

独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業

退院する高齢・障がい者の在宅移行推進事業

活動報告書



平成27年3月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

はじめに

本会は、国民健康保険直営診療施設（病院・診療所）（略称「国保直診」）を会員とし、保健・医療・介護・福祉の連携、統合を図る地域包括ケアシステムの構築を目指し、会員相互の研鑽、地域保健・医療の確保、国保直診の機能の充実強化を図るための事業を実施し、地域住民の健康、福祉の増進を進めている団体であります。

また、国保直診は、国民健康保険法の理念に基づき、市町村（保険者）によって設置されたものでありますが、その多くは、へき地や離島など保健・医療・介護・福祉資源の希薄な地域に設置され、地域住民の医療の確保とともに、地域包括ケアの実践を通して保健・介護・福祉の向上に大きな役割を果たしてきました。

国では、国民の自立を支え安心して生活できる社会基盤を整備するため、「地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律（医療介護総合確保推進法）」が平成 26 年 6 月 25 日に公布されました。また、第 6 次の医療法改正で、これまでの病院完結型医療から医療機能の分化・連携による地域完結型医療がもめられております。

これは、地域によって異なる高齢者のニーズや医療・介護の実情を正確に把握し、どのようにすれば豊かな老後の生活を営めるかを検討するとともに、住民や医療・介護施設等と連携・協議し、地域の多様な、また独自の資源を有効に活用して、高齢者が安心感をもって安全に住み慣れた地域で暮らせる環境を作ることが求められていることとなります。

我々、国保直診が設置される地域においては、都市部と比べ「少子高齢化」、「人口減少」が進んでおり、限られた地域資源の中ではありますが、地域診断をはじめとするニーズ把握から、住民組織等と協働した地域包括ケアシステムの体制構築を行ってきました。

本事業では、退院患者の在宅移行・地域移行を推進するため、入院機能をもつ医療機関だけではなく、地域の医療専門職、介護専門職、ケアマネジャーを含めた多職種、また、行政、介護保険施設・事業所、地域包括支援センター、社会福祉協議会など関係組織が連携し、地域全体の介護力を高めていく取り組みを行いました。また、地域住民にも医療機関の状況、医療・介護保険制度、地域で暮らすことの良さや地域でできること、できないことを理解いただき、在宅移行に関して一緒になって考え、今後のあるべき姿を模索することができました。

ぜひ、本活動報告書を一読いただき、「地域に視点を置いた在宅移行支援」に関する取り組みが、多くの地域に広がりを見せていくことを期待しております。

最後に、本事業実施にご協力いただいた国保直診及び関係者に深く感謝するとともに、この事業を推進するにあたり、阿波谷敏英先生をはじめとした実行委員会・教材作成班の方々のご努力に深く感謝の意を表します。

平成 27 年 3 月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
会長 青沼 孝徳

○事業で作成・活用したツール

これらのツールは、本報告書の資料編に同梱している他、国診協ホームページ (<http://www.kokushinkyo.or.jp/>) でもダウンロードできます。どなたでも、ご活用いただけます。

ツールの詳しい紹介は本報告書の第2章、事業で実際に使用した様子は第3章、その効果は第4章をご参照ください。

①「一般住民向け講演用スライド」

介護が必要になったときのために



②「一般住民向けパンフレット」

介護が必要になったときのために



（独立行政法人福祉医療機構助成事業社会福祉振興助成事業）
公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

③「医療・介護従事者研修」（講演用スライド・グループワーク配布資料）

④「在宅移行支援実践プログラム」 & 「在宅移行の手引き」・「在宅移行の手引き 2」

退院する高齢・障がい者の在宅移行推進事業

活動報告書

目次

はじめに

第1章 事業の背景、概要	1
1-1 事業の背景・目的	1
1-2 事業の概要	2
1-3 退院患者の在宅移行支援実行委員会／在宅移行支援教材作成班	3
1-4 地域活動（連携団体）の取り組み	5
第2章 事業で作成・使用したツールの紹介	18
2-1 住民向け啓発活動用ツール	19
2-1-1 一般住民向け講演用スライド	19
2-1-2 一般住民向けパンフレット	19
2-2 医療・介護従事者の研修用ツール	21
2-2-1 医療・介護従事者研修会（講演）スライド	21
2-2-2 医療・介護従事者研修会（グループワーク）配布資料	22
2-3 在宅移行の手引き	24
2-3-1 「在宅移行の手引き」「在宅移行の手引き2」	24
2-3-2 在宅移行支援実践プログラム	25
第3章 各種ツールの使用の実際	27
3-1 一般住民向け講演会	27
3-2 スタッフ研修及びケアカンファレンス	28
第4章 事業実施アンケート	37
4-1 一般住民向け講演会	37
4-2 医療・介護従事者研修会	42
4-3 退院支援・在宅療養支援に関するアンケート（本人・家族）	45
4-4 関係者意識調査	46
4-5 ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換	47
第5章 まとめ	48

資料編

- ① 「介護が必要になったときのために」一般住民向け講演用スライド
- ② 「介護が必要になったときのために」一般住民向けパンフレット
- ③ 「在宅移行研修会」医療・介護従事者研修会（講演）スライド
- ④ 「在宅移行研修会」医療・介護従事者研修会（グループワーク）配布資料
- ⑤ 「在宅移行の手引き」～医療・介護の連携に基づいた退院支援に向けて～
※H24年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により全国国民健康保険診療施設協議会が作成
- ⑥ 「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～
※H25年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により全国国民健康保険診療施設協議会が作成
- ⑦ 「在宅移行支援実践プログラム」
- ⑧ 講演会参加者、医療・介護従事者研修会参加者アンケート調査（集計結果）
- ⑨ ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換の内容

第1章 事業の背景、概要

1-1 事業の背景・目的

退院患者の在宅・地域移行は、a) 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、b) 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、その重要性は高いものであります。一方で、在宅移行を推進するためには、入院している医療機関だけではなく、地域の医療専門職、ケアマネジャーを含めた多職種、また、行政、介護保険施設、地域包括支援センター、社会福祉協議会、職能団体など関係団体が連携し、地域全体の介護力をいかに高めていくかが課題であります。国は、診療報酬、介護報酬、医療計画、保健福祉計画、在宅医療連携拠点事業等を通して、在宅移行、医療と介護の連携などの仕組みづくりを支援しておりますが、今後の高齢者・障がい者の増加を踏まえて、更なる充実が望まれています。

また、地域住民も医療機関の状況、医療・介護保険制度、地域で暮らすことの良さや地域でできること・できないことを理解し、在宅移行について考えたり、協力したりする姿勢が重要と考えますが、その認識が乏しく、学習する機会もほとんどないのが現状であります。

連携団体（全国4地域）では、より良い在宅・地域移行支援に積極的に取り組んでいるものの、現段階では、残された課題が多くみられます。地域性や課題は様々であります。それぞれの活動内容の利点を共有し取り組みを強化することで、各団体の地域の住民・患者・家族の支援に寄与するものであると考えました。さらに、課題解決につなげ全国へ発信できる活動になるよう、応募団体（公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会、以下、略称「国診協」という）との連携・サポートを踏まえ、1-2に挙げた活動を行ない、より良い地域づくりを目指しました。

事業主体である国診協は、会員施設の多くが、都市部に先だって高齢化が進んでいる中山間地域にあります。また、行政と一体となって「地域包括医療・ケア」を積極的に推進してきました。限られた社会資源との連携や協働の中でおこなう本事業のノウハウは、他地域への発展が期待できます。

1-2 事業の概要

入院している高齢者や障がい者が、住み慣れた自宅や地域に退院し、安心した生活が送れるようにすることを目的に、本人・家族を中心に、医療・介護専門職や行政・地域包括支援センター・社会福祉協議会・ボランティア等の地域の社会資源が連携するための仕組みづくりを強化し、さらには、地域全体で在宅・地域移行に関する意識啓発を実施する事業として、各連携団体（全国4地域）において、次の3つの取り組みをおこないました。

- 1 住民向け意識啓発のための講座(講演会等)の開催
- 2 医療・介護従事者向け意識啓発のための研修会の開催（在宅移行・地域移行における連携体制整備）
- 3 「在宅療養支援チーム」結成と連携カンファレンスの実施、並びに在宅移行患者およびその家族の方への支援の実施（連携体制の強化、地域支援体制の強化）

各連携団体では、地域内での医療機関、介護・福祉施設、行政・地域包括支援センター、住民組織などと連携体制を構築し、地域性・既存の連携体制を確認しつつ、さらに事業を発展的に拡大、充実することを目標に実施しました。

住民への意識啓発としては、地域活動の住民の核となる民生委員、健康推進員、介護予防サポーター等に、講演として「介護が必要になったときの対応」と「病院から退院し地域や在宅に戻る時の準備」を説明しました。その後、グループワークで、各地域でどのようなサービスを整備する必要があるのか？皆がやるべきことは何か？等を話し合い、今後の地域での活動等について提案・確認し合いました。

医療・介護従事者研修としては、各地域の地域・在宅移行に係る支援体制の整備（医療・介護の連携等）について研修を行い、グループワークで地域活動の基盤となる顔の見える関係を築き、互いの活動に関する情報を交換し、今後の連携のあり方を確認し合いました。さらには、住民への講演会のグループワークへも参加し、実際に住民の声を聞きながら専門職に求められる活動を確認しました。

このような活動を支援するために、「介護が必要になったときのために」など各種ツールを作成し、実際に連携団体で使用してもらい、より充実したものに改善しました。講演用スライド、各種パンフレット、手引き、等は成果物としてホームページで公開し、どなたでもご利用いただけるようにしています。

1-3 退院患者の在宅移行支援実行委員会／在宅移行支援教材作成班

(1) 実行委員会及び各種ツールを作成する作成班の設置

本事業実施にあたり、各連携団体から、講演会の講師派遣（住民が介護が必要になっても地域で安心していくための内容）及び関連した教材（スライド、パンフレット等）の支援、また、退院患者の在宅・地域移行に関する支援実施における助言・指導及び職員研修における教材（研修手法・資料等）の支援等の要望がありました。国診協内に「実行委員会」並びに「在宅移行支援教材作成班」を設置し、各連携団体と事業を円滑に取り組みするための体制を整備し、さらには、各地域で実践するツールの検討及び提供を行いました。

なお、各種ツールの作成にあたっては、連携団体におけるニーズをもとに検討を行いました。本事業終了後も連携団体のみならず、他の地域でも取り組んでいただけるよう、連携団体での共通課題を整理し、汎用性のある内容としてまとめております。

【実行委員会】 (11名)

委員長	阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
委員	赤木 重典	国診協副会長／京都府・京丹後市立久美浜病院長
委員	佐々木 敦	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター地域連携室 MSW
委員	小野 剛	秋田県：市立大森病院長
委員	竹内 嘉伸	富山県：南砺市民病院地域連携科主任
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国保陶病院長
委員	佐藤 幸浩	富山県：かみいち総合病院内科部長
委員	長谷 剛志	石川県：公立能登総合病院口腔外科副部長
委員	北谷 正浩	石川県：公立羽咋病院リハビリテーション科士長
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	山本 明芳	広島県：老人保健施設みつぎの苑所長

【在宅移行支援教材作成班】 (7名)

班長	阿波谷敏英	高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授
委員	佐々木 敦	宮城県：涌谷町町民医療福祉センター地域連携室 MSW
委員	小野 剛	秋田県：市立大森病院長
委員	竹内 嘉伸	富山県：南砺市民病院地域連携科主任
委員	大原 昌樹	香川県：綾川町国保陶病院長
委員	山内 香織	広島県：公立みつぎ総合病院地域看護科長
委員	山脇みつ子	滋賀県：公立甲賀病院訪問看護ステーション所長

【国診協事務局】

統括	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
事業担当	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課長補佐
事業担当	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主事
会計担当	松井田磨美	公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会主事

(2) 実行委員会等の開催状況

①主要メンバーによる事前検討会・中間調整検討会

事業実施に向けて、事前検討会（「事業全体の取り組み内容の確認」、「各種ツール作成等の役割分担」等）、さらには、中間調整検討会（「各種ツールの試行状況から導き出された課題等に関する内容調整」等）を行うため、本事業の中心メンバー及び連携団体の事業担当者で、事業を効率的かつ効果的に進めるための情報共有及び課題解決に向けた検討会を開催しました。

（開催回数：年間2回）

②実行委員会

事業の円滑実施に向けて、連携団体の代表者にも委員として参画いただき、実行委員会を開催しました。開催にあたっては、各種ツールの作成を担当する作成班と合同で開催しました。主な検討内容は、第1回は「事業全体の取り組み内容の説明」、「実施体制・活動内容の調整」、「各種ツール作成等に関する検討」、第2回は、「各種ツール作成等に関する検討」、「連携団体での活動実施要領作成」、第3回は、「連携団体での活動内容のまとめ」、「各種作成ツールの改編」、第4回は、「事業内容のとりまとめ」、「各種作成ツールの最終確定」です。実行委員会と作成班を合同で開催することにより、要望に対しスピーディーかつきめ細やかな対応、実情に応じたツール作成について協議を行うことができました。

（開催回数：年間4回）

③在宅移行支援教材作成班

各連携団体（4団体）に出向き、地域の実情を把握・確認しながら、各種ツールの作成を行いました。主に、講演会を視野に入れた研修会のプレ実施や、ツールの活用に関して現場関係者との意見交換ができたことから、より実効性の高いツールが作成できました。

（開催回数：年間8回　うち4回は実行委員会と合同開催）

※上記の実行委員会等の開催のほか、事業関係者のメーリングリストを作成し、事業実施期間中、継続的に協議・意見交換を行える場を設け、活発に活用しました。

1-4 地域活動（連携団体）の取り組み

本事業は、国診協と連携団体（4団体）とが連携・協力して進めました。ここでは、各連携団体がそれぞれの地域でおこなった具体的な活動内容をご紹介します。

【連携団体】

- (1) 宮城県・涌谷町／涌谷町町民医療福祉センター
- (2) 秋田県・横手市／市立大森病院
- (3) 富山県・南砺市／南砺市民病院
- (4) 香川県・綾川町／綾川町国保陶病院

(1) 宮城県・涌谷町町民医療福祉センターでの取り組み

①課題意識

宮城県涌谷町では、高齢世帯の増加、世帯構成等の変化に伴い、住み慣れた地域・自宅での生活を希望しても、なかなか叶わないことが見受けられます。訪問看護ステーションや通所介護等の社会資源はほぼ充足しておりますが、利用サービスによって時間的な制限もあり、安心した在宅環境の整備には限界もあることから、社会福祉協議会や民生委員、地域住民等の協力で、見守りネットワークの拡充や、健康推進班等による健康教室、介護予防など実施しながら、地域で安心して継続した生活が出来るように、より一層取り組んでいく必要がありました。

また、当地域は、東日本大震災の被災地ではありますが、内陸部ということもあり沿岸部からの移住者が増えております（現在、復興住宅も建設中）。それに伴い、コミュニティの再形成の必要性に迫られている地区もあり、地域づくり・地域の支援体制の整備について種々の課題を抱えております。さらに、病院からの退院支援においても、退院患者（特に、町外からの移住高齢者）の中には、在宅・地域での安心した療養生活・環境がイメージできずに不安に陥ることや、それに伴い退院について消極的になる場面があります。

このことから、多機関・多職種が集まる「在宅療養支援チーム」においては、新しい地域づくり・地域交流のあり方等の検討も併せて実施し、在宅で療養生活が継続できる支援体制整備に付加価値をつけていきたいと考えました。

②実施体制

既存の「涌谷町町民医療福祉センター内調整会議」を基盤に検討・活動を行いました。病院の他、介護老人保健施設、地域包括支援センターで構成し、連携を図りながら事業を実施しました。

③実施内容

「涌谷町町民医療福祉センター内調整会議」は、年間3回検討会を開催し、地域分析（地域の課題整理）をもとに、次の活動を実施し成果をまとめました。特に、入院を契機としてのADL低下や、胃瘻やストーマなどの医療処置が必要な患者さんへの退院支援などには「退院前カンファレンス」を多く実施し、関わったスタッフが、計画的に在宅移行支援の必要性を感じることができました。

在宅移行支援を実施するにあたり、阻害している要因とは何かという事を検討会で話し合

い、スクリーニング用紙や退院前カンファレンス用紙等の改良を行いました。また、定期的に退院支援看護師との打ち合わせ等を開催し、今後の取り組みとして在宅移行支援マニュアルの作成を行っていくこととしました。

➤講演会の開催

講演テーマ：「介護が必要になったときのために」

開催日：平成26年12月8日（月）14：00～16：00

（講演1時間、意見交換会（グループワーク）1時間 計2時間）

会場：涌谷町町民医療福祉センター
「研修ホール」

講師：小野 剛（秋田県・市立大森
病院長）

参加者：41名（行政区長、民生委
員、健康推進員）

※講演会后、医療・介護・福
祉関係機関の職員も参加し
て意見交換会（グループワ
ーク）が開催された。



写真：住民向け講演会風景

➤医療・介護従事者研修会の開催

開催日：平成27年1月22日（木）14：00～16：00

会場：涌谷町町民医療福祉センター「研修ホール」

講師：佐々木 敦（宮城県・涌谷町町民医療福祉センター地域連携室 MSW）

参加者：54名（ケアマネジャー、センター内職員）

➤退院患者及びその家族への支援活動

対象者：4名

実施内容：(P28)「ケアカンファレンス」参照

④事業の実施成果

➤住民への意識啓発

講演会に参加した多くの住民から、介護保険の仕組みや在宅移行の重要性を感じることができたとの意見を頂きました。自主的な取り組みを考えている住民もおり、住民の思いを聞く良い機会になりました。

➤職員への意識啓発

退院患者の65%が自宅退院を迎えている当院の状況ではありますが、退院後の生活にも視点を置いた看護・介護を考えていきたいと意見が多く聞かれ、よい意識啓発の機会となりました。今後も継続して勉強会を開催し、レベルアップを図っていきたいと考えています。

➤対象者への支援

普段通りの業務内容で取り組みました。研修会等でいろいろと意識づけられたことにより、医療面、生活面、介護面等に配慮しながら支援にあたることができたと考えています。

➤実施体制の整備

在宅移行支援の整備は、実施段階である程度整っている状況でありましたが、今回の専門職研修並びに院内研修の実施を通して、建設的な意見が多く、さらなる発展的活動が見込

める状態を確認することができました。

⑤今後の課題

➤住民への意識啓発

講演会の実施にあたっては、ある程度意識の高い方を対象としたことから、十分な成果が得られました。今後は、それ以外の住民の方へ情報発信をしていくことが必要と感じています。

➤職員への意識啓発

退院支援に関わることの多い退院調整看護師や看護師長などは意識も高いと感じましたが、他のスタッフへの意識啓発が十分に行き届かなかったと感じています。今後、さらに勉強会を重ね、当センター及び地域内施設等全体で意識が高まるよう進めていきたいと考えています。

➤対象者への支援

数名の医療ニーズの高い患者への支援を考えていましたが、事業実施期間で退院を迎えることができませんでした。ただ、退院に向けてご本人、ご家族の気持ちに意識を傾けて考え、進められたことは大きな成果であったと考えています。

➤実施体制の整備

事業開始前は特定のスタッフでの関わりをもって行ってきましたが、研修等を通じ、今後は多くのスタッフに関わりを持ってもらえるような感触を得ました。このスタッフの意識の変化をチャンスと捉え、退院支援体制の連携体制のあり方等について再構築を図ってきたいと考えています。

⑥その他事業に取り組んだ感想等

在宅移行支援は特定のスタッフが行うものではなく、院内外のスタッフ一人一人が考えなければならないことだと感じました。院内、院外それぞれの連携が互いにかみ合ってこそ、地域における在宅移行支援の充実に繋がり、その先には地域住民にとっても安心できる生活の土台にも繋がっていくのではないかと思います。

(2) 秋田県・市立大森病院での取り組み

①課題意識

横手市の住民意識調査では退院後は自宅に帰り療養を続けたいという希望が多いものの高齢化が進み、高齢者単独世帯、高齢夫婦世帯が多くなり介護力、住環境等の低下等で希望を叶えることが困難な現状であることから、地域全体で退院患者の療養支援体制を整える必要がありました。

また、当該地域には、市と民間が運営する各種施設が比較的多く存在することから、公・民が一体となった「在宅療養支援チーム」を結成し、それぞれの施設の役割を担いながら高齢者や障がい者の在宅移行に向けて継ぎ目のないサービスの提供ができるよう連携を強化していきたいと考えました。また、関係する多職種が同じ視点と方向性を持ち、地域住民や行政との協働で高齢者や障がい者が安心して生活できる地域づくりを推進していきたいと考えました。

②実施体制

「横手市西部地域・在宅療養支援チーム」として検討組織を新規に組成しました。病院の

他、特別養護老人ホーム、老人保健施設、地域包括支援センターで構成し、連携を図りながら事業を実施しました。

③実施内容

「横手市西部地域・在宅療養支援チーム」は、年間2回検討会を開催し、地域分析（地域の課題整理）をもとに、次の活動を実施し成果をまとめました。特に、当地域は国保直診である市立大森病院を中心に市と民間が運営する介護施設や介護サービス事業所が多く存在し退院する際は在宅ではなく施設入所の方へ流れがちでした。今回この事業で地域住民向けの講演会やケアマネジャーなど施設職員向けの研修会を通じて住み慣れた自宅へ退院、退所して生活することの意味を理解し、「まず在宅へ」の意識の醸成が少しでもできたものと思われます。また、病院から施設や在宅に退院する際、施設や在宅から病院に入院する際の情報を共有するためのツールが定まっておらずバラバラに各施設のものを利用していましたが、今回の事業の中で、「情報共有化ツール」の必要性が認識され地域全体で作成する方向性が出て取り組みを開始しました。

➤講演会の開催

講演テーマ：「介護が必要になったときのために」

開催日：平成26年12月9日（火）13：00～15：00

（講演1時間、意見交換会（グループワーク）1時間 計2時間）

会場：保健福祉センター多目的ホール

講師：佐々木 敦（宮城県・涌谷町
町民医療福祉センター地域連
携室 MSW）

参加者：70名（民生委員、健康推
進員、老人クラブ）

※講演会后、医療・介護・福
祉関係機関の職員も参加し
て意見交換会（グループワ
ーク）が開催された。



写真：住民向け講演会風景

➤医療・介護従事者研修会の開催

開催日：平成26年12月17日（水）18：00～20：00

会場：保健福祉センター多目的ホール

講師：小野 剛（秋田県・市立大森病院長）

参加者：60名（医療関係者、介護施設職員、ケアマネジャー等）

➤退院患者及びその家族への支援活動

対象者：3名

実施内容：(P30)「ケアカンファレンス」参照

④事業の実施成果

➤住民への意識啓発

講演会参加者からは好評を得ました。

➤職員への意識啓発

研修会（グループワーク）への参加を通して多職種連携・協働で支援していくことの重要

性を認識する良い機会となりました。

➤対象者への支援

患者本人・家族共に「自宅退院」を強く希望されている方への支援であったため比較的スムーズに支援できました。住環境整備や福祉用具の導入・選定等について専門職からの助言ができました。

➤実施体制の整備

退院支援に必要なツール（シート）の開発・運用までに至りませんでした。現在活用しているツールの有用性や改善点を確認することができ「情報共有化ツール（シート）」作成の方向へ進んでいます。

⑤今後の課題

➤住民への意識啓発

高齢者だけでなく若年者などもっと広い年代の方に対してのPRが必要ではないかと感じております。

➤職員への意識啓発

退院支援に関しては、担当部署や担当スタッフだけではなく、チームとして関わっていく必要があることを再認識させる必要があると感じております。

➤対象者への支援

より計画的にかつ効率的に支援できるような工夫が必要であります。ツール・シートを用いての支援が必要であると改めて感じました。

➤実施体制の整備

当院及び当地域での現状に促した退院支援を展開する上でのツール（シート）開発が必要であると感じました。

⑥その他事業に取り組んだ感想等

最終的に退院支援を展開する上でのツール（シート）を作成し運用することを考えていましたが、結果的にそこまでには至らず残念でした。本事業終了後も地域の関係機関・関係職種らと協議しながらツール（シート）を作成し運用する方向で機運が高まっています。

(3) 富山県・南砺市民病院での取り組み

①課題意識

富山県南砺市では、これまで在宅ケアを支える医療・介護の連携の仕組みづくりを行い、家族介護支援には一定の効果が得られたものの、進行する高齢化や世帯構成の変化により認知症かつ一人暮らし高齢者などの介護する者がいない世帯が増加し、かつ一人暮らしであるが住み慣れた家、地域での暮らしを継続したいと望む患者、住民が増加しています。そのような中で、地域の介護事業所を活用し、在宅療養の継続性を確保するため各事業所の機能・連携強化の必要性が高まりました。

特に、社会福祉協議会が実施しているケアネット活動（県単独事業）や、民間で行われている、生活を支援する配食、生活支援サービスなどを、介護・障がい福祉サービスと連携することにより地域生活の継続を支える体制づくりを行っていきたいと考えました。

さらには、生活を援助するのみでなく、生活の仕方をマネジメントし、住民自身が選択と決定を行えることができることを目指す「生活支援マネジメント」について検討を行い、

実効性の高いものにしたいと考えました。

②実施体制

既存の「地域リハビリテーション広域支援センター」を基盤に検討・活動を行いました。病院及び当センターの他、在宅介護支援センター、地域包括支援センターで構成し、連携を図りながら事業を実施しました。

③実施内容

「地域リハビリテーション広域支援センター」は、年間12回検討会を開催し、地域分析（地域の課題整理）をもとに、次の活動を実施し成果をまとめました。特に、一人暮らし高齢者、高齢者のみ世帯が増加している現状を受けて、要介護高齢者となっても住み慣れた地域で暮らしを継続できることを目的に、「生活支援、生活支援のコーディネーター」を達成するための条件、課題を抽出し、その課題解決方法についてグループワークを実施しました。

> 講演会の開催

第1回

講演テーマ：「介護が必要になったときのために」

開催日：平成26年11月12日（水）13：30～15：00

会場：南砺市福野体育館「会議室」

講師：竹内嘉伸（富山県・南砺市民病院地域連携科主任）

参加者：34名（民生委員、健康推進員、今後、ヘルパーになろうと考えている方）

※講演会后、意見交換会を開催した。

第2回

講演テーマ：「在宅で医療・介護が必要になったときのために」

開催日：平成27年3月7日（土）13：30～16：30

会場：福野体育館（エントランスホール・会議室）

講師：大原昌樹（香川県・綾川町国保陶病院院長）

参加者：210名（一般住民（地域の医療・介護関係者含む））

※講演会の後、地域の医療・介護専門職及び家族代表（在宅で介護を実践されている方）によるパネルディスカッションが開催された。

※当院主催の「地域リハビリテーションフォーラム」の機会を活用し開催



写真：住民向け講演会風景

プレ開催

教材の有用性を確認すべく専門職を対象に9月8日（月）のプレ研修会の機会に、プレ講演会も開催しました。

➤医療・介護従事者研修会の開催

プレ研修会

開催日：平成26年9月8日（月）18：00～20：00

会場：南砺市民病院「地域リハビリテーション科会議室」

講師：阿波谷敏英（高知大学医学部医学科家庭医療学講座教授）

参加者：38名（医療関係者及び地域の施設職員、ケアマネジャー等）

第1回

開催日：平成26年11月21日（金）10：00～16：00

会場：南砺市福野体育館 会議室

講師：竹内嘉伸（富山県・南砺市民病院地域連携科主任）

参加者：47名（プレ研修会参加者、その他プレ研修会に参加できなかった、病院看護師、リハビリ職、在宅訪問系看護、リハ、ヘルパー、ケアマネジャーが参加した。）

※プレ研修会で課題を抽出し、その課題を有する事例を用いて、事例検討を実施した。この事例検討の内容を踏まえて、今後の検討用事例を整理した。

➤退院患者及びその家族への支援活動

対象者：3名

実施内容：(P32)「ケアカンファレンス」参照

④事業の実施成果

➤住民への意識啓発

病院からの発信力が弱いために、地域包括支援センターなど多組織の協力を得たことは、講演会の集客や、情報発信等に関して大きな成果につながりました。自治会などの組織の協力を得ることにより普及推進を図ることができました。

➤職員への意識啓発

退院時介護指導を実施する職員が感じている課題として家族が「介護指導の受け入れができていない」、他、指導を受ける本人家族が感じている課題「理解できない本人家族ではなく、病院から受ける指導が本人家族がイメージしていないことを押し付ける」といったギャップが生じていました。専門職の指導が押し付けとして認識されてしまうと、在宅での介護支援計画が実行できなくなることが各専門職の共通理解となったことにより、今回の研修会等で意識改革、改善できたと考えています。

➤対象者への支援

退院後の生活を予測しているのは本人であり家族であります。家族が想定する在宅生活を実現できるように働きかけるのか、変えてもらうために働きかけるのかでは、受け入れ方に差が生じることを改めて確認する機会となりました。

➤実施体制の整備

在宅移行支援の手順ではなく価値を伝えるためにコミュニケーションの機会を増やすことが必要と感じました。

⑤今後の課題

➤住民への意識啓発

入院すると、いままでの生活を顧みる方と、いままでの困難を乗り越えてきた自身を自負されて変えないことを選択した方では、退院後の生活も異なることを意識した支援方法が

普及していない場合があります。退院後は、疾病を再発しないさせないこと、要介護状態を悪化しない、させないために、入院前の生活を改めて、生活を変えるための動機づけが必要となる場合を説明しても、自身の問題として受け入れることができず、他人事になってしまっていることが多々見られることから、幾度も繰り返しの普及推進が必要と感じています。

➤職員への意識啓発

短期間の入院では、本人・家族へ行動変容を求めても実現できない場合が多いです。ならばどのように連携を図って行動変容を実現していただくのか、連携をどのように図るのかを関係職種に考えていただく機会を設けることが必要であると考えています。

➤対象者への支援

退院後のフォローアップがなかなかできていませんでしたが、「退院したらどんな生活をしているか教えてね。」と伝えるとほとんどの方が病棟に訪問していただけるようになりました。スタッフとのコミュニケーションの機会も確保できて、フォローアップも図ることができました。ちょっとして切欠で大きな成果を得ることができました。

課題として、まだ、専門職には介護生活指導が実現できていない方に指導を押し付ける癖があるため敬遠されないか不安があります。本人、家族が、退院後も生活を継続するためにしなくてはならないこと、をどのように理解して行動してもらうかが鍵であり、その指導を実施する専門職の関わり方、工夫、コツなどを今後集約することが必要と考えます。

➤実施体制の整備

実施体制の整備には特に変化はありません。支援を担当する職種が本人、家族とコミュニケーションを図る機会が増えると、それぞれの助言に影響され、気持ちや心構えが変わってしまう場合もあります。支援方針を確認したカンファレンスなどで決定した、関わりを阻害する要因ともなるため、支援方針は常に打合せや議事録として残しておく必要はないと感じています。

⑥その他事業に取り組んだ感想等

連携は、各職種の役割分担でもあり、同じ目的をどのように達成するかを検討するプロセスを評価できるものとして認識していただくことができたと考えます。しかしながら、連携を取りたいと思っても、その必要性を理解していただく組織、管理者、仲間がいなければ、連携を図れない場合もあるとの報告もあったことから、日々の実践のなかで一人一人、チームの価値の醸成を図っていかねばならないと感じました。

(4) 香川県・綾川町国保陶病院での取り組み

①課題意識

退院患者の家族の意識調査によると、いざ退院となると、在宅療養のイメージが漠然としており、在宅で療養生活を継続することに困惑する者が多いことがわかりました。しかし、当町のような高齢化した地域において、この問題は極めて重要であり、地域住民が支えあい、在宅療養生活を支える支援体制を整える必要がありました。当町は、地域包括支援センターが中心となり、8カ月間かけて介護予防サポーターを養成しており、継続して熱心に活動している人の割合が高い地域です。従来から、家庭生活における介護などの問題に取り組んできましたが、これらの人に在宅移行の問題を考えてもらうことにより、地域で

活動がさらに充実・拡充できるように活動体制を強化したいと考えました。

②実施体制

「綾川町在宅療養支援チーム」として検討組織を新規に組成しました。病院（医師、看護師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士）、ケアマネジャー、地域包括支援センターなどで構成し、連携を図りながら事業を実施しました。

③実施内容

「綾川町在宅療養支援チーム」は、5回の検討会を開催し、地域分析（地域の課題整理）をもとに、次の活動を実施し成果をまとめました。特に、住民や専門職に理解を広げていくために、町で養成しているボランティアである「介護予防サポーター」を対象に講演会を開いたこと、従来からある在宅医療・療養の勉強会である「在宅勉強会」で医療・介護従事者研修会を開いたことは、意義があったと考えられます。

➤講演会の開催

講演テーマ：「介護が必要になったときのために」

開催日：平成26年11月6日（木）13：30～15：30

会場：綾川町国保総合保健施設

えがお「多目的ホール」

講師：竹内嘉伸（富山県・南砺市民病院地域連携科主任）

参加者：46名

（介護予防サポーター）

※講演会后、医療・介護・福祉関係機関の職員も参加して意見交換会（グループワーク）が開催された。



写真：住民向け講演会風景

➤医療・介護従事者研修会の開催

開催日：平成26年12月15日（月）18：30～20：00

会場：綾川町国保総合保健施設えがお「多目的ホール」

講師：大原昌樹（香川県・綾川町国保陶病院長）

参加者：40名（医療機関、介護施設等の医師・看護師及び介護士、ケアマネジャー等）

➤退院患者及びその家族への支援活動

対象者：2名

実施内容：(P35)「ケアカンファレンス」参照

④事業の実施成果

➤住民への意識啓発

当町で継続して養成している、医療や介護に意識の高い「介護予防サポーター」に対して研修会を行うことにより、サポーター自身はもちろん、地域住民に広げていく意識が高まりました。

➤職員への意識啓発

町内のさまざまな事業所が集まる「在宅勉強会」で実施することにより、町内の多数の事業所の意識啓発ができました。また、11月に急性期病院で在宅医療について講演する機

会があり、その際に本事業の取り組みを紹介することができました。

➤対象者への支援

入院時のケアマネジャーからの介護医療連携シートを用いた情報収集、入院中のケアマネジャーなどとの情報交換、退院カンファレンスと一連の流れを対象者やその家族に説明することにより、適切な在宅移行と安心感が得られました。

➤実施体制の整備

既存の仕組み、組織を活用することとしましたが、それぞれを活性化することができました。

⑤今後の課題

➤住民への意識啓発

住民全体に広げていくために、自治会、婦人会、公民館活動などの住民組織や関係団体の協力を得て、いろいろな場面で啓発活動を行っていく必要性を感じており、継続して関係機関と連携して活動していくこととしています。

➤職員への意識啓発

急性期病院職員（特に病棟看護師）に対して意識啓発を行うことが、より効果が上がると考えられ、さらに取り組む必要性を感じています。地域の医療介護の連携研修会、院内研修会等で積極的に推進していきたいと考えています。

➤対象者への支援

患者へ説明を行っていますが、在宅移行についてネガティブな反応も少なくありません。病院や地域全体で体制を構築したり、意識改革を行うことが課題であると感じています。その対応策として、今回の、住民向け講演会及び情報交換会（グループワーク）は有用なものであったので、今後も継続していきたいと考えています。

➤実施体制の整備

在宅・地域での療養支援を推進していくためには、病院全体、職員全体で取り組む必要があるため、個々の職員の在宅移行に対する関心や能力を高めることが、あらためて課題であると確認することができました。

⑥その他事業に取り組んだ感想等

在宅移行の取り組みの重要性を再認識することができました。この事業で取り組んだ連携体制や成果物を今後に生かすとともに、他地域にも広げていきたいと思えます。

※団体における地域活動の展開においては、実行委員会において実施要領を作成し、活動の支援等を行ないました。

※本事業としての連携団体における地域活動の実施期間は、平成26年10月～平成27年2月までとしました（一部追加、事前に検討会等を開始、講演会を3月上旬に実施した連携団体もあります）。各連携団体では、本事業実施期間終了後も本事業実施成果を生かし、地域で継続していくこととしています。

活動写真

～講演会・研修会の様子を紹介します～

宮城県・涌谷町町民医療福祉センター



地域の医療・介護専門職に参加いただき、多職種・他機関との連携の現状と、今後の体制のあり方についてについてディスカッションしました。(研修会)



講演会後の意見交換会では、住民と医療・介護関係者とが一緒になって、自分たちの地域の医療・介護のあり方を検討しました。(講演会)

秋田県・市立大森病院



雪が降る中多くの方に参加いただきました。比較的男性の参加者の割合が高かったです。講演会後の意見交換会では、本事業実行委員会委員も参加し、他地域での取り組み等も紹介し合いました。(講演会)



地域の介護専門職に参加いただき、退院支援における医療と介護の連携について研修しました。

特に、地域連携における情報の連携シートの必要性に関して意見が多く出たことから、今後、一緒に検討し、取り組んでいくことを確認しました。
(研修会)

富山県・南砺市民病院



一般住民向けの講演会は、地域のキーパーソン向けとは別に、地域全体に広めるため、毎年行われている病院主催のイベント「地域リハビリテーションフォーラム」に、本事業の内容を基調講演として取り入れ開催しました。

全戸配布の広報活動により、210名の住民の方（地域の医療介護関係者含む）に参加いただきました。

パネルディスカッションにより地域の医療介護機関の取り組みの紹介と、実際に介護を実践されている家族代表の方の話を交え、今後の地域医療・介護のあり方について積極的な意見交換が行われました。（講演会）





地域の医療・介護関係者に参加いただき、退院後のフォローアップの体制・方法等を検討し、今後の取り組み内容を確認しました。（研修会）

香川県・綾川町国保病院



基調講演に加え、病院の取り組み、地域での医療介護の状況を情報提供し、住民と医療・介護関係者とが活発に意見交換を行いました。地域で安心して暮らすために欲しいサービスとは…いろいろご意見を頂きました（講演会）



町内の医療・介護関係者に参加いただき、今まで行ってきた医療・介護の連携状況から課題を抽出し、今後、どのように改善して連携を強化していくか検討しました。（研修会）

第2章 事業で作成・使用したツールの紹介

本事業では、在宅移行・地域移行に関する①住民への啓発活動、②医療・介護従事者の研修、③退院患者及びその家族を支援する体制の整備、をおこないました。ここでは、その過程で作成・使用した各種ツールを紹介します。

- ①-①一般住民向け講演会用スライド「介護が必要になったときのために」
- ①-②一般住民向けパンフレット「介護が必要になったときのために」
- ②-①医療・介護従事者研修会（講演）スライド
- ②-②医療・介護従事者研修会（グループワーク）配布資料
- ③在宅移行支援実践プログラム

これらのツールは、本事業報告書の資料編として同梱しております。また、国診協ホームページ（<http://www.kokushinkyō.or.jp/>）でも公開しておりますので、ダウンロードしていただき、各地域の状況に添って自由に改編してご活用いただけます。

2-1 住民向け啓発活動用ツール

一般住民を対象とした啓発活動用のツールとして講演用スライドおよびパンフレット「介護が必要になったときのために」を作成しました。介護と医療の関係、要介護認定の受け方、介護保険サービスの使い方、在宅医療について、わかりやすく伝えるものです。とくに参加された方が、自分自身の問題として感じてもらえるように、具体的な例を交えながら伝える内容になっています。

配布したパンフレットを見ながら、講演用スライドによる説明を聞いてもらう使い方を想定しています。パンフレットだけ、スライドによる説明だけでも使えますので、状況に応じてご活用ください。

2-1-1 一般住民向け講演用スライド「介護が必要になったときのために」 (P51)

講演は、介護が必要な人の割合、介護に対する不安を感じている人の割合など統計的な指標を示しながら導入し、具体的な事例を通して参加者に当事者意識を持ってもらうことから始めます。急病で入院して治療を受けたあと、医療的には状態が安定しても介護が必要なまま退院を勧められる状況を想像してもらい、在宅療養、施設サービスの利用など、ご自身あるいは家族であれば、どのように判断するのか考えてもらいます。次に、介護についてどこに相談すべきか、要介護認定を受けるにはどうしたらいいのか、どんな介護保険サービスが利用できるのか、など知識を深めてもらいます。さらに、治癒の見込めない病気になったときに、どのような場所で療養し、最期を迎えたいかを考えてもらうとともに、少子高齢化、核家族化が進む地域社会の中で終末期をどのように支えるのかということにも思いを馳せてもらいます。

イラストや図表を多用したスライドとし、視覚的に理解しやすいものとしています。今回の事業では、講演会の開催場所に合わせて、その県の統計データを交えたり、動画などを交えたりすることで、さらに理解を深めることができました。

作成にあたっては、汎用性を重視しました。一般的に最もよく利用されているプレゼンテーションソフトである Microsoft PowerPoint (Windows) にて作成しました。ある程度の知識や経験を持っていれば誰でも演者になれるような内容としています。今回の事業では、医師、MSW が講演を担当し、有効であることが確認されました。医療・介護に携わる看護師、保健師、ケアマネジャーなど他の職種でも問題なく講演できる内容です。地域包括支援センター等でぜひご活用ください。

2-1-2 一般住民向けパンフレット「介護が必要になったときのために」(P58)

2-1-1 のスライドを用いた講演を聴きながら、参加者に見ていただくことを想定したものです。内容はスライドに準じたものとなっています。しかし、単体で配布しても十分に理解できるものです。たとえば、病院や地域包括支援センターで配布したり、個別に相談に応

じるときの説明資料としたりしても活用いただけます。

温かみのあるデザイン、大きめのフォントを使用、イラストを多用することで高齢者でも理解しやすいようにしています。メモ欄も設け、講演の際のメモや、医療機関、薬局、地域包括支援センター、ケアマネジャーなどの電話番号などの忘備録としても使用いただけるものです。

第2章

事業で作成・使用したツールの紹介

2-2 医療・介護従事者の研修用ツール

医療・介護従事者を対象とした「在宅移行研修会」をスムーズにおこなえるようにツールを作成しました。ツールは、講演およびグループワークに使用するスライドおよび配布資料から成ります。

「在宅移行研修会」では、講演としてスライドを用いて在宅移行支援のプロセスを導入期、在宅準備期、退院移行期、在宅移行期、生活期の5つのステージで説明します。さらに、退院時のケアプランへ関わることの重要性についても、理解を深めます。医療・介護従事者が一緒に取り組める内容となっておりますので、ぜひご活用ください。

グループワークは、スライドに沿いながら、配られた資料をもとに医療管理が必要な方の在宅移行を検討する事例検討です。医療・介護従事者はご家族の意思決定にどのように関わっていったら良いか、また退院後に利用可能な社会資源は何かなど、地域の実情についても考えることが出来る内容となっております。

多くの医療・介護従事者の研修用ツールとしてご活用いただけるものと思います。

2-2-1 医療・介護従事者の研修会（講演）スライド（P69）

医療・介護従事者を対象とした「在宅移行研修会」に使用する講演スライドを作成しました。概ね25分程度で説明できる内容となっております。

導入部分では、在宅移行支援の必要性を箇条書きで示し、分かりやすい表現としました。

次に、在宅移行支援のプロセスを5つのステージ（導入期、在宅準備期、退院移行期、在宅移行期、生活期）に分けて説明しています。①「導入期」では、患者さん・ご家族の心身の状況を総合的に勘案し、どのような状況になったら在宅へ移行できるか、ゴールを設定することから始まります。そのためには、医療従事者が患者さんやご家族と一緒に退院後の生活をイメージすることが重要になってきます。患者さん、ご家族にとっての入院早期は、今後の病態や生活など不安が尽きないことが多く、可能な限り、早期に在宅移行に取り組むことが、在宅移行支援を行うにあたり大事な時期となります。②「在宅準備期」の段階では、医療上の問題、生活介護上の問題などに分けて整理し、在宅療養に向けて準備する段階となります。この段階では急性期を脱し、ある程度病状も落ち着いてくる時期が想定されます。③「退院移行期」の段階では、医療従事者・施設職員がより一層の関わりが求められる時期になります。患者さん、ご家族を交えて、在宅移行に向けての課題を整理したり、心身の状況に応じた在宅サービスの説明など、具体的に在宅生活がイメージできる大事な段階となります。④「在宅移行期」では、退院後の外来受診の方法や緊急時の対応方法など、退院を迎えるにあたり、患者さん、ご家族が安心し、心情的にも安定する時期となります。⑤「生活期」では退院して生活が安定すること、と混乱なく終末期を迎えるための準備が行われることを目的とします。

在宅移行支援のプロセスにおいて、大切なことは、患者さんが在宅で生活したいという想いに添うことです。それぞれの専門職が同一の方向性を持ち、ゴール設定を共有すれば在宅

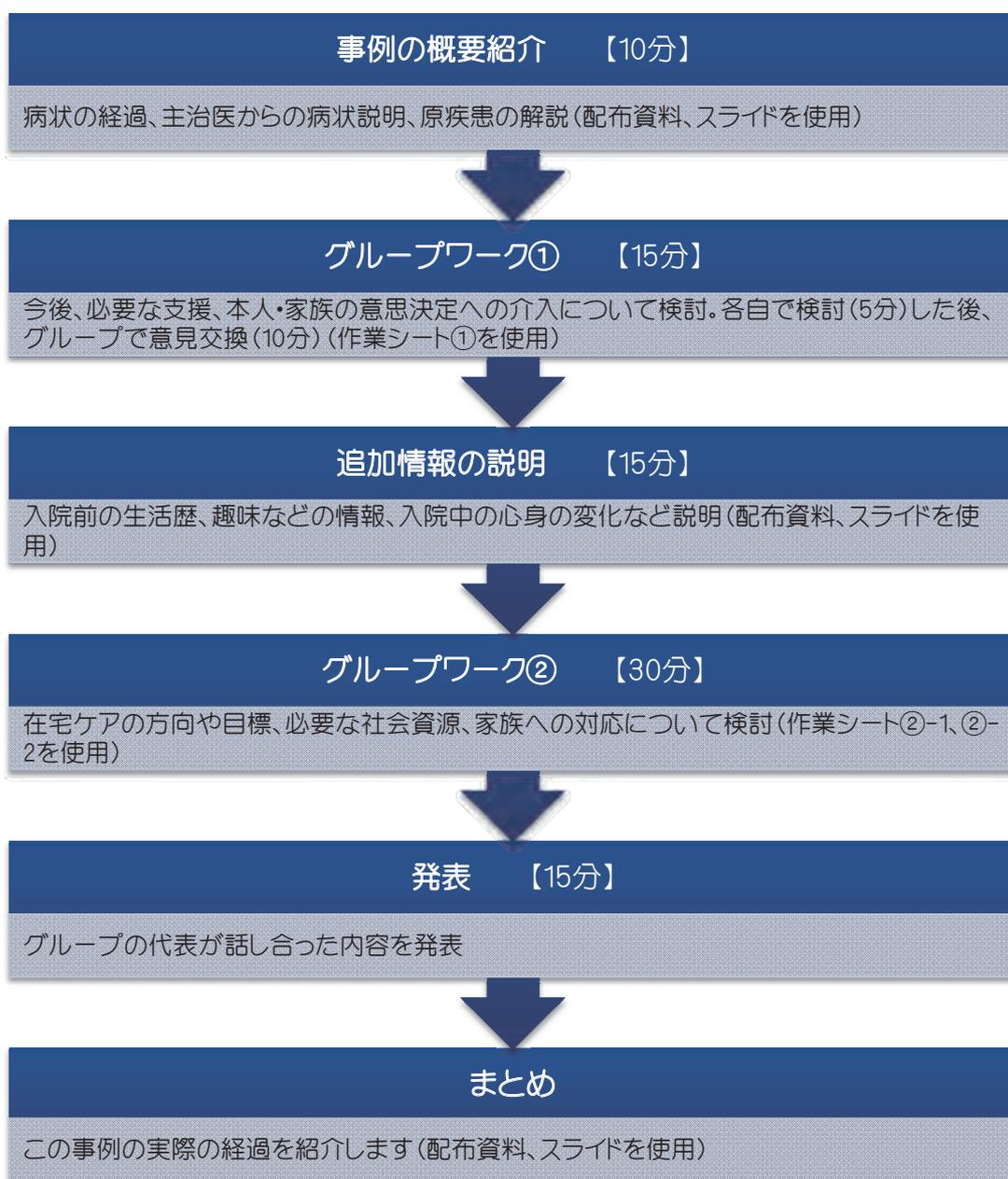
移行支援はスムーズになります。このスライドを活用した研修会が、そのお役に立てればと思います。

2-2-2 医療・介護従事者研修会（グループワーク）配布資料（P75）

2-2-1 の講演に引き続き、医療・介護従事者のグループワークで事例検討をおこないます。スライドに沿って進めます。5～6名程度のグループで90分程度を想定しています。

グループワークを始めるにあたり、互いに自己紹介を行い、グループ毎の役割（進行、発表、記録）を決めておくことスムーズでしょう。その職種通りの立場でグループワークをおこなうことでもいいですし、自分と異なる職種の立場で参加することで新たな気づきもあります。研修会の主催者が事前に決めておくといでしょう。

以下のような流れでグループワークを進めます。



グループワーク①では、そもそも自宅に戻ることが可能かどうかから、各自が自由に考えてもらうことを期待しています。立場により種々の意見があると思いますが、意見の違いを互いに認識しあうことからグループワークが始まります。時間の関係で、詳細までの説明は難しい事が予想されますが、大切なことは、研修全体で同じようなイメージが持てるかどうかにあります。最初は異なる意見であっても、個人では気がつかなかった視点に気づきあうことで次第にグループとしての意見がまとまってくると思います。

グループワークを通して、顔のみえる関係が構築されることが期待できます。そうした関係は、地域に応じた在宅移行支援に不可欠なものです。架空の事例を通しての検討ですが、それは普段の業務にとって、プラス効果を来たしてくれるはずです。

ぜひ、この教材を活用していただきたいと思います。

2-3 在宅移行の手引き

入院中から在宅生活を見越して支援することは、スムーズな在宅生活へ移行、在宅療養生活の安心につながります。そのためには、正確な医療情報、起こりうる身体機能の低下、健康不安を反映させたケアプランの作成をし、適切な療養管理、介護サービスのマネジメントすることが必要です。もちろん、そこには医療関係職種・機関と介護関係職種・機関が連携することが欠かせません。各々の役割・機能を明確にしつつ、不足している機能を支え補う関係を築くことが求められます。

国診協では、厚労省老人保健健康増進等事業において、入院から在宅に向けて切れ目のないシームレスな流れをつくること、自立した在宅生活への復帰を目的として調査研究をおこない、「在宅移行の手引き」、「在宅移行の手引き2」を作成して参りました。

今回の事業では、「在宅移行の手引き」「在宅移行の手引き2」をより充実させた「在宅移行支援実践プログラム」を作成しました。医療・介護に関わる施設、各職種が取り組むべきことを具体的に記載しています。

医療・介護の専門職が多職種連携の下に、本人のニーズを支援し、情報を共有しあいながら在宅生活を支えることにこれらの手引きをお役立ていただければ幸いです。

2-3-1 「在宅移行の手引き」「在宅移行の手引き2」(P88)

国診協では、厚労省老人保健健康増進等事業「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築のための調査研究事業」(平成24年度)、「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」(平成25年度)をおこない、それぞれ「在宅移行の手引き」、「在宅移行の手引き2」を作成しました。

この手引きを用いて可能となる具体例、支援の流れは資料編を参照ください。

しかし、シームレスなケアが重要とわかっていても、現状では、入院中の医療機関と退院後の医療職の間、また、退院後においても医療機関と介護関係職種間で十分に連携できていない事例も少なくありません。

今回の事業からも以下のような課題が抽出されました。

(意識調査及びモデル地域ヒアリングより抜粋)

- ◆介護職が感じる医療職に対する“垣根の高さ”(心理的要因)がある。
- ◆病院から在宅へ情報をつなぐツールや仕組みが整っていない
- ◆在宅で機能低下時に医療につなぐ仕組みがない
- ◆疾病治療後速やかに、在宅・リハビリテーション・医療に繋ぐ医療機関のシステムが不足
- ◆医療・介護関係者共通の“言語”が少なく、介護関係者が医療情報を十分理解できない。
一方で、医療関係者が介護に関する情報を十分に持ち合わせていない、在宅の視点が少ない(医療と介護の専門性の違い)。

- ◆各職種間の相互の役割・機能の理解不足
- ◆在宅では関わる職種が多いにもかかわらず、関係職種の意見を調整したり、ネットワークをまとめる機関が明確でない
- ◆在宅で関わる職種・機関の役割分担があいまいである
- ◆医療機関内やケアマネジャーなど担当者間でのケアプランの検討の場がない

これらの課題を解決するためには、研修会を通じて相互理解を深めるとともに、より具体的な手引きを元にきめ細かいケアマネジメントに基づく支援が必要であると考えました。研修会については、前章 2-2 で既に述べました。より具体的な手引き「在宅移行支援実践プログラム」については以下に述べます。

2-3-2 在宅移行支援実践プログラム (P109)

「在宅移行の手引き」、「在宅移行の手引き2」で示した具体的な在宅移行支援の流れを実践するうえで、より詳細な内容をまとめた「在宅移行支援実践プログラム」を作成しました。

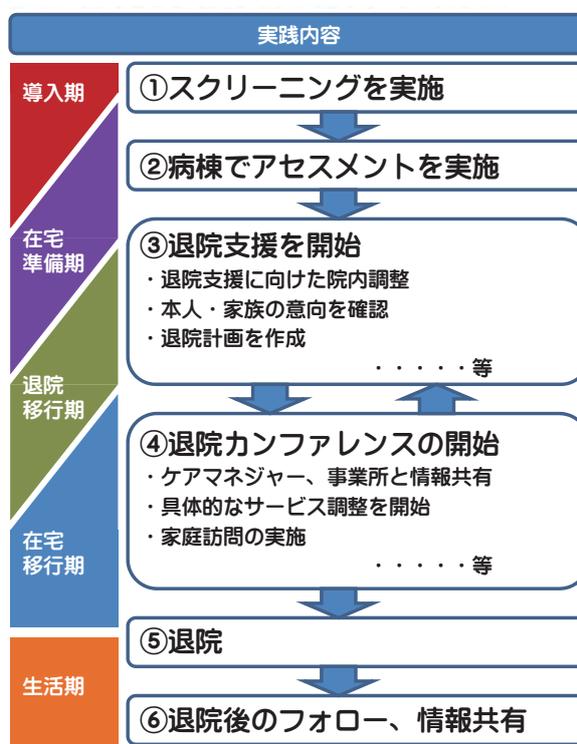
このプログラムでは、医療機関とケアマネジャー等が行う多職種協働のケアマネジメントについて、どの時期にどのような関わりを行うか説明を附しています。また、実践するうえでの地域課題について触れ、それぞれの地域での現状と課題を明らかにし、解決するための視点についても触れています。

前章 2-2 医療・介護従事者の研修用ツールでも採用した在宅移行支援のプロセスを5つのステージ（導入期、在宅準備期、退院移行期、在宅移行期、生活期）ごとに、支援する内容を細かくまとめています。「在宅移行の手引き」「在宅移行の手引き2」で示した在宅移行支援の流れとの関係もわかりやすく示しており、これらの手引きとあわせて医療・介護従事者研修会での配布資料として活用いただくこともできます。

在宅移行支援に慣れていない医療・介護専門職の方でも、この内容をチェックすることで遺漏なく支援を実践することができます。もちろん、その地域によって社会資源、人材には、現実的な制約があることでしょう。また、支援対象者の個別性により誰がどのように支援した方が良いかも変わると思います。したがって、このプログラムに記載されていることをすべてその通りにおこなわなければならない、ということはありません。

「医療」と「介護」の連携を図ることは、引継ぎのポイントやそれぞれの職種が担うべき役割・行動を明らかにすることでもあります。また、サービス提供者の連携だけではなく、

具体的な支援の流れ



本人、家族が主体的に判断するとともに在宅療養への意欲を保つ支援をしていくことも望まれます。

所属機関・施設や地域によって、果たすべき役割も変わってきますので、ケースバイケースでご活用いただければ良いと思います。また事例を重ねることにより、このプログラム自体をその施設、地域の実状に適した物に改訂いただき、各地域での役割分担や標準的な流れができ、地域包括ケアシステムの構築の一助となることを期待しています。

これら「在宅移行の手引き」、「在宅移行の手引き 2」、「在宅移行支援実践プログラム」により、以下のような効果が期待されます。

《患者・家族にとっての期待される効果》

- ◆入院早期から退院後の生活を見通した情報提供やケアを受けることにより、自立のための在宅療養の可能性と選択肢が拡大します。
- ◆「退院支援」への早期介入と在宅医療、介護、多職種のフォローアップを受けることで、退院後の医療の問題が軽減され、不安の緩和と再入院の予防、退院後に医療上の問題が生じた時の対応を事前に決定することが可能になります。

《病院にとっての期待される効果》

- ◆平均在院期間の適正化、退院における在宅率の増加、救急外来の利用や再入院率の低下、退院や転院に関する利用者の苦情等の減少により、医療の適正化が図られます。
- ◆病診連携（紹介率の向上など）の促進が図られます。
- ◆病院職員の退院支援活動への理解の向上と在宅支援業務のスキルや職務への満足度の向上が期待できます。

《在宅サービス事業所にとって期待される効果》

- ◆在宅サービスを利用する高齢者および家族の状況把握が早期に可能となります。
- ◆在宅で実施可能な医療ケアの準備や手配がより適切に実施できます。

《地域包括支援センターにとって期待される効果》

- ◆要介護認定を受けていない方への対応も可能

要介護認定申請中は本人・家族を地域包括支援センターが支えるのか、ケアマネジャーが支えるかあいまいとなります。入院直後に要介護認定を申請すると、退院時には要介護認定の重度化が生じます。在宅移行支援の実践により要介護認定の申請を適切な時期（退院移行期から在宅移行期にかけて）に行うことが可能となり、本人の状態に見合った要介護認定の実施とケアマネジメント機関の選定（適正化の実現）が可能となります。

- ◆ケアマネジャーの資質向上が図られる

医療機関と地域包括支援センター、ケアマネジャーなど複数の専門職の協働により利用者の願いに答えていく実践的なケアマネジメント能力を身につけることが可能となります。

- ◆地域の医療・介護の連携の役割として

積極的なアプローチにより医療・介護保険の両面から（垣根を越えて）、介護との連携を図ることが可能となり、個々の利用者の生活を支援していく利用者本位の地域包括医療・ケアを進めることが可能となります。

第3章 各種ツールの使用の実際

3-1 一般住民向け講演会

連携団体のある4地域で一般住民向けパンフレット「介護が必要になったときのために」を参加された地域住民の皆さんに配布し、一般住民向け講演用スライドを用いて講演会を開催しました。この講演会では、「介護が必要になったときの対応」や「病院から退院し地域や在宅に戻るときの準備」等を一般住民にもわかりやすい内容で説明し、入院している高齢者や障がい者が、住み慣れた自宅や地域に退院し、安心した生活が送れることの意義を理解していただき、意識啓発につながったと思われます。

講演会参加者は、地域活動の住民の核となる民生委員、社会福祉協力員、介護予防サポーター、老人クラブの皆様など在宅医療や介護に関して意識の高い方々でした。講演中も興味を持って積極的な姿勢で熱心に聴講していただけたものと思われます。講演会後のアンケート調査でも97.5%の参加者に「とても満足」「満足」の回答をいただきました。また、よかった点として、「役立つ情報が得られた」「他の参加者との交流・情報交換が図られた」「日頃の生活や活動に役立った」等の意見がありました。

講演後に医師や看護師なども参加して実施したグループワークでは、提示されたテーマについて和気あいあいの雰囲気の中で活発な意見交換が行われ参加された皆様の「思い」がひしひしと感じられるものでした。最終的には「当該地域で不足していて今後必要なサービス」や「これから地域住民がやるべきこと」など地域や行政への提言に近い意見も出され有用なグループワークであったと思われます。



3-2 スタッフ研修及びケアカンファレンス

①宮城県 涌谷町町民医療福祉センター

○医療・介護従事者研修会

院内外のスタッフそれぞれに活気ある意見が多く、全体的に明るい雰囲気での研修会でした。在宅移行支援に携わるスタッフが多く、前向きな内容が多くありました。この研修会を通して、地域のケアマネジャーは院内で行われている退院支援を知り、院内スタッフはケアマネジャーの介護サービス計画を作成するまでのプロセスを知るなど、今まで以上に互いのことを知る良いきっかけになったものと思われます。可能な限り、慣れ親しんだ自宅で生活を送るためには、専門職が協働して共通の支援計画を作成し、本人や家族がもっと安心できる環境を整えていくべきとの意見も多数ありました。

○ケアカンファレンス

【事例】 年齢86才 性別 女性 介護度 要介護5

入院期間 62日

入院時、38.8℃、SpO₂76%にてO₂4L吸入。肺炎治療のためステロイド使用。そのため、血糖の上昇も出現。徐々に改善しステロイド量減量するも、ADLの低下見られ、常時介護の状態となる。SpO₂は上昇傾向見られるが、酸素療法が必要な状態となる。状態が改善することからリハビリ実施する。

本人の意向は自宅で家族と生活したい意向聞かれるが、家族は介護経験なく、困惑していた。面談を重ね、家族は本人の意向を尊重し、自宅生活を希望される。常時の介護、膀胱留置カテーテル、仙骨部表皮剥離の処置、酸素療法の管理など、在宅生活に向けての支援を行うこととなる。

【病名】 肺炎 尿路感染症 不整脈

【生活歴】 3人家族（本人と長女夫婦）。本人への支援は主に長女である。長女の夫は脳梗塞後遺症の既往があり、右上下肢に軽度麻痺が残存しており、自宅介護には消極的な状況である。

【参加者】

本人：年齢も年齢だし、自分の健康には不安がある。けれど、慣れ親しんだ自宅に戻って、テレビを見たり、ご飯を食べたり普通の生活をしたい。

長女：病院では専門のスタッフがいるので安心できるけど、自宅に戻ると、何かあった時など対応できるか心配。私の夫も脳梗塞を患っているし、心配は尽きないです。

【協議内容の要点】

医師：現状において必要な医療管理等について説明し、在宅での療養が可能であることを長女に伝える。

体調不良時や緊急時などは、いつでも病院で対応する旨を伝え、在宅生活への動機付けを行った。

MSW：在宅介護を行う上での課題として、介護力の不足を補うために必要な継続的なフォロー体制、住環境の整備、在宅酸素や膀胱留置カテーテルなどの物品の準備、介護に伴う心理的な軽減を図るバックアップ体制など話し合いを重ね、整理していく

こととなる。

介護保険サービスにおける訪問看護、介護サービスの導入を始め、訪問診療を定期的実施し、健康状態の把握や緊急時の対応など、家族の心理的フォローにも繋げることで周知の体制を図っていく。

病棟看護師：在宅生活に向けて、必要と思われる看護・指導を計画し、手技の習得を図る。オムツ交換や全身清拭などの直接介護を始め、酸素濃縮機の使用方法や膀胱留置カテーテルの廃棄方法などを長女夫婦と行っていくこととする。

訪問看護ステーション：バイタルサインの確認を始め、仙骨部の褥瘡処置、排尿の状態、呼吸状態の変化など、主治医と連携を図りながら、訪問を実施することとなる。

地域包括支援センター：在宅療養する旨を伝え、民生委員や健康推進員などの適宜な訪問が実施出来るように調整を図ることとする。

ケアマネジャー：心身の状態に応じた介護保険サービスの利用を行う。訪問系のサービス利用が主で計画書の作成となる。緊急時の対応など、病院と密な連携体制を図っていく。

【その後の経過】

本人はベッドに臥床している時間が多いが、茶の間で家族一緒の時間を過ごすことに満足感を得ている様子である。特に体調を崩すことなく、茶の間でテレビを見たりなど家族団らんを楽しんでいた。介護者である長女夫妻は、退院直後は色々と心配することも多かったが、1週目を過ぎるころから介護サービスの利用などを通して慣れてきた様子が窺えた。訪問診察月2回、訪問介護週3回、訪問看護週2回、福祉用具貸与（電動ベッド、リクライニング車いす、サイドレール）の利用、訪問入浴週1回の利用計画で経過を辿る。



写真：退院時カンファレンスの風景



②秋田県 市立大森病院

○医療・介護従事者研修会

市立大森病院職員と横手市西部地域で医療や介護に携わる職員、行政職員等、多職種 60 名が参加して研修会を実施しました。すでに顔の見える関係はできていたため円滑にグループワークに入ることができました。まず初めに、在宅や介護施設から入院する際に病院として必要な情報、病院から介護施設や在宅へ退院する際に施設・在宅側が必要な情報について議論して積極的な意見が多く、病院側も施設や在宅側も患者さんに関する情報の不足があったことがわかり今後情報共有化のツール（シート）を作成しようという前向きな意見が出てその方向へ進むことになりました。医療介護連携が一步前へ進むことができたような印象です。その後、事例検討のグループワークを行いました。提示された情報をもとに参加者がそれぞれの立場から意見を言うことでいろいろな考えがでてきて有意義な意見交換であったと思います。吹雪を吹き飛ばすようなホットなグループワークでした。終了後は「事例を通していろいろな方向性から問題を見ることができた」「共通のテーマでグループワークができてよかった」など前向きな感想を聞くことができました。参加者のほとんどが「多職種カンファレンス」の必要性を感じて雪の中帰路に就いたものと思われま

○ケアカンファレンス

【事例】 年齢 74 歳 性別 女性

平成 26 年 10 月 14 日に右片麻痺と構語障害が出現して救急搬送され脳梗塞の診断で入院。点滴治療とリハビリテーションを行って状態は安定した。認知機能低下はない。

【病名】 脳梗塞

【既往歴】 高血圧症、糖尿病、関節リウマチ

【生活歴】 息子夫婦、孫との 5 人暮らし。農家。上記疾患で 1 か月に 1 回程度の割合で外来通院していた。

【参加者】 担当医・看護師・理学療法士・MSW・ケアマネジャー・患者本人・患者家族（息子の嫁）・福祉レンタルサービス事業者

【協議内容の要点】

医師：脳梗塞で入院されましたが、点滴治療とリハビリテーションでADLは改善して状態は安定しています。退院可能な状態です。退院後は脳梗塞再発予防の意味からも内服薬の確実な服用が必要です。また、転倒に注意が必要です。まだ歩行が安定しないのでできれば当分の間週1回の外来通院リハビリか通所リハビリを行ったほうがよいと思われます。糖尿病に関してはコントロールが良好であり現在の治療を継続してください。

MSW：退院可能な状態になり今後に向けて皆さんから有意義な意見をいただきました。今後もご本人が住み慣れた自宅で元気に過ごすことができるよう支援をしていきたいと思います。

ケアマネジャー：本人からは週3回の通所リハビリの利用希望がありましたが老健と調整を行い週1回で調整を行いました。今後様子を見ながら自宅入浴も検討します。福

社用具については予定通り納品してもらい安全に使用して生活していただければと思います。

看護師：病棟では杖歩行も可能となり特に問題はありません。転倒に注意してください。確実に服用するようにしましょう。

理学療法士：筋力トレーニングと歩行訓練中心にリハビリを実施しました。4点杖歩行も安定してきています。自宅玄関の上がり框の段差を想定し、横歩きの練習も実施したところ、退院前訪問時よりはうまく昇降できるようになりました。ただし安全性の観点から見守りは必要です。動作の動き始めが不安定ですからご家族の見守りをお願いします。

作業療法士：手のほうも徐々に動きはよくなってきましたが、まだ筋力は弱いので右手だけでなく左手もきにながらリハビリを行って筋力向上につなげてもらいたいと思います。

福祉レンタルサービス事業者：タッチアップ式手すりの納品は12月12日を予定しています。

患者本人：皆さんのおかげで心配や不安はなくなり色々教えてもらい自分でも自信ができました。朝起きてすぐ動くのではなく5-10分おいてから転ばないように動くようにします。

【その後の経過】

12月13日に退院。退院後は、週1回の通所リハビリと月1回の外来通院治療を継続している。杖歩行で来院し歩行も安定。転倒はしないとのこと。表情も明るくなりいきいきと生活されている様子です。



写真：多職種によるカンファレンスの風景

③富山県 南砺市民病院

○医療・介護従事者研修会

南砺市民病院ではプレ研修会1回と、合同研修会1回、計2回開催しました。

第1回目は南砺市民病院と南砺市内介護福祉施設、相談支援機関、隣接する砺波市に所在する施設の医療や介護に携わる職員、行政職員等多職種38名が参加してグループワークを実施しました。

地域課題は、「地域リハビリテーション支援センター」の事業で抽出した課題について検討し、「地域包括医療・ケアの普及啓発」「人材の育成、ケア技術の向上」「医療介護支援基盤の構築」「地域NST（Nutrition Support Team）による食事・栄養支援体制の構築」についてどのようにすれば課題解決が可能となるかについてグループワークを行いました。介護基盤の整備は、深夜帯を除いて訪問系サービスが充実してきたとの意見もあるが、施設ケアにおいて認知症など各施設が得意とするケア内容が細分化され、各施設の職員のケア技術がその分野に固定化される危険があるなどの新たな課題も見えてきました。

第2回目は、事例検討を実施しました。在宅移行支援の実際の事例を用いて必要なケアの内容、それを実施できるサービスは何かについて施設・在宅側が議論し、それぞれが把握している情報には正しく把握していない情報があることや、本人、家族の支援については、在宅サービスが本人の認知症や寝たきり度、医療的ケアの必要度などに関係なく支援に携わっていることを施設側が初めて知ったなど、互いの理解が進んだ結果、施設ケアも積極的に関わる必要があるのではないかなどの意見が多く聞かれました。

病院側も施設や在宅側も本人、家族に関する共通の理解が不足していたことがわかり今後はよりカンファレンス等の場に参加しようという前向きな意見が出ました。

参加者の多くが「多職種カンファレンス」の必要性を感じていただいたと感じました。

○ケアカンファレンス

【事例】 年齢94歳 性別 男性 介護度 要介護1

ADLは自立。認知症なし（HDS-R24点）。廃用のため体力低下、歩行も耐久性に乏しい。入浴時喘鳴が出現。労作時の呼吸困難、心臓が苦しいと訴える。酸素療法導入を検討したが、労作時 SpO₂ 92% 安静時96%のため導入なし。本人、息子とも入院前は、療養病床に転院希望したが、ADL自立のため転院できず、今回は在宅復帰を計画し、実施することとなった。

【病名】 うっ血性心不全

【既往歴】 糖尿病、高血圧、脂質異常症、慢性閉塞性動脈硬化症、陳旧性心筋梗塞

【生活歴】 一人暮らし高齢者。近所に息子夫婦、孫在住。息子は養子に出ており、本人が借家住まい。平成24年から療養病床に入院。平成26年、療養病床に入院中とうっ血性心不全発症し当院へ救急搬送され、入院となる。

【参加者】

本人：いつ心不全になるかわからないので不安はあるが、もとい療養病床へもどれないのであれば家に帰る。

息子：家に帰っても、一人暮らしであり、いつ倒れているかわからないし不安だ。

【協議内容の要点】

医師：在宅療養が可能と判断できるまでに回復されたことを説明し、在宅復帰への動機づけをおこなった。緊急時は当院で入院することを説明した。

MSW：本人、息子の不安緩和へ向けて相談支援を開始。本人、息子の不安は療養食の準備ができないこと。有料老人ホームなどは費用が年金額を超えてしまうこと。自宅が寒いこと。息子による常時の見守りができない。なにかあった時が心配であることを訴えた。

社会的背景因子によるものが原因であったため、解決にむけて社会資源調整を実施した。

在宅生活を送るうえでの、起こり得るかもしれないという不安感を緩和する支援策を提案することで、本人、家族も自宅復帰へと乗り出すこととなった。

在宅医の調整も実施。往診、訪問診療を提供できる医師に事情を説明し、かかりつけ医となつていただく。緊急時は当院で入院加療を受けることも説明。

病状への不安緩和策として本人、家族に訪問看護の利用を提案した。提案当初は利用することに前向きであったが、在宅生活のイメージができるようになると、在宅医による訪問診療、訪問看護の利用は、今回はしないと意思が表明された。自信につながったのか。過信なのか。無理強いはしないが、いつでも利用を調整することを説明した。

ケアマネジャー：住宅改修助成制度の利用を申請。住宅改修には所有者の承諾が必要であったため、所有者の承諾を得るための支援調整も実施。入浴を自宅で実施することを計画したが、寒さ対策、一人暮らしの寂しさを緩和する策も兼ねて通所介護の利用を提案し了解を得た。

【寒さ対策】

暖房器具の準備（購入）、灯油の配達手配、補充を息子に依頼。ガソリンスタンドへ定期的な配達への依頼、訪問介護員へは1日1回訪問時に灯油缶への補給の支援を実施していただくこととなった。

訪問看護・看護師：利用開始に向けて情報提供を行ったが今回は利用しないこととなった。

管理栄養士：療養食は最初、配食サービスを紹介したが、負担金が高いとのことで訪問介護による生活援助を検討。訪問介護では療養食の準備が難しいと断られたが、献立レシピの公開、提供。カロリー計算、塩分計算などの資料を用意し、本人、家族同席のもと訪問介護事業所と合同の栄養指導カンファレンス、指導を実施。本人、家族への動機づけ、訪問介護事業所への負担緩和を行いサービス提供となった。

作業療法士：家庭訪問を実施し、住宅改修への助言を行う。改修を行ったほうがよい箇所と改修方法を書面で説明。家庭訪問にはケアマネジャーの同行を得た。

改修を行ったほうがよいと思われる箇所：廊下、トイレなど段差解消、身体を支えるために手すりの設置箇所を検討してもらう。

地域包括支援センター：一人暮らしの高齢者支援のために、緊急通報システムの導入。民生委員の巡回訪問を紹介。

【その後の経過】

退院後、1週間目にMSWとケアマネジャーが在宅訪問を実施。退院時の計画が遂行されていることを確認した。通所介護を週2回、訪問介護を1日1回～2回利用。療養食は

作り置きであるが、自分で温めも実施できていた。ケアマネジャーは、今後本人が調理することも検討しているが、調理教室が地域にないことが課題としていた。地域包括支援センターに報告するとのこと。

在宅医へ訪問を実施し、本人の生活状況を報告した。当院主治医からの退院時情報提供書（各種検査データも添付）、看護サマリー、主治医意見書の写し、リハビリテーション実施報告書の内容について確認し、ケアマネジャーは居宅介護サービス計画について報告した。

（この報告書作成時点で2か月が経過している）病状、ADL に変化なく在宅生活を遂行中。

第3章

各種ツールの使用の実際



写真：退院時カンファレンスの風景



写真：退院前訪問の風景



④香川県 綾川町国保陶病院

○医療・介護従事者研修会

当院では、3か月に1回、「在宅ケア勉強会」を開催しています。地域の医療と介護の専門職が毎回40～50名ほど参加し、在宅療養を支えるための知識を共有し、意見交換を行っています。今回はこの勉強会の中で、「在宅移行支援研修会」を行いました。毎回さまざまな職種に参加いただいておりますが、今回は、特に急性期病院からの参加が多く、退院支援に課題を感じている状況がうかがえました。また、介護の立場からは、院内でどのように退院支援を行っているか、実際の仕組みを知りたくて参加した、との声が多く聞かれました。グループワークでは、職種を越えて様々な意見が飛び交い、活発な討議がなされました。参加者からは、在宅移行の仕組みがよく分かった、役割分担が明確になった等の感想が聞かれ、相互理解を図るよい機会になりました。

○ケアカンファレンス

【事例】 年齢 50代 性別 男性 介護度 要介護3

7年前に大学病院にて多系統萎縮症との診断を受ける。以降、大学病院にてフォローされていたが、徐々にADLが低下。介護サービスを利用しながらどうにか在宅療養を行っていたが、脱水、起立性低血圧もあり、在宅継続困難とのことで、大学病院より当院へ入院加療の依頼がある。その際、大学病院のMSWと居宅のケアマネジャーより、主介護者である妻の疾病・介護への理解が乏しく、今後の在宅復帰は困難との情報提供があった。しかし、当院転院後の聞き取りでは、本人は自宅退院を強く希望されており、妻は在宅か施設入所か迷っているとのことであった。そこで、介護保険サービスを再調整するなどして、3か月後をめどに在宅復帰をめざすこととなった。

【病名】 多系統萎縮症

【既往歴】 特になし

【生活歴】 発症前から、本人と家族の関係性が悪かった。妻と二人暮らし。妻は日中仕事に出ており、本人が一人で過ごす時間が長い。息子3人はそれぞれ独立しており、介護には関わっていない。本人は疾患についてインターネットで検索し、進行性であり将来は寝たきりになること、経口摂取が困難になることなど理解している。介護保険で通所介護、訪問看護を利用しながら在宅生活を送っていた。

【参加者】

本人：脱水が治ったら自宅に帰りたい。

妻：仕事をしながらの介護なので、とても大変。共倒れになりそうで、施設入所も考えている。今後の病状の変化についても、よく分からず不安。

【協議内容の要点】

医師：歩行は入院前と変わらないが、構音障害が進んできており発語しにくくなっている。嚥下機能は今のところ問題ないが、今後低下が予想される。起立性低血圧は残存しており、ふらつきによる転倒の危険性がある。緊急時には連絡いただければ速やかに対応していく。

地域連携室（看護師長・MSW）：①本人及び妻の疾患理解への支援として、大学病院

での病状説明に同行した。今後起こりうる病状の変化とそれに伴う医療処置の選択肢について、本人・妻・大学病院・当院とで情報共有した。不安軽減のため、地域連携室が窓口となっていていつでも相談にのることを本人・妻に伝えた。②妻の介護負担軽減のため、本人と妻の了承を得てショートステイ先を確保し、ケアマネジャーに情報提供した。③進行性の疾患であるため、予後を考えると家族関係の再構築を早めに行う必要があると判断し、本人・妻の了承のもと、長男に病状と今後の経過予測を伝え、本人への積極的な関わりと妻への支援をお願いした。長男からは、わかりました、との返答をいただいた。

病棟看護師：ときどき尿失禁があるが、夜間のみ自己導尿を施行し、排泄のトラブルはない。

PT/OT：歩行器使用にて ADL はほぼ自立まで回復した。食事もセッティングを介助すると自力摂取可能。

ケアマネジャー：入院前は妻とサービス事業所の意見の相違が多々あり、支援がうまくいかない状態であったが、入院を機に、本人・妻とじっくり話す機会を得て療養生活を組み立てなおすことができた。

訪問看護師：主治医と連携しながら、疾患の特性に合わせて支援していく。緊急時はもちろん、何か変化があったり不安に感じるがあれば、いつでも相談してほしい。

ショートステイ事業所：本人の状態に合わせて、サービス提供していく。初めての利用になるので、まず慣れてもらうことから始めていく。

地域包括支援センター：ハイリスク患者が自宅退院することを伝え、民生委員などの見守り支援などを検討。

【その後の経過】

退院約 1 か月後に本人・妻と面談。退院時の介護サービス（訪問看護・通所介護・短期入所生活介護・福祉用具貸与）を継続している、とのことであった。本人は、言葉がうまく通じないことに不満を感じているが生活全般はおおむね満足していた。妻も、生活リズムができてきたので、このまま在宅生活を継続していけると思う、とのことであった。ショートステイ事業所からは、利用当初は構音障害を気にしている様子であったが、最近は職員と会話を楽しむことも増えてきた、とのことであった。現在は退院後 4 か月を迎えるが、退院時の医療・介護サービスを利用しながら在宅生活を継続している。



写真：退院前
カンファレンスの風景

第4章 事業実施アンケート

4-1 一般住民向け講演会 (P126)

宮城県・涌谷町町民医療福祉センターにおいては、地域包括支援センターの広報活動により、行政区長、民生委員、健康推進員の方々を中心に41名の方に参加いただきました。

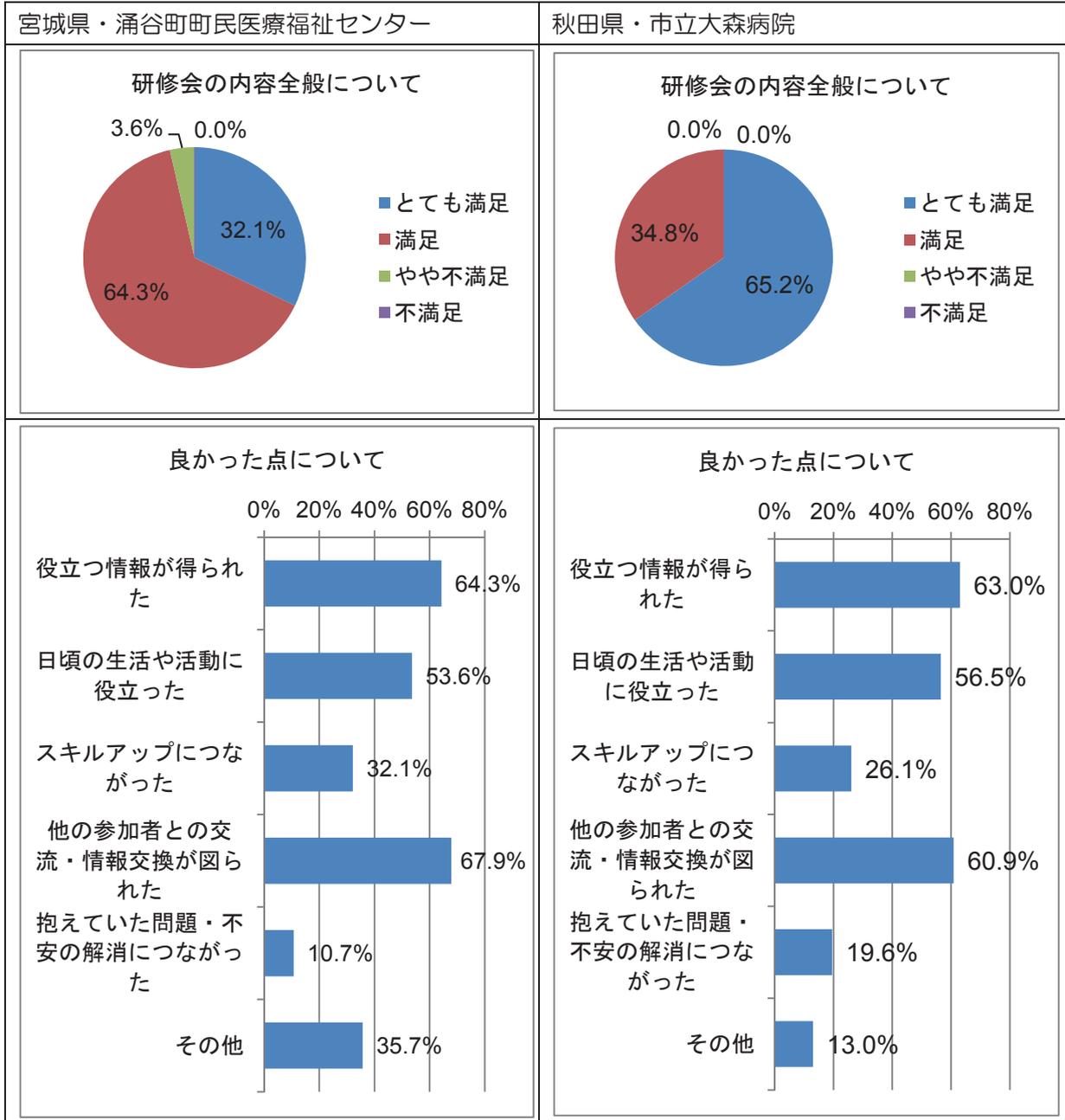
秋田県・市立大森病院においては、医療福祉連携室及び地域包括支援センターの広報活動により、雪が降る中、民生委員、健康推進員、老人クラブの方々を中心に70名の方に参加いただきました。

富山県・南砺市民病院では、プレ開催として、教材の有用性を確認すべく専門職を対象に一回、その後住民を対象に二回開催されました。一回目は、地域包括支援センターの広報活動により民生委員、健康推進員、今後、ヘルパーになろうと考えている方々を中心に34名の方に参加いただきました。二回目は、病院主催の地域イベントの機会を活用し、南砺市全世帯に広報範囲を拡大した結果、住民（高齢者・家族介護者等）を中心に、地域の医療・介護関係者も含め、210名の方に参加いただきました。

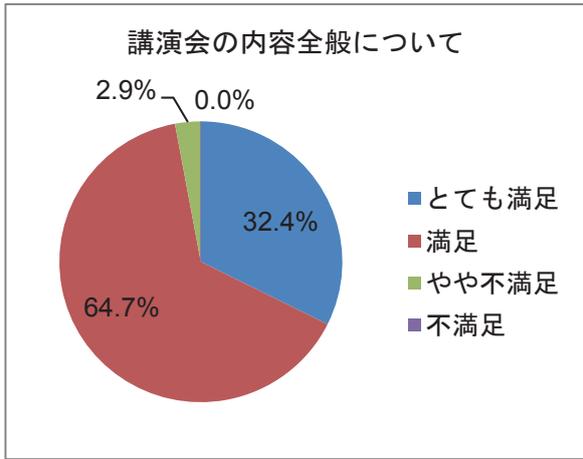
香川県・綾川町国保陶病院においては、地域包括支援センターの広報活動により、介護予防サポーターの方々を中心に46名の方に参加いただきました。

いずれの地域でも、地域活動のキーパーソンとなる方に参加いただいたことから、本講演会の目的「退院支援から在宅移行・地域移行に関する取組内容と現状を把握し、地域での支えあいや住み慣れた場所で暮らすことの大切さを考える、さらには地域の今後を考える」に対する理解、関心度の高さをうかがい知ることができました。

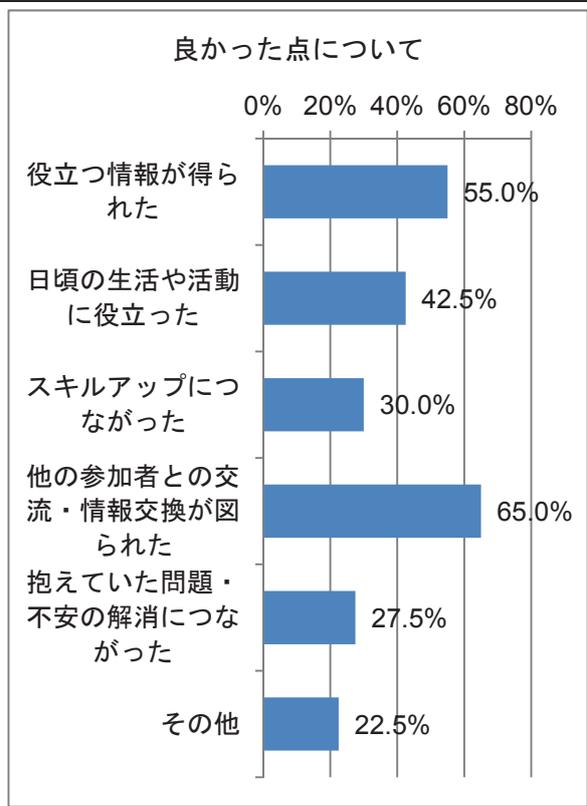
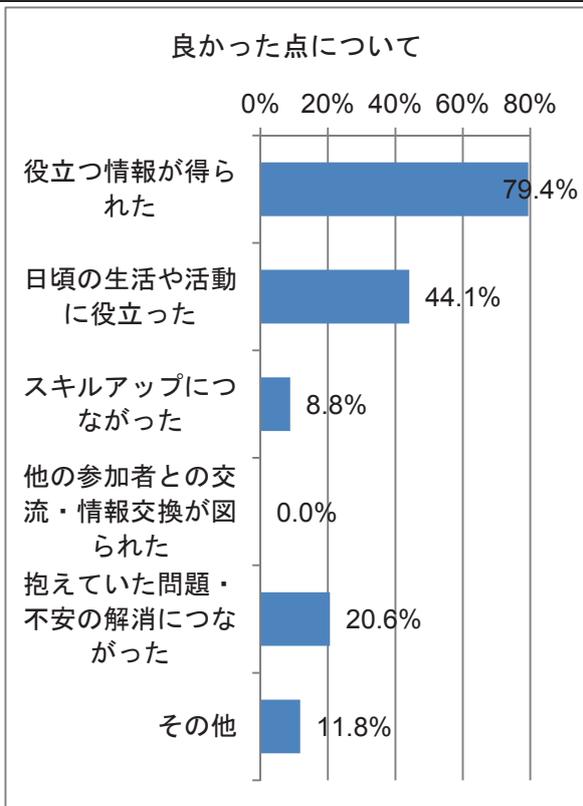
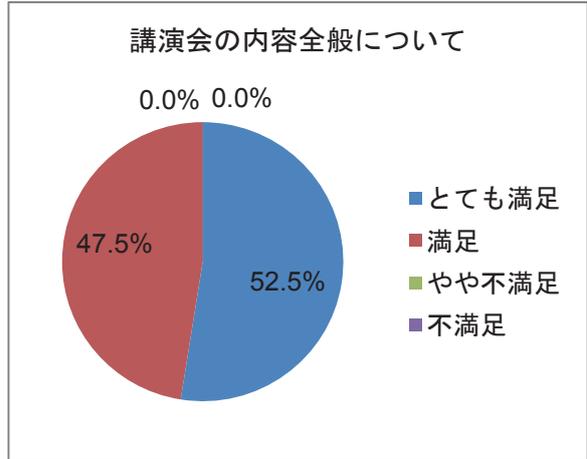
講演会の内容については、各地域とも高い評価を得ました。



富山県・南砺市民病院 1回目



香川県・綾川町国保陶病院



富山県・南砺市民病院 2回目	プレ実施（南砺市民病院）*専門職に実施																												
<p>講演会の内容全般について</p> <table border="1"> <tr><th>満足度</th><th>割合</th></tr> <tr><td>とても満足</td><td>32.8%</td></tr> <tr><td>満足</td><td>63.5%</td></tr> <tr><td>やや不満足</td><td>2.9%</td></tr> <tr><td>不満足</td><td>0.7%</td></tr> </table>	満足度	割合	とても満足	32.8%	満足	63.5%	やや不満足	2.9%	不満足	0.7%	<p>講演会の内容全般について</p> <table border="1"> <tr><th>満足度</th><th>割合</th></tr> <tr><td>とても満足</td><td>28.6%</td></tr> <tr><td>満足</td><td>67.9%</td></tr> <tr><td>やや不満足</td><td>3.6%</td></tr> <tr><td>不満足</td><td>0.0%</td></tr> </table>	満足度	割合	とても満足	28.6%	満足	67.9%	やや不満足	3.6%	不満足	0.0%								
満足度	割合																												
とても満足	32.8%																												
満足	63.5%																												
やや不満足	2.9%																												
不満足	0.7%																												
満足度	割合																												
とても満足	28.6%																												
満足	67.9%																												
やや不満足	3.6%																												
不満足	0.0%																												
<p>良かった点について</p> <table border="1"> <tr><th>良かった点</th><th>割合</th></tr> <tr><td>役立つ情報が得られた</td><td>67.9%</td></tr> <tr><td>日頃の生活や活動に役立った</td><td>51.1%</td></tr> <tr><td>スキルアップにつながった</td><td>19.7%</td></tr> <tr><td>他の参加者との交流・情報交換が図られた</td><td>10.2%</td></tr> <tr><td>抱えていた問題・不安の解消につながった</td><td>19.0%</td></tr> <tr><td>その他</td><td>37.2%</td></tr> </table>	良かった点	割合	役立つ情報が得られた	67.9%	日頃の生活や活動に役立った	51.1%	スキルアップにつながった	19.7%	他の参加者との交流・情報交換が図られた	10.2%	抱えていた問題・不安の解消につながった	19.0%	その他	37.2%	<p>良かった点について</p> <table border="1"> <tr><th>良かった点</th><th>割合</th></tr> <tr><td>役立つ情報が得られた</td><td>60.7%</td></tr> <tr><td>日頃の生活や活動に役立った</td><td>25.0%</td></tr> <tr><td>スキルアップにつながった</td><td>10.7%</td></tr> <tr><td>他の参加者との交流・情報交換が図られた</td><td>50.0%</td></tr> <tr><td>抱えていた問題・不安の解消につながった</td><td>3.6%</td></tr> <tr><td>その他</td><td>14.3%</td></tr> </table>	良かった点	割合	役立つ情報が得られた	60.7%	日頃の生活や活動に役立った	25.0%	スキルアップにつながった	10.7%	他の参加者との交流・情報交換が図られた	50.0%	抱えていた問題・不安の解消につながった	3.6%	その他	14.3%
良かった点	割合																												
役立つ情報が得られた	67.9%																												
日頃の生活や活動に役立った	51.1%																												
スキルアップにつながった	19.7%																												
他の参加者との交流・情報交換が図られた	10.2%																												
抱えていた問題・不安の解消につながった	19.0%																												
その他	37.2%																												
良かった点	割合																												
役立つ情報が得られた	60.7%																												
日頃の生活や活動に役立った	25.0%																												
スキルアップにつながった	10.7%																												
他の参加者との交流・情報交換が図られた	50.0%																												
抱えていた問題・不安の解消につながった	3.6%																												
その他	14.3%																												

全体的には、回答者の97.5%に「大満足」、「満足」と評価され、良かった点（複数回答あり）については、①「役立つ情報が得られた」（66.3%）、②「日頃の生活や活動に役立った」（50.2%）、③他の参加者との交流・情報交換が図られた（30.5%）の順となっています。※ただし、南砺市では、グループワークに代えて、医療・介護スタッフの活動報告、介護体験者の発表等を行ったことから、「他の参加者との交流・情報交換が図られた」の回答が少なかったです。

自由回答の中には、「もし自分が介護が必要になった時は？あまり自分として認識がなかったのが正直なところ。しかし、自分も介護が必要になる。今後はしっかり考えて行かなければならないと強く意識したところです。」、「いざ、親が介護が必要になった時に、どちらへ行けばとなる不安を解消できる内容でした。」等、今回の講演が、いざ介護が必要となった場合

を想定し、地域資源の確認や活用方法等、自分が住む地域に関心をもつ意識の変化につながったようです。

また、グループワークや発表では、「具体的な体験談が聞けて良かったと思う。」、「みんなが地域で生活することをどのように考えているのかが分かったのが良かった。」、「色々な体験が発表され、今後の自分のなすべき事を考えさせられました。」等、抱えている自身の課題解決のみならず、自発的な活動に繋がるような回答も多くみられました。今後の広がりが期待されるところです。

なお、数地域では、「途中、話のスピードが少し早くついて行けなくなった」、「映像が見にくかった」等の意見も聞かれました。今後の開催において時間配分やキャパシティの問題は謙虚に受け止めたいと思います。

さらには、「介護の人材の確保」や「介護報酬改定によりサービス低下等の懸念材料の検討をお願いしたい」とのご意見も頂きました。

全体的には、住民の在宅移行・地域移行と介護や看取りに関する関心の現れを確認することができたことは大きな成果につながりました。

※注）プレ講演会は、教材の有用性を確認すべく医療・介護専門職を対象に行ったことから、上記集計には含まず、アンケート結果のみ表記しております。

4-2 医療・介護従事者研修会 (P132)

退院患者の在宅移行・地域移行を推進するため、入院施設の医療職のみならず、地域の介護職に対して在宅移行支援に関する研修会を実施しました。各地域とも多職種に参加いただき、医療・介護の連携に関する知識の共有、実践方法・実施体制の確認、さらには地域で在宅療養を支援していく体制のあり方に対する方策等も数多く聞くことができました。

全体的には、回答者の95.8%に「大満足」、「満足」と評価され、良かった点については、①「役立つ情報が得られた」(68.3%)、②他の参加者との交流・情報交換が図られた(64.1%)、③「日頃の生活や活動に役立った」(40.8%)、④スキルアップにつながった(39.4%)の順となっています。(複数回答あり)

アンケートから、研修会の開催により、多職種の互いの活動を知り、そして顔の見える連携体制の構築が図られたことが伺うことができました。

また、自由回答の中には、「多職種の意見が聞けて良かった」、「在宅移行支援の流れ、ポイントが分かって良かった」、「あいまいだった役割分担が明確になった」、「同じ方針のケアとしても様々な案や考え方により患者さんへのサポート方法があることを知った」、「情報提供等、医療側・介護側の互いの視点が理解できた」等、日頃の業務におけるスキルアップや不安解消につながったことが確認できました。

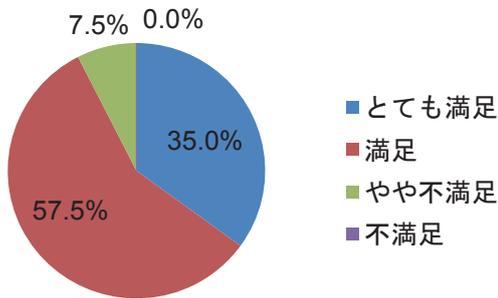
また、「患者や家族の心情を想像したり、もし自分であればという視点で検討したりすることはとても大事だと思いました」、「自身のケアマネジメント業務を振り返る事ができました」等、職員自身の問題としても在宅療養支援に関しての意識の変化を確認することができました。

研修会の内容については、各地域とも高評価を得ておりますが、「もう少し時間をかけて取り組みたかった」との意見も頂きました。

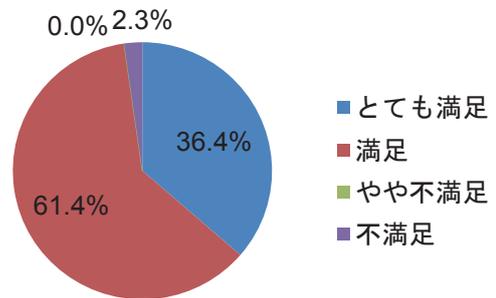
宮城県・涌谷町町民医療福祉センター

秋田県・市立大森病院

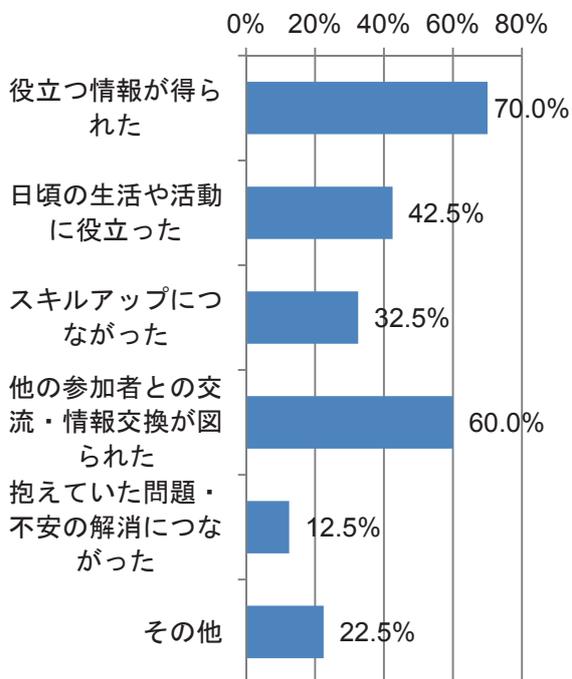
研修会の内容全般について



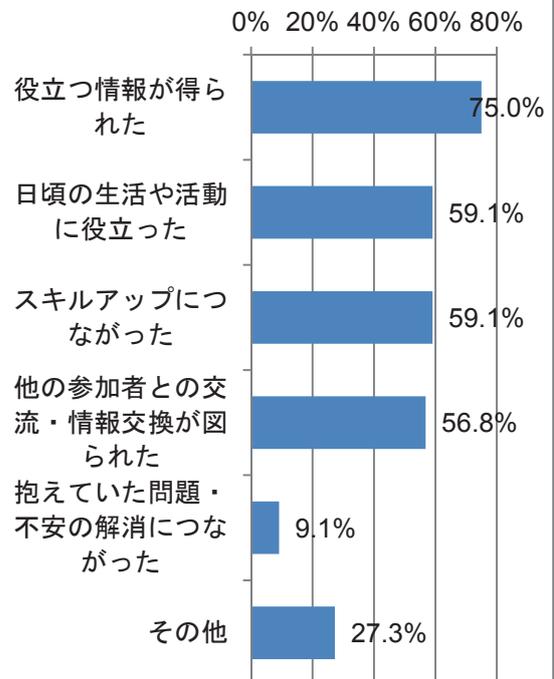
研修会の内容全般について

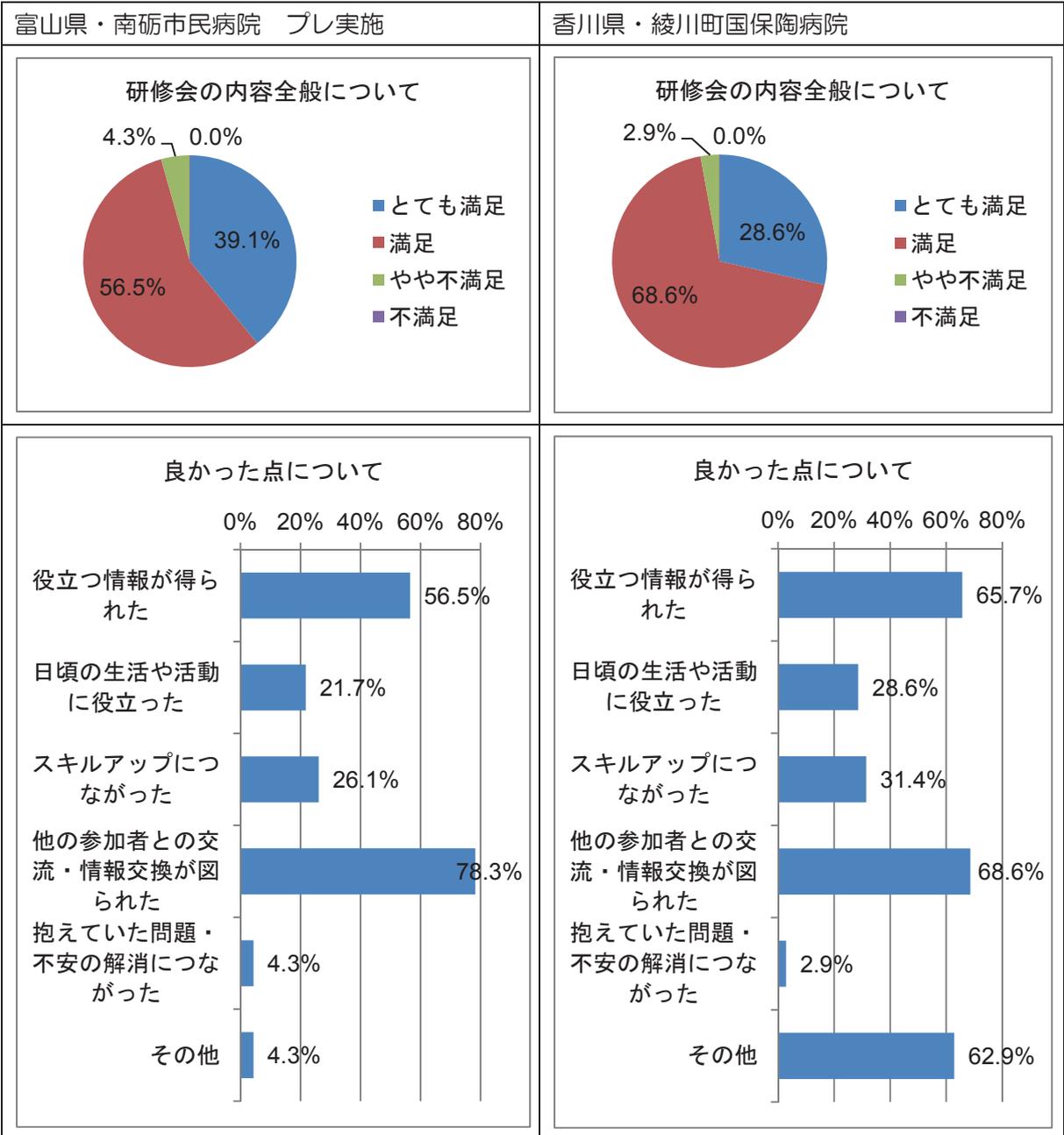


良かった点について



良かった点について





※南砺市民病院での医療・介護従事者研修会は、プレ実施の他にも1回開催しておりますが、参加者の半数以上が重複しての参加となることから、重複アンケートを避けるため行いませんでした。

4-3 退院支援・在宅療養支援に関するアンケート（本人・家族）

本事業実施にあたり、各連携団体が実際に退院支援に関わった患者及びその家族に対し、簡易アンケートを実施しました。

対象は、難病を抱えている方、障がいを抱えている方、退院後も継続して介護を必要とされる方で、本事業に関わることに同意を得た方（11名の患者及びその家族）から回答をいただきました。

アンケート内容は、「病院から退院した時の状況」と「その後、在宅での療養状況について」伺っています。

退院時に「自宅で療養することへの不安を感じず、退院することができましたか」の問いに関しては、ご本人は「そう思う」（3名）、「少しそう思う」（4名）で、ご家族は、「そう思う」（2名）、「少しそう思う」（5名）とほぼ不安を軽減して退院しました。その理由として、「退院時に、自宅で受けられる介護サービス等の情報は十分に得られましたか」の問いに、ご本人は、「そう思う」（6名）、「少しそう思う」（1名）で、ご家族は、「そう思う」（9名）、「少しそう思う」（1名）で、医師、看護師、MSW、連携するケアマネジャー等からの情報によって、在宅生活のイメージができたことが要因となっているようです。特に家族の介護の負担軽減に関するアドバイス等は特に安心材料につながっていました。

「退院時に思ったことに関して（自由記載）」に関しては、ご本人からは「家に帰れてうれしい」や「リハビリを頑張りたい」等の意見が聞かれ、家族からは「本人の希望を叶えたい」、「一緒に暮らせる喜びが大きい」という意見の一方「入院中の生活から環境が異なる不安」、「家族の就労における介護力の低下の不安」等、先が見えない介護への不安も伺われました。

退院後に「在宅での療養生活について、納得のいく支援（介護サービス等）は受けられていますか」の問いに関しては、ご本人は「そう思う」（1名）、「少しそう思う」（5名）で、ご家族は、「そう思う」（5名）、「少しそう思う」（4名）と、本人は、もう少し介護サービスに期待しているが、家族は介護負担の軽減につながっていることが確認されました。その他、「あまりそう思わない」、「そう思わない」に回答した方は、「本人の体調の変化・家族への配慮」や「家族が、自宅で経験する介護の負担」等に、長期的な療養生活を考えたときの不安等が伺うことができました。

このことから、退院後も継続した介護サービスとともに、医療関係者も連携しながらモニタリングを行うなど、地域で支えるシステム作りの必要性が確認されました。

4-4 関係者意識調査

本事業実施にあたり、各連携団体の関係者に対して簡易アンケート（意識調査）を実施し、41名の方から回答がありました。

実施前に「地域の医療・介護の支援体制の強化の必要性を感じたことがあった」の問いに関しては、「そう思う」（58.5%）、「少しそう思う」（36.6%）で、併せて95.1%が、在宅療養支援について何らかの課題を抱えていることが把握されました。

「在宅療養者の支援について多職種の良好な連携体制ができていた」の問いに関しては、「そう思う」（19.5%）、「少しそう思う」（48.8%）と支援体制の整備状況や多職種との顔の見える関係が、半数以上構築されていることが確認できました。

「在宅ケアの対象者への支援に困難を感じたことがあった」の問いに関しては、「そう思う」（26.8%）、「少しそう思う」（43.9%）と対象者へのケアへの不安を抱える一方、その解決に向けた「相談する相手がいるか」の問いに、「そう思う」（39.0%）、「少しそう思う」（19.5%）と連携構築により困難を克服できる関係を築いていました。主な相談相手は、地域医療連携室（MSW）やケアマネジャー等連携の核となる職種があげられていました。

このことら、ある一定の顔の見える関係、医療・介護の連携等が構築されているものの、実際の在宅ケアにおいて何らかの課題に直面した際の解決に向けた支援体制がやや不安な面がある事を伺い知ることができました。

また、実施後に「在宅療養者の支援において多職種連携の重要性を感じた」の問いに関しては、「そう思う」（85.4%）、「少しそう思う」（12.2%）で、「今後、多職種連携による在宅療養支援に積極的に取り組んでいこうと思う」の問いに関しては、「そう思う」（92.7%）、「少しそう思う」（4.9%）と、本事業を通じて、医療・介護職の在宅療養支援に向けての意識の高揚が確認されました。

さらに、「その他、事業の実施前後であなたの意識の変化、周囲の変化がありましたか」（自由回答）の問いには、「地域の介護資源等を改めて確認してみたい」、「在宅生活をイメージした看護を行っていききたい」、「退院カンファレンスでの多職種の情報提供の必要性をあらためて感じ、今後も実践していきたい」、「本事業のプロセスの標準化を期待する」等、本事業での知識・技術の向上、活動体制の確立等の成果が感じられ、今後の活動の広がりが期待されます。

4-5 ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換 (P137)

各連携団体における取組全体を通して、退院支援（在宅移行・地域移行）に関して医療関係者はもとよりケアマネジャー（居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等）や介護職等のいずれの専門職も関心が高いことが伺えました。特に入院時からの早期の介入、退院時カンファレンスでの情報共有等、さまざまな場面での多職種連携、顔の見える関係の重要性が確認できました。

それぞれの地域では、いままで培われてきた連携システムがあり、その中で退院患者を住み慣れた地域へ返し、継続して支えることができる体制を模索し続けています。中でも、医療関係者・介護関係者が地域資源を把握し、住民と一体となって地域での支え合える環境、安心して療養できる環境を作ろうとしておりますが、常に課題として壁にぶつかっています。

しかし、共通して言えることは、医療関係者や介護関係者のみで検討されており、地域で話し合い、住民と意識を共有する場が乏しいこと、療養者ご本人・ご家族との信頼関係が重要であること、そのためには医療関係者・介護関係者の意識改革や在宅を視点に置いた技術を高めること等が求められていました。

また、ヒアリングを通して、各種ツール、医療・介護関係者の情報共有のための連携シートや、多職種連携による在宅移行、地域移行の流れについて関しての手引き等についても現場のニーズがあることがわかりました。

※ヒアリング及び意見交換の具体的内容は、資料編に掲載しています。

第5章 まとめ

高齢者の増加により、住み慣れた自宅や地域に退院し、安心した生活が送れるために医療・介護専門職や行政・地域包括支援センター・社会福祉協議会・ボランティア等の地域資源が連携する必要性が高まっています。

今回の事業では、全国4地域の連携団体において、1.住民向け意識啓発のための講演会、2.医療・介護従事者研修会、3.退院患者及びその家族への支援活動、をおこないました。そのツールとして、講演用スライド、パンフレット「介護が必要になった時のために」、職員研修用スライド、在宅移行の手引き、などを制作しました。事業をおこなった4地域はいずれも高齢化、過疎化の進む地域でしたが、医療、介護施設、住民の状況など様々であり、それぞれに課題を抱えていました。こうしたツールを用いることで、いずれの地域でも有効な意識啓発活動、職員の資質向上につながる活動がおこなえました。

一般的に、地域住民、医療・介護専門職、行政など、それぞれに課題は認識していても、講演会や研修を企画するとなると負担が大きいことも事実です。今回の事業で作成した各種ツールは、こうした負担を軽減してくれるものと考えます。

もちろん、単回の事業だけで課題が解決できるものではありません。住民、専門職の意識向上につながり、課題を発見・共有したりする過程そのものが地域資源の連携を強化させ、さらに次へのステップに進む動きとなります。今回の事業でも、「もっと若い人を巻き込んで講演を聞いて地域全体で考えよう」、「地域住民同士でできることをやっ払いこう」と地域住民が声をあげたり、専門職同士での連携シートを作成したりするような具体的な動きも見られました。こうした活動を地道に継続することにより地域包括ケアシステムを構築することにも大いに寄与できるものと思います。

本事業で作成した各種ツールは、ホームページで公開して自由に使用できるようにしてありますし、全国の会員施設、地域包括支援センターには本事業報告書とあわせて送付する予定です。国診協としても、地域包括医療・ケア研修会、全国国保地域医療学会などさまざまな場を利用して情報発信に努めてまいります。多くの地域でこれらを活用いただき、地域福祉の充実に繋がることを期待しております。

資料編

- 1) 「介護が必要になったときのために」一般住民向け講演用スライド
- 2) 「介護が必要になったときのために」一般住民向けパンフレット
- 3) 「在宅移行研修会」医療・介護従事者研修会（講演）スライド
- 4) 「在宅移行研修会」医療・介護従事者研修会（グループワーク）配布資料
- 5) 「在宅移行の手引き」～医療・介護の連携に基づいた退院支援に向けて～
※H24 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により全国国民健康保険診療施設協議会が作成
- 6) 「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～
※H25 年度厚生労働省老人保健健康増進等事業により全国国民健康保険診療施設協議会が作成
- 7) 「在宅移行支援実践プログラム」
- 8) 講演会参加者、医療・介護従事者研修会参加者アンケート調査（集計結果）
- 9) ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換の内容

1) 「介護が必要になったときのために」一般住民向け講演用スライド

介護が必要になったときのために

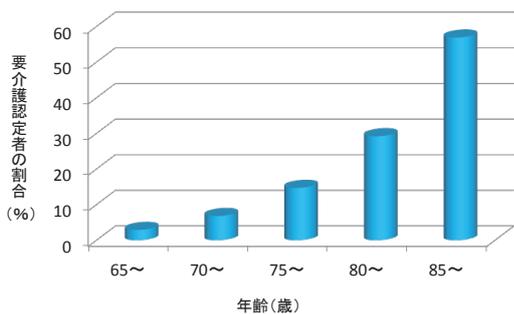


みなさんにお尋ねします

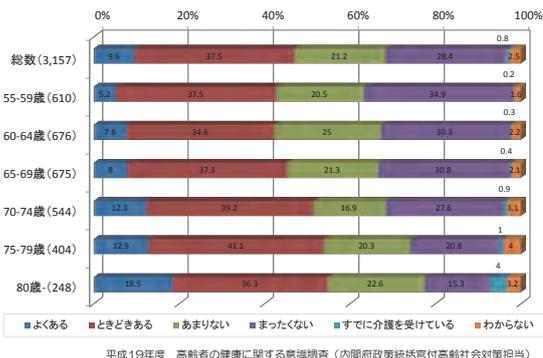
- 介護の経験のある方は
いらっしゃいますか？
- ご自身の介護が必要になる不安のある方は
いらっしゃいますか？



介護が必要な人



介護が必要になる不安の有無



介護が必要になること①

同居

98歳女性
すこし、認知症はあるが、食事、着替え、トイレ、入浴は自分でする



長女57歳 主婦
姑の食事の準備、衣服の洗濯など

ときどき、世話をしに来てくれる

長男60歳 居酒屋経営

長男の嫁55歳 居酒屋の手伝い

介護が必要になること①

同居

認知症の症状が悪化
室内で排尿や、排便をする
夜、眠らずに徘徊をする



お薬で症状が落ち着いたら退院しましょう

長女57歳 主婦
私もずっとお世話ほできないし...

長男60歳 居酒屋経営

長男の嫁55歳 居酒屋の手伝い

介護が必要になること②

91歳女性
リウマチを患っている
ごく軽い認知症
夫婦でケアハウス入所中

肺炎になって救急病院
に入院した

長女58歳
嫁ぎ先の両親の
世話をしている

介護が必要になること②

ケアハウス職員
ケアハウスでは、
車いすや認知症の方
はお世話できません

肺炎は良くなった
持病のリウマチ、認知症の症
状が悪化した
車いすの生活になった

困ったわ・・・

長女58歳
嫁ぎ先の両親の
世話をしている

3か月だけ、お
世話しましょう

治療が終わり
ましたので退院
しましょう

医療と介護

- 急に病気で入院して、急に介護が必要になることがあります
- 病院は病気の治療をしますが、治療が終われば退院になります
- 治療が終わっても、介護が必要なことはあります



9

医療と介護

• 医療（治療）

- 点滴・注射
- 投薬
- 手術
- 透析
- 呼吸器・酸素吸入
- カテーテル留置

• 介護

- 食事
- 入浴
- 歩行・車イス
- 着替え
- トイレ・オムツ

10

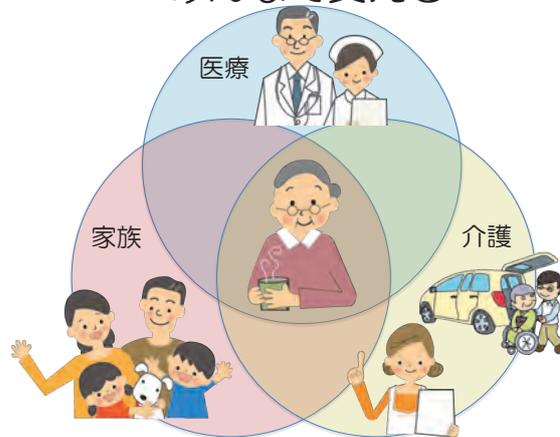
在宅療養という選択

- 点滴とか酸素吸入は、自宅でもおこなうことはできます
- 容態が安定すれば、自宅で過ごすという選択肢もあります



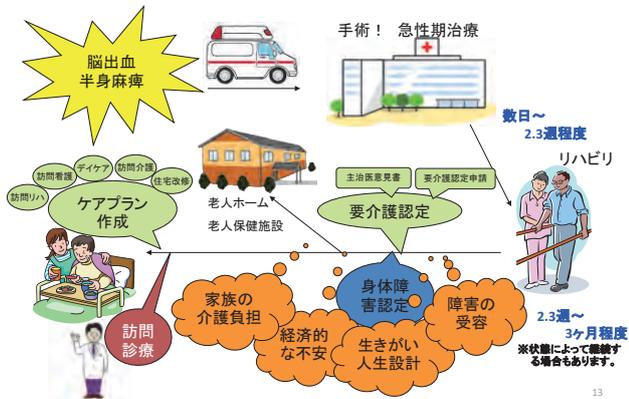
11

みんなで支える



12

例えば、脳出血で・・・



13

介護が必要になったとき

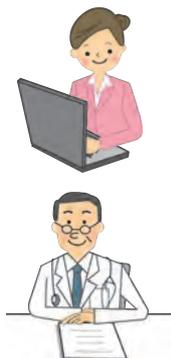
- 相談できる人はいますか？
- 介護保険を使うには？
- あなたの介護をしてくれるのは誰？



14

介護の相談

- ご自宅の方
 - 地域包括支援センター
- 入院中の方
 - 医療相談室などのMSW (医療ソーシャルワーカー)
- 主治医 (かかりつけ医)



15

介護保険を使うには

- 申請** 市町村の福祉担当の窓口などへ行きます
 - 本人またはご家族がおこないます
 - 介護保険被保険者証を持って行きます
 - 申請書を入力して提出します
 - 主治医の名前を記入します
 - 費用は無料です
- 認定調査** 自宅もしくは病院・施設へ来てくれます
 - 心身の状態について訪問調査員が聞き取り調査をおこないます
- 主治医意見書** 主治医が作成します
 - 主治医がいない方は、市町村から指定された医師がおこないます
 - 定期診察以外で診察をずる場合もあります
 - 費用は無料です
- 介護認定審査会** 保健・医療・福祉の専門家がおこないます
- 結果通知** 結果が通知されます
 - 保険証を受け取ります
 - 要介護度 (自立、要支援1-2、要介護1-5)、有効期間が決まっています
 - 申請から30日以内に通知されます



16

介護保険でできること

在宅サービス



施設サービス

特別養護老人ホーム
老人保健施設
療養型医療施設



訪問診療 (医療)



17

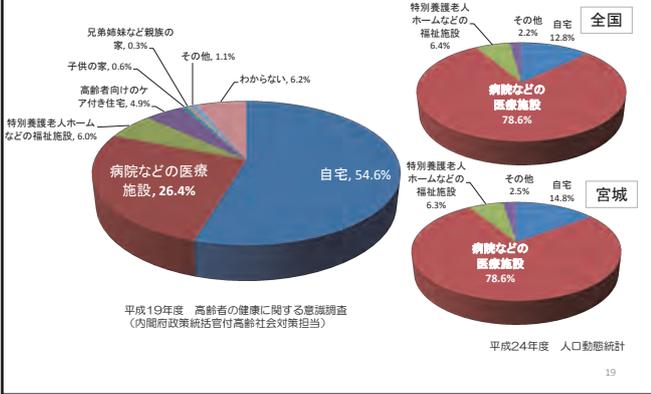
みなさんにお尋ねします

- ご自身が治らない病気になったとき、どこで最期を迎えたいと思いますか？
- もし、それが、ご家族だったら？

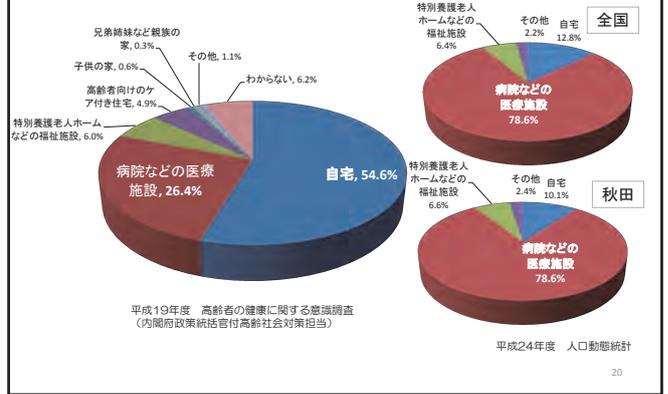


18

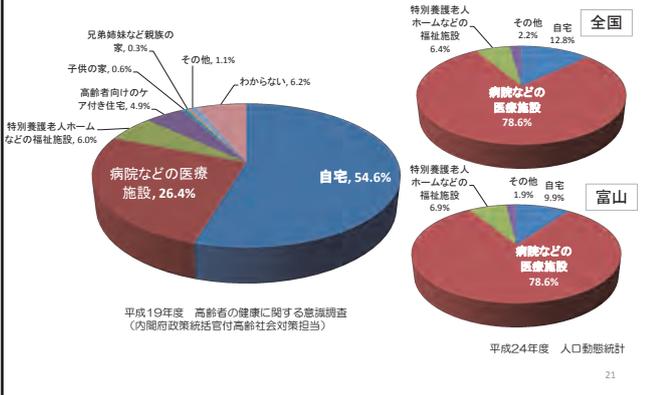
治る見込みがない病気になった場合、 どこで最期を迎えたいか？



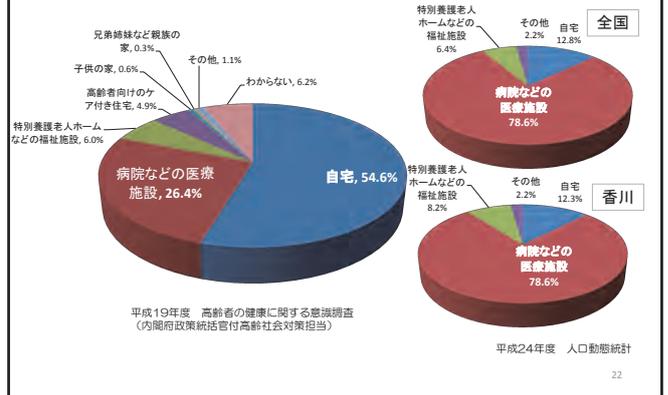
治る見込みがない病気になった場合、 どこで最期を迎えたいか？



治る見込みがない病気になった場合、 どこで最期を迎えたいか？



治る見込みがない病気になった場合、 どこで最期を迎えたいか？



自宅で療養したい理由、したくない理由

- 住み慣れた場所で最期を迎えたい
- 最期まで好きなように過ごしたい
- 家族との時間を多くしたい
- 家族に看取られて最期を迎えたい

- 家族の介護などの負担が大きい
- 緊急時に迷惑をかけるかもしれない
- 最期に痛みなどで苦しむかもしれない
- 今までの病院で最期まで診てほしい
- 最期まで看取ってくれる人がいない

平成16年 終末期医療に関する調査等検討会報告書

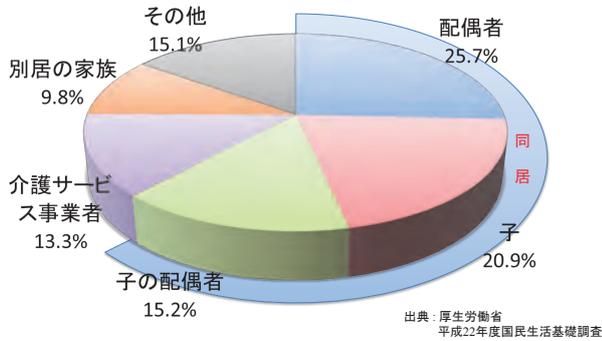
入院医療

- 利点**
 - 病態の変化に対応しやすい
 - 病態の把握が容易
 - 家族の負担軽減
- 欠点**
 - 自然な形の日常生活が難しい
 - 面会制限など

在宅医療

- 利点**
 - 家族との時間がもてる
 - 自然な形の日常生活ができる
- 欠点**
 - 家族の負担
 - 急変時対応の遅れ
 - 病態の把握が難しい

お世話する人（介護者）は誰？



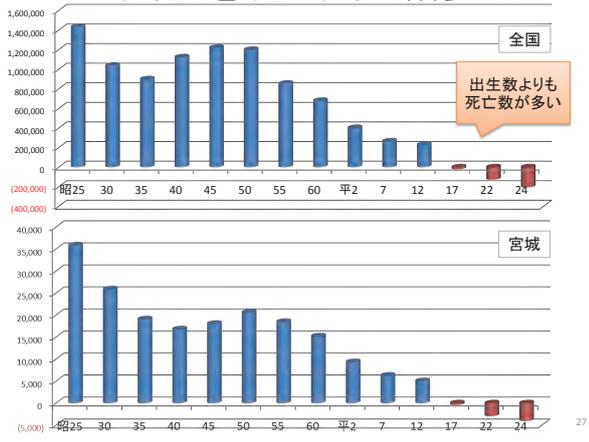
25

在宅療養が困難となる理由

- 患者さんの要因**
 - 病状、急変時の対応
 - 介護者への遠慮
 - 家族関係
- ご家族の要因**
 - 介護者の不在
 - 介護負担、不安感
 - 世間体など
 - 住環境
- 医療者の要因**
 - 在宅医療への理解不足
 - 人手不足
 - 医療者間の連携不備
 - 急変時への対応困難
 - 診療報酬上の問題

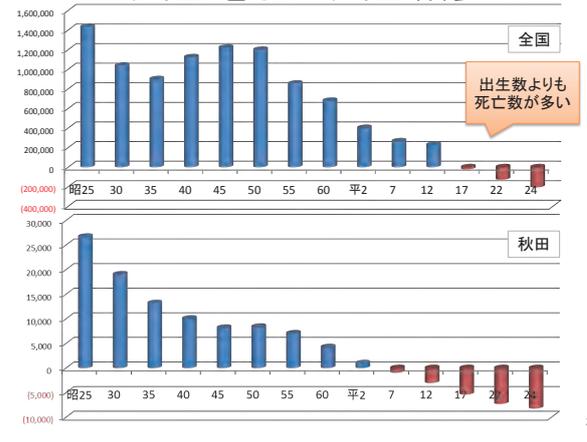
26

人口増加→人口減少 人口動態統計



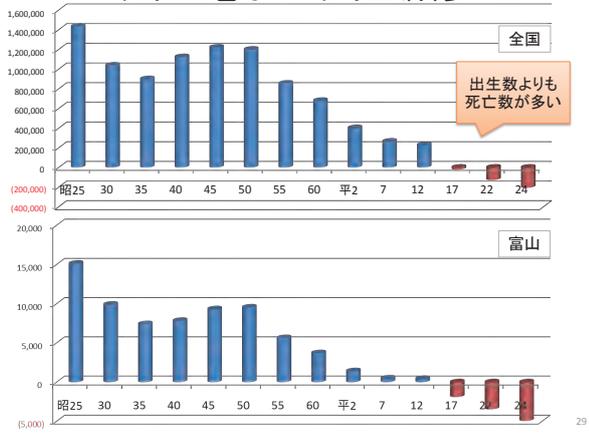
27

人口増加→人口減少 人口動態統計



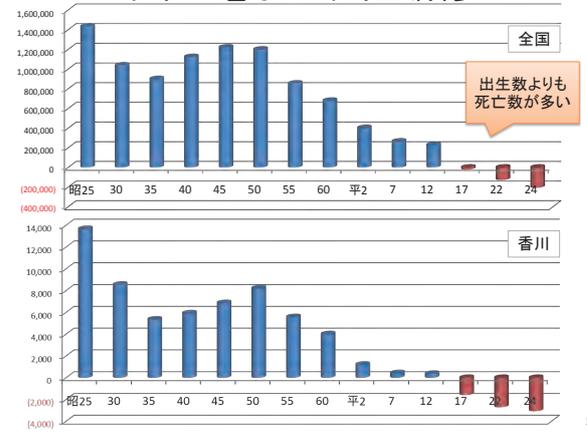
28

人口増加→人口減少 人口動態統計



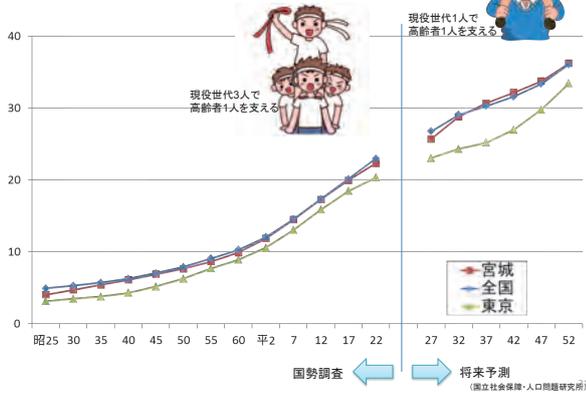
29

人口増加→人口減少 人口動態統計

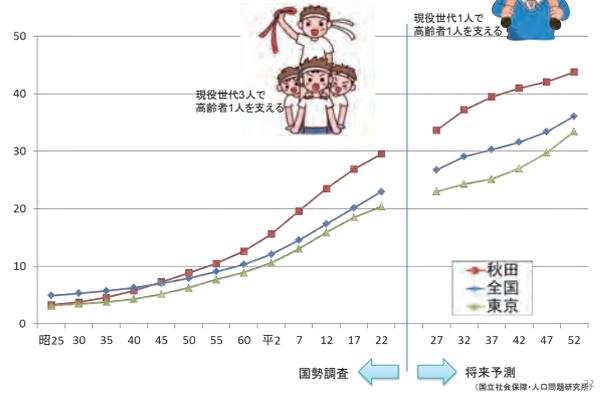


30

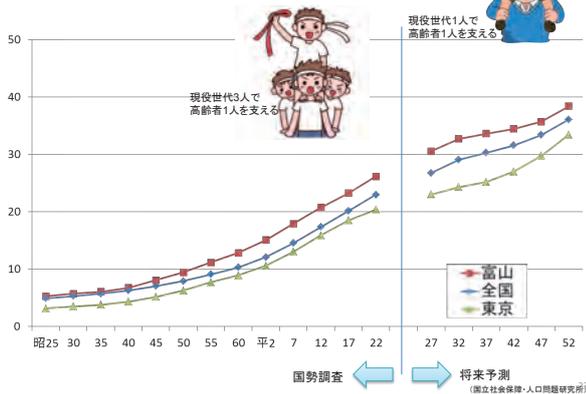
人口の高齢化



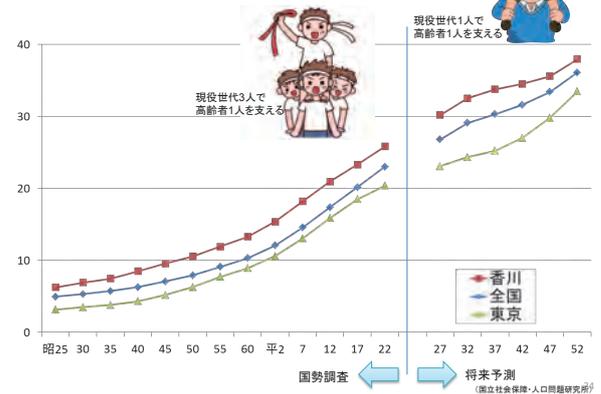
人口の高齢化



人口の高齢化



人口の高齢化



人口の高齢化

	全国	宮城県	
高齢化率	23.0%	22.3%	全国38位
年少人口割合	13.2%	13.2%	全国28位
高齢者単身世帯	9.2%	7.0%	全国45位
高齢者夫婦世帯	10.1%	8.5%	全国45位

平成22年度 国勢調査

人口の高齢化

	全国	秋田県	
高齢化率	23.0%	29.6%	全国1位
年少人口割合	13.2%	11.4%	全国46位
高齢者単身世帯	9.2%	10.1%	全国14位
高齢者夫婦世帯	10.1%	11.5%	全国18位

平成22年度 国勢調査

人口の高齢化

	全国	富山県	
高齢化率	23.0%	26.2%	全国15位
年少人口割合	13.2%	13.0%	全国32位
高齢者単身世帯	9.2%	8.2%	全国33位
高齢者夫婦世帯	10.1%	10.5%	全国23位

平成22年度 国勢調査

37

人口の高齢化

	全国	香川県	
高齢化率	23.0%	25.8%	全国17位
年少人口割合	13.2%	13.4%	全国24位
高齢者単身世帯	9.2%	9.8%	全国20位
高齢者夫婦世帯	10.1%	12.0%	全国10位

平成22年度 国勢調査

38

本当に大切なこと

どこで最期
を迎えるか

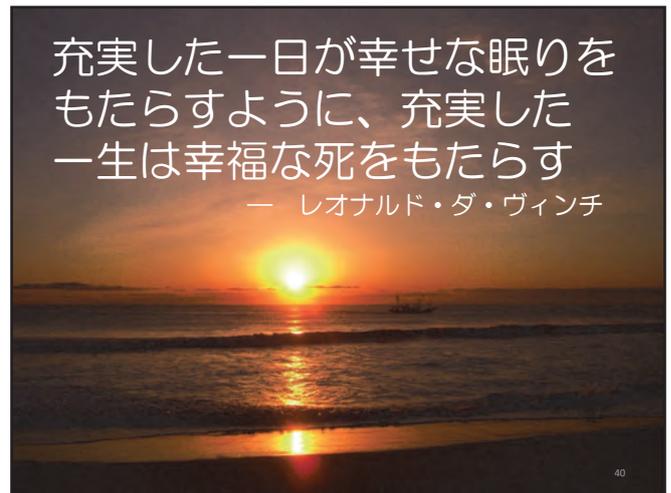
どのように最期
を迎えるか



39

充実した一日が幸せな眠りをもたらし、充実した一生は幸福な死をもたらし

— レオナルド・ダ・ヴィンチ



40

一緒に考えましょう

- 生き方と逝き方
- 上手な医療、介護サービスの使い方
- 住み慣れた環境で最期まで暮らすことのできる地域に



41

ご清聴ありがとうございました
ございました

おわり



42

2) 「介護が必要になったときのために」一般住民向けパンフレット

介護が必要になったときのために

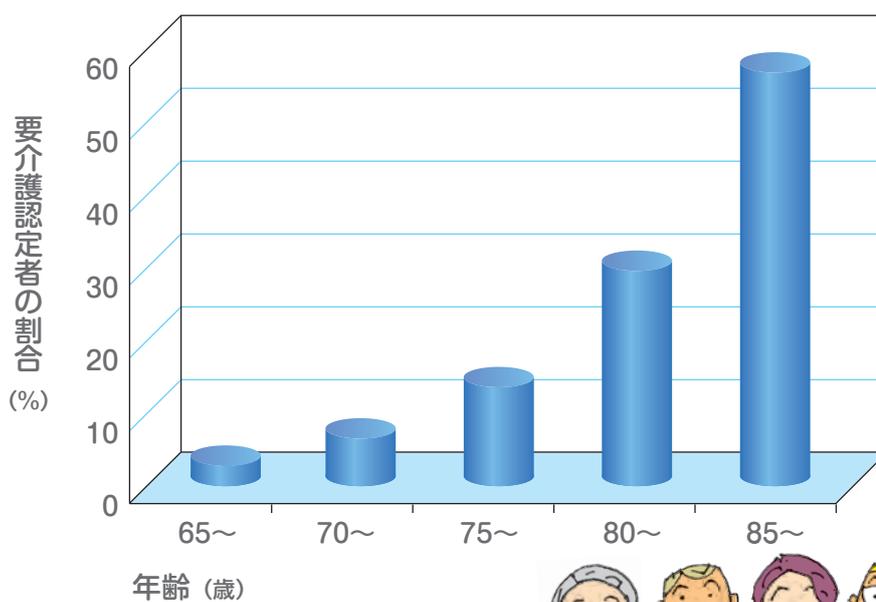


〈独立行政法人福祉医療機構助成事業社会福祉振興助成事業〉

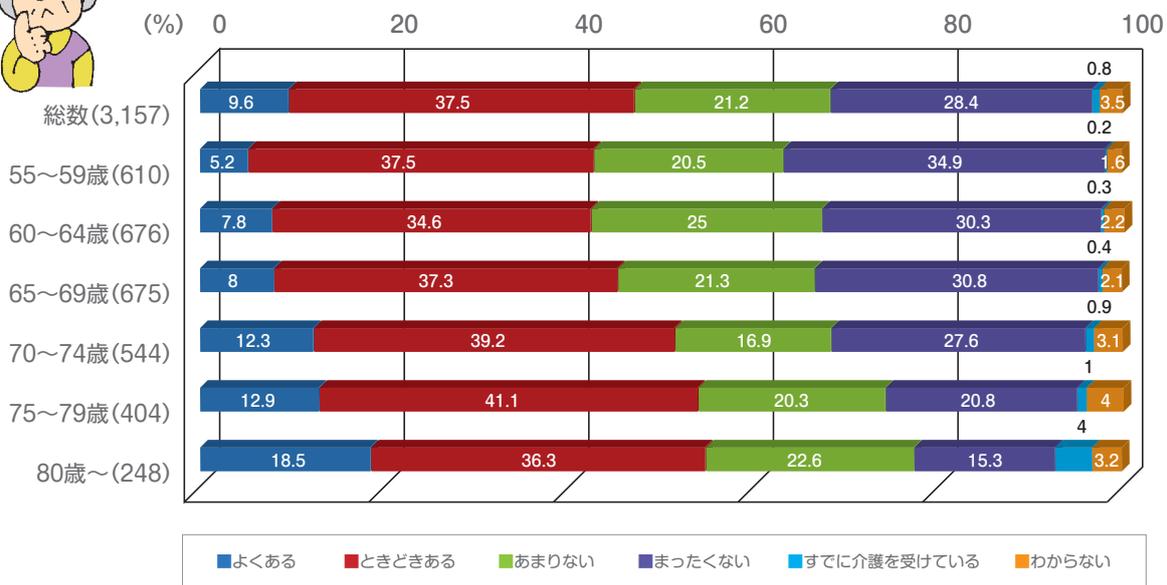


公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

年齢が高くなるにつれて介護が必要な人の割合が高くなります



高齢者の約半数が、介護が必要になることへの不安を持っています



平成 19 年度 高齢者の健康に関する意識調査 (内閣府政策統括官高齢社会対策担当)

2

91歳のタカコさんは、ご夫婦でケアハウスに入所されていました。持病のリウマチと、軽い認知症はありましたが、自分のことは自分でできていました。

ある日、肺炎を起こして救急病院に入院しました。肺炎は良くなったのですが、足腰が弱くなったり、認知症の症状も強くなったりして、車いすでの生活になりました。

病院の担当医は、退院を勧めますが、ケアハウスではお世話ができないと言われました。



困ったわ…

ケアハウスでは車いすや認知症の方はお世話できません

ケアハウス職員

タカコさん (91 歳)

治療が終わりましたので退院しましょう

救急病院の担当医

娘 (58 歳)

3

資料編

医療と介護



- 急に病気で入院して、急に介護が必要になることがあります
- 病院は病気の治療をしますが、治療が終われば退院になります
- 治療が終わっても、介護が必要なことはあります

医療

- 点滴・注射
- 投薬
- 手術
- 透析
- 人工呼吸器・酸素吸入
- カテーテル留置

介護

- 食事
- 入浴
- 歩行・車イス
- 着替え
- トイレ・オムツ

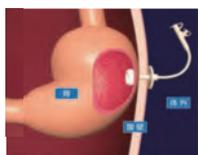
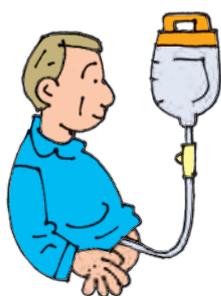
4

在宅療養という選択もあります

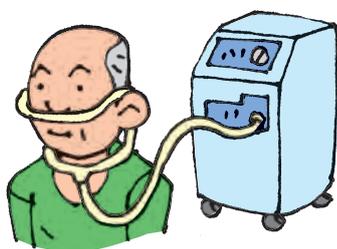


- 点滴とか酸素吸入は、自宅でもおこなうことはできます
- 容態が安定すれば、自宅で過ごすという選択肢もあります

胃瘻からの経腸栄養



NPO 法人 PEG ドクターズネットワークより



在宅酸素療法

自宅での点滴

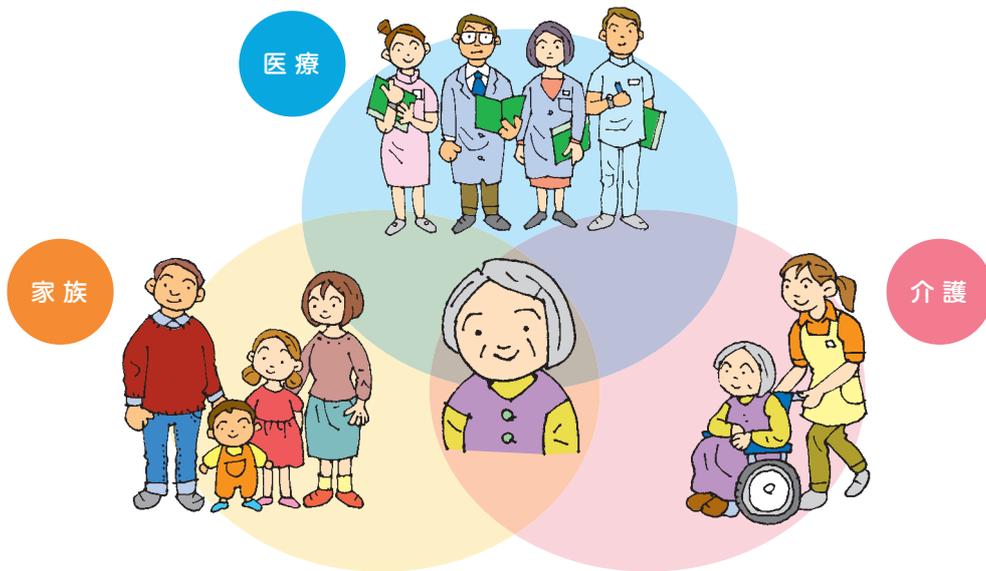


5

在宅療養をみんなで支える

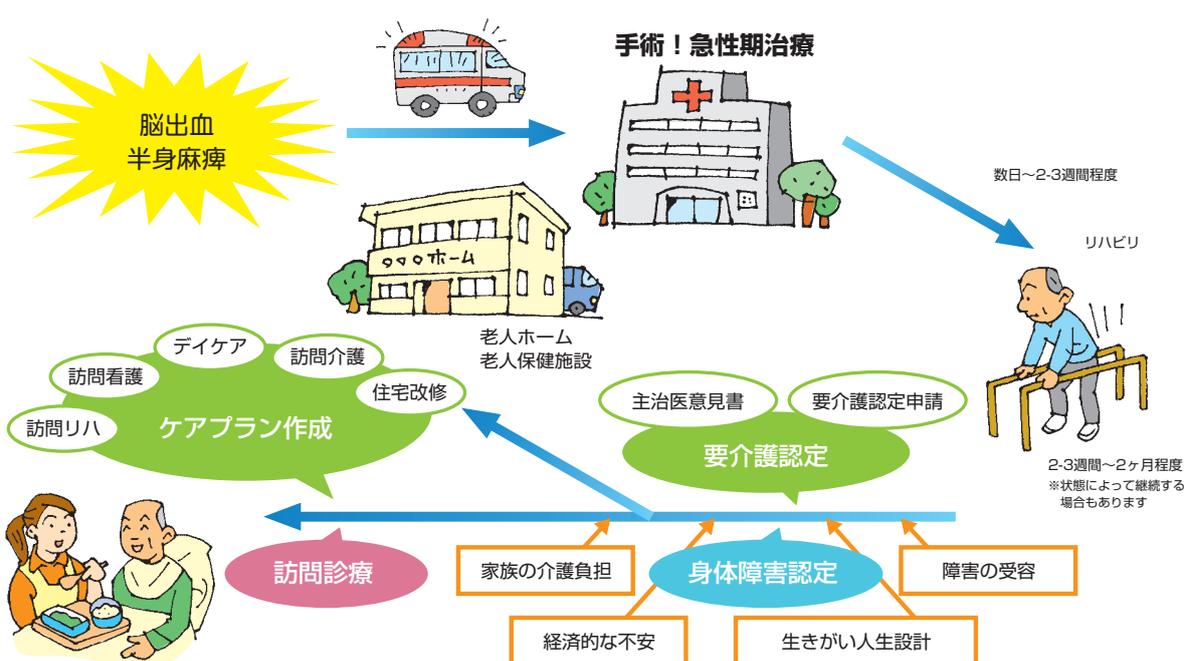


在宅療養は、ご家族、医療・介護の専門職みんなで支えます
ご家族だけが負担を背負い込むことはありません



6

入院から在宅、施設への流れ



資料編

7

介護が必要になったとき



- 相談できる人はいますか？
- 介護保険を使うには？
- あなたの介護をしてくれるのは誰？



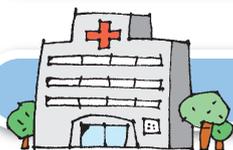
8

介護の相談



ご自宅の方

地域包括支援センター



入院中の方

医療相談室などのMSW
(医療ソーシャルワーカー)



主治医(かかりつけ医)

9

介護保険を使うには



申請

市町村の福祉担当の窓口などへ行きます

- ・本人またはご家族がおこないます
- ・介護保険被保険者証を持って行きます
- ・申請書を記入して提出します
- ・主治医の名前を記入します
- ・費用は無料です

認定調査

自宅もしくは病院・施設へ来てくれます

- ・心身の状態について訪問調査員が聞き取り調査をおこないます



主治医意見書

主治医が作成します

- ・主治医がいない方は、市町村から指定された医師がおこないます
- ・定期診察以外で診察をする場合もあります
- ・費用は無料です

介護認定審査会

保健・医療・福祉の専門家がおこないます

結果通知

結果が通知されます

- ・保険証を受け取ります
- ・要介護度(自立、要支援1-2、要介護1-5)、有効期間が決められています
- ・申請から30日以内に通知されます

10

介護保険でできること



在宅サービス

訪問介護



訪問看護



訪問リハビリ



訪問入浴



福祉用具貸与



デイサービス(通所介護)
デイケア(通所リハビリ)



グループホーム
ケアハウス



住宅改修

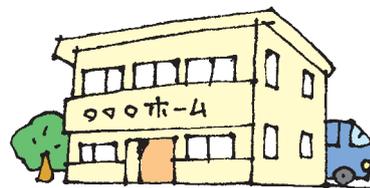


ケアマネジャー



施設サービス

特別養護老人ホーム
老人保健施設
療養型医療施設



訪問診療

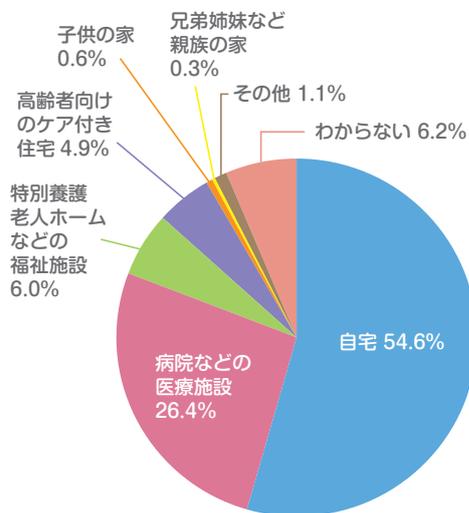


医療

歯科

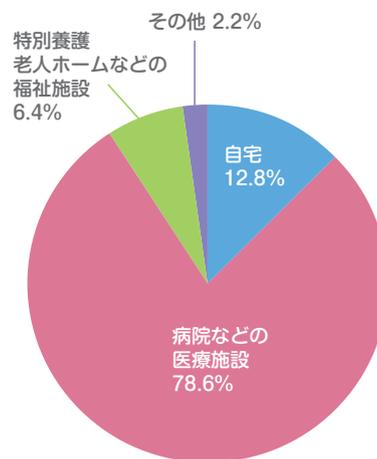
11

治る見込みがない病気になった場合、どこで最期を迎えたいか？



平成19年度 高齢者の健康に関する意識調査
(内閣府政策統括官付高齢社会対策担当)

実際は…



平成24年度 人口動態統計

12

自宅で療養したい理由、したくない理由



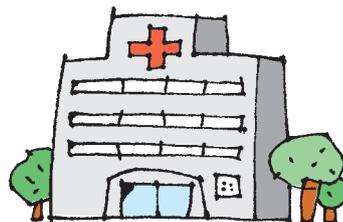
自宅で療養したい

- ・ 住み慣れた場所で最期を迎えたい
- ・ 最期まで好きなように過ごしたい
- ・ 家族との時間を多くしたい
- ・ 家族に看取られて最期を迎えたい



自宅で療養したくない

- ・ 家族の介護などの負担が大きい
- ・ 緊急時に迷惑をかけるかもしれない
- ・ 最期に痛みなどで苦しむかもしれない
- ・ 今までの病院で最期まで診てほしい
- ・ 最期まで看取ってくれる人がいない



平成16年 終末期医療に関する調査等検討会報告書

13

入院医療と在宅医療の、利点・欠点



入院医療

- ・病態の変化に対応しやすい
- ・病態の把握が容易
- ・家族の負担軽減



利点

在宅医療

- ・家族との時間がもてる
- ・自然な形の日常生活ができる



欠点

- ・自然な形の日常生活が難しい
- ・面会制限など

- ・家族の負担
- ・急変時対応の遅れ
- ・病態の把握が難しい

14

お世話する人(介護者)は誰？



別居の家族
9.8%

その他 15.1%

配偶者 25.7%

同居

子の配偶者
15.2%

子 20.9%

介護サービス
事業者
13.3%

出典：厚生労働省 平成22年度国民生活基礎調査

15

在宅療養が困難となる理由



- ・在宅医療への理解不足
- ・人手不足
- ・医療者間の連携不備
- ・急変時への対応困難
- ・診療報酬上の問題



医療者の要因

- ・病状、急変の時の対応
- ・介護者への配慮
- ・家族関係



患者さんの要因

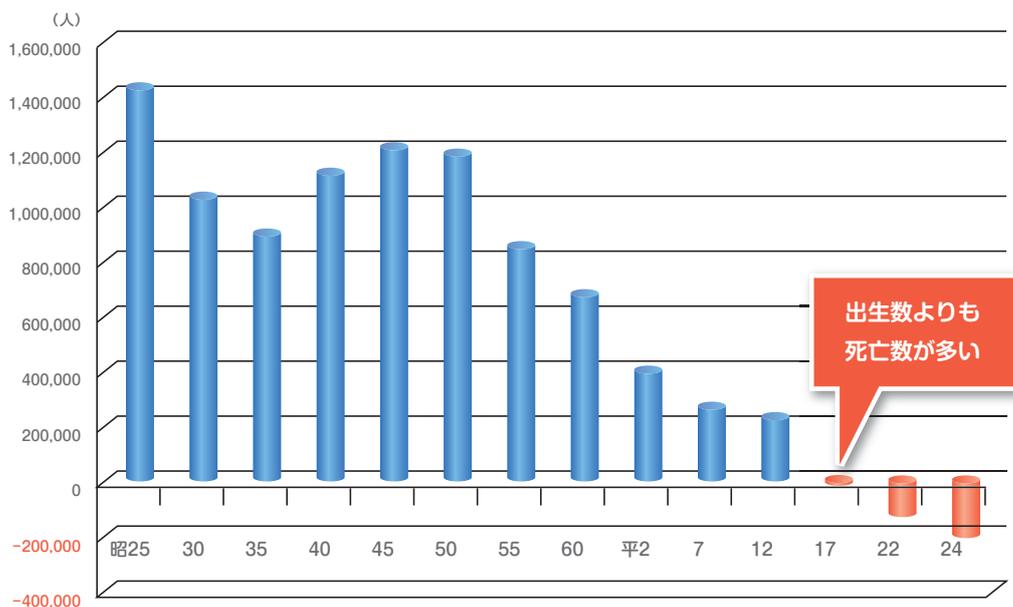
- ・介護者の不在
- ・介護負担、不安感
- ・世間体など
- ・住環境



ご家族の要因

16

わが国では、生まれる人数よりも亡くなる人数の方が多い状態
(人口自然減)が続いています

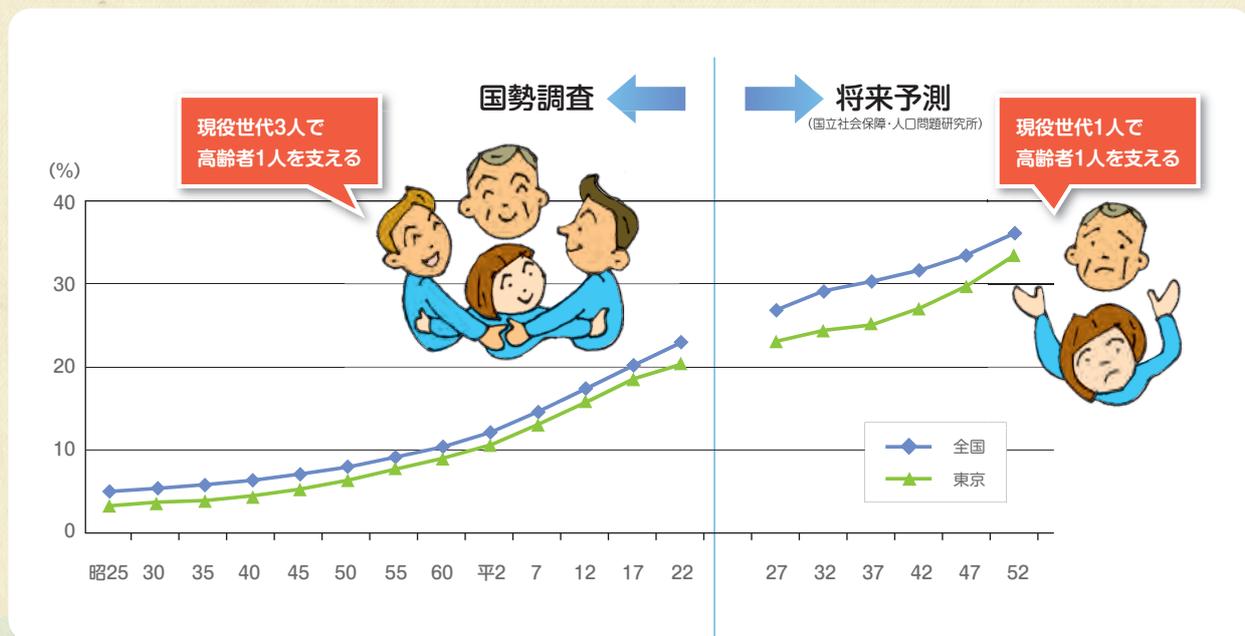


人口動態統計

17

わが国は、高齢化が急速に進んでいます。高齢化率(人口のうち65歳以上の方の割合)は現在約25%ですが、今後も増加しつづけます。現役世代3人で高齢者1人を支えていた状態(騎馬戦型)から、将来、現役世代1人で支える(肩ぐるま型)になると言われています。

また、高齢者のみの世帯は、全体の約20%です。介護者不在、老々介護が問題となっています。介護保険制度などにより、社会として支える仕組みはできましたが、相互の助け合い、地域づくりも大切でしょう。



本当に大切なことは…



「**どこで**最期を迎えるか」ではなく
「**どのように**最期を迎えるか」です。

充実した一日が幸せな眠りをもたらすように、
充実した一生は幸福な死をもたらす

(レオナルド・ダ・ヴィンチ)

と言われるように、人生の集大成が死なのです。

在宅でも施設でも、慣れ親しんだ環境で、その人らしい生き方(逝き方)を支えられる地域社会が望ましいのです。

そのためには、私たち一人一人が自分の人生についてしっかり考え、医療や介護サービスをよく知り、上手に利用することも大切ではないでしょうか。

メモ



A large, empty rectangular box with a green border, intended for writing notes.

20



公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒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/>

※本冊子は、独立行政法人福祉医療機構の助成(社会福祉振興助成事業)により、本会が実施した「退院する高齢・障がい者の在宅移行推進事業」で作成したものです。

2015年3月発行

講演用スライド

在宅移行研修会



**事例検討
グループワーク**

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
独立行政法人福祉医療機構助成事業社会福祉振興助成事業

在宅移行支援とは

- 入院治療を受ける事で、完治し入院前と同じような自立した生活が送れば何も心配はいりません。
- 慢性疾患といわれる疾病も悪性腫瘍も治療を継続しながら、患者さん自身が病気と向き合い生活していく必要のある疾病が殆どです。
- 退院後も医療管理や医療処置を継続しながら生活の場に戻る事が当然多くなっています。
- 患者さんが、退院後もより安全なそして安定した在宅療養を継続するために様々な準備をすることが「在宅移行支援」です。

在宅移行支援とは（具体的に）

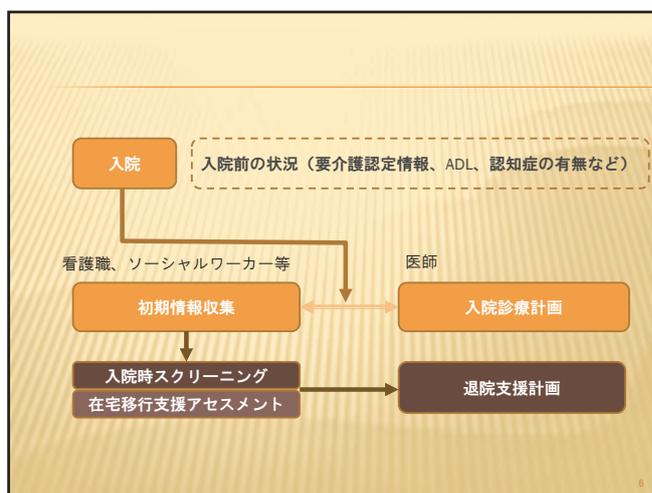
- 患者・家族が病気と向き合って生活するためにしておく点を学ぶ。
(療養指導・栄養指導・内服指導・医療処置手技指導)
- リハビリテーションを受けてご自身で出来る方法の取得や訓練を受ける。
- 自宅環境を整えることで安全や自立を目指す。
(住宅改修・介護用品の準備)
- 在宅サービスの利用や在宅医療を受ける準備をする(在宅調整)

在宅移行支援のプロセス

- 導入期（在宅生活・療養への意思決定）
- 在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備する）
- 退院移行期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）
- 在宅移行期（退院後から家族・利用者が安定する時期）
- 生活期（在宅へ戻ってからの援助の展開、維持期）

導入期（在宅生活・療養への意思決定）

- 看護師と医師との調整
利用者がどういう状態になったら在宅生活へ移行できるかのゴールの設定をする
- 院内の医療チームの編成をする
地域の状況も含めて「医療チーム側としての方向性・退院時期」を決定する
- 医療チーム内で、院内の調整役を決め、
患者・家族への紹介を主治医から行う。
- 連携が必要な地域の機関の査定を行う
- 介護力の把握、社会資源の活用を検討する
- 家族の相談窓口や精神的フォローをする役割を誰がとるか決める。
- 患者・家族・医療側の方向性が統一できない場合、「退院に向けた話し合い」の場面を設定



導入期（在宅生活・療養への意思決定）

- ・患者さん・家族と一緒に退院後の生活をイメージ
- ・入院から早期に在宅移行支援に取り組む！

- 病状や今後の疾病の予測
 - ⇒ 退院後も継続する医療・看護が必要になるか予測する
- 主介護者の年齢や他サポートできる家族の状況
 - ⇒ 介護力を評価しサポートの必要性も予測する
- 主治医や病棟看護師、地域連携室、リハビリ職が、なるべく早い段階で支援の必要性を把握し、病状経過や生活動作の回復状況から、必要なサポートを導入するという過程がとても重要です。

7

導入期（在宅生活・リハ支援）



- 退院後の生活イメージの予測
 - ⇒ 退院前訪問指導は入院期間中に2回実施可能。
(家屋状況の把握により住宅改修や福祉用具等のサポートの必要性の検討)
- 本人の能力や主介護者の年齢や地域の社会資源の状況
 - ⇒ 本人の生活活動(心身機能・活動・参加)だけでなく、環境要因(介護力や住環境などの個人因子)を評価し、サポートの必要性を予測する。
 - ⇒ リハ職や病棟看護師は、本人の「できるADL」を高めるだけでなく、病棟での「しているADL」を向上させ、在宅生活のための「するADL」獲得に向けた支援を行う。
 - ⇒ 病状経過や生活動作の回復状況から、退院時の在宅生活のイメージをもってもらうことがとても重要です。

8

在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備する）

- ・病状経過と入院目的・入院しての経過を知る患者・家族にとって入院目的は達成されたのか
- ・入院したときは皆、家に戻る事を当たり前のように願っています。でも病状が思わしく改善しない事や生活動作上、誰かの助けが必要になると「家族に迷惑かけられないなあ」とか「入院してたらもっと良くなるんじゃないか」という漠然とした希望をもちながら入院期間が長くなってしまいます。

早期の動機づけ支援＝在宅移行支援が必要となります。

9

在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備する）

- ・退院に向けて継続する医療・看護・介護は何か医療管理上の問題・生活介護上の問題に分けて整理
- ・本人のセルフケア能力・家族関係を知る
- ・必要なケアは誰が実施できるのかサポートを導入する場合、家族の中の窓口は誰か
- ・保険情報から自己負担等を確認する

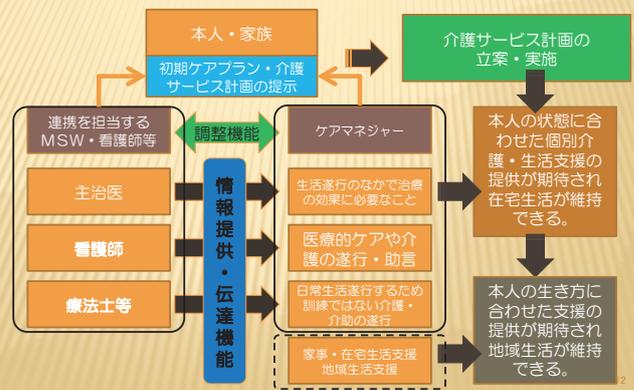
10

退院移行期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）

- ・カルテ等から得た情報と患者・家族からの情報、リハビリ評価から、必要なケアを整理する。
- ・サポートを導入する場合利用可能な公的制度を決定する介護保険・障がい者総合支援法・難病施策等、地域のマネジメント窓口を決定する
- ・地域のマネジメント窓口との具体的な調整に入る
- ・「退院前カンファレンス」関係者を召集する訪問看護のみの場合、情報共有・医療処置等の手技継続指導実施
- ・この後はケアマネジャー等が中心に調整するが、院内調整者は達成度合を確認する。
 - ①必要に応じケアマネジャー支援を実施。
 - ②サービス調整には書類等の準備が必要。

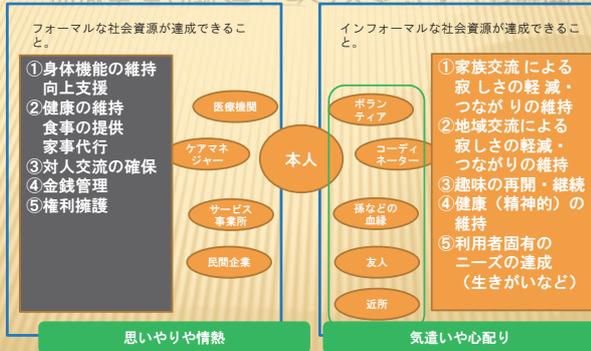
11

退院時のケアプランに関わることの重要性



12

本人の生き方に合わせた支援の提供 地域生活が維持できるマネジメント展開



在宅移行期（退院後から家族・利用者が安定する時期）

・モニタリングの実施

⇒医師・看護師による訪問診療、訪問看護で確認
ケアマネジャーなどに聞く

以下、確認する項目

- ・家族が獲得したケア技術を実施
- ・利用者・家族が在宅に移行した後の疑問や不安を解消
- ・家の環境整備
- ・家族が利用者の予後への援助を理解
- ・介護者の身体・精神的負担を軽減
- ・緊急時の対応

在宅移行支援のポイント

- ・ **医療面**；退院によって病院との関係が切れるものではないことを伝え、退院時のカンファレンスのなかで、家族に見える形で連携を示す。
- ・ **介護面**；支援開始の早期からケアマネジャーの介入を得る。家族の不安、介護者の混乱があることを共通理解とし、患者の病状に合わせて在宅の準備を進める。
- ・ **療養にあたり、本人・家族の希望への配慮**；在宅看取りについては、在宅療養をするなかで決めていくなど融通を利かせる。
- ・ **本人の意思**；家に帰って実現したいことが何か。制限ではなく実現が得られれば満足が得られることが大切である。

患者さんに寄り添える支援を！

- ・ 国の医療制度や病院の機能分化といった大きな流れの中で在宅移行支援は、病院の責務として必要になってきました。
- ・ **しかし、何より大事にしたいのは、「患者さん自身のどう生きたいか、どこで過ごしたいか」という声に耳を傾けるという事です。**
- ・ **「人は地域で生まれ地域で生活し、地域で亡くなっていく」事が支えられる医療でありたいと考えます。**

グループワーク1

* グループワーク1配布資料と作業シート①を配布してください

ある日、地域連携室に相談がありました

- ・ 80歳、男性。
- ・ 妻と2人暮らし。息子2人が同じ市内に在住。
- ・ 2ヵ月前、腎機能障害のため入院。多発性骨髄腫と診断され、化学療法(抗がん剤)を行った。
- ・ その後、誤嚥性肺炎を併発し人工呼吸器装着した。一週間、集中治療室入室を経て、一般病棟へ転床したが、その後も誤嚥性肺炎を繰り返し、抗生剤投与や酸素療法を行った。
- ・ この数ヶ月ほとんど食事を取ることができない。
- ・ 体重45kg、身長160cm(体格指数BMI=17.6)

事例概要

- ・多発性骨髄腫による疼痛に対して、緩和ケアチームが介入し薬物治療（麻薬系鎮痛剤）を導入。また、夜間せん妄に対して向精神薬を投与し、かなり落ち着いた
- ・せん妄対策で、訪室時、両手にミトン装着されていた。
- ・排泄・移動・清潔整容：全介助
- ・食事は摂れなかったが、最近、ペースト食で訓練開始
- ・医療処置：中心静脈栄養からの薬剤投与
経鼻経管栄養
酸素投与
喀痰吸引

19

主治医からの説明

●主治医から家族への説明

- ・多発性骨髄腫の治療のための化学療法は、治療が無効であったことや全身状態から考えて、これ以上は困難
- ・今後も、誤嚥性肺炎を繰り返す可能性高い。
- ・自宅で誤嚥性肺炎を起こした場合、人工呼吸器装着など救命措置をとることは困難。
- ・救急車で運んでくる間に救命できない可能性もある。
- ・退院は、自宅で看取することを視野に入れてほしい。
- ・（家族からの質問に答えて）予後は、3カ月くらいでしょう

20

多発性骨髄腫とは？

- ・血液を作る骨髄ががん化し、さまざまな症状を引き起こす病気です。
- ・症状は、①貧血、②骨折、③腎臓の機能低下（むくみや尿量減少など）などです。
免疫力も低下、感染を起こしやすくなります。
- ・治療は、抗がん剤による化学療法が行われます。
- ・本例では、誤嚥性肺炎を併発、それを元に廃用症候群をきたし、全身の機能低下が主に問題になっています。

21

本人・家族の希望



退院を希望。形あるもの（できればステーキ）を食べたい。趣味の釣りにも行きたい。

本人

家に連れて帰りたい、でも…

どのように介護すればよいか不安。

高齢の母親に負担がかかるのが心配。

家で看取することは考えられず、病状悪化の際は入院を希望。骨髄腫の治療も可能な範囲でしてほしい。

長男

妻

次男

家族の意向はなかなかまとまらない。

22

グループワーク1

- ・この方に、**どんな支援**をしていくのが望ましいか、そのために**何が必要**か、各自検討してください（5分）
- ・検討内容は作業シート①に記入してください
- ・グループ内で意見交換してください（10分）

23

作業シート①

各自で検討、作業時間5分

1) 今後、どんな支援をしていくことが望ましいか（在宅移行が可能かどうか、患者、ご家族の意思決定にどのように関わるか、など）

2) そのために必要なこと（現時点で確認したり評価しておくべきこと、調整すべき相手と内容、予想される困難と対処方法、など自由に考えてください。）

24

グループワーク2

* グループワーク2配布資料と作業シート2を配布してください

生活歴・趣味など

- (生活歴)
- ・公務員として60歳まで市役所に勤務。
- (趣味・関心事など)
- ・魚釣り
- (発症以前の生活状況)
- ・屋外は、友人宅、医療機関、公民館（町内の集会）に一人でいていた。
 - ・農業がないときは、毎日1～2回（1回1時間程度）水の見まわりついで散歩と、畑仕事、庭の掃除や庭木の剪定、テレビを見て過ごす生活であった。

心身機能等の状態

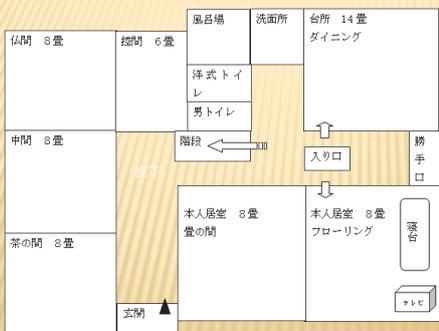
ADL	食事等	食事は少ない。スプーンを使用して介助で摂取可能。入れ歯は持っているがしていない。現在はむせない食（ムース状）
	移動等	全介助。ストレッチャー移動。リクライニング車いすで60度20分程度の座位保持可能になってきた。
	排泄	おむつ使用。後始末介助をする。排便は3日に1回（坐薬でのコントロール。服薬はない。）
	入浴	病院施設ではシャワー浴のみ（病院には循環式入浴機がない。）。ストレッチャー移動輸送で30分は移動に耐えられる。酸素1ℓ（通所施設で入浴できるかどうかは不安。訪問入浴かどうかも不安。）
	着脱	全介助必要。

IADL	買い物	介護者にすべて任せている。
	金銭管理	介護者にすべて任せている。
	服薬管理	病院で管理している。痛みに対して疼痛は収まっている。レスキュー薬は現在なし。
	物品管理	介護者にすべて任せている。
	コミュニケーション良好	

心身機能等の状態

口腔機能	口腔内清潔を保つために清掃が必要。綿入れ歯を入院前は使用していたが、現在は歯肉が痩せてしまい使えない。合わない。痛い。一口に含むことができる量は小さじ1杯程度。 現在の経口摂取量；お楽しみ程度の食事量。
栄養状態	アルブミン値2.8g/dl 身長160cm 体重 45kg BMI値17.58(体重÷身長×身長) 滴下；1回1時間強。種類・経腸栄養剤 cz-ni から7リ加へ変更1200kcal/日
認知機能	改長谷川式スケール 25/30点 BPSDはなし。 現在、せん妄等は見られない。
介護力	妻の他、常時の協力者はいない。家族も息子のみなのでできるだけサービスを利用できないか。長男は介護未経験。次男は介護経験者であり手続きなどは次男が中心に行っている。
社会との交流	人前にでることは嫌がらない。友人は多からず少なからず。田んぼを所有（1町2反8畝）。 過去に生産組合長に就いている。

居住環境・住宅の見取り図



玄関：あがりかまちに25cmの段差が2カ所ある
▲本人居室と廊下には段差はない。ダイニングでも段差はない。洋式トイレには手すりがついている。後はついでに息子が帰ってきたときのみ使用する。

意思決定への介入	家族の対応	アセスメントと対応
<p>(1回目)</p> <p>家族・主治医・看護師と面談 面談に向けての説明では、「在宅療養が可能なか、まずは話を聞いてみる」(主治医より)</p> <p>○訪問診療医、歯科医と訪問看護師の活動を紹介し、訪問の回数や緊急時の対応について説明。 ○地域に対応してくれる訪問診療医、歯科医がいることを説明。 ○訪問診療医、歯科医と病院主治医が連携をとりながら対応することを説明。 ○現状のADLでは、全介助が必要となり、家族での役割分担が必要になることを説明。 ○介護保険での訪問介護と有料のヘルパー利用について説明。 ○病院に通う方法の検討が必要になることを伝える。 ○在宅療養は実際に在宅療養するなかで決めてよいことを伝える。</p> <p>(2回目)</p> <p>家族が退院することを決定しての面談 ○具体的に訪問診療医、歯科医と訪問看護師を紹介し、退院前のカンファレンス実施を説明。 ○医療処置、介護方法の練習予定を看護師と計画。 ○栄養方法について主治医と調整し、再確認となる。 ○車いすなどを用いた移動方法の検討を看護師に依頼。</p>	<p>妻：連れて帰ってあげたいと思います。旦那が一人なのでやれるか不安です。長男：在宅で使う薬剤はどのように準備するのですか？本人の意識がしっかりしているうちに帰りたい。次男：介護の経験はあるのでおおよそそのことはわかる。自宅に階段があるので、そこを移動できるか検討したい。 ※家族で話し合ってから申し出あり。</p> <p>家族の反応 長男、弟も介護に協力してくれることになった。退院させた。</p>	<p>●長男は、在宅を希望した。 ●病状も理解したうえで在宅での看取りを決めかねていた次男が、しっかり在宅療養を見届けていた。 ●家族の「退院させたい」という気持ちは一致していたが、予後が3ヶ月と説明され、さらに在宅取りまで求められることが心理的負担になっていたと考えられた。 ●在宅療養を選択する際の在宅取りをゴールにおいた説明は、「連れて帰りたい」という家族の意向にはそぐわないと考えられる。</p> <p>家族が退院の方向で決定したと報告あり。しかし、長男や妻が療養環境の準備、病院への搬送方法などの調整を計画的に進めることは難しいであろうと予想された。 ●ケアマネジャーとの連携を開始するため連絡、妻、家族との面談調整。 ●家族の役割分担を定め、医療処置練習に参加する家族を決定するよう説明。</p>
<p>地域連携のポイント 家族の間で在宅療養に対する意向は不確か。そのため事前に患者の病状に対応する医療機関の情報がなければ、在宅調整を進めることが難しいと判断し、面談前に対応を依頼。その結果、訪問看護と、ケアマネジャーの調整が可能となった。</p>		

グループワーク2

- ・この方の在宅ケアについて、グループで検討いただきます（30分）
- ・ケースの情報は検討資料を参照してください
- ・次の項目について検討し、作業シート②に記入してください
 - 1) ケアの方針、目標
 - 2) 必要な社会資源
 - 3) 家族への対応
- ・後ほど、いくつかのグループに発表をお願いします

31

作業シート②

グループで検討、作業時間30分

1) 在宅ケアの方向、目標（患者さん、ご家族の心情も想像してください。皆さん自身だったら、どのような支援を受けたいかと考えたうえでよいでしょう。）

2) 必要な社会資源（在宅医療、介護保険サービス、インフォーマルサポートなど資源を挙げ、その実現のために必要なこと、連携方法についても検討してください。実在するサービスはもちろんです。実在しなくても使いたいものも自由に想像してください。）

3) 家族への対応（心情へどのように配慮するのか、在宅ケアに必要な手技や知識などをどのように伝えるのか、などを検討して下さい。）

32

この方のその後

- * グループワーク2終了後配布資料と参考資料（在宅移行支援実践プログラム）を配布してください

33

結果（現在）

- ・カンファレンス後、胃瘻造設し経腸栄養開始。体調が良いときは車椅子移乗で移動可能となる。
- ・調整開始42日目に退院。
- ・訪問診療、訪問看護（Ns,PT,ST）、訪問入浴、訪問介護導入。福祉用具貸与（特殊寝台、耐圧分散型マットレス、リクライニング車いす、スロープ導入）
- ・退院後、3ヶ月が経過し、身体症状の悪化なく嚥下訓練、機能訓練を在宅で始めている。
- ・妻の混乱もなく、できるケアが増えてきたため、長男、次男の関わりも精神的サポートのみとなっている。家族より、退院させて良かったと感想が聞かれている。なにより、本人が退院してよかったと思っている。
- ・インフォーマルサポートを得て念願の釣りに行った。

34

在宅移行支援の実態:院内調整	患者家族	地域社会資源調整
<ul style="list-style-type: none"> ○調整実施者（連携担当者）との情報交換 ○調整を誰が担当することを共有する 主治医への確認と調整 ○予後3ヶ月ほどで状態改善の治療法はなく、本人・家族の退院希望に添いたい。 ○顕微鏡肺炎があったが治癒により、1日2回の抗生剤静脈投与、酸素投与の継続が終了になる。 ○経鼻栄養から胃瘻からの経腸栄養に変更。 ○退院後の緊急入院の受け入れ依頼 ○病院主治医と退院後の医療機関の検討。 受け持ち看護師との調整 ○現在の介護内容と家族の介護力や医療処置習得の可能性について確認し、下記の指導。 <ul style="list-style-type: none"> ・家族に排泄ケアなどのケア指導・在宅の手順に添った吸引（現在は必要ないが、手技の獲得が必要）、経腸栄養・薬剤投与の指導 ・車いす移乗の時間を作る ○移乗、移動方法の確認・指導 理学療法士との連携、リフターなどの検討 ○現状のリハビリ内容を確認し、家族に移乗方法など介護の指導を依頼する。 緩和ケアチームへの確認 ○疼痛やせん妄症状が安定していることを確認 	<ul style="list-style-type: none"> 治療内容の変更 ・抗生剤の中止 ・中心静脈カテーテル抜去 ・胃瘻造設後、経腸栄養開始 患者の変化 ・不穏行動少なくなり、ミトンの装着時間がなくなる ・退院の準備を始めている ことを認識し、「家に帰ったらお湯が飲みたい」等の言葉が聞かれる。 ・妻の医療処置に対して、協力的になる。 家族の対応 ・妻と次男が医療処置、介護方法の練習を始める。 ・ケアマネジャーと面談し、入浴のための事業所の紹介を受け、送迎方法について検討を始める。 ・介護ベッドなどの介護用品の準備を始める。 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅医への状況説明 ○病状説明の内容と家族が在宅で取りまでは決めかねていると伝える。 ○薬剤の調整方法など検討が必要になること、家族の不安も強く、頻回の訪問を希望していること、家族との連携が必要になると伝える。 ○ケアマネジャー、訪問看護の紹介を打診する。 歯科医療機関との連携 ○口から食べることを支援するため歯科医の協力を得る。 ○義歯の作成 病院医師との調整 ○受診方法は車いす移乗が条件になることを確認する ケアマネジャーとの調整 ○妻の不安強く、在宅の準備は次男が進めていくことを伝える。 ○病院等への送迎が全介助（ストレッチャー移動）で自宅から階段移動となること。 ○退院調整が始まった頃よりせん妄症状は軽減していること、車いす移乗の時間も増えていることを伝える。 ※ケアマネジャーは患者・家族と面談し、また担当看護師からの情報で必要なサービスを確認した。環境整備は家族に情報提供を行いながら実施、送迎手配は家族の承諾を得て予約手続きをとった。
<p>退院時共同指導 参加者：患者・家族、訪問診療医、訪問看護師、病院医師（主治医）、ケアマネジャー、担当看護師、薬剤師、院外薬剤師、訪問診療担当看護師、MSW</p> <p>病状と治療内容、介護内容、経腸栄養の投与量の調整中であること、今後も顕微鏡肺炎を起す可能性が高いことを共有しその際の対応について確認した。具体的なそれぞれの医師の役割分担を話し合い、経腸栄養の投与量は在宅で継続して検討していくこと、それ以外の症状緩和の治療は訪問診療医が対応することを確認した。退院日からの訪問診療・訪問看護介入と有料ヘルパーの導入、病院への移動では機種の搬送業者が示された。家族が「在宅で取り」を決めかねていることを共有する。</p>		

35

在宅移行研修会 グループワーク1 配布資料

* グループワーク1開始時に、本配布資料と作業シート①を配布してください

事例検討 グループワーク

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

1

ある日、地域連携室に相談がありました

- 80歳、男性。
- 妻と2人暮らし。息子2人が同じ市内に在住。
- 2カ月前、腎機能障害のため入院。多発性骨髄腫と診断され、化学療法(抗がん剤)を行った。
- その後、誤嚥性肺炎を併発し人工呼吸器装着した。一週間、集中治療室入室を経て、一般病棟へ転床したが、その後も誤嚥性肺炎を繰り返し、抗生剤投与や酸素療法を行った。
- この数ヶ月ほとんど食事を取ることができない。
- 体重45kg、身長160cm(体格指数BMI=17.6)

2

事例概要

- ・ 多発性骨髄腫による疼痛に対して、緩和ケアチームが介入し薬物治療（麻薬系鎮痛剤）を導入。また、夜間せん妄に対して向精神薬を投与し、かなり落ち着いた
- ・ せん妄対策で、訪室時、両手にミトン装着されていた。
- ・ 排泄・移動・清潔整容：全介助
- ・ 食事は摂れなかったが、最近、ペースト食で訓練開始
- ・ 医療処置：中心静脈栄養からの薬剤投与
経鼻経管栄養
酸素投与
喀痰吸引

3

主治医からの説明

●主治医から家族への説明

- ・ 多発性骨髄腫の治療のための化学療法は、治療が無効であったことや全身状態から考えて、これ以上は困難
- ・ 今後も、誤嚥性肺炎を繰り返す可能性高い。
- ・ 自宅で誤嚥性肺炎を起こした場合、人工呼吸器装着など救命措置をとることは困難。
救急車で運んでくる間に救命できない可能性もある。
- ・ 退院は、自宅で看取ることを視野に入れてほしい。
- ・ （家族からの質問に答えて）予後は、3カ月くらいでしょう

4

多発性骨髄腫とは？

- ・ 血液を作る骨髄ががん化し、さまざまな症状を引き起こす病気です。
- ・ 症状は、①貧血、②骨折、③腎臓の機能低下（むくみや尿量減少など）などです。
免疫力も低下、感染を起こしやすくなります。
- ・ 治療は、抗がん剤による化学療法が行われます。
- ・ 本例では、誤嚥性肺炎を併発、それを元に廃用症候群をきたし、全身の機能低下が主に問題になっています。

5

本人・家族の希望



本人

退院を希望。形あるもの（できればステーキ）を食べたい。趣味の釣りにも行きたい。

家に連れて帰りたい。
でも…

どのように介護すれば
よいか不安。

高齢の母親に負担がかかるのが
心配。



長男



妻



次男

家で看取ることは
考えられず、病状
悪化の際は入院を
希望。
骨髄腫の治療も可
能な範囲でしてほ
しい。

家族の意向はなかなかまとまらない。

6

グループワーク1

- この方に、**どんな支援**をしていくの
が望ましいか、そのために**何が必要**か、
各自検討してください（5分）
- 検討内容は作業シート①に記入してく
ださい
- グループ内で意見交換してください
（10分）

7

作業シート①

各自で検討、作業時間5分

1) 今後、どんな支援をしていくことが望ましいか

(在宅移行が可能かどうか、患者、ご家族の意思決定にどのように関わるか、など)

2) そのために必要なこと

(現時点で確認したり評価したりしておくべきこと、調整すべき相手と内容、予想される困難と対処方法、など自由に考えてください。)

8

在宅移行研修会 グループワーク2 配布資料

- * グループワーク2開始時に、本配布資料と作業シート②を配布してください
また、各グループ書記に提出用配布資料を配布してください

事例検討 グループワーク

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

1

生活歴・趣味など

- (生活歴)
 - ・ 公務員として60歳まで市役所に勤務。
- (趣味・関心事など)
 - ・ 魚釣り
- (発症以前の生活状況)
 - ・ 屋外は、友人宅、医療機関、公民館（町内の集会）に一人でいていた。
 - ・ 農業がないときは、毎日1～2回（1回1時間程度）水の見まわりついででの散歩と、畑仕事、庭の掃除や庭木の剪定、テレビを見て過ごす生活であった。

2

心身機能等の状態

ADL	食事等	食事量は少ない。スプーンを使用して介助で摂取可能。入れ歯は持っているがしていない。現在はむせない食（ムース状）
	移動等	全介助。ストレッチャー移動。リクライニング車いすで60度20分程度の座位保持可能になってきた。
	排泄	おむつ使用。後始末介助をする。排便は3日に1回（坐薬でのコントロール。服薬はない。）
	入浴	病院施設ではシャワー浴のみ（病院には循環式入浴機器がない。）。ストレッチャー移動輸送で30分は移動に耐えられる。酸素1ℓ（通所施設で入浴できるかどうかは不安。訪問入浴かどうかも不安。）
	着脱	全介助必要。

IADL	買い物	介護者にすべて任せている。
	金銭管理	介護者にすべて任せている。
	服薬管理	病院で管理している。痛みに対して麻薬で疼痛は収まっている。レスキュー薬（屯用の麻薬）は現在なし。
	物品管理	介護者にすべて任せている。
	コミュニケーション良好。	

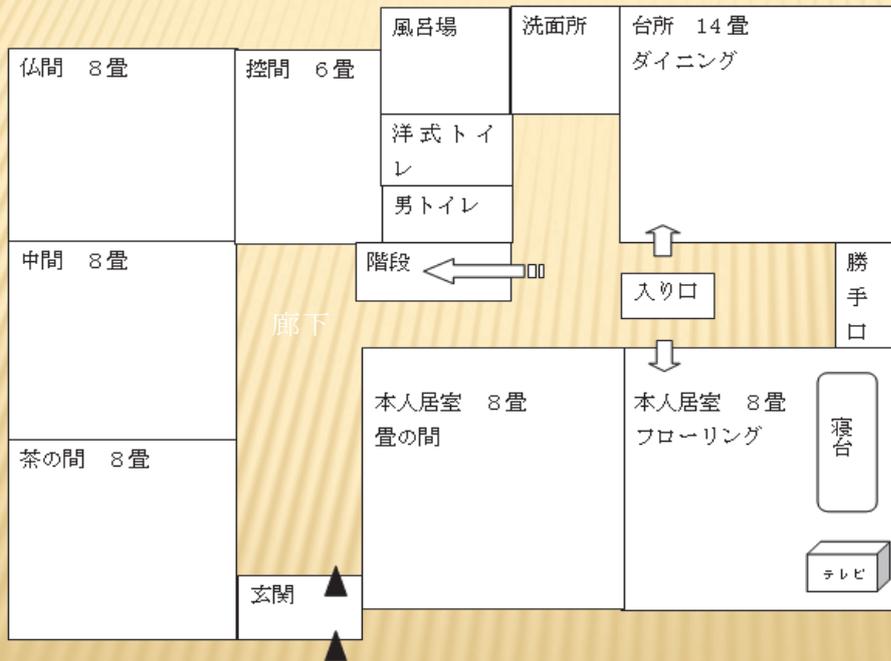
3

心身機能等の状態

口腔機能	口腔内清潔を保つために清掃が必要。総入れ歯を入院前は使用していたが、現在は歯肉が痩せてしまい使えない。合わない。痛い。一口に含むことができる量は小さじ1杯程度。 現在の経口摂取量；お楽しみ程度の食事量。
栄養状態	アルブミン値2.8g/dl 身長160cm 体重 45kg BMI値17.6(体重÷身長÷身長) 滴下；1回1時間強。経腸栄養剤 CZ-Hi からアイカへ変更1200kcal/日
認知機能	改訂長谷川式認知症スケール 25/30点 BPSDはなし。 現在、せん妄等は見られない。
介護力	妻の他、常時の協力者はいない。家族も息子のみなのでできるだけサービスを利用できないか。長男は介護未経験。次男は介護経験者であり手続きなどは次男が中心に行っている。
社会との交流	人前にでることは嫌がらない。友人は多からず少なからず。田んぼを所有（1町2反8畝）。 過去に生産組合長に就いている。

4

居住環境・住宅の見取り図



玄関：あがりかまちに25cmの段差が2カ所ある
 ▲
 本人居室と廊下には段差はない。ダイニングまでも段差はない。洋式トイレには手すりがついている。後はついていない。
 2階は息子たちが帰ってきたときのみ使用する。

5

意思決定への介入

〈1回目〉
 家族・主治医・看護師と面談
 面談に向けての説明では、「在宅療養が可能なのか、まずは話を聞いてみる」(主治医より)
 ○ 訪問診療医、歯科医と訪問看護師の活動を紹介し、訪問の回数や緊急時の対応について説明。
 ○ 地域に対応してくれる訪問診療医、歯科医がいることを説明。
 ○ 訪問診療医、歯科医と病院主治医が連携をとりながら対応することを説明。
 ○ 現状のADLでは、全介助が必要となり、家族での役割分担が必要になることを説明。
 ○ 介護保険での訪問介護と有料のヘルパー利用について説明。
 ○ 病院に通う方法の検討が必要になることを伝える。
 ○ 在宅看取りは実際に在宅療養するなかで決めてよいことを伝える。

〈2回目〉
 家族が退院することを決定しての面談
 ○ 具体的に訪問診療医、歯科医と訪問看護を紹介し、退院前のカンファレンス実施を説明。
 ○ 医療処置、介護方法の練習予定を看護師と計画。
 ○ 栄養方法について主治医と調整し、胃瘻造設となる。
 ○ 車いすなどを用いた移動方法の検討を看護師に依頼。

地域連携のポイント

家族間で在宅療養に対する意向は不確か。そのため事前に患者の病状に対応する医療機関の情報がなければ、在宅調整を進めていくことが難しいと判断し、面談前に対応を依頼。その結果、訪問看護と、ケアマネジャーの調整が可能となった。

家族の対応

妻：連れて帰ってあげたいと思います。昼間が一人なのでやれるか不安です。
 長男：在宅で使う薬剤はどのように準備するのですか？本人の意識がしっかりしているうちに帰りたい。
 次男：介護の経験はあるのでおおよそのことはわかる。自宅に階段があるので、そこを移動できるか検討したい。
 ※ 家族で話し合っ決めていと申し出あり。

家族の反応
 長男：弟も介護に協力してくれることになった。退院させたい。

アセスメントと対応

- 長男は、在宅を希望した。
- 病状も理解したうえで在宅での看取りを決めかねていた次男が、しっかり在宅療養を見据えていた。
- 家族の「退院させたい」という気持ちは一致していたが、予後が3ヶ月と説明され、さらに在宅看取りまで求められることが心理的な負担になっていると考えられた。
- 在宅療養を選択する際の在宅看取りをゴールにおいた説明は、「連れて帰りたい」という家族の意向にはそぐわないと考えられる。

家族が退院の方向で決定したと報告あり。しかし、長男や妻が療養環境の準備、病院への搬送方法などの調整を計画的に進めることは難しいであろうと予想された。
 ● ケアマネジャーとの連携を開始のため連絡。妻、家族との面談調整。
 ● 家族の役割分担を勧め、医療処置練習に参加する家族を決定するよう説明。

6

グループワーク2

- この方の在宅ケアについて、グループで検討いただきます（30分）
- ケースの情報は検討資料を参照してください
- 次の項目について検討し、作業シート②に記入してください
 - 1) ケアの方針、目標
 - 2) 必要な社会資源
 - 3) 家族への対応
- 後ほど、いくつかのグループに発表をお願いします

7

作業シート②-1

グループで検討、作業時間30分

- 1) 在宅ケアの方向、目標
(患者さん、ご家族の心情も想像してください。皆さん自身だったら、どのような支援を受けたいかと考えるとよいでしょう。)

- 2) 必要な社会資源
(在宅医療、介護保険サービス、インフォーマルサポートなど資源を挙げ、その実現のために必要なこと、連携方法についても検討してください。実在するサービスはもちろんですが、実在しなくても使いたいものも自由に想起してください。)

8

作業シート②-2

3) 家族への対応

(心情へどのように配慮するのか、在宅ケアに必要な手技や知識などをどのように伝えるのか、などを検討して下さい。)

9

在宅移行研修会 グループワーク

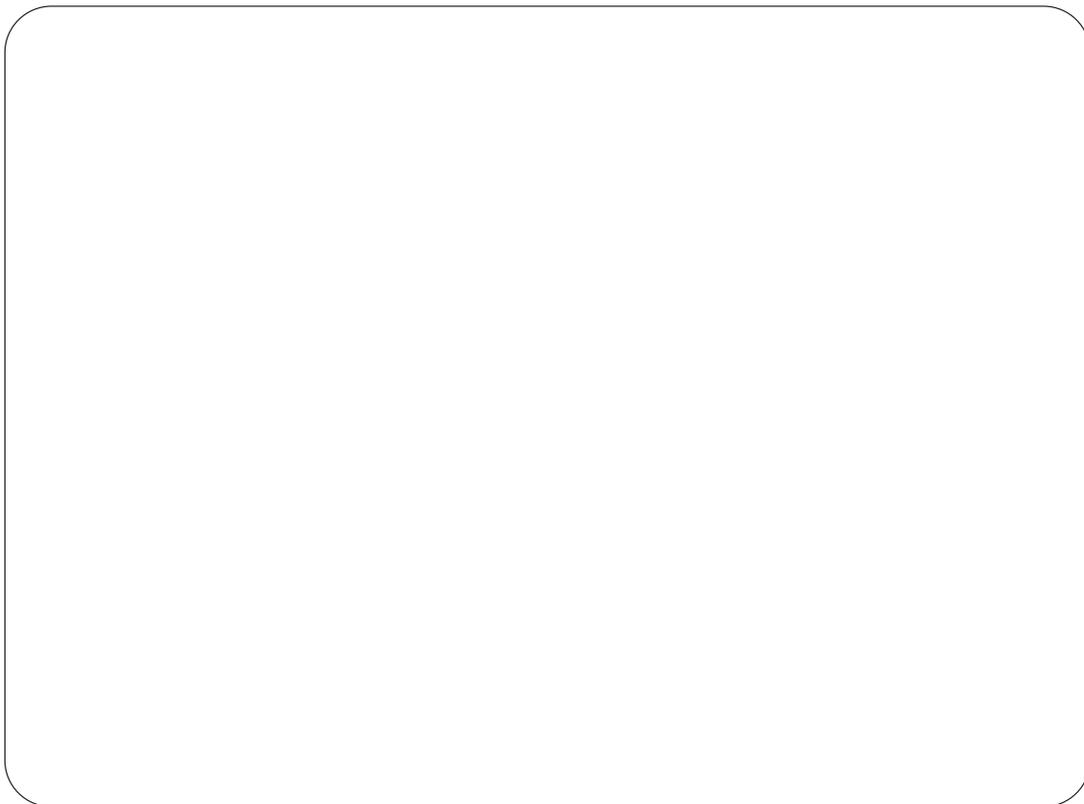
*グループワーク2開始時、各グループ書記に配布
*最後に回収します

司会 氏名 _____ (所属)
書記 氏名 _____ (所属)
発表者 氏名 _____ (所属)

- 1) 在宅ケアの方向、目標
(患者さん、ご家族の心情も想像してください。皆さん自身だったら、どのような支援を受けたいかと考えるとよいでしょう。)

- 2) 必要な社会資源
(在宅医療、介護保険サービス、インフォーマルサポートなど資源を挙げ、その実現のために必要なこと、連携方法についても検討してください。実在するサービスはもちろんですが、実在しなくても使いたいものも自由に想起してください。)

- 3) 家族への対応
(心情へどのように配慮するのか、在宅ケアに必要な手技や知識などをどのように伝えるのか、
などを検討して下さい。)



在宅移行研修会 グループワーク2 終了後配布資料

* グループワーク2終了後に、本配布資料と参考資料（在宅移行支援実践プログラム）を配布してください

事例検討 グループワーク

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

1

結果（現在）

- ・カンファレンス後、胃瘻造設し経腸栄養開始。体調が良いときは車椅子移乗で移動可能となる。
- ・調整開始42日目に退院。
- ・訪問診療、訪問看護（Ns,PT,ST）、訪問入浴、訪問介護導入。福祉用具貸与（特殊寝台、耐圧分散型マットレス、リクライニング車いす、スロープ導入）
- ・退院後、3ヶ月が経過し、身体症状の悪化なく嚥下訓練、機能訓練を在宅で始めている。
- ・妻の混乱もなく、できるケアが増えてきたため、長男、次男の関わりも精神的サポートのみとなっている。家族より、退院させて良かったと感想が聞かれている。なにより、本人が退院してよかったと思っている。
- ・インフォーマルサポートを得て念願の釣りにも行った。

2

在宅移行支援の実際;院内調整	患者家族	地域社会資源調整
<ul style="list-style-type: none"> ○調整実施者(連携担当者)との情報交換 ○調整を誰が担当することを共有する 主治医への確認と調整 ○予後3ヶ月ほどで状態改善の治療法はなく、本人・家族の退院希望に添いたい。 ○誤嚥性肺炎があったが治癒により、1日2回の抗菌剤静脈投与、酸素投与の継続が終了になる。 ○経鼻栄養から胃瘻からの経腸栄養に変更。 ○退院後の緊急入院の受け入れ依頼 ○病院主治医と退院後の医療機関の検討。 受け持ち看護師との調整 ○現在の介護内容と家族の介護力や医療処置習得の可能性について確認し、下記の指導。 ・家族に排泄ケアなどのケア指導・在宅の手順に添った吸引(現在は必要ないが、手技の獲得が必要)、経腸栄養・薬剤投与の指導 ・車いす移乗の時間を作る ○移乗、移動方法の確認・指導 理学療法士との連携、リフターなどの検討 ○現状のリハビリ内容を確認し、家族に移乗方法など介護の指導を依頼する。 ○緩和ケアチームへの確認 ○疼痛やせん妄症状が安定していることを確認 	<p>治療内容の変更</p> <ul style="list-style-type: none"> ・抗菌剤の中止 ・中心静脈カテーテル抜去 ・胃瘻造設後、経腸栄養開始 <p>患者の変化</p> <ul style="list-style-type: none"> ・不穏行動少なくなり、ミトンの装着時間がなくなる ・退院の準備を始めていることを認識し、「家に帰ったらお酒が飲みたい」等の言葉が聞かれる。 ・妻の医療処置に対して、協力的になる。 <p>家族の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ・妻と次男が医療処置、介護方法の練習を始める。 ・ケアマネジャーと面談し、入浴のための事業所の紹介を受け、送迎方法について検討を始める。 ・介護ベッドなどの介護用品の準備を始める。 	<p>在宅医への状況説明</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病状説明の内容と家族が在宅看取りまでは決めかねていると伝える。 ○薬剤の調整方法など検討が必要になると、家族の不安も強く、頻回の訪問を希望していると伝える。 ○病院との連携が必要になると伝える。 ○ケアマネジャー、訪問看護の紹介を打診する。 <p>歯科医療機関との連携</p> <ul style="list-style-type: none"> ○口から食べることを支援するため歯科医の協力を得る。 ○義歯の作成 <p>病院医師との調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ○受診方法は車いす移乗が条件になることを確認する <p>ケアマネジャーとの調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ○妻の不安強く、在宅の準備は次男が進めていくことを伝える。 ○病院等への送迎が全介助(ストレッチャー移動)で自宅から階段移動となること。 ○退院調整が始まった頃よりせん妄症状は軽減していること、車いす移乗の時間も増えていることを伝える。 <p>※ ケアマネジャーは患者・家族と面談し、また担当看護師からの情報で必要なサービスを確認した。環境整備は家族に情報提供を行いながら実施、送迎手配は家族の承諾を得て予約手続きをとった。</p>
<p>退院時共同指導 参加者：患者・家族、訪問診療医、訪問看護師、病院医師(主治医)、ケアマネジャー、担当看護師、薬剤師、院外薬剤師、訪問診療担当看護師、MSW</p> <p>病状と治療内容、介護内容、経腸栄養の投与量の調整中であること、今後も誤嚥性肺炎を起こす可能性が高いことを共有しその際の対処について確認した。具体的にそれぞれの医師の役割分担を話し合い、経腸栄養の投与量は在宅で継続して検討していくこと、それ以外の症状緩和の治療は訪問診療医が対応することを確認した。退院日からの訪問診療・訪問看護介入と有料ヘルパーの導入、病院への移動では幾つかの搬送業者が示された。家族が“在宅看取り”を決めかねていることを共有する。</p>		

● 「在宅移行手引き」、「在宅移行手引き2」の解説

国診協では、平成24年度の厚労省老人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ができましたが、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ことが課題として残されました。

そこで平成25年度の厚労省老人保健健康増進等事業において、在宅移行の手引きの内容を更に充実させるべく、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「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」を作成しました。

具体的には、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」にまとめたものとなっています。

（在宅移行支援の具体例）

○入院により再獲得した身体機能が、退院による住・生活環境の変化（介護者の変化、生活リズムの変化）により、退院直後に急激に低下することがあります。病院から在宅への移行時に身体機能の低下を最小限にするためには、医療側から介護（在宅）側への医療情報の適切な引継ぎ、リハビリテーション医療から生活リハビリテーションへと一貫したリハビリテーションの体制の整備が必要です。一貫したリハビリテーション体制を整えることで、リハビリテーションの視点をとりいれた生活支援が可能となり、また、在宅生活における機能低下の予防のための支援が可能となります。

引き継がれるべき情報の中には、ご本人の考える自立のあり方を尊重した、家族も含めた周辺の人々の日常的接し方等の工夫が含まれる必要があります。

在宅生活において生活機能が低下した時に医療機関に適切につなぐためには、日常からかかりつけ医・ケアマネジャーなど多職種間で情報の共有や連携を密に行い、変化する生活の状態像を把握しておくことが必要です。

○退院後の生活を想定した退院支援計画書を提示するためには、医療側の行うリハビリテーション、医療、看護サービスと連続した生活リハビリテーションサービスが準備される必要がありますが、医療情報が介護側に理解できる形で提供されなければ連携の意味がありません。

○介護保険の未申請の方は入院中に申請を行い、在宅生活の準備を行う必要があります。この時の情報提供も、在宅生活の遂行に配慮されるべき医療的情報が介護側に理解できる内容であることが求められます。

○医療の進歩に伴い、医療ニーズが高い状態で在宅療養が開始される場合があります。入院中の医療情報が在宅での療養管理にも重要です。また基礎疾患の生活習慣病の治療が並行して必要な場合もあります。基礎疾患の悪化予防・合併症予防・再発予防のためには疾病に付随する日常生活上の注意点や制約があり、服薬管理、生活リハビリテーションとして

の運動訓練の強度と頻度、通院頻度等の医療情報を得ることで予防の視点で連携の取れたケアプランの作成、支援が可能となります。

(理想的な在宅移行支援の流れについて)

○退院支援にむけた院内調整、院内の支援体制を構築します。

退院にむけ、院内の支援体制を構築します。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ます。また今後の退院の見通しについて、医師から患者や家族に対して説明を行い、今後予測される状況についての理解を得るようにしてします。

○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、可能であれば本人宅を訪問し、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を参考にし、退院までの課題、目標設定、退院後に利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、入院後1週間以内に作成に取り掛かります。

作成した計画は、病棟看護師、地域連携室職員、患者・家族、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

退院支援が必要な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、退院支援に当たって必要な調整を行います。

○退院カンファレンスを実施し、ケアマネジャー、事業所と情報を共有します。

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、解決策を提示します。カンファレンスでは、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。

○具体的な調整を実施します。

本人・家族に支援方針、内容を説明し、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、介護サービス事業所との適切な連携を行いつつ、患者・家族の退院後の生活の状況を見通して実施します。具体的な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、随時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ます。

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

○家庭訪問を実施します。

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

の具体的な段取りを調整します。ケアマネジャーに対しては、診療情報提供書の提供や、情報共有のためのツールを用いて患者情報等の提供を行います。

○退院日を決定します。

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確認します。

○退院後のフォロー、情報共有を行います。

患者の退院後の状況について、情報を共有します。

在宅移行の手引き

～医療・介護の連携に基づいた退院支援に向けて～



平成 25 年 3 月



公益団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

目次

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

1. はじめに

(3) 在宅移行を始めるにあたって



在宅移行を進めていく上では、多職種が協働して行うことが必要です。まず、在宅移行チーム作りを行います。中心となる職種は看護職員・MSWです。さらに、主治医、リハビリ、ケアマネジャー等の様々な職種が関与することとなります。

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

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

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

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

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

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

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

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

1. はじめに

(1) 本手引書作成の背景

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

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

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

(2) 本手引書のねらい

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

■本手引書のポイント

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

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

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

3. 退院支援に使用する様式例

退院支援を行うに当たり、以下のような様式を活用します。
なお、本様式は一例ですので、各施設において使用しやすしい形式に追加修正することは差し支えありません。

○スクリーニング票（様式1）

退院支援の必要性を判断するための、初回のスクリーニングのために使用します。

【記載する項目】

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

○アセスメント票（様式2）

退院支援の必要性を確定するためのアセスメントのために使用します。

【記載する項目】

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

○退院支援計画書（様式3）

退院支援計画の内容を記載します。

【記載する項目】

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

【事例】入院時、退院時の連携シートを地域で作成し、実際に活用している。

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

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

などについては、どの施設にも当てはまる重要な要素です。

2. 在宅移行の対象者

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

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

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

* 退院支援が必要な患者の状態像の例*

▲再入院を繰り返している患者

▲褥瘡処置など退院後も高度で継続的医療が必要な患者

▲入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な患者

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

▲現行制度を利用しての在宅への意向が困難あるいは制度の対象外の患者
その他

4. 具体的な退院支援の流れ

(1) スクリーニングを実施

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

様式1：在宅移行スクリーニング票を使用します。

スクリーニング票を記載し、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。記入は退院支援の担当者または病棟看護師が実施してください。

■スクリーニング実施時のポイント

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

■スクリーニング実施時における工夫点 (事例)

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

(2) アセスメントを実施

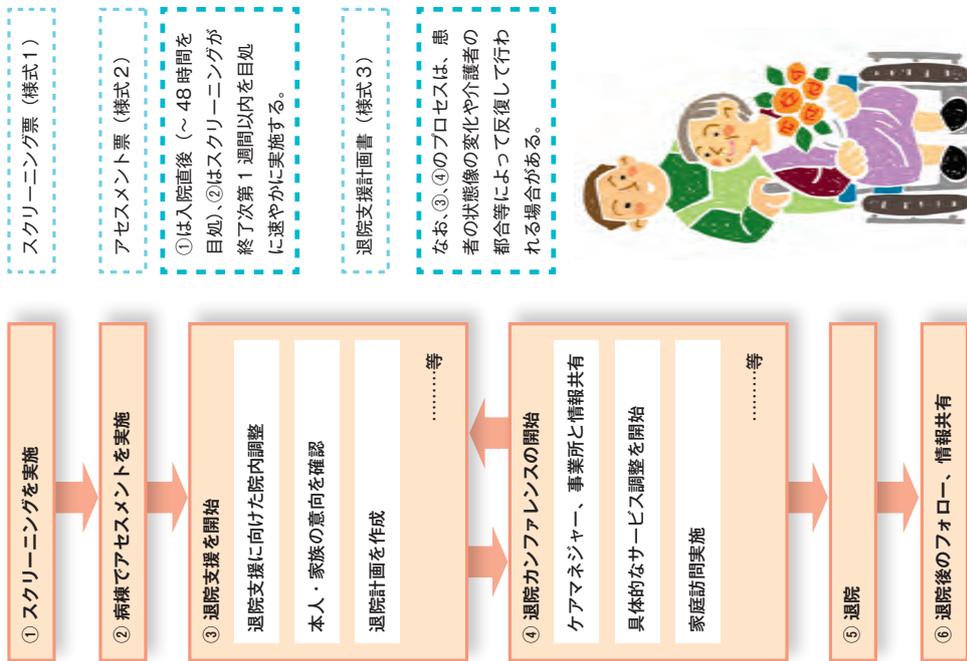
(1)において退院支援が必要と判断された患者に対して、病棟もしくは、退院支援担当者(看護師/MSW)によるアセスメントを実施します。

様式2：在宅移行アセスメント票を使用します。

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

4. 具体的な退院支援の流れ

退院支援の具体的な流れは以下のとおりです。



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

○退院計画を作成

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

退院計画の作成は、患者・家族への説明が終わり次第実施してください。

様式3：退院支援計画書を使用します。

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

○その他

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

■退院支援開始時のポイント

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

■退院支援開始時における工夫点（事例）

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



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

■アセスメント実施時のポイント

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

■アセスメント実施時における工夫点（事例）

- アセスメントを病棟担当者や医療連携課担当者が共同で実施している。

(3) 退院支援の開始

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

○退院支援にむけた院内調整

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

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

○本人・家族の意向を確認

本人、家族と退院支援に向けた相談、意向確認をおこないます。ただし、本人やご家族にとっては、入院後にくる退院の話をされることに対して戸惑う方もいらっしゃると思います。「早く出そうと思っているのだから心配を持たれないよう留意しつつ調整を行いましょ。

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

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

■退院カンファレンス実施時における工夫点（事例）

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

(5) 退院、退院後のフォロー、情報共有

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

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

■退院後のフォローにおけるポイント

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

■退院後のフォローにおける工夫点（事例）

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

(4) 退院カンファレンスの実施

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

○ケアマネジャー、事業所と情報共有

退院カンファレンスを開催し、ケアマネジャー等、地域調整担当者同席の下、課題解決に向けて議論し、当該患者が退院するに当たって必要なサービス、支援の内容を共有します。ケアマネジャーには、退院カンファレンスを開く1週間前には連絡し、調整しましょう。カンファレンスへの参加職種は以下を想定しています。患者が必要となさと思われる介護サービス事業所等への出席依頼も行いましょう。

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

○具体的な調整を実施

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

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

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

○家庭訪問の実施

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

■退院カンファレンス実施の際のポイント

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

在宅移行アセスメント票 (様式2)

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

■ 退院支援 (在宅移行) アセスメント

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

■ 退院支援 (在宅移行) の必要性について

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

5. 参考資料

在宅移行スクリーニング票 (様式1)

患者 NO:	入院日
患者氏名:	スクリーニング実施日
病棟	

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

1.在宅介護スクリーニング表

	0	1	2	4	備考
1 介護者	病弱	健康			介護者がいない、頼れない場合は「介護なし」の扱い
2 介護を代わる者	いない	いる			
3 患者の介護歴	なし	あり			施設入居者の場合は「なし」の扱い
4 食事	介助	自立			セツチンクが必要でも自力摂取できれば「自立」の扱い
5 着衣	介助	自立			セツチンクが必要でも自力更衣できれば「自立」の扱い
6 入浴	介助	自立			
7 行動障害	あり	なし			下記の「認知症等」による症状があれば「あり」の扱い
8 介護者の介護意欲	不良	普通	良好		
9 介護者の専念	不可能	可能			介護のために退職・休職する予定があれば「可能な扱い」
10 公的年金以外の収入	なし	あり			同居親などの収入も含む
11 住宅	借家	自宅			施設入居者の場合は「借家の扱い」
12 排便	介助	自立			ポータルトイレ使用の場合は「自立」の扱い
13 屋内移動	介助	自立			杖・車椅子で移動可能な場合は「自立」の扱い
14 意識・聴覚	あり	なし			認知症・高次機能障害・生体機能が低下する場合は「あり」の扱い
15 医療処置	あり	なし			下記の「医療依存度」に該当する項目があれば「あり」の扱い
16 患者の精神状態	不良	普通			
合計					→合計()点

※スコアの区分 10点<:ハイリスクでない在宅困難 11点:境界線 12点>:在宅可能
 ※医療依存度: (中心静脈栄養・気管切開・在宅酸素・胃瘻・経腸栄養・ストマ・バルーンカテーテル)
 ※認知症等: (夜間せん妄・徘徊・暴言・暴力・不潔行為・物ごられ妄想)

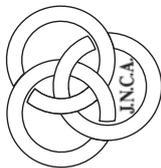
2.保有している疾患・必要な医療処置等

--

3.社会資源の情報

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

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



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

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

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

2013年3月発行

退院支援計画書 (様式3)

患者 NO. 病棟(病室) 様
 入院日:
 計画日:
 変更日:

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

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

(病棟退院支援計画担当者) 印

(地域連携室退院支援計画担当者) 印

この説明により、退院支援計画についてよく理解できましたので同意します。

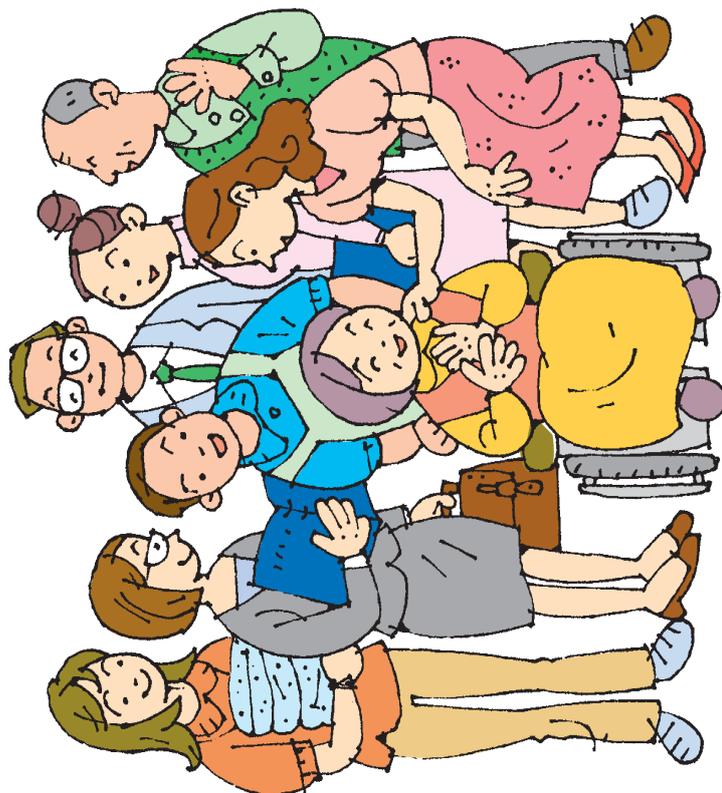
患者様氏名: _____ (関係:)
 代理人氏名: _____ (関係:)

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～

目次

1. はじめに(本手引き書の目的)	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



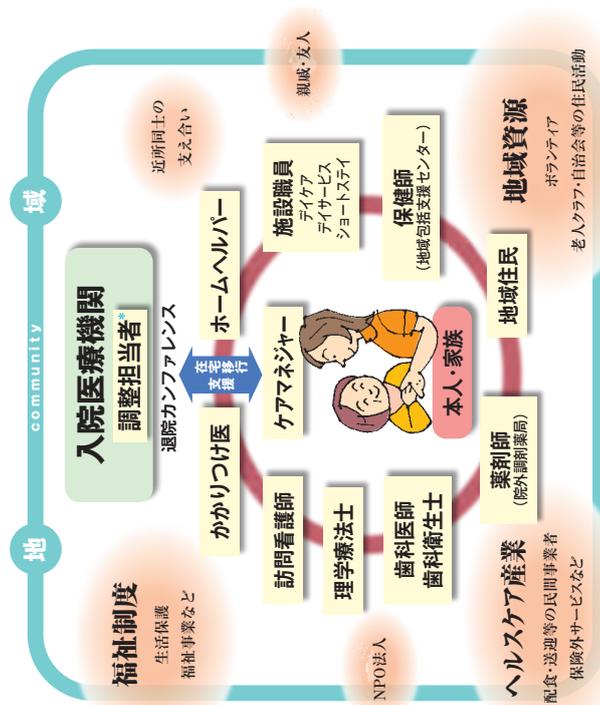
平成 26 年 3 月



公益団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

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。

1 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ものです。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現される場ですが、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」に併せてご覧いただき、退院支援や多職種連携に取り組み際の参考としてご活用下さい。



●●● 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、クリニカルターの初期段階にある療養看護師を中心に、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、訪問看護を实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、リハビリ体験、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。

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して工夫している例（宅移行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

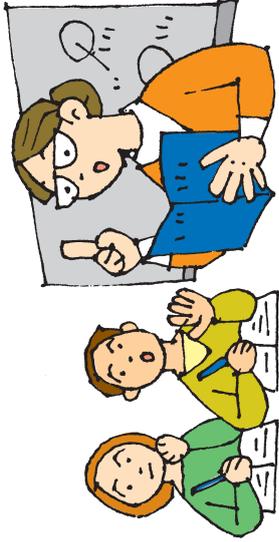
- 地域医療連携室が設置されていない・担当者が決まっていない場合がある。
- 退院調整の内容によって同じ医療機関内でも担当者が異なる場合がある。

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。
- 専属の担当を認める場合、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。

★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"> * 診療所：医師、看護師 * 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 * 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 * 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 * 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「ふらむはぁとリハビリねっど」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

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「あつとほ〜むいきき館」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、利用者にとつ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。

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！



★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。

連携のための機軸が職種や施設ごとに色々あって混乱する・・・
機軸の統一は難しい・・・

氏名	職種	所属	連絡先	備考
山本 太郎	医師	〇〇地区医師会	090-1234-5678	
佐藤 花子	看護師	〇〇地区看護協会	090-1234-5679	
田中 健一	理学療法士	〇〇地区理学療法士会	090-1234-5680	
鈴木 美咲	ケアマネ	〇〇地区ケアマネ協会	090-1234-5681	
高橋 誠二	福祉保健課長	〇〇地区福祉保健課	090-1234-5682	
渡辺 真由	訪問看護師	〇〇地区訪問看護ステーション	090-1234-5683	
山崎 拓也	介護士	〇〇地区介護サービスセンター	090-1234-5684	
佐々木 由香	福祉保健課	〇〇地区福祉保健課	090-1234-5685	
松本 大輔	医師	〇〇地区医師会	090-1234-5686	
石川 千恵	看護師	〇〇地区看護協会	090-1234-5687	
水野 浩二	理学療法士	〇〇地区理学療法士会	090-1234-5688	
山田 結衣	ケアマネ	〇〇地区ケアマネ協会	090-1234-5689	
田村 隆夫	福祉保健課	〇〇地区福祉保健課	090-1234-5690	
佐藤 真由美	訪問看護師	〇〇地区訪問看護ステーション	090-1234-5691	
高橋 誠二	介護士	〇〇地区介護サービスセンター	090-1234-5692	
渡辺 真由	福祉保健課	〇〇地区福祉保健課	090-1234-5693	
山崎 拓也	医師	〇〇地区医師会	090-1234-5694	
石川 千恵	看護師	〇〇地区看護協会	090-1234-5695	
水野 浩二	理学療法士	〇〇地区理学療法士会	090-1234-5696	
山田 結衣	ケアマネ	〇〇地区ケアマネ協会	090-1234-5697	
田村 隆夫	福祉保健課	〇〇地区福祉保健課	090-1234-5698	
佐藤 真由美	訪問看護師	〇〇地区訪問看護ステーション	090-1234-5699	
高橋 誠二	介護士	〇〇地区介護サービスセンター	090-1234-5700	

1人分

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

◎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)

患者さんのお宅に多職種が集合





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）をかき立てながら退院をわかえるようにする。

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

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準備する
- 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。

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、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もらえるか、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?○○さんが、ご自宅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思います。

4. 理想的な在宅移行支援の流れ

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、患者本人の意向も購取しやすい。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。

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。そのためにも多少退院が遅れることもありますが、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くなったり、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ってしまう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か。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、ご家族の構成や就業状況等把握しておくこと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ると思います。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単位の加算がかかります。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。

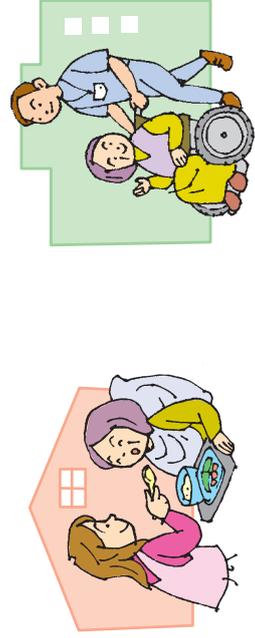
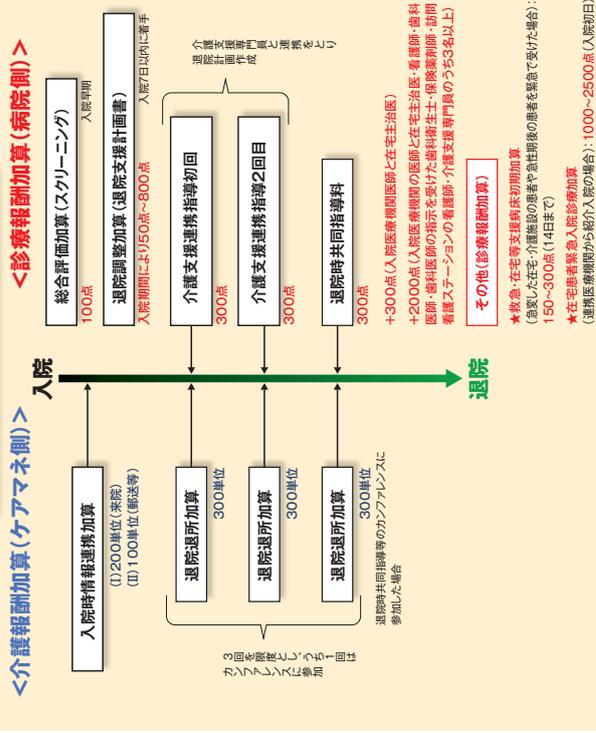
また、入院中、要介護度変更が考えられるなど状態が変化した際にも連絡するようお願いいたします。そして、退院カンファレンスが開催される際には、患者・家族の承諾を得て参加していただき、具体的な意見交換することによって顔の見える関係、心の通い合える関係づくりに努めることが大切です。



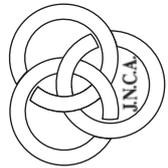
6

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



※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 芝大門エクレメントビル 4F
TEL:03-6809-2466 FAX:03-6809-2499 URL:http://www.kokushinkyoo.or.jp/

在宅移行支援実践プログラム

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

独立行政法人福祉医療機構助成事業社会福祉振興助成事業

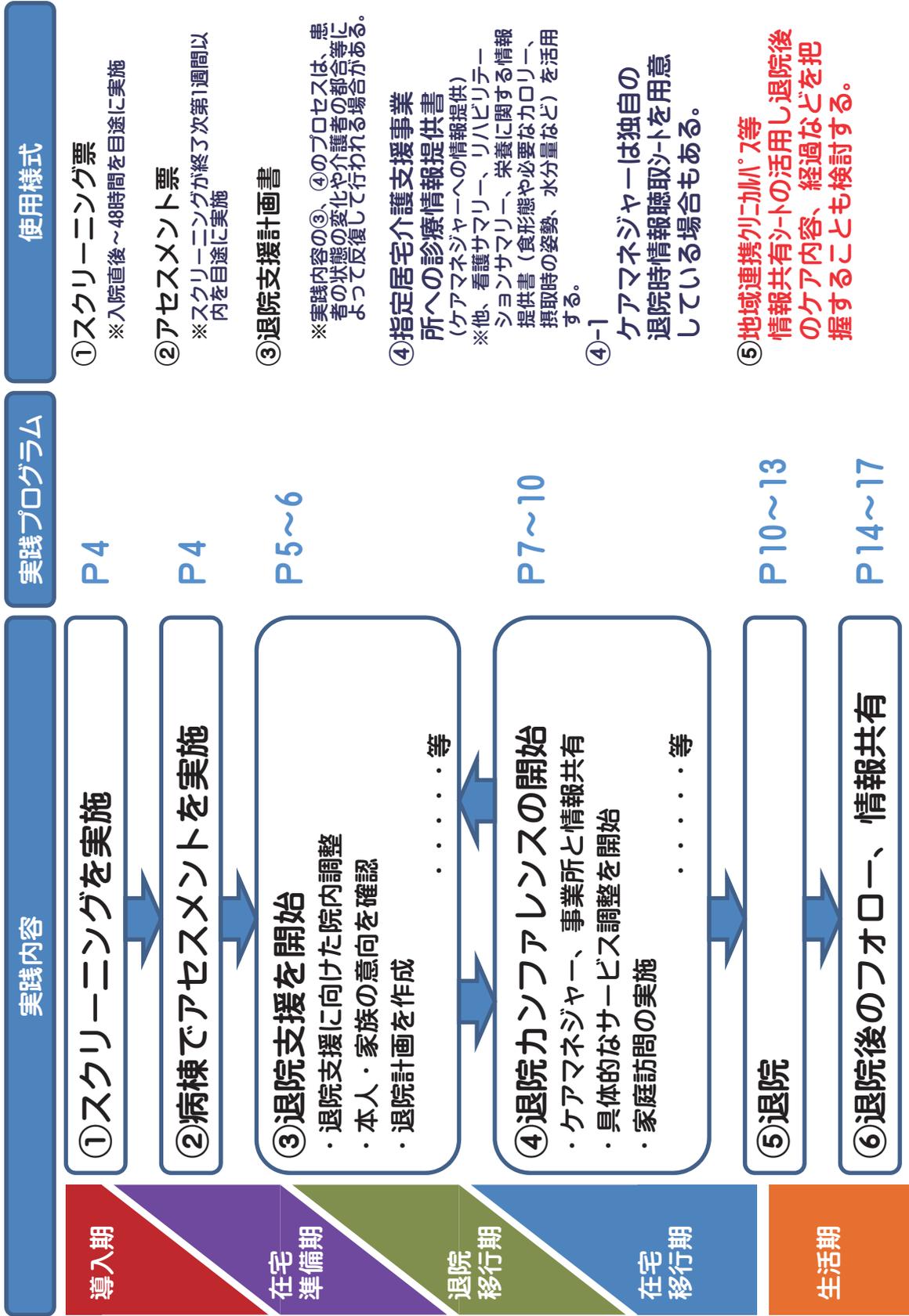
- 具体的な在宅移行支援の流れにもとづく「実践内容」について
- 医療機関とケアマネジャー等が行う協働のケアマネジメントについて示したものです。

☆「実践内容」には、病院（受け持ち）看護師、訪問看護師、ケアマネジャー等の役割を「〇〇は××をする」と明確に表現してありますが、その職種がやらねばならないと言わなければならない職種を担ってきた職種があれば適性に応じて行ってください。同様に「連携機関・活用できるサービス」も職種や機関を限定したものではありません。施設や地域によって役割も可能な活動も異なるので、ケースバイケースで考えてください。☆しかしながら、それぞれの職種でこの役割をとることが決定した場合は、それを遂行してください。

在宅移行支援実践を参考にしながら、在宅生活へ移行する事例を重ねることで、各施設、地域での役割分担がシステムとして構築されていくことを期待しています。

☆連携機関・活用できるサービスの項目で、介護・福祉機関の利用がありますが、各区市町村で窓口となる名称が異なります。各区市町村の該当する機関を確認の上で、活用してください。

具体的な支援の流れ



利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
<p>1. 在宅へ移行するため医療チームの編成により支援を受ける</p>	<p>1) 看護師と医師との調整 ・本人がどのような状態になったら在宅生活へ移行できるかのゴールの設定をする</p> <p>2) 院内の医療チームの編成をする ・チーム内で上記のゴールの共有をする</p> <p>3) 医療チーム内で、院内の調整役を決め</p> <p>4) 連携が必要な地域の機関の査定を行う</p> <p>5) 医療チームで情報交換して、以下2, 3をアセスメントする。その結果を基に、介護力の把握、社会資源の活用を検討する</p> <p>6) 本人・家族の相談窓口や精神的フォローをすすめる役割を誰がとるか決める</p>	<p>院内の医療チームの編成 主治医（内科・歯科）、受け持ち看護師、師長、外来看護師、MSW、医事課、在宅療養支援部門スタッフ、作業療法士、理学療法士、臨床心理士など （施設ごとに構成員は異なるが、調整役を明確にしておく） * 地域の連携機関 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション、地域の住診医・歯科医など</p>	<p>#在宅移行の決定を担当医師、看護師のみでなく、医療チームで決定し、以下のプログラムをチームで検討していく #在宅療養支援を実施する病院内の担当者・部署を医療チームに入れて退院後の連絡窓口の一本化のための、体制を作っておく #院内での調整のためのカンファレンスは随時行う #ケアマネジャーとの連絡をどの時点で取るかの調整を行う（居住地の近隣にある居宅介護支援事業所へ退院予定の連絡と訪問依頼など） #地域によっては居宅介護支援事業所の他、地域包括支援センター、保健師からの連絡体制が確立しているところもあるため確認をしておく。</p>
<p>2. 本人・家族の意思決定ができる</p>	<p>1) 主治医が本人の疾患について本人・家族への説明を行う ①今後の予後予測について ②疾患について今後予測される障害と対応 ③医療的処置について今後の予測と在宅での留意点</p> <p>2) 外来通院している同様の病状の患者に、経験談を話してもらったり、会ったりする機会を作る 本人と同様な状況で前向きに生活している在宅療養者の介護者を紹介する</p>	<p>* 患者会の紹介や活用</p>	<p>#本人、家族の意思決定に影響を及ぼす要因 ①外来通院病院、救急対応病院（含交通手段）がどこであるか。現入院病院と異なる場合は今後の入院病院と外来通院、救急対応、病院の連携体制の有無 ②在院期間 ③医療者から本人・家族に行われた初回の在宅療養に関する説明内容・医療者の姿勢・在宅療養に移行時期の提示の仕方 ④経済状態：自己負担金を含めた経済的な見直し ⑤健康状態 ・介護者：身体的な面、ケアを習得する理解力 ・本人が自身で身体の変化がある時にサインを出すことができる状態か ⑥食支援：食事の準備と栄養指導 ⑦本人と同じような病状の者が在宅療養している経験談を聞いたことがあるか ⑧地域でのサポート資源の活用がどの程度可能か。実現しないケア計画を提示しない。後での修正が効かないばかりでなく、信用を失う。</p>
<p>3. 本人・家族の受け入れ体制が整う</p>	<p>1) 本人を直接ケアする機会を作る 2) 面会の頻度の確認と、面会時間を利用して家族にケア技術等を指導できる体制を作る 3) 本人と家族との関係（愛着形成等）を面会時に情報収集する 4) キーパーソンは誰か、主介護者の背景、親戚との関係、生活様式、考え方について情報収集する 5) 家族が本人の疾患を理解できているか、疾患の受け止め方はどうかについての情報収集する 6) 協力がいる場合は生活支援の確保を行う</p>	<p>* 医療チーム内で情報交換を行う 交換された情報は個人情報保護の観点から守秘義務が生じる。チーム内で情報が守られて、共有できなければ、有為なチームが形成できない また、共有される情報は、尊重されるものであり審判を受けるものではない。公表される情報の中には家族等の信念や価値を含むものがある。チームを形成する職種個人の批判によって、利用者・家族を責める言動等は絶対にしてはならない</p> <p>* 本人、家族への各種アプローチ方法はチームの意思統一のもと選任された者が行う</p>	<p>※本人・家族の意思決定、受け入れ体制の整備は退院までに平行して行うことが必要</p>

利用者目標 (ニード)	実践内容	連携機関・活用できるサービス (社会資源)	備考 (留意する項目)
1. 日常生活ケア・医療処置の技術の獲得ができる	1) 受け持ち看護師は本人の入院中の1日の生活パターンを主たる介護者に説明する 2) 受け持ち看護師は主介護者へ日常の介護技術指導・確認を行う 3) 受け持ち看護師は主介護者へ医療的処置の技術習得の指導をする ①技術指導の開始時期の決定 ②入院初期から在宅療養を考慮した医療処置の物品・方法の選択 ③技術習得の評価面 (在宅で技術が発揮できるのか) ④家族の技術習得に伴う精神的負担感の観察 4) 医療機器の取り扱いと管理について指導する ①機器の取り扱いと管理方法の指導 ②家で使用する機器・器材の選択の援助	*MSW等から医療機器の準備方法を聞く *MSW等が分からないのであれば、必要なスキルであるので病院出入りの業者と関係を持たせ、知識を習得する	#技術指導の方法は受け持ち看護師が中心となり計画立案する。技術指導の実施状況は、チームに報告され、必要に応じ指導者側を教育することが望まれる。 #医療者側は技術習得に抵抗を示す人、習得困難な人もいることを理解して、ケア指導を行っていく。抵抗を示す人や習得困難な人である場合は、生活背景に何らかの原因が想定されるので、MSWの関わりを求めることも必要。 #指導を行う中で習得状況 (知的能力に問題がない方に指導を実施しても) 技術の習得の問題があれば指導方法の変更が必要である #家族の誰がどのような指導を受けて習得しているか確認できるようにする (チェックリストなどを作成して使用するとよい)
2. 居室の環境を整える	1) 受け持ち看護師は以下の項目を家族と相談して準備する ①本人の居室、医療機器を置く台、処置台、衛生材料及び薬品の保管場所 ②本人と家族の部屋、入浴方法、食事の準備など生活状況 ③その他在宅療養に必要な物品	* 医療保険：退院前訪問指導料 (1カ月以上の入院で居室を訪問し状況の把握が出来る) * 地域包括支援センター * 指定居宅介護支援事業所 * 訪問看護ステーション * 外来の衛生材料を扱っている部門 (医事課、用度課)	#在宅療養で改善が必要になる項目は何か?分かなければ、実際に家を早てきた上で評価を行う必要がある #退院後の環境を評価することに専門的知識が不足している場合には、左記、機関との連携を図り、同行訪問を実施する * 訪問看護ステーションの看護師等と退院後の居室における療養上の指導を行った場合には退院時共同指導料が算定できる。(ただし、特別な関係にあるステーションと共同で指導を行った場合は算定できない) #退院後の生活環境を早期に把握することは、生活を想定したりハビリや、療養指導が可能となる。退院前訪問指導料、退院時共同指導料を活用する。 * 退院前訪問指導料：入院期間が1ヶ月を超えると見込まれる患者の退院に先立って、患者を訪問し患者又は家族に対して退院後の療養上の指導を行った場合に当該入院中に1回 (入院後14日以内に患者を訪問し、退院に向けた指導を行った場合は2回) 算定できる。
3. 衛生材料の入手および使用方法が理解できる	1) 入院中から病棟スタッフが在宅移行後の方法を考慮して、在宅療養にあった衛生材料の使用法を実践する 2) 病院から提供できる物品を明確にする 3) 自己負担の物品の購入方法 (物品によってはバラ売り可能な業者) を家族に紹介する		

在宅準備期 (院内で在宅療養に向けて準備する)

利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
<p>4. 外来受診・緊急時の医療体制が確立する</p>	<p>1) 外来受診・緊急時の医療機関の協力体制の確立を行う 主診療科の外来受診、専門科別の外来受診先の決定緊急時の対応先の決定</p> <p>2) 退院後の連携確立のための準備をする ・特に入院病院以外の施設で外来フォローする場合 ・複数の病院や外来と連携する場合</p> <p>3) 入院病院の窓口の一本化のための院内の調整</p> <p>4) 自宅のある地域包括支援センター等へ退院予定の連絡と訪問依頼</p> <p>5) 訪問看護指示書の発行先の確認</p> <p>6) 主治医、受け持ち看護師は家族へ急変時の対応の指導</p>	<p>* 地域の医療機関</p> <p>* 地域包括支援センター</p> <p>* 保健所・市町村保健センターの保健師</p> <p>* 指定居宅介護支援事業所のケアマネジャー</p>	<p># 早期より本人・家族に外来受診方法を伝えていかないと、不安につながり、在宅移行支援への阻害要因ともなる</p> <p># 入院病院の窓口（訪問看護ステーションからの問い合わせ窓口）：各科外来、リハビリテーション科、相談室、在宅支援部門を確認する</p> <p># 施設により一定期間は入院していた病棟が窓口になり、その後外来が窓口になる場合がある</p> <p>※退院後の窓口はいつまでか病棟で、いつからが外来であるかを、院内のシステムとして確立していることが望ましい</p> <p># 外来看護師は入院中から在宅療養予定の利用者の把握につとめると、外来でのフォローがしやすい</p>
<p>5. 本人の予後への援助が継続される</p>	<p>1) 病院スタッフは入院中の訓練の継続が必要かどうかの判断を行う。家族・介護者に訓練方法の指導を行う他、継続が必要な場合は保健師、ケアマネジャーと連携を図り継続のための手段を検討する</p> <p>2) 病院スタッフは外来通院、通所施設、訪問による訓練の確保について検討し、助言を行う</p> <p>3) 病院スタッフは退院後の食事準備と栄養管理について検討し、助言を行う</p>	<p>* 作業療法士（OT）</p> <p>* 理学療法士（PT）</p> <p>* 言語聴覚士（ST）</p> <p>* 保健師（PHN）</p> <p>* 退院調整看護師（Ns）</p> <p>* 医療ソーシャルワーカー（MSW）</p> <p>* ケアマネジャー</p> <p>* 管理栄養士</p>	<p># 具体的な訓練方法を図、写真等を活用し訓練を継続できるようにする</p> <p># 通所施設、訪問リハビリなどを利用する場合、現在の機能「できる活動」と、今後の機能向上の予測「している活動、課題」にするよう「なる活動」を伝える準備を行う</p>
<p>6. 経済面の支援が受けられる</p>	<p>1) 受け持ち看護師は医療費補助、助成金、障がい者手帳の申請手続き等、情報提供して、MSWから福祉事務所等に伝えられるようにする</p> <p>2) 受け持ち看護師はMSWの協力を得て退院後の自己負担額を明らかにする（衛生材料の自己負担額も含む）</p> <p>3) 医療機器の購入・借用についてのアドバイス（特殊障台、車いす、その他）を行う</p> <p>4) 介護保険制度、身体障がい者日常生活用具給付制度、補装具交付制度、総合支援法等の利用についてMSWの協力をもとに利用の手続きをすすめる</p>	<p>* MSW</p> <p>* 助成・手当・医療保険医療費補助、重度心身障がい者医療費助成制度、特別障がい者手当、身体障がい者認定による優遇措置、在宅指導管理料、特定疾患治療研究事業</p> <p>* 各種制度利用促進パンフレットの利用</p>	<p># 助成・手当・医療保険等には年齢要件に該当しないと受けられないものがある、重複できないものや所得制限、在宅の期間によるものがある</p> <p># 介護保険の被保険者であっても利用するサービスによっては、障がい者制度を利用するほうが、経済的負担が軽減される場合がある。よって、制度によっては利用者に不利益を発生させることも予測されるため、制度を熟知している者からの指導助言が求められる。</p>
<p>7. 退院後の調整担当者が決まる</p>	<p>1) 介護保険制度を利用する場合（概ね65歳以上）は指定居宅介護事業者を決定し、契約を結ぶことが必要となる</p> <p>2) 障がい者総合支援法等市町村制度を利用する場合（概ね64歳以下）は市町村担当者（保健師や地域包括支援センター）との協議が必要となる</p> <p>3) 特定疾患治療研究事業対象疾患は保健所（県）も関わってくる</p>	<p>* MSW、退院調整看護師等を仲介者として指定居宅介護支援事業所のケアマネジャーへの情報提供と居宅ケアマネジメンとの依頼</p> <p>* MSW、退院調整看護師等を仲介者として市町村窓口及び担当者との協議</p>	<p># 平成18年4月からは要介護認定者は従来どおり指定居宅介護支援事業所にてケアプランを作成するが、要支援認定者は指定介護予防支援事業者（地域包括支援センター）にて契約を結び介護予防プランを作成する。</p>

在宅準備期（院内で在宅療養に向けて準備する）

<p>利用者目標 (ニード)</p>	<p>実践内容</p>	<p>連携機関・活用できるサービス (社会資源)</p>	<p>備考 (留意する項目)</p>
<p>1. 本人・家族が退院後の生活のイメージができる</p>	<p>1) 本人が試験外泊 (居宅へ) を繰り返しながら、以下の項目の調整を行っていく <評価項目> ・ 本人の生活時間と家族・介護者の生活時間の調整はどうか ・ 夜間のケア内容、大変だったこと ・ 介護者は睡眠をとれたか? ・ 食事は摂れたか? ・ 排泄はどうだったか? ・ 仕事などへの影響はなかったか? ・ 他の家族のための時間は確保できたか? ・ 予測しなかった事態はおきなかったか? ・ 家族の役割を捉えて、介護を分担できたか? ・ 夫婦関係の変化はあったか? 2) 評価を踏まえて在宅移行への準備を行う: 居宅での生活に向けた日常生活の工夫について家族と検討する 3) 退院後の調整者 (ケアマネジャー、地域包括支援センター等) の役割を本人・家族に説明する 4) 訪問看護師の紹介・活動の説明をする (含: 訪問看護ステーションの利用料金の説明) 5) 病棟から、本人が外泊時に地域連携室や訪問看護ステーションに対して訪問を受けられるように依頼する 6) 地域連携室と訪問看護ステーションは相互に連絡を取り、外泊中に可能な範囲で訪問を実施する 7) 上記1) 評価の結果を病棟看護師は地域連携室、訪問看護ステーション、退院後の調整者と共有する</p>	<p>受け持ち看護師、外泊の場合その日の受け持ち看護師 居宅へ外泊の場合は地域連携室、訪問看護ステーション * MSW、退院調整看護師 * 地域連携室 * 訪問看護ステーション * 指定居宅介護支援事業所等 (退院後の調整担当者) 退院時医療介護連携を実施</p>	<p># 外泊中の訪問 (地域連携室か訪問看護師のどちらかか訪問できるよ うにする) ・ 病棟からの外泊中の訪問看護は算定が可能であるが訪問看護指示書算定はできない。(退院時に1回のみ算定) ・ 外泊でない場合の退院前の訪問看護は算定されないため、訪問看護ステーションはサービス訪問となる # 地域連携室、訪問看護ステーションの役割としては医療処置の実施のほか、利用者や家族の観察や医療チームの調整 (医療処置の実施のために看護師は必要時で研修をする) も目的とする # 本人・家族が退院後の生活をイメージできるためには医療チームの構成員が利用者の生活をイメージすることが出来なければならぬ。 # 病棟からの退院を促すことは、本人及び家族においてはいままでの生活様式を変えることとなる場合が多い。生活様式を変えることは短時間では難しいことであり、葛藤や混乱、逃避など介護者への心身機能に与える影響も大きい # 生活面の支援をおろそかにすると、療養・介護のために必要な食事、服薬、休息、ストレスからの開放を図ることができない。結果、再入院となることもある。 # 生活の安定を図ることは、医療機関が行う治療、指導、支援の成功に不可欠なものである。 # 訪問看護師は、本人に必要な医療行為や訓練、看護を獲得できていくことが前提である。これらに自信をもつために積極的に病棟で行われていくことを学ぶ姿勢をもつ (但し、本人が入院中の訪問は、病院側、ステーション側ともく退院時共同指導加算) として請求できる (但し設置主体が同一である場合を除く)</p>
<p>2. 本人・家族が訪問看護師と信頼関係が形成される</p>	<p>1) 訪問看護師は入院中に病棟を訪問する (退院前カンファレンスをもつ) ① 本人・家族、主治医、受け持ち看護師、MSW、ケアマネジャー、訪問看護師の顔あわせ ② 主治医から本人のこれまでの経過と現在の状況の説明と退院後の予想される状況、問題点等の説明 ③ 受け持ち看護師から入院中の本人の看護の内容、退院指導の内容、面会の状況等の情報提供 (家族が同席することで問題となるような情報については、個別で提供する) ④ 家族から、現在の家族の状況や利用者が退院するにあたっての準備、家族の思い等の説明</p>	<p>* 主治医 (医科・歯科)、受け持ち看護師、ケアマネジャー、MSW、退院調整看護師、訪問看護ステーション看護師、管理栄養士 * リハビリテーションスタッフの参加を得る</p>	<p># 訪問看護師は、本人に必要な医療行為や訓練、看護を獲得できていくことが前提である。これらに自信をもつために積極的に病棟で行われていくことを学ぶ姿勢をもつ (但し、本人が入院中の訪問は、病院側、ステーション側ともく退院時共同指導加算) として請求できる (但し設置主体が同一である場合を除く)</p>

退院後1期 (退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間)

利用者目標 (ニード)	実践内容	連携機関・活用できるサービス (社会資源)	備考 (留意する項目)
<p>3. 日常生活ケア・医療処置の技術の獲得ができる</p> <p>4. 家族が受け入れ体制を整えられる</p>	<p>⑤訪問看護師から訪問看護ステーションや訪問看護の内容、利用料金等の説明と家族からのそれに対する質疑応答</p> <p>⑥家族が訪問看護師に要望する内容の確認と検討</p> <p>⑦ケアマネジャーの支援内容の説明とそれに対する家族の要望</p> <p>⑧MSWからの意見、要望</p> <p>⑨本人と面会し現状の確認</p> <p>2) 訪問看護師は本人の疾患の現状について主治医からどのような話がされているかについて確認する</p> <ul style="list-style-type: none"> ・疾患、予測される障害と対応 ・栄養摂取方法と指導内容の確認 ・その他在宅療養中の留意点 <p>3) 訪問看護師は本人が受けている医療処置、日常的なケア技術の指導内容を確認する。</p> <p>病棟訪問時に可能であればケアを実践して、必要時指導を受ける</p> <p>4) 訪問看護師は本人に必要な訓練の内容を作業療法士、理学療法士、言語聴覚士から指導を受ける</p> <p>5) 訪問看護師は本人に適した食形態と栄養管理について管理栄養士から指導を受ける</p> <p>6) 訪問看護師は家族の思いを受容、尊重した姿勢で関わる</p> <p>1) 本人・家族のケア技術の確認をする</p> <p>2) 訪問看護師は病院内で実施されている内容が実際に家庭で実施可能かを確認する</p> <p>3) 訪問看護師は、衛生物品が整っているか確認する</p> <p>1) 訪問看護師は居室の状況が整っているか確認、評価する</p> <p>2) 訪問看護師は家族についての情報を得る</p> <ul style="list-style-type: none"> ①家族のキーパーソンは誰か ②本人の介護に協力できる人がいるか ③家族の健康状態はどうか ④家族が本人を受け入れられるように援助する ⑤食事の準備は誰が行うか 	<p>*主治医 (医科、歯科)</p> <p>*病棟受け持ち看護師、管理栄養士</p> <p>*作業療法士、理学療法士、言語聴覚士</p> <p>*管理栄養士</p> <p>*ケアマネジャー</p> <p>*MSW</p>	<p>#ケアマネジャーは、在宅での生活の質の向上を目指し、在宅でのリハビリテーションの導入を検討する</p> <p>①作業療法士、理学療法士、言語聴覚士より機能の評価を聞いた上で、在宅での必要性の判断を行う。</p> <p>例：</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「歩行が可能」との評価であれば、家のどのような環境で、どのようなように行えば歩行が可能なのか。歩行を行うためにどのような支援が必要であるのかなど支援方法について検討する。 ・「歩行が不可」との評価であれば、家のどのような環境で、どんな状態であったら歩行ができないのかの評価をもとに、どのように支援すれば、歩行や移動が可能となるのかについて検討する。 ②言語聴覚士の評価は、在宅での摂食嚥下訓練、評価の継続を示す場合もあるため、管理栄養士、歯科衛生士等の協力を得ておくことも必要である。 <p>#訪問看護師が作業療法士、理学療法士、言語聴覚士、管理栄養士に直接会う</p> <p>#入院中の家族の状況、退院に向けての家族の思い等を受けとめるところが必要である。そのためには、聞く姿勢を持ち、生命に危険が及ばない範囲であれば注意や指導は控える。</p> <p>#医療処置が必要な場合、機器の理解の確認も行う (たとえば在宅酸素を必要とする場合は酸素についての理解も確認が必要)</p> <p>#リハビリテーション職、退院支援を実施する看護師、MSWとケアマネジャーによる家庭訪問が実施された場合、在宅支援に必要な情報が得られやすい。【退院前訪問指導が算定可能】</p>

退院後2ヶ月 (退院前に外出を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間)

退院後時期（退院前に外泊を繰り返し、入院生活から在宅生活への準備をしていく期間）			
利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
5. 社会資源の活用ができる	<p>1) 受け持ち看護師、退院調整看護師と訪問看護師で福祉サービス、手帳等の申請や手続きなどができているか確認し、情報を共有する</p> <p>①医療費の助成は受けられるか？</p> <p>②医療機器（ネブライザーや電気式たん吸引器等）の貸し出しや購入費助成は受けられるか？</p> <p>③福祉サービス、介護のために使えるサービスの確保はできているか？（医療機関への送迎支援など）</p> <p>④福祉機関との連携は地域包括支援センターに連絡してそこから紹介してもらうなど</p> <p>2) 入院中に社会福祉資源の活用の手続きをなるべくしておく</p> <p>3) 対象となつたらすぐに利用できるようにする</p> <p>4) 近隣の医療機関との協力体制をとる</p>	<p>*MSW</p> <p>*指定居宅介護支援事業所</p> <p>*福祉制度利用の窓口となる市町村の担当窓口</p> <p>*ポランティア</p>	<p>#社会資源の利用については、支援者が必要に応じて提案し、家族が利用するか否かを決められるようにする</p> <p>#必要時、制度の内容や申請に関しては市町村の担当窓口にお問い合わせ</p> <p>#年齢、所得に合わせて適宜、確認、紹介する</p> <p>#「社会資源を単に知っていること」と、「効果的運用の仕方を知っている」ことの違いを見極める。利用者及び家族が社会資源を上手に利用することができるように手続きや利用にかかる条件を判りやすく説明する。支援者がいなくても本人、家族が自身で解決しようとする、解決できる力を身につけることを目的に相談に応じる必要がある。</p>
6. 在宅療養での疑問点、不安な点が明確にできる	<p>1) 以下の項目について家族が病棟看護師に具体的に不安、疑問を出せる体制を作る</p> <p>①日常生活のケア</p> <p>②医療処置の技術習得</p> <p>③利用者・家族の生活時間</p> <p>④栄養採取方法</p> <p>⑤緊急時の対応</p> <p>2) 1) を明確にするための話し合いを持ち、その際に本人・家族、医療者で総合的に退院前の評価する</p> <p>①退院後の医療機関との協力体制</p> <p>②地域・行政の支援内容の確認</p> <p>③利用者の病状急変時対応の確認</p> <p>④在宅で必要な医療機器、衛生材料等の物品とその入手方法</p> <p>⑤外来受診の方法と連絡体制</p> <p>3) 在宅支援関係者間の調整会議を開催する。退院後の調整者（ケアマネジャー、地域包括支援センター等）と連絡調整を行っておく</p>	<p>*主治医、受け持ち看護師、外来主治医、外来看護師、保健師、MSW、訪問看護師 テーション</p>	<p>#担当看護師は毎日変わるので、医療者側の統一した家族への対応が必要である</p> <p>#在宅支援関係者間の調整会議は、〈退院時共同指導〉として請求できる</p> <p>#入院病院内（病棟、外来、医師、看護師、MSW）の意思統一を行っておく</p> <p>#退院後の調整役（ケアマネジャー等）は、予後予測が可能な者を選ぶことが望ましい。</p> <p>#在宅介護支援関係者の調整会議（サービス担当者会議）は、主治医の出席が必要である場合は、病院で行うことが望ましい。しかし、会議の性格は、病院（チーム）の意向を押し付けるものでなく、病院（チーム）の意向が実現可能なものであるのかを確認することが主たる目的である。</p> <p>この観点から、必ずしも1回で済ませるものではなく、繰り返しの調整会議が必要となることが予測される。</p>

利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
<p>7. 安全に在宅療養に移行できる</p>	<p>1) 病院・訪問看護ステーション、訪問診療をする医療機関、外来受診する医療機関、救急対応する医療機関、指定居宅介護支援事業所への連絡票（文書での申し送りや連絡票は診療情報提供書）</p> <p>・これらの連絡票には退院後に地域医療機関からの問い合わせを受ける窓口となる病院内の部署と連絡先を明記する</p> <p>2) 連絡票は本人及び家族の同意を得て指定居宅介護支援事業所に送る。ケアマネジャーは、ケアプランに反映し介護サービスが提供されるようにする。</p>	<p># 医療機関の管理栄養士、言語聴覚士等</p> <p># 介護サービス事業所の管理栄養士等</p>	<p># 退院時のサマリーは診療情報の扱いとなり、取り扱いは注意が必要。この場合、病院看護師は看護サマリーや連絡票の形式で、経過や処置について訪問看護ステーションが情報収集できるようにする。</p> <p># 病棟から指定居宅介護支援事業所や市町村等に「保健福祉サービスに必要な情報」、「診療情報提供書」を提供すると診療情報提供料を算定できる。（但し設置主体が同一である場合を除く）</p> <p># 訪問看護師が退院時同行訪問を行い生活状況の確認や見直しを立てていくことが望ましい。</p> <p># 食事内容の連絡について（食事連絡票を用いる）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護サービスを利用する際には食事を提供する事業所に、必要なカロリー（単位）数、食形態、水分量、とろみ具合、摂取時の姿勢などについて情報を提供する。 ・医療機関と介護サービス事業所で提供される食事には、それぞれに呼称と形態に違いがあり、確認をしないままに提供を受けると誤嚥性肺炎、腸閉塞等を再発するリスクがある。 ・食事形態、とろみ具合は、医療機関、介護サービス事業所ごとに必ず確認する。
<p>1. 家族が獲得したケア技術を実施できる</p>	<p>1) 訪問看護師は本人の症状の観察、状態変化の有無を判断する</p> <p>2) 訪問看護師は家族の実践する医療的処置の確認と必要時は指導、医療機器が使用できることの確認</p> <p>3) 訪問看護師は日常のケア技術の確認、指導</p> <p>4) 訪問看護師は医療行為に必要な物品の調整をする</p> <p>①安価で確実な在宅での消毒方法の確認、指導</p> <p>②医療処置に必要な衛生材料の調整、調達（より本人にあった物、在宅で使用しやすい物）をする</p>	<p>* 訪問看護ステーションの24時間連絡体制の利用</p>	<p># 初回訪問は退院後できるだけ早い時期にする</p> <p># 訪問看護師の的確な観察と判断が必要</p> <p># 医療行為の指導基準は病院での退院指導に準ずる</p> <p># 家族が行いややすい物品、手技を考慮する</p> <p># 訪問看護ステーションの24時間体制は実施していないところもあるので注意が必要</p> <p>※在宅療養初期の本人・家族の心配や、不安をどこまで解消できるかが在宅移行期の要となる（このために24時間体制のサポートが必要となる）</p>
<p>2. 本人・家族が在宅療養に移行した後の疑問や不安を解消できる</p>	<p>1) 外来：外来の待ち時間を利用して外来看護師等が相談窓口となる</p> <p>2) 居宅：訪問看護師やケアマネジャーの訪問時に家族の思いが出せる機会を作る</p> <p>3) 病院：家族からの問い合わせがあった場合、病棟でも、外来でも応じていき、その内容を訪問看護ステーションに伝達していく</p> <p>4) 外来受診病院と訪問看護師ステーションが連携をとれる</p> <ul style="list-style-type: none"> ・訪問看護ステーションからは訪問看護報告書と看護計画書により情報の伝達を行う ・ケアマネジャーは家庭訪問の後、病院（主治医）、訪問看護ステーションへの伝達を行う <p>5) 患者会等の活用紹介</p>	<p>* 外来看護師（地域連携室・看護師等、MSWの活用）</p> <p>* 受け持ち看護師</p> <p>* ケアマネジャー、地域包括支援センター</p> <p>* 訪問看護ステーション</p>	<p># 病院、指定居宅介護支援事業所ケアマネジャー、訪問看護師等の機関が連絡を取れる体制を確立する。特に病院側の窓口を一本化して、明確にする</p>

在宅後期（退院後から家族・利用者が安定する時期）

利用者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
3. 家の環境が整えられる	1. 介護用品、生活補助用具の調整をする 2. 居室の状況観察、調整	*福祉用具介護用品取扱い業者を利用 *身障者手帳の支援制度（日常生活用具）等の利用、介護保険制度利用	#障がい者制度のサービスは県、市により異なるので確認が必要 #老人福祉施策においても県、市町村により異なる場合があるので確認が必要
4. 本人と家族が在宅療養に慣れる	1) 訪問看護師は本人、家族の状況を観察し評価をして、家族の日常生活のリズムができ、本人へのケアが日常的に行われるまで訪問時に介護の援助と調整を行う <観察項目> ・本人の表情や活動性 ・本人の経管栄養、水分摂取、排泄状況等の介護指導 ・本人の睡眠状況等日常生活の状況 ・本人・家族からの不安や心配事の相談内容と相談回数 ・家族の睡眠状況を含む日常生活パターン ・本人と家族の間わりの状況 ・家族の日常生活パターン ・不定期外来受診の回数の確認、情報収集 ・24時間連絡体制サービスの利用回数、相談内容 2) 本人のこと以外で介護者から訪問看護師に相談があれば相談に応じる		#調整や指導の介入は家族側を中心とし強制はせず家族、特に本人のペースにあわせ少しずつゆっくりと行う #家族以外の他人が自宅に訪問することで本人や家族にストレスを与えないよう注意する #本人の特徴（性格や価値観）を理解しておくことが必要 #訪問看護師はケアマネジャーと連絡を取り合う（電話・報告書など）を活用することが望ましい。 #ケアマネジャーは居宅を訪問し、外来や介護・福祉機関との調整を行う
5. 家族が本人の予後への援助を理解できる	1) 訪問看護師が本人の心身の状況を観察する 2) 本人が作業療法士、理学療法士、言語聴覚士等の訓練を継続する必要があるかどうか確認する 3) 適した食形態を準備できるか確認する 4) 療法士が行う訪問看護（訪問看護ステーション）や訪問リハビリテーションが必要かどうか判断する	*リハビリを受けている機関 の作業療法士、理学療法士、言語聴覚士	#訪問看護師は、本人の予後に関する知識が必要であり、個々の状況に見合った予後の評価ができることも必要
6. 主介護者の身体的精神的負担を軽減する	1) 訪問看護師は主介護者の話を聞き相談相手になる 2) 訪問看護師は本人のケアについて家族内の役割分担を確認し可能な範囲で調整、援助する		#ケアマネジャー、訪問看護師はこの時期、主介護者の話を聞くことに専念し、介護者の介護意欲を低下させないように意見はなるべく控えるほうがよい。例；困難や課題を伝える際には、解決策を必ず提示する。 ※家族の心配や、不安、葛藤をどこまで解消できるかが要であり、安心を感じていただくことが必要な時期である。この時期は介護者の不安等から依存していると感じる時もあるが、この現象は、後のサポートナーシブを形成するために必要であることから、できるかぎり家族の支援を行うことが求められる
7. 緊急時の対応ができる	1) 訪問看護師は症状の変化及び緊急時の家族の対応方法を確認する 2) 外来受診時に外来看護師は、家族が病室の相談窓口を利用できるように連絡方法の確認を行う 3) 訪問看護ステーションの24時間電話サービスの利用方法を確認する	* 医療機関	

在宅後時期（退院後から家族・利用者が安定期）

患者の目標（ニード）	実践内容	連携機関・活用できるサービス（社会資源）	備考（留意する項目）
<p>1. 家族が習得したケア技術が確実に実施でき、状況に応じて応用できるようになる</p> <p>2. 家族の社会生活が安全にかつ安定して維持できる</p>	<p>1) 訪問看護師は本人の身体的安定の維持ができるよう観察、及び家族に助言・指導を行う。</p> <p>①本人の状態を観察し変化を判断する</p> <p>②適切に医療処置が行われていることを確認し必要時指導、援助する</p> <p>③本人の体調に応じて、医療処置（栄養摂取法）の方法を変更して家族に指導する</p> <p>④薬の使用方法の確認と利用者の体調に応じた使用方法を指導する</p> <p>2) 訪問看護師は衛生物品の使用状況や使用方法の確認と、医療機関との連携で物品の準備の指導をして、安定した供給ができるようにする</p> <p>1) 訪問看護師とケアマネジャーが情報交換をして継続した介入を行う</p> <p>2) 訪問看護師は外来受診の状況を確認、必要時受診時同行を行う</p> <p>3) 訪問看護師と外来受診病院との情報交換や、訪問看護師が中心となりケアマネジャーを含めたケアカンファレンスを行う</p> <p>4) 訪問看護師は主介護者のケア技術の評価を継続して行い、手抜きや慣れによる事故の発生を防ぐ</p> <p>5) 訪問看護師は本人のストレスが適切な範囲内であるように観察、援助する</p> <p>①本人と家族、特に主介護者との関係を観察する</p> <p>②移動方法の確保や外出を勧める</p> <p>6) 訪問看護師は家族の心身の安定が継続されるように援助する</p> <p>①主介護者の役割を観察する</p> <p>②本人と親戚・家族の関係把握する</p> <p>③必要時、訪問看護師は本人の状態や処置について家族にわかりやすく説明し理解を求める</p> <p>④本人のケアのこと以外の相談にも応じる</p>	<p>* ケアマネジャー</p> <p>* 場合によっては地域包括支援センター</p>	<p># この時期には定期受診以外は訪問による状態判断が主体である。よって訪問看護師の適切な判断が必要になる</p> <p># ケアマネジャーは主治医、訪問看護師の連絡を密にして、状況に応じた指導ができる連携体制をとっておく（例：訪問看護師が状況に応じて栄養量等の指示を変更できるように約東処方をとっておくなどの工夫）</p> <p>※ 連携を密にすることが苦手なケアマネジャーである場合には、地域包括支援センターの主任ケアマネジャーに同席していただくなどのスーパーバイズを依頼する。</p> <p># 新しい物品の導入等は各メーカーの紹介を利用する</p> <p># ケアマネジャーは家庭訪問により訪問看護ステーションの訪問時以外の状況を把握する</p> <p># 日常的な症状のコントロールは大病院ではなく、地域の病院でできるように、サポート体制の再編を行う</p> <p># 主介護者の慣れや手抜きから事故につながる危険があるので注意する</p> <p># 医療行為を必要とする本人が参加しやすい地域交流の情報収集が必要である</p> <p># 家族の都合により訪問日に柔軟性を持たせる（家族の希望を訪問スケジュールに取り入れる）</p> <p># 遊び、散歩などもとり入れ、介護者を解放する時間を作る</p> <p># 訪問看護ステーションの受け持ちをグループですることがのぞましい</p>

利用者目標 (ニード)	実践内容	連携機関・活用できるサービス (社会資源)	備考 (留意する項目)
<p>生涯期 (在宅に戻ってからの指導や援助の属期・維持期)</p>	<p>7) 訪問看護師は生活の変化や突発的な出来事に対する対応について体制を整える援助をする</p> <p>①本人の状態の変化や予後によって、予測しうる事態を明確にして、養育者に相談、指導を行い、緊急時の対応方法を明らかにしておく</p> <p>②家族の意思にあわせて利用できる社会資源を紹介する</p> <p>③在宅での歯科疾患に対応してくれる歯科医師を検討しておく</p> <p>8) ケアマネジャー等による社会資源、地域のサークル活動、サポートの紹介し、参加を促す</p> <p>9) 外出時の移動方法が確立する</p> <p>10) 本人の予後にあわせ福祉用具の導入を検討する</p>	<p>* 24時間連絡サービス</p> <p>* 地域のサポートシステムの活用(ポランティア、介護支援)</p> <p>* 歯科医師</p> <p>* 福祉タクシー、移送サービス</p> <p>* 作業療法士、理学療法士、言語聴覚士</p> <p>* 歯科衛生士</p>	<p>#本人は衰えの時期であり、退院時に予測できなかった事が生じる危険があるため注意していく</p>
<p>3. 本人なりの生活が促される</p>	<p>1) 訪問看護師は本人の予後を観察、判断して、ケアマネジャーと情報を共有する</p> <p>2) 訪問看護師は主介護者に本人の予後を考慮した生活の継続についての関わりや助言をする</p> <p>3) 訪問看護師は本人が健康維持、増進できるよう専門科受診の受診状況の確認し、必要時、主治医、外来看護師と連絡を取る</p>	<p>* 市町村の福祉担当窓口</p> <p>* 指定居宅介護支援事業所</p> <p>* 受診病院</p>	<p>#本人の予後に関する知識が必要であるため、本人に今後起こりえる症状の変化を、主治医や訪問看護から情報を得る。予め、起こりえる症状、状態への対策を検討する。</p> <p>#外来受診病院窓口の明確化</p>
<p>4. 主介護者の慢性的疲労や負担の軽減</p>	<p>1) 訪問看護師、ケアマネジャーは主介護者の要望や必要な状況ならケアや生活の援助者(ホームヘルパーの利用)を検討する</p> <p>2) 訪問看護師は主介護者の不満や不安等、日常生活全般も含め積極的に傾聴し、受容的態度で接していく</p> <p>3) 訪問看護師は家族内の役割分担の確認、調整を可能な範囲で行う</p> <p>4) 訪問看護師は主介護者の健康問題へのアドバイスをする</p>	<p>* 指定居宅介護支援事業所</p>	<p>#ケアマネジャーは短期入所療養介護等の短期入所サービスの利用について主治医、訪問看護師等と検討し利用できる施設の情報収集を行うしておく。</p> <p>#自治体により独自のレスパイト入所や入院の制度を設けている場合があり、確認が必要</p>
<p>5. 必要なサポート体制の活用ができる</p>	<p>1) ケアマネジャー、訪問看護師は経済面の維持、負担軽減がなされているかを確認する</p> <p>①自己負担や医療控除</p> <p>②公費医療や医療費補助制度の活用</p> <p>2) ケアマネジャー、訪問看護師は社会資源の各々の特徴、申請等を家族が理解しているか確認し必要時利用できるように援助する</p>	<p>* MSWの活用</p> <p>* 市町村窓口</p>	<p>#医療費控除やサービスは所得制限や年齢制限があっても利用できないこともある</p>

二 ー ド	実 践 内 容	課 題	備 考
<p>生活期（在宅に戻ってからの指導や援助の展開・維持期）</p>	<p>①主たる介護者が嫁である場合はその夫への技術の指導 ②主たる介護者が配偶者である場合はその子供への指導 2) 短時間でも主たる介護者が休養を取れるように配慮 3) ショートステイの利用 4) ホームヘルパーの利用</p>	<p>* 訪問看護師がいる間はいいが、その他の時間の介護の負担感がぬぐえない場合などは ・ホームヘルパーの有効利用 ・ショートステイの利用</p>	<p>介護者がいない場合や高齢者による介護の場合、1日の中で介護者の関わる介護機会を時系列で示し、時間帯毎に家族、サービスマニュアルなど何処が関わるのか明確にする。</p>
<p>9. 主たる介護者の精神的ストレスの軽減</p>	<p>1) 精神的支援 ①見守り ②相談を受ける 2) 家族の援助を受けられるように調整</p>	<p>* 他の家族の協力がうまく得られないと、主たる介護者が孤立してしまうことがある。</p>	<p>介護者がいない場合や高齢者による介護の場合、1日の中で介護者の関わる介護機会を時系列で示し、時間帯毎に家族、サービスマニュアルなど何処が関わるのか明確にする。</p>
<p>10. 移動時の負担の軽減</p>	<p>1) 通院等で使用する移動手段の手配 ①外来受診時は外出支援サービス等行政側の施策を活用する。重度障がい者及び要介護3以上の方が対象となる。 ②介護保険での訪問介護（通院における身体介護）も利用できるが要介護4・5の方が対象となる。 ③運転ボランティア（社会福祉協議会で相談を受け付けている）や、近隣・知人の協力を依頼する 2) 人手の調整 ①酸素ボンベ等医療器材を運ぶための人手や手段の調整 ②中心静脈栄養を行っている場合は点滴台や、輸液ポンプが車の振動に耐えられるものであるかなど</p>	<p>* 外来受診時などは携帯酸素を持参して移動にかかる負担が大き</p>	<p>介護者がいない場合や高齢者による介護の場合、1日の中で介護者の関わる介護機会を時系列で示し、時間帯毎に家族、サービスマニュアルなど何処が関わるのか明確にする。</p>
<p>11. 社会資源の利用のための援助</p>	<p>1) 各種サービスや制度を利用するための援助（アドバイス） ①介護保険 ②医療保険 ③身体障がい者福祉、精神保健福祉、知的障がい者制度 2) 各論的サービス利用について援助（アドバイス） ①寝食嚥下訓練を受けたら医療保険による訪問リハビリ、言語聴覚士が配置されている通所リハビリテーション、言語聴覚士が配置されている短期入所療養介護（医療） ②最近意欲の低下から家に閉じこもっている→心療内科、精神科受診、臨床心理士が配置されている病院、保健師、精神保健福祉士が配置されている保健福祉センター 3) 費用負担の軽減の方策は手当てのみではなく、毎年の確定申告をすることで利用料の上限が低く抑えることが可能となる場合がある。 4) 家庭の経済状態に合わせた社会資源の利用への援助 5) 必要物品の購入に関して調整・アドバイス</p>	<p>* 世帯の収入が安定していない場合、一部負担金や居住費、食費により介護の継続に支障をきたす場合 ・介護保険負担限度額の申請 ・高額介護サービス費の申請 などを活用する * 社会資源の活用を利用者および家族が望まず家族若しくは親族で何とかしたいと申し出があった場合 ・介護保険の利用に抵抗が生じている場合は医療保険での提供が可能サービスもある ・利用したくない背景の因子が存在する可能性が高いので、その因子の発見と解決の方法を分析する ・解決には時間がかかると想定されるので、あせることなく根気強く対応する * 社会資源は一つの方法・手段に固執することなくさまざまな方法で代替となるサービスの導入が可能である。</p>	<p># 精神科疾患が疑われる場合には保健所及び市町村保健師に連絡のうえ共同で処遇にあたることも可能である。 # 精神科疾患にかかる住診制度がないため、保健所による訪問指導（精神科医）により状態を把握することも可能 # 精神科疾患にて通院を行う場合では精神保健福祉手帳とともに公費負担医療制度による一部負担金の補助制度がある。</p>
<p>12. 経済面への支援</p>	<p>1) 各種サービスや制度を利用するための援助（アドバイス） ①介護保険 ②医療保険 ③身体障がい者福祉、精神保健福祉、知的障がい者制度 2) 各論的サービス利用について援助（アドバイス） ①寝食嚥下訓練を受けたら医療保険による訪問リハビリ、言語聴覚士が配置されている通所リハビリテーション、言語聴覚士が配置されている短期入所療養介護（医療） ②最近意欲の低下から家に閉じこもっている→心療内科、精神科受診、臨床心理士が配置されている病院、保健師、精神保健福祉士が配置されている保健福祉センター 3) 費用負担の軽減の方策は手当てのみではなく、毎年の確定申告をすることで利用料の上限が低く抑えることが可能となる場合がある。 4) 家庭の経済状態に合わせた社会資源の利用への援助 5) 必要物品の購入に関して調整・アドバイス</p>	<p>* 世帯の収入が安定していない場合、一部負担金や居住費、食費により介護の継続に支障をきたす場合 ・介護保険負担限度額の申請 ・高額介護サービス費の申請 などを活用する * 社会資源の活用を利用者および家族が望まず家族若しくは親族で何とかしたいと申し出があった場合 ・介護保険の利用に抵抗が生じている場合は医療保険での提供が可能サービスもある ・利用したくない背景の因子が存在する可能性が高いので、その因子の発見と解決の方法を分析する ・解決には時間がかかると想定されるので、あせることなく根気強く対応する * 社会資源は一つの方法・手段に固執することなくさまざまな方法で代替となるサービスの導入が可能である。</p>	<p># 地域・医療機関によって、物品の入手限度に差がある。</p>

13. 死への配慮	実践内容	課題	備考
<p>13. 死への配慮</p>	<p>1) 本人・家族が望んでいること</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅緩和ケアを阻害している生活障害原因の関連性の分析 どの部分を改善すれば生活がよくなるかを見極めて、解決するためのイメージを持つ もしも、このまま放置をすれば（ケアやサービスを導入しなげれば）どうなるか。という予測を行う 身体的側面（医療ケア）のアセスメントの重要性（脱水、発熱、便秘、血圧、血糖値等々） <p>2) 在宅療養を支える価値、介護力やサポート体制があること</p> <ul style="list-style-type: none"> 生活歴（ライフヒストリー）から、本人がどのような生き方をしている、今後どのような生き方を望むか、意思表示ができない場合は、どのような生き方を選択するであろうか。をイメージする。 家族にあっては、本人とどのように生きてきたのか。今後、本人とどのように生きていきたいかを明確にする <p>3) 苦痛を和らげる医学医療ケアが提供されていること</p>	<p>* 看取ることは、医師、看護師にとっても大きなストレスを感じる体験である。しかも、在宅での看取りとなれば、それを受け入れられる人ばかりではない。本人が在宅死を望んでもそれを受け入れられる家族もいれば、受け入れられない家族もある。</p> <p>* 家族が「最後を自宅で看取ってあげたい」と希望していた場合は、介護者の満足度は高い。また、家族が望んでいない場合には入院して亡くなっているほうの満足度が高い。</p> <p>* 家族介護力を支える社会的な介護サービスが充実しないかぎり、緩和ケアはもろろん在宅療養すら成り立たない。</p> <p>* 「希望は在宅」でも「それができると思うか」と問われると「現実には無理」とする声は珍しくない。</p> <p>* 介護保険導入時に在宅よりも施設を希望する者が増えたこともそのことを裏付けていると考える。</p> <p>* 質の高いケアの結果としての在宅死であるためには、家族の介護力が高いこと、あるいはそれを補う社会的な在宅介護サービス水準が高いことが必要であると考える。</p> <p>* 在宅療養を送っていた方であっても、「痛みが強くなった」「呼吸苦がでた」「急変した」などで入院し亡くなる。「入院させれば治療可能かもしれない」場合で入院していただいただけにもかかわらず予期に反し治療が奏功せず、死に至る場合もある。</p> <p>* 在宅で状態が悪化した場合、「最後かもしれない」と説明をうけていても主治医から「死んでから連絡をよこさない」「明朝いくから、そのままにしておきなさい」といわれた場合、ご家族は家で看取ってよかつたと思えないといった現状もある。</p>	<p>#緩和ケアの場合は心理的介入（複数回訪問）が中心となるわりに保険上は評価されない（点数化されない）場合がある。</p> <p>#家族に対する支援活動も報酬には反映されない。緩和ケアの主となる対象は、本人だけでなく、それ以上に残される家族であることを理解する。</p> <p>#セルフヘルプ活動は地域によって差がある。殆どの地域で未発達であることが想定される。親しい家族を失った遺族の心理的支えや情報源となるのは、同じ道をたどった者たちである。親しい者を失った者同士の会などの登壇に期待する。</p>

リード	実践内容	課題	備考
<p>生活期 (在宅に戻ってからの指導・援助の展開・維持期)</p>	<p>4) 適切なケアマネジメントが提供されていること <ICFモデルを念頭に検討する> ①ターゲット (目標の絞り込み) 実現可能な支援 (援助の展開) ②優先順位の決定 ③緊急性の判断</p> <p>5) スピリチュアルペインを捉える コミュニケーションスキルをベースに利用者家族の思いを 聞く</p> <p>1) グリーフケア 遺族が死別の悲しみを乗り越え明日へ生きる力を支援して いく 家族の悲しみを癒すとともに私たちに自身の心の整理、癒し、 次のケースへと向かう力を湧かせるものである</p>	<p>* 本人・家族が在宅死を望んでいることを確認し、家族介護力を社会的な介護サービスで補い、その他固りの人々のサポートを引き出し、医療サービスとつなげるマネジメントがなされていることが必要である</p> <p>* ケアの質の向上を期待するのであれば、結果について評価する習慣やシステムが必要。 振り返りの評価がほとんどないことで経験が次に発展しにくい</p>	<p>* 具体的対応に向けての諸条件の吟味 (本人・家族の意向、自己決定、社会資源、サポートネットワークの現況等) 望みの実現が可能かどうか、可能でなければ代わりとなるサービスがあるかどうか。 * 今必要なことはなにであるか。また、今解決できなくとも後で解決できるものもある。 * 希望、強さ (ストレングス) の視点の確認 利用者自身、家族の問題解決をしようとするとする姿勢 (エンパワメント) や、それを促すケアマネジャーの能力が問われる</p>
14. 終了			
<p>この在宅移行支援実践プログラムの構築が図られることを望みます。 地域包括ケアシステムの構築が図られることを望みます。</p>			

8) 講演会参加者、医療・介護従事者研修会参加者アンケート調査 (集計結果)

○「講演会」参加者アンケート

(1) 宮城県・涌谷町町民医療福祉センター

開催日：平成26年12月8日(月)

参加者：41名 アンケート回答者28名(回答率68.3%)

参加者の範囲：行政区長、民生委員、健康推進員

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	9人	32.1%
満足	18人	64.3%
やや不満足	1人	3.6%
不満足	0人	0%

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。(複数選択可)

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	18人	64.3%
日頃の生活や活動に役立った	15人	53.6%
スキルアップにつながった	9人	32.1%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	19人	67.9%
抱えていた問題・不安の解消につながった	3人	10.7%
その他	10人	35.7%

【その他良かった点(主なもの)】

- ・これから涌谷町に必要な介護サービス等のことなど皆さんの意見が聞かれて良かった。
- ・自分の地区にも応用したりみなさんにお知らせしたい事が多かったです。
- ・いろんな考えが聞けて良かったです。
- ・地域で協力し合って自立し合えるような仕組み。
- ・地域で集団生活出来る施設があれば良いと思う。
- ・自分も介護が必要になる。今後はしっかり考えて行かなければならないと強く意識したところです。
- ・具体的案件の例もあり役に立ちました。
- ・県外の方の意見を聞いて参考になりました。
- ・地域の支え合い。共同生活の重要性。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。(複数選択可)

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	1人	3.6%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	0人	0%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	1人	4%
その他	0人	0%

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・具体的な記入なし

(2) 秋田県・市立大森病院

開催日：平成26年12月9日（火）

参加者：70名 アンケート回答者46名（回答率65.7%）

参加者の範囲：民生委員、健康推進員、老人クラブ

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	30人	65.2%
満足	16人	34.8%
やや不満足	0人	0%
不満足	0人	0%

設問2：（1で「とても満足」「満足」を選んだ方）どのような点が良かったですか。（複数選択可）

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	29人	63.0%
日頃の生活や活動に役立った	26人	56.5%
スキルアップにつながった	12人	26.1%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	28人	60.9%
抱えていた問題・不安の解消につながった	9人	19.6%
その他	6人	13.0%

【その他良かった点（主なもの）】

- ・常に外に出ること色々興味を持つこと
- ・大変勉強になりました。
- ・家族愛が感じられた。良かった。
- ・参加者との会話が良かった。
- ・グループの方々のお話を伺いそれぞれが自分たちの町を自慢できるという事が素晴らしいと思いました。

設問3：（1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方）どのような点が良くなかったですか。（複数選択可）

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	0人	0%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	0人	0%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	0人	0%

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・該当なし

(3) 富山県・南砺市民病院

(第1回)

開催日：平成26年11月12日(水)

参加者：34名 アンケート回答者34名(回答率100%)

参加者の範囲：民生委員、健康推進員、今後ヘルパーになろうと考えている方

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	11人	32.4%
満足	22人	64.7%
やや不満足	1人	2.9%
不満足	0人	0%

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方)どのような点が良かったですか。(複数選択可)

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	27人	79.4%
日頃の生活や活動に役立った	15人	44.1%
スキルアップにつながった	3人	8.8%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながった	7人	20.6%
その他	4人	11.8%

【その他良かった点(主なもの)】

- ・いざ、親が介護を必要になった時に、どちらへ行けばとなる不安を解消できる内容でした。
- ・介護する人間が一人のときと多人数(父、母、妻etc)を介護する場合は全く条件が違おうと思います。介護者の負担が大きい場合の対応も教えて欲しいと思いました。
- ・介護する意識の持ち方やモチベーションの挙げ方などがビデオを通して学べた。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方)どのような点が良くなかったですか。

(複数選択可)

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	0人	0%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	1人	2.9%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	0人	0%

【その他良くなかった点(主なもの)】

- ・途中、話のスピードが少し早くついて行けなくなりました。

(第2回)

開催日：平成27年3月7日(土)

参加者：210名 アンケート回答者137名(回答率65.2%)

参加者の範囲：一般住民(地域の医療・介護関係者含む)

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	45人	32.8%
満足	87人	63.5%
やや不満足	4人	2.9%
不満足	1人	0.7%

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。(複数選択可)

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	93人	67.9%
日頃の生活や活動に役立った	70人	51.1%
スキルアップにつながった	27人	19.7%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	14人	10.2%
抱えていた問題・不安の解消につながった	26人	19.0%
その他	52人	37.2%

【その他良かった点（主なもの）】

- ・私もできる限り夫を自宅で介護保険制度を利用して在宅で看取ることができたらいいと思います。
- ・自宅での看取りについて、緊急時の不安がなくなったこと
- ・我が家でも昨年在宅看取りをしました。今でも本当に正しかったのかと自問することがあります。それでも、在宅療養・看取りは今後もっと進めていくべきだと思いました。このような機会を設けていただいて嬉しく思いました。ただ終わりが見えない在宅介護の不安への理解方法についても聞きたかったです。
- ・具体的な体験談が聞けて良かったと思う。
- ・不安に思っていた家での介護が、いろいろと支援していただける事がわかって心強く、安心しました。
- ・在宅での介護を支える方法がよくわかった。みんなで支えている姿が感動的でした。
- ・介護をしています。沢山のの方々の支援（デイサービス・ショート）を受けながら仕事をしています。それでもなかなか、介護負担（疲労）があり、仕事の継続は難しいです。心がおれる！という表現にドッキリ。講師がおっしゃっていたように、地域住民のサポートの充実を身にしみて感じています。ご家族の話をきけたことに共感でき、力になりました。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。(複数選択可)

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	1人	0.7%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	3人	2.2%
スキルアップにつながらなかった	1人	0.7%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	1人	0.7%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	1人	0.7%
その他	4人	3.6%

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・会場が狭くてノートがとりづらいです。
- ・音響が聞きづらい・映像が見にくかった。
- ・2015年の介護報酬改正でダウン提示によりサービスの低下、もっと給付してほしい。サクセスストーリーばかりでありがちの話ばかりであった。三世同居・家族が介護困難等の困難事例ではもっと給付してほしい。介護人材確保をもっと検討してほしい。若い人から見放される介護の実情を検討してほしい。

(プレ開催)

開催日：平成26年9月8日(月)

参加者：38名 アンケート回答者28名(回答率73.7%)

参加者の範囲：専門職(医療職、施設職員、ケアマネジャー)

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	8人	28.6%
満足	19人	67.9%
やや不満足	1人	3.6%
不満足	0人	0%

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。(複数選択可)

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	17人	60.7%
日頃の生活や活動に役立った	7人	25.0%
スキルアップにつながった	3人	10.7%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	14人	50.0%
抱えていた問題・不安の解消につながった	1人	3.6%
その他	4人	14.3%

【その他良かった点(主なもの)】

- ・専門職向けでなく一般向けの内容で解かり易かった。カラー資料でわかりやすかった。
- ・そうありがたいですが、日々いろんなケースを満足につなげていけないなあ実感しています。
- ・支える医療をわかりやすく伝える方法を再認識することができました。
- ・一般の方向けの内容でわかりやすかった

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。(複数選択可)

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	1人	3.6%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	0人	0%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	0人	0%

【その他良くなかった点(主なもの)】

- ・具体的な記入なし

(4) 香川県・綾川町国保陶病院

開催日：平成26年11月6日（木）

参加者：46名 アンケート回答者40名（回答率87.0%）

参加者の範囲：介護予防サポーター

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	21人	52.5%
満足	19人	47.5%
やや不満足	0人	0%
不満足	0人	0%

設問2：（1で「とても満足」「満足」を選んだ方）どのような点が良かったですか。（複数選択可）

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	22人	55.0%
日頃の生活や活動に役立った	17人	42.5%
スキルアップにつながった	12人	30.0%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	26人	65.0%
抱えていた問題・不安の解消につながった	11人	27.5%
その他	9人	22.5%

【その他良かった点（主なもの）】

- ・どこで最期を迎えるかではなく、「どのように最期を迎えるか」で最期の時が病院になっても後悔しないようにしたい
- ・これからの生活において昔と違って家族構成がせまいので、もっとこれからの生活を家族と共に話し合いをして濃いものに話し合っていきたいと思う。
- ・映像と一緒に発表で良かった。家族の話し合い、決断の時等胸につまされた。自分に振り返った時、どうだろう…心配が残った。
- ・同じグループの人や違うグループの人がどのように考えているのかが分かったこと。
- ・心配していたことが薄れてきました。
- ・自分自身これからの生活をどのようにしたいか考え生活していきたいと思います。
- ・色々な活動が出来ているのが分かった。
- ・色々な体験で発表され、今後の自分のなすべき事を考えさせられました。今日は大変有意義な会だったと思います。

設問3：（1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方）どのような点が良くなかったですか。（複数選択可）

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	0人	0%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	0人	0%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	0人	0%

【その他良くなかった点（主なもの）】

・該当なし

○「医療・介護従事者研修会」参加者アンケート

(1) 宮城県・涌谷町町民医療福祉センター

開催日：平成27年1月22日（木）

参加者：54名 アンケート回答者40名（回答率74.1%）

参加者の範囲：ケアマネジャー、涌谷町町民医療福祉センター内職員

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	14人	35.0%
満足	23人	57.5%
やや不満足	3人	7.5%
不満足	0人	0%

設問2：（1で「とても満足」「満足」を選んだ方）どのような点が良かったですか。（複数選択可）

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	28人	70.0%
日頃の生活や活動に役立った	17人	42.5%
スキルアップにつながった	13人	32.5%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	24人	60.0%
抱えていた問題・不安の解消につながった	5人	12.5%
その他	9人	22.5%

【その他良かった点（主なもの）】

- ・短い時間でもケアマネになった気分になり満足しています。今後役に立てたいと思います。
- ・自分の目線で無理することなく考え、話すことができた。
- ・自分とは違う視点の考え方を聞くことができた。
- ・涌谷町の現状を知ることができた。
- ・重症の方が在宅へ移行する場合の考え方の力添えになった。
- ・今後さらに具体的な導入方法を研修したい。
- ・色々な立場での意見が聞けて良かった。
- ・ケアマネさん、ナースの方のお話を聞いて勉強になった。
- ・講師のパワーポイントの内容がわかりやすかった。
- ・どんな不安があるのか（家族の話）を聞くことができて良かったです。
- ・グループワークも役に立ちました。

設問3：（1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方）どのような点が良くなかったですか。（複数選択可）

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	0人	0%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	2人	5%
スキルアップにつながらなかった	1人	3%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%

抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	2人	5%

【その他良くなかった点（主なもの）】

- ・もう少し時間をかけて取り組みたかった。
- ・グループワークはもう少し突っ込んでほしかった

(2) 秋田県・市立大森病院

開催日：平成26年12月17日（水）

参加者：60名 アンケート回答者44名（回答率73.3%）

参加者の範囲：医療関係者、介護施設職員、ケアマネジャー等

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	16人	36.4%
満足	27人	61.4%
やや不満足	0人	0%
不満足	1人	2.3%

設問2：（1で「とても満足」「満足」を選んだ方）どのような点が良かったですか。（複数選択可）

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	33人	75.0%
日頃の生活や活動に役立った	26人	59.1%
スキルアップにつながった	26人	59.1%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	25人	56.8%
抱えていた問題・不安の解消につながった	4人	9.1%
その他	12人	27.3%

【その他良かった点（主なもの）】

- ・事例を通して色々な方向性から問題をみる事が出来た。
- ・共通のテーマでグループワークが出来て良かった。
- ・最初から「無理」と決めつけてしまうのではなく、何がネックとなっているのか。そのネックを解消するにはどの様にしていくのかという考えのもとで支援していければ少しでも本人の思いを達成実現できるのかなと痛感しました。
- ・ケアマネとして事業所へ情報提供するにあたり、求められている情報が提供できているか不安でしたが確認することができ良かったです。有難うございました。
- ・事例を通して各々の考え方（職種の立場）を知ることができ、とても参考になった。
- ・時間がない中で集中して考える事も結果的に良かった。
- ・多職種が顔を合わせて話し合いが良かった。他の人の意見が参考になりました。
- ・在宅移行支援の流れ、ポイントが分かって良かった。
- ・施設に退院時、病院側からどんな情報が必要かと言うことを聞くことが出来た。
- ・利用者様がどの様な最後を迎えたいか？という視点に立つ事の再確認が出来た。今後の業務で大変参考となった。実践に生かしていきたい。
- ・グループワークや他施設の方々の意見なども聞くことが出来て大変勉強になった。
- ・同席の色々な職員の思いを聞くことができ、大変参考になりました。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。

(複数選択可)

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	0人	0%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	0人	0%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	1人	2.3%

【その他良くなかった点(主なもの)】

- ・やや時間が足りない

(3) 富山県・南砺市民病院

開催日：平成26年9月8日(月)

参加者：28名 アンケート回答者23名(回答率60.5%)

参加者の範囲：医療関係者及び介護施設職員、ケアマネジャー等

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	9人	39.1%
満足	13人	56.5%
やや不満足	1人	4.3%
不満足	0人	0%

設問2：(1で「とても満足」「満足」を選んだ方) どのような点が良かったですか。(複数選択可)

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	13人	56.5%
日頃の生活や活動に役立った	5人	21.7%
スキルアップにつながった	6人	26.1%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	18人	78.3%
抱えていた問題・不安の解消につながった	1人	4.3%
その他	1人	4.3%

【その他良かった点(主なもの)】

- ・それぞれの職種ならではの意見に「なるほど」と思いました

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。

(複数選択可)

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	0人	0%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	0人	0%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	1人	4.3%

【その他良くなかった点(主なもの)】

- ・なんとなく終わってしまいました。

(4) 香川県・綾川町国保陶病院

開催日：平成26年12月15日（月）

参加者：40名 アンケート回答者35名（回答率87.5%）

参加者の範囲：医療機関、介護施設等の医師・看護師及び介護士、ケアマネジャー等

設問1：本日の講演会の内容全般について、ご満足いただけましたか。

内容満足度	人数	割合
とても満足	10人	28.6%
満足	24人	68.6%
やや不満足	1人	2.9%
不満足	0人	0%

設問2：（1で「とても満足」「満足」を選んだ方）どのような点が良かったですか。（複数選択可）

良かった点	人数	割合
役立つ情報が得られた	23人	65.7%
日頃の生活や活動に役立った	10人	28.6%
スキルアップにつながった	11人	31.4%
他の参加者との交流・情報交換が図られた	24人	68.6%
抱えていた問題・不安の解消につながった	1人	2.9%
その他	22人	62.9%

【その他良かった点（主なもの）】

- ・多職種の方の意見・考えがありとても良かった。
- ・患者や家族の心情を想像したり、もし自分ならという視点で検討することはとても大事だと思いました。
- ・病院→在宅で療養する不安や問題点を多職種がチームとなって取り組んでいく仕組みがよく分かった。どんな難ケースでも在宅でも可能である。
- ・医療従事者視点が良く理解できた、提供視点が良くわかった。
- ・今まで入院の目的は病気を治すのが主であった様にみえていたが退院後にいかに御本人を尊重して在宅生活を過ごせるのかを考えているのに安心。沢山のひととの意見交換が必要である。治す→支える
- ・設定が具体的だったので徐々にイメージが湧いてきて少しずつ活発な意見交換が可能になってきました。
- ・段階を踏んで資料が出てきた事でケーススタディ自体に感情移入する事ができ楽しい研修になりました。
- ・在宅移行支援の手順を再確認することが出来た。
- ・グループワークができたことでみんなの意見を聞くことができた。
- ・どのようにして在宅へ移行していつているのか知れて良かったです。
- ・他職種の方の話が聞け、グループワークの大切さを実感しました。
- ・訪問看護、訪問介護などの利用頻度などケアマネさんから詳しく聞いて良かったです。
- ・グループ討議することで職種（立場）の違いで様々な意見を聞くことが出来た。視野が広がりました。自分の日頃のケアマネを振り返る事が出来ました。

- ・とても内容の濃い研修でした。
- ・今、似たような状況の方の支援をしているので、方向性や支援の仕方に関して参考になった。
- ・グループに多職種がいれば話も多方面に広がりやすいと思います。
- ・同じ方針のケアを考えると様々な案や考え方により患者さんへのサポート方法があることを知った。
- ・退院が困難と考えられる患者さんも色々な方法で在宅療養が行える様支援していく事が大切だと学びました。
- ・あいまいだった役割分担が明確になった。

設問3：(1で「やや不満足」「不満足」を選んだ方) どのような点が良くなかったですか。

(複数選択可)

良くなかった点	人数	割合
役立つ情報が得られなかった	0人	0%
日頃の生活や活動の参考にならなかった	0人	0%
スキルアップにつながらなかった	0人	0%
他の参加者との交流・情報交換ができなかった	0人	0%
抱えていた問題・不安の解消につながらなかった	0人	0%
その他	1人	2.9%

【その他良くなかった点(主なもの)】

- ・時間が少ない、足りなかった。進行が少し速いような気がします。

9) ヒアリング及び現地スタッフとの意見交換の内容

(1) 宮城県・涌谷町町民医療福祉センター

委員：阿波谷、小野、竹内、山脇、山内

国診協事務局：鈴木、大本

ヒアリング対象：地域連携室 MSW、看護師長（外来・病棟）、病棟退院調整看護師、老人保健施設相談員

●退院支援の状況

- ・入院 48 時間以内に全患者にチェックシート「入院時スクリーニング」を実施（80～90 件／月）
- ・介護保険サービスを受けている方は、「連携パスシート」（入院前情報）をケアマネジャーから受け取る（涌谷町の患者さんのみ）
- ・スクリーニングで1つでもチェックが入ると退院支援の必要ありとなる（50～60 件／月）
- ・そのうち、家族による対応で十分と思われるケースは除外し、月 40～45 人が支援対象者となる。
- ・病棟担当看護師が患者、家族の意向確認をおこない、各病棟の退院調整看護師とともに在宅移行支援をおこなう
- ・医療依存度の高い方、病棟だけでは在宅移行支援が困難なケースは地域連携室と協働でおこなう
- ・対外的には地域連携室が窓口となる
- ・退院前カンファレンスは、新たに介護保険サービスを受ける方などで実施する。月 15 人が参加する。ケアマネジャーはすべて出席する

●連携状況、工夫していること

- ・担当ケアマネジャーから「連携パスシート」を入院早期に受け取る体制がある
- ・「連携パスシート」は退院時に外来カルテに移すことになるが、同時に担当ケアマネジャーにも複写を提供する
- ・「連携パスシート」の内容は必要最小限の内容にとどめ、不足する情報は別の用紙などを利用して補足する
- ・早期から担当ケアマネジャーに来院してもらい、ミニカンファレンスの実施、主治医の病状説明の際に同席してもらうようにしている
- ・2 年前から退院支援看護師の打合せを月 1 回実施している
- ・症例検討会（1／月）、地域包括ケア会議（1／月）など病院、地域包括支援センター、行政の連携が図られている
- ・退院調整看護師、老人保健施設相談員は、地域連携室から異動したり、兼務したりするなど連携が取りやすい人間関係がある

●課題

- ・社会資源の不足。具体的にはグループホーム、ケアマネジャーの数が足りない
- ・独居、子供さんが遠方にいる方などで、家族介護が対応のできない方

- ・医療依存度が高い（胃瘻、吸引、ターミナル）方の退院支援に苦労している
- ・特別養護老人ホームは待期が長い。老人保健施設は、病院との情報を共有しており、患者、家族の状況で調整が行われるのでスムーズに入所できる。

●まとめ

- ・情報がよく整理され、在宅移行支援がシステム化されていると感じました
- ・組織を超えて連携がよくできており、地域包括ケアが実践されていました

(2) 秋田県・市立大森病院

委員：阿波谷、竹内、佐々木、山脇、山内

国診協事務局：鈴木、大本

ヒアリング対象：病院長、医療相談室 MSW、看護師長（外来・病棟）、地域包括支援センター保健師、老人保健施設相談員

●退院支援の状況

- ・入院時にスクリーニングシートによりチェックしている。月 70～80 人のうち半数程度が何らかの項目が該当している。チェックシートをもとに MSW が検討し、実際に支援が必要な患者を抽出する。抽出されるのは月 10 人程度となる。
- ・入院時に担当ケアマネジャーが「医療連携情報提供書」を届けてくれる。
- ・新たに要介護認定を受けるべき患者の場合は、家族に MSW が連絡し、申請を出してもらおう。居宅介護支援事業所の情報提供もおこなうが、知っているケアマネジャーが居る方は別として、多くの家族がケアマネジャーを指定することはなく、病院に任せたいという方が多い。
- ・医師の病状説明の際には担当看護師、可能であればケアマネジャーも同席してもらおうようにしている。
- ・担当看護師は家族、リハビリスタッフなどからも情報収集をおこなう。
- ・毎朝、各病棟看護師長と MSW が入退院の情報について情報交換をおこなう。担当看護師の得た情報は、この場で共有される。
- ・ケアマネジャーは病状説明以外にも他のケースで来院した際などを利用して、病棟看護師や地域連携室から患者さんの情報を得ている。
- ・対外的には地域連携室が窓口となる。
- ・退院支援計画書は MSW が作成する。
- ・退院後に必要な医療処置などは、家族に指導したり、訪問看護師が病棟を訪れたりすることで退院に向けての指導が行われる。退院前カンファレンス以前におこなわれていることが多い。
- ・退院前カンファレンスは月数件程度行われている。主治医の出席が難しいことが多く、その際はカルテに伝えたいことを記載してもらおうこととしている。

●連携状況、工夫していること

- ・上述のように、ケアマネジャーが病状説明の際に同席するなどして早期より関わるようにしている
- ・ケアマネジャーと地域連携室 MSW、病棟看護師とは情報共有ができる人間関係がある
- ・過去のモデル事業の取り組みから、地域包括支援センター（横手市西部地区）が在宅医

療の推進に熱心に取り組んでいる。在宅医療普及講座をおこなっている。同講座は医師会の協力が得られ開業医が講師を務めている。最近、歯科医も講師を担当してくれている。同講座のチラシは全戸配布をおこない、参加者が増え、今年度は年間 500 人を目指しているとのことである。

●課題

- ・医療機関側と、ケアマネジャー、介護サービス事業者、介護保険施設との情報提供、共有に課題がある。具体的には、病院側からは「医療・介護シート」「退院時看護サマリー」などにより情報提供をおこなっており、施設からも施設の様式での情報提供がある。しかし、施設側が欲している日常生活動作、介護の状況などの情報を病院側からは十分に提供されない、逆に病院側が欲している医療的な情報が施設側から十分に提供されない、という状況がある。連携シートの書式などに工夫の余地があると感じている。
- ・近隣の急性期病院の場合、ケアマネジャー等と十分な連携をとらないまま退院を決めてしまう事例がある。大森病院にいったん転院し退院後のマネジメントを行う場合も以前は連絡があったが、最近、連絡がないまま診療情報提供書を持って家族が直接、来院してしまうこともあるとのこと。

●まとめ

- ・病院長からは、まだまだ在宅移行支援について十分な取り組みができていないとお話があった。しかし、病院職員やケアマネジャーが連携をする風土はあり、より充実させるべきという問題意識もあるようであるので、今回の事業を契機にしてシステム化が進めば、さほど困難ではないものと考えている。
- ・周辺医療機関との関係としては、医師会が地域包括支援センターのおこなう啓もう活動に熱心に協力しているなど他の地域よりも出色した点もある。急性期病院については、病院の性質上、在宅移行支援を積極的にとはならないかもしれないが、一定の申し入れをおこない協力関係をおこなうことは必要ではないかと考えられた。

(3) 富山県・南砺市民病院

委員：阿波谷、佐々木、小野、大原、山内、山脇、佐藤、北谷

事務局：鈴木、大本

ヒアリング対応者：地域連携室 MSW、看護師（外来・病棟）、訪問看護ステーション

●南砺市の現状

- ・人口 54,210 人、高齢化率 33.6%、要介護・要支援認定率 18.0%（平成 26 年 3 月末）

●介護サービス事業の状況

- ・訪問看護ステーションは比較的充実
- ・訪問看護ステーションの在宅看取は年々増加傾向で平成 24 年は 70 件近くおこなった
- ・グループホームの整備が進んでいる

●地域包括ケアに向けた取り組み

- ・平成 15 年 地域福祉支援センター開設
- ・平成 24 年 病院局から独立して地域包括医療・ケア局を設置
- ・平成 27 年 第 6 期南砺市高齢者保健福祉計画を策定（予定）

●高齢者の悉皆調査

- ・高齢者保健福祉計画策定にむけ日常生活圏域二一ズ調査を実施
- ・暫定回答率 77.6%（6月末現在）
- ・何らかの介護を受けている者 14%、介護が必要だが受けていない者 7%
- ・老老介護が 45%
- ・「訪問診療」、「訪問看護」、「短期入所」などのサービスの充実、「配食」、「除排雪支援」、「外出支援」などの生活支援を望む声が多かった
- ・介護が必要になった時は、介護サービス/家族介護により 39%の者が自宅生活を希望している。特別養護老人ホーム/老人保健施設/グループホーム/サービス付き高齢者住宅の施設を希望する者が計 16%であった。病院と回答したものは 3%であった。
- ・地域包括ケアシステム全体の中では医療は充実、施設・居住系サービスもある程度整っている一方、在宅系サービス、生活支援・介護予防の充実が遅れている

●地域性

- ・合併前の旧 8 自治体により、意識の差がある
- ・旧井波町は在宅医療に積極的に取り組んできており、在宅での死亡割合も 12%と全国並み（富山県全体では 9.9%）
- ・退院支援の際に、最初から施設を希望する人がある。背後には家族関係の不和があるケースが多い。
- ・地域全体として施設志向が強く。老人保健施設入所は半年待ち、とくに農繁期、越冬の時期はなかなか動かない。特別養護老人ホームも各施設 100 名程度の入所待機者がある。グループホーム、有料老人ホームなどは開設されてもすぐに入所者が埋まってしまう。
- ・一次産業が中心の地域で、多世代同居することが普通であったが、近年は自宅を離れて新興住宅街に若者が住み、核家族化も見られるようになった
- ・認知症の症状がなく在宅を希望される方は、まず在宅となる
- ・家族が居る方よりも、独居で自分の意思が明確な方のほうが円滑に進むこともある
- ・予後がある程度予測できるケース（悪性疾患が約半数）は在宅看取りが比較的可能であるが、先の見えないケースは難しい

●南砺市民病院での退院支援の実際

- ・入院時にスクリーニングシートで支援対象者を把握する
- ・必要があれば早期に介入することもある
- ・病状が安定し、主治医から本人、家族にクリニカルパスの説明をする際に地域連携室の MSW が同席を要請される
- ・各病棟師長が退院支援ナース。入院中のカンファレンスはプライマリナースが担当。外部機関との調整は地域連携室がおこなう。
- ・ケアマネジャーからの情報は地域連携室に届き、電子カルテにアップして共有している
- ・一般病棟の平均在院日数 14 日
- ・スクリーニングにより全入院患者の約 70%に退院支援がおこなわれている
- ・地域連携室の職員は 3 人

●退院支援における課題

- ・ 困難なケースは経済的な問題を抱えた方や、援助を希望しない方
- ・ 病棟看護師の在宅への関与の課題
- ・ 看護師が在宅での生活に即した指導が十分にできていないことがある
- ・ 在宅での医療行為について地域連携室に問い合わせがくることもある
- ・ 地域連携室が退院支援をすることで、病棟看護師に在宅に関わる意識が薄れているのではないか
- ・ 病棟看護師のモチベーションを上げることが課題である
- ・ 人事異動で訪問看護ステーションに移っても、そちらの業務が増大しており再び病棟に戻ってくる方が少ない
- ・ プライマリナースがカンファレンスの中心になることで意識を持ってもらうようにしているが、人により差が大きい

●最後に

地域連携室のスタッフ3人で入院患者の約70%に関わり、1人あたり月20、30件の退院支援をしており、業務量としては多いと感じた。それを可能にしているのは、病棟師長が退院支援ナースとして関わり、入院中は病棟看護師が主体的におこない、足りないところを地域連携室が補佐するという体制であると思う。その中で平均在院日数14日を実現しているスタッフの皆さんに敬意を表したい。

しかし、一方で課題も明らかになった。病棟看護師が自宅の生活にそぐわない指導をしてしまうなど、在宅の状況をイメージできていないと感じられることがある。地域連携室ができ、退院支援に積極的に関わることで、看護師は分業の意識が強くなるという弊害がありうる。平均在院日数の短縮により多忙であるがゆえに病棟看護師の負担が大きく無理からぬ面もあるだろう。しかし、病棟看護師が、退院後の生活を支援する意識が薄れ「地域連携室におまかせ」になってしまうことは、患者にとっても良いケアになるとは言えない。個人の意識に期待するだけでなく、組織全体としての職員の意識・資質の向上のニーズが少なくないと感じた。

(4) 香川県・綾川町国保陶病院

委員：阿波谷、佐々木、小野、竹内、山内、山脇、北谷、榎尾

事務局：鈴木、大本

ヒアリング対応者：病院長、病院事務長、陶病院地域連携室（MSW、病棟師長）、地域包括支援センター（保健師・社会福祉士）

●陶病院での在宅移行支援の取り組み状況

- ・ 入院時に、看護師が病歴を聴取する時点で、要介護認定の有無、担当ケアマネジャーの有無について確認する。担当ケアマネジャーがいる場合は、一度、病院においてもらうようにご家族に伝言するか、直接電話をする。
- ・ 情報共有については、当地域で使用している医療介護連携シートを活用する
- ・ 治療経過を見ながら、同じADLを維持し退院できそうか、要介護度が上がりそうかを判断する。必要があれば、区分変更申請を依頼。
- ・ リハビリテーション、カンファレンスをおこなう
- ・ ある程度の見込みがある時点で、ご家族に在宅療養か施設入所かの意向を確認する。在

宅に難色を示す家族には、具体的に何ができれば在宅療養が可能か？などの聞き取りを行い、ケアマネジャーと相談しサービスを増やすことで負担を解消することもある。在宅療養が無理という家族でも、とりあえず、施設入所申請をしておいてもらって、入所まで3~6か月というように期間を限って在宅療養をおこなうように勧める。実際にお世話してみて、これなら続けられそう、とお感じになって施設入所しないで在宅療養を継続することを選択する方もおいでる

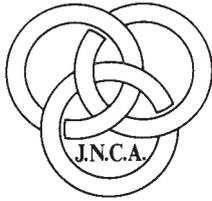
- ・要介護認定を受けていない人、担当ケアマネジャーのいない人は、まずは地域包括支援センターに連絡をする。
 - ・地域連携室はスタッフ3名（MSW1名、病棟師長兼務1名、外来看護主任兼務1名）。退院患者の1/4くらいは、地域連携室が在宅移行支援に関与する。
 - ・退院時カンファレンスは、担当ケアマネジャーがいる人は、ほぼ全員おこなう。月10名のカンファレンスをおこなう。
 - ・退院移行支援は、担当看護師ではなく、地域連携室兼任の看護師長さんがおこなう。担当看護師がおこなった場合に、患者さん、ご家族と行き違いが生じ、人間関係が悪化する場合もあるので、看護師長がおこなっている。
- 地域包括支援センターの取り組み状況
- ・地域包括支援センターは直営で、正職員5名（保健師2名、社会福祉士1名、主任ケアマネジャー1名、精神保健福祉士1名）、臨時職員1名（ケアマネジャー）が配置されている。
 - ・介護予防ケアプランは200件/月を作成。
 - ・上述のように、担当ケアマネジャーが決まっていない入院患者については、看護師から地域包括支援センターに連絡が入る。
 - ・要介護認定の申請をおこなうことになるが、要介護の結果の場合には居宅介護支援事業所のケアマネジャーに引き継ぐ。
 - ・困難事例では、ケアマネジャーに引き継いだ後も、継続的に関わることとしている。
 - ・具体的な困難事例としては、独居で身寄りがない場合（民生委員などを通じていろいろな繋がりを作る）、認知症で困難な事例、ケアマネジャーとの人間関係がよくない事例、介護者である家族が知的障害など・・・が挙げられる。
 - ・要介護認定が決定するまでは、認定の見込みで暫定的にサービスを入れることになるわけだが、それが可能な事業者も限られている。行政、病院、地域包括支援センターが顔見知りなので柔軟に運用できる部分もある
 - ・住民啓発活動として、介護予防サポーターの養成をしている。400人以上養成し、現時点で302名が名簿に載っている。
 - ・介護予防サポーターは養成だけおこなうのではなく、事業に繋げることが大事で、そのためには地域包括支援センターが地道に支援をしていった。
 - ・介護予防サポーターは、自分のしたい活動をおこなうこととしている。その枠組みとして4つの班（転倒予防班、いっぴく広場班、お話しボランティア班、資源マップ班）があり、それぞれに活動している。150人が何らかの班に所属して活動している。
 - ・介護予防サポーターを組織化し会長を決め、運営委員会を毎月行ったり、年3回の研修会を開催したりしている。サポーターが自分たちで機関紙を作成するような主体的な活

動を支援し、地域包括支援センターは裏方に徹している。

●最後に

病院に老健、国保総合保健施設、地域包括支援センターが併設されており、職員同士の風通しもよく、必要な方に柔軟に在宅移行支援がおこなわれていることがうかがえた。病院の中では地域連携室が要となって各所の調整をおこなっているようである。地域連携室に病棟看護師長が兼任となっていることで、その強力な推進力になっているように感じられた。

地域包括支援センターは、本来業務は介護予防ケアプランではなく、地域のネットワークづくり、啓発活動であることを職員が強く意識して、地道に活動していることは特筆すべきである。そうした努力があり、介護予防サポーターが積極的に活動し、地域全体の意識を高めているようであった。



平成 26 年度独立行政法人福祉医療機構社会福祉振興助成事業

退院する高齢・障がい者の在宅移行推進事業 活動報告書

実施団体 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 4F

TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499

<http://www.kokushinkyo.or.jp/>

発行:平成 27 年 3 月

