

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 ***



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り、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。

*** 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 入退院支援体制の洗練化	P.18
◆ 入退院支援体制構築に向けてのキーポイント	P.19
◆ 「回復期病棟入退院支援可視化シート作成」のご紹介	P.21
◆ 参考資料「入退院支援可視化シート」	P.23

用語の定義

地域・病院・多職種協働型入退院支援

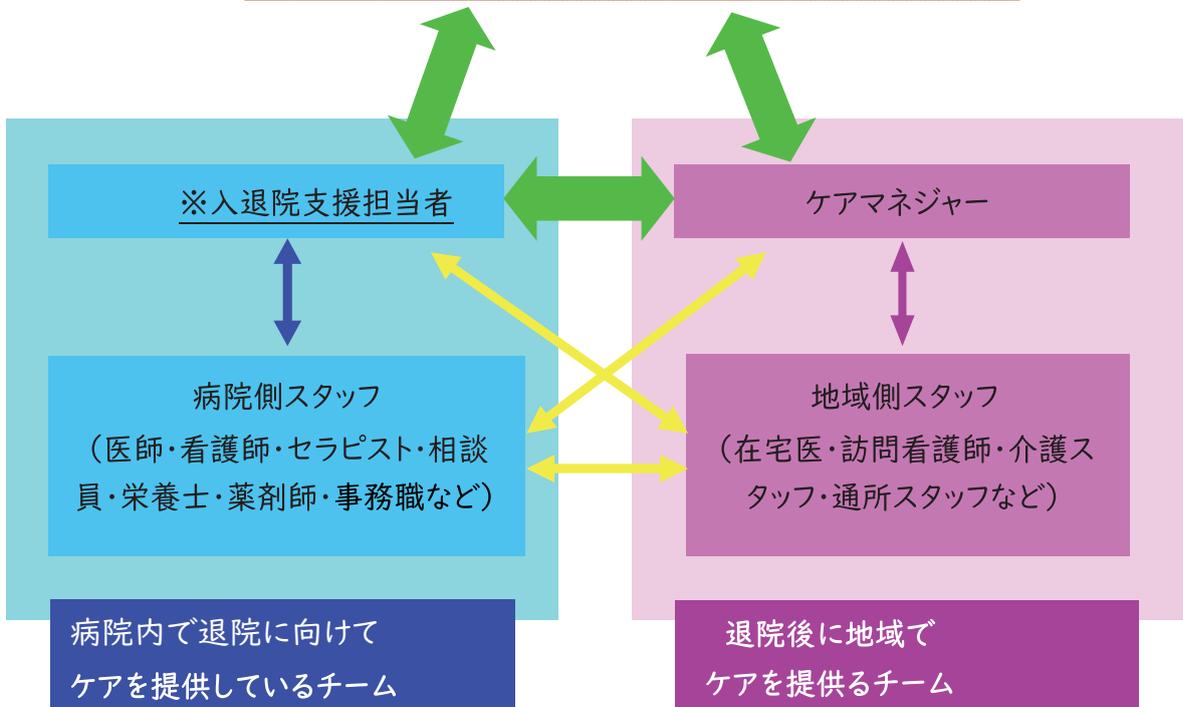
地域から病院、病院から地域の過程において、地域と病院の様々な多職種が課題と目標を共有し、対等な関係性を築き対話を繰り返しながら、互いに持っている知恵や資源を出し合って活用し、早期の社会復帰および在宅生活の安定に向けたケアを創造し、実践していく仕組み

※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。

1-① 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。

1-② 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

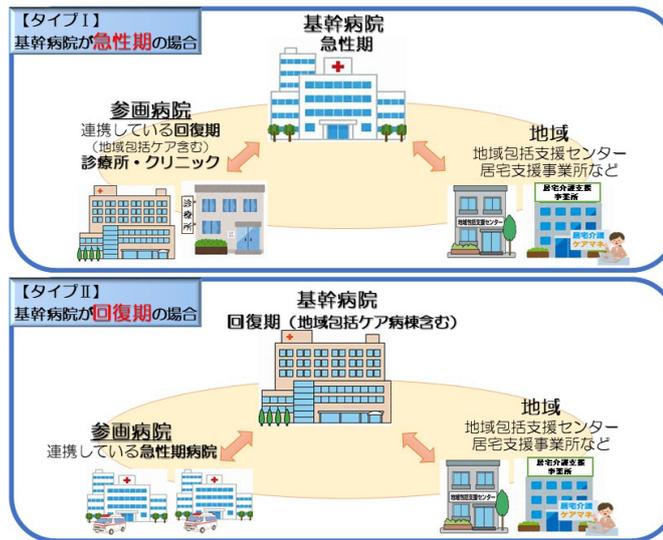
※注1: 「運営メンバーとは」・・・地域・病院・多職種協働型入退院支援の仕組みづくりをけん引していく役割を担う病院、地域から選出されたメンバー

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様な生活課題(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】	【地域】
<input type="checkbox"/> 病院長、看護部長、事務長 <input type="checkbox"/> 地域連携部門スタッフ <input type="checkbox"/> 病棟スタッフ 看護師・セラピスト・MSW・介護士など <input type="checkbox"/> 薬剤師・管理栄養士 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 地域包括支援センター <input type="checkbox"/> 居宅介護支援事業所ケアマネジャー <input type="checkbox"/> 訪問看護師・セラピスト <input type="checkbox"/> 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

入退院支援における病院・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にあって、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にあって、「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、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き、「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っていない
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	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>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。</p>	<p>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。</p> <p>入院可能な疾患と疾患ごとの入院期間が決まっている。</p>
病棟機能別の課題	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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	<ul style="list-style-type: none"> ◆ 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・多職種で使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.23)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

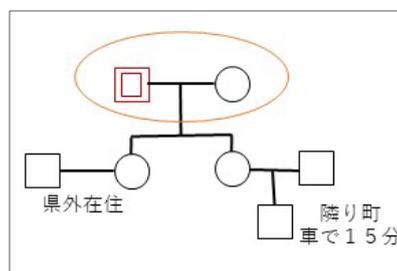
◆◆◆ A氏 80代 男性 患者情報 ◆◆◆

【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てきた
- 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たのですが、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、帰って見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。退院してからも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なりたい。
- 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。

入退院支援体制構築に向けてのキポイント

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

- 患者がが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リハビリテーション・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

時期別到達目標	入院前	入院時～初回カンファレンス (3～7日以内)	入院後3～4週	退院2週間前～退院	退院後
急性期・地域からの情報を得て患者意欲を抽出し支援についで考えられること	急性期・地域からの情報を得て患者意欲を抽出し支援についで考えられること	入院前の情報・患者の状況から退院に向けた課題、目標、員通しを立て多職種で支援する 退院後の生活に切り必要となるサービス提案を行う 本人や家族に退院後の生活に必要なサービスの提案を行う	退院後の生活をイメージした支援への中間評価を行う 退院後の生活に切り必要となるサービスの提案を行う 本人や家族に退院後の生活に必要なサービスの提案を行う	退院後の生活課題解決に向けてカンファレンスで決定した目標の達成度を多職種で確認する 地域と連携し必要なサービスの利用につなげていく	退院後にサポートを受けながら患者・家族の日常生活を送ることが出来る
患者さんの思い	自宅に帰りたいか、誰かの支援を受けたいのかどうかわからないか	病気が良くなったからどのようにして過ごしたいのか 病状説明に対しての理解・思いの確認	退院後のイメージについての理解 サービスについての希望確認	退院後の生活の不安や疑問について確認	自宅での(退院後の)生活の困りごと、体調について確認
地域	地域包括支援センター	情報共有・情報提供 □情報共有・情報提供	担当委員会、多職種カンファレンス、退院前訪問への参加 □家族の介護力把握	□サービス必要性の把握の □役割分担	□退院後のフォローアップ □退院後の生活課題の把握 □退院後の生活課題の把握 □退院後の生活課題の把握
ケアマネジャー	ケアマネジャー	□入院時情報提供シート作成・提供	□担当委員会、多職種カンファレンス、退院前訪問への参加 □家族の介護力把握	□サービス必要性の把握の □役割分担	□退院後のフォローアップ □退院後の生活課題の把握 □退院後の生活課題の把握
入退院サポートセンター	入退院サポートセンター	入退院支援スクリーニング □退院支援必要 □ADL低下 □認知・家族介護不十分 □地域・在宅施設等からの入退院相談	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
入退院サポートセンター	入退院サポートセンター	入退院支援スクリーニング □退院支援必要 □ADL低下 □認知・家族介護不十分 □地域・在宅施設等からの入退院相談	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
患者サポート室	患者サポート室	入退院相談 □入退院の経緯 □症状 □家族状況 □介護保険決定・サービス利用の有無 □その他、不足している情報の抽出	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
病棟	病棟	初回カンファレンス(7日以内)までの情報収集 □入・退院時情報提供シートからの情報収集 □入院前の生活状況及び退院後の確認 □患者・家族の希望、思い □リハビリティ状況・予後予測 □共有できる目標設定	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
病院	病院	①入院前の情報収集 □情報提供書の確認・医師への確認(禁忌、リスク) □情報シートの確認 ②入院時の評価 □入院時の身体機能/ADL/リハビリ方針の共有 □リハ/病棟の協働事項の確認など ③入院生活環境の確認 □ベッド周囲、福祉用具、移動方法、排泄方法、食事形態/方法など、※リスク/注意点と合わせて、※リスク/注点と共有 ④リハビリミニカンファレンス □担当セラピストとの情報共有 □目録シリアル訓練方針、代理/介入時の注意点など ⑤介入後の情報収集 □病前生活、退院先、目標レベル □家族またはケアマネからNs、MSWと協力 ⑥情報収集 □持参書類の確認・鑑別 □お薬手帳の薬剤情報確認 □不足情報問い合わせ □入院前薬剤師使用・管理方法の確認 □副作用・アレルギー・アレルギー確認 □薬剤管理予定者確認	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
薬剤師	薬剤師	病棟からの情報 □食事内容、薬物アレルギーの確認 □栄養情報提供書の確認 □入院時情報提供書の確認 □入院時情報提供書の確認 □入院時情報提供書の確認	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
管理栄養士	管理栄養士	電子カルテの事前情報 入退院サポートセンターからの事前情報 □食事や栄養状態の把握 □入院に合わせた食事内容への調整	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
主治医	主治医	入院決定・入院期間の見直し	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)	□退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等) □退院後の生活に必要となるサービス(本人・家族への指導等)
×モ	×モ				

様	入院日 () 方向性 () →(変更:) 退院時期()		入院時 退院時		<input type="checkbox"/> 介護度 (要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 再申請中 <input type="checkbox"/> 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	<ul style="list-style-type: none"> 急性期での支援や情報を切れ目なく引き継ぐ 	<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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 		<ul style="list-style-type: none"> 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・目標の見直しをする 										<ul style="list-style-type: none"> 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 	<ul style="list-style-type: none"> 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による連携強化に繋げる
地域※	<ul style="list-style-type: none"> □当院外来・通所・訪問：かかりつけ患者の入院が決定すれば病棟看護師・リハビリに情報提供をする □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 	<ul style="list-style-type: none"> □CM、当院外来・通所・訪問 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 □CM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 	<ul style="list-style-type: none"> □退院後生活する住環境の状況の把握 □治療プランの確認 	<ul style="list-style-type: none"> □CM、当院外来・通所・訪問 CMおよび関連事業所の担当者・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問への参加 □CM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・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問への参加 	<ul style="list-style-type: none"> □患者・家族へ現状、予後予測の説明 □治療プラン変更の有無の確認 □患者・家族へ現状、予後予測の説明 	<ul style="list-style-type: none"> □患者・家族へ現状、予後予測の説明 □治療プラン変更の有無の確認 □患者・家族へ現状、予後予測の説明 	<ul style="list-style-type: none"> □退院を見据えた在宅調査の実施 □導入中の福祉用具の試行と動作確認 	<ul style="list-style-type: none"> □退院後カンファレンス □残された課題の確認 	<ul style="list-style-type: none"> □退院前カンファレンス □入院中の経過と残された課題の確認と共有 	<ul style="list-style-type: none"> □退院後に生じた課題や問題を病院へ伝達や相談 □退院後自宅訪問への参加 	<ul style="list-style-type: none"> □退院後の生活状況確認(自宅訪問) □外来カンファで課題を検討 					
地域連携室	<ul style="list-style-type: none"> □入院決定後、急性期病棟または、CMへ情報を依頼 □介護保険の有無・申請・再申請の確認 □転院依頼受け、情報提供書を受け取り □依頼から入院までの期日が、情報を再度取直す □薬剤・入院歴等確認後、入院調整Nsへ情報提供 □事前情報を入院病棟へ伝達 	<ul style="list-style-type: none"> □CMあり CMからの入院前の情報収集 □退院支援看護師 □医療処置の有無確認 □退院支援アセスメントシート作成 	<ul style="list-style-type: none"> □患者・家族と病状や退院後の生活について話し合い、希望する方向性を確認する □入院前の生活・環境を聴取する □7日以内に実施 	<ul style="list-style-type: none"> □CM選定 □地域包括支援センターとの連携 □地域スタッフへの担当者・多職種カンファレンス・退院前自宅訪問参加調整 □介護保険の申請・変更手続きの実施 □病棟看護師との連携 退院困難事例の相談、今後医療処置がある場合の準備・調整、医療処置方向・訪問看護の必要性の抽出・調整 □病状・病棟での様子、リハビリの進捗状況などの情報収集 □今後医療処置の必要がある場合退院支援看護師に情報提供 □看護計画評価・修正 □中間看護サマリーの作成 □かかりつけ医の確定 □外来部門に情報提供 □栄養科、薬剤科への中間報告と指導依頼 □評価結果と在宅生活を考慮した病棟生活の提案・実施 □適宜、状態に応じて課題・目標・期間の見直し 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 □急性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □社会資源利用や環境調整、社会参加の検討 □急慢性期病棟へのフィードバック確認 □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □社会資源利用や環境調整、社会参加の検討 □急慢性期病棟へのフィードバック確認 □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □実施後に家族から聴取した課題の確認 □課題の解決手段の検討と取り組み 	<ul style="list-style-type: none"> □当院病棟の場合、外来に担当者参加依頼 □退院後カンファレンス □退院後の日常生活動作・福祉用具の最終確認 □情報提供書作成 □当院外来・通所リハビリ、訪問リハビリを利用する場合、情報提供を行う日程を調整する □自己管理方法最終確認 □関係各所への情報提供(薬剤情報・一色化・ヒート渡し等の内容伝達) 	<ul style="list-style-type: none"> □退院後の日常生活動作・福祉用具の最終確認 □情報提供書作成 □当院外来・通所リハビリ、訪問リハビリを利用する場合、必要に応じて連携を取る 	<ul style="list-style-type: none"> □介護サービスの利用状況など生活状況の確認 □上記の中で、引き続き課題がどのように変化したか確認 □新たな問題が生じていないか確認 					
病棟	<ul style="list-style-type: none"> □入院前の生活状況の確認 □本人・家族の意向確認 □健康管理的確認 □医療処置の有無確認 	<ul style="list-style-type: none"> □退院後の生活を見据えた看護計画立案 □家族支援の抽出 □必要専門職の選定 □地域と連携を取るタイミングについて確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □検査された内容・目標・課題を地域スタッフへ伝達し、意見をもらう □急慢性期病棟へのフィードバック確認 				
リハビリ	<ul style="list-style-type: none"> □心身機能評価 □日常生活動作評価 □必要な福祉機器・用具の検討 	<ul style="list-style-type: none"> □現状と退院後の能力の解離と予後予測、目標立案 □各専門職(P.T・O.T・S.T)による訓練施行 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 	<ul style="list-style-type: none"> □急慢性期病棟へのフィードバック確認 				
管理栄養士	<ul style="list-style-type: none"> □食形態の確認 □栄養状態の確認 	<ul style="list-style-type: none"> □栄養アセスメント実施 □栄養状態、必要栄養量の確認 □食物アレルギーの確認 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □退院後の食生活(調理・片付け等)を多職種と検討 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □退院後の食生活(調理・片付け等)を多職種と検討 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 	<ul style="list-style-type: none"> □食事摂取状況の確認 □病状、栄養状態、活動量に応じた食事内容や提供量の調整 				
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> □現在服薬中の薬について確認 	<ul style="list-style-type: none"> □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 	<ul style="list-style-type: none"> □入院前薬剤使用・管理方法の確認 □副作用・アレルギー歴の確認 □薬剤管理予定者(本人・家族)の確認 	<ul style="list-style-type: none"> □入院前薬剤使用・管理方法の確認 □副作用・アレルギー歴の確認 □薬剤管理予定者(本人・家族)の確認 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 	<ul style="list-style-type: none"> □薬剤変更・中止時等の説明 □剤形・一色化の検討 □退院に向けての薬剤管理方法の確認・検討 □自己管理開始時の服薬指導 				
主治医	<ul style="list-style-type: none"> □入院の可否検討 □治療方針の決定 □医学的注意事項の確認 	<ul style="list-style-type: none"> □治療、病状の確認 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 	<ul style="list-style-type: none"> □状態に応じ、治療計画変更 				
メモ																

C急性期病棟版 入退院支援可視化シート

患者番号: _____ 患者氏名: _____ 病棟: _____
 担当者名: 主治医(_____) 病棟NS(_____) 患者サポートセンター(NS/ _____ SW/ _____) 管理栄養士(_____) リハビリ(PT/ _____ OT/ _____ ST/ _____) 薬剤師(_____)

患者の状態 (月 日)	担当者	入院前 ()	入院～3日 (~)	入院～7日 (~)	入院～14日 (~)	退院前 ()	退院後 ()	
退院支援に向けた到達目標・課題共有		<input type="checkbox"/> 地域での支援や情報を切れ目なく引き継ぐ <input type="checkbox"/> 入院前() <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設() <input type="checkbox"/> 病院()	<input type="checkbox"/> 予定入院患者に入院見通しについて説明ができる <input type="checkbox"/> 予定入院患者のケアマネやサービス内容を把握できる	<input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 退院支援に必要な職種を参集する	<input type="checkbox"/> 本人・家族・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 <input type="checkbox"/> 退院に向けた新たな生活の提案・助言・指導を行う <input type="checkbox"/> 定期的に本人の状態や支援状況を共有し、課題・目標の見通しをする	<input type="checkbox"/> 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() <input type="checkbox"/> 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()	<input type="checkbox"/> 患者・家族・地域からのフィードバックを受け、改善点や成果を共有する <input type="checkbox"/> 病院と地域が共に支援を振り返ることで更なる連携強化につなげる	
医療状況	主治医	入院形態: <input type="checkbox"/> 緊急入院 <input type="checkbox"/> 予約入院 <input type="checkbox"/> 一般入院 かかりつけ医: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療) 内服: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医療処置: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 入院支援指示 <input type="checkbox"/> 入院診療計画書 <input type="checkbox"/> 病状・治療方針説明 <input type="checkbox"/> セラピストへ指示(必要時)	<input type="checkbox"/> 治療・病状確認	<input type="checkbox"/> 治療計画の継続や変更 <input type="checkbox"/> 病状説明 <input type="checkbox"/> 必要時介護意見書作成	<input type="checkbox"/> 退院療養計画書作成 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書作成 <input type="checkbox"/> 必要時訪問看護・リハビリ指示書作成 <input type="checkbox"/> 退院時処方、外来受診予約	<input type="checkbox"/> 退院療養計画書作成 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書作成 <input type="checkbox"/> 必要時訪問看護・リハビリ指示書作成 <input type="checkbox"/> 退院時処方、外来受診予約	
心身の状況	看護師	歩行: <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 車椅子移動 (<input type="checkbox"/> 自走 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 移乗自立) <input type="checkbox"/> ベッド上 移乗: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 排泄: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(<input type="checkbox"/> PTレ <input type="checkbox"/> 尿器) <input type="checkbox"/> 下衣上げ下げ等介助 <input type="checkbox"/> 全介助(<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル) 食事: <input type="checkbox"/> 自力摂取 <input type="checkbox"/> 一部介助(配下膳含) <input type="checkbox"/> 全介助(経管栄養含) 嚥下機能: <input type="checkbox"/> むせ無 <input type="checkbox"/> むせ有 食事形態: <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> キザミ食 <input type="checkbox"/> 嚥下調整食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 入浴: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 意思疎通: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難 <input type="checkbox"/> 困難 認知症状: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 地域経由の薬剤情報を確認 <input type="checkbox"/> 休薬すべき薬剤の確認 <input type="checkbox"/> 医療機関・施設からの情報提供	<input type="checkbox"/> 初回病状説明の調整(病状安定時) <input type="checkbox"/> 合併症予防の介入(肺炎・尿路感染症等) <input type="checkbox"/> 摂食機能訓練や排尿自立支援介入 <input type="checkbox"/> ケアマネからの情報シートの内容確認し入院前との違いを抽出し課題を明確にする <input type="checkbox"/> 生活リズムを図るためにリハビリスタッフと離床計画を作成(趣味の確認) <input type="checkbox"/> 患者が馴染みのある普段使っているものをベット周囲に持参してもらい家族に依頼 <input type="checkbox"/> 継続的に多職種が同じ対応ができるように手段を選択し、情報共有	<input type="checkbox"/> 必要専門職の選定 <input type="checkbox"/> 入院前のケアプランを確認 <input type="checkbox"/> 入院前情報の不足の有無	<input type="checkbox"/> 変更・追加薬の説明 <input type="checkbox"/> 服薬状況・有害事象の確認 <input type="checkbox"/> 休薬された薬剤の再開確認 <input type="checkbox"/> 薬物相互作用、有害事象の回避、モニタリング <input type="checkbox"/> 剤形、服用方法等の服薬支援	<input type="checkbox"/> 変更・追加薬の説明 <input type="checkbox"/> 服薬状況・有害事象の確認 <input type="checkbox"/> 休薬された薬剤の再開確認 <input type="checkbox"/> 薬物相互作用、有害事象の回避、モニタリング <input type="checkbox"/> 剤形、服用方法等の服薬支援	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの参加、退院後の薬剤管理方法の確認 <input type="checkbox"/> アドヒアランスの評価・確認 <input type="checkbox"/> 地域連携バスを記入 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書の作成、手帳へ貼付 <input type="checkbox"/> 薬剤管理サマリー、地域連携バスを介して転院先・在宅へ情報提供 <input type="checkbox"/> 退院時服薬指導
社会資源の状況	リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリからの情報提供 住環境: 玄関段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 トイレ段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式 浴室段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 手すり <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 身障手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 介護保険: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 担当ケアマネジャー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 居宅サービス利: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 就労: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 常勤 <input type="checkbox"/> パート等) 医療保険: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 生保 減額認定証: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 その他受給者証: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 同居家族: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 配偶者 <input type="checkbox"/> 子 <input type="checkbox"/> 婿・嫁 <input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> リハビリテーション実施計画書作成 <input type="checkbox"/> リハビリ指示依頼(必要時) <input type="checkbox"/> 医師・看護師より情報収集 <input type="checkbox"/> 心身機能、ADL評価(BI) <input type="checkbox"/> 新患POS情報共有 <input type="checkbox"/> 環境調整・福祉用具選定 <input type="checkbox"/> 嚥下状態評価・食形態の情報提供	<input type="checkbox"/> 心身機能、ADLの詳細な評価 <input type="checkbox"/> リハビリテーション総合実施計画書作成 <input type="checkbox"/> ケアマネ、家族からの生活状況の聴取 <input type="checkbox"/> 退院時予後予測、ゴール設定	<input type="checkbox"/> 地域と連携を取る担当者・タイミングの確認 <input type="checkbox"/> 退院支援計画着手(7日以内)	<input type="checkbox"/> 必要に応じてリハビリ見学をしながら現状を伝える <input type="checkbox"/> 地域からの情報量に不足がないか確認	<input type="checkbox"/> 退院時ゴールの見直し <input type="checkbox"/> 課題となるADLのリハビリ <input type="checkbox"/> 多職種と課題の共有 <input type="checkbox"/> 家屋調査の検討	<input type="checkbox"/> 退院時に合わせた動作・介助指導 <input type="checkbox"/> 介護サービスの提案 <input type="checkbox"/> 新たな課題の共有とリハビリ
	患者サポートセンター	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリからの情報提供 <input type="checkbox"/> 必要に応じて患者情報を退院支援担当者に申し送る	<input type="checkbox"/> 退院支援担当() <input type="checkbox"/> カルテより情報収集(スクリーニングシート、入院時アセスメント等) <input type="checkbox"/> 保険情報の確認(医療・介護) <input type="checkbox"/> 社会資源利用の有無 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネの有無 <input type="checkbox"/> ケアマネがいる場合は電話連絡し情報交換 <input type="checkbox"/> ケアマネがない場合は地域包括などへ情報収集	<input type="checkbox"/> 患者・家族面談(意向確認) <input type="checkbox"/> ケアマネと面談・連絡調整 <input type="checkbox"/> 入退院支援計画着手 <input type="checkbox"/> 介護支援連携指導書作成 <input type="checkbox"/> スクリーニング非該当者の状況確認 <input type="checkbox"/> 社会資源申請の必要性の確認	<input type="checkbox"/> ケアマネへ近況報告 <input type="checkbox"/> 生活課題を病棟・リハビリと連携 <input type="checkbox"/> 社会資源申請手続きの実施 <input type="checkbox"/> 患者・家族面談(意向確認) <input type="checkbox"/> 新規ケアマネの選定	<input type="checkbox"/> 各事業所へ地域カンファレンス参加の連絡・調整をする <input type="checkbox"/> 訪問看護・リハビリ事業所等へ指示依頼書		
	地域※	<input type="checkbox"/> 当院外来・訪問: 看護師・リハビリへ利用者の情報提供する <input type="checkbox"/> 包括、ケアマネ: 患者サポートセンターへ連絡する <input type="checkbox"/> 包括、ケアマネ: 患者サポートセンターへ連絡する	<input type="checkbox"/> 当院外来・訪問: 看護師・リハビリへ利用者の情報提供する <input type="checkbox"/> 包括、ケアマネ: 患者サポートセンターへ連絡する <input type="checkbox"/> ケアマネがない場合は情報提供する	<input type="checkbox"/> 包括、ケアマネ: 患者の情報提供をする(面談・電話・書面)	<input type="checkbox"/> 治療方針やADLなどの確認をする <input type="checkbox"/> 退院後のサービスを想定する	<input type="checkbox"/> 各事業所へ地域カンファレンス参加の連絡・調整をする <input type="checkbox"/> 訪問看護・リハビリ事業所等へ指示依頼書		
	患者家族	<input type="checkbox"/> 看護師(外来または病棟)と面談 <input type="checkbox"/> 今後の意向について伝える	<input type="checkbox"/> 看護師(外来または病棟)と面談 <input type="checkbox"/> 今後の意向について伝える	<input type="checkbox"/> 心配や不安なことは伝える <input type="checkbox"/> リハビリ見学をする	<input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 薬剤師 <input type="checkbox"/> リハビリ <input type="checkbox"/> 患者・家族	<input type="checkbox"/> 入院前の能力との違いを聞く <input type="checkbox"/> 必要な動作・介助指導を受ける <input type="checkbox"/> サービスに対する希望を伝える		
メモ								

D急性期棟版 入退院支援可視化シート

	入院前	入院時～3日目	～7日	入院中 ～ 退院前	退院時～退院後	
退院支援に向けた到達目標の共有	● 入院する患者を必要な部署に繋ぐ	● 課題と目標を共有する ● 今後の方向性について情報共有する ● 課題解決に向けての支援を開始する		● 支援を継続しながら退院(転院)に向けた準備をすすめる	● 地域に帰る患者を繋ぐ	● 地域と繋がりが在宅支援をする
カンファレンス		入院時カンファレンス (フロア看護師と入退院支援職員 他) 1. 退院困難な要因があり、退院支援が必要な患者の情報共有 2. 今後の方向性(転院か自宅か) * 担当CMが来院する場合 情報シート・ケアプランの持参を依頼	各フロア多職種カンファレンス(テンプレート記載) (院内多職種、院外含む) 1. 患者・家族の意向 2. 治療方針 3. 退院の見込み 4. 各職種それぞれの退院支援内容及び課題の共有・役割調整	退院前多職種カンファレンス (患者・家族、ケアマネジャー、訪問看護師、院内多職種) テンプレート記載 1. 在宅を見据えたサービス内容 2. 退院に向けた準備(家庭内役割に応じたセルフケア獲得への支援の検討・決定) 心不全多職種カンファレンス (水曜日)(院内多職種) 1. 疾病管理での問題点の共有(患者教育の理解状況・自己管理能力の評価・生活環境等) 2. 必要な支援について検討		
医師	□ 患者と家族に退院日、退院時の身体状況、退院先等について説明し同意を得る □ 外来診察時や紹介医より得た退院困難な要因のある情報をカルテに記載 □ 緊急入院時、今後の療養先の希望を確認する	□ 患者・家族に治療の説明と同意を得る □ 当該科の疾患のみでなく全体的な問題、家庭・社会背景に目を向ける □ 入院後3日以内に退院支援が必要な事を把握 □ 転院が必要と判断した時点で患者家族に説明	□ 当センターでの治療が終了し、転院が必要な場合は退院支援職員に転院調整開始を指示 □ 診療情報提供書作成 □ 転院調整中、自宅退院への目的がたてば、転院中止を退院支援職員に連絡	□ 転院日が決まれば退院指示 □ 診療情報提供書とCD作成 □ 退院時訪問看護指示書記載	□ 退院後の外来受診を行い、地域のかかりつけ医への逆紹介を行う	
外来	□ 外来診察時に得た情報を記録し患者支援センター及びフロアに繋げる □ 緊急入院時、既往歴、アレルギー、ADLの状況、家族状況(独居・同居者)、認知症の有無、介護認定、社会資源利用の有無、内服薬、褥瘡の有無、既存のせん妄状態を把握し記録		□ 各フロア及び退院前多職種カンファレンスに参加し、退院後初回の外来受診時に介入が必要な患者について情報共有		□ 継続看護が必要な患者の初回受診時、心不全の教育内容が継続されているか確認し、フォローの必要性について判断	
救急外来	□ 緊急入院時、既往歴、アレルギー、ADLの状況、家族状況(独居・同居者)、認知症の有無、介護認定、社会資源利用の有無、内服薬、褥瘡の有無、既存のせん妄状態を把握し記録 □ 入院時、家族から今後の療養先の希望について確認する	□ ICIに同席し、患者・家族の意思決定をサポート				
【入院前支援】	□ CMがいる場合、情報シートを依頼し、入院予定日や入院目的、介護状況などの情報交換を行い、院内多職種で共有 □ 退院困難な要因スクリーニングを行う(14項目)	□ 入院時に体調チェック □ 入院後7日以内に患者及び家族と面談する予定を立てておく				
患者支援センター	□ 身寄りが無い・CMが不在の退院困難の患者がいれば、地域包括に連絡 □ 住所不定者は、基幹型に連絡 □ デイサービス職員からADLの把握	□ 入院後3日以内に退院困難な要因のスクリーニングを行い、退院困難な患者を抽出 □ 緊急入院の場合、速やかにCMに連絡する □ CMから情報シートを受け取る □ 身寄りが無い・CMが不在の退院困難の患者は地域包括支援センター担当者に連絡 □ 住所不定者は、基幹型に連絡	【在宅調整】 □ CMとともに、患者の退院時の状態を見据え、当該地域で導入可能な介護等サービスについて話し合いを行い、介護支援等連携指導書(初回)を作成。この指導書をもとに患者家族に説明 【転院調整】 □ 転院方向の場合は医師の指示にて転院調整を開始 □ 転院先の選定・情報交換、CMへの連絡・調整(看護サマリーを転院先FAX) □ 退院困難な要因を有する患者について入院後7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた面談を行う □ 退院支援計画書の内容をフロア看護師と確認し、患者及び家族に説明し計画書を提供 □ 紹介元に戻る場合はフロア責任者が退院支援職員と連携し看護サマリーをFAX	【在宅調整】 □ 訪問看護サービスの必要性及びサービス内容の変更を判断し、訪問看護に情報提供 □ CMと共に話し合い、退院後に想定されるケアプラン、退院後の外来診療の見込みについて記載された介護支援等連携指導書(2回目)を作成し、患者家族に説明 □ 福祉用具が必要な場合、7日以内、住宅改修が必要な場合は、2週間以内に情報提供 【転院調整】 □ 転院日の連絡を受け、医師に転院可能を確認する □ 患者、家族との転院日・移動方法の調整を行う	【在宅調整】 □ 退院日をCMや地域で関わる多職種に連絡 □ 継続する医療処置や内服管理、症状管理が必要な場合、訪問看護師に連絡しサービスが使用できるよう調整 □ 訪問看護導入時は、医師に訪問看護指示書記載を依頼する 【転院調整】 □ CMに転院先と転院日について情報提供	【退院時】 □ 退院前多職種カンファレンス後の患者家族の変化について情報共有 □ 退院時、患者または家族に介護支援等連携指導書の内容を説明し提供 【退院後】 □ 転院先から依頼があった場合、退院後訪問の調整
【退院支援】		□ ICIに同席し、患者・家族の意思決定をサポート □ 患者の緊急連絡先、キーパーソンの確認、患者・家族の意向(現状の理解度、病状や治療に対する意向、家族の思いや希望、患者・家族間の意思の相違)、介護情報を確認	□ 看護計画に沿って介入し、評価と必要に応じ見直しを行い介入を継続 □ 転院調整の場合、看護サマリーに追記 □ 心不全かつFallsに陥った情報収集・追記を行う □ 心不全手帳を用いて患者教育を開始(進捗状況は患者掲示板に記載する)	□ 在宅・転院調整については、多職種で情報共有できるように掲示板・カルテに記載 □ 在宅支援を要する場合は、本人、家族に処置や日常生活の指導等、在宅生活を見据えた関わりをする □ 家屋環境の把握が必要な場合は、自宅の写真を持参してもらう □ 転院当日朝まで看護サマリーの情報を更新 □ 心不全多職種カンファレンスで検討した支援に基づき、看護介入(教育や生活環境の調整)を継続	【退院時(転院時)】 □ 看護サマリーを提供 ・ CMに看護サマリーを提供 ・ 施設入居者は施設宛ての看護サマリーを提供 ・ 合併症のある患者の注意事項情報の提供 ・ 転院時は、転院先看護師宛の看護サマリーを提供 □ 必要書類、退院処方等、患者への渡し忘れがないよう確認	
入院フロア看護師	□ 患者支援センター看護師からCMの情報や介護情報を引継ぐ □ 一般外来・救急外来から緊急入院の情報を引き継ぐ	□ 緊急入院時の患者情報の把握・プロフィールへの入力 □ 自宅・生活状況、入院前後のADLの把握 □ 退院困難な要因の有無を確認 □ 退院支援計画書を作成 □ 退院を見据えた目標を設定し、看護計画を立案、介入を開始 □ 転院・施設入所が必要な患者は看護サマリーの作成を開始 □ 心不全かつFallsシート(情報シート)の立ち上げ・情報収集を開始	□ 必要な患者に対し栄養指導実施	□ 栄養管理計画書の再評価の実施 □ 看護サマリーや脳卒中連携パス等への栄養情報の記載	□ 必要な患者に対し、継続的な外来栄養指導を実施	
管理栄養士	□ 食物アレルギーの有無や食事摂取状況・栄養状態確認(患者支援センターでの介入を含む)	□ 緊急入院等、入院前に確認できていなかった場合は食物アレルギーの有無や食事摂取状況・栄養状態の確認 □ 栄養管理計画書の作成 □ 食事摂取状況・栄養状態の確認 □ 必要な患者に対し、治療食への変更や食形態調整 □ 看護サマリーや脳卒中連携パス等への栄養情報の記載(転院調整が開始されると食事形態にて副食の記載をする)				
薬剤師	□ アレルギー・副作用歴の確認 □ 現在の内服・使用されている薬・健康食品の確認 □ 治療に伴う中止薬の確認、説明 □ かかりつけ病院・薬局の確認 □ 薬薬連携対象患者の場合は連携の許可を得る	□ 持参薬の確認と登録 □ 休業中の場合、休業できていたかの確認 □ アレルギー・副作用の確認 □ アドヒアランスの評価 □ 服薬指導	□ 変更・追加薬の説明 □ 服薬状況、有害事象の確認 □ 休業された薬剤の再開確認 □ チーム医療への参加(糖尿病教室、心リハなど) □ 薬価の高い薬品の確認	□ 退院時指導(服薬管理指導)	□ 薬薬連携対象患者の場合は薬局へ申し送り □ 医師へ情報提供(薬価の高い薬品を可能な限り後発品や代替薬への変更を相談する) ⇒ 転院先の病院によっては使用薬剤の種類によって受け入れ拒否されることもあるため、退院支援職員から転院先の情報を得て、医師に薬剤の情報提供を行う	
PT/OT/ST	□ 手術前評価で介入がある場合、患者情報の確認	□ 医師の指示を受けて情報収集(緊急入院患者については、事前に情報収集) □ 指示に応じてリハビリ計画立案 □ 患者または家族にリハビリ計画書を提供(～14日まで)		□ ADL、歩行状態、家庭環境・生活状況、サービス利用の有無を考慮し、自宅退院、施設退院、リハビリ目的の転院なのか判断して支援 □ 必要に応じて看護サマリーにリハビリ情報を追記、またはリハビリサマリーを作成		
ケアマネジャー(CM)	□ 患者支援センターと入院予定日、入院目的について情報共有 □ 入院時情報共有シートの作成と提供	□ 入院時情報共有シートの作成と提供 □ 患者家族の意向と退院に向けた課題と目標を入退院支援職員と共有(可能であれば、入院時カンファレンス、各フロア多職種カンファレンスに参加する)		□ 退院の目的の連絡を受け、医療上の課題と生活介護 □ 退院前多職種カンファレンスで決定したサービス、福祉用具の調整 □ 転院する場合は、転院先に入院時情報提供シートを提供	【退院時】 □ 看護サマリーなどで患者情報を受け取り情報を在宅ケアに活用 □ 退院前多職種カンファレンス後の患者家族の変化について情報共有 【転院後】 □ 転院先の医療機関と退院に向けた調整	
訪問看護師 施設職員 等	□ 訪問看護の利用者の場合、訪問看護サマリーを作成、情報共有する □ 施設に入所していた場合、入所者サマリーを作成、情報共有する		□ 各フロア多職種カンファレンスへの参加	□ 訪問看護が導入される場合、退院前多職種カンファレンスに参加し、継続する看護ケアについて情報を共有する □ 施設に移る場合、退院前多職種カンファレンスに参加し、継続するケアについて情報を共有する指導	【退院時】 □ 看護サマリーなどで患者情報を受け取り情報を在宅ケアに活用 □ 退院前多職種カンファレンス後の患者家族の変化について情報共有	
地域包括支援センター(地域包括) 基幹型地域包括支援センター(基幹型)		□ 基幹型地域包括支援センターに繋ぐ事例のスクリーニング(成年後見制度、虐待) □ 入院時カンファレンスまたは各フロア多職種カンファレンスに参加、課題と対応の検討		□ 退院前多職種カンファレンスに参加		
地域の医療機関	□ 紹介状での患者情報を提供		【転院調整】 □ 診療情報提供書、看護サマリーの提供を受け、転院受け入れの可否を判断 □ 転院日を決定し連絡	【転院調整】 □ 退院支援職員より追加の情報および、CMについての情報提供を受ける	【転院調整】 □ 看護サマリーなどで患者情報を受け取る	

発行元：高知県立大学健康長寿研究センター

2020年10月

