

朝霞地区入退院支援ルール作成会議

意見集

第1回入退院支援ルール作成会議

「会議の進め方」について（意見）
代表委員11名の中に病院からは1名ですが、全体のバランスからして病院からは2～3名が妥当な気がしました。
書類の読み込みだけでの会議では、受け止め方に個人差がでるのではないのでしょうか？かといって、以前の緩和ケア会議で集まったときも何を協議すべきかわかりにくかったので、なおさらかと思っています。
会議形態：書面による意見、メール、ZOOMも活用してはどうか？
新型コロナ感染予防のためには今回の進め方に同意いたします。
感染症対策の点から、安全かつ効率的な方法でよいと思います。
時には、集合会議を行う事で、認識のずれ等確認できると思います。
10月の集合会議の日程につきましては調整の期間も短かったので仕方ない部分もあるかと思いますが、様々な予定が入ってきていますのでもう少し早めに日程を決めて頂けると助かります。
「入退院支援ルール作成の背景・理由・目的」について（意見）
3行目：在宅療養中に様態が急変し、看取りに至ることも →在宅療養中に様態が急変したり、（自然経過の中で：追加）看取りに……。急変だけでなく、本人や家族の希望で、自然経過の自宅看取りケースもあるのではないのでしょうか？
2ページ目下から4行目：要介護・要支援者及び退院支援が必要な方 「方」→「者」
入退院支援ルールの作成ではなく、在宅復帰予定者の入退院支援ルール作成とすべきであると考えます。資料を読みましたが、この委員会で決めるのは在宅に戻る患者を対象としており、他の患者様は対象外のはずです。委員会にてご検討の程、宜しく願いいたします。
地域での入退院支援ルールが決まっていることで、各医療機関との連携が一段と取りやすくなります。
患者さんが望むところへの退院をめざすためには、本人の意思を聞くか、家族が以前に本人から聞いていた情報（ACP）をもとに退院先の方向性を入院1～2週間で決めることが大切ではないか。
決めごとをするにあたって、4市の職種ごとの現状と課題の明確化が必要ではないのでしょうか？それを受けて、統一すべきかどうか話し合いが必要になり、目的がみえてくるかと思っています。
入院は病院の中で働く多職種が連携して支援するが、在宅は診療所、ステーション、薬局、介護サービス、など個別に特色ある事業所の専門職が連携して支える仕組みになる。そのため、病院で提供される医療を在宅に繋げるには、手間や負荷が沢山かかるという前提を共有したうえで、目的に向かう必要があると思う。 入院中に提供された治療を在宅でも継続するのであれば、それにかかわるすべての職種に情報が伝わること、医療的情報については言語が同じ職種がきちんと連携することが望ましいと感じる。院内薬剤師→薬局薬剤師 院内リハビリ→訪問リハ、デイケア など。
医療や介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で最後まで生活していくための医療と介護の連携の必要性を改めて確認することができ、ルールを明確化することでお互いの役割を再確認できると思います。
現行の業務中においても、入退院時のスムーズな引継ぎ・情報共有が重要と感じておりますので、この機会によりツール&ルールの考案とその普及ができることを希望いたします。
今までも入退院の流れはありましたが、個人差がありました。退院時の在宅調整がしっかりできると、ご本人やご家族の安心とスムーズな在宅生活への移行ができている実感があります。
「入退院支援のめざすべき姿」について（意見）
（事務局案）「入退院の際に、医療機関、介護事業所が」 → 「入退院の際に、医療機関、居宅介護支援事業所等がまたは、入退院の際に、医療機関、介護サービス事業所が」に修正してはどうか。
必要な患者さんには早々に介護保険申請をしてもらい、CMを決めて、カンファレンスをしていくことが大切。
生保等法令も関係してくるのではと予想されるので、事務局案の二行目の「医療・介護サービス」を「医療・介護・福祉等サービス」としてみてはどうか。そうすれば、福祉分野のご担当者様も一緒にチームだと意識していただけるのではないのでしょうか。

<p>ルールが無かった間に、入退院支援でトラブルケースがあったのか否かを知りたいです。</p>
<p>一体化のとらえ方を、どの患者にも同じように対応することではなく、関わる担当が高齢者のニーズや状態を共通理解し、どの支援も同じ目線で関われるような支援でおこなうことで、スムーズに対応できるとらえていただきたい。</p>
<p>医療と介護の両方を必要とする方は多いため、情報共有して支援をしていくことが必要だと思います。</p>
<p>(病院薬剤師から)当病院でも模索中です。30分程度ではありますが、月1回の入退院支援会議が行われるようになり薬剤部も1名参加しています。課題としては、終末期の患者さん(入院中)の家族へのケアが・・・という意見はあります(在宅へ移行する時の患者・家族ケア)。まだ産声を上げたばかりです。</p>
<p>医師会が情報共有の取り組みを行っていたが、情報の共有の方法もスムーズにいくように考慮が必要</p>
<p>「在宅」ではなく「希望する場所」という表現がとても良いと思いました。在宅が全てではなく、本人が希望する場所で過ごすことが大切だと思います。</p>
<p>入退院支援に関して病院関係者と在宅関係者双方が合意したルールは必要と感じていました。マニュアルなどの明文化により、医療側と介護側がどのようにかかわっているかを理解したうえで、そのためには病院側が何をすればよいのかも見出していけると考えています。</p>
<p>基本理念ともいえるもので、シンプルで分かりやすい表現となっていてよいと思います。</p>
<p>①文章についてわかりやすくまとまっていると理解しました。 ②介護事業所の文面について、介護だけではない事から「在宅チーム」等違った言葉が入るとよいと感じます。</p>
<p>事務局案に加え、患者・家族を支援チームの一構成員とし、主体的に生活再編できるよう情報共有、意向の確認及び各連携機関との関係性構築のサポートを行うのはどうか。</p>
<p>その方の状態やその他の情報が途切れることなく掌握され、その理解の元にどこにいてもその方に対して様々なサービスが提供できるようになるといいと思う。</p>
<p>今回の主旨は理解していますが、2(1)留意事項があるように、「高齢者」だけではないという点で「在宅療養者」など、他の表現はいかがでしょうか。</p>
<p>高齢者の希望を尊重することが大切ですが、そのご家族の希望やキーパーソンなどの存在にも配慮が必要と思います。また、認知機能や病気による状態でご本人の意思確認など各論も考慮することも念頭に進めて頂きたいです。</p>
<p>①前半の、「協働・情報共有」については、並列に書かれているが、協働して必要な情報共有を行うのであり、並列なものではないと感じる。②サービスが提供される側(対象者)についての文言について、介護保険の2号被保険者もいるので、「高齢者」とくくってしまうのはいかなものか。以上二点より、以下のような表現の仕方ではどうか。 ⇒(例)「入退院の際に、医療機関・介護事業所等が協働し、必要な情報共有を行うことで、地域で暮らす人々に、一体的でスムーズな医療・介護サービスが提供されるようになる。また、医療と介護を両方を必要とする状態の高齢者が、希望する場所で望む日常生活を過ごせるようにする。</p>
<p>ルールを適応する患者について</p>
<p>ア 入院前にケアマネジャーが決まっていた(介護サービスを利用していた)→介護サービスの利用の有無は問わないとする(介護サービスを利用していた:削除)。契約だけで介護サービスを利用しなかった者もいると思います。 要介護・要支援の認定を受けた方 → 受けた「者」</p>
<p>資料では、在宅から入院し在宅へ退院する患者で、下記のいずれかに該当する場合。となっていますが、在宅へ退院する患者で、下記のいずれかに該当する場合。でいいのではないかと考えます。</p>
<p>介護保険の申請の判断を早めにする。</p>
<p>独居高齢障害者。ご家族が障害疾病、要介護認定を受けている方。</p>
<p>介護認定を受けていないが、特定疾病に該当する40歳以上の2号保険者もイに加えた方がよいのではないかと。</p>

<p>ルールを作った場合、ルールから外れるケースが本来必要なサービスに繋がらないケースが出てくることにならないか心配です。例えば高齢者ではないけれども介護保険申請がなされるべきだが申請していない症例や、精神障害者福祉手帳支給対象にも関わらず申請していない症例など。</p>
<p>「1項目でも当てはまれば」で居宅介護支援事業所にはならないケースも多い。介助が必要であっても、介護保険を利用されない方もいる。判断が難しい場合は包括もしくは両方が介入もあるかと。</p>
<p>資料4-2のイについて。包括としては「身寄りのない方」「がん末期（介護保険要支援や申請中の方も多い現状があるので）」「福祉用具・住宅改修等環境整備が必要」の方も連携できるとよいと思います。</p>
<p>特に、入院前にケアマネジャーが決まっていなくて、退院後に支援が必要な場合、在宅後の連携がスムーズになるようなルールがあると良いと思う。</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院先の医療ソーシャルワーカーはどのようにかわるのか？ ・介護が入っていない患者でも、薬局は利用していることが多い。かかりつけ薬剤師や健康サポート薬局には繋ぎの役割が期待されている。
<p>適用の範囲は広くてもよいが、1項目でも当てはまったら包括や居宅に連絡というのは当院のような急性期病院では対象者が多く、入院期間も短いので難しいと思います。どの部署が連絡をするのか。連絡をしたとして、包括や居宅はどうするのか。病院では入院時から退院支援に関するスクリーニングやカンファレンスを実施しており、退院支援が必要な患者にはMSWが介入するシステムがある程度はできあがっています。</p>
<p>介護認定を受けていなければ介護保険の認定を受ける為、地域包括支援センターに連絡し申請代行または家族に申請してもらう。地域包括支援センターまたはMSWにケアマネを探してもらう。「ア」に当てはまるので居宅に連絡ではなく、ケアマネが決まっていなければ包括支援センターに連絡し居宅のケアマネにつなげるのが順序的にはいいと思います。要介護認定を受けていてケアマネが決まっていなければ居宅に連絡でいいと思います。</p>
<p>イ、⑥5種類以上の薬・・・について5種類以上に限定しなくてもよいのではないかと意見があがりました。内服管理が難しい方などでもよいのではという意見があがりました。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・イ（要支援相当）の⑥で「5種類以上の薬」という限定はなくてもよいのではないかと思います。 <p><追加案></p> <ul style="list-style-type: none"> ・「入院による治療やリハビリが完了していないが、事情により退院時期が早まり、退院後の在宅生活に心配があるケース」という事例は調整（情報連携）の対象にならないでしょうか。
<p>ルールを適用する患者については、高齢者だけではなく、乳幼児や65歳以下で第2号被保険者の対象にならない方も対象になると考えてよろしいでしょうか？</p>
<p>生活困窮者の中に生活保護の方も含まれてるのであれば、基本ルールについて異議なしです。</p>
<p>入院前にケアマネジャーが決まっていたが介護サービスを利用していない患者</p>
<p>○支援対象者が具体的に示されているのは分かりやすく共通認識ができると思いましたが、記入されている方以外でも援助必要ケースもあり「その他」も入れてほしいです。</p>
<p>（地域包括支援センターへ連絡する患者について）</p> <p>独居であり、近隣住民との交流が乏しく定期的な安否確認が必要と思われる高齢者。</p>
<p>要介護認定、要支援認定を受けている方。入院中に、介護保険申請した方。退院後に介護保険以外での何らかのサービスが必要と考えられる方</p>
<p>入院中は管理された食事をしているが、退院後は不適切な食形態、摂食方法となり誤嚥を起こして再び入院することはよく見受けられる。栄養状態にも偏りを生じ易い。逆に退院後嗜好に合った食事を適切にして元気になり、さらには経口摂取していなかった人が経口に移行する事も見られるが、栄養士、ST、歯科医等多職種の援助が必要であると考え。②食事及び口腔ケアに介助が必要とあるが、摂食する時のお手伝いというイメージが強いため、摂食に問題があるというような一文を付け足して頂くのは如何でしょうか。</p>

意見というよりも質問になってしまいますが、資料4-2、イ⑥「5種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい」とありますが、5種類以上としている理由は？種類は関係なく「薬の自己管理が難しい」ではダメなのか疑問に思いました。

よく検討する必要があると考える。理由：現在、医療機関においては、入院より早期に「退院困難な要件」を有する患者を抽出するためのスクリーニングが行われている。（診療報酬上「入退院支援加算」の要件）その項目との照らし合わせをして検討していかなければ、医療機関に浸透しにくいものとなるであろうことが予測される。また、この項目の「1つ以上当てはまれば」ということになると、相当数の患者が該当になる。現在は、これに個別の家族状況などを加えてアセスメントし、MSWや退院支援部門の看護師、病棟看護師が個別に退院支援をしている。また、連絡先についても、入院中に介護度が決定しない場合も多く、よって、在宅側のアセスメントを含めて地域包括支援センターに依頼することも多い。介護サービスの新規利用が考えられる方については、病院側、包括・居宅介護支援事業所が互によく現状を確認し、各々に期待する役割について話し合い、検討していくことが必要だと考える。

高齢者＝65歳以上の介護保険第一号被保険者 というくくりで良いか？留意事項＝では、特定疾病に該当する2号被保険者も該当精神患者の取り扱いはどうするか？上記に当てはまっていれば該当するが、65歳未満の、精神患者の方は？入れると範囲が広すぎるかもしれません…

支援の担当者について

福祉事務所の担当者

病院担当者にMSWも追加してほしい。

訪問診療の担当者。障害サービスの担当者。

障がいの担当者となる相談支援事業所。地域の精神保健を担っている健康増進センター（市保健センター）制度の横断的支援対応をする基幹福祉相談センター（障がい者基幹相談支援センター等）

医科診療所の関係者（ソーシャルワーカー、医師、看護師など）。訪問介護事業所の担当者（ケアマネジャーが介入していれば良いのかもしれませんが、訪介担当者の方が現場で何が起きているのか良く分かっているケースもあるかと思います）。

必要に応じ、各サービス責任者（訪問介護や福祉用具等）。保健所や生保担当。民生委員。

障害者相談支援員は？、生活保護CWは力の等でしょうか、成年後見人等は？家族は？

担当者の位置づけは、マネジメントリーダーでしょうか？ウヤオは担当者になるのでしょうか？担当するものの位置づけであれば栄養ケアステーションも入れてほしいですが、オの等に含まれますかね。

病院の状況はあると思うが、薬局薬剤師としては共有言語を持つ病院薬剤師との調整の機会を希望する。リハビリについても同様と思う。

カ 市町村（介護保険担当者）に生活保護担当者、障害福祉担当者も加えてもよいかもしれません。

追加した方が良い担当者について、生活保護課・障害福祉課、訪問リハビリ

理由：在宅での生活にあたり、用具の選定含め自立に向けた視点等専門的な意見が頂けるため。＊必要に応じて適宜追加でも良いかと思われます。

療法士は、特に退院時に専門的な関わりが必要なことも多く、追加してもいいと思います。

日本語に慣れていない患者や家族にコミュニケーション面を支援する窓口。

資料に記載されている部署で良いと考えます。老人保健施設入所中の悪性疾患のターミナル期のご利用者に対し、緩和ケア病棟と連携しギリギリまで施設で生活できたケースがありました。そのようなケースでは、施設担当者も、（2）のリストに入れたほうが良いかと思います。

生活保護の担当者（ケースワーカー）も加えて欲しい。退院支援にも積極的に関わって欲しい。

生活支援センターの担当者。栄養面での関係者。福祉用具専門相談員。

「生活の場」が居住系施設という場合も多く、また、介護施設の種類によっては、在宅調整や看取りを行っており、入退院支援にかかわることも多いため、そのような施設の連携担当者は支援担当者にあたらぬのか？

(1)に連動しますが、精神疾患が主で、医療の訪問看護のみ利用の65歳未満の方は、地域生活支援センターと病院は連携すると思われま。地域生活支援センター（相談支援専門員）を入れるかどうか？が気になりました

入退院支援の窓口について

福祉事務所を加えていただきたい。

地域生活支援センター

担当者の所属する事業所と支援担当窓口の事業所は一致していないと矛盾が生じませんか？と感じました。

市町村障がい福祉担当、市町村生活保護担当。

院内採用の薬剤や医療材料を、そのまま院外で提供することは、かなりの無理や無駄があることを知っていただきたい。

採用薬剤数は病院の方が少ない場合が多く、患者にとってより良い選択ができるのが医薬分業のメリット。例えば、5m g 2Tを10 m g 1Tにする、費用の安いGEにする、飲みやすい剤型に変えるなど生活に合わせた調整も可能である。

一方で、医療材料は薬局在庫に限りがある。例えば、終末期の経管栄養などは、薬剤もデバイスも薬局の在庫は少ないと思う。

それらを事前に調整することで、院内と院外の薬物治療が速やかに継続されることになる。その窓口をぜひルール化していただきたい。

窓口の想定がわからない。どの機関も窓口になるのでは、担当者と窓口の役割がしめされるといいのでは？、特別な介助が必要な場合は、訪問介護も必要かと

支援の担当者と担当窓口の違いは何でしょうか。同一でもよいのではと思います。

<追加案>・（既に居宅療養管理指導もしくは訪問薬剤管理指導で関わりがある場合）かかりつけ薬剤師が所属する薬局

退院後直接ご自宅に帰らずに、老人保健施設を経て在宅復帰される方もいるため、施設担当者も加えていただき、退院前のカンファレンス等に参加させていただけるとありがたいです。

日本語に慣れていない患者や家族にコミュニケーション面を支援する窓口。

ウ。「機関」は、「医療機関」ということでよろしいですか？また、追加という点においては、（2）の部分に記載したことも疑問です。

(1)に連動しますが、精神疾患が主で、医療の訪問看護のみ利用の65歳未満の方は、地域生活支援センターと病院は連携すると思われま。地域生活支援センター（相談支援専門員）を入れるかどうか？が気になりました

その他

表記の統一：他の表記が、要介護者・要支援者になっているため、「方」は「者」の方がよいのではないのでしょうか？

ルールは作っても構わないけど、そのルールに縛られない柔軟な運用が可能にして頂けると助かります。一例として退院支援に関して意見を述べます。別添1のP4-5ですが、ケアマネジャーと同時に退院後療養担当診療所が積極的に退院支援に関わった方が良さそうな医療ケア依存度が高い症例もあります。退院した際に必要な医療機器の準備を、ケアマネがワンクッション入るより病診間でやりとりした方がスムーズなケースは多々あります。

入退院支援ルール標準例については、コメントがありすぎるのですが。前述のように、4市の現状や課題を聞いたうえで、統一するかも協議してから決めた方がいいかと思います。

<連携の方法について>

近い将来、電子処方箋やマイポータルなどが普及する中、連携ネットワークもシステム化することを検討して欲しい。

一方で、おくすり手帳発祥の地区ということもあり、ルールを統一することでより使いやすい工夫はまだまできると思う。

<かかりつけ薬局・薬剤師について>

「かかりつけ薬局」「かかりつけ薬剤師」を持つことで連携はスムーズになる。現状、決めていない方のほうが多く、今後、この事業の対象者には、是非かかりつけ薬剤師を持ち、それを手帳等に明記するようルール化したい。

現状、包括では、①入院時：虐待や困難ケースの他、担当者の判断で必要時に病院の相談員（MSW）に電話連絡しているが、その数はあまり多くはないと思います。包括などから伝えたい情報とともに、特に病院側が知りたい情報は何かあらかじめ整理されていれば伝えやすい。

②退院時：ほとんどが病院のMSWか退院支援看護師から電話で連絡がある。直接病棟看護師から連絡がある時もある。特に必要があれば入院中にカンファレンスに参加するが、ないケースも多い。退院時、看護サマリーやリハビリの報告書などを依頼すればもらえるが、何もない場合も多い。サマリーは入院中の治療やリハビリの経過はわかるが、退院後、在宅で特に注意することなど在宅の目線（家に帰ったら・・・）での助言をもっと欲しいと思うことがある。MSWが関わっている方は、制度のこと（障害手帳など）、経済面、家族状況など含め幅広く情報が聞けることが多いと感じる。包括では新規の退院の方の情報のやり取りが多く、主に電話なので、共通のツールがあるとありがたい。把握している心配なケースも、入院時に（本人の了解を得て）もっと情報共有することが可能だと思います。

急な様態の悪化で、どれだけ情報が整理できるのか、このような場面に関わることがなかったので関心があります

今回の朝霞地区入退院支援ルールについては、院内多職種で入退院支援にどのように取り組んでいくか検討したい内容でもありました。

今回は入退院支援ですが、ケアマネが付いてない通院中のケースでも連携を取りたい事例があります。その際には今回のような支援ルートで連携を取りたいと思います。

当院では、入退院支援室の対応により、地域の方々からの病院評価に影響があるので、相談内容には出来るだけ丁寧に分かりやすい対応を心がけています。

退院調整が必要な患者の目安で要介護の1項目でもあてはまると、どこの居宅介護支援事業所に連絡してよいかわからない。地域包括のよに現住所で分けられていないため。

医療機関においては、診療報酬の影響もありここ数年ですでに「入退院支援」に着目するようになっており、そのための院内システムもそれぞれの機関に立ち上がっていると思われる。今後、「医療と介護の切れ目ない連携」ということで、地域で「入退院支援」を考えていき、そのための「地域のルール」を考えていくのであれば、現場の混乱をさけるとともに「地域の入退院支援」が浸透していくよう、名称の検討も必要ではないか。（例えば、表紙イメージ「（仮称）朝霞地区入退院支援の手引き」や、「入退院支援ルール」の名称に、「地域連携」や「地域ネットワーク」などの、「地域で考える入退院支援ルール」だということがわかりやすい名称とすることが望ましく考える。

第2回入退院支援ルール作成会議

医療機関（病院）の役割
関係機関等に患者情報をすぐに提供する事が難しい状況。
担当ケアマネが事前（入院前）に家族・本人と面談ができれば入院時の情報提供が出来るが、現状把握出来ていない場合に情報提供が出来ない。入院前に情報共有することが可能であれば、入院中より適切な支援を行うことができるのではないかとと思う。
入院時：担当ケアマネがいる場合でもPTとの家屋評価が必要な場合もあるケースがあり、福祉用具の立ち合いも必要なのではないでしょうか。入院中：ケアマネへの情報提供についてこの段階での情報提供はどのような方法で書面がよいのか、電話連絡がよいのでしょうか。
前提として個人情報保護の観点から、事前に本人・家族の同意を得る（例外事項も）と表記するか、個人情報保護法について、どこかに表記しておいてはいかがでしょうか？
入院時の情報提供先が病院によって変わるので、病院側も窓口を明確にした方がよいのではないのでしょうか。（別紙などの利用）
退院見込みのケアマネジャーへの連絡は病院又は家族からの連絡になると思います。 転院時ケアマネジャーへの連絡も家族から連絡していただくことを検討してほしい。
病院側での業務に対象患者へのかかりつけ医師・薬局・歯科の確認とあるが3日以内は業務的に可能なのか。
退院の際は入院中の治療経過の情報が必要で、その情報提供の流れが載っていない。退院時サマリーがかかりつけ薬局に届く流れを明記してほしい。（入院中の治療経過の情報提供書→ケアマネか包括→薬局が良いと思う）
入院時にかかりつけ薬局の有無を確認する。お薬手帳には複数の薬局が記載されていることが多く、退院後に利用する薬局を確認し連携につなげてほしい。
患者の退院後の服薬がシンプルになるよう（剤数や服用回数を減す）、必要に応じポリファーマシー対策や剤形変更などの服薬支援を入院期間中に行う。
入院時にスクリーニングが行われており、①②に応じて入退院担当者が対応という流れはできていると思う。 退院情報提供書に看護サマリーも入れてほしい。看護サマリーには指導内容や手技獲得の状況などの情報が記載されているため。
SNS（地域医療介護情報ネットワークシステム「けやきのわ」など）などの利用による効率よい情報伝達方法により、医療と介護の連携を図る。
入退院時のカンファレンスに参加できない多職種にはリモートでの参加
治療に変化があり、退院後に大幅な薬剤変更がある場合や終末期では特に情報の共有が重要である。内容にもよるが、退院前に処方調整が必要な場合もある。特に終末期などの場合、麻薬を含め薬剤の準備に時間がかかる場合もある。基本的には退院時共同指導への参加が望ましいが、日中の会議への出席が難しい薬局は多く、退院前に院内から薬局あての薬剤情報提供を希望する。
院内初期カンファレンスで話し合われた内容（方向性や見立て）について、包括支援センター担当者やケアマネジャーへ伝達することにより、より一層スムーズに連携体制を作れると思います。
②の場合 必要に応じて理学療法士等が家屋調査実施 ⇒①の場合でも必要な時があるかと思います。②の場合に限定しなくて良いかと思います。また入院時に限らず、入院中にも必要性がある場合もあるかと思います。実際、入院時よりも入院中に行くことが多いような気がします。そうすると記載場所に関しては、入院中のところでも良いのかなと思いました。
退院後に必要な情報を、本人、家族、ケアマネに伝える退院調整会議は必要
各病院で、情報提供を受け取る窓口の明確化。退院か転院か不明でも家族は次はどうしたらいいか悩むため、重度の方は早々に相談員が関わり、転院先の情報等も家族に早めに情報提供。担当相談員からケアマネに連絡し、連携を取りやすくする。
院内初期カンファレンスの担当は、入退院支援担当者（看護師等）としていただきたいです。 退院見込み連絡について、平均在院日数が短い（特に急性期患者）一般病棟では1日前等直前になって決まることが多々あります。

①担当ケアマネがいる場合
各医療機関の連携担当者（窓口）を明確にしておく必要があるのではないか。 かかりつけ薬局がアクセス可能な院内の担当部署を明記してほしい。（薬局、地域支援室、医師など）
退院後に医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1カ月後）する方法を統一したい。
訪問せず、電話等で済むこともある
居宅サービス事業所には必ず入院連絡→居宅療養管理を行っている薬局は当然であるが、かかりつけ薬局への連絡もお願いしたい。
家族にしっかりしたキーパーソンがいて、連絡が取れる場合は、担当ケアマネがいたとしても二重の連絡が必要となります。あくまでも家族（キーパーソン）が第一選択で、家族での対応が困難な場合にケアマネに連携を取ることを了承もしくは依頼されたケースをケアマネ対応としたほうが実務的だと思います。
②介護認定を受けていない場合、担当ケアマネがいない場合
<ul style="list-style-type: none"> ・薬剤のアドヒアランスについて情報が欲しい場合、かかりつけ薬局につなげる必要があると思う。 ・服薬支援が必要と思われる場合は、かかりつけ薬局又は薬剤師会ホームページにより自宅近辺の薬局に依頼が可能 ・かかりつけ薬局がある場合は、必要に応じて入院時情報提供書を作成して貰う。*あらかじめ、情報提供書のフォーマットがあると報告しやすい
担当圏域の高齢者は5,500人余りとなり、それらすべての個人を地域包括支援センターが把握しているわけではない。入院等、病院からの連絡で初めて支援が必要な対象者を知ること多々ある。入院時にMSW等がある程度の患者情報を把握し、情報提供してほしい。また、なかには、「個人情報なので教えられない」と言う医療関係者もいるが、それでは入退院の連携は図れない。入院時に地域包括支援センターに個人情報を提供することの同意書も加えてほしい。
和光市では基本的にケアマネが決まっていない場合は地域包括支援センターが窓口となっています。ただ地域によってはそうではないと聞いています。地域包括支援センターで統一出来ないのか。（統一されている方がわかりやすい） 包括の場合、把握している方全員の入院時の連携は難しいと思われる。必要な方、可能な範囲になるのではないか。
年齢の若い方の場合の相談窓口（64歳以下、介護保険を申請しない方）
包括職員が病院を訪問し、面談するケースは実際は少ないように思います。 要介護認定の手続きについては、電話での情報提供でセンターが代行できます（新座市の場合）。また、ご家族にセンターへ来所いただく場合や、ご本人不在ですがご家族のみの自宅へ環境の確認を兼ねて伺う場合もあります。
上記以外の項目
急性期病院では、在院日数が短いのでなかなかこの流れで支援を行うのは難しいと思う。また、骨折や脳卒中の方は、転院する事が多いのでリハビリ病棟はもっとゆっくりと退院調整が出来ると思います。リハビリ転院する場合は、回復期病棟のワーカーと相談して頂いた方が良いでしょう。また、
退院時に介護サービス不要な方でも近い将来、必要とする可能性がある方もいます。包括に情報提供したいが、ご家族・本人との問題認識のずれがあり、なかなか承諾を頂けない事もあります
訪問看護が介入している方（介護保険・医療保険どちらも）が入院する場合、看護サマリー※1を病院あてに送っている（算定はできない）。医療保険で訪問看護が介入している方が、入院や入所の際は、指示書をもらっている医師あてに情報提供書※2（算定できる）を送り、医師からの情報提供書に訪問看護に関する情報も盛り込んだ情報を、入院先や入所先に情報提供するシステムがある。
家族のいない方、家族協力の得られない方、本人の認知など状況の悪い方はどうか
入院中に退院支援先が変更されるケースが多くある（施設から入院し、ADLや病状などの管理上の対応が困難となり元の施設に戻れない場合など）

ご意見・ご感想

「病院を訪問し」⇒病院を訪問せずとも、オンラインミーティングを選択できるような仕組み作りがよいと思います。移動時間の無駄を省く、感染リスクを低減する等の利点がありますし、資料共有は予め電子データでやりとりする、当日共有するといった手段もあります。顔の見える連携に強いこだわりを持っていたり、新しい技術導入への不安感を持つ方がいることは承知していますが、不要な移動及び時間拘束は業務効率を考慮すると無駄だと弊職は思います。

Withコロナの視点を取り入れる。「直接会わなくても済むことは、会わずに済ませる」ことを前提に検討していく必要がある。『訪問する』が多いが、代替手段の検討はなされているのでしょうか。（オンラインなど）

在院日数が短縮されているので、この流れで支援を行うには、連絡を密にとる必要がある。各職種が多忙の中でこの流れで行うのは、おそらく、全体の3割ぐらいだと思う。周知徹底を行うには時間がかかる。特に院内の医療スタッフ（医師・看護師）の理解が一番時間がかかると思われます。

どのようにこのフローを活用していくかが課題となると考えます。当院でも医療機関として「あるべき姿」として理解したことを現場（院内多職種）でどのように活用実践、周知していくか、院内マニュアルの作成と教育が課題になると感じました。院内にすでに多職種による退院支援に関するフローがあるため、新たなものを導入することは容易ではないと思います。医師、看護師の負担を増やすことは現実的には難しいです。

精神科病院の場合、精神保健福祉法により入院形態等が決まっています。一般病院と異なることがありますので、どこに表記するとよいかわかりませんが「別途お問い合わせください」など、表記いただいたほうがよいかもしれません。

ご本人がいる場所、対応する専門職により、「患者」「利用者」と呼び方が変わってしまうことはいかがでしょうか？

情報をあちらこちらとやり取りする現状としては、不足や重複もあると思う。個人台帳にアクセスし記入や閲覧ができる環境が整うことが理想ではあるが、難しいことも理解できる。算定できる書式は、国で決められており内容に偏りはないが、看護サマリーはそれぞれの事業所が導入しているシステムで様式の違いがある。内容は看護の視点からほぼ統一できていると思うが、記入者によって多少の差が生じる。

医療ソーシャルワーカーを中心に本人、家族、ケアマネと退院調整会議をぜひ行ってほしい。

各機関での状況

【病院】

入院時欲しい情報	退院時の情報提供について
<p>・ A D L 今までの活動範囲→入院直前の状態との変化等例) 家では歩いていた。寝たきり、車いす移動可等</p> <p>・ 食事：形態・自分で食べられるか、量・飲み込み状態</p> <p>・ 排泄：オムツ・トイレ、ポータブルトイレ等（夜はどうしているか？）・睡眠状態・認知症状の有無</p>	
<p>簡単でも良いので基本情報・ A D L 状況・介護サービスの利用状況。（ケアプランの概要など）・要介護度・家族状況など、CMさんも忙しいと思いますので、出来るだけの範囲の書類があればありがたいです。</p>	
<p>入院される患者様の家族構成や精神科病院の入院の同意のできる家族がいるのかや後見人がついているのかなどの家族の情報、患者様の現在治療している病名や受診している病院やクリニックの詳細、現在服用している薬の情報、患者様の A D L や支援や介護する上での注意点</p>	
<p>診療情報提供書、ADL確認票、検査データ、医療・介護保険情報、ご家族背景</p>	
<p>基本情報等は入院時のアナムネ等で確認しているため、それ以上の情報については退院支援で関わる中で転帰先等に応じて必要となる情報が違うため、ケースバイケースだと思います。</p>	<p>看護サマリーを代用することが多いです。</p>
<p>家族背景・家族関係、既往歴、利用しているサービス、介護保険申請の有無、担当ケアマネジャーがついているか</p>	<p>看護サマリー、リハビリサマリー、診療情報提供書</p>
<p>生活の様子：生活に関する意向 ADL・IADLの状況 1日の過ごし方 医療・介護サービスの利用状況</p> <p>家族の情報 関係性 KP 関わりの状況（協力体制） 病状に対する理解度</p> <p>現病歴：受診状況 薬情報（内服薬・外用薬） 処方通り内服しているか</p> <p>既往歴：経過観察中で定期検査が必要なもの アレルギーの有無</p> <p>障害者制度などの他制度の利用状況</p> <p>主治医・介護支援専門員の入院に対する意見</p>	<p>退院前訪問ができない状況にありますので、以下の情報があると退院支援をする際に大変助かります。</p> <p>入院前の介護状況、介護力、退院後の家族の介護力の見立て、協力者</p> <p>家屋状況</p> <p>利用できるサービスの具体的な内容、本人の状態に応じて、どこまで柔軟に対応してもらえるのか？介護保険サービス以外の社会資源（インフォーマルサポートなど）</p>
<p>サービス利用されていた方であれば情報提供を頂きたい</p> <p>ケママネの名前は言えても事業所名がわからない方もいるので、お薬手帳や保険証入れなどに名刺があると助かります。</p>	<p>新座市介護支援専門員書式検討委員会の書式を使用していますが、病院の医療情報提供書、看護サマリも添付</p>
<p>既往歴、かかりつけ医、介護度、入院前のADL自立度（食事の手配、摂食機能）（移動手段）、排泄の手段</p> <p>家屋状態（集合住宅・戸建て）家族構成、今後生活していくための目標</p>	

<p>薬剤師（薬局薬剤師に提供して欲しい情報）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・身体的症状（副作用） ・薬の管理 ・内服などで困っている事（本当は服用していない等） <p>栄養士</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食事摂取状況（2週間程度の摂取状況） ・食生活の状況（食傾向・嗜好・自力摂取or介助） ・食形態、嚥下の状態、アレルギー情報 ・身体状況（体重変化等） <p>リハビリ</p> <ul style="list-style-type: none"> ・食形態（何をどう食べているか） ・食事環境（1人なのか集団なのか） ・1週間スケジュール（どのように活動されていたか、インフォーマルも含む） ・外出機会（内容・頻度）、好きなこと、参加していたもの ・キャラクター・人生背景（訓練内容設定の際に情報をもらいたい） 	
<p>介護認定情報、サービス利用状況、入院に至る経緯、既往歴、生活歴、家族に関する情報（ジェノグラム キーパーソン 緊急連絡先介護力等）ADL(移動 食事 排泄 更衣 入浴)、アレルギー、認知症の有無（有の場合、療養上の問題点）</p>	
<p>①誰が薬剤を管理していたのか。（老々介護の場合患者家族に認知が低下していることが多く正確な情報が得られないことがある。また自宅に残薬がどの位残っているのかも知りたい）</p> <p>②食事を規則正しくとられていたか。自己の調理か家族か配食なのか。食事が不規則な場合、薬剤の用法変更を行う場合がある。</p> <p>③患者家族のおもい。家族との関係性もわかると良い（以前連絡をとられると困るとの事例あり）</p> <p>④把握している範囲内で薬剤の変更理由（変更理由によっては変更が難しい場合があるため。更に、特別な変更理由がなければ地域で標準的な薬物治療を概ね統一できると、各病院・施設間の患者移動がシームレスに行うことができ、地域全体で患者により良い医療を提供できるのではないかと思う）</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ・患者の医療的情報（病歴、かかりつけ医、リハビリ、服薬等） ・家族・親族等の情報 	
<ul style="list-style-type: none"> ・入院前の状態や情報（ADL、生活の状況、既往症、現病等） ・家族の情報（続柄、住所地、近親者との関係性、家族の仕事や在宅可能な時間、家族の生活状況として他に介護が必要なひとの有無など） ・退院後の行先などの希望 ・経済状況、家屋状況など ・かかりつけ医、かかりつけ薬局などの情報 ・介護サービス情報（通所、訪問、福祉用具等利用状況等） 	
<ul style="list-style-type: none"> ・発症するまでの生活状況 ・福祉サービス利用状況(利用していたサービスやサービス利用時の様子等) ・家族への配慮が必要な項目 	

【地域包括支援センター】

入院時の情報提供について	退院時欲しい情報
※厚労省が発出した様式に準拠していますので、多くの居宅支援事業所様と同じものだと思います。	看護サマリ リハビリサマリ 退院時の処方薬の情報
和光市フェイスシート、または利用者基本情報（要介護・要支援・プラン作成している総合事業対象者）	血液検査データ 診療情報提供書（元々外来患者が、当院入院の場合、外の病院に繋ぐわけではないので、診療情報提供書が作成されない場合があります）、退院時依頼をしてももらえずに医療連携が図れなかったケースがあった） 看護サマリー リハビリサマリー その他在宅での注意事項（運動制限、栄養制限など）
	病状、ADL、家族関係、緊急時連絡先、経済状況等の基本情報 服薬や退院後の通院 介護認定、身障手帳、精神保健福祉手帳、自立支援医療の有無 本人及び家族の病識の程度 入院中に問題となったこと
	疾患名（経過）、主治医、退院後の医療機関、受診方法、医療機関からの見立て、今後の病状の変化等、病状について本人と家族の理解、禁忌事項、留意点、医療処置、看護、リハビリの内容と退院後の課題、ADL（退院時）、精神面 認知症状、服薬管理、要介護度、障害等の認定等

【居宅介護支援事業所】

入院時の情報提供について	退院時欲しい情報
	ADLの変化、薬の変更点、認知症の進行具合、病気の経過、今後の通院の予定
フェイスシート使用	看護・リハビリサマリ、診療情報提供書
	疾病名（出来れば、現病だけでなく、既往もわかると助かります）、状態（ADL、IADL、認知状態、コミュニケーション能力、家族構成、経済状況等）、アレルギーの有無、治療の経過と今後の治療の有無、退院後の支援が可能か（再入院等）
システムに入っている	入院経過、食事状況（むせ、形態、カロリー、摂取量など）、排泄状況、入浴（一般浴、介助浴、機械浴）、リハビリの状況や体の動きの状況、退院後の生活の注意点、通院頻度、医療処置の内容、本人への病名告知、本人、家族の病気、障害等の受け止め方、禁忌事項
埼玉病院入院時にケアプラン、フェイスシート（和光市様式）、生活機能評価表をカルナで送付（和光市にも）→実際には、現場は見てくれている状況が多い。伝えたいことは、直接話している。 埼玉病院以外は、情報提供書を作成し、電話、FAX、直接持参（今はFAXにしている） 書式や支援ルールをどこまで統一するかを検討してはいかがでしょうか。	埼玉病院から、情報提供書と看護サマリは、カルナで退院時に言わなくても受信できる。リハサマリは添付されないため、添付してほしい。血液検査の結果もいただきたい。 退院時カンファで聞きたい情報を聞き取っている。 食事摂取状況や病状の理解度、今後の改善の見通しなど。 最終排便、失禁状況、最終入浴日などサマリにあればいいのですが退院後在宅でみるかどうか、しっかり話し合いをしてほしい。 退院カンファ後、サービス調整がすぐに整わない場合もあるので、整い次第退院になるなどの説明をお願いします。

【訪問看護ステーション】

入院時の情報提供について	退院時欲しい情報
※1看護サマリー（介護保険介入・医療保険介入どちらでも）算定なし ※2訪問看護の情報提供書（医療保険介入のみ）算定あり	・看護サマリー ・癌末期など、告知状況（麻薬管理状況） ・医療処置の内容と本人家族への指導内容と手技獲得状況

【高齢者福祉施設】

入院時の情報提供について	退院時欲しい情報
	診断名、入院中の経過（治療・リハビリ）、検査結果（血液データ・画像）、退院後の療養上の留意点、処方情報、食事に関する情報、ADL等情報、認知機能の程度、要介護度（寝たきり度・日常生活自立度）、ICについての理解度（本人・家族） ※当施設では、退院時に診療情報提供書・看護サマリー・リハビリサマリーをお願いしています

関係団体からの意見

【歯科医師会】

入院時欲しい情報	退院時欲しい情報
<p>現在の口腔内の状況</p> <p>腫瘍の治療の場合は病院との連携ツールがあり、あまり活用されているとは言い難いが保険的にも連携システムが構築されている。高齢者の場合は急な入院も多く求められれば情報提供するというのが現状致し方ないのかと思う。</p>	<p>1) 現在の口腔内の状況・入院中の変化；入院中に義歯紛失、不適合となって装着不能、全身麻酔の為に前歯が抜去されている、根から破折しているという事例は枚挙にいとまがない。2) 入院中の口腔ケアの状況；入院前に出来ていた口腔ケアが入院中にうまくいかず口腔環境が劣悪となって退院する事例多いが、逆も多い。退院後の方針の参考となる。2) 入院前の摂食状況、入院中の摂食状況；入院前は自分で普通食摂取あるいは嚥下食を経口摂取していたのが、退院時は胃瘻等になっている事も多い。経管から経口への訓練中に退院となる事も多い。退院時の状況と今後の方向性を知りたい。簡単で良いので、衛生士や管理栄養士による報告を作成していただくと良いと思う。</p>

【薬剤師会】

入院時欲しい情報	退院時欲しい情報
<p>服薬状況、調剤方法（一包化・粉碎など）、副作用歴、アレルギー歴。病院との情報不一致や、患者からの聞き取りでは忘れていたり、薬品名までの把握ができていないなどが多い。</p> <p>実際の服用薬一覧。疑義照会等で処方変更が多いが、病院の処方データに反映されていないことが多い。</p> <p>入院が事前に決まっているのであれば、1週間前には入院予定を伝えて欲しい。患者からの聞き取りが困難な事例が多く、ケアマネからの連絡が欲しい。諸事情で薬を預かっていることが多く、入院前に返せる。</p> <p>実際に服用中の薬の情報提供・・・手帳のシール患者の貼り忘れ、院内処方などによるずれなどかかりつけ薬局であれば把握できていることが多いと思われる。</p> <p>服薬指導や在宅訪問で知り得た生活状況や服薬状況また他科受診など情報提供</p>	<p>病名、既往歴、入院目的、主な検査値、調剤方法（左記同様）、服薬の管理状況、キーパーソン、SE歴、他院への逆照会の有無（入院目的以外の疾患は退院後、どうするかなど）</p> <p>退院の事実。週末・祝日などを考慮し、4日前には欲しい。</p> <p>入院中の服用薬一覧。もしくは退院処方の予定一覧。高額医薬品などを想定し在庫の確保に時間がかかる場合あり。入院中に発生した処方変更と理由。酸化マグネシウムなどを想定した調節服用中の薬。</p> <p>ケアマネの有無</p> <p>出席の有無に関わらず、退院カンファレンスのレポート</p> <p>入退院とは限らないがHbA1cなど医師が目指しているゴール。それを知ること教科書通りの指導をすべきか医師の治療方針を指導すべきか薬局が判断することができ、病院と薬局の医療不一致が解消。</p> <p>退院時の処方内容・一包化・粉碎などの情報</p> <p>在宅になるケースの場合 生活状況、家族のキーパーソン、ケアマネ等の情報</p> <p>入院～退院までの患者の主なイベントについて・・・ENT時の状況を継続することは案外大変であり、途中で体調変化などにより休薬や変更などしていることも多い。</p> <p>入院前後による処方薬の変更、病名、検査値、無菌製剤など係わる場合は薬局への対応の有無を確認。</p>

【理学療法士会】

入院時欲しい情報	退院時欲しい情報
<p>入院前のADL</p> <p>社会参加などを含めたIADL</p> <p>リハビリの有無を含めたプログラム状況(リハの目標を含む)</p> <p>リハビリの介入があればリハ経過(身体機能やADL)</p>	<p>退院時のADL</p> <p>病気の後やご家族様への説明内容</p> <p>リハビリをしていたらリハ経過(身体機能やADL)</p> <p>家屋評価を行った場合にはその報告内容</p> <p>血液検査や各種検査結果</p>

【栄養士会】

入院時欲しい情報	退院時欲しい情報
食事内容や環境を含めた食生活について、病状の理解度、本人の意欲、口腔や服薬、活動等を含めた食生活に関わる生活状況。	入院時の食事内容（食形態含む）、喫食状況、術後回復状況、退院時栄養指導についての理解度、病状の理解度、入院中血液データ、今後の栄養指導の予定。栄養士が関わっていない場合、栄養改善の必要性をケアマネや包括に伝えてほしい。

【歯科衛生士会】

入院時欲しい情報	退院時欲しい情報
口腔内の状況（残存歯の状況・治療歯の形態・義歯）に合わせた口腔ケアの必要性。 摂食嚥下の力にあった食形態の確認	入院後の自身での口腔管理能力の状況や口腔内の変化（むし歯、歯周病の進行、口内炎などの粘膜疾患の有無、痰の状況など）はどうか（口腔アセスメントを受けることで認識できる）、また、胃ろうや経管栄養になった場合など、退院後の口腔ケアの必要性、介助の必要性を伝える

第3回入退院支援ルール作成会議

1.エチケット・マナー
(1) 「全ての職種の皆様へ」 に対するご意見
「除法」→「情報」
②の項目…その分野での正式な専門用語の使用は仕方ないと思いますが、医療略語（医療英語）や介護現場での慣習的表現を使っていないか相互に注意が必要だと思います。
各職種の視点の違いを尊重し互いに学び合う姿勢で支援にあたることは患者の利益に直結すると思います。専門用語を使わないという点も具体的で実践しやすいと感じました。
④担当者が不在でも対応できる体制（むずかしい）→相談できる体制でいかがでしょうか。
担当が不在でとわからないと言われると困ることもあるので、県が作成したものに加え④を作成したのは良いかと思います。
(2) 「医師の皆様へ」 に対するご意見
①ケアマネジャーは医師を頼りにしています。→家族面談の際は、必要に応じてケアマネの同席をお願いいたします。
②お互いの視点を大切に、わかりやすく簡潔に相手に伝えましょう。→スムーズな書類の作成にご協力願います。 上記のように変更すべきと考えます。現行は表題と説明があていないと思います。
医師の情報、何より基本でありながら、なかなか依頼もしにくいので、このようにしていただくとケアマネも助かると思います。
「ケアマネは医師を頼りにしています」→「在宅支援はチーム連携が大切です」がいいと思います。 「ケアマネの話に耳を傾けていただくようお願いします」→「多職種連携をお願いいたします」がいいと思います。
②お互いの視点を大切に、わかりやすく簡潔に相手に伝えましょう。内容的には、②Dr意見書作成時の留意点でしょうか？
他は全て「〇〇しましょう」なのにここだけ「お願いします」だと、立場の上下がはっきりしている様で気になります。
②の項目…項目の表題の文章と、説明文の内容が合致していないように感じました。内容に合わせるのであれば、「介護サービス提供上の指示事項は迅速・簡潔にお願いします」など。
②書類を早く→書類を的確に
(3) 「病院スタッフの皆様へ」 に対するご意見
退院日の目途・死亡したときもすぐにCMに伝えることを再認識できる。
②「要介護か要支援か迷う場合」→「介護サービスが必要か迷う場合」に変更すべきと考えます。
①必ずしもケアプラン原案が作成されるわけではない。カンファレンスを行なう日の状況で作成できない場合が多い。 入院時等、治療や改善の方向性等がわからないとプラン原案作成できない。 なるべく退院カンファレンスは、やる方向でいてほしい。 退院カンファレンスしたからといって、すぐ在宅準備が整うとは限らない。 入院時、ケアマネが関わっているか、伝えられない人もいますので、包括を利用するむねを記述してはどうか
全ケースにおいて退院前カンファレンスを実施できるわけではないのが現状です。退院前カンファレンスを実施する場合、そうでない場合の説明があるといいと思います。
①の項目…退院前カンファレンスにケアプラン原案を持参することは実際には少ないように思います。カンファレンスでの注意事項やその時点での心身状況を踏まえ、その後に退院後のプランを作成する方が多いような印象です。カンファレンス後に急いでサービス調整を行う必要があるため「早めのお知らせ」をお願いしているのが現状です。
連絡の時点で、病院の所属、担当者の氏名はしっかり伝えるのは常識で書く必要もないのではないかと。
①入院になった疾患によって退院後のプランを考えていますが、退院前カンファレンスの内容を参考にして作成しています。ケース・ケースでの対応になると思います。
③退院での方向性に課題があるときは、早めにケアマネジャーへ知らせましょう。
地域包括支援センターへ相談→四市を超えた了解と考えてよいでしょうか。
退院前カンファレンス時に「ケアプラン原案」を作成となると、事前に退位後予想される介護サービスや福祉用具の提案をする。

<ul style="list-style-type: none"> ・退院前カンファレンスの準備に時間がかかるので、退院の目途を早めに知らせるのでしょうか？むしろサービスを調整するために時間がかかるのではないのでしょうか？ ・要介護が要支援か迷う場合とは、どんな場合が想定されるか？（介護保険未申請、要支援、ケアマネジャーが決まっていない場合などの表見のほうがわかりやすいのでは…）
<p>やむを得ない緊急退院以外は原則ケアマネジャーや地域包括支援センターなど在宅チームの皆様の意見を取り入れながら調整するよう心掛けています。一方的な事前報告だけでなく相談する意識を持てると、支援者だけでなくご家族や患者本人も落ち着いて調整ができると思います。</p>
<p>(4) 「ケアマネージャの皆様へ」に対するご意見</p>
<p>①の一番下の「利用者に渡さないようにしましょう。」となっていますがこれはおかしいと思います。利用者とは患者様のことを際していると思いますが、むしろ本人のことなので、本人に渡すのが、筋ではないでしょうか？私の認識不足もあるかもしれませんが、他方の方にもご確認願います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・利用者に事前に知らせておいても、必ずケアマネに連絡するとは限らない。 ・《入院時》かかりつけ医へ入院したことを必ずしも入院時に伝えなければならないのか？ ・《退院後》情報提供書やサリ等は利用者に渡してはいけない決まりがあるのでしょうか？ ・②「同僚」を「同僚等」へ変更
<p>《入院中》の項目…入院の時点で「退院時情報提供書」の依頼は“申し訳なくできない”というのが実際の心情ではないでしょうか。（その後、状態が大きく変わる可能性もあるので）。退院の目安が付いた時点で情報の提供を頂くよう事前に約束しておく、くらいのニュアンスではないかと思います。</p> <p>※レイアウトについてですが、全体的に説明文も箇条書きに近い表現にさせていただくと、より分かりやすくなると思います。</p>
<p>確認事項が多く大変ですが、情報があればしっかりしたプランになるので、情報が取りやすくしてあげたいと思います。</p>
<p>《入院前》 入院情報が入るよう → 入院情報が得られるよう 《入院時》 かかりつけ医へ入院した事の連絡を → 入院したことを連絡しましょう。 《入院中》 退院が決まったら情報が入るよう → 情報が得られるよう 「イエス」「ノー」で回答 → 「イエス」「ノー」やチェックで回答</p>
<p>内容を箇条書きにしてより見やすくしてもらえるとよいかと思います。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーが訪問された場合、個人情報取り扱いの兼ね合いもあり、本人家族の同意なしに病状を伝えられない。同意を得ていることがわかる方法があるか？ ・「退院時情報提供書」は、現状、各病院でサマリーと表現されていることが多い。「サマリーをください」と言われた場合、どの種類のサマリーを準備するかは各病院にゆだねられていると思います。 ・退院時情報提供書は利用者に渡さないようにしましょう とありますが、あえて記載されているのは何か意図があるのでしょうか？
<p>①「退院情報提供」「退院時情報提供書」等の文言について。この文言では、医療機関で医師が記載する、「診療情報提供書（紹介状）」と混乱が生じる可能性大。（仮に、そのままの文言で病院に伝えてくる方がいらっしまった場合には）上記と区別できるような、わかりやすい表記（名称）の検討が必要ではないか。</p> <p>②退院後の項目にある文章内、「利用者にわたさないようにしましょう」⇒病院では退院時共同指導書など、患者・家族からサインをいただいた書類を情報提供としてケアマネジャーに渡すこともありますし、「利用者に渡さないように」は強すぎる言い方のようにも思います。</p> <p>例：「医療機関側への確認なしに利用者とは共有しないように」などではいかがでしょうか・・・。</p> <p>③上記にも記載したように、医療機関ではすべてのケースに退院前カンファレンスが実施できるわけではないので、ケアマネジャー側からも、必要なケースについてはなぜ必要なケースなのかを含めしっかり伝え、カンファレンス開催の依頼を早めに伝えていただくことも重要です。この点について、文章化する必要性についてご検討いただきたいです。</p>
<p>かかりつけ医へ入院した事の連絡を入れましょう⇒利用者が係わっている事業者全てに連絡を入れましょう</p> <p>実際に自分も患者が入院した連絡を貰わずに利用者の自宅に行ったり自宅に電話を掛けても出ないので慌てて様子を見に行くケースが何度かありました。ケアマネの連絡不足で謝罪がありました。他の事業者（配食事業者など）も知らずに配達してしまった事例もあります。</p> <p>できれば＜入院時＞＜退院時＞の情報は必ず連絡をいただけるとありがたいです。</p>
<p>①の入院時の3段落目、「かかりつけ医、薬局」へと追加してもいいのでは？と思いました。過去何回かの会議で薬局についての論議があったので・・・</p>

<p>先日の代表者会議において、薬剤師会代表から、薬局には退院の連絡がなく、連携がとれないと意見がありましたが、ケアマネジャーに〇〇（特別な薬の処方等）の場合は、かかりつけ薬局にも連絡。等を追加したらいかがでしょうか。</p>
<p>(5) 其他のご意見</p>
<p>〇のついている表題だけにした方がシンプルでよいのではないのでしょうか？1枚で収まると思います。表題の説明はおそらく、すべての職員の方が、既にわかっていることだと思います。今回のポイントは「連携は、心配り（思いやり、歩み寄り、対話）から」につけるのではないのでしょうか？</p>
<p>2.利用者・家族向け周知用チラシに対するご意見</p>
<p>「緊急時連絡先」を加えてはどうか</p>
<p>「家族の連絡先」もいれてもらいたい</p>
<p>1の病院へ持参する中に緊急時の連絡先が記載されていると助かります</p>
<p>病院に担当ケアマネジャーの名前に「電話番号や事業所名」も追記した方がスムーズに連携がとれる</p>
<p>ケースに入れておく物について お薬手帳では把握できないかかりつけ医における処置（定期的な注射等）について、何らかの情報が記載された資料も一緒にいれておけると助かります（例：プラリアの次回注射を記した物など）</p>
<p>内容は良いと思います。字を大きくして、チラシをケースに保管してもらえそうな大ききでできたらいいです。イメージキャラクターはなくてもよいのでは。</p>
<p>「病院から説明」があったときは、説明内容を～とありますが、医療機関では、入院から退院まで、様々な職種からいろいろな「説明」がなされます。現在の表記では、抽象的すぎるように思います。チラシなので、あまり細かい内容も適切ではないのかもしれませんが、もう少し、具体的な内容が必要ではないでしょうか。</p>
<p>1つ 書いている場合 → 作成している場合</p>
<p>ご家族に渡すのは良いかと思います。家族が全然わからない場合は、担当しているCMを探すのは大変な部分であります。ヒントになる事業所とかわかればよいのですが、同じ様式があればありがたいです。</p>
<p>1つ目は、「いざという時に困らないよう医療保険証、介護保険証、診察券等の保管場所を決めておきましょう。」これは一つの案ですが、原案は変更したほうがよいのではないのでしょうか？入院せずに済めばそれにこしたことはないので、準備して置きましょう。とは言い方としてどうなんでしょうか。あくまで個人的な感覚です。</p>
<p>2つ目、5つ目の「必ず」は削除したほうがよいのではと思いました。何か強制しているように思えます。</p>
<p>退院の目途が→退院の目処がに修正</p>
<p>追記・修正ございません。</p>
<p>病院側としては患者様に保険証類を事前に準備して頂けると非常に助かります。</p>
<ul style="list-style-type: none"> ・チラシを渡していても、必ずしも利用者が連絡できるとは限らないと思ってほしい ・文字のフォントはもう少し大きい方がいいかと思います。氏名等記入欄も。
<p>安心セットに減額認定証（対象の方）を加える。</p>
<p>普段からの1つ項目に□障害者手帳（持っている方のみ）追加 もし入院したらの3つ目の項目に担当ケアマネジャーの名前と連絡先を追加</p>
<p>字が小さく、高齢者には見えない人もいるため、文字を大きく書いた方がいいと思う。 あんしんセット用に、B5程度の用紙に入れるものチェック表を作り（ケースに入れる用）、ケースも予め用意しお渡しすることは可能ですか？（ケースに入れている人も見かけるが、全てまとまっている人は少ないです。ケースもまちまち）</p>
<p>全体的に文字を一回り大きくする方がいいかな？と。 ※の2～4をまとめて「入院した時、病院から連絡あった時、退院の前に」とまとめて「とにかく電話ください！」と簡単にして、その下でもケアマネの名前、電話番号を大きく書き込める方がわかりやすいと思いました。 右上に記載する欄がありますが、やっぱりこれも小さいのとインパクトが弱く感じますので・・・</p>
<p>病院から在宅チームに情報提供を行うタイミングは診療が終了する目途がついてからとなります。退院の時期は、はっきりしない場合も多々あるのは、在宅側も理解して欲しい。</p>
<p>ケアマネがスムーズに行動するために、まず必要なものが伝わり、これでいいと思います。</p>
<p>普段から準備する物の中に追加 →介護保険負担割合証（理由：支援を考えるにあたり、利用料金等調整が必要な方がいらっしゃるため）</p>

- ・花のマークはきれいですが、「5つのお願い」の「☑1つ」などの表記がタイトルの5つとのつながりがわかりにくいと感じました。
- ・「1つめのお願い」のような明確な書き方がよいのでは。
- ・医療保険証の後に、「各種受給者証など」を追記。
- ・診察券の後に、「（各医療機関のもの）」を追記。

普段から・・・

1つ 通院・入院時あんしんセットを・・・の部分で、1つとなると保険証などの中から1つだけ準備とってしまいました。5つのお願いという事でそのようにしたのかと思いましたが、①②③④⑤でも良いかなとは思いました。

4つめ項目で 進めるため。→進めるため、

- ①「通院・入院時あんしんセット」の内容にある「介護保険証」に「および負担割合証」を追記していただくことは可能でしょうか。
- ②全体的なレイアウトとして、文字フォントを大きくしていただくともっとわかりやすいと思います。

3.その他のご意見

「通院・入院時あんしんセット」は、入退院時のみではなく、急変時に救急隊と連携を取れるようなものになるといいと思いました。急変時に、救急隊が「通院・入院時あんしんセット」を見れば、飲んでる薬、かかりつけ等がすぐ把握でき、迅速な対応につながります。岩手県紫波町では、そのような取組を進めているようです。

支援ルール標準例

- ・医療機関の役割で、ケアマネに入院中の様子を情報提供→入院経緯、治療内容等を入院時も情報提供してほしい。入院中のリハ計画作成時に在宅生活の目標を一緒にたてられるといい
- ・外泊だと、介護保険は利用できないことを理解してほしい
- ・転院時は、ケアマネが動けない。今後在宅の方向性がない場合は、包括への連絡等検討項目にしてほしい
- ・和光市では栄養改善で介入できるため、退院カンファに栄養士も参加できるといいが、等に入ると認識
- ・埼玉病院のカルナの種類もこちらにするのか回答お願いします

今まで、在宅患者さんが入院したこと、退院したことを薬局が知らなかったということがあった。

何う当日に、自宅で死亡されていた時にケアマネさんが知らせてくれたことがありましたが、情報は患者さんに係わっている全員で、共有したいと感じました。

病院から在宅チームに情報提供を行うタイミングは診療が終了する目途がついてからとなります。退院の時期は、はっきりしない場合も多々あるのは、在宅側も理解して欲しい。

周知チラシは、全高齢者に知ってほしいですね。

しかし、必要になった時しか見ない可能性は大きい。介護保険証が渡された時点で、もしもの時のためにこのように思っていてください、と、お知らせしておけたらと思います。

「退院調整が必要な患者の目安」の、環境的な項目の中に、住環境の問題を入れてはどうでしょうか？

片付けられない散らかった環境で生活していた方が、入院で機能低下し福祉用具を導入しようとしても、ベッドや車椅子が使用できず困ったケースがありました。

色々気を使うので大変ですが、そうすると全部「〇〇しましょう」になってしまって、それも不自然な感じです。要点は「しましょう」として後は箇条書きとかにする工夫をした方が見やすく受け入れ易いかと思いました。

入院時情報提供書①について

1.在宅時の医療状況について：かかりつけ医、歯科医、薬局に加え、訪問看護の欄を追加してほしい。介護サービスの利用状況なかで、訪看の記載ができると思うが、医療保険で介入している場合もあり、記載が漏れてしまう恐れがあり。また、訪看が導入できている状況が分かれば、病院側も退院時にスムーズに看護師へ情報提供しやすと思います。