

平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金  
老人保健健康増進等事業

**入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との  
多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に  
関する調査研究事業**

**報告書**

**平成29年3月**

**株式会社 日本能率協会総合研究所**

## はじめに

本調査研究は、平成 28 年度厚生労働省 老人保健健康増進事業として実施されたもので、国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長 川越雅弘先生を委員長とした研究委員会及び作業部会が実施した研究成果を報告書としてまとめたものである。

我が国の高齢者人口は、現在 3,000 万人を超え、国民の約 4 人に 1 人が高齢者である。高齢者人口は 2042 年には約 3,900 万人とピークを迎える見込みであるが、その後も医療や介護の需要の高い後期高齢者人口の割合は上がり続けると予想されており、約 800 万人いる団塊の世代すべてが 75 歳以上となる 2025 年以降は、高齢者の単身世帯・高齢者のみ世帯や認知症高齢者も増加し、今まで以上に医療や介護の需要が増加すると見込まれている。疾病を抱えても自宅等の住み慣れた生活の場で療養しつつ、自分らしい暮らしを続けていくためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制の整備が急務となっている。

要介護の高齢者に対しては、介護保険制度により利用者の尊厳の保持を旨とした自立支援を実現していくことが重要であり、ケアマネジメントが必要不可欠であるが、そのためには、ケアマネジメントの担い手として位置付けられている介護支援専門員のケアマネジメントの質の向上に向けた不断の努力が求められる。しかし、またその一方で、入院から退院後の在宅への移行時における多職種連携においては、まだまだ入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等の多職種との協働は十分に機能していないという指摘もみられる。

退院後のケアマネジメントの課題としては、疾患の再発予防・機能低下予防が挙げられるが、ケアマネジメントの質を向上するためには、入院中から患者の状態の変化を踏まえたアセスメント及び課題分析を十分に行ってからケアプラン原案を作成するとともに、それらを医療機関や在宅医療・在宅介護サービスの関係者間で共有した上で在宅に移行することが望ましい。

そこで本調査研究事業では、入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上を図るために、ケアマネジャーは入院直後から患者の退院後を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、また、利用者の状態を踏まえたケアプランを作成するために、いつ、どのような情報を収集すべきか等を検討し、標準的な工程を整理するとともに、それらを管理するチェックリストや情報収集をサポートするツール類の開発、及びそれらを活用するための手引きの作成を目的として調査研究を実施した。

本事業においては、川越委員長をはじめとして、委員及び作業部会のメンバーには多大なるご協力をいただき、心より感謝申し上げますとともに、本報告書及び手引き等の開発ツールが入退院時における多職種連携を推進するうえでの一助になれば幸いである。

平成 29 年 3 月  
株式会社 日本能率協会総合研究所



# 目次

第1章 事業の概要.....	1
1. 事業の目的.....	1
2. 実施内容.....	1
(1) 本調査研究事業の構成と実施フロー.....	1
(2) 実施スケジュール.....	2
(3) 具体的な進め方.....	2
3. 実施体制.....	4
(1) 委員会.....	4
(2) 作業部会.....	5
4. 実施経過.....	6
第2章 委員会及び作業部会における討議内容.....	7
1. 委員会.....	7
(1) 第1回委員会.....	7
(2) 第2回委員会.....	9
2. 作業部会.....	11
(1) 第1回作業部会.....	11
(2) 第2回作業部会.....	13
(3) 第3回作業部会.....	15
3. アドバイザーヒアリング.....	17
4. アウトプット作成の主な論点.....	18
第3章 現状把握の結果（オープン情報の収集・整理とヒアリング結果）.....	28
1. 現状把握の概要.....	28
2. オープン情報の収集・整理.....	28
(1) 実施概要.....	28
(2) 整理の結果.....	29
3. ヒアリング.....	33
(1) 実施概要.....	33
(2) 結果のポイント ～アウトプットへの主な示唆～.....	33
【付：個票】.....	39
別添資料：手引き.....	57



# 第1章 事業の概要

## 1. 事業の目的

退院後のケアマネジメントの課題として疾患の再発予防・機能低下予防などが挙げられる。ケアマネジメントの質を向上するためには、ケアマネジャーは、利用者が入院中のときからその状態や病状変化の可能性を踏まえたアセスメントや課題分析を行った上で、ケアプラン原案を作成することが重要である。特に、ケアプランを作成するまでの過程においては、医療機関や在宅医療・介護サービスなどの多職種間で情報を共有し、専門家の視点で適切なアドバイスを得た上で練り上げられたプランを持って在宅に移行することが望ましい。

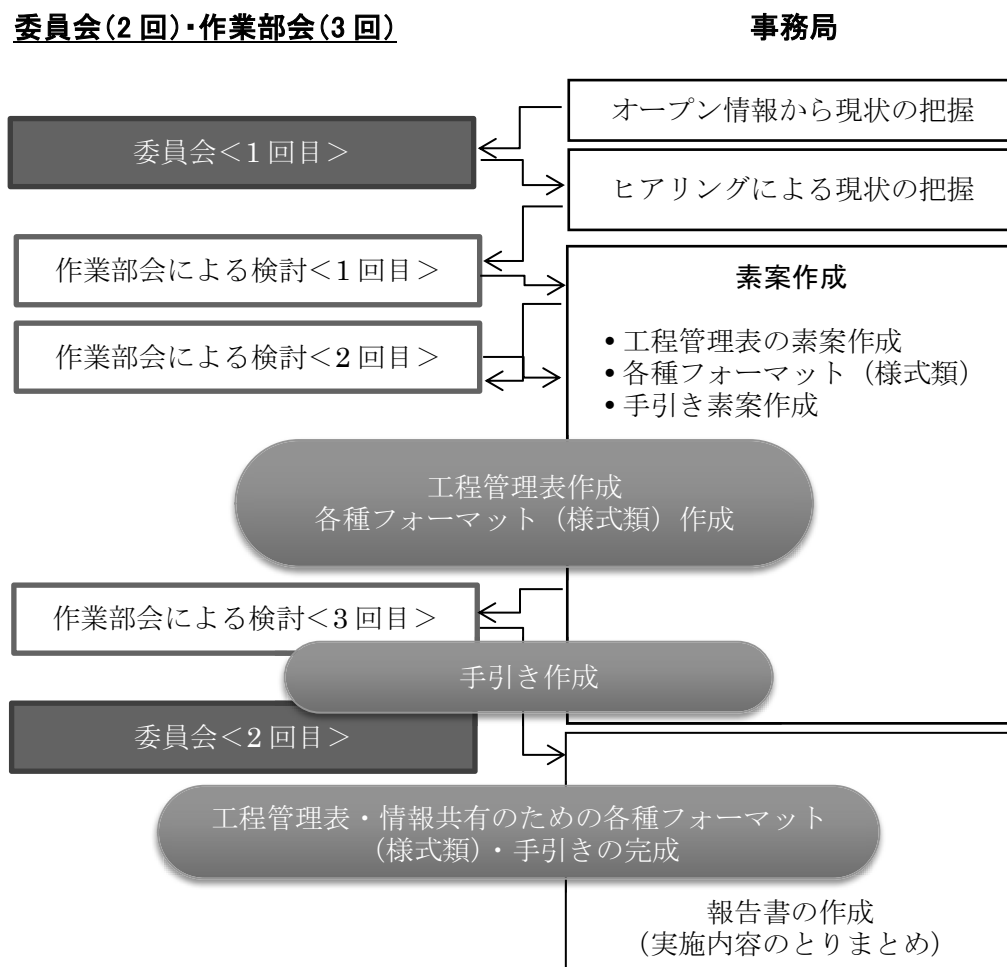
本調査研究事業では、入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上を図るために、ケアマネジャーは入院直後から患者の退院後を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、また、利用者の状態を踏まえたケアプランを作成するために、いつ、どのような情報を収集すべきか等を検討し、標準的な工程作りを行うことを目的に実施した。

## 2. 実施内容

本調査研究事業の構成と実施フロー、スケジュール等は以下のとおりである。

### (1) 本調査研究事業の構成と実施フロー

専門家・識者による「委員会」「作業部会」を設置し、討議を行った。



## (2) 実施スケジュール

		6月	7月	8月	9月	10月	11月	12月	1月	2月	3月
準備	Step0 : 企画準備	→									
	Step1 : オープン情報からの 現状の把握			→							
	Step2 : ヒアリングによる 現状の把握					→					
資料とりまとめ	工程管理表							→			
	各種フォーマット (様式類)							→			
	手引き								→		
	報告書										→
会議 実施	委員会					①					②
	作業部会							①	②	③	

## (3) 具体的な進め方

### <Step1>オープン情報からの (現状の把握)

#### ・ WEB 公開情報の検索と整理

各地域で WEB 上のオープン情報から既存の様式を収集し、入院時～退院までの各タイミングに併せて整理・分析を行い現状を把握した。

### <第 1 回委員会 開催>

第 1 回委員会を開催し、「入退院時における医療機関等とケアマネジャーとの連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上の在り方」について討議を行った。

### <Step2>ヒアリング (現状の把握)

#### ・ 好事例へのヒアリング

第 1 回委員会にて、好事例の推薦を募り、事務局にて調整を行った結果、協力が得られた医療機関及びその医療機関と普段から連携を行っているケアマネジャーに対するヒアリングを実施し現状を把握した。

### ＜第1回作業部会 開催＞

- ・ 理想的な標準工程と様式を検討

「現状の把握」で明らかになった点を踏まえ、医療機関等の多職種とケアマネジャーの連携や、ケアマネジャーの情報収集の在り方について討議を行い、理想的な標準工程とチェック項目内容、及び情報共有のための各種フォーマット案について検討した。

### ＜資料とりまとめ／1回目（事務局）＞工程管理表&各種フォーマット（様式類）

事務局にて、第1回作業部会における検討内容をとりまとめ、「工程管理表」と「各種フォーマット（様式類）」の素案を作成した。

### ＜第2回作業部会 開催＞

- ・ 「工程管理表（案）」への合意形成と、「必要なフォーマット（様式類）」への意見交換

「工程管理表（案）」について合意形成を行うとともに、必要なフォーマット（様式類）の具体的な項目についての意見交換を行った。

### ＜資料とりまとめ／2回目（事務局）＞工程管理表&各種フォーマット（様式類）&手引き

事務局にて、第2回作業部会における検討内容をとりまとめ、「工程管理表（案）」と「各種フォーマット（様式類）各案」の修正版と「手引き」素案を作成した。

### ＜第3回作業部会 開催＞

- ・ 「各種フォーマット（様式類）」への合意形成と、「手引き（素案）」への意見交換

これまでに作成した工程管理表の微調整、「各種フォーマット（様式類）」についての合意形成を行うとともに、「手引き（素案）」に盛り込むべき内容等について、併せて意見交換を行った。

### ＜資料とりまとめ／3回目（事務局）＞工程管理表&各種フォーマット（様式類）&手引き

事務局にて、第3回作業部会における検討内容をとりまとめ、「各種フォーマット（様式類）各案」の調整と共に、主に「手引き」についての修正版を作成した。

また、併せて、アドバイザー（医師／歯科医師）についても、とりまとめた案に対する意見を伺うヒアリングを実施した。

### ＜第2回委員会 開催＞

3回にのぼる作業部会で作成した「工程管理表」、「情報共有のための各種フォーマット（様式等）」、また、それらを活用するための「手引き」の各案についての意見聴取を行った。

### ＜資料とりまとめ／4回目（事務局）＞工程管理表&各種フォーマット（様式類）&手引き

事務局にて、これまでの委員会、作業部会の検討内容をとりまとめ、作業部会メンバーと微調整をはかりながら「各種フォーマット（様式類）各案」「手引き」を完成させた。



### 3. 実施体制

本調査研究の実施に際しては、委員会及び作業部会（WG）を設置し、委員会での各専門家による「入退院時における医療機関等とケアマネジャーとの連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上の在り方」の討議・検討をもとに、作業部会にて、具体的な工程や必要とされる各種フォーマット（様式類）の検討を進めた。

委員は、当該テーマである入退院時の連携に関わる医療機関等の多職種の職能団体から各1名に対し委嘱を行っている。また、作業部会については、それぞれの委員から推薦を得た方に委嘱を行った。

#### (1) 委員会

委員は、委員長以下8名で、委員会を2回開催した。

#### 委員一覧

□委員（敬称略・委員長を除き五十音順）

委員長 川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
委員 有澤 賢二	公益社団法人 日本薬剤師会 常務理事
清崎由美子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局長
齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
榊原 次郎	公益社団法人 日本医療社会福祉協会 調査研究部
鈴木 邦彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
高野 直久	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課

石山 麗子 介護支援専門官  
田代 善行 人材研修係 係長  
丹 菜々子 人材研修係 係員

<事務局> 株式会社 日本能率協会総合研究所

#### ○委員会の役割

医師を始めとした各団体の専門家・識者に委員になって頂き、各ご専門の立場から討議を進めて頂いた。

第1回目：「入退院時における医療機関等とケアマネジャーとの連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上の在り方」についての討議

第2回目：作業部会で作成した工程管理表案、情報共有のための各種フォーマット（様式類）案、それらを活用するための手引き案についての意見聴取

## (2) 作業部会

作業部会メンバーは、リーダーである川越委員長以下9名（オブザーバー以外）で構成され、作業部会を3回開催した。なお、作業部会の結果を受けて、事務局にてアドバイザーからの意見聴取も行った。

### メンバー一覧

#### □作業部会メンバー（敬称略・委員長を除き五十音順）

リーダー	川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
メンバー	加藤 希	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 推薦 公益社団法人 中央区医師会 訪問看護ステーションあかし 所長
	倉本 啓子	公益社団法人 日本歯科医師会 推薦 公益社団法人 豊島区歯科医師会 倉本歯科医院 歯科衛生士
	行田菜穂美	公益社団法人 日本看護協会 推薦 聖マリアンナ医科大学病院 看護部主任
	斉藤 秀之	公益社団法人 日本理学療法士協会 副会長
	根本ひろ美	公益社団法人 日本薬剤師会 推薦 ねもと薬局グループ よしの薬局 代表
	能本 守康	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
	堀部 徹	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常務理事 医療法人 紀典会 専務理事 社会福祉法人 広虫荘 副理事長
	山崎まどか	公益社団法人 日本医療社会福祉協会 調査研究部理事 JCHO 東京新宿メディカルセンター 医療ソーシャルワーカー
オブザーバー (委員兼任)	榊原 次郎	公益社団法人 日本医療社会福祉協会 調査研究部

#### □アドバイザー（敬称略・名前順）

高田 靖 (歯科医師)	公益社団法人 豊島区歯科医師会 専務理事 高田歯科医院 院長
土橋 正彦 (医師)	公益社団法人 千葉県医師会 副会長 土橋医院 院長

<オブザーバー> 厚生労働省 老健局振興課  
田代 善行 人材研修係 係長

<事務局> 株式会社 日本能率協会総合研究所

## ○作業部会の役割

作業部会では、第1回委員会での「入退院時における医療機関等とケアマネジャーとの連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上の在り方」に関する討議内容・ご指摘を受け、入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上を図るために、ケアマネジャーは入院直後から患者の退院後の在宅生活を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、また、利用者の状態を踏まえたケアプランを作成するために、いつ、どのような情報を収集すべきか等を検討し、標準的な工程管理表案、情報共有のための各種フォーマット（様式類）案、それらを活用するための手引き案についての検討を実施した。

第1回目：第1回委員会での討議・指摘内容を受け、ケアマネジャーが医療機関等の多職種と連携するために、主に、理想的な「工程」について検討を実施

第2回目：第1回作業部会で討議した結果を受け、事務局にて作成した各素案をベースに具体的な討議を実施

第3回目：これまでの作業部会で作成した工程管理表案、情報共有のための各種フォーマット（様式類）案、それらを活用するための手引き案の完成に向けた調整を行うと共に、更なる意見聴取を実施

## 4. 実施経過

本調査事業の実施経過は以下のとおりである。

日程	実施内容
平成28年5月31日	採択通知受領
6月1日～	委員選定など企画詳細と委嘱依頼などの企画準備の着手
8月1日～	オープン情報からの現状把握作業の着手
10月5日	第1回委員会開催 10:00～12:00 於:八重洲ホール
10月6日～	作業部会メンバーの選定・委嘱依頼 ／ヒアリングによる現状把握作業の着手
12月20日	第1回作業部会開催 18:45～20:45 於:八重洲ホール
12月21日～	「工程管理表／各種フォーマット（様式類）／手引き」の とりまとめ～（1回目／素案づくり）
平成29年1月6日	第2回作業部会開催 16:00～18:00 於:八重洲ホール
1月10日～	「工程管理表／各種フォーマット（様式類）／手引き」の とりまとめ～（2回目／主に、工程管理表・様式類について）
1月21日	第3回作業部会開催 18:00～20:00 於:八重洲ホール
1月23日～	「工程管理表／各種フォーマット（様式類）／手引き」の とりまとめ～（3回目／主に、様式類・手引きについて）
2月27日	第2回委員会開催 18:00～20:00 於:八重洲ホール
2月28日～	「工程管理表／各種フォーマット（様式類）／手引き」の とりまとめ～（4回目／完成に向けた全ツール類の調整）
3月31日	事業報告書完成

## 第2章 委員会及び作業部会における討議内容

### 1. 委員会

委員会は計2回実施した。それぞれの委員会の主な議題とポイントは以下のとおりである。

#### (1) 第1回委員会

回	議題と主な議論のポイント
第1回 (10月5日)	<p>1. 本事業について</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>－医療との連携によるケアマネジメントの質の向上の必要性について (厚生労働省)</li> <li>－「退院時ケアマネジメントに関する実態調査(概要)」説明(委員長)</li> <li>－入退院時における医療との連携を踏まえたケアマネジメントの現状について ～オープン情報からの現状の把握結果(事務局)</li> </ul> <p>2. 入退院を踏まえたケアマネジメントの質の向上についての討議 (意見交換)</p>
①事業の目的・前提について	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>対象は、既にケアマネジャーが付いているケースを前提</u></li> <li>● <u>入院～在宅へ戻る工程で、ケアマネジャーが何をしなければいけないかを検討</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 既にケアマネジャーがついているケースについて、一連の工程管理を軸に、患者/利用者の在宅生活に向け何をしなければいけないかについて検討することを前提とした。</li> </ul> </li> <li>● <u>急性期病院から在宅における理想的なプロセス検討を主に実施</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 急性期病院の平均在院日数が短くなっている中で、入院中からどのように連携するべきか、急性期→在宅における理想的なプロセスを示すこととした。</li> </ul> </li> <li>● <u>急性期病院から在宅における理想的なプロセス検討を主に実施</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 既存のシートの活用に対する評価はせずに、シートを作成していないところに対して活用を促すことを目的とする。作成したツールを必ず使用しなければならないというものではないということを確認した。</li> </ul> </li> </ul>
②アウトプット(工程管理表)について	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>ケアマネジャーの情報収集工程を前倒しし、退院前カンファレンスの場を必要な情報を取りに行く、ディスカッションの場へと変えていく方向で検討</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「退院前カンファレンスは情報をもらう場ではなく、ディスカッションする場であり、退院した後の生活についての諸注意、たとえば訪問看護の必要性などを話し合う場となるべき」といった指摘を受けた。指摘を踏まえ、工程は全体的に前倒しすることを意識し、入院した利用者の情報をケアマネジャーが医療機関から最初に得ることが多い「退院前カンファレンス」の場を、専門職から必要な情報を取りに行く/ディスカッションを行う場となるように変えていく。このため、退院前カンファレンスの前に、利用者の情報を入手し、課題を認識するとともに、できる限りケアプラン原案を作成した上で退院前カンファレンスに参加することを目標とした。</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>退院前カンファレンスを軸に、入院～カンファレンス前／後で時間軸には幅を持たせる</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 診療報酬の退院支援加算が新設されたことも踏まえ、急性期を対象としているが、疾患により入院期間が異なり、何日という一律の線引きは難しいため、「何日から何日まで」など幅を持たせることを確認した。</li> </ul> </li> <li>● <u>医療機関内での担当は、医療機関の都合に合わせ、特定はしない</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「医療機関内で情報が共有されていればいいので、「誰が」ではなく現実的な運用を踏まえるべき」という指摘をうけ、「連絡相談窓口」「関係職種」といった形に考慮する。</li> </ul> </li> <li>● <u>介護側の情報を医療機関／かかりつけ医に提供することが重要</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「介護情報を医療機関に伝えることが必要。『かかりつけ医』への提供も重要」という指摘があり、介護側の情報を医療機関／かかりつけ医へ提供することの重要性を確認した（工程&amp;様式類の検討において）。</li> </ul> </li> </ul>
<p>③アウトプット（各種フォーマット・様式類）について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>入院前の状況を医療機関に速やかに伝える工夫を行う。また、「入院時情報提供書」のフォーマットも作成し、まだ使っていないところに向けて提供する</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「疾患を原因として変わったのであれば、それを改善するためのケアマネジメントが本来は求められるが、現状でいうとうまくつながっていない。本来、入院前と退院後が、つながっているのが理想」という指摘や、「ケアマネジャーが医療機関に情報提供を行うシート、特に入院時は必要」という指摘を受け、入院前のケアプランのコピーを医療機関へ提供するなど、入院前の状況を医療機関に速やかに伝える工夫をすると共に、まだ「入院時情報提供書」を作成していないケースに向けてフォーマット作成を行うこととした。</li> </ul> </li> <li>● <u>既存の様式類があるなかで、新規の様式ができることでのケアマネジャーの負担を考慮</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「看護サマリーやリハ計画との関係性や、アセスメントシート以外のシートができることへの負担感を考慮すべき」との指摘を受け、新たな様式作成も含め、ケアマネジャーの負担感については十分考慮すべきことを確認した。</li> </ul> </li> <li>● <u>「歯科項目」を様式類に盛り込む</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「歯科については、必要な場合に要請を受けることになるが、課題があるということを理解してもらうためにも、病棟看護師が気付くよう「歯科項目」をチェックシートに盛り込んでもらえば、関与しやすくなる」という意見を受け、作成する様式類には項目を盛り込むこととした。</li> </ul> </li> </ul>
<p>④アウトプット（手引き）について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>情報収集が目的化しないよう、何に役立つ、何のための情報かを意識させる</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「手引きには利用者のメリット、予後の生活にどう役立てるか、役立つかを記載した方がよい」という指摘を受け、情報収集のための様式類の作成にあたっては、情報収集だけが目的化しないよう留意し、情報を何に使うのか、何のための情報収集なのかを意識させることを確認した。</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>「何をすべきか」に注目する</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「医療機関内で情報が共有されていればいいので、「誰が」ではなく現実的な運用を踏まえるべきではないか」という指摘に基づき、「誰が」ではなく「何をすべきか」に注目して具体的な検討を進めていくこととした。</li> </ul> </li> <li>● <u>病棟看護師からケアマネジャーへの情報伝達や連携についても考慮する</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「現状、病棟看護師は、患者が在宅療養をする際にどのような困難さがあるか、そのためにどのようなサポートがあるかを（翻訳してわかりやすく）伝えることが、十分できていない」という指摘を受け、患者情報のキーパーソンである病棟看護師から、ケアマネジャーに伝えるべき情報やその連携の仕方についても、手引きの中で考慮することとした。</li> </ul> </li> </ul>
--	---

## (2) 第2回委員会

回	議題と主な議論のポイント
第2回 (2月27日)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本事業について ～再確認までに（厚生労働省）</li> <li>2. これまでの経緯について ～作業部会（WG）報告（事務局）</li> <li>3. アウトプットについて ～（事務局） <ul style="list-style-type: none"> <li>－工程管理表（案）</li> <li>－各種フォーマット（様式類）（案）</li> <li>－手引き（案）</li> </ul> </li> <li>4. アウトプットについての討議（意見交換）</li> </ol>
①今後の展開・周知方法について	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>今後の展開については、地域単位で、他事業（在宅医療介護連携推進事業など）や、それぞれの職能団体の研修などとも連携して使っていくことが必要</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「平成30年4月までに地域支援事業のなかで求められる「アからクまで」の中で行われる研修のような場で紹介されたり、それぞれの職能団体が参加して一同に介したところで周知すると色々な議論もできる」「おそらく、地域単位で実際に使っていく形をとらないと普及していかない。展開の仕方等については、在宅医療介護連携推進事業など、他のところとも連携して使って頂くことが大切」といった指摘があり、地域単位で、他事業や職能団体の研修などとの連携が必要であると認識された。</li> </ul> </li> <li>● <u>保険者単位での医療側と各職能団体（支部）との連携や調整が必要</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「活用においては、医療側（各医療機関・医師会・病院関係機関など）に『必要ない』と言われたいない為にも、保険者単位で、これらを使用する各団体の各都道府県支部と医療側が連携を図るための調整をしていく必要がある」といった点についても指摘があった。</li> </ul> </li> </ul>
②アウトプットについて (工程管理表)	<p>作業部会で作成された「工程管理表」については、概ね了承が得られた。</p>

<p>③アウトプットについて (各種フォーマット・様式類)</p>	<p>作業部会で作成された「各種フォーマット (様式類)」については、概ね了承が得られた。併せて、各詳細項目については、具体的な指摘が挙げられた。主な内容は以下のとおり。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● 「担当ケアマネジャーから『5つのお願い』シート」について： <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「予め入院を想定して、このような説明をするのは如何なものかと思う」という指摘があり、この点については、手引きの方で、全員配布は不要だが、ケアマネジャーが必要と思う方、「入院リスクが高い方」にはお渡しするよう解説することとした。</li> </ul> </li> <li>● 「入院時情報提供書」について： <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ チェック項目について、「主観ではなく客観で書けるものにすべき。その方がケアマネジャーも記入しやすい」という指摘を受け、「経済的状況」「家族の介護力」などの評価は客観的な選択肢に変更することとした。</li> <li>➢ 要介護度、認知症の日常生活自立度、障害高齢者の日常生活自立度の3点を入れた方が良い。</li> <li>➢ ケアプランに網羅されている内容については、そちらを参照するような工夫をすべきなので手引きで補足すべき。</li> <li>➢ 「薬」に関する項目は「他者による支援が必要か」といった意味合いなので、項目名は「薬剤管理」「服薬状況」に変更した方が良い。</li> <li>➢ 内服薬が「あり」の場合には、「居宅療養管理指導」があるかどうかについても記載欄を設けるべき。</li> <li>➢ 「貼付剤 (パッチ)」や「使用頻度」が特殊な薬剤も最近は多いので、「特記事項欄」などが必要ではないか。</li> <li>➢ 退院困難 (退院支援が必要) な要因となる疾患名は、もう少し加えるべきではないか (脳血管障害、骨折など)。</li> </ul> <p>→これらの指摘については、完成に向けた調整の中で全て対応。</p> </li> <li>● 「退院に向けたヒアリングシート」について： <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ICF の概念が広がっているので、「リハビリの視点」の項目には、ケアマネジャーが意識するという意味も含め、「地域活動/社会参加」なども入れる。</li> <li>➢ 「看護の視点」の項目には、「療養指導」「清潔ケア」を追加する。</li> <li>➢ 歯科項目について「義歯を入院中に使用したか」チェック項目を追加する。</li> <li>➢ 「食形態コード」の記入欄を追加すべき (手引きの中だけでなくシートにも入れる)。</li> </ul> <p>→これらの指摘については、完成に向けた調整の中で全て対応。</p> </li> </ul>
<p>④アウトプットについて (手引き)</p>	<p>作業部会で作成された「手引き」については、概ね了承が得られたが、「各種フォーマット (様式類)」の項目についてのご意見を受け、それらの修正も含め、事務局と作業部会メンバーによる継続審議とされた。</p>

## 2. 作業部会

作業部会は計3回実施した。それぞれの作業部会における主な議題とポイントは以下のとおりである。

### (1) 第1回作業部会

回	議題と主な議論のポイント
<p>第1回 (12月20日)</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 本事業の目的 ～問題提起               <ul style="list-style-type: none"> <li>－医療との連携によるケアマネジメントの質の向上の必要性について(厚生労働省)</li> <li>－「退院時ケアマネジメントに関する実態調査(概要)」説明(委員長)</li> <li>－入退院時における医療との連携を踏まえたケアマネジメントの現状について ～現状の把握結果から(事務局)</li> </ul> </li> <li>2. 本作業部会(WG)での検討内容の整理 ～第1回委員会から(事務局)</li> <li>3. 検討作業               <ol style="list-style-type: none"> <li>① 標準的な工程とチェックリスト *主な検討テーマ</li> <li>② 各工程における、情報共有のための各種フォーマット(様式類)</li> <li>③ 手引き</li> </ol> </li> </ol>
<p>①標準的な工程とチェックリストについて</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>「工程管理表」のための理想的な標準行程を中心に、必要な様式や盛り込むべき要素など、今後、検討すべき事柄の骨格について討議</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 討議は、入院時(前も含む)からの時間軸を追って、そのタイミングで「何をすべきか」、連携のためには「何が必要か」という観点から意見交換を行った。</li> </ul> </li> <li>● <u>入院～の時間軸にそって、連携の為の「様式」や「盛り込むべき項目」の大まかな洗い出し</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 特に入院時のケアマネジャーから医療機関への情報提供に関しては、医療機関側がどのような情報を望んでいるかという視点で「入院時情報提供書」に盛り込むべき項目について検討した。</li> <li>➢ また、ケアマネジャーが退院前カンファレンスに向けた準備に必要な情報についても大まかに洗い出した(リスクの把握、予後・予測、今の状況の把握、入院時～退院に向けての患者のADL変化疾患・服薬と医療処置の有無、病院の治療方針と本人や家族の受け止め(疾患・治療)など)。</li> </ul> </li> <li>● <u>前提は、担当する高齢者が急性期病院から在宅に戻る際の退院支援</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 委員会の意見を受け、ケアマネジャーが担当する高齢者が、急性期病院に入院し、在宅に戻る際を前提として、理想的な退院支援について検討した。</li> </ul> </li> <li>● <u>工程は“あるべき論”で整理、現状よりも“かなり前倒し”になる</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院前カンファレンスまでに、ケアマネジャーが原案を作るとなると、これまでより情報収集の順番も変わって、かなり前倒しで動くことになるので、まず「工程」を示す必要がある。それは医療機関とケアマネジャーがお互いに楽をして、より結果が出る、という理想論的な工程で見せることが良いとした。</li> </ul> </li> <li>● <u>「退院前カンファレンス」の場を、ケアマネジャーが必要な情報を取りに行く、ディスカッションを行う場に変えていく</u></li> </ul>



	<ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 委員会での意見を受け、ケアマネジャーは事前の情報収集に基づく課題認識によって、あらかじめ資料準備（原案）をして退院前カンファレンスに臨み、その席では、それら資料（原案）に対する意見を求める場に変えていくことを前提に討議を行った。</li> <li>● <u>「入院時情報提供」の目的は、退院支援計画につながるような情報を提供すること</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ケアマネジャーが提供した情報によって、入院前の生活情報がきちんと入った退院支援計画につなげられるという、病院側にとってもメリットがあるものにする。そのために、ケアマネジャーは状況に応じて病状説明の場などにも可能であれば同席していくなどとした。医療機関が退院支援計画を作成する「入院1週間以内」にすべき事柄を整理した。</li> </ul> </li> <li>● <u>ケアマネジャーが利用者の入院中に行う情報収集は、「課題整理総括表」を意識するべき</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ケアプラン原案を考える際に、サービスありきにならないよう、利用者にとっての課題を整理してニーズ優先で検討する必要がある。従って「課題整理総括表」をそこに機能させれば、後で2重3重にやらなくて済むので、それを意識した構成にすることとした。</li> </ul> </li> <li>● <u>退院前訪問指導や退院前カンファレンスなど、退院支援にはケアマネジャーも積極的に関与</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院前訪問指導への同行や、退院前カンファレンスにケアマネジャーが参加して欲しい職種のリクエストを出すなど、ケアマネジャーも積極的に関与し、退院前カンファレンスには、ケアマネジャーは、事前準備のもとに専門職に何を聞かなければいけないかイメージして参加することが必要であるとした。</li> </ul> </li> <li>● <u>工程管理表は、まず基本の理想的な工程を定着させることが重要</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 本事業においては、まず基本の理想的な工程について整理し、それを定着させることが重要という認識を確認し、疾患別などの要素については本事業の後で改めて検討すべき今後の課題としていくこととした。</li> </ul> </li> </ul>
<p>②各工程における、情報共有のための各種フォーマット（様式類）について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>退院前カンファレンスに向けた準備のために行う情報収集で、「どんな情報を、どう整理するか」についてサポートする「様式」を作る</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院前カンファレンスまでの間に行う情報収集では、「どんな情報を収集して、どう整理すべきか」という点がポイントになる。それをサポートするための「様式」を作成するために、どんな項目のものを作るべきかという視点で討議した。</li> </ul> </li> <li>● <u>医療機関に「入院時情報提供書」で提供すべきは「入院前の生活像・その人らしさ・意向」</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ここで重視された点は「入院前」の利用者像を伝えるということ。「提供書」に盛り込むべき具体的な項目としては、どんな生活を送っていたかというADLに関する項目と、本人や家族の意向など、ケアマネジャーならではの利用者に関する定性的情報が挙げられた。</li> </ul> </li> <li>● <u>既存の「ケアプラン」「お薬手帳」なども、コピーを添付することで効率的に情報を補完</u></li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>➤ また、入院前に利用していたサービスや、服薬状況、住宅に関する情報などは、適宜、「ケアプラン」や「お薬手帳」「興味・関心チェックシート」などのコピーを添えたり、住宅に関する情報は写真などで情報を補完することが求められた。</li> </ul>
③手引きについて	まずは、工程管理表と様式の骨子が固まってから審議することとした。

## (2) 第2回作業部会

回	議題と主な議論のポイント
第2回 (平成29年 1月6日)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 入退院時における医療との連携を踏まえたケアマネジメントの現状について～現状の把握結果から／第1回目作業部会後情報（事務局）</li> <li>2. 検討作業 <ol style="list-style-type: none"> <li>① 工程管理表（案）の合意形成</li> <li>② 各工程における、情報共有のための各種フォーマット（様式類）（素案）</li> <li>③ 手引き（素案）</li> </ol> </li> </ol>
①工程管理表（案）への合意形成	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>第1回作業部会での議論を元に作成した「工程管理表（案）」について全体の工程を確定させるための討議を実施（合意形成）</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 入院時（前も含む）からの時間軸を追って、そのタイミングで「何をすべきか」について再度、整理・確認を行いながら討議を進めた。</li> </ul> </li> <li>● <u>普段からすべきことは、「お薬手帳」の有効活用、利用者の「受診」や「入院リスク」の把握</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ ケアマネジャーが「お薬手帳」の中に記載する情報を確認（記載）し、利用者（家族）にも、被保険者証と介護保険証とお薬手帳を持参することを依頼することで、病院側が担当ケアマネジャーやキーマンなどの基本情報を知る方法として定着させることを目指すこととした。</li> </ul> </li> <li>● <u>入院直後（3日以内）：多職種カンファレンスなどの場にケアマネジャーも関与していく</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 院内の多職種カンファレンス、病状説明の場の予定を確認し、可能であれば、そういった場に参加して情報収集・発信を行うことが望ましいとした（病状の変化、病気や症状の生活への影響の有無などを確認）。</li> </ul> </li> <li>● <u>入院直後（3日以内）：入院時には「かかりつけ医」にも連絡を入れる</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 予定入院の場合は、「診療情報提供書」のやりとりがあるが、緊急入院の場合はケアマネジャーからも「かかりつけ医」には連絡を入れることが望ましいとした。</li> </ul> </li> <li>● <u>入院7日以内：利用者の入院前の生活情報の提供と、病状説明など医師の見立てに関する情報の収集（医療機関の窓口や家族から）が必要</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 情報提供の意味合いとして、ひとつは医療機関の退院支援スクリーニングにつながるもの、もうひとつは、生活歴を踏まえた退院支援計画作成につながる情報があることを確認した。</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>入院中は、大体の大まかなスケジュール感と退院予定をしっかりと把握</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院予定をイメージしてしっかり準備を進める必要があるので、家族に渡される「入院診療計画書」などからも情報を積極的に把握することが重要。</li> </ul> </li> <li>● <u>退院前カンファレンスの前までにケアマネジャーがすべきことを確認</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院前訪問指導があれば同行。</li> <li>➢ 退院前カンファレンスで報告する「ケアプラン原案」など作成のための情報収集を実施。</li> <li>➢ 課題に応じて、どんな職種に参加して欲しいかの要望を医療機関へ伝える。</li> <li>➢ 「かかりつけ医」にも連絡し「どんなことを聞くべきか」について確認。</li> <li>➢ カンファレンスで得た情報は、「かかりつけ医」にも伝達する。</li> </ul> </li> <li>● <u>退院後のフィードバックについては、医療機関側のニーズに応じて対応</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 退院後のケアマネジャーから医療機関へのフィードバックについては、有益なことではあるが、そもそものフィードバックに対するニーズが医療機関によって違うので、ケアマネジャーとしては、まずはニーズを確認し、それらに応じて対応することを確認した。</li> </ul> </li> </ul>
<p>②各工程における、情報共有のための各種フォーマット（様式類）（素案）について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>「入院時情報提供書」の中には、診療報酬に則った項目を入れ込む</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 利用者が入院したことを知ったら、医療機関の窓口を確認し、入院直後は情報提供書を基本的に訪問で提供する（3日以内）。その際の「入院時情報提供書」には、医療機関が退院支援のスクリーニングに役立つ診療報酬上の退院支援加算の対象者要件（退院困難な要因）に沿った項目を入れ込み、医療機関にとってのメリットを示すこととした。</li> </ul> </li> <li>● <u>「入院時情報提供書」の中に、ケアマネジャーとしての「要望」を記載する</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「院内の多職種カンファレンス」「退院前カンファレンス」などへの参加希望。「退院予定の連絡依頼」など、ケアマネジャーの要望を「入院時情報提供書」の中に記載して、予め医療機関へ伝えるようにした方がよい。</li> </ul> </li> <li>● <u>「入院時情報提供書」の中に、「どういう状態であれば在宅生活が可能か」というケアマネジャーの意見を記載する</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入院時情報提供書のところで、どういう状態であれば家での在宅生活が可能か、といった意見を記載する欄を設けた方がよい。</li> </ul> </li> <li>● <u>歯科項目については、作業部会メンバーの歯科衛生士から様式類に盛り込むべき項目を提案して頂き、それらをベースに次回検討</u></li> </ul>
<p>③手引き（素案）について</p>	<p>手引きについては、工程管理表と各種フォーマット（様式案）の修正内容を反映したものとし、詳細は、素案を持ち帰った上で、事務局とメンバーでの継続審議とした。</p>

### (3) 第3回作業部会

回	議題と主な議論のポイント
第3回 (1月21日)	1. 検討作業 ① 工程管理表について (微調整) ② 各工程における、情報共有のための各種フォーマット・様式類(案)への合意形成 ③ 手引き (案)
①工程管理表について (再調整)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>「工程管理表」の体裁については、できるだけシンプルにし、チェックボックスも絞り込む</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ できるだけシンプルにして、1枚表ぐらいで整理をしないと見ない可能性があるとの指摘を受け、チェックボックス以外の項目を絞り込むこととした。</li> </ul> </li> <li>● <u>入院前の普段から、利用者の「入院リスク」を医療職に口頭で確認</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ ケアマネジャーは利用者の「入院リスク」を、口頭で医療職(かかりつけ医、訪問看護師など)に確認しておくこととした。</li> </ul> </li> <li>● <u>「入院時情報提供書」を日頃から準備しておき、入院時の情報提供時は「基本は訪問」で</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 医療機関との距離感の問題もあるので FAX などによる提供も適宜、必要だが、基本は「訪問」ということになった。</li> </ul> </li> <li>● <u>入院7日以内の院内での多職種カンファレンスに“可能であれば”ケアマネジャーも同席</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入院7日以内の院内での多職種カンファレンスについては、「可能であれば」入るという形にしておいて、入れなかったら、得られるであろう情報は別途取得することになった。</li> </ul> </li> <li>● <u>退院前カンファレンスの参加者については、「関係職種」という表現で統一</u></li> <li>● <u>退院前カンファレンスについては、事前に課題を整理・認識し、サービスマニューではなく、利用者のニーズ(特に医療ニーズ)を確認すること</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 「退院前カンファレンスは、ニーズが何かをきちんと病院側とケアマネジャー側とで確認するためのものなので、例えば、それをせずに、在宅に帰ったら訪問看護を使いなさいと言われてもケアマネジャーはわからない。なぜ訪問看護を使うのか、というニーズを退院前カンファレンスでは確認しなくてはならない」という指摘があり、そのためには、ケアマネジャーは退院前カンファレンスに事前準備をした上で臨むことが重要と認識された。</li> <li>➢ 具体的には、退院が決まった段階で一度プレアセスメントを行い、医療機関側からある程度情報を入手した上で「課題総括整理表(案)」や「第2表(案)」を作成し、退院前カンファレンスに臨む。また可能であれば「ケアプラン(原案)」も作成し、できれば事前に医療機関に提出しておくことが望ましいとされた。</li> <li>➢ また、「第2表(案)」については、サービス内容までの記載が難しい場合は、生活課題から目標ぐらいまでのニーズ枠を記入する程度でよいとした。</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>ケアマネジャーは、退院前カンファレンスで得た情報を、サービス担当者会議の関係者と共有し、後日、反映されているかチェック</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 退院前カンファレンス後は、ケアマネジャーは、専門職から頂いた意見をサービス担当者会議で共有し、後日、収集した個別支援計画の中にそれらが反映されているかを確認</li> </ul> </li> </ul>
<p>②各工程における、情報共有のための各種フォーマット・様式類（案）への合意形成</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>第2回作業部会を受け修正された案について討議</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 「各種フォーマット（様式案）」の修正案について討議。退院前カンファレンスにケアマネジャーが参加される際の関与の在り方を議論。フォーマットについては一つ一つ確認することは難しいので、大枠についてご意見を頂戴した。</li> </ul> </li> <li>● <u>「入院時情報提供書」の項目については、「千葉県地域生活連携シート」が参考になる</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 「入院時情報提供書」の項目については、「千葉県地域生活連携シート」の項目が非常によいという指摘が、最近の経験として、看護師の作業部会メンバーから挙げられ、このシートの項目を看護師メンバーと相談の上で、今回の事業にも参考にすることとなった。</li> </ul> </li> <li>● <u>「入院時情報提供書」の項目について詳細を討議</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 表面に、基本情報を入れて「フェイスシート（コピー）」添付不要とした。</li> <li>▶ 記入の負担を考慮し、「ジェノグラム」は入れずに、千葉県の連携シートを参考にして、同居家族、主介護者、キーパーソン程度を入れる形に変更。</li> <li>▶ 裏面は見ないことも多いので、表面に重要な項目（家族の情報、本人・家族の意向などの生活情報、ケアマネジャーの要望など）を記載し、裏面は負担の軽いチェック項目でまとめる。</li> </ul> </li> <li>● <u>各種フォーマット（様式類）は、「紙」ベースと、「エクセル」ファイルの2種で</u></li> <li>● <u>「ヒアリングシート」には、サービス項目ではなく、医療ニーズを把握し、課題を整理するための視点を提示</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 退院前カンファレンスに向けた情報収集に活用する「ヒアリングシート」では、医療職から見た留意点などを聞いて書いていくこととした（健康状態など）。</li> </ul> </li> <li>● <u>病状変化やその先の見通しをイメージするための「予後・予測」を押さえることが必要</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 「現状、ケアマネジャーは病状変化や生活に影響する症状のイメージが弱い」との認識が指摘され、単に健康状態だけではなく、その先「どの程度までいけそうか」といった見通しをイメージするための「予後・予測」の必要性が挙げられた。</li> </ul> </li> </ul>
<p>③手引き（修正案）について</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● <u>「手引き」の中で、記入例を提示</u> <p>「最低限ここは盛り込むといった項目をしっかりと挙げた方が良い」という指摘に基づき、「手引き」で「記入例」を作り込んで提示することとした。</p> <p>手引きについてはボリュームが多いため、工程管理表や各種フォーマット（様式類）の修正内容を持ち帰った上で、事務局とメンバーの間でやりとりしながらの継続審議とした。</p> </li> </ul>

### 3. アドバイザーヒアリング

アドバイザーへのヒアリングは、各1回実施した。内容は以下のとおり。(実施順に記載)

回	主な内容
<p>医師 アドバイザー (2月17日)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 工程管理表、様式について、概ね了解が得られた。</li> </ul> <p>&lt;ご意見の主なポイント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ かかりつけ医としては意見書を書く際に情報が欲しい(特に状態に変化がある場合)ので、<u>ケアマネジャーを通じて、早い段階から患者の状態の情報が入ることは歓迎できる</u>(現状では、患者がまだ入院中で手元にはいない段階で書くことも多いので)。</li> <li>▶ <u>退院前カンファレンスの情報は有用だが、病院のMSWなども忙しいので、そこでの情報をケアマネジャーがかかりつけ医に届けるのはよいこと。</u></li> <li>▶ ケアマネジャーとかかりつけ医の連絡が取りやすいタイミング(往診時など)があるので、<u>医師と連絡をとるための工夫をする</u>とよい(事前にFAXなどでご面談内容の相談ポイントなどを箇条書きにまとめて送っておくなど)。</li> <li>▶ また、<u>患者や家族がかかりつけ医とコンタクトをとるタイミングを有効活用し、かかりつけ医に情報提供する、あるいは、ケアマネジャーも一緒に同行するなど、かかりつけ医への働きかけを工夫することも有効である。</u></li> <li>▶ 医師としては、利用者が、医療的な状態としては問題があるのに、ケアマネジャーが一人で抱え込んでしまって時間ばかりが経ってしまった、というようなことを憂慮するので、<u>早めにかかりつけ医に繋ぐようにしないといけない。入院先の医療機関にいるうちからオーバーラップするように、かかりつけ医に繋がられる方がよい</u>(今回の工程管理表の中で、ケアマネジャーが早めに情報を繋いでいく点はよい)。</li> </ul>
<p>歯科医師 アドバイザー (2月21日)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 工程管理表、様式について、概ね了解が得られた。</li> </ul> <p>&lt;ご意見の主なポイント&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ <u>入院中に口腔状態が悪化するケースは多く、状態が酷くなってからでは対応が遅いので、早い段階で歯科医に繋げて欲しい。様式シート類の項目は最小限の方がいいので、歯科項目で良い評価の選択肢でない場合は、全て歯科医に繋げて欲しい。</u></li> <li>・ <u>かかりつけ歯科医がいる場合は、入院時にもケアマネジャーから繋げてもらうのが良い。特に「インプラント」の場合は問題が重篤化しやすいので、手引きにはその点も入れたい。</u></li> <li>・ <u>急性期では医療機関も命を救うことが優先なので仕方がないが、退院時に口腔に問題がある場合は、利用者本人にも退院後に歯科の受診や訪問歯科の受診を促したりして、必ず歯科に繋げて欲しい。</u></li> <li>・ <u>かかりつけ歯科医がいない場合は、地域の歯科医師会に繋げてもらいたい。紹介はできる。</u></li> <li>・ <u>ケアマネジャーが歯科項目について意識を高め、歯科医にきちんとコンタクトをとってもらうことが、歯科医自身の意識を変えることにも繋がると思う。</u></li> </ul>

## 4. アウトプット作成の主な論点

作業部会（3回開催）による、アウトプット作成の主な論点を整理すると以下のとおり。

### ①工程管理表

- ケアマネジャーが医療機関等から必要な情報を提供いただく際の標準的な工程について検討を行い、その工程を管理するためのチェックリストを作成。
  - ケアマネジャーが担当する高齢者が、急性期病院に入院し、在宅に戻る際の、理想的な入退院時における多職種連携を前提とした。
  - 理想的な入退院時における多職種連携とは、入院した利用者のケアプランの見直しの工程を前倒して、医療職の意見を得やすい入院中からケアプランの検討を行うこととし、討議を行った。具体的には、ケアマネジャーは退院前カンファレンスに参加するにあたり、事前に情報収集を行い、退院後の在宅生活における利用者の課題を把握・整理を行い、退院前カンファレンスではケアマネジャーが検討した「課題整理総括表」及び「ケアプラン2表（案）」（可能なら、ケアプラン原案）に対し、意見を求めることとした。
  - 入院時情報提供は、退院前カンファレンスに向けた情報収集を行う上で、入院した医療機関とケアマネジャーとの関係づくりにおいて重要であることを踏まえ、タイムリーに情報提供できるよう日頃からの情報収集についても検討した。
  - 入院時情報提供は、医療機関の退院支援の動きに合わせ検討を行った（退院困難な患者抽出3日以内、院内多職種カンファレンス及び患者や患者家族へのインフォームドコンセント7日以内を意識）。
  - また、退院後の介護情報を医療機関に伝えることも必要であると考え、退院後の状況報告を医療機関に行う工程を加えた。かかりつけ医については、退院前カンファレンスの前に、カンファレンスの席で聞いておくべき事柄について意見を求めるとともに、退院前カンファレンス後にケアプランを報告することとした。

巻末の「別添資料」参照。

◆工程管理表（ケアマネジャーのためのチェックリスト）

注）表中の「CM = ケアマネジャー」、「CC = カンファレンス」

時期	CMがやること		● = 活用シート <誰→誰（どこ）へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
在宅 （普段から）	STEP 0：入院にそなえ日頃から準備		●「5つのお願い」シート <CM→本人・家族> ●入院時情報提供書 ●お薬手帳  (「お薬手帳」記載項目 – 確認) ・CM氏名 ・所属事業所名 ・事業所連絡先 ・家族(キーパーソン)氏名 & 連絡先
	<b>利用者について</b> <input type="checkbox"/> かかりつけ医※の指示事項・留意事項を把握しておく <input type="checkbox"/> 利用者の入院可能性を、かかりつけ医※や看護師に確認しておく <input type="checkbox"/> 利用者の受診医療機関（かかりつけ歯科医等）と受診日を把握しておく <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書（案）」を事前に準備しておく  <b>入院医療機関について</b> <input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（担当部署／担当者）を把握しておく（予定入院の場合は、事前に依頼）	<b>利用者や家族に対して</b> <input type="checkbox"/> 入院に備え、「入院時・入院中のお願い」をしておく <input type="checkbox"/> お薬手帳を確認しておく	
入院決定 〜 入院3日以内 ※注	STEP 1：入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供		●入院時情報提供書 (以下、コピーを添付) ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>
	<b>本人・家族や医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 入院の情報を入手する	情報入手のタイミングによる	
	<b>入院医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口（担当部署／担当者など）を把握する	<b>入院医療機関に対して</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関の窓口へ担当CMであることを連絡するなど	
入院7日以内	<b>入院医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンス、病状説明の予定を確認する	<b>入院医療機関へ</b> <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」提出する（3日以内／基本は訪問） <input type="checkbox"/> 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開催の連絡 ・退院予定の連絡 ・退院前訪問実施の際の連絡（適宜）  <b>かかりつけ医※へ</b> <input type="checkbox"/> かかりつけ医※へ入院したことを伝える	●入院時情報提供書 (以下、コピーを添付) ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>
	※注）ここでいう「3日以内」とは…、状態がある程度安定して、主治医から最初の家族への説明があるくらいの期間をイメージしている		
入院中	STEP 2：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		※可能な範囲で情報収集 ●ヒアリングシート  ●入院診療計画書／退院支援計画書など <本人・家族や入院医療機関→CM>
	<b>院内多職種カンファレンス</b> <input type="checkbox"/> （参加が可能なら）院内多職種カンファレンスに参加（治療方針／入院期間や退院日の目安／病状の変化、病気や症状による生活への影響の有無 など） <input type="checkbox"/> （参加が不可なら）院内多職種カンファレンスの内容を入手 <input type="checkbox"/> 別途訪問し、担当医等から情報交換 <input type="checkbox"/> （別途不可なら）家族や入院医療機関の窓口担当者から、「病状説明の内容」「多職種カンファレンスの内容」について情報収集	<input type="checkbox"/> 「入院時情報提供」の際に伝えきれていない情報を提供する	
入院中	<b>家族への病状説明</b> <input type="checkbox"/> （可能なら）家族への病状説明の場に参加 <input type="checkbox"/> 家族に入院医療機関から渡された「入院診療計画書」などを確認（治療の方針／入院日数・予定 など）		●ヒアリングシート
	STEP 3：収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析		
	<input type="checkbox"/> ヒアリングシートなどを活用し、予想される「課題」を把握し、整理する（訪問、電話、メール等）  <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導の予定を確認する <input type="checkbox"/> （参加が可能なら）必要に応じ中間CCへ参加する <input type="checkbox"/> 「退院の見込み」が見えたら連絡を貰えるよう依頼する（入院医療機関や本人・家族） <input type="checkbox"/> 退院の見通しを把握し、おおまかなスケジュール感を押さえる		
	<b>退院前訪問指導が決まったら</b> <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導へ同行する		



時期	CMがやること		●=利活用シート <誰→誰(どこ)へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
退院確定 退院前CC 開催前	退院が決まったら □入院医療機関の連絡相談窓口担当者と面談し、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「ヒアリングシート」を使い確認する □プレアセスメントを実施する □聞き取った「ヒアリングシート」をもとに課題を整理し、「課題整理総括表(案)」及び「ケアプラン第2表(案)」を作成する		●ヒアリングシート *適宜、情報は更新  ●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案)
		□作成した「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン第2表(案)」を、入院医療機関の連絡相談窓口担当者へ事前に提出する □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医療機関へ伝達する  <サービス担当者会議を同日開催する場合> □同日開催の旨を入院医療機関側へ伝達し、会場手配と関係職種の参加を依頼する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→入院医療機関>
	□かかりつけ医※に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認する	□かかりつけ医※と連絡を取った際には、プレアセスメント結果等についても報告する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→かかりつけ医※>
	□整理した課題に基づき「ケアプラン原案」を作成する		●ケアプラン原案
退院前CC 開催時	<b>STEP4：退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する</b>		
	退院前カンファレンス □入院医療機関から「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を確認する □作成した「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン第2表(案)」(持参した「ケアプラン原案」)をもとに、CMが提示した各課題に対し、関係職種から意見・助言をもらう  <サービス担当者会議を同日開催の場合>		●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら)ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
退院時CC 開催後 退院時		□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら)ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
	<b>STEP5：退院前カンファレンス後に、多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる</b>		
		<サービス担当者会議を同日開催の場合>  □退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れた「ケアプラン原案」を、関係者に配布する	●ケアプラン
		<退院前カンファレンスとサービス担当者会議が同日開催でない場合> □入院医療機関の多職種からの指摘事項を受けて、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	●ケアプラン原案
	□ケアプランを完成させ、関係者に配布する	●ケアプラン	
	□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/介護支援連携指導書 など)	●看護サマリー ●リハサマリー ●介護支援連携指導書 <本人・家族や入院医療機関→CM> ●退院・退所情報記録書	
	□かかりつけ医※へ退院前カンファレンスの内容及び新たなケアプランについて報告する □入院医療機関の外来看護師へ渡す	●ケアプラン	
<b>《 退 院 》</b>			
在宅	<b>STEP6 医療機関モニタリング結果をフィードバックする(1ヶ月後)</b>		
		□医療機関へフィードバックの必要性を確認 □(必要な場合)誰にフィードバックすべきか確認 □(必要な場合)退院後の生活状況について、左記資料を提出と共に、適宜、口頭で補足説明 □本人・家族へもフィードバックの同意をとる	●医療機関側の必要に応じた資料を準備 (以下、コピーを添付) ・フェイスシート ・ケアプラン第3表 <CM→医療機関>

※主治医意見書記載医師

## ②各種フォーマット（様式類）

- 情報共有するための様式として、ケアマネジャーを中心とした入退院に係る必要な情報連携の標準的な様式を作成した。

<作成した様式は以下の3種類>

- 利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート  
(ケアマネジャー →利用者・家族)  
※ かかりつけ医の助言等を踏まえ、「入院リスクが高い方」にケアマネジャーの判断で事前配布
- 入院時情報提供書 (ケアマネジャー →医療機関)  
※ 既に活用しているシートがない場合を想定
- 退院に向けたヒアリングシート  
(ケアマネジャー自身が退院前カンファレンスに向けた情報収集に使用)

- 入院にそなえた日頃からの準備として、利用者が入院した際に、ケアマネジャーに情報が入るよう工夫した。

◇ 「5つのお願い」シートの事前配布

◇ お薬手帳へのケアマネジャー情報の記載（事前確認と記載）

- 入院時情報提供書は、ケアマネジャーが入院医療機関に伝えたい「本人・家族の意向」を表面に配し、また「ケアプラン」「興味関心チェックシート」などをコピー添付することとした。
- 退院前カンファレンスに向けたヒアリングシートと退院前カンファレンスヒアリングシートの作成を当初は想定していたが、ヒアリングシートは、適宜更新する形として1本化した。
- 退院前カンファレンスにおいて「課題整理総括表」と「ケアプラン2表」の案（可能ならケアプラン原案）を用意し、入院時情報提供書の提出時に添付した「ケアプラン」との差を踏まえ、関係職種から意見を聴取することとした。
- 退院後の医療機関への情報提供については、特にフォーマットは用意せず、医療機関が必要とした情報を提供する形とし、提出するシートは、「フェイスシート」及び「ケアプラン第3表」として負担を軽減するよう配慮した。

◆様式 1 : 「5つのお願い」シート

様

事業所名：（ ）

担当ケアマネジャー名：（ ）

連絡先：（ ）

**利用者・ご家族の方へ  
担当ケアマネジャーから「5つのお願い」**

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は…、

- ① 病院へは「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参して下さい
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい  
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい  
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は…、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい  
(特に、「病状」や「退院の目処」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院の目処がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるよう  
に、ご家族からも病院にお願いして下さい

## ◆様式 2 : 入院時情報提供書

### 入院時情報提供書 (ケアマネジャー → 医療機関)

※ケアプラン1表・2表・3表 / 興味関心チェックシート / お薬手帳 (いずれもコピー) / 住環境に関する写真などを添付

病院 担当者様

(記入日: 年 月 日 / 入院日: 年 月 日)

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。

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

#### 【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

#### 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
	生年月日	明・大・昭・平		年	月 日生
住所	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (2階居住)	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
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				
障害高齢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				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
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. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	キーパーソン (連絡先)	氏名 (続柄/年齢) ( )
主介護者 (年齢)	( 才 )	( )	( )

#### 3. 本人/家族の意向について

本人の性格/ 趣味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

#### 4. 今後の生活展望について (ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項 (特に注意すべき点など)	

#### 5. カンファレンスについて (ケアマネからの希望)

「院内の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 ・具体的な要望 ( )

**6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助					
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <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	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	・朝：__時頃 ・昼：__時頃 ・夜：__時頃				食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	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	UDF等の食形態区分				
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	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			
	排便	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 ( )		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	時間/日		
喫煙量		本くらい/日あたり			飲酒量	合くらい/日あたり				
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	<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		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						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <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 ( )								
疾患歴*		<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*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 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								
医療処置*		<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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <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 ( )								

**7. 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： ) ・管理方法： ( )		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する、特記事項			

**8. 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)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月・週

\* = 退院支援者スクリーニング必要項目 (記入日： 年 月 日 現在の状況)

◆様式3：退院に向けたヒアリングシート

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要 区分変更 )	
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H ____年 ____月 ____日		・退院予定日：H ____年 ____月 ____日		
	入院原因疾患					
	入院先	_____(病院) _____(病棟) _____(階) _____(号室)				
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況		既往歴			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ( )				UDF等の食形態区分
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )				<input type="checkbox"/> 眠剤の使用
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
② 本人や家族の受け止め/意向	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)		
	家族の受け止め方					
	退院後の生活に関する本人の意向					
	退院後の生活に関する家族の意向					

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	⇔	(在宅で継続するための要件)
		<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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <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 ( )		
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )		
		リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
禁忌事項	(禁忌の有無)			(禁忌の内容/留意点)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			

症状・病状の 予後・予測		例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など)						
(心身の 状況・ 環境 など) 要因	①疾患と入院 中の状況から							
	②本人・家族 の受け止め/ 意向から							
	③退院後に 必要な事柄か ら							
	④その他							
状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の 可能性	状況・ 支援内容等	見通し		
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	例)おおよその到達可能な レベルの確認(どの位の 期間で、どのレベルまでい けそうか など)			
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
家事動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種						
(回目)	____年 ____月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )				
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )				
(回目)	____年 ____月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )				
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )				

### ③手引き

- ケアマネジャーが入退院時における多職種連携の際に有効に活用できるよう、手引きを作成した。
  - 疾患によって配慮すべき内容が異なるため、ターミナルケアや疾患別に配慮する点等は手引きで整理することを想定していたが、委員会において、退院前カンファレンスに向け、ケアマネジャーの工程を前倒しにするという新しい工程を意識してもらうことが重要であり、現段階で疾患別までを提示すると、ケアマネジャーが混乱するため、ターミナルや疾患別は今後の課題とした。
  - なお、ターミナルについては、ヒアリングシートの看護の視点の中に「ターミナル」を加え、チェックがついた場合には、訪問看護につなげることを検討することとした。
  - 医療機関により異なる対応が想定される場合には、医療機関に合わせた対応とする旨を手引きに記載した。
  - 情報収集のためのヒアリングシート等については、情報収集が目的化しないよう、何のための情報収集なのかを意識させるため、あくまで「課題整理の為の自分なりの覚え書きとして記録」するよう記載した。
  - 「誰が」ではなく「何をすべきか」に着目したため、「連絡相談窓口」「関係職種」として、具体的な記載はしていないが、ケアマネジャーに伝える患者情報のキーパーソンは病棟看護師であるとの指摘もあり、病棟看護師とケアマネジャーのかかわり方については、別途コラムを設置し、ケアマネジャーが病棟看護師の「退院支援・退院調整のプロセス」を理解し、その中でケアマネジャー自身も意識して、病棟看護師とのすみやかな連携行動がとれるような心がけが必要であることを記載した。



## 第3章 現状把握の結果（オープン情報の収集・整理とヒアリング結果）

### 1. 現状把握の概要

本事業のアウトプットであるツール類を開発するために、事務局にて、まずは、WEB上のオープン情報から、入院時情報提供書（入院時）、退院前カンファレンス（入院中）、退院時情報連携（退院時）について、どのような情報連携が行われているか把握した。また、退院後の疾患の再発予防・機能低下予防に向けた情報収集の在り方を検討し、それらツール類の素案作成に資するため、併せて、入院直後から退院時のケアマネジメントの事例収集のためのヒアリングも実施した。

これら現状把握の結果は、随時、委員会や作業部会において報告し、議論に役立てられた。

### 2. オープン情報の収集・整理

#### （1）実施概要

##### 【整理の目的】

本事業のアウトプット検討を行うために、まずは、既存にはどんな様式があるのか、WEB上で公開されている様式について情報収集し整理を行った。

##### 【収集の視点（項目を整理対象件数）】

収集した書式の視点は以下の4点。

##### <タイミング>

- ① 入院時（10件）
- ② 退院前カンファレンス前（3件）
- ③ 退院前カンファレンス（10件）
- ④ 退院時（10件）

##### <情報の流れ>

- （ケアマネジャー → 医療機関）  
（医療機関 → ケアマネジャー）  
（医療機関 → ケアマネジャー）  
（医療機関 → ケアマネジャー）

## (2) 整理の結果

事務局において既存資料分析を行った。挙げられた課題は以下のとおり。

### 【まとめ】

現在、使用されている既存様式は、①入院時、④退院時に比べると、②退院前カンファレンス前や、③退院前カンファレンスといったタイミングで使用する様式は少なく、またその項目のばらつきも大きい。

①～④までの流れの中で、④退院時に向けた①入院時～の情報の連続性が必要なのではないかと、また特に、退院前カンファレンスに向けて準備をする段階（②）での情報収集を支援するツールの必要性が伺えた。

タイミング	主な内容
①入院時	<ul style="list-style-type: none"><li>● 項目は比較的似かよっており、提供先やケアマネジャーの連絡先などの「基本情報」、加えて、「患者（利用者）デモグラフィック情報」「入院時の情報（ADL/IADL など）」「介護保険／認定」に関する情報。</li></ul>
②退院前カンファレンス前	<ul style="list-style-type: none"><li>● WEB 検索ではあまり発見できず、現状、この段階（入院中）で情報収集を支援するツールとしての様式類は少ないものと考えられる。</li><li>● また、その項目や位置づけも、ケアマネジャー自身が聞き取って記入するものから、医療機関側の担当者と協働で記入するようなタイプもあり、内容にはばらつきが大きい。</li></ul>
③退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"><li>● 様式の目的としては、カンファレンスの進行次第の位置づけで、項目と討議結果のメモを入れる自由記入欄から構成されているものが多い。</li><li>● なかには、完全にその場だけのメモとして運用され、カンファレンス後は破棄の指示があるケースも見受けられた。</li></ul>
④退院時	<ul style="list-style-type: none"><li>● 入院時とほぼ同様の項目で、どれも似かよっているが、「疾患に関する情報」と「退院後の療養生活に関わる注意点・課題」に関する記載が加えられているケースが多い。</li></ul>

## 【項目一覧表】

### ① 入院時：入院時情報提供書

詳細な項目を整理した 10 件中、半数以上に共通に挙げられた項目は以下の通り。

カテゴリー	No	項目内容	件数
基本情報	1	病院名／提供宛先	7
	2	記入日	9
	3	入院日	6
	4	CM事業所名	10
	5	CM担当者名	10
	6	事業所連絡先（電話&FAX）	10
患者のデモグラフィック	7	氏名	10
	8	性別	10
	9	生年月日／年齢	10
	10	住所	6
	11	家族状況／家族構成図（ジェノグラム）	8
	12	キーパーソン（連絡先含む）	5
	13	生活歴	5
	14	住宅環境（一戸建て/マンション・アパート（_階）など）*エレベーターの有無を含む	8
	15	緊急連絡先（氏名/住所/電話番号/続柄 など）	6
入院前の状況	16	移動方法（自立/一部介助/全介助 など）	5
	17	移動手段（杖/歩行器/車いす/その他 など）	6
	18	移乗（自立/一部介助/全介助 など）	5
	19	入浴（自立/一部介助/全介助/行っていない シャワー浴/清拭 など）	8
	20	排泄（自立/一部介助/全介助/トイレ/ポータブル/おむつ/カテーテル/パナチ など）	9
	21	食事摂取（自立/一部介助/全介助 など）	8
	22	食事形態（経管栄養/FA記入 など）	8
	23	食事形態（普通食/軟菜/刻み/ペースト など）	8
	24	認知機能（自立/Ⅰ/Ⅱ/Ⅲ/Ⅳ/M/不明 など）	9
	25	B P S D （なし/徘徊/介護への抵抗/焦燥・不穏/攻撃性/幻視・幻聴/昼夜逆転/大声を出す など）	7
	26	薬（自立/一部介助/全介助 など）	6
	27	主治（かかりつけ）医（機関名/医師名/訪問頻度/連絡先 など）	8
	28	口腔ケア（自立/見守り/一部介助/全介助 など）	7
	29	更衣（自立/見守り/一部介助/全介助 など）	5
	30	障害高齢者の日常生活自立度（自立/J1/J2/A1/A2/B1/B2/C1/C2 など）	7
	31	夜間睡眠（良好/不良/眠剤服用 など）	5
介護保険情報	32	要介護度、有効期限	10
	33	認定情報（未申請/申請中/認定済 期間 など）	6
	34	サービス利用状況（訪問介護 回/週、通所介護 回/週 など）	8
	35	福祉用具（車いす/歩行器/特殊寝台/その他 など）	5
	36	障害認定（身障/精神/難病/療育 など）	5

② 退院前カンファレンス前：退院前支援情報提供書／退院前 聞き取りシートなど

WEB 検索ではあまり発見できなかったが、詳細な項目を整理した 3 件中、半数以上に共通に挙げられた項目は以下の通り。

退院前にケアマネジャーが聞き取ったり、ケアマネジャーと病院側が協働で記入するようなシートもみられ、聴取する内容やその位置づけにもばらつきがある。

カテゴリー	No	項目内容	件数
患者のデモグラフィック	1	氏名	3
	2	性別	2
	3	生年月日／年齢	2
	4	退院時の要介護度 *介護保険情報としてのケースあり	2
入院歴など、疾患／診療に関する基本情報	5	入院日・退院日／退院予定日	3
	6	入院原因疾患／病名／主病名 *FAと選択肢の場合あり	2
	7	副病名／合併症	2
	8	既往歴 *FAと選択肢の場合あり	3
	9	現（元）疾患（脳梗塞／脳出血／骨折／その他FA など）*FAと選択肢の場合あり	2
リハビリに関する留意点	10	ADL の状況（改善のために取り組むこと などFA）	2
	11	屋内移動 （入院前・退院時・改善可能性別に自立／要介助を聴取のパターンと、自立／杖／つかまり／歩行器／車いす（自走・介助）など具体的な内容を聴取するパターンがある）	2
	12	屋外移動 （入院前・退院時・改善可能性別に自立／要介助を聴取のパターンと、自立／杖／歩行器／介助歩行／車いす（自走・介助）など具体的な内容を聴取するパターンがある）	2
	13	移乗 （入院前・退院時・改善可能性別に自立／要介助を聴取のパターンと、自立／見守り／一部介助／全介助のみを聴取するパターンがある）	2
	14	入浴 （入院前・退院時・改善可能性別に自立／要介助を聴取のパターンと、洗体・浴槽移乗別に、自立／見守り／一部介助／全介助を聴取するパターンがある）	2
	15	更衣 （入院前・退院時・改善可能性別に自立／要介助を聴取のパターンと、上衣・下衣別に、自立／見守り／一部介助／全介助を聴取するパターンがある）	2
	16	トイレ／排泄動作 （入院前・退院時・改善可能性別に自立／要介助を聴取のパターンと、日中・夜間別に、自立／見守り／一部介助／全介助を聴取するパターンがある）*FAケースもあり	2
	17	退院後のリハビリの必要性（非常に必要／必要／あまり必要ではない／必要なし）*継続含む	2
	退院後の生活に関する留意点	18	本人の受け止め方／家族の理解度や受け止め方（病状や治療について） （病気／障害・後遺症 *全てFA /病名告知（あり／なし）など
退院後の療養生活に関わる注意点・確認事項・課題など	19	口腔ケア／口腔清潔（自立・見守り・一部介助など／回数など）*FAケースもあり	2

### ③ 退院前カンファレンス：「退院前カンファレンスシート」

詳細な項目を整理した 10 件中、半数以上に共通に挙げられた項目は以下の通り。

書式的には、カンファレンスの進行次第のようなものが多く、項目と FA 欄にて構成され、中には参加者がそれぞれメモ的に使用し、カンファレンス後は破棄するよう指示があるものもみられた。

カテゴリー	No	項目内容	件数
基本情報	1	日付	6
	2	参加者（カンファレンスメンバー）紹介／記載（FA／選択肢）	10
患者デモ情報	3	氏名	7
入院中（患者の状況）	4	病状／症状（治療内容・方針／経過／大まかな予後 など）	10
退院後の療養生活に関わる注意点・確認事項・課題など	5	ケアプランの説明／確認	5
その他	6	退院日／退院予定日	6
	7	緊急連絡先や方法／体制	6

### ④ 退院時：退院時情報提供書

詳細な項目を整理した 10 件中、半数以上に共通に挙げられた項目は以下の通り。

カテゴリー	No	項目内容	件数
基本情報	1	日付	7
	2	情報提供先（施設名・氏名など）	5
	3	情報提供元の医療機関・施設名	8
	4	所属・氏名	8
	5	連絡先（電話番号など）	5
関係者情報	6	病院主治医（氏名 など）	6
	7	在宅主治医（医療機関名・氏名 など）	5
	8	キーパーソン（氏名・続柄・連絡先 など）	5
患者のデモグラフィック	9	氏名	10
	10	性別	10
	11	生年月日／年齢	10
	12	入院期間	5
	13	家族の構成・状況	5
疾病の状況	14	主病名	10
	15	既往歴	8
	16	服薬状況（自立・一部介助・介助・その他）	8
入院・入所中の状況	17	食事1（自立・一部介助・介助・その他）	9
	18	食事2（ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養）	9
	19	口腔ケア（自立・一部介助・介助・義歯の有無・その他）	7
	20	移動1（自立・一部介助・介助・その他）	7
	21	移動2（見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車イス）	9
	22	入浴（自立・一部介助・介助・不可(シャワー・清拭)）	9
	23	排泄（自立・見守り・介助・ポータブル・オムツ(常時・夜間のみ)）	10
	24	睡眠の状況（良眠・不穏(状態： )・服薬 )	6
	25	感染症の有無	6
	26	摂取制限（カロリー・水分・塩分・カリウム など）	6
	27	療養上の注意 (なし/徘徊/介護への抵抗/焦燥・不穏/攻撃性/幻視・幻聴/昼夜逆転/大声を出す など)	5
	28	医療処置（点滴/吸引/酸素療法(毎分量も) /インスリン/透析/褥瘡 など）	7
	29	介護認定（申請予定/申請中 要支援度・要介護度 など）	6
退院後の療養生活に関わる注意点・確認事項・課題など	30	療養上の留意する事項・問題点（FA）	5

### 3. ヒアリング

事務局において好事例に対するヒアリングを行った。挙げられた課題は以下のとおり。

なお、ヒアリング先の選定方法は、委員からの推薦に基づき、事務局にて協力依頼・調整後に確定・実施した。

#### (1) 実施概要

ヒアリング方法：事務局が訪問し、関係者が一同に介した席にて話を伺った。

対象者：MSW、退院調整看護師、病棟看護師などの医療機関の多職種、その病院と連携しているケアマネジャー

#### 【ヒアリング先一覧（敬称略・医療機関は実施順）】

No	ヒアリング先名	実施日	施設概要
1	医療法人社団 永生会 永生病院 (東京都八王子市)	11/28 (月)	・病床数：628床（慢性期：主に回復期について聴取）（内訳）一般病床146床、回復期リハ病床100床、地域包括ケア病床50床、療養病床114床、介護保険病床118床、精神科（認知症）病床70床
2	公益財団法人 脳血管研究所 美原記念病院 (群馬県伊勢崎市)	12/5 (月)	・病床数：189床（ケアミックス）（内訳）一般病床42床、SCU病床3床、地域包括ケア病床8床、障害者施設等一般病棟45床、回復期リハ病床91床
3	社会医療法人 協和会 加納総合病院 (大阪府大阪市北区)	12/14 (水)	・病床数：300床（ケアミックス）（内訳）一般病床151床、療養病床53床、回復期リハ病床96床
4	社会医療法人 大雄会 総合大雄会病院 (愛知県一宮市)	12/28 (水)	・病床数：322床（急性期・ケアミックス）（内訳）一般病床284床、ICU8床、回復期リハ病床30床
5	横浜市立 みなと赤十字病院 (神奈川県横浜市中区)	H29 2/7 (火)	・病床数：634床（急性期・ケアミックス）（内訳）一般病床584床、精神科病床50床

No	ヒアリング先名	実施日	概要
6	在宅ケア移行支援研究所 宇都宮 宏子 氏	12/1 (木)	・専門有識者ヒアリングとして実施

#### (2) 結果のポイント ～アウトプットへの主な示唆～

- 好事例施設のケアマネジャーでは、事前準備の上で「原案」などを用意した上で退院前カンファレンスに臨んでいるケースが多い
  - 今回、ヒアリング対象となった退院支援の好事例施設では、多くの場合、ケアマネジャーは患者の入院中から情報収集に積極的であり、退院前カンファレンスの席では、ケアプランなど何らかの「原案」を事前に準備して臨んでいる。

- ケアマネジャーの早めの準備を促すカギは、医療機関の窓口担当による“早め”の情報提供
- 医療機関側の窓口はきちんと決めてケアマネジャーと連絡を取り合うことが大切（有識者）
  - 早めの準備ができる要因としては、ケアマネジャー自身の積極的な情報収集行動と、さらに医療機関の連絡窓口担当者からの「早め」の情報提供がポイントとなっている。
  - 具体的には、患者の状態像を早めに伝えたり、インフォームドコンセントへのケアマネジャーの同席を求めたり、「看護サマリー」を中心とした退院時の情報提供書類を、退院前カンファレンスの前でも、出来ているものから内容を提供して、早めの準備を促すように工夫しているケースがみられた。また更に、情報を提供した上でもっと必要な情報はケアマネジャー自身が自ら取りに来るよう促したりするケースもみられる。
- 円滑な情報連携ができる背景としては、関係者の「顔なじみの関係」、加えて、同一法人内のケアマネジャーの場合には、イントラネット等による情報共有の仕組みがあることも大きい
  - 同一法人内の居宅介護支援事業所では、「顔なじみの関係」に加え、ケアマネジャーが「電子カルテ」「看護サマリー」の閲覧がオンライン上でできるケースなどもみられた。これらの仕組みが、多職種の情報更新と同時に情報を取得し準備に役立てるという、ケアマネジャーの円滑な情報収集と早めの準備に貢献している。
- 「看護サマリー」には、ケアマネジャーにとって役立つ内容が多い
  - 医療機関によって対応はさまざまのようだが、「看護サマリー」の内容はケアマネジャーにとって有用な情報が多いので、看護師が作成している場合は、できれば早い時期から情報提供されることは有益である。
  - ケアマネジャーにとっての内容の難易度については、見慣れることで経験から学べることも多いので、「看護サマリー」を活用することへのネガティブな指摘はみられなかった。
- 好事例施設と連携しているケアマネジャーであっても、「個人の力量差」は大きい
  - （好事例であっても）ケアマネジャー自身による入院中の情報収集は、「個人の力量差」による影響は大きい。退院前カンファレンスへの準備内容についても同様である。
- 入院中（退院前カンファレンスの前）の段階で、ケアマネジャーの情報収集をサポートするツールは少ない
  - 現状は、聞き取った内容を地域独自の「入退院時の連携シート」や、事業所様式の「アセスメントシート」への更新で対応しているケースが散見され、情報収集をサポートするツール（様式類など）は少ない。
- ケアマネジャーが「聞くべき項目」を明らかにし、何らかのツールで医療職側と共有することは有効
  - 今回のヒアリングでは、有識者より推薦のあった滋賀県の「退院に向けてのききとりシート（滋賀県介護支援専門員連絡協議会）」をヒアリング先の対象者に見て頂き意見を頂戴したところ、複数の医療職（主に看護師）からこういった項目を「先に知っていることは情報提供が容易になる」といった指摘があった。
  - 有識者からは、「聞き取りシート」の有効性については以下の利点が指摘された。
    - ◇ ケアマネジャーが聞き取るべき項目がわかる
    - ◇ 看護師などの医療職側も、何を情報提供すべきかが明確になり、事前準備が可能

- 「病棟看護師」の持つ医療にかかわる情報を、ケアマネジャーにうまくつなげるべき
  - 「看護サマリー」や何らかのツールによって、病棟看護師が持っている患者の医療関連の情報を積極的にケアマネジャーなどにつなげるべきという指摘もあった。
  
- ケアマネジャーが患者の予後・予測を把握することは重要
  - 医療機関・ケアマネジャー双方から、患者の病気と病状だけでなく、その方がどんな経過をたどりそうかなどと「予後・予測が重要」との指摘があり、情報共有をすべき項目として挙げられた。
  
- 退院支援で、早めのケアマネジャー関与が望まれるのは「家族力・介護力が弱い」患者
  - いずれの医療機関においても「家族力・介護力が弱い方＝独居・高齢者世帯・認知機能低下・キーマンが遠方在住など」のケースでは、在宅療養に向けた準備にケアマネジャーの存在はかかせず、医療機関としては早めのケアマネジャー関与を望んでいる。
  
- 多職種による委員会活動、地域を巻き込んだ研究会など「在宅医療／退院支援」をテーマとした活動は有効
  - 多職種による委員会や研究会などの活動を通じて、関係者が「顔の見える関係」になること。また、退院支援ケースのふり返しなどを行うことは、退院支援のクオリティ向上に寄与する取り組みとなっている。
  
- 入院後の早い時期（3日～7日間以内）に、ケアマネジャーは、患者の入院前の生活や状態像を医療職側と共有して、お互いに患者の在宅でのイメージを持って協働することが重要  
（有識者の指摘から）
  - そのために、「7日以内に医療機関内で開かれる多職種カンファレンスに、ケアマネジャーも入れて、医療と在宅双方で方向性の共有を行ったらどうか」という指摘があった。
    - ◇ 医療職側：
      - 在宅生活でのイメージ像を理解して、退院支援に向けたケアに取り組む
      - 在宅ケア移行にあたり、退院にかかわる問題点・課題などを整理して共有する
    - ◇ ケアマネジャー：
      - 入院前の情報に必要な視点は、医療管理に関する入院前の状況／生活ケア上の課題
      - 入院後に、入院前と状態像が変化する可能性、医療処置の追加、区分変更の必要性、退院後の予測などの情報を得る機会にもなり、早めの準備に着手できる
      - 「どうしたら在宅へ帰れるか」という点について、医療職側から専門家としての意見をもらえる



### 【医療機関別：結果のポイント】

	名称	結果のポイント
1	医療法人社団 永生会 永生病院 (東京都八王子市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>慢性期のため在院日数が長く退院支援には時間がかけられることが多い</li> <li>回復期の退院支援は「総合支援室」の MSW を中心に、医師などの医療者と共に進めている</li> <li>同一法人内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーのことが多いので、病院関係者とは顔の見える関係であり、比較的気軽にやりとりが出来るため連携は円滑</li> <li>ケアマネジャーは家屋調査などの多職種が同行する機会を上手く利用して情報収集を行っている</li> <li>退院前カンファレンス時には、ケアマネジャーは複数回の情報収集を経て「プラン原案」を持って臨んでいる</li> </ul>
2	公益財団法人 脳血管研究所 美原記念病院 (群馬県伊勢崎市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院支援は MSW が中心となって積極的に動き、ケアマネジャーには早めに情報提供をして、不足があれば聞きにくるよう促している（ケアマネジャーへの、本人・家族の IC 内容の伝達、退院時情報提供書の退院前カンファ前送付など）</li> <li>同一法人内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーは「電子カルテ」の閲覧も可能なので、不足があれば MSW から聞き取る。他の医療機関の場合は、その MSW から情報を入手</li> <li>退院前カンファレンスより前に、ケアマネジャーは電子カルテ内の看護計画（サマリー）を閲覧し、「プラン原案」の準備をし退院前カンファレンスに臨む（退院前カンファレンス＝サービス担当者会議）</li> <li>「在宅医療推進プロジェクト」という委員会活動に H15 年から取り組んでおり、現在は「病院・在宅部門合同カンファレンス」を月一で実施しており、退院支援に関わるメンバーは顔なじみであり、何かあれば病棟のベッドサイドなどでもミニカンファレンスをするほど、退院支援の情報交換には積極的</li> <li>この「病院・在宅部門合同カンファレンス」では患者退院後のフィードバック検討も実施している</li> </ul>
3	社会医療法人 協和会 加納総合病院 (大阪府大阪市北区)	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整看護師がいないので、病棟師長と担当看護師が地域連携室と協働して退院支援に取り組んでいる</li> <li>同一グループ内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーの場合、顔が見える関係であり、連携は円滑に行われている様子</li> <li>入院中にやりとりする様式等はないが、連携室から患者・家族への IC の内容を、家族了解の上でケアマネジャーに伝えることもある。また、同一グループ内のケアマネジャーの場合、MSW から患者の「経過記録」を事前に渡されることもある（この辺りの情報収集はケアマネジャーによる個人差がある）</li> <li>患者の状態によっては、MSW とケアマネジャーとで頻回に情報交換を実施</li> <li>退院前カンファレンスの前に、ケアマネジャーのプランはある程度できている</li> <li>看護サマリー、退院支援計画書、介護連携指導書などは、退院前カンファレンス後の退院時に出すことが多い</li> </ul>

	名称	結果のポイント
4	社会医療法人 大雄会 総合大雄会病院 (愛知県一宮市)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 院内では、「地域医療連携室」の MSW と退院調整看護師、病棟看護師が協働して退院支援を進めている</li> <li>・ 同一法人内の居宅介護支援事業所のケアマネジャーのことが多く、既に関係ができており連携は円滑。CM はカルテなどを見ることはできないので、主に MSW を窓口として情報のやりとり</li> <li>・ 一宮市では「地域連携アセスメントシート」という書式を、医療機関、事業所など市内共通に入退院時に情報交換ツールとして使用している</li> <li>・ 入院中の情報は、退院が見えてきてから個々のケアマネジャー自身が口頭で聞き取って収集し、プラン作りにむけて、事業所様式の「アセスメントシート」などに随時、更新する</li> <li>・ 退院支援を行う病棟の看護師等は、退院時期を予測しながら準備に積極的に動き、ケアマネジャーに情報を提供（医療処置が増えそうな場合は、退院決定前でもケアマネジャーを呼ぶなど）</li> <li>・ 医療処置があるような場合には、看護サマリーは早い時期に渡す（退院前カンファレンス前に）</li> <li>・ 退院前カンファレンスには、ケアマネジャーは「プラン原案」を持って臨んでいる</li> </ul>
5	横浜国立 みなと赤十字病院 (神奈川県横浜市中区)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 「療養・福祉相談室」の MSW、退院調整看護師や多職種が協働して退院支援を進めている（2013 年に退院支援マニュアルを作成。「断らない救急」のためにベッドコントロールが重要と認識から）</li> <li>・ ケアマネジャーが入院時に提供した情報が、スキャンされて電子カルテの中に埋もれてしまい、病棟看護師やリハ職に上手く活用されていないこともあることが認識されている</li> <li>・ また、ケアマネジャーの判断で、家族から提供されることを前提に入院時の情報提供を行わないケースの指摘もある</li> <li>・ 中区には「入院時／退院・退所時情報提供書」というフォーマットがあり、ケアマネジャーが情報収集した際には、事業所様式のアセスメントシートと共にこれらを活用している</li> <li>・ 相談室の看護師は、ケアプラン等の参考にもなり、患者の QOL 向上にもつながるので、重要な IC には、本人・家族の同意の上でケアマネジャーにも同席依頼をかけたり、また看護サマリーなども必要に応じて事前に渡して、ケアマネジャーに早めの準備を促すような情報提供の工夫をしている</li> <li>・ 但し、ケアマネジャーが、退院前カンファレンスの前に「原案」まで準備するケースは、まだケアマネジャーによってばらつきがある様子</li> <li>・ 患者の予後・予測をケアマネジャーが把握することが重要と相談室の医療職もケアマネジャー本人も認識</li> <li>・ 病棟看護師が持っているような医療に関する情報などを、きちんと CM などに伝達できる仕組みが必要（情報ツールとしての「看護サマリー」やシート類）</li> </ul>

【専門有識者：結果のポイント】

	名称	ポイント
6	在宅ケア移行支援研究所 宇都宮 宏子 氏	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 入院時情報提供として大切なことは、「入院前の患者を知ってもらう」こと。その方の在宅生活イメージを共有し、退院支援に役立てる（その視点としては、入院前の「医療管理に関する状況」と「生活ケア上の課題」が大切）</li> <li>・ 入院3日後くらい～1週間以内での患者の状況確認が重要（入院前と状態像が変化する可能性、医療処置の追加、区分変更の必要性、退院後の予測 など）</li> <li>・ 入院後7日以内で行われる医療機関の多職種カンファレンスにケアマネジャーも入れて、医療職側と在宅側で方向性の共有を行ったらどうか（在宅への移行に際して、退院にかかわる問題点・課題などを整理・共有することが重要）</li> <li>・ ケアプラン原案を作成するためのアセスメントをする時期（在宅生活の課題分析）を、入院時連携と合体させ、できれば医師の説明の場にケアマネジャーも立ち会える方がよい</li> <li>・ ケアマネジャーと医療機関の窓口をきちんと決めて連絡を取り合うことが大事（主に地域連携室 等）</li> <li>・ 理想的には、ケアマネジャーは、退院前カンファレンスで、医療職からアドバイスをもらえるように、暫定のケアプランを持って行くこと</li> <li>・ 滋賀県の「聞き取りシート」のようなものをケアマネジャーと医療機関側で共有することが有効</li> <li>・ シフト勤務なので、病棟の中では退院支援の全体の流れが見えている看護師は少ないので、退院支援を担当する看護師の役割は、疾患によって強弱があってもよい（心不全、肺炎、がん＝専任、整形、脳外科、回復期など＝MSWが、セラピストや看護師と協働）</li> <li>・ 退院前カンファレンスは全例は必要ない（病院の医療職と地域の医療ケアが繋がる必要があるケースだけで、残りは、自宅でサービス担当者会議を実施するなど、見極める必要がある）</li> </ul>

## 【付：個票】

No.1：医療法人社団 永生会 永生病院（東京都八王子市）

- ・ 病床数：628床 ＊回復期リハを中心に聴取  
(内訳) 一般：146床（うち、内科・障害104床／整形42床）  
回復期リハビリテーション：100床 地域包括ケア：50床  
療養：114床 介護保険：118床 精神科（認知症）：70床  
＜同一グループ内＞  
医療機関：(180床)／クリニック（0床）、介護老人保健施設、居宅介護支援事業所、  
訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、ケアプランセンター、  
認知症グループホーム、通所リハビリテーション
- ・ 平均在院日数：78日（病院全体、回復期62日）
- ・ 在宅へ戻る割合＝病院全体となると、帰らない病棟もあるので4割、回復期であれば8割  
（一般病床のほとんどが内科の障害者なので、在宅へ戻る割合は低い）

### 〔体制〕

- ・ 慢性期の高齢者の病院なので、現状、それほど決まった工程はない
- ・ 回復期に関しては、総合支援室のMSWを中心に医師などの医療職と進めている
- ・ 回復期に関しては、入院期間が疾患によって決まっているので、それで目処を決めており、決まった工程表というものはない（入院時からのおおまかな確認はしている）

[退院支援のおおまかな流れと内容]

退院への流れ	内容	方法 & <使用様式> (誰→誰へ)	タイミング
(0) 入院前  *回復期なので、救急病院などからの紹介 (転院患者)	◆MSWが、希望する患者の家族を対象に「入院相談」を実施 結果を<入院相談票 (情報連絡票)>へ記入  ・入院前にどうい生活をしてきたか、今後どうい生活を希望しているか、介護保険の有無、利用サービス、担当CM 等を確認  ・病棟看護師は、<入院相談票 (情報連絡票)>の情報を重視 (経済的状況-購入品/職業-会話の糸口/ADL・医療処置・安全器具の有無-部屋やベッドを決める為 など)  ・リハスタッフは、<入院相談票 (情報連絡票)>の「住居」の状況を活用  ・CMは、<入院相談票 (情報連絡票)>の「経済的状況」から有料サービスの選択などの参考に	面接 (MSW→患者・家族)  <入院相談票 (情報連絡票)>  (MSW→病棟看護師・リハスタッフ・CM)	入院が決まったら
(1) 入院時	◆入院時多職種カンファレンスを実施 <病棟カンファレンス評価シート>  ・今の状態の把握や退院後のゴールの設定など、それに向けた準備を開始  ・初めての発症の場合、CMと認定は大体退院の1ヶ月半くらい前までに立てよう意識 *初めての発症で、回復期は「新規」でCMが付くケースが多い	面接 <病棟カンファレンス評価シート>  (MSW・病棟看護師など)	入院後まもなく
	◆CMから医療機関へ情報提供<医療連携加算情報提供書> (どの程度までADLまで回復しないと在宅が困難なのか、家族の受け入れ可能性など)  ・提出の際に、病状などについて簡単に情報を得る	病棟へ持参 (挨拶 & 情報提供) <医療連携加算情報提供書> > (CM→病棟看護師)	入院後当日、翌日 (院内) 7日以内 (外部医療機関)
(2) 入院中	◆入院時家屋訪問  ・自宅情報を収集 (回復期で報酬が付くようになったので入院時訪問/看護師か、リハビリか、MSが自宅に訪問) を実施	<報告書> (看護師/リハ/MS)	7日前後
	◆院内多職種によるカンファレンスを適宜実施 <病棟カンファレンス評価シート>  ・基本的に回復期では月に1回は見直しをする	面接 <病棟カンファレンス評価シート>  (MSW・病棟看護師など)	入院後月1回
	◆退院の目処が大体ついてきた頃、退院準備を始める段階で、実際にCMと連絡を取り始める	<アセスメントシート> (CM)	退院の目処が大体ついてきた頃
	◆(新規) CM打診の際にはMSWが調整し、情報を提供 <MSWサマリー/看護要約> *回復期は新規が多い  ◆新規に確定した担当CMは準備してから、病院に出向き、MSWを介して、患者本人に挨拶をして次にリハビリ、看護情報を得る (退院時期の確認、自宅の家屋評価等ある程度アセスメントの準備) <アセスメントシート>	電話 <MSWサマリー→看護要約> > (MSW→CM)  <アセスメントシート> (CM)	退院の1ヶ月半くらい前
	・CMから希望がある場合は、家屋調査の前に、リハビリスタッフや看護師から現状説明の場をもうける  *退院時のリハビリサマリーが最後に送られるので、あまり中間の情報 (カンファレンスシート) は出していない	面接 (MSW、リハ、病棟看護師、CM)	家屋調査の前 (CMから希望がある場合のみ)
	◆CMの関与開始 (CMの情報収集開始)  ・CMは、気管切開などの医療度の高い人には<退院時確認票>を用意し、訪問看護などのやりとりでCMが知っておくべき情報を記入して使用  ・法人外のCMでは、窓口をMSWに、入院時、1ヶ月くらいしてから様子を見、退院前にもう1回という感じで、計3回くらいの医療機関訪問	電話/口頭-1FにCMがいる (同一法人内CM) <退院時確認票> (CM)	退院1ヶ月前くらい (家屋調査の時期)
	★3回の訪問で、CMが見ているのは、ADLの入院前と入院後との違い。あとは気持ち的なところ (不安感など) をみる。医療者側からの見立てはリハスタッフから聴取  ★在宅に戻るために一番必要な情報は、まずゴール設定がどこなのか (車椅子で帰る意思があるのか等)。本人やキーパーソンと家族の考え  *法人外CMの場合、リハなどの面談を希望するがなかなかタイミングがあわずに日程が後回しになることも多い		

退院への流れ	内容	方法 & <使用様式> (誰→誰へ)	タイミング
(2) 入院中 つき	◆CM（新規の場合はCM決定後）は、まず家屋評価から同行する ・効率化のため、家屋評価の時に一気に現状報告と今後の設定をすることが多い	<家屋評価報告書> (リハ、看護師、CM)	
(3) 退院前	◆CMは「退院前カンファレンス」時には、ほぼプランも入った状態の原案を持って臨む ・本人の実際に家に帰った際の意向確認をして、アセスメントを最終的に仕上げ原案を作成  (サービス事業所もほぼ全員出席で、それぞれの専門職からの質問をして頂く機会にして、具体的な個別計画書が立てられるような時間になっている) ・家屋評価がない場合は、CMだけでも自宅に先に伺って、家族と打ち合わせ、それぞれの専門職に状況を聞いてプランを詰め、カンファレンス時に原案を出す	《プラン原案》(CM)	家屋評価終了の段階
(4) 退院時	◆CMへ<看護サマリー／リハビリサマリー／病棟医師からの情報提供書>を渡す ・訪問看護に入る訪問看護師とCMには同じ<看護サマリー>を送る(病棟看護師)	<看護サマリー> <リハビリサマリー> <病棟医師からの情報提供書> (MSW→CM／家族)	
(5) 在宅	◆退院後にCMが居宅の医師か外来のかかりつけ医師にお願いして、<診療情報提供書>を書いてもらう ・必要に応じてサービス提供者とその情報を共有 (入浴サービス利用時に入浴の許可に必要な血圧の範囲の情報など病状上知っておくべきことが記載されている) ・一番下に医師と連絡がとりやすいタイミングなどもある	<診療情報提供書> *八王子独自の医師とCMとの連携書式(診療報酬もとれる。医師会と作った書式) (在宅医→CM／サービス事業者)	

### [その他]

項目	内容	関与者
1	●法人外CMとの連携は、同一法人内ほどスムーズではない MSWが窓口になるが、アポイントによる訪問も多く、同一建物内にいる法人内CMほどはスムーズではない	MSW
2	●病棟看護師の持っている情報を活かすべき ・リハビリにはADLの現状は聞けるが、普段の血圧や便秘などの身体状況や夜間の状況、薬の服薬指導や、医師がどういう風に説明しているか等の細かい点については直接看護師に聞いたほうが確実<CM> ・夜間の状況や、1日の中での気持ちの変化のことを考えると、病棟看護師の話というのはかなりのウェイトを占めるかと思う<CM> ・患者を24hみている病棟看護師が持っている情報(病態や気持ちの変化など)を、退院支援に活かすべき<病棟看護師> ・三交代制などで、病棟看護師はCMとのアポイントが取りにくいので窓口を一本化するとよい<病棟看護師>	病棟看護師／MSW
3	●MSWの力量差も危惧される ・できるMSWがどこにでもいるわけではない	MSW
4	●ADLが落ちている在宅療養の最初の1週間は、医療度にかかわらず訪問看護を入れることが望ましい(報酬) ・急性期から帰った患者はADLが確実に落ちている人がいるので、在宅療養の最初の1週間は医療度がなくても訪問看護を入れられる診療報酬が付くなどが必要	訪問看護師
5	●CMが聞くべき項目のフォーマットがあるといい ・(CMが)最低限聞かなければいけない情報(内容)がある程度決まっていれば、看護師側もそれに対して全部情報提供できるので、ある程度のフォーマットがあると良いと思う。今は人によって「質問はこれだけで良いの?」と思うこともある<病棟看護師> ・CMが何を聞きたいのかがもし事前にある程度明確だと、誰につなげればいいのか分かってやりやすくなると思う。また担当看護師でなくても答えられるので看護に繋げやすくなる<病棟看護師>	看護師／MSW／CM
6	●退院支援において、訪問看護師の有効活用はCMにとって有益 ・訪問看護をうまく使って連携することで、自分が理解できないことを訪問看護に要約してもらって、大事なところをみてもらう。その連携が出来ると、早めに再入院にならないためのフォローが出来るかと思う	訪問看護師／CM

No.2：公益財団法人 脳血管研究所 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）

- ・ 病床数：189 床

（内訳）一般：42 床 SCU：3 床 地域包括ケア：8 床 障害者施設等一般：45 床  
回復期リハビリテーション：91 床（2 病棟）

<同一法人内>

介護老人保健施設、訪問看護ステーション、居宅介護支援事業所、  
ケアプランセンター、ヘルパーステーション

<グループ法人>

診療所、居宅介護支援事業所、特別養護老人ホーム

- ・ 平均在院日数（急性期から）：8 日前後
- ・ 在宅へ戻る割合（急性期から）＝全体平均では 7 割は在宅  
（残りは、回復期や地域包括ケア病棟）

〔体制〕

- ・ 地域連携室：MSW9 名（各病棟に、退院支援専従 MSW を各 1 名以上配置）  
→退院加算が始まる前から、美原記念病院のソーシャルワーカーは全介入が基本
- ・ 退院調整看護師は、各病棟に 1 名  
（主任クラスが役割を担っており、個別のケース業務は持たない）
- ・ 退院支援は、病棟の担当看護師が行う  
（退院調整看護師は全体把握と担当看護師の育成・チェック・支援）
- ・ 病棟看護師は、基本的には MSW とのやりとりが中心  
（但し、医療的な部分の情報提供では、CM との直接やりとりも多い）

[退院支援のおおまかな流れと内容]

退院への流れ	内容	方法&<使用様式> (誰→誰へ)	タイミング
(1) 入院時	◆患者(家族)は、入院時にアナムネ用のシートを記入 <入院される患者様、ご家族様にお聞きしたいこと>  ・結果は、病棟看護師が<電子カルテ>へ記入 *記載内容によって、MSWの介入が必要そうであれば、早めにアナウンス  (病棟ごとの《退院支援・退院調整フロー》あり)	<入院される患者様、ご家族様にお聞きしたいこと(アナムネ用シート)> >(患者→病棟看護師)  <電子カルテ> 口頭/電話など (病棟看護師→MSW) 《退院支援・退院調整フロー》	入院当日 *家族の待ち時間
	◆MSWは、電子カルテ上で看護師からの情報をチェック	<電子カルテ>	入院当日～翌朝
	◆MSWの患者・家族面接 ・面接結果は<電子カルテ>へ記入  (CMへ連絡(継続の場合)) ・退院支援カンファレンス/退院支援計画書の作成	<電子カルテの中のMSW・PSW・SW・ケアマネ欄>へ記載 (MSW/家族→CM) <退院支援計画書>	入院当日・翌朝～3日以内
◆CMから情報を聞き取る(マニュアルに則って) *MSWが主導が多い様子  《ケアマネージャーからの情報収集・共有マニュアル(各病棟共通)》あり	電話が多い (MSW/CM) ※家族面接より先にCMに連絡を取ること多い様子	入院当日・翌朝～3日以内	
(2) 入院中	◆CMは、<電子カルテ>で、ある程度の情報を把握した上で、足りない情報を病棟へ聞きに行く *同一法人の医療機関の場合 ・同一法人でない場合は、医療機関のMSWから情報をもらう  ★CMは「原因となった具体的な病状/治療の経過/今後の予後予測/退院の見込み日程」が知りたい	<電子カルテ>/訪問 (CM→主にMSW)  電話が多い (CM→MSW)	入院当日・翌朝～3日以内
	◆病棟看護師は、患者入院中に<退院時チェック表>と<日課表*>を作成して、患者のベッドサイドのファイルに置き、患者やCMなど必要な関係者と情報を共有  *「日課表」は全員でなく、入院前と患者の状態が明らかに変わったケース	ベッドサイドのファイル <退院時チェック表> <日課表(24hの様子わかるもの/全員ではない)> (病棟看護師→MSW・CM・家族など)	直後～3日前後
(3) 退院前	◆退院が見えてきた段階で、事前にMSWが看護師から情報を聞き取った<退院情報提供書>をCM宛にFAXで送付 ・「これ以上の情報が欲しかったら、病院に聞きに来るように」とCMには言う	FAX (MSW→CM) <退院情報提供書>	退院が見えてきた段階
	◆退院前カンファレンスの前に、入院中1～2回の<多職種打合せ>を実施 ・「ミニカンファレンス」のような形で、患者の在宅生活の「課題と解決策」を検討	面談「ミニカンファレンス」(患者のベッドサイドなどで)	
	◆MSW、CMは<電子カルテ内の看護計画>をチェックし、MSWは問題点の確認、CMはプラン原案への反映準備をする ・同一法人でない場合は、CMが該当する医療機関へ足を運んで、「相手の都合に併せてうかがって話をする機会を作り情報を得る」	<電子カルテ-看護計画> (MSW & CMが閲覧)  面接 (医療機関⇔CM)	時期は患者の退院のタイミングによる
	◆退院前カンファレンスは、これまでのやりとり結果の「確認の場」として、「サービス担当者会議」として開催する ・この時点で、ほぼCMのケアプランは出来ている		
(4) 退院時	◆MSWからCMへ<リハビリテーション連絡票>などを渡す(<看護サマリー(看護計画)>は退院前に渡してある)	<リハビリテーション連絡票> <退院・退所情報提供書>などを提供する (MSW→CM/家族)	
(5) 在宅	◆在宅医療推進プロジェクト/毎月」の委員会活動において、退院した患者で同一法人のCMやサービスを利用している患者がその後どのように過ごしているか、フィードバックカンファレンスを開催	病棟看護師、MSW、CMなど、(同一法人内)	



[その他]

項目	内容	関与者
1	●病院のMSWが主導して、退院支援を回していることが貢献している様子	MSW
2	●法人内で、多職種による「在宅医療推進プロジェクト」の委員会活動を実施 (現在毎週1回) ・MSWやCMしか持たない情報を医療者側へつなげたことで、看護師などの当事者意識を促すことにつながった ・退院支援ケースの振り返り評価などを実施	看護師/MSW/CMなど同一法人内の多職種
3	●電子カルテをCMを含む多職種が閲覧できることが大きい ・看護計画などを見られること、MSWの面談結果なども見られることが、多職種それぞれの活動に役立っている	医療機関/CM
4	●CMによっては「退院してから考える/生活してみないと分からない」といった方もいるので、退院時の加算で、「入院中に退院準備をしてから帰せば何点プラス」といった算定をつけるといい	CM

No.3 : 社会医療法人 協和会 加納総合病院 (大阪府大阪市北区)

- ・ 病床数 : 300 床

(内訳) 一般 : 151 床 療養 : 53 床 回復期リハビリテーション : 96 床

< 同一グループ内 >

医療機関 : (77 床) / クリニック 2 ヶ所 (うち、透析センター 1 ヶ所・30 床)  
介護老人保健施設、訪問看護ステーション

- ・ 平均在院日数 (一般病棟という形で) : 15・16 日前後
- ・ 在宅へ戻る割合 = 在宅復帰率としては 90%
- ・ 感覚的に、在宅へ帰っている方はそのうち半数 / 高齢者は在宅復帰率 7 ~ 8 割のうち、その半数くらいが自宅に帰っている計算になる。また、脳外の急性期は回復期リハの方へ移動、転棟になることが多い

〔体制〕

- ・ 地域連携室 : 相談員 5 名 (7 病棟) 担当科で分担している
- ・ 退院調整看護師はおらず、病棟の師長と担当看護師が担っている (地域連携室と連携しつつ)

[退院支援のおおまかな流れと内容]

退院への流れ	内容	方法&<使用様式> (誰→誰へ)	タイミング	
(1) 入院時	◆急性期に患者が入って来たら、入院担当の病棟看護師が<退院スクリーニング・アセスメントシート>をチェックして、退院に難あり/要注意といった支援すべき患者をピックアップ  ・ほとんどの方が該当してしまうが、最終的に介入（依頼の）判断は受け持ちの看護師や師長の裁量で決める  ・入院時に医事課で介護保険を提示してもらい介護保険の有無を確認	<退院スクリーニング・アセスメントシート/太枠内にチェックが付いたら候補となる>  (病棟看護師)	入院後すぐ	
	◆チェックに引っかかった場合は、<退院支援計画書>を作成し、その病棟担当の地域連携室相談員（MSW）に報告	<退院支援計画書> (病棟看護師→MSW)		
	◆MSWは、支援対象者の連絡が入ったら、患者本人に会ったり家族に連絡を取る  ◆MSWの患者・家族面接 *意思疎通が困難/家族が介護状態で困っている/高齢/病気を患っているなどが介入対象となる	院内メール/病棟内での声かけ/PHSへの電話  面接	入院後すぐ	
	◆1回目IC（病状・治療方針説明）にMSWやCMが同席することはほとんどない	面接	入院後すぐ	
(2) 入院中	◆CMの関与開始（家族やMSWから連絡が入って入院が分かった段階で） ・入院翌日/入院が分かった段階で、CMから連絡を入れ、CMが使用する特別な様式はないので、ファイルを持って行ってその場で説明をする（他の医療機関だと、入院が分からないことも多い）  (1回目のCMと医療機関のやりとり) (新規は医療機関が、包括などと連携し、居宅につないでCM選定)	(家族/MSW→CM) (CM→MSW)	入院翌日/入院が分かったから	
	◆患者の状態によっては、MSWとCMで頻りに情報のやりとりをする  (入院に伴いADLが著しく落ちて介護サービスがかなり必要になりそうなケースの区分変更の見直しや、リハビリ時間に合わせて来てもらい状況を見てもらう)  (患者の経過、食事形態、リハビリの状況はMSWからCMへ知らせる ・同一グループ法人のCMなら、MSWが記録する<経過記録（議事録のようなもの）>を渡したりすることもある  ★CMとしては、退院が決まっていなくても、早く考えて動きたいので情報は欲しい *このあたりの情報収集対応は、CMによる差が大きい	電話/口頭など (MSW→CM)  書式ナシ <経過記録> (MSW→CM)		
	◆2回目IC（家族への病状・今後に向けての説明） ・よくなってきたので家族を呼んで実施 *ここにCMを呼ぶこともあるが、全例ではない	面会（家族）	～7日くらいまでに	
	◆IC自体は家族としても、後で家族に了解を取ってICの内容や先生の言った方向性を、地域連携室がCMに伝えることもある  ・入院中で、病棟とCMのやりとりは少ない（ないこともないが…） ・CMがプランの原案を作るために収集した情報は、書式（フォーマット）はないが、事務所で管理している<支援計画>に記録（包括などに報告する際に皆さんが使っているようなソフトの書式）	電話/口頭など (MSW →CM)  ※独居で身寄りのない人はCMが入らないと厳しい  <支援計画>* (CMが記入して使用)		
(3) 退院前	◆医師から「そろそろ退院」と言われたら、医療機関や家族からCMへ連絡し、「退院前カンファレンス」実施  ・CMやデイサービス、通所サービスなど、一度集まって方向性の確認と本人の状態確認をする	(MSW→家族/CM)	退院が見えてきたところで実施  (現状、退院日が決まってきたからのカンファレンス実施は半分程度)	
	◆退院前カンファレンス時には、CMはある程度プランは出来ている ・退院カンファレンスの席で一緒に考えてもらう ★CMの希望としては、準備が整ってからの日にち決定が助かる。1週間前くらいにしてほしい。準備のためには時間は多ければ多いほど良い	《プラン原案》(CM)		

退院への流れ	内容	方法 & <使用様式> (誰→誰へ)	タイミング
(4) 退院時	<p>◆病院から家族・CMへ&lt;介護連携指導書&gt; &lt;退院支援計画書&gt; &lt;看護サマリー&gt;を退院カンファレンス後に渡す</p> <p>*これらは退院ギリギリに出すことが多く、退院時に病院から患者に渡して、CMは自宅で患者から受け取ることも多い</p> <p>★CMが欲しい情報は、&lt;介護連携指導書&gt;、&lt;退院支援計画書&gt; &lt;看護サマリー&gt;にあるので早くもらえれば原案に活かせる</p>	<p>&lt;介護連携指導書&gt; &lt;退院支援計画書&gt; &lt;看護サマリー&gt;</p> <p>(MSW→CM/家族)</p>	
(5) 在宅	<p>◆家屋調査実施</p> <p>◆在宅生活が落ち着いた頃に「サービス担当者会議」を自宅やデイサービスなどで実施</p> <p>・退院前カンファレンスである程度話は詰めているが、いざ在宅生活が始まってみると、退院前に話していたよりも、量的なことは結構動くこともある (参加者は、CMや介護スタッフに加え、デイサービスや訪問看護師、在宅の担当医の往診時に重ねて医療スタッフも参加)</p>		

[その他]

項目1	内容	関与者
1	<p>●CMが密に関わるケースは、患者の独居であったり、家族の状況が関係する</p> <p>・特に、独居で身寄りのない人はCMが入らないと厳しい</p>	看護師/MSW/CM
2	<p>●情報収集は、CMの力量によるところが大きい</p> <p>・同一法人/そうでないかの差も大きい (&lt;経過記録&gt;などの院内資料を見られるか否か)</p>	CM
3	<p>●介入対象者のスクリーニングを厳密に実施しており、退院支援が必要な方に対する認識が医療スタッフに浸透している</p> <p>・退院支援が必要な方 = 意思疎通が困難/家族が介護状態で困っている/高齢/病気を患っている など</p>	看護師/MSW/CM
4	<p>●CM側の情報収集に対する態度には(人による)ばらつきがある様子だが、医療機関側は、比較的、情報提供にも積極的</p> <p>・病棟のエレベータ内に、CMに向けて「気軽に声をかけてください」と貼り紙をしている (CMが声をかけずらいのではないかと、という認識があったので)</p>	看護師/MSW/CM

No.4：社会医療法人大雄会 総合大雄会病院（愛知県一宮市）

- ・ 病床数：322 床

（内訳）一般：284 床、ICU：8 床、回復期リハビリテーション：30 床

<同一グループ内>

医療機関：（132 床）／クリニック 2ヶ所、  
老人保健施設、地域包括支援センター、訪問看護ステーション 2ヶ所、  
居宅介護支援事業所

- ・ 平均在院日数：14.4 日前後（7 対 1 算定対象病棟で）
- ・ 在宅へ戻る割合＝在宅復帰率としては 95.9%
  - ・ 在宅復帰率は退院支援を必要としない方も入るので、感覚的には、高齢の方の脳や心臓の場合、退院支援に関わる率はかなり高い。その中で家に帰られる率は減ってくる
  - ・ 脳血管障害の高齢者は、よほど軽い場合は直接在宅に帰れるが、多くは回復期へ。家に帰れそうな人ほど、早いうちに見極めて回復期に案内し、十分リハをしつつ、準備をしてから在宅へ帰る

〔体制〕

- ・ 退院支援は、MSW が 7 名、退院調整看護師が現在 2 名で担当

[退院支援のおおまかな流れと内容]

退院への流れ	内容	方法 <使用様式> (誰→誰へ)	タイミング
(1) 入院時	◆入院48時間以内に、支援対象をピックアップ ・電子カルテ上のスクリーニング画面に、病棟の看護師が48時間以内に入力。 ・スクリーニング項目にチェックが一つでもあれば、アセスメント画面にて、アセスメントを実施し、退院支援が必要との判断になれば、退院調整看護師につなぐ。  ◆「退院支援計画書」作成画面に入力  ◆病棟カンファレンスは毎週1回、初回の時、支援支援対象もれがないかこども確認 ・CMの参加は無し  ◆ IC (家族への病状・治療方針説明)	<電子カルテ> ・スクリーニング画面 ・アセスメント画面 (病棟看護師) ・「退院支援計画書」作成画面	48時間以内  「退院支援計画書」の作成は7日以内 (加算2なので、どうしても内容を固めて7日以内にと感じてもない)
		面接	入院当日のことも 「診療計画書」が出るので入院期間目処が分かる
(2) 入院中	◆CMの関与開始 (CMの情報収集開始) <地域連携アセスメントシート> をによる情報提供 ・CMへの入院連絡は医療機関と懇意のCMの場合以外は、家族などからCMに入ることが多い ・CMは、情報提供用のシート渡すときに「口頭で、退院のときに調整が必要だから早めに連絡ください」ということは伝える  ★CMは「入院期間の目処」が知りたい	訪問、挨拶 & 情報提供 (CM→MSW) <地域連携アセスメントシート> (市内の統一様式) * 入院時以外でも医療機関、施設、事業所などが使用	大体2-3日以内 (入院を知ったらすぐ)
	◆病棟では、カルテやカンファレンスの情報から、退院を予測し、退院がみえてきたら、在宅での必要内容などについて検討に入る ・医療機関側の判断で、必要に応じて、積極的にCMとコンタクトを取り、情報を共有		入院中
	◆医療行為や、新たなサービス、区分変更などが必要になった場合は、MSWからCMに連絡し、家族も含め内輪の相談会を開くなどして早めに動く ・退院前訪問指導にも、必要があればCMに同行依頼をかける	電話 (MSW→CM) その後、院内で相談会など	
	◆CMは、退院時期を確認するコミュニケーションなどの中で、患者の状態の変化などについて積極的に情報を把握する ・CMは、入院が予定よりも長引いて気になる場合は、窓口のMSWに様子を確認 ◆CMが得た情報はケアプラン作りにもむけて、事業所様式の「アセスメントシート」などに随時、更新	口頭  電話 (CM→MSW) <アセスメントシート> の更新 (CM)	
(3) 退院前	◆退院前カンファレンスの前に、CMは「プラン原案」を作成し、カンファレンスに持参する  (退院前カンファレンスがサービス担当者会議も兼ねている)	《プラン原案》(CM)	
	◆退院前ケースカンファレンス (サービス担当者会議) 実施 ・担当者会議は最終的な確認の場という形で、事前の準備はもう済んでいる (事前にある程度詰めてあるので、担当者会議で何か動くことはあまりない)	※医療処置が必要な患者の場合は、<看護サマリー> を先に出すようにしている (MSW→CM) <退院・退所情報記録書> (CMが記録) *報酬規定書	退院の数日前に実施
(4) 退院時	◆ケースカンファレンス後、看護サマリー (最終版) など、患者に応じて必要な書類をCM側へ渡す	看護サマリー (最終版) (MSW→CM)	
(5) 在宅	◆医療機関へのフィードバックは現状は特になし (問題がなければ必要ない/連絡がないのはいいこと)		

[その他]

項目1	内容	関与者
1	● 独居・高齢者、施設からの入院、要介護者（サービス利用者）は退院支援の対象になりやすい方として強く意識されている	
2	● 高齢者で脳血管疾患の場合、回復期に行ってから在宅へのケースが多い ・脳血管疾患の高齢者は、脳血管疾患の名前がつくと回復期病棟の適用になる。高齢者ではしっかり回復期に行って、準備にCMも入れて時間をかけて帰ることの方が多い	医療機関／CM
3	● 脳血管疾患よりも、内科系疾患（呼吸器系など）の方が、急性期から在宅へ戻る際は支援が必要（さらにガン末期の看取りも多くなっている） ・脳血管疾患よりも呼吸器疾患の方が、急性期に入院されて自宅に帰る時の調整が多い。脳血管疾患よりも内科系の方が、急性期から家に帰す場合は支援が必要かもしれない ・CM側では、最近では呼吸器や看取りも含めたガン末期が多いとの認識がある	医療機関／CM
4	● 入院後の変化の可能性を予測してCMが医療機関と一緒に動けるか、という点で、医療職出身CMの違いがある（介護系CMでも経験による） ・疾患によって、入院したことで患者の何が変わる可能性があるのか違う。そこを予測して医療機関と一緒に動けるか。医療系と介護系の出身の違いがそこに出る（介護系出身でも「経験」があれば違う→「肺炎はいずれ在宅酸素が必要になるかもしれない」などの認識の点で）	病棟看護師／MSW／CM
5	● CMが入院前の生活情報を病棟看護師に伝達し、それを病棟の看護計画に活かせるといい ・この方がどういう生活の目標を持って生活していたかを、CMから医療機関に共有してもらえることは有益 ・病棟の看護師が、入院前の生活からの変化をキャッチして、退院後の予測を立てる必要があるため、理想としてはCMが最初に情報を持って病棟の看護師と話してから、病棟で看護計画を考えるようにするのがよい	病棟看護師／MSW／CM
6	●（様式作成に向けての意見）事前にCMが聞きたい項目が分かっていたら看護師側も対応しやすい（アポイントの上で面談） ・CMが何を知りたいかということをもっと教えて貰って、それに合わせて病院が対応する方が一番スムーズ。それと病棟看護師への面談は事前にアポイントを取る方がいい	病棟看護師／CM
7	●（様式作成に向けての意見）CMが使用するための様式に入れる項目としては、家族の受け止めや意向を入れた方がいい ・家族はどう思っているのか。本人は帰りたいが、家族としては施設に入ってもらいたいという受け止め方の違いもある	CM

No.5：日本赤十字社 横浜市立みなと赤十字病院／急性期

- ・ 病床数：634 床  
（内訳）一般：584 床 精神科：50 床
- ・ 平均在院日数：8.5 日（循環器）、24.8 日（脳外科）、23.7 日（神経内科）
- ・ 在宅復帰率＝95%（6・7 割は高齢者も在宅復帰）

〔体制〕

- ・ 医療連携センター医療社会事業課にて退院支援を実施（病棟専任担当制）
- ・ 看護師 4 名、MSW8 名、PSW2 名、事務 1 名
- ・ ケアマネジャーはすべて外部の事業所



[退院支援のおおまかな流れと内容]

退院への流れ	内容	方法 & <使用様式> (誰→誰へ)	タイミング
(1) 入院時	◆患者(家族)は、入院時にアナムネ用のシートを記入	<アナムネシート> (患者→病棟看護師)	入院当日 * 家族の待ち時間に
	◆入院48時間以内に病棟看護師が支援対象をピックアップし、退院支援計画書の着手 ・結果は、病棟看護師が<電子カルテ>へ記入	<スクリーニング/厚労省様式> <入院診療計画書> <電子カルテ> (病棟看護師)	48時間以内
	◆ここで簡単なICが入ることもある ◆退院困難の要因患者の情報収集	<電子カルテ> (相談室)	2-3日以内
(2) 入院中	◆病棟内での目標設定カンファレンスと<退院支援計画書>の作成と説明  ・このカンファレンス参加は医師と看護師が多い/困難事例の場合は相談室の看護師も入る/CMは入らない ・目標設定カンファレンスでは、医師と治療方針、退院の目的、方向性を確認 ・今年度から、入院してから7日目の患者全員、毎週1回病棟でカンファレンスの実施と面談	<退院支援計画書> (病棟看護師)	7日以内(加算1)
	◆相談室へ介入依頼(医師・看護師から依頼、CMや家族からの要望、相談室がカンファレンスから病棟看護師へ依頼) ・病名、治療方針と退院の目処がついてからが多いが、患者側に経済面など何らかの問題がある場合は、もっと早くから依頼	<電子カルテ> (病棟看護師→相談室) * 相談室に病棟担当の専任がいるので、適宜相談という機能もある	7日~10日程度
	◆関係職種の家族面談による意向確認 ・医療チーム内の「事前打ち合わせ」によるすりあわせ	面接	
	◆IC(家族への病状・治療方針説明)、CMが入ることもある ・CMが入った方がいいケース:生活保護を受給している単身、親族のいない独居で介護サービス利用者、本人の希望、意思決定支援が必要な場合など	面接	
	◆CMへの「入院のお知らせ」は、家族から入院の連絡が入ることも多い。 (家族がCMがいる情報を病棟看護師に伝えない場合は、家族によっては時間がかかる/10日以上かかるケースもある) ◆CMからの情報提供は、去年から、区内の医療機関では、提出窓口を決めて基本「情報提供書(原本)」提出(医療機関によって、FAXや郵送も可)	電話/口頭など  <入院時情報提供書(横浜市中区版)>	ケースによってまちまち  <入院がわかり次第すぐ>
	◆CMの情報収集開始 ・看護師や家族から早めに情報収集し、大きく状態が変わる場合は予め訪問したり、区分変更や認定調査への立ち会いも実施 ・状態の変化の情報は、病棟から連絡が来る場合と、自ら気になって訪問や、家族などとの話から判断する場合がある	面談/電話	入院中~
(3) 退院前	◆CMが得た情報は、<退院・退所時情報提供書(横浜市中区版)/事業所様式のアセスメントシート>へと整理  ★CMはADLの変化を知りたい。食事、排泄、入浴、移動、移乗の5つ。あとは薬も含めて病状。今後通院が出来るのか ◆相談室担当者は、CMが退院カンファレンスに手ぶらでこないように事前に情報提供(必須ではない/担当者による)  ★退院後に食事と排泄と清潔ケアが入院前と比べてどうなるのがポイントになるので、その点を伝える	<退院・退所時情報提供書(横浜市中区版)/事業所様式のアセスメントシート>  電話/FAX <診療情報提供書、看護サマリー、リハサマリー(出来ている場合)>	退院が見えてきた段階
	◆退院前カンファレンスの実施(退院後の生活の再編が必要な場合は全例) ・ADLが下がった場合は、サービス再考もあるので、本人、家族の他にCMの参加も日程調整(参加者の判断は相談室担当者&病棟看護師など) ・訪問看護、訪問リハ以外の在宅支援のサービス事業者の参加者は、相談室担当とCMが相談して決め、CMから依頼 ◆退院前カンファレンスには、できるだけドクターも参加 ◆<共同指導・介護支援連携書>を作成 ◆CMが退院前カンファレンス前に「原案」を用意してカンファレンスに臨むケースは、CMによってばらつきがある様子 ・特に大きく状態が変わる場合については、「頭の中に」利用者の生活像や必要なサービスについての案をイメージしてから臨む ★CMは、「この人はこれくらいになりそう/こういう経過をたどるから、こういうことに気をつける」といった予後予測の情報が欲しい	電話/口頭(相談室→CM) <「退院後の療養のご説明」共同指導・介護支援連携書> (相談室→CM) *退院前カンファレンス時に使用し、内容を反映・修正して、カンファレンス後に配布	退院日決定
	◆相談室からCMへ<共同指導・介護支援連携書>を渡す	<「退院後の療養のご説明」共同指導・介護支援連携書> (相談室→CM)	
(4) 退院時	◆相談室からCMへ<共同指導・介護支援連携書>を渡す	<「退院後の療養のご説明」共同指導・介護支援連携書> (相談室→CM)	
(5) 在宅	◆CMによっては、退院後に相談室へ「ケアプラン」を提出(役立つので相談室の看護師によっては、自分の担当患者のカルテに転載するケースも)  ・現在、退院後の連携である「後方連携」にも積極的に取り組み始めたところ	<ケアプラン>	

[その他]

項目	内容	関与者
1	<ul style="list-style-type: none"> <li>●退院前カンファレンスには、できるだけ在宅チームのメンバーも参加するのが成功の秘訣</li> <li>・自分のケアプランに関わってくる人たちを呼ぶ。自分で作った在宅チームを退院カンファに連れて来るのが理想。実際そのほうがうまく行く</li> <li>・利用者さんや家族が安心。この人たちが在宅で実際に自分を見てくれる人たちだということが分かるという顔の見える安心感がある</li> </ul>	CM／在宅支援チームのサービス事業所
2	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「入院時情報提供書」が病棟看護師やリハ職に有効活用されていないケースもある</li> <li>・相談室が窓口なので、担当が退院前と入院後のADLのギャップなどに気づくと、情報を病棟へ持って行くこともあるが、電子カルテ上スキャンされた情報を、各職種がみているかどうか分からないので有効活用されているかは不明。</li> <li>・一方で、CM側で「情報提供書」を持って行くべき対象者を絞り込んでいるケースもある（この方は必要、この方は家族がしっかりしているから、家族から伝わるだろうから自分は加算もいらなし、持って行かない…等）</li> </ul>	病棟看護師／相談室／CM
3	<ul style="list-style-type: none"> <li>●病棟看護師が、患者や家族に対して、CMに入院を知らせることを勧奨することも必要</li> <li>・CMへの医療機関からの入院連絡は、家族から得ることも多く、認知までに時間がかかっているため、病院側から家族への働きかけも必要</li> </ul>	病棟看護師
4	<ul style="list-style-type: none"> <li>●相談室の看護師が、早めの準備を支援する工夫をしている</li> <li>・退院前カンファレンスに、CMがノープランで来ることはないよう、事前に情報提供し、カンファレンスにプランを持って行くことができるように工夫</li> <li>・急性期なので自宅訪問はしていないが、相談室の看護師は、家族が取った自宅の写真を見せてリハの評価をとったり、リハ見学に福祉用具担当者と呼んだりしている</li> </ul>	相談室看護師／CM／リハ・福祉用具など
5	<ul style="list-style-type: none"> <li>●看護サマリーには、CMにとって役立つ情報があるが、現状、医療機関によって対応はまちまち</li> <li>・特に訪問看護向けの看護サマリーは詳しく医療情報が載っているのでCMにとっても有益な情報があるが、現状、ここでは看護師だけに与えられており、今後の課題</li> </ul>	医療機関／CM
6	<ul style="list-style-type: none"> <li>●歯科との連携の強化にも取り組んでいる</li> <li>・「在宅歯科連携フロー」を作成し、医療チームでの方針決定後、歯科サポートが必要なケースでは、相談室が情報収集し、最終的に主治医・医療チームと歯科連携介入を協議後、「歯科医療連携室（横浜市歯科医師会）」に連絡</li> </ul>	相談室／歯科医 * FAXにて、退院前カンファレンスへの参加を連絡
7	<ul style="list-style-type: none"> <li>●地域の事業所などとの連携の為に、退院支援後のフィードバックは有効（現状は地域の研究会などでの取り組み）</li> <li>・一つ一つのケースをきちんと振り返って評価していくことが良好な関係性構築に役立つ</li> </ul>	医療機関（相談室の窓口）／地域の事業所など * 書くのは大変だから口頭でもいい
8	<ul style="list-style-type: none"> <li>●医療に関する情報をきちんとCMなどに伝達できる仕組みが必要（情報ツールとしての「看護サマリー」やシート類）</li> <li>・全例に退院前カンファレンスがある訳ではない。家族の情報は正確でないことも多く、患者自身も意外と自分の病気や病状をわかっておらず、CMも正しい情報を把握しないまま業務に取り組んでいることがある</li> <li>・一方、病棟看護師はかなり良い情報を持っているのに、それを共有できる手段がない。面談ができない場合もあるので、看護サマリーや何かシートなどで、情報共有・伝達がきちんとできる仕組みが必要</li> </ul>	病棟看護師／相談室／CM

No.6 : <専門有識者>在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス 宇都宮宏子 氏

- ・ 京都府看護協会 在宅ケア推進協議会委員・療養移行整備事業・研究担当委員  
(看取り・認知症・在宅医療移行支援・訪問看護)
- ・ 聖路加看護大学 臨床教授
- ・ 京都大学医学部 人間健康科学科 非常勤講師
- ・ セコム医療システム(株) 退院支援・在宅事業担当 顧問

[経歴]

- ・ 看護師・訪問看護師・ケアマネジャー・在宅サービスの管理・指導の経験を持つ
- ・ H24年に「在宅ケア移行支援研究所」を立ち上げ、医療機関の「在宅移行支援」、地域の「在宅医療コーディネーター」事業のコンサルテーションを行うエキスパート
- ・ 「東近江保険医療圏における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き」「東京都退院支援マニュアル」などの作成にも関与

[ポイント]

項目	内容
1	<p>◆入院時情報提供として必要な項目 = 「入院前の患者を知る」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療管理に関する入院前の状況 (どんな医療を受けていたか、訪問看護の有無、支援の内容、服薬内容 など)</li> <li>・生活ケア上の課題 (入院前のADL、今回の病状におけるそれまでの生活課題、家屋状況、家族構成、キーパーソン、介護保険の有無、利用サービスの内容、ケアマネは誰か など)</li> </ul>
2	<p>◆入院3日後くらい～1週間以内での患者の状況確認が重要 (=治療開始～安定期)、入院後3-4日～1週間くらいの間で行う中間のアセスメントを医療機関とCMとで共有するべき</p> <p>(入院前と状態像が変化する可能性、医療処置の追加、区分変更の必要性、退院後の予測 など)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CMは翌日に情報を持って行っても、まだ状況が見えておらず、「置いておいて」となることも多いので、情報を持って行くだけで終わってしまう</li> <li>・現在、この部分のアセスメントは医療機関だけで行っているケースが多いが、それだと医療者側は在宅での患者のイメージがつかめない</li> <li>・在宅チームがすでに関わっている場合は、誰かが同席するなどして、医療機関側に、患者の在宅生活でのイメージを提供する</li> </ul>
3	<p>◆入院後7日以内で行われる医療機関の多職種カンファレンスにCMもいれて、医療者側と在宅側で方向性の共有を行ったかどうか</p> <p>(一週間あれば、患者の病状もある程度メドがたつので)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅への移行に際して、退院にかかわる問題点・課題などを整理・共有することが重要</li> <li>・CMにとっては、早い時期から、どうしたら在宅へ帰れるかというアドバイスを貰うことができる</li> <li>・ケアプラン原案を作成するためのアセスメントをする時期 (在宅生活の課題分析) を、入院時連携と合体させた方がよい = 退院支援加算1の患者が入院したら、一週間以内に患者・家族に面談して多職種カンファレンスに (長期入院の場合は、後日、改めて調整)</li> <li>・ここには医療機関側からは医師も同席してほしい = 最初の医師の説明の場へCM同席</li> <li>・CMだけでなく訪問看護師なども入ることで、医療機関が家以外の選択肢も広がる可能性がある</li> </ul> <p>※それが医療機関側の一回目の介護支援連携指導料になればよい</p> <p>(広島の例)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院直後に、医師の病状説明の日を決めて、その最初の医師説明の場に、CMなど在宅チームにも参加してもらう (3-4年前から地域のルール化)</li> <li>=これが「退院前カンファレンス」の場となる</li> </ul>

項目	内容
4	<p>◆医療機関側の窓口をきちんと決めてCMと連絡を取り合うことが大事</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・地域連携室が望ましい（診療報酬の管理をしているので）</li> <li>→病棟でCMと直接やりとりすると、介護支援連駅指導料の記録・請求もれをってしまう可能性もある</li> <li>・500床以下くらいの医療機関ならば、CMの連絡窓口は地域連携室にする</li> </ul>
5	<p>◆シフト勤務なので、病棟の中で全体の流れが見えている看護師は少ない（師長など）。そんな中で、退院支援を担当する看護師の役割は、疾患によって強弱があってもよいと考える</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院支援加算1になって、看護師を専任にした方が良い病棟＝心不全、肺炎、がん</li> <li>・MSWが、セラピストや看護師と協働すれば支援できる＝整形、脳外科、回復期など</li> </ul>
6	<p>◆退院前カンファレンスは、全例には必要ないかもしれない（見極める必要がある）</p> <p>＝医療機関のドクター、看護師、薬剤師と、地域の医療ケアがつながらなければいけないケースには必要（そうでないケースは、自宅で「サービス担当者会議」として実施する）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ADLがあまり変わらない、病院のドクターから、かかりつけ医に診療情報としては送っているが、後は大きな変化はないというケースについては、書面や電話でもOKで、後は自宅でサービス担当者会議をやれば大丈夫</li> </ul>
7	<p>◆滋賀県の「聞き取りシート」のようなものを、CMと医療機関側とで共有していると有効</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・CMが聞き取るべき項目がわかり、中間時点でのアセスメント項目として非常に良い</li> <li>・看護師など情報提供側も、CMに何を知らせたら良いかが分かるので事前に準備ができる</li> </ul>
8	<p>◆理想的には、CMは、退院前カンファレンスで、医療者からアドバイスを貰えるように、暫定のケアプランを持って行く</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・中間時点でのアセスメントを経て、退院前カンファレンスのときには、CMは暫定のケアプランを持って行き、それに対して病院側のドクター、看護師がアドバイスできるようにするのが理想形</li> </ul>
その他	<p>●退院直後の再入院を予防する視点や、“医療情報を在宅生活の中でとけこませていく”ためのアセスメントができる看護師が退院直後に必要だと思う（訪問看護師／在宅支援の看護師）</p> <p>*国立の例（在宅医療介護連携相談事業）</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・予防のための訪問看護を入れることができないか（特に在宅への移行期－退院支援と退院直後の2-4週間、エンドオブライフ期）</li> <li>→特別指示書で2週間医療保険で訪問看護をつける－特に非がんの場合 など</li> </ul>



## 別添資料：手引き



平成 28 年度 厚生労働省 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業  
入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえた  
ケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業

# 入退院時におけるケアマネジャーの 医療機関等との連携・情報収集の手引き

平成 29 年 3 月

株式会社 日本能率協会総合研究所





## はじめに

我が国の高齢者人口は、2042年には約3,900万人とピークを迎えるとされ、今後、高齢者の単身世帯・高齢者のみ世帯や認知症高齢者も増加することから、今まで以上の医療・介護需要の増加が見込まれています。高齢になって疾病を抱えていても、自宅などの住み慣れた場所で療養しつつ自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制を整備することが急務の状況です。

今後、高齢者の単身世帯や高齢者のみ世帯、また認知症高齢者も増加していく我が国のケアマネジメントにおいては、医療介護連携促進の観点において、ケアマネジャーの果たす役割には大きな期待がよせられており、重要性はますます高まっています。

高齢者や要介護者等が退院後に安心して在宅生活を送ることができるようにするためには、ケアマネジャーが医療機関等の多職種と適切に連携した協働のもとで、入院中から、退院後の在宅療養を見通した上でケアプラン内容を検討していくことが必要ですが、一方で、入院から退院後の在宅への移行時における多職種連携としては、まだまだケアマネジャーと医療機関の多職種との協働は十分に機能していないという指摘もみられます。

本手引きは「平成28年度厚生労働省 老人保健健康推進事業 入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との退職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業（委員長 川越雅弘 国立社会保障・人口問題研究所社会保障基礎理論研究部 部長）」の成果として、特に要介護認定を受けた高齢者の退院前カンファレンスに先立って、ケアマネジャーが適切に医療機関の多職種と連携するためのツールとして策定したものです。

ここでは、医療機関等の多職種とケアマネジャーが連携する際の標準的な工程とそれを管理するためのチェックリスト、及び、ケアマネジャーが情報収集や情報連携を行う場合の標準的な情報収集様式を示し、それらの活用について解説しています。

これらはケアマネジャーが利用者の疾患と状態を適切に把握し、入退院時における円滑な多職種連携に資することを目的とするものです。

本事業での、手引きをはじめとしたツール作成においては、川越委員長をはじめとして、委員および作業部会のメンバーには多大なるご協力をいただきました。またツール開発においては、先行事例である滋賀県介護支援専門員連絡協議会より「退院に向けてのききとりシート」等の資料提供を受け、作業部会での議論の基礎にさせて頂くなどのご協力を賜りました。これら全ての関係者の皆さまに心より感謝を申し上げますと共に、本手引きが、入退院時の医療機関等の多職種とケアマネジャーとの円滑な連携と協働のために参考になれば幸甚です。

平成29年3月

日本能率協会総合研究所



# 目次

## はじめに

I. 本手引きについて .....	1
1. 背景.....	1
2. 本手引きの目的.....	4
3. 本手引きの位置付け .....	4
II. 入退院時における連携プロセスとチェックポイント .....	5
1. 入退院時におけるケアマネジャーの役割.....	5
2. 理想的な連携プロセス.....	7
3. 理想的な連携における、プロセス別利活用シート類 .....	8
<入退院時の介護・医療連携に係る報酬> .....	9
◆主な報酬解説.....	10
4. 工程管理表と各ステップにおけるポイント（ケアマネジャーのためのチェックリスト） ...	12
STEP0 入院にそなえ日ごろから準備 .....	14
STEP1 入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供 .....	16
STEP2 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.....	20
STEP3 収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析.....	23
STEP4 退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する.....	27
STEP5 退院前カンファレンス後に、多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる .....	29
STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1ヶ月後） .....	31
◆コラム.....	33
III. プロセス別利活用シート類（様式）と活用方法 .....	34
1. 本手引きで示すプロセス別利活用シート類（様式）の役割 .....	34
2. 担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート（ケアマネジャー →利用者本人・家族へ） .....	35
3. 入院時情報提供書<様式2>（ケアマネジャー →医療機関の窓口担当者へ） .....	37
4. 退院に向けたヒアリングシート（ケアマネジャーが情報収集する際の聞き取りに使用） .....	42
IV. 資料（様式原本） .....	47
■委員名簿 .....	55



# I. 本手引きについて

## 1. 背景

高齢者等が地域において尊厳あるその人らしい生活を継続するためには、本人のニーズに応じた適切なサービス等が包括的に提供されること、また、入退院時等にも途切れることのない継続的なサービスの提供が行われることが肝要であり、ケアマネジャーによるケアマネジメントはその実現の要となります。

そのようななか、退院後のケアマネジメントの課題として疾患の再発予防・機能低下予防があげられていますが、ケアマネジメントの質を向上するためには、ケアマネジャーは、利用者が入院中の時からその状態や病状変化の可能性を踏まえたアセスメントや課題分析を行った上で、ケアプラン原案を作成することが重要である。特に、ケアプランを作成するまでの過程においては、医療機関や在宅医療・介護サービスなどの多職種間で共有し、専門家の視点で適切なアドバイスを受けた上で練り上げられたプランを持って在宅に移行することが望まれます。

厚生労働省でまとめられた、「介護支援専門員（ケアマネジャー）の資質向上と今後のあり方に関する検討会における議論の中間的な整理」（平成25年1月7日）においても、ケアマネジメントを行う際の医療との連携、ケアプランへの適切な医療サービスの位置付けを促進することの必要性、入院から退院後の在宅への移行時等における適切な連携の促進が指摘されています。

2012（平成24）年の「退院時ケアマネジメントに関する実態調査」（報告者：川越雅弘）では、退院支援のプロセスの現状とマネジメントにおける実態が明らかにされており、諸処の課題と対策がまとめられています（図表1、2）。

図表1：急性期病棟との連携強化による円滑な退院支援の実現

本研究でわかった事実	課題と対策
○急性期病床から直接自宅に退院するケースが全体の約7割を占めていた。	1. ケアマネジャーから病院への情報提供の強化 ・入院早期での情報提供の促進と退院支援計画への反映 →情報提供書のFormatの検討が必要。 2. 病院リハ職との連携強化 ・廃用性機能低下に対する対応力の強化 ・ADL等の予後のイメージの獲得 →退院前CCへの病院リハ職の参加依頼の強化と、廃用性機能低下リスク（ADL予後を含む）に対する専門職の意見収集、指導の強化。 3. 病院看護師との連携強化 ・肺炎、心疾患などのリスク管理方法（適切な連絡・報告を含む）の強化 ・症状等の予後のイメージの獲得 →観察項目、ポイントの整理、医療職への緊急連絡のトリガーの整理が必要。 4. 病院の退院支援の質の向上への貢献 ・退院後の状況の病院へのFeedbackの強化
○急性期への入院原因疾患は[悪性腫瘍][肺炎][脳梗塞][消化器疾患][心疾患]などが多かった。	
○症状・病状やADLに関する情報は看護師から入手している割合が高かった。	
○退院前訪問指導の実施率は約1割と、病院関係者による自宅環境把握や生活動作の確認はほとんど行われていなかった。	
○急性期からの退院者の約3割に対し、退院前CCが開催されていなかった。	
○退院前CCへは看護師の参加率は高いものの、[病院リハ職]の参加率は半数程度であった。また、在宅の[主治医][リハ職]の参加率は低位であった。	
○ケアプランへのリハ/訪問看護導入に関する事前相談率は約5割であった。	

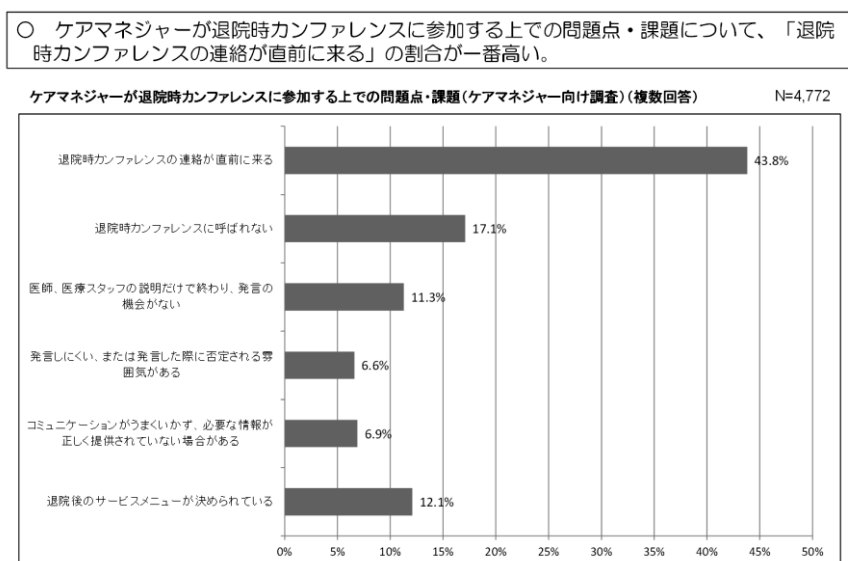
図表 2：退院患者に対する退院後のケアマネジメント力の強化

—症状等の悪化防止と生活行為向上支援の観点から—

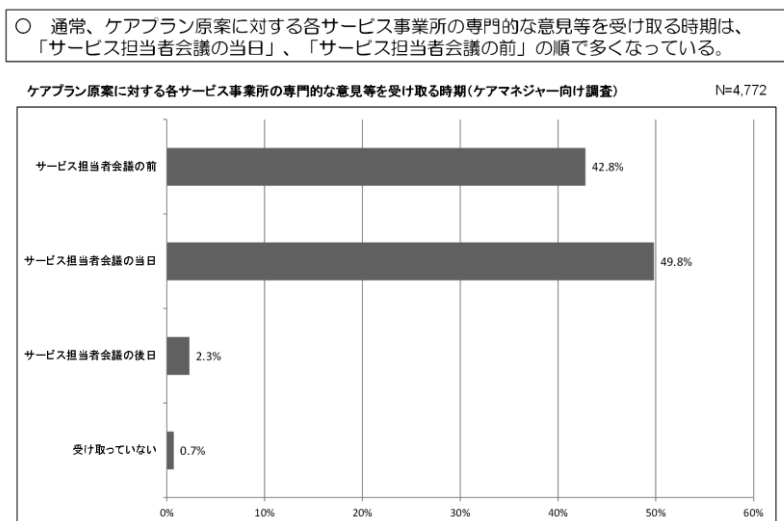
本研究でわかった事実	課題と対策
<p>○入院原因疾患が多かった[肺炎][心疾患]に関しては、これら疾患の7-8割は担当していた要介護者の入院であった。</p> <p>○脳梗塞による入院患者の約4割は要介護者が発症したケースであった。</p> <p>○入院原因疾患としては、[肺炎][心疾患]などの廃用症候群モデル（緩やかな機能低下）と脳卒中モデル（急激な機能低下）の両方があった。</p>	<p>1. 在宅リハ職との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・廃用性機能低下に対する対応力の強化</li> <li>・ADL等の予後のイメージの獲得</li> </ul> <p>→在宅のリハ職との連携や協働の具体的方法の検討と実践が必要。また、「Eリハ」票の標準化も重要な検討課題（自宅環境下での生活行為向上を支援する観点から）</p> <p>2. 訪問看護師との連携強化</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・肺炎、心疾患、脳梗塞などのリスク管理方法（適切な連絡・報告を含む）の強化</li> <li>・症状等の予後のイメージの獲得</li> </ul> <p>→観察項目、観察ポイントの整理、医療職への緊急連絡のトリガーの整理が必要（観察の理由等に関する簡単なマニュアル等の作成も必要）。</p>

ケアマネジャーと医療機関等の間における情報共有や連携の実態として、「平成 27 年度介護報酬改定の効果検証及び調査研究に係る調査」では、ケアマネジャーが退院時カンファレンスに参加するうえでの課題に、退院時カンファレンスの連絡が直前に来ること、また、ケアプラン原案に対する各サービス事業所の専門的な意見等をケアマネジャーが受け取る時期はサービス担当者会議の当日であることが多いという実態が明らかになっています（図表 3、4）。

図表 3：ケアマネジャーが退院時カンファレンスに参加する上での問題点・課題



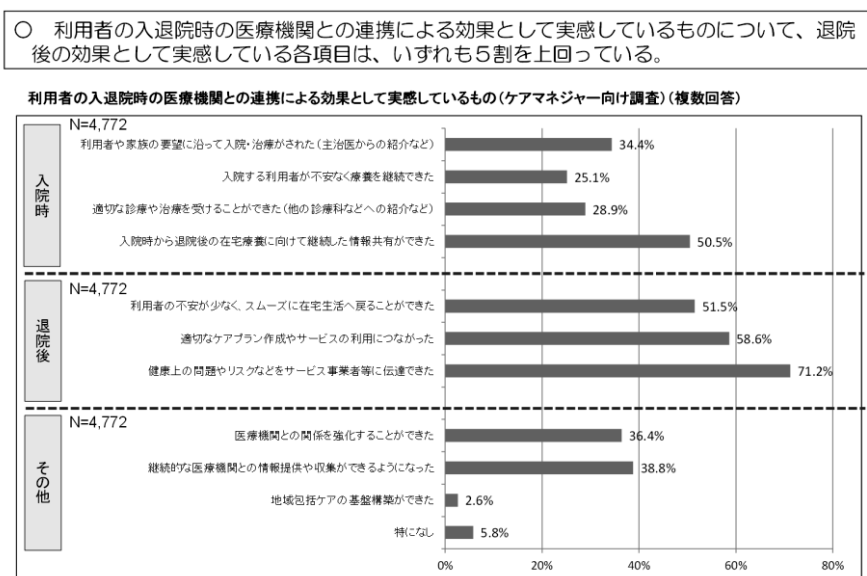
図表 4 : ケアプラン原案に対する各サービス事業所の専門的な意見等を受け取る時期



これらの現状から、入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等との連携を強化し、ケアマネジメントの質を向上させていくためには、ケアマネジャーが退院時カンファレンスで情報を得てからケアプラン原案を作成するというような運びではなく、より早期の段階から情報提供・収集を行うことが重要であること、そして、その連携の一連の基本的なプロセスが確立されることの重要性が浮き彫りになっています。

また、同調査では入退院時の医療機関等との連携によりケアマネジャーが実感している効果もまとめられており、具体的には、本人の入院中の負担軽減や適切・円滑な在宅生活への移行、さらには医療機関等とケアマネジャー間におけるネットワークの強化などが挙げられています(図表 5)。

図表 5 : 利用者の入退院時の医療機関との連携による効果として実感しているもの





## 2. 本手引きの目的

入退院時における医療機関等とケアマネジャーの連携の促進により、ケアマネジメントの質を向上させ、高齢者等の地域における生活をより効果的・効率的に支えていくことを目的として、現在、本人入院後にケアマネジャーが医療機関等から最初に情報を得る場となっている退院前カンファレンスを、必要な情報を取りに行く・ディスカッションを行う場となるように、本手引きにおいて、①ケアマネジャーが医療機関等から情報を提供いただく際の標準的な工程およびその管理のためのチェックリスト、②医療機関等からケアマネジャーが情報を得る際の標準的な情報収集様式を示します。

## 3. 本手引きの位置付け

### ①本手引きが想定する事例と提示するプロセスの前提

本手引きにおいては、担当ケアマネジャーがいる利用者が、急性期病院に入院し、在宅へ戻るまでのプロセスを想定して作成しています。

疾病や生活課題により収集する情報や留意する項目が異なることは考えられますが、どのような人であっても共通して把握しておくべき事項や、その考え方などをまとめています。ただし、連携する医療機関によって対応が異なることも想定されますので、それぞれの医療機関に合わせて柔軟に対応してください。

### ②本手引きの対象

本手引きにて示すツールは、入退院時において医療機関等の多様な職種とケアマネジャーが連携するためのツールがない場合や、これから連携に関する取組を推進していこうとする場合において、参考にしていただけるものになることを目指しています。

## Ⅱ. 入退院時における連携プロセスとチェックポイント

### 1. 入退院時におけるケアマネジャーの役割

#### ①入退院時連携の入口となるケアマネジャーからの入院時情報提供

入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上に向けては、ケアマネジャーには入院直後から患者の退院後を見据え、どのようにケアプランを作成すべきか、また、本人の状態を踏まえたケアプランを作成するために、いつ、どのような情報を収集すべきか等を把握し、業務にあたることが求められます。

そのためには医療機関等との連携が必須であり、その入口となる入院時の医療機関等への情報提供から、積極的な関わり・働きかけが効果的になります。

入院時に、本人の状況や、在宅生活の要望などについて、適切に情報提供を行うことで、

- ・退院後の生活をイメージした、より適切な医療の実現（本人にとってのメリット）
- ・退院支援計画作成に向けた生活情報の獲得（医療機関等にとってのメリット）

へとつながることが期待されます。また、早期に連携が始まることにより、ケアマネジャーにとっても、退院前カンファレンスに向けたケアプラン原案作成のための情報が得やすくなるということが考えられます。

#### ②入退院時連携の主なプロセス

これまでに述べたとおり、入退院時に医療機関等とケアマネジャーが連携し、入退院時等にも途切れることのない、一貫したケアマネジメントを実現することが重要です。

ケアマネジャーが多職種からの専門的な意見や助言等を退院前カンファレンスにおいて初めて得ることになる場合、ケアプランの作成に向けた十分な情報を得ることができない可能性があり、退院前カンファレンスの後も医療機関等から必要な情報を得なければならないこととなり非効率的です。そのため、退院前カンファレンスの前から早期に情報収集を行い、できる限り退院後のケアプラン原案を作成したうえで退院前カンファレンス等に臨むことが効率的な流れであると考えます。

入院時から退院後において、ケアマネジャーが医療機関等にどのように関わるかという基本的なプロセスは、まず、医療機関等に対する入院時の情報提供を行い、病棟等への訪問などによる情報収集、得た情報を基にしたケアプラン原案の作成、退院前カンファレンスでケアプラン原案の内容の報告、多職種からの意見等を踏まえた原案の修正、退院後のサービス提供の実施、退院後1か月後に病院側に利用者の状況をフィードバックする、というものが想定されます。

#### ③ケアマネジャーに求められる入退院時の関わり方の基本的視点

入退院時における医療機関の職員等とケアマネジャーの連携を促進するうえでは、医療機関等の職員とケアマネジャーがそれぞれの役割を相互に理解したうえで、積極的に関わ

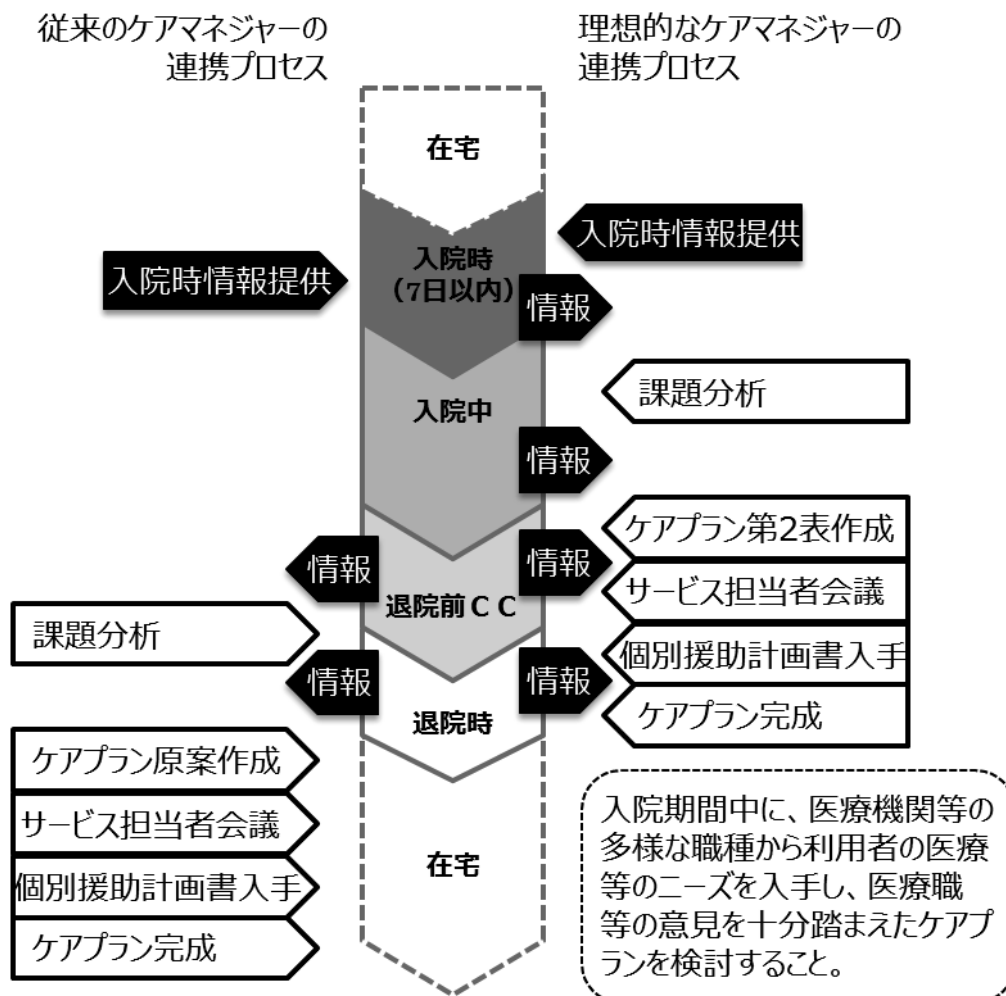
りを持つことが肝要です。

入院時の情報提供においては、情報を提供することそのものを目的とすることなく、医療機関等が作成する退院支援計画につながり、本人の望む生活に近づけられるような情報を提供することを目的として行われることが求められます。

入院中に情報収集を行う上では、本人のニーズや退院後の生活課題を把握するため、入院中の本人の変化等を確認することや、カンファレンス等における多職種との意見交換、退院前訪問指導への同行等を行うことがケアマネジャーの役割だと考えられます。

退院前カンファレンスに臨むうえでは、情報収集で得た本人のニーズに応じて、ケアプラン原案を作成すること、また、退院前カンファレンスの場において、専門職にどのような意見・助言を求めるか、イメージを持っておくことも望まれます。そのため、医療機関等に対し、退院前カンファレンスの参加者を提案することも大切です。

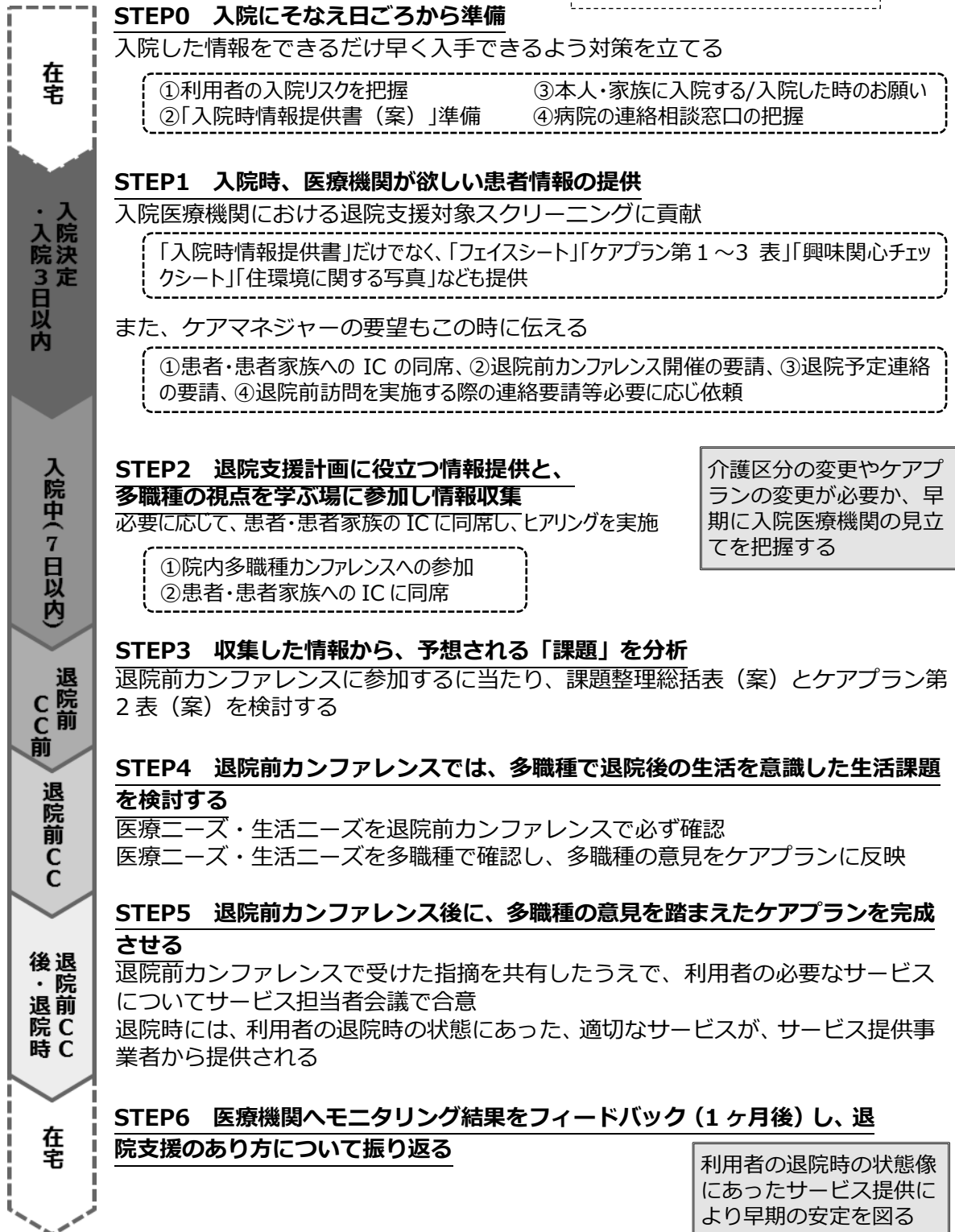
そして、多職種からの意見を基にケアプラン原案を修正、確定させ、サービス提供を開始した後は、医療機関等に適切に状況をフィードバックする視点が重要であり、このことにより医療機関等において退院支援プロセスの振り返りを行うことができ、次の支援、次の連携へとつながるものになります。



## 2. 理想的な連携プロセス

以下のフローは、入退院時におけるケアマネジャーの理想的な連携プロセスです。

注) 文中で使用の「用語」について  
 • CC = カンファレンス  
 • IC = インフォームドコンセント



### 3. 理想的な連携における、プロセス別利用シート類

利用者	急性期病院のイベント	プロセス	準備するシート等	シートによる情報連携
在宅		STEP0 入院にそなえ日ごろから準備	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時情報提供書 (素案)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CM→本人・家族</li> <li>「5つのお願い」シート</li> </ul>
入院決定 ・入院直後～3日以内	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院困難な患者抽出 (3日以内) ・退院支援加算</li> </ul>	STEP1 入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院時情報提供書</li> <li>入院時情報連携加算Ⅰ・Ⅱ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CM→入院医療機関</li> <li>入院時情報提供書 (コピー添付)</li> <li>フェイスシート</li> <li>ケアプラン第1～3表</li> <li>興味関心チェックシート</li> <li>お薬手帳</li> <li>住環境に関する写真 など</li> </ul>
入院 (7日以内)	<ul style="list-style-type: none"> <li>「退院支援計画書」及び「入院診療計画書」 (7日以内) の作成</li> <li>院内多職種カンファレンス (7日以内) ・退院支援加算</li> <li>患者・患者家族へIC (7日以内) ・退院支援加算</li> <li>ケアマネジャーに (介護サービス) など情報提供 ・ 介護支援連携指導料</li> </ul>	STEP2 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	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヒアリングシート</li> <li>退院退所加算 (1回目)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人・家族や入院医療機関→CM</li> <li>退院支援計画書</li> <li>入院診療計画書 など</li> </ul>
退院前 CC 前	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャー (介護サービス) など情報提供 ・ 介護支援連携指導料</li> </ul>	STEP3 収集した情報を踏まえ、退院後の生活を意識した生活課題を検討する	<ul style="list-style-type: none"> <li>課題整理総括表</li> <li>ケアプラン第2表 (原案)</li> </ul>	
退院前 CC	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前訪問指導の実施 ・ 退院前訪問指導料</li> <li>退院前カンファレンスの実施</li> </ul>	STEP4 医療ニーズ・生活ニーズに係る課題について、多職種で検討する	<ul style="list-style-type: none"> <li>ヒアリングシート</li> <li>退院退所加算 (2回目)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>CM→入院医療機関</li> <li>ケアプラン (原案)</li> </ul>
退院前 CC 後・退院時	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院時共同指導料または介護支援連携指導料</li> </ul>	STEP5 多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアプラン</li> <li>退院・退所情報記録書</li> <li>退院退所加算 (3回目*)</li> </ul> <p>*3回目は病院が共同指導した場合</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人家族や入院医療機関→CM</li> <li>情報提供書</li> <li>看護サマリー</li> <li>リハサマリー</li> </ul>
在宅		STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバック (1ヶ月後) し、退院支援のあり方について振り返る		<ul style="list-style-type: none"> <li>CM→医療機関</li> <li>(医療機関の要望に応じ、コピー)</li> <li>フェイスシート</li> <li>ケアプラン第3表</li> </ul>

＜入退院時の介護・医療連携に係る報酬＞



## ◆主な報酬解説

### <診療報酬>

#### 退院支援加算

- 1 退院支援加算1は、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ 退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するもの（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。）に対して退院支援を行った場合。

ロ 連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者（第1節の入院基本料（特別入院基本料等を除く。）又は第3節の特定入院料のうち、退院支援加算1を算定できるものを現に算定している患者に限る。）の転院（1回の転院に限る。）を受け入れ、当該患者に対して退院支援を行った場合。

#### 退院時共同指導料2

- 1 入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。
- 2 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただし、注3の加算を算定する場合は、算定できない。
- 3 注1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）又は居宅介護支援事業者の介護支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、2,000点を所定点数に加算する。
- 4 注1の規定にかかわらず、区分番号A246に掲げる退院支援加算を算定する患者にあつては、当該保険医療機関において、疾患名、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療等在宅での療養に必要な事項を記載した退院支援計画を策定し、当該患者に説明し、文書により提供するとともに、これを当該患者の退院後の治療等を担う別の保険医療機関と共有した場合に限り算定する。
- 5 区分番号B003に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅱ)は別に算定できない。

#### 介護支援連携指導料

当該保険医療機関に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、社会福祉士等が介護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や退院後に利用可能な介護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回に限り算定する。

この場合において、同一日に、区分番号B005の注3に掲げる加算（居宅介護支援事業者の介護支援専門員と共同して指導を行った場合に限り。）は、別に算定できない。

#### 退院前訪問指導

- 1 入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回）に限り算定する。
- 2 注1に掲げる指導に要した交通費は、患家の負担とする。

## <介護報酬>

### 入院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

- イ 入院時情報連携加算（Ⅰ）  
200 単位 病院又は診療所を訪問し、必要な情報を提供している場合に加算。
- ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ）  
100 単位 イ以外の方法により、必要な情報を提供している場合に加算。

- ※利用者 1 人につき、1 月に 1 回を限度とする。
- ※利用者が入院してから遅くとも 7 日以内に情報提供した場合に算定する。
- ※入院時情報連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

### 退院・退所加算

病院もしくは診療所に入院していた者、地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合において、利用者の退院又は退所にあたり、「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を算定。（300 単位）

- ※入院又は入院期間中につき 3 回を限度として算定。
- ※ 3 回算定する場合は、うち 1 回についてはカンファレンス（診療報酬の退院時共同指導料の 2 注 3 に該当するもの）に参加した場合に限る。
- ※初回加算を算定する場合は算定しない。

### 緊急時等居宅カンファレンス加算

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定単位数を加算。（200 単位）

- ※利用者 1 人につき、1 月に 2 回を限度とする。



#### 4. 工程管理表と各ステップにおけるポイント（ケアマネジャーのためのチェックリスト）

【工程&チェックリスト】

注）表中の「CM = ケアマネジャー」、「CC = カンファレンス」

時期	CMがやること		●=利活用シート <誰→誰（どこ）へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
在宅 （普段から）	<b>STEP 0：入院にそなえ日頃から準備</b>		●「5つのお願い」シート <CM→本人・家族> ●入院時情報提供書 ●お薬手帳  (「お薬手帳」記載項目－確認) ・CM氏名 ・所属事業所名 ・事業所連絡先 ・家族(キーパーソン)氏名&連絡先
	<b>利用者について</b> <input type="checkbox"/> かかりつけ医※の指示事項・留意事項を把握しておく <input type="checkbox"/> 利用者の入院可能性を、かかりつけ医※や看護師に確認しておく <input type="checkbox"/> 利用者の受診医療機関（かかりつけ歯科医等）と受診日を把握しておく <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書（案）」を事前に準備しておく  <b>入院医療機関について</b> <input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（担当部署／担当者）を把握しておく（予定入院の場合は、事前に依頼）	<b>利用者や家族に対して</b> <input type="checkbox"/> 入院に備え、「入院時・入院中のお願い」をしておく <input type="checkbox"/> お薬手帳を確認しておく	
入院決定 ～ 入院3日以内 ※注	<b>STEP 1：入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供</b>		●入院時情報提供書 (以下、コピーを添付) ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>
	<b>本人・家族や医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 入院の情報を入手する	<b>入院医療機関に対して</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関の窓口へ担当CMであることを連絡するなど)を把握する	
	<b>入院医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンス、病状説明の予定を確認する	<b>入院医療機関へ</b> <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」提出する (3日以内／基本は訪問) <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口にて要望を伝える ・退院前カンファレンス開催の連絡 ・退院予定の連絡 ・退院前訪問実施の際の連絡 (適宜)  <b>かかりつけ医※へ</b> <input type="checkbox"/> かかりつけ医※へ入院したことを伝える	
入院7日以内	<b>STEP 2：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</b>		※可能な範囲で情報収集 ●ヒアリングシート  ●入院診療計画書／退院支援計画書など <本人・家族や入院医療機関→CM>
	<b>院内多職種カンファレンス</b> <input type="checkbox"/> (参加が可能なら) 院内多職種カンファレンスに参加 (治療方針／入院期間や退院日の目安／病状の変化、病気や症状による生活への影響の有無 など) <input type="checkbox"/> (参加が不可なら) 院内多職種カンファレンスの内容を入力 <input type="checkbox"/> 別途訪問し、担当医等から情報交換 <input type="checkbox"/> (別途不可なら) 家族や入院医療機関の窓口担当者から、「病状説明の内容」「多職種カンファレンスの内容」について情報収集	<input type="checkbox"/> 「入院時情報提供」の際に伝えられていない情報を提供する	
入院中	<b>家族への病状説明</b> <input type="checkbox"/> (可能なら) 家族への病状説明の場に参加 <input type="checkbox"/> 家族に入院医療機関から渡された「入院診療計画書」などを確認（治療の方針／入院日数・予定 など）		
	<b>STEP 3：収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析</b>		●ヒアリングシート
<input type="checkbox"/> ヒアリングシートなどを活用し、予想される「課題」を把握し、整理する（訪問、電話、メール等）  <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導の予定を確認する <input type="checkbox"/> (参加が可能なら) 必要に応じ中間CCへ参加する <input type="checkbox"/> 「退院の見込み」が見えたら連絡を貰えるよう依頼する（入院医療機関や本人・家族） <input type="checkbox"/> 退院の見通しを把握し、おおまかなスケジュール感を押さえる	<input type="checkbox"/> 退院前訪問指導が決まったら <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導へ同行する		

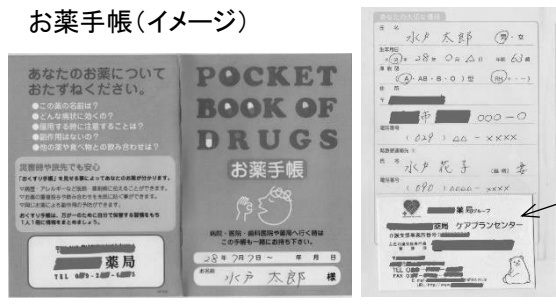
時期	CMがやること		●=活用シート <誰→誰(どこ)へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
退院確定 退院前CC 開催前	退院が決まったら □入院医療機関の連絡相談窓口担当者と面談し、利用者の状態の変化や、今後、予想される「課題」が変わっていないかを「ヒアリングシート」を使い確認する □プレアセスメントを実施する □聞き取った「ヒアリングシート」をもとに課題を整理し、「課題整理総括表(案)」及び「ケアプラン第2表(案)」を作成する		●ヒアリングシート *適宜、情報は更新  ●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案)
		□作成した「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン第2表(案)」を、入院医療機関の連絡相談窓口担当者へ事前に提出する □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医療機関へ伝達する  <サービス担当者会議を同日開催する場合> □同日開催の旨を入院医療機関側へ伝達し、会場手配と関係職種の参加を依頼する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→入院医療機関>
	□かかりつけ医※に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を 確認する	□かかりつけ医※と連絡を取った際には、プレアセスメント結果等についても報告する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→かかりつけ医※>
	□整理した課題に基づき「ケアプラン原案」を作成する		●ケアプラン原案
退院前CC 開催時	STEP4：退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する		
	退院前カンファレンス □入院医療機関から「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を確認する □作成した「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」(持参した「ケアプラン原案」)をもとに、CMが提示した各課題に対し、関係職種から意見・助言をもらう		●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら)ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
	<サービス担当者会議を同日開催の場合>	□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら)ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
退院時CC 開催後 退院時	STEP5：退院前カンファレンス後に、多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる		
	<サービス担当者会議を同日開催の場合>		
		□退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れた「ケアプラン原案」を、関係者に配布する	●ケアプラン
	<退院前カンファレンスとサービス担当者会議が同日開催でない場合>		
	□入院医療機関の多職種からの指摘事項を受けて、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	□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●ケアプラン原案
	□ケアプランを完成させ、関係者に配布する	●ケアプラン	
	□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/介護支援連携指導書 など)	●看護サマリー ●リハサマリー ●介護支援連携指導書 <本人・家族や入院医療機関→CM> ●退院・退所情報記録書	
	□かかりつけ医※へ退院前カンファレンスの内容及び新たなケアプランについて報告する □入院医療機関の外来看護師へ渡す	●ケアプラン	
<b>《 退 院 》</b>			
在宅	STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバックする(1ヶ月後)		
		□医療機関へフィードバックの必要性を確認 □(必要な場合)誰にフィードバックすべきか確認 □(必要な場合)退院後の生活状況について、左記資料を提出と共に、適宜、口頭で補足説明 □本人・家族へもフィードバックの同意をとる	●医療機関側の必要に応じた資料を準備 (以下、コピーを添付) ・フェイスシート ・ケアプラン第3表 <CM→医療機関>

※主治医意見書記載医師

## STEP0 入院にそなえ日ごろから準備

予期しない入院にも慌てることなく、必要な情報を入院した医療機関にタイムリーに伝えられるよう、日頃から利用者の入院のリスクを意識し、利用者の状況を把握しておくことが重要です。

### CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●=利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<p><b>利用者について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> かかりつけ医<sup>※1</sup>の指示事項・留意事項を把握しておく</li> <li><input type="checkbox"/> 利用者の入院可能性を、かかりつけ医<sup>※1</sup>や看護師に確認しておく</li> <li><input type="checkbox"/> 利用者の受診医療機関と受診日を把握しておく</li> <li><input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書（案）」を事前に準備しておく</li> </ul> <p><b>入院医療機関について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（担当部署／担当者）を把握しておく（予定入院の場合は、事前に依頼）</li> </ul>	<p><b>利用者や家族に対して</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 入院に備え、「入院時・入院中のお願い」しておく</li> <li><input type="checkbox"/> お薬手帳を確認しておく</li> </ul> <div style="border: 1px solid gray; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p style="text-align: center;">お薬手帳（イメージ）</p>  <p style="font-size: small;">連絡先として、ケアマネジャーの名刺を貼った例</p> </div>	<ul style="list-style-type: none"> <li>●「5つのお願い」シート     &lt;CM→本人・家族&gt;</li> <li>●入院時情報提供書</li> <li>●お薬手帳</li> </ul>

※1. 主治医意見書記載医師

### POINT!

#### 利用者について、入院のリスクを把握しておきましょう

- かかりつけ医（主治医意見書記載医師。以下同じ。）やかかりつけ歯科医などの指示事項・留意事項も把握し、特に、かかりつけ医や看護師、また訪問看護のサービスを受けている場合には、訪問看護師から既往症の再発、肺炎、骨折などによる入院の可能性について確認しておきます。
- また、利用者がかかりつけ医以外にどのような医療機関をいつ受信しているか（毎日のか、週1回かなど）を把握しておきましょう。なお、医療依存度が強い、あるいは認知機能等に不安があるような場合には、同行した方が正確な情報を得られるため、必要に応じ、受診時に同行して医師の見通しを聞いておくとよいでしょう。



#### 歯科医の声

・インプラントをしている利用者はいませんか？インプラントの周囲に細菌が残って生体防御のバランスが崩れたりすると、入院中に、炎症や骨吸収による状態が悪化するリスクがあります。

### 利用者の入院のリスクを考慮し、「入院時情報提供書（案）」を作成しておきましょう

- 予期しない入院の場合でも、入院したという情報が得られればすぐに提供できるよう、「入院時情報提供書」は日頃から準備しておきましょう。入院時に微修正すれば良いので、完成版ではなく案のレベルで構いません。
- なお、特に地域で使われているものがなければ添付のものをそのままご活用ください。

### 利用者や家族に、ケアマネジャーから入院の際の依頼事項を伝えておきましょう

- 予定入院は入院が決まった際、緊急入院の際はできるだけ速やかに、ケアマネジャーに利用者が入院したとの連絡をいただくよう、利用者や家族にあらかじめ依頼しておきましょう。
- なお、口頭で利用者や家族に伝えるだけでなく、入院中も含めた依頼事項を記載したシートを配布するなど工夫するとよいでしょう（利活用シート●「入院時・入院中のお願い」参照）。

### 利用者や家族以外から、入院情報などが入るよう工夫しましょう

- 利用者が入院する場合には「健康保険証」「介護保険証」「お薬手帳」の3点セットを入院医療機関に持参し、窓口で提示するよう利用者や家族に依頼しておきましょう。
- なお、利用者の「お薬手帳」を拝見し、ケアマネジャーの基本情報やキーパーソン情報など必要な情報が記載されているか確認しておきましょう。必要な情報が記載されていない場合には、記載するよう依頼します。  
＜「お薬手帳」記載事項＞
  - ・ケアマネジャー情報（氏名、所属事業所名、事業所連絡先）
  - ・有事の際に意思決定が可能なキーパーソン情報（家族等の氏名、連絡先）
- 「お薬手帳」にこれらの記載があることで、入院医療機関にケアマネジャーの情報を伝えることができ、担当ケアマネジャー等に連絡することができるようになるとともに、薬局等のスタッフが利用者の異変に気付いた場合にも、担当ケアマネジャー等に連絡することができるようになります。

### 入院医療機関の連絡相談窓口を把握しておきましょう

- 入院医療機関によって、ケアマネジャーの連絡相談窓口（医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、病棟看護師、担当医など）は異なります。連絡相談窓口が明確であれば、必要時の情報交換が行いやすくなることから、利用者の急な入院にそなえ、日頃から、医療機関のケアマネジャーの連絡相談窓口を意識して把握しておくようにしましょう。

※2 ここでいう「3日以内」とは…、状態がある程度安定して、主治医から最初の家族への説明があるくらいの期間をイメージしている（実際は医療機関の判断で期間は変わる）

## STEP1 入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供

入院時の情報提供の目的は、利用者の生活歴や住環境等を踏まえて「退院支援対象者のスクリーニング（入院3日以内）」や「退院支援計画書（入院7日以内に作成）」作りに役立てて頂くことです。医療と介護の連携においては、こういった医療機関の動きに連動したケアマネジャー側の適切な情報提供が利用者のケアマネジメントにとって重要です。従って、利用者が入院した場合にはタイミングよく利用者の情報を提供することが求められます。

「入院時情報提供書」の提供方法は入院した医療機関への訪問を基本としますが、すぐに訪問できない場合や（目安としては3日以内）、遠方の場合には、FAXで提供しても構いません。なお、訪問に際しては、事前に入院医療機関に連絡をし、予定を確認してから訪問するようにしましょう。

利用者の情報を入院医療機関に提供する際、ケアマネジャーは、入院医療機関が円滑な退院支援を行うために必要と考えられる情報を伝えることも重要なポイントです。

## CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	● = 利活用シート <> : 誰→誰（どこ）へ
<b>本人・家族や医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 入院の情報を入手する	情報入手のタイミングによる	
<b>入院医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口（担当部署／担当者など）を把握する	<b>入院医療機関に対して</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関の窓口へ担当CMであることを連絡する	
<b>入院医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンス、病状説明の予定を確認する	<b>入院医療機関へ</b> <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」提出する（3日以内／基本は訪問） <input type="checkbox"/> 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開催の連絡 ・退院予定の連絡 ・退院前訪問実施の際の連絡（適宜）  <b>かかりつけ医<sup>※1</sup>へ</b> <input type="checkbox"/> かかりつけ医 <sup>※1</sup> へ入院したことを伝える	<b>● 入院時情報提供書</b>  （以下、コピーを添付） ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>

※1. 主治医意見書記載医師

## POINT!

### 入院情報を得たら、入院医療機関へ連絡しましょう

○緊急入院の場合は、入院情報を得たらすぐに、入院医療機関へ連絡をして、担当ケアマネジャーであることを伝えましょう。



#### 入院医療機関の声

- ・患者に聞いても担当ケアマネジャーがわからない、という場合があるため、ケアマネジャーから一報いただくと助かります。

### 入院医療機関の連絡相談窓口を確認し、訪問のタイミングなどについても確認しておきましょう

○日頃から把握していない場合は、入院医療機関へ連絡をした際に入院医療機関の連絡相談窓口（医療ソーシャルワーカー、退院調整看護師、病棟看護師、担当医など）を確認します。連絡相談窓口が明確であれば、必要時の情報交換が行いやすくなります。

○なお、入院医療機関や利用者の入院時の状態や疾患により、その後の連携の在り方が異なりますので、どのようなタイミングで訪問すべきかなども連絡相談窓口にご相談すると、次の連携ステップにスムーズに移行できます。

### 予定入院の場合には、入院前に連絡相談窓口(担当窓口、担当者名等)を把握しておきましょう

○予定入院の場合は、入院前に入院医療機関に対し担当ケアマネジャーであることを伝え、連絡相談窓口を把握しておきましょう。連絡相談窓口（担当窓口、担当者名等）が決まっていない場合には、連絡相談窓口を決めてもらうよう依頼します。

○もし、地域に入院が想定される医療機関がそれほど多くない場合には、緊急入院に備え、連絡相談窓口（担当窓口、担当者名等）を確認しておくとい良いでしょう。

### あらかじめ用意していた「入院時情報提供書（案）」を微修正し、速やかに情報提供しましょう

○急性期の医療機関では、入院直後から退院支援に着手します。そのため、入院医療機関が、担当ケアマネジャーから、利用者（患者）の家族の状況、同居の有無や支援者の有無、入院前のADLやIADL、生活状況、またどんな生活を送りたいかといった本人の意向等を早期に得られることは、利用者（患者）の退院後の生活をイメージするうえで有用です。



#### 入院医療機関の声

- ・患者が伝えることが困難な場合、家族等の連絡先もわからない場面もあります。そのような時に、ケアマネジャーから情報を聞き取れると助かります。

## 入院時情報提供書だけでなく、利用者の「ケアプラン第1～3表」「興味関心チェックシート」「住環境に関する写真」なども添付しましょう

- 「入院時情報提供書」を提供する際、そのほかの利用者情報を合わせて提供することで、サービスの利用状況、他の病院への通院状況など幅広く、より多くの情報を共有することができます。
- その際、住環境におけるバリアを示す生活環境（玄関やトイレ、ふろ場など）の写真があると、退院後の生活を見据えたリハビリの導入につながる等の効果が期待でき有用です。



### 入院医療機関の声

- ・入院前の状況のケアプランがあれば、患者の自立の状況やどういうところに課題がある方なのかがわかり、入院中、また退院後の本人の状態を予測しながら、どのような医療を提供すればいいか、方針を立てやすくなりますね。

## ご本人やご家族が在宅生活を送るうえでの“思い”や、入院前の生活の状態を入院医療機関にしっかり伝えましょう

- 入院医療機関が退院支援に取り組むにあたって、患者（利用者）の入院前の在宅生活における状態を理解しておくことは重要です。利用者やその家族の在宅生活の様子をよく知っているケアマネジャーとして、彼らの様子や思いをしっかりと医療者側に伝えましょう。

## 入院時情報提供の際に、ケアマネジャーとしての要望を伝えましょう

- 「入院時情報提供書」を提供する段階では、利用者の状態も不安定で、また医師の治療方針が決まっていない場合も十分考えられます。そのため、今後の情報提供の希望として、カンファレンスの開催の希望、退院予定の連絡希望、退院前訪問指導を行う場合の事前連絡の希望などを伝えておきましょう。
- なお、口頭で伝えるだけでなく、例えば「入院時情報提供書」に要望チェック欄を設けるなど書面で伝える工夫をするとよいでしょう。



### 入院医療機関の声

- ・「入院時情報提供書」を提供いただいた時点で、医師の治療方針が決まっていなければ、入院医療機関からケアマネジャーに情報を渡すのは難しいですね。

## 利用者の入院について、かかりつけ医へ連絡しましょう

- 緊急入院など、かかりつけ医からの紹介入院等ではない場合は、利用者の入院について、かかりつけ医に連絡をします。また、必要に応じて、かかりつけ歯科医にも連絡を入れて、利用者が入院したことを知らせましょう。
- また、居宅療養管理指導をしている「薬剤師」などへも利用者の入院は知らせましょう。



### 歯科医の声

- ・利用者の口腔状態の把握は全身疾患の把握と共に重要です。なぜなら口腔内の不潔な状態（歯周病罹患）が続いてしまうと、口の中の細菌が誤嚥や血液を経由して、全身へと流れて、悪影響を及ぼすことがあります。

<疾患例> 誤嚥性肺炎、心筋梗塞、心内膜炎、動脈硬化、糖尿病 等



病棟看護師から～病棟看護師に質問する際に、ケアマネさんに必要な視点～

### ◆視点1) 医療情報

- ・入院になった病態、入院目的、現時点での治療方針
- ・入院前と何か変わる事はあるのか など
- ・ADL・IADL 低下の予想、医療処置・医療管理が新たに必要か？
- ・予想される入院期間、転院の可能性（回復期等） など

### ◆視点2) 在宅移行への準備

- ・ADL・IADL 低下の予想、医療処置・医療管理が新たに必要か？
- ・予想される入院期間、転院の可能性（回復期等） など



## STEP2 退院支援計画に役立つ情報提供と、多職種の見点を学ぶ場に参加し、情報収集

多職種が協働し、多職種の視点を学べる院内多職種カンファレンスや病状説明などの場に参加し、退院支援に役立つ情報の共有を図ります。入院医療機関は患者の生活に関する情報が少ないため、ケアマネジャーが積極的に入院医療機関に伝えていくことが求められます。また、ケアマネジャーにとっても入院医療機関の多職種とディスカッションをすることは、在宅に向けた課題の把握と解決策の検討を行う上で重要です。

医療機関からの情報収集を始める際には、本人・家族にそのことを事前にお知らせしておきましょう。その上で、連絡相談窓口担当者や病棟看護師、担当医などから、入院医療機関としての治療方針や見立てなどの情報を収集します。

また、病状や社会的事情で、本人・家族からの情報収集が難しい場合、あるいは個人情報保護の観点から、担当医や病棟看護師から直接、情報を収集することが困難な場合は、医療機関の連絡相談窓口担当者に相談するとよいでしょう。

### CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<p><b>院内多職種カンファレンス</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>（参加が可能なら）院内多職種カンファレンスに参加（治療方針／入院期間や退院日の目安／病状の変化、病気や症状による生活への影響の有無 など）</li> <li><input type="checkbox"/>（参加が不可なら）院内多職種カンファレンスの内容を入手             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>別途訪問し、担当医等から情報交換</li> <li><input type="checkbox"/>（別途不可なら）家族や入院医療機関の窓口担当者から、「病状説明の内容」「多職種カンファレンスの内容」について情報収集</li> </ul> </li> </ul> <p><b>家族への病状説明</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>（可能なら）家族への病状説明の場に参加</li> <li><input type="checkbox"/>家族に入院医療機関から渡された「入院診療計画書」などを確認（治療の方針／入院日数・予定 など）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/>「入院時情報提供」の際に伝えきれていない情報を提供する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>※可能な範囲で情報収集</li> <li>●ヒアリングシート</li> <li>●入院診療計画書 ／退院支援計画書 など &lt;本人・家族や入院医療機関 →CM&gt;</li> </ul>



#### 医療ソーシャルワーカーの声

- ・入院時の多職種連携で、医療機関に連絡を取り始める際には、ケアマネジャーさんから、本人・家族に一声かけるのを忘れずに。

**POINT!****院内多職種カンファレンス、病状説明などの予定を確認**

- 利用者の院内多職種カンファレンスや病状説明などの予定を確認し、同席が可能か確認しましょう。なお、急性期病院では「入院診療計画書」の作成、院内多職種カンファレンス、患者・患者家族へ病状説明（IC：インフォームド・コンセント）は入院7日以内が目安です。

**院内多職種カンファレンスや病状説明の場を通じて、早期に退院支援の情報を共有しましょう**

- 院内多職種カンファレンス、病状説明などの場を通じて、治療方針、病状の変化、入院期間や退院日の目安、病気や症状による生活への影響の有無などについて確認します。
- ケアマネジャーが入院医療機関等の多職種とのディスカッションに加わることで、入院医療機関が必要としている情報や「入院時情報提供」で伝えきれていない情報を、その場で提供することができます。
- また、ケアマネジャーとしても、入院医療機関の多職種から、必要な情報を直接一度に得ることができ、在宅での療養生活における課題解決に向けた検討がしやすくなるとともに、退院に向けたスケジュールがイメージしやすくなります。

**院内多職種カンファレンスや病状説明などに参加できない場合には、どのような内容であったか情報収集を行いましょ**

- 院内多職種カンファレンスについては、入院している患者だけでなく、多くの患者の検討を行うため、個人情報保護の観点からケアマネジャーは参加できない場合があります。その場合は、改めて担当医や病棟看護師等にアポイントを取るか、担当医や病棟看護師等が忙しく時間が取れないような場合には、連絡相談窓口の担当者から話を聞くようにします。
- 病状説明については、同席が可能な場合には、本人や家族から入院医療機関に対して、ケアマネジャーの同席を許可するよう話をしてもらいましょう。なお、病状説明に参加できない場合には、どのような説明を受けたか、退院の見通しについて本人・家族に確認するとともに、入院医療機関から本人・家族に渡された「入院診療計画書」や「退院支援計画書」で内容を確認し、記載されている治療計画や退院予定の期間を確認します。
- なお、院内多職種カンファレンスについては、医療機関毎に運営の仕方が異なりますので、具体的には、連絡相談窓口の担当者に相談するとよいでしょう。



病棟看護師から ~ 病棟看護師に質問する際に、ケアマネさんに必要な視点 ~

◆**視点 3) 医学的な状況・医療者の判断**について

- ・ 現状評価、今後の見通し  
(医療依存度が高くなるのか? 看取りの可能性はあるか?)

◆**視点 4) 患者・家族との情報共有**について

- ・ 医療者からの説明内容への理解
- ・ 生活や暮らし方が変化することへの受け止めの様子
  - ★ケアマネジャーが、家族への説明場面に同席できなかった場合は、特に重要です。

◆**視点 5) ADL・IADL の状況と変化、**

それらに**自宅に対応するための条件 (工夫・支援)**

- ・ 排泄、食事、口腔ケア、清潔ケア、移動・移乗  
(リハビリ状況/必要な自宅環境 など)
  - ★利用者の暮らし方に合わせた「医療」と「生活」の方向性を確認し、それを自宅に帰る前に、患者・家族と共有していくことが大切です。

### STEP3 収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析

退院前カンファレンスに参加する際には、課題整理総括表（案）及び第2表（案）（できればケアプラン原案まで）を作成することを念頭に、この段階で利用者の退院後の生活における課題を把握し、整理しておくことが重要です。

また、退院前訪問指導の予定や中間カンファレンスの開催、退院の見込みなどを把握して、退院までの大まかなスケジュール感を押さえておくことも大切です。

### CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<input type="checkbox"/> ヒアリングシートなどを活用し、予想される「課題」を把握し、整理する（訪問、電話、メール等） <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導の予定を確認する <input type="checkbox"/> （参加が可能なら）必要に応じ中間カンファレンスへ参加する <input type="checkbox"/> 「退院の見込み」が見えたら連絡を貰えるよう依頼する（入院医療機関や本人・家族） <input type="checkbox"/> 退院の見通しを把握し、おおまかなスケジュール感を押さえる		<b>●：ヒアリングシート</b>
<b>退院前訪問指導が決まったら</b> <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導へ同行する		



病棟看護師から～病棟看護師に質問する際に、ケアマネさんに必要な視点～

#### ◆視点6) 退院後の必要な医療処置・管理/継続が必要な看護は何か

##### ①退院後の医療管理はどこで行うか？

- ・今回入院した「医療機関」/かかりつけ医
- ・緊急対応も含めて「訪問診療」で行うのか？
- ・在宅療養指導管理料が発生する場合、医療材料・衛生材料等の準備調達は？

##### ②継続する医療処置・医療管理（口腔管理・薬剤管理等含む）については、患者/介護する家族には、どのような指導ができているか？

##### ③訪問看護によるサポートは必要か？

- 訪問看護を利用する可能性が高ければ、退院前カンファレンスに、訪問看護が参加できるように調整

利用者の退院が決まったら、退院前カンファレンスの前に、課題整理総括表（案）及び第2表（案）を作成し、病院側に提出するとともに、退院前カンファレンス開催の準備をさせていただきよう依頼します。その際、参加してほしい関係職種についても伝えましょう。

参加してほしい職種については、課題を検討する段階から、退院前カンファレンスで、どのような職種に、何について意見を求めるべきかをイメージしておくことが重要です。

## CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<p><b>退院が決まったら</b></p> <p><input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口担当者と面談し、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「ヒアリングシート」を使い確認する</p> <p><input type="checkbox"/> プレアセスメントを実施する</p> <p><input type="checkbox"/> 聞き取った「ヒアリングシート」をもとに課題を整理し、「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」を作成する</p>		<p>●：利活用シート</p> <p>●ヒアリングシート *適宜、情報は更新</p> <p>●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案)</p>
	<p><input type="checkbox"/> 作成した「課題整理総括表（案）」や「ケアプラン第2表（案）」を、入院医療機関の連絡相談窓口担当者へ事前に提出する</p> <p><input type="checkbox"/> 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医療機関へ伝達する</p> <p><b>&lt;サービス担当者会議を同日開催する場合&gt;</b></p> <p><input type="checkbox"/> 同日開催の旨を入院医療機関側へ伝達し、会場手配と関係職種の参加を依頼する</p>	<p>●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) &lt;CM→入院医療機関&gt;</p>
<p><input type="checkbox"/> かかりつけ医<sup>※1</sup>に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認する</p>		<p>●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) &lt;CM→かかりつけ医<sup>※1</sup>&gt;</p>
<p><input type="checkbox"/> 整理した課題に基づき「ケアプラン原案」を作成する</p>		<p>●ケアプラン原案</p>

※1. 主治医意見書記載医師

## POINT!

### 退院前訪問指導が決まったら、できるだけ同行しましょう

○退院前訪問指導では、入院医療機関が家族に行う自宅での動作指導や生活指導、またそれを踏まえた住宅改修や必要な福祉用具の提案・アドバイス等を行うものです。入院医療機関の多職種から、利用者の在宅における生活上の注意点等を直接把握できる機会です。ケアマネジャーは、できるだけ退院前訪問指導に同行しましょう。

### 退院が決まったら、退院前カンファレンスに向け、情報収集を行いましょ

○退院が決まった段階で、連絡相談窓口担当者と面談し、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「ヒアリングシート」を使い確認します。

### ケアプラン原案作成に向け、プレアセスメントを実施しましょう

○ケアプラン原案の作成に向け、プレアセスメントを実施し、利用者の状態を確認するとともに、退院後の本人の生活に対する意向（ニーズ）を把握します。

### 「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」「ケアプラン原案」を作成しましょう

○プレアセスメントの結果から、課題整理総括表（案）及びケアプラン第2表（案）を作成し、現状、予後、改善悪化の可能性、何をすべきかなどをまとめます。

○ケアプラン第2表については、全ての項目案を作成することは必須ではありませんが、課題整理総括表（案）を踏まえ、少なくとも「生活全般の解決すべき課題（ニーズ）」と「目標」までは記載しておきましょう。ここで案を作成する目的は、第2表の細かい点をつめて書くことではなく、例えば、案の段階で「訪問看護」の必要性を意識した場合、それを入れておくことで、ケアマネジャーが利用者の退院後に「訪問看護」の必要性を意識していることがわかります。つまり、ケアマネジャーが利用者の生活課題（ニーズ）をどう捉え、何をしなければいけないかと考えているかが、医療機関の関係職種に伝わるのが重要なのです。

○併せて、「ケアプラン原案」についても作成し、退院前カンファレンスに提出しましょう。

### 入院医療機関に、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伝えましょう

○作成した「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」を入院医療機関の連絡相談窓口へ提出するとともに、「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」を踏まえ、誰から（どの職種から）、何を聞くかをイメージして、該当する関係職種の出席を依頼します。

○なかでも「ヒアリングシート」の歯科項目について、該当選択肢\*にチェックがある場合は、歯科医／歯科衛生士の退院前カンファレンスへの参加を検討しましょう。

\*該当選択肢とは…、疾患と入院中の状況として、

- ・嚥下機能：「時々むせる」「常にむせる」
- ・口腔清潔：「不良」「著しく不良」
- ・口腔ケア：「出来なかった」「本人にまかせた」

あるいは、

- ・退院後に必要な看護の視点として「嚥下」「口腔ケア」にチェックが付いた場合

○なお、介護区分の変更等大幅なケアプラン変更が見込まれる場合には、退院前カンファレンスと同日にサービス担当者会議を開催すると、サービス事業者も入院医療機関の意見を共有することができますので、同日開催したい旨を入院医療機関に伝え、会場の手配と関係職種の参加をあわせて依頼します。

### かかりつけ医に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認しましょう

○かかりつけ医に、退院前カンファレンスの開催時に、報告すべき事項や確認すべき事項について意見を求めます。「課題整理総括表（案）」及び「ケアプラン第2表（案）」をもとに確認しましょう。

○併せて、実施したプレアセスメントの結果についても報告し、意見を求めましょう。

○かかりつけ医に意見を伺う際には、事前に聞きたいことをリストしてFAX等であらかじめ連絡しておいてから訪問する、あるいは、家族の主治医面談などの際に同行するなど、円滑に面談が出来るような工夫をしましょう。

### 「ケアプラン原案」を作成しましょう

○退院前カンファレンスに参加するにあたり、「ケアプラン原案」を作成し、退院前カンファレンス時に持参できるようにしましょう。

## STEP4 退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する

退院前カンファレンスは病院主導で行うものですが、その場にケアマネジャーが参加する意味は、入院医療機関から利用者の医療上の生活課題（ニーズ）を確認し、入院医療機関の関係職種とケアマネジャーが検討した生活課題（ニーズ）が一致しているかを確認することにあります。退院前カンファレンスを単なる情報収取の場にせず、参加した関係職種から意見・助言をもらい、入院した利用者の状況に即したケアプランをめざします。

同日開催するサービス担当者会議においては、入院医療機関の意見・助言を踏まえ、「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」（可能であれば「ケアプラン原案」）の修正すべき点を把握し、サービス担当者会議で修正点を踏まえ合意を得ることになります。

### CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<b>退院前カンファレンス</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関から「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」を確認する <input type="checkbox"/> 作成した「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」(持参した「ケアプラン原案」)をもとに、CMが提示した各課題に対し、関係職種から意見・助言をもらう		● 課題整理総括表(案) ● ケアプラン第2表(案) ● (可能なら) ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
<b>&lt;サービス担当者会議を同日開催の場合&gt;</b>		
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種からの助言を共有化する	● 課題整理総括表(案) ● ケアプラン第2表(案) ● (可能なら) ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>

### POINT!

#### 「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」を必ず確認しましょう

○退院前カンファレンスでは、入院医療機関の「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」を把握します。聞き漏らしがないよう、確認すべき「ニーズ一覧」を作成し、チェックするとよいでしょう。場合によっては、連絡相談窓口の担当者に事前に確認したい「ニーズ一覧」を渡し、事前にチェックしていただくことも考えられます。



<確認すべき医療上の生活課題(ニーズ)>

- ✓ 疾患
- ✓ 治療方針
- ✓ 医療処置の有無
- ✓ 服薬状況
- ✓ 入院前、入院時、退院時(退院前カンファレンス前)のADLの変化
- ✓ 患者、家族の疾患や予後に対する受け止め方、理解
- ✓ 生命予後、病状、ADLの予後予測
- ✓ 退院後の外来予定
- ✓ 退院後の生活における注意点
- ✓ 退院後のリスク把握(移動・転倒、入浴、皮膚、口腔、誤嚥、活動量、リハビリへの指示内容等)
- ✓ 退院後の急変の可能性と対応方法

**ケアマネジャーが考える「生活課題(ニーズ)」と課題解決のシナリオを報告します**

- 事前に提出した「課題整理総括表(案)」「ケアプラン第2表(案)」「ケアプラン原案」から、ケアマネジャーが分析した利用者の在宅における生活課題(ニーズ)及び課題解決のシナリオを報告し、入院医療機関の関係職種から専門的な見地で意見・助言を受けます。
- 退院前カンファレンスで、「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を確認することで、入院により利用者の状態像が変わったにもかかわらず、前と同様のサービスのままということはなくなります。そのためにも、退院前カンファレンスに向けプレアセスメントも含め事前準備をしっかりとっておくことが重要です。

**必要に応じて、サービス担当医者会議を、退院前カンファレンスと同日に開催します**

- 退院前カンファレンスと同日にサービス担当者会議を開催することで、医療機関の関係職種がサービス担当者会議に参加しやすくなるとともに、退院前カンファレンスで検討した「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」をサービス事業者と共有しやすくなります。
- ケアマネジャーは、「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を踏まえてケアプラン原案の修正すべき点について関係者と共有した上で、利用者の必要なサービスについて関係者と合意します。

## STEP5 退院前カンファレンス後に、多職種の見解を踏まえたケアプランを完成させる

退院前カンファレンスと同日にサービス担当者会議を開催した場合には、ケアプランを完成させ関係者に配布します。

退院前カンファレンス後にサービス担当者会議を開催する場合には、退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れたケアプラン原案を提示した上で、利用者の必要なサービスについて関係者と合意します。

### CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
<b>&lt;サービス担当者会議を同日開催の場合&gt;</b>		
	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れた「ケアプラン原案」を、関係者に配布する	●ケアプラン
<b>&lt;退院前カンファレンスとサービス担当者会議が同日開催でない場合&gt;</b>		
<input type="checkbox"/> 入院医療機関の多職種からの指摘事項を受けて、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	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種からの助言を共有化する	●ケアプラン原案
	<input type="checkbox"/> ケアプランを完成させ、関係者に配布する	●ケアプラン
	<input type="checkbox"/> 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／介護支援連携指導書 など）	●看護サマリー ●リハサマリー ●介護支援連携指導書 <本人・家族や入院医療機関→CM> ●退院・退所情報記録書
	<input type="checkbox"/> かかりつけ医 <sup>※1</sup> へ退院前カンファレンスの内容及び新しいケアプランについて報告する <input type="checkbox"/> 入院医療機関の外来看護師へ新しいケアプランを渡す	●ケアプラン

※1. 主治医意見書記載医師

## POINT!

### かかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう

○かかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や新たなケアプランについて報告すると共に、利用者の為に医療機関より渡された情報などについても必要に応じて共有するようにしましょう。併せて、入院医療機関の外来看護師にもケアプランを提出するようにしましょう。

○なお、かかりつけ医にコンタクトをとる際は、家族の主治医面談や、退院後に、利用者の受診・往診時に同席するなど、円滑に面談が出来るような工夫をしましょう。



#### かかりつけ医の声

- ・診療が立て込んでいるとケアマネジャーさんとの時間を十分取れないこともあります。ご本人や家族との席に同席してもらおうといいですね。

### 必要に応じて、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師（居宅療養管理指導）などにも、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう

○利用者の課題によって、必要な関係職種へは、退院前カンファレンスの内容や新たなケアプランについて報告すると共に、利用者の為に医療機関より渡された情報などについても必要に応じて共有するようにしましょう。



#### 歯科医の声

- ・利用者の口腔内の状態や口腔ケア等に課題がある場合は、利用者に対しても、歯科への受診や歯科医の訪問診療を促すなどして、歯科医へ繋げて下さい。
- ・もしも利用者に口腔の課題があるのに、かかりつけ歯科医がない場合は、地域の歯科医師会に連絡して下さい。

## STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1ヶ月後）

入院医療機関の連絡相談窓口の担当者に、利用者の退院後の状況をフィードバックします。フィードバックされることで、入院医療機関の退院支援の振り返り等に活用され、退院支援の改善にもつながります。ただし、医療機関によってニーズが異なる場合は、それぞれの医療機関に合わせた対応をしましょう。

### CHECK!

情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	●：利活用シート <>：誰→誰（どこ）へ
	<input type="checkbox"/> 医療機関へフィードバックの必要性を確認  <input type="checkbox"/> （必要な場合）誰にフィードバックすべきか確認 <input type="checkbox"/> 退院後の生活状況について、左記資料を提出と共に、適宜、口頭で補足説明	● 医療機関側の必要に応じた資料を準備（以下、コピーを添付） ・フェイスシート ・ケアプラン第3表 <CM→医療機関>

### POINT!

#### フィードバックの必要性を医療機関等に確認する

○利用者の退院に当たり、入院医療機関に、退院後に利用者の状況について、フィードバックの必要性があるか、また必要がある場合には何をフィードバックしてほしいか要望を確認します。フィードバックしてほしい情報は入院医療機関によって異なりますので、事前に確認しておきましょう。また、入院中に連携した窓口と同様の窓口へフィードバックすればよいか、フィードバックを行う際の窓口も確認しておきましょう。

#### フィードバックに必要な情報を整理し、フィードバックします

○必要な情報として、退院後の生活状況がわかるようなフェイスシートや、ケアプラン第3表などを準備・整理します。



#### <入院医療機関等の声>

- ・すべての患者について欲しいというわけではないが、退院困難事例の場合や、もしくはその後何かあった際に、フィードバックされた情報が役立つ

### 【フィードバック事例】

公益財団法人 脳血管研究所附属 美原記念病院（群馬県伊勢崎市）の場合

- 法人内で「在宅医療推進プロジェクト／毎月」の委員会活動を継続中。  
(H15 年位～)
- 一昨年 (H26) から同プロジェクトの活動として「病院・在宅部門合同カンファレンス」を月 1 回程度開催。その席で、退院した患者で同一法人の CM やサービスを利用している患者がその後どのように過ごしているか、フィードバックカンファレンスを開催している。効果としては、退院時に病院スタッフが課題と感じていた点が、退院後どのような実態になっているかを共有することで、自分たちの退院支援の評価や反省を促す機会となっている。

◆コラム

～ケアマネジャーと病棟看護師との連携～

入院中の利用者（患者）の状態を最も把握しているのは病棟看護師です。利用者（患者）が入院先から自宅に戻って療養する場合に「どのような困難さがあるのか」、またそのためには「どのようなサポートが必要なのか」の把握には、ケアマネジャーと病棟看護師が持っている「情報」が、連携によって上手くつながることが重要であり、それが利用者（患者）にとって最も有益なことになります。

下表は、病棟看護師における「退院支援・退院調整の3段階プロセス」を示しています（網掛け部分は、ケアマネジャーも貢献すべき項目）。

繁忙な医療機関から情報収集することはケアマネジャーにとって負担のあることですが、病棟看護師の退院支援・退院調整における業務の流れを理解することで、ケアマネジャー側もすみやかな連携行動がとれるように心がけましょう。

【退院支援・退院調整の3段階プロセス】～病棟看護師の業務・心がけ～

<b>STEP1 第1段階</b>	
<b>退院支援が必要になる患者の把握</b>	
★患者の「病気の理解／受け止め」、「どうありたいか（意思/意向）」をつかむ (外来(入院決定)～入院後3日以内)	
● 入院(発症)前の生活状況を把握	→すでに在宅支援チームがいれば連携！
● 入院理由・目的・治療計画などから退院時の状態像（見通し）を予測	
● 退院支援の必要性を医療者間・患者・家族と共有	
<b>STEP2 第2段階</b> *第2・3段階は重なる時期もある	
<b>受容支援・自立支援 ～暮らしの場に戻るためのチームアプローチ～</b>	
(入院3日目～退院まで)	
● 継続的にアセスメントし、チームで支援	
● 患者・家族の疾患理解・受容への支援	
● 「退院後の生活のイメージ」を患者・家族とともに相談・構築	★未来の姿をイメージする
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                 ①病状・病態から考える医療・看護上の視点                  ②ADL・IADLから考える生活・ケア上の視点             </div>	
● 経済的・社会的な課題がある場合、医療ソーシャルワーカー・行政などによる支援を検討・実施	→在宅支援チームとの相談・協働！
<b>STEP3 第3段階</b>	
<b>サービス調整（退院調整）</b> →在宅支援チームとの協働！	
(必要になった時点～退院まで)	
● 退院を可能にする制度・社会資源との連携調整	★インフォーマルな繋がりも大事にしよう
● 必要時、「退院前カンファレンス」「退院前自宅訪問」を実施	
● 看護の継続が必要	→訪問看護の導入 or 自院から訪問
★安定的な在宅療養生活への着地を！	

【出典】在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス提供資料（2017.3）

### Ⅲ. プロセス別利活用シート類(様式)と活用方法

#### 1. 本手引きで示すプロセス別利活用シート類(様式)の役割

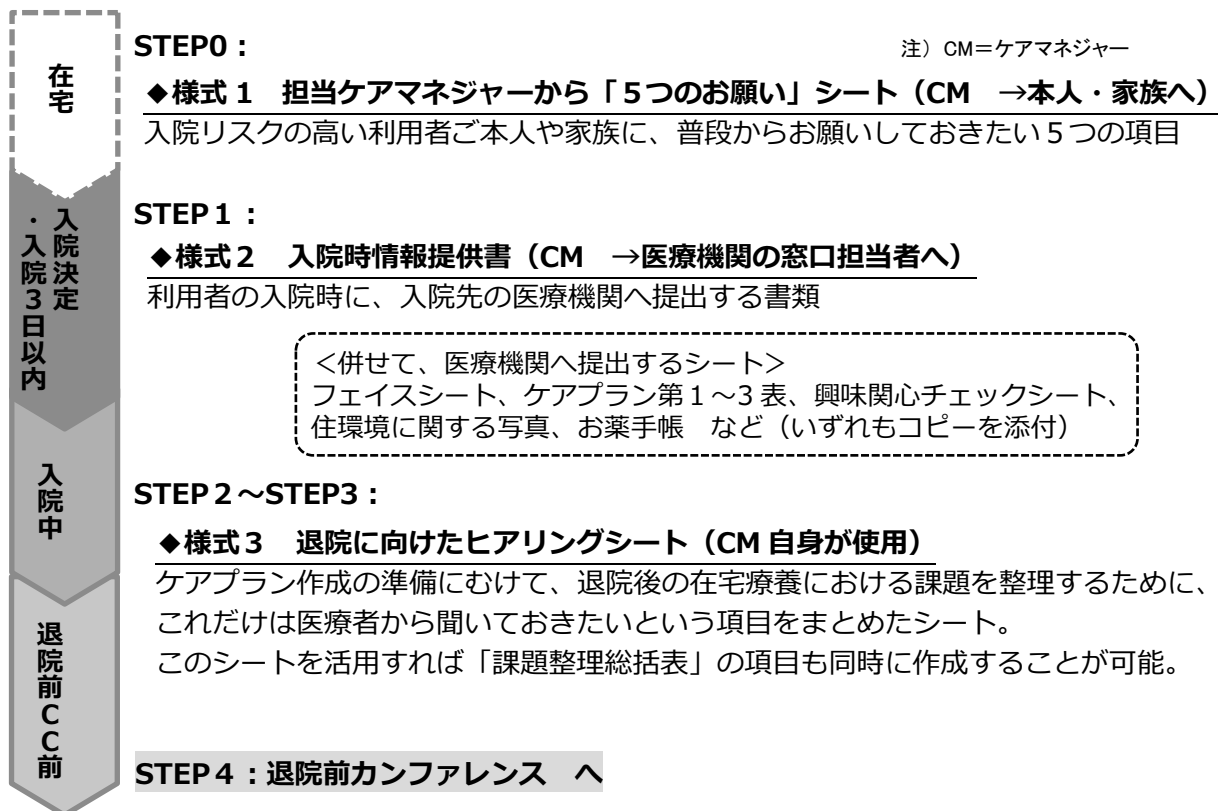
##### ① 前提として

前述したとおり、本手引きにて示すツールとしては、工程管理表と共に3つの新たなシート類(様式)を示しています。本ツールは、入退院時における医療機関等とケアマネジャーの連携ツールがない場合や、これから連携に関する取組を推進していこうとする場合において、参考にしていただけるものになることを目指しています。

##### ② 本手引きで示す各種様式の位置づけとねらい

入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上にむけては、ケアマネジャーと医療機関等との適切な連携が必須であり、ケアマネジャーには、積極的な連携や早めの情報収集を行うことが望まれます。そこで本手引きでは、入院時～退院前カンファレンスまでの入院中に使用することで、より円滑な連携と情報収集を計ることをねらいとして作成した様式をご紹介します。これらは工程表の各STEPに則った使用を想定しています。

なお、本手引きで示している様式は以下の3様式になりますが、それぞれの工程において、適宜、既存の様式類と併せて使用することが効果的です。



## 2. 担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート

(ケアマネジャー →利用者本人・家族へ)

### POINT!

#### **ご家族を介して医療機関とのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます**

- 入院リスクの高い利用者ご本人やご家族の方に、あらかじめお渡しして、日頃から入院に備えて心がけておいて頂きたいお願い事項を記したものです。
- これらの項目を認識して頂くことにより、ケアマネジャーにとっては、日頃なかなか連携がとりにくいような場合であっても、家族からケアマネジャーの要望を医療機関に伝えて頂くことによって、より円滑な関係づくりに役立ちます。

#### **利用者側にも日頃から心がけて頂くことで、急な入院の場合でも、必要な情報がすみやかに医療機関へつながります**

- また、ご本人やご家族に日頃から備えておいて頂くことで、急な入院の場合でも医療機関側はすみやかに患者と担当ケアマネジャーの情報を入手できるようになります。

#### **全員に配布する必要はありませんが、「入院リスクが高い方」には事前にお渡ししておきましょう**

- このシートは、必ずしも利用者全員に配布する必要はありません。入院リスクが高いと想定できる「入退院を繰り返している方」、また、かかりつけ医などの情報から「入院の危険性がある方」など、ケアマネジャーが必要と考える場合には、事前にお渡ししておきましょう。
- 「医療機関との連携がとりにくい…」というような場合には、このシートを使って、ご本人やご家族の方を通じて、担当ケアマネジャーがいることを医療機関にあらかじめお知らせしておくことができます。



◆様式 1：利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート

様

事業所名：（ ）  
担当ケアマネジャー名：（ ）  
連絡先：（ ）

**利用者・ご家族の方へ  
担当ケアマネジャーから「5つのお願い」**

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は…、

- ① 病院へは「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参して下さい
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい  
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい  
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は…、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい  
(特に、「病状」や「退院の目処」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院の目処がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるよう  
に、ご家族からも病院にお願いして下さい

### 3. 入院時情報提供書〈様式2〉（ケアマネジャー →医療機関の窓口担当者へ）

#### POINT!

**「入院時情報提供書」は、医療機関が「退院支援」を決定するためのスクリーニングに役立ちます**

- 当該様式については、既に様々な種類が存在している地域もありますが、本手引きでご紹介する様式の特徴は、医療機関が「退院支援」を決定するためのスクリーニングに必要な項目を網羅している点にあります。（表中\*マークが付いている項目）

【「退院支援加算」の対象者要件 ～退院困難な要因（有している患者を抽出）～】

- (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であること
- (イ) 緊急入院であること
- (ウ) 要介護認定が未申請であること
- (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であること（必要と推測されること。）
- (オ) 排泄に介助を要すること
- (カ) 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- (キ) 退院後に医療処置が必要（胃瘻等の経管栄養法を含む）なこと
- (ク) 入退院を繰り返していること
- (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場合

**「入院時情報提供書」は、利用者が入院したら出来るだけ早く提供することが肝心です**

- 医療機関が「退院支援加算」を取るためには、患者の入院から予め決められた期限内に退院支援を行う患者を抽出し、「退院支援計画書」を作成する必要があります（原則として、退院支援加算1：入院後3日以内、退院支援加算2：入院後7日以内）。従って、医療機関にとって役立つ情報提供となるためには、上記期限内にこれら情報を医療機関の窓口担当者に届ける必要があります。

**入院前の利用者の状態を、客観的な視点で、一番把握しているのは「担当ケアマネジャー」です  
より適切な支援を受けられるよう、医療機関の多職種の方に利用者のことを知って頂きましょう**

- いざ入院となると、なかなか本人／家族も普段と同じ心持ちではいられないものです。そのような中で、日頃の利用者の様子を最も身近で客観的に把握しているのは「担当ケアマネジャー」が一番でしょう。特に高齢者の場合は、入院すると ADL などが落ちて状態が悪くなる傾向があり、入院前の状態や本人／家族の意向を医療機関内の多職種に知って頂くことは、利用者が退院支援を受ける上で非常に有用です。

## ◆様式2： 入院時情報提供書－おもて面＜記入に際しての留意点＞

### POINT!

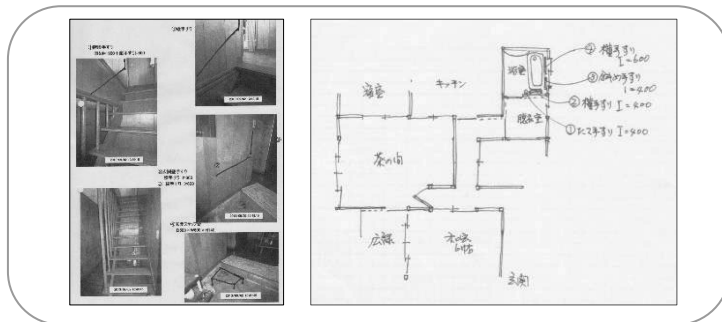
#### 「1. 利用者（患者）の基本情報」、「2. 家族の情報」について

- 必要に応じて、「添付するケアプラン表を見てください」などのコメントを付ける工夫をしましょう

◇ 本提供書は、入院前の「利用者像」を、迅速に医療機関等の多職種に伝えるための様式です。できるだけ項目を記入することが望ましいですが、必要に応じて「添付するケアプラン表を見てください」といったコメントも欄外などに付ける工夫をしましょう。

- 住環境に関する情報については、必要に応じて「住宅の写真」なども添付し、在宅療養生活へ戻るために必要な状態をイメージしやすいような工夫をしましょう

◇ 写真やイラストなどを添付すると、玄関や階段の段差、風呂場までの動線など、自宅での在宅療養生活において課題となるポイントをイメージしやすくなります<見本：住環境写真・図面イラスト-改装点など>



#### 「3. 本人／家族の意向」について

- 利用者の性格や関心と共に、その方の人生（生活・仕事など）における“強み”に焦点をあてた情報を提供しましょう

◇ この欄には、利用者の性格や関心と共に、その方の人生（生活・仕事など）における“強み”に焦点をあて、できるだけ「エンパワメント（利用者の意欲や力を引き出すような援助）」に繋がるような情報を提供しましょう。

◇ また、入院前に把握していた在宅療養生活における本人／家族の意向や、キーパーソンや信頼関係のある方などの意見も適宜、記載しましょう。

#### 「4. 今後の生活展望」について

- その方が、“どういう状態であれば、在宅療養生活が可能になるのか”、ケアマネジャーとしての意見を記載しましょう

◇ この欄には、入院前の生活の様子を鑑み、その利用者が、“どういう状態になれば、ご自宅での在宅療養生活が再び可能になる”という、ケアマネジャーとしての自分の意見を記載しましょう。

- 「特記事項」欄については、適宜、本人や家族の決意、介護者の年齢や健康状態、就労状況、経済力など、今後の療養生活に影響する要素なども記載しておきましょう

◆様式2： 入院時情報提供書 – おもて面<記入例>

入院時情報提供書 (ケアマネジャー →医療機関)

※ケアプラン1表・2表・3表/興味関心チェックシート/お薬手帳 (いずれもコピー) /住環境に関する写真などを添付

●●●● 病院 担当者様 (記入日: H29年 1月 9日 / 入院日: H29年 1月 9日)

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。

担当ケアマネジャー名	(フリガナ) スズキ ケイコ 鈴木 恵子	電話番号	×××-×××-××××
居宅介護支援事業所名	〇〇ケアプランセンター	FAX番号	×××-×××-××××

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	山田 花 (フリガナ) ヤマダ ハナ	年齢	85 才	性別	男 <input type="radio"/> 女 <input checked="" type="radio"/>
住所	〇〇県〇〇市 西〇-〇-201	生年月日	明・大(昭)平 6 年 10 月 20 日生	電話番号	×××-×××-××××
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建て <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 (2階居住) ・住まいに関する特記事項 ( 玄関の段差、スペースが狭い、屋内に敷居がある )	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (中が狭い)		
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 1 ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )		
年金などの種類	<input checked="" 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. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 同居 長男との二人暮らし	キーパーソン (連絡先)	氏名 (続柄/年齢)	山田 太郎 (主介護者に同じ)
主介護者 (年齢)	長男(60才)		( 同上 )	

3. 本人/家族の意向について

本人の性格/ 趣味・関心領域 など	社交的で面倒見がよく、自分より他人を大切にするタイプ。字や絵を描くのが好き。演歌歌手〇〇の大ファン
本人の生活歴	専業主婦。長年、町内会役員を務めるなど地域で活躍。70代半ばから夫を献身的に介護していたが約4年前に他界し、一人暮らしとなって心配した長男が同居。半年前、脳梗塞発症を機に要介護状態となり、サービス利用を開始した。最近はデイサービスに行くことを楽しみにしている
入院前の本人の意向	〇〇のリサیتالルに行きたい。デイサービスに通いたい。子どもたちにできるだけ負担をかけたくない
入院前の家族の意向 (特に生活について)	夫や義母の介護などで、長年、家族や人のために尽くしてきた母親なので、残りの時間を楽しく過ごせるようにしてあげたい。できれば好きなことをさせてあげたい(リサیتالルやデイサービスなど)

4. 今後の生活展望について (ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	デイサービスが楽しみの一つであり、また体調悪化時に早めに気づけるようできるだけ利用の継続を希望しているが、玄関のスペースが限られており、車イスならば、職員の一人介助で、立位保持と方向転換ができるまで回復することが要件
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )
特記事項 (特に注意すべき点など)	長男が週3回・日中働いており、一人になる時間の過ごし方を検討する必要がある

5. カンファレンスについて (ケアマネからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望 (退院日が決まる前にご連絡をお願いします)

## ◆様式2： 入院時情報提供書－うら面<記入に際しての留意点>

この項目は、ADL などアセスメントシートのサマリーに相当する項目となります。自由記入欄などを活用して、適宜、必要と思われる情報の補足を付けたり、適宜、「添付するケアプラン表を見てください」といったコメントを付けて、入院前の利用者像をより知っていただけるような工夫をしましょう

### POINT!

#### 「6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題」について

- ・ 「食事内容」項目の中にある、「UDF 等の食形態区分」については、もし利用者の食形態区分が分かる場合は記載すると有用です

◇ 介護食の「食形態（固さや調理法など）」については、現在、様々な指標があります。こういった指標（区分／コード番号）なども、栄養士との情報共有や在宅での食事介助に有用なので、情報連携の際には参考にしてください。

- ユニバーサルデザインフード（日本介護食品協議会）
- ・スマイルケア食（農林水産省）
- ・嚥下調整食分類 2013（日本摂食・嚥下リハビリテーション学会）…など



#### 訪問看護師の声

・ 例えば…、現在、居宅で使用する食事のパフレットの多くは「ユニバーサルデザインフード（UDF：日本介護食品協議会）」の4つの区分で表しているものが多いので、退院してからの食事の提案やヘルパーや業者のお弁当を頼む時の食事の形態を決める指標として役立ちます。

- ・ 「口腔」に関する項目については、かかりつけ歯科医と連携して、普段から情報を得ておくなど、日頃から意識しておくことも大切です



#### 歯科医の声

・ 要介護高齢者の約9割は「歯科治療が必要」という統計が出ています。口腔の状態は、誤嚥性肺炎はもとより全身疾患にも影響を及ぼすことがあるので、ケアマネジャーが日頃から口腔ケアを気にかけることが利用者の健康を守ることに繋がります。

#### <お薬について>

- ・ 「お薬に関する特記事項」の欄については、必要に応じて、内服薬以外の薬剤に関する情報などを記載してください

◇ 在宅療養において、内服薬以外の薬剤（貼付剤／パッチ）や、服用期間が特殊な薬剤（月1回など服用間隔が長いもの）など、特別な注意を有するものも増えていることから、お薬手帳の情報をコピー添付するなどの工夫と共に、必要に応じて、「お薬に関する特記事項」も活用してください。

◆様式2： 入院時情報提供書－うら面<記入例>

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	<input checked="" type="radio"/> 軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
ADL	移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	屋内は自立、屋外は見守り				
	移乗	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	起居動作	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	整容	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	歯磨きや洗顔はセッティング、義歯は管理が必要				
	入浴	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	全介助	セッティングすればほぼ体を洗うことはできるが浴槽の出入りは介助				
	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	・朝： 7時頃 ・昼： 12時頃 ・夜： 18時頃				食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )		
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> ミキサー	水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )		
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	UDF等の食形態区分	1		
口腔	嚥下機能	<input checked="" type="radio"/> むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
	口腔清潔	良	<input checked="" type="radio"/> 不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
	排便	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態	<input checked="" type="radio"/> 良	<input type="radio"/> 不良 ( )			眠剤の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	8 時間/日	
喫煙量	0 本くらい/日あたり				飲酒量	0 合くらい/日あたり				
コミュニケーション能力	視力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難	メガネ	<input type="checkbox"/> なし	<input checked="" type="checkbox"/> あり ( )			
	聴力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難	補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	言語	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	やや難あり		コミュニケーションに関する特記事項：					
	意思疎通	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	やや難あり	困難	左耳の方が聞こえやすい					
精神面における療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <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 ( )									
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( 高血圧、高脂血症、骨粗鬆症 )									
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( H28 年 8 月 1 日～ H28 年 9 月 10 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 checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
医療処置*	<input checked="" 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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <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 ( )									
7. 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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( 降圧剤ほか複数 )				居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (職種：クリニック薬剤師)				
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者：長男、デイサービス職員 ・管理方法：ご本人に手渡し)									
服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない									
お薬に関する、特記事項	服用頻度が月1回の骨粗鬆症の薬を服用している									
8. かかりつけ医について										
かかりつけ医機関名	佐藤クリニック				電話番号	×××-×××-××××				
医師名	(リカ) サトウ イチロウ 佐藤 一郎				診察方法	<input checked="" type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( 1 ) 回 / 月・週				
* = 退院支援者スクリーニング必要項目					(記入日：2017年 1 月 8 日 現在の状況)					

## 4. 退院に向けたヒアリングシート

(ケアマネジャーが医療機関等の多職種から情報収集する際の聞き取りに使用)

### POINT!

- **医療機関等の多職種から利用者の情報を聞き取る際、ヒアリングシートを積極的に活用し、ここにある視点で情報を集めましょう**

◇ ケアプラン内容を検討する際には、退院後の利用者の病状変化の可能性も見据えて、その方の課題に応じた必要な医療サービスの導入や、医療的処置に関わる各専門職の役割なども十分に考慮することが重要です。医療機関等の多職種から情報を集める際に、本様式（ヒアリングシート）の項目を意識して聞き取ることで、必要な情報を適切に収集することができます。

- **ヒアリングシートを活用することで、「課題整理総括表」の課題整理もしやすくなります**

◇ 適切なケアプランを作るためには、入院中に情報を集めて、利用者の在宅生活で課題となる事柄をあらかじめ整理・分析し、それらを十分に認識した上で課題解決策の検討を行うことが重要です。現在、このために「課題整理総括表」の使用が促されていますが、本様式を活用しながら情報収集することで「課題整理総括表」における課題の整理もしやすくなります。

### ◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート－おもて面＜記入に際しての留意点＞

\* 詳細は「記入例」参照

#### 「1. 基本情報・現在の状態 等」について

- 「UDF 等の食形態区分」については、もし利用者の食形態区分が分かる場合は、記載すると有用です（\*詳細は、P40「入院時情報提供書－うら面＜記入に際しての留意点＞」参照）
- 「口腔清潔＝良い」「口腔ケア＝出来た」にチェックがない場合は、課題解決策を検討していくにあたって、**歯科医や歯科衛生士との連携を意識しましょう**



#### 歯科医の声

・痛みが出たり、歯肉が腫れたり、噛めなくなってからでは手遅れになることが多いので、ケアマネジャーが「かかりつけ歯科医」と連携を持ち、利用者の口腔について気にかけていくことは、利用者が在宅生活に戻るためにも大切です。

#### 「2. 課題認識のための情報」について

- **各項目の視点で聞き取った内容を、課題整理の為の自分なりの覚え書きとして記録しましょう**
- 「看護の視点」で「ターミナル」にチェックが付いた場合は、「訪問看護」につなげることを意識しましょう

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート～おもて面＜記入例＞

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態等

属性	フリガナ	ヤマダ ハナ	性別	年齢	退院時の要介護度 ( <input checked="" type="checkbox"/> 要区分変更 )	
	氏名	山田 花 様	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	85 歳	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1)	
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H 29年 1月 9日		・退院予定日：H 29年 1月 29日		
	入院原因疾患	脳梗塞				
	入院先	〇〇中央病院 (病院) 脳神経外科 (病棟) 7 (階) 702 (号室)				
	主治医：(診療科)	脳神経外科 科 (医師名) 港 太郎 医師				
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし					
① 疾患と入院中の状況	現疾患の状況	全身状態は落ち着いてリハビリが中心		既往歴	高血圧、高脂血症、脳梗塞、認知症、骨粗鬆症	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他( )				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ カテーテル・パウチ ( )				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通	<input checked="" type="checkbox"/> その他 (全粥、やからか食)		UDF等の食形態区分	2
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる				
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	義歯	<input type="checkbox"/> 元々なし <input checked="" type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用		
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた				
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )			<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他( )				
② 本人や家族の受け止め方	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)		(病名告知)	
	家族の受け止め方	・とにかく命が助かって良かった		以前のよう回復して欲しいが、主治医から2度目の発症で、入院前より介助を要するとの説明を受け、理解はしている。息子は仕事もあるので、介護への不安は強いものの、医師予想よりも回復が早く、入院当初よりも不安は軽減している		
	退院後の生活に関する本人の意向	・言いたいことが思うように発語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる ・ショックと不安を感じながらも、息子を気遣い、不安感などの気持ちはあまり多くは口に出来ない様子 ・一方で、「早く家に帰りたい」「甘いものが食べたい」という要望はでている				
	退院後の生活に関する家族の意向	・本人の「早く家に帰りたい」という要望をかなえて、早く連れて帰ってあげたいという意向を持っている ・自宅での介護継続についても、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる ・まずは今回の状態像での介護のイメージを早くつかみ、その上で日常生活が安定することを望んでいる				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	⇒ (在宅で継続するための要件)
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )	口腔ケア、排泄介助などの家族指導、利用していたデイサービスの受け入れ体制などが必要
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 看語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <input checked="" type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	#NAME?	



### ◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート－うら面＜記入に際しての留意点＞

\* 詳細は「記入例」参照

この項目は、「課題整理総括表」の項目に準じています。医療機関等の多職種から情報を聞き取る際に、これらの視点で聞き取ることによって、その後で行う「課題整理総括表」での分析がやりやすくなります。

#### POINT!

##### 「症状・病状の予後・予測」欄について

- この「予後・予測」の視点は重要です。利用者の**症状や病状の変化の可能性**や、**今後の見通しに繋がる情報**を、必ず医師をはじめとした医療機関の多職種から情報を聞き取りましょう
  - ◇ 適切に課題を認識し、課題解決策の検討を行うためには、将来的な利用者の病状や状態変化のイメージを持って、それに備えて考えておくことが重要です。そのためには、医療機関等の多職種からこの視点での意見を聞いて、利用者の予後・予測について押さえておく必要があります。

##### 「退院にあたっての日常生活の阻害要因」欄について

- ここはヒアリングシート（おもて面）、①疾患と入院中の状況、②本人や家族の受け止め／意向、③退院後に必要な事柄で得た情報から考えられる、利用者にとっての「日常生活の阻害要因」を検討して記載します。

##### 「要因」欄について

- 検討した「日常生活の阻害要因」は、該当する要因の番号（丸数字）を「課題整理総括表」と同じように「状況の事実」「現在の状況」欄で、「自立」あるいは「支障なし」以外を選択した項目について、下段の「要因」欄に記載します
  - ◇ 「退院にあたっての日常生活の阻害要因」で整理した上で、各項目の「状況・支援内容等」「見通し」につなげていきましょう

##### 「状況・支援内容 等」欄について

- ここは「現在の状況」「支援内容」、「改善/維持の可能性」具体的な内容を補記します
  - ◇ 「課題整理総括表」と同様に、上記の項目で自分が判断した根拠について情報共有する祭の、自分の覚え書きとして補足すべき情報を記載します。

##### 「見通し」欄について

- おおよその「到達可能なレベル」とその「期間」について検討して記載します
- 具体的には、「どの位の期間で、どの位のレベルまでいけそうか」といった視点での検討です。

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート－うら面＜記入例＞

<b>症状・病状の 予後・予測</b>		・リハビリを続ければ歩行やトイレ動作、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる (転倒リスクあり) ・再発リスクが高いため、定期受診と薬の管理を正確に行う必要がある				
(心身の状況・環境など) 日常生活の阻害要因	①疾患と入院中の状況から	・脳梗塞による右麻痺、嚥下障害、構音障害				
	②本人・家族の受け止め/意向から	・発病(再発)と体の不自由さや、特に発語障害によるコミュニケーション能力の低下による、気分の落ち込み、ストレス ・早期退院希望による入院リハビリの終了				
	③退院後に必要な事柄から	・住宅に、玄関の段差、スペースが狭い。屋内に敷居がある				
	④その他	・介護者の息子が仕事に出て、日中独居になる日が週3回ほどある				
<b>状況の事実</b>		<b>現在の状況</b>	<b>要因</b>	<b>改善/維持の可能性</b>	<b>状況・支援内容等</b>	<b>見通し</b>
移動	室内移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	歩行器使用して一部介助歩行	約3ヶ月で見守りへ
	屋外移動	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	車椅子使用	約3ヶ月でシルバーカー使用
食事	食事内容	支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	嚥下機能評価後に訓練中	約1ヶ月後に再評価実施、形態を上げる
	食事摂取	自立 (見守り) 一部介助 全介助	①②	(改善) 維持 悪化		
排泄	排尿・排便	支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	トイレ移動、下衣の上げ下ろし一部介助	約3ヶ月後にトイレ動作見守りへ  退院後の医療に対する不安を感じており、適切な受診や医療の指示への支援を受けることにより、再発への不安を軽減することができる
	排泄動作	自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	Nsコールは遠慮している様子	
口腔	口腔衛生	支障なし (支障あり)	①	改善 (維持) 悪化	毎日口腔ケア実施	
	口腔ケア	自立 見守り (一部介助) 全介助	①	改善 (維持) 悪化		
服薬		自立 見守り 一部介助 (全介助)	①	改善 (維持) 悪化	病棟管理	退院後、家族管理
入浴		自立 見守り 一部介助 (全介助)	①	改善 (維持) 悪化	シャワー浴にて入浴	
更衣		自立 見守り (一部介助) 全介助	①②	(改善) 維持 悪化	上衣は自立だが、下衣は一部介助	
家事動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	未実施	
コミュニケーション能力		支障なし (支障あり)	①②	(改善) 維持 悪化	構音障害あり、適切なリハ実施	半年後には思うように発語ができる
認知		支障なし (支障あり)		改善 (維持) 悪化	短期記憶力の低下	適切なリハビリプログラムの提供と評価を受けることができれば、自主的な自律訓練を前向きに行い、障害によるストレス軽減や生活への自信に繋がる
褥瘡・皮膚の問題		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化		
行動・心理症状(BPSD)		(支障なし) 支障あり		改善 (維持) 悪化		
居住環境		支障なし (支障あり)	①③	(改善) 維持 悪化	玄関前の段差、敷居	退院までに段差解消
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種				
1 (回目)	2017年 1月15日	<input type="checkbox"/> 医師 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (田中主任) <input type="checkbox"/> リハ職 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( ) <input type="checkbox"/> ( )				
2 (回目)	2017年 1月22日	<input type="checkbox"/> 医師 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (木村退院調整ナース) <input checked="" type="checkbox"/> リハ職 (齊藤PT) <input checked="" type="checkbox"/> MSW (小林一子) <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( ) <input type="checkbox"/> ( )				



#### IV. 資料(様式原本)

## 工程管理表（ケアマネジャーのためのチェックリスト）

【工程&チェックリスト】

注）表中の「CM = ケアマネジャー」、「CC = カンファレンス」

時期	CMがやること		●=利活用シート <誰→誰（どこ）へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
在宅 （普段から）	<b>STEP0：入院にそなえ日頃から準備</b>		●「5つのお願い」シート <CM→本人・家族> ●入院時情報提供書 ●お薬手帳  (「お薬手帳」記載項目－確認) ・CM氏名 ・所属事業所名 ・事業所連絡先 ・家族(キーパーソン)氏名&連絡先
	<b>利用者について</b> <input type="checkbox"/> かかりつけ医※の指示事項・留意事項を把握しておく <input type="checkbox"/> 利用者の入院可能性を、かかりつけ医※や看護師に確認しておく <input type="checkbox"/> 利用者の受診医療機関（かかりつけ歯科医等）と受診日を把握しておく <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書（案）」を事前に準備しておく  <b>入院医療機関について</b> <input type="checkbox"/> 医療機関の連絡窓口（担当部署／担当者）を把握しておく（予定入院の場合は、事前に依頼）	<b>利用者や家族に対して</b> <input type="checkbox"/> 入院に備え、「入院時・入院中のお願い」をしておく <input type="checkbox"/> お薬手帳を確認しておく	
入院決定 ～ 入院3日以内 ※注	<b>STEP1：入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供</b>		●入院時情報提供書 (以下、コピーを添付) ・ケアプラン第1～3表 ・興味関心チェックシート ・住環境に関する写真 など <CM→入院医療機関>
	<b>本人・家族や医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 入院の情報を入手する	<b>入院医療機関に対して</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関の窓口へ担当CMであることを連絡する	
	<b>入院医療機関から</b> <input type="checkbox"/> 入院医療機関の連絡相談窓口（担当部署／担当者など）を把握する	<b>入院医療機関へ</b> <input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」提出する（3日以内／基本は訪問） <input type="checkbox"/> 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開催の連絡 ・退院予定の連絡 ・退院前訪問実施の際の連絡（適宜）  <b>かかりつけ医※へ</b> <input type="checkbox"/> かかりつけ医※へ入院したことを伝える	
入院7日以内	<b>STEP2：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</b>		※可能な範囲で情報収集 ●ヒアリングシート  ●入院診療計画書／退院支援計画書など <本人・家族や入院医療機関→CM>
	<b>院内多職種カンファレンス</b> <input type="checkbox"/> （参加が可能なら）院内多職種カンファレンスに参加（治療方針／入院期間や退院日の目安／病状の変化、病気や症状による生活への影響の有無 など） <input type="checkbox"/> （参加が不可なら）院内多職種カンファレンスの内容を入手 <input type="checkbox"/> 別途訪問し、担当医等から情報交換 <input type="checkbox"/> （別途不可なら）家族や入院医療機関の窓口担当者から、「病状説明の内容」「多職種カンファレンスの内容」について情報収集	<input type="checkbox"/> 「入院時情報提供」の際に伝えられていない情報を提供する	
入院中	<b>家族への病状説明</b> <input type="checkbox"/> （可能なら）家族への病状説明の場に参加 <input type="checkbox"/> 家族に入院医療機関から渡された「入院診療計画書」などを確認（治療の方針／入院日数・予定 など）		●ヒアリングシート
	<b>STEP3：収集した情報から、退院後の生活で予想される「課題」を分析</b> <input type="checkbox"/> ヒアリングシートなどを活用し、予想される「課題」を把握し、整理する（訪問、電話、メール等） <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導の予定を確認する <input type="checkbox"/> （参加が可能なら）必要に応じ中間CCへ参加する <input type="checkbox"/> 「退院の見込み」が見えたら連絡を貰えるよう依頼する（入院医療機関や本人・家族） <input type="checkbox"/> 退院の見通しを把握し、おおまかなスケジュール感を押さえる	<b>退院前訪問指導が決まったら</b> <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導へ同行する	

時期	CMがやること		●=利活用シート <誰→誰(どこ)へ>
	情報の入手・状況の把握	情報提供・連携	
退院確定 退院前CC 開催前	退院が決まったら □入院医療機関の連絡相談窓口担当者と面談し、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「ヒアリングシート」を使い確認する □プレアセスメントを実施する □聞き取った「ヒアリングシート」をもとに課題を整理し、「課題整理総括表(案)」及び「ケアプラン第2表(案)」を作成する		●ヒアリングシート *適宜、情報は更新  ●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案)
		□作成した「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン第2表(案)」を、入院医療機関の連絡相談窓口担当者へ事前に提出する □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医療機関へ伝達する  <サービス担当者会議を同日開催する場合> □同日開催の旨を入院医療機関側へ伝達し、会場手配と関係職種の参加を依頼する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→入院医療機関>
	□かかりつけ医※に、退院前カンファレンスで確認すべき内容を確認する	□かかりつけ医※と連絡を取った際には、プレアセスメント結果等についても報告する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) <CM→かかりつけ医※>
	□整理した課題に基づき「ケアプラン原案」を作成する		●ケアプラン原案
退院前CC 開催時	<b>STEP4：退院前カンファレンスでは、多職種で退院後の生活を意識した生活課題を検討する</b>		
	退院前カンファレンス □入院医療機関から「利用者の医療上の生活課題(ニーズ)」を確認する □作成した「課題整理総括表(案)」や「ケアプラン第2表(案)」(持参した「ケアプラン原案」)をもとに、CMが提示した各課題に対し、関係職種から意見・助言をもらう		●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら)ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
	<サービス担当者会議を同日開催の場合>	□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●課題整理総括表(案) ●ケアプラン第2表(案) ●(可能なら)ケアプラン原案 <CM→入院医療機関>
退院時CC 開催後 退院時	<b>STEP5：退院前カンファレンス後に、多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる</b>		
	<サービス担当者会議を同日開催の場合>		
		□退院前カンファレンスで受けた指摘を取り入れた「ケアプラン原案」を、関係者に配布する	●ケアプラン
	<退院前カンファレンスとサービス担当者会議が同日開催でない場合>		
	□入院医療機関の多職種からの指摘事項を受けて、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	□サービス担当者会議を開催し、関係者と退院前カンファレンスでの関係職種の助言を共有化する	●ケアプラン原案
	□ケアプランを完成させ、関係者に配布する	●ケアプラン	
	□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/介護支援連携指導書 など)	●看護サマリー ●リハサマリー ●介護支援連携指導書 <本人・家族や入院医療機関→CM> ●退院・退所情報記録書	
	□かかりつけ医※へ退院前カンファレンスの内容及び新たなケアプランについて報告する □入院医療機関の外来看護師へ渡す	●ケアプラン	
<b>《 退 院 》</b>			
在宅	<b>STEP6 医療機関へモニタリング結果をフィードバックする(1ヶ月後)</b>		
		□医療機関へフィードバックの必要性を確認 □(必要な場合)誰にフィードバックすべきか確認 □(必要な場合)退院後の生活状況について、左記資料を提出と共に、適宜、口頭で補足説明 □本人・家族へもフィードバックの同意をとる	●医療機関側の必要に応じた資料を準備 (以下、コピーを添付) ・フェイスシート ・ケアプラン第3表 <CM→医療機関>

※主治医意見書記載医師

◆様式 1：利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから「5つのお願い」シート

様

事業所名：（ ）

担当ケアマネジャー名：（ ）

連絡先：（ ）

**利用者・ご家族の方へ  
担当ケアマネジャーから「5つのお願い」**

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

もしも、利用者さまが入院された場合は…、

- ① 病院へは「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参して下さい
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい  
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい  
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は…、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい  
(特に、「病状」や「退院の目処」)

家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院の目処がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるよう  
に、ご家族からも病院にお願いして下さい

◆様式2： 入院時情報提供書 – おもて面

入院時情報提供書（ケアマネジャー → 医療機関）

※ケアプラン1表・2表・3表／興味関心チェックシート／お薬手帳（いずれもコピー）／住環境に関する写真などを添付

病院 担当者 様

（記入日： 年 月 日 / 入院日： 年 月 日）

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。

担当ケアマネジャー名 (フリガナ)	電話番号
居宅介護支援事業所名	FAX番号

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まり次第、連絡をお願いします
- ・必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひケアマネジャーを同行させて下さい

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
	生年月日	明・大・昭・平	年	月	日生
住所	電話番号				
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（2階居住）	エレベーター	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
・住まいに関する特記事項（ ）					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請				
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				
障害高齢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				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		
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. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	キーパーソン (連絡先)	氏名 (続柄/年齢) ( )
主介護者(年齢)	( 才)		( )

3. 本人／家族の意向について

本人の性格／ 趣味・関心領域 など	
本人の生活歴	
入院前の 本人の意向	
入院前の 家族の意向 (特に生活について)	

4. 今後の生活展望について（ケアマネとしての意見）

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力*	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態／認知症である <input type="checkbox"/> その他（ ）
特記事項 (特に注意すべき点など)	

5. カンファレンスについて（ケアマネからの希望）

「院内の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 ・具体的な要望（ ）



◆様式2： 入院時情報提供書－うら面

6. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助					
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <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	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	・朝：__時頃 ・昼：__時頃 ・夜：__時頃				食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	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	UDF等の食形態区分				
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	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			
	排便	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 ( )		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	時間/日		
喫煙量		本くらい/日あたり			飲酒量	合くらい/日あたり				
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	<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		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						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <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 ( )								
疾患歴*		<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*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 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"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
医療処置*		<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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <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 ( )								
7. 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		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )			
薬剤管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： ) ・管理方法： ( )								
服薬状況		<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない								
お薬に関する、特記事項										
8. 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)			診察方法・頻度		<input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月・週			
* = 退院支援者スクリーニング必要項目 (記入日： 年 月 日 現在の状況)										

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート－おもて面

退院に向けたヒアリングシート ～「課題整理総括表」の作成に向けて～

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要 区分変更 )
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	
今回の入院概要	入退院日	・入院日：H ____年 ____月 ____日		・退院予定日：H ____年 ____月 ____日	
	入院原因疾患				
	入院先	_____(病院) _____(病棟) _____(階) _____(号室)			
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし			
①疾患と入院中の状況	現疾患の状況		既往歴		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ( )		UDF等の食形態区分	
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		義歯	<input type="checkbox"/> 元々なし <input type="checkbox"/> 入院中は使用なし <input type="checkbox"/> 入院中使用
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 出来た <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 本人にまかせた			
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )		<input type="checkbox"/> 眠剤の使用	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )			
②本人や家族の受け止め方／意向	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	
	家族の受け止め方				
	退院後の生活に関する本人の意向				
	退院後の生活に関する家族の意向				

2. 課題認識のための情報

③退院後に必要な事柄	医療処置	(処置内容)	⇒ (在宅で継続するための要件)
	看護の視点	<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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <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 ( )	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容／留意点)
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

◆様式3： 退院に向けたヒアリングシート－うら面

症状・病状の 予後・予測		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見直し、急要の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など)						
(心身の状況・環境など) 日常生活の阻害要因	①疾患と入院中の状況から							
	②本人・家族の受け止め/意向から							
	③退院後に必要な事柄から							
	④その他							
状況の事実		現在の状況	要因	改善/維持の可能性	状況・支援内容等	見通し		
移動	室内移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化	例) おおよその到達可能なレベルの確認(どの位の期間で、どのレベルまでいけそうか など)			
	屋外移動	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
食事	食事内容	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	食事摂取	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
排泄	排尿・排便	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	排泄動作	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
口腔	口腔衛生	支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
	口腔ケア	自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
服薬		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
入浴		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
更衣		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
家事動作		自立 見守り 一部介助 全介助		改善 維持 悪化				
コミュニケーション能力		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
認知		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
褥瘡・皮膚の問題		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
行動・心理症状(BPSD)		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
居住環境		支障なし 支障あり		改善 維持 悪化				
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種						
(回目)	____年 ____月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )				
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )				
(回目)	____年 ____月 日	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )				
		<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 ( )	<input type="checkbox"/> ( )				

## ■委員名簿

### □委員（敬称略・五十音順 \*委員長を除く）

委員長 川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
委員 有澤 賢二	公益社団法人 日本薬剤師会 常務理事
清崎由美子	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 事務局長
齋藤 訓子	公益社団法人 日本看護協会 常任理事
榊原 次郎	公益社団法人 日本医療社会福祉協会 調査研究部
鈴木 邦彦	公益社団法人 日本医師会 常任理事
高野 直久	公益社団法人 日本歯科医師会 常務理事
中林 弘明	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 副会長

### □作業部会メンバー（敬称略・五十音順 \*リーダーを除く）

リーダー 川越 雅弘	国立社会保障・人口問題研究所 社会保障基礎理論研究部 部長
メンバー 加藤 希	一般社団法人 全国訪問看護事業協会 推薦 公益社団法人 中央区医師会 訪問看護ステーションあかし 所長
倉本 啓子	公益社団法人 日本歯科医師会 推薦 公益社団法人 豊島区歯科医師会 倉本歯科医院 歯科衛生士
行田菜穂美	公益社団法人 日本看護協会 推薦 聖マリアンナ医科大学病院 看護部主任
斉藤 秀之	公益社団法人 日本理学療法士協会 副会長
根本ひろ美	公益社団法人 日本薬剤師会 推薦 ねもと薬局グループ よしの薬局 代表
能本 守康	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常任理事
堀部 徹	一般社団法人 日本介護支援専門員協会 常務理事 医療法人 紀典会 専務理事 社会福祉法人 広虫荘 副理事長
山崎まどか	公益社団法人 日本医療社会福祉協会 調査研究部理事 JCHO 東京新宿メディカルセンター 医療ソーシャルワーカー

□アドバイザー（敬称略・五十音順）

高田 靖（歯科医師）	公益社団法人 豊島区歯科医師会 専務理事 高田歯科医院 院長
土橋 正彦（医師）	公益社団法人 千葉県医師会 副会長 土橋医院 院長

□オブザーバー（敬称略・五十音順）

石山 麗子	厚生労働省 老健局 振興課 介護支援専門官
田代 善行	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係 係長
丹 菜々子	厚生労働省 老健局 振興課 人材研修係 係員

平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業

---

**入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえた  
ケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業**

**報告書**

---

平成 29 年 3 月 31 日

株式会社日本能率協会総合研究所

〒105-0011 東京都港区芝公園三丁目 1 番地 22 号 TEL03(3578)7619 FAX03(3432)1837

