



川西市・猪名川町



入退院支援の手引き

初版 平成31年3月

改定 令和3年12月

川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携推進協議会

目次

1. 手引き作成の背景	P 2
2. 手引きの目的	P 2
3. 手引きの対象	P 3
4. 運用にあたっての留意事項	P 3
適応範囲・用語解説	P 3
5. 川西市・猪名川町入退院支援の手引き工程表	P 5
6. 川西市・猪名川町入退院支援の手引き運用方法	
1) 在宅療養期	P 6
2) 入院時～入院初期	P 8
3) 入院初期に行う在宅チーム同席での病状説明（IC）の実施	P 11
4) 退院準備期：退院前カンファレンス前	P 13
5) 退院前カンファレンス	P 16
6) 退院～在宅療養	P 17
7. 参考資料	
1) 入退院時連携に関する診療報酬・介護報酬	P 20
2) 対象者への説明 ～『入院から退院まで』～	
病院とケアマネジャーはこのように繋がっています	P 21
3) 情報共有シート（参考）	P 22
4) 関係機関等一覧	
① 病院の担当窓口	P 25
② 居宅介護支援事業所	P 30
③ 地域包括支援センター	P 31
④ 行政機関（市町村、県）担当部署	P 31
5) 要介護認定手続きの流れ	P 33
6) ケアプラン作成の流れ	P 35

1. 手引き作成の背景

近年の川西市の人口は、わずかに減少傾向ですが、高齢者の増加が続いています。65歳以上の人口は緩やかに増加が続きますが、その後減少に転じる予想になっています。年齢別には65歳から69歳までの減少が続く一方で、75歳以上の増加が見込まれます。要支援・要介護認定者数の推計は75歳以上人口の増加にともない、引き続き増加が予想されます。平成29年の実績を基準とすると平成32年までに815人(9.3%)の増加、平成37年までに2,416人(27.6%)の増加を見込んでいます。

近年の猪名川町の人口は平成22年を境に減少へと転じていますが、高齢者の増加が続いています。平成29年度で8,456人の高齢者(65歳以上)は、平成37年度には10,028人と約1,600人の増加を見込んでいます。

高齢者は加齢に伴い、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多くなっています。

また、いわゆる団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう地域の医療・介護の関係団体が連携して包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供するために必要な支援を行うことが求められています。

このため、医療・介護の関係団体が連携し多職種協働により在宅医療・介護を一体的に提供できる体制を構築するため都道府県や保健所の支援の下、市区町村が中心となって地域の郡市区医師会等と緊密に連携しながら地域の関係団体の連携体制を構築することが重要です。

在宅医療と介護の連携については、従前から問われ続けてきた重要課題の一つですが、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報の共有が十分にできていないことなど必ずしも円滑に連携がなされていないという課題があります。

川西市・猪名川町においても高齢化が顕著であり、今後は後期高齢者の増加が見込まれることから、一層の医療需要の増加が見込まれます。できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活が実現できるよう在宅医療と介護連携の推進が必要となっています。

このような背景の下、川西市・猪名川町の医療・介護の連携を推進するため、平成27年に「川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携推進協議会」を設立し、情報共有や効果的な在宅医療・介護の提供方法及び提供体制の充実に向けて継続的に協議・検討を行い、平成29年には在宅医療サービスの調整拠点として、川西市医師会医療会館に「川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携支援センター」を開設しました。

本手引きは、川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携推進協議会の取り組みの1つとして、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制を構築するため、要支援・要介護の患者が入院または退院するための準備の際、病院とケアマネジャー等在宅チーム間で着実に引き継ぐための手引きが必要であることから、地域の医療と介護の関係者が意見を出し合い、集約して共通の手引きとしてとりまとめたものです。

平成31年3月

2. 手引きの目的

すべての人が住み慣れた地域で療養などを受けながら暮らし続けることができる社会を実現していくために、地域全体で『治す医療』から『生活を支える医療』への転換を図り、本人の気持ちを最大限に尊重し、医療と介護が連携の上、本人の人生や暮らしが継続できるような入退院支援を行うことが必要です。

『生活を支える医療』のための入退院支援をする上では、病院から日常生活に戻るにはどう優先順位をつけ、そのために何をすべきなのかを考える視点が必要です。入院期間に予測されることを、患者・家族、病院、在宅チームで、継続した医療・ケアが提供できるよう双方向で協力しなくてはなりません。特に高齢化率が高い川西市・猪名川町での在宅療養を支えるためには、病院と在宅チームで、本人の医療に関する情報と生活に関する情報を共有し連携を図ることがとても重要になります。

本手引きでは、入院時は「家に帰って生活するために医療を受ける」ことを、退院後は「疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、安心・安全に在宅療養を継続できること」をめざすために、本人の地域や自宅での生活を見据えて病院と在宅チームが具体的にどのように情報を収集・共有していき、双方がどのようなプロセスを経て入退院支援を実施しているのかを互いに理解し協働して支援を行えるようになることを目的としています。

3. 手引きの対象

本手引きでは、平均在院日数が短く、最も迅速な対応が求められる急性期病院への入退院を想定し、ケアマネジャーや在宅チームが関わっている要介護（支援）認定者が、入院そして退院となり在宅生活の再構築を図る際の支援の流れを示しています。

今までケアマネジャーが関わっていなかったが入院に伴う身体・精神状態の変化で退院後支援が必要となる方、または、急性期病院以外の病院や施設であっても、退院・退所までの基本的な流れや必要とする情報は共通するところが多いと思われるため、本手引きでまとめた視点や考え方などを参考としてください。

4. 運用にあたっての留意事項

適用範囲 川西市 猪名川町

用語解説

在宅チームとは？

ケアマネジャー、かかりつけ医、歯科医、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、訪問介護・通所介護・短期入所・福祉用具等の在宅療養を支える医療・介護関係者

※ ケアマネジャーは在宅チームメンバーだが、文中では在宅チームとは別に表しています。

入退院支援とは？

病院と在宅チームが、日ごろから体制を整えておくとともに、地域に帰り、その人らしい暮らしを送るために入院早期から退院に至るまで連携・協働して支援を行うこと

意思決定支援とは？

入退院支援の過程において、医療の選択や、これからの療養方法・療養場所の選択ができるように支援すること

退院困難な要因とは？

- ア) 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ) 緊急入院であること
- ウ) 要介護認定が未申請であること
- エ) 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ) 生活困窮者であること
- カ) 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
- キ) 排泄に介助を要する事
- ク) 同居者の有無に関わらず、必要な養育または介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ) 退院後に医療処置（胃瘻などの経管栄養法を含む）が必要なこと
- コ) 入退院を繰り返していること
- サ) その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

入院時カンファレンスとは？

退院支援計画を立案するために開かれるカンファレンス（急性期病院においては、入院から概ね7日以内に行われる）

退院前カンファレンスとは？

本人の退院後の生活において予想される課題を検討し、療養環境の準備・調整を行うために開かれるカンファレンス

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは？

もしものときのために、望む医療やケアについて事前に自身の考えを示し、ご自身、家族、医療従事者と繰り返し話し合い、共有する取り組み

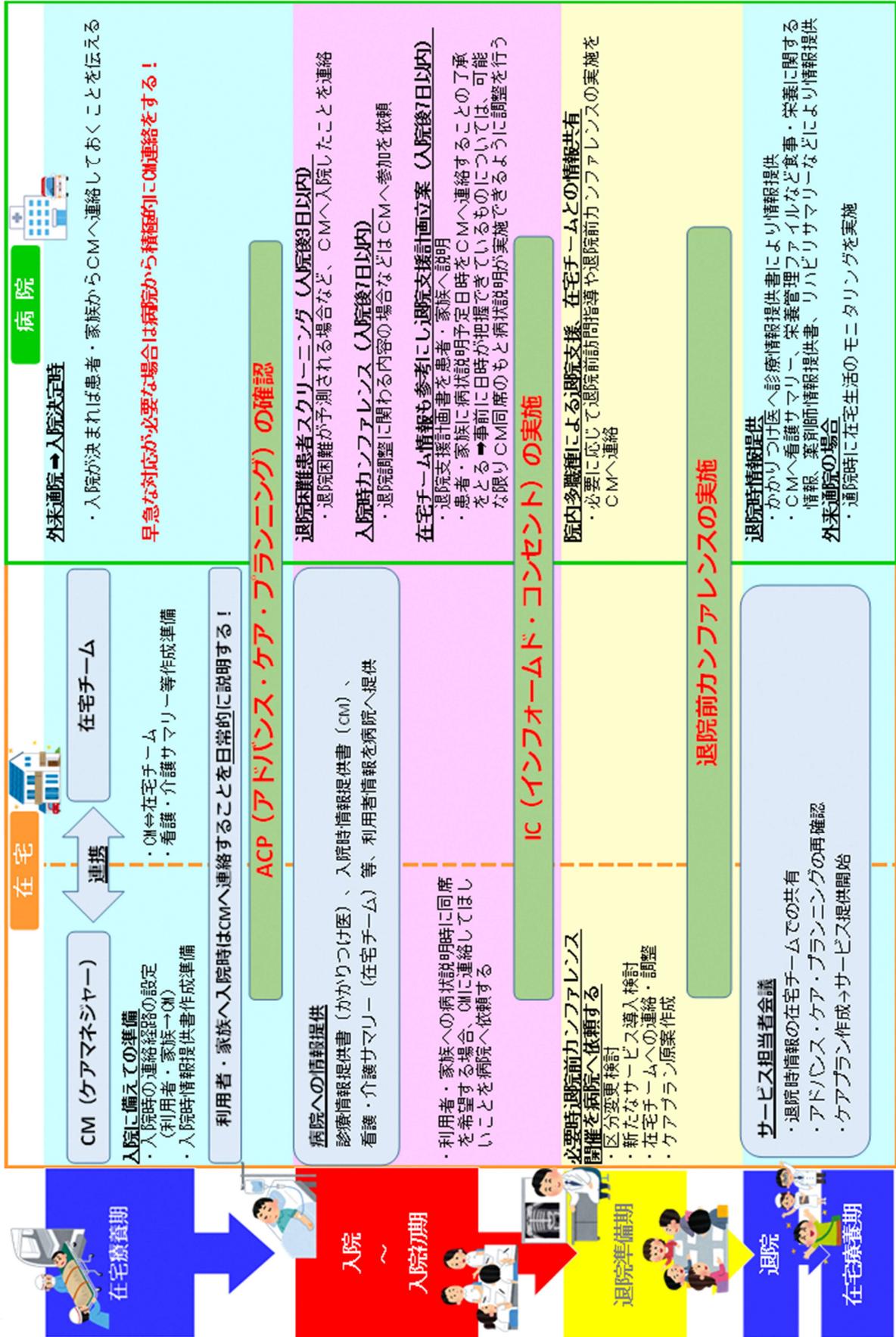
IC（インフォームド・コンセント）とは？

医師が患者に対して診療の目的や内容を充分説明し、患者の同意・納得を得た上で治療にあたること

入退院支援の手引き内「コラム」とは？ 専門職からの「連携のコツ」を記載

5. 川西市・猪名川町入退院支援の手引き工程表

川西市・猪名川町 入退院支援の手引き工程表



6. 川西市・猪名川町

入退院支援の手引き運用方法

1) 在宅療養期

目的

入院時に速やかに対応できるよう日頃から備え、日々の関わりの中でACPの確認をしておく。

<日頃から備えておくこと>

- 地域資源を把握し、在宅チーム・病院の連携体制を整えておく。
- 日頃から入院のリスクを意識し、状況を把握、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておく。
- 普段から在宅療養が安定するよう、予防的に環境を整える。

在宅



ケアマネジャー

① 入院に備えての準備

入院時の連絡経路の設定

日常的に「入院時はケアマネジャーに連絡する」ことを本人・家族に説明しておきましょう。

また、在宅チーム・病院等からも入院情報が入るよう工夫しておきましょう。そして、入院になってもケアマネジャーが病院と情報共有することを、本人・家族に予め了解を取っておきましょう

- 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事業所名・氏名等を病院に提供するよう依頼することが義務付けられています。

入院時情報提供書などの準備

入院後、3日以内もしくは7日以内に病院へ情報提供が必要なため、日ごろから入院のリスクを意識し、状況を把握、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておき、緊急入院にも対応できるよう入院時情報提供書（P21・22参照）の準備をしておきましょう。

特に入院を繰り返す疾患（癌、心不全・糖尿病等の生活習慣病、誤嚥性肺炎、尿路感染症等）については、どういう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、普段から在宅療養が安定するよう予防的に環境を整えましょう。直接ケアに関わる職種には、こういった変化が起こり得るか悪化のサイン等について伝え、変化に気づいたら、かかりつけ医や訪問看護師に連絡し、そのことをケアマネジャーにも連絡をするよう在宅チーム内で話し合っておきましょう。

② ACPの確認

どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、かかりつけ医も含め本人・家族と話し合ったり、何気ない会話の中で意思を確認したりしながら、本人らしさを理解し在宅チーム間で共有して関わります。

在宅チーム

① 入院に備えての準備

診療情報提供書、看護・介護サマリー等作成準備（CM⇄在宅チーム）入院時、ケアマネジャーもしくは病院から情報提供を求められる可能性があります。心づもりをしておきましょう。

② 入院時の連絡経路の伝達

本人・家族へ、入院時は速やかにケアマネジャーへ連絡することを日常的に伝えておきましょう。また、ケアマネジャーより先に入院情報を得た場合、速やかに伝達しましょう。

③ ACPの確認

日頃から、希望する暮らし方や病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合うなど、意思を確認し、ケアマネジャー・在宅チーム間で共有しておきましょう。

コラム

【 訪問看護師 】

普段の状態を知り、少しでもわずかな変化に気づき、早期に対処することは大切です。体調の良い時から、定期的に訪問看護師に状態を観察してもらい、相談できる関係性を築く事も大切です。

病院



① 入院決定時の確認内容と連絡経路

入院になることを、本人・家族からケアマネジャーに連絡するよう説明し、早急な対応が必要な場合は、病院からも積極的に連絡を取りましょう。特に予約入院時には、外来看護師は、本人・家族や在宅チームからの情報で在宅での療養状況を把握し、身体的・精神的変化が予め予測できる場合には、病院から入院前の段階で在宅チームと情報交換し、入院時には病棟看護師とも情報共有ができるようにしましょう。

例) ・病院医師 ⇄ かかりつけ医での診療情報提供書のやりとり

・病院看護師 ⇄ ケアマネジャー、介護度、サービス利用状況の確認

② ACPの確認

ケアマネジャーなど在宅チームから提供された、治療経過、在宅での生活状況や背景、本人・家族の思いなどのACPに関わる情報も院内でしっかりと共有しましょう。

2) 入院～入院初期

目的

在宅チームと病院で退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作る。

<協働して行うこと>

- 入院時にケアマネジャーや在宅チームが病院へ情報提供する内容（本人の病歴、生活歴や住環境等）を踏まえ、病院では本人が入院前にどんな生活をしていたのかをまず知り、医学的情報から入院前との変化を予測してサポートの必要性を判断する。
- 入院前の暮らしから、入院し、治療を受けたことで、何か変化は起こるのか、入院前から何か不安や問題はなかったかを、本人・家族、病院・在宅チームで考え、退院支援が必要かどうかの認識を共有する。
- ICにケアマネジャーや在宅チームが参加できるように調整する

在宅



ケアマネジャー

① 病院への情報提供

在宅チームの利用者情報提供と情報共有（入院後概ね3日以内）

入院したという情報を得たら、各病院にあわせた病院の連絡相談窓口・訪問のタイミング等について確認（P25～：病院の担当窓口参照）し、予め用意していた「入院時情報提供書」を微修正し、速やか（入院後3日以内）に情報提供しましょう。

- ☛ 入院時情報提供書は、病院の治療方針決定や退院支援計画立案に必要な情報です。生活歴、本人の思い、療養環境、経済状況などの把握は、退院後の本人の生活をイメージする上で有用です。

② IC時の同席を依頼する

本人・家族へIC時の同席を依頼する

本人・家族に「ICへの同席を希望するので、日程が決まれば連絡をしてほしい」と伝えておきましょう。本人・家族が在宅生活を送る上での“思い”や、入院前の生活の状態を、病院にしっかり伝えられるようサポートしましょう。

病院へIC時の同席を依頼する

病院へ入院時情報提供する際に、ケアマネジャーとしてIC同席を希望しましょう。また、退院支援の情報提供（看護サマリーなど）、退院前カンファレンス開催や退院前訪問指導実施の際の連絡、退院予定の連絡が欲しい時には、そのことを伝えておきましょう。

本人・家族が、在宅生活を送る上での“思い”や入院前の生活の状態を、病院に伝えることが困難な場合は、ケアマネジャーは代弁者として本人・家族の思いや連携に必要な情報を病院に伝えましょう。

③ 入院について、在宅チームで共有する

在宅チームへ入院したことを知らせましょう。ケアマネジャーが同席した病状説明時の内容を踏まえて、入院につながる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、振り返りを行いましょう。

コラム

【 ケアマネジャー 】

ご入院された時は速やかに連絡してくださいね。ケアマネジャーは「入院時情報提供書」を作成し、在宅生活のご様子や、ご本人・ご家族の生活の意向を早期に病院に伝達します。ご入院中であってもご本人らしい治療方針の決定や退院後の生活決定をサポートします。

在宅チーム

① 在宅チームの利用者情報提供と情報共有（入院後概ね3日以内）

訪問看護師は「看護情報提供書（訪問看護サマリー）」、居宅療養管理指導をしている薬剤師は「薬剤情報や服薬方法等の情報」、他の在宅チームは「介護サマリー」などの利用者情報を提供しましょう。また、入院になったことを、かかりつけ医等在宅チームで共有しましょう。

コラム

【 薬剤師 】

本人・家族の生活状況などわかると服薬方法や管理方法について助言することができ、また在宅チーム内で薬の効果や副作用を共有することにより、ご本人の症状緩和につなげることができます。他科受診の薬剤についてもかかりつけ薬局・病院薬剤部と連携し薬剤情報を集約し、減薬についての提案も可能になります。

② 病院への情報提供

診療情報提供書（かかりつけ医）、看護・介護サマリー（在宅チーム）等、利用者情報を病院へ提供しましょう。

③ 入院について、在宅チームで共有する

ケアマネジャーが得た病状説明の内容を踏まえて、入院につながる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、振り返りを行いましょう。

コラム

【 訪問看護師 】

本人や家族が大切に思っていたことや、自宅での状況が具体的にイメージできるよう、病院との連携を図ります。



① 退院困難患者スクリーニング（入院後3日以内）

医師と入院目的・治療方針、現時点での退院時の見通しを確認・共有し、退院困難な要因や退院支援の必要性について考えましょう。退院困難が予測される場合には、ケアマネジャーへ入院したことを連絡し、情報提供を依頼しましょう。

本人・家族、在宅チームからの情報をもとに、入院に伴う身体的・精神的変化の予測、入院前からあった不安や問題を、本人・家族、病院、ケアマネジャー・在宅チームで考え、退院支援が必要かどうかの認識を共有しましょう。

② 入院時カンファレンス（入院後7日以内）

退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認しましょう。入院の目的や病状等から退院時の状態（病状やADL）を予測し、退院後の暮らしについて本人・家族・在宅チームと共有しましょう。退院調整に関わる内容の場合など必要時には、在宅チームにも同席を依頼しましょう。

③ 在宅チームの情報も参考にし「退院支援計画」の立案（入院後7日以内）

病院が退院支援に取り組むに当たって、入院前の在宅生活の状態を理解することは重要です。本人・家族の状況、入院前のADLやIADL、生活状況、またどんな生活を送りたいかといった本人の意向等を早期に確認し、退院後の生活をイメージするために在宅チームからの情報提供内容を共有しましょう。

在宅チームから得た情報をもとに、より具体的な生活場面をイメージし、退院後の生活の再構築が必要かなど、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、退院支援を計画した「退院支援計画書」を本人・家族に説明しましょう。

コラム

【 リハビリ 】

私たちは安全で楽な動作を獲得できるよう訓練を実施するだけでなく、出来るだけ『自分らしく生き生きとした生活』に戻れるようにサポートしていきたいと考えています。そのため、情報収集の中には体の機能や動作能力、家屋情報だけでなく、病前どのように一日を過ごしておられたか、大切にされていたことや楽しみにされていたことは何か、など『人となり』についてもお聞きすることがあります。そうすることで、ご本人が出来るようになりたいこと（目標）が明確になり、ご本人やご家族、病院・在宅チームが同じ目標に向かって進むことが出来ます。差支えない範囲で結構ですので情報収集の際にはご協力よろしく願いいたします。

④ IC時の同席を本人・家族・ケアマネジャーに依頼する

医師からのIC設定時には、本人・家族に在宅チーム同席の了承を得て、事前に日時が把握できているものについては、可能な限りケアマネジャー同席のもとICが実施できるようにケアマネジャーに連絡・日程調整をしましょう。IC時には、本人・家族が医師からの説明を理解し、受け止めながら、今後のことを在宅チームと一緒に考えることができるようにしましょう。

3) 入院初期に行う在宅チーム同席での病状説明(IC)の実施

目的

支援の方向性を明らかにし、退院後の療養場所・療養方法について、本人にとって最善の選択ができるよう病院・在宅チームで協働し意思決定支援を行う。

<協働して行うこと>

入院初期のICに在宅チームが同席することで、病院、在宅チーム双方が本人の価値観を共有し、同じ方向性で最善の選択になるように支援する。

在宅



病院



① 支援の方向性を明らかにする

ケアマネジャーや在宅チームも一緒にIC時の、ディスカッションに加わることで、病院が必要としている情報や「入院時情報提供書」で伝え切れていない情報をその場で共有することができます。そのため、治療方針、病状の変化、入院期間、退院日の目安、病気や症状による生活への影響の有無、退院後に新たに必要となる事柄（医療処置、看護、リハビリ(ADL/IADL)、介護区分変更やケアプランの変更の必要性について等、退院に向けたスケジュールが本人・家族もイメージしやすくなります。また、病院の多職種から必要な情報を直接得ることができ、在宅での療養生活における課題解決に向けた支援の方向性の検討ができます。

コラム

【MSW】

急性期病院の場合、平均在院日数は約2週間程度です。病状・検査結果などをふまえて今後の方向性を検討する病状説明(IC)は入院1週間以内に行われることが多いです。その機会を逃さず、病院とケアマネジャー・在宅チームと協働しましょう。

コラム

【リハビリ】

身体や知的・精神の機能が動作にどのように影響しているかを評価していきます。改善の可能性に関しては病前の心身機能や生活動作能力を踏まえて予測を立てていきます。訓練の内容としては低下している部分へのアプローチに加え、残存能力も強化し、今後の生活に活かしていけるよう伸ばせる部分にもしっかりとアプローチしていきます。また、他職種と情報を共有し、訓練で出来るようになった動作を実際の生活場面(病棟生活)でも行ってもらい、より実用的な動作に近づけていきます。

具体的には

- ①身体機能(筋力や体力、関節の動きなど)の評価・訓練
- ②知的・精神機能(記憶力・注意力・判断力など)の評価・訓練

- ③日常生活動作（歩く・車椅子に乗る・食事・着替え・トイレ動作・入浴など）の評価・訓練
- ④日常関連動作（仕事・趣味・家事動作など）の評価・訓練
- ⑤嚥下機能（飲み込み、食べやすい食事の形態など）の評価・訓練
- ⑥コミュニケーション能力（発声、会話など）の評価・訓練
- ⑦安全に楽に動作が行える手すり等の環境調整や福祉用具の選定
- ⑧カンファレンスによる他職種（医師・看護師・相談員など）との情報共有

② 意思決定支援

本人・家族は、入院に伴う体調の悪化や精神的な落ち込みにより、意思決定能力が弱くなりがちです。病状説明や退院に向けた本人・家族の思いや意向を確認する場面に、これまでの暮らしぶりや価値観を知っている在宅チームが同席することで、本人は「思い」が伝えやすくなります。在宅チームは、本人が在宅生活を送る上での「思い」や、入院前の生活の状態を病院にしっかり伝えられるようサポートし、意思決定支援をしましょう。病院も、その「思い」を尊重し、本人にとって最善の選択ができるよう意思決定支援をしていきましょう。

※ ICにケアマネジャー・在宅チームが参加できない場合 ※

ケアマネジャーは、どのようなIC内容であったか本人・家族、必要時は各病院担当窓口一覧に沿って担当者から情報収集を行いましょう。

4) 退院準備期：退院前カンファレンス前

目的

病院・在宅チームが協働し、退院に向けて必要な医療・介護体制を整える。

<協働して行うこと>

退院後の生活イメージを共有し、生活課題を検討、療養環境の準備・調整ができるように準備しましょう。

在宅



ケアマネジャー

① 退院前カンファレンス開催を依頼・調整する（必要時）

退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種とその内容を病院に伝え、区分変更や新たなサービス導入の必要性の有無を検討しましょう。事前に調整したサービス担当者等と退院前カンファレンスと一緒に出席できるよう調整しましょう。

② ケアプラン原案作成

本人・家族の意思を確認し「ケアプラン原案」を作成しましょう。課題分析やケアプラン原案作成にあたっては、かかりつけ医や調整したサービスに応じて訪問看護師、リハビリ職、薬剤師、栄養士、介護職等、多職種の意見を聞いてみましょう。また、退院前訪問指導の予定や退院の見込みなども把握しましょう。退院前訪問指導が決まればできるだけ同行しましょう。

特に退院直後は、再発・重度化予防のために、訪問看護やリハビリ職に適切に連携することが必要です。

コラム

【 ケアマネジャー 】

退院後、医療面等で注意すべき点など、在宅チームで共有し、改めて在宅生活を支援させていただきます。入院前と状態変化がある場合は、新しい課題に対して適切な対応を検討していきます。

③ ケアプラン原案に基づき最終調整

本人・家族、病院、ケアマネジャーと退院後のイメージを共有し、安心して在宅生活をスタートするために、最終調整を行きましょう。

(必要に応じて、サービス担当者会議を退院前カンファレンスと同時に開催することもあり。)

在宅チーム

退院前カンファレンス参加依頼があれば、可能な限り参加できるよう調整し各職種として確認すべき項目を退院前カンファレンスに向け、予めケアマネジャーに確認しておきましょう。



① 院内多職種による退院支援

在宅療養を安全に継続するためには、身体状況にあわせた環境・ケアの整備を行うことが必要です。中・長期的な病状やADLの変化を予測し、院内多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・リハビリ職など）の専門的視点を統合し検討しましょう。また、通院継続が可能か、在宅医療に移行するかも検討しましょう。特に退院直後は、再発・重度化予防のために、訪問看護やリハビリ職に適切に連携することが必要です。

② 在宅チームとの情報共有

退院後も継続が必要な医療管理やケアについては、できる限りシンプルなものに変更し、在宅チームと相談しながら、本人・家族の生活パターンや介護力を考慮し実施可能か評価しましょう。また、可能な範囲で本人・家族に合わせたセルフケアの確立をめざし、入院中から在宅での方法に切り替えて行い、病院側から積極的に退院後の留意事項等について伝えケアマネジャー・在宅チームと共有しましょう。

コラム

【 管理栄養士 】

入退院を繰り返す人は食生活に課題があることがあります。特に糖尿・腎臓病などの慢性疾患、また嚥下障がいがある人はこの機会に見直してみましょう。課題分析には食事内容・食事時間・調理担当者の情報が必要です。デイサービス等利用中の食事・間食についても把握しましょう。聞き取りの他に献立表や栄養量を示したものがあれば役立ちます。

コラム

【 MSW 】

退院直後は特別訪問看護指示書（2週間のみ）が介護保険とは別に医療保険で交付できます。介護保険では利用限度額がありますが、医療保険になるとケアマネジャーが介護サービスを切り崩さなくて済むため利用しやすくなります。特に、肺炎や尿路感染での抗生剤点滴、肺炎後の脱水・食事状況の把握と対策、骨折・脳梗塞後の環境調整を伴うリハビリ目的、褥瘡処置など、病気の悪化や病院退院時に利用可能な特別訪問看護指示書については、入院の回数の減少や退院後の短期再入院を減らす効果がありますので、積極的な利用をお勧めしましょう。

③ 退院前カンファレンス・退院前訪問指導の検討

退院前カンファレンス

退院前カンファレンスを実施する場合は、参加する院内多職種やケアマネジャー・在宅チームへ、カンファレンスの目的と検討内容を伝え出席を依頼しましょう。

ケアマネジャーと共に院内・院外の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、療養環境の準備・調整ができるように準備しましょう。

退院前訪問指導

院前訪問指導を行う場合は、必ずケアマネジャーへ連絡し可能な限りケアマネジャーが同行できる日程で調整しましょう。共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整を検討しましょう。

コラム

【 リハビリ 】

事前に頂いた家屋情報をもとに院内で動作訓練や環境調整を検討し、退院前訪問指導では実際に動作を行ってもらい安全性を確認していきます。実際にご自宅に伺うと構造上、検討していた部分に手すりを付けることが出来なかったり、出来ると判断していた動作が出来ないなど想定外のことも起きます。なるべくそのようなことが起きないように出来るだけたくさんのパターンを用意し、ご本人・ご家族が納得できる生活を送れるようにしていきます。

5) 退院前カンファレンス

目的

退院前の最終的な本人・家族の状況について共有し、在宅療養に向けた準備・調整を行う。

<協働して行うこと>

- 本人・家族、ケアマネジャー・在宅チーム、病院が、本人の希望する退院後の暮らしを意識した生活課題を検討し、在宅療養に向けた環境の準備、調整となる退院前カンファレンスを行う。
- 入院を繰り返しやすい疾患や医療管理が継続する場合は、医療・看護サービスにつなぎ、必要に応じて直接専門職同士の情報共有が出来るよう調整する。

在宅



ケアマネジャー

退院前カンファレンスに、必要に応じケアプラン原案を持参し、在宅チームが考える生活課題と課題解決のイメージを病院と共有し、安全に在宅生活をスタートするために最終調整をしましょう。

在宅チーム

ケアプラン原案を参考に各職種としての課題・調整内容を確認しましょう。

病院



本人・家族へ在宅療養に向けた最終的な指導や説明を行い在宅チームと共有しましょう。退院にあたり必要な書類や医療材料、物品などの最終確認をしましょう。

【 管理栄養士 】

慢性疾患の食事療法、咀嚼・嚥下困難による嚥下障がいのある安全な食事提供は継続することがとても大切です。病気への理解が不足していたり、食事療法が困難な環境の場合は栄養士に相談して下さい。住み慣れた暮らしの中で無理なく続けられるように支援します。

コラム

【 リハビリ 】

退院前カンファレンス時や情報提供では入院中の経過や最終的な日常生活動作能力（リスクなど）をお伝えします。また、退院後の在宅生活で課題があるのか、課題があるのであればその課題に対してリハビリの専門的な関わりが必要かお伝えします。

退院後リハビリを継続していく場合には、入院中と同様に目標を立てて実施していきます。最終的な目標は『自分らしく生き生きとした生活を送る』ことですので、退院後のリハビリも目標に対しての経過や達成度の確認を行いながら、地域の資源（自治体のつどいの場など）の活用を視野に入れた在宅生活に繋げていきます。

コラム

6) 退院～在宅療養期

目的

病院から在宅チームへつなぎ、安心して在宅療養がスタートできるよう支援し、再発・重度化を予防するための支援を行う。

<協働して行うこと>

本人の状態・希望に応じた支援がされているか、健康状態を維持するための療養環境が整備されているかについて確認する。

在宅



ケアマネジャー

① サービス担当者会議の開催

ケアプラン作成→サービス提供開始

在宅チームで退院前カンファレンス内容や退院時情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意し、本人の状態にあった適切なサービスがサービス提供事業所から提供されるようケアプラン作成をしましょう（P24参照）。

退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師（居宅療養管理指導）等にも、会議参加を依頼し、参加できなかった場合には、会議の内容や新しいケアプランについて報告しましょう。

病院へケアプランを提出するとともに、モニタリング結果をフィードバックしましょう。

症状悪化時の連絡経路の確認

サービス担当者会議時、退院にあたり再入院を繰り返す要因やリスクの注意点がある場合は、特に直接ケアに関わるかかりつけ医や訪問看護師、在宅チームにどのような変化が異常の早期発見につながるのかを共有し、在宅療養が安定するよう予防的に環境を整えましょう。

変化に気づいたら、かかりつけ医や訪問看護師に連絡し、そのことをケアマネジャーにも連絡をする連絡経路を在宅チーム内で話し合い確認しておきましょう。

② ACPの再確認

入院を経て再度、本人が今後どのような生活を送りたいのか、再発・重症化した際にはどのような治療、最期を望むのか等について、かかりつけ医も含め本人・家族と話し合い、意思を再確認し本人らしさを理解し在宅チームで共有して関わりましょう。

在宅チーム

① サービス担当者会議で退院前カンファレンスでの情報を共有

本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意しましょう。

② ACPの再確認

日頃から、希望する暮らし方や病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合うなど、意思を再確認し、在宅チームで共有しておきましょう。

③ 暮らしの安定を図るサービスの提供

本人の退院時の状態にあったサービス提供により、健康状態を整え、暮らしの安定を本人・家族とも協働して図りましょう。本人の状態の変化があれば、ケアマネジャーへ速やかに報告し、サービス内容の検討を行いましょう。

コラム

【 訪問看護師 】

退院前カンファレンスでは、病院での状況を知るとともに、治療が継続して自宅でも受けられるように一緒に考えていきます。退院後は、本人だけでなく、家族を含め、チームで協働し支援します。

病 院



① 退院時情報提供

退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、退院直前までの全身状態や処置内容、指導状況等を在宅チームへ伝えとともに、必要書類を渡しましょう。退院前カンファレンスを実施した場合は、ケアマネジャーに病院へケアプランの提出を依頼しましょう。

<必要な退院時情報書類の例>

- ・かかりつけ医：診療情報提供書
- ・ケアマネジャー：看護サマリー、在宅サービスについての意見書
- ・訪問看護師：看護サマリー、訪問看護指示書・特別訪問看護指示書
- ・薬剤師：退院時薬剤情報提供書
- ・リハビリ担当者：リハビリサマリー
- ・栄養士：栄養管理ファイルなど食事・栄養に関する情報

コラム

【 管理栄養士 】

嚥下障がいとは、食べ物や飲み物を上手に飲み込めない状態のことです。低栄養や脱水、誤嚥性肺炎などの原因になります。入院中の食事は調理方法などを工夫して誤嚥せずに飲み込みやすいように調整していますが、形態やとろみ具合は個人の嚥下機能によって違ってきます。退院後、安全な食生活を送るために適正な食形態を把握することはとても大切です。困ったときは栄養士に相談して下さい。

② モニタリング

退院後訪問指導

退院後訪問指導が実施される場合、退院指導が適切であったか、準備した医療材料等の不備はなかったか、本人の状態に応じた支援がされているか、健康状態を維持するための療養環境が整備されているかについて確認し、在宅チームとも共有しましょう。

外来受診時や在宅チームからのフィードバック

外来受診時や退院後訪問指導時の情報と、在宅チームから退院後の生活の様子についてフィードバックを受けた情報を院内で共有し、退院支援について振り返りましょう。