

### 3. 入退院支援事業

看護学部 特任教授 森下 安子



|        |                                                                                                                                            |
|--------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 開催日時   | 通年                                                                                                                                         |
| 開催場所   | 高知県内全域                                                                                                                                     |
| 対 象    | 高知県内の病院、施設、福祉保健所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等                                                                                                     |
| 参加者数   | 831 人                                                                                                                                      |
| 教 職 員  | 健康長寿研究センター長 久保田 聡美／看護学部 特任教授 森下 安子、助教 竹中 英利子、助教 源田 美香、特任助手 横川 奈知／社会福祉学部 教授 西内 章、助教 乾 由美<br>事務局 三本 雅宣、谷 映美、中澤 雄也、福重 彩音、松下 哲子、千頭 小百合（計 13 人） |
| 外部講師   | 伊藤 悠人氏（管理薬剤師）、阿部 恭宜氏（薬剤師）、下元 佳子氏（理学療法士）、井上 健朗氏（東京通信大学 人間福祉学部 人間福祉学科 准教授）、廣内 智子氏（高知学園大学 健康科学部 管理栄養学科 准教授）（計 5 人）                            |
| 学生スタッフ | 看護研究科 大学院生（計 4 人）                                                                                                                          |

#### (1) 事業概要

入退院支援事業は、中央西福祉保健所の依頼を受け平成 22 年度から地域病院協働型入退院システム構築に取り組んだ実績から発展し、平成 28 年度からは高知県の基金事業として位置づけられている事業である。

本事業は平成 28 年度に本学が策定した「地域・病院・多職種協働型の退院支援の仕組み作りガイドライン（以下、ガイドライン）」（ガイドラインは改定、洗練化を行っており、現在は Ver. 3 である）の普及・啓発を推進するとともに、ガイドラインを活用して病院の入退院支援体制の構築及び、入退院支援・退院調整における院内外の横断的な調整役を担う「相談支援事業」や地域のコーディネーターとなる人材育成や病院内外が協働する入退院支援を推進する管理者、看護管理者育成などの「研修事業」、および自施設で入退院支援体制の改善に取り組むことを目指す「モニタリング事業」の 3 事業を展開している。

また、今年度は昨年度と同様に高知市内への波及・定着化及び今まで相談支援事業に関わった医療機関等への活動の発展・拡充に向けた事業展開や支援を行った。

相談支援事業では事業参加病院については、地域包括ケア病棟を持つ近森オルソリハビリテーション病院を選定した。事業参加病院とその地域で運営メンバー会議を実施し、各病院と地域の退院支援の「入退院支援における優先課題」を抽出し、「目指す姿」を決定、病院機能や地域特性を踏まえた退院支援の仕組みづくりを目指し、支援を行った。来年度に向けて、抽出した優先課題解決に向けて具体的な入退院支援の流れを入れた「入退院支援可視化シート（以下、可視化シート）」を病院と地域で共に検討・作成する。今後、その作成した可視化シートに基づき事例展開を重ね、可視化シートの定着・洗練化を行っていく。

また、令和 5 年度の事業参加病院である高知病院と高知西病院においては、可視化シートを活用して退院支援を行う中で、病院・地域が共に考える課題の抽出ができ、可視化シートの洗練化を行った。

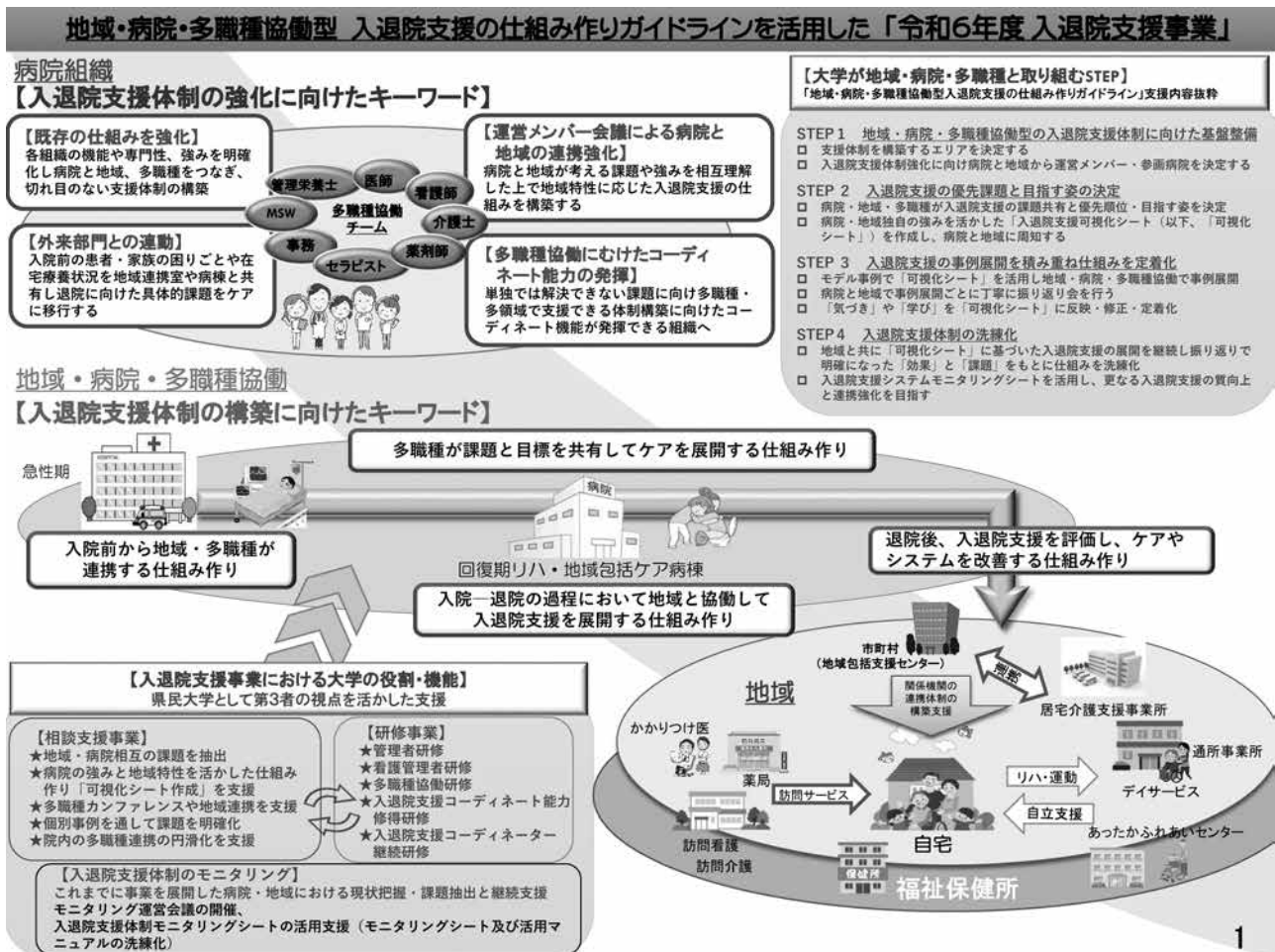
研修事業では、感染予防の対策を十分とり、対面にて【管理者研修】【看護管理者研修】【多職種協働研修（全 5 回）】【入退院支援コーディネート能力修得研修（全 3 回）】を実施、四万十市と高知市の 2 会場で【入退院支援コーディネーター継続研修】を実施した。

また、本年度までに入退院支援事業に参加した事業参加病院や地域が事業終了後の入退院支援推進に向けた実践活動を共有する事で、更なる発展と、今後の課題解決に繋げることを目的とした大交流会を継続して開催した。さらに、各施設の現状を大学として客観的に評価し、フィードバックするモニタリング運営会議を12の医療機関で開催し、課題解決やさらなる発展に向け、支援を行った。

さらに、今年度は、地域からの情報を各専門職の支援計画に有効に活用する視点について示す「入退院支援マニュアル」を作成し、「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」、「入退院支援システムモニタリングシート活用マニュアル」の3種類のガイドライン、マニュアルを整備した。

## (2) 活動成果

### ≪全体図≫



## 1. 研修事業

### 【管理者研修】開催場所：高知城ホール

| 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 開催日時                       | 参加人数 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・高知県の挨拶<br/>（高知県健康政策部在宅療養推進課 課長補佐 市村 岳二氏）</li> <li>・入退院支援の推進における病院や病棟改革に向けた管理者の役割機能について</li> <li>・①高知県地域医療構想に基づく入退院支援事業の位置づけ<br/>（高知県健康政策部在宅療養推進課 チーフ 大崎 亮彦氏）</li> <li>②入退院支援事業の概要と年間スケジュールについて<br/>（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> <li>③入退院支援における管理者の役割について<br/>（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）</li> <li>・事業参加病院から「入退院支援について」</li> <li>①高知医療センターも継続的に入退院支援の強化に取り組んでいます<br/>（ゲストスピーカー：高知医療センター 副院長兼地域医療センター長 令和4年度事業参加病院）</li> <li>②組織的に取り組む多職種連携入退院支援<br/>（ゲストスピーカー：いずみの病院 看護部長 令和3年度事業参加病院）</li> <li>・グループワーク</li> </ul> | 令和6年6月10日（月）<br>10時～16時30分 | 33人  |

#### 《到達目標》

入退院支援における病院や病棟改革の推進に向け、管理職の役割や機能を理解できる

- 令和6年診療報酬改定や地域保健医療計画が意味する方向性をもとに、地域における自院の立ち位置を見極める視点を持つ
- 入退院支援の質が病院の質を左右するという認識を持ち、自院とその地域における入退院支援システム構築に向けた推進力となる
- 地域連携・退院調整部門だけでなく、現場の中間管理職と協働しスタッフを巻き込み、組織全体（多部門・多職種）の取り組みへと発展するためのリーダーシップが発揮できる

#### 《アンケート結果》

■自施設の地域・病院・多職種による入退院支援を考えるうえで役立ちましたか？

（選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答）

- ・「入退院支援における管理者の役割について」：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・事業参画病院から『入退院支援について』：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

#### 《アンケート抜粋》

- ・地域連携室だけでなく患者さんのケアに関わるすべての職種が、その方やそれを支える家族の在宅生活に対する意向やそれまでの生活、課題を共有する為に他職種カンファレンスの重要性がある、またその内容について周知することが大切である。外来患者さんのケアマネジャーやご家族に入院前からの関わりが大事であることを外来看護師他に伝え関わりを持っていく、また、退院後の生活にも目を向け、支援がよかったかのフィードバックをすることが大事である。
- ・時代背景に沿った対応が重要であることを痛感した。そのためには診療報酬改定等情報を得て現状分析が重要だと思った。入退院支援における窓口を明確にし、それを職員全体に周知、徹底し誰に聞いても窓口がわかるようにしておく必要性を感じた。

- ・可視化シートが共通のツールとしてとても有効だと再認識した。当院でも可視化シートを作成しているが、十分に活用できていないため、活用を推進していきたいと思う。また、入院前の関わりを含め可視化シートのアップデートをしたいと思う。



①高知県健康政策部在宅療養推進課  
チーフ 大崎 亮彦氏の挨拶



②事業責任者 特任教授 森下 安子による事業説明の様子



③グループワークの様子



④グループワークの様子

#### 【看護管理者研修】開催場所：高知城ホール

| 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 開催日時                      | 参加人数 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援事業の概要説明～看護管理者研修の位置づけ～地域・病院・多職種協働型 入退院支援の仕組みづくりガイドライン Ver.3（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> <li>・入退院支援における看護管理者の役割（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）</li> <li>・入退院支援の推進に地域との協働が必要なわけ～地域から学んだ当院の課題をもとに～（ゲストスピーカー：リハビリテーション病院 すこやかな杜 リハビリテーション科 科長 令和元年度事業参加病院）</li> <li>・高知医療センターの取り組み（ゲストスピーカー：高知医療センター 看護局次長 令和4年度事業参加病院）</li> <li>・グループワーク</li> </ul> | 令和6年7月5日（金）<br>10時～16時30分 | 40人  |

#### 《到達目標》

入退院支援における病院や病棟改革の推進に向け看護管理者の役割や機能を理解できる

- 診療報酬が意味する方向性をスタッフに説明・周知できると共に退院後の生活を見据えたうえで、地

域との協働を具体化できる

- 身体・精神・社会的背景を統合したアセスメントおよび包括的ケアの提供体制構築の必要性を理解する
- 病床機能分化と地域連携を視野に入れた看護管理を理解できる
- 入退院支援の質と看護の質の関係性を理解し現場にフィードバックできる

#### 《アンケート結果》

■看護管理者として自施設の地域・病院・多職種協働による入退院支援を考えるうえで役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

- ・「入退院支援における看護管理者の役割」：「とてもそう思う」「そう思う」94.1%
- ・ゲストスピーカー2名からの報告：「とてもそう思う」「そう思う」97.0%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」94.2%

#### 《アンケート抜粋》

- ・当院では退院時サマリーの記載方法に決まりがなく、入院中の経過が基本となっていた。外来、在宅、地域支援者と連携をとり在宅生活を支えるためにはどういった内容を記載する必要があるのかを部署内で検討し修正していきたい。
- ・入院前から支援できる体制作り、他職種との関わり方を見直すなど、まず自分ができる事を部署内にフィードバックして質が向上できるようにしていきたいと思う。
- ・病棟、地域連携、訪問看護等、異なる部署の方々とグループワークを通じて色々な意見を聞くことができた。情報共有、連携はどこの部門、部署でも共通なキーワードであり、具体的に何をどう連携していくのか、可視化、モニタリング、フィードバックを行っていききたいと思う。



①高知県立大学 健康長寿研究センター長  
看護学部 教授 久保田 聡美による講義の様子



②リハビリテーション病院 すこやかな杜発表の様子



③高知医療センター発表の様子



④グループワークの様子

【多職種協働研修】開催場所：高知城ホール

| 回   | 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 開催日時                                           | 参加人数 |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------|------|
| 第1回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援事業の概要と「多職種協働研修」の位置づけ（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> <li>・入退院支援における多職種協働の実践と必要性               <ul style="list-style-type: none"> <li>①入退院支援における薬剤師の関与と多職種連携（外部講師 管理薬剤師 伊藤 悠人氏）</li> <li>②理学療法士の立場で多職種協働を考える（外部講師 理学療法士 下元 佳子氏）</li> </ul> </li> </ul> | 令和6年7月16日（火）<br>9時30分～12時30分<br>※第1回・第2回は同日開催  | 57人  |
| 第2回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援～地域・病院・多職種が協働で支援しよう！～（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> </ul>                                                                                                                                                                                           | 令和6年7月16日（火）<br>13時30分～16時30分<br>※第1回・第2回は同日開催 | 58人  |
| 第3回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・今、どうして「多職種協働（IPW）」が必要なのか？</li> <li>●自分の職業は何をする人？他の職業との違いは？</li> <li>●多職種協働（IPW）の考え方を知る</li> <li>●チームの特徴を分析し振り返ってみよう</li> <li>●事例を用いたグループワーク<br/>～多職種チームで話し合い 行動できるために～（社会福祉学部教授 西内 章）<br/>（高知学園大学健康科学部管理栄養学科 准教授 廣内 智子氏）</li> </ul>                         | 令和6年8月19日（月）<br>9時30分～12時30分<br>※第3回・第4回は同日開催  | 56人  |
| 第4回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・多職種連携・協働のためのコミュニケーション～地域・病院・多職種で支えるために～</li> <li>●各々の施設間の「壁」を乗り越えるためのコミュニケーションの必要性を理解する</li> <li>●医療機関と地域の事業所間にある「壁」から生ずるジレンマを体験する</li> <li>・事例を用いたグループワーク～信頼と共感に基づくチーム形成～（外部講師：東京通信大学 人間福祉学部 人間福祉学科 准教授 井上 健朗氏）</li> </ul>                                 | 令和6年8月19日（月）<br>13時30分～16時30分<br>※第3回・第4回は同日開催 | 56人  |
| 第5回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・～模擬カンファレンスを見て・感じて・考える～リアルカンファレンス～情報共有から目標共有へ つなぐ鍵はどこに？～（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）</li> <li>【テーマ】退院に向けた患者・家族の参画について考える</li> </ul>                                                                                                                   | 令和6年9月20日（金）<br>13時30分～16時30分                  | 56人  |

《到達目標》

「地域との協働」、「多職種協働」、「入退院支援の仕組みづくり」をキーワードに、地域連携部門の看護師・MSWに限らず、病棟やセラピスト、薬剤師、管理栄養士、栄養士、事務系職種など入退院支援に関わる病院スタッフと地域の多領域の専門職の役割を理解し実践につなげる

- 状況設定・事例分析・グループワークを通して、それぞれの病院の機能と地域の状況に合わせた入退院支援が多職種でできるようになる
- お互いの専門性や立場を理解し、顔がみえるだけでなく、何を大切に、どんな役割を遂行しているのか分かり合える関係づくりを目指す

## 《第1回 アンケート結果》

■これからの地域・病院・多職種協働で入退院支援を考えるうえで役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

- ・「入退院支援での薬剤師の関与と多職種連携」：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・「理学療法士の立場で多職種協働を考える」：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

## 《第1回 アンケート抜粋》

- ・人手不足からくる不十分な退院支援、退院後のサポートなどが自分の病院には足りないと思った。入退院に至るまでに他職種の協力は必要不可欠だと感じた。
- ・今回、初参加です。7. 8. 9月の研修を終了した時点で、当院の問題点や課題を抽出し、多職種で共有できるよう、退院支援スケジュールの修正や日々のカンファレンスの充実を図れるよう、機能できるように、この研修で学んだことを持ち帰ってスタッフと共有できる場を作りたいと思った。そして今後に繋げていけたらと思う。
- ・講義については、職種連携について改めて考えることができた。グループワークを通して他職種それぞれの視点や意見を聞くことができ、大変勉強になった。



①管理薬剤師 伊藤 悠人氏による講義の様子



②理学療法士 下元 佳子氏による講義の様子



③グループワークの様子



④発表の様子

## 《第2回 アンケート結果》

■これからの地域・病院・多職種協働で入退院支援を考える上で役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

- ・「入退院支援～地域・病院・多職種が協働で支援しよう！～」：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

## 《第2回 アンケート抜粋》

- ・それぞれの職種が持っている知識を集め、一緒に考えることで患者さんや家族の方が望む未来へつなげていくお手伝いが出来たらなと「協働」の大切さを知った。1人の力は小さくてもみんなの力は大きいと思うので、頑張っていきたいと思う。
- ・各職種の役割を理解し、患者の退院支援にさらにカンファレンスを活発に行い情報共有し、役立てていきたいと思う。
- ・本人の残存能力や意欲向上に向けて病院スタッフや多職種が毎日考えてくださっていることがこの研修に参加してよく分かった。地域へ帰っても継続できるよう支援していきたいと思う。



①事業責任者 特任教授 森下 安子による講義の様子



②グループワークの様子



③グループワークの様子



④理学療法士 下元 佳子氏による講評の様子

## 《第3回 アンケート結果》

■これからの地域・病院多職種協働による入退院支援を考える上で役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

- ・「今、どうして『多職種協働 (IPW)』が必要なのか」：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・個人ワーク・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

## 《第3回 アンケート抜粋》

- ・自分自身の考え方の傾向を知ることが出来た。役割を期待しすぎると円滑なコミュニケーションの障害となるため、気を付けていきたい。チームアプローチをする際にそのチームとしてのかかわりがどうだったか俯瞰することもしていきたい。
- ・講義とグループワークを通して、カンファレンスにおいて共通認識を持って且つ相手の想いを考えて（それぞれのニーズをとらえて）カンファレンスを実施する事の重要性を知り、結果的にこれがIPW なのかなど知ることができた。

- ・病院から在宅へ繋ぐ多職種連携から在宅でもその人が望む生活がかなえられ、もとの暮らしを実現する為にも最初の説明や本人の意思を伸ばしていけるようなことへのヒントやチームづくりのコミュニケーションに役立てたいと思いました。



①社会福祉学部 教授 西内 章による講義の様子



②高知学園大学 健康科学部 管理栄養学科  
准教授 廣内 智子氏による講義の様子



③グループワークの様子



④発表の様子

#### 《第4回 アンケート結果》

■これからの地域・病院多職種協働による入退院支援を考える上で役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

・「入退院支援におけるコミュニケーション」：「とてもそう思う」「そう思う」96.1%

・個人ワーク・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」92.1%

#### 《第4回 アンケート抜粋》

- ・ロールプレイでは何が分かるのかと思ったが、それぞれの力関係や感情などいろいろなことを読み取れることを感じた。同じ方向性を見て支援する大切さをより感じた。
- ・研修、グループワークを通じて自分の所属するチームを振り返った時、相手を否定する意見や攻撃的、圧をかけた話し方をしている場合があることに気づいた。新人や経験の浅いメンバーでも自分の意見を発言できるよう、フォローをしたり、より分かりやすく相手が理解できる話し方をしていきたい。多職種でコミュニケーションを取り、より良いカンファレンスが実践できるよう、取り組んでいきたい。
- ・他職種での連携の重要性やコミュニケーションの方法等改めて学ぶことができた。ロールプレイに参加し、家族の立場から医療職を見た時、自分がどう振舞っているか改めて考えさせられた。



①東京通信大学 人間福祉学部 人間福祉学科  
准教授 井上 健朗氏による講義の様子



②造形法によるロールプレイの様子



③造形法によるロールプレイの様子



④ロールプレイ後の意見交換の様子

#### 《第5回 アンケート結果》

■これからの地域・病院・多職種協働による入退院支援を考える上で役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

・情報共有から目標共有へ つなぐ鍵はどこに?」:「とてもそう思う・そう思う」92.5%

・「模擬カンファレンスを見て・感じて・考える」のグループワーク:「とてもそう思う」「そう思う」92.5%

#### 《第5回 アンケート抜粋》

- ・現場の病院やケアマネさんはそれぞれ支援を懸命にされていて、その中で職種によるそれぞれの思いがある事を感じた。目標や目的を共有することで連携につながり、顔の見える関係も改めて大切と感じた。又 ICT の普及も課題であると感じている。この研修を機会に多職種の方と繋がり、新しい情報も得ることが出来た。
- ・家族、本人含めて、他職種協働でカンファレンスを実施し、目標課題抽出、役割分担し本人、家族の意向を尊重した、効果的で、効率的な質の高い入退院支援を実施していこうと、再確認できた。
- ・ケアカンファレンスを見て、自施設のカンファレンスの在り方などを考えさせられた。全5回を通して入退院支援に関わる専門職として、自分の職種の専門性や目的を明確にし、患者、家族に寄り添える退院支援ができるように頑張りたいと思う。



①会場全体の様子



②リアルカンファレンスの様子



③ グループワークの様子



④発表の様子

【入退院支援コーディネート能力修得研修】開催場所：高知県立大学 池キャンパス・高知城ホール

| 回   | 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 開催日時                          | 参加人数 |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|
| 第1回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>入退院支援事業の概要説明</li> <li>入退院支援におけるコーディネート能力修得の位置づけ（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> <li>地域・病院・多職種協働の場においてコーディネート能力とは？（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）</li> </ul>                                                                                                                                                                 | 令和6年8月5日（月）<br>9時30分～16時30分   | 25人  |
| 第2回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>機能する多職種チームを作るには？～ご機嫌なチームを作ろう！！～</li> <li>ご機嫌なチーム形成のためのコミュニケーション～信頼と共感に基づくチームづくりを目指して～（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）（社会福祉学部 助教 乾 由美）</li> </ul>                                                                                                                                                                              | 令和6年9月6日（金）<br>9時30分～16時30分   | 24人  |
| 第3回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>コーディネーターに必要なスキル<br/>～可視化シートをカンファレンスに活かそう！～</li> <li>①多様な価値観を尊重するとは</li> <li>②カンファレンスとは</li> <li>③場のマネジメントスキル<br/>（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）</li> <li>事例を通して実感した退院支援コーディネート（ゲストスピーカー：リハビリテーション病院すこやかな杜 看護主任 令和元年度事業参加病院）</li> <li>入退院支援推進を継続し見えてきた事～回復期コーディネーターの視点から～<br/>（ゲストスピーカー：いずみの病院 理学療法士 令和3年度事業参加病院）</li> </ul> | 令和6年10月11日（金）<br>9時30分～16時30分 | 24人  |

≪到達目的≫

病院内外での横断的な支援及び、地域・病院・多職種協働型の入退院支援を推進するコーディネート能力を修得することができる

- 病院と地域では入退院支援に対する考え方にズレが生じやすいことを理解し、相互関係を深めることができる
- それぞれの専門職において、個々の教育課程や専門性の違いから価値観の違いが生じる場合がある事を理解した上で、チームアプローチの必要性を理解できる
- 入退院支援を可視化することで、経験年数や力量が違っても入退院支援の質が標準化され、円滑な地

域連携につながることを理解できる

- 入院直後から、地域とつながり、退院後の生活を見据えた支援方法を地域と一緒に検討する必要性を理解できる

#### 【入退院支援コーディネート能力修得研修参加者の推薦の目安】

- ☐ 支援における病院・地域双方の課題をある程度理解し、課題解決に向けた取り組みの必要性を認識し変革することを受け入れることができる
- ☐ 多職種スタッフから信頼があり多領域の専門性を活かそうとする視点をもっている
- ☐ 自分自身の職種の専門性も大切にしながらも、そこに縛られず柔軟性を持ってチームの中で対応することができる
- ☐ 管理職と連携してケアを継続し、変革していく役割を担う立場にある（主任、リーダークラス）

#### 《第1回 アンケート結果》

- 「地域・病院・多職種協働において求められるコーディネーターの役割・機能」について、組織の多職種による入退院支援を考える上で役立ちましたか？

（選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答）

- ・講義：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」100%

#### 《第1回 アンケート抜粋》

- ・グループワークでは、急性期、回復期、居宅支援センターそれぞれの立場での意見を共有することができた。どのステージにおいても目指す目標は患者の生活を見据えた支援であった。急性期から生活という視点を持ち多職種で目標を共有し、患者個々に応じた問題について具体的に計画して取り組みを行う。急性期での患者情報、取り組みを看護要約に記載して情報を繋げ、支援が継続してできるようにしていきたい。
- ・同じ看護師でも立場や業務内容がそれぞれであり、また多職種について深く考えてみることで、今から現場で自分がどう行動を起こして行くべきかが分かった。まずは多職種の役割を自分が理解し言語化できること、そして、患者さんや家族に知ってもらうことが大切。院内スタッフにも考える機会を設けること、自分が伝えることから初めて行きたいと思う。基本的な当たり前のまずはそこから多職種との協働を始めて行きたい。
- ・多職種間での連携が大切であることは分かっていたが、実際にはもっと具体的に専門性を理解したうえで働きかけが必要だと思った。また、入退院支援において外来でのアセスメントの重要性も考え積極的な（有効な）カンファレンス参加をしていきたいと思う。同敷地内に包括支援センターや社協もあり連携しやすい環境でもあるので、もっと有効な意見交換ができ課題解決につながるようなしくみができたらと思う。



①高知県立大学 健康長寿研究センター長  
看護学部 教授 久保田 聡美による講義の様子



②グループワークの様子



③グループワークの様子



④発表の様子

### 《第2回 アンケート結果》

#### ■地域・病院・多職種協働で入退院支援を考えるうえで役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

・「機能する多職種チームの作り方」の講義・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

・「入退院支援におけるコミュニケーションスキル」の講義・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

### 《第2回 アンケート抜粋》

- ・各職種の専門性を活かしながらチームをコーディネートするには、病院と地域との違いを分かったうえで互いに協力し合いながら仲間づくりをしていくことが必要であるということが学べ今後活かしていきたいと思う。学習の中でロールプレイは初めてだったが、振り返りでこんなにも意見がでてくるのにびっくりした。俯瞰することの大切さをすごく学べたと思う。
- ・グループワークを通して、色々な人の話を聞く、自分も意見を伝えることで、あらたな方法や発見など気づきが多くあった。そこに至るためにはチームとして心理的な安全な場を作ることが必要であると実感することができた。病棟カンファレンスでも、そういう場を提供できるように、ルール作りや話しやすい雰囲気を作れるようにしていく。
- ・心理的安全性の高いチームづくり（発信がしやすい、どのような意見を言っても大丈夫と思える）ができれば退院支援においても多職種が連携しやすいと思った。今後、多職種と関わるときに意識しながら意見を聞くようにしていきたい。



①社会福祉学部 助教 乾 由美による講義の様子



②グループワークの様子



③ロールプレイの様子



④発表の様子

### 《第3回 アンケート結果》

■地域・病院・多職種協働で入退院支援を考えるうえで役立ちましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

- ・「コーディネーターに必要なスキル」：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・ゲストスピーカーの講義：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

### 《第3回 アンケート抜粋》

- ・退院支援にじっくり取り組むこと、知識を学ぶ事が大切だと思った。病棟の経験が浅く、退院支援のプロセスシートなど、新しいものが活用されていて、周知していく立場となり本格的に学びたいと思い参加した。出来ないではなく出来る項目を見つけ、一つ一つ取り組んでいこうと思う。
- ・カンファレンスのめざす姿を想像して、意見は色々出るが、いざそれをまとめて言語化する、ということにとても難しさを感じた。グループワークを通して、他病院、他職種の方の意見、考えを聞き、共通認識、理解を持つことの大切さが分かった。まずは、相手の事を尊重し、考えを理解しようとする姿勢、気持ちは必ず必要だと思う。発表された2病院は、病院全体で退院支援に取り組もうと指導、教育されていた、自院でも少しずつでも教育には取り組んでいきたいと思う。
- ・カンファレンスや、ファシリテーターという役割の重要性を理解することができた。ファシリテーターで色々な意見を聞き、カンファレンスを意味のある時間にする為にも、話がそれた時に上手に戻したり、否定的な意見が出た時の場のマネジメントなど、力をつけなくてはいけないと感じた。可視化シートも、より具体的に実現可能なものへ、色々な職種の意見も聞き、見直し、活用できるようにしていきたい。



①リハビリテーション病院 すこやかな杜発表の様子



②いずみの病院発表の様子



③ グループワークの様子



④全3回を終えて（集合写真）

### 【入退院支援コーディネーター継続研修】

開催場所：四万十市防災センター（四万十市会場）・高知城ホール（高知市会場）

| 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 会場・日時                                                   | 参加人数 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・コーディネーター継続研修の位置づけ<br/>（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> <li>・入退院支援において地域・病院・多職種の連携についてともに考えよう<br/>（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）</li> </ul>                                                                                                                         | <p>&lt;四万十市防災センター&gt;<br/>令和6年11月29日（金）<br/>10時～16時</p> | 11人  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・コーディネーター継続研修の位置づけ<br/>（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> <li>・入退院支援において地域・病院・多職種の連携についてともに考えよう<br/>（高知県立大学 健康長寿研究センター長 看護学部 教授 久保田 聡美）</li> <li>・退院支援に向けた取り組み<br/>（ゲストスピーカー：田野病院 社会福祉士 平成29年度事業参加病院）</li> <li>・地域からの取り組み報告<br/>（基幹型地域包括支援センターケアプランセンター南部支部 主任）</li> </ul> | <p>&lt;高知城ホール&gt;<br/>令和6年12月17日（火）<br/>10時～16時</p>     | 12人  |

### 《到達目標》

入退院支援コーディネート能力修得研修後の自施設での活動を振り返り、仲間と共に成長と課題を共有する事で、地域ごとの研修終了者のネットワークを構築するとともに、地域や病院の入退院支援システムの改善に取り組む能力の向上を目指す

### 《四万十市会場 アンケート結果》

■地域・病院・多職種協働における入退院支援の改善に向け、参考になりましたか？

（選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答）

- ・午前中の講義：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

### 《四万十市会場 アンケート抜粋》

- ・カンファレンス等を行う際、ファシリテーターの役割として話し合いがすすめられるように、目標に対する介入が早期から行えるようにしていきたい。在宅側の方の意見が聞けて、今後入退院支援を行っ

ていくにあたり、もっと密にケアマネ等と連携していけるように心がけていきたいと思った。

- ・看護師からケアマネジャーに転職し、病院のおおまかな事情も知りながら在宅で生活する高齢者の方々のコーディネートする立場として、私にできる支援は何ができるのかを振り返りさせて頂く事ができたように思う。まだまだ、ケアマネジャーとしては経験が浅く、どうしても看護師としての目線で関わってしまいそうになる自分もいる。今日の研修に参加させて頂き、改めて在宅サイドから医療現場や、サービス提供事業所にコンタクトを取る時にどのようなコミュニケーションの取り方で関わると良いか、という事を学ばせて頂いた。
- ・職場を振り返った際に、心理的に安全性の高いチームになれているかどうか考えた。色々なカンファレンスに参加する中で、新人さんもベテランさんも、職種も違っての中で、自分ができる役割も、カンファレンスによって違うことに気がついた。基本的に患者さん、家族さんの為の話し合いをしているが、その基本から外れてしまっていることもあるなとつくづく思った。また病院に持ち帰り、みなで共有できるようにしたい。



①会場全体の様子



②グループワークの様子



③グループワークの様子



④発表の様子

#### 「高知市会場 アンケート結果」

■地域・病院・多職種協働における入退院支援の改善に向け、参考になりましたか？

(選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答)

- ・午前中の講義：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・ゲストスピーカーの活動報告：「とてもそう思う」「そう思う」100%
- ・グループワーク：「とてもそう思う」「そう思う」100%

#### 「高知市会場 アンケート抜粋」

- ・多職種との協働については、入院前から退院に向けてコーディネーター的役割をもってつなげていけるようになってきた。しかし、現在ソーシャルワーカーと共に病棟を二つ担当しているがそれぞれが

前方も後方連携もやっており異なる職種との退院支援業務についての働き方に差を感じている。いかに退院支援業務について看護師とソーシャルワーカーとの協働をはかること、業務分担することの難しさを改めて感じた。今後も師長と相談しながら業務調整を図っていききたいと思う。

- ・ 田野病院の施設見学を可視化して情報共有する取り組み自分たちにも、利用者に退院のイメージがしやすい、意欲や不安の解消、利用者がそれを選べる。さらに次へと進化していける。視覚化の大切さが理解できた。地域包括支援センターの取り組み役割を知っていただける良い機会になった。相談室やMSWがカンファレンスをどう捉え運営し取り組んでいるかが見え、その課題も、それぞれ同じところにつまずいていて、共通の問題が見えた。
- ・ 多職種カンファレンスの場面や患者、家族の意思決定の場面に十分な情報を提供する手段として、施設見学、自宅訪問はイメージしやすく効果的である。問いかけ、引き出し、言語化することで情報を伝え、統一した方向性が見出せる。最終的に三方よしをめざし、グッドサイクルな組織、職場風土にしていきたい。



①会場全体の様子



②田野病院発表の様子



③基幹型地域包括支援センター  
ケアプランセンター発表の様子



④グループワークの様子

#### 【大交流会】開催場所：高知城ホール

入退院支援事業に参加し、令和元～6年度にかけて、地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制の構築に取り組んだ医療機関（モデル基幹病院）における、事業終了後の入退院支援推進に向けた実践活動を全モデル基幹病院にて共有する事で、更なる発展と、今後の課題解決に繋げることを目的として、3か所の病院と1か所の地域包括支援センターより報告。

| 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 開催日時                                       | 参加人数 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>・開会の挨拶<br/>（入退院支援事業責任者 看護学部 特任教授 森下 安子）</li> <li>・各モデル基幹病院からの取り組み報告</li> <li>①地域・病院・多職種協働型入退院支援システム発展に向けたカンファレンス改善の取り組み<br/>（発表者：田野病院 作業療法士 平成 29 年度事業参加病院）</li> <li>②すこやかな杜 入退院支援に関わって 6 年～可視化シート活用方法の課題に向けての挑戦～<br/>（発表者：リハビリテーション病院すこやかな杜 作業療法士 令和元年度事業参加病院）</li> <li>③入退院支援の定着化に向けた可視化シートを活用した事例検討（発表者：高知医療センター 看護局次長 令和 4 年度事業参加病院）</li> <li>④入退院支援における医療機関との連携～コロナ禍を経て改めて連携を考える～<br/>（発表者：四万十町地域包括支援センター）</li> <li>・テーマ別ディスカッション</li> </ul> | 令和 6 年 12 月 10 日（火）<br>13 時 30 分～16 時 30 分 | 31 人 |

#### 《アンケート結果》

- 各施設からの報告は、地域・病院・多職種協働における入退院支援の改善に向け、参考になりましたか？  
（選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答）  
「とてもそう思う」「そう思う」：100%
- 今後も、大交流会の開催があれば、参加したいと思いますか？  
（選択肢：とてもそう思う・そう思う・どちらともいえない・そう思わない・全くそう思わない・未回答）  
「とてもそう思う」「そう思う」：96.4%

#### 《アンケート抜粋》

- ・他院の取り組みを聞き、目標を可視化することで他職種で連携がとりやすくなると改めて感じた。また、地域へつなげていく際も、病前の生活をしっかり情報収集し、リハビリ目標を設定していくことも大事と感じた。
- ・ケアマネジャーからの情報提供も、病院側に必要な内容を送る必要があると感じた。入退院の引継ぎルールを入院時に送るのみでなく、その後もケアマネ、病院間で情報を共有することが大事と思う。
- ・病院は思ったより地域に開かれており、退院後の生活がスムーズにいくように願ってくれているということが分かった。家屋訪問を実施してくれているところもあるのだと知ることができた。
- ・同じような地域性の方の発表を聞いて、参考になった。病院のあり方も様々なので、スピード等に違いもあるが、感じていることや困っていることなど一緒な部分は多いので、今後支援していく際に動きなど考えていきたいと思った。
- ・情報共有について、専門職同士の引継ぎはメリットが大きく、ご本人様にとっても有益だとの意見、「なるほどな」と思った。支援センターとして、支援者間の交流会のテーマの参考にもなった。



①会場全体の様子



②田野病院 発表の様子



③グループディスカッションの様子



④参加者発表の様子

## 2. 相談支援事業

各病院と地域からのインタビューと運営メンバー会議によって検討した入退院支援の「優先課題」と、病院と地域がともに「目指す姿」を軸に、病院機能や地域特性を踏まえた入退院支援の仕組みを目指し第3者の視点を活かし支援する。

### 《実施機関》

近森オルソリハビリテーション病院

### 《具体的な支援内容》

- 1) 事業参加病院とその地域へ事業概要を説明
- 2) 病院と地域より入退院支援事業運営メンバー（事業のけん引役）を選出
- 3) 入退院支援における課題抽出のため、病院・地域へインタビュー
- 4) 地域・病院・多職種協働型の入退院支援を目指し「運営メンバー会議」を開催（全3回）
  - ①病院と地域双方の入退院支援における課題を共有
  - ②病院と地域の入退院支援における「優先課題」抽出
  - ③病院と地域が共に「目指す姿」を検討

## 【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

**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**  
☐ 「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

**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

## 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

## 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

★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

入退院支援のプロセスを  
丁寧に振り返る

★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

気づき・学びを波及する

★STEP2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

可視化シート活用 の定着化

## 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

27

## 【事業説明会】開催場所：各施設

| 内容（テーマ等）                             | 会場・日時                                             | 参加人数 |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------|------|
| 近森病院<br>令和6年度 入退院支援事業説明会             | <近森病院><br>令和6年7月4日（木）<br>14時～14時30分               | 1人   |
| 近森オルソリハビリテーション病院<br>令和6年度 入退院支援事業説明会 | <近森オルソリハビリテーション病院><br>令和6年8月15日（木）<br>15時～16時     | 11人  |
| 居宅介護支援センター城見への事業説明会                  | <居宅介護支援センター城見><br>令和6年10月10日（木）<br>14時30分～15時     | 1人   |
| 居宅介護支援事業所さわらびへの事業説明会                 | <居宅介護事業所さわらび><br>令和6年10月15日（火）<br>10時～10時30分      | 1人   |
| ニチイケアセンター愛宕への事業説明会                   | <ニチイケアセンター愛宕><br>令和6年10月18日（金）<br>10時～10時30分      | 1人   |
| 居宅介護支援事業所スタイルへの事業説明会                 | <居宅介護支援事業所スタイル><br>令和6年10月21日（月）<br>10時～10時30分    | 1人   |
| 秦地域包括支援センターへの事業説明会                   | <秦地域包括支援センター><br>令和6年10月22日（火）<br>16時～17時         | 2人   |
| 高知市基幹型地域包括支援センターへの事業説明会              | <高知市基幹型地域包括支援センター><br>令和6年10月25日（金）<br>16時30分～17時 | 2人   |
| 下知・五台山・高須地域包括支援センターへの事業説明会           | <下知・五台山・高須地域包括支援センター><br>令和6年10月28日（月）<br>14時～15時 | 1人   |
| 近森病院への事業説明・参画病院依頼                    | <近森病院><br>令和6年11月21日（木）<br>10時～10時30分             | 3人   |
| 近森オルソリハビリテーション病院<br>運営メンバー会議打合せ      | <近森オルソリハビリテーション病院><br>令和6年11月21日（木）<br>11時～11時30分 | 2人   |

## 【運営メンバー会議】

## ≪目的≫

入退院支援の仕組み作りに向けた基盤整備と合意形成を目的とする。地域と病院・多職種より選出した運営メンバーで、病院と地域双方が考える入退院支援の課題を共有するとともに、それぞれの地域における入退院支援の優先課題を抽出し、地域・病院・多職種協働で合意形成しながら解決に向けた取り組みを検討することを目指す。

【近森オルソリハビリテーション病院 運営メンバー会議】開催場所：近森オルソリハビリテーション病院

| 回   | 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                  | 開催日時                        | 参加人数 |
|-----|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|------|
| 第1回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援事業の概要説明<br/>運営メンバー会議の役割について</li> <li>・インタビューをもとに地域・病院相互の課題を共有</li> <li>・優先順位の高い課題の検討、グループワーク</li> <li>・地域と病院の意見交換</li> </ul>                 | 令和6年12月20日（金）<br>15時～16時30分 | 36人  |
| 第2回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・第1回運営メンバー会議での検討内容を共有</li> <li>・入退院支援の推進に向け地域と共に取り組む優先課題を決定（グループワークにて病院・地域意見交換）</li> <li>・入退院支援の推進に向け地域と共に目指す姿を検討（グループワークにて病院・地域意見交換）</li> </ul>   | 令和7年1月29日（水）<br>15時～16時30分  | 33人  |
| 第3回 | <ul style="list-style-type: none"> <li>・第2回運営メンバー会議での検討内容を共有</li> <li>・入退院支援の推進に向け地域と共に目指す姿「大目標・小目標」決定（グループワークにて病院・地域意見交換）</li> <li>・優先課題の解決に向けての具体的な方策を検討（グループワークにて病院・地域意見交換）</li> </ul> | 令和7年2月28日（金）<br>15時～16時30分  | 33人  |



①グループワークの様子



②参加者発表の様子

【高知病院 令和5年度事業参加病院フォローアップ】開催場所：高知病院

| 内容（テーマ等）   | 開催日時                           | 参加人数 |
|------------|--------------------------------|------|
| 可視化シート作成会議 | 令和6年5月30日（木）<br>13時30分～14時     | 7人   |
| 可視化シート作成会議 | 令和6年7月12日（金）<br>10時～10時40分     | 3人   |
| 可視化シート作成会議 | 令和6年7月19日（金）<br>15時05分～15時50分  | 12人  |
| 事例聞き取り     | 令和6年10月2日（水）<br>14時～14時15分     | 1人   |
| 中間カンファレンス  | 令和6年10月18日（金）<br>15時30分～16時10分 | 10人  |
| 2症例目 情報収集  | 令和6年11月7日（木）<br>16時～16時15分     | 1人   |
| 中間カンファレンス  | 令和6年11月19日（火）<br>11時～11時45分    | 11人  |

## 【高知西病院 令和5年度事業参加病院フォローアップ】開催場所：高知西病院

| 内容（テーマ等）       | 開催日時                          | 参加人数 |
|----------------|-------------------------------|------|
| 可視化シート作成会議     | 令和6年6月25日（火）<br>13時30分～14時10分 | 8人   |
| 可視化シート作成会議     | 令和6年10月25日（金）<br>16時～16時30分   | 3人   |
| 可視化シート作成会議     | 令和6年11月6日（水）<br>14時～14時30分    | 1人   |
| 1事例目・2事例目 情報収集 | 令和7年1月31日（金）<br>10時～10時30分    | 2人   |

## 3. モニタリング事業

## ≪具体的な支援内容≫

モニタリング運営会議の開催

- ①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
- ②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）
- ③事例検討会

## 【モニタリング運営会議】開催場所：各施設

## &lt;白菊園病院&gt;

| 概 要                                                                                                                                                                                                                  | 開催日時                   | 参加人数 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|
| 概要：電子カルテが新たに導入され、またコロナ禍が加わり退院支援シートの活用ができていない部署と薄くなっている部署がある。また、多職種から、このシートを活用するためにもっと使いやすくなれないかとの意見もあり現在、情報収集中。<br>助言内容：可視化シートをどのように電子カルテに反映しているかについては、いくつかの病院の情報提供を行った。可視化シートの修正については、今後白菊園病院の情報収集をもとに助言していくことになった。 | 令和7年3月6日（木）<br>15時～16時 | 1人   |

## &lt;田野病院&gt;

| 概 要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 開催日時                       | 参加人数 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|
| 進捗状況、課題・取り組み確認について情報交換を行った。<br>今までの成果：院内多職種連携が入院ならできている。CMとの連携は十分とは言えないが、初回医師からのIC時に参加があり、家屋訪問を実施することで、地域との情報共有を図っている。また、退院後のフィードバックも実施している。プロセスシートから派生したカンファレンスシートをブラッシュアップしている。残されている課題：退院支援計画を病棟に落とし込めていない。病院薬剤師との協働には課題が残っている。プロセスシートは十分活用されていないが、新任教育には活用している。<br>助言内容：プロセスシートについては、カンファレンスシートの充実、教育時の使用で活用ができていること、地域との連携、院内多職種協働体制が充実していること、などPDCAサイクルをしっかりと回して改善に取り組んでいることをフィードバックした。薬剤師との協働は、困難なことも多いが、患者のニーズに焦点を当てて、引き続きアプローチとしていくことを助言した。<br>上記情報収集を踏まえ、田野病院の取り組みを大交流会での報告を依頼した。 | 令和6年10月8日（火）<br>13時～14時30分 | 10人  |

### <大井田病院>

| 概要                                                                                                                                                                                                | 開催日時                               | 参加人数      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-----------|
| <p>コーディネーター会</p> <p>退院後訪問の良かった点や課題をまとめ病院内で共有している</p> <p>成果：退院後訪問を行う事で入院中の医療的手技の指導の振り返りとなった。また、退院時の外来看護師や薬剤師との連携の重要性を知る事ができた。</p> <p>課題：退院後訪問での情報を地域のケアマネジャーや訪問看護師と共有する事に重要性を確認し今後の連携への課題となった。</p> | <p>令和6年9月30日（月）</p> <p>16時～17時</p> | <p>5人</p> |

### <幡多けんみん病院>

| 概要                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 開催日時                                      | 参加人数      |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|-----------|
| <p>オンライン開催</p> <p>昨年度の取り組みと今年度の課題共有</p> <p>【取組の状況】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「急性期から在宅療養を支える」を看護部の目標に掲げて地域連携を強化した。モニタリングシートの調査を行い、病棟看護師による入院から退院までの流れの中でのCMとの連携はほぼ100%と定着してきた。また、病棟看護師から退院支援部門への相談件数も増加している。退院前訪問・退院後訪問の推進も目標にあげ、6か月間で、前年度以上の25件を訪問し、患者の課題の明確化につながっている。脳外科の病棟では、試験外泊を行うことで、転院調整を取りやめ自宅退院となった事例が増加するなどの変化もあった。</li> <li>・病棟から外来へのサマリー送付の定着や外来看護師が退院前カンファレンスに参加する回数も増え、外来継続看護が強化された。</li> <li>・入退院支援の振り返りの中で患者、家族の意向がしっかりと聞けていないこと、多職種で課題と方向性が明確化されていないなどの課題が明らかになった。そのため、退院支援の具体的な事例報告を強化したり、多職種協働を促進するためリハビリ、歯科衛生士、栄養士に入退院支援センター会に参加してもらうようにした。</li> </ul> | <p>令和6年11月13日（水）</p> <p>14時45分～15時15分</p> | <p>1人</p> |

### <JA 高知病院>

| 概要 | 開催日時                            | 参加人数 |
|----|---------------------------------|------|
| —  | <p>令和7年3月27日（木）</p> <p>訪問予定</p> | —    |

### <くぼかわ病院>

| 概要             | 開催日時                                 | 参加人数       |
|----------------|--------------------------------------|------------|
| 可視化シート作成会議     | <p>令和6年5月27日（月）</p> <p>15時～16時</p>   | <p>8人</p>  |
| 四万十町ケアマネジャー連絡会 | <p>令和6年8月6日（火）</p> <p>13時30分～16時</p> | <p>31人</p> |

## &lt;すこやかな杜&gt;

| 概要                                                                                                                                                                                   | 開催日時                     | 参加人数 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|
| 症例検討会<br>「本人・家族の希望に沿った入退院支援の実際」<br>グループワーク：<br>①自宅に向けて考えられる支援について<br>②家族とのやりとりで難渋するケースにおける工夫<br>成果：病院や地域の多職種での意見交換となりお互いの課題に向けたグループワークとなった<br>課題：地域と共に介護者である家族の情報収集・共有を行っていく事が課題となった | 令和6年11月20日（水）<br>14時～16時 | 39人  |

## &lt;あき総合病院&gt;

| 概要                                                                                                                               | 開催日時                   | 参加人数 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------|
| 成果：<br>・職員が入退院支援に向けての意識・視点が少しずつ増えてきている<br>・地域との連携や自宅訪問などの取り組みが増えてきた<br>課題：<br>・入退院支援の視点は持たせてきたがケアに活かされていない<br>・地域からの情報提供を活用していない | 令和7年3月3日（月）<br>14時～15時 | 1人   |

## &lt;図南病院&gt;

| 概要                                                                                                                                                                                                                                        | 開催日時                         | 参加人数 |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|
| 成果：<br>・コロナ禍においても家屋訪問等地域との連携は行ってきた<br>・シートを確認しなくても支援の流れは行えている<br>・中間カンファレンスができていなかったが内科カンファレンスや外科カンファレンスを活用しながらカンファレンスを行ってきたカンファレンスの充実により多職種の情報共有のレベルが上がり早期から介入が可能となった<br>課題：<br>・可視化シートの定着化<br>・新人オリエンテーションへ組み込むことも含め勉強会の開催<br>・振り返り会の開催 | 令和7年3月7日（金）<br>16時10分～16時20分 | 1人   |

## &lt;いずみの病院&gt;

| 概要                                                                                                                                                               | 開催日時                      | 参加人数 |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------|
| 成果<br>・可視化シートに沿って退院支援できている<br>（家族への支援、地域との連携、カンファレンス等）<br>・他職種の業務の流れが共有できていないため今後カンファレンスを通じて共有していく<br>課題<br>・振り返り会が充分でいていない<br>・可視化シート、入退院支援の流れと行っている業務がつながっていない | 令和7年3月5日（水）<br>14時～14時40分 | 6人   |

### < 細木病院 >

| 概要                                                                                   | 開催日時                          | 参加人数 |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------|------|
| 中間カンファレンス                                                                            | 令和6年7月29日(月)<br>13時30分～14時30分 | 10人  |
| 退院前訪問                                                                                | 令和6年8月9日(金)<br>13時30分～14時30分  | 6人   |
| 退院前カンファレンス(サービス担当者会)                                                                 | 令和6年8月28日(水)<br>11時20分～12時20分 | 15人  |
| 成果：可視化シートを活用しカンファレンスや退院前訪問等地域を含めた連携ができた<br>課題：多職種との目標の共有やそれに向けての各職種の役割・支援の重要性が課題となった |                               |      |

### < 高知医療センター >

| 概要                                                  | 開催日時                          | 参加人数 |
|-----------------------------------------------------|-------------------------------|------|
| 挨拶、今後の入退院支援事業継続について打合せ                              | 令和6年4月10日(水)<br>15時～15時25分    | 4人   |
| 看護管理者研修 ゲストスピーカー打合せ                                 | 令和6年4月16日(火)<br>10時～10時40分    | 1人   |
| 三里地域包括支援センターへの事例ヒアリング                               | 令和6年4月19日(金)<br>15時30分～16時30分 | 2人   |
| 居宅ケアマネジャーへの事例ヒアリング                                  | 令和6年4月26日(金)<br>15時～15時15分    | 1人   |
| 高知医療センター・基幹型地域包括支援センターとの連携について、今後の課題                | 令和6年5月28日(火)<br>11時～12時       | 2人   |
| 退院前カンファレンス                                          | 令和6年6月27日(木)<br>15時～16時       | 4人   |
| 入退院支援の進捗状況と今後の課題                                    | 令和6年9月19日(木)<br>10時～10時50分    | 1人   |
| 退院前カンファレンス                                          | 令和6年10月7日(月)<br>14時～14時50分    | 12人  |
| 成果：入退院支援の定着化に向け可視化シートを活用し事例検討ができた<br>課題：救急入院からの退院支援 |                               |      |



①リハビリテーション病院すこやかな杜



②参加者発表の様子

#### 4. 事業報告会

【令和6年度 報告会】開催場所：高知県立大学池キャンパス

《目的》

《開催方法》対面とオンライン併用のハイブリット開催

令和6年度に相談支援事業に参加した病院及び過去のモデル基幹病院及び地域等から、取り組み及び今後の展望を報告いただき、高知県内における入退院支援の推進及び発展につなげる。

| 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                                                                           | 開催日時                       | 参加人数 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------|
| 令和6年度入退院支援事業 報告会<br>～高知家で創る切れ目のない入退院支援～<br>■在宅医療の推進に係る入退院支援事業の今後の展望について<br>■入退院支援事業の概要説明<br>■病院からの取り組み報告<br>・近森オルソリハビリテーション病院<br>（令和6年度事業参加病院）<br>・リハビリテーション病院すこやかな杜<br>（令和元年度事業参加病院）<br>・高知医療センター（令和4年度事業参加病院）<br>■地域からの取り組み報告<br>・四万十町地域包括支援センター | 令和7年3月18日（火）<br>13時30分～16時 | —    |

【令和5年度報告会 オンデマンド配信】

令和5年度事業参加病院から、これまでの取組や今後の展望等をご報告いただいた「令和5年度入退院支援事業報告会」（令和6年3月15日（金）開催）の内容をオンデマンド（YouTubeを利用）にて期間限定配信を行い、県内外から視聴があった。

| 内容（テーマ等）                                                                                                                                                                                   | 配信期間                     | 視聴回数 |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|------|
| 令和5年度入退院支援事業 報告会<br>～高知家で創る切れ目のない入退院支援～<br>■退院支援に関する県の取り組みについて<br>■入退院支援事業の概要説明<br>■病院からの取り組み報告<br>・高知西病院（令和5年度事業参加病院）<br>・高知病院（令和5年度事業参加病院）<br>・細木病院（令和4年度事業参加病院）<br>・いずみの病院（令和3年度事業参加病院） | 令和6年6月5日（水）<br>～7月31日（水） | 268回 |

#### 5. 入退院支援マニュアルの作成

高知市において事業を展開する中で、「入・退院時の引継ぎルール」で提供される入院前の地域の情報が、各専門職の支援計画に活かしてきれていない現状が明らかになった。そのため、入院時情報提供シートを活用し、看護師、セラピスト、MSW、管理栄養士、薬剤師等がケアに活かした事例について、各専門職から、情報提供シートのどのような情報をどのように支援計画に活かしたのかインタビューを行った。

そのインタビュー内容をもとに、理学療法士 下元 佳子氏、高知県薬剤師会 阿部 恭宜氏をアドバイザーとして迎え支援計画への活用について助言をいただき、地域からの情報を支援計画に有効に活用する視点について示す「入退院支援マニュアル」を作成する予定である（公開：令和7年3月 web 掲載）。

### (3) 活動評価

#### 【相談支援事業】

##### ①地域包括ケア病棟からの入退院支援システム開発

今年度は地域包括ケア病棟を有する高知市内の近森オルソリハビリテーション病院と地域における仕組みづくりを開始した。ガイドラインを活用してステップ1である地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備にて、病院・地域から入退院支援体制を構築する運営メンバーを選出した。

ステップ2では運営メンバー会議を開催し、入退院支援の「優先課題」と「目指す姿」、それに向けての「具体的な方策」を検討し、可視化シートの作成につなげていった。次年度は、その可視化シートを地域、病院と協働して洗練化し、事例展開・振り返り会を行い、可視化シートの定着化をめざす。

##### ②開発した入退院支援の仕組みの定着・洗練化

令和5年度の事業参加病院である高知病院と高知西病院にて入退院支援の仕組みの定着化・洗練化に向けてのフォローアップを行った。高知病院では、ステップ3である可視化シートを活用し地域・病院・多職種が協働する事例展開を積み重ねた。時系列に沿ってどのような支援や連携が必要なのかを丁寧に確認しながら進めた。その中で事例を決定し退院前カンファレンスや退院後訪問、振り返りを行った。

カンファレンスや退院前訪問を行う事により入院前の生活情報を地域・病院・多職種で共有し退院後での課題の抽出を行い、スムーズな退院に繋ぐことができた。高知医療センターではステップ3である可視化シートを活用しての事例展開を行い、退院後にはケアマネジャーに聞き取りを行い退院後の在宅生活の情報把握し、早期の地域スタッフとの協働の必要性を再確認し、次への支援につなぐことができた。今後も事例展開や振り返りを積み重ね、継続していく事で病院や地域全体の入退院支援の質の向上・可視化シートの洗練化に繋げていく。

#### 【研修事業】

今年度も、感染対策を継続しながら、対面にて「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（四万十市会場・高知市会場）」を計画通り実施する事ができた。

各研修後のアンケート結果をみると、「役に立ったか」、「参考になったか」という各質問項目で、「とてもそう思う」「そう思う」が92～100%と評価が高く、地域・病院・多職種協働による入退院支援の実践へつなげる事ができた学びとなり入退院支援システムを構築する人材育成につながったと考える。

「管理者研修」「看護管理者研修」では、管理者として院内での連携の重要性や他施設の課題や取り組み等の共有ができ、今後の自部署での入退院支援の取り組み方向性等の共有ができ、入退院支援の人材育成につながっていると言える。

「多職種協働研修」では、多職種との連携の重要性や専門職が協働する事で多角的な視点からの支援の必要性、課題解決に向けグループワークやロールプレイを行いながら、理解し実践に繋げていける場となった。

「入退院支援コーディネート能力修得研修」では、自施設での可視化シートや課題、今後の展開方法等を事前課題とし、多職種の役割の再認識、また、コーディネーターとしての役割を学び入退院支援の中心的役割として現場での活動へつなぐことができた研修となった。

「入退院支援コーディネーター継続研修」の幡多会場では、「入退院コーディネート能力修得研修」「多職種協働研修」の受講者のみならず「運営メンバー会議」の参加者も対象とし、病院のみならず、介護支援専門員の参加があり入退院支援事業後の幡多地域の入退院支援の質が変化したこと、さらなる連携に向け各立場で具体的な取り組みについて深めることができ、ネットワークの強化を図ることができた。高知会場は、これまでに「入退院コーディネート能力修得研修」を修了した者を対象とし、講義以外にコーディネ

ネーターとしての取組の実際や地域包括支援センターからみた入退院支援事業の成果と残された課題についての報告を行い、地域・病院・多職種の連携の課題の共有・解決策に向けての発展的な取り組みについてグループで検討した。また、両会場ともコンフリクトの場面に焦点をあてて自らのファシリテーションを振り返ることができるようワークも取り入れた。CD 継続研修では、講義のみならず、グループで検討していく中で、日々の業務の振り返りや更なる課題に向けて多職種で取り組む能力の修得の場となり、コーディネーター継続研修は高い評価を得た。

### 【入退院支援体制のモニタリング事業】

今年度はモニタリング運営会議を 12 病院に対して行った。モニタリング運営会議では、病院・地域スタッフが参加する事例検討やモニタリングシート結果の分析などを行い、地域・病院・多職種協働型退院支援システムの稼働状況について評価を行っている。このようにステップ 4 に該当する、継続的な支援の結果として、全国平均（回復期リハビリテーション病棟協会）を下回る平均在院日数の維持、重度な要介護者の自宅への復帰数の増加などの成果が見られた。また、医師の病状説明時における介護支援専門員の同席の定着、多職種カンファレンスの継続的な洗練化への取り組みなど、システム改善、発展に向けた取り組みの継続に繋がっていると言える。また、コロナ感染拡大を受け、地域・病院・多職種協働型入退院支援システムに課題が生じていたくぼかわ病院では、「目指す姿」「優先課題」を地域と共に再抽出し、病院と地域がいつどのように協働していくのか具体的に検討し、修正した可視化シートを地域のスタッフと再度共有し、事例展開を行うことで、再度入退院支援システムの再構築に取り組むことができ、地域から高い評価を得ている。

以上より、今後も「モニタリング運営会議」を継続して実施し、これまでの取り組みと成果をフィードバックするとともに、課題とその解決策を共に検討し、PDCA サイクルを回し、システムの洗練化や更なる入退院支援の質向上と連携強化に取り組むことは重要であり、次年度も継続して実施していく。

また、相談支援事業で関わった医療機関の入退院支援システムの更なる発展と、今後の課題解決に繋げる事を目的とし、実施している「大交流会」ではこれまでに入退院支援事業に参加され、地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制の構築に取り組んだ医療機関（モデル基幹病院）3 病院と、医療機関と連携している地域包括支援センター 1 か所が、事業終了後の入退院支援推進に向け工夫して取り組んでいる取り組みを報告した。各病院等からの発表の後は報告テーマごとに分かれてのディスカッションを行った。参加者間で事業を終えた後の取り組みや課題を共有することができ、情報共有の大切さや病院側と地域側の交流の場となり、今後も開催を希望する意見も多く聞かれた。大交流会は、システムの発展、拡充に向けた自組織での具体的な取り組みにつながる機会ともなっており、事業終了後のフォローアップのみならず各組織のネットワーク強化として有効であったと考える。

また、地域からの情報を病院での各専門職による支援計画に有効に活用する視点について示す「入退院支援マニュアル」を作成することができた。今後このマニュアルについては、モデル基幹病院にて活用していただくとともに、研修にも活用し、活用後の評価結果をもとにさらに洗練化に取り組んでいく必要性がある。