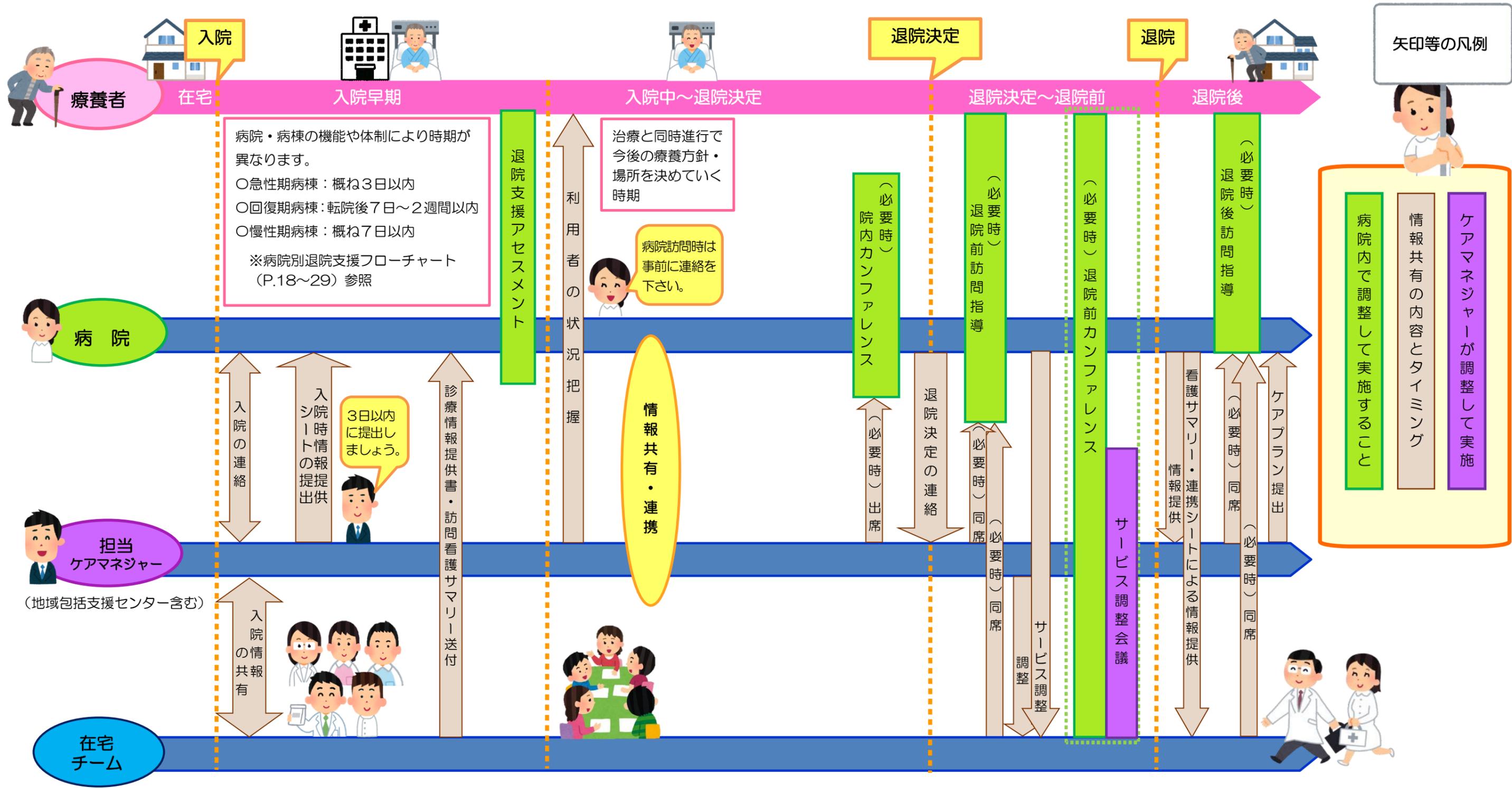


# 1- (1) 入退院時連携フロー図

※入院前に要介護認定を受けて

いる（ケアマネジャー等が決まっている）場合



※退院前カンファレンスの後、参加者でサービス担当者会議を開催することがあります。

**在宅チームとは・・・**  
在宅療養を日常的に支えるメンバー（かかりつけ医・訪問看護ステーション・ケアマネジャー・地域包括支援センター・薬局・訪問リハビリ・介護サービス事業所等）を、この手引きでは「在宅チーム」と表記します。

- 急性期病棟：急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて医療を提供します。
- 回復期病棟：急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリを提供します。（回復期リハビリテーション病棟 地域包括ケア病棟）
- 慢性期病棟：長年にわたり療養が必要な患者に対し、医療やリハビリを提供します。

## ①入院に備えての日頃からの体制づくり

👉入院時に円滑に情報共有がなされるための基盤を整える



- 入退院を繰り返す疾患（心不全・糖尿病等の生活習慣病や誤嚥性肺炎・尿路感染症など）については、どのような変化が起こりうるかをかかりつけ医や訪問看護師等に聞き、在宅チームで共有しておきましょう。
- 緊急時速やかに病院に引き継ぎできるよう、定期的にサマリーを見直しましょう。
- 本人・家族、病院等から入院情報が入るよう工夫しておきましょう。

ケアマネジャー



入院時、健康保険証は医療機関で必ず確認されるので、健康保険証と一緒にケアマネジャーの名刺を入れておくと良いです。

### ★『指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準』より

居宅介護支援の開始にあたり、ケアマネジャーは本人や家族に対し、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を病院に提供するよう依頼することが義務づけられました。

- 入院時の対応について本人・家族に説明しておきましょう。

### ★入院に備えて説明しておくべきポイント

- ①入院した際はケアマネジャーへ連絡してもらおう。
- ②入院先医療機関にケアマネジャーの氏名・連絡先を伝えてもらう。

- かかりつけ医と、入院先として考えられる医療機関を予め確認しておきましょう。「在宅療養あんしん病院登録システム」という制度があります。かかりつけ医と相談して、いざという時のために登録することも可能です。

> 「在宅療養あんしん病院登録システム」(P. 45)

- 在宅チームと日頃から情報共有し、入退院を繰り返す外来通院中の患者の在宅療養状況を把握しておきましょう。家族の中で在宅療養におけるキーパーソンは誰か等、連携に必要な情報を把握しておきましょう。

- 地域ケア会議等に参加し、日頃から在宅関係者と顔の見える関係づくりに努めましょう。

- 在宅療養支援及び退院支援において、院内多職種と在宅チームが協働する体制を構築しましょう。  
例) 院内研修 合同研修への参加等

丹後中央病院では、医療費のお支払いでお困りの方に、外来及び入院にかかった医療費の一部又は全額が免除される「無料定額診療事業」を行っております。困っておられる方がいる場合は、地域連携相談部までご相談下さい。



丹後中央病院  
地域連携相談部



○日頃から病院の連絡窓口や体制・機能等地域資源の把握に努めましょう。

病院機能によって入院期間等が異なります

- 丹後圏域病院機能一覧 (P. 16)
- 病院連絡先窓口一覧 (P. 17)
- 病院別退院支援フローチャート(P. 18～29)

○入院が決まった際、速やかに在宅チーム各職種に伝達できるよう連絡網を整備しておきましょう。

○どのような生活を送りたいのか、病気になった際や入院した際はどのような治療・最期を望むのか等について本人・家族と話し合い、両者の意思を確認し、在宅チームで共有しておきましょう。

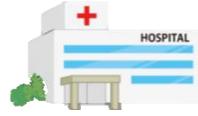
本人が暮らしたい場所で最期まで…が理想ですよね。どこで療養したいと思っているのか、きっかけ（知人の入院や本人に病気が判明した時等）がある時に聞けるといいですね。意思決定は、本人・家族にお任せではなくて、在宅チームとして一緒に少しずつ話し合しましょう。



診療所医師

○日頃から入院時情報提供書の様式に沿って情報を収集し、入院に備えて（案）を作成しておきましょう。

- 入院時情報提供シート (P. 34～37)



○在宅チームとの連携窓口を地域に周知しておきましょう。

- 病院連絡先窓口一覧 (P. 17)

○他病院・在宅関係者の連絡窓口等地域資源の把握に努めましょう。

- 丹後圏域病院機能一覧 (P. 16)
- 病院連絡先窓口一覧 (P. 17)
- 地域包括支援センター連絡先一覧 (P. 30)



地域包括支援センター担当

介護保険制度の説明に使用するパンフレットの配布が可能です。必要な場合は、各市町地域包括支援センターへ御連絡ください。

○入退院を繰り返す方、外来通院中でも必要と考えられる方の場合、本人・家族の思い、今までの経過や、今後の見通しを院内で共有しておきましょう。

弥栄病院では、入退院や救急受診を繰り返すケース等について、情報共有のため多部門合同でカンファレンスを開催しています。



弥栄病院  
看護師

②入院早期の連携

連携時期の目安：急性期病棟の場合—入院から概ね3日以内  
回復期病棟の場合—転院して7日～2週間  
慢性期病棟の場合—入院から概ね7日以内

在宅チームが持つ情報（療養者のこれまでの暮らしぶり等）と、病院側が持つ情報（病状や治療内容等）が生活に与える影響を統合して、退院支援の必要性を認識・共有する



早く気づいた方が  
アプローチする



○本人・家族や在宅チームから入院情報が入った場合、入院先医療機関へ連絡し、その後の連携について確認しましょう。

○本人・家族から基本情報を収集しましょう。



病棟の体制や本人の入院時の状態、疾患により、連携のすすめ方が異なります。どのようなタイミングで訪問すべきか等、病棟の連携窓口に相談しましょう。

○介護保険サービスの利用状況を確認し、担当ケアマネジャーへ入院について連絡しましょう。

○担当ケアマネジャーが不明の場合は、居住地を所管する地域包括支援センターに問い合わせてください。

➤ 地域包括支援センター連絡先一覧 (P. 30)

○入院情報について、在宅チーム各職種（かかりつけ医・訪問看護ステーション・かかりつけ薬局・訪問リハビリ・介護サービス事業所等）にも連絡しましょう。

○各種情報提供用紙を速やかに入院先医療機関連携担当者に提出しましょう。

○各種情報提供用紙等から、これまでの暮らしや入院までの経緯、本人・家族の思いや希望、病状認識、在宅での支援状況等（キーパーソンは誰か）について情報収集しましょう。

○医師と入院目的や治療方針、現時点での退院時の見通しを認識・共有し、退院支援の必要性について考えましょう。

- ケアマネジャー：入院時情報提供シート (P. 34)
- ★ 『入院時情報提供加算』 (P. 48)
- 入院後3日以内に情報提供しましょう
- ※FAX 可
- 地域包括支援センター：入院時情報提供シート (P. 34)
- 訪問看護：看護サマリー
- 医師（かかりつけ医）：診療情報提供書

○入院時情報提供の際には、病院を訪問し、ケアマネジャーや在宅チームの要望を医療機関側に伝えましょう。

退院支援スクリーニングシート等を活用し、アセスメントを実施して退院支援計画を立案しましょう。



病棟看護師

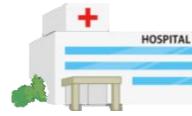


このタイミングを病院スタッフと顔を合わせるきっかけにしましょう！



○本人・家族が在宅療養を送るうえでの意向や入院前の生活状況を、病院側にしっかり伝えられるようサポートしましょう。

※本人・家族が伝えることが困難な場合はケアマネジャーをはじめとする在宅チームが代弁者として、連携に必要な個別性ある情報を病院担当者に伝えましょう。



入退院支援センターでは、入院を予定している方が安心して入院療養が受けられるよう、入院生活に関するオリエンテーションや服薬中の薬の確認、褥瘡、栄養等の情報収集を行っています。



病院スタッフの皆様へ  
お薬手帳でかかりつけ薬局を確認できます。薬やこれまでの経過など何でもお気軽にご相談ください。



在宅かかりつけ薬剤師

### ★退院支援が必要なケースの例

#### 【医療情報から】

- ・ 入退院を繰り返す（誤嚥性肺炎、心不全等）
- ・ 退院後、医療処置・医療管理が継続する可能性がある
- ・ 末期がん、終末期にある、もしくは近い状況にある
- ・ 入院前と比べADLが低下し、退院後の生活様式の再構築が必要（脳血管障害、骨折等）
- ・ 病気や加齢に伴う生活のしづらさがある

#### 【入院前の生活状況・患者背景から】

- ・ 独居、同居家族がいても必要なサポートが提供できない
- ・ 既に在宅サービスを利用している
- ・ 入院前から生活のしづらさや経済的な問題があったが支援を受けていない

出典：宇都宮宏子オフィス提供資料

この期間に全てを決定するのではなく、この後の時期も、医療の情報と本人の暮らしぶり等の情報を統合してアセスメントを継続していきましょう。

上記の表に該当しなくても治療経過、リハビリの経過を見て再評価し、退院支援の必要性を考えていきましょう。



「在宅移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス」代表

### ③入院中～退院決定

連携時期の目安：急性期病棟の場合—入院から概ね7日以内  
回復期病棟の場合—転院して10日～2週間  
慢性期病棟の場合—入院から10日～2週間

#### 👉治療と同時進行で、今後の療養の方針や場所を決定する

院内における退院支援アセスメントや院内カンファレンス（初期・多職種・リハビリ）を終え、暮らしの場へ移行するために、互いに情報共有を継続し、それぞれの役割や支援内容を明らかにする



在宅チーム

○退院支援計画立案のための院内カンファレンスや病状説明の予定日時を確認しましょう。

○病院へ出向き、「退院に向けたヒアリングシート」等をもとに、ケアプランの立案に必要な情報収集を行いましょう。

病院訪問の際は、連携担当者に前もって連絡をし、病棟の都合も考慮しましょう。

➤ 退院に向けたヒアリングシート (P. 38～41)

この様式の使用は必須ではありませんが、情報収集しておくべき項目が記載されています。

※京都府医師会ホームページからダウンロード可

ケアプランを立案するために、ケアマネジャーが必要としている情報は、「退院に向けたヒアリングシート」に盛り込まれています。病院スタッフもこのシートの内容に沿って情報提供できるとスムーズです。



ケアマネジャー

○院内カンファレンス（回復期の場合はリハビリカンファレンス）などの場に参加し、意思決定支援や退院支援計画に役立つ情報を病院へ提供しましょう。

➤ 『退院・退所加算』 (P. 44)

○カンファレンスに参加できない場合は、どのような内容であったか情報収集しましょう。



病院

○療養方法・療養場所の選択においては、具体例を出して退院後の生活をイメージしやすいように説明し、意思決定を支援します。

#### 〈意思決定支援時のポイント〉

★本人・家族が医師からの説明を理解できるように支援しましょう。

★本人・家族の同意を得て在宅チームにも同席を依頼しましょう。

★退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識について共有しましょう。

○在宅チームからの情報をもとに、本人・家族の思いをふまえ、より具体的な生活場면을イメージして退院に向けた医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題をアセスメントしましょう。

○院内カンファレンスを開催し、退院支援計画を立案しましょう。

本人・家族の意向や状況、医学的状況や判断等をふまえ、退院時の目標や時期を設定し、退院に向けて課題を整理・検討しましょう。

➤ 『入退院支援加算』 (P. 44)

○ケアマネジャーが参加できない場合は、カンファレンスの内容を情報提供しましょう。

➤ 『介護支援等連携指導料』 (P. 44)

## ④ 退院決定～退院

👉 病院は退院支援

👉 在宅チームは退院後の療養環境整備に向け、具体的に調整を進める



○退院前訪問指導や退院前カンファレンス等、退院までのおおまかな日程を確認しましょう。

○退院後の療養環境整備を目的としたケアプランの作成に向け、情報収集を継続しましょう。

院内多職種カンファレンスに参加することで、より多角的な情報を得ることができます。

➤ 退院に向けたヒアリングシート (P. 38～41)

○収集した情報をもとに課題を分析し、ケアプラン原案を作成します。



医療的ケアを必要とする症状の不安定な方や、在宅での看取りを希望される方等は、医療・看護チームの早期からの支援が重要です。主治医と相談の上、早めに訪問看護ステーションにお声かけ下さい。

○病院から退院前訪問指導がある場合、同席しましょう。

○院内で退院までおおまかな日程を共有するとともに、在宅チームへ情報提供しましょう。

○必要時、退院に向けた院内カンファレンスを開催し、在宅チームからの情報を共有しておきましょう。

○本人・家族の暮らしぶりや介護力を考慮し、可能な範囲でセルフケアの確立をめざします。本人や家族に医療的ケアの手技や退院後の生活上の留意点について指導します。

その際、本人・家族が希望する場合は在宅チームにも同席してもらいましょう。

➤ 療養支援ガイド (P. 43)

北部医療センターでは、「療養支援ガイド」を用いて、本人・家族に退院後の生活上の留意点について指導しています。



○退院後も継続して医学的管理が必要な場合、本人・家族に説明のうえ、かかりつけ医をはじめとする在宅チームとの調整を図りましょう。

○必要に応じて退院前訪問指導を実施し、本人・家族・在宅チームと共に退院後の生活の場を確認し、療養環境を整えましょう。

➤ 『退院前訪問指導料』 (P. 44)

退院前訪問指導では、退院後の在宅での生活に向けて住宅改修や福祉用具の導入等、環境調整や介助方法をお家で確認し、本人・家族・在宅チームと一緒に考え、指導します。





- 退院前カンファレンスに出席しましょう。  
必要に応じて、在宅チーム各職種の出席を事前に調整しましょう。
- サービス担当者会議を兼ねることもあり  
ケアプラン原案を共有し、退院後の支援方針を関係者間で共有しておきましょう。

薬剤師もカンファレンスに参加可能です。在宅にて服薬管理（残薬調整）が必要な方がおられましたらご連絡下さい。最新の訪問可能な薬局リストは京都府薬剤師会ホームページにて公開中です。



- 退院前カンファレンスの必要性をアセスメントし、退院前カンファレンスを実施する場合は、院内多職種やケアマネジャー・在宅チームに出席を依頼しましょう。

★退院前カンファレンスが必要な事例

- ・医療機器を使用（人工呼吸器、在宅酸素、栄養注入ポンプ、鎮痛剤注入ポンプ、腹膜透析器）
- ・症状コントロールが必要（心・腎・肝不全、糖尿病がん、難病）
- ・看取りの可能性がある（がん末期、高齢者）
- ・医療的ケアを要する（吸引、経管栄養、ストマ、バルン留置・導尿、自己注射、腹膜透析）
- ・心身機能の低下（ADLの低下、認知症状）
- ・療養環境の問題（独居、キーパーソン不明、家族の介護力不安、住環境）
- ・経済的問題 等

出典：東京都退院支援マニュアル

- 退院前カンファレンスをふまえ、ケアプラン原案を修正し、サービス提供開始に向けて最終調整を図りましょう。

➤ 『退院前訪問指導料』（P.44）

- 退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活イメージを共有し、生活課題を検討したうえで療養環境の準備・調整を進めましょう。

➤ 『介護支援等連携指導料』または『退院時共同指導料2』（P.44）

施設へ退院される場合、退院カンファレンスへ施設のケアマネジャーや看護師に参加してもらい、本人や家族の意向等を共有しています。



- 退院後スムーズに支援を開始できるよう、在宅チームで情報共有を図り、準備・調整を進めましょう。

- 退院日が決定したら、申し送りを兼ねて在宅チームの窓口（ケアマネジャー等）に連絡しましょう。

★退院前カンファレンスの参加者

- ・本人 家族
  - ・院内多職種（医師 看護師 地域連携室 リハビリ専門職 栄養士 等）
  - ・在宅チーム（かかりつけ医 ケアマネジャー 訪問看護師 薬剤師 訪問リハビリ等）
- 病院から在宅チームへのバトンタッチをするために、皆が協働して退院後の暮らしを意識した生活課題を検討し、安全に在宅生活をスタートするために調整を行います。

## ⑤ 退院

### 👉 在宅療養のスタート 途切れのないケア移行



在宅チーム

○入院中にサービス担当者会議を開催できなかった場合、退院後早急にサービス担当者会議を開催します。

○退院前カンファレンスの内容や新たなケアプランについて、在宅チームで情報共有しておきましょう。

○カンファレンスの内容や病院からの申し送りをふまえ、本人の状態にあった適切なサービスの提供を開始します。



病院

○本人・家族の意向に沿った支援が安全に継続されるよう、生活上の留意事項も含め、関係機関に情報提供を行いましょう。

- 看護サマリー
- (必要時) 診療情報提供書  
訪問看護指示書  
在宅サービスについての意見書等
- 連携シート (P. 42)

医師からの説明内容や本人・家族の意向、現在の状態等を在宅チームや支援する関係事業所につなぐ内容を記載したものが「連携シート」です。  
北部医療センターで作成・使用しています。



○回復期病棟、慢性期病棟等へ転院する場合は、ケアマネジャーに同意を得て、入院時に提供のあった「入院時情報提供シート」をサマリーと併せて送付しましょう。

宮津武田病院では、退院時に（病棟と外来担当スタッフが）「思いをつなぐシート」を利用し、医師説明と本人・家族の受け止め、今後の療養に対する思いを病棟と外来担当スタッフで共有を図っています。



## ⑥ 退院後～在宅療養

👉再発・重度化防止 退院支援を振り返り、体制強化につなげる



○状態にあったサービスを提供し、本人・家族、関係者と協働して安定した暮らしの維持を図りましょう。

○本人の状態に合わせて、必要に応じケアプランを見直し、変更しましょう。

○退院後訪問指導が実施される場合、同席し退院後の生活状況を病院スタッフと確認しましょう。

○各病院の窓口へ新たなケアプランを提出しましょう。退院後の生活状況について、病院側にフィードバックしましょう。

○緊急時速やかに病院に引き継ぎできるように、入院時情報提供シートを作成し、定期的に見直しましょう。

○入退院を繰り返す患者については、どのような変化が起こりうるかをかかりつけ医や訪問看護師等に聞き、在宅チームで共有しましょう。

○本人・家族、病院等から入院情報が入るよう工夫しておきましょう。

○退院後訪問指導を実施する場合は、退院前の準備が十分にできていたか、また退院後の生活状況を確認しましょう。

➤ 『退院後訪問指導料』 (P. 44)

○ケアマネジャーから提出のあったケアプラン等を院内で共有し、症例検討会等をおして支援の振り返りをしましょう。

➤ 『介護支援等連携指導料』 (P. 44)

○入退院を繰り返す患者については、院内及び在宅チームと情報共有し、外来通院中であっても在宅療養状況の把握に努めておきましょう。