

おうちへ 帰ろう！



在宅ケア移行支援研究所
宇都宮宏子オフィス

Utsunomiya Hiroko Office

**病院の時代から、
地域包括ケアの時代へ
～aging in placeを実現するために～**

**在宅ケア移行支援研究所
宇都宮宏子オフィス
宇都宮宏子**

自己紹介

1980年

看護の世界へ

病院で死ぬということ

1991年

訪問看護

患者ではない 生活者

自己決定力の高さ
伴走する看護
多職種 そして、
民生委員 ボランティア

2000年

介護保険制度創設

2002年

大学病院へ

退院支援は
人生の再構築を
支援すること

でも、
入院すると
途切れる暮らし

入院医療から「暮らしの場」へ移行する専門的なマネジメンがいるのではないか？

2012年

独立起業

退院支援の伝道師

病院と在宅支援チームが、
ともに学ぶ ツナガル

地域まるごと

住民とともに

「わが町

わがこととして」

活動で大事にしていること

★ 当事者目線 可視化 地域で共有 質の保障！

京都府看護協会 ● 「在宅療養移行支援ガイド」

病院からの移行期支援 + 移行期(医療・看護・ケア)

★がん患者 ★医療依存度の高い患者

★NICU・GCU 退院するベビーと母親への支援

●「本人の思いをつなぎ“生ききること”を支える事例集」

思いをつなぐシート 京都府看護協会HPダウンロードOK

★ 全国看護協会 ★ 在宅医療介護連携推進事業

●看・看合同研修 ● 退院支援ルール作り

● 地域合同研修 専門職& 民生委員 一般の方

立ち位置・職種も違うみんなでリフレクション

「時間軸で事例を振り返る手法」 分岐点 目指す支援

病気と向き合った時から、最期の時まで

●病院では・・・患者

外来 病棟

見える姿 ⇒ 患者
依存 守る 管理

退院支援部門

退院後の暮らし
患者 ⇒ 生活者
地域資源 その後
在宅側からの
フィードバック

●地域で集まろう 生活している人

立ち位置が違う専門職
多職種 行政

- ・できていること
- ・こうあったらいいな

そして住民レベルで
それぞれ立ち位置でできること

未来予想図

描こう！

治癒の時代から、病気と共に生きる時代へ

疾病構造の変化

栄養状態・生活環境の改善

医学技術の進歩

簡単に死なない
完治しない疾病

疾病や老化に伴う
障害を抱えつつ
長生きする

病気や障害、老いに伴う障害を
持って、生きる生活を、
その延長線にある看取りを支える

治療医学の限界

闘う医療から、
支える医療へ

治療医学からの
変革の時代

2010年「病院の世紀の理論」猪飼周平著より

地域包括ケア時代における看護



生活に軸足を置いて、
医療のあり方を考える



キュアから
ケアの時代へ

ナースは
キュア・ケアマネジャー
生活・暮らしを支える
最終章の時まで

データ維持・生命維持
優先のみを求める
医療から転換



患者を生活者、人生を生きる人としてとらえ、
病態予測に基づき一歩前に行く道案内人

病院で起きていること

退院許可でたけど 独居だし、

高齢夫婦だけだし・・・ 家は無理だね！

● 入院して、これからどうなる？ いつまでいるの？

「うちに 帰りたい・・・」 家族に迷惑かけるかな・・・

患者さん不在 本人参加しない場で

決めている 大事なこと どう生きるか・・・

患者は、今の病状をどう聞いて、どう思っている？

患者である前に、一人の人間・人生、生きてきた人

● 「安定したら退院」 ⇒ 「安定」って？

在宅支援チームと「目指す姿」共有してる？

どのような人がおうちへ戻れない？

入院(外来)医療を受けたけど

病気を持って暮らす、入院前と暮らしが変わる

- ①医療管理・医療処置等が継続する
- ②日常生活がいまままでのようには、自分でできない
- ③治らない病気、進行する病気をもっている
- ④肺炎・心不全等で、入院を繰り返している

病院医療者は

⇒病名・入院目的・患者の状態から「退院時」を予想

- ⑤それまでの生活が、すでに大変だった？

これからのこと、考えていましたか？

aging in place 叶えるための分岐点

医療(外来・入院)受けたけど、暮らしづらさあり
それでも、どう生きたいか・・・

①ADL・IADL低下 患者と共に暮らし方を再構築する

病態(脳血管障害・骨折・骨、脳転移等)・老いによる変化

- 暮らし方(食べる・排泄・保清・睡眠・外出・社会参加)
- 環境整える 支援・サポートを考える
- 時に、住まいを変える

②病気の進行 老いによる変化 エンド・オブ・ライフ期に向かう

- 侵襲性の高い医療 離脱できる? 暮らしの場で可能?
- どう生ききるか 準備・心構え ACP

大事な分岐点 患者を真ん中にチームで伴走

意思決定支援

病気と向き合った時から、人生最終章まで

患者が、自分の体に起きている事を知る、うけとめながらどんな暮らし、療養を続けるかを
考え、決めるプロセスを支える

患者： どう生きるか できる事は自分で、自分らしく

家族：患者にとって何が幸せか 考えていく

★ 適切、適時な病状説明、方向性の共有の場

医師：病状説明・病態予測→生活にどう影響？

看護・ケア・リハ・薬剤部・栄養課

：本人に望む生活スタイルに近づける⇒

生活の場で暮らし続ける方法(看護・ケア)

退院支援から看護が変わる！

●2002年7月～

訪問看護・介護保険を知らない病院スタッフ

私が、在宅医療へのコーディネートをすれば・・・

ダメだ！ 出会いが遅すぎる 声なき声、聴こえてる？

● 患者の思い、見えてない？ 本人はどう生きたい？

● 入院医療が、自立・自律 奪ってませんか？

●2004年～意識の高いナース達と支援の可視化 **3段階誕生！**

成功事例のカルテ 退院支援って看護だ！

チームで看護提供してる？

●2008年～委員会活動 看護部全体で取り組む

⇒現場ナースの力

ボトムアップ&トップダウン

当事者視点 大事な事見える！

入院時

- 入院前（発症前）の暮らしぶりを知る
- 入院目的・治療方針からゴールを予測

治療期

- 患者・家族の疾患理解・受けとめながら
- 医師とともにIC 意思決定支援・方向性共有
- **大事なこと、どう生きたいか、聴かせてください**

移行支援

- 医療、看護の継続⇒在宅医療体制
- 生活、ケアの継続⇒生活、ケア体制
- **できる事は自分でしたい わたしらしさ…**

病院医療から、生活の場への移行支援

退院支援 意思決定支援（病棟・外来）

患者が、自分の病気や病態を理解・受け止め
生活の場に帰ろうと考え始める



「受容支援」と「自立に向けた支援」

ホントは！ 外来が重要！ 暮らしを継続する視点

★外来支援：3段階のプロセス

退院調整

患者の決定を可能にするための
制度・地域医療・福祉サービスへの調整

➡退院調整専門部署（MSW・退院調整看護師）



退院支援は、患者の人生の再構築を支援する事！



STEP3 第3段階

サービス調整 : 退院調整
(必要となった時点～退院まで)

- 退院を可能とするための
制度・社会資源の調整
- 地域サービス・社会資源との
連携・調整

STEP2 第2段階

**受容支援と
自立支援**

(入院3日目～退院まで)

- 継続的にアセスメントし、
チームで支援
- 患者・家族の「疾患理解」
「受容」を支援
- 患者・家族の「自己決定」
を支援
- 「退院後の生活」を
患者・家族とともに
相談・構築

STEP1 第1段階

**スクリーニングと
アセスメント**

(外来～入院後48時間以内)

- 退院が必要な患者の
スクリーニング
- アセスメント
- 支援の必要性を患者・家族
と共有し、動機づけする

退院調整部署の役割！

**訪問看護
との協働**

暮らしぶりを知る事から、、願いへ

◆ 整形外科(骨折等)

- ①暮らしを聞く⇒環境は？
排泄：洋式or和式 手すり
お風呂：深さ 自立？
移動：室内 外出(通院)
- ②すでにサポート受けてた？

排泄自立 環境を整える

◆ 誤嚥性肺炎

- ①入院前：食環境)形態・姿勢・用具・水分摂取方法
- ②セルフケア能力・介護力
食べたいをどう支えるか

◆ がん関連

- ①病気についての理解
どう思っているだろう
どうありたいと考えてるか
⇒IC内容 受け止めは？
- ②辛い症状 生活への影響
⇒緩和できてる？

◆ 循環器

- ①内服・食事・活動量・計測
⇒病気の理解
折り合いつけてどう生きる

28年度改定

在宅療養移行支援に関するポイント

ポイント1： 退院支援に関する評価の充実

➡退院支援プロセス明確化 体制強化による質の保障

①入院(決定)時からの支援

「入院前の暮らしを知る」&「医療情報」➡必要性予測

②暮らし・人生を遮断しない医療

多職種カンファ

医療選択場面の意思決定支援

在宅チームと共に！

③暮らしの場で可能な医療・看護・ケア 自立支援

④患者・家族とともに考える 暮らしを組み立てる

第2段階：退院調整から、退院支援へ！

7日以内① 入院早期の患者・家族との面談

⇒医師からの治療計画の説明場面に同席
または、その後**病棟看護師**と一緒に面談

●入院目的・方向性共有の場

7日以内② 多職種によるカンファレンス

⇒病棟医療チーム&退院支援担当者

- 既に在宅支援チームがいる患者の場合はケアマネジャーや訪問看護師が参加できるように地域でゆるいルール

分岐点： 医療提供の選択をする場面

- 医療を受ける事によってどのような生活になるか
- 病態予測による生活の変化

⇒退院後の生活を患者・家族と共に想像し、構築する

医療選択の場面 分岐点

IC：インフォームドコンセント

説明と同意

でも...同意というよりは
専門用語

お任せ

説明：医師からだけ？

双方向の説明

● 医師からの医療情報

医療提供ありき？

● 患者それぞれの価値

自分に合った生活 生き方

個人の「語り」「物語」 ナラティブ

「こう生きたい」 自分（私）の人生全体

今までの人生 これからの人生

家族、周りのこと いろいろ絡んでの私

すり合わせ 一緒に考えるプロセス



病院という場 ... 見えない、言えない？

病院では物語が聞けない？ 語らない？

何もしないという選択自然に支える

救命の場 治癒の場 戦いの場
医療者だけではない 患者・家族も
私のこと、喋るのは
ダメじゃないか？

経験な
辛くないの？ 何もしなくていい
QOL・QODは
暮らしの場で叶えることができる
在宅から発信してますか？

相談できる身近なナース
かかりつけ医の存在

成功体験の伝達・共有
aging in place 叶える地域



患者の意向を尊重するために...

本人に
聞いている？

DNAR
(do not attempt resuscitate)

「急変時または末期状態で心停止・呼吸停止の場合に、蘇生処置をしないという取り決めのこと」



書ける？

アドバンス・ディレクティブ
(advance directive)

患者あるいは健常人が、将来判断能力を失った際に、自らに行われる医療行為に対する意向を前もって示すこと

- ①医療行為に関して患者が医療者側に支持をする
(文章で書いたものが**リビングウィル**)
- ②患者が自ら判断できなくなった際の医療に関する代理決定者を表明する **誰に？**

「もしも…」をあらかじめ話し合おう アドバンス・ケア・プランニング

延命治療の希望の是非、どこで最期を迎えたいかといった
エンド・オブ・ライフ期（人生の終末期）での望むケア・暮らし方を
医療者や家族などの大切な人と話し合う

コミュニケーションのプロセスです

認知症を生きる人も、そうでなくても、大事な事
（健康な段階～疾患の悪化過程～予後1年程度予測）

出会いを前に持ってくる、もう一つの意味
がんのある方も、難病の方も、だれにとっても...

緩和ケア（青海社） 2012年9月号特集 木澤義之
ナーシングトゥデイ 2013年6月号特集 長江弘子

一緒に考える 考える場を持つ

在宅で...

地域包括・ケアマネジャー
訪問看護 かかりつけ医
家族として
自分のこととして

病気や老いによる変化

暮らしづらさを持ちながら
どう生きていくか

お薬手帳 旅立ちノート

人生を振り返る場面

病院で...

外来で 入院という場面で
病気や老いの変化に
つきあいながら

それでも

自分らしくあるために

意思決定支援シート

ACPシート

思いをつなぐ バトン渡す

思いは揺れる、揺れていいんだよ...

医療情報 整理 ACP 地域で共有！

病状説明・IC内容 患者・家族の反応・受け止め

記録 ツールの工夫
安定期→生き方 価値観 これからの話

IC 治療方針を決める時 地域協働！

病気そのもの、そして提供する医療によって
どんな暮らしになるか
どんな暮らしになる **どう生きたいか**

在宅チームと一緒に！

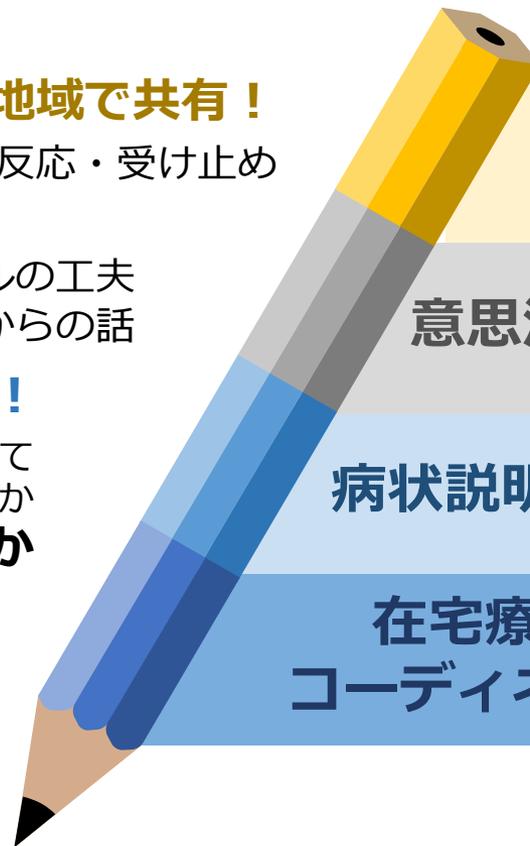
療養を支えるための情報提供 **思いをつなぐ**
在宅医療 ケアチーム 地域が持つ力

外来・
入院時

意思決定支援

病状説明の場面

在宅療養
コーディネート



見逃さないその時、そして匠の技



在宅療養開始時 エンド・オブ・ライフ期 看取り期のプロセス

「生きる」マンガ 府民、伝えるために

- 特養での看取り
- がん患者さんの場合

京都地域包括ケア推進機構 看取り対策プロジェクト

「さいごまで自分らしく生きる」

を支える

京都ビジョン

京都アクション

生きる

最期まで、自分らしく



看取り支援
施設ガイドブック



退院支援から、在宅療養支援へ

病院で起きていること

医療選択
療養方法選択

つらい事だけど 大事な時間、
どうしたいかな

どう生きるかを一緒に考える
支援者がいること

院内仕組み

地域の看護職が
伴走

ツナグ思い

アドバンス・ケア・プランニング (ACP)

人生を 暮らしを
遮断しないためにできること

外来

病気・老いとともに
セルフケア能力↑

自助・互助力を上げる
引き出す

住民の意識 改革

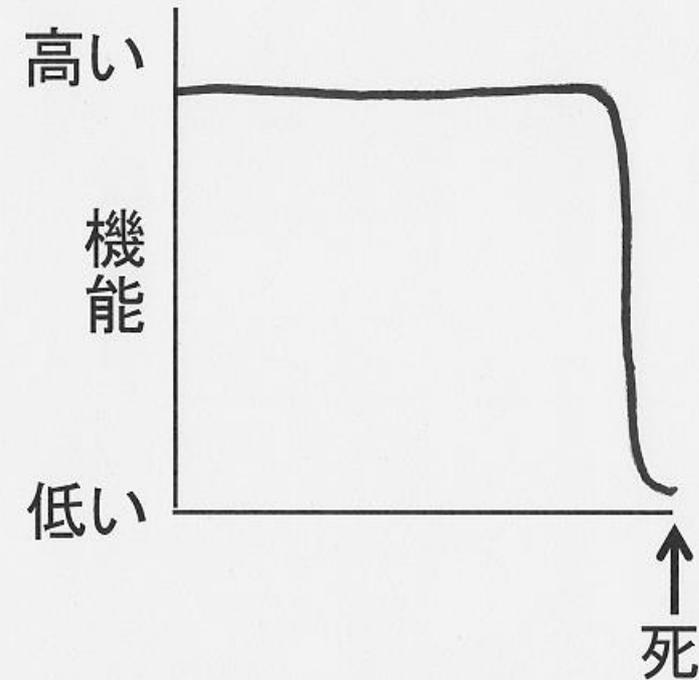
地域で繋がり作っていく

老いの軌道

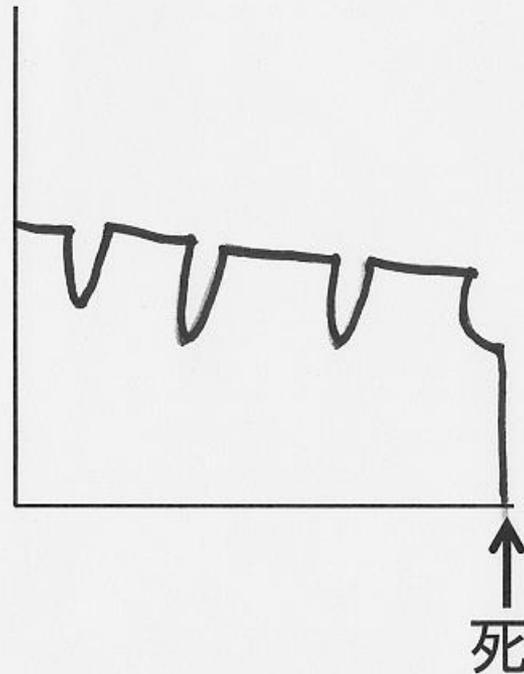
がん

心・肺疾患

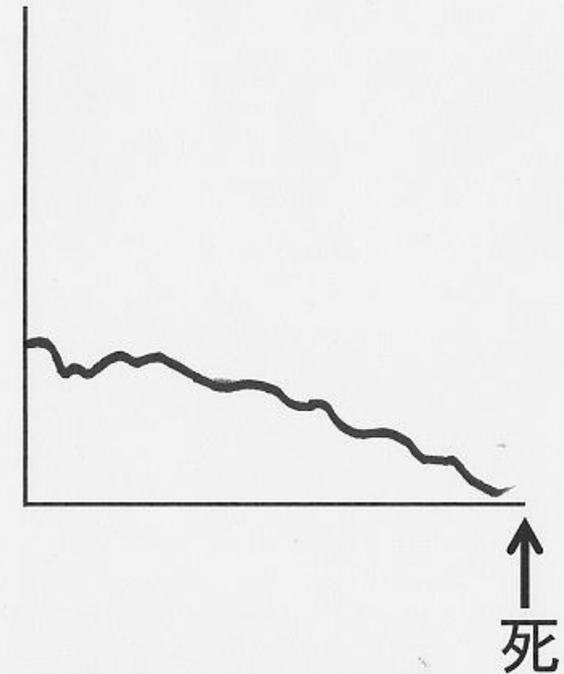
認知症・老衰等



比較的長い間機能は保たれ、最後の2ヶ月くらいで急速に機能が低下する経過



急性増悪をくり返しながら、徐々に機能低下し、最後は比較的急な経過



機能が低下した状態が長く続き、ゆっくりと徐々にさらに機能が低下していく経過

くぼみ 傾きを ゆるやかに

1. 暮らし・生活を安定・維持するための キュア・ケアマネジメント

入院回避 not 入院！ ➡ 在宅医療でサポート

- 困って入院する前に
 - ・ 誤嚥性肺炎、脱水、熱中症予防の視点
 - ・ 移動 転倒等の事故 痛み・骨折
 - ・ 重度化・再発予防の視点（再梗塞・心不全再燃予防）

参考文献：「介護職のための医療とのつきあい方」川越正平著

- サービス担当者会議 活かしてますか？
- 病院 臓器別主治医で

かかりつけ医機能OK？

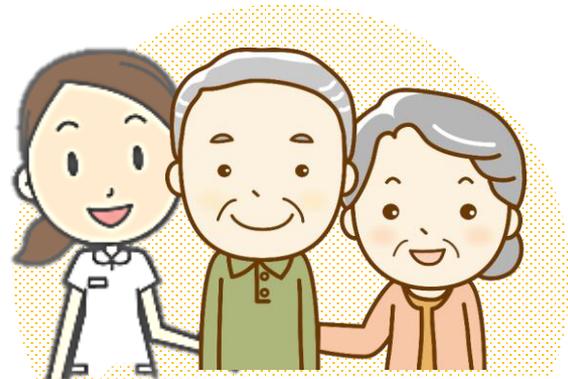
くぼみ 傾きを ゆるやかに

2. 入院医療の選択をしたとき PFM

選択しようとしている医療は、本人の意向？
暮らしを、生活を遮断しないか？

- ➡ 退院時の状態像の予想
- ➡ **望む生活の継続できる医療**

- リロケーションダメージを少なくする工夫
- 在宅支援チーム・施設チームと「ゴールの共有」



暮らしを継続するための支援

入院決定時

- ①入院オリエンテーション
- ②治療計画に沿った入院中の療養について説明
- ③**基本情報収集**
- ④必要時在宅支援者に連絡・調整
- ⑤入院後退院支援担当

新規患者・紹介患者

- ①問診➡データベース化
基本情報：身体的・精神的・社会的・経済的背景
- ②在宅療養支援必要と判断
➡入院になれば退院支援
➡外来：在宅療養支援
- かかりつけ医・ケアマネ等在宅支援者と連携・調整
- 新たな支援体制調整

外来で「暮らしぶり」を考えよう！

外来患者さんは、「生活している人」

病気・病気の節目 分岐点がある！

定期的な疾患レビュー&生活療養支援

生活・暮らしを知る これからの、一緒に考える

加齢・身体合併症
(がん・心不全・糖尿病
・呼吸器疾患等)

重度化・悪化予防
生活への影響を
予測する

「生活を支える視
点」
そして

排泄 (出すこと) ・食事
・お風呂・移動
そして願い

エンドオブライフケア
ライフレビューからの
語り

在宅医療への移行
心構えの準備
ACP

あなたは、 どこで、どんな人生送りたいですか？



「私らしく...」って
何だろう

1983年
父の事

看護婦になって3年目
蘇生を手伝っていた わ・た・し...
父の人生なのに、
これで良かったのかな...

1991年
病院から在宅
(訪問看護) へ

暮らしの場で、
生ききるを支える
伴走する看護

2002年
病院へ

命を助ける医療
でも、
尊厳をもって、
逝けない？

暮らしの場へ帰る医療・看護を！
代理決定を迫られる家族の苦悩
「こんなになるとは、
思ってもいなかった...」

医療のあり方が 問われる時代

「社会保障制度改革国民会議報告書」を受けて2013年8月公表

「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための
関係法律の整備等に関する法律案（医療介護総合確保法）」

● 1970年代モデルから、2015年モデルへ

疾病構造の変化 病院の時代から、暮らしの場へ
治す事を中心にした医療から、治し支える医療へ

医療・介護の提供体制 まちづくりとして考える
住み慣れた地域で、医療・看護・リハビリ・予防
最期まで自分らしく生きるためにどうあるべきか

国民的な合意形成

人間の尊厳ある死

「QOD (クオリティ・オブ・デス) 」を支える

「治し・支える医療」の射程 そのときが来たら、

より納得し満足のできる最期を迎えることのできるように支援すること

—すなわち、死すべき運命にある人間の尊厳ある死を視野に

入れた「QOD (クオリティ・オブ・デス) を高める医療—

も入ってくる **人生の最終段階における医療の在り方**

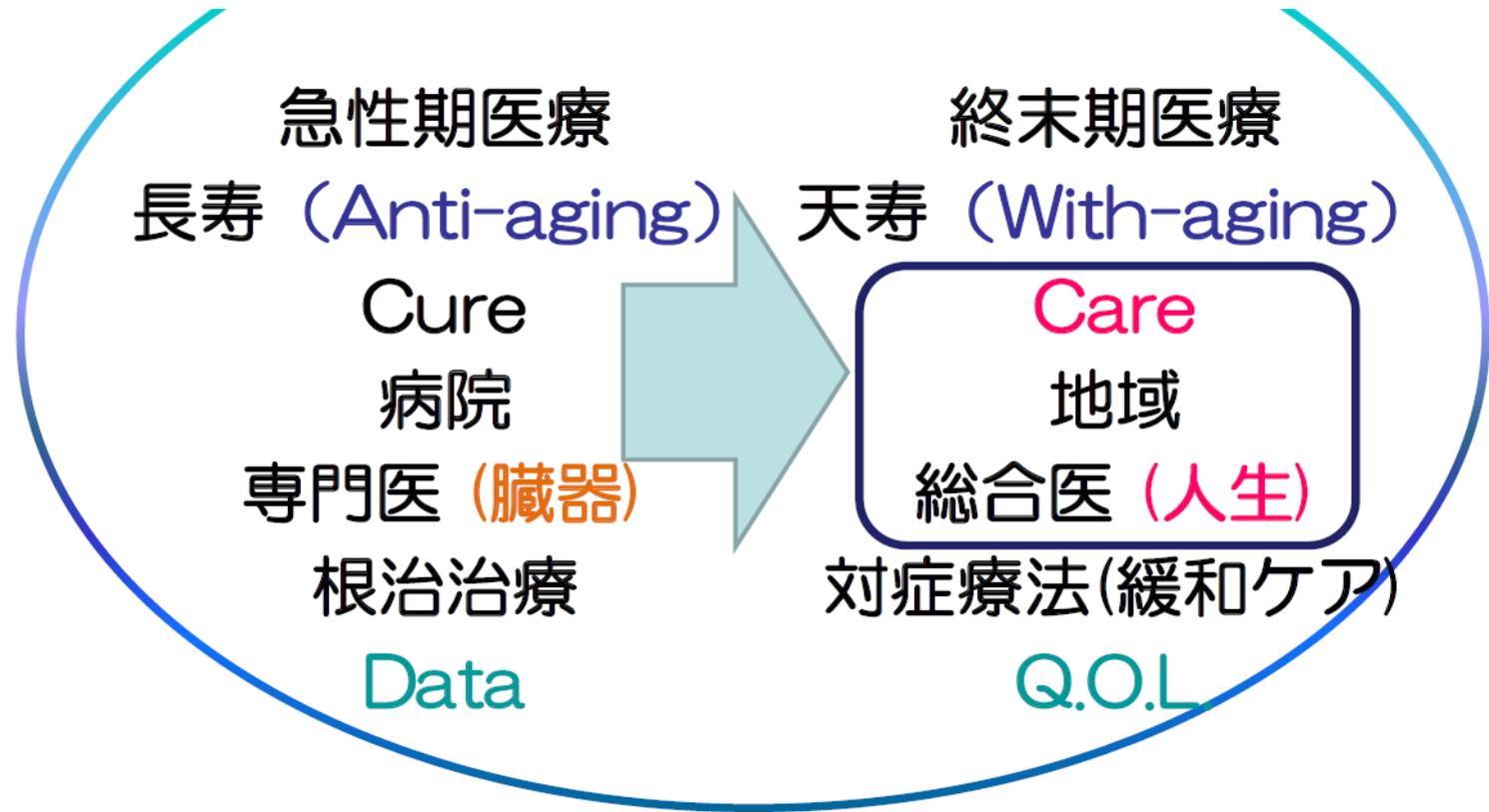
生活の場で 暮らす その時まで生ききるプロセス

でも..QODは、暮らしの場にこそある 在宅・住まいの場から発信！

病院から、暮らしの場へ

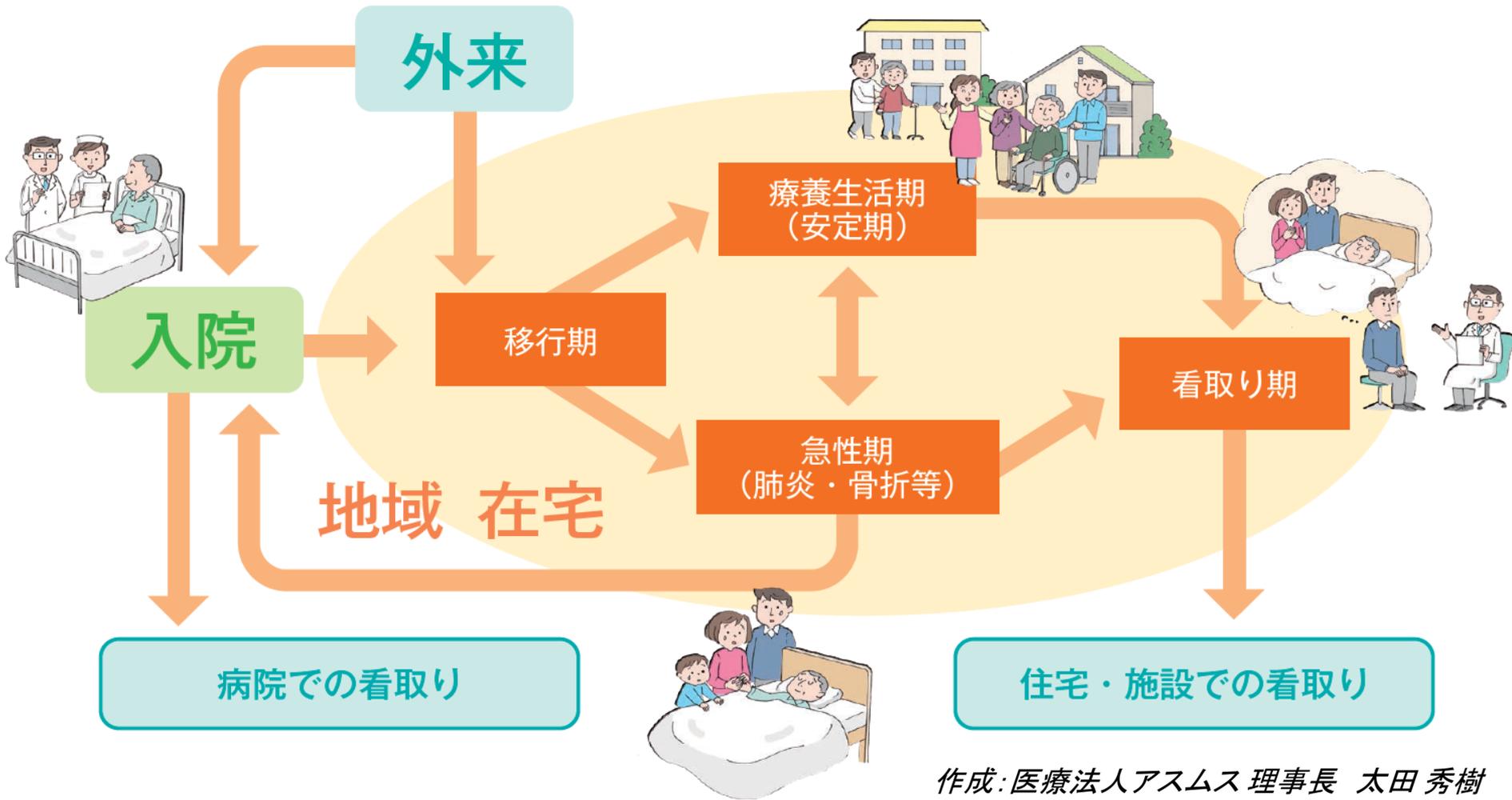
国民的な合意を形成していくことが重要

超高齢社会・多死社会に求められる 医療のパラダイムシフト



病院中心のヘルスケアシステムの限界: 太田秀樹先生資料

在宅医療の諸相



作成: 医療法人アスムス 理事長 太田 秀樹
在宅ケア移行支援研究所 宇都宮 宏子

ACP看護研究会 in京都

京都の街で あなたらしく生きる を支える



- 人々が、自らの力と地域の力を最大限に活かして、満足のある人生の終焉を迎えられることを目指す
- 医療やケアにまつわる意思決定支援を担う医療従事者を啓発し、多職種による地域連携を支援する
- 当たり前前に実践しているナースの技を可視化

活動の内容 A C P 研究会

毎月

1つのケーススタディ

- * 在宅、病院、介護施設の3つの看護の場から交互に提供
- * 病院から在宅への移行期
- * 在宅の場での意思決定支援
- * モヤモヤ事例を振り返る

ホワイト
ボードで
整理

人生という時間軸
本人・家族言葉 思い

時系列に沿って、
入退院や医療サービスの
導入、病状の進行や症状
の発現に関する情報

それぞれの立ち位置の看護は、何を考え、どう動いたか

事例を振り返ろう【リフレクション】

1 目的を確認する モヤモヤ スッキリ事例

例) 退院支援したけど、再入院、なんでやる～

例) おひとり様の看取り叶えたプロセス 民生委員も一緒に

2 プロセス（過程）をリフレクション

客観的な事実（実際に起きた事）

病気の経過 患者・家族の言葉、行動 ケアチーム・医療者の言葉、行動

心理的な事実

どんな気持ちだった **感情 心模様** 反省ではなく、**自分の行為や心理を内省する**
自己開示 周りの反応 観察する目 「〇〇だったよね」と、フィードバック

事例を振り返ろう【リフレクション】

3

何故？ 原因を考えてみる いろいろな意見 価値観

それぞれの行為の関係づけ 意味づけ

4

教訓を知識化する 匠の技が見える化 体系化

分析から導かれた知見を

「〇〇の時は、〇〇する事がカギ」 「〇〇だと〇〇してしまいがちだ」

法則性 持論セオリーを見つける 共有する



★何を語っても許される安心・安全な場づくり

★ポジティブアプローチ 解決に焦点をあてる 共有する

①続けたいこと

②変えたいこと

③やっていきたいこと

おうちへ帰ろう 連携から協働へ

全国で始まっている ツナガル aging in placeを目指す！

- おひとりの事例からみえること
退院前訪問 自宅で退院前カンファ
- 地域 学びの場・議論の場

参加してみませんか？

【地域で一定の質を保障するための取り組みの例】

- * ケアマネジャーと病院の連携・協働
- * 移行支援ガイド
- * 事例から実践・成功体験を蓄積

事例振り返り研修会 事例ヒント集を作ろう



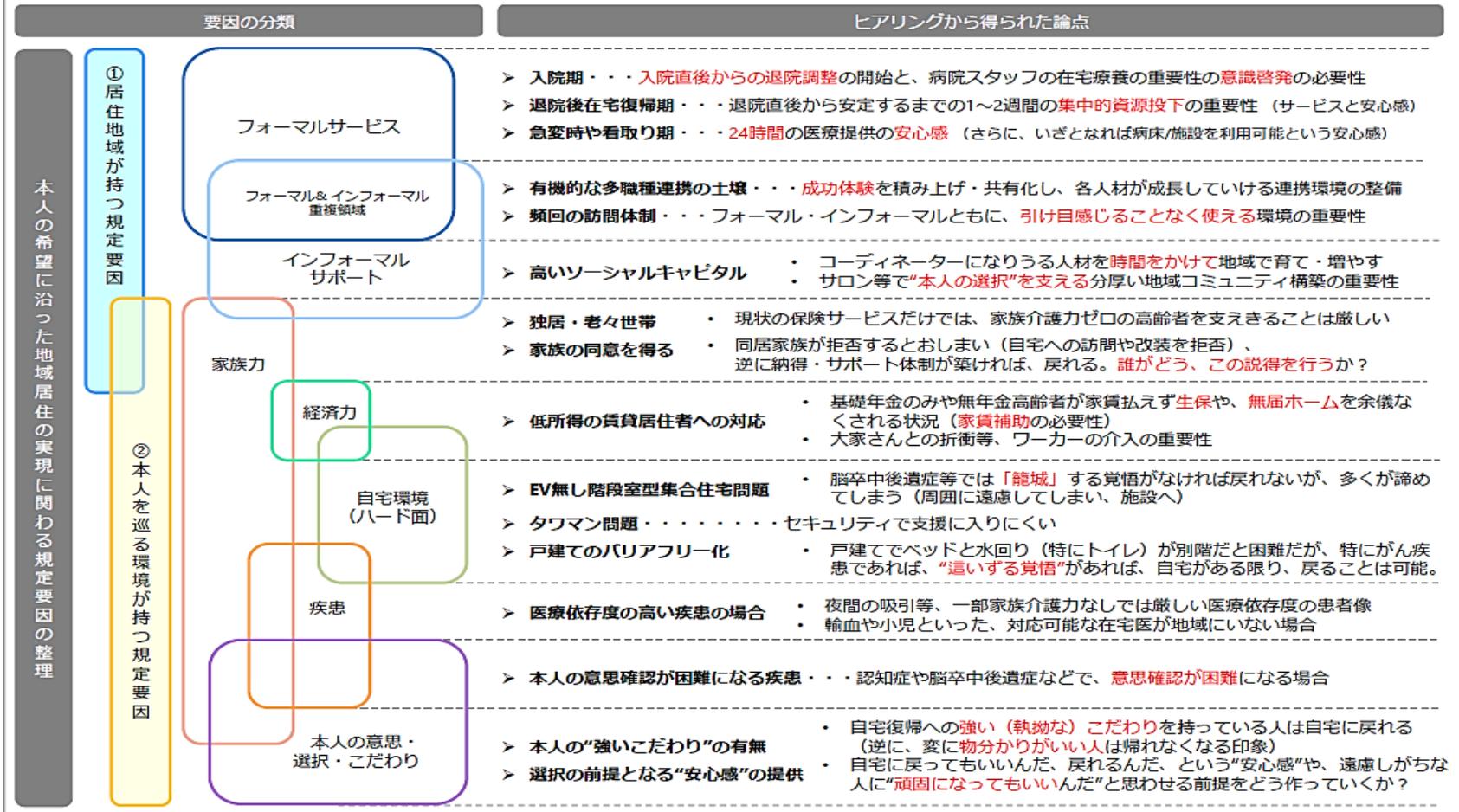
顔が見える
場
心が通じる
場

＜進化する地域包括ケアシステムの「植木鉢」＞



初期ヒアリングのまとめ（何が自宅復帰の可能性を規定しているのか？）

- 7月～8月に行った初期仮設構築のためのヒアリング調査の結果から、自宅復帰や地域居住の成立条件の規定要因となりうる論点を洗い出し、①居住地域の環境要因と、②本人を巡る環境要因の2つに分けて、整理を行った。



本人の希望に沿った地域居住の実現に関わる規定要因の整理

病氣と付き合いながら、

患者さんが望む場所で暮らし、

できるなら最期の時まで、

望む場所で生ききるためには、

「支える医療の仲間」と「病院、診療所」との

連携、協働が必要です

医療、福祉、行政そして住民と一緒に

そんな地域にしませんか？