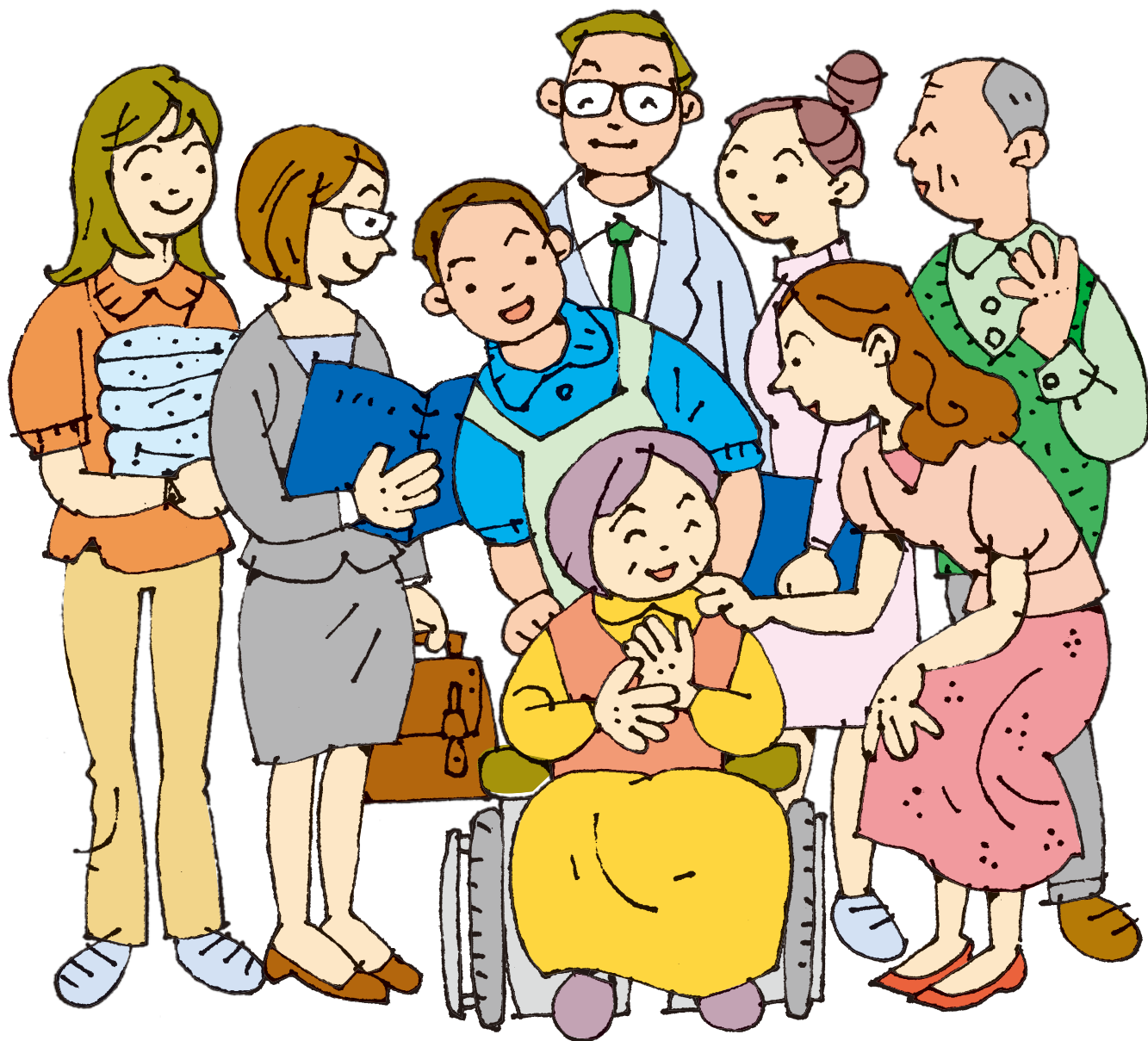
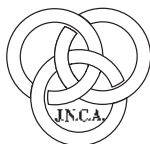


# 在宅移行の手引き 2

～ 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

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。

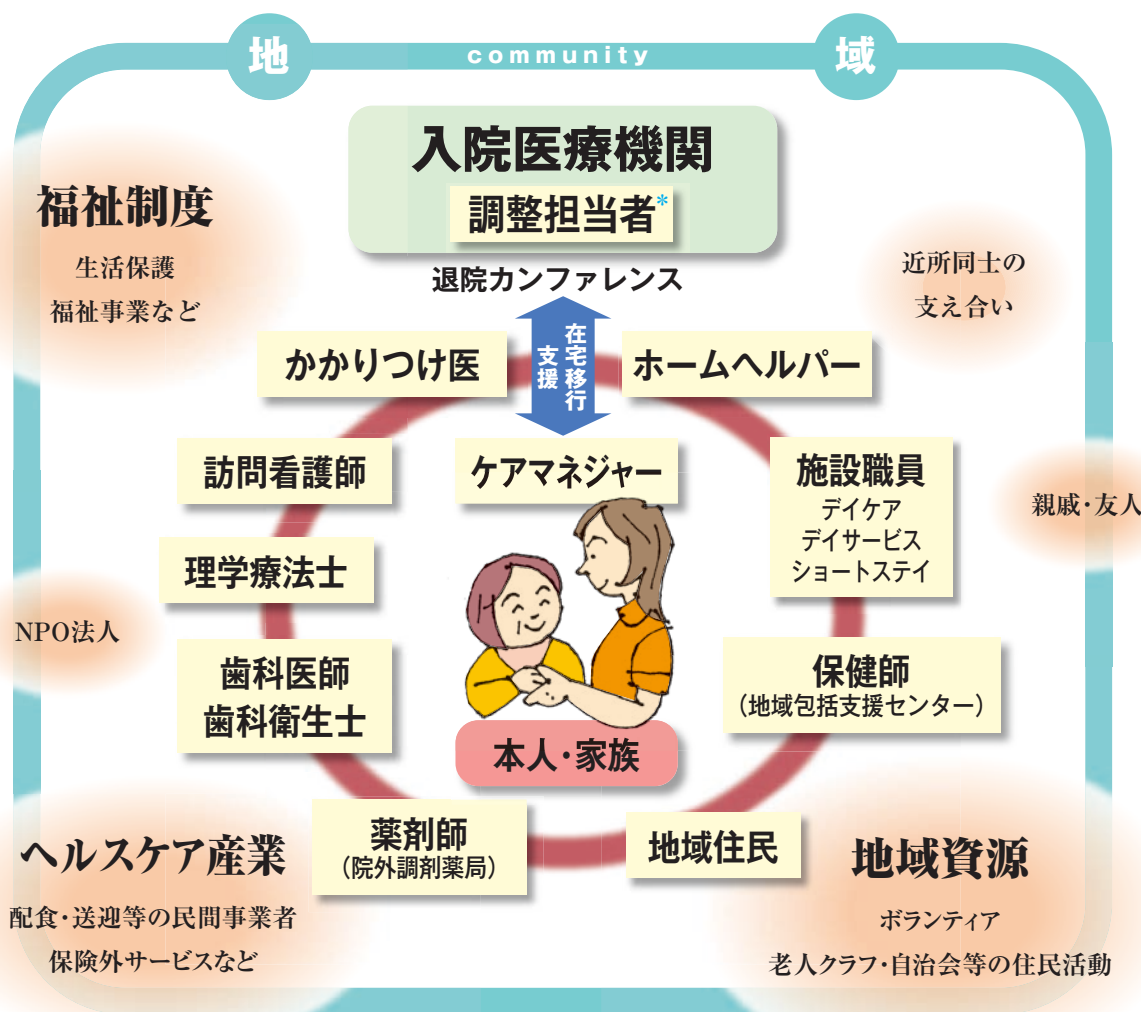
退院カンファレンスは多職種が一堂に会して情報交換やディスカッションを行う場であり、地域包括ケアの理念が体现される場ですが、実施状況(頻度、規模、場所、時間、参加職種など)は様々であり、現在はそれぞれの地域ごとに望ましい在り方を模索している段階です。また、課題の整理やその解決策まで到達していない地域もあると思われます。

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。

## 2

## 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。

## 3 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ってこそ実現します。  
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	医院	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。	滝宮にて諸検査施行も明らか異常なし。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。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で自立歩行されています。	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				口内炎は治癒し、痛みもなしとのこと。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「ゆー」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!	「口は痛うがいよ。」

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  
に苦労しているんだ・・・



あ、いつもICT連携バス  
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】

連携方法の特徴	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。
発足の経緯	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。
参加者	<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容易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)



患者さんのお宅に  
多職種が集合

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>			
No.4 ○○地区(居住地)	氏名	年齢	No.5 ○○地区(居住地)	氏名	年齢
			(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.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		

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・・・

情報を厳選して大勢の情報交換を行う

認定予定者情報は介護事業所にとって有用



## 4

## 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。



### 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。

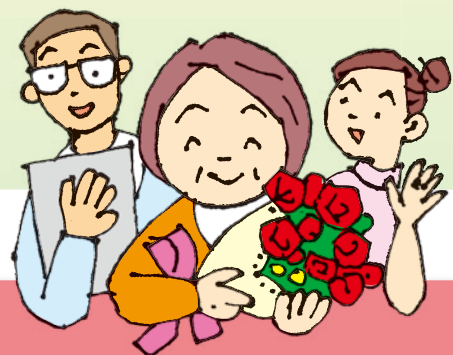
**参加想定職種：**医師・看護師・歯科医師・歯科衛生士・管理栄養士・理学療法士などのリハビリ専門職・ケアマネジャー、介護サービス事業者

#### 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、「担当者を決める」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で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。

## 5 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い良いでしょう。

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)を実施した後に開催すると、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、院外調整を図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ことで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。

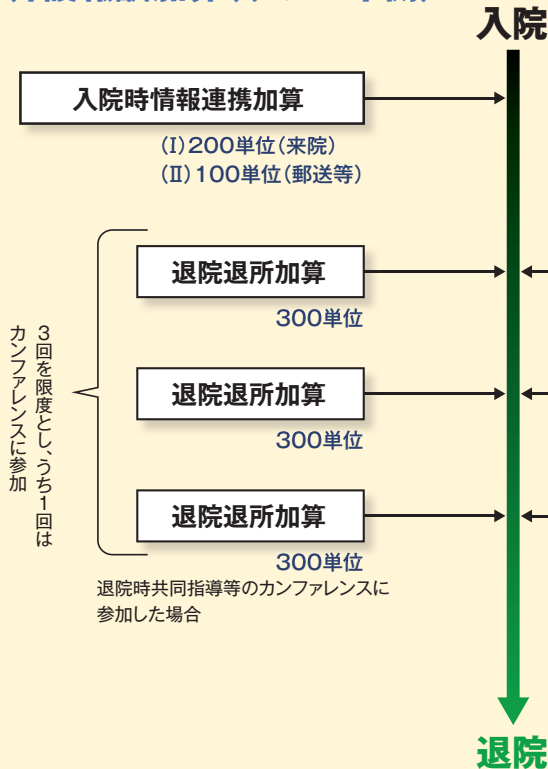
A7

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。

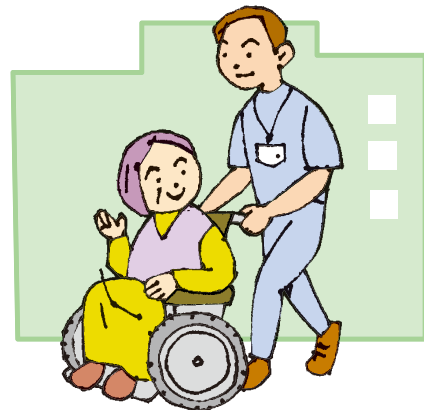
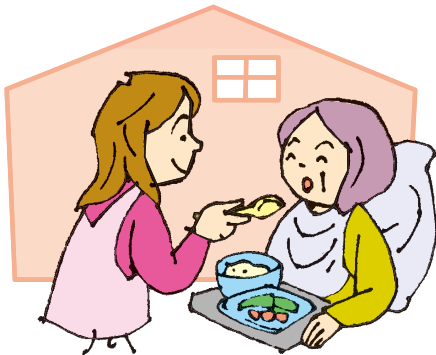
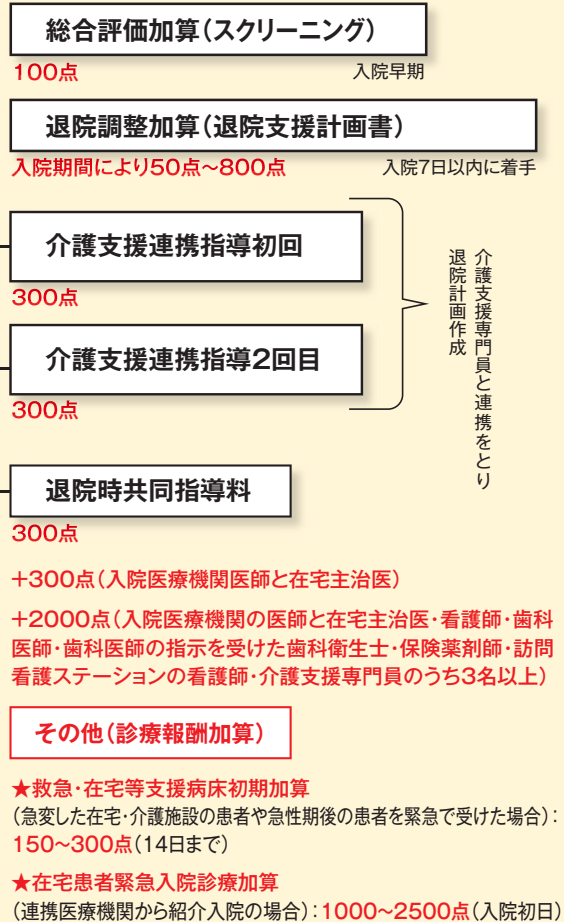
具体的には、退院後の自宅訪問やケアマネジャーや訪問看護師などを通じて情報収集する方法などがあります。また、外来通院をされている場合は、外来看護師と連携しながら情報収集するとよいと思われます。ご質問のような事例については、いろいろな原因が考えられますが、退院後の状況・課題を整理し、それを元に多職種で検討すると次の退院支援につながります。特に退院が困難であった事例を集めて、「困難事例検討会」を開催しているところもあります。そのことで、退院カンファレンスがより良いものに向上します。

## 介護・診療報酬加算に関して

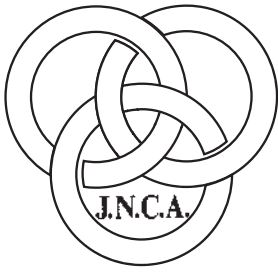
## &lt;介護報酬加算(ケアマネ側)&gt;



## &lt;診療報酬加算(病院側)&gt;



※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/>