

事業概略書

在宅移行支援の際の退院カンファレンスを題材とする地域包括ケアにおける医療介護連携・多職種協働の課題整理に関する調査研究事業

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会

事業目的

(1) 背景

在宅移行（退院支援）は、①患者が住み慣れた環境での生活継続を支援することで生活の質を高め、また、②高齢化が進行し医療の需要が高まる中で、限られた医療資源の有効活用につながるものであり、その重要性は高い。一方で、在宅移行を推進するためには、医療関係者のみならず、ケアマネジャー、介護職を含めた多職種が連携し、地域全体の介護力をいかに高めていくかということが問題となる。

平成 24 年度老人保健健康増進等事業において実施した「在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築のための調査研究事業」にて作成した在宅移行（退院支援）のためのマニュアル「在宅移行の手引き～医療・介護の連携に基づいた在宅移行（退院支援）に向けて～」は、医療・リハビリ・介護サービスのシームレスな移行を実現するための方法・手順・様式などの基礎的枠組みを示している。一方で、新たに在宅移行（退院支援）に取り組もうとする医療施設が手引きを参考に地域包括ケアの理念を実効性のあるものとするか、保健・医療・介護・福祉の多職種が協働する体制をいかに構築できるかにかかっている。

(2) 目的

そこで、本調査研究事業では、在宅移行に向けた介護サービス事業所等との効果的な連携体制構築に向け、あらかじめ先進事例調査を行った上で、モデル事業を実施し、そこで得られたノウハウ、参考となる事例等を「在宅移行の手引き 2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」にまとめ、全国の多職種協働体制を推進するための一助となることを企図している。

なお、当手引きにおいては、在宅移行（退院支援）のプロセスの中のひとつである「退院カンファレンス」等のみならず、患者退院後のフォローについてのノウハウ・事例を紹介する等、病院側が「退院させるため」の視点だけでなく、患者が「暮らすため」の在宅主体の視点にも焦点を当てている。

事業概要

(1) 先進的な取組み事例調査

医療と介護の連携に関して先進的な取組みを実施している地域の実態調査を行った（4施設・地域）。

その結果、医療関係者の退院調整への関与、退院後のフォローアップ、多職種連携におけるコミュニケーション等でモデル事業実施への参考となる示唆を受けた。また、モデル事業実施にあたっては、病院のみならず有床診療所、無床診療所を含め様々な施設で実施し、様々な状況に応じたノウハウを抽出する必要性が認識された。

【先進的取組み事例調査実施施設】

- 富山県・かみいち総合病院
- 香川県・綾川町国保陶病院
- 鳥取県・日南町国保日南病院
- 大分県・国東市民病院

(2) モデル事業の実施

モデル事業の実施は、昨年度の調査に引き続いて実施するものであるが、先進事例調査等を受け、医療機関の規模・形態や地域の状況等、多種多様な状況下で、ノウハウを収集する必要性が認識されたため、モデル事業実施対象を病院だけではなく、有床診療所、無床診療所にも広げ、この3分類の国保直診施設（全8施設）において、あらかじめ作成された実施要領に沿って在宅移行（退院支援）を実施した。

【モデル事業実施施設】

- 北海道・京極町国保診療所（有床診療所）
- 秋田県・にかほ市国保小出診療所（無床診療所）
- 富山県・かみいち総合病院
- 富山県・南砺家庭地域医療センター（無床診療所）
- 長野県・佐久市立国保浅間総合病院
- 福井県・国保名田庄診療所（無床診療所）
- 大分県・姫島村国保診療所（有床診療所）
- 大分県・国東市民病院

(3) モデル事業実施者に対するヒアリングの実施

モデル事業を実施した各施設に対して、事業終了後に質問紙及びヒアリングによって、各実施状況、実施上の問題点や課題、工夫点、ノウハウについて、実施結果をもとに調査を行った。

(4) 多職種協働による退院支援の手引きの作成

先進的取組み事例調査、モデル事業実施結果の分析、モデル事業実施施設のヒアリング調査を通じて得た知見をもとに、平成24年度に作成した在宅移行（退院支援）のためのマニュアルを発展させ、参考となるノウハウ等を掲載した「在宅移行

の手引き 2 ～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」を作成した。

調査研究の過程

(1) 委員会・作業部会の実施

「地域包括ケアの円滑な実施に向けた医療と介護の一体的な提供に関する検討委員会（同作業部会）」を設置し、本事業における調査の企画検討・実施・とりまとめを行った。

※検討会の実施については、地域包括医療・ケアの推進も踏まえ、必要に応じて本会役員及び専門委員会・部会委員をオブザーバーとして招集し、意見交換を行う場も設けた。また、検討会の開催以外にも、メーリングリストを活用し、随時意見交換・資料確認等行える体制を整備した。

事前検討会	平成 25 年 07 月 25 日
第 1 回委員会・作業部会合同会議	平成 25 年 08 月 02 日
第 2 回作業部会	平成 25 年 09 月 19 日
第 3 回作業部会	平成 26 年 01 月 14 日
第 4 回作業部会	平成 26 年 02 月 19 日
第 2 回委員会・作業部会合同会議	平成 25 年 03 月 06 日

(2) 先進的取り組み事例調査（ヒアリング）実施

全国 4 地域で実施 平成 25 年 09 月

(3) モデル事業の実施

全国 9 地域で実施 平成 25 年 11 月～平成 26 年 01 月

(4) モデル事業実施地域におけるヒアリングの実施

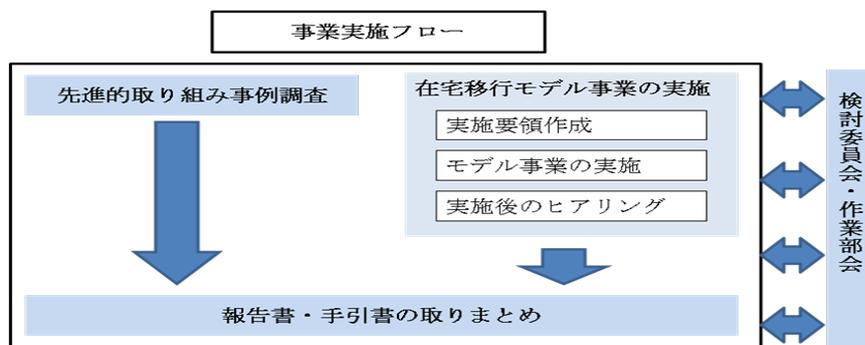
全国 9 地域で実施 平成 26 年 01 月～平成 26 年 02 月

(5) 成果物の作成

調査結果を基に、報告書及び手引書を作成した。

●参考：事業実施フロー

本調査研究は以下の流れで実施した。



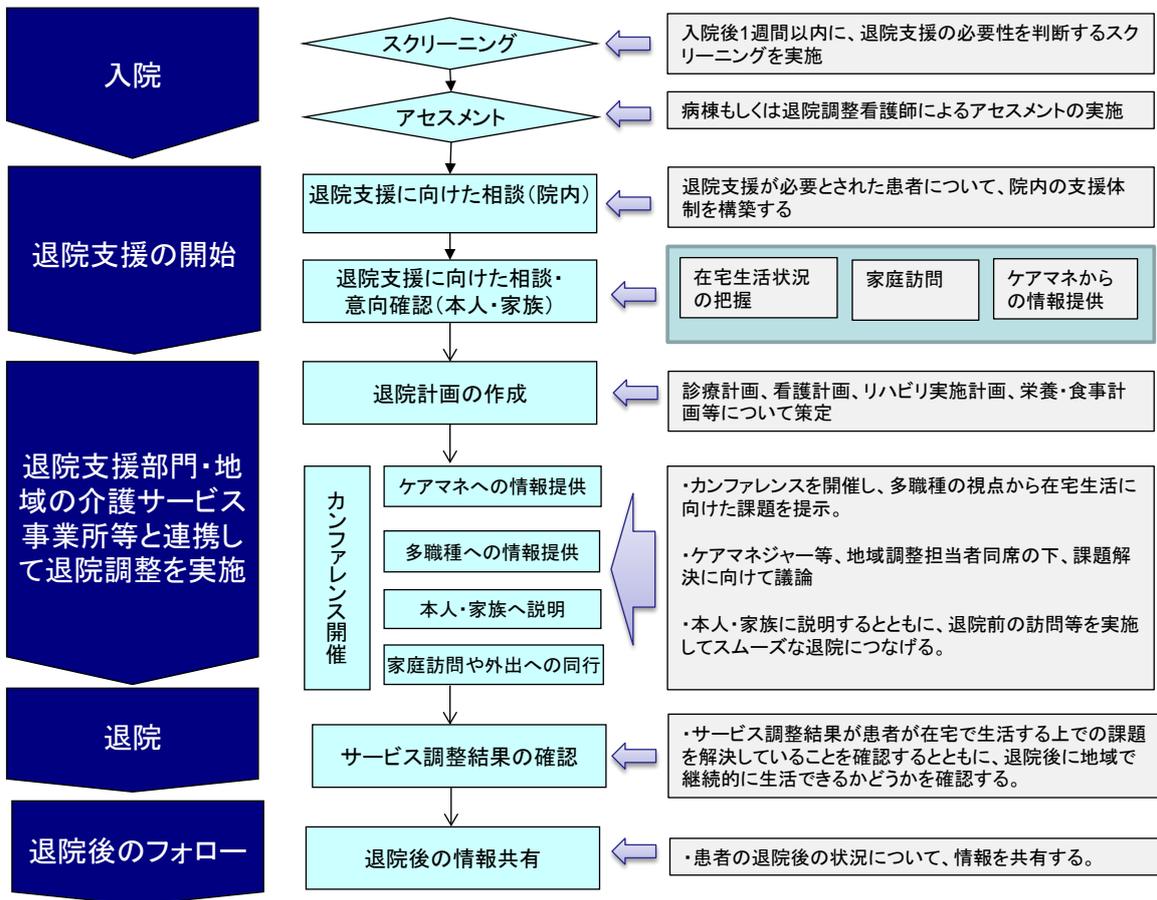
○モデル事業実施の概要

上記の表中にある「モデル事業の実施」とは、実施要領に基づいて、下表のような流れにより、対象者（11月1日～30日に一般病床に入院した65歳以上の患者であって、計画的入院患者（3日以内に退院を想定）又は特養及び老健に復帰する患者ではない者）に対してスクリーニングおよびアセスメントを実施して退院支援の要否を判断し、その結果を踏まえて病棟や地域連携室等の退院支援部門において在宅移行のための調整、手続きを行うものとした。

なお、無床診療所が本モデル事業を実施する場合は、当診療所を経由して協力病院に入院した患者を対象とし、退院カンファレンス、退院計画書等の作成は協力病院と共同で行うものとしている。

また、在宅移行に当たっては、地域の介護サービス事業所を含めた支援チームを構築し、カンファレンスの開催、本人・家族の相談対応、サポート、在宅移行計画の立案を行い、退院後には在宅療養生活の状況を、介護サービス事業所等と情報共有することを企図している。

図表 モデル事業実施



事業結果

(1) 結果

本調査研究事業は、先進的取組み事例調査、モデル事業実施結果の分析、モデル事業実施施設のヒアリング調査の結果を、「在宅移行の手引き2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」に反映し、全国の多職種協働体制を推進するための一助となることを企図している。

1) 先進的な取組み事例調査

先進事例調査を通じ、モデル事業実施にあたって以下のような示唆を得て、これをモデル事業実施、手引書作成の留意点として活かすこととした。

●マニュアル（手引き・様式）の改善

先進事例調査施設では、概ね2年程度かけ、在宅支援マニュアル、様式の整備を行っている。先進事例における知見を踏まえ、要改善点の洗い出しが必要である。

●医療関係者の退院調整への関与

先進事例調査施設では、地域連携室を設置しないという例、あるいは逆に、地域連携室に退院調整を主導させ、受持ち看護師は直接関与させないという例があり、病院規模や地域の状況等によって対応はさまざまであった。モデル事業においては、病院のみならず有床診療所、無床診療所をも実施対象とし、多種多様な状況下で、ノウハウ、問題点の収集に努めることとする。

●退院後のフォローアップ

先進事例調査では、4施設全てにおいて患者が退院した後の状況を知るための工夫を行っていた。退院後の状況と退院前のカンファレンスの見立てがどの程度合致しているか知ることは効果的な看護ノウハウの蓄積につながり、患者への説明能力を高めることができるものと思われる。

●多職種連携におけるコミュニケーション

先進事例調査施設ではITを利用したパスの共有、各種勉強会等を通じての活発なコミュニケーションにより関係者各人の当事者意識が高まり、きめ細かい医療の気づきや、新たな取組み、アイデアが生まれる源泉となっていることが示されていた。

2) モデル事業実施結果

モデル事業実施の状況を把握すべく、事業実施者が記入した各種の様式を項目別に集計の上、分析を行った。

①モデル事業実施の概況

病院3施設、有床診療所2施設、無床診療所3施設の全8施設でモデル事業を実施し、対象となった患者数の内訳は下表の通りである。

無床診療所のうち、秋田県・にかほ市国保小出診療所、福井県・名田庄診療所については、モデル事業実施期間中に対象となる患者は無かったが、別途、ヒアリングにて在宅移行支援の際のノウハウを聴取した。

なお、無床診療所が本モデル事業を実施する場合は、当診療所を經由して協力病院に入院した患者を対象とし、退院カンファレンス、退院計画書等の作成は協力病院と共同して行うものとしている。

地域	ヒアリング日	モデル事業の対象となった病棟の入院患者全数【H.25 11月】 実数(のべ人数)	うち、スクリーニング票記入人数	うち、アセスメント票記入人数	当初予測と異なり急速退院支援必要となった人数	
					うち、退院支援が必要な人数	
(病院)						
富山県・かみいち総合病院	1月31日	168	46	29	8	2
大分県・国東市民病院	2月7日	178(181)	90	38	28	2
長野県・佐久市国保浅間総合病院	2月10日	435(450)	101	32	32	0
(有床診療所)						
北海道・京極町国保診療所	1月28日	6(6)	6	4	4	0
大分県・姫島村国保診療所	2月6日	14(15)	6	4	3	0
(無床診療所)						
秋田県・にかほ市国保小出診療所	1月15日	0(0)	0	0	0	0
富山県・南砺家庭地域医療センター	1月30日	3(3)	3	3	3	0
福井県・名田庄診療所	2月3日	0(0)	0	0	0	0

②モデル事業実施結果から分かること

モデル事業を実施した効果については、概ね肯定的な意見が多く、入院時から切れ目なく自動的に患者に関われるシステムの重要性に対する認識が深まり、又、カンファレンスや退院支援計画の重要性が再認識されるきっかけとなったと思われる。また、在宅支援で工夫すべき点として、早い段階から患者の在宅生活をイメージして、多職種が協働する体制づくりをすべきことが実施者から指摘されている。

モデル事業実施結果の分析からは、病院の場合で、退院支援が必要と判断された人のうち、介護保険利用者割合は、診療所と比べて低く、これらの患者にどう対応していくかは、特に病院の場合で切実な問題であることが分かった。

在宅移行支援に関して、家族とのコミュニケーションの難しさが各関係者の意見に挙げられている。また、データからも、患者本人よりも患者家族の方が患者退院先を「自宅」と希望する割合がやや少ないのが現状であり、このギャップを埋めるためには家族の理解が不可欠であることが分かる。そこで、ケアマネジャー等に早期に関与してもらうことで、より一層コミュニケーションを円滑にする工夫が必要と思われる。

一方で、ケアマネジャー側からは、在宅に於いても入院中のケアをいかに継続すれば良いか等で医療関係者からのアドバイスがほしいという意見、在宅患者が異常を来した場合の連絡方法や、要介護認定申請中の患者への対応等、医療関係者の協力や助言を求める声が挙げられており、医療関係者とケアマネジャー等が双方向で情報をやりとりする姿勢が重要である。

3) モデル事業実施者に対するヒアリング結果

モデル事業実施者の中には、個々に患者別の退院カンファレンスは行っていなかったり、ケアマネジャーが中心となってカンファレンスを運営する施設もあり、様子は様々であった。それぞれの特性に応じて柔軟に多職種協働のシステムを構築することが重要であり、各施設ともに、個々の在宅支援に至るまでの準備段階での取組み等、以下のような点で様々な工夫を行っていることが分かった。

準備段階での取組み（多職種協働のシステムづくり）の例

- ①秋田県・にかほ市国保小出診療所：「医療と介護、在宅をつなぐ会」
- ②大分県・国東市民病院：「くにさき地域包括ケア推進会議（通称：ホットネット）」
- ③富山県・かみいち総合病院：「たてやまつるぎ在宅ネットワーク」

退院カンファレンス等の例

- ①北海道・京極町国保診療所：
ソーシャルワーカーを中心とするカンファレンス
- ②長野県・佐久市立国保浅間総合病院：
医療相談員を中心とするカンファレンス
- ③大分県・姫島村国保診療所：
全員での朝ミーティングの実施
(個々の患者別カンファレンスは行わない。)
- ④福井県・国保名田庄診療所：
ケアマネジャーを中心とするカンファレンス

4) 手引書の作成

本調査研究事業で聴取した取組み事例は、先進的取組み事例調査で聴取したのも含め、上記の例に留まらないが、すべての事例の中から特に有用なものを選定の上、「在宅移行の手引き2～医療・介護の連携に基づいた多職種連携の事例集」を作成した。

作成にあたっては、事例の紹介に留まらず、先進的取組み事例調査、モデル事業実施結果の分析、モデル事業実施施設のヒアリング調査を通じて得た知見を活かし、以下のような構成とした。

1. はじめに（本手引書の目的）
2. 在宅移行支援と地域の中の多職種連携
3. 退院カンファレンスの課題とその解決策
 - 多職種連携のシステム作りとツールの紹介
 - ・大分県国東市【ホットネットで連携】
 - ・鳥取県日南町【町の規模を活かして連携・毎週の顔合わせで情報共有】
 - ・香川県綾川町【毎週のケアカンファレンスと定期的な勉強会・在宅情報ICT化】
 - ・福井県おおい町【保健・医療・福祉総合施設を活用し、小規模多機能施設と連携】
4. 理想的な在宅移行支援の流れ
5. Q & A
6. 付録：連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧

(2) 課題

在宅移行（退院支援）にあたっては、本調査研究事業を通じ、以下のような課題があることが認識された。

1) 各専門職の役割に関する問題

- ・地域連携室、受け持ち看護師の役割が明確になっておらず、ケアマネジャー等による働きかけを待たなければ動き出せないことがある。
- ・退院担当者は、地域連携室、退院調整看護師、受け持ち看護師等、各医療機関が置かれた状況によってさまざまな場合があり得る。これが内外の関係者に認知されておらず、混乱が生じる場合がある。
- ・病棟毎に担当者を置くか否か、医療機関の規模によって必要人数は異なってくる。人員が少ないと退院後のフォローにまで手が回らない等、在宅移行支援を充分に行うことができない。

2) 地域全体のネットワークに関する問題

- ・患者家族へのインフォームド・コンセントは難しく、ケアマネジャーや地域包括支援センター職員等、家族のことに詳しい関係者を早期に関与させられなかったために、家族との関係がこじれる場合がある。
- ・在宅移行支援を医療機関の中だけで捉えるのではなく、地域全体で取り組めるようなネットワークが不可欠である。

3) 専門職の教育に関する問題

- ・医師等の医療関係者が、患者の在宅移行に対して否定的な発言をし、それが患者本人や家族の在宅移行への熱意を奪ってしまうことがある。
- ・医療関係者、ケアマネジャー、介護サービス事業所職員等、各専門職が勉強会や事例検討会を通じて共通認識を持っていないと、患者本人や家族に不安感を与えることがある。
- ・診療報酬加算の知識が無いため、特段の請求をしていないケースが多い。

4) 地域住民の理解に関する問題

- ・介護保険に関する知識や在宅介護で利用可能な社会資源の情報が地域住民に伝わっていない場合がある。

(3) 提言

上述の課題に対し、本件調査を通じて聴取した事例、ノウハウ等を通じて以下のような提言を行うこととしたい。

1) 医療機関内における在宅支援にむけての各専門職の役割の明確化とシステムづくり

- ・まず、退院調整の担当部署及びその体制、核となる担当者を決め、その役割を明確化し、効果的な在宅支援が実行されるようシステムづくりをすることが重要である。
- ・実際、北海道・京極町国保診療所の例では、当診療所のソーシャルワーカーが中心となって、医師、本人、家族を交えて退院カンファレンスを行い、ソーシャルワーカーが、ケアマネジャー等が当診療所にどのような情報をもとめているかを聴取し、当診療所から情報提供する役割を担うことで、在宅介護を推進する体制がとられている。
- ・また、担当者の確定、役割を明確化、システム化が整った後は、内外の関係者に認知を図ることが欠かせない。

2) 地域全体で在宅移行支援にむけてのネットワークづくり

- ・ケアマネジャー等とは地域包括ケア会議等、頻繁に接触の場面を増やし、地域でのネットワークづくりに努め、このネットワークを患者本人や家族とのコミュニケーションの円滑化に活かす必要がある。
- ・実際、富山県・かみいち総合病院の例では、地域の医師会が中心となって、医療機関、介護事業関係者等が参加する在宅移行支援のネットワークが立ち上げられ、共通の書式を使用する等して、個々の患者に関して職種間を超えた情報交換が行われている。
- ・さらに進んで、後方支援病院がない中小病院同士が連携し、患者が他医療機関や施設へ移動する場合でも在宅移行を最終目標に据えて協働することが考えられる。
- ・また、退院カンファレンス等については、医療機関が主導することや、退院前に行うということに必ずしも縛られる必要はなく、むしろ、患者退院の前後を問わずケアマネジャー等が中心となるカンファレンスを育み、地域全体で在宅移行支

援を推進するという方法もある。

- ・ 実際、福井県・国保名田庄診療所の例では、町役場の保健師、管理栄養士、社協職員、当診療所医師、研修医、看護師等、地域の在宅移行支援に関わる関係者のほぼ全員が毎週顔を合わせ、ケアマネジャー等が収集した情報の共有を行っている。ケースによっては、患者宅での臨時カンファレンスも行い、本人・家族からは医療、福祉に関する相談のみならず、生活全般に関する相談も受けている。
- 3) 在宅移行支援にむけての専門職の教育
- ・ 併設訪問看護ステーションへの研修（院内留学）や医療関係者の勉強会を開催する等し、在宅移行支援に関する各専門職の理解を広める必要がある。
 - ・ 実際、大分県・国東市民病院の例では、クリニカルラダーの初期段階にある病棟看護師を中心に、一週間の導入研修の後、二年間に渡って短期ローテーションを組んで当病院併設の訪問看護ステーションに研修（院内留学）させ、訪問看護を実地で経験させることで、在宅移行支援に関する病院全体の理解を広めている。
 - ・ また、手引書の活用なども、在宅移行支援に関し多職種間で協働するイメージを共有する上では有効なツールとなると思われる。
 - ・ 診療報酬加算に関する知識を持ち、在宅移行支援に対する正当な対価を得て、継続的な支援に繋げる必要がある。
- 4) 在宅移行支援について、地域住民の理解を促す
- ・ 地域住民等への講演活動等で、介護保険に関する知識や在宅介護で利用可能な社会資源の理解を促す必要がある。
 - ・ 実際、大分県・国東市民病院の例では、医療・福祉・介護関係者との定期的に議論を重ねる中で、今後、地域住民や医師会に対して、在宅移行支援の理解を広める活動を開始することが予定されている。

事業実施機関

公益社団法人 全国国民健康保険診療施設協議会
〒105-0012 東京都港区芝大門 2-6-6 芝大門エクゼレントビル 4 階
TEL 03-6809-2466 FAX 03-6809-2499
URL <http://www.kokushinkyo.or.jp/>
E-mail office@kokushinkyo.or.jp