



退院・退所なび



鎌倉



特定非営利活動法人

かまくら地域介護支援機構

独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業

この小冊子を作るにあたって

地域で暮らす高齢者にとって、安心して老後生活を送るためには、医療や介護は切り離せない重要な生活課題となっています。その上、度重なる制度改正で、医療や介護について、その仕組みを理解する時間も少なく、高齢者や高齢者を抱える家族は療養や在宅での暮らしの不安を訴えることが少なくありません。

運悪く体調の不安を訴え救急車で運ばれ、緊急入院や手術を受けることになったり、転んで骨折をしてしまったり、このようなことは在宅での生活の中では稀なことではありません。

この小冊子は、そんな時の道標（道案内）としてご利用いただくために、独立行政法人福祉医療機構の平成 25 年度社会福祉振興助成金を受けて作成しました。作成にあたっては、鎌倉市内の医療や介護・福祉に関わる実務者と関係機関の協力を得て、ヒアリング調査や検討委員会を重ねて編集いたしました。高齢期では壮年期の時代と異なり、完治までの道のりは長くなりがちです。在宅での療養生活を安心して過ごすためにも、ぜひご活用ください。



退院・退所を考えるために

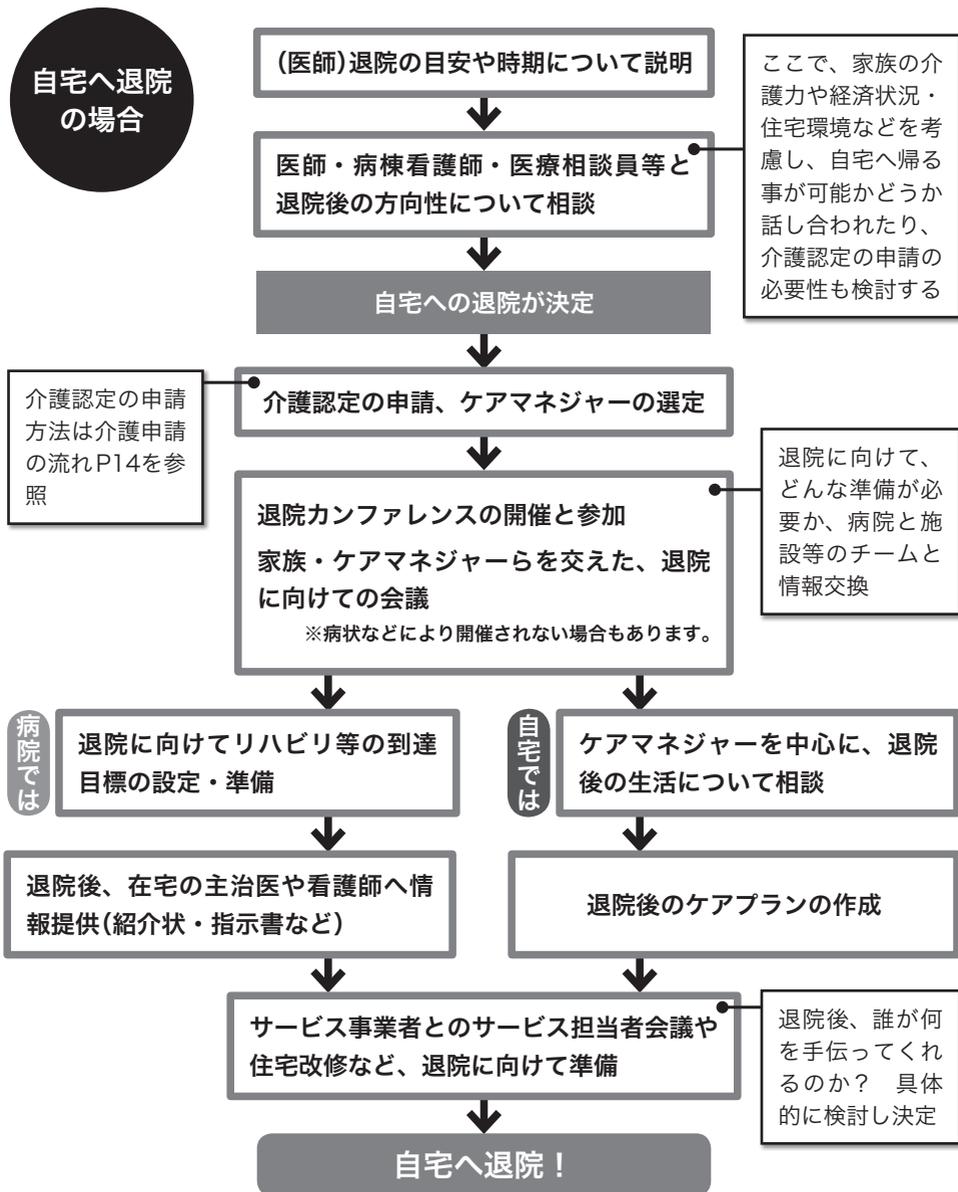
退院・退所をするにあたっては様々な準備をしなければなりません。
この小冊子では代表的な事例をあげながら道案内をしています。

目次

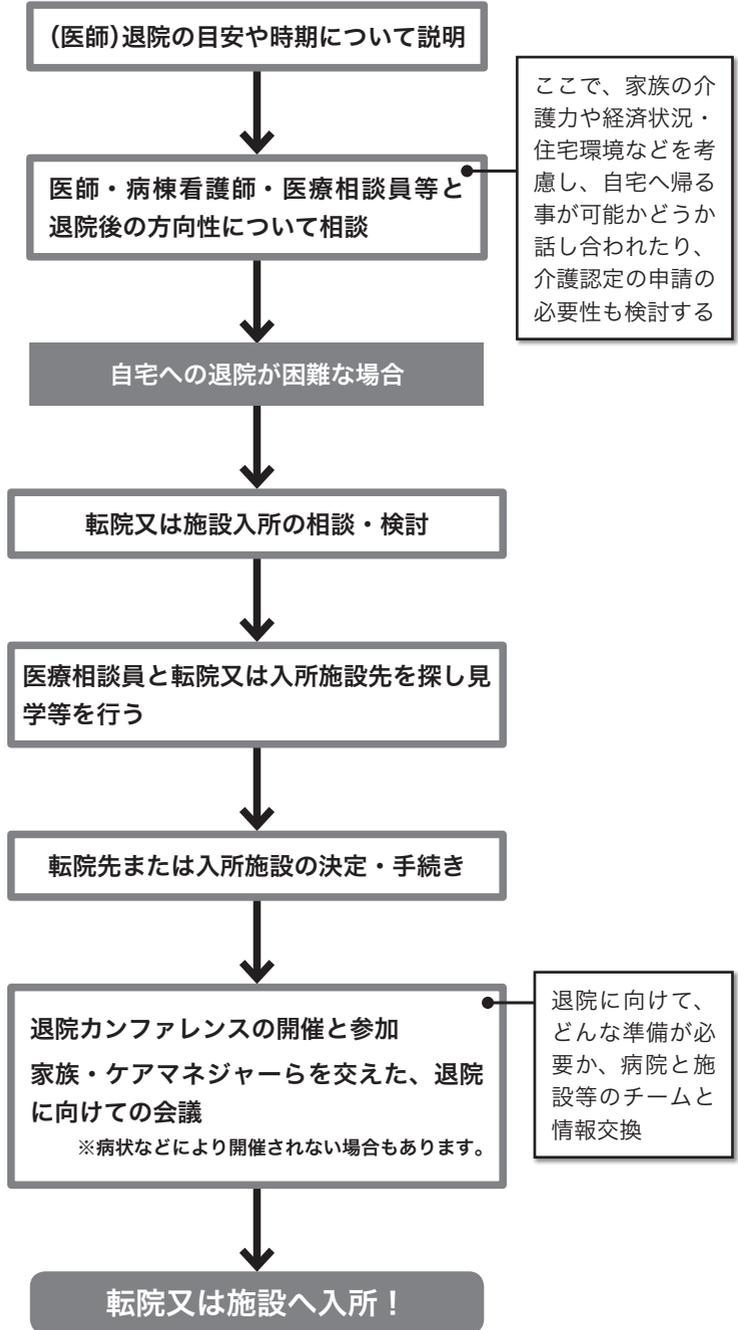
この小冊子を作るにあたって	2
医師からそろそろ退院と言われたら	
自宅へ退院の場合	4
転院、施設入所の場合	5
退院から施設・在宅への流れを 高齢者の入院で多い事例をあげて説明します	
大腿骨骨折で入院した A さんの事例	6
脳梗塞になった B さんの事例	8
癌末期を自宅で過ごしたい C さんの事例	10
紹介した A さん・B さん・C さんの事例は	12
事例で使われた用語の説明	13
介護保険申請の流れ	14
要介護状態区分に合わせたサービスが 利用できます	15
在宅療養・介護に必要な支援サービス	16
これからの在宅療養・介護のポイント！	20

医師からそろそろ退院と言われたら

「このまま退院したら、在宅で大丈夫かな？ リハビリをするための転院や施設への入所を考えなきゃ…」



転院、施設
入所の場合



退院から施設・在宅への流れを高齢者の入院

大腿骨骨折で入院した A さんの事例

<プロフィール>

Aさんは80歳で85歳の夫と二人暮らし。要支援で週一回デイサービスを利用していましたが、自宅近くで転倒し救急車で病院へ。検査の結果、左大腿部骨折と診断され入院。手術を受け、リハビリの結果、伝い歩きが出来るようになり主治医から退院を勧められる。

リハビリ病院への転院を検討

困ったなあ、家には夫だけ。
家に帰っても家事が出来ない
なあ。どうしたらいいかな？



地域包括支援センターの
担当者に相談



地域包括支援センターの
担当者から介護区分の変
更を勧められる。*3参照

居宅ケアマネジャーを
紹介され、契約



介護保険の介護区分の変更を申請

認定調査

認定結果

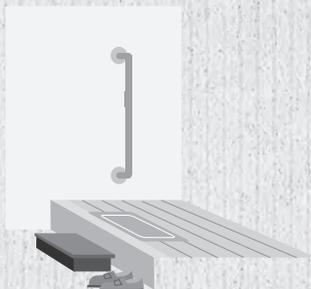
で多い事例をあげて説明します



＜サービス担当者＞ *1 参照
ケアプランに基づき本人、家族およびサービス事業者との担当者会議を開催

ケアプラン
確定・退院

＜退院時カンファレンス＞ *2 参照
夫、同席で主治医、リハビリ担当者、看護師、ケアマネジャーと退院後の生活について相談を行う。ケアプランの検討



退院に向けて病院リハビリ担当者・ケアマネジャーが自宅を訪問し、手すりや段差の解消など、改修に必要な箇所を確認

脳梗塞になった B さんの事例

<プロフィール>

Bさんは87歳、元気で一人暮らしをしていたが脳梗塞で倒れ入院、その後リハビリ病院へ転院してリハビリに励むも右片麻痺と言語障害がまだ残っている。

主治医からそろそろ退院
しましょうと言われたが、不
自由になった身体で一人でどう生
活すればいいかな？



長男夫婦、主治医
相談員、看護師長と相談

小規模多機能型居宅介護支
援事業所の利用がよいので
はと自宅近くの事業所を紹
介してもらう。*4参照

本人、家族、主治医
看護師長、理学療法士と
話し合い、退院を決める。

小規模多機能型居宅介護支援事
業所は必要に応じて泊まりや訪問も出来
るので家族にあまり負担をかけずに生活
できそうなので気が楽になった

小規模多機能型居宅
介護支援事業所と契約ケ
アプランの作成



<退院時カンファレンス> *2参照
本人・長男夫婦・主治医・看護師長・理
学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ケ
アマネジャー・福祉用具事業者らが集ま
り、退院に向けての支援の調整を行う。



長男夫婦と同居に決定
家族が介護認定の申請

認定調査

認定結果

小規模多機能型居宅介護支援事業所を家族(嫁)が見学・相談に行く。

ケアマネジャーと理学療法士が自宅を訪問
改修必要な箇所を確認

私が主介護者になるけど
昼から19時まで仕事しているし
介護は初めてなので不安…。



サービス事業者との契約等・住宅改修工事・
車椅子・電動ベッドの手配

ケアプラン
確定・退院

主治医から今後在宅でかかりつけになる近所のクリニックの医師に「診療情報提供書」を送付、退院後の受け入れを確認 *7参照

癌末期を自宅で過ごしたいCさんの事例

<プロフィール>

Cさんは、67歳の肝臓癌の末期。妻と二人暮らし。癌の進行が早く、手術はできず、抗癌剤の治療後、自宅に帰り、最期を家で迎えたいと考えている。

主治医から、これ以上の治療はできないと言われ、治らないなら、最期は、家族と一緒に家で迎えたいなあ。

妻と病棟の看護師長へ相談
退院調整看護師と話し合う。

*5参照



<退院時カンファレンス> *2参照

本人・妻・主治医・病棟看護師長・ケアマネジャー・在宅の訪問看護師
定期巡回・随時対応型訪問介護看護・福祉用具事業者らが集まり、退院に向けての支援の調整を行う。*6参照

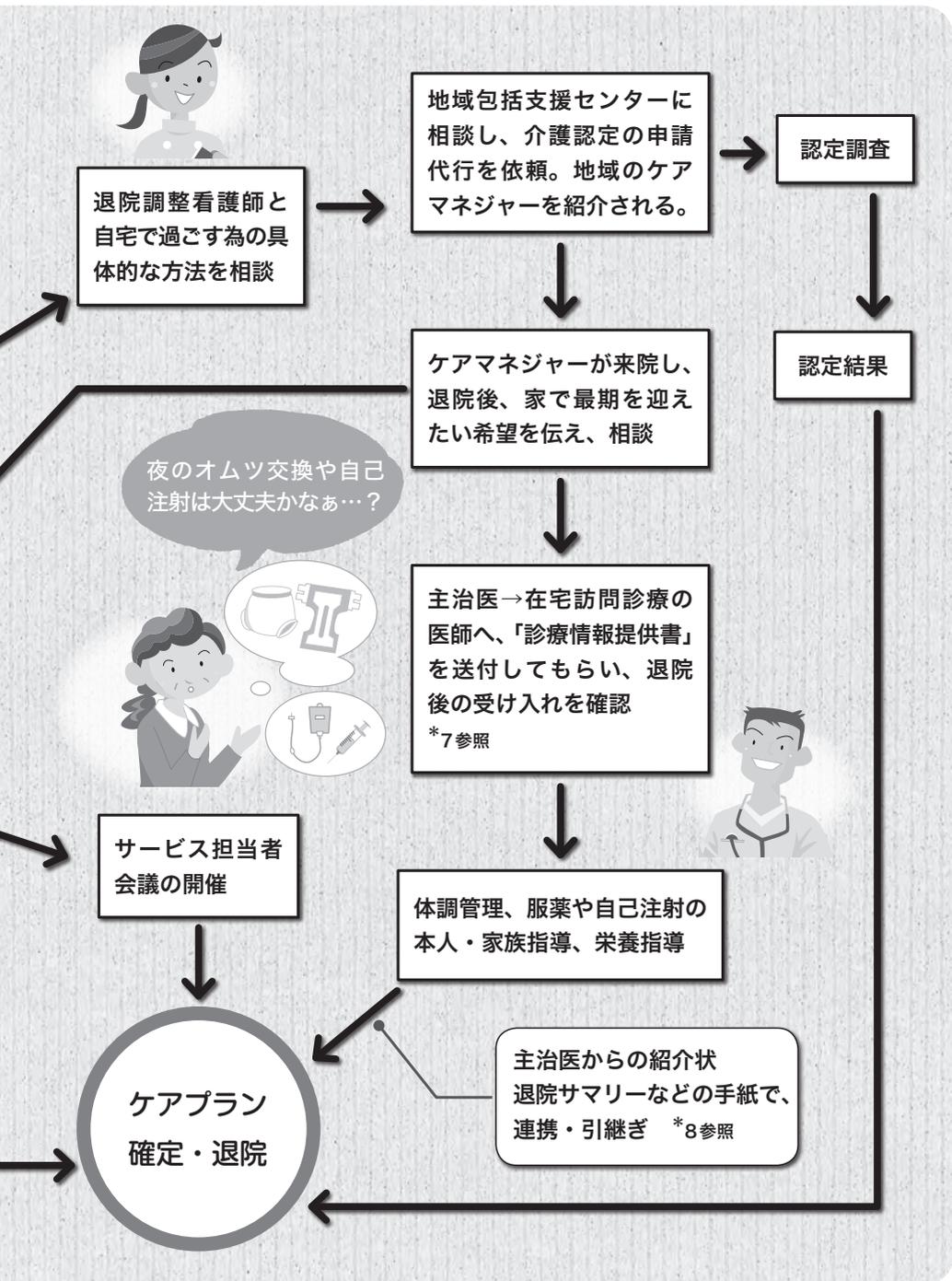
本人・家族・主治医と病棟看護師長らと話し合い、退院可能か検討

医師・看護師もヘルパーも24時間体制で、訪問してくれるらしく、心強い！



ケアマネジャーとの契約
ケアプランの作成
在宅サービス調整・手配

電動ベッド・住宅改修工事・衛生材料の手配・退院時の民間救急車手配
・各サービス事業者との契約等



紹介した A さん・B さん・C さんの事例は…

ここでご紹介した高齢者に多い3つの事例は、市内のケアマネジャーが実際に担当したケースをご紹介させていただきました。同じ病名であっても、病院の体制やご本人の病状やご家族の状況などによって退院までの流れは違ってきますが、参考にいただくと幸いです。



* A さんの場合・・・

A さんは、高齢者に多い大腿骨頸部骨折で入院された事例です。ご夫婦二人で支えあって何とか暮らしてききましたが、骨折・入院により今までのように歩けなくなったので、生活が成り立たなくなってしまいました。退院前に地域包括支援センターの担当者やケアマネジャーとよく相談して、介護度の区分を見直したり、住宅改修で自宅の環境を整えたりなどの準備をすることで、退院後の生活がスムーズに再スタートできました。その後も、ケアマネジャーが継続的に関わりながら、デイサービスを利用され、ご夫婦仲むつまじくお暮らします。



* B さんの場合・・・

B さんは、脳梗塞で重度の麻痺や言語障害が残りました。長男夫婦は仕事もあり、介護に専念することはできず、ひとり暮らしなので、最初は自宅への退院が困難とされ、施設入所になる可能性もありました。小規模多機能型居宅介護支援事業所を紹介され、ヘルパーの介護を受けたり、施設に通い、時には泊まることも出来たので、自宅での生活が可能となりました。特に、退院直後は、毎日ヘルパーに何度もきてもらい、集中的に支援して頂いたお陰で、今は訪問の回数も減り、楽しみながら施設に週に何回か通うこともできています。



* C さんの場合・・・

C さんはまだ若いのですが、癌の宣告を受け、抗癌剤の治療も一通り終えました。今後病院内の治療方法はもう無いと言われ、このまま病院で最期を迎えるのか…と途方に暮れていました。自宅に帰るにしても、癌の病状の変化、痛みが強くなったり、苦しくなったら、家族に迷惑をかけると不安に思っていたのですが、自宅にも、医師や看護師、ヘルパー（定期巡回・随時対応型訪問介護看護）などが、24時間対応してくれることを聞き、最期を自宅で迎える覚悟を決めました。退院前に、ケアマネジャーが必要なサービスを調整して、訪問してくれる医師や看護師、ヘルパーと話し合って準備を重ね、自宅に帰り、好きな物を食べたり、友人と会ったり、外出したり、家族とゆっくりした時間を過ごすことができました。ヘルパーだけでなく、病状によっては医師や看護師も毎日のように訪問していただき、痛みや苦しさが出ないように、薬などをコントロールしてご本人やご家族を支えてくださいました。最期は奥様と遠方に住む娘さん、看護師に看取られて旅立ち、日頃から訪問していた医師が駆けつけて、死亡診断書も作成して頂きました。

<事例で使われた用語の説明>

- * **1：サービス担当者会議**・・・介護保険制度において、介護支援専門員（ケアマネジャー）が開催しなければならないと定められた会議のことで、原則としてケアプラン作成・変更時、要介護認定更新時、要介護認定区分変更時、継続して福祉用具を利用する場合には開催が義務づけられています。基本的に利用者、家族、すべてのサービス提供事業者が参加し、利用者・家族の意向の確認や事業者から専門的意見を求め、ケアプランの修正や最終決定をする場となっています。関係者が集合し、顔合わせをすることで共通理解を図り、利用者や家族の不安や疑問を解消したり、その後の連携がスムーズになります。
- * **2：退院時カンファレンス**・・・退院時カンファレンスは、在宅療養が必要な患者やその家族が、住みなれた家で自分らしく、安全で安心して療養を続けられるように、医師、看護師、医療相談員、ケアマネジャー等の多職種が協働することで、退院後の最適な医療ケアや介護プランを実現することが可能になります。病状やご家族の介護状況などにより開催される場合とされない場合があります。
- * **3：介護の区分変更**・・・現在の身体状況より、状態が悪化したり又は改善した際に、要介護度の見直しの為に行う手続きです。
- * **4：小規模多機能型居宅介護支援事業所**・・・「通い・泊まり・訪問」を組み合わせて利用できる介護保険による地域密着型サービスのことです。
- * **5：退院調整看護師**・・・病院によって退院支援ナースなど、名称は異なりますが、①退院調整を必要とする患者のスクリーニング（病棟訪問）、②患者・家族との面談（退院後の意向確認、介護サービスの説明、介護用品等の調整）、③退院に向けての患者・家族・医療者との意見調整、④ケア会議の開催（在宅療養に向けて関係職種との情報交換）、⑤地域関係機関との連絡調整、⑥患者の状況に応じた後方施設への紹介などを行う看護師のことです。
- * **6：定期巡回・随時対応型訪問介護看護**・・・重度者を始めとした要介護高齢者の在宅生活を支えるため、日中・夜間を通じて、訪問介護と訪問看護を一体的に又はそれぞれが密接に連携しながら、定期巡回訪問と随時の対応を行う介護保険サービスのひとつです。
- * **7：診療情報提供書**・・・医師が他の医師へ患者を紹介する場合に発行する書類のことで、一般には紹介状と呼ばれるが、内容は挨拶ではなく、症状・診断・治療など現在までの診療の総括と紹介の目的などを記載したもの。他の医療機関との有機的連携や保健福祉関係機関との診療情報の相互提供を行うことで、医療の継続性を確保し医療資源・社会資源の有効活用を図るために利用されます。
- * **8：退院サマリー**・・・患者の診断名・転帰、入院時の症状および所見、入院後の経過などを簡潔にまとめた文章。「退院時要約」とも呼ばれます。

介護保険申請の流れ

1 申請

サービスの利用を希望する人は、鎌倉市の高齢者いきいき課の窓口申請してください。
※本人が申請に行かれない場合には、家族や成年後見人、地域包括支援センター、省令で定められた指定居宅介護支援事業者、介護保険施設などが申請を代行することもできます。

～申請に必要なもの～

要介護・要支援認定申請書 ※かかりつけ医（主治医）の病院名・名前等が必要になります
介護保険の保険証
健康保険の保険証（介護保険第2号被保険者：40歳から64歳の方の場合）

2 認定調査

心身の状態を調べるために、鎌倉市の職員等が訪問して聞き取り調査などが行われます。また、鎌倉市から主治医に意見書の作成が依頼されます。
※申請書提出後、調査員から認定調査の日程調整のため連絡があります。

3 審査・判定

認定調査の結果と主治医の意見書をもとに、「介護認定審査会」が行なわれます。

4 認定・通知

介護を必要とする度合いに応じて「非該当」「要支援1・2」「要介護1～5」のいずれかに認定し、その結果が通知されます。

認定結果に不服があるときは、60日以内に神奈川県「介護保険審査会」に申し立てができます。

5 ケアプランの作成

どのようなサービスをどのくらい利用するかを示す、ケアプランや介護予防ケアプランを作ります。
※居宅介護支援事業所のケアマネジャーや地域包括支援センターの職員に作成してもらいます。なお、介護度に応じて作成する人は異なります。（次ページ参照）

6 サービス開始

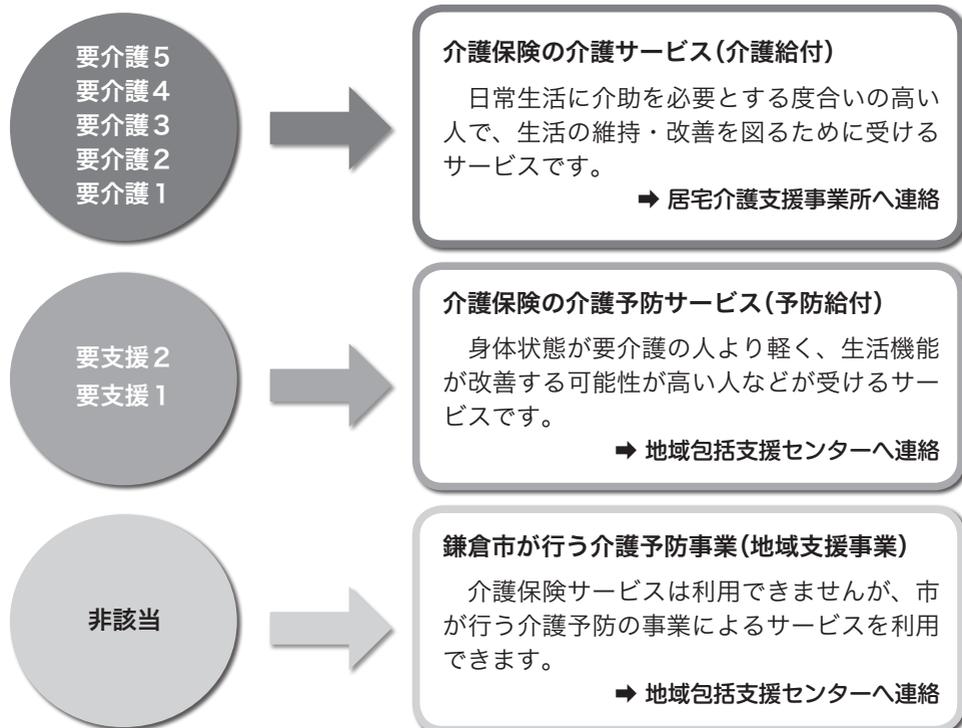
ケアプランに基づいてサービスを利用します。原則として費用の1割が利用者負担となります。

要介護状態区分に合わせたサービスが 利用できます

介護保険サービスを利用するにはケアプランが必要です

ケアプランは居宅介護支援事業所のケアマネジャー（要介護）や地域包括支援センター職員（要支援）が、その方の自立度やサービスの必要量に応じて作成します。認定の結果通知が届いたら、まずは居宅介護支援事業所（要介護）又は地域包括支援センター（要支援）へ連絡し、ケアプランを作成してもらいましょう。

介護保険ではご利用者ご本人・家族がサービス事業者を選択して、契約し、ケアプランに基づいたサービスが利用できます。



在宅療養・介護に必要な支援サービス

どこに相談
すればいい
のかな？



どんな
サービスが
あるのかな？

相談窓口

- ☆鎌倉市役所
- ☆お住まいの地域の地域包括支援センター(P18 参照)
- ☆居宅介護支援事業所 (ケアマネジャー)
- ☆地域の民生委員、自治会・町内会の役員

介護保険で 利用できるサービス

訪問介護
(ホームヘルプ)

訪問入浴介護

訪問リハビリ
テーション

通所介護
(デイサービス)

福祉用具の貸与

訪問看護

特定福祉用具
購入費

介護療養型
医療施設への
入所

居宅療養管理
指導
(医師、歯科医師、
薬剤師、
管理栄養士等)

短期入所
生活介護
(ショートステイ)

短期入所
療養介護
(ショートステイ)

介護保険外の 公的サービス

成年後見制度
利用支援

紙おむつの
支給

緊急通報装置
の貸出し

訪問
理美容サービス
助成券の交付

家庭ごみの収集
(声かけふれあい収集)

配食サービス

※身体状況や世帯状況、所得などによって利用条件があります。

※民間によるサービスも提供されています。

特別養護
老人ホームへの
入所

定期巡回・
随時対応型
訪問介護
看護

通所リハビリ
テーション
(デイケア)

住宅改修

老人保健
施設への入所

認知症対応型
通所介護
(デイサービス)

小規模多機能型
居宅介護
(通い、訪問、泊まり)

小規模多機能型
共同生活介護
(グループホーム)



あなたのまちの地域包括支援センター(高齢者総合相談窓口)

センター名	連絡先	担当地域	行政区
鎌倉市 社会福祉協議会	0467-61-2600	十二所、浄明寺、二階堂、西御門、 雪ノ下、扇ガ谷、小町、大町、 御成町	鎌倉
鎌倉静養館	0467-23-9110	材木座、由比ガ浜、笹目町、佐助、 長谷、坂ノ下、極楽寺、稲村ガ崎	
聖テレジア	0467-38-1581	腰越、津、津西、西鎌倉、 七里ガ浜東、七里ガ浜	腰越
湘南鎌倉	0467-41-4013	梶原、寺分、山崎、上町屋、 手広、笛田、常盤、鎌倉山	深沢
ふれあいの泉	0467-43-5977	大船(一丁目～六丁目)、岩瀬、 今泉、今泉台	
きしろ	0467-42-7503	山ノ内、台(一丁目除く)、小袋 谷、大船(一丁目～六丁目を除 く)、高野	大船
ささりんどう鎌倉	0467-42-3702	台一丁目、岡本、植木、城廻、 関谷、玉縄	玉縄

お住まいの地域によって、担当する地域包括支援センターが異なります。

鎌倉市内の主な公的機関

鎌倉市役所代表	0467-23-3000	必要な担当課へおつなぎします。
高齢者いきいき課	0467-61-3948	介護保険関係
生活福祉課	0467-61-3972	生活保護に関する相談、民生委員児童委 員事務局
市民健康課	0467-61-3941	健康づくり支援、機能訓練相談
障害者福祉課	0467-61-3974	身体障害者手帳等の交付、各種給付・手当、 自立支援医療相談
保険年金課	0467-61-3961	後期高齢者医療制度
資源循環課	0467-61-3396	声かけふれあい収集
市民相談課	0467-61-3864	法律相談、行政相談等

消費生活センター	0467-24-0077	商品等の購入・契約等トラブル、振込め詐欺等に関する相談
鎌倉市 社会福祉協議会	0467-23-1075	地域づくり・街づくりのお手伝い
鎌倉 保健福祉事務所	0467-24-3900	認知症相談、こころの健康相談、アルコール依存に関する相談等
鎌倉警察署	0467-23-0110	市民の安全を守る
大船警察署	0467-46-0110	
鎌倉消防署	0467-25-7524	出張所を各行政区に設置
大船消防署	0467-43-2424	

休日や夜間などの診療時間外に急に具合が悪くなった人のために

緊急医療機関案内	0467-24-0099	症状が軽く救急車を呼ぶこともないと判断した場合		
		受付時間(24時間対応)		
		毎日	23:00～ 翌9:00	自動音声で対応
		土曜日	12:00～ 18:00	
上記以外	職員が対応します。			
鎌倉市医師会 休日夜間 急患診療所 地域医療センター	0467-22-7888	受付時間		
		平日	19:00～22:45	
		土曜日	18:00～22:45	
休日	① 9:00～11:45 ② 13:00～16:45 ③ 18:00～22:45			
救急車(24時間)	119	意識障害・胸の痛み・呼吸困難などがあり、重症と判断した場合		

これからの在宅療養・介護のポイント！

I 相談できる窓口を見つけよう！

*退院と言われたら、まずは、医師・病棟の看護師（長）等に相談しましょう。

- ➔ 病院内の地域連携室や退院支援看護師など（病院によって表現は違います）の窓口を紹介してもらいましょう。
- ➔ 退院に向けての相談や介護保険サービスの紹介・手続きについて検討しましょう。

II 地域と繋がろう！

*地域には、地域包括支援センターや民生委員・ご近所の介護経験者など、介護の相談にのってくれる方がいます。日頃から、お付き合いしていきましょう。

III 情報を活用しよう！

*インターネットが利用できる方は、鎌倉の介護サービスが閲覧できるホームページがあります。是非、参考にして情報を集めましょう。

特定非営利活動法人 かまくら地域介護支援機構のホームページ

- * 鎌倉市内の介護保険事業者検索
- * 鎌倉市内の地域包括支援センターの案内
- * ケアマネ空き情報
- * 通所施設空き情報
- * その他介護に関する情報が満載！



➔ HP アドレス <http://www.kamashien.com>