

## 甲州市入退院支援多職種フロー

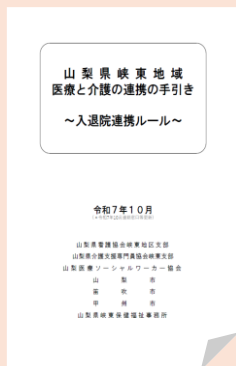
### 趣旨

現行の「峡東地域医療と介護の連携の手引き～入退院連携ルール～※」をベースとして活用をしながら、入退院支援の場面で他の職種がどんなタイミングで何をしているのかを共通理解ができるよう、「甲州市入退院多職種フロー」を作成しました。適切なタイミングで、適切な職種へ意識的に情報を伝えていくことができる、その一助となればと考えています。

(在宅医療・介護連携部会における作成経緯の詳細は5ページ以降参照)

※「峡東地域医療と介護の連携の手引き～入退院連携ルール～」とは

山梨県看護協会峡東地区支部と山梨県介護支援専門員協会峡東支部が中心となり、峡東地域における医療と介護の連携推進を目指して平成29度に作成されたもので、毎年度検討会において更新されている。



入院患者が治療を終えて地域にもどる際、医療機関とケアマネージャー、地域包括支援センター等関係者が連絡を取り合い、スムーズな在宅移行ができるよう、円滑に連携をとっていく必要がある。

この手引きは、そのために必要な情報共有や連携の手順等を「入退院連携ルール」として示してある。これらを医療機関の看護師やソーシャルワーカー、地域のケアマネージャーや地域包括支援センター等の関係者が共有することで、峡東地域に在住する患者や介護サービス利用者が、安心・安全に過ごしていけることを目指し作成した。

### 留意点

●甲州市入退院多職種フローは、入院時に多職種がスムーズに連携をしていくために、それぞれの期で確認すべき視点を整理したものです。一つのツールとしてご利用ください。

- ▶ フローシートの見方 2ページ
- ▶ フローシートの活用例 3ページ～

入退院支援の場面のステージ

【4期～0期】備える時期

入院のリスクを考慮して情報を共有したり、多職種連携体制の構築、再発・重度化を予防し、在宅療養を続けられるように支援していく時期。

【1期】入院期

退院支援が必要かどうかの認識の共有、暮らしの場へ帰るために必要な支援の明確化など、病院・在宅チームで情報を合わせていく時期。

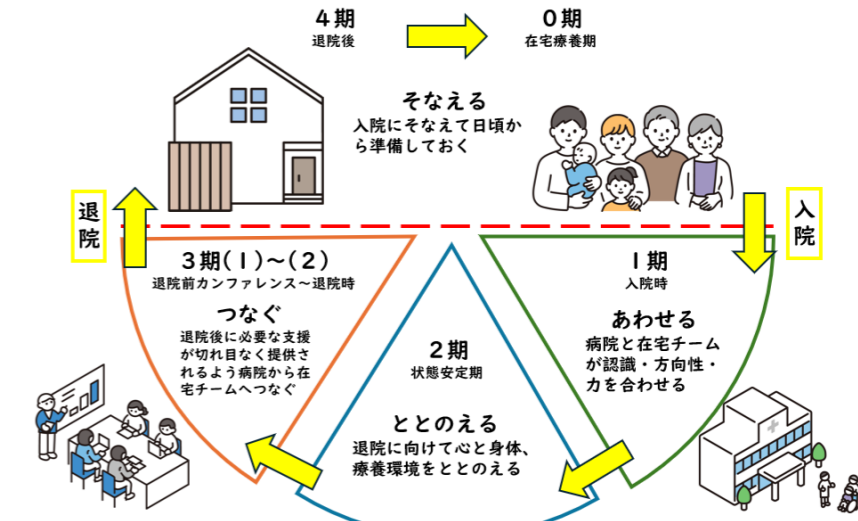
【2期】状態安定期

本人の状態や変化など在宅に向けた情報収集や課題分析を行い、療養環境を整える時期。

【3期】退院前カンファレンスから退院時

安心して在宅療養をスタートするための病院と在宅チームとで最終調整をする、必要な支援を切れ目なく提供できるようにつなぐ時期。

入退院支援の場面のステージについて



出所:効果的な計画を策定するための考え方マニュアルを参考

医療機関とケアマネが連携を取る内容について記載。峡東地域医療と介護の連携の手引き～入退院連携ルール～を基本に部会で一部追加。

ケアマネジャー以外の在宅支援者の動きを記載。在宅支援者はケアマネジャーを通じて医療機関と連携する

甲州市 入退院支援多職種フロー(担当ケアマネジャーがいる場合)

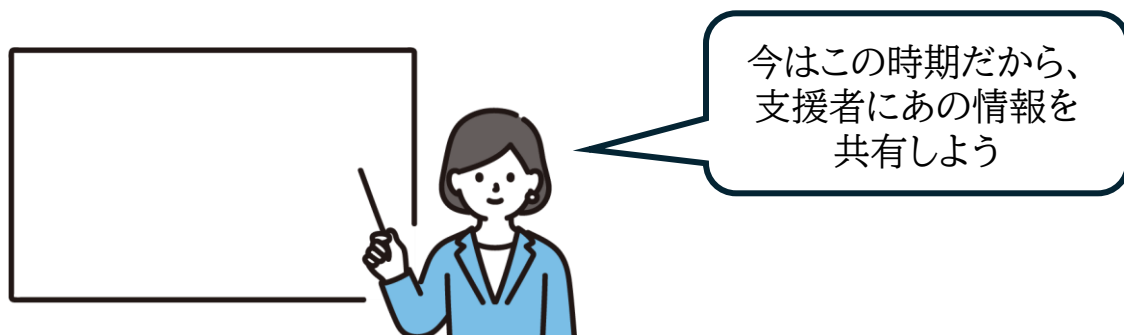
医療機関	0期 在宅療養期	1期 入院時	2期 状態安定期	3期(1) 退院前カンファレンス	3期(2) 退院時	4期 退院後～0期
病院(医師、看護師、薬剤師、リハビリ職、相談員等)	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人の担当ケアマネジャーの情報を把握する</li> <li>在宅支援者との連携窓口や、地域資源の把握</li> <li>多職種研修等への参加による、在宅支援者との関係性の構築</li> <li>外来看護や医師から介入の必要性のあるケースの情報収集</li> <li>本人、家族の意向確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険証等から確認のうえ、担当ケアマネジャーへ入院について伝達</li> <li>ケアマネジャーから連絡がない場合介護保険証等から確認のうえ、入院について伝達</li> <li>退院(今後の生活)に向けた思いや意向の確認</li> <li>入院前の生活状況等を確認</li> <li>入院時の情報を共有(提供書、ケアプランなど)</li> <li>ACPの連携</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の患者情報をケアマネジャーへ提供する</li> <li>ICや院内カンファレンスを開催する際はケアマネジャーへ連絡する</li> <li>退院までの大まかな日程の共有</li> <li>退院前カンファレンスの目的と検討内容を整理し、在宅支援者へ出席依頼</li> <li>必要に応じて家屋評価を実施</li> <li>退院後に在宅で支援に入る専門職を検討し打診・調整</li> <li>退院の見通しがいたら、ケアマネジャーへ連絡</li> <li>退院前カンファレンスの必要性を確認、必要な専門職の参加調整をする</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>家屋評価の結果の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>診療情報提供書、看護リポート(状況により訪問看護指示書)等の作成</li> <li>本人、家族等へ、退院後の療養・生活上の留意事項等を伝達</li> <li>退院後のケアプランの受領</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>外来受診時の状況に必要に応じてケアマネジャーへ連絡</li> <li>継続受診の場合、状態をケアマネジャーに情報提供</li> <li>外来受診や退院後訪問指導時等に退院後の生活について、在宅支援者からフィードバックを受ける</li> </ul>
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族等へ、入退院時の自身への連絡の必要性の伝達</li> <li>医療(医師、歯科医師、薬剤師等)、介護の関係者の把握</li> <li>緊急体制の確認</li> <li>入退院連携ルールの確認</li> <li>ケアプラン作成、モニタリング(通常支援)</li> <li>MCSの患者グループ作成の提案・参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院について在宅支援者へ連絡</li> <li>病院へ情報提供する</li> <li>原則ケアマネジャーから、自身が担当である旨医療機関へ連絡</li> <li>医療、介護の関係者の把握</li> <li>退院までの大まかな日程の共有</li> <li>入院について、在宅支援者へ連絡</li> <li>入院時情報提供書と医療機関へ送付</li> <li>入院期間の目的の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院中の情報を収集する</li> <li>医療管理の必要性や、リハビリ内容、目標ADLの予後予測等も確認する</li> <li>家屋調査や本人のADLをもとに、必要に応じて区分変更を検討する</li> <li>退院までの大まかな日程の共有</li> <li>退院前カンファレンスの開催を希望する場合、医療機関へその旨依頼</li> <li>(退院退所情報記録所等を活用し)医療機関から情報収集、退院後のケアプラン変更の必要性について検討</li> <li>退院前カンファレンスの開催について在宅支援者へ情報提供</li> <li>本人、家族の意向確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>家族や病院から退院予定を把握できたら、退院前カンファレンスの必要性を確認する</li> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>必要に応じて、退院前カンファレンスへケアプランの原案を提出</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>カンファレンス不参加者へ内容の伝達</li> <li>退院後のケアプラン作成</li> <li>退院時情報等について、カンファレンス不参加者へ伝達</li> <li>退院後のケアプラン作成、在宅支援者へ情報提供</li> <li>(退院後最初の訪問診療に動向を希望する場合)在宅医師に可否、日時等確認</li> <li>薬剤師、訪問看護師に訪問サービス導入提案の有無を確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス担当者会議</li> <li>病院へケアプランの共有、退院後の生活状況のフィードバック</li> <li>サービス担当者会議の開催</li> <li>ケアプランのモニタリング</li> </ul>
在宅支援者	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーの把握</li> <li>入院決定時にケアマネジャーへの連絡</li> <li>支援者、関係者の把握</li> <li>MCSの患者グループの作成・指示</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院状況(退院時期等)の把握</li> <li>(ケアマネジャーから依頼あった場合)入院時情報提供書作成の協力</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前カンファレンス出席者の調整(看護師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士等も可)</li> <li>依頼があれば歯科医や歯科衛生士が病院へ訪問</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>多職種との役割の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>訪問薬剤管理指導の指示</li> <li>訪問診療について、ケアマネジャーへ情報提供</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の継続</li> </ul>
医師	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーの把握</li> <li>入院時は歯科治療に制限が生じる可能性があるため、早期治療の可能性について本人、家族へ周知</li> <li>かかりつけ歯科の口腔管理(通院または訪問)</li> <li>生活環境の確認</li> <li>本人、家族の意向確認</li> <li>MCSの患者グループへの参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院状況(退院時期等)の把握</li> <li>入院先への訪問歯科の可能性の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前カンファレンス出席者の調整(看護師、薬剤師、歯科衛生士、理学療法士等も可)</li> <li>依頼があれば歯科医や歯科衛生士が病院へ訪問</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>診療情報提供書の受領</li> <li>訪問診療について、ケアマネジャーへ情報提供</li> <li>口腔管理支援の必要性を評価</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の継続</li> </ul>	
歯科医・歯科衛生士	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーの把握</li> <li>(知っているれば)ケアマネジャーへ医師、歯科医師、薬剤師等の医療情報の提供</li> <li>支援者、関係者の把握と情報共有</li> <li>本人、家族の意向確認と情報共有</li> <li>本人と家族の状態把握</li> <li>MCSの患者グループ作成の提案・参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院状況(退院時期等)の把握</li> <li>入院前の情報(医療、生活、本人の意向など)を病院へ提供する</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前カンファレンス出席準備</li> <li>入院中の情報収集</li> <li>本人、家族の意向確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>看護リポートの受領</li> <li>訪問看護指示書の受領</li> <li>(退院後最初の訪問診療に同行を希望する場合)在宅医師に可否、日時等確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の継続</li> <li>ケアマネジャーと医療職者との連携支援</li> </ul>	
訪問看護	<ul style="list-style-type: none"> <li>ケアマネジャーの把握</li> <li>服薬状況の確認</li> <li>MCSの患者グループへの参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院状況(退院時期等)の把握</li> <li>薬の内容を把握</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院前カンファレンス出席準備</li> <li>内服変更の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>訪問薬剤管理指導が必要な場合、導入の提案</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅医療の継続</li> <li>服薬状況の確認、管理</li> </ul>	
薬剤師	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供時における利用者(本人)や家族の状態確認、ケアマネジャーへの情報共有</li> <li>MCSの患者グループへの参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院状況(退院時期等)の把握</li> <li>入院期間の目的の確認</li> <li>ケアマネジャーへの情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院までの大まかな日程の共有</li> <li>本人、家族の意向確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>サービス担当者会議の準備</li> <li>情報と本人の状態の差異確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス担当者会議への出席</li> <li>在宅医療・介護連絡ノートへ情報の記載</li> <li>状態変化時の連絡先の確認</li> </ul>	
訪問サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供時における利用者(本人)の状態確認、ケアマネジャーへの情報提供</li> <li>MCSの患者グループへの参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院状況(退院時期等)の把握</li> <li>入院期間の目的の確認</li> <li>ケアマネジャーへの情報共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院までの大まかな日程の共有</li> <li>本人、家族の意向確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>サービス担当者会議の準備</li> <li>緊急時の受け入れ先確認</li> <li>退院後の受診日程の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス担当者会議への出席</li> <li>利用時の状況報告</li> <li>長期的な利用ベースの方向性</li> </ul>	
通所サービス	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス提供時における利用者(本人)の状態確認、ケアマネジャーへの情報提供</li> <li>空き状況の確認</li> <li>MCSの患者グループへの参加</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>入院状況(退院時期等)の把握</li> <li>入院期間の目的の確認</li> <li>利用時期の確認</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院までの大まかな日程の共有</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>本人、家族の希望、医療上・生活上の課題、退院後の支援内容、緊急時の対応等について共有</li> <li>サービス担当者会議への出席</li> <li>利用時の状況報告</li> <li>長期的な利用ベースの方向性</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>サービス担当者会議への出席</li> <li>利用時の状況報告</li> <li>長期的な利用ベースの方向性</li> </ul>	
施設(ショートステイ)						

※小金井市入退院支援多職種フロー参考

## 甲州市入退院多職種フローの活用方法の例

### ①事業所への掲示として活用

各事業所へ掲示し、職員全体で入退院時の流れを共通認識することが出来ます。  
また、在宅での支援に慣れていない職員の参考資料としても活用できます



### ②スーパーバイズへの活用

情報共有がうまくいかなかった時や、連携がうまくいかなかった時など、どこに原因があったのか、何が必要であったのかを事業所内で振り返ったり、スーパーバイズする際に活用できます。



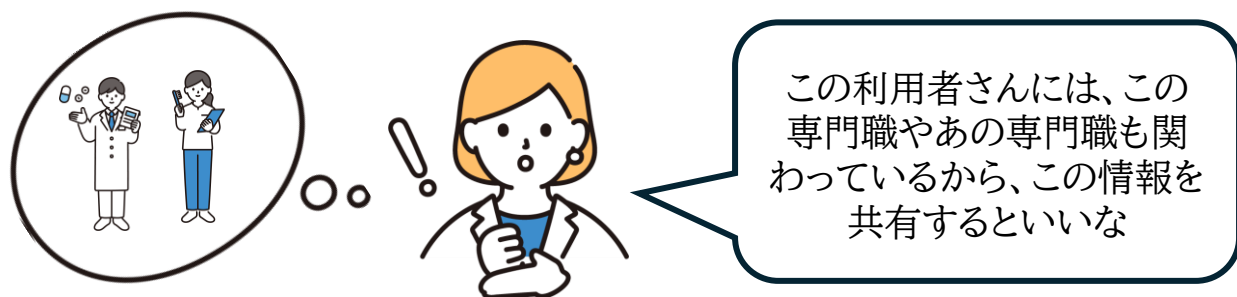
### ③多職種連携の学習会に活用

各事業所や団体で行う、多職種連携の学習会の際に、参考資料として活用できます。フローシートを基にグループワークなどで多職種の動きを共有するなど、顔の見える関係づくりに活かします。



### ④利用者ごとの個別支援に活用

利用者ごとに、各職種の支援者や連絡先を書き込み、「医療と介護 連絡ノート」やデータで共有することで、利用者へどんな職種の誰が関わっているのか、今どんな動きをしているのかを共通認識ができます。



### ⑤利用者ごとの個別チェックリストとして活用

個別支援や担当者会議などでチェックリストのようにご活用いただけるよう、フローシート内の項目に□欄を設けました。チェックを付け確認していくことで、支援者間の動きの確認や、自らの動きを振り返ることができ、情報共有や連携もれ防止などに活用できます。

## 作成までの経過

### 【在宅医療・介護連携部会について】

甲州市では、地域包括ケアシステムの構築・推進に向け、図-①の体系図のとおり5つの専門部会を設置し、課題の集約等を行っています。

在宅医療・介護連携部会は、在宅医療と介護の関係者の連携支援体制の促進に向け、課題の検討ならびにそれらの解決のための具体的な取り組みを実施しています。

令和7年度 甲州市 高齢者地域ケア推進会議体系図

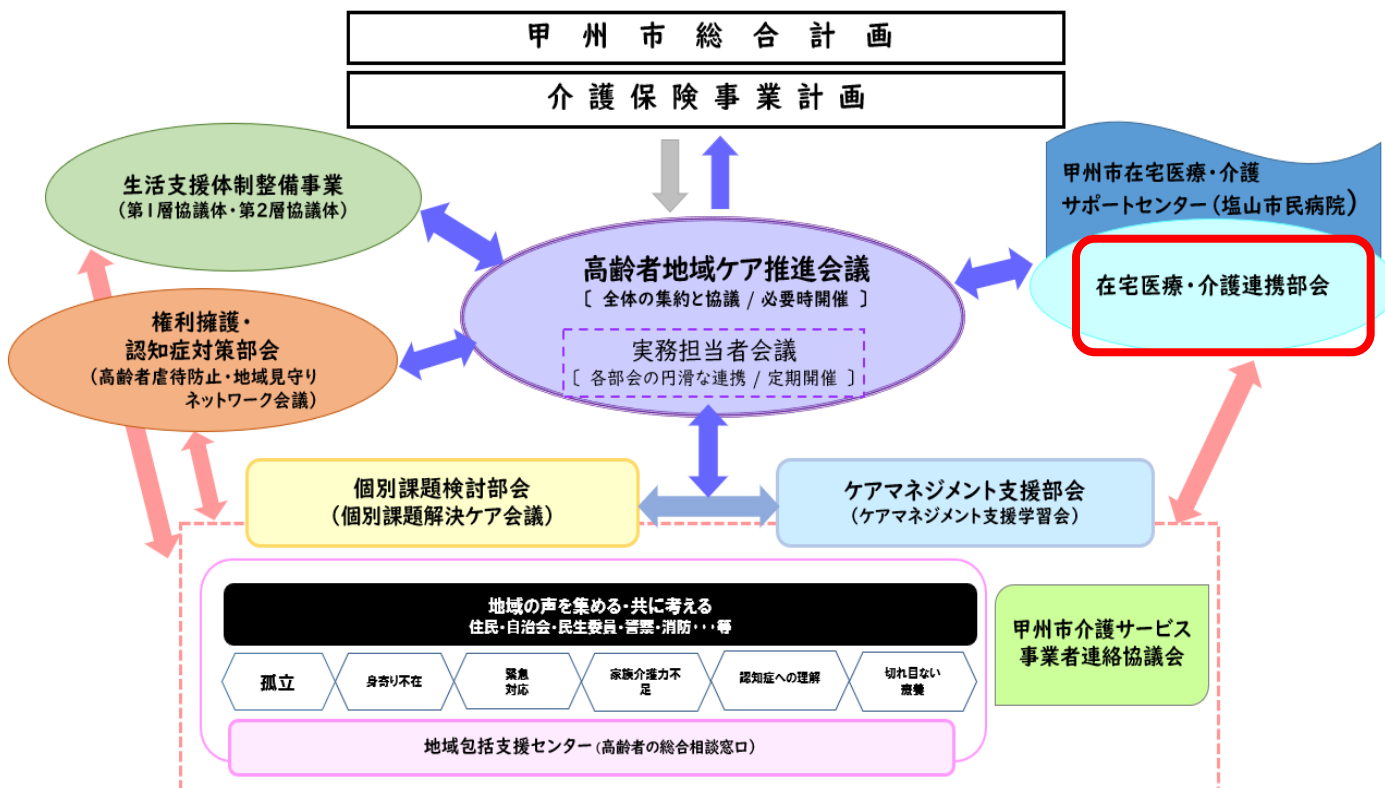


図-①

部会員は、甲州市医師会、甲州市歯科医師会、甲州市薬剤師会の各代表や訪問看護師、歯科衛生士、甲州市介護サービス事業者連絡協議会の各部門代表などにより構成されています。

## 【入退院支援の場面の課題の検討】

医療と介護が主に共通する4つの場面(図-②)を意識して取り組む必要があり、令和6年度より、「入退院支援の場面」の課題抽出を行いました。入退院支援の場面で本人が、その人らしい暮らしの場に戻れるようにするためには、病院と在宅チームがお互いに強みを活かしながら連携して支援を行うことが大切です。

部会での検討を続ける中で、「自宅での生活と入院中の環境にギャップがあり、在宅生活に支障がでる」といった課題が出されました。更に、その課題はなぜ起こっているのかを検討していき、「本人・家族、病院、在宅支援者それぞれの立場・職種により重視する視点(情報)や調整のタイミングなどが異なる」ことが原因の一つであるという結果が出ました。

### 在宅医療と介護連携のイメージ(在宅医療の4場面別に見た連携の推進)

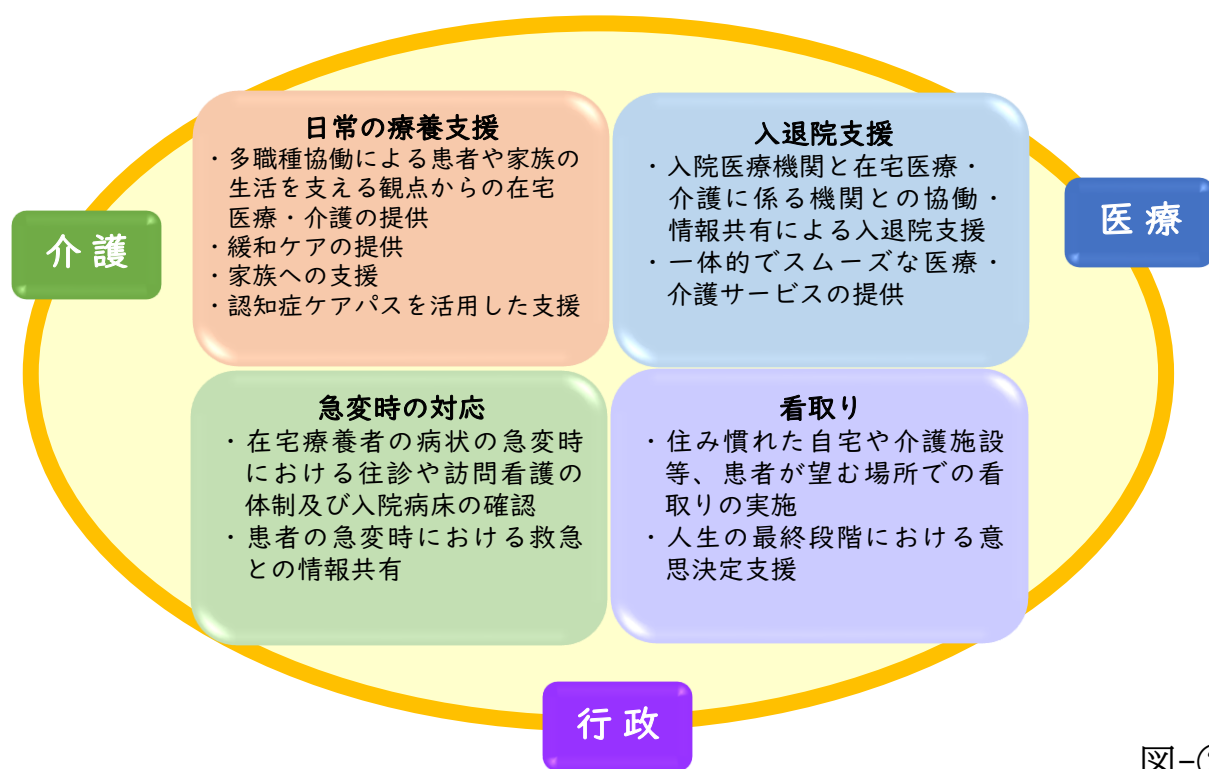


図-②

## 【課題に対する取り組み】

上記課題に対する取り組みとして、現行の峡東地域「医療と介護の連携の手引き～入退院連携ルール～」をベースとして活用をしながら、入退院支援の場面で他の職種がどんなタイミングで何をしているのかを共通理解ができるよう、「甲州市入退院多職種フロー」を作成しました。適切なタイミングで、適切な職種へ意識的に情報を伝えていくことができる、その一助となればと考えています。

「甲州市入退院多職種フロー」は甲州市ホームページ内、「在宅医療と介護に関する取り組み」に掲載しています。