

# 令和6年度 基幹病院と灘区・東灘区の病院と在宅との交流会報告

発行:2024年12月13日

灘区医療介護サポートセンター 西面 長友

東灘区医療介護サポートセンター 青山 中島



隣接する灘区と東灘区は、中央区に集中する基幹病院との入退院や通院、両区への転院も多く、区を超えて病院や事業所間の連携が行われています。患者（利用者）・家族の望む退院後の生活を病院と在宅が同じ視点で支援できるよう、顔の見える関係の構築を目的として、灘区・東灘区医療介護サポートセンターが合同で2年ごとに「基幹病院と灘区・東灘区の病院と在宅との交流会」を開催しています。

- ★研修名 **令和6年度 基幹病院と灘区・東灘区の病院と在宅との交流会**  
「深めよう！入退院支援～みんなで考える理想の退院前カンファレンス～」
- ★日時 令和6年10月10日（木） 18:30～20:30
- ★場所 灘区文化センター5階 大会議室



## 【退院前カンファレンスについてのアンケート】（灘区・東灘区の在宅関係者 185名）

アンケートの目的：退院前カンファレンスの現状把握と課題の抽出、交流会開催への活用

### <在宅側の退院前カンファレンスの満足度>

- ・満足していない → 31%
- ・満足している → 55%～65%

#### <満足していない理由>

- ・カンファレンスの開催までに猶予がなく、在宅関係者の調整に困る
- ・退院前カンファレンスなしでの退院が一番困る（退院後に連絡が来ることもある）
- ・開催の意図や目的、ゴールが不明瞭な時
- ・在宅復帰時のシミュレーション不足
- ・急な退院時には、電話連絡のみのことがある

#### <満足している理由>

- ・昔よりも在宅のことを考えてくれている印象がある
- ・病院によるが、家屋調査をしっかりとってくれるところが増えた
- ・退院後の生活についての提案がある
- ・主治医の意見を参考にできる。顔が見えることで、アセスメントが正確にできる
- ・在宅での入院前と退院後のサービス内容の変更の必要性を考えることができる。病院との密な連携が取れる
- ・入院中の病状を含めた心身状況、退院後の注意点を的確に。関連事業所全てに声かけてもらえた

### <交流会で話し合いたいこと>

患者（利用者）・家族の意向に沿った退院支援に向けた連携、介護サービス導入の流れについての確認、介護保険新規申請の方への連携、病院・在宅の双方が求めること、退院後の在宅生活をイメージした支援…など

## 【R6年度交流会研修開催の様子】



短い時間でしたが、名刺交換アイスブレイクも行ないました

## 【開催報告】

★参加者：125名

<病院> 医師3名、看護師18名、MSW21名、セラピスト4名、事務職1名……（47名）

<在宅> 医師10名、薬剤師1名、訪問看護師18名、診療所看護師3名、セラピスト6名、  
高齢者施設相談員1名、介護支援専門員19名、あんしんすこやかセンター職員9名、  
事務職3名、福祉用具相談員1名……（71名）

<その他> 行政職3名、コーディネーター4名……（7名）

★研修目標：①顔の見える関係づくりの機会となる

➡達成できた、まあまあ達成できた方は97%

②理想の退院前カンファレンスを多職種で話し合うことで、連携の気づきが得られる

➡達成できた、まあまあ達成できた方は100%

★内容：①アイスブレイク：名刺を3枚集めましょう！

②事例検討（グループワーク）

事例のめざす姿、入院から退院までどのように関わり、情報共有し、理想の退院前カンファレンスを開催するまでについて時系列で整理しながら意見交換を行った（7グループずつ、計14グループ）

③発表

★結果：【全体のまとめ 意見集約 事例①、事例②】をご参照ください

病院側は「在宅に帰すこと」が目標になっている傾向があり、在宅側は「患者の想いや希望」を目標にする傾向がみられた。しかし、事例検討の話し合いが行われる中で、予後予測の視点から患者本人のめざす退院後の生活を目標にあげたグループがいくつもあった。

介護保険申請（新規・区分変更とも）の時期は、ケースバイケースであるが、必ずケアマネジャーに確認してほしいこと、現状よりも早い時期での連携が必要（在宅側の入院中の訪問や病院からの情報発信）という意見があった。

### 理想の退院前カンファレンスとは……

「退院後の生活がイメージできるような明確な目標が立てられる」

「多くの関係者に参加してもらい、現状の課題や解決策を検討し共有できる」



本人や家族、支援者が退院後も  
困らない  
できる限り再入院を防ぐ

★アンケートから

① [視点や想いの違い] に関する意見

「他の職種が必要としている情報は何かを知ることができた」「病院側と在宅側で目標が異なっていることに気づけた」…など

② [スピード感やタイミングの違い] を感じた意見

「病院側のスピード感と地域側にはかなりの差異があり、患者・家族はそれ以上に感じておられるのだろうなと思った」

「病院側、在宅側では、タイミングが少しずれていることを知り、勉強になった」…など

③ [情報共有の大切さ] [連携の重要性・難しさ] に関する意見

「退院までにこれほどの道程があるとは驚きだった」「様々な職種の方が早い段階から関わっていることに気づけた」…など

④「今後の交流会開催について」 ➡ 100%の方が「継続した開催を希望する」と答えた

★まとめ

今回、具体的な事例検討の意見交換により、互いが理解でき、連携や協力が一層強化できる機会になりました。

「介護保険新規申請のケース」と「入退院を繰り返すケース」の入院から退院までの流れについて、参加者の意見を集約（全体のまとめ意見集約 事例①、事例②参照）しています。ケース毎に異なりますが、病院側と在宅側の連携を進めるうえで、少しでも参考にしていたら幸いです。

### 《編集後記》

今年度の交流会には多くの方にご参加をいただきありがとうございました。みなさまの関心の高さとそれぞれの役割に対する熱意がうかがえました。

2年前に行った交流会よりもさらに連携が進んでいると感じました。

次年度も続けて開催することで、患者・利用者のめざす姿をイメージしやすくし、目標達成に向けて多職種でどのように連携・協力していくのかを掘り下げ一緒に考え、顔の見える関係をすすめ、今回得た認識や想いが薄れないうちに上書きし重ねることができればと考えています。

医療介護サポートセンターは、今後も多職種が地域を超えて楽しく顔の見える関係・連携の強化を図れるよう努めてまいります。ぜひご参加ください！



# 【 全体まとめ 意見集約 】

## <事例① 介護保険新規申請のケース>

病院の意見      在宅の意見      両方の意見

急性期病院	→リハ目的の転院		退院	Aさんのめざす姿（目標）
<p>発症～</p> <p>Aさんの状況、思い</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・74歳男性、70歳妻と2人暮らし、頼れる親類はいない</li> <li>・経済面：本人の厚生年金と妻の国民年金、貯蓄不明（医療介護にお金は使いたくない）</li> <li>・転倒し、腰椎圧迫骨折、コルセット着用→入院後2週間で腰痛緩和してきている、一人でコルセットの装着ができない</li> <li>・高血糖持続、血糖コントロール必要 →入院後2週間で血糖コントロールは良好、入院前は1日3回インスリン注射自己注射していた</li> <li>・物忘れあり、ボーとしていることが多い</li> <li>・リハビリに対する意欲がない</li> </ul> <p>（家族）妻は、10年前よりひきこもり状態、精神状態不安定、人の受け入れができない。自分の身の回りのこと、家事はできるが、夫の介護はできない（思い）家に帰りたいが転倒の不安あり。一人で過ごしている妻を心配している。元気になって妻を外に連れ出し、一緒に散歩したい。野球観戦がしたい</p>	<p>退院前カンファレンス</p> <p>理想は2回</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・1回目 1か月前(本人の意向)</li> <li>・家屋調査</li> <li>・2回目 退院前(最終確認)</li> </ul> <p>1回の時は、2週間～10日前</p>			<p>サービスを活用しながら、できる限り入院前に近い状態になる</p> <p>在宅で妻と一緒に今までのように散歩を楽しみたい</p>
<p>病院</p> <p>入院時、スクリーニング情報収集 自宅での協力者 介護力について</p> <p>入院時A病院に情報提供・共有</p> <p>介護保険の説明 本人・家族にメリットの説明</p> <p>入院後1週間以内 初回面談（本人・家族の意向） 病棟での退院支援カンファレンス（ADLの状況、リハビリの様子、セルフケアの状況）</p> <p>転院直後にカンファレンス ・リハのゴールの検討 ・CMの選定と連携の開始</p> <p>入院中でのカンファレンス インスリン注射の方法について再考</p> <p>医師・リハ・看護師より、リハビリ・ADLの確認 退院後に必要な支援の検討</p> <p>本人・家族の意向確認</p> <p>リハビリ病院の情報提供</p> <p>転院調整 ・入院前の生活状況 ・現在のADL ・家族の情報 ・介護保険の有無、申請状況</p> <p>リハ目的の転院</p> <p>インスリン自己注射手技確認、DMの再教育</p> <p>栄養指導（妻も参加）</p> <p>Aさんの気持ちは？不安の原因</p> <p>「在宅復帰できる条件」の確認 → それに応じたリハビリテーション</p> <p>在宅医を探す</p> <p>入院中にACPの確認</p> <p>家屋調査 病院・在宅リハスタッフ 看護師 CM 福祉用具業者</p> <p>転院するなら、そのタイミングでの申請が良いという意見もある</p> <p>あんしんすこやかセンターへ情報提供 CM選定について相談</p> <p>CM選定</p> <p>在宅医の検討 訪問看護の決定</p> <p>(CM) インテーク訪問 アセスメント訪問 希望のサービス事業所選定</p> <p>(CM) ケアプラン原案作成</p> <p>病院医師と在宅医の情報共有</p> <p>リハビリの見学 → 妻の受け入れ</p>	<p>① 準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅復帰がきまったら早期に病院と在宅側が情報共有する</li> <li>・本人・家族の意向を早期から確認 転院後も再確認</li> <li>・本人のできること、できないことを整理</li> <li>・キーパーソンの整理：妻の状況把握、妻への必要な支援を誰が担うのか入院当初から検討が必要</li> <li>サービスが入られなくなる</li> <li>必要であれば、遠方の家族に連絡</li> <li>・薬剤管理：本人が管理できる調整をする（インスリン注射手技の確立、できない時誰が行うのか）</li> <li>・家の環境調整</li> <li>・食事面のサポートをどうするか</li> <li>・経済面の確認：介入できるサービスが限定される</li> <li>・必要なサービスの情報提供と意思決定支援</li> <li>・本人の意向に沿った在宅サービスの調整</li> <li>・診療情報提供書、看護サマリー、リハサマリー、栄養サマリーの提供、共有</li> </ul> <p>② 理想の退院前カンファレンス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・多くの関係者に参加してもらうためには、カンファレンスの招集は余裕をもって行う</li> <li>・本人・妻の思い、意向の表出（事前に確認しておき、上手く話せない時には代弁できる）</li> <li>・退院後の生活がイメージできるような明確な目標を立てる(元の生活と現状の違いを認識)</li> <li>・サマリーだけではわからない具体的なサービスの内容の調整</li> <li>・病状、リハビリ、医療行為などの情報共有し、何ができていないか課題を共有</li> </ul> <p>カンファレンスは、確認のための作業 事前に多職種や本人・家族と連携をとって、情報収集し、より明確な目標を立てられることが理想</p>		<p>在宅を指して、リハビリ転院含めて支援</p> <p>不安が軽減でき、在宅生活が安全に送ることができる</p> <p>ADLが入院前に近い状態に戻り、妻と一緒に暮らせる</p> <p>本人が安全に自宅に退院できる</p> <p>入院前のADLに戻る インスリン自己注射ができる</p> <p>自宅で妻と一緒に生活したい 妻と散歩したい</p> <p>サービス担当者会議</p> <p>自宅にてリハビリ・インスリン注射の確認</p>	<p>不安が軽減でき、在宅生活が安全に送ることができる</p> <p>ADLが入院前に近い状態に戻り、妻と一緒に暮らせる</p> <p>本人が安全に自宅に退院できる</p> <p>入院前のADLに戻る インスリン自己注射ができる</p> <p>自宅で妻と一緒に生活したい 妻と散歩したい</p> <p>安定した病状を維持しながら、妻と一緒に過ごす時間を持つことができる</p> <p>妻と外出したり、野球観戦も楽しめる暮らしがしたい</p> <p>(CM) 元気になって妻に負担をかけず、妻を外に連れていける生活に戻りたい</p> <p>インスリン注射が確実にできるようになる 歩行の安定を図る</p>
<p>在宅側</p> <p>あんしんすこやかセンター案内</p> <p>自宅退院の可能性があれば、あんしんすこ（居宅）担当者に相談</p> <p>介護保険申請は早い方がいい？ 状態が安定してからでないと申請できない？ →病院によって違う 受け入れる側は早い方がいい 申請中の在宅退院は、サービスは導入しにくい 転院？在宅？ →認知症が進行しないためにも早期の在宅復帰という意見もある（在宅も交えた話し合いは必要）</p> <p>介護度によって関わる職種が変わる ・要介護→CM ・要支援→あんしんすこやかセンター *できれば、退院までに介護度が出てほしい</p>	<p>③ 理想のカンファレンス参加者</p> <p>本人・妻 (病院・在宅共に) 主治医、看護師、セラピスト (病院) MSW、管理栄養士 (在宅) CM、福祉用具事業者、薬局、他介入予定のサービス担当者</p>			
<p>家族、他の関係機関</p> <p>妻への病状説明 妻の受け入れ意思の確認</p> <p>妻のサポート メンタル面 妻の情報収集</p> <p>医療・介護にお金を使いたくない理由は？ ケースワーカーの相談</p> <p>お金がかかるのを嫌がる（なぜ？） 妻の相談相手が必要 →あんしんすこ？</p> <p>妻の介護不安（医療処置）を和らげる 妻が不安に思っていることの明確化、看護ができることを伝える</p> <p>妻の身体・精神状態の確認 必要なサポートの検討</p>				

# 【 全体まとめ 意見集約 】

## <事例② 入退院を繰り返しているケース>

病院の意見    在宅の意見    両方の意見

	急性期病院 2週間（在宅か転院か）	退院	Bさんのめざす姿（目標）
Bさんの状況、思い	<p>・80歳女性、独居、要支援2、近隣に長男家族が住んでいるが日中不在、協力的            ・慢性心不全の増悪（3回目の入院）            ・薬物療法、酸素療法、リハビリテーションを行い軽快            ・下肢筋力の低下がみられる            （思い）自宅での生活を希望。家族に迷惑をかけたくないで、もう少し一人で動けるようになりたい。買い物や趣味のカラオケに行けるようになりたい。            楽しみは孫・ひ孫に会えること、友人との会話。最期は病院を希望、手術などの大きな治療はしたくない</p>	<p><b>退院前カンファレンス</b></p> <p>退院の1～2週間前くらいに退院前カンファレンス</p>	<p>家族に負担にならないよう自立した生活が送れる</p> <p>身の回りのことが自立して、再入院することなく過ごせる⇒今後の病状経過を予測する、どうなったら病院(施設)に入りたいか具体的に考える)</p>
病院	<p>入院直後 入院時連携シートの依頼(CMへ) TELで情報収集</p> <p>入院3日以内 主治医に治療方針の確認 主治医・病棟看護師と治療目録や介護変更申請などの必要性を検討する</p> <p>入院7日以内 患者・家族と面談(意向確認) ↓ ご本人との面談、本心を聞き出す 1週間後 病棟にADL確認、リハの進捗確認</p> <p>10日後位 家族と再面談、ADLの共有、ニーズの把握 ↓ 本人、家族の想いをすり合わせる どんなレベルで在宅OKか知りたい</p> <p>(ミニカンファレンス) 2週間後 リハビリ目的の転院調整、介護度見直し(区変) 医療面での管理が大切であることを説明 金銭面の相談</p> <p>退院後の生活指導、注意点など</p> <p>本人にカンファレンスの説明 身体機能や環境に合わせてリハの状況 在宅側にリハビリ見に来て欲しい</p> <p>社会的問題を話し合いたい</p>	<p>① 準備</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・看護サマリーの共有（患者・家族の意向・希望に関する内容が重要）</li> <li>・必要であれば、家屋調査</li> <li>・話し合うべき内容、医師から伝えることを事前に確認</li> <li>・本人・家族にカンファレンスの説明、すり合わせをし、意見が言いやすいよう配慮</li> <li>・これができたら家、できなければ家は難しいという線引きを確認、共有を早めに</li> <li>・病院相談員がこまめにベッドサイドに行き、情報収集→担当CMと共有し、スムーズな支援につなげる</li> <li>・患者の経済面を理解</li> <li>ADL, できること・できないことの把握</li> <li>身体的負荷と生活状況をすり合わせ</li> <li>利用可能な社会資源の把握</li> <li>→退院後に必要な医療・サービスの調整</li> <li>・写真や動画による情報共有</li> </ul> <p>② 理想の退院前カンファレンス</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・情報量が多い</li> <li>・本人の気持ち・希望・意向、家族の介護力がくみ取れている。正直な思いが聞ける</li> <li>・在宅側が調整できるよう、時間に余裕がある</li> <li>・多くの参加者を集める工夫→開催時間の考慮、ZOOM利用</li> <li>・不参加のサービス事業者へ情報共有</li> <li>・今後の病状経過の予測、どうなったら病院(施設)に入りたいか具体的に考える</li> </ul> <p>③ 理想のカンファレンス参加者</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・本人、家族</li> <li>・病院：医師、看護師、薬剤師、栄養士、リハ職、MSW</li> <li>・在宅：かかりつけ医、訪問看護師、CM、関わる事業所全ての担当者</li> </ul>	<p>在宅サービスを調整し、独居生活を送る</p> <p>急性期の心不全症状が安定後、できる限りご自宅で家族や友人との時間を安心して過ごすことができる</p> <p>一人で近所に買い物やカラオケに行くこと。一人で動けるようになる。家族や友人との関りを増やす。</p> <p>友人と歌声喫茶に行く</p> <p>家族に迷惑をかけずに、心不全が悪化しないで生活できる</p> <p>一人で家族に負担をかけすぎないように自宅で過ごせる</p> <p>自宅で入浴ができるようになる 買い物に行けるようになる</p> <p>できることは自分で、サービスの助けを受けながら自宅で過ごし、状態が悪くなる前に病院受診ができる</p> <p>住み慣れた自宅で、自分が動ける間は暮らしたい</p> <p>心不全と上手く付き合いながら、近所への買い物や知人との集まりに参加できる</p>
在宅側	<p>入院前の生活状況 増悪因子は？</p> <p>退院前ではなく、入院した時点で訪看や在宅医師と情報共有する機会を作る</p> <p>(医) 診療情報提供書の送付</p> <p>(CM) 入院時連携シートの送付</p> <p>(訪看) 訪問看護サマリー（在宅できている動きや生活情報）の送付</p> <p>CMに病院に来て欲しい</p> <p>(CM) 入院中に体調やADL等確認 又は、お見舞いにて情報収集</p> <p>入院2週間で在宅か転院かMSWとCMで連携する 転院先の検討</p> <p>介護保険の区分変更申請 身体障害者手帳申請（医療費助成）</p> <p>退院前に在宅医・訪問看護等へ情報提供</p> <p>退院前に在宅医・訪問看護等へ情報提供</p> <p>(CM) カンファレンスの前にサマリーを基にしたケアプラン作成</p> <p>退院前カンファレンスの前に話のすり合わせをしておく</p> <p>家屋調査 介護サービス提案</p> <p>何度かACPを実施 変化していく本心を引き出す</p> <p>退院希望を確認できた時点で、訪看との情報共有を</p> <p>家屋調査・一時帰宅も選択肢として考慮しておく（訪問診療・訪看の調整）</p> <p>ご本人・ご家族の意向、気持ちを主に（経済面も）、それぞれの立場での支援を知ってもらう</p> <p>自宅周辺の状況を教えて欲しい</p> <p>入院後病状が落ち着いたら、病院と相談し、<u>区変の必要性があるか確認</u>（申請は病院が行うのか、CMが申請するのか）</p> <p>・区変して要支援から要介護になるとCM交代となる            ・転院しない時、退院後の区変申請の方がいい場合もある            *必ず、区変する前にCMと情報共有してほしい</p> <p>文字情報だけでなく、本人やキーパーソンとなる家族に会い、状態や思いを直接伺う</p>	<p>退院後のサービス担当者会議</p> <p>在宅主治医に訪看指示書依頼</p>	<p>退院後のサービス担当者会議</p> <p>在宅主治医に訪看指示書依頼</p>
家族、他の関係機関	<p>文字情報だけでなく、本人やキーパーソンとなる家族に会い、状態や思いを直接伺う</p>		