



盛岡圏域 入退院調整支援ガイドライン

平成 27 年 3 月

(平成 29 年 3 月改訂)

盛岡広域振興局

岩手県県央保健所



目 次

I	ガイドラインの基本的な考え方	1
II	入退院調整の流れ	4
III	入退院情報提供手順	
	ステージ① 入院する前	5
	ステージ② 入院する時	6
	【退院支援の必要性の目安】	7
	ステージ③ 退院が決まった時⇒退院	9
	ステージ④ 退院から在宅生活へ	10
IV	参考様式	
	(様式1) 入退院情報共有シート	11
	(様式2) 退院時情報(提供・共有)シート	12
	資料	
	退院支援関係者連絡先	13
	ガイドライン作成経緯	15

I ガイドラインの基本的な考え方

1 入退院調整とは

- 在宅の高齢者が入院する際に在宅支援担当者（ケアマネジャー等）から病院（看護師等）へ、同様に病院から退院し在宅に戻る際に必要な情報が交換・共有され、必要な医療・介護が円滑に提供されるための仕組み。
- 特に退院調整とは、「退院後の生活に対する対象の不安・心配及び意向を把握して、退院後の生活に必要な人的・物理的環境に対して支援者となり得る人や機関などと連絡を取り、各支援者の役割が対象にとって最適なものとなるように支援体制を整えること」とされている。

2 退院支援が必要な患者とは（例示）

- 立ち上がりや歩行に介助が必要
- 食事に介助が必要
- 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 認知症の行動・心理症状や全般的な理解の低下
- 入退院を繰り返しているなど、在宅での（自己）管理が困難と想定
- その他の事例
 - ・ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
 - ・ （ADL は自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引等）が追加された方

※ 退院支援の必要性の目安は、7 ページ参照

3 退院支援担当者とは（巻末資料 13 ページ参照）

（１） 医療（病院）

「医療連携室」等の退院調整を担当する看護師、医療ソーシャルワーカー、社会福祉士等、病棟の看護師等

（２） 介護

① 対象者が介護認定を受けている場合

居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、市町介護保険担当課の担当者

（要介護の場合）居宅介護支援事業所

（要支援の場合）地域包括支援センター

市町（村）介護保険担当課・・・介護認定の受付、審査、各種問い合わせ

② 対象者が介護認定を受けていない場合

- 「要介護の場合」：居宅介護支援事業所
- 「要支援の場合」：地域包括支援センター
- 不明、未認定の場合：市町（村）の介護保険担当課に問い合わせる。

※ 要介護認定を受けている人の場合、担当者は居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）となるが、それ以外の方の窓口は、地域包括支援センターとなるので、以下「入退院情報提供手順」の用例は適宜読み替えること。

4 入退院調整の基本

（１）趣旨

- 入退院調整は、医療と介護の連携を進めるうえで重要な契機となるものであり、このガイドラインはこれに関する一定の仕組みを作り、関係者が共有することによって、患者（利用者）の入院から在宅という生活ステージの変化に的確に対応しようとするものであること。
- このガイドラインは、入退院調整に関する地域・事業所の既存の取組み、システム、ルール、様式（シート）等を否定するものではなく、これを参考に、患者（利用者）にとって最もふさわしい支援や、医療と介護の円滑な連携方策等を模索していくツールのひとつであること。
- 入退院調整を円滑に進めるためには、関係者相互の信頼関係が基本となるものであり、常日頃から、その関係性の構築に努めることが必要不可欠であること。

（２）運用

- このガイドラインは、当分の間、盛岡保健医療圏域及び盛岡高齢者福祉圏域（以下「盛岡圏域」という）に所在する市町、地域包括支援センター、病院及び居宅介護支援事業所の範囲において運用することを想定していること。
 - 別紙「入退院情報提供手順書」により、入院前⇒入院時点⇒退院日決定⇒退院時のステージごとに、病院・介護双方の行うべきことを簡記したが、運用にあたっての留意事項は、各機関において適宜追加していくことを想定していること。
 - 運用にあたっての課題・問題点は、病院・介護が話し合い、解決に努めること。
 - 利用者（住民）に関する地域において完結できる課題・問題点は、市町担当課・地域包括支援センターが中心となって解決に努めること。
 - 県央保健所は、ガイドラインに関わること等全体的なコーディネートをする
- こと。

- 個人情報保護については、医療、介護双方における関係者（当事者）相互の所定の同意手続きによるほか、利用者の尊厳・プライバシーの保護に十分配慮すること。

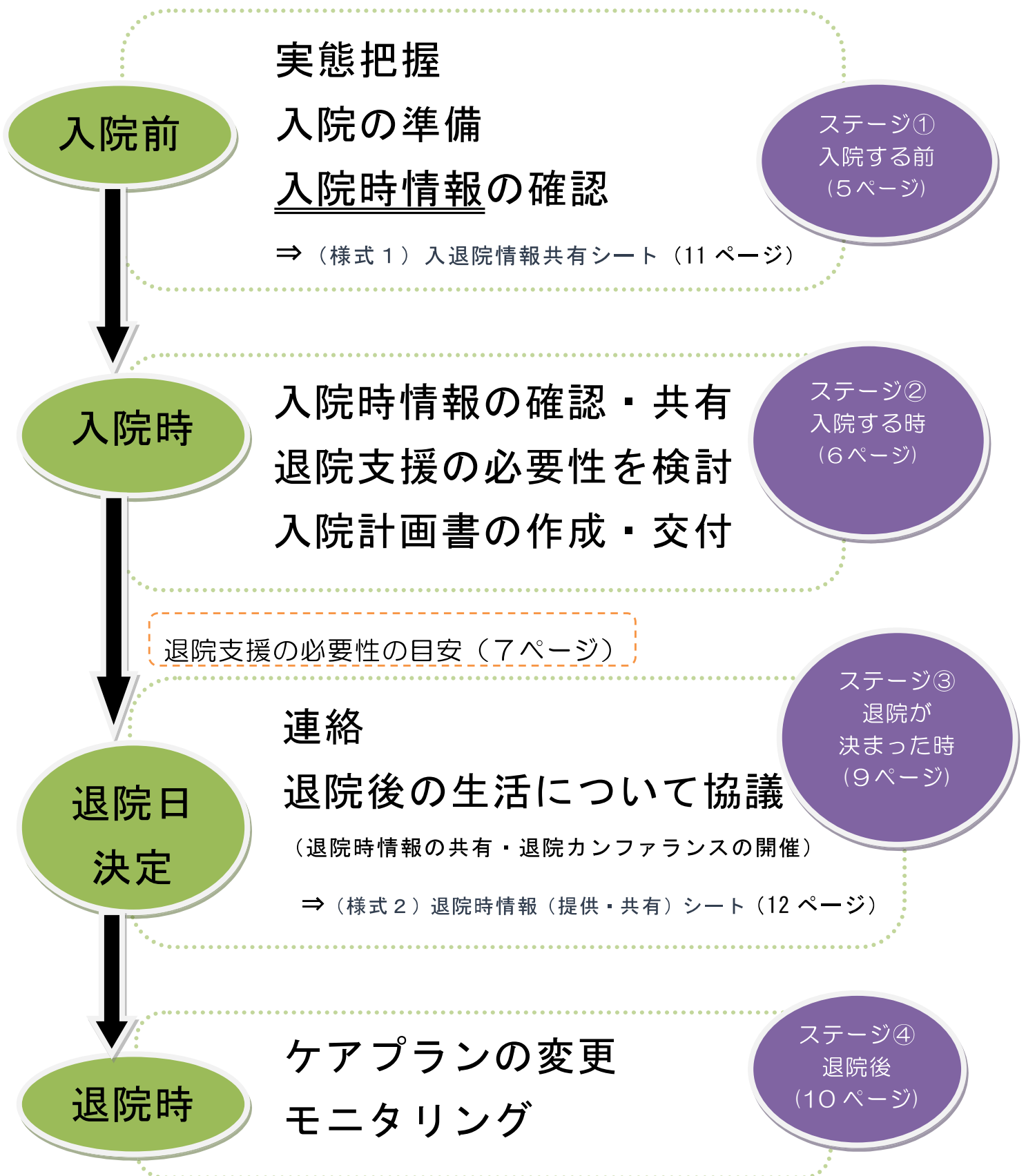
（３） 研修・普及

- 病院、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターは、所属職員に対しこのガイドラインの周知に努めること。
- 県央保健所は、研修や会議等の実施による説明等により、ガイドラインの周知・普及に努めること。
- 関係者は、関連する諸制度（医療保険制度、介護保険制度等）の理解及び各種社会資源の把握に努めること。
- なお、当該制度、特有な用語、用例等について、相手方に理解しやすいようなものにするよう配慮すること。
- 県央保健所は、定期的かつ随時担当者名簿等を更新、管理を行い、関係機関に周知すること。

（４） 評価及び改訂

- 県央保健所は、概ね半年に１回程度、定期的にガイドラインの使用状況を把握するほか、必要に応じてガイドラインの改訂等必要な措置を講じること。その際、関係機関から意見を聴くこと。

Ⅱ 入退院調整の流れ



Ⅲ 入退院情報提供手順

ステージ① 入院する前

何をするのか	病院（看護師・医療ソーシャルワーカー等）	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
○ 実態把握	☐ 外来通院の場合、患者の状況等を把握 ^{※1} （必要に応じて、患者家族等への支援）	☐ 利用者の心身の状況や生活環境を把握。 ☐ サービス利用の状況及びモニタリング、再アセスメントの励行
○ 入院の準備	※2	☐ 必要に応じて病院担当者と入院の可能性等を聴取
		☐ どのような場合、ケアマネジャーに連絡するようにすれば良いか、あらかじめ家族に説明する ^{※3}
○ 入院時情報の確認		☐ （入院が予想される場合）入院時情報の作成準備

（留意事項）

※1 （例） 患者本人の状況、付添者の状況 など

認知症の患者や家族介護が見込まれない場合などは、必要に応じてケアマネジャーと連携をとることが想定される。

※2 入院案内のパンフレット等に記載される「入院時必要な物」の項目に、「介護保険証」、「担当ケアマネの名刺」等を追加する。

※3 入（退）院時、利用者・家族との連絡を密にするためには、日頃からの信頼感に基づいた関係性が保持されることが必要になる。

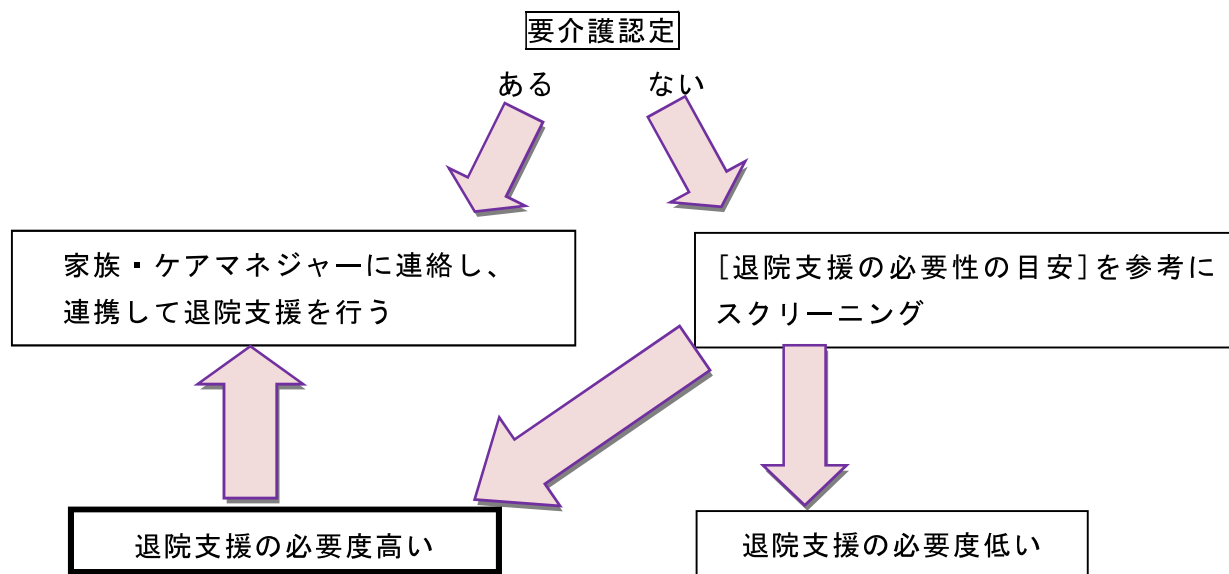
ケアマネジャーは、利用者及び家族に対し、病院は療養の場であって生活の場でなく、いずれ家に帰ることを理解していただきながら、「その時どうするか」を日頃から話し合うよう心掛ける。

例）○入院が決まった時 ○入院中に介護度の区分変更が必要になった時
 ○退院日が決まった時 など

ステージ② 入院する時

何をするのか	病院（看護師・医療ソーシャルワーカー等）	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
○ 入院時の 情報確認・共有	☐ 介護保険証の確認※ ⁴ （申請中の場合は <u>資格者証</u> ） ☐ 担当ケアマネジャーの 確認・連絡 （家族経由または直接）	☐ 病院・家族への連絡、確認
		☐ 入院時情報共有シートの 作成・提供
○ 入院計画書	☐ 入院計画書の作成及び 家族へ交付	
		☐ 家族から入院計画書の情報 提供を受ける。
○ 退院支援の 必要性を検討す る。	☐ 各病院のスクリーニング・ 退院支援の必要性の目安（次ペ ージ参照）等を利用し検討する。	☐ 病院との情報共有
○ 区分変更の 必要性検討 （必要時）		
（留意事項） ※ ⁴ 介護認定の有無等が不明の場合には、住所地の市町介護保険担当課に相談する。		

【退院支援の必要性の目安】



[退院支援の必要性の目安（入院から3日目までに実施）]

	退院支援の必要度高い
① 家族の介護力	☐ 独居である ☐ 介護者が75歳以上の高齢夫婦である ☐ 同居家族はいるが介護力が低い、または介護の意志がない
② 日常生活の自立度	☐ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること） ☐ 移動に介助や見守りが必要である ☐ 意志の疎通に支障がある ☐ 薬剤や処置の必要性が理解できない ☐ 繰り返しの説明が必要である
③ 認知機能の低下	☐ あり
④ 経済的問題	☐ 医療費、介護利用料金が負担になっている。
⑤ 患者の在宅療養への意思	☐ 患者本人が在宅で生活することに不安を訴えている。 ☐ 同居者の有無にかかわらず必要な介護を十分に提供できる状況にないこと ☐ 排泄に介護を要すること
⑥ 家族の在宅療養への意思	☐ 家族が在宅での療養を希望していない

	退院支援の必要度高い
⑦ すでに利用しているサービス	☐ あり ☐ 通所介護 ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハ ☐ 訪問入浴 ☐ 小規模多機能 ☐ その他（ ）
⑧ 現在の医療処置	☐ あり ☐ 中心静脈栄養 ☐ 経管栄養 ☐ 胃ろう ☐ 酸素吸入 ☐ 気管切開 ☐ ストーマ ☐ 各種ドレーン ☐ その他（ ）
⑨ その他	☐ 入退院を繰り返していること

ステージ③ 退院が決まった時⇒退院

何をするのか	病院（看護師・医療ソーシャルワーカー等）	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
○ 連絡	☐ 本人 ☐ 家族 ☐ ケアマネジャー	
		☐ 退院の連絡をうけ、退院後の生活、介護サービス内容について検討・調整 ☐ 退院支援に関する家族の同意を得る。 ☐ 病院担当者との面談
○ 退院後の生活について協議（退院時情報の共有・退院カンファランスの開催）	☐ 退院カンファランスの実施	☐ 退院カンファランスの参加
	☐ 退院時情報共有シートの作成・提供	
	☐ 退院後の生活について協議 ・ 本人・家族の意向を確認	
(留意事項)		

ステージ④ 退院から在宅生活へ

何をするのか	病院（看護師・医療ソーシャルワーカー等）	居宅介護支援事業所（ケアマネジャー）
○ ケアプラン の変更 (必要時)		
○ モニタリング		☐ モニタリング、サービス調 整
○ 外来通院へ の移行	☐ 外来通院の頻度、投薬、健 康管理等の指示内容の情報提供 (随時)	
(留意事項)		

IV 参考様式

(参考様式1)

入院時情報共有シート

年 月 日

御中

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	

氏名		生年月日		年齢	性別	身長	体重
		明・大・昭	年 月 日	歳	男・女	cm	kg
緊急連絡先	氏名	続柄	住所			電話番号	
既往歴							
要介護度	☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 要支援 1・2 ☐ 要介護 1・2・3・4・5 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日						
家族構成図		家族・生活の状況に関する情報					
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性		住環境 ☐ 一戸建 ☐ 集合住宅(階建 階)エレベーター あり・なし サービス利用状況 ☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 通所介護(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問リハビリ(回/週) ☐ 短期入所(回/週) ☐ 福祉用具貸与(内容:) ☐ その他()					
入院前のADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入		
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 手引き ☐ いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用		
食事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 軟菜 ☐ 刻み ☐ ペースト ☐ 経管栄養(☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ その他())		
口腔ケア	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無		
入浴	☐	☐	☐	☐	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス		
更衣	☐	☐	☐	☐			
排泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ(☐ 夜間のみ) 医療処置: ☐ パルーンカテーテル ☐ ストマ		
服薬管理	☐	☐	☐	☐			
夜間の状態	☐ 良眠 ☐ 眠剤使用() ☐ 不穏()						
認知症	なし・あり (特記事項)						
徘徊行動	なし・あり						
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症高齢者の日常生活自立度		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M					
その他の医療機関		()() ()					
在宅復帰にあたり考慮いただきたい内容							
連絡事項・その他							

事業所名() 御中

年 月 日

退 院 時 情 報 (提 供 ・ 共 有) シ ー ト 病院名()

氏名		生年月日		年齢	性別	身長	体重
		明・大・昭 年 月 日		歳	男・女	cm	kg
面談日時	平成 年 月 日 () 時 分 ~ 時 分			場所			
面談者				病院の連絡窓口 (所属)			
入院の原因となった病名							
合併症				退院予定日 平成 年 月 日 ころ			
病院主治医				在宅主治医	医療機関名 ()		
キーパーソン				(続柄) (連絡先電話番号) ()			
病院から患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望							
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入		
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用		
移乗方法	☐	☐	☐	☐			
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 有 ☐ 無		
食事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 (☐ 経鼻 ☐ 胃ろう ☐ その他 ())		
					主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー 水分: 与えみ剤使用 ☐ 有 ☐ 無 (摂取量 割)		
					副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ムース状 ☐ ミキサー (摂取量 割)		
					(摂取制限 あり なし) ☐ カロリー () Kcal ☐ 水分摂取量 () ml ☐ 塩分 () g ☐ カリウム (生野菜・果物) ☐ 納豆 ☐ その他 ()		
入浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限 ☐ 無 ☐ 有 (シャワー ・ 清拭 ・ その他)		
更衣	☐	☐	☐	☐			
排泄	☐	☐	☐	☐	場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ 医療処置: ☐ パルーンカテーテル ☐ ストマ		
服薬管理	☐	☐	☐	☐			
療養上の注意	☐ 無 ☐ 有 (☐ 幻覚・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ 短期記憶障害 ☐ その他 ()						
医療処置	☐ 気管切開 ☐ 在宅酸素 ☐ 喀痰吸引 ☐ 褥瘡 ☐ インスリン ☐ その他 ()						
感染症	☐ HBV ☐ HCV MRSA: 保菌 ☐ 発症 (部位: ☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他 ()						
介護保険制度の説明	☐ 有 (誰に 希望サービス ()) ☐ 無						
退院指導の内容	☐ 有 (誰に対し、どのような指導をしたか特記事項に記入) ☐ 無						
特記事項 (在宅生活において留意いただきたいこと)							