

# 入退院時の医療・介護連携とACP

～病院と地域が切れ目なく“情報を共有する”ために～

令和8年2月16日（月）  
済生会金沢訪問看護ステーション  
管理者 河原美由紀

# 現状

## 入院時

- ・ 訪問看護サマリーを病院へ送付、担当CMに電話やMCSで共有
- ・ 入院前の生活情報、何を大事にしてどう過ごしたいかなど、生活者として『らしさ』が伝わるように情報提供している（するようにしている）…が、できているか？
- ・ 母体病院ではサマリーだけでなく、対面で情報共有ができるメリットがある

## 退院時

- ・ 病院から連絡があり退院前カンファレンスへ参加（おそらく参加率100%）
- ・ 退院の連絡があった際には、できるだけカンファレンスの設定をお願いする（退院支援のイメージができる、連携する多職種に会える、退院時共同指導加算が算定できる）
- ・ 事前にサマリーをFAXで頂くこともある、ほぼ情報がないままカンファレンスに参加となる場合もある

## ACPについて

- ・ 何を大事にしたいか、どう過ごしたいか…など大事な言葉や場面は記録に残し共有している記録の工夫として『#ACP』とタグ付けし、経過を抜粋できるようにしている
- ・ ACPメモは活用できていない。訪問看護記録と連動していないこともあり、有効活用できていない

## 課題・要望

- ・訪問看護サマリーがどこまで大事な共有事項として『繋ぐ』ことができているか？ サマリーでどう伝えるか、受け取り手がどう情報をとるか
- ・多職種が共通認識をもつ  
(総合的な目標や重要な課題、利用者・家族の要望、病状の理解度等)
- ・病院と在宅との入退院連携：退院決定からのカンファレンスが主だが、入院中から連携することで、退院時期のタイミングを相談したり、より意向に添った支援ができるのではないか
- ・在宅医療と介護の連携した対応が求められる場面=ACP 4つの場面  
(①日常の療養支援 ②入退院支援 ③急変の対応 ④看取り) を意識した取組
- ・そして繰り返しのACP
- ・在宅側の緊急退院の受け入れ体制を整える：IDLinkの活用
- ・あるコラムの一文：介護職は「医療的マインド」を持ち、医療職は「生活を支える視点」をもって連携することが大切

# 入退院時の 医療・介護 連携指針

より良い連携のために  
(P21)

- \* 患者、利用者のことを見第一に考え行動しましょう
- \* 患者、利用者の思いなどについて、関わる職種間で共有しましょう
- \* 早期の連絡調整を心掛けましょう
- \* お互いの役割、立場を理解し尊重しましょう
- \* 専門用語は使いすぎず、わかりやすい言葉で伝えましょう
- \* 相手のできること・できないことを理解するように努めましょう
- \* それぞれの得意分野を生かし、協力し合いましょう
- \* 個人情報の適切な管理を行いましょう

# 訪問看護 ステーション 連絡会の活動

## ・ACP普及活動

平成30年から能登・金沢・加賀の各地区で研修会（模擬人生会議等）を開催し、令和4年から医療従事者や地域住民を対象にACP出前講座を実施している。

年度	医療従事者	地域住民
R4 年度	2ヶ所20名 (地域包括支援センターケアマネ)	6ヶ所375名 (地域包括支援センター・公民館等)
R5 年度	4ヶ所195名 (県立中央病院・社会福祉協議会等)	7ヶ所143名 (地域包括支援センター・公民館等)
R6 年度	3ヶ所118名 (KKR北陸病院・特養 等)	6ヶ所114名 (地域包括支援センター・民生委員等)
R7 年度	7ヶ所131+ $\alpha$ 名 (金沢医療センター・社会福祉協議会等)	8か所170名+ $\alpha$ (地域包括支援センター・保健センター等)

## ・いしかわ診療情報共有ネットワークの活用

HNH、IDLinkについて「活用できていない」「よく分からない」という意見が多くかったため、昨年12月に勉強会を開催（講師：清水先生）