

医療・介護の連携に向けた
在宅療養に係る
退院支援手順書

平成28年6月

宇都宮市地域療養支援体制検討会議

— 目 次 —

はじめに	1
退院支援のフロー	2
1 入院時	3
2 入院患者の状況報告等	5
3 退院調整開始面談	6
4 退院前カンファレンス	6
5 退院時サマリー	6

1 はじめに

本手順書は医療機関からシームレスな在宅移行ができるよう、連携体制の構築を目的とするものであり、特に、医療機関と介護サービス事業所との連携を強化するためのものです。

本手順書においては、在宅移行に必要な退院支援のポイントとなる最小限の流れを示しております。

2 本手順書で使用する様式

(1) 退院支援連携に係る窓口一覧 (様式 1)

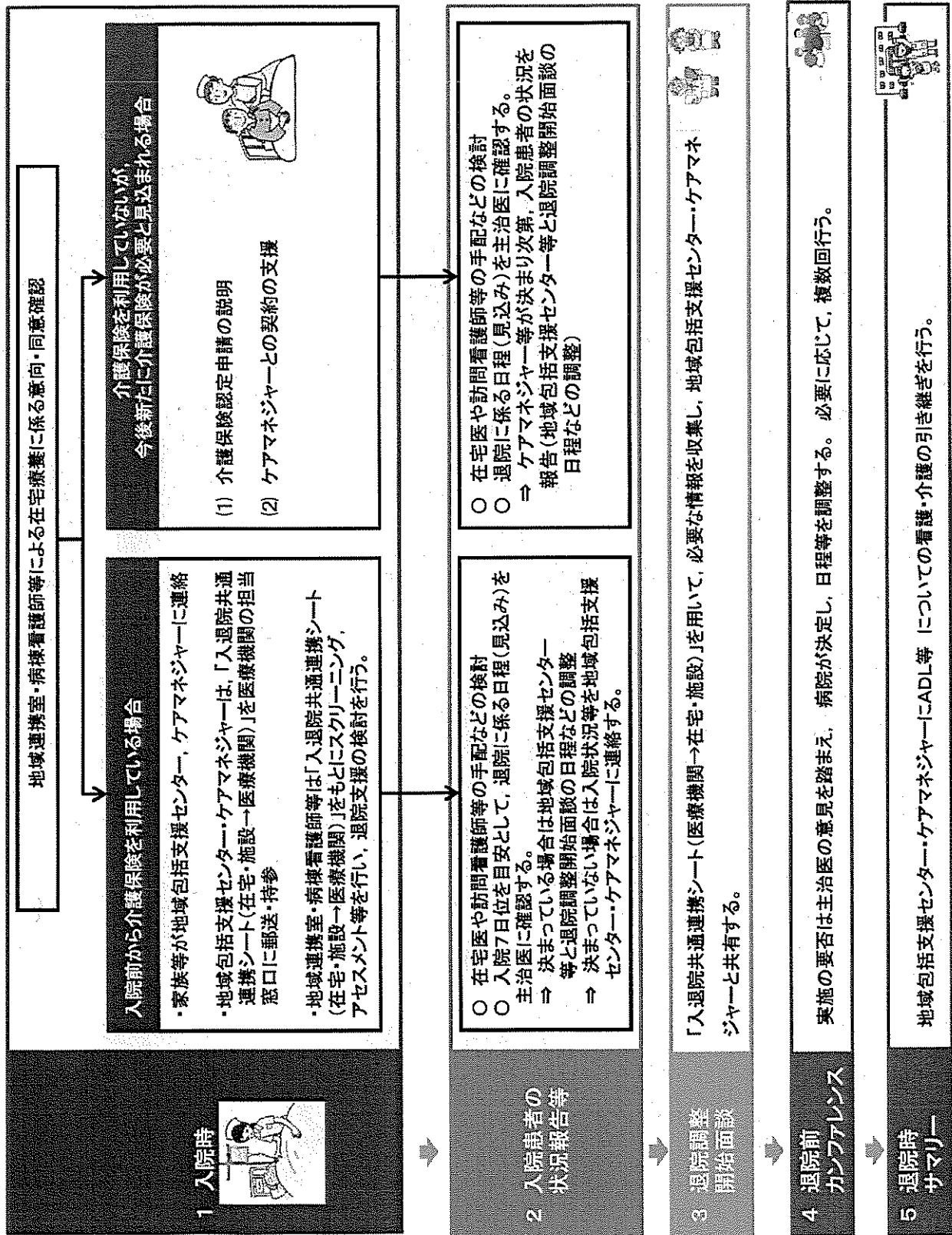
入退院時に、医療・介護事業者が円滑に連絡できるよう医療機関の窓口、連絡先等を明記したもの

(2) 入退院共通連携シート (在宅・施設→医療機関) (様式 2)

患者の入院時に、医療従事者が患者の状況をより具体的に把握できるよう、ケアマネジャー等が患者の日常生活に関する情報等を医療従事者に伝えるためのツール

(3) 入退院共通連携シート (医療機関→在宅・施設) (様式 3)

患者の退院時に、ケアマネジャー等が患者のケアプランを円滑かつ適正に作成できるよう、医療従事者が日常の療養生活や身体状況などをケアマネジャー等に伝えるためのツール



1 入院時

○ 地域連携室・病棟看護師等

入院時に患者の今後の希望（在宅、施設等）を確認し、本人・家族の在宅療養に係る意向・同意確認を行う。

【入院前から介護保険を利用している場合】

家族等が地域包括支援センター・ケアマネジャーに連絡

○ 地域包括支援センター・ケアマネジャー

「入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）」（様式 2）を病院が指定する担当窓口へ郵送又は持参する。

※ 病院の連絡窓口は「退院支援連携に係る窓口一覧」（様式 1）を参照。

○ 地域連携室・病棟看護師等

地域包括支援センター・ケアマネジャーの提出した「入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）」をもとに、必要に応じて退院支援の必要性を判断するためのスクリーニングやアセスメント等を行い、退院支援の検討を行う。

【介護保険を利用していないが、今後新たに介護保険が必要と見込まれる場合】

○ 地域連携室・病棟看護師等

(1) 介護保険認定申請の説明

介護保険申請及び認定手続きに約1か月を要するため、速やかに申請手続きの説明及びケアマネジャーを決定できるように努める。

（家族などが申請できる場合）

ア 65歳以上で介護保険申請の目安（別表1）の状態の場合

介護保険被保険者証を持って市の担当課へ介護保険の認定申請の手続きに行くよう、家族などに説明する。

イ 40歳以上65歳未満で特定の疾病（別表2）かつ介護保険申請の目安（別表1）の状態の場合

医療保険証を持って市の担当課へ介護保険の認定申請の手続きに行くよう、家族などに説明する。

（家族などが申請できない場合）

患者の居住地を担当する地域包括支援センターに連絡する。

(2) 居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）との契約の支援

（家族などが契約できる場合）

介護保険申請と並行して地域包括支援センター・ケアマネジャーを決定するため、下記のア、イ、ウのパターンで家族などに案内を行う。

ア 地域包括支援センターを紹介（要支援）するパターン

介護保険申請の目安（別表1）（ア）、（イ）に該当する場合、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センターとの契約を案内する。

イ ケアマネジャーを紹介（要介護）するパターン

介護保険申請の目安（別表1）（ウ）～（キ）に該当する場合、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元にケアマネジャーとの契約を案内する。

ウ 要介護か要支援か迷う場合

介護保険申請の目安（別表1）の（ア）～（キ）に該当する場合は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センターとの相談を案内する。

○ 地域包括支援センター・ケアマネジャー

ケアプランの作成及びサービス利用に関わる各事業所や医療機関と調整を行う。

（家族などが契約できない場合）

患者の居住地を担当する地域包括支援センターに連絡する。

○ 地域包括支援センター

患者の介護保険認定申請を代行するとともに、地域包括支援センター・ケアマネジャーの担当者を案内する。

○ 地域包括支援センター・ケアマネジャー

地域包括支援センターと連携してケアプランの作成及びサービス利用に関わる各事業所や医療機関と調整を行う。

2 入院患者の状況報告等

【入院前から介護保険を利用している場合】

○ 地域連携室・病棟看護師等

- ・ 入院7日位を目安として、退院に係る日程(見込み)を主治医に確認し、地域包括支援センター・ケアマネジャーに報告する。
 - ※ 必ずしも、退院時期を決定するわけではない。
- ・ 在宅医や訪問看護師等の手配などについても、検討を開始する。

(退院日が決まっている場合)

(ア) 入院時情報の提供があった場合

可能な範囲で地域包括支援センター・ケアマネジャーの退院調整に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、ケアマネジャー・地域包括支援センターと退院調整開始面談の日程などの調整を行う。

(イ) 入院時情報の提供が無かった場合

家族又は介護保険証等で地域包括支援センター・ケアマネジャーを確認し、退院調整に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、ケアマネジャー・地域包括支援センターと退院調整開始面談の日程などの調整を行う。
在宅医や訪問看護師等の手配などについても、検討を開始する。

- ※ 地域連携室・病棟看護師等 から地域包括支援センター・ケアマネジャーへの連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に連絡する。

(退院日が決まっていない場合)

入院患者が長期入院となる場合や、入院期間が未定の場合には入院状況や退院見込み等を地域包括支援センター・ケアマネジャーに連絡する。

- ※ 退院日が決まり次第、退院調整の開始を連絡する。

【介護保険を利用していないが、今後新たに介護保険が必要と見込まれる場合】

○ 地域連携室・病棟看護師等

退院に係る日程(見込み)を主治医に確認し、地域包括支援センター・ケアマネジャーが決まり次第、入院患者の状況を報告する。

在宅医や訪問看護師等の手配など退院調整について、検討を開始する。

3 退院調整開始面談

○ 地域連携室・病棟看護師等

- ・ 地域包括支援センター・ケアマネジャーがケアプラン修正に必要な情報(「入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)」(様式 3))を面談日までに院内の関係者から収集する。
- ・ 退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

○ 地域包括支援センター・ケアマネジャー

面談時に退院調整に必要な情報を地域連携室・病棟看護師等から聞き取り、記録する。

4 退院前カンファレンス

○ 地域連携室・病棟看護師等

実施の要否は主治医の意見を踏まえ、病院が決定し、日程等の調整を行う。

※ 必要に応じて、複数回行う。

※ 本人、家族を交えて、病院の医師又は看護師等と在宅療養を担う医師、看護師、包括支援センター等の多職種によるカンファレンスが望ましい。

【想定されるカンファレンスへの参加者(例)】

※ 実施の要否も含めて、参加者も病院が決定する。

・本人、家族など

病院スタッフ

- ・医師
- ・病棟の看護師
- ・退院調整スタッフ
- ・MSW
- ・リハビリスタッフ
- ・薬剤師
- ・栄養士 など

在宅医療を支えるスタッフ

- ・在宅担当医師、看護師
- ・歯科医師
- ・薬剤師
- ・訪問看護師
- ・ケアマネジャー
- ・介護サービス事業者
- ・その他の専門職(栄養士、住宅改修・福祉用具レンタルの事業者 等) など

5 退院時サマリー

○ 地域連携室・病棟看護師等

看護・介護の引継ぎ書(入院中の経過や退院後に想定される看護・介護の問題や入院期間、最終排便日・入浴日、服薬内容)として地域包括支援センター・ケアマネジャーに提供する。

※ 情報提供にあたっては、「入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)」を基本とするが、病院で既に活用しているサマリー等の使用でも可

※ その他、主治医から在宅医への治療内容の引き継ぎはサマリイの他にも紹介状等が考えられる。

別表 1

【介護保険の認定申請の目安】

- (ア) 要支援 1
日常生活の能力は基本的にあるが、入浴などに一部支援が必要
- (イ) 要支援 2
立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴など一部支援が必要
- (ウ) 要介護 1
立ち上がりや歩行が不安定。排泄、入浴など一部介助が必要な状態で病状不安定
又は認知症の方
- (エ) 要介護 2
立ち上がりや歩行などが自力では困難。排泄、入浴などで一部又は全体の介助が
必要
- (オ) 要介護 3
立ち上がりや歩行などが自力でできない。排泄、入浴、衣服の着脱などで全体の介
助が必要
- (カ) 要介護 4
排泄、入浴、衣服の着脱など日常生活に全面的な介助が必要
- (キ) 要介護 5
意思の伝達が困難。生活全般について全面的な介助が必要

別表 2

介護保険第 2 号被保険者の認定申請における特定疾病

1	筋萎縮性側索硬化症	9	糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症及び 糖尿病性網膜症
2	後縦靭帯骨化症	1 0	脳血管性疾患 [脳出血, 脳梗塞等]
3	骨折をともなう骨粗鬆症	1 1	パーキンソン病関連疾患
4	多系統萎縮症 [シャイ・ドレーガー症候群・ オリブ橋小脳萎縮症・ 線条体黒質変性症]	1 2	閉塞性動脈硬化症
5	初老期の認知症 [アルツハイマー病・ 脳血管性認知症等]	1 3	関節リウマチ
6	脊髄小脳変性症	1 4	慢性閉塞性肺疾患 [肺気腫, 慢性気管支炎, 気管支喘息等]
7	脊柱管狭窄症	1 5	両側の膝関節又は股関節に 著しい変形を伴う変形性関節
8	早老症 [ウェルナー症候群]	1 6	がん末期

様式 1

退院支援連携に係る窓口一覧

病院名	退院支援を担当する部署	住所	窓口時間	電話番号	FAX番号	メールアドレス
飯田病院	医療相談室	埴田 3-5-17	9:00~17:45 (平日)	622-4970 080-8777-1966 (直通携帯)	622-1251	
上野病院	1階事務室	天神 2-2-15	9:00~11:30 (平日) 14:00~16:30 (平日)	636-2035	636-2513	無し
宇都宮病院	総合支援課	陽南 4-6-34	8:30~17:00 (12:30~13:30 不在) 年末休暇時を除く	658-2121 658-2713	658-2117	hotokuu@ucatv.ne.jp
宇都宮記念病院	医療連携室	大通り 1-3-16	8:30~17:00 (平日) 8:30~12:00 (土曜日)	611-5625	611-5605	renkei@nakayamakai.com
宇都宮第一病院	看護部 医事課	壺木本町 2313	9:00~16:00 (平日)	665-5111	665-5788	Kouyoukai-hp@ion.ocn.ne.jp
宇都宮中央病院	地域連携室 医療相談室	東宿郷 2-1-1	9:00~17:30 (月~土)	635-1110	637-4871	mew-uj@sky.ucatv.ne.jp
宇都宮内科病院		鶴田 2-7-29	9:00~17:00 (平日)	648-7555 (代表)	649-0117	
宇都宮西ヶ丘病院	リハビリテーション センター	長岡町 642	9:00~17:00 (平日)	621-3171	627-6181	nishigaoka@heion.ocn.ne.jp

宇都宮東病院	地域連携室	平出町 369-8	9:00~17:00 (平日) 9:00~12:30 (土曜不定期)	680-5110 (直通) 664-1551 (代表)		soudan@hokutokai.or.jp
宇都宮南病院	看護師長	八千代 1-2-11	9:00~17:30 (平日、土曜)	658-5511	658-5508	utsunomiya.m.hp@hotmail.co.jp
宇都宮 リハビリテーション病院	地域医療連携室	御幸ヶ原町 43-2	8:30~17:00 (平日)	662-6789 (代表)	663-5678 (直通)	renkei@utsunomiya-rh.jp
皆藤病院	ケースワーカー	東町 22	9:00~17:00 (平日)	661-3261	661-3269	
倉持病院	看護部	屋敷町 400-1	9:00~17:30 (平日)	657-0366	657-0388	kuramoti.com@gmail.com
済生会宇都宮病院	退院支援課	竹林町 911-1	9:00~17:30 (平日)	626-5500 (代表)	626-5795	
佐藤病院	看護部	西 3-1-11	9:00~17:00 (平日)	633-9261	633-9264	
柴病院		竹林町 504	9:00~17:00 (平日)	621-8211	625-9236	
白澤病院	相談室	白沢町 1813-16	9:00~17:00 (平日)	673-0011	673-7711	
新直井病院	医務課	石井町 3385	9:00~17:30 (平日)	656-8600	656-3877	shinnao@green.ocn.ne.jp
滝澤病院	相談室	花房本町 2-29	9:00~17:00 (平日)	633-1200	633-1347	takizawa.h@samba.ocn.ne.jp

独立行政法人 国立病院機構 宇都宮病院	地域医療連携室	下岡本町 2160	9:00~17:00 (平日)	673-2374	673-1061	nagayama@e-utunomiya.hosp.go.jp
独立行政法人 国立病院機構 栃木医療センター	地域医療連携室	中戸栄 1-10-37	8:30~17:15 (平日)	622-0299	622-5298	skobayashi@tochigi-mc.jp
独立行政法人 地域医療機能推進機構 うつのみや病院	医療相談室 地域連携室	南高砂町 11-17	9:00~17:00 (平日)	655-1161	655-1161	
栃木県立 岡本台病院	社会復帰課	下岡本町 2162		673-2211 (代表)		
栃木県立 がんセンター	医療連携課	陽南 4-9-13		611-5503		
とちぎリハビリ テーションセンター	看護部	駒生町 3337-1	8:30~17:15 (平日)	4階 623-6274 5階 623-6275 不明の場合 医事栄養課 623-6124	623-6125 医事栄養課	
沼尾病院	看護部	星が丘 1-7-38	9:00~17:00 (平日)	622-2222	624-2228	t-michi@numaog.or.jp
原眼科病院	看護部 外来係	西 1-1-11	9:15~13:00 (平日) 14:15~17:00 (平日)	635-5233	635-2902	office@haraganka.com

比企病院	事務	一番町 2-11	9:00~18:00 (平日)	635-4161	635-4094	Inf-hikihpt@dream.ocn.ne.jp
藤井脳神経 外科病院	入退院担当 地域連携室	中岡本町 461-1		673-6211 (代表)	673-2115	fujiihp@apricot.ocn.ne.jp
森病院	医療相談室	姫田町 419	9:00~17:00 (平日)	648-6111	648-5910	mori hosp.riha@mail.plala.or.jp
鷺谷病院	医療福祉相談室	下荒針町 3618	8:30~17:30	648-3851 (代表)	648-0222 (代表)	

入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)
様

作成日
情報提供日

氏名			男性 ・ 女性	生年月日		年齢	歳	
住所			TEL		申請中 【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】			
緊急連絡先	氏名:	(続柄:)	TEL	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5			
	氏名:	(続柄:)	TEL		有効期間 【 ~ 】			
かかりつけ医療機関		障害認定	身体障害者手帳() 精神障害者手帳() 療育手帳()	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
主治医	かかりつけ医には、情報提供することを伝えること			認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
感染症: 無・有 ()	家族構成			入院前の自宅での生活の様子等				
既往歴				在宅でのサービス利用状況				
生活歴	主介護者:			家屋状況	一戸建て・マンション・アパート(1階・2階以上)			
	住民税: 課税 ・ 非課税				段差 あり ・ なし 手すり あり ・ なし			
	年金の種類: 国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障者							
	保険の種類: 国保 ・ 社保 ・ 後期 ・ 公費 ・ その他							
入院前の状況				具体的状況・その他特記事項				
栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	形態	主食: 常食 ・ 粥 ・ ペースト						
		副食: 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト						
		とろみ: なし ・ あり ()						
方法	経口 ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ・ 輸液 嚥下: 良 ・ 不良 咀嚼状況: 良 ・ 不良							
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		尿意: あり ・ なし				
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		便意: あり ・ なし				
	失禁	なし ・ あり ()						
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等						
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない						
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭						
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		麻痺の有無: なし ・ あり ()				
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助						
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー						
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 (状態)						
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用						
認知精神面	認知症: なし ・ あり			【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害				
	専門医への受診: なし ・ あり ()			()				
	精神状態(疾患): なし ・ あり ()			【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()				
コミュニケーション	会話: 可 ・ やや困難 ・ 不可能 ()			聴覚: 支障なし ・ 支障あり () 視覚: 支障なし ・ 支障あり ()				
褥瘡	なし ・ あり (部位)			体圧分散マット: 使用していた ・ 使用していなかった				
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助							
医療的処置	義歯の有無: なし ・ あり							
	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 (内容: 回数 / 日 自己注射 可・不可) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器							
その他連絡事項	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()							

お願い: カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。

事業所名:

連絡先: TEL

FAX

担当ケアマネジャー:

様

作成日:

氏名				性別		生年月日			年齢					
入院期間				要介護度	未申請		再申請中		新規申請中		非該当			
病名					要支援		1	2	要介護		1	2	3	4
				身長	cm			体重	kg					
入院中の経過														
家族構成				既往歴				(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション 不可 可能 ツール 言語 筆談 ジェスチャー 他 (家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向						
キーパーソン:														
連絡先:														
入院中の状況						在宅療養上の留意事項								
栄養	食事	自立 見守り 一部介助 全介助					食事内容: 一般食 特別食 ()							
	食形態	主食(常食 粥 ペースト)					Kcal g							
		副食(普通 ソフト食 刻み ペースト)					禁止食品:							
	方法	経口 経管栄養(鼻腔 胃ろう 腸ろう) 輸液					経管栄養の内容・量等:							
排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助					カテーテル:(尿道 膀胱ろう 腎ろう)							
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助					導尿: 時間毎							
	失禁	なし あり ()					サイズ: Fr 最終交換日:							
	方法	トイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル等					排便状況:(回1日) 排便コントロール: 不要 要 便秘薬使用状況:							
入浴	清潔	自立 一部介助 全介助 行っていない					オムツ/リハビリパンツ:(常時 夜間のみ)							
	方法	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭					入浴の制限: なし あり							
移動	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 ストレッチャー					体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上中止							
	歩行	自立 見守り 一部介助 全介助					リハビリの内容:							
	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助					運動制限: なし あり ()							
夜間の状態	不眠	良眠 不眠 (状態:)					不眠時対応:							
	睡眠薬	なし ときどき 常用												
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M					認知症状: 記憶障害 幻覚/妄想 昼夜逆転 介護への抵抗								
	障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J1 A1 A2 B1 B2 C1 C2					暴言/暴力 不潔行為 徘徊 その他								
褥瘡*	精神状態(疾患): なし あり ()													
	d	e	s	i	g	n	p	体圧分散マット: 不要 要 マットの種類: ()						
	d	e	s	i	g	n	p	体位変換: 不要 要 ()時間毎						
口腔清潔	自立 見守り 一部介助 全介助					口腔の痛み: なし あり ()								
						義歯: なし あり ()								
感染症の有無	なし あり ()					退院後必要な福祉用具								
医療的処置の有無	なし インスリン注射(自己注射: 可 不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器													
	あり 非侵襲的人工呼吸器(使用状況: 常時 夜間のみ 昼のみ) 中心静脈栄養													
					喀痰吸引 (回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理									
その他														

情報提供元の医療機関名:

* 別紙判定基準参照

所属:

記載者氏名:

責任者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆):