

在宅療養の実際を学ぶ介護事業所見学実習

堺地域「医療と介護の連携強化」病院連絡協議会（C・Cネット）



松本昌広 世話人代表

社会医療法人同仁会 耳原総合病院 サポートセンター 地域連携室室長／社会福祉士

まつもとまさひろ●1992年同仁会に就職。医事課を経て、ソーシャルワーカーとして2001年介護老人保健施設みはら、耳原鳳病院、耳原総合病院、2014年より同院地域連携室室長。

堺市の概要

堺市は、大阪府の南部に位置し面積約150km²、人口約83万人の政令指定都市で、高齢化率は27.9%（2019年2月末現在）である。堺市単独で二次医療圏を構成しており、堺市内の病院は43カ所、クリニックは医科695カ所、歯科470カ所、訪問看護ステーションは109カ所ある。2018年10月には、「堺市超高齢社会に対応するための地域包括ケアシステムの推進に関する条例」を制定し、市民、行政、医療福祉関係者も含めて地域みんなで進めていく考えを示している。

C・Cネットの発足

堺市医師会の主導の下、「堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議」（略称：いいともネットさかい）が2008年に立ち上げられた。この会は医療と介護にかかわる団体の代表や行政も加わり、情報交換、課題検討からシステム作りまでを行っている。そして、医療と介護の中でも特にケアマネジャーと病院の連携に関する問題意識を感じていた当時の世話人がネットワークづくりを行い、2011年より「いいともネットさかい」の病院部会として堺地域「医療・介護の連携強化」病院連絡協議会（略称：C・Cネット）

の活動が始動した。病院代表と在宅部門の協議会にて委員会を構成し、社会福祉協議会が事務局を担い、医療と介護の連携課題について検討してきた（表1）。

C・Cネットの取り組み

2011年の発足当初、病院と在宅部門の連携に関する課題の抽出を行うため、委員会や研修会でのグループワークを頻回に開催した。その課題に対する解決策の検討など研修会やシステム作りを行ってきた。

- ・互いに必要な情報とは何か→連携のための共通シートの作成
- ・病院の窓口が分からぬ→堺市内の病院窓口一覧（年1回更新）
- ・病院の退院支援のシステムが不明→研修会の開催（年3回開催）、病院・介護事業所見学実習

入院時連携シートの内容の吟味やシステムの構築を通じて、互いが必要な情報とは何か、それは何のためかなどを議論・共有することで相互理解が深まっていった。病院と在宅の時間軸の違いや退院支援プロセスは現場見学をしなければ理解できないのではとの意見から、さらに互いの現場を知る実習を企画していくこととなった。

現在、C・Cネットの委員は実習委員会

表1 医療と介護の連携

| | | | |
|------|---|--|---|
| 名称 | 堺市における医療と介護の連携をすすめる関係者会議 | | 堺地域「医療と介護の連携強化」病院連絡協議会 |
| 略称 | いいともネットさかい 「いのちといきがいを支えるためにともに力になろう」 | | C・Cネット Cure (治療) Care (介護) をコネクト (つなぐ) |
| 発足 | 2008年11月 | | 2011年2月 |
| 開催頻度 | 2カ月に一度、定期開催。 | | 研修委員・実習委員に大別し定期開催。委員総会は年に3回程度。 |
| 主旨 | 堺市内における医療と介護・保健・福祉関係者が互いの研鑽・交流をはかるために設置する。(規約第1条) | | いいともネットさかいの活動と連動し、地域における病院関係者と福祉・介護従事者の相互間における利用者の情報共有と連携を強化し、先を見越した支援、医療情報に基づくケアプランの作成など、利用者に切れ目のない医療と介護のサービスを提供できる、互いの連携体制を構築することを目的とする。(会則第2条) |
| 構成団体 | 堺市医師会、堺市歯科医師会、狭山美原歯科医師会、堺市薬剤師会、大阪府歯科衛生士会堺支部、大阪府訪問看護ST協会堺ブロック、大阪介護支援専門員協会堺ブロック、介護支援ネットワーク協議会・さかい、認知症疾患医療センター、C・Cネット、堺市社会福祉施設協議会 老人施設部会、大阪介護老人保健施設協会、さかい地域包括・在宅介護支援センター協議会、堺市、堺市社会福祉協議会 | | 堺市内の急性期病院、療養型病院、精神科病院、大阪介護支援専門員協会堺ブロック、大阪府訪問看護ステーション協会堺ブロック、さかい地域包括・在宅介護支援センター協議会、堺市社会福祉協議会 |
| 代表者 | 堺市医師会理事 | | 病院代表 |
| 事務局 | 堺市社会福祉協議会 | | 堺市社会福祉協議会 |
| 取り組み | 在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）多職種連携マニュアルの作成 | | 病院窓口一覧表、入院時連携シートの作成 病院見学実習・在宅見学実習 |

と研修委員会に分かれ、2018年度は実習委員を中心に病院看護師など向けの介護事業所見学実習（表2）や介護支援専門員向けの病院見学実習（表3）を計画・実施した。また、研修委員を中心に、5月は診療報酬・介護報酬の改定、11月はACP、3月は退院支援をテーマとしてそれぞれ100人規模の協議会と研修会を行った。

病棟看護師向けの介護事業所見学実習開催に当たっての議論

2012年から開始した「介護支援専門員など向けの病院見学実習」（表3）にて、現場に出向き支援プロセスや多職種連携の実際を学ぶことの有効性を参加者や委員が実感してきた中で、逆バーションである病棟看護師向け

の介護事業所見学実習の計画論議は必然だった。疾病や障害、認知症などを持ちながら地域で生活を送っている様子や、在宅チームがどうネットワークをつくり支えているか病棟看護師が知る機会は重要と考えた。

まずは、病棟や退院支援看護師向けの集合研修会を2015年、2016年に開催し、「いいともネットさかい」にて堺市の在宅医療・介護連携推進事業（地域支援事業）として承認、予算化され、2017年度に病棟看護師向けの介護事業所見学実習を開始した。

事業所の選定に関して、C・Cネットには、地域包括支援センター、介護支援専門員、訪問看護ステーションそれぞれの協会の代表が委員として参加しており、委員を通じて協会に調整した。実習プログラムに関しては、

表2 病棟看護師・退院支援看護師向けの介護事業所見学実習の取り組み

2017年に開始し、年に1回の開催をしている。30人の実習生の実績がある。

| | |
|-------|---|
| 目的 | 退院に関する支援や調整を行っている看護師などが、高齢者の在宅生活を支える訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターの役割を知り、相互理解を深めることで、医療・介護が一体となった退院支援が行えるようになることを目的とする。 |
| 対象 | 病院看護師、ソーシャルワーカー（初年度は病院看護師のみ）（写真1） |
| 実習先 | 訪問看護ステーション（5事業所）各1人ずつ5人 地域包括支援センター（5事業所）各1人ずつ5人 居宅介護支援事業所（5事業所）各1人ずつ5人 計15人 |
| プログラム | ①事前オリエンテーション（9月）（事業所へ電話もしくは訪問） 個人の目標とプログラムの確認など ②見学実習（10～11月） 1日実習とし、実習生の目標や業務内容に応じて事業所の目的や実践内容、在宅患者宅の訪問同行。 ③フォローアップ研修（2月）（写真2） 実習報告書の提出。3カ月後に実習生、実習元スタッフ、委員がワールドカフェ方式で、実習で学び実践で生かされていることなどの報告、共有。 |
| 選考 | 志望動機を基に、医師会から委嘱を受けた委員にて選考会 |

表3 介護支援専門員など向けの病院見学実習

2012年に開始し、年に1回の定期開催をしている約150人の実習生の実績がある。

| | |
|------|--|
| 目的 | 地域包括ケアを担う介護支援専門員などが急性期病院と療養型病院の機能や患者の入院生活を理解し、ケアプロセスや課題の相互理解を深めることなどを通じ、その成果を実務に結びつけることで地域における連携を促進する。 |
| 対象者 | 堺市内のケアマネジャー、地域包括支援センター専門職、特別養護老人ホーム・老人保健施設の相談員：定員20人 |
| 実習病院 | 急性期病院1日と療養型病院1日それぞれに参加 |
| 実習内容 | 2012年から開始。退院支援の現場やケアマネジャーからの情報提供の活用方法 |
| 振り返り | 報告書の提出と、数カ月後実習後の実践の中で得たことなどを確認し合うフォローアップ研修会。 |

写真1 介護事業所見学実習生募集ポスター

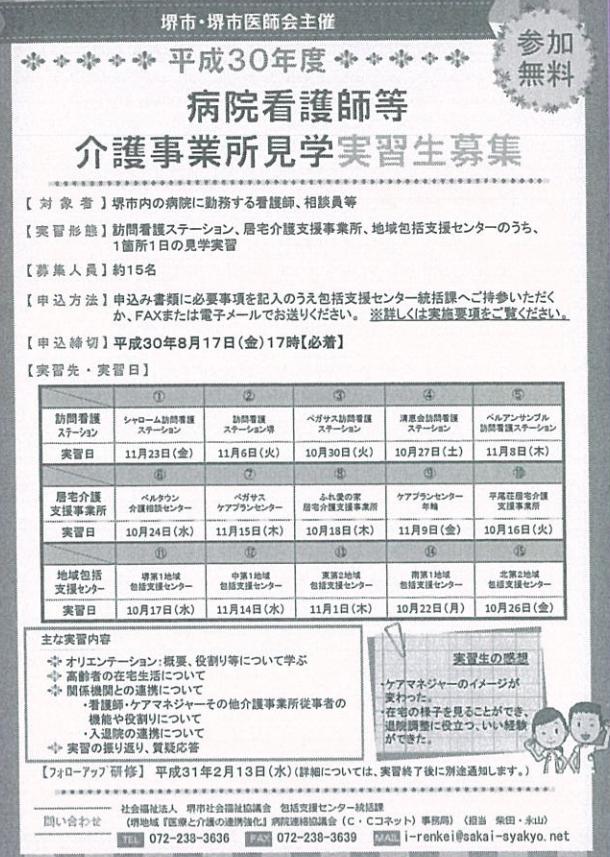


写真2 フォローアップ研修の様子

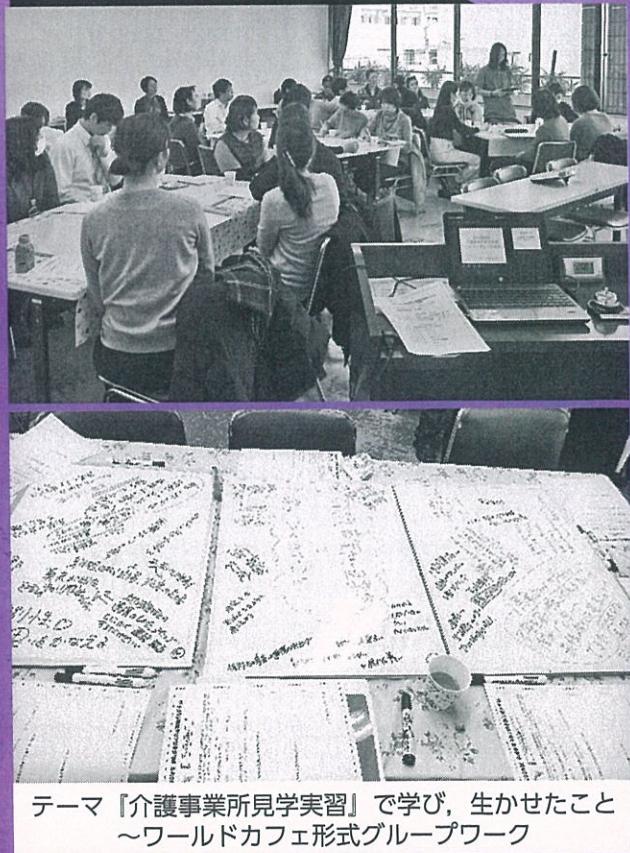


表4 介護事業所見学実習の内容

◆訪問看護ステーション

実習プログラム：訪問看護の役割、特色、体制、診療報酬などの伝達
患者宅に訪問、処置などの見学と在宅ならではの工夫を紹介
病院に出向き面接や退院前カンファレンスに参加など

■実習で伝えたことや狙い

訪問看護では個々の生活に合わせた環境整備が必要となる。在宅復帰する前に病棟でどのような指導が必要か想像できることを目標に、呼吸器系、外科系など所属病棟も考慮し酸素管理やストーマ管理の患者宅への訪問を実施。病院では想像できない酸素管理の実態等、生活に合わせた管理をしていく重要性を伝えた。入院中には分からぬ家族とのかかわりや、独居における不便さを感じていただいた。また、薬局でのガーゼ購入は経済的に困難な場合もある。病院は、自宅で継続して処置ができる物品材料を提案してほしいことや、お薬管理の実際を見ていいただき病棟でできるサポートを考えていく機会とした。

◆居宅介護支援事業所

実習プログラム：ケアプランの作成プロセス、モニタリングの視点の理解
利用者宅訪問、介護保険施設見学、利用者宅でのサービス担当者会議
多事業所、多職種での自立支援の実際を見るなど

■実習で伝えたことや狙い

急性期、回復期、維持期からの在宅介護導入の流れを説明。退院当日から生活が開始するが、利用者や家族が在宅生活に関しての考えが分からぬまま支援を求められる。新規導入、継続支援でも病院と在宅の申し送りが大切。在宅では、リハビリテーションや処置など入院時とは時間や方法を変えてどうカバーするかが問題となる。家族と本人の思いに差があることを理解してもらい、難病や呼吸器患者の訪問、自宅で行われた更新時の担当者会議の見学を行った。利用者と直接話してもらう中で入院中の不安やケアマネジャーとの相談内容、在宅サービスの支援内容などの理解を促した。

◆地域包括支援センター

実習プログラム：地域包括ケアシステムと地域包括支援センターの役割
4つの業務の柱や校区ごとの地域特性に合わせた業務の理解
区ケアマネジャー連絡会に出席、ケアマネジャーからの相談や事務処理、予防のケアプランの実際を知る

■実習で伝えたことと狙い

校区の特徴や、主任介護支援専門員の支援部会と区や圏域単位のケアマネジャー連絡会について説明。地域の中で生活していることを感じるために地域活動の一つであるサロンを見学していただき、民生委員やボランティアがたくさん来られ、地域でも介護保険外の介護予防の場があることを紹介した。虐待ケースで社会福祉士と入院中の人の面会に同行した。

月1回の高齢者関係者会議で入退院時の連携の意見交流についてや個別訪問で認知症の人をケアマネジャーと一緒に訪問していること、また認知症支援部会や地域活動看護師職連絡会について口頭説明した。

実際に患者宅への訪問などを通じて患者・家族の生活や声を体感する内容を含んでいただくよう依頼した（表4）。

実習生による研修報告や フォローアップ研修での意見

現場実習で得た学び、その後の実践に関する実習生の声を抜粋し紹介する。

■訪問看護ステーション実習生の感想

～生活の中の看護から学んだこと

▶病院で見る患者のレベルでは、転倒予防、

服薬確認など看護師が全面サポートするようなケースの患者が、訪問看護や介護サービスなどを受けながら自ら洗髪をする、食事をする、喫茶店で地域の人とふれ合うなど、活発に生き生きと自立した生活をされていた。患者の安全を確保しながらその人らしい地域生活に戻れるよう入院前や直後から計画的に在宅支援者と情報共有して進めていきたい。コミュニケーションが簡潔的確。とかく病棟では煩雑で申し送りが不十分になるが、訪問記録はアセスメント

し問題点も記入され評価・共有しながら継続看護がされており、細やかだが分かりやすい。病棟記録にも参考になる。

▶患者宅で行うケアは自宅である安心感から表情がとても穏やか。家で過ごせる支援にこだわりたい。

▶退院支援で看護処置にとらわれていた。その人の背景や周囲の状況などを知り、信頼関係を築くことが重要であり、足りなかつた部分である。病棟で分析・評価しケアを行うが、患者・家族の心理的不安を理解し寄り添えていなかった。

▶退院支援に対する介入方法や考え方を確立できたと思う。どんな病状でも在宅で支援できると感じた。

▶生活の中に入つて利用者の考え方や日頃の思い、将来を見据えながらコミュニケーションをとっていた。急性期では退院までを設定するのに必死だが、病院と在宅の申し送りが大事で、サマリー記入の内容に不足がないよう工夫したい。利用者が困っていたことを病院に持ち帰り、スタッフに還元し、改善につなげていく。

■居宅介護支援事業所の実習生の感想

～早期から連携をとり在宅支援に自信

▶利用者本人ができない部分を補うためにケアプランを立てると思っていたが、実際は自立支援を通して望む暮らしをサポートすることが基本となっていた。家族もそのことを理解していることが会話の中でも感じられた。支援するチーム内で連携が取れ、情報共有できていることは、利用者の安心につながることが分かった。ケアマネジャーは本人の経済状況も考えた上で、自己負担について説明し、どういうサービスがその人に合ったものか常に考えているこ

とについては頭が下がる思いがした。患者さんの入院期間は短く、それは点でしかないことを踏まえて、在宅療養の支援者との情報交換の質を高めていきたい。

▶ケアプランを立てる際の指標などを学べ、ケアサービス事業所からの情報を集約し、継続して評価していた。当初寝たきりだった人が継続的な支援を受ける中で、数ヶ月をかけて外出できるようになった。在宅チームの力強さを実感した。

▶ケアマネジャーは机上でケアプランを作る人というイメージだったが、実際は自転車でいろいろなところを回り、利用者の話を聞き、説明し納得を得ている。利用者に真摯に向き合うことを知り、自分の看護師としての姿勢を振り返った。

▶病院では医療者が主役だが、在宅チームでは利用者が主役である。在宅チームの視点を病院の中で活かしていく。帰れるのか決め付けず多職種のチームと相談することが大事である。

▶病院での顔と生活している時の顔は違う。実際の生活の中で普段の顔を見せているのが印象的だった。私たちには患者が何に困っているのか聞く役割がある。病院の顔があることを認識した上で、患者だけでなく地域の事業所の人とも積極的に連携を図るシステムをつくりたい。

■地域包括支援センターの実習生の

感想～地域特性と4つの役割を理解

▶包括の業務は煩雑で膨大と知った。より豊かな生活が送れるような工夫、つながりづくり、地域づくりには無限の可能性を感じた。訪問途中で、公園やスーパーマーケットに立ち寄るなど、高齢者の情報をキャッチする姿勢や配慮に心強さを感じた。急性

期と在宅の相反するところで戸惑っていることが分かった。自分が架け橋になるべくアンテナを張って連携を頑張っていきたい。

▶退院支援看護師は訪問看護の実習や経験があるが地域包括の経験はない。仕事は多岐にわたり、ケアプランのチェック、学校への訪問、体操教室の主催など大変さを実感した。業務内容の整理ができた。

▶急性期病院では早くから「退院」「転院」と言われる。入院する前の外来時から患者の情報を共有し介入が始まる学んだ。

▶精神科というだけで受診を拒否する高齢者が多い。病院に来られればかかわりが開始されるが、そこまでに至らない。つながったケースを振り返ると、地域包括や訪問看護とかかわりがあったからこそつながっていることを改めて感じた。退院の時、病院から地域への橋渡しの存在でありたいと感じた。

2年間の取り組みを終えて

看護師向け介護事業所見学実習は2年目を終了した。初回は、300床以上病院の退院支援看護師が中心の参加で、法人グループ内に訪問看護やケアプランセンターがあるため、地域包括支援センターに応募が集中した。2年目は、中小病院の病棟看護師の参加が促されたこともあり、希望実習先の偏りがなくなったものの15人の定員を大幅に上回る35人の申し込みがあった。

2年間、30人の実習を終えた中では、個人目標を見据えたプログラムや訪問先の選定が実習生の持つ課題とマッチし、個別の実践につながっていると報告を受けた。アンケート結果にも反映し、振り返り実習に参加した全員が実習内容に満足と答え、目的を達成で

きたと記入した。実習は、志望動機の記入から始まり、オリエンテーション、現場実習、院内の実践、フォローアップ研修会とほぼ半年に及ぶ経過をたどる。実習生同士のつながりやほかの事業所への参加者の体験などから刺激を受ける仕組みも持っている。

応募があった看護師の所属は、急性期病棟、地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、入退院支援部門、認定看護師などさまざまであった。志望動機は、「在宅生活がイメージできずあいまいな情報収集になることを改善したい」「退院支援部門に配属され在宅の実際を知りたい」「院内認定の参考にしたい」「自らのつなぐタイミングや情報が適切なのかを確かめたい」「患者の支援に還元できるよう実際に生活の場を見たい」など、向上心や責任感が垣間見られる記入が多かった。

研修後2週間以内に実習報告書の提出がある。疾患や障害と付き合いながら生き生きと生活されている様子に驚き、それを支える支援者の本人・家族主体の支援のあり方と工夫に刺激を受け、課題や申し送りが細やかにされていることを学んだ。また、病院側の看護のあり方を振り返る中で、早期から計画的に在宅部門との情報交換や課題設定の共有を行うことなどを確信したなど、驚きに満ちたりアルな感想が記されていた。

フォローアップ研修では、実習後の実践の効果として、「患者の行動の背景を理解しようと意識が変わった」「入院時連携シートをしっかり見る」「患者の声に耳を傾け共感できるようになった」「今まで在宅は無理かもと思っていた重症患者も自信を持って在宅支援できた」という声が聞かれた。また、独居高齢者、成年後見人など広い視野での問題意識の広がりもテーマに挙がった。病棟勤務で

のそれぞれの悩みも吐露しながらも、貴重な経験を院内でどう広めるべきか上司と相談し、看護実践に取り入れていると語る実習生の姿があった。さらに、受け入れた介護事業者からは、実習希望者の動機から実習スケジュールをマネジメントしたり、自分たちの事業所の位置づけや、何を大切にしてこの仕事をしているかといったことを実習参加者に語る必要がある。その内容を考えるといった過程を通じて、中堅クラスの職員の成長につながったという声が聞かれた。

病棟看護や退院支援のスキルアップ

病院内看護部では、退院支援のスキルアップに向けクリニカルラダーに取り入れる動きが盛んであるが、経験年数や実践能力から、座学として院内の研修会や外部の退院支援の研修会への参加などを経て現場実習を行うというケースが少なくない。病棟看護の役割などを果たせる中堅クラスが、地域生活を学ぶ機会として有効ととらえられているからだ。病院看護部では年度当初に、どの実習をターゲットに何を得るかなどの研修計画を立てて、看護協会やC・Cネットが開催する現場実習への参加を促している。

平均在院日数が10日程度の急性期治療の場では、治療優先・安全配慮からマニュアル的に陥る傾向は否めない。生活や家屋状況、本人・介護者の能力に応じ評価・工夫した提案や指導が病棟で行われる。暮らしの場を想像できなければ、ケア物品の選定や説明も一般的・画一的に終わることになる。本人・家族の気持ちのずれの合意形成などを支援する力も、暮らしを想像できることで生きてくる。患者や家族の生活や声に耳を傾け、個別の家

での暮らしをイメージしながら入院期間に合わせて支えるケアへの転換が求められる。

退院後訪問に取り組む医療機関は、再入院予防のため退院後の暮らしのアドバイスに加え、在宅を知り院内にフィードバックすることでほかの患者への支援に役立つ効果としても生かされる。

実習計画の課題と今後に向けて

初年度は周知が行き届かず中小病院の参加申し込みがなかったことや、事前オリエンテーションがなかったことなどを反省に挙げた。2年目には中小病院に委員と事務局で訪問・電話でのお知らせを行い解決に至った。2019年度は、実習の質を担保しながら定員を拡大することが必要と感じている。現場や実習生の意見を踏まえて実習の質や効果を高め、参加者はもちろん送り出した病院スタッフ、また患者・家族に還元できるよう検討・改善を重ねていきたい。

地域包括ケアの理念の下で病院と在宅チームがシームレスにつながり、退院支援の質向上のために在宅での生活を知り相互理解を深めることに加えて、今後も患者・家族が望む生活の支援を患者・家族と共に多職種で支えるための活動であることを確認しながら地域みんなで取り組んでいきたい。

5-6月号
特集

“ギスギス病棟”を “ニコニコ病棟”に 変えるための段取りと仕掛け

プレゼン、語り、指導、ホウレンソウ
情報発信・伝達が
上手な主任になろう！

現場を変えるスキル!
会員制 隔月刊誌
ステップアップ!
主任看護師 管理
教育
業務

ダウンロード特典は 隔月刊 主任看護 検索