

筑西市 退院前カンファレンスの 手引き



令和5年3月

筑西市在宅医療・介護連携推進委員会

～ 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
II 退院支援に向けてのフロー	3
III 退院支援における連携のあり方	4
(1) 入院前	4
(2) 入院直後	5
(3) 入院中	8
(4) 退院前カンファレンス	11
IV 筑西市医療と介護の情報連携シート	15
【参考文献】	16

I はじめに

1. 目的

現在、わが国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えた医療・介護の提供体制整備を含めた、地域包括ケアシステムの構築を進めています。

本市では、「在宅医療・介護連携推進事業」において、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築・推進を図る事を目指しており、医療や介護が必要な状態となった際に、急性期の医療から回復期、慢性期、在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく提供されることが重要です。

そのためには、専門職がそれぞれの垣根を越えて、他の専門職と手をつなぎ、協力し、入院から在宅への移行支援をスムーズに進める切れ目のない連携体制が不可欠です。

そこで、入退院支援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入院前からの連携強化と適切かつ円滑な入退院支援を目指して「筑西市退院前カンファレンスの手引き」を作成いたしました。

この手引きが、入院前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・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いたします。

2. 使い方

(1) 本手引きを利用していただきたい方

筑西市内で高齢者の退院支援に関わる専門職の方全員。

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
- 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） ○地域包括支援センター職員
- 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

(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
- 介護保険第2号被保険者で特定疾病に該当する方
- 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

Ⅱ 退院支援に向けてのフロー

医療機関側	時期	在宅（ケアマネジャー）側
①外来患者に気を配る ②（必要時）支援対象者・家族へ、入院中の治療等について説明	（１） 入院前 【P4】	①日頃から情報収集に努める ②ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する
「医療機関がケアマネジャーを把握」又は「ケアマネジャーが入院を把握」、どちらか早い方が連絡		
①スクリーニングを行う ②必要な情報を集める、伝える ③医療機関内で情報共有し、連携する ④介護保険要介護認定等の有無の確認 ⑤虐待等が疑われる場合の対応	（２） 入院直後 【P5】	①入院先の状況を把握する ②入院時の連携を積極的に進める ③医療機関へ情報提供を行う
①主になる退院支援担当者の決定 ②退院へ向けた計画づくり ③支援対象者や家族への配慮 ④在宅・施設担当者との協力 ⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導	（３） 入院中 【P8】	①入院中の支援対象者の情報収集 ②医療機関担当者との協力 ③情報収集の際の留意事項
①退院前カンファレンスの目的と日程調整 ②退院前カンファレンスの時期と回数 ③退院前カンファレンスの進め方 ④退院前カンファレンスの内容の共有	（４） 退院前カンファレンス 【P11】	①退院前カンファレンスの開催の判断 ②退院前カンファレンス参加者への連絡・調整 ③退院前カンファレンスの心構え ④サービス担当者会議の内容の共有

Ⅲ 退院支援における連携のあり方

(1) 入院前

医療機関側

①外来患者に気を配る

日頃から、支援対象者については、外来で関わる中で、できるだけ把握しておく、入院時の対応がスムーズに進みます。

②(必要時)支援対象者・家族へ、入院中の治療等について説明

支援対象者や家族に対して、病状や治療方針についてできるだけ分かりやすく説明を行います。

在宅側

①日頃から情報収集に努める

かかりつけ医やケアマネジャーは、日頃から支援対象者、家族のニーズを把握することが可能です。

入院が必要な状態になる前から、支援対象者の病歴や服薬の状況、キーパーソンなどの情報を把握し、仮に入院した場合にどのように退院に向けて調整すべきかを意識することも大切です。

②ケアマネジャーと連携しやすいように工夫する

支援対象者には、「介護保険証」のほか、ケアマネジャーの氏名・連絡先などを記入したメモなどを、「医療保険証」とともに携帯するよう勧めておくと、入院の際に、医療機関がケアマネジャーを把握しやすく、入院時のスムーズな連携に役立ちます。

入院時情報提供の注意点

- ・ 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、個人情報特定できないよう工夫を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。

(2) 入院直後

医療機関側

①スクリーニングを行う

医療機関では患者が入院した際、退院支援が必要（※）かどうかスクリーニング票を使用するなどして判断します。スクリーニングは、外来で入院が必要と判断した時に実施する場合がありますが、入院直後のできるだけ早い段階で対応することが多いです。

※退院支援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) 排泄に介助を要する場合
- 6) 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
- 7) 生活困窮者
- 8) 虐待を受けている又はその疑いがある場合
- 9) 要介護状態であるが、介護保険が未申請な場合
- 10) 認知症や誤嚥性肺炎などの急性呼吸器感染症がある場合
- 11) 緊急入院

②必要な情報を集める、伝える

在宅生活時の状況を支援対象者や家族から十分に聞き取るとともに、支援対象者または家族の同意を得たうえで、かかりつけ医やケアマネジャー等の在宅・施設担当者からも情報収集を行います。

また、情報収集に際しては、情報収集の窓口や希望する提供方法（FAX、電話、面談など）を明確にしておくことで、よりスムーズな情報収集が可能となります。

③医療機関内で情報共有し、連携する

知り得た情報は医療機関内で適切に管理し、医師や病棟スタッフ等で共有できるようにします。

また、退院予定日を医師へ確認し、全体で把握して退院支援を進めます。

④介護保険要介護認定等の有無の確認

介護保険要介護認定等の有無を確認し、各種申請など必要な支援を行うほか、担当ケアマネジャーがいない場合は、支援対象者や家族の意向を確認し、市内にある地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の紹介を行います。

⑤虐待等が疑われる場合の対応

支援の経過の中で、虐待が疑われる場合には、早急に、筑西市保健福祉部高齢福祉課もしくは担当地域の地域包括支援センターへ報告しましょう。また、虐待の他にも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、地域包括支援センターへ支援依頼しましょう。

●地域包括支援センター

名 称	所在地・連絡先	担当地区
地域包括支援センター なかだて	八丁台457 TEL 38-0680	下館、竹島、養蚕、中地区 (中館、八丁台)
地域包括支援センター しらとり	上平塚743-5 TEL 45-7616	伊讚、川島、五所、中(中館、八丁台除く)、河間地区
地域包括支援センター えがお	二木成1669-1 TEL 45-6882	大田、嘉田生崎地区
地域包括支援センター まごころ	藤ヶ谷733-4 TEL 49-9888	関城地区
	新井新田41-2 TEL 52-8552	明野地区
	久地楽237-7 TEL 57-3668	協和地区

●市関係窓口

名 称	所在地・連絡先
筑西市保健福祉部高齢福祉課	丙360 TEL 22-0526

在宅側

①入院先の状況を把握する

支援対象者が入院した際には、医療機関へ問い合わせがスムーズに進められるよう、家族などから病名、入院している診療科、病棟入院日を確認します。

②入院時の連携を積極的に進める

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くことが重要です。

入院先の退院支援部門の把握、担当医、担当看護師、医療ソーシャルワーカーとの情報共有は積極的に行い、また、入院中、支援対象者や家族には、安心して過ごせるように、入院医療機関の退院支援相談窓口を知らせ、橋渡しするなど、退院へ向けて協働で進めていけるように努めます。

③医療機関へ情報提供を行う

入院医療機関に対しては、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す。支援対象者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。

そのほか医療機関への訪問・電話等のやりとりの中でより詳細な情報提供ができるよう心がけましょう。

医療機関への情報提供で注意する点

①医療機関へ訪問し、面談での情報提供を心がける

②やむを得ずFAXなどを使用する場合は、

- ・相手方にその旨連絡し了承を得て、専用の提出先を再確認
- ・送信票をつけ、送信元がわかるようにする
- ・個人情報特定できないよう氏名、生年月日は記入しない
(FAXの後、電話で知らせる)

など、個人情報の取り扱いには十分注意が必要です。

(3) 入院中

医療機関側

①主になる退院支援担当者の決定

医療機関の退院支援部門には、看護師や医療ソーシャルワーカーなどが配置されていますが、支援対象者や家族、在宅・施設担当者がわかりやすいように、主に対応する退院支援担当者を決めるなど、相談窓口を明確にしましょう。

病院におけるわかりやすい退院支援窓口（担当者決め）が重要

②退院へ向けた計画づくり

退院支援担当者は、ケアマネジャーなどから得た情報をもとに、入院後早期に、支援対象者が必要とする支援、利用できる社会資源を確認し、退院に向けてどのような準備をすべきかを記載した「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・家族に説明し同意を得て、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。

入院期間が長期となる場合や支援対象者・家族の状況に変化があった場合、予想される退院先に変更があった場合等には「退院支援計画書」の見直しが必要です。

退院支援計画書の主な記載内容

- ・退院困難な要因
- ・退院にかかる問題点、課題等
- ・退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要
- ・予想される退院先
- ・退院先として利用が予想される社会資源 など

③支援対象者や家族への配慮

支援対象者が、入院後すぐに退院の話をされることに対して不信感を抱くことなく、納得して退院に踏み出せるように、十分なコミュニケーションをとる必要があります。支援対象者や家族の意向を確認しながら、できるかぎりいく

つかの選択肢を提案し、退院後の生活について具体的なイメージを持てるよう支援することを心がけましょう。また、退院支援の方向性や内容を決めるうえで、家族関係や介護力なども重要な要素となります。入院中にできるだけ、支援対象者に関わる家族の状況などを把握し、退院後の生活を支える在宅・施設担当者と情報共有するなど、いかに家族の負担や不安を軽減できるかという視点でも、積極的に支援するよう心がけましょう。

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

④在宅・施設担当者との協力

退院後、訪問診療が必要な場合、対応が可能か、かかりつけ医に相談しましょう。かかりつけの患者の場合のみ対応する医師もいます。

退院支援担当者は、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、ケアマネジャーが支援対象者・家族に行うアセスメントの際に、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。

次の段階で、支援対象者を担当する複数の医療機関担当者・退院後の生活を支える在宅・施設担当者による打合せを行うと、より円滑に支援が進みます。

また、ケアマネジャーなど在宅・施設担当者は、退院へ向けた準備に一定程度の時間を要します。退院予定日は早い段階で知らせ、退院に向けて協働しやすいように考慮しましょう。

医療機関のリハビリスタッフ等が家屋調査を行う場合は、ケアマネジャーへ同行を依頼し、住環境の整備調整（住宅改修や福祉用具の活用）がスムーズにできるよう、情報共有しましょう。

⑤医療機器の操作や医療処置の実技指導

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、ケアマネジャーや訪問看護師等の在宅担当者、もしくは看護師等の施設担当者も立ち会えれば、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、介助の方法やリハビリについても、入院期間中に指導しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。退院までに時間がなく、指導が十分ではない場合には、医療機関でどの程度まで指導ができているか在宅・施設担当者へ情報提供しましょう。

在宅側

①入院中の支援対象者の情報収集

在宅・施設担当者は、支援対象者が利用する在宅サービスによって、退院時の調整に時間を要する場合もあることを考慮し、医療機関に対し、支援対象者の病状や経過などについて、早い段階から積極的に情報収集するように心がけましょう。

②医療機関担当者との協力

新たにケアマネジャーとなった場合や、入院によって状態変化がある場合、ケアマネジャーは支援対象者・家族と面談し、アセスメントを行います。その時に合わせて、今後の方針を決めるための打合せを行うと円滑に支援が進みます。

③情報収集の際の留意事項

医療機関の体制によって、支援対象者に退院支援担当者が必ずいるとは限りません。医療機関に対し、支援対象者や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伝え、対応してくれるスタッフ、窓口を把握するように努めましょう。

また、個人情報保護の視点からも、ただ情報が欲しいというだけでは情報提供できません。支援対象者を担当しているケアマネジャーであることを証し、支援対象者や家族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。どのような目的で、どのような情報を聞きたいのかを明確にすることも大切です。

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、付き添いやインフォームド・コンセント時に立ち会う場合は、支援対象者や家族を通して病院や医師にその旨を伝え、了解を得ましょう。

退院への移行準備において重要なポイント

- ①支援対象者の状況を的確に把握しているかどうか
- ②支援対象者や家族が希望する場所で安定した生活を送れるかどうか
- ③支援対象者や家族が納得しているかどうか

(4) 退院前カンファレンス

医療機関側

①退院前カンファレンスの目的と日程調整

退院前カンファレンスは、病状が落ち着いた段階で、退院後の療養や生活面の課題等について関係する多職種間で情報共有し、支援内容や方法を確認するために行うとともに、支援対象者や家族の希望を確認し、より安定した療養生活に向けて準備を進めるために行います。

医療機関の退院支援担当者から関係者に連絡をし、日程調整しますが、介護事業所などに対しては、ケアマネジャーから連絡してもらうよう依頼するとスムーズです。参加者の日程調整や準備に要する時間を考慮し、開催日程はできるだけ早く伝えましょう。

医療依存度が高い支援対象者の場合や、支援対象者に訪問診療の必要性がある場合などは、かかりつけ医や訪問看護師、施設の看護師等が参加できるように調整しましょう。

このカンファレンスを踏まえ、在宅・施設担当者による受け入れ準備が行われます。医療機関側でも、カンファレンスの情報をもとに退院後の生活を見据え、必要に応じ重ねて、支援対象者や家族へ医療処置等の説明や実技指導・調整を行います。

②退院前カンファレンスの時期と回数

支援対象者の治療状況や、入院前の生活状況、医療機関の体制などにより、カンファレンスの開催時期や回数は異なります。退院後に予想される課題解決のためにも、在宅・施設担当者が支援対象者の退院に向けて受け入れ準備を行うことを考慮し、できるだけ早い段階での開催が望ましいでしょう。遅くても退院予定日の1週間前までに1回以上は行いましょう。

③退院前カンファレンスの進め方

支援対象者や家族が気軽に発言できるように、参加者の情報を事前に伝えておきます。また、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、できるだけ個室で行うなどし、個人情報保護に配慮しましょう。

支援対象者の状況に応じて所要時間に長短の差がでますが、関係者の負担を軽減し、効果的な話し合いの場とするために、「30分程度」を目標にタイム

テーブルをつくるほか、事前にできる準備などを整えて臨みましょう。

退院前カンファレンスの進め方（※手順書抜粋）

	内容	所要時間
1	自己紹介	2分
2	現在までの経過等について	8分
3	本人及び家族からの意見	3分
4	在宅ケア関係者からの意見及び質問	5分
5	退院後の目標と必要なサービスについて	5分
6	退院に向けての調整	5分
7	まとめ	2分

事前に準備できること

- ①在宅・施設担当者から質問を確認し、事前に回答を準備しておく
- ②伝えたい情報の要約や尋ねたい内容を箇条書きにしておく
- ③効率的に行うために時間配分を確認する
- ④退院支援担当者と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く
- ⑤参加者全員が理解できるように略語や専門用語は、極力使わない
- ⑥緊急連絡先・連絡方法・移送方法などをまとめておく

④退院前カンファレンスの内容の共有

カンファレンスで話し合われた内容については、文書として記録を残し、退院支援にかかわる多職種、支援対象者・家族に配付し、共有します。カンファレンスの中で改めて出た課題などについて整理し、解決策などを目に見える形で示すことで、支援対象者や家族が退院後の療養生活を安心して迎えることができます。

在宅側

①退院前カンファレンスの開催の判断

退院前カンファレンスは、医療機関が主体的に進めていくものです。一方で、ケアマネジャーなど在宅・施設担当者が、支援対象者の退院後の療養生活を整えていくうえで、医療機関側との情報共有はとても重要なものです。ケアマネジャーが退院前カンファレンスの必要性を感じた場合は、医療機関の退院支援担当者（医療ソーシャルワーカーや看護師等）とよく相談し、検討してもらうようにしましょう。

②退院前カンファレンスの参加者への連絡・調整

医療機関から開催の連絡があった場合、ケアマネジャーは、ほかの在宅・施設担当者に対して連絡し、日程調整しましょう。

また、地域の民生委員、近隣者などが支援対象者の在宅支援に携わるため、病状等の情報共有や関係者間の顔合わせが必要と思われる場合は、医療機関に必要な手続き（支援対象者・家族の同意を得るなど）を確認し、同席可能か調整すると良いでしょう。

③退院前カンファレンスの心構え

カンファレンスに確実に参加できるように、退院支援担当者などにカンファレンスの開催時期を事前に確認するようにしましょう。

カンファレンス前には、確認したい点や質問事項など要点を整理し、医療機関へ伝えておくと、より効率的にカンファレンスが進みます。想定される退院後のケア内容に関しての中止基準や禁忌事項についても、担当医から指示をもらえるよう準備をしておきましょう。

カンファレンス時、医療機関の担当医やかかりつけ医は、急患への対応などで退席することもありますので、前段で情報収集するなど工夫すると良いでしょう。

また、カンファレンスを踏まえ、引き続きサービスの調整や契約などを行う場合は、事前に医療機関の退院支援担当者等に了承を得て行いましょう。

④サービス担当者会議の内容の共有

カンファレンスと同時に、もしくは引き続き、サービス担当者会議を開催する場合があります。話し合われた内容については、文書として記録を残し、在

宅・施設生活を支える担当者や、支援対象者・家族に配付し、共有します。話し合いの中で改めて出た課題などについて整理し、解決策などを目に見える形で示すことで、支援対象者や家族が在宅や施設での生活を安心して送ることができます。

IV 筑西市医療と介護の情報連携シート

筑西市医療と介護の情報連携シート（以下、「情報連携シート」という。）は、患者に対する医療の内容や生活上必要な事柄、退院後のサービス内容についての情報を共有するための書類です。

この情報連携シートにより、関係職種（機関）間の連携が充実し、より良い医療や介護サービスが提供されることを願い、活用を推奨いたします。

【様式例】

【様式2】 筑西市医療と介護の情報連携シート

情報提供日 R 年 月 日

情報提供先		提供元記入者	
連絡先	利用者名	ふりがな	性別 生年月日 年齢
	住所	〒	
	緊急連絡先	☎住所	続柄 特記事項
	1		
2			
3			
医療・介護情報	家族構成・家族図	家族の介護状況・特記事項	問題点
	生活歴	①キーパーソン(氏名) 続柄 ②主介護者(氏名) 続柄 ③代理意思決定者(氏名) 続柄	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 老々世帯 <input type="checkbox"/> 経済事情 <input type="checkbox"/> 介護負担 <input type="checkbox"/> 家族関係 <input type="checkbox"/> 本人の理解力 <input type="checkbox"/> 家族の理解力
健康状態・既往歴	医療保険	自己負担割合 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割	限度額認定証 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 多数該当
	経済状況	助成など	<input type="checkbox"/> 高齢年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 特別障害者手当 <input type="checkbox"/> その他 ()
	介護保険	申請状況	申請日 R 年 月 日 認定日 R 年 月 日
	介護サービス利用状況	訪問 <input type="checkbox"/> 介護(回/週) <input type="checkbox"/> 入浴(回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 看護(回/週)	通所 <input type="checkbox"/> 介護(回/週) <input type="checkbox"/> リハビリ(回/週) 短期入所 <input type="checkbox"/> (日/月)
既往歴	かかりつけ医療・歯科・薬局	機関名 ①	②
	連携事業所担当者連絡先	訪問看護	薬局
		訪問介護	訪問リハ
	サービス・デイケア	ショートステイ	ケアマネジャー
	民生委員	インフォーマル	MSW
			福祉用具
			その他
	主病名	病状・経過・特記事項など	投薬内容 <input type="checkbox"/> 別紙 <input type="checkbox"/> 不明
	副病名・既往		人生の最終段階の希望(療養先・治療など)
	身長 cm	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	体重 kg	特記事項 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 感染症()	
	入院(予定)日 R 年 月 日	・ <input type="checkbox"/> 未定	カンファレンス開催 <input type="checkbox"/> 必要(日程)
	退院(予定)日 R 年 月 日	・ <input type="checkbox"/> 未定	<input type="checkbox"/> 不要
	急変時の連絡医療機関	<input type="checkbox"/> あり (施設名・担当者)	☎
		<input type="checkbox"/> なし	

＜注意事項＞
この情報連携シートは、既存の様々な様式の利用を制限するものではありません。

【連絡先】

作成 筑西市在宅医療・介護連携推進委員会
事務局 筑西市役所保健福祉部地域医療推進課
〒308-8616 筑西市丙360番地
Tel 0296-22-0535 (直通)
Fax 0296-25-2913
Mail iryosui@city.chikusei.lg.jp

【参考文献】

- 福岡市 入退院時連携の基本的な進め方の手引き
- はこだて入退院支援連携ガイド
- 岡谷市版 退院前カンファレンスのタイムテーブル