

# 東京都退院支援 マニュアル (抜粋)

～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～

平成28年3月改訂版

 東京都福祉保健局

# 目次

1	マニュアル説明	1
2	退院支援・退院調整フロー図	7
	(1) 退院支援・退院調整フロー図の使用方法	8
	(2) 退院支援・退院調整フロー図	11
3	各シート	17
	(1) 地域からの入院時情報連携シート	19
	(2) スクリーニングシート	27
	(3) 初期アセスメントシート（医療・ケア）	33
	(4) 地域における社会資源情報・病院機能別情報シート	39
	(5) 指導シート	53
	① 在宅中心静脈栄養法	56
	② 在宅酸素療法	58
	③ マスク式人工呼吸器	60
	④ 膀胱留置カテーテル	62
	⑤ 在宅自己導尿	63
	⑥ 経腸栄養法	64
	⑦ 人工肛門造設・人工膀胱造設	66
	⑧ 気管カニューレ使用による吸引	68
	(6) 退院前カンファレンスシート	71
	(7) 地域への情報提供シート（看護サマリーシート）	77
4	外来からの「在宅療養」安定のための支援について	83
	参考資料	91
	参考資料1：地域で使用されているシート等の紹介	92
	参考資料2：退院支援検討部会 委員名簿	101

# 地域への情報提供シート（看護サマリーシート）

## 退院時に必要な情報

1. 氏名	男・女	生年月日（年齢）
2. 住所（現住所と訪問先が異なる場合、明記する）	連絡先	
3. 病名	既往症	
4. 今回の入院に至った病状と入院における病状経過（治療経過）		
5. 今後の方針（医師からの説明内容、告知の有無含む）		
6. 医師の説明に対する受けとめや病気の理解		
本人：	家族：	
7. 希望する最期の場所		
本人：	家族：	
8. 入院前の状況と変化した点（入院前____⇒現在____）		
・自立度	・認知度	・PS（パフォーマンスステータス）
9. 継続する課題		
(1) 身体機能障害（麻痺、拘縮、言語、視覚、聴覚、嚥下、他）		
(2) 認知障害、意思の疎通		
(3) 感染症、アレルギー、禁忌		
(4) 栄養状態、嚥下機能、食事・水分制限の有無、体重の増減、歯・口腔の状態		
(5) 皮膚の状況（スキントラブル、褥瘡など）		
(6) 排便コントロール（排便の要否、最終排便日など）		
10. 家庭環境		
(1) 介護状況：・単身、介護者、介護協力者、キーパーソン ・介護力、介護可能な時間		
(2) 家屋環境：・戸建、集合住宅 ・エレベーターの有無 ・トイレ ・ベッド ・手すり		
11. ADL・IADL及びセルフケア能力：自立か、要介助かを明記		
(1) ADL：食事、排泄（トイレ、Pトイレ、オムツ）、保清（入浴、シャワー浴、清拭）、寝返り、座位、立位、歩行、移乗・移動		
(2) IADL：家事、意欲、金銭管理など		
(3) 内服の管理能力（具体的に確認する）		
(4) リハビリの状況と目標や考慮すべきこと（杖や補装具の使用など）		
(5) 介護者による介護方法の達成状況		

12. 継続する医療及び医療処置

(1) 経管栄養（胃ろう・腸ろう・食道ろう・経鼻、栄養剤、量、注入時間、注入方法、カテーテルの種類やサイズ）

HPN（輸液内容、量、間歇か持続か、ポンプメーカー）

点滴（末梢、CV、CVポート、内容、量）

インスリン注射（薬剤名、量、時間、BS値）

尿留置カテーテル（経尿道・膀胱ろう・腎ろう、カテーテルの種類、サイズ、交換頻度と次の交換日）

ドレーン管理（挿入部、包交頻度、通常の排液量）

疼痛管理（薬剤名、量、内服時間、貼付剤等交換時間、持続皮下注、レスキューの使用頻度）

気管切開（永久気管孔、カニューレの種類、交換頻度）

人工呼吸器（機種、設定、回路交換者）

在宅酸素（流量、時間、機種、携帯ボンベの有無）

ストマ、ウロストミー（部位、使用装具の詳細、交換頻度）

透析（血液・腹膜、時間、透析液濃度、機器メーカー）

褥瘡（部位、処置内容）

吸引（吸引頻度）

(2) 誰が医療管理を行うのか（誰に指導したか）

どこまで指導できているか、その達成度はどうか

(3) 今後の医療管理を担う所はどこか

- ・カテーテル交換等はどこの医療機関で行うか、次の交換予定日はいつか
- ・医療材料、衛生材料の準備、手配状況
- ・在宅療養指導管理料は、どこの医療機関が算定か、訪問看護指示書との関係はどうか

13. 今後の医療的サポートについて

- ・病院受診時の科と主治医は誰か、退院後のフォロー窓口はどこか
- ・今後かかりつけ医に依頼するか、介入予定のかかりつけ医はどこか
- ・訪問看護ステーションはどこか
- ・病状急変時の受け入れ病院はどこか
- ・災害時に備えた対応

14. その他利用する必要性のあるサポート

リハビリテーション、薬局、訪問介護、福祉用具など

15. 保険、公費情報

要介護度、難病、身体障害、生活保護など

# 参 考 資 料 1

## 地域で使用されているシート等の紹介

現在、病院での退院支援の取組に加え、地域全体で円滑な退院支援を進めようという活動が行われている。ここでは、実際に地域の多職種で作成し、使用されているシート等の一例を紹介する。地域で実施する退院支援の取組の参考にしていただきたい。

### 1. 世田谷区の取組 「医療と介護の連携シート」

世田谷区は、医療・看護・介護の連携を推進するしくみづくりや環境整備を目的として、標準となるシート（様式とルール）を作成している。このシートを使うことで、関係機関の間で、得手不得手や経験年数に因らず、より活発で効果的な連携が進むことをめざしている。シートは次の3種類である。

- ・医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）
- ・医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）
- ・医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

ここでは「医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）」について、紹介する。

#### 1 「医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）」の概要

利用者の入退院時に、病院や有床診療所とケアマネジャーとの連携に使うシートである。

##### ①入院時情報（左側）

ケアマネジャーから病院に向けて、患者さんの「入院前の状況」をお知らせする欄。退院に向けて、ご本人・家族等に対してどのような支援が必要になるかを考えるための情報になる。

##### ②退院・退所情報（右側）

退院前に、ケアマネジャーが病院スタッフと面談したり、カンファレンスを通じて作成する欄。聞き取った内容を、在宅でのサービス計画作成時に利用することや、かかりつけ医、介護保険事業者等との情報共有を目的としている。

#### 2 「医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）」の活用方法とルール

##### ①入院時情報（左側）

本人や家族等の状況から見て、入院時からケアマネジャーが積極的に支援する必要があると判断した場合（※）、事前連絡の上、速やかに病院側へご本人の「入院前の状況」等について情報提供する。

※積極的に支援する必要があると判断した場合は、単身世帯等で必要な情報が病院側に十分に伝わらないと考えられる場合、退院後の方向性について早期に関係者の協議が必要な場合等が考えられる。

##### ②退院・退所情報（右側）

退院に向けて、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談などを通して収集した情報（退院・退所情報）を記載する。記載した内容は、サービス計画作成に利用するほか、主治医や介護事業者との情報共有に活用することができる。

医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報） 世田谷区標準様式(改定版)

ふりがな		性別	生年月日	手術
利用者氏名		男・女	年 月 日 ( 歳 )	無・有 (手術名: )
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5		認定日	年 月 日
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日			
ふりがな		本人との関係	連絡先	
主介護者氏名				

▼入院時情報提供欄（別添資料 無・有→ 枚）

情報提供事業所名	
担当ケアマネジャー	
電話番号	FAX番号
提供年月日	年 月 日
入院日	年 月 日
既往歴	1. 2. 3. 備考 ( )
かかりつけ医	
①医療機関・主治医名	連絡先
②医療機関・主治医名	連絡先
住環境	一戸建 集合住宅 *階段(有・無)
家族状況	単身世帯 同居者有 ( )
サービス利用状況	訪問介護 通所介護 他 ( ) 訪問看護→事業所/ Tel. ( )
食事摂取	介助なし   見守等   一部   全介
	嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)
口腔清潔	介助なし   見守等   一部   全介
移動	介助なし   見守等   一部   全介
	(見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)
洗身	介助なし   見守等   一部   全介
	行っていない
排泄	介助なし   見守等   一部   全介
	オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)
夜間の状態	良眠・不眠(状態) ( )
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 備考 ( )
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有
	・運動制限 無・有
障害高齢者日常生活自立度	J A B C
その他(心身の状況や生活環境に関する特記事項など)	

▼退院・退所情報記録欄（面談結果をまとめるための欄です）

情報収集先機関名	
電話番号	
面談日	年 月 日   所属・職種・氏名
面談日	年 月 日   所属・職種・氏名
入院期間	入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日
疾病の状態	主病名 副病名 退院時主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服: 介助なし・一部・全介・その他) <特記事項> (感染症・投薬の注意事項(薬剤名、投与経路等)等)
	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 喀痰吸引 褥瘡の処置 カテーテル その他 ( ) <特記事項> (導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助なし   見守等   一部   全介
	嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他 ( ) <特記事項> (食事制限などの内容等)
口腔清潔	介助なし   見守等   一部   全介
移動	介助なし   見守等   一部   全介 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)
	<特記事項> (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	介助なし   一部   全介   不可   行っていない
	・入浴の制限 無・有 (シャワー・清拭・その他)
排泄	介助なし   見守等   一部   全介
	オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) <特記事項> (留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠(状態) ( )
認知・精神面	・認知症高齢者日常生活自立度 ( )
	・精神状態(疾患) 無・有 ( ) <特記事項> (認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有 (頻度: )
	・運動制限 無・有 <特記事項> (リハビリ・運動制限の内容、導入予定サービス等)
障害高齢者日常生活自立度	J A B C
療養上の留意する事項(その他 NS、PTからの注意点など)	

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等による算定条件を満たす必要があります。

医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報） 世田谷区標準様式(改定版)

ふりがな	性別	生年月日	手術
利用者氏名	男・女	年 月 日 ( 歳)	無・有 (手術名: )
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日 年 月 日		
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
ふりがな	本人との関係	連絡先	
主介護者氏名			

▼入院時情報提供欄（別添資料 無・有→ 枚）

情報提供事業所名	
担当ケアマネジャー	
電話番号	FAX番号
提供年月日	年 月 日
入院日	年 月 日
既往歴	1. 2. 3. 備考 ( )
かかりつけ医	①医療機関・主治医名 連絡先 ②医療機関・主治医名 連絡先
住環境	一戸建 集合住宅 *階段(有・無)
家族状況	単身世帯 同居者有 ( )
サービス利用状況	訪問介護 通所介護 他 ( ) 訪問看護⇒事業所/ Tel. ( )
食事摂取	介助なし   見守等   一部   全介
	嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)
口腔清潔	介助なし   見守等   一部   全介
移動	介助なし   見守等   一部   全介
	(見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)
洗身	介助なし   見守等   一部   全介
	行っていない
排泄	介助なし   見守等   一部   全介
	オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)
夜間の状態	良眠・不眠(状態) ( )
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 備考 ( )
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有 ・運動制限 無・有
障害高齢者日常生活自立度 J A B C	
その他(心身の状況や生活環境に関する特記事項など)	

▼退院・退所情報記録欄（面談結果をまとめるための欄です）

情報収集先機関名	
電話番号	
面談日	年 月 日 所属・職種・氏名
面談日	年 月 日 所属・職種・氏名
入院期間	入院日 年 月 日～退院(予定)日 年 月 日
疾病の 状態	主病名 副病名 退院時主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服: 介助なし・一部・全介・その他) <特記事項> (感染症・投薬の注意事項(薬剤名、投与経路等)等)
	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 喀痰吸引 褥瘡の処置 カテーテル その他 ( ) <特記事項> (導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助なし   見守等   一部   全介   嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他 ( ) <特記事項> (食事制限などの内容等)
口腔清潔	介助なし   見守等   一部   全介
移動	介助なし   見守等   一部   全介 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー) <特記事項> (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	介助なし   一部   全介   不可   行っていない ・入浴の制限 無・有 (シャワー・清拭・その他)
排泄	介助なし   見守等   一部   全介   オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) <特記事項> (留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠(状態) ( )
認知・精神面	・認知症高齢者日常生活自立度 ( ) ・精神状態(疾患) 無・有 ( ) <特記事項> (認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度: ) ・運動制限 無・有 <特記事項> (リハビリ・運動制限の内容、導入予定サービス等)
障害高齢者日常生活自立度 J A B C	
療養上の留意する事項(その他 NS、PTからの注意点など)	

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

## (1) 退院支援・退院調整フロー図の使用方法

### 1. 目的

- (1) 入院から退院後2週間までの移行期に、一連のプロセスにおいて各時点でのアセスメントポイントや実施内容などが理解できる。
- (2) 適切な時期に患者・家族の自己決定を尊重した退院支援を提供することができる。
- (3) 入院医療機関の退院支援・退院調整業務に携わる職員が対象である。さらに、在宅側の職種（かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、区市町村の在宅療養支援窓口など）へも周知し、地域のケア提供者と協働で支援する。

### 2. 作成意図と構成

入院医療機関の退院支援・退院調整に関わる職員が、時系列で患者・家族へ具体的にどのような退院支援を提供するのか理解し、実践できるように作成した。

#### 【フロー図の構成】

**横軸**：時間軸で提示している。医療機関の機能による役割の違いはあるが、全体のプロセスの中で自施設の役割を理解する。

- ・入院決定時（外来）・入院早期（スクリーニングより前）
- ・入院時から●日以内：入院時から（治療）方針の決定まで（病院の特徴に合わせて、「●日」を設定する。）
- ・治療開始から安定期
- ・退院に向けての調整期間
- ・退院時
- ・退院直後からの移行期（退院後2週間まで）

**縦軸**：患者・家族への退院支援内容

- ・意思決定支援・方向性の共有
- ・療養環境の準備・調整（医療上の課題／生活・ケア上の課題）

**退院支援の最終評価**



### 3. 活用のポイント

- (1) 横軸に時期、縦軸に患者・家族へ提供する退院支援内容を示した。
- (2) 退院支援の一連のプロセスが概観できるように必要な要素のみをフロー図に示し、詳細な説明はリンクする各シートに提示した。
- (3) 今後の方向性について、患者・家族が自己決定できるように段階を追った意思決定支援内容を示した。
- (4) 療養環境の準備・調整について、医療管理的な視点を持ちながら、患者の生活・暮らし方を意識して関与することができるように工夫した。
- (5) 地域からの情報収集に始まり、地域への情報提供へつなぐことから、地域包括ケアの視点を盛り込んだ。
- (6) ここで提示した退院支援の最終評価指標は、提供した退院支援のフィードバックを受けることにより、患者・家族への退院支援の更なる質の向上をねらいとしている。

### 4. 本人・家族・病院・在宅チームで取り組む退院支援・退院調整フロー図

P13のフロー図は、在宅支援チームによる支援を受けていた患者が入院した際に、ケアマネジャーが行う支援内容に焦点をあてたフロー図である。ケアマネジャーの視点から退院支援・退院調整のフローを示すことにより、本人・家族を中心として、病院と在宅チームが一緒になって、患者が暮らしの場に帰るための支援を考えることをねらいとしている。

(2) 退院支援・退院調整フロー図

時期	地域での暮らし・生活状況の情報収集・アセスメント	入院決定時・入院早期	入院時から●日以内(病院の特徴に合わせて、「●日」を設定する。)	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時情報共有	退院直後からの移行期(退院後2週間まで)	
意向・方向性・決定・支援	<input type="checkbox"/> 地域での暮らし・生活状況の情報収集・アセスメント <input type="checkbox"/> 入院決定時・入院早期 <input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族が病状をどのように受けとめているかを聞く <input type="checkbox"/> 患者・家族が今後に向けてどのような思いを描き今後どのように過ごしていきたいのかを聞く <input type="checkbox"/> 地域からの入院調整連携シート参照(P23)	<input type="checkbox"/> 治療方針・今後の方向性を図る <input type="checkbox"/> 患者・家族への病状説明、今後の治療方針、入院予定期間の説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の病状の受け止めや思いを院内多職種チームと共有し、今後の方向性を話し合う <input type="checkbox"/> 病状や治療に伴い、今後起こり得る生活上の変化・医療提供を受けながら生活することを目指す・説明・情報提供 <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いを聞く <input type="checkbox"/> 療養方法について選択肢を提示した上で、今後の療養について聞く <input type="checkbox"/> 患者の思い <input type="checkbox"/> 家族の思い <input type="checkbox"/> 患者・家族、医療従事者間で病状理解や生活上のイメージを共有し、患者・家族が、選択・心構えができるよう支援する <input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 <input type="checkbox"/> 医療に関する初期アセスメントシート参照(P38)	<input type="checkbox"/> 病状の変化に応じてリアルタイムでインフォームドコンセント <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いに变化がないかどうかの確認 <input type="checkbox"/> 変化が生じた場合は話し合いの場を持つ <input type="checkbox"/> 患者・家族、医療従事者間で合意形成 <input type="checkbox"/> 患者・家族、医療従事者で今後の生活上のゴールを共有した上で療養先を選択 <input type="checkbox"/> 在宅必要サービスの確認 <input type="checkbox"/> 軽院一患者の医療処置・介護必要度・経済状況 <input type="checkbox"/> 施設一患者の医療処置・介護必要度・経済状況などを考慮し施設入所基準の調査を行い患者に合った施設を選択 <input type="checkbox"/> 地域における社会資源(保健・医療機関)情報シート参照(P39)	<input type="checkbox"/> 退院に向けての患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意思決定内容の確認 <input type="checkbox"/> 退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について病院と地域医療従事者で共通認識を持つ	<input type="checkbox"/> 退院に向けての患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意思決定内容の確認 <input type="checkbox"/> 退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について病院と地域医療従事者で共通認識を持つ	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 患者・家族の説明に対する理解度 <input type="checkbox"/> 移行期に患者・家族が抱く不安への対応・フォローアップ	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 退院環境における患者の状況から退院支援・調整内容の不備の有無 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 生活指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 在宅環境整備状況 <input type="checkbox"/> 介護体制状況 <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無
	<input type="checkbox"/> 地域での暮らし・生活状況の情報収集・アセスメント <input type="checkbox"/> 入院決定時・入院早期 <input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族が病状をどのように受けとめているかを聞く <input type="checkbox"/> 患者・家族が今後に向けてどのような思いを描き今後どのように過ごしていきたいのかを聞く <input type="checkbox"/> 地域からの入院調整連携シート参照(P23)	<input type="checkbox"/> 治療方針・今後の方向性を図る <input type="checkbox"/> 患者・家族への病状説明、今後の治療方針、入院予定期間の説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の病状の受け止めや思いを院内多職種チームと共有し、今後の方向性を話し合う <input type="checkbox"/> 病状や治療に伴い、今後起こり得る生活上の変化・医療提供を受けながら生活することを目指す・説明・情報提供 <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いを聞く <input type="checkbox"/> 療養方法について選択肢を提示した上で、今後の療養について聞く <input type="checkbox"/> 患者の思い <input type="checkbox"/> 家族の思い <input type="checkbox"/> 患者・家族、医療従事者間で病状理解や生活上のイメージを共有し、患者・家族が、選択・心構えができるよう支援する <input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 <input type="checkbox"/> 医療に関する初期アセスメントシート参照(P38)	<input type="checkbox"/> 病状の変化に応じてリアルタイムでインフォームドコンセント <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いに变化がないかどうかの確認 <input type="checkbox"/> 変化が生じた場合は話し合いの場を持つ <input type="checkbox"/> 患者・家族、医療従事者間で合意形成 <input type="checkbox"/> 患者・家族、医療従事者で今後の生活上のゴールを共有した上で療養先を選択 <input type="checkbox"/> 在宅必要サービスの確認 <input type="checkbox"/> 軽院一患者の医療処置・介護必要度・経済状況 <input type="checkbox"/> 施設一患者の医療処置・介護必要度・経済状況などを考慮し施設入所基準の調査を行い患者に合った施設を選択 <input type="checkbox"/> 地域における社会資源(保健・医療機関)情報シート参照(P39)	<input type="checkbox"/> 退院に向けての患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意思決定内容の確認 <input type="checkbox"/> 退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について病院と地域医療従事者で共通認識を持つ	<input type="checkbox"/> 退院に向けての患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意思決定内容の確認 <input type="checkbox"/> 退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について病院と地域医療従事者で共通認識を持つ	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 患者・家族の説明に対する理解度 <input type="checkbox"/> 移行期に患者・家族が抱く不安への対応・フォローアップ	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 退院環境における患者の状況から退院支援・調整内容の不備の有無 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 生活指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 在宅環境整備状況 <input type="checkbox"/> 介護体制状況 <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無
医療上の課題	<input type="checkbox"/> 入院前の医療管理 <input type="checkbox"/> かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無・訪問看護の利用の有無及び介入内容の確認 <input type="checkbox"/> 病院通院の有無 <input type="checkbox"/> 医療処置内容の有無・内容確認 <input type="checkbox"/> 服用薬内容の有無・内容確認 <input type="checkbox"/> 地域からの入院調整連携シート参照(P23)	<input type="checkbox"/> 地域のかかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師・訪問看護師や、入院前から担当しているケアマネジャー・担当地域包括と情報共有、退院後の支援内容について相談する <input type="checkbox"/> 新たに在宅医療の導入が必要か検討する <input type="checkbox"/> 患者のニーズに合った在宅医療実施機関の情報収集 <input type="checkbox"/> 退院後のサポートについて相談する	<input type="checkbox"/> 患者・家族へ今後の療養生活をイメージできるよう提示 <input type="checkbox"/> 継続する医療管理(口腔管理・薬剤管理等含む)、医療処置内容について、患者・家族、医療従事者間で共有 <input type="checkbox"/> 在宅で継続可能な方法の検討 <input type="checkbox"/> 患者・家族の療養生活に合わせた統一した内容で医療処置を指導 <input type="checkbox"/> 在宅生活で起こり得る異常や緊急時の対応についての指導及び理解内容の確認	<input type="checkbox"/> 退院日時の準備 <input type="checkbox"/> 退院日の患者の全身状態について最終確認 <input type="checkbox"/> 関係者への退院日時の連絡 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で情報共有 <input type="checkbox"/> 地域への情報提供 <input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族へのインフォームドコンセント内容 <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解度・受けとめ方 <input type="checkbox"/> 抱えている課題	<input type="checkbox"/> 退院日時の準備 <input type="checkbox"/> 退院日の患者の全身状態について最終確認 <input type="checkbox"/> 関係者への退院日時の連絡 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で情報共有 <input type="checkbox"/> 地域への情報提供 <input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族へのインフォームドコンセント内容 <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解度・受けとめ方 <input type="checkbox"/> 抱えている課題	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無	
療養環境の準備・調整	<input type="checkbox"/> 入院前ADL・IADL <input type="checkbox"/> 患者の病状に伴う生活状況及び経済状況 <input type="checkbox"/> 家族状況 <input type="checkbox"/> 家族構成・キーパーソン <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・担当地域包括からの情報収集 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 利用されている社会保険制度 <input type="checkbox"/> 地域からの入院調整連携シート参照(P23)	<input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 <input type="checkbox"/> ケアに関する初期アセスメントシート参照(P38)	<input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 <input type="checkbox"/> ケアに関する初期アセスメントシート参照(P38)	<input type="checkbox"/> リハビリチームと協働して日常生活動作についての目標設定の再評価を行い患者・家族と共有 <input type="checkbox"/> 退院後の居住環境・生活状況に応じた生活・介護指導 <input type="checkbox"/> 食事・排泄・清潔・活動・服薬について <input type="checkbox"/> 患者・家族のセルフケア能力を考慮した指導 <input type="checkbox"/> 自立支援に向けた在宅療養環境を整える <input type="checkbox"/> 福祉用具導入の検討 <input type="checkbox"/> 在宅改修の必要性の検討 <input type="checkbox"/> 生活支援や介護サポートの必要性を検討	<input type="checkbox"/> リハビリチームと協働して日常生活動作についての目標設定の再評価を行い患者・家族と共有 <input type="checkbox"/> 退院後の居住環境・生活状況に応じた生活・介護指導 <input type="checkbox"/> 食事・排泄・清潔・活動・服薬について <input type="checkbox"/> 患者・家族のセルフケア能力を考慮した指導 <input type="checkbox"/> 自立支援に向けた在宅療養環境を整える <input type="checkbox"/> 福祉用具導入の検討 <input type="checkbox"/> 在宅改修の必要性の検討 <input type="checkbox"/> 生活支援や介護サポートの必要性を検討	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子や情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無	
退院支援の最終評価	<input type="checkbox"/> 患者・家族が希望する生活が送られているか <input type="checkbox"/> 患者・家族が不安なく過ごしているか <input type="checkbox"/> 患者の病状に大きな変化はないか <input type="checkbox"/> 医療処置の対応がスムーズにできているか <input type="checkbox"/> 介護する者の負担は増大していないか	<input type="checkbox"/> 患者・家族が希望する生活が送られているか <input type="checkbox"/> 患者の病状に大きな変化はないか <input type="checkbox"/> 医療処置の対応がスムーズにできているか <input type="checkbox"/> 情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか	<input type="checkbox"/> 患者・家族が希望する生活が送られているか <input type="checkbox"/> 患者の病状に大きな変化はないか <input type="checkbox"/> 医療処置の対応がスムーズにできているか <input type="checkbox"/> 情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか	<input type="checkbox"/> 患者・家族が希望する生活が送られているか <input type="checkbox"/> 患者の病状に大きな変化はないか <input type="checkbox"/> 医療処置の対応がスムーズにできているか <input type="checkbox"/> 情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか	<input type="checkbox"/> 患者・家族が希望する生活が送られているか <input type="checkbox"/> 患者の病状に大きな変化はないか <input type="checkbox"/> 医療処置の対応がスムーズにできているか <input type="checkbox"/> 情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか	<input type="checkbox"/> 患者・家族が希望する生活が送られているか <input type="checkbox"/> 患者の病状に大きな変化はないか <input type="checkbox"/> 医療処置の対応がスムーズにできているか <input type="checkbox"/> 情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか	<input type="checkbox"/> 患者・家族が希望する生活が送られているか <input type="checkbox"/> 患者の病状に大きな変化はないか <input type="checkbox"/> 医療処置の対応がスムーズにできているか <input type="checkbox"/> 情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか	

**在宅**

・在宅ケアチームの連携は図られているか  
 ・病状への対応はスムーズに行えているか  
 ・施設入所あるいは再入院にないか  
 ・情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

**施設**

・患者・家族が希望する生活が送られているか  
 ・患者の病状に大きな変化はないか  
 ・医療処置の対応がスムーズにできているか  
 ・情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

**転院**

・患者の希望していたリハビリ、療養生活が送られているか  
 ・患者の病状に大きな変化はないか  
 ・ケア内容に大きな変化がないか  
 ・情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

本人・家族・病院・在宅チームで取り組む退院支援・退院調整フロー図  
暮らしの場に戻るためのケアマネジャーの視点！

時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
方向性の共有	<p>入院先の連絡窓口を確認しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整部門が病棟か在宅生活における現状と課題を情報伝達しましょう</li> <li>文書(情報提供シート)</li> <li>電話</li> <li>病院訪問</li> <li>本人の思い・希望</li> <li>認知機能</li> <li>生活史・大事にしていること</li> </ul>	<p>本人状況の確認をしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人</li> <li>連絡窓口担当者</li> <li>家族</li> <li>電話</li> <li>病院訪問/病状説明同席</li> <li>退院支援計画内容</li> <li>治療方針・今後の方向性</li> <li>入院前と状態像が変化する可能性</li> <li>退院に向けた予測(時期等)</li> <li>区分変更の必要性の検討</li> </ul> <p>新たな医療的マネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>訪問看護でのサポートの必要性</li> <li>外来通院している場合、訪問診療医の必要性</li> <li>歯科医・調剤薬局への調整</li> <li>在宅医療資源への新たな調整が必要な場合、「在宅療養支援窓口」からコンサルテーション可能(参照:巻頭「在宅療養支援窓口」)</li> </ul>	<p>入院先医療機関及び家族との連携に基づき、退院支援の進捗状況の確認・在宅移行時の居宅サービス計画案を作成しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院時共同カンファレンス</li> <li>本人・家族の思い・希望の確認</li> <li>医療的管理方法の検討・助言</li> <li>受診方法の確認</li> <li>在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</li> <li>同居状況や介護状況を考慮</li> <li>入院前と変化したADLにに応じサービス変更の必要性を検討(医療・介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等)</li> <li>退院直後の訪問看護サービスの必要性の検討(特別訪問看護指示書の必要性等)</li> </ul>	<p>退院時の準備、自宅への移送手段等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整しましょう</p>	<p>居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行いましょう</p> <p>在宅チーム内において、本人状況、家族状況を確認し、情報共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>本人・家族の在宅ケア満足状況</li> <li>在宅かかりつけ医との連携・情報共有</li> </ul>
医療上の課題	<p>入院したことを在宅ケアチームへ連絡し、情報共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>かかりつけ医との連絡調整</li> </ul>		<p>医療処置や介護方法について本人・家族の理解状況や手技の習得状況を確認しましょう</p>		<p>退院後の状況を連絡窓口担当者(連携室等)を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>退院前に話し合われた内容に軌道修正等が必要か否か相互に確認・検討</li> </ul>
療養環境の準備・調整	<p>成年後見制度利用者については後見人等、地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)利用者については担当者に連絡し、入院中の支援(金銭管理含む)を調整</p> <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>	<p>ADL低下による生活・ケア上のマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>住環境⇒病棟看護師・リハビリチームへ家屋状況を情報提供し、準備調整について相談・検討</li> <li>退院後のリハビリ継続の必要性</li> <li>ケア体制の検討(排泄ケア等)</li> </ul>	<p>※認知症の在宅独居者等で地域の見守り支援が必要な場合や高齢者虐待防止・対応が必要なケースは、地域包括支援センターや区市町村窓口へ支援を依頼しましょう</p>		<p>入院前の本人状況との変化に伴う生活・ケア上のマネジメントをモニタリングしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>排泄ケア等のケア体制の状況</li> <li>住環境整備の状況(住宅改修・福祉用具等の適合性)</li> <li>本人のADL・IADLの状況</li> <li>リハビリの継続状況</li> <li>家族の介護負担状況</li> <li>各種福祉制度の活用状況</li> </ul>

・誰どのような方法でどのような内容について調整するか留意点を示した。

・全プロセスを通して本人・家族から情報提供への同意を得る。もしくはサービス利用契約時に包括的同意を得ておく。  
・入院先病院は常に在宅チームと共同して取り組む。