

平成25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

# 在宅移行支援の際の 退院カンファレンスを題材とする 地域包括ケアにおける医療介護連携・ 多職種協働の課題整理に関する 調査研究事業 報告書



平成26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

<b>第1章 調査研究の概要</b> .....	<b>3</b>
I. 事業目的 .....	3
II. 事業の概要 .....	3
III. 調査研究の過程 .....	6
IV. 事業の実施体制 .....	6
<b>第2章 先進的な取組みに対するヒアリングの実施</b> .....	<b>8</b>
I. ヒアリング実施地域の概要 .....	8
II. モデル事業実施にあたっての示唆 .....	10
III. 施設別のヒアリング内容 .....	11
1. 鳥取県・日南町国保日南病院 .....	11
2. 大分県・国東市民病院 .....	16
3. 富山県・かみいち総合病院 .....	18
4. 香川県・綾川町国保陶病院 .....	22
<b>第3章 モデル事業実施結果</b> .....	<b>25</b>
I. 実施結果 .....	26
II. まとめ .....	35
<b>第4章 モデル事業実施者に対するヒアリングの実施</b> .....	<b>36</b>
I. ヒアリング実施地域の概要 .....	36
II. モデル事業実施地域の特徴 .....	40
III. 施設別のヒアリング内容 .....	43
1. 秋田県・にかほ市国保小出診療所 .....	43
2. 北海道・京極町国保診療所 .....	46
3. 富山県・南砺家庭・地域医療センター .....	49
4. 富山県・かみいち総合病院 .....	52
5. 福井県・国保名田庄診療所 .....	56
6. 大分県・姫島村国保診療所 .....	59
7. 大分県・国東市民病院 .....	63
8. 長野県・佐久市立国保浅間総合病院 .....	66

**第 5 章 在宅移行支援における多職種協働の課題と提言 …… 70**

I. 課題 …… 70

II. 提言 …… 71

**参 考 資 料 …… 77**

○モデル事業実施要領

○モデル事業で使用した様式類（調査票）

○在宅移行の手引き 2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集～

# 第 1 部 概要編

---

## 1. 事業目的

---

### (1) 背景

在宅移行（退院支援）は、①患者が住み慣れた環境での生活継続を支援することで生活の質を高め、また、②高齢化が進行し医療の需要が高まる中で、限られた医療資源の有効活用につながるものであり、その重要性は高い。一方で、在宅移行を推進するためには、医療関係者のみならず、ケアマネジャー、介護職を含めた多職種が連携し、地域全体の介護力をいかに高めていくかということが問題となる。

平成 24 年度老人保健健康増進等事業において実施した「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」にて作成した在宅移行（退院支援）のためのマニュアル「在宅移行の手引き～医療・介護の連携に基づいた在宅移行（退院支援）に向けて～」は、医療・リハビリ・介護サービスのシームレスな移行を実現するための方法・手順・様式などの基礎的枠組みを示している。一方で、新たに在宅移行（退院支援）に取り組もうとする医療施設が手引きを参考に地域包括ケアの理念を実効性のあるものとするか、保健・医療・介護・福祉の多職種が協働する体制をいかに構築できるかにかかっている。

### (2) 目的

そこで、本調査研究事業では、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に向け、あらかじめ先進事例調査を行った上で、モデル事業を実施し、そこで得られたノウハウ、参考となる事例等を「在宅移行の手引き 2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」にまとめ、全国の多職種協働体制を推進するための一助となることを企図している。

なお、当手引きにおいては、在宅移行（退院支援）のプロセスの中のひとつである「退院カンファレンス」等のみならず、患者退院後のフォローについてのノウハウ・事例を紹介する等、病院側が「退院させるため」の視点だけではなく、患者が「暮らすため」の在宅主体の視点にも焦点を当てている。

---

## 2. 事業概要

---

### (1) 先進的な取り組み事例調査

医療と介護の連携に関して先進的な取り組みを実施している地域の実態調査を行った（4施設・地域）。

その結果、医療関係者の退院調整への関与、退院後のフォローアップ、多職種連携におけるコミュニケーション等でモデル事業実施への参考となる示唆を受けた。また、モデル事業実施にあたっては、病院のみならず有床診療所、無床診療所を含め様々な施設で実施し、様々な状況に応じたノウハウを抽出する必要性が認識された。

#### 【先進的取り組み事例調査実施施設】

- 富山県・かみいち総合病院
- 香川県・綾川町国保陶病院
- 鳥取県・日南町国保日南病院
- 大分県・国東市民病院

### (2) モデル事業の実施

モデル事業の実施は、昨年度の調査に引き続いて実施するものであるが、先進事例調査等を受け、医療機関の規模・形態や地域の状況等、多種多様な状況下で、ノウハウを収集する必要性が認識されたため、モデル事業実施対象を病院だけではなく、有床診療所、無床診療所にも広げ、この3種類の国民健康保険直診施設（全8施設）において、あらかじめ作成された実施要領に沿って在宅移行（退院支援）を実施した。

#### 【モデル事業実施施設】

- 北海道・京極町国保診療所（有床診療所）
- 秋田県・にかほ市国保小出診療所（無床診療所）
- 富山県・かみいち総合病院
- 富山県・南砺家庭・地域医療センター（無床診療所）
- 長野県・佐久市立国保浅間総合病院
- 福井県・国保名田庄診療所（無床診療所）
- 大分県・姫島村国保診療所（有床診療所）
- 大分県・国東市民病院

### (3) モデル事業実施者に対するヒアリングの実施

モデル事業を実施した各施設に対して、事業終了後に質問紙及びヒアリングによって、各実施状況、実施上の問題点や課題、工夫点、ノウハウについて、実施結果をもとに調査を行った。

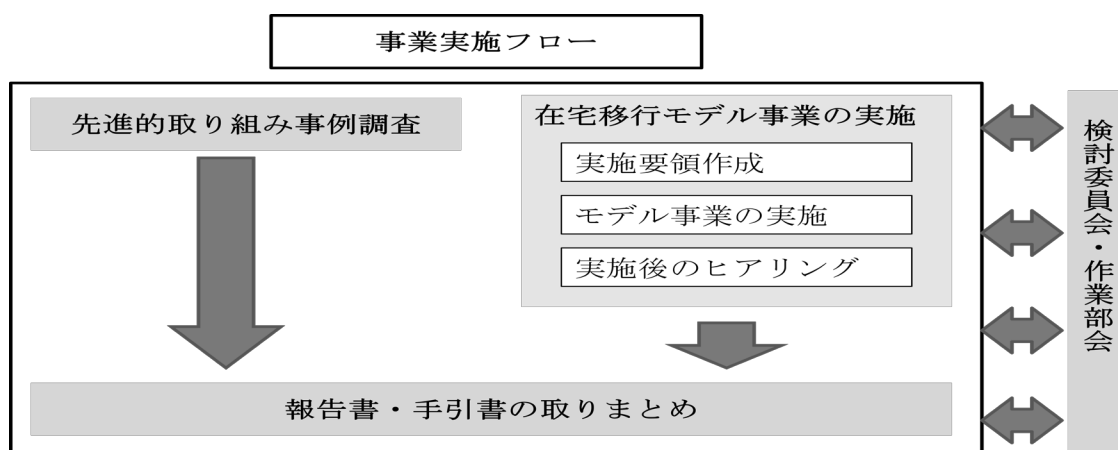
#### (4) 多職種協働による退院支援の手引きの作成

先進的取り組み事例調査、モデル事業実施結果の分析、モデル事業実施施設のヒアリング調査を通じて得た知見をもとに、平成24年度に作成した在宅移行（退院支援）のためのマニュアルを発展させ、参考となるノウハウ等を掲載した「在宅移行の手引き2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」を作成した。

### 3. 調査研究の過程

#### 1) 事業実施フロー

本調査研究は以下の流れで実施した。



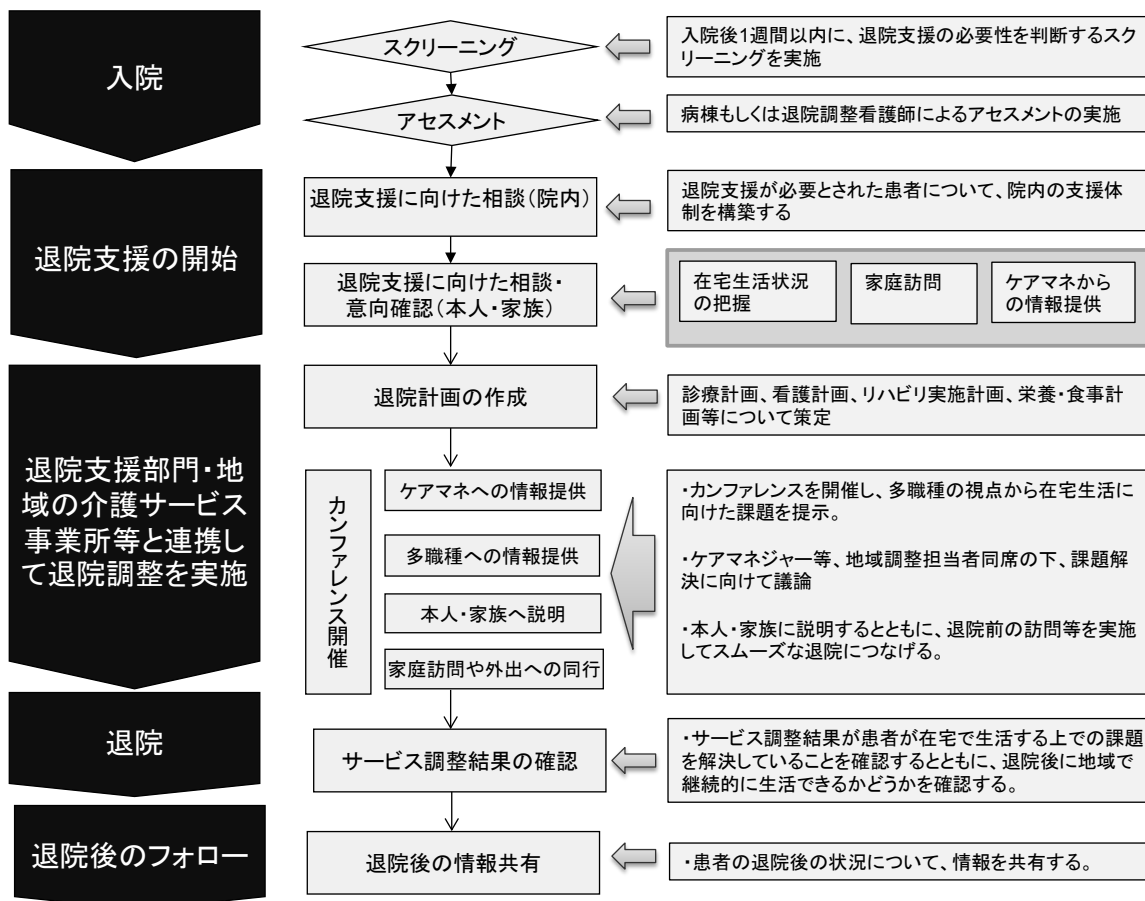
#### 2) モデル事業実施の概要

上記の表中にある「モデル事業の実施」とは、実施要領に基づいて、下表のような流れにより、対象者（11月1日～30日に一般病床に入院した65歳以上の患者であって、計画的入院患者（3日以内に退院を想定）又は特養及び老健に復帰する患者ではない者）に対してスクリーニングおよびアセスメントを実施して退院支援の要否を判断し、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た。

なお、無床診療所が本モデル事業を実施する場合は、当診療所を經由して協力病院に入院した患者を対象とし、退院カンファレンス、退院計画書等の作成は協力病院と共同で行うものとしている。

また、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を企図している。

図表 モデル事業実施



## 4. 事業結果

### (1) 結果

本調査研究事業は、先進的取組み事例調査、モデル事業実施結果の分析、モデル事業実施施設のヒアリング調査の結果を、「在宅移行の手引き 2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」に反映し、全国が多職種協働体制を推進するための一助となることを企図している。

#### 1) 先進的な取組み事例調査

先進事例調査を通じ、モデル事業実施にあたって以下のような示唆を得て、これをモデル事業実施、手引書作成の留意点として活かすこととした。

##### ●マニュアル（手引き・様式）の改善

先進事例調査施設では、概ね2年程度かけ、在宅支援マニュアル、様式の整備を行っている。先進事例における知見を踏まえ、要改善点の洗い出しが必要である。

##### ●医療関係者の退院調整への関与

先進事例調査施設では、地域連携室を設置しないという例、あるいは逆に、地域連携室に退院調整を主導させ、受持ち看護師は直接関与させないという例があり、



病院規模や地域の状況等によって対応はさまざまであった。モデル事業においては、病院のみならず有床診療所、無床診療所をも実施対象とし、多種多様な状況下で、ノウハウ、問題点の収集に努めることとする。

●退院後のフォローアップ

先進事例調査では、4施設全てにおいて患者が退院した後の状況を知るための工夫を行っていた。退院後の状況と退院前のカンファレンスの見立てがどの程度合致しているか知ることは効果的な看護ノウハウの蓄積につながり、患者への説明能力を高めることができるものと思われる。

●多職種連携におけるコミュニケーション

先進事例調査施設ではITを利用したパスの共有、各種勉強会等を通じての活発なコミュニケーションにより関係者各人の当事者意識が高まり、きめ細かい医療の気づきや、新たな取組み、アイデアが生まれる源泉となっていることが示されていた。

2) モデル事業実施結果

モデル事業実施の状況を把握すべく、事業実施者が記入した各種の様式を項目別に集計の上、分析を行った。

① モデル事業実施の概況

病院3施設、有床診療所2施設、無床診療所3施設の全8施設でモデル事業を実施し、対象となった患者数の内訳は下表の通りである。

無床診療所のうち、秋田・にかほ市国保小出診療所、福井県・名田庄診療所については、モデル事業実施期間中に対象となる患者は無かったが、別途、ヒアリングにて在宅移行支援の際のノウハウを聴取した。

なお、無床診療所が本モデル事業を実施する場合は、当診療所を經由して協力病院に入院した患者を対象とし、退院カンファレンス、退院計画書等の作成は協力病院と共同して行うものとしている。

地域	ヒアリング日	モデル事業の対象となった病棟の入院患者全数【H.25 11月】 実数(のべ人数)	うち、			当初予測と異なり急遽退院支援必要となった人数
			スクリーニング票記入人数	うち、アセスメント票記入人数	うち、退院支援が必要な人数	
<b>(病院)</b>						
富山県・かみいち総合病院	1月31日	168	46	29	8	2
大分県・国東市民病院	2月7日	178(181)	90	38	28	2
長野県・佐久市国保浅間総合病院	2月10日	435(450)	101	32	32	0
<b>(有床診療所)</b>						
北海道・京極町国保診療所	1月28日	6(6)	6	4	4	0
大分県・姫島村国保診療所	2月6日	14(15)	6	4	3	0
<b>(無床診療所)</b>						
秋田県・にかほ市国保小出診療所	1月15日	0(0)	0	0	0	0
富山県・南砺家庭・地域医療センター	1月30日	3(3)	3	3	3	0
福井県・名田庄診療所	2月3日	0(0)	0	0	0	0

②モデル事業実施結果から分かること

モデル事業を実施した効果については、概ね肯定的な意見が多く、入院時から切れ目なく自動的に患者に関われるシステムの重要性に対する認識が深まり、又、カンファレンス

や退院支援計画の重要性が再認識されるきっかけとなったと思われる。また、在宅支援で工夫すべき点として、早い段階から患者の在宅生活をイメージして、多職種が協働する体制づくりをすべきことが実施者から指摘されている。

モデル事業実施結果の分析からは、病院の場合で、退院支援が必要と判断された人のうち、介護保険利用者割合は、診療所と比べて低く、これらの患者にどう対応していくかは、特に病院の場合で切実な問題であることが分かった。

在宅移行支援に関して、家族とのコミュニケーションの難しさが各関係者の意見に挙げられている。また、データからも、患者本人よりも患者家族の方が患者退院先を「自宅」と希望する割合がやや少ないのが現状であり、このギャップを埋めるためには家族の理解が不可欠であることが分かる。そこで、ケアマネジャー等に早期に関与してもらうことで、より一層コミュニケーションを円滑にする工夫が必要と思われる。

一方で、ケアマネジャー側からは、在宅に於いても入院中のケアをいかに継続すれば良いか等で医療関係者からのアドバイスがほしいという意見、在宅患者が異常を来した場合の連絡方法や、要介護認定申請中の患者への対応等、医療関係者の協力や助言を求める声挙げられており、医療関係者とケアマネジャー等が双方向で情報をやりとりする姿勢が重要である。

### 3) モデル事業実施者に対するヒアリング結果

モデル事業実施者の中には、個々に患者別の退院カンファレンスは行っていなかったり、ケアマネジャーが中心となってカンファレンスを運営する施設もあり、態様は様々であった。それぞれの特性に応じて柔軟に多職種協働のシステムを構築することが重要であり、各施設ともに、個々の在宅支援に至るまでの準備段階での取組み等、以下のような点で様々な工夫を行っていることが分かった。

#### 準備段階での取組み（多職種協働のシステムづくり）の例

- ①秋田県・にかほ市国保小出診療所：「医療と介護、在宅をつなぐ会」
- ②大分県・国東市民病院：「くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）」
- ③富山県・かみいち総合病院：「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」

#### 退院カンファレンス等の例

- ①北海道・京極町国保診療所：ソーシャルワーカーを中心とするカンファレンス
- ②長野県・佐久市立国保浅間総合病院：医療相談員を中心とするカンファレンス
- ③大分県・姫島村国保診療所：全員での朝ミーティングの実施  
(個々の患者別カンファレンスは行わない。)
- ④福井県・国保名田庄診療所：ケアマネジャーを中心とするカンファレンス

### 4) 手引書の作成

本調査研究事業で聴取した取組み事例は、先進的取組み事例調査で聴取したものも含め、上記の例に留まらないが、すべての事例の中から特に有用なものを選定の上、「在宅移行の手引き 2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」を作成した。

作成にあたっては、事例の紹介に留まらず、先進的取組み事例調査、モデル事業実施結果の分析、モデル事業実施施設のヒアリング調査を通じて得た知見を活かし、以下のような構成とした。

1. はじめに（本手引書の目的）
2. 在宅移行支援と地域の中の多職種連携
3. 退院カンファレンスの課題とその解決策
  - 多職種連携のシステム作りとツールの紹介
    - ・大分県国東市【ホットネットで連携】
    - ・鳥取県日南町【町の規模を活かして連携・毎週の顔合わせで情報共有】
    - ・香川県綾川町【毎週のケアカンファレンスと定期的な勉強会・在宅情報 ICT 化】
    - ・福井県おおい町【保健・医療・福祉総合施設を活用し、小規模多機能施設と連携】
4. 理想的な在宅移行支援の流れ
5. Q & A
6. 付録：連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧

## （2）課題

在宅移行（退院支援）にあたっては、本調査研究事業を通じ、以下のような課題があることが認識された。

### 1) 各専門職の役割に関する問題

- ・地域連携室、受け持ち看護師の役割が明確になっておらず、ケアマネジャー等による働きかけを待たなければ動き出せないことがある。
- ・退院担当者は、地域連携室、退院調整看護師、受け持ち看護師等、各医療機関が置かれた状況によってさまざまな場合があり得る。これが内外の関係者に認知されておらず、混乱が生じる場合がある。
- ・病棟毎に担当者を置くか否か、医療機関の規模によって必要人数は異なってくる。人員が少ないと退院後のフォローにまで手が回らない等、在宅移行支援を充分に行うことができない。

### 2) 地域全体のネットワークに関する問題

- ・患者家族へのインフォームド・コンセントは難しく、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員等、家族のことに詳しい関係者を早期に関与させられなかったために、家族との関係がこじれる場合がある。
- ・在宅移行支援を医療機関の中だけで捉えるのではなく、地域全体で取り組めるようなネットワークが不可欠である。

### 3) 専門職の教育に関する問題

- ・医師等の医療関係者が、患者の在宅移行に対して否定的な発言をし、それが患者本人や家族の在宅移行への熱意を奪ってしまうことがある。
- ・医療関係者、ケアマネジャー、介護サービス事業所職員等、各専門職が勉強会や事例

検討会を通じて共通認識を持っていないと、患者本人や家族に不安感を与えることがある。

- ・診療報酬加算の知識が無いため、特段の請求をしていないケースが多い。

#### 4) 地域住民の理解に関する問題

- ・介護保険に関する知識や在宅介護で利用可能な社会資源の情報が地域住民に伝わっていない場合がある。

### (3) 提言

上述の課題に対し、本件調査を通じて聴取した事例、ノウハウ等を通じて以下のような提言を行うこととしたい。

#### 1) 医療機関内における在宅支援にむけての各専門職の役割の明確化とシステムづくり

- ・まず、退院調整の担当部署及びその体制、核となる担当者を決め、その役割を明確化し、効果的な在宅支援が実行されるようシステムづくりをすることが重要である。
- ・実際、北海道・京極町国保診療所の例では、当診療所のソーシャルワーカーが中心となって、医師、本人、家族を交えて退院カンファレンスを行い、ソーシャルワーカーが、ケアマネジャー等が当診療所にどのような情報をもとめているかを聴取し、当診療所から情報提供する役割を担うことで、在宅介護を推進する体制がとられている。
- ・また、担当者の確定、役割を明確化、システム化が整った後は、内外の関係者に認知を図ることが欠かせない。

#### 2) 地域全体で在宅移行支援にむけてのネットワークづくり

- ・ケアマネジャー等とは地域包括ケア会議等、頻りに接触の場面を増やし、地域でのネットワークづくりに努め、このネットワークを患者本人や家族とのコミュニケーションの円滑化に活かす必要がある。
- ・実際、富山県・かみいち総合病院の例では、地域の医師会が中心となって、医療機関、介護事業関係者等が参加する在宅移行支援のネットワークが立ち上げられ、共通の書式を使用する等して、個々の患者に関して職種間を超えた情報交換が行われている。
- ・さらに進んで、後方支援病院がない中小病院同士が連携し、患者が他医療機関や施設へ移動する場合でも在宅移行を最終目標に据えて協働することが考えられる。
- ・また、退院カンファレンス等については、医療機関が主導することや、退院前に行うということに必ずしも縛られる必要はなく、むしろ、患者退院の前後を問わずケアマネジャー等が中心となるカンファレンスを育み、地域全体で在宅移行支援を推進するという方法もある。
- ・実際、福井県・国保名田庄診療所の例では、町役場の保健師、管理栄養士、社協職員、当診療所医師、研修医、看護師等、地域の在宅移行支援に関わる関係者のほぼ全員が毎週顔を合わせ、ケアマネジャー等が収集した情報の共有を行っている。ケースによっては、患者宅での臨時カンファレンスも行い、本人・家族からは医療、福祉に関する相談のみならず、生活全般に関する相談も受けている。

### 3) 在宅移行支援にむけての専門職の教育

- ・併設訪問看護ステーションへの研修（院内留学）や医療関係者の勉強会を開催する等し、在宅移行支援に関する各専門職の理解を広める必要がある。
- ・実際、大分県・国東市民病院の例では、クリニカルラダーの初期段階にある病棟看護師を中心に、一週間の導入研修の後、二年間に渡って短期ローテーションを組んで当病院併設の訪問看護ステーションに研修（院内留学）させ、訪問看護を実地で経験させることで、在宅移行支援に関する病院全体の理解を広めている。
- ・また、手引書の活用なども、在宅移行支援に関し多職種間で協働するイメージを共有する上では有効なツールとなると思われる。
- ・診療報酬加算に関する知識（手引書 p.17）を持ち、在宅移行支援に対する正当な対価を得て、継続的な支援に繋げる必要がある。

### 4) 在宅移行支援について、地域住民の理解を促す

- ・地域住民等への講演活動等で、介護保険に関する知識や在宅介護で利用可能な社会資源の理解を促す必要がある。
- ・実際、大分県・国東市民病院の例では、医療・福祉・介護関係者との定期的に議論を重ねる中で、今後、地域住民や医師会に対して、在宅移行支援の理解を広める活動を開始することが予定されている。

## **第 2 部 本編**

# 第1章 事業の概要

## I. 事業目的

在宅移行（退院支援）は、①患者が住み慣れた環境での生活継続を支援することで患者の生活の質を高め、また、②高齢化が進行し介護への需要が高まる中では、病床数等に限られる中で、医療資源を有効活用に繋がるものである。

そこで、在宅移行（退院支援）の流れを推進すべく、平成24年度老人保健健康増進等事業において実施した「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」にて作成した在宅移行（退院支援）のためのマニュアル「在宅移行の手引き～医療・介護の連携に基づいた在宅移行（退院支援）に向けて～」において、医療・リハビリ・介護サービスのシームレスな移行を実現するための方法・手順・様式などの基礎的枠組みを示している。

一方、そこで残された課題としては、新たに在宅移行（退院支援）に取り組もうとする医療施設が手引きを参考に多職種が協働する体制をいかに構築するか、引いては、地域全体での介護力をいかに高めていくかということが挙げられる。

そこで、本調査研究事業では、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に向け、あらかじめ先進事例調査を行った上で、モデル事業を実施し、そこで得られたノウハウ、参考となる事例等を「在宅移行の手引き2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」にまとめ、全国の多職種協働体制を推進するための一助となることを企図している。

なお、「在宅移行の手引き2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」においては、在宅移行（退院支援）のプロセスの中のひとつである「退院カンファレンス」等のみならず、患者退院後のフォローについてのノウハウ・事例を紹介する等、病院側が「退院させるため」の視点だけではなく、患者が「暮らすため」の在宅主体の視点にも焦点を当てている。

## II. 事業の概要

### (1) 先進的取組み事例調査

医療と介護の連携に関して先進的な取り組みを実施している地域の実態調査を行った（4施設・地域）。医療関係者の退院調整への関与、退院後のフォローアップ、多職種連携におけるコミュニケーション等でモデル事業実施への参考となる示唆を受けた。また、モデル事業実施にあたっては、病院のみならず有床診療所、無床診療所を含め様々な施設で実施し、様々な状況に応じたノウハウを抽出する必要性が認識された。

## 【先進的取組み事例調査実施施設】

- 鳥取県・日南町国保日南病院
- 大分県・国東市民病院
- 富山県・かみいち総合病院
- 香川県・綾川町国保陶病院

## (2) モデル事業の実施および効果検証のヒアリング実施

本モデル事業の実施は、昨年度の調査に引き続いて実施するものであるが、先進事例調査等を受け、医療機関の規模・形態や地域の状況等、多種多様な状況下で、ノウハウを収集する必要性が認識されたため、モデル事業実施対象を病院だけではなく、有床診療所、無床診療所にも広げ、この3種類の国民健康保険直診施設(全8施設)において、「手引き」に沿って在宅移行(退院支援)を実施し、事業終了後に質問紙及びヒアリングによって調査を行った。

## 【モデル事業実施施設】

- 秋田県・にかほ市国保小出診療所(無床診療所)
- 北海道・京極町国保診療所(有床診療所)
- 富山県・南砺家庭・地域医療センター(無床診療所)
- 富山県・かみいち総合病院
- 福井県・国保名田庄診療所(無床診療所)
- 大分県・姫島村国保診療所(有床診療所)
- 大分県・国東市民病院
- 長野県・佐久市立国保浅間総合病院

### モデル事業の概要

退院支援が必要なハイリスク者を選定するために、入院患者の内、下記に記載する対象者に対して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た。

#### 対象者

本モデル事業におけるスクリーニングの対象者とは、11月1日～30日に一般病床に入院した65歳以上の患者であって、計画的入院患者(3日以内に退院を想定)又は特養及び老健に復帰する患者ではない者とした。

なお、無床診療所が本モデル事業を実施する場合は、当診療所を經由して協力病院に入院した患者を対象とし、退院カンファレンス、退院計画書等の作成は協力病院と共同で行うものとしている。

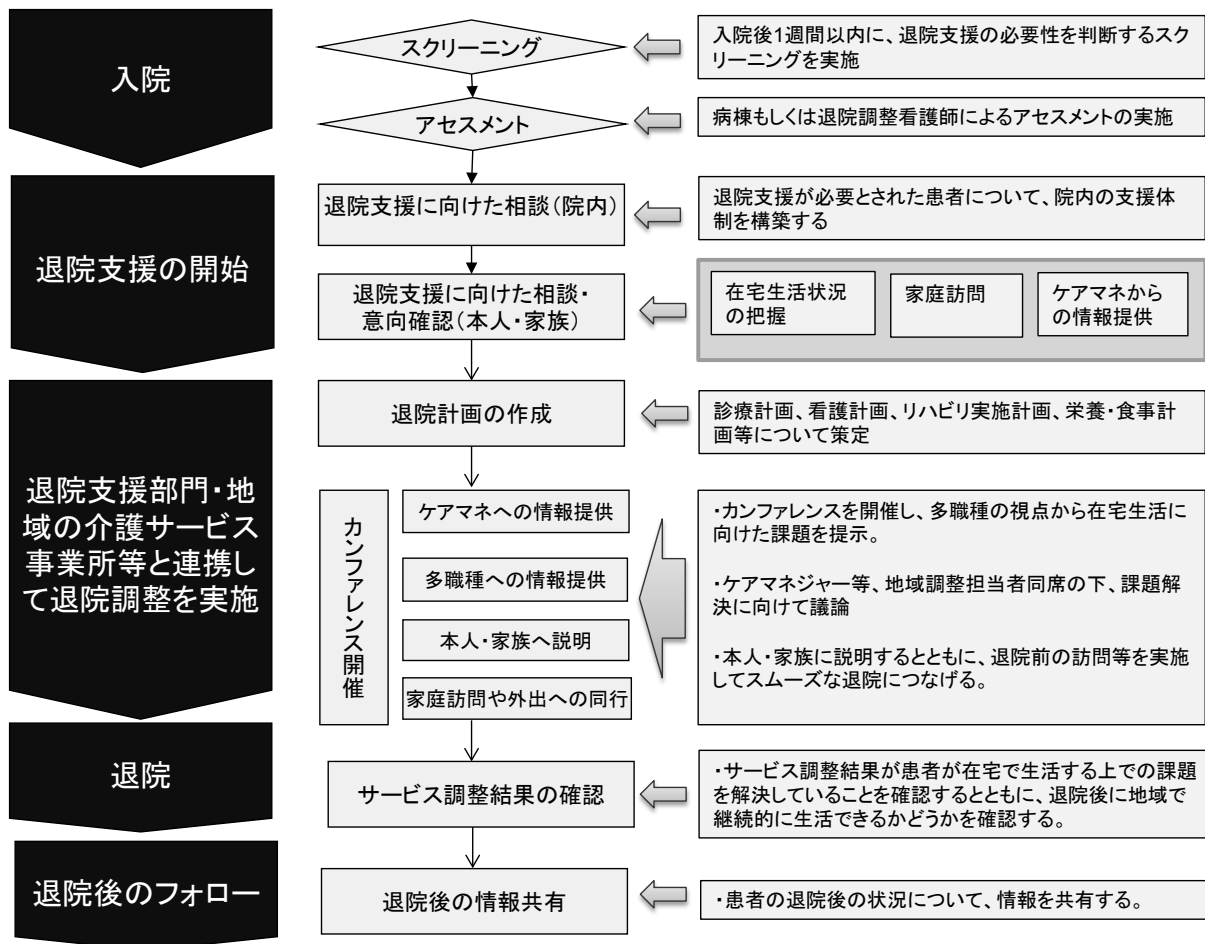
在宅移行に当たっては、地域の介護サービス事業所を含めた支援チームを構築し、カンファレンスの開催、本人・家族の相談対応、サポート、在宅移行計画の立案を行い、



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を企図している。

モデル事業の実施の流れについては、下表の通りである。

図表 モデル事業実施

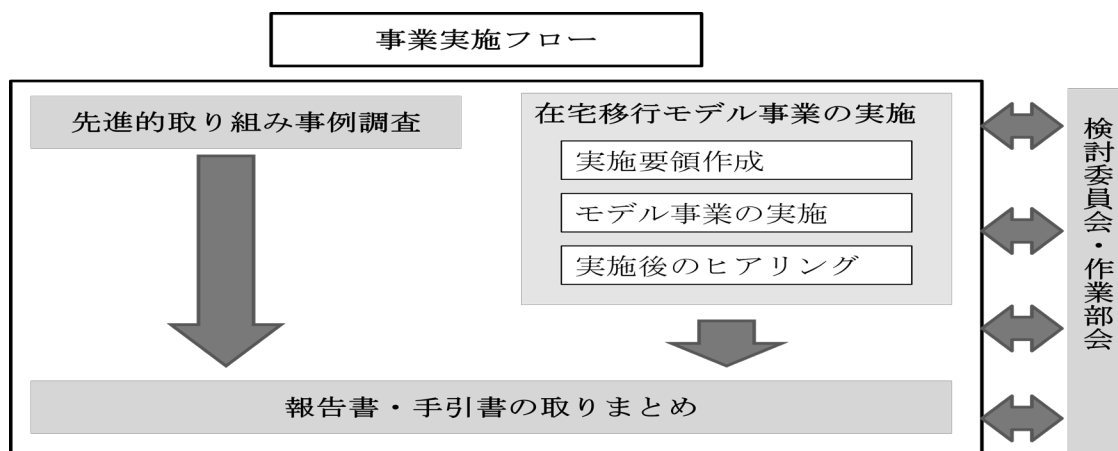


### (3) 多職種協働による退院支援の手引きの作成

先進的取組み事例調査、モデル事業実施施設のヒアリング調査を通じて得た知見を基に、平成 24 年度に作成した在宅移行（退院支援）のためのマニュアルに改良を加え、併せて参考となるノウハウを掲載した「多職種協働による退院支援の手引き」を作成した。

### Ⅲ. 調査研究の過程

本調査研究は以下の流れで実施した。



### Ⅳ. 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・国民健康保険直診施設長等から構成される「地域包括ケアの円滑な実施に向けた医療と介護の一体的な提供に関する検討委員会」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

「地域包括ケアの円滑な実施に向けた医療と介護の一体的な提供に関する検討委員会」を学識経験者及び国保直診関係者等計9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医療福祉学分野教授
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	高見 徹	副会長/鳥取県：日南町国保日南病院長
委員	中村 伸一	福井県：国保名田庄診療所長
委員	中津 守人	香川県：三豊総合病院地域医療部長
委員	佐藤 幸浩	富山県：かみいち総合病院内科部長
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	芳尾 邦子	滋賀県：公立甲賀病院看護部長

<検討テーマ>

第1回：調査計画の策定、事業方針の決定

第2回：モデル事業実施結果の報告、手引書及び報告書のとりまとめ

## (2) 作業部会の設置

「地域包括ケアの円滑な実施に向けた医療と介護の一体的な提供に関する作業部会」を学識経験者及び国保直診関係者等計 11 名により構成し、年 5 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	竹内 啓祐	広島大学医学部地域医療システム学講座教授
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国保陶病院長
委員	竹内 嘉伸	富山県：南砺市民病院地域連携科主任
委員	森安 浩子	香川県：三豊総合病院副院長兼看護部長
委員	榎尾 光子	鳥取県：日南町国保日南病院居宅介護支援事業所管理者
委員	佐々木 敦	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター地域医療連携室MSW
委員	奥山 秀樹	長野県：佐久市立国保浅間総合病院技術部長（兼）歯科口腔外科医長
委員	山本 明芳	広島県：老人保健施設みつぎの苑所長
委員	平本 典子	大分県：国東市民病院副院長・看護部長
委員	東矢 義光	熊本県：上天草市立上天草総合病院医事課長・医療相談室長

### <検討テーマ>

- 第 1 回：調査計画の策定、事業方針の策定
- 第 2 回：モデル事業計画案について
- 第 3 回：先進的取組み事例調査の報告
- 第 4 回：モデル事業実施施設ヒアリング内容の報告、手引書（案）の検討
- 第 5 回：モデル事業実施結果の報告、手引書及び報告書のとりまとめ

## (3) 事務局

伊藤 彰	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会事務局長
鈴木 智弘	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課課長補佐
大本 由佳	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会業務部事業課主事
足立 正和	株式会社日本経済研究所調査本部医療福祉部主任研究員
梶谷 直子	株式会社日本経済研究所調査本部医療福祉部研究員

## 第2章 先進的な取組みに対するヒアリングの実施

### I. ヒアリング実施地域の概要

スムーズな在宅移行に向けた退院支援に関して、多職種協働によるカンファレンス等で先進的な取組みを行っている施設に対しヒアリングを行った。ヒアリング先の概要は下表の通りである。

病床規模や平均在院日数、退院支援該当割合等、施設の状況は様々であり、人口や高齢化率等の地域特性も一様ではないが、いずれの施設も多職種間での情報共有を図るために、地域特性に応じた会議の場を継続的に設けている点に特徴がある。

先進事例調査地域

病院名 (内は協力病院)	国保日南病院	国東市民病院	かみいち総合病院	綾川町国保陶病院
所在地 保険者が市町村と異なる場合は()内に記載	鳥取県日南町	大分県国東市	富山県中新川郡上市町 (中新川広域行政事務組合)	香川県綾川町
先進的特徴	訪問診療の質を高めるため、昭和59年頃から、週一回の在宅支援会議をはじめとする地域連携会議を開催している。行政担当者も含め、多職種が緊密な情報交換を行っている。	平成22年から、多職種メンバーによる「くにさき地域ケア推進会議」が毎月開催されている。議事録等の情報はネットの活用により、メンバー間でタイムリーに共有されている。	平成24年に立ち上げた「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」を通じて多職種間で連携しながら、ICTを活用して患者情報を共有し、「24時間・365日の安心・安全な在宅医療」を提供している。	多職種連携のための「医療介護連携バス」を平成21年から運用し、ICTを活用して患者情報の交換を行っている。更に、毎週地域ケアカンファレンスを開催し、口頭での意見交換の機会も設けている。
病床数	99床	208床	219床	63床
医師数	6人	17人	22人	9人
平均在院日数	12日	19日	16日	12日
支援該当者割合	20%	14.6%	40%	30%
入院患者の退院先 (看取りは除く)				
総人口	5,407人	31,743人	22,051人	23,986人
高齢化率	46.8%	36.5%	30.8%	28.9%
要介護認定率(H23年度)	16.7%	12.9%	13.0%	16.1%
重度者の在宅率(H23年度)	45.1%	44.6%	46.2%	58.0%
第5期(H24~26)介護保険料	5,700円	4,750円	5,399円	4,800円

(注1)総人口及び高齢化率は総務省「国勢調査 平成22年度」による。

(注2)要介護認定率及び在宅率は各病院所在地域の保険者ごとに算出している。

(注3)在宅率は「(認定者数-施設サービス利用者数)÷認定者数」として算出した。重度者は要介護度3、4、5の小計とした。

今回のヒアリングは多職種協働体制構築のヒントを得るために退院カンファレンスに焦点を当てて行っている。ヒアリングの結果明らかになった退院カンファレンスの実施体制と実施の際の工夫を次ページの表にまとめた。

連携の際、主担当となるのは地域連携室が設置されている場合は地域連携室であり、そうでない場合は受け持ち看護師となっていた。地域連携室が主担当となる場合の利点としては、利用者の希望がかなえられなかった場合に受け持ち看護師との関係が悪くなることが避けられる、対外的に窓口が一本化するので多職種との連携が迅速になる、という点があげられていた。一方、受け持ち看護師が担当する場合の利点としては、病院全体が退院カンファレンスに主体的に取り組むことができる点がメリットとして認識されていた。

また、カンファレンスの際に重要な役割を果たす参加者として特にケアマネジャーが3つの施設であげられており、各施設ともケアマネジャーとどのようにして迅速かつ密接に連携を図るのかについて工夫していた。入院前から介護保険を利用していた患者の場合は入院後3日以内に病院にケアマネジャーから連絡が来るという体制が整えられている地域もあった。このような緊密な連携が築かれている地域（かみいち総合病院所在地域）では、退院後のフォローにおいてもケアマネジャーからの情報が入手しやすいことも示された。

先進事例調査地域

病院名	国保日南病院	国東市民病院	かみいち総合病院	綾川町国保病院
連携の主担当	受け持ち看護師	地域医療連携室 (5~6名で構成)	地域医療連携室	地域連携室
開催場所	病棟	入院病棟	入院病棟	カンファレンス室
医師の参加	原則出席	必須ではない	原則出席	原則出席
開催回数(平均)	1~2回	3~4回	1~2回	1~2回
参加職種(人数) (最も参加人数が多い場合)	◆主治医、受け持ち看護師、外来看護師、PT、ケアマネ、関係サービス提供事業所職員、10名前後	◆看護師、担当ケアマネ、サービス事業所、リハビリ担当者、訪問看護師、患者家族等10名前後	◆患者本人、家族、ケアマネ、訪問看護師、訪問介護、通所系のサービス事業所職員、病院医師、病棟担当看護師、病棟リハビリ専門職(PT、OT、ST)、退院調整担当者(MSW、保健師、看護師)等、10数名	◆病院医師・開業医(かかりつけ医)・看護師・MSW・PT・ケアマネ・訪問Ns・デイサービス事業所・福祉用具の事業所・介護タクシー等、10名程度
退院カンファレンスにおける工夫と参考点	◆退院にあたって、家族から特に要望が多い排泄の自立を達成するために対象者には療養病棟でトイレ訓練等を行っている。 ◆昨年度のモデル事業実施の際に退院カンファレンスシートを使ったが、更に使い勝手のよい独自の簡便なシートを作成している。	◆患者入院直後から早めに介護支援体制が敷けるようケアマネ等との連携を密にしている。 ◆退院カンファレンス以外に、受け持ち看護師を中心に病院スタッフで病棟カンファレンスを週2回行っている。その中で、患者の回復(リハビリ)状況や、再入院した場合の原因等の情報共有を行っている。	◆患者にケアマネがついている場合は、患者入院から3日以内にケアマネが地域医療連携室に患者情報(特定の様式は無い)をくれるので、これを電子カルテにスキャンして取り込み、情報共有している。 ◆3日以内に連絡が無い場合は、地域医療連携室からケアマネに催促することもある。 ◆退院から在宅までの間で使用される書式としては、前述の地域医療相談申込書に加え、訪問診療が必要な患者について、訪問診療スクリーニングシート、在宅診療報告書がある。	◆患者入院直後からケアマネとMSWが介護制度の説明や、訪問看護ステーションと連携しながら訪問看護体制の説明を行い、在宅移行への説得を行っている。 ◆患者側からは、退院後は施設に入りたいとの声が多い。一方地域所在の施設では最長3年程度の待ちが生じている。このような状況と在宅医療の実施体制を粘り強く説明し、ひとまずは自宅に帰ってもらうことが多い。 ◆患者がなかなか退院しがたらない場合は担当看護師が退院調整に関わって嫌われないように事を選べるために、地域連携室(MSW)、ケアマネを中心に調整を行っている。
退院後のフォロー内容	◆毎週1回の在宅支援会議において、往診・訪問診療の様子やケアマネ、ヘルパー、デイサービス職員、訪問看護師等関わりのあった人から情報提供がある。	◆担当ケアマネに接触する機会がある時に退院後の様子を確認している。	◆地域医療連携室担当者が、担当のケアマネに在宅での様子を聞いている。 ◆受け持ち看護師が、患者退院後に訪問診療に同行できるようにし、在宅での様子を見る機会を与えている。(診療報酬は得られないが、教育的配慮から行っている。)	◆当院の訪問診療・訪問看護を利用する場合、一緒に訪問して追跡調査を行ったり、後述の「地域ケアカンファレンス」での現状報告で確認している。

## II. モデル事業実施にあたっての示唆

先進事例調査を通じて得た知見から、モデル事業実施にあたっては、以下の点を明らかにすることに留意しながらすすめることとした。

### ●マニュアル（手引き・様式）の改善

モデル事業実施要領に添付した様式（退院カンファレンスの際の情報交換のひな型）によって情報交換される内容のうち、核となる部分は何か。また、地域や施設の特性に応じて、より使いやすく様式を修正する必要があるのではないか。その際の修正点はどこか。

※先進事例調査施設では、概ね2年程度かけ、在宅支援マニュアル、様式の整備を行っている。先進事例における知見を踏まえ、要改善点の洗い出しが必要である。

### ●医療関係者の退院調整への関与

どのようなメンバーが退院調整にあっているか。そのメンバーが関与する利点とは何か。

※先進事例調査施設では、地域連携室を設置しないという例、あるいは逆に、地域連携室に退院調整を主導させ、受持ち看護師は直接関与させないという例があり、病院規模や地域の状況等によって対応はさまざまであった。モデル事業においては、病院のみならず有床診療所、無床診療所をも実施対象とし、多種多様な状況下で、ノウハウ、問題点の収集に努めることとする。

### ●退院後のフォローアップ

医療機関が退院後の患者の状況をどのように把握しているか。また、患者の病気の種類、状態によってフォローアップの方法や内容に違いがあるか。

※先進事例調査では、4施設全てにおいて患者が退院した後の状況を知るための工夫を行っていた。退院後の状況と退院前のカンファレンスの見立てがどの程度合致しているか知ることが効果的な看護ノウハウの蓄積につながり、患者への説明能力を高めることができるのではないか。

### ●多職種連携におけるコミュニケーション

多職種間にどの程度コミュニケーションがあるか。

※先進事例調査施設ではICTを利用したパスの共有、各種勉強会等を通じての活発なコミュニケーションにより関係者各人の当事者意識が高まり、きめ細かい医療の気づきや、新たな取組み、アイデアが生まれる源泉となっていることが示されていた。

### ●その他

地域医療という観点で、行政機関の関与がどの程度あるか。

### Ⅲ. 施設別のヒアリング内容

退院カンファレンスの具体的な運用については、以下の施設別のヒアリング結果に詳細に示している。施設別のヒアリング結果の構成は以下のようになっている。

- (1) 各施設の特徴
- (2) 退院カンファレンスの運用状況、また、各施設が多職種連携に関して創意工夫の上取り組んでいること
- (3) 地域連携（地域包括ケアシステム）に関する内容
- (4) ICTの活用等

#### 1. 鳥取県・日南町国保日南病院

##### (1) 日南病院の医療の特徴

地域住民の健康維持・増進を図り、地域の発展に貢献するとともに、地域住民、医療・保健・福祉の関係者、行政のトップと一体となって、生活自立障害を持った住民を総力を挙げて地域で支えることを使命に掲げている。訪問看護には特に力を入れている。

##### (訪問診療について)

日南病院では、30年前から訪問診療を医療の柱としている。現在は、内科は院長が週4回、もう1名の医師が週1回、外科は週1回往診している。出かけられる状況にあれば土日の往診も厭わず、1日平均7～8軒、多い日は12～13軒往診している。対象者は全町で常日140名で年間200名程度、一人当たりの訪問頻度は平均して月1回程度である。

訪問診療を始めた経緯としては、当初、入院患者を自宅に帰そうにも帰せない状況があり、これを打開すべく、まず保健師が調整に動きはじめた。次に、病院が動き、訪問看護が始まった。これに続いてヘルパーも動き出した。訪問診療開始当初は、他人を家に入れるということが警戒されたが、5～10年かかって行政や地域住民の意識が少しずつ変化し、歴代の町長は在宅医療看護介護に非常に協力的である。その間に住民の健康状態に関する情報が序々に集まるようになった。また、在宅医療看護介護についての家族の了解も得られやすくなり、平均在院日数も訪問診療をする前と比べると劇的に短くなっている。

##### (2) 退院カンファレンス等について

###### (a) 在宅移行支援の開始時期

介護保険開始（平成12年頃）の頃かと思われる。

###### (b) 被支援者をどのようにスクリーニングしているか。

（逆に、支援該当者とならないのはどのようなケースか。）

入院後早期（7～10日）に面談を行い今後の方向性を決定して家族状況、経過をみながら支援をしている。特にシートは使用していなかったが、最近、独自に簡単なシートをつくって試験的に運用している。町内の患者の場合は、行政はじめ病院職員が家族構成・環境、経済状況まで把握することとしている。

支援該当とならないのは、自立しているか、施設入所を希望しているか、すでに介護サービス利用しているか、特にADLⅡ変化のない等の場合である。

(c) 退院カンファレンスの主催者について

主催は病棟受け持ち看護師が、日程調整、関係者への連絡、会議後のまとめと合わせて行っている。医師、家族の時間調整が一番苦勞するところである。

資料については、ケアマネ、リハビリ担当が退院後の仮のプランとして作成することが多い。

(d) 退院カンファレンスへの医師（主治医／代理及び退院先主治医）の出席は必須となっているか。

主治医への出席は求めており、可能な限り出席してもらっている。

都合が付かないときは事前に必要事項を聞き取り主催する看護師が参加者に伝えている。

(e) 退院カンファレンスを開催するにあたり、参加者の時間の都合を合わせることや連絡調整が難しい等の課題に対し、どう対処しているか。

第一に優先するのが患者、家族なのでそれで遅れることは仕方がないと考える。

患者、家族が出席できないときは、親族等で本人の状況に詳しい人に代理出席してもらうことがある。あるいは、事前の情報収集と会議後の議事録で情報の共有をすることとしている。

(f) 退院カンファレンスの開催時間にあらかじめ制限時間を設ける等した方がよいか。

患者、家族の納得されることが必要なので時間設定はしていないが、主治医等に次の予定がある等の場合は、適宜中座する事はある。だいたいかかる時間は一人あたり30分程度である。

(g) 多職種連携カンファレンスを病院内で開催する（又はすると想定した）場合、課題になることは何か。

開催場所が病院だからということでの課題はない。むしろ医師にとっては、午後空いている時間等に出席できるので、むしろ好都合である。

他市町村の患者の場合、必要に応じて患者宅でカンファレンスすることもある。

(h) その他（退院調整室の要否について）

退院調整室を設けていないが、これを設けると、そちらへ丸投げとなり、病院全体で取り組もうという姿勢が薄れるのが怖い。日南病院のような小規模は総力戦で取りくまなければならないと考えている。一方、設けないことのデメリットも当然あり、住民等からは、相談の受付窓口がほしい等の要望が強く、独居老人が増える中ではMSW等専門知識を備えた人材がほしい。

(3) 地域連携／地域包括ケアシステムについて

地域連携は、顔の見える規模でやらなければ、あまりうまく行かない。行政、病院、介護サービス提供者の当事者意識を維持するためにも、適正規模としては人口5,000～10,000人でひとまとまりにするのが良いのではないかと考えている。大きすぎて失敗している例として、米子市（人口15万人）がある。連携会議を行ったところ、関係者が200名程度集まったが、予算



不足で行政から市民への周知が徹底せず、結局、包括ケアシステムが機能していないと聞く。

日南町では、包括ケアシステムに関し、訪問看護等で行政の信頼を醸成してきたので、行政が積極的に関与している。例えば、地域包括支援センターは外部委託せず、町職員が直接担当している。行政としてリーダーシップをとりながら、地域住民の状況把握に重点を置きつつ、ケアマネに適宣情報共有する等、フットワークが軽いのが強みである。入院と在宅を別けて考えるのではなく、連続的なものとして把握している。

仮に同センターを外部委託にしてしまうと、どうしても有料サービスに重点がおかれるので、状況把握の点が疎かになりがちと思われる。さらに受託業者が多職種連携のリーダーシップをとるといのは難しいだろう。

ICTの活用については、現時点ではあまり積極的ではない。顔と顔が見えることが最も重要と考えている。連携パスだけが独り歩きしてしまっただけでは意味がないと思っている（鳥取県の連携パスはあまりうまくいっていない印象がある）。むしろ、連携パスがあるのにうまく連携できていない原因を探る必要があるのではないか。

後に述べる地域連携会議の開催によって、町内の患者に関しては、病院職員、行政とも家族構成や経済状況を把握している。

他町の患者の情報については、近隣の町への訪問看護を通じて、ある程度の情報は把握している。岡山県側のケアマネとの関係も深い。島根県等の病院に入院した町内の人が一時的帰宅する際には、PTと介護専門員が自宅訪問する等している。脳梗塞等で町外に入院する患者については、日南病院が行き帰り両方の経路先として全体を把握している。

日南市の人口は最大で12,000人であったが、今はその半分となり、さらにその半分が高齢者である。その意味では、日本の近未来の縮図であり、先駆者としての自負をもって地域連携に取り組んでいる。

#### (4) 地域連携会議等について

※以下に事前アンケートの回答内容及びヒアリング内容（回答の追加説明を含む）を再構成の上、記載。

##### (a) 地域連携会議の内容

###### ①在宅支援会議（週1回17時～18時（1時間程度））

会議場所は病院内であるが、行政が司会進行。支援対象者としてリストアップされた20名程度の中から数名ピックアップして留意事項等を全員で確認していく。

食事がうまく行かなかった患者の退院後の経過を追う等、トピックをあらかじめ決めておくこともある。

###### ②各施設、部署での取り組みについての事例報告・検討会（月1回の持ち回り）

###### ③地域ケア会議（月1回16時～17時半 1時間半程度）

諸々の情報交換を行っている。具体的には以下の通りである。

町民の要介護認定状況や、認定者・非該当となった者・以前に認定受けていたが更新しなかった者の人数、要介護認定者のサービス利用状況、施設サービス利用（施設ごとに）、在宅サービス利用（サービス種別に）、研修案内、イベント案内、相談事業の案内など

④その他に、サービス担当者会議（医師も出席）、ケアマネ会議等が適宜行われる。

(b) 会議を始めた時期

①在宅支援会議については、訪問診療を始めた昭和 59 年頃に「訪問連絡会」としてスタート。年々参加者が増え、今のかたちになっていった。

②事例報告、検討会は今年度の新たな取り組み。

③地域包括ケア会議は介護保険の開始とほぼ同時（平成 12 年頃）にスタート。

介護保険が始まるにあたり、入院、外来、訪問診療等の医療に関わらないような介護度が低い人の情報が病院ではつかめないと危機感から、多職種をまとめ、地域包括ケア会議を始めた。

(c) 会議メンバー／出席人数

各会議の参加者はほぼ固定メンバーとなっている。構成としては、以下の通り。

町行政（福祉保健課、包括支援センターなど）、町内の介護保険サービスに関わる施設の代表者（ケアマネ、訪問介護、3 箇所の通所介護）、病院（内科・外科医師、一般病棟師長・看護師、療養病棟師長・看護師、外来師長・看護師、訪問看護師、PT、ケアマネなど）在宅支援会議は 25 名程度、地域包括ケア会議は 50 名程度の出席がある。

(d) 会議を行うメリット

毎週、在宅支援会議があることで、例えばケアマネや各施設担当者が主治医や看護師・PT等と気軽に情報を交換することができる。

患者が退院後、どのような経過をたどるか、病棟看護師が知見を得ることができる。病院ではできていたのに、自宅ではできなくなってしまうこと等の情報や、細かい点では、自宅でのベッドの向きなどの情報も、きめ細かい医療の気づきに役立っている。

会議は単なる情報交換の場だけでなく、解決策を提案して、直接問題解決につながる場になっており、会議が参加者のモチベーションアップにつながっている。

(e) 工夫している点等

在宅移行支援対象者毎に連絡ノートを持たせ、介護関係者が都度記入するようにしている。ショートステイ等では、このノートも患者とともに移動する仕組み。

連絡ノートのメリットとしては、状況を説明してくれる家族等がない場合でも、食事量、体重の変化、脱水症状の有無等の情報を把握することができる。一方でデメリットとしては、ヘルパー等が自分のノートに記入するのに加えて、連絡ノートに記入しなければならない等の二度手間となっている。

(f) 問題点・課題等

介護関連事業者は代表者参加のみのため、担当ケアマネに直接状況を聞くことができない等の不便はある。しかし、これ以上は人数を増やせないという状況もあり、難しいところである。

内服管理が課題になることがしばしばあるが、生活支援ボランティアに支援対象者の薬の管理まで任せるのは難しい。現在、投薬時間にアラームがなる器具の実験をする等、模索中である。また、(1)で挙げた連携の場で服薬管理の重要性を周知すること

を続ける中で、デイケアの職員が送迎の際等に服薬状況を確認する等、多職種連携による解決の芽も生まれている。

在宅支援会議を行っているので、住民（町内）の情報の蓄積がある一方で、町外の住民の情報は他病院からも取りにくい。町外の入院・外来患者は全体 2 割程度と、一定の人数となるため、上記の会議とは別に病院内で情報交換の場を設けている。

## 2. 大分県・国東市民病院

### (1) 国東市民病院の特徴

国東市民病院は市の最南部に位置し、市内唯一の公的病院として災害拠点病院に指定されている。

### (訪問看護について)

当病院に夜間介護サービスは無いものの、在宅支援の一環として、訪問看護ステーションを設け、看護師が各家庭を訪問し、内服管理等を含めたサポートを行っている。

### (2) 退院カンファレンス等について

#### (a) 在宅移行支援の開始時期

平成 16 年 10 月に「地域医療連携室」を立ち上げ、平成 22 年から、組織的に退院支援スクリーニングシート、チェックリストを使用するようになった。

#### (b) 被支援者をどのようにスクリーニングしているか。

入院 1 週間以内に入院患者のスクリーニングを行う。

主に被支援対象となるのは、入院期間中に ADL が変化し、家族サポートが困難な患者である。

#### (c) 退院カンファレンスの主催者について

退院調整シートで地域医療連携室がかかわっていれば、地域医療連携室担当者が開催する。それ以外の場合は、病棟看護師（病棟師長等）が行う。

#### (d) 退院カンファレンスへの医師（主治医／代理及び退院先主治医）の出席は必須となっているか。

医師の参加は必須ではないが、事前に今後の治療方針や外来診療について確認する等、医師との意思疎通は充分に行っている。

#### (e) 退院カンファレンスを開催するにあたり、参加者の時間の都合を合わせることや連絡調整が難しい等の課題に対し、どう対処しているか。

病棟看護師が参加できる日程を設定し、参加できない場合は事前に問題点や検討事項を聞き取りとる等して対処している。

#### (f) 退院カンファレンスの開催時間にあらかじめ制限時間を設ける等した方がよいか。

設定することが望ましいと思うが、患者や家族への説明や意向確認は充分に行う方針であり、ある程度、回数・時間が必要になる（平均 3～4 回、各 30～45 分程度）。介護事業者の助力を得る等、開催方法に工夫が必要であると考えている。

#### (g) 多職種連携カンファレンスを病院内で開催する（又はすると想定した）場合、課題になることは何か。

医師の参加を求めるのであれば、医師不足で医師が忙しいという現状からすれば、外来診療、（救急外来）病棟回診、処置等時間等との調整が難しい。

#### (h) その他（地域医療連携室について）

病院側の窓口を地域医療連携室に統一することで、ケアマネ、介護事業者、患者家族等が病院への連絡がやりやすくなり、コミュニケーションが密になった。

慢性期患者等、急性期患者と比べ病院側でケアが手薄になりがちな患者に対して、連携室の社会福祉士を通じ、介護事業者のほうから、患者等に介護サービス内容を説明してもらい、自宅に帰す最後の詰めを行っている。

今後、退院調整看護師を育成していくことが課題である。

### (3) 地域連携会議等について

#### くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）について

東国東地域住民が健康面で安心して生活できる環境作りを目的として、平成 17 年より靱井院長が「仏の里ネットワーク講演会」（研修会）を開始し、医療・福祉・介護関係者が集まる場が生まれた。また、病院内でも、平成 16 年 10 月に地域医療連携室が設立され、病院と介護事業者等との連携が図られた。そのような状況の中、平成 22 年 5 月、くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）が設立され、以後、毎月、運営委員会が開催されている。

ホットネットでは、医療・保健・福祉の関係者、行政の実務担当者が一体となって、生活自立障害を持った住民のサポートを行うべく、地域ネットワークの構築から個別のケアプラン策定まで、幅広く多職種連携を行うことを目的としている。

構成メンバーは、国東市民病院看護師（病院、施設）保健師（包括支援センター、保健所、保健センター）、リハビリ専門職（PT、OT、ST）、ケアマネジャー、社会福祉士、市役所職員、相談員、市議会議員（保健師）計 34 名であり、老人保健施設職員が代表を務めている。会場の提供、印刷代の負担は市が行っているが、それ以外はボランティアで運営されている。

連携の具体的な方法として、退院支援（入院時チェックシート、退院支援シート作成を含む）、事務所間の連携に焦点を絞って「くにさき地域連携マニュアル」を平成 25 年 4 月に作成し、運用を開始している。なお、作成した資料は、電子カルテに取り込まれ、医師も適宜参照できるようになっている。

現在、マニュアルに基づいて作成する事業所共通情報提供用紙を使用し、対象者の基本情報、医療情報（基礎疾患、処方内容、かかりつけ医、治療経過）ADL、IADL、認知機能、在宅生活状況等について情報交換が可能となった。これにより、患者に対する共通理解が得られやすくなり、情報交換や入院患者への係りについて、福祉側から医療側への積極的な働きかけが見られるようになった。

今後の課題として、地域住民や医師会への啓発活動や、個人情報管理体制の整備が挙げられる。

### (4) ICT活用について

平成 24 年からメーリングリストを利用しながら、ホットネットの運営委員会議事録、連絡事項等を構成メンバーの間で共有している。

退院支援に関しても、連携マニュアルを電子媒体にすることで、入院時チェックシート、退院支援チェックシートを現場のPCに落とし込み、それぞれの患者に活用し、メール等で資料の共有を図ろうと考えている。一方で、個人情報管理の問題については、別途考慮する必要がある。

### 3. 富山県・かみいち総合病院

#### (1) かみいち総合病院の特徴

病院設立直後の昭和 28 年、全国に先駆けてへき地巡回診療を開始し、当該分野のノウハウの蓄積がある。近年は、平成 21 年に家庭医療センター、平成 25 年に回復期リハビリセンターを開設し、平成 24 年に中新川郡（立山町、上市町、舟橋村）における多職種協働による「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」を立ち上げる等、在宅医療に力を入れている。

また、ナイトスクールを通じて地域住民への健康教育を行い、地域住民の啓蒙活動も活発に行っている。

町立病院であるため、事務局には町職員が出向しており、行政との関わりは深い。

#### (2) 退院カンファレンス等について

##### (a) 在宅移行支援の開始時期

平成 9 年に地域医療室を設置し、平成 21 年には社会福祉士等を加え、人数を大幅に拡充させて地域医療連携室・家庭医療センターを設立し、訪問診療の調整、在宅移行支援に当たっている。介護保険利用者の増加に伴い、平成 23 年からは病棟毎に地域医療連携室担当の看護師(退院支援ナース)を決め、支援の充実を図っている。

##### (b) 被支援者をどのようにスクリーニングしているか。

主治医、病棟師長、担当看護師が、その必要性に応じ、本人と家族の了解を得て、カルテ内の地域医療連携室相談申込用紙に記入し、退院困難な要因項目にてスクリーニングを行う。当該申込は、一般的に入院 7 日以内に行っている。特に医師の指示が無くとも、退院支援ナースが積極的に各患者の状況をみて被支援者を選定することも多い。

##### (要因項目)

- 悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎の急性期呼吸器感染症
- 緊急入院である
- 介護保険が未申請の場合
- 入院前に比べてADLが低下し、退院後の生活様式の編成が必要である
- 排泄に介護を要する
- 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要である
- 入退院を繰り返している

在宅移行に当たって、どの程度の回復を目標とするか、在宅時に問題になるであろう課題に対して解決策を提示しておくかは、患者家族の受入れ能力（家族力）等を加味して、ケースバイケースである。

逆に、支援該当者とならないケースとしては、患者が年齢的に若く、支援がなくても在宅退院が可能な場合である。

##### (c) 退院カンファレンスの主催者について

地域医療連携室所属退院調整担当者

- (d) 退院カンファレンスへの医師（主治医／代理及び退院先主治医）の出席は必須となっているか。

原則出席する。しかし、開催時間などで調整がつかない場合は、病棟の担当看護師がカルテ内容を参照しながら情報を把握し、報告する。

- (e) 退院カンファレンスを開催するにあたり、参加者の時間の都合を合わせることや連絡調整が難しい等の課題に対し、どう対処しているか。

地域医療連携室所属退院調整担当者によって異なるが、参加者に複数の予定を示し、開催可能な日をコントロールする。また、参加できない日を提示してもらい、コントロールしている。

- (f) 退院カンファレンスの開催時間にあらかじめ制限時間を設ける等した方がよいか。

時間は設定していないが、事前に患者、家族の面談などで話が長くなることが予測される場合には、あらかじめ終了時間を伝えてから開始することもある。一般的な所要時間は1件30分程度である。

- (g) 多職種連携カンファレンスを病院内で開催する（又はすると想定した）場合、課題になることは何か。

カンファレンスにあたっては、○開催時間の設定、調整がスムーズにできるか、○カンファレンスをスムーズに運営できるか、○参加者全員の思いを聞き出し、退院調整ができるか等の課題があるが、一番の問題は、患者と家族が理解、納得できる会にできるかである。患者と家族の意見が対立する場合があります、その場合は粘り強く双方の話を聞き、訪問診療等、今後の見通しを説明し、了解してもらうことになる。

特に、病院内でのカンファレンスは、家族が心理的なプレッシャーを感じる人が多いので（裁判にかけられているようだとの感想もあり）、地域医療連携室担当者が別途5～6回程度面談して、家族の本音を吐いてもらう時間をとることがある。その他、適宜、多職種のミニカンファレンスを開催して、介護制度や、在宅復帰した患者の例を家族に説明し、普段から在宅のイメージを持ってもらうようにしている。

- (h) その他(地域医療連携室について)

医師2名、保健師1名、看護師3名、ソーシャルワーカー2名、事務1名で構成されており、多職種連携の退院支援の際の病院窓口となっている。それ以外にも、転院希望者の受入れ、へき地巡回診療・家族医療センター診療の調整、ナイトスクールを通じて地域住民への健康教育を行い、地域住民への啓蒙活動を行っている。

### (3) 地域連携会議等について

#### たてやまつぎ在宅ネットワークの取り組み

在宅医療を希望する患者に対し、病院から在宅へシームレスな医療を提供すべく、中新川郡（立山町、上市町、舟橋村）医師会が中心となって、同郡の医療機関17か所、薬局15か所、立山・上市両町の看護ステーションが参加する「たてやまつぎ在宅ネットワーク」を平成24年に立ち上げた。さらに平成25年からは急性期患者への対応を充実させるべく、近隣・富山市等の基幹病院の協力を取り付けている。

当ネットワークを利用して、かかりつけ医、訪問看護ステーション、歯科医師、薬局、居宅介護支援事業所、かみいち総合病院と、多職種間で連携しながら、後述のようにI

CTを活用し、「24時間・365日の安心・安全な在宅医療」を提供するための取組みを行っている。

今後は、県基幹病院・中新川郡医師会・かみいち総合病院の在宅診療依頼書・計画書等を用いて患者基本情報・訪問診療における希望内容（ターミナル診療・在宅IVH/CVポート・PEG・在宅自己注射管理・HOT・気管切開管理・ストマー・褥瘡ケアなど）の情報の交換をする予定。

また、かみいち総合病院としては、医療連携室にコールセンターを設置し、在宅医療を希望するが、かかりつけ医のいない患者に対して、在宅主治医の調整、ケア体制の整備等を行っている。

当ネットワークにより、従来は在宅が困難と思われた事例に対して、在宅医療の取り組みが可能となることが期待される。また、個別患者対応に留まらず、在宅医療に関する政策提言等も視野に入れている。

#### 上市町地域包括支援センターの会議

上市町地域包括支援センターが年6回勉強会を開催し、ケアマネジャー、特養・老健関係者、訪問看護師、薬剤師等60～80名（現在のところ、医師の参加は無い）が集まり、事例研究や研修を行っている。

その他、毎週金曜日に中新川郡医師会関係者を集めた会合を行っており、意見交換を頻繁に行っている。その中で、開業医の減少と高齢化により地域の医師数が減少していることへの危機感から、上記のネットワーク設立が議論されてきたという経緯がある。

#### (4) ICT活用について

##### (a) ICTの活用を開始時期

たてやまつるぎネットワーク事業に伴って、平成24年9月から開始

##### (b) どのようなICTを使用しているか（メーカー、機能など）。

○マイクロソフト社 シェアポイントワークスペース 2010

サーバーや専用回線が不要で、インターネット上にデータを共有するソフトウェアでありオープンネットワークとなっている。また、患者の基本情報や患者に関する掲示板機能があり、予定表などを多職種間で共有できる利点がある。

##### (c) どのようにICTを活用しているか。

対象患者宅に訪問した際に各々が取得した患者情報を、関係する多事業所多職種スタッフ間で情報を共有し、対象患者の医療、介護に役立てている。情報をタイムリーに入力し共有することで速やかな対応ができる。

##### (d) どのような職種と情報共有をしているか。

中新川郡医師会、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業所、病院（平均3～6施設）

##### (e) どのような情報を共有化しているか。

バイタル、ADL状況、栄養状態、疼痛管理、補液、投薬状況、排泄状況等

##### (f) ICTの活用で良かったと思える点。

専用線を引かずにインターネット回線で、多事業所多職種が患者情報を共有できる。ウイルスチェックソフトなど通常のインターネット環境が備わっていれば、ソフトウェア代として各2万円程度の負担のみで始められる。（ソフトウェア代は各自負担）



多職種が各々に入手した情報が、ICTを利用することにより、在宅患者宅に訪問しなくとも事前に患者情報が確認でき、また、こちらの取得情報をアップできる。誰かが患者情報を更新すると、PCの右下部アイコン上にポップアップされるので、患者情報の更新情報が視覚的に把握できる。

(g) ICTの活用でデメリットだと思われる点、改善が必要だと思われる点。

各々の事業所で紙ファイルや電子端末に患者情報を記載するが、当ICTと互換がないため二重記載する煩雑さがある。当院の場合、紙カルテに記載し、帰院後、当ICTと電子カルテに記載している。なお、一番最初の基本情報（フェースシート）の記入は、病院医師または、病院担当者が行っている。

一人の患者情報に対して、複数人が同時に入力すると、データが二重に作成されてしまうことがある。当ICTを利用する際は、誰かが利用しているか確認する必要がある。（始業、終業時が多い。）

(h) その他

町内の在宅医療を受けている患者約25名のうち、タイムリーな情報交換が必要と判断された11名について、ICTを利用して患者情報の交換が行われている。

ICTの管理は上市町福祉課が行っている。初期投資費用約90万円及び毎月の保守サポート費用3万円は富山県の補助を受けた中新川郡医師会が負担している。

## 4. 香川県・綾川町国保陶病院

### (1) 国保陶病院の医療の特徴

#### (在宅医療・訪問看護について)

在宅医療は、訪問看護ステーションと連携しながら内科医師 5 名で対応している。訪問診療時間は月、火、木、金の午後。年間の延訪問件数は 1,500~1,600 件であり、患者毎に 2 週間に 1 回程度の訪問となっている。(80 名程度が対象)

訪問看護について、訪問看護ステーションを設け、常勤看護師 3 名、非常勤看護師 2 名が専従している。年間の延訪問件数は約 3,000 件に及ぶ。

毎週(金曜午後 1 時~1 時半)、訪問診療担当医師、訪問看護師、病棟師長、外来主任、理学療法士、作業療法士、地域連携室、通所リハビリ、老人保健施設、老人介護支援センターなどの担当者が集まり、「地域ケア専門委員会」として各部門からの状況報告、事例検討を行っている(リハビリ担当者が司会)。これにより、患者の状況をさまざまな角度から議論し、複合的な取組みが可能となっている。

通常の打合せ事項としては、要支援者リストで患者の状況を確認したり、患者側からの訪問看護依頼や転院依頼の検討を行っている。

### (2) 退院カンファレンス等について

#### (a) 在宅移行支援の開始時期

退院カンファレンスは平成 16 年頃からは行ってはいたが、地域連携室に MSW が加わった平成 21 年 4 月から本格化した。

#### (b) 被支援者をどのようにスクリーニングしているか。

(逆に、支援該当者とならないのはどのようなケースか。)

地域連携室で記入し、医師のチェックを経た「総合評価スクリーニング表」、「在宅介護スクリーニング表」を使用している。(対象者の平均年齢 84 歳)

スクリーニング表上、要支援のチェックが入っていても、結局は支援の必要は無かったという人も多い。表上のスコアだけでは分からない点が多いと感じる。

#### (c) 退院カンファレンスの主催者について

病棟看護師長(地域連携室と兼務)

#### (d) 退院カンファレンスへの医師(主治医/代理及び退院先主治医)の出席は必須となっているか。

なっている。

#### (e) 退院カンファレンスを開催するにあたり、参加者の時間の都合を合わせることや連絡調整が難しい等の課題に対し、どう対処しているか。

あらかじめ、主治医の都合のよい曜日・時間の把握をしておき、ケアマネに早めに伝える。

どうしても医師のフル出席が難しい場合は、最初の 5 分間で患者側への状況説明だけは必ず医師に在籍してもらうようにしている。

#### (f) 退院カンファレンスの開催時間にあらかじめ制限時間を設ける等の方がよいか。

当院では 30 分以内で終わる予定にしている。

(g) 多職種連携カンファレンスを病院内で開催する（又はすると想定した）場合、課題になることは何か。

退院後のかかりつけ医と入院中の主治医の考え方が異なる場合、治療方針が変わってしまうことがある

### (3) 地域連携会議等について

#### (医療・介護地域連携パス)

これまで、平成 17 年、「病院間地域連携パス」、平成 20 年に医療機関と在宅（居宅介護支援事務所）を結ぶ「在宅版地域連携パス」の運用を開始してきた経緯があり、平成 21 年からは、多職種が連携して在宅医療を支えるための「医療・介護連携パス」の運用を開始した。

連携職種としては、医師・訪問看護師・ケアマネジャー・リハビリ職・ヘルパー・通所サービス職員等が含まれている。

情報交換については、患者入院中から「医療・介護地域連携パス」を利用し情報を共有している。具体的な内容としては以下のようなものが挙げられる。

- ・食事形態・排泄状況・移乗・清潔・褥瘡や処置の有無・リハビリの必要性
- ・日常生活における注意事項
- ・各種チューブの交換時期

また、病院から個人病院や診療所の医師への連絡の際には、上記以外にも入院中の X-P・CT・MRI・エコー・GIF等の結果がCD-Rで提供されることがある。

#### (地域ケアカンファレンス)

陶病院、国民健康保険総合保健施設、老人保健施設あやがわは、毎週「地域ケア専門委員会」を開催していた。

平成 24 年より、医療・介護地域連携パスの運用により多職種コミュニケーションが活発になり、綾川町の多職種が集まる、在宅勉強会を本格的に開催することになった。3 月に 1 回開催しており、在宅ネットワークの IT 化事業の報告、町内事業所紹介、在宅・施設サービスの説明、グループワークなどでの情報交換などを行っている。

医療・介護地域連携パスやこの在宅勉強会の取組みにより、在宅における介護のネットワークの中心に位置づけられるケアマネジャーが頻繁に足を運んでくれるようになった。

### (4) ICT活用について

平成 24 年 4 月から「医療・介護地域連携パス」を IT 化している。

具体的には、介護保険事業所や医療機関において、インターネット接続可能なパソコンにソフト（Microsoft SharePoint）を導入し、各事業所が自分のパソコンに個別患者情報を入力し保存すると、ネットワーク内で同期され、他事業所も個別の患者情報が見られるようになる。ただし、自分が関係しない患者の情報は閲覧・入力できない仕組みになっている。なお、ソフト購入代金(1 本 18,000 円)等の導入費用は香川県・地域医療再生基金からの補助金を充てている。

情報共有している職種としては、医師・歯科医師・調剤薬局薬剤師・訪問看護師・ヘルパー・リハビリ職・MSW・通所介護職員・訪問入浴職員・介護支援専門員等であ

り、試験的には患者家族の参加もある。現在、綾川町で 48 か所、観音寺市・三豊市で 24 か所が導入している。

また、現在の対象患者は、綾川町 29 名、観音寺市・三豊市 21 名である。

共有化されている情報の具体的な内容としては、以下の通り。

- ①患者個人の情報：基本情報シート（服薬関連情報、ADL 情報等を医師・看護師が記入）、連絡シート（患者のサービス利用時の様子・他職種への申し送り事項・患者のケアについての質問や回答・画像）、予定表（患者のサービス予定等）
- ②全体に関する情報：講演会や勉強会の案内、共有したい制度情報、掲示板を利用した運用上の質問等（個人間のメールも可能）

#### **(メリット)**

- 一人暮らしの認知症患者や、ターミナルケアで強い薬を利用している患者等、非常に気になる患者の情報について、多数の関与者がタイムリーに情報を共有できる。
- 訪問やサービス利用前から患者の様子が分かり、事前準備の上、診察やサービス提供ができる。
- 時間を気にせず情報発信ができ、医師や他職種にも気軽に質問や申し送りができる。
- チームの一員という実感が持てる。個別のメール機能もあり、他職種が身近に感じられる。

#### **(デメリット)**

- タブレット形式の端末でないため、訪問中に入力できない。カルテや記録システムと連動していないため、入力や記載が二度手間である。
- 普段使うパソコンがネット接続されていないと、わざわざ場所を変えて入力や閲覧する必要がある。
- ネット上の情報共有であるため、一部の事業所からセキュリティに不安の声がある。
- 入力してもらえる情報の質は人によってまちまちである。

### 第3章 モデル事業実施結果

- ・モデル事業実施の状況を把握すべく、事業実施者に記入いただいた各種の様式（調査票）を項目別に集計の上、分析を行った。
- ・なお、各様式についての概要は下表の通りである。

様式	種別	内容	記入者
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	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3	在宅移行アセスメント票		
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。また、退院後のフォローについては用紙を別けて、聴取する。	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時間、平均在院日数の変化等	モデル事業実施担当者

## I. 実施結果

### ①モデル事業実施の概況

- ・病院 3 施設、有床診療所 2 施設、無床診療所 3 施設の全 8 施設でモデル事業を実施し、対象となった患者数の内訳は下表の通りである。
- ・無床診療所のうち、秋田県・にかほ市国保小出診療所、福井県・国保名田庄診療所については、モデル事業実施期間中に対象となる患者は無かったが、別途、ヒアリングにて在宅移行支援の際のノウハウを聴取した（第 4 章参照）。
- ・以下の通り、モデル事業実施結果については、病院、診療所（有床診療所と無床診療所を合わせたもの）を別けて集計し、医療機関の種類によって多職種協働のあり方に違いが生じるかという点にも注目している。
- ・なお、第 1 章 II. 事業の概要「モデル事業の概要」においても触れている通り、無床診療所が本モデル事業を実施する場合は、当診療所を経由して協力病院に入院した患者を対象とし、退院カンファレンス、退院計画書等の作成は協力病院と共同で行うものとしている。

地域	ヒアリング日	モデル事業の対象となった病棟の入院患者全数【H.25 11月】 実数(のべ人数)	うち、			当初予測と異なり急遽退院支援必要となった人数
			スクリーニング票記入人数	うち、アセスメント票記入人数	うち、退院支援が必要な人数	
<b>(病院)</b>						
富山県・かみいち総合病院	1月31日	168	46	29	8	2
大分県・国東市民病院	2月7日	178(181)	90	38	28	2
長野県・佐久市国保浅間総合病院	2月10日	435(450)	101	32	32	0
<b>(有床診療所)</b>						
北海道・京極町国保診療所	1月28日	6(6)	6	4	4	0
大分県・姫島村国保診療所	2月6日	14(15)	6	4	3	0
<b>(無床診療所)</b>						
秋田県・にかほ市国保小出診療所	1月15日	0(0)	0	0	0	0
富山県・南砺家庭・地域医療センター	1月30日	3(3)	3	3	3	0
福井県・名田庄診療所	2月3日	0(0)	0	0	0	0

### ②モデル事業の実施対象者の状況

- ・本調査で対象者(65 歳以上の患者であって、計画的入院患者(3 日以内に退院を想定)又は特養及び老健に復帰する患者ではない者)の特徴を見ると、以下の通り、平均年齢は病院、診療所ともに 80 歳を超えているが、診療所の方が、年齢がやや高い。
- ・平均日数を見ると、病院の方が、診療所よりも入院期間、入院から初回カンファレンスまでの期間ともに長くなっている。その理由としては、病院の場合の方が重症患者が多い等の事情で、患者の容体が固定化するのに時間がかかり、入院期間が伸びているものと思われる。
- ・一方で、入院からスクリーニング、アセスメントまでの日数は病院の方が短く、これ等の作業のシステム化が進んでいるものと思われる。

### 入院患者の状況（様式0）

	入院患者数			年齢				
	総数	男性	女性	平均年齢	65～74	75～85	85～94	95～
病院	239	117	122	81.7	39	116	72	12
診療所	18	8	10	85.9	2	5	9	2

### 平均日数（様式0）

	入院日数	入院からスクリーニングまでの日数	スクリーニングからアセスメントまでの日数	入院から初回カンファレンスまでの日数
病院	23.2	0.8	1.7	16.9
診療所	17.0	1.3	5.7	10.6

- ・ケアマネジャーとの連絡回数や患者退院後の緊急連絡・訪問回数は、診療所の方が病院よりも多く、診療所のフットワークの良さが表れている。

### 退院後の緊急連絡・訪問回数等 患者1名あたりの平均回数（様式1-1）

	緊急連絡	予定外受診	緊急訪問	緊急入院
病院	0.00	0.02	0.00	0.01
診療所	0.11	0.00	0.11	0.00

### ケアマネジャーとの連絡回数 患者1名あたりの平均回数（様式1-1）

	退院前	退院後
病院	0.51	0.00
診療所	1.11	0.11

- ・退院カンファレンスの参加者の属性については、看護職員、家族、MSW、ケアマネジャーはほとんどの場合に参加している。一方で、病院の場合は、医師、患者本人の参加は診療所が100%出席であるのに対して、半分程度の出席に留まっている。病院の場合は、医師の指示を受けた看護師が退院調整を行う等で、効率化を図っているものと思われる。

### 退院カンファレンスの参加職種（様式1-1）

	件数	医師	看護職員	MSW	ケアマネ	訪問リハビリ担当者	訪問看護事業所職員	地域包括支援センター職員	患者本人	家族	その他
病院	40	18	36	34	26	4	4	5	19	35	4
診療所	10	10	10	7	9	3	0	3	4	7	0

※「その他」としては、理学療法士、福祉用具担当者、デイサービススタッフ等

### ③スクリーニング及びアセスメントの結果

- ・本調査で対象となった入院患者のスクリーニングの結果は下表の通りである。スクリーニングの結果、患者の在宅介護スクリーニングスコア表の平均点数は診療所の方が病院よりも2.3点程低くなっているにもかかわらず、退院支援が必要と判断された人の割合は、病院、診療所ともに4割強でほぼ同程度である。これは、診療所のある地域は、他の地域よりも家族や介護施設等の介護力が大きいということが考えられる。

- ・退院支援が必要と判断された人のうち、介護保険利用者の占める割合は、診療所よりも病院の方が低くなっている。その理由としては、病院の場合、もとは健常者で容体が急変した患者の割合が他より多いことが考えられる。介護認定申請中の患者をどうケアしていくかという問題は、特に病院の場合で切実な問題であると思われる。

### 患者の状況①(様式2-1)

	全患者数	通院に付き添いが必要な患者数	ADLの状況			排泄		認知症・意識障害のある患者数	独居者数	
			歩行器	車椅子	ベッド上	介助要	一部介助		人数	(割合)
病院	239	117	12	25	116	100	34	48	66	27.6%
診療所	18	14	5	3	3	8	2	7	9	50.0%

### 患者の状況②(様式2-1, 2-2)

	全患者		退院支援が必要な患者数			
	人数	平均スコア	人数	全患者に占める割合	内、介護保険利用者数	介護保険利用者の占める割合
病院	239	14.0	99	41.4%	51	51.5%
診療所	18	11.7	8	44.4%	6	75.0%

※「平均スコア」とは、在宅介護スクリーニングスコア表(21点満点)の平均点数  
11点が在宅可否の境界線であり、12点以上が在宅可能

- ・スクリーニングを経て退院支援が必要と一次的に判断された患者については、様式3にてアセスメントを行っている。アセスメントに移行した患者の疾患として、多いものは、呼吸器系疾患(誤嚥性肺炎を含む)、骨折、脳血管疾患であり、複数の疾患を抱える患者も多い。「その他」としては、発熱、腸閉そく、ヘルペス等、複数の疾患が挙げられる。

### アセスメントに移行した患者の疾患(複数回答有)(様式3)

	件数	脳血管疾患	悪性新生物	難治性神経疾患	心疾患	骨折	呼吸器疾患	糖尿病	うつ病	認知症	その他	無回答
病院	99	16	7	1	12	24	29	7	1	17	26	1
診療所	11				1	2	6	1		5	3	

- ・アセスメントに移行した患者の症状として最も多いのは「疼痛その他の苦痛」、「意識レベルの低下」、「摂食嚥下障害」が挙げられる。「その他」としては、めまい、倦怠感、筋力低下、咳、嘔吐、むくみ、無回答、等が挙げられる。

### アセスメントに移行した患者の症状(複数回答有)(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	認知症に伴う障害	疼痛その他の苦痛	発熱	不整脈	その他	無回答
病院	99	13	2	7	11	10	2	5	7	30	9	3	17	13
診療所	11			1					1	4	1	1	2	2



- ・アセスメントに移行した患者への医療措置として、多いものは「リハビリ」、「注射・点滴」が挙げられる。「その他」としては、内服管理、胃ろう等がある。

**アセスメントに移行した患者への医療措置(退院後予測、複数回答有) (様式3)**

	件数	人工呼吸器	吸引	在宅酸素療法	注射・点滴	中心静脈栄養	経管栄養	膀胱カテーテル	褥瘡措置	疼痛管理	リハビリ	その他	特に無し	無回答
病院	99		4	1	12	1	4	3	4	2	14	8	30	33
診療所	11	1			1						1	1	4	3

- ・アセスメントに移行した患者の入院形態として、最も多いものは「緊急入院」である。病院の場合は、他病院からの転院等(「その他」に分類される)が一定数ある。再入院患者については、1カ月以内の再入院と2カ月超半年以内の数がほぼ同数であり、二極化が見られる。

**アセスメントに移行した患者の入院形態 (様式3)**

	件数	再入院			緊急入院	その他(転院等)	無回答
		1か月以内	2か月以内	半年以内			
病院	99	9	4	8	45	15	27
診療所	11	1	1		4		5

- ・アセスメントに移行した患者及び患者家族が希望する退院先としては、大多数が「自宅」を挙げているが、患者家族よりも患者本人が「自宅」を希望する数の方が若干多くなっている。

**アセスメントに移行した患者本人が希望する退院先 (様式3)**

	件数	自宅	他病院	老健	特養	有料老人ホーム	その他	未確認	無回答
病院	99	76	1	0	0	4	1	19	2
診療所	11	5	0	0	0	0	0	0	4

**アセスメントに移行した患者の家族が希望する退院先 (様式3)**

	件数	自宅	他病院	老健	特養	有料老人ホーム	その他	未確認	無回答
病院	99	63	3	2	2	7	3	17	5
診療所	11	5	0	0	0	0	0	0	2

④退院支援の状況

- ・退院支援担当者の属性としては、社会福祉士が最も多い。病院の場合は、看護師がほ

ぼこれと同数となっている。施設によって属性のばらつきがあり、今回モデル事業の対象となったある有床診療所ではソーシャルワーカーが一手に担当していた。

### 退院支援担当者の属性(複数回答有)(様式3)

	件数	※社会福祉士	看護師	保健師	ケアマネジャー	無回答
病院	99	47	44	10	2	15
診療所	11	10	0	0	2	2

※社会福祉士として、ソーシャルワーカー、MSWも含む

- ・スクリーニングを経て、アセスメントにおいても退院支援が必要と判断された患者の退院支援理由として多く挙げられているのが、「独居あるいは周囲の介護力が低い状況にある」、「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」、「再入院を繰り返している」というものである。  
「その他」の理由としては、在宅酸素療法が必要であること等が挙げられる。

### 退院支援の理由(複数回答有)(様式3)

	件数	再入院を繰り返している	継続的医療が必要複雑な	退院後も高度で複雑な	様式再編が必要	低下し、入院前に比べADLが	介護力が低い状況にある	独居あるいは周囲の介	在宅移行が困難、またの	現行制度を利用したの	その他	支援不要
病院	99	15	3	36	39	4	9	31				
診療所	11	3	1	3	7	1	0	3				

- ・退院支援が必要な患者に対する退院計画の目標で多く挙げられているものは、「介護保険等の在宅ケアの準備」、「退院後の療養先の決定」の2点である。「その他」の目標としては、かかりつけ医との連携等が挙げられている。

### 退院計画の目標(複数回答有)(様式4)

	件数	退院後の療養先の決定	介護保険等の在宅	ケアの準備	転院・施設の選定	ついでに療養費の検討	その他
病院	68	38	49	8	1	5	
診療所	10	3	7	0	0	0	

- ・退院後に利用が予想されるサービスとして、上位に挙げられるのが「デイケア」、「デイサービス」、「福祉用具貸与」である。病院の場合、訪問看護ステーションを持つ病院等で、「訪問看護」も多く挙げられている。
- ・なお、病院独自の様式で回答項目をデイサービス・デイケアの別に分けていない場合は、その両方をカウントした。

#### 退院後に利用が予想されるサービス(複数回答有)(様式4)

	件数	訪問看護	訪問診療	福祉用具貸与	訪問入浴	デイサービス	デイケア	ショートステイ	介護タクシー	住宅改修	訪問リハビリ	かかりつけ医	介護施設	小規模他機能施設	配食サービス	緊急通報システム
病院	68	13	5	22	1	29	30	9	4	4	2	8	1	1	1	0
診療所	10	0	2	2	0	5	0	4	0	0	1	0	0	0	1	1

#### ⑤介護支援専門員(ケアマネジャー等)アンケートの状況

##### (a) 全般

- ・介護支援専門職員が保有する資格としては、介護福祉士、社会福祉士が多いが、病院の場合は、看護師、准看護師の資格を有する職員が一定数いる。
- ・勤務形態は常勤であり、勤務先はモデル事業実施施設外がほとんどである。勤務年数は7~10年である。
- ・連携にあたって実施していることとして最も多く挙げられたのが、「初回の退院カンファレンスに参加」であり、ほとんどの職員がその旨回答していた。
- ・モデル事業実施の効果としては、「担当患者に早期にかかわれるようになった」、「患者情報がすぐに入るようになった」との回答が多く、約半数の職員がその旨回答していた。

#### 介護支援専門員アンケートの状況(様式5)

	件数	保有資格(複数回答可)						勤務形態		勤務先		平均勤務年数
		保健師	看護師	准看護師	社会福祉士	介護福祉士	その他(ヘルパー等)	常勤	非常勤	施設内	施設外	
病院	19	1	7	1	2	9	3	19	0	1	18	7.0
診療所	6	0	0	0	3	2		6	0	1	5	9.4

	連携にあたって実施していること(複数回答可)						モデル事業実施の効果(複数回答可)					
	定期的な会合への参加	入院時情報提供書の提供	入院中の病棟への訪問	初回の退院前カンファレンスに参加	退院時の連携	講演会等の開催	プロセスが分かり易くなった	患者情報がすぐに入るようになった	担当患者に早期にかかわれるようになった	新規患者の情報が入手しやすくなった	他職種に質問しやすくなった。	変わらない
病院	5	15	17	18	17	1	7	8	9	7	1	2
診療所	2	3	6	4	4	0	3	5	4	0	0	0

##### (b) 退院後のフォローに関する意見

- ・独居老人等は、退院後も生活に関する不安が強く、在宅支援の提案に苦勞している。
- ・本人及び家族がどういう生活を送りたいかという希望に極力添えるよう努力することが最も重要である。一方で、本人、家族の意向は個々に異なっており、対応が難しい場合がある。

- ・ 家族の介護力不足、経済的理由等により入院中のケアが継続できない場合があり、医療機関には代替ケアの方法等、家族への指導をしてほしい。

(c) 医療的措置が必要となった場合の対応（意見）

- ・ 在宅患者の異常に気付いたら、まず、誰に相談し、指示を仰げば良いのか明確にしてほしい。
- ・ トラブルが発生した場合は、医療関係者を含め、関係者全員が短時間でも現場に集結できれば、結果的に事態のスムーズな解決につながるのではないかと。

(b) その他、自由意見

- ・ 多職種による退院カンファレンスの実施により退院後のサービスにつなげやすい。
- ・ 入院時の報告はあるが、短期入院で退院した場合連絡がない場合がある。
- ・ 病院の求めに応じて報告書を提出してもフィードバックがない。
- ・ 介護保険申請中で介護度がはっきりしていない患者の対応に苦慮することがあり、医療機関で対応を考えてもらえると有難い。

⑥患者アンケートの状況

(a) 全般

- ・ 患者アンケートからは、退院支援に対して概ね満足していることが分かる。サンプル数が少ないため、施設別の傾向に触れることは難しいが、病院の場合は、医療関係者からのアドバイスや家族の協力に後押しを受けて退院するという患者が一定数見られる。
- ・ 退院後の生活は、全体の6割程度が「順調」と回答しているものの、「順調ではない」、「わからない」という回答もそれぞれ2割程度あり、退院後の生活で困難を感じている患者が一定数いることが分かる。

**患者アンケートの状況(様式6)**

	患者の属性				入院から退院までの支援に対する満足度				
	総数	男性	女性	平均年齢	満足	やや満足	どちらでもない	やや不満	不満
病院	36	9	27	84.6	21	8	4	3	0
診療所	5	2	3	88.1	5	1	0	0	0

**患者アンケートの状況(様式6)**

	退院したきっかけ(複数回答可)				退院後の生活		
	病状が良くなった	良いアドバイスがあった	家族が介護してくれた	その他(※)	順調	順調ではない	わからない
病院	33	8	6	3	22	7	6
診療所	4	2	1	1	2	2	1

※「その他」としては、サービス利用が決まったため等

(b) 退院支援に「満足している」、「やや満足している」という意見

- ・ 対応が親切だった。介護や各種調整等、時間がかかるものでも根気よく対応してくれた。

- ・不安に思っていることに的確に答えてもらえた。医師に確認した結果を聞かせてもらい安心した。
- ・病状が急変した時に直ぐ駆けつけてくれた。
- ・退院から介護サービスへの移行がスムーズだった。

(c) 退院支援に「不満」、「やや不満」という意見

- ・家族からの働きかけがないと動いてもらえないと感じることがあった。

(d) 自由意見

- ・大勢の関係者に支援してもらい、退院に向けての準備が大変であることが良く分かった。支援については、大変心強く感じ、とても感謝している。
- ・退院後の介護等の説明、食事に関する注意事項の説明があったのは有難かった。
- ・会議では大勢の関係者に出席してもらい、自宅へ戻る覚悟はできたが、今でも不安に感じることもある。
- ・病院から家族やケアマネジャーへの連絡を速やかに行ってほしい。

⑦モデル事業の効果（様式7、一部口頭での聴取）

(a) 全般

- ・モデル事業を実施したことにより、すべての実施施設から、入院からスクリーニング、スクリーニングからアセスメントまでの期間が短縮したとのコメントがあった。一方で、平均在院日数、入院からカンファレンスまでの平均期間、他医院カンファレンスの実施回数、家庭訪問の実施割合、退院後の訪問割合はほとんど変わっていないという回答が大多数であった。

(全体意見)

- ・入院時よりスクリーニングを行うことで、退院支援が必要な患者に早期から関わる事が出来た。
- ・アセスメント票を用いることで、どのような支援が必要なのかより明確になった。
- ・スクリーニング、アセスメントをすることによって、的確に患者の情報を得ることができた。
- ・今回使用した退院支援手引書は、入院時から切れ目なく自動的に患者に関われる様式になっており、マニュアルとして広く活用する必要があると感じた。
- ・0号用紙の記入により、連携室は患者の退院支援スクリーニングがどの程度進んでいるか把握しやすかった。
- ・通常利用している書類より記入項目が多く、シートの作成には時間がかかったが、その分詳しく情報の収集をすることができた。病院や施設ごとに項目を追加したり削除すればより有効なツールになる。
- ・退院支援が必要な患者が入院したときは、早めに地域医療連携室への相談申し込みを行うようにしているが、今回の事業でより意識が高まった。
- ・退院カンファレンスは実施していたが、多職種で行う回数は少なく、今後継続して取

り組む必要がある。特に、管理栄養士、歯科衛生士、STといった栄養・口腔機能の維持・改善についてのカンファレンスの重要性の理解につながった。

- ・退院支援計画の取り組み不足を実感した。
- ・モデル事業の患者ではなかったが、実施前に比べ退院カンファレンスの回数が増加した。
- ・特段の効果は感じられない。様式の違いはあるが、従来行っていたやり方とモデル事業のやり方にほとんど差がないためと思われる。
- ・退院支援を実施した患者数は、事業前後で大きな変化はなかった。  
(それまでに使用していたホットネットの退院支援マニュアルが活用されていたと考える。)
- ・目立った変化はなかった。

(b) 退院支援の方策・工夫点（意見）

- ・ケアマネジャーと頻回に連絡を取り、患者の様子を細かく伝えていくことが大事。また、電話や文章のやりとりだけでなく、直接会って話をすることが大事。
- ・患者のADLや病状について、カルテや書面から情報を得ることも必要だが、それよりも積極的に医師や看護師とコミュニケーションをとり、チームでアプローチしていくことを一番大切にしている。
- ・早い段階からの関わり、在宅生活をイメージした関わり（病院でできることと自宅でできることとの違いを把握する）が大切。ケアマネジャーや外部の関係者を巻き込んで患者と家族を支援する。
- ・患者や家族との信頼関係を構築し、ある程度本音で話し合える関係づくりが必要。そのためにも出来るだけ患者や家族と顔をあわせる機会を設けるようにしている。
- ・患者、家族を中心とした多職種連携が大切だと思う。
- ・早期より地域医療連携室と連携をとり在宅への問題や不安を解決していく。在宅が可能であるとの気持ちを持ってもらえるように支援することが重要。
- ・担当ケアマネジャーに入院報告（入院後3日以内）入院前サービス利用状況・介護状況の確認をし、退院支援計画の参考にした。

(c) 職員からの意見

- ・日常業務にプラスして書類作成が必要であり大変だった。
- ・同じようなことを何度も記入するのは面倒（電子カルテを見ればわかることをあらためて記入する必要があるのか）
- ・担当ナースは夜勤もしており、アセスメントなどを地域医療連携室がナースと協力して検討、計画等することができなかったケースもあった。
- ・後方支援病院が少なく、当院退院後在宅支援が必要な状況であるため、介護保険申請やサービス調整後の退院となり、退院調整に介入した患者が1か月以内に退院することはほとんどない。
- ・家族は病状が安定しないと、退院先について具体的に検討するのは困難である。（あまり早くから、退院のことを持ち出すと家族との関係性が悪くなる）

- ・モデル事業参加の同意を得るため、介入の期間にタイムラグがあった。
- ・モデル事業ということや、家族が近くにいないなどの理由で、同意が得られなかったケースがあった。
- ・多職種での退院カンファレンス開催に対し、問題があれば開催するという認識であったため、カンファレンスの開催回数が少なかった。

## II. まとめ

- ・モデル事業を実施した効果については、概ね肯定的な意見が多く、どのような支援が必要なのかより明確となったとの意見があった。入院時から切れ目なく自動的に患者に関わるシステムの重要性に対する認識が深まり、又、カンファレンスや退院支援計画の重要性が再認識されるきっかけとなったと思われる。
- ・在宅支援の工夫すべき点としては、早い段階から患者の在宅生活をイメージして、多職種が協働する必要性が挙げられている。
- ・モデル事業実施結果の分析から、病院の場合で、退院支援が必要と判断された人のうち、介護保険利用者割合は、診療所と比べて低く、これらの患者にどう対応していくかは、特に病院の場合で切実な問題であることが分かる。
- ・実際に病院の場合、「介護保険等の在宅ケアの準備」が退院支援の理由として最上位に挙げられており、介護認定申請の補助や、認定が下りるまでの間のケア、新規にケアマネジャーを選定するなど、地域包括支援センターや民間介護事業者等と一丸となって取り組むべき課題は多い。
- ・在宅移行支援に関して、家族とのコミュニケーションの難しさが各関係者の意見に挙げられている。また、データからも、患者本人よりも患者家族の方が患者退院先を「自宅」と希望する割合がやや少ないのが現状であり、このギャップを埋めるためには家族の理解が不可欠である。
- ・そこで、ケアマネジャー等に早期に関与してもらうことで、より一層コミュニケーションを円滑にする工夫が必要と思われる。
- ・一方で、ケアマネジャー側からは、在宅に於いても入院中のケアをいかに継続すれば良いか等で医療関係者からのアドバイスがほしいという意見、在宅患者が異常を来した場合の連絡方法や、要介護認定申請中の患者への対応等、医療関係者の協力や助言を求める声が挙げられており、医療関係者とケアマネジャー等が双方向で情報をやりとりする姿勢が重要である。
- ・今回実施したモデル事業に関しては、様式類に記入していただくにあたって、電子カルテに記載する事項等と重複するものも多く、二度手間であったという意見があった。今後、スムーズな実施にあたっては、電子カルテ記載内容と比較検討の上、実施要領や各様式を修正する等、より一層のマニュアルの改善が必要である。

## 第4章 モデル事業実施者に対するヒアリングの実施

### I. ヒアリング実施地域の概要

モデル事業を実施した病院(3施設)、有床診療所(2施設)、無床診療所(3施設)計8施設に対しヒアリングを行った。ヒアリング先の概要は下表の通りである。なお、かみいち総合病院、国東市民病院に関しては、第2章に掲載しているため省略する。

医療施設の形態や規模、人口や高齢化率等の地域特性も一様ではないが、いずれの施設も多職種間での情報共有を図るために、新たに会議の場を設けたり、ソーシャルワーカー、ケアマネジャーを主体とするカンファレンスを開催する等の工夫が見られる。

モデル事業実施地域①

	病院名 ( )内は協力病院	にかほ市国保小出診療所 (厚生連由利組合総合病院)	佐久市立国保浅間総合病院	京極町国保診療所 (倶知安厚生病院)
施設概要	所在地 保険者が市町村と異なる場合は( )内に記載	秋田県にかほ市 (本荘由利市町村圏組合)	長野県佐久市	北海道京極町 (後志広域連合)
	特徴	市内には総合病院がなく、重傷者は隣の市や県に行くことが多い。地域ケア会議を毎月開催するほか、在宅医療関係者の会合を年に1度を発足させた。現在22名の患者の往診を実施している。	施設内に老健・地域包括支援センターが併設されており、医療・介護連携に力を入れている。退院カンファレンスは3段階に分けてきめ細かく実施している。	これまで養護老人ホームに介護を頼る傾向があったが、診療所が訪問診療を始めたことにより、在宅医療への理解・関心が高まっている。カンファレンスではソーシャルワーカーとケアマネが中心になっている。
	病床数	無床	323床	19床
	医師数	1人	47人	4人
	平均在院日数	-	15.1日	-
	支援該当者割合	-	7.4%	-
	地域概要	総人口	27,240人	99,720人
高齢化率		30.5%	26.1%	30.4%
要介護認定率(H23年度)		16.2%	14.3%	14.0%
重度者の在宅率(H23年度)		63.3%	63.4%	47.0%
第5期(H24~26)介護保険料		5,160円	4,990円	4,150円

(注1) 総人口及び高齢化率は総務省「国勢調査 平成22年度」による。

(注2) 要介護認定率及び在宅率は各病院所在地域の保険者ごとに算出している。

(注3) 在宅率は「(認定者数－施設サービス利用者数)／認定者数」として算出した。重度者は要介護度3、4、5の小計とした。



モデル事業実施地域②

	病院名 ( )内は協力病院	南砺家庭・地域医療センター (南砺市民病院)	国保名田庄診療所 (公立小浜病院)	姫島村国保診療所
施設概要	所在地 保険者が市町村と異なる場合は( )内に記載	富山県南砺市 (砺波地方介護保険組合)	福井県おおい町	大分県姫島村
	特徴	南砺市民病院からの依頼には極力応えるという方針で、診療報酬、看護を積極的に行い、月20件前後の在宅での看取りをしている。	周辺地域と地理的に孤立しているため、地域医療を診療所が一手に担っている。退院カンファレンスは年間10件前後。連携病院とは電話連絡で済むことが多い。患者家族に対しては患者宅で打合せすることが多い。	ケアマネジャーが院内にいますので、退院カンファレンスという場を設けず、毎朝のミーティングで情報共有している。患者家族に対しては随時相談に乗っている現状である。
	病床数	無床	無床	16床
	医師数	3人	1人	3人
	平均在院日数	-	-	9日
	支援該当者割合	-	-	33.0%
	地域概要	総人口	52,509人	3,000人
高齢化率		28.5%	30.0%	38.0%
要介護認定率(H23年度)		14.1%	14.0%	9.8%
重度者の在宅率(H23年度)		54.8%	48.6%	83.3%
第5期(H24~26)介護保険料		5,080円	4,600円	3,500円

(注1) 総人口及び高齢化率は総務省「国勢調査 平成22年度」による。

(注2) 要介護認定率及び在宅率は各病院所在地域の保険者ごとに算出している。

(注3) 在宅率は「(認定者数-施設サービス利用者数)÷認定者数」として算出した。重度者は要介護度3、4、5の小計とした。

また、多職種協働体制構築の観点から見た退院カンファレンスの実施体制と実施の際の工夫は下表のとおりである。なお、かみいち総合病院、国東市民病院に関しては、第2章に掲載しているため省略する。

モデル事業実施地域①

病院名	にかほ市国保小出診療所 (厚生連由利組合総合病院)	佐久市立国保浅間総合病院	京極町国保診療所
連携の主担当	受け持ち看護師またはケアマネジャー	地域医療室(医療相談係)職員	ソーシャルワーカー(診療所職員)
開催場所	病棟	病棟	病棟
医師の参加	必須ではない	必須	必須
開催回数(平均)	1回	1~2回	1~2回
参加職種(人数) (最も参加人数が多い場合)	◆看護師、ケアマネジャー、栄養士、理学療法士、MSW、薬剤師、医療機器担当者、利用施設の職員(生活相談員)等の中から4~5名	◆医師、歯科衛生士、薬剤師、病棟看護師、理学療養師、地域医療室(医療相談係)職員等、6~7名	◆医師、ソーシャルワーカー、患者本人、患者家族、4~5名
退院カンファレンスにおける工夫と参考点	◆当病院の看護体制は固定チームナッシングであり、受け持ち看護師が患者の入院から退院までの状況に一貫して関与する。 ◆入院後、48時間以内に退院支援アセスメントシートを使用してケアマネジャーの有無を確認。担当がいな場合は、当病院内のケアマネジャー(全3名)の中から新規に担当者を決めて対応する。 ◆病院からケアマネジャーへ診療情報提供書、介護支援連絡指導書、ケアマネジャーから病院へ居宅介護支援連絡票等で随時必要情報を伝達している。	◆退院カンファレンスについては、以下の通り3段階で行っている。 ① 病棟カンファレンス 毎日、各チームのリーダーナースから全患者について聞き取りを行い(患者1名につき、約5分程度、合計で15名程度)、サマリノートを作成。 ② 多職種カンファレンス 医師を含め、関係スタッフが毎週1回集合し、全患者について退院の見通し、方法等の打ち合わせを行う。 ③ 退院前サービス担当者会議 介護事業所職員等の院外関係者も含め、6~7名が病院内に集まり、退院前の最終的な確認を行い、退院日を決定。	◆ソーシャルワーカーが診療所の窓口となり、医師、看護師との間にワンクッション入ることで、外部から相談しやすい雰囲気が生み出されている。 ◆退院カンファレンス時に患者が介護保険を申請しておらず、担当ケアマネジャーが決まっていない場合は、地域包括支援センターに相談して担当のケアマネジャーを配置してもらうようになっている。 ◆患者や家族に退院支援の話を持ち出すタイミングは非常に気を使い、ケアマネジャーに間に入ってもらうと説得を進めることがある。
退院後のフォロー内容	◆2012年4月から、入院・退院支援センターを地域医療連携室内に新たに併設し、退院支援の窓口を当センターに一元化している。	◆レスパイト入院患者が4名おり、在宅2週間、入院2週間~1か月というサイクルとなっているため、他病院との連携も含め受入体制の整備を行っている。	◆主としてケアマネジャーとやりとりをする中で、患者の退院後の状況を把握している。

病院名	南砺家庭地・域医療センター (南砺市民病院)	国保名田庄診療所 (公立小浜病院)	姫島村国保診療所 (国東市民病院)
連携の主担当	受け持ち看護師	病棟看護師長	医師
開催場所	病棟	病棟	病棟
医師の参加	必須ではない	必須ではない	必須
開催回数(平均)	1回	1回	毎朝
参加職種(人数) (最も参加人数が多い場合)	◆医師、看護師、リハビリ、MSW、ケアマネジャー、介護福祉士、患者本人、患者家族、その他ケースに応じて、開業医、訪問看護ST、訪問介護、通所介護の介護・看護職員、また常時参加ではないが、歯科医師、衛生士、管理栄養士等、10名程度	◆病棟看護師長、地域連携室職員、ケアマネジャー等、4～5名	◆診療所職員全員(医師3名、歯科医師1名、看護師13名、理学療法士2名、ケアマネジャー4名)、20名以上
退院カンファレンスにおける工夫と参考点	◆スクリーニング対象者は、南砺市民病院で月間70名ほどいるが、その全員にカンファレンスを行っている。 ◆家族との意見調整は、カンファレンス前に済ませており、在宅復帰を決めてから退院カンファレンスを行う。 ◆なかなか面会や話し合いに来られないと言う家族などは、在宅復帰への意向に乏しい場合があるので、ケアマネジャーに早期にアプローチし、家族には正確な病状、状況を把握してもらうよう努めている。	◆名田庄地区患者の退院カンファレンスは年10例前後と多くはない。大多数は当診療所からの主治医意見書(在宅での普段の様子も書いたもの)、病院からの診療情報、看護サマリー等での情報交換、電話での申し送り等で済んでおり、退院カンファレンスまでには至らないことが多い。 ◆退院カンファレンスは、これよりさらに踏み込んで情報交換・伝達がある時(主として医療的な留意点がある時)に、小浜病院等で行っている。 ◆退院カンファレンス前には、家族への在宅移行支援方法等の理解を確実にするため、あらかじめケアマネジャー主催でサービス事業担当者も交えて患者自宅で3回程度の打ち合わせをしておくことが多い。	◆個々に患者別の退院カンファレンスは行っていない。その代わりに、診療所及び包括支援センターのスタッフ(ケアマネジャーを含む)全員でのミーティングを毎朝行っており、入院患者、在宅患者の状況、対応すべき事項を確認している。 ◆上記のミーティングに患者や家族を同席させることは通常ないが、要望があれば回診の合間、休日を含む診療時間外を問わず、いつでも相談に乗ったり、病状や対応策の説明を行っている。
退院後のフォロー内容	◆要介護認定待ちの患者をワンストップでケアする機能がないが、デイサービスを活用して対処している。 ◆主に医療機関からの診療情報提供書(紹介状)やケアマネジャーからの情報提供、個別電話連絡、訪問看護ステーションのモニタリング報告などから退院患者の情報を得ている。	◆主としてケアマネジャーとやりとりをする中で、患者の退院後の状況を把握している。 ◆行政と連携し、独居患者に関して、日々の水道の利用状況から安否情報を確認する等の工夫を行っている。	◆退院後に介護サービスを利用する患者が多く、その場合、隣接する施設でショートステイ、デイサービスを利用するため、連携担当者が姫寿苑を訪問し、患者の情報交換を行っている。 ◆退院患者でフォローが必要な患者を中心に、介護度に関わらず訪問診療、訪問看護を行っている。

施設の中には、個々に患者別の退院カンファレンスは行っていなかったり、ケアマネジャーが中心となってカンファレンスを運営する施設もあり、態様は様々である。それぞれの特性に応じて柔軟に多職種協働のシステムを構築することが重要であり、各施設ともに、個々の在宅支援に至るまでの準備段階での取組み等、以下のような点で様々な工夫を行っている。

準備段階での取組み(多職種協働のシステムづくり)の例

- ①秋田県・にかほ市国保小出診療所：「医療と介護、在宅をつなぐ会」の開催
- ②大分県・国東市民病院：「くにさき地域包括ケア推進会議(通称：ホットネット)」の運営
- ③富山県・かみいち総合病院：「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」の運営

退院カンファレンス等の例

- ①北海道・京極町国保診療所：ソーシャルワーカーを中心とするカンファレンス
- ②長野県・佐久市立国保浅間総合病院：医療相談員を中心とするカンファレンス

③大分県・姫島村国保診療所:全員での朝ミーティングの実施

(個々の患者別カンファレンスは行わない。)

④福井県・国保名田庄診療所:ケアマネジャーを中心とするカンファレンス

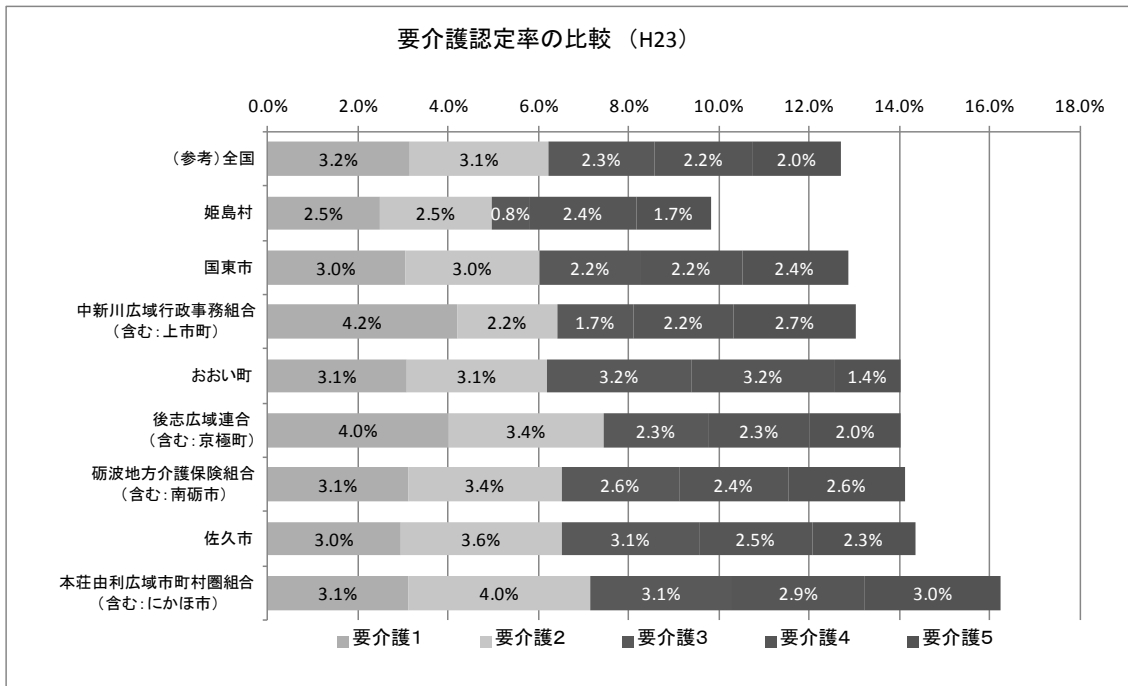
これらの取組みをノウハウとして「在宅移行の手引き2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」に事例として紹介し、ヒアリングの際に指摘のあった点について、マニュアルの改良を行っていく。

## II. モデル事業実施地域の特徴（要介護認定率、重度者の在宅率等を中心に）

今回調査を実施した地域の特徴を浮き彫りにするために、要介護認定率、高齢化率、重度者（要介護度3～5）の在宅率という指標を用いて各地域を比較した。

単純化して考えると、要介護認定率が低いことは元気な高齢者が多い地域であることを示し、高齢化率が低いことは、若い世代が多く居住する地域、つまり家庭の介護力や地域資源が豊富な地域であることを示していると考えられる。また、重度者の在宅率が高ければ、そこは重度者の在宅生活を可能にする何らかの資源が存在する地域と考えられる。また、そのような地域であれば入院から在宅状態への移行もスムーズに行われると仮定できる。しかし、モデル事業実施地域では全国平均と比較して多くの地域が要介護認定率及び高齢化率が高い一方、重度者の在宅率が低くなっているという結果であった。つまり、数字の上からは「元気な高齢者が少なく」「社会資源が不足し」「重度者の在宅生活を支える基盤が少ない」地域と推測される。

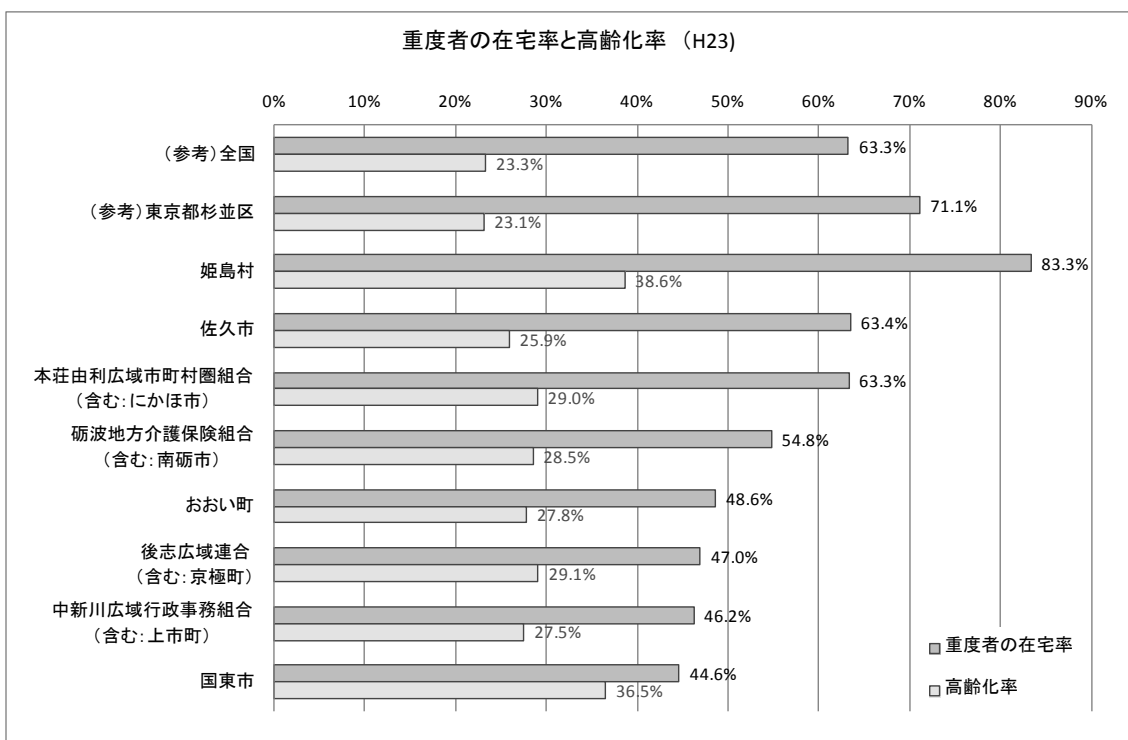
しかし次章のヒアリング調査では、この地域が資源等の不足を独自の工夫と多職種の連携によって補いながら、地域包括ケアシステムの体制構築に着実に取り組んで、成功していることが明らかになった。また、そのような地域包括ケアシステムに支えられて地域住民が「住み慣れた土地で自分らしく最後まで生活できる」という安心感を持っていることによって、家族の受入意欲も高まり、在宅移行カンファレンスが成功していると思われる事例を多く収集することができた。ヒアリング結果を併せて考察すると、地域の介護力は数字の上から単純に図れるものではないことが分かる。各地域の事例は第4章のヒアリング調査にまとめている。



※数値は厚生労働省「介護保険事業状況報告（平成 23 年度）」による。

※認定率＝各認定者数／65 歳以上人口

※要介護認定率については、保険者ごとの数値としている。上市町、京極町、南砺市、にかほ市は複数の自治体が組合等を組成して保険者となっているため、自治体と保険者が一致していない。



※数値は厚生労働省「介護保険事業状況報告（平成 23 年度）」及び総務省「国勢調査（平成 22 年度）」による。

※重度者とは要介護度 3～5 に認定されたものである。

※重度者の在宅率は、重度者に認定されたもののうち、施設サービスを利用していないものが重度者に認定されたものに占める割合とした。数値は  $\frac{\text{重度者数} - \text{施設サービス利用者数}}{\text{重度者数}}$  のうち重度者数（1月延べ利用者の1年の平均値）／重度者数で算出した。

※「施設」は特別養護老人ホーム、介護老人保健施設、介護療養型医療施設の3施設を指し、グループホーム入所者や入院者は含まれていない。

### Ⅲ. 施設別のヒアリング内容

モデル事業実施施設者の個別のヒアリング結果詳細については、以下の通りである。

#### 1. 秋田県・にかほ市国保小出診療所

##### ■地域・施設について

###### (1)にかほ市概要

秋田県南西部に位置し、南に鳥海山、西に日本海を臨む。鳥海山の山裾が海岸近くまで伸びるため、海外部の平野部に人口が集中している。秋田県内の中では降雪量は比較的少ない。人口8万人の由利本庄市に北東部を囲まれるような形で接している。

○面積： 240.67 km<sup>2</sup>

○総人口： 27,240人（2013年3月末）

○高齢者(65歳以上)が占める割合： 30.5%（〃）

○人口密度： 113.2人/km<sup>2</sup>

###### (2) 地域医療の特徴

にかほ市には大きな総合病院が無く、重症患者は直接、由利本荘市または酒田市（県外）の総合病院に行くことが多い。一方で、市内には一定数の開業医がいるため、症状が軽度の患者の場合は市内で治療を完結させることができる。

###### (3) 施設の概要

- ・にかほ市国保小出診療所は、院内診療所と並んで市が運営する無床診療所であり、和田所長が唯一の医師として診療時間を調整しながら、両所を兼務している。
- ・他のスタッフは、両所合わせて常勤看護師1名、非常勤看護師が2名である。

###### (4) 施設の医療状況

- ・にかほ市国保小出診療所、院内診療所の月間外来患者数(のべ数)は、それぞれ250～260名、350名程度である。
- ・また、現在22名の患者の往診を行っているが、もとは診療所の外来患者であった場合が多く、他病院から往診依頼を受けたということはない。
- ・診療所で診た重症患者については、由利組合総合病院(626床)や本荘第一病院(160床)に入院させ、退院後フォローを行うことがある。ただし、年数件であり、病院との普段の連絡は頻繁とはいえない。

##### ■モデル事業実施の状況

- ・モデル事業実施期間中に、診療所を経由して協力病院に入院した患者はおらず、調査対象となる退院支援が必要な患者は無かった。
- ・そこで、以下は、協力病院である由利組合総合病院／高橋看護師長に退院カンファレ

ンスや多職種協働等の一般的な状況を聴取し、診療所関連については、和田所長に聴取したものである。

(1) 協力病院（由利組合総合病院）の状況について

- ・由利本荘市にある総合病院として病床数 626 床（一般 622、感染 4）を擁する。
- ・外科、脳外科が充実しているが、呼吸器内科等、内科医が不足している。当病院全体でも医師は 58 名しかおらず、医師不足から病床稼働率は 75%程度に留まっている。
- ・平均在院日数は 15.0 日（平成 24 年度）
- ・当病院の退院支援患者数は 79 名である。

(2) 医療関係者の退院調整への関与について

(a) 退院カンファレンスの開催について

○開催主担当者：受け持ち看護師またはケアマネジャー

○参加職種：看護師、ケアマネジャー、栄養士、理学療法士、MSW、薬剤師、医療機器担当者、利用施設の職員（生活相談員）等

○人数：4～5 人

○開催回数：（退院時に）1 回

○開催場所：部署の面談室、カンファレンスルーム

○医師の参加：必須ではなく、多忙故、医師が参加することは少ない。

(b) 主担当者が決まる経緯

- ・当病院の看護体制は固定チームナーシングであり、受け持ち看護師が患者の入院から退院までの状況に一貫して関与する。
- ・入院後、48 時間以内に退院支援アセスメントシートを使用してケアマネジャーの有無を確認。担当がない場合は、当病院内のケアマネジャー（全 3 名）の中から新規に担当者を決めて対応する。
- ・主担当者は、上記の受け持ち看護師またはケアマネジャーいずれかとなっている。

(c) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・地域医療連携室が中心となってサービス担当者会議（居宅ケアマネジャー 30 名程度が参加）を退院カンファレンスと並行して開催し、情報交換を行っている。
- ・病院からケアマネジャーへ診療情報提供書、介護支援連絡指導書、ケアマネジャーから病院へ居宅介護支援連絡票等で随時必要情報を伝達している。

(d) 退院調整の状況

- ・家族との調整では、患者本人にも参加してもらい、訪問看護等の社会資源を説明しながら、在宅移行への理解を得るようにしている。当初から自宅介護を希望する家族は 3 割程度だが、ショートステイ等にかかる費用（月約 8 万円）等を説明すると、大半は自宅での介護を選択することになる。
- ・地域では、居宅介護支援事務所、デイケアサービス等が増えており、在宅支援の環境は充実しつつある。
- ・地域のケアマネジャーの意識は高いが、医療関係者との間に多少の温度差がある。今後は、病院医師や退院後に関与する予定の開業医、看護師等も退院カンファレン



ス等に出席する機会があれば良いと思う。

- ・総合評価加算(入院中 1 回)の申請を検討している。医師が、患者の身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行う必要があるため、退院調整に医師の関与を確保する必要がある。

(3) 退院後のフォローアップについて

- ・平成 24 年 4 月から、入院・退院支援センターを地域医療連携室内に新たに併設し、退院支援の窓口を当センターに一元化した。
- ・退院時に在宅での医療処置の方法を一通り指導しているものの、独居者や老老介護の患者が年々多くなり、患者が不安に思う場面が増えていると感じる。
- ・今後は、退院支援を行った患者を電子カルテ上等でリスト化し、一定の期日にケアマネジャーや訪問看護師から情報を得て病棟にフィードバックする仕組みを構築し、患者の不安を緩和する体制づくりが必要だと思う。

(4) 多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・地域ケア会議を毎月 1 回第三水曜日に行っている。また、病院としては随時ケアマネジャーからの相談に応じている。
- ・在宅医療に熱心な開業医が中心となり、医師会の協力も得て、「医療と介護、在宅をつなぐ会」が昨年発足した。活動は年 1 回であるが、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、ケアマネジャー、MSW等、多職種が参加しており、共同で事例検討等を行っている。将来的には行政も巻き込んだ活動となることが期待される。
- ・「つなぐ会」を通じて、多職種のコミュニケーションが活発になり、各職種の視点の違いについての理解が深まり、協働が始まることで、シームレスな在宅移行支援のきっかけが生まれれば良いと思う。

(5) 診療所と病院の連携について

- ・病院から診療所等へは逆紹介という形で診療情報提供書を介して連携している。
- ・もともと、重症患者は病院のみに通うというケースが多いため、診療所と病院を往来する患者はそれほど多くはない。したがって、診療所と病院の情報交換の機会は少ないが、「つなぐ会」や当調査で両者が一緒にヒアリングを受ける機会等を通じて交流を深めていきたいと考えている。

## 2. 北海道・京極町国保診療所

### ■地域・施設について

#### (1) 京極町概要

京極町は羊蹄山の麓にあり、北海道内でも降雪の多い地域にある。札幌市中心部まで70-80kmの距離にあるが、山に囲まれ孤立した地形となっている。

○面積： 231.61 km<sup>2</sup>

○総人口： 3,256人（2013年12月）

○高齢者(65歳以上)が占める割合： 30.4%（2013年10月）

○人口密度： 14.1人/km<sup>2</sup>

#### (2) 地域医療の特徴

- ・京極町国保診療所は、有床診療所として町の基幹的な医療機関としての役割を担っており、さらには、訪問診療等、在宅支援サービスの提供も行っている。また、地域内では、別機関が訪問看護ステーションを運営している。
- ・住民は殆どが農家で繁忙期は介護に手が回らないため、養護老人ホームに頼る傾向があったが、当施設が訪問診療を進める中で、ここ数年で在宅介護に対する住民の理解が徐々に広まってきた。

#### (3) 施設の概要

- ・京極町国保診療所は病床数19床の有床診療所として、医師4名、看護師10名、理学療法士2名、ソーシャルワーカー1名他の体制で運営されている。京極町の基幹的な医療機関として機能している。

#### (4) 施設の医療状況

- ・昭和12年に京極村立診療所（京極診療所）として開設されてから、当施設は地域における基幹的な医療機関として機能して長く「病院」として運営されてきた。しかし、病床利用率が30%以下で、医師の数も少なかったため、平成24年4月に「診療所」に変更された。
- ・当施設は、往診や在宅支援診療所としての機能を活用し、更には保健・介護・福祉・教育と連携する中で、「生活に寄り添う医療」を目指している。

### ■モデル事業実施の状況

- ・モデル事業実施期間中に6名の患者が入院し、そのうち4名が退院支援必要と判断された。

#### (1) 医療関係者の退院調整への関与について

##### (a) 退院カンファレンスについて

- ・当施設のソーシャルワーカーが中心となって、医師、本人、家族を交えてカンファ

レンズを行っている。

- ・ソーシャルワーカーが診療所の窓口となり、医師、看護師との間にワンクッション入ることで、外部から相談しやすい雰囲気が生まれている。

(ソーシャルワーカーは平成 25 年より勤務開始)

- ・患者の在宅移行を考えると、今後、担当のリハビリ専門職等も参加することが望ましい。

#### (b) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・地域内には、ケアマネジャーが居宅支援事業所に 4 名、地域包括支援センターに 3 名在籍しており、患者の入院・通院状況のみならず服薬状況や家族関係を把握している。
- ・当施設のソーシャルワーカーがケアマネジャーと日々緊密に連絡を取り合い情報収集に努めている。
- ・退院カンファレンス時に患者が介護保険を申請しておらず、担当ケアマネジャーが決まっていない場合は、地域包括支援センターに相談して担当のケアマネジャーを配置してもらうようにしている。

#### (d) 退院調整の状況

- ・患者や家族に退院支援の話を持ち出すタイミングは非常に気を使う。診療所から追い出そうとしていると誤解されると、話を進めづらくなる。
- ・ケアマネジャーに間に入ってもらって説得を進めることがある。
- ・患者が自宅に戻るに際しての不安や不満を一つずつ吐き出してもらえるような雰囲気をつくるのが大切である。

#### (e) その他

- ・退院支援関連で診療報酬加算等は請求していないが、方法等を検討した上で、請求していきたい。

### (2) 退院後のフォローアップについて

- ・主としてケアマネジャーとやりとりをする中で、患者の退院後の状況を把握している。
- ・状況によっては、患者宅に電話したり、自宅訪問を行う場合もあるが、患者の生活面が十分に把握できていないのではないかと感じることもある。
- ・地域包括支援センターの保健師主催の会議（月 1 回）、居宅ケアマネ会議（毎週）に当施設のソーシャルワーカーが参加して、患者情報の共有を行っている。
- ・2-3 カ月入院すると、患者家族が在宅での様子を忘れてしまい、弱気になることがある。「・・・できない」と困難なことばかり説明するのではなく、「・・・できる」とポジティブに説明するよう、説明のアプローチに工夫をしている。

#### (課題)

- ・多職種が共通シート等で情報を共有する場合、細かい話であるが、誰がどこに綴じて保管し、管理するのかという話から始まって、なかなか議論が先に進まないというこ

とがある。今のところは、共通シート等がなくとも、普段接触する中で、各種の情報が何とか分かるというのが現状である。

→ケアマネジャー等が診療所にどのような情報をもとめているかを聴取し、診療所が提供する情報として、診療情報の管理を誰が行うか、看護サマリーの分析を誰が行うかを明確にすると良い。(委員提案)

→当初から完全なシステムを構築しなくても、毎年改定するという気持ちでやっていたら良い。情報管理については、連携室が主体になる必要があると思う。

(委員意見)

- ・特に独居老人など、入退院を繰り返す人が多く、どう免疫力をつけてもらうかが課題となっている。訪問看護の強化に加え、ストレスを緩和してあげられるよう地域全体でのサポートが必要だと感じる。在宅移行支援の際の指導が適切だったかについても検証が必要である。

### (3)多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・以下のような多職種のコミュニケーションをはかる取り組みがある。

#### ① 福祉勉強会

デイサービス職員、行政の福祉関係者等が集まり、事例検討、認知症等の勉強会を行っている。

#### ② 町内外の病院主催の勉強会

医療関係者、福祉関係者等が集まり、在宅移行支援等の事例検討を行っている。主催者は病院の地域連携室職員が行っている。

#### ③ 町内の勉強会

3か月に1度、福祉関係者で勉強会を行っている。

#### ④地域ケア会議

月に1度、町内の医療福祉関係者等が集まり、在宅患者等の情報交換を行っている。

### (4)診療所と病院の連携について

- ・隣接する倶知安市の倶知安厚生病院と連携しており、同病院の地域連携室を通じて電話、手紙等でやりとりをしている。
- ・重症患者については、倶知安市、札幌市の病院に転院してもらうことがある。町内の患者がそれらの病院に直接受診した場合でも、大体は地域連携室等を通じて当診療所にも連絡がある。
- ・当診療所を経由せず、それらの病院から直接退院する町内の患者もいるが、検査入院、外来診療等を通じて何らかの接点ができるケースがほとんどである。

### 3. 富山県・南砺家庭・地域医療センター

#### ■地域・施設について

##### (1) 南砺市概要

南砺市（なんとし）は、富山県西部に位置し、平野部と山岳部を併せ持つ地域である。世界遺産「白川郷・五箇山の合掌造り集落」で有名である。積雪は富山県内でも多い地域である。

○面積： 668.86km<sup>2</sup>

○総人口： 52,509人（2014年1月）

○高齢者（65歳以上）が占める割合： 28.5%（2010年）

○人口密度： 78.5人/km<sup>2</sup>

##### (2) 地域医療の特徴

- ・南砺市には、市立医療機関として病院2か所（南砺市民病院（175床）、公立南砺中央病院（190床））、診療所4か所（南砺家庭地域医療センター、南砺市平診療所、南砺市上平診療所、南砺市利賀診療所）がある。その他、市営のグループホーム140床、特養老人ホームが4か所あり、介護施設はある程度充実している。
- ・南砺市民病院内にある南砺市訪問看護ステーションは、看護師14名を擁し、訪問看護利用者、訪問件数ともに県内で最大規模となっている。

##### (3) 施設の概要

（南砺家庭・地域医療センター）

- ・当診療所は、2010年2月に南砺市民病院の附属病院から改編し現在の名称となった。基本方針として、地域住民の健康で豊かな生活に貢献するため、高度医療機器を備えた高機能の診療所として内科診療を中心とした地域医療の確保を掲げる。

（南砺市民病院）

- ・診療科として、内科、精神科、胃腸科、循環器科、小児科、外科、整形外科、脳神経外科、皮膚科、泌尿器科、肛門科、婦人科、眼科、耳鼻咽喉科、放射線科、心療内科、リハビリテーション科を擁し、病床数は190床（一般病床のみ）。常勤医26名 非常勤医及び派遣医34名、臨床研修医3名の体制である。
- ・平均在院日数は、平成25年12月現在で15.75日（3カ月平均）
- ・施設内に南砺市訪問看護ステーション、南砺市介護福祉支援センター、デイケアセンターがある。

##### (4) 施設の医療状況

- ・当診療所（南砺家庭・地域医療センター）は、南砺市民病院からの依頼には極力応えるという方針で、訪問診療、看護を積極的に行い、月20件前後の在宅での看取りを行っている。
- ・隣接する特別養護老人ホームにおいても定期的な診察を行っている。

- ・医師は所長以下、『NANTO家庭医養成プログラム』による研修医（南砺市民病院との兼務）がおり、3名体制である。
- ・連携科職員が当診療所のみならず、南砺市民病院、南砺訪問看護ステーションの地域医療連携を担当している。歯科医師の訪問診療、PT, STの訪問療養が導入され、在宅患者にとっての利便性が向上したことに加え、訪問看護ステーションの経営安定化にも貢献している。

## ■モデル事業実施の状況

- ・モデル事業実施期間中に当診療所経由で入院した患者は3名。全員死亡。

### (1) 医療関係者の退院調整への関与について

#### (a) 退院カンファレンスについて

- ・病棟でのマネージメントは看護師が行うことがよいという理由から、受け持ち看護師がアセスメントも含め、カンファレンスをマネージメントしている。
- ・スクリーニング対象者は、南砺市民病院で月間70名ほどいるが、その全員にカンファレンスを行っている。カンファレンスのタイミングは、患者が退院できそうだということが見えてきてから行う。
- ・カンファレンスの参加職種は、医師、看護師、リハビリ、MSW、ケアマネジャー、介護福祉士であり、その他ケースに応じて、開業医、訪問看護ST、訪問介護、通所介護の介護・看護職員、常時参加ではないが、歯科医師、衛生士、管理栄養士が含まれる。
- ・患者本人、家族もカンファレンスに出席しているが、医師の出席は必須ではない。
- ・今後出席してもらいたい職種としては、施設介護支援専門員（ケアマネジャー）が挙げられる。施設ではその施設内の思惑がはたらき、継続して欲しい医療や看護、介護が継続できないことがあるため、コミュニケーションの必要を感じている。
- ・IT活用による連携で、多職種間で治療内容の確認や、施設から病院への情報提供がスムーズに進めば良いと思う。

#### (b) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・入院後1週間以内にケアマネジャーと連絡をとっている。新たにケアマネジャーを決める場合は要介護認定がでていなければ、（要支援）地域包括支援センターか、（要介護）居宅介護支援事業所に依頼しても受けてくれない。ワンストップ機能がないため、患者が宙ぶらりの状態（介護認定期間38日）になってしまうが、デイサービスを活用して対処している。

#### (c) 退院調整の状況

- ・家族との意見調整は、カンファレンス前に済ませている。在宅復帰すると決めてから退院カンファレンスを行う。
- ・なかなか面会や話し合いにこれないと言う家族などは、在宅復帰への意向に乏しい場合があるので、ケアマネジャーに早期にアプローチし、家族に対しては、正確な

病状、状況を把握してもらおう。

(2) 退院後のフォローアップについて

- ・主に医療機関からの診療情報提供書（紹介状）やケアマネジャーからの情報提供、個別電話連絡、訪問看護ステーションのモニタリング報告などから退院患者の情報を得ている。
- ・個別支援計画に連携科が関わっているため、科の計画の成否を確認する意味でも、以前から退院患者の情報収集を行っている。
- ・患者へのフォローアップの方法はさまざまであるが、例えば、脳卒中で嚥下状態が良くなかった患者について、嚥下パスで嚥下状態を評価し、訪問看護で胃ろうを導入して対応した。
- ・フォローアップの方法については、誰がどのようにすべきかシステム化するのはなかなか難しい。

(3) 多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・以下のような取り組みを行っている。
  - 連携パス（紙媒体）によって情報共有者の拡大
  - 介護福祉関係者で定期的に勉強会、連絡会の開催
  - 個別支援計画遂行の過程で、多職種の担当者同士が直接会う、等

(4) 診療所と病院の連携について

- ・開業医グループ（8名程度）と連携をとって、カルテを自由に見られる関係を築いている。

## 4. 富山県・かみいち総合病院

### ■地域・施設について

#### (1) 富山県中新川郡上市町の概要

上市町は、東南部が剣岳を主峰とする山岳地帯である一方、北西部は平野地帯を為し、富山市等と接している。

○面積： 236.77 km<sup>2</sup> (全体の約 8 割が山林)

○総人口： 22,051 人 (2013 年 9 月 1 日現在)

○高齢者(65 歳以上)が占める割合： 30.8% (2013 年 4 月 1 日現在)

○人口密度： 93.1 人/km<sup>2</sup>

#### (2) 地域医療の概要

- ・町内には、当病院の他に医院が 3 か所、眼科 1 か所、クリニックが 2 か所ある。
- ・施設としては、特養 1 か所、老健 1 か所、グループホームが 2 か所ある。

#### (3) かみいち総合病院の概要

病床数：一般病床 159 床、精神病床 60 床

看護基準：一般病棟 10:1、精神病棟 15:1

医師数：内科 7 名、小児科 1 名、神経精神科 2 名、外科・胃腸科 2 名、整形外科 3 名、産婦人科 1 名、眼科 1 名、耳鼻咽喉科 1 名、脳神経外科 1 名、血管外科 2 名、放射線科 1 名、(以下、医師数未確認の診療科)皮膚科、泌尿器科、麻酔科、リハビリテーション科

病床利用率：(一般病棟)70.7%(平成 24 年度)

平均在院日数：(一般病棟)16.2 日(平成 24 年度)

#### (4) かみいち総合病院の特徴

- ・病院設立直後の昭和 28 年、全国に先駆けてへき地巡回診療を開始し、当該分野のノウハウの蓄積がある。近年は、平成 21 年に家庭医療センター、平成 25 年に回復期リハビリセンターを開設し、平成 24 年に中新川郡(立山町、上市町、舟橋村)における多職種協働による「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」を立ち上げる等、在宅医療に力を入れている。また、ナイトスクールを通じて地域住民への健康教育を行い、地域住民の啓蒙活動も活発に行っている。
- ・町立病院であるため、事務局には町職員が出向しており、行政との関わりは深い。

### ■モデル事業実施状況

- ・モデル事業実施期間中に当病院に入院した患者は 168 名。うち、退院支援対象者は 10 名である。

#### (1) マニュアルの改善点について

- ・基本的な内容の変更は行っていないが、電子カルテに取り込みチェック項目などは、



チェックボックスを追加し記載をしやすいようにした。

- ・入院後 48 時間以内のスクリーニングスコアは、患者の容体によって変わる可能性が高く、患者によっては、2 週間様子を見る等、余裕を持たせるべき。
- ・(不要項目) 様式 2-2「社会資源情報」非該当、自立
- ・(重複)「様式 3 アセスメント実施日」と「退院支援(在宅移行)アセスメント記入日
- ・既存の地域医療室相談申込書、退院支援計画書とモデル事業のスクリーニング表、様式 4 の内容が重複するが、モデル事業のため両方を作成したので手間がかかった。

## (2) 医療関係者の退院調整への関与について

### (a) 退院カンファレンスについて

- ・平成 21 年度地域医療連携室が稼動し始めた時点から同室スタッフがカンファレンスを主催している。参加職種は、医師・看護師・PT・ST・OT・ケアマネ・サービス事業所・MSW(5 人~10 人程度)であり、医師の参加は原則必須である。個人情報を守られるようにカンファレンス室などで 1~2 回程度行っている。殆どのケースにおいて患者や家族に同席・参加をしてもらっている。
- ・今後は、たてやまつるぎネットワークを活かして、かかりつけ医も参加してもらえるようにしたい。(現状は、当院からの訪問診療が圧倒的に多いため、かかりつけ医が関与するケースは少ない。)

### (b) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・患者の担当ケアマネジャーが決まっていない場合は、地域包括支援センターに連絡しケアマネの選任依頼をする。
- ・担当が決まった時点でケアマネジャー、患者、家族、地域医療連携室担当スタッフと顔合わせの機会を設定し情報の共有を図る。これは、入院後 7 日以内に実施することとしているが、現状は、3 日以内には連絡が取れている。

### (c) 退院調整の状況

- ・「ケアマネなくして、退院なし」といえる程、ケアマネジャーを通して退院カンファレンスまでに家族と何度も意見調整をし、ケアマネジャーからもアイデアをもらう。訪問看護の病院スタッフが退院前の自宅訪問をし、自宅の状況(階段、トイレ位置等)をチェックすることがある。
- ・早く家に帰りたいという患者が大半だが、帰りたくないという患者を無理に帰らせることはしていない。

### (d) その他

- ・診療報酬加算の請求については、以下の項目で請求を行っているが、2)については、退院後の在宅療養を担う医療機関の医師若しくは、医師の指示を受けた看護師または、訪問看護ステーションの看護師が当院に赴くシステムができていないため、請求できていない。

#### 1) 介護支援連携指導料

- 2) 退院時共同指導料 2 (退院時一回 300 点、厚生労働大臣の定める疾病については 2 回算定できる) → 取れていない。
- 3) 保険医共同加算
- 4) 3 者以上共同加算
- 5) 在宅患者緊急時カンファレンス料 (在宅患者に対し医師在宅医師、訪問ステーション看護師、ケアマネ等で患者宅に赴き共同で行うケース)

### (3)退院後のフォローアップについて

- ・訪問診療を行っている家庭医療センターのスタッフから情報を得ている。
- ・在宅に退院後、訪問看護サービスを受けているケースについては月一回の訪問看護ステーションとのカンファレンスに地域医療連携室のスタッフが出席し、情報の共有を行っている。
- ・このカンファレンスは、訪問看護と、病院との患者に対する思いの温度差があり、コミュニケーションの必要性が感じられたことから平成 23 年から毎月開催している。
- ・生活保護受給者が患者である場合などは、福祉課、厚生センターに退院前カンファレンスに出席を依頼し、情報の共有を図るようにすることもある。フォーマルサポートだけでは在宅での支援が困難な場合、本人、家族の同意をとり、民生委員や、インフォーマルサポートの方にカンファレンスの出席を依頼することもある
- ・家庭の問題 (金銭問題など) を抱えているケースは制度につなぐ支援、待遇を行う。
- ・在宅医療に移行し、かかりつけ医が副主治医であった場合などは、かかりつけ医にも情報の共有を図っている。
- ・退院後のフォローアップの仕組みについては、他病院事例等も参考に今後検討していきたい。

### (4)多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・以下のような取り組みを行っている。
  - ①地域ケア会議  
平成 17 年頃より行政の福祉課が主導して始まった。年 5 回程度、病院スタッフ、ケアマネジャー、サービス事業所職員が集まって事例検討を行っている。
  - ②町(地域包括支援センター)主催の研修会へスタッフとして参加  
平成 17 年頃より行政の福祉課が主導として開始。福祉・医療・保健の情報共有の場として始まった。
  - ③たてやまつるぎネットワークの推進  
平成 23 年より 福祉課が中心になり、病院から在宅へ切れ目のない継続した医療の提供を目的に各医療介護関係者とネットワークを構築。
  - ④ナイトスクールによる住民とのネットワーク作り  
家庭医療センターが中心となり、平成 23 年よりナイトスクール開始。
  - ⑤上市町福祉関係スタッフによる新年会(約 100 名)にてネットワーク作り情報の共有

### (5)診療所と病院の連携について

- ・地域の他医療機関との連携に関して、以下のような取り組みがある。
  - たてやまつるぎネットワークによる病院、開業医、福祉関係事業所、行政とのカルテ開示することによる連携
  - オープンベットの利用による開業医との連携
  - 訪問看護カンファレンスへの参加によるケースの理解共有
  - 24年7月より地域連携便りの発行により、他医療機関等と情報の共有と連携（クリニックに当病院発行の冊子を置いてもらっている。）

## 5. 福井県・国保名田庄診療所

### ■地域・施設について

#### (1) 名田庄地区概要

名田庄は、福井県南西部の山間部にあった村であるが、平成18年3月に同村と大飯郡大飯町が合併してからは、おおい町の中の地区として存続している。おおい町中心部、小浜市とは隣接しているものの、車で30分以上要し、周辺地域とは地理的に孤立している。

○面積：143.83 km<sup>2</sup>

○総人口：約3,000人

○高齢者(65歳以上)が占める割合：約3割

○人口密度：約20人/km<sup>2</sup>

#### (2) 地域医療の特徴

- ・おおい町名田庄地区には、当診療所の他に、デンタルクリニック1か所、通所介護事業所2か所、小規模多機能施設2か所、訪問看護ステーション1か所がある。
- ・訪問看護、訪問介護に関して24時間体制が構築されていないものの、人口に比して社協職員数が多く、福祉面は充実している。
- ・訪問診療を含め、地域医療全般は当診療所の常勤医師が一手に担っている。

#### (3) 施設の概要

- ・当診療所は、社会福祉協議会あつとほ一むいきいき館内にある無床診療所として、通所介護施設、デンタルクリニック等と併設されている。

#### (4) 施設の医療状況

- ・当診療所は常勤医師1名、看護師4名の体制で、外来患者は1日平均65人。医師が超音波検査、内視鏡検査、X線機器の操作等、あらゆる医療をこなし、午後は訪問診療も行っている。当診療所所長が一時、旧名田庄村保健福祉課長を兼務する等、行政との関わりも深い。

### ■モデル事業実施の状況

・モデル事業実施期間中に当診療所を経由して入院した患者は5名程度いたが、退院支援対象者は無し。前後の期間では2例ほどあるため、その報告をもって代替する。

#### (1) 医療関係者の退院調整への関与について

##### (a) 退院カンファレンスについて

- ・名田庄地区患者の退院カンファレンスは年10例前後である。大多数は当診療所からの主治医意見書(在宅での普段の様子も書いたもの)、病院からの診療情報、看護サマリー等での情報交換、電話での申し送り等で済んでおり、退院カンファレンスまでには至らないことが多い。

- ・退院カンファレンスは、これよりさらに踏み込んで情報交換・伝達がある時（主として医療的な留意点がある時）に、小浜病院等で行っている。その場合には、同病院の地域連携室から連絡を受け、当地区のケアマネジャーが会議に参加している。同会議は、病院の病棟師長、地域連携室担当が主なメンバーとなっている。
- ・退院カンファレンス前には、家族への在宅移行支援方法等の理解を確実にするため、予めサービス事業担当者も交えて患者自宅で3回程度の打ち合わせをしておくことが多い。

#### (b) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・在宅支援に関する地区のカンファレンス(毎週開催)を通じて、当診療所、地区のケアマネジャーを含む福祉担当者と、各患者の置かれた状況について情報交換がなされている。
- ・ケアマネジャーとしては、家族が同じ説明を何度もしなくて良いように、医療や介護関係者にできるだけ早く情報を伝達するようこころがけている。

#### (c) 退院調整の状況

- ・最近増えている独居老人は在宅移行への不安が大きいため、小規模多機能施設がリハビリ、通所等できめ細かいフォローをしながら、粘り強く本人、家族を説得の上、退院調整を行っている。

#### (d) その他

- ・退院支援関連で診療報酬加算等は請求していないが、方法等を検討した上で、請求していきたい。

### (2) 退院後のフォローアップについて

- ・例えば、毎日インシュリン注射が必要な患者について、退院前に本人に練習をしてもらった上で、看護師を毎日出勤させられる体制を組んで対応したことがある。
- ・主としてケアマネジャーとやりとりをする中で、患者の退院後の状況を把握している。
- ・行政と連携し、独居患者に関して、日々の水道の利用状況から安否情報を確認する等の工夫を行っている。

### (3) 多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・おおい町地域包括支援センターの事例検討会、小浜病院地域連携室や小浜市の介護関係者による自主的な会合がそれぞれ年数回行われており、当地区のケアマネジャーも参加している。
- ・当地区では在宅移行支援に関するカンファレンスを毎週水曜日夕方5時から1時間程度行っており、関係者が職種の枠を超えてほぼ全員顔を合わせ（役場職員、保健師、栄養士、社協職員(ケアマネジャー2名、デイサービススタッフ5名、ヘルパー2名他)、診療所医師、研修医、看護師)、各患者に関する情報交換を行っている。診療所職員、デイサービススタッフ等と患者自宅でカンファレンスを行うこともあり、本人・家族

からは医療、福祉に関する相談のみならず、生活全般に関する相談を受けることも少なくない。

- ・社会福祉協議会による一般住民との交流イベントも盛んにあり、一般のボランティアスタッフも在宅移行支援に一役買っている。

#### (4) 診療所と病院の連携について

- ・名田庄地区の患者で診療所を通さずに直接近隣市の病院に入院する患者も少なくない。
- ・当診療所は、近隣市の小浜病院等と連携をとっており、対象患者の入院計画書を確認させてもらえる等、関係は深い。退院カンファレンス等でケアマネジャーが当診療所と各病院を行き来することによっても、情報の共有が図られている。
- ・一方で、病院によっては、退院時の患者への説明に消極的であり、看護サマリーを担当看護師以外の職員が事務的にケアマネジャー等に連絡するだけであったりと、在宅移行支援に対する温度差を感じることもある。
- ・小浜病院等、頻繁に連絡している病院とは、共通の患者情報シート（フェースシート）で情報交換をしている。病院からケアマネジャー、診療所に退院支援計画書に対して、事後経過の報告を求められることがあるが、報告をしてもフィードバックをもらうことは少ない。

## 6. 大分県・姫島村国保診療所

### ■地域・施設について

#### (1) 姫島村概要

姫島村は、大分県・国東半島北端沖 6km に位置する離島であり、国東市伊美港とは 1 日 12 便のフェリー(約 20 分)で繋がっている。島内には小中学校が 1 校ずつあり、人口の約 1 割(200 人)が役場職員である。

○面積：6.89 km<sup>2</sup>

○総人口：2,047 人 (2014 年 1 月)

○高齢者(65 歳以上)が占める割合：約 38%

○人口密度：297.1 人/km<sup>2</sup>

#### (2) 地域医療の特徴

姫島村国保診療所が有床診療所として島内の医療全般（予防と健診を含む）を担っており、救急救命に関しては、ドクターヘリ等で高次救急病院到着までの初期的な医療にも対応している。また、隣接する生活福祉センター・姫寿苑(44 床)が島内の老人介護施設としての役割を果たしている。

#### (3) 施設の概要

- ・姫島村国保診療所は、医療スタッフ（医師 3 名、歯科医師 1 名、看護師 13 名、理学療法士 2 名）、ケアマネジャー 4 名の体制で島内の医療全般（在宅医療を含む）を担っている。また、非常勤の眼科医がいる（月 1 回診療）。
- ・病床数は医療用 10 床、介護療養用 6 床の計 16 床。病床利用率は平均して 60%程度である。
- ・診療所内に透析室、レントゲン室、検査室、院内薬局を擁している。
- ・透析室は 3 床あり、現在 5 名の患者が利用している。最大 12 名まで対応可能である。
- ・包括支援センターが診療所と同じ建物内にあり、居宅介護支援の（主として介護側に特化した）ケアマネジャーが 5 名在籍している。
- ・生活福祉センター・姫寿苑(44 床)が診療所に隣接しており、同施設には主として医療側に特化したケアマネジャーが在籍している。

#### (4) 施設の医療状況

- ・医師 3 名で、月～土(午前)の外来診療に加え、時間外診療(月 100 件程度)に対応している。また、週二回訪問診療、訪問看護を行っている（現在患者数 5 名）
- ・歯科医師は予防歯科、口腔リハビリ等も行っている。
- ・理学療法士は訪問リハビリテーションを中心に活動している。
- ・検査室において、看護師により内視鏡検査等が可能だが、検査技師はいないため、CT、MRI が必要な患者は国東市民病院に送っている。
- ・寝たきりの入院患者については、隣接する姫寿苑の入浴施設を利用する等の工夫をし

ている。

- ・ 初期的な救急救命対応は可能であるが、それ以上の対応が必要な場合は、ドクターヘリ、船舶等で、国東市民病院や別府市内の病院に救急搬送している(年 25~30 件)。
- ・ 島民の医療の玄関口として、専門外の疾患も必ず診療するようにしており、診療所を通さずに直接島外の医療機関に受診する患者は少ない。ただし、妊娠出産管理や手術を行うことはできない(ポリープ手術は可)。
- ・ 外来、健診等で必要性が認められれば島外医療機関に紹介することとしており、年間約 400 通の紹介状を書く。

(予防に対しての意識づけ)

- ・ 島内では老人クラブ活動が盛んであり、高齢者の 3 分の 1 (270 名程度) が墓地清掃等の社会活動に参加しており、狭い島内の中でお互いに声を掛け合う体制があり、痴ほう症の発見等に役立っている。
- ・ できるだけ自立して生活しようという意識が高く、島内の医療保険、介護保険の利用率は低い。重度の要介護者(要介護度 4, 5)が要介護者全体に占める割合はやや高いものの、人口当たりの絶対数で見ると全国平均を大きく下回っている。

## ■モデル事業実施の状況

- ・ モデル事業実施期間中に 14 名の患者が入院し、退院支援が必要と判断されたのは 3 名
- ・ 3 名のうち、2 名が姫寿苑に入所し、同施設への定期的な診療で対応している。自宅に復帰した 1 名については、寝たきりの状態であり、訪問診療や一時的な再入院で経過を注視しているところ。

(1) 医療関係者の退院調整への関与について

(a) スタッフ間の情報共有について

- ・ 個々の患者毎の退院カンファレンスは行っていない。その代わりに、診療所及び包括支援センターのスタッフ(ケアマネジャーを含む)全員でのミーティングを毎朝行っており、入院患者、在宅患者の状況、対応すべき事項を確認している。

(b) 患者・家族への対応

- ・ 上記のミーティングに患者や家族を同席させることは通常ないが、要望があれば回診の合間、休日を含む診療時間外を問わず、いつでも相談にのったり、病状や対応策の説明を行っている。
- ・ 親族が島外にすることが多く、休日等に予約なく突然の訪問を受けることが多いが、問題なく対応を行っている。

(c) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・ 毎朝のミーティングの内容を踏まえ、診療所及び包括支援センターのケアマネジャーがそれぞれ在宅移行支援及び介護側のケアを担当している。その際、新規に担当者を決定することがある。
- ・ 介護サービス利用者については、ほぼ全員が姫寿苑でのサービスを利用しているた



め、同施設のケアマネジャーとの情報交換も行っている。

(d) 退院調整の状況

- ・診療所が島外の病院に患者を転院させる場合、診療所が病院退院後の受け皿となる旨を約束することがあり、島内の患者は最後まで面倒を見るという覚悟でいる。
- ・患者が島外の病院を退院するタイミングが来ると、当該病院の地域連携室からケアマネジャーに連絡が入り、その情報が毎朝のミーティングを通じて関係者全員に共有される。

(e) その他

- ・退院支援関連で診療報酬加算等は請求していないが、方法等を検討した上で、請求していきたい。

(2) 退院後のフォローアップについて

- ・退院後に介護サービスを利用する患者は多く、その場合、姫寿苑のショートステイ、デイサービスを利用するため、連携担当者が姫寿苑を訪問し、患者の情報交換を行っている。退院後も水分制限、塩分制限が必要な患者もおり、姫寿苑職員との連絡は欠かせない。
- ・ケアマネ会議（第2火曜日）、ケア会議（第4または第5木曜日）を定期的に行っており、情報交換をしている。
- ・介護度に関わらず、訪問診療、訪問看護は必要と判断された場合に行っている。
- ・退院患者でフォローが必要な患者を中心に、訪問診療、訪問看護を月 4-5 件程度行っている。

(退院後フォローの具体例)

- ①同居の2人の息子はいるが、入退院を繰り返し在宅生活は困難と判断されたケースで、金銭的な問題もあったため、生活保護の手続きの上、姫寿苑入所となった。
- ②末期癌であるが在宅生活可能と判断されたケースで、嫁、娘の不和があり受け入れ困難であったが、頻繁な家族との話し合いで受け入れ可能となり、訪問診療を行い在宅で看取られた。
- ③介護サービスが必要で家族も希望しているにもかかわらず、本人が姫寿苑利用に抵抗があったケースで、一旦ショートステイ利用をして、姫寿苑に慣れることでその後の介護サービスがスムーズに行った。
- ④大分市の病院への入院を期に認知症が悪化し、家族が施設入所を希望したケースで、一旦診療所に入院させ、馴染みのある環境で顔見知りのスタッフとのかかわりで症状が安定した。家族は依然として在宅介護に不安を持っていたが、外泊を進めそのまま退院させた後は問題なく在宅生活を送れている。

(3) 多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・以下のような多職種のコミュニケーションをはかる取り組みがある。
- ①サービス調整会議

地域の保健、医療、福祉の協同の為、住民課主体で毎月最終木曜日に開催され、診療所所長、師長、事務長、包括支援センター担当者、住民福祉課課長、住民課担当者、健康推進課担当者、各地区民生委員、姫寿苑所長、姫寿苑責任者が参加し、各人が以下の最新情報を報告。

○診療所：サービス利用状況を報告

○姫寿苑：サービス利用状況を報告

○住民福祉課：村民の島外施設を含めた利用状況の報告

○包括支援センター担当者：介護保険の新規、更新認定の介護度の報告

#### ②ケア会議（サービス担当者会議）

毎月最終木曜日に開催され、診療所所長、各事業所ケアマネ、PT が参加。

#### ③ケアマネ会議

毎月第 2 火曜日に開催され、各事業所ケアマネ（場合により調査員等）が参加し、情報交換、認定調査の勉強会（全てのケアマネが調査員を兼ねている）を実施。

#### ④グループホーム運営会議

2ヶ月に1回開催され、住民福祉課担当者、姫島村居宅支援事業所ケアマネ、包括支援センター担当者、診療所師長、民生委員長、地区長、家族代表者が運営状況を確認。

- ・ 島外とは、例えば国東市民病院とは、くにさき地域包括ケア推進会議（通称ホットネット）を通じて連携している。これは、現場担当者が情報共有のためシステム（情報共有シートの共有体制）をまとめ上げようという意識が高く、有益なツールとなっている。もっとも、病院によっては積極的ではない医師もいるようで、人によって温度差を感じる時がある。
- ・ 老人介護施設としては、姫寿苑が島内の需要を一手に担っているが、これを補完するものとして、民間事業者との連携を通じてサービス機能付高齢者住宅等ができれば理想的である。

#### (4) 診療所と病院の連携について

- ・ 島外の医療機関とは、くにさき地域包括ケア推進会議（通称ホットネット）を通じた連携や、各種研修会や会合等を通じて島外の医療関係者に直接会うことで日々のコミュニケーションが生まれる。
- ・ また、診療所から島外の医療機関に患者を送る場合でも、必ず診療所が最終的な受け入れ先となることを約束することで信頼関係が生まれ、連携がスムーズになっている。
- ・ 先方の病院に地域連携室がある等、窓口が一本化されていると情報交換がやりやすい。

## 7. 大分県・国東市民病院

### ■地域・施設について

#### (1) 国東市概要

国東市は市北部から東部にかけて伊予灘に面している一方、西側にある両子山側の地形は入り組んでいる上、集落が点在しており、集落間の移動には時間がかかる。病院から最も遠い場所までは、車で約1時間以上の距離がある。

○面積：317.84km<sup>2</sup>

○総人口：31,743人（2013年4月末）

○高齢者（65歳以上）が占める割合：36.5%

○人口密度：99.8人/km<sup>2</sup>

#### (2) 地域医療の特徴

- ・市内の医療福祉施設は、病院・医院（歯科を除く）が21か所、介護保険施設が10か所あり、主として海沿いに点在している。
- ・当病院に夜間介護サービスは無いものの、在宅支援の一環として、訪問看護ステーションを設け、看護師が各家庭を訪問し、内服管理等を含めたサポートを行っている。

#### (3) 国東市民病院の概要

国東市民病院は市の最南部に位置し、市内唯一の公的病院として災害拠点病院に指定されている。

病床数：一般病床 158床（感染病床4床、亜急性期病床10床含む）、療養病床21床（医療型）、回復期リハビリ病床 29床

看護基準：10:1

医師数：内科7名、外科5名、脳外科1名、麻酔科1名、小児科2名、歯科1名  
（非常勤診療科：整形外科、眼科、耳鼻科、皮膚科、呼吸器科、膠原病、婦人科、泌尿器科、放射線科）

平均在院日数：19日

訪問看護、訪問リハビリ

住民健診（人間ドック）

救急車搬入台数：979台（2011年）※市内出動件数の約7割を当院で収容

### ■モデル事業の実施状況

- ・モデル事業実施期間中に当病院に入院した患者は178名（延べ181名）。うち、退院支援対象者は30名である。

#### (1) マニュアルの改善点について

- ・スケジュールが示されている点は良いが、退院計画書の具体的な記入例があれば分かりやすいと感じた。

(2) 医療関係者の退院調整への関与について

(a) 退院カンファレンスについて

- ・ 地域医療連携室にMSW、退院調整看護師（専従）配置され退院調整を主導している。院外関係者との窓口が一本化され、情報の伝達がスムーズになった。
- ・ 医師、看護師、ケアマネジャー、MSW、患者、家族、リハ担当者、4～5名が集まって2～3回程度カンファレンスを行っている。
- ・ 今後は、管理栄養士、歯科衛生士等にも参加してもらえると良いと思う。

(b) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・ ケアマネジャーには入院後、3日以内には連絡し、退院カンファレンス実施時にも、原則参加してもらっている。
- ・ 入院中、患者のADLに変化がない場合は、患者連絡表で情報提供を行っている。

(c) 退院調整の状況

- ・ 退院カンファレンス前に、患者・家族の意向（サービス利用等）を聞き取り、担当ケアマネジャーにその意向を伝え、実施する場合の問題点や、事前に検討すべき項目・必要な情報収集等を確認している。
- ・ リハビリ担当者や受け持ち看護師にも退院調整看護師等が問題点を確認している。

(3) 退院後のフォローアップについて

- ・ ケアマネジャーに介護サービスの利用状況を問い合わせ、情報提供を受けている。また、外来を受診している患者については、その担当看護師から情報を得ている。
- ・ 今後は、①自院から訪問看護・訪問リハビリの利用がある場合は、担当者からの情報を得る、②ホットネット連絡表を活用し、ケアマネジャーと退院後の情報交換をする、③MSW、受け持ち看護師（退院調整看護師）の退院後自宅訪問（診療報酬化されるとよい）等、退院後のフォローアップ体制の強化を考えたい。

(4) 多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・ コミュニケーションをはかる取組みとして以下のようなものがある。
  - ①くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）の活動
    - ・ 毎月の運営委員会、総会（1回/年）でのグループワークにて事例検討会、施設紹介等を行っている。
    - ・ 東国東地域（姫島村を含む）共通のホットネット連絡表を利用し、患者の情報が医療と介護の間でも、共通のツールで共有できている。特に、医療と介護施設は連携がスムーズになった。
  - ②仏の里ネットワーク講演会
    - ・ 院外の医療・福祉・介護関係者との研修会を平成17年から行っている。

以下は、行政主導で行われている。

- ③国東市在宅医療連携推進運営会議(本年2月12日立ち上げ)
- ④地域ケア会議
- ⑤国東市こころの健康ネットワーク会議

## □くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）発足の経緯

当病院の理念は「地域包括医療・ケアの推進」である。平成 18 年市町村合併により広域病院から国東市民病院に改名した。靱井院長はそれを機に更なる地域包括ケアの推進を目指す方針で地域連携室の強化や市内医師会との連携を推進してきた。国東市民病院は療養型病床（現在 21 床）を有しているが、その他の老人介護保健施設等付帯施設はなく、訪問看護ステーションのみである。また、当時国東において医療と介護の連携システムはほとんどない状況であった。急性期の在院日数短縮化により、患者の受け皿となる後方支援病院及び施設を持たない当病院にとって「医療と介護の連携」は喫緊の課題であった。そこで、在宅医療・介護の中心となるのは実務者であるとの理念から、平成 22 年 5 月に市内の在宅、介護施設、診療所、保健所、地域包括支援センター等の実務者（仏の里ネットワーク講演会に参加していた事業所）に「顔のみえる関係づくりをしましょう」という目的で、国東市民病院（平本看護部長・地域連携室）、国東市議会議員（元国東市保健師）が中心になり声掛けを行った。発足後平成 22 年～24 年までは、国東市民病院（地域連携室）が事務局をしていたが、昨年からは地域包括支援センターが行っている。また、ホットネットの代表者（老人保健施設 看護部長）も昨年決定した。

ホットネットは、国東市民病院が中心の縦組織ではなく、利用者を中心としそれを取り巻くもの全てが、同じ立ち位置で連携しあう組織であることの周知・共有化に 1 年かかった。

### (5) 診療所と病院の連携について

- ・主に病院主治医から診療情報提供書にて入院中の経過を報告している。
- ・自宅での介護困難事例は、かかりつけ医への転院調整を行うことがある。
- ・診療所等からの介護保険主治医意見書や訪問看護指示書の依頼に対応している。
  
- ・当院主催で国東市医療連携懇話会（1 回／年 対象：国東市長、副市長、市内医師会所属の医師、国東市民病院医局員）実施しているが、その会に参加していたり、運営委員をしている診療所、クリニックの医師とは連携を取りやすい。また、当病院の開放病床を利用している開業医との連携もスムーズである。

## 8. 長野県・佐久市立国保浅間総合病院

### ■地域・施設について

#### (1) 佐久市概要

佐久市は、長野県東信地方の市であり、群馬との県境に位置する。上田市と並ぶ東信地方の中心都市である。

内陸性の気候のため、寒暖の差は激しい。冬季は降水量が少なく晴れる日が多い。

○面積：423.99 km<sup>2</sup>

○総人口：99,720人（2014年1月）

○高齢者（65歳以上）が占める割合：26.1%（2012年12月）

○人口密度：235.19人/km<sup>2</sup>

#### (2) 地域医療の特徴

- ・佐久市内には病床数80を超える病院が6か所あり、病院間である程度競争原理が働いている。
- ・介護施設としては、特養16か所、老健11か所、介護療養病棟11か所と比較的充実しており、長期で施設入所待ちという状況は比較的少ない。

#### (3) 施設の概要

- ・当病院の医師47名、歯科医師5名、病床数は323（一般243、療養40、介護40）の総合病院である。
- ・当病院の施設内に佐久市が運営する50床の老健（「みすず苑」）があり、当病院の副院長が所長を兼務している。

#### (4) 施設の医療状況

- ・当病院は総合病院として幅広く患者を受け入れており、施設内に老健があることから介護支援の取り組みに力を入れている。
- ・医療連携室を通じて医療機関同士の連携をとっているのに加え、地域医療室（医療相談係）を通じて患者や家族の不安解消に向け、例えば介護保険の説明等、各種相談に応じている。また、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、佐久市からの受託を受けて設置した佐久中部地域包括支援センターを通じて在宅支援を行っている。
- ・平均在院日数は15.1日、在宅移行支援者割合7.3%、スクリーニングから退院までの日数は20.6日である。
- ・病院内の老健と療養病棟を行き来する患者が多く、このケースを除くと半分近くが在宅へ移行しており、介護事業所の紹介等、何らかのサポートをすることが多い。なお、療養型発展会議を毎週水曜日に行い、患者は入院初期の段階から、介護か医療療養かで振り分けを行っている。

## ■モデル事業実施の状況

- ・モデル事業実施期間中に当病院に入院した患者は 435 名(延べ 450 名)、うち、退院支援対象者は 32 名である。

### (1) 医療関係者の退院調整への関与について

#### (a) 退院カンファレンスについて

- ・退院カンファレンスについては、以下の通り 3 段階で行っている。

##### ①病棟カンファレンス

地域医療室（医療相談係）職員が毎日各病棟を回り、各チームのリーダーナースから全患者について聞き取りを行い（患者 1 名につき、約 5 分程度、合計で 15 名程度）、サマリーノートを作成している。

##### ②多職種カンファレンス

担当の医師、歯科衛生士、薬剤師、病棟看護師、理学療養師、地域医療室（医療相談係）職員 6～7 名が毎週 1 回集合し、全患者について退院の見通し、方法等の打ち合わせを行っている。打ち合わせに 2 時間以上を要することも少なくない。

##### ③退院前サービス担当者会議

患者本人、家族、ケアマネジャー、訪問看護師、介護事業所職員当、6～7 名が病院内に集まり、退院前の最終的な確認を行い、退院日を決定している。

#### (b) ケアマネジャーとの連携体制について

- ・入院後 1 週間以内にケアマネジャーが地域医療室に情報提供用紙を持参したり、電話等で情報提供をしてることが多い。当病院としても、退院前サービス担当者会議等、ケアマネジャーには院内のカンファレンスに出席してもらう機会をつくるようにしている。
- ・新規にケアマネジャーを決定する必要がある際は、介護認定が得られそうな場合は、包括支援センターと相談した上で、患者本人、家族に居宅事業所を決定してもらうよう調整していくので、退院までに時間がかかる（介護認定が得られるまでのタイムラグは暫定的に最低限必要なサービスが得られるよう調整していく）。
- ・ケアマネジャーによる情報提供用紙については、統一された書式がないため、各人で内容はまちまちである。

#### (d) 退院調整の状況

- ・家族との意見調整が一番気を使うところであり、家族が病院に対してはなかなか本音を言い出さず、後になって関係がこじれる場合がある。
- ・まずは、ケアマネジャーに家族の意向を聞いてもらうようにしているが、病院側としては事前の打ち合わせ等を通じ、少なくともケアマネジャーの理解は得るようにしている。
- ・退院支援マニュアルの活用や、各患者についてのサマリー作成により退院に向けた準備を効率良く行う工夫をしている。

(e) その他

- ・退院支援関連で診療報酬加算に関し、「退院調整加算」については、その要件である退院支援計画書の着手が1週間以内にできない場合があり、請求できない場合もある。「退院時共同指導料」については、病院主治医が多忙のため、必要なカンファレンスに参加できず、請求できていない。「介護連携指導料」については患者・家族の了解を得た上で、看護記録等をまとめ、請求している。
- ・これらの加算を請求するにあたっては、例えば「介護連携指導料」には特にマニュアルもなく、書類整備に時間がかかる等、事務的な負担が大きい。
- ・現在は全患者についてカンファレンス等を行っているが、今後は選択と集中を行い、業務の効率化を図りたい。
- ・地域医療室職員が介護保険制度について講演する等、地域住民への啓蒙活動を行っている。退院調整看護師からの情報提供と合わせて、その後の訪問看護につなげる活動をしている。

(2) 退院後のフォローアップについて

- ・担当ケアマネジャーや訪問看護師、外来通院している患者は本人から直接退院後の情報を得るようにしているが、人員が少ないこともあり、フォローアップまではなかなか手が回らないのが現状である。
- ・レスパイト入院患者が4名いるが、在宅2週間、入院2週間～1か月というサイクルとなっているため、他病院との連携も含め受入体制の整備を行っている。

(3) 多職種連携におけるコミュニケーションについて

- ・コミュニケーションをはかる取組みとして以下のようなものがある。

① SCCNet（地域ケアネットワーク佐久）

- ・平成21年8月に地域包括ケアを円滑に行う上では多職種の方々の連携が上手くいくことが大変重要との思いから、医師会を中心に、佐久地域の多職種が集まれる場として、勤務先ではなく医師会、歯科医師会、看護協会、薬剤師会、社会福祉士会、栄養士会、介護支援専門員協会などの団体に所属するメンバーが、個人で参加でき、お互いに顔が分かる関係になれるよう事例検討やその時に気になっている事・問題、この地域の皆で共有したいことを偶数月第4火曜日（19時～20時30分）の間で話し合いすべく設立された。
- ・代表は各職能団体の代表者で構成され、市役所の行政機関も含まれる。
- ・参加人数は毎回80～110名位である。
- ・守秘義務が課されている職種による参加に限っており、一般人の参加は認めていない。

② 地域包括ケアセンターのケア会議。

- ・上記のSCCNetのつながりで、在宅保健事業に関し、地区毎のサービス事業所職員、病院職員等、多職種が集まり、共同で困難事例の検討会を行っている。



(4) 診療所と病院の連携について

- ・退院前に患者本人や家族の意向を確認し、かかりつけ医として依頼する診療所の医師に対して、退院調整者（退院調整看護師、MSW）より患者の状態を情報提供（電話）し、その後、更に病院主治医より診療情報を提供を行っている。
- ・他医療機関との連携の密度は、先方の医師の人柄、取組み姿勢に左右されることが多く、医師と直接話ができる状況にあれば連携が取りやすい。

# 第5章 在宅移行支援における多職種協働の課題と提言

## I. 課題

在宅移行（退院支援）は、①患者が住み慣れた環境での生活継続を支援することで生活の質を高め、また、②高齢化が進行し医療の需要が高まる中で、限られた医療資源の有効活用につながるものであり、その重要性は高い。

一方で、医療関係者のみならず、ケアマネジャー、介護職を含めた多職種が連携し、地域全体の介護力をいかに高めていくかということが課題の根本にある。

このような問題意識を持った上で、先進事例調査、モデル事業実施及び実施者に対するヒアリングを踏まえ、具体的な問題点を課題として抽出したものである。課題としては、大別すると4点あり、それぞれ個別の問題点は以下の通りである。

### (1) 各専門職の役割に関する問題

- ・地域連携室、受持ち看護師の役割が必ずしも明確になっていない。
- ・退院担当者は、地域連携室、退院調整看護師、受持ち看護師など各医療機関によりさまざまである。これが院外の関係者に認知されていない場合がある。
- ・医療機関により退院担当者の数はさまざまである。規模により必要人数は異なるが、人員が少ないと退院後のフォローを含めた在宅移行支援を充分に行うことができない。

### (2) 地域全体のネットワークに関する問題

- ・患者家族へのインフォームド・コンセントは難しく、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員等、家族のことに詳しい関係者を早期に関与させられなかったために、家族との関係がこじれる場合がある。
- ・在宅移行支援を医療機関の中だけでとらえたり、地域のネットワークづくりが不十分だと十分な在宅移行支援は行えない。

### (3) 専門職の教育に関する問題

- ・医療関係者が在宅生活に理解がないために、在宅移行に対して否定的な発言をし、それが患者本人や家族の在宅移行への熱意を奪ってしまうことがある。
- ・医療関係者、ケアマネジャー、介護サービス事業所職員等、各専門職が勉強会や事例検討会を通じて共通認識を持っていないと、患者本人や家族に不安感を与えることがある。
- ・診療報酬、介護報酬についての知識が乏しかったり、部署間の連携不足のため、請求をしていないケースがあった。

#### (4) 地域住民の理解に関する問題

- ・在宅サービスや在宅医療について、地域住民に十分伝わっていないことが多い。
- ・医療機関の在宅に向けての取り組みや地域のネットワークづくりについて知られていないことが多い。

## II. 提言

上述の課題に対し、本件調査を通じて聴取した事例、ノウハウ等を通じて以下のような提言を行いたい。

#### (1) 専門職の役割の明確化とシステムづくり

- ・退院調整の担当部署及びその体制、核となる担当者を決め、その役割を明確化し、効果的な在宅支援が実行されるようシステムづくりをすることが重要である。
- ・また、そのことを内外の関係に周知・理解を図る努力が欠かせない。

##### \*事例) 北海道・京極町国保診療所

診療所ソーシャルワーカーが中心となって、本人、家族、医師、ケアマネジャーなどを交えて退院カンファレンスを行っている。ソーシャルワーカーが本人・家族、医療機関内、地域の事業所との橋渡しになり、情報交換を行い、より良い在宅介護を推進する体制がとられている (p. 46~48 参照)。

#### (2) 「地域づくり」が重要

- ・医療機関内のシステムづくりと並んで重要なのが、地域づくりである。地域づくりができていない地域では、在宅移行を安心して行うことができる。できていなければ、医療機関内のシステムができていても、良い在宅移行にはならない。
- ・ケアマネジャーを中心としたサービス担当者会議、ケアマネジャーの連絡会、地域包括支援センターが主催する地域ケア会議、多職種多機関が集まる研究会など形態はさまざまであるが、地域での多職種多機関連携の取り組みが始まっている。その輪に医療機関も加わり、一緒に育てていくことが重要である。
- ・さらに進んで、後方支援病院がない中小病院同士が連携し、患者が他医療機関から施設へ移動する場合でも在宅移行を最終目標に据えて協働することが考えられる。

##### \*事例1) 富山県・かみいち総合病院

地域の医師会が中心となり、医療機関、介護関係者が参加する在宅移行支援ネットワークが立ち上げられている。共通書式を使用し、職種間を超えた情報交換が行われている (p. 18~21, 52~55 参照)。

##### \*事例2) 福井県・国保名田庄診療所

町役場保健師、管理栄養士、ケアマネジャー、ヘルパー、小規模多機能施設職員、診療所医師、看護師など地域の在宅移行支援に関わる機関が毎週顔を合わせて情報交換している。急性期病院と距離があるため、医療機関とのやりとりはケアマネジャーが行い、得られた情報を地域で共有、良い方向性を参加者全員で考えている。患者宅でカンファレンスを行うこともあり、医療、福祉の相談のみならず、生活全般に関する相談も受けている (p. 56~58 参照)。

### **\*事例3) 大分県・国東市民病院**

平成22年5月、「くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）」を設立し、医療・保健・福祉の関係者、行政の実務担当者が一体となって、生活自立障害を持った住民のサポートを行うべく、地域ネットワークの構築から個別のケアプラン策定まで、幅広く多職種連携を行っている。

連携の具体的な方法として、退院支援（入院時チェックシート、退院支援シート作成を含む）、事務所間の連携に焦点を絞って「くにさき地域連携マニュアル」を平成25年4月に作成し、運用を開始している。なお、作成した資料は、電子カルテに取り込まれ、医師も適宜参照できるようになっている（p.16～17, 63～65 参照）。

### **\*事例4) 香川県・綾川町国保陶病院、三豊総合病院**

香川シームレスケア研究会で、医療機関と在宅、施設との連携を進めている。医療機関から退院の際には、研究会参加機関で作成した共通書式、「医療・介護連携シート」を使用している。また、地域包括ケアの単位である市町毎にIT化と定期的な多職種多機関勉強会を開催している（p.22～24 参照）。

### **\*事例5) 鳥取県・日南町国保日南病院**

日南町の地域包括支援センターがリーダーシップをとりながら、毎週の在宅支援会議にて地域住民の状況把握に重点を置きつつ、ケアマネジャーに適宜情報共有する等、入院と在宅を別けて考えるのではなく、連続的なものとして把握している。具体的には、当支援会議において、入院・在宅の区別無く支援対象者としてリストアップされた20名程度の中から数名ピックアップして留意事項等を全員で確認している。このようにして、町内の患者に関しては、病院職員、行政とも家族構成や経済状況も含めて全容を把握している（p.11～15 参照）。

## (3) 専門職の教育

- ・各専門職が、短期間でもよいので在宅医療・ケアの現場を経験することが重要である。
- ・地域で行われるサービス担当者会議、地域ケア会議、多職種多機関の集まる研究会などに積極的に参加する体制づくりが必要である。そこで自医療機関の状況を発表し、意見交換することが能力の向上につながる。
- ・院内で在宅移行の手引書による勉強会を多職種で開催する。
- ・在宅移行関連の診療報酬、介護報酬に関する知識（手引書 p.17）を持ち、その制度の主旨を理解する。また、正当な対価を得て、継続的な支援につなげる必要がある。

### **\*事例) 大分県・国東市民病院**

クリニカルラダーの初期段階にある病棟看護師を中心に、1週間の導入研修の後、二年間に渡って短期ローテーションを組んで当病院併設の訪問看護ステーションに研修（院内留学）させ、訪問看護を経験させることで、在宅移行支援に関する病院全体の理解を広めている（p.16～17, 63～65 参照）。

(4) 地域住民の理解を促す

- ・ 地域住民が集まる場において、現在の医療や介護の状況、医療保険や介護保険についてわかりやすく解説する。事例を通して、地域でどのような社会資源があり、実際にどのような人が生活しているのか理解してもらう。
- ・ 在宅医療の素晴らしさや困った際に誰にまず相談すればよいかを理解してもらう。
- ・ 地域でどのような取り組みが必要か、一緒に議論できる場の設定が重要である。

**\*事例) 大分県・国東市民病院**

「くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）」の取組みの中で、医療・介護関係者との定期的に議論を重ねる中で、今後、地域住民に対して、在宅移行支援の理解を広める活動を開始することが予定されている（p. 16～17, 63～65 参照）。

## 參考資料

## 地域包括ケアの円滑な実施に向けた医療と介護の 一体的な提供に関する調査研究事業

### 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。

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の的確な情報伝達すること、連携体制を構築することが必要です。

我々は、スムーズな在宅移行に向けた退院支援の普及・啓蒙活動の一助になれればと考え、平成24年度の国診療・保健健康増進等事業において、「在宅移行の手引き～医療・介護の連携に基づいた在宅移行（退院支援）に向けて～」を作成しました。この手引きでは、医療（入院から在宅医療）と介護のシームレスな移行を実現するための基本的な枠組みと様式を提示することに成功しましたが、新たに在宅移行（退院支援）に取り組もうとする医療施設が当手引きを参考に地域包括ケアの理念を実効性のあるものとするためには、連携のプロセスや内容をより具体的に提示する必要がある課題として残されています。

そこで平成24年度に作成した手引きの内容を更に充実させるべく、モデル事業の実施等を通じて、実際に多職種が連携するプロセスから得られた知見を、多くの地域で模倣できる汎用性のあるノウハウにまとめたいと考えています。

具体的には、本年度実施予定の在宅移行モデル事業及び先進地域調査（モデル事業とは別に並行して実施しています）について紹介する事例集と、事例から多職種連携のためのノウハウ（コツ）を分析・抽出し、「多職種協働によるカンファレンス開催の手引き（仮）」にまとめたいことを予定しております。

#### 2. モデル事業の枠組み

本モデル事業では、特定の入院患者に対し、入院から退院までの間に、本モデル事業のために用意した様式を用いて多職種連携の上で在宅移行支援を行い、その後、効果や感想をアンケートやヒアリングでご回答いただきます。

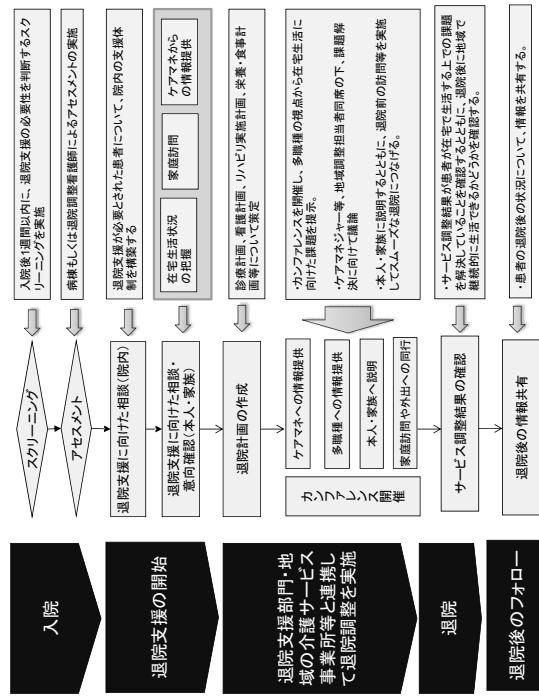
実施フローは下図のようになっています。まずは退院支援が必要なハイリスク者を選定するために、入院患者に対するスクリーニングおよびアセスメントを実施し、その結果を踏まえて病棟や地域連携室等の退院支援部門において在宅移行のための調整、手続を行うものとなります。

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、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、退院後には在宅医療生活の状況を、介護サービス事業所等と情報共有します。

※本モデル事業実施に当たりましては、「病院又は有床診療所が単独でモデル事業実施者となる場合」と、「無床診療所が病院と連携してモデル事業となる場合」の2つのパターンが想定されます。

P.5～6に、この2つの場合を分けてフロー図をお示ししましたので、更に詳細はこちらをご参照ください。

図表 モデル事業実施概要



### 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。

【病院・有床診療所が単独でモデル事業実施者となる場合】

- ・ 11月1日～30日に一般病棟に入院した65歳以上の患者
- ・ ただし、計画的入院患者（概ね3日以内に退院を想定）、特養及び老健に復帰する患者（※）を除く

【無床診療所が病院と連携してモデル事業実施者となる場合】

- ・ 連携する無床診療所の所在地域へ帰住することが予想される患者であって、11月1日～30日に連携病院の一般病棟に入院した65歳以上の患者
- ・ ただし、連携診療所以外の診療所又は病院から紹介された患者、計画的入院患者（概ね3日以内に退院を想定）、特養及び老健に復帰する患者（※）を除く

※なお、入院前とは別の特養及び老健に復帰する患者についても対象から除外する。

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。スクリーニングシートをご覧いただくことと分かるかと思いますが、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
- ・ 褥瘡処置など退院後も高度で継続的医療が必要な患者
- ・ 入院前と比べ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

### 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。

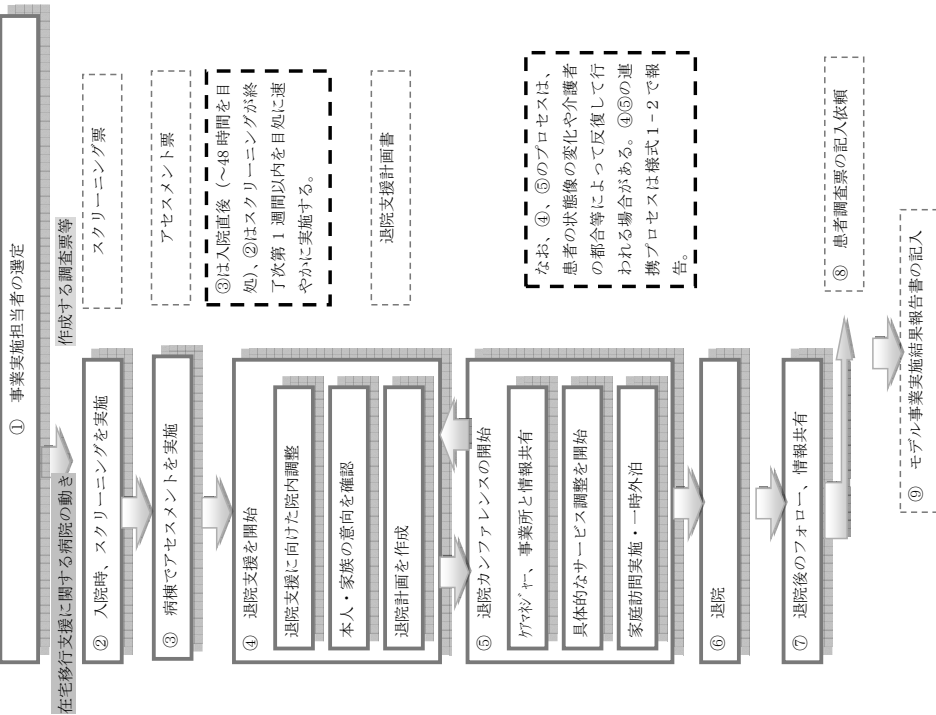
図表：帳票類一覧

様式	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	モデル事業実施担当者
様式1-1	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、転院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1-2	病院/診療所/介護事業者連携状況把握票	病院/診療所/介護事業者の具体的な連絡・情報交換の状況を記録する。	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5-1	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5-2	介護支援専門員票（退院後のフォローについて）	退院後のフォローについては用紙を別けて、詳細な調査をする。	
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時間、平均在院日数の変化等	モデル事業実施担当者



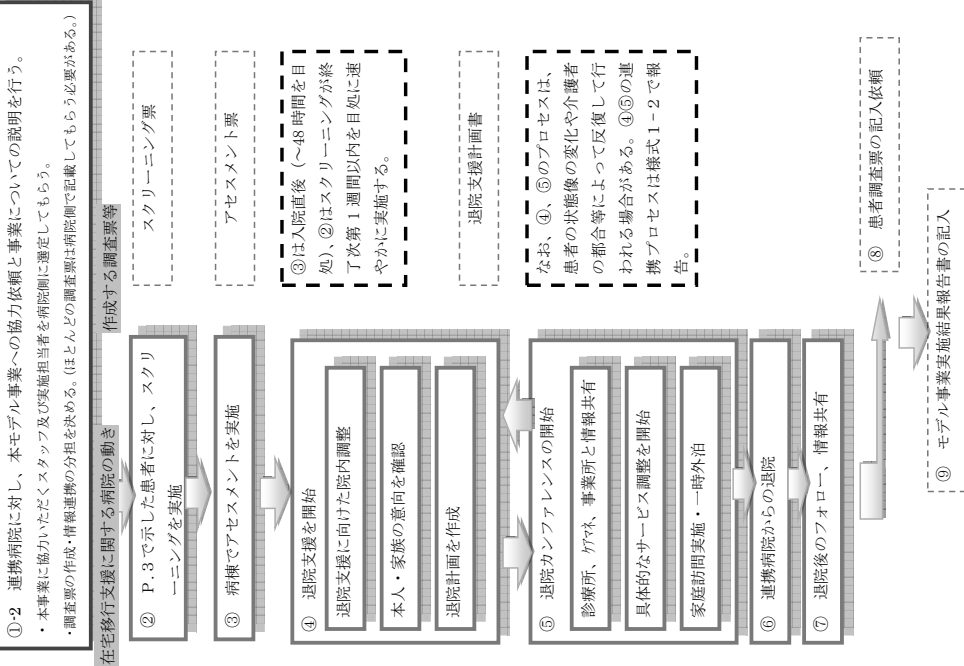
5. 在宅移行モデル事業実施フロー I

【病院・有床診療所が単独でモデル事業実施者となる場合】



5. 在宅移行モデル事業実施フロー II

【無床診療所が病院と連携してモデル事業実施者となる場合】



実施要領を渡して事業内容について説明

## 6. フロー図の各段階についての説明（Ⅰ・Ⅱ共通）

### ① 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）とします。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）の方等をお願いいたします。

### ①-2 病院の協力体制の整備

無床診療所が病院と連携してモデル事業を実施する場合は、まず、病院との協力体制を整備してください。無床診療所の事業実施担当者が連携病院にモデル事業について概要を説明した上で、事業への協力依頼を依頼し、病院側に実施担当者を選定してもらいます。また、調査票（スクリーニング票、アセスメント票、退院支援計画書等）の記入・提出の役割分担（ほとんどが病院で作成するものになりますが、様式1-2及び4など、診療所でフォローできるものもあります。）も決定してください。

### 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、以下の患者に限定して行います。（P. 3にも同様の記載があります。）

【病院・有床診療所が単独でモデル事業を実施する場合】

「11 月 1 日～30 日に一般病棟に入院した 65 歳以上の患者」で以下の除外理由に該当しない者。

除外理由：①計画的入院（3 日以内に退院が想定されるもの）

②特養及び老健に復帰する者（入院前とは別施設に復帰する者も含む）

【診療所が病院と連携してモデル事業を実施する場合】

「連携する無床診療所の所在地へ帰住することが予想される患者」のうち、「11 月 1 日～30 日に連携病院の一般病棟に入院した 65 歳以上の患者」で、以下の除外理由に該当しない者。

除外理由：①連携診療所以外の診療所・病院から紹介された患者

②計画的入院（3 日以内に退院が想定されるもの）

③特養及び老健に復帰する者（入院前とは別施設に復帰する者も含む）

まず、上記条件にあてはまる患者全員に対し、モデル実施事業実施担当者の方は、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。

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。記入者は病院によって様々であると考えられますので、記入者の職種を様式の所定欄に明記して下さい。

様式 2-1、2-2：スクリーニング票を使用してください。

【重要】スクリーニングの結果、退院支援が必要と判断された患者に対しては、本実施要領巻末に添付した同意書・説明書をお渡しした上で、事業内容を説明し、同意書への署名を頂戴して下さい。

### 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 など）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 週間以内を実施してください。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手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、以下は治療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、意向確認を行います。  
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、住宅の状況、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った後に行ってください。

**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、診療所の医師や看護師などと共有し、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 1-1：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 1-2：病院/診療所（産科を含む）/介護担当者連携状況把握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、産科医療機関
- ・ 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が取りまとめて返送してください。

**様式 5-1、様式 5-2：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、診療情報提供書の提供、または、従来の情報提供の方法で患者病状等の情報提供を行うてください。

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うつ、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とともにしてください。

○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

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ます。

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使用してください。**

① 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。

**モデル事業実施対象施設が病院となる場合：**

モデル事業実施にあたって、「個別情報管理者」をご指定頂き、国診協へ登録した後、次の事項について遵守頂くようお願い致します。

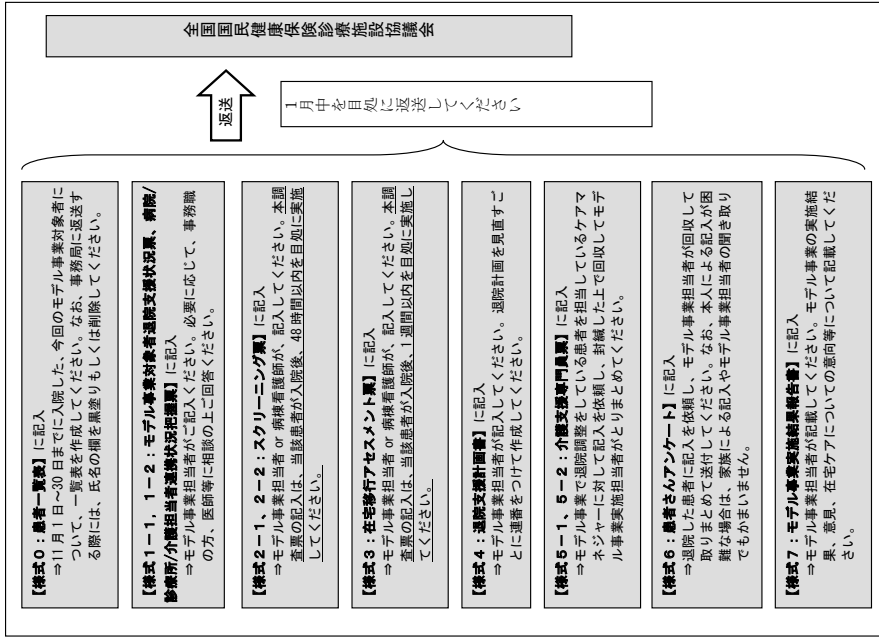
- ①個人情報が記載された帳票は、IDで管理することとし、ID一覧（様式0：患者一覧表）と個人帳票は別々に管理し、対象者が特定できない環境整備を行う。
  - ②収集したデータは、他に情報が漏れないよう、データの場場合はパスワードを付す、紙媒体で情報を収集した場合は、施錠できるボックス等で管理する等、情報漏えい防止体制を整備する。
  - ③収集した個人情報国診協事務局へ提出する際は、対象者が特定できないようID管理された状態での提出とする。また提出に際して、元データに氏名等が記載されている場合には該当箇所を黒く塗りつぶすか削除する等の処理を行う。
  - ④モデル事業実施担当者（病棟看護師等）が記入した様式類については、本事業関係者のみ記入・閲覧が可能とし、関係者以外の閲覧は原則認めない。また、閲覧者は知り得た情報を本事業以外の目的に利用しないよう守秘義務を遵守頂く。
  - ⑤本事業のために収集した帳票類は、国診協事務局に提出した後は速やかに破棄する。
- ※国診協との情報の受け渡しに際しては、「收受簿」を作成し、收受の記録を行うこととする。

**モデル事業実施対象施設が診療所となる場合：**

モデル事業実施にあたって、「個別情報管理者」をご指定頂き、国診協へ登録した後、次の事項について遵守頂くようお願い致します。

- ①個人情報記載された帳票は、IDで管理することとし、ID一覧（様式0：患者一覧表）と個人帳票は別々に管理し、対象者が特定できない環境整備を行う。
  - ②収集したデータは、他に情報が漏れないよう、データの場場合はパスワードを付す、紙媒体で情報を収集した場合は、施錠できるボックス等で管理する等、情報漏えい防止体制を整備する。
  - ③収集した個人情報国診協事務局へ提出する際は、対象者が特定できないようID管理された状態での提出とする。また提出に際して、元データに氏名等が記載されている場合には該当箇所を黒く塗りつぶすか削除する等の処理を行う。
  - ④様式類の記入・閲覧にあたっては、連携病院との協力体制の整備をする際、本事業に協力頂くスタッフ（担当者）を特定し、その者だけが閲覧が可能とし、関係者以外の閲覧は原則認めない。また、閲覧者は知り得た情報を本事業以外の目的に利用しないよう守秘義務を遵守頂く。
  - ⑤連携病院との情報の受け渡しに際しては、「收受簿」を作成し、收受の記録を行うこととする。
  - ⑥本事業のために収集した帳票類は、国診協事務局に提出した後は速やかに破棄する。
- ※国診協との情報の受け渡しに際しては、「收受簿」を作成し、收受の記録を行うこととする。

**7. 調査票の配布・記入・返送の流れ**



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！

※参考

## 同意書

\_\_\_\_\_(各地の事業実施主体名) 殿  
(公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会)

記

私は下記の調査事業へ参加するにあたり、担当者から別紙の説明書に記載されている「事業内容」及び「協力内容」について説明を受け、これを十分理解しましたので調査事業に参加することに同意いたします。

(調査事業名) 在宅移行モデル事業

(説明事項)

1. 調査事業の内容について
2. 調査事業において、参加者が協力する内容について
3. 調査事業に参加することに同意しなくても何ら不利益を受けないことについて
4. 調査事業に参加することに同意した後でも、自由に取りやめることが可能であることについて
5. プライバシーの保護、情報の取り扱いの件について

平成 年 月 日

参加者氏名 \_\_\_\_\_

13

※参考

別紙

## 説明書

在宅移行モデル事業への参加について

### 1. 事業内容

在宅移行支援のあり方に関する知見を得るための研究事業の一環として、○○○○施設を利用している方を対象に、よりスムーズな退院支援を行うための調査研究事業を実施することとなりました。

本調査事業においては、11月1日から11月30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。

### 2. 参加者にご協力いただく内容

- ① 患者さんアンケートへの記入
- ② (必要と判断される場合のみ) 在宅移行支援に関するヒアリング

### 3. 参加条件など

在宅移行支援を受けておられる利用者ご本人が本調査事業へのご協力を了承した場合のみ、ご参加いただけます。本調査事業に参加することに同意しなくても、何ら不利益を受けません。  
ご協力いただける場合には、同意書にご署名を頂戴します。

### 4. 参加の途中解除について

調査事業に参加することに同意した後でも、いつでも自由に調査への参加を取りやめることができます(途中解除といたします)。当初とお気持ちに変化があれば、お申し出下さい。途中解除した場合にも、何ら不利益を受けることはありません。

14

5. プライバシーの保護と情報の取り扱いについて

調査事業の結果は、協力いただいた参加者のデータを足し合わせて、全体的に処理し、個人を特定した集計・結果の公表をすることはありません。また、事例紹介として公表する場合には、年齢、病名、在宅での状況にかかわる最小限の情報、在宅移行支援の実施内容に限定して記述され、氏名及び居住地等個人の特定につながる情報が公表されることはありません。

集めた個人情報には本事業の調査研究目的以外に使用することはありません。資料は鍵のかかる棚に保管されて厳重に管理されるため、部外者が個人情報に触れることはありません。

平成 年 月 日

事業実施主体：  
(公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会)

担当者 職・氏名： \_\_\_\_\_

様式0 患者一覧表

患者NO	性別	年齢	氏名	入院日	スクリーニング実施日	アセスメント実施日	初回退院ケアプラン実施日	退院日	退院後訪問日
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
21									
22									
23									
24									
25									
26									
27									
28									
29									
30									
31									
32									
33									
34									
35									
36									
37									
38									
39									
40									
41									
42									
43									
44									
45									
46									
47									
48									
49									
50									
51									
52									
53									
54									
55									
56									
57									
58									
59									
60									
61									
62									
63									
64									
65									
66									
67									
68									
69									
70									

様式11-1

モデル事業対象者退院支援状況調査票

患者NO:	年齢	性別	特記事項 (自由記述)
入院日	日付/回数		
スクリーニング実施日	月 日		
アセスメント実施日	月 日		
退院支援開始日	月 日		
開始	月 日		
	月 日		
	月 日		
	月 日		
	月 日		
	月 日		
	月 日		
	月 日		
退院支援開始日	月 日		
本人・家族意向確認日	月 日		
退院計画作成(変更)日	月 日		
その他 ( )	月 日		
その他 ( )	月 日		
退院支援開始日	月 日		
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	月 日		
カンファレンス実施回数	合計	回	
家庭訪問実施日	月 日		
退院日	月 日		
退院後の訪問日	月 日		
フォローアップ	月 日		
退院の可否	月 日		
退院先	1.退院できた 2.退院できなかった 3.近日中に退院見込み		
	1.自宅 2.有料老人ホーム、グループホーム等		
	3.特別介護老人ホーム 4.老人保健施設 5.療養病床		
	6.療養病床以外の病床 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ての困難点			
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ての課題(多職種との協働における課題等)			
退院後のフォローアップにおける課題			
一連の退院支援の流れに関する課題			

病院/診療所/介護事業者 連携状況把握表

患者No.

記載者の職種： \_\_\_\_\_ 所属： \_\_\_\_\_

患者の入院日から患者の退院日まで、医療施設・事業者（病院・診療所(歯科を含む)・介護事業者）の枠を超えどのような連携や情報交換のための動きがあったのかを把握したいと考えています。記入例のように経過を追って状況を報告して下さい。

日付	連携に当たった職種等（誰が誰と）			連携内容（何をしたか）	備考
	病院	診療所	介護事業者		
○月●日	(患者)			入院	
	MSW（地域連携室）	診療所の看護師		かかりつけ医の○診療所に入院状況報告	モデル事業でなくても行っている内容。
		診療所の看護師	担当ケアマネ	電話でケアマネに病院への訪問を依頼。	
	担当看護師		担当ケアマネ	○病院に訪問。退院支援カンファレンスの日程を調整。	家族も体調不良。退院困難となりそうなことが判明。
	医師、看護師、MSW	歯科関係者	家族、ケアマネ、訪問看護STの担当看護師	退院支援カンファレンス（1回目）開催	入院前の介護サービス利用状況の確認。
○月●日	(患者)			退院	

記入例

日付	連携に当たった職種等（誰が誰と）			連携内容（何をしたか）	備考
	病院	診療所	介護事業者		



## 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・→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"/> 腹腔透析 <input type="checkbox"/> 人口肛門 <input type="checkbox"/> 人口膀胱 <input type="checkbox"/> 処置が必要と権がある <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"/> 末期癌 (予後半年以内)
その他の問題事項	<input type="checkbox"/> あり ( _____ )

他院からの紹介 \_\_\_\_\_ 病院 \_\_\_\_\_ 科 \_\_\_\_\_ Dr.

### 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: \_\_\_\_\_ (職種) \_\_\_\_\_ 印  
記入日: \_\_\_\_\_

## 様式2-2 在宅介護スクリーニングスコア表

入院日: \_\_\_\_\_

患者NO: \_\_\_\_\_ 様  
氏名: \_\_\_\_\_

	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「高齢」の扱い
2 介護を代われる者	いない	いる			
3 患者の機養室	なし	あり			施設入所者の場合「なし」の扱い
4 食事	介助	自立			知覚がなくても自力摂取できれば「自立」の扱い
5 着衣	介助	自立			知覚がなくて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			
9 介護者の専念	不可能	可能			介護のために退院・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			同居者の収入も含む
11 住宅	借家	自宅			施設入所者の場合は「借家」の扱い
12 経管栄養の介助	あり	なし			
13 排便	介助	自立			保→ワルメ化使用の場合は「自立」の扱い
14 屋内移動	介助	自立			保→車椅子で移動可能な家屋なら「自立」の扱い
15 意思疎通障害	あり	なし			認知症、重次機能障害、失語症がある場合は「あり」の扱い
16 医療処置	あり	なし			下記の「医療処置」に該当する項目があれば「あり」の扱い
合計					

疾患等 \_\_\_\_\_ /21点

### 合計

<評価基準>
10点< ハイリスクで、かなり在宅困難
11点 標準線
12点> 在宅可能

### 社会資源情報

- 1 介護保険 (無 有) (未申請・非該当・申請中・自立・要支援1・2 要介護1・2・3・4・5)  
 2 身体障害者手帳 (無 有) \_\_\_\_\_ 級  
 3 居宅介護支援事業所 \_\_\_\_\_  
 4 担当者 \_\_\_\_\_  
 5 介護サービスの内容 \_\_\_\_\_

### 医療処置に関する情報

- 1 感染症 (MRSA・HCV・疥癬・その他)  
 2 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)  
 3 認知症による症状 (夜間せん妄・徘徊・暴言・暴力・不潔行為・物とらわれ妄想)

### 【他院からの紹介】

- 1 紹介元病院 \_\_\_\_\_  
 2 紹介元医師 \_\_\_\_\_

記入者: \_\_\_\_\_ (職種) \_\_\_\_\_ (氏名)  
 判定日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

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日に一般病床に入院した患者  
 ■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>※姓は姓前名</small>	様性別	男・女	生年月日 <small>※西暦西暦西暦</small>	年齢 ( )歳
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 2.申請中 3.必要あるが未申請 4.不要または非該当	
病棟	無・有( )	身障手帳	無・有( ) (種類: )	
特定疾患	無・有( )	5.労災	7.その他( )	
保険種別	1.健保 2.国保 3.共済	4.生保	6.後期高齢者 7.その他( )	
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( )		

### ■ 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.脳神経性物 3.脳付神経疾患 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.認知・低下 2.終末期 3.褥瘡 4.摂食・嚥下障害 5.低栄養 6.褥瘡 7.脱水 8.認知症(他行動・心理障害) (BPSD) 9.寝違またはその他の睡眠障害 10.その他( )	
医療処置 (退院後考慮)	1.気管カニュー 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.尿管皮膚ろう 11.CAPD 12.ストマック 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( )	
入院形態	1.再入院 (7.1ヶ月以内) 2.半年以内) 3.その他( )	
ADL	1.移動要介助 2.排泄要介助 3.入浴要介助 4.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( )	
希望する退院先	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 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：（モデ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 ※○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	
支援が必要なる理由 ※○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変更に必要となる患者 4.独居あるいは家族と同居であっても必要となる介護を十分に提供できない患者 5.現行制度を利用して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

入院日:

計画日:

変更日:

様

病名	ADLの低下
退院困難な要因	ご家族
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( )
退院後に利用が予測される社会福祉サービスの担当者	<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・ 視 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"/> 転院・療養費について検討 <input type="checkbox"/> その他( ) <支援概要> 介護保険サービスの調整 <支援期間> 約1ヶ月間
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 老人保健施設 <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"/> グループホーム <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"/> 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"/> 在宅改修 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> その他( )

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ます。

印

(病棟退院支援計画担当者)

印

(地域連携退院支援計画担当者)

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

様式 5-1

在宅移行モデル事業【介護支援専門員票】

■記入にあたってのご注意

- この調査票は、モデル事業を実施している病院において、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、様式 5-2 とともに封入用封筒（長3）に入れ封緘した上で、連携先病院のモデル事業実施担当者にお渡しください。

(1) ご記入者の属性	
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. 常勤兼務 3. 非常勤専任 4. 非常勤兼務
② 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. 定期的な委員会への参加（地域ケア会議等） 2. 入院時情報提供書の提供 3. 入院中の来院への訪問 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■■■■

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

様式 5-2

退院後のフォローについて【介護支援専門員票】

■記入にあたってのご注意

- 様式 5-1 に引き続きご回答ください。記入の終わった調査票は、様式 5 とともに封入用封筒（長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お渡しください。

■在宅支援対象者の退院後のフォローに関する質問

(1) 日常生活支援について	
① 日常生活支援を行う上で、役立ったこと、工夫等あれば教えてください。	
② 日常生活支援を行う上で、苦労された点等あれば教えてください。	
③ 連携に当たって、多職種間で最低限共有する必要がある情報を教えてください。	
④ 連携に当たって、工夫された点、あるいは、このように工夫すれば良いとお考えの点があれば教えてください。	
⑤ 退院カンファレンスで議論されなかったことで、その後に問題となった事項等あれば教えてください。	

(2) 医療的措置が必要となった場合について	
① 退院後に医療的措置が必要となる場合に、多職種間で最低限共有する必要がある情報を教えてください。	
② 連携に当たって、工夫された点、あるいは、このように工夫すれば良いとお考えの点があれば教えてください。	

(3) その他

その他、退院後のフォローに関して、多職種連携等で特に工夫されている点や、他所でも参考となる偉るエピソード等あれば、教えていただければ幸いです。

これに限らず、退院後のフォローに関して、ご意見あればご自由にご記入ください。

■■■■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) 退院したきつ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したため 3. 家族が介護してくれるため 4. その他 ( )		
5) 退院支援へのご感想、病状や将来に対する不安など何でも結構ですので、ご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。

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

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2-1「アセスメント票」を記入した人数		うち、様式2-1「アセスメント票」を「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	
	実数( )人	のべ( )人	実数( )人	のべ( )人	実数( )人	のべ( )人	実数( )人	のべ( )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

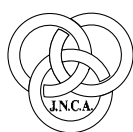
	事業実施前 (平成24年11月)	事業実施後 (平成25年11月)
平均在院日数(一般病棟分)	( )日	( )日
以下の各々の日数・割合について、モデル事業実施前と比べ、実施後ではどのように変化しましたか。		
入院からスクリーニングまでの平均日数	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した
スクリーニングからアセスメントまでの平均日数	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した
入院から退院カンファレンスまでの平均期間	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した
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 3. 増加した	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した
家庭訪問の実施割合	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した
退院後の訪問割合	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した	1. 減少した 2. 変わらない 3. 増加した
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 2

～ 医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集 ～



平成 26 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(本手引書の目的)	1
2. 在宅移行支援と地域の中の多職種連携	2
3. 退院カンファレンスの課題とその解決策	3
多職種連携のシステム作りとツールの紹介	
大分県国東市【ホットネットで連携】	
香川県綾川町【毎週の地域ケアカンファレンスと定期的な勉強会・在宅情報ICT化】	
福井県おおい町【保健・医療・福祉総合施設と小規模多機能施設の連携】	
鳥取県日南町【町の規模を活かして連携・毎週の顔合わせで情報共有】	
4. 理想的な在宅移行支援の流れ	11
5. Q&A	14
6. 付録：連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧	17

## はじめに（本手引書の目的）

平成24年度老健事業において作成された退院支援のためのマニュアル「在宅移行の手引き」は医療・リハビリ・介護サービスのシームレスな移行を実現するための方法・手順・様式などの基礎的枠組みを示したのですが、退院支援に取り組もうとする医療施設が手引きを参考に新たに実施するためには、いくつかの課題も残っていました。これらの課題を解消し、手引きで提案した円滑な在宅移行のための枠組みを更に汎用性のあるものとして活用していただくために、今回「在宅移行の手引き2」を作成しました。

本手引書は円滑な退院支援を実施するための具体的なヒント集です。

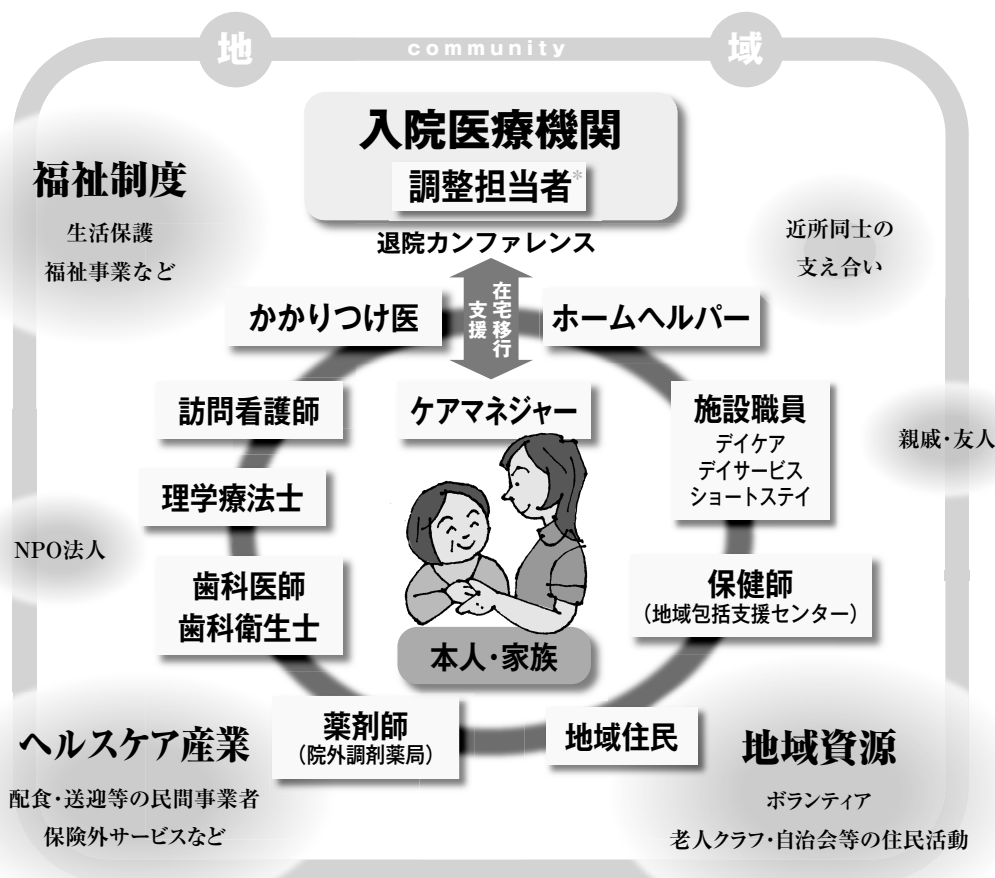
退院カンファレンスは多職種が一堂に会して情報交換やディスカッションを行う場であり、地域包括ケアの理念が体现される場ですが、実施状況(頻度、規模、場所、時間、参加職種など)は様々であり、現在はそれぞれの地域ごとに望ましい在り方を模索している段階です。また、課題の整理やその解決策まで到達していない地域もあると思われれます。

この手引きではモデル事業の実施や先進事例の収集によって得られた在宅移行にまつわる課題と解決策に関する知見をまとめ、昨年の手引きで示した退院カンファレンスの枠組みに更に具体性を与え、多くの地域ですぐに模倣できるようなアイデアを紹介しています。「在宅移行の手引き」と併せてご覧いただき、退院支援や多職種連携に取り組む際の参考としてご活用下さい。



## 在宅移行支援と地域の中の多職種連携

在宅移行支援の中心となるのは入院医療機関の調整担当者ご本人・家族を中心とした在宅ケアに関わる多職種ですが、地域にはその他にも様々な在宅移行を支える人々・機関・サービスがあります。在宅移行が成功するためにはこれら地域全体の介護力と連携力を高めていく必要があります。



\* 調整担当者については13ページを参照

入院医療機関は在宅移行支援の際、患者さんを中心とした在宅ケアに関わる多職種と連携を取ります。連携窓口を担う人は地域やケースによって様々です。多くの地域ではケアマネジャーが中心になっていますが、地域やケースの特性に応じて一定ではありません。

## 退院カンファレンスの課題と解決策

退院カンファレンスには4つの課題があります。この課題を解決しようと工夫している例(モデル事業実施地域の取組み)をご紹介します。

### 4つの課題

#### 課題1 退院調整の担当者に関する課題

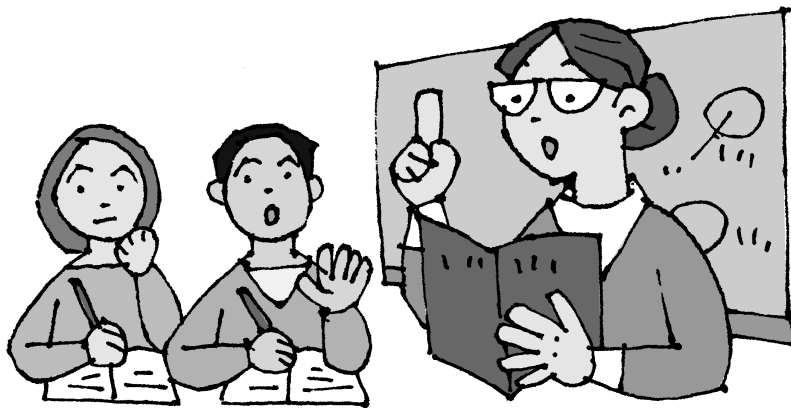
- 地域医療連携室が設置されていない・担当者が決まっていない場合がある。
- 退院調整の内容によって同じ医療機関内でも担当者が異なる場合がある。

#### 課題2 地域のネットワーク構築に関する課題

- 医療機関の中で在宅移行支援を頑張るだけでは連携が促進されない。
- ケアマネジャーと連絡を取るのに時間がかかる。
- 介護保険サービスを受けていない人はケアマネジャーが選定されて居らず、介護職との連携が取れないときがある。

#### 課題3 専門職の教育に関わる課題

- 医療関係者が在宅移行支援で果たす役割を自覚する必要がある。
- 専属の担当を設ける場合、教育に要する時間や費用が課題となる。
- 連携に関わる診療報酬加算の周知が不十分。知識を共有する必要がある。



#### 課題4 地域住民と一体となった支援体制づくりの課題

- 在宅医療や介護保険に関して、その地域で利用可能な社会資源について情報を共有する必要がある。

## ●● 課題の解決策

課題 2 への解決策（多職種連携の方法とツールの紹介）

- ★大分県国東市／ホットネット（→5ページ）
- ★香川県綾川町／勉強会とICTを活用した顔の見える連携（→6ページ）
- ★福井県おおい町／施設間での多職種連携（→8ページ）
- ★鳥取県日南町／「在宅支援会議」（→10ページ）



課題 3 への解決策

### ★大分県国東市民病院の院内留学

#### 院内留学

大分県・国東市民病院の例では、クリニカルラダーの初期段階にある病棟看護師を中心に、一週間の導入研修の後、二年間に渡って短期ローテーションを組んで病院併設の訪問看護ステーションに研修(院内留学)させ、訪問看護を実地で経験させることで、在宅移行支援に関する病院全体の理解を広めている。

### ★医療・介護連携に関わる診療報酬一覧表（→17ページ）

課題 4 への解決策

### ★かみいち総合病院のナイトスクール（地域住民啓発活動）

#### ナイトスクール

参加者：地域住民と医師、看護師、作業療法士、社会福祉士、保健師、研修医など

かみいち総合病院では、「これからの上市町の医療とかみいち総合病院の役割についてみんなで一緒に考えよう」をテーマに上市町内の地区公民館を回って健康や病気についてのミニ講座、リハビリ体操、なんでも相談等を行っており、地域住民の保健・予防・啓発活動に取り組んでいる。このスクールの中で在宅医療や地域資源についても説明し、地域住民の理解を深めている。

## ●● 多職種連携のシステム作りとツールの紹介

退院カンファレンスの成功は地域の多職種連携の基礎があつてこそ実現します。  
多職種連携が進んでいる地域の連携方法と工夫を紹介します。

### ★大分県国東市【ホットネット※で連携】

※ホットネットとは、連携のマニュアル整備を行い、マニュアルに基づいた連携の場(会議)を運営する組織です。

連携方法の特徴	毎月1回、連携会議(運営委員会)を開催。会場の提供・印刷費用は自治体が負担。運営メンバーはボランティア。
発足の経緯	平成17年に国東病院が主導して医療・福祉・介護関係者が集まる場を設けたのが始まり。連携の機運が高まり、平成22年にホットネットが発足。平成24年からはメーリングリストを活用した情報(会議議事録)を共有している。
参加者	看護師(病院、施設)、保健師(地域包括支援センター、保健所、保険センター)、リハビリ専門職、ケアマネジャー、社会福祉士、市役所職員、相談員、市議会議員(保健師)

#### 参考ポイント

- ◎連携のマニュアルと連携のための共通様式を作成して「連携のしくみ」を確立。
- ◎共通様式の中で、地域の医療機関の連携担当者一覧表を作成・公表している。

医療機関ごとに担当者が違うから担当者に連絡を取るのが一苦労。分担の範囲も違う。

地域の医療機関の担当者をまとめた一覧表があれば連絡が取りやすい。

連携の内容ごとに担当者を細かく分けているから便利!!

< 医療機関別入退院調整役割一覧表 >

1P	医療機関名	診療所	病院	病院	クリニック
	TEL	■■■■	■■■■	■■■■	■■■■
	FAX	■■■■	■■■■	■■■■	■■■■
NO.	項目				
★1:	CM(ケアマネ)への連絡	■包括副所長	■病棟師長	■事務長	■師長
★2:	介護認定の必要性の判断	■包括副所長	■受け持ちNs	■事務長	■Dr
★3:	家族への申請依頼者又はCMへの申請代行依頼者	■包括副所長	■病棟師長	■事務長	■師長
★4:	認定調査への対応、主治医意見書の提出手続き	■包括副所長	■受け持ちNs・医師	■事務長	■師長
★5:	退院支援の必要性判断 = アセスメント記入	■師長		■事務長	■師長
★6:	退院後の対応事業所や受入れ先を紹介する担当者	■包括副所長	■受け持ちNs	■事務長	■師長
★7:	受入れ先との情報交換担当者	■副師長	■受け持ちNs	■事務長	■師長
★8:	退院支援が難しいケースへの対応	■包括副所長	■病棟師長	■事務長	■師長
★9:	事前情報提供「ホットネット連絡表」作成者	■副師長	■受け持ちNs	■事務長	■師長
★10:	退院日程の調整者	■ケアマネ	■病棟師長	■事務長	■師長
★11:	退院前カンファレンスの準備・日程調整者	■ケアマネ	■病棟師長	■事務長	■師長
★12:	専門的情報提供の準備・依頼者	■副師長	■受け持ちNs	■事務長	■師長

★香川県綾川町【毎週の地域ケアカンファレンスと定期的な勉強会・在宅情報 ICT 化】


連携方法の特徴	毎週の地域ケアカンファレンスに加え、香川シームレスケア研究会で作成した「医療・介護地域連携パス」を使用し、入退院の流れを地域全体で作っている。また、3カ月に1回の勉強会と各事業所のパソコンで患者情報が閲覧・書き込めるようにするICT化を行っている。
発足の経緯	香川シームレスケア研究会に積極的に参加し、平成20年から医療機関と在宅・施設を結ぶ地域連携パスを作成・改良してきたが、地域での連携を更に進めるため、平成23年度から市町村単位での勉強会の開催とICT化による情報交換を開始した。
参加者	医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ、MSW、ケアマネジャー、ヘルパー、施設職員、家族など

参考ポイント

- ◎香川シームレスケア研究会で入退院の流れを考えて作成した地域連携パスは、関係者に入退院時の情報交換の重要性と情報交換すべきポイントの共通認識が生まれた。定期的開催することにより顔の見える関係になり相談がしやすい。
- ◎地域での定期的な勉強会は、近隣にありながら意外と知られていなかったお互いの特徴、努力している点、スタッフ同士の交流などで大きな役割を果たしている。
- ◎在宅情報のIT化は、安価だがセキュリティの高い市販ソフト(Microsoft SharePoint)を使い、補助金がなくなっても継続可能なシステムである。独居 高齢者、認知症、ターミナルケア患者、人工呼吸器装着など多職種が関わっている場合に特に有効であり、関係職種がタイムリーに情報共有できる。

日付	平成24年11月26日	平成24年11月29日	平成24年11月30日	平成24年12月8日
時間	18時30分	18時30分	13時50分	13時00分
事業所	■■■■病院	■■■■病院	日常生活自立支援事業	■■■■病院
記入者	■■■■	■■■■		■■■■
職種	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	専門員	ソーシャルワーカー
体温			℃	℃
血圧			/ mmHg	/ mmHg
脈拍			回 / 分	
体調				
服薬状況				

写真も貼れて便利

担当者コメント	滝宮HPにて脳波等検査施行し一泊入院。明日(11/27)陶病院へ転院予定です。	滝宮にて診察検査施行も明らかな異常なし。内服の調整中です。脱水予防のため水分摂取を促しています。	11月28日支援時、手持ちの現金額を一緒に確認。15,000円強持たれていました。大金を持つことは用心も悪いので、今後、自宅へ戻るまで小遣いは持参しないことと相談し決めました。	
申し送り事項		食欲あり。本日よりリハビリ開始しました。移動はややふらつきみられるもシルバーカーで自立歩行されています。		□内炎は治癒し、痛みもないとのこと。食事も全量摂取されています。
本人・家族より		「リハビリいやや」	春頃に予定されている「ゆう」の外出(旅行)に参加したい！！その為に、頑張って病気を治して退院する！	「□は痛ういよ。」

気になることをすぐ共有

3か月に1回「訪問看護」「往診クリニック」「小規模多機能」などのテーマで医療・介護職の研修を行っている。研修にはICT化の報告に加え、グループワークも取り入れることで顔の見える連携の構築を目指している。

参加職種：医師、薬剤師、訪問看護師、リハビリ専門職、行政職、介護サービス事業所



訪問看護ではこんなふう  
に苦勞しているんだ・・



あ、いつもICT連携パス  
にコメントしてくれてい  
る●●さんですね！



## ★福井県おおい町名田庄診療所【保健・医療・福祉総合施設と小規模多機能施設の連携】

<p>連携方法の特徴</p>	<p>定期カンファレンスは、隔週水曜日17時から1時間程度の多職種カンファレンスを実施。臨時カンファレンスは随時開かれ、ケースによっては患者宅でのカンファレンスも行われる。カンファレンスの司会を、診療所、町役場、社会福祉協議会の三者で交代して行っている。地理的に孤立しているため、合併前の旧名田庄村内での連携は極めて強固だが、広域での多職種の連携は困難であるため、ケアマネジャーが病院、介護施設等の広域連携のキーパーソンとなっている。</p>
<p>発足の経緯</p>	<p>旧名田庄村時代の平成6年に診療所、社会福祉協議会、役場住民福祉課(後に保健福祉課)で結成した『健康と福祉を考える会』の活動の一環として、多職種カンファレンスを開始した。</p>
<p>参加者</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* 診療所：医師、看護師</li> <li>* 役場(なごみ保健課保健福祉室、地域包括支援センター)：保健師、管理栄養士</li> <li>* 社会福祉協議会(居宅介護支援事業者、通所介護事業者、訪問介護事業者、訪問入浴介護事業者、小規模多機能ホームひだまり、小規模多機能ホームきぼう)：事業所管理者、ケアマネジャー、保健師、看護師、社会福祉士、ホームヘルパー、デイサービス職員</li> <li>* 臨時カンファレンスでは、本人、家族が参加することが多い</li> <li>* ケースによっては、小浜警察署(虐待疑いのケース)、訪問リハビリ事業者“ふらむはあとリハビリねっと”のPT、OT(リハビリが重要なケース)、小浜病院リハビリテーション科のST(嚥下障害のケース)、福祉用具レンタル業者(福祉用具の選択に迷うケース)も参加している</li> </ul>

### 参考ポイント

- ◎多職種カンファレンス開催時以外でも、常時さまざまな職種が情報を交換、共有している。保健・医療・福祉総合施設“あっとほ～むいきいき館”内では、診療所、役場事務所、社会福祉協議会デイサービスルームなどで多職種が数分間の立ち話をしながら、情報交換する風景が日常的にある。
- ◎地理的に孤立しているため、おおい町名田庄地区の多職種全員が広域の各医療介護機関と連携するのは困難であるため、勤務時間内の行動を調整することが比較的自由であるケアマネジャーが、広域機関との連携のキーパーソンとなっている。
- ◎居宅介護支援事業者、通所介護事業者、訪問介護事業者、訪問入浴介護事業者、小規模多機能施設(2カ所)は、すべて社会福祉協議会の運営であるため、利用者にとっての最適なサービスをめざすための計画変更が迅速である。

◎社会的に困難なケース(虐待疑い、生活困窮者、家族関係崩壊等)は、保健師あるいは地域包括支援センターと連携して迅速に対処している。

色々な場所で  
多職種連携

定例の多職種ケースカンファレンス(診療所にて)



医療依存度の高い患者さんが退院する際には入院医療機関の主治医と診療所のかかりつけ医が出席。(病院にて)





★鳥取県日南町【町の規模を活かして連携・毎週の顔合わせで情報共有】

連携方法の特徴	毎週1回1時間ほどの在宅支援会議を開催。会議場所は病院内。司会進行は行政職が務める。
発足の経緯	昭和59年に在宅支援のための訪問連絡会を開いたのが始まり。年々参加者が増え、今の形になった。
参加者	医師、看護師、(病院・訪問看護師)、理学療法士、ケアマネジャー、福祉保健課職員(課長、保健師など)、地域包括支援センター、介護事業所の代表者(居宅介護支援事業所、訪問介護事業所、通所介護事業所など)

参考ポイント



- ◎必要な情報を厳選して情報交換を行うことで大勢の住民に関する情報交換が可能になっている。
- ◎開催回数が多いので「食事がうまく取れなかった人のその後」など開催の際のテーマを決めるなど、開催方法も工夫している。
- ◎こまめな顔合わせで連携促進(人口規模5,000人の町であることを活かし、医療・介護・福祉行政の当事者意識が高い。)
- ◎連携が進んだ結果、関係者が入院と在宅を分けて考えていない。「地域の中で、今誰が関わりを強めるべきか」という視点で連携している。

在宅支援会議記録

出席者:

No.1 ○○地区(居住地)	氏名	年齢	No.2 ○○地区(居住地)	氏名	年齢
気になったこと 要介護認定の変更について 投薬内容 家族の状況変化などを記入。 <b>1人分</b>			連携のための様式が職種や施設ごとに色々あって混乱する・・・ 様式の統一は難しいし・・・		
No.4 ○○地区(居住地)	氏名	年齢	No.5 ○○地区(居住地)	氏名	年齢
情報を厳選して大勢の情報交換を行う			(例) 退院後の一人暮らしに不安。町外への転居は拒否。訪問看護があれば在宅に戻れそう。 ○○荘もすすめてみる。○月○日、デイを試しに利用。		
No.8 ○○地区(居住地)	氏名	年齢	No.9 ○○地区(居住地)	氏名	年齢
No.10 ○○地区(居住地)	氏名	年齢	No.11 ○○地区(居住地)	氏名	年齢
No.12 ○○	認定予定者情報は介護事業所にとって有用				
No.13 ○○地区(居住地)	氏名	年齢	No.14 ○○地区(居住地)	氏名	年齢
要介護認定待ち(今週の認定予定者)					
○川 ○太 ○山 ○美 ○谷 ○子					

## 理想的な在宅移行支援の流れ

準備段階から退院後のフォローまで、中小規模病院を想定して「何をすべきか」段階を追って示しました。各段階で未着手のことがないか、セルフチェックにも活用して下さい。

### ① 準備段階

#### 目的

地域連携室や連携担当者が中心となって、患者や家族、介護職が気軽に医療機関と相談・情報交換できる雰囲気を作る。

#### この段階ですること

##### 多職種協働のシステムとネットワークを作る

- ・ 院内の退院調整担当者(※13ページ参照)を決めて、院内外に周知する
- ・ 地域包括ケア会議などでケアマネジャーをはじめとする介護職との接触の場を増やす
- ・ 多職種間の情報を共有するために共通様式を整備する

##### 在宅移行支援の啓蒙活動を行う

- ・ 訪問看護ステーションなどへの看護師の院内留学
- ・ 自主勉強会又は意見交換会の開催
- ・ 診療報酬に関する知識を共有する  
(※連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧を活用：17ページ)

### ①② 病院でアセスメントとスクリーニングを実施

#### 目的

退院調整担当者が在宅移行支援の必要性を検討し、在宅移行支援が必要な患者を抽出する。退院後に必要なサービス・支援とその提供方法を検討する。

#### この段階ですること

##### 入院後48時間以内にスクリーニングシートを作成し、要支援者を抽出する

- ・ 入院患者一覧表などで入院患者を可視化するなど、担当者が入院患者に迅速・自動的に関われるしくみを作る

##### 要支援者には1週間以内にアセスメントを実施する

- ・ 既にケアマネジャーが決まっている患者の場合は速やかにケアマネジャーに連絡をとり、情報提供を受ける。
- ・ 新たに介護保険を申請する場合や介護保険サービスを利用しない患者の場合は包括支援センター職員や自治体の保健師に連絡を取り、情報提供を受ける。

## 4. 理想的な在宅移行支援の流れ

### ③ 退院支援を開始

#### 目的

退院調整担当者が医師等を交えて在宅移行支援に向けた院内調整を行い、患者本人・家族の意向を確認した上で退院計画書を作成する。

**連携する職種：**受け持ち看護師・医師・歯科医師・ケアマネジャー(又は地域包括支援センター職員又は自治体の保健師)

#### この段階ですること

患者及び家族の意向を聞き取り、医療職が患者の生活場面での状況を理解する

- ・ 患者側に話を聞いてもらえなかったという不満が残らないよう丁寧に聞き取る。ケアマネジャーを通じて確認すると円滑。場合によっては家族の希望(排泄の自立など)をかなえてから退院をむかえるようにする。

関係者間で情報共有を行う

- ・ 病院内・外の関係者を確認し、情報共有のための連絡体制を整える

退院計画書を作成する

### ④ 退院カンファレンスを実施

#### 目的

退院調整担当者が主催し、関係職種が出席するカンファレンスを開催する。在宅生活に向けた課題の確認と方向性の決定と役割分担の確認を行う。

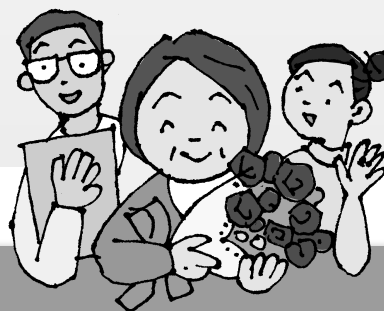
**参加想定職種：**医師・看護師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・理学療法士などのリハビリ専門職・ケアマネジャー、介護サービス事業者

#### この段階ですること

可能な限り多くの関係者の出席を調整する

- ・ 介護サービス事業者、家族、退院後施設に入所予定であればその施設の職員等が一堂に会して共通認識を持つと同時に役割の確認を行う。
- ・ 地域のチームで在宅ケアを支えている、という安心感を家族が実感できるようにする。

家族や患者の意向について最終確認を行う。



### ⑤ 退院

## ⑥ 退院後のフォロー、情報共有

### 目的

退院調整の際に築いた多職種連携のネットワーク、システムを退院後も活かし、退院後の状況を確認する。退院カンファレンスでの方向性が正しかったか検証する。

### この段階ですること

#### 退院カンファレンスで築いたネットワークを活用して情報連携を図る

- ・ 地域のケアマネジャーと顔を合わせる機会を継続的に保つ
- ・ 機会を捉えてケアマネジャーやかかりつけ医から退院後の状況を聞き取る

#### 退院後に開催されるカンファレンス等に参加する

- ・ 介護職が主催して患者宅で行うサービス担当者会議や緊急時カンファレンスに参加し、情報交換に努める。

#### 退院後フォローの方法を工夫する

- ・ フォローの方法は様々です。手引書の具体例などを参考に、地域に合った方法を更に工夫します。

## 退院調整担当者とは？

退院調整を担当する職種・役職は病院によって様々で、一律にこの職種・職位が担当すべきとは決められません。しかし、「担当者を定める」ことは必要です。呼称も統一すると外部の方の混乱が防げます。



### ●地域連携室

担当窓口が一本化するので外部から連絡が取りやすい。

### ●退院調整看護師

専門的な教育を受けた看護師が調整に当たることによって円滑な調整が可能となるが、退院調整看護師を育てる教育体制・時間が必要。

### ●受け持ち看護師

受け持ち看護師が退院調整も担当するため、家族との距離も近く、患者本人の意向も聴取りやすい。調整で家族との関係が悪化した場合に担当しにくくなるという面もある。

### ●その他

地域や施設の実情に応じて誰が担当しても構いません。



## Q&A

**Q1**

地域医療連携室がない病院で、退院調整担当になりましたが、今まで退院調整に関わったことがありません。最初に何から手を付ければよいでしょうか。

**A1**

「地域活動」と「研修・自己研さん」に分けて提案します。

### 地 域 活 動

- ① 名刺を作成し、関係機関(関連病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会、介護施設、居宅事業所、ケアマネ協会、地域包括支援センター、福祉課、訪問看護ステーション、保健所等)にあいさつ回りを定期的に行い、病院の窓口が自分であることをお知らせするとともに、顔の見える関係を作る。
- ② それぞれの関係機関の研修会に参加し、自己紹介および病院の紹介をする。
- ③ 施設職員が付き添って患者さんとともに受診をしたとき、できるだけ早く帰れるよう配慮する。
- ④ 施設入所中の患者さんが入院される際の情報収集は、外来からの情報を病棟にきちんと伝達できるシステムを作り、施設職員に何度も同じことを聞かないようにする。

### 研 修・自 己 研 さ ん

- ① 退院支援の知識を得る。(例：国診協「在宅移行の手引書」を参考・活用)
- ② 国診協地域包括医療・ケア研修会など研修会に参加し、知識を深める。
- ③ 介護保険の居宅サービス関係を中心に、制度面の学習をする。
- ④ ケアマネジャーの資格取得を目標にする。
- ⑤ コミュニケーションスキルを身につける

**Q2**

家族が退院を拒んでいます。どのように説得すればよいでしょうか。

**A2**

退院はご家族にとって、脅威に感じられるケースがあります(特に自宅介護が大変であると、ご家族が感じている場合)。退院についてご家族がどのように感じておられるか、面談前に病棟看護師から情報収集しておく、初めての面談時に心構えができるのではないのでしょうか。

また、初めから退院のことを切り出すのではなく「何かお困りのことはないでしょうか？〇〇さんが、ご自宅でより良く過ごされるためのお手伝いをしたいと考えています。」とアプローチしていくとご家族の印象も変わってくると考えます。

Q3

入院時の聞き取りにおいて、担当ケアマネジャーがいることを知りました。情報の共有を図りながら退院支援を進めたいと思うのですが、どのようにしたら良いですか。

A3

本人または家族から、担当ケアマネジャーに入院したことを伝えてもらいましょう。

併せて、退院調整担当者は本人・家族から了解を頂き、担当ケアマネジャーに電話連絡を入れるとスムーズに退院支援を開始することができます。(ケアマネジャーとしては、入院時情報連携加算として来院時に200単位、郵送等に100単位の加算がつきます。また、医療機関としても、介護支援連携指導料の算定に繋がります。)

Q4

ケアマネジャーが病院に来ることに消極的です。どのように働きかければよいでしょうか。

A4

ほとんどのケアマネジャーは、医療機関の敷居が高いと感じています。まず、病院側から積極的にアプローチしてください。患者さんが入退院された際、ケアマネジャーに病院側から報告するとともに、在宅での情報をいただくとうよいでしょう。

また、入院中、要介護度変更が考えられるなど状態が変化した際にも連絡するとよいでしょう。そして、退院カンファレンスが開催される際には、患者・家族の承諾を得て参加していただき、具体的な意見交換することによって顔の見える関係、心の通い合える関係づくりに努めることが大切です。



Q5

退院カンファレンスを開くと時間と手間がかかってしまい、負担が重いです。病院にとって何か良いことがあるのでしょうか。

A5

確かに、退院カンファレンスを開くためには時間と手間がかかります。そのために多少退院が遅れることもあるかもしれません。しかし、在宅での生活の調整ができていない場合、結果的に在宅に移行できなかつたり、在宅移行当初のトラブルから再入院や施設に入所せざるを得なくなる可能性も高まります。

また、退院カンファレンスを省略した場合、本人・家族は退院後の生活に不安を抱えたまま地域に戻らねばなりません。また、それを支えるケアマネジャーや事業所が目標や今後の方針を共有できません。よって患者さんが、在宅で安心して過ごせるように退院カンファレンスを開催する必要があります。退院カンファレンスは、ご本人・ご家族・ケアマネジャーとの事前調整(複数回)を実施した後で開催すると、カンファレンスそのものは短時間で終了すると考えられます。

Q6

退院カンファレンスを開催するにあたり、日程の調整が上手くいきません。どうしたら良いですか。

A6

院内調整と院外調整を分けて考えてみてはいかがでしょうか。(院内調整とは主治医や担当看護師、リハビリスタッフとの調整であり、院外調整とは、家族やケアマネジャー、訪問看護ステーション等との調整になります。)

院内においてカンファレンスの時期を想定し、院外調整を凶っていくと上手くいくことが多いです。日程調整の優先順位としては、家族、そしてケアマネジャーの順になります。予め、ご家族の構成や就労状況等把握しておく調整がしやすいと思います。もう一つは、院外調整をケアマネジャーに依頼することも有効です。ケアマネジャーに家族と日程を調整して頂き、院内担当者へ連絡を頂く方法もあります。

Q7

退院カンファレンスをして自宅に退院した患者さんがすぐに再入院しました。在宅生活に無理があったのでしょうか。

A7

退院後フォローアップを行うことで、退院カンファレンスのプランが適切であったかどうか評価できると考えます。

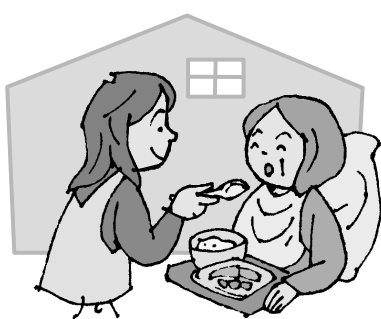
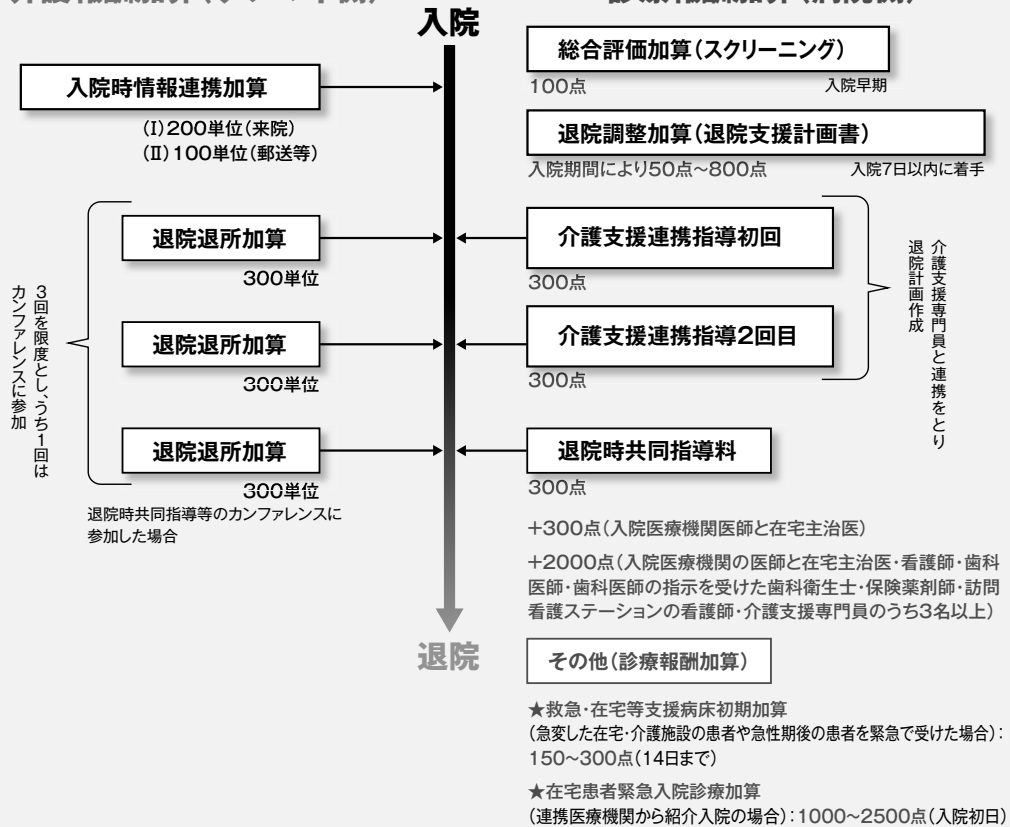
具体的には、退院後の自宅訪問やケアマネジャーや訪問看護師などを通じて情報収集する方法などがあります。また、外来通院をされている場合は、外来看護師と連携しながら情報収集するとよいと思われます。ご質問のような事例については、いろいろな原因が考えられますが、退院後の状況・課題を整理し、それを元に多職種で検討すると次の退院支援につながります。特に退院が困難であった事例を集めて、「困難事例検討会」を開催しているところもあります。そのことで、退院カンファレンスがより良いものに向上します。

# 付録 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧

## 介護・診療報酬加算に関して

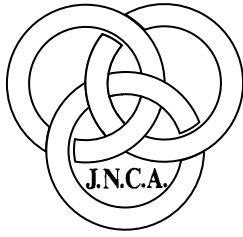
### <介護報酬加算(ケアマネ側)>

### <診療報酬加算(病院側)>



※この手引書は平成25年度に作成しているが、平成26年2月に公表された診療報酬改定説明資料を反映して作成している。





\*このパンフレットは、平成25年度老人保健事業推進費等補助金による「在宅移行支援の際の退院カンファレンスを題材とする地域包括ケアにおける医療介護連携・多職種協働の課題整理に関する調査研究事業」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/>

2014年3月発行

平成25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

**在宅移行支援の際の退院カンファレンスを題材とする  
地域包括ケアにおける医療介護連携・多職種協働の  
課題整理に関する調査研究事業 報告書**

---

平成26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

TEL03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

ホームページURL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>

印刷：日本印刷株式会社

---

