

入退院支援における 連携・協働の手引き

退院後

再発・重度化を予防し、再入院しないための支援を行いましょう。

在宅時 (日常生活)

入院時に速やかに対応できるように、在宅チーム・病院の連携体制を整えておきましょう。

退院

入院

退院前

退院前の最終的な本人・家族の状況について共有し、準備・調整を行いましょう。

入院時

在宅チームと病院で退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作りましょう。

入院中

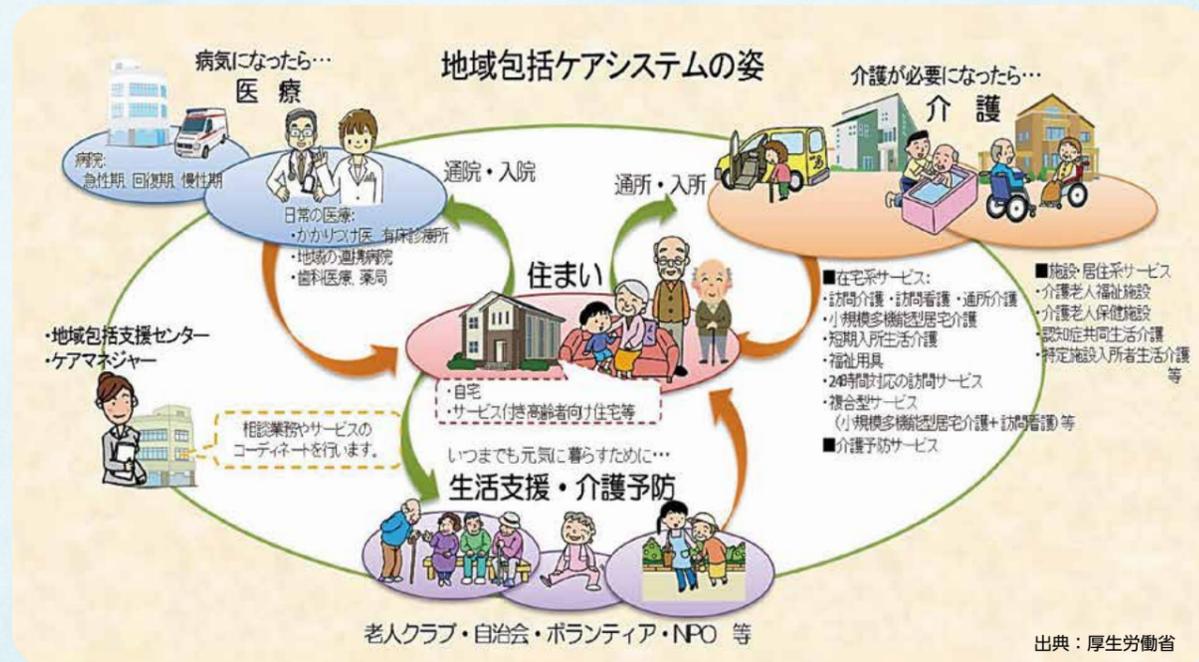
本人・家族の身体や心の状態を整え、必要な医療・介護体制を整えましょう。



はじめに

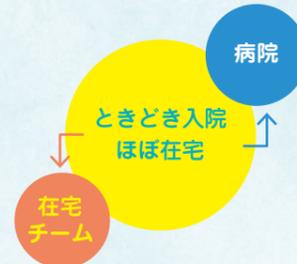
高齢化が進行する中、介護や医療が必要な状態になっても、高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように、地域において包括的な支援・サービスが提供できる仕組み（地域包括ケアシステム）づくりが進められています。

「住み慣れた地域での暮らし」を継続していくためには、介護と医療が連携し、地域生活から病院、病院から地域生活へとつなぐ入退院支援が大切です。



この手引きは、主に入退院時に病院と在宅チームの各職種の方々が、互いに他の職種の動きや役割について把握し、協働して入院や退院時にスムーズに支援ができることを目的として作成しました。

支援内容については、医師、歯科医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、管理栄養士、歯科衛生士、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護福祉士、ホームヘルパーといった多くの職種の皆様、そして地域包括支援センターの方々にご検討いただきました。



手引きの活用について

本手引きは、京都府独自の制度等も踏まえ、要介護（支援）認定者の入退院を想定した具体的な事例を用いて、入院から在宅生活の再構築を図る際の「標準的な流れ」を示しています。また、支援の時期における各職種の連携ポイントについても記載しています。

なお、各圏域（市町村）等において、地域の医療・介護資源の状況等を踏まえた入退院支援ルールを策定・運用されている場合においては、圏域（市町村）等のルールにより入退院支援を行い、この手引きは各職種の役割や標準的な枠組みを確認する場合などの参考としてください。

在宅療養者の入退院を支援する皆様が、この手引きを手にとることで、入退院支援を行う際に感じる不安を少しでもなくし、病院と在宅チームがスムーズに連携していけるよう、ご活用いただくと幸いです。

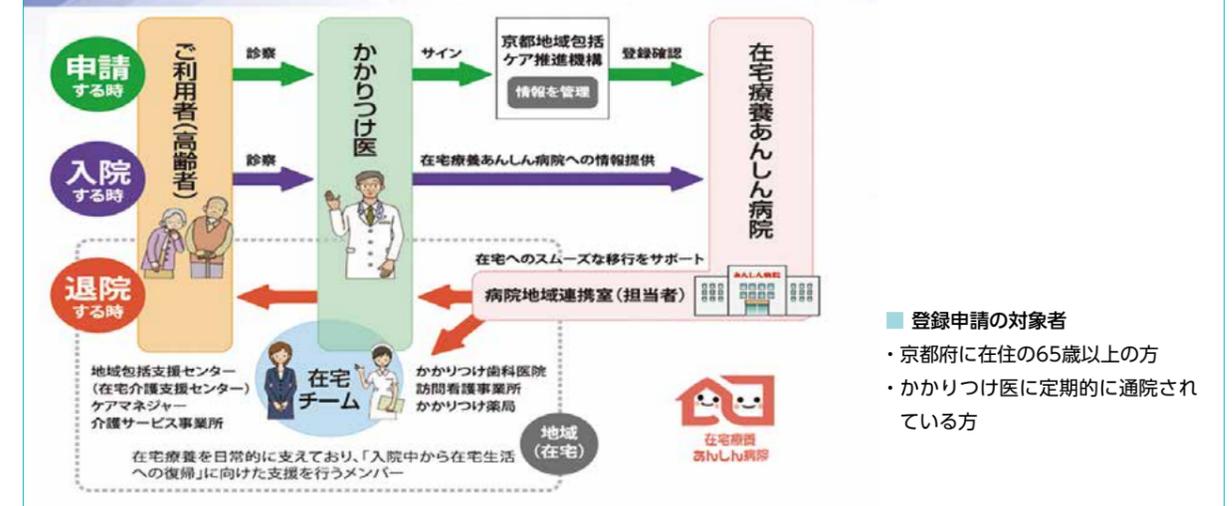
多職種連携
のための
ツール1

在宅療養あんしん病院登録システム

京都地域包括ケア推進機構では、あらかじめ必要な情報を登録しておくことで、在宅療養中の高齢者が体調を崩し、在宅での対応が困難になった時に、スムーズに病院で受診し、必要に応じて入院ができるシステムを提供しています。



在宅療養あんしん病院登録システム利用フロー図



多職種連携
のための
ツール2

京あんしんネット

京都府医師会では、医療・介護情報の共有・連携に活用いただくため、株式会社日本エンブレースが提供する医療介護専用SNS メディカルケアステーション(MCS)を「京あんしんネット」として採用し、医師をはじめ多職種の皆様へのサービスを提供しています。

地域における在宅医療・介護に携わる多職種間の情報共有と連携を促進するための「医介連携専用ネットワーク」として、ご活用ください。



多職種
連携

在宅医療・介護に関わる多職種の役割

病院



医師

- 疾患の状態悪化等により在宅療養中の患者が来院された際、診察や検査の結果に基づき、総合的観点で診断を行います。
- 本人・家族に丁寧に病状説明し、今後の治療方針等について合意形成を行います。
- 入院が必要になった場合、本人・家族の意向も踏まえながら、多職種協働で入院診療計画を策定します。

- 入院生活においては、状態変化や緊急時の対応、薬剤調整のみならず、退院後に安定した療養生活を送ることができるよう、入院後、早期より退院後の生活を見据えて、看護・ケア・リハビリテーションの指示・判断等を行います。
- 日頃より在宅療養支援の関係者と密に連携し、顔の見える関係を構築しておくことで、スムーズな入退院支援を図ります。



看護師

- 医師の指示のもと医療処置や身体状況の観察、病気や介護予防、重症化予防、相談と助言、家族支援等を行います。
- 退院後の生活をイメージした退院支援が行えるよう関わります。新たに訪問看護が導入される場合や入

- 院前後で身体状況が大きく変化した場合には、退院後、早期に生活が安定するよう関係機関等と連携し、継続的な看護を実施します。
- 本人や家族の意思が明確になる関わりをとおり、希望する場所、療養スタイルで最期を迎えられるよう支援します。



薬剤師

- 入院時にはかかりつけ薬剤師と連携し、入院前の服薬情報を把握します。入院中は多職種と連携し薬物療法の支援や退院後の療養環境に応じた処方を見直

- しを提案します。
- 退院時カンファレンスに参加することや、在宅療養を担う多職種に対し入院中の薬物治療情報を提供することで退院後の継続した薬物療法を支援します。



医療ソーシャルワーカー (MSW)

- 安心して療養できるよう多様な社会資源を活用し、受診や入院、在宅療養に伴う不安等の問題解決を援助し心理的に支援します。
- 高齢者等の在宅療養に向けては介護保険等のサービスの情報を整備し、関係機関、関係職種と連携し、

- 生活と疾病・障害の状況に応じたサービスが利用できるようにします。
- 医療費や生活費に不安がある場合には、社会福祉・社会保険等の機関と連携しながら関係諸制度の活用を支援します。



理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

- 入院時は、疾患・傷病の影響で生じることとなった心身機能・生活機能の最大限の回復を図りつつ退院

- 後の生活環境を評価し、最小限の工夫で生活していくことができるよう環境調整の提案を行います。



管理栄養士

- 腎臓病食等の疾患に対応した食事や、経管栄養・嚥下困難者のための流動食、低栄養状態等に対する食事の指導を行います。

- 退院後は、ホームヘルパー等との情報共有を行うとともに、多職種との連絡を密に図りながら訪問等によって食事療養支援を行います。



歯科医師・歯科衛生士

- 自宅や施設などを訪問し、口腔内の診察、虫歯・歯周病の治療、入れ歯の製作・調整、口腔内の清掃、誤嚥防止指導・訓練など、持続的な口腔機能の維持、管理を行います。
- 外来通院が困難になった場合は、かかりつけ歯科医が

- 訪問診療を行うことを基本にしていますが、対応していない場合、京都府歯科医師会口腔サポートセンターで相談できます。
- 歯科医師の指示のもと、歯科衛生士による訪問口腔ケア、摂食嚥下機能訓練なども行っています。

歯科医院

主任介護支援専門員 (主任ケアマネジャー) / 保健師・看護師 / 社会福祉士 など

- 総合相談支援、権利擁護、介護予防ケアマネジメント、包括的・継続的ネットワーク支援等をおこないます。



医師 (かかりつけ医)

- 定期的な診療の中で、本人の医療的な全体像を把握します。また本人や家族の思い、人となりなどの理解に

- 努めます。
- 在宅側の医療面のまとめ役として多職種と連携をとり



看護師 (訪問看護師)

- 自宅に伺い、医師の指示のもと、病気や障害を抱えながらも地域で暮らし続けられるよう医療と生活の視点から対象者を捉え支援します。
- 病状悪化や急変時には、本人・家族・サービス事業所

- との連絡体制を構築し、主治医と速やかに連絡を取ると共に、本人と家族の意向に沿った支援をします。
- 本人と家族の意思を確認しながら本人と家族が希望する場所、希望する療養スタイルで最期を迎えられるよう多職種で連携しながら支援します。



薬剤師

- 在宅療養の開始時、シームレスに医師の処方せんによる医薬品 (含：医療用麻薬、注射剤 (一部不可有り))、医療材料の供給を行い服薬支援します。衛生材料の提供も可能です。退院時カンファレンスの出席によりスムー

- ズな支援が可能となります。
- 医薬品の重複、薬の服用がうまくできていない、残薬等がみられるなどの場合、多職種と連携して適正な薬剤になるように調整します。



理学療法士・作業療法士・言語聴覚士

- 外来リハビリや通所リハビリ、訪問リハビリなどの場面で心身機能の維持向上、残存機能を活かした自立支援、環境調整、介護負担軽減や生活課題解決の支援をします。
- 退院後は、入院時の情報提供書の内容を参考に、心身機能の維持向上を図りつつも、在宅生活の継続に必要な生活上の活動および社会参加に向けた支援を多職種協働で実施します。
- 若年発症などで要介護認定を受けていない方や、在宅

- サービスとの繋がりが少なく地域での生活に支障を来しそうな虚弱高齢者などを対象とし、リハビリ専門職を在宅や地域の集まりの場へ派遣し、心身機能・生活機能の維持向上に有用な日常生活上の工夫などについて助言・指導を実施する介護予防事業等での講話や実技支援を実施します。
- 難病や終末期の生活支援において困りごとを来しやすい、食べる・呼吸する・褥瘡予防などの課題に対し、安楽に食事・呼吸・褥瘡予防ができるベッドや椅子の調整 (ポジショニング・シーティング) も行います。



介護支援専門員 (ケアマネジャー)

- 介護保険サービスの利用申請代行、各種サービスの調整を行います。
- 日常的な疾患の管理・悪化・重度化予防の視点から必要な医療や介護が必要な時に受けられる体制づくりと情報共有の促進を図り、医療職と介護職の橋渡し役的な役割を担っています。
- 入院時は、早期に病院を訪問する、又はFAXを送る等

- により、在宅での生活環境や利用者の心身の状況を情報提供します。
- 退院に向けては、病院を訪問し医療情報を得た上でケアプラン作成・多職種での情報共有等を行い、切れ目のない在宅療養提供体制を整えます。
- 平時から本人や家族への相談援助を行い、多職種との共有を行います。



介護福祉士・ホームヘルパー

- 入院時には、在宅での状態、ケアについて介護支援専門員に情報提供し、スムーズな入院につなげます。
- 退院時には、在宅生活に向けての本人・家族の課題や

- ニーズの把握、具体的なケア内容の提案を行います。
- 在宅復帰後は、状態変化を観察し多職種への連携を行います。

診療所

訪問看護
ステーション

薬局

訪問リハビリ
テーション事業所等

居宅介護支援事業所

介護保険
事業所等

入退院支援 その1 在宅療養時

入退院支援について、ひとつの事例に沿って多職種が連携するポイントを紹介します。



Aさん (83歳・女性)

病名：パーキンソン病

既往歴：逆流性食道炎 誤嚥性肺炎

家族構成：夫（84歳）と二人暮らし

長女が結婚して近くに住んでいる（夫、子ども2人）

食べることが好き。体力には自信があり、掃除や洗濯は好きで、常に体を動かしていました。家事は自分の仕事！

- 自宅で夫と二人暮らしのAさん。
- 5年前に体が動きにくい症状があることを自覚し、その翌年、かかりつけ医の紹介により大学病院を受診した結果、パーキンソン病と診断されました。診断後は、介護保険サービスを利用して生活しています。
- 抗パーキンソン病薬が効いていると不安定ながらも家の中は移動できますが、転倒することもあり、骨折などけがをする恐れがあります。
- 排泄は軽介助にてトイレを使用し、介助により自宅の浴槽で入浴が可能です。
- 構音障害があり、聞き取りにくいですが会話はできます。
- 残歯はあり、部分入れ歯を使用して経口摂取を続けています。

現在の支援状況

- ・介護保険「要介護2」
- ・身体障害者手帳「肢体不自由4級」
- ・かかりつけ医、かかりつけ歯科医への通院
- ・訪問看護、訪問リハビリ（言語聴覚士）の利用

〈ケアプラン〉概要

- ・通院 2回/月
- ・歯科通院 1回/月
- ・訪問看護 1回/週
- ・訪問リハ 2回/週

Aさんの在宅支援者（在宅チーム）

かかりつけ医

- ・病状の管理
- ・医療の全体的な把握

ケアマネジャー

- ・本人や家族の「できること」「できないこと」「やりたいこと」の聴取
- ・ケアプランの作成
- ・サービス調整

訪問看護師

- ・身体状況の確認
- ・療養相談と指導
- ・服薬管理
- ・排便コントロール
- ・誤嚥予防と食支援
- ・療養環境の整備
- ・転倒予防

**かかりつけ歯科医・
歯科衛生士**

- ・歯科診療
- ・口腔機能の維持管理

言語聴覚士

- ・嚥下指導

POINT! 入院に備えた体制づくり

在宅

関係づくりと情報共有



- かかりつけ医、訪問看護師、ケアマネジャー、かかりつけ歯科医、言語聴覚士（在宅チーム）で集まり、顔の見える関係づくり
- 在宅チームの日常の連絡方法や情報共有の方法を決める

「京あんしんネット」の活用 (p2)

※入院を繰り返しやすい疾患（心不全、糖尿病等の生活習慣病や誤嚥性肺炎、尿路感染症等）がある場合は、起こりうる変化をかかりつけ医や訪問看護師と確認し在宅チームで共有

- 希望する暮らし方やどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合い、在宅チームで共有する（アドバンス・ケア・プランニング：ACP）



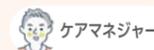
- 考えられる入院先を確認する

「在宅療養あんしん病院登録システム」の登録 (p2)



- 急な入院に備え、本人や家族、病院等から入院情報が入るよう調整

※入退院を繰り返すケースなどは、事前に病院に在宅療養状況を情報提供しておく



- 地域の病院の連絡相談窓口、体制・機能、地域資源等の把握に努める

病院

入退院調整（入退院支援）部門

- 在宅チームとの連携窓口を決める
- ※普段から連携窓口や病院機能を地域に周知しておく
- ※地域資源の把握に努める
- かかりつけ医から連絡があった場合に備え、院内の多職種で在宅チームと協働できる体制を調整
- ※入退院を繰り返すケースなどは、治療経過や本人・家族の思いなどを院内で共有

外来部門

- 緊急時の受診等に備え、入退院調整部門（入退院支援）と連携
- ※入退院を繰り返すケースなどは、在宅チームと情報共有し、在宅療養状況を把握する

多彩な症状が起こりうる進行性の病気です。普段から顔の見える関係をつくり、状況に応じて様々な職種の方に協力をお願いしましょう。不安に達しない本人・家族の思いを、関わる多職種から集め、一つ一つ丁寧に対応しましょう。



入退院支援 その2 入院

- Aさんは、食事中にむせることが多くなってきました。
- ある日、Aさんがぐったりしているところを夫が発見。熱を測ってみると、38度の発熱がありました。夫が、急いで、訪問看護ステーションに連絡して相談した結果、かかりつけ医を受診することになりました。
- 通院先のかかりつけ医が、入院が必要と判断し、あらかじめ決めておいた病院へ連絡し、受診しました。診察の結果、Aさんは、誤嚥性肺炎で入院することとなりました。
- 症状は軽度。嚥下内視鏡検査 (VE)、嚥下造影検査 (VF) で嚥下評価を受け、食事は原則ミキサー食の指示。水分はとろみを使用。
- 唾液の咽頭貯留がありむせることがあります。
- 歩行はふらつきがありやや不安定です。
- 退院後の生活について、Aさんは、病棟の担当の看護師に「食べることが好きである」と話し、経口摂取を続けていきたい思いが強いです。夫も長女もできるかぎり、Aさんの思いを尊重したいと話しています。担当のケアマネジャーも病院に訪問し、Aさんと話をしました。
- Aさんと家族は、病棟医師から病状説明 (インフォームドコンセント: IC) を受けました。
- 病院では、入院カンファレンスが開催され、支援計画が立てられました。
- 入院カンファレンスにて決まった食事に関する指導や転倒予防のリハビリについて、院内の多職種にて共有し、様子をみながら2週間後を目安に退院を目指すことについて、病棟医師からAさんに説明されました。
- Aさんは、支援内容について了承し、経口摂取を続けるために管理栄養士からの栄養指導を受け、ペースト食を管理栄養士、家族と一緒に練習しました。また、理学療法士のリハビリも受けました。

退院支援計画

- 嚥下機能、ADLの低下あり
- 介護保険サービス利用にて在宅希望

- 退院支援について
 - 嚥下指導と栄養指導
 - 転倒予防のリハビリ
- ⇒退院は2週間後を予定

退院調整が必要な患者の基準 (入退院支援加算参照)

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- イ 緊急入院
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが、要介護認定が未申請
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
- オ 生活困窮者
- カ 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
- キ 排泄に介助を要する
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供出来る状態にない
- ケ 退院後に医療処置が必要
- コ 入退院を繰り返している
- サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている

※内容は作成時点のもの

在宅チームは、入院前の医療的背景や入院に至る病状の変化をしっかりと病院にお伝えし、病院からの情報提供依頼には迅速・的確に対応しましょう。また、入院中でも本人・家族に寄り添うことが大切です。



POINT! 退院支援の必要性の認識と共有

在宅



- 訪問看護からケアマネジャーに入院について情報提供し、ケアマネジャーから在宅チームへ情報共有

入院先への情報提供



- 情報提供書類を病院へ提出する
- ・かかりつけ医：診療情報提供書
- ・訪問看護：看護情報提供書 (訪問看護サマリー)
- ・ケアマネジャー：入院時情報提供書 (入院後3日以内)



- 入院前の医療的背景や病状の変化を伝える



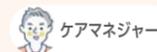
- 治療の方針、入院期間の目安、退院についての方角性を確認する



- 本人・家族が、病院に在宅療養に関する思いや入院前の状況を伝えられるようサポートする

退院支援アセスメントのポイント

- 医療・看護上及び生活ケア上の視点から、「意思決定支援」「自立支援」「療養環境の準備・調整」の必要性・内容を検討
- 退院時の目標、時期の設定
- 療養場所、方法の選択



- 退院に向け、退院支援計画に役立つ情報を病院へ提供する



- 入院カンファレンスへ参加し、状況の確認と情報共有を行う

- ※参加できない場合はカンファレンス等内容を情報収集する

病院

入院の連絡

- ※救急搬送等の場合は、介護保険サービスの利用状況を確認し、地域連携の部署等から担当ケアマネジャーへ連絡する

- 「入院時情報提供書」等を活用し、「入院前の生活状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等について聴き取り、院内各部署スタッフで情報を共有する

インフォームドコンセント: IC

- 医師からの病状説明 (IC) について本人・家族に希望を確認し、在宅チームの同席を依頼する

退院支援アセスメント

- 嚥下評価等検査や症状から退院支援の必要性を検討し在宅チームと共有
- ※各症状にあわせて検討する

- 退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認

- 退院後の生活の再構築が必要か、退院に向けた医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題をアセスメント

「チェックシート」参照 (p11~12)

- 必要時には介護認定の区分変更申請を行う
- ※介護保険未利用の場合は、まず利用手続きについて検討する

- アセスメント内容 (食事 (嚥下)、ADL) からケアマネジャーと介護保険サービスの事前調整を行う

- ※各症状に応じて、福祉用具等についても確認しておく

入院カンファレンス

- 退院に向けた課題 (食事 (嚥下) の方法、転倒予防) を明らかにし、調整や指導等の退院支援計画を立案

共有

参加

調整

共有

入退院支援 その3 退院に向けて



- 病院では、院内多職種カンファレンスを開催し支援を検討し、ケアマネジャーに情報提供を行い連携して支援調整することになりました。
- 医療について、専門的治療や嚥下機能検査等は、病院の専門医とかかりつけ医とが連携し、退院後はかかりつけ医が訪問診療を実施、また、かかりつけ歯科医では訪問歯科診療をしていなかったため、口腔サポートセンターに相談しました。そして、訪問薬剤師の服薬指導や医療材料の調整、管理栄養士の栄養指導の訪問も新たに導入することになりました。
- 生活については、ADLの維持のため、生活（家事）動作の中で今のAさんの能力の中でできることと難しいことを病院のリハビリ専門職（作業療法士）と相談しました。そこから、退院後は生活リハビリを導入し、難しいことを手伝ってもらいながら、今後のAさんの好きな家事を活かせるよう訪問介護など生活支援への検討を行っていくことにしました。
- 退院に向け、Aさんと家族に病院医師から退院後の支援について説明され、Aさんと家族は支援について了承しました。
- Aさんは、食事や歩行のリハビリの経過も順調なため、病棟にて退院前カンファレンスが開催されました。
- 同時にサービス担当者会議も開催し、退院後の支援方針について検討しました。

退院後の支援方針

介護保険サービスの利用内容（★は新たな支援）

- かかりつけ医 通院 ⇒ ★訪問診療
- かかりつけ歯科医 通院 ⇒ ★訪問歯科診療
- 訪問看護・訪問リハビリ
(言語療法士・★理学療法士・★作業療法士)
- ★薬剤師、管理栄養士の訪問

〈ケアプラン〉概要

- 訪問診療 2回/月
- 訪問歯科診療 1回/月
- 薬剤師の服薬指導 適宜
- 訪問看護 1回/週
- 訪問リハ 2回/週
- 管理栄養士の栄養指導 適宜

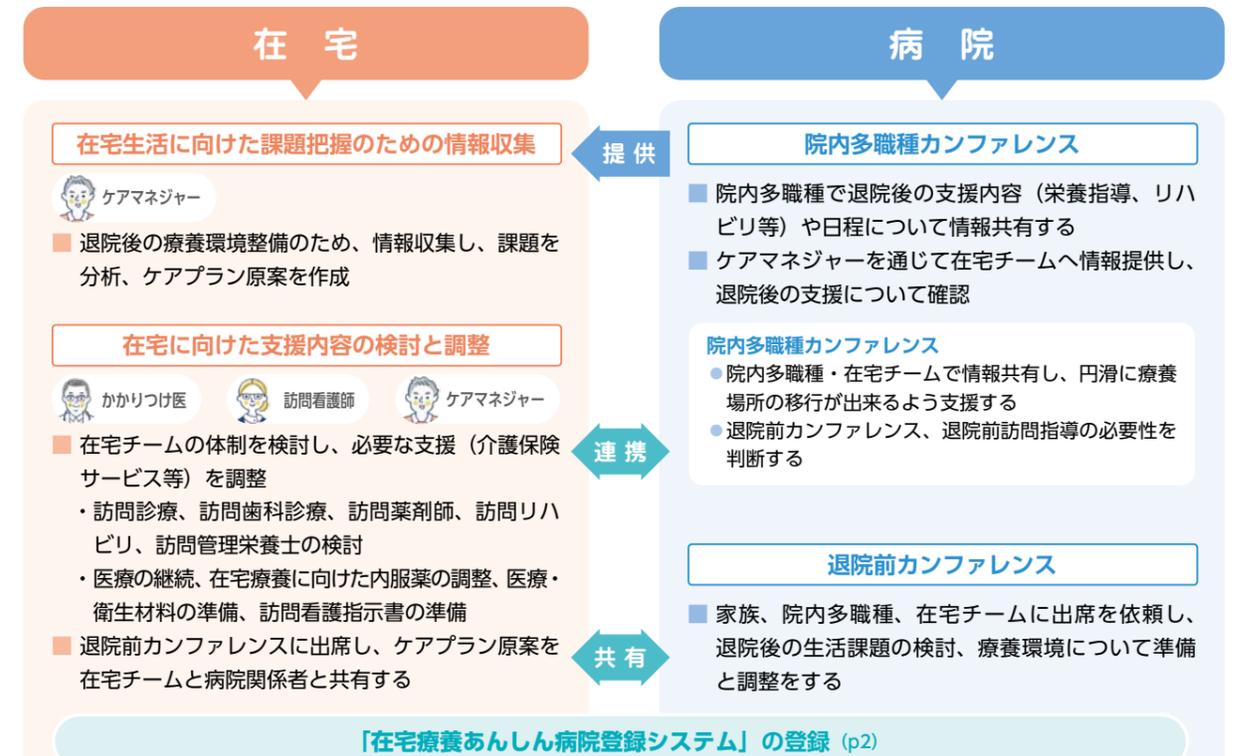
- 予定の日に無事に退院が決定し、Aさんは夫と自宅に帰ることになりました。退院後、Aさんは初めての訪問診療などを受けながら、生活しています。
- 在宅チームはAさんについて情報共有し、病院とも連携しながら、支援を続けています。

退院後のAさんの在宅支援者（在宅チーム）

<p>かかりつけ医</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問診療、往診 ● 病状の管理 ● 医療の全体的な把握 ● 病院との連携 	<p>ケアマネジャー</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 本人や家族の「できること」「できないこと」「やりたいこと」の聴取 ● ケアプランの作成 ● サービス調整 	<p>管理栄養士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 栄養指導 ● 食事療養の支援 	<p>薬剤師</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 薬剤管理 ● 服薬支援 ● 医療・衛生資材の管理
<p>訪問看護師</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 身体状況の確認 ● 療養相談と指導 ● 服薬管理 	<p>訪問看護</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 排便コントロール ● 誤嚥予防と食支援 ● 療養環境の整備 ● 転倒予防 	<p>かかりつけ歯科医・ 歯科衛生士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 訪問歯科診療 ● 口腔機能の維持管理 	<p>言語聴覚士・理学療法士・ 作業療法士</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 嚥下指導 ● 生活リハビリ

※在宅チームの構成は事例により多職種で構成できるよう検討しましょう。

POINT! 在宅に向けた支援内容の検討と調整



在宅生活のための情報収集のポイント

- 現状の評価と今後の見通しについて：今後の治療・看護・リハ計画、今後の病状の変化の見通し、おおよその入院期間（退院日の目安）等
- 退院後の生活課題、退院後に必要となる医療処置や管理について：病気や症状による生活への影響の有無、リスク管理、入院前の生活環境及び活動について、退院後に必要な事柄（医療処置、看護の必要性、リハビリ目標、ADL/IADL、予後）

※京都府医師会「退院に向けたヒアリングシート」等を活用

病院における多職種による退院支援のポイント

- 療養場所・方法についての情報提供、生活環境調整、意思決定支援
- 自立支援
- 症状マネジメント、リスクや健康状態の共有
- 治療方針やケアの必要性の共有
- 在宅に向けた医療・ケアのアレンジ
- 在宅医療及び介護の体制（インフォーマル、フォーマルサービス、住居環境）の調整
- 医療材料、医療機器、衛生材料の調達方法の調整
- 医療的ケアの家族指導
- 各種書類の準備 等

退院前カンファレンスが必要な事例

- 医療機器を使用する患者：人工呼吸器、在宅酸素、栄養注入、鎮痛剤注入ポンプ、腹膜透析器
- 症状コントロールが必要な患者：心・腎・肝不全、糖尿病、がん、難病
- 看取りの可能性のある患者：がん末期、高齢者
- 医療ケアを要する患者：吸引、経管栄養、ストマ、バルン留置、導尿、自己注射、腹膜透析
- 心身機能の低下：ADLの低下、認知機能の低下
- 療養環境の問題：独居、キーパーソン不明（方針の確認・決定が困難）、家族の介護力不安、虐待（可能性を含む）、住環境（バリア・階段・不潔など）
- 経済的問題：自己負担金支払い困難、家族の支援なし、後見等の必要性

退院後

- 外来受診や訪問診療、退院後訪問指導時、在宅チームから退院後の生活の様子についてフィードバックを受け、院内で共有し、退院支援のあり方を振り返る

サービス担当者会議



- 退院前カンファレンス時に開催し、退院後の支援方針を共有する

ケアプラン作成

- ケアマネジャー
- 退院前カンファレンスを踏まえ、ケアプラン原案を修正する
- サービス提供開始に向け最終調整
- 退院後のフィードバック窓口を確認

退院後

- 病院へケアプランを提出し、退院後の状況をフィードバックする

多職種連携支援のためのチェックシート

利用者の状態を把握する中で解決が難しい場合、チェックが入った項目に対応する専門職等と連携することをおすすめします。

※主治医への報告・連絡・相談は随時実施しましょう。

チェック欄	医療ニーズが高く、情報共有が必要な利用者像	情報共有が必要な理由	情報共有が必要な関係者					
1	医療機器等を使用している状態である	医療の状況やリスクを共有することで、チーム全体に必要なケア計画を立て、QOLの向上や自立を支援						
✓	カテーテルの留置(膀胱、腎、胆管も含む)	● 感染予防 ● 排泄機能のアセスメント ● 括約筋の強化	看	薬	リ			
✓	人工呼吸器の使用	● 医療機器の管理 ● 各種合併症の予防	看	薬	リ			
✓	たん、唾液の吸引	● 有効的な排痰援助と肺炎の予防	看	薬	リ			
✓	がん性疼痛のコントロール(注射・内服薬・貼り薬)	● 薬の正しい理解と痛みアセスメント ● 防御収縮による筋痛の緩和 ● 治療方針の本人説明内容を踏まえたサポート	看	薬	リ			
✓	気管切開カニューレ装着	● 感染予防とカニューレトラブルへの予防と対応 ● 有効なコミュニケーション方法の開発	看	薬	リ			
✓	ストマの装着(大腸・尿路)	● 排泄管理とストマ周辺の皮膚トラブルの予防・管理 ● 皮膚トラブル予防のストレッチ	看		リ			
✓	在宅酸素療法	● 呼吸機能の評価・正しい呼吸方法の獲得	看		リ			
✓	経管栄養チューブ(胃ろう含む)の使用	● 挿入部の皮膚・粘膜トラブルの予防 ● 栄養状態のモニタリング ● 簡易懸濁法等適切な薬の注入方法の検討 ● 口腔機能・摂食嚥下機能の評価、改善	歯	看	薬	リ	栄	
✓	中心静脈栄養、持続点滴	● 安全な管理 ● 摂食嚥下・栄養の改善 ● ルート・針の選定の際の助言	歯	看	薬	リ	栄	
✓	腹膜透析	● 感染予防のための環境調整 ● 食生活の支援	看		リ	栄		
✓	インスリンの自己注射	● インスリン管理 ● 食生活の支援 ● 本人にあった薬剤の形態の評価 ● 自己管理方法の検討	歯	看	薬	リ	栄	
2	皮膚・爪のケアが必要である	長い間の生活や動作の結果であることを理解し、生活様式全体を評価し再構築						
✓	爪に問題がある(陥入爪、感染など)	● 感染の予防 ● 歩行障がい予防	看		リ			介
✓	褥瘡がある	● 傷の処置 ● 栄養、介護方法、動作の改善 ● 寝具やマットレスなどの評価と選定 ● 薬剤や創傷被覆材の選定・使用法の助言	看	薬	リ	栄	介	
✓	皮膚・口腔内に傷があり(潰瘍、熱傷、白癬、など) 治りにくい	● 糖尿病などの基礎疾患との関連性やケアの評価 ● 医療材料の選定・褥瘡予防策の助言	歯	看	薬	リ		介
3	医療的な視点でのリスク管理(入院を予防)が必要である	治療が生活の弊害にならず、健康を取り戻すための支援						
✓	治療食を食べている	● 本人の生活にあった食事の改善や工夫 ● 食べたくなる環境や活動の提案	歯	看	薬	リ	栄	
✓	薬を飲んでいる	● 服薬アドヒアランス(※) 向上サポート ● 残薬調整、ポリファーマシー(※) 対策の検討 ● 服用のしやすさの検討	看	薬	リ			
✓	がん治療中(薬・放射線)	● 副作用や栄養の評価・改善 ● 活動量の調整から代謝コントロールの助言 ● 治療方針の本人説明内容を踏まえたサポート	歯	看	薬	リ	栄	

※アドヒアランス：患者が積極的に治療方針の決定に参加し、その決定に従って治療を受けること

※ポリファーマシー：単に服用する薬剤数が多いのみならず、それに関連して薬物有害事象のリスク増加、服用過誤、服薬アドヒアランス低下等の問題につながる状態のこと

チェック欄	医療ニーズが高く、情報共有が必要な利用者像	情報共有が必要な理由	情報共有が必要な関係者					
4	慢性疾患がある	生活の中に潜在する病状悪化の要因を排除し、生活の質低下を防ぐための支援						
✓	慢性閉塞性肺疾患	● 廃用性のADL低下の予防		看	薬	リ	栄	介
✓	腎不全・心不全	● 尿量を確認しながら、安全に服薬してもらうサポート ● 栄養状態のモニタリング ● 食生活・活動量・活動強度の助言		看	薬	リ	栄	介
✓	尿路感染を繰り返している	● 排泄状況と繰り返す原因の評価 ● 適切な薬の選択・副作用の評価		看	薬	リ		介
✓	肺炎を繰り返している	● 口腔・嚥下機能の評価とケア	歯	看		リ		介
✓	認知症・精神疾患がある	● 潜在している心身の状態を評価		看	薬	リ		介
5	口の中・食べること・栄養に問題がある	生きることや活力の基本である「食べること」を見直すための支援						
✓	摂食・嚥下に問題がある	● 摂食機能の評価・回復 ● 食事形態・ポジショニングの工夫 ● 補助栄養食の活用検討	歯	看	薬	リ	栄	介
✓	痩せている、BMIが18.5未満	● 低栄養の原因を評価し、改善に向けた助言	歯	看	薬	リ	栄	介
✓	過去3ヶ月で体重が減少した(5%以上)	● 体重減少の原因を評価し、改善に向けた助言	歯	看	薬	リ	栄	介
✓	噛めない、または、噛むことに問題がある	● 咀嚼機能の評価・改善 ● 虫歯、歯周病、義歯の問題改善 ● 食事形態の工夫・ポジショニングの工夫	歯	看	薬	リ	栄	介
✓	口臭・口腔内食物残渣がある	● 口腔内疾患・誤嚥性肺炎の予防に向けた口腔ケアの指導やトレーニング法の助言	歯	看	薬	リ		介
6	排泄	自立した排泄ができ精神的苦痛や自尊心低下がないよう支援						
✓	対処できていない便秘や下痢がある	● 原因を評価し、排泄の状態を改善		看	薬	リ	栄	介
✓	尿失禁や頻尿、排尿困難がある	● 薬の副作用の可能性を評価		看	薬	リ		介
7	睡眠	生活の中に潜在する睡眠障害の要因を排除し、本来の生活機能を取り戻すための支援						
✓	昼夜逆転している	● 原因を評価し、睡眠状態を改善		看	薬	リ		介
✓	不眠である	● 原因を評価し、睡眠状態を改善 ● 日中活動の提案		看	薬	リ		介
8	活動性の低下	身体機能の改善及び環境の整備を行うことで、住み慣れた場所で安全に暮らし続けられるための支援						
✓	以前に比べADLが低下し、生活の再編が必要	● ADLの評価、改善の可能性、生活環境の評価・環境(人的・物的)の再編		看	薬	リ		介
✓	IADLに問題がある	● 今後ADLの低下の可能性も含めた評価 ● 生活環境の評価・環境(人的・物的)の再編	歯	看	薬	リ	栄	介
✓	進行性の神経難病である	● 廃用性ADL低下を予防 ● 生活環境の評価・環境(人的・物的)の再編	歯	看	薬	リ		介
✓	転倒歴がある	● 転倒リスクの評価 ● 生活環境の評価・環境(人的・物的)の再編		看	薬	リ		介
✓	関節症・骨折後の疼痛	● 廃用性のADL低下を予防 ● 生活環境の評価・環境(人的・物的)の再編		看	薬	リ		介
9	状態の変化により、在宅療養生活に不安がある	自分らしい生活や限りある「生」を充実させるための支援						
✓	急な病状変化に対する不安がある	● 不安の原因を究明し解消 ● 元気なところに気付き、自信を持つ支援		看		リ		介
✓	終末期であるが本人の意思が不明瞭・不安が強い	● 死への不安や苦痛を緩和できるように支援		看	薬	リ		介
✓	本人・家族の今後の療養への思い	● 本人・家族の意思を繋ぐ為		看				介

歯…歯科医師 看…訪問看護師 薬…薬剤師 リ…リハビリ 栄…栄養士 介…介護福祉士

※参考文献：大阪府入退院支援の手引き「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」

各種情報はこちら

● 京都府医師会

在宅医療・地域包括ケアサポートセンター
<https://kyoto-zaitaku-med.or.jp/>



● 京都私立病院協会

地域連携窓口一覧を掲載しています。
<https://khosp.or.jp/hospitals/users/>



● 京都府歯科医師会口腔サポートセンター

訪問歯科診療等について相談できます。
<https://www.kda8020.or.jp/msc/>



④ 訪問歯科診療の
 申込みはこちらより

本人ご家族様用
 Webフォーム



専門職用
 Webフォーム



● 京都府看護協会

<http://kyokango.or.jp/>



● 京都府訪問看護ステーション協議会

事業所の検索ができます。各事業所の特徴や所属する職種についても掲載しています。
<https://www.kyotokango-st.com/station/index.php>



● 京都医療ソーシャルワーカー協会

<https://mswkyoto.jimdo.com/>



● 京都府薬剤師会

在宅医療が行える薬局一覧等在宅医療に関する情報を掲載しています。
<https://www.kyotofuyaku.or.jp/zaitaku/>



● 京都府理学療法士会

理学療法士のいる施設を紹介しています。
<https://www.kpta.jp/>



● 京都府作業療法士会

作業療法士のいる施設を紹介しています。
<https://kyoto-ot.jimdo.com/>



● 京都府言語聴覚士会

言語聴覚士のいる施設を紹介しています。
<http://www.rst.kyoto.jp/>



● 京都府栄養士会

<https://kyoto-eiyoshikai.or.jp/>



● 京都府歯科衛生士会

<https://kyoto.jdha.or.jp/>



● 京都府介護支援専門員会

<http://www.kyotocm.jp/>



● 京都府介護福祉士会

<http://www.kaccw.jp/>



● 京都府ホームヘルパー連絡協議会

<https://www.kyoshakyo.or.jp/kyohoren/>



● 京都府内の地域包括支援センター

<https://www.pref.kyoto.jp/kourei-engo/13900035.html>



● 京都府内介護保険事業所

京都市
<https://www.city.kyoto.lg.jp/menu3/category/43-5-0-0-0-0-0-0-0.html>
 京都市以外
<https://www.pref.kyoto.jp/jigyousho/1167194419880.html>



京都市



京都市以外

● 厚生労働省介護サービス情報公表システム

介護サービス事業所の情報を検索できます。
<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/>





入退院支援における 連携・協働の手引き

一般社団法人 京都府医師会
一般社団法人 京都私立病院協会
一般社団法人 京都府歯科医師会
公益社団法人 京都府看護協会
一般社団法人 京都府訪問看護ステーション協議会
一般社団法人 京都医療ソーシャルワーカー協会
一般社団法人 京都府薬剤師会
一般社団法人 京都府理学療法士会
一般社団法人 京都府作業療法士会
一般社団法人 京都府言語聴覚士会
公益社団法人 京都府栄養士会
公益社団法人 京都府歯科衛生士会
公益社団法人 京都府介護支援専門員会
一般社団法人 京都府介護福祉士会
京都府地域包括・在宅介護支援センター協議会
京都府ホームヘルパー連絡協議会

参考文献) 大阪府入退院支援の手引き、京都府医師会をはじめでの在宅医療、丹後地域におけるケア移行の手引き、東京都退院支援マニュアル