

コスモス病院 入退院支援マニュアル



2024年4月作成 入退院支援チーム

はじめに

臼杵市は、「地域包括ケアシステム」が提唱される以前から、全国の10年先を行く少子高齢化の先進地域と言われてきました。院内も入院患者が高齢化し、「治す治療」だけでは対応できない「入院中から退院後の生活を考えた医療看護」を提供する必要があるとの考えが芽生えました。退院後も療養生活支援の継続が必要な慢性疾患（心不全など）患者を、在宅の医療介護従事者と同じマインドで支えていこうとする活動は、今の退院支援の基礎になったと思います。また、2012年地域包括ケアシステムの考え方のもとスタートした「地域医療介護連携推進事業」に、全国に先駆けて参入し地域の介護スタッフとの活動に力を入れていたこと、退院支援の重要性に気づき地道に院内の体制構築に力を注いできたリーダーたちの活動も、当院の医療のあり方を方向付けるものとなりました。

現在、地域では少子高齢化をはじめ、単独世帯の増加、認知症患者の増加、在宅の介護力の低下、医療依存度の高い方が利用できる施設の不足、経済的社会的弱者等、様々な問題があり、在宅を支える医療介護従事者が、懸命にその方々の生活を支えています。その在宅チームが支える様々な問題や背景を持つ患者や家族が、当院には入院されます。当然のことですが、退院後の生活を考え、患者家族が地域で最期まで「自分らしく」生活できる様支援する事は、病院の大きな役割となり、2022年看護部は、「医療と生活をつなぎ、地域住民が最期までその人らしく生活することに貢献する」というミッション（使命）を掲げ、入院中だけ外来だけの看護でなく、地域の生活に軸足をおいた看護を目指すこととしました。2023年4月より、当院は在宅診療支援チームをスタートさせ、退院以降の移行期ケアをはじめ、在宅での医療の安定的継続のための訪問診療や往診のコーディネートや訪問看護や居宅介護事業所などとの連携を深化させようとしています。

「コスモス」はギリシャ語の“安寧” “人の心の調和と秩序がとれている状態”を意味します。コスモス病院は、臼杵の町に安寧をもたらす病院でありたいという願いを込め命名されました。今回、退院支援マニュアルの見直しが行われ、活用される事で、多くの看護師が、本来看護に求められる役割を理解し、患者家族の「自分らしい生活」を支援する看護を実践し、看護にやりがいを持てる事を願っています。

2023年11月

看護部長 安東直美

入退院支援マニュアル 目次

はじめに	P1
I. 入退院支援マニュアルの作成経緯と活用について	P4
1. 退院支援ってなんだろう	P5
2. 退院支援に求められる看護師の役割	P6
3. 受け持ち看護師（プライマリーナース）になったら	P7
II. コスモス病院入退院支援 MAP	P8
III. 意思決定支援	P10
1. 意思決定支援とは	P11
2. 意思決定支援の流れ	P12
IV. 第1段階（外来～入院後48時間）	P13
1. スクリーニング	P13
2. 情報収集・アセスメント・看護計画立案	P13
3. 初回カンファレンス	P14
4. 入院時必要な書類について	P14
• 入院診療計画書	
• 介護支援計画書	
• 退院支援計画書	
5. 当院における実際の流れ	P15
V. 第2段階（入院3日目～退院まで 受容支援・自立支援）	P16
1. 医療課題へのアプローチ	P16
1) 当院における医療課題の考え方と支援の実際	
2. 生活課題へのアプローチ	P17
1) 当院における生活課題の考え方と支援の実際	
VI. 第3段階（必要となった時期～退院まで サービス調整）	P19
1. 医療課題を療養先へつなぐ	P19
1) 退院前における医療課題の考え方と支援の実際	
2) 退院後の医療処置	P22
（在宅療養指導管理料・当院で多い在宅療養指導管理料が算定できる医療処置）	
① 当院での実際の流れ	P23
② 各処置の注意事項	P24
③業者からレンタルする医療機器	P29
2. 生活課題を療養先へつなぐ	P30
1) 退院前における生活課題と支援の考え方	

2) 家屋調査	P32	
Ⅶ.カンファレンスについて		P33
1. 当院で行われている入退院支援関連したカンファレンス		
1) 各部署で行われているカンファレンス		
2) 拡大カンファレンス		
3) その他カンファレンス		
2. 効果的な運営方法		
3. カンファレンスの記録		
Ⅷ.前方支援・後方支援		P39
1) 療養支援室の役割	P39	
2) 在宅医療支援チームの役割	P40	
3) 外来看護師の役割	P41	
Ⅸ.社会資源情報と調整		P42
1. 訪問看護との連携	P42	
2. 介護支援専門員との連携	P43	
3. かかりつけ医との連携	P44	
X.入退院支援に関わる診療報酬		P45
XI.事例		P46

資料

- CE が管理している医療機器
- 市内医療機関・介護サービス・居宅介護支援事業所・福祉施設一覧

参考・引用文献

- 1) 一人ひとりの看護職が行う退院支援マネジメントガイドライン：社団法人山梨県看護協会
- 2) 退院支援実践ナビ：宇都宮宏子 編著：医学書院
- 3) 退院支援ガイドブック：宇都宮宏子 監修：学研
- 4) これからの退院支援・退院調整 宇都宮宏子・三輪恭子編：日本看護協会
- 5) 看護者が行う意思決定支援の技法30 川崎優子 医学書院

I. 入退院支援マニュアルの作成経緯と活用について

当院では「医療を通じて地域から信頼と笑顔を」という病院理念のもと、看護部では「人を大切にし、ぬくもりのある看護・責任のある看護」という看護理念を掲げています。

患者が住み慣れた場所でその人らしく生活していけるような看護をめざし、2013年に退院支援チームを立ち上げ、入退院支援の先駆者である宇都宮宏子先生のかかげる「医療課題・生活課題・意思決定支援」と「退院支援の3段階」の考え方を基に勉強会や研修を行い、多職種カンファレンス・退院後訪問・退院支援マニュアル作成・退院時準備物品のシステム化などに取り組んでまいりました。

しかし、2020年コロナ禍となり私たちをとりまく環境は大きく変わり、院外外出の制限や家族の面会制限など今までの方法で退院支援を行うことが困難となりました。研修や勉強会も制限され、近年入職されたスタッフは「入退院支援って何？」と思っている人も少なくないと思います。また、患者・家族の在り方・価値観も多様化しており、退院支援に対して苦手意識を持つスタッフも多いと思います。

今回「現場で誰もが活用できるツールにすること」をコンセプトに2014年に作成した退院支援マニュアルの改訂を行いました。このマニュアルには、誰もが入退院支援を理解し、現場レベルで行動できるよう当院で多くみられる疾患別退院支援のポイントも盛り込みました。「退院支援は看護過程そのもの」と宇都宮先生は著書の中で述べています。このマニュアルが皆さんの日々の看護の一助となり、退院後の生活を見据えた看護の提供に役立てていただければと思います。

2024年入退院支援チーム

1. 入退院支援ってなんだろう

30年前の医療現場では医療課題が終了・安定すれば「退院」となり、医療課題の解決が目標におかれた看護が主流でした。入院によりADLが低下し自宅での生活が困難となれば長期療養できる病院を探す、特別養護老人ホームなど施設を探すなど自宅に帰れない事例もありました。

しかし、超高齢化社会の到来とともに2000年介護保険制度が創設され、地域包括ケアシステムが国家主導のもとすすめられてくると、看護においては「医療課題の解決だけをめざした退院」を目標とするのではなく、退院後も住み慣れた場所で療養生活を継続できる在宅療養移行支援（＝入退院支援）が求められるようになりました。

入退院支援とは外来や入院中から退院後の生活をイメージして看護を行い、地域医療や介護に移行するためのマネジメントを行う支援のことです。医療課題の解決だけを目標とするのではなく、病気や障害を抱えながらどうすれば患者が望む場所で生活できるのかを患者・家族と一緒に考え計画し支援していく過程を入退院支援といいます。看護過程と似ていると思いませんか？

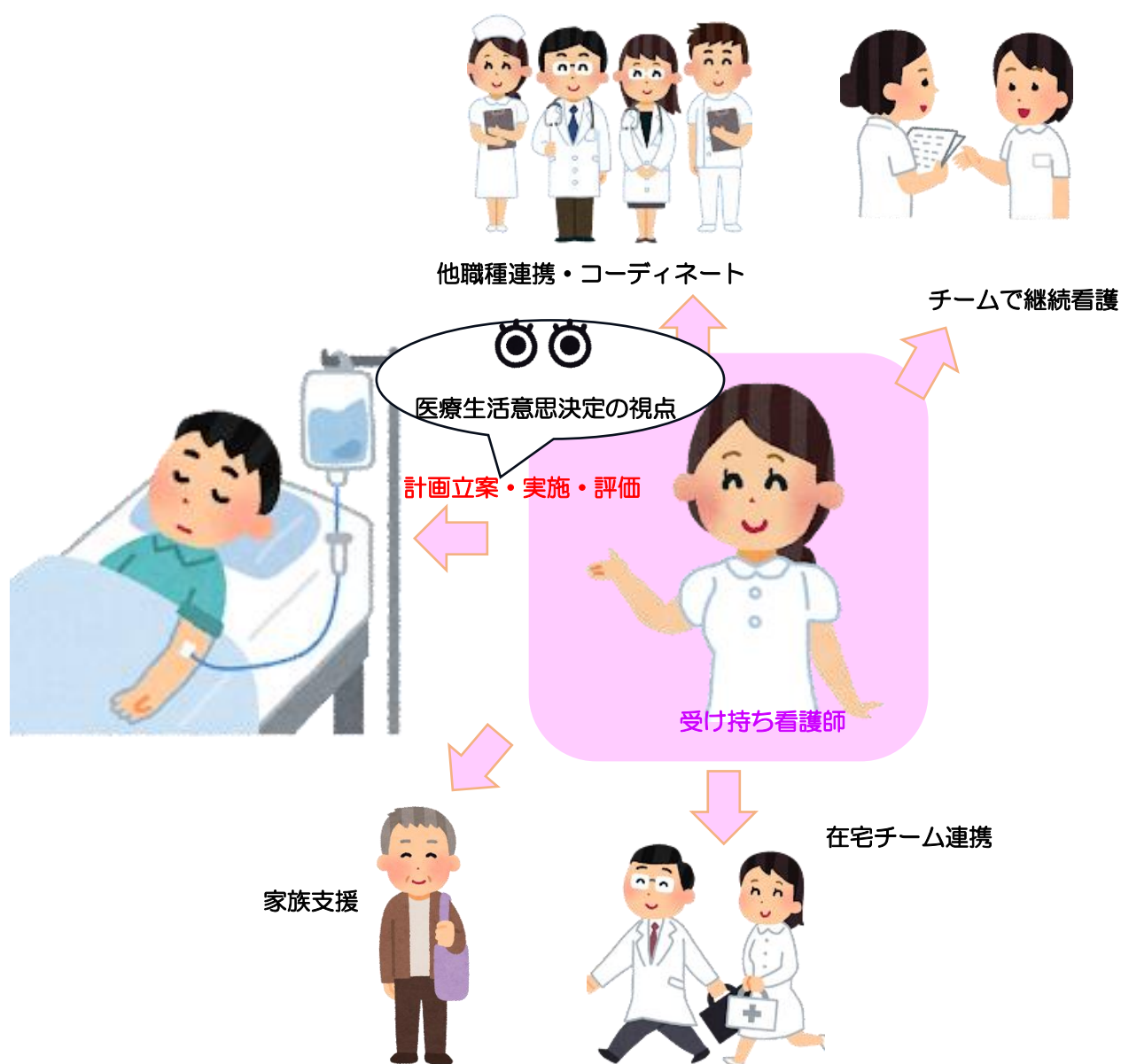
入退院支援は決して難しいことではありません。看護学校や大学で誰もが習った看護過程そのものなのです。病気・症状（医療課題）とともに障害・生活背景（生活課題）をアセスメントし計画を立て実践・評価していく、私たちが日々おこなっている看護そのものが入退院支援です。

2. 入退院支援に求められる看護師の役割

入退院支援は、患者とその家族が、病院から在宅へ安心してその人らしい生活を継続できることを目標とします。

看護の専門性は「患者目線・生活目線で必要とされる医療を見極め、医療専門職の立場から、病態悪化を予防し、自立した疾病管理・療養生活の安定を支援すること、患者が生活者として生きることを支援すること」にあります。

当院ではプライマリーナーシングを軸にしたチームナーシングを行っています。一人の患者に対し受け持ち看護師が主となりチームで継続した看護を行っています。受け持ち看護師は**医療・生活・意思決定の視点で看護計画を立案**し、看護チームで継続できる看護の展開を行います。また、医師をはじめとする多職種との連携・チームのコーディネート・家族への支援・院外チームとの連携も受け持ち看護師の大切な役割です。



3. 「受け持ち看護師（プライマリーナース）になったら」

	備考
①受け持ち患者へ挨拶をする。	
②家族へ挨拶をする。	計画書（入院診療・退院支援・介護支援）のサインをもらう、または連絡する際のタイミングで聴くとよい。今までの生活や家族の思いや希望などを聴く。
③主治医へ挨拶をする。	現在の状態・治療方針・今後の予測について聴く。
④リハビリ担当・MSWへ挨拶をする。	今のADLや目標について共有する。
⑤情報収集	入院時に聴きとれなかった情報収集を行う。 ケアマネジャーや訪問看護に連絡をとる。 入院前の生活、使っているサービス、気がかりなことについて聴く。
⑥看護計画をたてる。適時、評価・修正する。	医療・生活・意思決定の視点で計画を立てる。 （看護記録手順参照） 課題を明確にし、評価していく。
⑦看護を実践する。	当マニュアルの第1段階～第3段階の章参照
⑧チームで支援できるよう、看護メモ・オーバービューの観察項目の整理、カンファレンスの際情報共有など行う。	
⑨外来・院外のサービス担当者との連携をとる。	

まずは患者さんにあいさつ。
ベッドネームへ担当看護師の
記載も忘れずにね。



Ⅱ.コスモス病院入退院支援 MAP

コスモス病院入退院支援 MAP は当院で行われている入退院支援を表にしたものです。

横軸は時間、縦軸は意思決定支援（患者・家族の思い）→カンファレンス→記録→ケア→診療報酬の項目とし、実際私達が行っている事柄が入退院支援のどの時期のどの部分なのかをわかりやすくまとめたものです。

MAP の項目の各論についてはこのマニュアルの中で詳細にまとめてあります。自分が何をすればいいのか・今患者はどの時期なのか迷ったとき、症例を振り返る時、後輩に説明する時などにこの MAP を活用してください。



Ⅲ. 意思決定支援

1. 意思決定支援とは

「嚥下障害があります。この先、口から必要な栄養を摂取することは難しいと思われます。」

このような病状説明に同席したことはありませんか？その時あなたは患者・家族に対してどのような看護を行いますか？

意思決定とは「ある目的のために複数の案から最適と思われる案を選択すること」です。入院がきっかけでこれまでの生活の再構築を余儀なくされる患者・家族は少なくありません。患者・家族にとっては希望する人生とかけ離れた選択となる場面も多々あります。意思決定支援とは「患者・家族が病気・病態とどう向き合っているかをしっかり理解し、十分に受け止めながら退院に向けて適応していく患者を支えること」^{※1)}です。

意思決定を支援するにはその人の人生の中でどのような選択をすることが最もよいのか、患者・家族の価値観に基づいて意思決定を共有することが重要です。^{※2)}

※1) これからの退院支援・退院調整 P28 ※2) 看護者が行う意思決定支援の技法 P3



2. 意思決定支援の流れ

<p>【入院～急性期】</p> <p>① 入院診療計画書を用い、入院予定期間の説明。</p>	<p>○患者・家族が病状をどのようにうけとめているかを聴く。 (医師の説明の理解の程度)</p> <p>○患者・家族が退院後どのように過ごしたいかを聴く。 (退院先の希望、生活について)</p>
<p>① 医療従事者間で情報共有を行う。</p>	<p>○医師の治療方針・今後の治療予測を基に方向性の統一を図る。(残りそうな医療・生活課題は何かを共有する)</p>
<p>③ 患者の状態に応じ医師に病状説明が必要か確認・相談・提案し、病状説明の場を設定する。</p>	<p>○病状説明(インフォームドコンセント/以後ICとする)あった方がよい例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療効果が期待できない。 ・患者、家族の理解が乏しい。ずれがある。 ・治療内容が大きく変わる。 ・患者、家族から希望があった場合
<p>④ 病状説明後は、患者・家族へ説明の理解と意思を聴き、必要時多職種で共有する。</p>	<p>○聞き取った内容は「#意思決定支援」のラベルをつけ経過記録に記録する。</p>
<p>⑤ 患者・家族の思いの変化はないかその都度確認していく。</p>	<p>○変化があった場合、必要時、関係スタッフ・患者・家族で話し合いの場を設ける。</p>
<p>【治療安定期～退院】</p>	
<p>① 医療、生活、意思決定上の課題は何か再度整理をする。</p>	<p>○患者・家族と退院後の生活をイメージする。 (起床からはじめ24時間軸で一緒にイメージしていく。)</p> <p>患者・家族との対話は一度きりでなく、面会時など積極的に最近の様子を伝え対話を継続していく。</p>
<p>② 主治医に退院の時期を確認する。必要があれば患者・家族に退院後の医療課題について主治医からの説明の場を設ける。</p>	<p>○ICがあった方がよい例</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院後に医療処置が必要となる場合 ・病状が安定しにくい。症状のコントロールが難しい。 ・患者、家族と医療者にずれがある。 ・患者、家族から希望があった場合 <p>○在宅サービス関係者や外来・在宅医療支援チーム・療養支援室が退院後継続して関わる場合は、ICに参加依頼する。</p>

【意思決定支援のポイント】

- ① 患者・家族の思い(意思・希望)を表面化する。
- ② 患者・家族の思い(意思・希望)を中心に考える。
- ③ 患者・家族の思いはゆらぐものだとして理解する。
- ④ 医療、生活上の課題があってもその人らしく過ごせる選択を一緒に考えよう。
- ⑤ 俯瞰の目。迷ったら1ひき、客観的に考えてみよう。
- ⑥ 一人で進めない。困ったら相談し、多職種で進めていこう。

IV. 第1段階（外来～入院後48時間）

第1段階：スクリーニングとアセスメント（外来～入院後48時間以内）

- 退院支援が必要な患者のスクリーニング
- アセスメント
- 支援の必要性を患者・家族と共有し、動機付けする

1. スクリーニング

スクリーニングは、早期に退院支援の対象となる患者を判断する重要な業務です。外来で入院が決定した時から入院後48時間以内を目安に、看護師は退院支援が必要なケースを判別します。退院支援の必要性を早期に評価し、患者や家族の様子を把握することで、退院後の生活を意識した看護計画や医療的介入が行いやすくなります。

ただし、入院中には病状の悪化など、患者自身の状況に変化が生じるケースも少なくありません。入院初期段階のスクリーニングで「退院支援の必要がない」と判断した場合も、随時再チェックが求められます。

【当院のスクリーニング】

スクリーニング	入院支援看護師か病棟主任
記録	電子カルテ内 ↓ 診療連携 ↓ 退院支援 ↓ 退院支援判定 該当項目にチェックがついたら退院支援担当を看護師かMSWか選択する。 入院支援看護師は入院チェックリストの退院支援スクリーニングに済か未をチェックする。 未の場合は病棟主任がスクリーニングを行う。 入院支援看護師が介入していない場合も病棟主任がスクリーニングを行う。

2. 情報収集・アセスメント・看護計画立案

スクリーニングで退院支援の必要性などを把握した後は、アセスメントによって患者の状態を分析・評価しながら退院後を見据えた計画的な看護を目指します。また、アセスメントでは、次の2つに分けて情報を整理するのが重要です。

1 医療管理に関する情報

退院後も継続する医療管理や処置を把握する。さらに、日常生活に復帰した際に、患者が自己管理できる可能性や家族のサポートが期待できるかどうかを検討する。

2 生活ニーズに関する情報

入院前の生活状況を把握したうえで、入院生活によってどこが変化するのか、リハビリでどこまで回復可能かを検討する。

(出典：公益社団法人山梨県看護協会「退院支援マネジメントガイドライン」)

3. 初回カンファレンス

チームで情報を共有し、より良い退院支援ができるように初回カンファレンスを行います。カンファレンスには、病棟看護師だけでなく主治医やリハビリスタッフ、医療ソーシャルワーカー、療養支援看護師・薬剤師・栄養士などの多職種の医療スタッフと患者やその家族が参加するのが理想ですが、集まらない場合も病棟看護師が中心となってそれぞれの意見や考え・今後の予測などを共有していきます。

(当マニュアル カンファレンスの章参照)

4. 入院時必要な書類について

(1) 入院診療計画書

- 医師、看護師等の共同により策定された入院診療計画である。
- 病名、症状、推定される入院期間、予定される検査及び手術の内容並びにその日程、その他入院に関し必要な事項が記載された総合的な入院診療計画である。
- 患者が入院した日から起算して**7日以内**に、当該患者に対し、当該入院診療計画が文書により交付され、説明がなされるものである。

(2) 介護支援計画書 介護支援等連携指導料 400点 包括算定不可

- 入院中に2回加算できる。
- 2回目は医療福祉連携シートで可
- 急性期病棟でのみ算定可能。
- 地域包括ケア病棟では算定できない

(3) 退院支援計画書

- 退院支援計画を実施するに当たって、入退院支援加算1にあっては、入院後**7日以内**に病棟の看護師及び病棟に専任の入退院支援職員並びに入退院支援部門の看護師及び社会福祉士等が共同してカンファレンスを実施する。

スクリーニング + 多職種カンファレンス + 退院支援計画書 + 面談 + 記録

- ・ 入退院支援加算1 一般病棟入院基本料等の場合 700点
療養病棟入院基本料等の場合 1,300点

入院診療計画渡した際は書類を説明し渡した際に
記録も必ず残しましょう。
その際患者・家族の反応を書くことも忘れずに！！



5. 当院における入院時の実際の流れ

項目	
① 入院時情報収集	データベースをもとに情報収集する。 患者・家族からの聴きとりだけでなく、診療情報提供書・ケアマネジャーや訪問看護からのサマリーも参照する。 家族とコンタクトをとるのにちょうどよいタイミングなので患者・家族の思い、希望を尋ねる。 (※マニュアル意思決定支援参照)
② 入院診療計画書作成	医師の記載後、必要欄に記入し2枚プリントアウトする。医師の印鑑を捺して、患者・家族に説明。一枚は患者に渡す。サインをもらい看護経過記録に記載する。その際患者・家族の反応も忘れずに記載する。 (看護記録基準手順マニュアル参照)
③ 看護計画作成	看護計画マスターを利用し、追加・修正する。マスターになれば新規で作成する。(看護記録手順参照)
④ 3点(栄養・転倒・褥創)スクリーニング	院内ルールに沿って行う。
⑤ オーバービュー・処置ワークリスト項目設定	オーバービューの観察項目は入院病名・症状から必要な項目を選択する。(看護記録手順参照)
⑥ スクリーニング・カンファレンス	病棟主任・MSW/療養支援看護師が入院当日～3日目までに行う。カンファレンスも同時に行う。患者共有記録に記載する。
⑦ スクリーニングで退院支援要となった患者に対して退院支援計画書作成 (入院7日以内に作成)	退院支援担当者が記載しプリントアウトする。病棟のルールに沿って患者・家族に説明しサインをもらう。その旨を経過記録に記載する。
⑧ 介護保険利用者に対して介護支援計画書を作成	受け持ち看護師が記載しプリントアウトする。病棟のルールに従って患者・家族に説明しサインをもらう。その旨を経過記録に記載する。

V. 第2段階（入院3日目～退院まで）

1. 医療課題へのアプローチ

患者は生活の場から「医療」を受けるために入院をします。そのため、入院目的は「疾患の治療を行うこと」です。退院支援における医療上の課題は「病状確認（病名）・治療方針・今後の予測」を多職種で共有することが大切です。

1) 当院における医療課題の考え方と支援の実際

項 目	方 法
① 入院病名・入院経緯・既往歴の確認をする。	主治医カルテ・入院診療計画書・フェイスシート・患者プロフィール・かかりつけ医の診療情報提供書/訪問看護/ケアマネジャー情報（患者ファイリング）・石仏ネットなどから情報収集する。
② 疾患・症状を理解し観察する。	実際の患者の訴えを聴き患者を観察する。看護経過記録、オーバービュー・検査データ・医師カルテなどから情報収集する。
③ 疾病・症状の原因は何か考える。	生活背景・今までの治療歴（持参薬・処置等）などからアセスメントする。
④ どのような治療が行われているか理解する。 ※病院での治療とは食事療法・運動療法・対症療法（補液・酸素など）・薬物療法・外科的処置の視点が考えやすい。	新しく始まった薬、治療（点滴・注射・栄養療法・人工呼吸器装着・手術など）、検査を確認する。主治医に尋ねる。
⑤ 疾病の予後（どの程度まで回復するか？増悪のリスクはあるか？どの程度の治療期間が必要か？）を確認する。	主治医に尋ねる。カンファレンスの場を利用してもよいし、主治医が来棟した際受け持ちになったことを伝えるとともに尋ねてみるとよい。 ※ある程度情報収集した上で主治医とコンタクトを取ること。
⑥ 患者・家族の病気・症状・入院に対するうけとめはどうか確認する。理解度をアセスメントする。	※マニュアル意思決定支援の章参照
⑦ 疾病・症状に対してどう看護していくか計画する。	医師の治療計画に沿って症状の安定・合併症の予防を目標に看護計画立案する。（※看護記録手順参照）日々の処置や注意事項は看護メモに記載する。オーバービューの項目を適時修正する。
⑧ 看護計画に沿って実践し、評価する。適時計画修正する。	課題解決の方法が分からなければ、カンファレンスの場を利用するなどし、ペアやチームで支援の方法を話し合う。カンファレンスに参加できなければきちんと評価し記録に残す。

①～⑥を踏まえ、課題を明確にし、多職種（主に主治医）と共有・評価を繰り返し、シンプルなケアで在宅への継続医療へとつなげる。

2. 生活課題へのアプローチ

「生活・介護上の課題」を考えるときに重要な視点は「入院前の生活状況との比較」です。患者は、「入院する前と比べてADL/IADLはどう変化したのか、回復の見込みはあるのか、リハビリを継続する必要性はあるのか？」などを考えながらケアを提供していきます。

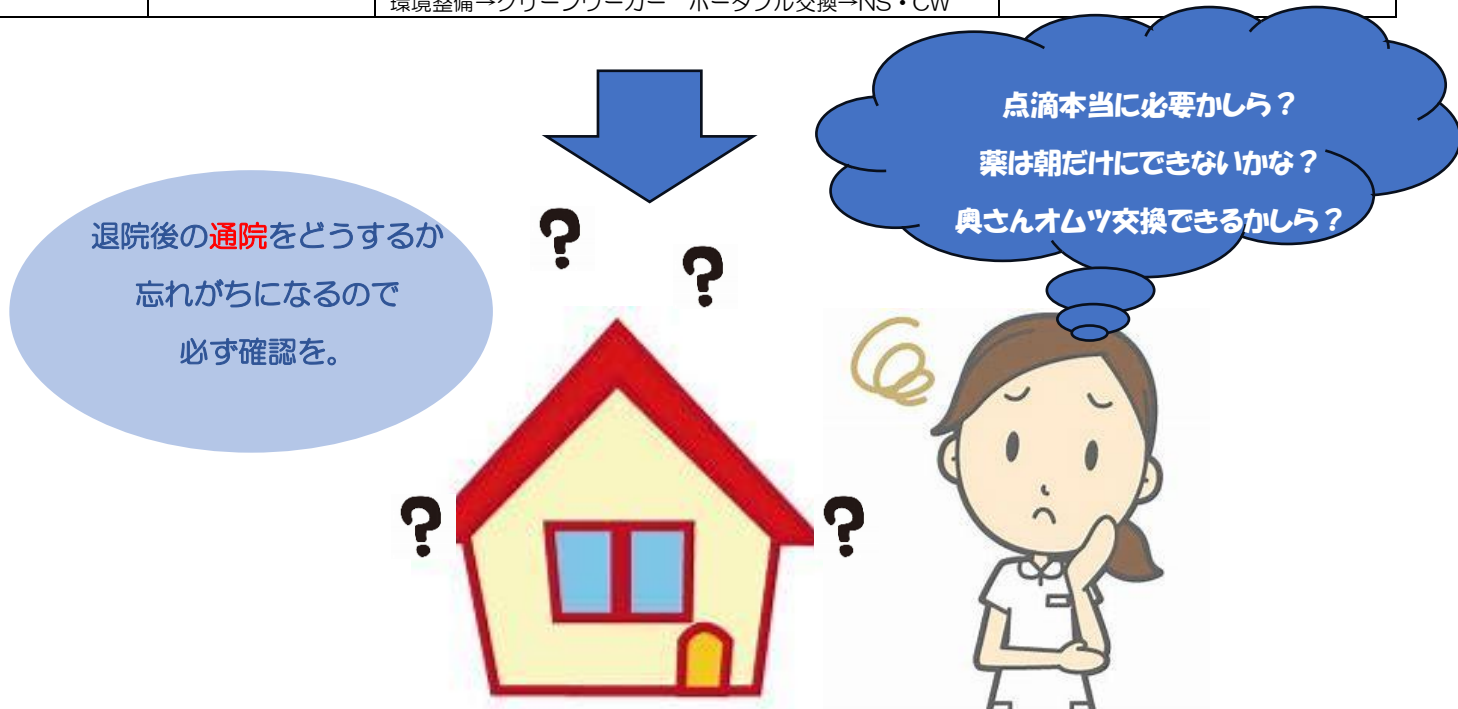
1) 当院における生活課題の考え方と支援の実際

項目	方法
① 入院前の生活状況を確認する。	<ul style="list-style-type: none"> ・患者、家族から聴きとる。 ・フェイスシート・患者プロフィール・かかりつけ医の診療情報提供書/訪問看護/ケアマネジャー情報（患者ファイリング）・石仏ねっとなどから情報収集する。 <p>生活課題を考える時の視点</p> <p>食事：摂取動作・嚥下の評価・食事形態・環境</p> <p>清潔行動（入浴・洗髪・洗面・歯磨き）・更衣・整容：入浴場所・方法・介助量</p> <p>排泄：排泄場所（ベッド上・ベッドサイド・病室内トイレ・病棟トイレ）尿・便意の有無、動作の自立度、介助量・おむつの利用状況、始末はどこまでできるか、排便コントロールの有無</p> <p>※退院後に最も重要な問題は排泄管理！</p> <p>移動：移動方法・補助具の使用状況・介助量・環境（手すりなど）</p> <p>IADL：外出頻度・目的と外出方法（車の運転、バス、タクシーの利用/買い物・通院/趣味など）調理・片付け・掃除・洗濯（洗う・干す・とりこむ・たたむ）ゴミ出し・金銭管理など</p>
② 病状の変化に伴いADL/IADLにどのような影響が考えられるかを予測する。	<p>現在の状態と本人・家族の希望を確認する。</p> <p>①ベッドサイドや病棟での状態 ②リハビリでの状態 ③本人・家族が望む状態</p>
③ ADL/IADL 評価を基に今後の治療やリハビリにより、医療チームが目指すゴールを一致させる。	<p>直接、担当PT・OT・ST・MSWに尋ねたり、カンファレンスの場を利用し目標設定する。その日のリハビリの時間をあらかじめ確認し、リハビリの様子をみたりMSWの面談に同席するなどすると目標共有しやすい。</p>
④ 共有した目標に対してどう看護していくか計画・実施・評価する。	<p>③で共有した目標に沿って看護計画立案する。（※看護記録手順参照）日々のケア内容や注意事項は看護メモに記載する。オーバービューの項目を適時修正する。</p> <p>支援方法が分からない場合はカンファレンスを利用し、チームで検討する。カンファレンスに参加できない場合はきちんと評価し記録しておく。</p>
⑤ 患者・家族の生活課題に対するうけとめはどうか確認する。理解度をアセスメントする。	<p>※マニュアル-意思決定支援の章参照。</p> <p>必要時リハビリ見学・家屋訪問など計画する。</p> <p>※マニュアル-家屋評価の章参照。</p>

退院に向けての準備は、退院後の生活を見据えた視点が大切！

迷ったら・・・日々病棟看護師が実施している医療処置・食事・排泄・保清・移動の項目を24時間の時間ごと、曜日や週ごとの予定を含め書きだしてみよう！その表から在宅で実際に患者・家族が行えるのか、どのようなサポートが必要なのかイメージしてみましょう。

	起床	朝食	昼食	夕食	就寝
医療ケア	酸素 吸引	点滴 配薬 医師診察	吸引	吸引	吸引
身体ケア		オムツ交換 口腔ケア・食事介助	検温 リハ	配薬 オムツ交換・清拭 口腔ケア・食事介助 リハ	配薬 オムツ交換 口腔ケア・食事介助
IADL		調理→厨房（高血圧食・形態きざみ） 配膳→NS・CW 配茶→CW（1日1000ml） 掃除・シーツ交換・ごみ捨て→業者さん 環境整備→クリーンワーカー ポータブル交換→NS・CW			



VI. 第3段階（必要となった時期～退院まで 退院調整）

1. 医療課題を療養先へつなぐ

病院での治療評価が見えてきた時期から、この医療を持って（付き合いながら）「退院後はどう過ごすか？」ということを考えていきます。ここで大切なことは医療の簡素化「シンプル イズ ベスト」です。

1) 退院前における医療課題の考え方と支援の実際

「常に誰が、いつ、どのように管理するか」を考える！

項目	方法										
① 現在行われている治療を確認する。	◎ 実際に行われている薬物療法・食事療法・運動療法・医療処置をピックアップする。わからなければ、チームのスタッフで話し合う。										
② 退院後も継続が必要かを確認する。	◎ 主治医に確認する。特に食事は制限食となっていることがあるため、退院後も必要か確認が必要である。内服も入院中処方開始となった鎮痛剤などは退院後も必要か評価する。										
③ 退院後は「いつ・誰が・どのように」管理するかを確認する。	◎ 以下の項目について本人・家族、主治医、MSW、ケアマネジャーなどに尋ねる。 <ul style="list-style-type: none"> ・ かかりつけ医はどこか、通院方法はどうか、当院再来の有無 ・ 食事療法：誰が調理するか、調理方法は継続可能か ・ 運動療法：理解度 ・ 薬物療法：内服管理方法・管理する人・内服時間、管理しやすいものか（一包化、日付いれるなど） ※事例によっては薬剤師経由で在宅のかかりつけ薬局から情報を得る。 ・ 医療処置：誰が行うか、理解度はどうか ・ 症状増悪の目安を患者・家族・在宅サービス担当者に伝える。 ・ 緊急時の体制を確認する。 例）通常：平日・日勤→かかりつけ医 夜間・休日→当番医（※市内診療所・当院で当番制） 訪問看護介入時：訪問看護→かかりつけ医→当番医 ※夜間救急当番 22 時以降は救急車の受け入れを当院がおこなっている。 										
④ 拡大カンファレンスを開催する。	◎ 患者の状況に応じ拡大カンファレンスを開くか検討する。 在宅サービス関係者に同席を依頼する。（詳細は本マニュアル-カンファレンスの項参照） 【医師が参加した方がよい場合】 <ul style="list-style-type: none"> ・ 新しく医療処置が開始された。 ・ 病状が不安定である。 ・ 患者、家族の理解が乏しい。すれがある。 ・ その他、患者・家族、在宅サービス事業者から希望あった時 ◎ 専門職による説明・指導を設定する。 【他職種による説明・指導の例】 <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr> <td>食事指導（調理方法、制限食について）</td> <td>栄養士</td> </tr> <tr> <td>食事指導（形態・ポジション・介助方法）</td> <td>ST</td> </tr> <tr> <td>運動療法（内容・方法）</td> <td>PT・OT</td> </tr> <tr> <td>薬物療法（薬効・注意事項・服用方法や時間）</td> <td>薬剤師</td> </tr> <tr> <td>医療処置指導（本マニュアル-在宅療法管理料の章参照）</td> <td>看護師</td> </tr> </tbody> </table>	食事指導（調理方法、制限食について）	栄養士	食事指導（形態・ポジション・介助方法）	ST	運動療法（内容・方法）	PT・OT	薬物療法（薬効・注意事項・服用方法や時間）	薬剤師	医療処置指導（本マニュアル-在宅療法管理料の章参照）	看護師
食事指導（調理方法、制限食について）	栄養士										
食事指導（形態・ポジション・介助方法）	ST										
運動療法（内容・方法）	PT・OT										
薬物療法（薬効・注意事項・服用方法や時間）	薬剤師										
医療処置指導（本マニュアル-在宅療法管理料の章参照）	看護師										
⑤ 必要物品を準備する。	◎ 薬 退院後の受診日（かかりつけ医や当院再来日）を確認する。主治医へ必要日数分処方依頼する。（マニュアル-資料退院処方一覧参照） ◎ 退院時準備物品（※マニュアル-医療処置の章参照）										
⑥ 在宅関係者へ連絡	◎ 各関係者へ連絡する。 【かかりつけ医】 主治医が、医師退院サマリー・診療情報提供書（紹介状） ・ 電話などで行う。										

	<p>MSWからも連絡することがある。</p> <p>【訪問看護】 看護師が、看護退院サマリー・電話などで行う。</p> <p>【ケアマネジャー】 MSW、看護師が看護退院サマリー・電話などで行う。 ※看護師退院サマリーの手順は看護記録手順参照。間に合わない場合は担当看護師が責任をもって病棟師長・主任へ報告する。</p>
<p>⑦ 退院日時を決め、退院する際の移動手段を確認する。</p>	<p>◎ 家族に連絡し、退院日・時間を決める。 できるだけ土・日を避ける。可能であれば病棟の退院患者が偏らないよう調整する。（可能な範囲で良い）</p> <p>◎ 移動手段を確認する。基本は家族の迎えで行う。ストレッチャーや車いすで自家用車での送迎が困難な場合は家族に介護タクシーの手配を依頼する。病状が不安定な患者の場合は病院車を手配する。</p> <p>（病院車の手配方法）</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. コメディックス→施設予約→搬送車をみて空きがあるか確認する。 2. 空きがあれば総務課に病院車の予約をする。 （出発日時・搬送先・患者氏名・搬送方法・Ns 同行の有無） 3. 病院車予約用紙に上記事項を記載し、病棟事務に渡す。病棟事務は総務課へ提出する。

【当院で多い管理料が算定できない医療処置】

※ 衛生材料が管理料以外の診療報酬で請求となるか、自己負担または病院負担となる場合があります。

- ・寝たきりでない患者経管栄養・褥創（D2 以下）・創・膀胱カテーテル留置・吸引→主に外来通院でフォロー、退院時物品は保険請求できない。外来で使用した物品は請求可能。在宅で処置する場合は薬局などで自費購入してもらう。
- ・点滴→在宅患者訪問注射管理指導料（100 点/週）にて算定。輸液セット・注射針・アルコール綿などはこの点数に含まれる。

① 当院での実際の流れ

① 説明と同意	◎ 医療処置が必要と医師が判断し患者・家族に説明する。
② 指導スケジュール調整	◎ 担当看護師は指導スケジュールを調整する。 <ul style="list-style-type: none"> ・実際に管理を行う人（以下介護者とする）を確認する。 ・介護者に連絡をとり指導目的・簡単な内容を伝え、指導日と時間を決める。（指導日は複数回可） ・指導スケジュールと指導内容を看護メモ・共有記録に記載する。 ・担当看護師不在の場合は実際指導にあたる担当者を主任・師長と共に決め、前もって依頼する。 ・必要であればパンフレットや物品（例：吸引であれば在宅用の吸引器など）を準備する。当院で作成したパンフレットがある。データもあるので必要時は修正し使用可能。
③ 指導	◎ 部屋持ち看護師は担当看護師が計画した指導内容に沿って患者・家族に手技、管理上の注意点などを指導する。
④ 記録（経過記録）	◎ 部屋もち看護師は指導した内容と介護者の手技・反応・課題、次回の指導内容を記録する。担当看護師にフィードバックする。
⑤ 評価	◎ 担当看護師は実施・評価・実際の介護者の反応など記録で確認し、介護者の医療管理の実際（理解度・手技獲得・負担）を評価する。介護者の医療管理が難しいと判断された場合は代替案をチームや多職種・サービス担当者で検討する。
⑥ 訪問看護との連携	◎ 訪問看護が介入する場合は前もって指導の内容と病棟での評価を情報共有しておく。在宅で継続した指導が必要な場合は依頼する。
⑦ 必要物品準備・患者家族へ説明	◎ 医療機器が必要となる処置（HOT など）の場合、別紙（※当マニュアル 業者からレンタルする医療機器参照）に沿って医療機器の準備をする。 ◎ 衛生材料が必要な処置の場合、必要時準備物品の用紙を用い、物品・項目を修正し、SPD やカートから準備しまとめる。 ◎ 必要準備物品の用紙の半分を文書管理にとりこむ（病棟事務に依頼）→医事課で確認しレセプト請求する。 ◎ 退院時患者・家族へ物品の説明をする。

① 各処置の注意事項（※①の実際の流れに踏まえたうえで処置毎に注意すること）

【HOT（在宅酸素療法）】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか）フォローを新規もしくはかかりつけ医に依頼する場合は主治医から連絡してもらう。
<input type="checkbox"/>	在宅酸素業者を選定する。（かかりつけ医毎に業者が決まっている場合があるのでリーダー・病棟主任や療養支援看護師に確認する。）
<input type="checkbox"/>	酸素業者に連絡する。家屋調査日が決まっていれば同席依頼する。
<input type="checkbox"/>	主治医に在宅酸素指示書の記載依頼をする。主治医が記載したら、病棟事務から総務へ渡す。
<input type="checkbox"/>	家屋調査の際、濃縮装置の置き場所を決める。動線（トイレ・入浴・居間など）確認する。
<input type="checkbox"/>	退院までに携帯ボンベを持ってきてもらう。（練習で使用する場合は少し早めに持ってきてもらう）
<input type="checkbox"/>	取り扱い時の注意について説明する。（火器厳禁、酸素残量の見方、トラブル時の連絡先など）業者が説明してくれることが多いので確認をする。

【経管栄養】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	在宅や施設の生活状況（介護者は誰か、介護サービス、本人・家族の1日のスケジュールなど）を把握し、主治医・NST チームとともに生活にあった栄養剤の種類・量・水分量・注入方法を決める。 ※栄養剤は薬価と自費があるので各家庭の金銭事情や処方医がどこになるかなども含め検討する。 ※施設によっては1日2回の場合やシリンジ注入不可の場合もあるので注意する。
<input type="checkbox"/>	指導が必要な場合は介護者に準備から実施・片付け・洗浄の方法までの指導を行う。 ※前項「当院の実際の流れ」に沿って指導していく。
<input type="checkbox"/>	退院時必要物品を準備する。

※栄養剤の種類や注入法・胃ろう造設の時期により算定できる管理料が異なる。

胃ろう造設1年以内の半固形栄養剤を注入する患者においては4500点（在宅半固形栄養指導管理料＋在宅栄養法栄養管理セット加算）と算定が高い。（加圧バックも管理料内で提供可能。）消化態（エレンタールなど）を使用している場合は成分栄養経管栄養法指導管理料2500点それ以外は寝たきり処置指導管理料1500点で算定となる。

いずれも栄養剤や注入方法・胃ろう造設の時期により点数が異なるので事務に確認する。特に加圧バック使用時。



【在宅中心静脈栄養法（HPN）】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか）フォローを新規もしくはかかりつけ医に依頼する場合は主治医から連絡してもらう。
<input type="checkbox"/>	訪問看護介入依頼する。
<input type="checkbox"/>	カフティーポンプのレンタルをCEへ連絡する。
<input type="checkbox"/>	カフティーポンプの指示箋がCEより届いたら主治医に記載依頼する。記載したら病棟事務→総務へ。
<input type="checkbox"/>	カフティーポンプが届いたらバッテリーの電池を忘れず充電する。
<input type="checkbox"/>	訪問看護に在宅での輸液更新時間（訪問時間）を確認する。
<input type="checkbox"/>	輸液更新時間にあわせて病棟の更新時間を調整する。（更新時間が大幅に異なる場合は、何日かけて調整する。） ※患者の耐糖能や電解質バランスなども考慮する必要があるため更新時間調整時には主治医へ確認する。 例）在宅での更新時間が10時の場合 9/11 6時-6時 9/12 6時-10時 9/13 10時-10時 在宅での更新時間が14時の場合 9/11 6時-6時 9/12 6時-10時 9/13 10時-14時 9/14 14時-14時
<input type="checkbox"/>	カフティーポンプ用の輸液ルートをSPDから1本とりよせる。（持ち帰りの物品とは別）
<input type="checkbox"/>	退院日前日か退院日の更新時間にカフティーポンプ用の輸液ルートを取り付ける。輸液ポンプからカフティーポンプへ切り替える。
<input type="checkbox"/>	機器の取り扱い、アラーム対処法、刺入部位の皮膚の確認、トラブル時の連絡先など患者・家族に説明する。
<input type="checkbox"/>	退院時必要物品の用紙を記入し物品準備する。

【人工呼吸器】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか。）フォローを新規もしくはかかりつけ医に依頼する場合は主治医から連絡してもらう。
<input type="checkbox"/>	訪問看護に介入依頼する。
<input type="checkbox"/>	呼吸器（ほぼトリロジー）レンタルをCEに依頼する。
<input type="checkbox"/>	退院時必要物品の用紙を記入し物品準備する。 ※業者→蛇管・加湿器・アンビューバック準備してくれる。
<input type="checkbox"/>	前もってCEに連絡し退院時同行を依頼する。
<input type="checkbox"/>	移動時の加湿は人工鼻を使用するため加湿器を使用している際は退院時人工鼻に変える。（到着した際加湿器にかえることを忘れない）



【自己注射】

○インスリン製剤の場合

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか。当院外来フォローの場合は前もって外来看護師と情報共有しておく。）
<input type="checkbox"/>	自己注射できるか評価する。入院中に指導を行い自己注射へ移行する。本人ができない場合は誰が行うのか確認し指導を行う。手技指導に加え薬剤指導、栄養指導などもあわせてスケジュール調整する。
<input type="checkbox"/>	退院後の生活状況や介護サービスを聴き、入院中に実施している時間や曜日で問題ないか確認する。（支障がある場合は主治医へ報告し時間の変更など可能か検討する。）自己注射ができずデイケア・デイサービスを利用する場合、前もって利用する施設で対応可能かケアマネジャーと情報共有しておく。
<input type="checkbox"/>	シックデイや低血糖時の対応などトラブル時の指導も忘れず行う。
<input type="checkbox"/>	退院後の血糖測定の頻度の指示をもらう。（血糖測定の回数で診療報酬の加算が異なるので）
<input type="checkbox"/>	退院時必要物品の用紙を記入し物品準備する。

○骨粗鬆製剤（テリパラチド・テリボン）の場合

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか。）
<input type="checkbox"/>	自己注射できるか評価する。入院中に指導を行い自己注射へ移行する。本人ができない場合は誰が行うのか確認し指導を行う。薬剤師と相談し薬剤指導の日にちもあわせて調整する。
<input type="checkbox"/>	退院時必要物品の用紙を記入し準備する。保冷剤・保冷バックを薬局から取り寄せ準備する。 薬剤により注射針が必要な場合と不要な場合がある。 テリパラチド→注射針要 テリボンオートインジェクター→注射針不要
<input type="checkbox"/>	冷所保存なので退院時は保冷剤がはいった保冷バックに薬剤をいれ、帰宅したら必ず冷蔵庫で保管するよう患者・家族に説明する。



【吸引】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか。）
<input type="checkbox"/>	在宅で使用する吸引器の準備を誰が行うかMSWに相談する。
<input type="checkbox"/>	介護者に指導を行う。各病棟在宅用のポータブル吸引器があるので指導の際はポータブル吸引器を使用する。※前項「当院の実際の流れ」に沿って指導していく。
<input type="checkbox"/>	退院時必要物品の用紙を記入し物品準備する。

※対象：寝たきりまたはそれに準ずる患者

※吸引器は身体障害者呼吸器能障害3級以上であれば臼杵市では給付可。当院訪看は数か月有料で貸し出し、長期に渡れば購入してもらうようにしている。介護保険外でレンタルしている福祉用具業者もある。介護保険制度としての貸与はなし。

【膀胱留置カテーテル】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか。）
<input type="checkbox"/>	交換は誰がいつ行うか確認する。通常訪問看護に依頼することが多いが、泌尿器科受診し交換する場合もある。交換時期が近ければ退院前に交換しておく。 （交換時期は2～4週を目安に説明）
<input type="checkbox"/>	本人または介護者に取り扱いの説明を行う。 ・尿廃棄方法　・逆流防止　・感染防止　・尿性状の観察についてなど
<input type="checkbox"/>	退院時必要物品の用紙を記入し物品準備する。

※対象：寝たきりまたはそれに準ずる患者

【褥創】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか。）
<input type="checkbox"/>	処置を行うのはだれか確認する。（訪問看護・デイなどの看護師・家族など）
<input type="checkbox"/>	処置を行う人に処置方法を指導する。
<input type="checkbox"/>	退院時の必要物品については褥創の大きさや寝たきりに準ずる状態かなどにより被覆材や衛生材料を提供できるかどうか異なるので必ず事務に確認する。

※D3以上の褥創で寝たきりに準ずるもの→寝たきり処置管理料もしくは難治性皮膚疾患処置指導管理料で算定するので衛生材料は提供要。D2以下または寝たきりでない患者（通院できるレベル）→寝たきり処置管理料で算定できないので薬局などで自費購入してもらう場合がある。



【人工肛門】

<input type="checkbox"/>	身体障害者手帳の発行 手術が決まったら手術日時を MSW に連絡。手術日に MSW が身体障害者手帳の申請について説明する。
<input type="checkbox"/>	パウチ選択 術直後は術後パウチを使用。術後3～5日目を目安にサンプルパウチを依頼し使用。評価する。3～4週を目安にパウチを決定する。（金銭面も考慮し選択する）
<input type="checkbox"/>	患者・家族と業者の面談 業者に家族の連絡先を知らせる。面談の日時が決まり次第業者から連絡がある。 （内容：物品の注文・支払い方法・身体障害者手帳の説明・アクセサリー類の紹介等） 面談は業者と患者・家族で行う。
<input type="checkbox"/>	アクセサリーなど必要なものはパウチ依頼する時に一緒に業者へ依頼する （パウダー 皮膚保護剤 消臭潤滑剤 はさみ ベルトなど）
<input type="checkbox"/>	パウチ取り扱い指導 破棄方法・交換手順 誰が行うか確認し、指導を行う。

※不明な点は東3階へ確認する。（東3階に詳細マニュアルあり）

【点滴】

<input type="checkbox"/>	主治医が患者・家族に説明し了承を得ていることを確認する。
<input type="checkbox"/>	退院後のフォローを主治医に確認する。（当院か、かかりつけ医か、新たに依頼するのか。）
<input type="checkbox"/>	訪問看護介入を依頼する。
<input type="checkbox"/>	主治医にピンク伝票（手書きの注射箋）を記載してもらおう。（退院翌日～1週間の期間分）
<input type="checkbox"/>	ピンク伝票を薬剤部に提出する。訪問看護事業所に連絡をとり輸液を誰に渡すか確認する。 ※当院訪問看護の場合→訪問看護師が輸液を直接薬剤部に取りに行く場合が多いので要確認。 ※他訪問看護事業所の場合→輸液を患者に渡すのか当院にとりに行くか要確認。
<input type="checkbox"/>	衛生材料（1週間分の輸液セット・留置針・アルコール綿・テープ）などは医療機関が支給するため退院時準備する。訪問看護事業所に誰に渡せばいいか確認する。

※在宅点滴の対象者 週3回以上点滴を必要とするもの

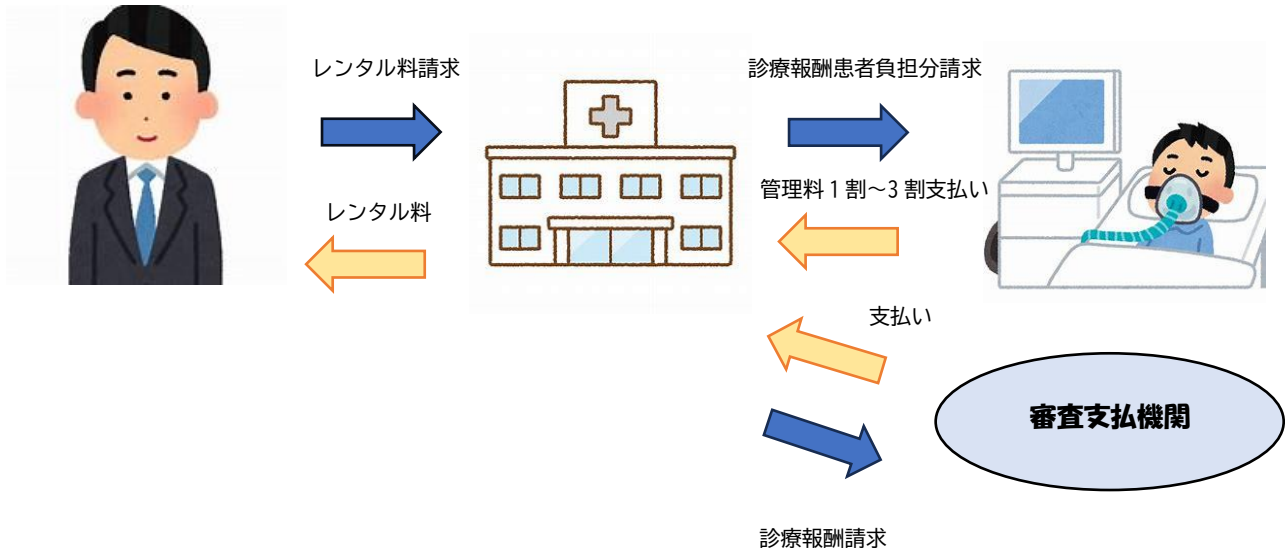
※点滴の種類によっては薬剤の点数が取れない場合があるので注意する。（例：ラシックス静注など）

※主治医が記載する在宅患者訪問点滴指示書（訪問看護指示書と同じ様式）は7日間が限度であるので、衛生材料や輸液も1週間分を準備し、退院時はそれ以上の準備をしないこと。



【業者からレンタルする医療機器】

- 在宅で使用する医療機器の多くは業者から病院がレンタルし、在宅で使用します。
- 患者は病院に診療報酬の1～3割を支払い、病院は業者にレンタル料を支払います。



◎機器のレンタルに関する職種の役割

医 師	医療機器使用の判断・指示（流量など）・指導
看 護 師	指導・他職種との調整
PT・OT	指導・在宅での器機設置場所（主にHOT）
M S W	他職種との調整・家屋訪問調整
C E	業者に依頼 必要な場合、病棟看護師へ指導や病棟での設置、患者・家族へ指導
医 事 課	診療報酬算定
総 務	業者との調整（※指示箋は直接業者でなく総務へ渡す）

◎指示箋の流れ

医師（指示箋記載）→看護師（記載漏れ確認）→病棟事務→総務→業者・医事課

※一般の輸液ポンプやシリンジポンプのレンタルは診療報酬で請求できません。

◎当院でよく利用される医療機器

※巻末の資料「CE が管理している医療機器」を参照してください。

2. 生活課題を療養先へつなぐ

生活・介護上の課題を解決するうえで重要なのが、地域でも様々なサービスを的確に利用することです。主なものに①介護保険制度②障害者自立支援システム③難病対策事業があります。患者の年齢や介護が必要になった疾患により優先的に使える制度が何かを考えます。それぞれの根拠法により「地域側のマネジメント窓口（ケアマネジャー・行政担当ケアマネジャー・保健師）」が決まっています。患者の同意をとったうえでこの窓口とサービス調整のための連携を行います。当院ではMSWがその役割を担ってくれます。MSWと連携をとり、協働の方法を検討します。

1) 退院前における生活課題と支援の考え方

項目	どうやって
① 退院前のADL・IADLを評価し、家族やサービス事業者に伝える。 ADL 排泄・食事・移動・清潔・IADL 調理・買い物・洗濯・掃除・ゴミ出し・金銭管理など ※通院・内服は医療課題参照 <small>調査の項参照を111。</small>	◎ リハビリスタッフとともに自分でどこまでできるか、介助量・介助方法、必要な補助具・道具・環境について確認する。 ◎ 家族・事業者に実際の動きをみてもらおう。 ・面会時（常日頃から面会にくる家族にはタイムリーに状況を伝えておく） ・家屋調査時（※当マニュアル家屋調査の項参照） ・リハビリ見学
② 退院後はどこで暮らすか、いつ誰がどのように支援するかを確認する。	◎ 退院後の療養先は、1段階～2段階で患者・家族が想定を確認しておく。 ◎ 介護者を確認する。（家族・親族・サービス事業者・施設職員など）介護者の仕事（会社員や夜勤があるなど）・1日のスケジュール・週のスケジュールなど尋ねる。MSW・ケアマネジャーにも尋ねてみる。 ◎ 家族が介護できない場合は、ケアマネジャーにサービス調整を依頼する。 ◎ 施設担当者やサービス事業者への連絡はMSWと連携し役割分担しておく。
③ 在宅関係者と情報共有する。	◎ 必要時拡大カンファレンスを開催する。（詳細は本マニュアル-カンファレンスの項参照）
④ 必要時介護指導（オムツ交換・食事介助・移乗移動介助など）を行う。評価する。	◎ 指導スケジュールを調整する。（詳細は当マニュアル在宅療養管理指導の項参照）
⑤ 必要物品の準備を行う。 ※以下医療課題と同様に退院日を決め、移動手段を確認する。	◎ 在宅の環境・サービスが整ったか確認する。 ◎ 紙オムツに関しては当院で使用しているものを使うのであれば購入方法を説明する。（当院売店で購入可。マツモトメディカル配達可。前もって連絡しておくとうい。）

2) 家屋調査

家屋調査とは、主にリハビリスタッフ（以下リハスタッフ）が役割を担う退院支援の一環で、住まいの環境を総合的に判断・評価を行うことです。退院後の生活の円滑化を目標に、転倒リスクを軽減するための環境調整や介護保険等のサービスなどの提案を行う機会と位置付けられます。

【目的】

- ① 動作分析：ADL および自宅内の導線確認や IADL を通じて地域課題などを確認する。
- ② 目標設定：患者・家族が方向性・目標設定の判断を行うため実施する。
- ③ 心理的支援：自宅での生活に自信がない場合、もしくは自信が過剰な場合において、実際のイメージをつけやすくする。

【事前準備】

- ① 他業種にて家屋調査の必要性和目的を協議→主治医、Ns、リハスタッフ、MSW で検討する。
- ② 情報の整理
 - ・ キーパーソンの特定
 - ・ 同居人の有無
 - ・ 介護保険の有無（要支援/要介護）
 - ・ 方向性の確認
- ③ 同行するスタッフを確認し日程調整 ※院内および在宅スタッフ（ご家族、ケアマネジャー、キーパーソン）
 - ・ MSW が介入している場合はMSWが行う。未介入の場合はNs とリハビリスタッフが相談して調整する。

【家屋調査実施の流れ】

- ① 到着から降車まで
 - ・ 写真撮影の許可をご家族にいただく。
 - ・ 降車介助を行う。場合によってはご家族に降車介助指導を実施する。
- ② 屋内から休憩場所まで
 - ・ 通常使っている出入り口から屋内に入る。
 - ・ 玄関周囲および上がりかまち等の段差昇降動作を確認する。
- ③ 家族およびケアマネジャー等と共有
 - ・ 家屋状況の確認事項について共有する。
 - ・ 自宅で過ごすための目標について確認する。
 - ・ 休憩場所でMSW が本人を見守りつつ、OT は図面作成や計測、PT は写真撮影を行う。
- ④ 本人とともに家屋内の動作確認とデモの実施
 - ・ 実際に家屋内を移動し、主にトイレ・浴室・家事動線（調理や洗濯）を確認する。
 - ・ できるだけ動作確認時はご家族やケアマネジャーと一緒に直接確認してもらうよう促す。
- ⑤ MSW を中心に調査結果を総括

- ・ リハスタッフからは「目標の再確認」「環境設定」「今後の訓練について」を伝える。
- ・ MSW からは退院日の目安とサービス調整を本人・ご家族に行う。
※発言していない本人・ご家族に感想を求めることが重要となる。

【家屋調査に同行した際の看護師の視点】

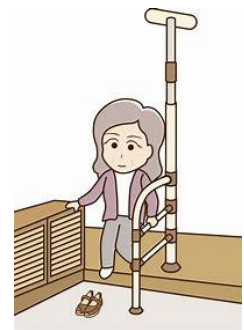
家屋調査に看護師が同行することで、病棟ではイメージしにくい自宅での生活をイメージしやすくなり、病棟での看護に反映させることができます。また、患者・家族ができるだけ安心して在宅療養ができるように、住環境を確認・整備し、支援体制をリハ・MSW だけでなく在宅サービススタッフと具体的に相談することができます。ぜひ、家屋調査に同行しましょう。

同行した看護師は以下の視点でアセスメントし、課題を抽出します。

- ・ トイレ：段差の有無、広さ、手すりの有無、洋式又はウォシュレットの有無
- ・ 浴室：段差の有無・広さ・手すりの有無・浴室の深さ・出入りの有無
- ・ 家屋内移動：玄関段差・患者用居室の有無並びに位置・居室からトイレ、浴室及び食堂への移動環境
- ・ 住環境：住まいは何階、階段・エレベータの有無、玄関までの移動距離
- ・ 楽しみや生きがい、続けたいこと

【ポイント】

- 1、家屋状況から患者の退院時の状況をイメージし不都合が生じる点を明確にする。
- 2、不都合の点を解消するために必要な方法を選択する。
 - ・ 物を揃えることで自立可能なのか
 - ・ 介助の方法の工夫で自立可能なのか
 - ・ 家屋の改修を必要とするのか



その他、入院前の生活環境・生活状況・介護力の把握を行います。「現在行われている医療が自宅で行えるか?」「吸引器や濃縮酸素の場所をどの配置にするか?」など、現在行われている医療処置や生活環境を実際にあてはめて考えます。その際、患者・家族がどのような在宅療養を送りたいと望んでいるのかを明確にすることが重要です。どのように支援していくか、患者・家族の望んでいることと支援者が行おうとしていることにズレがないか、すり合わせをその場で話し合しましょう。

VII. カンファレンス

入退院支援は担当看護師や看護師だけでおこなうものではありません。医師・PT/OT/ST・MSW など他職種との連携が重要なカギになります。カンファレンスは、他職種との情報共有や意見交換の場となり、退院にむけた課題を明確にして方向性をすり合わせることを目的とします。多くの部署で他職種が活発にカンファレンスしていることは当院の特徴の一つといえるでしょう。

1. 当院で行われている入退院支援に関連したカンファレンス

1) 各部署で行われているカンファレンス

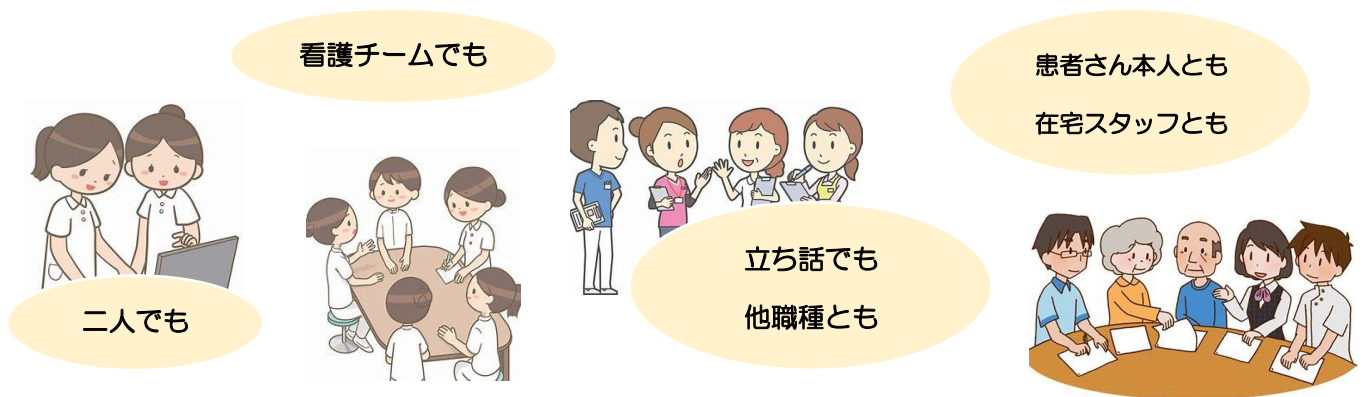
部署	医師含む多職種カンファレンス	看護師だけで行うカンファレンス
東3	外科・リハカンファレンス（週1回：火）	チームカンファレンス
東4	内科カンファレンス（週1回：月）	チームカンファレンス
西3	内科・外科・皮膚科 消化器内科カンファレンス （それぞれ週1回）	チームカンファレンス（週3）
西4	内科カンファレンス（週1回：水） 糖尿病カンファレンス（週1回：木） 心不全カンファレンス（週1回：金）	チームカンファレンス
外来		GHR カンファレンス（週1回）

2) 拡大カンファレンス

院内で行われている退院支援カンファレンス以外で、本人・家族を含む院外の関係者を招集し開催するカンファレンスをいう。（当院 拡大カンファレンス運用マニュアルより）

3) その他カンファレンス

- ・スタッフカンファレンス（対象患者の担当だけで集まるカンファレンス）
- ・ちょこっとカンファレンス（名前はなし。廊下やスタッフステーションなどで時間設定せず随時話す）



場所・人を問わずいろいろな人と課題解決に向けて話しあうことが大切です。

退院支援に行き詰ったらカンファレンスをしましょう！

2. 効果的な運営方法

司会をする人は以下の項目をおさえて司会進行をします。

① 初回カンファレンス

(初回カンファレンスの目的) 課題の情報共有と今後の計画についてスタッフ間ですりあわせる

1) 初回カンファレンスで共有しておく情報

- ・医療課題（入院経緯、症状・病状、治療、主治医の治療予測・予後など）
- ・生活課題（生活背景、現在の病棟でのADL、リハビリ状況、リハの見立て）
- ・意思決定（患者家族の思い・希望、治療・病気に関する理解、療養先をどう考えているか）

2) 目標のポイント

- ・医療課題：症状の改善もしくは安定、自己管理可能もしくは療養先での管理が可能となる。
医療課題の評価時期を必ず医師に確認する。
- ・生活課題：療養先で生活できるADL・IADLを目標にする。療養先が決まっていない場合はADL拡大・廃用予防につとめながら目標を定めていく。
- ・意思決定：病気と向き合い受け止めながら退院にむけて適応していく。退院後の生活をイメージすることができる。退院後の生活について医療スタッフ・在宅スタッフと話し合うことができる。

3) 計画

- ・誰がいつまでに何をするかを明確にする。
- ・看護師はベッドサイドで何をするか具体的に計画にあげる。

注：これがぬけがち

例) 服薬管理方法、排泄方法の工夫、食事の工夫、症状コントロールの評価、患者・家族の思いの聴きとり、不足分の情報収集など

② 2回目以降カンファレンス

(目的) 課題の評価と計画の進捗状況の確認 困難な課題の場合は別の目標や解決策検討

※2回目以降のカンファレンスのポイント

- ・医療課題・生活課題はどう変化したか
- ・目標に近づいているか
- ・改善しなければ改善していない要因とそれに対する対策

医療課題が解決していない場合は医師とともに、生活課題が解決していなければMSWやリハビリスタッフとともに考える。誰を招集するかは事例に応じて行う。場合によっては患者・家族を含めた拡大カンファレンスを開催する。（療養先や生活様式が変わる場合など）

③ 拡大カンファレンス

○拡大カンファレンスとは

本人や家族を含む院外の関係者を招集し開催するカンファレンスを言う。

○拡大カンファレンスを開催したほうがよい場合

- ・意思決定支援に在宅チームが参加する必要性がある場合
- ・退院前の情報共有（医療課題・生活課題の共有/退院後のサービスや緊急時の対応など）が必要な場合

【開催手順】

- ① 院内でのチームカンファレンスにて多職種で開催の必要性を判断する。
- ② 日程調整とファシリテーターを調整する。（誰がするかは適時話し合っで決める）
- ③ 病棟主任は以下の事を担当者と確認しながら、看護記録—評価の欄（#カンファレンス）に事前記載する

3. カンファレンスの記録

カンファレンスの記録は患者共有記録に記載します。

カンファレンスではいろんな人がいろんな発言をします。カンファレンス時は発言した内容をそのまま記載してもよいですが、あとで下記のようにまとめると以後のカンファレンスの際、焦点がずれず効率的に行えるようになります。事前にまとめておくとよいです。

【記載方法】

(1) 一般の病棟カンファレンスやチームカンファレンス

① 患者共有記録を開く
② カンファレンスのタイトルを開く
③ テンプレートをはりつける。
④ 医療課題に医師カルテより主病名と主な病名（糖尿病・心疾患・進行性の病気・癌など現在の状態に影響する可能性のある病名）をコピー&ペーストする。病名に#をつける。
⑤ 現在の症状を病名の横にかく。病名に関連のない症状であれば症状に#をつけ、病名とならべる。必要であれば検査データを加える。
⑥ 症状の横に現在行われている治療や医療処置をかく。
⑦ 医師の見立てや予後予測などあれば記載する。
医療課題 例) # 消化管出血 → 嘔つき・息上がり・黒色便・Hb6.8→輸血・絶食・補液 # 誤嚥性肺炎 → Spo2 低下・痰多い・発熱→抗生剤・補液・絶食・吸引・経管栄養 # DM → HbA1c1.0 高血糖 (BS200~300台) 自覚症状なし→内服 (メトホルミン、グラクティブ) 強化インスリン (ヒューマログスケール)
⑧ 生活課題 もともとの生活情報 (家族背景・介護度・など) を記載する。 リハビリの状況を記載する。 排泄・食事・移動・保清について現状を記載する。 現状と患者・家族の希望をすりあわせ今後の課題となりそうなことを予測し記載する。
⑨ 意思決定 患者の思い・希望 家族の思い・希望 IC がすすんでいるかどうかなど記載する。
⑩ 今後の計画・評価日を記載

病棟カンファレンステンプレート

【 回目カンファレンス】

(入院目的 1～2行程度)

【医療課題】

【生活課題】

【意思決定支援】

【今後の計画】

(2) 拡大カンファレンス

① 患者共有記録を開く
② カンファレンス⇒拡大カンファレンステンプレートを選択する。
③ テンプレートの項目に沿って記載する。 退院前に押さえておきたい内容 ・出席者（自己紹介してもらい担当者名字は記載する） ・医療体制（緊急時の対応・連絡先、かかりつけ医、薬・処置の管理、受診（または往診）など） ・退院日時・移動方法

拡大カンファレンステンプレート

<ul style="list-style-type: none">・日時：20 年 月 日 時 ～ 時・目的：・出席者：・検討課題・内容：・結果：

Ⅷ. 前方支援・後方支援

(外来・療養支援室・在宅医療支援チームの役割)

1) 療養支援室の役割

◎療養支援室の使命

地域で暮らし続けられるよう医療と生活をつなぎ、多職種と協働し様々な課題を解決することを使命とする

◎療養支援室理念

「その人らしさを最後まで支援するためにつなぐ！いつでも、どこでも、だれとでも。」

◎役割

入院中はもちろん入院前、退院後も含め一貫して患者さんが安心して医療を受けられるよう、切れ目のない退院支援を提供する為、一人ひとり状況を身体的、精神的、社会的背景から把握し組織横断的に専門職の介入をコーディネートしチーム活動を支援する。

◎活動内容

入院相談・療養相談・専門職による現場支援・ケア提供を主とする。コーディネーター。

<業務>

療養支援看護師

- ① 前方支援受け入れ窓口（開業医や高次機能病院からの入院や外来受診の受け入れ調整、入院病床の相談）
 - ・前方支援で得た情報から、担当ケアマネジャー等へ連絡、より詳しい状況など事前に確認する。

- 退院支援や退院調整がスムーズに行えるよう、各専門職へ声掛けしチーム介入の依頼を行う。
 - ・事前に看護サマリーをもらい、処置内容、医療物品の事前準備を行う。
 - ・事前情報等は、共有記録へ残し各専門職や当日担当Nsと共有する。
- ② メディカルショートステイの受け入れ窓口（開業医やケアマネジャーからの依頼を受け、情報収集し在宅生活の立て直しが必要な状況によって、主治医と相談し専門職へ情報提供と介入依頼をする）
- ③ 退院調整（退院に向けて、人的・物的・経済的な環境調整の確認）※対象者：困難事例ケース等
 - ・病棟カンファレンスへ参加、退院支援・調整状況の把握し、介入の必要な患者のピックアップ()。
- ④ 高次機能病院への転院調整（病棟からの転院）
 - ・転院に必要な診療情報提供書等の書類や物品の確認を行う。
- ⑤ 院内外における困りことや相談業務（どこに相談したらよいか判断しかねる等のよろず相談の対応）
- ⑥ 急性期病棟と地域包括ケア病棟の退院支援をつなぐ
 - ・困難事例の介入者の情報を、転棟する病棟と共有する。
- ⑦

2) 在宅医療支援チームの役割

◎目的

- ・在宅医療が必要な方へのシームレスな在宅療養移行支援と継続支援
- ・在宅医療が必要な方やその家族が、安心して在宅医療を受けられるよう、支援者の相談窓口

◎役割

- ・医療課題のある患者様への退院直後の集中的診療ケアを行う
- ・退院支援に関わった療養支援看護師やNPが集中的にかかわり、在宅専任医師につなぐ
- ・在宅へのスムーズな移行（在宅チームとの同行訪問など）
- ・病状や生活が安定した患者様はかかりつけ医の先生方へバトンタッチしていく

◎在宅医療支援チーム介入対象者

- ・入院中に急性増悪を繰り返し病状が不安定である
- ・医療機器を使用しながら病状管理を行っている
- ・退院後、当院がかかりつけになり往診や訪問診療に移行する可能性がある
- ・受容支援や意思決定支援の継続が必要で、在宅療養支援者となんらかの連携や調整が必要になる可能性がある
- ・退院後の生活についてスタッフの気がかりがある
- ・入院により退院後の生活が大きく変化する可能性がある

◎業務

- ・病棟や外来より『在宅医療支援チーム介入依頼票』が届いたら、担当者を決め、電子カルテにフラグをつけ、看護メモの『チーム介入』に『在宅医療支援チーム介入/担当者名』を記載する
- ・在宅医療支援チーム介入依頼票をファイリングする
- ・在宅医療支援チーム介入患者 基本情報（電子カルテ）の入力
- ・在宅医療支援チーム介入実績の（電子カルテ）入力
- ・必要時にカンファレンスやICなどの同席
- ・必要時に患者や家族への面談
- ・主治医や病棟や外来、訪問看護やケアマネジャーなど在宅療養支援者との情報共有
- ・訪問診療や往診の調整、処方薬の処理や今後の医療支援計画立案と共有
- ・退院後訪問やみなし訪問看護の実施（みなし訪問看護の場合は訪問看護計画立案も含む）
- ・訪問診療同行の場合は、医師カルテへの記録を行う
- ・退院後訪問やみなし訪問看護の場合は、患者共有記録への記録を行う

3) 外来看護師の役割

◎看護外来の定義

疾病を持ちながら地域で療養・社会生活を営む患者やその家族などに対し、生活が円滑におくれるように、個々の患者やその家族に応じた特定の専門領域において診療の補助や療養上の世話を提供する場の外来をいいます。看護外来では一定の時間と場を確保し、生活に伴う症状の改善や自己管理の支援などを医師や多職種と連携して看護職が主導して行います。

◎患者がその人らしく生きるための支援

- ・診療の補助
- ・相談調整
- ・医師と協働
- ・チーム医療
- ・意思決定支援
- ・病気と生活を看る力と調整力

◎外来の概要

- ・13科の専門外来
- ・救急外来
- ・内視鏡（紹介、入院、健診）
- ・外来化学療法
- ・当日紹介外来＋飛び込み対応
- ・外来OP
- ・DPCで術前検査やオリエンテーション
- ・（発熱外来）

◎入院支援として

- ・データベース記入用紙の説明：できれば補足の聴き取り
- ・入院サマリーの作成
- ・術前オリエンテーション（現在入院支援看護師チームと調整中）今現在はできる範囲
- ・病床確保

◎在宅療養患者の支援

- ・受診時に病状把握、異常の早期発見
- ・治療と生活の継続への支援と重症化予防
- ・療養上の意思決定支援
- ・多職種との連携

IX. 社会資源情報と調整

1. 訪問看護との連携

在宅での多職種チームの中でも訪問看護は在宅で療養する人を支える上で重要な役割を担っています。切れ目のない看護を提供するために病棟看護師と訪問看護師との連携は不可欠です。

(訪問看護利用するまでのながれ)

1. 訪問看護に依頼したい内容があれば利用を主治医含むチームで検討する。(カンファレンスの場などで)
2. 介護保険の有無の確認
3. 患者・家族に訪問看護の利用を提案する。(MSW 同席がよい)
4. 患者・家族が訪問看護の利用を了承すれば、MSW とともにどこの訪問看護を利用するか情報提供するとともに事業所を決める。(市内の訪問看護ステーションは別紙参照)
5. 訪問看護に簡単な情報を電話連絡し新規介入を依頼する。
6. 入院前より介入している場合で新たな介入内容がある場合も前もって電話連絡する。
7. 拡大カンファレンスの場などで情報共有する。(別紙参照)
8. 看護サマリー作成
9. 医師に訪問看護指示書依頼

訪問看護指示書は事務経由で訪問看護にわたるので病棟では依頼だけでよい。

【医療保険での訪問看護 介護保険での訪問看護】

介護認定を受けている人は原則介護保険での訪問看護の利用になります。しかし、介護認定を受けていない人や別に国が定める要件の場合には医療保険での訪問看護の利用ができます。医療保険と介護保険は利用料金・訪問できる回数などが異なります。

(医療保険の訪問看護対象)

1. 介護認定がない人
2. 厚生労働大臣が定める疾病
3. 退院後 2 週間
4. 急性増悪期

2. 介護支援専門員（ケアマネジャー）との連携

生活を支えるための社会保障制度として介護保険制度があります。介護支援専門員（ケアマネジャー）は介護を必要とする人に対して個々のニーズに応じた介護サービスを提供するためのマネジメントやケアプラン作成を行っています。入院前から介護保険制度を利用していた患者への退院支援ではケアマネジャーとの連携が重要となってきます。入院中から連携をとり一緒に課題解決の道を探っていくことで在宅困難と思われた患者でも自宅に帰ることができた事例も少なくありません。入院中から情報共有を図り退院後の生活について相談していくことが退院支援の大切なポイントです。

（ケアマネジャーと連携するためのポイント）

- ① 患者プロフィールの介護保険情報を確認する。（介護度・ケアマネジャーは連携室が記載している）
- ② 入院時もしくは数日で情報提供シートを連携室経由で持参してくれるので確認する。特に備考の欄には在宅での困りごとや課題な記載されていることがあるので目をとおしておく。（患者ファイリングに取り込まれている）
- ③ 情報シートがない場合も直接連絡し、担当になった自己紹介をするとともに在宅での様子を聞いてみる。
- ④ 家屋調査時同行する。ケアマネジャーが同席することが多いので、家屋調査には看護師同行しその場で情報共有・ミニカンファレンスを開くと退院までの流れがスムーズにいくことがある。（この場でサービス・福祉用具の利用・住宅改修などが話し合われる場合が多い。拡大カンファレンスが不要となる）
- ⑤ 看護師が課題と思っていることも在宅で様々な事例を経験しているケアマネジャーに相談すると解決策が見つかることもある。課題があるから在宅不可能と医療者だけで決めつけるのではなく、まずは相談するとよい。

※ 介護認定がない場合

認定の必要性をチームで検討する。

必要性があるまたは患者・家族の希望がある場合、MSW に情報提供し介入してもらう。

3. かかりつけ医との連携

当院は医師会立病院であることもあり、市内のかかりつけ医との連携は密に行われています。その一つが石仏ネットです。石仏ネットをとおして内服情報・検査・画像データの共有も行われています。

(かかりつけ医と連携するためのポイント)

- ① 通院状況を患者・家族に確認する。(データベース 医療管理情報参照)
- ② 通常は退院時、主治医が紹介医に退院サマリーを記載する。(患者に渡すことなく集配でかかりつけ医に渡る。) 紹介医がかかりつけ医でないこともあるため注意する。
- ③ 医療的に身体状態が不安定な患者の場合は、直接主治医からかかりつけ医に前もって経緯やフォローを直接電話連絡することがある。状態が不安定な患者が在宅に帰る場合は、退院後の医療体制をきちんと確認しておく。
- ④ 新たにかかりつけ医を依頼する場合は診療情報提供書を主治医が準備しているはずなので、退院前に準備できたか確認しておく。

X. 入退院支援に関する診療報酬

診療報酬	点数	要件	急性期	包括
退院支援加算Ⅰ	700点 退院時 1回算定	・スクリーニング（3日以内） ・多職種カンファレンス（療養支援・MSW・病棟Nsの3者以上）7日以内 ・退院支援計画書（7日以内作成着手） （患者・家族への説明・サイン・記録・交付）	○	○
介護支援連携指導料	400点 入院中 2回算定可	・介護支援計画書（1回目算定） （患者・家族への説明・サイン・記録・交付） ・医療連携福祉シート（2回目算定） ※1回目と2回目の同日算定不可 ※包括ケア病棟は算定できないため計画書・医療連携福祉シートの作成は行わないが連携の情報共有は看護サマリーで行う。	○	×
退院時共同指導料2	400点 （※2000点）	※現在算定していない。	○	×
在宅療養支援管理料	各処置に 応ず 退院時 1回算定	自己注射、高カロリー輸液、在宅酸素、自己導尿、気管切開、人工呼吸器、NPPVなど 【寝たきり患者の以下の処置】 吸引、経管栄養、膀胱留置カテーテル、褥創など ※医師による療養管理指導・記録・必要物品提供	○	○
在宅療養指導料	170点	看護師が在宅療養指導を行う。30分の個別指導。 ※指導記録の作成（指導の要点・指導実施時間）	○	○
訪問看護指示料	300点 退院時 1回算定	訪問看護指示書	○	○
衛生材料提供加算	80点	訪問看護指示料を算定し、メロリンなどの衛生材料を出した場合。（点滴・療養管理指導料算定した場合は不可）	○	○
在宅訪問点滴指示料	100点 退院時 1回算定	在宅患者訪問点滴指導料（期間1週間以内） ※週3回以上点滴が必要な患者 ※衛生材料、針、ルートは所定点数に含まれる。薬剤は別に算定可能。 ※薬剤・ルートなどは1週間分準備する。	○	○

※退院支援計画書・介護支援計画書サインの日付は同日でもよい。

（算定日 退院支援加算⇒算定日 介護連携指導料⇒サインの日にち）

※介護支援計画書

（家族がなかなか来院できない場合）電話などで説明を行い記録に残し、連絡した日付を介護支援計画書に記入する。サインは後日包括ケア病棟でもらうでも可。

（転棟当日にサインをもらう場合） DPCⅡ期以内であれば算定可。Ⅲ期であれば算定不可。

2023年3月 入退院支援チーム

XI. 事例

各病棟で実際におこなった入退院支援です。業務に追われる中でも丁寧に入退院支援を行っている様子がよくわかります。これから行う入退院支援の参考にしてください

東 3

病名・背景	進行性食道癌（告知済み）・肝転移（告知未・予後予測3か月） ADL 一部介助 妻・長男夫婦・孫と同居
治療方針	緩和ケア・対症療法・在宅移行支援
患者・家族の思い	患者：家族に囲まれて死ぬのは幸せ 家に帰りたい 家族：入院当初は自宅での介護はできないと発言あり。→入院経過により本人の気持ちを尊重したいと心境の変化あり。
第1段階	<p>【入院経緯】 食道がんと診断され A 病院で食道ステントを留置し自宅退院。3 日後嘔吐し A 病院へ再入院。貧血もあり点滴・輸血・絶食にて加療していたが、地元で過ごすことを希望し当院転院となる。食道癌の告知は A 病院でされている。</p> <p>スクリーニング：治らない病気、進行する病気・そのた MSW の介入が必要</p> <p>【医療上の課題】</p> <p>#1 進行性食道癌➡病状・予後予測を主治医へ確認。最期をどこで過ごすか、点滴・輸血のタイミング・在宅酸素導入・急変時の対応などカンファレンスで情報共有と今後あがるであろう課題整理を行った。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>排泄：尿器使用 更衣介助が必要</p>
第2段階	<p>【医療上の課題】</p> <p># 進行性食道癌 症状→治療：息上がり・酸素化不良→酸素療法 絶食→点滴 疼痛なし→出現すれば鎮痛剤やオピオイド</p> <p>➡1 回目の IC 後、在宅の準備すすめていたが状態悪化あり。予後あまりながくないかもと看護師が察知。チームカンファレンス内で話題にあがり主治医へ相談。2 回目の IC を行うことになった。</p> <p>患者：自宅に帰りたい。</p> <p>家族：自宅での介護はできない。→家族へ担当看護師・MSW より本人の思いを伝え、家族も連れて帰りたい思いはあったが、不安が多くあることがわかった。自宅退院に向けて課題の抽出と家屋訪問を検討し、在宅支援チームへ介入を依頼する。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>排泄：尿器使用しているが時々とりこぼしあり。一部介助している。排便時はポータブル使用。更衣：介助 リハビリ評価：きつさがない時は歩行訓練を行えるが、きつさが強い時は床上リハとなっている。</p> <p>【意思決定支援】</p> <p>1 回目：栄養経路について確認→本人「食」への希望あり。経口摂取は食べられるところまで可。点滴とれなくなれば自然な経過で。疼痛出現時はオピオイド使用。自宅退院をめざす。</p> <p>2 回目：状態の悪化あり。現状説明し療養先を再確認。自宅以最期を過ごさせてあげたいと家族は希望された。早急に退院準備をすすめることになった。</p>
第3段階	<p>【医療上の課題】</p> <p>在宅で継続する医療処置・医療体制の確認：HOT（業者へ連絡）・点滴（末梢ルートの確保が困難な為、PICC 挿入した）輸血（輸血を行うタイミングについて取り決めした） 訪問診療・訪問看護介入、退院後は主治医の変更あり</p> <p>緊急時の対応、連絡経路→家族から訪問看護に連絡・訪問看護から主治医へ報告する。</p> <p>嘔吐・吐血時の対応・処理方法について家族に指導</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>排泄：介助方法について家族に指導</p> <p>リハビリ：9/28 スタッフのみで家屋訪問を実施。生活環境の調整を行う。</p> <p>訪問看護・ケアマネジャーと情報共有し在宅の準備を行い退院日が決まる。</p> <p>MSW：介護保険の申請・介護ベッド等の福祉用具の手配</p>
事例のポイント	<p>状態変化を一早く察知した看護師がカンファレンス・主治医への相談・IC と短期間で段取りし自宅退院することができた。退院後数日で患者さんは家族に見守られ自宅で永眠されたとのこと。①病状変化に気付く②カンファレンスで共有・相談する。③患者の思いを1 番に考える。④家族との認識のすりあわせを行うことを急性期病棟でありながら短期間の中、チームで行えていることがこの事例のポイントである。</p>

東 4

病名・背景	クモ膜下出血・水頭症（VP シャント術後）
治療方針	リハビリテーション・VP シャント圧調整
患者・家族の思い	家族：お正月は家につれて帰ってみんなに会わせたい。
第1段階 東病棟	<p>【入院経緯】クモ膜下出血にて半年前に高次機能病院で治療。回復期リハ6か月行い退院調整のため入院。クモ膜下出血治療に加え水頭症の診断にてVP シャント挿入している。</p> <p>スクリーニング：医療処置が継続する。入院前に比べADL 低下している。意識レベル低下あり。</p> <p>【医療上の課題】</p> <p>#1 くも膜下出血後・水頭症（状態） 半身まひ・ 意識レベルⅡ-10~20 ムラあり。指示動作困難。</p> <p>（医療処置）気管切開・経鼻経管栄養中 点滴 吸引</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>ADL 全介助にて入院時よりリハビリ介入（PT、OT、ST）</p>
第2段階	<p>【医療上の課題】</p> <p>#1 クモ膜下出血後・水頭症</p> <p>意識レベル変動：転院1か月前まではうなずきや指示に応じていたと家族より情報あり。主治医へ情報を伝え脳外科対診となる。結果、脳室拡大あり。シャント調整行われる。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>食事：経鼻経管栄養・STにて摂食訓練開始。</p> <p>排泄（紙オムツ）・保清・移動などADL 全介助</p> <p>【意思決定】</p> <p>IC 行われシャント調整していくが意識レベルがどこまで改善されるかわからないこと説明され栄養経路をどうしていくか家族に投げかけた。結果「本人が元気な時に胃ろうしたくないと言っていた」と家族の話があり経鼻胃管は抜去され、末梢点滴のみとなった。CV ポートも希望されず。また数日でもよいので自宅に連れてかえりたいと希望がきかれたため、在宅調整することとなった。そのためIC 後に急遽MSW 介入し面談、介護保険やサービスの説明を行った。その後、利用する訪問看護ステーションの決定、訪問看護へ連絡。</p>
第3段階	<p>【医療上の課題】</p> <p>#1 クモ膜下出血・水頭症</p> <p>（継続する医療処置）</p> <p>①点滴→点滴もれあり。PICC 提案し同意。PICC 挿入され高カロリー輸液施行</p> <p>②気管切開+吸引→NP 相談 スピーチカニューレから低圧吸引装着できるカニューレの交換を家族に提案。</p> <p>同時に吸引回数評価。</p> <p>①②に関しパンフレット使用し家族指導行う。指導内容・家族の反応や手技は記録に残しその日の受け持ち看護師がわかるようにした。指導は全3日間行いおおかた手技獲得できているが吸引に関してはもう少し指導継続したほうがよいと評価されたため、訪問看護に繋いだ。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>紙オムツ・更衣の介助方法家族へ指導。</p> <p>○拡大カンファレンス：家族・訪問看護・ケアマネジャーと現在の状態を情報共有。在宅での支援体制を確認し退院日を決める。吸引指導に関しては在宅で訪問看護が継続して指導してくれることになった。</p> <p>○準備物品：吸引・気管切開物品・中心静脈栄養（カフティーポンプなど）</p>
この事例のポイント	<p>転院のため意識レベルの変化に気づきにくい、家族からの転院前の情報をすくいあげ2段階でちゃんと医療課題をアセスメントし主治医に報告→治療へつなげることができた。継続する医療処置も多いが退院後だけがケアするのか家族と一緒に考え指導計画を立案。指導継続が必要な部分は在宅につなげることができた。また管理しやすい方法をNP に相談。PICC やカニューレ変更を提案した。①症状アセスメント②意思決定支援③医療処置のシンプル化③多職種連携④家族指導と継続指導がこの症例のポイントである。</p>

西 4

病名・背景	左大腿骨頸部骨折・糖尿病・起立性低血圧 80歳代 男性 施設入所中
治療方針	手術（左人工骨頭挿入術・リハビリテーション）
患者・家族の思い	患者：歩けるようになりたい。買い物をしたい。
第1段階 東病棟	スクリーニング：日常生活動作が今までのようにできない可能性がある。 【医療上の課題】 #1 左大腿骨転子部骨折 左大腿部痛に対し、疼痛コントロール。術前・術後管理。合併症の有無観察。 #2 糖尿病 インスリンにて血糖管理 #3 起立性低血圧 術後リハすすませず。 【生活・介護上の課題】 ベッド上安静のため廃用がすすまないようリハビリを行う。ADL 低下が生じたらもとの施設にかえられるか不明
第2段階	【医療上の課題】 #左大腿骨頸部骨折 ○月△日に人工骨頭挿入術施行。 目標：歩行器歩行 排泄動作自立 リハビリ：離床時血圧低下あるためリハビリ進まず。ベッド上リハビリのみ施行。禁忌肢位指導。 看護師：疼痛コントロール #糖尿病・起立性低血圧 看護師：・自覚症状はないが起立時血圧60台で離床できないとリハがすすんでいなかった。主治医に相談し意識消失などの症状なければ離床すすめてよいと許可もらった。リハビリ施行時は看護師が同席し意識消失など症状がないか見守りおこなないながらリハをすすめていった。 ・インスリン看護師管理⇒自己注射へ移行した。 【生活・介護上の課題】 排泄：日中リハビリパンツを使用しポータブルトイレへ。夜間は紙オムツ使用し交換は看護師が行った。 保清：清拭・入浴 介助で行った。血圧低下あるため必ず見守りした。
第3段階	【医療上の課題】 #左大腿骨転子部骨折 施設担当者にも禁忌肢位の説明を行った。外来通院の調整を行った。 #糖尿病・起立性低血圧 本人・施設スタッフへ：現在は症状ないが起立性低血圧による意識消失の危険性を伝え意識消失などあれば早めにかかりつけ医へ連絡するように伝えた。インスリン（低血糖時の処置）シックデイの対応について説明した。 【生活・介護上の課題】 施設スタッフに動作確認にきてもらい情報共有を行った。入院前より ADL 低下あり。 排泄：日中リハビリパンツ・夜オムツ⇒福祉用具をレンタル
この事例のポイント	起立性低血圧がありリハビリがすすまず離床できないという医療課題に対し、主治医に状況伝え安静度を再確認。リハビリ時看護師が同席し安全確保した上で離床すすめていった。起立性低血圧などの自立神経症状はコントロールが難しく退院支援を行う際よくあがる医療課題である。①主治医に安静度、病状確認・コントロールや対策を相談②リハビリと協働し安全にADL 拡大をおこなったことがこの症例のポイントである。

西 4

病名・背景	2 糖尿病
治療方針	薬物陽宇・運動療法・食事療法
患者・家族の思い	本人：家に帰りたい 娘：住み慣れた家で過ごさせたい
第 1 段階	<p>【入院の経緯】2 型糖尿病のある高齢独居患者。毎食の準備・服薬管理と介護サービスを利用して在宅生活を送っていた。ディサービスの際、食後血糖400台と高値指摘され紹介入院となる。</p> <p>入院時スクリーニング：治らない病気を持っている 看護師判定</p> <p>【医療上の課題】</p> <p># 1 2 型糖尿病⇒治療方針を主治医と確認。</p> <p># 2 サルコペニア進行⇒食事摂取進まず栄養士介入、薬物療法と併用し栄養改善に向け介入。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>食事：食事量の摂取状況と血糖のモニタリング</p> <p>本人、家族と意思決定はしたが、施設方向へのアプローチも視野に入れ医療課題併用し随時確認</p>
第 2 段階	<p>【医療上の課題】</p> <p># 1 2 型糖尿病：独居に戻る事を想定に薬剤調整を行う。消化管症状の出現に随時評価、変更し主治医・薬剤師と共有する。</p> <p># 2 サルコペニア：食欲不振に対して補助食に工夫、食事摂取量に合わせた内服、飲水の確保を行う為計画を立てる。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>食事：ヘルパー介入していたが、近所の人からの差し入れも多いことが判明。退院後も地域性やコミュニティを考慮し、シックディの引き金になる「低血糖を防ぐ」ことを共有し、血糖モニタリングを継続する。</p> <p>【意思決定】</p> <p>治療が落ち着いたところで本人・ご家族へ病状説明。在宅希望の意思は変わらない。今後は、インスリンでなく内服でのコントロールを主とした薬物療法へ変更のため、ICには食事に関わるヘルパーも参加し、本人の嗜好を踏まえ情報を集め生活に密着したケア提供を多職種と共有する場を持った。</p>
第 3 段階	<p>【医療上の課題】</p> <p>在宅で継続する医療：薬物療法、食事療法</p> <p>①グリメピリド：前日のご飯を炊飯ジャーで確認し、たくさん残りがあれば内服中止 ツイミグ、ジャディアンス：シックディの際は内服中止。</p> <p>②栄養負荷目的：MCT オイルやマヨネーズなど活用し、少ない物で栄養付加できるよう工夫</p> <p>③飲水：脱水に偏り傾向。1, 000ml を目標にポットへ準備しヘルパーへどの程度飲んでいるかの確認を依頼</p> <p>④高齢のため血糖値300以上が持続する際はかかりつけ医へ相談</p> <p>⑤外来でのフォローを視野に、外来へも連絡し情報共有を行い在宅での様子を聞き取れるよう気がかりの共有を行う</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>食事に対しての入念な打ち合わせ、共有、拡大カンファレンスを行い退院となる</p>
この事例のポイント	<p>高齢、独居、認知症のある患者を中心に本人の「在宅で過ごしたい」気持ちに寄り添い、「在宅で可能な現実的なコントロール」を目標に関わった。食事、ディサービス、家事において、誰がどう関わり、どのように管理をするか、を明確にすることで異常の早期発見に繋がるよう地域スタッフ、外来スタッフと共に共有した事例。</p>

西3

病名・背景	左大腿骨転子部骨折 90歳代 女性 施設入所中
治療方針	手術（骨髄内 IPT ネイル内固定）・リハビリテーション
患者・家族の思い	患者：シルバーカーをおして歩きたい歩きたい 家族：もとの施設に戻れるようになってほしい。
第1段階	<p>スクリーニング：日常生活動作が今までのようにできない可能性がある。</p> <p>【医療上の課題】</p> <p>#1 左大腿骨転子部骨折 左大腿部痛に対し、アセアミノピソでコントロール。術前介達牽引3kg開始。神経症状の有無観察。</p> <p>#2 せん妄状態 安静が保てず尿カテーテルの自己抜去あり。独語や興奮状態に対し指示薬を使用。環境調整を行い対応。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>ベッド上安静のため廃用がすすまないようリハビリを行う。</p>
第2段階	<p>【医療上の課題】</p> <p>#左大腿骨転子部骨折</p> <p>○月△日に骨接合術施行。翌日より全荷重可となりリハビリ開始となった。</p> <p>目標：入院前のシルバーカー歩行・見守り 排泄動作自立</p> <p>リハビリ：起居動作・前腕指示型歩行器での歩行練習</p> <p>看護師：疼痛コントロール</p> <p>体動時ペインスコア1-2の疼痛あったが増強なし。鎮痛剤の定期内服は終了。</p> <p>術後より腓骨神経麻痺あり。左足関節下垂があり装具作成となった。施設入所中のため装具装着は看護師介助でおこなった。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>排泄：術前は紙オムツ・ハルーンカテーテル挿入。術後に尿閉あったため再挿入し内服開始。再度抜去後はポータブルトイレで排尿することができた。ポータブル移乗の動作は、見守り（ナースコールおさないため床センサー対応）を行った。</p> <p>移動：リハビリを行ってもシルバーカー歩行は不安定であり前腕支持型歩行器を使用することになった。病棟内は車椅子自走をおこないADLを拡大していった。</p> <p>保清：清拭・入浴 介助で行った。</p>
第3段階	<p>【医療上の課題】</p> <p>#左大腿骨転子部骨折</p> <p>疼痛はないが左足関節装具の着脱に介助が必要だったため、施設の時間にあわせて装着時間を考えた施設に合わせて朝装着し夕方はすすようにした。左下肢装具の着脱について施設スタッフへ説明・装着方法のパンフレットをPTに作成依頼し、指導した。</p> <p>外来通院の調整を行った。</p> <p>【生活・介護上の課題】</p> <p>家族・施設スタッフに動作確認にきてもらい情報共有を行った。入院前よりADL低下あり。</p> <p>排泄：もともと自立だったがポータブルトイレ見守りか軽介助⇒福祉用具をレンタル</p> <p>移動：シルバーカー歩行だったが前腕支持型歩行器か車椅子⇒福祉用具をレンタル</p> <ul style="list-style-type: none"> 施設スタッフに連絡をとり実際の動きをみてもらう。新たに自走できる車椅子・前腕支持型歩行器・ポータブルトイレが必要なことを確認し当日同席できなかったケアマネジャーに連絡をとり準備を依頼した。 左下肢装具の装着
事例のポイント	施設でのタイムスケジュールを確認し施設の時間や介助できる時間にあわせて装具装着の時間を決定し病棟で試した。施設と情報共有し入院生活を療養先の生活におきかえることを3段階できちんとできていることがこの事例のポイントである。もといた施設に退院となったためMSWは介入せず。看護師が施設との調整をおこなった。

外来

病名・背景	ALS
治療方針	リハビリ 内服調整
患者・家族の思い	患者：今以上つらいことはしたくない。 家族：少しでも元気になってほしい。
外来での看護	<p>2週間ごとに外来通院（リハビリ）を行っていた。受診時患者の訴えや家族の思いを聞き生活療養指導や継続的な関わりを持った。外来は流動的で特定の患者と関わる時間をつくりにくいが他スタッフとも情報共有し意識的に患者とかわる時間をつくった。</p> <p>【医療上の課題】 #ALS 患者の変化や訴えを聞きとっていった。嚥下機能低下認められ喀痰喀出困難になってきた際は、吸引の準備を開始した。外来で妻へ吸引指導（口腔ケア時のパンフレット使用）訪問看護介入依頼し訪問看護にも指導したパンフレットを渡し自宅での継続指導につなげた。また吸引機購入の説明を行いMSWに手配を依頼した。また難病申請の手続きも依頼した。</p> <p>【生活・介護上の課題】 #ADL・IADLの低下 介護ベッドの依頼をケアマネジャーに依頼。</p> <p>【意思決定】 本人は胃ろう・気管切開したくないと話してしたが呼吸器症状悪化で入院繰り返すようになる。在宅で酸素飽和度60%台となり緊急入院し、気管切開することとなった。（外来での関わりでは気管切開に対し否定的な意向を確認していたがその時とは違う選択をすることとなり難しい問題として自分の中に残った）</p> <p>【連携】 入院となった際は今までの経過を看護要約にまとめ病棟へ申し送った。また、訪問看護や・ケアマネジャーなど地域の関係職種と必要時情報共有した。</p>
この事例のポイント	外来での短い時間で患者の変化や意思決定に関する思いを聞きとり、他部署と連携をとりながら支援を行っている事例。気になる患者は他スタッフの協力を得ながら時間をつくり関わっていったのがポイントである。

【資料1】CEが管理している医療機器

病棟のみ（外来は別）

2022年12月 看護部 入退院支援マニュアルより

	レンタル	今後	連絡先		指示書	
在宅	カフティーポンプ	平日8:30~17:00	CE	907	必要	
		土日祝、時間外	ITI	097-549-2311		
	CADD (PCAポンプ)	平日8:30~17:00	CE	907	必要	
		土日祝、時間外	江藤酸素	097-556-8123		
	TE-361 (PCAポンプ)	平日8:30~17:00	CE	907	不要	
		土日祝、時間外	ITI	097-549-2311		
	NIP	平日8:30~17:00	機材庫に予備があるため病棟で対応 機材庫に予備がない場合	CE	907	必要
				帝人	097-513-5720	
	Trilogy	平日8:30~17:00	土日祝、時間外	CE	907	不要
				#42、#79		
	AirCurve	平日8:30~17:00	土日祝、時間外	CE	907	必要
				帝人	097-513-5720	
	スリープメイト	平日8:30~17:00	土日祝、時間外	CE	907	必要
		#42、#79				
ドリームステーション	平日8:30~17:00	土日祝、時間外	CE	907	必要	
			フィリップス	097-500-8911		
	HOT	Nsかりハ	各業者		必要	
院内	V60	CE	CE	907	不要	
				#42、#79		

・機器を使用した後は、休日明けの8:30~17:00の間に使用患者名と主治医をCEへ伝えてください。

・CADD(PCAポンプ)はカートリッジ(Dr指定)の在庫をSPDに確認し、無ければエクステンションチューブも一緒に発注してください。

100mℓのカートリッジとエクステンションチューブはSPDにある分から使用してください。

・指示書を記入後、総務河野主任へ提出してください。

・TE-361(PCAポンプ)は院内使用の場合、機材庫に2台あるのでそちらを使用してください。

退院時にはレンタル機で対応してください。

資料2:市内関係施設連絡先

開業医へ連絡！

令和5年10月13日更新

事業所名	石仏ねっと	TEL	FAX
岩田医院	有	0974-32-2017	0974-32-4450
岩田リハビリクリニック	有	0974-32-2246	0974-32-2329
植田内科クリニック	有	0972-63-8023	0972-63-8173
うすき眼科	有	0972-62-2455	0972-62-2575
臼杵循環器内科	休止中	0972-63-5711	0972-62-2933
臼杵内科リハビリテーション医院	有	0972-62-3136	0972-62-3137
うすき皮膚科内科クリニック	無	0972-63-8211	0972-63-8214
臼杵病院	有	0972-83-8100	0972-83-8109
うすきメディカルクリニック	有	0972-63-3666	0972-63-6066
臼杵わかばクリニック	無	0972-62-3838	0972-62-2800
奥津医院	有	0972-62-2521	0972-62-2524
児玉循環器科・内科医院	有	0972-63-2100	0972-63-2181
さくら産婦人科医院	有	0972-63-4103	0972-63-8841
篠田耳鼻咽喉科医院	有	0972-63-2727	0972-63-2879
白川病院	有	0972-63-7830	0972-63-7917
藤整形外科	無	0972-63-0033	0972-63-3033
とうぼ小児科医院	有	0972-63-5811	0972-62-8515
野津第一内科	無	0974-32-3355	0974-32-3346
浜田消化器科内科医院	有	0972-63-5855	0972-63-4355
藤野循環器科内科医院	有	0972-62-3055	0972-63-4669
前尾眼科	有	0972-64-7306	0972-64-7301
丸岡脳神経外科	有	0972-63-7766	0972-63-6327
三好医院	有	0972-63-7585	0972-63-7584
恵の聖母の家	有	0974-32-7770	0974-32-7771
元村眼科	有	0972-62-2826	0972-62-8288
吉田医院	有	0972-65-3342	0972-65-3116
渡辺内科クリニック	有	0972-63-8990	0972-63-8978

障がい・介護タクシー・あんサポ等へ連絡！

令和5年10月13日更新

○障がい者施設

事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
障がい者支援施設 潔き聖母の家	清水看護師	0974-32-7060	0974-32-7061
障がい者支援施設 聖心園	看護師	0972-63-6692	0972-63-0791
重症心身障がい児（者）施設 恵の聖母の家	病棟師長	0974-32-7770	0974-32-7771

○指定一般相談支援事業所（障がい者・児や家族などからの様々な相談に対応）

事業所名	TEL	FAX
さぼーとセンター風車	0972-63-5888	0972-63-0791

○介護タクシー

事業所名	ストレッチャー	リクライニング 車椅子	TEL
うすきタクシー	あり	あり	0972-63-3311
富士タクシー	なし	なし	0972-62-4111
まほらま	なし	あり	0972-83-5112
オリーブ	なし	あり	090-2399-0326

○成年後見制度（判断能力が不十分な方へ金銭管理や手続きの支援を行う）

事業所名	連絡窓口	TEL
臼杵市社会福祉協議会	東	0972-62-4488

○あんしんサポート（事業内容について判断し得る能力がある方へ金銭管理や手続きの支援を行う）

事業所名	連絡窓口	TEL
臼杵市社会福祉協議会	久持	0972-62-4488

施設へ連絡！

塗りつぶしのある施設は退院処方不要（3日分くらいあれば可）

令和5年10月13日更新

○特別養護老人ホーム（要介護3以上の方が入所可能）

事業所名	石仏 ねっと	連絡窓口	TEL	FAX
特別養護老人ホーム 栄寿荘	有	井出上	0974-32-3838	0974-32-3704
特別養護老人ホーム 四季の郷	有	三嶋	0972-64-0177	0972-63-1300
特別養護老人ホーム 緑の園	有	市原	0972-63-2762	0972-63-8225

○介護老人保健施設（要介護1以上の方が入所可能・リハビリができる・薬価が高いと入所不可）

※老健へ退院する際の処方は基本3日以内ですが、土日祝などが重なる場合は要確認

事業所名	石仏 ねっと	連絡窓口	TEL	FAX
臼杵市医師会介護老人保健施設 南山園	有	河村	0972-62-8151	0972-62-8152
臼杵福寿苑	有	姫野	0972-62-8800	0972-62-8580
介護老人保健施設 幸寿院	有	高木	0972-62-3136	0972-62-3137

○介護医療院(要介護1以上の方が入所可能・療養型施設)※老健同様に処方は基本3日以内まで

事業所名	石仏 ねっと	連絡窓口	TEL	FAX
うすき介護医療院	有	首藤	0972-63-3666	0972-63-6066

○養護老人ホーム（低所得の方が利用できる老人ホーム・ある程度身の回りの事が自立している方）

事業所名	石仏 ねっと	連絡窓口	TEL	FAX
安生寮	有	東	0972-62-2620	0972-62-8644

○有料老人ホーム（デイやヘルパーなど外部サービスを利用しながら生活）

事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
共同生活ホーム いごこち良好	横山	0972-62-5580	0972-62-5560
ケアホーム竹あかり	東(あずま)	0972-83-8110	0972-83-8113
住宅型有料老人ホーム だん・だん	黒田	0974-32-7760	0974-32-7184
万葉の花	田中	0974-24-3111	0974-24-3222
檜の樹	吐合	0974-32-7087	0974-32-7072
喫茶去	首藤	0972-63-0333	0972-64-0160
ケアポートうすき	渡辺	0972-63-3666	0972-63-6066
寿泉の杜	三浦	0972-63-4165	0972-63-4213
はれやか・すえひろ	今村	0972-62-3191	0972-63-7595
ほっと市浜	三代	0972-63-5980	0972-63-5977
リバーサイドはれやか PART II	今村	0972-62-2010	0972-63-7595

○サービス付き高齢者向け住宅（食事・見守り・生活相談サービスが付いた高齢者のアパート）

事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
彩	野村	0972-62-8110	0972-62-8111
共同生活ホーム明日風	佐藤	0972-63-8585	0972-63-1200
緑の園マザー	宇都宮	0972-63-2551	0972-63-8225

○グループホーム（認知症の方が対象。家庭的な環境の中少人数で生活）

事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
グループホーム明日風	神品	0972-65-3567	0972-65-3656
グループホームさるびあ	平山	0974-32-2730	0972-32-2799
グループホーム望喜家	西水	0972-63-8100	0972-63-8830
グループホームはくすけ	西水	0972-62-8744	0972-62-8847
グループホーム無量寿		0972-63-7830	0972-63-7917
ケアビジョンホーム臼杵	浦田	0974-32-2611	0974-32-2612

在宅サービス事業所へ連絡！

令和5年10月13日更新

○訪問看護（医療保険や介護保険を使用して、看護師が居宅へ訪問）

事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
アート訪問看護ステーション	宇野	0972-83-8012	0972-83-8013
臼杵病院訪問看護ステーション	久保田	0972-83-8125	0972-83-8126
訪問看護ステーション明日風	久藤	080-5807-9959	0972-64-6410

訪問看護ステーションコスモス	蔵原	内線 555	
○定期巡回・随時対応型訪問介護看護（訪問介護と訪問看護を24時間いつでも受けられる）			
事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
在宅ケア だんだん	黒田	0974-32-4865	0974-32-4866
○看護小規模多機能型居宅介護（通所・泊まり・訪問・訪問看護のサービスを組み合わせて利用）			
事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
複合型サービス安住	佐藤	0972-65-3773	0972-64-6410
○小規模多機能型居宅介護（通所・泊まり・訪問のサービスを組み合わせて利用）			
事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
サニーサイド明日風	佐藤	0972-64-0321	0972-64-0300
○訪問介護（ホームヘルパーが居宅を訪問し、身体介護や生活援助を行う）			
事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
うすき介護ヘルパーステーション	二宮	0972-63-4009	0972-63-6066
臼杵市社会福祉協議会指定訪問介護事業所	増田・堅田	0972-64-0123	0972-64-0131
栄寿荘ホームヘルパーステーション	平山	0974-32-7810	0974-24-3056
コスモスケアステーション	梅崎・伊東	内線 552	
生活協同組合コープおおいた介護センター	矢内	0972-63-0294	0972-63-0295
野津町ヘルパーステーション	大津留・松田	0974-32-4008	0974-32-4010
ふくしサービスセンターおひさま	中津留・春藤	0972-64-7227	0972-64-7378
ヘルパーステーション明日風	日下	0972-64-6411	0972-64-6410
ヘルパーステーション喫茶去	安東	0972-63-0333	0972-64-0160
ヘルパーステーションしおん	佐々木・山村	0972-64-6311	0972-64-6313
ヘルパーステーションはる風	城築	0972-63-4370	050-3730-7429
ヘルパーステーションはれやか	岡本	0972-63-7595	0972-63-7595
ヘルパーステーションほっとはーと	三代	0972-63-5970	0972-63-5977
訪問介護事業所 さわらび	甲斐	0972-63-5810	0972-63-5804
ホームヘルプサービスセンター四季の郷	伊東	0972-64-0177	0972-63-1300
緑の園ホームヘルパーステーション	藤田	0972-63-2551	0972-63-8225
臼杵病院ヘルパーステーション	亀井		

○通所リハビリテーション（デイケア）
 （介護老人保健施設や医療機関などでリハビリを日帰りで行う）

事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
臼杵市医師会介護老人保健施設 南山園	要介護⇒後藤 要支援⇒板井	0972-62-8151	0972-62-8152
白川病院	葉真寺	0972-63-7830	0972-63-7917
通所リハビリテーションさるびあ	川野	0974-32-2246	0974-32-2329

○通所介護（デイサービス）
 （食事や入浴などの日常生活上の支援を日帰りで行う）

事業所名	連絡窓口	TEL	FAX
いいあんばい	片岡	0972-64-0909	0972-64-0908
輝デイサービスセンター	大塚	0972-64-6122	0972-63-1300
グリーンコープ臼杵デイサービスセンターひととき	吉岡	0972-64-7337	0972-64-7378
コープおおいたデイサービスセンターにじいろ	久留	0972-63-6200	0972-63-6201
コープおおいたデイサービスセンターにじいろ2号館	木元	0972-62-3355	0972-62-3344
佐志生黒島デイサービス	板井	0972-68-3127	0972-68-3156
四季の郷デイサービスセンター	渡辺	0972-64-0177	0972-63-1300
小規模デイサービス だん・だん	黒田	0974-32-7760	0974-32-7184
デイサービスセンター明日風	木下	0972-63-0303	0972-64-6410
デイサービスセンターいごこち良好	横山	0972-62-5580	0972-62-5560
デイサービスセンター喫茶去	木村	0972-63-0333	0972-64-0160
デイサービスセンター城東	中嶋	0972-62-3339	0972-83-8334
デイサービスセンター・どんぐり	担当者 なし	0974-32-7227	0974-24-3321
デイサービスセンターはれやか・すえひろ	工藤	0972-62-3191	0972-63-7595
デイサービスセンターはれやか PART II	房前	0972-62-2010	0972-63-7595
デイサービス花の詩	田中	0974-24-3111	0974-24-3222
デイサービスセンターひあたり良好	立山	0972-64-7155	0972-64-7166
デイサービスセンターゆうあい	関屋	0974-32-7715	0974-32-7736
緑の園デイサービスセンターふれあい	岩田	0972-63-2660	0972-63-8225
緑の園デイサービスセンターほのぼの	小正路	0972-63-2762	0972-63-8225
緑の園デイサービスセンターやすらぎ	星野	0972-63-2682	0972-63-8225
早稲田イーライフ臼杵	廣瀬	0972-83-5306	0972-83-5307
榮やデイサービスセンター	柳井	0974-32-3050	0974-32-3080

ケアマネジャーへ連絡！

令和5年10月13日更新

○居宅介護支援事業所（要支援・要介護の方を支援するケアマネジャーがいる事業所）

事業所名	石仏ねっと	所属 CM	TEL	FAX
うすき介護支援センター	有	阿南・遠藤	0972-63-4009	0972-63-6066
臼杵市医師会 コスモス介護支援センター	有	藤波（受付）	内線 560	\
		平川	内線 561	
		石井・小中	内線 558	
		下川・渡邊	内線 569	
		江藤	内線 568	
臼杵市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	有	川野・久原 矢野	0972-64-0133	0972-64-0131
臼杵病院ケアプランセンター	無	西田・水口 橋本・酒井	0972-83-8101	0972-83-8102
介護相談センター明日風	有	工藤・佐藤	0972-64-6411	0972-64-6410
介護保険サービスセンター 四季の郷	有	衛藤・河野 中尾	0972-64-0177	0972-63-1300
居宅介護支援事業所お達人クラブ	無	小手川・濱 嶋川	0972-64-0910	0972-64-0908
居宅介護支援事業所すみれ	無	安達・木許	0972-77-5140 080-3940-1682	0972-77-5140
居宅介護支援事業所ひなたぼっこ	有	芝崎	0972-63-8470	0972-63-8533
居宅介護支援センターかがやき	有	赤峰・和田 諫山	0974-24-3399	0974-32-3346
居宅介護支援センターつむぎ	無	田中	0974-24-3111	0974-24-3222
グリーンコープ ケアプランセンター大分	無	大塚	097-569-6785	097-567-4646
ケアプランセンターひろせ	有	廣瀬・川野	0974-24-3320	0974-24-3321
指定居宅介護支援事業所はる風	有	平川	0972-63-4370	050-3730-7429
しらかわ	有	和田・新納	0972-63-7830	0972-64-0368
生活協同組合コープ おおいた介護センター	有	大里・児玉 後藤・亀井	0972-63-0294	0972-63-0295
高橋ケアマネジメントオフィス	無	高橋	090-2086-8884	050-3737-3265
のつ指定居宅介護支援センター	有	竹尾	0974-32-2344	0974-32-2329
緑の園 介護保険サービスセンター	無	広瀬・上杉	0972-63-2551	0972-63-8225
結居宅介護支援事業所	有	竹村	0972-77-4058	0972-77-4058

○地域包括支援センター（高齢者の総合相談窓口・介護保険要支援の方を支援する事業所）

事業所名	石仏ねっと	連絡窓口	TEL
臼杵市医師会 地域包括支援センターコスモス	有	仲野・河野・山下・荻野	内線 580
		趙・藤古・渡辺・河野	内線 581
		川崎・板井(美)・溝部・板井(千)	内線 582
		新名・小野・長野・志賀	内線 583
		衛藤・栃原・藤澤	内線 585
		三城・工藤・戸高・大塚	内線 586
包括支援センター野津事務所	有		0974-24-3200