

入退院支援の手引き～たたき台～作成への意見と対応方針について

1. 変更箇所等（前回分科会の意見）

○全メンバー総意

⇒ベースは福岡とし、3つの良いところ取りとしている。

○福島メンバー

- ・退院の時だけではなく入院した時、在宅にいる時の情報共有はとても大事。
- ・1週間か48時間以内等の期間制限は、縛られ感があるので削除してよい。

⇒入院時からの流れを掲載。期間制限に繋がる文言は削除し【できるだけ早く】等に変更。

○高橋メンバー：道南訪看連協

- ・看取りに関する事など詳しく出ているのが良い。
- ・かかりつけ医や、病院との連携などに関する事も詳しく載っている。
- ・医療と介護の連携サマリーも含めた方が良いのでは。（水澤メンバーからも同様の意見がメールにてあり）

⇒かかりつけ医・看取りに関しては一部抜粋し掲載したが、今後もう少し膨らましていきたい。函館市医療・介護連携サマリー及び応用ツールとその活用方法等を掲載予定。

○高橋メンバー：薬剤師会

- ・よこすかエチケット集の5ページケアマネジャーの皆さんへに【通所としての調剤薬局】の文言を入れてほしい。

⇒P11 【介護サービス事業所】を【在宅・施設担当者】に変更。また、カンファレンスに想定される参加者として、在宅生活を支える担当者として【かかりつけ薬局薬剤師】と掲載。

○水澤メンバー：看護協会

- ・診療報酬の点数とかは二年に一度の改定がある為省いてもよい。

⇒診療報酬改定・介護報酬改定を見越し掲載しない事とする。

○高柳分科会長

- ・多職種研修部会のメンバーから相互理解のため、職種紹介の欄がほしいとの意見あり。

⇒職種紹介のページを設け、各団体からの自己紹介コメントを貰い掲載予定。

2. その他メールでのご意見

○鈴木メンバー：在宅ケア研究会

・3つの先進地事例をまとめる時に、『医療者用』『ケアマネジャー用』『介護・福祉系用』など各職種ごとにまとめた方が良いのではとの意見あり。今回先進地事例から土台を作り、今後詳細なものを肉付けしていくという上でも良いのではないかと思う。

⇒今回は各ポイントに似顔絵か記号のような物を載せ分け予定。

○水澤メンバー：看護協会

・福岡市の退院時情報提供書を参考に、共通のフォーマットをこの中に含め参考フォーマットとして利用できたらと思う。

⇒共通フォーマット（函館市医療・介護連携サマリー）を情報ツール作業部会にて作成し、使いう方も含め手引きにも掲載予定。

3. 今後の課題等

○療養者 Or 支援対象者⇒支援対象者で統一したが、これで良いか。

○正式名称を決定。（例：函館市退院支援にかかる多職種連携の手引き、函館市入退院支援にかかる多職種連携ハンドブック、ガイドブック等々）

○市民にもオープンにしていく手段。HP等。

○ 福岡&名古屋バージョン,  は、よこすかバージョン。今後統一を検討。

○ 絵かマークで検討。ワンポイントアドバイスの目印としたい。

○はじめに：手引き作成にあたっての意図や思いを最初のページに掲載

○使い方の説明：①利用対象者：例）高齢者入退院にかかる専門職

②入退院支援の対象者：例）介護保険被保険者

(仮称)

函館市

退院支援にかかる多職種連携の手引き

～たたき台～

函館市 退院支援にかかる多職種連携の手引き

もくじ

| | | |
|------|-------------------|----|
| I | はじめに | 1 |
| II | 手引きの使い方 | 1 |
| III | 医療・介護連携推進のためのマナー | |
| ☆ | 基本的な多職種連携のマナー | 2 |
| IV | 入院から退院までのフロー | 4 |
| V | 入院から退院までの連携 | |
| 1 | 入院直後 | 5 |
| 2 | 入院中 | 7 |
| 3 | 退院前 | 10 |
| 4 | 退院 | 14 |
| VI | その他の連携 | 15 |
| VII | 関係職種の紹介 | 16 |
| VIII | 函館市医療・介護連携ツールの使い方 | 18 |

I はじめに

II 手引きの使い方

Ⅲ 医療・介護連携推進のためのマナー

1 基本的な多職種連携のマナー

(1) お互いに、お互いの立場を理解し、ていねいな対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、ていねいな対応を心がけましょう。お互いに非難をしないで気持ちよく仕事をしていきましょう。相手に失礼のない身だしなみも大切なマナーです。お互いの立場や役割を理解した上で、協働していくことが支援対象者に対するマナーにもつながります。

(2) お互いに、日頃から顔の見える関係作りを心がけましょう

顔の見える関係から、顔が見えなくても通じる関係につながります。日頃からチャンスがあれば顔と顔の関係を作っていけるようにしましょう。

(3) 他職種に連絡をとるときにはどの程度急ぐ用件か判断し、相手の業務の状態を考慮しながら連絡しましょう

それぞれの職種や立場、役割によって、忙しい時間帯や限られた時間の中で仕事をしています。連絡の内容を至急かどうかの判断を行ったうえで、急ぐ用件でなければ、ゆっくり対応できる時間帯を確認して連絡できると良いでしょう。どの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう。

(4) 名前、所属等は正確に伝えましょう

支援対象者の名前は間違えないようにフルネームで伝えましょう。確認されることを想定し、生年月日等の情報も伝えられるよう準備しておきましょう。また、担当者同士においても、自身の所属と職種を正確に伝えましょう。（面識のない場合は特に）

(5) 担当者不在時の体制を整備しておきましょう

緊急時も含め担当者不在時の連絡体制は事業所、及び病院ごとに整えておきましょう。代理の職員が決定したり、連絡がつく体制を整えておきましょう。また、体制や業務状況によっては、即対応が難しかったり、連絡を受けられない場合がある時は、事前に事情を説明しておきましょう。（例えば留守番電話や転送電話になる時があること等を伝達）

(6) 専門用語は使わず，わかりやすい言葉を使いましょう

どの職種もそれぞれの専門用語があり，自分の職種以外の専門用語には慣れていません。お互いに専門用語を使わないように心掛け，わかりやすく，ゆっくり，はっきり説明しましょう。

(7) かかりつけ医師は書類を早くきれいに，生活のことを含めて書きましょう

かかりつけ医師の書く書類として，主治医意見書，訪問看護指示書，訪問薬剤指導指示書など多岐に渡りますが，これらの書類は，支援対象者が各サービスを利用する上で重要な役割となっているため，正確な記載，迅速な提出が求められています。

病歴と共に服薬の状況を書くと良いでしょう。また，捉えている範囲で良いので生活のことも含めて書くと介護サービス事業所の参考になり，スムーズな支援につながります。

(8) 医療機関への訪問の前にはアポイントメントをとりましょう

各医療機関や職種によっては，対応可能な時間帯や忙しい時間帯があります。医療機関からの情報を頂くために訪問する場合は，事前にアポイントメントを取り対応可能な時間帯を確認してからにしましょう。また，各病院の対応可能な時間帯は在宅医療・介護連携マップ等にて確認してから連絡しましょう。（P〇〇参照）

Ⅳ 入院時より退院支援に向けてのフロー

| いつ | 氏名 () 誰から⇒誰に | 実施すること | 担当者 () 活用するツール ☆は参考様式あり |
|------|---|---|------------------------------------|
| 入院直後 | ケアマネジャー 及び 施設担当者 ⇒ 退院支援担当者 | <input type="checkbox"/> 在宅での様子等について情報提供 | ☆函館市医療・介護連携サマリー ☆応用ツール (P○○○参照) |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 ⇒ 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 | |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 ⇒ ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> 必要な情報提供・収集(TELなど) | |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 | <input type="checkbox"/> 各病院スクリーニングシート等にて退院支援対象者の選定 | スクリーニングシート |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 ⇒ 主治医 | <input type="checkbox"/> 提供された函館市医療・介護連携サマリーにて情報共有 <input type="checkbox"/> 退院予定日確認 | ☆函館市医療・介護連携サマリー ☆応用ツール (P○○○参照) |
| 入院中 | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 | <input type="checkbox"/> 退院支援に向けた院内調整(退院支援の担当者の決定) <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 | 退院支援計画書 |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 ⇒ 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 | |
| | 病棟看護師 及び (必要時) 退院支援担当者 ⇒ 地域包括支援センター | <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 | |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 ⇒ 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 | |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 ⇒ ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> 病院のリハビリスタッフなどが行う家屋調査への同行を依頼 | |
| | 病棟看護師 及び 退院支援担当者 ⇒ 地域包括支援センター | <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 | 退院支援担当者 ⇒ 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 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 | |
| | ケアマネジャー ⇒ 在宅生活を支えるスタッフ | <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス日程調整 | |
| | 退院支援担当者 ⇒ 本人・家族 ケアマネジャー 退院支援に関わるスタッフ | <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 | 退院支援担当者 ⇒ 本人・家族 | <input type="checkbox"/> 退院時の書類の確認 | |
| | 退院支援担当者 ⇒ ケアマネジャー | <input type="checkbox"/> ケアプランの写しの提供依頼 | ☆函館市医療・介護連携サマリー ☆応用ツール (P○○○参照) |
| | 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 | |
| | ケアマネジャー ⇒ 退院支援担当者など | <input type="checkbox"/> 退院後の情報を報告 | |

V 入院から退院までの関わり方

1 入院直後～できるだけ早く

(1) 入院時の情報提供

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。

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

函館市医療・介護連携サマリー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。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。

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。



函館市医療・介護連携サマリーについて

ケアマネジャーや施設担当者は函館市医療・介護連携サマリーを病院へ提供しましょう。また、応用ツール等の記載・提供に関しては、各専門職（訪問看護師等）と相談の上、協力し合いながら、より詳細の情報提供ができるよう努めましょう。

※「函館市医療・介護連携サマリー」は函館市における医療・介護連携のための参考様式としており、他に独自の様式の利用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、統一した書式の利用が適切かと思えます。

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。（マナーP〇〇参照）
- ・出向くのが難しくFAXを利用する場合などは、必ず送信表をつけ、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をしてから送信しましょう。
- ・提出先は病院によって異なります。各病院の提出先を確認の上提出しましょう。（P〇〇参照）

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「介護保険証」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。

CM
の顔

ケアマネジャー・施設担当者のポイント

- ・支援対象者が入院した場合、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。
 - ・「函館市医療・介護連携サマリー（以下「サマリー」という。）」を提出する対象は原則すべての入院患者です。「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。「サマリー」は、支援対象者が入院してから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に努めましょう。
 - ・ケアマネジメントを行う上で支援対象者の病状や状況、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、「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。
 - ・「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、「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。
- ※入院時情報連携加算の算定の有無に関わらず、支援対象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支援対象者から了解を得ている旨を申し添えましょう。

(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、情報収集およ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。

入院時情報提供の注意点

- ・在宅及び施設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、病院から情報提供を依頼しましょう。

病院のポイント

- ・「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。
- ・提供された情報は院内で適切に管理し、担当医師や病棟スタッフ等院内で共有できるようにしましょう。
- ・不足している情報は電話連絡などで補いましょう。

(3) 退院支援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、各病院のスクリーニングシートを用いるなどして判断します。

退院支援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。

退院支援が必要と考えられる例

- 1) 病状の安定が図れず、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退院する場合
- 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、退院後の生活環境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
- 6) 理解力や認知能力の低下が見受けられる場合

支援対象者選定のタイミング

- ・入院後、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
- ※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。

Ns
の顔

2 入院中における連携

支援対象者が入院した場合、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や在宅・施設担当者もいるでしょう。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っ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、次のポイントに気をつけて情報収集をしましょう。

CM
の顔

👉 病院へ情報提供を求める前に先ず支援対象者・家族と相談しましょう

病院では支援対象者や家族の了解なしに、在宅・施設担当者などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院支援に向けて動いていることを病院に伝えましょう。病院の付き添いやインフォームド・コンセント時の立ち会いは、支援対象者や家族を通して病院や医師に確認するようにしましょう。

ケアマネジャー・施設担当者のポイント

- ・入院中の支援対象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で、「サマリー」を提出している旨を伝え問い合わせましょう。
 - ・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。在宅医療・介護連携マップ等に掲載されている情報を参考に面会の約束をしましょう。
 - ・どのような目的で、入院中の支援対象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。
 - ・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（施設担当者）であることを証し、支援対象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。
 - ・支援対象者の入退院の情報を把握するのはケアマネジャー（施設担当者）の務めです。ケアマネジャー（施設担当者）は病院からの情報を待つだけでなく、支援対象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。
- ※病院では全ての支援対象者に医療ソーシャルワーカーや看護師等の退院支援担当者がついているとは限りません。

（１）病院内の退院支援担当者の決定

病院によって、退院支援に看護師、医療ソーシャルワーカーの職種が配置されている場合があります。いずれにしても、支援対象者やその家族、在宅・施設担当者からわかりやすい相談窓口が求められます。

入院中の窓口となる担当者を決めておくことが重要

（２）退院支援計画書の作成

病棟看護師、退院支援担当者は、入院後早期に、支援対象者の課題の抽出、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」の作成を行います。

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。

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

病院担当者は、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遠慮して、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（函館市地域包括支援センター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、次の段階で、支援対象者を担当する複数の病院担当者・退院後の生活を支える担当者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。

👉 退院日の目処を早めにケアマネジャーや施設担当者等に知らせましょう

退院前カンファレンスなどはある程度準備に時間が必要です。早めに退院が分かれば病院担当者も在宅・施設担当者も退院に向けた協働がしやすくなります。

N s
の顔

退院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退院後の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
- ・ 支援対象者の状況を的確に把握して、多職種が連携すること

(4) 家族に対する支援

方向性や内容を決めるうえで、支援対象者の情報に加え、家族関係や介護力、家族の意向等に関する情報は重要です。入院中から退院後の生活も見据え、支援対象者の生活を、家族を含めて支援するよう心懸けましょう。

また、家族の介護負担や不安を軽減する働きかけを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、退院後の生活を支える担当者と共有することが大切です。

支援対象者と家族への支援のポイント

退院後の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

(5) 家屋調査への同行依頼

自宅復帰に際して、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含めた住環境の整備調整が必要な場合があります。病院のリハビリ担当者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。

(6) 函館市地域包括支援センターへの支援依頼

介護保険非該当で気になる方や虐待の可能性がある等、スムーズなサービス利用につながらない状況にある場合は、函館市地域包括支援センター（以下「包括支援センター」）へ支援依頼しましょう。

支援困難な方の場合、ケアマネジャーから包括支援センターへ相談することもあります。

(7) 支援対象者や家族への説明・実技指導

支援対象者や家族が、退院後も利用する医療機器の操作や医療処置の手技等を入院中に習得することが必要な場合があります。

その際、在宅・施設担当者（看護師等）も立ち会えば、退院後の医療処置等がよりスムーズになるのはもちろんのこと、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。また、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。

N s

の顔

退院前に本人や家族へ介護指導をしましょう

退院までに時間がなく、介護指導が十分ではない場合には、病院でどの程度まで介護指導ができていのか在宅・施設担当者へ情報提供しましょう。

3 退院前

退院前カンファレンスは、退院後の生活の課題等について関係者で情報共有をし、支援内容や方法を確認するために行います。また退院後の生活に不安を抱えた支援対象者が医療や介護の関係者が顔を合わせ、お互いに現在の支援対象者の状態を共有する場面を見ることで安心感を持ってもらうことができます。

退院前カンファレンスを踏まえて、退院後の生活を支える担当者による受け入れ準備が行われ、また、病院側でもカンファレンスでの情報をもとに退院後の生活を見据え、支援対象者や家族へ医療処置等の説明や実技指導・調整を行うこととなります。

👉 **支援対象者に訪問診療の必要性がある場合、まずはかかりつけ医師に訪問診療の対応について確認しましょう**

普段訪問診療をしていなくても、かかりつけの患者の場合には訪問する医師もいます。**病状が落ち着き退院の方向性が決定したら退院前カンファレンスを実施しましょう。**

N s

の顔

病院のポイント

- ・事前に在宅・施設担当者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。
- ・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。個室以外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。
- ・退院前カンファレンスの参加者を本人また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。

ケアマネジャー・施設担当者のポイント

- ・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。同時にもしくはカンファ後にサービス担当者会議や契約等を行う場合は、事前に病院担当者にお伝えし了承を得てから行いましょう。
 - ・病院から退院前カンファレンスの参加依頼があった時には、できるだけ参加できるように、事前にカンファレンスの時期を確認しておきましょう。
 - ・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。
 - ・支援対象者の退院に備え、入院中から情報収集に努めましょう。
 - ・診療所や病院の医師、看護師等は通常の診療・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、途中で退席しても構わないよう、カンファレンスの前段で情報収集するよう努めましょう。
 - ・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は、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。
 - ・カンファレンス前に行うアセスメント時に、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、退院後の生活を支援する各担当者に対し、情報提供をしましょう。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も、主治医より指示をもらう準備をしておきましょう。
- ◎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。

(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支援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とスムーズです。

N s

の顔

👉 退院前カンファレンスには、在宅・施設担当者と退院後の主治医へ声をかけましょう

ケアマネジャーだけでなく、できるだけ全ての関係者に声をかけましょう。特に、医療依存度が高い支援対象者の場合には訪問看護師や施設看護師等が参加できるように調整しましょう。

想定される参加者は…

- ・ 支援対象者 ・ 家族など

病院担当者

- ・ 医師 ・ 病棟の看護師 ・ 退院支援看護師 ・ 医療ソーシャルワーカー
- ・ リハビリスタッフ ・ 薬剤師 ・ 栄養士 など

在宅生活を支える担当者

- ・ かかりつけ医（在宅医）、看護師 ・ ケアマネジャー ・ 訪問看護師 ・ 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（住宅改修や医療機器レンタル、訪問マッサージの事業者等） 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。

施設生活を支える担当者

- ・ 施設での主治医、看護師 ・ 施設ケアマネジャー ・ 相談員 ・ 施設看護師
- ・ 介護職員 ・ リハビリ担当者

(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は、支援対象者の状況に応じては「1時間程度」の時間がかかることもあるようですが、「30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、事前準備等を整えて臨みましょう。

効率的効果的な退院前カンファレンス

- ・退院支援の担当者は、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。
- ・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。
- ・効率的に行うために時間配分に留意する。
- ・退院支援担当者ケアマネジャーの間で、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きましょう。

退院前カンファレンスの流れ

- 1) 出席者の紹介
 - 2) 入院時からの主な病状・予後についての説明と支援対象者・家族の理解
 - 3) 現在の日常生活の自立度と必要な支援内容
 - 4) 退院後の生活に対する支援対象者・家族の意向
 - 5) 退院後の主治医の確認
 - 6) 療養の方針やリハビリテーションの方針
 - 7) 薬剤管理・服薬支援
 - 8) 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
 - 9) 今後の課題
 - 10) 療養におけるリスクと予防策，対応策
 - 11) 緊急時の体制・連絡先の確認
 - 12) 生活の目標と必要なサービス
 - 13) 在宅の場合は在宅の限界点（再入院または施設入所を検討する状況）
 - 14) 病院担当者・生活を支える担当者，双方への質問
 - 15) 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・施設担当者間で確認し、共有しておくことも重要です。

(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、原則的には退院前の生活を支える担当者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、退院日から遅くても約1週間前までに行いましょう。

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、退院意向が強く急に退院が決まる可能性もあります。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、早めに開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、早めに開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。

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・家族に伝えることで、支援対象者・家族は安心感を得ることができます。

4 退院

(1) 退院時・退院後の情報共有

病院担当者は、函館市医療・介護連携サマリーの他に、必要に応じて応用ツールや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、病院の退院支援担当者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、ケアプランの写しを退院支援担当者に渡しましょう。

また、病院担当者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担当者に情報提供を行うことを心がけましょう。

再入院や緊急時対応、レスパイト機能の面からも、病院担当者と生活を支える担当者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。

Ns

の顔

👉 サマリーは介護サービス事業所間で共有しましょう

病院から函館市医療・介護連携サマリー及び応用ツール等入手した場合には、ケアマネジャー、訪問看護ステーションやその他の介護サービス事業所間(施設入所者の場合は施設職員間で)でも情報共有できると、支援対象者の状態が把握しやすくなります。

IV その他の連携

○ かかりつけ医師は急変時に関する指示を、あらかじめ示しましょう

かかりつけ医師は緊急を要する症状や状態などをあらかじめ介護サービス事業所へ知らせておきましょう。また、急変時の連絡先や、対応方法などをあらかじめ示しておきましょう。

○ 看取りの時は家族の揺れる気持ちを多職種で支えましょう

在宅看取りが近づくと家族の気持ちは大きく揺れます。揺れる気持ちを多職種で理解し、情報共有しながら、支援対象者や家族を支えましょう。看取りの時期には特に気をつけて、密に情報共有を行いましょう。

Ⅶ 関係職種の紹介 ～パターン1～

☆医師（訪問診療、居宅療養管理指導）

☆歯科医師（訪問診療、居宅療養管理指導）

☆薬剤師（訪問調剤薬局、居宅療養管理指導）

☆介護支援専門員（ケアマネジャー）

☆包括支援センター職員（主任ケアマネ、保健師、社会福祉士、ケアマネジャー）

☆医療相談員（医療ソーシャルワーカー）

☆相談員（施設、通所）

☆訪問看護師

☆訪問リハビリ（PT、OT、ST）

☆訪問介護員（ホームヘルパー）

☆介護職員

☆福祉用具専門員

☆栄養士（居宅療養管理指導）

☆歯科衛生士（居宅療養管理指導）

☆柔道整復師

☆鍼灸マッサージ師

Ⅶ 関係職種の紹介 ～パターン2～

| | | |
|--------------------|---------------------------------------|-----------------------|
| ☆医師（訪問診療、居宅療養管理指導） | ☆歯科医師（訪問診療、居宅療養管理指導） | ☆薬剤師（訪問調剤薬局、居宅療養管理指導） |
| ☆介護支援専門員（ケアマネジャー） | ☆包括支援センター職員（主任ケアマネ、保健師、社会福祉士、ケアマネジャー） | ☆医療相談員（医療ソーシャルワーカー） |
| ☆相談員（施設、通所） | ☆訪問看護師 | ☆訪問リハビリ（PT、OT、ST） |

| | | |
|------------------------|-------------------------|-----------------|
| <p>☆訪問介護員（ホームヘルパー）</p> | <p>☆介護職員</p> | <p>☆福祉用具専門員</p> |
| <p>☆栄養士（居宅療養管理指導）</p> | <p>☆歯科衛生士（居宅療養管理指導）</p> | |
| <p>☆柔道整復師</p> | <p>☆鍼灸マッサージ師</p> | |

Ⅷ 函館市医療・介護連携ツールの使い方

☆函館市医療・介護連携サマリー

☆函館市医療・介護連携応用ツール