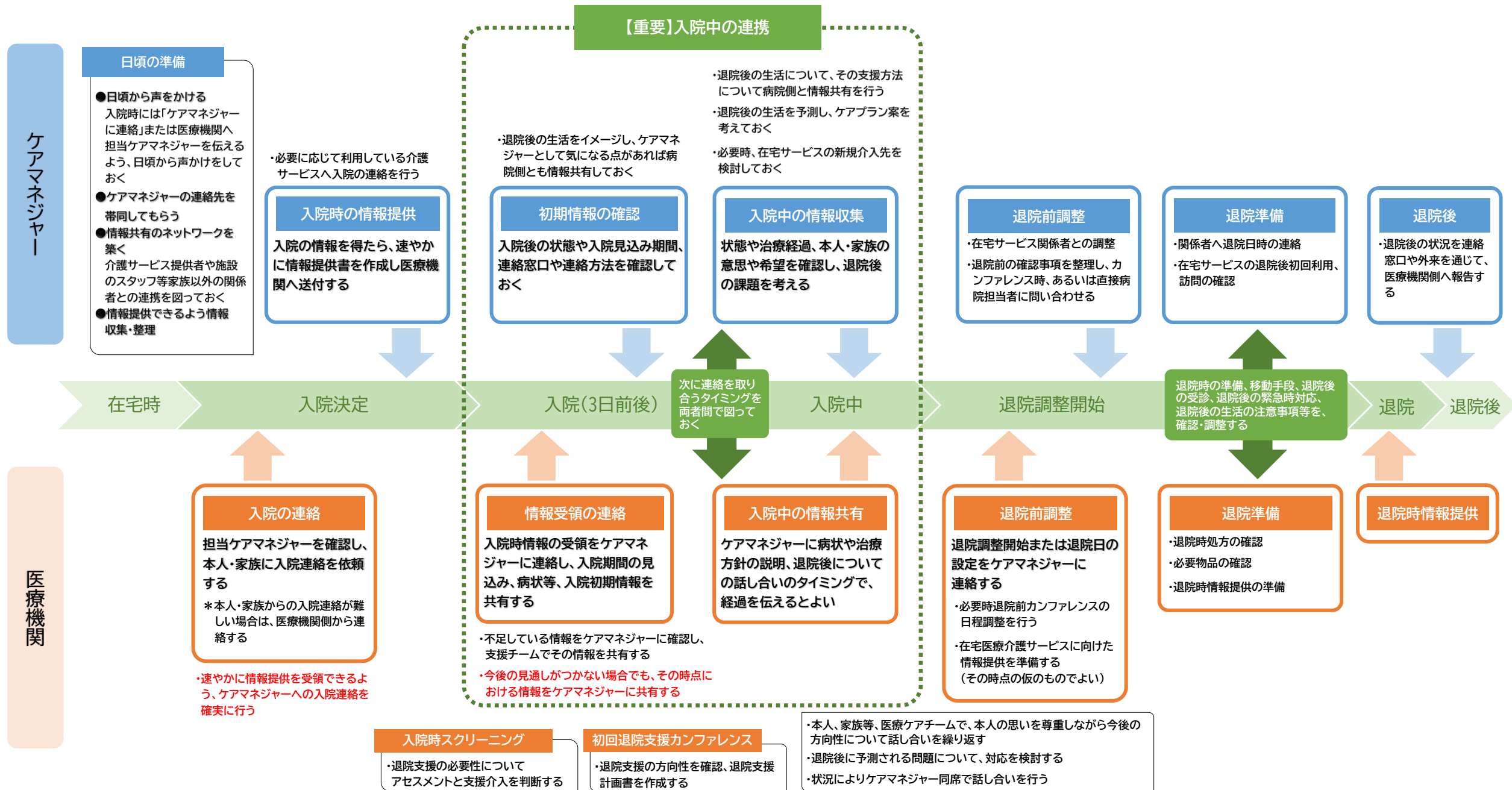


2章

望ましい入退院支援ルール 流れとポイント

在宅～入院～退院までの流れ(フロー図)



入院のための日頃の準備 (ケアマネジャー)

高齢になるほど、入院のリスクは高まります。いざという時に備えて、ケアマネジャーは利用者（患者）・家族とともに日頃からできることを心がけておきましょう。

在宅時

日頃から入院のリスクを意識しておく

担当ケアマネジャーとして、入院時には速やかに在宅での様子を医療機関へ情報提供しなければなりません。入院は予期せぬタイミングで起きることが多く、またひとくちに情報提供といっても、文書で情報を伝えることは決して簡単なことではありません。

自身で利用者（患者）の生活状況や特徴、支援の課題、病気や治療等に関する考え方などについて、日頃から整理しておくことが大事です。

● 普段の状況を把握する

入院先の医療機関では、治療や退院支援を行うにあたり、利用者（患者）の入院前の状況を把握してアセスメントを行うことが必要となるため、ケアマネジャーからの情報は重要です。

例えば、食事、洗面、排せつ、入浴、食料や日常品の調達、家の手入れ、外出など、私たちは普段になげなく行っていることですが、心身機能の衰えを抱える高齢者はどのように行っているのでしょうか。訪問や面会時の観察や、話題のきっかけにするなどして情報収集の工夫をしましょう。聞き得た情報や自身が感じたことは、忘れず記録に残しておきましょう。

● 自立度が高い高齢者の場合

定期的な通院をしていない、在宅医療介護のサービス利用がない、福祉用具のみの介護保険サービス利用である場合などは、ケアマネジャーからの情報入手に対する医療機関の期待が大きくなるといえるでしょう。しかし自立度が高い高齢者であっても、入院中の心身機能の衰えにより退院後あらたにサービス提供が必要となる可能性も十分にあります。一見元気そうにみえても限られた面談の機会を逃さずに、入院した際の情報提供を意識して、本人の情報を得よう努めましょう。



参考 情報提供書のベースを準備しておく

情報提供書は記載事項も多く、また本人・家族の意思、意向や特に伝えておきたい事項等、日頃の様子を把握しているケアマネジャーにとって、どう伝えたらいいかと頭を悩ませる項目もあることでしょう。多忙な日々の業務の中で、突然の入院で情報提供を行う場合に備えて、情報提供書のベースを準備しておくのも一つの手です。

利用者（患者）の基本情報、家族情報は、日頃からあらかじめ記載しておきやすい項目です。これらを記載した担当利用者の情報提供書ベースを作成しておくとい良いでしょう。

ただし要介護度など変更の可能性がありますので、定期的な見直しや変更時の修正を行い、実際に作成する場合には必ず目を通し確認しましょう。

入院した場合、速やかにケアマネジャーに連絡していただけるように

ケアマネジャーは入院時に情報提供を行います。そのためにはまず「入院したことを知る」ことが必要です。しかし実際には、ケアマネジャーが知らないうちに入院していた、入院から数日経って家族から連絡がきた、というようなケースも発生しています。

基本的には本人・家族からケアマネジャーに連絡していただくことになっていますが、いざ入院となると、ケアマネジャーに連絡することをわかっていたとしても後回しになってしまうことも考えられます。ケアマネジャー自身が「入院したことを知る」ためにできることを考え普段から行動しておきましょう。

●日頃から声をかける

入院のリスクが高いとはいえ、日常生活を送っている中では突然入院になったと感じるものです。日頃から入院時には連絡するよう声かけを行っておきましょう。「困ったことがあったら」といった表現ではなく、「入院になった時は」とはっきり伝えることがポイントです。

●ケアマネジャーの連絡先を帯同していただく

ケアマネジャーの連絡先（名刺等）を保険証と一緒に保管していただくか、お薬手帳などに記しておきましょう。利用者（患者）本人だけでなく医療機関側の目にも留まりやすくなります。

また入院時に必要となる物を一緒に確認することも意識づけとなります。

（持物例）・医療保険証、介護保険証、ケアマネジャーの連絡先、お薬手帳

- ・在宅医療情報（かかりつけ医の連絡先や診察券、訪問看護・かかりつけ薬局の連絡先等）
- ・家族・知人の連絡先

●情報共有のネットワークを築いておく

家族にも入院時の対応として、ケアマネジャーへの連絡を周知しておくことは大事です。基本的には利用者（患者）本人と同様、家族にも声かけや連絡先を渡すなどして入院時の連絡をお願いしておきましょう。

しかし入院時は、病院への移動、緊急性、書類や手続き、必要品の準備など、家族としてもなにかと落ち着かない状況です。特に遠く離れて暮らしている場合などは、わからないことも多いかもしれません。

住まいや家族関係に限らず、連絡のとりやすさ、面識の有無など、ケアマネジャーとの付き合いの距離感も様々です。利用者（患者）の状況にあわせて、日頃から利用している介護サービス提供者や施設のスタッフ、かかりつけ医・薬局等、家族以外の関係者とも情報共有のネットワークを築いておきましょう。

入院時情報提供 (ケアマネジャー)

入院になった場合、ケアマネジャーは在宅での様子をすみやかに医療機関へ情報提供しなければなりません。医療機関では入院時から支援が始まっています。

入院時

入院時の情報提供を行いましょう

医療機関では、まず本人・家族およびケアマネジャー等による地域からの情報（入院に至った経緯や入院前の在宅での生活状況など）をもとに、退院支援の必要性や退院調整部門や専任担当者の支援を必要とするかどうかを判断するスクリーニングを行い（入院3日以内）、退院支援計画書を作成します（入院後7日以内）。ケアマネジャーはこうした医療機関の動きに合わせて、タイムリーに必要な情報を提供することが求められます。

●入院したことを把握したら、速やかに情報提供を行いましょう

家族や入院先の医療機関から入院の情報を得たら、情報提供書を作成して速やかに医療機関へ送付しましょう。すぐに情報提供書を作成できない場合でも医療機関へ一言連絡を入れておくと、医療機関は情報を確認する糸口となり助かります。予定入院の場合はあらかじめ入院日前に送付するよう努めましょう。

●かかりつけ医、薬局等への連絡も忘れずに

かかりつけ医への通院や、訪問診療や訪問看護の利用がある場合、それら専門職からの情報提供によって、より詳細な医療情報を伝えることができます。入院した場合に情報提供をお願いできるよう、日頃から関係を築いておきましょう。薬剤情報の共有や退院後の服薬指導にもつながるため、かかりつけの薬局にも連絡するようにしましょう。

●関わりが少ない場合など

担当を開始した当初など、日常生活や考え方など十分に把握できていない場合は、その旨も情報として加えておきましょう。ただし少ない関わりの中でもケアマネジャーとして得るべき情報や観察点はあります。入院の時点では関わりが少ないかもしれませんが、その後担当ケアマネジャーとして、退院後の生活や人生に寄り添う可能性を念頭に、入院時から医療機関との情報共有を丁寧に行っていきましょう。

●ケアマネジャーとしての要望も記載しておく

入院時の情報提供に対し、医療機関から不足している情報や確認したい事項について連絡が入ることがあります。ケアマネジャーや事業所の連絡先とともに、自身の予定などから直近の連絡方法の希望を送付状に記しておくなど工夫しておくとお互いに連絡がつながりやすくなります。

またケアマネジャーとして退院前のカンファレンスや訪問指導等を特に希望する場合には、その旨を医療機関側に伝えるようにしましょう。

【コラム】 タイムリーな情報提供とは

ケアマネジャーによる入院時情報提供書の送付日数について、推奨される日数はあるものの厳密に規定されているわけではありません。しかし情報の受け手である医療機関では、入院直後から治療や看護ケアを開始しており、退院支援体制が始まっています。在宅での情報を得るのに早いに越したことはありません。

在宅での様子を把握している存在であるケアマネジャーからの情報は、その時点で利用者（患者）と関わっている医療機関にとって重要な情報です。移行期のケアにおいて、情報をいかに次へ紡いでいくとよいか、を常に意識した行動を心がけていくことが重要です。

【コラム】 医療機関からは「生活」が見えない

入院するという事は、それまで過ごしていた日常と異なる心身の状態である、ということです。医療機関内の同じ規格のベッドや部屋の風景、寝衣で過ごしている利用者（患者）の姿からは、個々の「生活」や「人生」は想像しがたいものであり、さらに関わりの期間も限定的です。

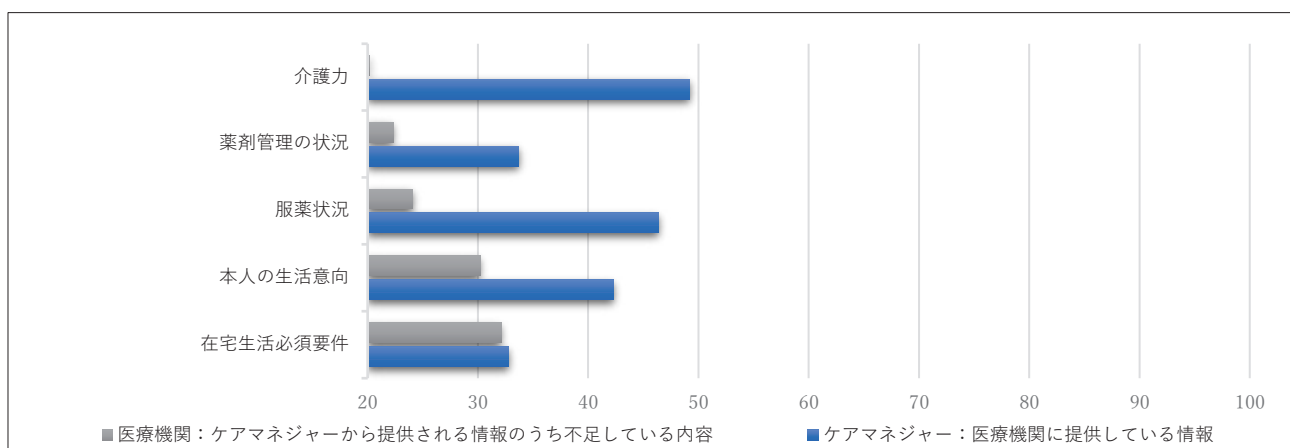
面会時のコミュニケーションや訪問時の様子などから得られた情報と、ケアマネジャーが利用者（患者）本人や家族の話から丁寧に意思、意向をくみとり感じた情報、それらを情報提供書に反映させることが大事です。

関わる中で意思や意向が変わってきた場合は、それら変化も含めた情報にするとよいでしょう。また担当になって間もない、独居など思うような情報が得られていないと思う場合は、その事実と、その状況下で感じたケアマネジャーの意見を記載しておきましょう。



参考 どうやったら在宅に戻れるのか

厚生労働省の平成 31 年度居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務実態に関する調査によると、「入院前の介護サービス利用」「ADL」「介護力」「主介護者」などはケアマネジャーからの提供率も高く医療機関から役立つ情報と評価されている一方で、「在宅生活に必要な要件」、「入院前の本人の生活に対する意向」は不足している情報と捉えられています。本事業における研修内でも同様の意見が見受けられていました。医療機関において退院支援のアセスメントを行う上で、これらが重要な要素になることを意識して、ケアマネジャーは情報提供を行っていきましょう。



(厚生労働省 H31 年居宅介護支援事業所及び介護支援専門員の業務実態に関する調査研究より引用 筆者作成)

入院中の連携（初期） （ケアマネジャー）

切れ目のない医療ケアを提供するために、ケアマネジャーと医療機関間で、繰り返し情報共有のキャッチボールが行われることが重要です。

入院初期（入院 3 日前後）

医療機関担当者と連携し、入院中の情報収集に努めましょう

疾患による苦痛や環境の変化が伴う入院生活は、日常生活とはかけ離れた状況です。円滑に療養移行を行うとは、入院中と日常生活におけるこのギャップを少しでも緩和するよう努めることであり、これを意識してケアマネジメントを考えていかなければなりません。

ケアマネジャーは利用者（患者）の日常を知る専門職として、自らも積極的に入院中の状況を把握するよう努めましょう。

●入院の見込み期間を確認しましょう

入院時に主治医（週末などは休日担当医）は、入院時診療計画書に最初の見立てとしての入院予定日数を示し、本人または家族に説明します。その後は入院後の治療や利用者（患者）の状態等の経過をみながら、具体的な入院期間の見通しが立つようになります。より見込みがはっきりした情報に越したことはありませんが、ケアマネジャーとしては入院当初の大まかな見込みでもある程度把握できると、自身の調整の見立てをたてることができます。

入院時情報提供について医療機関側と受領や不足内容を確認する際、確認しておくとい良いでしょう。

●入院後の初期情報を得る

入院後 3 日頃の時点では、不明確な点はあるながらも入院時からの治療による患者の経過や、医療機関としての退院支援の方向性等、医療機関側も少しずつ状況が整理されてきます。一方、この時期ではまだ見通しがはっきりしない場合や退院支援から漏れている場合も考えられます。

ケアマネジャーは医療機関における動きを理解しつつも、医療機関からの情報を待つだけでなく、自らも情報収集を意識し、必要時は情報提供やカンファレンスの開催・参加を要望するなどして、医療機関側に働きかけていきましょう。

●医療機関の連絡窓口、連絡方法を確認しましょう

外部からの問い合わせについて、対応方法は医療機関により異なります。また電話で直接話をしたほうがよい場合、伝言で済む場合、FAX 等文面による情報や問い合わせでよい場合など、手段とその選択も様々です。入院中、医療機関への問い合わせや必要時の情報提供等が行えるよう、医療機関の連絡窓口や連絡方法（電話、FAX、電子媒体等）について日頃から確認しておきましょう。

【コラム】 入院中の医療機関との連絡のタイミング

ケアマネジャーと医療機関間における入院中の連絡のタイミングについては、明確な情報共有システムが設定されておらず、ケアマネジャー個々の経験値により差があるのが現状です。

利用者（患者）により入院期間や退院支援の状況は様々ですが、次にいつ連絡をとりあうか、またはいつ頃連絡をとりあうべきか等、心づもりを決めておくことによって、ケアマネジャーと医療機関双方の連絡の意識が高まり、情報共有の機会につなげることができるでしょう。

ケアマネジャーからの入院時情報提供に対し、医療機関が返信するタイミングは、次の情報共有時期を相談するいい機会です。

ケアマネジャーとしても医療機関からの提案を待つだけではなく、治療方針や担当者のスケジュール等を確認し、情報共有計画をたてるように心がけていきましょう。

（連絡のタイミング：きっかけ例）

- ・退院支援計画立案時（支援担当者の決定）
- ・現在の治療の評価時
（点滴や内服などの継続や、レントゲン等検査実施が一つの目安）
- ・医療機関内のカンファレンス実施後



参考

個人情報の取り扱い（介護支援事業所等と医療機関の体制の違い）

介護支援事業所等と医療機関では、共に守秘義務の度合いが高く、個人情報等のセンシティブな情報を取り扱う立場ですが、それぞれの特徴もあります。

小規模事業者が多い介護支援事業所等では、把握している個人情報を組織の外へ持ち出すことや、在宅サービス提供者間で情報を共有する機会がありますが、情報の安全管理やそれに関する教育体制が整備されていない事業所もあると考えられます。

一方、医療機関は情報漏えいによる社会的信頼を失う恐れが大きく、情報の安全管理体制や組織内のシステムの整備に努めています。医療機関としての安全管理の体制を守りつつ組織外部のケアマネジャー等と情報共有を行わなければならない、慎重な対応が求められます。

例えば医療機関外部からの電話の問い合わせに対してはなりすましの可能性もあり、医療機関としては電話口でそのまま簡単に情報を伝えるわけにはいきません。

担当ケアマネジャーだからと安易に電話で問い合わせるのではなく、事前に FAX やメールで連絡したい希望や内容を伝達する、あるいは連絡可能な時間等を伝えて医療機関からの折り返しの連絡を依頼するなど、ケアマネジャーとしても医療機関側の状況を理解し、歩み寄った行動を起こしていくようにするとよいでしょう。

入院中の連携 (ケアマネジャー)

入院の期間は様々です。状況に応じた医療機関との情報共有のタイミングを図り、退院後を予測しながらプランニングしていく必要があります。

入院中

収集した情報から予測し、退院後の課題を考えましょう

利用者（患者）の入院前の様子を知るケアマネジャーは、入院中の今の状態と比較して、療養生活の課題を捉えやすい立場です。入院中から医療機関より医療専門的な知識や今後の見通しについて情報や助言を得ながら、生活の視点で考えらえる課題を整理し、退院調整開始後に備え大まかに見立てておくことが必要です。

●本人、家族の思いや希望を確認する

医療機関においても、退院後の生活について利用者（患者）の意向や考えを確認し、本人や家族と話し合いながら支援を進めていきます。しかし入院後の心身機能の低下により入院前の考えと変わる可能性や、在宅の医療・介護サービスの知識がないために自宅に戻ることを諦めてしまうことも考えられます。

入院前に関わっていた時と比べて、入院中の利用者（患者）や家族の思いや考えに違和感を覚える場合には、医療機関の担当者に経過を確認してみるとよいでしょう。ケアマネジャーの視点から変化に至ったプロセスを注意深く捉え、可能であれば医師からの病状説明や、医療機関における院内カンファレンスに参加する等、医療機関側と相談してみましよう。

●在宅における医療介護サービス提供者と相談する

医療機関における利用者（患者）の状況を把握したら、必要に応じて利用している介護サービス提供関係者等に在宅療養の課題について相談し、アドバイスを得ましよう。

ケアマネジャーは利用者（患者）の生活を支援する多職種をマネジメントする役割とはいえ、実際のケアに関するアドバイスは、ケア担当者に勝るものではありません。多職種の様々な知恵と支援方法を支援チームとしてまとめていくのは、まさにケアマネジャーとしての役割そのものです。退院後のケア提供の心積もりとなり、退院調整時のスムーズなスケジュール調整にもつながるでしょう。

【コラム】組織を超えて情報や意見を交わす

治療の経過から退院支援の方向性が具体的にみえてくるようになります。

自宅への退院を目指している場合は、住環境についての情報が参考になります。利用者（患者）の住まいの玄関やトイレ、風呂場といった場所のサイズや写真でのイメージがあると、在宅での療養を見据えたりハビリの計画がしやすく、効果も期待できるでしょう。

医療機関と情報を共有する中で、退院後の療養生活を支援するため、気づきがあればあらたな情報提供やケアマネジャーとしての意見を述べていきましょう。

利用者（患者）が安心して療養移行できるよう、入院中と退院後に必要な情報を得たうえで、確実にケア体制を整えることが必要です。

退院前調整、退院後 (ケアマネジャー)

退院前・退院後

退院見込みの連絡を受けたら、速やかにサービス体制の手配を進めましょう

医療機関との情報共有により、入院中の経過や退院見込みの見当から、ケアマネジャーはケアプラン原案を作成し、医療介護サービス提供者へあらかじめ情報を共有しておきます。いざ退院見込みの連絡を受けたら、いよいよ実際の療養移行に向けてケアプランの確認と、サービス開始の具体的なスケジュール調整を行っていきます。

●退院後の生活への具体的な移行プランを確認する

退院が決まったら、医療機関担当者に利用者（患者）の状態や退院後必要な医療ケア、退院後の課題等について再度確認し、ケアプランを完成させます。

必要時は退院前カンファレンス開催を依頼し、ケアプランの調整を行い完成させます。

（例）退院前カンファレンスの開催が必要と考えられるケース

- ・在宅医療介護ケアの多職種が支援に関わっている
- ・医療ケアのニーズが高い
- ・再入院の可能性が高いと考えられる
- ・社会的課題があり医療介護以外にも支援の必要性がある

●退院日を確認し、関係者へケアプランを報告する

サービス関係者会議を行い、完成したケアプランを報告し、退院日およびその後のサービス提供について最終確認を行います。

かかりつけ医やかかりつけ薬局に退院後のケアプランについて伝えておきましょう。

【コラム】退院後の生活について医療機関に報告を

医療機関は、退院後の利用者（患者）の状態や生活状況についての情報を得ることによって、治療の評価や退院支援の振り返りを行うことができます。再受診する際にもこれらの情報は役立ちますし、退院支援の改善にもつながります。

退院時には、医療機関が情報の「送り手」、地域の医療ケア側が「受け手」となり、情報のキャッチボールは続いています。FAXなどによる簡易なコメントでも一言あるとありがたいものです。支援困難事例や医療的ケアが重視される場合などは特に、退院後の情報共有まで意識して行うようにしていきましょう。

入院決定 入院の連絡 (医療機関)

利用者（患者）の担当ケアマネジャーを確認できたら、まず入院したことを伝えなければなりません。状況に応じた対応が必要です。

入院時

ケアマネジャーへの連絡を意識して

医療機関において退院後の生活にむけた円滑な移行支援ができるよう、平成30年度介護報酬改定時に、ケアマネジャーは利用者（患者）または家族に対し、入院した場合に担当ケアマネジャーの情報を入院先医療機関に伝えるよう説明し依頼することが義務付けられました。（指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準第4条第3項）

とはいえ家族と離れて暮らす独居や身寄りのない高齢者の増加や、認知機能や自己管理能力の低下等、これらの対応が難しい場合も想定できます。入院の連絡は家族がするものと思い込んでしまうと、ケアマネジャーへの入院連絡もれ、さらにその後の情報提供の遅れへとつながります。

医療機関においても、状況に応じた入院時の対応とそれに向けた院内の体制づくりが必要です。

●入院時に要介護認定の確認と共に、担当ケアマネジャーを確認する

利用者（患者）が入院になった場合、本人・家族に介護認定を受けているかどうか、介護認定を受けている場合は、担当ケアマネジャーまたは介護支援事業所名について確認します。

利用者（患者）本人・家族がはっきりと覚えていない場合や、以前の受診・入院時の情報とは担当ケアマネジャーが異なっている場合も考えられます。医療保険証やお薬手帳などを確認する際、ケアマネジャーの名刺や事業所名の記載はないか確認してみるとよいでしょう。

●担当ケアマネジャーへ入院になったことを知らせる

利用者（患者）本人・家族に、担当ケアマネジャーへ入院となったことを知らせるよう依頼します。ケアマネジャーへの連絡について、本人・家族への依頼から伝達の確認まで、入院受付事務、外来または病棟看護師、地域（医療）連携室スタッフ等の間で院内の申し送りができるようにしておくこと、伝達もれや遅れを把握することができます。ケアマネジャーに入院の連絡が届いたかどうか、というところまで確認することが大事です。

利用者（患者）本人・家族から連絡することが難しい場合は、医療機関からケアマネジャーに連絡し、情報提供を依頼します。

【コラム】 外来部門との連携

要介護認定や担当ケアマネジャーの確認は、病棟の看護師や地域（医療）連携室だけでなく、外来部門の看護師や事務職で可能な場合もあると思われます。医療機関まで家族が同伴している場合は、外来の場でケアマネジャーへの連絡を依頼、確認することもできるでしょう。

電子カルテの機能を活用して外来と病棟、地域（医療）連携室間でケアマネジャーへの連絡について効率的な連携を図っていきましょう。

情報共有のためには相互のコミュニケーションが必須です。入院時にそのきっかけを作ることによって、その後の情報共有につながりやすくなります。

入院中の連携（入院初期） （医療機関）

入院初期（入院 3 日前後）

ケアマネジャーからの入院時情報提供に対するリアクションから始める

移行期のケアでは、送り手から受け手へ情報が一方通行になりやすいことが課題です。ケアマネジャーより入院時情報が提供された時から情報共有のキャッチボールは始まっています。まずは情報の受け手としてどう行動すべきか考えてみましょう。小さな行動のひとつひとつがキャッチボールのきっかけとなり、その積み重ねがその後の連携につながっていきます。

●ケアマネジャーからの入院時情報に対して、受領したことを返信する

情報を提供したケアマネジャーは日頃の利用者（患者）自身やその生活を知る立場として、自分の情報が医療機関、医療スタッフにきちんと届いているかどうか気にかけています。

医療機関として、きちんと受領していることをケアマネジャーに向けて発信しましょう。必要な場合は情報提供書の内容や、不足している情報についての確認を行います。

まずは FAX 等による取り急ぎの受領返信でもかまいません。その際には、ケアマネジャーからの問い合わせに備えて、その時点での医療機関側の対応窓口を知らせておきましょう。

●初期治療による経過や入院の見込み期間をケアマネジャーに共有する

介護保険サービスの再開やケアプランの調整に向けて、どの程度の日数の入院になるのかケアマネジャーが把握しておくことは、退院後の生活についての課題や退院までの調整スケジュールをイメージしやすくなり、とても有効です。想定される入院の見込み期間や、この時期の患者の状態について、ケアマネジャーに情報を共有しておきましょう。

少しでも明確になってから、とつい考えがちですが、そうしているうちにケアマネジャーに連絡するタイミングを逃してしまつては、退院目前にまとめて情報共有を行うパターンが解消されないままとりかねません。大まかな見込み予定であってもまず一報を心掛け、その時点の情報として伝えるよう努めていきましょう。

●ケアマネジャーと連絡をとる目安を相談しておく

交替勤務や電話応答にすぐ対応できない場合も多い医療機関従事者と連絡がつながりにくい場合も少なくないことでしょう。ケアマネジャーにとって、医療機関や医療従事者とのコンタクトはハードルが高いとも言われています。また個人情報保護の観点による医療機関側の対応ルールにより、ケアマネジャーが問い合わせに躊躇する傾向もあります。

院内で行われる多職種カンファレンスや病状説明などのタイミングを見計らい、ケアマネジャーとの連絡の機会について、医療機関側からも積極的に相談してみましょう。

【コラム】 見通しがはっきりしない場合でも

ケアマネジャーの視点で考えてみると、医療機関における入院中の経過は把握しづらいものです。情報提供の機会がなければ、病状の説明や治療の様子はもちろん、利用者の病状が軽症なのか重症なのかわかりません。またケアマネジャーは介護福祉士等の介護系資格出身者・保有者が多い職業であり、治療の進み方や入院中の流れなどについて見当をつけにくいことも考えられます。

ケアマネジャーとしては見通しがはっきりしない場合であっても、今どのような経過なのか、その時点における情報がほしいのです。ケアマネジャーへの連絡は、状況の変化などの節目だけでなく、定時的なタイミングも意識するとよいでしょう。



参考

ケアマネジャーが一番心配するのは「変化」

入院後の身体機能の変化は、ケアマネジャーが退院後のケアプランを考える上で重要な情報です。しかしそればかりではありません。入院前の生活状況を把握し、日頃の利用者（患者）・家族の考え方の理解に努めてきたケアマネジャーにとって、入院後の認知機能の低下は、本人の意思を尊重した療養移行を考えるうえで大変心配する点です。

高齢者の場合、特に食事、トイレの移動や認知機能の低下は在宅での療養継続の要件として大きな課題となる傾向があります。それまでの生活様式の変更や退院先の選択、介護について、利用者（患者）本人・家族ともに難しい意思決定を迫られることも多く、その結果、入院前の意向と異なる方向性に進むケースもあります。

しかし医療機関としては難しいのではと考える場合でも、ケアマネジャーだからこそ提案できることもあります。ケアマネジャーは、地域で利用者（患者）が安心して望む生活を送ることができるよう適切なサービス提供を実施するために、医療機関と共に考えたいと思っています。

医療機関と入院初期の情報を共有した後、ケアマネジャーが確認しておきたいこと

（愛知県入退院調整支援事業にかかる研修内ヒアリング結果より）

■利用者（患者）の状況

●身体状況

病状の安定具合

食事/嚥下、移動、排泄の状況

意思疎通は可能か、せん妄の有無、意識レベルの変化

●治療状況

病状・治療の進捗状況と今後の見立て

医師から本人・家族への説明内容

退院のめど、退院後に必要とされる支援の予想

●本人・家族の理解

本人・家族の病状の理解度

本人の希望や思い、意思決定能力の有無

本人・家族の受け入れ状況、意向、不安について

患者の入院中の変化や経過、今後の見通しなど、ケアマネジャーと情報共有の機会をもち、連携することが入退院支援では大変有効です。

入院中の連携 (医療機関)

入院中

本人の思いを尊重し、それを支える家族とともに方向性を話し合しましょう

入院すると退院後の生活について、利用者（患者）本人の意向よりも家族や医療従事者の意向が強くなる傾向があります。利用者（患者）の考えや希望に耳を傾け意向を把握しつつ、家族や支援者とともに医療機関内における多職種で退院後の方向性を話し合い、最善の方向性を探っていきましょう。

●利用者（患者）の状態や退院後の方向性について、随時ケアマネジャーに情報共有を行いましょ

一旦入院すると、ケアマネジャー側からは入院中にどんなことが行われ、今どういう状況なのかわかりづらい状況です。特に高齢者は心身機能の低下が生じやすく、本人の意思や希望が入院前の意向と変化する可能性も大きいため、入院後の治療や回復の経過に直接携わっていないケアマネジャーにとって、退院後の方向性のみ伝達されても、なかなか納得しにくいことでしょう。

入院前から関係性を築いてきたケアマネジャーが同伴することにより、利用者（患者）が落ち着いて意思や希望を述べやすくなるというケースもあります。医療機関のみで対応を進めるのではなく、ケアマネジャーとも連絡をとり共に状況を判断していきましょう。必要に応じて院内におけるカンファレンスへの同席を相談するとよいでしょう。

●退院の目途がたってからの情報共有では遅い

医療機関では在院日数が短縮され、入院時から退院を意識した支援が求められています。しかしケアマネジャーにもケアプランを再考する時間と余裕が必要です。

退院の目途がたつ頃の状態（結果）とそこに至る途中経過の情報（プロセス）を分けて考え、入院中の経過をまとめて伝えるのではなく、経時的に伝えるように意識しましょう。

【コラム】支援対象は、大きな変化があるとは限らない

たとえば認知症や独居世帯、ADL 変化の予測がある、など明らかに支援が必要と判断できる場合、必然と退院支援についての意識が高くなり、ケアマネジャーと連携を図ろうと行動を起こしやすいと思われま。逆に大きな変化が見られない、意思表示が少ない等の利用者（患者）や家族の場合には、退院支援から漏れたり本人の意思と異なる方向性に傾いたりしてしまうことも考えられます。

また、医療従事者の説明や問いかけに対して、「はい」と返事をしているものの、内容を十分理解できていない高齢者や家族もいます。

入院中、医療機関従事者は短い期間で関係性を築いて、様々な意思決定を促さなければならない場面に多く立ち会うこととなります。生活の視点を大事にしながら、さらに普段から支援を行っている地域ケア担当者たちの助言を得るなどして、慎重に対応して行く必要があります。

退院前調整、退院 (医療機関)

退院調整は、サービス再開やケアプランの調整を具体的に進める過程です。入院中の見立てから予測した移行ケアを最終確認していきます。

退院前

●具体的な退院の予定がみえてきたら、ケアマネジャーに早めに伝えましょう

退院の連絡が遅れば、ケアマネジャーのケアプラン作成やサービス調整の時間的余裕がなく在宅療養移行時の不備につながりかねません。退院が具体的に見込まれるようになったら、その情報を速やかにケアマネジャーに伝えましょう。

在院日数の短縮により、治療の目的が立ち医師より退院指示が出てから退院日までの日数も短くなっています。そのため決定した退院日の前日や当日に慌てて退院前カンファレンスを設定するケースも発生しています。退院前カンファレンス開催には多職種のスケジュール調整が必要となるため、退院前カンファレンスの必要性が見込まれると判断できる場合は、早めにケアマネジャーにもその可能性について伝えるように努めましょう。ケアマネジャーとしても心づもりができるので助かります。

●医療機関からの情報提供書およびサマリーを早めに準備しましょう

退院直後より在宅医療介護サービスを提供できるよう、在宅医療・ケア提供者は準備を整えます。在宅ケアに必要な福祉用具の手配、設置、医療処置が必要な場合は医療物品・機器の手配、注文等があります。

環境が整っている医療機関と異なり、在宅ではそれぞれのサービスが独立しているため、利用サービスが増えるほど、その契約や手配には手間がかかります。

退院情報提供書は退院日に最終確認して発行するものの、退院後のサービス調整が必要な場合は、仮の形で早めに在宅側に内容を伝えるようにします。特に医療的ケアが必要な場合は、医療機器の設定や物品のサイズ、交換日など明確に記載し、在宅医療側に伝えます。



参考 担当ケアマネジャーがいない場合について

下記の場合には、要介護認定に関する申請やケアマネジャーの決定等の支援が必要となります。

- ・患者、家族が退院後に介護保険サービスの利用を希望する場合
- ・医療機関側が、退院後の介護保険サービスの利用が必要と判断する場合

介護保険の申請や、要介護認定自体は入院中でも可能です。地域や申請状況にもよりますが、介護保険を申請してから認定されるまで、1か月ほどかかるとみておくとい良いでしょう。

医療機関の担当者から、利用者（患者）・家族に、介護保険制度や介護認定申請等について説明し、居住地を管轄している地域包括支援センターに相談に行くよう伝えます。

本人が申請に行けない場合や、認知症などで判断できない場合は、家族や地域包括支援センターの職員、後見人、病院のソーシャルワーカーなどによる代理申請も可能です。また退院までに担当ケアマネジャーが決定しない場合は、退院後の支援について地域包括支援センターに引き継ぎましょう。

情報共有項目のポイント

入院時の情報提供（ケアマネジャー→医療機関）

入院時情報を提供する際、ケアマネジャーは『生活上の課題』という視点で記載するよう努めましょう。生活機能の状況において、特に「見守り」「一部介助」の場合は、具体的な様子を記載するとわかりやすくなります。また利用者（患者）の意思や考え方については、利用者（患者）本人・家族と直接話したことと、ケアマネジャーとしての意見を分けて整理し、わかりやすい記載を心掛けましょう。

●生活機能の状況について

	記載する際のポイント（例）
移動	<ul style="list-style-type: none">・何を使用して、どのように移動していますか・1日の移動回数は多いほうですか
移乗	<ul style="list-style-type: none">・どの程度、手助けがいらいますか
起居動作	<ul style="list-style-type: none">・どのような手助けがあれば、起居動作が可能ですか （人による介助、ベッドのリクライニング機能など）
更衣	<ul style="list-style-type: none">・どの部分の手助けが必要ですか
整容	<ul style="list-style-type: none">・日常欠かさず行う整容習慣はありますか
入浴	<ul style="list-style-type: none">・入浴時に在宅で使用している補助用具はありますか
食事	<ul style="list-style-type: none">・食事の時は、どのような食器や道具を使用していますか・在宅時に工夫している食事体制（椅子や食器の位置など）はありませんか・日常習慣での食事の回数、時間帯はどのようになっていますか
食事形態	<ul style="list-style-type: none">・主に誰が食事を作っていますか・朝食のパターンはどのような形態が多いですか・デイサービス等において食事を摂ることはありませんか
排泄	<ul style="list-style-type: none">・トイレにはどのくらい行きますか・トイレまでの移動距離はどのくらいですか

●利用者（患者）本人・家族の意思、考え方について

	記載する際のポイント（例）
コミュニケーション	<ul style="list-style-type: none">・普段、周りの人とどのようにコミュニケーションをとっていますか・あなたはどのようにコミュニケーションをとっていますか・人とのコミュニケーションが苦手ではありませんか・思いを伝えることを億劫に感じることはありませんか
精神面の課題	<ul style="list-style-type: none">・どのような場面で攻撃性が強くなりますか・本人意思や考えを知ることが難しいと思われた場面はありませんでしたか・本人と意思疎通しやすい支援者はいますか

病気の受け止め方	<ul style="list-style-type: none"> ・病気の話題をするときは、どのような雰囲気になりますか ・医師の説明をよく理解できていると思いますか ・家族等は、病気についてよく理解していると思いますか
生活・人生の価値観	<ul style="list-style-type: none"> ・今後の生活で、一番望まれるのはどのようなことでしょうか ・今後の生活で、避けたいと思うのはどのようなことでしょうか

退院に向けた情報共有について（ケアマネジャー⇔医療機関）

退院後の円滑な療養移行を行うために、ケアマネジャーと医療機関が入院中から適切に情報共有を行うことが大切です。双方が協力して適切なタイミングで、入院前との変化の有無、経過や現状、今後の見通しについて等、必要と思われる情報の提供や確認を行い、療養の移行に取り組んでいきましょう。

退院時に向けた情報共有内容 参考例

●身体機能の状況について

	確認のポイント（例）
移動	<ul style="list-style-type: none"> ・何を使用して、どのように移動できますか ・リハビリでどの程度まで可能になりますか
移乗	<ul style="list-style-type: none"> ・どの程度、手助けがいらいますか
起居動作	<ul style="list-style-type: none"> ・どのような手助けがあれば、起居動作が可能ですか （人による介助、ベッドのリクライニング機能など） ・1日のうち、どのくらい起居動作を行っていますか
更衣	<ul style="list-style-type: none"> ・どの部分の手助けが必要ですか
入浴	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅における入浴は、可能ですか ・どの程度手助けが必要ですか
食事	<ul style="list-style-type: none"> ・食事の制限や注意事項を家族等介護者は理解していますか ・栄養補給方法や食事の意義についての話し合いができていますか
排泄	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での排泄介助は、どの程度必要ですか ・夜間の対応や介護力を考慮した話し合いができていますか
服薬	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬で特に注意すべきことはありますか ・服薬管理について、その実施方法を検討していますか
医療ケア	<p>退院後必要な医療ケアについて</p> <ul style="list-style-type: none"> ・その処置は誰が行うことになりますか ・医療職以外の家族等介助者の心理的負担はありませんか ・医療職以外の家族等介助者の手技を確認していますか

●退院に向けた移行、今後の見通しについて

	確認のポイント（例）
希望する退院先	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者（患者）本人が希望する退院先はどこですか ・利用者（患者）本人と家族等の希望は一致していますか ・利用者（患者）が今後の生活で一番望まれるのはどのようなことでしょうか
現状の理解	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者（患者）は現在の病状について正しく認識していると思われませんか ・家族等は現在の利用者（患者）の病状について正しく認識していると思われませんか ・利用者（患者）・家族が不安に思っていることはありませんか
今後の見通し	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者（患者）は、今後の病状や見通しについて理解していると思いませんか ・家族等は、今後の利用者（患者）の病状や見通しについて理解していると思いませんか ・利用者（患者）・家族が不安に思っていることはありませんか
話し合い	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者（患者）の意思や考えを確認したうえで、それを実現するための方法を、どのように話し合っていますか ・利用者（患者）は、話し合いの結果について、どのように感じているのでしょうか ・利用者（患者）、家族等支援者それぞれが意見を述べて話し合いを行うことができていますか
在宅でのイメージ	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での生活をイメージして、退院支援を行うことができていますか