

地域・病院・多職種協働型 入退院支援の仕組みづくり ガイドラインVer.3

～概要版～



*** 入退院支援事業 ***



はじめに

高知県立大学在宅看護学領域では、平成22年度、地域保健師からの相談をきっかけに、地域と病院の協働を支援する在宅移行支援コンサルテーション事業を開始しました。

退院期は、医療から生活場面へ環境が変化する中で、在宅療養生活の継続に向け、病院から地域へ切れ目なく、連続性・継続性・一貫性が確保された医療・ケアを提供する必要があるため、入院時から地域の介護支援専門員を始めとする退院に関わる職種が、病院側と連絡を取り合い、共にアセスメント・マネジメントし、患者・家族の生活開始に向けた支援を「協働」して展開することが必要です。つまり、「地域包括ケアシステム」の観点から、病院への入院と病院からの退院、両方の過程で、地域を基盤に包括的・継続的なケアマネジメントが必要であり、地域包括支援センター、病院、居宅介護支援事業所などを内包した退院支援システムの構築が必要と考えました。

上記のコンサルテーション事業により、退院支援の一定のルール作り（退院時ケアカンファレンスの実施・連絡票の開発・活用等）での成果により、平成28年度から高知県の受託事業として、現在の「入退院支援事業」が始まりました。

本事業では、アクションリサーチにより、高知県内すべての2次医療圏域で地域・病院・多職種協働型の入退院支援システムの構築に取り組んでまいりました。現場の課題解決に参画しながらの仕組みづくりで確立した過程をまとめ、平成28年度には「地域・病院・多職種協働型入退院支援の仕組みづくりガイドラインVer.1」を作成しました。

平成29年度に更新したガイドラインVer.2では回復期リハビリテーション病棟（以下、回復期リハ）における地域・多職種協働型退院支援の仕組みづくりの特徴を追加しました。事業を進めていくにあたり、入退院支援は回復期よりさらに入院早期の急性期から、退院後の生活を見据えた関わりとその仕組みづくりが必要であるとの声も多く、平成30年度からは、「急性期から回復期・在宅へとシームレスな地域・病院・多職種協働型入退院支援体制構築」を目指し事業展開を行っております。今回更新したガイドラインVer.3では、急性期・回復期（地域包括ケア病棟を含む）での入退院支援の仕組みづくりを4段階のステップに分けて解説しています。そして、地域包括ケアを念頭に置き、地域と病院が切れ目ない支援体制を構築するための基盤整備の行程からまとめております。

また、入退院支援の仕組みづくりにあたって、地域と病院を包括的に調整するコーディネートの機能を発揮する専門職の存在が重要であることが、事業の中で明らかとなりました。そのため、求められるコーディネートの機能について追記いたしました。

さらに、自施設の地域・病院・多職種協働型入退院システムの質の担保とシステム洗練化において、継続的に評価・検証を行うための入退院支援システムモニタリングシート（以下、モニタリングシート）も開発いたしました。

医療制度が病院完結型から地域完結型へと大きく舵をきる中、課題先進県である高知県の各病院、病棟にも変革への対応が迫られています。今後も、健康長寿県構想の大目標である『地域・地域で安心して住み続けられる県づくり』の一翼を担うべく、住民の皆様が住み慣れた地域での主体的な意思決定を、地域・多職種で支援する仕組みづくりに向け、実践現場の方々とともに、大学の持つ教育力、研究力を生かした取り組みを推進していければと考えています。

今回、改定いたしました『入退院支援の仕組みづくりガイドラインVer.3』につきましても、皆様方の現場での入退院支援の推進、医療介護連携推進のため広くご活用していただければ幸いです。

令和2年10月 代表 高知県立大学看護学部 教授 森下 安子（在宅看護学）

*** 目 次 ***

◆ はじめに	P.2
◆ 目次	P.3
◆ 用語の定義	P.4
◆ 地域・病院・多職種協働型入退院の仕組みづくり STEP	P.5
◆ STEP1 地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制に向けた基盤整備	P.6
◆ STEP2 入退院支援の「優先課題」と「目指す姿」の決定	P.11
◆ STEP3 入退院支援の事例展開を積み重ね仕組みを定着化	P.15
◆ STEP4 入退院支援の洗練化	P.18
◆ 入退院支援モニタリングシート	P.19
◆ 入退院支援体制構築に向けてのキーポイント	P.27
◆ 「回復期病棟入退院支援可視化シート作成」のご紹介	P.29
◆ 参考資料「入退院支援可視化シート」	P.31

用語の定義

地域・病院・多職種協働型入退院支援

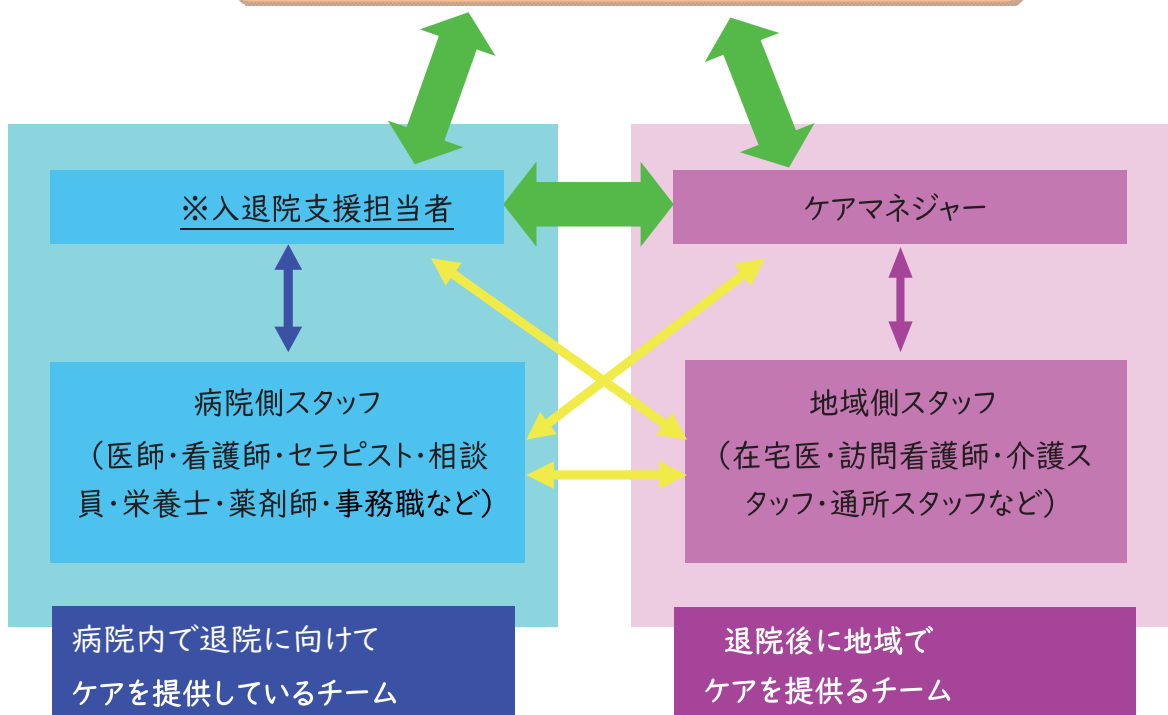
地域から病院、病院から地域の過程において、地域と病院の様々な多職種が課題と目標を共有し、対等な関係性を築き対話を繰り返しながら、互いに持っている知恵や資源を出し合って活用し、早期の社会復帰および在宅生活の安定に向けたケアを創造し、実践していく仕組み

※入退院支援担当者

施設の規模、特性により、
どの職種が適任か検討する

地域包括支援センター

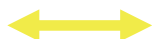
地域・病院・多職種協働型入退院支援の仕組み



- 院内チームは入退院支援担当者、地域チームはケアマネジャーが窓口となり、地域包括支援センターとともに、入院患者の目指す退院時の身体状態と退院後のケア体制を検討（医療ニーズの高い患者は訪問看護師も参加）



- 入院経過・回復経過・今後の方向性について情報共有



- 院内チームは、入院中のケアに活かすため、地域チームから入院前の生活状況や生活課題の共有と、退院後に関わる支援者が考える課題の共有
- 地域チームは、退院後のケアに活かすため、入院中の患者・家族の状況や課題、回復経過の共有

地域・病院・多職種協働型入退院支援の 仕組みづくり STEP

STEP
1

地域・病院・多職種協働型の
入退院支援体制に向けた基盤整備



STEP
2

入退院支援の
「優先課題」と「目指す姿」の決定



STEP
3

入退院支援の事例展開を
積み重ね仕組みを定着化



STEP
4

入退院支援体制の洗練化

STEP

1

地域・病院・多職種協働型の 入退院支援体制に向けた基盤整備

このステップでは、これから入退院支援体制を構築するための基盤整備を行います。在宅生活を送っていた方が様々な理由で入院し、病院での治療やリハビリテーションを行い、また住み慣れた地域に安心して帰るために、地域・病院・多職種協働型の切れ目ない支援が提供できる体制の構築に向けた準備を行います。

Ⅰ-① 入退院支援の推進に向け、支援体制を構築するエリアを決定する

地域・病院・多職種協働型の入退院支援を推進していく地域範囲を検討します。既存の連携状況（日頃、連携している地域包括支援センターや居宅介護支援事業所がどのエリアにあるか）や地域特性をふまえ決定しましょう。

Ⅰ-② 入退院支援体制を構築する運営メンバー※注1)を決定する

まず、運営メンバーを結成しましょう。地域・病院・多職種協働型の入退院支援には様々な領域の専門職や組織の専門性が必要となります。そのための人材を選出し運営メンバーを決定します。

運営メンバー選出方法

- ① 地域・病院・多職種協働型であるため、地域と病院双方から、職種のバランスも考慮して選出する
- ② 入退院支援の課題を理解している（する必要性がある）メンバーを選出する
- ③ 病院側のメンバーについては、主に病院の管理者が中心となって決定する
- ④ 地域側のメンバーについては、主に地域（行政・当該福祉保健所や地域包括支援センター等）が中心となって選定・決定する

【大学の役割】適切なメンバー選出の支援と現状把握のために双方の関係者にインタビューを実施する

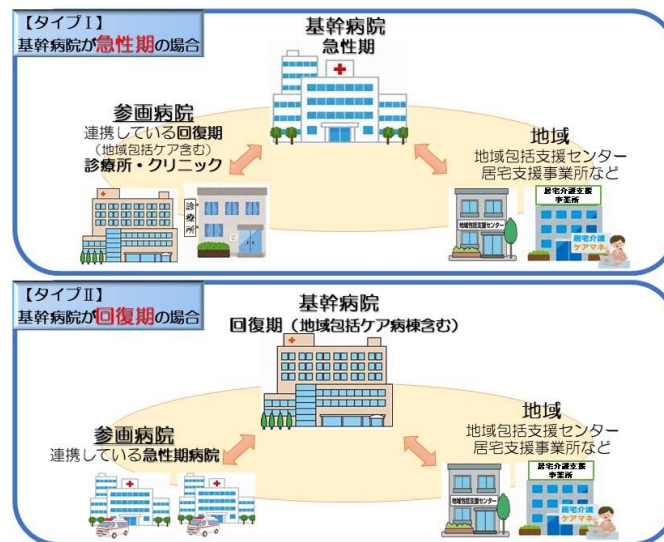
※注1: 「運営メンバーとは」・・・地域・病院・多職種協働型入退院支援の仕組みづくりをけん引していく役割を担う病院、地域から選出されたメンバー

1-③ 共に体制構築を行う「参画病院」※注2)の決定

参画病院の役割

- ◆ 基幹病院※注3)とともに入退院支援の仕組みづくりに参画し、運営メンバー会議（P.12参照）に参加
- ◆ 基幹病院とともに患者移行を「入退院支援可視化シート」を活用して丁寧に事例展開を行うと共に振り返り会に参加
（基幹病院・参画病院・地域の協働イメージ P 図1：タイプⅠ・Ⅱ参照）
- ◆ 「入退院支援可視化シート」を活用した事例展開で明確になった入退院支援の課題を運営メンバー会議で共有し病院間の仕組みの修正に活かす
- ◆ 医療機関（急性期・回復期・地域包括ケア）から地域にどのように繋いだか、また入院中の支援が退院後の生活に繋がっているか等を、基幹病院と相互にフィードバックしながら地域と共に切れ目ない支援体制の洗練化

図1 入退院支援事業 基幹病院の機能に応じた参画病院の位置づけ



※注2：「参画病院」とは

医療機関の機能分化・機能強化が推し進められ、複数の医療機関を経由して退院するケースは少なくありません。また、入院治療では解決しがたい多重な生活課題（独居・老々介護・山間地域など）や慢性疾患を抱えている高齢者が増加しており、退院に向け「課題と目標」が次の療養先に、切れ目なく引き継がれることが重要となっています。

本事業では『基幹病院』を中心に地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制の構築に取り組んでいますが、この取り組みに参画し、地域と共に切れ目ない支援体制を目指していただける医療機関を『参画病院』と位置付けています。

※注3：基幹病院とは

地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制の構築に向けた取り組みの中心的な役割を果たす病院と位置付けます。本ガイドラインをもとに入退院支援体制の構築を目指している皆さんは基幹病院＝自分達の病院と考えてください

【例】A病院の運営メンバーの場合

【病院】 ☐ 病院長、看護部長、事務長 ☐ 地域連携部門スタッフ ☐ 病棟スタッフ 看護師・セラピスト・MSW・介護士など ☐ 薬剤師・管理栄養士 ☐ 事務部門※ ※病棟運営に必要な加算要件の確認・手続き等を行っているためメンバーに選出することが望ましい	【地域】 ☐ 地域包括支援センター ☐ 居宅介護支援事業所ケアマネジャー ☐ 訪問看護師・セラピスト ☐ 行政 各施設よりメンバーを選出
	【参画病院】 各病院よりメンバーを選出

※地域の現状に合わせて体制構築に取り組むエリアと運営メンバーを決定しましょう。
また、運営メンバーが中心となり入退院支援のコーディネート機能を促進する事で地域・病院・多職種協働型の入退院支援の質の向上に繋がります。

【入退院支援コーディネーターの役割】

① 課題の把握と相互理解

入退院支援においての病院・地域双方の課題を把握する方法を検討し、お互いの立場を尊重しながら連携促進に向けた働きかけを継続できる

② 入退院支援を多職種で取り組むためのチーム作り

組織の中では、各専門職としての立場から価値観の違いも生じるが、多角的視点と捉え、相互の専門性や強みを引き出しながら、事例に応じたチームを作ることが出来る

③ 入退院支援を可視化していく

自分たちの病院・地域独自の「入退院支援の仕組み」を模索し、地域・病院・多職種がそれぞれ、どんな役割を担い、どう動けばよいかを「可視化したツール」を作成する。それを多職種によって活用する事で協働が生まれ、標準化した支援の提供につなぐことができる

④ 継続して必要な支援を地域につなぐ

「可視化したツール」を活用しながら、事例に応じて、地域・病院・多職種とのカンファレンスを行いながら、退院後を見据えた支援が行えるようサポートできる。また、退院後も継続する課題を入院中から地域、または次の療養先と共有できる仕組みを組織全体で検討できる

POINT

入退院支援の推進の「目的」は何なのかチーム内で周知徹底

新たな事への挑戦や取り組みは様々な軋轢(あつれき)をもたらします。今まで行ってきた業務が否定されるように感じることもあるかもしれません。

医療現場の様々な変革の中であって、入退院支援の目的は、患者・家族に対して「入退院時の支援の質を担保する」ことに他なりません。入院期間の短縮化と効率化の流れの中であって、「患者が早く退院する」ことは成果の一つです。

院内に入退院支援の仕組みを作ることは、支援の質を低下させないための「手段」のひとつであり、スタッフは「目的」をしっかりと認識し「退院させること」「加算を取ること」が目的とならないように周知徹底が必要です。



実践してみましょう！

1. 組織の「強み」「弱み」を明確化

病院機能や特性を運営メンバーで共有するとともに、自分たちの病院が地域から期待されている役割や、連携推進が必要な地域の専門職・組織の状況を可視化して把握しましょう。まずは「病院の内部環境」に着目し、組織の『強み』を明確化、次に病院を取り巻いている「病院の外部環境」の『強み』に目を向け、医療介護連携・地域連携体制を検討する際に役立てましょう

POINT

SWOT分析を行い、病院や病棟の「強み」「弱み」を運営メンバー間で、共有する事も基盤整備に有効です。

SWOT分析の例 C病院の場合・・・

	内部環境	外部環境
プラス面	強み ① 入退院支援事業モデル病院 ② 地域連携室の看護師増員 ③ 研修会参加率が高い ④ 経営者のリーダーシップ	機会 イ) 居宅や通所サービス・訪看の併設がある ロ) 地域包括支援センターが近い ハ) 在宅支援診療所との連携が円滑 ニ) 通院の利便性が良い立地
マイナス面	弱み I. 地域連携を開始する時期が遅い II. 在宅生活をイメージできてない III. 入退院支援加算Iの理解不足 IV. 入退院支援業務をMSWに依存 V. 外来と病棟の継続看護が不十分	脅威 (ア) 在宅移行困難者の増加 (高齢独居・老老介護・認知症) (イ) 紹介患者数の減少 (ウ) 地域に同じ機能の病院がある (エ) 次回の診療報酬改定

2. 病院組織での円滑な支援体制の構築に必要なポイント

- ・ 新たな取り組みや決定事項を確実にトップダウンする組織体系の確立
- ・ 新たな取り組みや決定事項に対しての意見・提案をボトムアップまたは、現場からの意見を吸い上げる組織体系の確立

3. 地域との協力・連携体制の構築に必要なポイント

地域との新たな連携体制や仕組みづくりを行うためには、在宅医療や介護をけん引している組織・事業所や専門職に取り組みの趣旨について説明し、賛同を得るとともに協力・連携体制を作りましょう

（例：医師会、福祉保健所、地域包括支援センター、介護支援専門員連絡協議会など）



STEP 2

入退院支援の 「優先課題」と「目指す姿」の決定

このステップでは、STEP1で選出した運営メンバーを参集した『運営メンバー会議』を活用し、まず地域・病院・多職種協働型の支援体制を目指すうえで、地域と病院が相互にどんな課題があると認識しているのかを共有します。そして優先的に解決する「優先課題」は何かを地域とともに考えます。また、地域と病院が一体的に切れ目なく入退院支援を行うための「目指す姿」を決定し、それに向けた具体的対策を検討します。そして、入退院支援における地域と病院一連の工程を可視化した「入退院支援可視化シート」（以下、「可視化シート」P.31参照）を作成します。

2-① 入退院支援における病院・地域双方の課題を抽出する

病院と地域双方の入退院支援にかかわる専門職から入退院支援や地域連携の現状や課題を抽出します。

【例】課題抽出のための確認項目

- ☐ 「退院に向けて支援をする際に困っていることや気になることはないか、一番困っていることは何か」
⇒課題の優先度、優先順位
- ☐ 「退院に向けて支援する際、あなたの職種は現在どのような役割を担っているのか、また今後どのような役割を担うことができているか」
⇒専門職としての役割認識
- ☐ 「退院に向けて支援する際、地域側（病院側）にどのような連携を希望しているか」
⇒地域連携に対する希望
- ☐ 「どのような退院支援・地域連携を目指しているか」
⇒入退院支援における今後の到達目標

2-② 運営メンバー会議の開催

運営メンバー会議とは、地域・病院双方から選出された運営メンバーが参集し、意見交換・合意形成を行いながら、「地域・病院・多職種協働型の入退院支援体制」を作り上げていく場とします。グループディスカッションを大切にし、実現可能な体制構築を目指します。

〈会議内容〉

- 1回目：インタビューをもとに地域・病院相互の課題を共有するとともに、抽出された課題の中から地域と共に考える『優先課題』を検討する
- 2回目：『優先課題』の決定と地域と共に目指したい到達目標『目指す姿』の検討
- 3回目：『目指す姿』を決定するとともにそれに向けた具体的対策を検討
地域・病院・多職種協働型の入退院支援の工程表となる『入退院支援可視化シート』の作成とそれを活用した事例展開の方法を検討

POINT

「地域と共に」という視点を大切に

入退院支援体制の構築は、病院だけでは決して成し得ません。地域から病院（入院時）、病院から地域（退院時）への切れ目なく円滑な連携体制におけ、「地域と共に」という視点を大切にしましょう。運営メンバー会議において、地域と共に解決にむけ取り組むことが出来る『優先課題』と、病院だけでなく地域と共に目指すことのできる到達目標『目指す姿』を決定しましょう。



【例】B病院と地域の『優先課題』と『目指す姿』の場合・・・

『優先課題』

1. 入院早期から病院と地域が連携するタイミングや情報共有すべき内容が不明確
2. 退院支援の課題・目標について病院と地域がともに考える事が十分でない
3. 退院困難な項目を明確にすると同時に、介入が必要な職種の抽出を行えていない
4. 地域が望む在宅生活に活用しやすい情報提供が出来ていない
5. 患者の想いが置き去りで、患者主体の支援であったのか振り返りが出来ていない

『目指す姿』

大項目

退院における課題・目標について 病院と地域がともに考え、患者の想いに添った在宅生活が実現できる

小項目

- ① 病院と地域が可視化シートをもとに課題・目標の共有や進捗状況の把握を行い、もれなく必要な専門性を届けることが出来る
- ② 入院早期から退院後の姿をイメージするために患者・家族・病院・地域が顔を合わせて話し合う場づくりや連携のタイミングが共有できる
- ③ 病院と地域がお互いに必要な情報を知り、垣根なく情報のやり取りや行き来できる

【病棟機能別特徴と入退院支援における課題抽出】

	急性期病棟	地域包括ケア病棟	回復期リハ病棟
特徴	生命の危機を脱するための治療を行う病棟。検査目的の短期入院、特殊な治療や手術目的、慢性疾患の急性増悪など、幅広い患者の入院を受け入れる。 直接、自宅に退院する場合もあるが、機能回復や在宅の環境・サービス調整等が必要であれば地域包括ケア病棟、回復期リハ病棟、介護老人保健施設などに移ることも多い。	急性期治療を経過した患者及び在宅において療養を行っている患者等の受け入れ並びに患者の在宅復帰支援等を行う機能を有し、地域包括ケアシステムを支える役割を担う病棟。 疾患の縛りはないが自宅に帰ることを前提として、最長2か月の期間内で患者の意向に沿った環境調整や在宅サービスの検討などを行う。	脳血管疾患または大腿骨頸部骨折などの病気で急性期を脱しても、まだ医学的・社会的・心理的なサポートが必要な患者に対して、多くの専門職種がチームを組んで集中的なリハビリテーションを実施し、心身ともに回復した状態で自宅や社会へ戻る事を目的とする病棟。 入院可能な疾患と疾患ごとの入院期間が決まっている。
病棟機能別の課題	◆ 緊急入院では地域の支援者と繋がるまでに時間を要し、早期からの連携・情報収集が難しい ◆ 生活や介護の課題よりも医療的な課題を重要視してしまう ◆ 発症直後でありADLがどこまで回復していくのかをイメージしづらく目標設定が困難 ◆ 転院する回復期リハ・地域包括ケア病棟の役割機能が明確でないため次の療養生活を想像しづらい ◆ 回復期（回復期リハ・地域包括ケア病棟等）へ転院する際の情報提供に生活・介護の視点が十分でない	◆ 2014年の診療報酬より新設された病棟機能であり、自院の地域包括ケア病棟の役割機能についての認識に個人差がある ◆ 入院可能な疾患に縛りがなく、様々な疾患や課題を持つ患者を対象とするため支援のタイミングに苦慮 ◆ 退院を困難にする課題が多様で、適切な連携先（地域を含む）や連携方法が不明確	◆ 急性期からの事前情報と実際に転院した患者像に相違があると入院判定に苦慮 ◆ 計画や支援がセラピスト主導となりやすく、課題解決に必要な職種に繋がっていない ◆ 回復過程に応じた方向性・支援内容の変更を地域・多職種でのタイムリーな共有が不十分 ◆ 入院中のリハビリテーション・目指す姿と退院後のケアプランのすり合わせが不十分
共通課題	◆ 地域と病院相互の退院支援における役割をイメージできていない ◆ 入退院支援が専門部署（地域連携室や入退院支援センター等）任せ ◆ 地域連携のタイミングや情報共有すべき事柄が不明確 ◆ 家族と本人の意向の違いに苦慮する（家族の意向を尊重しがち） ◆ 退院後の生活を見据えた支援に個人差・職種差がある ◆ 地域と病院が退院時の目指す姿を共有できていない ◆ 入院中の情報を継続看護の視点で次の療養場所（外来含む）に繋がられていない ◆ 退院・転院後の様子をフィードバックし支援を振り返る仕組みがない		

入退院支援事業に参加いただいた全ての職種から抽出された課題をもとに作成（H27年度～令和元年）

2-③ 入退院支援可視化シート(以下、可視化シート)の作成

入院前(外来)から入院中そして退院後までの一連の入退院支援の流れを可視化し、地域・病院・多職種それぞれが、どの時期にどんな役割機能を担い、どのタイミングで情報共有や協働すべきかを標準化した「可視化シート」を作成します。

(1) 可視化シート作成メンバーの選出

院内より職種のバランスを考えて決定します。運営メンバーとの重複も可能ですが、現状の入退院支援を把握しているスタッフを選出することで、より具体的で実現可能な可視化シートとなります。地域の居宅支援事業所や地域包括支援センターにも協力を依頼し、地域・病院・多職種で利用できる可視化シートを目指しましょう。

(2) 現状の入退院支援プロセスを可視化

まず、現状の入退院支援体制を可視化してみましょう。

そうすることで、入院から(入院前から)退院(退院後の外来)まで、どの職種が、どんな役割機能を持って患者・家族と関わっているか、どのタイミングで多職種協働が行われているかが明確になります。

連携のタイミングや情報共有の事柄が標準化されておらず、個人の判断で進められている事柄などの課題も見えてくるかもしれません。

(3) 運営メンバー会議で検討した『優先課題』を解決し『目指す姿』に向かうために、現状の仕組みを軌道修正

②で可視化した現状の仕組みの『優先課題』を解決し『目指す姿』に向かうための仕組みに変えていきます。運営メンバー会議(3回目)で検討した“具体的対策”を活用し地域・病院・多職種協働型で切れ目のない支援を可視化しましょう。

(4) 地域(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所・訪問看護ステーション等)の役割機能を可視化

院内の多職種だけでなく、地域側の役割や連携のタイミングも把握できるシートにすることで、入退院支援の質が担保されます。

※参考資料(P.31)参照

STEP 3

入退院支援の事例展開を 積み重ね仕組みを定着化

このステップでは、運営メンバー会議をもとに地域・病院・多職種協働型の切れ目ない支援体制を可視化し作成した「入退院支援可視化シート」を活用した事例展開を繰り返して定着化を目指します。※モデル事例を決め、各部門・職種が可視化シートに沿って丁寧に支援し、事例ごとに振り返りましょう。事例ごとの気づきや学びの蓄積が、地域・病院相互の成長と、仕組み作りへの意欲の継続につながります。

3-① 可視化シートを活用し事例展開を積み重ねる

STEP2で作成した可視化シートに沿って事例展開を行うために、地域と共にモデル患者を決めます。入院決定から時系列に沿ってどんな支援や連携が必要かを確認しながら可視化シートのプロセスを确实・丁寧に進めます。

3-② 入退院支援のプロセスを丁寧に振り返る

事例展開が終了したら、必ず、振り返りの機会を作りましょう。可視化シートを活用した事例展開において、これまでの支援との比較や気づき、戸惑い、良かった点などを振り返ります。地域や患者・家族の反応も共有しましょう。

3-③ 事例展開の気づき・学びを組織全体に波及

事例展開を振り返って得られた気づきや学びは、ひとつの部署・職種にとどめることなく院内や地域に広く波及し、地域全体の入退院支援の質向上に繋げましょう。

3-④ 可視化シートの改善と定着化

入退院支援の事例展開を繰り返し、丁寧に振り返ると共に、可視化シートに記載したプロセスについても改善していきます。

地域・病院・多職種協働型の支援の質向上と定着化を目指しましょう。

※モデル事例の選定について

「可視化シート」を活用した事例展開を行うにあたり、最初から全ての入院患者を対象とせず、モデル事例を選定し可視化シートに沿った支援プロセスを地域と共に確実に進めましょう。まずは比較的退院に向けての課題が少なく退院の意思が明確な患者・家族の事例を選択し、地域・病院・多職種協働での退院支援の成功体験を積み重ねましょう。

事例展開の紹介

【例】A病院 回復期リハ病棟での事例展開

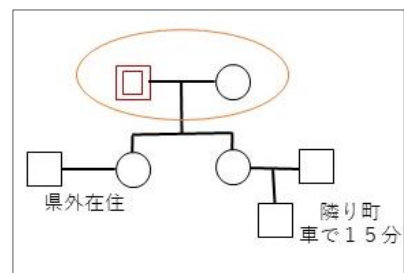
◆◆◆ A氏 80代 男性 患者情報 ◆◆◆

【既往歴】

3年前に脳幹梗塞を発症し軽度の左麻痺が残る
慢性心不全、喘息治療中

【生活歴】

妻と2人暮らし。定年後は農業（米・野菜）を生業としていたが、高齢となり現在は、自宅付近で良心市での販売程度に野菜を作っている。妻は膝関節の手術後にて通院中で活動に制限があるため、調理・洗濯以外はA氏が家事を行う。2人の娘がおり、長女は県外。次女は隣町で夫・息子と暮らしていて週1回程度、様子を見に実家を訪問する。



【発症～回復期病棟入院までの経過】

次女が実家を訪問した際、A氏の顔色悪く、普段と歩く様子が違うことに気づいて、急性期病院を受診。2度目の脳幹梗塞と診断され、入院治療7日経過後、回復期へ転院となる。

【回復期へ転入時の様子】

本人より「体全体に力が入りにくい、動くとしんどい」との訴えあり。顕著な麻痺はみられないが、廃用性症候群あり。

- 移動：車いす一部介助
- 排泄：ポータブルトイレ介助
- 食事：車いす座位で自力摂取可
- 更衣・清潔：ほぼ全介助

◆◆◆ 回復期リハでの取り組み紹介 ◆◆◆

STEP 2で作成した「可視化シート」をもとに上記の事例展開を実施。その中から、入退院支援の質向上に向けた取り組み1～3を紹介します。

◆◆ 取り組み1 ◆◆

入院前カンファレンスを実施する（入院決定～入院まで）

目的：急性期からの事前情報をもとに、予想させる「退院を困難にする課題」と「今後の見通し」を入院前から多職種チームで検討し情報共有したうえで、本人・家族との面談を実施することで入院早期からの支援に繋げる。

《カンファレンスでの各職種からの意見》

理学療法士：

妻が膝関節の手術後なので、重介護が難しい。可能な限りADL向上を目指す

看護師：

脳幹梗塞2度目であり、再発予防が必要。服薬管理や水分摂取等、生活状況のアセスメントが必要

ソーシャルワーカー：

介護保険の申請はしておらず、セラピストと退院時のゴール設定を見極めながら、状況を見て本人・家族と面談実施

《振り返り》

- 入院前に多職種で情報共有することで、担当者の選定や、個性性を考慮したベッド周囲の環境設定が事前にできた
- 入院患者全員に入院前カンファレンスを実施することになると、日程や参加職種の調整が必要となってくるが、メリットは多いので是非、継続していきたい。
- 介護保険の認定があれば、事前にケアマネジャーから情報を得たうえでカンファレンスに望みたい

◆◆ 取り組み2 ◆◆

入院早期の自宅訪問を多職種で実施する（入院～1週間以内）

目的：自宅訪問を入院早期に行い、実際の生活場面や動線を知る事で、退院後の生活を見据えた看護やリハビリテーションに繋げる。また、地域連携部門とセラピストが中心だった訪問を見直し、退院を困難にしている課題に応じた専門職が訪問することで、支援方法の選択肢が広がり本人の意向に沿った支援につながる。

《入院6日目で自宅訪問》

訪問者：理学療法士、病棟受け持ち看護師、ソーシャルワーカー

明らかになった課題

- 本人は、退院後の畑仕事の継続を強く希望しているが、自宅から畑までの動線に不整地と国道の横断が所があり、歩行の安定性と移動方法の検討が必要
- 居住環境に土間部分や段差などがあり、退院時のADLに応じた環境調整が必要
- 自宅には残薬が多く、指示通りの服薬が出来ていない可能性あり。服薬管理に家族の介入がないことが分かったため、再梗塞予防の観点から、服薬管理方法の検討が必要

《振り返り》

- 看護師の聞き取りに立ち合い、これまで本人の情報は詳細に聞くが、家族の体調や疾患についてなどの聴取が不十分であったと感じた。在宅生活を行うためには介護する家族の健康も重要な観察ポイントだと再確認した（理学療法士）
- 初めて入院早期の自宅訪問に参加したが、実際の環境や家族の介護力を知ることで、個性のある看護計画に繋がると感じた（看護師）
- 退院支援は自分たち地域連携部門が担う部分が大きく、地域からも医療的視点で質問されて困ることもあったが、多職種で訪問することで専門的なアセスメントを共有できて良かった（ソーシャルワーカー）

◆◆ 取り組み3 ◆◆

退院後の生活状況を知り、自分たちの支援を振り返る（退院後）

目的：退院後の生活を知る機会が少なく、入院中の支援が安心した在宅生活に繋がっているのか不明なままであるため、地域に引き継いだ患者の退院後を知り、入院中の支援について振り返り、今後に活かす

《退院後3週間後、退院後の生活状況の聞き取り》

次女から

- 入院中から、退院に向けて手すりや訪問リハの段取りをして頂いた事は本当に助かりました。本人としては入院中から「早く退院したい、自分で何でも出来る」と自信満々に言っていましたが、いざ、帰ってみると思うように動けない事を実感し戸惑っています。思うように動けず落ち込んでいる姿をみて、家族はどうすることもできず、帰ってみないと分からないことがたくさんあります。入院中は、どんなことに困るのかイメージできませんでした。

訪問看護ステーション 理学療法士から

- 退院直後は、畑での収穫作業など、やりたい事と自分の体調（長時間動くことと疲労出現）の折り合いがつかず、納得のいかない様子で戸惑いも見られていました。
- でも、最近やっと動き過ぎるとしんどくなる自覚が出来はじめ、「しんどくなるき、帰ってきた」と自分で体調と折り合いをつけて作業をやめていたことは、大きな成長です。入院中に練習していた呼吸法が役に立っています。
- 入浴動作にしても、退院直後は、筋力低下が著しく、浴槽台の提案をしましたが、本人は入院前同様に何もなくても出来ると思っていたので浴槽台を使わないで始めました。でも浴槽に入ったものの体が滑って不安定なのを実感して、浴槽台を購入することになりました。今では、1人でお風呂に入っています。退院してからADLは拡大しています

《振り返り》

- 自宅での動作を想定して支援したつもりだったが、本人が落ち込んでいたようで、申し訳ない。
- 入院中のリハビリテーションでは、自宅を想定した動作訓練に限界があるので、できるだけ、早期に一時外出泊を試したいとご家族に依頼するが、断られる事例も多い。なぜ、外出泊が必要なのかをしっかりと伝えられるようにしたい。
- 退院患者全員の後追いは難いそうだが、退院後の生活が心配な患者は情報を知りたい。退院後の生活をフィードバックする患者のスクリーニングを可視化シートに追加していきたい。

STEP 4

入退院支援体制の洗練化

ここでは地域と共に構築した仕組みの洗練化を行います。病院と地域が一体的な支援の定着に向けて継続する中で見えてきた「効果」と「課題」をもとに、よりよい体制づくり・円滑な協働を目指します。また各部門、各職種の支援体制や支援方法のモニタリングを行うことで、組織全体の支援の質向上に繋がります。

4-① 地域と共に入退院支援の事例展開や振り返りを継続

病院と地域における一体的で切れ目ない支援体制の確立を目指し、地域・病院・多職種協働型の支援を継続しましょう。そして病院だけでなく地域を交え定期的に事例を振り返る場を設けることが大切です。

4-② 「効果」と「課題」を明確化し可視化シートを洗練化

地域・病院・多職種協働型の支援体制を継続し、振り返ることで「効果」と「課題」が見えてきます。振り返りの中で以前の支援と比べ良くなった「効果」と感じられる部分を組織全体で共有する事で、支援に対するやりがいや更なる推進力に繋がります。「課題」については地域と共に検討し、より円滑で効果的な「可視化シート」を目指し洗練化していきましょう。

4-③ 地域・病院・多職種協働型入退院支援システムのモニタリング

各施設において、地域・病院・多職種にて検討した支援体制（可視化シート）に沿った入退院支援が実践できているか定期的にモニタリングすることも大切です。地域からのニーズや診療報酬の改定に伴う変更点も考慮しながら「入退院支援システムモニタリングシート（以下モニタリングシート）」を用いた点検により更なる入退院支援の質向上と連携強化を目指しましょう。

4-④ モニタリング運営会議を開催する

地域・病院・多職種がモニタリングシートを用いた点検により明確化した課題を持ち寄ってモニタリング運営会議を開催します。モニタリングシートの分析結果より明らかになった「効果」と「課題」について共有し、入退院支援の仕組みの洗練化や更なる入退院支援の質向上と連携強化につなげます。

入退院支援モニタリングシート(事務部門用)

施設名：

評価日

R

年

月

日

記入者：

職種：

4...常に出来ている
3...ほぼ出来ている
2...ときどき出来ている
1...出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入退院支援 における 体制	1	入退院支援や地域連携を担う部門を設置し事務部門との円滑な連携が来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	2	1において専従職員と専任職員を配置し、役割を明確化出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	3	入退院支援加算の対象患者様の抽出方法について多職種・多部門で合意形成出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	4	円滑な在宅復帰に向けて、訪問看護ステーションや居宅支援事業所との円滑な連携に向け定期的に意見交換の場を設けていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
取得加算 要件に ついて	5	現在取得してる入退院支援加算(1・2)について算定要件を満たしてるか定期的に確認する仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	6	現在連携してる地域の事業所(20か所以上)を把握する仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	7	各病棟における地域連携(入退院時カンファレンス・退院時共同指導加算の算定等)を集約する仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	8	入院時支援加算を取得の場合、入院前(外来)の説明内容や収集した情報を切れ目なく病棟につなぐ仕組みが出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
仕組みの 洗練化に 向けて	9	入退院支援の仕組み(可視化シートの動きなど)において現場から課題が抽出された場合は適時、検討の場を設け、組織全体で洗練化に努めていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	10	退院困難な要因を抽出し支援していたが、最終的に加算が算定できなかった事例について振り返り検証が出来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	11	退院後の生活状況を地域からフィードバックし院内または在宅チームと振り返る仕組み作りをサポートしていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	12	患者満足度・在宅復帰率・在院日数のデータなどの推移を組織内で共有していますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(外来用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4…常に出来ている
3…ほぼ出来ている
2…ときどき出来ている
1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

外来通院	1	最新の患者情報を外来カルテのどこに誰が、記載する(入力)するかが決まっていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	2	外来において、病状経過、検査結果、薬の変更など本人・家族に説明した内容とそれに対する質問や反応を、外来カルテに記載し、情報共有していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	3	外来通院中の患者の家族・ケアマネジャー・訪問看護などからの問い合わせ窓口を明確にしていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
外来 ↓ 入院	4	《緊急入院》 外来患者が緊急入院となった場合、通院中の経過や課題を切れ目なく入院病棟に繋いでいますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	5	《予定入院》 ※入院時支援加算対象 外来患者が予定入院となった場合、家族やケアマネジャーと情報交換しながら支援項目(ア～ク)の情報を病棟に繋いでいますか	4 3 2 1 □ □ □ □
退院 ↓ 外来	6	退院後も継続看護が必要な患者に対して入院中から連携(治療経過の共有やカンファレンス参加)を取っていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	7	自院を退院した患者が、外来受診する場合、入院中の経過・継続支援の内容を入院していた病棟から引き継ぐ仕組みがありますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(コーディネーター用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4・・・常に出来ている
3・・・ほぼ出来ている
2・・・ときどき出来ている
1・・・出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

1	地域連携や入退院支援の推進に向けて、地域と共に定期的に協議の場を作り、取り組みの効果と課題を検証していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
2	1.で抽出した課題を組織のマネージャーと共有していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
3	1.で抽出した課題の改善に向け、検討していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
4	入退院支援可視化シートについて定期的(1回/)に意見交換が来ていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
5	入退院支援可視化シートを改善する場合、地域との合意形成が得られていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
6	モニタリングシートを活用して各部署・各職種の課題を抽出していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
7	6.で抽出した課題について協議し支援体制の洗練化に取り組んでいますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(セラピスト用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4・・・常に出来ている
3・・・ほぼ出来ている
2・・・ときどき出来ている
1・・・出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	院内連携	1	入院時スクリーニングで抽出された課題を担当セラピストにて共有していますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	情報収集	2	入院時に患者・家族から入院前の生活環境や活動・参加状況についての情報を収集していますか。	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
入院中	早期からの介入	1	早期から、在宅を見据えた目標設定と具体的アプローチを提示していますか(リハビリテーション総合実施計画書)	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		2	上記を患者に情報提供していますか。	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		3	入院早期(7日以内)に多職種カンファレンスにて患者の状態(医療的課題・生活介護上の課題)を評価し、治療方針や退院時の患者の目指す姿を共有・検討していますか。	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	入院時 自宅訪問	4	入院中の自宅訪問についての必要性を多職種の視点で検討し実施していますか。	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		5	3. で抽出された患者の自宅訪問について地域の参加がありますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	院内連携	6	入院中のリハビリの進捗や方向性を院内多職種と共有していますか。方法()	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	地域連携	7	入院中のリハビリの進捗や方向性を地域に情報提供していますか。方法()	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		8	退院前カンファレンスへ参加しセラピストの視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		9	退院後も継続する課題について在宅生活を見据え訓練方法への移行を検討ができていますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	地域連携	10	入院中のリハビリ経過をふまえ、9. で検討したことや退院後の見通しを在宅支援者に繋いでいますか(他部門を通じてでも可)	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
退院後	退院支援 振り返り	1	退院後の生活状況について、振り返る機会がありますか(情報提供は、他部署経由でも可)方法()	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		2	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の自宅訪問を実施していますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐

入退院支援モニタリングシート(病棟用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4・・・常に出来ている
3・・・ほぼ出来ている
2・・・ときどき出来ている
1・・・出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	院内連携	1	入院時スクリーニングで抽出された課題を病棟内で共有していますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	情報収集	2	入院前の患者の状態を、院内の多職種と情報共有していますか。方法()	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
入院中	看護支援	1	入院時スクリーニングで抽出された課題が看護計画の立案に反映されていますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		2	看護計画の評価・修正と看護援助が連動されていますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		3	日々の看護の中で、患者・家族の退院に向けての意向を積極的に確認していますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		4	日々の看護において知り得た患者・家族の退院に向けての意向の変化を地域・多職種と共有し支援策に反映していますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	院内連携	5	入院早期(7日以内)に多職種カンファレンスにて患者の状態(医療的課題・生活介護上の課題)を評価し、治療方針や退院時の患者の目指す姿を共有・検討していますか。	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		6	2. の検討事項を、病棟スタッフと共有できていますか。方法()	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		7	入院中の病状の変化・治療や方向性、患者・家族の気持ちの変化などを、多職種と共有していますか。方法()	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		8	退院前カンファレンスへの参加し看護の視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
	継続看護	9	退院後も継続する課題について在宅生活を見据えたシンプルケア移行への検討が来ていますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		10	9. で検討したことを在宅支援者に繋いでいますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
退院後	退院支援振り返り	1	退院後の生活状況について、振り返る機会がありますか(情報提供は、他部署経由でも可)方法()	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐
		2	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の自宅訪問を実施していますか	4 3 2 1 ☐ ☐ ☐ ☐

入退院支援モニタリングシート(地域連携室用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4…常に出来ている
3…ほぼ出来ている
2…ときどき出来ている
1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	スクリーニング	1	入院時スクリーニングを実施し、課題を抽出していますか（3日以内）	4	3	2	1	
	院内連携	2	1.で抽出した課題の解決にかかわる職種と入院早期から課題を共有していますか	4	3	2	1	
		情報収集	3	患者・家族から、入院前の健康状態や生活状況についての情報を収集していますか。	4	3	2	1
			4	患者・家族から今後の意向を確認していますか。	4	3	2	1
	地域連携	5	ケアマネジャー(CM)の有無・かかりつけ医・在宅サービスの利用は確認していますか。	4	3	2	1	
		6	CMのいる場合：入院早期から連携し在宅生活における情報収集を行っていますか	4	3	2	1	
		7	CMがいない場合：地域包括支援センター(包括)と連携し地域の社会資源や患者情報を収集していますか	4	3	2	1	
		8	入院時の状況(病状や見通しなど)を、積極的にCMや包括に情報提供していますか。 方法()	4	3	2	1	
入院中	多職種連携	1	患者・家族への面談（7日以内）を行い退院に向けた課題や目標を共有し、支援をしていますか。	4	3	2	1	
		2	入院早期(7日以内)に多職種カンファレンスにて患者の状態(医療的課題・生活介護上の課題)を評価し、治療方針や退院時の患者の目指す姿を共有・検討していますか。	4	3	2	1	
		3	院内の多職種と定期的に患者の状況、患者支援状況、支援方針を共有していますか。 方法()	4	3	2	1	
	地域連携	4	入院中のカンファレンスにおいて包括やCMの参加が必要な場合、依頼をしていますか	4	3	2	1	
		5	退院後の医療上の課題と生活介護上の課題について、CM・包括等に情報提供をしながら、退院に向けた準備を協働して進めていますか。	4	3	2	1	
		6	入院中の治療・リハビリの進行状況や方向性をCM・包括と共有していますか。	4	3	2	1	
		7	退院許可後、退院日について患者・家族の意向も踏まえて決定していますか	4	3	2	1	
	8	退院許可後、退院日について地域・多職種の意向も踏まえて決定していますか	4	3	2	1		
	9	退院日の見通しが立てば、CM・包括等地域の関係機関に、退院することを事前(在宅サービスの調整を考慮して)に連絡していますか。	4	3	2	1		
	10	退院前カンファレンス実施に向けコーディネート(日時・場所・参加職種・議題など)はできていますか	4	3	2	1		
	11	退院前カンファレンスに参加できなかったメンバーに検討事項を情報提供できていますか	4	3	2	1		
退院後	地域連携	1	退院後の地域からの相談窓口は明示されていますか	4	3	2	1	
	退院支援 振り返り	2	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の状況について、CM・包括などから情報収集していますか	4	3	2	1	
		3	退院後も医療上・生活介護上の課題がある患者の自宅訪問を実施していますか	4	3	2	1	
		4	1.2.で得た情報を、主治医、院内スタッフと情報共有していますか	4	3	2	1	

入退院支援モニタリングシート(栄養部用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4…常に出来ている
3…ほぼ出来ている
2…ときどき出来ている
1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	院内連携	1	入院前の食事や栄養状態において課題がある患者様に対して早期から関わっていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	情報収集	2	入院前の栄養状態について、情報提供や検査データを用いて確認していますか(食事形態・調理など)	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	入院前の食事や栄養状態について不明な点があれば、情報収集していますか(家族、ケアマネジャー、かかりつけ医等より)	4 3 2 1 □ □ □ □
入院中	院内連携	1	食事や栄養状態についての課題を院内多職種で共有していますか方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
		2	食事や栄養状態に関する指導の経過を、院内多職種と共有していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	食事や栄養状態に課題のある患者のカンファレンスに参加していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	院内・地域連携	4	退院後の生活を見据えた食事方法や調理について多職種(看護師・リハ、ケアマネ等)と本人・家族で最終確認していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
退院時	院内連携	1	退院前カンファレンスへの参加し栄養士・管理栄養士の視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	地域連携	2	入院中の栄養管理や、退院後に残された課題を在宅生活の支援者につないでいますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援モニタリングシート(薬剤部用)

施設名：

評価日 R 年 月 日 記入者：

職種：

4…常に出来ている
3…ほぼ出来ている
2…ときどき出来ている
1…出来ていない

評価が2・1の場合は、仕組みを再検討

入院時	スクリーニング	1	入院前の薬剤管理において課題がある患者様に対して早期から関わっていますか	4 3 2 1 □ □ □ □
	情報収集	2	入院前の薬剤について、情報提供やお薬手帳等を用いて確認していますか(管理方法、残薬の有無など)	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	入院前の薬剤について不明な点があれば、情報収集していますか(家族、ケアマネジャー、かかりつけ医等より)	4 3 2 1 □ □ □ □
入院中	院内連携	1	薬剤についての課題を院内多職種で共有していますか方法()	4 3 2 1 □ □ □ □
		2	服薬に関する情報・服薬指導の経過を、院内多職種と共有していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
		3	薬剤に課題のある患者のカンファレンスに参加していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	院内・地域連携	4	退院後の生活を見据えた薬剤管理について多職種(看護師・リハ、ケアマネ等)と本人・家族で最終確認していますか	4 3 2 1 □ □ □ □
退院時	院内連携	1	退院前カンファレンスへの参加し薬剤師の視点をもとに多職種と具体的な在宅生活について検討していますか。	4 3 2 1 □ □ □ □
	地域連携 薬薬連携	2	入院中の薬剤管理や、退院後に残された課題を在宅生活の支援者や地域の薬剤師につないでいますか	4 3 2 1 □ □ □ □

入退院支援体制構築に向けてのキーポイント

基盤を作る時期

【目指す病院、病棟の姿の明確化と共有】

- ・ これまで担ってきた役割や地域からの期待や、病棟で大切にしてきたケアを再確認
- ・ 医療制度改革への対応を踏まえ、組織全体で検討・決定・共有

【退院できない要因を外的要因ではなく、内的要因に目を向ける】

- ・ 外的要因「地域に社会資源がない」「家族の理解がない」
- ・ 内的要因「病院内の退院支援の仕組みやケアの課題はなにか」

【病院と地域の窓口の明確化】

- ・ 入院のみならず、退院後の外来での継続療養支援に向けた窓口の明確化

入院初期

【多職種における初回カンファレンスの重要性】

- ・ 入院時カンファレンスで支援の方向性や課題の共有、短期・長期的な目標設定の合意
- ・ MSWを通してCMから情報を確認
 - ⇒ 多職種が同じ方向性で、患者、家族と向き合える
 - 入院早期から在宅生活を見据えた目標設定が可能

【早期にCMと連携し、退院時の姿を共有】

- ・ 居宅介護支援事業所併設の病院:ともに考える体制構築
- ・ 居宅介護支援事業所併設されていない病院:担当CMや地域包括と入院早期から情報共有できる体制構築

入院中期

【専門性を活かした入院時訪問や家屋調査】

- ・ 住宅環境の評価や動作確認に加え、これまでの生活習慣や家族の介護力などを多角的にアセスメント
 - ⇒ 在宅生活における患者を取り巻く環境や社会資源に対応したリハビリテーションやケア

【患者・家族が主体的な退院支援を目指す】

- ・ 入院中の試験外出泊の意味や必要性を伝え、明確となった課題に向け支援

入院後期

【カンファレンスの洗練化】

- ・ 多くの参加者が日時や通常業務を調整して集まる⇒有効で効率的な開催
- ・ 患者の現状報告に留めず、課題に向け各職種が行うべき支援内容や到達目標など検討内容を決定

【チームで退院時期、退院日を検討、決定】

- ・ 退院時期を決定する際には、チームによる多角的アセスメントの元適切なタイミングを検討する（患者・家族の意思決定が揺らぐことを考慮）
⇒患者・家族の不安が大きい場合、退院時期の変更が本当に必要か、チームで検討

【転院支援ではなく退院支援につなぐ】

- ・ 継続する課題を次の療養先につなぎ、継続した支援につなぐ

退院後

【退院後の生活を知る⇒仕組みづくり】

- ・ 在宅スタッフからの退院後の様子を、関わったスタッフにフィードバック
⇒自分たちの退院支援を振り返り今後どう活かすかをチームで考える
- ・ 退院後も病院から在宅スタッフへ連絡し、情報収集する
⇒在宅スタッフから病院への連携意識が向上

「回復期病棟入退院支援可視化シート作成」のご紹介

1. 回復期病棟の現状

<退院支援が難しい理由>

- ① 日常生活機能を完全に回復することが難しく、他者の援助が必要な状況で退院となる事が多い
 - ・ 高齢で複数の内科的疾患の既往がある、認知症、終末期小康状態という患者が増加
 - ・ 高齢でなくとも高次脳機能障害の患者も入院
- ② 体力的、金銭的、マンパワー的にも十分な介護力を持つ家族が少ない
 - ・ 高齢独居や老老介護で、キーとなる家族が身近にいない
 - ・ 低所得である、または、共働きで生計を維持している
- ③ 退院の時期における患者・家族と病棟スタッフ側との認識のずれ
 - ・ 回復期リハ病棟では疾患別の入院期間、地域包括ケア病棟では60日を基準に退院のタイミングを考えてしまうため、回復過程に応じて治療・リハビリテーション・ケアを提供し患者の回復レベルで退院日を検討するスタッフと認識のずれが生じている

2. 回復期病棟スタッフに求められていること

このような状況から回復期病棟スタッフに求められていることは以下となる

- 患者がでできる機能を最大限伸ばすリハビリテーション
- 退院時の状況に応じた支援体制を整え、患者・家族が「これなら帰れそう」と思える支援

そのために・・・

- ◆ 入院前からケアマネジャーと連携し、入院中、常に退院後の生活に視点をおく
- ◆ 入院早期から患者・家族の意思決定支援やそれに基づくりハビリテーション・ケアを行うために事前情報をスタッフ全員で共有したうえで入院を受け入れる
- ◆ 身体・精神・社会的背景を統合した包括的アセスメントから患者の全体像を捉え、スタッフ全員で共有・チームアプローチを行う
- ◆ 入院中の病状説明や家族オリエンテーションで伝える事はチームで検討し、伝えた後の反応や変化を共有し支援計画に活かす
- ◆ 患者・家族に病前との変化点や回復イメージを確認した上で「何が解決したら帰れそうか」を患者・家族と丁寧に話し合い、患者の全体像、患者・家族の希望、地域の社会資源の実情とをすり合わせ、目指す姿を共有する
- ◆ 多職種で退院までに解決すべき課題を明確にし、課題解決に向けた治療・リハビリテーション・ケアを計画・実施・評価する
- ◆ 多職種間で患者の回復過程をタイムリーに共有し、回復過程に応じてリハビリテーション・ケアを変更・評価する

特徴

1. 診療報酬で決まっている入院期間をゴールとせず、それぞれの到達目標に向けた支援で質の担保

「入退院支援に向けた到達目標の共有」をシートの一番上に位置づけ、患者それぞれの回復過程に沿ってスタッフ間で到達目標を共有し、入退院支援を進めます

2. 回復状況や課題を家族と話し合い、共有しながら入退院支援を進める

円滑な入退院支援には「家族支援」が重要と位置づけ、回復状況や課題を家族と話し合い、共有しながら入退院支援を進めます

3. 入院前カンファレンスを実施し、継続性・一貫性のある支援体制を維持する

入院前の事前情報をもとにカンファレンスを実施し、見えた課題を共有します。このことで、入院時からチームで関わる体制を作り、その後も継続的にカンファレンスを実施することで、一貫性のある支援体制を維持します

4. 各職種の専門性と役割を意識して行動する

回復期病棟にて支援に携わる多職種について、各専門職の役割と回復過程各時期の行動が細かく記載されています。各職種相互の役割や連携のタイミングを確認しながら支援をすすめることができます

5. 入院前から地域側スタッフとつながる

入院前カンファレンスの時点で、ケアマネジャーなど地域側スタッフからの情報を得て（可能であれば参加）その後も継続的な情報共有と入院中のカンファレンスの参加を位置づけています。病院内の職種間連携に留まらず、常に地域との繋がりを意識することで、退院後の生活を見据えた治療・リハビリ・ケアにつながります

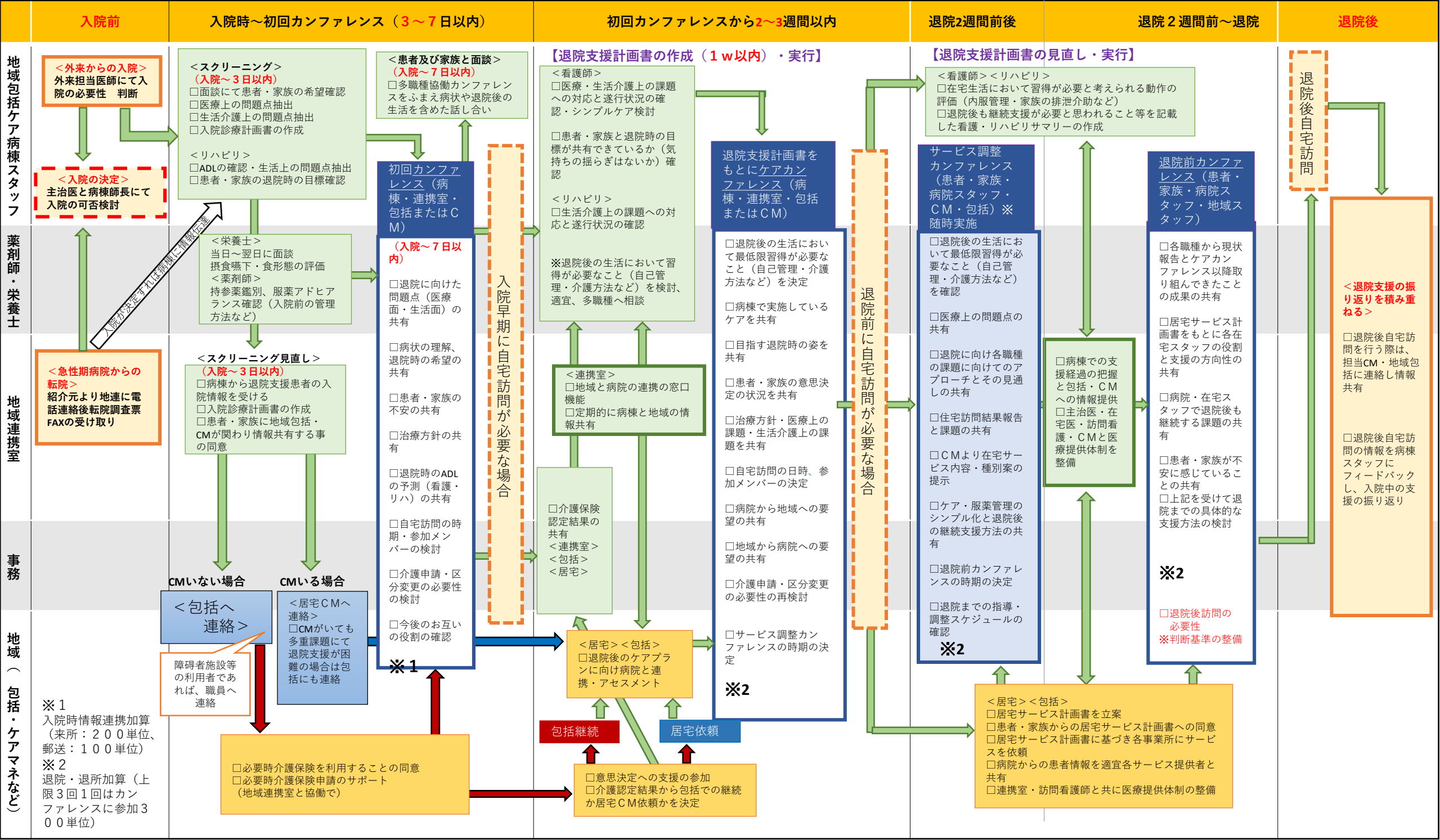
6. 退院後のモニタリング

退院後の療養生活の様子を知ることで、入院中の支援を病院・地域双方で振り返り、次の支援や地域ケアシステムの構築に活かしていく

7. 退院支援加算Ⅰの算定に対応

「3日以内の入退院困難患者の抽出」「7日以内の多職種共同カンファレンスの実施」「7日以内に患者、家族との面談」というような、“入退院支援加算Ⅰ”の算定に即して作成

A地域包括ケア病棟版入退院支援可視化シート



B回復期リハビリテーション病棟版 入退院支援可視化シート すこやか つながるシート

様		入院日() 方向性()→(変更:) 退院時期()		入院時 退院時		□介護度 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) □介護度 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5)										□申請中		□再申請中		□未申請	
		入院前		入院時(～3日目)		入院時～1回目多職種カンファレンス(～7日目)		入院中		退院前		退院後									
達成目標	●急性期での支援や情報を切れ目なく引き継ぐ		●退院支援が必要な患者の選定と問題点を抽出をする ●患者・家族の思いを知る ●地域との連携体制を確認する		●院内多職種が退院に向けた課題・目標・見通しを抽出、共有する ●退院支援に必要な職種を参集する		●本人・家族・病院・地域スタッフと退院に向けた課題・目標・見通しを共有する ●退院に向けた新たな在宅生活の提案・指導を行う ●定期的に本人の状態や支援状況を共有し、課題・目標・見通しを見直しをする				●退院後に予測される課題を地域へ引き継ぎケアプランに反映する		●地域から退院後のフィードバックを受け、改善点や成果を共有する ●病院と地域がともに支援を振り返ることでさらなる連携強化に繋げる								
地域	□受け持ちの利用者の転院が決定すれば病院に連絡・情報提供		□ケアマネジャーあり 早期自宅訪問・多職種カンファレンスへの参加 ケアプランの提供		□ケアマネジャーなし(介護保険が今後必要) 地域包括支援センターの早期自宅訪問・多職種カンファレンスへの参加		□ケアマネジャーあり ケアマネジャーおよび関連事業所の担当者会・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問への参加		□ケアマネジャーなし(介護保険が今後必要) 地域包括支援センターの担当者会・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問への参加		□ケアマネジャーあり ケアマネジャーおよび関連事業所の担当者会・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問への参加		□ケアマネジャーあり ケアマネジャーおよび関連事業所の担当者会・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問への参加		□ケアマネジャーあり ケアマネジャーおよび関連事業所の担当者会・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問への参加						
地域連携室	□入院決定後、急性期病院または、ケアマネジャーへ情報を依頼 □介護保険の有無・申請・再申請の確認		□ケアマネジャーあり CMからの入院前の情報収集		□ケアマネジャーあり CMからの入院前の情報収集		□ケアマネジャーあり CMからの入院前の情報収集		□ケアマネジャーあり CMからの入院前の情報収集		□ケアマネジャーあり CMからの入院前の情報収集		□ケアマネジャーあり CMからの入院前の情報収集		□ケアマネジャーあり CMからの入院前の情報収集						
病棟	□転院依頼受け、情報提供書を受け取り □薬剤・入院歴等確認後、総師長へ情提渡す □事前情報を入院病棟へ伝達		□入院時スクリーニングシート作成(3日以内) □入退院支援面談の準備(看護師)		□入院時スクリーニングシート作成(3日以内) □入退院支援面談の準備(看護師)		□入院時スクリーニングシート作成(3日以内) □入退院支援面談の準備(看護師)		□入院時スクリーニングシート作成(3日以内) □入退院支援面談の準備(看護師)		□入院時スクリーニングシート作成(3日以内) □入退院支援面談の準備(看護師)		□入院時スクリーニングシート作成(3日以内) □入退院支援面談の準備(看護師)		□入院時スクリーニングシート作成(3日以内) □入退院支援面談の準備(看護師)						
リハビリ	□心身機能評価 □日常生活動作評価		□心身機能評価 □日常生活動作評価		□心身機能評価 □日常生活動作評価		□心身機能評価 □日常生活動作評価		□心身機能評価 □日常生活動作評価		□心身機能評価 □日常生活動作評価		□心身機能評価 □日常生活動作評価		□心身機能評価 □日常生活動作評価						
管理栄養士	□食形態の確認 □栄養状態の確認		□食形態の確認 □栄養状態の確認		□食形態の確認 □栄養状態の確認		□食形態の確認 □栄養状態の確認		□食形態の確認 □栄養状態の確認		□食形態の確認 □栄養状態の確認		□食形態の確認 □栄養状態の確認		□食形態の確認 □栄養状態の確認						
薬剤師	□現在服薬中の薬について確認		□持参薬の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報の確認 □不足情報を前院に問い合わせ		□持参薬の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報の確認 □不足情報を前院に問い合わせ		□持参薬の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報の確認 □不足情報を前院に問い合わせ		□持参薬の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報の確認 □不足情報を前院に問い合わせ		□持参薬の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報の確認 □不足情報を前院に問い合わせ		□持参薬の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報の確認 □不足情報を前院に問い合わせ		□持参薬の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報の確認 □不足情報を前院に問い合わせ						
主治医	□入院の可否検討		□治療方針の決定 □医学的注意事項の確認		□治療方針の決定 □医学的注意事項の確認		□治療方針の決定 □医学的注意事項の確認		□治療方針の決定 □医学的注意事項の確認		□治療方針の決定 □医学的注意事項の確認		□治療方針の決定 □医学的注意事項の確認		□治療方針の決定 □医学的注意事項の確認						
		□初回多職種カンファレンス(月 日)		□初回多職種カンファレンス(月 日)		□初回多職種カンファレンス(月 日)		□初回多職種カンファレンス(月 日)		□初回多職種カンファレンス(月 日)		□初回多職種カンファレンス(月 日)		□初回多職種カンファレンス(月 日)		□初回多職種カンファレンス(月 日)					
		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)		□入退院支援面談(月 日) □早期自宅訪問(月 日)					

患者氏名：様

入院年月日：

	主治医（ ） 担当NS（ ） 担当薬剤師（ ） MSW（ ） 担当栄養士（ ） リハビリ担当（PT/ OT/ ST/ ）						
	入院前	入院時	入院～2日	～7日	入院継続中	退院前	退院後
退院支援に向けた到達目標の共有	☐ 予定入院患者に入院の見通しについて説明することができる ☐ 予定入院患者のケアマネ情報訪問看護の利用、サービスの内容が把握できる	☐ 退院支援スクリーニングにて退院困難な要因を抽出し、各職種につなぐ ☐ 地域から既往歴とともに生活歴を引き継ぐ ☐ 予定入院患者に入院の見通しについて説明することができる	☐ 退院支援スクリーニングの妥当性を確認し、重点的に支援が必要かどうかをカンファレンスで検討する	☐ 多職種カンファレンスにて情報・課題・目標を共有し各職種が役割を明確にし、計画立案・支援を開始する（地域・多職種）	☐ 多職種カンファレンスにて各職種が支援の実施状況を共有・見直し実施する	☐ 退院前カンファレンスで各職種が取り組んだことの成果や残された課題を共有し地域に引き継ぐ（予後予測、継続課題の抽出・明確化）	☐ 退院数日後の様子を地域からフィードバックしてもらい退院支援を振り返る ☐ 外来が地域とつながり在宅療養支援を継続する
主治医 医学的リスク管理 退院に向けた患者家族へのIC	☐ 入院支援指示	☐ 入院診療計画書作成 ☐ 病状・治療方針説明	☐ 必要時セラピストへリハビリ指示	☐ 合同カンファレンス（1回/週） ☐ 多職種カンファレンス（Excel） ☐ 転院調整開始の指示 ☐ 服薬指導、栄養指導指示 ☐ IC		☐ 退院に関する説明 ☐ 退院療養計画書作成 ☐ 必要時退院前カンファレンス参加 ☐ 診療情報提供書作成 ☐ 地域連携バス完成 ☐ 必要時介護意見書・訪問看護指示書作成 ☐ 退院前訪問指導指示	☐ 外来診療・療養指導 ☐ 退院後訪問指導指示
外来（一般・救急）	☐ 入退院支援センターに入院支援介入の連絡（入院支援指示あり） ☐ 予約入院患者IC同席・記録	☐ 入院時IC同席・記録 ☐ 入院の説明		☐ 合同カンファレンス参加 ☐ 外来看護師間で情報共有			☐ サマリーをもとにカンファレンス ☐ 受診当日の情報共有 ☐ 受診時の状況・状態把握 ☐ 変わったことがあればケアマネ・訪問看護師へ連絡 ☐ 訪問看護記録が届けば必要時カンファレンス ☐ 必要時退院後自宅訪問
入退院支援センター	☐ 入院支援（指示のある患者）必要に応じて包括・ケアマネ事業所・役所と連携、MSW・栄養士・薬剤師・透析スタッフ・PTへの介入依頼 ☐ 退院支援スクリーニング ☐ 利用しているサービスの内容・ケアマネ情報・訪問看護の利用について確認する ☐ 予定入院の場合、ケアマネへの連絡を説明。 ☐ はたまるねっと登録有無確認	☐ カルテからの情報収集（スクリーニングシート・アセスメントシート等）ケアマネ情報や入院前の生活の確認	☐ ケアマネとのカンファレンス 面談時は介護支援連携指導文書作成（文書作成） ☐ 退院支援カンファレンス ☐ 地域医療室・MSWとカンファレンス（毎日） ☐ 患者・家族面談 ☐ 退院支援計画書の作成 ☐ ケアマネ連携が実施されているか確認しまだの場合は病棟看護師へなげかける ☐ ケアマネ・在宅スタッフとの連携 ☐ 非該当患者の1週間ごとの状況変化のチェック	☐ 在宅調整（必要時） ☐ 合同カンファレンスへの参加（1回/W）		☐ 在宅スタッフへ情報提供 ☐ ケアマネ連携（病棟看護師、セラピスト、医師等と共に） ☐ 訪問看護師と連携（退院時共同指導情報提供書作成）（文書作成） ☐ 退院前カンファレンス（必要時） ☐ 退院前自宅訪問指導 ☐ 看護サマリー提供方法確認 ☐ 地域連携バスの記載 ☐ 看護サマリー【連携シート】に追加情報があれば記載 ☐ 必要時転院前カンファレンスに参加依頼連絡	☐ 包括・ケアマネ・役所・転院先等在宅スタッフと連携し退院数日後の様子を聴く ☐ 各部署へ転院・退院後の様子をフィードバックする ☐ 退院後自宅訪問指導 ☐ 転院後の不明点について問い合わせの窓口となる
地域医療室	☐ 前方連携・受け入れ日程の調整		☐ MSW・入退院支援担当者とカンファレンス（毎日）	☐ 合同（循環器科）カンファレンス（毎水） ☐ 転院調整を開始 ☐ 転院先への情報をFAX		☐ 転院日の日程調整 ☐ 問い合わせの取り次ぎ ☐ 患者の状態に変化があり、病棟看護師または退院支援看護師から連絡があれば、転院先に情報提供（ファックス・電話）	
社会福祉士	☐ 入院支援介入（必要に応じて、包括・ケアマネ・役所等と連携）	☐ 経済的な問題がある患者への介入 ☐ 社会資源の確認（障害等） ☐ 課題を共有する	☐ 地域医療室・入退院支援担当者とカンファレンス			☐ 退院前カンファレンス（必要時）	
病棟看護師 看護計画立案・実施		☐ 退院支援スクリーニング(Excel) ☐ 退院支援カンファレンス日の設定 ☐ 必要に応じて入退院支援担当者へ支援依頼 ☐ 課題を共有する ☐ ケアプランを看護計画に反映させる	☐ 2日目カンファレンス（アセスメントシートの情報追加、修正、スクリーニングの妥当性の評価） ☐ 多職種カンファレンスの呼びかけ（日程・場所・内容・参加スタッフ） ☐ はたまるねっとありの場合は連絡票に入力されている訪問看護記録より情報を確認する	☐ 合同カンファレンス（1回/週） ☐ 退院支援カンファレンス（SOAP記録） ☐ 多職種カンファレンス	☐ 次の療養先の機能を説明	☐ 転院3日前に、看護サマリー（連携シート）を確認し、患者の状態と内容のずれがないか確認する ☐ 看護サマリー（連携シート）の修正があれば、地域医療室から転院先へファックスを依頼	
受け持ち看護師 又は病棟看護師		☐ 退院先の希望確認（在宅、施設、転院希望先の確認） ☐ 患者・家族の思いの確認 ☐ ケアマネの有無確認 ☐ ケアマネがいる場合、担当ケアマネへ電話連絡、病状・現時点の見通しを情報提供、連携の日程調整 ☐ 訪問看護がいる場合電話連絡・連携	☐ ケアマネとのカンファレンスに参加・記録（SOAP） ☐ 転院調整票の作成（エクセルチャート） ☐ 退院支援カンファレンス時の患者の状態により再カンファレンス日を設定する	☐ 退院支援計画書の説明・同意（SOAP記録） ☐ 退院支援計画を反映した看護計画の立案・介入 ☐ 退院指導		☐ 地域連携バスの記載・完成 ☐ 担当ケアマネとの退院前カンファレンスの実施 ☐ 退院前自宅訪問指導 ☐ 退院療養計画書説明 ☐ 看護サマリー（連携シート）（Excel）完成 ☐ 継続看護が必要な場合、退院後ケアマネや訪問看護が介入している場合は看護サマリーを外来にまわす ☐ 試験外泊の提案・実施検討 ☐ ケアマネ・訪問看護・転院先に看護サマリー【連携シート】を提供	☐ 退院後自宅訪問指導 ☐ 転院・退院後の患者の状態についてフィードバックを受ける
退院支援リンクナース			☐ ケアマネ連携が実施されているか確認しまだの場合は受け持ち看護師になげかける	☐ 受け持ち看護師への助言、支援			☐ 退院支援プロセスについて事例検討・振り返りを行い、各部署へフィードバックする
PT・OT・ST ADL/IADL評価 退院時の身体機能の目標設定とそれに向けたリハ・在宅移行に向けた環境調整	☐ リハの必要性の判断		☐ 医師・看護師より情報収集 リスク・禁忌・リハ目標情報 ☐ 心身機能、ADL評価 ☐ 言語・嚥下評価 食形態の適正確認 ☐ チームミーティング(PT,OT,ST)	☐ 合同カンファレンス参加 HDS-R評価 ☐ 病棟との移乗・移動方法の確認 ☐ チームミーティング ☐ INST介入 ☐ 多職種カンファレンス		☐ 退院前カンファレンス参加 福祉用具の決定 家族指導 ☐ 退院前自宅訪問指導 ☐ BI・Fim評価（Excel） ☐ 退院に向けたADL指導 ☐ 食形態の適正確認 家族へ食事方法指導 ☐ リハビリテーション情報提供書作成（Excel）（転院先・施設・外来リハ）	☐ 退院後自宅訪問指導
薬剤師 服薬状況の評価 服薬指導	☐ 地域経由の薬剤情報を確認、現在の使用薬剤の確認（お薬手帳より） ☐ 休薬すべき薬剤の確認、休薬指示あれば説明 ☐ アドヒアランスの評価 ☐ 健康食品、アレルギーの確認	☐ 現在の使用薬剤の確認（持参薬調べ）、持参数チェック ☐ アドヒアランスの評価、健康食品、アレルギーの確認 ☐ 服薬指導 ☐ 課題を共有する ☐ コンプライアンスが不良の場合は調剤薬局に確認する	☐ 変更・追加薬の説明 ☐ 服薬状況、有害事象の確認 ☐ 服薬指導 ☐ 回診同行 ☐ 休薬された薬剤の再開確認	☐ 合同カンファレンス	☐ 変更・追加薬の説明、薬効の評価	☐ 退院カンファへの参加、退院後の薬剤管理方法の確認 ☐ 与薬アセスメントシートの確認 ☐ 地域連携バスを記入 ☐ 薬剤管理サマリー作成、手帳へ貼付、かかりつけ薬局の確認 ☐ 薬剤管理サマリー（Excel）、地域連携バスを介して転院先・在宅へ情報提供 ☐ 退院時服薬指導	☐ 必要時調剤薬局へ連絡
栄養士 食事指導 食形態検討	☐ 入院支援室と情報共有し、咀嚼嚥下や食物アレルギー、嗜好など確認 ☐ 栄養状態確認	☐ 食物アレルギーがある場合は、確認のうえ食事調整（入院前に確認している場合は整合性確認） ☐ 課題を共有する	☐ 栄養アセスメント（栄養状態評価）実施（Excel） ☐ 必要な患者は特別治療食への食事調整 ☐ 嚥下スクリーニング確認、食形態調整 ☐ 栄養指導の必要性確認、必要があれば予定確認	☐ 食事摂取状況確認（栄養アセスメント） ☐ 食事内容調整		☐ 栄養指導が必要な方：支援者同席での栄養指導実施 ☐ 地域連携クリニカルバス該当者：バス記入 ☐ 転院の場合、栄養管理情報提供書作成（Excel）	☐ 必要な患者には継続的外来栄養指導を実施する
回復期病院						☐ 転院依頼の連絡を受ける（電話・ファックス） ☐ 不明な点は詳細を確認する ☐ 必要時転院前カンファレンスに参加する	☐ 看護サマリー（連携シート）の確認を行い不明点を入退院支援センターに確認する。
地域 (包括・ケアマネ・訪問看護・調剤薬局)等	☐ 担当ケアマネの名刺を介護保険証・健康保険証・おくすり手帳と一緒に保管するよう説明しておく ☐ 入院時にはケアマネに連絡するよう利用者に伝えておく ☐ 在宅での服薬状況を確認する	☐ 病院（窓口は病棟）より入院の連絡を受け、病状・現時点の見通しを確認 ☐ ACPに関して患者・家族の思いを確認していれば病院に引き継ぐ ☐ 病院から入院の連絡がない場合、ケアマネ・訪問看護から連絡する ☐ ケアプランを提供する	☐ 在宅情報を提供、個別の注意点・患者家族の希望を伝え共有する（入院時情報用紙提供） ☐ 訪問看護・介護・通所等の事業所へ入院連絡 ☐ 訪問看護サマリー提供（必要性に応じて） ☐ はたまるねっと有りの場合、訪問看護記録を連絡票に入力する	☐ 多職種カンファレンスへの参加調整、参加できない場合は病院から連絡を受け情報を得る	☐ ケアプランの作成・準備・見直し ☐ モニタリング	☐ 退院前カンファレンスへの参加する ☐ 病院より看護サマリー（連携シート）の提供を受ける（自宅・施設退院の場合）	☐ 病院からの連絡を受け、退院後の様子を情報提供フィードバックする

発行元：高知県立大学健康長寿センター

2020年10月

