

地域包括ケアを支える看看連携体制の 構築に関するガイドライン

地域の課題の解決に向けた看看連携体制の構築と発展

平成 29 年度厚生労働行政推進調査事業費補助金

(地域医療基盤開発推進研究事業)

地域包括ケアを支える看看連携を円滑にする体制の構築に関する研究

(H29-医療 指定 017)

目次

1. 本ガイドラインの趣旨	5
2. Aging in place を実現するための組織を超えた看護連携とは	7
3. 看看連携構築のプロセスと実践内容	11
1) 連携体制構築の必要性を認識する	11
(1) 看護現場の悩みごとを看護のしくみから捉えよう	11
(2) 病院は地域のケアシステムの一機関	11
(3) 病院は地域のありようの影響を受けている	12
(4) 地域の看護職がつながること	13
2) 連携体制の構築に向けて働きかける	14
(1) 機関内における体制づくり	14
(2) 地域に向けての働きかけ	16
3) 課題解決のための事業を実施する	20
Step1: まずは、院内の地域連携・退院支援部門から意見を聞いてみよう！	20
Step2: 地域にある看護管理者が集まる場所で発信していこう！	20
4) 連携体制を継続・拡大するための工夫	23
(1) 行政の事業や研究費の活用	23
(2) リーダーシップと協働	24
5) 連携体制の評価	26
(1) なぜ評価が必要か	26
(2) 評価の方法	26
4. まとめ	29
参考1：ヒアリング対象6か所のまとめ	30
事例1：地方の都市部における、基幹病院を中心とした取り組み1	31
事例2：地方の都市部における、基幹病院を中心とした取り組み2	35

事例 3：地方の都市部における、基幹病院を中心とした取り組み 3.....	39
事例 4 200床以下の地方の自治体病院が取り組んだ事例	42
事例 5：都心の下町地域における、大学病院を中心とした取り組み	44
事例 6：都市部の中心地域における、基幹型ステーションを中心とした取り組み..	47
参考資料 2 看看連携を实践するための政策ツール	51

1. 本ガイドラインの趣旨

効率的かつ質の高い医療提供体制、および Aging in place（地域で暮らし続けること）を実現するための地域包括ケア体制の構築が進められる中、医療資源を効果的に活用すること、そして急性期から在宅に至るまでの機関間・職種間の連携体制を構築することの重要性が増しています。看護職は医療・生活支援を含む幅広い専門性を有する職種であり、地域包括ケア体制内の多くの機関で活躍していることから、連携において中心的な役割を担うことが期待されています。なかでも、**看護と看護の連携**（以後「**看看連携**」とする）については、多様な部署・機関に属する看護職どうしが顔の見える関係性を構築し、互いの役割を理解し、コミュニケーションの円滑化を図ることにより、患者に関する情報共有や療養場所移行支援がスムーズかつ適切に行われることが期待されます。加えて、所属機関や看護師個人の専門性を踏まえた看護を学びあうことによる看護の質向上も可能となると考えられます。

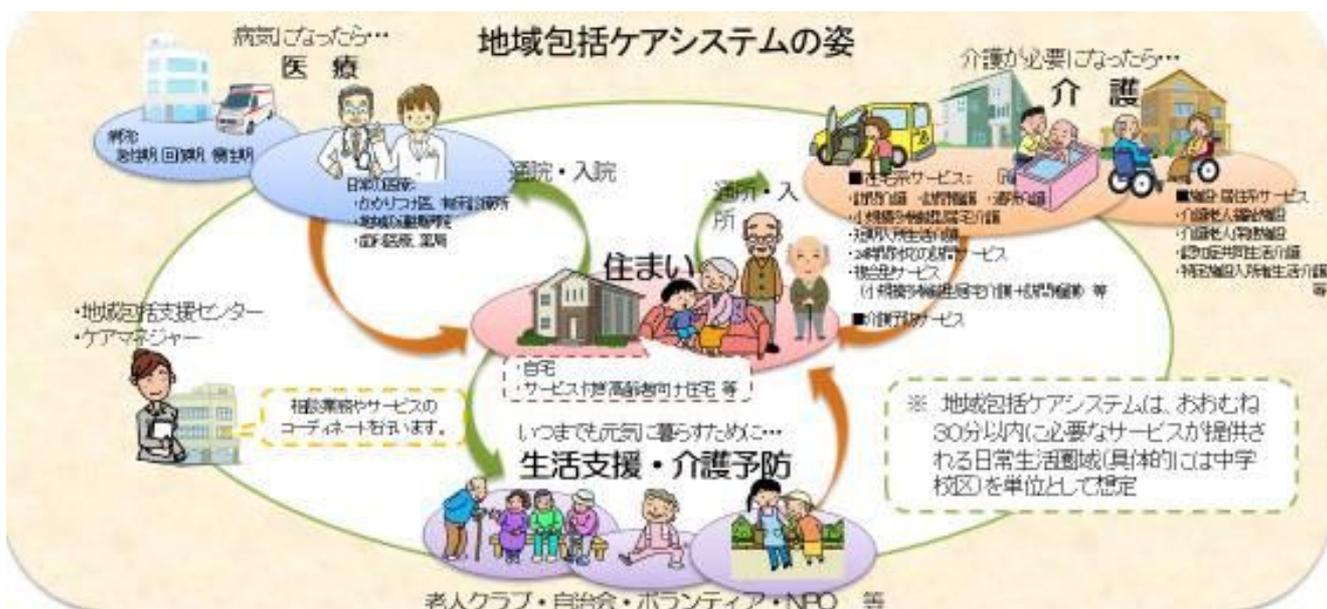
看看連携の形態としては、医療機関の看護管理者間の連携、看護職全体での勉強会などの集まり、在宅ケアや施設ケアを担う看護職間の連絡会、行政が主催する看護連絡会などが考えられます。私たちは特に、地域の医療連携の中核を担う病院（以後、「**中核病院**」という）が連携体制の構築や維持に役割を果たし、病院と地域の看護職が幅広く参加し、かつ看護の質向上に向けた取り組みを含めて活動している看看連携体制に着目することにしました。そして、看看連携の体制づくりの発端、立ち上げ、維持、事業の実施などの各段階で、中核病院およびその他の看護職が実施した内容をヒアリングにより抽出し、整理してきました。そこで、このガイドラインでは、看看連携の体制づくりに関する具体的内容とそのポイントを、ヒアリングに基づいて記述します。また、連携体制構築に必要な費用やサポートの得方についても合わせて記述します。

これにより、これから看看連携に取り組もうとしている中核病院や、その他のステークホルダー（行政、在宅ケア機関など）が、何から取り組めばよいか、実施していく中でどのような課題が生じ、それをどう解決したらよいか、といった点について、

何らかのヒントを得ることができればと考えます。そして、各地域の特性に応じた看
看連携体制が各地で確立され、看護の質向上に寄与することが、本ガイドラインの趣
旨です。

2. Aging in place を実現するための組織を超えた看護連携とは

世界に類を見ないスピードで超高齢社会を迎える我が国では、地域包括ケアシステムという概念で、改革を進めています。<地域包括ケアシステムについての説明追加、図の出典追加>



そして、病気や加齢に伴う暮らしづらさがあっても、住み慣れた地域で暮らし続けることができる社会、そしてその延長線で人生の幕引きを迎えることができる社会、すなわち aging in place (地域で暮らし続けること) の実現を目指しています。「なるべく在宅、時々入院」という表現をされることもあります。

一方、急性期医療に携わる病院の看護職からはこのような声も聞かれます。

- ・ 退院後、すぐに戻ってくる高齢者。肺炎・心不全を繰り返す状況を見ると、在宅って大丈夫なのか。
- ・ 訪問看護や在宅医療が、どのように関わっているのか見えない。退院後のフィードバックがない。

- ・ ケアマネジャーや訪問看護と直接やり取りをしたいが、地域連携室経由になって、タイムラグがある。
- ・ 介護施設から、救急搬送される高齢者が増加している。
- ・ 住まいの場である施設での看取り支援はできているのだろうか？
- ・ 高齢者の救急搬送時、本人は意思表示できない。もっと前に、予測して意向を聞いておいて欲しい。
- ・ 急性期病院から転院してくる時に、何を目的に転院するのか、不明瞭なまま入院長期化する。
- ・ 独居・高齢世帯が増える中、介護サービスにも限界がきているのではないか？

「入院早期から退院支援」と以前から言われていますが、在宅療養中に、今後の予測をし、患者の意思表示を確認していたのだろうか等々、悩ましい現状があります。

このような aging in place を阻害している問題<問題の背景についてもう少し踏み込んで解説>は、個々の病院や、施設、訪問看護事業所単独で解決できないことです。組織を超えた地域包括的視点を持った看護連携が必要なのです。皆さんの病院がある地域の病院・訪問看護事業所・介護施設・地域包括支援センター・ケアマネジャーの看護職、行政保健師は、お互い顔の見える関係はできていますか？

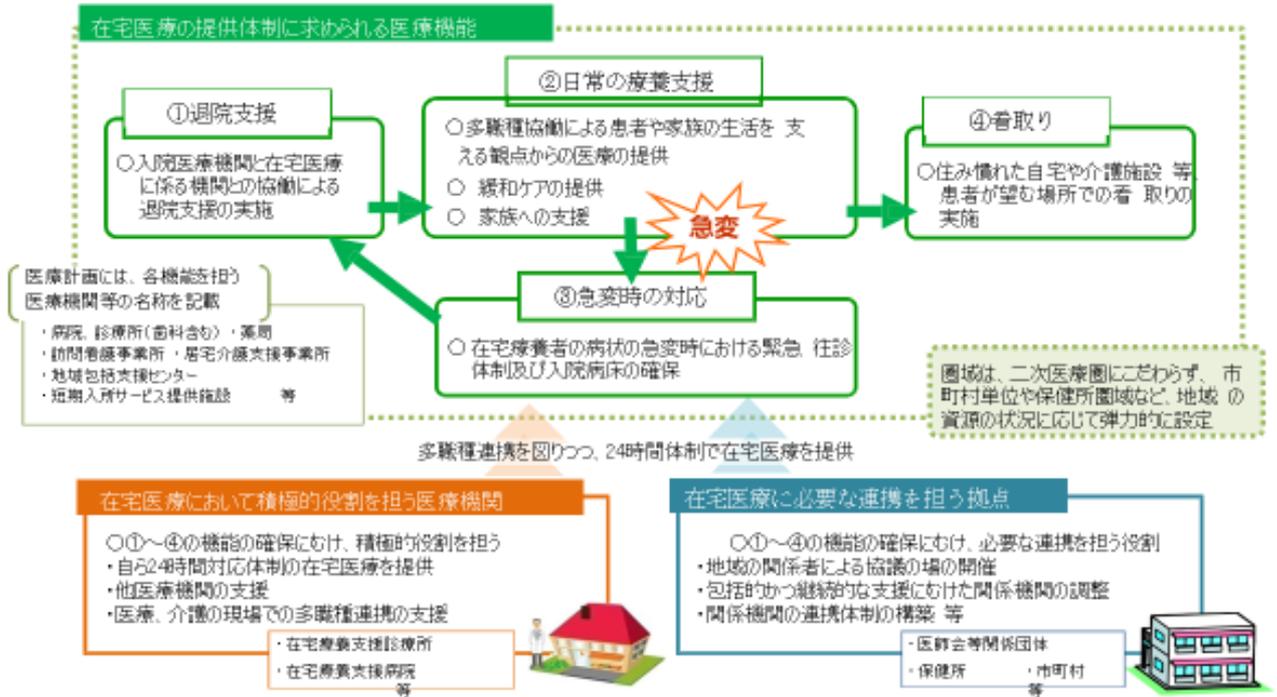
こちらは、厚生労働省の在宅医療および医療・介護連携に関する WG で提示された「在宅医療提供体制」における在宅医療の諸相<図の説明を追加>を示した図です。こちらの ~ のポイントに沿って、自分の病院が地域と連携していくうえでの課題、さらに地域全体で病院と在宅ケア機関を含む諸機関が連携していくうえでの課題を整理してみましょう。

在宅医療の体制について

第1回 在宅医療及び医療・介護連携に関する
平成28年8月3日

- 在宅医療の体制については、都道府県が策定する医療計画に、地域の実情を踏まえた課題や施策等を記載。
- 国は「在宅医療の体制構築に係る指針」を提示し、都道府県が確保すべき機能等を示している。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～



退院支援 入院医療からくらしの場への移行支援

- **病院の看護職**は、地域包括支援センター・介護支援専門員（ケアマネジャー）と入院時連携できる
- 退院支援・退院調整のプロセスを、在宅支援者と病院医療者で共有し、連携できる
- **病院の看護職**は、地域の訪問看護ステーションと相談しやすい関係ができています
- **病院の看護職**は、施設看護職と、施設入所者入院の入院時判断から退院までの連携ができる

日常の療養支援 外来通院時の生活療養支援

- **外来通院時から訪問看護につなげて、予防・重度化予防をはかることができる**
- **外来看護職**は、通所サービス看護職と必要時連携ができる

- 病院の認定・専門看護師が地域へ訪問し、看護の質を向上するための働きかけが
できている

急変時の対応 在宅療養を後方支援する入院機能・緊急訪問対応（往診）

- 高齢者の緊急入院を断らない病院である＜このような書き方で OK？＞
- 認知症がある高齢者の入院受け入れ、認知症ケアも行っている
- 地域の病院機能を共有し、治療後の BPSD 対応を担う病床・施設等と連携できる＜BPSD の説明、これだけに限定する必要がある？＞

看取り 在宅・施設等での看取りを実現する

- 病院と地域での意思決定支援を実施し、高齢者の事前意志（Advanced Care Planning, ACP）＜説明追加＞を施設間で共有できている
- 高齢者ケアや看取りについて市民への啓発を行い、在宅や施設での看取りの成功体験を市民と共有して、「このまちで最期までくらす」意識を高める働きかけが
できている

3. 看看連携構築のプロセスと実践内容

1) 連携体制構築の必要性を認識する

(1) 看護現場の悩みごとを看護のしくみから捉えよう

ある急性期病院の地域連携室の看護師から悩みを聞きました。「空床がなく救急車を受け入れられない。受けいれても病棟のベッドが空かず救急部で数日も過ごすことが常態化している。」空床がないのは、「患者が退院できないため。」といます。「リハビリや療養施設はどこも 2-3 ヶ月待ち。」「家族は家では見られないと言う。」本人の意向を尋ねてみると「自分からなにも言わない。」と。施設へ到着し初めて本人が入所を知ることもあるといます。

私たち看護職は、国民の「健康で文化的な最低限度の生活」を保障するための社会制度の中で働く専門職です。人びとが、病状にあった治療を適切な場所で受けられ、望むところで望む生活ができるように、看護の仕事を通して支援することが私たちの使命です。それには、患者や療養者とその家族への直接的なケアだけでなく、良いケアをおこなえる環境やしくみを整えることも含まれます。看護職は多様な場で働いていますが、保健師や看護管理者は後者に関して責任をもちます。先の看護師の悩みは、看護が行われる環境やしくみの視点から見るとなにか課題なのでしょうか。

(2) 病院は地域のケアシステムの一機関

国がめざす地域包括ケアシステムは、地域の保健・医療・福祉に関わる多様な機関、住民が力を合わせて一人ひとりの生活を支えあうしくみです。医療はその一部ですが、医療においても、地域の複数の病院が急性期・回復期・慢性期などの病期ごとに医療機能を分担し、連携・協力し合って地域住民の生活を支えていく地域完結型医療が提唱されています。したがって、救急車を受け入れられない、あるいは病棟に収容できない状況は、一病院の看護師の悩み、経営問題にとどまらず、地域の急性期医療機能の不全状態を意味します。看護管理者は、一施設が地域社会の中で担っている

使命を自覚し、看護職として何をすべきか、何が行えるのかを考えることが必要です。

(3) 病院は地域のありようの影響を受けている

なぜ、急性期治療を必要としない患者が、「退院できず」入院し続けているのでしょうか。地域で生活してきた人が再び地域に戻って療養生活を継続できるように支援する、退院支援が行われているのでしょうか。あるいは退院支援のしくみが機能しているのでしょうか。

地域住民の健康を支えるという病院の使命を認識すると、おのずと関心は病院内だけにとどまらず、地域住民の暮らしに向けられていくでしょう。そもそもどのような患者が救急車で来院しているのか、どのような患者が退院困難になっているのだろうか。脳卒中や心筋梗塞の発作、転倒による骨折に加え、退院し自宅療養していた心不全や腎不全患者の急性増悪などが含まれているかもしれません。これらの患者の入院を減らすにはどのような方法があるでしょう。脳卒中や心筋梗塞は糖尿病や高血圧といった生活習慣病がベースになっていることが多くあります。転倒による骨折は加齢による骨変化と運動能力の低下が関係しています。外来看護師や日常診療をおこなうクリニックの看護師はどのように関わっているでしょう。地域の人びとは、加齢や病気の知識をもち健康に注意して生活をしているのでしょうか。自分の最期をどのように迎えるか普段から考えているのでしょうか。予防や心構えという観点から地域の看護職はどのように働きかけているのでしょうか。

病院は地域の一つの機関。そのため常に地域の人びとの意識・暮らし方、地域の文化・制度の影響を受けています。病院内の問題に対応するためには、地域にも目を向けて背景を探ってみることが必要です。

(4) 地域の看護職がつながること

地域の中での役割を果たしていくには、一つの病院、一人の看護管理者だけの取り組みでは困難なことが多くあります。地域住民と関わる様々な看護職や多職種と関わり合うことで、情報が共有され、地域の現状が見えてきます。そして協力し合って取り組むことが可能になります。

看護管理者が地域の看護職や多職種と繋がるためにはどうしたらいいでしょうか。

ある看護管理者は、自治体が主催した看護管理者の会に参加し、他施設の看護管理者と話をしたことがきっかけで、互いの状況を情報交換し、次第に看護管理の悩みを相談する関係ができたといいます。最初は、大規模病院の看護管理者の中で知り合いもおらず、自分のような中小規模病院の看護管理者が参加してもいいかと心細かったとのことでした。しかし他の参加者も同様の思いであることが分かって打ち解けられたといいます。また他の看護管理者は、病院の経営再建のために地域の関係機関に自ら赴いた折に、病院看護への厳しい意見をもらい、地域の自病院への期待を自覚するとともに、連携の必要性を痛感したといいます。

ヒアリング事例より

新潟県の取り組みは、看護師が地域の住民として暮らしながら、結婚し子育てし、キャリアを積み重ねていけることを目指したものです。一施設だけで看護師確保をするには限界があります。看護師がライブイベントのその時々で可能な働き方をしながら看護職としてのキャリアをつないでいくには、多様な施設が連携し合って看護職を地域の人的資源として大切にしていけることが必要です。

高齢化がますます進行し看護を必要とする人びとは増えていく一方で、人口減少によって看護職の確保もままならなくなります。これからの時代において、看護管理者が病院を越えて地域に目を向け、連携しながら住民を支えていく視点をもつことが必要とされます。

2) 連携体制の構築に向けて働きかける

地域での看護職間の連携の必要性を認識したら、次は連携体制の構築にむけて行動を開始しましょう。

連携体制構築のきっかけとなる機関は、県などの行政機関、地域中核病院、訪問看護ステーション等、様々です。本項では、取り組みの背景から課題認識をしてその課題解決に向けて関係機関との連携体制を構築していくプロセスについて、ヒアリング事例をもとに記述します。

(1) 機関内における体制づくり

連携体制構築に向けた初期段階において機関内の理解を得ることが重要です。地域連携における課題をキャッチした後に、連携課題解決に向けてどこから働きかけたらよいか、誰にどのような働きかけを行いネットワークを拡大していくか、リーダーを中心に機関内で課題の重要性を認識し共通理解を促進することが必要です（図1）。



図1．機関内における体制づくりのステップ

機関内に生じている課題の気づき

機関内における体制づくりのファーストステップとして、機関内に生じている課題の気づきが大切です。その気づきは、患者や家族とのかかわりの中からあげられた言葉や要望、病院周辺の住民からの声もあれば、日頃の看護実践を行う中での気づきも含まれます。さらには病院地域関係者間で開催する地域ケア会議の話し合いの中から生じることもあれば、医療圏などの市区町村の課題としてあげられる可能性もあります。連携体制構築に向けたきっかけは、日頃の実践やかかわり、業務の中から生じた気づきに目をむけることから始まると考えます。

看護部長を中心に組織の長へ働きかける

機関内に生じている課題やニーズをキャッチしたリーダー（看護部長）は、どのような課題が生じているのか、患者や家族、病院周辺の人々にその課題はどのような影響があるのかなど、まずは起こっている課題について状況を確認し、どこからどのように取り組む必要があるのか課題を整理していきます。

整理した課題に対して実際に取り組んでいく際には、組織の長（病院長）へ課題解決に向けた方策を働きかけることが不可欠です。連携における課題への取り組みは、機関内外のネットワークづくりが基盤となるため、機関内のリーダー（看護部長）は現場からあげられた課題の重要性を組織の長（病院長）へ働きかけ、組織として取り組むことの重要性を共通理解していくことが求められます。

組織全体へ課題取り組みの必要性を共有する

機関内のリーダー（看護部長）と組織の長（病院長）が課題解決に向けた方策を共通認識したら、取り組む課題に対して、どのような方策で介入をすすめていくのか方向性を定めていきます。そして、機関内の組織全体へ取り組む課題を共有するために、組織における会議や研修会を通して、機関内のすべての関連スタッフへ、課題取り組みの必要性と具体的な実践内容を共有していくことが重要です。具体的な実践内容を遂行していくために必要な人材を配置することや新たなシステムを立ち上げて、機関内のリーダーとしてその人材やシステムをサポートしていくことも重要な役割となります。

ヒアリング事例より

土佐市民病院では、住民から議員への退院支援強化に関する要望があがったことから病院に退院支援部署が設置され、退院調整看護師が配置されました。院内の退院支援に関する勉強会を開催してスタッフの認識へはたらきかけを実践し、病院長、看護部長も病院の状況に課題意識をもっており、退院調整看護師の活動をサポートしました。

米沢市立病院では、看護研究をきっかけとして患者の移行期における病院間連携、在宅療養移行支援の強化が必要であることに気づいた看護部長が病院長に相談し、県の在宅医療介護連携推進事業の活用していくこととなり取り組みがスタートしました。

葛飾医療センターでは、病院改修により病床数が減少するなか院内の退院支援のしくみづくりの必要性を感じた看護部長が病院長に交渉した。同時期に退院支援の外部研修に参加した看護師も看護師が退院支援に関与する必要性を認識し、病院内でのしくみづくりを開始し、実績を出すことにより病院長の理解を得ていった。そして、院内に医療連携センターを設置し、連携しやすいように同じ部署内に退院支援看護師や MSW など多職種を配属した。

(2) 地域に向けての働きかけ

地域の病診連携の体制づくり（病院間の看護職、病院と診療所）

連携体制構築に向けては、地域内の病院間で課題や目指す方向性について認識を共有することが不可欠です。病院の機能分化が促進される背景において患者の移行に伴い、情報や必要な支援を繋いでいくことが求められています。機関内における体制づくりが整ってきたら、次のステップとして、病院間の看護職、病院と地域の診療所間のネットワークづくりが重要です。ネットワークづくりのポイントとしては、医療圏ごとの看護管理者ネットワークを活用する、地域の病院、診療所、クリニックとのネットワーク形成があげられます。

病院間の看護職、病院と地域診療所間のネットワークづくりのポイント

医療圏ごとの看護管理者ネットワークを活用する

医療圏ごとの看護部長の集まりの会を開催することにより、地域の特徴（文化・風土）や資源に合わせた連携のあり方について話し合い、方策を検討する。病院の看護管理者仲間を拡げることで地域における病院間の看看連携の強化や人事交流へつなげる

地域の病院、診療所、クリニックとのネットワーク形成

地域の病診連携強化に向けて、病院長をはじめとする機関内のリーダーたちが、地域の連携先を訪問して顔の見える関係性づくりを行う。その際に、病診連携における現状や課題について双方向からの視点でディスカッションを行い、今後の取り組みの方向性について共有する。

ヒアリング事例より

土佐市民病院では、地域の病診連携強化に向けて病院長、事務長、退院調整看護師が地域の診療所に挨拶回りをを行い、病院から退院した患者や、地域から紹介があった患者の受け入れについて共有しました。

同様に葛飾医療センターでも、病院長や看護部長、病院スタッフが分担して、地域の病院・診療所・クリニックなどを訪問しました。

新潟県では、看護管理者が集まって情報交換する機会を定期的に設ける組織として新潟ナースィングネットを立ち上げたが、その際に保健所の担当者が圏域内の全病院を訪問し、看護部長に対して事業説明を行うとともに、協力の依頼、さらに現状の課題についてヒアリングを行いました。

新潟県では県内の教育環境・看護職員の確保において課題があがり、県全体の会議である「看護職員確保対策検討委員会」を発足させるとともに各圏域の中核的病院等を構成員とした会議体を発足させ、研修企画などの実施が始まりました。

地域の関係機関との連携体制づくり

地域包括ケアシステムの構築が求められるなか、地域におけるネットワークづくりに向けて、地域にある課題や強みを含めた地域診断を実施し、それらの認識を共有していくことが重要です。住み慣れた地域で暮らし続けられる地域ネットワークの構築に向けて、病院の看護師と訪問看護ステーションや介護保健施設の看護師等の看看連携とともに地域住民を支える多職種チームとの連携が不可欠です。それらの地域支援者との連携ネットワークづくりのポイントは、 病院看護師と訪問看護師との定期的な連携会議の開催、 地域の関係職種との定期的な勉強会、研修会の開催、 地域における入退院支援ルール（マニュアル）の作成があげられます。

病院と訪問看護ステーション等、病院と地域の多職種間ネットワークづくり

病院看護師と訪問看護師との定期的な連携会議の開催

患者が退院後に連携する機会の多い訪問看護ステーション看護師と定期的に連携会議を開催し、入院患者への移行期支援の相談や方向性の検討等、症例検討会を通して病院看護師が生活をイメージした患者家族支援を実践することや地域の在宅療養患者の再入院予防に向けた情報共有を行う。

地域の関係職種との定期的な勉強会、研修会の開催

地域の関係職種（多職種）間と定期的な勉強会を開催する。勉強会のテーマは日頃の連携におけるトピックをあげ、ディスカッションも交えてワークショップ形式とすることにより、お互いの専門性の理解に繋がり、その後の顔の見える連携や相談しやすい関係性の構築に寄与する。

地域における入退院支援ルール（マニュアル）の作成

地域の連携機関がある程度決まっている場合には、その地域で共通して利用できるツールの開発が有用である。入退院時の患者情報共有のための連携シートや病診連携ツールなど ICT を活用したネットワークづくりもあげられる。

ヒアリング事例より

土佐市民病院では、患者・家族より退院直後より問題が生じていることへの不満の訴えをきいていた地域包括支援センターの主任ケアマネジャーが、退院調整看護師へ会いに来たことをきっかけに土佐市として一緒に取り組むことがスタートしました。さらに在宅移行支援体制構築に向けた取り組みの推進に大学教員のコンサルテーションを受けて、大学教員へ目指す目標を伝え、どのようなしくみをつくったらよいか相談・議論しながら進めました。また取り組みを始めるにあたり、地域の全居宅支援事業所のケアマネジャーに地域でしくみをつくっていく意識や意欲についてヒアリングを行い、共に作りあげていくことを共有しました。

米沢市立病院では、地域単位で取り組んでいくことが重要と考え、近隣の病院の看護部長とともに保健所課長へ相談をもちかけ、訪問看護ステーション、介護保険施設管理者へ参加を呼びかけ、事業推進が促進されました。また広域調整が可能な保健所は複数市町村にまたがる連携の取り組み支援として、入退院時連携を促進する入退院調整ルール作りに着手しました。

葛飾医療センターでは、南葛飾医療連携ネットワークを構築し、病院と地域の訪問看護ステーションとで看看連携連絡会を開催しています。また訪問看護ステーション、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所と症例会議も開催しています。難病の小児患者の在宅療養移行支援を訪問看護師と共同で行ったことから、個々のケースの相談や勉強会の相談が気軽になり、これらの開催に至りました。

大阪府訪問看護ステーション協会では教育ステーション事業の一環として、訪問看護ステーションの管理者が地域の拠点病院に働きかけ、病院の退院支援に関する教育やしくみづくりに関与し、勉強会の講師を務めることや退院支援カンファレンスに参加する取り組みを行い、病院看護師の退院支援に対する意識向上と生活をイメージした退院支援につながりました。

3) 課題解決のための事業を実施する

連携体制ができてきたら、次に、地域の課題を解決するための具体的な取り組みを始めましょう。

Step1: まずは、院内の地域連携・退院支援部門から意見を聞いてみよう！

前方連携・後方連携に従事する MSW、退院支援看護師は、自院を取り巻く医療機関や、在宅医療・ケアの資源を把握しています。医師会や訪問看護ステーション管理者からの意見を聞く機会も多く、地域における自院に求められる役割も把握しています。ですから、まずはこれらのスタッフにヒアリングをしてみましょう。

ヒアリングで出た意見を 4 つに整理してみましょう。

1. 自院内で整理して、すぐに対応できること 書類対応や窓口の明確化等
2. 研修やシステムを再構築して対応する必要があること
3. 地域にある病院や訪問看護ステーション、施設看護職と「継続看護」という視点で共有して解決策を練っていく必要があること
4. 医師会やケアマネジャー、地域包括支援センター等他職種との連携における課題

そのうえで、まずは短期間で取り組めることから始めましょう。

Step2: 地域にある看護管理者が集まる場所で発信していこう！

看護部長会、看護協会地区支部、訪問看護ステーション連絡会といった地域にある看護管理者の集まる場で、院内で認識した課題について話題にし、発信していきましょう。そして、何かアクションを起こそうと提案してみましょう。

以下に、具体的な取り組みの例を挙げます。自分たちの課題に合っていて、できそうな取り組みはありますか？

- 少人数から集まり、現状について意見交換、テーマごとにミニ勉強会と意見交換、といったスタイルで始めてみましょう。例えば同法人の訪問看護管理者に協力を仰ぎ、在宅看護勉強会をしてみましょう
- 訪問看護指示書が出ている訪問看護ステーションへあいさつに行ってみましょう。「茶話会」として病院へ集ってもらい病院への要望や意見を聞くのもよいでしょう。もちろん懇親会としての企画も大事です。
- 看護協会地区支部で、会員だけではなく、非会員の看護管理者にも参加を募り、意見交換会を開催してみましょう。行政保健師、介護施設や訪問看護管理者、診療所看護師は看護協会に属していないことも多いので、非会員への呼びかけは重要です。立ち位置の違う看護職が、まずはお互いを知ることから始め、次にどうつながり、ありがたい姿に近づくかを、議論し、解決に向けた取り組み、実践を繰り返していきましょう。非会員への参加依頼は、行政保健師に協力を仰いでみましょう。
例：「この町で、aging in place（暮らし続ける）は、実現できるか？」というテーマで、「“最期までこの町で生きる”に寄り添う看護」として、訪問看護や施設での看取り報告を聞く。病院からの移行支援でありたい姿をグループワーク等で、意見交換する。
- 各市区町村の「在宅医療・介護連携推進事業」が企画する研修へ参加してみましょう。2018年4月からは、郡市区医師会等関係団体と連携しつつ、すべての市区町村が取り組み始めています。市町村は病院医療者との研修や意見交換を求めているので、いわゆる「垂直連携」と呼ばれる病院と在宅との連携には課題があるところからアプローチして参画していきましょう。
地域包括支援センター保健師、看護職や、医療介護連携センター事業コーディネーターに相談してみましょう。
ヒアリングの事例では、「入退院支援ルール・ツールづくり」（事例：米沢・高知土佐）、退院支援に訪問看護師、在宅医療介護連携コーディネーターがサポートする事業（事例：大阪）などがありました。

- 認定・専門看護師は、地域の看護・ケアの質を向上させるための共有財産と考え、地域へ出かけていきましょう。実践から繋がる研修として、施設から褥瘡をもって入院してきた患者に対して、退院後訪問指導を実施し、ケア職や、施設看護職に対して処置方法や褥瘡を作らないポジショニングやケアについて指導していた病院に対して、地域の施設長から、ケア職員への勉強会開催の依頼があり、ケアの質向上に成果を上げている看護部があります。
- 外来看護師が、内服管理ができない、受診が途切れがちである、といった患者の変化に気づいても、訪問看護やケアサポートにどのようにつないでいいかわからず、結局暮らしが崩れて入院せざるを得ないという事が多く見られます。中には、訪問看護師と外来看護師のランチミーティングを定期的に行い、相談する場を作った病院があります。これは、訪問看護師が、指示書が出ている病院医師に対して、伝えたいことや在宅療養での問題や、今後の看取りに向けた相談をすることを目的に始まったミーティングでしたが、外来患者の相談の場になりました。

<具体的な事業の進め方についてのポイントを追加する?・・・役割分担の仕方、地域への呼びかけ方など>

4) 連携体制を継続・拡大するための工夫

地域の看護職が互いに協力して連携体制が出来始めると、次の段階としてその体制の継続や拡大をするような活動に繋がっていきます。例えば、地域の課題解決のために勉強会・研修会の開催や、地域の看護職以外まで広げた関係者が集う会議の設置などです。しかし、連携体制の継続や拡大には、これまで以上に人材や時間、場所や経費などが必要となり、それらのマネジメントのための工夫が求められてきます。ここでは、そうした段階に活かせる工夫を、実践例を挙げながら述べていきます。

(1) 行政の事業や研究費の活用

定例会の開催や勉強会・研修会の実施、あるいは関係者による会議開催には、人員や経費の確保が必要であり、広報やアンケートの実施など情報管理もより拡大していきます。そのため、少人数の看護職だけで会議を開催している段階よりも、負担が増大します。そこで、活動を継続・拡大するためには、行政の事業としての活動に移行したり、行政からの支援を引き出すことを考えるとよいでしょう。

なお、病院や訪問看護ステーションの看護師は研究費・助成金を申請する手続きに不慣れな場合もあるので、地域包括センターや大学教員への相談から始めるのもよいでしょう。

行政の事業や研究費の活用

地域にある仕組みを活用した活動

- 地域包括ケアシステム構築のための会議や研修会の一部としての開催へ移行
- 都道府県看護協会の地区の定例活動の機会を利用して活動
- がん診療連携拠点病院・地域連携パスなどのための連携会議の機会を利用

行政からの支援の引き出し

- 会議メンバーに地域包括支援センターや介護保険担当部署の職員の参加勧誘
- 会議メンバーに保健センターの保健師を参加勧誘

活用できる制度・研究費・助成金

- 制度：地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）

診療報酬（退院時共同指導料、退院後訪問指導料）

- 研究費：例）勇美記念財団による在宅医療研究への助成
- 助成金：例）勇美記念財団による地元医師会、行政を交えた顔の見える多職種研修会への助成

土佐市の事例では、定期的な活動となった土佐市包括ケア意見交換会に発展する以前は、土佐市民病院の看護師と地域包括センターの主任ケアマネそれぞれの動きがありました。途中から県立大学の教員が加わり、この教員は平成 22 年度以降、事業内容は変化したものの行政から事業委託を受け続け、「在宅移行支援のフローチャート」等を作成して地域連携の拡大を支援しました。

米沢市では、米沢市立病院の看護部長が置賜保健所課長に相談して連携や地域診断を開始した結果、この看護部長を中心にプロジェクトが発足しました。活動の継続を図るために、山形県在宅医療推進事業（在宅医療・介護の連携の実践コース）に応募し採択されました。この事業は、山形県在宅医療推進モデル事業「医療と介護のなせばなるプロジェクト」として平成 25-27 年度の 3 年間活動を継続し、その後の活動へと発展していきました。

(2) リーダーシップと協働

連携体制の継続・拡大には、核となるメンバーのリーダーシップが求められ、それによって協働が推進され、対象となる地域へ広がっていきます。このリーダーシップと協働を高める方策を以下に述べます。

リーダーシップの発揮

地域の看護管理者等が、看看連携体制を構築することによって地域包括ケアを推進していくためのリーダーシップとして、以下の行動があげられます。

核となる看護管理者等が、取り組みに賛同する少人数に意向を伝える。

賛同者のなかから、リーダーを補佐する役割を行うサブリーダーを位置づける。

核となる小グループで、看看連携体制構築のための活動を決定する

この活動に関連する周辺の看護職、関係者にも伝える。

この取り組みがたとえ停滞しても、根気良く継続を働きかける

協働の推進

協働の推進には、自分以外の組織、職種を巻き込むことが必要であり、これには多様性を受け入れたり、承認したりする力が求められます。

体制当初は先導者が率先して連携体制づくりや事業を進めていくことが重要ですが、将来を見据えて継続性を高め、協働してリーダーシップが取れるようにしていくには、志を同じくする仲間の間で役割の分担や移譲を行っていくことも必要です。企画を立てたり、事業の実務を担当したりする役割を、どのように分担するか、軌道に乗ったところで見直すことも必要でしょう。

土佐市では、地域包括支援センターの主任ケアマネが土佐市民病院の退院調整看護師に会いに行き、この退院調整看護師の地域へ働きかけを行っていきしましたが、看護部長も退院調整看護師の取り組みを歓迎しました。主任ケアマネと退院調整看護師の2人が出会い、問題を共有し、大学教員や保健所、訪問看護ステーションなどを巻き込み、連携を拡大していきました。

長岡圏域には、新潟県病院局で立ち上げた「NN ネット（新潟ナーシングネット）」の幹事がいました。この幹事がリーダー役割を果たした上に、長岡圏域の看護部長会「自分たちの会」がすでに自主的に運営されており、この会の中が協力していこうという雰囲気がありました。さらに中核病院の看護部長も周囲に働きかけを行って、看護管理者の会を再編しました。こうした動きに対して保健所も支援を行い、この会が企画して地域の看護師が参加できる研修会の開催が継続するようになりました。

5) 連携体制の評価

(1) なぜ評価が必要か

看看連携の体制が少しずつ構築され、事業も順調に実施できるようになり、会合や勉強会への参加者も増えてきたとします。このまま継続していけば看看連携は軌道に乗るでしょうか。実際には、様々な課題が生じてくる可能性があります。

- 持ち寄りの企画で勉強会を実施してきたが、そろそろネタが尽きてしまった。参加者はどのような課題を持っていて、何を求めているのだろうか。
- はじめは手弁当で実施していたが、参加者が増えるにつれ賄いきれなくなり、助成金や研究費の活用を検討することになったが、実績をどのように示せばよいのだろうか。
- 一方、助成金や研究費で費用を賄っていたが、その期間が終わってしまう。参加している病院や地域の機関で費用を出し合って継続したいが、気管や施設の上層部を説得するには効果を示す必要がある。
- 参加者の顔ぶれが決まってきた、話し合いの中身がマンネリ化してきた。地域の他の機関や、普段出席していない看護職にも声をかけていきたいが、具体的にどうしたらよいか。

これらの課題に取り組むためには、まず、現状の連携体制やそこで実施されている事業の評価を行う必要があります。

(2) 評価の方法

本来、新たな企画や事業を始める際には、開始の際に評価計画も立てるべきとされています。しかし、ここで取り上げている看看連携体制の構築の場合、取り組み開始が1人の看護職からの呼びかけだったり、非公式な会合がきっかけだったりする場合もあり、なかなか難しいのが現状かと思います。

事業評価はいろいろな方法に分けられますが、ここではストラクチャー（構造）、プロセス（過程）、アウトカム（結果）を紹介します。

	内容	具体例
ストラクチャー （構造）	事業を実施するための 仕組みや体制の評価	看看連携に関する事業に関わっている メンバー構成、事業を実施するのにか かった費用など
プロセス（過 程）	事業の目的や目標の達 成に向けた過程（手 順）や活動状況の評価	実施した事業や会合の時期や回数、参 加者数やその構成、事業や話し合いの 内容、参加者の感想など
アウトカム （結果）	事業の目的・目標の達 成度の評価	地域内の医療・ケア機関でのケアや対 応の改善、患者・利用者・住民の健康 や QOL、看護職の職務満足や離職率 低下、医療機関や地域の医療提供に関 する指標など

このうち、目標の達成状況の評価するアウトカムは重要ですが、結果が出て量的なデータで把握できるようになるのには時間がかかります。まずは、ストラクチャー評価やプロセス評価ができるよう、手元の資料やデータを残しておくことが重要です。

- 会合を開いたら、日時、場所、参加メンバー、話し合った内容などの記録を残しておきましょう。改まった会合では議事録が必要ですが、そうでない場合も、新メンバーや各機関の責任者、助成金の申請書などに連携体制の構築プロセスを説明する必要がある際に、簡単でも記録があると助かります。
- 公的な会合の際には、コピー代や会議費などの費用も記録しておきましょう。会合を持ち回りで開催するときなど、費用の分担方法の根拠になりますし、助成金の予算建ての根拠にもなります。
- 参加者数や内訳を把握し、数や内訳の変動を調べましょう。参加者数の増加は宣伝の効果でしょうか、それとも事業のテーマが魅力的だったからでしょうか

か。参加者数の少ない事業所はどこでしょうか。多職種対象の事業の場合は、職種の内訳も把握しましょう。

- 勉強会等では、その回の勉強会に対するアンケートを取れば、参加者の満足度を把握することができます。ただ、作成・配布・集計作業に人手やコストがかかるので、よく吟味した内容で実施することが重要です。継続的な比較ができるよう、初めからよく考えた内容で実施し、基本的な質問はなるべく毎回同じ形で掲載しましょう。自由回答で、現在の課題や今後の活動の方向性のヒントも得られます。
- 看看連携体制の効果があったと思われる事例があれば共有しましょう。ケースに関する連携がうまくいったなどの事例があれば、できれば事例検討などの形で情報を集約して成功の要因等をディスカッションし、記録に残しておけると、活動のアウトカム評価につながる可能性があります。
- 看看連携の体制づくりによる効果として、他機関・他部門のスタッフとの情報共有がスムーズになった、などの声は今回のヒアリング調査でも聞かれました。こうした声は、キーパーソンへのヒアリングやグループディスカッションで話してもらったり、関係者へのアンケートを行ったりすることで、記録に残すことができます。

以上、ヒアリング調査で評価として挙げた内容に追記して示しました。しかし、今回のヒアリングで、一番明示されにくかったのが評価に関する内容であり、連携体制が構築され、効果を上げている実感があっても、評価はあまり積極的に行っていないという話が多く聞かれました。連携体制の推進について話し合う際には、評価をいかに行うか、という視点も加えて実施していくことが重要と考えられます。

4. まとめ

このガイドラインは、中核病院を含む地域の様々な場で働く看護職が、互いを知って連携する体制を構築し、地域の中の課題を共有して具体的な取り組みにつなげ、継続的に看護の質向上を目指していくための方策について、ヒアリング等で得られた知見をもとにまとめました。

病院の中では解決が難しいと感じていた様々な課題が、院内の多部門多職種と共有したり、地域内の他の病院の看護職と話し合ったり、また地域内の様々な機関に投げかけることで、課題の背景にある要因に気づいたり、解決策が見えてきたり、ともに取り組む仲間を見つけたりすることができるかもしれません。そして、地域内の看護職が互いに連携するチャンネルができ、具体的な事業のために動き出すことができれば、課題を解決するための一歩を踏み出したこととなります。定期的な会合、勉強会、機関の壁を越えた研修、住民向けの講演会など、課題や地域の事情に応じて適したアクションは様々です。本ガイドラインには、これらの事業を開始し、取り組みを継続させるためのヒントも書かれていますが、人手・時間の不足や経済問題、方向性の相違、周囲の状況の変化など、様々な理由で事業が思うように発展しない場合もあるでしょう。しかし、まずは看護職間が連携する体制ができ、共通の課題に向けてアクションを起こしたという実績は、次の一歩に向けて必ず有意義な経験となると思います。

本ガイドラインは 2017 年度のヒアリング等をもとに作成しており、語られた連携体制の構築や事業はそれより前に実施されたものです。その後、地域の多機関の連携はさらに促進が図られるなど、背景要因は変化しています。しかし、地域包括ケアシステムの構築により Aging in Place を目指す動きは、今後も変わらないと考えられます。ぜひ皆さんの地域でも、看看連携の構築を通して地域包括ケアの実現、看護ケアの質向上に向けた一歩を踏み出してみてください。

参考1：ヒアリング対象 6 か所のまとめ

	事例 1:土佐	事例 2:米沢	事例 3:長岡	事例 4:茨城	事例 5:葛飾	事例:大阪
対象とした 主な連携 体制	土佐市包括ケア意見交換 会(前、土佐市在宅移行 支援検討チーム)	医療と介護のなせばなる プロジェクト	新潟県の看護職員県内定 着強化事業における地域 内看護職員育成構築シス テム	地方公立病院における訪 問看護事業の構築および 元気ステーション設立によ る院内外の連携体制	葛飾医療センターと訪問 看護ステーションはーとに よる相互研修体制	大阪府訪問看護ステーシ ョン協会と各地域の病院 との連携事業
キーパー ソン	基幹病院の退院支援看護 師、包括の主任ケアマネ、 訪問看護師	基幹病院の看護部長、周 辺の病院や施設の看護部 長	基幹病院および周辺病院 の看護部長、保健所保健 師	病院の看護部長	病院の看護部長、退院支 援看護師、地域の基幹型 ステーション	地域の基幹型ステーショ ン 病院看護部
きっかけ	病院:退院支援の必要性 の認識	病院:再入院患者が多い ことの認識	行政:県内の看護職員定 着率の低さ	病院(市立):地域内の在宅 医療に関する資源不足	病院:退院支援・連携が必 要と認識	ST:病院の退院支援・連 携が不十分と認識
実施内容	・事例検討:地域内の多職 種が参加、基幹病院が企 画 ・退院支援フローチャート 作成	・研修会:地域内の多職種 が参加、輪番制で企画 ・ツール作成 ・看護管理者のネットワー ク	・研修会:地域内の病院の 看護職が参加、輪番制で 企画 ・看護管理者のネットワー ク	・院内の看護職及び関係部 門の研修 ・包括的な相談機関である センターの設立 ・地域関係者のネットワーク	・研修会:地域内の多施設 の看護職が参加、病院が 企画 ステーションが企 画など多様化	・病院滞在型コールセンタ ー ・教育ステーション
行政の関 わり	あり	あり	あり	あり	なし	なし
研究機関 の関わり	あり	あり	なし	なし?	なし	なし

以下、事例の詳細等は省略（該当する病院や地域への確認ができていないため）