

中京区在宅医療介護連携推進協議会における二つのワーキンググループ(WG) 在宅資源情報と入退院支援（ゆるいルール）の活用に向けて

「中京区在宅医療介護連携推進協議会」では、多職種の協議機関としての協議・検討と並行しながら、「入退院支援」と「在宅資源」の二つのワーキンググループによる連携のためのシステムづくり(作業)を行っています。

1. 在宅資源ワーキンググループ(WG)

在宅資源 WG では、地域の在宅支援のための生きた資源情報（各専門職団体・機関の情報）をまとめた「在宅資源情報一覧・マップ」を作成しています。

➡地域の医療・介護関連機関の情報は➡在宅資源ページからご覧になれます

2. 入退院支援ワーキンググループ(WG)

入退院支援 WG では、スムーズな入退院支援に向けた種々の課題の抽出・解決策の検討を行っています。その中で、既に在宅支援チームが関わっている療養者が入院した場合の病院関係者と在宅支援チームとの連携・協働について、介護支援専門員（以下ケアマネジャー）と病院の連携を進める「ゆるいルール」を形として作成しています。

➡入退院支援におけるケアマネジャーと病院の連携・協働ゆるいルール(活用に向けて)

➡住み慣れた「なじみの場所」に戻る事、その人らしい暮らしの継続（QOL）、そして最期の時の尊厳をまもる事（QOD）につながります。

ケアマネジャーは、その方の入院前の生活状況・療養環境が分っています。家族との関係や地域で生きてこられたその方の歴史を知っています。介護保険制度にとどまらず、公的サポート・インフォーマルサービスについても地域の情報を持っています。病院医療者は、多くの場合、初めてその患者と出会い、世帯構成の変化（独居・高齢世帯）もあり、それまでの暮らしを知るすべがない場合が多くなっています。しかし病院医療者は、病状・今後の病態予測も踏まえた医学的状況の判断、病気そのものや加齢に伴う変化をうけ ADL・嚥下機能や認知機能へのアセスメントができます。

ケアマネジャーと病院医療者が、早期に連携し、在宅療養において継続する医療・看護・ケアの視点を退院後のケアプランに反映するために早期からの協働が求められています。

そして、何より重要な事は、本人の望む暮らし・人生を遮断しないという事です。

【入院決定から退院までの3段階プロセス：重要な連携・協働の時期】

- 第1段階→入院前の暮らしぶりを知り、入院目的・治療方針から「退院時の状態像」を予測し、退院支援・在宅療養調整の必要性がわかる
- 第2段階→医療選択・療養方法や療養場所選択の意思決定支援、自立に向けたリハビリ評価（残存能力を引き出し暮らしを再構築）・自立支援
- 第3段階→暮らしの場へ移行するための準備・調整

引用：宇都宮弘子オフィスHP www.utsunomiyahiroko-office.com

◇今回、WGでは、「入院早期」に限定したこうありたい姿の共有を行いました。入院決定から、入院時1週間以内をイメージして、病院側の役割・在宅支援チーム、特にケアマネジャーの役割を提示したものが今回作成した「入退院支援における病院とケアマネジャーの連携・協働ゆるいルール」（フロー図）になります。

【活用のポイント】

①在宅療養

ケアマネジャーは、療養者・家族に対して、医療との連携、特に入院した場合の病院との連携の意味を伝えておきましょう。

病院側は、退院支援システムの構築を進める上で、ケアマネジャー、地域包括支援センター等、在宅支援チームとの早期からの連携について院内で共有し、実践する仕組みを作っておきましょう。

②入院～7日以内

入院時情報提供書を作成し、病院へ訪問等で提供する場面をより効果的にする方法を書いています。

※緊急入院の場合は、病院の退院調整部門に、患者の状況等から、訪問する日程や病棟を事前に確認にして、退院調整担当者や病棟看護師が計画的に、ケアマネジャーと話せる事を目指します。

※在宅での状況の共有と、病状や治療方針、ある程度の見通しを共有し、退院について方向性を相談・確認していく。

※状況に応じて、医師から療養者・家族への病状説明の場や、入院中のカンファレンスに、ケアマネジャーが同席・参加する事も検討します。

※退院前カンファレンスの開催が必要かについても早い段階で相談しましょう。

参照：入退院支援におけるケアマネジャーと病院の連携・協働ゆるいルール

（改定：H30年度版）

記載シート：CMから病院への入院時情報提供用紙は共通書式ダウンロードページへ