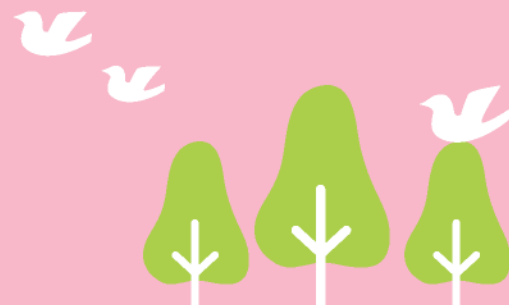


一人ひとりの看護職が行う

山梨版

退院支援 マネジメント

ガイドライン



山 梨 県

公益社団法人 山梨県看護協会

はじめに

公益社団法人 山梨県看護協会 会長 藤巻 秀子

山梨県看護協会は「県民誰もが住み馴れたところでその人らしく生活すること」を実現するための取り組みを長い年月進めて参りました。

昭和53年(1978)に、「訪問看護のニーズ調査」を保健師、助産師、看護師が合同で取り組んで以来、看護の連携を高めるためのさまざまな研究会や研修会を開催してきました。また、平成10年(1998)には、看護の連携が十分に行えるようになった事を確認するために、「県内で働く看護職が看護職同士の連携にどのような意識を持ち、お互いに何を望んでいるか」について実態調査を行いました。結果、継続看護への関心を持っていると回答した者は8割と高い状況でしたが、「他領域の看護に期待はするが、看護業務の内容がよく分からない」と答える人もおり、期待度と理解度の差が大きいことがわかりました。そこで、平成11年度からの3年間、受講者の実践事例から看護の連携の課題を明らかにした研修会を開催し、その内容を「看護の連携を推進するために～山梨県看護協会の取組み～」として取りまとめて発刊し、その後の地区支部別開催も含めた継続看護研修会で活用しながら今日に至っています。

平成25年(2013)8月に社会保障制度改革国民会議から出された報告書では、病院完結型医療から地域完結型医療への転換が求められること、また、団塊の世代が75歳以上となる「2025年問題」が大きく取り上げられ、日常生活支援においても「住まい」「生活支援」「医療」「介護」「予防」の取り組みが「地域包括ケア」として求められるようになりました。本県でも医療圏ごとに地域医療の推進のための医療・介護連携について研修会やフォーラムなどが活発に行われています。「最後まで自分らしく生きるために」「想いのマップ」作成支援など住民を主体にした支援が始まったところです。

平成26年(2014)には医療介護総合確保推進法が成立し、病院においては自施設の病院機能を地域のニーズを踏まえて検討し、病棟単位で高度急性期、急性期、回復期、慢性期に分類した医療の提供を行っていくこととされました。さらには、外来や在宅医療もこれまで以上に極めて重要な役割を担うこととなり、医療機能の分化を踏まえた取り組みが全国的に始められています。まず、各医療施設が地域医療ビジョンを踏まえて、目指すべき医療提供体制を実現するためにどのような役割を果たすべきか、その中で看護部の役割や責任は何かを確認しなければなりません。退院し、地域で安心して暮らしていくためには認知症の進行防止や寝たきりにさせないための看護が病院でしっかり行われなければなりません。そのための施設内の診療体制や看護体制の見直しも必要になってきました。

そこで、県内の看護職が看護実践能力を高め、連携し、自信を持って期待される役割を果たせるよう、県基金事業を活用し、訪問看護等在宅ケア推進委員会の取り組みの中で「退院支援マネジメントのための標準ツールの開発と作成」「退院支援マネジメント養成普及研修」を3年をかけて取り組むこととし、この度、退院支援標準ツールとして「退院支援マネジメントガイドライン」を発刊することができました。看護職誰もがこのツールを携帯・活用し、県民の皆様の「住み馴れたところでその人らしく生活し続ける」という願いをかなえて参りたいと願っています。

最後に、訪問看護等在宅ケア推進委員会の泉宗美恵委員長様はじめ委員の皆様、編集にご尽力された皆様に感謝申し上げます。

退院支援マネジメントガイドライン

contents

はじめに	1
I 退院支援マネジメントガイドラインの作成経緯と活用について	5
II 退院支援マネジメントフロー	8
III 退院支援に向けたスクリーニングとアセスメント	10
1. スクリーニング	10
2. アセスメント	12
IV 退院に関わる問題の明確化と目標の共有	16
1. 院内退院準備カンファレンス	16
2. 退院に向けての支援計画・準備	16
V 退院前カンファレンスの実施	19
VI 社会資源の調整	23
VII 退院時支援とモニタリング	28
1. 外来での継続支援	28
2. 退院時訪問看護	30
■事例編 退院支援マネジメント事例	31
1. 医療管理が必要な誤嚥性肺炎を繰り返している事例	32
2. 血糖コントロールが不良で、インスリン注射の導入が必要となった事例	40
■資料編	47
資料1 退院支援スクリーニングシート	48
資料2 退院支援アセスメント用紙	49
資料3 退院前カンファレンスレジュメ(例)	51
資料4 退院前訪問オリエンテーション用紙(例)	53
資料5 退院支援・地域連携に関する診療報酬	54
資料6 退院支援にかかわる主な診療報酬一覧(表1-1、1-2)	56
資料7 訪問看護ステーション一覧	60
資料8 地域包括支援センター一覧	62

退院支援マネジメントガイドラインの 作成経緯と活用について

退院支援マネジメント養成検討会議
(訪問看護等在宅ケア推進委員会)

在宅でその人らしく安心して生活していけるようにするためには、病院と地域の医療やケアを提供する専門職が協働して、組織的に支援していく必要性が高まっています。

訪問看護等在宅ケア推進委員会では、病院と地域の連携を推進することと「療養者とその家族が在宅で自分らしく暮らし続けること」を支えるためには、どのような支援体制が必要なのかを検討してきました。まず現場の実態を把握するために、各地区支部における連携に関する課題を情報収集したところ、「**病院看護師が退院後の生活のイメージがつきにくい**」「**院内の情報の流れや役割分担、スタッフの周知など連携のしくみや組織体制が不十分である**」「**連携する関係機関や職種間で互いの理解不足がある**」「**退院前カンファレンスを積極的に活用するようになったが情報交換で終わっている**」等が明らかになりました。そこで、こうした実態に対する方策として委員会では、病院と地域の連携を強化し、入院医療から在宅療養への円滑な移行支援を推進するための山梨県版「退院支援マネジメントガイドライン」を作成する必要があると考えました。

ほぼ月に1～2回のペースで開催される訪問看護等在宅ケア推進委員会において、退院支援に必要な構成要素の抽出や支援プロセスにそった内容の検討、スクリーニングやアセスメント用紙の作成等の検討を重ねてまいりました。特に、在宅移行支援を推進するためには、退院調整看護師だけでなく病棟や外来の看護職、訪問看護師・保健師等地域の看護職、福祉施設の看護職等がそれぞれの役割を発揮していくことが求められることから、「**現場で誰もが活用できるツールにすること**」を**コンセプト**に作成いたしました。

今後、このツールをさまざまな実践現場で広く活用していただき、退院後の生活を見据えた円滑な退院支援を提供する一助として役立てていただければ幸いです。また、このガイドラインは、多くの現場で活用を試みていただいた上で、改良を重ねていくことが必要であるとも考えておりますので、ぜひご意見やご感想をお寄せいただきたいと思います。

退院支援マネジメントガイドラインの構成と使い方

1. 入院から退院後までの退院支援プロセスを時間軸で概観できるように、退院支援に必要な要素として5つのステップとそのポイントをフロー図に示しました。ガイドラインはこのフロー図とリンクするように5つのステップごとの内容と解説で構成されています。
2. 各実践現場によって退院支援の体制は異なるため、退院支援プロセスごとの支援はどこの現場でも適応できるような内容にとどめました。各現場で自分の施設では、誰がこの役割を行うのか、不足している点は何で、それをどのようにすれば既存のしくみの中に取り入れられるのかを話し合う際に役立てられます。
3. 各退院支援プロセスの中には、病院と地域の関係者との連携の必要性や連携方法についても記載しています。自施設のこれまでの連携のあり方を見直し、改善するためにも活用できると思います。
4. スクリーニングシートやアセスメント用紙は、各病院に応じた形で加工して利用することもできます。山梨県看護協会ホームページから、スクリーニングシートやアセスメント用紙などのツールをダウンロードして活用することができます。
5. 各項目には、退院支援に必要なポイントや留意点を提示しました。また、退院支援マネジメントをより具体的にイメージできるよう退院支援事例を2事例掲載しました。地区支部研修や施設内の勉強会においては教材としても役立てていただきたいと考えています。

退院支援と退院調整の定義

「退院支援」: 患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援

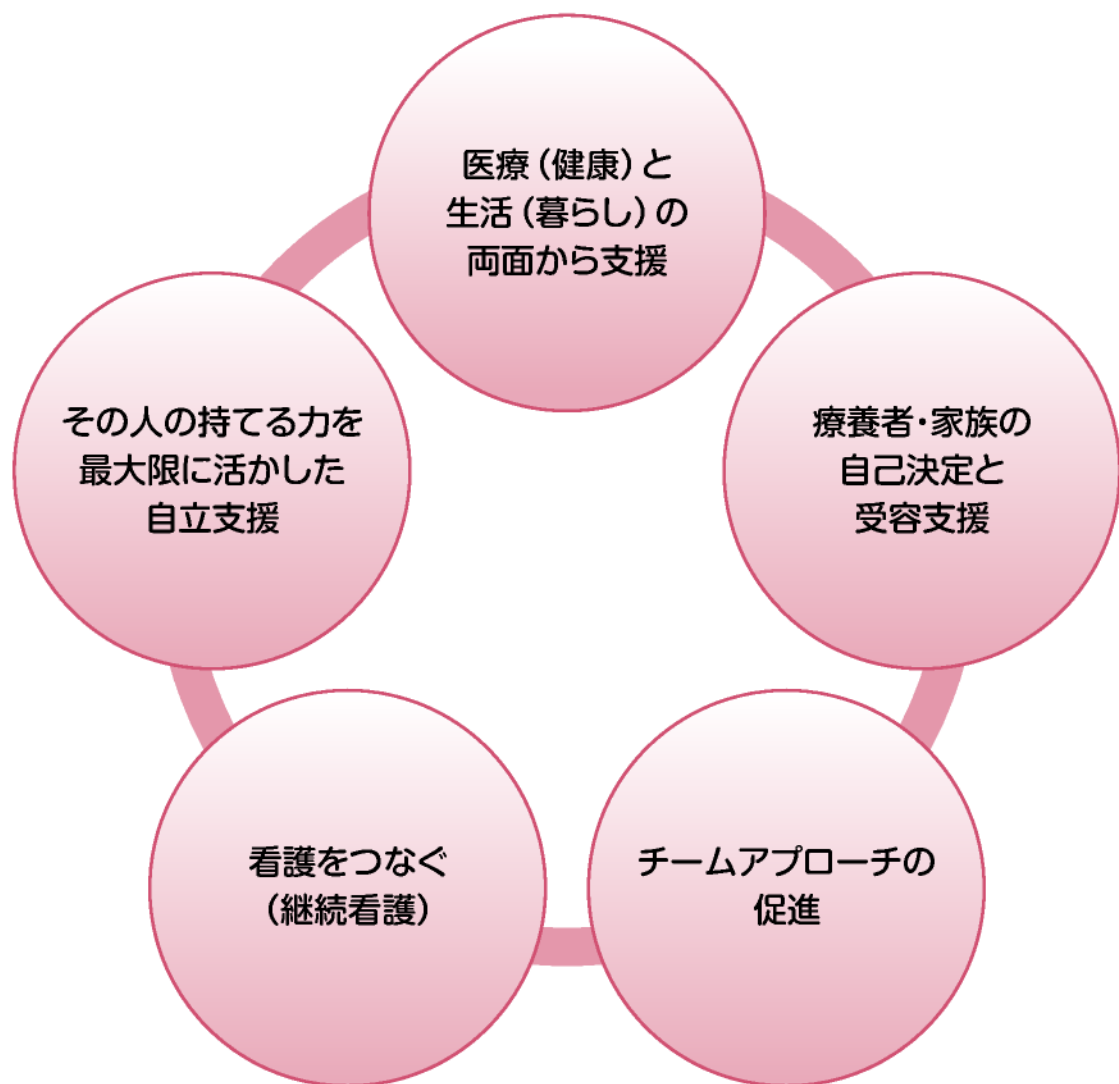
「退院調整」: 患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐなどのマネジメントの過程

※引用：宇都宮 宏子、三輪 恭子編. これからの退院支援・退院調整—ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域. 日本看護協会出版会. 2011.

退院支援に求められる看護の役割

退院支援は、療養者とその家族が、病院から在宅へ**安心して24時間安定したその人らしい生活を継続できること**を目的に支援していきます。

看護の専門性は、心身をみる力・生活をみる力をもって健康という視点から人を見つめ、個人・家族および地域の持っている力を最大限に引き出しながら支援することです。したがって、退院支援では、看護の専門性を活かした支援が重要となります。



II

退院支援マネジメントフロー

訪問看護等在宅ケア推進委員会では、県内各施設の退院支援ツールや関連資料を収集・整理し、退院支援に必要な5要素として、「スクリーニングとアセスメント」「退院に関わる問題点の明確化と目標の共有」「退院前カンファレンスの実施」「社会資源の調整」「退院時支援とモニタリング」を明らかにしました。

そして、この5要素を入院から退院後までの退院支援マネジメントプロセスとして山梨版オリジナルフロー図を作成しました。

この5つのステップは段階的にすすめていきますが、療養者の病状の変化や家族の状況により、必ずしもステップどおりすすんでいくとは限らず反復して行う場合もあります。

退院支援に関わる関係者が、常にこの5つのステップを意識しながらすすめていくことで、具体的にどのような支援が必要なのかチーム間で確認したり、共有して実践できることを意図しました。

そして、入院が決まった時からすべてのプロセスを通して、**療養者と家族の自己決定支援と受容支援**が退院支援をすすめていくうえで最も大切にしなければならない重要な支援となります。

療養者と家族の自己決定支援・受容支援

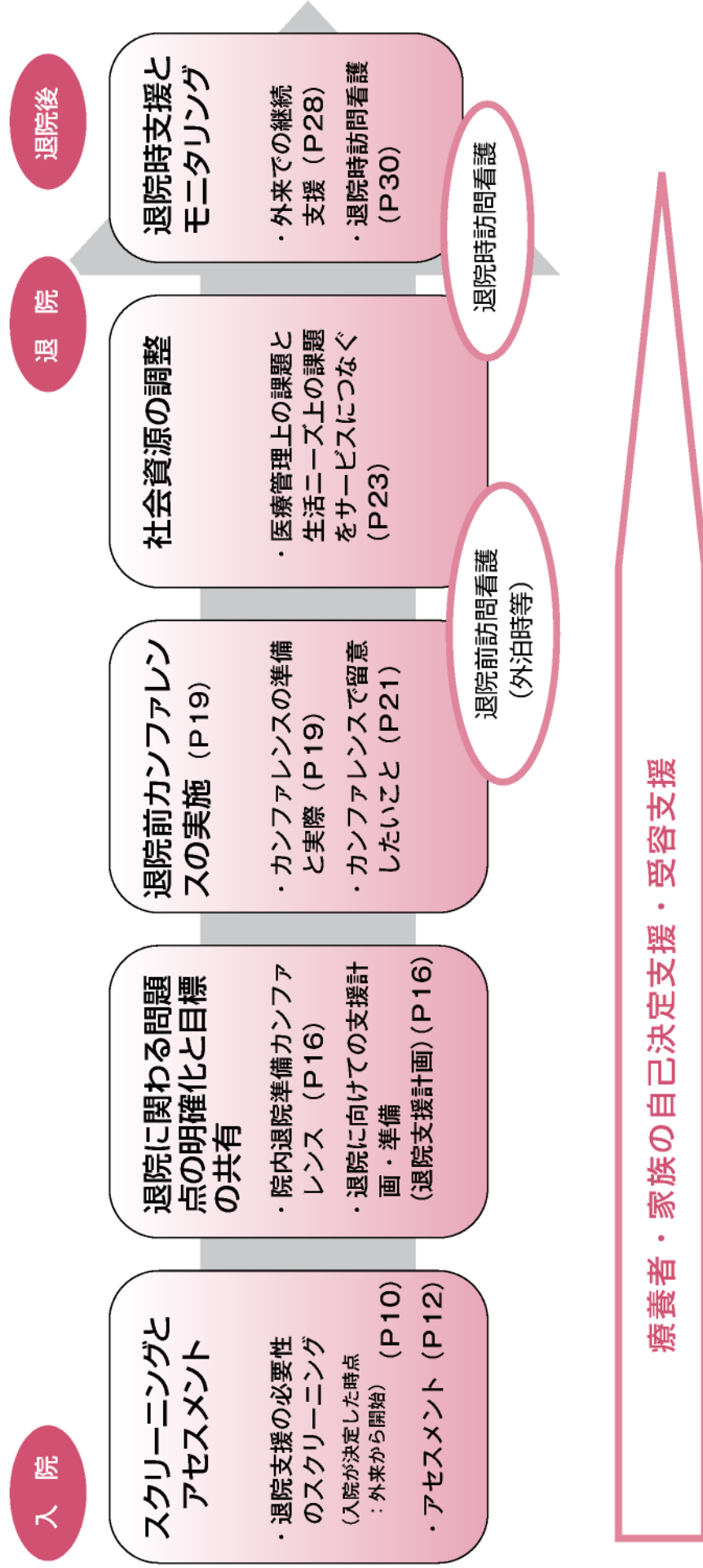
退院支援をすすめていく上で大切にしたいことは、本人や家族が今の状態をどう受け止めているのか、今後の療養生活に対してどう考えているのか、という当事者の思いを確認し寄り添いながら支援することです。

そして、看護職の役割として、本人や家族が病気や病態を理解し受け止め、生活の場に帰ろうと前向きに考えることができるよう、分かりやすい情報提供や退院後の生活を再構築できるよう共に考えるなどの支援が重要となります。

(受容支援・自己決定支援)

退院支援マネジメントフロー

※退院支援のプロセスは、療養者の病状の変化や家族の状況により、反復して行う場合もある。



※退院支援に関わる診療報酬は資料5 P54 を参照

退院支援に向けたスクリーニングとアセスメント

1. スクリーニング

あなたの病院では誰が、いつ、「スクリーニング」を行っていますか？

1) スクリーニングの実際

入院が決定した時点で、**病院看護師ができるだけ早期に退院支援が必要なケースを<退院支援スクリーニングシート>を用いてスクリーニングします。「入院が決定した時点（外来）～入院後48時間以内」を目安に、このプロセスをできる限り早くスタートさせることで、退院支援に向けた早期のアセスメントが可能になり、その後の院内退院準備カンファレンスにより退院後の生活をイメージした看護、医療の提供が可能になります。また、本人と家族が退院後の生活を前向きに考える動機づけにもつながります。**

また、入院中は病状の悪化やそれに伴ってADLなどに変化が生じることもあります。初回スクリーニングの際に**「支援の必要性なし」と判断した場合でも、その後、支援の必要性が生じてないか、随時再スクリーニングを行うことが必要**です。

2) スクリーニングの結果

次頁の<退院支援スクリーニングシート>の10項目中、1項目でもチェックがつけば退院支援の必要性があると判断し、アセスメントにつなげます。

スクリーニングの結果は、概ね次の3つに分類することができます。

①退院支援が
必ず必要

②退院支援の必要性
が予測できるが、
経過をみて判断

③現時点では退院支援
の必要はないが、今
後の状態の変化によ
り必要性を判断

入院時から退院調整部門に支援依頼を出します。すでに担当しているケアマネジャーや訪問看護ステーションがあれば、病棟看護師が本人・家族の同意のもと連携をはじめます。

院内退院準備カンファレンスでの、継続的な評価が必要となります。

◆退院支援スクリーニングシート

<退院支援スクリーニングシート>

患者氏名： ID（診察券番号）：
 生年月日： 年 月 日（ ）歳 性別： 男 女
 入院日： 年 月 日
 実施日： 年 月 日（ ）
 実施者： 部署 氏名：

①	☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 精神疾患 ☐ 急性呼吸不全 ☐ 神経難病
②	☐ 緊急入院
③	☐ 介護保険の利用が必要な状況にあるのに未申請である
④	☐ 入院前に比べ ADL が低下 ☐ 低下する可能性あり（入院前の ADL 状況判断）
⑤	☐ 排泄に介護を要する
⑥	☐ 独居 ☐ 日中独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他、介護力が不十分な状況があれば備考欄に記入
⑦	☐ 退院後に医療処置が必要 ☐ その可能性がある
⑧	☐ 入退院を繰り返している
⑨	☐ 服薬管理ができない
⑩	☐ 保険証なし

備考欄

2. アセスメント

スクリーニングで把握した情報からさらに一步すすめて、「退院支援アセスメント用紙」によりアセスメントを行います。この時、病状・病態予測から考えられる「**医療管理上の検討課題**」とADL・IADLから考えられる「**生活ニーズ上の検討課題**」にわけて情報を整理し、アセスメントすることが重要です。そして、入院前とどこが変化したのかを明確にして、退院後の具体的な生活イメージにつなげていく必要があります。

〈アセスメントのポイント〉

- 「医療管理上の検討課題」では、退院後も継続する医療管理・処置項目を把握したうえで、生活の場に戻った時の自己管理能力や家族のサポートの可能性について検討をします。
- 「生活ニーズ上の検討課題」では、まず入院前の生活状況を把握して、病態や入院生活によりどこが変化するのか、また、リハビリによりどこまで回復可能かを検討します。



療養者や家族が退院後の生活をどのようにイメージしているか、まず知ることが大切です。



〈アセスメント用紙記載マニュアルについて〉

アセスメントを行う時に使用する記載用紙が資料2 P49にあります。このアセスメント用紙は、次頁のアセスメント用紙記載マニュアルを参考にしながら活用してください。

◆アセスメント用紙の記載の留意点◆

1. 「**病状、治療方針、今後の病態予測**」の項目は、療養者本人やその家族、関係者が退院に向けた今後の見通しをもつ上で重要となるため、できるだけ早期に把握する必要があります。退院準備カンファレンスを開催して、療養者とその家族を支援するチームで情報共有しておくことが必要です。

2. 「**本人と家族がどのように疾患を受け止めているか、また退院後の療養への心配や不安があるか**」の項目は、退院支援をすすめていく上でとても大切な項目です。医師からの病状や治療方針等の説明の際は、できる限り同席して本人や家族がどのように受け止めているのか、どうしたいと考えているのかを把握していきましょう。

また、本人や家族の思いは病状の変化や治療状況によって変化することも予測されるので、随時把握していくことが求められます。

3. 「**医療管理上の情報**」の項目は、在宅での医療管理能力について本人と家族のセルフケア能力を把握し、場合によっては訪問看護の導入を検討します。

4. 「**生活ニーズ上の情報**」の項目は、入院前、発症前の生活状況（ADL／IADL）を聞き取り、そのうえで、入院後にどれくらいそれが変化（低下）するかを予測します。高齢者で入院前に自立していた場合でも、入院治療によりADLが低下する場合は少なくありません。

ADLの低下が予想される療養者の場合、特に、生活スタイルの再編が必要です。療養者にとっては「ADLが低下した状態での生活を再構築する」という、大きなシフトチェンジが必要となります。

また、具体的な生活状況を聞きだしながら、利用しているサービス・社会資源についてもあわせて質問するとよいでしょう。既にサービスを利用している場合には、情報公開について同意を得たうえで担当のケアマネジャーや地域包括支援センターなどに確認します。

アセスメントの結果

療養者や家族の希望や思いを軸に、アセスメントにより明確となった「医療管理上の検討課題」と「生活ニーズ上の検討課題」をふまえて、退院に向けてどのような支援が必要となるかを考えます。そして、**病院看護師は「退院後の具体的な生活イメージ」を意識して退院支援計画（看護計画）につなげていく必要があります。**

また、アセスメントで訪問看護の必要性が明らかになった場合には、この段階から病院看護師と訪問看護師が連携し、検討課題を共有し協働して退院支援をすすめていくことも重要となります。



この段階から、
訪問看護師との連携が
必要になる場合も
あります。

退 院 支 援 ア セ ス メ ン ト 用 紙 (記 載 マ ニ ュ ア ル)

患者氏名: ID(診察券番号): 入院日: 年 月 日

性別: 男 女 生年月日: 年 月 日(歳)

病状、治療方針、今後の病態予測

療養者本人やその家族、関係者が退院に向けた今後の見通しをもつ上で重要となるため、できるだけ早期に把握する必要があります。退院準備カンファレンスを開催して、療養者とその家族を支援するチームで情報共有しておく必要があります。

本人・家族がどのように疾患を理解受け止めているか。また、退院後の療養への心配や不安があるか。

退院支援をすすめていく上でとても大切な項目です。医師からの病状や治療方針等の説明の際は、できる限り同席して療養者本人や家族がどのように受け止めているのか、どうしたいと考えているのかを把握していきましょう。また、療養者本人や家族の思いは病状の変化や治療状況によって変化することも予測されるので、随時把握していくことが求められます。

患者・家族の望む退院後の生活場所

本人: ☐自宅 ☐施設入所 ☐療養型病院 ☐その他
 家族: ☐自宅 ☐施設入所 ☐療養型病院 ☐その他

医療管理上の情報

処置内容	入院前	現在の状態	退院後支援が必要となる内容
☐ 内服管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	在宅での医療管理能力について療養者とその家族のセルフケア能力を把握し、場合によっては訪問看護の導入を検討します。
☐ インスリン療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 食事療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 経管栄養	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 在宅酸素療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 痰吸引	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 点滴管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ ストマ管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 透析療法	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
☐ 気管切開管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 膀胱留置カテーテル	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 褥瘡等皮膚処置	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ その他の処置	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	

介護力	介護者	なし	あり()
	キーパーソン	なし	あり()

生活ニーズ上の情報

	項目	入院前	現在の状態	退院後目指す状態像(本人・家族に確認)
食事	調理	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	入院前、発症前の生活状況(ADL/IADL)を聞き取り、そのうえで、入院後にどれくらいそれが変化(低下)するかを予測します。
	食事のセッティング 片付け	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	食事摂取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
移動	起き上がり	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	立ち上がり	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	移動	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
		☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 伝歩き ☐ 歩行器	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 伝歩き ☐ 歩行器	
		☐ 車椅子 ☐ その他	☐ 車椅子 ☐ その他	
	一人で外出	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (支援者)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (支援者)	
	掃除	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	洗濯	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	買い物	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	

退 院 支 援 ア セ ス メ ン ト 用 紙 (記 載 マ ニ ュ ア ル)

生活ニーズ上の情報				
	項目	入院前	現在の状態	退院後目指す状態像(本人・家族に確認)
排泄	排泄場所	☐ トイレ ☐ ポータブル	☐ トイレ ☐ ポータブル	本人や家族の状態に合わせて、適宜目指す状態像をとらえていきましょう。
		☐ 尿器 ☐ オムツ	☐ 尿器 ☐ オムツ	
		☐ 留置カテーテル	☐ 留置カテーテル	
	排泄行為	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
		☐ 失禁(有・無)	☐ 失禁(有・無)	
清潔	入浴	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	更衣	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
コミュニケーション・精神状態	意思伝達:	☐ できる ☐ できない	☐ できる ☐ できない	
	精神状態:	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動	
		☐ その他	☐ その他	
	項目	入院前	現在の状態	退院後支援が必要となる内容
経済面	経済的問題	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし	
	生活保護	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
	重度医療助成制度等 公的医療費助成	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし	
	障害者手帳	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	
	介護認定	☐ あり(支援1・2 介護1・2・3・4・5) ケアマネジャー: 事業所; ☐ 申請中 ☐ なし	☐ あり(支援1・2 介護1・2・3・4・5) ケアマネジャー: 事業所; ☐ 申請中 ☐ なし	
社会資源	医療	☐ かかりつけ医() ☐ 担当医() ☐ 訪問看護() ☐ 訪問歯科医師() ☐ その他()	☐ かかりつけ医() ☐ 担当医() ☐ 訪問看護() ☐ 訪問歯科医師() ☐ その他()	
	介護	☐ 訪問介護 ☐ 福祉用具貸与 ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ その他()	☐ 訪問介護 ☐ 福祉用具貸与 ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ その他()	
	地域行政	☐ 保健所 ☐ 市町村 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()	☐ 保健所 ☐ 市町村 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()	
退院後の療養先	☐ 在宅(自宅・その他:) ☐ 施設入所()			
	☐ 転院 (一般病院: リハビリ病院: 療養型:) ☐ その他()			
＜備考＞				

アセスメントの段階で、本人と家族が希望する退院後の療養先を記載します。その後の病状の変化や介護状況によって、本人や家族の意向が変化する場合もあります。その場合は、備考欄などを活用し、随時日付を記入して変更します。

退院後の療養先は、退院に向けた準備をすすめながら本人と家族が納得のいく決定ができるよう支援していくことが大切です。

記載日: 年 月 日

記載者:

退院に関わる問題の明確化と目標の共有

1. 院内退院準備カンファレンス

院内退院準備カンファレンスは、退院支援に関わるメンバーが退院後の生活をイメージして、**帰れる状態を目指すためのチームカンファレンス**です。それぞれの専門性や役割から把握している情報を共有し、退院に関わる問題の明確化と目標を共有します。



参加メンバーは、療養者や家族の状況により誰が参加すると効果的に実施できるかを検討して決めます。できる限り、本人や家族に参加してもらうことが重要です。

また、退院後の生活をイメージするために、**入院前に関わっていた在宅支援チームのメンバーに参加してもらうことはとても有効です**。特に、退院後も医療的な管理を必要とする療養者の場合は、訪問看護師や在宅医の参加が重要となります。退院支援の核はここにあります。

初回スクリーニング後、できるだけ早期に行うことが望ましく、**入院時カンファレンスとして行うと良い**と思います。病棟ごとに毎週～毎日という頻度で、30分と時間を決めて退院準備カンファレンスを行っている施設もあります。

〈カンファレンスの参加メンバー〉

病院メンバー

主治医、病棟看護師、
退院調整看護師、医療ソーシャルワーカー
外来看護師、リハビリ担当 等



在宅のイメージができるスタッフ

在宅医、訪問看護師、
ケアマネジャー、保健師 等

2. 退院に向けての支援計画・準備

アセスメントして明確になった「医療管理上の検討課題」と「生活ニーズ上の検討課題」から**退院支援計画を看護計画の中に位置づけ、退院後の自立した生活を可能にするための退院に向けた準備**をすすめます。



看護計画に
「退院支援の視点」が
入っていますか？

1) 退院に向けての準備におけるポイント

医療管理上の検討課題	生活ニーズ上の検討課題
●生活の場で継続可能な簡素化したケアへの切り替え (点滴・注射・内服等) ●患者・家族への教育・指導 ●現症状と予測症状の確認と症状緩和 ●病状悪化時の医療提供体制 ●治療の継続	●退院後の生活のイメージ *療養者と家族のイメージの乖離 *療養者・家族と現状のイメージの乖離 *療養者・家族と支援者とのイメージの乖離 ●退院後の生活を見据えた視点※で - 身体介助と環境調整 【食事】 【排泄】 【移動】 【清潔】 【楽しみや生きがい】 【住環境】
●家族の思い・介護力・生活状況	

◆退院に向けての準備は、※「退院後の生活を見据えた視点」が大切◆

- *食 事：買い物は誰がする？ 調理は？
- *排 泄：トイレは和式？ 洋式？ 手すり？
衣服の上げ下げは？ 始末はどこまでできる？
- *移 動：段差、手すり、滑りやすいところは？
- *清 潔：お風呂の高さ・深さは？ 手すり？ どこまで洗える？
- *楽しみや生きがい、続けたいことなど
- *住環境：住まいは何階？ 階段？ エレベーターは？



2) 退院に向けての準備を進める上での留意点

●療養者、家族と合意形成をする。

退院準備を円滑にすすめていく上で、療養者と家族との退院後の生活に対する合意形成がとても大切になります。この合意形成は退院準備の早期から治療と同時進行ですすめていくことが必要となります。

したがって、療養者・家族への適切な時期の説明（インフォームドコンセント）と退院後の生活に対するイメージ作りがポイントになります。医師からの説明場面に看護師が可能な限り同席して、療養者とその家族が病態をきちんと理解し、自分たちはどうしたいのか、自分たちに何ができるかを考え、「こうしたい」という**前向きな気持ちを持てるよう関わっていくことが重要**となります。こうした関わりを通して信頼関係が形成され、はじめて具体的な退院生活に向けて行うべきことを共に検討することができるのです。

●時間軸で療養者を捉える。

入院前—入院生活—退院後という時間軸で療養者の状況を把握し、目指すべき方向性を捉えていくことが重要となります。

療養者の生活は、入院する前から継続していることをふまえて、病院管理の観点ではなく「生活の場」の環境での自立を目標にリハビリスタッフとの協働も必要となります。現在の状態だけをとらえて、治療優先や安全管理を追求するために、療養者自身の自立を妨げていないか振り返ってみましょう。

入院前の状況を把握するためには、在宅ケアチームとの早期からの連携もポイントとなります。



退院前カンファレンスの実施

退院前カンファレンスは、療養者とその家族や病院関係者、地域で支える関係者※（訪問看護師やケアマネジャー、地域包括支援センターのスタッフ、保健師、介護職など）が集まり、療養者や家族が在宅で安心して生活ができるための支援を検討する場です。

※「民生委員・自治会長・近隣の方」が地域で支える関係者として参加することもあります。

退院前カンファレンスの効果

- ①療養者や家族の意向や希望、総合的な援助方針を共通理解できる。
- ②関わる専門職及び療養者と家族が、退院までに必要となる準備やプロセスを確認できる。
- ③退院後の療養生活に向けて解決すべき課題を互いに共有し検討できる。
- ④退院後必要となるサービスや支援内容を相互に理解できる。
- ⑤支援メンバーの相互の役割を明確にできる。

退院前カンファレンスは
早めに行えるよう
調整しましょう。



1. 退院前カンファレンスの準備として必要なこと

退院前カンファレンスを効果的に進めるためには、あらかじめ病院看護師が以下のポイントを明確にしておき、参加する関係者で情報共有をしておくことが必要です。このことによりカンファレンスが情報提供の場だけでなく有効的な検討ができる場となります。

- カンファレンスの開催目的
- 病状経過、家庭環境、療養者・家族の意向
- 在宅で療養する上での検討課題

カンファレンスは、事前準備が鍵となります。
関係者で事前に情報を共有できていますか？



また、**退院前カンファレンスでは、看護の継続の視点が重要です**。退院後も療養者や家族が安心して療養生活をおくるために必要となる看護が、継続できるための連携・調整が重要となります。退院前カンファレンスにおいて、病院看護師は退院準備状況をふまえて継続して必要となるケアについて具体的に情報提供し、退院後の支援につながるよう調整する必要があります。

退院前カンファレンスは、
看護の継続性の視点から情報提供や
調整が必要とです。



2. カンファレンスの実際

事前準備

- 1) カンファレンスの目的の明確化
- 2) カンファレンスの参加者の確認
 - ① 目的に沿ってカンファレンスの参加者を決定する。
参加者は、療養者・家族を含む関係者を必要に応じてリストアップします。
在宅のサービス提供者にはケアマネジャーから連絡してもらうと良いです。
訪問看護ステーションには「継続看護」の視点から病院看護師が直接連絡を取るほうが良い場合もあります。このことにより、療養者の情報やケアの継続について事前情報を提供しておくこともできます。
 - ② 参加者が決定したら、司会・記録担当者を決める。
- 3) カンファレンの日時・場所の設定
療養者と家族、病院関係者、また地域担当者の都合などふまえた調整が必要です。

カンファレンス当日の運営ポイント

- 1) 情報の守秘義務
- 2) 情報交換にはコミュニケーションが不可欠
自由な発言の確保
- 3) 効率的な話し合い
事前に議題を提示し、各自意見をまとめてきてもらうなどの工夫
出席できないメンバーがいるときは、事前に意見を聞いておくこと
- 4) 進行（レジュメを用意する） 資料3 P51～52 を参照
①全員の自己紹介 ②会議の目的の説明 ③経過と議題の説明
④議題ごとの意見交換 ⑤結論と全員への確認 ⑥今後の予定の確認
- 5) 使う言葉への配慮
- 6) 役割分担を明確にし、相互に確認すること
- 7) 会議の結果を記録しておくこと、共有しておくこと

3. カンファレンスで留意したいこと

1) 具体的な療養先に向けて課題を整理し検討を行う

本人や家族の意思を確認した後に、具体的な療養先に向けて課題を整理します。退院後は、自宅の他に介護福祉施設やサービス付き高齢者住宅などの選択肢もあります。また、自宅に戻ると決めた場合でも、入院や疾患によって入院前と比べ、日常生活動作が変化した場合には、今まで通り自宅で生活できるかなどの不安が出ます。医療管理上の課題や生活ニーズ上の課題を明確にして、安心して療養生活が送れるように療養環境や必要な支援などを参加者全員で検討する事が重要です。

また、療養先や療養環境の整備を検討する時には、退院前訪問を行い課題の整理を行う事も必要です。退院前訪問を行う前には、退院前訪問オリエンテーション用紙（資料4 P53）などを活用し、療養者と家族に説明を行います。

2) 社会資源を活用する

安心した療養環境を提供するために、活用できる社会資源を知っておく必要があります。また、退院前カンファレンスにおいて、他の専門職との意見交換を行いながら、適切な社会資源を検討することが重要です。

3) チームアプローチを促進する

退院前カンファレンスでは、療養者と家族を中心に病院関係者と地域で支える関係者が、その人の生活の自立やQOL向上といった共通目標に向かって相互に連携し、力を合わせていくチームアプローチが重要となります。チームアプローチが促進されることで、チームの連帯感が生まれ、本人・家族にとってはチームに支えられているという安心感を醸成することにつながり、支える側にとっても「これならいける」という心構えにつながります。



ここでちょっと

〈キーパーソンと主介護者は違う場合もある〉

キーパーソンと主介護者は同じ人の場合もありますが、異なる場合もあります。また、キーパーソン以外に家族の中に退院支援のキーマンになる存在はないか見極める事も必要になる場合があります。

いろいろな決定をキーパーソンや主介護者に求めなければならない事もありますが、常に療養者本人の意思も大切にしていける事を忘れないようにします。

VI

社会資源の調整

在宅で利用できる
社会資源を
知っていますか？

療養者が保健医療福祉サービスを利用して、どのような生活を組み立てていくかをイメージしながら支援をすすめるためには、療養者や家族が利用できる社会資源を理解しておくことが必要となります。

● 医療管理上の検討課題と生活ニーズ上の検討課題を在宅サービスにつなげる

1. 訪問看護との連携

重要性が増しているのが、退院支援における看護職間の連携です。**退院後も医療的なケアを必要とする場合、切れ目のないケアを提供するために病院看護師は、訪問看護師や施設の看護職等と連携してケアを引き継ぐ必要があります。**連携先の看護職がどのような役割を担っているのかを理解し、互いにケアの方針や提供方法を話し合い、協働することにより、療養者と家族が安心して継続したケアを受けることができます。

訪問看護とは

訪問看護は、病気や障害を持った人が住み慣れた地域や在宅で、**その人らしく療養生活を送れるために看護師等が生活の場を訪問し、看護ケアを提供することにより自立への援助を促し、療養生活を支援するサービス**です。自宅以外にも高齢者住宅や有料老人ホームなど介護保険施設以外で生活している療養者にも訪問看護が提供されます。

訪問看護は、主に訪問看護ステーションから行われますが、病院や診療所などの医療機関においても、訪問看護を行う体制のある施設から訪問することもできます。

また、**乳幼児から高齢者まで年齢に関係なく訪問看護を利用**することができます。療養者の年齢、疾患名、心身の状態により、利用する制度が異なります。医療的な処置がなくても、予防的な視点で訪問看護師がケアを提供することで、安心して在宅で暮らすことができます。

※訪問看護ステーション一覧 資料7 P60～61 を参照

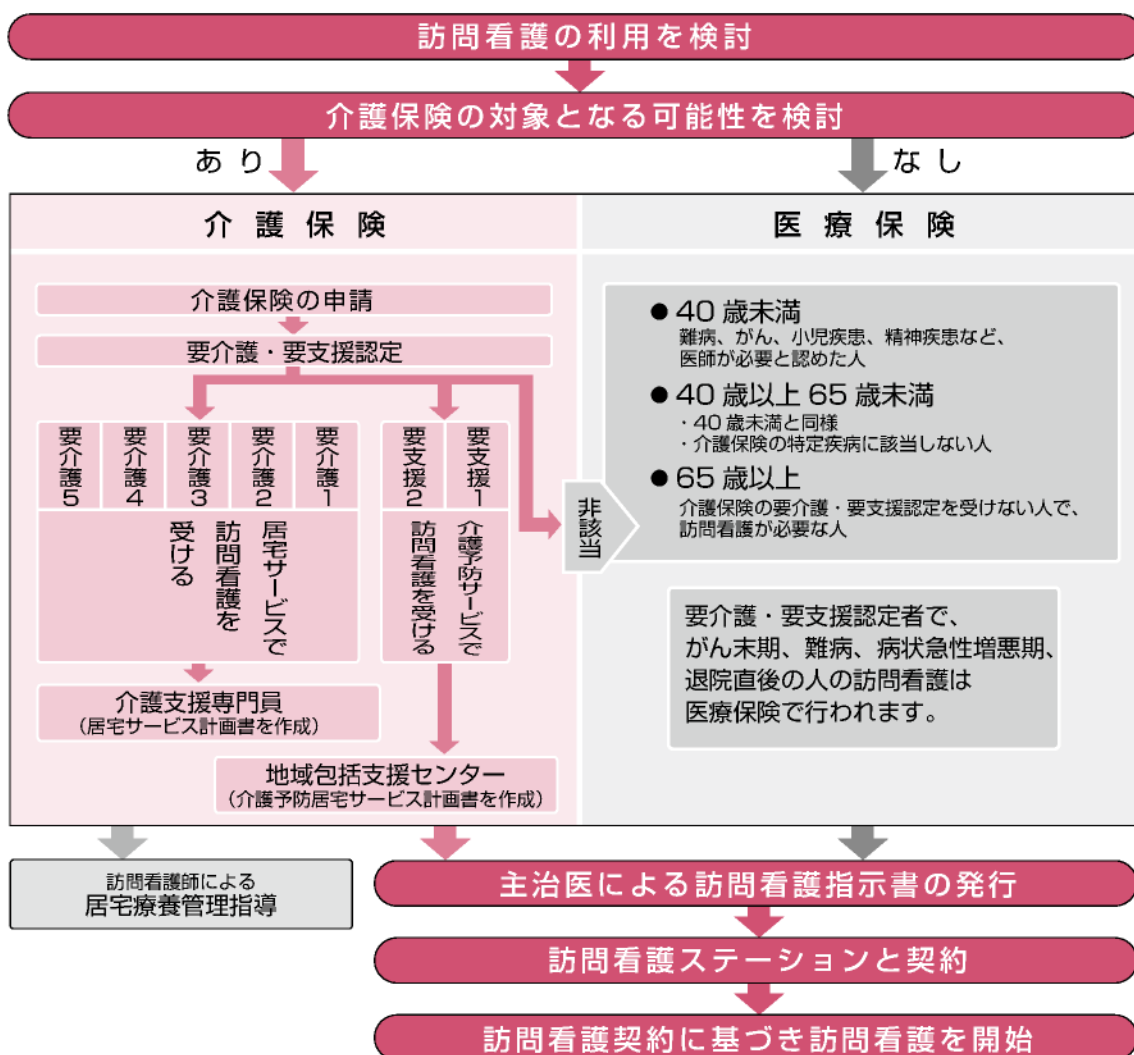
訪問看護を利用するまでの流れ

訪問看護の利用が必要と判断した場合、療養者の住む地域の訪問看護ステーションに連絡します。そこで、療養者の年齢、主たる疾患、心身の状態により、利用する制度が異なります。

例えば、**要介護認定を受けている療養者の場合は**、介護支援専門員または地域包括支援センターにより作成された「居宅サービス計画書」「介護予防サービス計画書」により**介護保険サービスとして訪問看護**を位置付ける必要があります。

さらに、要介護認定を受けている療養者でも、難病やがんの末期など厚生労働大臣が定めた疾患の場合は、**訪問看護は医療保険の制度を利用することになります**。**要介護認定を受けていない場合や、要介護認定を受ける対象以外の場合も、医療保険で訪問することが**できます。

訪問看護ステーションに相談しながら、療養者にとって最も適切で効果的な支援の方法を検討していくと良いでしょう。



ここがポイント

療養者が在宅で安心して療養生活を送るための支援として、**病院看護師が「訪問看護が必要か」どうかを早期に判断することが非常に重要になります。**訪問看護の導入が必要であると判断した場合は、院内退院準備カンファレンスや退院前カンファレンスで積極的に協議し、必要によっては随時訪問看護師と連絡を取り合い、情報共有を行う事も必要です。

2. 行政保健師との連携

行政（保健所・市町村）保健師は、地域住民の健康を保持増進する役割があります。**子どもからお年寄りまで、障害児（者）等含む全ての住民が支援の対象となります。**

特に、難病患者や精神障がい者、感染症（結核・HIV）患者や要介護者などは、法律に基づいて医療費の公費負担や保健・医療・福祉サービスを受けることができ、保健所や市町村が申請・相談の窓口となっています。そのため、保健師は相談窓口で把握した療養者のアセスメントを行い、必要に応じて保健・医療・福祉のさまざまなサービスにつなげます。また、生活困窮や倫理的な課題をもつなど複雑な問題を抱えた療養者と家族への支援のマネジメントも行っています。

さらに、行政保健師は、住民の相談を受けるだけでなく、各関係機関とのケアチームの結成・調整、ボランティアや家族会などインフォーマルな社会資源の開発、地域の情報を共有し課題を解決するための地域ネットワークの形成などを活動としています。

安心した地域での生活を送るための支援が必要な方については、行政保健師と連携しましょう。

3. 医師との連携

退院支援を円滑にすすめていく上で、医師との連携は欠かせません。特に、**治療方針や退院時の回復の見通しや医療管理上の検討課題などを、医療者間だけでなく療養者や家族とも共有して、同じ目標を持つことが大切です。**

したがって、入院早期から担当医との連携を図り、院内退院準備カンファレンスの開催や退院時のゴールを設定する必要があります。

また、慢性疾患の管理や医療処置を継続し、あるいは終末期で看取りの体制が必要とする療養者では、在宅医との連携が必要となります。状況により在宅医に院内退院準備カンファレンスや退院前カンファレンスへの参加を勧めていくことが重要です。

さらに、**介護保険を申請する場合には、「主治医意見書」や退院後早期に訪問看護を利用する場合には、「訪問看護指示書」も必要になることから、早期からの訪問看護の導入のために主治医に積極的に働きかけていくこともスムーズな退院支援を進めるために重要となります。**

4. 地域包括支援センターとの連携

地域包括支援センターは、高齢者への総合相談窓口として、高齢者とその家族のあらゆる問題に対応しており、介護サービスをはじめ、成年後見制度、虐待防止、医療と介護のネットワーク構築などその役割は多岐にわたります。また、介護予防事業もここで行われています。

市町村単位で設置されており、保健師、社会福祉士、主任ケアマネジャー、看護師などが所属しています。

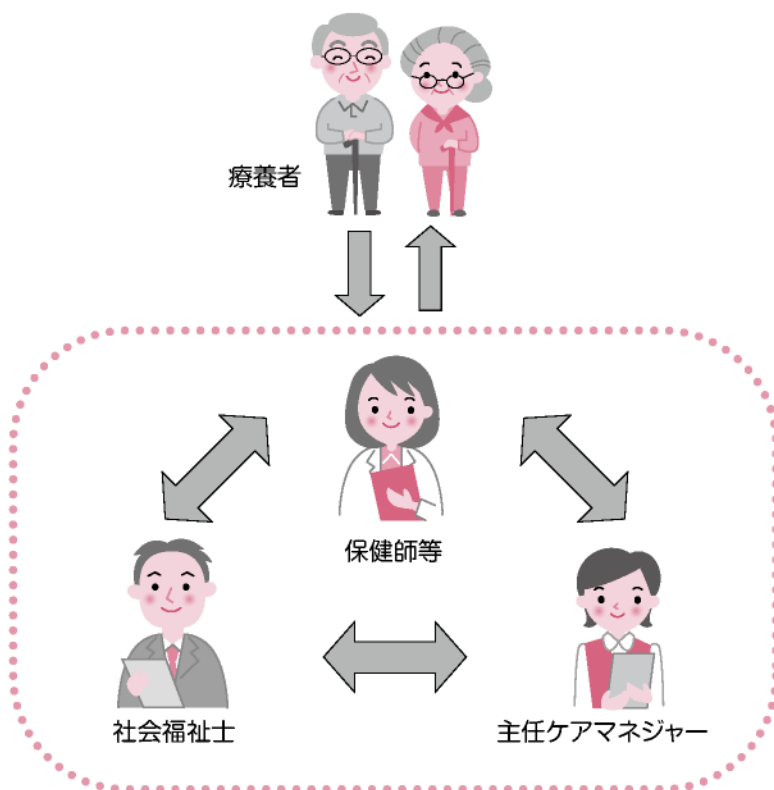
介護保険サービスを利用していない療養者の場合、地域包括支援センターにつなげておくことで、将来状況が変化したときにも、必要な支援が受けやすくなるので、入院中から療養者さんに紹介しておくとい良いでしょう。

※地域包括支援センター一覧 資料8 P62を参照

地域包括支援センター

役割

1. 住民の各種相談に幅広く対応します。
2. 予防給付、介護予防事業のマネジメント（計画）を作成し、要介護状態等となることを予防し、悪化の防止を図ります。
3. ケアマネジャーの相談・助言、支援困難事例等の指導・助言などを行います。
4. 権利擁護・高齢者虐待の防止や対応を行います。



5. 介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携

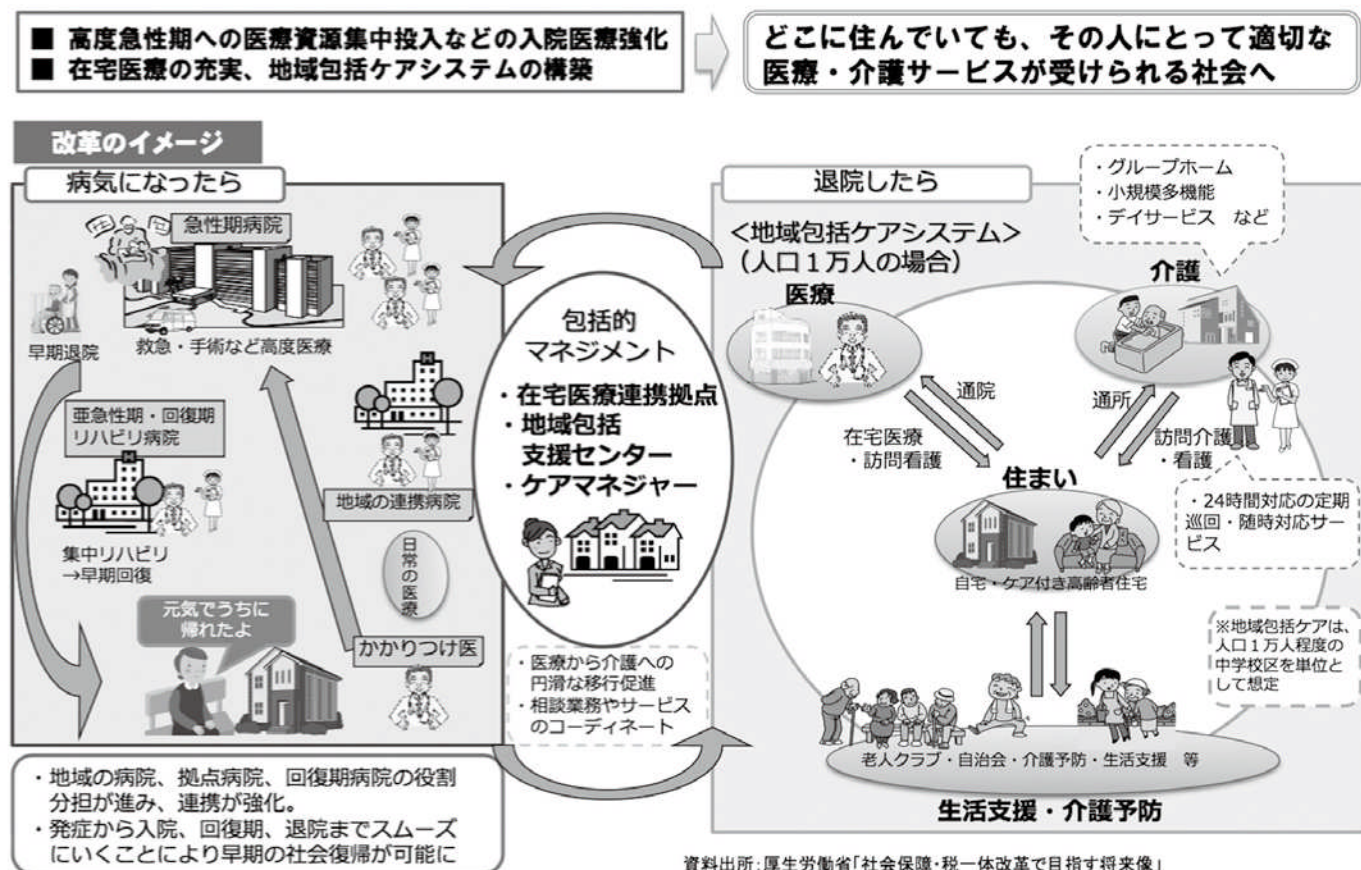
退院後の生活を支える社会保障制度として広く利用されている介護保険制度では、介護支援専門員（以下、ケアマネジャーという）がケアマネジメントして居宅サービス計画（ケアプラン）の作成を行っています。

ケアマネジャーの主な役割は、利用者の心身および社会的環境などのアセスメント、サービス利用の相談やアドバイス、要介護認定の申請代行、ケアプランの作成・見直し、介護サービス提供事業者との連絡調整、介護保険施設への紹介などです。

したがって、**退院支援においては、早期からケアマネジャーとの連携を図ることが重要**で、サービス調整に必要なアセスメント内容や療養者と家族の意向といった情報を共有し、退院調整を協働して行っていく必要があります。

また、入院前から介護保険サービスを利用していた療養者への退院支援では、ケアマネジャーとの連携が重要となります。**ケアマネジャーは入院前や退院後の生活に関する情報をもっている**ので、**早い段階から情報共有**を図り、退院後のサービスをどのように変更していくか、新たなサービスが必要かどうかを検討しておくことが重要です。

◆（参考）社会保障・税一体改革による医療・介護サービス保障の強化



退院時支援とモニタリング

退院後、数日経た頃に在宅支援スタッフに状況を確認し、退院後の生活状況を把握すること（モニタリング）までが退院支援となります。

モニタリングをすることで病院の役割として必要な調整がないかを確認、必要時には連携します。

また、退院後の療養者の状況を把握し、それを退院支援に関わった関係者で共有する機会をもつことは、退院支援に対する評価にもつながり、そこで確認したことは次回の支援に活かしていくこともできます。また成功体験を共有することは支援に関わったスタッフのモチベーションにもつながることでしょう。



退院支援とは
入院から退院後の
モニタリングまでを
いいます

1. 外来での継続支援

1) 外来における継続看護

退院後も継続した医療管理を必要とする療養者が増加する中で、**病棟看護師・退院調整看護師と外来看護師が入院中から連携し**、情報共有を図ることで継続看護を実践することが重要となります。

継続看護連絡票や看護サマリーで情報共有するだけでなく、入院早期に実施される退院準備カンファレンスや退院前カンファレンスに外来看護師も参加することが求められます。

また、**外来看護師は入院の経緯や病状経過、家族状況、入院前の生活状況を把握しているため、こうした情報を早期に病棟看護師と情報共有することで円滑な退院支援につながります。**

退院後も継続した医療的管理を必要とする療養者では、外来看護師と訪問看護師の連携も重要となります。在宅での病状や治療状況など本人や家族では伝えにくい情報を訪問看護師と随時情報共有しておくことで、受診時に医師と患者や家族のかけ橋となって、診察を側面から支援し、患者や家族の不安や心配が解決できるように働きかけることも可能となります。



外来看護師と
病棟看護師は
連携していますか？

2) 外来看護師の役割

外来に通院する患者は、「生活者」とであるという視点でとらえる必要があります。**外来看護は、患者とその家族の安定した生活の維持と健康の保持・増進を支えるという在宅看護と同様の役割が求められます。**

外来には、何らかの健康問題を抱えたさまざまな患者が来院します。在宅療養に問題を抱えている患者に声をかけ、問題を早期発見し、解決していけるよう働きかけていくことができれば、在宅での生活を継続していくことが可能となります。

また、外来看護師が問題を把握した際に、**必要に応じて院内の地域連携室と連携し、地域の療養者の生活を支える地域包括支援センターや訪問看護師、介護支援専門員につなぐ**ことができれば、それだけでも在宅療養支援の大きな力になります。

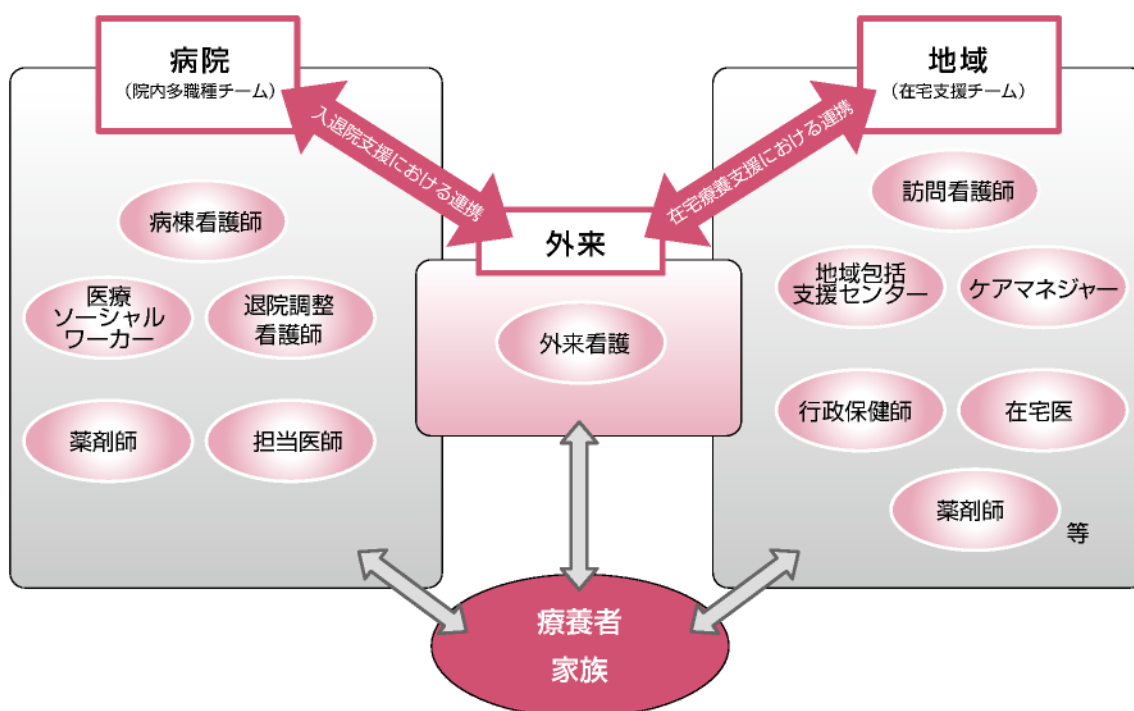
外来看護師の役割は
ますます重要に
なっています

外来に通院する患者さんは、
「生活者」とであるという視点で
とらえる必要があります。



外来看護師

◆病棟 — 外来 — 地域の連携



2. 退院時訪問看護

医療依存度が高い場合や治療の継続が必要な療養者、あるいは入院前に過ごしていた生活の変化を余儀なくされる場合、本人や家族は療養生活に不安を抱えたまま在宅にもどることになります。また、入院中に療養者や家族にいていねいな指導を行ったとしても、医療従事者のサポートを常に得られる病院とは異なる環境での療養生活のスタートは、療養者や家族の負担感や緊張を強めます。

入院中に関わった看護師や訪問看護師が、外泊時又は退院当日に療養者の自宅を訪問し、療養者や家族と共に療養生活が不安なく送れるかの確認をすることが必要となります。看護師が見守りやアドバイスを行うことで、療養の自立をより確実なものにし、療養者や家族の安心感につながります。

例えば、がんの末期の状態の療養者や医療器具を装着している療養者には、退院した日から訪問看護ステーションの訪問看護師が自宅に訪問することができます（診療報酬：退院支援指導加算 資料5・資料6 P54～59参照）。必要な処置やケアが、自宅においても継続して行えているか確認したり、自宅の状況に合わせて再度指導したりすることが可能です。

また、医療機関からも看護師が自宅を訪問することができます（診療報酬：退院前訪問指導料 資料5・資料6 P54～59参照）。退院に際し行った療養支援の調整の評価を確認でき、また入院中に指導したことが自宅でのケアにどのように活かされ、また継続できているかなどモニタリングの機会にもなります。



事例編

退院支援マネジメント事例

1. 医療管理が必要な誤嚥性肺炎を繰り返している事例
2. 血糖コントロールが不良で、インスリン注射の導入が必要となった事例



事例 1

医療管理が必要な誤嚥性肺炎を繰り返している事例



山梨 太郎 さん（男性 70代）

疾患名：誤嚥性肺炎 パーキンソン病（ヤールⅢ度）

家族構成：70代の妻と2人暮らし。近所に娘がいる。

経過：パーキンソン病で通院中。今までも誤嚥性肺炎で入院することが度々あった。以前から胃瘻の造設の必要性については説明されていた。今回、熱発、呼吸苦あり誤嚥性肺炎と診断され加療目的で入院となった。介護保険は要介護3。福祉用具の貸与、訪問リハビリテーションを利用していた。（理学療法士／言語聴覚士）

病床数：400床 急性期病院

1日入院患者数：352人

1日外来患者数：1000人

平均在院数X：12.5日

看護配置：7:1

看護方式：チームナーシング、プライマリーナーシングの併用

地域連携室：医療ソーシャルワーカーと退院調整看護師を配置



入院

ステップ 1

スクリーニングとアセスメント

- ・退院支援の必要性のスクリーニング（入院当日）
- ・アセスメント

ステップ 2

退院に関わる問題点の明確化と目標の共有

- ・院内退院準備カンファレンス
- ・退院に向けての支援計画・準備
- ・再アセスメント

ステップ 3

退院前カンファレンスの実施

- ・退院前カンファレンスの事前準備と実施
- ・外泊の実施

ステップ 4

社会資源の調整

- ・在宅で必要となるサービスの最終調整（訪問看護師、ケアマネジャー、保健所保健師）

退院

ステップ 5

退院時支援とモニタリング

- ・地域との連携
- ・院内連携と外来での継続支援
- ・退院時訪問とモニタリング

退院後

ステップ1 スクリーニングとアセスメント

1. スクリーニングの実施

病棟看護師は、入院当日にスクリーニングを実施。退院支援スクリーニングシートの「神経難病、緊急入院、ADLの低下が予測される、高齢者世帯、退院後に医療が必要」の項目にチェック。

結果、退院支援が必ず必要と判断し、**退院調整看護師**に支援依頼を要請。

2. アセスメントの実施と結果

病棟看護師は、本人・家族から情報を収集し、退院支援アセスメントを実施。

→ 退院支援アセスメント用紙

本人・家族の思い

患者：胃瘻造設は仕方がないかもしれないが、不安はある。口から食べられなくなるのは嫌だ。早く退院をしたい。

家族（妻）：本人の意向に沿ってあげたい。胃瘻造設は仕方がない。胃瘻の手技が不安。

治療方針

誤嚥性肺炎を繰り返しており、嚥下機能の低下も見られるため、胃瘻を造設したほうが良いと考える。しかし、本人の意向もあるので、胃瘻だけでなく経口摂取もできることを目標に、嚥下リハビリも継続していく。

アセスメントの結果

1) 医療管理上の検討課題

- ・誤嚥性肺炎の治療の継続
- ・治療やケアに対し、本人と家族が納得のいく自己決定への支援

2) 生活ニーズ上の検討課題

- ・ADLの低下が予測されるため、退院後の生活状況を見据えた自立支援と社会資源活用を検討
- ・経口摂取を継続するための支援
- ・主介護者が高齢であり不安も強いいため、介護困難に対する家族支援

以上のアセスメントの結果より、**病棟看護師**は、院内退院準備カンファレンスを早期に実施していく必要があると判断した。また同時に誤嚥性肺炎のリスクが高く、老々介護であるという理由により訪問看護の導入が必要であると判断し、**本人と家族**、医師、リハビリ部門、栄養士、退院調整看護師に退院準備カンファレンスの参加を促した。

ポイント!

地域にある訪問看護ステーションを日頃から把握しておくことが大切です。

資料編の訪問看護ステーション一覧を参照。

スクリーニング

アセスメント

院内退院準備
カンファレンス

ステップ2 退院に関わる問題点の明確化と目標の共有

1. 院内退院準備カンファレンスの実施

参加者：本人と家族、主治医、病棟看護師、リハビリ部門、栄養士、退院調整看護師

<協議内容>

- 1) 本人や家族がどうありたいかの確認
- 2) 病棟看護師より医療管理上の検討課題・生活ニーズ上の検討課題について情報提供
- 3) 本人・家族の意向を踏まえた退院支援に向けた目標の確認
- 4) それぞれの支援内容と役割の確認
- 5) 在宅療養生活に向けて介護力、経済力などの検討

結果

- 目標：1.経口摂取を継続するための支援
2.早期退院
3.ADLの保持
4.不安（胃瘻増設、退院後の生活）に対する支援

<それぞれの役割の確認>

主治医：誤嚥性肺炎の治療と胃瘻造設の検討。また、耳鼻咽喉科医師に摂食・嚥下機能評価を依頼。

病棟看護師：摂食・嚥下機能のアセスメントを踏まえ、口腔ケア、ポジショニング、食事介助の実施。ADLの低下を予防するためリハビリ部門と連携。また、治療や退院後の生活に対する本人・家族の不安に対する支援。

リハビリ部門：入院前のADLから低下させないようにリハビリの継続。経口摂取の希望が強いいため、言語聴覚士の介入も継続。

栄養士：医師とともに、食事の形態などを検討。

退院調整看護師：ケアマネジャーと連絡を取り、今後の治療や支援の方向性を伝える。訪問看護の導入をすすめる。

2. 退院に向けての支援計画と準備

退院準備カンファレンスをふまえ、病棟看護師は退院支援計画を作成し、患者・家族支援を行う。



退院に向けての
支援計画と準備

3. 再アセスメントを踏まえた退院に向けての準備

嚥下機能評価の結果、経口摂取のみでは十分な栄養が得られないため、胃瘻造設の必要性について医師より本人・家族に説明。病棟看護師も同席。

→ 本人・家族：経口摂取も継続しながら、栄養補給のための胃瘻造設を納得して決める。

これに基づき、**病棟看護師**は再アセスメントを実施し、退院に向けての準備。本人・家族の思いを把握しつつ、退院後の生活へのイメージ化を確認。

自己決定支援

1) 医療管理上の検討課題

- (1) 胃瘻管理は生活の場で継続できるように注入回数や形状を検討
- (2) 介護者の負担や経済面を考慮した経腸栄養剤の選択
- (3) 介護者の介護力に応じた胃瘻管理の方法を指導
- (4) 退院後の医療管理（通院、訪問診療等）
- (5) リハビリテーションの継続

2) 生活ニーズ上の検討課題

- (1) 介護力・支援体制
 - ・ 家族への指導：胃瘻の手技や日常生活の留意点について妻と娘に指導
- (2) 経口摂取の継続支援
- (3) パーキンソン病の特性を踏まえた退院後の生活の再構築
 - 楽しみや生きがいの尊重
- (4) 経済上の悩みの把握

ステップ3 退院前カンファレンスの実施

退院前カンファレンスの実施

1. 事前準備

退院前カンファレンスの準備として、**退院調整看護師**は、担当ケアマネジャーと訪問看護ステーション看護師（医療保険）、保健所保健師（神経難病があるため）に、現在の山梨さんの状況を電話で情報提供する。また、**退院調整看護師**が退院前カンファレンスに参加するメンバーを選定する。在宅でのサービス担当者への連絡はケアマネジャーに依頼する。

◆退院前カンファレンスの開催◆

参加者：本人、家族、ケアマネジャー、訪問看護師、訪問リハビリスタッフ、福祉用具業者、主治医、病棟看護師、言語聴覚士、理学療法士、退院調整看護師、外来看護師、保健所保健師

結果

以下の内容を本人・家族を中心に病院・在宅チームで共有した。支援チームで情報共有することについて、本人・家族に了解を得る。

項 目	検 討 内 容	検 討 結 果
退院後の介護環境	介護体制、在宅サービスの活用	介護用ベッド・ポータブルトイレの導入
栄養方法	経腸栄養剤の種類、注入時の姿勢	医薬品の半固形剤のものを使用 胃瘻注入時の姿勢は座位とする
カテーテル交換	カテーテルの種類 交換時期、交換場所	胃瘻の規格の確認 交換は当院で3か月ごととする
胃瘻管理の手技習得状況	手技の習得状況、指導内容	注入方法は栄養注入用シリンジでの注入とする 手技は妻と娘が獲得している 在宅では訪問看護を導入し定期的に手技の確認をしてもらう
トラブル時の対応	胃瘻の閉塞、抜去	訪問看護を導入する 訪問看護師の確認のもと、病院へ連絡してもらう
経口摂取について	嚥下状況、リハビリテーション状況	週に1回の言語聴覚士の導入とし、嚥下リハビリテーションを行っていく 現時点では経口摂取は不可 嚥下評価は定期的に当院で行う
口腔ケアについて	口腔内の状況、口腔ケア方法	本人がブラッシング 言語聴覚士の指導
排便コントロール	腹部の状況 下剤の有無と使用状況	2日排便が無ければ下剤を使用
生活リズムの再構築	経管栄養の方法と内服薬の作用時間などを踏まえる	生活リズムに沿った服薬管理方法を介護者に指導

2. 外泊の実施

本人・家族が退院後の療養生活に不安があるため、外泊時に病棟看護師と訪問看護ステーションの看護師が自宅を訪問し、実際の生活状況を確認。自宅での生活を体験する中で、本人と家族ができたことや課題を確認。

また、外泊時の状況を病棟看護師が退院調整看護師に情報提供。

外泊の実施

ステップ4 社会資源の調整

退院調整看護師は、アセスメントの段階から活用できる社会資源を検討したが、退院前カンファレンスおよび外泊を行う中で、在宅で必要なサービスについて最終調整を行った。

最終調整で追加された内容

1. **訪問看護師** ⇒胃瘻の管理について、本人・家族の不安が予想以上に強い
ため、できていることを認めながら、継続的に支援を行う。本人・家族の
生活にあった手技や方法を検討していく。
また、退院した日から訪問看護が導入できるように、訪問看護ステーショ
ンに調整を依頼。
2. **ケアマネジャー** ⇒家族の負担を考え、ヘルパーに入浴サービスを依頼。
3. **保健所保健師** ⇒指定難病医療費助成申請手続き及び支援

社会資源の調整

ステップ5 退院時支援とモニタリング

退院支援とモニタリング

1. 継続看護連絡票による地域との連携

病棟看護師は退院時に、訪問看護師と保健所保健師へ継続看護連絡票を送付し、電話で退院時の状況を伝えた。

2. 院内の連携と外来での継続支援

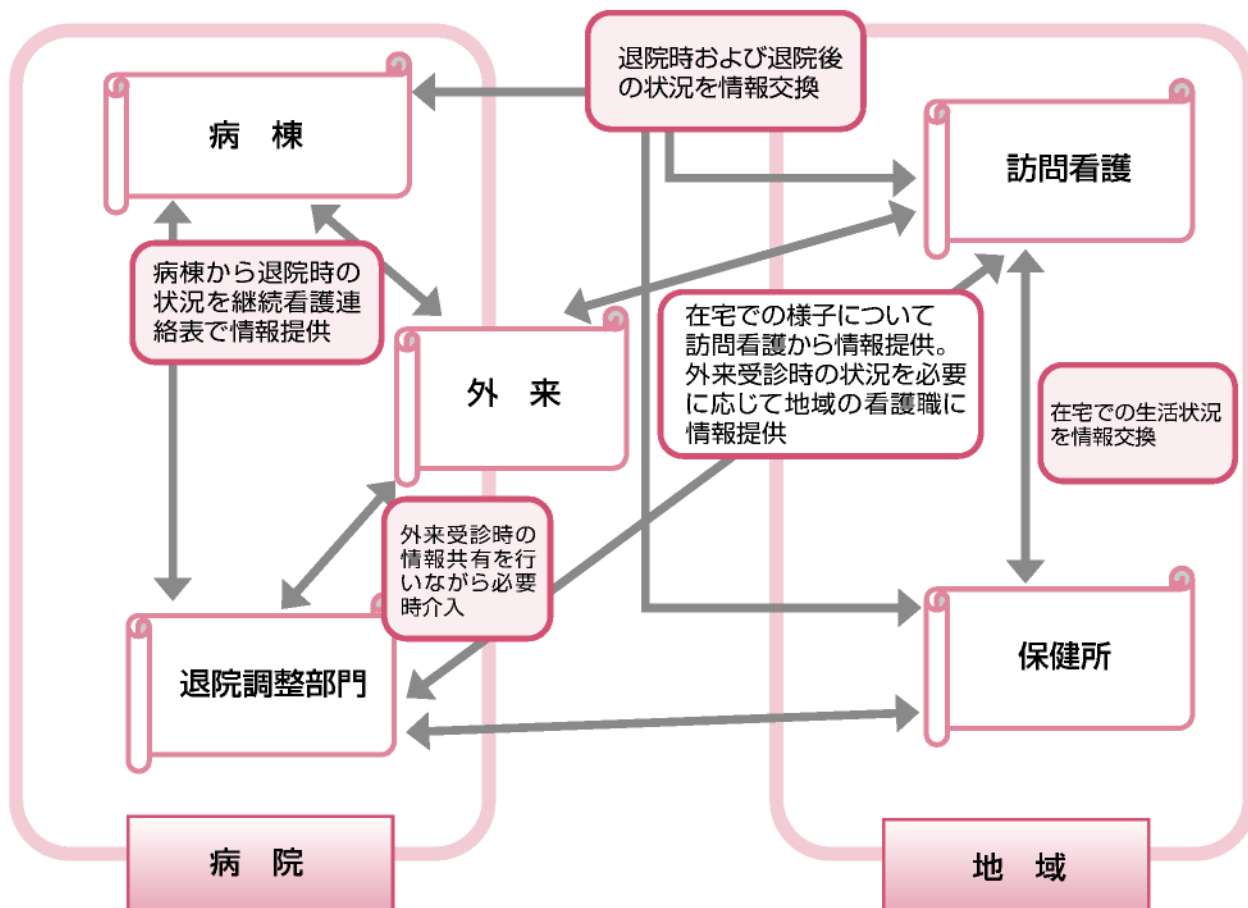
病棟看護師は継続看護連絡票にて退院調整看護師と外来看護師に申し送りを行うとともに外来受診時に継続的に患者を支援していけるよう連携。

3. 退院時訪問とモニタリング

退院当日、**訪問看護師**は山梨さん宅を訪問し、療養生活が不安なく送れるかを確認。退院調整看護師に退院後の山梨さんご家族の生活状況を口頭で報告。**退院調整看護師**は病棟看護師と外来看護師に情報提供し、退院後の状況を院内の退院支援に関わったスタッフで共有。

また、今後予測されることとして、山梨さんの場合、病状の進行によるADLの低下が考えられることから、**外来看護師**あるいは**訪問看護師**は状況を見極め、必要に応じて関係者と連携。

◆退院後の看護連携



退院支援アセスメント用紙

患者氏名: 山梨太郎		ID(診療券番号): ××××××		入院日: 平成○年 □月 △日	
性別: (男) 女		生年月日: 昭和○年□月○日(75歳)			
病状、治療方針、今後の病態予測					
誤嚥性肺炎を繰り返しており、嚥下機能の低下も見られるため、胃瘻を造設したほうが良いと考える。しかし、本人の意向もあるので、胃瘻だけでなく経口摂取もできることを目標に、嚥下リハビリも継続していく。					
本人・家族がどのように疾患を理解し受け止めているか。また、退院後の療養への心配や不安があるか。					
患者: 胃瘻造設は仕方ないかもしれないが、不安はある。口から食べられなくなるのは嫌だ。早く退院をしたい。 家族(妻): 本人の意向に沿ってあげたい。胃瘻造設は仕方ない。胃瘻の手技をおぼえなければならないことが不安である。					
患者・家族の望む退院後の生活場所					
本人: ☒ 自宅 ☐ 施設入所 ☐ 療養型病院 ☐ その他 家族: ☒ 自宅 ☐ 施設入所 ☐ 療養型病院 ☐ その他					
医療管理上の情報					
処置内容	入院前	現在の状態	退院後支援が必要となる内容		
■内服管理	■本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ■家族 ■その他	胃瘻を造設した。 手技は妻と娘が習得し、主に妻が行っていく。		
☐ インスリン療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ 食事療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ 経管栄養	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ■家族 ☐ その他			
☐ 在宅酸素療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ 痰吸引	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ 点滴管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ ストマ管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ 透析療法	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし			
☐ 気管切開管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ 膀胱留置カテーテル・導尿	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ 褥瘡等皮膚処置	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
☐ その他の処置	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他			
介護力	介護者	なし (あり) 妻と娘)			
	キーパーソン	なし あり()			
生活ニーズ上の情報					
	項目	入院前	現在の状態	退院後目指す状態像(本人・家族に確認)	
食事	調理	☐ 可能 ■不可 ☐ 介助 (代行者: 妻)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	誤嚥性肺炎の治療中は一時的にADLが低下したが、入院中にリハビリテーションを継続することで入院前と同じ程度のADLの回復を目指す。	
	食事のセッティング 片付け	☐ 可能 ■不可 ☐ 介助 (代行者: 妻)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		
	食事摂取	☐ 自立 ■見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ■全介助		
移動	起き上がり	☐ 自立 ■一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ■一部 ☐ 全介助		
	立ち上がり	■自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ■一部 ☐ 全介助		
	移動	☐ 自立 ■一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ■一部 ☐ 全介助		
		☐ 独歩 ■杖歩行 ☐ 伝歩き ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 伝歩き ☐ 歩行器 ■車椅子 ☐ その他		
		一人で外出	☐ 可能 ■不可 ☐ 介助 (支援者: 妻と娘)		
	掃除	☐ 可能 ■不可 ☐ 介助 (代行者: 妻)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		
	洗濯	☐ 可能 ■不可 ☐ 介助 (代行者)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		
買い物	☐ 可能 ■不可 ☐ 介助 (代行者: 妻と娘)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)			

退院支援アセスメント用紙

生活ニーズ上の情報				
	項目	入院前	現在の状態	退院後目指す状態像(本人・家族に確認)
排泄	排泄場所	☒ トイレ ☐ ポータブル	☐ トイレ ☐ ポータブル	退院時は伝い歩行でトイレまで歩行し、ズボンの上げ下げは一部介助しながら行うことができる。 入院し、一時的に幻聴・幻視は見られたが、入院に慣れてくることで消失している。
		☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル	☒ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル	
	排泄行為	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	
		☐ 失禁(有) ☒ 無	☐ 失禁(有) ☒ 無	
清潔	入浴	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	
	更衣	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	
コミュニケーション・精神状態	意思伝達:	☒ できる ☐ できない	☒ できる ☐ できない	
	精神状態:	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動 ☐ その他	☒ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動 ☐ その他	
	項目	入院前	現在の状態	退院後支援が必要となる内容
経済面	経済的問題	☐ あり() ☒ なし	☐ あり() ☒ なし	主の介護者が妻となることは入院前から変更なし。入浴サービスを活用するために訪問介護を増やしていく。
	生活保護	☐ あり ☒ なし	☐ あり ☒ なし	
	重度医療助成制度等 公的医療費助成	☒ あり(特定疾患) ☐ なし	☒ あり(特定疾患) ☐ なし	
	障害者手帳	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	
	介護認定	☒ あり(支援1・2 介護1・2(3)4・5) ケアマネジャー:○○○○ 事業所: ☐ 申請中 ☐ なし	☒ あり(支援1・2 介護1・2(3)4・5) ケアマネジャー:○○○○ 事業所: ☐ 申請中 ☐ なし	
社会資源	医療	☐ かかりつけ医() ☐ 担当医() ☐ 訪問看護() ☐ 訪問歯科医師() ☒ その他(訪問リハビリテーション)	☐ かかりつけ医() ☐ 担当医() ☒ 訪問看護() ☐ 訪問歯科医師() ☒ その他(訪問リハビリテーション)	
	介護	☐ 訪問介護 ☒ 福祉用具貸与 ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ その他()	☒ 訪問介護 ☒ 福祉用具貸与 ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ その他()	
	地域行政	☒ 保健所 ☐ 市町村 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()	☒ 保健所 ☐ 市町村 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()	
退院後の療養先	☒ 在宅(自宅・その他:) ☐ 施設入所()			
	☐ 転院 (一般病院: リハビリ病院: 療養型:) ☐ その他()			
<備考>				

記載日:平成〇年〇月△△日

記載者:☆☆ ★★

事例 2

血糖コントロールが不良で、インスリン注射の導入が必要となった事例



甲斐 次郎 さん（男性 80代）

疾患名：糖尿病 高血圧 認知症

家族構成：息子と二人暮らし 息子は仕事があるため、日中独居。

経過：糖尿病があり、内服で管理していた。しかし、薬の飲み忘れが多く、血糖コントロール不良で入院となった。認知症であるが、室内移動・排泄は自立して行えている。認知症高齢者の日常生活自立度判定:IIa。

食事は、息子が買ってきた弁当を食べている。月に1度の友人とのカラオケを楽しみにしていたが、最近は外出もしていない。

介護保険は申請していない。

病床数：250床 急性期病院

1日入院患者数：220人

1日外来患者数：625人

平均在院数：16日

看護配置：7:1

看護方式：チームナーシング、プライマリーナーシングの併用

地域連携室：医療ソーシャルワーカーと保健師を配置



入院

退院

退院後

ステップ 1

スクリーニングと
アセスメント

- ・退院支援の必要性のスクリーニング（入院当日）
- ・アセスメント

ステップ 2

退院に関わる問題
点の明確化と目標
の共有

- ・院内退院準備カンファレンス
- ・退院に向けての支援計画・準備

ステップ 3

退院前カンファレン
スの実施

- ・退院前カンファレンスの事前準備と実施

ステップ 4

社会資源の調整

- ・在宅で必要となるサービスの最終調整（訪問看護師、地域包括支援センター）

ステップ 5

退院時支援と
モニタリング

- ・地域との連携
- ・院内連携と外来での継続支援
- ・退院時訪問とモニタリング

ステップ1 スクリーニングとアセスメント

1. スクリーニングの実施

病棟看護師は、入院当日にスクリーニングを実施。認知症があり退院後に医療処置（インスリン自己注射）が必要になる可能性があること、内服管理ができていなかったことから、退院支援が必要であると判断し、**地域連携室保健師**に支援依頼を要請。

スクリーニング

2. アセスメントの実施と結果

病棟看護師は、本人・家族から情報を収集し、退院支援アセスメントを実施。
→ 退院支援アセスメント用紙

アセスメント

本人・家族の思い

甲斐さん：とにかく早く退院したい。
息子さん：薬を自分で管理するのは難しくなっている。（仕事もあるので）日中はひとりでやってもらうしかないが、これ以上悪くなったらと思うと心配だし困る。

治療方針

血糖値が不安定なので、インスリン治療が必要である。本人だけで管理していくことは難しいので、できるだけ継続可能な簡便な治療方法を検討していく。

アセスメントの結果

1) 医療管理上の検討課題

- ・継続した内服管理方法の検討
- ・糖尿病に対する思いや受け止めの確認、インスリン治療へのイメージの把握
- ・治療や退院後の生活について、本人と家族が納得のいく決定ができるような支援
- ・インスリン自己注射になった場合の、生活スタイルに合わせた注射回数の選択

2) 生活ニーズ上の検討課題

- ・ADLを低下させないための自立支援
- ・弁当を日常的に食べているため、高カロリー・高脂肪食の改善のための栄養指導
- ・日中独居であり、食事管理や運動などの日常生活支援の必要性
- ・入院前の生活情報の把握 ⇒ 日常生活リズムの調整と社会資源の検討

以上のアセスメントの結果より、**病棟看護師**は、院内退院準備カンファレンスを早期に実施していく必要があると判断した。また、日中独居であることや認知症があり、退院後の内服管理や血糖コントロールの困難が予測されることから訪問看護の導入が必要であると判断し、医師、リハビリ部門、栄養士、地域連携室保健師にカンファレンスの参加を促した。

ステップ2 退院に関わる問題点の明確化と目標の共有

1. 院内退院準備カンファレンスの実施

参加者：主治医、病棟看護師、リハビリ部門スタッフ、栄養士、地域連携室保健師

<協議内容>

- 1) 病棟看護師より本人や家族の思いや医療管理上・生活ニーズ上の検討課題について情報提供
- 2) 本人・家族の意向を踏まえた退院支援に向けた目標の確認
- 3) それぞれの支援内容と役割の確認
- 4) 在宅療養生活に向けて介護力、経済力などの検討

<それぞれの役割の確認>

- 主治医**：内服薬をきちんと飲めず血糖コントロール不良のため、インスリン自己注射の導入を検討。生活スタイルに合わせた回数を選択。内服をしやすいするために、一包化で処方。内服薬の量や回数を最小限にするための調整。
- 病棟看護師**：家族（息子）にインスリン自己注射の指導、内服をカレンダーにセットして本人が内服できるか練習。本人・家族に訪問看護師の必要性の提案
- リハビリ部門**：入院前のADL（家の中で身の回りのことができる）から低下させないようにリハビリを実施
- 栄養士**：本人・息子への栄養指導の実施
- 地域連携室保健師**：介護保険申請の必要性を本人・家族に説明する。また、地域包括支援センターに連絡を取り、今後の治療の方向性と退院後予測される生活上の課題について情報提供。病棟看護師と連携して訪問看護の導入を準備。

2. 退院に向けての支援計画と準備

以上のカンファレンスの内容を確認し、病棟看護師が退院支援計画の作成を行い退院に向けての準備。

◆医師より今後の医療方針について説明◆

現状の病状やインスリン自己注射の必要性について医師より本人・家族に説明。病棟看護師も同席。

⇒ 本人と家族は、インスリン自己注射の必要性を理解し、退院後は息子が実施することを納得する。息子は、本人（父親）が実施していくのは難しいので、自分がやるしかないと思っているが、仕事と介護の両立に負担を感じており、自己注射の管理に不安がある。

1) 医療管理上の検討課題

- (1) 自宅でインスリン自己注射が継続できるように投与回数の検討と息子への指導

院内退院準備
カンファレンス

退院支援計画の
作成と退院準備

自己決定支援

- (2) 本人が内服管理できるようにカレンダーにセットして練習
- (3) 誰がいつ薬をカレンダーにセットするのか確認
- (4) 糖尿病についてのパンフレットを渡して本人・息子へ指導・低血糖時の対応
- (5) 栄養士より本人・息子へ栄養指導（生活スタイルに合わせた実践可能な栄養管理の工夫）

2) 生活ニーズ上の検討課題

- (1) 介護力・支援体制
 - ・食事：朝昼夕の食事を誰が準備するか。配食サービスの利用の検討
- ポイント！ 息子の介護に対する思いや退院後の生活の見通しや不安の確認
- (2) 本人の楽しみ・生きがいを尊重した生活スタイルの再構築
- ポイント！ 本人はどうありたいのか思いの確認
- (3) 経済上の悩みの把握

ステップ3 退院前カンファレンスの実施

退院前カンファレンスの実施

1. 事前準備

病棟看護師と地域連携室保健師は、訪問看護ステーション看護師や地域包括支援センター担当者、ケアマネジャーに現在の甲斐さんの状況や本人・家族の思い、退院後の生活に向けての課題について電話で情報提供する。

また、地域連携室保健師が退院前カンファレンスに参加するメンバーを選定し、在宅支援関係者には、直接電話連絡し参加の要請と日程調整をする。

ポイント！

地域にある訪問看護ステーションや地域包括支援センターを日頃から把握しておくことが大切です。
資料編の訪問看護ステーション一覧または地域包括支援センター一覧を参照。

◆退院前カンファレンスの実施◆

参加者：参加者：本人、家族、訪問看護師、地域包括支援センター担当者、ケアマネジャー、主治医、看護師、理学療法士、地域連携室保健師、外来看護師

<協議事項>

- ・入院前の生活をふまえて、どの時間帯に食事やインスリン注射を行うのか、甲斐さんの一日の生活の流れを確認
- ・甲斐さんは、認知症もあり訪問看護の利用の必要性を理解できていない。
息子は日中独居であることやインスリン注射が導入されることで不安を感じており、訪問看護の導入に前向きであるが、利用するのは初めてであり支援内容の具体的な検討が必要
- ・内服管理の方法を検討（いつ、誰が、どのような方法で管理するか）
- ・本人・家族が退院後の生活の見通しがもてそうか確認

結果

以下の内容を本人・家族を中心に病院・在宅チームで共有した。支援チームで情報共有することについて、本人・家族に了解を得る。

検討事項	検討内容
インスリン注射	1回/1日に調整。朝、息子が実施。
内服管理	訪問看護師が1週間分セットする。朝・夜は息子が確認。昼の内服はない。訪問看護によるセルフケアの確認。
健康管理	訪問看護による血糖チェック、低血糖発作時の対応、合併症の確認、認知症の病状把握、日常生活状況の把握(排泄・食事等)
A D L の 自 立	退院後の生活を見据えた移動動作・排泄の自立支援 デイサービスと訪問介護を導入し、見守り体制の構築
食 事	朝・夕は息子が準備。昼は配食サービスを利用。
退院後の医療	月1回病院の外来受診。息子が同行。 訪問看護の利用→訪問看護指示書発行(主治医)

<カンファレンス終了後の本人・家族の思い>

甲斐さん：息子に負担をかけることが心配。自分のことはできるだけ自分でしたい。
息子さん：どこまでできるかわからないけど、とにかくやるしかない。インスリン注射が不安。わからないことは皆さんに相談しながらやっていきたい。

ステップ4 社会資源の調整

社会資源の調整

1. **訪問看護師** ⇒ 退院後は、1回/週利用。また、退院した翌日から訪問看護が導入できるように、訪問看護ステーションに依頼。
疾病管理(血糖値の変動、服薬管理)、食事を含めた生活リズムや活動状況の確認、セルフケアがどこまで行えているのか確認。
2. **地域包括支援センター** ⇒ 日中独居になるため、地域における見守り体制の構築(民生委員、近隣の協力、ボランティアの活用)と地域ケア会議の開催。

ステップ5 退院時支援とモニタリング

退院支援とモニタリング

1. **継続看護連絡票による地域との連携**
病棟看護師は退院時に継続看護連絡票を作成し、訪問看護ステーションと地域包括支援センターへ送付。
2. **病棟看護師**は継続看護連絡票を使い、退院調整看護師と外来看護師に申し送りを行うと共に、外来受診時継続的に支援していけるよう連携した。
3. **訪問看護師**は、退院した翌日甲斐さん宅を訪問。療養生活が不安なく送れているかを確認。主治医に報告書を提出するとともに地域連携室保健師に退院後の甲斐さんの生活状況を口頭で報告。**地域連携室保健師**は病棟看護師と外来看護師に情報提供し、退院後の状況を院内の退院支援に関わったスタッフで共有。

退 院 支 援 ア セ ス メ ン ト 用 紙

患者氏名: 甲斐次郎		ID(診察券番号): ××××××	入院日: 平成○年 □月 △日	
性別: (男) 女		生年月日: 昭和○年□月○日(75歳)		
病状、治療方針、今後の病態予測				
血糖値が不安定なので、インスリン治療が必要である。本人だけで管理していくことは難しいので、できるだけ継続可能な簡便な治療方法を検討していく。				
本人・家族がどのように疾患を理解し受け止めているか。また、退院後の療養への心配や不安があるか。				
甲斐さん: とにかく早く退院したい。 息子さん: 薬を自分で管理するのは難しくなっている。(仕事もあるので) 日中はひとりでやってもらうしかないが、これ以上悪くなったらと思うと心配だし困る。				
患者・家族の望む退院後の生活場所				
本人: ☒ 自宅 ☐ 施設入所 ☐ 療養型病院 ☐ その他 家族: ☒ 自宅 ☐ 施設入所 ☐ 療養型病院 ☐ その他				
医療管理上の情報				
処置内容	入院前	現在の状態	退院後支援が必要となる内容	
☒ 内服管理	☒ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☒ その他	内服とインスリン療法については、本人だけで管理することは困難であるので、息子さんの協力が必要。息子さんの介護力を見極めながら、訪問看護師による継続的な支援体制が必要。	
☒ インスリン療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☒ 家族 ☒ その他		
☒ 食事療法	☒ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☒ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ 経管栄養	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ 在宅酸素療法	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ 痰吸引	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ 点滴管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ ストマ管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ 透析療法	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし		
☐ 気管切開管理	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ 膀胱留置カテーテル導尿	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ 褥瘡等皮膚処置	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
☐ その他の処置	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		
介護力	介護者	なし (あり) 息子)		
	キーパーソン	なし あり ()		
生活ニーズ上の情報				
	項目	入院前	現在の状態	入院前のように、日中一人で家で過ごせるレベルのADLの自立ができる。退院後のADLの低下を予防し、活動性を広げるためにデイサービスや訪問介護等サービスを利用
食事	調理	☐ 可能 ☒ 不可 ☐ 介助 (代行者: 息子)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	食事のセッティング 片付け	☒ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者:)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	食事摂取	☒ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
移動	起き上がり	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	立ち上がり	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	移動	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	
		☒ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 伝歩き ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他	☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☒ 伝歩き ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他	
		一人で外出	☐ 可能 ☒ 不可 ☐ 介助 (支援者: 息子)	
	掃除	☐ 可能 ☒ 不可 ☐ 介助 (代行者: 息子)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	洗濯	☐ 可能 ☒ 不可 ☐ 介助 (代行者: 息子)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	買い物	☐ 可能 ☒ 不可 ☐ 介助 (代行者: 息子)	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	

退院支援アセスメント用紙

生活ニーズ上の情報				
	項目	入院前	現在の状態	退院後目指す状態像(本人・家族に確認)
排泄	排泄場所	☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル	☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル	退院後は日中一人で過ごすことが多いため、トイレでの排泄の自立が維持できるようにする。 入院により昼夜逆転の傾向がみられるため、日中の離床を促し、生活のリズムを整えていけるようにする。
	排泄行為	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助 ☐ 失禁(有・無)	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助 ☐ 失禁(有・無)	
清潔	入浴	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助	
更衣	☒ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 一部 ☐ 全介助		
コミュニケーション・精神状態	意思伝達:	☒ できる ☐ できない	☒ できる ☐ できない	
	精神状態:	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動 ☐ その他	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☒ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動 ☐ その他	
	項目	入院前	現在の状態	退院後支援が必要となる内容
経済面	経済的問題	☐ あり() ☒ なし	☐ あり() ☒ なし	主介護者は息子。継続的な医療的管理を息子だけすることは困難であることや退院後の生活リズムを整えていく必要性があることから、介護保険サービスを利用。
	生活保護	☐ あり ☒ なし	☐ あり ☒ なし	
	重度医療助成制度等 公的医療費助成	☐ あり() ☒ なし	☐ あり() ☒ なし	
	障害者手帳	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	
	介護認定	☐ あり(支援1・2 介護1・2・3・4・5) ケアマネジャー:○○○○ 事業所: ☐ 申請中 ☒ なし	☐ あり(支援1・2 介護1・2・3・4・5) ケアマネジャー:○○○○ 事業所: ☒ 申請中 ☐ なし	
社会資源	医療	☐ かかりつけ医() ☐ 担当医() ☐ 訪問看護() ☐ 訪問歯科医師() ☐ その他()	☐ かかりつけ医() ☐ 担当医() ☒ 訪問看護() ☐ 訪問歯科医師() ☐ その他()	
	介護	☐ 訪問介護 ☐ 福祉用具貸与 ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ その他()	☒ 訪問介護 ☐ 福祉用具貸与 ☒ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ その他()	
	地域行政	☐ 保健所 ☐ 市町村 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()	☐ 保健所 ☐ 市町村 ☒ 地域包括支援センター ☐ その他()	
退院後の療養先	☒ 在宅(自宅・その他:) ☐ 施設入所() ☐ 転院 (一般病院: リハビリ病院: 療養型:) ☐ その他()			
<備考>				

記載日:平成〇年〇月△△日

記載者:☆☆ ★★

資料編



<退院支援スクリーニングシート>

患者氏名：

ID（診察券番号）：

生年月日： 年 月 日（ ）歳 性別： 男 女

入院日： 年 月 日

実施日： 年 月 日（ ）

実施者：部署

氏名：

①	☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 精神疾患 ☐ 急性呼吸不全 ☐ 神経難病
②	☐ 緊急入院
③	☐ 介護保険の利用が必要な状況にあるのに未申請である
④	☐ 入院前に比べ ADL が低下 ☐ 低下する可能性あり（入院前の ADL 状況判断）
⑤	☐ 排泄に介護を要する
⑥	☐ 独居 ☐ 日中独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ その他、介護力が不十分な状況があれば備考欄に記入
⑦	☐ 退院後に医療処置が必要 ☐ その可能性がある
⑧	☐ 入退院を繰り返している
⑨	☐ 服薬管理ができない
⑩	☐ 保険証なし

備考欄

患者氏名:		ID(診察券番号):		入院日: 年 月 日	
性別: 男 女		生年月日: 年 月 日(歳)			
病状、治療方針、今後の病態予測					
本人・家族がどのように疾患を理解し受け止めているか。また、退院後の療養への心配や不安があるか。					
患者・家族の望む退院後の生活場所					
本人: ☐ 自宅 ☐ 施設入所 ☐ 療養型病院 ☐ その他 家族: ☐ 自宅 ☐ 施設入所 ☐ 療養型病院 ☐ その他					
医療管理上の情報					
処置内容		入院前		現在の状態	
☐ 内服管理		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ インスリン療法		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 食事療法		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 経管栄養		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 在宅酸素療法		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 痰吸引		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 点滴管理		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ ストマ管理		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 透析療法		☐ あり ☐ なし		☐ あり ☐ なし	
☐ 気管切開管理		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 膀胱留置カ・導尿		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ 褥瘡等皮膚処置		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
☐ その他の処置		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他		☐ 本人 ☐ 家族 ☐ その他	
介護力	介護者	なし あり()			
	キーパーソン	なし あり()			
生活ニーズ上の情報					
	項目	入院前		現在の状態	
食事	調理	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	食事のセッティング 片付け	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	食事摂取	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
移動	起き上がり	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	立ち上がり	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	移動	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
		☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 伝歩き ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他		☐ 独歩 ☐ 杖歩行 ☐ 伝歩き ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他	
		☐ 一人での外出		☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (支援者)	
	掃除	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	洗濯	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
	買い物	☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)		☐ 可能 ☐ 不可 ☐ 介助 (代行者)	
退院後目指す状態像(本人・家族に確認)					

生活ニーズ上の情報				
	項目	入院前	現在の状態	退院後目指す状態像(本人・家族に確認)
排泄	排泄場所	☐ トイレ ☐ ポータブル	☐ トイレ ☐ ポータブル	
		☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル	☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル	
	排泄行為	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助 ☐ 失禁(有・無)	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助 ☐ 失禁(有・無)	
清潔	入浴	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
	更衣	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 一部 ☐ 全介助	
コミュニケーション・ 精神状態	意思伝達:	☐ できる ☐ できない	☐ できる ☐ できない	
	精神状態:	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動 ☐ その他	☐ 幻聴・幻視 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 異食行動 ☐ 徘徊 ☐ 性的問題行動 ☐ 介護への抵抗 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行動 ☐ その他	
	項目	入院前	現在の状態	退院後支援が必要となる内容
経済面	経済的問題	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし	
	生活保護	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
	重度医療助成制度 等公的医療費助成	☐ あり() ☐ なし	☐ あり() ☐ なし	
	障害者手帳	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	☐ 肢体(級) ☐ 療育(級) ☐ 精神(級) ☐ なし	
	介護認定	☐ あり(支援1・2 介護1・2・3・4・5) ケアマネジャー: 事業所; ☐ 申請中 ☐ なし	☐ あり(支援1・2 介護1・2・3・4・5) ケアマネジャー: 事業所; ☐ 申請中 ☐ なし	
社会資源	医療	☐ かかりつけ医() ☐ 担当医() ☐ 訪問看護() ☐ 訪問歯科医師() ☐ その他()		
	介護	☐ 訪問介護 ☐ 福祉用具貸与 ☐ デイサービス ☐ ショートステイ ☐ その他()		
	地域行政	☐ 保健所 ☐ 市町村 ☐ 地域包括支援センター ☐ その他()		
退院後の 療養先	☐ 在宅(自宅・その他:) ☐ 施設入所()			
	☐ 転院 (一般病院: リハビリ病院: 療養型:) ☐ その他()			
<備考>				

記載日: 年 月 日

記載者:

退院前カンファレンスレジュメ(例)

(カンファレンスを進行する人のチェックポイントとしても活用できます。)

平成 年 月 日 患者氏名 様

●カンファレンス参加メンバー

患者・家族： _____

院内： _____

院外： _____

<協議内容>

1. 患者さんの状態について

病状（病歴と入院に至った経過・現在の病状、医師から見た疾病管理の注意点）：

2. 日常生活の状態

医学的管理：

- a.創傷・人工肛門の処置等：
- b.チューブ・ドレーン等の有無：
- c.点滴・高カロリー輸液・処置の継続の有無：
- d.服薬管理：
- e.その他：

生活管理（食事・排泄・睡眠・清潔・痛みの有無等）：

3. 家庭環境

- a.家族構成：
- b.家事を行う人、介護者の確認：
- c.室内の環境（トイレ・ベッド・風呂等）：

d.本人・家族の希望、退院後の希望や心配事：

4. 専門職から見た現状と今後の目標：

5. 病状説明の内容：

a.患者への説明内容と理解：

b.家族への説明内容と理解：

6. サービス内容の確認：

（訪問診療・訪問看護・訪問介護・通所介護・通所リハ・ショートステイ・福祉用具等）

利用内容と頻度：

7. 住環境や福祉用具の調整（ベット・トイレ・車いす・スロープ等）・その他

緊急連絡先

平日日中：

夜間・休日：

退院日時（ 月 日 曜日 時 分）

退院手段：

退院後初回受診日・訪問診療日（ 月 日）

初回訪問看護日（ 月 日）

必要な書類：診療情報提供書、看護情報提供書、継続看護連絡票、
訪問看護指示書、特別訪問看護指示書、点滴指示書、
在宅酸素指示書など

様

家庭訪問についてのお願い



*入院中から、退院後のご自宅での生活がスムーズに出来るように準備を進めるため、また、病院での取り組みをより具体的に生活の場に活かせるように、ご自宅を訪問させていただきます。

訪問に際してのお願い



- ①特別な場合を除き、ご本人の参加をお願いいたします。
外出又は外泊になりますが、事前に病院職員とご相談願います。
- ②制度上の理由で職員による送迎は出来ません。本人の送迎は、ご家族でお願いいたします。
職員は、ご家族の車とは別の車（病院車）で直接自宅へ伺います。
- ③訪問時に病院車と同行されない場合は、事前に職員との打ち合わせをお願いいたします。
- ④訪問時に対応していただくご家族の方は、ご家族の責任者または主に介護に当られる方をお願いいたします。

家庭訪問の日時は ____ 月 ____ 日 (____)

☐ ご自宅集合 ____ 時 ____ 分です。

☐ 病院を ____ 時 ____ 分に出発予定です。

準備をして病室でお待ち下さい。

訪問者は _____ です。

よろしくお願いいたします。



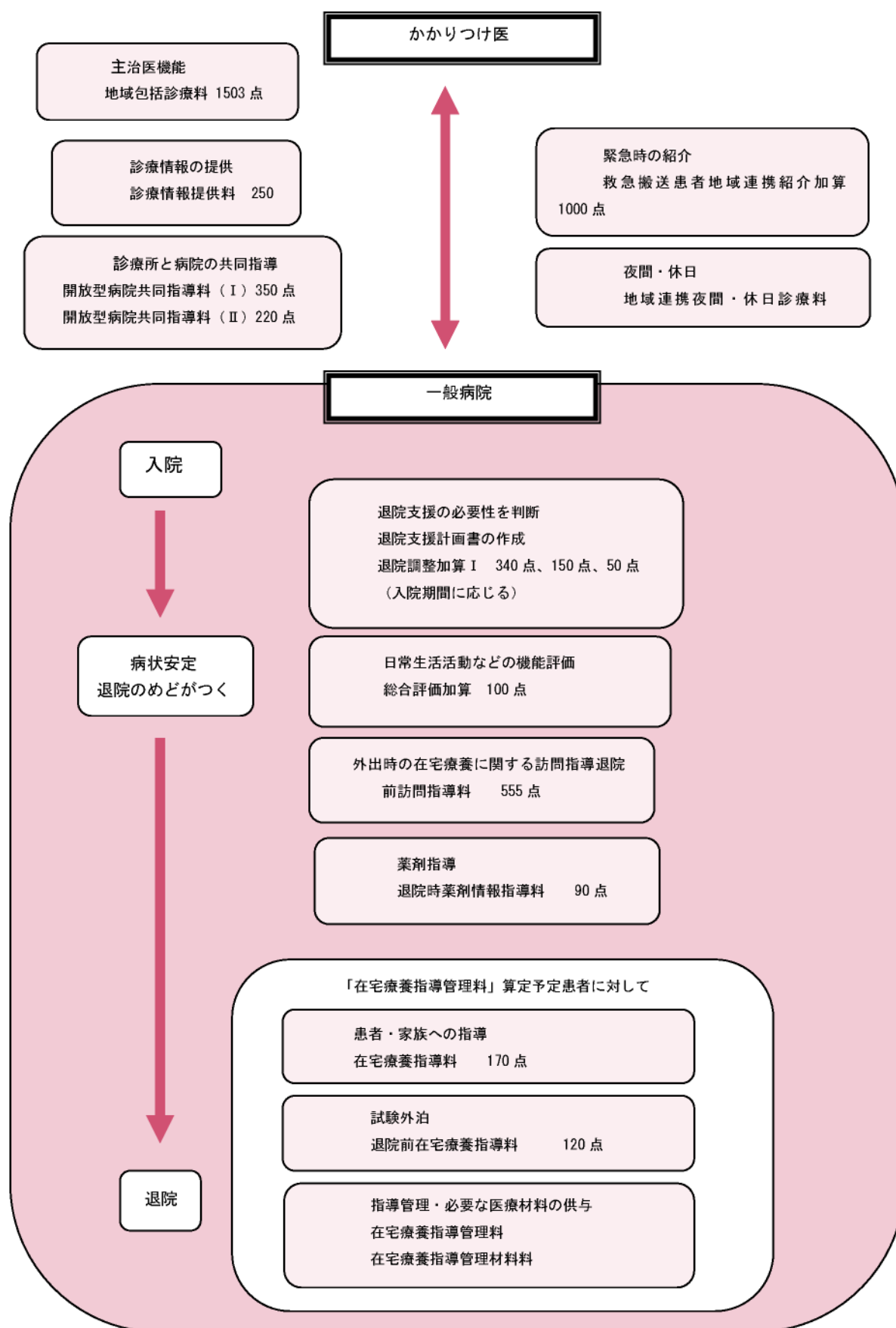


図 退院支援・地域連携に関連する診療報酬・介護報酬の例

出典：「診療報酬・介護報酬のしくみと考え方」日本看護協会出版会 2014

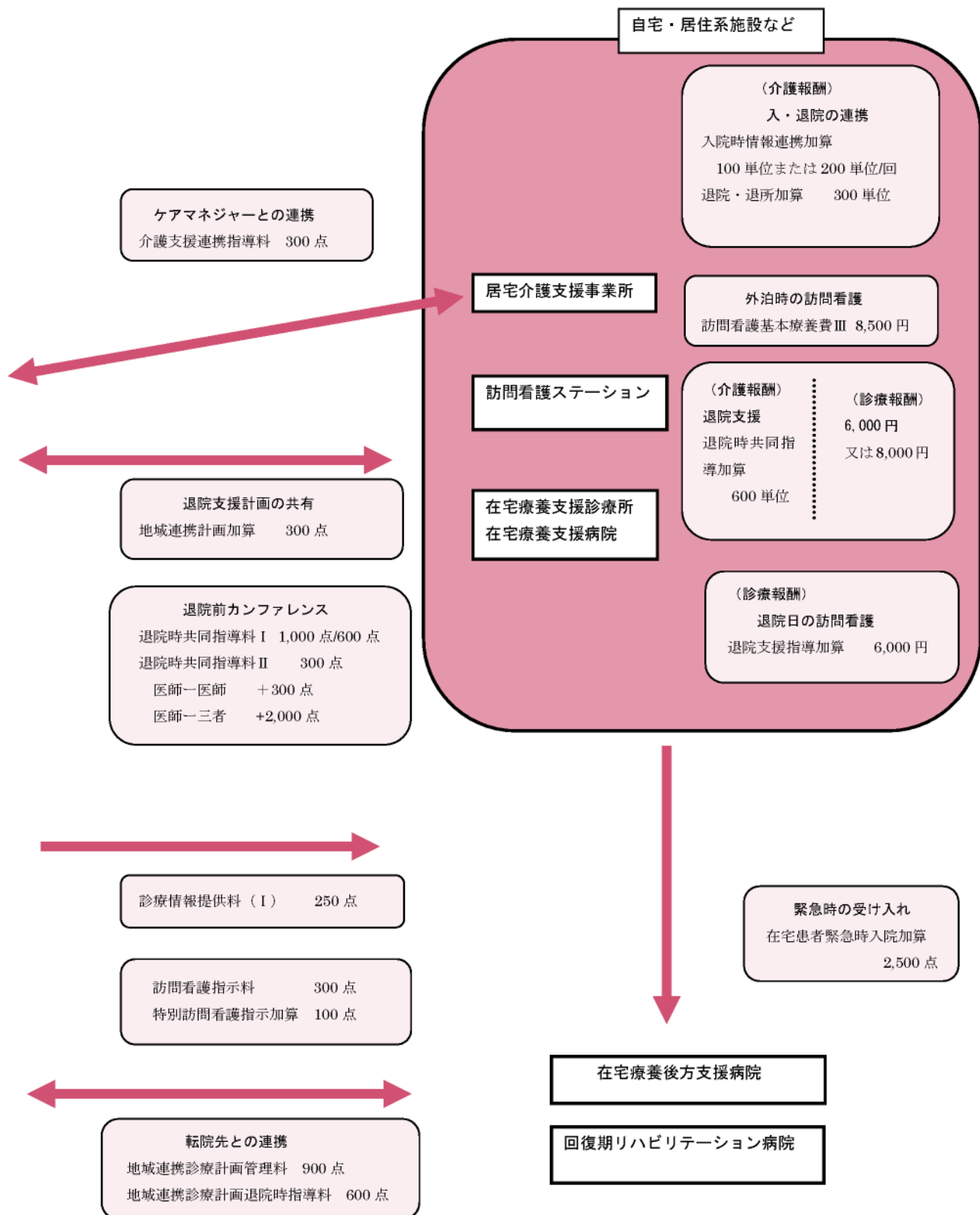


表1-1 退院調整や地域連携を評価するおもな診療報酬

(平成27年4月現在)

	診療報酬	点数	算定要件
退院支援を円滑に進めるための調整・連携	総合評価加算	100	介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価を行った場合、入院中1回に限り算定する。
	退院調整加算	50~800	退院困難な要因を有する患者を抽出する体制を整備し、その上で入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手していることが要件。退院困難な要因を有する患者については、できるだけ早期に患者家族と退院後の生活について話し合い、関係職種と連携して退院支援計画を作成し、計画に基づき、退院・転院後の療養を担う保険医療機関等との連絡調整や適切な介護サービスの導入に係る業務等の退院調整を行っていること。
	地域連携計画加算	300	退院支援計画を策定した患者について、退院後に必要とされる診療や訪問看護の療養に必要な事項を含む地域連携診療計画と同様の内容について、患者に説明し、文書により提供し、在宅を担う医療機関等と共有した場合の評価を行う。
	退院前訪問指導料	555	入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は2回）に限り算定できる。
	退院時共同指導料 1 退院時共同指導料 2	300~1000	入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回（別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回）に限り、それぞれの保険医療機関において算定できる。
	退院前在宅療養指導管理料	120	入院中の患者に対して外泊時に退院後の在宅療養指導管理料を算定すべき指導管理を行った場合には、外泊の初日1回に限り退院前在宅療養指導管理料を算定できる。
	退院時リハビリテーション指導料	300	入院していた患者の退院に際し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に退院日に1回に限り算定する算定できる。
	退院時薬剤情報管理料	90	保険医療機関が、患者の入院時に当該患者が服薬中の医薬品等について確認するとともに、当該患者に対して入院中に使用した主な薬剤の名称（副作用が発現した場合については、当該副作用の概要、講じた措置等を含む。）に関して当該患者の手帳に記載した上で、退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に、退院の日に1回に限り算定できる。
	在宅療養指導料	170	在宅療養指導管理料を算定している患者又は入院中の患者以外の患者であって、器具（人工肛門、人工膀胱、気管カニューレ、留置カテーテル、ドレーン等）を装着しており、その管理に配慮を要する患者に対して指導を行った場合に、初回の指導を行った月にあっては月2回に限り、その他の月にあっては月1回に限り算定できる。
	訪問看護指示料	300	当該患者に対する診療を担う保険医療機関の保険医が、診療に基づき指定訪問看護事業者からの訪問看護の必要を認め、又は、指定地域密着型サービス事業者からの定期巡回・随時対応型訪問介護看護又は指定複合型サービスの必要を認め、患者の同意を得て当該患者の選定する訪問看護ステーション等に対して、訪問看護指示書を交付した場合に、患者1人につき月1回に限り算定できる。

	診療報酬	点数	算定要件
医療と介護の連携	介護支援連携指導料	300	入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネジャー）と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価するもので、入院中に2回算定できる。
地域医療機関との連携	地域医療支援病院入院診療加算	1000	地域医療支援病院における紹介患者に対する医療提供、病床や高額医療機器等の共同利用、24時間救急医療の提供等を評価するものであり、入院初日に算定する。
	開放型病院共同指導料	350	開放型病院に自己の診察した患者を入院させた保険医が、開放型病院に赴き、開放型病院の保険医と共同で診療、指導等を行った場合に1人の患者に1日につき1回算定できる。
緊急時の受け入れに対する地域との連携	在宅患者緊急入院診療加算	1000~2500	在宅での療養を行っている患者の病状の急変等により入院が必要となった場合に、円滑に入院でき、かつ入院を受け入れた保険医療機関（以下この項において「受入保険医療機関」という。）において、患者の意向を踏まえた医療が引き続き提供されるための加算。
	救急搬送患者地域連携紹介加算	1000	急性期医療を担う保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、緊急に入院した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、救急搬送患者地域連携紹介加算を算定できるものを現に算定している患者に限る。）について、当該入院した日から起算して7日以内に、当該患者に係る診療情報を文書により提供した上で他の保険医療機関に転院させた場合に、退院時に1回限り、所定点数に加算できる。
	救急搬送患者地域連携受入加算	2000	別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、他の保険医療機関において別に掲げる救急搬送患者地域連携紹介加算を算定した患者を入院させた場合、入院初日に限り所定点数に加算できる。
	地域連携夜間・休日診療料	200	夜間、休日又は深夜であって、保険医療機関があらかじめ地域に周知している時間に、患者を診療した場合に算定できる。
脳卒中と大腿骨頸部骨折患者の地域との連携	地域連携診療計画管理料	900	転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定できる。
	地域連携診療計画退院時指導料	600	転院後又は退院後の地域における患者の治療を総合的に管理するため、地方厚生局長等に届け出た病院である保険医療機関が、別に厚生労働大臣が定める疾患ごとにあらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該疾患に係る治療等を担う別の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該疾患の患者に対して、患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく個別の患者の診療計画を作成し、患者に説明し、文書により提供するとともに、転院時又は退院時に当該別の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合に、転院時又は退院時に1回に限り所定点数を算定できる。
診療情報	診療情報提供料	250	保険医療機関が、診療に基づき、別の保険医療機関での診療の必要を認め、これに対して、患者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて患者の紹介を行った場合に、紹介先保険医療機関ごとに患者1人につき月1回に限り算定できる。

表 1 - 2 退院調整や地域連携を評価するおもな診療報酬

【訪問看護ステーションで算定できるもの】

診療報酬・介護報酬	報酬額・単位数	算定機関	算定要件
退院時共同指導加算	6,000 円 又は 8,000 円	訪問看護ステーション (医療保険訪問看護)	・主治医の所属する保険医療機関に入院中又は介護老人保健施設に入所中で、退院・退所後に指定訪問看護を受けようとする利用者又はその家族等に対し、退院・退所時に訪問看護ステーションの訪問看護師等と入院（入所）施設の職員（医師、看護師、）が、退院（退所）後の在宅療養についての指導を入院（入所）施設において共同で行い、その内容を文書で提供した場合、訪問看護実施月に加算。 ・退院日翌日以降の初日に 1 回（難病等や特別管理加算対象者は 2 回）算定。
退院支援指導加算	6,000 円	訪問看護ステーション (医療保険訪問看護)	・退院日に療養上の支援指導が必要な利用者であって、難病等や特別管理加算対象者に対して保険医療機関から退院するに当たって、訪問看護ステーションの看護師等が、退院日に在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定。 ・退院日の翌日以降初日の訪問看護の実施時に加算。 ・退院日の翌日以降初日の訪問看護が行われる前に死亡あるいは再入院した場合でも、入院日または死亡日に算定可能。 ・入院していた保険医療機関の看護師等が行う退院日の訪問指導と併算可能。
退院時共同指導加算	600 単位	訪問看護ステーション (介護保険訪問看護)	・病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中若しくは入所中の者に対して、主治医等と連携して在宅生活における必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合。 ・退院又は退所後の初回の訪問看護の際に、1 回（特別な管理を要する者である場合 2 回）に限り算定できる。

【居宅介護支援事業所で算定できるもの】

診療報酬・介護報酬	単位数	算定機関	算定要件
退院・退所加算	300 単位	居宅介護支援事業所	・病院若しくは診療所への入院していた者が退院し、居宅において居宅サービスを利用する場合において、病院、診療所の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画書を作成し、居宅サービス利用に関する調整を行った場合に算定（退院後 7 日以内に情報を得た場合も算定可能）。 ・入院中 3 回まで算定可能。（但し 3 回のうち 1 回は入院中の担当医等との会議に参加し、療養上必要な説明、サービス計画書作成、サービスの調整をおこなった場合に限る）

	事業所	所在地	電話
中北地区	公益社団法人山梨県看護協会 貢川訪問看護ステーション	甲府市貢川本町12-10	055-223-1033
	甲府訪問看護ステーションすずかけ	甲府市丸の内2-9-28 勤医協駅前ビル4F	055-223-1975
	公益社団法人山梨県看護協会 ゆうき訪問看護ステーション	甲府市住吉1-15-23	055-222-7448
	訪問看護ステーションきらり	甲府市住吉4-11-4	055-227-1022
	公益社団法人山梨県看護協会 荒川訪問看護ステーション	甲府市荒川2-10-26	055-254-5290
	おおくに在宅ケアセンター おおくに訪問看護ステーション	甲府市大里町5328	055-220-2818
	医療法人八香会 湯村訪問看護ステーション	甲府市湯村3-2-32	055-251-1447
	ケアビス訪問看護リハビリステーション	甲府市湯村1-9-24 コーポ湯村103	055-288-1139
	なないろ訪問看護ステーション	甲府市大里町2941番地1	055-242-7716
	訪問看護ステーションすみ	甲府市池田1丁目3番23号 メゾン池田405号室	055-287-7068
	ゆたか訪問看護ステーション	甲府市下飯田4-3-2 ハイツイインター II 103号	055-287-8411
	訪問看護ステーションつゆき	甲府市中央4丁目10番4号 第2ニ栄ビル1F	055-223-1234
	訪問看護リハビリステーションコスモ・アンシア	甲府市相生3-3-14	055-221-8007
	しらゆり訪問看護ステーション	甲斐市万才287-8	055-276-9933
	赤坂台訪問看護ステーション	甲斐市竜王新町2150	055-279-0106
	訪問看護ステーションやすらぎ	甲斐市富竹新田401-4	055-230-6126
	訪問看護ステーションかのん	甲斐市西八幡903	055-279-2510
	訪問看護ステーション心優	甲斐市西八幡3780-3	055-225-6411
	玉穂訪問看護ステーション	中央市成島2439-2	055-240-3366
峡北地区	公益社団法人山梨県看護協会 訪問看護ステーションほっと・ほっと韮崎	韮崎市本町1丁目14-21	0551-30-2031
	こすもす訪問看護ステーション	韮崎市藤井町北下條2003-4	0551-45-8850
	訪問看護ステーションあらぐさ	南アルプス市桃園377-2	055-283-8803
	かいこま訪問看護ステーション	北杜市武川町牧原1371	0551-20-3060
	北杜市立塩川病院訪問看護ステーションつくしんぼ	北杜市須玉町藤田773	0551-42-4515
	北杜市立八ヶ岳訪問看護ステーション	北杜市長坂町長坂上条2575-19	0551-32-6006
	ピノキオ訪問看護ステーション	北杜市大泉町西井出8240番地955	0551-38-8056
峡東地区	東山梨訪問看護ステーション	山梨市上神内川1142	0553-22-8894
	甲州訪問看護ステーション	笛吹市石和町四日市場2031	055-262-8011
	東八訪問看護ステーションほほえみ	笛吹市石和町広瀬623	055-261-1230
	御坂八代訪問看護ステーションたんぽぽ	笛吹市御坂町八千蔵538-1	055-263-0084
	いちのみや訪問看護ステーション	笛吹市一宮町坪井1737-4	0553-20-5255
	甲州市訪問看護ステーション	甲州市塩山上於曾977-5	0553-20-6011
	ハートフル塩山訪問看護ステーション	甲州市塩山上於曾1372	0553-33-8103

	事業所	所在地	電話
峡南地区	訪問看護ステーション西八代	西八代郡市川三郷町市川大門416	055-272-5194
	公益社団法人山梨県看護協会 ますほ訪問看護ステーション	南巨摩郡富士川町青柳町3492	0556-22-8231
	訪問看護ステーションいいとみ	南巨摩郡身延町飯富1628	0556-42-2328
	訪問看護ステーションふじ	南巨摩郡富士川町鯉沢1544-1	0556-22-3618
	かじかナースステーション	南巨摩郡身延町身延3637	0556-62-1134
	訪問看護ステーションひまわり	南巨摩郡身延町梅平2483-167	0556-62-2133
富士・東部地区	公益社団法人山梨県看護協会 つる訪問看護ステーション	都留市上谷2-1-15 新町別館B棟	0554-46-5125
	訪問看護ステーションあゆみ	都留市十日市場74番地6	0554-56-7600
	公益社団法人山梨県看護協会 富士北麓訪問看護ステーション	富士吉田市上吉田1739-1	0555-22-8852
	訪問看護・リハビリステーションかみよし	富士吉田市上吉田3438-5 スターハイツC号室	0555-73-8800
	訪問看護ステーションももくら	大月市七保町下和田2132-1	0554-20-1115
	訪問看護ステーションにんじん・上野原	上野原市上野原522	0554-62-4690
	訪問看護ステーションさくら	富士吉田市緑ヶ丘2丁目6番12号 メゾングリーンビル1F	0555-30-1227
	上野原市立病院（訪問看護室）	上野原市上野原3504-3	0554-62-5121



圏域	市町村名	地域包括支援センター名	所在地		電話番号	管轄地区
			郵便番号	住所		
中北	甲府市	甲府市東地域包括支援センター	400-0861	甲府市城東4-13-15	055-233-6421	琢美 東 富士川
		甲府市南東地域包括支援センター	400-0815	甲府市国玉町951-1	055-223-0103	里垣 玉諸 甲運
		甲府市西地域包括支援センター	400-0041	甲府市上石田1-7-14	055-220-7677	貢川 石田 池田 新田
		甲府市南西地域包括支援センター	400-0053	甲府市大里町5315	055-220-2315	国母 大国 大里
		甲府市南地域包括支援センター	400-0851	甲府市住吉5-24-14	055-242-2055	伊勢 住吉 湯田 山城
		甲府市北東地域包括支援センター	400-0003	甲府市塚原町359	055-252-3398	相川 北新 新紺屋
		甲府市北西地域包括支援センター	400-0071	甲府市羽黒町1657-5	055-252-4165	千塚 羽黒 千代田 能泉 宮本
		甲府市中央地域包括支援センター	400-0031	甲府市丸の内2-9-28勤医協駅前ビル4階	055-225-2345	春日 相生 穴切 朝日
		甲府市笛南地域包括支援センター	400-1507	甲府市下向山町910健康の杜センターアネシス内	055-266-4220	中道 上九一色
	韮崎市	韮崎市地域包括支援センター	407-0024	韮崎市本町三丁目6-3	0551-23-4313	
	南アルプス市	南アルプス市地域包括支援センター	400-0395	南アルプス市小笠原376	055-282-7250	
	北杜市	北杜市地域包括支援センター	408-0188	北杜市須玉町大豆生田961-1	0551-42-1336	
	甲斐市	甲斐市地域包括支援センター	400-0192	甲斐市篠原2610	055-278-1693	
	中央市	中央市地域包括支援センター	409-3893	中央市成島2266	055-274-8558	
	昭和町	昭和町地域包括支援センター	409-3880	中巨摩郡昭和町押越616	055-275-4815	
	山梨市	山梨市地域包括支援センター	405-8501	山梨市小原西843	0553-22-1111	
		笛吹市地域包括支援センター	406-0031	笛吹市石和町市部800	055-261-1907	
		笛吹市地域包括支援センター御坂地区相談窓口	406-0805	笛吹市御坂町栗合87	055-263-0848	
		笛吹市地域包括支援センター一宮地区相談窓口	405-0073	笛吹市一宮町末木807-6	0553-47-2288	
		笛吹市地域包括支援センター八代地区相談窓口	406-0822	笛吹市八代町南917	055-265-2240	
		笛吹市地域包括支援センター境川地区相談窓口	406-0853	笛吹市境川町藤壘2588	055-266-5911	
		笛吹市地域包括支援センター春日居地区相談窓口	406-0013	笛吹市春日居町寺本142-1	0553-26-3667	
	甲州市	甲州市地域包括支援センター	404-8501	甲州市塩山上於曽1085-1	0553-32-5600	
峡東	市川三郷町	市川三郷町地域包括支援センター	409-3601	西八代郡市川三郷町市川大門1790-3	055-272-1106	
	富士川町	富士川町地域包括支援センター	400-0505	南巨摩郡富士川町長沢2374-2	0556-22-4615	
	早川町	早川町地域包括支援センター	409-2714	南巨摩郡早川町草塩88	0556-45-2363	
	身延町	身延町地域包括支援センター	409-3304	南巨摩郡身延町切石117-1	0556-20-4611	お住まいの市町村
	南部町	南部町地域包括支援センター	409-2398	南巨摩郡南部町内船4473-1	0556-64-3111	
	富士吉田市	富士吉田市地域包括支援センター	403-8601	富士吉田市下吉田6-1-1	0555-22-1111	
富士・東部	富士吉田市	富士吉田市地域包括支援センタープランチすこやか	403-0003	富士吉田市下吉田1900-1	0555-21-1213	
		富士吉田市地域包括支援センタープランチやごやか	403-0003	富士吉田市下吉田7575	0555-20-1727	
		富士吉田市地域包括支援センタープランチほがらか	403-0016	富士吉田市松山1613	0555-24-5334	
		富士吉田市地域包括支援センタープランチさわやか	403-0025	富士吉田市上吉田6530	0555-24-4111	
	都留市	都留市地域包括支援センター	402-0051	都留市下谷2516-1	0554-46-5114	
	大月市	大月市地域包括支援センター	401-8601	大月市大月2丁目6-20	0554-23-8034	
	上野原市	上野原市地域包括支援センター	409-0192	上野原市上野原3832	0554-62-3128	
	道志村	道志村地域包括支援センター	402-0212	南都留郡道志村6181-1	0554-52-2113	
	西桂町	西桂町地域包括支援センター	403-0021	南都留郡西桂町下暮地915-7	0555-25-4000	
	忍野村	忍野村地域包括支援センター	401-0511	南都留郡忍野村忍草1445-1	0555-20-5211	
	山中湖村	山中湖村地域包括支援センター	401-0595	南都留郡山中湖村山中237-1	0555-62-9976	
	鳴沢村	鳴沢村地域包括支援センター	401-0398	南都留郡鳴沢村1575	0555-85-2311	
	富士河口湖町	富士河口湖町地域包括支援センター	401-0392	南都留郡富士河口湖町船津1700	0555-72-6037	
	小菅村	小菅村地域包括支援センター	409-0211	北都留郡小菅村4698	0428-87-0111	
	丹波山村	丹波山村地域包括支援センター	409-0305	北都留郡丹波山村890	0428-88-0211	

参考文献

1. 宇都宮宏子編著：退院支援実践ナビ，医学書院，2012.
2. 宇都宮宏子：病院から地域への療養移行期の看護マネジメントを体系化する，看護管理，23（12），986－995，2013.
3. 社団法人山梨県看護協会編：看護の連携を推進するために：山梨県看護協会発行，2003.
4. 公益社団法人日本看護協会編：平成 26 年版看護白書地域包括ケアシステムと看護，日本看護協会出版会，2014.
5. 福井トシ子，齋藤訓子編：診療報酬・介護報酬のしくみ考え方第 2 版，日本看護協会出版会，2014.
6. 大西文恵，森田美恵子，小椋史香：松山赤十字病院・地域の仲間とところのかよう連携を目指して，39（2），18－25，2014.
7. 宇都宮宏子，三輪恭子：これからの退院支援・退院調整；ジェネラリストナースがつなぐ外来・病棟・地域，日本看護協会出版会，2011.
8. 石垣和子，上野まり編：在宅看護論－自分らしい生活の継続をめざして－，南江堂，2014.

訪問看護等在宅ケア推進委員会（退院支援マネジメント養成検討会議）

平成25年度

◎ 委員長 ○副委員長 (50音順)

氏 名	所 属
青木 千代香	上野原市立病院
有賀 照子	山梨県立中央病院
◎ 泉宗 美恵	山梨県立大学看護学部
今橋 美穂	甲州市役所
斎藤 幸美	山梨大学医学部附属病院
佐野 京子	身延山病院
新藤 みどり	白根徳洲会病院
高野 さは子	山梨県福祉保健部医務課
中山 美子	訪問看護ステーション ほっと・ほっと韮崎
並木 奈緒美	ゆうき訪問看護ステーション
根津 祥江	富士北麓訪問看護ステーション
初鹿 恵	ますほ訪問看護ステーション
○ 村松 裕子	甲府共立病院
山本 和子	貢川訪問看護ステーション
渡辺 米子	春日居サイバーナイフ・リハビリ病院
野田 美千子	山梨県看護協会専務理事

平成26年度

氏 名	所 属
赤堀 治美	かいこま訪問看護ステーション
穴水 美和	山梨大学医学部附属病院
◎ 泉宗 美恵	山梨県立大学看護学部
市川 ゆき江	ますほ訪問看護ステーション
今橋 美穂	甲州市役所
小澤 ちよみ	北杜市立塩川病院
小野 千恵	山梨県福祉保健部医務課
佐藤 富明	日下部記念病院
流石 和美	富士吉田市立病院
佐野 京子	身延山病院
○ 並木 奈緒美	ゆうき訪問看護ステーション
原田 有佳	甲府共立病院
山田 和美	山梨県立中央病院
山本 和子	貢川訪問看護ステーション
渡邊 早苗	つる訪問看護ステーション
石原 準子	山梨県看護協会訪問看護ステーション部長



退院支援マネジメントガイドライン

- 発行 平成 27 年 3 月
 - 編集 退院支援マネジメントガイドライン検討会議
公益社団法人 山梨県看護協会
〒400-0807
甲府市東光寺 2 丁目 25-1
TEL(055)226-4288 FAX(055)222-5988
 - 印刷 有限会社 クリップ
-