

平成24年度老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

# 在宅移行に向けた介護サービス 事業所等との効果的な連携体制 構築のための調査研究事業 報告書



平成25年3月

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

# 目 次

---

## 第1部 概要編

## 第2部 本 編

### 第1章 事業の概要 ..... 3

- 1. 事業の背景・目的 ..... 3
- 2. 事業の実施体制 ..... 4
- 3. 事業の実施フロー ..... 6

### 第2章 事業の内容 ..... 7

- 1. 全国実態調査の実施 ..... 7
  - (1) 調査対象 ..... 7
  - (2) 調査方法 ..... 7
  - (3) 調査時期 ..... 7
  - (4) 調査内容 ..... 7
  - (5) 結果の分析 ..... 8
- 2. 先進地域へのヒアリングの実施 ..... 46
  - (1) 調査対象 ..... 46
  - (2) 調査項目 ..... 46
  - (3) ヒアリング結果 ..... 47
- 3. モデル事業の実施 ..... 54
  - (1) モデル事業枠組みの作成 ..... 54
  - (2) モデル事業実施要領、関連帳票類の作成 ..... 58
  - (3) モデル事業の実施 ..... 60
  - (4) モデル事業実施結果 ..... 60
- 4. 効果検証ヒアリングの実施 ..... 80
  - (1) 調査対象 ..... 80
  - (2) 調査項目 ..... 80
  - (3) 調査結果 ..... 81
- 5. 在宅移行の手引きの作成 ..... 101
  - (1) 手引書作成の目的 ..... 101
  - (2) 手引書の構成 ..... 101

## 第3章 まとめと考察 ..... 102

- 1. まとめ ..... 102
  - (1) 全国調査について ..... 102
  - (2) モデル事業について ..... 103
- 2. 考察 ..... 105
  - (1) 在宅移行への取り組みに関する課題と工夫について ..... 105
  - (2) 手引きの効果的な活用方法について ..... 107
  - (3) 在宅移行を推進するための方策について ..... 107

## 参 考 資 料 ..... 109

- 調査票
- 在宅移行の手引き～医療・介護の連携に基づいた退院支援に向けて～

# **第 1 部 概要編**

---

---

**在宅移行に向けた介護サービス事業所等との  
効果的な連携体制構築のための調査研究事業  
調査結果概要（事業サマリ）**

## 1. 事業目的

医療機関から在宅・施設へ患者が移行するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、円滑な移行を推進すること」が求められている。理論的には「医師とケアマネジャー」の連携が重要とも取れるが、チーム医療を実践する観点からは病院内「医療チーム」と在宅・施設でのケアマネジャーを中心とした「生活支援チーム」との連携が挙げられる。これまで、退院時カンファレンスを促進する「退院時共同指導料」、介護支援専門員との入院中からの連携を評価する「介護支援連携指導料」が診療報酬で評価されている。また、平成18年の医療法改正で疾患・事業毎の地域連携体制構築が医療計画に明示され、地域連携パス等を活用した連携が行われている。

そのため、多くの病院では地域連携を推進するために退院支援部門である「地域連携室」が設けられ、退院後の在宅生活に対しての患者・家族の不安を軽減するため、在宅生活の相談支援や介護への助言指導、ケアマネジャーとの調整等に関する退院支援に係る役割を担っている。しかし、地域連携室としての機能・役割は多種多様で、退院する患者の生活支援を行っていない医療機関や、行っても退院促進に終始し、患者の退院後の生活へ向けた意向支援や、地域の社会資源への調整が実践できていないなど、その活動や事業展開方法には格差が見られるのが現状である。地域連携パスを用いての連携も、一部を除いて病院間の連携にとどまることが多いのが現状である。

円滑な在宅への移行を図るためには、退院後も適切な医療・リハビリ・介護サービスの提供が受けられること、患者・家族の不安を軽減するための在宅生活のイメージづくりや介護への助言指導が重要である。そのためには、患者・家族との十分な話し合いとともに退院時の状況（入院前との差異や今後の見通し等）を在宅生活に関わる医療機関や介護支援専門員を始めとする介護専門職に的確に情報伝達すること、連携体制を構築することが必要である。

このことから、本研究事業においては、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」をするモデル事業を実施し、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とした。

## 2. 事業概要

### (1) 全国実態調査の実施

全国の国保直診施設 834 施設に対し、退院支援の状況、在宅移行に当たっての課題や問題点、診療所としての在宅移行へのかかわり等について、実態把握のための調査を行った。なお、本調査の結果は、モデル事業の枠組み構築のために活用した。

### (2) 先進地域へのヒアリング調査

在宅移行に先進的に取り組んでいる 2 施設に対し、具体的な取り組み方法や地域連携の方策を調査し、モデル事業の枠組みを作成するためのヒアリング調査を実施した。

調査対象施設は以下のとおり。

- ・富山県・南砺市民病院
- ・香川県・綾川町国民健康保険陶病院

### (3) モデル事業の実施

医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とし、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」を念頭に置いた在宅移行・退院支援の枠組みを構築し、在宅移行に関する手引書を作成するためのモデル事業を実施した。実施対象施設は以下のとおり。

NO	都道府県	施設名
1	宮城県	涌谷町町民医療福祉センター
2	富山県	南砺市民病院
3	滋賀県	公立甲賀病院
4	京都府	京丹後市立久美浜病院
5	三重県	紀南病院
6	鳥取県	国民健康保険日南病院
7	香川県	綾川町国民健康保険陶病院
8	熊本県	上天草市立上天草総合病院

### (4) 効果検証ヒアリングの実施

モデル事業の実施状況、実施上の問題点や課題、工夫点について、実施結果を元に詳細を調査した。調査対象施設としてモデル事業実施施設中から 6 施設を選定し、訪問調査を行った。

調査対象施設は以下のとおり。

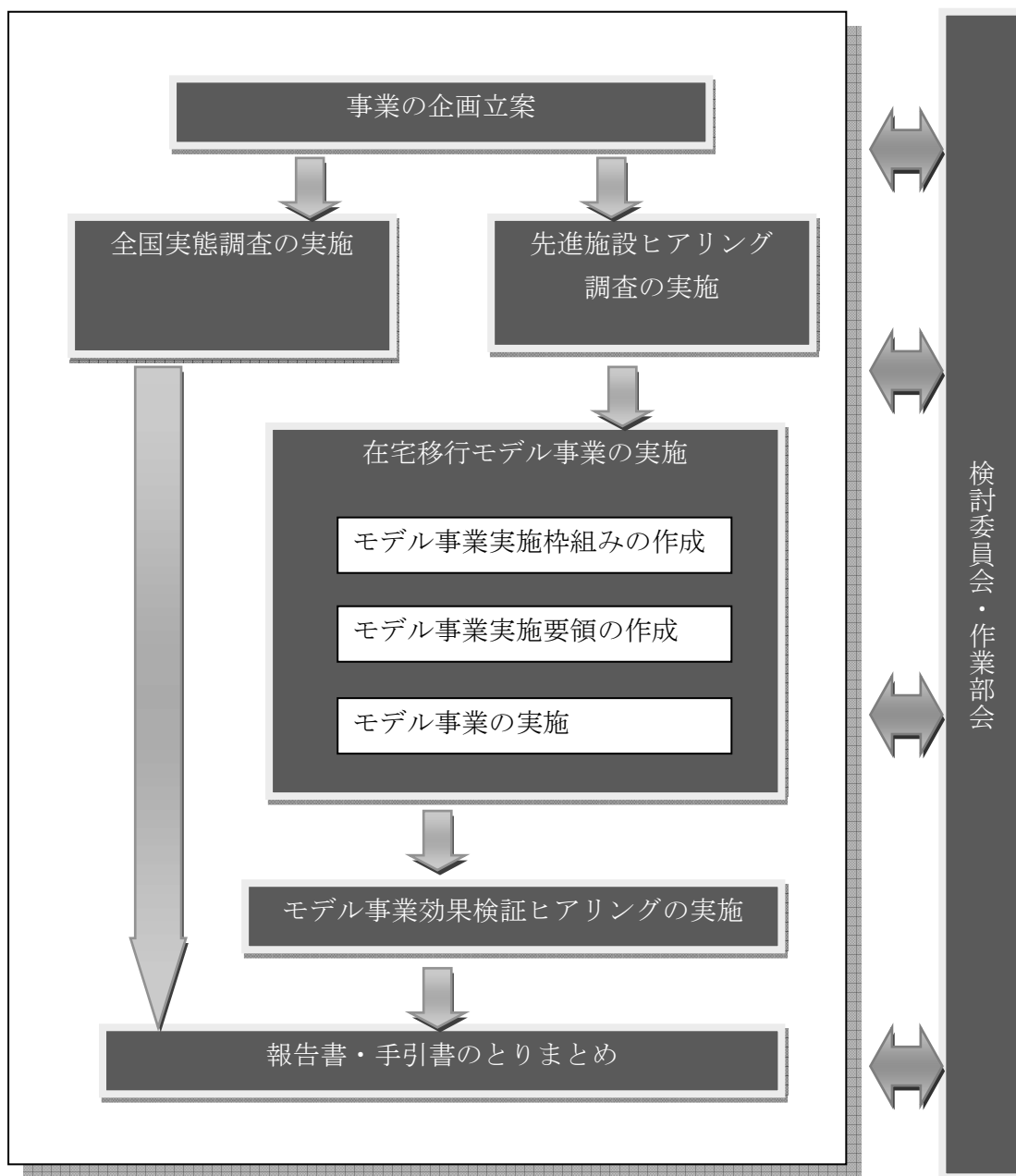
- ・宮城県・涌谷町町民医療福祉センター
- ・京都府・京丹後市立久美浜病院
- ・滋賀県・公立甲賀病院
- ・三重県・紀南病院
- ・鳥取県・国民健康保険日南病院
- ・熊本県・上天草市立上天草総合病院

### (5) 在宅移行の手引きの作成

モデル事業の結果に基づき、モデル事業実施要領を修正・加筆して、在宅移行に関する手引書を作成した。

## 3. 調査研究の過程

本調査研究は以下の流れで実施した。



## 4. 事業結果

### (1) 結果

本研究事業においては、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」をするモデル事業を実施し、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とした。

#### 1) 全国調査について

全国の国保直診施設（834 施設、うち病院 292 施設、診療所 542 施設）を対象とした。回答は、在宅移行に主に携わっている職種の方（看護師、MSW 等）に記入を依頼した。回収数は 376 票（回収率 45.1%）であった。在宅療養支援の届出がある病院は 12.8%、在宅療養支援診療所の届出がある診療所は 22.4%であった。病院においては地域連携室を設置している施設が 71.1%を占めていた。

#### ①在宅医療・在宅移行について

在宅患者への 24 時間対応体制の有無は、「24 時間対応はしていない」が 56.1%と最も多く、次いで「自院のみで対応」が 22.3%、「自院と連携先医療機関とで対応」が 9.3%となっている。有床診療所では「自院のみで対応」が 4 割以上となっている。連携している介護保険サービス（併設施設含む）は、病院では、「訪問看護」が 81.9%と最も多く、次いで「介護老人保健施設」が 79.2%、「地域包括支援センター」が 77.9%となっている。

地域連携のために実施している取組は、「他の医療機関等との研修会や勉強会等」が 44.9%と最も多く、次いで「地域のケアマネジャーとの研修会や勉強会等」が 37.8%、「地域住民に向けた講習会等」が 21.3%となっている。病院において、地域連携室の有無別にみると、いずれの項目においても、地域連携室を設置している施設の方が実施割合は高い。

各サービスとの連携方法についてみると、定期的な会合の開催（地域ケア会議等）では、「地域包括支援センター」との連携が 39.9%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が 30.3%、「他の医療機関」が 20.5%となっている。

#### ②入院から退院に至るまでの流れにおける多職種連携

入退院時の情報提供では、「他の医療機関」が 57.2%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が 46.0%、「地域包括支援センター」が 39.1%となっている。

退院支援開始時の連携では、「居宅介護支援事業所」が 46.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 42.8%、「他の医療機関」が 32.2%となっている。

退院前カンファレンスへの参加では、「居宅介護支援事業所」が 42.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 36.7%、「訪問看護ステーション」が 30.3%となっている。

退院時の連携では、「居宅介護支援事業所」が 48.9%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 45.5%、「他の医療機関」が 44.9%となっている。

退院支援の各段階における在宅移行へ向けた具体的な取り組みについてみると、入院時の



取り組みとしては「病棟担当者がアセスメントを行っている」が 57.7%、次いで「スクリーニングを 1 週間以内に実施している」が 51.0%など、半数近くの病院が 1 週間以内に退院支援のためのアクションを起こしていることが明らかとなった。また、地域連携室の早期介入や、MSW による患者情報の早期収集・確認も行われていた。

退院支援開始時の取り組みとしては、「本人・家族の意向を定期的に確認している」(66.4%)が多くなっており、看護師、MSW など多職種が協働して意向を確認しているとの回答が見られた。また、「多職種による退院前訪問を実施している」も 35.6%にのぼり、PT やケアマネジャー、地域包括支援センターのスタッフと協働して訪問したり、日常生活の動線を確認して居住環境の調整を行うなどの工夫が見られている。一方、本人や家族の意向確認が困難であったり、家族が早期に退院支援を開始することを望まなかったりという課題も見られている。

退院カンファレンスは多職種が参加しており (67.1%)、さらにカンファレンス時以外にも情報共有・連携を密にしたり、介護保険利用者については退院前カンファレンスにケアマネジャーも参加して退院前からの情報共有に努めるなどの工夫が見られている。

退院後のフォローについては実施できていない施設も多いが、地域ケア会議等の場において情報共有をしているという回答が 36.2%見られていた。

## 2) モデル事業について

在宅移行に積極的に取り組んでいる 2 施設に対し、モデル事業枠組み策定のためのヒアリングを実施し、それに基づいてモデル事業の枠組みを策定して効果検証を行った。モデル事業のポイントは以下のとおりとした。

- ・ 退院調整の主体は医療機関とし、実施要領 (手引書) の対象は医療機関とする。
- ・ 特に介護サービス事業所との連携部分に注目し、ケアマネジャーに連絡するポイント、訪問看護を検討するポイント等、どの介護職種とどのような情報を共有するかについて、各段階における連携フローを検討する。
- ・ 退院後のフォロー (情報共有) 方法についても検討。

また、退院支援の対象となる患者は、高齢者かつハイリスク者 (退院困難者) と考えられ、これらの者を抽出する際に以下の条件にあてはまる者を対象としてモデル事業を実施した。

- ・ 11 月 1 日～30 日に一般病床に入院した患者 かつ
- ・ 65 歳以上の高齢者 かつ
- ・ 計画的入院 (3 日以内に退院が想定されるもの) の患者は除く

モデル事業の実施工程は以下のとおりである。

- モデル事業実施担当者の選定
- スクリーニングの実施
- アセスメントの実施
- 退院支援の開始
- 退院カンファレンスの実施
- 退院
- 退院後のフォロー、情報共有
- 患者さんアンケートの記入
- モデル事業実施結果報告の記入

モデル事業には、医療機関8施設が参加した。スクリーニングからアセスメントまでの平均日数はおおよそ半数の医療機関で減少していた。

### ①モデル事業の実施状況

モデル事業の効果としては、退院支援計画書の作成基準が明確になった、事業所とのやり取りが密に行えるようになった、入院早々から退院支援の必要性を強く感じることができた等が挙げられている。

モデル事業の結果について、入院後の各種手続きの実施日についてみると、入院日から数えてスクリーニング実施日は平均 2.38 日、アセスメントは平均 4.65 日、退院調整開始日は 7.32 日、大規模なカンファレンス実施日は 17.75 日等となっている。

カンファレンスに参加した職種は、看護職員が 35.9%、家族が 29.0%、ケアマネジャーが 27.6%などとなっている。ケアマネジャーと連絡した初回の調整日は、入院日から数えて平均 7.48 日目であった。初回の連絡手段は電話（42.1%）が最も多かった。

退院調整の結果、モデル事業実施期間中に退院できた患者は 76 名（52.4%）、退院できなかった患者は 47 名（32.4%）、近日中に退院見込みの患者は 12 名（8.3%）であった。（いずれも様式 1 ベース）。退院先については、「自宅」（75.0%）が最も多く、そのほかは老人保健施設等が多い。

退院支援の必要性についてみると、「担当者が中心となり対応」の割合が、退院できなかったケースの方が退院できたケースに比べてやや高くなっている。支援が必要な理由については、「入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」が退院できたケース、できなかったケースともに最も高い（各々 66.7%、55.8%）。退院できなかったケースでは、「独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者」の割合も、もっとも高くなっている（55.8%）。

### ②ケアマネジャー、患者等からの意見

ケアマネジャーからの意見としては、「主治医との連携が難しい」「僻地のため訪問に時間がかかる」「突然カンファレンスが開催されることもあり、時間調整が難しい」等の意見が挙げられていた。事業の効果としては、「家族と会えるようになった」、「退院前から利用者さんの情報がよくわかりスムーズに退院に向けてプラン作成が行うことができ他事業所へも情報

を早目に知らせることができた。」などが挙げられていた。

患者アンケートでは、病院の支援に関する満足感については、「満足している」(60.5%)がもっとも多く、「やや不満である」「不満である」は見られなかった。

### 3) 手引書の作成

手引書の枠組みについては、在宅移行を先進的に実施している施設に対するヒアリング等から構築し、モデル事業において検証された。本手引書は、モデル事業の実施要領をベースとして、効果的な連携事例等を盛り込みながら作成されたものである。以下にその構成を示す。

1. はじめに
    - (1) 本手引書作成の背景
    - (2) 本手引書のねらい
    - (3) 在宅移行を始めるにあたって
  2. 在宅移行の対象者
  3. 退院支援に使用する様式例
  4. 具体的な退院の流れ
    - (1) スクリーニングの実施
    - (2) アセスメントの実施
    - (3) 退院支援の開始
    - (4) 退院カンファレンスの実施
    - (5) 退院、退院後のフォロー、情報共有
- 参考資料：様式集

## (2) 考察

### 1) 在宅移行への取り組みに関する課題と工夫について

#### ①地域連携室の機能について

全国調査の結果、病院の7割では地域連携室を設置しており、在宅移行の体制づくりを行っている状況が明らかとなった。他の医療機関等との研修会や勉強会、地域のケアマネジャーとの研修会等についても、地域連携室を設置している病院の方が実施割合は高くなっており、在宅移行に向けた取り組みがなされていると言えよう。在宅移行のシステムとして、院内のスクリーニング体制(1週間以内に実施)が機能している病院は約半数であり、このような施設では、早期にスクリーニングを行うことで、その後のアセスメント、退院計画の作成、家族の意向確認等にスムーズに移行する体制を構築していると考えられた。地域連携室のMSWが早期に退院支援にかかわることで、スムーズな在宅移行につなげているケースもある。

さらに、病棟に在宅支援に向けてリンクナース(在宅支援ナース)を置き、在宅移行に向けての取組みを地域連携室と分担しながら行っている医療機関もある。入院時からの患者、家族との関わり、ケアマネジャーとの情報共有、月1回の地域連携室や病院管理者などとのカンファレンス等、様々な業務を行っている。

一方で、スクリーニングを早期に行えない、シートが活用できていないといった課題も見

られており、地域連携室がないために病棟看護師が実施しており、業務が多忙で相談の時間が取れないという意見も挙げられている。中心となる部署や職員の存在が必要という意見も挙げられていた。

そのような中、ヒアリング調査先の病院では、あえて地域連携室を設置せずに、病棟の受け持ち看護師が担当の患者について退院支援を行っていく取り組みを実施している施設もあった。受け持ち看護師を指導する者が訪問看護経験者であり、在宅生活を見越した支援の指導、助言がなされている。当該地域では、病院が町民の家族構成や生活実態、人柄まで把握できているため、患者（家族も含め）ごとに在宅生活が可能かどうか、予測が可能であるとのことであった。

このように、医療機関によって在宅移行の取り組み状況も異なっており、以下の3パターンが想定された。

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>① 地域連携室と病棟（看護師）に在宅移行担当者が配置されている</li><li>② 地域連携室に在宅移行担当者が配置されている</li><li>③ 地域連携室は設けず、病棟で在宅移行を行う</li></ul> |
|--|

医療機関の規模、地域特性、人口等により、医療機関において効率的に在宅移行を進めていく体制は異なると考えられる。例えば大規模の医療機関であれば病棟にも退院支援担当者を配置することが求められるだろうし、小規模医療機関で地域の人口も少ないということであれば、地域連携室に情報を集中されるパターンや、病棟で受け持ち看護師がスクリーニング、アセスメントを行っていくというパターンも考えられる。自施設と患者の状況にあった体制の構築が求められると言えよう。

## ②退院支援の各プロセスにおける課題と工夫

退院支援を開始するタイミングが困難であるという意見は多く挙げられていた。病状が安定していない場合、重い場合など、家族が退院支援を早期にすることを望まない現状もある。患者・家族が「退院可能である」ことを医師から聞いていない場合や退院の見込みなどが説明されていない場合は特に介入が難しい。

またアセスメント直後等は状態も安定しないため、「なぜこのタイミングで退院か」「病院を追い出されるということか」という反発が生じる場合がある。本人や家族が納得して退院に向けて踏み出すには、十分なコミュニケーションを取り、アプローチすることが必要と考えられる。

退院支援を行う際にも、例えば施設入所の待機期間にいったん在宅復帰してもらい、生活してもらうなどのアプローチを行うことも効果的である。居宅サービスの組み合わせで在宅療養が可能となり、そのまま復帰される方もいる。「いつでも医療機関が後ろに控えている」という安心感を患者に提供することで、可能となる場合も多い。退院時は家族は不安を抱えているため、安心感を患者・家族が感じられることで、地域住民へ「家に帰ることが当たり前」のこととして認識されるような関わりを持つことが可能となるのではないかと。

その一環として、在宅で受けられる介護サービスについて、入院初期段階から患者や家族

に情報提供することは、在宅移行に向けて有効な方法と考えられる。居宅ケアマネジャーと早期に連携し、在宅での生活をイメージできるような介護指導等を行っていくことで、介護サービスを有効に活用した在宅移行が可能となると思われる。退院カンファレンスに当たっては、ケアマネジャーをはじめ訪問看護、訪問リハなどの事業所とも情報共有し、地域で受け入れる体制を整えていく必要がある。

退院後の受け入れ先の確保も重要な問題である。特に独居の場合、家族の介護力が不足している場合は困難である。医療依存度の高いケース（胃ろう、経鼻経管、在宅酸素等）については、家族の介護力がないと在宅復帰が難しいのも現状である。中山間地域では在宅サービス資源も不足しているため、本人や家族の意向通りに退院の意向が決まらないことも多く、施設入所についても資源不足の面から制約がかかることがある。

また、退院後のフォローは困難な課題である。外来や往診以外にフォロー体制を構築することは難しく、医療機関から患者を訪問する余裕がないのが現状である。介護保険サービスを利用している患者であれば、ケアマネジャーや訪問看護師から情報を得て状況を把握することができるが、サービスを活用していない患者の場合は状況把握が難しい。これらは地域での見守り等で補完していく必要がある。

## 2) 手引きの効果的な活用方法について

今回のモデル事業では、スクリーニング、アセスメント、退院計画の作成という流れを構築し、そのプロセスを標準化した。既に在宅移行の枠組みを構築している医療機関や、これから在宅移行のシステムを構築していく医療機関など、医療機関の現状は様々だと思われるため、あくまでも骨格として提示することを念頭に置き、この一連の流れと、ケアマネジャーや介護サービス事業所と早期から調整・連携することを盛り込んで、スムーズな在宅移行につながるような枠組みを構築した。

この枠組み自体はどの医療機関でも共通して活用できるものと考えられる。また、モデル事業実施に当たって様式を作成し、事業の結果に基づいて簡略化したスクリーニング票、アセスメント票、退院支援計画書を作成しているため、各地域や医療機関の状況に応じ、実情に合わせて改編するなどして活用いただくことが望まれる。

## 3) 在宅移行を推進するための方策について

現在、地域連携とはどのような業務を担うべきかという定義がないため、各医療機関において様々な活動を行っているのが実態である。今回、在宅移行の枠組みを提示することで、地域連携室もしくは在宅移行に携わる方が何をすべきか、そのエッセンスを示すことができた。本手引きを活用し、その医療機関にあった在宅移行システムの構築が期待される。

地域との連携も重要であり、例えば、当該地域全体で情報交換シートを作成するなどして、連携体制の構築を図る、近隣の医療機関、介護サービス事業所等と定期的な会議を開催する等も検討する必要がある。その他、公民館活動等として、看護師、保健師が介護指導（身体の拭き方、おむつ交換など）を行うなど、医療機関から地域に出て、在宅療養のための理解促進や啓発活動を行うことも必要と考えられる。

## **第2部 本編**

---

---



# 第1章 事業の概要

## 1. 事業の背景・目的

医療機関から在宅・施設へ患者が移行するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、円滑な移行を推進すること」が求められている。理論的には「医師とケアマネジャー」の連携が重要とも取れるが、チーム医療を実践する観点からは病院内「医療チーム」と在宅・施設でのケアマネジャーを中心とした「生活支援チーム」との連携が挙げられる。これまで、退院時カンファレンスを促進する「退院時共同指導料」、介護支援専門員との入院中からの連携を評価する「介護支援連携指導料」が診療報酬で評価されている。また、平成18年の医療法改正で疾患・事業毎の地域連携体制構築が医療計画に明示され、地域連携パス等を活用した連携が行われている。

そのため、多くの病院では地域連携を推進するために退院支援部門である「地域連携室」が設けられ、退院後の在宅生活に対しての患者・家族の不安を軽減するため、在宅生活の相談支援や介護への助言指導、ケアマネジャーとの調整等に関する退院支援に係る役割を担っている。しかし、地域連携室としての機能・役割は多種多様で、退院する患者の生活支援を行っていない医療機関や、行っても退院促進に終始し、患者の退院後の生活へ向けた意向支援や、地域の社会資源への調整が実践できていないなど、その活動や事業展開方法には格差が見られるのが現状である。地域連携パスを用いての連携も、一部を除いて病院間の連携にとどまることが多いのが現状である。

円滑な在宅への移行を図るためには、退院後も適切な医療・リハビリ・介護サービスの提供が受けられること、患者・家族の不安を軽減するための在宅生活のイメージづくりや介護への助言指導が重要である。そのためには、患者・家族との十分な話し合いとともに退院時の状況（入院前との差異や今後の見通し等）を在宅生活に関わる医療機関や介護支援専門員を始めとする介護専門職に的確に情報伝達すること、連携体制を構築することが必要である。

このことから、本研究事業においては、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」をするモデル事業を実施し、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とした。

## 2. 事業の実施体制

本事業の実施に際し、学識経験者、国診協役員・国保直診施設長等から構成される「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築検討委員会」及び「同作業部会」を設置し、調査研究の企画、調査研究結果の分析、報告書及び手引書作成等の検討を実施した。

### (1) 委員会の設置

「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築検討委員会」を学識経験者および国保直診関係者等計 12 名により構成し、年 2 回開催した。

委員長	辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
委員	高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院教授
委員	赤木 重典	副会長/京都府・京丹後市立久美浜病院長
委員	前沢 政次	北海道・京極町国保診療所長
委員	鈴木 義子	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター看護部次長
委員	齊藤セツ子	千葉県：国保直営総合病院君津中央病院看護局顧問
委員	南 温	岐阜県・郡上市国保地域医療センター国保和良歯科診療所長
委員	芳尾 邦子	滋賀県：公立甲賀病院看護部長
委員	山脇みつ子	滋賀県：公立甲賀病院訪問看護ステーション所長
委員	沖田 光昭	広島県：公立みつぎ総合病院副院長兼保健福祉総合施設長
委員	郷原 利枝	広島県：公立みつぎ総合病院看護部長
委員	東條 環樹	広島県：北広島町雄鹿原診療所長

#### <検討テーマ>

第 1 回：調査計画の策定、事業方針の決定

第 2 回：モデル事業実施結果の報告、手引書および報告書の取りまとめ



## (2) 作業部会の設置

「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築検討委員会作業部会」を学識経験者および国保直診関係者等計 10 名により構成し、年 4 回開催した。

部会長	辻 一郎	東北大学大学院医学系研究科教授
委員	高橋 紘士	国際医療福祉大学大学院教授
委員	赤木 重典	副会長/京都府・京丹後市立久美浜病院長
委員	千葉 昌子	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター副センター長兼看護部長
委員	竹内 嘉伸	富山県：南砺市民病院地域連携科主任
委員	奥邨 純也	滋賀県：公立甲賀病院甲賀地域広域リハビリテーションセンター主任
委員	榎尾 光子	鳥取県：日南町国民健康保険日南病院居宅介護支援事業所管理者
委員	山本 明芳	広島県・老人保健施設みつぎの苑所長
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国保陶病院長
委員	森安 浩子	香川県：三豊総合病院副院長兼総看護部長

### <検討テーマ>

第 1 回：調査計画の策定、事業方針の決定、全国調査について

第 2 回：モデル事業計画案について

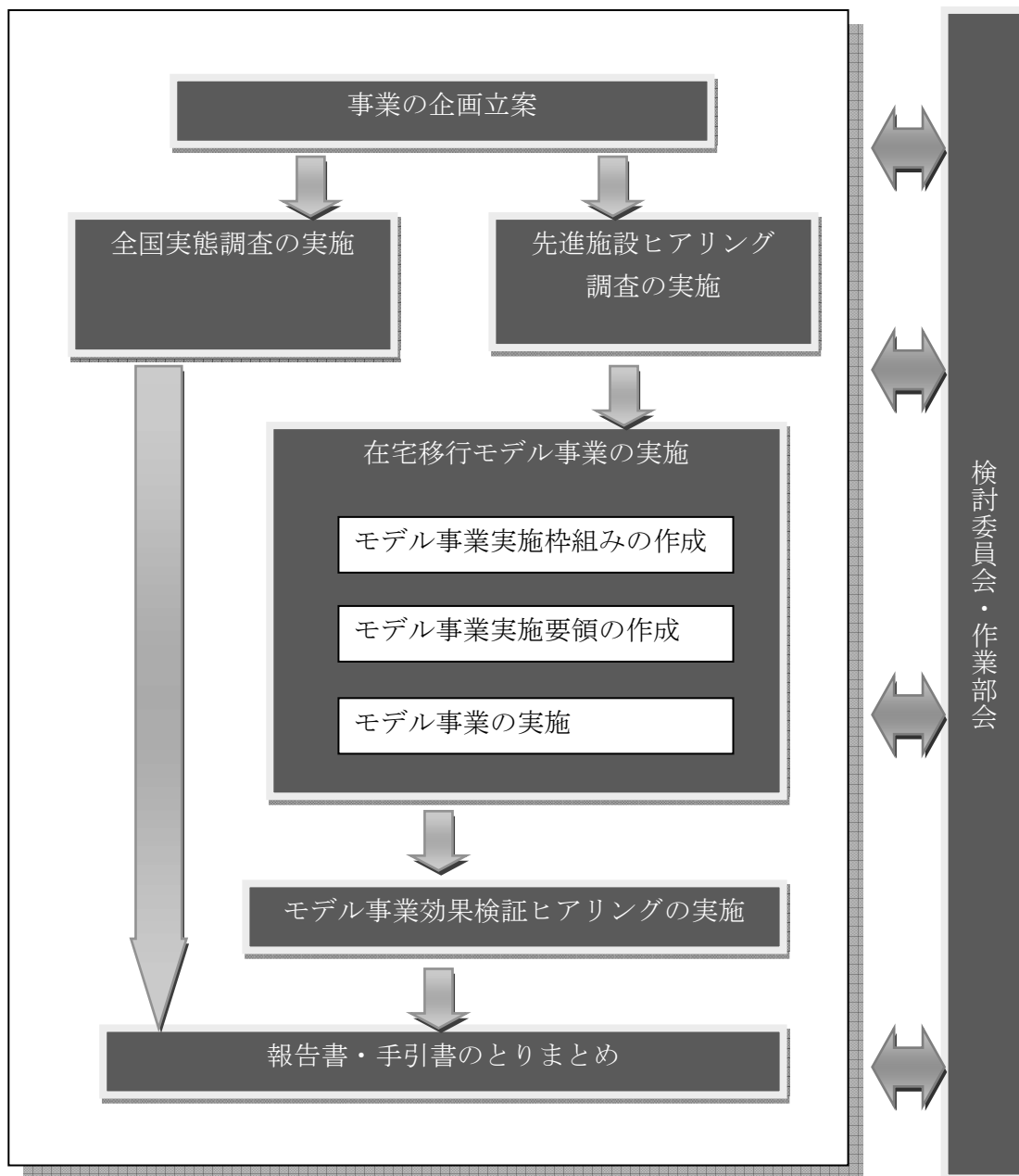
第 3 回：モデル事業実施結果分析及びヒアリング内容の報告、手引書（案）・報告書（案）の検討

第 4 回：モデル事業実施結果の報告、手引書および報告書の取りまとめ

### 3. 事業の実施フロー

本事業の実施フローは以下のとおり。

図表 1. 事業実施フロー



## 第2章 事業の内容

### 1. 全国実態調査の実施

全国の国保直診施設に対し、退院支援の状況、在宅移行に当たっての課題や問題点、診療所としての在宅移行へのかかわり等について、実態把握のための調査を行った。なお、本調査の結果は、モデル事業の枠組み構築のために活用した。

#### (1) 調査対象

全国の国保直診施設（834施設、うち病院292施設、診療所542施設）を対象とした。回答は、在宅移行に主に携わっている職種の方（看護師、MSW等）に記入を依頼した。

#### (2) 調査方法

本調査は、自記式調査票の郵送配布および回収により実施した。

#### (3) 調査時期

本調査は、平成24年11月～平成24年12月に実施した。

#### (4) 調査内容

主な調査項目は以下のとおり。

図表 2. 調査項目

区分	項目
施設の概要	病診区分、病床数、在宅療養支援病院／診療所の届出有無、地域連携室の有無、一日平均外来患者数、入院患者数、平均在院日数、在宅移行を担当している職種別職員数等
在宅医療・在宅移行への取り組み状況	在宅医療への取り組み状況 在宅医療関連診療料の算定の有無 在宅移行関連診療料の算定の有無
他機関との連携状況	<ul style="list-style-type: none"><li>他の医療機関等への患者紹介</li><li>他の医療機関・施設等からの患者の受け入れ</li><li>連携している介護保険サービス</li><li>地域連携のために実施している取り組み</li><li>医療機関、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、地域包括支援センター等との連携状況</li></ul>
病院の場合	退院支援の各段階における、在宅移行への具体的な取り組み
有床診療所の場合	退院支援の各段階における、在宅移行への具体的な取り組み
診療所の場合	退院患者を受け入れるうえでの課題や工夫

## (5) 結果の分析

### 1) 回収状況

回収数は376票（回収率45.1%）であった。  
なお、施設別の回収数は以下の通りである。

図表 3. 施設区分別の回収状況

施設区分	施設数 (計 376)
病院	149
有床診療所	31
無床診療所	176
歯科診療所	20

## 2) 国保直診（医療機関）の概況

### ①在宅療養支援病院・診療所の届出

- 在宅療養支援病院・診療所の届出は、「届出あり」が 18.6%、「届出なし」が 71.5%となっている。

図表4. 在宅療養支援病院・診療所の届出

	施設数	届出あり	届出なし	無回答
合計	376	70	269	37
	100.0%	18.6%	71.5%	9.8%
病院	149	19	110	20
	100.0%	12.8%	73.8%	13.4%
有床診療所	31	10	20	1
	100.0%	32.3%	64.5%	3.2%
無床診療所	176	34	129	13
	100.0%	19.3%	73.3%	7.4%
歯科診療所	20	7	10	3
	100.0%	35.0%	50.0%	15.0%
無回答	0	-	-	-

### ②地域連携室（患者の在宅移行を支援する部署）の設置

- 地域連携室（患者の在宅移行を支援する部署）の設置は、病院において「設置している」が 71.1%に上っているが、診療所においてはほぼ設置していない。

図表5. 地域連携室（患者の在宅移行を支援する部署）の設置の有無

	施設数	設置している	設置していない	無回答
合計	376	110	251	15
	100.0%	29.3%	66.8%	4.0%
病院	149	106	42	1
	100.0%	71.1%	28.2%	0.7%
有床診療所	31	1	30	-
	100.0%	3.2%	96.8%	-
無床診療所	176	3	165	8
	100.0%	1.7%	93.8%	4.5%
歯科診療所	20	-	14	6
	100.0%	-	70.0%	30.0%
無回答	0	-	-	-

### 3) 在宅医療・在宅移行への取り組み状況

#### ①在宅患者への24時間対応体制の有無

- 在宅患者への24時間対応体制の有無は、「24時間対応はしていない」が56.1%と最も多く、次いで「自院のみで対応」が22.3%、「自院と連携先医療機関とで対応」が9.3%となっている。有床診療所では「自院のみで対応が」4割以上となっている。

図表6. 在宅患者への24時間対応体制の有無

	施設数	自院のみで対応	自院機と関連と携で先対応	2して4時間な対応は	無回答
合計	376	84	35	211	46
	100.0%	22.3%	9.3%	56.1%	12.2%
病院	149	39	6	87	17
	100.0%	26.2%	4.0%	58.4%	11.4%
有床診療所	31	13	2	15	1
	100.0%	41.9%	6.5%	48.4%	3.2%
無床診療所	176	30	27	99	20
	100.0%	17.0%	15.3%	56.3%	11.4%
歯科診療所	20	2	-	10	8
	100.0%	10.0%	-	50.0%	40.0%
無回答	0	-	-	-	-

- 自院のみで対応している場合、24時間訪問可能な医師数は、「1人」が53.6%と最も多く、次いで「0人」が14.3%、「2人」「3~4人」が共に11.9%となっている。平均医師数は、1.34人となっている。

図表7. 自院のみで対応している場合、24時間訪問可能な医師数

	施設数	0人	1人	2人	3~4人	5人以上	無回答	平均(単位:人)	標準偏差(単位:人)
合計	84	12	45	10	10	2	5	1.34	1.07
	100.0%	14.3%	53.6%	11.9%	11.9%	2.4%	6.0%		
病院	39	10	12	3	8	2	4	1.51	1.46
	100.0%	25.6%	30.8%	7.7%	20.5%	5.1%	10.3%		
有床診療所	13	-	9	1	2	-	1	1.42	0.79
	100.0%	-	69.2%	7.7%	15.4%	-	7.7%		
無床診療所	30	2	22	6	-	-	-	1.13	0.51
	100.0%	6.7%	73.3%	20.0%	-	-	-		
歯科診療所	2	-	2	-	-	-	-	1.00	0.00
	100.0%	-	100.0%	-	-	-	-		
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-

- 自院と連携先医療機関とで対応している場合、24 時間訪問可能な医師数は、「1 人」が 40.0%と最も多く、次いで「3~4 人」が 25.7%、「2 人」が 11.4%となっている。平均医師数は、2.29 人となっている。

図表8. 自院と連携先医療機関とで対応している場合、24 時間訪問可能な医師数

	施設数	0 人	1 人	2 人	3 ~ 4 人	5 人以上	無回答	(単位：人) 平均値	(単位：人) 標準偏差
合計	35	2	14	4	9	2	4	2.29	2.13
病院	6	1	1	-	3	-	1	2.40	1.82
有床診療所	2	-	2	-	-	-	-	1.00	0.00
無床診療所	27	1	11	4	6	2	3	2.38	2.28
歯科診療所	0	-	-	-	-	-	-	-	-
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-

②在宅医療関連診療料の算定状況（2012年9月中）

○ 在宅医療関連診療料の算定状況は、下記のとおりであった。

図表9. 在宅医療関連診療料の算定有無

		施設数	算定あり	算定なし	無回答	
在宅医療	往診料	合計	376	198	136	42
		病院	149	57	81	11
		有床診療所	31	16	14	1
		無床診療所	176	125	34	17
		歯科診療所	20	-	7	13
		無回答	0	-	-	-
		在宅患者訪問診療料	合計	376	238	93
	在宅患者訪問診療料 うち、在宅ターミナルケア加算	病院	149	104	36	9
	有床診療所	31	23	6	2	
	無床診療所	176	109	45	22	
	歯科診療所	20	2	6	12	
	無回答	0	-	-	-	
	在宅時医学総合管理料	合計	238	34	169	35
	在宅時医学総合管理料	病院	104	12	81	11
	有床診療所	23	3	19	1	
	無床診療所	109	19	68	22	
	歯科診療所	2	-	1	1	
	無回答	0	-	-	-	
	在宅患者訪問看護・指導料	合計	376	51	252	73
在宅患者訪問看護・指導料	病院	149	18	117	14	
有床診療所	31	6	22	3		
無床診療所	176	27	106	43		
歯科診療所	20	-	7	13		
無回答	0	-	-	-		
訪問看護指示料	合計	376	161	151	64	
訪問看護指示料	病院	149	94	42	13	
有床診療所	31	9	20	2		
無床診療所	176	58	82	36		
歯科診療所	20	-	7	13		
無回答	0	-	-	-		
退院前在宅療養指導管理料	合計	376	21	277	78	
退院前在宅療養指導管理料	病院	149	21	108	20	
有床診療所	31	-	29	2		
無床診療所	176	-	133	43		
歯科診療所	20	-	7	13		
無回答	0	-	-	-		

		施設数	算定あり	算定なし	無回答	
在宅歯科	歯科訪問診療料	合計	376	26	248	102
		病院	149	11	113	25
		有床診療所	31	2	23	6
		無床診療所	176	3	104	69
		歯科診療所	20	10	8	2
		無回答	0	-	-	-
		在宅歯科 訪問歯科衛生指導料	合計	376	14	256
	在宅歯科 訪問歯科衛生指導料	病院	149	7	114	28
	有床診療所	31	-	24	7	
	無床診療所	176	2	105	69	
	歯科診療所	20	5	13	2	
	無回答	0	-	-	-	
	居宅療養管理指導 (介護保険)	合計	376	98	201	77
		病院	149	51	82	16
		有床診療所	31	8	20	3
		無床診療所	176	33	92	51
		歯科診療所	20	6	7	7
		無回答	0	-	-	-



③在宅移行への取組み状況

○ 在宅移行関連診療料の算定状況は、下記のとおりであった。

図表10. 在宅移行関連診療料の算定の有無

		施設数	算定あり	算定なし	無回答
退院調整加算	合計	376	54	250	72
		100.0%	14.4%	66.5%	19.1%
	病院	149	53	86	10
		100.0%	35.6%	57.7%	6.7%
	有床診療所	31	1	27	3
		100.0%	3.2%	87.1%	9.7%
	無床診療所	176	-	125	51
	100.0%	-	71.0%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	
総合評価加算	合計	376	20	281	75
		100.0%	5.3%	74.7%	19.9%
	病院	149	20	116	13
		100.0%	13.4%	77.9%	8.7%
	有床診療所	31	-	28	3
		100.0%	-	90.3%	9.7%
	無床診療所	176	-	125	51
	100.0%	-	71.0%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	
退院時共同指導料1	合計	376	4	298	74
		100.0%	1.1%	79.3%	19.7%
	病院	149	3	134	12
		100.0%	2.0%	89.9%	8.1%
	有床診療所	31	-	28	3
		100.0%	-	90.3%	9.7%
	無床診療所	176	1	124	51
	100.0%	0.6%	70.5%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	
退院時共同指導料2	合計	376	21	279	76
		100.0%	5.6%	74.2%	20.2%
	病院	149	21	114	14
		100.0%	14.1%	76.5%	9.4%
	有床診療所	31	-	28	3
		100.0%	-	90.3%	9.7%
	無床診療所	176	-	125	51
	100.0%	-	71.0%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	

		施設数	算定あり	算定なし	無回答
介護支援連携指導料	合計	376	108	203	65
		100.0%	28.7%	54.0%	17.3%
	病院	149	102	44	3
		100.0%	68.5%	29.5%	2.0%
	有床診療所	31	6	22	3
		100.0%	19.4%	71.0%	9.7%
	無床診療所	176	-	125	51
	100.0%	-	71.0%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	
地域連携診療計画	合計	376	13	290	73
		100.0%	3.5%	77.1%	19.4%
	病院	149	13	125	11
		100.0%	8.7%	83.9%	7.4%
	有床診療所	31	-	28	3
		100.0%	-	90.3%	9.7%
	無床診療所	176	-	125	51
	100.0%	-	71.0%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	
地域連携診療計画(Ⅰ)	合計	376	13	289	74
		100.0%	3.5%	76.9%	19.7%
	病院	149	13	124	12
		100.0%	8.7%	83.2%	8.1%
	有床診療所	31	-	28	3
		100.0%	-	90.3%	9.7%
	無床診療所	176	-	125	51
	100.0%	-	71.0%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	
地域連携診療計画(Ⅱ)	合計	376	1	301	74
		100.0%	0.3%	80.1%	19.7%
	病院	149	-	137	12
		100.0%	-	91.9%	8.1%
	有床診療所	31	-	28	3
		100.0%	-	90.3%	9.7%
	無床診療所	176	1	124	51
	100.0%	0.6%	70.5%	29.0%	
歯科診療所	20	-	12	8	
	100.0%	-	60.0%	40.0%	
無回答	0	-	-	-	
	-	-	-	-	

#### 4) 他機関との連携の状況

##### ①他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介

- 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介があるのは、入院が 58.0%、外来が 72.9%、在宅・訪問診療が 17.3%となっている。

図表11. 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介の有無

		施設数	あり	なし	無回答	
他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介	入院	合計	376 100.0%	218 58.0%	89 23.7%	69 18.4%
		病院	149 100.0%	132 88.6%	7 4.7%	10 6.7%
		有床診療所	31 100.0%	18 58.1%	10 32.3%	3 9.7%
		無床診療所	176 100.0%	68 38.6%	58 33.0%	50 28.4%
		歯科診療所	20 100.0%	-	14 70.0%	6 30.0%
		無回答	0 -	-	-	-
		合計	376 100.0%	274 72.9%	54 14.4%	48 12.8%
	外来	病院	149 100.0%	116 77.9%	12 8.1%	21 14.1%
		有床診療所	31 100.0%	25 80.6%	4 12.9%	2 6.5%
		無床診療所	176 100.0%	125 71.0%	28 15.9%	23 13.1%
		歯科診療所	20 100.0%	8 40.0%	10 50.0%	2 10.0%
		無回答	0 -	-	-	-
		合計	376 100.0%	65 17.3%	218 58.0%	93 24.7%
	在宅・訪問診療	病院	149 100.0%	39 26.2%	73 49.0%	37 24.8%
		有床診療所	31 100.0%	6 19.4%	21 67.7%	4 12.9%
		無床診療所	176 100.0%	19 10.8%	110 62.5%	47 26.7%
		歯科診療所	20 100.0%	1 5.0%	14 70.0%	5 25.0%
		無回答	0 -	-	-	-
		合計	376 100.0%	65 17.3%	218 58.0%	93 24.7%

- 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介平均件数は、入院では、病院 17.69 件、有床診療所 3.13 件、無床診療所 3.36 件となっている。外来では、病院 89.06 件、有床診療所 14.71 件、無床診療所 7.45 件、歯科診療所 1.75 件となっている。在宅・訪問診療では、病院 8.13 件、有床診療所 1.17 件、無床診療所 2.00 件となっている。

図表12. 他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介件数

	施設数	0件	3件未満	3〜5件未満	5〜10件未満	10件以上	無回答	（単位：件）		
								平均値	標準偏差	
他の医療機関・介護保険施設等への患者の紹介	合計	218	7	57	33	47	55	19	12.20	23.90
	病院	132	1	18	18	36	50	9	17.69	28.93
	有床診療所	18	-	7	4	4	-	3	3.13	1.88
	無床診療所	68	6	32	11	7	5	7	3.36	4.56
	歯科診療所	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	合計	274	11	30	27	47	128	31	41.81	115.72
	病院	116	1	3	5	11	81	15	89.06	168.69
	有床診療所	25	1	-	1	3	16	4	14.71	8.72
	無床診療所	125	7	23	20	32	31	12	7.45	7.49
	歯科診療所	8	2	4	1	1	-	-	1.75	1.67
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	合計	65	9	28	1	8	8	11	5.39	11.20
病院	39	3	12	1	8	7	8	8.13	13.92	
有床診療所	6	-	6	-	-	-	-	1.17	0.41	
無床診療所	19	5	10	-	-	1	3	2.00	4.34	
歯科診療所	1	1	-	-	-	-	-	0.00	0.00	
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	

②他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ

- 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れがあるのは、入院が 39.6%、外来が 59.0%、在宅・訪問診療が 22.1%となっている。
- 病院では、入院が 87.9%、外来が 76.5%と高くなっている。

図表13. 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れの有無

		施設数	あり	なし	無回答	
他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ	入院	合計	376 100.0%	149 39.6%	144 38.3%	83 22.1%
		病院	149 100.0%	131 87.9%	8 5.4%	10 6.7%
		有床診療所	31 100.0%	12 38.7%	13 41.9%	6 19.4%
		無床診療所	176 100.0%	6 3.4%	111 63.1%	59 33.5%
		歯科診療所	20 100.0%	-	12 60.0%	8 40.0%
		無回答	0 -	-	-	-
		合計	376 100.0%	222 59.0%	93 24.7%	61 16.2%
	外来	病院	149 100.0%	114 76.5%	13 8.7%	22 14.8%
		有床診療所	31 100.0%	17 54.8%	9 29.0%	5 16.1%
		無床診療所	176 100.0%	88 50.0%	58 33.0%	30 17.0%
		歯科診療所	20 100.0%	3 15.0%	13 65.0%	4 20.0%
		無回答	0 -	-	-	-
		合計	376 100.0%	83 22.1%	206 54.8%	87 23.1%
	在宅・訪問診療	病院	149 100.0%	32 21.5%	81 54.4%	36 24.2%
		有床診療所	31 100.0%	4 12.9%	23 74.2%	4 12.9%
無床診療所		176 100.0%	42 23.9%	94 53.4%	40 22.7%	
歯科診療所		20 100.0%	5 25.0%	8 40.0%	7 35.0%	
無回答		0 -	-	-	-	
合計		376 100.0%	83 22.1%	206 54.8%	87 23.1%	

- 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ平均件数は、入院では、病院 22.02 件、有床診療所 2.73 件、無床診療所 2.20 件となっている。
- 外来では、病院 114.26 件、有床診療所 6.21 件、無床診療所 4.33 件、歯科診療所 1.00 件となっている。
- 在宅・訪問診療では、病院 4.30 件、有床診療所 0.25 件、無床診療所 1.14 件、歯科診療所 0.80 件となっている。

図表14. 他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ件数

		施設数	紹介患者の受入れ件数					無回答	(平均: 件数)	(標準偏差: 差)	
			0件	3件未満	3~5件未満	5~10件未満	10件以上				
他の医療機関・介護保険施設等からの紹介患者の受入れ	入院	合計	149	3	31	13	34	49	19		
		病院	131	2	19	12	33	48	17	22.02	42.41
		有床診療所	12	-	9	1	-	1	1	2.73	3.13
		無床診療所	6	1	3	-	1	-	1	2.20	2.77
		歯科診療所	0	-	-	-	-	-	-	-	-
		無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-
	合計	222	15	44	27	24	76	36	58.79	171.79	
	外来	病院	114	1	10	9	6	66	22	114.26	231.90
		有床診療所	17	-	5	2	5	2	3	6.21	7.21
		無床診療所	88	14	26	16	13	8	11	4.33	8.30
歯科診療所		3	-	3	-	-	-	-	1.00	0.00	
無回答		0	-	-	-	-	-	-	-	-	
在宅・訪問診療	合計	83	22	32	5	3	3	18	2.03	3.82	
	病院	32	4	9	2	2	3	12	4.30	6.19	
	有床診療所	4	3	1	-	-	-	-	0.25	0.50	
	無床診療所	42	13	19	3	1	-	6	1.14	1.17	
	歯科診療所	5	2	3	-	-	-	-	0.80	0.84	
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	

③連携している介護保険サービス

- 連携している介護保険サービス（併設施設含む）は、病院では、「訪問看護」が81.9%と最も多く、次いで「介護老人保健施設」が79.2%、「地域包括支援センター」が77.9%となっている。
- 有床診療所では、「地域包括支援センター」が61.3%と最も多く、次いで「訪問看護」が48.4%、「居宅介護支援」が35.5%となっている。
- 無床診療所では、「訪問看護」が43.2%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が35.8%、「居宅介護支援」が26.7%となっている。
- 歯科診療所では、「介護老人福祉施設」「地域包括支援センター」が共に30.0%と最も多く、次いで「居宅介護支援」が20.0%、「介護老人保健施設」「通所介護」が共に15.0%となっている。

図表15. 連携している介護保険サービス（併設施設含む）（複数回答）

	施設数	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	介護療養型医療施設	居宅介護支援	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護
合計	376	164	160	91	173	141	87	214	124	77	126	100	103
	100.0%	43.6%	42.6%	24.2%	46.0%	37.5%	23.1%	56.9%	33.0%	20.5%	33.5%	26.6%	27.4%
病院	149	118	104	78	111	85	53	122	77	46	78	69	72
	100.0%	79.2%	69.8%	52.3%	74.5%	57.0%	35.6%	81.9%	51.7%	30.9%	52.3%	46.3%	48.3%
有床診療所	31	9	10	2	11	10	5	15	10	4	8	7	6
	100.0%	29.0%	32.3%	6.5%	35.5%	32.3%	16.1%	48.4%	32.3%	12.9%	25.8%	22.6%	19.4%
無床診療所	176	34	40	10	47	44	29	76	37	25	37	23	24
	100.0%	19.3%	22.7%	5.7%	26.7%	25.0%	16.5%	43.2%	21.0%	14.2%	21.0%	13.1%	13.6%
歯科診療所	20	3	6	1	4	2	1	1	1	2	3	1	1
	100.0%	15.0%	30.0%	5.0%	20.0%	10.0%	-	5.0%	-	10.0%	15.0%	5.0%	5.0%
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	短期入所療養介護	特定生活介護入所者	福祉用具貸与	特定福祉用具販	夜間介護対応型訪問	認知症対応型通	小規模多機能型	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定生活	施設入居者生活介護	地域密着型施設介護	居宅生活介護	その他	無回答
合計	81	34	106	51	15	42	73	88	30	20	204	12	78	
	21.5%	9.0%	28.2%	13.6%	4.0%	11.2%	19.4%	23.4%	8.0%	5.3%	54.3%	3.2%	20.7%	
病院	57	28	75	45	12	36	55	67	24	16	116	6	6	
	38.3%	18.8%	50.3%	30.2%	8.1%	24.2%	36.9%	45.0%	16.1%	10.7%	77.9%	4.0%	4.0%	
有床診療所	3	-	8	2	-	1	2	3	1	2	19	3	2	
	9.7%	-	25.8%	6.5%	-	3.2%	6.5%	9.7%	3.2%	6.5%	61.3%	9.7%	6.5%	
無床診療所	21	5	23	4	3	5	16	16	5	2	63	3	61	
	11.9%	2.8%	13.1%	2.3%	1.7%	2.8%	9.1%	9.1%	2.8%	1.1%	35.8%	1.7%	34.7%	
歯科診療所	1	1	-	-	-	-	-	2	-	-	6	-	9	
	-	5.0%	-	-	-	-	-	10.0%	-	-	30.0%	-	45.0%	
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

- 連携している介護保険サービス（併設施設のみ）は、病院では、「訪問看護」が28.2%と最も多く、次いで「通所リハビリテーション」が22.8%、「介護老人保健施設」が14.8%となっている。
- 有床診療所では、「訪問看護」「通所リハビリテーション」「地域包括支援センター」がいずれも9.7%と最も多く、次いで「介護老人保健施設」「介護療養型医療施設」「居宅介護支援」が6.5%となっている。
- 無床診療所では、「居宅介護支援」「訪問介護」「訪問看護」がいずれも2.8%と最も多くなっている。
- 歯科診療所では、「居宅介護支援」「訪問介護」「通所介護」「地域包括支援センター」がいずれも5.0%となっている。

図表16. 連携している介護保険サービス（併設施設のみ）（複数回答）

	施設数	介護老人保健施設	介護老人福祉施設	介護療養型医療施設	居宅介護支援	訪問介護	訪問入浴介護	訪問看護	訪問リハビリテーション	居宅療養管理指導	通所介護	通所リハビリテーション	短期入所生活介護
合計	376	25	8	20	26	13	4	50	39	16	10	24	6
	100.0%	6.6%	2.1%	5.3%	6.9%	3.5%	1.1%	13.3%	10.4%	4.3%	2.7%	6.4%	1.6%
病院	149	22	6	18	18	6	3	42	34	11	5	20	5
	100.0%	14.8%	4.0%	12.1%	12.1%	4.0%	2.0%	28.2%	22.8%	7.4%	3.4%	13.4%	3.4%
有床診療所	31	2	1	2	2	1	-	3	1	1	1	3	1
	100.0%	6.5%	3.2%	6.5%	6.5%	3.2%	-	9.7%	3.2%	3.2%	3.2%	9.7%	3.2%
無床診療所	176	1	1	-	5	5	1	5	4	4	3	1	-
	100.0%	0.6%	0.6%	-	2.8%	2.8%	0.6%	2.8%	2.3%	2.3%	1.7%	0.6%	-
歯科診療所	20	-	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-
	100.0%	-	-	-	5.0%	5.0%	-	-	-	-	5.0%	-	-
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

	短期入所療養介護	特定生活介護施設入所者	福祉用具貸与	特定福祉用具販	夜間介護対応型訪問	認知症対応型通	小規模多機能型	居宅介護	認知症対応型共同生活介護	地域密着型特定生活介護	地域密着型介護施設	居宅生活介護	老人福祉施設	地域包括支援センター	その他	無回答
合計	21	-	-	-	1	-	1	2	0.3%	0.5%	-	-	12	-	290	
	5.6%	-	-	-	0.3%	-	0.3%	0.5%	-	-	-	-	3.2%	-	77.1%	
病院	20	-	-	-	1	-	2	2	13.4%	-	-	-	5	-	85	
	13.4%	-	-	-	0.7%	-	1.3%	1.3%	-	-	-	-	3.4%	-	57.0%	
有床診療所	1	-	-	-	-	-	-	-	3.2%	-	-	-	3	-	24	
	3.2%	-	-	-	-	-	-	-	9.7%	-	-	-	3	-	77.4%	
無床診療所	-	-	-	-	-	-	1	-	-	-	-	-	3	-	162	
	-	-	-	-	-	-	0.6%	-	-	-	-	-	1.7%	-	92.0%	
歯科診療所	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1	-	19	
	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	5.0%	-	95.0%	
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	

④地域連携のために実施している取組

- 地域連携のために実施している取組は、「他の医療機関等との研修会や勉強会等」が44.9%と最も多く、次いで「地域のケアマネジャーとの研修会や勉強会等」が37.8%、「地域住民に向けた講習会等」が21.3%となっている。
- 病院において、地域連携室の有無別にみると、いずれの項目においても、地域連携室を設置している施設の方が実施割合は高い。

図表17. 地域連携のために実施している取組（複数回答）

	施設数	他の研修会や勉強会等	地域の訪問看護ステーション等	地域ケアマネジャーとの研修会や勉強会等	地域住民に向けた講習会等	その他の取組を実施している	無回答
合計	376	169	67	142	80	40	121
	100.0%	44.9%	17.8%	37.8%	21.3%	10.6%	32.2%
病院	149	95	36	90	41	27	19
	100.0%	63.8%	24.2%	60.4%	27.5%	18.1%	12.8%
有床診療所	31	11	4	9	4	7	10
	100.0%	35.5%	12.9%	29.0%	12.9%	22.6%	32.3%
無床診療所	176	55	25	40	30	5	83
	100.0%	31.3%	14.2%	22.7%	17.0%	2.8%	47.2%
歯科診療所	20	8	2	3	5	1	9
	100.0%	40.0%	10.0%	15.0%	25.0%	5.0%	45.0%
無回答	0	-	-	-	-	-	-

図表18. 地域連携のために実施している取組（複数回答：病院の地域連携室の設置有無別）

	施設数	他の研修会や勉強会等	地域の訪問看護ステーション等	地域ケアマネジャーとの研修会や勉強会等	地域住民に向けた講習会等	その他の取組を実施している	無回答
合計	149	95	36	90	41	27	19
	100.0%	63.8%	24.2%	60.4%	27.5%	18.1%	12.8%
設置している	106	77	32	72	37	21	7
	100.0%	72.6%	30.2%	67.9%	34.9%	19.8%	6.6%
設置していない	42	18	4	17	4	6	12
	100.0%	42.9%	9.5%	40.5%	9.5%	14.3%	28.6%
無回答	1	-	-	1	-	-	-
	100.0%	-	-	100.0%	-	-	-



#### ⑤各サービスとの連携

- 各サービスとの連携についてみると、定期的な会合の開催（地域ケア会議等）では、「地域包括支援センター」が 39.9%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が 30.3%、「他の医療機関」が 20.5%となっている。
- 入退院時の情報提供では、「他の医療機関」が 57.2%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が 46.0%、「地域包括支援センター」が 39.1%となっている。
- 退院支援開始時の連携では、「居宅介護支援事業所」が 46.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 42.8%、「他の医療機関」が 32.2%となっている。
- 退院前カンファレンスへの参加では、「居宅介護支援事業所」が 42.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 36.7%、「訪問看護ステーション」が 30.3%となっている。
- 退院時の連携では、「居宅介護支援事業所」が 48.9%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が 45.5%、「他の医療機関」が 44.9%となっている。

図表19. 各サービスとの連携（複数回答）

		施設数	他の医療機関	他の歯科医療機関	居宅介護支援事業	訪問看護ステーション	訪問リハビリ事業所	地域包括支援センター	その他	無回答
定期（地域的な）会合の開催等	合計	376	77	12	114	58	20	150	36	167
		100.0%	20.5%	3.2%	30.3%	15.4%	5.3%	39.9%	9.6%	44.4%
	病院	149	46	5	65	43	15	83	22	35
		100.0%	30.9%	3.4%	43.6%	28.9%	10.1%	55.7%	14.8%	23.5%
	有床診療所	31	6	3	15	2	2	18	5	11
		100.0%	19.4%	9.7%	48.4%	6.5%	6.5%	58.1%	16.1%	35.5%
	無床診療所	176	20	2	32	13	3	46	9	108
	100.0%	11.4%	1.1%	18.2%	7.4%	1.7%	26.1%	5.1%	61.4%	
歯科診療所	20	5	2	2	-	-	3	-	13	
	100.0%	25.0%	10.0%	10.0%	-	-	15.0%	-	65.0%	
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
入退院時の情報提供	合計	376	215	22	173	131	39	147	17	126
		100.0%	57.2%	5.9%	46.0%	34.8%	10.4%	39.1%	4.5%	33.5%
	病院	149	123	17	127	103	32	112	12	3
		100.0%	82.6%	11.4%	85.2%	69.1%	21.5%	75.2%	8.1%	2.0%
	有床診療所	31	15	2	16	9	2	12	4	9
		100.0%	48.4%	6.5%	51.6%	29.0%	6.5%	38.7%	12.9%	29.0%
	無床診療所	176	76	3	30	19	5	23	1	95
	100.0%	43.2%	1.7%	17.0%	10.8%	2.8%	13.1%	0.6%	54.0%	
歯科診療所	20	1	-	-	-	-	-	-	19	
	100.0%	5.0%	-	-	-	-	-	-	95.0%	
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
退院支援開始時の連携	合計	376	121	9	173	104	33	161	14	162
		100.0%	32.2%	2.4%	46.0%	27.7%	8.8%	42.8%	3.7%	43.1%
	病院	149	72	8	125	80	28	120	11	10
		100.0%	48.3%	5.4%	83.9%	53.7%	18.8%	80.5%	7.4%	6.7%
	有床診療所	31	7	-	14	5	1	16	1	13
		100.0%	22.6%	-	45.2%	16.1%	3.2%	51.6%	3.2%	41.9%
	無床診療所	176	41	1	33	19	4	25	2	121
	100.0%	23.3%	0.6%	18.8%	10.8%	2.3%	14.2%	1.1%	68.8%	
歯科診療所	20	1	-	1	-	-	-	-	18	
	100.0%	5.0%	-	5.0%	-	-	-	-	90.0%	
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
退院前カンファレンスへの参加	合計	376	63	6	158	114	48	138	33	197
		100.0%	16.8%	1.6%	42.0%	30.3%	12.8%	36.7%	8.8%	52.4%
	病院	149	36	4	129	101	44	117	30	16
		100.0%	24.2%	2.7%	86.6%	67.8%	29.5%	78.5%	20.1%	10.7%
	有床診療所	31	2	1	11	5	2	9	2	17
		100.0%	6.5%	3.2%	35.5%	16.1%	6.5%	29.0%	6.5%	54.8%
	無床診療所	176	25	1	17	8	2	12	1	145
	100.0%	14.2%	0.6%	9.7%	4.5%	1.1%	6.8%	0.6%	82.4%	
歯科診療所	20	-	-	1	-	-	-	-	19	
	100.0%	-	-	5.0%	-	-	-	-	95.0%	
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-
退院時の連携	合計	376	169	17	184	130	58	171	27	149
		100.0%	44.9%	4.5%	48.9%	34.6%	15.4%	45.5%	7.2%	39.6%
	病院	149	105	13	132	104	51	130	24	4
		100.0%	70.5%	8.7%	88.6%	69.8%	34.2%	87.2%	16.1%	2.7%
	有床診療所	31	9	1	16	7	3	15	1	11
		100.0%	29.0%	3.2%	51.6%	22.6%	9.7%	48.4%	3.2%	35.5%
	無床診療所	176	53	3	36	19	4	26	2	116
	100.0%	30.1%	1.7%	20.5%	10.8%	2.3%	14.8%	1.1%	65.9%	
歯科診療所	20	2	-	-	-	-	-	-	18	
	100.0%	10.0%	-	-	-	-	-	-	90.0%	
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-

## 5) 在宅移行への具体的な取組み

### ①病院における具体的な取組み

- 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時の取組みは、「病棟担当者がアセスメントを行っている」が 57.7%と最も多く、次いで「スクリーニングを1週間以内に実施している」が 51.0%、「地域ケア会議等に定期的に参加し、情報収集をしている」が 30.9%となっている。

図表20. 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時の取組み（複数回答）【病院】

	施設数	地域ケア会議等に定期的に参加している	入院時に多職種連携している	情報を共有している	スクリーニングを1週間以内に実施している	病棟担当者がアセスメントを行っている	無回答
病院	149 100.0%	46 30.9%	19 12.8%	76 51.0%	86 57.7%	26 17.4%	

図表21. 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時のその他取組み【病院】

#### 【地域医療情報ネットワークシステムから情報を得ている】

- ・ 地域の医療情報ネットワークシステムにより、情報はリアルタイムに把握できる。

#### 【かかりつけ医、訪問看護事業所、担当ケアマネ、訪問看護師等から情報を得ている】

- ・ 地域のかかりつけ医からの診療情報提供書、担当ケアマネからの入院前の情報提供書を活用している。
- ・ 居宅介護支援事業所や訪問看護師より入院前の情報提供をしてアセスメントに役立てている。
- ・ 本人、家族、ケアマネより入院前の情報を聞き取りする。
- ・ 病院スタッフ、訪問看護ステーション、居宅介護支援センター、老健、地域包括サブセンター等のメンバーで、在宅ケア会議を月1回行い、情報収集・共有を行っている。
- ・ 入院前、入退院担当看護師が情報収集をし、入院時外来でその後病棟において各看護師が必要な情報を追加収集し、アセスメント入院中のプランを立てる。
- ・ 入院時、包括支援センターなどに連絡をし、在宅でのADLなどの情報を受けている。
- ・ 入院時に今後の希望、(在宅もしくは施設)を聞いて施設希望時は介護度の確認と、施設の申し込み状況を確認している。
- ・ 入院時には担当ケアマネジャー、訪問看護事業所より情報を得ている。
- ・ 入院時に担当ケアマネの確認を行い、早期の連絡を行う。介護認定がない場合は必要性を検討し、あれば入院中に申請、利用まで他機関と連絡とりながら進める。2週に1度地域のサービス担当者会議が開かれるので、支援が必要になりそうな人がいたら情報共有する。

#### 【スクリーニングを早期に行っている】

- ・ 入院案内でスクリーニングを実施している。
- ・ 入院時にスクリーニングを行っている。(入院時は、家族の方も一緒に、情報も一番得やすい)
- ・ スクリーニングシートを作成し、病棟担当者が入院時にチェックをしている。
- ・ 48時間以内にスクリーニングを行っている。
- ・ 入院後3日以内にスクリーニングを実施している。
- ・ 全入院患者に対し、退院支援アセスメントシート、患者情報シートを使用し、スクリーニングを行っている。そのシートをもとに、入院当日、もしくは翌日には、チームで退院支援カンファレ

ンスを開き、情報の共有を行いチームでアセスメントするよう心がけている。

- ・ スクリーニングは病棟ナースが記入し、翌日には連携室に届く流れになっている。
- ・ 院内で退院調整システム構築し、対応している。入院時とその後の状態に合わせ、スクリーニング施行。退院調整必要な場合は、連携室へ。

**【地域医療連携室に早期に入ってもらおう】**

- ・ 入院時に連携室の相談員が家族と面談するよう心がけている。
- ・ 問題があるケースは、早めに医療連携室に入ってもらおう。
- ・ 入院中に医療福祉相談援助依頼書が地域医療連携室に回ってくる。それを元に退院支援を開始している。
- ・ 入院時は連携室室員が、ケアマネジャーからの情報及び他院連携室からの情報を入院病棟へ提供している。直接、病棟看護師が、紹介元等に照会し情報を得る場合もある。
- ・ アセスメントを病棟担当者と医療連携課担当者と共同で行う。
- ・ 一次スクリーニングは病棟看護師、二次スクリーニングは連携室で実施している。

**【MSWに早期介入してもらっている】**

- ・ 新入院患者、全員の生活状況についての情報収集を、MSWが行い、介入の必要性があれば、早期に初回の面接を行う。
- ・ スクリーニングシートを担当看護師が記載し、MSWがチェックしている。
- ・ スクリーニングシートに1ヶ箇所チェックがつけばMSWに連絡がいき、早期に介入。
- ・ 病棟師長と担当看護師とMSWで家族と面談する。
- ・ 毎日のカンファレンスにソーシャルワーカーも参加し介入のタイミングをはかる。

**【病棟カンファレンスを行っている】**

- ・ 入院治療後に支援が必要となるケースをおとさないように、病棟カンファレンスでチェックしている。
- ・ 毎週病棟毎に退院支援カンファレンスを実施し多職種で情報共有している。
- ・ 毎週病棟回診やカンファレンスに参加し情報収集、アセスメントを行い対応する。

**図表22. 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時の課題【病院】**

**【スクリーニングをしていない】**

- ・ スクリーニングが行われていないため、対応が遅い。
- ・ スクリーニングを行っていないので、介入もれがある。

**【早期にスクリーニングが行えていない】**

- ・ 医師、看護師が入院時のスクリーニングやアセスメントを重要視していないため、介入が遅くなることが多い。
- ・ 早期にスクリーニングが実施できていないため、実際に退院が近くなってから支援が必要な人に働きかけるようになってしまい、余裕をもった支援が行えていない。
- ・ 現在、スクリーニングやアセスメントは入院後病棟看護師により実施されているが、外来受診時や在宅療養中の関わりの中で、外来看護師や訪問看護師から開始できるとよい。そうすることで、入院ではなく、在宅療養を望む患者さんの入院回避にも繋がると考えられる。

**【スクリーニングシートが活用できていない】**

- ・ スクリーニングシート（ハイリスクスクリーニング基準・日常生活機能評価表）の見直し。
- ・ まだ活用できていないので活用できるように周知していく。
- ・ 特定のスクリーニング様式がないため、基準が曖昧。
- ・ 初期段階において、医療、看護面のスクリーニングと課題の割り出しが乏しい。今後同地域内の病院の入院時のスクリーニングシートを参考に検討したい。
- ・ スクリーニングがもれることがある。在宅移行にむけたプランの立案が不足している。

- ・ 現在使用しているスクリーニングシートは退院調整加算を算定するにあたっての退院支援計画書の作成が必要かどうかを見極めるツールの1つでしかないのが現状。
- ・ 病棟担当者のレベルアップ、スクリーニングのスキルアップが必要（在宅支援、介護保険内容について勉強不足）。

#### 【スクリーニングと実際が異なることがある】

- ・ スクリーニングのみでは、患者や家庭の個別課題が判明しないことが多い。
- ・ 入院が長期化した場合、スクリーニング時と状況が変わっていることがあり、支援が必要ないとしていた患者であっても支援が必要となっている場合がある。
- ・ 病状が不安定な中でのスクリーニングケースが多く、1週間以内だと方向性が見出しにくい。
- ・ 急性期病院で、スクリーニングを1週間以内に判定することが難しい場合がある。
- ・ 入院時に考えていた計画と違う事がやはり多くなって在宅受け入れが困難になりつつある。

#### 【アセスメントが不十分】

- ・ アセスメントまでは十分にできていない現状であり今後課題である。
- ・ 在宅移行のためのアセスメントではない。
- ・ 力量によりアセスメント内容が変わる。
- ・ スクリーニング及びアセスメントが主観的なものとなっているため、担当者によって判断にバラつきがある。
- ・ スクリーニング表を病棟から提出してもらっているが、病棟看護師のアセスメント不足がある。
- ・ 病棟担当者のアセスメントに対して全く介入しておらず、地域連携室の一時的な支援になりかねず迷っているところである。

#### 【地域連携室が機能していない】

- ・ 職員不足を理由に地域連携室の必要性、入院患者の在宅移行への関心がない。
- ・ 地域連携室が設置されておらず入院受入については、総合相談窓口での兼任となっている。地域連携室の設置が課題である。
- ・ 地域連携室がないため病棟看護師が行っている。日常業務と兼務のためなかなか相談の時間がとれない状況である。
- ・ 連携担当者が兼務状況でありトータルに支援できない（病棟の受け持ちがアセスメントしていくが、常に経過をみていく事が困難）。

#### 【退院調整についての取り組みができていない】

- ・ 退院にむけての取り組みが確立されていない。
- ・ 病棟には退院支援を行なっている担当者がいない。
- ・ 退院調整看護師は院内に1名しかおらず、退院支援には限りがある。
- ・ 退院調整部が無い為病棟の負担が大きい。
- ・ 医師の方針が家族に伝わっていないことが多く、退院支援へつなげることができない。
- ・ 病棟によって差があるので、共通な認識で退院支援が必要である。

#### 【多職種カンファレンスを開催していない】

- ・ 入院時の多職種カンファレンスは実施されていない。
- ・ カンファレンスを開催していないので、調整に時間がかかることがある。
- ・ 入院時に担当ケアマネや家族とのカンファレンスを行い、患者の背景を把握することが重要。
- ・ 主治医が多忙でカンファレンスの時間がとりにくい。

#### 【地域ケア会議が開催されていない】

- ・ 地域ケア会議が開催されていない。
- ・ 地域ケア会議では、個別的な情報は出されず、地域の状況及び行政からの情報共有のみ。
- ・ 福祉課や町内の医療機関、介護、福祉施設、関係者との連携体制の構築。

**【MSWが不在である】**

- ・ MSWが入院時からかかわることができれば良いが、他の業務も沢山ありかかわることができない。
- ・ ソーシャルワーカー不在のため、病棟師長、リハビリスタッフが主となって調整にあたっている。入院前の情報把握が不十分な点があり、ケアマネジャーや他院ソーシャルワーカーとの連絡連携の必要がある。

**【情報共有が出来ていない】**

- ・ 入院前の状況が伝わってこないことがある。また情報伝達がおそかったりするとタイムリーな情報共有ができない。
- ・ 入院後1週間以内に多職種や担当ケアマネジャーとの情報共有が一部しかできていない。
- ・ 介護保険の有無やサービスの使用状況。キーパーソンの把握や支援人材のチェックなど（家族背景）について、ケアマネジャー、前施設から生活背景などの情報の引き継ぎができると良い。
- ・ 担当ケアマネジャーより入院前の情報を得られない場合がある。
- ・ 介護保険利用している方でもケアマネジャーが必ず来院される訳ではないので情報交換が出来ない事もある。

**【中心となる部署や職員がいない】**

- ・ 本業務には専任職員がおらず、兼務により行っているところから、より広範囲からの情報収集が行なわれていない。細かな計画の作成は困難となっている。
- ・ 中心となり取り組む部署がないので、評価等が十分に実施できない。

- 退院支援開始時の取組みは、「本人・家族の意向を定期的に確認している」が 66.4%と最も多く、次いで「多職種による退院前（家庭）訪問を実施している」が 35.6%、「アセスメント結果が判明後、直ちに退院計画を作成している」が 34.2%となっている。

**図表23. 退院支援開始時の取組み（複数回答）【病院】**

	施設数	アセスメント後、直ちに結果が院	計画を家族の意向をい	本定的に確認し退院をい	多職種による訪問退院実施	無回答
病院	149 100.0%	51 34.2%	99 66.4%	53 35.6%	37 24.8%	

**図表24. 退院支援開始時のその他取組み【病院】**

**【定期的にカンファレンスを行っている】**

- ・ 看護師、リハビリスタッフと週1回カンファレンスを行い経過の確認や、退院予定の確認を行っている。
- ・ リハビリカンファレンス、NST褥瘡対策委員会にて定期的に多職種との情報共有を行っている。
- ・ 病棟で看護師、MSW、主治医も交えて定期的にカンファレンスを開催している。
- ・ 退院支援カンファレンスは入院当日、もしくは翌日から、退院迄、定期的にひらき、退院計画の立案、見直しを継続して行っている。医療上、生活介護上の検討課題を洗いだし、目標支援期間や支援概要を明らかにするようにしている。
- ・ 退院が予想される頃をみて、前もって看護師、PTと共にケアマネジャーを混じえてカンファレンス、患家訪問等を実施している。



**【本人・家族の意向の確認を多職種でおこなっている】**

- ・ プライマリナースとSWが本人家族の意向を都度確認。
- ・ 医師、看護師と連絡を図り本人、家族への病状説明の際にMSWが同席している。
- ・ 意向を確認する場合、ケアマネにも参加していただく時もある（方向性の共通認識のため）
- ・ 各病棟師長が本人、家族の意向を確認し、ケアマネジャーと連携している。

**【地域連携室と連携している】**

- ・ 退院支援計画書は病棟担当看護師と地域連携室の退院支援者とが協働で作成している。
- ・ 病棟担当者がアセスメント後、相談室での介入が必要と判断した場合、退院支援依頼計画書を相談室に提出している。
- ・ スクリーニングで退院調整が必要な患者の退院調整シートを病棟担当者は連携室に提出する。
- ・ 病棟の退院調整看護師と協働し、退院に向けての役割分担を行なっている。

**【退院前訪問では、住環境の整備ができていないか確認している】**

- ・ 住環境の確認・評価・サービス導入にむけて理学療法士、担当ケアマネジャー、地域包括支援センターのスタッフと一緒に、患者の外出時に家庭訪問を実施している。
- ・ 在宅生活での環境整備ができていないか、日常生活の動線を退院前訪問により確認し、病棟で出来る取り組み、リハビリを実施するために自宅を訪問している。
- ・ 必要に応じ、ナース、PT、OT、ケアマネジャー、MSW、地域包括支援センタースタッフと同行している。
- ・ 住環境の確認のため、PTによる退院前訪問を実施。居住環境の調整、アドバイスをを行っている。
- ・ 住宅改修など退院前に事前調査が必要な患者には理学療法士、CWが退院前の事前訪問をしている。

**【介護保険が必要な人には介護認定申請依頼を行っている】**

- ・ 介護保険が必要な方、施設利用希望の方などは早期にMSWに依頼する。
- ・ 支援が必要な場合、退院の意向確認と介護サービスの説明、介護認定申請依頼を行っている。
- ・ 必要に応じて介護保険申請の変更、申請の支援、ケアマネジャーへの情報提供を行っている。
- ・ 介護保険の申請、変更申請について家族と相談し進めていく。

**図表25. 退院支援開始時の課題【病院】**

**【退院支援計画書作成が遅れる】**

- ・ 退院支援計画書着手が1週間以内にできないことがあり、病棟スタッフの意識向上が必要。
- ・ 病状や治療方針によっては、1週間以内に方向性が決定していないため、退院支援計画書の作成が困難な場合がある。
- ・ 退院支援開始時と同時に退院計画を完成させることはできない。
- ・ 退院支援計画書の記載が簡潔にできるよう書式見直しが必要。

**【退院支援のタイミングが難しい】**

- ・ 支援開始のタイミングを逃すことがある。
- ・ 主治医によって、退院の目安が異なるので調整が異なることがある。
- ・ 主治医の方針が急に変わることがあり対応が困難を極めることがある。
- ・ 治療方針が定まらないケースだと退院計画が作れない為方向性が決まらない。
- ・ 病状が重い場合、または変化が大きい場合は支援のタイミングが難しい。
- ・ 病状安定せず、1週間以内に家族と退院について話すことが、なかなかできない。
- ・ 早い時期から、退院に向けての方向性や在宅での生活を見通した支援が十分にできていない。
- ・ 計画的に退院をすすめられるよう早期から患者、家族との関わりをもち退院計画書を作成したい。
- ・ 在宅支援（訪問診察看護）は行っているが、入院当初からかかわるシステムが構築されていない。
- ・ 入院期間が短く退院支援が間に合わないことがある。
- ・ 病棟スタッフによるアセスメントと、実際の退院支援の内容に差異が生じていることがある。

**【本人・家族の意向確認が難しい】**

- ・ 家族と会うタイミングが難しい。本人、家族の意向を確認する際に、家族の就労等の事情によっては診療時間内に来院いただけないことがあり、意向の確認がタイムリーに行えないことがある。
- ・ 病棟看護師は本人家族の意向より、主治医の意向を重視していることが多い。
- ・ 本人と家族の意向の違い、入院をきっかけに在宅が困難になるケースも多く、働きかけが難しい。
- ・ 家族が多忙を理由に来院困難な場合、家族の都合に合わせて、夜間・休日に相談せざるを得ない。
- ・ 本人家族の意向を入院早々に確認できていることが少なく、定期確認も十分にできていない。
- ・ 現実と意向に差がある場合、目標がなかなか設定できない。

**【家族が退院支援を早期にすることを望まない】**

- ・ 急性期病院であるがゆえに退院支援を早期に開始する事に患者家族の抵抗がある。
- ・ アセスメント直後では、まだ患者の状態が安定しておらず、退院後の話はしづらいこともある。
- ・ 患者の病状が不安定な中での退院計画になるため、家族とのコミュニケーション（退院に係る相談等）が難しい。
- ・ 入院後まもなくから退院後の話しをすることに抵抗がある。
- ・ 退院支援に入る、タイミングが難しい。退院許可が出てからでは遅いが、退院許可が出ない段階では、本人、家族が納得して話しをすすめることが行いづらい。

**【退院後の受け入れ先がない】**

- ・ 本人、家族が希望する施設の空きがなく、やむなくショートステイをしながら希望の施設を待たなければならない。
- ・ 施設を希望された場合の施設の空き情報収集等。
- ・ 在宅サービス資源が不足しているため、家族、本人の意向どおりに退院の方向が決まらないことがある。
- ・ 施設入所希望について受け入れてくれる空床がない。

**【全ての患者に対して退院前訪問ができない】**

- ・ 退院前訪問は全ての患者に行えていない。患者の生活状況、生活環境を知るために、1人でも多くの患者の退院前訪問が行えればと思う。
- ・ 多職種で訪問し退院後の生活を考える必要があるが、看護師不足により病棟看護師が必ず訪問できるわけではなく、中途半端に終わっている。
- ・ 退院前訪問ができるとよい。本人、家族の意向を確認し、情報集収に力を入れても、患者の在宅での療養生活をイメージするのは難しい。退院前訪問をすることで患者の生活がみえ、よりよい退院支援が行えると思われる。
- ・ リハビリスタッフによる退院前訪問は実施しているが、看護師や連携室スタッフによる訪問は、業務的に行うことができていない。

**【人手不足のため十分な退院支援が行えない】**

- ・ 退院支援が必要な患者に対し、MSWの数が少ない。
- ・ 担当者が兼任のため、職種間の調整に時間を要する。
- ・ 退院調整看護師の役割を病棟師長が担っており、マンパワーの不足が挙げられる。
- ・ 専任者は一人であり細かく対応できない。
- ・ 本業務には専任職員がおらず、兼務により行っているところから、より広範囲からの情報収集が行われていない。細かな計画の作成は困難となっている。
- ・ 定期的な多職種カンファレンス（退院や方向性について）の必要性は感じているが、業務に追われ、看護師、リハビリスタッフによるカンファレンスにとどまってしまっている。ソーシャルワーカーなど、主になって調整にあたるスタッフがいないため、対応が送れ、十分な計画を立てられない場合がある。



- 退院調整実施時（カンファレンス開催等）の取組みは、「退院カンファレンスは多職種が参加している」が 67.1%と最も多く、次いで「介護保険利用者においては、必ずケアマネジャーが初回のカンファレンスに参加している」が 34.9%、「患者の体調・家庭環境等に変化があった場合は、直ちに退院計画に反映する仕組みを構築している」が 26.2%となっている。

図表26. 退院調整実施時（カンファレンス開催等）の取組み（複数回答）【病院】

	施設数	アセスメント後、1週間以内で退院する	追加しているカンファレンスは多職種が参加している	患者の体調・家庭環境等に変化があった場合は、直ちに退院計画に反映する仕組みを構築している	退院前（家庭）訪問を複数回実施している	介護保険利用者において、カンファレンスに参加している	無回答
病院	149 100.0%	15 10.1%	100 67.1%	39 26.2%	13 8.7%	52 34.9%	39 26.2%

図表27. 退院調整実施時（カンファレンス開催等）のその他取組み【病院】

【カンファレンス以外にも連携を密にする】

- ・ カンファレンス以外にも、各病棟師長との連携を密にし、リハビリを開始している患者には、ADLの改善状況を把握。
- ・ カンファレンスが開催できない場合は、電話で情報共有している。
- ・ 病状、家庭環境に変化があった場合は、方向性確認シートを用いて多職種で情報を共有している。
- ・ カンファレンス後も、新たに気づいたことなどお互いに連絡を取り合い、共有していく。
- ・ 多職種カンファレンス→退院前訪問→介護指導→試験外泊→退院前カンファレンス→退院という流れをとっている。

【リハビリカンファレンスを行う】

- ・ 退院前は、家屋評価の場合にリハビリスタッフと同行し、在宅ケアマネジャー、家族を交えカンファレンスする事がある。（可能であれば、患者本人も同行する）
- ・ リハビリカンファレンスにおいて、ADLの状態の確認を行うとともに、体調や家族環境の変化が生じた場合は、適宜話し合いを行っている。

【介護保険利用者は、ケアマネジャーとの連携を密にする】

- ・ 介護保険利用者は、退院前にケアマネジャーも参加し、情報交換し適切な援助が行えるよう計画を作成している。退院前、家族への介護の実演指導も行っている。
- ・ 介護保険利用者は退院可能となれば家族やケアマネを通してケア会議（医師、PT、OT、患者、家族、ケアマネ、看護師、ショートステイ施設担当者など）会催し退院日を決定する。
- ・ 治療終了の見通しが付いてから3日以内程度にケアマネジャーに来院を依頼。
- ・ 退院前になるとケアマネジャーと退院調整看護師は密に連絡をとりあって、退院後の生活がスムーズに行える様計画を勧めている。
- ・ ケアマネジャーが決まっていない場合は、保健師と連絡し、退院後の調整を行っている。

**【サービス担当者会議を開催する】**

- ・ 必要と思われる患者にはサービス担当者会議を開く。出席者は担当看護師、栄養士、PT、CW。
- ・ ケアマネジャーへの情報提供とサービス担当者会議への出席。
- ・ 退院の時は出来るだけ担当者会議を行うように取り組んでいる（ADLの低下、病状の変化、医療依存の高いケースは必ず）。

**図表28. 退院調整実施時（カンファレンス開催等）の課題【病院】****【カンファレンスを開催することが難しい】**

- ・ 退院前訪問ができる体制は作ったが、人手の問題もあり、実施にまで至っていない。
- ・ 担当者会議等開催が少ないので今後、できるだけ行なうようにしたい。
- ・ 限られた患者、問題があるケースにしかカンファレンスを開けていない。
- ・ 退院調整のためのカンファレンスは、入院直後に1回目を行うのが望ましいが実施できていないため、支援の必要性の判断が遅れがちである。

**【カンファレンスには、多職種が参加できない】**

- ・ カンファレンスの日程調整が困難。
- ・ すべての担当ケアマネジャーに、初回カンファレンスの参加の依頼ができない。（病院スタッフ、ケアマネジャー、お互いの時間が合わない）
- ・ 家族の都合が合わない。
- ・ 開業医の参加が困難。

**【カンファレンスのタイミングが難しい】**

- ・ アセスメント後になるべく早くカンファレンスができるといい。
- ・ 退院日が計画されている直前に肺炎等で体調をくずされる事が度々ある。

**【家族からの退院の同意が得られない、退院後の受け入れ先がない】**

- ・ 家族が遠方の場合など、日程調整が進まず、本人が退院できる状態であっても、退院できない。受け入れの施設も希少のため困るケースも多い。
- ・ 経済的問題で必要なサービスが受けられず退院できないケースがある。
- ・ 施設や療養病床へ移るとなると、年おいた家族は遠方になるので拒否するケースもある。
- ・ 医療依存度が高いケース（胃ろうや経鼻経管、在宅酸素等）は、家族の介護力がないと、在宅への移行が難しい状況。
- ・ 家族もそれに代る親族、キーパーソンもない患者の場合、保証人も立てられないため施設入所も出来ず、独居も困難となると、退院は極めて困難となる。
- ・ 受け入れ先がなかなか見つからないなど地域の社会資源が不足している。
- ・ カンファレンスの必要性について患者や家族からの理解が得られない事もある。

**【退院日直前に体調が悪くなることもあり、調整が難しい】**

- ・ 体調変化等で計画に反映する仕組みの構築はないがすぐに対応（計画変更）する必要がある。
- ・ 具体的な退院時期やその時点でのADLがはっきりしない場合十分な調整ができないこともある。
- ・ 患者の状態変化、環境変化がタイムリーに退院計画に反映するためには、経時的なカルテ記載を必要とする必要がある。

**【退院前訪問ができていない】**

- ・ 退院前訪問については、ケースバイケースになっている。
- ・ PT、OTによる家屋調査が必要だが、マンパワー不足で訪問できない。

**【マンパワーが不足しているため、細かな計画ができない】**

- ・ 地域連携室がないため、受け持ち看護師の負担が大きい。
- ・ 本業務には専任職員がおらず、兼務しているため、より広範囲からの情報収集が行なわれていな

い。細かな計画の作成は困難となっている。

- ・ 退院調整が開始からスタートまで短期間の場合、病院側スタッフが少ないため余裕がない。

**【退院前カンファレンスの方針が未定】**

- ・ 必要なカンファレンスが実施できるようなフローチャートができていないため個人差が出る。
- ・ 退院カンファレンスが、サービス担当者会議となることがある。ケアマネジャーが主となるのではなく担当看護師が積極的に支援をプランしていきたい。ケアのマネジメントはケアマネジャーでよいが、在宅医療のマネジメントは看護師が、行う必要がある。ケアマネジャーもMSWも福祉については強いが、医療はわからない面が多く、ケアマネジャーまかせにせず看護師がひっばって行くべきと考える。
- ・ 退院前カンファレンス時に利用する資料がわかりにくい。用式など新しく、誰もがわかりやすいものを作成する。
- ・ カンファレンス時の人物配位置や司会進行など、カンファレンスを進行しやすい工夫・スキルの向上が必要。
- ・ 退院カンファレンスとサービス担当者会議の位置づけを、混同している。

- 退院時・退院後のフォローの取組みは、「地域ケア会議等の場で患者情報を共有している」が 36.2%と最も多く、次いで「退院後に定期的に患者宅を訪問している」が 6.0%となっている。

**図表29. 退院時・退院後のフォローの取組み（複数回答）【病院】**

	施設数	退院後に在宅を定期的に訪問	地域のケア会議等共有している	無回答
病院	149 100.0%	9 6.0%	54 36.2%	91 61.1%

**図表30. 退院時・退院後のフォローのその他取組み【病院】**

**【担当ケアマネジャー、地域包括支援センター、施設等から状況を確認している】**

- ・ 居宅のケアマネジャーや地域包括支援センターへ退院サマリを渡している。
- ・ 退院時に退院前の状況を記した提供書をケアマネジャーに渡し、継続問題の支援を依頼している。
- ・ 退院後の様子を、担当ケアマネより確認している。
- ・ ケアマネや訪看より必要に応じて情報提供を受け、必要があれば受診等の手続きをしている。
- ・ 在宅なら担当ケアマネジャーに情報収集。施設入所の方は施設に情報収集。

**【外来受診時・訪問診療時に状況を確認している】**

- ・ 外来時や電話にて状態確認。自宅での生活についての情報収集をしている。
- ・ サマリで状況を共有し外来でフォローしている。
- ・ 退院時、担当ケアマネジャーや介護施設等へ看護サマリ等情報提供をし、訪問診療が必要なケースは外来看護師へ引きつぎ、継続的なフォローができるようにしている。
- ・ 訪問診療時に医師への情報提供を行っている。

**【電話・葉書で状況を確認している】**

- ・ 自宅へ退院された患者へ約2週間後に電話での現状の問い合わせをしている。
- ・ 師長が葉書を送っている。

**【相談窓口を置いている】**

- ・ 患者家族や関係機関からの相談問合せに連携室が窓口になって対応している。
- ・ 相談があれば、いつでも対応している。
- ・ 退院後も随時、問い合わせに対応する体制をとっている。
- ・ 困ったことがあれば相談するよう説明する。
- ・ 退院患者の受診に関することなどのケアマネジャーからの相談を総合相談窓口で対応している。

**【その他の会議等で情報を共有している】**

- ・ 主治医と担当ケアマネジャーとの情報交換を目的として、合同カンファレンスを開催。
- ・ 退院前に関わったスタッフ（医師、看護師、MSW、PT）と、在宅のスタッフを混ぜた合同カンファレンスを適宜行っている。
- ・ 自院の訪問看護、居宅介護支援事業所、相談室で定期の会を開き情報共有している。また他の居宅介護支援事業所とも定期の会を開催している。
- ・ 相談部会、症例検討会を開催している。
- ・ 院内訪問看護師及び高齢者支援担当、包括担当保健師やケアマネと月1回会議を行っている。
- ・ サービス担当者会議で在宅の状況を確認している。
- ・ 支援ハウスの入所判定会議に参加し患者の情報提供、共有をおこなっている。

**図表31. 退院時・退院後のフォローの課題【病院】****【そもそも退院時・退院後のフォローができていない】**

- ・ 退院後のフォローは、何も出来ていない。
- ・ 入院援助と退院援助に追われ、アフターフォローが不十分となっている。
- ・ 全対象患者への介入はできていない。

**【患者宅の訪問は難しい】**

- ・ 患者宅訪問等は今の人的体制では実施困難である。
- ・ 退院後は、在宅にまかせきりで施設の方から訪問する余裕が今のところない。

**【外来・往診以外のフォローは難しい】**

- ・ 退院後、外来フォロー以外にMSWが介入する事はなく、退院と同時に終了となる。
- ・ 退院支援で介入しても外来通院されない方はその後が見えない。
- ・ 本人、家族が外来受診しなかった場合、その後の様子がわからない。
- ・ 往診に行っている方以外は退院後訪問するのは難しいため、外来受診時把握や地域包括センターへ依頼している。

**【サービスを利用していない患者のフォローができない】**

- ・ 地域ケア会議で介護保険を利用している人の情報は得ることができるが、対象外の人把握ができていない。
- ・ サービス利用者は、ケアマネジャーや訪問看護師から情報を共有できるが、サービスを利用していない患者のフォローをどうしていくか。
- ・ 本人、家族が在宅での専門職の関わりを拒否した場合、地域での見守り、発見時の対応など地域での仕組みが現時点ではできていない。
- ・ 当院がかかりつけでない場合や担当地域外への退院後の情報が入りにくい。
- ・ 患者の住所地の行政区が違う場合の連携方法を工夫し構築する必要がある。
- ・ 病院を支援してくれている住民団体はあるものの、行政、専門機関、住民の間に協働の仕組みづくりが全く進んでいない状態。

**【フォローのための情報共有の方法が難しい】**

- ・ 病棟から外来への情報が的確に伝達されにくい。
- ・ 地域ケア会議等は課題が決まっており、固定患者の情報共有は難しい。

- ・ 在宅においての情報交換と共有のためにステーション、居宅、事業所など、介入している担当者によるケースカンファレンスが必要だと考えてはいるが、主体的にかかわっていく役割をどこが担っていくべきかと考えている。

## ②有床診療所における具体的な取組み

- 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時の取組みは、「地域ケア会議等に定期的に参加し、情報収集をしている」が 29.0%と最も多く、次いで「病棟担当者がアセスメントを行っている」が 19.4%、「入院時に多職種カンファレンスを開き情報を共有している」「スクリーニングを1週間以内に実施している」が共に 9.7%となっている。

図表32. 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時の取組み（複数回答）【有床診療所】

	施設数	地域ケア会議等に情報収集している	入院時に多職種カンファレンスを開き共有している	スクリーニングを1週間以内に実施している	病棟担当者がアセスメントを行っている	無回答
有床診療所	31 100.0%	9 29.0%	3 9.7%	3 9.7%	6 19.4%	19 61.3%

図表33. 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時のその他取組み【有床診療所】

- ・ ルーティンワークとして特に決まったことはしていないが、個々の患者に応じて、在宅移行を積極的に進めている。
- ・ 入院時のアナムネーゼ聴取の際、家族より聞きとりをしている。
- ・ 週1回入院患者全員について、多職種カンファレンスを行って方向性等も検討している。
- ・ 小地域にあるため、スタッフ・関係者は患者のことをよく知っていて情報も多く、医師の判断の大きな助けになっている。

図表34. 入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時の課題【有床診療所】

- ・ 地域包括支援センターとの連携は図っているが、地域資源も少なく家族などのキーとなる方の確保や積極的な関わりが少なく在宅移行が進まない。
- ・ 入院時、少しは家族を休ませて上げようと考えて、また、入院の原因になった疾病もどうなるか解らないので、退院については暫く触れないようにしている。しかし、この期間が長くなる事は、非常に注意を要する。介護する対象がいらないことに慣れてしまうと、在宅復帰が困難になりやすい。

- 退院支援開始時の取組みは、「本人・家族の意向を定期的に確認している」が 51.6%と最も多く、次いで「多職種による退院前（家庭）訪問を実施している」が 16.1%、「アセスメント結果が判明後、直ちに退院計画を作成している」が 9.7%となっている。

図表35. 退院支援開始時の取組み（複数回答）【有床診療所】

	施設数	アセスメント結果が判明後、直ちに退院計画を作成している	本人・家族的意向を確認している	定期的・家庭的に訪問を実施している	多職種による訪問退院実施	無回答
有床診療所	31 100.0%	3 9.7%	16 51.6%	5 16.1%	15 48.4%	

図表36. 退院支援開始時のその他取組み【有床診療所】

- ・ 患者様の状況に合わせ、その都度、本人、家族の意向を確認している。
- ・ 必要があれば、その他の職種の方に在宅状況の把握を依頼している。
- ・ 部分的に実施し、主にPTによる訪問。
- ・ 入院時から、退院を目指して計画を立案している。その為に特別に行っている事は、主治医と担当ナースの検討会である。最初に最も退院にあたって問題となる事柄を考察し、その後チェックシートを用いて、漏れが無いかを確認する。

図表37. 退院支援開始時の課題【有床診療所】

- ・ 計画書の作成も医師がするので大変。
- ・ 課題としては、家族の意向がまとまりにくい、よく変化することなど、同一患者入退院を繰り返すとともに状況の変化があり、そのつど十分にアセスメントされていないことがある。



- 退院調整実施時（カンファレンス開催等）の取組みは、「介護保険利用者においては、必ずケアマネジャーが初回のカンファレンスに参加している」が 29.0%と最も多く、次いで「退院カンファレンスは多職種が参加している」が 22.6%、「患者の体調・家庭環境等に変化があった場合は、直ちに退院計画に反映する仕組みを構築している」が 16.1%となっている。

図表38. 退院調整実施時（カンファレンス開催等）の取組み（複数回答）【有床診療所】

	施設数	アセスメント後、1週間以内で退院する	追加しているカンファレンスは多職種が参加している	患者の体調・家庭環境等に変化があった場合は、直ちに退院計画に反映する仕組みを構築している	退院前（家庭）訪問を複数回実施している	介護保険利用者においてはカンファレンスに参加している	無回答
有床診療所	31 100.0%	1 3.2%	7 22.6%	5 16.1%	2 6.5%	9 29.0%	18 58.1%

図表39. 退院調整実施時（カンファレンス開催等）のその他取組み【有床診療所】

- ・ 外泊等を積極的に利用して問題点を早期に知るよう努めている。
- ・ 週1回のカンファレンスでだいたいカバーしている。

図表40. 退院調整実施時（カンファレンス開催等）の課題【有床診療所】

- ・ ケア会議を毎月実施し、個々の事例検討を行っている。また、保健センターの保健師と保健医療連携協議会を開き、保健師の訪問状況など情報共有を行っている。（主に退院後に予想される問題点を話し合う）
- ・ 退院調整ナースの育成が課題と考えている。
- ・ カンファレンスの時間が不十分で内容が深まっていない時もある。会議は月2回。

- 退院時・退院後のフォローの取組みは、「地域ケア会議等の場で患者情報を共有している」が 29.0%と最も多く、次いで「退院後に定期的に患者宅を訪問している」が 22.6%となっている。

図表41. 退院時・退院後のフォローの取組み（複数回答）【有床診療所】

	施設数	退院後に定期的に訪問している	地域ケア会議等の場で患者情報を共有している	無回答
有床診療所	31 100.0%	7 22.6%	9 29.0%	17 54.8%

図表42. 退院時・退院後のフォローの課題【有床診療所】

- ・ 一応会議はあるが医師の出席が困難。
- ・ ケア会議や保健医療連携協議会で、患者情報を共有している。
- ・ リアルタイムに情報が入らないことがあるが、重要なことは個別に知らせてくれる。小さい地域なので、関係者同志が顔の見える存在である点大きい。
- ・ 一旦、入院して、全面的に預けてしまうと、家族は楽を覚えてしまうようである。退院を何とか引き延ばし、退院までに施設入所の段取りを密かに済ませてしまう家族が多い。これは、在宅サービスの充実では解決出来ないと考えている。

### ③無床診療所における退院患者受け入れ時の課題や工夫

- 無床診療所において、近隣の病院から退院患者を受け入れる際の課題や工夫は、以下のとおりとなっている。

図表43. 受け入れ時の課題【無床診療所】

#### 【病院との連携不足】

- ・ 病院との連携がまだ不十分である。
- ・ 入院中の患者訪問の実施など。

#### 【退院時カンファレンスに参加できない】

- ・ 退院前カンファレンスなどに関係者が参加できることが望ましいが勤務や開催日時の都合上、参加が困難。

#### 【本人・家族へ在宅療養についての理解を得ることが困難である】

- ・ 本人、家族の思い（希望）が十分に伝わらないまま退院してくるケースがある。
- ・ 入院する必要があると思われるが、本人の希望等で退院され、在宅療養往診を依頼されると困る。できるだけ患者の思いを尊重したいが、入院となった時に受け入れてくれるか不安。
- ・ 一人暮らしの老人や、高齢夫婦世帯が多く、家族のサポートを受ける事が困難。
- ・ 無床であり医師一人勤務のため、休日・夜間も含め24時間体制での診療は困難であり、退院患者・家族がこの点を理解していただけるかが課題である。
- ・ 家族との面識がない場合信頼関係の構築が難しい。
- ・ 病院での治療内容をそのまま在宅に持ち込まれても無理の場合もあり、適切にアレンジしてもらうことをお願いしている。

#### 【重症患者に対する対応が困難である】

- ・ 在宅死の対応。（24時間対応できないので）
- ・ 当方で経験のない病状を持つ患者さんの受け入れ（例えば人工呼吸等）。
- ・ 脳梗塞後のねたきり、膀胱留置カテーテルの方を、在宅でうけ入れられるよう訪問診療、訪問看護を行わねばならない。
- ・ 患者の自立度や生活背景（独居家族や高令者世帯など）に問題がある場合の受け入れ。
- ・ スタッフ、設備の関係上紹介内容に対応できないことが少なくない。
- ・ 無床診療所には負担が重すぎるケースがある。
- ・ 急変する可能性のある患者に対して夜間、休日等に対応出来ない。
- ・ 病院で行っている専門的な治療（内容、薬、機器など）が、診療所では施行困難であることが多く、患者を受け入れ難い。定期的な検査も限られてしまう。
- ・ 24時間対応ができないので通院できる場合はよいが、在宅の場合は対応が困難。
- ・ 入院施設がないため、増悪時の入院先の確保。

#### 【急な日程での患者受け入れ】

- ・ 他院で入院中の患者の退院が決定し、訪問看護導入の依頼があっても、退院日が急だと、退院前カンファレンスがあっても、こちらの予定がつかない場合がでてきてしまうこと。



- ・ 入院から在宅への移行において、十分な連携が行なわれていない場合が多く、在宅ケアの準備が間に合わない場合がある。
- ・ 退院情報の発信がなく、準備する間がほとんどなく退院している。
- ・ 退院調整会議もなく、いきなり退院前日に在宅の依頼があることが多い。
- ・ 住居の整備や介護サービス等の準備がなく退院してくることが多い。
- ・ 退院の時期について病院から情報が入らない。病院主治医からの情報提供は病気に対する記載に留まることが多く、退院後の生活構築を最初から考えて行かなければならない。
- ・ 1人暮らしや高齢の方は退院後の環境を整える必要もあるので、退院前に連絡がほしい。

#### 【病院からの情報不足】

- ・ 退院と同時又は、退院のあとから、医療情報提供書が届くと、在庫のない薬や、処置等に必要な資材の準備が、間にあわないことがある。
- ・ 紹介状を持参しない患者が時々いるので困る。書いてもらっているのに持って来ない人もいる。
- ・ 患者の病状に関する情報の取得と退院後の介護サービス内容の把握。
- ・ 紹介状（診療情報提供書）だけでは、患者のADLや認知症の程度等が判り難い。
- ・ 情報提供書の内容は簡潔なものが多いため、退院時サマリや看護サマリ、介護情報などの提供があると助かる。
- ・ 退院先の病院からの情報の共有化、迅速化。（情報が無いまま、在宅に退院し、家族が相談にくるケースが多い）
- ・ 他の施設からの入所の際に、病歴の詳細が不明の事が多く、その度に問い合わせが必要になる。
- ・ ADLの状況が把握できず、ケアプランが適切でないときがある。
- ・ 家庭の状況の考慮なく、紹介状だけ送付される事がしばしばある。（病状の事のみ）

図表44. 工夫【無床診療所】

#### 【地域連携室の活用】

- ・ 病院の地域連携室と頻回に連絡をとっている。
- ・ 病院の医療連携室を通じての退院前に患者情報を取得。

#### 【地域の医師、各施設等との連携】

- ・ 近隣の医師との連携を密にする。
- ・ 特養、老人居住施設、訪問診療、訪問看護等と連携し、継続的にフォローしている。
- ・ 診診連携、病診連携の構築。
- ・ 行政やケアマネジャーとの連携、訪問看護ステーション等の介入により多くの目で患者を見守ることのできる体制を構築する。
- ・ 社会福祉協議会や役場と連携して、可能な限り患者の希望に沿う形を取るようになっている。
- ・ 患者の病状悪化に備え、近隣（前医）病院との連携をより密にする必要がある。
- ・ 包括支援センターと連携をとっている。
- ・ 緊急対応可能な受入れ病院との連携。
- ・ 入院を繰り返すような症例に関しては医師同士で連絡をとりあい、再入院の時に備える。
- ・ 勉強会などに参加して近隣病院の医者となるべく顔を合わせておくことで、コミュニケーションをとりやすくするよう工夫。
- ・ 地域の医師会の研修会や交流会に参加。

#### 【受け入れ前の情報取得】

- ・ 受け入れ前に患者の情報を把握し状態をつかんでおく。
- ・ 退院前に病院へ出向き説明を受ける等。
- ・ 病院間、診療間のカルテ（検査データ）共有システム。
- ・ 退院早期（当日・翌日等）に訪問し、実情をとらえる。
- ・ 家族・ケアマネジャーと退院前に面談、情報共有を行っている。

#### 【退院前カンファレンスに参加する】

- ・ 退院前カンファレンス開催前には事前に患者情報を資料としてもらい（情報収集）、課題中心に話し合えると良い。
- ・ 退院前に、患者の状態を、カンファレンス等でしっかりと把握し、Dr、Nsの間で情報を共有

する。

- ・ なるべく、スタッフに退院時、ケアカンファレンスに参加してもらうようにしている。

【本人・家族との話し合い】

- ・ 住環境の整備、必要な福祉用具各種サービスを確認、利用を家族、本人に勧める。
- ・ 家族の意見や本音の部分なるべく、聞きとる（ゆっくり話す時間を作る）。

【薬剤の事前準備】

- ・ 取り扱いのない薬剤の処方がないか、確認。新規に薬剤購入。
- ・ 病院医療連携室から、病院の採用薬リストを提供してもらっている。

【往診・訪問診療の実施】

- ・ 診療所に通院できない患者の往診等を定期的の実施している。
- ・ 訪問診療実施。

## 6) その他の施設情報

### ①病床数

- 所在地は、「北海道」が6.4%と最も多く、次いで「岐阜県」が5.9%、「長野県」が5.6%となっている。

図表45. 施設の所在地

施設数	北海道	青森県	岩手県	宮城県	秋田県	山形県	福島県	茨城県	栃木県	群馬県	埼玉県	千葉県	東京都	神奈川県	新潟県	富山県	石川県	福井県	山梨県
合計	376 100.0%	24 6.4%	17 4.5%	16 4.3%	7 1.9%	4 1.1%	8 2.1%	6 1.6%	2 0.5%	5 1.3%	2 0.5%	3 0.8%	12 3.2%	7 1.9%	8 2.1%	6 1.6%	12 3.2%	8 2.1%	7 1.9%
病院	149 100.0%	15 10.1%	9 6.0%	4 2.7%	3 2.0%	1 0.7%	4 2.7%	1 0.7%	1 0.7%	1 0.7%	1 0.7%	9 6.0%	3 2.0%	1 0.7%	3 2.0%	5 3.4%	11 7.4%	1 0.7%	3 2.0%
有床診療所	31 100.0%	6 19.4%	1 3.2%	4 12.9%	-	1 3.2%	-	-	-	-	-	-	-	1 3.2%	-	-	-	-	1 3.2%
無床診療所	176 100.0%	3 1.7%	7 4.0%	4 2.3%	4 2.3%	3 1.7%	3 1.7%	5 2.8%	1 0.6%	5 2.8%	1 0.6%	2 1.1%	3 1.7%	2 1.1%	7 4.0%	1 0.6%	1 0.6%	6 3.4%	3 1.7%
歯科診療所	20 100.0%	-	-	4 20.0%	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	1 5.0%

施設数	長野県	岐阜県	静岡県	愛知県	三重県	滋賀県	京都府	大阪府	兵庫県	奈良県	和歌山県	鳥取県	島根県	岡山県	広島県	山口県	徳島県	香川県	愛媛県	高知県
合計	21 5.6%	22 5.9%	-	8 2.1%	5 1.3%	11 2.9%	3 0.8%	3 0.8%	17 4.5%	4 1.1%	6 1.6%	3 0.8%	11 2.9%	7 1.9%	15 4.0%	3 0.8%	9 2.4%	10 2.7%	11 2.9%	8 2.1%
病院	6 4.0%	5 3.4%	-	4 2.7%	2 1.3%	3 2.0%	2 1.3%	-	-	1 0.7%	2 1.3%	1 0.7%	4 2.7%	4 2.7%	7 4.7%	2 1.3%	3 2.0%	7 4.7%	1 0.7%	3 2.0%
有床診療所	-	2 6.5%	-	1 3.2%	-	1 3.2%	-	-	1 3.2%	-	1 3.2%	-	-	-	1 3.2%	-	1 3.2%	-	2 6.5%	1 3.2%
無床診療所	13 7.4%	14 8.0%	-	3 1.7%	3 1.7%	5 2.8%	1 0.6%	-	12 6.8%	3 1.7%	3 1.7%	2 1.1%	5 2.8%	3 1.7%	7 4.0%	1 0.6%	4 2.3%	3 1.7%	8 4.5%	3 1.7%
歯科診療所	2 10.0%	1 5.0%	-	-	-	2 10.0%	-	-	2 20.0%	-	-	-	2 10.0%	-	-	-	1 5.0%	-	-	1 5.0%
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-

施設数	福岡県	佐賀県	長崎県	熊本県	大分県	宮崎県	鹿児島県	沖縄県
合計	4 1.1%	3 0.8%	10 2.7%	7 1.9%	8 2.1%	5 1.3%	5 1.3%	6 1.6%
病院	1 0.7%	1 0.7%	1 0.7%	4 4.0%	3 2.0%	4 2.7%	2 1.3%	1 0.7%
有床診療所	-	1 3.2%	2 6.5%	-	1 3.2%	1 3.2%	-	1 3.2%
無床診療所	3 1.7%	1 0.6%	6 3.4%	1 0.6%	4 2.3%	-	2 1.1%	4 2.3%
歯科診療所	-	-	1 5.0%	-	-	-	1 5.0%	-
無回答	-	-	-	-	-	-	-	-

## ②病床数

- 病床数の平均は、病院では「50～100床未満」(33.6%)が最も多く、次いで「100～150床未満」(16.1%)と続いている。
- 「一般病床」が、病院 123.96床、有床診療所 11.03床、「医療療養病床」が、病院 17.52床、有床診療所 1.21床、「介護療養病床」が、病院 4.49床、有床診療所 1.38床、「その他病床」が、病院 7.54床、有床診療所 1.52床となっている。

図表 46. 病床数（病院）

	施設数	50床未満	50床未満	100床未満	100床未満	200床以上	無回答	平均値(単位:床)	標準偏差(単位:床)
病院	149	18	50	24	23	31	3	153.60	125.98
	100.0%	12.1%	33.6%	16.1%	15.4%	20.8%	2.0%		

図表 47. 病床数（有床診療所）

	施設数	5床未満	5床未満	10床未満	10床以上	無回答	平均値(単位:床)	標準偏差(単位:床)
有床診療所	31	3	4	2	21	1	14.93	5.92
	100.0%	9.7%	12.9%	6.5%	67.7%	3.2%		

図表48. 病床数（病床区分別）

		施設数	0床	10床未満	10床未満	30床未満	30床未満	50床以上	無回答	平均値(単位:床)	標準偏差(単位:床)
一般病床	合計	180	8	113	-	-	57	2	105.56	118.84	
	病院	149	4	88	-	-	57	-	123.96	121.60	
	有床診療所	31	4	25	-	-	-	2	11.03	7.29	
医療療養病床	合計	180	99	2	4	8	65	2	14.86	19.56	
	病院	149	74	1	3	6	65	-	17.52	20.29	
	有床診療所	31	25	1	1	2	-	2	1.21	3.46	
介護療養病床	合計	180	141	1	10	10	16	2	3.98	9.45	
	病院	149	116	1	7	9	16	-	4.49	10.10	
	有床診療所	31	25	-	3	1	-	2	1.38	4.05	
その他病床	合計	180	141	8	6	7	16	2	6.56	27.24	
	病院	149	116	7	5	5	16	-	7.54	29.63	
	有床診療所	31	25	1	1	2	-	2	1.52	4.58	

### ③地域連携室等

- 地域連携室（患者の在宅移行を支援する部署）を設置している場合の配属職種は、「看護師」が81.8%と最も多く、次いで「MSW」が72.7%となっている。

表49. 地域連携室（患者の在宅移行を支援する部署）を設置している場合の配属職種

	施設数	看護師	MSW	その他	無回答
合計	110 100.0%	90 81.8%	80 72.7%	56 50.9%	3 2.7%
病院	106 100.0%	86 81.1%	80 75.5%	56 52.8%	3 2.8%
有床診療所	1 100.0%	1 100.0%	-	-	-
無床診療所	3 100.0%	3 100.0%	-	-	-
歯科診療所	0 -	-	-	-	-
無回答	0 -	-	-	-	-

- 看護師の地域連携室配属人数の平均は、常勤が1.48人、非常勤が0.26人、常勤換算が1.70人となっている。

表50. 看護師の地域連携室配属人数

	施設数	人数					無回答	平均：(単位：人)	標準偏差：(単位：人)	
		0人	2人未満	2/3人未満	3/5人未満	5人以上				
常勤	合計	90 100.0%	10 11.1%	53 58.9%	11 12.2%	14 15.6%	2 2.2%	1.48	1.22	
	病院	86 100.0%	10 11.6%	51 59.3%	11 12.8%	13 15.1%	1 1.2%	1.42	1.13	
	有床診療所	1 100.0%	-	1 100.0%	-	-	-	1.00	0.00	
	無床診療所	3 100.0%	-	1 33.3%	-	1 33.3%	1 33.3%	3.33	2.52	
	歯科診療所	0 -	-	-	-	-	-	-	-	
	無回答	0 -	-	-	-	-	-	-	-	
非常勤	合計	90 100.0%	71 78.9%	16 17.8%	2 2.2%	1 1.1%	-	0.26	0.55	
	病院	86 100.0%	68 79.1%	16 18.6%	1 1.2%	1 1.2%	-	0.24	0.53	
	有床診療所	1 100.0%	1 100.0%	-	-	-	-	0.00	0.00	
	無床診療所	3 100.0%	2 66.7%	-	1 33.3%	-	-	0.67	1.15	
	歯科診療所	0 -	-	-	-	-	-	-	-	
	無回答	0 -	-	-	-	-	-	-	-	
常勤換算	合計	90 100.0%	-	18 20.0%	2 2.2%	5 5.6%	1 1.1%	64 71.1%	1.70	1.57
	病院	86 100.0%	-	17 19.8%	2 2.3%	5 5.8%	1 1.2%	61 70.9%	1.73	1.60
	有床診療所	1 100.0%	-	-	-	-	1 100.0%	-	-	
	無床診療所	3 100.0%	-	1 33.3%	-	-	2 66.7%	1.00	0.00	
	歯科診療所	0 -	-	-	-	-	-	-	-	
	無回答	0 -	-	-	-	-	-	-	-	

- MSW の地域連携室配属人数の平均は、常勤が 1.85 人、非常勤が 0.20 人、常勤換算が 2.76 人となっている。

表51. MSW の地域連携室配属人数

		施設数	0人	2人未満	2<3人未満	3<5人未満	5人以上	無回答	(単位:人)	(単位:人)
常勤	病院	80	2	40	19	13	5	1	1.85	1.27
		100.0%	2.5%	50.0%	23.8%	16.3%	6.3%	1.3%		
非常勤	病院	80	67	9	2	1	-	1	0.20	0.54
		100.0%	83.8%	11.3%	2.5%	1.3%	-	1.3%		
常勤換算	病院	80	-	9	3	2	5	61	2.76	2.08
		100.0%	-	11.3%	3.8%	2.5%	6.3%	76.3%		

- その他の地域連携室配属人数の平均は、常勤が 1.27 人、非常勤が 0.46 人、常勤換算が 2.15 人となっている。

表52. その他の地域連携室配属人数

		施設数	0人	2人未満	2<3人未満	3<5人未満	5人以上	無回答	(単位:人)	(単位:人)
常勤	病院	56	9	32	9	5	1	-	1.27	1.00
		100.0%	16.1%	57.1%	16.1%	8.9%	1.8%	-		
非常勤	病院	56	42	8	4	-	2	-	0.46	1.06
		100.0%	75.0%	14.3%	7.1%	-	3.6%	-		
常勤換算	病院	56	1	10	3	3	2	37	2.15	2.37
		100.0%	1.8%	17.9%	5.4%	5.4%	3.6%	66.1%		

(ア) 1日平均外来患者数

- 1日平均外来患者数は、「病院」が 302.66 人、「有床診療所」が 51.41 人、「無床診療所」が 33.63 人、「歯科診療所」が 22.51 人となっている。

図表53. 1日平均外来患者数

		施設数	30人未満	30満	50未満	100未満	200人以上	無回答	(単位:人)	(単位:人)
合計		376	100	65	68	49	70	24	140.85	210.21
		100.0%	26.6%	17.3%	18.1%	13.0%	18.6%	6.4%		
病院		149	-	1	23	45	70	10	302.66	260.76
		100.0%	-	0.7%	15.4%	30.2%	47.0%	6.7%		
有床診療所		31	5	10	14	1	-	1	51.41	25.95
		100.0%	16.1%	32.3%	45.2%	3.2%	-	3.2%		
無床診療所		176	82	50	31	3	-	10	33.63	22.01
		100.0%	46.6%	28.4%	17.6%	1.7%	-	5.7%		
歯科診療所		20	13	4	-	-	-	3	22.51	8.60
		100.0%	65.0%	20.0%	-	-	-	15.0%		
無回答		0	-	-	-	-	-	-	-	-
		-	-	-	-	-	-	-		

(イ) 平均在院日数

○ 平均在院日数は、「病院」が 24.86 日、「有床診療所」が 106.81 日となっている。

図表54. 平均在院日数

	施設数	10日未満	10日未満	20日未満	30日未満	50日以上	無回答	平均(単位:日)	標準偏差(単位:日)
合計	180	6	90	38	9	11	26	34.44	104.36
病院	149	-	88	33	9	6	13	24.86	39.73
有床診療所	31	6	2	5	-	5	13	106.81	281.42
	100.0%	3.3%	50.0%	21.1%	5.0%	6.1%	14.4%		
	100.0%	-	59.1%	22.1%	6.0%	4.0%	8.7%		
	100.0%	19.4%	6.5%	16.1%	-	16.1%	41.9%		

(ウ) 入院患者数

○ 1ヶ月の入院患者数の平均は、「一般・医療療養病床」が病院 191.20 人、有床診療所 11.95 人、「介護療養病床」が病院 12.47 人、有床診療所 1.67 人となっている。

図表55. 新規入院患者の有無(8月1ヶ月間)

	施設数	一般床・医療療養	介護療養病床	無回答
合計	180	159	25	20
病院	149	140	22	9
有床診療所	31	19	3	11
	100.0%	88.3%	13.9%	11.1%
	100.0%	94.0%	14.8%	6.0%
	100.0%	61.3%	9.7%	35.5%

図表56. 病床別入院患者数(8月1ヶ月間)

		施設数	30人未満	30人未満	50人未満	100人以上	200人以上	無回答	平均(単位:人)	標準偏差(単位:人)
一般・医療療養病床	合計	159	36	21	48	22	32	-	169.78	314.57
	病院	140	17	21	48	22	32	-	191.20	329.55
	有床診療所	19	19	-	-	-	-	-	11.95	7.37
介護療養病床	合計	25	4	5	5	4	7	-	11.18	16.94
	病院	22	3	4	4	4	7	-	12.47	17.69
	有床診療所	3	1	1	1	-	-	-	1.67	1.53

- 2012年9月1日現在の入院患者数の平均は、「一般・医療療養病床」が病院 110.02人、有床診療所 9.33人、「介護療養病床」が病院 45.85人、有床診療所 9.75人となっている。

図表57. 入院患者の有無（2012年9月1日現在）

	施設数	一般床・医療療養	介護療養病床	無回答
合計	180 100.0%	156 86.7%	37 20.6%	23 12.8%
病院	149 100.0%	138 92.6%	33 22.1%	11 7.4%
有床診療所	31 100.0%	18 58.1%	4 12.9%	12 38.7%

図表58. 病床別入院患者数（2012年9月1日現在）

		施設数	10人未満	10～30人未満	30～50人未満	50～100人未満	100人以上	無回答	平均（単位：人）	標準偏差（単位：人）
一般・医療療養病床	合計	156 100.0%	12 7.7%	30 19.2%	22 14.1%	51 32.7%	41 26.3%	-	98.40	142.28
	病院	138 100.0%	3 2.2%	21 15.2%	22 15.9%	51 37.0%	41 29.7%	-	110.02	147.39
	有床診療所	18 100.0%	9 50.0%	9 50.0%	-	-	-	-	9.33	4.14
介護療養病床	合計	37 100.0%	5 13.5%	5 13.5%	14 37.8%	8 21.6%	5 13.5%	-	41.95	125.63
	病院	33 100.0%	4 12.1%	4 12.1%	12 36.4%	8 24.2%	5 15.2%	-	45.85	132.68
	有床診療所	4 100.0%	1 25.0%	1 25.0%	2 50.0%	-	-	-	9.75	7.97

(エ) 在宅移行（退院支援が必要な患者の調整等）を主たる業務としている職員数

- 在宅移行（退院支援が必要な患者の調整等）を主たる業務としている職員数は、「医師（常勤）」が 0.46 人、「医師（非常勤）」が 0.31 人、「歯科医師（常勤）」が 0.04 人、「歯科医師（非常勤）」が 0.02 人、「看護師・准看護師（常勤）」が 1.90 人、「看護師・准看護師（非常勤）」が 0.38 人、「PT・OT・ST（常勤）」が 0.23 人、「PT・OT・ST（非常勤）」が 0.01 人、「MSW（常勤）」が 0.56 人、「MSW（非常勤）」が 0.06 人となっている。

図表59. 在宅移行（退院支援が必要な患者の調整等）を主たる業務としている職員数（常勤）

	施設数	常勤								平均（単位：人）	標準偏差（単位：人）
		0人	2人未満	2〜3人未満	3〜5人未満	5人以上	無回答				
医師	合計	376	204	48	6	12	3	103	0.46	1.16	
	100.0%	54.3%	12.8%	1.6%	3.2%	0.8%	27.4%				
	病院	149	114	13	1	10	3	8	0.52	1.50	
	100.0%	76.5%	8.7%	0.7%	6.7%	2.0%	5.4%				
	有床診療所	31	12	5	2	1	1	11	0.60	0.88	
	100.0%	38.7%	16.1%	6.5%	3.2%	-	35.5%				
	無床診療所	176	67	29	3	1	1	76	0.38	0.60	
100.0%	38.1%	16.5%	1.7%	0.6%	-	43.2%					
歯科診療所	20	11	1	-	-	-	8	0.08	0.29		
100.0%	55.0%	5.0%	-	-	-	-	40.0%				
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
歯科医師	合計	376	262	11	-	-	-	103	0.04	0.20	
	100.0%	69.7%	2.9%	-	-	-	27.4%				
	病院	149	139	2	-	-	-	8	0.01	0.12	
	100.0%	93.3%	1.3%	-	-	-	5.4%				
	有床診療所	31	20	-	-	-	-	11	0.00	0.00	
	100.0%	64.5%	-	-	-	-	35.5%				
	無床診療所	176	96	4	-	-	-	76	0.04	0.20	
100.0%	54.5%	2.3%	-	-	-	43.2%					
歯科診療所	20	7	5	-	-	-	8	0.42	0.51		
100.0%	35.0%	25.0%	-	-	-	-	40.0%				
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
看護師・准看護師	合計	376	137	104	16	8	8	103	1.90	7.47	
	100.0%	36.4%	27.7%	4.3%	2.1%	2.1%	27.4%				
	病院	149	49	75	7	3	7	8	2.87	10.18	
	100.0%	32.9%	50.3%	4.7%	2.0%	4.7%	5.4%				
	有床診療所	31	12	5	-	2	1	11	1.60	3.19	
	100.0%	38.7%	16.1%	-	6.5%	3.2%	35.5%				
	無床診療所	176	65	23	9	3	3	76	0.80	1.35	
100.0%	36.9%	13.1%	5.1%	1.7%	-	43.2%					
歯科診療所	20	11	1	-	-	-	8	0.08	0.29		
100.0%	55.0%	5.0%	-	-	-	-	40.0%				
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
PT・OT・ST	合計	376	254	9	4	-	6	103	0.23	1.20	
	100.0%	67.6%	2.4%	1.1%	-	1.6%	27.4%				
	病院	149	129	4	3	-	5	8	0.35	1.56	
	100.0%	86.6%	2.7%	2.0%	-	3.4%	5.4%				
	有床診療所	31	17	2	-	-	1	11	0.41	1.40	
	100.0%	54.8%	6.5%	-	-	3.2%	35.5%				
	無床診療所	176	96	3	1	-	-	76	0.05	0.26	
100.0%	54.5%	1.7%	0.6%	-	-	43.2%					
歯科診療所	20	12	-	-	-	-	8	0.00	0.00		
100.0%	60.0%	-	-	-	-	-	40.0%				
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
MSW	合計	376	192	42	23	10	6	103	0.56	1.10	
	100.0%	51.1%	11.2%	6.1%	2.7%	1.6%	27.4%				
	病院	149	60	42	23	10	6	8	1.08	1.33	
	100.0%	40.3%	28.2%	15.4%	6.7%	4.0%	5.4%				
	有床診療所	31	20	-	-	-	-	11	0.00	0.00	
	100.0%	64.5%	-	-	-	-	35.5%				
	無床診療所	176	100	-	-	-	-	76	0.00	0.00	
100.0%	56.8%	-	-	-	-	43.2%					
歯科診療所	20	12	-	-	-	-	8	0.00	0.00		
100.0%	60.0%	-	-	-	-	-	40.0%				
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		
その他	合計	376	235	28	5	3	2	103	0.37	2.81	
	100.0%	62.5%	7.4%	1.3%	0.8%	0.5%	27.4%				
	病院	149	113	22	4	2	2	8	0.60	3.87	
	100.0%	75.8%	14.8%	2.7%	-	1.3%	5.4%				
	有床診療所	31	18	1	1	-	-	11	0.15	0.49	
	100.0%	58.1%	3.2%	3.2%	-	-	35.5%				
	無床診療所	176	93	4	-	3	-	76	0.14	0.60	
100.0%	52.8%	2.3%	-	1.7%	-	43.2%					
歯科診療所	20	11	1	-	-	-	8	0.08	0.29		
100.0%	55.0%	5.0%	-	-	-	-	40.0%				
無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-		
-	-	-	-	-	-	-	-	-	-		



図表60. 在宅移行（退院支援が必要な患者の調整等）を主たる業務としている職員数（非常勤）

		非常勤								平均：人 （単位：人）	標準偏差 （単位：人）
		施設数	0人	2人未満	2 ～ 3人未満	3 ～ 5人未満	5人以上	無回答			
医師	合計	376	255 67.8%	8 2.1%	3 0.8%	4 1.1%	3 0.8%	103 27.4%	0.31	2.10	
	病院	149	135 90.6%	-	2 1.3%	1 0.7%	3 2.0%	8 5.4%	0.47	2.87	
	有床診療所	31	19 61.3%	-	1 3.2%	-	-	11 35.5%	0.10	0.45	
	無床診療所	176	89 50.6%	4.5%	-	3 1.7%	-	76 43.2%	0.17	0.57	
	歯科診療所	20	12 60.0%	-	-	-	-	8 40.0%	0.00	0.00	
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
歯科医師	合計	376	272 72.3%	-	-	-	1 0.3%	103 27.4%	0.02	0.30	
	病院	149	140 94.0%	-	-	-	1 0.7%	8 5.4%	0.04	0.42	
	有床診療所	31	20 64.5%	-	-	-	-	11 35.5%	0.00	0.00	
	無床診療所	176	100 56.8%	-	-	-	-	76 43.2%	0.00	0.00	
	歯科診療所	20	12 60.0%	-	-	-	-	8 40.0%	0.00	0.00	
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
看護師・准看護師	合計	376	243 64.6%	21 5.6%	5 1.3%	-	4 1.1%	103 27.4%	0.38	2.07	
	病院	149	124 83.2%	11 7.4%	2 1.3%	-	4 2.7%	8 5.4%	0.58	2.81	
	有床診療所	31	19 61.3%	1 3.2%	-	-	-	11 35.5%	0.05	0.22	
	無床診療所	176	88 50.0%	9 5.1%	3 1.7%	-	-	76 43.2%	0.22	0.69	
	歯科診療所	20	12 60.0%	-	-	-	-	8 40.0%	0.00	0.00	
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
PT・OT・ST	合計	376	269 71.5%	4 1.1%	-	-	-	103 27.4%	0.01	0.12	
	病院	149	138 92.6%	3 2.0%	-	-	-	8 5.4%	0.02	0.14	
	有床診療所	31	20 64.5%	-	-	-	-	11 35.5%	0.00	0.00	
	無床診療所	176	99 56.3%	1 0.6%	-	-	-	76 43.2%	0.01	0.10	
	歯科診療所	20	12 60.0%	-	-	-	-	8 40.0%	0.00	0.00	
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
MSW	合計	376	260 69.1%	11 2.9%	1 0.3%	1 0.3%	-	103 27.4%	0.06	0.29	
	病院	149	128 85.9%	11 7.4%	1 0.7%	1 0.7%	-	8 5.4%	0.11	0.40	
	有床診療所	31	20 64.5%	-	-	-	-	11 35.5%	0.00	0.00	
	無床診療所	176	100 56.8%	-	-	-	-	76 43.2%	0.00	0.00	
	歯科診療所	20	12 60.0%	-	-	-	-	8 40.0%	0.00	0.00	
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	
その他	合計	376	258 68.6%	8 2.1%	4 1.1%	1 0.3%	2 0.5%	103 27.4%	0.14	0.96	
	病院	149	134 89.9%	3 2.0%	2 1.3%	-	2 1.3%	8 5.4%	0.18	1.27	
	有床診療所	31	19 61.3%	1 3.2%	-	-	-	11 35.5%	0.05	0.22	
	無床診療所	176	93 52.8%	4 2.3%	2 1.1%	1 0.6%	-	76 43.2%	0.11	0.45	
	歯科診療所	20	12 60.0%	-	-	-	-	8 40.0%	0.00	0.00	
	無回答	0	-	-	-	-	-	-	-	-	

## 2. 先進地域へのヒアリングの実施

在宅移行に先進的に取り組んでいる2施設に対し、具体的な取り組み方法や地域連携の方策を調査し、モデル事業の枠組みを作成するためのヒアリング調査を実施した。

### (1) 調査対象

- ・ 富山県・南砺市民病院
- ・ 香川県・綾川町国民健康保険陶病院

### (2) 調査項目

在宅移行のプロセス全般に関する具体的な取り組みの詳細を聞き取り、他機関との連携状況、課題等を把握して、モデル事業の枠組み策定に役立てるものとした。

図表61. 調査項目

区分	項目
在宅移行に関する取り組みの実施状況	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 病院の在宅移行に関する方針</li><li>・ 在宅移行に関する職種、病院内の体制構築</li><li>・ 従事している職種</li><li>・ 病棟における取り組み状況</li><li>・ 地域連携室における取り組み</li></ul>
地域の医療・介護資源との連携	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 医療機関（他の病院、診療所との連携）</li><li>・ 居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション事業所、地域包括支援センター等との連携に関して</li></ul>
在宅移行の各段階における特徴的な取り組みについて	
在宅移行に関する課題等	<ul style="list-style-type: none"><li>・ 課題、問題点、工夫点等</li><li>・ 今後、在宅移行を進めていく上で必要な施策・取り組み</li></ul>

### (3) ヒアリング結果

各施設における調査結果は以下のとおり。

#### 1) 南砺市民病院

日時	2013年9月21日
場所	南砺市民病院 会議室
病床数	一般病床 180床
併設施設	訪問看護ステーション、通所リハビリテーション事業所

#### ①在宅移行に関する取り組みの実施状況

##### <地域および医療機関の状況>

- ・ 南砺市民病院がある旧井波町では、近隣の旧3町と比較して在宅率が高くなっている（重度者で在宅支援率が14%高い）。施設依存ではないモデルを組み立てていると言える。患者が在宅に復帰すれば地域で消費活動が発生するため、地域の活性化にもつながることとなる。
- ・ 南砺市民病院の患者の平均年齢は約80歳、在院日数は約15日である。回復期病床を有し、在宅移行につなげるために役立っている。地域の医療機関として高齢者医療がメインとし、小児、救急からすべて担っており、医療、保健、福祉、介護の一体的運用に主体的に関与している。医療・介護・生活支援ネットワークを構築し、地域包括支援センターが中心となって、生活支援サービスの情報をコーディネートする仕組みを築いている。
- ・ 互助の観点から、地域住民の意識改革も実施してきた。大学の協力の元、「マイスター」の養成も行っている。マイスターは婦人会などが中心となり組織され、勉強会を行って地域医療を育てる会を作り、学生や看護師を育てている。
- ・ 医療機関から自宅へ退院したケースの状況についてみると、南砺市民病院ではスコア5の患者を多く返している（H22の連携パスからのデータ）。重度者が在宅復帰できることは非常に重要なことである。
- ・ 訪問看護の要請は絶対に断らず、医師からの情報があればすぐ対応するとともに、地域からの依頼についても連絡を受けた当日には訪問している。

##### <在宅移行に関する具体的な取り組み>

- ・ 在宅移行に関しては、入院時からADLを把握したり、初期段階から退院調整カンファレンスを行う取り組みをしている。IVH利用者などは、介護施設が受け入れてくれないため、家に帰らざるを得ないという事情もある。
- ・ 地域連携室と病棟とのミーティングは、毎日密に行っている。病棟は4つあり、3つは退院調整の担当者が決まっており、混合病棟は診療科ごとに担当者を決めている。病棟では入院患者を毎日把握し、40歳以上の患者に対してスクリーニングを実施しており、いずれも情報は集約している。
- ・ 退院困難な人と退院支援が必要な人とは異なる場合があり、必要な人は退院可能であるが

遅れる可能性がある人であるといえよう。退院困難な患者とは以下のようなケースである。

- ①介護力がない（日中独居）
- ②入退院が頻回な CASE
- ③単身者かつキーパーソン不在
- ④（後期）高齢者のみ世帯
- ⑤予後不良の疾患（ターミナル等）
- ⑥医療費の支払い困難
- ⑦精神科疾患、精神科合併を持つ CASE
- ⑧患者・家族に転・退院を同意が得られない CASE
- ⑨人工呼吸器装着など転院先が極端に限られる CASE
- ⑩自宅退院後医療処置が必要な CASE
- ⑪認知症がある CASE
- ⑫治癒しにくい感染症
- ⑬生活保護受給者
- ⑭医療区分 1 の転院 CASE
- ⑮65 歳未満で重度の後遺症が残る CASE

- ・ 初期のカンファレンスが重要となる。例えば家族に対して、最初から家に帰ることを念頭に置き、「最初はこれはできないけど、ADL があがると、このようなことができるんですよ」等の助言をする。
- ・ 退院が困難となる最も大きな要因は、患者と家族や親族等（介護者等）の間の人間関係のもつれである。本人・家族共に在宅療養を望んでいるが現実として困難である、という場合は在宅移行を積極的に進めて支援することとなるが、患者を取り巻く関係者間の人間関係がこじれている場合は在宅復帰を進めることは難しい。
- ・ 在宅復帰の事例として、要介護度 5 の夫と統合失調症の妻が、訪問看護・訪問介護を活用して何年も在宅で生活できたという事例もある。在宅に復帰してから概ね 2 週間程度で生活リズムが掴めるようになるため、それまでを支えることができれば、在宅復帰は成功する。
- ・ 病棟の看護師の考え方も在宅移行には大きく影響する。地域医療を支える基盤づくりの中で、従業員の思いも変化してきた。患者は例え重度者であっても在宅に復帰するのが普通であるという意識変容が起こってきた。最近では、退院までの期間について、2 週間待たなくとも、在宅サービスの調整が長くとも 10 日で終わる環境ができてきた。

## ②地域の医療・介護資源との連携について

- ・ 訪問看護は 365 日オンコールで対応可能な仕組みとしている。
- ・ 居宅介護支援事業所には病院から依頼が来る。退院カンファレンスにも参加し、入院中から在宅復帰のための調整をしている。病院から診療情報提供書を入手して、介護サービス事業所と連携して退院調整をしている。
- ・ 地域包括支援センターでは、生活支援が必要な人については、ケース会議にも参加する。

地域の見守りも必要であるため、社協と連携して地域の見守りネットワークも構築している。財産管理が不可能人については申し立て支援を行っている。

- ・ 今後、高齢者情報を共有できる地域包括連携システムが稼働する。

### ③在宅移行の各段階における特徴的な取り組みについて

- ・ 患者の入院に際して病状、生活機能状況、本人・家族の意向、生活環境などについてスクリーニングを実施し退院に関する支援の必要性について評価を行っている。評価は1週間以内に地域医療連携科の各病棟担当者が行う。
- ・ 退院支援は治療と並行して行い、退院支援の要因を有する患者に対して主治の医師、患者の入院する病棟のプライマリナースなどから退院に向けての相談に応じる（依頼・報告）ものとし、患者の病状、生活機能状況、本人・家族の意向、生活環境などについて、退院後の生活の継続を目標に患者・家族と面談を行い必要な支援計画を立案し患者等に提示、説明する。
- ・ 退院時に支援が必要な患者を早期に把握し、支援をタイムリーに展開できるように計ることを目指すものであるが、実際のところ治療中の間は、患者、家族の疾病が回復することに期待するため早期の支援への動機づけは効果が少ない。
- ・ 患者家族の同意が得られれば、必要に応じて病状説明に同席し、予後予測をもとに退院後の生活支援計画を立案し患者等に提示、説明を行う。
- ・ 患者等の退院に際してケアマネジャーやその他のサービス提供機関と在宅（療養）生活の継続について協議するケアカンファレンス（退院調整会議の開催）を支援する。
- ・ 日程等の調整の結果すべての関係職種・職員の出席が見込まれない場合には、事前に各々の職種から専門的意見を聴取し、会議の際に説明を行う。
- ・ 退院時には、サービスの調整が課題解決に結びついているかを確認し、地域での暮らしが継続できるか再確認を行う。

### ④今後、在宅移行を進めていく上で必要な施策・取り組み

- ・ 地域連携室の定義がないため、各病院がバラバラな動きをしている。国が「地域連携室」の定義をしてほしい。地域連携室が行う業務は明確化されていない。公正中立を保てるような、法律上の定義が必要である。

## 2) 国保陶病院

日時	2012年10月3日
場所	綾川町国保陶病院 会議室
病床数	一般病床 35床、療養病床 28床 (合計 63床)
併設施設	国保総合保健施設 (町健康福祉課、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、老人介護支援センター、病児保育)、介護老人保健施設

### ①在宅移行に関する取り組みの実施状況

#### <地域および医療機関の状況>

- ・ 国保陶病院の平均在院日数は現在では13日前後。透析患者は12名入院しており、寝たきりの患者が多い。
- ・ 地域ケア専門委員会には、訪問医師・訪問看護ステーション・訪問リハ・通所リハ・老人介護支援センター・老健・病棟・外来看護・地域連携室が集まるので、退院した人、訪問・通所サービスを受けている人の状況を共有できる。病床管理委員会も兼ねている。
- ・ 老健「あやがわ」への入所は、現在のところ1ヶ月の待ち程度、3ヵ月をはかからない。特養は1、2年かかる。特養は80床、110床の2施設が町内にある。周辺に老健、特養があり、人口の割に施設は多い。都会に比べたら待機は短い。
- ・ 香川県の訪問看護ステーションは、人口あたりの訪問回数は全国最下位だが、診療所・病院の看護師が訪問する「みなし訪問看護」は、全国1位である。綾川町では訪問看護ステーション3事業所と多い。訪問介護事業所は8事業所ある。
- ・ がん末期等在宅医療については、最後の最後に病院に来ることもある。在宅で看取った人は、昨年度8人、今年4～8月で11人であった。

#### <在宅移行に関する具体的な取り組み>

- ・ 地域連携室では、入院相談があった日に情報を共有し、毎週金曜の地域ケア専門委員会(カンファレンス)で受入可否を検討している。施設からの入院患者に対しては、家族の希望を把握して元の施設に戻るか、別の施設に移行するかを決める。在宅からの入院患者は、基本的に在宅復帰を勧めている。
- ・ 「陶病院で最期までみてもらいたい」との相談も来る。病院のため、長期間は無理ということを伝え、ある程度病状が落ち着いたら、施設か在宅へと勧めている。施設入所を申し込んでも待機期間が長いので、家族が不安のために在宅への拒否反応が起きる。「あと半年くらいで待てばおそらく入所できるので、その半年間だけは在宅で頑張ってみましょう」とアプローチし、そこで頑張ると言った患者には、訪問診療、訪問看護、ケアマネをつけ、ショートステイやデイサービスへつなげる。すると、施設の順番がきても入所を先送りにして在宅を続けるケースもあった。
- ・ 「施設を申し込みに行きましょう。」→待っている間に、「病状も回復して良くなってきましたね。」→「では、施設が空くまでの間一旦在宅にしてみましょう。」とアプローチするのがコツである。施設は費用もかかるので、デイサービス、ショートを組み合わせればなんとか在宅が可能と考える方もいる。
- ・ 介護者には「介護の手を抜けるところ」を提示する。おむつ、吸引、胃ろう等のパンフレ



ットを病棟で作成しており、退院までに段階を追って指導する。

- ・ 入院後 5 日以内に、「総合評価スクリーニング表（高知大で開発されたものを改変）」および「在宅介護スクリーニングスコア表」を作成する。作成された表を院長が評価し、キャンセルしたものを電子カルテに入れている。退院支援が必要と判断された患者には、1 週間以内に退院支援計画書を作成するとともに、介護支援専門員に連絡し、介護・医療連携シートを 1 週間以内に入手している。
- ・ 綾川町のほとんどのケアマネジャーは、病院に介護・医療連携シートを持参してくれる。町外のケアマネジャーにはまだ浸透していないが、シートを持ってきていただけるようお願いしている。
- ・ 在宅を希望していたが、治療中に病気が発見され方向性が変わることもあるため、「方向性確認シート」を使用している。褥瘡対策としては委員会を設置し、メンバーである栄養士、検査技師、薬剤師が話し合う。リハビリについては、毎週木曜にカンファレンスを実施している。
- ・ 介護保険を申請していない人は、地域包括支援センターに相談するとともに、主治医と相談して意見書を書いてもらい、介護保険を申請した方がよいとのアドバイスをもらう。主治医意見書ができれば、早めの退院調整が可能となり、ケアマネジャーも決められて在宅復帰が早くなる。施設を希望の方は老健や特養等の複数箇所を紹介し、施設へ戻る人も施設ケアマネジャーに、医療介護連携シートを渡している。
- ・ 退院時カンファレンスで退院日を決定し、サービス開始の日程を決める。
- ・ 在宅復帰を困難と思う要因としては、在宅における介護方法を家族が知らないということも一因であろう。在宅復帰を切り出すタイミングが早すぎると、患者・家族には受け入れてもらえない。ある程度の信頼関係を築いた上で在宅復帰について話を向けてみる。入院時医師が入院期間は最長 3 ヶ月である旨を伝えているため、1 ヶ月位経過し、回復が見られた頃に話すことで、比較的理解が得られている（3 ヶ月以上入院できるのは、他の病気を発症、検査結果が悪い場合などに限られる）。
- ・ 退院の不安が強い人に対しては、退院後 1 週間以内に医師が訪問している。在宅復帰が初めての場合はトラブルも多いため、できるだけ早く（退院後 2～3 日ほどで）訪問するようにしている。

## ②地域の医療・介護資源との連携について

- ・ 他機関との連携について。町内は滝宮総合病院からの依頼が多い。町内を除いた 7 割が高松の病院からとなっている。
- ・ 平成 23 年度より、香川シームレスケア研究会が県より委託を受け、地域医療再生基金を活用した IT 化事業を行っており、まず綾川地区から始めている。基金は 2000 万円であり、委託期間は 3 年間となっている。マイクロソフトのシェアポイント（Microsoft SharePoint2010）というソフトを使ってインターネットがあれば情報が共有できる維持費安価の仕組みを構築した。今年度は三豊・観音寺地区、来年度も地区を広げていく。
- ・ 町内事業所に集ってもらい、IT について連携拠点事業も兼ねて 3 ヶ月に 1 回集まり（2 回開催済み）、在宅の連携の問題点を話し合う場としている。在宅の勉強会の際に、事業所紹介やグループワークを行っている。

- ・ シェアポイントは、登録したメンバーのみ閲覧可能であり、Excel などのファイルを PC で見ることができる仕組みである。1 人の患者について関わる専門職しか見られない仕組みであり、セキュリティが担保されている。患者の様子や問題点などが書き込み、サーバがなくてもできるが、今はサーバにバックアップをとっている。サーバの維持費用は 10 万、20 万程度かかる。導入支援・サポートに業者を入れている。
- ・ シェアポイントには、介護・医療連携シートを改変した「基本情報シート」と訪問ごとに記載する「連絡シート」があり、訪問前に情報が伝えることができる。医師との連携が一番ハードルが高いため、医師が入力すればメリットは大きいですが、カルテや事業所の記録とは連動していないので、二度手間になることは否めない。ただし、この事業においては、IT 化そのものよりも、それがきっかけで多職種が集まって話し合いをすることが重要。説明会に 70 名、報告会は 6 月に 50 人、9 月に 40 人の参加者があった。
- ・ 香川県看護協会で作成している訪問看護の情報共有ツールでは、訪問看護の情報が共有できる。訪問看護には便利な仕組み。記録用紙の共有、看護計画の標準化、報告書の統一など、地域のケアマネに提出するものが入っており、自由に出し入れできる。掲示板機能もあり、質問を投稿すると、知っている人が回答することもできる。少人数の事業所では、マニュアル等を作るのが大変なので、マニュアルのサンプルをアップしておくそれを改変して使う事業所もある。
- ・ 訪問看護事業所の空き情報についてはまだ掲載していない。掲示板を使えば発信はいつでも可能だが、これは訪問看護だけ利用可能で、ケアマネ、他の事業所は見ることができない仕組みである。
- ・ 開業医への働きかけは難しい。在宅療養支援診療所と連携している病院としてサインしているが、それ以上の連携が難しい。高松市医師会が在宅医療の問題点を話し合う会（高松地区在宅医療推進協議会）を 3 年前から始め参加しているが、現在までにアンケートや視察を行ったが、実際の事業としてはまだ具体的に動いていない。在宅医療連携拠点事業は、来年は高松地域など範囲を広げておこなうことも検討課題である。開業医同士のネットワークの参加促進は現状では困難である。

### ③在宅移行の各段階における特徴的な取り組みについて

- ・ 在宅介護スクリーニング表、総合評価スクリーニング表の 2 種類とも入院の段階で介護保険適用の方に全員実施（加算 100 点）。様式は高知大方式である。重度であっても元々在宅の方は、スクリーニング表にチェックがついても実際は支援が必要ない場合がある。退院支援が必要と判断される人は、9 割にのぼる。入院患者のうち独歩で来る人が少ないため（平均年齢 84 歳）、多くなる。
- ・ 退院支援計画立案時には、支援計画が必要な方がほとんど対象になっている。ADL が低下している人が多く、救急車で来院という項目は総合評価スクリーニング表に入っていないが、「付き添いが必要」の項目でカウントされるため、退院困難者となっている。
- ・ 退院支援計画書の作成は、入院から 7 日以内に着手する。入院した段階で主治医が退院のめどを算出し、看護計画と退院支援とを連動させている。方向性確認シートは、状況が変わるたびに作成する。計画書は患者に見てもらいサインももらうため、患者の気持ちの準備ができる。入院後、2 週間から 1 ヶ月。回復の兆しが出たら説明する。



- ・ 患者への説明時に、計画書にサインをもらうが、タイミングには留意する必要がある。早くても遅くてもいけない。診療報酬上は早期に立案することとなるが、家族の受け入れる状況を考えると難しい。
- ・ 退院計画書の説明は、地域連携室の病棟師長と MSW 二人で対応している。家族にとっては、退院をすすめられるのはマイナス要因となる場合があるので、プライマリナースにさせると日々の看護業務に支障をきたす懸念がある。
- ・ 退院カンファレンスは、退院許可が下りて 2 週間以内に実施する。ケアマネには入院時と約 1 ヶ月後、退院前に来てもらう。要介護認定を未申請の患者のケースは介護保険の認定が出るのが遅いため日程が延びる。新規でも綾川町のケアマネが担当になった場合はすぐ来てくれる。
- ・ 住宅改修のアドバイスは外出とあわせて理学療法士かソーシャルワーカーのみ訪問する。
- ・ 退院後のフォローについて、訪問看護、訪問診療、訪問リハなどを利用している方については、金曜日の地域ケア専門委員会で情報共有している。対象患者は全部で 90~100 人位だが、問題がある人を中心に議題に挙げている。
- ・ 退院後指導については、追跡調査で訪問看護ステーションの看護師に聞いている。数が少ないため、困難な事などの声掛けができる。受け持ち看護師が自分の追跡調査として、それぞれの目的で行っているので全員にはしていない。自分が支援した患者の在宅復帰がうまくいっているか、指導した結果がどうなっているかを確認する。次の指導につながるので、追跡調査をするように言っている。環境が整っている病院と家庭との違いが分かる。家族指導が義務化されると在宅復帰は難しい。頑張らない介護ということを推していき、「それなら家でできそうです」と言ってもらえるようにする。

#### ④今後、在宅移行を進めていく上で必要な施策・取り組み

- ・ 以前は、公民館活動の一環で、看護師、保健師が入って看護技術を学んだ(身体の拭き方、おむつ交換など)。50~60 代の方に伝えるような地域の活動が全然ない。ボランティアや地域のつながりができるようにしたい。ボランティアで 1、2 時間出たいと思っている方も多いため、話し相手などサポーターが出て行ける機会や勉強をする機会があるとよい。
- ・ ボランティア活動は、介護予防サポーター養成事業として、地域包括支援センターが熱心に取り組んでいる。しかし、自宅に在宅にボランティアが入るのは抵抗がある人も多い。
- ・ ボランティアは養成講座を受けた 250~300 人のうち、90~100 人が現在活動している。そのうち約 20 人が運営委員となり会合を毎月 1 回開いている。地域の方の悩みや、苦労話を聞く機会が増えることにより、住民への意識付けができる。
- ・ 在宅医療連携拠点事業で、在宅医療に関心がある住民を集めて勉強会を実施している。住民の方に在宅医療を理解してもらい、技術的なことも多少含めていく。
- ・ 昔は、家族の中で自然に介護に触れていた。早いうちから介護方法、福祉用具など触れておくことが大切。在宅介護をしている家は、税金を減額するなどすれば、在宅の患者が増えるのではないか。
- ・ 医学部の学生に在宅医療を学んで欲しい。医師が機敏に動けば在宅、看取りにも対応できる。陶病院では看護学生、ソーシャルワーカー、薬剤師の実習も受け入れているが、在宅医療、介護に興味のある人を増やすことが必要である。

### 3. モデル事業の実施

医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とし、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」を行い、地域連携室における業務を明確化して在宅移行に関する手引書を作成するためのモデル事業を実施した。

#### (1) モデル事業枠組みの作成

全国実態調査及び先進施設ヒアリングを踏まえ、モデル事業の実施枠組みを策定するとともに、効果検証に当たってのモデル事業評価票類を作成した。

モデル事業の枠組み構築のポイントは以下のとおり。

図表62. モデル事業枠組みのポイント

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 退院調整の主体は医療機関とし、実施要領（手引書）の対象は医療機関とする。</li><li>・ 特に介護サービス事業所との連携部分に注目し、ケアマネジャーに連絡するポイント、訪問看護を検討するポイント等、どの介護職種とどのような情報を共有するかについて、各段階における連携フローを検討する。</li><li>・ 退院後のフォロー（情報共有）方法についても検討。</li></ul> |
|---|

退院支援の対象となる患者は高齢者かつハイリスク者（退院困難が予測される者）と考えられる。

図表63. モデル事業による退院支援の対象となるハイリスク者の例

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 介護力がない（日中独居の者等）</li><li>・ 入退院を繰り返している。</li><li>・ 認知症等、精神科疾患を有している</li><li>・ ターミナル等、予後不良の疾患である</li><li>・ 退院後、継続した医療処置が必要である（胃ろう等の経管栄養含む） . . . 等</li></ul> |
|---|

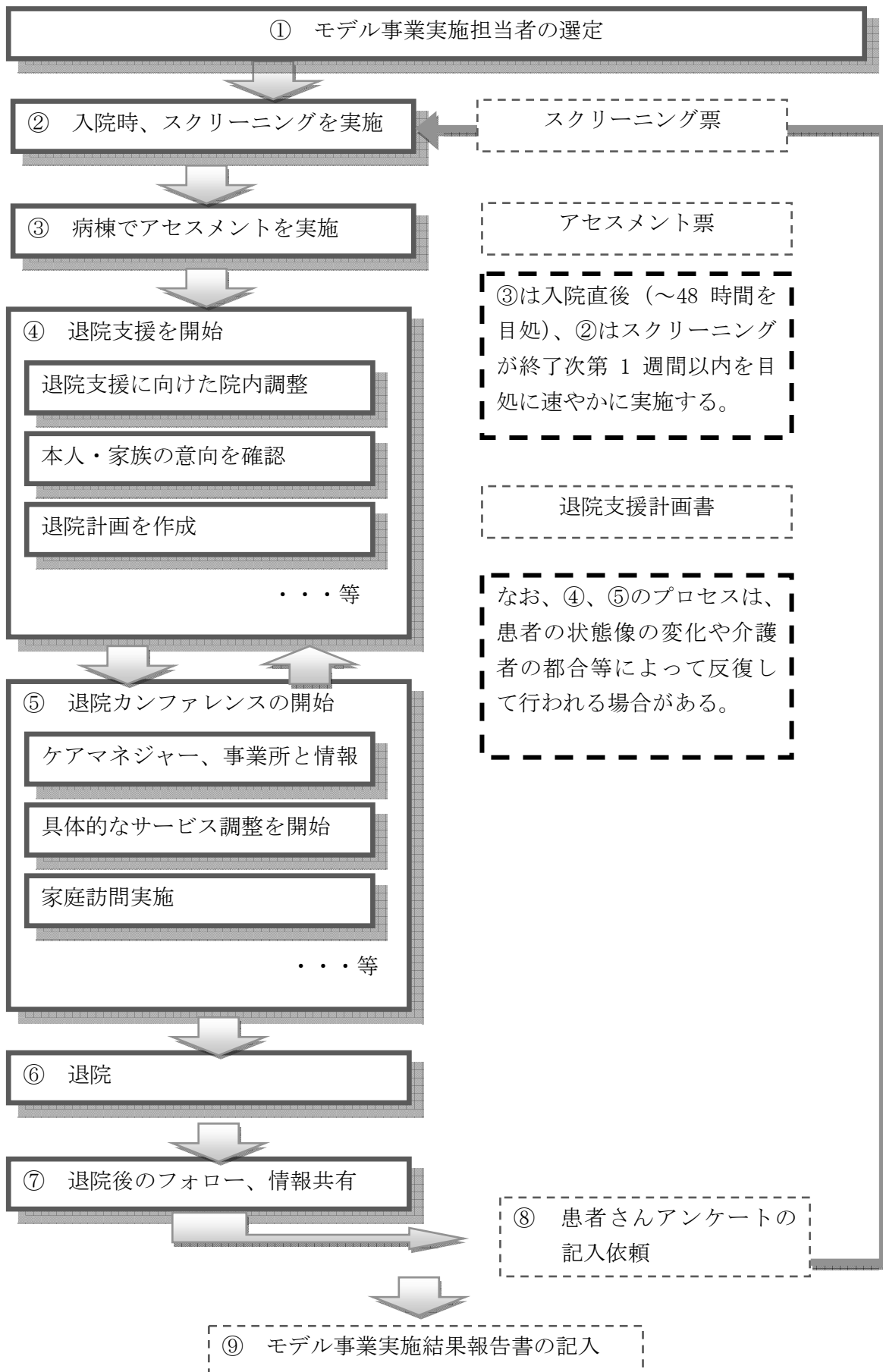
よって、これらの者を抽出するために、以下の者を対象としてモデル事業を実施することとした。

図表64. モデル事業対象患者

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 11月1日～30日に一般病床に入院した患者 かつ</li><li>・ 65歳以上の高齢者 かつ</li><li>・ 計画的入院（3日以内に退院が想定されるもの）の患者は除く</li></ul> |
|--|

なお、モデル事業の対象となる候補者に対しては、事業の概要を説明し、同意書を取得することとした。

具体的には、以下のモデル事業実施フローを作成した。



退院支援が必要なハイリスク者を選定するために、入院患者に対するスクリーニングおよびアセスメントを実施し、その結果を踏まえて病棟や地域連携室等の退院支援部門において在宅移行のための調整、手続きを実施することとした。

在宅移行に当たっては、地域の介護サービス事業所を含めた支援チームを構築し、カンファレンスの開催、本人・家族の相談対応、サポート、在宅移行計画の立案を行い、退院後には在宅療養生活の状況を、介護サービス事業所等と情報共有することとした。

#### ① モデル事業実施担当者の選定

モデル事業の実施にあたって、帳票類の記載や各種院内調整、介護サービス事業所等との調整を主として実施する担当者（以下、モデル事業実施担当者）を選定した（貴院の地域連携室に勤務する看護師、MSW（退院支援担当者）の方等）。

#### ② スクリーニングを実施

入院後 48 時間以内に、退院支援の必要性を判断するスクリーニングを実施した。スクリーニングは、1) 11 月 1 日～30 日に一般病床に入院し、2) 65 歳以上で、3) 計画的入院（3 日以内に退院が想定されるもの）ではない患者に対して実施した。

#### ③ アセスメントを実施

入院から 1 週間以内に、②において退院支援が必要と判断された患者に対して、病棟もしくは、退院支援担当者（看護師／MSW）によるアセスメントを実施した。また、アセスメント実施までに、担当ケアマネジャー（介護保険利用者の場合）に当該患者が入院したことを伝え、入院時情報提供書を入手するよう働きかけをすることとした。

#### ④ 退院支援を開始

③の結果を踏まえて、最終的に退院が困難でありかつ退院支援が必要とされた患者について、退院調整を開始することとした。

#### ○退院支援にむけた院内調整

退院に向けた院内の支援体制を構築するため、モデル事業実施担当者は、退院支援が必要な患者であることを病棟看護師に周知し、連絡を密にして当該患者の申し送り、病状説明、カンファレンス等に積極的に参加して患者情報を共有するとともに、病棟看護師に対する意識付けを実施することとした。また今後の退院の見通しについて、医師から患者や家族に対して説明を行い、今後予測される状況についての理解を得ることも行った。

#### ○本人・家族の意向を確認

本人、家族と退院支援に向けた相談、意向確認を行うため、在宅生活時の状況を本人・家族から聞き取るとともに、可能であれば患者宅を訪問し、住宅の状況、介護力の有無等を確認することとした。

## ○退院計画を作成

当該患者の退院支援計画書を作成するため、ケアマネジャーから取得した入院時情報提供書等も参考にし、退院までの課題、目標設定、退院後に使用するサービス等について計画を作成することとした。作成した計画は、病棟看護師、地域連携室職員、患者・家族すべてと共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を得ることとした。

## ○その他

当該患者が介護保険未申請の場合は、退院後に必要なサービスが利用できるように申請の支援を行う等、モデル事業実施担当者は当該患者の退院支援に当たって必要な調整を行うこととした。

## ⑤ 退院カンファレンスの実施

多職種によるカンファレンスを開催し、多職種の視点から在宅生活に向けた課題を提示することとした。

## ○ケアマネジャー、事業所と情報共有

退院カンファレンスを開催し、ケアマネジャー等、地域調整担当者同席の下、課題解決に向けて議論し、当該患者が退院するに当たって必要なサービス、支援の内容を共有する（ケアマネジャーには、退院カンファレンスを開く1週間前には連絡・調整することとした）。

カンファレンスへの参加職種の想定は以下のとおり。

- ・ モデル事業実施担当者（地域連携室）
- ・ 主治医
- ・ 病棟看護師
- ・ 地域の医療機関、歯科医療機関
- ・ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 訪問リハビリテーション事業所
- ・ 訪問介護事業所
- ・ その他（施設等への退院の場合は、当該施設の職員も含める）
- ・ 本人、家族

## ○具体的な調整を実施

本人・家族に説明し、同意が得られたところで、ケアマネジャー等と連携して、退院日、サービス開始日等の具体的な調整を実施することとした。ケアマネジャーに対しては、診療情報提供書を提供することとした。

退院支援においては、地域のケアマネジャー、介護サービス事業所との適切な連携を行いつつ、患者・家族の退院後の生活の状況を見通して実施し、また調整中に患者の状態像、生活状況（家族の状況等）に変化が見られた場合は、カンファレンスを開催して退院計画を適宜患者の現状に合わせて見直すこととした。

## ○家庭訪問の実施

モデル事業実施担当者、訪問リハビリテーション事業所担当者等により、退院前の患者宅への訪問等を実施して患者の生活状況を把握し、退院計画の修正等を行い、スムーズな退院につなげることとした。

## ⑥ 退院

サービス調整結果が、患者が在宅で生活する上での課題を解決していることを確認するとともに、退院後に地域で継続的に生活できるかどうかを確認することとした。

## ⑦ 退院後のフォロー、情報共有

患者の退院後の状況について、情報を共有することとした。

## ⑧ 患者さんアンケートの記入

退院した患者に対し、患者さんアンケートの記入を依頼するとともに、記入が困難な患者に対しては、家族への記入を依頼するか、患者本人からモデル事業実施担当者等が聞き取って記入することとした。

## ⑨ モデル事業実施結果報告書の記入

モデル事業に関する意見・在宅ケアについての意向等事業実施前後の入退院に係る業務時間、平均在院日数の変化等を記入し、提出いただいた。

## (2) モデル事業実施要領、関連帳票類の作成

モデル事業の実施に当たっての実施要領（手引書）及び事業効果を検証するための評価帳票類を作成した。作成した帳票類は以下のとおりである（参考資料参照）。



図表65. 帳票類一覧

様式	種別	内容	記入者
—	実施要領（手引書）	モデル事業実施の一連の流れの手順書（本紙）	—
様式0	患者一覧表	性別・年齢・入退院情報等	
様式1	モデル事業対象者退院支援状況票	モデル事業の対象となる患者、実施した調整内容の日付等、転帰等について記載するとともに、在宅移行に際して実施した、カンファレンス、相談対応、他機関との連携、特に介護サービス事業所との連携・調整・役割分担等について記録する	モデル事業実施担当者
様式2-1	総合評価スクリーニング票	退院支援の必要性を判断するための初回のスクリーニングに使用	病棟看護師/ モデル事業実施担当者
様式2-2	在宅介護スクリーニングスコア表		
様式3	在宅移行アセスメント票	退院支援の必要性を確定するためのアセスメントのために使用	モデル事業実施担当者/ 病棟看護師
様式4	退院支援計画書	退院支援計画の内容を記載	モデル事業実施担当者
様式5	介護支援専門員票	モデル事業に対する意見、効果について、ケアマネジャーの視点から調査する	ケアマネジャー
様式6	患者さんアンケート	退院支援に関する感想等について把握する。（退院患者を対象）	患者
様式7	モデル事業実施結果報告書	モデル事業に関する意見・在宅ケアについての意向等 事業実施前後の入退院に係る業務、平均在院日数の変化等	モデル事業実施担当者



### (3) モデル事業の実施

作成した手引書に基づき、帳票類を活用して、以下の国保直診（病院）8施設においてモデル事業を実施した。

図表66. モデル事業実施施設

NO	都道府県	施設名
1	宮城県	涌谷町町民医療福祉センター
2	富山県	南砺市民病院
3	滋賀県	公立甲賀病院
4	京都府	京丹後市立久美浜病院
5	三重県	紀南病院
6	鳥取県	国民健康保険日南病院
7	香川県	綾川町国民健康保険陶病院
8	熊本県	上天草市立上天草総合病院

### (4) モデル事業実施結果

#### 1) 回収の状況

モデル事業に関する帳票類の回収状況は以下のとおり。

図表 67. 帳票別の回収状況

様式	種別	票数
様式1	モデル事業対象者退院支援状況票	145
様式2-1	総合評価スクリーニング票	291
様式2-2	在宅介護スクリーニングスコア表	292
様式3	在宅移行アセスメント票	234
様式4	退院支援計画書	77
様式5	介護支援専門員票	27
様式6	患者さんアンケート	43
様式7	モデル事業実施結果報告書	8

## 2) 調査結果

### ① モデル事業の実施状況（様式7）

- 各施設において、モデル事業の対象者のうち、退院支援が必要と判断された割合等は以下のとおりであった。

図表68. 各段階別の状況

施設	入院患者全 数：延べ人数	うち「スクリー ニング票」 を記入した人 数	うち、「アセ スメント票」 を記入した人 数	うち、「退院 支援が必要」 と判断された 人数	当初、退院支援が不 要と考えられたが、 病状の変化等で退院 支援が必要となった 人数
A	60	1	1	1	0
B	36	36	24	13	0
C	66	43	43	13	1
D	121	80	80	26	4
E	73	73	29	29	0
F	54	54	54	49	0
G	206	102	56	56	1
H	275	275	4	4	0
合計	410	287	231	131	5
※	(%)	81.7%	65.7%	37.1%	1.2%

※モデル事業実施施設のうち、対象患者全員に対するスクリーニングシート記入ができなかった回収施設 A, G, H を除くと、スクリーニング票を記載した患者は 81.7%、アセスメント票を記載した患者は 65.7%、退院支援が必要な患者は 37.1% であった。

- 平均在院日数については、4施設で昨年度よりも減少していた。ただし、昨年度は震災の影響で一時的に在院日数が延びた病院がある等、他の施設においても、他の要因が関与している部分もあるため、在院日数の削減がモデル事業の影響かどうかの解釈には留意する必要がある。

図表69. 平均在院日数の変化

施設	平均在院日数(一般病床分):事業実施前(平成23年11月)	平均在院日数(一般病床分):事業実施後(平成24年11月)
A	21	21
B	15.6	13.5
C	15.2	17.6
D	12	11
E	20.3	16.7
F	25.85	18.16
G	15.94	15.98
H	15.38	16.22

- スクリーニングからアセスメントまでの平均日数は、半数の医療機関で減少していた。カンファレンスの実施状況については、3施設で平均実施回数が増加していた。

図表70. 各種期間の変化

施設	モデル事業実施前と実施後の変化:入院からスクリーニングまでの平均日数	モデル事業実施前と実施後の変化:スクリーニングからアセスメントまでの平均日数	モデル事業実施前と実施後の変化:入院から退院カンファレンスまでの平均期間	モデル事業実施前と実施後の変化:退院カンファレンスの平均実施回数	モデル事業実施前と実施後の変化:家庭訪問の実施割合	モデル事業実施前と実施後の変化:退院後の訪問割合
A	不変	不変	不変	不変	不変	不変
B	減少	減少	不変	増加	不変	不変
C	減少	減少	不変	不変	不変	不変
D	不変	不変	増加	増加	不変	不変
E	減少	減少	不変	不変	不変	不変
F	不変	減少	不変	不変	不変	不変
G	不変	不変	減少	増加	不変	不変
H	不変	不変	不変	不変	不変	不変

- モデル事業の効果については以下のとおり。

**図表71. モデル事業の効果**

- ・ 退院支援計画書の作成基準がより明確になった。入退院をくり返す患者への対応が不十分であることが分かった。
- ・ 当院では、以前から受け持ち看護師が中心となって退院支援を行っていたので、大きな変化はおこらなかった。しかし、スクリーニング、アセスメントを行うまでの日数は明らかに短縮されたが、実際のカンファレンスの時期を、早く設定することができなかった。
- ・ カンファレンスの開催等、普段行っている援助を活発に行うことができた。現在病院で行っている支援方法について今後の方向性を考えることができた。
- ・ 事業所とのやりとりを密に行えた事で今後につながった。又、入院時に連絡を行う事で、退院後のサービスがとぎれる事なく利用できた。しかし退院予定日の設定は困難で、早期に予定が立つケースは少ない。病棟からの情報は入りやすくなった。
- ・ 入院早々から、退院支援の必要性を、医師、病棟看護師等が意識するようになった。退院後フォローの必要性を感じる事が出来た。スクリーニングスコア基準の活用について考えるきっかけになった。
- ・ プライマリナースによるアセスメント(2週間目 checkとして導入)を行うことで動機づけが図られた。そのため、カンファレンスをする必要性を認識していただきカンファレンスが増加した。

- 退院支援をうまく行う方策・工夫点については以下のとおり。

**図表72. 退院支援をうまく行う方策・工夫点**

- ・ 入院当初から、主治医や病棟看護師全員が在宅療養を目的とする「退院支援」の意識を持つように、病棟の意識を変えてゆくことが、大変な道だが、医療費削減につながり、在宅での看取りを増やしてゆけると思う。現状は、退院援助看護師やMSWに依頼が来る時点では、もはや「退院調整」だけの関わりにならざるを得ず、施設や療養型病院を選択するしかないケースが少なくない。それは、介入時期が、入院早期であれば良いというだけではなく、治療方針などにも大きく影響される。退院援助部門職員だけではなく、病院スタッフ全員の意識統一が重要だと思える。
- ・ 介護に終わりが見えないことで在宅介護に不安を抱く家族に、施設入所までの一定期間頑張ってみることや、レスパイト入院ができることを伝えてまず不安の軽減を図り、その後で具体的な介護サービスの情報提供を行なった。何かあれば退院後でもいつでも地域連携室を窓口として相談に応じることを家族に伝えた。
- ・ すでに行っていたので、取り組みに対する抵抗はなく、受け入れ状態は良行であった。早くアセスメントすることで、方向性は見出せるが、支援も早く開始できる姿勢をもたなければならない。
- ・ 病棟看護師やリハビリ部門、ケアマネジャーと積極的に情報交換すること。患者家族に医師から早期に治療方針や入院期間を説明すること。
- ・ 交通手段や移動距離を考えると電話やFaxのやりとりの方がうまくいくケースが多い。又、入退院のくり返しのケースが多いため、何度も介入しているケースにおいては連絡・調整でうまくいくケースも多い。

- ・ 各セクションでの役割を認識しながら、適宜にカンファレンス等を開催し情報の共有・方向性を探る。家族やケアマネジャーから得た情報を的確に分析し、退院後の生活をイメージする。常に地域の社会資源を把握しておく。
- ・ 退院時カンファレンスをできるだけ早くに実施すること。ケアマネジャーによって、患者像の捉え方に差がある（あまりにも早くカンファレンスを設定するとこんな状態では在宅介護の継続は困難（ケアマネジャーがこのような状態ではケアマネジメントできないと思う。）と判断し、施設への申し込みを家族に勧めるケアマネジャーがいる）ため、患者のADL等だけでなく、患者を担当するケアマネジャーをアセスメントすることも重要。

○ ケアマネジャー、介護サービス事業所等からの意見については以下のとおり。

**図表73. ケアマネジャー、介護サービス事業所等からの意見**

- ・ ケアマネジャーからは、早めに病院から退院準備の連絡がもらえたので、余裕を持って、関わられた、とのこと。
- ・ 早めに退院の予定を知らせてくれるため、プランが立てやすい。
- ・ 担当者会議は問題なく開催できている。アセスメント結果で在宅環境を考慮した上での取り組みが必要。
- ・ カンファレンスを開いてもらうことで、患者の状態が良く分かって良かった。
- ・ モデル事業を行った事により、すべてのケースについて情報のやりとりをしたため、連絡がとりやすくなったとの意見があった。しかし予防をとりあつかう事業所においては、紙面でのやりとりはむずかしいとの意見があった。
- ・ 退院前カンファレンスの参加依頼が急遽生まれ、困ったことがある。主治医、リハビリスタッフとの面談が思うように出来なかった。退院に向けた話し合いの場を設定してくれるので助かっている。
- ・ ケアマネジャーからは、カンファレンスに呼ばれることに感謝する。すぐに専門職に質問できるため不安、疑問の解消となるとの意見があった。介護サービス事業所からは、「ケアマネジャーからは伝わらない（聞き忘れや関心がない）情報（食事内容・食事姿勢、服薬、入浴後の実施ケア、食事前後のケアなど）もあるためカンファレンスに参加できることは、情報を知るうえで意義がある」との意見があった。

○ 職員からの意見については以下のとおり。

**図表74. 職員からの意見**

- ・ リハビリスタッフからは、MSWの初動が早く、退院後のイメージ把握が他の入院患者よりも早かったので、リハビリも当初から、目標設定が明確に持てたとのこと。
- ・ 退院支援計画と看護計画を連動させることで、病棟と地域連携室が常に同じ方向を向いて退院支援を行っていけることが実感できた。
- ・ 当院では、在宅支援室がないので、すべての展開を受け持ち看護師で行っていくことになるので、負担感が大きいとの意見が多数あった。
- ・ 家族に相談したいことや尋ねたいことがあってもなかなか会えない。入院期間が示されていないことがある。

- 時間外や救急をうけいれる病棟においては、全ケースを2日以内で行う事は負担が大きいとの意見があった。
- 関係機関との調整次第で、退院支援の円滑さが違うことを感じた。一時的な入院期間の関わりだけでなく、退院後の生活も考えた看護を考えていくことが大切と感じた。
- 退院に向けたカンファレンスが必要であることは理解できるが、時間調整が難しい。治療経過を追って、すぐに退院となってほしいが、介護サービスの調整までの日数がかかる。退院調整ベッドなどの目的に応じた病棟運営、診療報酬等の算定も一案とならないか。
- 病棟サイドに在宅介護職種が何を期待しているか分かった。それと同時に期待が過剰であったり、逆にこのような体制（状況）で大丈夫なのかと不安になることもある。

② モデル事業の実施状況（様式 1、2、3）

- 入院後の各種手続きの実施日についてみると、入院日から数えてスクリーニング実施日は平均 2.38 日、アセスメントは平均 4.65 日、退院調整開始日は 7.32 日、大規模なカンファレンス実施日は 17.75 日等となっている。

図表75. 入院後の各種手続きの実施日（入院日からの経過日数：様式 1）

	件数	5日未満	5<10日未満	10<15日未満	15満	15満<30日以上	30日以上	無回答	平均：(単位：日)	標準偏差：(単位：日)
スクリーニング実施日	145 100.0%	138 95.2%	5 3.4%	1 0.7%	-	-	1 0.7%		2.38	1.33
アセスメント実施日	145 100.0%	74 51.0%	50 34.5%	4 2.8%	2 1.4%	-	15 10.3%		4.65	2.69
退院調整開始日	145 100.0%	45 31.0%	32 22.1%	8 5.5%	9 6.2%	2 1.4%	49 33.8%		7.32	6.61
本人・家族の意向確認日	145 100.0%	50 34.5%	43 29.7%	11 7.6%	9 6.2%	1 0.7%	31 21.4%		6.75	5.45
退院計画作成日	145 100.0%	16 11.0%	32 22.1%	9 6.2%	12 8.3%	2 1.4%	74 51.0%		9.79	7.93
大規模カンファレンス実施日	145 100.0%	9 6.2%	9 6.2%	9 6.2%	21 14.5%	8 5.5%	89 61.4%		17.75	13.54
退院日	145 100.0%	4 2.8%	13 9.0%	13 9.0%	27 18.6%	22 15.2%	66 45.5%		21.86	14.37

- カンファレンスに参加した職種は、看護職員が 35.9%、家族が 29.0%、ケアマネジャーが 27.6%などとなっている。

図表76. カンファレンスの参加職種（様式 1）

	件数	本人	家族	医師	看護職員	MSW	ケアマネジャー	訪問介護事業所	訪問所 リハビリ	地域 包括 支援 セ	その他	無回答
合計	145 100.0%	24 16.6%	42 29.0%	28 19.3%	52 35.9%	38 26.2%	40 27.6%	2 1.4%	-	6 4.1%	17 11.7%	90 62.1%



- ケアマネジャーと連絡した初回の調整日は、入院日から数えて平均 7.48 日目であった。初回の連絡手段は電話（42.1%）が最も多かった。

図表77. ケアマネジャーと連絡した初回の調整日（様式1）

	件数	5日未満	5～10日未満	11～15日未満	16～20日未満	21～30日以上	無回答	（単位：日） 平均値	（単位：日） 標準偏差
合計	145 100.0%	49 33.8%	18 12.4%	5 3.4%	9 6.2%	3 2.1%	61 42.1%	7.48	10.52

図表78. ケアマネジャーとの初回の連絡手段（様式1）

	件数	電話	FAX	文書	メール	面談	無回答
合計	145 100.0%	61 42.1%	3 2.1%	6 4.1%	-	24 16.6%	61 42.1%

- 退院調整の結果、モデル事業実施期間中に退院できた患者は 76 名（52.4%）、退院できなかった患者は 47 名（32.4%）、近日中に退院見込みの患者は 12 名（8.3%）であった。（いずれも様式1ベース）

図表79. 退院の可否（様式1）

	件数	退院できた	退院できなかった	近日中に退院見込み	無回答
合計	145 100.0%	76 52.4%	47 32.4%	12 8.3%	10 6.9%

○ 退院先については、「自宅」(75.0%)が最も多く、そのほかは老人保健施設等が多い。

図表80. 退院先の状況(様式1)

	件数	自宅	有料老人ホーム	グループホーム	特別養護老人ホーム	老人保健施設	療養病床	療養病床以外の病床	その他	無回答
合計	76 100.0%	57 75.0%	3 3.9%	2 2.6%	6 7.9%	1 1.3%	2 2.6%	4 5.3%	1 1.3%	

○ 退院後の緊急連絡の有無、緊急訪問ともには「あり」が1名(1.3%)、予定外の受診の有無は「あり」が2名(2.6%)と低くとどまっている。

図表81. 退院後の緊急連絡の有無(様式1)

	件数	緊急連絡あり	なし	無回答
合計	76 100.0%	1 1.3%	43 56.6%	32 42.1%

図表82. 退院後の緊急訪問の有無(様式1)

	件数	緊急訪問あり	なし	無回答
合計	76 100.0%	1 1.3%	44 57.9%	31 40.8%

図表83. 退院後の予定外の受診の有無(様式1)

	件数	予定外の受診あり	なし	無回答
合計	76 100.0%	2 2.6%	43 56.6%	31 40.8%

- 在宅介護スクリーニングスコアについてみると、「ハイリスクでかなり在宅困難」のケースは、退院できた場合では 30.7%であったのに対し、退院できなかった場合では 60.4%となっている。平均スコアも各々12.27点、9.15点となっている（様式2-2ベース）。

図表84. 在宅介護スクリーニングスコア（様式2-2）

	件数	ハイリスクでかなり在宅困難（0点）	境界線（11点）	在宅可能（12点）	無回答	（単位：点） 平均値	（単位：点） 標準偏差
合計	292 100.0%	108 37.0%	21 7.2%	160 54.8%	3 1.0%	11.72	4.78
退院できた	75 100.0%	23 30.7%	5 6.7%	46 61.3%	1 1.3%	12.27	4.93
退院できなかった	48 100.0%	29 60.4%	6 12.5%	13 27.1%	-	9.15	4.23
近目中に退院見込み	12 100.0%	6 50.0%	1 8.3%	5 41.7%	-	10.92	3.12
無回答	10 100.0%	8 80.0%	-	1 10.0%	1 10.0%	8.22	2.59
不明(様式1なし)	147 100.0%	42 28.6%	9 6.1%	95 64.6%	1 0.7%	12.57	4.73

- これを「無回答」と「不明」を除く 135 件について、点数別の退院可否状況を見ると、「ハイリスクで、かなり在宅困難」と判断されたケースでは、「退院できた」が 39.7%、「退院できなかった」が 50.0%となっている。一方「在宅可能」と判断されたケースでは、「退院できた」が 71.9%、「退院できなかった」が 20.3%であった。

図表85. 在宅介護スクリーニングスコア（様式2-2）

	合計	退院できた	退院できなかった	近目中に退院見込み
合計	135 100.0%	75 55.6%	48 35.6%	12 8.9%
ハイリスクで、かなり在宅困難(0点～10点)	58 100.0%	23 39.7%	29 50.0%	6 10.3%
境界線(11点)	12 100.0%	5 41.7%	6 50.0%	1 8.3%
在宅可能(12点～20点)	64 100.0%	46 71.9%	13 20.3%	5 7.8%

- アセスメントシートについてみると、患者の平均年齢は約 84.56 歳であった。

図表86. 年齢（様式3）

	件数	6 満 0 5 7 0 歳 未	7 満 0 5 8 0 歳 未	8 満 0 5 9 0 歳 未	9 0 歳 以 上	無 回 答	(平 単 位 均 : 歳 値)	(標 準 偏 差 : 歳)
合計	234 100.0%	11 4.7%	44 18.8%	110 47.0%	65 27.8%	4 1.7%	84.56	7.93
退院できた	67 100.0%	2 3.0%	13 19.4%	35 52.2%	15 22.4%	2 3.0%	83.78	7.11
退院できなかった	45 100.0%	-	9 20.0%	23 51.1%	13 28.9%	-	85.93	6.33
近日中に退院見込み	12 100.0%	-	2 16.7%	7 58.3%	3 25.0%	-	84.83	6.81
無回答	8 100.0%	-	-	2 25.0%	6 75.0%	-	91.25	5.42
不明(様式1なし)	102 100.0%	9 8.8%	20 19.6%	43 42.2%	28 27.5%	2 2.0%	83.88	9.08

- 入居前の居所は、退院できたケースでは「自宅」が 76.1%で多くなっている。一方、退院できなかったケースではできたケースと比較して「他病院」(22.2%)の割合が大きくなっている。

図表87. 入院前の居所（様式3）

	件数	自宅	他病院	老健	特養	有・ム 料グ 老ル 人ホ ーホ ー	その 他	無 回 答
合計	234 100.0%	167 71.4%	22 9.4%	10 4.3%	14 6.0%	8 3.4%	7 3.0%	6 2.6%
退院できた	67 100.0%	51 76.1%	6 9.0%	4 6.0%	2 3.0%	3 4.5%	1 1.5%	-
退院できなかった	45 100.0%	26 57.8%	10 22.2%	5 11.1%	-	1 2.2%	3 6.7%	-
近日中に退院見込み	12 100.0%	8 66.7%	4 33.3%	-	-	-	-	-
無回答	8 100.0%	6 75.0%	1 12.5%	-	-	1 12.5%	-	-
不明(様式1なし)	102 100.0%	76 74.5%	1 1.0%	1 1.0%	12 11.8%	3 2.9%	3 2.9%	6 5.9%

- 介護保険の認定状況についてみると、いずれも「介護保険認定済み」が最も多いが、退院できなかったケースでは「申請中」も 13.3%みられている。

図表88. 介護保険の認定（様式3）

	件数	介 護 保 険 認 定 済	申 請 中	必 請 要 あ る が 未 申	不 当 要 ま た は 非 該	無 回 答
合計	234 100.0%	139 59.4%	10 4.3%	24 10.3%	50 21.4%	11 4.7%
退院できた	67 100.0%	45 67.2%	1 1.5%	11 16.4%	9 13.4%	1 1.5%
退院できなかった	45 100.0%	30 66.7%	6 13.3%	7 15.6%	2 4.4%	-
近日中に退院見込み	12 100.0%	9 75.0%	1 8.3%	-	1 8.3%	1 8.3%
無回答	8 100.0%	6 75.0%	-	2 25.0%	-	-
不明(様式1なし)	102 100.0%	49 48.0%	2 2.0%	4 3.9%	38 37.3%	9 8.8%

○主疾患、主な症状、医療処置の有無については以下のとおり。

図表89. 主疾患（様式3）

	件数	脳血管障害	悪性新生物	難治性神経疾患	心疾患	骨折	慢性呼吸器疾患	糖尿病	うつ病	認知症	その他	無回答
合計	234	27	24	1	36	23	22	8	1	18	122	1
	100.0%	11.5%	10.3%	0.4%	15.4%	9.8%	9.4%	3.4%	0.4%	7.7%	52.1%	0.4%
退院できた	67	6	7	-	9	5	10	3	-	7	39	-
	100.0%	9.0%	10.4%	-	13.4%	7.5%	14.9%	4.5%	-	10.4%	58.2%	-
退院できなかった	45	10	6	1	9	9	2	-	1	2	13	-
	100.0%	22.2%	13.3%	2.2%	20.0%	20.0%	4.4%	-	2.2%	4.4%	28.9%	-
近日中に退院見込み	12	1	-	-	2	4	-	1	-	2	4	-
	100.0%	8.3%	-	-	16.7%	33.3%	-	8.3%	-	16.7%	33.3%	-
無回答	8	2	1	-	2	1	1	1	-	2	2	-
	100.0%	25.0%	12.5%	-	25.0%	12.5%	12.5%	12.5%	-	25.0%	25.0%	-
不明(様式1なし)	102	8	10	-	14	4	9	3	-	5	64	1
	100.0%	7.8%	9.8%	-	13.7%	3.9%	8.8%	2.9%	-	4.9%	62.7%	1.0%

図表90. 症状（様式3）

	件数	意識レベル低下	終末期	麻痺	摂食・嚥下障害	低栄養	褥瘡	脱水	認知・心理障害に伴う害行	疼痛または苦痛その状態	その他	無回答
合計	234	26	12	15	30	13	8	16	14	83	88	11
	100.0%	11.1%	5.1%	6.4%	12.8%	5.6%	3.4%	6.8%	6.0%	35.5%	37.6%	4.7%
退院できた	67	5	2	5	10	4	1	3	4	29	25	1
	100.0%	7.5%	3.0%	7.5%	14.9%	6.0%	1.5%	4.5%	6.0%	43.3%	37.3%	1.5%
退院できなかった	45	7	7	7	11	4	1	4	5	15	14	1
	100.0%	15.6%	15.6%	15.6%	24.4%	8.9%	2.2%	8.9%	11.1%	33.3%	31.1%	2.2%
近日中に退院見込み	12	2	-	-	3	2	1	1	2	5	4	-
	100.0%	16.7%	-	-	25.0%	16.7%	8.3%	8.3%	16.7%	41.7%	33.3%	-
無回答	8	3	2	1	3	2	1	1	2	-	-	-
	100.0%	37.5%	25.0%	12.5%	37.5%	25.0%	12.5%	12.5%	25.0%	-	-	-
不明(様式1なし)	102	9	1	2	3	1	4	7	1	34	45	9
	100.0%	8.8%	1.0%	2.0%	2.9%	1.0%	3.9%	6.9%	1.0%	33.3%	44.1%	8.8%

図表91. 医療処置（様式3）

	件数	気管カニューレ	人工呼吸器	吸引	HOT	注射・点滴	I V H	経管栄養	腎ろう	膀胱カテーテル	尿管皮膚ろう	C A P D	ストーマケア	褥瘡処置	疼痛(麻薬)管	リオン	その他	特になし	無回答
合計	234	6	3	21	15	6	3	14	4	23	-	-	4	5	8	39	10	51	82
	100.0%	2.6%	1.3%	9.0%	6.4%	2.6%	1.3%	6.0%	1.7%	9.8%	-	-	1.7%	2.1%	3.4%	16.7%	4.3%	21.8%	35.0%
退院できた	67	1	-	5	5	1	-	4	1	7	-	-	2	1	4	19	3	19	10
	100.0%	1.5%	-	7.5%	7.5%	1.5%	-	6.0%	1.5%	10.4%	-	-	3.0%	1.5%	6.0%	28.4%	4.5%	28.4%	14.9%
退院できなかった	45	1	-	6	5	2	3	5	2	8	-	-	-	1	3	12	1	1	19
	100.0%	2.2%	-	13.3%	11.1%	4.4%	6.7%	11.1%	4.4%	17.8%	-	-	-	2.2%	6.7%	26.7%	2.2%	2.2%	42.2%
近日中に退院見込み	12	-	-	1	1	-	-	-	-	1	-	-	-	1	1	4	1	1	5
	100.0%	-	-	8.3%	8.3%	-	-	-	-	8.3%	-	-	-	8.3%	8.3%	33.3%	8.3%	8.3%	41.7%
無回答	8	-	-	1	-	-	-	1	2	2	-	-	-	1	-	1	-	-	3
	100.0%	-	-	12.5%	-	-	-	12.5%	25.0%	25.0%	-	-	-	12.5%	-	12.5%	-	-	37.5%
不明(様式1なし)	102	4	3	8	5	2	-	4	1	5	-	-	2	1	1	3	5	31	45
	100.0%	3.9%	2.9%	7.8%	4.9%	2.0%	-	3.9%	1.0%	4.9%	-	-	2.0%	1.0%	1.0%	2.9%	4.9%	30.4%	44.1%

- 入院形態についてみると、退院できなかったケースは「再入院」が 26.7%と、退院できたケース（16.4%）と比較してやや多い。一方、緊急入院については退院できたケースの方が多くなっている。

図表92. 入院形態（様式3）

	件数	再入院	緊急入院	その他	無回答
合計	234 100.0%	50 21.4%	120 51.3%	62 26.5%	8 3.4%
退院できた	67 100.0%	11 16.4%	31 46.3%	26 38.8%	1 1.5%
退院できなかった	45 100.0%	12 26.7%	15 33.3%	20 44.4%	-
近日中に退院見込み	12 100.0%	2 16.7%	6 50.0%	4 33.3%	-
無回答	8 100.0%	4 50.0%	3 37.5%	-	1 12.5%
不明(様式1なし)	102 100.0%	21 20.6%	65 63.7%	12 11.8%	6 5.9%

- ADLについては、「移動要介助」「排泄要介助」とともに、退院できなかったケースは退院できたケースよりもより多く該当している。コミュニケーション障害においても同様の傾向が認められた。

図表93. ADL（様式3）

	件数	移動要介助	排泄要介助	無回答
合計	234 100.0%	149 63.7%	134 57.3%	77 32.9%
退院できた	67 100.0%	42 62.7%	35 52.2%	20 29.9%
退院できなかった	45 100.0%	41 91.1%	37 82.2%	4 8.9%
近日中に退院見込み	12 100.0%	10 83.3%	8 66.7%	1 8.3%
無回答	8 100.0%	8 100.0%	8 100.0%	-
不明(様式1なし)	102 100.0%	48 47.1%	46 45.1%	52 51.0%

図表94. コミュニケーション障害（様式3）

	件数	言語障害	視力障害	聴力障害	その他	無回答
合計	234 100.0%	34 14.5%	8 3.4%	22 9.4%	3 1.3%	182 77.8%
退院できた	67 100.0%	11 16.4%	2 3.0%	9 13.4%	2 3.0%	50 74.6%
退院できなかった	45 100.0%	13 28.9%	3 6.7%	6 13.3%	-	28 62.2%
近日中に退院見込み	12 100.0%	2 16.7%	-	-	8.3%	9 75.0%
無回答	8 100.0%	3 37.5%	2 25.0%	3 37.5%	-	3 37.5%
不明(様式1なし)	102 100.0%	5 4.9%	1 1.0%	4 3.9%	-	92 90.2%

- 家庭・環境については、退院できなかったケースは退院できたケースと比較して、「独居・介護者不在」の割合、「高齢者世帯」の割合がともに高くなっていた。

図表95. 家庭・環境（様式3）

	件数	独居・介護者不在	高齢者世帯	日中独居	その他	無回答
合計	234	39	46	34	92	26
	100.0%	16.7%	19.7%	14.5%	39.3%	11.1%
退院できた	67	13	10	11	28	5
	100.0%	19.4%	14.9%	16.4%	41.8%	7.5%
退院できなかった	45	17	14	8	6	2
	100.0%	37.8%	31.1%	17.8%	13.3%	4.4%
近日中に退院見込み	12	1	5	2	5	-
	100.0%	8.3%	41.7%	16.7%	41.7%	-
無回答	8	-	-	1	4	3
	100.0%	-	-	12.5%	50.0%	37.5%
不明(様式1なし)	102	8	17	12	49	16
	100.0%	7.8%	16.7%	11.8%	48.0%	15.7%

- 希望する退院先は「自宅」が最も多いが、家族よりも本人が希望する割合の方が高くなっている。

図表96. 希望する退院先（上：本人、下：家族）（様式3）

	件数	自宅	他病院	老健	特養	有・ム 料グ 老ル 人ホ ーホ ム	その他	未確認	無回答
合計	234	174	1	11	11	4	6	27	4
	100.0%	74.4%	0.4%	4.7%	4.7%	1.7%	2.6%	11.5%	1.7%
退院できた	67	57	-	4	-	1	3	3	-
	100.0%	85.1%	-	6.0%	-	1.5%	4.5%	4.5%	-
退院できなかった	45	23	1	3	-	-	2	17	-
	100.0%	51.1%	2.2%	6.7%	-	-	4.4%	37.8%	-
近日中に退院見込み	12	10	-	2	-	-	-	2	-
	100.0%	83.3%	-	16.7%	-	-	-	16.7%	-
無回答	8	5	-	1	-	-	-	1	1
	100.0%	62.5%	-	12.5%	-	-	-	12.5%	12.5%
不明(様式1なし)	102	79	-	1	11	3	1	4	3
	100.0%	77.5%	-	1.0%	10.8%	2.9%	1.0%	3.9%	2.9%

	件数	自宅	他病院	老健	特養	有・ム 料グ 老ル 人ホ ーホ ム	その他	未確認	無回答
合計	234	161	5	18	22	9	7	10	7
	100.0%	68.8%	2.1%	7.7%	9.4%	3.8%	3.0%	4.3%	3.0%
退院できた	67	51	1	6	2	3	1	3	-
	100.0%	76.1%	1.5%	9.0%	3.0%	4.5%	1.5%	4.5%	-
退院できなかった	45	18	4	8	5	3	3	4	2
	100.0%	40.0%	8.9%	17.8%	11.1%	6.7%	6.7%	8.9%	4.4%
近日中に退院見込み	12	10	-	2	2	-	-	-	-
	100.0%	83.3%	-	16.7%	16.7%	-	-	-	-
無回答	8	6	-	1	-	-	-	-	1
	100.0%	75.0%	-	12.5%	-	-	-	-	12.5%
不明(様式1なし)	102	76	-	1	13	3	3	3	4
	100.0%	74.5%	-	1.0%	12.7%	2.9%	2.9%	2.9%	3.9%



- 支援の必要性についてみると、「担当者が中心となり対応」の割合が、退院できなかったケースの方が退院できたケースに比べてやや高くなっている。

図表97. 支援の必要性（様式3）

	件数	担当者が中心と	病棟と看護師が中心	不要	無回答
合計	234 100.0%	119 50.9%	16 6.8%	99 42.3%	-
退院できた	67 100.0%	52 77.6%	2 3.0%	13 19.4%	-
退院できなかった	45 100.0%	37 82.2%	6 13.3%	2 4.4%	-
近日中に退院見込み	12 100.0%	9 75.0%	2 16.7%	1 8.3%	-
無回答	8 100.0%	3 37.5%	4 50.0%	1 12.5%	-
不明(様式1なし)	102 100.0%	18 17.6%	2 2.0%	82 80.4%	-

- 支援が必要な理由については、「入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」が退院できたケース、できなかったケースともに最も高い（各々66.7%、55.8%）。退院できなかったケースでは、「独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者」の割合も、もっとも高くなっている（55.8%）。

図表98. 支援が必要な理由（様式3：支援不要の者を除く）

	件数	再入院を繰り返している患者	退院後も必要な複雑な継続的	入院前後の生活様式の再編が	、必要となる患者	独居である必要はないが同居にあ	つても必要な状況にない患者	現行制度を利用している在宅への	の移行が困難な患者	対象外の患者	その他	無回答
合計	135 100.0%	21 15.6%	19 14.1%	88 65.2%	64 47.4%	4 3.0%	9 6.7%	3 2.2%				
退院できた	54 100.0%	6 11.1%	10 18.5%	36 66.7%	26 48.1%	-	2 3.7%	1 1.9%				
退院できなかった	43 100.0%	8 18.6%	8 18.6%	24 55.8%	24 55.8%	4 9.3%	5 11.6%	-				
近日中に退院見込み	11 100.0%	1 9.1%	-	9 81.8%	7 63.6%	-	1 9.1%	-				
無回答	7 100.0%	2 28.6%	1 14.3%	5 71.4%	3 42.9%	-	-	-				
不明(様式1なし)	20 100.0%	4 20.0%	-	14 70.0%	4 20.0%	-	1 5.0%	2 10.0%				

### ③ ケアマネジャーからの意見（様式5）

- 今回のモデル事業に参加したケアマネジャーに対し、退院支援に関する各病院との連携上の課題についてたずねたところ、主治医との連携の難しさや、病院と距離があり訪問に時間がかかる等の課題が挙げられた。

図表99. 退院支援に関する病院との連携上の課題（抜粋）

- ・ 事業所が町外の施設で、地域連携室との連携は、担当者が決まっているのでとても連携がスムーズですが、主治医との連携には敷居の高さを感じる。
- ・ 担当者会議なども都合をあわせてもらっているので問題は感じていない。
- ・ 入院時と退院後では環境や関わる人間も違うので、退院後の状態を把握する為にも医療と介護の連携が必要となると思う。
- ・ 退院後の自宅での環境整備など訪問をして話しをしたほうがよかった。帰ってから追加でレンタル（福祉用具）をしたりし、なかなかよい環境が早く整わなかった。
- ・ 今回のケースは、家屋調査を病院側と同行訪問したことで、本人の動きに沿った、手すりの取り付けが、早期に行うことができ大変良かった。
- ・ 必要な情報は、連携室を通して聞ける体制になっており、大変助かっている。
- ・ 退院時の情報受信を退院日に先立って完結することが叶えば幸いです。
- ・ 自宅の環境整備に必要な時間に余裕が欲しい・家族に対する介護、看護の指導体制を強化してほしい。
- ・ カンファレンス等への参加にも離島であることから船の時間に合せて行動しなくてはならない点が一番の課題。（必要以上の時間がかかってしまう）
- ・ 距離が遠いので、なかなか病院への訪問が困難である。
- ・ 離島の為、交通の便が長く、対応や訪問時間が調整しにくい。
- ・ 退院前の連携書や指導等を書面で頂けると助かります。退院後に関わるスタッフ（サービス事業所）含めたカンファレンスが必要と思います。
- ・ 担当ケースの退院にあたってのムンテラが急きょ組まれることになり、電話で急に出席を求められることがあるが、自身の業務の都合もあり参加できない場合がある。
- ・ 病院としての退院後の見通しがある程度固ったらなるべく早く知らせてほしい。
- ・ カンファレンス等突然開催される事が多くあり、参加できないこともある。（他の業務と重なってしまう）早く通知もらえれば、ほぼ参加は可能かもしれない。
- ・ 主治医との連携が図りにくい
- ・ 主治医との面談がなかなか難しい。リハ職との面談が難しい
- ・ 主治医との連携が難しい。

○本モデル事業を実施した効果について、以下の回答が得られた。

**図表100. モデル事業を実施した効果（抜粋）**

- ・ 入院前には会ったことのない家族と会えて、今後へむけて関わってもらえるようになり嬉しい。
- ・ 主治医や看護師と連絡しやすくなった。
- ・ 新規利用者を担当したため、上記プロセスがよくわかり、地域連携室との打合せ等で、より交流が深まった。情報をいただきやすくなった。
- ・ 外来に居宅の窓口があり、連絡は取りやすい。病棟の事も確認してもらえて情報が入手しやすい。
- ・ 医師から直接状態の説明を受け良かった。
- ・ 当該病院は、モデル事業以前より退院時の連携については協力的なので、今回特に思うことはありません。
- ・ 退院前から利用者の情報がよくわかりスムーズに退院に向けてプラン作成が行うことができ他事業所へも情報を早目に知らせることができた。退院に向け患者、その家族と在宅での医療面や介護面での不安がないように早目から調整されることで退院に向けての準備、家族の受け入れもできるのでよいと思う。支援窓口が出来たことにより利用者のことに対して詳しい情報を知ることができ問い合わせもしやすくなった。
- ・ 病院との関係が、より深く身近に感じられるようになった。
- ・ 医療連携室の相談員が調整してくれるため、スムーズに対応できる
- ・ 医療連携室の相談員が早期から関わってくれるので退院調整がスムーズに出来る。
- ・ 医療連携室の相談員が連携を取りやすくしてくれるので助かる。

○モデル事業に対する意見は以下のとおり。

**図表101. モデル事業に対する意見（抜粋）**

- ・ 患者の疾病だけでなく、その人の背景にある問題をも介護する側と共に考えようとしてくれる姿勢は、大変心強い。
- ・ 病院との連絡回数が増えた。
- ・ 在宅支援がスムーズに行うことができ、大変よい事業だと思っている。
- ・ ケアマネジャーを巻き込んでくれるので、サービス調整が早期に計画でき助かる。
- ・ カンファレンス（医師同席）を密に行ってもらえ、又、計画的に話し合い、評価（振り返り）の期間を置いてもらったので良かった。
- ・ モデル事業としての実績が確認できれば、本格的に継続実施を願う。
- ・ 連携をとるための共有のツールがあるとよい。（書式の統一、クリニカルパス等）
- ・ 医療連携室の相談員が調整してくれるため、スムーズに対応できる。
- ・ モデル事業を各地域で実施し、医療との連携が円滑に出来ると良いと思う。
- ・ モデル事業を今後、広めていけたら良いと思う。

病院の退院支援の流れに対する要望については以下のとおり。より早めの情報共有を望む声や役割分担の調整等、在宅介護への助言・指導の充実等があげられていた。

図表102. 病院の退院支援の流れに対する要望（抜粋）

- ・ ハイリスク者だけでなく、全ての入院患者の退院後の生活へ向けた意向支援・在宅介護への助言・指導をお願いしたい。
- ・ 退院時のめやすを早くたててくれ、先のプランが計画しやすい。
- ・ 病院から提供された地域連携パス（医療介護連携シート）が施設介護計画に大変役立った。
- ・ 今までも病棟へ行くこと、担当看護師との連携は出来ていたと思うので特に要望はない。患者、家族との面談も自由に出来る環境である。
- ・ 退院が決まったら連絡をしてほしい。
- ・ 入退院した情報がより早く入ってくると情報提供、退院後、支援がスムーズに調整できる様に感じる。
- ・ 治療中より継続的に情報を発信頂きたい。
- ・ 自宅の環境整備に必要な時間に余裕が欲しい・家族に対する介護、看護の指導体制を強化してほしい。
- ・ 医療との連携はケアマネジャーの悩みであり、我々も努力する点があると思う。
- ・ 地域医療連携室よりすぐ、退院時の情報が入るので在宅での生活に対する対応が出来やすくなった。
- ・ 急性期の場合は仕方がないが、なるべく早めの（特に医療依存度の高い方）段階から支援（準備）する必要があると思う。
- ・ ムンテラの日程が予め分かる場合にはできるだけ早めに教えて頂きたい。退院のおおよその時期を早めに教えて頂きたい
- ・ 支援内容が重複することもあるので、役割分担がもっと明確になると省力化も図れると思う。
- ・ カンファレンスの参加など、早目に教えてほしい。
- ・ 退院前に事前に担当者会議を行えたら良い。
- ・ 主治医も忙しいと思うが、在宅生活に不安ある利用者に対して、不安をとり除くような説明をしてほしい。
- ・ 主治医との連携を密に取り、利用者様が安心して在宅生活を送れるようにしてほしい。

④ 患者アンケートの状況（様式6）

- 本モデル事業で退院できた患者に対するアンケート結果について以下に記す。
- 性別は女性がやや多く（55.8%）、年齢は80歳～90歳未満が34.9%と最も多くなっていた。

図表103. 性別

	件数	男性	女性	無回答
合計	43	19	24	-
	100.0%	44.2%	55.8%	

図表104. 年齢

	件数	60歳未満	60～70歳未満	70～80歳未満	80～90歳未満	90歳以上	無回答	（単位：平均：歳）	（単位：標準偏差：歳）
合計	43	7	7	8	15	6	-	74.23	15.54
	100.0%	16.3%	16.3%	18.6%	34.9%	14.0%			

- 病院の支援に関する満足感については、「満足している」（60.5%）がもっとも多く、「やや不満である」「不満である」は見られていない。

図表105. 入院から退院までの間の病院の支援に対する満足感

	件数	満足している	やや満足している	どちらでもない	やや不満である	不満である	無回答
合計	43	26	9	8	-	-	-
	100.0%	60.5%	20.9%	18.6%			

- 退院したきっかけは「病状がよくなったため」（88.4%）が最も多い。

図表106. 退院したきっかけ（複数回答）

	件数	病状が良くなったため	良いアドバイスをもらったため	家族が介護してくれたため	その他	無回答
合計	43	38	10	3	3	1
	100.0%	88.4%	23.3%	7.0%	7.0%	2.3%

- 退院後の生活の状況は「順調である」（51.2%）が最も多い。

図表107. 退院後の生活の状況

	件数	順調である	順調ではない	わからない	無回答
合計	43 100.0%	22 51.2%	-	4 9.3%	17 39.5%

○退院支援への意見については以下のとおりであった。

図表108. 助かったこと・もう少ししてほしかったこと（抜粋）

■助かったこと

- ・ 施設の紹介をしてくれた。
- ・ 家に帰れないことを伝えると、施設の紹介をしてくれた。
- ・ ケアマネジャーの方に病院に来てもらうよう案内していただき、いっしょに相談できて良かった。
- ・ 船便なので、訪問関係ですべて助かった。家の設備、病院の手配、大変お世話になった。
- ・ 介護施設入所までの段取りが良く助かった。
- ・ 家にリハビリの人と福祉の人が来てもらって帰る前に準備する事などが分かって良かった。
- ・ 自宅での生活が難しく、その都度相談に乗って頂けた。
- ・ リハビリをして入院前まで改善して良かった。

■もう少ししてほしかったこと

- ・ 良かったが、家にいる時とインシュリンの打ち方が、病院にいる時とでは変わったことがあった。
- ・ 病院スタッフと施設職員が連携をとってくれているのはありがたいが、患者や家族も加えて話をしてほしかった。
- ・ 看護計画がわかりにくかった。同じ内容のものが何度もかいてあったのももう少し具体的な計画（期間や内容）がよいと思う。一般の人には言葉が難しいと思われる。個々に合った計画をわかりやすいことばで書き、説明して下さるとますますよくなると思う。
- ・ ICUが長かったため面会時間が少なく、本人から面会にきてくれないと不満があった。自宅が遠く時間を合わせるのが大変だった。
- ・ もう少し病院でリハビリをしたかった。
- ・ できればもう少し病院においてもらいたかった。

## 4. 効果検証ヒアリングの実施

モデル事業の実施状況、実施上の問題点や課題について、実施結果を元に詳細を調査した。調査対象施設としてモデル事業実施施設中から6施設を選定し、訪問調査を行った。

### (1) 調査対象

- ・宮城県・涌谷町町民医療福祉センター
- ・京都府・京丹後市立久美浜病院
- ・滋賀県・公立甲賀病院
- ・三重県・紀南病院
- ・鳥取県・国民健康保険日南病院
- ・熊本県・上天草市立上天草総合病院

### (2) 調査項目

対象施設での在宅移行の取り組み状況、モデル事業実施体制や実施上の課題、工夫点等を尋ね、モデル事業の効果を検討するとともに、手引きにつながる在宅移行の取り組みを抽出することとした。

図表 109. 調査項目

区分	項目
在宅移行の取り組み	<ul style="list-style-type: none"><li>・病院の在宅移行に関する方針</li><li>・在宅移行に関する職種、病院内の体制構築</li></ul>
モデル事業実施における体制整備	<ul style="list-style-type: none"><li>・モデル事業実施における、院内・院外体制の整備。</li></ul>
モデル事業の実施段階について	<ul style="list-style-type: none"><li>・入院時のスクリーニング・アセスメント実施時</li><li>・退院支援の開始時</li><li>・退院カンファレンスの実施</li><li>・退院調整の過程全般</li><li>・退院後のフォロー</li></ul>
モデル事業の枠組み・効果	<ul style="list-style-type: none"><li>・モデル事業の枠組み、フロー等について</li><li>・様式に対する意見・要望</li><li>・モデル事業の効果</li><li>・モデル事業全般に対する意向・感想</li></ul>
在宅移行に関する手引きについて	<ul style="list-style-type: none"><li>・手引きに盛り込むべき点、等</li></ul>



### (3) 調査結果

各施設におけるヒアリング調査結果は以下のとおり。

#### 1) 上天草市立上天草総合病院

日時	2013年2月1日
場所	上天草市立上天草総合病院 会議室
病床数	一般病床 149 床、療養型病床 46 床、計 195 床
併設施設	訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、老人保健施設 等

#### ①在宅移行の取り組みについて

##### ア) 地域・医療機関の特徴と在宅移行に関する方針

- ・ 上天草総合病院では、「信頼される地域医療」を理念とし、医師会や介護福祉施設等と連携を密にして、地域医療の質の向上に努力している。入院患者の退院後の施設・在宅生活を踏まえた退院支援において、院内の在宅訪問診療班および併設している訪問看護ステーション・居宅介護支援事業所、老人保健施設や他の医院・施設等と連携し、退院支援に取り組んできた。
- ・ 地域の特徴として、高齢者の一人暮らしが多い。若年者は仕事もあり日中不在で、家族の介護力は期待できない。施設の資源が限られているため、在宅サービスを組み入れているが、在宅復帰まで至らず、施設待機で長期入院化することも多い。それでも在宅移行については取り組んできた。
- ・ 国診協の理念の元、地域包括ケアを取り入れて関連施設も整備した。町から市となって規模も大きくなったが、住民は高齢化しており、家で介護してくれる人がいないのが一番の問題である。
- ・ 病院には訪問看護ステーションと介護老人保健施設が併設されている。特養は民間であるが、それ以外は病院の関連施設であり連携は取りやすい。訪問看護ステーションは常勤換算職員数で 2.5 人であり、受け持つことができる患者数も限られてくる。訪問看護ステーションの利用者は 20～22 人/月、多いときで 25～26 人である。

##### イ) 在宅移行に従事する職種・院内の体制構築について

- ・ 上天草総合病院では、平成 24 年 10 月から、相談員と看護師の二人体制で退院支援業務を始め、少しずつ退院促進ができるようになってきた。一般病床に対してスクリーニングシートを活用した退院支援が可能となり、本来のあるべき姿になってきた。
- ・ 病棟においては、すべての患者に対してスクリーニングを実施し、該当者の中で在宅復帰困難者や退院時に各種サービスが必要となる患者の情報が、地域医療連携室に集約されてくる。
- ・ 地域連携室における取り組みは以下のとおり。医療相談員は入院翌日に患者を訪問し、退院支援が必要な場合は病棟師長へ伝達して情報共有をする。院内スタッフ、院外機関との調整は随時行う。また、病床管理委員会、在宅ケア会議、担当地区ケア会議等でも情報を共有している。

## ②モデル事業実施における体制整備について

- ・ モデル事業には、地域連携室の職員、病棟師長、看護師、医師等が関与した。
- ・ 退院支援の流れができていたので、特別困難なことはなかった。ただし、従来病棟で使われていたシートよりも内容が詳細化されていた。その点は病棟の師長に説明したが、担当の看護師からの報告と重複することはあった。
- ・ 院内調整については大きな問題はなかった。初期介入はうまくいくが、実際に退院日が決まり、退院調整に入った時点で退院日の設定を行うことは困難である。病棟との連携ややりとりについては今後の検討課題である。
- ・ 実際に介入するためには、主治医とうまく連携する必要がある、退院支援の流れを主治医が知る必要がある。主治医が依頼するにはうまくいく。
- ・ 短い間だったが、知らない間に退院されていたというケースもあった。病棟の看護師が調整されているのを知らずに医師が退院させるというケースがあった。だが、そのようなケースでも在宅での受け入れについて大きな問題はなかった。主治医の退院判断が出ると、スムーズに退院できてしまうこともある。連絡が遅くなったり、把握しきれないということもある。
- ・ 居宅介護支援事業所については、併設の事業所のみならず、他の施設や事業所も多い。各々顔の見える関係ではあるが、連絡をきちんと行う必要がある。

## ③モデル事業の実施段階について

### ア) 入院時のスクリーニングの実施・アセスメントの実施について

- ・ 今回のモデル事業は、病院全体の病床を対象として実施した。入退院の回転が速い病棟では実施が困難だった。病棟師長とやり取りをする中で、土日や祭日を挟んだ場合や確認をとりながら進める場合など、スクリーニングの時間が入院後 48 時間を越えるケースも出てきた。
- ・ アセスメント等は担当看護師も実施したが、最終的な判定、記入評価（確認）は病棟師長がチェックすることとしたため、師長の負担が増加したと思われる。詳細な点については病棟師長にスクリーニングの記入評価を依頼し、確実にできるように実施した。

### イ) 退院支援の開始時について

- ・ アセスメントを実施した時点で意向確認や問題点の確認ができるが、実際の退院までの期間の予測が難しく院内調整に入るタイミングが難しい。
- ・ 認知症を有する患者に対しては、本人への意思確認が難しい。家族が同席されるとしても、仕事の都合等で夜間や休日となってしまうこともある。
- ・ 自宅でどの程度までのことが可能か、あるいは難しいのかを見極めるのが難しい。一人でトイレにいけるかが、最大のポイントである。
- ・ 要介護者の情報提供については担当ケアマネジャーから書面でもらえるが、要支援者の情報提供については地域包括支援センターが管理しているため、書面で提供してもらえずに口頭での確認のみとなった。
- ・ アセスメント前にケアマネから書面で情報をもらうようになっていたが、前回からの退院が短い場合や入退院の繰り返しのケースでは電話等、口頭で確認すればよいのではないかと。

#### ウ) 退院カンファレンスの実施について

- ・ 退院決定が退院直前の場合や、期間が短い場合もあるので、1週間前に連絡して会議を行うことは難しい。
- ・ 従来あまりサービスを受けられていない患者には、ある程度こちらの意見（どのようなサービスを活用すれば良いか等）を出す。以前から介護保険サービスを利用していた方は、担当の居宅ケアマネジャーの意向を尊重するという整理である。
- ・ 退院カンファレンスについては、退院前の第一段階はケアマネジャーである。必要なケースは事業所のケースもあるが、通常はケアマネジャーが主体でカンファレンスを実施するという状況である。
- ・ 家庭訪問の実施については、住宅改修等の必要があるときのみで良いと考える。
- ・ 問題があるケースにおいては日程を決めてカンファレンスを行うが、必要に応じて、家族が面会に来た際に調整する方が多い。

#### エ) 退院調整の過程全般について

- ・ サービス事業所との関係については、ケアマネジャーが取りまとめていることが多い。ケアマネジャーの調整する領域について、病院側が立ち入り過ぎるのは気が引ける部分があるので、うまく役割分担ができればよい。直接行くよりも、ケアマネジャーを通してやりとりの方がスムーズであると感じた。ケアマネの判断・職域は尊重・重視しており、連携してカンファレンスも一緒に行うが、最終判断はケアマネジャーに任せている。
- ・ 介護保険サービスによる支援が必要ではあるが、事業所のリソース不足やそもそも存在しないこともあり、サービスが受けられないケースも多々ある。

#### オ) 退院後のフォローについて

- ・ この地域には離島もあり、時間や料金、島についてからの交通手段を考えると、病院からの退院後訪問は難しい。病院内での仕事で手一杯であり、医療相談も余裕がなく、現実的にはマンパワーがまだまだ不足している。
- ・ 家庭訪問の実施については、ケアマネジャーに引き継いだ方がよいのではないかと思う。退院前の住宅改修など、本当に必要なケースは対応している。
- ・ 退院後はほとんどの場合、外来予約受診となる。外来において案内業務も行うため、受診時の確認や声かけ、継続した相談が可能となる。

### ④ 枠組み・効果について

#### ア) モデル事業の枠組み、フロー等について

- ・ アセスメントとスクリーニングの関連を明確化した方がよい。日数や時間については、退院調整加算の日数とあわせてあると取り組みやすい。

#### イ) 様式に対する意見・要望

- ・ スクリーニングにおいて介護者不在等にチェックを入れると在宅困難となり退院支援が必要な状況になるが、施設入所を前提とした場合は介護者をどう捉えるべきか。

- ・ 様式3:アセスメント票について、保険に関する情報の記載はもう少し簡易にしてもよい。転院の場合は詳細な状況が必要かもしれないが、在宅復帰を意図しているのであれば不要ではないか。
- ・ 症状や主疾患については自由記入の方がよい。高齢者が多いということもあり、11、12月だと肺炎や誤嚥が多い。高齢者は症状を自覚していない方も多く、聞き取りをしたときの症状など、どれにあてはめるのか確認をしなければならない。
- ・ 介護者の意欲について。良好という部分に○をつけたケースはほとんどなく、20点(満点)は1件もなかった。患者の闘病意欲なども同様に困難だった。

#### ウ) モデル事業の効果

- ・ 連絡を密にするようにしたため、電話でのやり取りは多くなったが、その結果として連絡を受けやすい環境ができたと思う。また、ケアマネジャーや本人、家族と連絡を取る機会も増えた。患者アンケートでは、「前回と違って、自分の意見も聞いてもらえた。」という回答も1件あった。合同退院カンファレンスへの取り組みをした結果と思われる。
- ・ 平均在院日数が大幅に短くなっているが、7対1を目指し、平均21日を切るようにという取り組みをしていたこともあり、本事業の効果と言えるかどうかは不明である。

#### エ) モデル事業全般に対する意向・感想

- ・ 退院支援の対象となるケースにおいて、一ヶ月で退院となるケースは少なく、アセスメントまで実施するが、実際の支援まで行くケースは少なくなってしまうと感じた。

#### ⑤在宅移行に関する手引きについて

- ・ 各病院によって状況が変わると思われる。この地域では当病院は最後の砦であり、後方病院もなく、なかなか在宅に戻せないのが現状である。活用方法は地域や病院立地によるのではないかと考える。全部の医療機関で適用するのは困難であり、利用する側(病院)で上手な活用を考えるのが一番ではないかと思われる。

## 2) 京丹後市立久美浜病院

日時	2013年2月15日
場所	京丹後市立久美浜病院
病床数	一般病床 110床 (内 ICU 4床) 療養病床 (医療型) 60床 計 170床
併設施設	訪問看護ステーション、通所リハビリテーション事業所 等

### ①在宅移行の取り組みについて

#### ア) 地域・医療機関の特徴と在宅移行に関する方針

- ・ 久美浜病院は年間を通じて平均在院日数は12日程度である。訪問看護は病院に併設しており、24時間365日稼働している。バックに主治医の存在を感じられることで、患者・家族にとってはいつでも入院できるという安心感がある。ただし、再入院率は高くない。
- ・ 退院カンファレンスについては、地域の訪問看護ステーション、ケアマネ事業所などに入っている。旧久美浜町地域の他の介護資源としては、特養が3カ所、小規模多機能が2カ所、グループホームが1カ所などである。
- ・ 旧久美浜町時代から継続されている地域ケア会議は毎月1回開催されている。メンバーは、病院長、看護部長、連携室、訪問看護ステーション、介護施設、デイサービス責任者、地域包括責任者等で構成されている。
- ・ 平成16年4月に地域医療連携室（以下、連携室）が設置された。市町村合併があり、エリアが広がったことも設置要因のひとつである。立ち上げてから9年が経過し、今後の連携室のあり方を検討中であり、入院から退院までの業務を再構築すべきと考えている。
- ・ 連携室は訪問看護ステーションと同室にあり、コミュニケーションがとりやすい。

#### イ) 在宅移行に従事する職種・院内の体制構築について

- ・ 連携室として、流動的に活用できる一般病床を7床確保しており、必要に応じ、90日以内であれば家族の希望に応じて入院相談に対応することが可能である。
- ・ 連携室の職員が一般病棟をラウンドし、65歳以上の全入院患者に対して、相談記録をつけている。病棟看護師が主としてスクリーニング（一次チェック）を実施しており、連携室ではアセスメントを実施している。スクリーニングの点数が2点以上となれば、連携室で対応することとなる。
- ・ 在宅復帰を視野に入れて、可能な限り、家族やケアマネジャーに患者のリハビリ場面を見学してもらっている。実際にリハビリの現場を見ると、患者の状態像に対する家族の理解も高まることもあり、また退院時のゴールについてケアマネジャーからコメントが出されることもある。
- ・ 本年度より、各病棟に退院支援看護師を兼務ではあるが配置した。急性期病院のように、退院促進を積極的に実施するというよりは、退院後の患者の生活する姿まで理解している看護師が病棟内にいるということが重要という考え方に基づいている。各部署（病棟）が連携室に任せておけば良いという考え方に陥らないよう、病院全体で取り組んでいることが必要と考える。



## ②モデル事業実施における体制整備について

- ・ 従来から退院支援の体制を構築していたため、その体制の中でモデル事業を実施した。
- ・ 入院することで家族が安心してしまうため、その段階で患者・家族に退院のことを切り出すことは難しい。医師の治療方針の問題もあるため、患者・家族が「退院可能である」ことを医師から聞いていない場合は、連携室としてもからも介入しづらい。患者・家族が医師の説明を理解しておらず、また医師からも入院期間について患者家族に説明されていない場合は特に介入が難しい。

## ③モデル事業の実施段階について

### ア) 入院時のスクリーニングの実施・アセスメントの実施について

- ・ 今回活用した様式2について、様式2-2があれば、様式2-1は不要ではないか。日常業務についてはこのシートでできると思う。
- ・ 第一段階でのスクリーニングであれば、項目はより少なくてもよいと思われる。一次スクリーニングで対象となった人に対し、連携室でアセスメントを行った。実際に病棟で行うことは、人員体制の面からも困難である。
- ・ 医療的な観点からは異なる見方があるかもしれないが、連携室ではADLがポイントであると考えており、入院前よりADLが低下している人かどうかを重視している。
- ・ はじめて介護保険を使用する際やADLが低下した際などは介護意欲が把握しづらい。病棟の看護師が観察している家族の姿と実際の意欲が違うこともある。
- ・ アセスメント票の様式3について、保険種別はここまで細分化する必要はないのではないかと。希望する退院先も、自宅とその他程度で良いと思われる。

### イ) 退院支援の開始時について

- ・ 退院支援計画を7日以内に作成するのは困難であった。今回のモデル事業において、7人に計画書を作成したが、全てが7日以内に退院支援計画ができたのではない。また医療依存度がかなり高く、調整が難しい患者は除外するなどフィルタはかけた。ただし、病状が重くとも、ケアマネジャーがついていれば、家族の状況等の情報を得られるため、早期に計画を作成することが可能な場合もある。比較的病状が安定している方であり、患者の生活や背景などの情報があるなら、退院支援計画を7日以内でも可能と思われる。
- ・ 病状の重すぎる患者家族には、退院後の生活を聞くことがためられるため、7日以内に退院支援計画を着手する患者かそうでない患者かを選別する方法を決める必要があると考えられた。
- ・ 計画を立案するだけでなく、計画を遂行するための責任者が病棟スタッフにも必要ではないか。

### ウ) 退院カンファレンスの実施について

- ・ 退院カンファレンスは2回ではなく、1回きっかりと実施することが多い。参加者(職種)は、家族、ケアマネジャー、デイサービス、ショートステイ、ベッドレンタル事業者、医師、看護師、セラピスト、訪問看護ステーションなどである。患者の入院日数や病状によっては、カンファレンスを3回実施する場合も、カンファレンス自体を実施しない場合も

ある。

- ・ 開業医（診療所の医師）とは顔の見える関係であるが、開業医自身がカンファレンスに参加することはあまりない。入院が長期化するケースでは主治医が久美浜病院の医師に変更になるケースもある。
- ・ カンファレンスを開催するにおいて重要なことは、開催のタイミングと今後の方針である。これからどうしようかと悩んでいる人、家族がどうしようか迷っている人もいる。そのような患者家族に退院を促し、圧力を与えるようなカンファレンスは良くない。
- ・ カンファレンスにおいては病状説明よりも、在宅に戻ってからのことを調整することが重要。医師から説明する部分を決めておき、重要な部分を説明してもらうなどの対応が必要である。
- ・ ケアマネジャーは医療情報を十分に咀嚼した上で、患者に対して内容を話せることが好ましい。医師の考えを理解し、患者家族に対し、今後どういう支援が必要か、課題は何かを考え、わかりやすく伝える力が問われている。
- ・ カンファレンスに入る前の、関係者間での情報共有が大切である。在宅に帰る前どうするか、医療的な処置、食事の形態、褥瘡への対応など、看護師が説明するなど役割を事前に確認することが必要である。

#### エ) 退院調整の過程全般について

- ・ 訪問看護の活用は在宅移行における一つのポイントである。家族も、背後に久美浜病院があるため、「退院して終わりではない」という安心感を得ることができる。

#### オ) 退院後のフォローについて

- ・ 退院後の患者訪問はできていないが、外来受診の際や訪問看護、通所リハで来院した際に状況を確認している。
- ・ ケアマネジャーとは FAX でやりとりをする際に、退院された方のことを確認するなどの工夫をしている。他のサービス事業所のケアマネジャーも自由に連携室に出入りしている。患者の外来受診にも同行してくれて、医師に説明してくれるケアマネジャーもいる。

#### ④ 枠組み・効果について

- ・ 様式 2-2 のスクリーニングスコアのチェック項目、“介護者の介護意欲”は納得できる項目である。家族の介護意欲については、患者が介護保険を使っていればわかる。ケアマネがついていれば、連携して情報交換できる。

#### ⑤ 在宅移行に関する手引きについて

- ・ 手引書は簡便なほうがよいと考える。様式類については、各病院の独自様式もあるため、全体的な流れが分かりやすい簡便なものが使いやすい。
- ・ 在宅移行については、「安心感」をいかに患者家族に提供できるかが重要なポイントだと考える。関係各所ときちんと連携が取れており、患者に安心感を与えられる体制が構築できれば、無駄な入院を減らし、医療費も抑制につながると考えている。



### 3) 公立甲賀病院

日時	2013年2月19日
場所	公立甲賀病院 会議室
病床数	一般病床 394床、療養病床 44床、結核病床 25床（休床中）、感染病床 4床（合計 467床）
併設施設	訪問看護ステーション、地域リハビリテーション広域支援センター、訪問リハビリテーション事業所 等

#### ①在宅移行の取り組みについて

##### ア) 地域・医療機関の特徴と在宅移行に関する方針

- ・ 外来看護師・病棟看護師・院内の多職種連携による退院支援を行い、在宅から病院、また在宅へと、地域の関連職種と連携してスムーズな在宅移行を目指している。

##### イ) 在宅移行に従事する職種・院内の体制構築について

- ・ 地域連携室の退院調整看護師と社会福祉士の協働による退院支援体制を構築している。2職種が一組となって病棟を担当しており、病棟担当を主・副と割り当てていることより、休日等担当者がいない場合も支援の遂行状況を把握できる。
- ・ 退院支援は、病棟看護師と役割分担し、協働で進めている
  - 入院早期(48H以内)のスクリーニング（外来看護師・病棟看護師）
  - スクリーニングシートから退院支援の必要性和アセスメント（病棟看護師・地域連携室）
  - カンファレンスの開催
    - ◇ 合同・方向づけ・・・病棟看護師中心
    - ◇ 拡大・退院前・・・地域連携中心
  - 連絡体制（院内職種へは、病棟看護師、院外へは地域連携室）など
- ・ 外来でスクリーニングを実施することで、入院前からケアマネジャーと連絡を取り、退院後のサービスにつなげている。認知症・独居・寝たきりという状態であっても、病棟で入院前の生活状況に近づけるよう環境整備を行っている。

#### ②モデル事業実施における体制整備について

- ・ 今回関与した院内の職種は、退院調整看護師、社会福祉士、医師、病棟看護師長、病棟看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士。地域連携室の職員、病棟師長、看護師、医師等。その他、居宅ケアマネジャー、訪問看護師、高齢者住宅の管理者が関与した。
- ・ 従来から体制を整えていたため、今回特に体制を構築したわけではない。

#### ③モデル事業の実施段階について

##### ア) 入院時のスクリーニングの実施・アセスメントの実施について

- ・ 院内でも様式を使用しているのですが、その様式を使用しなかった。スクリーニングについては、シンプルで手書きの少ない様式が良い。

#### イ) 退院支援の開始時について

- ・ 当院様式の退院支援計画書とモデル事業のそれを重複して作成することは困難だった。多忙で記入が追い付きにくい状況であった。
- ・ あまり出会うことが出来ない家族がいるため、意向確認が困難なこともあり、病棟看護師が在宅移行に向けての支援計画をなかなかうまく立てられない場合もあった。
- ・ 定期的に病棟カンファレンスや方向付けカンファレンスを実施している。

#### ウ) 退院カンファレンスの実施について

- ・ 在院日数が短く、入院期間内にカンファレンスを2回行うことは困難であり、また関係者の日程調整を行うのが難しい。これらカンファレンス関連には調整等にも時間を要しているため、効果的・効率的な進行方法を考案していく必要がある。
- ・ カンファレンスで不足している情報等については、地域連携室から外部の介護サービス事業所等に対して情報の橋渡しをしている。

#### エ) 退院調整の過程全般について

- ・ 入院期間が想定より延長することが多い。また患者の状況や主治医によっては治療方針がなかなか定まらないこともある、病棟スタッフ同士が情報共有できていないこともある。
- ・ 改善すべき点として、患者や家族に対する早期のアプローチが必要であり、退院調整ナーズの育成は必要。また、病棟やチームによって退院調整意識にばらつきがある。入院後のムンテラに退院調整看護師、社会福祉士が参加し治療方針の確認・患者、家族の思いを確認できるようにしていきたい。
- ・ 入院時のパンフレットに退院調整の案内を入れて、患者が退院調整を受け入れられるような理解を得ていきたいと考えている。

#### オ) 退院後のフォローについて

- ・ 訪問看護報告書については、病棟看護師に共有してもらおうとよい。退院後の患者の状況を教習することができる。

### ④ 枠組み・効果について

#### ア) 様式に対する意見・要望

- ・ できるだけシンプルな様式としてほしい。

#### イ) モデル事業の効果

- ・ 従来から在宅移行を実施していたため、効果も従来通りでている。

### ⑤ 在宅移行に関する手引きについて

- ・ 病院の規模や病棟編成等によっては、モデル事業の実施フローも修正する必要があるのではないかと。

## 5) 涌谷町国民健康保険病院

日時	2013年2月15日
場所	涌谷町国民健康保険病院 会議室
病床数	一般病床 80床 療養型 41床 計 121床
併設施設	老人保健施設、訪問看護ステーション等

### ①在宅移行の取り組みについて

#### ア) 地域・医療機関の特徴と在宅移行に関する方針について

- ・ 涌谷町国民健康保険病院は、「地域の人々から信頼される病院」「より良い医療を提供する病院」を基本理念として掲げ、地域の中核病院としての役割を担うとともに、地域医療の質の向上及び人材育成に力を入れている。基本方針においては、患者中心の医療に努めるとともに、保健・福祉等との円滑な連携を行い、住民の健康増進を目指している。このような基本理念や基本方針の基、病院を取り巻く施設環境として、老人保健施設、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、通所リハビリテーションなど、密接な位置関係にもあり、円滑な在宅移行支援・調整が出来ている状況である。入院から退院後においても、もてる能力を最大限に活かし、自分らしく生活できるような取り組みを行っている。

#### イ) 在宅移行に従事する職種及び院内の体制構築について

- ・ 在宅移行に主として従事している職種は、地域医療連携室 2名（社会福祉士 1名 看護師 1名）、病棟退院調整看護師（以下、リンクナース）2名（看護師、病棟業務と兼務、平成 24年 11月より開始）。
- ・ 当地域は、社会的要因で退院が延長する傾向があるため、平成 19年 10月から在院日数を短くするために準備し、20年 4月から地域連携室室長を院長として、看護師 1名と社会福祉士 1名で立ち上げた。社会福祉士だけでは病状の理解と説得力が不足するため、医療者である看護師などが補填する体制とした。

#### <病棟における取組状況>

- ・ 入院早期は、入院時から病棟看護師が退院支援を開始する意識付けとなるよう、平成 24年 11月より入院時スクリーニング表の聴取を行っている。入院当日または翌日、病棟担当看護師がアナムネーゼ聴取時に、退院に向けた入院時スクリーニングも併せて聴取している。聴取後、退院支援必要性の有無をチェック欄につけ、医事担当から連携室に届くことになっている。
- ・ 入院中は、主治医を始め、病棟師長、リンクナース、担当看護師、地域医療連携室が協働して、退院に向けた支援を検討する。主に、リンクナースが介護支援連携指導の関連業務に携わり、患者本人または家族に対し、退院に向けた介護支援の確認を行い、同意を頂く。リンクナースは、病棟で退院調整のできる看護師が必要ということで配置し、活動している。スタート時点では何をどう行うのか決定していなかったが、実際に行って仕事内容を決めていった。月 1回の会議の際には、看護部長や用度課も参加している。入院時から退院調整を思い描いていけるように、在宅での実情を理解することを目的に在宅での訪問看護の研修を行ったりしている。リンクナースはボトムアップのためにも各病棟に 2名は作

りたいと考えている。

- ・ リンクナースの不在時は、ケアマネジャーに任せる。できない部分は地域連携室と相談している。相談件数は 45～50 件/月で全体の 55%は在宅に帰っている。
- ・ 入院後期（退院前）は心身の状況に応じ自宅生活可能になるようにオムツ交換や、吸引方法など看護指導を行う。退院前カンファレンスに参画し、入院中の看護情報をはじめ、自宅生活を過ごす上での留意点等を関係者に伝える。

#### <地域連携室における取り組み>

- ・ 入院早期は、病棟看護師が入院時スクリーニング表のシートを記入、医事担当経由で連携室に届く。入院時スクリーニング表とアナムネーゼの書類を参考に連携室担当者間で、退院支援の必要性を検討し、退院支援の必要性がある場合は担当制にして退院支援を開始する。担当制後は、病棟師長、リンクナースと支援方法等について検討を行い、必要に応じて患者及び家族と面談を開始する（概ね 3 日以内）。
- ・ 入院中は、院内の関係する職種（医師、看護師長、リンクナース、担当看護師、リハビリスタッフ等）と、退院に向けての課題等を検討する。同時に、患者及び家族との面談を並行して実施していく。退院支援計画書の作成に着手する。
- ・ 入院後期（退院前）は、主にムンテラに同席し、退院後の生活を見越した介護サービス利用の在り方や、退院後の外来受診等について話し合いを行う。主には退院前カンファレンスを企画し、必要に応じた関係者を参集する。
- ・ 外来からの入院であれば入院前の情報は地域連携パスシートで連絡が来る。包括支援センターも巻き込んで行っているので情報は取りやすいと思う。地域連携パスシートが涌谷町では有効に動いている。入院が決まればケアマネジャーからパスシートが送られ、それが退院計画書にも反映できる。

## ②今回の事業実施における体制整備について

- ・ モデル事業に関与した職種、人数は地域医療連携室 2 名（社会福祉士 看護師）、病棟師長、各病棟のリンクナース、在宅担当ケアマネジャーである。
- ・ 院内関係職種に、モデル事業の周知が不足したため、医師やリハビリスタッフ等へ事業に対する聞き取りが不十分であったと思われる。ただし、モデル事業とは別に、通常業務のなかで地域医療連携室、主治医、病棟師長、リンクナース、リハビリスタッフ等と協働し、適宜に応じた退院支援を構築しており、モデル事業を実施するにあたり、大きな支障はなかった。
- ・ 最も困難を要した点は、患者および家族への周知、理解を得る事である。通常業務に重複した内容を聞くことも多々あり、時間を要した。また、モデル事業を進めるにあたり、2 人体制の実務の中で患者の情報が重複したり、書き残しなどの課題もあった。
- ・ 工夫した点としては、入院時から、該当患者の家族等が来院した時に、少しでも様々な情報が得られるように、病棟看護師等からの協力が得られるように調整したことである。

## ③モデル事業の各段階の状況について

### ア) 入院時のスクリーニングの実施・アセスメントの実施に関して

- ・ 連携室の職員 2 名でスクリーニングを実施した為、一日の入院患者が多い時や土日祝祭日

時は 48 時間以内の聞き取りが出来ない場合があった。様式 2-2 のスコア表に関しても、介護者状況や住宅、収入状況など 48 時間以内に聞き取りすることが難しい場合もあった。

- ・ アセスメント表の退院予定日は入院診療計画書を参考に行ったが、入院時未定や状態をみてなどと期間が具体的でないことがあり記入できない場合があった。退院支援の必要性の対応者は、リンクナース及び病棟看護師が中心となる事ができなかった。
- ・ 課題や改善すべき点として、当院のスクリーニング表は病棟看護師が行っている為、ほぼ 48 時間以内の実施が可能だが、スコア表を含めスクリーニング表の検討を行い、病棟看護師が継続できればと考える。またスコア表を導入すれば点数化され医師や病棟担当者が入院早期からの退院支援の必要性を感じるのではないかと考える。
- ・ 実施上の工夫点としては、入院時アナムネーゼへの同席や、家族面会時に連絡してもらい、できるだけ早期のスクリーニングに努める。また当院のスクリーニング表との混乱を避けるため、モデル事業の用紙に関しては地域医療連携室のみで行った。

#### イ) 退院支援の開始時について

- ・ アナムネーゼの同席が難しい時、後日家族との面談が遅れると退院支援開始も遅れる場合がある。出来るだけ意向確認、方向性検討後退院支援計画書の着手に当たっているが、病状の不安定などにより必ずしも一週間以内に計画書の着手が出来ない場合があった。
- ・ 課題や改善すべき点としては、退院支援については病棟師長やリンクナースと話し合いを行い開始するケースが多いが、担当看護師の介入も重要だと考える。
- ・ 実施上の工夫点は、入院診療計画書、スクリーニング表、アナムネーゼなどの情報から退院支援に向け、医師、病棟師長、リンクナース等と今後の方向性について検討している。また可能な限り入院当日～翌日に担当ケアマネジャーに連絡し患者基本情報(町内ケアマネジャーからは地域連携パスシート)を頂いている。そして可能な限りアナムネーゼの同席や、早期の面談を心掛け、出来るだけ翌日には病棟師長やリンクナースと話し合いを行うようにしている。

#### ウ) 退院カンファレンスの実施

- ・ 病状によっては医師からの説明後数日での退院となり、ケアマネジャー参加のカンファレンス実施ができない場合があった。退院前訪問をリハビリ担当者が行っているが地域連携室担当者が同行することは業務的に難しい。地域連携室が主導で退院カンファレンスを行っているケースが多く、退院時期が早まった場合、調整が遅れてしまい開催ができず退院してしまう場合があった。
- ・ 課題や改善すべき点としては、病棟と連携して退院の目途がつきそうな時、ケアマネジャーへタイミングよく連絡を行う必要がある。(特に訪問系のサービス利用者については、入院前と同サービスでも翌日からの調整は難しいので)医師がカンファレンスに参加できないケースが多い。
- ・ 新規の場合は必ずカンファレンスを行っている。ケアマネジャーは涌谷町が 5 割、その他の町が 5 割である。医療機関は敷居が高いといわれているが、地域連携室があると来てもらいやすくなる。退院調整カンファレンスでは 3 職種でも集まる調整が難しいことがある。カンファレンスに要する時間は 25 分程度。訪問看護にも参加してもらおうことがある。



- ・ 急な退院が決定した場合、とりあえずケアマネジャーに来てもらい、担当者会議はその後に行い在宅サービスにつなげることもある。医師の参加は非常に難しいので、ムンテラの時にケアマネも同席し退院に移行する場合がある。

#### エ) 退院調整の過程全般について

- ・ 入院初期から退院調整が必要だが、本人家族が病状の回復を望んでいる時に退院支援の説明を行っても理解してもらえない事がある。スクリーニングや病棟での相談を基に連携室での担当を決定しているが、病棟担当者又はリンクナースが担当しても良いケースもあると思われる。連携室からの情報は口頭で伝達しているがもれや情報の途切れなどがみられる事がある。
- ・ 課題・改善すべき点としては、主治医や病棟看護師、連携室担当者が方向性や目標を共有できる時間の確保や、パソコン等でのツール作成を構築等である。病棟、連携室間の情報共有方法の検討が必要である。
- ・ 実施上の工夫点としては、毎日各病棟において師長又はリンクナースと、入退院や医師の説明、カンファレンス等の確認をし、支援の経過を話し合っている。退院支援経過用紙の共有により情報交換を行っている。

#### オ) 退院時および退院後のフォローについて

- ・ 退院当日、退院後の訪問は行えていない現状があった。退院後は地域連携パスシートなどで情報共有を行っているが、自宅やケアマネジャーに様子確認の為、数日中に電話する事はほとんどなかった。外来受診や訪問診療からの情報を参考にする事が多かった。
- ・ 課題や改善すべき点としては、退院時訪問および退院後訪問は地域医療連携室では行えない現状である。医療頻度が高い患者に対しても、病棟看護師が退院時訪問を行う事は業務上難しい状況であり、今後検討していく必要があると感じた。退院後状態確認が必要な方は、初回受診時や訪問診療時、積極的に情報を得るようにしていく必要があると感じた。  
(病棟、外来、訪問看護師との連携)
- ・ 実施上の工夫点としては、モデル事業開始より退院後できるだけ、ケアマネジャーや訪問看護師等に自宅での様子を確認するように心がけた。退院後、相談があれば受診時などに声をかけてもらうよう説明した。

### ④モデル事業の枠組み、効果について

#### ア) モデル事業の枠組み、実施フローについて

- ・ 実際のアセスメント支援と、モデル事業のアセスメントがリンクしないところがあった。患者背景用紙と重なる部分はあるが、生活状況や家族状況などの欄がもう少し記入できる場所があれば良いと感じた。

#### イ) モデル事業で使用した様式に対する意見・要望

- ・ 在宅移行アセスメント票で、主疾患や症状等の欄は、該当しない項目もあった。

#### ウ) モデル事業を実施した効果

- ・ 院内に関しては、早期介入の必要性が感じられる結果となった。通常業務に併せて、なぜ退院支援が必要なのかを考えるきっかけになったと思う。患者さんに対する効果は、はっきりとはわかりかねるが、円滑に退院後の生活を考えるきっかけになったと思われる。担当ケアマネジャー等との関係は大きく変化はなく、今後も円滑な連携体制を構築していきたいと思う。
- ・ 退院支援は統一されれば、転院等では効果的だが、慢性期と急性期は分けるべきだと思う。病院の役割によって変わってくる。地域の背景が反映される在宅移行が大切である。

## エ) モデル事業全般に対する意向・感想

- ・ 病院の規模や役割によって、在宅移行支援の考えがそれぞれであると思われる。今回のモデル事業は、急性期と慢性期を併せ持つような病院が必要とされるスクリーニングやアセスメントの事業であったと思う。その点では、当院にとって、今後参考になる事業であった。

## ⑤在宅移行に関する手引きについて

### ア) 手引きに盛り込むべき事項や修正すべき事項について

- ・ 在宅移行アセスメント表の中で、家族の意向確認や家族構成等の関係図があると良い。
- ・ 様式2-1と2-2の情報が重複している項目があり、可能であれば一つのシートにしていただきたい。

### イ) 手引きの効果的な活用方法・運用方法について

- ・ 入院期間中のみならず、退院後の生活を見越したシートを作成していただきたい。たとえば、病院と在宅での共通シートの標準化など。
- ・ 地域連携パスシートが効果的に流れていけばよい。特に病院と地域との共通シートであれば良いと思う。

### ウ) 全体を通じた感想と意見

- ・ 在宅復帰をする上で、地域によりサービスの差がある。提供したいサービスがない場合や量的に少なく支援を提供できない場合がある。格差の縮小が課題であり、介護保険でも同じサービスが受けられるようになればと思う。地域連携室の働きにより病棟業務は少なくなったが、在院日数の関連があるので医師と患者の兼ね合いの調整をしたいと思っているが、医師が急に退院を決定してしまうことや、逆に退院させてくれない場合がある。
- ・ 退院時は家族は不安を抱えており、地域でも介護指導などを行う必要がある。病棟でも在宅での介護をイメージしながら、外来では病棟での指導が継続していけるようにしていきたい。
- ・ 医療依存度が高くなっている患者が多く、対応してくれるところが少ない。地域で増やしていく必要がある。病院を1~2週間で転院することがあり、患者にとっても落ち着かない。医療依存度の高い患者が在宅に戻れる環境が必要である。
- ・ 退院調整は、病院と在宅のバランスが重要である。そのためには、ケアマネジャーと協力して調整を行っていきたい。



- 医師の治療方針と家族の意向を調整する必要がある。たとえば、胃ろうを造設する時などは、患者・家族の代弁者の参加が必要である。
- 退院調整では、本人の身体機能の向上、セルフケア能力向上が在院日数は短縮につながる。ADLを入院前の状態に戻す、近づけるようにリハビリを行うことが重要である。

## 7) 紀南病院

日時	2013年2月27日
施設名	紀南病院（構成市町…熊野市、御浜町、紀宝町）会議室
病床数	一般234床、療養40床、結核10床、感染4床（計288床）
併設（関連）施設	訪問看護、介護老人保健施設「きなん苑」併設等

### ①在宅移行の取り組みについて

#### ア) 地域・医療機関の特徴と在宅移行に関する方針

- ・ 当地域の診療圏人口は約4万人であり、これに対して特養は5カ所、介護老人保健施設は2カ所、グループホームが4カ所あり、高齢者住宅も増加してきている。
- ・ 訪問看護は病院から実施している。医師がこの病院から訪問診療することはなく、開業医（診療所）が訪問診療を行っている。訪問リハビリは介護老人保健施設から2名で実施している。地区の医師会が最大の訪問看護ステーションを持っており、24時間対応している。開業医も病院も医師会を頼っている部分が多い。
- ・ 地域連携室は看護師2名（訪問看護）、事務職員2名、MSW2名の合計6名が従事している。MSWは2名だが実質1.5名。0.5名分の業務としては苦情対応等も担当している。自宅訪問は月平均5回程度実施している。MSWがリハスタッフと自宅を訪問することが多い。
- ・ 退院が困難な場合については、スタッフから連絡があり、介護保険の申請をしていただく。受け入れてくれる施設、病院を探す。患者からの希望と病院の考えが相違することもある。介護老人保健施設や療養病院、回復期リハビリなどをご紹介します。
- ・ 地域に若い人がいない。遠方に住むこどもの自宅に行くよりは、高齢者は住み慣れた地域にある施設のほうが良いと考える。高齢者は住み慣れた地域で暮らしたいというニーズが高い。

### ②モデル事業実施における体制整備について

#### ア) 関与した職種等

- ・ MSWが中心となって実施した。

#### イ) モデル事業実施体制を構築する上での困難な点、課題

- ・ 入院時にスクリーニングを行い、MSWに連絡がくる仕組みにはなっていなかった。MSWへの院内窓口についても一本化されていない。主治医、病棟師長、病棟看護師、リハスタッフなどからさまざまである。病棟看護師の意識にも課題があり、病棟看護師からMSWへ連絡しなければならないという意識は低い。

### ③モデル事業の実施段階について

#### ア) 入院時のスクリーニングの実施・アセスメントの実施について

- ・ 医師・師長が退院を許可し、MSWへ連絡という流れが一般的となっており、問題がある患者については医師から直接MSWに連絡が来ることになっている。

#### イ) 退院支援の開始時について

- ・ 入院 1 週間以内に、ケアマネジャーから在宅での情報を得ている。入院中もケアマネジャーと密に連携を取り、在宅復帰の準備を進めている。
- ・ 入退院の連携シートについて、この地域のケアマネ協議会の働きかけで、紀南病院が作成したシートで統一している。作成にあたっては、病棟看護師も参加した。

#### ウ) 退院カンファレンスの実施について

- ・ ケアマネジャーと病院スタッフとの垣根はなく、ケアマネジャーは当該患者が入院期間中に病棟を訪問し、看護師や医師と情報を共有している。
- ・ 退院が見えてきた段階で、家族も入れて退院カンファレンスを実施する。退院カンファレンスは訪問看護、訪問リハビリ、ケアマネジャー、家族、主任ヘルパーなどが参加して行われる。退院カンファレンスの開催連絡は連携室が出しており、関係者の日程調整も連携室で実施している。

#### エ) 退院調整の過程全般について

- ・ 病棟における退院調整は主治医や病棟師長が実施している。退院調整に積極的な看護師は師長に働きかけて調整している。
- ・ 退院後、入院中から訪問看護が必要という場合は入院中に訪問看護と面談し、退院後の指導を実施している。
- ・ 退院が困難なケースであっても、比較的早く施設や療養病床が空く場合もある（高齢者・独居が多い、帰る場所がない、入院中に併発する疾患がある。入退院を繰り返し、ADL低下、介護力が低下など）。経済的に退院が困難であれば、生活保護を申請する。
- ・ 療養型病院であれば、1割負担であり医療保険で収入が少ないと減免制度もある。経済的な理由でグループホームにふさわしい方が入れないケースがあり、残念である。

#### ④ 枠組み・効果について

- ・ 病棟にいるときから患者のアセスメントを行うため、病棟看護師にとって「患者を在宅へ」という意識付けとなり、大変良い。これがシステム化（流れ作業のように）できれば良いと考えている。

## 8) 日南町国保日南病院

日時	2013年2月27日
施設名	日南町国保日南病院
病床数	一般59床、療養40床
併設	訪問看護、居宅介護支援事業所、短期入所療養介護等

### ①在宅移行の取り組みについて

#### ア) 地域・医療機関の特徴と在宅移行に関する方針について

- ・ 日南病院では地域連携室を設置していないが、在宅移行に対しては、入院中の受け持ち看護師が中心となり、退院支援を行っている。
- ・ 病院の隣にある町福祉機関、地域包括支援センター等などと週1回の支援調整会議が開催されている。受け持ち看護師を指導する者が訪問看護経験者であり、在宅生活を見越した支援の指導、助言がなされている。
- ・ 町民の家族構成や生活実態、人柄が把握できているため、この人・家族ならば在宅生活・介護も大丈夫という予測もできる。

#### イ) 在宅移行に従事する職種及び院内の体制構築について

- ・ 入院中に、在宅移行にあたり何らかの介入が必要であるとアセスメントした場合、本人・家族の意向を確認し、受け持ち看護師が中心となり、担当者会議を開催し、退院調整の支援を行っている。施設の情報など不足する知識に関しては、院内の居宅支援事業所のケアマネに相談して、情報を提供している。

### ②今回の事業実施における体制整備について

- ・ 看護師（ケアマネジャー含む）22名が関与した。病棟スタッフにモデル事業を行う事での記録の増加に対する負担感があったため、それぞれのチームに在宅移行モデル事業実施要項を置き、担当者が進行状況の確認をしながら進めていった。
- ・ 特に休日・夜間の入院に対して、入院時にスクリーニングの記入が行えなかった。
- ・ それぞれのチームで、チェック表でスクリーニング・アセスメント表・同意書の記入に落ちがないよう工夫して行っていた。

### ③モデル事業の各段階の状況について

#### ア) 入院時のスクリーニングの実施・アセスメントの実施に関して

- ・ 救急で入院された患者家族に対して48時間以内に実施するのが困難だった（聞き難かった）。手書きが必要な部分はできるだけ少なくしてほしい。

#### イ) 退院支援の開始時について

- ・ スクリーニングを行う看護師と受け持ち看護師が異なるので、情報を伝達することが困難だった。患者家族の面会が少なく、意向確認が困難なケースもあった。

#### ウ) 退院カンファレンスの実施

- ・ 入院期間が短くて、カンファレンスを行うことが困難なケースもあった。入院中特に問題なく、カンファレンスをしないまま（入院前のサービスを続行する）退院されるケースもある。スタッフにより退院調整の意識にばらつきがある（認識が低い）ため、スタッフ間で声を掛け合い、早期に支援できるように心がけた。
- ・ 入院時に退院調整についてパンフレットを作成して、患者・家族の理解を得るようにしている。
- ・ モデル事業以前から、要介護患者の退院送りに病棟看護師が同行している（在宅の状況が把握できる）。

#### エ) 退院調整の過程全般について

- ・ 主治医によっては、治療方針が決まらなかったり、主治医と患者間で長期入院する話がされてしまっていることがある。主治医・看護師の意識（退院の説明）に差がある、勉強会等を行うことで意識差を解消していく必要がある。
- ・ 主任、リーダー、一般病棟のケアマネジャー有資格者がアドバイスしている。

#### オ) 退院時および退院後のフォローについて

- ・ 退院後、継続的な必要な観察などの情報が、明確に伝わっているのか不明な点がある。
- ・ 毎週実施している在宅支援会議で、入院中の患者、在宅にいる人の情報共有が出来る仕組みになっている。

#### 在宅支援会議メンバー

福祉保健課：保健師、包括支援センター職員、PT、管理栄養士

病 院：医師（内科、外科）、看護部長、看護副部長、一般病棟看護師、療養病棟看護師、外来看護師、PT、ケアマネ

日南福祉会：ケアマネ、デイサービスセンター（3カ所）職員、ヘルパー

### ④モデル事業の枠組み、効果について

#### ア) モデル事業の枠組み、実施フローについて

- ・ 実施フローの流れはスムーズであり、特に問題はない。

#### イ) モデル事業で使用した様式に対する意見・要望

- ・ 施設入所者が入院となり、施設に帰る場合が多かったが、在宅からの入院患者と同じ様式のシートでは記入しにくいとの意見があった。特に、様式 2-2 の在宅介護スクリーニングスコア表は判断が困難であった。

#### ウ) モデル事業を実施した効果

- ・ すでに、受け持ち看護師が中心となって多職種連携による退院支援を行っていたので、モデル事業を実施したことによる大きな変化（平均在院日数の短縮など）は見られていない。しかし、スクリーニング・アセスメントを行うまでの日数は大幅に短縮され、患者の状況把握は容易となった。

## エ) モデル事業全般に対する意向・感想

- ・ 入院直後から退院支援を開始する事が望ましいが、実際は早急に介入できていないのが現実である。ある程度の経過を見ないと、本人・家族ともに方針の決定が困難である。スクリーニング・アセスメントまでは短縮されたが、実際の退院調整カンファレンスの時期を早く設定することが出来なかった。

## ⑤在宅移行に関する手引きについて

- ・ 手引きの、様式 2-2 在宅介護スクリーニングスコア表に関する説明が、もっと具体的であれば記入が容易である。

## 5. 在宅移行の手引きの作成

### (1) 手引書作成の目的

医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とし、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」を行い、地域連携室における業務を明確化して在宅移行に関する手引書を作成した。

### (2) 手引書の構成

手引書の枠組みについては、在宅移行を先進的に実施している施設に対するヒアリング等から構築し、モデル事業において検証されたものである。

モデル事業では、地域連携室等を中心として、実施要領を作成し、その枠組みに則り、スクリーニング票やアセスメント票、退院支援計画書などを用いて必要な情報を共有しながら事業を進めた。

本手引書は、モデル事業の実施要領をベースとして、効果的な連携事例等を盛り込みながら作成されたものである。以下にその構成を示す。

- |  |
|--|
| <ol style="list-style-type: none"><li>1. はじめに<ol style="list-style-type: none"><li>(1) 本手引書作成の背景</li><li>(2) 本手引書のねらい</li><li>(3) 在宅移行を始めるにあたって</li></ol></li><li>2. 在宅移行の対象者</li><li>3. 退院支援に使用する様式例</li><li>4. 具体的な退院の流れ<ol style="list-style-type: none"><li>(1) スクリーニングの実施</li><li>(2) アセスメントの実施</li><li>(3) 退院支援の開始</li><li>(4) 退院カンファレンスの実施</li><li>(5) 退院、退院後のフォロー、情報共有</li></ol></li></ol> <p>参考資料：様式集</p> |
|--|



## 第3章 まとめと考察

### 1. まとめ

本研究事業においては、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」をするモデル事業を実施し、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とした。

#### (1) 全国調査について

全国の国保直診施設（834施設、うち病院292施設、診療所542施設）を対象とした。回答は、在宅移行に主に携わっている職種の方（看護師、MSW等）に記入を依頼した。回収数は376票（回収率45.1%）であった。在宅療養支援の届出がある病院は12.8%、在宅療養支援診療所の届出がある診療所は22.4%であった。病院においては地域連携室を設置している施設が71.1%を占めていた。

#### ○在宅医療・在宅移行について

在宅患者への24時間対応体制の有無は、「24時間対応はしていない」が56.1%と最も多く、次いで「自院のみで対応」が22.3%、「自院と連携先医療機関とで対応」が9.3%となっている。有床診療所では「自院のみで対応」が4割以上となっている。連携している介護保険サービス（併設施設含む）は、病院では、「訪問看護」が81.9%と最も多く、次いで「介護老人保健施設」が79.2%、「地域包括支援センター」が77.9%となっている。

地域連携のために実施している取組は、「他の医療機関等との研修会や勉強会等」が44.9%と最も多く、次いで「地域のケアマネジャーとの研修会や勉強会等」が37.8%、「地域住民に向けた講習会等」が21.3%となっている。病院において、地域連携室の有無別にみると、いずれの項目においても、地域連携室を設置している施設の方が実施割合は高い。

各サービスとの連携方法についてみると、定期的な会合の開催（地域ケア会議等）では、「地域包括支援センター」との連携が39.9%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が30.3%、「他の医療機関」が20.5%となっている。

#### ○入院から退院に至るまでの流れにおける多職種連携

入退院時の情報提供において関与している機関は、「他の医療機関」が57.2%と最も多く、次いで「居宅介護支援事業所」が46.0%、「地域包括支援センター」が39.1%となっている。

退院支援開始時の連携においては、「居宅介護支援事業所」が46.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が42.8%、「他の医療機関」が32.2%となっている。

退院前カンファレンスへの参加においては、「居宅介護支援事業所」が42.0%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が36.7%、「訪問看護ステーション」が30.3%となっている。

退院時の連携においては、「居宅介護支援事業所」が48.9%と最も多く、次いで「地域包括支援センター」が45.5%、「他の医療機関」が44.9%となっている。

退院支援の各段階における在宅移行へ向けた具体的な取り組みについてみると、入院時の取り組みとしては「病棟担当者がアセスメントを行っている」が 57.7%、次いで「スクリーニングを 1 週間以内に実施している」が 51.0%など、半数近くの病院が 1 週間以内に退院支援のためのアクションを起こしていることが明らかとなった。また、地域連携室の早期介入や、MSW による患者情報の早期収集・確認も行われていた。

退院支援開始時の取り組みとしては、「本人・家族の意向を定期的に確認している」(66.4%)が多くなっており、看護師、MSW など多職種が協働して意向を確認しているとの回答が見られた。また、「多職種による退院前訪問を実施している」も 35.6%にのぼり、PT やケアマネジャー、地域包括支援センターのスタッフと協働して訪問したり、日常生活の動線を確認して居住環境の調整を行うなどの工夫が見られている。一方、本人や家族の意向確認が困難であったり、家族が早期に退院支援を開始することを望まなかったりという課題も見られている。

退院カンファレンスは多職種が参加しており (67.1%)、さらにカンファレンス時以外にも情報共有・連携を密にしたり、介護保険利用者については退院前カンファレンスにケアマネジャーも参加して退院前からの情報共有に努めるなどの工夫が見られている。

退院後のフォローについては実施できていない施設も多いが、地域ケア会議等の場において情報共有をしているという回答が 36.2%見られていた。

## (2) モデル事業について

在宅移行に積極的に取り組んでいる 2 施設に対し、モデル事業枠組み策定のためのヒアリングを実施し、それに基づいてモデル事業の枠組みを策定して効果検証を行った。モデル事業のポイントは以下のとおりとした。

- ・ 退院調整の主体は医療機関とし、実施要領(手引書)の対象は医療機関とする。
- ・ 特に介護サービス事業所との連携部分に注目し、ケアマネジャーに連絡するポイント、訪問看護を検討するポイント等、どの介護職種とどのような情報を共有するかについて、各段階における連携フローを検討する。
- ・ 退院後のフォロー(情報共有)方法についても検討。

また、退院支援の対象となる患者は、高齢者かつハイリスク者(退院困難者)と考えられ、これらの者を抽出する際に以下の条件にあてはまる者を対象としてモデル事業を実施した。

- ・ 11月1日～30日に一般病床に入院した患者 かつ
- ・ 65歳以上の高齢者 かつ
- ・ 計画的入院(3日以内に退院が想定されるもの)の患者は除く

モデル事業の実施過程は以下のとおりである。

- モデル事業実施担当者の選定
- スクリーニングの実施
- アセスメントの実施
- 退院支援の開始
- 退院カンファレンスの実施
- 退院
- 退院後のフォロー、情報共有
- 患者さんアンケートの記入
- モデル事業実施結果報告の記入

モデル事業には、医療機関 8 施設が参加した。スクリーニングからアセスメントまでの平均日数はおおよそ半数の医療機関で減少していた。

### ○モデル事業の実施状況

モデル事業の効果としては、退院支援計画書の作成基準が明確になった、事業所とのやり取りが密に行えるようになった、入院早々から退院支援の必要性を強く感じることができた等が挙げられている。

モデル事業の結果について、入院後の各種手続きの実施日についてみると、入院日から数えてスクリーニング実施日は平均 2.38 日、アセスメントは平均 4.65 日、退院調整開始日は 7.32 日、大規模なカンファレンス実施日は 17.75 日等となっている。

カンファレンスに参加した職種は、看護職員が 35.9%、家族が 29.0%、ケアマネジャーが 27.6%などとなっている。ケアマネジャーと連絡した初回の調整日は、入院日から数えて平均 7.48 日目であった。初回の連絡手段は電話（42.1%）が最も多かった。

退院調整の結果、モデル事業実施期間中に退院できた患者は 76 名（52.4%）、退院できなかった患者は 47 名（32.4%）、近日中に退院見込みの患者は 12 名（8.3%）であった。（いずれも様式 1 ベース）。退院先については、「自宅」（75.0%）が最も多く、そのほかは老人保健施設等が多い。

退院支援の必要性についてみると、「担当者が中心となり対応」の割合が、退院できなかったケースの方が退院できたケースに比べてやや高くなっている。支援が必要な理由については、「入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者」が退院できたケース、できなかったケースともに最も高い（各々 66.7%、55.8%）。退院できなかったケースでは、「独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者」の割合も、もっとも高くなっている（55.8%）。

### ○ケアマネジャー、患者等からの意見

ケアマネジャーからの意見としては、「主治医との連携が難しい」「僻地のため訪問に時間がかかる」「突然カンファレンスが開催されることもあり、時間調整が難しい」等の意見が挙げられていた。事業の効果としては、「家族と会えるようになった」、「退院前から利用者さんの情報がよくわかりスムーズに退院に向けてプラン作成が行うことができ他事業所へも情報を早目に知らせることができた。」などが挙げられていた。

患者アンケートでは、病院の支援に関する満足感については、「満足している」(60.5%)がもっとも多く、「やや不満である」「不満である」は見られなかった。

## 2. 考察

### (1) 在宅移行への取り組みに関する課題と工夫について

#### 1) 地域連携室の機能について

全国調査の結果、病院の7割では地域連携室を設置しており、在宅移行の体制づくりを行っている状況が明らかとなった。他の医療機関等との研修会や勉強会、地域のケアマネジャーとの研修会等についても、地域連携室を設置している病院の方が実施割合は高くなっており、在宅移行に向けた取り組みがなされていると言えよう。在宅移行のシステムとして、院内のスクリーニング体制(1週間以内に実施)が機能している病院は約半数であり、このような施設では、早期にスクリーニングを行うことで、その後のアセスメント、退院計画の作成、家族の意向確認等にスムーズに移行する体制を構築していると考えられた。地域連携室のMSWが早期に退院支援にかかわることで、スムーズな在宅移行につなげているケースもある。

さらに、病棟に在宅支援に向けてリンクナース(在宅支援ナース)を置き、在宅移行に向けての取り組みを地域連携室と分担しながら行っている医療機関もある。入院時からの患者、家族との関わり、ケアマネジャーとの情報共有、月1回の地域連携室や病院管理者などとのカンファレンス等、様々な業務を行っている。

一方で、スクリーニングを早期に行えない、シートが活用できていないといった課題も見られており、地域連携室がないために病棟看護師が実施しており、業務が多忙で相談の時間が取れないという意見も挙げられている。中心となる部署や職員の存在が必要という意見も挙げられていた。

そのような中、ヒアリング調査先の病院では、あえて地域連携室を設置せずに、病棟の受け持ち看護師が担当の患者について退院支援を行っていく取り組みを実施している施設もあった。受け持ち看護師を指導する者が訪問看護経験者であり、在宅生活を見越した支援の指導、助言がなされている。当該地域では、病院が町民の家族構成や生活実態、人柄まで把握できているため、患者(家族も含め)ごとに在宅生活が可能かどうか、予測が可能であるとのことであった。

このように、医療機関によって在宅移行の取り組み状況も異なっており、以下の3パターンが想定された。

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>①地域連携室と病棟(看護師)に在宅移行担当者が配置されている</li><li>②地域連携室に在宅移行担当者が配置されている</li><li>③地域連携室は設けず、病棟で在宅移行を行う</li></ul> |
|---|

医療機関の規模、地域特性、人口等により、医療機関において効率的に在宅移行を進めていく体制は異なると考えられる。例えば大規模の医療機関であれば病棟にも退院支援担当者を配置することが求められるだろうし、小規模医療機関で地域の人口も少ないということであれば、地域連携室に情報を集中されるパターンや、病棟で受け持ち看護師がスクリーニング、アセスメントを行っていくというパターンも考えられる。自施設と患者の状況にあった体制の構築が求められると言えよう。

## 2) 各プロセスにおける課題と工夫

退院支援を開始するタイミングが困難であるという意見は多く挙げられていた。病状が安定していない場合、重い場合など、家族が退院支援を早期にすることを望まない現状もある。患者・家族が「退院可能である」ことを医師から聞いていない場合や退院の見込みなどが説明されていない場合は特に介入が難しい。

またアセスメント直後等は状態も安定しないため、「なぜこのタイミングで退院か」「病院を追い出されるということか」という反発が生じる場合がある。本人や家族が納得して退院に向けて踏み出すには、十分なコミュニケーションを取ったうえでアプローチをすることが必要と考えられる。

退院支援を行う際にも、例えば施設入所の待機期間にいったん在宅復帰してもらい、生活してもらうなどのアプローチを行うことも効果的である。居宅サービスの組み合わせで在宅療養が可能となり、そのまま復帰される方もいる。「いつでも医療機関が後ろに控えている」という安心感を患者に提供することで、可能となる場合も多い。退院時は家族は不安を抱えているため、安心感を患者・家族が感じられることで、地域住民へ「家に帰ることが当たり前」のことで認識されるような関わりを持つことが可能となるのではないかと。

その一環として、在宅で受けられる介護サービスについて、入院初期段階から患者や家族に情報提供することは、在宅移行に向けて有効な方法と考えられる。居宅ケアマネジャーと早期に連携し、在宅での生活をイメージできるような介護指導等を行っていくことで、介護サービスを有効に活用した在宅移行が可能となると思われる。退院カンファレンスに当たっては、ケアマネジャーをはじめ訪問看護、訪問リハなどの事業所とも情報共有し、地域で受け入れる体制を整えていく必要がある。

退院後の受け入れ先の確保も重要な問題である。特に独居の場合、家族の介護力が不足している場合は困難である。医療依存度の高いケース（胃ろう、経鼻経管、在宅酸素等）については、家族の介護力がないと在宅復帰が難しいのも現状である。中山間地域では在宅サービス資源も不足しているため、本人や家族の意向通りに退院の意向が決まらないことも多く、施設入所についても資源不足の面から制約がかかることがある。

また、退院後のフォローは困難な課題である。外来や往診以外にフォロー体制を構築することは難しく、医療機関から患者を訪問する余裕がないのが現状である。介護保険サービスを利用している患者であれば、ケアマネジャーや訪問看護師から情報を得て状況を把握することができるが、サービスを活用していない患者の場合は状況把握が難しい。これらは地域での見守り等で補完していく必要がある。



## (2) 手引きの効果的な活用方法について

今回のモデル事業では、スクリーニング、アセスメント、退院計画の作成という流れを構築し、そのプロセスを標準化した。既に在宅移行の枠組みを構築している医療機関や、これから在宅移行のシステムを構築していく医療機関など、医療機関の現状は様々だと思われるため、あくまでも骨格として提示することを念頭に置き、この一連の流れと、ケアマネジャーや介護サービス事業所と早期から調整・連携することを盛り込んで、スムーズな在宅移行につなげるような枠組みを構築した。

この枠組み自体はどの医療機関でも共通して活用できるものと考えられる。また、モデル事業実施に当たって様式を作成し、事業の結果に基づいて簡略化したスクリーニング票、アセスメント票、退院支援計画書を作成しているため、各地域や医療機関の状況に応じ、実情に合わせて改編するなどして活用いただくことが望まれる。

## (3) 在宅移行を推進するための方策について

現在、地域連携とはどのような業務を担うべきかという定義がないため、各医療機関において様々な活動を行っているのが実態である。今回、在宅移行の枠組みを提示することで、地域連携室もしくは在宅移行に携わる方が何をすべきか、そのエッセンスを示すことができた。本手引きを活用し、その医療機関にあった在宅移行システムの構築が期待される。

地域との連携も重要であり、例えば、当該地域全体で情報交換シートを作成するなどして、連携体制の構築を図る、近隣の医療機関、介護サービス事業所等と定期的な会議を開催する等も検討する必要がある。その他、公民館活動等として、看護師、保健師が介護指導（身体の拭き方、おむつ交換など）を行うなど、医療機関から地域に出て、在宅療養のための理解促進や啓発活動を行うことも必要と考えられる。

## 参 考 资 料





**V. 在宅移行への具体的な取組みについてお聞かせください。病院の方は「問1」、有床診療所の方は「問2」、無床診療所の方は「問3」にお答えください。**

※スクリーニングとは当該患者の退院支援の必要性についての評価を指し、アセスメントは当該患者の状態をより詳細に把握し、退院計画作成に向けた具体的な支援の方策を検討するための評価を指します。

**問1：貴院の病棟・地域連携室における在宅移行への具体的な取組および課題についてご記入ください。（各プロセスごとにご記入ください）**

	問1-1 具体的な取組み	問1-2 課題等
入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時 (複数回答可)	1. 地域ケア会議等に定期的に参加し、情報収集をしている。 2. 入院時に多職種カンファレンスを共有している。 3. スクリーニングを1週間以内に行っている。 4. 病棟担当者がアセスメントを行っている。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>
退院支援開始時 (複数回答可)	1. アセスメント結果が判明後、直ちに退院計画を作成している。 2. 本人・家族の意向を定期的に確認している。 3. 多職種による退院前（家庭）訪問を実施している。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>
退院調整実施時 (カンファレンス開催等) (複数回答可)	1. アセスメント後、1週間以内に退院カンファレンスを開催している。 2. 退院カンファレンスは多職種が参加している。 3. 患者の体調・家庭環境等に変化があった場合は、直ちに退院計画に反映する仕組みを構築している。 4. 退院前（家庭）訪問を複数回実施している。 5. 介護保険利用者においては、必ずケアマネジャーが初回のカンファレンスに参加している。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>
退院時・退院後のフォロー (複数回答可)	1. 退院後に定期的に患者宅を訪問している。 2. 地域ケア会議等の場で患者情報を共有している。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>

⇒ 調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

**問2：有床診療所の医師の方にお聞かせします。在宅移行への具体的な取組および課題についてご記入ください。（各プロセスごとにご記入ください）**

	問1-1 具体的な取組み	問1-2 課題等
入院時（前）、スクリーニング、アセスメント実施時 (複数回答可)	1. 地域ケア会議等に定期的に参加し、情報収集をしている。 2. 入院時に多職種カンファレンスを共有している。 3. スクリーニングを1週間以内に行っている。 4. 病棟担当者がアセスメントを行っている。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>
退院支援開始時 (複数回答可)	1. アセスメント結果が判明後、直ちに退院計画を作成している。 2. 本人・家族の意向を定期的に確認している。 3. 多職種による退院前（家庭）訪問を実施している。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>
退院調整実施時 (カンファレンス開催等) (複数回答可)	1. アセスメント後、1週間以内に退院カンファレンスを開催している。 2. 退院カンファレンスは多職種が参加している。 3. 患者の体調・家庭環境等に変化があった場合は、直ちに退院計画に反映する仕組みを構築している。 4. 退院前（家庭）訪問を複数回実施している。 5. 介護保険利用者においては、必ずケアマネジャーが初回のカンファレンスに参加している。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>
退院時・退院後のフォロー (複数回答可)	1. 退院後に定期的に患者宅を訪問している。 2. 地域ケア会議等の場で患者情報を共有している。 <b>&lt;その他、具体的にご記入ください&gt;</b>	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>

⇒ 調査は終了です。ご協力ありがとうございました。

**問3：無床診療所の医師の方にお聞かせします。近隣の病院から退院患者を受け入れる際の課題や工夫している点がありますか。自由にご記入ください。**

課題	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>
工夫	<b>&lt;具体的にご記入ください&gt;</b>

⇒ 以上で調査は終了です。ご協力ありがとうございました。お手数ですが、FAXまたはE-mailにて園診協事務局までご返信願います。

在宅移行に向けた介護サービス事業所等との  
効果的な連携体制構築のための調査研究事業

在宅移行モデル事業 実施要領

1. 事業の目的

医療機関から在宅・施設へ患者が移行するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、円滑な移行を推進すること」が求められています。そのため、多くの病院では地域連携を推進するために退院支援部門である「地域連携室」が設けられ、退院後の在宅生活に対しての患者・家族の不安を軽減するため、在宅生活の相談支援や介護への助言指導、ケアマネジャーとの調整等に関する退院支援に係る役割を担っています。しかし、地域連携室として機能・役割は多種多様で、退院する患者の生活支援を行っていない医療機関や、行っても退院促進に終始し、患者の退院後の生活へ向けた意向支援や、地域の社会資源への調整が実践できていないなど、その活動や事業展開方法には格差が見られるのが現状です。地域連携パスを用いての連携も、一部を除いて病院間の連携にとどまることが多くなっています。

円滑な在宅への移行を図るためには、退院後も適切な医療・リハビリ・介護サービスの提供が受けられること、患者・家族の不安を軽減するための在宅生活のイメージづくりや介護への助言指導が重要となります。そのためには、患者・家族との十分な話し合いとともに退院時の状況（入院前との差異や今後の見通し等）を在宅生活に関わる医療機関や介護支援専門員を始めとする介護専門職に的確に情報伝達すること、連携体制を構築することが必要です。

そこで、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とし、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の把握、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」を行い、地域連携室における業務を明確化して在宅移行に関する手引書を作成するためのモデル事業を実施します。

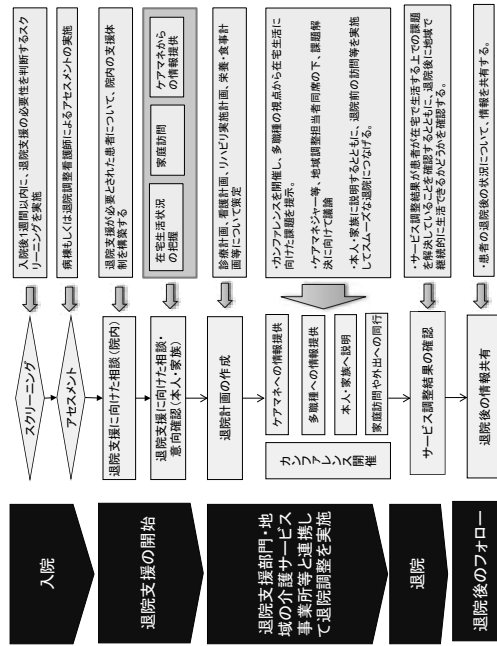
2. モデル事業の仕組み

モデル事業の概要は以下のとおりです。

退院支援が必要なハイリスク者を選定するために、入院患者に対するスクリーニングおよびアセスメントを実施し、その結果を踏まえて病棟や地域連携室等の退院支援部門において在宅移行のための調整、手続きを行うものとします。

在宅移行に当たっては、地域の介護サービス事業所を含めた支援チームを構築し、ケアプランの作成の開催、本人・家族の相談対応、サポート、在宅移行計画の立案を行い、退院後には在宅療養生活の状況を、介護サービス事業所等と情報共有します。

図表 モデル事業実施概要イメージ



### 3. モデル事業の対象患者

本モデル事業におけるスクリーニング対象患者は、以下のとおりとします。

- ・ 11月1日～30日に一般病棟に入院した患者 かつ
- ・ 65歳以上の高齢者 かつ
- ・ 計画的入院（3日以内に退院が想定されるもの）の患者は除く

この条件に当てはまる入院患者に対してスクリーニング、アセスメントを行います。退院支援の対象となる患者は高齢者かつハイリスク者（退院困難が予測される者）となります。

11月1日～30日の入院患者について、スクリーニングによって退院支援が必要と判断された方について帳票類を記載いただきます。

図表 退院支援が必要な患者の状態像の例

- ・ 再入院を繰り返している患者
- ・ 療養処置など退院後も高度で継続的医療が必要な患者
- ・ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者
- ・ 同居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者
- ・ 現行制度を利用しての在宅への意向が困難あるいは制度の対象外の患者
- ・ その他

※国保直診の担当者等により、モデル事業の対象となる候補者に対し、事業の概要を説明し、同意書を必ずいただいでください。同意書を頂けた方のみが、本事業の対象となります。「事業説明書」及び「同意書」は、添付しておりますが、各施設で所定の様式がある場合は、施設所定の様式を活用頂いても構いません。

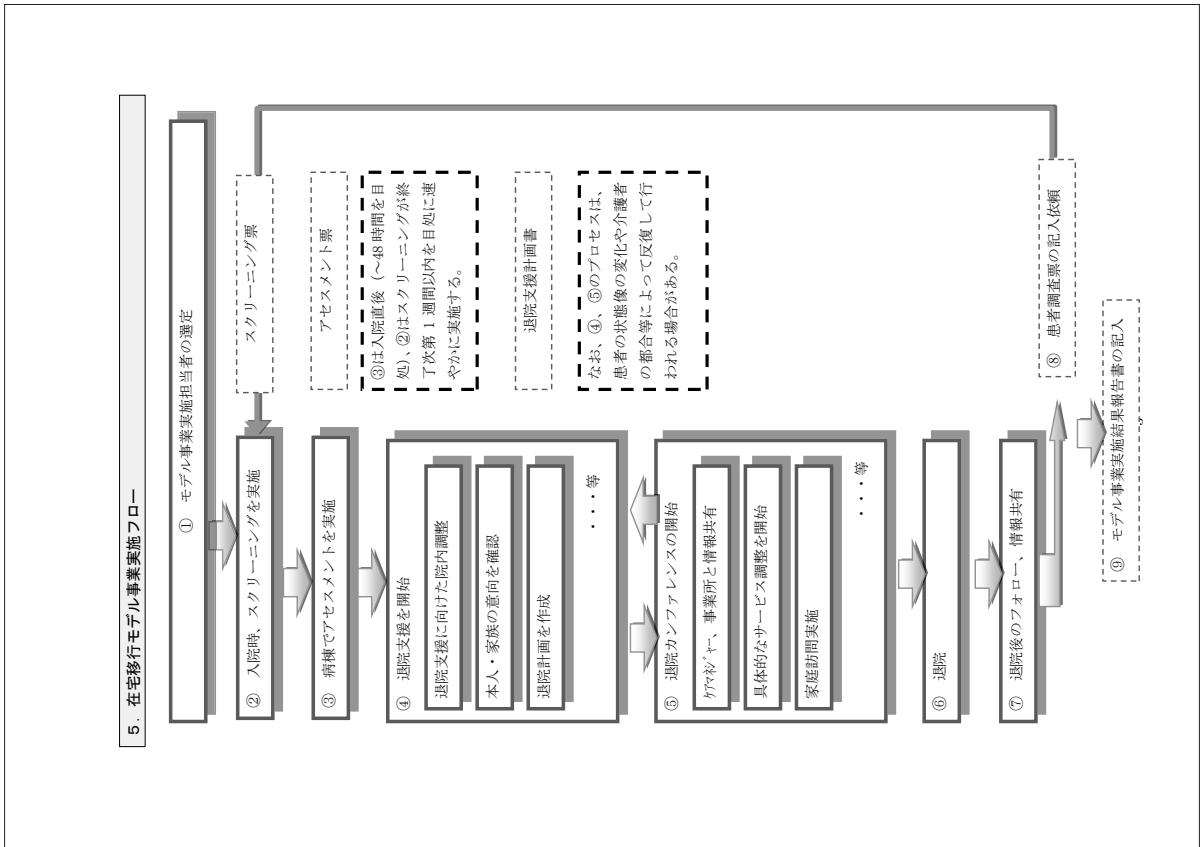
### 4. 在宅移行モデル事業関連帳票類

モデル事業の実施にあたり、以下の帳票を使用します。

図表：帳票類一覧

様式	帳票名	内容	担当者
—	実施要領（手引書）	モデル事業実施の一連の流れの手順書（本紙）	—
様式0	患者一覧表	性別・年齢・入退院情報等	モデル事業実施担当者
様式1	モデル事業対象者退院支援状況票	モデル事業の対象となる患者、実施した調整内容の日付等、転居等について記載したとともに、在宅移行に際して実施した、カンファレンス、相談対応、他機関との連携、特に介護サービス事業所との連携・調整・役割分担等について記録する	モデル事業実施担当者
様式2-1	総合評価スクリーニング票	退院支援の必要性を判断するための初回のスクリーニングに使用	病棟看護師/モデル事業実施担当者
様式2-2	在宅介護スクリーニングシニア表	在宅移行アセスメント票	モデル事業実施担当者/病棟看護師
様式3	在宅移行アセスメント票	退院支援の必要性を確定するためのアセスメントのために使用	モデル事業実施担当者/病棟看護師
様式4	退院支援計画書	退院支援計画の内容を記載	モデル事業実施担当者
様式5	介護支援専門員票	モデル事業に対する意見、効果について、ケアマネジャーの視点から調査する	ケアマネジャー
様式6	患者さんアンケート	退院支援に関する感想等について把握する。(退院患者を対象)	患者
様式7	モデル事業実施結果報告書	モデル事業に関する意見・在宅ケアについての意向等 事業実施前後の入退院に係る業務、平均在院日数の変化等	モデル事業実施担当者
	事業説明書 同意書	モデル事業協力者には事前に事業内容の説明と、協力の同意を得る	施設 患者

ご提出いただく各種様式につきましては、各協力施設においてIDを付していただき、国診療事務局においてはIDがふられた紙媒体のアセスメント票等を施設できるキャビネにおいて管理いたします。(データ入力を行う調査委託業者も同様の管理を行います。)また、入力されたデータについては、パスワードを付し、事業担当者しかアクセスできないフォルダにおいて管理いたします。



**① モデル事業実施担当者の選定**  
モデル事業の実施にあたって、唯票類の記載や各種院内調整、介護サービス事業所等との調整を主として実施する担当者（以下、モデル事業実施担当者としてします）を選定してください。  
具体的には、貴院の地域連携室に勤務する看護師、MSW（退院支援担当者）の方等をお願いします。  
また、貴施設でモデル事業に関する情報管理責任者を決めていただきますようお願い申し上げます。

**② 入院時、スクリーニングを実施**  
入院後 48 時間以内に、退院支援の必要性を判断するスクリーニングを行います。スクリーニングは、1) 11 月 1 日～30 日に一般病床に入院し、2) 65 歳以上で、3) 計画的入院（3 日以内に退院が想定されるもの）ではない患者に対して実施します。  
まず、上記条件にあてはまる患者全員に対し、患者一覧表を記入してください。

**様式 0：患者一覧表を使用してください。**

**この表の患者番号が、この調査を通して当該患者を表す一意の番号となります。様式 1、2-1、2-2、3、4、6 に記載する患者 NO. は、必ずこの表の番号を記入してください。**

次に、退院支援までの細かい調整事項等については、患者個別の票である、様式 1：モデル事業対象者退院支援状況票に記載してください。

**様式 1：モデル事業対象者退院支援状況票を使用してください。**

**様式 2-1、2-2：スクリーニング票を使用してください。**

スクリーニング票を記載し、入院時の段階で退院支援が必要な患者であるかどうかを判断します。スクリーニング票は様式 2-1、2-2 をともに記入してください。記入はモデル事業実施担当者または病棟看護師が実施してください。

**③ 病棟でアセスメントを実施**  
②において退院支援が必要と判断された患者に対して、病棟もしくは、退院支援担当者（看護師/MSW）によるアセスメントを実施します。

**様式 3：在宅移行アセスメント票を使用してください。**

アセスメントは、②のスクリーニングが実施されてから 1 週間以内に実施してください。  
また、アセスメント実施までに、担当ケアマネジャー（介護保険利用者の場合）に当該患者が入院したことを伝え、入院時情報提供書を入力するよう働きかけをお願いします。

#### ④ 退院支援を開始

③の結果を踏まえて、最終的に退院が困難でありかつ退院支援が必要とされた患者について、退院調整を開始します。ここでは、主として以下の内容を行います。なお、以下は始業と並行して行います。

##### ○退院支援にむけた院内調整

退院にむけ、院内の支援体制を構築します。モデル事業実施担当者は、退院支援が必要な患者であることを病棟看護師に周知し、連絡を密にして当該患者の申し送り、病状説明、カンファレンス等に積極的に参加して患者情報を共有するとともに、病棟看護師に対する意識付けを実施してください。また今後の退院の息通しについて、医師から患者や家族に対して説明を行い、今後予測される状況についての理解を得るようにしておいてください。

##### ○本人・家族の意向を確認

本人、家族と退院支援に向けた相談、意向確認をおこないます。

在宅生活時の状況を本人・家族から聞き取るとともに、可能であれば患者宅を訪問し、在宅の状況、介護力の有無等を確認します。

##### ○退院計画を作成

当該患者の退院支援計画書を作成します。ケアマネジャーから取得した入院時情報提供書等も参考にし、退院までの課題、目標設定、退院後に私用するサービス等について計画を作成します。

退院計画の作成は、患者・家族への説明が終わり次第実施してください。

#### 様式4：退院支援計画書を使用してください。

作成した計画は、病棟看護師、地域連携室職員、患者・家族すべてと共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を得ます。

##### ○ その他

当該患者が介護保険未申請の場合は、退院後に必要なサービスが利用できるように申請の支援を行う等、モデル事業実施担当者は当該患者の退院支援に当たって必要な調整を行います。

##### ⑤ 退院カンファレンスの実施

多職種によるカンファレンスを開催し、多職種の視点から在宅生活に向けた課題を提示します。退院カンファレンスの開催や家族の同意取得、家庭訪問実施等の状況については、様式1：モデル事業対象者退院支援状況調査票に記載してください。

#### 様式1：モデル事業対象者退院支援状況調査票を使用してください。

##### ○ケアマネジャー、事業所と情報共有

退院カンファレンスを開催し、ケアマネジャー等、地域調整担当者同席の下、課題解決に向けて議論し、当該患者が退院するに当たって必要なサービス、支援の内容を共有します。ケアマネジャーには、退院カンファレンスを開く1週間前には連絡し、調整してください。

カンファレンスへの参加職種は以下を想定しています。患者が必要となると思われる介護サービス事業所等への出席依頼もお願いたします。

- ・ モデル事業実施担当者（地域連携室）
- ・ 主治医
- ・ 病棟看護師
- ・ 地域の医療機関、歯科医療機関
- ・ 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
- ・ 訪問看護ステーション
- ・ 訪問リハビリテーション事業所
- ・ 訪問介護事業所
- ・ その他（施設等への退院の場合は、当該施設の職員も含める）
- ・ 本人、家族

また、本モデル事業において連携するケアマネジャーに対し、様式5：介護支援専門員票の記入を依頼してください。各病院で上限10人まで依頼してください。記入後は封緘していただき、モデル事業実施担当者に取りまとめて返送してください。

#### 様式5：介護支援専門員票を使用してください。

##### ○具体的な調整を実施

本人、家族に説明し、同意が得られたところで、具体的な調整を開始します。ケアマネジャー等と連携して、退院日、サービス開始日等の具体的な調整を実施してください。ケアマネジャーに対しては、診療情報提供書を提供してください。

退院支援においては、地域のケアマネジャー、介護サービス事業所との適切な連携を行いつつ、退院カンファレンスにおいては、地域のケアマネジャー、介護サービス事業所との適切な連携を行いつつ、患者・家族の退院後の生活の状況を見通して実施してください。また、調整中に患者の求画像、生活状況（家族の状況等）に変化が見られた場合は、カンファレンスを開催して退院計画を適宜患者の現状に合わせて見直ししてください。

ケアマネジャー等、介護サービス事業所のスタッフについても、できるだけカンファレンスに参加いただくようにしてください。

##### ○家庭訪問の実施

モデル事業実施担当者、訪問リハビリテーション事業所担当者等により、退院前の患者宅への訪問等を実施してください。患者の生活状況を把握し、退院計画の修正等を行い、スムーズな退院に

つなげてください。

⑥ 退院

カーピス調整結果が、患者が在宅で生活する上での課題を解決していることを確認するとともに、退院後に地域で継続的に生活できるかどうかを確認してください。

⑦ 退院後のフォロー、情報共有

患者の退院後の状況について、情報を共有します。

⑧ 患者さんアンケートの記入

退院した患者に対し、患者さんアンケートの記入を依頼してください。記入が困難な患者に対しては、家族への記入を依頼するか、患者本人からモデル事業実施担当者等が聞き取って記入してください。

様式6：患者さんアンケートを借用してください。

⑨ モデル事業実施結果報告の記入

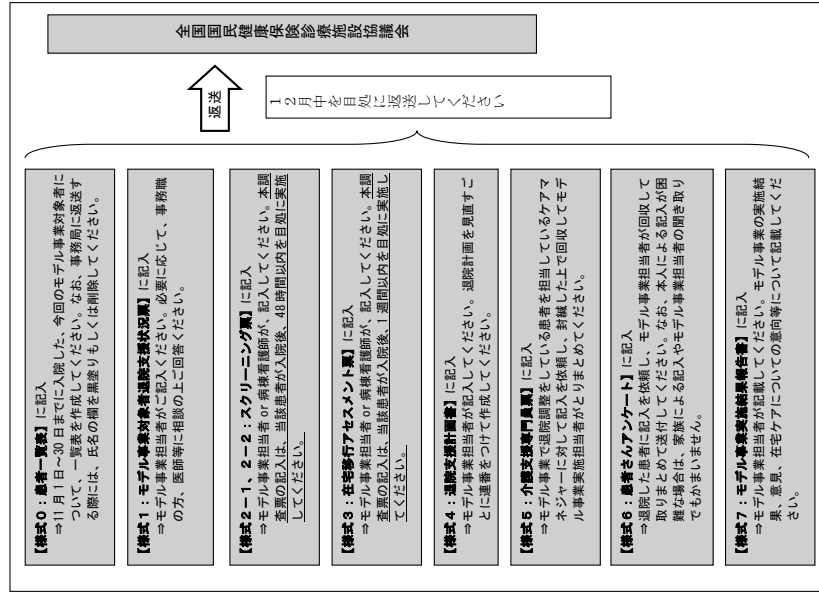
モデル事業に関する意見、在宅ケアについての意向等事業実施前後の入退院に係る業務時間、平均在院日数の変化等を記入してください。

様式7：モデル事業実施結果報告を記入してください。

以上の内容を取りまとめの上、モデル事業調査票一式を事務局に返送してください。

6. 調査票の配布・記入・返送の流れ

調査概要



事務局へ調査票を返送する際には、必ず氏名は黒塗り、もしくは削除してください！



<p>モデル事業参加施設 各位</p>	<p>公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会</p> <p>在宅移行モデル事業の実施における留意点について</p> <p>本モデル事業の実施に当たり、倫理委員会での指図書事項を踏まえ、以下の点に留意いただきたくお願いいたします。</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>患者同意の取得について <ul style="list-style-type: none"> <li><b>スクリーニングを実施する段階で、添付の様式を活用して、モデル事業の概要を説明するとともに、患者から同意書を取得してください。</b></li> <li>患者に対して説明を行う際には、モデル事業への協力の同意はいつでも変更可能であること、事業に協力しない場合も治療上の不利益は一切生じないことを明確にお伝えください。</li> <li>なお、病状等により本人の同意書が取得できない場合は、家族等の代理による同意でも可能とします。</li> <li>同意が得られなかった対象者は、本モデル事業の対象者からは除外してください。</li> </ul> </li> <li>対象者の情報管理の徹底について <ul style="list-style-type: none"> <li>本モデル事業の実施に当たっては、情報管理責任者を選定してください。情報管理責任者は、本モデル事業で収集する情報の管理責任を負うこととします。</li> <li>本モデル事業で収集する情報は、個人が特定できる機微情報であることから、十分なセキュリティが確保された場所で保管してください。</li> </ul> </li> </ol> <p>以上</p>
---------------------	--

<p>在宅移行モデル事業の実施について</p>	<p>各位</p> <p>この度、〇〇病院では、平成24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業において、公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会が実施する、在宅移行モデル事業に協力することとなりました。</p> <p>本事業は、医療機関からの患者さんのスムーズな退院支援を行うための手引書を作成することを目的に実施いたします。具体的には11月〇日～〇月〇日までに入院された方の状況を把握し、その退院に至るまでの状況を分析することとなります。</p> <p><b>ただし、皆様のデータについては、全て個人名がわからないように集計・分析されるため、どなたのデータかがわかる状態で使用されることは一切ありません。</b></p> <p>つきましては、本事業の趣旨をご理解いただき、同意の上ご協力賜りますようお願い申し上げます。なお、本事業へのご協力の同意につきましては、いつでも変更可能であり、同意しない場合にもあなたが不利益を被ることはありません。</p> <p>〇〇病院 院長 〇〇〇〇</p>
-------------------------	--

在宅移行モデル事業

同意書

〇〇〇〇病院 殿

私は、「在宅移行モデル事業」について、〇〇病院および公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会（事業委託機関含む）等が私の情報を利用することについて同意します。

平成 年 月 日

署名

様式 1

モデル事業対象者退院支援状況調査票

患者 NO :	年齢	性別
入院日	日付/回数 月 日	特記事項 (自由記述)
スクリーニング実施日	月 日	
アセスメント実施日	月 日	
退院支援開始	月 日	
開始	月 日	
	本人・家族意向確認日	
	退院計画作成(変更)日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	月 日	
	その他 ( ) 月 日	
	その他 ( ) 月 日	
退院支援開始	最も大規模な(多職種が参加した)カンファレンスの実施日	
開始	カンファレンス実施回数 合計 回	
退院日	家庭訪問実施日	
退院後のフォロー	退院後の訪問日	
	多職種との情報共有	
退院の可否	1.退院できた	2.退院できなかった
退院先	1.自宅 2.有料老人ホーム、グループホーム等	3.近日中に退院見込み
	3.特別養護老人ホーム 4.老人保健施設 5.療養病床	
	6.療養病院内以外の病床 7.その他 ( )	
退院後の緊急連絡・訪問等(退院後1週間を目標)	1.緊急連絡あり⇒ ( ) 回 2.なし	
	1.緊急訪問あり⇒ ( ) 回 2.なし	
	1.予定外の受診あり⇒ ( ) 回 2.なし	
	1.緊急入院あり⇒ ( ) 回 2.なし	
退院調整開始に当たった際の困難点		
ケアマネジャーと実施した連絡調整について	1回目 月 日 電話、FAX、文書、メール、面談	
	2回目 月 日 電話、FAX、文書、メール、面談	
	3回目 月 日 電話、FAX、文書、メール、面談	
	4回目 月 日 電話、FAX、文書、メール、面談	
退院支援カンファレンス開始に当たった際の課題(多職種との協働における課題等)		
退院後のフォローにおける課題		
一連の退院支援の流れに関する課題		

## 様式2-1 総合評価スクリーニング表

患者 NO: \_\_\_\_\_  
患者氏名: \_\_\_\_\_

様

通院	<input type="checkbox"/> 付添いが必要
病棟内でのADL	<input type="checkbox"/> ベッド上・車椅子・歩行器
排泄	<input type="checkbox"/> 介助・一部介助、 一種類: オムツ・ポータブルトイレ
認知症又は意識障害	<input type="checkbox"/> あり(精神疾患含む)
気分の落ち込み	<input type="checkbox"/> うつの傾向あり
医療処置 (退院後に必要と予想される処置)	<input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 吸引・吸入 <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅IVH <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 胸透透折 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> 処置が必要な痛がある <input type="checkbox"/> 各種カテーテル挿入中
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居、または要介護者の配偶者との二人暮らし
介護保険	<input type="checkbox"/> サービス利用なし <input type="checkbox"/> サービス利用あり(介護支援専門員: _____)
退院後の希望	<input type="checkbox"/> 転院や施設入所の希望あり
悪性腫瘍	<input type="checkbox"/> 未発症 (予後半年以内)
その他の問題事項	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )

入院からの紹介 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ D. \_\_\_\_\_

### 判定結果

退院支援が必要  
退院支援は現在のところは不要

記入者: \_\_\_\_\_ 記入日: \_\_\_\_\_  
評価者: \_\_\_\_\_

- \* 入院中の患者(65歳以上の者及び40歳以上65歳未満の者で介護保険法に規定する要介護者又は要支援者に該当することが見込まれる者に限る)について、該当する項目にチェックし、研修を受けた医師(大原)の評価を受ける
- \* この用紙は、スキャンするか保存すること
- \* 医療課にスクリーニングした旨、届けること
- \* 高知大学医学部方式用紙改変

患者 NO: \_\_\_\_\_

様式 3

## 在宅移行アセスメント票

以下の条件がすべてあてはまる患者さんについて記入してください。  
 平成24年11月1日～30日に一般病棟に入院した患者  
 65歳以上の患者  
 計画的入院(3日以内に退院が想定されるもの)の患者は除く

アセスメント実施日 2012年 月 日  
退院予定日 年 月 日

氏名 <small>姓 名</small>	性別 <small>男・女</small>	生年月日 <small>西暦(年・月・日)</small>	年齢 <small>( )歳</small>
入院日 2012年 月 日	介護保険 1.介護保険認定済み⇒要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) ⇒介護度変更申請の必要性: 有・無	申請中	3.必要あるが未申請 4.不要または非該当
病棟	身障手帳 無・有( )	職(種類)	( )
特定疾患	1.健保(政府・組合・日雇) 2.国保 3.共済(国・地・私学) 4.生保 5.労災 6.自費 7.公費	1.自宅 2.他病院 3.老健 4.特養 5.有料老人ホーム・グループホーム	6.その他( )
入院前場所			

### ■ 退院支援(在宅移行)アセスメント

区分	項目(当てはまるものすべてに○)	記入日: / /
主疾患	1.脳血管障害 2.慢性心臓病 3.難治性梅毒 4.心疾患 5.骨質 6.慢性腎臓病 7.糖尿病 8.うつ病 9.認知症 10.その他( )	
症状	1.意識レベル低下 2.終末期 3.褥瘡 4.誤食・嚥下障害 5.低栄養 6.褥瘡 7.脱水 8.認知症に伴う行動・心理障害(BPSD) 9.褥瘡はほかの指輪 10.その他( )	
医療処置 (退院後予備)	1.気管カニューレ 2.人工呼吸器 3.吸引 4.HOT 5.注射・点滴 6.IVH 7.経管栄養 8.腎ろう 9.膀胱カテーテル 10.尿管皮膚瘻ろう 11.CAPD 12.ストーマ 13.褥瘡処置 14.疼痛(麻薬)管理 15.リハビリテーション 16.その他( ) 17.特になし	
入院形態	1.再入院(1ヶ月以内) 2.緊急入院 3.その他( )	
ADL	1.移動要介助 2.排泄要介助 3.コミュニケーション障害 4.その他( )	
家族・環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯 3.日中独居 4.その他( )	
希望する	本人 1.自宅 2.他病院 3.老健 4.特養 5.有料老人ホーム・グループホーム 6.その他( ) 7.未確認	
退院先	家族 1.自宅 2.他病院 3.老健 4.特養 5.有料老人ホーム・グループホーム 6.その他( ) 7.未確認	
経済的問題	1.あり 2.なし 社会復帰への支援 1.必要 2.不要	
退院後の生活についての希望、不安事項等		

### ■ 退院支援(在宅移行)の必要性について(モジュール事業実施担当者が記入)

退院支援担当者	職種 ( ) 部署名 ( )
支援の必要性 ※の1つ	1.担当者が中心となり対応 2.病棟看護師が中心となり対応 3.不要
支援が必要な理由	1.再入院を繰り返している患者 2.退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者 3.入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要なる患者 4.担当があるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5.現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6.その他( )

# 退院支援計画書

様式4

患者NO.  病棟(病室)

改訂 版

様

入院日:   
計画日:   
変更日:

病名	
退院困難な要因	
患者以外の相談者	
退院支援計画を行う者の氏名	
退院に係る問題点、課題等	<input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> 身体的不安 <input type="checkbox"/> 医療処置のこと <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他( )
退院後に向けた目標	<input type="checkbox"/> 現在利用中のサービス <input type="checkbox"/> 介護保険: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> 介護者手帳: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> その他: ( )
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要	<input type="checkbox"/> 退院後の療養先を決定 <input type="checkbox"/> 介護保険等の在宅ケアの準備 <input type="checkbox"/> 転院・施設への選定 <input type="checkbox"/> 医療費・療養費について検討 <input type="checkbox"/> その他: ( ) <支援期間> <支援期間>
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他( )
退院後に利用が予想されるサービス等	<制度> <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( ) <サービス> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> テイクア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> その他( )
退院後に利用が予測される社会福祉サービスの担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に依り変更が得るものです。

(病棟退院支援計画担当者) 印

(地域連携室退院支援計画担当者) 印

この説明により、退院支援計画についてよく理解できましたので同意します。

患者様氏名:   
代理人氏名:  (関係)

在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築のための調査研究事業

## 在宅移行モデル事業【介護支援専門員票】

様式5

### ■記入にあたってのご注意

- この調査票は、モデル事業を遂行している病棟において、退院カンファレンスに参加している介護支援専門員の方がご記入ください。
- 記入の終わった調査票は、封入用封筒(表3)に入れて封緘した上で、連携先病院のモデル事業実施担当者に送付してください。

### (1) 記入者の属性

① 保有資格(複数可)	1. 医師 2. 歯科医師 3. 薬剤師 4. 保健師 5. 看護師 6. 准看護師 7. 理学療法士 8. 作業療法士 9. 言語聴覚士 10. 社会福祉士 11. 介護福祉士 12. 歯科衛生士 13. その他( )
② 勤務形態	1. 常勤専任 2. 常勤業務 3. 非常勤専任 4. 非常勤業務
③ 勤務先事業所	1. モデル事業実施病院の併設 2. 併設ではない
④ 介護支援専門員としての通算経験年数	( ) 年 ( ) 月

### (2) 当該病院との連携について

① 当該病院との連携で実施していること	1. 定期的な例会への参加(地域ケア会議等) 2. 入院時情報提供サービスの提供 3. 入院中の病棟への訪問 4. 初回の退院前カンファレンスへの参加 5. 退院時の連携 6. その他( )
② 退院支援に関する、病院との連携上の課題	
③ モデル事業を実施したことによる効果(居宅介護支援事業所として感じた効果)	1. 病院の退院支援プロセスが分かりやすくなった 2. 担当患者が入院した情報がすぐ入ってくるようになった 3. 担当している患者に早期から関わられるようになった 4. 新規の患者の情報が入手しやすくなった 5. その他
④ その他、具体的な効果について、自由にご記入ください。	
⑤ 本モデル事業に対する意見	
⑥ 病院の退院支援の流れに対する要望	

■■■■ご協力ありがとうございました■■■■

**【患者さんアンケート】**

様式 6

**【記入にあたってのお願い】**

このアンケートは、退院された患者さんご本人、もしくはそのご家族の方がご記入ください。ただし、病院の職員が入患者さんに質問した内容を記入いただいても結構です。

1) 年齢 ( ) 歳	2) 性別	1. 男	2. 女
3) 今回、入院から退院までの間に病院の職員がしてくれた支援について満足していますか			
1. 満足している 2. やや満足している 3. どちらでもない 4. やや不満である 5. 不満である			
「1. 満足している」「2. やや満足している」を選択した場合、それはなぜですか。自由にご記入ください。			
「4. やや不満である」「5. 不満である」を選択した場合、それはなぜですか。自由にご記入ください			
4) 退院したときかけはどのようなことでしたか。(〇はいくつでも)			
1. 病状が良くなったため 2. 良いアドバイスをもたらったため 3. 家族が介護してくれるため 4. その他 ( )			
5) 入院から退院までの支援について、助かったことやもう少ししてほしいことなどはありますか。自由にご記入ください。			
6) 退院後の生活はいかがですか。			
1. 順調である			
2. 順調ではない			
3. わからない			

NO.

※患者NOをご記入ください。

様式 7

**モデル事業実施結果報告書**

施設名	所在地	都道府県	市区町村
-----	-----	------	------

**1. モデル事業における対象者数**

モデル事業の対象となった病棟の入院患者全数 (11月1日～30日)	うち、様式ウー1「アセスメント票」を記入した人数	うち、様式ウー1「アセスメント票」を記入した人数	うち、「退院支援が必要」と判断された人数	※ 当初、退院支援が不要と考えられたが、病状の変化等で退院支援が必要となった人数
対象者数	実数( )人	実数( )人	実数( )人	実数( )人

※ 「実数」については、調査期間に2回入院した患者は「1人」と数えてください。「のべ」については、調査期間に2回入院した患者は「2人」と数えてください。

**2. モデル事業の効果**

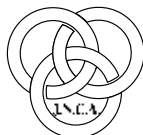
平均在院日数(一般病棟分)	事業実施前 (平成 23 年 11 月)	事業実施後 (平成 24 年 11 月)
以下の各々の日数(割合)について、モデル事業実施前と比べ、実施後ではどのように変化しましたか。	( ) 日	( ) 日
入院からスクリーニングまでの平均日数	1. 減少した	2. 変わらない
スクリーニングからアセスメントまでの平均日数	1. 減少した	2. 変わらない
入院から退院カンファレンスまでの平均期間	1. 減少した	2. 変わらない
退院カンファレンスの平均実施回数	1. 減少した	2. 変わらない
家庭訪問の実施割合	1. 減少した	2. 変わらない
退院後の訪問割合	1. 減少した	2. 変わらない
モデル事業の効果について(自由記述)		
退院支援をうまく行うための方策・工夫点(自由記述)		
ケアマネジャー、介護サービス事業所等からの意見		
職員からの意見		

# 在宅移行の手引き

～ 医療・介護の連携に基づいた退院支援に向けて ～



平成 25 年 3 月



公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

## 目 次

1. はじめに	1
(1)本手引書作成の背景	1
(2)本手引書のねらい	1
(3)在宅移行を始めるにあたって	2
2. 在宅移行の対象者	3
3. 退院支援に使用する様式例	4
4. 具体的な退院支援の流れ	5
(1)スクリーニングを実施	6
(2)アセスメントを実施	6
(3)退院支援の開始	7
(4)退院カンファレンスの実施	9
(5)退院、退院後のフォロー、情報共有	10
5. 参考資料	11



# 1. はじめに

## (1) 本手引書作成の背景

医療機関から在宅・施設へ患者が移行するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、円滑な移行を推進すること」が求められています。そのため、多くの病院では地域連携を推進するために退院支援部門である「地域連携室」が設けられ、退院後の在宅生活に対しての患者・家族の不安を軽減するため、在宅生活の相談支援や介護への助言指導、介護支援専門員(以下ケアマネジャーとします)の調整等に関する退院支援に係る役割を担っています。

しかし、地域連携室としての機能・役割は多種多様で、退院する患者の生活支援を行っていない医療機関や、行っても退院促進に終始し、患者の退院後の生活へ向けた意向支援や、地域の社会資源への調整が実践できていないなど、その活動や事業展開方法には格差が見られるのが現状です。地域連携パスを用いた連携も、一部を除いて病院間の連携にとどまることが多くなっています。

円滑な在宅への移行を図るためには、退院後も適切な医療・リハビリ・介護サービスの提供が受けられること、患者・家族の不安を軽減するための在宅生活のイメージづくりや介護への助言指導が重要となります。そのためには、患者・家族との十分な話し合いとともに退院時の状況(入院前との差異や今後の見通し等)を在宅生活に関わる医療機関やケアマネジャーを始めとする介護専門職に的確に情報伝達すること、連携体制を構築することが必要です。

## (2) 本手引書のねらい

そこで、医療機関からシームレスな在宅・施設移行ができるような他機関との連携体制構築の推進に資することを目的とし、「病院での退院支援および医療・介護連携の現状の評価、情報共有・伝達方法ならびに、居宅介護支援事業所や介護サービス事業所との連携体制の効率化・標準化」を行い、地域連携室における業務を明確化して在宅移行に関する手引書を作成することとしました。

### ■本手引書のポイント

- 入院から退院までの一連の流れをわかりやすく可視化する。
- 特に、介護サービス事業所との連携を効果的に行う。
- 患者・家族の意向を取り入れた、退院支援を行う。

本手順書においては、在宅移行に当たって必要となる退院支援のポイントとなる最小限の流れを示しており、各医療機関の実情を踏まえて適宜肉付けを行っていただき、自施設にあった在宅移行システムを構築することを意図しています。

全国の国保直診施設における具体的事例や、取組状況などを盛り込んでいますので、参考にしてください。

### (3) 在宅移行を始めるにあたって



在宅移行を進めていく上では、多職種が協働して行うことが必要です。

まず、在宅移行チーム作りを行いましょ。中心となる職種は看護職員・MSW です。さらに、主治医、リハビリ、ケアマネジャー等の様々な職種が関与することとなります。

地域連携室がある医療機関においては、地域連携室が中心となり、病棟と綿密に連携を取り合いながら在宅移行を進めていくことが重要です。また、病棟に退院支援を念頭に置いた退院調整看護師を配置している医療機関もあります。このように、院内で一丸となって在宅移行に取り組んでいくことが必要となるでしょう。

**【事例】** 病棟に在宅移行に向けてリンクナース（退院支援ナース）を置き、在宅移行に向けての取組みを地域連携室と分担しながら行っている。入院時からの患者、家族との関わり、在宅療養連携指導などを通してのケアマネジャーとの情報交換、月1回の地域連携室や病院管理者などとのカンファレンスや随時の相談などを通して業務を行っている。

ただし、地域連携室がない医療機関においても、退院支援を実施することは可能です。地域連携室を置かずに、受け持ちの看護師に情報集約している医療機関もあります。

**【事例】** 院内で退院支援を行うスタッフ（医師、看護師）と在宅医療（訪問診療・訪問看護）を行うスタッフが情報と経験を共有しており、一体感を保っているために、院長の方針により、地域連携室や退院支援担当看護師を置かず、受け持ち看護師に情報集約と退院調整の役割を持たせてチームケアでそれを重層的に支える仕組みとしており、週1回の在宅支援会議で地域包括支援センターや在宅スタッフとも情報共有できている。

このように、施設の規模や地域特性、人口特性等によって、在宅移行の取り組み状況は以下の3通りが考えられます。

- ① 地域連携室と病棟（看護師）に在宅移行担当者が配置されている
- ② 地域連携室に在宅移行担当者が配置されている
- ③ 地域連携室は設けず、病棟で在宅移行を行う

例えば、大規模の医療機関であれば、病棟にも退院支援担当者を配置することが求められると思いますが、小規模医療機関で地域の人口も少ない場合は、地域連携室に情報を集中されるパターンや、病棟で受け持ち看護師がスクリーニング、アセスメントを行っていくというパターンも考えられます。自施設と患者の状況にあった体制の構築が求められると言えるでしょう。

さらに、在宅移行後は、各種介護保険サービスを活用して療養を続けることが考えられますので、地域の居宅ケアマネジャーや介護サービス事業所関係者とも顔の見える関係を構築しておくことが必要となります。地域ぐるみで患者の情報が共有できる仕組みを構築することも考えられます。

【事例】 入院時、退院時の連携シートを地域で作成し、実際に活用している。

退院支援の実施体制は、各医療機関の実情、それを取り巻く地域環境によって千差万別ですが、

- 院内が一丸となって在宅移行に対する意識を持つこと
- 地域の介護サービス資源を効果的に活用できるよう、地域を巻き込んで、お互いに顔の見える関係を構築すること

などについては、どの施設にも当てはまる重要な要素です。

## 2. 在宅移行の対象者

本手引書においては、特に介護サービスとの連携に着目するため、以下のような患者の在宅移行を念頭に置いています。

- 一般病床に入院した患者 かつ
- 65歳以上の高齢者 かつ
- 計画的入院(3日以内に退院が想定されるもの)以外の患者

この条件に当てはまる入院患者に対してスクリーニング、アセスメントを行います。在宅移行に際し、支援が必要と対象となる患者は高齢者かつハイリスク者(退院困難が予測される者)です。退院支援が必要な患者の状態像は以下のとおりです。

### \*退院支援が必要な患者の状態像の例\*



▲再入院を繰り返している患者



▲褥瘡処置など退院後も高度で熟練的医療が必要な患者



▲入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者



◀独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できない状況にない患者



◀現行制度を利用しての在宅への意向が困難あるいは制度の対象外の患者  
その他

# 3. 退院支援に使用する様式例

退院支援を行うに当たり、以下のような様式を活用します。

なお、本様式は一例ですので、各施設において使用しやすい形式に追加修正することは差し支えありません。

## ○スクリーニング票（様式1）

退院支援の必要性を判断するための、初回のスクリーニングのために使用します。

### 【記載する項目】

- 在宅介護スクリーニング表
- 保有している疾患、必要な医療処置等
- 介護保険の状況、身体障害者手帳の有無、担当ケアマネジャー
- 介護サービスの内容
- 退院支援の必要性 等

## ○アセスメント票（様式2）

退院支援の必要性を確定するためのアセスメントのために使用します。

### 【記載する項目】

- 主疾患、症状、医療処置等
- ADL、家庭環境
- 希望する退院先
- 経済的問題の有無、社会復帰への支援の要・不要
- 退院後の生活についての希望や不安事項等
- 退院支援の必要性とその理由 等

## ○退院支援計画書（様式3）

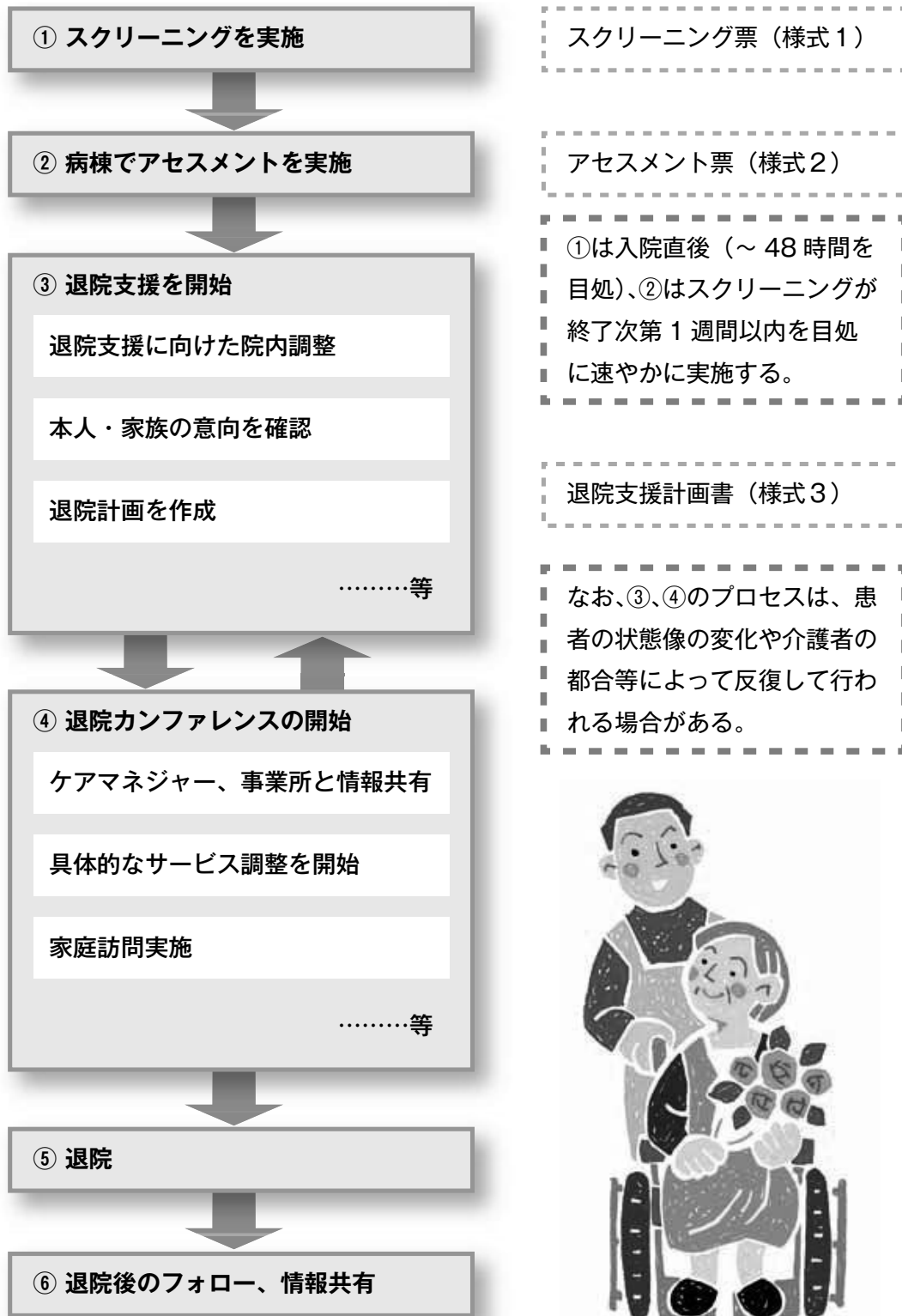
退院支援計画の内容を記載します。

### 【記載する項目】

- 病名、退院困難な理由
- 退院に係る問題点・課題等
- 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援の概要
- 予想される退院先
- 退院後に利用が予想される社会福祉サービス 等

# 4. 具体的な退院支援の流れ

退院支援の具体的な流れは以下のとおりです。



## (1) スクリーニングを実施

入院後48時間以内に、退院支援の必要性を判断するスクリーニングを行います。スクリーニングは、**1) 一般病床に入院し、2)65歳以上で、3)計画的入院(3日以内に退院が想定されるもの)ではない患者**に対して実施します。

様式1：在宅移行スクリーニング票を使用します。

スクリーニング票に記載し、入院時の段階で退院支援が必要な患者であるかどうかを判断します。記入は退院支援の担当者または病棟看護師が実施してください。

### ■スクリーニング実施時のポイント

- 可能な限り、入院後48時間以内にスクリーニングを実施する。
- その後、アセスメントにつなげることで、早期に退院支援・計画作成につなげることができる。

### ■スクリーニング実施時における工夫点（事例）

- 入院時に今後の希望(在宅もしくは施設)を聞いて、施設希望時は介護度の確認と、施設の申し込み状況を確認している。
- 入院時は連携室員が、ケアマネジャーからの情報及び他院連携室からの情報を入院病棟へ提供している。直接、病棟看護師が、紹介元等に照会し情報を得る場合もある。
- 入院後早期にリハビリスタッフによるADLの評価を行い、情報を基に退院後の家庭環境の把握、家族の受け入れ、入院前の介護サービス内容の把握を行っている。
- 会議には積極的に参加し、患者の情報を共有するとともに、困難事例の検討を行っている。スクリーニングは病棟ナースが記入し、翌日には連携室に届く流れになっている。

## (2) アセスメントを実施

(1)において退院支援が必要と判断された患者に対して、病棟もしくは、退院支援担当者(看護師/MSW)によるアセスメントを実施します。

様式2：在宅移行アセスメント票を使用します。

アセスメントは、(1)のスクリーニングが実施されてから1週間以内に実施してください。



また、アセスメント実施までに、担当ケアマネジャー(介護保険利用者の場合)に当該患者が入院したことを伝え、入院時情報提供書を入手するよう働きかけをお願いします。

### ■アセスメント実施時のポイント

- ・ 介護保険利用者の場合、担当ケアマネジャーから入院時情報提供書を入手する。

### ■アセスメント実施時における工夫点（事例）

- ・ アセスメントを病棟担当者と医療連携課担当者が共同で実施している。

## (3) 退院支援の開始

(1)、(2)の結果を踏まえて、最終的に退院が困難であり、かつ退院支援が必要とされた患者について、退院調整を開始します。ここでは、主として以下の内容を行います。なお、以下は治療と並行して行うこととなります。

### ○退院支援にむけた院内調整

退院にむけ、院内の支援体制を構築します。自施設内の状況に合わせて、退院支援に向けた調整を行います。

例えば、退院支援担当者は、退院支援が必要な患者であることを病棟看護師に周知し、連絡を密にして当該患者の申し送り、病状説明、カンファレンス等に積極的に参加して患者情報を共有するとともに、病棟看護師に対する意識付けを実施してください。また今後の退院の見通しについて、医師から患者や家族に対して説明を行い、今後予測される状況についての理解を得るようにしておいてください。

### ○本人・家族の意向を確認

本人、家族と退院支援に向けた相談、意向確認をおこないます。ただし、本人やご家族にとっては、入院後にすぐ退院の話をされることに対して戸惑う方もいらっしゃいます。「早く出そうと思っているのか」と不信感を持たれないよう留意しつつ調整を行きましょう。

また、自宅に戻ることは難しいと思い込んでいる方もいらっしゃいます。その場合は、最初は施設について言及してみるなど、様々な角度からアプローチしてみることも重要です。

**【事例】** 在宅復帰について、初めは抵抗感がある人でも、「施設を申し込みに行きましょう。」→待っている間に、「病状も回復して良くなってきましたね。」→「では、施設が空くまでの間一旦在宅にしてみよう。」とアプローチするのがコツ。施設は費用もかかるので、デイサービス、ショートステイを組み合わせればなんとか在宅が可能と考える方もいる。



## 4. 具体的な退院支援の流れ

在宅生活時の状況を本人・家族から聞き取るとともに、可能であれば患者宅を訪問し、住宅の状況、介護力の有無等を確認しましょう。

### ○退院計画を作成

当該患者の退院支援計画書を作成します。ケアマネジャーから取得した入院時情報提供書等も参考にし、退院までの課題、目標設定、退院後に使用するサービス等について計画を作成します。

退院計画の作成は、患者・家族への説明が終わり次第実施してください。

#### 様式3：退院支援計画書を使用します。

作成した計画は、病棟看護師、地域連携室職員、患者・家族すべてと共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を得ます。

### ○その他

当該患者が介護保険未申請の場合は、退院後に必要なサービスが利用できるように申請の支援を行う等、当該患者の退院支援に当たって必要な調整を行います。

#### ■退院支援開始時のポイント

- 退院支援計画の作成は、入院から1週間をめどとして着手する。入院した段階で主治医が退院時期の目安を出すことが必要。
- 患者さんが「追い出されるのか」と感じるようなことがないよう、本人・家族が納得して退院に踏み出せるように、十分なコミュニケーションをとりながらアプローチを行う。

#### ■退院支援開始時における工夫点（事例）

- 1週間以内に退院支援計画書に取り組めるよう心掛けている。病棟によって違いがあるが、本人・家族の言葉を計画書に記入し、必要であれば退院前訪問(看護師・PT・MSW・ケアマネジャー・介護サービス事業者)で実施している。
- アセスメント結果が判明後直ちに退院支援計画書を作成している。



## (4) 退院カンファレンスの実施

多職種によるカンファレンスを開催し、多職種の視点から在宅生活に向けた課題を提示します。退院カンファレンスの開催や家族の同意取得、家庭訪問実施等などについての調整も行います。

### ○ケアマネジャー、事業所と情報共有

退院カンファレンスを開催し、ケアマネジャー等、地域調整担当者同席の下、課題解決に向けて議論し、当該患者が退院するに当たって必要なサービス、支援の内容を共有します。ケアマネジャーには、退院カンファレンスを開く1週間前には連絡し、調整しましょう。

カンファレンスへの参加職種は以下を想定しています。患者が必要となると思われる介護サービス事業所等への出席依頼も行いましょう。

- 退院支援担当者
- 主治医
- 病棟看護師
- 地域の医療機関、歯科医療機関
- 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)
- 訪問看護ステーション
- 訪問リハビリテーション事業所
- 訪問介護事業所
- その他(施設等への退院の場合は、当該施設の職員も含める)
- 本人、家族

### ○具体的な調整を実施

本人・家族に説明し、同意が得られたところで、具体的な調整を開始します。ケアマネジャー等と連携して、退院日、サービス開始日等の具体的な調整を実施してください。ケアマネジャーに対しては、診療情報提供書の提供を依頼しましょう。

退院支援においては、地域のケアマネジャー、介護サービス事業所との適切な連携を行いつつ、患者・家族の退院後の生活の状況を見通して実施してください。また、調整中に患者の状態像、生活状況(家族の状況等)に変化が見られた場合は、カンファレンスを開催して退院計画を適宜患者の現状に合わせて見直すことも必要です。

ケアマネジャー等、介護サービス事業所のスタッフについても、できるだけカンファレンスに参加いただくようにしましょう。

### ○家庭訪問の実施

訪問リハビリテーション事業所担当者等と連携して、退院前の患者宅への訪問等を実施してください。患者の生活状況を把握し、退院計画の修正等を行い、スムーズな退院につなげてください。

### ■退院カンファレンス実施の際のポイント

- 介護保険利用者の場合、担当ケアマネジャーにはカンファレンス開催の1週間前までに連絡する。
- カンファレンスには可能な限り多職種の参加を依頼する。

### ■退院カンファレンス実施時における工夫点（事例）

- 病院スタッフ、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、介護老人保健施設、地域包括サブセンター等のメンバーで、在宅ケア会議を月1回行い、情報収集・共有を行っている。
- 退院支援カンファレンスは入院当日、もしくは翌日から、退院迄、定期的を開催し、退院計画の立案、見直しを継続して行っている。医療上、生活介護上の検討課題を洗いだし、目標支援期間や支援内容を明らかにしている。
- 住宅改修など退院前に事前調査が必要な患者様には理学療法士等が退院前の事前訪問をしている。
- 専門職間で事前に連絡を取り合い、カンファレンス時に本人、家族に具体的にサービス提案できるように調整する。カンファレンス後も、新たに気づいたことなどお互いに連絡を取り合い、共有していく。

## (5) 退院、退院後のフォロー、情報共有

サービス調整結果が、患者が在宅で生活する上での課題を解決していることを確認するとともに、退院後に地域で継続的に生活できるかどうかを確認してください。

退院後は、患者の退院後の状況について、できるだけ情報を共有できるようにしましょう。

### ■退院後のフォローにおけるポイント

- 外来通院の際や、近所を訪問した際などに立ち寄りなど、定期的に当該患者に対してコンタクトを取る。
- 介護保険サービス利用者の場合には、居宅ケアマネジャーなどから情報を得る。

### ■退院後のフォローにおける工夫点（事例）

- 退院後、すぐサービス開始となるケースは、外来時や電話での状態確認や、自宅での生活についての情報収集をしている。サービス開始に時間がかかってしまう時、外来看護師や退院支援部門の訪問を実施している。
- 退院後、当院の訪問看護やケアマネジャーが関わっている方は、月1回の在宅医療推進会議で報告、評価を行っている。
- ケースにより、訪問診察を行っている。退院患者の受診に関する事など、ケアマネジャーからの相談について、総合相談窓口で対応している。

# 5. 参考資料

## 在宅移行スクリーニング票（様式1）

患者 NO：		入院日	
患者氏名：	様	スクリーニング実施日	
病棟			

入院前場所	1. 自宅 2. 他病院 3. 老健 4. 特養 5. 有料老人ホーム・グループホーム 6. その他( )
-------	---

### 1. 在宅介護スクリーニング表

	0	1	2	4	備考
1 介護者	病弱	健康			介護者がいない、頼れない場合は「病弱」の扱い
2 介護を代われる者	いない	いる			
3 患者の療養室	なし	あり			施設入所者の場合「なし」の扱い
4 食事	介助	自立			セッティングが必要でも自力摂取できれば「自立」の扱い
5 着衣	介助	自立			セッティングが必要でも自力更衣できれば「自立」の扱い
6 入浴	介助	自立			
7 行動障害	あり		なし		下記の「認知症等」による症状があれば「あり」の扱い
8 介護者の介護意欲	不良		普通	良好	
9 介護者の専念	不可能	可能			介護のために退職・休職する予定があれば「可能」の扱い
10 公的年金以外の収入	なし	あり			同居家人の収入も含む
11 住宅	借家	自宅			施設入所者の場合は「借家」の扱い
12 排便	介助	自立			ポータブルトイレ使用の場合は「自立」の扱い
13 屋内移動	介助	自立			杖～車椅子で移動可能な家屋なら「自立」の扱い
14 意思疎通障害	あり	なし			認知症・高次機能障害・失語症がある場合は「あり」の扱い
15 医療処置	あり	なし			下記の「医療依存度」に該当する項目があれば「あり」の扱い
16 患者の闘病意欲	不良	普通			
合計					→合計( )点

※スコアの区分 10点<：ハイリスクでかなり在宅困難 11点：境界線 12点>：在宅可能

※医療依存度：（中心静脈栄養・気管切開・在宅酸素・胃瘻・経管栄養・ストマ・バルーンカテーテル）

※認知症等：（夜間せん妄・徘徊・暴言・暴力・不潔行為・物とられ妄想）

### 2. 保有している疾患・必要な医療処置等

--

### 3. 社会資源の情報

介護保険	(なし・あり) →(未申請・非該当・申請中・自立・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5)
身体障害者手帳	(なし・あり) 種 級
居宅介護支援事業所	
担当ケアマネジャー	
介護サービスの内容	

※現時点での退院支援の必要性(いずれかにチェック)⇒  必要あり  必要なし

参考文献：宮森正、岡島重孝「在宅介護スコアの開発」『日本プライマリ・ケア学会誌』vol.15, No.4, 1992, pp.58-64

## 在宅移行アセスメント票（様式2）

患者 NO：		入院日	
患者氏名： 様		スクリーニング実施日	
病棟		アセスメント実施日	

## ■ 退院支援(在宅移行)アセスメント

区分	項目(当てはまるものすべてに○)	記入日： /
主疾患	1.脳血管障害 2.悪性新生物 3.難治性神経疾患 4.心疾患 5.骨折 6.慢性呼吸器疾患 7.糖尿病 8.うつ病 9.認知症 10.その他( )	
症状	1.意識レベル低下 2.終末期 3.麻痺 4.摂食・嚥下障害 5.低栄養 6.褥瘡 7.脱水 8.認知症に伴う行動・心理障害(BPSD) 9.疼痛またはその他の苦痛症状 10.その他( )	
医療処置 (退院後予測)	1.中心静脈栄養 2.気管切開 3.在宅酸素 4.胃ろう 5.経管栄養 6.ストマ 7.バルーンカテーテル 8.その他( ) 9.特になし	
入院形態	1.再入院(ア.1ヶ月以内 イ.2ヶ月以内 ウ.半年以内) 2.緊急入院 3.その他( )	
ADL	1.移動要介助 2.排泄要介助 3.食事要介助 4.コミュニケーション障害 5.言語障害 6.視力障害 7.聴力障害 8.その他( )	
家庭・環境	1.独居・介護者不在 2.高齢者世帯 3.日中独居 4.その他( )	
希望する	本人 1.自宅 2.他病院 3.老健 4.特養 5.有料老人ホーム・グループホーム 6.その他( ) 7.未確認	
退院先	家族 1.自宅 2.他病院 3.老健 4.特養 5.有料老人ホーム・グループホーム 6.その他( ) 7.未確認	
経済的問題	1.あり 2.なし	社会復帰への支援 1.必要 2.不要
退院後の生活についての希望、不安事項等		

## ■ 退院支援(在宅移行)の必要性について

退院支援担当者	氏名( ) 部署名( )
支援の必要性 ※○は一つ	1.担当者が中心となり対応 2.病棟看護師が中心となり対応 3.不要
支援が必要な理由 ※○はいくつでも可	1.再入院を繰り返している患者 2.退院後も高度で複雑な継続的医療が必要な患者 3.入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者 4.独居あるいは家族と同居であっても必要な介護を十分に提供できる状況にない患者 5.現行制度を利用しての在宅への移行が困難あるいは制度の対象外の患者 6.その他( )

## 退院支援計画書（様式 3）

患者 NO.		病棟(病室)	
--------	--	--------	--

様

 入院日：  
 計画日：  
 変更日：

病名	
退院困難な要因	
患者以外の相談者	
退院支援計画を行う者の氏名	
退院に係る問題点、課題等	<input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> 病状の不安 <input type="checkbox"/> 医療処置のこと <input type="checkbox"/> 療養費 <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他(                      )
退院へ向けた目標設定、 支援期間、支援概要	<現在利用中のサービス> 介護保険： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    要介護度(                      ) 障害者手帳： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり    肢体・内部・視覚・聴覚・言語・    級 その他：
	<退院計画の目標> <input type="checkbox"/> 退院後の療養先を決定 <input type="checkbox"/> 介護保険等の在宅ケアの準備 <input type="checkbox"/> 転院・施設の選定 <input type="checkbox"/> 医療費・療養費について検討 <input type="checkbox"/> その他(    )
	<支援概要>  <支援期間>
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 特別養護老人ホーム <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他(                      )
退院後に利用が予想される 社会福祉サービス等	<制度> <input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他(                      ) <サービス> <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> その他(                      )
退院後に利用が予測される社会福祉 サービスの担当者	

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものです。

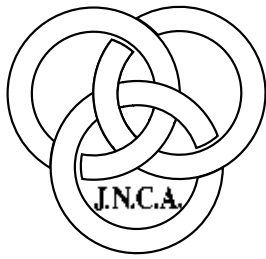
(病棟退院支援計画担当者) 印

(地域連携室退院支援計画担当者) 印

この説明により、退院支援計画についてよく理解できましたので同意します。

患者様氏名：

代理人氏名： (関係：                      )



\*このパンフレットは、平成24年度老人保健事業推進費等補助金による「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築のための調査研究事業」により作成したものです。

## 公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

---

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 芝大門エクセレントビル 4F  
TEL:03-6809-2466 FAX:03-6809-2499 URL:<http://www.kokushinkyo.or.jp/>

2013年3月発行



平成24年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築のための調査研究事業 報告書

---

平成25年3月

発行： 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 4F  
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499  
ホームページURL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷： 中和印刷株式会社

---

