



山形市 入退院支援フロー（地域版）

～暮らしの場に帰るためのケアマネジャーの視点～

趣旨・概要

高齢化の進展と、医療と介護の両面を必要とする方々が増えている中、高齢者が入院から退院後の在宅生活まで、切れ目のない支援を受け、ご家族とともに安心して生活を送ることができる体制づくりが必要となっています。

山形市入退院支援フロー（地域版）は、高齢者の入退院に係るケアマネジャーとしての基本的な視点と支援のプロセスをフローにしたものです。

ケアマネジャーを中心とした在宅支援者にご活用いただき、入退院時の連絡・調整がより円滑に行われることで、高齢者等が安心して暮らしの場に帰ることができるようにすることを目的に作成しました。

人生の最期まで自分らしく暮らし続けることができる地域包括ケアシステムの一環として、この「入退院支援フロー」を活用してください。

山形市
山形市入退院支援ルール(地域版)検討チーム
令和元年9月 改訂版発行
平成29年9月 初版発行

経 過

山形市では平成 27 年 4 月に山形市医師会への委託により「在宅医療・介護連携室ポピー」の運営を開始しました。ポピーによる事業者へのヒアリング、研修・グループワークやアンケート結果、地域包括支援センターの個別相談援助業務から、病院と地域の連携を推進することと、療養者とその家族が在宅で自分らしく暮らし続けることを支えるためには“退院支援に係る一定のガイドラインやツール”が必要であるとの課題を把握しました。

これを受け、平成 28 年 11 月に山形市退院支援ルール(地域版)検討チームを組織し、把握した課題へのアプローチとして、円滑な退院支援を推進するためのフロー図をケアマネジャーとしての基本的な視点で作成する必要があると考え、検討を進めました(13回開催)。

居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等、むらねっと(村山管内医療機関退院支援部署連携会)との情報交換などを重ね、平成 29 年 9 月より「入退院支援フロー」の運用を開始しています。

フローの活用状況や病院とケアマネジャー等の連携状況を把握するため、平成 30 年 8 月に関係者へアンケート調査を行いました。そのアンケート調査結果、村山保健所の村山地域入退院支援の手引き発行を受け、関係者で見直しを行い、令和元年 9 月に改訂版を発行しました。

今後について

この「入退院支援フロー」は多くの実践現場で活用いただき、必要あれば改良を重ね、実践者の方々と共により良いものとして成長させていくものと考えています。さらには、「村山地域入退院支援の手引き」と併せて活用することにより、村山医療圏域内の他市町、医療機関との広域的な連携を図ります。

留 意 点

- (1) この「入退院支援フロー」は、医療と介護の関係者が連携して、高齢者等の円滑な在宅移行を支援するための基本的な流れを示したものであり、実践においては個別ケースに適した柔軟な対応に心掛けることが必要です。
- (2) フロー図及び解説は、在宅医療・介護連携室ポピーのホームページに掲載します。また、関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行います。
- (3) 「入院時情報提供書」…利用者が入院した病院に情報提供するために使用します。
「退院時情報収集シート」…利用者の退院時にケアマネジャーが病院から聞き取りし、情報を収集する際に使用します。

山形市では当様式を推奨しています。積極的な活用をお願いします。

山形市退院支援ルール(地域版)検討チーム メンバー (順不同)

所 属	氏 名
山形大学大学院医学系研究科看護学専攻	大竹 まり子 (チームリーダー)
基幹型地域包括支援センター	中舘 のり子
居宅介護支援事業所訪問看護ステーションやまがた	明日 浩子
済生会山形訪問看護ステーション	岡田 陽子 (～H31.3.31)
総合福祉施設いきいきの郷居宅介護支援事業所	巻 貴子
地域包括支援センターかがやき	佐川 俊司 (～H30.6.30)
蔵王地域包括支援センター	金子 のり子 (H30.7.1～)
山形市立病院済生館地域医療連携室	相田 順子 (～H31.3.31)
山形市立病院済生館地域医療連携室	高橋 孝子 (R1.6.1～)
山形県村山総合支庁保健福祉環境部 (村山保健所) 保健企画課	
山形市 福祉推進部 長寿支援課	
山形市医師会 在宅医療・介護連携室ポピー (事務局)	徳田 喜恵子
	鹿野 詩子

時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
方向性の共有	<p>入院先の連絡窓口を確認しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 退院調整部門か病棟かの確認(担当者も確認) ★「村山地域入退院支援の手引き 別冊 入退院支援に関する病院情報一覧」の活用 <p>在宅生活における現状と課題を情報伝達しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ ★入院時情報提供書の提供 ※目安:入院後3日以内(加算等別紙) ・病院訪問 ・電話、ファックス、メール (個人情報取扱い厳重注意) <p>※訪問看護:訪問看護サマリーの提出 ※地域包括支援センター:必要に応じ情報提供</p>	<p>本人の状況の確認をしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 病状の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・家族から情報を得る ・状況により病状説明への同席 ・入院診療計画書内容の確認(治療方針・今後の方向性など本人・家族から聞き取り) ■ 本人、家族の思い、病状の受止方、希望の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンの確認 ・意思決定支援 ■ 今後の予測 <ul style="list-style-type: none"> ・入院前と状態像が変化する可能性 ・退院に向けた予測(時期等) ・区分変更の必要性の検討 ■ 退院に向け一時帰宅(外泊・外出)の検討 	<p>入院先医療機関及び家族との連携に基づき退院支援の進捗状況の確認・在宅移行時の居宅サービス計画案を作成しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人・家族の思い、希望の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・退院に向けて不安の確認と、軽減の為の情報提供 ・病状説明への同席、情報提供などを通し意思決定を支援 ■ 退院時共同カンファレンス依頼と参加 <ul style="list-style-type: none"> ・参加する地域の職種をケアマネジャーが調整 ・在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの検討 ・本人・家族・多職種で目標を検討、共有 ・退院時サマリーの依頼 ★退院時情報収集シートを活用して情報収集する ■ 必要に応じて、病院でサービス担当者会議を開催 	<p>退院時の準備、自宅への移送手段等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整しましょう</p>	<p>居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行いましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ サービス担当者会議開催 <p>在宅チーム内において、本人状況・家族状況を確認し、情報を共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人・家族の望む生活の継続性、新たな課題の確認 ■ 在宅かかりつけ医との連携・情報共有 ★「ポピーねっとやまがた(医療・介護連携SNS)」の活用 <p>退院後の状況を連絡窓口担当者(連携室等)を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告しましょう</p> <p>※訪問看護:訪問看護報告書の提出</p>
	医療上の課題	<p>入院したことを在宅ケアチームへ連絡し、情報を共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ かかりつけ医との連絡調整 	<p>新たな医療リスクが生じマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 訪問看護・リハビリの必要性、訪問診療医の必要性、歯科医・調剤薬局調整の必要性 ★在宅医療サービス情報検索システムの活用 	<p>医療リスクの変化に伴う、生活への影響を予測しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 医療的管理方法の検討、通院(又は訪問診療)の確認 ■ 在宅療養後方支援病院の確認と連絡先 ■ 退院直後(退院当日も含む)の訪問看護の必要性検討 ※医療保険の適応(特別訪問看護指示書)もあり 	<ul style="list-style-type: none"> ■ 緊急時・急変時の支援体制の確認
療養環境の準備・調整	<p>生活・ケア上の課題</p> <p>権利擁護等の支援が必要か検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 認知症の在宅独居等で地域の見守り支援が必要な場合や権利擁護(高齢者虐待・成年後見等)の対応の必要性 <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターや市窓口、成年後見センター等に相談 ・すでに支援を受けている利用者については担当者に連絡し入院中の支援(金銭管理含む)を調整 <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>	<p>ADL・認知機能低下による生活・ケア上のマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人・家族の望む生活の継続性を検討 ■ 本人のADL・認知機能の確認と現存能力評価 ■ 住環境⇒病棟看護師、リハビリチームへ家屋状況を情報提供し、準備調整について相談・検討 ■ ケア体制の検討(排泄・食事・清潔・移動等) ■ 介護力の検討 	<p>医療処置や介護方法について、本人・家族の理解状況や手技の習得状況とサービス担当者の役割分担を確認しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 独居状況や介護状況を考慮 ■ 入院前と変化したADL・認知機能に応じプラン変更の必要性を検討(医療介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等) ■ 各種福祉制度・インフォーマル資源活用の検討 	<p>入院前状態との変化に伴う生活ケア上のマネジメントをモニタリングしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院へケアプランを提出しましょう ■ 本人・家族の望む生活の継続性 ■ ADL・認知機能・IADLの状況 ■ 住環境整備の状況(住宅改修・福祉用具等の適合性) ■ ケア体制の状況(排泄・食事・清潔・移動等) ■ 介護負担状況 ■ 各種福祉制度・インフォーマル資源の活用状況 	

- 全プロセスを通して、専門職及び支援者間の情報共有に関して本人・家族から同意を得る。
- 在宅チームは常に入院先病院と共同して取り組む
- 介護保険の新規及び区分変更申請の時期の判断は在宅チームと入院先病院と共同にて行なう。

- 地域包括支援センターや訪問看護の支援プロセスもこのプロセスに順ずる

様式1 入院時情報提供書

(ケアマネジャー ⇒ 病院)

記入日 : 令和 年 月 日
 入院日 : 令和 年 月 日
 情報提供日 : 令和 年 月 日

事業所名	
担当者名	

電話番号	
FAX番号	

氏名		生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
緊急時連絡先	氏名	主介護者 (該当に○)	キーパーソン (該当に○)	続柄	住所			電話番号		

家族構成図 主・主介護者 ☆・キーパーソン ○・女性 □・男性	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) エレベーター (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 手すり (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 段差 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 寝具 (<input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベット) 備考 ()
	在宅主治医	医療機関 : () 医師名 : () TEL:
	かかりつけ 歯科医院	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 機関名 : () <input type="checkbox"/> 不明
	かかりつけ 薬局	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 機関名 : () <input type="checkbox"/> 不明
	要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 認定日: 年 月 日 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日
	備考(家族同士の関係性や職歴など)	経済状況 年金 : <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無 その他 : () 生活保護 (担当CW:)
		特定疾患医療受給者証 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (疾患名:) 障がい者手帳 <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)

サービス利用状況	
<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週) 事業所名:	<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/週) 事業所名:
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:) 事業所名:	
<input type="checkbox"/> 住宅改修 (内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()	

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 備考 ()
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	備考 ()
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分義歯 [<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下] <input type="checkbox"/> 総義歯 [<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下])
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (1日 Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 ())
					<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) 備考: ()
					主食 : <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 備考: ()
					副食 : <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食
					水分摂取量 : ml / 1日 とろみ剤使用 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 嚥下・咀嚼状況(留意点) : () 摂取方法 : <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 食への意欲 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	備考 ()
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 夜間 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ
					尿意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 備考 ()
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類(薬剤情報書での代替) : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 :
その他					

認知機能上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()) 【具体的状況】 []
医療処置	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () 【処置頻度】 () 家族での対応可否 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 理解の状況 : <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 【留意点】 []

◆既往歴、治療歴(手術、服薬の有無など)

◆本人の入院前の生活歴と生活環境(どのような生活を送っていたかなど)

◆本人・家族が生活する上で大事にしていること、希望する生活

◆介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係、入院中に必要な支援や退院時に予想される課題など)

◆特記事項

提供手段	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他 ()	提供日時	
提供先			

様式2 退院時情報収集シート

(ケアマネジャー情報収集用)

記入日 : 令和 年 月 日

ふりがな 氏名			生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
面談日	令和 年 月 日 ()				場所							
医療機関名及び連絡窓口(所属)	()				電話			面談者(職種)				
入院の原因となった病名 状態像					合併症							
既往歴												
入院期間	入院日 : 年 月 日 ~ 退院(予定)日 : 年 月 日											
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 要支援: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護: <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 認定日: 年 月 日 有効期限: 年 月 日 ~ 年 月 日											
病院主治医					在宅主治医							
かかりつけ歯科					かかりつけ薬局							
【病院からの患者・家族への病状の説明内容】												
【患者・家族の受け止め方】												
【患者・家族の今後の希望】												
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子							
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 備考 ()							
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	備考 ()							
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 部分義歯 [<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下] <input type="checkbox"/> 総義歯 [<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下])							
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (1日 Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他 ())							
					<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) 備考: ()							
					制限 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ()							
					主食 : <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 備考: ()							
					副食 : <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割)							
					水分摂取量 : ml / 1日 とろみ剤使用 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無							
アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 嚥下・咀嚼状況(留意点) : ()												
摂取方法 : <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 食への意欲 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	備考 ()							
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭							
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ				夜間 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ			
					尿意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 便意 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 備考 ()							
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類(薬剤情報書での代替) : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 :							
					薬の変更 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 ()							
その他												

認知機能上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()) 【具体的状況】 []
医療処置	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () 【処置頻度】 () 家族での対応可否 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 理解の状況 : <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 【留意点】 [] キーパーソン : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先: ()) <input type="checkbox"/> その他 ()
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA (<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 [部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部] <input type="checkbox"/> その他 ()
在宅生活上の留意点 (予後予測を含む)	
緊急時の対応	処置の方法 : 連絡先 : 搬送先 :
かかりつけ医の変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (病院名: 医師名:)
リハビリ	リハビリ : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 頻度 : 回/週 内容・目標 :
	運動制限 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容 :
	麻痺 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 :)
	拘縮 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> 膝関節 <input type="checkbox"/> その他 :)
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動など)	
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離など)	
◆特記事項	

◀入退院支援フロー図① ~入院時~▶

時期	入院時	テキスト
方向性の共有	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">入院先の連絡窓口を確認しましょう</p> <p>■退院調整部門か病棟かの確認(担当者も確認)</p> <p>★「村山地域入退院支援の手引き 別冊 入退院支援に関する病院情報一覧」の活用</p> <p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">在宅生活における現状と課題を情報伝達しましょう</p> <p>■★入院時情報提供書の提供</p> <p>※目安:入院後3日以内(加算等:テキスト参照)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院訪問 ・電話、ファックス、メール <p>(個人情報取扱い厳重注意)</p> <p>※訪問看護:訪問看護サマリーの提出</p> <p>※地域包括支援センター:状況に応じ情報提供</p>	<p>(事前準備)入院の際はケアマネジャー氏名を病院担当者に伝えるよう、常日頃より利用者・家族等に説明しておく義務がある。また、個人情報使用に関する包括的同意を得ておく。</p> <p>■病院の連携担当者や病棟スタッフと会う際は、身だしなみ・言葉使い等エチケットを大切に。</p> <p>★『村山地域入退院支援の手引き 別冊入退院支援に関する病院情報一覧』は、ポピーホームページ「入退院支援ツール」のコンテンツ内よりダウンロード可。</p> <p>■★山形市推奨様式『入院時情報提供書』は、ポピーホームページ「入退院支援ツール」のコンテンツ内よりダウンロード可。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p>—なぜ必要??—</p> <p>病院は、本人・家族の日常生活に関する担当ケアマネジャーからの情報を大切にしています。担当ケアマネジャー等からの情報提供は、本人・家族の意向を尊重することや不安の軽減につながります。</p> </div> <p>※予定入院の場合、病院は入院前から情報を必要とする場合がある。常日頃から入院時情報提供書を準備しておくといよ。</p> <p>※在院日数が短くなっていることから、入院後3日以内の情報提供が評価されている。</p> <p>介護保険加算 入院時情報連携加算(月1回)</p> <p>I(3日以内):200単位、II(7日以内):100単位</p> <p>(提供方法は問わない)</p>
	療養環境の準備・調整	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">入院したことを在宅ケアチームへ連絡し、情報を共有しましょう</p> <p>■かかりつけ医との連絡調整</p> <p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">権利擁護等の支援が必要か検討しましょう</p> <p>■認知症の在宅独居等で地域の見守り支援が必要な場合や権利擁護(高齢者虐待・成年後見等)の対応の必要性</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括支援センターや市窓口、成年後見センター等に相談 ・すでに支援を受けている利用者については担当者に連絡し入院中の支援(金銭管理含む)を調整 <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>

《入退院支援フロー図② ～治療開始から安定期～》

時期	治療開始から安定期	テキスト
方向性の共有	<p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6;">本人の状況の確認をしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 病状の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・ 家族から情報を得る ・ 状況により病状説明への同席 ・ 入院診療計画書内容の確認 (治療方針・今後の方向性など本人・家族から聞き取り) ■ 本人、家族の思い、病状の受止方、希望の確認 <ul style="list-style-type: none"> ・ キーパーソンの確認 ・ 意思決定支援 ■ 今後の予測 <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院前と状態像が変化する可能性 ・ 退院に向けた予測（時期等） ・ 区分変更の必要性の検討 ■ 退院に向け一時帰宅(外泊・外出)の検討 <p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6;">新たな医療リスクが生じマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p>	意思決定支援の場面 病状説明への同席は、本人・家族の状況や医師の意向もあるため、ケースにより判断する。 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> —病状説明へ同席する意義— ・ 本人と家族の生活や価値観を知る専門職が同席することで、本人と家族が今後の生活を考える手助けになります。 ・ 今後の展開を予測して準備することができます。 </div> <p>※個人情報を得る場合は利用者及び家族の同意を得ておく。</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> —意思決定支援のプロセス— ①迷っている内容を明確にする ②解決のための情報を提供する ③本人・家族が決定するのを見守る ④決定したことを尊重する </div> <p>※一時帰宅に際し、訪問看護が活用できる場合がある。</p>
	療養環境の準備・調整	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">医療上の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 訪問看護・リハビリの必要性、訪問診療医の必要性、歯科医・調剤薬局調整の必要性 ★在宅医療サービス情報検索システム活用
<p style="text-align: center; background-color: #ADD8E6;">ADL・認知機能低下による生活・ケア上のマネジメントが必要な場合、下記事項を検討しましょう</p> <p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">生活・ケア上の課題</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 本人・家族の望む生活の継続性を検討 ■ 本人の ADL・認知機能の確認と現存能力評価 ■ 住環境⇒病棟看護師、リハビリチームへ家屋状況を情報提供し、準備調整について相談・検討 ■ ケア体制の検討(排泄・食事・清潔・移動等) ■ 介護力の検討 		左記に付きアセスメントし、自宅での生活を想定した入院中の介入を、病棟スタッフと相談する。

《入退院支援フロー図③ ～退院に向けての調整期間～》

時期	退院に向けての調整期間	テキスト															
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">方向性の共有</p>	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">入院先医療機関及び家族との連携に基づき退院支援の進捗状況の確認・在宅移行時の居宅サービス計画案を作成しましょう</p> <p>■ 本人・家族の思い、希望の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院に向けて不安の確認と、軽減の為の情報提供 ・病状説明への同席、情報提供などを通し意思決定を支援 <p>■ 退院時共同カンファレンス依頼と参加</p> <ul style="list-style-type: none"> ・参加する地域の職種をケアマネジャーが調整 ・在宅生活へのスムーズなシフトに向け、医療・生活両面からの検討 ・本人・家族・多職種で目標を検討、共有 ・退院時サマリーの依頼 <p>★退院時情報収集シートを活用して情報収集する</p> <p>■ 必要に応じて、サービス担当者会議を開催</p>	<div style="border: 1px dashed black; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>— 一村山地域入退院支援の手引きより(参考) —</p> <ul style="list-style-type: none"> ・病院担当者は、退院の見込みが立ち次第、速やかに担当ケアマネジャー等に連絡し(目安:退院1週間前ころまで)、退院時共同カンファレンスなどの日程調整を行う。 </div> <p>・病状説明同席の意義は、「治療開始から安定期」と同様。特にこの時期は退院についての説明も含み、今後を支援する在宅チームにとって大事な情報となる。</p> <p>※利用者及び家族の同意を得た上で同席する。利用者が医療系サービスの利用を希望している場合などは主治の医師などに意見を求めなければならない、かつ意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付する義務がある。</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 10px;"> <thead> <tr> <th style="text-align: left;">介護保険加算</th> <th colspan="2">退院・退所加算</th> </tr> <tr> <th></th> <th>カンファレンス参加あり</th> <th>カンファレンス参加なし</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>連携1回</td> <td>450単位</td> <td>600単位</td> </tr> <tr> <td>連携2回</td> <td>600単位</td> <td>750単位</td> </tr> <tr> <td>連携3回</td> <td></td> <td>900単位</td> </tr> </tbody> </table> <p>初回ケアプラン作成の手間を明確に評価。加えて医療機関など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。3回まで算定可。</p>	介護保険加算	退院・退所加算			カンファレンス参加あり	カンファレンス参加なし	連携1回	450単位	600単位	連携2回	600単位	750単位	連携3回		900単位
	介護保険加算	退院・退所加算															
	カンファレンス参加あり	カンファレンス参加なし															
連携1回	450単位	600単位															
連携2回	600単位	750単位															
連携3回		900単位															
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">療養環境の準備・調整</p>	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">医療リスクの変化に伴う、生活への影響を予測しましょう</p> <p>■ 医療的管理方法の検討、通院(又は訪問診療)の確認</p> <p>■ 在宅療養後方支援病院の確認と連絡先</p> <p>■ 退院直後(退院当日も含む)の訪問看護の必要性検討</p> <p>※医療保険の適応(特別訪問看護指示書)もあり</p>	<p>★山形市推奨様式『退院時情報収集シート』は、ポピーホームページ「入退院支援ツール」のコンテンツ内よりダウンロード可。</p> <p>※患者の状態や課題等について情報を共有し、退院後のケアプランへ反映する。</p> <p>※病院担当者と面談・情報収集するとともに、本人の状態も直接確認したうえでアセスメントする。</p> <p>■ サービス担当者会議を退院時共同カンファレンスに引き続き病院内で行うかについては、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整する。</p>															
	<p style="background-color: #ADD8E6; padding: 5px;">医療処置や介護方法について、本人・家族の理解状況や手技の習得状況とサービス担当者の役割分担を確認しましょう</p> <p>■ 独居状況や介護状況を考慮</p> <p>■ 入院前と変化した ADL・認知機能に応じたプラン変更の必要性を検討(医療介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等)</p> <p>■ 各種福祉制度・インフォーマル資源活用の検討</p>	<p>■ 各種福祉制度</p> <p>緊急通報システム、在宅介護支援住宅改修補助(申請期間あり)、高齢者移送サービス、高齢者外出支援、紙おむつ支給、徘徊高齢者事前登録事業、家族介護者交流事業(時期限定)、在宅ねたきり高齢者等歯科診療、高額介護サービス費支給・貸付など</p> <p>※介護保険と高齢者保健福祉のしおり(山形市)を参照</p> <p>■ インフォーマルサービス</p> <p>福祉有償運送、有償ボランティアによるサービス、配食サービス、宅配サービスなど</p> <p>※地域包括支援センター、生活支援コーディネーターへ問い合わせ。</p>															

《入退院支援フロー図④ ～退院時～》

時期	退院時		テキスト
方向性の共有	<div data-bbox="280 286 539 573" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; background-color: #ADD8E6; width: fit-content; margin: auto;"> 退院時の準備、自宅への移送手段等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整しましょう </div>		<div data-bbox="799 152 1469 383" style="border: 1px dashed black; padding: 10px;"> —村山地域入退院支援の手引きより(参考)— ※転院時の対応 転院元の病院担当者は、速やかに担当ケアマネジャー等に連絡するとともに、転院先病院に対し、担当ケアマネジャー等の氏名・連絡先等を情報提供する。 </div>
療養環境の準備・調整	医療上の課題		
	生活・ケア上の課題		

《入退院支援フロー図⑤ ～退院直後から移行期～》

時期	退院直後から移行期	テキスト
<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">方向性の共有</p>	<p>居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行いましょう</p> <p>■ サービス担当者会議開催</p> <p>在宅チーム内において、本人状況・家族状況を確認し、情報を共有しましょう</p> <p>■ 本人・家族の望む生活の継続性、新たな課題の確認</p> <p>■ かかりつけ医との連携・情報共有</p> <p>★「ポピーねっとやまがた」の活用 医療・介護連携 SNS</p> <p>退院後の状況を連絡窓口担当者(連携室等)を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告しましょう</p> <p>※訪問看護：訪問看護報告書の提出</p>	<p>※訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況モニタリングなどの際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態像について主治の医師、薬剤師に必要な情報伝達を行う義務がある。</p> <p>★ポピーホームページのメインメニューにある完全非公開型情報共有システム。ポピーに問い合わせし、事業所ごとに登録できる。山形市医師会からの iPad 貸与も可能。</p> <p>居宅サービス計画書の提出 退院後の生活状況について、可能な限りコメントを添えて提出することが望ましい。 ※提出先は病院ごとに確認が必要。 ★『村山地域入退院支援の手引き 別冊入退院支援に関する病院情報一覧』の活用 (提出方法:持参または郵送)</p>
	<p style="writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright;">療養環境の準備・調整</p>	<p>医療上の課題</p> <p>■ 緊急時・急変時の支援体制の確認</p> <p>・入院前状態との変化に伴う生活、ケア上のマネジメントをモニタリングしましょう</p> <p>・病院へケアプランを提出しましょう</p> <p>生活・ケア上の課題</p> <p>■ 本人・家族の望む生活の継続性</p> <p>■ ADL・認知機能・IADL の状況</p> <p>■ 住環境整備の状況(住宅改修・福祉用具等の適合性)</p> <p>■ ケア体制の状況(排泄・食事・清潔・移動等)</p> <p>■ 介護負担状況</p> <p>■ 各種福祉制度・インフォーマル資源の活用状況</p>