

**令和元年度第 1 回病院とケアマネジャーの合同会議結果**

- 1 日時 令和元年 12 月 10 日（火）午後 2 時から午後 3 時 30 分まで
- 2 場所 東三河県庁 大会議室
- 3 出席者 病院（看護師長等） 34 名  
市を代表するケアマネジャー 14 名  
医師会等在宅医療相談担当（サポセン等） 6 名  
行政（東三河広域連合及び市町村） 8 名  
オブザーバー（国立長寿医療研究センター） 1 名  
事務局（豊川保健所・新城保健所） 6 名

**4 内容**

- (1) 広域的な退院調整ルールづくり（策定）に向けた取組について  
別添 1 により説明。
- (2) 退院支援・退院調整に関するアンケート調査結果について  
30 年度調査時と比較して、病院からケアマネに対する病院から情報提供率はやや悪化している旨報告。
- (3) 事例発表  
豊川市、蒲郡市のケアマネジャーの事例発表。
- (4) 課題検討  
急性期とその他の 3 グループに分け、グループごとに別添 2 に基づいて、喫緊に取り組みたい退院調整に関する課題を中心に意見交換を行った。  
主な各グループの検討内容については別添 3 のとおり。  
※オブザーバーの助言  
この会議の出席者は病院・ケアマネともに管理的立場の方々ばかりなので、課題を検討するにあたり、経験の浅いナースやケアマネが困難なケースを受け持った場合を想定し、患者が困ったことにならないように、議論を深めていっていただきたい。

**5 その他**

- (1) 第 2 回病院とケアマネジャーとの合同会議について  
日時 令和 2 年 3 月 10 日（火）  
場所 豊川市民プラザ
- (2) 病院向けアンケート  
12 月 27 日（金）までに送付していただくよう各病院に依頼。

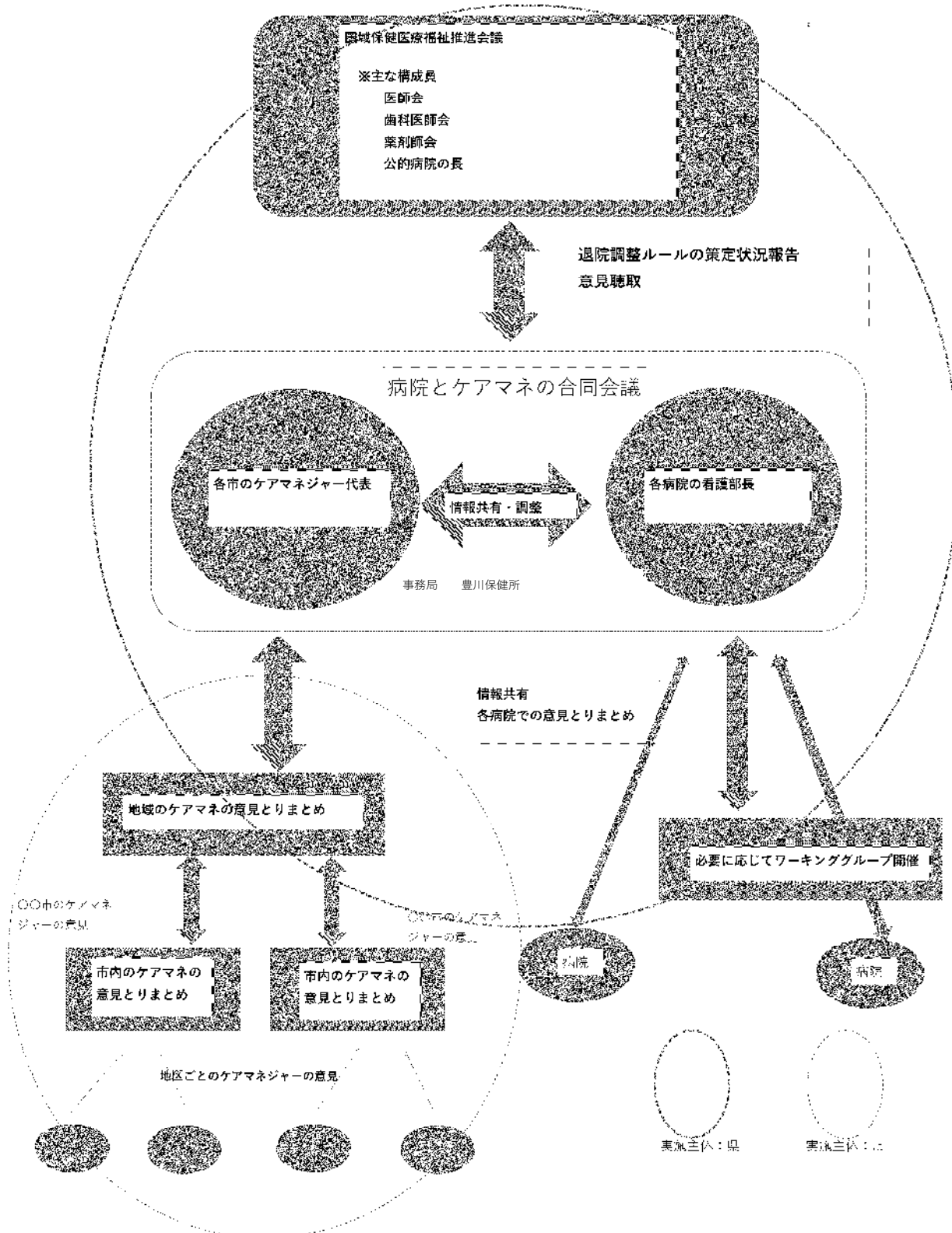
1 退院調整ルール策定に向けた取り組みの目的

- ・退院調整に関する地域のベースとなるルールの策定
- ・再入院を防ぐための退院調整ルールの策定

※想定される具体的な内容

- 1 病院とケアマネジャーの連携を図るための様式（情報シートなど）の統一化
- 2 入退院に係る病院とケアマネジャーの連絡するタイミングの統一化

2 退院調整ルール策定に係る体系図



3 病院とケアマネジャーの合同会議について

- 第1回 令和元年12月10日開催
- 第2回 令和2年3月10日開催

介護・医療における地域連携フローと地域の課題

時期	在宅	第1段階:入院後48時間(スクリーニング・アセスメント)	第2段階:入院3日目~7日まで	第3段階:必要時~退院まで(サービス調整)	退院	在宅
入院医療機関	病棟看護師	⑮⑱⑲ 退院調整総合機能スクリーニング	退院支援計画書の着手	患者・家族・ケアマネ等との面談 患者・家族に退院指導	退院前カンファレンス 転院在宅チェック 医療継続有無確認	
	医師	退院支援	医師評価要点チェック 退院調整有無		退院前カンファレンス	
	地域連携センター 師・MSW	3日以内に退院困難な患者抽出	7日以内に患者・家族と面談	【ケアマネあり】ケアマネ情報交換 【未申請】申請支援・ケアマネ選定 【転院】転院先紹介	退院前カンファレンス	⑳㉑㉒

病状や在宅での環境などの情報共有

意思決定

患者・家族						
		①②③④ ⑤⑬⑰	④⑬⑭		⑤⑥⑦⑧⑨⑩	
在宅医		紹介状・診療情報提供書			退院前カンファレンス	㉒

時期		入院後48時間	退院支援	退院調整	退院決定	退院~サービス開始	在宅
介護・医療機関	介護施設				来訪・面談		
	訪問看護				退院前カンファレンス		
	居宅ケアマネジャー		ケアマネ病院来訪(1回目)	ケアマネ病院来訪(2回目)	退院前カンファレンス(3回目)		㉑㉒

退院前カンファレンス

# 【東三河地域のケアマネジャー→病院】喫緊に取り組みたい退院調整に関する課題について

別添2

- 1 課題の抽出方法
 

令和元年11月21日（木）東三河県庁に於いて、各市から御選出いただいたケアマネジャー代表者（12名）で構成する「地域のケアマネジャー合同会議」を開催し、各市の全ケアマネジャーからいただいたご意見を元に、退院調整に関して取り組みを進めたい課題について協議を行った。  
4つの場面（入院時・意思決定時・退院支援・退院前）【資料3-2参照】の内、最も喫緊に解消していきたい場面を決め、その中からまず初めに意見交換していきたい項目を抽出した。  
他の場面についても、今後引き続き、課題の整理を行っていくこととした。
- 2 最も喫緊な課題
  - ①利用者（患者）の在宅での状況（家族の状況・住環境など）を病院とケアマネジャーで情報交換する場ができないだろうか。
  - ②在宅への移行をスムーズに行い、安心して退院後の生活が送れるように退院前カンファレンスにケアマネジャーが出席させていただけないだろうか。
  - ③直前の退院連絡の場合、在宅への移行準備が十分でなく困難であるため、余裕を持って連絡いただけないだろうか。



※ 市からいただいた意見を取りまとめた一覧表より抜粋

喫緊に取り組みたい退院調整に関する課題について（市→地域で取りまとめた意見）

番号	分類		課題	取組の効果	取組に関する課題
	A	在宅移行及び在宅生活			
②	A-1	入院中の連携	病院が担当ケアマネを把握し、病院担当者とケアマネが連携を図ることが必要である。	連携がスムーズになる。	入院時に把握する必要があるか。
⑤	A-1	退院時の情報	生活上必要なサービス利用における情報などを共有できると在宅サービス利用がスムーズになる。断片的な現状の情報だけではなく、今後の予定や予測できる医療情報もいただきたい。	退院時にケアマネが必要とする内容・病院側が伝えたい情報の両者が記入できる共有シート等があると事前にお互い情報共有しやすい。退院時カンファレンスの時間短縮につながる。	○病棟看護師に介護の仕組みを理解していただくにはどうしたらよいか。 ○入院時に在宅での生活のニーズを伝えることができるか。
	A-2	退院調整の連携に関する事			
⑥	A-2-(1)	退院前の連携	退院直前の連絡となることがある。	事前に連絡があると、サービスなどの調整がスムーズになる。	病院ごとの体制が異なっているのではないか。
⑦	A-2-(1)	退院前の連携	退院前カンファレンス参加の意向を示していたも、呼ばれない。	ケアマネが退院前カンファレンスに参加することで、在宅への移行がスムーズになる。	病院ごとの体制が異なっているのではないか。
⑧	A-2-(1)	退院時の連携	看護サマリーをケアマネにいただけるとよい。	病状や療養についてケアマネが理解することによって、在宅への移行がスムーズになる。	病院ごとの体制が異なっているのではないか。
⑨	A-2-(2)	退院後の在宅生活に関する連携	書類（訪問看護指示書等）はかかりつけ医につながるまでは入院時の主治医が記入してほしい。	退院と同時に訪問サービスが受けられる。	病院ごとの体制が異なっているのではないか。
⑩	A-2-(2)	退院後の在宅生活に関する連携	訪問看護の指示書をどの医師が記入するのか決まらず退院と同時に利用ができなかった。	かかりつけ医につながるまでは、入院中の医師が記入するなど一定のルールがあると良い。	病院ごとの体制が異なっているのではないか。
⑪	A-2-(3)	医療依存度の高い患者への対応	医療依存度の高い患者（がんターミナル）の急な退院に対するサービス調整依頼は、病状や本人・ご家族の要望を把握する時間がなく、困難である。	ターミナルの関するサービスを提供することにより、本人・家族の希望に沿ったケアにつながる。	医療依存度の高い方の急な退院は、病院側（医療者）が中心となりカンファレンスを行うことは可能か。
⑫	A-2-(3)	医療依存度の高い患者への対応	ターミナル期の方で、介護保険の申請なく退院し、退院当日に訪問して介護保険の申請やサービス調整をすることがある。医療連携のみでなく、介護との連携も必要である。	ターミナルの関するサービスを提供することにより、本人・家族の希望に沿ったケアにつながる。	医療依存度の高い方の急な退院は、病院側（医療者）が中心となりカンファレンスを行うことは可能か。

## 課題検討で出た主な意見

### 1 病院とケアマネジャーの合同会議

#### 【全体】

- ケアマネが入院を知らないことがある。
- 家族からケアマネに入院を伝えたり、連絡をすることが多いため、連携・意識つけ・体制づくりが必要である。
- 退院調整部門がない病院や、在宅医療を受けない患者のカンファレンスを行わない病院がある。
- ケアマネから情報提供のFAXが送られてくる。
- 情報提供はFAXのみではなく、病院を訪問してほしい。
- 病院側もケアマネがカンファレンスに参加してほしいと思っている。
- カンファレンスに参加しないケアマネは、連携の必要性に気付いていないかもしれない。
- 入院中から情報共有できると、安心した在宅移行ができる。

#### 【急性期病院関係】

- 急性期病院では退院が決まり次第、退院となることが多い。
- 急性期病院からの転院の場合に、情報提供がないことがある。
- 退院の目標を共有できると良い。

#### 【回復期病院・慢性期病院】

- 回復状況を受け入れられない家族の退院後の生活変化に対する迷いがあり、ケアマネへの連絡が遅くなることもある。
- 家族の介護拒否から、ケアマネに在宅復帰を断られることがある。

### 2 病院向けアンケート

#### 【病院とケアマネの情報交換】

- 患者のケアマネがわからないことがある。
- 情報交換の方法は①いつ ②どのような方法がいいのか。
- 病院の窓口を決めることが必要である。
- 入院時情報提供書はどのように活用されているのか。

#### 【退院前カンファレンスへのケアマネの参加について】

※概ねの病院が開催しており、ケアマネの参加を依頼しているとの回答

#### 【直前の退院調整とならないような余裕を持った連絡】

- どのくらいの日数があればよいのか。
- 病院の機能により違うのではないのか。