

# 入院時の連携ポイント

～入院直後から入院中～



# 退院時の連携ポイント

～退院の決定から退院～



名古屋市立大学病院  
地域医療連携センター 退院支援  
藤原 かをる



# 入院時の連携ポイント

## ～入院直後から入院中～

療養者が入院した場合、在宅での生活状況や家族構成、本人の意向、介護サービスの利用状況等の情報が、退院時のスムーズな連携につながります。入院時から始まる、多職種と医療機関の情報共有が重要です。

## 入院先医療機関

入院前、通院中から、多職種との連携を想定し、療養者のかかりつけ医、担当ケアマネジャー、訪問看護事業者、かかりつけ薬局等を把握するようにしましょう。必要に応じて、多職種へ情報提供することを、療養者に説明するようにしましょう。

### 窓口の明確化

◎多職種からの情報提供窓口・問い合わせ窓口・連絡可能な時間帯・手段などを明確にしましょう。

### 多職種との情報連携

- ◎多職種から得られた情報は、カルテ一元管理できるように院内で調整し、担当医・病棟スタッフ等、院内で共有できるようにしましょう。
- ◎多職種からの情報がない場合でも、在宅での介護サービスの利用状況の把握に努めましょう。療養者・家族には、担当ケアマネジャーの確認を行い、情報提供を求めましょう。
- ◎かかりつけ医やケアマネジャー、訪問看護事業者等から、情報提供された内容について不足している情報がある場合は、多職種と連携し、情報収集に努めましょう。

入院した場合、本人や家族に自宅での様子を聞き取るので、可能な範囲で速やかな情報提供が必要です。

予定入院の場合、入院支援センターで予め情報を聞き取るため、患者さん自身が介護度、サービス内容、ケアマネを把握していると助かります。

病院によって窓口は違うと思いますが、事業所内に各病院の連絡先、FAX番号を掲示しておくことで急な連絡をする際も迷わず状況提供ができます。

病院によって送られた情報の管理の方法は違うと思いますが、カルテに取り込んだり病棟へ持参し、現場の看護師と情報共有します。



## かかりつけ医



◎入院時に情報提供することが望ましいですが、やむを得ずできない場合は、入院後速やかに情報提供しましょう。

※診療情報提供書には、担当する居宅介護支援事業所、訪問看護事業所を記載する。

◎訪問看護ステーションから情報提供があった場合、訪問看護の情報(療養にかかる情報)を、診療情報提供書にあわせて提供しましょう。

## ケアマネジャー

入院前、通院中から療養者の入院に備え、入院先医療機関と連携する必要性を説明し、了解を得ておきましょう。

### 療養者の状況把握

◎療養者が入院した場合、家族等から病名、入院している診療科・病院・病棟、入院日を確認するようにしましょう。

※これらの情報を把握しておくことで、入院先医療機関への問い合わせをした際にスムーズな対応が期待できます。

### 窓口の確認

◎入院先医療機関の問い合わせ窓口を確認しましょう。

### 入院先医療機関への情報提供

◎入院時または入院予約時に療養者が医療機関に対し、担当ケアマネジャー・かかりつけ医・訪問看護事業者が分かるようなもの(例:事業者の名刺や連絡先一覧)を、医療保険被保険者証や介護保険被保険者証・お薬手帳等とあわせて持参するよう、療養者および家族等に勧めましょう。

◎療養者の情報は、入院してから3日以内に入院先医療機関に提供しましょう。

情報は「入院時情報提供書」(P15・16参照)またはそれに準ずる書式で提供しましょう。

※3日以内に情報提供することができない場合は、7日以内を目安に速やかに情報提供しましょう。

※提供する文書には、タイトルに「入院時情報提供書」と標記しましょう。

◎情報提供する対象は、原則、入院した療養者すべてです。

◎ケアマネジメントを行う上で、療養者の病状や状況、ケースの内容に応じて必要な情報は異なります。必要に応じた情報収集に努めましょう。

◎「入院時情報提供書」は文書での情報提供です。情報共有の基本は対面であることに留意しましょう。

## 入院先医療機関からの情報収集

- ◎入院先医療機関に情報提供を行っている場合は、その旨を伝えて問い合わせましょう。その際、担当者には自分の身分を証し、療養者から情報提供を受けることについて、了解を得ていることを説明しましょう。
  - ◎面会の約束をせずに直接病棟に出向き、スタッフから情報収集をすることは控えましょう。
  - ◎情報収集する目的や、どのような情報を収集したいかを明確にしましょう。ただ情報が欲しいというだけでは、入院先医療機関からの情報提供が難しくなります。
  - ◎療養者の入退院の情報を把握しましょう。入院先医療機関からの情報提供を待つのではなく、入院中から積極的に情報収集をしましょう。
- ※入院先医療機関は、電話等で相手が特定できない場合、個人情報を提供することができません。
- ※全ての療養者に、看護師や医療ソーシャルワーカー等の退院支援担当者がついているとは限りません。

### 入院時情報提供書

医療機関 ← 在宅介護支援事業所

医療機関名: \_\_\_\_\_ 事業所名: \_\_\_\_\_  
 ご担当者名: \_\_\_\_\_ ケアマネジャー氏名: \_\_\_\_\_  
 TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

記入日: 年 月 日  
 入院日: 年 月 日  
 情報提供日: 年 月 日

#### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
住所	生年月日	明・大・昭	年 月 日 生		
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅) / 階建て / 築年 / エレベーター(有・無)				
特記事項					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input type="checkbox"/> 医師の判断				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明 障害認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)				
年金などの種別	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )				

#### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他( ) * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(姓・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(姓・才)	連絡先	TEL:	TEL:	

#### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等

本人の生活歴

入院前の本人の生活に対する意向  現状のままでありたい  変更

入院前の家族の生活に対する意向  現状のままでありたい  変更

#### 4. 入院時の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況 両方の書類をご確認ください。

サービス利用状況  在宅サービス計画書1, 2, 3表  その他( )

#### 5. 今後の在宅生活の課題について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件

退院後の世帯状況  独居  高齢世帯  子と同居(家族構成員数 名) \*  日中独居

世界に対する配慮  不要  必要

退院後の主介護者  本シート2と同じ  左記以外(氏名 姓・才)

介護力\*  介護力が見込める(  十分  一部 )  介護力は見込めない  家族や支援者がいない

家族や関係者等による虐待の疑い\*  なし  あり( )

特記事項

#### 6. カンファレンス種について(ケアマネジャーからの希望)

「院内多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前訪問指導」を実施する機会が実行	<input type="checkbox"/> 希望あり

\* 診療報酬 退院支援加算1, 2(退院困難な患者の要因)に開示

#### 7. 身体・生活機能の状況/栄養生活上の課題について

A D L	麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	措置の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	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		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事内容	食事回数	( )回/日 (朝 昼 夜 夜)	食事制限	<input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> さみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー	UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 水分制限 <input type="checkbox"/> あり( ) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	嚥下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清況	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態	良	不良( )	服用の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:		
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難			
精神面における	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 興奮・不穏 <input type="checkbox"/> 不安 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )						
疾患*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )						
入院歴*	最近半年間の入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明 入院頻度 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて						
入院前に実施している	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿漏れケア <input type="checkbox"/> 尿漏れストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )						

#### 8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬 なし あり( ) 在宅薬管理指導 なし あり(職種: )

薬剤管理 自己管理 他者による管理(管理者: ) 管理方法: )

薬量状況 処方通り服用 時々飲み忘れ 飲み忘れが多い、処方を守れていない 服薬拒否

お薬に関する、特記事項

#### 9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	電話番号
医師名 (フリガナ)	診療方法・頻度 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 頻度 = ( ) 回 / 月

\* 診療報酬 退院支援加算1, 2(退院困難な患者の要因)に開示

「入院時情報提供書」は、はち丸在宅支援センターウェブサイトからダウンロードできます。  
 はち丸在宅支援センター 🔍 検索 <https://zaitakukaigo.nagoya>

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

## 入院時情報提供書

医療機関 ←

居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

病院の医師・看護師は、  
 介護の表現がよく分かって  
 いないことがあります。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別
		生年月日	明・大・昭	年 月
住所	〒	電話番号		
住環境 <small>※可能ならば、「写真」 などを添付</small>	住居の種類 (戸建て・集合住宅) 階建て 階 号 号 TELキー (有・無) 特記事項 ( )			
入院時の介護状態	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請			
「要介護者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			<input type="checkbox"/> 医師の判断
「要介護者の 日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険 自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )			

### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <small>* <input type="checkbox"/> 日中独居</small>			
主介護者氏名	( 姓 名 )	( 同居・別居 )	TEL	
キーパーソン	( 姓 名 )	連絡先	TEL	

### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の意向	

## 訪問看護事業者

### 療養者の状況把握

- ◎療養者が入院した場合、家族等から入院日、病名、入院している病棟(診療科)を確認しましょう。

※これらの情報を把握しておくことで、入院先医療機関に問い合わせを行った際にスムーズな対応が期待できます。

### 療養者の情報提供

- ◎療養者の情報は、入院してから速やかにかかりつけ医および入院先医療機関に提供しましょう。

※速やかな情報提供は、適切な治療およびスムーズな退院支援につながることを期待できます。

- ◎情報は訪問看護の情報(療養に係る情報)提供書(P18参照)、又はそれに準ずる書式を活用して提供しましょう。

#### 情報提供する 内容

- 入院前の日常生活等の状況
- 看護に関する情報
- 療養者本人や家族の状況および同居の有無
- 療養者の治療や療養に関する意向等

### 療養者の情報収集

- ◎退院時の調整に時間が要することがあるため、病状や経過等について、入院早期から積極的に情報収集するようにしましょう。
- ◎入院先医療機関の退院支援担当者の把握、担当医、担当看護師、医療ソーシャルワーカーとの情報共有は積極的に行いましょう。



訪問看護の情報(療養に係る情報)提供書(7版)

平成 年 月 日

(主治医 医療機関名)

(入院又は入所先医療機関等)

指定訪問看護ステーション

(名称)

(所在地)

(電話番号)

(FAX)

(管理者氏名)

(担当者)

以下の利用者に関する訪問看護の情報(療養に係る情報)を提供します。

利用者名	性別	職業	生年月日	昭和	年	月	日(西暦)	歳	
住所	電話番号	主治医氏名	医療機関名	住所					
家族、主な介護者等 (注: 主な介護者 ※: キーパーソン 別: 異姓)			介護支援専門員 *						
氏名	続柄	備考(連絡先)	氏名	主傷病名					
			既往歴						
			アレルギー						
本人・ご家族	要介護度*		障害者手帳 *						
	心療内科		行動障害						
訪問看護の目的・経過・看護内容 (訪問頻度: 回/ )									
在宅での様子上経過									
看護上の問題・評価・具体的ケア方法における留意点・継続すべき看護									
最終訪問( 月 日)の状況									
心身の状況・日常生活の支援状況	バイタル	血圧	脈拍	体温	酸素飽和度(%)	月	日	計測 身長 *	
	移動 *	手段 *	特記	視力 *	特記				
	意思疎通				聴力 *	特記			
				経路生活リズム					
食事栄養	手洗	量	特記	介助 *	尿意 *	便秘 *	排泄方法		
	内容				尿回数	日/日	夜間排便	日	便秘薬
清潔	介助 *	特記			排便調整	内容	最終排便	月 日	
	方法	最終	月	日	器具	最終交換			
薬物	口腔ケア	義歯 *	特記	介助 *	器具	最終交換			
	皮膚	特記							
服薬状況									
薬物処置									
在宅療養継続のための留意点									
特記事項									

\*印は、ケアマネジャーが作成する「基本情報・情報提供書」をご参照下さい。

ケアマネジャーがいる場合は、情報が重複することもあるので、看護上のケア、看護上の問題点、自宅での治療や療養に関することを中心に情報提供されるとありがたいです



# 退院時の連携ポイント

## ～退院の決定から退院～

退院が決まったら、円滑に在宅に移行できるよう、退院後の療養生活について、本人の意向を踏まえた上で、退院後の課題等を入院先医療機関と多職種で情報共有しましょう。必要に応じて、退院前カンファレンスを行いましょう。在宅へ移行する前に、関係者が情報共有をする場面を直接見てもらうことで、療養者に安心感を持ってもらうことができます。



## 退院前カンファレンスの開催基準

- 新規で在宅ケアチームを編成する場合。
- 在宅ケアチームは既に編成されているが、入院治療により医療依存度が高くなったり、ADLが変化したりした場合。
- 独居・高齢夫婦・認知症世帯など、本人から適切な情報収集が困難な場合。
- 退院カンファレンスを行わずに退院した場合、医療・看護・介護の継続に不安や問題がある場合。

### 介護支援連携指導

ケアマネジャーのみ  
(相談支援専門員含)

### 退院時共同指導

訪問診療・歯科医師（歯科衛生士）  
訪問看護（保健師・助産師・看護師）  
薬剤師・管理栄養士・PT・OT・ST  
ケアマネジャー（相談支援専門員含）

# 退院時の連携ポイント

## ～退院の決定から退院～

退院が決まったら、円滑に在宅に移行できるよう、退院後の療養生活について、本人の意向を踏まえた上で、退院後の課題等を入院先医療機関と多職種で情報共有しましょう。必要に応じて、退院前カンファレンスを行きましょう。在宅へ移行する前に、関係者が情報共有をする場面を直接見てもらうことで、療養者に安心感を持ってもらうことができます。

### 多職種共通

#### 退院前カンファレンスについて

- 退院前カンファレンスは、入院先医療機関が主導で進めていくものです。サービス担当者会議とは目的・内容・参加者が異なるので、注意しましょう。
- 参加の依頼があった多職種は、出来るだけ参加しましょう。
- 開催の可否を判断するにあたり、入院時からの医療機関と多職種の連携、情報の共有が重要になります。
- 事前に退院支援担当者と連携し、本人の意向を踏まえた上で円滑に在宅生活に移行できるように、サービス調整のポイントを確認しましょう。
- カンファレンスの際に確認したい質問事項など要点を整理し、できれば事前に入院先医療機関に伝えておくのが望ましいです。
- 退院後の医療・介護のケアの内容について、中止基準や禁忌事項を確認しておきましょう。
- 入院先医療機関のスタッフは通常の診療等を中断して参加するため、短時間で効率的なカンファレンスが開催できるように準備をしましょう。※目安は30分以内です
- 多職種が開催を希望する場合、退院支援担当者によく相談しましょう。

#### 退院前カンファレンスの開催基準

- 新規で在宅ケアチームを編成する場合。
- 在宅ケアチームは既に編成されているが、入院治療により医療依存度が高くなったり、ADLが変化したりした場合。
- 独居・高齢夫婦・認知症世帯など、本人から適切な情報収集が困難な場合。
- 退院カンファレンスを行わずに退院した場合、医療・看護・介護の継続に不安や問題がある場合。

### 入院先医療機関

#### 退院前カンファレンスの開催

- ◎ 事前に多職種から問い合わせ事項がある場合、院内スタッフ等と相談し、回答を準備しておきましょう。
- ◎ 参加者の人数に応じ、病棟のカンファレンスルームや面談室等の場所を用意しましょう。
- ※ 開催場所では、個人情報の保護に配慮する必要があります。
- ◎ 参加者については、事前に本人または家族に伝え、気兼ねなく発言できるよう配慮しましょう。
- ◎ 参加を依頼する多職種については、かかりつけ医やケアマネジャー等に相談して決めましょう。
- ※ 退院前カンファレンスへの参加が想定される職種：医師・訪問看護師・ケアマネジャー・歯科医師・薬剤師 等



## まとめ

在宅から入院、入院から在宅であっても療養者にとって適切な療養環境を整えることが、我々支援者が行うべき最優先のことだと思います。

そのためには、情報共有を含めた多職種での連携が必要であり、スムーズな連携のためには日ごろからの密な連携や顔の見える関係の構築が不可欠だと思います。

ご視聴ありがとうございました

