

令和6年度「北上市入退院支援のハンドブック」2023年度版を活用した連携会
～ 報告書/グループワークまとめ編 ～

○ “入退院支援ハンドブック”を作成した目的（入退院支援ハンドブック 1P）

「きたかみ型地域包括ケアビジョン」に掲げる入退院支援の目指すべき姿を目指し、入退院支援に従事する医療や介護専門職等（以下、医療・ケアチーム）の連携推進と資質向上を図ることを目的としています。

また、本ハンドブックは、以下のことを想定して作成されています。

- ◇医療・ケアチームが**必要とする情報**を確認できる。
- ◇医療・ケアチームの**業務の標準化**に活用できる。
- ◇医療・ケアチームの**効率的・効果的な支援の展開**に活用できる。
- ◇医療機関・介護事業所等の管理者等が**教育マニュアル**として使用できる。

○ “入退院支援”とは何か（入退院支援ハンドブック 4P）

高齢者の状態像の変化と出来事のイメージを捉えることが大切です。在宅療養生活において、**医療と介護は常に表裏一体**であり、入院医療が始まったとしても、退院後の在宅医療・介護へつながることを意識することが重要です。

- ★ **在宅⇒入院・退院⇒在宅**のスムーズな移行のための連携
- ★ 入院時から**退院後の生活をイメージ**した情報交換等の連携

高齢者の生活の場で医療と介護を一体的に提供するために、入院時から退院後の生活を見据えた取組みができるよう、**高齢者のライフサイクルと医療と介護の4つの場面**を意識して取組む必要があります。

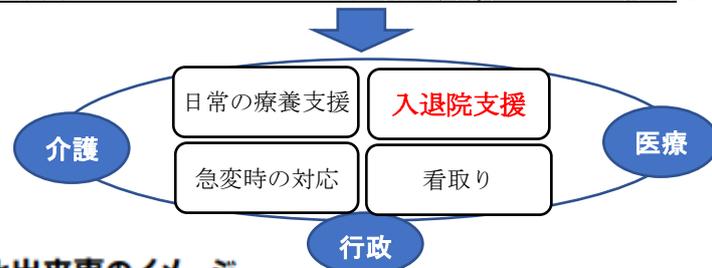


図 8 高齢者の状態像の変化と出来事のイメージ



○ グループワーク

テーマ：「未来に繋ぐ連携」

手 法：ハンドブック STEP0～STEP4 の中で課題とを感じる項目を出し、どのように連携したらよいかを話し合う（グループごと自由に項目を選定する）。

1 グループ6～7人で全6グループ程度、医療職、介護職バランスよく振り分ける。

ファシリテーター：入退院支援作業部会員、地域包括支援センター主任ケアマネ部会員

○ ハンドブックの基本的な考え方（入退院支援ハンドブック 1P）

地域で生活する高齢者等の生活を、STEP0～STEP4 の各ステップに分け、医療・ケアチームそれぞれの、入退院時における連携プロセスと各ステップにおけるポイントについて示しています。

○ グループワークの分析

STEP0 「在宅・施設生活（日常の療養支援）」

【目標・目的・備え/ハンドブック 16P～17P より】

介護従事者

～入院に備え日頃から準備ができている～

- 利用者の基礎疾患、かかりつけ医、その他通院先、かかりつけ薬局の把握
- 医療機関のスタッフ（看護師、MSW）などとの情報共有
- 入院のリスク予測
- 医療依存度、認知症・精神機能など必要に応じた受診同行による医師からの情報取得

医療従事者

～入院に備え日頃から準備ができている～

- 入院時支援加算予定のための患者情報、介護・福祉サービスの把握
- 危険因子（褥瘡、栄養状態、退院困難な要件と評価）の把握
- 入院した場合の治療・検査、入院生活の説明
- 病棟職員との情報共有と患者・家族への説明

【現状の認識など/医療・介護双方で】

○医療と介護の情報提供書（在宅情報）の運用が定着し、入院時に備える事前の情報収集ができています。

○よって、医療側と介護側のコミュニケーションが進み、情報共有と顔の見える関係づくりが進んでいる。

○一方、独居高齢者等の増加で、緊急時連絡先や身元保証人の有無、家族が遠方などによる意思決定支援の食い違いなどが業務の負担となっている。

【出来ていること又は困っていること】

主に介護従事者

- 「在宅情報」の内容、範囲が医療側で必要としている情報に合致しているか？
- 転院先への「在宅情報」の共有がルール化されていない。連携体制が必要だ。
- 入院のリスク予測が難しい。
- 入院したことを知らない、知らされないので「在宅情報」が出せない
- 日ごろの意思決定支援では「わたしのきぼうノート」をもっと活用すべきだ
- 医師から話を聞きたいが会える機会が少ない
- 病院が欲しい情報は何か、誰に伝えればスムーズに行くか
- 受診前に日常生活の様子やADLを伝えている

主に医療従事者

- 在宅情報などに、本人・家族の意向があるといい
- 在宅でのADL、介護力、キーパーソン、看取り場所、経済面などがあるといい
- 入院時に家族、ケアマネの有無、介護度などを聞いている。
- 独居の方で不安ある時は包括に相談して情報を得ている
- 在宅情報等は病棟に伝わっていて役に立っている。外来看護師に話すのもいい。外来看護師は心得ている
- 入退院支援ハンドブックを病棟に備え、周知している。

【次へのステップに向けて】

- ☆「在宅情報」の記載項目などをお互いに確認し、必要なら改訂する。
- ☆「在宅情報」の転院先への提供方法などについてお互いに確認する。
- ☆本人や家族の意向などの情報取得については、「わたしのきぼうノート」をもっと活用する。もっと普及活動する。
- ☆入院先病院の連絡窓口（担当者等）、介護側のケアマネ等の情報をしっかり共有する
- ☆病院の外来看護師も参加できるような研修を企画する

STEP 1 「入院時（3日以内をめやすに）」

【目標・目的・備え/ハンドブック 18P～19P より】

介護従事者

～入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供ができている～

- 家族などから入院時の情報（様態、手続きの内容）取得及び協力体制の確認
- 入院医療機関の連絡相談窓口の把握、カンファレンスなどの確認
- “医療と介護の情報提供書”（在宅情報）の提出（入院時情報連携加算）
- 退院前カンファの有無、退院予定等の確認、退院前訪問実施の確認

医療従事者

～入院時のスクリーニングとアセスメントができている～

- 退院困難な要因（入退院支援加算要件）のスクリーニングの実施
- 本人、家族のニーズのアセスメント、支援内容の共有、動機づけ
- 要介護認定者は担当ケアマネ確認、未申請者は介護サービスの必要性のアセスメント実施
- 入退院支援計画書の立案準備

【現状の認識など/医療・介護双方で】

- 入院前後は急な場合も多いことから、医療、介護側双方とも最も煩雑な状況が伺える。
- お互いに情報が早く欲しいが、在宅情報の受け取り等でスムーズさを欠くことがある。お互いの報酬算定の考え方もあり、**まだ共通理解が足りていない**のではないかと。
- 身寄りのいない又は家族が遠方の場合、どうしても**ケアマネジャーが頼りにされてしまう**が、やむを得ない部分も理解しつつ、どこまで拘束されるのか不安がある。
- 医療側では、「在宅情報」含めケアマネジャーからの情報はとても役立っているし頼りにせざるを得ない場面もある。
- 急性期病院と回復期病院では対応方法が異なる**ことが当然あり得る。

【出来ていること又は困っていること】

主に介護従事者

- 「在宅情報」はできるだけ早く、詳しく出せるよう努力している。
- 身寄りがいない人などの入院時の対応**はできるだけやっているが**負担**である。
- 転院先から現在の状況を聞かれることがあるが介護側ではわからない

※STEP0からの一連の流れがあり共通した困りごとがつながっている。

主に医療従事者

- 介護側からの「在宅情報」はFAXでも受けられるようにしている
- 介護側がどんな情報が欲しいのかよくわからない**ことがある。診療計画書などについて遠慮なく聞いて欲しい。
- 病棟全体で在宅情報を共有させることは難しいが、しっかり聞き取りするようにしている。(対面が基本)
- 意思決定支援が困難な患者**が増えているので、介護側との情報交換は非常に大切

【次へのステップに向けて】

- ☆「在宅情報」を出す趣旨・目的（報酬含む）及び活用方法等の共通理解を一層図る。
- ☆身寄りがいないなど**意思決定支援が困難な患者（利用者）の対応**について、**更なる研修会**等での**共通理解、協力体制**を図っていく。(医療従事者向け権利擁護研修会など)
- ☆入院時の医療機関側の担当窓口等の情報共有について、お互いに確認する。
- ☆日ごろから**病病、病診、診診、医介連携**が出来ている体制を更に**推進**させる。**在宅療養支援病院・協力医療機関**として介護施設等との**連携促進**を更に図っていく。
- ☆緊急入院、繰り返し入院、セルフネグレクト（診療拒否）それぞれの対応について、日ごろから情報交換できるような体制をつくる。

STEP2 「退院調整期/家族への病状説明以降」

【目標・目的・備え/ハンドブック 20P～21Pより】

介護従事者

- ～入退院支援計画に役立つ情報提供と多職種の視点を学ぶ場に参加し情報収集を行えている～
- 本人の病状、診療計画、経過、退院見込みについて確認する
- 退院先（自宅、施設、転院）の確認、退院カンファ開催相談
- 在宅情報の確認、追加情報の提供
- 介護認定申請のタイミング検討
- 協力者の確認、成年後見など必要に応じた支援検討

医療従事者

- ～入退院支援計画立案と退院支援（退院調整）が開始できている～
- 入院診療計画書などを基に院内カンファレンスを行い「入退院支援計画書」を作成
- 退院に向けた困難要因、問題点、目標などの支援方針をまとめ、相談支援開始
- 介護サービスの確認と現状での支援方針をアマネとの情報共有、介護認定時期の検討
- 退院後の療養環境に応じた退院調整検討

【現状の認識など/医療・介護双方で】

- 本人と家族の意向が異なる場合の支援が難しいと感じる。家族の意向が強くなる。
- 入院してすぐに退院の話しに家族の考えが追いつかない。難しい。わからない。
- 本人の症状や体力とケアプランが合わなくなる。アセスメント不足を感じる。
- 施設入所中と入院中の食形態の食い違いがある。入院前の介護施設に戻れなくなったことがある。戻れる期間的な猶予はどのくらい？
- 医療ニーズが高いが在宅を望む方の退院支援に苦労している。介護認定申請のタイミングが難しい（主治医意見書はどのタイミング、誰が主治医、転院した場合など）。区分変更は誰がどのタイミングで決める？
- 病状などを本人や家族からうまく聞き取れないことが多い。家族は理解しているのか？
- 病棟看護師に聞くと詳しく教えてくれることがある。医療側からの助言はありがたい。

【出来ていること又は困っていること】

主に介護従事者

- 住居の状況をリハ職と共有できるとありがたいと感じる
- リハ見学はケアプラン作成にとっても参考になっている。
- 退院前の早め早めの情報取得、介護サービス調整、特に独居はマメに対応している
- 退院時の送迎（介護タクシー）予約がなかなか取れない
- コロナで面会が制限され家族が現状をわからないことが多かった
- 納得しないまま施設に入る方も多い

主に医療従事者

- 急性期から回復期への転院（転棟）前に在宅生活イメージをつけられるよう支援
- 退院前のリハ見学をやっている
- 主たる介護者への介護指導をして、家族ができるか判断してもらっている
- 退院支援看護師が調整役として配置
- 病状説明でケアマネが同席するとケアプランの提案ができる
- 介護認定申請のタイミングがどの時点か迷う。（現状認識欄を参照）
- STEP0・1からの流れが大事

【次へのステップに向けて】

☆在宅生活に戻るイメージを本人や家族がどう理解していくか大事なSTEPとして考える
☆栄養（食事）、義歯、摂食・嚥下などの情報を在宅情報に入れる。食形態の変化は在宅、施設ともに大事な情報だと認識する。

☆家族だけでなく介護側（ケアマネ、介護施設など）に退院予定日の事前連絡を必ず早めに行うよう徹底する

☆リハビリテーションの視点で「回復期リハ」と「生活期リハ」の違いや役割をお互いに理解し連携を深める（地域リハビリテーション部会で共有できる）

☆「本人・家族の意向を大切にしたい支援」とは何かについて改めて考える

- ・施設側：短期入所の利用（見学・お試し外泊、食形態、ADLなど）
- ・ケアマネ：家族等の協力を促す（どこが無理？なにができる？問題はなに？）
- ・医療側：家庭環境、生活能力など退院時カンファレンスでしっかり介護側と共有する。今後の外来通院、再入院もありうるから。

STEP3 「入院中（退院確定/退院前カンファレンス開催）」

【目標・目的・備え/ハンドブック 22P～23P より】

介護従事者

～退院前カンファレンスに出席し家族の意向、医療ケアサービスの調整・確認が出来ている～
□患者（利用者）の状態像の変化や予想される課題を確認

□病院、本人・家族から情報収集、課題を把握しケアプラン第2表作成

□課題に対応した介護サービス事業者の調整、退院前カンファに参加してほしい関係者の内容を入院機関に伝達

□退院前カンファレンス開催依頼、事前確認事項の整理、病院との連携内容

□介護申請時の主治医意見書、訪問看護指示書等の依頼先確認、処方薬確認

医療従事者

～退院前カンファレンスを行い、本人・家族の意向や介護側プランと調整出来ている～

□ADL評価、院内からの情報収集をもとに必要な介護サービスの情報提供

□退院後の療養生活に必要な情報を整理（食事形態、排泄援助など）、退院前訪問指導など

□社会保障制度（身障手帳、特障手当など）活用の申請手続き

□通院の有無、今後のフォローアップ方針の確認

□カンファに必要な情報収集、検討したい事項の整理

【現状の認識など/医療・介護双方で】

○看護計画に在宅介護につながる視点での情報をいれるようにしている

○家族の意向がわかると退院支援がスムーズに運ぶことが多い。本人・家族への病状説明は一番大切である。

○本人・家族との意思確認等が不足したままケアマネに相談がくることある。医師は施設入所を進めることが多い（独居などの場合）。家族も専門職任せが多い。

- 退院前カンファレンスの日程調整がなかなかたいへんで、急な退院決定も事実ある。
- すべての患者のカンファレンスをするわけではない。困難ケース、医療ニーズの高いケースなど。

【出来ていること又は困っていること】

主に介護従事者

- 退院前カンファレンスには必ず出ている
- 退院方針決まっても本人・家族が納得していないことがある。特に、施設入所での意向の食い違いがある。
- 在宅復帰の意向が強いが介護サービスだけでは限界がある

主に医療従事者

- 家族や介護側の意向を聞き、できるだけ退院前カンファレンスを実施している
- すべての患者さんの退院前カンファレンスをするわけではない。
- 退院先が決まらない。特定の疾病があっても受けてくれる施設がない。

【次へのステップに向けて】

- ☆在宅での療養生活がスムーズにいくよう退院前カンファレンスは大事な場面である。医療側、介護側、本人、家族、それぞれの意向や気持ちを受け止めることを念頭に進める。
- ☆病院は退院後の日常生活についてもできるだけ気に留めておく。介護側も外来通院先、かかりつけ医との情報交換を意識する。(いざという時に役立つ)
- ☆様々な困難ケースは、医療と介護に行政なども加え、情報交換をしっかりとやること。
- ☆経済的不安があるケースの場合は、行政、社協などへのアプローチも必要。
- ※STEP 2と同様な取組が必要である

STEP4 「退院時から在宅・施設生活（退院後1か月程度）」

【目標・目的・備え/ハンドブック 24P~25P より】

介護従事者

- ～退院前カンファレンスに必要なケアプランを作成・提供、退院後も情報共有が出来ている～
- ケアプラン第2表の確認、修正、ケアプラン全体完成
- サービス担当者会議開催、多職種での情報共有
- 看護サマリー、リハサマリー、退院・退所情報提供書などの提供依頼
- 退院日時、退院方法の確認（移動手段など）
- かかりつけ医への情報提供、共有

医療従事者

- ～退院前カンファレンスに必要な医療提供がなされ、退院後も情報共有が出来ている～
- 退院時必要な物品、処方、次回受診日、急変時対応方法の確認
- 看護サマリー、リハサマリー、栄養、薬剤の情報提供書準備
- 外来との情報共有、引継ぎ
- 退院後初外来時の情報収集（療養生活の様子など）
- 担当ケアマネジャーへの情報提供（外来通院状況、服薬管理など）

【現状の認識など/医療・介護双方で】

- 退院日時、退院方法（付き添い、輸送手段等）を医療側・介護側と共有する
- お薬情報をもっとあるとよい。（OD錠管理しやすい）。お薬手帳に薬の形状、嚥下情報があるとよい。薬剤師への情報が少ない（服薬状態など）。
- 自宅に帰る場合、自宅の状況確認は大事だ。ケアマネ、リハ職、福祉用具など。
- ケアマネがケアプランを作成するタイミングがわからない。退院前カンファレンスの時点でないこともあるが。
- 入院中にどれだけのことを話し合っていればいいのか。病状、回復具合にもよるし。
- 身体拘束の考え方も医療と介護では違うのではないかな。

【出来ていること又は困っていること】

主に介護従事者

- リハの際に福祉用具の選択ができている
- リハ職による自宅の状況確認、助言はとても助かっている。ケアプラン作成の参考になる。
- 看護サマリーが病院間で内容が異なることがある。在宅での生活イメージが不足。
- 退院の連絡がない時がある。

主に医療従事者

- 自宅の状況確認はできるだけしている
- 退院後のその後の暮らしを知る機会が少ない。その後の情報が欲しい。
- 薬剤師も訪問できるので相談してほしい
- 介護施設との関係性を図れる機会が少ない。介護施設の空き状況や施設の特徴などの情報が少ない。

【次へのステップに向けて】

- ☆在宅生活に戻る場合、リハ職の自宅訪問はとても役立つので継続して実施していく
- ☆調剤薬局との連携も大事、お薬手帳の活用、訪問指導、服薬管理、多剤併用など、介護側も積極的に薬局と繋がろう。（かつてはケアマネとの2次連携をしていた）
- ☆退院後、病院と介護側との情報共有の場が少ないので、なにかやり方、機会あるかなど共通のルールを検討する（必要な場合、そうでない場合も）
- ☆介護施設のスムーズな空き情報の提供などは行政と連携してみる（社会資源検索システムの運用状況の確認、活用促進など）。
- ☆医療的ケアができる、通院送迎ができる特養などの介護施設が必要だ