



国診協版

入退院支援の手引き



平成 30 年 6 月

公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会
地域ケア委員会 看護・介護部会

INDEX

1. はじめに(本手引書の目的) 1
2. 入退院支援と地域の中での多職種連携..... 2
3. 退院時カンファレンスの課題とその解決策..... 3
4. 標準的な入退院支援の流れ..... 4
5. Q&A..... 9
6. 付録:医療・介護連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧.....12

1. はじめに(本手引書の目的)

平成24、25年度老人保健健康増進等事業で全国国民健康保険診療施設協議会が作成した「在宅移行の手引き1、2」は医療・リハビリ・介護サービスのシームレスな在宅移行を実現するための方法・手順・様式などの基礎的枠組みを示したものです。

この「在宅移行の手引き1、2」で提案した円滑な在宅移行のための枠組みを更に汎用性のあるものとして活用していただくために、今回「入退院支援の手引き」を作成しました。

本手引書は円滑な入退院支援を実施するための具体的な手順書及びヒント集です。

退院時カンファレンスは多職種が一堂に会して情報交換やディスカッションを行う場であり、地域包括ケアの理念が体现される場ですが、実施状況(頻度、規模、場所、時間、参加職種など)は様々であり、現在はそれぞれの地域ごとに望ましい在り方を模索している段階です。また、課題の整理やその解決策まで到達していない事例もあると思われます。

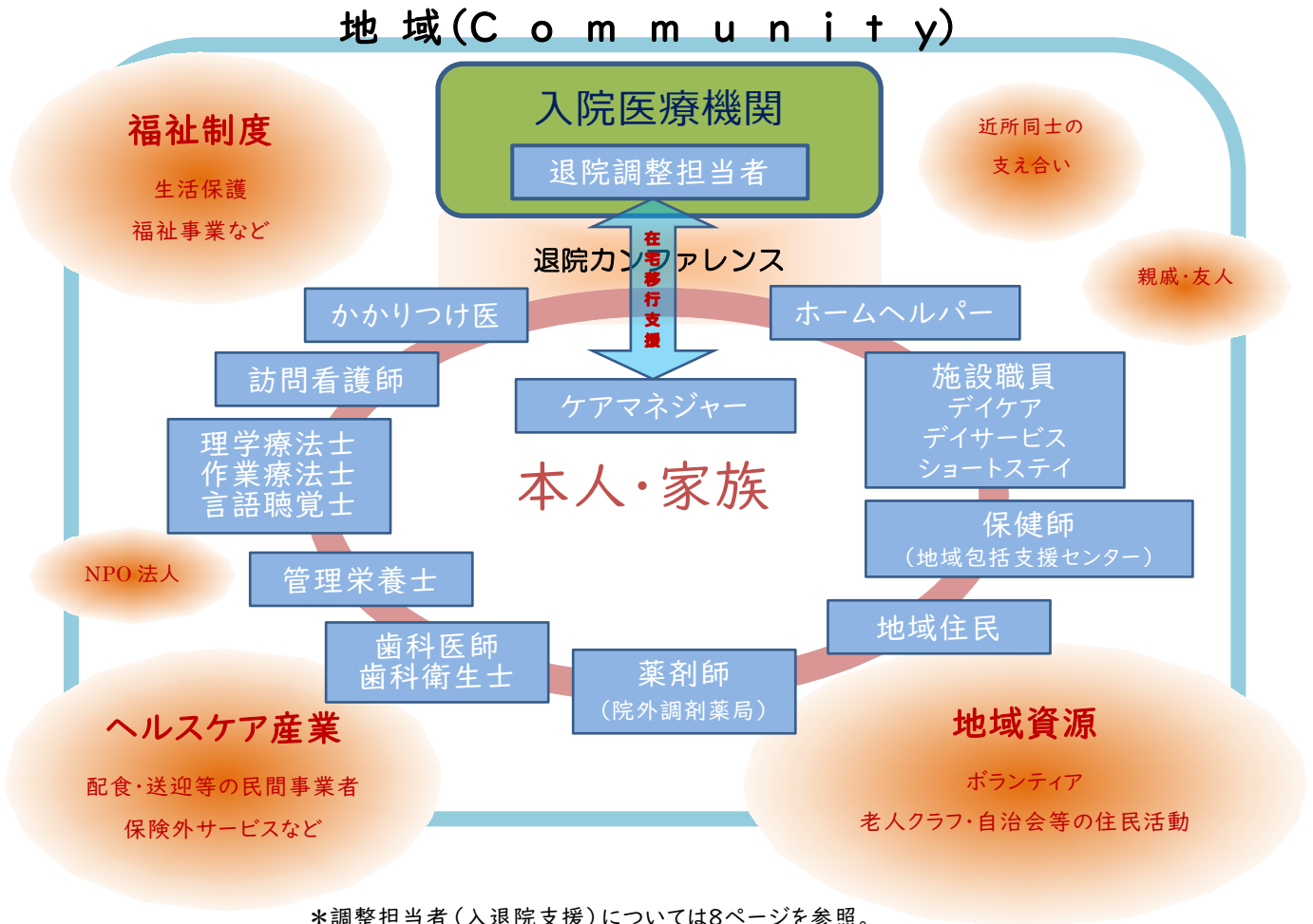
この「入退院支援の手引き」は全国国民健康保険診療施設協議会会員施設での知見収集によって得られた入退院支援における課題と解決策をまとめ、退院時カンファレンスの枠組みに更に具体性を与え、多くの地域ですぐに実践できるようなアイデアを紹介しています。「在宅移行の手引き1、2」と併せてご覧いただき、入退院支援や多職種連携に取り組む際の参考としてご活用下さい。

平成30年6月

地域ケア委員会
看護・介護部会

2. 入退院支援と地域の中での多職種連携

入退院支援の中心となるのは入院医療機関の退院調整担当者をご本人・家族を中心とした在宅ケアに関わる多職種ですが、地域にはその他にも様々な在宅生活を支える人々・機関・サービスがあります。これら地域全体の介護力と連携力を高めていく必要があります。



入院医療機関は入退院支援の際、患者さんを中心とした在宅ケアに関わる多職種と連携を取ります。連携窓口を担う人は地域やケースによって様々です。多くの地域ではケアマネジャーが中心になっていますが、地域やケースの特性に応じて一定ではありません。

3. 退院時カンファレンスの課題と解決策

入退院支援の実践には4つの課題があります。

4つの課題

課題1 退院調整担当者に関する課題

- ✦ 退院調整部門（地域医療連携室など）が設置されていない・担当者が決まっていない場合がある。
- ✦ 入退院調整の内容によって同じ医療機関内でも担当者が異なる場合がある。
医療必要度によって担当者を決定するなど、調整の資質・能力にばらつきがある。

課題2 地域のネットワーク構築に関する課題

- ✦ 医療機関の中で、退院を促すだけでは医療・介護連携が促進されない。
- ✦ ケアマネジャーと連絡を取るのに時間がかかる。
- ✦ 要介護認定を受けていない方はケアマネジャーが選定されて居らず、介護職との連携が取れないときがある。
- ✦ 退院時カンファレンスでは問題が解決されない。
- ✦ 退院時カンファレンスに時間を要し本来業務に支障をきたす場合がある。

課題3 専門職の教育に関わる課題

- ✦ 退院調整担当者が果たす役割を自覚し、資質向上する必要がある。
- ✦ 退院調整部署や専従の担当を設ける場合、教育に要する時間や費用が課題となる。
- ✦ 多職種連携によって算定できる診療報酬・介護報酬の評価の周知が不十分。知識を共有する必要がある。

課題4 地域ぐるみでの支援体制づくりの課題

- ✦ 在宅医療や介護保険、その他、地域で利用可能な社会資源について情報を共有する必要がある。

4. 標準的な入退院支援の流れ

準備段階から退院後のフォローまで、「何をすべきか」段階を追って示しました。各段階で未着手のことがないか、セルフチェックにも活用して下さい。

① 準備段階

目的

地域連携室等の退院調整部署や調整担当者が中心となって、患者や家族、ケアマネジャーや介護職が気軽に医療機関と相談・情報交換できる雰囲気を作る。

この段階ですること

多職種協働のシステムとネットワークを作る

- 院内の退院調整担当者（※8ページ参照）を決めて、院内外に周知する
- 地域ケア（個別）会議などの開催場所を病院が提供し、ケアマネジャーをはじめとする介護職との接触の場を増やす
- 多職種間の情報を共有するために共通様式を整備するための会議を実施する。
各機関、職種は、医療機関から、どのような内容の情報提供を必要としているのか。
⇒事前にアンケート調査を実施するとよい。
また、自院はケアマネジャー等からどのような情報提供を必要としているのか。
⇒会議前に院内での意見を集約しておく必要がある。
- 医師会等と共同の情報交換会、事例検討会などで退院支援事例を検討していただく。

入退院支援を実施するための連携促進のための周知活動を行う

- 訪問看護ステーションなどへの看護師の院内留学
- 自主勉強会（事例検討会など）又は意見交換会の開催
- 診療報酬、介護報酬に関する知識を共有する
- （※連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧を活用：12ページ参照）
- 住民向けの講演活動



① 病院でのスクリーニングとアセスメントの実施

目的

退院調整担当者が多職種連携の重要性を理解する。退院困難な要因を有する（※入院時支援加算）患者を抽出する。退院後に必要なサービス・支援とその提供方法を検討する。

この段階ですること

入院後3日以内にスクリーニングを実施し、要支援ニーズ有する患者を抽出する体制をつくる

- 入院患者一覧表などで入院患者を可視化する
- 病棟毎に退院調整担当を配置するなど、担当者が入院患者に迅速・自動的に関わられるしくみを作る。

スクリーニングは、医療機関によって人員配置が異なるため、より適切、効率的に実施できる方法を検討する

- 病棟看護師で実施する方法、外来看護師で実施する方法、連携・退院調整部署で実施する方法など様々な体制による実施方法を検討する。（平成 30 年診療報酬で入院時支援加算が評価されています。）

要支援・要介護認定者を早期に把握するためには入院時に医療保険証だけでなく介護保険証を提示していただく

- 既に認定を受けている方の保険証には居宅介護（予防）支援を担当する事業所が記載されています。速やかにケアマネジャーに連絡をとり、情報提供を受ける。
- 医療機関の保険証記載欄に、介護保険証に関する情報を登録できるようにする。
- 主治医意見書等発行する際には被保険者番号が必要になります。また、認定の有効期限を把握できるようにすることも重要です。
- 新たに介護保険要介護認定を申請する場合や介護保険サービスを利用しない患者の場合は地域包括支援センター職員や自治体の保健師に連絡を取り、情報提供を受ける。

ケアマネジャーとの共通の認識を得るために「入退院支援の手引き」を活用する。

- ◆ 入退院支援を担当する職種・役職は、病院毎によって様々で、連携相手となる地域包括支援センターやケアマネジャーは、医療機関ごとに付き合い方を替えざるを得ない現状です。
- ◆ 連携方法が異なると手順や所要時間も異なるため、入退院支援に支障が出る可能性もあります。「担当者を決める」ことはもちろん、連携を担当する実務者レベルでの話し合いのもと、お互いが納得する連携の仕組みづくりを行う必要があります。
- ◆ 連携を有為に実践するためには、繰り返し「連携方法の見直しや質の管理」を行うことも想定しなければなりませんので、医療介護連携の実務者会議（仮称）を開催し、地域の連携に関して話し合う場を設けていくと内外部の連携担当者の混乱が防げます。

② 入退院支援の開始

目的

退院調整担当者が医師等を交えて退院に向けた院内調整を行い、患者本人・家族の意向を確認した上で退院支援計画書を作成・遂行する。

連携する職種：医師・歯科医師・受け持ち看護師・ケアマネジャー（又は地域包括支援センター職員又は自治体の保健師）

この段階ですること。入院時7日以内

患者及び家族の意向を聞き取り、医療職が患者の生活場面での状況を理解する

- 患者側に話を聞いてもらえなかったという不満が残らないよう懇切丁寧に聞き取りを実施する。
- ケアマネジャーを通じて確認すると円滑に情報収集が行える。
- 介護者の介護負担の軽減（排泄の自立など）を実現して退院をむかえるように配慮する。

関係者間で情報共有を行う

- 病院内・外の関係者を確認し、情報共有のための連絡体制を整える

退院支援計画書を作成し説明、同意をいただく

- 退院調整担当者は、治療と並行して退院支援も遂行することを声明し同意を得ておく必要がある。
- 介護保険要介護認定を受けていない場合は、要介護認定を申請する準備を始めること説明する。
- 病状説明時に、担当するケアマネジャーの出席を依頼する必要があることを説明する。
- 退院時カンファレンス前に患者家族の意向を確認し、退院後利用する医療・介護サービスについてケアマネジャーと話し合いを実施する。
- 退院時カンファレンスは最終確認の場と位置付けることで、支援内容に不備が生じないように配慮する。

在宅生活に向けた課題の確認と方向性の決定と役割分担の確認は、退院時カンファレンスでは行わない

- 退院時カンファレンスで話し合いに集中すると何時間も必要になる。その場での話し合いの結果、方針が変わる可能性もある。各職種の時間を無駄に消費しかねなく、効率も悪く、退院調整担当者の信用悪化につながる可能性も否定できない。

③ 退院時カンファレンスを実施

目的

退院調整担当者等が主催し、関係職種が出席するカンファレンスを開催する。
退院後の生活の継続に向けた課題の確認と方向性の決定と役割分担の確認を行う。
退院後に利用するサービスの最終確認を行い、退院日を決定する。

参加想定職種：医師（在宅療養を担当する医師、病棟主治医）・歯科医師・看護師・歯科衛生士・管理栄養士・理学療法士などのリハビリ専門職・ケアマネジャー、介護サービス事業者

この段階ですること

可能な限り多くの関係者の出席を調整する

- 介護サービス事業者、家族、退院後施設に入所予定であればその施設の職員等が一堂に会して共通認識を持つと同時に役割の確認を行う。
- 地域のチームで在宅ケアを支えている、という安心感を本人家族が実感できるようにする。

家族や患者の意向について最終確認を行う

- 退院時カンファレンス前に、本人家族への病状説明を実施し、意向の確認を実施する。
- ケアマネジャー等、在宅介護サービスの調整者には退院時カンファレンス前に打ち合わせや面談を実施し、退院後の生活に向けたケアプラン原案を作成していただくようにする。
- 退院調整担当者が、必要に応じて初期ケアプランを作成して提示することも円滑な調整を促すポイントとなる。

④ 退院後のフォロー、情報共有

目的

退院調整の際に築いた多職種連携のネットワークや信頼関係を退院後も活かし、退院後の状況を確認する。退院時カンファレンスでの方向性、支援計画が妥当であったか検証する。

この段階ですること

退院時カンファレンスで築いたネットワークを活用して情報連携を図る

- 地域のケアマネジャーと顔を合わせる機会を継続的に保つ
- 機会を捉えてケアマネジャーやかかりつけ医から退院後の状況を聞き取る

退院後に開催されるカンファレンス等に参加する

- ケアマネジャーが主催して患者宅で行うサービス担当者会議や緊急時カンファレンスに参加し、情報交換に努める。

退院後フォローの方法を工夫する

- フォローの方法は様々です。手引書の具体例などを参考に、地域に合った方法を更に工夫します。

退院調整担当者とは？

退院調整を担当する職種・役職は病院によって様々で、一律にこの職種・職位が担当すべきとは決められません。しかし、「担当者を決める」ことは必要です。呼称も統一すると外部の方の混乱が防げます。

● 地域連携室・退院調整担当部署

相談できる担当窓口が一本化するので内外部から連絡が取りやすい。

● 退院調整看護師

専門的な教育を受けた看護師が調整に当たることによって医学的管理・ケアの必要性に配慮した調整が可能となるが、退院調整看護師を育てる教育体制・時間が必要。

● MSW・PSW(社会福祉士・精神保健福祉士)

専門的な教育を受けた MSW・PSW が調整に当たることによって、生活の継続に必要な社会制度等に配慮した調整が可能となるが、MSW・PSW を育てる教育体制・時間が必要。

● 受け持ち看護師

家族との距離も近く、患者本人の意向も聴取しやすい。カンファレンス日時の調整には最適。退院調整看護師や MSW との院内連携・調整で協働して入退院支援、退院指導を担当する。

● その他

介護支援専門員が直接退院時に退院支援、ケアマネジメントを実施する場合があります。ただし、診療報酬での評価がない状況にあります。

5. Q&A

Q1:地域連携室がない病院で、退院調整担当になりましたが、今まで入退院支援に関わったことがありません。最初に何から手を付ければよいでしょうか。

A1:「地域活動」と「研修・自己研賛」に分けて提案します。

地域活動

- ① 名刺を作成し、関係機関（関連病院、医師会、歯科医師会、薬剤師会、栄養士会、歯科衛生士会、介護施設、居宅事業所、ケアマネ協議会、地域包括支援センター、福祉課、訪問看護ステーション、保健所等）にあいさつ回りを定期的に行い、病院の窓口が自分であることをお知らせするとともに、顔の見える関係を作る。
- ② それぞれの関係機関の研修会に参加し、自己紹介および病院の紹介をする。
- ③ 連携する医療機関に出向き、その病院の入退院支援の流れを把握する。他病院の入退院支援を参考にする。
- ④ 他病院の入退院支援の流れをそのまま自院に当てはめるのではなく、自院の入退院支援を検討・検証できるシステムを管理者と協議する。

研修・自己研賛

- ① 入退院支援の知識を得る。（例：国診協「在宅移行の手引書」を参考・活用）
- ② 国診協地域包括医療・ケア研修会など研修会に参加し、知識を深める。
- ③ 介護保険、健康保険、障がい者総合支援法、老人福祉法、難病法など制度面の学習をする。
- ④ 面接技法などコミュニケーションスキルを身につける。
- ⑤ 支援、援助技法についての研修会に参加する。（職能団体として県単位で、MSW 協会や看護協会が主催する研修会があります。）

Q2:家族が本人の退院を受け入れることができないでいます。どのようにすれば納得を得られるでしょうか。

A2:介護やお世話が必要となった方の退院はご家族にとって、社会生活に少なからず影響が生じます（特に介護負担を強く感じている場合など）。退院についてご家族におよぶ影響をどのように感じておられるか、面談時に伺い、介護負担感は無くすることはできないけれども、社会生活の遂行に与える影響を少なくする方法を提案できれば家族にも本人を再び迎え入れる心構えができるのではないのでしょうか。

また、初めから退院のことを切り出すのではなく「何かお困りのことはないでしょうか？〇〇さんが、ご自宅でより良く過ごされるためのお手伝いをしたいと考えています。」とアプローチしていくとご家族の印象も変わってくると考えます。

Q3:入院時の聞き取りにおいて、担当ケアマネジャーがいることを知りました。情報の共有を図りながら入退院支援を進めたいと思うのですが、どのようにしたら良いですか。

A3:本人または家族から、担当ケアマネジャーに入院したことを伝えてもらいましょう。

併せて、退院調整担当者は本人・家族から了解を頂き、担当ケアマネジャーに電話連絡を入れるとスムーズに入退院支援を開始することができます。(ケアマネジャー側は、入院時情報連携加算として病院に情報提供することにより算定できる加算があります。また、医療機関としても、積極的に情報提供を行うことで、ケアマネジャーが、退院後の生活支援を検討する方法の助言ができるようになります。)

Q4:ケアマネジャーが病院に来ることに消極的です。どのように働きかければよいでしょうか。

A4:ケアマネジャーは、「医療機関の敷居が高い」、若しくは「退院を迫られるのでは」と感じている場合があります。まず、病院側から積極的に患者の病態について情報を提供する(患者・家族の承諾が必要です。)などのアプローチを開始してください。患者が入院された際、ケアマネジャーに病院側から報告するとともに、在宅での情報をいただくとういでしょう。

また、入院中、要介護度変更が考えられるなど状態が変化した際にも連絡するとよいでしょう。そして、退院時カンファレンスが開催される際には、患者・家族の承諾を得て退院カンファレンス前に患者本人の状態を確認していただき、退院カンファレンス時にはケアプラン原案をもって参加していただくことを目指します。

ケアマネジャーとの本人の入院中における具体的な意見交換、確認作業が顔の見える信頼関係を形成します。

Q5:退院時カンファレンスを開くと時間と手間がかかってしまい、負担が重いです。病院にとって何か良いことがあるのでしょうか。

A5:退院時カンファレンスを開くためには時間と手間がかかります。そのために在宅生活への準備期間が必要となり、退院日が延びることもあるかもしれません。しかし、在宅での生活継続の調整ができていない場合、結果的に再入院となったり、家族の介護負担がより重くなり、在宅療養の継続が困難となる可能性も高まります。

また、退院時カンファレンスを省略した場合、本人・家族は退院後の生活に不安を抱えたまま地域に戻らねばなりません。また、それを支えるケアマネジャーやサービス事業所が目標や今後の方針を共有できません。よって本人が、在宅で生活を継続できるように退院時カンファレンスを開催する必要があります。本人・家族・ケアマネジャーとの事前調整(複数回)を実施した後に開催すると、退院時カンファレンスそのものは短時間で終了すると考えられます。

Q6:退院時カンファレンスを開催するにあたり、日程の調整が上手くいきません。どうしたら良いですか。

A6:院内調整と院外調整を分けて考えてみてはいかがでしょうか。(院内調整とは主治医や担当看護師、リハビリスタッフとの調整であり、院外調整とは、家族やケアマネジャー、訪問看護ステーション等との調整になります。)

院内においてカンファレンスの時期を想定し、院外調整を図っていくと上手くいくことが多いです。日程調整の優先順位としては、家族、そしてケアマネジャーの順になります。予め、ご家族の構成や就労状況等把握しておくことで調整がしやすいと思います。もう一つは、院外調整をケアマネジャーに依頼することも有効です。ケアマネジャーに家族と日程を調整して頂き、院内担当者へ連絡を頂く方法もあります。

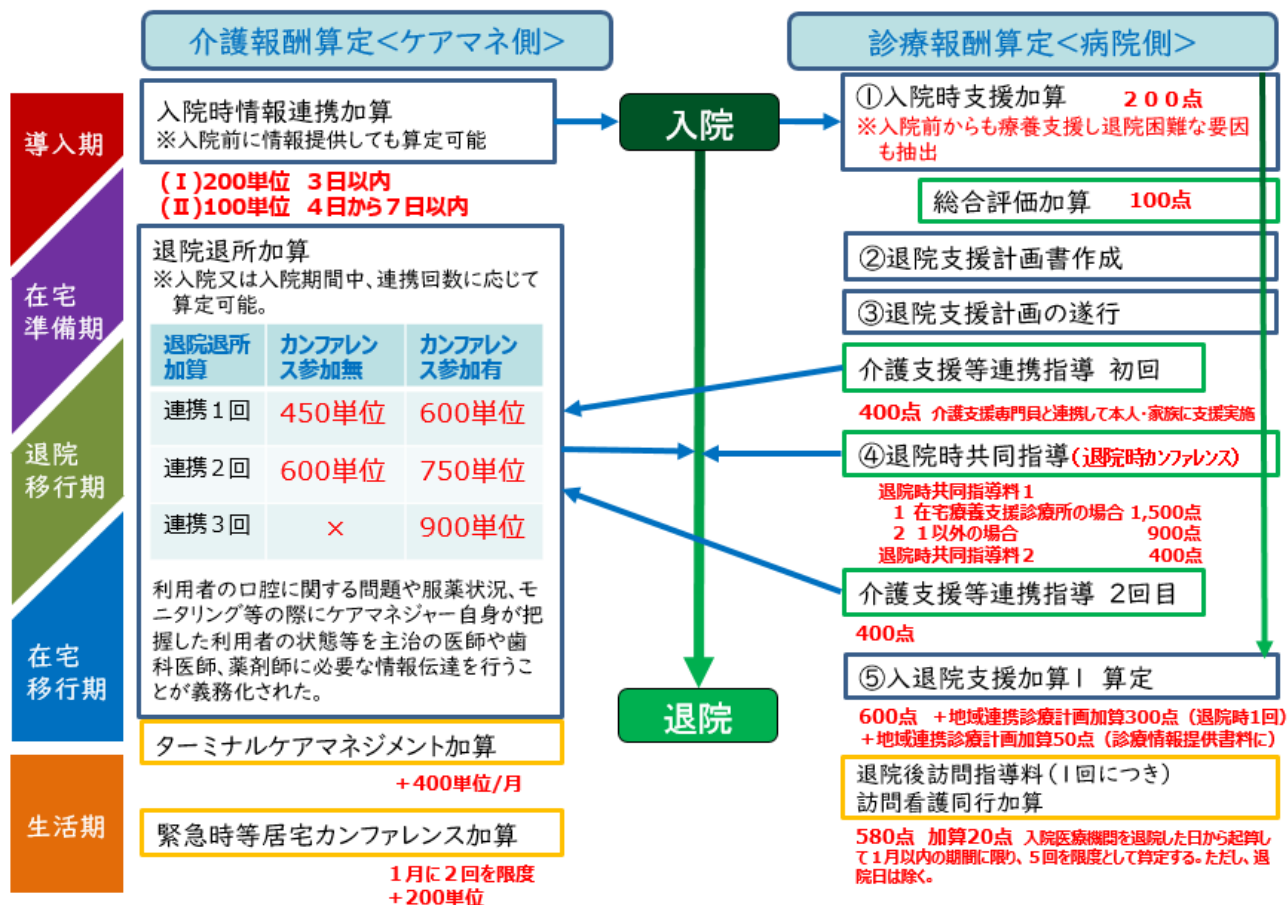
Q7:退院時カンファレンスをして自宅に退院した患者さんがすぐに再入院しました。在宅生活に無理があったのでしょうか。

A7:退院後フォローアップを行うことで、退院時のケアプランが適切であったかどうか評価できると考えます。

具体的には、退院後の自宅訪問を実施することや、ケアマネジャーや訪問看護師などを通じて情報収集する方法などがあります。また、外来通院をされている場合は、外来看護師と連携しながら情報収集するとよいと思われます。ご質問のような事例については、いろいろな原因が考えられますが、退院後の状況・課題を整理し、それを元に多職種で検討すると次の退院支援につながります。特に再入院となった事例を集めて、「事例検討会」を開催しているところもあります。そのことで、退院時支援方針、支援内容・方法の質の改善を図ることが可能となります。

6. 付録 医療・介護連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧

退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧



●情報提供:広報活動

本誌は、本会ホームページにて公開しています。ダウンロードしてご活用ください。

また、ホームページには「情報共有シートを用いた生活支援の手引き」も掲載されていますので、継続した在宅ケアを実施するうえで併せてご活用ください。

<https://www.kokushinkyo.or.jp/index/principalresearch/tabid/530/Default.aspx>

実施団体 公益社団法人全国国民健康保険診療施設協議会

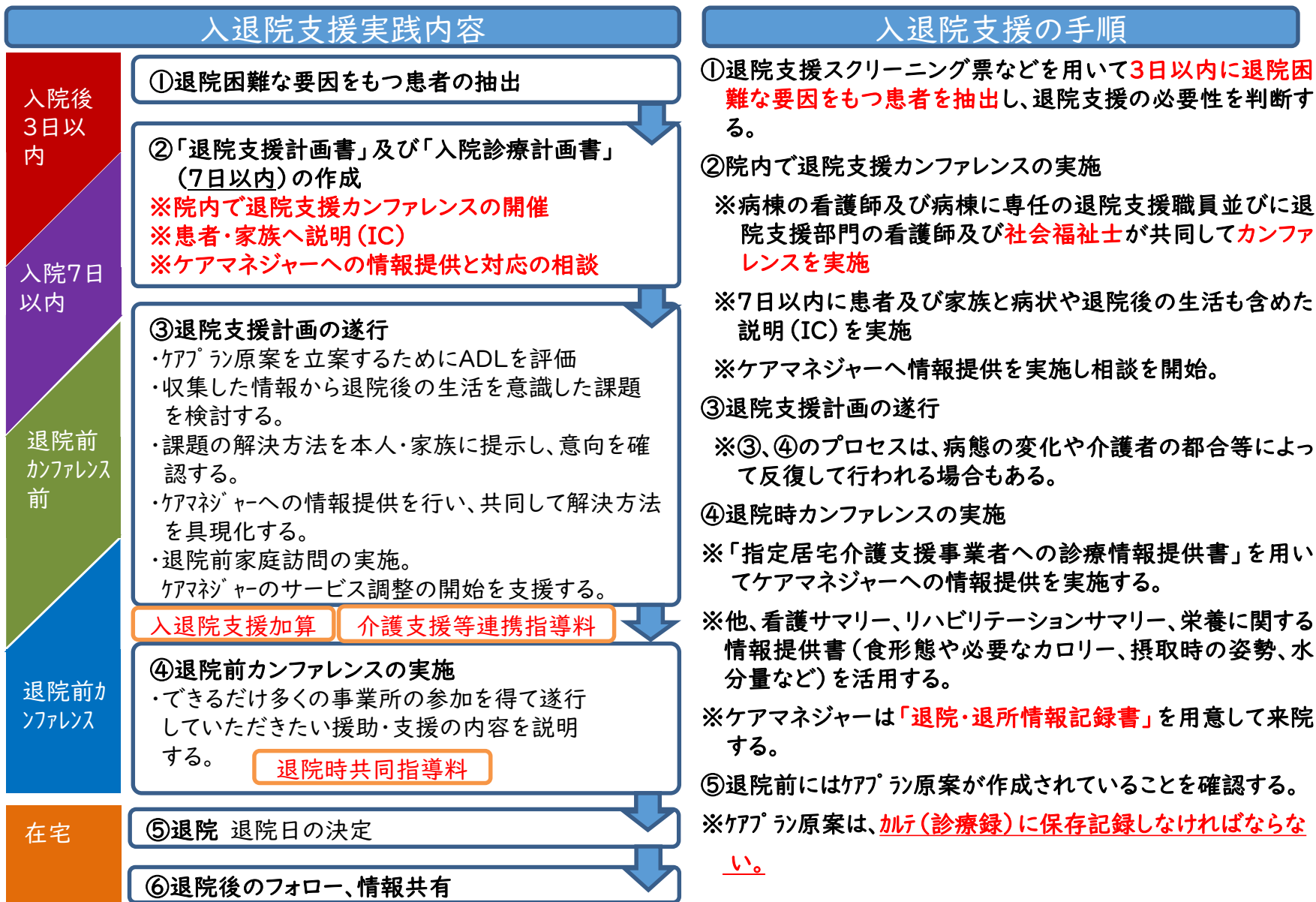
Japan National Health Insurance Clinics and Hospitals Association

〒105-0012 東京都港区芝大門2-6-6 VRTO 芝大門 4 階

ホームページ: www.kokushinkyo.or.jp/

発行 平成 30 年 6 月

入退院支援の手順・フローチャート



入退院支援の実務

入退院支援実践内容

⑥
入院に
備え日
ごろの
連携で
協議し
ておく
こと

①
入院決
定・入
院直後
3日以
内で行
うこと

⑥地域のケアマネジャーと、担当する利用者が入院となった場合に、どのような連携を図るのかについてルール、手順を協議して明確にする。

具体的には、

- 1) 利用者の入院に備えて、ケアマネジャーからどのような情報を提供していただくのかを決める。
 - ①入院前のADL状況 など回復の予測を図ることができる情報
 - ②お薬手帳ではわからない、飲み忘れ、飲み方や、残薬に関する情報 など
- 2) ケアマネジャーから本人や家族へ説明していただくことを決める。
 - ①入院時に情報提供する同意。
 - ②入院中に病状説明、カンファレンスに参加する同意。
 - ③退院時に、診療に係る情報提供を受けることへの同意。
- 3) 入院時情報提供書の提出の方法について
 - ①窓口を一本化するのか、どうかについて
 - ②提出された情報の共有方法について、診療録でどのように記録、保存するのかを検討する。
- 4) 連携の方法について
 - ①退院時カンファレンスの開催の方法や、連絡についてルール化する。
 - ②退院予定の連絡の方法について
 - ③退院前家庭訪問の際の連絡方法について

①退院困難な要因をもつ患者の抽出

入院時支援加算が算定可能であるが、施設基準を整える必要あり

入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供をケアマネジャーに求めていく。

1) 入院時情報提供書の提出について

- ①自院では何時間以内にスクリーニングを実施するのかを把握し、ケアマネジャーに何日以内に提出していただくかについてルール化を協議するとよい。
- ②入院時には、事務手続きでも、医療保険証だけでなく、介護保険証の提出を求めていくことを院内でルール化する。その際に医療保険情報と、介護保険情報が登録できるシステムを要望することを忘れない。

2) 自院で、退院支援の手順やシステムに関する周知を目的に研修会を実施する。

- ①総合評価加算算定の基準にもなっているため、症例や事例を用いて、グループワークを取り入れる。

入退院支援の実務

入退院支援実践内容

②
入院
7日
以内

②院内で退院支援カンファレンスの実施する。

- 1) 「退院支援計画書」及び「入院診療計画書」(7日以内の作成)
- 2) 病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院支援部門の看護師及び**社会福祉士**が共同して**カンファレンスを実施する。**
- 3) 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病状説明(IC)を実施する。
- 4) ケアマネジャーへ情報提供を実施し相談支援を開始する。
可能であれば、病状説明の際にケアマネジャーに出席の調整を行うことでより退院後のイメージをつかみやすい。
- 5) ケアマネジャーが担当していないケースの場合。
 - ①自院の地域ではどこがマネジメントの窓口なのか、地域包括支援センターへ相談する。
 - ②介護保険要介護認定の申請時期についても相談する。
退院時期と回復時期が合致すればよいが、具体的サービスの調整が遅れてしまうので、管理疾患別に、申請時期を調整していく必要もある。
- 6) コミュニケーションギャップに配慮する
 - ①連携相手には「相手は当然こう考えるはず」「こうしてくれると思っていたのに」という思い込みが発生します。
 - ②連携のメリットを活かし、チームの力を最大化するためには、常にリスクは必ず発生することを意識してください。
 - ③連携の前提は、**背景知識・価値・アイデンティティが異なる人とチームを組み、責任を伴うコミュニケーションを図る**ことです。連携を図る相手の話を聞き、どのように連携を図ることが求められているかについて、試行錯誤を繰り返していくことが求められます。

入退院支援の実務

入退院支援実践内容

③ 退院 時カフ ァ ィ ン ス 前

③退院支援計画の遂行

- 1) 退院支援担当者自身が、ケアプラン原案を立案できることが望まれる。ケアマネジャーと退院後の生活について協議するためには、ADLを評価し、院内各専門職から収集した情報をもとに退院後の生活を意識した課題を抽出する。
- 2) 抽出した課題の解決策について、院内で検討することが求められる。
医療ニーズ・生活ニーズの解決方法を提示できなければ、QOLの向上はない。
検討する目的:①適切なサービス利用によって在宅生活を遂行できる。
②退院支援担当者の実践力の向上を図ることができる。
- 3) 課題の解決方法を本人・家族に提示し、退院先の意向を確認する。
※ここでは、自院がどのような立場による対応を図るのかを方針として示すことが必要。
 - ①本人が在宅復帰を希望するのであれば、在宅復帰を叶えられるよう最善をつくる。
 - ②本人は在宅復帰を希望するも家族の反対にあえば、本人を説得して家以外の退院先を調整する。
 - ③家族が在宅復帰を反対しても、受託環境の整備や、介護サービスの利用によって自宅に帰ることができるとチームで判断できれば在宅復帰を優先する
 - ④自院では判断せずに、転院先で判断していただく。
 - ⑤本人がどのような病態やADLかも評価せず、在宅で、判断していただくことを方針とする。※どのような方針であっても、退院後の生活を支援する連携は不可欠となる。
- 4) ケアマネジャーへの情報提供を行い、共同して解決方法を具現化する。
- 5) 退院前に家庭訪問を実施し、自宅でのADL遂行方法について「できない」ことを確認すると同時に「こうすればできる。遂行できる。(案)」を見出す。これが、ケアマネジャーのサービス調整に有意に働く。

入退院支援の実務

入退院支援実践内容

④退院時カンファレンスの実施「退院時共同指導料の算定」

- 1) 退院時カンファレンス開催前には、本人、家族、退院支援担当者、ケアマネジャーで話し合いがなされ、退院後の生活への合意形成ができていくことを目指しましょう。
 - 2) 退院時カンファレンスでは、最終的な確認のみ実施することが、所要時間の適正化が図られます。
 - ①病院側からの病状説明を兼ねたカンファレンスは、かかりつけ医等の負担を考慮すると最小限にするなどの工夫が必要。
 - ②各医療専門職からケアマネジャー等介護サービス側へ伝えたいことがあれば※「指定居宅介護支援事業者への診療情報提供書」や「看護サマリー」「リハビリテーションサマリー」「栄養に関する情報提供書（食形態や必要なカロリー、摂取時の姿勢、水分量など）」を用意する。
 - ③ケアマネジャーは「退院・退所情報記録書」を用意して来院するが、大事な情報は「入院医療機関が把握している本人の医療上の生活課題（※）」である。
- ※ 疾患名 治療方針 医療処置の有無 服薬状況 予後予測退院後の生活における留意事項、リスクの把握 など
- ④ケアマネジャーは、本人、家族との関係性において、本人や家族が疾患の受けとめ方が曖昧な場合や、一方的な場合は、再度、本人や家族に説明を求める場合があります。また、端的に「～お願いします。」と一方的な依頼をしてく場合があります。医療機関側として理解に苦しむ依頼もありますが、その背景には隠された意図がありますので、退院支援担当者は、連携の範疇として、ケアマネジャーの思いを聞き取っていただき、ケアマネジャーが何に迷い、苦しんでいるか、想いを紐解いていただければ幸いです。

入退院支援の実務

入退院支援実践内容

⑤退院時にはケアプラン原案が作成されていることを確認する。

※ケアプラン原案は、加テ(診療録)に保存記録しなければならない。

⑤
在宅

(新) 入退院支援の手順・フローチャート

入退院支援実践内容

退院支援の手順

導入期

①退院支援スクリーニングを実施

入院時支援加算

①退院支援スクリーニング票を用いて3日以内に退院支援困難な要因を抽出し、退院支援の必要性を判断

在宅準備期

②病棟で退院支援カンファを実施

・退院支援計画作成に着手

②退院支援カンファレンス

※病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び**社会福祉士**が共同して**カンファレンスを実施**

退院移行期

③退院支援を開始

- ・退院支援に向けた院内調整
- ・本人・家族の意向を確認
- ・退院支援計画を手直し ……等

※スクリーニングが終了次第、7日以内患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを実施

③退院支援計画書（入院後7日以内に作成）

※実践内容の③、④のプロセスは、患者の状態の変化や介護者の都合等によって反復して行われる場合がある。

在宅移行期

④退院カンファレンスの開始

- ・ケアマネジャー、事業所と情報共有
- ・具体的なサービス調整を開始
- ・家庭訪問の実施 ……等

④指定居宅介護支援事業者への診療情報提供書を用いてケアマネジャーへの情報提供を実施する。

※他、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、栄養に関する情報提供書（食形態や必要なカロリー、摂取時の姿勢、水分量など）を活用する。

④-1ケアマネジャーは独自の退院時情報聴取シートを用意して聞き取りに来院する。

退院時共同指導料

介護等連携指導料

生活期

⑤退院

入退院支援加算

⑤地域連携クリニック等の情報共有シートの活用し退院後のケア内容、経過などを把握する場合があります。

⑥退院後のフォロー、情報共有

退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧

