

# 退院支援マニュアル



水俣・芦北地域  
在宅医療連携体制検討会

平成 27 年 9 月作成

# 退院支援マニュアル

## <はじめに>

患者が医療機関を退院するにあたっては、入院した時点から退院後の療養生活を視野に入れ、円滑な退院と退院後に本人や家族が安心して生活が送れるよう、入院、退院、在宅復帰を通じて切れ目のないサービス提供が行われるよう支援することが求められています。

病院や訪問看護ステーション等各機関の取組みにより、医療機関同士の連携は比較的取りやすくなってきています。

しかし、今後は、医療機関から地域の在宅療養生活への移行支援が退院後の生活を支えるカギになります。そのためには入院時から患者、家族の不安を軽減し、地域での療養生活がイメージできるような助言や指導が大切です。また、医療機関、介護担当者、在宅サービス関係機関がお互いの役割を明確にし、共通認識を持つことが重要です。

そこで、必要な情報を共有し、患者、家族を地域全体で支える医療機関と地域の連携の仕組みづくり（支援の流れをつくる・ケアをつなぐ）のために、このマニュアルを御活用ください。

退院支援とは：患者・家族が退院後に必要な情報を理解し、退院後の療養場所や方法等を自己決定するとともに、可能な限り自立した生活を送れるようにすること

## 【マニュアルの内容】

<はじめに> .....	1 ページ
I 退院支援の流れについて .....	2～3 ページ
II 情報シート（様式）について .....	4～10 ページ
III 連携に伴う報酬加算について .....	11 ページ
IV 介護保険サービス及び認定の手続きについて .....	12～13 ページ
V 水俣芦北地域の退院支援の連携について（フローチャート） .....	14 ページ

※ポイントは入院中にどれだけ情報交換ができ連携体制を確立し、退院後の患者を支えるネットワークを作れるかにあります。



# I 退院支援の流れについて

## 《入院前にケアマネージャーが決まっている場合》

入院の受け入れ	緊急入院・予定入院などがあるが、可能であれば在宅医やケアマネージャーからの情報提供書を受け取る。	
↓		
入院時スクリーニング実施	入院後48時間以内に行い、退院支援の必要性を判断する。	様式①
↓		
在宅支援アセスメント実施	<ul style="list-style-type: none"> <li>・担当するケアマネージャーに入院したことを伝え、在宅での生活について情報提供を依頼。</li> <li>・急性期から安定期になった時期に行い、退院に向けて課題を抽出し、退院支援計画書（1週間以内に着手）を作成。</li> </ul>	様式② 様式③
↓		
退院支援を開始	<ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援に向けた院内調整</li> <li>・本人・家族の意向確認</li> <li>・退院支援計画書を作成</li> <li>・関係者との連携・調整</li> </ul>	
↓		
退院に向けたカンファレンスの準備開始 (定期・臨時・緊急)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネージャー、介護・看護等事業所と情報共有</li> <li>・具体的なサービスの調整を開始</li> <li>・家庭訪問の実施（必要に応じて）</li> <li>・カンファレンスによって新たに気付いたことや変更事項などの調整</li> <li>・退院（ゴール）の設定と共有</li> </ul>	
↓		
退院前カンファレンス開催	<ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関や介護の関係者ができるだけ参加できる日程を調整する。</li> <li>・家族の意向を確認し、共通認識とする。</li> <li>・退院後の窓口の確認や対応方法の確認</li> <li>・退院時共同指導要約書を作成</li> </ul>	様式④
↓		
退院	<ul style="list-style-type: none"> <li>・看護サマリーを作成</li> <li>・在宅ケア移行情報シートを作成</li> <li>・医療情報提供書を作成</li> <li>・介護サービスの開始</li> </ul>	様式⑤ 様式⑥

## 《入院前にケアマネジャーが決まっていない場合》

在宅での生活状態や介護の周辺環境が不明なため、入院時スクリーニング表から退院支援の必要性を判断し、支援が必要なケースの場合は、介護保険等の必要な情報を本人や家族に提供し支援する。

1. 介護保険の申請支援
2. ケアマネジャー決定への支援
3. 介護状態が軽度の場合、あるいは、判断に迷った場合は地域包括支援センターに相談依頼をする。

※ケアマネジャー決定後の退院支援は担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター担当者と連絡を取りながら対応する。（その後はケアマネジャーが決まっている時と同様）

## Ⅱ 情報シート（様式）について

### 様式①：【入院時スクリーニング表（48時間以内）】

入院後48時間以内に行うもので、退院支援が必要な患者をスクリーニングする。支援の必要性を患者、家族、医療スタッフと共有し、動機づけて早期の支援につなげる。 診療報酬の加算対象。

### 様式②：【入院時情報提供書（1週間以内）】

担当ケアマネジャーが入院医療機関に提出するもので1週間以内に情報提供をする。介護報酬の加算対象。情報提供の手段によって報酬が異なる。

### 様式③：【退院支援計画書（1週間以内着手）】

退院調整担当者が医師等の指示のもと在宅移行支援に向けた院内調整を行い、家族の意向を確認し、退院に向けた計画書を作成する。診療報酬の加算対象。入院期間によって報酬が異なる。

### 様式④：【退院時共同指導要約書】

医師または担当看護師が作成し、退院前カンファレンス等の説明のときに活用する。診療報酬の加算対象。内部・外部スタッフの参加者によって報酬が異なる。

### 様式⑤：【看護サマリー】

担当看護師が作成し、退院時の状態について情報提供するものである。

### 様式⑥：【在宅ケア移行情報シート】

看護サマリーと同様に退院時の状態について情報提供するものである。





# 入院時情報提供書 (居宅介護支援事業所→病院・診療所)

様式②

作成日 年 月 日

様

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

## 基本情報

フリガナ		性別	男性	女性	生年月日	M T S	年	月	日	( 歳)
氏名										
住所					自宅電話番号	( )				—
フリガナ					続柄					同居の有無
家族氏名										同居 別居
住所					電話番号	( )				—
世帯状況	単身世帯	夫婦二世帯	その他世帯	( )						
住環境等	一戸建て	マンション・アパート等			階段の有無	( 有り				無し )
入院理由										
生活状況										

## 介護保険等情報

要介護度					有効期間			被保険者番号								
要支援	1	2	要介護	1	2	3	4	5	申請中	年	月	日	~	年	月	日
サービス利用状況	訪問介護・訪問看護・通所介護・福祉用具貸与・その他( )															
障害等認定	難病(疾患名 ) 身障( )級 精神( )級 療育(有無)															

## 現病歴・既往歴と経過(新しいものから書く・現在の状況に関するものは必ず書く)

年月日	病名	医療機関・医師名 (主治医・意見書作成者に☆)		経過	治療中の場合は内容
				TEL	治療中 経観中 その他
				TEL	治療中 経観中 その他
				TEL	治療中 経観中 その他
				TEL	治療中 経観中 その他
				TEL	治療中 経観中 その他

### 退院に向けてのお願い

- 1) 退院が決まり次第、ご連絡をいただければ幸いです。
- 2) 必要に応じて退院時の情報をお願いします。

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

## 疾患及びADL情報

			退院時状況(ケアマネジャー用)
障害高齢者の日常生活自立度			自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
認知症高齢者の日常請託自立度			自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M
現病歴・既往歴			
A D L 等 状 況	食事	食事	1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助
		形態	主＝常食・粥・ミキサー等 副＝常食・ソフト食・ムース食・ミキサー等
	排泄	排尿	1自立 2見守り等 3一部介助 4全介助
		失禁	1あり 2ときどき 3まれにあり 4なし
		方法	トイレ・Pトイレ・おむつ・カテーテル等
	着脱	上衣の着衣	1自立 2見守り(介護者の指示含む) 3一部介助 4全介助
		ズボン・パンツ着	1自立 2見守り(介護者の指示含む) 3一部介助 4全介助
	入浴		1自立 2一部介助 3全介助 4不可(シャワー・清拭)
	移動	歩行	1つかまらず可 2何かにつかまれば可 3できない
		移乗	1自立 2見守り(介護者の指示含む) 3一部介助 4全介助
		方法(屋内)	屋内＝独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・その他
	認知症等の症状		

# 退院支援計画書

様式③

(患者氏名) \_\_\_\_\_ 殿

入院日:平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

計画日:平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

変更日:平成 \_\_\_\_ 年 \_\_\_\_ 月 \_\_\_\_ 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	<input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他関係者等( _____ )
退院支援計画を行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、課題等	<input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> 病状に対する不安 <input type="checkbox"/> 医療処置・介護の事 <input type="checkbox"/> 医療費等の経済的問題 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要	<退院へ向けた目標設定> <input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> 病状に対する不安 <input type="checkbox"/> 医療処置・介護の事 <input type="checkbox"/> 医療費等の経済的問題 <input type="checkbox"/> その他( _____ ) <支援概要>  <支援期間>
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 介護老人保健施設 <input type="checkbox"/> 有料老人ホーム <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> 介護老人福祉施設 <input type="checkbox"/> 障害者関連施設等 <input type="checkbox"/> その他( _____ )
退院後に利用が予想される社会福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 施設入所サービス <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他( _____ )

注) 上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

\_\_\_\_\_  
(病棟退院支援計画担当者) 印

\_\_\_\_\_  
(退院調整部門退院支援計画担当者) 印

\_\_\_\_\_  
(本人)



# 退院時共同指導要約書

様式④

平成 年 月 日

記録者:

ID

場所:

日時:平成 年 月 日時間( : ~ : ) 退院予定日:平成 年 月 日

【出席者名】	主治医:( )
( ) ( ) ( ) ( )	
( ) ( ) ( ) ( )	

1 患者情報 ID( )

氏名:	(男・女)生年月日	年 月 日( 歳)
疾病名:		
既往歴:		
身長:( cm)体重:( kg)	利き腕 (右・左)	
四肢欠損 :	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
麻痺 :	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )
筋力低下 :	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位:	程度: <input type="checkbox"/> 軽 <input type="checkbox"/> 中 <input type="checkbox"/> 重 )
移動能力 :	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子	
食事行為 :	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ( )	
栄養状態 :	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	
コミュニケーション状況 :	伝えられる ・ いくらか困難 ・ 具体的要求に限られる ・ 伝えられない	

2 症状経過

--

3 特別な医療

処置内容:	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法
	<input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 疼痛の看護 <input type="checkbox"/> 経管栄養
	<input type="checkbox"/> その他( )

4 特記事項

・本人・家族の要望
・在宅サービス内容

# 看護サマリー

様式⑤

氏名		期 間	/ / ~
病名		主治医	
		感染症	HBs-    HCV-    TPLA-    RPR-    MRSA
術式		アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
入院までの経過		既往歴	
項目	自立度	具体的状況	
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上		
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティング要 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管食		
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
排泄方法	<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> パルンカテーテル		
入浴・保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
睡眠	睡眠薬使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
内服	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 1回配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬		
障害	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他		
家族の支援体制		病気・治療の説明と受け止め方	その他特記事項
		本人	
		家族(        )	
		患者様特記事項	
		氏名	
		本人との関係(        )	
		連絡先	
看護問題			
医療機関名			
住所		記載者	
電話			
FAX		看護師長印	

# 在宅ケア移行情報シート

様式⑥

御中

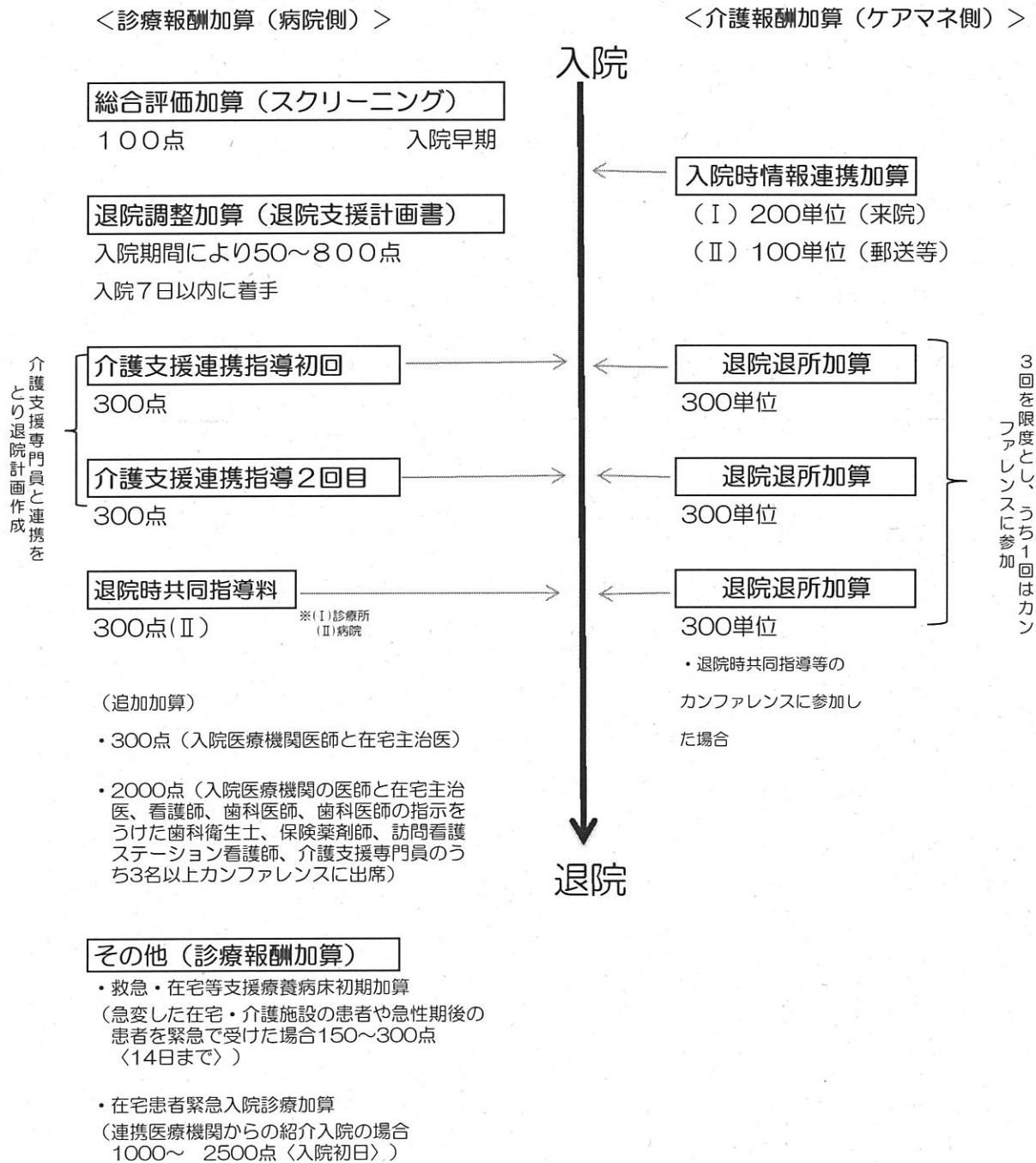
記入日平成 年 月 日 記入者( )

氏名		男・女	電話番号		生年月日	M・T・S・H	年 月 日 歳
住所							家族形態
第一連絡先	氏名		間柄		電話		キーパーソン 主たる介護者
第二連絡先	氏名		間柄		電話		

医療保険種別		本人・家族	障害者手帳		要介護度	
病名 (障害名)				インフォームド コンセントの内容 と認識		
VS血圧= / 脈= 体温= °C 呼吸= SpO2= %( / )	活動項目			最終評価( 月 日)		
最終入浴日: / ( ) 最終排便日: / ( )	食事			自立 一部介助 全介助 食事形態:( )		
かかりつけ医 <input type="checkbox"/> ある ( ) <input type="checkbox"/> ない	移乗			自立 一部介助( ) 全介助		
ケアマネージャー <input type="checkbox"/> いる ( ) <input type="checkbox"/> いない	整容			自立 一部介助( ) 全介助		
現主治医の治療方針	更衣			自立 一部介助( ) 全介助		
	移動			歩行 独歩 杖 歩行器 車いす 自走 介助		
コンプライアンス(治療方針・内服・処置等)	階段昇降			自立 一部介助( ) 全介助		
	入浴			自立 一部介助( ) 全介助		
	排泄			自立 一部介助( ) 全介助		
	排便コントロール			自然 内服 座薬 浣腸 失禁		
退院処方: 有 無	排尿コントロール			自然 内服 失禁		
医療処置を行う人:( )	在宅療養に対する本人・家族の意向や希望					
<input type="checkbox"/> PEG <input type="checkbox"/> 経鼻栄養チューブ <input type="checkbox"/> 気管切開チューブ <input type="checkbox"/> HPN <input type="checkbox"/> ポート <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 注射 <input type="checkbox"/> 腎瘻・尿管皮膚瘻 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> CAPD <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> その他( ) ※カテーテル交換予定日( ) ※PEG交換予定日( )種類:( ) ★医療処置管理票を参照	本人:  家族:					
認知症項目(ありの場合 <input type="checkbox"/> に <input type="checkbox"/> を入れる)	伝えておきたいこと(特記事項)					
<input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 暴言暴行 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 帰宅願望 <input type="checkbox"/> 移植行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 過食 <input type="checkbox"/> 拒食 <input type="checkbox"/> 物忘れ						
認知症の具体的症状や対処法						

施設名	施設住所	電話番号	看護師長名
			印

### Ⅲ 連携に伴う報酬加算について



\*出典 「在宅移行の手引き 2」 全国国民健康保険診療施設協議会発行より  
平成26年2月に公表された診療報酬改定説明資料を反映作成

※加算報酬については入院期間や参加者の条件によって変わるので確認が必要である。

## Ⅳ 介護保険サービスについて

### 《介護保険制度とは？》

介護が必要になっても、老後を住み慣れた家庭や地域で自分らしく生活できるよう、また、介護をしている家族の負担が軽減されるよう、保険料を出し合って社会全体で介護を支えあう仕組みとして創設された制度。

### 《介護保険の被保険者》

介護保険は、40歳以上の人が入会し、以下の区分においてサービスを利用できる。

65歳以上の人 (第1号被保険者)	日常生活に介護や支援が必要になった場合に、要介護・要支援認定を受ければサービスが利用できる。
40～64歳までの人 (第2号被保険者)	特定疾病 <sup>(※)</sup> が原因で介護や支援が必要になった場合に、要介護・要支援認定を受ければサービスが利用できる。

### ※特定疾病

- 1 がん末期  
(医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靭帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症
- 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

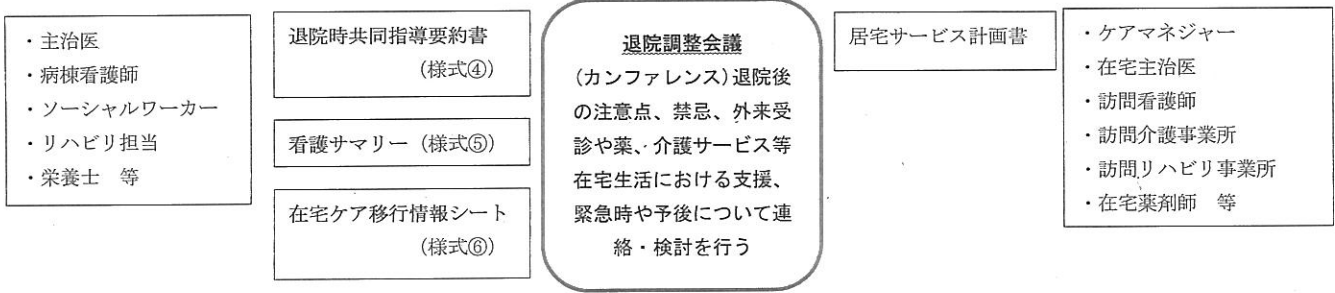
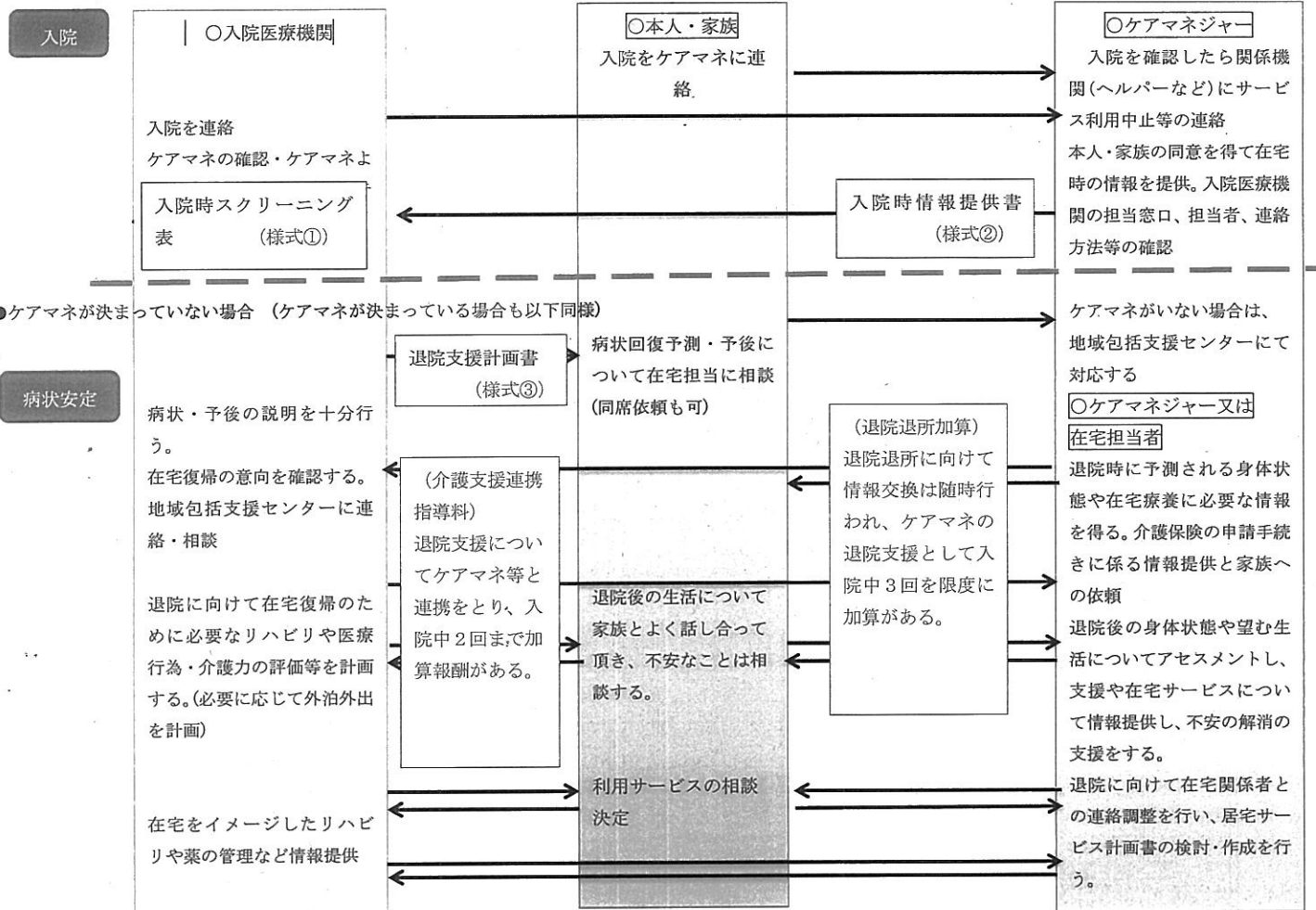


## 《サービス利用手続き》

1. 申請	住所地の市役所・町役場に、申請書に被保険者証を添付して申請する。 ※申請は本人または家族が行うが、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、介護保険施設等に申請を代行してもらうこともできる。申請書には主治医（かかりつけ医）の氏名等の記入が必要、主治医がない場合は窓口で相談する。
2. 訪問調査	調査員が家庭、入院先、施設などを訪問し、心身の状況について質問、確認する。
3. 主治医の意見書	申請書を提出する際記入された主治医より医学的な意見書が提出される。（市町が直接依頼するため手続きは不要）
4. 審査・判定	介護を必要とするかどうか、またどの程度の介護を必要とするかなどについて、介護認定審査会において審査・判定を行う。
5. 認定	要支援・要介護と認定された方は、介護保険のサービスを利用することができる。 要支援・要介護の区分に応じて支給限度額などが決められる。
6. 介護(予防)サービス計画の作成	<u>要介護1～5の方</u> 居宅介護支援事業所などが介護サービス計画（ケアプラン）の作成を行う。 <u>要支援1～2の方</u> 地域包括支援センター、もしくは予防プランを委託されている居宅介護支援事業所が介護予防サービス計画（介護予防ケアプラン）の作成を行う。
7. サービス事業所の選定・契約	ケアマネージャーからの情報等をもとに自分にあったサービス提供事業所を選び、その事業所の特色などについて文書を用いて説明を受けたうえで契約を結ぶ。
8. サービスの利用開始	介護サービス・介護予防サービスのケアプランを基にサービスが提供される。

# V 水俣・芦北地域の退院支援の連携について

●ケアマネ、在宅担当者が決まっている場合



**【入院・退院支援の連携のポイント】**

- 入院時からの情報共有と意向確認
  - 1 医療機関は入院時から退院について、医師・病棟看護師・ケースワーカー等が本人や家族の意向確認を行い支援する。
  - 2 介護保険の利用者であればケアマネジャー等に連絡を取り情報交換をする。
- 退院支援に必要な情報の共有と調整  
退院の方向性が示されたら早い段階で関係機関に連絡を入れ退院調整を図る。
- 退院カンファレンス  
家族・本人、在宅関係者、医療関係者が参加し、退院後の連携について情報やサービス計画を共有する場を有効に活用する。
- 総合相談窓口  
地域包括支援センターは、医療・介護・生活の相談の窓口としての役割を担い、住民やそれぞれの機関からの相談を受けることができる体制を強化する。