

皆様 こんにちは

山形大学で在宅看護を担当している大竹です。

皆様には様々な場面でお世話になっており、感謝申し上げます。

退院支援というと、病院が行うことのように感じる人もいないでしょうか。

地域の担当者が退院支援に取り組み意義を少し話します。

入院患者のほとんど（71.1%）が高齢者です。

高齢者の病気は慢性疾患が中心で、治癒を目指すより、どのように付き合っていくかが大事になります。入院して「患者」になると病院スタッフは患者としてのご本人のことしかわかりませんし、本人と家族は病院に遠慮しがちです。入院時に担当しているケアマネジャーが、愛猫と暮らしている人だとか、花の世話が好きな人、などの暮らしぶりや価値観を病院につなぐことで、ご本人のその人らしさ（つまり、それが尊厳ということですが、）を病院のスタッフが知ることができます。

また、ケアマネジャーさんはじめ地域の専門職が退院支援に取り組みと、先を予測して準備することができます。「いつでも帰ってこられる地域づくり」が目指せるのではないのでしょうか。

全国的に退院支援ルール作りの動きがあります。

ルールは人と人が連携して作りあげるもので、他所のルールが山形ですぐ使える物でもありません。

村山保健所管内の連携室担当者が病院側のフロー図を作る動きがあります。

フロー図は道具（ツール）です。病院側と地域側がお互いにツールを使って連携の実績を積むことで、いずれは山形市版ルールが出来上がり、山形が「病気になっても暮らしやすい地域」になっていくのではないかと考えております。

これからフロー図の詳細の説明がありますが、是非活用していただければ幸いです。

（以上 山形市退院支援ルール検討チームリーダー 大竹まり子）

「本人・家族・病院・在宅チームで取り組む退院支援フロー図説明」

(はじめに) 概要・フロー図の意味

それでは、山形市版退院支援フロー図について説明させていただきます。先ほど趣旨・概要の中にもありましたが、このフロー図は、地域側の退院支援の要であるケアマネジャーの視点に立ち、入院した利用者様が必要な治療を終え、早期に安心して住み慣れた暮らしの場に帰ってきてもらえるよう、ケアマネ自らが、能動的に動くためのガイドラインとして考えられました。内容としては、決して新しいものではなく、今まで自分たちが行ってきた退院支援を言語化し、見える化し整理しています。これによって、現任のケアマネは、日々の支援の中で時に立ち止り、時に振り返り、根拠をもって必要な調整を再認識し円滑な自宅退院につなげられること、新任のケアマネは退院にかかる必要な支援を押さえ、退院支援への理解を深めること、現任・新任共通として、医療・介護双方の退院支援の動きを学び、相互理解・相互交流を深めることができると考えています。また、このフロー図は医療機関と連携することが多い、訪問看護師や地域包括支援センターの方々も活用できるものと考えています。

(フロー図・テキストの使い方・見方について)

まず、今日皆さんにお配りした山形市 退院支援フロー(地域版)は、「山形市在宅医療・介護連携室ポピー」のホームページよりダウンロードすることが出来ます。フロー図にある★印は参考・推奨様式やパンフレット、検索システムを表し、同じホームページにアップされ、ダウンロードが可能です。

フロー図の見方ですが、このフロー図の縦軸は、支援の方向性や家庭環境の課題等の共有を図れるように区分し、横軸は調整の時期を示し、「入院時」から「退院直後から移行期」までの5つの時期に区分しております。表記については、具体的なケアマネの動きのポイントを青の網掛け丸角枠で囲み見出し化し、黒■、黒●はさらに具体的な方法や手段を表しています。また使用に際して、行動上の留意点や意義、加算等を理解していただくため、別添のテキストとしてまとめました。

(入院時)

それでは、入院時から説明します。

事前準備として、常日頃より、入院した際はケアマネジャーに連絡していただくよう、本人・家族に伝え、専門職及び支援者間の情報共有に関して個人情報使用に関する包括的同意を得ておくようにしましょう。

入院先の病院により、連絡窓口に違いがありますので、退院調整部門または病棟の担当の方を確認したうえで、在宅サービスの調整の担当者であることのご挨拶と在宅生活における現状と課題をお伝えします。お会いする際は、身だしなみや言葉使いなどのエチケットを大切にしたいですね。連絡窓口の確認は「やまがた・かみのやま・てんどう医療福祉相談室等パンフレット」に記載がありますので参考にしてください。

入院時情報提供書の提供について、フロー図にはケアマネ側の入院時情報連携加算算定基準で7日以内という表記になっていますが、在院日数が短くなっていることから、入院後なるべく3日以内に情報を伝えることで病院での治療や看護計画に反映され则认为します。提供方法は直接情報を病院に持参するか、それ以外の方法があり、個人情報の取り扱いに十分注意しながら行います。訪問看護の場合は看護サマリー、地域包括支援センターの場合も必要に応じて情報提供を行います。

さらにかかりつけの医師や在宅サービス事業者へ入院したことを報告するとともに、ご家庭の環境を踏まえ、管轄の地域包括支援センター権利擁護の支援係等、関係機関とも連携していきます。

（治療開始から安定期）

次に、治療開始から安定期をご覧ください。この時期は退院に向けた予測や準備の為本人の状況の確認を行います。病状については、本人・家族を通して情報を得たり、また、必要に応じ、意思決定支援の補助者として病状説明に同席する場合もあると思います。病状説明への同席に関しては、本人・家族の状況や医師の意向もあるため、ケースにより判断する事になりますが、本人・家族の生活や価値観を知る専門職が同席することで、本人と家族が今後の生活を考える手助けになること、今後の展開を予測して準備ができるという意義があると考えています。さらに、本人や家族の思い、病状の受け止め方などをお聞きするとともに状態像の変化を予測し、在宅での医療面のフォロー体制や住環境やケア体制について検討していきます。特に新たな医師との連携はケアマネジャーにとって悩み多き部分でもありますが、在宅医療サービス情報検索システムを活用することで、緩和医療実施の有無や医師がケアマネ等と対応可能な時間を知ることができます。

また、本人・家族の望む生活の継続性を検討。退院前に住環境の評価の為に、病院の担当者の方々と自宅へ同行訪問したり、一時外泊や外出等を検討し、アセスメントすることで、自宅での生活を想定した入院中の介入を、病棟スタッフと相談することもできます。

（退院に向けての調整期間）

続きまして退院に向けての調整期間をご覧ください。この時期は、退院に向け必要な支援について組み立てを行っていきます。本人・家族の思い、希望の確認を行うとともに、病状についての確認を行います。「治療開始から安定期」と同様、病状説明に同席することには意義があり、特にこの時期は、退院についての説明も含み、今後を支援する在宅チームにとって大事な情報となります。本人の状態が入院前と大きく変化している場合、例えば今まで自分で歩いていた方が寝たきりになる、胃瘻注入や吸引等の医療処置が必要になる等の場合は、本人や家族の不安や負担がとて大きくなります。不安を軽減し退院後の自宅での生活をイメージできるよう、退院時共同カンファレンスで本人・家族・多職種で課題への対応方法を検討していきます。退院時情報収集シートを活用して情報収集することで必要な情報の聴き漏れ防止となります。また、医療処置や介護方法について、本人、家族の理解状況や手技の習得状況を重ねて確認します。状況によっては、退院直後に特別訪問看護指示書による医療保険での訪問看護を2週間利用することが可能で、医療面での手厚い支援計画を立てることもできます。他に、状態や経済状況に合わせ、テキストに記載されているような各種福祉制度やインフォーマル資源の活用を検討、手続きを行っていきます。必要に応じて退院後の居宅サービス計画についての検討の為にサービス担当者会議を病院で開催することも在宅生活へのスムーズなシフトに向け、有効と考えます。ケアマネジャーの退院支援について介護保険では退院・退所加算が算定できることになっており、要件により3回まで算定が可能です。

ここで、先月行われた医療福祉研修会で、フロー図説明を行った際に、ご質問があった件について、県の担当者より回答いただきましたのでご報告いたします。

事前にケアマネジャーが医療機関を訪問し、病院職員から情報を得、本人・家族との面談等によりアセスメントを行った上で、サービス調整を行い、サービス計画書原案を作成。病院でサービス事業者を集めて、退院前カンファレンスに参加、その後引き続きサービス担当者会議でサービス計画書原案検討を行った場合、退院退所加算の2回目の算定は可能で、引き続き行ったサービス担当者会議も、一連のケアマネジメントプロセスと認められ、基準違反とはなりません。ただし、退院前カンファレンスで、以前に聴いた状態と大幅に状態が変化し、現在の状態とは合致しない、大きくかけ離れた原案となった場合には、担当者会議とは認められず再度アセスメントし直し、原案を立て、別途サービス担当者会議を

開催しなければなりません。また、退院前カンファレンスとサービス担当者会議をきちんと区別し、それぞれの記録を残さなければならいとのことでした。この内容も、今後ポピーのホームページに掲載していく予定ですので、必要な方は、ご確認ください。

(退院時)

これらの調整を経て退院を迎えるわけですが、退院時の準備や自宅への移送手段等を本人・家族、病院、在宅チーム等と確認・調整しておきます。

(退院直後から移行期)

最後に、退院直後から自宅生活への移行期になります。退院後は、サービス担当者会議で検討された居宅サービス計画書に基づき、療養上の注意点を念頭に置きながら、在宅生活を支援していきます。

本人・家族の望む生活はできているか、新たな課題は発生していないか等をモニタリングし、在宅チームで情報を共有していきます。場合によっては、再アセスメントを行い、サービス計画書の変更も必要になるかもしれません。また、かかりつけ医との連携・情報共有の方法として、SNSを使ったポピーねっとやまがたも活用できます。

退院後の生活状況については、病院の連絡窓口担当者や病棟看護師等へ報告し、居宅サービス計画書を提出します。可能な限り提出する書類にコメントを添えて提出する方法が望ましいと考えています。退院後の自宅での様子を報告することで、連携した結果を病院にフィードバックすることができ、病院側が自宅での支援経過を知ることは、今後の医療と介護の関係づくりに役立つと考えます。

(おわりに)

フロー図最下段に表記されているのは、全プロセスを通じて意識すべきポイントになります。まず、最初に述べた、情報共有に関する同意を得ること。次に在宅チームは単独で動くのではなく入院先の病院と常に共同で双方向からリンクして取り組むものであり、介護保険の新規申請及び区分変更申請の時期の判断も在宅チームと入院先の病院とで共同で行うようにします。

以上で退院支援フロー図、山形市版の説明を終わります。今後この退院支援フローを多くの方々にご活用いただき、たくさんご意見をいただくことで、もっと良いものに進化していくものと思っています。ご静聴ありがとうございました。

説明追加分

(入院時情報提供書・退院時情報収集シートについて)

この様式は、置賜版の様式を使用しています。検討の段階で、様式を統一したほうが、読む方は理解しやすいのではないかとの話も出ていたのですが、現在の段階では、様式の統一は行わず、それぞれの事業所での様式を使っても構いません。参考・推奨様式として、できるだけご活用いただきたいと思います。

(以上 山形市退院支援ルール検討チーム 明日浩子、巻貴子)