外科：1名
脳神経外科：1名

●看護師：43名（2025.5.31）

病棟：35名 外来：7名 地域連携室：1名 介護士：1名

●疾患別割合（2023.4～2024.2）

- ①脳血管疾患等 73.4%
- ②運動器 15.0%
- ③廃用症候群 11.6%

●平均在院日数

64.1日（R5.10月～R6.9月）

当院の課題を整理①

【入退院支援事業に参加する前までは】

今回の退院は、うまく地域に繋がったな・・・
それは、当然の結果？
それとも偶然なのか？

次回の退院支援は、あの職員が担当やけど大丈夫かぁ・・・

別の職員やったら・・・どうなったやろ💧

入退院支援を担う回復
期の医療機関として本
当に地域に求められる
成果を出せている
か？？？

スタッフによる差も感
じる・・・

当院の課題を整理②

【入退院支援事業に参加する前までは】

- ①病院での「退院」がゴールであり、退院後の生活は「ケアマネさんにおまかせ」
- ②「在宅」ではなく「病棟」生活の自立が目標に…
- ③専門職がそれぞれの目標を勝手に掲げていた
- ④そもそもの生活が見えておらず、自己満足的な退院調整であった

院内で勝手に完結している事業気質

【大学が地域・病院・多職種と取り組むSTEP】

「地域・病院・多職種協働型 入退院支援の仕組み作りガイドライン」に基づく支援内容抜粋

STEP1 地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備

- 支援体制を構築するエリアを決定する
- 入退院支援体制強化に向け病院と地域から運営メンバー・参画病院を決定する

STEP 2 入退院支援の優先課題と目指す姿の決定

- 病院・地域・多職種が入退院支援の課題共有と優先順位・目指す姿を決定
- 病院・地域独自の強みを活かした「入退院支援可視化シート(以下、「可視化シート」)を作成し、病院と地域に周知する

STEP 3 入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化

- 「可視化シート」を活用し地域・病院・多職種協働で事例展開を積み重ねる
- 病院と地域で事例展開ごとに丁寧に振り返り会を行う
- 「気づき」や「学び」を「可視化シート」に反映・修正・定着化

STEP4 入退院支援体制の洗練化

- 地域と共に「可視化シート」に基づいた入退院支援の展開を継続し振り返りで明確になった「効果」と「課題」をもとに仕組みを洗練化
- 入退院支援システムモニタリングシートを活用し、更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指す

Bリハビリテーション病院 病院と地域における入退院支援 【最優先課題】 【目指す姿】

【優先課題】

- ① 地域と病院が連携するタイミングや、情報共有すべき内容が不明確で早期からの支援につながない
- ② 退院支援の課題・目標について病院と地域がともに考える事ができていない
- ③ 退院困難な項目を明確にすると同時にそれに応じた専門職に繋げていない
- ④ 次の療養場所での生活に活かせる情報提供が出来ていない
- ⑤ **患者の想いが置き去り**で、患者主体の支援だったか振り返りができていない

【目指す姿】

大目標

退院における課題・目標について病院と地域がともに考え、患者の思いに添った在宅生活が実現できる

小目標

1. 病院と地域が可視化シートをもとに課題・目標の共有や進捗状況の把握を行い、もれなく必要な専門性が届けられる
2. **入院早期から退院後の姿をイメージ**するために**患者・家族・病院・地域が顔を合わせて話し合う場づくり**や連携のタイミングが共有できる
3. 病院と地域がお互いに必要な情報を知り、垣根なく情報のやり取りや行き来ができる

【大学が地域・病院・多職種と取り組むSTEP】

「地域・病院・多職種協働型 入退院支援の仕組み作りガイドライン」に基づく支援内容抜粋

STEP1 地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備

- 支援体制を構築するエリアを決定する
- 入退院支援体制強化に向け病院と地域から運営メンバー・参画病院を決定する

STEP 2 入退院支援の優先課題と目指す姿の決定

- 病院・地域・多職種が入退院支援の課題共有と優先順位・目指す姿を決定
- 病院・地域独自の強みを活かした「入退院支援可視化シート(以下、「可視化シート」)を作成し、病院と地域に周知する

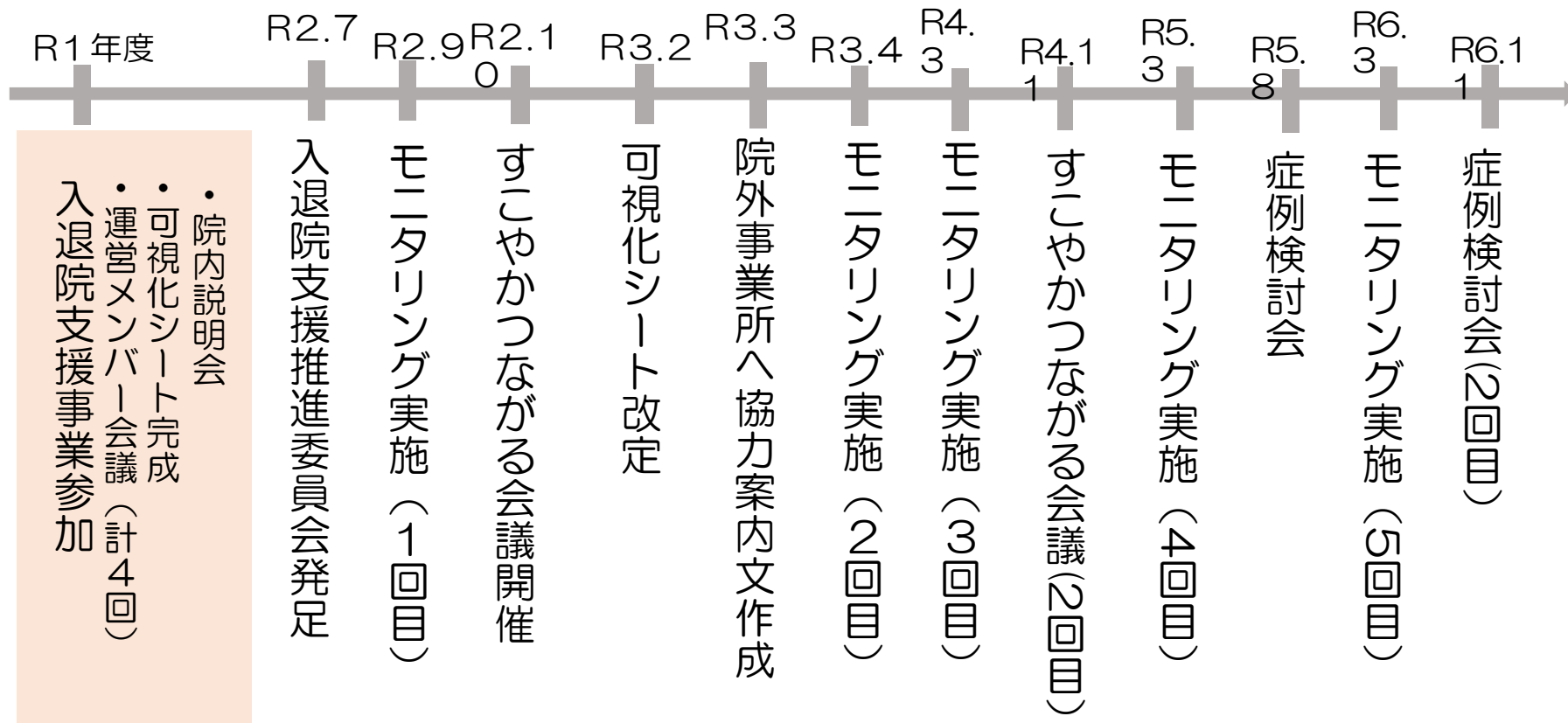
STEP 3 入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化

- 「可視化シート」を活用し地域・病院・多職種協働で事例展開を積み重ねる
- 病院と地域で事例展開ごとに丁寧に振り返り会を行う
- 「気づき」や「学び」を「可視化シート」に反映・修正・定着化

STEP4 入退院支援体制の洗練化

- 地域と共に「可視化シート」に基づいた入退院支援の展開を継続し振り返りで明確になった「効果」と「課題」をもとに仕組みを洗練化
- 入退院支援システムモニタリングシートを活用し、更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指す

● これまでの歩み



症例検討会

- 具体的な症例を通して可視化シートを用いた入退院支援の検討や振り返りを行う。
- 必要であれば可視化シートの見直しも検討する。

- **年4回開催**

各病棟+外来（生活期）の持ち回りで報告

- **年1回開催**

地域支援者を招いて開催（つながる会議）

グループワークを行い症例を通して様々な視点での意見交換を行う

症例検討会を行っている結果

○地域との繋がりや症例を通して、成功体験や意見交換など「やっている事を承認してくれる」と感じられる場となっていること

○「自分たちのやっていることが間違いではない」と価値観と結びついたことが、現在もスタッフが入院支援の重要性を感じ継続し行動している結果



症例検討会の場が、やらされている感覚ではなく、自分達の成果を振り返ることで、達成感へと変化し、成功体験や承認が積み重なることで、より主体性が高まり、役割行動に繋がっているように感じます

●全国平均在院日数 (回復期リハビリテーション病棟協会)

2002年 : 84.8日

2012年 : 72.0日

2022年 : 66.2日

2024年 : 66.0日

●在宅復帰率

	令和元年	令和2年	令和3年	令和4年	令和5年	令和6年
全体	78.8%	94.8%	94.1%	90.6%	92.7%	94.5%
重症者*	59.5%	63.5%	68.3%	63.7%	69.2%	75.3%

* 日常生活自立度10点以上、FIM55点以下の患者の在宅復帰率（在宅扱い含）

ご清聴ありがとうございました

