川崎市入退院支援ガイドブック

川崎市在宅療養推進協議会

令和2年12月

目　次

●はじめに …… 1

●入退院支援を取り巻く状況 …… 2

●病院と地域の連携による入退院支援 …… 6
（1）入退院支援の必要性
（2）入退院支援の基本的な流れ
（3）入退院支援のポイント

●よくある話　Q&A …… 12
（1）退院支援に関する手続き・調整
（2）退院後に通院が難しい場合
（3）退院支援の実際
（4）入院支援の実際

●介護保険制度の仕組み …… 15

●医療と介護資源に関する用語 …… 16
（1）医療資源・介護資源
（2）診療報酬と介護報酬

●入退院支援に関わる事例集 …… 25

はじめに

川崎市は、平成29年4月に人口が150万人を超え、令和12年度の158．7万人をピークに人口減少に転じると見込まれています。高齢化率は令和元年10月1日時点で20．3%と、全国平均と比較して若い世代が多いといえますが、合計特殊出生率は全国平均と同水準であり、今後も少子高齢化が進むことが見込まれています。

このように、急速な高齢化が進む中で、高齢者をはじめ誰もが住み慣れた地域で安心して暮らし続けるためには、多職種が連携した在宅医療・ケアの取組を推進し、本人や家族に寄り添った医療・介護を提供することが求められています。

これまで、川崎市では、9つの市内多職種団体の代表からなる「川崎市在宅療養推進協議会」において議論を積み重ね、多職種連携による、より良いケアの提供に向けて、目安とすべき指針や取組をまとめた「川崎市在宅医療・介護多職種連携マニュアル（平成28年度）」や、「川崎市入退院調整モデル（令和元年度）」を作成するなど、様々な場面における多職種連携の推進に向けた取組を進めてきました。

今回の「川崎市入退院支援ガイドブック」は、様々な連携の場面の中で特に入院から在宅への移行支援に着目し、切れ目なく、円滑な支援を行うためのポイントや、関係制度の基本的な仕組みの理解を深めていただくことを目的として作成しました。

入退院支援に関わる関係者の皆様に、入退院支援の全体的な流れを具体的にイメージするためにご利用いただくほか、病院・事業所・職能団体における研修等でご活用いただくことを通じて、関係者の相互理解を深め、円滑な入退院支援に資することを目指しています。

令和2年12月

川崎市在宅療養推進協議会　構成団体

川崎市医師会、川崎市病院協会、川崎市歯科医師会、川崎市薬剤師会、川崎市看護協会、川崎市介護支援専門員連絡会、神奈川県医療ソーシャルワーカー協会、神奈川県理学療法士会、地域包括支援センター、川崎市

入退院支援を取り巻く状況

（1）高齢化の進展と医療・介護ニーズの増大

75歳以上人口の増加
132万人（2015）⇒222万人（2035）

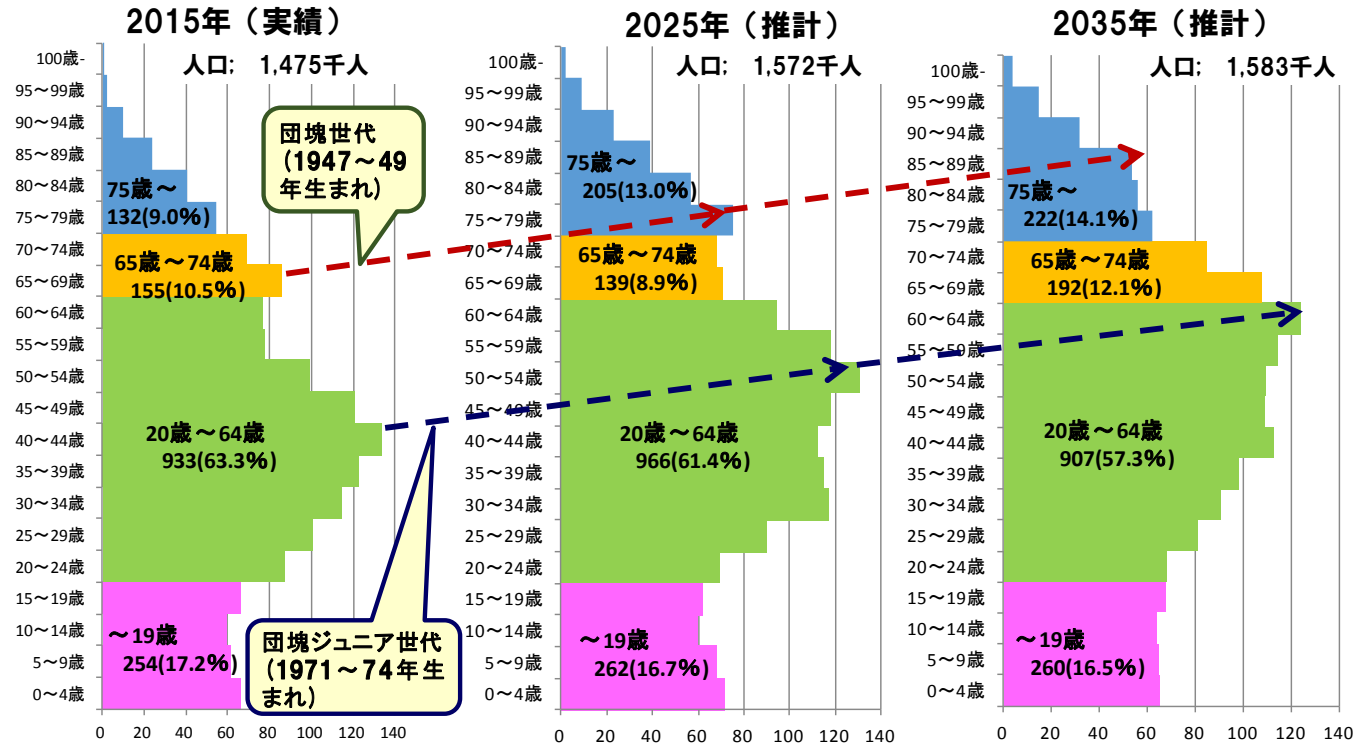
75歳以上の要介護認定率は32%
（65～74歳は5%）

医療・介護
ニーズが増大
1.68倍
（2015→2035）

現役世代が減少していく中で、
限りある財源や人材を効率的・効果的に活用するために、
医療・介護制度の再構築が必要

川崎市の年齢別人口の推計

（単位：千人）



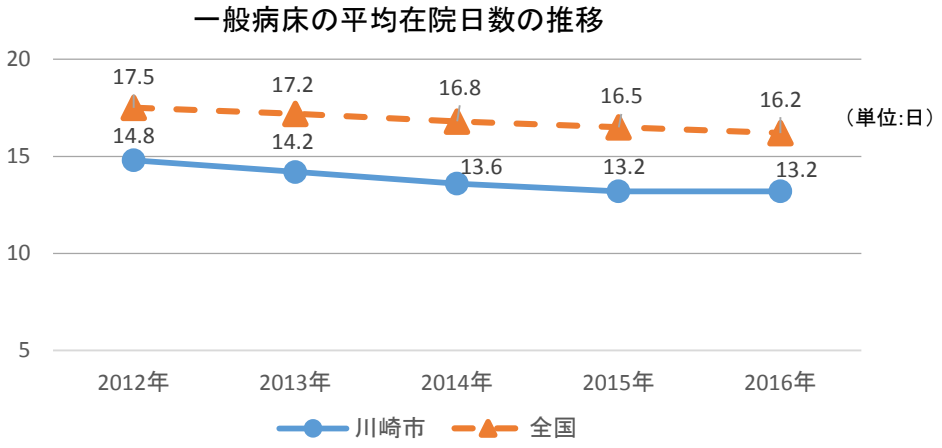
（出典）総務省「国勢調査」、川崎市将来推計人口（平成29年5月）

（2）医療・介護制度改革の方向性

①病床機能の再編

急性期医療を中心に
人的・物的資源を集中投入

入院期間を減らして
早期の家庭復帰・社会復帰を実現



②地域包括ケアシステムの構築

医療を病院で完結させる「病院完結型」から、
医療を必要としながら退院する人にも、
住み慣れた地域や自宅での生活を支援する「地域完結型」の医療へ
「時々入院、ほぼ在宅」

地域ごとの医療・介護・予防・生活支援・住まいの
継続的で包括的なネットワークが必要

地域包括ケアシステムの構築

在宅医療	1.2万人（2013年）	→ 2.2万人（2025年）	1.0万人増（＋80%）
在宅介護	2.8万人（2016年）	→ 4.4万人（2025年）	1.6万人増（＋59%）

③川崎市の在宅医療推進・医療介護連携の取組

- 在宅医療の体制整備
- 介護サービス基盤の整備
- 円滑な退院支援と急変時の対応
- 在宅医療・かかりつけ医等の普及啓発

「かわさき保健医療プラン（2018～2023年度）」より抜粋

（3）その人らしい人生を支えるための支援の視点

これからの医療・介護のあり方

医療や介護の視点だけでなく、
本人の価値観・人生観も尊重した支援が必要

本人や家族等と十分にコミュニケーションを取りながら意思決定を支援

どこでどのような生活をしたいのか
そのために、どのような医療・介護を受けたいのか

検討の視点

臨床倫理の4分割法（Jonsen（1992）*Clinical Ethics*）を参照

視点① 本人の意向

【ポイント・留意事項】
- 本人の判断能力
- 情報提供と合意プロセス
- 事前の意思表示の確認

視点② 周囲の状況

【ポイント・留意事項】
- 家族や関係者の意向や支援能力
- 経済的側面
- 施設や事業所の対応能力
- 法律や制度、慣習や宗教

視点③ QOL

【ポイント・留意事項】
- 身体、心理、社会、信条的な受容の可非
- 判断基準の可変性
- 専門職の偏見や思い込み

視点④ 医学的適応

【ポイント・留意事項】
- 治療中や予後の状態像の想定
- 医学的な効用とリスクのバランス
- 有益性の確認

- ◆ 本人にとって最善のケアを検討する
- ◆ 本人・家族・医療・介護が一体となって、ケアの目標を定める
- ◆ 結果として、折り合いを付けなければならない部分も生じる

専門職向けの研修の様子
（平成30地域リーダー研修）

人生100年時代！
高齢化が進むと、医療や介護の
ニーズが増える！！

・約20年後の2040年には、高齢者人口が約1．５倍！

高齢者の増加
病床の不足
入院期間の短縮

限りある財源や人材を効率的・効果的に活用するために・・・

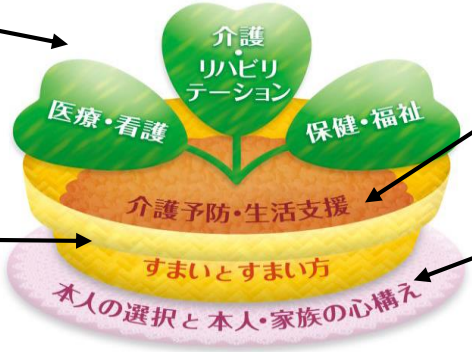
病床機能の再編
早期の家庭復帰・社会復帰の
実現！

住み慣れた地域で生活しながら、
医療を受ける「地域完結型」の
仕組みの構築

地域包括ケアシステム

専門的サービス

社会参加による介護予防、
生活支援、地域のみまもり



生活基盤は・・・
本人の希望と経済力に
かなった住まい

最も大事！！
住み慣れた地域や自宅で
生活したいという
本人の意向

**一人暮らしでも、認知症があっても、医療的ケアを受けながら、
在宅で生活できる地域に**

**医療・介護に関わる職種は、本人の意思決定を
支援しながら、最善のケアを考える**

病院と地域の連携による入退院支援

（1）入退院支援の必要性

【病院と在宅の違い】

	病　院 （医療を受ける場）	在　宅 （生活する場）
生　活	集団性が高い	個別性が高い
医　療	院内で提供	通院・訪問診療
介　護	院内で提供	家族・介護サービス
住環境	バリアフリー	狭隘や段差あり

在宅で病院と同じ医療や介護を行うことはできないため、
医療や介護が必要な状態で退院する場合は、
在宅での生活状況に合わせたケアの調整が必要

お互いが早期からしっかり連絡を取り合うことが必要

●円滑な調整を行うためには、入院時から在宅での状況を把握することが必要

●在宅側も入院中からどのような状況での退院になるのか把握することが必要

入退院時の連携が大事！！

在宅の支援体制が整わないまま退院すると・・・

・必要な医療や介護が提供されないため、**すぐに状態が悪化してしまう**。

・家族に過重な負担がかかり、**家族の生活にも悪影響が及んでしまう**。

・事後的に訪問診療や介護サービス等を導入しようとしても、**生活が混乱している状態から調整しなければならないため、多大な労力が必要となる。**

本人や家族の意向を踏まえずに在宅生活に移行すると・・・

本人や家族がどのような在宅生活を送りたいかの意向が大事！！

・本人の不安の増長や意欲の減退を招き、**重症化・重度化が進んでしまう**。

・家族による協力が得られず、**虐待等のリスクが発生**してしまう。

・医療や介護に対する不信感を抱いてしまい、**必要な医療や介護につなげにくくなってしまう**。

在宅医療のイメージ図

退院した際の地域を病院に例えると・・・

自宅は病室、道路は廊下です。病院のように、医師や看護師、歯科医師、薬剤師、ケアマネジャーなどの専門職が道路（廊下）を通って自宅（病室）に伺って治療や処置、相談を行います。
多職種・多機関の連携が整うと、地域でも必要な医療や介護を受けながら、自宅での生活を支えることができます。

在宅医療・介護を支えてくれる主な機関・人々

訪問リハビリ

(理学療法士、作業療法士などリハビリ専門職)

移動、食事、言語などの生活行為の維持・向上のためのリハビリや身の回りの動作がしやすいよう環境整備を行います

訪問看護ステーション

主治医と連携し、医師の指示による医療処置、健康状態の確認、療養生活の支援を行います。

ホームヘルプ事業所

(介護福祉士、ホームヘルパー)

ケアマネジャーの計画に基づいて、食事の準備や、買い物、掃除等、日常生活の家事援助を行ったり、入浴や排泄等の身の回りの支援を行います。

薬局

(調剤、訪問薬剤師)

医師から処方された薬を届け、飲み方の説明や効果のチェック、保管方法や残薬の確認をします。

病院

(医師、看護師など医療職)

入院治療が必要な場合の医療の提供、療養場の指導を行います。

地域連携室

(医療ソーシャルワーカー等)

入退院や転院の支援を行います。

区役所

介護保険、高齢福祉、障害福祉、国民健康保険等の窓口で、申請手続きなどの相談に対応します。

高齢者施設等

デイサービス、ショートステイ、通所リハビリテーションを通して在宅介護を支援します。

地域包括支援センター

(主任ケアマネジャー、保健師、社会福祉士)

介護保険や介護予防の相談のほか、生活全般に対する相談に応じます。
また、地域の調整役として関係機関と連携し、適切なサービスが提供されるよう支援します。

居宅介護支援事業所

(ケアマネジャー)

本人や家族と相談しながら、介護保険サービスの計画を立てます。
市や各サービス事業所、診療所などと連絡調整を行います。

診療所

(かかりつけ医、在宅医)

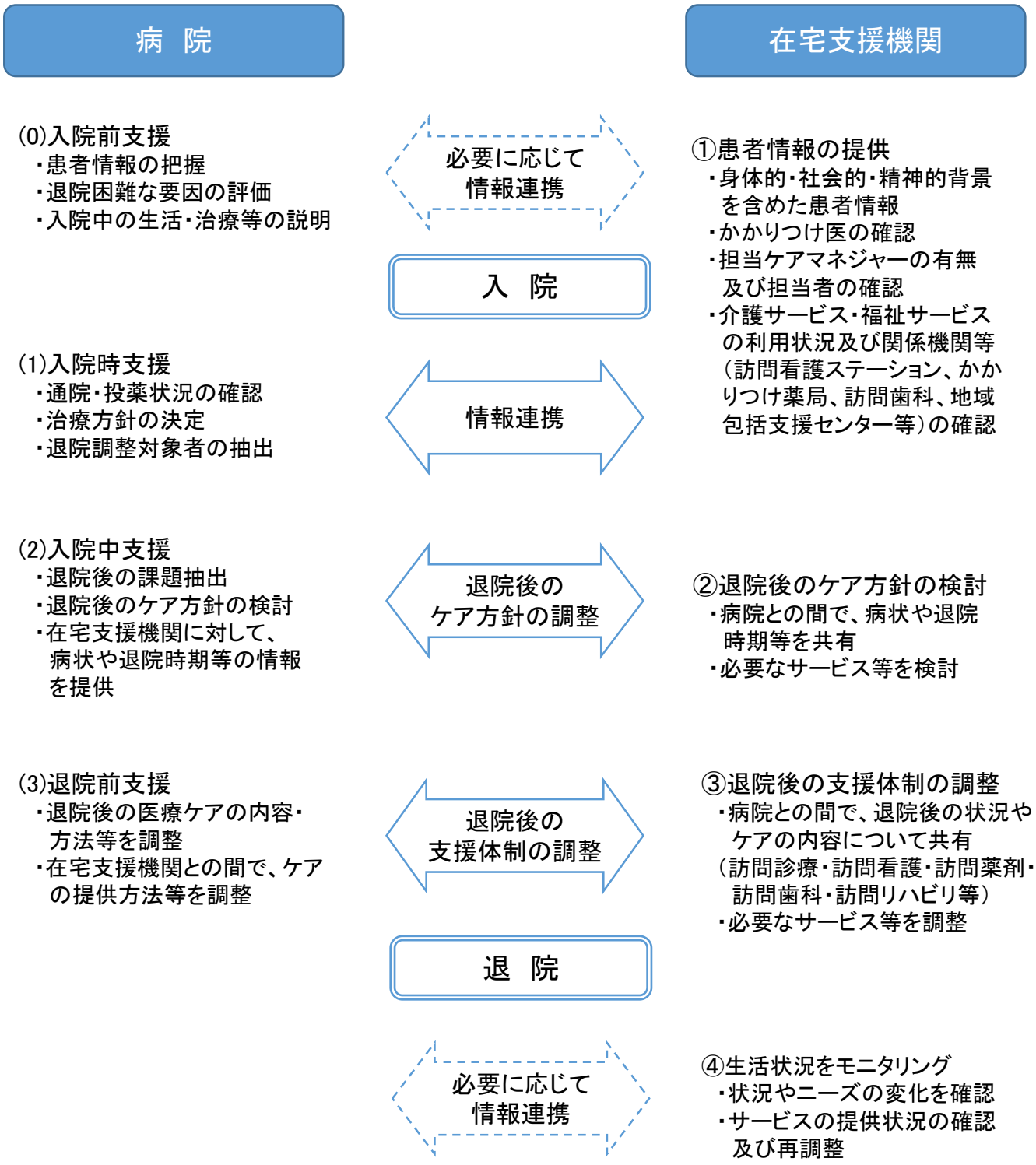
通院が困難な方の自宅や施設に訪問して、生活の場で医療を行います。

訪問歯科

(歯科医、歯科衛生士)

歯の治療や義歯、呑み込みの評価・指導、口腔ケアなどを行い、食支援や肺炎の予防をします。

（2）入退院支援の基本的な流れ



病院と在宅支援機関との間で、切れ目ない連携が必要

算定できる診療報酬・加算や、必要な手続きの詳細は、
「入退院調整モデル」を参考にしてください。

（3）入退院支援のポイント

①入退院支援は、関わる職種で情報を共有し、チームで支援します。

◆円滑に在宅生活に移行できるようにするためには、病院医師・病棟看護師・外来看護師・入退院支援部門等による支援の経過や今後の見通しを、在宅支援機関に伝える必要があります。

◆退院後は、医師（かかりつけ医・在宅医）・ケアマネジャー・訪問看護師・ホームヘルパー・訪問薬剤師・訪問歯科医・理学療法士・地域包括支援センター職員など、様々な関係者が一体となって支援を行います。

②早期介入・多職種の顔の見える関係（相互理解）・意思決定支援に関わる職種が共通認識を持つことが必要です。

◆日頃から顔の見える関係で、チームとしての職種の役割を決め、目指す方向（在宅移行等）を統一しておく共通認識が必要です。

◆本人・家族が意思決定をしやすくする支援とは、日頃から、医師は疾病を理解してもらう、ケアマネジャーは、普段の生活状況等や本人・家族の思いを意識して聞き取ることです。

③全体の流れやタイミングをつかんで、柔軟に対応することが重要です。

◆入退院支援に関わる全ての人が、毎回カンファレンスに参加できるとは限りません。

◆入退院支援に関わる人は、カンファレンス以外の様々な方法によって必要な情報を提供したり、支援内容を調整したりする必要があることを理解しておく必要があります。

④本人やご家族の意向や事情を汲んだ支援が必要です。

◆本人・家族が理解・納得して退院することができなければ、在宅生活を継続することは難しくなります。

◆本人と家族では、困りごとが違ったり、病状の受け止め方にもずれがあったりします。 また、気持ちが揺れ動くことがあるということを理解した上で、関わる人は情報を共有する必要があります。

よくある話　Q＆A

病院の入退院支援や在宅支援に関わる職種で、入退院支援についての理解を深めるために整理しました。

（1）退院支援に関する手続き・調整

質　問	答　え
在宅医療が必要な場合、どこから調整をすればいいですか？	入院前からかかりつけ医がいる場合は、まず、かかりつけ医に相談してください。または入院病院の相談室や担当ケアマネジャーでも相談できます。訪問診療や在宅介護サービスについての調整を行います。
在宅介護が必要な場合、どこから手続きを始めればいいですか。	まずは、介護保険の要介護認定を受ける必要があります。申請については、区役所や地域包括支援センター等に相談してください。
要介護認定には、どのくらいの時間がかかりますか。	要介護認定を受けるためには、訪問調査と審査会による審査を行うため、概ね1～1.5か月程度の期間を要します。 新規申請や区分変更が必要な場合には、できるだけ早めに手続きを始めましょう。
在宅介護の導入は、誰に相談すればよいですか。	介護保険サービスの利用調整は、居宅介護支援専門員（ケアマネジャー）が行いますが、地域包括支援センターや入院病院の相談室でも相談できます。

（2）退院後に通院が難しい場合

質　問	答　え
訪問診療では、どのようなことができますか。	月2回程度の定期診療による健康管理の他、在宅酸素、中心静脈栄養、導尿等の各種療法や、がんの疼痛緩和などを行うことができます。診療所によっては365日24時間の往診対応をしています。
歯科医による訪問診療もありますか。	歯科医による訪問診療もあります。 訪問診療が可能な歯科医が分からない場合は、在宅歯科医療地域連携室（川崎市歯科医師会・0120-390-418・月～金9:00～16:00）に連絡してください。
薬局に薬を取りに行けない場合は、どのようにしたらよいですか。	薬剤師により在宅訪問服薬指導があります。薬、医療材料や衛生材料を届けるとともに、服薬や残薬の確認など行います。訪問してくれる薬局・薬剤師が見つからない場合は、川崎市薬剤師会相談窓口（044-211-2325）に連絡してください。

（3）退院支援の実際

質　問	答　え
「明日退院になります」という連絡が病院からケアマネジャーや地域包括支援センターに来ることがありますが、なぜですか。	がん末期などで本人が強く退院を希望している場合は、本人の意思を尊重するために、この時期を逃したら帰れないため、急に退院となることがあります。 また、様々な理由から急の調整をお願いすることがあります。
出席できない日にカンファレンスが設定されることがありますが、なぜですか。	在宅医療が必要な方の場合は、病院主治医や在宅医の日程を優先してカンファレンスが設定されるといったことがあります。 関係者が出席できない場合には、関係者間でカンファレンスの内容を共有できるよう、連携し合うよう心がける必要があります。
全ての人が、入退院支援部署を通して退院の調整が行われるのですか。	全ての人が、入退院支援部署を通して退院の調整が行われるわけではありません。 病棟において退院の調整が行われる場合も数多くあります。 病院ごとに、入退院支援部署による関わり方やルールが異なるので、必要に応じて確認が必要です。
本人が一人暮らしであったり、家族の介護力に不安があるなど、退院に向けて介護サービスだけでは生活が難しいと思われる場合は、どのようにしたらよいですか。	地域包括支援センターでは、高齢者の総合相談窓口として、介護保険だけではなく様々な制度や社会資源について、情報提供や相談を行っています。退院に向けて複合的な課題があると思われる場合は、地域包括支援センターにもご相談ください。

（4）入院支援の実際

質　問	答　え
家族以外に入院に関する同意書にサインすることを求められることがありますが、どのようにしたらよいですか。	同意書にサインをする人がいない場合は、家族、親族等でなければサインできないことについて、病院側の理解を求めてください。
病院から、外出の付き添いや所持品の送り届けを依頼されることがありますが、どのようにしたらよいですか。	ケアマネジャーや地域包括支援センターの役割は、本人や家族の依頼に基づき、相談支援や介護サービスの利用調整を行うことです。 療養上必要なことであれば、病院と本人・家族の間で調整していただくことになります。

入院しても元の生活に近い状態で退院できるよう病院と在宅支援機関の連携は大事！！

☺ポイント1

病院によって入退院支援は同じではない

関わる部署や職種が一体となって、
チームで支援するという意識が大事！

全体の流れやタイミングをつかんで、
柔軟に対応！

☺ポイント2

在宅生活を送るのは、本人と家族

理解・納得して退院することで
在宅生活が継続する！
本人・家族に関わる全ての人が、
意思決定を尊重する！

介護保険制度の仕組み

対象者

〇65歳以上
〇40～64歳で特定疾病に該当

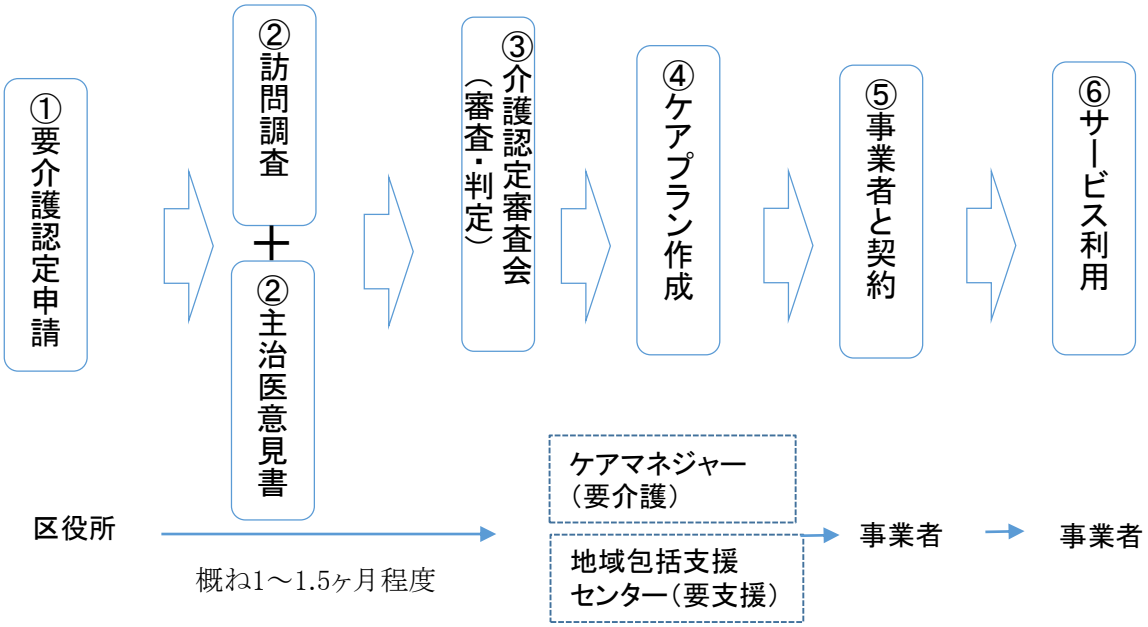
＋

◆要介護・要支援の認定を受けた方

利用可能な主なサービス

要支援1・2	要介護1・2	要介護3・4・5
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師等）、小規模多機能型居宅介護、 通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、 福祉用具貸与・購入、住宅改修、 認知症対応型グループホーム（要支援1を除く） （※）要支援1・2は介護予防サービス又は介護予防・日常生活支援総合事業を利用		
	定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、介護老人保健施設、介護療養型医療施設	
		特別養護老人ホーム （※）原則要介護3以上

利用手続き



利用者負担

〇所得等に応じて1割～3割（負担上限あり）
〇施設サービスを利用する場合は、食費・居住費・日用品費等も別途負担

介護保険外サービスや障害福祉制度も利用できる場合があります。
詳しくは、区役所高齢・障害課にご相談ください。

医療と介護資源に関する用語集

（1）医療・介護資源

病院に関すること

用語	解説
一般病床	急性期の入院治療を必要とする患者のための病床。
医療療養型病棟	慢性期の状態にあって、病院での療養が継続して必要な医療依存度の高い方。（医療保険適用）
介護療養型病棟	要介護認定された方で、比較的に重度の要介護者で医療処置とリハビリが必要な方。（介護保険適用）
緩和ケア病棟	末期がん等で、心身の苦痛（痛み、息苦しさ、食欲低下、吐き気、眠れない、体がだるい、不安、悲しみなど）の治療やケアを行う。
精神病棟（認知症治療病棟）	精神症状及び行動異常が著しい重度の認知症の方に対し、適切な精神科治療およびケアを行う。
地域包括ケア病棟	急性期治療を経過し、病状が安定した方に対して、在宅や介護施設への復帰支援に向けた医療や支援を行う。
回復期リハビリテーション病棟	脳血管障害や骨折の手術などの急性期の治療後に、集中的なリハビリテーションを行う。疾病により入院日数が異なる。

介護施設に関すること

用語	解説
特別養護老人ホーム	中重度の要介護状態の方を対象として、継続的な入所により介護等を行う。（原則として、要介護3以上が対象）
介護老人保健施設	在宅復帰に向けて、一定期間の入所により、介護とリハビリテーションを行う。 （要介護1以上で利用できるが、利用期間は基本的に3～6か月）
有料老人ホーム （介護付き、住宅型）	個々の施設との契約に基づき、介護や生活支援等を行う。施設の設備やサービス、利用料金等は、施設ごとに異なる。 （一部の施設では、介護保険適用サービスを一体的に提供）
サービス付き高齢者向け住宅	高齢者向けの賃貸住宅で、安否確認等のサービスも行う。介護や生活援助は提供しないため、必要になれば、入居者が個人で外部の介護サービスを利用する必要がある。
認知症高齢者 グループホーム	医師に認知症の診断を受けた方で、集団生活を営むことに支障のない方が対象。5～9人の入居者を1つのグループとして、食事、入浴、排せつ等の生活全般のサポートや機能訓練を受けながら、家庭的な環境の中でスタッフとともに生活する。 （要支援2、要介護1～5が対象）
軽費老人ホームケアハウス	収入に合わせた料金で、日常生活のサポートを受けられる施設。 一般型と介護型があり、どちらも食事の提供をはじめとする生活支援を受けられる。
介護医療院	医療機関が運営する療養目的の施設。要介護の高齢患者（利用者）に対して、医療・介護だけでなく、生活の場を提供する。比較的重度の要介護者に対して医療ケアを提供するⅠ型と入居者の家庭復帰をリハビリなどでサポートするⅡ型がある。

在宅介護サービスに関すること

用語	解説
居宅介護支援	要介護認定を受けた方がサービスを利用する際に、介護支援専門員がケアプランの作成及び各サービス事業所と連絡調整を行う。
訪問介護 （ホームヘルプサービス）	ホームヘルパーが家庭を訪問し、身体の介護や家事の援助を行う。
訪問入浴介護	浴槽を積んだ入浴車で家庭を訪問し、入浴の介護を行う。
訪問看護（介護保険）	看護師等が家庭を訪問し、療養上の看護などを行う。提供時間により、利用料が異なる。 ※通常、介護保険が優先されるが、厚生労働大臣の定める別表7（末期の悪性腫瘍、指定難病等）の疾病や急性増悪等で「特別訪問看護指示書」の期間の方、介護保険認定のない方は医療保険適用。
訪問リハビリテーション	理学療法士等が家庭を訪問し、リハビリテーションを行う。
居宅療養管理指導	医師、歯科医師、薬剤師等が家庭を訪問し、療養上の指導・助言を行う。1か月あたりの利用限度回数はそれぞれ異なる。
通所介護 （デイサービス）	介護認定を受けた方が、デイサービスセンターにおいて、入浴・食事等のサービスや機能訓練を行う。介護者の身体的・精神的負担の軽減の目的もある。
通所リハビリテーション （デイケア）	介護保険適用　身体機能回復のために、介護老人保健施設や医療機関において、理学療法士等によるリハビリテーションを行う。主治医の指示により受けることができる。 ※医療保険適用では、外来(通院) で行う。疾病別、受けられる日数に制限がある。
短期入所生活介護 （ショートステイ）	居宅で一時的に介護が受けられなくなった場合等に、短期的な入所により、特別養護老人ホーム等で日常生活上の介護や機能訓練を行う。
短期入所療養介護 （ショートステイ）	居宅で一時的に介護が受けられなくなった場合等に、短期的な入所により、介護老人保健老人施設等で、看護、医学的管理のもと介護や機能訓練を行う。
定期巡回・随時対応型訪問介護看護	日中・夜間を通じて、定期巡回や必要に応じて随時訪問する。介護と看護が連携を図り、ヘルパーによる入浴、排せつの介護や、看護職員による療養上の世話や診療の補助などを行う。
小規模多機能型 居宅介護	対象者の状態に応じて、「通い」「泊まり」「訪問」を柔軟に組み合わせたサービスを行う。
看護小規模多機能型 居宅介護	小規模多機能型居宅介護に訪問看護を加えたサービスを行う。
介護予防支援 介護予防ケアマネジメント	要支援等と認定された方がサービスを利用する際に、地域包括支援センター等が介護予防ケアプランの作成及び各サービス事業所と連絡・調整等を行う。

生活支援に関すること

用語	解説
福祉用具貸与	要介護、要支援の認定を受けた方を対象に、手すり、スロープ、歩行器、車いす、特殊寝台、床ずれ防止用具等を貸与する。
住宅改修費の支給	手すりの取付け、段差の解消、扉の取替え、便器の取替え等に改修する場合、費用の1割から3割を支給する。改修前の事前申請が必要。支給限度額は、1人につき20万円。
徘徊高齢者等SOSネットワーク事業	徘徊の恐れのある高齢者等が徘徊した際、家族から提出されたSOS届けをもとに関係機関に情報提供し、高齢者の安全確保と家族等への支援を図る。事前登録が必要。
徘徊高齢者発見システム事業	高齢者に、専用端末を渡し、行方不明になったときにその電波をキャッチし、現在地をお知らせするサービス。徘徊をすることにより生命に危険性のある方が対象で利用料がかかる。
緊急通報システム事業	ひとり暮らしの高齢者等に、発作が起きたとき等に備え、緊急時の連絡体制を確保するサービス。携帯型と自宅設置型がある。
成年後見制度	認知症や知的障害、精神障害などにより、判断能力が十分でない本人に代わって、法的に権限を与えられた後見人等が、金銭管理や身上監護を行い、安心して生活が送れるよう、本人の保護や支援を行う制度。

（2）診療報酬と介護報酬

入院前

令和2年度診療報酬改定
平成30年度介護報酬改定

名　称	算定対象	点数	要　件
入院時支援加算Ⅰ Ⅱ 【施設基準】 ① 入退院支援加算1、2又は3の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する ≪許可病床数200床以上≫ ・専従の看護師が1名以上 　又は ・専任の看護師及び専任の社会福祉士が1名以上 ≪許可病床数200床未満≫ ・専任の看護師が1名以上が配置されていること。 ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること。	入院医療機関 ① 自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。 ② 入退院支援加算を算定する患者であること。	Ⅰ　230点 Ⅱ　200点 退院時1回 Ⅰについては、要件1）から8）全てを行う場合	入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、 ①入院前に以下の1）から8）を行い、 ②入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、 ③患者及び入院予定先の病棟職員と共有すること。 患者の病態等により1）から8）について全て実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合であっても、1）、2）及び8）は必ず実施しなければならない。 1）身体的・社会的・精神的背景を含めた患者　情報の把握 2）入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握（※） 3）褥瘡に関する危険因子の評価 4）栄養状態の評価 5）服薬中の薬剤の確認 6）退院困難な要因の有無の評価 7）入院中に行われる治療・検査の説明 8）入院生活の説明 （※）要介護・要支援状態の場合のみ実施

入院時・入院早期

名　称	算定対象	点数	要　件
療養情報提供加算	在宅医	50点	保険医療機関が、患者の同意を得て、当該患者が入院又は入所する保険医療機関又は介護老人保健施設若しくは介護医療院に対して文書で診療情報を提供する際、当該患者に対して定期的に訪問看護を行っている訪問看護ステーションから得た療養に係る情報を添付して紹介を行った場合は、療養情報提供加算として、50点を所定点数に加算する。
訪問看護情報提供療養費3	訪問看護ステーション	1，500円	保険医療機関、介護老人保健施設又は介護医療院（以下この注において「保険医療機関等」という。）に入院し、又は入所する利用者について、当該利用者の診療を行っている保険医療機関が入院し、又は入所する保険医療機関等に対して診療状況を示す文書を添えて紹介を行うに当たって、訪問看護ステーションが、当該利用者の同意を得て、当該保険医療機関に指定訪問看護に係る情報を提供した場合に、利用者1人につき月1回に限り算定する。ただし、他の訪問看護ステーションにおいて、当該保険医療機関に対して情報を提供することにより訪問看護情報提供療養費3を算定している場合は、算定しない。
入院時情報連携加算	ケアマネジャー		当該利用者の入院日、心身の状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。当該加算については、利用者一人につき、1月に1回を限度として算定することとする。また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面談、FAX等）等について居宅サービス計画等に記録すること。なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。 ※川崎市では「居宅介護サービス提供依頼書兼入院時情報提供書」を使用している。
◎入院時情報連携加算（Ⅰ）		200単位	利用者が入院してから3日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。
◎入院時情報連携加算（Ⅱ）		100単位	利用者が入院してから4日以上7日以内に、医療機関の職員に対して必要な情報を提供した場合に所定単位数を算定する。

入院中

名　称	算定対象	点数	要　件
入退院支援加算とは（退院時1回）、患者が安心・納得して退院し、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続できるように、施設間の連携を推進した上で、入院早期より退院困難な要因（※）を有する患者を抽出し、入退院支援を実施することを評価			
入退院支援加算1 ＊退院調整部門の設置 専従1名：看護師または 社会福祉士	**一般病棟** **療養病棟**	**600点** **1，200点**	入退院支援及び地域連携業務に専従する職員（以下「入退院支援職員」という。）を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の 状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。退院支援計画を実施するに当たって、14日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話合いを行うと ともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の 保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。
	○退院支援職員の配置：退院支援業務に専任する職員を2病棟に1名以上 ○医療機関・事業所との連携構築：20以上の医療機関または介護サービス事業所等と転院・退院体制についてあらかじめ協議し、連携を図っている。 ○医療機関・介護事業所との情報共有：連携医療機関または介護サービス事業所等の職員と退院支援・地域連携職員が、3回／年以上の頻度で面会し、転院・退院体制について情報の共有等を行っている。 ○介護支援連携指導料算定回数：加算の算定対象病床100床当たり年間15回以上（療養病棟等は10回以上） ○通院困難患者の早期抽出：入院後3日以内に新規入院患者の把握および退院困難患者の抽出 ○入院早期の患者及び家族との面談：入院後 7 日以内（療養病棟等は14日以内）に患者および家族と病状や退院後の生活も含めた面談 ○多職種連携カンファレンスの実施：入院後 7 日以内に実施		
入退院支援加算2 ＊退院調整部門の設置 専従1名：看護師または 社会福祉士	**一般病棟** **療養病棟**	**190点** **635点**	患者の入院している病棟等において、原則として入院後7日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出する。退院支援計画を実施するに当たって、できるだけ早期に患者及び家族と話合いを行うとともに、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。
	○通院困難患者の早期抽出：入院後7日以内に新規入院患者の把握および退院困難患者の抽出 ○入院早期の患者及び家族との面談：入院後できるだけ早期に患者および家族と病状や退院後の生活も含めた面談 ○多職種連携カンファレンスの実施：カンファレンスの実施		

※ 退院困難な要因

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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
オ 生活困窮者であること
カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
キ 排泄に介助を要すること
ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
コ 入退院を繰り返していること
サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場

退院決定

名　称	算定対象	点数	要　件
介護支援等連携指導料	入院医療機関	初回400点 2回目400点	入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、導入が望ましい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。

退院前・退院時

名　称	算定対象	点数	要　件
退院時共同指導料1	在宅医 （在支診） それ以外	1，500点 900点	保険医療機関に入院中の患者について、在宅療養を担う医療機関の医師または看護師等が、入院中の医療機関の医師又は看護師等と共同して当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を行い、文書により情報提供した場合に、入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。
退院時共同指導加算	訪問看護ステーション	医療 8，000円 介護 600単位	指定訪問看護を受けようとする者であって、退院に当たり、訪問看護ステーションの看護師等が、入院医療機関の主治医又は職員と共同し、利用者本人やその看護者に対して在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合、退院後の最初の訪問看護が行われた際に、1回に限り所定額に加算する
退院時共同指導料2	入院医療機関 ・医師 ・看護師 ・薬剤師 ・管理栄養士 ・理学療法士 ・作業療法士 ・言語聴覚士 ・社会福祉士	400点 ※1 300点加算 ※2 2，000点 加算	退院時共同指導料1と同じ要件で、患者が入院する医療機関において入院中1回に限り算定する。また、入退院支援加算を算定する患者に係る退院後の診療等の療養に必要な情報の提供に対する評価について、自宅以外の場所に退院する患者も算定可能とする。 ※1　在宅医参加 ※2　多機関（3者以上※）共同指導 看護師、歯科医師、歯科衛生士、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員のうち3者以上
退院・退所加算	ケアマネジャー		退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価するとともに、医療機関等との連携回数に応じた評価とする。加えて、医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価する。
		【カンファレンス参加無】【カンファレンス参加有】 連携1回　450単位　600単位 連携2回　600単位　750単位 連携3回　ー　900単位	

自由記載欄

入退院支援に関わる
事　例　集

本事例集について

川崎市在宅療養推進協議会では、「川崎市在宅医療・介護多職種連携マニュアル」「川崎市入退院調整モデル」を作成するにあたり、症例検討ワーキンググループおよび医療・介護連携ワーキンググループにおいて、多職種が関わる事例を通して検討してきました。

掲載事例については、この2つのワーキンググループで検討した入退院支援に関わる事例概要とポイントおよび課題です。

事例については、ケアマネジャー、医療ソーシャルワーカー、訪問診療医、訪問看護師から提供していただき、個人が特定されないよう加工してあります。

事例集の活用について

入院や退院のタイミングで、各職種としてどのような役割が取れるか、そして、他の職種とどのように関わっていくとより良い支援につながるか、患者ご本人やご家族が安心して療養生活が送れるよう考えてみてください。

本ガイドブックの活用場面としては、各職種の研修や多職種との勉強会等を想定しています。 入退院支援ガイドブックの「入退院支援のポイント」を参考にしながら活用してみてください。

目　　次

１　がん末期で自宅での一人暮らしを続けた事例

２　重度の認知症、糖尿病があり、軽費老人ホームで
医療・介護を受け生活している事例

３　多くの疾患を抱えながら在宅生活を続けた事例

４　本人の意向に沿ってがん末期の体制づくりをした事例

５　在宅で点滴を希望されたが介護負担が強い事例

６　看護小規模多機能型居宅介護を受けながら在宅生活を
送った事例

７　介護力が弱く、多疾患を抱える事例

入退院支援に関わる事例
（川崎市在宅療養推進協議会　症例検討ワーキンググループでの検討事例）

1　がん末期で自宅での一人暮らしを続けた事例
キーワード：がん末期　　医療管理　一人暮らし

■70歳代　男性　要介護3
肺がん・胃がんの末期　COPD（慢性閉塞性肺疾患）　在宅酸素療法
アパートで一人暮らし　近くに娘がいるが就労している（当初は通院介助）
■体調不良が続いていたが、娘が訪問時に、本人がかなり痩せていたのに気づき近医を受診。病院を紹介され、検査の結果、肺がんと胃がんの診断あり入院。抗がん剤治療の開始。併せて、COPDもあるため、在宅酸素療法開始。治療の効果があり、1か月後に退院。退院前に介護保険の手続きをし、訪問看護・介護用ベッドの導入の手続きを行う。
■退院後は、月1回近医に通院。在宅酸素療法継続。
退院1か月後、抗がん剤治療のため5日間入院する。
■本人は在宅療養を希望。
体力の低下があり、通院が困難になったため、訪問診療に変更し、訪問介護と訪問入浴を導入。その後、呼吸苦出現、体調悪化が顕著になるが入院を拒否。
主治医が訪問した時、本人がベッド脇に倒れており、死亡確認される。

この事例のポイント・課題

◆退院前に、本人・家族の意向確認と、病状、生活状況の把握を医療ソーシャルワーカー・退院支援看護師を中心に在宅チームとそれぞれの役割を確認し共有することができた。
◆病状変化時に、本人の状態、今後の病状の変化、緊急時の対応等について、サービス担当者会議や在宅療養連携ノート(※)を通して、情報共有を図り、本人・家族の意向を再度確認することができた。
※看取りが近づいた際には、通常よりもきめ細かい情報共有を図ることが必要と考えられる。

※**在宅療養連携ノート**：在宅療養されている方と医療・介護関係者で情報を共有し、より良い支援を行うために情報をファイルにまとめたもの。川崎市在宅療養推進協議会で平成26年度に作成。

メ　モ　　※職種としての関わるタイミング、役割等

２　重度の認知症、糖尿病があり、軽費老人ホームで医療・介護を受け生活している事例

キーワード：認知症・糖尿病　医療管理あり　一人暮らし

■70歳代　女性　要介護4
アルツハイマー型認知症（認知症自立度Ⅳ（※）　BPSD（※）有）、糖尿病治療中
軽費老人ホームに入所し、生活保護支給　子どもは3人いるが、精神疾患や音信不通でキーパーソンはいない。
■毎日、訪問介護、週2回デイサービスを利用。デイサービスで大声を発することが増える。また、血糖値のコントロールもできなくなり、脱水で1か月入院となる。
担当医より血糖のコントロール不良と認知症を指摘される。
■退院後、徘徊や異食、放尿も見られるようになり、血糖値も不安定となり、デイサービスで低血糖症状も見られるようになる。
通院から訪問診療と訪問看護に変更し、血糖コントロールのためインスリンを導入。
■徐々に認知機能も低下し、肺炎により入院。誤嚥性肺炎のリスクも高まり、今後は対応が課題となる。要介護認定区分変更の申請を行う。

※**認知症自立度Ⅳ**：日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。
※**BPSD**：周辺症状（不安、うつ状態、異食、せん妄、徘徊、多動、厳格、妄想、興奮、暴力等）

この事例のポイント・課題

◆退院後に在宅療養になる時は、入院前の生活に戻れるよう、退院前にカンファレンス等を通して、本人・家族の意向確認と病状の把握、情報共有が必要。
◆認知症が進行し、血糖コントロールが必要な場合、症状や生活状況の変化について、
関わる人で情報を共有しておき、緊急時の対応を事前に決めておくことが必要。
※本人の意思能力が不十分であり、家族もいない場合に、本人・家族の意向をどのように確認するか。

メ　モ　　※職種としての関わるタイミング、役割等

３　多くの疾患を抱えながら在宅生活を続けた事例

キーワード：多疾患（認知症　糖尿病　脳梗塞　間質性肺炎　類天疱瘡）　入退院を繰り返す

■70歳代　女性　要介護5
脳梗塞による左片麻痺と認知症（認知症自立度Ⅲb）（※）　糖尿病
特発性間質性肺炎により在宅酸素療法　週4回デイサービス
夫、長女と同居　主な介護者は夫で長女も分担して介護をしている。
インスリン注射は夫が対応。

■脳梗塞により緊急入院となり、リハビリ目的で転院。入院中に特発性間質性肺炎を発症し、在宅酸素療法が開始となる。介護保険申請後、自宅退院となる。その後2年間で、腰椎圧迫骨折、誤嚥性肺炎、類天疱瘡で入退院を繰り返す。糖尿病も悪化し、インスリン注射開始となる。

■最初の退院後、誤嚥性肺炎を繰り返す恐れがあったため、訪問診療、訪問看護事業所による訪問看護と訪問リハビリテーションを導入する。

■より良い連携に向けて、訪問診療開始より在宅療養連携ノート（※）を導入し、デイサービスも含めて、本人・家族・関わる職種で情報の共有をしている。

■入退院を繰り返すが、病状の変化時には関わる職種で情報の共有を行った。また、退院前カンファレンスやサービス担当者会議で病状の確認と役割分担を行い、在宅療養を継続している。

※**認知症自立度Ⅲb**：日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通に困難さが夜間を中心に見られ,介護を必要とする。
※**在宅療養連携ノート**：在宅療養されている方と医療・介護関係者で情報を共有し、より良い支援を行うために情報をファイルにまとめたもの。川崎市在宅療養推進協議会で平成26年度に作成。

この事例のポイント・課題

◆多くの関係者により、退院前カンファレンス、サービス担当者会議が開催され、本人・家族の意向確認と病状、生活状況の把握、関係者各々の役割を確認し、共有することができた。

◆医療依存度が高まり、在宅での療養期間が長期化することが考えられるため、家族・介護者の負担感を確認しながら、対応することが必要。

※情報共有の内容や情報の緊急度、発信者は誰なのか等、場面によって決めておくことが必要。

メ　モ　　※職種としての関わるタイミング、役割等

4　本人の意向に沿ってがん末期の体制づくりをした事例

キーワード：がん末期　医療管理　在宅看取り　病診連携

■70歳代　男性　要介護5
すい臓がん（疼痛コントロール）　認知症（認知症自立度Ⅱa)（※）
妻・娘夫婦と同居　キーパーソンは妻
■背部痛と急激な体重減少があり、かかりつけ医を受診。超音波検査により
すい臓腫瘍の疑いがあり、がん専門病院を紹介され受診。すい臓がんと診断
され入院し、手術と化学療法を受ける。退院後も通院化学療法を受けていたが、
体力低下により再入院。入院中にかかりつけ医に相談し、近くの病院を紹介され
転院。がん専門病院、かかりつけ医、転院病院で連携し、情報共有がされる。
■転院後、検査によりすい臓がん再発と診断されるが、本人が継続化学療法を
希望しないため、自宅退院。在宅看取りの方向で病院関係者と在宅チームで
医療と介護の体制づくりおよび介護保険の申請を行い、在宅療養となる。
■情報共有のために、在宅療養連携ノート（※）とICT（※）を活用。

※**認知症自立度Ⅱa**：日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通に困難さが家庭内でも見られる。（服薬管理ができない、電話の対応・来訪者の対応など一人で留守番ができない）
※**在宅療養連携ノート**：在宅療養されている方と医療・介護関係者で情報を共有し、より良い支援を行うために情報をファイルにまとめたもの。川崎市在宅療養推進協議会で平成26年度に作成。
※**ICT**：Information and Communication Technologyの略称。通信技術を活用したコミュニケーションツールで、多職種での情報共有が可能。

この事例のポイント・課題

◆入院中に院内医療従事者と本人・家族で治療方針や今後の方向性について話し合いがなされ、本人の意向に沿った体制づくりができた。
◆退院前に介護保険の申請を行ったことで、在宅療養生活への移行がスムーズに行われた。
◆かかりつけ医が患者・家族からの相談により、入院先の病院や転院先の病院と連携を取ったことで、本人・家族は療養生活への安心に繋がった。
※がんの緩和ケアにおいて、日々変化する本人・家族の気持ちに対して、多職種がどのように寄り添っていくかを、入院中から在宅における終末期まで情報共有しながら支援していくことが必要。

メ　モ　　※職種としての関わるタイミング、役割等

５　在宅で点滴を希望されたが介護負担感が強い事例

キーワード：誤嚥性肺炎　胃がん　医療管理　介護ストレス

■80歳代　男性　要介護4（入院前は自立）
胃がん（胃全摘）　CVポート(※)造設後、点滴管理
妻と長男夫婦で同居　キーパーソンは妻と長男の嫁
■胃全摘後、食事時にむせ込みがあり言語聴覚士が介入。退院後は介護保険サービスの利用と地域包括支援センターで相談できることの情報提供を行い退院となる。退院後は外来通院。
■退院後、食欲がなく、食事量も減っていた。隠れてお菓子を食べており、嘔吐した後に発熱し、誤嚥性肺炎と診断され入院となる。入院中、妻の介護ストレスから本人に辛くあたる様子があり、手続きや家族間の連絡調整をしている嫁との関係を考慮し、適切な療養環境を確保することが必要と考えられた。
■担当医から誤嚥のリスク、栄養方法について説明し、嚥下リハビリを継続していたが、毎日、面会に来る妻のストレスによる行動は持続した。
■本人は病状を理解しており、家族を含め自宅退院を希望している。本人・家族、在宅チームと病院スタッフで退院前カンファレンスを実施。病状、今後の生活、医療管理、介護ストレスへの対応、急変時の対応等について確認した。
■退院後は、ケアマネジャーが医療・介護の状況を医療ソーシャルワーカーへ報告した。肺炎による入退院が3回あったが、在宅療養が継続されている。

※**CVポート**：中心静脈カテーテルの一種で、皮膚の下に埋め込んで薬剤を投与する。

この事例のポイント・課題

◆入院時より、退院後に予測される生活の変化で必要となる社会資源や制度の情報提供がされている。
◆在宅療養生活での課題となる病状や介護者の介護状況・健康上の課題について、病院内で情報共有され、在宅チームへの情報提供がされている。
◆退院後もケアマネジャーを中心に医療ソーシャルワーカーへの医療・介護の状況がフィードバックされている。
※介護者の心身の健康上の課題等、介護力に影響すると考えらえる場合の対応について入院中よりアセスメントは必要。

メ　モ　　※職種としての関わるタイミング、役割等

６　看護小規模多機能型居宅介護を受けながら在宅生活を送った事例

キーワード：S状結腸穿孔　認知症　医療管理

■70歳代　男性　要介護2
S状結腸穿孔（胃ろう　人工肛門造設）　慢性硬膜下血腫
認知症（認知症自立度Ⅲb）（※）
妻と二人暮らし　長男の妻の協力あり　小規模多機能型居宅サービスと訪問診療を利用し自宅で生活

■間欠的な腹痛が持続し訪問診療医による経過観察していたが、発熱したため救急搬送されS状結腸穿孔の診断あり緊急手術となる。人工肛門造設、嚥下障害残存のため胃ろう造設を提案されるが、妻・長男夫婦は必要性は理解しているが、承諾できなかった。心理的配慮をしながら、看護師のフォローが受けられ、介護疲労の時はレスパイトが受けられる看護小規模多機能型居宅サービス（複合型サービス）を紹介することで承諾され、胃ろう造設となった。

■本人・家族は、夫婦での自宅生活を希望。医療ソーシャルワーカーとケアマネジャーで自宅退院に向けて調整開始。病棟では妻への介護指導、長男の妻は施設見学、手続きを行い、退院前カンファレンスを開催し退院となった。

■退院2か月後、医療ソーシャルワーカーが看護小規模多機能型居宅介護サービス事業所ケアマネジャーにモニタリング実施。概ね、退院前に協議したケアプラン通りのサービスが利用されていることを確認する。

※認知症自立度Ⅲb：日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが夜間を中心に見られ、介護を必要とする。

この事例のポイント・課題

◆入院による本人・家族の心身の状態の変化や気持ちの受け止め、退院後の医療管理をしながらの生活をイメージしてもらいながらの退院支援は、円滑な在宅移行に繋がった。

◆退院後の在宅療養生活についてフィードバックすることは、病院側と在宅チームにとって本人・家族の意向に沿ったケアプランや支援となっているかの再確認となる。

※本人・家族が納得して退院するために、多くの職種が関わる場合、病院側と在宅チームでどのように情報共有するか、多職種での役割分担の確認は必要。

メ　モ　　※職種としての関わるタイミング、役割等

7　介護力が弱く、多疾患を抱える事例

キーワード：上行結腸がん　パーキンソン病　認知症　介護力弱い

■80歳代　女性　要介護5
上行結腸がん　パーキンソン病（ヤール5）（※）　アルツハイマー型認知症
長女と二人暮らし　キーパーソンは長女だが、無職で昼夜逆転の生活
■パーキンソン病と不安神経症で神経内科の訪問診療を受けている。訪問看護、ヘルパー、デイサービス、ショートステイの利用あり。
■デイサービス利用時に意識消失。救急搬送後入院となる。貧血があり、上行結腸がんと診断。本人への告知なし。
■家族の意向により、積極的な治療は行わず、緩和ケアの方針で退院。
入院中にケアプラン作成とサービス調整を行う。
■退院後、訪問診療医により本人へACP（※）の説明。苦痛は取って欲しい、娘の介護は難しいため最期は病院を希望。長女は週末のみ介護にあたる。本人の希望によりサービスの利用で療養生活を送る。ケア不足や本人の拒否により褥瘡形成するが、ケアマネジャーより関係職種に情報発信し、サービス担当者会議を開催。介護負担の軽減や今後の療養生活を検討した。

※ヤール5：パーキンソン病の重症度分類。5度は車いすが必要になり、ベッドに寝ていることが多くなる。日常生活に全面的介助が必要。
※ACP（アドバンス・ケア・プランニング）：人生の最終段階で、本人、家族、医療・ケアチームと治療や介護について、希望や考えを明らかにしていく話し合い。

この事例のポイント・課題

◆入院したことをケアマネジャーは在宅チームへ連絡し、情報共有ができている。
◆入院時より退院に向けてのケアプラン作成やサービス調整が行われたため、スムーズな在宅療養生活に移行した。
◆家族状況や介護負担・介護力の変化が予測されるため、多職種で家族調整や家族支援について検討が必要。
※生活状況や家族状況に課題がある場合、医療、介護サービスだけでは解決できないこともあるため、福祉やインフォーマルサービスについても検討が必要。

メ　モ　　※職種としての関わるタイミング、役割等

川崎市入退院支援ガイドブック

発行年　令和2年12月

発行者　公益社団法人　川崎市医師会
川崎市中原区小杉町3丁目26番7
TEL　044－711－3011（代）　FAX　044－711－3012

川崎市健康福祉局地域包括ケア推進室（地域包括支援担当）
川崎市川崎区宮本町1番地
TEL　044－200－2681　FAX　044－200－3926

監修　川崎市在宅療養推進協議会

イラスト　一般社団法人プラスケア　石井麗子