

函館市医療・介護連携推進協議会
連携ルール作業部会
退院支援分科会 第1回会議

日時：平成28年7月14日（木）19：00～
場所：総合保健センター 2階 健康教育室

【次第】

1 開 会

(1) メンバー紹介

2 議 事

- (1) 取組の概要（国，市）
- (2) 医療・介護連携に関わる課題整理
- (3) 課題の詳細について
- (4) 協議への臨み方・スタンスについて（お願い）
- (5) 退院支援分科会の取組の到達目標および成果品のイメージ
- (6) 先進地事例について
- (7) 取組工程について
- (8) 全体スケジュールについて
- (9) 次回に向けた作業について

3 その他

(1) 次回の分科会日程について

4 閉 会

【配付資料】

- 1 議事項目
- 2 取組の概要
- 3 アンケート調査結果の概要（医療・介護連携推進に関するアンケート調査結果報告書）
- 4-1 ○退院支援分科会で今後協議いただきたい事項（第5回協議会資料抜粋）
- 4-2 グループワーク①『専門職としての退院支援について』
- 5-1 在宅療養連携推進 よこすかエチケット集
- 5-2 福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き
- 5-3 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン
- 6 年間スケジュール
- 7 次回スケジュールの確認票

函館市医療・介護連携推進協議会 退院支援分科会 出席者名簿

※★…部会長および副部会長 ●…分科会長 ○…幹事

(敬称略)

分野	所属団体	連携ルール作業部会 (退院支援分科会)	
		氏名	勤務先等
医療	公益社団法人 函館市医師会	(★部会長 恩村 宏樹)	
	函館市医師会 (医師会病院事務部等)	○高柳 靖	公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院 地域医療連携センター クローバー 医療連携課 医療福祉相談係
	一般社団法人 函館歯科医師会	川村 曜補	カワムラ歯科クリニック
	一般社団法人 函館薬剤師会	高橋 正治郎	社会医療法人仁生会 西堀病院
	公益社団法人 北海道看護協会 道南南支部	水澤 里美	独立行政法人国立病院機構 函館病院
	道南在宅ケア研究会	鈴木 幸子	社会福祉法人函館厚生院 函館五稜郭病院 医療総合サービスセンター 退院サポート室
	函館地域医療連携実務者協議会	●高柳 靖	(★副部会長 亀谷 博志) 公益社団法人函館市医師会 函館市医師会病院 地域医療連携センター クローバー 医療連携課 医療福祉相談係
	一般社団法人 北海道医療ソーシャルワーカー協会 南支部	岩城 朋美	医療法人道南勤労者医療協会 道南勤医協 函館稜北病院
介護	函館市居宅介護支援事業所連絡協議会	高橋 淳史	指定居宅介護支援事業所 社会福祉法人函館共愛会 共愛会病院
	函館市地域包括支援センター連絡協議会	福島 久美子	函館市地域包括支援センター こん中央
	函館市訪問リハビリテーション連絡協議会	岩崎 祐介	通所リハビリテーション 医療法人道南勤労者医療協会 道南勤医協 函館稜北病院
	道南訪問看護ステーション連絡協議会	高橋 陽子	(★副部会長 保坂 明美) 訪問看護ステーション ケンゆのかわ
	道南地区老人福祉施設協議会	山石 卓弥	特別養護老人ホーム 函館共愛会愛泉寮

議事項目

- (1) 取組の概要（国，市） 資料 2 参照
- (2) 医療・介護連携に関わる課題整理 資料 3 参照
- (3) 課題の詳細について 資料 4－1， 2 参照
- (4) 協議への臨み方・スタンスについて（お願い）
- ア 「函館市全体」の医療・介護連携に係る，望ましいルール，仕組みのあり方やツール作りを意識して頂きたい。
- イ 専門職・職能団体としての立場で，大きな視点での発言や意見をお願いしたい。（個別の法人や事業所のルールにとらわれず。）
- ウ ただし，できるだけ実現可能なレベルの協議を意識して頂きたい。（実現不可能な「絵に描いた餅」では意味がない。）
- エ 発言の際は，できるだけ専門用語を使用せず，各参加者の共通理解ができるよう努めて頂きたい。
- オ 協議のスタンスは，建設的な協議になるようご協力いただきたい。（「対立」や「批判」ではなく，「協力」を意識して頂きたい。）
- (5) 退院支援分科会の取組の到達目標および成果品のイメージ
- ア 「（仮称）函館市 退院支援にかかる多職種連携の手引き」の作成
- イ 「同」の導入支援方法の策定
- ウ 「同」の更新方法の策定
- (6) 先進地事例について 資料 5－1， 2， 3 参照
- ア 横須賀市「在宅療養連携推進 よこすかエチケット集」
- イ 福岡市「福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き」
- ウ 名古屋市「名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン」

(7) 取組工程について

- ① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読
- ② 先進地事例の詳読による疑義の確認について（不明な点など）
- ③ 先進地の取組と、現状の函館市の取組の相違点などの確認について（函館市バージョンの作成の視点）
- ④ その他の先進地事例の提供について
- ⑤ 函館市の手引きを作成するにあたり、ひな形とする先進地事例の選定
- ⑥ ひな形をベースとして、函館市バージョンの手引きを作成
- ⑦ 他部会・分科会との協議の要否の確認
- ⑧ 手引きをどのように導入支援，伝播させるかという方法論の構築
- ⑨ 手引きの更新方法の構築

(8) 全体スケジュールについて 資料6参照

(9) 次回に向けた作業について

ア 次回までをお願いしたい作業

- ① 課題の認識 ～ アンケート調査結果等の詳読
- ② 先進地事例の詳読による疑義の確認について（不明な点など）
- ③ 先進地の取組と、現状の函館市の取組の相違点などの確認について（函館市バージョンの作成の視点）
- ④ その他の先進地事例の提供について
- ⑤ 函館市の手引きを作成するにあたり、ひな形とする先進地事例の選定

イ 次回の協議内容イメージ

- ・ 各資料の詳読による意見の発表，集約
- ・ 参考とするひな形の決定
- ・ 検討項目の分類，手引きの章立て，検討作業の役割分担
- ・ メーリングリストの作成・活用

在宅医療・介護連携推進事業（介護保険の地域支援事業、平成27年度～）

- 在宅医療・介護の連携推進については、これまで医政局施策の在宅医療連携拠点事業（平成23・24年度）、在宅医療推進事業（平成25年度～）により一定の成果。それを踏まえ、介護保険法の中で制度化。
- 介護保険法の地域支援事業に位置づけ、市区町村が主体となり、郡市区医師会等と連携しつつ取り組む。
- 実施可能な市区町村は平成27年4月から取組を開始し、平成30年4月には全ての市区町村で実施。
- 各市区町村は、原則として（ア）～（ク）の全ての事業項目を実施。
- 事業項目の一部を郡市区医師会等（地域の医療機関や他の団体を含む）に委託することも可能。
- 都道府県・保健所は、市区町村と都道府県医師会等の関係団体、病院等との協議の支援や、都道府県レベルでの研修等により支援。国は、事業実施関連の資料や事例集の整備等により支援するとともに、都道府県を通じて実施状況を把握。

○事業項目と取組例

（ア）地域の医療・介護の資源の把握

- ◆ 地域の医療機関の分布、医療機能を把握し、リスト・マップ化
- ◆ 必要に応じて、連携に有用な項目（在宅医療の取組状況、医師の相談対応が可能な日時等）を調査
- ◆ 結果を関係者間で共有



（イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討

- ◆ 地域の医療・介護関係者等が参画する会議を開催し、在宅医療・介護連携の現状を把握し、課題の抽出、対応策を検討

（エ）医療・介護関係者の情報共有の支援

- ◆ 情報共有シート、地域連携パス等の活用により、医療・介護関係者の情報共有を支援
- ◆ 在宅での看取り、急変時の情報共有にも活用

（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援

- ◆ 医療・介護関係者の連携を支援するコーデイネーターの配置等による、在宅医療・介護連携に関する相談窓口の設置・運営により、連携の取組を支援。

（ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進

- ◆ 地域の医療・介護関係者の協力を得て、在宅医療・介護サービスの提供体制の構築を推進

（キ）地域住民への普及啓発

- ◆ 地域住民を対象にしたシンポジウム等の開催
- ◆ パンフレット、チラシ、区報、HP等を活用した、在宅医療・介護サービスに関する普及啓発
- ◆ 在宅での看取りについての講演会の開催等



（ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

- ◆ 同一の二次医療圏内にある市区町村や隣接する市区町村等が連携して、広域連携が必要な事項について検討

函館市医療・介護連携推進協議会の取組の進捗状況

1 これまでの取り組みの概略

(1) 医療・介護連携に関わる課題整理

地域の介護事業所に対して、医療・介護連携に関わるアンケート調査を実施し、今後の協議検討に向けた課題整理を行った。

(2) 地域の医療・介護の資源把握

地域の在宅医療・介護資源を把握し、市のホームページ上でそのリストを公表した。なお、リスト化した在宅医療・介護資源のマップ化に取り組む予定。

(3) 在宅医療・介護連携に関する相談支援

市民や地域の医療・介護関係者の相談対応や調整を行う相談支援窓口（医療・介護連携支援センター）の設置に向けた協議を行った。その運営については、函館市医師会に担っていただくことで協議会の賛同を得たところであり、平成29年度の開設に向け、平成28年度から準備行為を開始する予定。

(4) 医療・介護関係者の情報共有の支援

医療・介護の関係者間において、速やかに情報共有し、市民の在宅療養生活を円滑に進めることができるよう、情報共有シート等の書式の標準化に向けた調査検討に着手した。

(5) 医療・介護関係者の研修

医療・介護連携に関わる多職種を対象とした研修を実施（平成28年2月20日に開催）した。

(6) 部会の設置

関係者の意見や実態を踏まえ検討する必要があるものについては、部会を設置し検討することとし、3部会（連携ルール、情報共有ツール、多職種連携研修）を設置し、連携ルール作業部会については2分科会（退院支援、急変時対応）を設置した。

～ 「在宅医療の体制構築に係る指針」による在宅医療提供体制のイメージ ～

在宅医療の提供体制に求められる医療機能

①退院支援

- 入院医療機関と在宅医療に係る機関との協働による退院支援の実施

②日常の療養支援

- 多職種協働による患者や家族の生活を支える観点からの医療の提供
- 緩和ケアの提供
- 家族への支援

④看取り

- 住み慣れた自宅や介護施設等、患者が望む場所での看取りの実施

急変

③急変時の対応

- 在宅療養者の病状の急変時における緊急往診体制及び入院病床の確保

医療計画には、各機能を担う医療機関等の名称を記載

- ・病院、診療所(歯科含む) ・薬局
- ・訪問看護事業所 ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・短期入所サービス提供施設 等

圏域は、二次医療圏にこだわらず、市町村単位や保健所圏域など、地域の資源の状況に応じて弾力的に設定

多職種連携を図りつつ、24時間体制で在宅医療を提供

在宅医療において積極的役割を担う医療機関

- ①～④の機能の確保にむけ、積極的役割を担う
- ・自ら24時間対応体制の在宅医療を提供
- ・他医療機関の支援
- ・医療、介護の現場での多職種連携の支援

- ・在宅療養支援診療所
- ・在宅療養支援病院 等



在宅医療に必要な連携を担う拠点

- ①～④の機能の確保にむけ、必要な連携を担う役割
- ・地域の関係者による協議の場の開催
- ・包括的かつ継続的な支援にむけた関係機関の調整
- ・関係機関の連携体制の構築 等

- ・医師会等関係団体
- ・保健所 ・市町村 等



アンケート調査結果の概要

1 退院支援・調整について

- (1) 退院支援・調整のルールの統一化などのあり方
- (2) 退院前カンファレンスの参加拡充
- (3) 患者、利用者および家族への丁寧な病状説明
- (4) 主治医等との連携強化
- (5) 医療・介護双方向の情報提供のあり方

2 日常の療養支援について

- (1) 医療・介護関係者の仕事の内容理解を深める機会づくり（主治医意見書等の文書の作成意義の理解など）
- (2) 多職種連携を進める情報共有システム、関係者間の共通書式等の統一などのあり方
- (3) 多職種との研修機会の拡大や顔の見える関係構築のための機会づくり

3 急変時の対応について

- (1) 急変時対応に係る連携体制のあり方
- (2) 各サービス事業所における急変時対応のルール作り
- (3) 入院医療機関の急変時の受入対応のあり方
- (4) 認知症への救急対応強化

4 看取りについて

- (1) 各サービス事業所における看取りの体制強化
- (2) 看取りに関し、在宅医療に関わる医療関係者の数の拡大、関係者間の連携強化

医療・介護連携推進に関する アンケート調査結果報告書

平成 27 年 7 月

函館市医療・介護連携推進協議会

目 次

アンケート調査の概要	1
「調査結果」	
I 居宅介護支援事業所	3
介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャー（介護支援専門員）が心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等にそってケアプランを作成したり、さまざまな介護サービスの連絡・調整などを行う事業所	
II 介護予防支援事業所（地域包括支援センター）	17
要支援1または要支援2の認定を受けた方が、介護予防サービスを適切に利用できるように、介護予防プランの作成や、サービス事業所との連絡・調整などを行う事業所	
III 訪問看護ステーション	27
医師の指示に基づき、看護師等が利用者の居宅を訪問し、健康チェック、療養上の世話または必要な診療の補助を行う事業所	
IV 訪問リハビリテーション事業所	39
医師の指示に基づき理学療法士や作業療法士等が利用者の居宅を訪問し、利用者の心身機能の維持回復および日常生活の自立を助けるために理学療法、作業療法その他必要なリハビリテーションを行う事業所	
V 介護老人福祉施設	
寝たきりや認知症などで、常に介護が必要で自宅での生活が難しい方のための施設。老人福祉法では、特別養護老人ホームと呼ばれる。	
地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	
定員29人以下の小規模で運営される介護老人福祉施設	
..... 49	
VI 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	
認知症の高齢者が共同で生活する住居	
特定施設入居者生活介護	
介護保険の指定を受けた有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど	
地域密着型特定施設入居者生活介護	
介護保険の指定を受けた入居定員が29人以下の有料老人ホーム、養護老人ホーム、軽費老人ホームなど	
..... 59	

アンケート調査の概要

1 調査の趣旨

本年4月に設置した「函館市医療・介護連携推進協議会」において、医療・介護連携にかかる課題の抽出、解決に向けた協議を順次進めていくため、アンケート調査を実施することとした。

調査結果は、「切れ目のない在宅医療・介護の提供体制の構築」に向けた協議を行っていく際の基礎資料として活用する。

2 調査の内容

退院支援、日常の療養支援、急変時の対応、看取り等の様々な局面に関する設問

3 調査の方法

EメールまたはFAXにより照会し、回答を求めた。

(1) 調査対象・回収状況

区 分		調査対象数 (H27.5.1現在)	回答数	回収率
居宅介護支援事業所		93	89	95.7%
介護予防支援事業所(地域包括支援センター)		6	6	100.0%
訪問看護ステーション		21	17	81.0%
訪問リハビリテーション事業所		14	11	78.6%
施 設 ・ 居住系	介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護	18	17	94.4%
	認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護	70	66	94.3%
合 計		222	206	92.8%

(2) 調査期間

平成27年5月14日(木)から平成27年5月29日(金)まで

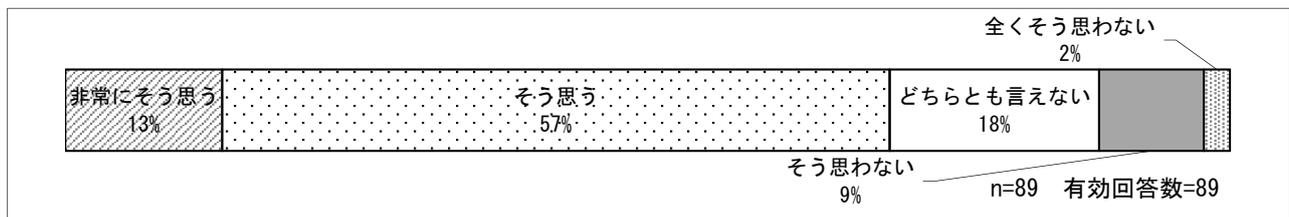
4 調査結果の留意点

- ・ グラフの各数値の比率は四捨五入しているため、比率の合計値は100%にならない場合がある。
- ・ 自由記述の回答内容で、特定の機関を指す表現を修正したほか、回答の趣旨を分かりやすく伝えるため原文に変更を加えた。

I 居宅介護支援事業所

設問1：退院支援・調整について

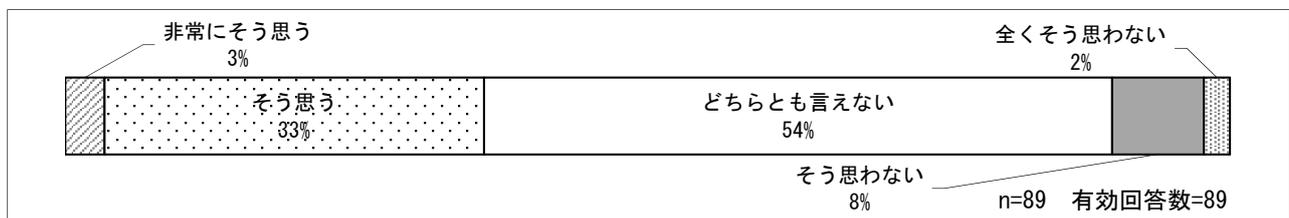
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



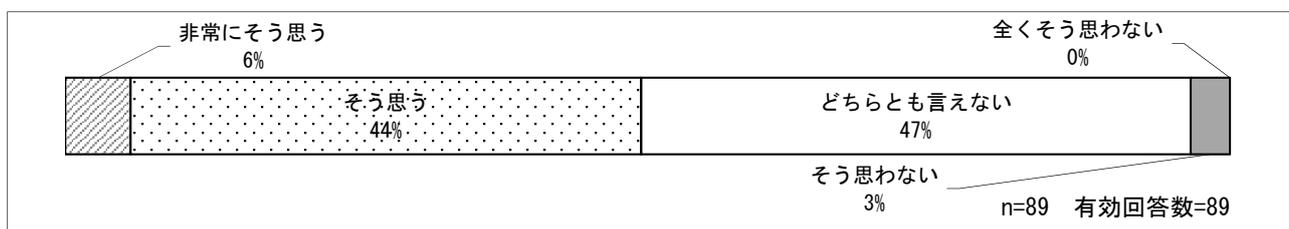
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

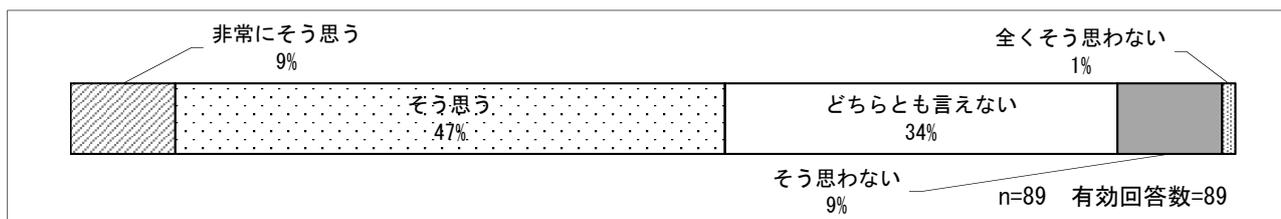


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

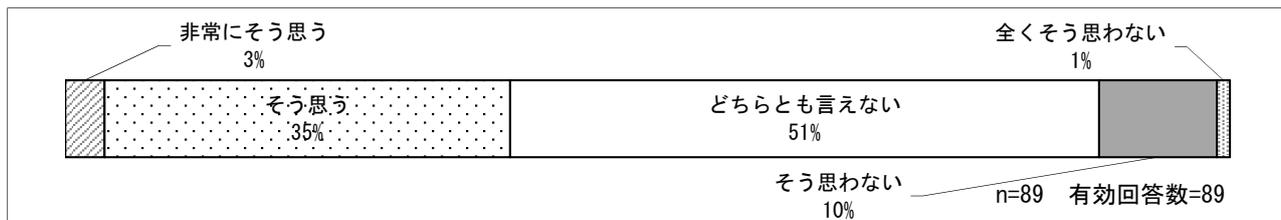


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約70%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約79%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約36%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と円滑な連携がとれていると回答した事業所は約50%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

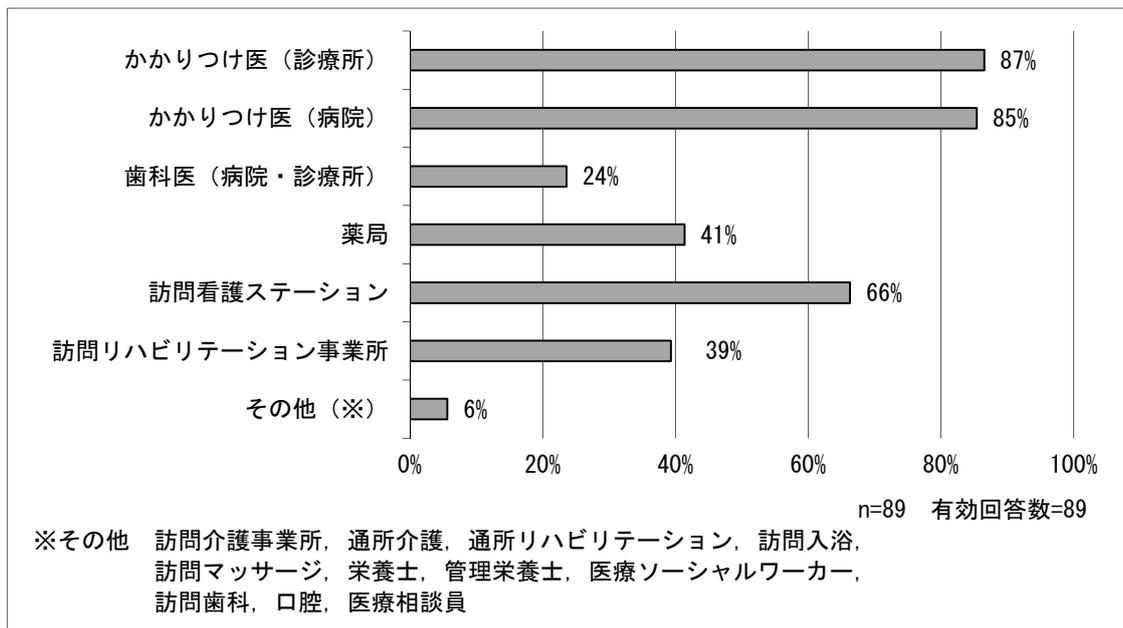


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 56%

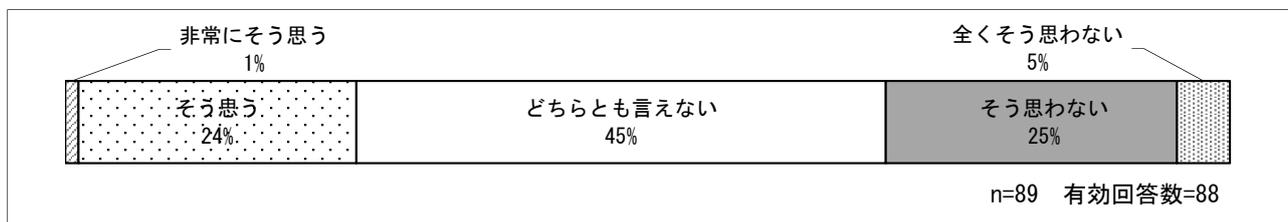
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 38%

設問2：日常の療養支援について

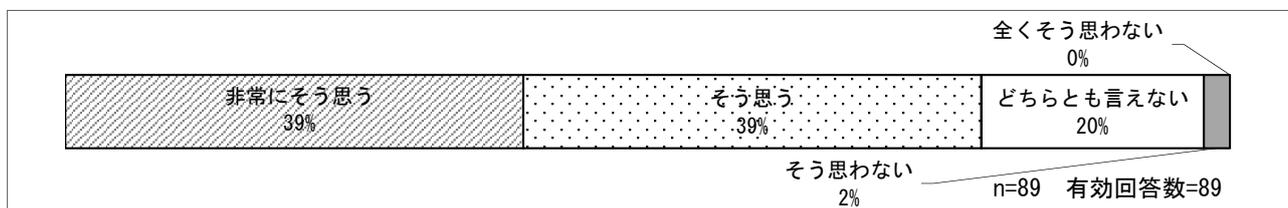
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 主治医意見書が期限内に提出されている。



(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

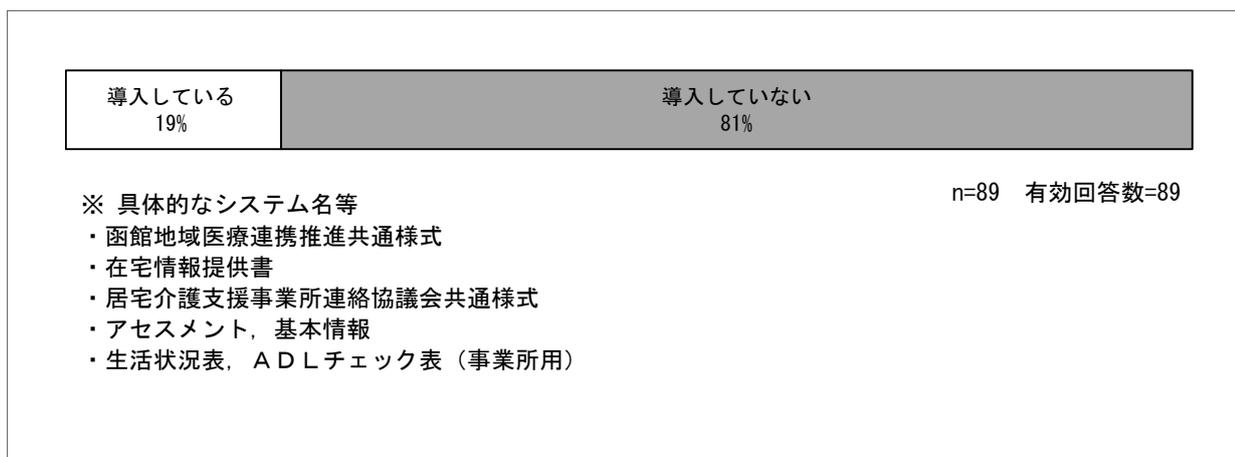


設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医との連携強化を8割以上が希望している。

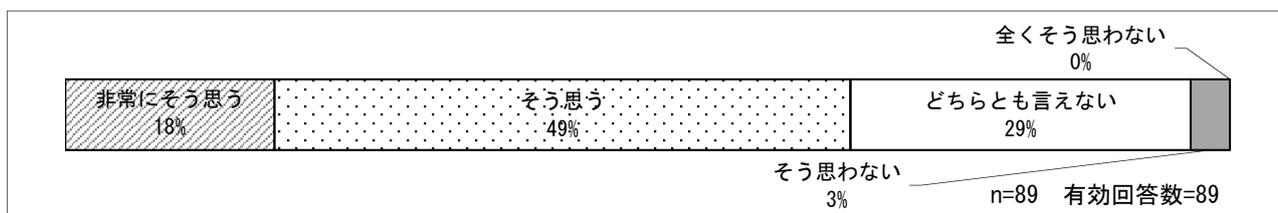
設問2 (2) 主治医意見書が期限内に提出されていると答えた事業所は約25%

設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約78%

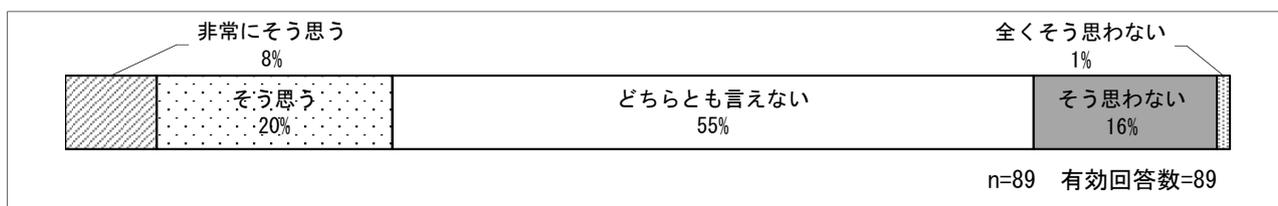
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



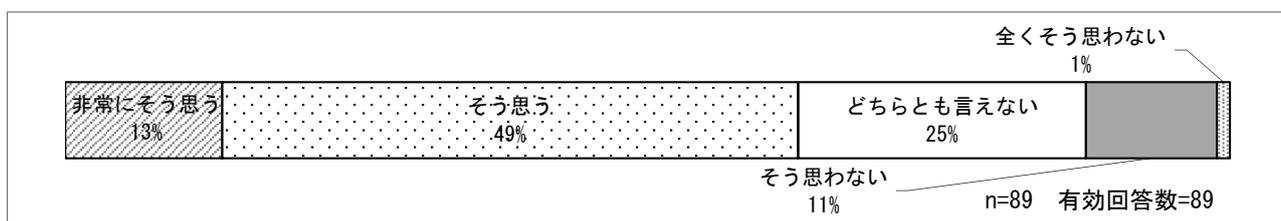
- 設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約 19%
- 設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約 67%
- 設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 28%

設問3：急変時の対応について

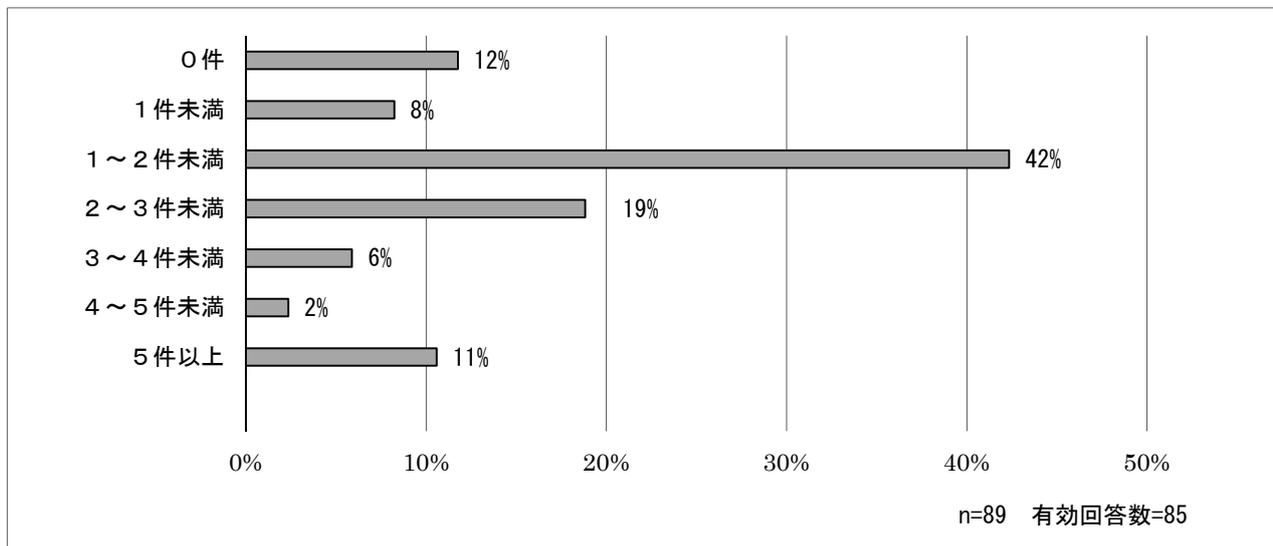
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

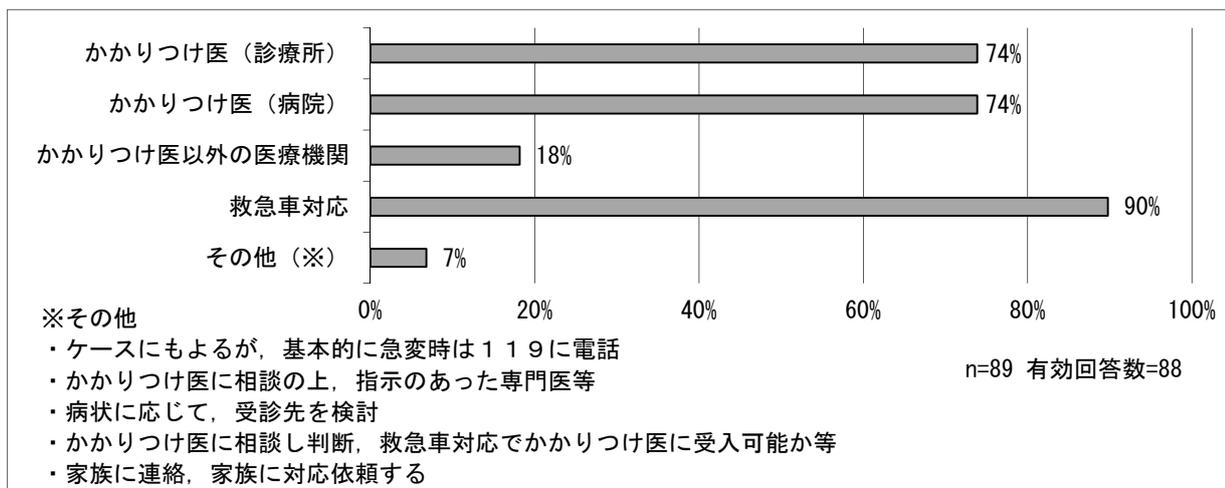


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

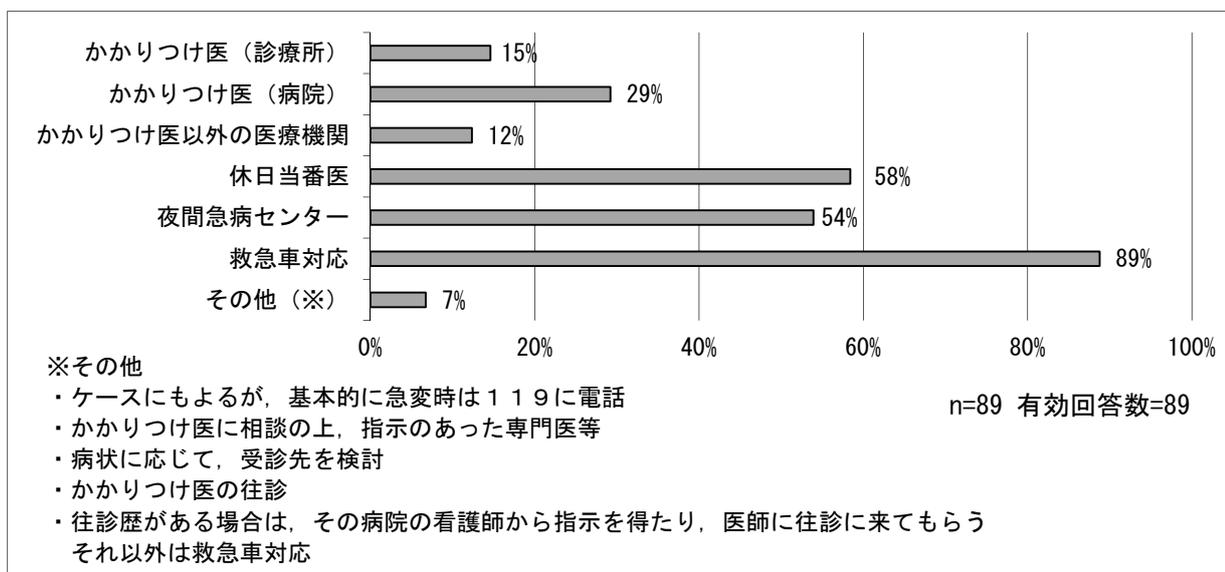


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約27%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約62%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均2件 (177.9/85)

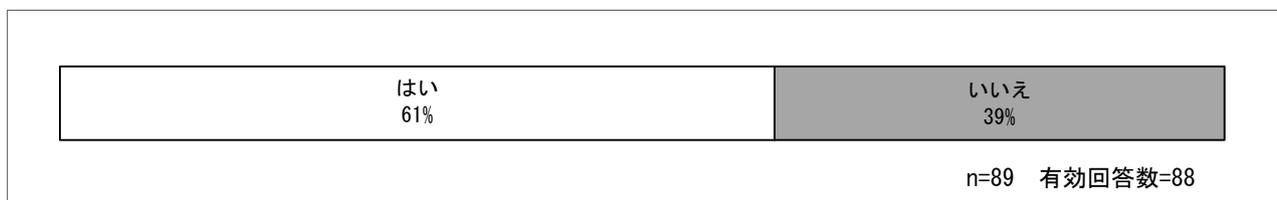
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



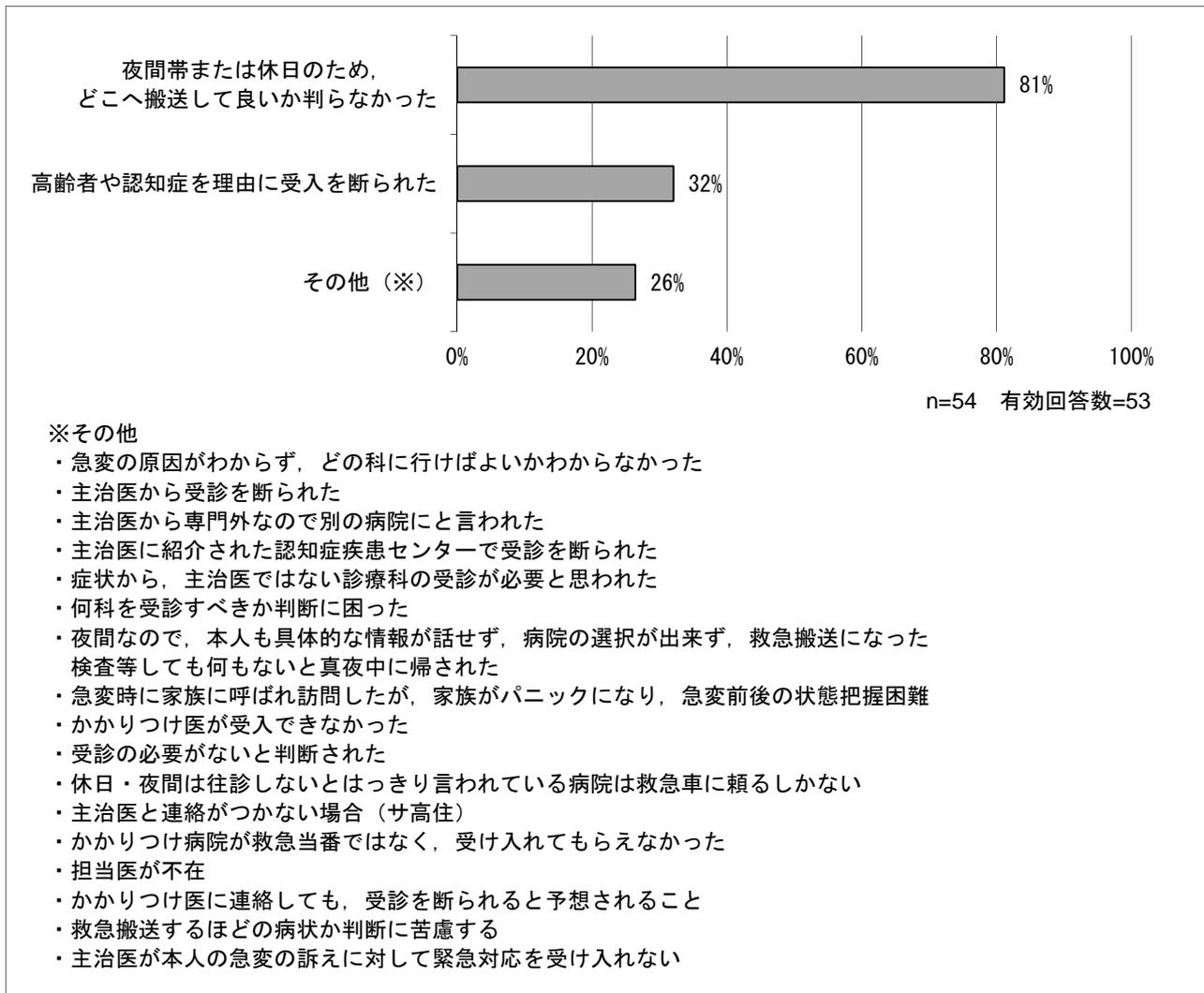
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約90%が救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約89%が救急車対応をとっている。

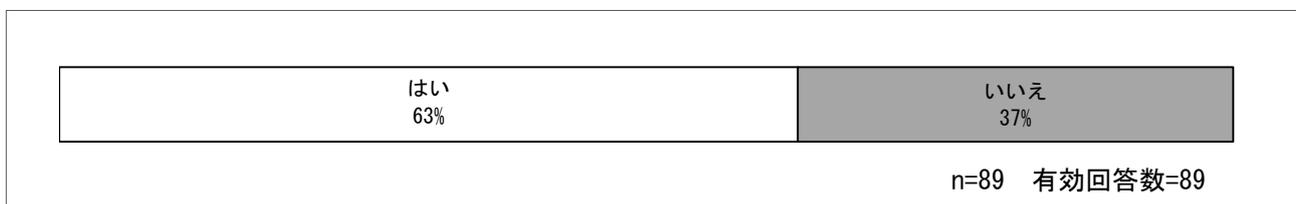
設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約61%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。

具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 夜間帯または休日で搬送先が判らず苦慮した事業所は約81%

設問3(7) 容態急変時のマニュアルが定められている事業所は約63%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

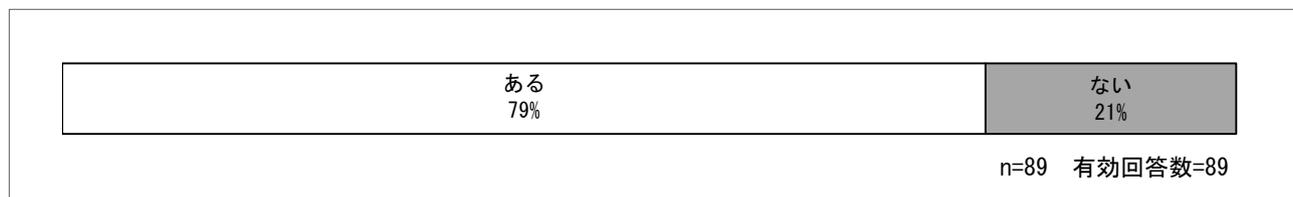
- ・ 希望する病院へはいけない。
- ・ 何科を受診すべきか判断がすぐつかない。
- ・ 明らかに二次救急の必要性があるのに、一次救急に搬送される。その結果、一次では対応できず結局二次救急に回されるということがある。
- ・ 認知症を理解している救急隊員や看護師を増やしてほしい。
- ・ 急変の原因がわからず、何科を受診すべきかわからない。
- ・ 認知症のために本人の拒否が強く、入院は難しいと断られる。
- ・ 身寄りの無い方の救急搬送、入院、検査等に付き添った場合、医師から同意書類等の記入を半ば強制される。同意がなくとも、病院の責任で行ってほしい。
- ・ 介護困難で緊急避難のため救急搬送したが、病状は問題ないと入院を断られた。介護状況を考慮した対応をしてほしい。
- ・ 救急車を依頼し搬送準備ができて受け入れ先が決まらない。
肺炎で入院した際、熱が下がるとすぐに退院と言われ、自宅に戻りすぐにまた体調不良で入院を繰り返したことがあり、救急体制で長期入院が無理な事は理解できるが、本人の置かれた状態を把握し、退院調整をしてほしい。
- ・ 病院から連絡が来て、対応を求められる。搬送から、入院等の結論までの時間が非常に長い。
- ・ 難病や特殊な病気でも緊急時かかりつけ医を受診ができないこと。
- ・ 搬送後の診察に長い時間を要することが有る。
- ・ 利用者に関する情報提供を1つの院内で係が変わるごとに求められること。
- ・ かかっている病院へなるべく搬送してほしい。
- ・ 救急車が到着してから受け入れ先の病院を探すのに時間がかかる場合がある。主治医となっている病院でも受け入れられない場合がある。
- ・ 救急車対応時、受け入れ病院が確定するまで時間を要することがある。
- ・ 安心して受け入れ、相談できる救急医療体制のある病院が増えて欲しい。
- ・ 救急搬送しても対応が遅い病院がある。
また搬送時に認知症と報告しても聞いてもらえず、点滴を自分で外していても気が付かず、その後検査もままならず、帰された。
- ・ 搬送受け入れ先決定までの時間がかかることがある。
- ・ 当番医への搬送ではなく、多疾病の場合はかかりつけ病院へ搬送してほしい。
- ・ 医師の家族への説明をもっと丁寧にしてほしい。
- ・ 医師が対応できない場合は、看護師やMSWからでも良いので、もっと患者、家族のフォローをしてほしい。
- ・ 救急要請時の救急度の見きわめ。
- ・ 数人の先生以外は、かかりつけ医は夜間、休日は診察してもらえないものと思っている。
- ・ 救急搬送で受診した際、検査中に意識消失してしまい、治療・検査できないと帰された。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科 5 件，脳神経外科 5 件，内科 3 件，整形外科，神経内科，循環器科，泌尿器科
産婦人科，総合診療科
- ・ 全体的に強化していただければと思います。
- ・ メンタル面，特に認知症の方の状態把握のためのものが必要。精神疾患ではない，認知症
特有の者への対応ができていない。

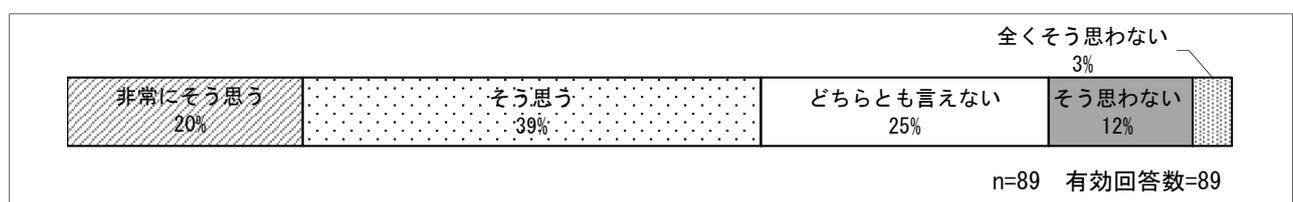
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

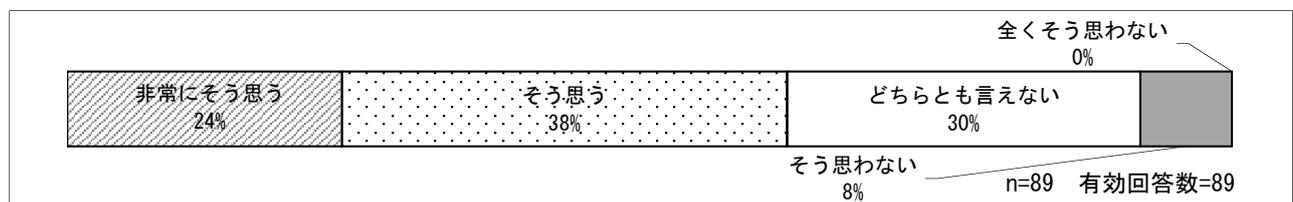


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

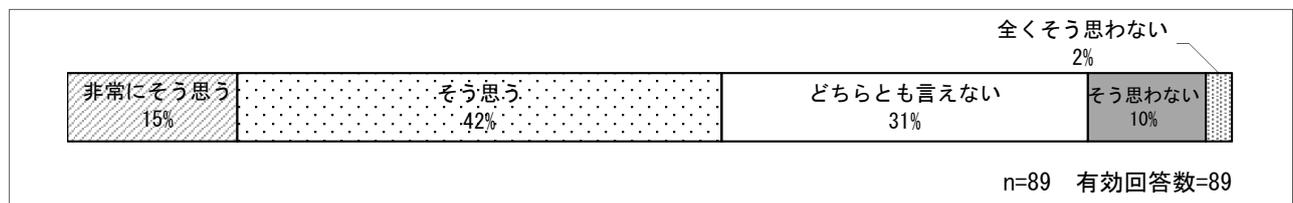
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約79%
- 問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約59%
- 問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約62%
- 問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約57%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 高齢者は複数の病院、診療科を掛け持ちし、複数の薬を多量に服用しており、特に独居で認知症の方の場合は、たとえ介護サービスを導入したとしても管理は困難である。市内の病院や薬局のネットワーク等を強化して、在宅での高齢者の医療に関する管理システムの構築が望ましい。
また、緊急通報システムの設置についても、高齢者の多い地域では協力員への依頼が難しいことも考慮し、緊急時の体制を強化するために、地域での協力体制を十分検討すべきである。
- ・ 病院により連携が取りづらい場合もあるが、おおむね良好に連携が取れている。
- ・ 退院調整時に医療ソーシャルワーカーから患者へ、間違っただ介護保険サービスの説明がされ困ったことがある。最終的に利用がなくても構わないので、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に早い時点から関わらせてもらいたい。
- ・ 設問2（5）：既にそのような研修会は行われている。
設問3（7）：急変時の連絡先を担当者会議で確認している。
退院時の連絡・調整がスムーズに行くか行かないかは、医療機関によって違う。在宅支援について、あまり知識のない医療機関とはうまく連携できていない。「多職種連携」というより、医療機関と在宅関連事業所の連携が必要である。
- ・ 緊急の状態でも運ばれても、認知症のために本人の入院や手術への拒否が強く、病院から退院するよう言われ、結果、家族は不安から早急にショートステイを利用することがある。
- ・ ケアマネージャーと訪問診療の医師、訪問看護師との連携が重要と思われる。
- ・ 当事業所は病院との連携がとりやすい。ケアマネージャー業務の範囲が広すぎる（やりすぎ）のではないかと最近感じる。本来は家族が主体となり、ケアマネージャーはサポートの立場なのだが、全ておまかせの無責任な家族が増えている。制度がそうした傾向を作ってしまったのかもと考えており、深くかわりすぎるのもどうなのかと感じる。
- ・ 緊急時の受け入れ病院の対応が悪く、すんなり受け入れてくれない場合がある。特に認知症の場合は受け入れてくれないことがある。
- ・ 問題は、かかりつけ医を含めた各関係機関との連携の仕組みが統一されていないことである。
解決策は、国も推進している医療クラウドを用いたICTの高度な利活用により函館市内全ての関係機関が連携の仕組みを統一できるようにすることである。
医療情報連携基盤（EHR）を構築し、利用者にとってより良い支援が行えるよう各関係機関がそれらのシステムを用いて情報共有し、また必要な相談や助言、指示や依頼等が行え、統一した支援が迅速に行える仕組みを目指していく必要がある。
そのためには市が主導し、各関係機関に呼びかけるべきである。先進的な自治体では既に取り組んでおり、より安心安全な生活が送れるよう、医療や介護を必要とする者とそれに従事する支援者の力が最大限に発揮できるような地域になってほしい。
- ・ 設問1（1）：方法が異なって困るのではなく、退院支援をししてくれなかったり、窓口がなかったりする医療機関もあり困ることがある。
設問1（4）：非常に連携の取りやすい病院とそうではない病院との差が激しい。担当者や病院の意識の違いなのだと思う。
その他：退院に向けての病院側の支援の中で、在宅での生活を想定しての支援ではない時に困ることがある。退院支援の中で医療側の役割と介護側の役割の明確化。時々、医療側で行うべきことを求められることがある。
- ・ 定期巡回・随時対応訪問介護看護は、函館においては12事業所あるが、訪問診療を行う医師との信頼関係や連携に疑問がある。

絶対的な職員不足により、満足したサービスが受けられない。(単に訪問して欲しい時間に対応できない等、最低限のことができない状況であった。)

- ・ 設問すべてに病院、医師、相談員、看護師に温度差がある。

事業所・就業者も様々で、連携がうまくできないこともあり、事業所間の調整が大変である。主治医と温度差があり、あなたたちに何がわかるの?という態度の先生もいるので、連携を図ることが難しい。

介護保険制度で訪問看護を導入する場合、主治医が自分に都合の良い訪問看護ステーションを勝手に決め、家族が看護師と相談したい場合も、まだ必要ないと言い、必要なサービスを導入できないことがある。

介護保険制度を理解していない医療関係者が多く、なかにはケアマネージャーとヘルパーを同じ職種と思っている医師がいたり、医療系のケアマネージャーしか難病や末期がんの在宅ケアができないと福祉系ケアマネージャーを下に見る医師もいる。

もちろん、ケアマネージャーが悪いこともあり、組織内でのスキルアップが必要である。

福祉系でも、医療系サービス事業者との連携により、在宅支援は可能。

上記を解決するには、医師会、看護師会、相談員の会等、医療と介護に係る職種すべてが、医療制度と福祉制度の連携の必要性を学び、連携することの重要性を理解できる環境や勉強会、研修会を開催したり、保険者が主体となり、連携を図るとよいと思う。ケアマネージャーの自己研鑽も必要。

- ・ 退院時の連携については、要請のある病院とない病院がある。

また、あっても退院の日程が直前に迫ってからの連絡がほとんどで、開催日時はすべて医師の都合で決められるケースが多い。

そのため、他の予定を変更したり取りやめなければならないことがあるので、せめて一週間くらいの余裕がほしい。

- ・ 地域包括病棟の設立により、家族が転院リハビリを希望しても、連携室は在宅を進め、しまいには75%の枠に入れたいため、ショートを使ったらどうかと提案する。

入院すると医療保険に変わることによってケアマネージャーの対応は離れるが、連携室は家族と面談せずに、すぐケアマネージャーに連絡し、家族の希望を伝えても、家族との対応をしていない状態である。

以前、入院中の独居の方の施設入所の際、連携室は全く動かず、施設探し、引っ越し、入所等全てを対応しなければならず、その間、無償サービスであった。

- ・ その事業所により、細目に情報提供いただけるところと、そうでないところがある。医師も意見等を頂いても、プラン等に参考にできない意見もかなりある。

- ・ 医療との連携が必要な方の場合、オムツ交換や身体保清、食事の摂取等家族の負担も大きい。

負担軽減のためには、ヘルパーや福祉用具の利用も当然必要となってくるが、医療系の単価は高いので、支給限度額を超えてしまう場合が多い。

経済的に余裕がない、年金ではそばそと生活している方たちは、使いたくても使えない部分がある。解決策は分からない。

- ・ 利用者は内科と整形外科等、複数の科にかかっている、薬が何種類も処方されていて、飲み忘れや間違った服用がある。主治医の指示のもと、薬剤師が訪問し、管理・指導していくことが望ましいと思う。

- ・ 在宅での生活は医療と介護の連携が必要と常に感じているが、医師との連携を図る場合に面談の申し入れなど各病院ごとに対応が違ったり主治医の対応等のため困惑することがある。

情報共有するシステムや書式が明確になる事により連携が図りやすくなると思う。

- ・ 医療・介護の専門職それぞれが、役割や立場を相互理解することが必要だと思う。
- ・ 安心して看取りに向かえる環境が整っていない。
病院や事業所とも、日中の対応は何とかできることが多いが、夜間休日などが苦慮する。
時間外になるとそれぞれ、急な対応が難しくなってしまう。
ケアマネージャー一人で判断しなくてはいけない場面があると、知識も薄く苦慮する。
関われる家族がいない、少ない、サポートできないなど多くなっている。
立場や職種に関わらず、相談・交流しやすい輪が作れる様に取り組みたい。
- ・ 病院によっては対応が悪い連携室がある。
- ・ 設問4（4）：在宅で看取るため、必要に応じて往診可能な病院へ変更していく方向です。
看取るケースで、急変して病院に連絡を取ったり、バイタルはノートに記入（病状等も）して呼吸停止になり、医師も来ていただき、警察に連絡をとった時、刑事さんが何人かきて「事件性はないと思いますが・・・」とちゃんと薬飲んだか証拠として、ゴミ箱まで探され、犯人扱い（？）さて、該当ヘルパーは慣れていなかったもので、気持的に辛かったと思う。
- ・ 特にないが、救急車を要請した際に、搬送先の病院を決めるまでの時間がかかると思う。
- ・ 独居の方が多くなっている。家族が地方にいる方は、本人の在宅状況の把握が出来ておらず、ヘルパーに対する要望が多いような気がする。医療的なことを介護従事者に頼りすぎているかと思う。早く退院してもらいたいとかではなく、他の病院を紹介する等もっと行っていただけると助かる。
- ・ 医師や事業所（主に訪問看護）によって体制がまちまちなことがある。解決策としては体制のしっかりした医療機関や事業所の情報を必要に応じて提供することで、看取りを行う体制を早期に構築することが大切だと思う。
- ・ 情報共有が不可欠。函館市消防局と医療機関の情報開示、データ連携がどの程度進んでいるかは不明であるが、医療だけでなく、介護側にも情報開示、共有は不可欠と考える。特に救急搬送になると、介護側には情報が入ってこず、何が起きているのかを近所の方から聞いてやっと理解するということも少なくない。個人情報保護の障壁はあるにせよ、個人のADL、IADLの維持のみならず、生命に関わる事柄と個人情報保護のバランスに配慮し、円滑に個人の生活が維持でき、公共の福祉に資するような方策に期待したい。
- ・ 医療関係者（医師、看護師、相談員等）がもう少し介護保険制度を理解してくればスムーズに事がすすむケースが何度かあったので、介護保険制度をもう少し広い分野に広報していく必要があると思う。
- ・ 設問4について、在宅での看取りは事業所の職員にとって確かに負担になる部分はあると思うが、利用者や家族の希望、意向が大事だと考えるので、負担とは考えたくない。積極的に連携できる医師もいれば、そうじゃない医師もいる。解決策は特にない。連携できている医師や機関との関係性を継続することと考えている。
- ・ 今後、在宅での看取りが増えていくと感じており、医療機関との連携は強化していく課題と思っている。
- ・ 家族の介護力、考え方によって、看取り可能かどうかは変わってくる。「最後は病院で」という考えが根強く、家族以外の親戚の介入等で介護者にストレスがかかる場合も多いように思われる。
- ・ 設問4について、病院、医師によって対応は全く違う。本当に在宅支援を理解している医師もいれば、理解のない医師もいる。ご本人が食べたいと言っている、家族もそうさせてほしいと言っている、それでもしものことがあっても、人として生きることを選びたいと訴えた本人、家族

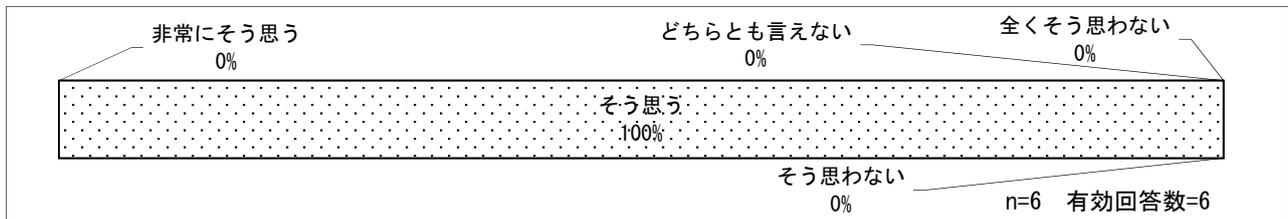
に対して、医師から「食べれないって言ってるでしょ。IVH ったら1週間もたないよ」と言われたことがある。それでも、在宅に戻り、それから1年半以上、経口摂取され、最期を迎えた方がいた。医者判断とは一体何なのか？家族は医師から言われれば、そうなのかな、と思い「仕方ない」とあきらめる方が多いと思います。在宅支援をするには、医療関係者の理解、協力がなければ不可能。在宅支援を行っている医師の輪を広げてほしい。

- ・ 在宅酸素を利用中であるが、呼吸器専門の往診や緊急対応をとってくれる病院が少ないために苦慮することが多い。解決策は何だろうか？
- ・ 医師が担当者会議に参加するなど、情報共有し連携できる体制を希望する。
- ・ 看取りは方針を決め、大々的に研修を推し進めていかなければ出来ないと思われる。
- ・ それぞれが他の職種の知識に乏しく連携が上手くいかない。各職種が勉強会や研修会に参加し、知識を高めていくことも必要と思われる。
- ・ 連携しやすい病院へは入院時の情報提供を積極的に行い、そうすることで退院時の情報を貰えて、より良い関係が築けている。ケアマネージャーが何のために情報を持って来ているのか理解していない病院の場合、入退院時の連携をしにくく、入院しても足が遠のいている。治療・リハビリなど、それぞれの病院の役割があることはわかっているが、なおのこと、入院直後から転院や退院の話を早くから共有し一緒に考えていける場が、ケアマネージャー、家族、病院関係者で持てると思う。
- ・ 医療機関（主に医師）へのケアマネージャーからの働きかけには、限界を感じる人が多い。
（例）：主治医意見書が提出されていないという理由で認定結果が遅れていることを伝えても、まともな回答が得られない。医療系サービスを位置付けるにあたり、医師からの意見の聴取を求めても、回答がない、或は主治医意見書で役所に提出しているのに何故またケアマネージャーに伝えなければいけないのか？など、趣旨や制度に沿って説明しても、このような医師はそもそもケアマネージャーの話を聞く姿勢がないと感じる。
また、主治医意見書を取り寄せて見ても、簡素というよりは適当としか思えない内容も多い。
（状態が変化しているのにも関わらず、前回と記載が一緒。疾患・既往歴が増えているにも関わらず記載がない。記述式のところはおろか、チェック式のところも未記載が多いなど。）
医療機関への介護保険制度の理解、周知を促すのは、ケアマネージャーからの働きかけによるウェイトが大きいですが、行政からも書面などで理解・周知を促して欲しい。ケアマネージャーがバーンアウトしていく背景の要因として、医師および医療機関とのこのような関係によるところが大きいと思う。
- ・ 介護保険制度について、病院側にも理解してほしい。在宅医療に関われる医師がもっと増えてくれると良い。（設問4は特に医師の関わりが重要である。）
- ・ 今後、スムーズに在宅生活を続けていけるよう医療機関との連携を図るため、支援に対する協議の場を作りたいと感じる。
- ・ 退院の連絡がなく（または退院当日）で、在宅でのケア指示や医療的な注意点等の連携が取れない病院が多い。転院の時も同じ。サマリー等の後日出しをお願いしたりと、介護側ばかりが走り回ることが多い。

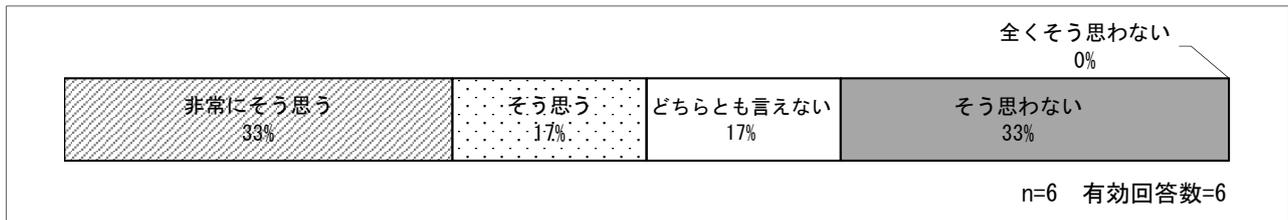
Ⅱ 介護予防支援事業所 (地域包括支援センター)

設問1：退院支援・調整について

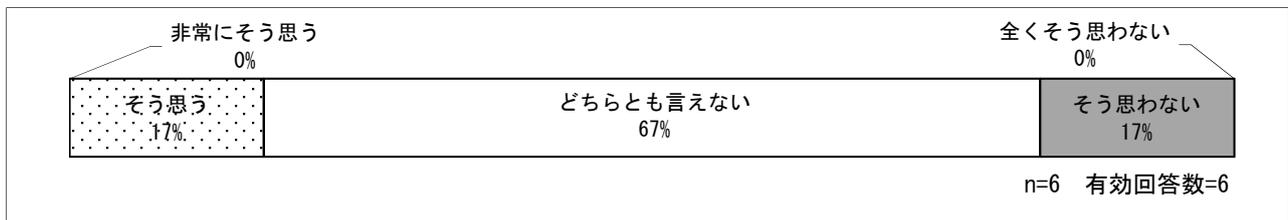
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



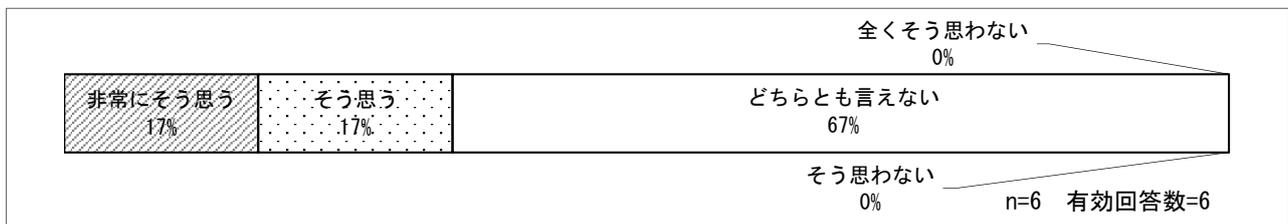
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

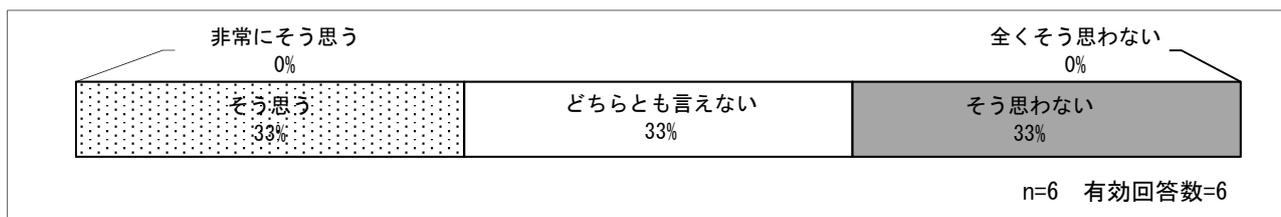


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

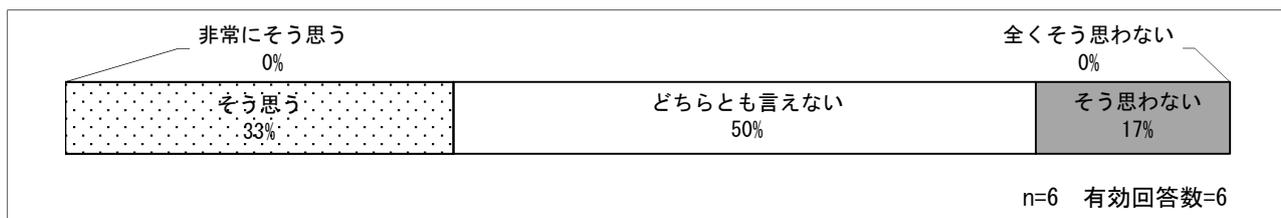


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は100%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約50%
- 設問1 (3) 患者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約17%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約34%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

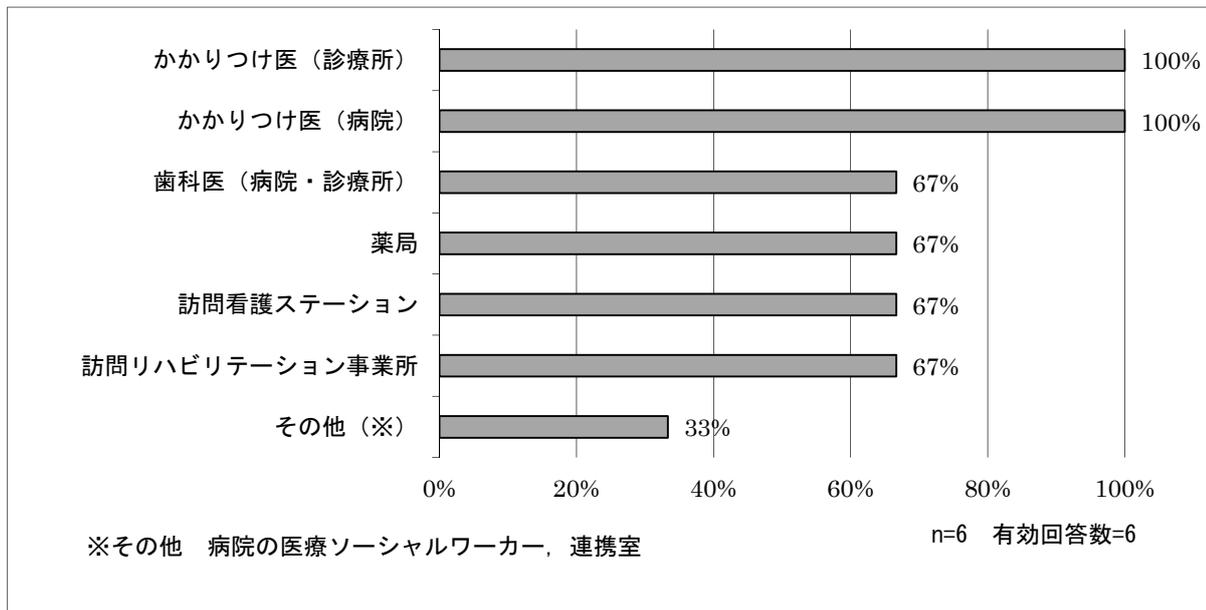


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 33%

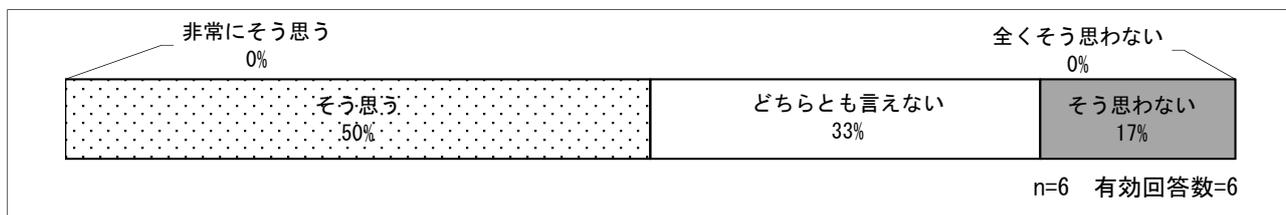
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 33%

設問2：日常の療養支援について

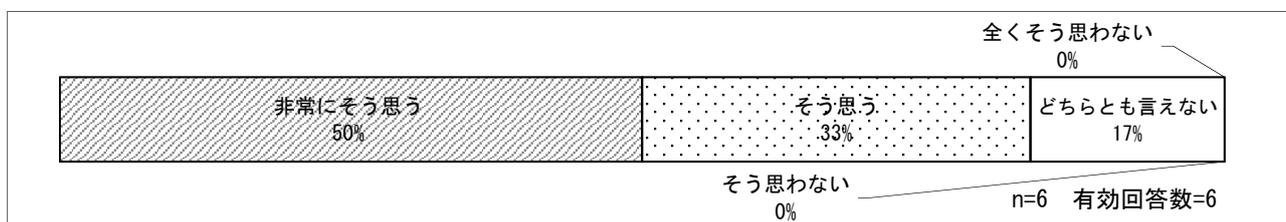
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 主治医意見書が期限内に提出されている。

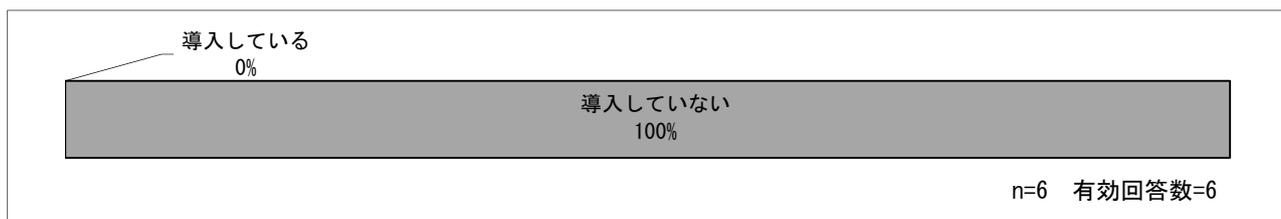


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

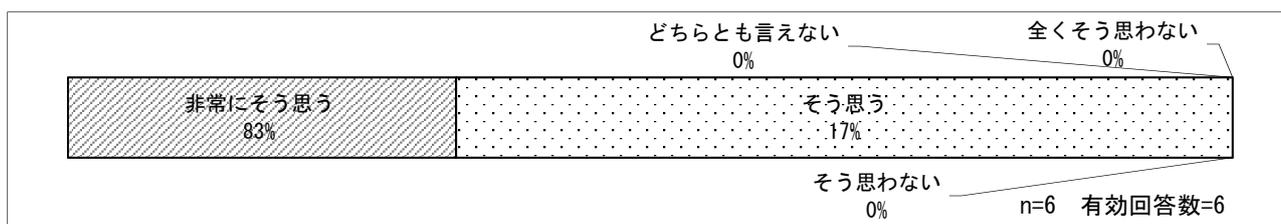


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医との連携強化を100%の事業所が希望している。
 設問2 (2) 主治医意見書が期限内に提出されていると答えた事業所は約50%
 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約88%

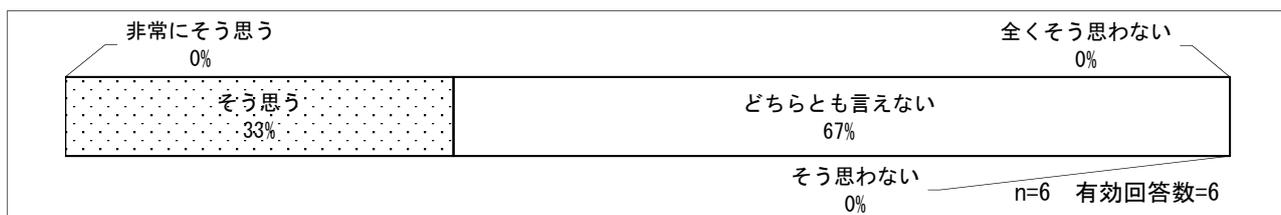
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いでしょう。



(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



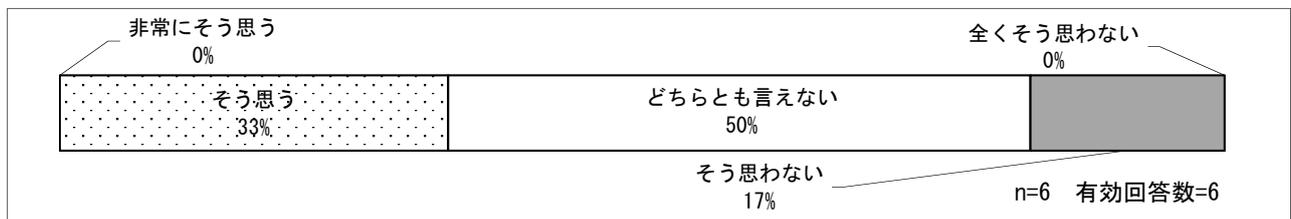
設問 2 (4) 既にそういったシステムの導入をしている事業所は0%

設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は100%

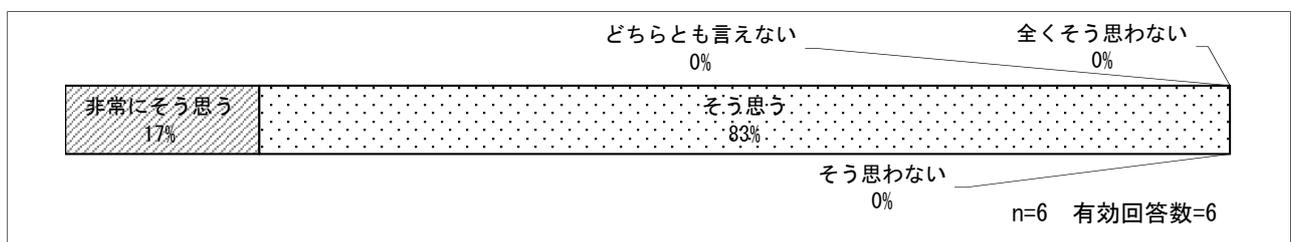
設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約33%

設問3：急変時の対応について

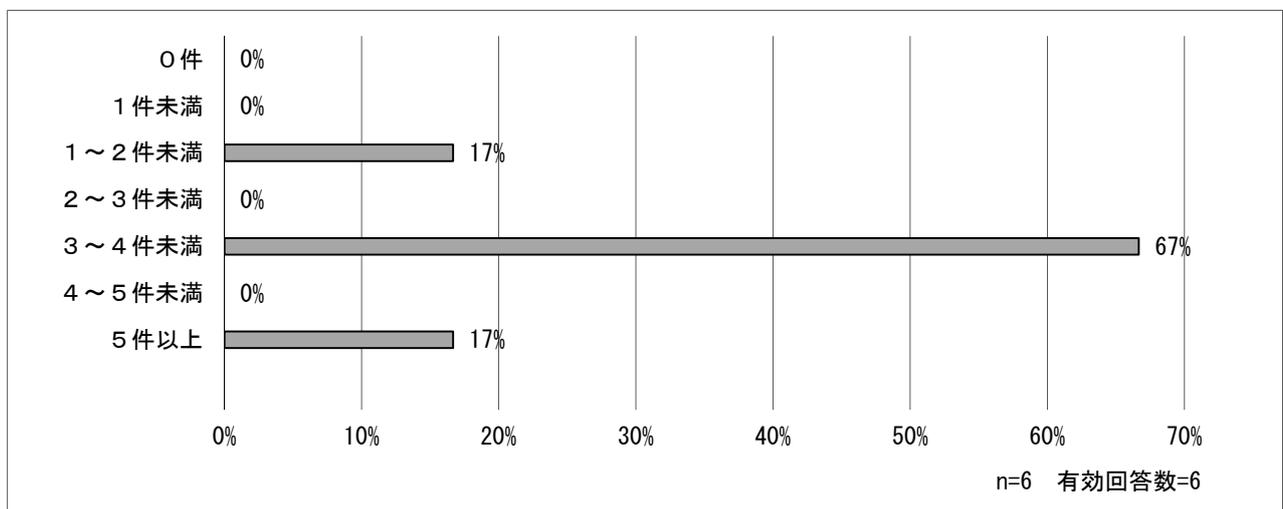
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

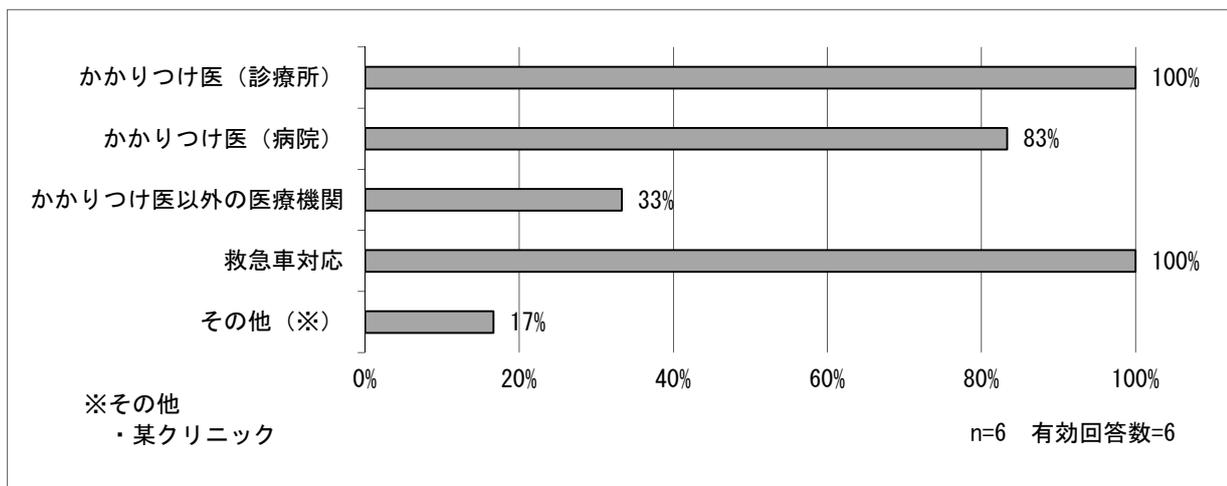


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

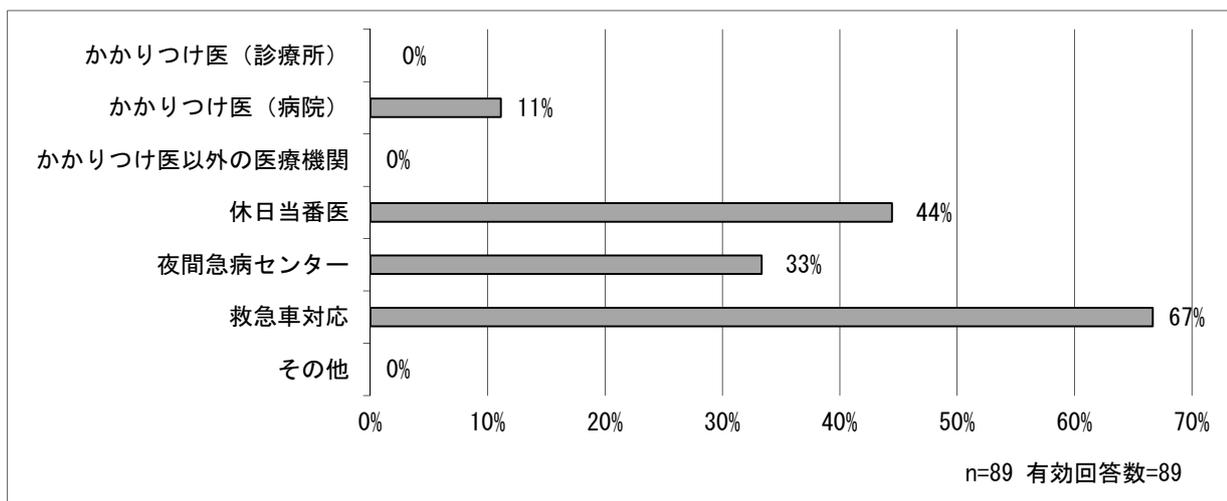


- 設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約33%
- 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は100%
- 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (19/6)

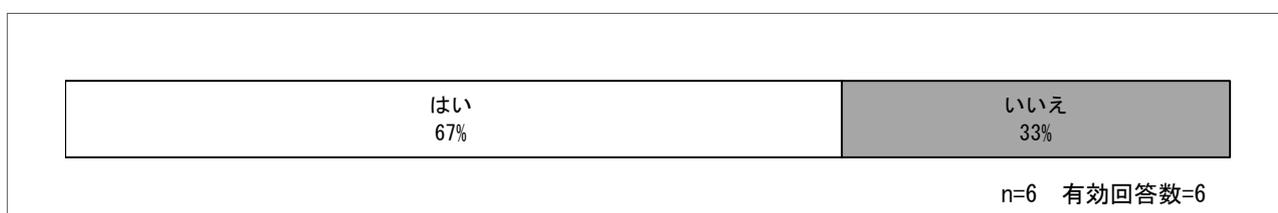
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。

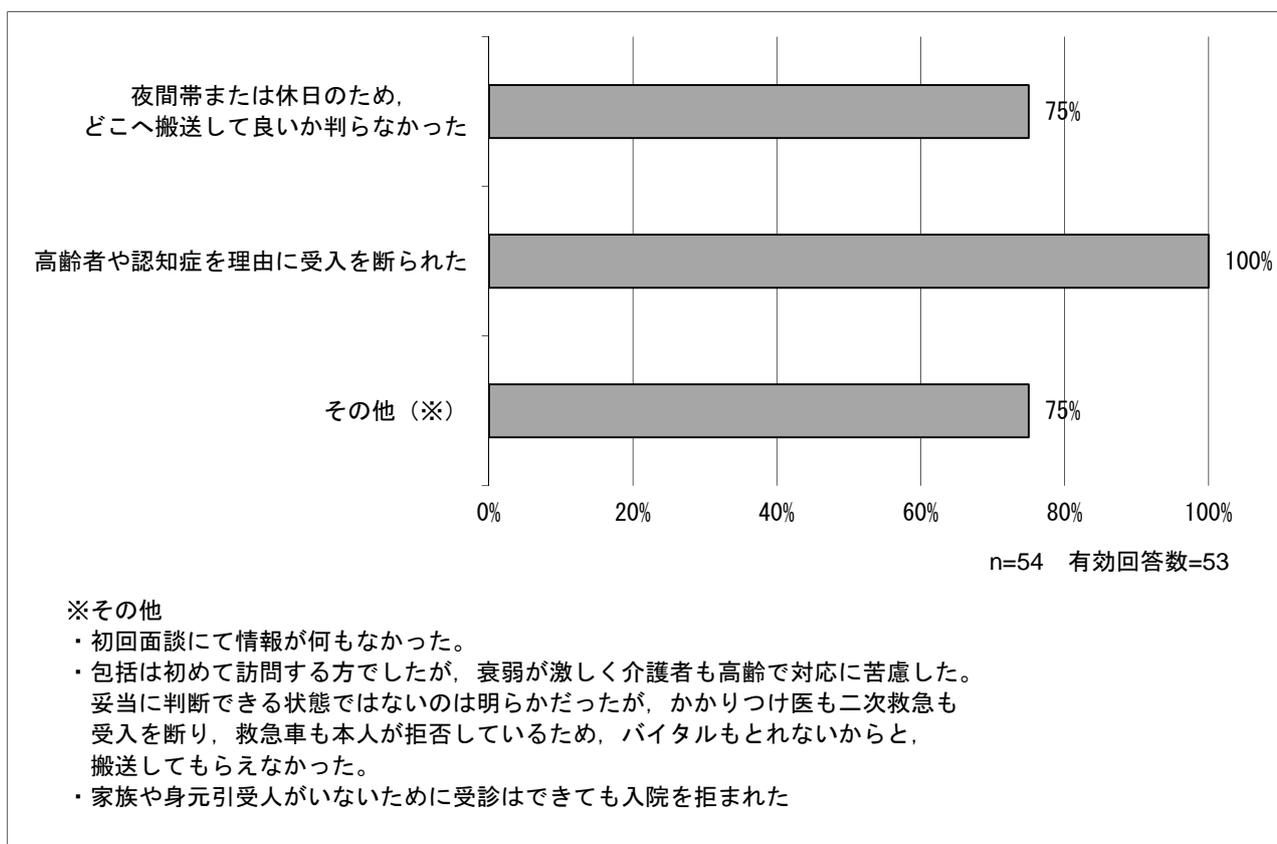


設問3 (4) ア 日中の容態急変時に100%がかかりつけ医 (診療所)、救急車対応をとっている。

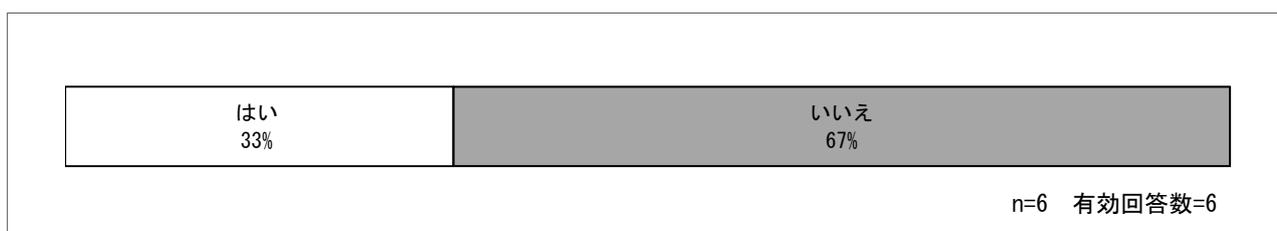
設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約67%が救急車対応をとっている。

設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約67%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 高齢者や認知症を理由に受入を断られた事業所は100%
設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約33%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

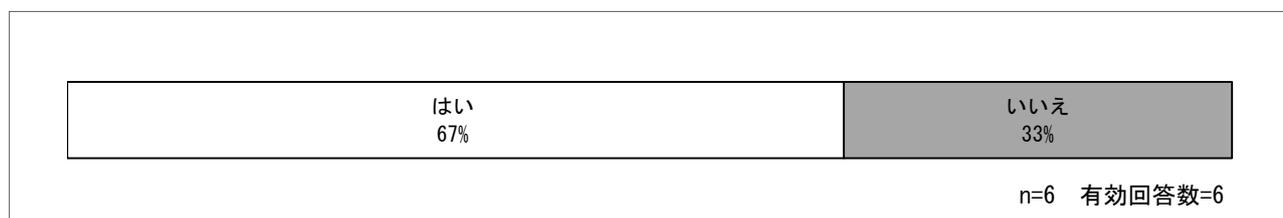
- ・ 認知症悪化で受診拒否がある場合に、病院側では受診してもらわなければ診療等ができないと言われること。
- ・ 判断能力の低下した方の搬送について、条例なども必要になってくるのではないか。
- ・ 判断能力の低下している方が救急車を拒否し、救急搬送できなかった際、家族が受け入れ先を頼み込んで探して搬送できたが、現状の体制全体に不満が残る。
- ・ 受入医療機関が少ない。
- ・ 独居や身寄りのない方への対応で、好意で付き添った民生委員や近隣住民、ケアマネやヘルパー等に対し、書面による同意等を強いる場合が多々あること。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 精神科，精神科（特に午後の時間帯），認知症専門医療機関
- ・ 法的な困難さは承知した上で，精神科疾患（認知症含む）の方への精神科や，総合診療科の救急体制を強化してほしい。精神科がアウトリーチして，救急対応してもらえ各科に繋げる仕組みがあるとありがたい。

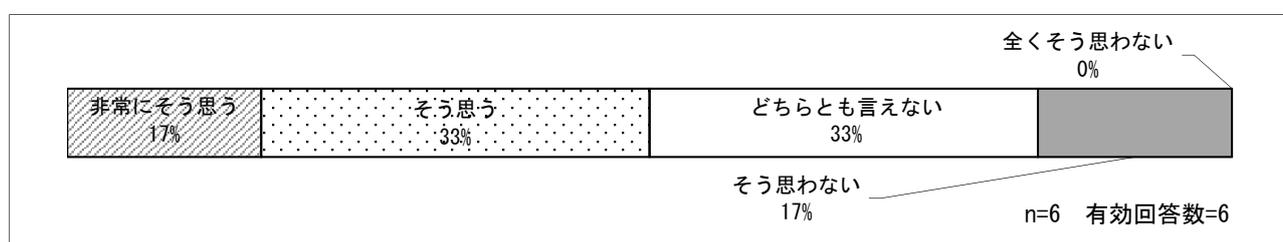
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

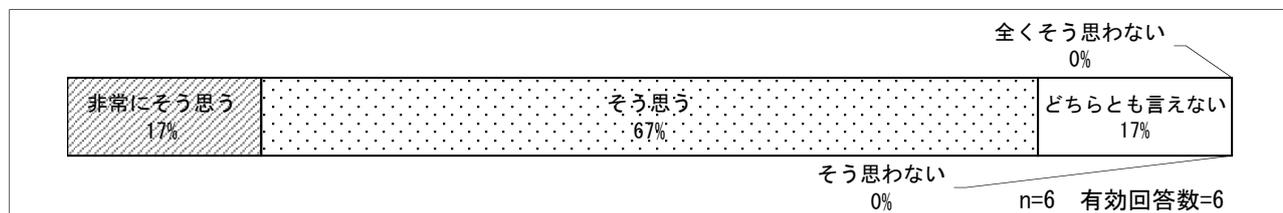


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

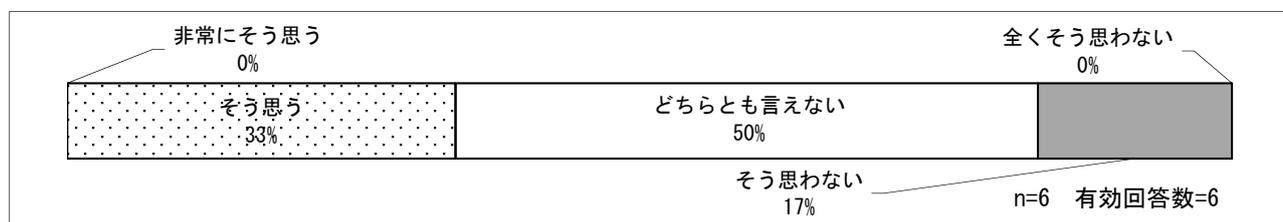
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じる。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約67%

設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約50%

設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約84%

設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約33%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 認知症患者が増え続ける中、独居生活を送っている方も多い。
そのような方々に緊急対応が必要となった場合、受入してもらう医療機関が少なく、また入院にならずに在宅に戻った場合、地域住民同士で見えていくシステムもなく、更に状況が悪化する恐れがある。
- ・ 設問1：医療機関によって体制や考え方が違うので、一概に統一してほしいというのは、難しいと思う。とても、細かく連携できるところもあるが、包括や居宅ケアマネに丸投げになっている所もある。市立病院は最低でも介護保険の申請代行は、市の一環でもあり行うべきだと思う。
設問2：主治医意見書について、3ヶ月以上来ないところがあり、利用者がサービスを継続できるかと、不安で眠れないなどあり本当に困っている。解決策は記載してもらう以外にないが、ケアマネジャーからだと、強く言えないので、市から言ってほしい。(3)以前書式がありましたが、使いにくく活用に至らなかった。統一した書式があるといいと思うので、作り直したらどうか。
設問3：記載した内容のとおり。こういったケースは複数ある。緊急搬送の判断は、妥当な判断力の低下した認知症の方はもとより、ご家族も適切に情報提供できる訳ではないのは、理解されていると思うが、介護職も報告の仕方は未熟。緊急性のトリアージも、もう少し訓練してほしい。また、介護関係者や福祉職も、医療機関が必要な情報についての知識として学ぶ機会が必要と思いますので、合同での研修会など、一度ではなく定期的に開催してはどうか。
- ・ 個々にかかりつけ医はいるが夜間・休日の対応が出来ない医療機関が多数を占めているため、状態により救急車要請までの状態で無いときに医療機関を探すのに困難を感じる時がある。24時間対応病院があると助かる。
- ・ リスクを理由に医療機関が全く権限のない第三者に対し、書類の取り交わしや日常の支援を強いる場合があること。逆に医療機関がリスクを重視しなければならない現状の法体制に課題を感じる。医師の権限や支援者の立場が十分に守られていないため、条例等で権利や権限を保障する等の手立てが必要と考える。
在宅の支援者は、特に夜間の救急搬送等では、入院がかなわなかった場合に次の手立てがないため、夜間の付き添いや緊急ショートステイ等、受入体制を整える必要を感じる。
入院中の日常生活を支援するための何らかの手立てが必要と感じる。医療保険、介護保険の隙間を埋めるための施策を考慮すべきと考える。
よく、病院の立場、福祉の立場という言葉が使われるが、そこに相入れないものがあるのであれば、是正すべき。入院や退院、在宅治療の継続等その時の状況が、医療側、介護側双方にとって十分な補完機能があり、対象者の自立支援に最大限寄与できる体制の構築を考慮すべきと考える。
- ・ 医療の視点と在宅介護の視点、それぞれで関わる事は重要だと考えるが、お互いの理解不足が招くトラブルも多いと思う。相互理解と協働について、前向きに検討していく協議会や研修等が必要だと考える。
- ・ 救急搬送されても、治療必要なしとの事で帰され、その後すぐに再搬送となるケースもある。独居高齢者にとってはリスクが高いと思う。

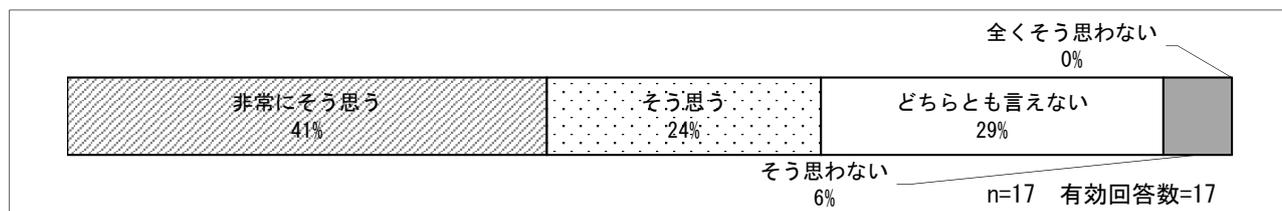
Ⅲ 訪問看護ステーション

設問1：退院支援・調整について

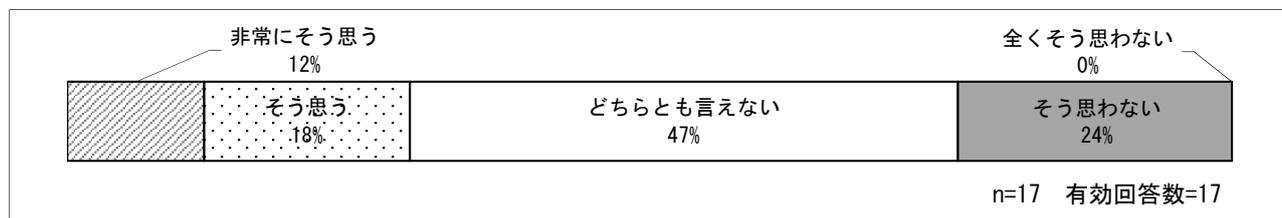
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



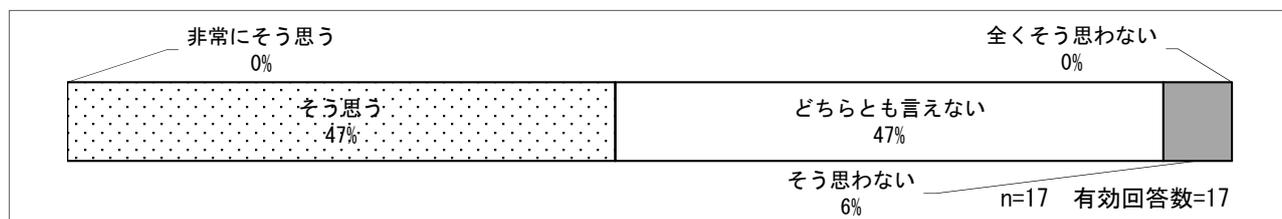
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

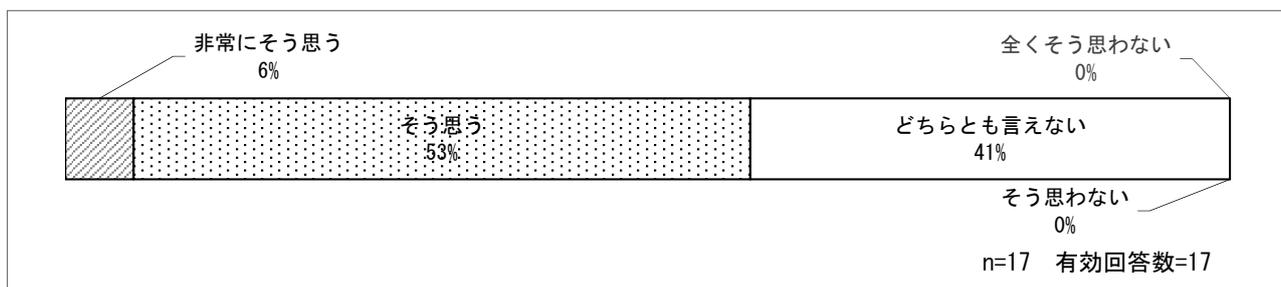


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

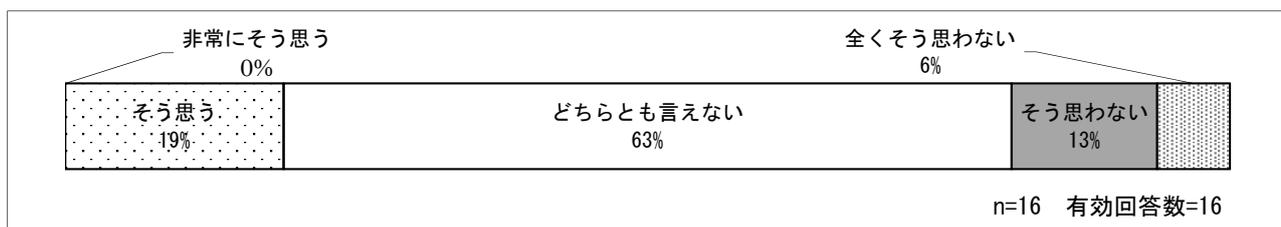


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約70%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約65%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約30%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約47%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

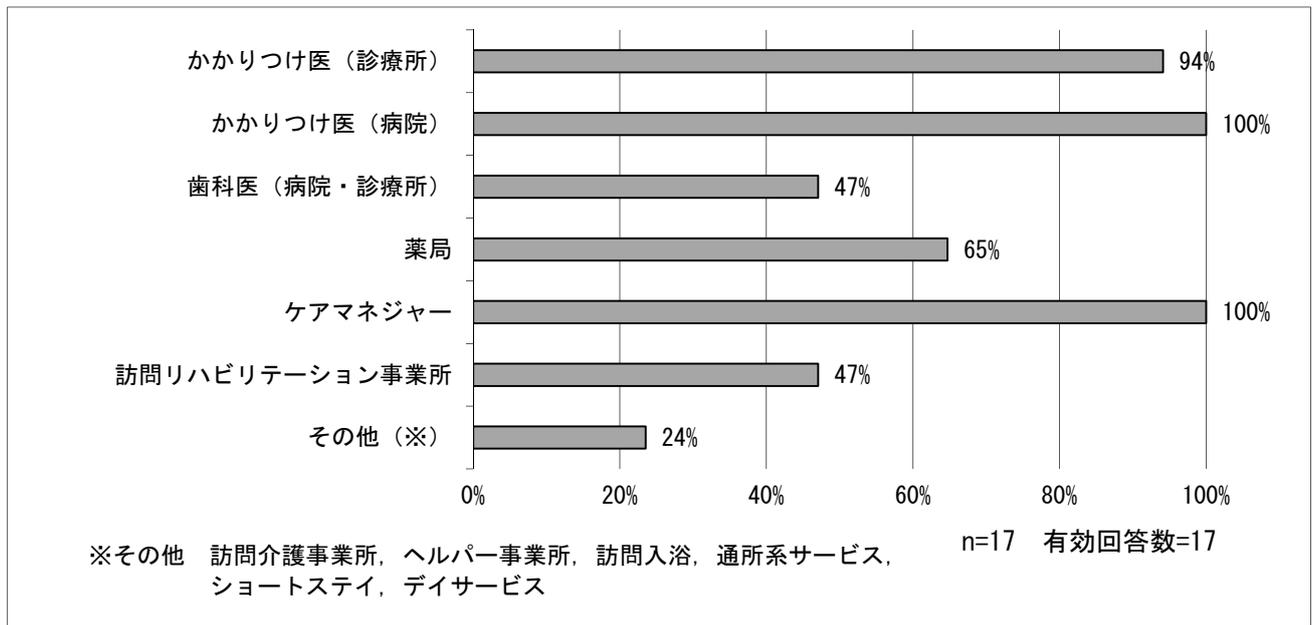


設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 59%

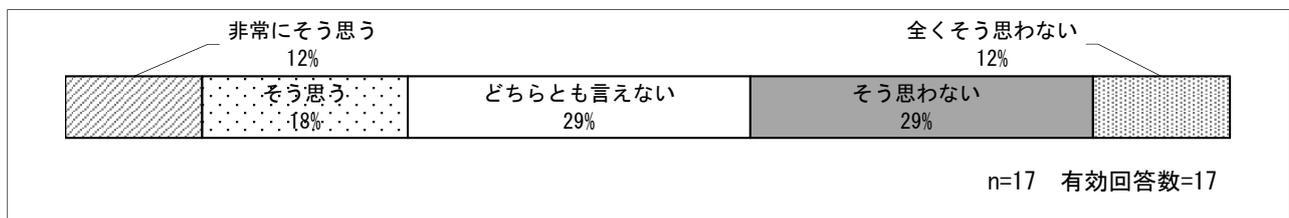
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 19%

設問2：日常の療養支援について

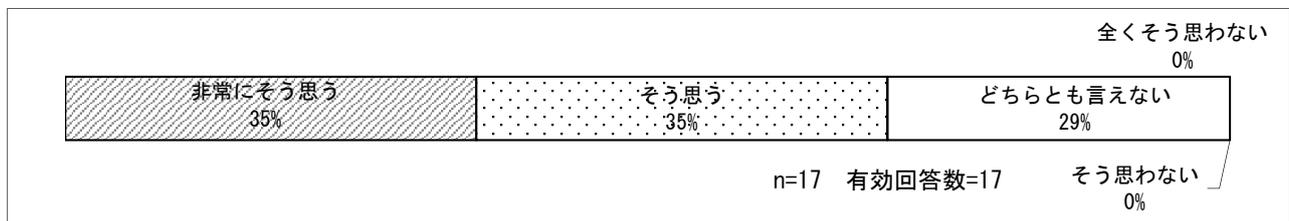
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 医師からの訪問看護指示書は遅延なく提出されている。

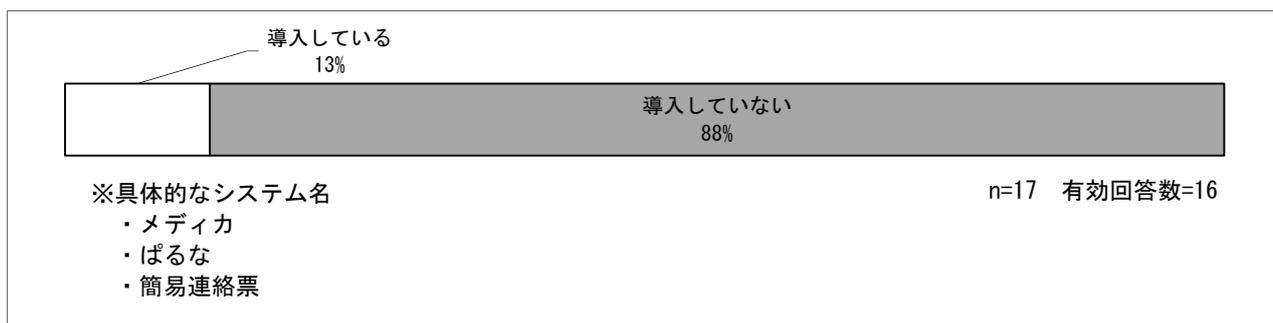


(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。

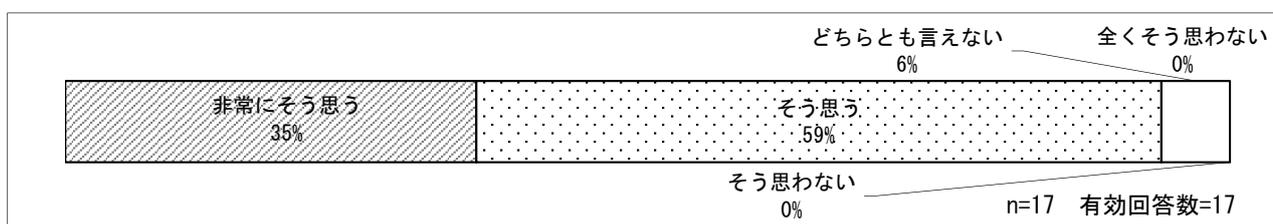


- 設問2 (1) 診療所・病院のかかりつけ医, ケアマネジャーとの連携強化を9割以上が希望している。
- 設問2 (2) 訪問看護指示書が期限内に提出されていると答えた事業所は約30%
- 設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約70%

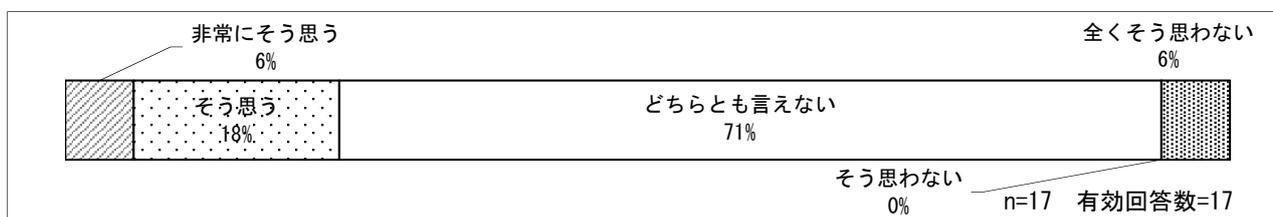
(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



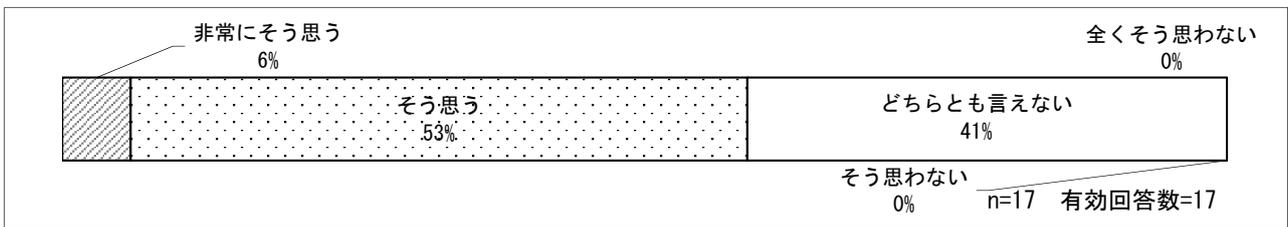
(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



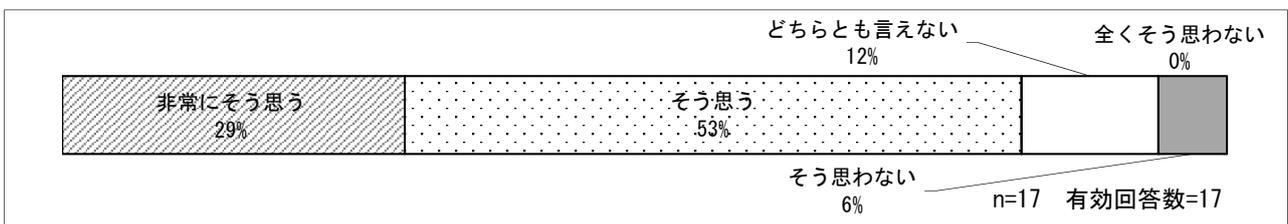
- 設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約 13%
- 設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約 94%
- 設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 24%

設問3：急変時の対応について

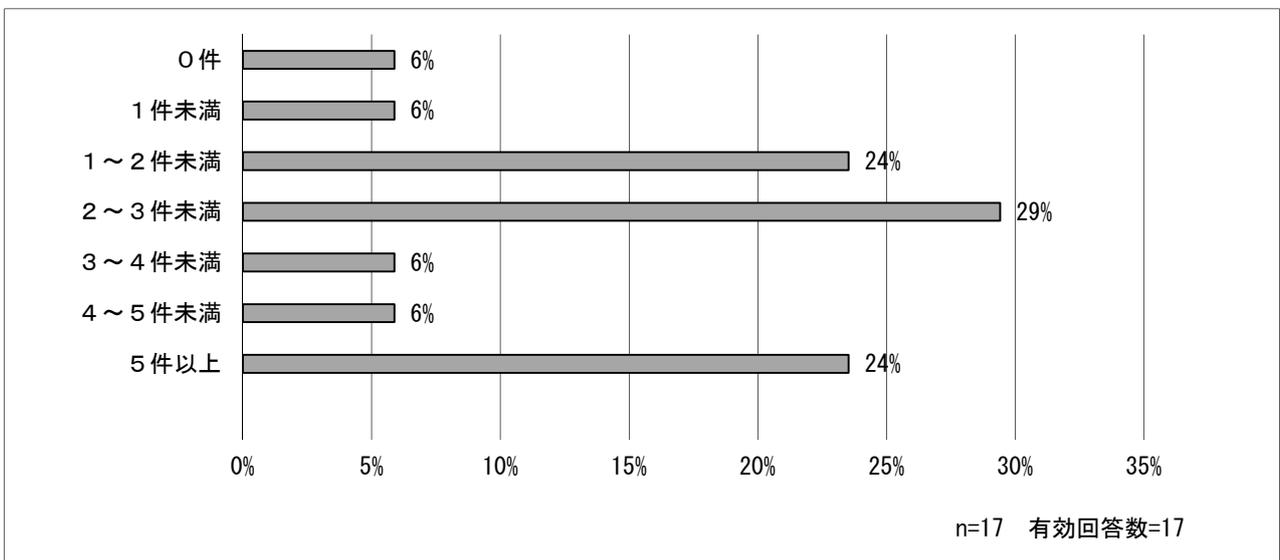
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。



(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

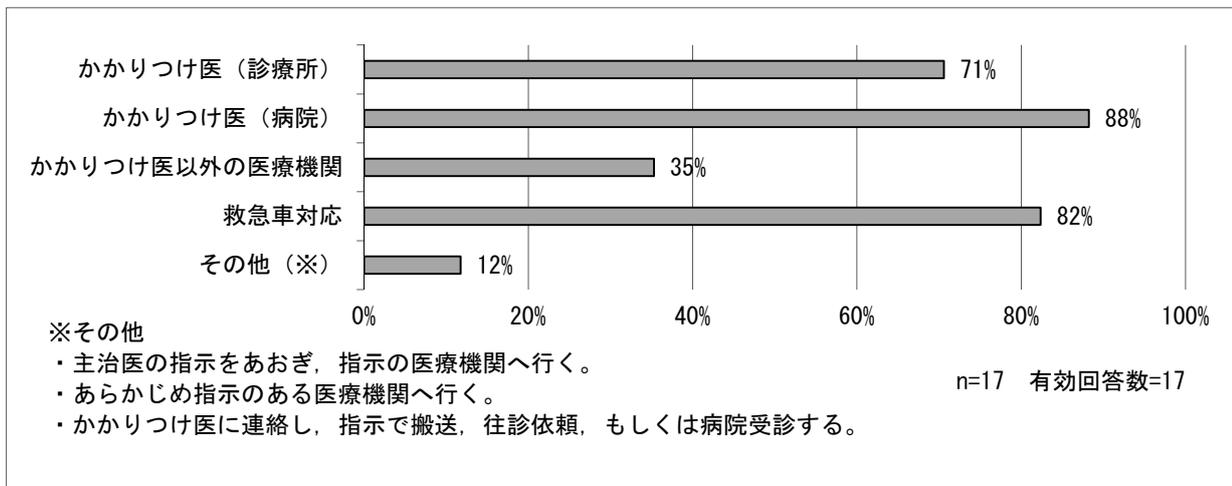


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約59%

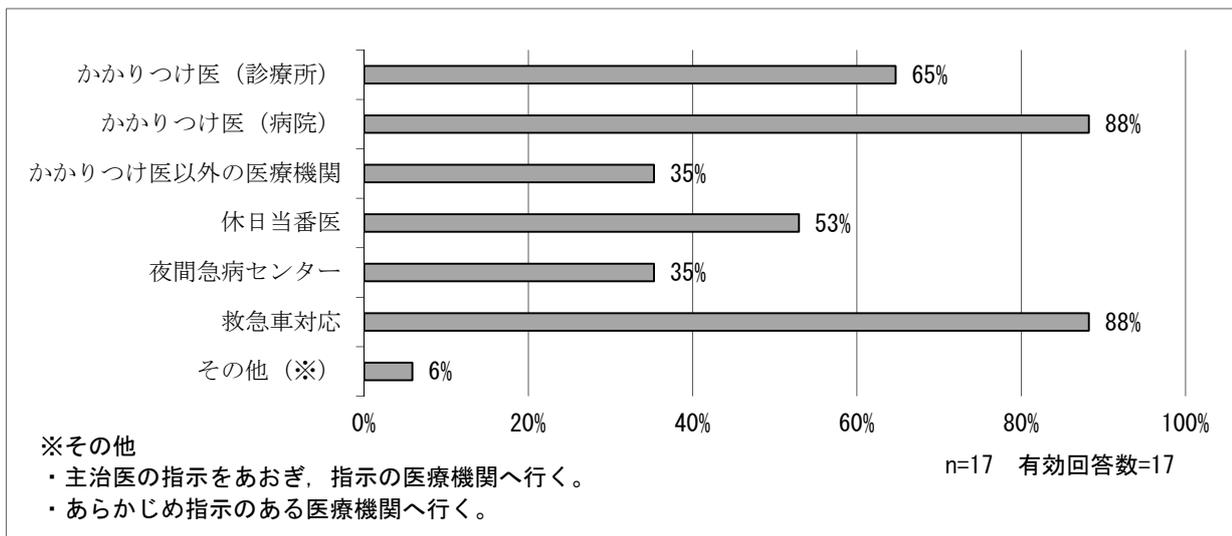
設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約82%

設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (45/17)

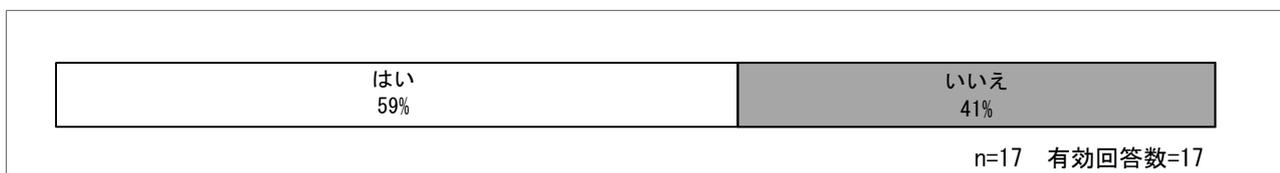
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。

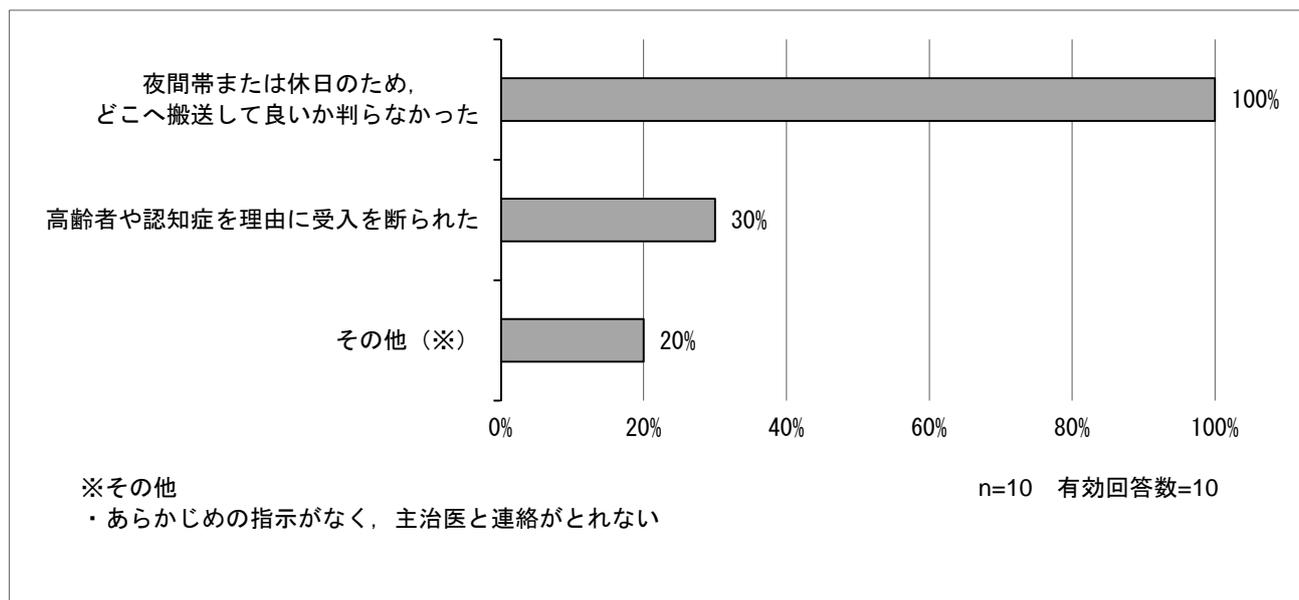


設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約8割以上が、かかりつけ医 (病院) または、救急車対応をとっている。

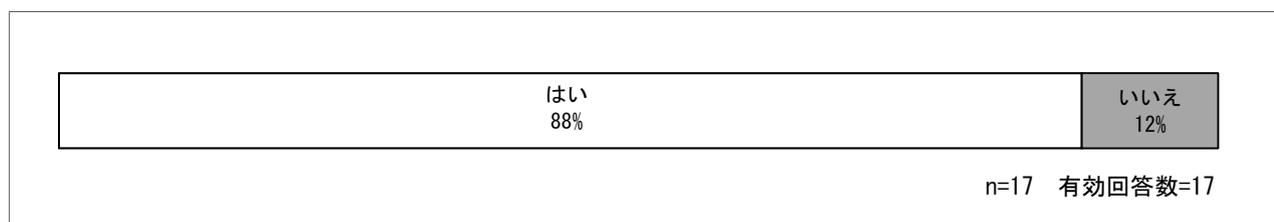
設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約88%がかかりつけ医 (病院) または、救急車対応をとっている。

設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約59%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3(6) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は100%

設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約88%

(8) 現状の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

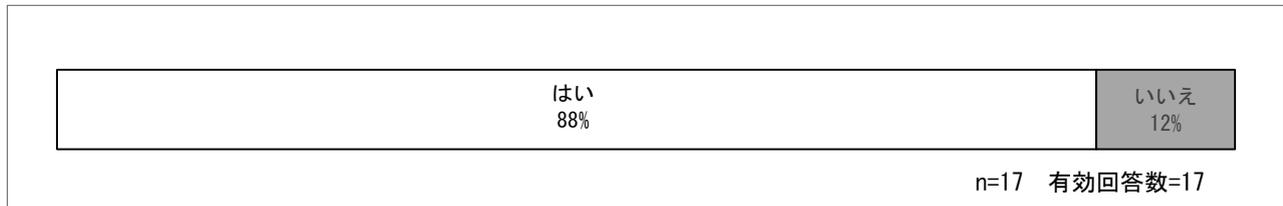
- かかりつけの病院があっても、みれないと断られることがあり、受診したことのない病院へまわされ、患者や家族が不安になることがある。
- 家庭医と日常的に連携をとってほしいと思う。
- 夜間等かかりつけの病院でも、診察してもらえないことがある。
- 夜間急病センターの対応できるパワーが不足している。
- 訪問看護において急変時やむをえず救急車依頼をすることもある。受け入れ病院が決定している場合（多くは主治医の所属病院）はスムーズだがそれ以外救急隊が受け入れ病院をさがす際ずいぶん時間がかかって出発することがあった。（主治医がクリニック等の場合二次救急へと言われることが多い。）
- 函館市の病院、全く救急を受けてもらえない。
- かかりつけ医が急変時の対応をしてくれることが少なく、二次救急へという指示になる。また、かかりつけ医からの指示で二次救急へ搬送する時、二次救急側ですぐ受け入れてもらえないことがある。
- 急変で救急者を呼んだ際、行き先が決まらず、なかなか出発しなかった。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- 精神科（認知症があってもみてほしい）
- 高齢者の状態変化に対応できる診療科、
- 全て、24時間対応の救急病院があれば。
- 内科3件、整形外科2件、脳神経外科2件、循環器科、呼吸器科

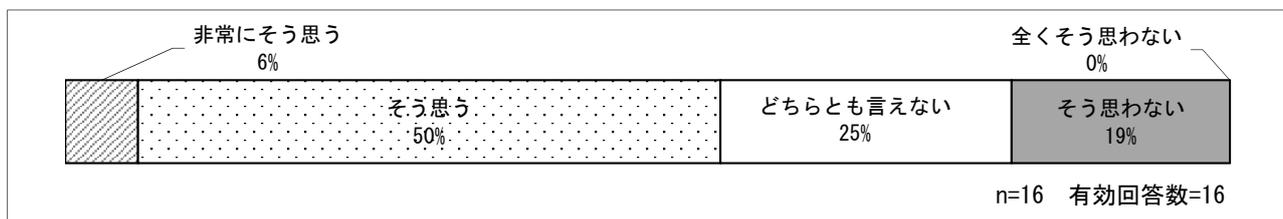
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

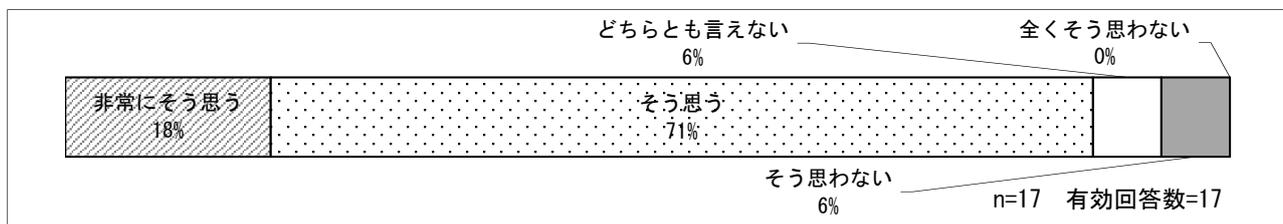


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

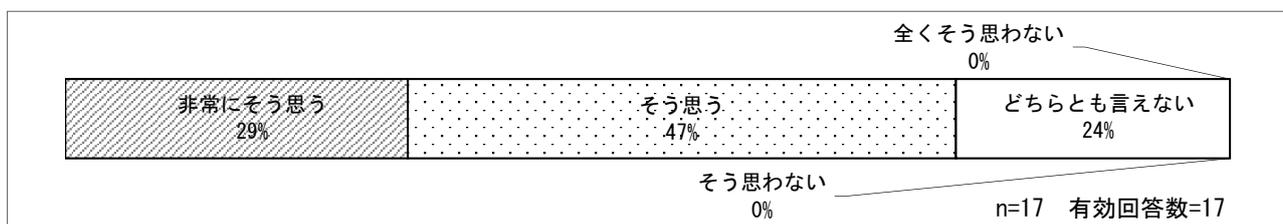
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約88%

設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約56%

設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約89%

設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約76%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 病院によって対応に差がある。指示書をなかなか書いてくれない医師がいる。大半は書いてくれるが。
- ・ かかりつけの科に病状変化があり、受診を希望しても、担当者不在や時間外を理由に断られることがある。病院の医師にもう少し在宅を知ってもらいたい。興味をもっていただきたい。在宅療養を知ってもらえれば、医療機関としての対応がかわってくるのではないか。
- ・ 医療機関によって、連携のとりやすさが違う。大きい病院ほど難しさを感じる。入退院だけにかかわらず、在宅部門との連携の窓口がわかりやすくなると思う。“地域連携室”一本化など。
- ・ 地域的に往診してくださる医師がいない。受診困難になった時点で往診医導入できずに、望まない入院となるケースもある。

また、往診しない医師が在宅困難と判断した時点で他の病院にまわしてしまい、病状の進行したところから新たな主治医との連携が難しかったケースがある。解決策があったら教えていただきたい。
- ・ 今から10年前より、連携に関して、訪問看護振興財団は年1回全国規模の研修をしている。その頃より、現状での問題を解決するため、退院時カンファレンス、医師との連絡、ケアマネジャーの介入を含めて嫌がられたが、私は動いてきた。報酬単価がつくと、医師会も動くようになったが、もう少し医師会全体が目線を下げることが重要と考える。他の連絡は結構スムーズでも、医師がダメだと上手くいかない。医師会が問題である。
- ・ 包括ケアシステムが導入され訪問看護師の役割が大きくなっているが、訪問看護師の役割を認識している病院が少なく急な依頼や、在宅に退院できない患者が増えている。今、地域連携とイカリングの会で連携を図っているが、現場の看護師が理解していないと難しく、病院から訪問看護ステーションに研修(1～2年)などのシステムが構築されると良いと思う。急変時など往診医では対応できない場合、バックアップ病院が地域にないと搬送できる病院がなく問題として挙げられる。地域ごとの救急当番の他、連携をとれる医療の連携が取れるシステム、協力が必要と思う。
- ・ 在宅での看取りは家族にとってかなりの重荷で、高齢者の場合、介護力は子・孫になる。家族がチームとなり、介護できるケースはまれでほとんどが対応しきれず、病院へ搬送となる。家で突然亡くなった場合の対応はできているが、呼吸がある状態ではやはり救急搬送となる。解決策は医師の協力体制だが、ハードルは高い。
- ・ ケアマネジャーの医療に対する知識が低いため、全て悪化してから訪看を依頼して来ることが多い。その間にも患者は苦しみ、家族は不安を感じながらも、そのケアマネジャーに言えないでいることが多い。また、癌の患者さん等はいつどのように急変するかもしれないというリスクを持っているが、特に包括で対応している人は「まだ受診できているから」と区分変更を行わず、結局状態悪化までギリギリになって急いで区分変更をかける。連携も必要であるが、きちんとした知識のうえで、利用者をフォローし早め早めに対応が必要と感じる。また、病院では緊急で救急車で搬送したくても、受付のところで救急車は困ると言われる。しかたなく吐血していても、自分の車で運び、見て貰った時には、その医師から「なんでこんな状態で救急車で来ないんだ」と怒られる。病院内での事務の人の病識の薄さから、きちんとドクターに伝わっていないことも多く、どこをどのように改善すると一番いいのか？問題が大きすぎてわからない。でも、一番困るのは、在宅ではケアマネジャーの知識

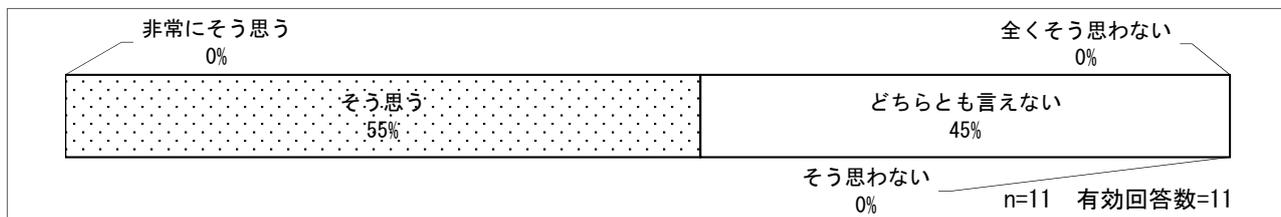
の低さが利用者の命を左右してしまうことである。

- 当施設では、看護師が在中しているので、急変時、どこの病院、科に受診すれば良いかわからないことはないが、グループホーム（看護師がいない施設）の職員から急変した時に、どうすれば良いのかわからない時に、対応に困るような様子であった。医療、病気の知識のない人間が判断するのは難しく、受診した病院に「なんで来たの？」と言われたようで、病院側もう少し施設側の気持ちをくみ取り、対応してくれれば良いのにと思ったことがある。
- 症状がそれほど重くない時でも、かかりつけ医から、二次救急受診を指示された場合、たいてい二次救急病院側で受入をスムーズに行っていただけないことが多い。患者側としては、かかりつけ医の指示なので、救急要請をしますが、かかりつけ医から二次救急病院へ直接受入要請をしてもらえれば、もう少しスムーズになるのではと思う。
- 在宅での看取りを希望されていても、最終的に病院でとなる場合があり、連携の難しさを感じている。職種間での方向性の捉え方が食い違う場合があり、ニーズがかなえられないことがあるので、互いの職種を尊重しつつ、意見していける関係作りを心掛けていきたいと考えている。

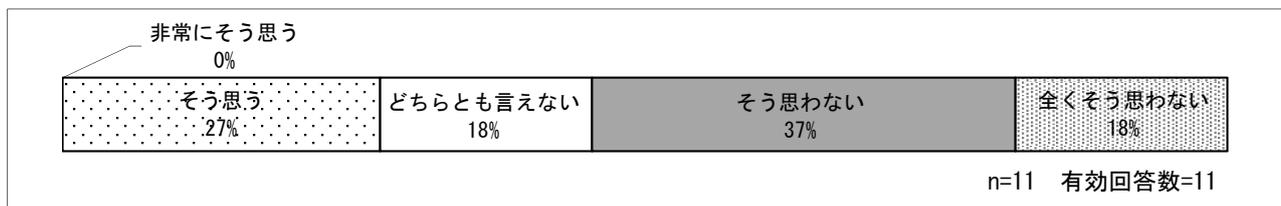
IV 訪問リハビリテーション 事業所

設問1：退院支援・調整について

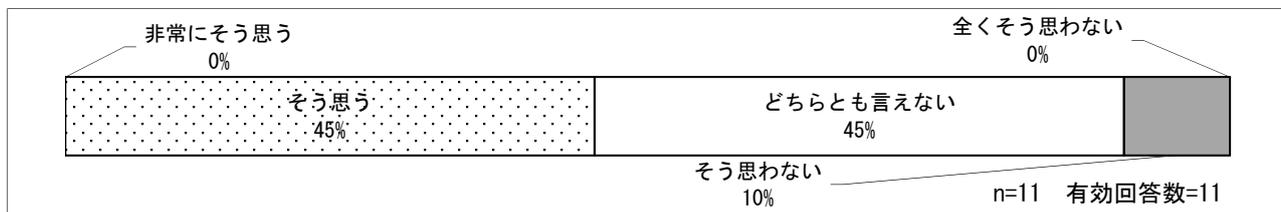
(1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なり困ることがある。



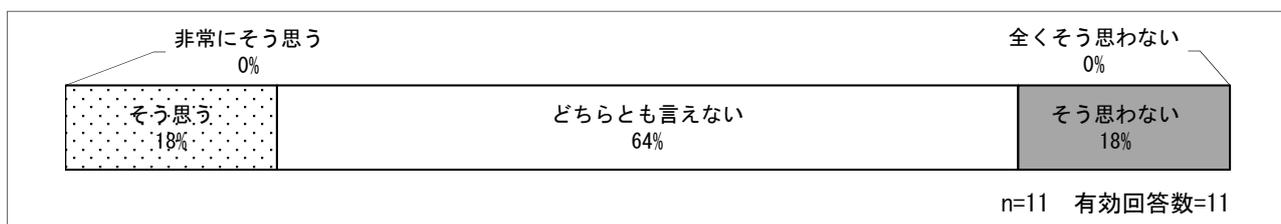
(2) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(3) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。

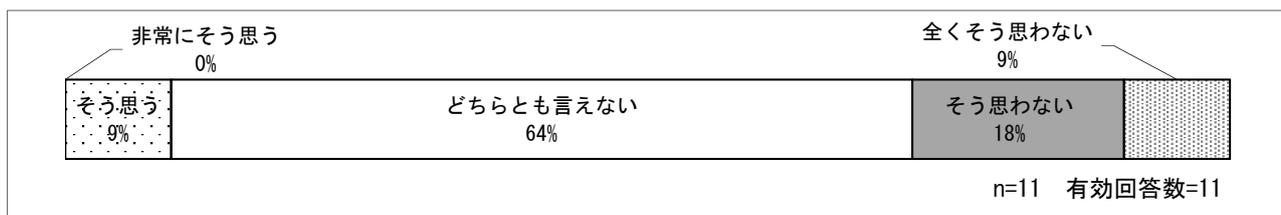


(4) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

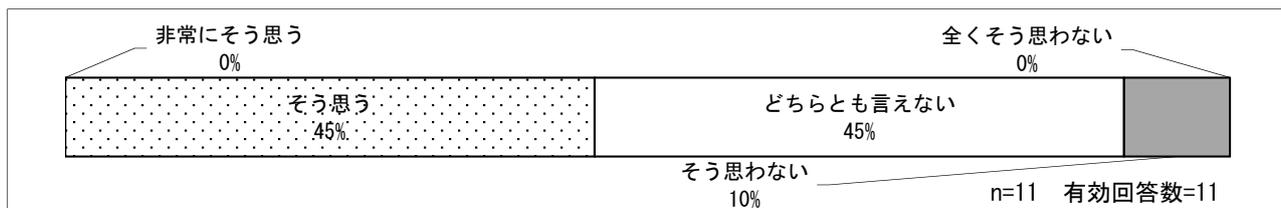


- 設問1 (1) 医療機関によって退院支援・調整の対応が異なると感じている事業所は約55%
- 設問1 (2) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約27%
- 設問1 (3) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約45%
- 設問1 (4) 病院の主治医、連携担当者と連携がとれていると回答した事業所は約18%

(5) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



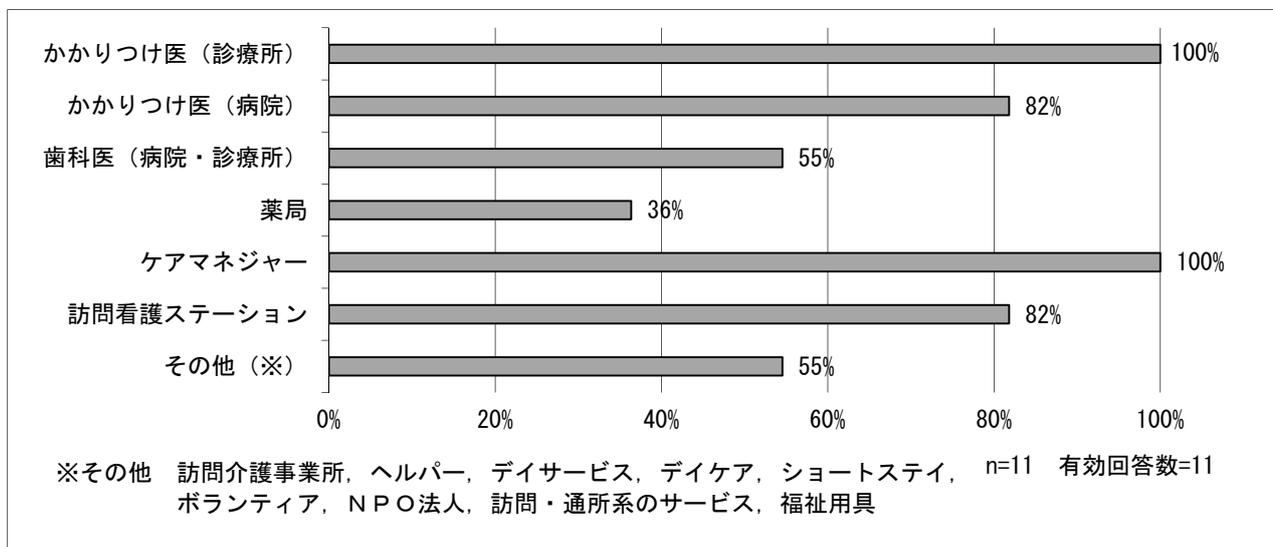
(6) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。



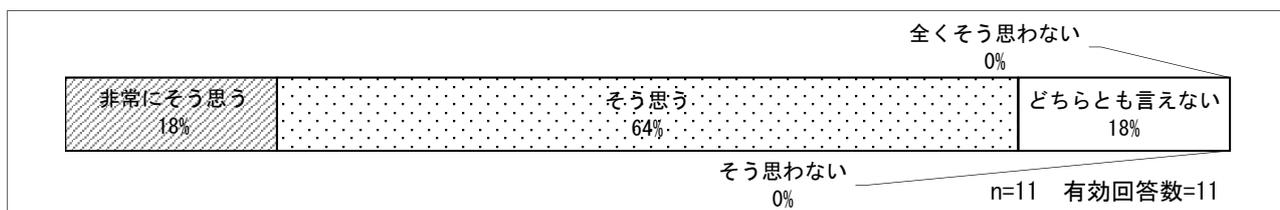
設問 1 (5) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 9 %
設問 1 (6) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 4 5 %

設問2：日常の療養支援について

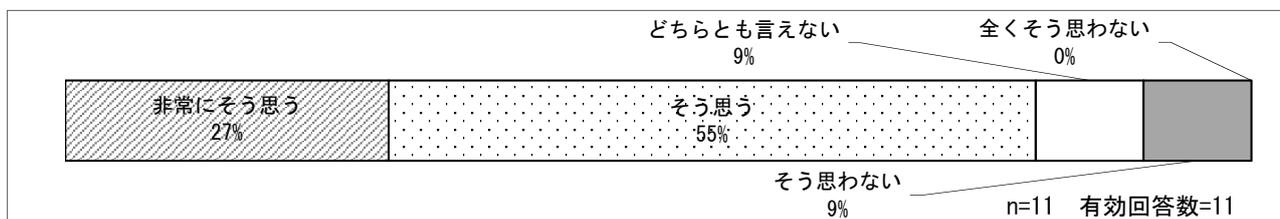
(1) 日常の療養支援において、連携を強化したい関係者を選んでください。(複数回答可)



(2) 医師からの指示書は遅延なく提出されている。



(3) 多職種連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式 (連絡票など) を作成し、運用すべきである。



設問2 (1) 診療所, 病院のかかりつけ医, ケアマネジャー, 訪問看護ステーションとの連携強化を8割以上が希望している。

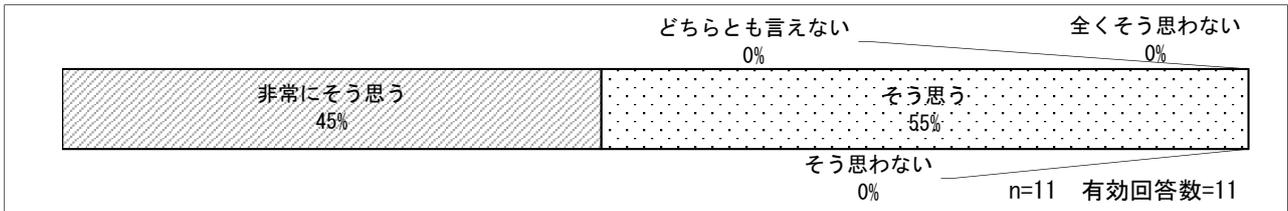
設問2 (2) 医師からの指示書は遅延なく提出されていると答えた事業所は約82%

設問2 (3) 多職種連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約82%

(4) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(5) 多職種との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良くと思う。



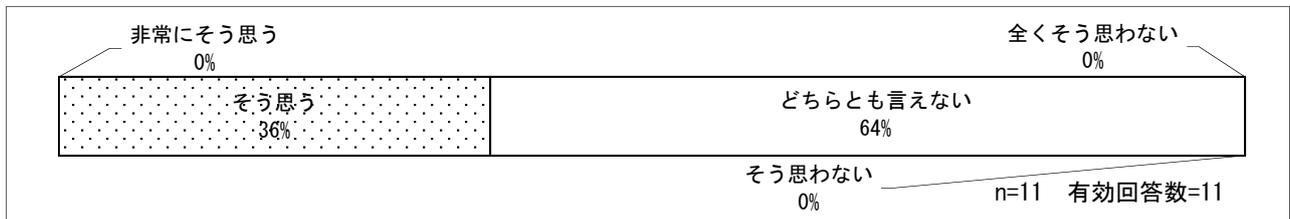
(6) 多職種との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



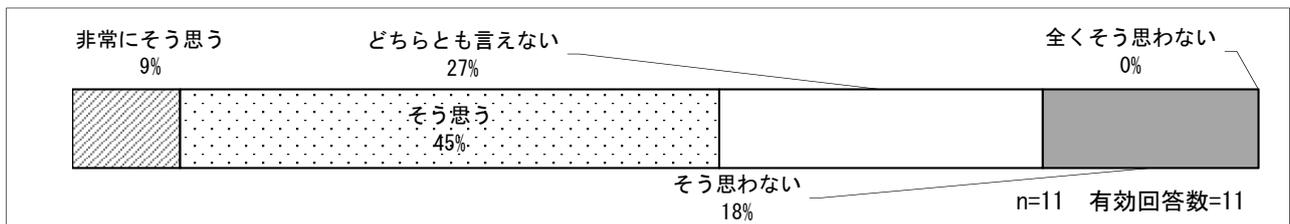
- 設問 2 (4) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は 0%
- 設問 2 (5) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は 100%
- 設問 2 (6) 多職種との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約 10%

設問3：急変時の対応について

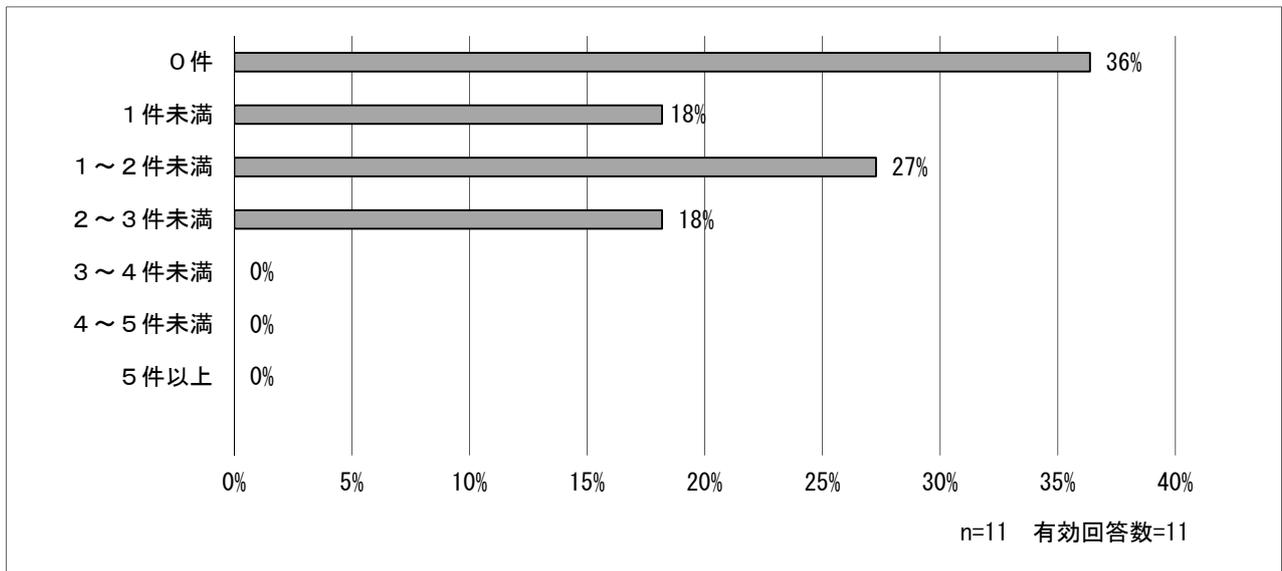
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。

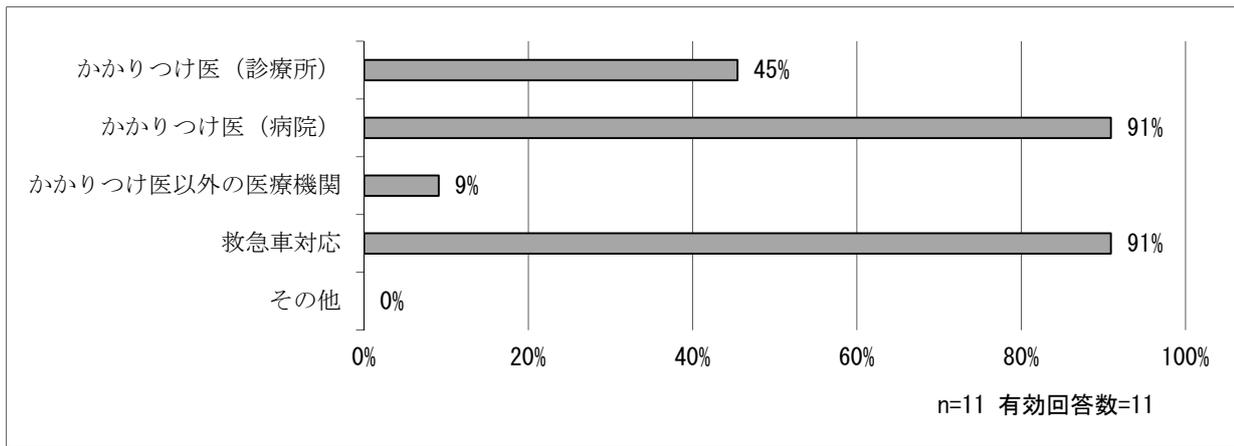


(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

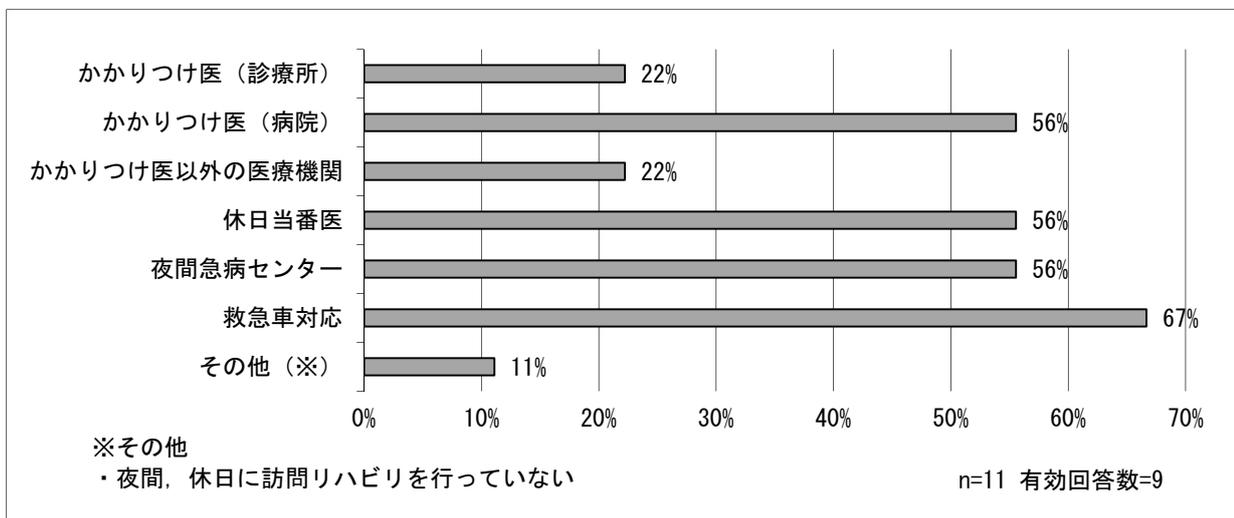


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医と連携ができていていると感じている事業所は約36%
 設問3 (2) 休日や夜間の医療資源が不足していると感じている事業所は約54%
 設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均1件 (7.6/11)

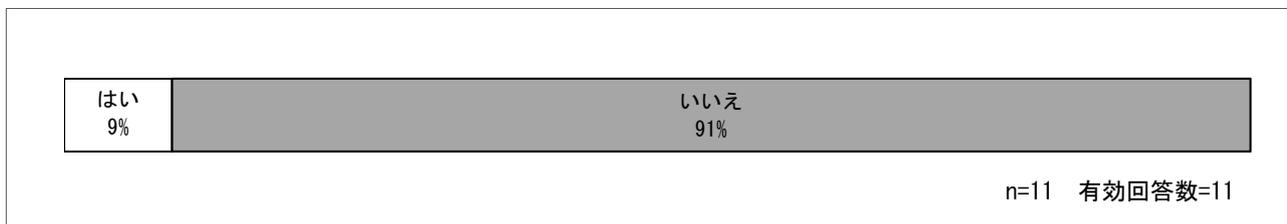
(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことはありますか。



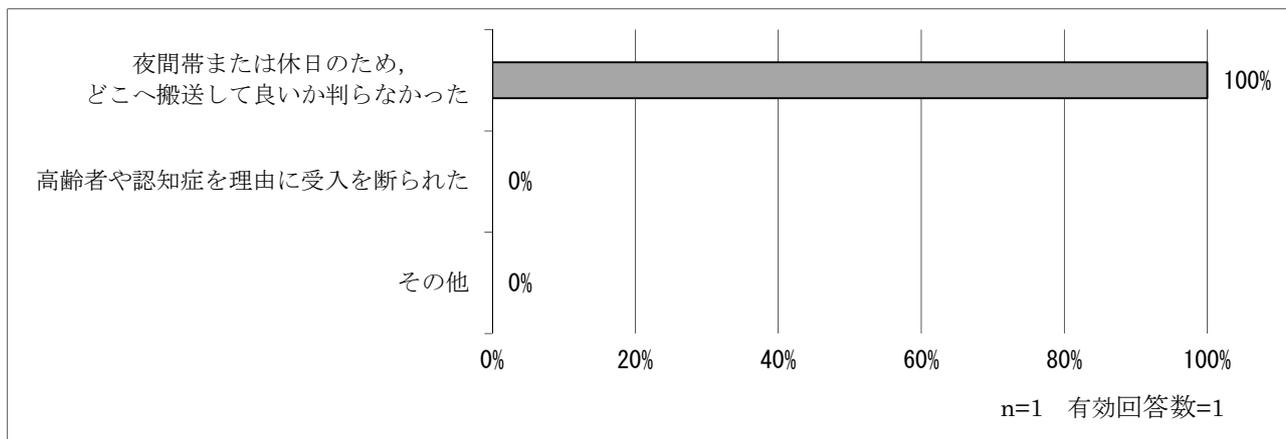
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約91%が、かかりつけ医(病院)の受診と救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約67%が救急車対応をとっている。

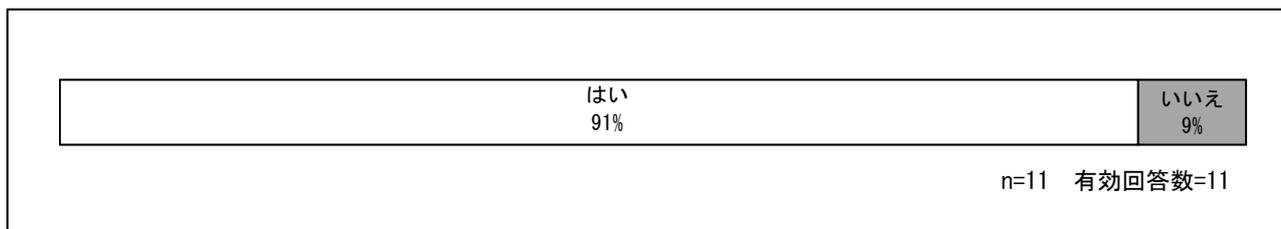
設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約9%

(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。

具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



(8) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

記載事業所無し

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

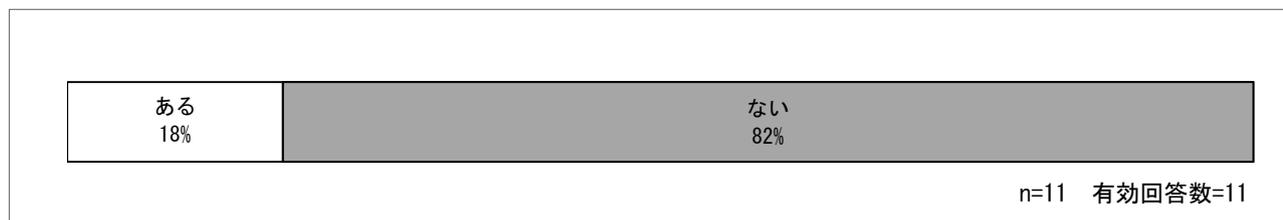
記載事業所無し

設問3(6) 夜間帯または休日で搬送先が判らず苦慮した事業所は100%

設問3(7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約91%

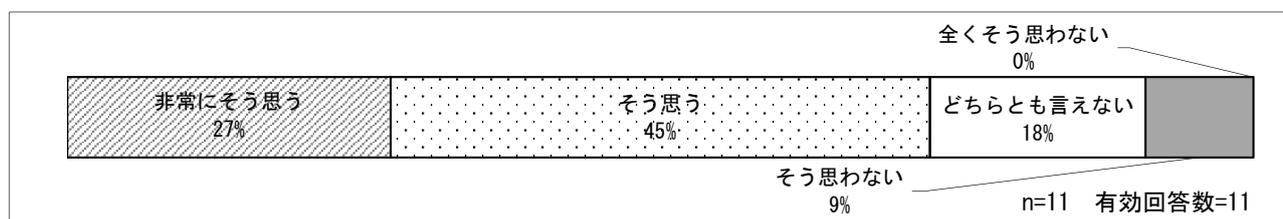
設問4：在宅での看取りについて

(1) 在宅での看取りに関わった経験がある。

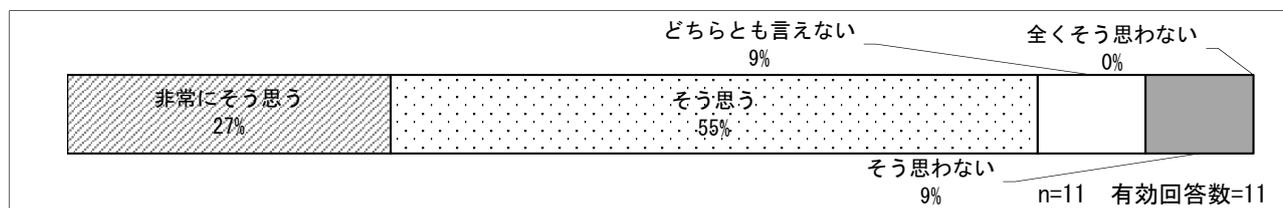


(2) 在宅で看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

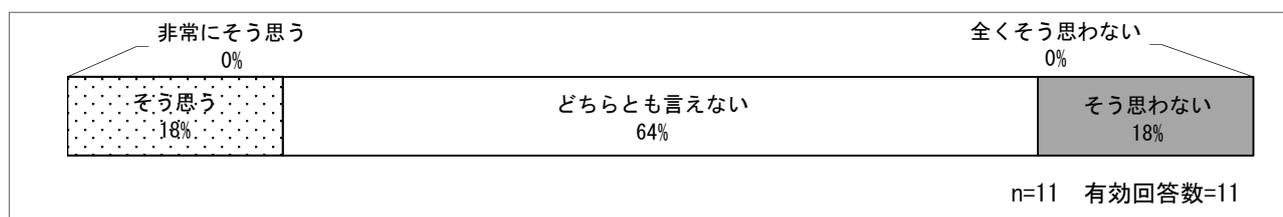
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、在宅で看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 在宅での看取りに関わった経験がある事業所は約18%
- 設問4 (2) 在宅での看取りは負担が大きいと感じている事業所は約72%
- 設問4 (3) 今後、在宅で看取るケースが増えていくと感じている事業所は約82%
- 設問4 (4) 在宅で看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約18%

設問5：設問1～4までに、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 医療機関、在宅介護サービスそれぞれ個々の利用者様の経時的な変化や状況がわからず、その都度利用者様、あるいはその家族が説明を必要としている。私たちはその負担を減らし、かつスムーズな展開ができなければならないと思う。

お薬手帳のようにそれぞれが共通に記録できるツールがあれば、便利ではないか？

- ・ ケアマネージャーの資格を持った人が増えている分、質の低下を感じますので、質の向上が必要と思われる。
- ・ それぞれの事業所の対応方法となっていることが多いと思う。基本マニュアルなどがあると良いと思う。そのためにも多職種との研修会などを行い、情報交換などして顔の見える関係を作ること大切だと思う。事業所のレベルを上げて、地域が良い環境へとなることが望ましいと思う。
- ・ 設問1に対して、病院によって退院前から担当者会議を開催していただけるところ、そうでないところがあり、後者の場合は入院時の状況を担当者に直接伺うことができず、情報の伝達が円滑でないと思う。

解決策として、退院時には必ず担当者会議を開催するか、または入院中の経過などを紹介文書として作成することが必要だと思う。

- ・ 訪問リハビリにおいて、看取りの時期にどのようなリハビリを行うことが正解なのか。またリハビリ自体可能なのかということを考える。痛みに対してもストレッチ・マッサージや関節可動域訓練を行っても軽減できる痛みではないと思われる。せめて、関節の拘縮ができないようにとは思うが。
- ・ ご家族の介護負担、利用サービスの選択・優先順位の選択、ドクターとの連携とセラピストの介入・対応・アプローチ、ご家族との距離感とドクター・ナースからの説明。
- ・ 退院前に訪問リハの導入が決まる事は、ほぼない。そのため、退院前カンファレンスに呼ばれることがない。

入院した際は、リハビリの有無によって添書を書くようにしているが、入院すると一切情報が入らないためその辺りで苦慮する。

書式に関しては、様々なものが出ているが結局統一されていない。脳血管パスは良いかどうかは別として、医療機関全体で動く事で浸透した経緯はあるかと思う。手段は見習うべきかと思う。

先生方はいつも書類を素早く書いていただき、頭が下がる。(まれに)遅い先生はそれを見越して早めの依頼・医療相談室に催促をお願いして対応ができています。

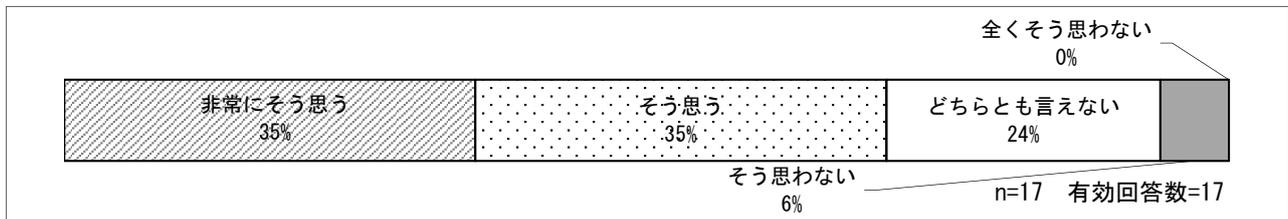
リハにおいて、医療のリハイメーजをもって介護でのリハを求められても困る事が多い。これは全職種に共通するが、「機能訓練＝リハ」となっている。(そうさせた私達が一番悪い)生活能力(→出来る事を増やす)を高めるためのリハビリにするため、啓蒙活動を医療と介護側で行っていく必要がある。

- ・ 設問1のカンファレンスへの参加について、現場に出ているためにセラピストの時間調整が難しい。

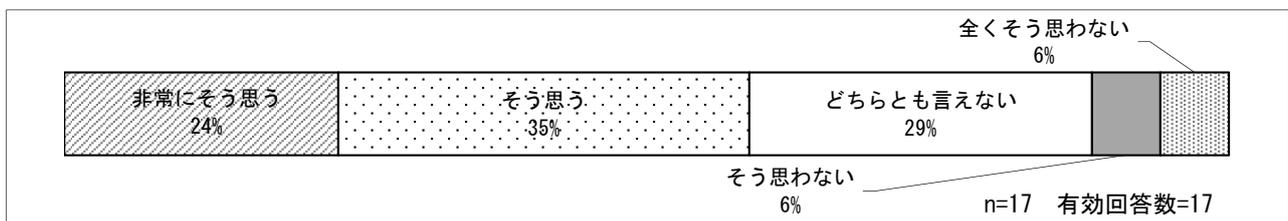
V 介護老人福祉施設,
地域密着型介護老人福祉施設
入所者生活介護

設問1：退院支援・調整について

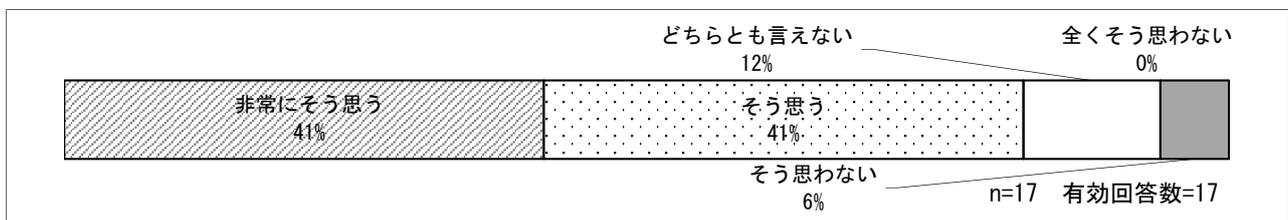
(1) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(2) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。



(3) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

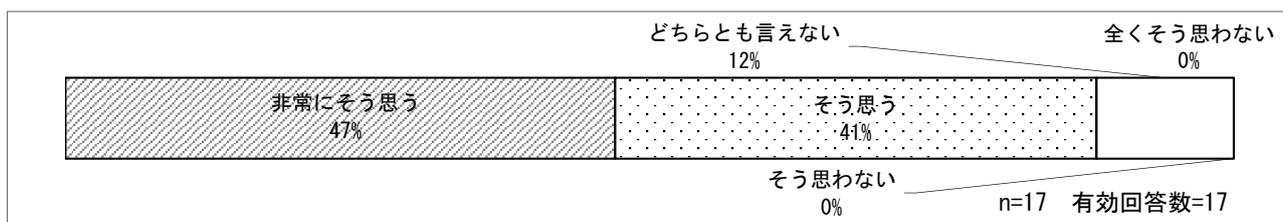


設問1 (1) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約70%

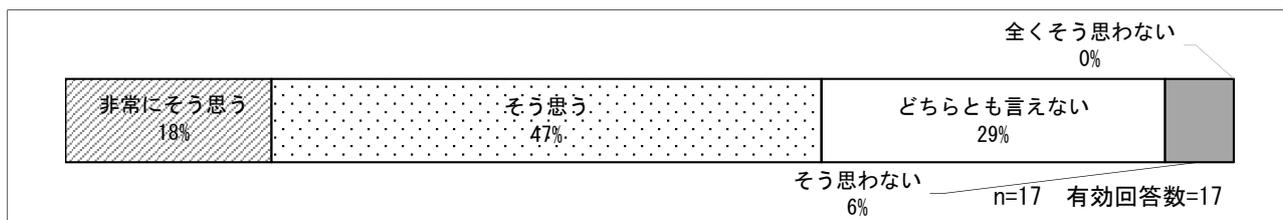
設問1 (2) 利用者・家族が十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約59%

設問1 (3) 病院の主治医、連携担当者と連携できていると回答した事業所は約82%

(4) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



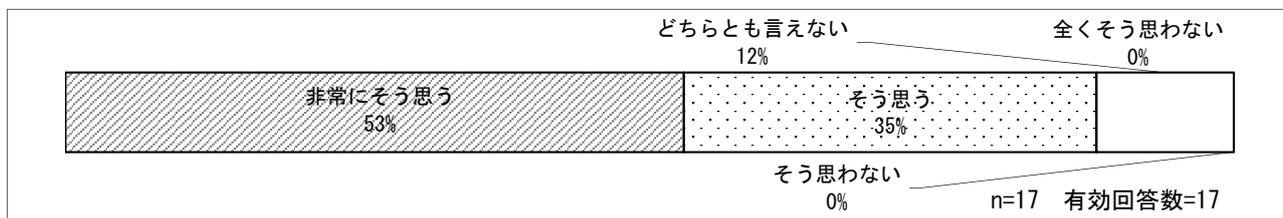
(5) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。



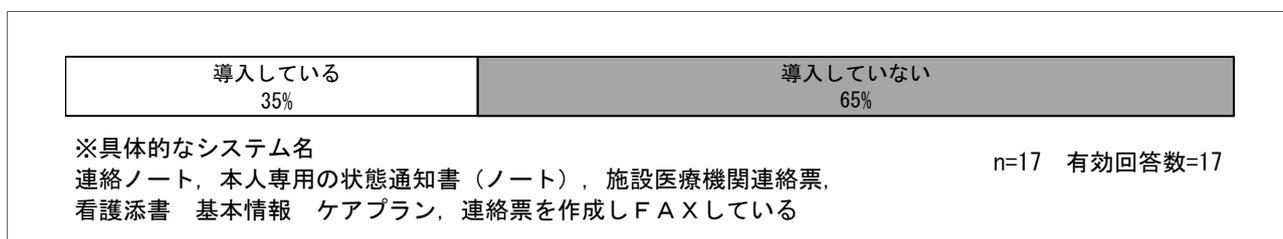
設問 1 (4) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 88%
設問 1 (5) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 65%

設問2：日常の療養支援について

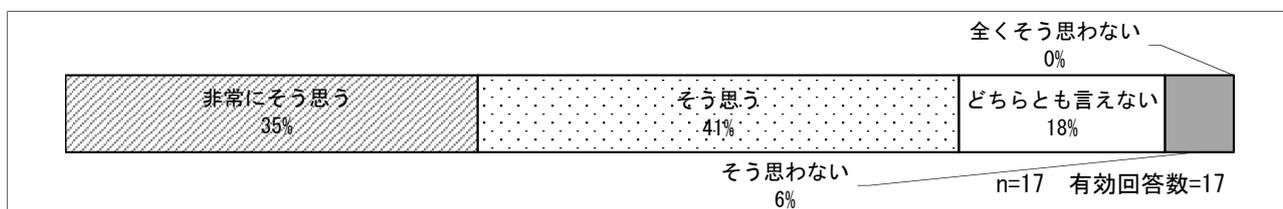
- (1) 協力医療機関との連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式（連絡票など）を作成運用すべきである。



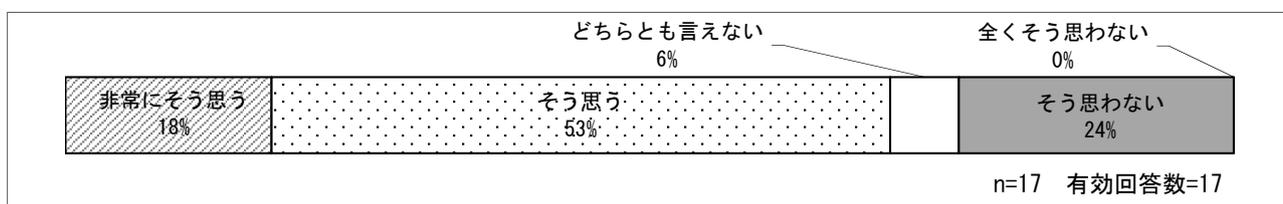
- (2) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



- (3) 協力医療機関との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良いと思う。



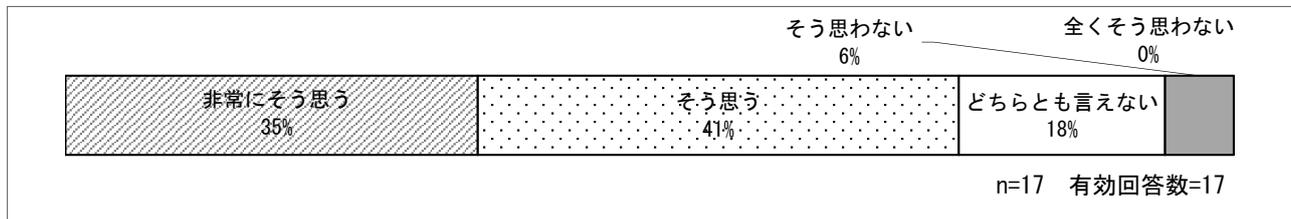
- (4) 協力医療機関との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができています。



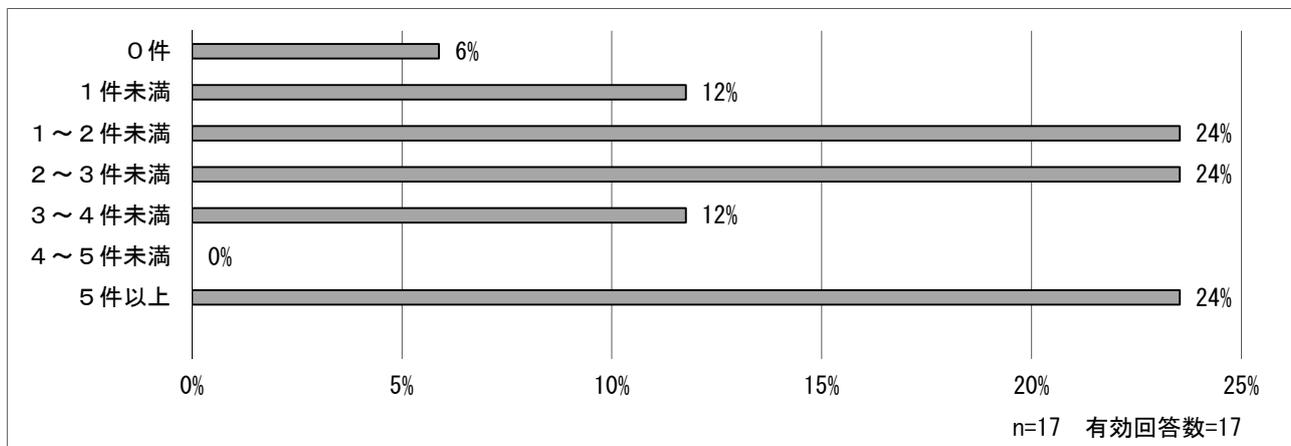
- 設問2 (1) 協力医療機関との連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約88%
- 設問2 (2) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約35%
- 設問2 (3) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約76%
- 設問2 (4) 協力医療機関との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約71%

設問3：急変時の対応について

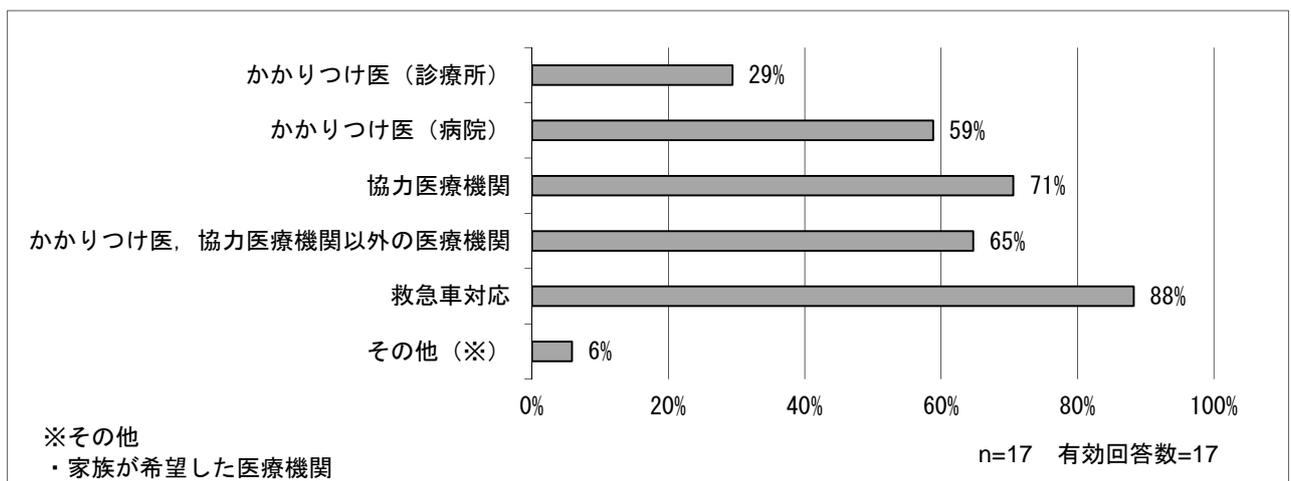
(1) 急変時の対応について、特養勤務医師や協力医療機関と情報共有・連携ができています。



(2) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。



(3) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)

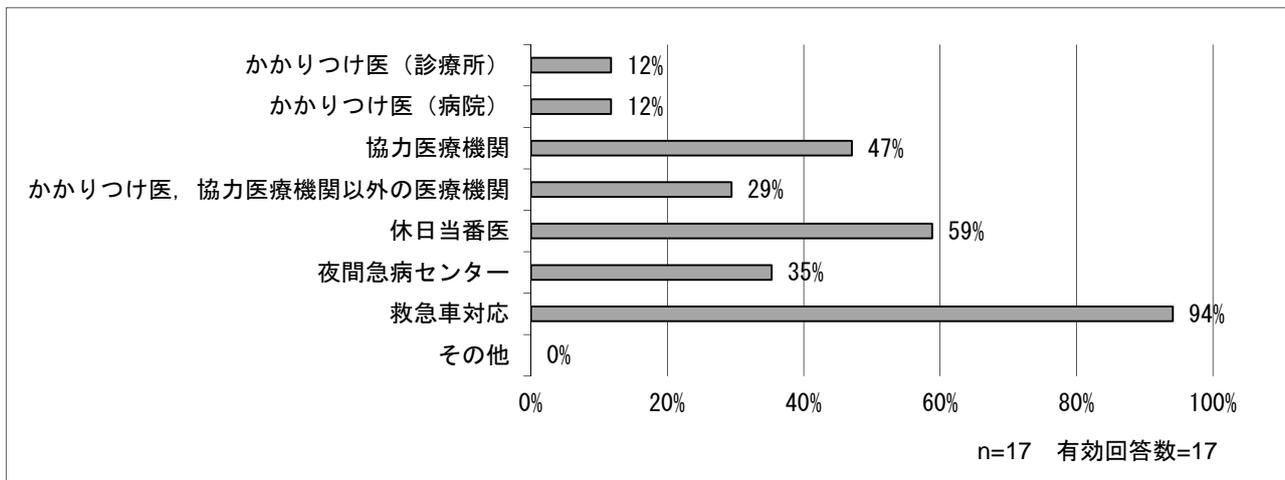


設問3 (1) 急変時に特養勤務医師や協力医療機関と連携ができていると感じている事業所は約76%

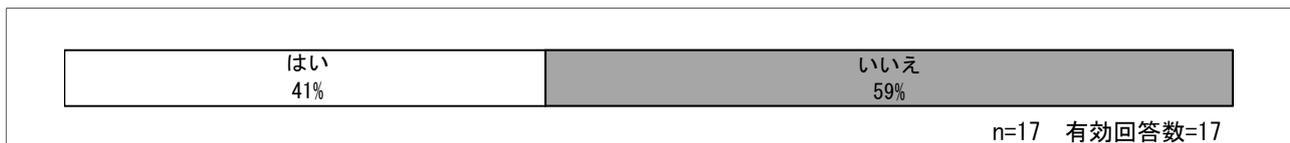
設問3 (2) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均3件 (47/17)

設問3 (3) ア 日中の容態急変時に約88%が救急車対応をとっている。

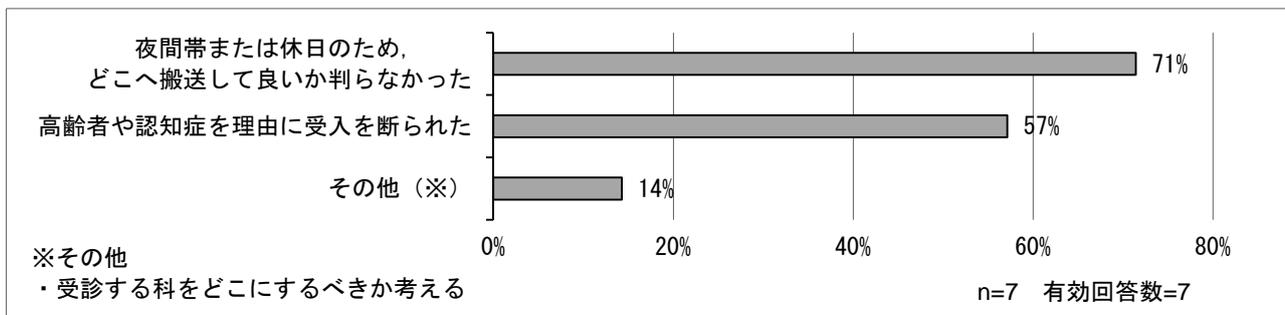
(3) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



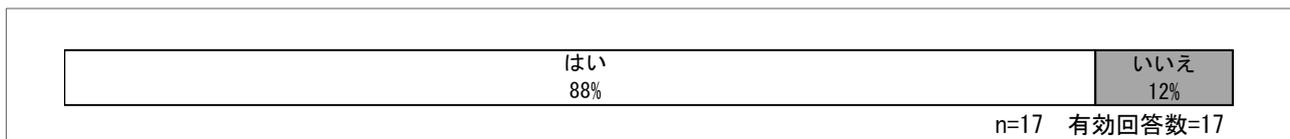
(4) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



(5) 上記(4)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(6) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



- 設問3 (3) イ 夜間・休日の容態急変時に約94%が救急車対応をとっている。
 設問3 (4) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約41%
 設問3 (5) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は約71%
 設問3 (6) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約88%

(7) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

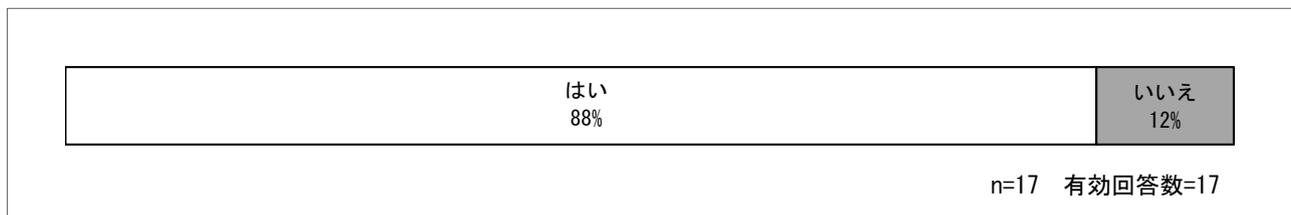
- ・ 「看護師がいるのにこの程度で救急要請をされたら困る」というような言動があり、看護師が救急車を要請する事に躊躇してしまう時が見られる。結果的に様態安定しただけであって、万が一の事態を想定し、連絡の遅れで致命になった場合などを考えると、看護師にかかる精神的負担が大きい状況が見られる。
- ・ 救急搬送後の待ち時間が長く、入院なのか、帰園しても良いのかの回答を受けるまでの時間が2～3時間、それ以上になる事もある。次から次へと救急車で患者さんが運ばれている状況は理解するが、入居者の方の状態を思えば何か良い案はないのかと思う。
- ・ かかりつけ医に連絡しても断られる。
- ・ 嘱託医より当該日の2次救急がどこか知りたいと依頼を頂くものの、当施設では教えていただくことができず答えられない。嘱託医と救急医療機関の医師が直接やり取りするためにも施設にも情報提供はしてもらいたい。

(8) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 整形外科2件、脳神経外科2件、循環器科、形成外科、皮膚科

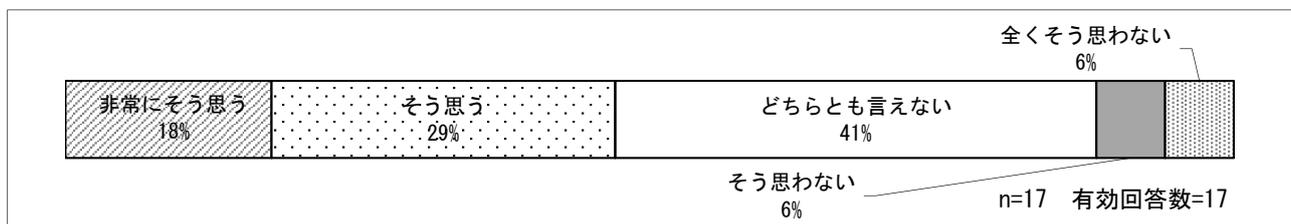
設問4：看取りについて

(1) 看取りに関わった経験がある。

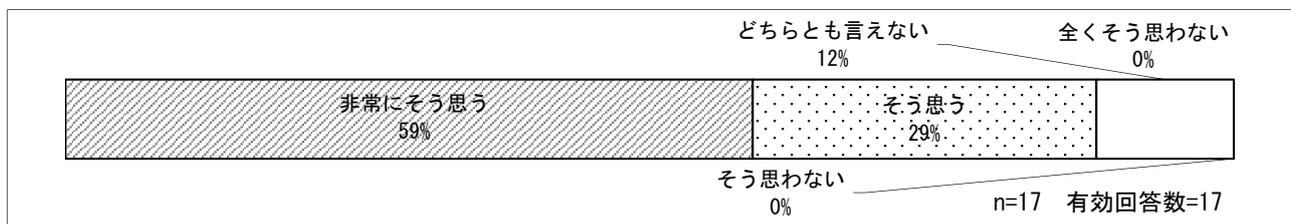


(2) 看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

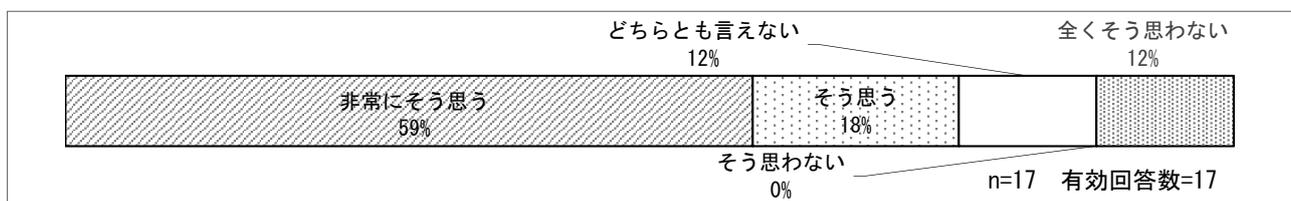
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 看取りをするために連携できる医師がいる。



- 設問4 (1) 看取りに関わった経験がある事業所は約88%
- 設問4 (2) 看取りは負担が大きいと感じている事業所は約47%
- 設問4 (3) 今後、看取るケースが増えていくと感じている事業所は約88%
- 設問4 (4) 看取りをするために連携できる医師がいる事業所は約77%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 医師が常駐していない介護施設では、急変時の医療不安がある。総合病院などは個別で夜間休日に電話相談できる窓口があると良いと思う。
- ・ ご家族は、大切な人に少しでも長生きをしてもらうために最善を尽くしたいという思いから、治療という選択肢を諦めたくないという気持ちがある。その一方で、看取られる入居者自身が、人生の最期をどこでどのように迎えたいかという希望を、必ずしも明確には持ち合わせていない状況もある。

生活の場である特養は、どこまでの治療や処置が可能となり、どのような看取りの形があるのかを明確に示していくことは今後も大切な事だと思う。ご本人やご家族が看取りに対する考え方や希望が多様化した時、施設においても入居者のニーズに対応した看取りを実施していけるよう日々研鑽していかなければならないと思う。

- ・ ①協力機関と施設との連携がうまく行われていない。②病状説明時、医師からの説明が不十分なため、施設利用者（患者）のご家族がきちんと病状等を理解できないままである。後日、施設側に病状の説明を求める事も多い。（その場合、施設から病院へ病状等を伺い、施設より家族へ説明している。）協力医療機関と施設の情報を共有するシステムが必要。
- ・ 退院時のカンファレンスは病院によって、Dr.が出席し説明し質問しやすい病院もあれば、カンファレンスが形だけのものになり情報が曖昧で不信感を持つところがあった。病院側の体制によるものなのかもしれないが、連携・協力と言うものとは程遠く感じられた。入居者の生活の継続（安心・安全・自立した生きがいをもった生活）が出来る情報提供という意識が必要と思われる。
- ・ 当施設の短い経験からだが、特養の入居者については、医療との連携（日常診療、入退院、救急搬送）はおかげさまで順調と感じている。

以下2つの問題を挙げる。

- (1) ショートステイで、医療との連携に歯がゆい感想を持つことがある。

【解決策】ケアマネジャーとの連携、看看連携の促進、介護職員の力量向上

【補足】体験パターン①医療につながらない状態で重篤化していたケースの受け入れ、②病院では治療終了とされたが、不安定な状態で退院となり自宅には戻れず利用したケース、において介護・看護職員の心身の負担が大きかった。

パターン①は、本人の受診拒否や認知症による判断力低下も背景にあり、ショートステイはADLの回復に注力しながら、支援体制づくりをケアマネと連携する。②は退院段階での本人や家族の意思決定の支援が十分だったのか疑問を感じるが多かった。

- (2) 施設内看取りをするための人材の育成が追いついていない。全市集合研修では解決できないと思う（職員受講自体が無理な現状）。

【解決策】①自施設：事業所内職種の徹底教育、施設内連携を磨く

②研修等を行うとしたら、「病院で死ねない」「でも施設も体制が不十分」「在宅（自宅・自宅でない在宅）も不安」ということを明示した上で、住民と、医療（病院・診療所）、介護（介護保険事業所、職能団体）、行政とで継続的に問題解決に取り組む場をもつのはどうか。住民（高齢者だけでなく、次世代、若年世代も）もパートナーにしないと、住民の期待値の高まりの一方で、介護現場は疲弊していく。

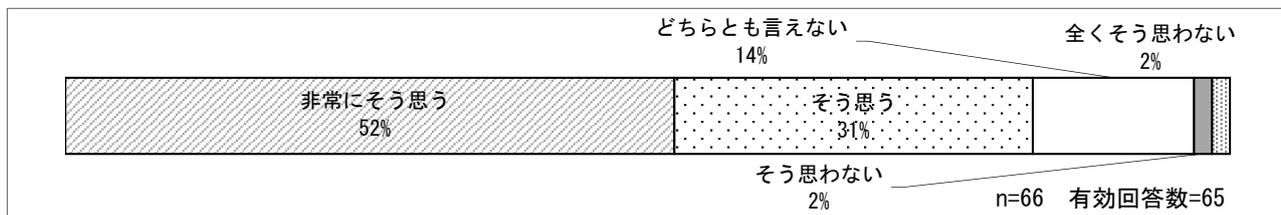
連携促進は全市一斉規模では無理と思う。旧四町村は地域性を生かした密な連携が行われていると聞く。

せつかくの日常生活圏域設定を生かして，市内に10の「地域包括ケアシステム・ワーキンググループ」を置くなどすると，介護従事者も出やすい。また地域包括ケアシステムの概念だと，その介護従事者たちがその圏域の住民に関わる確率が高いから，介護従事者は適度なプレッシャーを意欲に変え，よき協働関係を目指せると思う。グループでは事例分析を通じて，学びを深めるなどのあり方が考えられる。医科・歯科と行政は，所在立地を問わず機能で10の分担チームとして圏域に貼りつくか巡回するなどして，総合する役割を担っていただけではないか。

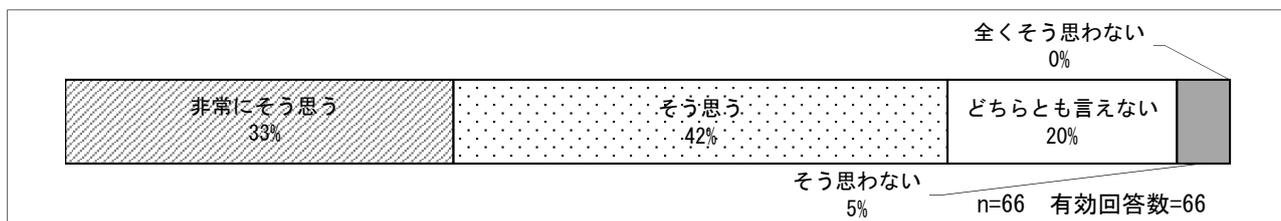
VI 認知症対応型共同生活介護
(グループホーム),
特定施設入居者生活介護,
地域密着型特定施設入居者生活介護

設問1：退院支援・調整について

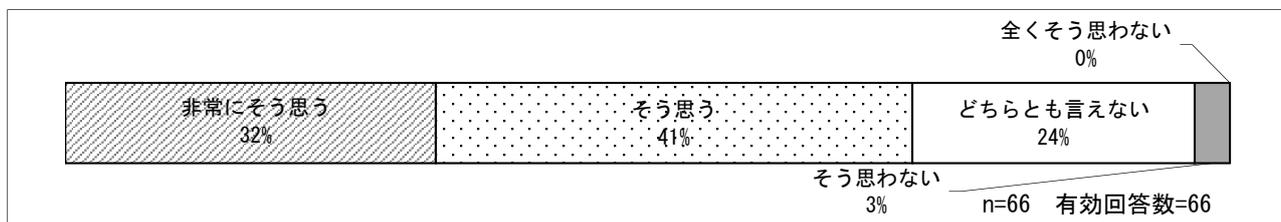
(1) 病院における退院前カンファレンスが開催される時には、必ず参加できている。



(2) 退院時に、利用者・家族は病状について病院の主治医・看護師等から十分説明を受けて理解している。



(3) 退院時に、病院の主治医または連携担当者（地域連携室など）と円滑な連携がとれている。

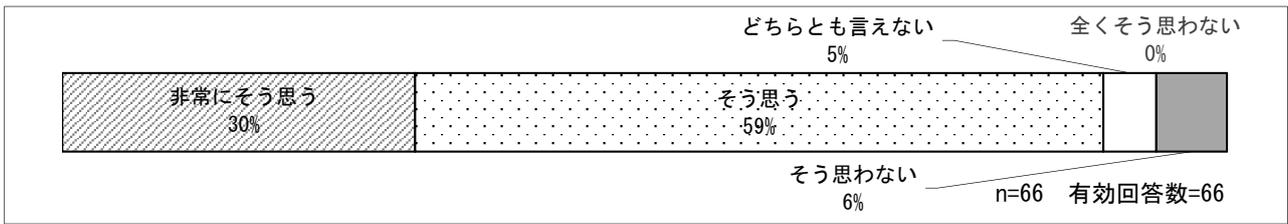


設問1 (1) 退院前カンファレンスに必ず参加できている事業所は約83%

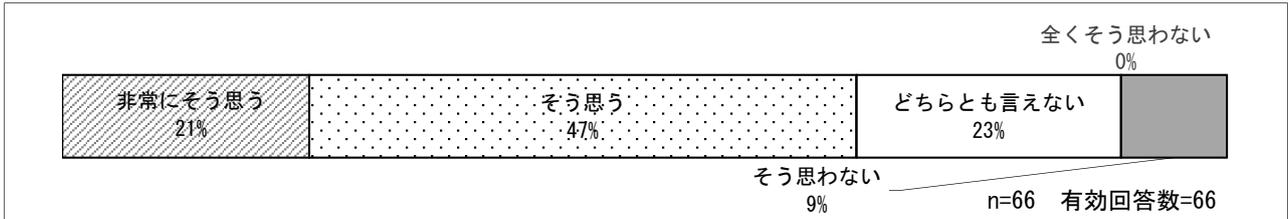
設問1 (2) 利用者・家族が病状について十分説明を受けて理解していると回答した事業所は約75%

設問1 (3) 病院の主治医、連携担当者と連携できていると回答した事業所は約73%

(4) 入院時に、病院に対して在宅時の状況について情報提供するなど適切な連携がとれている。



(5) 病院から事業所職員への適切な情報提供が行われている。

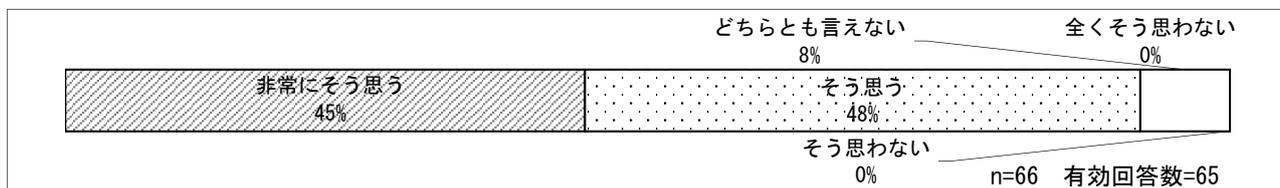


設問 1 (4) 入院時に、病院へ在宅時の状況を情報提供できている事業所は約 89%

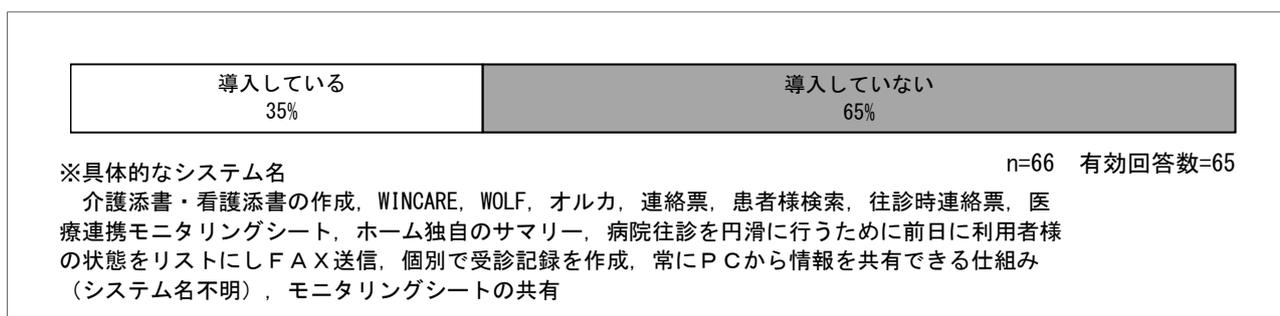
設問 1 (5) 病院から適切な情報提供が行われていると回答した事業所は約 68%

設問2：日常の療養支援について

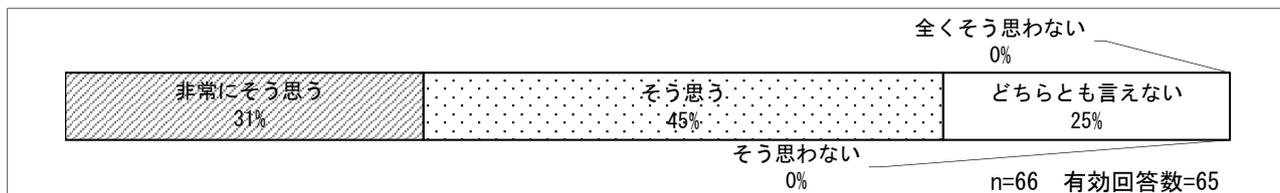
(1) 協力医療機関との連携を円滑に進めるため、情報共有するシステムや書式（連絡票など）を作成し、運用すべきである。



(2) すでに、そういったシステムや仕組みを導入している。



(3) 協力医療機関との連携強化のためには、連携する関係者との研修機会は、もっとあった方が良くと思う。



(4) 協力医療機関との「顔が見える連携（日常的に気軽に交流できる関係）」ができている。



設問2(1) 協力医療機関との連携を進めるために情報共有システム等を運用すべきと回答した事業所は約93%

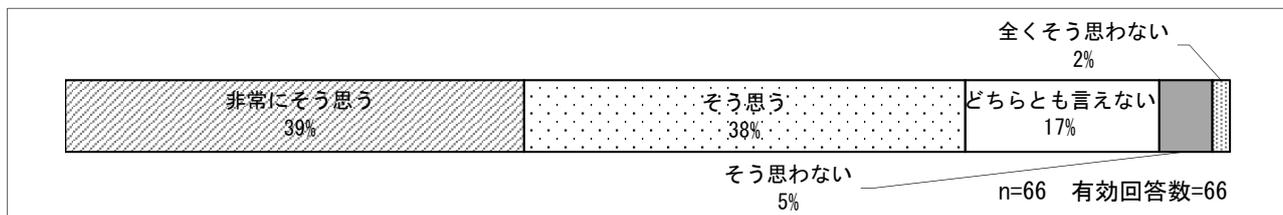
設問2(2) 既にそういったシステム等の導入をしている事業所は約35%

設問2(3) 連携する関係者との研修機会が増えることを希望している事業所は約76%

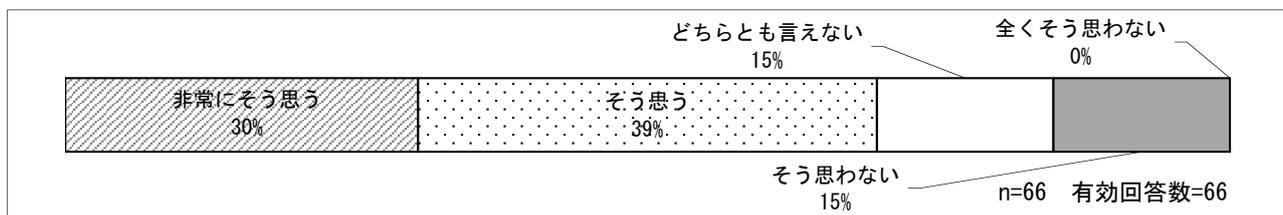
設問2(4) 協力医療機関との顔が見える連携ができていると回答した事業所は約58%

設問3：急変時の対応について

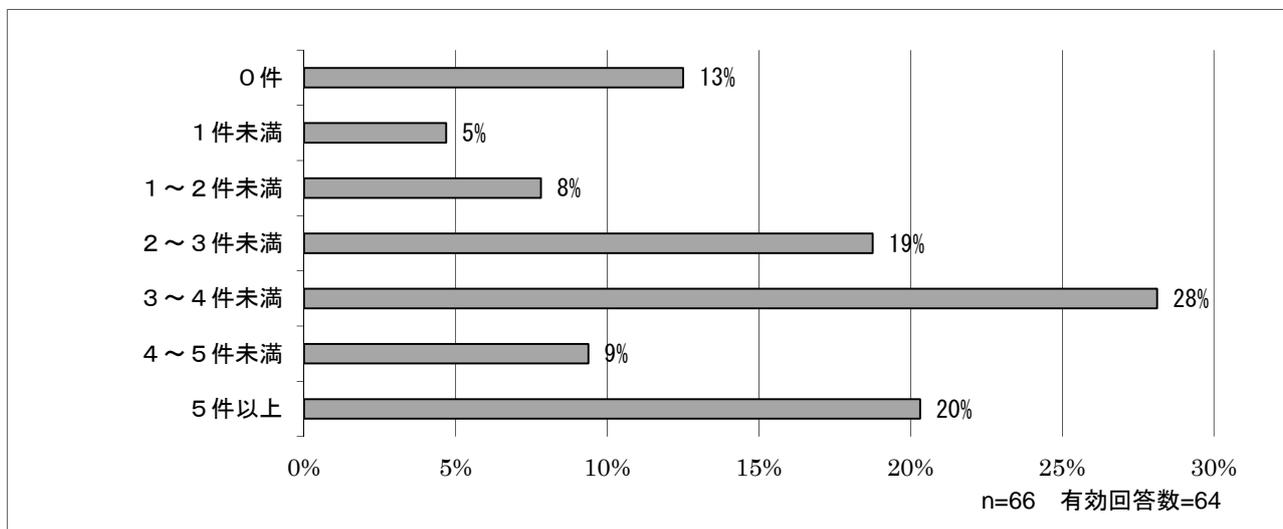
(1) 急変時の対応について、かかりつけ医や協力医療機関と情報共有・連携ができています。



(2) 休日や夜間に対応可能な地域の医療資源（訪問診療，訪問看護など）が不足していると感じることがある。



(3) 貴事業所において、利用者の容態が急変し病院受診が必要となるケースは月にどれくらいありますか。件数を記載願います。

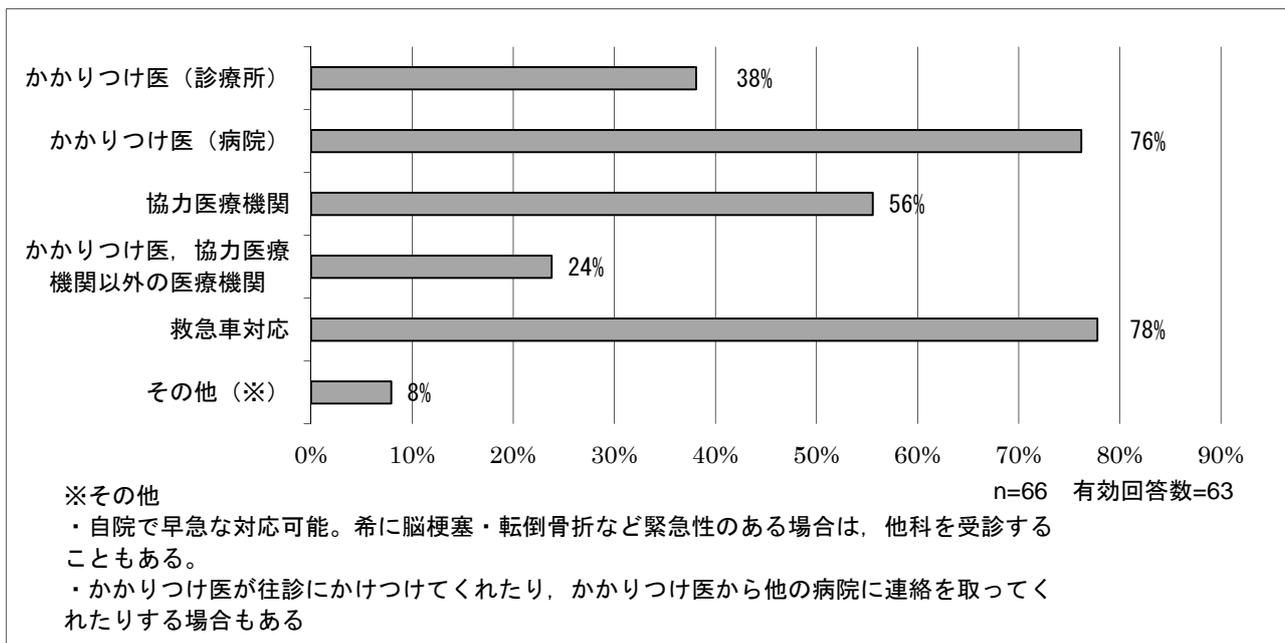


設問3 (1) 急変時にかかりつけ医や協力医療機関と連携ができていていると感じている事業所は約77%

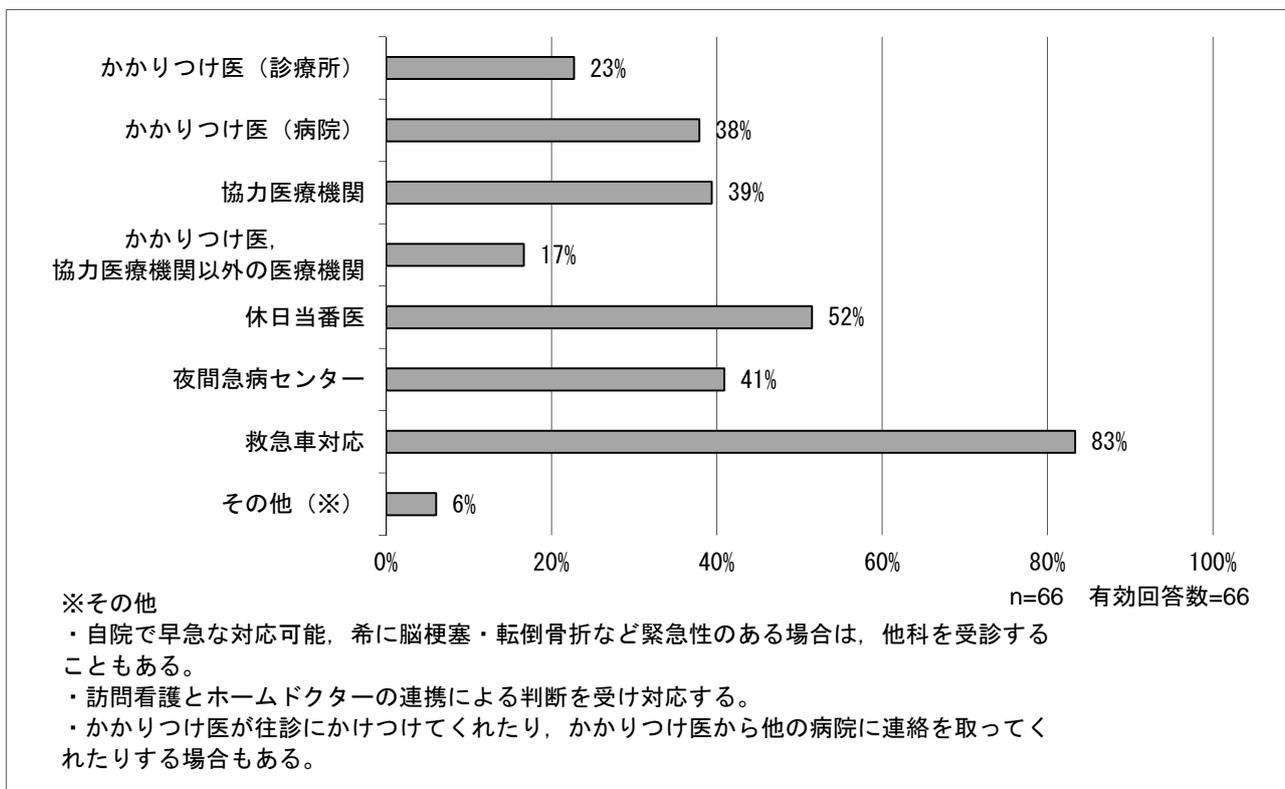
設問3 (2) 休日や夜間の医療機関が不足していると感じている事業所は約69%

設問3 (3) 利用者の容態の急変により病院受診が必要なケースは平均2件 (150/64)

(4) ア 日中に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



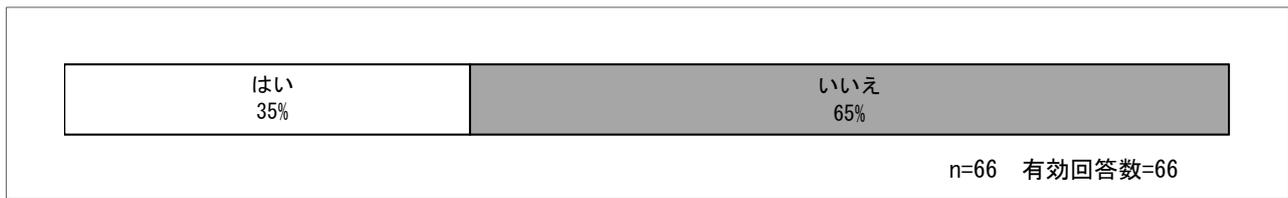
(4) イ 夜間休日に容態が急変した場合、どこを受診しますか。(複数選択可)



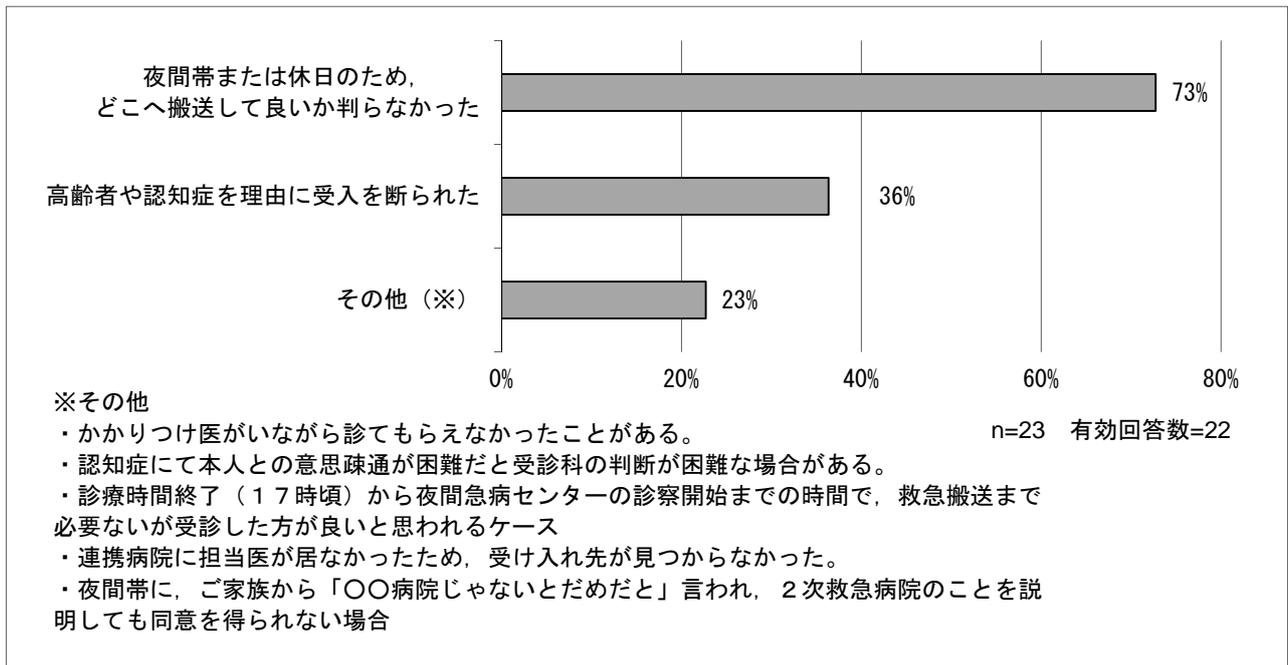
設問3 (4) ア 日中の容態急変時に約7割以上が、かかりつけ医(病院)での受診、または救急車対応をとっている。

設問3 (4) イ 夜間・休日の容態急変時に約83%が救急車対応をとっている。

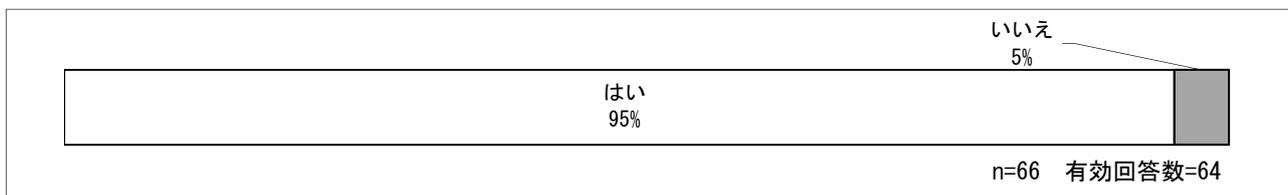
(5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがありますか。



(6) 上記(5)で「はい」と答えた方にお聞きします。具体的にどのようなことで苦慮されましたか。(複数選択可)



(7) 貴事業所では容態急変時のマニュアルが定められていますか。



設問3 (5) 容態急変時にどこを受診したら良いのか苦慮したことがある事業所は約35%
設問3 (6) 夜間帯または休日でも搬送先が判らず苦慮した事業所は約73%
設問3 (7) 容体急変時のマニュアルが定められている事業所は約95%

(8) 現在の救急医療体制に何か不満があればお書きください。

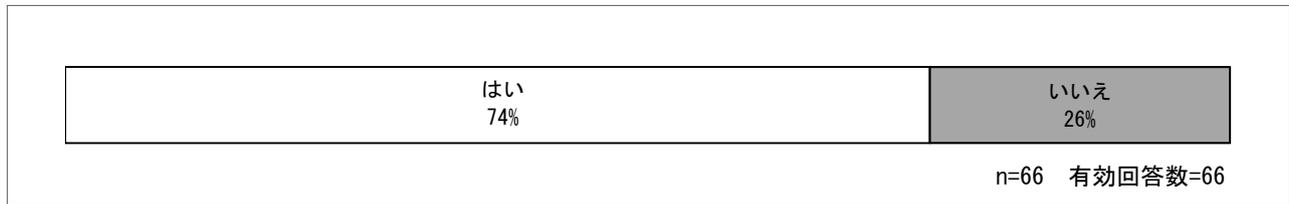
- ・ 認知症の方で周辺症状のある方は、受入を拒否されることが多々ある。
- ・ 受診時の様態が病院としては、さほど心配ではないという考えで帰されてしまうケースがある。一旦施設に戻ると再度様態が悪くなるケースがあるので、その面も考慮し診察して欲しい。
- ・ 認知症疾患センターの救急医療体制の受け入れが限界となっているため、受診が必要な状態の時に速やかに受診が出来ない現状があるのではないか。
- ・ かかりつけの病院に診察時間ギリギリに連絡すると時間外だと言われ断られた。
- ・ かかりつけ医や協力医療機関が休日や夜間の受け入れが出来ない場合が多い。救急搬送した場合、訪問看護ステーション・主治医と受入れ機関と直接連携を図って医療情報を共有することが出来ないか。
- ・ 認知症が理由で入院治療ができない、入院できても早期退院を余儀なくされることが多い。
- ・ 連携病院から違う病院にかかった方がいいと言われたこと。
- ・ 「脳梗塞の診断において、画像に現れてこない患者は2～3日であれ入院させられない」という鉄の掟があるため、症状が早期発見され日中のうちに専門病院に受診案内したが、追い返されてしまった。脳梗塞はその“疑い”によって入院措置の判断を取らなければ、早期発見は意味を成さない。患者を救うことができないばかりか、家族（仕事持ち）や施設職員（夜間1人体制）で、症状が現れる度に“疑い（確信に近い）”により救急搬送を繰り返さなければならない負担を考えていただきたい。
- ・ 容態が悪いが年末年始の為、どこの病院からも様子を見てと言われた。
- ・ 消防職員から「こんな状態で救急車呼ぶの？忙しいんだけど。」と言われた。
- ・ 夜間の救急搬送時、初めかかりつけ医（総合病院）へ救急隊が受け入れ要請をしたが断られ、その後、二次・三次病院ともに断られる。結局2度目に要請した二次病院に行くことになった。その間（40分以上）救急車内で状態が悪い中待つことになったケースがあった。
- ・ やはり休日の救急搬送時に救急車に乗ることもあったが、状況によって受け入れられないとの回答された病院が多く、結果的に搬送するまで30分以上かかったこともあった。
- ・ 夜中の救急対応で症状がやや治まっても、様子見で一泊入院可能な病院が少なく、帰ってくださいと言われる。施設に医療体制は無く病状によっては、介護員だけでは、夜間の心配が大きい。次の日まででも入院させてほしいと思う。

(9) 救急体制を強化してもらいたい診療科があればお書きください。

- ・ 脳神経外科 3件、整形外科 3件、内科 5件、外科、総合病院系、認知症専門診療、認知症で興奮状態になった方の受け皿

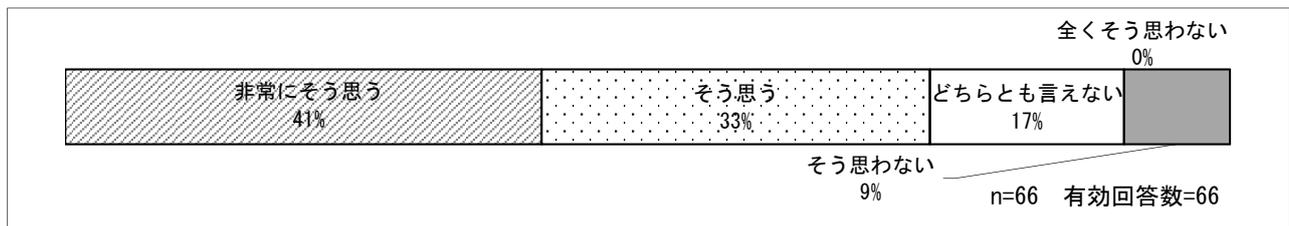
設問4：看取りについて

(1) 看取りに関わった経験がある。

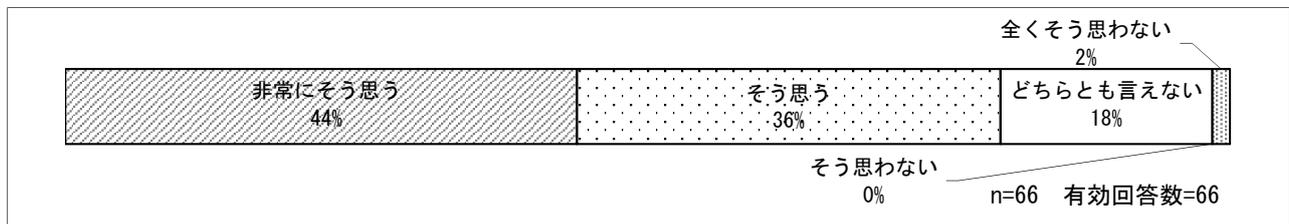


(2) 看取りをすることは、事業所職員にとって負担が大きい。

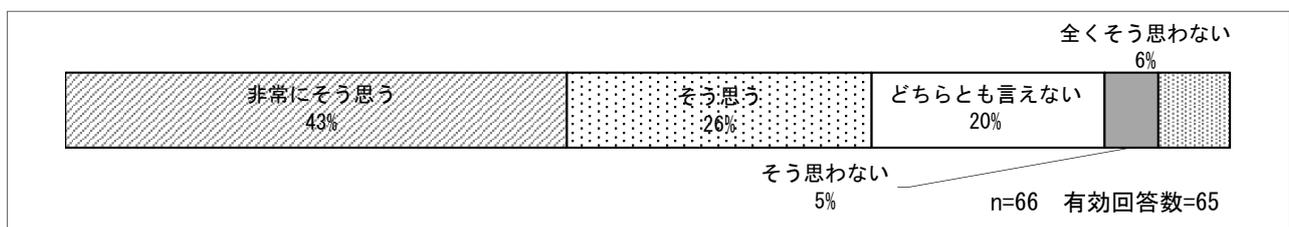
※看取りに関わった経験の有無に拘らずお答えください。



(3) 今後、看取るケースは増えていくと感じている。



(4) 看取りをするために連携できる医師がいる。



設問4 (1) 看取りに関わった経験がある事業所は約74%
 設問4 (2) 看取りは負担が大きいと感じている事業所は約74%
 設問4 (3) 今後、看取るケースが増えていくと感じている事業所は約80%
 設問4 (4) 看取りをするために連携できる医師がいると思っている事業所は約69%

設問5：設問1～4までに關し、問題と思うことと、その解決策をお書きください。

- ・ 認知症の方の受入体制の強化、認知症患者受入加算（案）などの創設。
- ・ 土日祝日、夜間時にご利用者の体調が崩れ、身体状況の変化が見られた際には、かかりつけ医にも相談などできないことが多いため、急変症状、状況や既往歴などの報告で、当日の当番病院や受診先を照会できる電話相談室のようなところがあると助かる。
- ・ 福祉施設として、入居されている方の健康管理面が不安としてある部分なので、病院関係者と施設関係者のワーキング研修を実施する。
- ・ 介護スキルのアップ、知識習得が重要
- ・ その人がその人らしく生活することが大事であるが、例えば食事を経口摂取できなくなっても、その家族の意向で経管栄養・胃ろう造設等で寝たきり状態となり、生かされてる感が強いが、果たしてその人はそれを望んでいるのであろうか。それが医療費・介護費の増大を生み、高齢者が増える事と比例して日本経済も圧迫する事となっている。本来、経口摂取ができなくなった時がその人の寿命と考え、住み慣れた自宅で最期を迎える事が幸せでないかと思う。その為にも在宅医療・在宅介護の充実が必要と考える。
- ・ 協力病院がある事は安心だが、緊急を要する際の急変時の優先順位（救急車が先か？病院が先か？）の判断が難しい。また夜間の急変時、担当以外のDrだった際、利用者についての情報がどこまで伝わっているか、共有できているか不安である。
- ・ グループホームへの入院中や退院時の病状説明がない医療機関がある。ご家族へ病状説明をされて、グループホームがご家族より聞き取りをする場合があるが、適切な情報を得ることが出来ないことが非常に多い。ご家族も医療機関の説明を適切に理解できていない事や日常生活を送るために必要な情報を医療機関から聞き取ることが出来ないのが現状。

入院中に医療機関側が困ったことだけは連絡をするが、患者本人の日頃の状態確認が少ない中で判断をされてしまうため、著しくADL・IADLのレベルが低下してしまう事や、頻繁に面会にいかなければ入院中の状態を把握出来ないことも多い。

また、情報提供を十分に行っても、入院までの案内された先で同じ質問を繰り返し受け、医療機関内での情報提供がスムーズでないことがうかがえる。介護事業所によっては、医療機関がどんな情報を知りたいと思っているのかを存じていない場合もあると思うので、両機関が同時に参加出来るグループワーク研修等が開催されても良いのではないだろうか。また、介護事業所の医療面の知識不足も浮き彫りだと思うので、強化することで医療機関との意思疎通がしやすくなると思う。

- ・ 今後ホームや在宅で看取るケースが増えてくると思うが、利用者様や患者様が望む場所で看取れる環境を整備することが難しい。
- ・ 平日日中は、かかりつけ医に気軽に相談する事ができており、夜間祝日は医療連携Nsに相談している為、ホーム職員だけで判断して対応する事が少ないので、その点では負担が少ない。
ただ、平日の日中は変わりなかったのに、祝日になると体調不良になる方や、尿路感染の場合などは夜間に急な高熱が出る場合が多く、その際はかかりつけ医に診ていただくのが困難なため、当番医や夜間急病センターで受診している。
- ・ 医療連携している医療機関は、24時間いつでもちょっとしたことでも何でも相談に乗ってくれるので本当に助かっている。そういう地域医療に携わってくれている医療機関なしにグループホームでの健康管理、特に看取りは困難だと思う。
- ・ 症状により入院と説明された後で長時間待たされ、入院後は病棟でホームでの生活状況を時間をかけて聞かれるが、待っている間に必要事項の記入ができれば時間短縮できると思う。

- ・ 状態変化し救急搬送し入院が必要であるときも認知症状があるとすぐに施設へ戻され治療ができないことがあり、また高齢なため治療を行っていただけなかったケースもあった。そのため往診ができ看取りも行っていただける病院を探すのに苦労した。
- ・ 休日等の当番医について、バリアフリー対応ではない病院の場合、車椅子の入居者様に、とても負担をかけてしまう。また、転倒などのリスクも増えてしまうのではないかと思う。あまり普段は利用する事がないが、以前、休日当番医に受診した際、そう感じた。
- ・ 各施設、医療機関でフェースシート、基本情報等が存在するがその内容が様々である。お薬手帳のように自分史手帳のようなものを普及できないか。

看取りは主治医や医療の24時間365日の協力や連携がないと困難だと感じている。また、職員配置によって介護職員の心身の負担が大きく離職に繋がることもあり、看取りを行うことには消極的にならざるを得ない。

- ・ 病院は介護施設の役割や現状を理解していない部分が多い。入院期間が過ぎると退院ばかりを要求し、施設での生活において医療面からの指導等が不十分な場合が多い。(協力医療機関以外の)施設との協力体制の研修などあれば良いと思う。
- ・ 地域包括ケアシステムの方向性から見ても、今後、看取りを行わなければ適切な運営ができなくなってくると思われるが、看取り、看取りと思いや言葉だけが先行し、各事業所で看取りが掲げられていても、きちんとした医療との協力体制が整っていないところも多いのではないかと感じる。

医療処置が高く、急変する可能性が高い看取りは、医師や看護師の配置がある施設と比べ、一時的なものであっても介護職員による対応や判断が必要な状態が余儀なくされ、医療連携がきちんと確立されていないままでは、介護職員の不安、負担が大きく、利用者にとっても事業所にとってもリスクが大きいと思われる。

利用者の主治医がそれぞれ違う当ホームでは、実際に看取りの状態となった時、各主治医が24時間体制で協力してもらえるか?となると疑問が残る。グループホームの看取りは、普段から定期的に往診できるような医師などがしっかり配置されたうえで、日ごろの連携が図れていて、且つきちんとした看取り研修を行われていることで、初めて実現可能なものであると考える。

- ・ 医師が消極的であり、こちらの職員の話をおあまり理解できていない様子である。検査し薬を出すだけで、これといった指示を出してくれず、病院側のミスまでこちらに押し付けてよこす。(薬の処方について)ナースも認知症ということを理解していない接し方である。

看取りはスタッフの負担が大きく、医師やナースの協力も不可欠であるが、今の体制では無理だと思う。利益を考える前に本人にとって一番良い方法は何かを優先に考えるべきだ。

- ・ 医療連携を推進していくうえで、介護員の観察や気づきが重要だと思う。普段から救急時、急変時の対応の学習会をしていくこと、また医師や看護師が介護員の気づきの声を偏見なく聴くことが大切だと思う。
- ・ グループホームでは特に看護職員の配置基準はないが、看取り体制のために看護師を配置しているが、やはりなかなか人員は集まらない。他施設への移動も含め検討して必要があるが、ホームとしてはなるべく施設での看取り体制をこれからも整えていきたい。そのためにも医療との関わりは重要であると認識している。
- ・ 看取りを行うには、24時間体制の訪問看護ステーションの存在が不可欠。
- ・ 医療との連携はとれている方だと思うが、看取りへの協力体制等については課題もある。

- ・ 設問1：カンファレンスの開催や連携担当者からの情報提供は病院によって格差がある。特に退院前の情報提供をしっかり行ってもらえるとありがたい。

設問2：かかりつけ協力医療機関（総合病院循環器内科）に、血便や発熱があることを相談したら、診療科が違うので消化器内科に受診するよう言われたが、消化器内科は新患は受け付けていないと言われた。仕方なく他の病院を受診したが、循環器も関係あるかもしれないからと、結局かかりつけ総合病院の消化器内科に紹介状をもらい受診する事となった。何のための総合病院なのか。

設問4：今後、施設で看取りを行う事は重要になると思うが、往診へ来てくれる医師がもっと増えなければ現実的には難しいと思う。

- ・ 医療連携を組んでいる医療機関との連携がスムーズであるか否かで実現可能であると思う。職員の入れ替わりもあり勤務体制や職員の経験やスキルなど不安はある。医療機関スタッフ、施設スタッフ、家族のチームで看取るという姿勢が大切だと思う。
- ・ 医療側の介護や施設の理解が薄い。まだ介護施設において「暮らし」というものを理解されていない関係者もいるのではないか？また、施設側としては看取り介護を含めた介護の考え方が成熟していない。つまり職員の人材不足や離職率も相まってなかなか教育をしても浸透しない施設が多いのではないか？
- ・ 看取りに関して夜間医師が対応できないため救急車で運ぶしかない。

※ 第5回協議会資料抜粋

○退院支援分科会（連携ルール作業部会）で今後協議いただきたい事項

1 アンケート調査結果の概要

「退院支援・調整について」

- (1) 退院支援・調整のルールの統一化などのあり方
- (2) 退院前カンファレンスの参加拡充
- (3) 患者，利用者および家族への丁寧な病状説明
- (4) 主治医等医療関係者との連携強化
- (5) 医療・介護双方向の情報提供のあり方

2 アンケート自由記述について

(1) 具体的なコメント例

- ・ 退院時の連絡，調整
- ・ 入院時の調整
- ・ カンファレンスの必要性，あり方
- ・ 連絡・連携体制
- ・ 患者・利用者家族との関係
- ・ 退院支援窓口，担当の不存在
- ・ 医療関係者の介護知識，スキル，認識不足
- ・ 医療機関ごとの介護に対する認識の格差
- ・ 医療・介護の役割の別の認識
- ・ 医療・介護の垣根，温度差
- ・ 介護関係者の医療知識，スキル不足
- ・ 医療系ケアマネ，介護系ケアマネの別の認識
- ・ その他

3 協議の進め方について

- (1) 連携ルール ～ 手引き，ガイドライン，フローチャート，マニュアル
- (2) 先進地事例（作業部会にて資料として参考配付予定）
 - ・ 福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き
 - ・ 名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドライン
 - ・ 在宅療養連携推進 よこすかエチケット集

アンケート自由記述コメント一覧(「退院支援・調整について」関連抜粋)

自由記述
I 居宅介護支援事業所
<ul style="list-style-type: none"> ・病院により連携が取りづらい場合もあるが、おおむね良好に連携が取れている。 ・退院調整時に医療ソーシャルワーカーから患者へ、間違った介護保険サービスの説明がされ困ったことがある。最終的に利用がなくても構わないので、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所に早い時点から関わらせてもらいたい。 ・退院時の連絡・調整がスムーズに行くか行かないかは、医療機関によって違う。在宅支援について、あまり知識のない医療機関とはうまく連携できていない。「多職種の連携」というより、医療機関と在宅関連事業所の連携が必要である。 ・ケアマネージャーと訪問診療の医師、訪問看護師との連携が重要と思われる。
<ul style="list-style-type: none"> ・当事業所は病院との連携がとりやすい。ケアマネージャー業務の範囲が広すぎる(やりすぎ)のではないかと最近感じる。本来は家族が主体となり、ケアマネージャーはサポートの立場なのだが、全ておまかせの無責任な家族が増えている。制度がそうした傾向を作ってしまったのかもと考えており、深くかかわりすぎるのもどうなのかと感じる。
<ul style="list-style-type: none"> ・方法が異なって困るのではなく、退院支援をしてくれなかったり、窓口がなかったりする医療機関もあり困ることがある。 ・非常に連携の取りやすい病院とそうではない病院との差が激しい。担当者や病院の意識の違いなのだと思う。 ・退院に向けての病院側の支援の中で、在宅での生活を想定しての支援ではない時に困ることがある。退院支援の中で医療側の役割と介護側の役割の明確化。時々、医療側で行うべきことを求められることがある。 ・定期巡回・随時対応訪問介護看護は、函館においては12事業所あるが、訪問診療を行う医師との信頼関係や連携に疑問がある。
<ul style="list-style-type: none"> ・設問すべてに病院、医師、相談員、看護師に温度差がある。事業所・就業者も様々で、連携がうまくできないこともあり、事業所間の調整が大変である。主治医と温度差があり、あなたたちに何がわかるの?という態度の先生もいるので、連携を図ることが難しい。介護保険制度で訪問看護を導入する場合、主治医が自分に都合の良い訪問看護ステーションを勝手に決め、家族が看護師と相談したい場合も、まだ必要ないと言い、必要なサービスを導入できないことがある。介護保険制度を理解していない医療関係者が多く、なかにはケアマネージャーとヘルパーを同じ職種と思っている医師がいたり、医療系のケアマネージャーしか難病や末期がんの在宅ケアができないと福祉系ケアマネージャーを下に見る医師もいる。もちろん、ケアマネージャーが悪いこともある。組織内でのスキルアップが必要である。福祉系でも、医療系サービス事業者との連携により、在宅支援は可能。上記を解決するには、医師会、看護師会、相談員の会等、医療と介護に係る職種すべてが、医療制度と福祉制度の連携の必要性を学び、連携することの重要性を理解できる環境や勉強会、研修会を開催したり、保険者が主体となり、連携を図るとよいと思う。ケアマネージャーの自己研鑽も必要。
<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の連携については、要請のある病院とない病院がある。また、あっても退院の日程が直前に迫ってからの連絡がほとんどで、開催日時はすべて医師の都合で決められるケースが多い。そのため、他の予定を変更したり取りやめなければならないことがあるので、せめて一週間くらいの余裕がほしい。 ・地域包括ケア病棟の設立により、家族が転院リハビリを希望しても、連携室は在宅を進め、しまいには75%の枠に入れたいため、ショートを使ったらどうかと提案する。
<ul style="list-style-type: none"> ・入院すると医療保険に変わることでケアマネージャーの対応は離れるが、連携室は家族と面談せず、すぐケアマネージャーに連絡し、家族の希望を伝えても、家族との対応をしていない状態である。以前、入院中の独居の方の施設入所の際、連携室は全く動かず、施設探し、引っ越し、入所等全てを対応しなければならず、その間、無償サービスであった。
<ul style="list-style-type: none"> ・病院によっては対応が悪い連携室がある。 ・医療的なことを介護従事者に頼りすぎているかと思う。早く退院してもらいたいとかではなく、他の病院を紹介する等もっと行っていただけると助かる。 ・連携しやすい病院へは入院時の情報提供を積極的に行い、そうすることで退院時の情報を貰えて、より良い関係が築けている。ケアマネージャーが何のために情報を持って来ているのか理解していない病院の場合、入退院時の連携をしにくく、入院しても足が遠のいている。治療・リハビリなど、それぞれの病院の役割があることはわかっているが、なおのこと、入院直後から転院や退院の話早くから共有し一緒に考えていける場が、ケアマネージャー、家族、病院関係者で持てると思う。 ・退院の連絡がなく(または退院当日)で、在宅でのケア指示や医療的な注意点等の連携が取れない病院が多い。転院の時も同じ。サマリー等の後日出しをお願いしたりと、介護側ばかりが走り回ることが多い。
II 介護予防支援事業所
特になし
III 訪問看護ステーション
<ul style="list-style-type: none"> ・病院によって対応に差がある。指示書をなかなか書いてくれない医師がいる。大半は書いてくれるが。 ・医療機関によって、連携のとりやすさが違う。大きい病院ほど難しさを感じる。入退院だけにかかわらず、在宅部門との連携の窓口がわかりやすくはないと思う。“地域連携室”一本化など。 ・地域的に往診してくださる医師が少ない。受診困難になった時点で往診医導入できずに、望まない入院となるケースもある。また、往診しない医師が在宅困難と判断した時点で他の病院にまわしてしまい、病状の進行したところから新たな主治医との連携が難しかったケースがある。解決策があったら教えていただきたい。

自由記述

・今から10年前より、連携に関して、訪問看護振興財団は年1回全国規模の研修をしている。その頃より、現状での問題を解決するため、退院時カンファレンス、医師との連絡、ケアマネジャーの介入を含めて嫌がられたが、私は動いてきた。報酬単価がつくと、医師会も動くようになったが、もう少し医師会全体が目線を下げることが重要と考える。他の連絡は結構スムーズでも、医師がダメだと上手くいかない。医師会が問題である。

・包括ケアシステムが導入され訪問看護師の役割が大きくなっているが、訪問看護師の役割を認識している病院が少なく急な依頼や、在宅に退院できない患者が増えている。今、地域連携とイカリングの会で連携を図っているが、現場の看護師が理解していないと難しく、病院から訪問看護ステーションに研修(1~2年)などのシステムが構築されると良いと思う。

IV 訪問リハビリテーション事業所

・病院によって退院前から担当者会議を開催していただける場所、そうでないところがあり、後者の場合は入院時の状況を担当者に直接伺うことができず、情報の伝達が円滑でないと思う。解決策として、退院時には必ず担当者会議を開催するか、または入院中の経過などを紹介文書として作成することが必要だと思う。

・退院前に訪問リハの導入が決まる事は、ほぼない。そのため、退院前カンファレンスに呼ばれることがない。入院した際は、リハビリの有無によって添書を書くようにしているが、入院すると一切情報が入らないためその辺りで苦慮する。

・カンファレンスへの参加について、現場に出ているためにセラピストの時間調整が難しい。

V 介護老人福祉施設、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

・①協力機関と施設との連携がうまく行われていない。

・②病状説明時、医師からの説明が不十分なため、施設利用者(患者)のご家族がきちんと病状等を理解できないままである。後日、施設側に病状の説明を求める事も多い。(その場合、施設から病院へ病状等を伺い、施設より家族へ説明している。)協力医療機関と施設の情報共有システムが必要。

・退院時のカンファレンスは病院によって、Dr.が出席し説明し質問しやすい病院もあれば、カンファレンスが形だけのものになり情報が曖昧で不信感を持つところがあった。病院側の体制によるものなのかもしれないが、連携・協力と言うものは程遠く感じられた。入居者の生活の継続(安心・安全・自立した生きがいをもった生活)が出来る情報提供という意識が必要と思われる。

・当施設の短い経験からだが、特養の入居者については、医療との連携(日常診療、入退院、救急搬送)はおかげさまで順調と感じている。

・ショートステイで、医療との連携に歯がゆい感想を持つことがある。

【解決策】ケアマネジャーとの連携、看看連携の促進、介護職員の力量向上

【補足】体験パターン①医療につながらない状態で重篤化していたケースの受け入れ、②病院では治療終了とされたが、不安定な状態で退院となり自宅には戻れず利用したケース、において介護・看護職員の心身の負担が大きかった。

パターン①は、本人の受診拒否や認知症による判断力低下も背景にあり、ショートステイはADLの回復に注力しながら、支援体制づくりをケアマネと連携する。

VI 認知症対応型共同生活介護(グループホーム)、特定施設入居者生活介護、地域密着型特定施設入居者生活介護

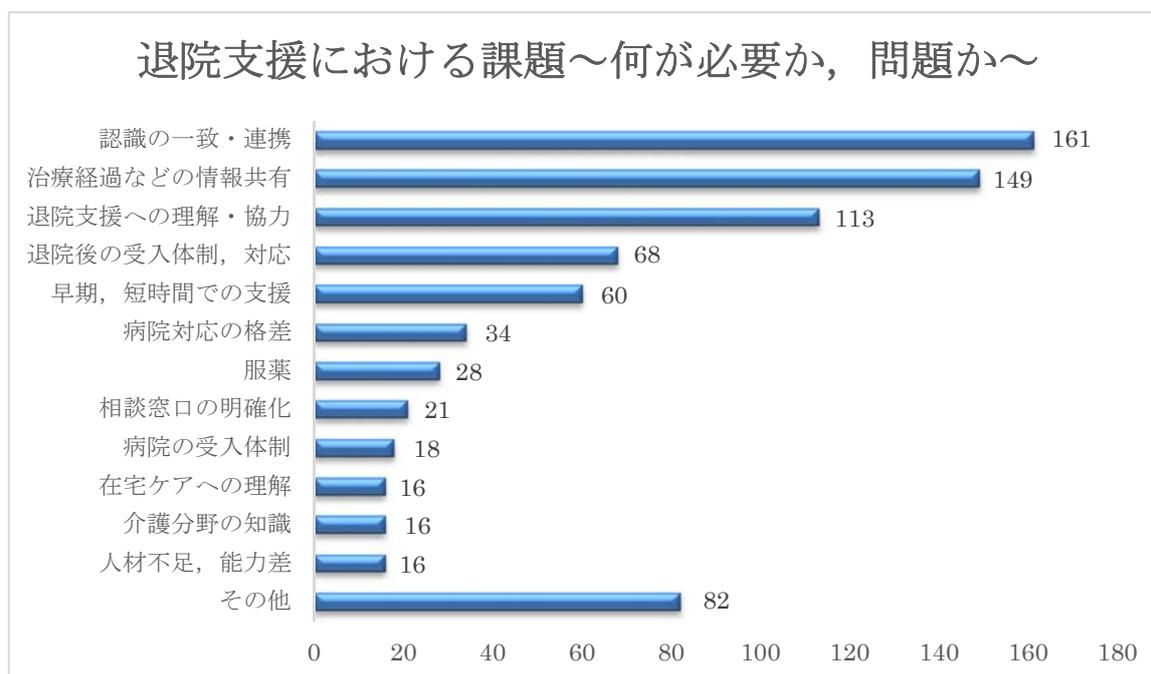
・グループホームへの入院中や退院時の病状説明がない医療機関がある。ご家族へ病状説明をされて、グループホームがご家族より聞き取りをする場合があるが、適切な情報を得ることが出来ないことが非常に多い。ご家族も医療機関の説明を適切に理解できていない事や日常生活を送るために必要な情報を医療機関から聞き取ることが出来ないのが現状。入院中に医療機関側が困ったことだけは連絡をするが、患者本人の日頃の状態確認が少ない中で判断をされてしまうため、著しくADL・IADLのレベルが低下してしまう事や、頻りに面会にいかなければ入院中の状態を把握出来ないことも多い。また、情報提供を十分に行っても、入院までの案内された先で同じ質問を繰り返し受け、医療機関内での情報提供がスムーズでないことがうかがえる。介護事業所によっては、医療機関がどんな情報を知りたいと思っているのかを存じていない場合もあると思うので、両機関が同時に参加出来るグループワーク研修等が開催されても良いのではないだろうか。また、介護事業所の医療面の知識不足も浮き彫りだと思うの

・病院は介護施設の役割や現状を理解していない部分が多い。入院期間が過ぎると退院ばかりを要求し、施設での生活において医療面からの指導等が不十分な場合が多い。(協力医療機関以外の)施設との協力体制の研修などあれば良いと思う。

・カンファレンスの開催や連携担当者からの情報提供は病院によって格差がある。特に退院前の情報提供をしっかりと行ってもらえるとありがたい。

グループワーク①「専門職としての退院支援について」

(意見総数 782 件)



○おもな意見

区分	内容
認識の一致・連携	<ul style="list-style-type: none"> ・医療・介護の違いを理解して，相手の立場に立った連携が必要 ・病状について家族の理解が不十分
治療経過などの情報共有	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の背景がわかる情報が欲しい ・医療，介護，在宅，共通の情報ツールで情報共有したい
退院支援への理解・協力	<ul style="list-style-type: none"> ・家族への説明が足りず，理解できていないことが多い ・退院時のカンファレンスについて，依頼がないと行わない病院がある
退院後の受入体制，対応	<ul style="list-style-type: none"> ・退院後の緊急時の相談先が決まらない ・入院時から，退院後の生活を意識する必要がある
早期，短時間での支援	<ul style="list-style-type: none"> ・退院が突然決まり，十分な対応ができない ・カンファレンスの時間が少ししかとれない
病院対応の格差	<ul style="list-style-type: none"> ・病院によって，情報提供の仕方や量に差がある
服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時の残薬確認が必要，退院後すぐに薬がなくなって困った
相談窓口の明確化	<ul style="list-style-type: none"> ・病院の窓口がわからない
病院の受入体制	<ul style="list-style-type: none"> ・ベッドの空き状況，在院日数などの都合で退院となってしまう
在宅ケアへの理解	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅ケアがあまり理解されていない
介護分野の知識	<ul style="list-style-type: none"> ・介護認定等の知識が不足している
人材不足，能力差	<ul style="list-style-type: none"> ・退院支援者の力量差が大きい
その他	<ul style="list-style-type: none"> ・患者の状態が退院前と後で変動する ・専門用語が難しい ・家族がいない人への対応

グループワーク①『専門職としての退院支援について』

※番号は模造紙の番号です、GWの班と関係ありません。

No.	内容	詳細等
1	病院相談員とも連携をとっていたが、サービスの調整が大変だった。	土曜日のAMIに急に自宅に戻って来てしまっていた。また、月曜日に訪問するとはほねたきり状態だった。
1	退院支援に直接関わることはないが、ご本人の退院後、安楽に過ごしていくために必要な、現在に至るまでの治療・経過の情報が乏しい。	
1	医師の介護保険や在宅ケアの認識不足がある。	
1	本人・家族への説明と理解を明確にしておく	
1	自分自身がまだ退院支援の関わりが少なく、慌ててしまう。	特に医師での前では緊張してしまう。
1	MSWや退院調整室への丸投げがみられる。	
1	医師または担当ナースと医療連携室の認識にズレがあり、担当ケアマネとしてどう動いてよいのか迷うことがあった。	
1	医師・看護師・MSWでの退院に向けた理解や認識にズレが生じること。	
1	本人のADLの確認がしづらい。	入院中は本人がベッド上にいるため。
1	顔見知りも多く作る。	
1	専門用語が自分たちしかわからないものになっていないか、振り返る。	
1	お互いの知りたい内容と整理したうえで連携をする。	
1	病院によって、介護保険の申請の可否など違いがある。	介護保険に関する認識、その方の在宅生活の認識の違い。
1	本人や家族の希望に沿うような退院先がない場合、見つかるまで入院が継続してしまう。	
1	入院日数の短縮が必要なため、退院を早急に進めなければならない。	
1	個人情報保護によるものか、電話での情報共有に関して差がある。	
1	直前になったの退院の際は、なぜそうなったかの理由を話してもらいたい。	
1	大変なケースは事前に何が大変かを伝えてもらう。	
1	入院してからなるべく早いうちに退院に向けた方向性がわかることが必要。	
1	窓口職員(MSW?事務員?)によって、対象の方の情報量に違いがある。	直接、病棟に回されてしまうこともある
1	医師の意識が病院内にのみ向いている。	退院後のことへ意識が向いていない
1	患者が退院について相談する窓口が曖昧である。	
1	多くの退院先の選択肢を検討する時間がない。	
1	各病院窓口の明確化。	
1	入院患者の在宅での生活状況、介護度、担当ケアマネなど把握していない。	
1	退院時の情報として、本人の今後について、医師がどのように考えているのか見えにくいことが多い。	
1	病院の医師から住診の医師へのつなぎ方が難しい。	結果的に訪問看護ステーションに頼ってしまった。
1	患者さん側も実は在宅ケア(介護保険)の仕組みをよく理解していない。	
1	本人と家族の意向に違いがあり、計画を立てるうえで困ったりすることがある。	
1	家族が、自宅で看ることの大変さをわかっていない。サービス調整の優先順位の説明が難しい。	
2	入院前、在宅でできていたことができなくなっているという情報を知りたい。	
2	退院してきたら、できなくなっていることが多いと思う。	例)服薬
2	かかりつけ歯科医院が退院情報をもらえることが望ましい。	
2	入院中に義歯を外している場合、そのまま在宅に戻って、すぐにその義歯が使えないことも考えられる。	
2	他職種で共通のフェイスシートがあった方がよいと思う。	
2	退院支援に関するシステムや決まり事が増える一方で、提供側の倫理は低下していないか。	
2	本人、介護、医療向けの問題意識のズレをどう埋めていくのか	
2	退院調整にあたって、本人、家族の思いと現状のずれ違いを正していくことが難しい	
2	病院にて退院支援に関する担当が、地域医療連携室なのか、医療相談係の方なのか、外部から見づらいのでは？	
2	入院中に義歯がゆるくなったり、きつくなったり、食携帯に変化があった場合には、歯科の介入が必要と思うが、ほとんど関わったことがない。	
2	義歯:むくむくやせる、きついゆるい このくらいでも良いので、入院中に患者さんに聞いてほしい。	
2	MSWは院内におけるICにケアマネや外部の関係者を呼ぶべきである。	IC:インフォームド・コンセント
2	病院内で介護保険やケアマネを知っている人が少ない。	
2	MSWが包括やケアマネと連携するスキルが十分であるといえるか？	
2	専門職種の情報を医療と介護で合わせる必要がある。	
2	医療側は在宅に反映する情報収集をどれくらい行うものなのか？	
2	入・退院時でのケアマネジャーとのかかわり方がわからない。	入・退院時にどんな情報を必要としているのかわからない
2	医療情報と在宅情報の極端な分裂化がある。	
3	在宅療養に理解のあるDrが少ない。	
3	退院時カンファレンスの際、主治医が参加せず、病状がわからないことがある。	
3	退院時カンファレンスがある時とない時がある。	
3	病棟看護師と相談員が連携できていない。	
3	病院によって連携の流れが違うので戸惑うことがある。	
3	退院前カンファレンス等もなく、全く症状がわからない時がある。	
3	病院側が在宅の様子を分かっている。	
3	退院時期とカンファレンス時期などについて、早期退院が原因で情報の共有不足を感じる。	
3	訪問メッセージは、医師の同意が必要ですが、自宅および施設でのその人の状態を見ることができる。	
3	その人の情報が少ないことがある。	ケアマネからの情報提供が少ない。
3	病棟・病院Nsが在宅について理解していないことが多い。	
3	在宅訪問中にバイタルが低下した時の対応がわからない。	中止すべき？誰に連絡をするべきなのか。
3	既に患者が退院しており、医療情報が確認できなかった。	

3 急に病院から「明日退院させます」という連絡が入ることがある。	在宅支援調整が大変。
3 入退院の連絡が来る時と来ない時がある。	病院によって違う。
3 病院と在宅担当者(ケアマネ・ヘルパー・訪看)の生活視点の違いがある。	病院ではできるけど、家では無理という視点の違い。
3 病状のみの改善だけで生活上の支障があるまま、退院してしまう時がある。	
3 退院に向けた支援が足りない・弱い時がある。	
3 在宅医がいる場合には、できるだけ参加していただければと思う。	
3 退院先について、自宅に戻すことが困難となった場合、生活困窮者の転帰先の確保が難しい。	※生活困窮者・・・生活保護受給者以外
4 退院時カンファレンスに十分な時間が取れない。	
4 在院日数短縮により、診療が終わったすぐにDrから退院許可が出てしまう。	
4 施設に入った場合、かかりつけ医の変更をしなければならないのか？	
4 在宅での看取りを簡単にすすめていいのか？	
4 自宅で生活するにあたり、利用者(家族)が不安に思っていることを、カンファレンスの参加者に、退院後に必要と思われる介護サービスとして投げかける必要がある。	
4 外来患者の情報って、どのくらいMSWIに伝わっているのか？単純にこの状態で自宅に戻すのか？と思うことがある。	
4 退院後は転院か在宅かをよく検討した後に、ケアマネに在宅支援へ繋げさせてほしい。	
4 介護認定の申請までに時間がかかる。	
4 退院日が決まり次第、在宅支援のサービス調整をするので、早めに退院日を病院から連絡してほしい。	
4 在宅時の様子がわからない。	
4 高齢、障がいの複合的な課題を抱える家族への支援、各分野の専門職が情報共有しなくていいのか？誰が中心的な役割を担えばいい？	
4 病院や施設間でのケアやリハビリの時間、質に大きな差があり、「転院が人生の分かれ目」的な印象がある。	
4 患者とケアマネの仲が悪く、調整ができていない。	
4 居宅・包括が病院機能を理解していない。	
4 病院の敷居が高く、気軽に相談出来ない。	
4 退院前からの方向性の検討をしっかりと行うべき。	サービス検討中に、機能が低下してしまう方が多いので。
4 入院期間が短縮していくなかで、機能改善段階の方が退院となるケースが目立つ。	「もう少し入院していたら・・・」という社会になってほしくない。
4 介護保険法・障がい者自立支援法・生活保護法等の複数の法による支援がされる。	
4 退院カンファレンスを行う時期・回数。	
4 独居・身寄りのいない方も多く、退院先が決まらない。	
4 検査や治療目的の短期間の入院で、適切なケアが行われず、状態が大きく低下して戻ってくる方が多い。	
5 自宅で必要なサービスを利用できる介護度かどうか。	
5 退院にあたり、家族の受入れや理解が必要。	
5 退院連絡から退院日までの余裕がない。	
5 退院までの日程が短く、コーディネートしづらい。	
5 退院間際になって、相談が来る。	当日になって連絡が来る場合もある。
5 MSWIは退院調整をどこまで行うべきなのか？	
5 病院によって、対応のばらつきがある。	介護保険認定の申請等。
5 薬剤選択をしてほしい。	特に剤型について。
5 患者背景がわからない時がある。フェイスシートのような患者の背景がわかる情報が欲しい。	
5 看護サマリーが曖昧で、ケアプランが立てにくい。	
5 退院時カンファレンスを実施してくれない病院がある。	
5 退院時カンファレンスにDrが入ってくれない。	病院のDr、在宅のDr。
5 退院時カンファレンスへの薬剤師の介入が現在はあまりないため、情報共有の点からも参加させてほしい。	
5 退院時カンファレンスの時間調整が難しい。	
5 情報を貰っても、実状にあっていない。	
5 退院後の受診等はどうしたら良いか。	
5 医療の専門用語が分からないことがある。	
5 メディアをどう活用しているのか？	
5 経済的な問題で必要なサービス導入できない	
5 自宅の環境を整えられない	
5 急性期病院の相談室の仕組みがわかりにくい	
6 退院時カンファレンスが決まっても、当日は「自分はその日休みなので」と言って、退院時カンファレンスに参加しないケアマネジャーがいる。	意識が薄い。
6 退院時カンファレンスに在宅に向けた動作等の動きを退院までに練習の依頼をした。	
6 自宅退院であれば、家族がいるので熱心であるが、施設は職員が対応するので、職員の出入りが激しいところは伝達事務が上手にいかない。	
6 退院にあたり、本人のADLが在宅の状況に適していない形で進めてくる。	
6 連携の具体的な流れ、その都度の対応、人に任せておけばやってくれると思っていた・・・など。	
6 同病院でもカンファレンスをやるケースややらないケースがある。逆にやらないケースはカンファレンスの依頼は可能か？	
6 (医療)院内自己完結のフィードバック、他職種の様々な情報	(例)栄養指導、服薬について
6 病院側の想いと在宅ケア側の想いのギャップ	(本人・家族の希望に対して)
6 それぞれの窓口がわかりづらい。	
6 支援Nsとして、情報が書面の他に収集したいが、Ns達が忙しく、声をかけにくい。	
6 支援計画書の内容が、その人の全体像と違うことがある。	
6 計画書の提出が遅い。	入力日が受け取った日との差
6 カンファレンスの時間が忙しくて、ゆっくり検討できない。	
6 看護サマリーの内容が、退院に向けての情報としては簡単。	
6 家族面談日に病棟Nsの参加も必要がある場合もある。	
6 一方的に「この人、退院可能です」と連絡が入り、退院日がすぐそこに迫っている。	
6 ベッドコントロールをしているが、Drの協力が得られない	
6 退院可能なDrより伝えてほしくても、PTには希望を入れてしまう。	

6	入院調整の際、1日何人まで・・・の制限がある。	
6	入院希望の患者を選ぶDrがいる。	
6	在院日数に追われ、とにかく退院を余儀なくされる。	
6	〔医療〕病棟・外来からの問題、疑問の発信がなければ、退院調整Nsや外来支援のNsに伝わらない	
6	〔医療〕他院時のカンファレンスをこちらから何回も依頼しなければ、行ってくれない。	在宅へ戻るという大変さ(サービス、本人、家族)を理解されにくい。
6	〔医療〕入院時の受入の段階で、最終的に退院する人はどうするのか？	このまま在宅でいいのか？それとも家族の支援を考えたら、施設の方がいいのか？等の視点をupさせてほしい。今現在はかなり認識が薄い。
6	〔医療〕窓口の役割の周知、病院側の姿勢	
6	在宅サービスはあるが、希望のと通りの提供の調整が難しい	
7	医療の知識。	
7	高齢化が進んでいるが、介護保険を受けているか？ケアマネがついているか？がわからない。	
7	在宅においてもDrは在宅の様子がわからない。医療機関との関係、入院時の担当ケアマネジャーへの情報提供が足りなかった。(反省)	
7	ケアマネジャーへ連絡するタイミングに迷う。	→その結果、介入するタイミングが遅くなる？
7	個患者の経済状況などについて	その他
7	本人、家族がしっかりしているせいもあり、退院しても病院から連絡がなく、その後、本人が在宅要素になっていた。	ケアマネジャーに連絡しない？ケアマネジャーに連絡する必要はない？
7	退院に向けた連絡を受けた際、期間が短く状況把握やカンファレンスなど、在宅受入れの準備に戸惑う、極端には明日とか、もういつでも退院できる。	
7	緊急時の窓口などになるのか？退院時の情報がわからない(少ない)、どのようなサポートが必要なのか？	
7	必ず文書は必要なのか？	
7	ケースによっては、求められる情報は異なると思うが、ケアマネさんが必要情報を知りたいと考えている。	
7	共通言語を持つ。	
7	退院時のカンファレンスに薬剤師の参加はあるのか。	
7	退院調整の時に、薬の管理の話は出ることがあるが、薬局のかかわりが全く出てこない。病院と連携していないのか？	
7	退院前カンファレンス時、書面だけではわからないことも知りたい。	今後関わるにあたっての具体的なエピソードが必要。(例)人柄(頑固etc)、家族構成、キーパーソン
7	服薬の状況、注射の状況等の情報交換	
7	地域のホームドクターもきりかわるタイミングは？(医療)	
7	介護の知識(医療)	
7	院内での情報の共有化(医療)	
7	入院した時から退院に向けての方向性について、その人がどういう風在宅で生活をしていいたかをふまえて、入院中から在宅・家に戻るためのリハビリが必要。	
7	患者の在宅サービスの認識度に対する情報について	
7	家屋調査のあとに、話し合いもいまま、退院となる。(その場ではさすが)	その後、病院としての対応は？(その人の経過とか・・・)
8	入院連絡がない。	
8	歯科医療(口腔ケア)はどの課程で関わればよいか？	
8	限られた時間の中で在宅環境調整をしなければならない。	
8	退院後の服薬に対する理解の確認。	
8	服薬管理の難しさ。	
8	退院調整などで、どのような退院後の生活をイメージしているのかが伝わってこないことがある。	
8	病院の窓口がわかりづらい。	
8	ケアマネから病院側の意図を違う情報が本人・家族に伝わり、方向性の検討がスムーズにいかないことがある。	
8	医師の意見書だけがそろわない。	
8	入院後の経過が伝わってこないことがある。	
8	全ての職種で在宅へ戻るイメージを共有できるようにしたい。	
8	カンファレンスの情報を、きちんと共有できるかが問題。	
8	病院の機能や規模によって、仕組みが違うことから考えていく必要がある。	
8	退院調整の話がどこまで進んでいるのかわからないことがある。	
8	医師、Nsの退院日のバラつきがある。	
8	入院中の経過、退院予定など、早い段階から連絡がとれる病院と、退院の連絡ももらえない病院がある。	家族からの連絡のみ。
8	時間的な問題で、カンファレンスに出席できるかわからない。	
8	退院前の服薬への情報伝達の不十分	
8	家族が遠方にいるため、本人との思いのずれが生じる。	
8	社会資源などの相談窓口がわからないことがある。	
8	在宅支援担当者が納得できる情報提供を十分にできているか？	
8	書式の一歩化が必要。	病院、在宅で繋がっていく必要があるため
8	家族の本人の状況の確認が低く、退院後の問題点やサービスを説明するが、サービスに繋がらず、退院となり、本人と家族が困ってしまう。	
9	認知症の方の精神科医療への繋ぎ方について、精神科医療をどのように利用していくのか？	
9	退院に向けて、各々の役割はわかり合っているが、方向性が定まったその先まで分かち合っているのか疑問。	
9	大きな病院ほど患者との関わりを丁寧にする必要はある。	
9	在宅の情報を必要としている度合いがわからない。	病院により差がある。「そこまでいいです。任せます」、「声をかけてください」などの差。
9	病院の都合での入退院が許されるのか。	「年末年始だから一旦退院させるので」と病院から連絡が来た。(小さい病院)
9	治療内容によって、入所先が限られる。	家族や本人の希望(金銭面含み)と現状のギャップ
9	病院としての退院設定・ゴールと、本人・家族・施設の退院設定・ゴールのギャップ。	ギャップを埋める機会、手段等々はないか。
9	Drと話す際、どこまで在宅について知っているのかを探るのにときどきする。	知らないなら、具体的なことから伝えるし、医師がどのレベルなのかかわからない。

9	病院やまたその看護師さんに寄って、在宅への理解、イメージに大きな差がある。	
9	退院時のカンファレンスをお願いしていたが、家族のみの説明で終わってしまったので、退院後、サービスの調整に困った。	
9	リハビリ後、退院時のサマリーやリハビリテーションを受取り、自宅での注意点を教わる。在宅でのリハビリ等、もう少し聞けば良かった。	
9	病院側の情報と介護側の情報の共有連携。	患者さんを生活者としてみる視点をいかに共有しているのか。
9	病気を抱える意味を理解できない。	治癒・ADL向上しないと帰れない
9	病院は敷居が高いというが、在宅側ももっと医療の知識を学ぶ必要がある。	病院は在宅の勉強をしている。
9	SS利用前提で退院調整の声かけがあったが、状態が悪くSSでは対応できなく困った。	SS:インスリンスライディングスケール 急性期の血糖コントロールに使用するもの
9	コミュニケーションが足りない。カンファレンスを行うまでに十分に話せていない。	カンファレンス後も振り返りができない。
9	情報を他機関へ受け渡す際の家族への説明。	家族へは十分な説明がなく、紹介状を持ってすめられた。
9	早い時期からの連絡、調整時間の余裕があればいい。	
9	ムンテラに呼んでほしい、医師の参加	
9	医療費と介護保険利用料のギャップ	
9	平日頃から顔を合わせる関係、このような研修会への積極的な参加が必要では？	
10	認定情報確認、病院からの情報提供、ケアマネとの連携を密にする。	
10	介護側の医療の知識が低いので、胃ろう、マーゲン、留置カテーテル、気管カニューレ等大変です。	
10	区分変更の結果待ち(意見書未提出等)の状態、退院となることもある。	
10	患者さんは、人によって違った話をすることがあるので、MSWの知らない情報があった。	一緒に話をする働きかけが重要か？
10	函館で資格を取った看護師、40代以上の看護師は、在宅看護を看護学生時代に学んでいない。	
10	ケアマネは入院中は、報酬が入らない。	
10	薬剤師は自ら関わっていく意識が低い点	
10	能動的な関わり方がわからない。	
10	各病棟でNsの支援の違いがあり、なかなかスムーズに進まない。	
10	精神科急性期であると、本人との会話が成り立たないことも多く、家族の協力が鈍く、退院支援が遅れる時がある。具体的なプランを、一緒に作ることは難しいか？	精神的に支援拒否に家族がなっていることも多い。
10	医師より退院支援OKと出ているが、精神病への理解がなかなか得られない。介護施設等において、受け入れ先が絞られる。・・・統合失調症、双極性障害	
10	本人の意向と家族の理想の違いが大きい(退院時)→本人はできるという言いが、家族は退院支援を望む	
10	誤嚥性肺炎になって、入退院を繰り返すと、介護者の娘さんが責められる。退院毎に自宅で行うことが増える。	
10	退院時カンファレンスが終わったあとに、訪問看護導入の話題になり、依頼が来ることも多く、退院時カンファレンスに参加できない。	
10	病棟や何科によってMSWの担当は分かっているのか？お見舞いの都度、状況をお聞きした方が良いのか？	
10	お薬の確認(退院時)病棟看護師さんから、医療ニーズの高いひとには、薬局のサービスを知ってもらう必要がある。	
10	ターミナル時、IC時の内容を、家族・本人がどのような受け止めをしているか、必ず確認をしていく。	
10	入院→調整→退院→フィードバック 本人の希望で即退院してしまうため、調整ができない時はどう改善していくか。	
10	退院までの日程が短く、準備不足になる。	
10	他科も受診している患者さんの疾患のフォローについても困難	
10	ICの際、家族・ケアマネの同席可能か？	
10	退院時の説明は、誰に聞いたらいいのか。	
10	病院のどの職員でも、同じ対応「敷居が高い」ということがないよう、関係づくりの強化	
10	入院中のADLは自立しているが、退院後のADLは自立できていないことも多くある。	準備や見守りの必要な状況を、自立と考えないでほしい。
10	往診が少なく、困る。	北斗市
10	退院日(予定)の2週間前にカンファレンスなど話し合う必要があるのでは？(家族・本人の理解が薄い)	
10	入院中に、退院後、自宅での生活に向けた教育・指導不足、オムツ交換、点滴交換、尿バックの管理(尿の捨てかた)、体位交換、車椅子乗り降り等	
10	(課題)退院するにあたり、必ず退院時カンファレンスを必須としていくためには、タイミングはいつ？退院の何日前に実施？	
10	病院の医師とクリニックの医師のカンファレンスはいつやればいいのか？	時間帯が合わないことが多い。
10	薬剤師がどこまで在宅サービスに関わっているのか。	
10	自宅に帰った後の状況を予測せず、自宅退院される(させられる)退院後の初回訪問で驚くケースも多い。	
11	入院患者全員にMSWは介入しているのか？	
11	支援について、専門職同士で牽制し合ってしまう。	
11	関係者から自分の関連施設への入所を勧められ、ケアマネが家族との間で困ってしまう。	
11	家族は、患者の普段の様子をいまいちわからないなか、医師は判断を家族任せにされて、困ることがある。	
11	医療的な知識が十分ではないので、ケアプランを考えるとときには困ることがある。	
11	調整日程が短い際の相互協力。	
11	MSWとのやり取り、どういったケースは連絡をくれるなどの基準はあるのか。	
11	有料老人ホームに入っている方が家族を呼んで、話をされても、実際介護をする方には、情報が伝わらず、家族の話が理解できない。	
11	ご本人が退院を希望されても、医師から見て病状的に無理、家族の支援を得られない場合。	
11	専門用語で早口のMSWがいる。	
11	診療情報提供書の料金が何故違うのでしょうか？	
11	医師から退院して、自宅に戻るの無理だから、自分のところの施設に入りなさいと言われたが、家族は断れないでいる。	

11	リハビリ目的で転院された方が退院時、以前の病院に戻されるのでと言われ、状況の把握ができていない。	
11	先程の話で、共通の思いもありましたが、訪看と医師との指示等が見えない。	
11	家族・患者は自宅退院をしたいという思いが強いのに、ケアマネが自宅退院は無理ということがあった。	
11	ケアマネジャーの医療の知識不足。	
11	医師と患者、家族で退院できる状態、ADLに差がある。	
11	サ高住の利用者について、日頃施設職員の方が気になる症状ですが、家族の方が病院に連れていく際に、そのことが上手く伝わらず、薬の処方の変更ができなかった。	
11	医療側が、正しいことを言っているのはわかるけど、機械的な対応だと感じることがある。	
11	MSWが冷たい。	
11	使用している専門用語が共通していない。	
11	MSWの退院支援に違いはあるが、マニュアルはあるのか。	
11	MSW、看護師、医師との認識の違いが多い。	
11	ケアマネに在宅サービスの調整を依頼するが、調整までの時間がケアマネによって差がある。	
11	本人・家族の思いと病状、治療内容(医師の考え)で支援内容に影響がある。	
12	病院を知ってもらう。	
12	調剤薬局が薬の関する相談窓口の機能を果たしていない。	
12	急性期病院の退院後、家族は転院を希望。MSWは施設入所を希望。ばらつきがある。ケアマネとしてはどうしたら良いのか？	
12	虐待のケースについて。搬送された病院のMSW→函館市一包括に連絡。入院時、入院中の状況、家族の情報を共有しながら、退院に向けて動いている。	退院後も安楽にその人らしく、生活できるようにMSW・病院の協力が必要。
12	急性期の病院では、入院期間も短く、限られた期間での調整を行わなければならない。MSWもケアマネに丸投げ？	
12	病院と調剤薬局との関わりがない。	
12	入院するとき、調剤への問い合わせがあるが、退院の連絡が来ない。	
12	薬剤師の関わり不足。在宅の経験不足。	
12	医師は病院のなかでは、トップかもしれないが、他職種連携の中でもトップとは限らない。院内と同じ感覚で来られても困る。	
12	全てのCMに病院の内情、機能について理解しろ！というのは厳しいと思う。年齢も元々の職業も様々であるから、病院関係者が丁寧に伝えるべきだと思う。	
12	そもそも退院時支援って何をどうしたら良いかわからない。カンファレンスが行われているのかも不明。(薬剤師)	
12	病院職員はアウトリーチ的発想に不足？基本的に「待ち」の姿勢、ほぼ職員側のホームの「院内」で接する。患者側の「ホーム」はあまり知らないのでは？アウエー(病院)では弱くても、自分のホームでは患者さんは強いですよ。	
12	退院後の行き先、退院日までの予定(計画)、関わる職種選択、病院orクリニック。	
12	退院時の患者の状態、病状を正確に詳しく把握する。	
12	担当のCMがいれば、患者・家族との面談内容をお伝えしています。	(転院支援の面談では、定員後の生活をどうするかまで聴取しています)
12	担当CMさんとお話する時、患者との今後の見通しに加え、必要時には当院と転院後の機能などについてもお伝えしている。	
12	互いの職種をよく理解していることが大切。	
12	同職種でも在籍場所(経歴や勤務先)によっての違いがある。	Ns→病棟、外来、病院、クリニックでも違う
12	患者さんが入院してすぐにCMさんが在宅情報をくださり、すぐに病棟Nsに伝えることができた。	(看護に活用されているかはわかりませんが)
12	結果を早く出して、退院後の準備を円滑に進めるために、介護保険新規申請は約1ヶ月かかる。	入院中の方であれば、病院の職員で申請してもらえないだろうか？
12	伝えてもらう情報、こちらが伝えてほしい内容が一致していれば、もっとスムーズに連絡が取れるのでは。	
12	退院近くに連絡が来て、すぐサービスを利用したい。認定もまだ受けていない、ということがある。	
12	直前過ぎる退院の連絡はきつい。退院の時は、特に新規の相談の時は、1週間程度、余裕を持って連絡してほしい。	入院中に調整したり、確認をすることの方が、円滑にできることも多いのです。特に医療ニーズの高い人。
12	入院または気になることがあれば連絡をする。	
12	退院時に家族は介護保険サービスを希望→認定を受けていなかった→暫定でサービスを利用。	
13	退院時カンファレンスに呼ばれない・・・呼んでも来ないから？忙しいから？出席が難しいかもしれない事実もある。	
13	「病氣」が治ったら「退院」という根強い考えがある。	
13	病院から他職種への連絡は難しいかも。	
13	当院でも窓口はどこ？という声が外から良く聞かれます。	
13	職員一丸となって在宅医療をすすめることの難しさ。	
13	在宅で患者を支えるのが限界だから、施設への入所や転院するように、本人・家族を説得してほしいと言われることがある。	
13	在宅からの情報がないのに、入院中の情報が欲しいと言われる。	
13	在宅スタッフが面会にきていることをMSWが知らない。	
13	面会時の会い方。	
13	いつの間にか退院していて、病棟から連絡がない。	
13	医師からIC→即日退院してしまい、MSWには伝わらない	
13	入院時、CMからは情報提供をするが、患者が退院することすら連絡が来ない。知らない間に退院しており、本人からヘルパーが来ない等の連絡があり、退院に気付くことがある。	
13	退院後の緊急時の相談先が決まっていない。	
13	家族・患者本人との連絡が取れない・取りづらい事情があるとき、病院との繋がりに距離感を感じてしまう。	
13	ケアマネより担当者が入院になっている旨の連絡がない。	
13	病院のことを介護側が正しく理解できない。	

13	病院によって、窓口が異なる。	MSWIによって対応が違う場合がある
13	相談窓口のない(MSWのない)医院に入院した場合の相談相手に悩むことがある。	
13	入院時と違う状態(在宅酸素を開始していた)だったが、退院前に病院側から連絡がなかった。	
13	病院として、在宅における療養をどのように捉えているか、今は伝わってこない。	
13	退院が決まっていて、調整に時間がない。	
13	退院支援の現状・・・病棟Nsの意識の低さ、今、目の前にある患者しか見ていない。	(患者の今後の見通しがない)
13	セラピストから指定された走行器だが、自宅環境が想定されていないものだった。	
13	患者の背景を理解して、(介護力・年齢・家族環境)に沿った説明をしてほしい。	説明の仕方等も配慮してほしい。
13	退院から数ヶ月後に、ケアプラン立案依頼有り。進行性の疾患で、入院時の介護度は現在の状況に見合わない。	→進行性のため予後予測
13	生活丸ごと豊かにするケアが必要。	現状、丸ごと豊かではないということだと思うが、具体的にどんなことが豊かではないのか？
13	認知症の検査→退院支援Ns→包括(?)ということなのでしょうか？	地域包括センターこん 渡邊さんの講演について
13	ケアマネ担当の39人の介護度はどのように？	
14	介護保険申請手続きを行ってくれる病院と、行ってくれない病院の違いは？できれば統一してほしい。	
14	退院時カンファレンスに呼ばれたことがない。	
14	退院が決まったら早めに教えてほしい。	
14	確認が十分にできないことが多い。	
14	訪問看護師の在宅をイメージする力が弱い。	
14	退院時について、病院によって対応が違うため、対応に迷ってしまう。	
14	退院カンファをしてくれると情報(身体状況など)把握できる。	
14	院外より院内の連携が難しい。	
14	入院時、情報を持っていても、病院から何も連絡がないことがある。	
14	MSWと病棟Nsとの連携が出来ていない時が多々ある。どちらの話を聞いたらいいのか。	
14	病棟Nsに在宅の意識がない。知らない。	
14	ADLが回復していないのに、日数で退院となる。	
14	入院時から在宅の生活を意識して欲しい。(薬の飲み方など)	
14	退院支援をしないといけないが、病状がおちつかず、タイミングがつかめない。	
14	家屋訪問や調査をしてけると在宅との連携が取りやすい。	
14	医師との関わりがなかなか持ちづらい。	
14	服薬困難・服薬不良の事例を推測できる場合があるが、介入できていない。	
14	施設(グループホーム)のケアマネとして、関わっていた時、医師・看護師の家族への言葉が高圧的で対応に困った。	
14	退院後、在宅・施設での施術をするなかで、突然患者さんの予定が変わることがある。・・・連携がない。(連絡を貰えない)	
14	薬剤師さんの利用について	
14	退院時の薬の管理を誰が行うのか。	
14	医師の治療がだぶってしまう。(同一病名で治療できないため)	
14	病気を理解できない。(本人・家族が老々？認知など)	
14	患者の病状についての把握が難しい。	
14	そもそも在宅の依頼が少ない。	
14	退院後の在宅でのケアで、QOLを維持するため、微力ではありますが、鍼灸、マッサージ業を行っていますが、多職種のなかでまだ理解されていないのが、問題点となっています。	
15	医師によって、手紙を書くスピードにばらつきがある。依頼を何度かしないと忘れていく。	
15	医師の説明が聞き取りづらい時がある。	
15	医師、リハで方向性の意向が違うこと。	
15	国の方針が地域完結型へ変わっていくことを知らないスタッフは多い。	
15	一貫性のあるわかりやすい説明を患者にしてほしい。	
15	退院時の現状説明だけでなく、退院後の予後の予測を知りたい。	
15	手紙のやりとりだけでは、患者の実際の背景がイメージできないことが多い。	
15	連携と言いつつ、押しつけ合わない。	
15	往診の基準を理解しているのか。	
15	入院時の時点で、退院後の生活にまで目を向けられていない。治療中心の目線になってしまう。	
15	退院調整看護師や病棟師長が中心となって行っているため、病棟スタッフの意識が低い。	
15	退院時カンファレンスの時、家族がついていけない時があるように思う。	
15	日々のカンファレンスで職種間で方向性のズレが生じてしまう。家族からの希望の捉え方が違ったり。	
15	医科との連携がしづらい。(投薬してもいいのか、麻酔をしていいのか、ケアマネジャーではわからない事を聞くとき)	
15	違う医療機関も受診されている場合、そちらとも連携をとってもらいたい。特に内服について。	
15	内部は退院前カンファレンスに参加することがほとんどだが、外部から直接自宅退院する例で、呼ばれることは少ない。	
15	サービスの依頼が来た時点で関わる理由(目的)目標を共有することを心掛けているが理解は不十分？	
15	時間を有効に使い、タイミングを外さない支援・連携をしてほしい。	
15	複雑な制度を、どのように高齢者に理解してもらうか？	
15	介護についての知識が不足、退院後の介入のイメージがわからない。	
15	支援者(退院)の力量差が大きい。個の力(スキル、経験値)	
15	経験年数により、ゴール(退院後の生活を考慮した目標を立てる)を予測することにかかる時間が異なる。	
15	在宅側へ一方通行、退院カンファレンスもないまま。	
15	医療・介護の違いを理解して、相手の立場にたった連携をしてほしい。	

15	飲んでいる薬は、何の薬なのかわかりづらい。	
15	医師の説明(IC)により、家族が自ら意志を主張しなくなる。医師の言うまにに従うだけ。	
15	制度(介護・身障・特養)手続きに時間を要するので、整わない状況で在宅へ。	
15	どんな制度を活用したらよいのか。	
15	病院の医師、Nsの在宅(介護保障等)の知識、理解不足	
16	施設もどりの情報提供、内容(サマリー、Letter、リハ治療方法)など	・・・各施設で違う。
16	末期癌、急性期病院でのフォロー体制を知って、在宅介護調整をしたい。	
16	単身者、家族と疎遠でのCMの役割	
16	行政の関わり・・・行政の全体ワーカーの動きが不十分	
16	地域の協力者へのどこまで情報提供?個人情報?	
16	施設で引き受けできないと言われるケースあり。	
16	医療、介護、在宅、共通の情報用のツールがあることが望ましい、ツールもどのように活用するか	
16	身寄りなしのケースが多くなってきており、キーパーソンが第三者の場合、決定権がなくて困る。	
16	施設での残薬確認がない。	
16	在宅での残薬確認が少ない一人的な問題	
16	ケアマネの知識不足(病気や薬などについて)	
16	末期がん、在宅での看取りを希望。	急性期病院医師と在宅医の連携ができていない。
16	病診連携が大切と充実を求める。	
16	急な退院連絡(前日)サービス調整が難しい。	
16	入院中、病棟で退院後の生活を見据えた介護を。	(退院ぎりぎりまで尿道カテーテル、退院ぎりぎりまで車椅子対応etc)
16	病状について家族の理解が不十分	
16	退院時、残薬確認がしっかりとされていなくて、急にお薬がないと言われて困ることがある。	
16	本人・家族・病院・ケアマネ(各関係者)の意向の違い、ズレ	
16	本人・家族が退院後の生活を想像できていない。ピンと来ていない。簡単に考えているケースもあり。	
16	入院時の情報提供の内容について、共通のシートがあれば。	
16	情報提供しているが、退院後の連絡がない。	
16	MSWの連絡が取りにくい。	
16	栄養、歯科・口腔、薬剤分野との連携	病院からの派遣なのでコーディネーターが難しい
16	急性期の病院なので、明日退院となるケースもあり、ケアマネジャーから退院したら困ると言われるときがある。	(住宅改修が終了するまで、退院延期の希望をする場合もあり)
16	退院してから、入院時の問い合わせがあることがある。ケアマネから。	個人情報などを伝える時に困る。
16	事前に(入院時)に在宅情報をもらいたい。情報も事業所によって違うし、欲しい情報がないこともある。患者は居宅の担当者の名前を覚えていいることがある。	共通の様式シートがあれば。
17	病院スタッフの在宅療養の介護についての無理解	こういう状態でも、家で看れるということがわからない
17	主Drは、本人・家族の意向を無視して、ショートステイの利用を決めてケアマネジャーに準備を求める。	院内カンファレンスで本人・家族の姿がない
17	在宅介護関係者の早すぎるあきらめ「この人は自宅生活を送るのは無理」	
17	退院の際には、本人の先のビジョン(通院頻度、薬の内容、病気についての注意点など)を本人・家族以外にケアマネジャーにも教えてほしい。	Drからの説明をきちんと理解していないことがあるので。
17	入院時に在宅情報を病院にお届けしても、退院のお知らせが一切なかったり、または1～2日前と直前だったりする。	
17	クリニックのナースから、患者さまへ訪問診療のすすめをケアマネジャーに依頼あり・・・?	
17	退院前の家屋訪問時には、同行させて欲しい。(新規の場合)	
17	院内連携がスムーズに行っていない。	
17	在宅の人が入院すると、病気を治すだけでなく、他の課題もこの時になんとかしてほしいと入院が長くなる。	
17	ケアマネジャーとして、退院する前に退院日の目処があれば、自宅に戻って来るまでの準備(サービス調整)がしやすいと思います。突然、「明日退院になる」など、連絡が来る場合がある。	
17	退院＝病気が治る、という状況ではないにもかかわらず、在宅医療を支える資源不足を補う具体的な制度、経済的な弱者への支援制度が十分とはいえないため、慢性疾患患者への対応が悪くなる。	
17	本人・家族の意向と病状からできること、できないことの調整がなされず、医療の意見が強くなることに感じる。	
17	医療の場における疲弊状況、その人の生活に思いをはせる。	
17	医療制度において、平均在院日数、在宅復帰率等の要件が厳しくなるにつれて、在宅に介護力がない、又は経済的に施設利用が思うようにできない患者が増加してきている	
17	大腿部骨折で、急性期病院で救急搬送されたが、主治医から、寝たきりになると自宅へ退院するのは無理。だが、三週間で退院だから、他の施設を探しなさいと決めつけられる。	
17	薬局として、入院前→入院中→退院後の内服薬の流れが見えてこない、情報の共有が少ない。	
17	病棟看護師の早すぎるあきらめ、「この人は自宅に帰るのが無理よね」	
18	ケアマネ等の在宅支援者も、病院の機能や事情を理解した上での連携や協力が必要。	
18	退院に際し、市内の病院で流れを統一できないにしても、ある程度のマニュアルは作ってほしい。	
18	10年前と比べると、MSWや退院Nsのはたらきにより、かなり連携がしやすくなっている。ただ、それに甘んじていてはいけないと、更に更にという意識を持っていく	
18	在宅患者が入院して、居宅管理指導が中断している、その後の患者情報がわからない、ケアマネジャーに問い合わせをしてもよいのか?	
18	退院時カンファレンスに薬剤師も連絡してほしい	
18	鍼灸マッサージ師が、訪問診療で何ができるかを理解していただく	
18	医療側に退院時カンファレンスを面倒がられる。	

18	ICの時間、訪問看護師の同席してほしい。ICには参加できないことがある。家族の希望やまた病院側と在宅側の連携がうまくできていないから・・・か？	
18	ターミナルのカンファレンスに、病院の家族の同席調整が取れていない。	
18	ICの時間、訪問看護師の同席してほしい。ICには参加できないことがある。家族の希望やまた病院側と在宅側の連携がうまくできていないから・・・か？	
18	ICにケアマネジャーが同席したので、カンファレンスは必要ないと言われた。	
18	病棟スタッフの在宅生活に対する意識のうすさ。	
18	疾患により、既に課程が決まっており、在宅での生活予測が取り残されている。	
18	退院前カンファレンスを開催する余裕がない。明日退院というケースもよくある。	
18	退院調整にゆとりがない。	
18	CIに対して院内での共通理解ができていない。(病院がカンファレンスを開いていないため)	血液検査にてCI(クロール)が高い場合、ネフローゼ症候群や腎不全などが疑われる。
18	ベッドコントロールについて、Drの理解が得られない。	
18	CI, Faの協力が得られない。	
18	入院したことが家族や利用事業所から連絡が入った時→状況把握のため、入院先相談室に連絡をしたが、まだ病棟から情報が来ていないと言われ、その後退院が近くなっても、まだ情報が得られない。	
18	入院からリハ転院の場合、連絡がないまま転院→転院先から退院を知らされた。	
18	サービス導入や施設入所、医療費、生活をするお金がない(帰り先が見つからない)	
18	MSW、支援NSを通して相談されないことがある。→入院希望して来ても、ベッド上受け入れられないことがある。	
18	窓口を探すだけで、振り回される。病棟→MSW→病棟の繰り返しなど。	
18	MSW-病棟Ns→Drとの間で、伝達が行き届いていなくて、混乱する。	
18	入院している場合、患者さんに面会しに行ったときは必ずMSWに声をかけた方がいいのか？(ケアマネ)	
18	カンファレンスを求めても、疾患によっては取り扱ってもらえない。	
18	退院支援(在宅)で、退院カンファレンスに出席→状況は後で知らせますので、サービス調整してくださいと、師長から言われ、入院状況の報告がないままに終了したことがある。	
18	ICでは、Drの話を家族が理解できていないことが多い。一緒に聞き、かみくだいた説明や在宅で予測されることを聞き、説明する必要がある。	
18	退院時カンファレンスに病院薬剤師が参加していなかった。簡易懸濁法を実施していたのに。	簡易懸濁法とは、錠剤やカプセルを粉砕・開封せず、そのまま温湯に入れ崩壊懸濁させ たあと経管投与する方法です。
19	退院後の独居生活をしていくことに不安を感じている方が多いと思います。ケアプランを立てる時なども、病状をどの理解がきちんとできていないと、本人様に合うプランを立てられない。これでいいのか？と思うことがある。	
19	救急→A病院(情報がなくまま転院)→B病院	
19	退院が突然決まり、退院前日に訪問看護の方にTelしてしまい、迷惑をかけたことがある。	
19	新規紹介(退院に向けて)で指定された時間に病院へ行ったが、情報も受け取っていないしMSWも留守。当然あるだろう、ついてくれるだろうと思わず、確認が必要だと痛感。	
19	病棟から退院調整の電話が来て、在宅でも転院でもどっちでもいいですが・・・という病院があった。	
19	退院前カンファレンスの時間が十分に取れない。そのため十分な情報提供ができない。	
19	退院カンファレンスをお願いしても「必要ないでしょ」と言われる。	
19	退院時処方薬の調剤方法の確認	
19	要介護等の情報があってもケアマネジャーの名前等把握していない。	
19	在宅・看取りと家族は思っていたが、在宅介護の具体的なイメージがつかず、24時間病院から支援をうけられると思っており、把握不足だった。	
19	退院にむけて、介護申請お願いします。認定調整の時は、入院している分はわかりません。	
19	退院調整・退院支援時のプランニングのための項目、OLガイドラインは？	
19	通院時に求められる情報提供の内容や様式がまちまちであるため、どこまで提供すればいいか困惑する。	
19	入院、退院に際して、連絡をくれる・くれない病院。入院患者によって違うのか？基準があれば知りたい。	
19	入院でのリハビリ継続を希望する本人・家族と退院して、自宅での生活が一番良いリハビリと判断する病院側との間にはさまり、悩む。	
19	在宅(家)に帰って来たり、お金がかからないと思って退院してしまう。	
19	病院からの依頼時に説明が大雑把。	
19	訪問診療・病院へお願いしたら医師が全てしてくれるような説明をされる。※退院前に病院へ説明する用紙作成	
19	精神科を退院され、その後通院できていなく、病状が悪化していた。そのような方の情報が欲しい。	
20	在宅生活再開が難しいのに、退院させられた。	
20	ADLレベルが低下したのに、家屋調査をしてもらえなかった。	
20	情報提供をしてもらえなかった。	
20	カンファレンスをしてくれない病院がある。	
20	院内、院外共に情報がばらつき、的を射たものを得られない。	
20	在宅を意識した支援を行えておらず、生活よりも病院ではあくまで療養で終了し、退院してもすぐ入院してくる。	
20	医師の提案に応じることが多く、本人・家族の本当に思っているニーズがわからず、退院先が決まらない。	
20	長期入院時、連絡して良いか悩む。	
20	医師と連携が取りづらい。	
20	退院時にMSWが、患者の状況がわからないことがある。	
20	入院が短い場合、MSWに連絡をしてよいか悩むときがある。	
20	病院側から連絡が来ないことがある。(退院時)	
20	通院期限がいつで、いつ頃退院するかが病棟でも2週間～1ヶ月前であり、指導が必要な患者様へ生活に合った方法で検討できていないことが多い。	また、在宅や施設へも余裕ある日程で調整をはかれない。
20	〇〇(医療機関)の連携が市内で一番悪い！	

20	ご本人の退院先の希望と病院側との違い	
20	服薬自己管理が難しい(病識がない患者さん)入院スタッフと在宅スタッフの温度差	
20	長期入院患者様の退院支援、退院先の確保、家族調整など。	
20	連携は退院前から始めている。退院前の繋がりも重要と思うが、個人情報なので状況を教えてくれない。	→病院側も患者から同意書を取ると良いと思う。
21	要介護者が緊急入院した場合は、担当ケアマネジャーの連絡先カードがあった方が良いのかな？	
21	在宅情報の不足	
21	本人と家族の意見が違う。	
21	入院当初から在宅復帰困難との決めつけがある。	
21	病院あるいは医師にどこまで望んでいるか	
21	虐待があると判断された場合の対応は？	
21	サービス担当者・会議の線引きは？	
21	在宅関係者が何を知りたいのか？カンファレンスの前に事前に確認	
21	医療・介護で各々必要な情報は？	
21	地域との関わりを持っていない方の関わり	
21	MSWさんが忙しそう・・・と思う。	
21	入院前後の状況変化の把握。	
21	退院後の振り返りが必要・・・本当によかったのか？	
21	自宅退院したあとの生活のイメージ。	
21	病院医師に介護に対する知識が少なく、MSW等に話を振ってしまう。	
21	MSWはどこまで対応するべきなのか。	
21	看護添書、リハ添書が欲しい。(訪看だけでなくケアマネジャーにも)	
21	退院調整時の病院側の制度による選別が必要なケース有り(自宅はOK)	
21	平均在院日数のしぼりがある。	
21	ケアマネさんの病院形態(特性)の把握不足。	
21	退院時の連絡のタイミング。	
21	入院中の患者状態の把握＝情報提供不足	
21	(ケア)退院連絡はどれくらい前が良いのか？(希望が)	
21	専門用語はわからない。	
21	専門用語について質問しづらい。	
21	どこに話して良いかわからない病院がある。	
21	退院の連絡が来ない、またはぎりぎり。	
22	専門用語でパニック！	
22	本人・家族の病状の理解や退院後の意向に大きな差がある時。	
22	関係者間の情報共有化。	
22	情報のやりとりがきちんとできていない。→入所後に再度情報収集	
22	施設→病院へ情報取得のために連絡をする際、専門職→専門職ではなく、窓口を通す必要があり、時間がかかる。	
22	退院可能時のご本人様の病状やADL等のレベルを家族がしっかりと把握せず、退院。	(例)経管栄養→経口への移向の可能性、ADLがどの程度向上するのか。
22	退院ぎりぎりになって、介護保険申請代行の相談がきた。	
22	家族は普段のことをいまいちわからないまま、医師は判断を家族にまかされて、困ることがある。	
22	関係者から自分の関連施設への入所をすすめられ、ケアマネが家族との間で困ってしまった。	
22	病院内で在宅のイメージにばらつきがある。→在宅に帰せるのに病院へ	
22	退院時の連絡がなかった。	
22	在院日数など治療が終わるとすぐ退院調整に入る。	ケアマネジャーには前日告知もある。
22	入院(即日)が重なると、カンファレンスに看護師が落ち着いて入れない。	担当のNsが入れない。
22	カンファレンス開催のタイミング	
22	退院カンファレンスがない。あっても時間が短すぎる。	
22	退院後の方向性を決めるとき、家族と顔を合わせる機会がない。	
22	訪問診療、精神科往診、対応不足	
23	家族がいない方の支援をどうするか。	
23	退院後の選択肢は多数あるが、金銭面での制約が出てくる。	
23	退院後の生活に対しての家族と本人の意向の相談	
23	退院後の受診先が違くと、「次の先生に聞いてください」で済まされることがある。	
23	直接家族からの同席依頼で、ICに呼ばれたが1時間半以上待たされても、医師が来なくて大変だった。	
23	カンファレンス時に本人・家族の意志がゆらいでいることが多く、複数回調整が必要になる。	
23	ケアマネジャーや地域住民が説得し、ようやく受診。	毎日通院で治療手段に苦しむ。
23	病状が思わしくない時、連携室に病状を確認するが「家族に確認してください」と言われたが、通常の流れは？	
23	退院後の療養における留意点について、家族にも分かりやすい言葉で説明してほしい(こちらの知識不足も)	
23	救急→入院でさず 在宅→支援者がいない	
23	なかば強制退院させられた人でも、帰ったら包括でしょ？と丸投げされる。	
23	入院前と身体の状態が変化している際の情報と、実際の本人の状態に相違があり、他職種間の連携が満足にできないことがある。	
23	退院カンファレンスの開催や、退院前の家屋調査などは、その都度病院側で必要度を見極めて行うのですか？	
23	ICでの内容をご家族が確認しても、全く覚えていないときがある。改めて電話などで問い合わせしても良いのでしょうか？	
23	2日目以降の同じ病気で入院、本人・家族がしっかりしている場合、情報が必要？	
23	入院中の在宅情報の提供は診療科が変わったら、やはり提供した方がいいのでしょうか？看護サマリーに介護度？	
23	ICにケアマネ同席するのを嫌がるドクターがいらっしゃるということ	
23	家屋調査もケアマネ呼ばれる時と呼ばれない時がある。	
23	その病院によって、病棟の対応、態度への格差	
23	退院時カンファレンスの時に、患者が退院を聞かされて、びっくりすることがある。	

23	今日、明日退院なので、家に行くと依頼される。	
23	すべての患者を把握することは困難。(〇〇(医療機関)独自のシステムをつっている)	
23	病院の窓口(相談窓口)どんなことがだめ？逆に教えてほしい。	
23	仕組みについては統一が必要？理解していただくことはできないのだろうか？	「互いを知る」
23	病院全体の理解を得るためには、やはり時間がかかる。	段階を踏んで・・・ということがある、時間をください。
23	入院時に必ず、病棟薬剤師に服薬指導に入ってもらおう。	
23	病棟担当の薬剤師も退院時カンファレンスに参加してほしい。	
23	薬局が退院時カンファに参加できるケースがほぼない。	
23	医療連携室からの退院時の連絡が急に(1~2日前)きてしまうサービス調整が満足にできない。	
23	カンファレンスで専門用語がわからず。(知っていないと恥ずかしい？)	
23	ケアマネの積極的な来院(在宅情報提供書)ケアマネが分かれば連絡しやすい。	
23	敷居が高くしているつもりは全くない。やっぱり敷居が高いんだろうか。	
23	ケアマネはMSWという存在を知っているか？	
24	介護職の知識不足	
24	退院前IC聞けなかった場合はどうしたらよいか？	
24	行政の協力は限られ、ケアマネへの負担が大きい。	
24	ケアマネからの「担当しています」というTELはある？いらない？	
24	家族がいない人、疎遠な人への理解	
24	訪問看護師さん寄りの情報が入院してもない。	
24	退院調整に病棟Ns必要？(SWいるのに)	
24	専門用語の利用も多く、相手には理解できていない(伝わらない)	
24	在宅に戻る際の関わる人の話し合いが少ない(目標への各過程への関わり)	
24	病院の窓口が分からない。	
24	早い段階での準備に入る病院と退院が決まってからの準備の病院(申請)	どういう仕組みになっているのか？
24	急な退院が多く、在宅の支援が整っての退院ができない	
24	いつの時点で相談室と繋がっているのか？どういう仕組み？	
24	何かあったらまた来なさい=緊急時受け入れてもらえない。	家族・本人はいつでも受け入れてもらえるかと勘違いする。
24	入院がわかった時に連絡し、退院が決まったら、教えていただきたい旨伝えても、連絡が来ない。	
24	入院・退院の連絡がないため、残薬の確認、入院時の薬の内容がわからないことがある。	
24	各医療機関の特徴を知らない。	
24	入院時、患者様の生活情報・サービス情報がなく、ケアマネもわからないことがある。	
24	医者から退院後についての説明があったけれど、家族・本人は不安があるけれども、医師には言えない。	家族、本人の理解力をきちんと把握する
24	他病院受診のため、診療情報をお願いしたところ、Noと言われました。	その場合はどうしたら良いのか？
24	在宅での生活を見据えてくれている看護師と病院経験のみの看護師さんでは本人への関わりが違う。	
24	退院後、患者が「病院に相談に行きなさいと言われたので・・・」と突然来所した。	せめて電話1本くれれば、と思う。
24	せめて歩けるようになってから、退院させてほしい。	
24	退院時カンファレンスに参加したが、家族が訪問診療について、理解されていなかった。ケアマネさんの情報不足もあったようだ。	結果、翌日キャンセルとなった。訪問診療と往診の違いを理解してほしい。
24	在宅医として決定しているにも拘わらず、退院前のカンファレンスに声がかからなかったことがありました。可能な限り参加する心がまえています。	この場合は誰が調整するのか？
24	専門職の理解度、知識にばらつきがあり、医療側との視点に違いがある。	
24	入院→在宅になる時、病棟スタッフも在宅では何が必要となるのか？どのような指導をすれば良いのかなど、もう少し考えてほしいと思います。	
24	看護師の在宅への意識・知識不足。	
24	退院支援に退院後かかわる外来看護師が情報をあまり知らない。	
25	「入院中だからMSW」「退院したからCM」というのではなく、協力でできそうなところは双方歩み寄って、協力できればもう少しスムーズに行くと思う。	
25	公的支援に具体的にどのようなものがあるのか？	
25	ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカーが利用者(患者)に関心を持って、お互いが情報を取りに行く気持ちが必要か？	
25	事業所・ケアマネがわからない。	
25	病識の乏しい家族介護者がいる。	「とりあえず帰ってからやってみます」との意向が強く、支援内容を決められない。
25	「転倒されると困るので、車椅子対応です」とNsが説明をする。	自宅では歩行移動が必要な患者なのに。
25	患者の状態が資料と違う。	
25	住環境、介護力不足により在宅復帰が難しいケースでも退院タイムリミットの訴えが強くある。	
25	退院時・後カンファレンスがない病院がある。後日改めて、サービス担当が行われる医療(病院)からの情報が聞けない。	
25	せめて退院が決まったタイミングでケアマネジャーに連絡が欲しい。	
25	病院によって退院調整窓口から一本化されていない。	病院NsとMSW双方から連絡があったりする。
25	そもそもカンファレンスに歯科専門職は入っているのか。	
25	口腔保健管理について、チェックされる場合にはどのようにするのか。	
25	リハビリテーションについて、入院する際、在宅サービス側から医療(病院)への情報提供はない。依頼もあまりない。	
25	家族の認識が違うまま、入院してくる	
25	入院した際に、ケアマネが誰かわからないのであれば、連絡いただきたい。	
25	退院への意志決定に時間がかかる	
25	受け持ちNsは変則勤務で常時いない。	
25	Nsは背景は聞けても、施設・在宅はあまり見えない。	
25	退院後フォロー…医療への引継ぎを行う際、医療関係でのやりとりで手間取る。	家族・本人が困惑する。
25	間違っている介護保険サービスの説明を病院側でしていることがある。	都度の修正が大事。
25	障がい有するご本人の家族の介護問題を相談する際、介護が必要な方への直接面識がないなかで、依頼するだけとなり、心苦しい場面がある。	
25	病院側としては、恥ずかしい話、担当ケースが多大にあり、重要性が低いとケアマネに連絡もしていないケースもある。	特に入院時。

25	全体への介入していないので、把握していないことが多く、申し訳なく思う。	「ケアマネジャーさんから〇〇さんについて、お話を聞きたいので、担当の方をお願いいたします」とTELor訪問があった時。
25	もう少し入院させてほしい家族と、すぐにでも退院させたい医師。	
25	MSWから受けた情報提供と、家族が「聞いた」内容に相違がある。	聞いた内容を家族が理解できていない。
25	ケアマネジャーより紹介いただいてから、サービス利用に至るまで、医師指示書が届かず、時間を要する。	(紹介から2〜3週間後)
26	退院前カンファレンスを忙しいので、開催してもらえない。	
26	病院によって、窓口の名称・担当部署が違うので、誰に話したらいいのか迷う。	
26	医療連携室・地域相談室など、名称が多く、どこに電話すれば良いかわからない。	
26	ICなど、ケアマネは家族ではないからと出席を断る医師もいる	
26	家屋調査時、リハ職の専門的な意見が少ないことがある。	
26	退院の連絡が突然で時間がない時がある。	
26	突然の退院に向け、ケース調整が間に合わない。	
26	入院理由、経緯を教えるのは難しいと言われてしまった。(個人情報とのこと)	
26	退院時カンファレンスの金額について、高いから払いたくない。	
26	在宅サービス側の要望・疑問などは、気持ちよく聞き入れてもらえるのかわからない。	
26	外来事務とMSWさんの院内での役割分担が、外からはわかりづらい。	
26	退院後の在宅に対する視点が、病院サイドと居宅サービス(介護)サイドに差がある。	
26	退院調整時、最終的にはケアマネ個人のネットワークを活用せざるをえない。	
26	自宅退院時、どこのケアマネさんをお願いしたらよいか。	新規の人。
26	顔が見える関係性ができると、相談しやすくなる。	
26	困ったときには知っているMSWがいると、相談しやすい。	
26	急性期病院の役割について、家族が理解してくれない。	
26	在宅は厳しいとICしているも、家族とケアマネさんと在宅方向で話を進めていたことがあった。	IC: インフォームドコンセント
26	区分変更のタイミングについて、一緒に考えてもらえない。	
26	家族とケアマネジャーとヘルパーを混同していて、CMの名前が聞き出せない。	
26	支援する際に、医療ニーズについて上手く伝わらないことがある。	
27	病院とかかりつけ医は？つながりはある？情報は？	
27	退院後、かかりつけ医への連絡の際、かかりつけ医が入院時の状況を理解できていないことがある。	
27	受入時の事業所の意見が割れる。	訪問看護「一か月は休んで、様子を見た方がいい」 デイ「少しの時間から様子を見たい。社交的な人なので、元気になってほしい」 本人「行きたいけど、疲労感が強い」
27	情報(サマリー等)が遅いので、訪問看護・ヘルパー・福祉用具等に遅れ気味の連絡にはなる。	
27	薬が昼のみでだった。	
27	初回訪問の時の情報が少なく、聞いてもすぐにわからない。	
27	どれくらい良くなりたいなど、積極的な目標を本人の希望がない限り、計画を立てにくい。リハ担当者と話がしたいけど、機会がない。	
27	服薬管理ができないケース	
27	入院と退院の担当者が違うことがある	
27	退院の連絡が1日・2日前に病院から来る。	患者を見に行く時間がない。ケアプランの準備ができない。サマリーも当日。
27	相談はどこにしようか？大きい病院だと相談窓口が色々ある。	
27	病院の機能として、在宅側の相談窓口がわかりにくいのだろうと思う。	
27	退院後についての見解があまりわからない。	
27	医療側に在宅情報にもっと興味を持ってほしい。	
27	病棟Nsと直接情報交換がしづらい。	
27	どちらかといえば、入院時の対応がわからない。(特に家族がいない・こない方)	
27	退院時の説明は行っているが、本人・家族など関係者が理解できているかを確認してほしい。	
27	退院前の実態調査・在宅訪問をしてくれる病院があるが、ほとんどの病院は行ってくれない？	
27	介護で利用者を取りまく職種間連携	
27	退院前カンファレンスと担当者会議の違いを考える必要がある	
27	カンファレンスの内容。	どういう内容で行うのか。病院→在宅の流れ。
27	カンファレンスが短く、書面でしか情報がとれない時がある。	
27	スケジュール調整がきびしい	
27	お互いの情報を持ち寄り、患者の検討をしなければならない。	

福岡市 退院時連携の 基本的な進め方の手引き

平成27年3月

福岡市保健福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課



● 目 次 ●

I	はじめに	1
1.	目的	1
2.	使い方	2
	(1) 本手引きを利用していただきたい方	2
	(2) 支援対象者	2
	(3) 対象とする期間	2
II	入院時より退院支援に向けてのフロー	3
III	具体的な進め方	4
1.	入院直後～48時間位	4
	(1) 入院時の情報提供	4
	(2) 入院時の情報収集	4
	(3) 退院調整が必要な支援対象者の選定	5
2.	入院1週間まで	6
	(1) 病院内の退院調整担当者の決定	6
	(2) 退院支援計画書の作成	6
	(3) 在宅への移行準備	6
3.	入院中	8
	(1) 家族に対する支援	8
	(2) 家屋調査への同行依頼	8
	(3) いきいきセンターふくおかへの支援依頼	8
	(4) 支援対象者や家族への教育・指導	8
4.	退院前	9
	(1) 退院前カンファレンスの日程調整	9
	(2) 退院前カンファレンスの基本的な進め方	10
	(3) 退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について	11
	(4) カンファレンスの記録作成	11
	(5) 退院に向けての支援	11
	(6) 多職種連携について	11

5. 退院.....	13
(1) 退院時・退院後の情報共有	13
(2) 在宅サービスの開始	13

各種様式（例）

○ 様式1 入院時／退院時情報提供書	14
○ 様式2 緊急時連絡先カード	15
○ 様式3 退院支援スクリーニング票	16

ほかにも、以下のようなスクリーニング票が活用されています

- 1) 全国国民健康保険診療施設協議会：「在宅移行の手引き」
スクリーニング票・アセスメント票
http://www.kokushinkyo.or.jp/Portals/O/HP_掲載用（在宅移行の手引き）.pdf
- 2) 新宿区：「退院調整マニュアル」（委託先：東京女子医科大学病院）
スクリーニングシート
http://ir.twmu.ac.jp/dspace/bitstream/10470/18424/4/taiin_H21.pdf



参考

○ 参考1 医療処置別必要な物品リスト（例）	17
○ 参考2 在宅カルテ	19
○ 参考3 医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算	31

I はじめに

1. 目的

急速な少子高齢化，特に後期高齢者の著しい増加を背景とし，国による病院の機能分化や診療報酬の改定が図られるなど，「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への移行推進がなされています。

今後，在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者を地域で支える体制を整えるための第一歩としては，病院スタッフや在宅生活を支えるスタッフによる適切で円滑な退院支援が重要と考えます。

そこで，退院調整を行う医療ソーシャルワーカー・看護師等をはじめとする病院スタッフと，ケアマネジャー等在宅生活を支えるスタッフの連携強化と適切かつ円滑な退院支援を目指して「福岡市 退院時連携の基本的な進め方の手引き」を作成しました。

この手引きが，入院から在宅までの切れ目のない支援の提供ならびに，在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者とその家族が，入院から退院後の在宅生活へ安心して移行できるための一助となることを期待します。

2. 使い方

(1) 本手引きを利用していただきたい方

福岡市内で高齢者の退院調整に関わる専門職の方全員。特に新人の職員の方。

例えば、

病院スタッフ※の方

- 医師
- 薬剤師
- 看護師
- 医療ソーシャルワーカー（以下、「MSW」という）
- リハビリスタッフ（作業療法士，理学療法士，言語聴覚士）
- 栄養士 など

在宅生活を支えるスタッフの方

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）
- いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- かかりつけ医（在宅医），看護師
- 訪問看護師
- 歯科医師
- かかりつけ薬局薬剤師
- その他介護サービス事業者の方 など



※ 本手引きにおいては、病院や有床診療所など退院調整を行う可能性のある医療機関を「病院」とし、その医療機関のスタッフを「病院スタッフ」として表記します。

(2) 支援対象者

本手引きで想定している支援対象者は次のような方です。

- 65歳以上
- 介護保険2号被保険者
- 在宅復帰される方（自宅，住宅型有料老人ホーム，サービス付き高齢者向け住宅など）
- 病院が退院支援を必要と考える場合 など



(3) 対象とする期間

本手引きは、支援対象者が入院（あるいは入院予約）してから、退院し在宅生活を開始するまでの期間を対象としています。

II 入院時より退院支援に向けてのフロー

いつ	誰が	誰に	実施すること	活用するツール ★は参考様式あり	実施日
入院直後 ～48時間 位	ケアマネジャー	退院調整担当者	<input type="checkbox"/> 在宅での様子等について情報提供	★入院時/退院時情報提供書 (P14 様式1 左側)	
	病棟看護師 退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 介護保険被保険者証の確認 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの有無の確認 <input type="checkbox"/> 入院時オリエンテーション等で院内退院調整部門(相談窓口)を紹介	★緊急時連絡先カードなど (P15 様式2)	/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 必要な情報提供・収集(TELなど)		/
			<input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票にて退院支援対象者の選定 <input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票を基に課題抽出	★退院支援スクリーニング票 (P16 様式3)	/
		主治医	<input type="checkbox"/> 退院支援スクリーニング票を使用して情報共有 <input type="checkbox"/> 退院予定日確認		/
入院1週間 まで	病棟看護師 退院調整担当者		<input type="checkbox"/> 退院支援に向けた院内調整(退院調整の担当者の決定) <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成	退院支援計画書	/
		本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> 必要時は介護保険認定申請の説明 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーの決定支援		/
		いきいきセンターふくおか	<input type="checkbox"/> (必要時)担当ケアマネジャー決定のための支援を依頼		/
入院中	病棟看護師 退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 在宅復帰であれば、家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援		/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 病院の理学療法士などが行う家屋調査への同行を依頼		/
		いきいきセンターふくおか	<input type="checkbox"/> サービス導入できない場合など、必要時は支援を依頼		/
	病棟看護師	本人・家族	<input type="checkbox"/> 支援対象者や家族への教育・指導(医療処置の手技や介護方法など)		/
退院前 1週間前を 目安(病状 が落ち着き 退院の方向 性が決定し たら)	退院調整担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整 <input type="checkbox"/> 退院先の意向を再確認		/
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談・居宅サービス計画書・サービスの調整	★入院時/退院時情報提供書 (P14 様式1 右側)	/
		在宅生活を支えるスタッフ(かかりつけ医・訪問看護師等のサービス事業所・いきいきセンターふくおかなど)	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整		/
退院調整担当者	本人・家族 ケアマネジャー 退院支援に関わるスタッフ(病院医師、看護師PT、OTなど 在宅医、訪問看護師 薬剤師、歯科医師 いきいきセンターふくおか サービス事業所など)	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの開催および開催記録の共有		/	
退院	退院調整担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 退院時の書類の確認	看護サマリー他	/
		ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> ケアプランの写しの提供依頼		/
	ケアマネジャー	本人・家族 介護サービス事業者	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの開始	介護支援専門員手引書 在宅カルテ	/
		退院調整担当者など	<input type="checkbox"/> 退院後の情報を報告		/

III 具体的な進め方

1. 入院直後～48時間位

(1) 入院時の情報提供

支援対象者へのより適切な治療計画や退院支援のために、入院前の情報（在宅生活の状況など）は大変重要です。

ケアマネジャーは、支援対象者が入院した際には、支援対象者・家族の同意を得たうえで在宅での状況について、速やかに情報提供しましょう。（入院時情報連携加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

また、支援対象者や家族に対して、病院の退院調整部門など相談窓口を知らせておくとい良いでしょう。支援対象者や家族が安心します。

情報提供時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 [様式1](#)参照）をご参照下さい。[様式1](#)は病院スタッフとケアマネジャーが情報共有し連携するための参考様式です。左右に入院前と退院時の状況を並べて比較できるようにしました。入院直後に、最低限の必要項目を迅速に提供することを目的としています。不足部分は、病院訪問・電話等のやりとりの中で補足しましょう。

入院時情報提供の注意点

- ・病院に出向いて面談することが望ましいでしょう。訪問前に病院スタッフと時間調整しましょう。
- ・出向くのが難しくFAXを利用する場合などは、FAX送信先に連絡をとったうえで、個人情報が入らないよう工夫してから送信しましょう。
- ・ケアマネジャーからの入院時情報提供がない場合は、支援対象者・家族の同意を得て、病院からケアマネジャーに情報提供を依頼しましょう。

病院が担当ケアマネジャーを把握しやすい工夫を

ケアマネジャーは、支援対象者に「緊急時連絡先カード」（P.15 [様式2](#)参照）を、医療保険証と共に携帯するよう勧めておくことで、入院の際、病院スタッフが担当ケアマネジャーを把握しやすくなります。

(2) 入院時の情報収集

病院スタッフは、入院後の早い段階で支援対象者の担当ケアマネジャーを把握し、情報収集及び退院に向けた体制整備について相談を進めることが重要です。

(3) 退院調整が必要な支援対象者の選定

入院の段階で、退院支援が必要な患者であるかどうか、退院支援スクリーニング票（P.16 **様式3**参照）を用いるなどして判断します。スクリーニングは、入院後48時間以内などのできるだけ早期に実施することが望ましいとされています。

退院調整の必要が高いと判断される場合は、主治医と必要性について共有し、退院予定日の確認をしましょう。

退院調整が必要と考えられる例

- 1) 再入院を繰り返す場合
 - 2) がんや難病のように、進行する疾患を抱えながら在宅療養する場合
 - 3) 医療管理・医療処置等が継続する場合
 - 4) 入院前と比べてADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要な場合
 - 5) 独居、または家族と同居であっても、必要な介護を十分に受けられる状況にない場合
- など

支援対象者選定のタイミング

- ・入院後48時間以内などできるだけ早期に
- ・病院によっては入院予約の段階でチェックする場合も
- ・退院調整加算の算定要件は「入院後7日以内」



*ただし、スクリーニングは入院時の1回のみでなく、手術後など治療による症状安定が図られた時期や治療方針変更時など状況変化に応じて適時実施することが大切です。

2. 入院1週間まで

(1) 病院内の退院調整担当者の決定

病院によって、退院調整部門に「看護師」、「MSW」の職種が配置されている場合があります。退院後に必要な医療処置への対応調整や支援対象者・家族への教育等は「看護師」が担当し、生活支援に重点がある場合には主に「MSW」が担当するなど、必要な支援内容によって役割分担する場合がありますが、いずれにしても、支援対象者や地域からわかりやすい相談窓口が求められます。

病院におけるわかりやすい退院調整窓口（担当者決め）が重要

(2) 退院支援計画書の作成

病棟看護師、退院調整担当者は、入院から1週間を目途に、退院までの課題、目標設定、予想される退院先、退院後に利用が予想されるサービス等について記載した「退院支援計画書」の作成に着手します。

作成した計画は、支援対象者・家族と共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を図ります。（退院調整加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

また、入院が長期になった場合や支援対象者・家族の状況に変化があった場合には、「退院支援計画書」の見直しが必要です。

(3) 在宅への移行準備

在宅への移行準備において重要なポイント

- ・ 支援対象者や家族が納得して在宅生活へ移行できるよう支援すること
- ・ 支援対象者の希望する場で生活が送れるよう、多職種が連携すること

病院スタッフは、支援対象者の退院にあたり、支援対象者や家族の意向を確認し、希望する場で、必要な医療や介護サービス等が適切に受けられるよう体制を整える必要があります。

その際、支援対象者や家族が「お世話になった」という思いなどから病院担当者の提案等をそのまま受け入れてしまい、本心による決断ができていない場合があることに留意し、本心を汲み取るよう心がけることも重要です。

また介護保険の認定の有無を確認するとともに、必要に応じて介護認定申請やケア

マネジャー決定のための支援（いきいきセンターふくおかへの連絡や居宅介護支援事業所の紹介など）を行います。

とくに、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、入院によって状態変化がある場合には、まず支援対象者・家族、病院の主担当者、ケアマネジャーの三者によって今後の方針を決めるための打ち合わせを持ち（可能であれば退院3週間前を目途に）、次の段階で、支援対象者を担当する複数の病院スタッフ・在宅生活を支えるスタッフによるカンファレンスを開催すると、より円滑に支援が進みます。

3. 入院中

支援のポイント

退院後の在宅生活について具体的なイメージがもてるよう支援することが重要

(1) 家族に対する支援

支援対象者の情報のみでなく、家族関係や家族介護力、家族の意向等に関する情報は、支援の方向性や内容を決めるうえで重要な情報です。さらに、支援対象者の在宅生活を支援するためには、家族を含めて支援する視点が重要となります。

また、家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援も積極的に行う必要があります。そのため入院中に把握できた家族情報などは、最大限在宅生活を支えるスタッフと共有することが大切です。

(2) 家屋調査への同行依頼

在宅復帰に際して、快適な生活が送れるように、家屋内の段差解消や手すりの設置などの住宅改修や福祉用具の活用を検討する場合があります。病院の理学療法士等が家屋調査を行う場合に、担当ケアマネジャーが同行することで、スムーズに情報共有ができるでしょう。

(3) いきいきセンターふくおかへの支援依頼

介護保険非該当で気になる方、要支援の認定を受けられた方、適切なサービス利用につながらないなどの状況にある場合は、いきいきセンターふくおかへ支援依頼しましょう。

なお、支援困難な方の場合、ケアマネジャーからいきいきセンターふくおかへ相談することもあります。

(4) 支援対象者や家族への教育・指導

退院にあたり、支援対象者や家族が在宅で利用する医療機器の操作等を習得することが必要な場合があります。なかには、在宅で使用予定の機器を病院で練習することもあります。その際、訪問看護師も立ち会えば、退院後の医療処置がよりスムーズになるのはもちろん、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。(医療処置別必要な物品リスト P.17 [参考1](#)参照) 在宅での介護方法やリハビリについても、入院期間中に指導を実施しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。

退院日について

日曜日は、サービス提供できる事業所が少なく、退院当日からのサービス利用の調整がつかない、また緊急時に連絡が取りづらいなどの状況が考えられます。一方で、退院に付き添う家族等の都合もあり、支援対象者に応じて退院日を調整することが好ましいといえます。



4. 退院前

1週間前を目途（病状が落ち着き退院の方向性が決定したら）に、退院前カンファレンスを実施しましょう。

退院前カンファレンスとは、支援対象者の入院中に病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフが情報共有を行い、支援対象者の退院に向けて、また在宅生活開始に向けての方針等を検討・共有する場です。病院側が場の設定を行います。

退院前カンファレンスを踏まえて、在宅生活を支えるスタッフによる受け入れ準備が行われ、また、病院側でも必要な支援対象者への教育や指導・調整を行うことになります。

（1）退院前カンファレンスの日程調整

退院前カンファレンスは病院の退院調整担当者から関係者に連絡をします。在宅サービス事業者などに対しては、支援対象者の担当ケアマネジャーを通じて連絡してもらうのも効果的です。

想定される参加者は…

- ・支援対象者・家族など

病院スタッフ

- ・医師
- ・病棟の看護師
- ・退院調整看護師
- ・MSW
- ・リハビリスタッフ
- ・薬剤師
- ・栄養士
- など

在宅生活を支えるスタッフ

- ・かかりつけ医（在宅医）、看護師
- ・訪問看護師
- ・ケアマネジャー
- ・いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- ・歯科医師
- ・かかりつけ薬局薬剤師
- ・介護サービス事業者
- ・その他の専門職（栄養士、住宅改修・福祉用具レンタル・医療機器レンタルの事業者等、支援対象者の状況に応じて調整） など

* 家族は、事情によっては参加しないケースもありますが、家族がキーパーソンになることが一般的です。

（２）退院前カンファレンスの基本的な進め方

退院前カンファレンスでは、基本的には以下のような点について報告、確認していきます。「１時間程度」の時間がかかることもあるようですが、「１５～２０分程度」を目標に設定するという方法をとっている病院もあるようです。

関係者の負担を軽減し、効果的な話し合いの場とするには、「３０分程度」での実施が望ましく、事前準備等を整えて臨みましょう。

退院前カンファレンスの流れ

- １）出席者の紹介
- ２）入院時の主な病状の経過
- ３）現在の日常生活の自立度と必要な支援内容
- ４）病状・予後についての説明と支援対象者・家族の理解
- ５）在宅生活に対する支援対象者・家族の意向
- ６）退院後の受診先（または訪問診療医）
- ７）在宅療養の方針やリハビリテーションの方針
- ８）在宅での薬剤管理・服薬支援
- ９）家族への医療処置、介護方法の指導状況及び家族の習得状況
- １０）今後の課題
 - １１）在宅療養におけるリスクと予防策、対応策
 - １２）緊急時の体制（＊）
 - １３）在宅生活の目標と必要なサービス
 - １４）（必要に応じて）在宅の限界点（再入院または施設入所を検討する状況）
 - １５）病院スタッフへの質問
 - １６）在宅生活を支えるスタッフへの質問



＊退院前に、緊急連絡先・連絡方法・移送方法などを、支援対象者・家族・在宅生活を支えるスタッフ間で確認し、連絡先一覧を共有しておくことも重要です。（緊急時として、容体の急変、家族の健康上の問題、医療機器のトラブル、災害時などが考えられます。）

効率的効果的な退院前カンファレンス

- ・退院調整の担当者は、伝えたい情報の要約や尋ねたい内容の箇条書きなどの準備を行う。
- ・支援対象者や家族も含め、参加者全員が理解できる共通言語（略語や専門用語は、使わない）で話す。

（３）退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について

退院前カンファレンスの開催時期は、原則的には在宅生活を支えるスタッフが支援対象者の退院に向けて受け入れ準備・在宅環境整備を行う都合上、退院日から逆算して約１週間前が理想的です。

ただし、治療状況などにより在院期間が短い場合や認知症の症状などで退院意向が強くなり急に退院が決まる可能性もあります。比較的在院期間が長い場合は、複数回開催することもあります。一律に時期を決めることはできませんが、支援対象者の状況に応じて、早めに関催できるように努めましょう。また、出席者の日程調整や準備を円滑に行えるよう、早めに関催日程を関係者に伝えるようにしましょう。

（４）カンファレンスの記録作成

カンファレンス終了後には、話し合われた内容について記録を作成し、参加者および参加できなかった人、支援対象者・家族にも配付し、共有することはより望ましいことです。カンファレンス時と同様に、略語や専門用語の使用は控え、平易な言葉を使うように留意しましょう。

また、特に在宅療養におけるリスクとその対応策については、整理して支援対象者・家族に伝えましょう。文書を準備するとよりよいでしょう。この点が明確になると、支援対象者・家族は安心感を得ることができます。

（５）退院に向けての支援

担当ケアマネジャーは、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談を通して情報を収集します。（退院・退所加算が算定できます。P.31 [参考3](#)参照）

情報収集時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 [様式1](#)参照）をご参照下さい。収集した情報は在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医・介護サービス事業者等との情報共有のために活用します。

（６）多職種連携について

支援対象者が住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活していくためには、医療・介護に携わる多職種が綿密な連携体制をとり、支援していくことが重要です。多職種間で共通認識を持つと同時に役割の確認が必要となります。退院前カンファレンスは多職種連携の一例です。

また、在宅支援が困難なケースについては、管轄のいきいきセンターふくおかが、ケアカンファレンス等を開催し、支援対象者・家族、多職種に、地域の支援者も加えたチームケアを編成することもあります。退院調整の際に築いた多職種連携のネットワークを退院後も活かし、退院後の状況を確認して、退院前カンファレンスでの方向性が正しかったかどうか検証しましょう。

退院前カンファレンスの参加や他機関との連携を図った場合には、診療報酬や介護報酬の加算が得られる場合もあります。（P.31 [参考3](#)参照）

■ ■ コラム：市内での退院前カンファレンス参考事例 ■ ■

◎退院前カンファレンスに参加する「在宅生活を支えるスタッフ」の職種に応じて、「病院スタッフ」の出席者をあわせる工夫をしている場合があります。

たとえば、在宅生活を支えるスタッフとして「かかりつけ医（在宅医）」「訪問看護師」「訪問リハビリ職員」「かかりつけ薬局薬剤師」が参加する場合、病院スタッフも「医師」「看護師」「リハビリ職」「薬剤師」が参加するとしています。同じ職種同士で話すことにより、引き継ぎがスムーズになっているようです。

◎病院の医師とかかりつけ医（在宅医）が出席のもと、医師同士または出席者全員で情報を共有することで、退院後の支援対象者の生活の質が向上する場合があります。必要に応じて積極的にカンファレンスを活用しましょう。

◎ケアマネジャーがいない場合、介護保険以外のサービス調整に重点がある場合など「いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）」に関わってもらうことも重要です。

◎地域の民生委員、近隣者などインフォーマルな支援者が在宅支援に携わる予定があり、支援対象者の病状等の情報を踏まえていただくことや関係者間の顔合わせなどが今後の支援において有効と考えられる場合などは、支援対象者・家族の同意を得るなど退院元病院に必要な手続きを確認し、退院前カンファレンスに同席していただくことを検討するとより良いと考えられます。

◎退院前カンファレンスに引き続き、より具体的にケアプランやサービス提供について検討を行う「サービス担当者会議」を実施する場合もあり、効率的な進め方といえます。

◎退院前カンファレンスまでの間に、退院調整担当者とケアマネジャー（またはいきいきセンターふくおかの職員等）の間で、支援対象者の意向と家族の意向に相違がないかなどの確認をしておくことも重要です。



5. 退院

(1) 退院時・退院後の情報共有

病院スタッフは、必要に応じて看護サマリーなどの書類をケアマネジャー等に渡しましょう。(急な退院の場合や1回のカンファレンスでは十分に情報収集できない場合があります。)

ケアマネジャーは、病院の退院調整部門とかかわった場合や、退院前カンファレンスを行った場合は、必要に応じてケアプランの写しを病院スタッフに渡しましょう。

また、病院スタッフにとっても退院後の支援対象者の状況は気になるものです。ケアマネジャーは必要に応じて、退院後の状況について病院スタッフに情報提供を行いましょう。

必要な際の再入院や緊急時対応、レスパイト機能の面からも、病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフの継続的な連携は重要です。退院後に病状が急変し入院が必要な場合に、どのように対応するかをかかりつけ医(在宅医)と病院の医師が打ち合わせておくことは、支援対象者や家族の安心感につながります。

(2) 在宅サービスの開始

福岡市では、「介護支援専門員手引書(在宅版)」を作成しています。在宅でのケアマネジメント業務で是非ご活用ください。

<http://www.city.fukuoka.lg.jp/hofuku/sesakusuishin/00/05/5-010108.html>

関係者間の連携には、ケアマネジャーなどが主導して、連絡ノートを準備することがあります。急ぐ内容であれば、電話などによる連絡が必要ですが、急を要さない内容については、連絡ノートを活用し、情報共有に努めましょう。(福岡市医師会方式「在宅カルテ」もご活用ください。P.19 参考2参照)

入院時/退院時情報提供書

様式1

～退院に向けてのお願い～

- 1)退院が決まり次第、ご連絡を頂ければ幸いです。
- 2)必要に応じて退院時の情報提供をお願いします。

御中

以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。

ふりがな		性別	生年月日	
氏名		男・女	明・大・昭	年 月 日(歳)
住所	TEL	家族構成 (同居家族は○で囲む ★キーパーソン)		
緊急連絡先	続柄()TEL 自宅携帯			
	続柄()TEL 自宅携帯			
住宅環境	一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無)			
経済状況	年金有()・無 その他() 生活保護(担当CW)			
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(新規・更新・区分変更)			
障害等認定	身障()級・精神()級・療育(有・無)・原爆・特定疾患()			

▼入院時情報提供欄

(別添資料 無・有→ 枚)

▼退院時情報欄

(ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめる欄です)

情報提供事業所名					情報提供機関名				
担当ケアマネジャー					所属・職種・氏名				
TEL		FAX			TEL				
入院日 年 月 日					入院期間: 年 月 日～ 年 月 日(予定)				
かかりつけ医① (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療)					手術 : 有 (手術名)・無				
医療機関・主治医名					疾病の 状態	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況: 無・有 (内服:自立・一部介助・全介助)			
連絡先						(感染症, 投薬の注意事項(薬剤名, 薬剤の剤形, 投薬経路等)等)			
かかりつけ医② (<input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療)					特別な 医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他()			
医療機関・主治医名						(導入予定の医療系サービス)			
連絡先					<特記事項>				
訪問介護(/週) 訪問看護(/週)					自立 見守り 一部介助 全介助 備考・特記事項				
通所サービス(/週)									
福祉用具()					移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子 (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)				
その他()									
介護サービス利用状況					排泄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> オムツ使用:常時・夜間のみ・無 (留置カテーテル等)				
自立 見守り 一部介助 全介助 備考					食事 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 制限:無・有(塩分・水分・その他()) (制限の内容等)				
移動 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子					入浴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入浴不可(シャワー・清拭)				
排泄 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> オムツ使用:常時・夜間のみ・無					口腔ケア <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 義歯(有・無)				
食事 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良)					視力 普通・視力低下あり・眼鏡(有・無)・全盲				
制限:無・有(塩分・水分・その他())					認知・精神面 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 幻視・幻聴				
(制限の内容等)					聴力 普通・やや難聴・難聴・補聴器(有・無)				
入浴 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)					認知・精神面 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性				
口腔ケア <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 義歯(有・無)					夜間の状況 良眠・不眠(状態)				
視力 普通・視力低下あり・眼鏡(有・無)・全盲					リハビリ等 リハビリテーション 無・有(頻度) 運動制限 無・有				
聴力 普通・やや難聴・難聴・補聴器(有・無)					療養上の注意する事項				
認知・精神面 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性					提供年月日 年 月 日				
幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す					面談年月日 年 月 日				
その他(ご本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子・医療上の注意 点等)					年 月 日				

【注】入院時情報連携加算, 退院・退所加算の算定には, 国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります

退院支援スクリーニング票

様式3

入院日(/) 氏名() (男・女) (歳)

各項目内で当てはまるものを1つ選択し、各得点を小計に計算し、合計する。

項目	選択肢		小計
退院後の医療処置 ¹⁾	あり(5)	なし(0)	
退院先希望	病院・施設(5)	自宅(0)	
移動の自立度	要介助(3)	見守り(2) 自立(0)	
排泄の自立度	要介助(3)	見守り(2) 自立(0)	
認知障害	診断あり(2)	疑いあり(1) なし(0)	
家族介護	<家族構成> 独居(2)	2人世帯(1) 3人以上世帯(0)	
	<介護状況> 介護者：見守りや介護が必要なのになし 介護意思：なし 介護困難：介護者が健康問題、高齢、不安がある、トラブルあり 介護協力者：日常的な代替者(サービス利用を含む)なし 介護者就労：あり.....上記該当せずに左記に該当した場合、「2点」		
介護保険	必要な状態だが未認定(2)	申請中(0) 介護保険認定あり(0)	
スコア判定 (0~26点)	10点以上：退院支援の必要性が高い		合計

1) 通常、医療者が行う処置

(褥瘡処置, 気管吸引, 膀胱留置カテーテル交換, 人工呼吸器管理, 中心静脈栄養, 在宅酸素など)

判定状況

月日	スコア	特記事項・今後の予定(退院支援計画)
/		
/		
/		

【出典】 鷲見尚己, 村嶋幸代: 高齢患者に対する退院支援スクリーニング票の開発(第一報). 日本病院管理学会誌 42 (3): 37-48, 2005

在宅で各種医療処置を維持継続していく場合に必要となる可能性のある物品等をリスト化しておく、退院時の準備、情報共有が円滑になります。以下は、医療処置別必要な物品リストの例です。

医療処置別必要な物品リスト(例)

◇人工呼吸器を装着している方の場合

チェック欄	物品リスト
	人工呼吸器
	人工呼吸器回路
	発電機(外部バッテリー)
	人工鼻(必要時)
	パルスオキシメーター
	アンビューバック
	蒸留水

◇人工肛門を造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	ストーマ袋(パウチ)
	ワンピースタイプ
	ツーピースタイプ
	皮膚保護材(必要時)
	潤滑剤(必要時)
	微温湯
	石鹸

◇気管切開をしている方の場合

チェック欄	物品リスト
	ガーゼ綿棒
	吸入器
	カニューレ(サイズ)
	手袋
	蒸留水
	アルコール綿
	吸入時の薬剤
	カフ用注射器
	消毒液

◇人工膀胱の方の場合

チェック欄	物品リスト
	集尿袋(レッグバック)
	集尿袋(ウロガード)
	テープ(医療用)
	フィルムドレッシング剤
	消毒液
	滅菌ガーゼ
	アルコール綿
	剥離剤洗浄クリーム

◇在宅酸素(HOT)を利用している方の場合

チェック欄	物品リスト
	酸素濃縮装置
	酸素ポンプ
	携帯用酸素ポンプ
	パルスオキシメーター
	トラキマスク
	延長チューブ
	カニューラ

◇胃ろうを造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	イリゲーター
	チューブ
	注射器
	とろみ剤
	カフ確認用注射器 (ボタン式は注入用チューブ必要)
	蒸留水
	綿棒
	ガーゼ
	薬剤溶解ボトル
	消毒液
	栄養剤
	白湯等

◇膀胱カテーテルを留置している方の場合

チェック欄	物品リスト
	尿道カテーテル 号数
	蓄尿バッグ
	固定液
	注射器
	滅菌綿棒
	消毒液
	潤滑油(キシロカインゼリー)
	鑷子(セッシ)

◇インスリン注射を実施している方の場合

チェック欄	物品リスト
	インスリン液
	廃棄ボックス
	注射用針
	ペンフィル等
	カット綿
	清拭綿
	消毒液

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

福祉用具レンタル、購入のチェックリスト(例)

◇福祉用具のレンタルの必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ベッド(2モーター、3モーター)
	ベッド付属品(マット、手すり、介助バー)
	車椅子(自走用、介助用)
	リクライニング式車椅子
	車椅子付属品
	移動用リフト
	スロープ
	歩行器
	徘徊感知器
	手すり
	その他

◇福祉用具購入の必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ポータブルトイレ
	シャワーチェアー
	浴槽台
	その他

参考2

福岡市医師会では、かかりつけ医（在宅医）と多職種の情報共有に用いる様式として「在宅カルテ」を作成しています。在宅生活を支える多職種の連携にぜひ活用してください。

(<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/zaitakukarute/zaitakukarute.html>)

参考：在宅カルテの概要 ～福岡市医師会ホームページより～

- ・「在宅カルテ」は、福岡市医師会が、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、支援対象者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案したものです。
- ・訪問診療を実施しているかかりつけ医が必要と判断した場合に活用します。
- ・「在宅カルテ」は、支援対象者宅に保管し、在宅療養を支援する上で、他の職種と共有したい情報、連絡事項を記載します。
- ・受診時やデイケア等を利用する時など、支援対象者が持参する時以外は、支援対象者宅に保管します。（原則持ち出し禁止）

医療的なニーズの高い支援対象者については、特に、ケアマネジャーとかかりつけ医（在宅医）、訪問看護師、かかりつけ薬剤師などとの緊密な情報共有・連携が、支援対象者の在宅支援に有用です。

また、医療機関を受診する時や、入院、デイケア、ショートステイ等を利用する時などに、支援対象者・家族が「在宅カルテ」を持参することで在宅生活の様子を情報共有することができます。

■■ コラム：在宅カルテ利用者の声 ■■

- ◎ ご本人の情報共有が出来て、方針が統一できるので良いと思った。
(通所介護事業所, 福祉用具事業所)
- ◎ ご本人の身体状況の変化がよくわかるようになり、良かった。(ケアマネジャー)
- ◎ ご本人の疾患や性格等により、ご本人自身が言葉で伝達することが難しい場合などは特に効果的と感じた。
(ケアマネジャー)

在宅カルテ

様式1-1

氏名		性別		生年月日		歳
住所				TEL		
緊急連絡先						
介護度		寝たきり度		認知度		

事業所			担当ケアマネジャー			
TEL	(携帯:)		FAX			

かかりつけ医	氏名			医療機関		
	TEL			FAX		

備考						
----	--	--	--	--	--	--

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
訪問診療						
訪問看護						
訪問介護						
デイケア						

福岡市医師会

在宅カルテ

様式1-2

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
デイサービス						
訪問リハ						
福祉用具						
訪問入浴						
ショートステイ						
訪問歯科						
訪問薬局						

福岡市医師会

事業所の皆さまへ

福岡市医師会方式「在宅カルテ」について

福岡市医師会方式「在宅カルテ」は、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案しました。

在宅カルテの適応

訪問診療を実施されているかかりつけ医が必要と判断した場合に活用します。主な適応例は下記が想定されます。

【 適応例 】

1. 介護度が高い利用者(患者)
2. 医療依存度が高い利用者(患者)
3. 複数のサービス事業所等が関わっている利用者(患者)
4. 独居や高齢者世帯で、的確な情報が入手しにくい場合
5. キーパーソンが、別世帯または日中就業のため、情報交換が困難な場合
6. その他、かかりつけ医が必要と判断した場合

※ ケアマネジャーが必要と感じた場合は、かかりつけ医にご相談下さい

様式1は担当ケア
マネジャーが全て
記入する

在宅カルテ(記入例)

様式1-1

性別	女	生年月日	770年〇月〇日	91歳	
住所	福岡市〇〇〇〇〇〇	TEL	092-〇〇〇-〇〇〇〇		
緊急連絡先					
介護度	要支援2 H24/5/〇	寝たきり度	J2	認知度	自立
事業所	〇第〇〇いきい	マネジャー	〇〇〇〇		
TEL		FAX	092-000-0000		
かかりつけ医	氏名	医療機関			
	TEL				
備考	難治性下腿潰瘍の処置 患者の状態等に関し、特に留意すべき点を記入する				

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
訪問診療	24/5/	〇〇クリニック	000-0000	000-0000	●、▲▲	隔週(木) 16:00~
	訪問診療やサービスを開始した年月日を記入する		訪問診療やサービスを提供している担当者名を記入する			
訪問看護	24/5/24~	〇〇訪着	000-0000	000-0000	●●、▲▲	(月) 12:30~ 30分 (水) 12:00~ 30分 (金) 12:30~ 1H
	訪問診療やサービスを提供する予定の曜日や時間を記入する					
訪問介護	24/5/25~	〇〇ケアセンター	000-0000	000-0000	●●、▲▲	毎金 14:00~15:00
デイケア						

福岡市医師会

在宅カルテ

様式1-2

	開始日	施設名	TEL	FAX	担当	訪問日
デイサービス						
訪問リハ						
福祉用具		〇〇事業所	000-0000	000-0000	●●	
訪問入浴						
ショートステイ						
訪問歯科						
訪問薬局						

福岡市医師会

在宅カルテ(記入例)

様式 2

様式2は、かかりつけ医
やサービス提供者等が
記入する

連絡事項				事業所名 記入者名	かかりつけ医 確認署名欄
2	20	12:00	創は縮小しましたが、前脛部の治癒進行が遅いです。全体にA軟膏を塗布しています。右足の第3指は1週間程前に新たな水泡が出来ましたが治癒傾向にあります。Div実施中に比べると、全体に治癒の進行は停滞気味です。処置変更等ありましたら、ステーションに連絡を頂ければと思います。	ステーションA 〇〇	Bクリニック 〇〇
2	21		確かに右下腿の潰瘍は治癒の速度が滞っている印象です。浸出液はないです。本日A軟膏塗布しました。近所の買物等、無理にならない程度であれば外出可と話しています。(十分足を温かくして)	Bクリニック 〇〇	
2	26	16:15	靴は今取り寄せてもらっています(デモ用)。3/1のことに ことになっています。当方も伺わせていただきます。		
3	1		靴のお試しを納品させて頂きました。靴のサイズが合わな 後日商品をお持ちします。		
3	1	11:00	(ステーション〇〇看護師へ) B先生からお話頂いた後、一度だけコンビニに行かれたとの事。 「随分、時間はかかったけど、足はそう痛くなかった」との事ですが、靴が来るまでは待っておられるようにお話しました。 (ヘルパー事業所〇〇さんへ) おやつ類など依頼するのがお恥ずかしいかもしれませんので、お声かけを(して下さいている事と思いますが)どうぞ宜しくお願いします。	C包括センター 〇〇	
3	1	14:00	何でもお買物おっしゃって下さいと声かけをしています。今日は治療用のテープとバブを頼まれました。	E訪問介護	
3	5		靴を納品させて頂きました。ご本人も大変満足されている		
3	6	12:00	やはり、創の前脛部付近の治癒進行だけが遅いです。その 軟膏を使っていてもよいでしょうか。前回の創の時のようにB軟膏 膏を使い分けていくような感じで。指示の変更があれば、在宅カルテにご <u>記入お願いします。</u>	ステーションA 〇〇	

確認後にサイン
をお願いします。

利用者の心身の状態等に関し、特筆すべき事をご記入下さい。緊急性の高い場合は、直接電話等で連絡を取り合ってください。

特に重要な伝達事項は赤字で記入する、赤でアンダーラインを引くなど工夫して下さい。

福岡市医師会

福岡市医師会方式「在宅カルテ」Q & A

平成25年6月21日作成

Q1. 福岡市医師会方式「在宅カルテ」とは何でしょう。どのような目的で作られたのでしょうか。

A. 福岡市医師会が独自に作成した連携ツールです。在宅医療において、より質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医と在宅医療に関わる多職種が、患者の医療・介護情報等を共有しスムーズな連携が図れるよう考案しました。今後、全市において活用をすすめていきます。

Q2. なぜ、かかりつけ医との連携が必要なのでしょう。

A. 在宅において療養中、要介護・要支援状態の方は、心身に何らかの支障をきたし医療が必要となった状況の方です。その方たちが安心・安全にいつまでも住み慣れた場所で生活できるよう、かかりつけ医主導のもと、患者に関係する多職種が連携を図りながら在宅療養を支援することが重要です。

Q3. 在宅において、すでに患者・家族、介護サービス事業所間で連絡ノートを使用していますが、違いはあるのでしょうか。

A. 連絡ノートが、サービスの提供状況を伝え合うことを目的に作成するのに対し、「在宅カルテ」は、かかりつけ医と介護サービス事業所、関係者が互いに在宅医療に関わる上で情報として知っておいて欲しい情報のみをやりとりする「情報共有」「連携」を目指したツールです。

Q4. どういった患者（利用者）に「在宅カルテ」を活用すると効果的なのでしょう。

A. 下記の患者（利用者）が効果的だと思われます。

- ・介護度が高い、もしくは医療依存度が高く、複数のサービス事業所が関わっている患者（利用者）
- ・独居や高齢者世帯で、的確な情報が入手しにくい患者（利用者）
- ・キーパーソンが別世帯または日昼就業のため、情報交換が困難な患者（利用者）

Q5 患者(利用者)・家族は参加するのでしょうか。

A. 患者(利用者)・家族の状況に合わせ、参加して頂くかはお検討下さい。

Q5. どんな時に記載するのでしょうか。

A. 緊急時を除き、関係者間で共有すべき情報、連絡事項が発生した時に記載します。(記入例参照) 特別記載することがない場合は、記載の必要はありません。

Q6. 記載時の留意点はありますか。

A. ①緊急時は使用しないで下さい。※ 緊急時は直接かかりつけ医へ連絡して下さい。
②情報を共有したい事項、連絡事項を記載して下さい。
③特記することだけを、できるだけ専門用語を使わず記載して下さい。
④一部職種宛にメッセージを残したい場合は、「様式1」のかかりつけ医の訪問診療日時や、介護等サービスの日時等を確認し記載して下さい。(記入例参照)

Q7. 緊急時はタイムラグが生じると思いますが、その時も記入するのですか。

A. 緊急時は、「在宅カルテ」には記入せず、通常とられている緊急連絡手段(電話等)で直接連絡をとって下さい。

Q8. 検査結果、その他の情報についても在宅カルテに添付してもよいのでしょうか。

A. 本人・ご家族の了解の上、情報共有に必要な範囲で、かかりつけ医が判断し添付するかご検討下さい。

Q9. 様式2の「かかりつけ医確認署名欄」は毎回の訪問診療時に医師名を記入すればよいのですか。医師としての特記がなければ「連絡事項」欄の記載の必要はないのでしょうか。

A. 内容を確認して頂いたことがわかるよう署名して下さい。特別記載することがない場合は、記載は必要ありません。

Q10. 在宅カルテの持ち出しは可能ですか。

A. 原則持ち出し禁止です。患者自身が医療機関を受診する時やデイケア・ショートステイ等を利用する時以外は患者宅に保管します。

Q11. 記録用紙が不足した場合は、どこから入手すればよいのでしょうか。

A. 福岡市医師会のホームページからダウンロードして下さい。

Q12. 在宅カルテの内容を変更・アレンジしてもよいのでしょうか。

A. 内容の変更・アレンジは控えて下さい。

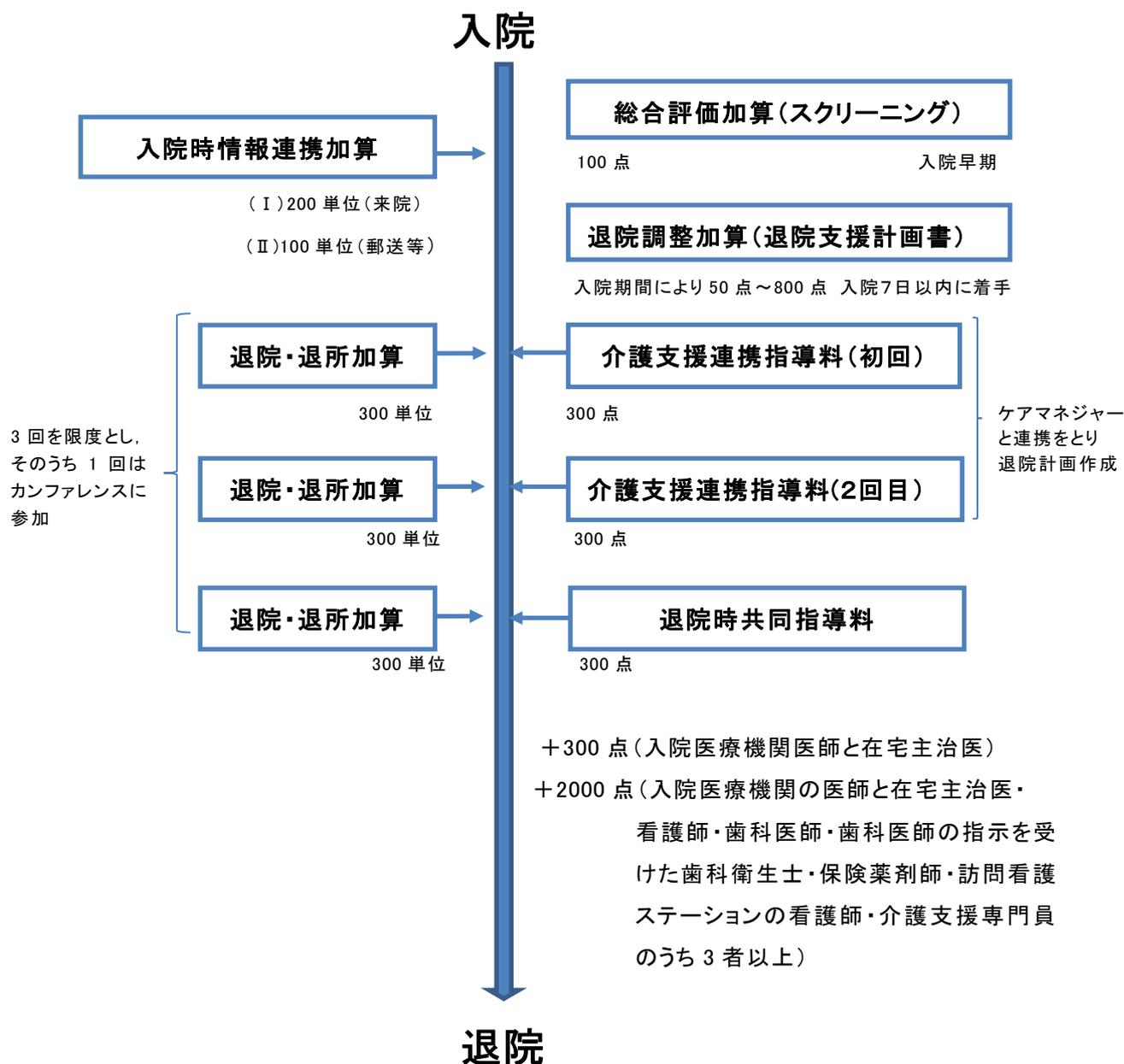


医療介護連携にかかる主な介護報酬・診療報酬加算

平成 27 年 4 月現在

<介護報酬加算(ケアマネ側)>

<診療報酬加算(病院側)>



【出典】 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会：在宅移行の手引き 2, 17, 平成 26 年 3 月,

【診療・介護報酬の加算の例】

平成 27 年 4 月現在

主 体	項 目	要 件
<p>居宅介護 支援事業 所</p>	<p>介護報酬 入院時情報連携加算</p> <p>1 介護支援専門員が病院又は診療所に訪問し、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 200 単位/月</p> <p>2 1の訪問する以外の方法により、当該病院又は診療所の職員に対して必要な情報提供を行った場合 100 単位/月</p>	<p>注 利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合、別に厚生労働大臣が定める基準に掲げる区分に従い、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、次に掲げるいずれかの加算を算定している場合においては、次に掲げるその他の加算は算定しない。</p> <p>イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位 ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位</p>
	<p>介護報酬 退院・退所加算 300 単位（1回あたり）</p>	<p>注 病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数票の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のヨ又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのワの在宅・入所相互利用加算を算定する場合は除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。</p>

主 体	項 目	要 件
病院等	診療報酬 A 2 4 0 総合評価加算（入院中 1 回） 1 0 0 点	注 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、入院中の患者であって、介護保険法施行令（平成 10 年政令第 412 号）第 2 条各号に規定する疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満のもの又は 65 歳以上のもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、総合評価加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、当該患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合に、入院中 1 回に限り、所定点数に加算する。
	診療報酬 A 2 3 8 退院調整加算（退院時 1 回） 1 一般病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（一般病棟に限る。），専門病院入院基本料，有床診療所入院基本料又は特定一般病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 1 4 日以内 3 4 0 点 ロ 1 5 日以上 3 0 日以内 1 5 0 点 ハ 3 1 日以上 5 0 点 2 療養病棟入院基本料，結核病棟入院基本料，特定機能病院入院基本料（結核病棟に限る。），有床診療所療養病床入院基本料，障害者施設等入院基本料，特定入院基本料，特殊疾患入院医療管理料又は特殊疾患病棟入院料を算定している患者が退院した場合 イ 3 0 日以内 8 0 0 点 ロ 3 1 日以上 9 0 日以内 6 0 0 点 ハ 9 1 日以上 1 2 0 日以内 4 0 0 点 ニ 1 2 1 日以上 2 0 0 点	注 1 別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第 1 節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第 3 節の特定入院料のうち、退院調整加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して、退院調整を行った場合に、入院患者の入院期間に応じ、退院時 1 回に限り、所定点数に加算する。 2 保険医療機関が、患者の同意を得て、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合には、地域連携計画加算として 300 点をさらに所定点数に加算する。 3 医療提供体制の確保の状況に鑑み別に厚生労働大臣が定める地域に所在する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものについては、注 1 に規定する届出の有無にかかわらず、当該加算の点数に代えて、退院調整加算（特定地域）として、1 については、それぞれ 170 点、75 点、又は 25 点、2 については、それぞれ 400 点、300 点、200 点又は 100 点を所定点数に加算することができる。

	項 目	要 件
病院等	診療報酬B005-1-2 介護支援連携指導料 300点	注 当該保険医療機関に入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限る。）は、別に算定できない。
	診療報酬B005 退院時共同指導料2 300点	<p>注1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。</p> <p>3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業所の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2000点を所定点数に加算する。</p> <p>4 注1の規定にかかわらず、区分番号A238Ⅱ掲げる退院調整加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画書を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。</p> <p>5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料（Ⅱ）は別に算定できない。</p>

主 体	項 目	要 件
保険薬局	調剤報酬 15 の 4 退院時共同指導料 600点	注 保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
歯科	歯科診療報酬B014 退院時共同指導料1 1 在宅療養支援歯科診療所 (在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう(以下この表において同じ。)) の場合 600点 2 1以外の場合 300点	注1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定する。 2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。

名古屋市における
在宅医療・介護連携ガイドライン

平成 27 年 3 月

目 次

- 第 1 章 ガイドライン作成の趣旨と位置づけ
- 第 2 章 連携のための基本事項
- 第 3 章 在宅療養時の連携
- 第 4 章 入院時の連携（在宅から病院へ）
- 第 5 章 退院時の連携（病院から在宅へ）
- 第 6 章 知っておくと役立つ関連用語
- 第 7 章 医療・介護の連携に係る主な法令等

名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドラインは、平成27年3月15日現在の状況に基づき作成しています。その後の制度改正等により、介護報酬、診療報酬等の内容に変更が生じている場合がありますので、最新の法令等も確認の上、業務にあたっていただくようお願いします。

第 1 章

名古屋市における在宅医療・介護連携

ガイドライン作成の趣旨と位置づけ

これからの地域包括ケアシステムを構築し推進するには、医療と介護の関係者は、それぞれの枠を超えた連携が欠かせません。これまでも利用者（患者）が入院した時や病院から退院する際の連携は、在宅医や訪問看護師、ケアマネジャーなど在宅介護の関係者とそれぞれの病院で行われています。しかしながら、各病院の窓口や担当者、業務内容が明確でなかったり、情報提供や共有する書式が無かったり、退院に当たって十分な連携ができていないなど、多くの課題があります。

また、在宅療養時には訪問診療や訪問看護など医療サービスとケアマネジャーや介護サービス事業所などの介護サービスと連携が求められています。さらに在宅での看取りにおいては、より一層スムーズな連携が求められます。

これらのことを改善するために、医療と介護との連携のポイントをまとめガイドラインとしました。これまで経験的に行われていたり、特定の人しか分からなかったりしたことを整理し、医療と介護の関係者が相互に理解ができるように必要なことを“可視化”しました。

普段使用している関連機関や職種、病院の関連部署、関連する書類等についても主だったものを掲載しました。内容も、より良い連携が実現できるように具体的に分かりやすい項目で構成しました。このガイドラインを確認することで、特に新任のケアマネジャーや病院の担当者が日常の業務に生かしていただければと思います。

既に医療と介護の連携に先駆的に取り組んでいる医療機関や地域がありますが、名古屋市全体の取り組みとして理解していただき、これからのより充実した連携の参考になれば幸いです。

第 2 章

連携のための基本事項

名古屋市における在宅医療・介護連携 3 箇条

【(1) 療養者のための連携であることを心がけましょう。】

医療や介護サービスを受ける主体は誰であるかを常に考えることが必要です。

「忙しい」「大変」「わからない」などを理由に関係機関に丸投げすることなく、相互に協力し合える関係を作ることが重要です。療養者本位の連携には、医療や介護の専門職がまず個々の役割を認識し、役割を果たした上で、関係機関と協同する姿勢が重要です。

スムーズな連携には「療養者はどうしたいと言っているのか」「課題の解決のために自分は何ができて、何ができないのか」「課題の解決のためにどのような支援が必要か」「関係機関には何を求めるのか」等を明らかにすることも大切です。

【(2) 主体的かつ積極的に連携をはかりましょう。】

ケアマネジャーは、療養者の在宅生活を支えるために、医療と介護の関係者同士を繋ぐ連携の調整役です。関係者同士の連携を密にしておくことはよりよいケアマネジメントを行うための必須事項であり、特に主治医との連携は必要不可欠です。

また、療養者が入院した場合、ケアマネジャーの通常業務は一時的に休止となりますが、多くの患者は治療が終了すれば、退院し、自宅での生活を送ることになります。ケアマネジャーは、退院後の支援に備え、入院中の状況を出来る限り把握しておくことが重要です。ケアマネジャーは、家族や病院からの退院の連絡を待つだけでなく、療養者が入院した時点から退院に備えた情報収集と退院に向けた準備を積極的に行う姿勢が大切です。

連携の中心となる職種は療養者の置かれている状況などで変わります。それぞれの職種が療養者の置かれている状況などに応じて連携の中心となり、主体的かつ積極的に調整していく姿勢が重要です。

【(3) 療養者の個人情報の取り扱いには気をつけましょう。】

医療機関には患者の病気と治療に関する情報があり、介護サービス事業所には療養者の生活に関する情報があります。

病状や予後などの医療情報や生活に関するプライベートな情報は、非常にデリケートな情報であることを十分に理解した上で、細心の注意を払って取り扱うことが必要です。

そのため、個人情報は情報を提供する時だけでなく取得する必要がある場合にも、あらかじめ療養者及び家族等に同意を得るようにしましょう。取得した個人情報はそれぞれの機関で責任を持って管理することが必要です。

第 3 章

在宅療養時の連携

(1) 在宅療養時の連携ポイント

主治医のポイント

【窓口の明確化】

- ① ケアマネジャーや介護サービス事業者など関係者から問い合わせなどの連絡が取れる担当者を決めるなど、窓口を明確にしましょう。

【ケアマネジメントへの協力】

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。
- ② サービス担当者会議への出席が困難な場合、必要な情報を情報連絡票や診療情報提供書などの文書や在宅医療・介護情報共有システム（ICT）を活用して情報提供しましょう。
- ③ サービス担当者会議へ出席できない場合の意見照会に対する回答を診療報酬（診療情報提供料）として取り扱う場合は、「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について(通知)」の様式又はこれに準じた様式の文書により情報提供を行いましょう。
- ④ 診療情報の提供や意見照会に対する回答を行う際、保険診療の自己負担や文書料などの費用負担が発生する場合は、療養者又はその家族に同意を得るようにしましょう。
- ⑤ 医療依存度の高い療養者、独居高齢者（昼間独居など一時的な独居状態も含む）や認知症の療養者など療養上注意を必要とする場合は、緊急時や急変時の連絡体制や対応をあらかじめ訪問看護師やケアマネジャー等と協議しましょう。

【療養者の入院時の対応】

- ① 療養者が入院する場合又は入院した場合は、速やかに診療情報提供書を入院先の医療機関へ送付しましょう。
- ※ 診療情報提供書には診療情報に加え、療養者を担当する居宅介護支援事業所の名称、及び訪問看護を利用している場合は訪問看護事業所の名称を記載しましょう。

ケアマネジャーのポイント

【主治医との関係構築】

- ① 新たに療養者を担当することになった場合、担当することを主治医へ知らせましょう。
- ② 訪問看護等の医療系サービスを利用していない療養者や医療依存度の低い療養者であっても連絡を取るようにしましょう。

【手 段】

- 1 面会することが望ましいです。
 - 2 面会することが困難な場合は主治医連絡票等を送付しましょう。
- ※ 介護支援専門員証等の身分証明を携帯の上、医療機関へ直接持参することが望ましいです。
- ※ ファックスで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で届いているかどうか確認しましょう。

【主治医への相談、情報の照会】

- ① 電話での相談や情報照会は出来るだけ避けるようにしましょう。

【手 段】

- 1 主治医と面会することが望ましいです。
 - 2 面会することが困難な場合は主治医連絡票等を送付しましょう。
- ※ 介護支援専門員証等の身分証明を携帯の上、医療機関へ直接持参することが望ましいです。
- ※ ファックスで送付する際は、送付後に送付先へ電話等で届いているかどうかを確認しましょう。
- 3 在宅医療・介護情報共有システム（ICT）を活用しましょう。

【サービス担当者会議】

- ① 医療依存度の高い療養者については、主治医の予定を優先して開催しましょう。
- ② 開催する際は、医療系サービスを利用する予定がない又は利用していない療養者であっても主治医へ開催の案内をしましょう。
- ③ 主治医へ案内をする際は、主治医の所属する医療機関の診療時間をあらかじめ確認するなど、調整を行った上で案内しましょう。
- ④ 開催後は、議事録等を作成し関係者間で議事内容を共有することが望ましいでしょう。

【訪問診療・往診の導入】

- ① 療養者に訪問診療・往診（以下「在宅医療」）が必要と考えたら、原則として療養者又は家族から主治医に相談してもらいましょう。
ただし、療養者又は家族が相談できない場合は、療養者又は家族の代わりに訪問看護師、ケアマネジャー等が相談しましょう。
- ② 主治医が在宅医療を行っていない場合に、在宅医療の対応可能な医師を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ 主治医から対応できる医師を紹介してもらう。
- ・ 在宅医療・介護連携支援センターへ相談する。
- ・ 訪問看護等、医療系サービスを利用している場合は利用する医療系サービス事業所に相談する。
- ・ 「あいち在宅医療ネット」(<http://www.aichi.med.or.jp/zaitaku-net/>)などのウェブサイトを参考にする。

- ③ ケアマネジャーが療養者に在宅医療を提供する医師(以下「在宅医」)を紹介する場合は、紹介する前に主治医に該当する在宅医を紹介することを連絡した上で紹介先の在宅医宛ての診療情報提供書を作成してもらいましょう。

【歯科医療機関との連携】

- ① 療養者に訪問歯科診療が必要と考えたら、原則として療養者又は家族から、かかりつけの歯科医に相談してもらいましょう。
ただし、療養者又は家族が相談できない場合は、療養者又は家族の代わりに訪問看護師、ケアマネジャー等が相談しましょう。
- ② かかりつけの歯科医が訪問歯科診療を行っていない場合に、訪問歯科診療の対応可能な歯科医師を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ かかりつけの歯科医から対応できる歯科医を紹介してもらう。
- ・ 地区歯科医師会へ相談する。
- ・ 保健所へ相談する。(在宅ねたきり者訪問歯科審査を利用する。)

【薬局との連携】

- ① 薬剤師による居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）は処方医の指示により行われることに留意しましょう。

- ② 薬剤師による居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）が必要と考えた場合は、処方医及びかかりつけ薬局の薬剤師に相談しましょう。（利用者等の意向、居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）が必要と考えた理由など）
- ③ かかりつけ薬局が居宅療養管理指導（在宅訪問薬剤指導）を行っていない場合に、対応可能な薬局を探す方法としては以下の方法が考えられます。

- ・ 愛知県薬剤師会ホームページ（<http://www.apha.jp>）の「在宅医療受入薬局リスト」を参考にする。

【訪問看護事業者との連携】

- ① 訪問看護は主治医の指示により行われることに留意しましょう。
- ② 訪問看護が必要と考えた場合は、主治医に相談しましょう。（療養者の意向、訪問看護を必要と考えた理由、どこの事業所に依頼するかなど）
- ③ サービス担当者会議などによりサービス導入前に処置など看護の内容やリハビリテーションの内容、注意事項、緊急時の対応などについて関係職種間で情報共有を行いましょう。サービス担当者会議の開催が困難な場合は、訪問看護師等が主治医に内容の確認及び打ち合わせが出来るよう調整しましょう。
その際、訪問看護師が事前に打ち合わせた内容はケアマネジャーに情報提供することが大切です。
- ④ 主治医への訪問看護指示書の作成依頼は、訪問看護師等から依頼してもらうようにしましょう。
- ⑤ 療養者の状態によりサービス導入後にケアプランの修正が必要な場合がありますので、主治医との連携が特に重要です。

【訪問・通所リハビリテーション事業者との連携】

- ① リハビリテーションは医療保険や介護保険など制度を問わず、リハビリテーションを行う療法士の所属する医療機関又は事業所の医師の指示に基づいて行われることに留意しましょう。
- ② リハビリテーションが必要と考えた場合は、主治医に相談しましょう。（療養者の意向、リハビリテーションが必要と考えた理由、どこの事業所に依頼するかなど）
- ③ 医療機関又は事業所によっては診療情報提供書が必要となる場合がありますので、療養者へそれに係る費用の発生などについてあらかじめ説明しておきましょう。

- ④ 医療保険における疾患別リハビリテーションと介護保険のリハビリテーションは併用できません。
そのため、介護保険のリハビリテーションを計画する際には、医療保険における疾患別リハビリテーションを受けていないかどうかを確認しましょう。
- ⑤ 医療保険における疾患別リハビリテーションから介護保険のリハビリテーションへの移行を計画する場合には、主治医だけでなく、疾患別リハビリテーションを提供する医療機関の合意を得るようにしましょう。

【緊急連絡網の整備】

- ① 療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
主治医だけでなく療養者が利用するサービス事業所の連絡先も併せて把握し、緊急時には直接主治医や他のサービス事業所が連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認しましょう。

【よりよい連携のために】

- ① 担当する療養者の要介護認定・要支援認定の更新認定の際には有効期限の切れる2ヶ月～1ヶ月以上前に、主治医へ主治医意見書の作成に際して参考になる情報を必要に応じて提供しましょう。
 - ② 「介護保険主治医意見書用問診票」を必要に応じて療養者の受診時に持参してもらうかケアマネジャーが主治医へ送付しましょう。
 - ③ 初回認定時、更新認定時、区分変更時に作成した居宅サービス計画（ケアプラン）は原則主治医へ提供しましょう。
 - ④ 個人情報の取り扱いに注意し、情報共有しましょう。
 - ⑤ 地域での支援チームを編成する際には、フォーマルな医療や介護の関係者だけでなく、いきいき支援センターとも連携を図りながら、地域住民等インフォーマルな関係者との連携も考慮しましょう。
 - ⑥ 療養者について主治医へ意見照会を行う場合又は診療情報の提供を求める場合は、あらかじめ本人又はその家族の同意を得るようにしましょう。
- ※ 費用が発生することがあることもあらかじめ説明しましょう。

サービス事業者のポイント

【緊急連絡網の整備】

- ① 療養者の身体状況や病状に変化があった際や緊急時の緊急連絡網をあらかじめ整備しましょう。
主治医だけでなく療養者が利用するサービス事業所の連絡先も併せて把握し、緊急時には直接主治医や他のサービス事業所と連絡を取り合うことの可否についてあらかじめ確認しましょう。

【サービス担当者会議】

- ① サービス担当者会議への出席要請があった際は、可能な限り出席しましょう。

【主治医との連携及びサービス事業者間の連携】

- ① 緊急時以外の主治医や他のサービス事業所への相談事項に関しては、原則としてケアマネジャーを通じて連絡を取りましょう。
ケアマネジャーを介さずに主治医や他のサービス事業所へ連絡を取った場合は、その内容をケアマネジャーへ情報提供しましょう。

【情報の収集】

- ① 既往の疾患等の把握に努め、サービスの提供中に想定されるリスクを十分に考慮した上でサービスを提供しましょう。
特に、療養者の身体に係るサービスを提供する事業者は、サービス中止の基準や禁忌事項等の把握に努めましょう。
- ② 診察の付き添いをする場合は、療養者が自分の状態を正確に医師に伝えられない場合があるため、自宅での様子やサービス利用中の様子などを出来る限り主治医に伝えられるようあらかじめ情報収集しましょう。

(2) 看取りにおける連携

終末期におけるサポートや看取りに関しては特に医療と介護の連携が重要とされる場面の一つです。終末期における療養者の希望やご家族の希望を叶え、不安に応えるサポートがどれだけできるのかが我々多職種の重要な役割になると考えられます。

ただ、名古屋市における在宅医療・介護連携ガイドラインにおいては、よりよい看取りの連携のための議論が不十分であり、今後の検討課題として捉えております。現状、お示しできるものとして、下記の参考資料を提示します。

平成19年5月に厚生労働省が作成した「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」1)を参考に看取りにおける連携体制を構築しましょう。

—終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン—

1 終末期医療及びケアの在り方

- ① 医師等の医療従事者から適切な情報の提供と説明がなされ、それに基づいて患者が医療従事者と話し合いを行い、患者本人による決定を基本としたうえで、終末期医療を進めることが最も重要な原則である。
- ② 終末期医療における医療行為の開始・不開始、医療内容の変更、医療行為の中止等は、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームによって、医学的妥当性と適切性を基に慎重に判断すべきである。
- ③ 医療・ケアチームにより可能な限り疼痛やその他の不快な症状を十分に緩和し、患者・家族の精神的・社会的な援助も含めた総合的な医療及びケアを行うことが必要である。
- ④ 生命を短縮させる意図をもつ積極的安楽死は、本ガイドラインでは対象としない。

2 終末期医療及びケアの方針の決定手続

終末期医療及びケアの方針決定は次によるものとする。

(1) 患者の意思の確認ができる場合

- ① 専門的な医学的検討を踏まえたうえでインフォームド・コンセントに基づく患者の意思決定を基本とし、多専門職種の医療従事者から構成される医療・ケアチームとして行う。
- ② 治療方針の決定に際し、患者と医療従事者とが十分な話し合いを行い、患者が意思決定を行い、その合意内容を文書にまとめておくものとする。
上記の場合は、時間の経過、病状の変化、医学的評価の変更に応じて、また患者の意思が変化するものであることに留意して、その都度説明し患者の意思の再確認を行うことが必要である。
- ③ このプロセスにおいて、患者が拒まない限り、決定内容を家族にも知らせることが望ましい。

(2) 患者の意思の確認ができない場合

患者の意思確認ができない場合には、次のような手順により、医療・ケアチームの中で慎重な判断を行う必要がある。

- ① 家族が患者の意思を推定できる場合には、その推定意思を尊重し、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ② 家族が患者の意思を推定できない場合には、患者にとって何が最善であるかについて家族と十分に話し合い、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。
- ③ 家族がいない場合及び家族が判断を医療・ケアチームに委ねる場合には、患者にとっての最善の治療方針をとることを基本とする。

(3) 複数の専門家からなる委員会の設置

上記(1)及び(2)の場合において、治療方針の決定に際し、

- ・ 医療・ケアチームの中で病態等により医療内容の決定が困難な場合
- ・ 患者と医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合
- ・ 家族の中で意見がまとまらない場合や、医療従事者との話し合いの中で、妥当で適切な医療内容についての合意が得られない場合等については、複数の専門家からなる委員会を別途設置し、治療方針等についての検討及び助言を行うことが必要である。

第 4 章

入院時の連携（在宅から病院へ）

(1) 療養者が入院した場合 ～入院直後～

療養者が入院した場合、特にその療養者にとって入院した病院が初めての場合には、病院は入院前の生活状況や家族構成、介護サービス利用状況などの様々な情報が、療養者の診療や退院支援の参考になります。退院時のスムーズな連携は入院時の連携から始まります。積極的かつ適切に対応していきましょう。

ケアマネジャーのポイント

- ① 療養者が入院した場合、可能であれば家族等から病名、入院している診療科、病棟、入院日を確認しましょう。これらの情報を把握しておくことで病院に問い合わせたときにスムーズな対応が期待できます。
 - ② 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を提出する対象は原則すべての入院患者です。「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を入院後できるだけ速やかに病院に提供することで、治療等の参考にすることができます。「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は、療養者が入院してから7日以内を目安に病院へ提供しましょう。また、入院直後に病院から求めがあった場合など、状況に応じて提供するよう努めましょう。
 - ③ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の項目は必要最低限です。療養者やケースの状況に応じて不足部分は、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」に補足し、病院訪問、電話連絡などで情報提供しましょう。
 - ④ ケアマネジメントを行う上で療養者の病状や状況、ケースの内容に応じて必要な情報は異なります。情報共有の基本は面談であり、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は情報共有の補助ツールです。適宜、必要に応じて情報収集するように努めましょう。
 - ⑤ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は文書での提供を前提とするものです。そのため、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を記載するにあたっては、本人や家族に開示が難しい情報は会話による伝達を行うなど配慮が必要です。
- ※ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」は名古屋市における在宅医療・介護連携のための参考様式として、他に独自の様式を妨げるものではありませんが、入院先医療機関での文書取扱い処理が円滑に行えるよう、タイトルに「在宅医療・介護連携サマリー」と入れてください。
- ※ 入院時情報連携加算の算定の有無に関わらず、療養者の利益を考えて情報提供することが望ましいでしょう。
- ※ 情報提供を行うことや、医療機関に情報提供を求めることを療養者から了解を得ている旨を申し添えましょう。

病院のポイント

- ① 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の提出先となる窓口や希望する提供方法を明確にしておくといでしょう。
- ② ケアマネジャーから提供された情報はカルテへ一元管理できるように院内で調整し、担当医師や病棟スタッフ等院内で共有されるようにしましょう。
- ③ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の提出が無くても、介護保険サービスの利用について把握した場合、患者・家族に担当ケアマネジャーの確認を行い、情報提供を求めましょう。
- ④ 「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」の項目は必要最低限です。療養者やケースの状況に応じて、不足している情報は電話連絡などで補いましょう。

(2) 療養者が入院した場合 ～入院中～

療養者が入院した場合、病状はどうか、経過はどうか状況を知りたいケアマネジャーもいるでしょう。また利用していた在宅サービスによっては退院時の調整に時間を要する場合もあり、入院中の情報を求めたい場合があります。

ところが、病院は個人情報保護を順守するため、連携に必要な情報提供に慎重となり、要領よく情報が把握できなかつたり、問い合わせ先も病院ごとに違つたりと情報収集に苦慮するという意見があります。しかし情報収集は行わなければなりませんので、下記のポイントに気をつけて情報収集をしましょう。

ケアマネジャーのポイント

- ① 入院中の療養者の情報を病院から情報収集する場合は、その病院の窓口を確認しましょう。窓口が設けられている場合にはその窓口、「名古屋市在宅医療・介護連携サマリー」を提出している旨を伝え問い合わせましょう。
- ② 面会の約束をせずに直接病棟へ出向き医療スタッフから情報収集することは控えましょう。
- ③ どのような目的で入院中の療養者のどのような情報を聞きたいのかを明確にしましょう。ただ情報が欲しいだけでは病院は情報提供がしづらいことがあります。
- ④ 病院から情報収集をする場合は、担当者に担当ケアマネジャーであることを証し、療養者から情報提供を受けることについて了解を得ていることを説明しましょう。

- ⑤ 療養者の入退院の情報を把握するのはケアマネジャーの務めです。ケアマネジャーは病院からの情報を待つだけでなく、療養者の入院中の情報は自らすすんで情報収集するようにしましょう。
- ※ 病院は、電話等での問い合わせ等相手が特定できない場合、個人情報を提供することができません。
- ※ 病院では全ての療養者に医療ソーシャルワーカーや看護師等退院支援担当者がついているとは限りません。

病院のポイント

- ① ケアマネジャーからの問い合わせの窓口やその方法を明確にしておくといでしょう。
- ② 退院支援部門が関わっている療養者やケアマネジャーから情報提供があった療養者は、ケアマネジャーに情報提供を行い連携の促進に努めましょう。

(3) ケアマネジャーが算定できる介護報酬(入院時)

【入院時情報連携加算Ⅰ・Ⅱ】

- ① 入院するにあたって、当該病院・診療所の職員に療養者の心身の状況や生活環境等の情報を提供した場合、算定できます。
- ② 入院時情報連携加算Ⅰ⇒200単位/回
入院時情報連携加算Ⅱ⇒100単位/回
- ③ ⅠとⅡの違い
- ・ 当該病院や診療所へ出向いて、当該病院・診療所の職員と面談し、必要な情報を提供した場合に「Ⅰ」の所定単位数を算定できます。
 - ・ 上記以外の方法（FAX等）により必要な情報を提供した場合には「Ⅱ」の所定単位数を算定できます。
- ④ 以下の内容を居宅サービス計画等に記録が必要です。
- ・ 情報提供を行った日時
 - ・ 場所（病院、診療所へ出向いた場合）
 - ・ 情報提供した内容
 - ・ 情報提供手段（面談、FAX等）

第 5 章

退院時の連携について（病院から在宅へ）

(1) 退院前カンファレンスについて

退院前カンファレンスは、退院後の療養生活の課題等について関係者で情報共有を行い、支援内容や方法を確認するために行います。また病気により不安を抱えた療養者が退院する前に医療や介護の関係者が顔を合わせ、お互いに問題点を共有する場面を直接見てもらうことで、退院時に安心感を持ってもらうことができます。

ケアマネジャーのポイント

- ① 退院前カンファレンスはその必要性を病院が判断し、病院主導で進めていくものです。サービス担当者会議とは異なりますので注意しましょう。
- ② 病院が退院前カンファレンスを開催するときには、必ず担当ケアマネジャーが呼ばれるので参加するようにしましょう。
- ③ 退院前カンファレンスの前に事前に確認したい点や質問事項など要点を整理しておくとういでしょう。可能であれば質問事項は事前に病院に伝えておくことが望ましいでしょう。
- ④ 療養者の退院に備え、入院中から情報収集に努めましょう。
- ⑤ 診療所や病院の医師、看護師は通常の診療・看護業務を中断して退院前カンファレンスに参加しますので、必要以上に拘束しないよう配慮が必要です。退院前カンファレンスは、概ね30分を目安に実施されることが多いです。
- ⑥ ケアマネジャーが退院前カンファレンスを希望する場合、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師等とよく相談しましょう。
- ⑦ 退院前カンファレンス前に、病院の医療ソーシャルワーカーや看護師等を通して十分に病状や今後予測されるリスクを把握した上で、退院後に開始・再開を想定するサービス事業者に対し、想定されるケア内容等の情報収集を実施し、入浴や機能訓練、リハビリテーション等の中止基準や禁忌事項について、主治医より聴取しておきましょう。

■退院前カンファレンスの開催基準の目安

- ① 新規で在宅ケアチームを編成する場合
- ② 既存の在宅ケアチームは編成されているが入院治療により医療依存度が重度化したり、ADLが変化したりした場合
- ③ 独居・老夫婦・認知症世帯など当事者から適切な情報収集が困難な場合
- ④ 退院前カンファレンスを行わずに退院した場合、医療・看護・介護の継続性に問題がある など

病院のポイント

- ① 事前にケアマネジャー等から問い合わせ事項があった場合は、院内スタッフ等に確認して回答を準備しておきましょう。
- ② 退院前カンファレンスの参加者の人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を用意しましょう。スタッフステーション内で行う場合にはスクリーン等を用い個人情報に配慮する必要があります。
- ③ 入院期間や退院日など病棟管理上の問題がある場合には、退院前カンファレンスに病棟師長など病棟責任者に参加してもらいましょう。
- ④ 退院前カンファレンスの参加者を本人又は家族へ事前に伝えながら、気軽に発言できるよう配慮をしましょう。
- ⑤ 病院は介護支援連携指導料を入院中2回算定することができますので、この機会を利用してケアマネジャーと積極的に連携をとりましょう。(ただし、医師対三者加算との同時算定はできません)

(2) ケアマネジャーが算定できる介護報酬(退院時)

【退院・退所加算】

- ① 退院、退所時に病院、診療所等の職員と面談を行い療養者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定できます。
- ② 退院・退所加算⇒300単位/回
 - ※ 初回加算を算定する場合は算定しません。
 - ※ 3回まで算定できますが、そのうち一回は入院中の担当医等とのカンファレンスへの参加が必要です。

(3) 病院が算定できる診療報酬

【介護支援連携指導料】

- ① 入院中の療養者に対して、療養者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師・医療ソーシャルワーカー等がケアマネジャーと共同して、療養者の心身の状態を踏まえ導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービス等について、説明および指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定できます。

行った説明や指導の内容等について、要点を診療録に記載し、本人又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付します。また、説明や指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、療養者の同意を得た上で、ケアマネジャーに情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付します。

- 介護支援連携指導料⇒300点/回

【退院時共同指導料2】

- 入院中の療養者に対して、療養者の同意を得て、在宅療養を担う医療機関の医師又は医師の指示を受けた看護師が入院している医療機関に赴き、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の医療機関の医師、看護師と協同して行った場合に算定できます。
- 退院時共同指導料2⇒300点/回
- ※ 医師対三者加算： 入院中の医療機関の医師と在宅療養を担う医療機関の医師もしくは看護師、歯科医師もしくは歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等またはケアマネジャーのいずれか三者以上と共同して指導を行った場合は2,000点加算となります。

第 6 章

知っておくと役立つ関連用語

(1) 関連機関と専門職、病院の関連部署

【かかりつけ医】

「なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師」のことで。

【訪問診療】

医師が計画的に訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うことです。

【往診】

突発的な病状変化などがあった場合、通院困難な療養者の要請を受けて医師が訪問し、診療、治療、処方、療養上の相談や指導等を行うことです。

【在宅ケアチーム】

療養者とその家族の在宅療養及び在宅介護を支える医療と介護と福祉の専門職で構成するチームです。

【いきいき支援センター】

地域包括支援センターのことであり、「いきいき支援センター」は名古屋市独自の名称です。各区に複数のセンターや分室があり、住所地により担当センターが決まります。地域の高齢者の総合相談や地域のネットワークづくり、介護予防に関する支援などを行っています。その他、要支援になるか要介護認定になるか判断のつかない療養者の対応や、要介護・要支援の認定申請の代行などを行うほか、認知症総合相談窓口及び高齢者虐待ケースの通報機関でもあります。

【介護支援専門員】

ケアマネジャーのことで。要介護・要支援の認定申請の代行などを行うほか、療養者が有する能力に応じて自立して生活するための支援やケアプランの作成を行います。

【訪問看護師】

自宅で療養相談や処置、指導をしてくれる看護師のことです。医師の指示が必要となるので、訪問看護の利用には事前に主治医とよく相談することが必要です。退院後に在宅酸素や吸引が必要など在宅での医療が継続するケースだけではなく、癌のターミナルケアや在宅での看取りについても対応や相談することができます。

【医療ソーシャルワーカー（Medical Social Worker : MSW）】

主に病院の医療福祉相談室などで、医師や看護師からの依頼があって本人又は家族の相談にのることが多いです。ケースワーカーや相談員と呼ばれる病院もあります。ほとんどの病院で高齢者の退院援助に関わることは多いですが、それぞれの病院での役割として医療費や癌の相談、社会保障制度の活用や家族の悩み、心理的な援助、児童虐待への対応など幅広い相談に応じています。急性期の病院に必置義務はなく、また介護や支援が必要な高齢者の入院ごとに担当医療ソーシャルワーカーが決まる仕組みにはなっていません。

【退院調整看護師】

退院支援を専門に行う看護師のことです。病院によって配置されているところがあります。主に療養者が在宅へ退院する際に、特に医療依存度が高いケースを中心に病院と在宅とをつなぐ役割があります。在宅で訪問看護師の導入が予定されている場合は、看護師同士の連携がスムーズに行く場合が多いです。

【病診連携室】

急性期病院の中にあって、病＝病院と診＝診療所との連携を行う部署です。医療連携室など病院によって名称が異なります。主に診療所からの外来受診や入院、検査の予約受付などの連携業務や、診療情報提供書等を一元管理しています。居宅サービス計画書や訪問看護指示書等の窓口と管理を行っている病院もあります。

【医事課】

医療機関で、主に健康保険証の確認と診療費の計算と請求を行う部署です。介護との関連では、介護保険主治医意見書の管理や請求も行っていることが多いです。訪問看護指示書等もそうですが、基本的に費用が発生する書類に関してはこの部署が窓口となる場合が多いです。ちなみに、何らかのサービスを利用する等の目的で医師が作成する診療情報提供書の費用は本人への支払いが生じるので、ケアマネジャー等からの作成の依頼に即応じられるものではありません。

【急性期病院】

急性疾患や慢性疾患の急性増悪などで緊急・重症な状態にある療養者に対して入院・手術・検査など高度で専門的な医療を提供する病院です。大きな病気や怪我をすると多くは「急性期病院」と呼ばれる病院で治療を受けることになります。しかし、この急性期病院は、「命を助ける」ことが大きな目的となっているので生命の危機を脱すると、退院を勧められます。急性期病院は、命の危機に瀕した療養者を次々と受け入れ、命を救うことを使命としているためです。

【DPC】

入院医療費の定額払い制度で診断群分類包括評価とも言います。病気の種類や手術、処置、合併症の有無等の組合せで病気を分類、1日当たりの医療費が決定する仕組みです。平成26年4月現在、2,309種類に分類されています。診断群分類は在院日数に応じて3段階に分類し、1日当たりの包括点数を設定しています。1回の入院では1つの病名での治療が原則となるので、「せっかく入院したので、ついでにいろいろ診てもらいたい」などのご希望に対応することは困難です。

【回復期リハビリテーション病棟】

多くの療養者は、急性期医療を過ぎた時期はまだ心身へのダメージが大きく残り、元の生活にすぐ戻ることは困難です。回復期リハビリテーション病棟は、命の危機を脱してもまだ医学的・心理的サポートが必要な時期の療養者を対象に受け入れ、自然回復を促す環境をつくり、多くの医療専門職がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻っていただくことを目的とした病棟です。ここでは、病名と、病気・怪我を発症又は手術してから入院するまでの期間が決められています。

回復期リハビリテーションを要する状態	発症又は手術から転入院に至るまでの期間	算定上限日数
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態 (高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の発症又は手術後)	2ヶ月以内	150日 (180日)
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	2ヶ月以内	90日以内

外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	2ヶ月以内	90日以内
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	1ヶ月以内	60日以内
股関節又は膝関節の置換術後の状態	1ヶ月以内	90日以内

【地域包括ケア病棟・病床】

高度急性期・急性期医療から在宅療養までを結ぶ要として期待されている病棟です。高度急性期病院等からの療養者の受け入れ、在宅療養あるいは居住系介護施設等に入所されている高齢者の急性疾患の療養者の受け入れ、在宅復帰支援の3つの重要な機能を委ねられています。ここでは主に、急性期の治療が終了した療養者が対象となり、在宅復帰等へ向けて経過観察やリハビリ・在宅復帰支援等が必要な方が対象となります。該当病床での入院期間は最長 60 日以内となります。

【療養病床】

主として長期にわたり療養を必要とする療養者を入院させるための病床です。療養病床には保険制度上の取扱いから、医療保険適用と介護保険適用のものに分かれています。

【重症度・看護必要度】

入院患者へ提供する看護業務を測る一つの物差しです。平成26年度の診療報酬改定では以下の項目となっており、特に7対1看護配置の病院では基準を超えた患者が常に15%以上入院していることが必要です。

A モニタリングおよび処置等	B 患者の状況等
1 創傷処置 (①創傷の処置 (褥瘡の処置を除く)、②創傷の処置)	8 寝返り
2 呼吸ケア (喀痰吸引の場合を除く)	9 起き上がり
3 点滴ライン同時3本以上	10 座位保持
4 心電図モニター管理	11 移乗
5 シリンジポンプの管理	12 口腔清潔
6 輸血や血液製剤の管理	13 食事摂取
7 専門的な治療・処置	14 衣服の着脱

※ 一般病棟用のものです

※ A項目の合計が2点以上、かつB項目の合計が3点以上のみ該当します。

(2) 文書関係

【名古屋市在宅医療・介護連携サマリー】

療養者が入院した時にケアマネジャーから病院に向けて利用者の入院前の生活状況や介護サービスなどの利用状況などをお知らせするツールです。病院は退院を検討するにあたって、本人又は家族に対してどのような支援が必要になるかを検討するための情報になります。

また療養者が退院時にケアマネジャーが情報収集する項目の目安にもなります。入院前と退院時と比較してケアプラン作成の参考にしましょう。

【診療情報提供書】

保険医療機関が関係機関に情報提供又は紹介することを目的として、診療に基づき療養者の同意を得て、当該患者に係る診療状況や保健福祉サービスに必要な情報等を示した書類です。

保険医療機関が診療情報提供料を算定するには、事前に紹介先の機関と調整の上、下記の紹介先機関ごとに定める様式又はこれに準じた様式の文書に必要な事項を記載し、療養者又は紹介先の機関に交付します。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該療養者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応するものとされています。

ア イ及びウ以外の場合別紙様式 1 1

イ 市町村又は指定居宅介護支援事業者等別紙様式 1 2 から別紙様式 1 2 の 4

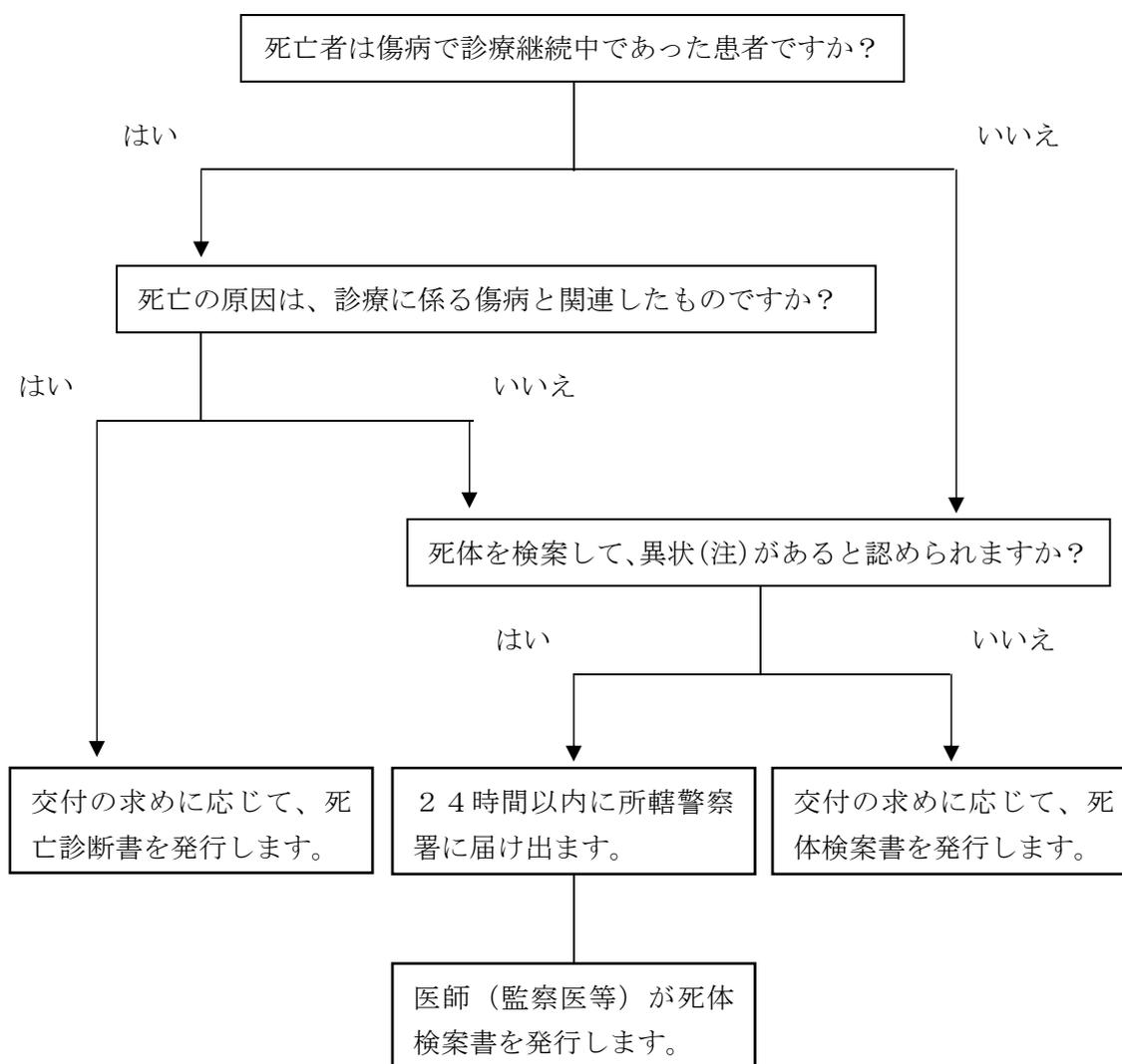
ウ 介護老人保健施設別紙様式 1 3

(診療報酬の算定に当たっては、厚生労働省が発出する省令・告示・通知をご確認ください。)

【死亡診断書（死体検案書）】

死亡診断書（死体検案書）は、人の死亡に関する厳粛な医学的・法律的証明であり、死亡者本人の死亡に至るまでの過程を可能な限り詳細に論理的に表すものです。また、診療継続中の患者以外の者が死亡した場合や診療継続中の患者が診療に係る傷病と関連しない原因により死亡した場合は死亡診断書ではなく死体検案書を交付することになっています。

<死亡診断書と死体検案書の使い分け>



(注)「異状」とは「病理学的異状」ではなく、「法医学的異状」を指します。「法医学的異状」については、日本法医学会が定めている「異状死ガイドライン」等も参考にしてください。

【看護サマリー】

看護サマリーとは療養者の入院時、または退院や転院、施設入所をする際に、病院の看護師が作成し、受け入れ先の病院や施設等に提供されるもので、療養者の基本情報、病名、入院から退院までの経過、ADL状況、投薬内容、看護上や今後の療養上の注意事項などが記載されています。基本は看護師から看護師への医療情報提供となります。医療と介護の連携が必要な利用者にとってはケアの継続性の観点からケアマネジャーにとっても有益な情報となり得る可能性がありますので、可能であれば病院から提供してもらいましょう。ただし、病院によって看護サマリーの提供基準が異なりますので、医療ソーシャルワーカー等に相談してみましよう。

(3) その他

【病院の機能分化】

できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで尊厳をもって自分らしい生活を送ることができる社会の実現に向けて、介護・医療・住まい・生活支援・介護予防が一体的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築を実現することが求められています。

また、疾病構造の変化を踏まえた、「病院完結型」の医療から、地域全体で治し、支える「地域完結型」の医療への改革の中で、在宅医療・介護の一体的なサービス提供体制の見直しが求められています。

このため、病院（病床）はその機能を「高度急性期機能」※1、「急性期機能」※2、「回復期機能」※3及び「慢性期機能」※4に分け、医療の連携が求められています。療養者が退院される際は、必ずしもご自宅から入院された医療機関から退院するとは限りません。それぞれの医療機関に役割があることを理解し、連携を図りましょう。

- ※1： 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
- ※2： 急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
- ※3： 急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
- ※4： 長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能
長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者 又は難病患者等を入院させる機能

【退院前カンファレンス】

入院中の療養者の病状や在宅療養上の問題等の情報共有と支援内容や方法の検討や確認を行います。

(参加者及び内容の例)

病院医師	主治医：入院中の病状経過及び継続の必要な医療について
病院看護師	入院中の看護の実際、指導内容及び継続の必要な看護ケア等
医療ソーシャルワーカー	心理的・社会的問題についての支援や退院後の療養の場の選択や調整に必要な支援等
薬剤師	使用薬剤、経管栄養剤等の管理について

在宅医師	在宅療養に向けた診療内容や診療方針及び緊急時の対応の確認等
訪問看護師	初回訪問日、看護内容の確認等
ケアマネジャー	利用するサービスの種類及び内容等
患者・家族	在宅療養への思い
その他	緊急時の対応の確認等

【サービス担当者会議】

「居宅サービス計画の策定に当たってケアマネジャーが開催する会議。要介護者・要支援者とその家族、主治医、ケアマネジャー、利用者のサービス提供に関連する指定居宅サービス事業所の担当者から構成される。ケアマネジャーによって課題分析された結果をもとに、要介護者と家族に提供されるサービス計画を協議し、本人の了承を経てサービス提供につなげる。また、認定期間中であってもサービス担当者が介護サービス計画の見直しが必要と考えた場合には、担当者会議が要請され適宜開かれる」5) ということです。

第 7 章

医療・介護の連携に係る主な法令等

【医療法】

第1条の2第2項 医療は、国民自らの健康の保持増進のための努力を基礎として、医療を受ける者の意向を十分に尊重し、病院、診療所、介護老人保健施設、調剤を実施する薬局その他の医療を提供する施設(以下「医療提供施設」という。)、医療を受ける者の居宅等(居宅その他厚生労働省令で定める場所をいう。以下同じ。)において、医療提供施設の機能に応じ効率的に、かつ、福祉サービスその他の関連するサービスとの有機的な連携を図りつつ提供されなければならない。

第1条の4第4項 病院又は診療所の管理者は、当該病院又は診療所を退院する患者が引き続き療養を必要とする場合には、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携を図り、当該患者が適切な環境の下で療養を継続することができるよう配慮しなければならない。

第6条の4第3項 病院又は診療所の管理者は、患者を退院させるときは、退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスに関する事項を記載した書面の作成、交付及び適切な説明が行われるよう努めなければならない。

第6条の4第5項 病院又は診療所の管理者は、第三項の書面の作成に当たっては、当該患者の退院後の療養に必要な保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との連携が図られるよう努めなければならない。

第13条 患者を入院させるための施設を有する診療所の管理者は、入院患者の病状が急変した場合においても適切な治療を提供することができるよう、当該診療所の医師が速やかに診療を行う体制を確保するよう努めるとともに、他の病院又は診療所との緊密な連携を確保しておかななければならない。

【指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準】

第1条第2項 指定居宅介護支援の事業は、利用者の心身の状況、その置かれている環境等に応じて、利用者の選択に基づき、適切な保健医療サービス及び福祉サービスが、多様な事業者から、総合的かつ効率的に提供されるよう配慮して行われるものでなければならない。

第12条 指定居宅介護支援は、要介護状態の軽減又は悪化の防止に資するよう行われるとともに、医療サービスとの連携に十分配慮して行われなければならない。

第13条第13号 介護支援専門員は、前号に規定する実施状況の把握(以下「モニタリング」という。)に当たっては、利用者及びその家族、指定居宅サービス事業者等との連絡を継続的に行うこととし、特段の事情のない限り、次に定めるところにより行われなければならない。

第13条第17号 介護支援専門員は、介護保険施設等から退院又は退所しようとする要介護者から依頼があった場合には、居宅における生活へ円滑に移行できるよう、あらかじめ、居宅サービス計画の作成等の援助を行うものとする。

第13条第18号 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師又は歯科医師（以下「主治の医師等」という。）の意見を求めなければならない。

第13条第19号 介護支援専門員は、居宅サービス計画に訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスを位置付ける場合にあつては、当該医療サービスに係る主治の医師等の指示がある場合に限りこれを行うものとし、医療サービス以外の指定居宅サービス等を位置付ける場合にあつては、当該指定居宅サービス等に係る主治の医師の医学的観点からの留意事項が示されているときは、当該留意点を尊重してこれを行うものとする。

【指定訪問看護の事業の人員及び運営に関する基準】

第9条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供に当たっては、指定訪問看護を受ける者（以下「利用者」という。）の心身の状況、病歴、その置かれている環境、他の保健医療サービス又は福祉サービスの利用状況等の把握に努めなければならない。

第10条 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護を提供するに当たっては、保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の終了に際しては、利用者又はその家族に対して適切な指導を行うとともに、主治の医師に対する情報の提供並びに保健医療サービス又は福祉サービスを提供する者との密接な連携に努めなければならない。

第16条 指定訪問看護ステーションの管理者は、主治の医師の指示に基づき適切な指定訪問看護が行われるよう必要な管理をしなければならない。

2 指定訪問看護事業者は、指定訪問看護の提供の開始に際し、主治の医師による指示を文書で受けなければならない。

3 指定訪問看護事業者は、利用者の病状及び心身の状態について、定期的に主治の医師に指定訪問看護の提供の継続の要否を相談しなければならない。

4 指定訪問看護事業者は、主治の医師に次条第一項に規定する訪問看護計画書及び訪問看護報告書を提出し、指定訪問看護の提供に当たって主治の医師との密接な連携を図らなければならない。

【医療ソーシャルワーカー業務指針】

厚生労働省保健局長通知 平成14年11月29日健康発第1129001号

業務範囲 医療ソーシャルワーカーは、病院等において管理者の監督の下に次のような業務を行う。

(1) 療養中の心理的・社会的問題の解決、調整援助

入院、入院外を問わず、生活と傷病の状況から生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、患者やその家族からの相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 高齢者等の在宅療養環境を整備するため、在宅ケア諸サービス、介護保険給付等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に患者の生活と傷病の状況に応じたサービス活用を援助すること。

(2) 退院援助

生活と傷病や障害の状況から退院・退所に伴い生ずる心理的・社会的問題の予防や早期の対応を行うため、社会福祉の専門的知識及び技術に基づき、これらの諸問題を予測し、退院・退所後の選択肢を説明し、相談に応じ、次のような解決、調整に必要な援助を行う。

- ① 地域における在宅ケア諸サービス等についての情報を整備し、関係機関、関係職種等との連携の下に、退院・退所する患者の生活及び療養の場の確保について話し合いを行うとともに、傷病や障害の状況に応じたサービスの利用の方向性を検討し、これに基づいた援助を行うこと。
- ② 介護保険制度の利用が予想される場合、制度の説明を行い、その利用の支援を行うこと。また、この場合、介護支援専門員等と連携を図り、患者、家族の了解を得た上で入院中に訪問調査を依頼するなど、退院準備について関係者に相談・協議すること。
- ③ 退院・退所後においても引き続き必要な医療を受け、地域の中で生活をするができるよう、患者の多様なニーズを把握し、転院のための医療機関、退院・退所後の介護保険施設、社会福祉施設等利用可能な地域の社会資源の選定を援助すること。なお、その際には、患者の傷病・障害の状況に十分留意すること。
- ④ 転院、在宅医療等に伴う患者、家族の不安等の問題の解決を援助すること。
- ⑤ 住居の確保、傷病や障害に適した改修等住居問題の解決を援助すること。

(3) 地域活動

患者のニーズに合致したサービスが地域において提供されるよう、関係機関、関係職種等と連携し、地域の保健医療福祉システムづくりに次のような参画を行う。

- ① 地域ケア会議等を通じて保健医療の場から患者の在宅ケアを支援し、地域ケアシステムづくりへ参画するなど、地域におけるネットワークづくりに貢献すること。

【引用文献】

- 1) 厚生労働省「終末期医療の決定プロセスに関するガイドライン」について
<http://www.mhlw.go.jp/shingi/2007/05/s0521-11.html> (2015年1月6日アクセス)
- 2) 公益社団法人 日本医師会「かかりつけ医の在宅医療 超高齢社会 私たちのミッション」2013年
- 3) 厚生労働省 大臣官房統計情報部 医政局「死亡診断書(死体検案書)記入マニュアル 平成26年度版」2014年
- 4) 国立長寿医療センター 「関連用語」
<http://www.ncgg.go.jp/zaitaku1/zaitakusien/byoto/keyword.html> (2015年1月6日アクセス)
- 5) 独立行政法人福祉医療機構「WAM NET 用語集」
<http://www.wam.go.jp/content/wamnet/pcpub/kaigo/handbook/dictionary/> (2015年1月6日アクセス)

【参考文献】

- ・一般社団法人 回復期リハビリテーション病棟協会
<http://www.rehabili.jp/visitor.html> (2015年1月19日)
- ・地域包括ケア病棟協会
<http://chiiki-hp.jp/gaiyou/> (2015年1月19日)
- ・厚生労働省「地域包括ケアシステム」
http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/ (2015年1月19日)
- ・厚生労働省「病床機能報告」
<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000055891.html> (2015年1月19日)

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー

【介護支援専門員 → 医療機関】

(1)入院先の医療機関等名称 様	当該利用者についての情報の提供及び取得は、下記同意者の同意の上行っています。	(2)発行日 (面談日)	平成	年	月	日
		(3)入院日 (退院日)	平成	年	月	日

(4)利用者氏名 (ふりがな)	(5)生年・性別等 明治 大正 昭和 年 月 日 男 女 (満 歳)	(6)生活保護 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り	(7)障害等認定 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 身障() <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神() <input type="checkbox"/> 特定疾患()
(8)要介護度	認定有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日	(9)障害高齢者日常生活自立度(寝たきり度)	(10)認知症高齢者日常生活自立度
(0)医療保険種類 <input type="checkbox"/> 社会保険 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> 後期高齢者 その他 ()	(0)公費の有無 <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し ()		
(12)同居家族 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 兄弟姉妹 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 子の配偶者 ()	(13)住居 <input type="checkbox"/> 戸建(階) <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション(階) <input type="checkbox"/> 施設 (エレベータ: <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 無し)		
(14)主介護者 続柄: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話: _____	就労状況	健康状態	
(15)キーパーソン 続柄: <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 電話: _____	(16)緊急連絡先		

(17)かかりつけ情報等 (医師・歯科医師・訪問看護ステーション・薬局等)

主病名	医療機関等名称	診療科名等	受診状況等	電話番号	特記事項(既往歴等)
1					
2					
3					

身体・生活機能等

		(18)評価日	平成	年	月	日	<input type="checkbox"/> 入院時 <input type="checkbox"/> 入院中 <input type="checkbox"/> 退院時 地域生活期 <input type="checkbox"/> その他()
(19)麻痺の状況 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度	麻痺の部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 ()	(50)具体的内容				
(20)褥瘡の有無 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り(部位: _____)	(21)皮膚疾患	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り()					
(22)視力 <input type="checkbox"/> 新聞等の字が見える <input type="checkbox"/> ほとんど見えない	目の前の物が見える 判断不能	(23)眼鏡	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
(24)聴力 <input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない	大声なら何とか聞こえる 判断不能	(25)補聴器	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り				
(26)意思の伝達 <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 時々可 <input type="checkbox"/> ほとんど不可 <input type="checkbox"/> 不可	(27)失語症	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り <input type="checkbox"/> 不明					
(28)認知症症状 <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 抑うつ・不安 <input type="checkbox"/> その他()						
(29)睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 睡眠障害()	(30)眠剤	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 毎晩					
(31)起居動作 <input type="checkbox"/> 起き上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 立ち上がれる <input type="checkbox"/> 介助が必要	<input type="checkbox"/> 寝たきり	(32)移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖無し <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子			
(34)食形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	(35)水分トロミ	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
(36)食動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(37)食事制限	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有り					
(40)口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(39)義歯使用	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不使用 <input type="checkbox"/> 義歯不要					
(42)排尿介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(45)トイレ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時					
(44)排便介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(46)オムツ使用	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時					
(47)衣服の着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	(48)服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
(48)特別な医療	<input type="checkbox"/> 1.自動腹膜透析装置 <input type="checkbox"/> 2.透析液供給装置 <input type="checkbox"/> 3.酸素療法 (/min) <input type="checkbox"/> 4.吸引器 <input type="checkbox"/> 5.中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 6.輸液ポンプ <input type="checkbox"/> 7.経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻: チューブサイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8.留置カテーテル (サイズ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 日に1回交換) <input type="checkbox"/> 8-1.間欠導尿 <input type="checkbox"/> 11.ドレーン (部位 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 9.人工呼吸器 (<input type="checkbox"/> 陽圧式 <input type="checkbox"/> 陰圧式: 設定 <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 10.気管カニューレ (サイズ <input type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> 12.人工肛門 <input type="checkbox"/> 13.人工膀胱 <input type="checkbox"/> 14.その他 (<input type="checkbox"/>)						
(51)介護上、特に注意すべき点等						(52)介護・看取りに関する本人・家族の意向等	

(53)本サマリーの記入者

所属	担当	住所
電話	FAX	Eメール
		(54)ケアプラン <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 未

※ケアプランの第3表(週間サービス計画表)を添付してください。

名古屋市在宅医療・介護連携サマリー使用上の留意点

1 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（入院時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、記入対象者である介護サービス利用者本人または家族の同意を得たうえで、利用者の身体機能等の情報について記入し、入院先の医療機関に送付するものです。

2 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の使用方法（退院・退所時）

本サマリーは、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員が、利用者の退院・退所の際、入院先の医療機関または入所先の施設の職員と面談し提供された利用者情報を記入しておき、居宅サービス計画の作成等に活用するためのものです。

3 個人情報の取り扱いについて

本サマリーには、利用者等の身体機能等、数多くの個人情報が含まれておりますので、取り扱いには最大限の注意を払ってください。

本サマリ－の記入及び送付に当たっては、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。また、情報の取得についても、必ず利用者（患者）または家族の同意を得てください。

特に、本サマリーをFAX等で医療機関に送付する際は、一旦、利用者及び主介護者等の氏名の欄を空欄にして医療機関に送付した後、医療機関に電話連絡し、医療機関のほうで氏名を記入してもらう等の配慮に努めることが望ましいでしょう。

また、本サマリーは、利用者（患者）及び家族等が見ることを前提に作成してください。そのため、記入する内容（特に認知症症状や既往歴等）については十分に注意してください。

4 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の記入頻度等について

利用者の入院時に迅速に対応できるという点から、概ね半年に一度、利用者の在宅安定時の状況を本サマリーに記入し、保管しておくことが望ましいでしょう。

また、月一回のモニタリングの際、本サマリーをモニタリングシートとして使用することもできます。

ただし、利用者の身体機能等に变化があった場合には、その都度、本サマリーに直近の情報を記入してください。

なお、認定調査結果や主治医意見書等を参考に本サマリーを記入する場合には、認定調査結果や主治医意見書等に記載されている利用者の身体機能等の情報と、直近の情報が異なる場合には、直近の情報を優先して記入してください。

5 家族等との連絡体制

利用者（患者）が入院した際、居宅介護支援事業所等の担当介護支援専門員に対し、家族等から即時その旨の連絡がなされるよう連絡体制を整備しておくことが望ましいでしょう。

また、利用者（患者）及び家族等には、日頃から本サマリ－の趣旨を説明し、利用者（患者）が入院した際には医療機関に対し情報提供を行うことや医療機関等から情報収集を行うことについて同意を得ておくことが望ましいでしょう。

6 入院先の医療機関への送付について

利用者（患者）が入院した際、利用者（患者）が入院してから7日以内を目安に本サマリーを医療機関に持参または郵送、FAX等により送付してください。

また、サマリーを送付した際は、居宅介護支援経過に、入院日、送付日及び送付先の医療機関等名称を必ず記録してください。

（記入例）

「平成27年4月1日△△病院に入院。平成27年4月2日△△病院に名古屋市在宅医療・介護連携サマリーを送付し情報提供した」

なお、サマリーを送付する際の手段（郵送、FAX等）や、医療機関がサマリーを受領したか否かを確認する際の手段（電話、FAX等）については、あらかじめ医療機関へ確認しておくことが望ましいでしょう。

7 名古屋市在宅医療・介護連携サマリ－の取り扱い留意事項

医療情報については、主治医の医療機関等に直接確認したり、診療情報提供書等で確認したりして内容の確認をできるようにしてください。

年間スケジュール

2016年（平成28年）

2017年（平成29年）

6月		7月		8月		9月		10月		11月		12月		1月		2月		3月	
1	水			1	月			1	土			1	木	1	日			1	水
2	木			2	火			2	日			2	金	2	月			2	木
3	金			3	水			3	月	センター準備室		3	土	3	火			3	金
4	土			4	木			4	火			4	日	4	水			4	土
5	日			5	金			5	水			5	月	5	木			5	日
6	月			6	土			6	木			6	火	6	金			6	月
7	火	2次病院打ち合わせ (第2回)		7	日			7	金			7	水	7	土			7	火
8	水			8	月			8	土			8	木	8	日			8	水
9	木			9	火			9	日			9	金	9	月			9	木
10	金			10	水	参議院議員選挙		10	月			10	土	10	火			10	金
11	土			11	木			11	火			11	日	11	水			11	土
12	日			12	金			12	水			12	月	12	木			12	日
13	月			13	土			13	木			13	火	13	金			13	月
14	火			14	日			14	金			14	水	14	土			14	火
15	水			15	月	急病センター運営委 員会	急変時	15	土			15	木	15	日			15	水
16	木			16	火			16	日			16	金	16	月			16	木
17	金			17	水			17	月	急病センター運営委 員会	急変時	17	土	17	火			17	金
18	土			18	木			18	火			18	日	18	水			18	土
19	日			19	金			19	水			19	土	19	木			19	日
20	月			20	土			20	木			20	火	20	金			20	月
21	火			21	日			21	金			21	水	21	土			21	火
22	水			22	月			22	土			22	木	22	日			22	水
23	木			23	火			23	日			23	金	23	月			23	木
24	金			24	水			24	月			24	土	24	火			24	金
25	土			25	木			25	火			25	日	25	水			25	土
26	日			26	金			26	月			26	土	26	木			26	日
27	月			27	土			27	木			27	火	27	金			27	月
28	火			28	日			28	金			28	水	28	土			28	火
29	水			29	月			29	土			29	木	29	日			29	水
30	木			30	火			30	日			30	金	30	月			30	木
				31	水			31	月			31	土	31	火			31	金

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

退院支援
情報共有
研修

協議会
兼
部会連絡
会議

退院支援
情報共有
研修

協議会
兼
部会連絡
会議

部会連絡
会議

次回スケジュールの確認票

貴所属団体名 _____

お名前 _____

1 次回部会（分科会）開催スケジュールについて

(1) 次回部会（分科会）開催希望日

ご都合が取れない日程に、×をつけてご回答願います。

※開始時刻は18：30を予定しております。

平成28年9月						
5日	6日	7日	8日	9日		
(月)	(火)	(水)	(木)	(金)		

(2) 回答連絡先（いずれでも結構です。）

FAX：0138-32-1505

郵送：〒040-0001 函館市五稜郭町23番1号 市立函館保健所地域保健課
函館市医療・介護連携推進協議会事務局 行き

E-mail： iryo-kaigo@city.hakodate.hokkaido.jp