

2020.1.8 時点

沖縄県における入退院 支援連携に関する基本 指針（案）

～ 入退院支援連携に関する基本的な心得等 ～

沖縄県

令和2年〇月

はじめに

- 入院から退院への円滑な移行にあたり必要と考えられる調整ルールや様式等の策定については、県内各圏域において地域の実情に応じた取組が進められています。
- 当基本指針は、どの圏域においても共通して取り組みたい基本的な心得等を、改めて全県的な一つの指針として定めるものです。
- 入退院支援連携に関わる多くの医療・介護関係者の声を拾い上げ、各専門職団体から構成されるプロジェクトチームにおける素案の作成及び各圏域での意見交換を経て策定に至っています。
- 入退院に関して、「ご本人・ご家族に対するお願い」、「病院関係者の心得」、「介護関係者の心得」として、それぞれ三者に対して、特にお願いしたいこと、特に心得て頂きたいことの基本的な事項をまとめるとともに、医療・介護関係者に対しては、より理想的な入退院支援連携とは何かを考えていただくため、参考事例を掲載しています。
- 県内各圏域での取組を効果的に進める上で、入退院支援連携に関わる関係者が、本人の意思やお互いの専門性を尊重し協働するための基本的な行動規範として参考にして頂くとともに、入退院に関わるご本人やご家族への意識啓発等にもご活用頂けたら幸いです。

< 編集 >

➤ 沖縄県地域包括ケアシステム推進会議：入退院支援連携プロジェクトチーム

(委員)

高山 義浩 沖縄県立中部病院感染症内科・地域ケア科 副部長
新屋 洋平 中部徳洲会病院 在宅・緩和ケア科 医長
古田 浩史 宮古地区医師会 在宅医療・介護連携相談室 輪 コーディネーター
松島 一夫 沖縄県歯科医師会 専務理事
田中 桂子 沖縄県看護協会 常任理事
笠原 大吾 沖縄県薬剤師会 在宅医療担当理事
樋口 美智子 沖縄県医療ソーシャルワーカー協会 会長
久志 紫乃 沖縄県リハビリテーション専門職協会 副会長(言語聴覚士)
友寄 功三 沖縄県介護支援専門員協会 副会長
與那嶺 康 沖縄県有料老人ホーム・高齢者住宅協議会 代表理事
知念 亜希子 浦添市 いきいき高齢支援課 主幹

(オブザーバー)

城間 寛 沖縄県医師会 担当理事
奥間 裕次 医療法人おくまクリニック 院長
下地 孝子 医療法人球陽会 海邦病院 看護部長
宮城 愛子 沖縄県看護協会 訪問看護ステーションはえばる 訪問看護師
譜久山 文子 介護老人福祉施設 緑樹苑 施設看護師
秦 克之 中頭病院医療相談室 室長 医療ソーシャルワーカー
福地 和子 八重瀬町 民生委員

➤ 圏域別調整会議

(北部圏域) 第1回：28名 第2回：25名
(中部圏域) 第1回：43名 第2回：34名
(那覇・浦添・南部圏域) 第1回：46名 第2回：39名
(宮古圏域) 第1回：16名 第2回：15名
(八重山圏域) 第1回：18名 第2回：18名

< 意見提供 >

入退院支援連携指針作成研修会 参加者 70名余

< 事務局 >

沖縄県子ども生活福祉部高齢者福祉介護課

※関係事業受託団体：沖縄県医師会、沖縄県医療ソーシャルワーカー協会

～ 入退院に関するご本人・ご家族へのお願い ～

1. どのように暮らしていきたいか、身近な人に伝えておきましょう。

歳を重ねるにつれて、心身の機能が衰えてくることは避けられません。けれども、どのような状態であっても、地域で暮らしていく方法があります。歩けなくなったとき、食べられなくなったときなど、状態に応じた暮らし方について、あなたの希望を家族など身近な人へと伝えておくことが大切です。今後の見通しなど、よく分からないときには、かかりつけ医に相談してみましょう。

2. 救急を受診するときには、医療や介護の情報を持参しましょう。

かかりつけ医以外の医療機関を救急受診する場合は、お薬手帳のほか、過去の病気や手術の内容、受けている介護の内容、今後の治療についての希望などの情報をまとめたもの※があれば、持参してください。こうした情報があることで、診断が迅速になり、より適切な治療に繋がります。外出中に体調を崩して急な受診になることもあります。すぐに家族やケアマネジャーに伝えられるよう、名前や連絡先の記載されたものを持ち歩きましょう。

3. 入院治療を受けているときも、自分の考えをはっきり伝えましょう。

分からないことや納得のいかないことを先送りせず、医師に説明を求めましょう。身近な人にも相談しながら自分らしい生き方に沿った治療が受けられるよう努めてください。家族も、治療方針を決める話し合いには積極的に参加するなどして、本人の気持ちが伝わるように支援してください。また、退院後のサービス調整が必要になることもあるので、話し合いに参加してもらうようケアマネジャーや入所施設の担当者にも連絡してください。

※救急医療情報キットや意思決定支援のためのパンフレットなどにある情報共有シート（例：「命しるべ」パンフレット（沖縄県、沖縄県医師会作成））などを指します。医療保険証やお薬手帳などと合わせて、日ごろから急な受診に備えておきましょう。

～ 入退院支援連携に関する病院関係者の心得 ～

1. 入院前の生活状況を把握して、退院後の療養継続をめざしたケアを実施してください。

高齢者の中には自分の考えや思いを上手く伝えられない方もいます。本人や家族の思いに耳を傾け、入院前の生活状況を把握しましょう。できるだけ退院後も本人や家族の希望する生活へと戻れるように、早期からケアの方針を検討し、薬剤調整やリハビリテーションを開始してください。特に、早期離床を含んだ排泄の支援、口腔ケアを含む摂食嚥下の支援を心がけてください。

2. 入院中のカンファレンスには、ケアマネジャーにも連絡してください。

治療方針の選択によっては、自宅や施設における生活が困難になる場合もあります。退院後の生活に関わる治療についてのカンファレンスには、緊急の処置を除いて、本人や家族だけでなく、できるだけケアマネジャーをはじめ在宅医療・介護関係者などにも連絡してください。

3. 退院の見通しが立ったときは、早期にケアマネジャーに伝えてください。

入院前の身体機能や認知機能に変化があるときなど、自宅や施設での事前の調整が必要になります。退院直前の連絡では、患者さんが安心して生活できなくなることも考えられます。家族や介護関係者の不安が強いときは、退院前のカンファレンスを開催し参加を呼びかけてください。

4. 救急外来で、施設職員等を長時間にわたり引き留めないでください。

本人に付き添ってきた施設職員や訪問看護師、ケアマネジャーに対して、長時間にわたり家族に代わる役割を求めることはできません。他の業務を抱えていることもあるため、入院手続き等のために救急外来で長時間にわたり引き留めることがないようにしてください。

～ 入退院支援連携に関する介護関係者*の心得 ～

1. 救急受診にあたっては、本人の医療や介護の情報を伝えてください。

かかりつけ医以外の医療機関を救急受診する場合は、お薬手帳のほか、過去の病気や手術の内容、受けている介護の内容、今後の治療についての希望などをまとめた情報シートを持参してください。特に介護施設等に入所している方については、受診先の医師や看護師に最近の状態の変化（血圧や体温の変動など）についても報告してください。こうした情報の迅速な提供方法について、救急受診時に混乱し渡し忘れがないよう、家族や職員との間で事前に打合せておきましょう。

2. 入院中のカンファレンスには、積極的に参加してください。

本人の今後の暮らしを支えていくためにも、治療方針の選択、例えば新たな医療的ケアの導入など、退院後の生活に関わるカンファレンスには、積極的に参加するようにしてください。また、自宅や施設への受け入れが困難な場合は、退院直前に伝えるのではなく、介護関係者の側からもカンファレンスの開催を呼び掛けてください。

3. 治療終了後には、速やかに生活へ戻れるように調整をしてください。

入院の長期化は、患者さんの身体機能を低下させたり、認知症を進行させる原因ともなります。自宅や施設での安心した生活が送れるよう、地域の資源も活用しながら迅速に調整してください。入院治療を必要としている他の患者さんのため、介護の事情で病床を使い続けることがないよう協力してください。

※ケアマネジャー、介護福祉士、施設職員、地域包括支援センター 等

参考事例紹介

本人の意思を尊重した 理想的な入退院支援連携とは？

次に紹介する参考事例は、医療・介護の関係者が、「ご本人・ご家族へのお願い」「病院関係者の心得」「介護関係者の心得」を確認する上で、より入退院支援連携への理解が深められるよう、作成しました。

本人の意思を尊重し、希望する療養生活を実現するためには、どのように多職種が協働すれば効果的か、実例をもとに、関係者が意見を出し合って構成しています。

どの事例にも共通することは、本人の意思を尊重すること、本人・家族、本人の大切な人、本人をよく理解している多職種が、一緒に考え取り組んだことです。

入退院支援連携の実践に活かしていただけたら幸いです。

- ◆ お願い・心得との対応について：括弧内は「入退院に関するご本人・ご家族へのお願い」、「入退院連携に関する介護関係者の心得」、「入退院連携に関する病院関係者の心得」の対応項目（ex. 「ご本人・ご家族へのお願い」の項目3は、「本人-3」）

事例① がん終末期

本人が病状をよく理解し、残された時間の過ごし方をはっきり伝えたことによって、多職種が協働し、本人の希望する療養環境を作ることができた事例（本人-3、介護-2、病院-2）

事例② 離島在住

本人が日頃から島で暮らしたいと伝えていたことを、情報シートで多職種が共有・連携し、一人暮らしが早期に実現した事例（本人-1、介護-1.3、病院-1.3）

事例③ 施設入所

本人は意思表示が困難だが、本人の性格や希望をよく理解していた職員が、本人が元気な頃の希望を多職種に伝えることで、療養方針を協議し、本人が希望していた療養先に戻れた事例（本人-1、介護-2）

事例④ 身寄りがない独居

本人の希望する生活を見守るために、入院をきっかけに行政機関や病院・地域の支援者が連携し、自宅での暮らしを再出発させた事例（介護-3、病院-1）

事例①

76歳 男性 タダシさん

要介護2で有料老人ホームに妻とともに入所していた。半年前に前立腺がんを指摘され病院で化学療法を行っていたが、徐々に衰弱してきた。多発転移もあることから、本人の希望もあり妻のいる施設に戻ることもとなった。

	在宅医療・介護関係者	病院
入院治療	<p>本人-3</p> <p>訪問看護と訪問診療の導入を条件として、受け入れ可能と回答。</p>	<p>本人は病状をよく理解しており、「残された時間は、妻と一緒に住み慣れた施設で過ごしたい」と強く希望している。</p> <p>地域連携室より施設側に、終末期患者の受け入れ可否の確認。</p> <p>終末期患者の訪問看護と訪問診療を依頼。</p>
	<p>介護-2、病院-2</p> <p>退院前カンファレンス（病棟）</p> <p>タダシさん、子供たち、ソーシャルワーカー、病棟看護師、病棟主治医、訪問看護師、ケアマネジャー、施設相談員、診療所看護師が出席して話し合いをもった。タダシさんの意思を確認し、妻と過ごす時間を持つために施設に戻る方針を確認。施設は療養生活の支援を担当し、疼痛コントロールなど医療面については、訪問看護が24時間体制で対応すること、診療所が訪問診療で経過を確認し、必要に応じて往診できることを確認した。また、施設での療養継続が困難と判断されたときは、いつでも再入院が可能であることを病院側が説明した。なお、認知症のある妻への病状説明はゆっくり行っていくこととした。</p>	<p>施設の送迎車により退院となった。</p>
	<p>施設で退院したタダシさんの迎え入れ。玄関先では、妻と職員、入居者がともに「退院おめでとう」と迎え入れた。</p> <p>退院後カンファレンス（施設）</p> <p>タダシさん、家族、病棟看護師、訪問看護師、訪問薬剤師、診療所医師、訪問歯科医師、ケアマネジャー、訪問リハ担当者、そして施設職員らの出席により話し合いをもった。まず、診療所医師より想定される経過について説明があり、病棟看護師から入院中の様子について説明があった。改めて、施設でともに過ごしたいというタダシさん夫婦の意向を確認したうえで、その希望に沿ったケアを提供することをチームで確認した。ケアにあたっての注意点など、施設職員からの質問には診療所医師と訪問看護師が回答した。</p> <p>当面は週3回の訪問看護として、24時間の対応体制をとった。また、月2回の訪問診療を予定し、訪問看護からの要請により往診が行うこととした。麻薬については、訪問薬剤師に管理を依頼した。</p>	
退院後		



タダシさんは、自分の病状をよく理解したうえで、今後どのように過ごしていきたいかを医師や施設の担当者にはっきりと伝えました。そして開催された退院前のカンファレンスでは、家族も積極的に参加して治療方針が話し合われました。施設の暮らしへ戻った後、在宅チームも連携を深め、タダシさんは希望する生活を続けることができました。

事例②

82歳 女性 ヨシさん

離島在住

離島在住。脳梗塞により杖歩行となっており、最近は食事のあとにムセるようになっていた。島には身寄りはなく、子供たちは本島で暮らしている。要支援2でデイサービスに通っている。

	在宅医療・介護関係者	病院
在宅療養	<p>日頃よりヨシさんは、「できるだけ島で暮らしたい」と周囲に希望を伝えていた。</p> <p>島の地域包括支援センターのケアマネジャーと本島にいる子供たちは、緊急入院時の対応や連絡先について、旧盆の帰省時に打ち合せしていた。</p>	<p>本人-1</p> <p>介護-1、病院-1</p>
救急受診	<p>デイサービスで、発熱と呼吸苦を認め、消防団により診療所へと搬送され、肺炎の診断によりヘリ搬送となった。本人は「もう、これで島には帰れなくなるのかね」と不安を口にしていた。</p>	<p>誤嚥性肺炎の診断により緊急入院。酸素投与と抗菌薬療法が開始となる。ヨシさんの島での治療内容や意思については、情報シートで伝えられた。</p>
入院治療	<p>介護-3、病院-3</p>	<p>入院3日目には解熱、酸素投与も終了した。リハビリにより歩行機能も回復。誤嚥性肺炎の予防のため口腔ケアも実施。</p> <p>嚥下機能検査により、今後は食形態の変更が必要であることが明らかになったが、本人の希望も踏まえて早期に島に戻れるよう調整することとなった。</p> <p>退院前カンファレンス（病院と離島をウェブ中継）</p> <p>インターネットのビデオ通話サービスを活用して、病院側からヨシさん、息子、ソーシャルワーカー、病棟看護師、主治医、離島側からケアマネジャー、デイサービス担当者、診療所看護師が出席して話し合いをもった。ヨシさんの意思に従って、できるだけ島での暮らしが続けられるよう支援する方針を確認。島のケアマネより、病院で提供している嚥下食の内容について文書で報告するほか、本人に対して作り方を指導するよう求めがあった。</p> <p>病院の管理栄養士からヨシさんに嚥下食の作り方を指導した。「これなら私でもやれるさあ」</p> <p>息子に付き添われて退院となった。</p>
退院後	<p>診療所に通院し、医師に経過をみてもらった。ケアマネジャーは、病院からの報告書を参考に、嚥下食の素材について購入できるかを確認。品揃えにないものは、今後、商店が取り寄せ置いてくれることになった。</p>	



ヨシさんは、日ごろから、できるだけ島で暮らしていきたいことを身近な人に伝えていました。周囲の人たちもその想いをよく理解しており、病院への情報提供シートにも記載されていました。その想いをもとに、治療が終了したら早期に島へと戻れるよう関係者が調整を行いました。こうして、ヨシさんは島での暮らしに戻ることができました。

事例③

78歳 男性 マコトさん

施設入所

4年前に脳梗塞を発症して要介護4となり、有料老人ホームに入所した。軽度の麻痺と言語障害があるが、好き嫌いの意思表示は明確である。リハビリへの意欲は強く、短距離なら歩行が可能である。家族との関係は疎遠。

	在宅医療・介護関係者	病院
救急受診	夜間の施設職員による巡回時に、高熱と発汗を認めたため、近隣への病院へと救急搬送された。	急性腎盂腎炎の診断により緊急入院となり、補液と抗菌薬療法が開始となる。
入院治療	介入-2	入院10日目に抗菌薬は終了となったが、左半身の動きが悪いことに看護師が気づき、頭部MRIにて脳梗塞発症が確認された。患側の完全麻痺のほか、嚥下機能の低下を認めた。
	病棟カンファレンス 主治医、病棟看護師、病院の言語聴覚士(ST)、施設看護師、施設管理者、ケアマネジャーが出席して話し合いをもった。家族に連絡したが出席はなかった。医師より、栄養状態の保持には胃瘻栄養が良いとの説明があった。しかし、施設側より、本人が納得していない様子との指摘があった。そこで、リハビリの経過をみて嚥下機能を再評価することとし、退院に向けたゴール設定を再検討することとした。	
退院後	在宅と病院のSTが連携し、病院の看護師に対して退院後の生活に即した適切な食形態と嚥下姿勢について提案。	内服薬（安定剤）の調整により日中の覚醒を促しながら、施設側の提案も取り入れたリハビリを実施。
	本人-1	本人の強い希望もあり、今後は施設でリハビリ継続することとし、退院となった。



マコトさんは口から食べるのが難しい状態となりましたが、治療方針について本人の意思を確認することは困難でした。治療方針を検討する話し合いにはそれまでケアを行ってきた施設の関係者からも積極的に参加し、本人の性格や希望を伝えました。そして、マコトさんの希望通り、施設に戻ってリハビリが続けられるようになりました。

事例④

88歳 女性 シズエさん

身寄りがない独居

10年以上前に夫が亡くなり、以来、身寄りもなく集合住宅の2階に独居。生活保護を受給している。持病を指摘されたことはなく、通院先もなく元気に暮らしてきた。地域での交流は活発で友人も多かった。

	在宅医療・介護関係者	病院
在宅療養	<p>服装の乱れや約束した予定を忘れるなど、友人たちが認知機能の低下に気づき、地域の民生委員に相談があり、地域包括支援センターの職員が本人宅を訪問した。しかし、本人は何も困ってないと主張し、民生委員による見守りの方針とした。</p>	
救急受診	<p>近隣の友人が訪問した際に、高熱と左足の痛みを訴えて、動けなくなっていたため、近隣への病院へと救急搬送された。</p>	<p>蜂窩織炎の診断により緊急入院。抗菌薬療法が開始となる。異臭が強く、長らく入浴していないことも原因と考えられた。また、新たに軽度の糖尿病を指摘された。</p>
入院治療	<p>地域包括支援センターとして、要介護認定の申請など生活支援サービスの検討。ケアマネジャーにも対応を依頼。</p>	<p>入院翌日に解熱し、5日目には左下肢の発赤も改善してきた。歩行も問題なくできるようになったが、食事の管理と足の清潔保持に生活支援が必要と考えられた。</p>
	<p>退院前カンファレンス</p> <p>本人、主治医、病棟看護師、ソーシャルワーカー、管理栄養士、地域包括支援センター職員、ケアマネジャー、ケースワーカー（生活保護）が出席して話し合いをもった。主治医より、糖尿病に対する服薬が必要であることが説明され、退院までに食事指導を行うとともに、新たにかかりつけ医を決めて通院することとなった。認知症もあるため服薬管理を訪問薬剤師に依頼することとした。また、要介護認定を申請して、生活支援を依頼することとした。</p>	
	<p>地域包括支援センターと生活保護の担当者が相談し、退院後は配食サービスを導入することで合意した。</p>	<p>病院の管理栄養士からシズエさんに食事指導を行ったが、認知機能の低下もあり、糖尿病食の準備は困難との評価であった。</p>
退院後	<p>友人や民生委員の見守り協力により、自宅での暮らしを再出発させた。診療所への通院も始まり、薬剤師の服薬管理と配食サービスで糖尿病は良好になった。</p> <p>要介護1と認定され、ケアマネジャーと相談し、デイサービス等の支援を組み合わせ足も清潔に保つことができるようになった。</p>	<p>友人に付き添われて退院となった。</p>



シズエさんの退院後の生活について、病院では早期に課題を見出し、地域包括支援センターの担当者に連絡しました。生活保護の担当者も交えて、自宅での療養生活が安全に続けられるよう退院予定日までに調整が行われました。その結果、シズエさんは軽度の認知症を抱えながらも、地域の見守りのなかで暮らし続けていくことができました。