

別冊 湖西市退院調整ルール

～入院から退院支援・調整の流れ～

(専門職向け)

湖西市の在宅医療介護の目指す姿
～湖西であんきに暮ら住(す)まい

令和3年1月(令和7年1月改訂)

企画：連携支援センター“縁” 連絡会

(市立湖西病院在宅支援室・浜名病院地域連携室・
湖西市役所高齢者福祉課・連携支援センター“縁”)

湖西市在宅医療介護連携推進協議会

発行：湖西市役所高齢者福祉課

湖西市在宅医療・介護連携支援センター（連携支援センター“縁”）

目 次

はじめに	P 3
湖西市退院調整ルール	P 4
入院・スクリーニング	
湖西市退院調整ルール	P 5
面談	
院内カンファレンス	
湖西市退院調整ルール	P 6
退院先の決定	
退院前カンファレンス・サービス担当者会議	
退院	
(資料 1) 退院調整に用いる基準退院時に必要な情報	P 7
(資料 2) 退院調整に用いる情報	P 8
(資料 3) 病院運用ルール一覧	P 9
(資料 4) 市の相談窓口・地域包括支援センター	P 10
(資料 5) 居宅介護支援事業所一覧	P 11
(資料 6) 入院時情報提供書(ケマネジャー用・訪問看護師用)	P 12
(資料 7) 市立湖西病院資料(退院調整スクリーニング実施手順)	P 13
(資料 8) 市立湖西病院資料(退院調整スクリーニングシート)	P 14
(資料 9) 市立湖西病院資料(看護サマリ)	P 15
(資料 10) 市立湖西病院資料(退院前カンファレンス)	P 16
(資料 11) 浜名病院資料(在宅支援スクリーニングシート・退院(在宅)支援スクリーニングシート)	P 17
(資料 12) 浜名病院資料(ソーシャルワーカー情報提供書・看護サマリー)	P 18
(資料 13) シズケア*かけはしについて	P 19

はじめに

1. 湖西市退院調整ルール作成にあたって

住み慣れたこの「湖西市で」「在宅で」暮らし続けたい・・・

その思いを尊重し、ささえる側の私たち専門職が、“在宅なんて無理かも”と初めからきめてしまうことなく、本人・家族の思いを在宅医療・介護の専門職で支え実現しやすくするためにという思いで平成30年度に専門職向け冊子「湖西市の在宅医療・介護【連携お助けブック】」を作成しています。

湖西市在宅医療・介護連携支援センター連絡会（市立湖西病院・浜名病院・連携支援センター“縁”・湖西市役所高齢者福祉課による定期連絡会）に於いて多職種が連携して行く中で入退院時の情報漏れや連携不足を無くするようなルールが必要ではないだろうかという意見がございました。

湖西市在宅医療・介護連携支援センター連絡会、湖西市在宅医療介護連携推進協議会にて検討し、従来の「湖西市の在宅医療・介護【連携お助けブック】」に加え、入院から在宅までの切れ目のない支援の提供を推進したいという考えから退院時における基本的な退院時連携の進め方のルールが作成されました。作成過程において湖西市医会及び地域包括支援センター・居宅介護支援事業所に退院支援ルールについてアンケートの協力を頂きました。社会資源情報は地域包括支援センターの協力を頂きました。

2. 退院調整ルールとは

支援の必要な患者が自宅へ退院するための準備をする際に湖西市内の病院から在宅医・ケアマネジャー等担当者（以降ケアマネジャーと記載）に着実に引き継ぐ為の情報共有や、入院時に病院へ引き継ぐ為の情報共有ルールです。

早急な対応が必要な場合や特異なケースはルールが当てはまらない事もありますのでご了承ください。

他市町の病院との連携につきましては各病院の独自のルールをご確認の上対応をお願いします。

3. 対象者

以下のいずれかの要件を有する者

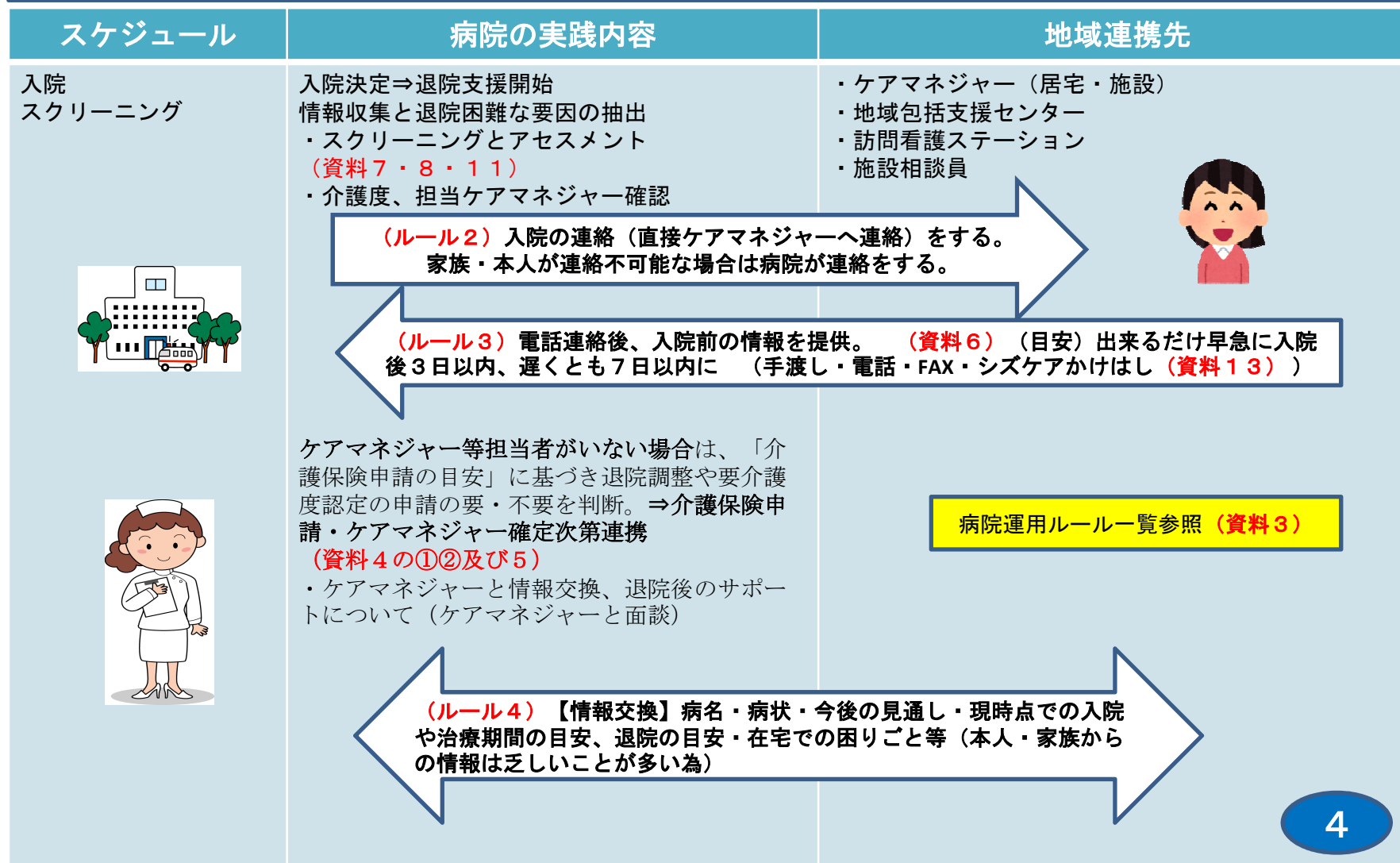
- ①介護保険サービスを現在利用している患者、介護保険サービスの利用を希望する患者
- ②病院担当者が退院調整が必要だと思ふ患者

湖西市退院調整ルール ～入院から退院支援・調整の流れ～

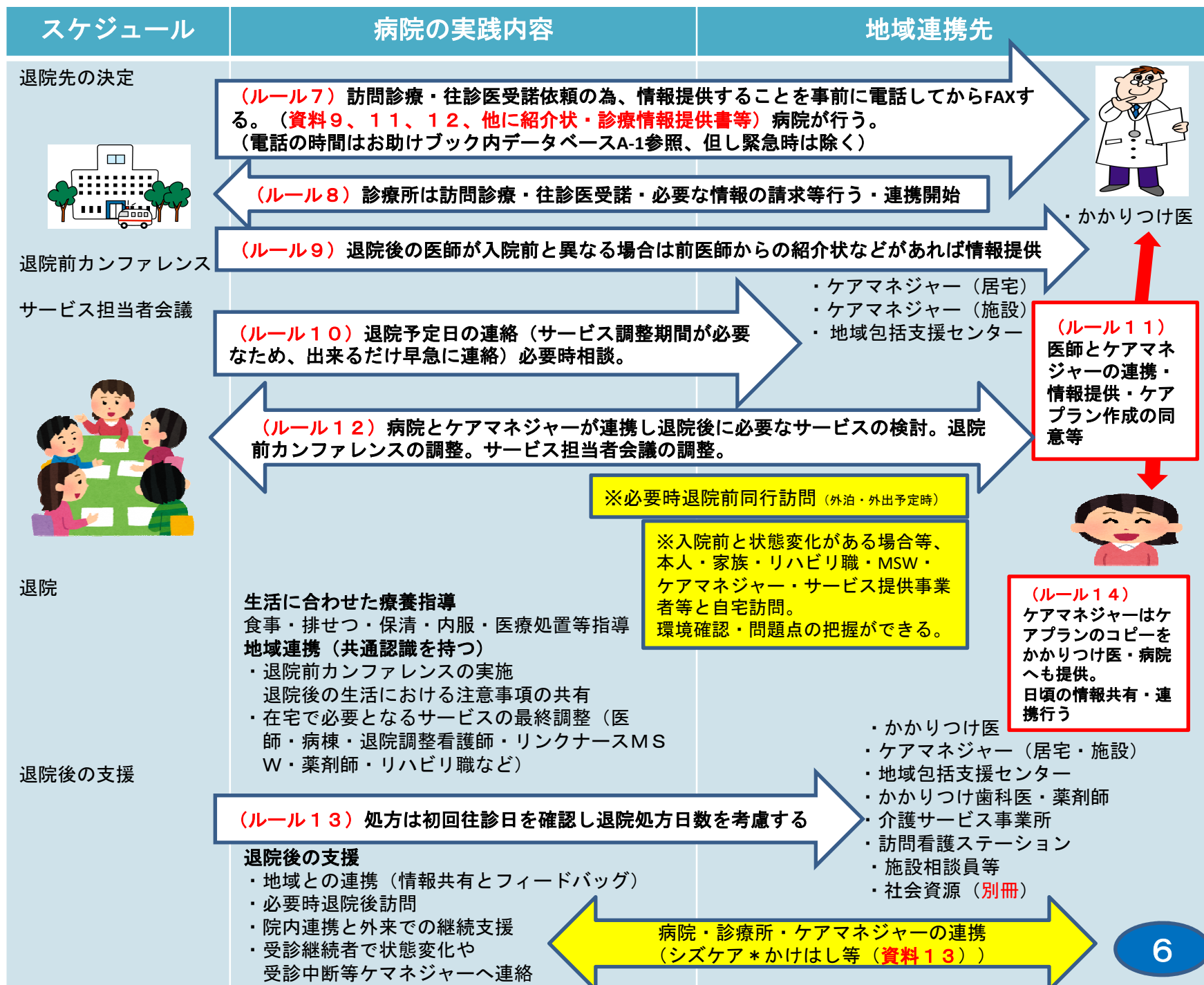
お助けブック 13 ページが基本となっています。※早急な対応が必要な場合や特異なケースはルールが当てはまらない事もありますのでご了承ください

(ルール1) 利用者・家族へもしもの入院の為の準備を伝える。

- ・普段から本人、家族等に入院したらなるべく早く担当者に入院の連絡をする様依頼しておく。
- ・入院したらケアマネジャー情報（担当者名・事業所名、連絡先）を入院先へ伝えるよう契約時や普段の訪問時に伝える。名刺やお助けブック（B-9 様式）等のケアマネジャー情報を介護保険証等に挟み医療保険証、かかりつけ医の診察券、お薬手帳と一緒に保管・準備しておくことを依頼する。



スケジュール	病院の実践内容	地域連携先
面談 院内カンファレンス   	患者・家族への意思決定支援 ・病状の受け止め、今後の生活について確認と擦り合わせ 医療上・介護上の問題点の明確化と目標の共有 ・患者・家族との面談（必要時） ・多職種カンファレンス （医師・病棟・退院調整看護師・MSW、リハビリ職、栄養士など） ・退院支援計画書の作成 （資料10、11） （ルール5）在宅での介護力の確認や要介護度変更申請等必要時相談 （ルール6）（随時連携）※ケアマネジャーの病院訪問は必ずアポをとる （電話・シズケアかけはし（資料13） （相談例） ・必要に応じて家族への病状説明時に同席可能か。（病院・本人・家族の同意必要） ・退院の目途が分かったら連絡を貰うよう依頼 ・身体状況の確認 ・家族等の介護力の確認の為、面談（必要時）	・ケアマネジャー（居宅） ・地域包括支援センター ・訪問看護ステーション ・施設相談員 



《資料 1》 退院調整に用いる基準

病院名	市立湖西病院	浜名病院
内容	退院調整スクリーニング実施手順（資料7） ○病棟カンファレンス（N s ・ D r ） ○退院調整カンファレンス 退院調整スクリーニングシート（資料8）	在宅支援 スクリーニングシート（資料11）
		退院（在宅） スクリーニングシート2（資料11）

《資料 2》 退院調整に用いる情報

病院名	市立湖西病院	浜名病院
内容	看護サマリ (資料 9)	看護サマリー I (資料 11)
	退院前カンファレンス 議題 (資料 10)	ソーシャルワーカー 情報提供書 (資料 12)

#

《資料 4》

市の相談窓口

湖西市役所高齢者福祉課 地域包括ケア推進係	053-576-4916
-----------------------	--------------

（地域包括支援センター日常生活圏域）

名称（電話番号）	住所	中学校区	担当自治会
地域包括支援センター湖西白萩 （家族支援強化型） ☎053-573-2050	湖西市太田450-1 （特別養護老人ホーム湖西白萩内）	湖西（神座含む）	新所、入出、神座 太田、青平、大知波 利木、横山
地域包括支援センター光湖苑 ☎053-577-5455	湖西市新所岡崎梅田入会地17-20 （特別養護老人ホーム光湖苑内）	岡崎 白須賀	大森、岡崎、上の原 南上の原（第1～第3） 新所原、梅田 白須賀（第1～第6）
地域包括支援センター恵翔苑 ☎053-595-1114	湖西市新居町中之郷3636-21 （特別養護老人ホーム恵翔苑内）	鷺津	表鷺津、鷺津、可美 古見、川尻、市場 山口、坊瀬
地域包括支援センター燦光 ☎053-594-7474	湖西市新居町新居 1800-1 （特別養護老人ホーム燦光内）	新居	新居中央、柏原 新居南橋本、西浜名 内山、住吉 ベイリーフ郷南 郷北、三ツ谷 あけぼの

《資料 5》 C-8 事業所 一覧 (湖西市内分)
 一介護保険サービスのケアプランを作成する事業所一

事業所名	所在地	電話
あらい 居宅介護支援センター	湖西市新居町新居1800-1 特別養護老人ホーム 燦光	053-594-7761
居宅介護支援事業所 恵翔苑	湖西市新居町中之郷3636-21 特別養護老人ホーム 恵翔苑	053-595-1113
ケアプランかなめ	湖西市鷺津2966	053-574-2002
ケアプランセンター 湖西白萩	湖西市太田450-1 特別養護老人ホーム 湖西白萩	053-573-2001
ケアプランセンター 陽菜	湖西市古見124-4	053-574-1551
ケアマネ 彩 (いろ)	湖西市坊瀬770番地	053-569-8468
光湖苑 在宅介護支援センター	湖西市新所岡崎梅田入会地17-20 特別養護老人ホーム 光湖苑	053-577-4512
湖西市社協介護センター こさい	新居町浜名575	053-575-3294
サンシティあらい	湖西市新居町新居117-3 サンシティあらい	053-595-0050
浜名居宅介護支援センター	湖西市入会地15-70 浜名病院	053-573-0700

《資料 6》院時情報提供書（湖西市の在宅医療・介護連携お助けブック内書式）

ケアマネジャー用（B-1）

入院時情報提供書		※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています	
病院担当者様		作成日 令和 年 月 日	
フリガナ	性別	生 年 月 日	年齢
氏名	様 ☐ 男性 ☐ 女性	M・T・S 年 月 日	歳
住所	主介護者	関係	
介護度	事業対象者・要支援1・2・要介護1・2・3・4・5 ☐ 申請中（新規・更新・変更）		
認定有効期間	年 月 日 ～ 年 月 日		
☐ 訪問看護（ ☐ 訪問介護（ ☐ デイサービス（ ☐ デイケア（ ☐ ） ☐ ショートステイ（ ☐ ） ☐ 訪問入浴（ ☐ ） ☐ 福祉用具貸与 ☐ 住宅改修 障害手帳 ☐ 有 ☐ 無 ☐ その他			
主治医	医療機関		
☐ 通院（頻度： ） ☐ 訪問診療（頻度： ） ☐ 訪問看護（頻度： ） 事業者名（ ） ☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 ☐ 左 記 の 詳 細 ☐ インスリン ☐ 透析 ☐ 床ずれ			
身体状況	利用者の状況		
寝たきり度	☐ J（自立） ☐ A（外出要介助） ☐ B（座位可） ☐ C（寝たきり） ☐ 視力障害（ ☐ 右 ☐ 左） ☐ 聴覚障害（ ☐ 右 ☐ 左） 眼鏡 ☐ 有 ☐ 無 補聴器 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 言語障害 意思伝達： ☐ できる ☐ 時々 ☐ ほとんどできない ☐ できない 口腔： ☐ 自衛 ☐ 嚥下（ ☐ 経 ☐ 上 ☐ 下 ☐ 部分） ☐ 嚥下なし 認知機能： ☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ 不明 周辺症状： ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 暴言・暴行 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 昼夜逆転 ☐ 大声を出す ☐ その他		
入院前の生活	屋内歩行： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 （移動手段） ☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 起居動作： ☐ 体位変換介助 ☐ 起座介助 ☐ 移乗介助 食 事： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 形 態 ☐ 普通 ☐ 粥 ☐ きざみ ☐ パースト ☐ ところみ 排 泄： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 方 法 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 紙パンツ ☐ パット ☐ オムツ ☐ 留置カテーテル ☐ 尿器 ☐ ストマ 入 浴： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行なっていない （入浴場所） ☐ 自宅 ☐ 通所 ☐ 訪問入浴 （入浴方法） ☐ 全・半身浴 ☐ シャワー ☐ 清拭 更 衣： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 整 容： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 睡 眠： ☐ 良眠 ☐ 不眠 眠剤（ ☐ 有 ☐ 無） 内 服： ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
入院に至るまでの支援経緯		家族の状況	
入院前の生活上の困りごとや退院後に考えられる生活上の支援（住宅環境・経済面・介護力）			
※退院カンファレンス開催の際は、下記までご連絡ください。			
事業所名	担当者：		
連絡先 電話：（ ）	FAX：（ ）		

訪問看護師用（B-5）

入退院連携シート（入院時情報提供書）	
病院名：	担当看護師御中
氏名	様 生年月日 年 月 日 （ 歳 ） ☐ 男 ☐ 女
病名	<処置内容>
入院エピソード	<家族の状況> 介護者 キーパーソン
主治医	
保険・ 社会福祉 等	☐ 障害者手帳 級 ☐ 療育手帳 ☐ 特定疾患受給者証 介護保険：要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ☐ 未 ☐ 申請中〔新規・更新・変更〕 ケアマネジャー名 事業所名 ☐ 入浴サービス ☐ 訪問介護 ☐ ショートステイ ☐ デイサービス
利用者の状況（左記の詳細）	
身体状況	寝たきり度 ☐ J（自立） ☐ A（外出要介助） ☐ B（座位可） ☐ C（寝たきり） 認知症高齢者の日常生活自立度 ☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ M 麻痺 ☐ 無 ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 拘縮 ☐ 無 ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢 褥瘡 ☐ 無 ☐ 有（部位 ）（D3 D4 D5） ☐ 視力障害（ ☐ 右 ☐ 左） ☐ 聴力障害（ ☐ 右 ☐ 左） ☐ 言語障害 ☐ 睡眠障害 ☐ 無 ☐ 有（睡眠薬 ）
療養生活 に 関 わ る 動 作 （ADL）	①食事 ☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 介助 ☐ 見守り ☐ 経管栄養※ 形態 ☐ 普通 ☐ 粥 ☐ きざみ ☐ パースト ☐ ところみ ※経鼻 ☐ 胃瘻 栄養剤名 （1日量 栄養 kCal 水分 ml） （Fr 製品名 ）最終交換日 / ②排泄 ☐ 自立 ☐ 介助（ ☐ オムツ ☐ ポータブル ☐ 尿器） ☐ 尿道留置カテーテル（Fr ）最終交換日 / ☐ ストマ 最終交換日 / 下剤の使用 ☐ 無 ☐ 有（ ） 最終排便日 / ③清潔 ☐ 入浴 ☐ シャワー ☐ 清拭 ☐ 口腔ケア 更衣 ☐ 自立 ☐ 部分介助 ☐ 全介助 ④歩行 ☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす（ ☐ 操作可 ☐ 介助） ☐ 体位変換介助 ☐ 起座介助 ☐ 移乗介助

上記情報を報告することについて、利用者・家族の承諾を得ています。 令和 年 月 日

訪問看護ステーション名： TEL FAX

管理者氏名：
担当者氏名：

《資料 7》 市立湖西病院資料

退院調整スクリーニング実施手順

目的

1. 入院した時点で、入院患者に退院支援を必要とするか、できるだけ早期に把握するために行う。
2. スクリーニングを早期に実施することにより、退院支援に向けた早期のアセスメントが可能になり、退院後の生活をイメージした看護・医療の提供につながる。
3. スクリーニングすることで、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なる。

手順

1. 対象：入院した患者全員。
※クリティカルパスの入院患者は対象外とする。
ただし、パスを逸脱する状態の変化があった場合は、その時点で退院調整スクリーニングを行う。
2. 実施時期
一次スクリーニング：入院当日
二次スクリーニング：入院1週間後
状態不良または不安定な状態の場合は、状態が安定期に入る頃（基本、担当看護師が時期を判断する）
3. 方法
1) 入院時、当日の担当看護師がプライムカルテ内の一次スクリーニングシートを元に実施し、当てはまる項目にチェックする。
（記録系→文書作成セット→院内共通→退院調整→退院調整スクリーニングシート新）
2) 一次スクリーニングで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る。
①退院支援が必ず必要と予測される場合、入院初期に担当看護師が退院調整依頼書を作成し、病棟科長経由で在宅支援室に提出する。
②退院支援の必要性が予測できるが経過をみて判断する場合、または現時点では退院支援の必要性はないが、今後の状態の変化により必要性を判断する場合は、病棟での退院調整カンファレンスで継続的に評価していく。
3) プライムカルテ処置欄の1週間後に、【二次スクリーニング】と入力する。

- 4) 入院1週間後、当日の担当看護師がプライムカルテ内のスクリーニングシートを元に、二次スクリーニングを実施する。
① 主治医に病状、治療方針など今後の方向性について確認を行う。
② 本人または家族（キーパーソン・意志確認書に名前に記載がある家族）が、どのように疾患を受け止めているか、退院後の生活に対してどのように思っているか、心配や不安に思っていることがあるかなどを確認する。
③ ①②で把握した情報から考えられる「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」に分けて情報を整理し、アセスメントする。
④ アセスメントを行う際は、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。
※「医療管理上の検討課題」は、退院後も継続する医療管理・処置項目を把握した上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行う。場合によっては、訪問看護の導入を検討する。
※「生活ニーズ上の検討課題」は、プロフィールの入院前のADLを参照に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する。
- 5) 二次スクリーニングの結果、要調整となった場合は、
① 「二次スクリーニング用紙」と「退院調整依頼書」を入力し、2部ずつ印刷する。一部を病棟科長経由で在宅支援室に提出する。
② もう一部は、病棟の退院調整ファイルにはさむ。
③ プライムカルテに「スクリーニング確認カンファレンス」と入力し、スクリーニング結果について、その日（翌日）のカンファレンスで内容の確認をする。
④ 主治医にスクリーニングの結果について報告する。
調整の開始時期については相談する。
⑤ 調整中の経過報告は、各病棟の退院調整ファイルを利用し、情報を共有する。
⑥ 以降、退院調整カンファレンスなどで在宅支援室とスクリーニング結果を基に情報を提供・共有しながら、退院支援・調整をすすめていく。
- 6) 二次スクリーニングができないときは、その理由と次回実施予定の日時を検討する。できない理由を看護記録に明記し、プライムカルテの予定日に入力する。
- 7) 本人や家族の思いは病状の変化や治療の状況によって変化することも予測されるため、随時把握していく。

2019/8月 更新 在宅療養支援検討会

≪資料 8≫ 市立湖西病院資料



退院調整スクリーニングシート

患者ID 0000 入院日 年 月 日
 患者氏名 生年月日 昭和 年 月 日 主治医 テスト医師
 年齢 担当看護師
 性別 診療科名 科
 病棟名 病棟

1 次スクリーニング (入院時に実施)

- ☐ ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性期呼吸器感染症のいずれか
☐ イ 緊急入院
☐ ウ 介護保険が未申請
☐ エ 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と推測される
☐ オ 排泄に介護を要す
☐ カ 同居の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にない
☐ キ 退院後に医療処置が必要
☐ ク 入退院を繰り返している
☐ ケ その他患者の状況から判断してアからクまでに準ずると認められる
☐ 80歳以上 ☐ ターミナル ☐ 自立度B・C
☐ 介護保険利用者 介護度 (☐ 要介護 ☐ 要支援)
☐ 施設入所中 (施設名)
☐ 訪問看護利用中 ☐ 独居・高齢者世帯・高齢者と独身の子世帯
☐ 介護保険申請中 (65歳上)

※退院支援が必ず必要と判断される場合は、担当看護師が早期に二次スクリーニングを実施する
 ※項目のチェック有りでも、明らかに面談の必要性がない場合は、退院支援依頼の該当無しにチェックする
☐ 該当無し

2 次スクリーニング(/)スクリーニングした相手()

本人・家族の意向	
主治医の意向	
アセスメント	

- ☐ 在宅介護が困難(施設等を希望) ☐ 在宅介護サービスの導入が必要 ☐ 医療依存度が高い
☐ 在宅サービスに関すること ☐ 家族の介護力不安 ☐ 経済面の支援を要す
☐ その他 ()
☐ 該当無し

・在宅支援室への依頼 ☐ 有り ・ ☐ 無し

↓
 退院調整依頼書を入力し在宅支援室へ提出

・再スクリーニング ☐ 有り ・ ☐ 無し

↓
 プライムカルテの1週間後の処置欄に再スクリーニングと入力

《資料 9》

市立湖西病院資料

看護サマリ

I D 0000042		現住所	
患者氏名 テスト 4 2		年齢 歳 性別 男	
生年月日 昭和50年12月15日		科名 内科 病棟 4 E 病棟	
主治医 テスト医師(本系)		アレルギー ☒ なし ☐ あり	
入院期間 2019/04/23 ~		感染症	
次回来院 受診日		☐ その他 ()	
病名 (術式)		血液型 身長 170.0 cm 体重 70.00 kg	
既往歴		家族構成	
＜退院時の状況＞			
意識状態 JCS :			
視力障害 ☒ なし ☐ あり ☐ 片目 ☐ 両目			
聴力障害 ☒ なし ☐ あり ☐ 左 ☐ 右			
補聴器使用 ☐ なし ☐ 左 ☐ 右			
言語障害 ☒ なし ☐ あり			
意思疎通 ☐ できない GCS (E V M) 点			
運動障害 (麻痺) ☒ なし ☐ あり 部位 ()			
運動障害 (拘縮) ☒ なし ☐ あり 部位 ()			
睡眠障害 薬剤使用 ☒ なし ☐ あり ()			
嚥下障害 ☒ なし ☐ あり			
退院時ADL			
歩行 ()			
移動方法 ()			
起居動作 ()			
階段 ()			
整容 ()			
清潔 ()			
清潔方法 ()			
更衣 ()			
食事 ()			
排泄 ()			
排泄方法 ()			

市立湖西病院 郵便番号: 431-0431 静岡県湖西市鷺津2259-1 電話番号: 053(576)1231

印

社会 福祉 制度	①介護保険の申請: ☒ なし ☐ あり ☐ 申請中 (介護調査)
	②介護度: ☐ 要支援1 ☐ 2 ☐ 要介護1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
	③ケアマネジャー名: 事業所:
	④受けている福祉サービス: ☐ デイサービス ☐ デイケア ☐ ショートステイ ☐ 訪問看護 ☐ 訪問リハビリ ☐ ヘルパー ☐ 入浴サービス ☐ 福祉用具
医療処置 (薬・注射)	☐ 麻薬 () ☐ 抗がん剤 ()
	☐ インスリン () ☐ 血糖測定 (1日 回測定)
	☐ 中心静脈栄養 ☐ CVポート
医療機器 処置	☐ 在宅酸素療法 (L/min) ☐ ポンプ ☐ 褥瘡 (処置:)
	☐ 喀痰吸引 ☐ ストマ () ☐ CAPD ☐ その他 ()

＜入院中の経過＞

＜病名告知・症状理解＞

＜今後の看護課題・生活課題＞

＜その他＞

記載日: 師長確認日: 代理サイン: 師長サイン: 記入者: 市立湖西病院 郵便番号: 431-0431 静岡県湖西市鷺津2259-1 電話番号: 053(576)1231

《資料 10》 市立湖西病院資料

退院前カンファレンス

1. 目的

患者・家族の退院後の生活に向けた希望の確認をすることが第一歩である。

1) 病院から退院して在宅生活に移行するにあたり、退院後の生活を支える関係機関（施設、包括支援センター、居宅事業所、福祉用具など）と院内多職種（看護師、医師、理学療法士など）を交えた合同カンファレンスの必要な患者を抽出する。

2) カンファレンスで話し合うポイントや必要な情報を整理する。

3) 患者・家族、在宅生活を支える関係機関及び病院内多職種の3者が、カンファレンスを通じて同じ認識を共有する。

2. 対象患者

1) 介護認定があり、担当ケアマネジャーがいて在宅に退院する患者

2) 医療機器を使用する患者：人工呼吸器 ・在宅酸素 ・栄養注入ポンプ

3) 症状コントロールが必要な患者：心・腎・肝不全

4) 看取りの可能性のある患者：癌末期 ・高齢者

5) 医療ケアを要する患者：吸引 ・経管栄養 ・ストマ ・バルン留置 ・褥瘡処置

6) 心身機能低下：ADL低下 ・認知症状

7) 療養環境の問題：独居 ・キーパーソン不明 ・家族の介護力不安

8) 経済的問題：自己負担金支払い困難 ・家族支援なし

3. 退院前カンファレンス流れ

1) 受け持ち看護師は、在宅支援室に退院前カンファレンスが必要であることを連絡する。

2) 在宅支援室看護師が担当ケアマネジャーに連絡し、家族と日時調整する。ケアマネジャーが必要と思われる職種に参加を呼びかける。

3) カンファレンス日時が決定したら、当日までに担当看護師が退院前カンファレンス議題を入力する。

3) 担当看護師が出席できない場合は、前日までに議題を入力し当日担当する看護師に依頼する。

4) 司会進行は病棟看護師が行い、所要時間を30分程度となるよう時間管理を行う。

5) 追加事項などがあれば、チームで情報共有するために、追加記入し退院調整ファイルにはさむ。

4. コスト

介護支援連携指導料400点が算定できる。

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士などが介護支援専門員と共同して、患者の心身の状態などをふまえて導入が望ましい介護サービスや退院後に利用可能な介護サービスなどについて説明及び指導を行った場合に、入院中2回に限り算定できる。

流れ：在宅支援室看護師が相談記録を入力し病棟に渡す→病棟看護師は、添付されているメモを病棟クラークに渡す。本人または家族に説明し、記録用紙にサインをもらう→コピーし、原本はカルテに閉じる。コピーは在宅支援室に渡す

5. その他

退院前カンファレンス議題用紙は、看護部→西4→用紙→退院調整カンファレンス内

2017/4月 作成 在宅療養支援検討会

退院前カンファレンス議題

様 年 月 日 () 時間 : ~ :

1, 医療上の問題点:

()

2, 介護上の問題点:

()

3, 退院前カンファレンスの目的: (今回退院カンファレンスをどのような目的で開催するのかを記入する)

()

4, 現状

本人・家族の希望	
病状について	

5, 退院後の療養生活に関わる注意点・確認事項・課題

	注意点・確認事項	課題
食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 食事形態: ☐ 普通 ☐ 粥 ☐ きざみ ☐ ペースト ☐ とろみ	
排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 方法: ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 紙パンツ ☐ パット ☐ おむつ ☐ 留置カテーテル ☐ 尿器 ☐ ストマ	
清潔	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 方法: ☐ 機械浴 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 入浴条件:	
移動	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他	
内服薬	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
福祉用具		
家屋		
緊急時の対応		
医療処置		

6, その他

担当看護師:

2017/4月 更新

浜名病院資料

《資料 11》

退院計画スクリーニング	
患者ID: 0000000001	患者氏名: テスト
入院日:	入力管理用:
【調査】	判断基準
☐ 対象病名以外 ☐ 慢性疾患、認知症または器質性障害 ☐ 六肢不全 ☐ 脳障害、脳出血	入院病名がな症であれば該当。 かモ目的での慢性疾患は対象だが、介護が必要となりそうなる日常生活自立度や後遺症にチェックする。
【介護保険】 ☐ 利用していない ☐ 申請中 ☐ 介護サービスを利用している ☐ 未申請（介護保険利用が必要そう）	入院前介護保険利用していなくても、退院時に必要となりそうであれば該当。
【日常生活自立度】 ☐ 一部介助が必要 ☐ ほぼ自立 ☐ 自立 ☐ かなりの介助が必要（日常生活自立度レベル） ☐ ほとんど要たまり（日常生活自立度レベル）	入院前から介護が必要となる場合は該当。 退院時に介護が必要となりそう場合も該当。 入院時、急性期の状態ではなく、退院時の状態をイメージして
【要介護】 ☐ 自立 ☐ 一部介助（監視中） ☐ 一部介助（監視が必要）	入院前から介護が必要となる場合は該当。 今回の入院で、退院時に介護が必要となりそう場合も該当。 入院時、急性期の状態ではなく、退院時の状態をイメージして
【家族構成】 ☐ 同居人あり ☐ 独居	同居の内に家族が住んでいる場合も該当。
【介護力不足】 ☐ 不足していない ☐ 一人になることが多い ☐ 専任・代行・協力者がいない ☐ 介護者に必要あり、十分な介護が困難	介護者が同居しているが、勤めていたり、高齢や疾患などで十分な介護ができていない場合に該当。
【医療管理】 ☐ 必要なし ☐ 必要となりそう（経管栄養、吸痰、褥瘡等） ☐ 必要（経管栄養、吸痰、褥瘡等）	入院時、急性期の状態ではなく、退院時の状態をイメージして その他、点滴、HCT、膀胱留置カテーテル、インスリンなども
【入院歴】 ☐ 3ヶ月以内に入院歴あり ☐ 3ヶ月以内に入院歴あり	他院も含めて、直近3ヶ月以内に入院歴があれば該当。ただし、介護入院、検査入院などは除外。
【入院前の居場所】 ☐ 自宅 ☐ 自宅以外（施設）	ショートステイ利用中の場合は、自宅にチェック。
【介護】 ☐ 介護の要なし ☐ 介護の要あり	家族への働きかけではなく、本人の身体状況や介護が必要とされている場合、家族の意向などから判断。
【生活困窮】 ☐ 困窮なし ☐ 生活困窮している	生活困窮の状態で、生活に支障が出ている場合、介護が必要となり、住まいがたいなど、困っているけど、生活に支障がない場合は主治医と連携、本院未対応は未該当
【ヤングケアラー】 ☐ 該当 ☐ 王介助者が、ヤングケアラーである	18歳以下の家族が、介護や介護等を日常的に受けている場合、該当
【特別なコミュニケーション障害】 ☐ 非該当 ☐ コミュニケーションに特別な技術やスキルを要する	18歳以上の家族などにおいて、特別なコミュニケーション技術やスキルを要している場合に該当
【家族行動障害】 ☐ 非該当 ☐ 過度行動障害がある	入院前に精神科治療により、自他に対して、攻撃的な行動や過度なリスクがある場合に該当

退院(在宅)支援スクリーニングシート 2	
ID	記入日 平成 年 月 日
氏名	記入者 ()
生年月日・性別	主治医 ()
年齢	担当看護師 ()
	担当相談員 ()
	主疾患名 ()
入院7日目以内に実施する ※指導の必要性ありにチェックがついた項目は指導していく	
1. 介護保険	☐ 申請済 ☐ 申請中 ☐ 申請未 ☐ 検討中 ☐ 介護保険申請・変更の必要あり
2. 利用サービス	☐ 利用サービスあり ☐ 利用サービスなし ☐ サービス調整必要あり ☐ サービス利用 ()
3. 退院先	☐ 自宅 ☐ 施設 () ☐ 病院 () ☐ 検討中
4. 自宅の環境	段差 ☐ あり (玄関 トイレ 浴室 洗面 食堂 自室 廊下 その他) ☐ なし 手すり ☐ あり (玄関 トイレ 浴室 洗面 食堂 自室 廊下 その他) ☐ なし ベッド ☐ あり ☐ なし ベッドの手すり ☐ あり ☐ なし 自室 ☐ 1階 ☐ 2階 ☐ 3階以上 持っている福祉用具 () ☐ 自宅訪問の必要性あり
5. 薬剤管理	☐ 自立 ☐ 家族が管理【続柄: 方法: 】 ☐ 福祉・医療スタッフが管理 ☐ 指導必要あり (本人 家族【続柄: 方法: 】 福祉・医療スタッフ)
6. 医療処置	☐ なし ☐ あり () ☐ 自立 ☐ 家族が実施 () ☐ 福祉・医療スタッフが実施 ☐ 指導の必要性あり (本人 家族【続柄: 方法: 】 福祉・医療スタッフ)
7. 移動	☐ 独歩 ☐ 福祉用具利用 (杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 その他) ☐ ベッド上 ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 指導の必要性あり (本人 家族【続柄: 方法: 】 福祉・医療スタッフ)
8. 食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ むせあり ☐ 指導の必要性あり (本人 家族【続柄: 方法: 】 福祉・医療スタッフ)
9. 入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ サービス利用 ☐ 指導の必要性あり (本人 家族【続柄: 方法: 】 福祉・医療スタッフ)
10. 排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ バルン挿入中 ☐ トイレ ☐ オムツ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ リハビリパンツ ☐ 指導の必要性あり (本人 家族【続柄: 方法: 】 福祉・医療スタッフ)
11. 主な介護者	
12. 退院に向けての目標	
13. 包括ケア病棟	☐ 対象 (転棟予定日 年 月 日) ☐ 対象外

記入後、コピーを相談室へ届ける。 ※必要時、相談室からその他必要部署、連携先へ連絡。 地域包括支援

《資料 12》

浜名病院資料

医療福祉相談室/地域連携室マニュアル

ソーシャルワーカー 情報提供書

宛先 _____ 様

年 月 日 現在

記載者: 浜名病院 医療福祉相談室

TEL: _____ FAX: _____ TEL: (053)522-7500(代) FAX: (053)577-2925(直通)

氏名	様(男・女)			生年月日	M・T・S	年	月	日	(歳)
住所									TEL: _____
依頼内容									
主治医									既往歴・服薬
傷病名									
障害者手帳の交付	有・無・申請中 (種 級)								
障害名									
保険情報									
介護保険	自立・要支援(1 2) 要介護(1 2 3 4 5) 申請中・申請予定・無								
(家族構成)					(福祉サービス等利用状況)				
身体状況	視力障害	無・有							
	聴力障害	無・有							
	言語障害	無・有							
	麻痺	無・有 部位: _____							
	褥瘡	無・有 部位: _____							
ADL	屋外移動	自立・一部介助・全介助							
	屋内移動	自立・一部介助・全介助							
	起居	立ち上がり・座位保持・起き上がり・寝返り							
	食事内容								
	食事摂取	自立・一部介助・全介助							
	排泄	自立・一部介助・全介助 トイレ・ポータルトイレ・紙パンツ・オムツ・その他()							
	入浴	自立・一部介助・全介助							
認知症	更衣	自立・一部介助・全介助							
	症状								
発症時期									
身長: _____ cm 体重: _____ Kg									
特記事項									

平成18年6月14作成 平成23年4月7日改訂

浜名病院資料

退院・転院時看護要約

2024/12/19 11:25:56

氏名		期間	2024/12/19 ~	科別	
病名		主治医			
術式		アレルギー	☐ 無 ☐ 有		
		感染症	☐ 無 ☐ 有		
退院時 処方					
入院中の問題点と看護実践（解決状況）、終了・継続の有無、退院指導					
項目	自立度		具体的状況		
移動	☐ 自立 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ ベッド上				
食事	☐ 自立 ☐ 介助 ☐ 絶食 ☐ 経管食				
排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
排泄方法	☐ ボール ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ パネルケータール				
入浴・保清	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
衣服着脱	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助				
睡眠	睡眠剤服用 ☐ 有 ☐ 無				
内服	☐ 自己管理 ☐ 一回配薬 ☐ 一日配薬				
障害	☐ 聴覚 ☐ 視覚 ☐ 言語 ☐ その他				
家族の支援体制		病気・治療の説明と受け止め方		既往歴	
		本人			
				その他特記事項	
家族（ ）		患者様緊急時連絡先		宅	
		Tel			

浜名病院
〒431-0423
静岡県湖西市新所岡崎梅田入会地字藤ヶ池15番70
Tel 053-577-2333

記載者

看護師長印

退院・転院時看護要約

2024/12/19 11:25:57

氏名		期間	2024/12/19 ~	科別	
その他の					

浜名病院
〒431-0423
静岡県湖西市新所岡崎梅田入会地字藤ヶ池15番70
Tel 053-577-2333

記載者

「シズケア＊かけはし」について

- 複数の病院・診療所・歯科医院・薬局・事業所が一体となることで医療・介護等の連携が容易になり、急性期医療から在宅介護・生活支援サービスに至る高齢者が必要とする一連のサービスを切れ目なく、体系的に行うことが可能になると言われています。
(ネットワーク化)
- 静岡県には静岡県医師会をはじめとする各団体が推奨している「シズケア＊かけはし」があります。
- 湖西市内の専門職が多数登録し利用することにより連携機能が向上します。
- 登録については「連携支援センター “縁”」までお問い合わせ下さい。