６．　工程管理と各ステップにおけるポイント

ＳＴＥＰ０	在宅・施設生活（普段から）	・・・１６
ＳＴＥＰ１	入院時（３日以内をめやすに）	・・・１８
ＳＴＥＰ２	入院時（７日以内をめやすに）	・・・２０
ＳＴＥＰ３	入院中（退院確定・退院前カンファレンス開催）	・・・２２
ＳＴＥＰ４	退院時から在宅・施設生活（退院後１か月程度）	・・・２４

STEP 0　入院に備え日頃から準備

● **利用者について**

□ かかりつけ医の指示事項・留意事項を把握しておく

□ 利用者が入院にいたるリスクをかかりつけ医や看護師に確認しておく

□ 利用者の受診医療機関と受診日を把握しておく

□ 「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」を事前に準備しておく

□ 「わたしのきぼうノート」を活用し、ご本人ご家族の生活や治療の意向を確認しましょう

□ 協力関係に問題がある場合の入院連携のイメージ作りをしておく

● **入院医療機関について**

□ 医療機関の連絡窓口（部署／担当者）を把握しておく

● **情報提供・連携について**

□ お薬手帳、保険証等の確認（ケアマネジャー等の名刺も適宜確認）

□ 入院時のお願いについて事前に伝えておく

□ いわて中部ネット（岩手中部地域医療情報ネットワークシステム）加入について適宜確認する

利用者の基礎疾患やかかりつけ医（以外にかかっている医療機関）の把握、通院頻度、かかりつけ薬局などの情報を把握しておきましょう。
　日頃から診療所の看護師や病院のＭＳＷ、看護師と情報の共有をするよう心がけましょう。
　入院のリスク予測をしておきましょう。
医療依存度が高い方、認知・精神機能に不安のある方については、必要に応じて受診時同行するなどして医師の見通しを聞いておくと良いでしょう。伝わりやすい記録の整理を。

⇒通院時情報連携加算　利用者１人につき１月に１回を限度として算定可能

本書９ページの「④ 医療・介護の相談窓口」で医師のアポ時間を確認しよう。

● 入院時支援

□ 入院を予定している方へ、入院前から入院生活・入院後に、どのような治療過程を経るかイメージし、服薬の確認、褥瘡の有無、栄養スクリーニング等の情報提供と支援を行ないましょう。

□ 入院前に得られた情報をもとに患者・家族のニーズを捉え、意思決定支援をする多職種と連携を図り早期に安心して退院できるようにする

□ 入院に関連する外来・病棟・関係部署への連絡をする

□ 入院時のADL・IADL、生活状況やどのような生活を送りたいか本人の意向を確認する。本人の意向を早期に得られることは、本人の退院後の生活をイメージするのに有用です

【入院支援看護師の役割】
入院時支援加算予定入院患者に対し、関係機関と連携して、入院前に、身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報、入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握、褥瘡に関する危険因子、栄養状態、退院困難な要件の有無の評価、入院中に行われる治療・検査、入院生活の説明を行い病棟職員との情報共有や患者や家族等への説明を行う。

居宅（介護支援事業所）ケアマネとは？
介護認定を受けた高齢の方が自宅（住宅型有料老人ホームも含む）で介護サービスを受けるための支援をするケアマネジャーのことです。

STEP 1　入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供

介護従事者　入院時（3日以内をめやすに）

● **家族・協力関係者から**

□ 入院時の情報を確認する（状況、手続きの控え等）

□ 不安に思っている事は無いか確認する

□ 協力体制の再確認（誰が対応するか？連絡は取れるか？）

● **入院医療機関から**

□ 入院医療機関の連絡相談窓口を把握する

□ カンファレンス、病状説明の予定を確認する

● **入院医療機関へ**

□ 「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」を提出する（入院時情報連携加算）

□ 入院医療機関の連絡相談窓口に要望を伝える

・ 退院前カンファレンスの開催の有無について確認をする

・ 退院予定（入院見込み）について確認する

・ 必要に応じて退院前訪問実施の確認

※この時期は家族の不安の受け止めを行うことに注力しましょう

資料編（1）「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」
北上市及び在宅きたかみのホームページからダウンロードできます。家族状況や本人の意向は、退院に向けての重要な情報となりますので具体的に記載できると良いでしょう。
緊急時の連絡先を複数記載している場合は、予め医療機関への情報提供の同意を得ておく必要があります。

※本人や家族の方が不安になるような言葉は言わないようにしましょう。
例えば、「病気のことは全部病院に相談してください。私は分かりませんから」など・・・

必要に応じて、在宅情報の他にケアプラン、利用票も提供しましょう。各事業所へは入院した事実のみを伝えましょう。その場合簡単な報告にとどめ、今後の見通しなどについて憶測はせず、不用意な情報を伝えないようにしましょう。

STEP 1　入院時のスクリーニングとアセスメント

● スクリーニングとアセスメント

□ 退院支援の必要な患者について退院困難な要因（入退院支援加算算定要件）についてスクリーニングを実施する

□ 本人、家族の抱えるニーズをアセスメントする

□ 支援の必要性を本人、家族と共有し動機づけをする

□ すでに要介護認定を受けている方の場合は担当ケアマネジャーを確認する

□ 介護保険認定申請を行っていない方については、申請や介護サービス利用の必要性についてアセスメントを行う

□ アセスメント実施後は入退院支援計画書を立案する

※　この時期は家族の不安の受け止めを行うことに注力しましょう

○退院支援を行うにあたり知り得た情報（傷病に関する情報、経済的、心理的、社会的な個人情報）の取り扱いについて、患者のプライバシーを尊重し、秘密を保持する義務があります。また、情報リテラシーを高める必要があります。
○ご本人・ご家族の意向確認、退院支援スクリーニング、「医療と介護の情報提供書（在宅情報）」等をもとに退院を妨げる問題点等についてアセスメントを行い、退院支援が必要な方について情報の共有を行いましょう。

※本人や家族の方が不安になるような言葉は言わないようにしましょう。
例えば、入院直後に「もう家に戻る事は無理ですね。施設を探してください。早く相談してください。」など・・・

【退院支援】
患者や家族が、どこでどのように療養生活を送れば良いかを自ら選ぶことができるように関わること。
【退院調整】
患者がどの環境においても、必要な医療を継続していけるように、居宅サービス利用、療養環境整備、必要物品の調達、療養費の試算といった、多方面からの調整を行うこと。

STEP 2　入退院支援計画に役立つ情報提供と、多職種の視点を学ぶ場に参加し、情報収集

介護従事者　退院調整期

● **家族・協力関係者から**

□　（可能なら）本人・家族への病状説明の場に参加（特に新規相談）

□　入院医療機関から渡された「入院診療計画書」等を確認

□　医療機関からの説明を再度確認する（家族の認識、課題の共有等）

● **医療機関との情報の共有、確認（医療機関より連絡を受ける場を想定）**

□　経過について（病状、処置、身体看護、認知精神、リハビリ等）

□　退院先（自宅、施設、転院）の確認

　カンファレンスの相談→状況、必要に応じて開催の相談をする

● **入院医療機関へ（適宜）**

□　提出した在宅情報で伝えきれていない情報を提供する（協力体制の変化等）

□　介護保険要介護認定申請（区分変更）の相談時期についても検討する

・急性期を過ぎて容態が安定してきた頃に相談する

・入院前の状態に回復することが難しいと判断される場合は申請を検討する

・医療機関支援担当者にも相談する

（転院が予定されている場合は転院後の申請でも構わない場合があります）

※　「慌てて申請」が取り越し苦労を生むことがあります。
　少し落ち着いて区分変更申請について検討しましょう。

医療的対応・処置がどの程度行われているか確認しましょう。
主な状態別に準備が必要なもの、方法等について備えましょう。

家族や身内に協力者がいない、協力関係に問題がある場合の対策は？施設入所時に問題となる点、任意後見、成年後見等必要に応じて支援の連携を図りましょう。

治療材料、衛生材料、栄養剤などは医療保険が適用されるものと適用外のものがあります。予め確認を行ないましょう。

STEP 2　入退院支援計画立案と退院支援（退院調整）開始

- □ 医師が作成する「入院診療計画書」、退院支援スクリーニングとアセスメント内容をもとに退院支援専従看護師、病棟看護師、退院支援看護師及びＭＳＷと協働してカンファレンスを行い「入退院支援計画書」を作成する。
- □ 本人・家族等と面談を行い、退院困難な要因、退院に係る問題点、退院へ向けた目標、支援期間、支援概要、予想される退院先などの支援方針の共有を行う
- □ ケアマネジャーへ情報提供を行い相談支援を開始する
- □ 入院前に利用していた介護サービス等と現状を考え、今後使用が予想される介護サービス等を共有する（検討した内容に応じてケアマネジャー等もカンファレンスに参加する）
- □ 介護保険要介護認定申請（区分変更）の相談時期についても検討する
  - ・急性期を過ぎて容態が安定してきた頃に相談する
  - ・入院前の状態に回復することが難しいと判断される場合は申請を検討する
  - ・担当ケアマネジャーにも相談する

  （転院が予定されている場合は転院後の申請でも構わない場合があります）

※　「慌てて申請」が取り越し苦労を生むことがあります。
少し落ち着いて区分変更申請について検討しましょう。

○在宅スタッフを含めたカンファレンスは退院時に限らず、必要時開催することでスムーズな退院支援につながります。

○介護保険認定新規申請の相談を、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所へ行うよう、ご家族等へ案内を行う場合、相談対応をお願いする先への情報提供を行いましょう。
○退院後の療養環境に応じて退院調整を行いましょう。
居宅サービス利用、療養環境整備、必要物品の調達、療養費の試算など
（褥瘡　経管栄養　在宅酸素療法　喀痰吸引や吸入　点滴　透析留置カテーテル　中心静脈栄養　ストマ治療材料　衛生材料　栄養剤等）

【介護支援等連携指導料】
入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師及び看護師、社会福祉士、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定可能

STEP 3　退院許可を受けて退院前カンファレンスを依頼する

- □ 医療機関へ連絡し、相談窓口担当者と面談のうえ利用者の状態像の変化や今後予想される「課題」が変わっていないかを確認する
- □ 病院スタッフから確認した情報から課題を把握しケアプラン第２表を作成する本人・家族の意向をくみ取り情報を共有する
- □ 退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を入院機関へ伝達する。
- □ 作成した「ケアプラン原案第２表」をもとにケアマネジャーが提示した各課題に対し、必要に応じてサービス事業所調整を図る
- □ 退院許可を受けて退院前カンファレンスを開催する

退院前カンファレンス（事前に確認すべき事項）
【病院との連携】
・入院中の様子、本人家族への説明（告知の状況）
・今後のフォローアップ方針（主科と主治医/受診の頻度・スケジュール/緊急受診のタイミングや症状・兆候）
・主治医意見書、訪問看護指示書の依頼先
・今後の生活への影響と対応（入院前との変化）
・在宅での医療機器（日常の管理・トラブルの対応）
・在宅での医療処置の家族への指導状況
・処方薬の有無と内容（一包化調剤など）
・退院日、退院時刻、退院時の移送手段

入院中に行わなければならない治療が終われば退院許可は出ますが、家に帰る準備が整うことではありません。栄養や薬剤・医療処置など情報収集をしましょう。入院中のリハビリの様子を確認しておきましょう。退院後の課題について事前に共有しておくと良いでしょう。

STEP 3　退院前カンファレンス

- □ ＡＤＬを評価し、院内各専門職から収集した情報をもとにケアマネジャー等へ必要となる介護サービスについて情報を提供する。（退院後の食事形態や排泄は誰がどのようにするのか具体的に考える）
- □ 本人・家族の意向についての最終確認を行い退院後の生活に必要な連携を図る。介護する方への実技指導は必要か評価する（おむつの当て方やサイズ、車いすへの乗せ方など）
- □ 必要に応じて退院前訪問指導を実施する
- □ 身体障害者手帳や特別障害者手当などの社会福祉・社会保障制度等の社会資源を活用できるよう、あらかじめ本人・家族のニーズを確認し、必要な申請手続きなどを進めておく。現時点で制度利用が難しい場合も含めて、社会資源の活用状況について在宅スタッフと情報の共有を行う
- □ 退院後の通院の有無及び通院が可能な状態か確認を行う
- □ 今後のフォローアップ方針（主科と主治医/受診の頻度・スケジュール/緊急受診のタイミングや症状・兆候）を確認する
- □ カンファレンス時に必要な情報はあらかじめ資料としてまとめておく
- □ 資料とは別にカンファレンス時に検討したいことについて準備しておく（カンファレンスは確認の場となります）
- □ 医療ケアチームで在宅施設ケアを支えているという安心感を本人家族が実感できるよう対応する

退院前カンファレンス（事前に確認すべき事項）
【在宅医療チームとの連携】
・緊急時対応（ファーストコール体制）
・在宅での医療機関・医療処置の相談窓口（訪問看護など）
・在宅での医療機器にトラブルが発生した際の連絡先（管理会社、病院など）
・衛生材料など消耗品の入手方法（薬局、医療機関より提供など）
・緊急を要する症状、緊急時の連絡先
・今後の見通し
・アドバンス・ケア・プランニング

医療従事者側が退院後の生活をどれだけ描けるかで支援の仕方は変わってきます。入院は本人・家族にとって大きなイベントです。入院前の生活と大きく変化した状態で退院する場合は、より丁寧な準備、支援が必要となります。在宅を支援するスタッフと事前の打合せがとても重要になります。

STEP 4　退院前カンファレンス後　～　退院後

- □ 入院医療機関の多職種から指摘事項を受けてケアプランの第２表を修正し、ケアプラン原案を作成する
- □ 適宜サービス担当者会議を開催し、関係者と退院カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する
- □ ケアプランを完成させ（本人の）同意を得たら関係機関・部署に配布する
- □ 入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、情報提供書類の提供を依頼する（看護サマリー/リハサマリー/退院・退所情報提供書など）
- □ 退院日時、退院方法の確認をする→医療機関と共有する

● かかりつけ医との連携

- □ 必要に応じて退院後初回受診に同行してケアプランをかかりつけ医に提供する
- □ 利用者宅で行われるサービス担当者会議や緊急時カンファレンスについて参加し情報交換に努める

退院時、
・自家用車か介護タクシーか施設車両か？確認しておきましょう。（誰が手配する？家族、病院、ケアマネジャー？）
・車から家までの移動方法の確認
・（本人、家族の同意を得て）ご近所や民生委員への連絡を行う
・場合によっては、地域の見守りネットワークの登録を行う
※見守りネットワーク登録は行っていない方に対しても、見守りの視点を持って支援を行うことが重要です

ケアプラン原案は、医療機関のカルテ診療録に保存記録しなければならないため提供するようにしましょう。
「ほとんど在宅・ときどき入院」

STEP 4　退院前カンファレンス後　～　退院後

● 退院前カンファレンス後

□ 退院時必要な物品、処方内容、次回受診日、急変時の対応方法等について確認する

□ 各サマリーの準備をする
（看護サマリー/リハサマリー/栄養、薬剤に関する情報提供書など）
※栄養に関するものは、食形態や必要なカロリー摂取時の姿勢や水分量など

□ 外来担当者との情報共有及び引継ぎを行う

● 退院後

□ 特に退院後初めて外来にいらした際は、退院後の療養生活の様子や不安に感じていることなど、患者や家族からお話を伺うように努める

□ 必要に応じて、担当ケアマネジャーへの情報提供を行う
（外来通院の頻度、内服管理状況、療養指導内容など）

看護サマリーとは（看護の集約、誰に向けて書くのか）
入院中にどのような看護を行ったのか？経過やリスクのみでなく、在宅や施設への退院に向けて、必要な観察項目、注意点、看護の方法等を記載するようにしましょう。また、本人家族の意向や社会的背景を意識しましょう。
○病状・経過
・次回受診日（訪問診療開始日）
・病院から患者、家族への病状説明内容と患者、家族の受け止め方
○ADL（移動、移譲、食事、排泄、入浴、整容、更衣、皮膚　その他項目）
○IADL（手段的生活動作）買い物や電話対応、食事の準備など
○服薬管理（病院での援助方法とアドヒアランス（患者さんが自身の病気についてきちんと受け止め積極的に参加すること））
○医療処置　在宅での具体的な方法
○療養上の問題点

退院について本人・家族がどのように捉えているかを把握することがとても重要です。不安や心配をくみとり、介護側のスタッフと共有することも大切です。
「病院の退院日は在宅の入院日」

７．医療・介護人材育成のための研修会

研修会、勉強会、講演会など、様々な機会を通じて自身のスキルアップや多職種の人的ネットワーク形成などにつとめましょう。北上市内及び近隣で開催される研修会等の情報については、“在宅きたかみホームページ”に随時掲載しておりますのでご覧ください。

８．資料編

１）医療と介護の情報提供書（在宅情報）～様式、記入方法、記入例～
２）『わたしのきぼうノート』の紹介
３）人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（解説編）
４）意思決定支援に係る各種ガイドライン

＜その他参考となる資料＞

１）北上市内居宅介護支援事業所等ケアマネジャー一覧表（医療機関相談窓口含）（発行：在宅きたかみ）
２）きたかみ在宅医療介護情報一覧　（発行：在宅きたかみ）
３）きたかみ福祉相談・福祉サービストータルガイドブック（発行：北上市社会福祉協議会）
４）がんサポートブックきたかみ　（発行：北上市健康づくり課）
５）きたかみ　市民の生活ガイド　（発行：北上市都市プロモーション課）
６）安心・相談お助けブックまちのお助け便利帳　（発行：北上市長寿介護課）
７）ともにはぐくむ介護保険　（発行：北上市長寿介護課）
８）北上市障がい福祉まるわかりガイド　（発行：北上市自立支援協議会）

※　それぞれのホームページを閲覧するか、各発行窓口までお問合せください。