

村山地域入退院支援の手引き

1. 趣旨

病院から退院後に切れ目なく医療や介護サービス等の必要な支援を受けられるようにするため、「入院時」から「退院時」における病院と介護支援専門員（以下、「ケアマネジャー」という。）等の入退院支援の基本的な約束ごと※を明確化する。これにより、医療と介護の連携を一層強化し、地域包括ケアシステムの構築を推進する。

※ 本手引きの中の二重下線部分が、入退院支援の基本的な約束ごとです。

- 入退院調整がなかった、又は、情報提供や連携が不十分だったため、退院後に困ったことになった本人や家族がいます。
- そのようなことをなくすために、みんなで連携して「入退院支援」を実践しましょう。
- 全プロセスを通して、専門職及び支援者間の情報提供に関して本人から同意を得ましょう。必要に応じて家族からも同意を得ましょう。

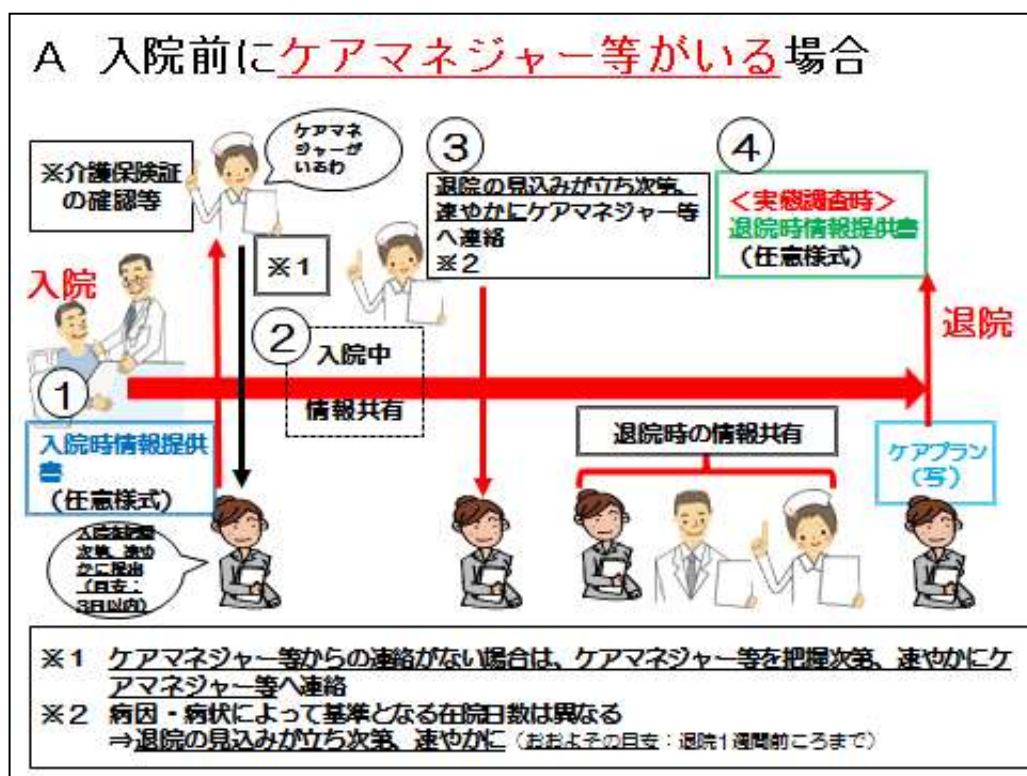
2. 対象者

以下の①、②のいずれかの要件を有する者

- ①「居宅介護支援事業所」、「（看護）小規模多機能型居宅介護事業所」又は「地域包括支援センター」が担当している者か、当該事業所等の利用を希望する者
- ②病院担当者が介護や生活支援・意思決定支援等の退院支援を要すると判断した者

3. 手順

A【入院前に介護保険等を利用していた場合】（ケアマネジャー等がいる場合）



←なぜ必要？

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。

(1) 「入院時」の情報共有

①【担当ケアマネジャー・地域包括支援センター（以下「担当ケアマネジャー等」）】

担当ケアマネジャー等は、本人の入院を把握次第、速やかに「入院時情報提供書(様式は任意)」を、病院が指定する担当窓口に提出する(目安:入院後3日以内)。

- ・担当ケアマネジャー等は、入院時情報提供書を提出する場合は、これまでのケアマネジメントの経過や情報をコンパクトにまとめ、スムーズな情報提供に心がける。また、入院にそなえていつでも関係者と情報共有できるよう日頃から準備しておく。
- ・病院の機能、本人の状態、情報提供する時期等によっては、病院が必要な情報は異なるが、担当ケアマネジャー等は、下記を中心に、本人の退院支援に必要な情報(入院初期に病院が本人・家族から聞き取ることが難しい内容、生活の視点)を提供する。

【病院が入院早期に提供してもらいたい情報】

- 担当ケアマネジャー等の有無、担当ケアマネジャー氏名、連絡先、要介護度
- 本人の入院前の生活歴(患者はどのような生活を送っていたか)と生活環境
- 家族構成(同居の有無、支援者の有無)、キーパーソンの氏名・連絡先・連絡方法
- 本人・家族が生活上で大事にしていること、担当ケアマネジャー等がどのような目標で支援していたか。

【入院情報を速やかに把握するため、担当ケアマネジャー等が行う工夫例】

- 本人・家族等が常時目につくところ(電話の前、ベッドサイド等)に事業所名・担当ケアマネジャーの氏名・連絡先(大きな名刺の活用等)を貼っておく。
- 入院・退院するときや何かあったときは、必ず連絡するよう本人・家族等に伝えておく。
- 介護サービス事業所から、入院情報が入るようにしておく。
- 本人・家族へ医療保険証、介護保険証やお薬手帳等と一緒に、担当ケアマネジャーの名刺の保管をお願いする。
- 担当ケアマネジャーや利用事業所等の連絡先、ケアプラン、医療保険証や介護保険証等の入ったファイルを作成しておき、入院時は当該ファイルを病院に持参するよう家族等に伝えておく。

※訪問看護を利用している場合、訪問看護師は、看護情報提供書(看護サマリー)を提出する。

②【病院】

病院担当者は、①の担当ケアマネジャー等からの連絡がない場合は、家族からの聞き取り又は介護保険証等を確認し、担当ケアマネジャー等を把握次第、速やかに連絡する。

○担当ケアマネジャー等を把握できない場合

(本人が要介護認定等について認識がなく、単身者で家族等への確認もできず、地域包括支援センターでも把握していない場合等、他に情報を得る手段がない場合)

- ⑦病院担当者は、市町介護保険担当課(別添 村山地域入退院支援に関する関係機関一覧)へ電話で問い合わせる。
- ⑧市町介護保険担当課は、当該問合せがあった場合は、個人情報保護の観点から、一旦電話を切ってから担当ケアマネジャー等又は市町からかけ直す等し、提供できる必要な情報を知らせる。

【取組み例】

- 村山地域のある病院では、ケアマネジャーが入院・退院の情報を得られず困っているという状況を聞き、入院前にケアマネジャーがいる者が入院した場合は、病院から担当ケアマネジャーに、すみやかにファックスで入院日、主治医、担当看護師名を連絡するようにした。
- 効果:本人・家族・病院・ケアマネジャーがつながるようになった(例:ケアマネジャーが入院早期から面会に来てくれる→本人・家族もケアマネジャーの面会で前向きに治療に取り組むことができるようになる→病院にとっては支援者仲間が増えることにつながる)

(2)「入院中」の情報共有

①【病院】

病院担当者は、入院の目的や病状・病態等から退院時の状態(病状やADL)を予測し、退院後の生活(退院先を含めて)について、本人・家族・担当ケアマネジャー等と情報を共有し必要に応じて一緒に検討する。

- ・病院担当者は、必要に応じて、担当ケアマネジャー等に本人・家族への病状説明(IC:インフォームドコンセント)への同席を依頼する。
- ・担当ケアマネジャー等から IC への同席の申し出があった場合、可否について本人・家族・病院関係者と調整する。
- ・医療上の課題を共有するために、「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」(P.10)等を用いて点検する。
- ・病院担当者は、退院時に必要となる支援を予測するため、担当ケアマネジャー等と連絡をとり、本人・家族が在宅生活を送る上での思いや、入院前の生活状況を把握する。入院前よりも、ADLが大きく低下する場合や新たに在宅で医療機器等を必要とするようになった場合などは、退院後の環境整備やリハビリ・サービスの調整など時間を要することがあるため、入院中早期に本人・家族・担当ケアマネジャー等とともに、退院後の生活を考え支援することが大切である。必要時、入院中に本人・家族を中心に関連する多職種が集まり、カンファレンスを行う。それにより、退院後の安心した生活につなげることができる。

②【担当ケアマネジャー等】

担当ケアマネジャー等は、病院担当者との情報交換や病棟カンファレンスへの参加等で得た情報をもとに課題を整理して、退院を見すえた準備・調整を進めておきましょう。

- ・本人・家族の意向、ADL、認知機能、住環境、医療的管理、介護力等に応じたケアプランの変更等。

←なぜ必要??

担当ケアマネジャー等は、入退院調整がなかった、又は、情報提供や連携が不十分なことによって本人が退院後に困ったり病状が悪化することのないように、退院後の支援の準備が必要です。退院後の療養・環境整備(退院後のかかりつけ医やサービス利用の調整等)には時間がかかりますので、退院日が決まらなくても退院の方向性が出てきたら、早めの連絡を心がけましょう。

(3)「退院時」の連絡

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)、(4)の日程調整等を行う。

- ・要介護度変更の見込みの程度に関わらず、病院担当者は入院時情報提供元に連絡する。

(4)「退院時」の情報共有

○**実態調査** <実施の要否は、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整>

①【病院】

- ・病院担当者は、「実態調査」までに、院内の関係者から情報収集し、「担当ケアマネジャー等が特に病院から退院時に提供してもらいたい情報」を加味した「退院時情報提供書(様式任意)」を作成する。
- ・病院担当者は、退院後本人・家族が混乱することがないように、病院内の各部門(病棟、リハビリ、栄養等)で同じ方向で支援できているか確認する。

・退院時情報提供書の内容に変更が生じた場合、病院担当者は、担当ケアマネジャー等に別途連絡する。

(状態変化等が予測される場合は、実態調査時に、病院担当者と担当ケアマネジャー等で認識を共有しておくこととし、担当ケアマネジャー等としても、状態変化等があった場合に、関係者と情報共有が図られるよう努める)。

②【担当ケアマネジャー等】

- ・担当ケアマネジャー等は、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。
- ・担当ケアマネジャー等は、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。

【担当ケアマネジャー等が病院から特に退院時に提供してもらいたい情報】

- 本人・家族の意向（思い）
- 本人・家族への病状説明の内容とその理解度
- 退院後、生活する上での注意点（どのような注意が必要か具体的に）
- 入院時と入院後の全身状態の変化
- 緊急時（症状悪化時）の対応方法、かかりつけ医や訪問診療等の必要性、医療的ケア・医療的サービスの必要性
- リハビリに関する情報

○退院前カンファレンス <実施の要否は、本人・家族の意向を確認し、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整のうえ決定し、病院が開催>

- ・本人・家族を中心に関連する多職種が集まり、本人・家族が退院後より良い生活になるために必要な支援などの話し合いや引継ぎ等を行う。
- ・担当ケアマネジャー等による「サービス担当者会議」の開催を退院前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。

※「ケアプラン（原案を含む）の写し」の病院提供については、退院時の情報共有の過程で、病院担当者と担当ケアマネジャー等で調整。

- 「退院時の情報共有」を踏まえ作成されたケアプランについて、在宅療養上の留意点等が反映されているか病院側で確認するためのプロセス。

【退院後の情報共有も大切です】

山形市退院支援フロー（地域版）では、担当ケアマネジャーは、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・外来へ報告することを大切にしています。

退院後の自宅での様子を報告することで、連携した結果を病院にフィードバックすることができま

す。病院側が在宅での支援状況を知ることは、今後の医療・介護の関係作りに役立ちます。

本人のより良い生活のためのプランの見直しや再入院を防ぐためなど、継続して連携しましょう。

※情報共有の様式例は特に示していないが、「退院時サマリー」についても、各病院の判断により、適宜活用することとする。

※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。

- 「入院時情報提供書」の病院間での共有については、状況に応じて病院間で調整。

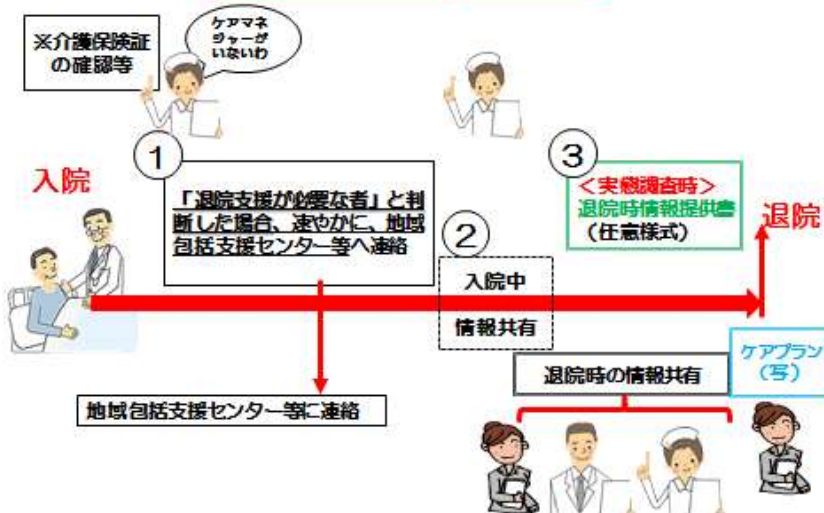
B【入院後、新たに介護保険等を利用する場合】(入院前にケアマネジャー等がない場合)

「退院支援が必要な者」の基準

○「要支援（介護予防・日常生活支援総合事業対象者も含む）」・「要介護」が見込まれる者

○病院担当者が、継続的な医療が必要であり、退院支援が必要と判断した者
※

B 入院前にケアマネジャー等がない場合



※病院担当者が「退院支援が必要と判断する状態」って??

例えば、①医療機器等を装着している(退院後に、吸引・経管栄養・その他の医療処置が必要)、②心不全などの慢性疾患があり重症化を予防する必要がある、③独居や支援者がいないなどが考えられます。『在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート』(P,10)などで医療上の課題を点検しましょう。

(1) 担当ケアマネジャー等の決定支援

病院担当者は、家族からの聞き取り又は介護保険証等を確認し、新たに介護保険サービス等を利用する必要があると判断した場合、本人・家族、又は、キーパーソンに担当ケアマネジャー決定等の流れを説明し、諸手続きを促す。その際、病院担当者が「退院支援が必要な者」と判断した場合は、病院内入退院支援部署の担当者又は退院支援担当者を通じ、本人の住所地の地域包括支援センター等※に連絡し、担当ケアマネジャー等を決定するための支援を行う。

- ・各市町には、在宅医療・介護連携拠点が設置されており、医療・介護連携の相談にも応じている(市町によって、体制が異なるため、相談内容によっては対応が困難な場合あり)。
- ・また、医療保険での訪問看護利用が見込まれる場合は、状況に応じて訪問看護事業所に連絡を取る。

- | | |
|-------------|------------------------------|
| ○地域包括支援センター | (別添 村山地域入退院支援に関する関係機関一覧のとおり) |
| ○在宅医療介護連携拠点 | 〃 |
| ○訪問看護事業所 | 〃 |

※以降の流れは、A【入院前に介護保険等を利用していた場合】の(2)『「入院中」の情報共有』以降と同じ

←要介護認定申請のタイミングって?? =病状が落ちついた時期です。

急性期治療中や急性期リハビリ開始直後などの早すぎる申請は、認定調査ができなかったり、再調査が必要になったり、適切な認定結果にならないことがあります。また、お守りやとりあえずの申請は、本人・家族や関係者に無用な手間をかけることになります。認定申請は退院の目途が立ったあたりで遅くありません。介護保険サービス利用の必要性も考慮して、本人・家族に十分説明したうえで進めましょう。なお、がん末期等の方で、早急な対応が必要である場合は、市町村へご相談ください。

【参考例】村山地域内で、既に運用・活用されている参考となるフロー等をご紹介します。

① 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～

（平成 29 年 9 月 山形市退院支援ルール（地域版）検討チーム作成）（P. 7 参照）

※山形市在宅医療・介護連携室「ポピー」ホームページに掲載

※入院から退院後まで、時間軸に沿って地域側・ケアマネジャーの動きや視点をまとめています。

② 村山地域退院支援フロー～時間軸を可視化しよう～

（平成 29 年 3 月 村山管内医療機関退院支援部署連携会作成）（P. 8 参照）

※入院から退院まで、時間軸に沿って病院側の大まかな動きをまとめています。各病院の機能や体制に合わせて、病院ごとのフロー等を作成する際に参考になるものです。

③ 様式例 1・・・県立河北病院と河北町間で使用している入院情報提供書（P. 9 参照）

④ 様式例 2・・・山形市推奨様式（①と同じホームページに掲載）

※様式については、厚生労働省様式例（厚生労働省のホームページ参照）もあります。

これらのフロー等は、本手引きのプロセスともリンクしています。病院と地域の相互理解にも役立つほか、現場の振り返りや、新人教育にも活用することができます。

【参考資料】

○『在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート』Ver. 1 （大阪府入退院支援の手引き 平成 30 年 3 月 大阪府発行 P 4 1）

○「入院時連携に係る診療・介護報酬」（大阪府入退院支援の手引き 平成 30 年 3 月 大阪府発行 P 2 9）

○人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成 30 年 3 月改訂）
厚生労働省

○置賜地域「入退院調整ルールの手引き」 置賜保健所発行（平成 30 年 4 月～改訂版）

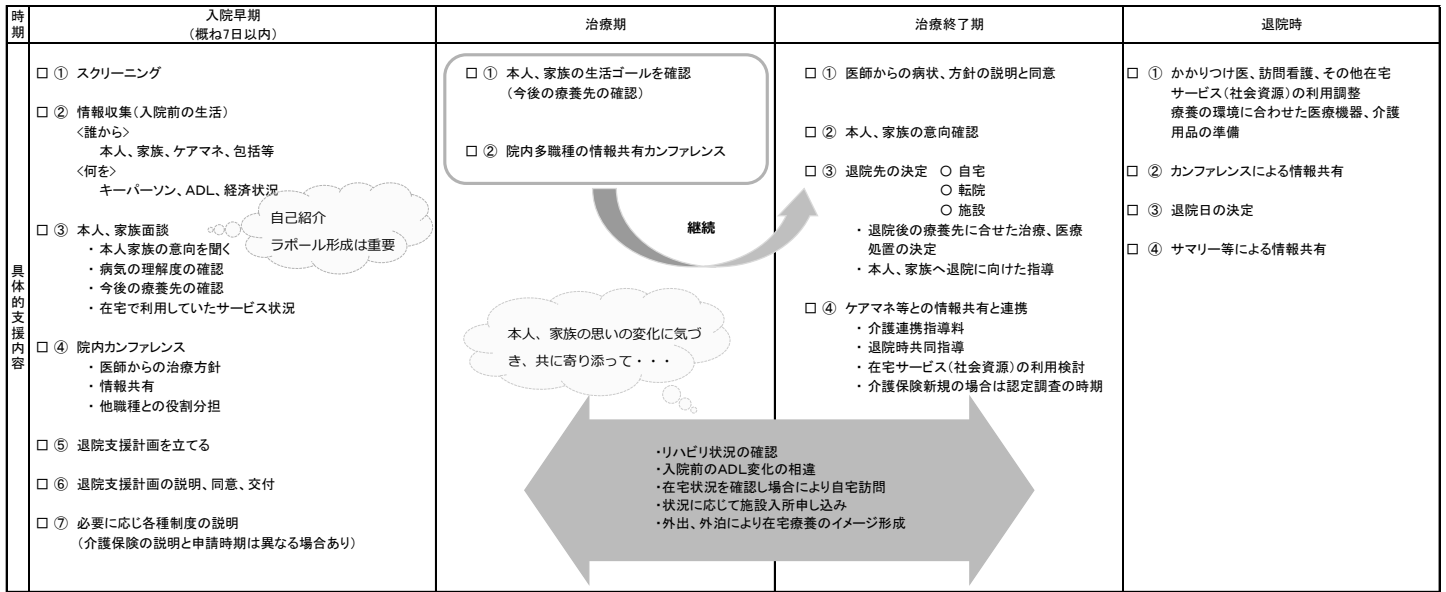
本手引きは、その人らしい暮らしの場へ帰るために、「入院時」から「退院時」における病院と担当ケアマネジャー等の入退院支援の基本的な約束ごとを明確化してまとめたものです。

本手引きの入退院支援を実際に、それぞれが実践していくことが大切です。入退院支援に関わる病院関係者と地域の在宅多職種関係者により、地域における切れ目のない医療介護連携体制の構築、医療・介護関係者の相互理解の向上が図れるよう、本手引きの普及展開が求められます。

本手引きは、より良い支援ができるよう、今後もみんなで見直ししながら進めていきましょう。

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
療養環境の準備・調整	入院先の連絡窓口を 確認しましょう ■ 退院調整部門が病棟からの確認(担当者も確認) ★「やまがた・かみのやま・てんどう 医療福祉相談室等バンプレット」の活用 在宅生活における現状と課題を情報 伝達しましょう ■ ★入院時情報提供書の提供 ※7日以内(加算等別紙) ・病院訪問 ・電話、ファックス、メール (個人情報取扱に厳重注意) ※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	本人の状況の確認をしましょう ■ 病状の確認 ・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 ・キーパーソンの確認 ・意思決定支援 ■ 今後の予測 ・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	本人の状況の確認をしましょう ■ 本人・家族の思い、希望の確認 ・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、情報提供などを通じ意思決定を支援 ■ 退院時共同カンファレンス依頼と参加 ・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	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 ■ 本人・家族の思い、希望の確認 ・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、情報提供などを通じ意思決定を支援 ■ 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	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 ■ サービス担当者会議開催 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 よう ■ 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 退院後の状況を連絡窓口担当者(運 搬室等)を通じて病棟や病院主治医・ 外来へ報告しましょう ※訪問看護：訪問看護報告書の提出
	医療上の課題	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 ■ 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	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 ■ 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		■ 緊急時・急変時の支援体制の確認 ・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 ・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
	生活・ケア上の課題	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 よう ■ 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 ※入院中・退院後の調整期間も同様	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 よう ■ 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		

村山地域退院支援フロー ～時間軸を可視化しよう～



★退院支援部署としての着眼点

自宅退院(在宅療養)の場合

- ・本人、家族の望む生活の確認
- ・本人、家族の意思の尊重
- ・生活モデルに基づいた総合的視点
(病状、経済的、住環境、家族関係性、介護力)
- ・環境に合わせた療養方法の検討
(内服管理、医療処置)

転院の場合

- ・転院の目的、期間、転院先の説明と理解
- ・転院先へ正確な情報提供支援内容の申し送り
- ・医療行為、薬価の確認

施設入所の場合

- ・施設の種類、特徴を把握
- ・介護必要度、入所基準の確認
- ・医療行為、薬価の確認

退院支援の総合評価

- ・本人、家族の意思決定支援
- ・地域の相談窓口、担当者へのつなぎ
- ・経済的配慮
- ・生活の視点からの関わり

村山管内医療機関退院支援部署連携会 2017.3

ケアマネージャー等の地域関係機関との連携

時期	入院早期 (概ね7日以内)	治療期	治療終了期	退院時
お願いしたいこと	☐ ①担当利用者が入院となった連絡 ☐ ②家族に情報提供の同意 ☐ ③カンファレンス前までに在宅の状況について情報提供(入院から1～2日以内)	☐ ①退院支援チームの一員としての関わり ☐ ②家族のフォロー	☐ ①本人の状況把握と理解 場合によりリハビリ、食事見学 ☐ ②本人、家族の意向に沿ったサービス提案 ☐ ③不明な点は遠慮なく質問 ☐ ④カンファへの参加	☐ ①退院に向けた本人、家族に対する心理的サポート ☐ ②サービス担当者会議の開催 ☐ ③効率的な情報収集、共有の工夫

在宅での状況

(患者氏名) 様

在宅での状況(ご報告)

〇〇病院 担当者様

入院日 年 月 日
報告日 年 月 日

当方でケアマネジメントを担当させていただいております利用者様が入院されましたので、在宅での状況を下記のご報告させていただきます。退院がきまりましたら早目にご連絡いただけると幸いです。

基本情報・保険情報等

氏名			性別		家族構成	
生年月日						介護者の状況 (※介護力の有無、介護に対する考え方等)
住所						
TEL						
連絡先	氏名		続柄			
	住所					
	TEL					
介護保険	介護度		認定日			
	認定の有効期間			被保番		
	負担割合		日常生活自立度		認知度	
医療保険	国保 ・ 社保 ・ 後期高齢者					
身体障害者手帳	有 (種 級) ・ 無					
年金			生活保護	有 ・ 無		
現在利用されているサービス及び利用予定のサービス (※…利用予定)	サービス種別	事業所名・利用頻度		サービス種別	事業所名・利用頻度	
介護保険外サービス						
居住環境					住宅改修の有無	有 ・ 無

病歴・健康状態等

傷病名・既往歴	発症年月日	病院(医師)名	口腔衛生、麻痺・関節の拘縮、皮膚疾患など
服薬の有無	有 ・ 無	褥瘡の有無	有 ・ 無
かかりつけ医(主治医は☆印)			

ADL・IADL・コミュニケーション等

ADL	食事：	IADL	(例)服薬管理・金銭管理・家事など
	排泄：		
	入浴：		
	移動・移乗：	コミュニケーション	
	着衣：	認知・BPSD	

生活歴、最近の主な経過、地域との交流、連絡事項等

--	--	--	--

事業所		担当		TEL(fax)	
-----	--	----	--	----------	--

主治医への報告・
連絡・相談は
随時必要！

【ポイント】

- ◎『意思決定支援』の認識が重要（意思決定支援とは、文字通り「意思」を「決定」することを「助ける」という意味）
◎可能な限り本人の生活に合った方法に切り替えて予防的な支援をする。
◎本人の意思を尊重し、著しくQOLが障がいされたり、生命リスクが高まったりした場合には、必要時速やかに医療に繋ぐ支援をする。

STEP1 医療ニーズが高い利用者像をチェックしましょう	対応する医療サービス（優先順）	根拠
1 医療機器等を装着している状態である	◆医療の状況やリスクを共有することで、チーム全体で安全なケア計画を立て、QOLの向上や自立を支援	
☐ カテーテルの留置（膀胱、腎、胆管も含む） ☐ 人工呼吸器の使用 ☐ たん、唾液の吸引 ☐ がん性疼痛のコントロール（注射・内服液） ☐ 気管切開カニューレ装着 ☐ ストマの装着（大腸・尿路） ☐ 在宅酸素療法 ☐ 経管栄養チューブ（胃ろう含む）の使用 ☐ 中心静脈栄養、持続点滴 ☐ 腹膜透析 ☐ インスリンの自己注射	訪問看護 訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ 訪問看護・薬剤師 訪問看護 訪問看護 リハビリ・訪問看護 訪問看護・栄養士・薬剤師・歯科 訪問看護・栄養士・薬剤師 訪問看護・栄養士 訪問看護・栄養士・薬剤師	感染予防 排泄機能のアセスメント 医療機器の管理 各種合併症の予防 有効的な排痰援助と肺炎の予防 薬の正しい理解と痛みアセスメント 感染予防とカニューレトラブルへの予防と対応 排泄管理とストマ周辺の皮膚トラブルの予防・管理 呼吸機能の評価・正しい呼吸方法の獲得 挿入部の皮膚・粘膜トラブルの予防 栄養状態のモニタリング 簡易懸濁法等適切な薬の注入方法の検討 口腔機能の評価、改善 安全管理 摂食嚥下・栄養の改善 ルート・針の選定の際の助言 感染の予防 食生活の支援 インスリン管理 食生活の支援 本人にあった薬剤の形態の評価
2 皮膚・爪のケアが必要である	◆長い間の生活や動作の結果であることを理解し、生活様式全体を評価し再構築	
☐ 爪に問題がある（陥入爪、感染など） ☐ 褥瘡がある ☐ 皮膚に傷があり（潰瘍、熱傷、白癬、など）治りにくい	訪問看護・リハビリ 訪問看護・リハビリ・栄養士・薬剤師 訪問看護・薬剤師	感染の予防 歩行障がいの予防 傷の処置 栄養、介護方法、動作の改善 寝具やマットレスなどの評価と選定 薬剤や創傷被覆材の選定・使用法の助言 糖尿病などの基礎疾患との関連性やケアの評価 医療材料の選定の際の助言
3 医療的な視点でのリスク管理（入院を予防）が必要	◆治療が生活の弊害にならず、健康を取り戻すための支援	
☐ 治療食をたべている ☐ 薬を飲んでいる ☐ がん治療中（薬・放射線）	栄養士・訪問看護・薬剤師 薬剤師・訪問看護 薬剤師・訪問看護・栄養士	本人の生活にあった食事の改善や工夫 服薬アドヒアランス向上サポート 残業調整、ポリファーマシー対策の検討 副作用や栄養の評価・改善
4 慢性疾患がある	◆生活の中に潜在する病状悪化の要因を排除し、生活の質低下を防ぐための支援	
☐ 慢性閉塞性肺疾患 ☐ 腎不全・心不全 ☐ 尿路感染を繰り返している ☐ 肺炎を繰り返している ☐ 認知症・精神疾患がある	リハビリ・訪問看護・栄養士 栄養士・訪問看護・薬剤師 訪問看護・薬剤師 歯科・リハビリ・訪問看護 訪問看護・リハビリ・薬剤師・P S W	廃用性のADL低下の予防 尿量を確認しながら、安全に服薬してもらうサポート 栄養状態のモニタリング 食生活の支援 排泄状況と繰り返す原因の評価 適切な選択・副作用の評価 口腔・嚥下機能の評価とケア 潜在している心身の状態の評価
5 口の中・食べること・栄養に問題がある	◆生きることや活力の基本である「食べること」を見直すための支援	
☐ 摂食・嚥下に問題がある ☐ 痩せている。BMI（体重÷身長m÷身長m）が18.5未満 ☐ 過去3か月で体重が減少した ☐ 噛めない、または、噛むことに問題がある ☐ 口臭・口腔内食物残渣がある	歯科・リハビリ・栄養士・訪問看護・薬剤師 栄養士・歯科 栄養士 歯科・リハビリ・訪問看護・栄養士 歯科・訪問看護	摂食機能の評価・回復 食事形態・ボジョニングの工夫 補助栄養食の活用検討 低栄養の原因の評価し、改善 体重減少の原因の評価し、改善 咀嚼機能の評価・改善 虫歯、歯周病、義歯の問題改善 食事形態の工夫・ボジョニングの工夫 口腔内疾患の予防 誤嚥性肺炎の予防
6 排泄	◆自立した排泄ができ精神的苦痛や自尊心低下がないよう支援	
☐ 対処できていない便秘や下痢がある ☐ 尿失禁や頻尿、排尿困難がある	訪問看護・薬剤師・リハビリ・栄養士 訪問看護・リハビリ・薬剤師	原因を評価し、排泄の状態を改善 薬の副作用の可能性を評価
7 睡眠	◆生活の中に潜在する睡眠障害の要因を排除し、本来の生活機能を取り戻すための支援	
☐ 昼夜逆転している ☐ 不眠である	訪問看護・薬剤師・リハビリ 訪問看護・薬剤師	原因を評価し、睡眠状態を改善
8 活動性の低下	◆身体機能の改善及び環境の整備を行うことで、住み慣れた場所で安全に暮らし続けられるための支援	
☐ 以前に比べADLが低下し、生活の再編が必要 ☐ IADLに問題がある。 ☐ 進行性の神経難病である。 ☐ 転倒歴がある。	リハビリ・訪問看護 リハビリ・訪問看護・歯科・栄養士 リハビリ・訪問看護 リハビリ・薬剤師・訪問看護	ADLの評価、改善の可能性、生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編 今後ADLの低下の可能性も含めた評価 廃用性のADL低下を予防 転倒リスクの評価 生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編
9 状態の変化により、在宅療養生活に不安がある	◆自分らしい生活や限りある「生」を充実させるための支援「人生の最終段階における医療の決定に関するガイドライン」を踏まえる	
☐ 急な病状変化に対する不安がある ☐ 終末期であるが本人の意思が不明瞭・不安が強い	訪問看護（24時間対応型） 訪問看護・薬剤師	不安の原因を究明し解消 死への不安や苦痛を緩和できるように支援

※栄養士やリハビリなど地域の資源が不足の場合は、訪問看護に相談・検討

⇒ チェックが入った項目に対応する専門職等と連携しながら、生活の質を維持・向上できる“在宅ケアチーム”をつくりましょう。

通院が可能か、通院を継続することで生活の質の低下が予測される場合は、早めに在宅医療への移行を検討しましょう。

ケアプランの作成に当たっては相談先をあらかじめ決め、すぐに対応できるよう備えておきましょう！

**窓口⇒主治医・在宅医療・介護連携相談支援窓口・訪問看護ステーション（教育ステーション）
地区歯科医師会（在宅歯科ケアステーション）・（公社）大阪府栄養士会（栄養ケア・ステーション）等**

STEP2 さらに利用者の背景をチェックしましょう	さらに介護・福祉と包括的に関わる必要があると予測されるもの
☐ 独居である ☐ 介護者の理解が不良である ☐ 介護者の疲弊が予測される ☐ 虐待等を含めた介護状況に問題がある可能性がある ☐ 家族背景・経済背景などに何らかの事情がある ☐ 24時間365日対応を要するような状態である ☐ 入退院を繰り返している ☐ サービス拒否がある ☐ 不衛生な室内環境	【補足説明】 【アドヒアランス】 患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受ける 【ポリファーマシー】 多剤併用・多剤処方 →必要以上に多くの薬を併用している状態

1. 入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬

〈居宅介護支援基準〉

・居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務付け。

入院時情報連携加算 (居宅介護支援費)

入院医療機関へ、利用者の情報を提供（提供方法は問わない）。

- (Ⅰ)入院後3日以内 200単位/月
(Ⅱ)入院後7日以内 100単位/月

退院・退所加算 (居宅介護支援費) (入院・入所中1回)

入院医療機関から情報を得て、ケアプラン作成

	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	×	900単位

カンファレンスとは、診療報酬の「退院時共同指導料2」の※に該当するもの

退院時共同指導加算 (（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機) 600単位 (退院時1回)

退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算 (居宅介護支援費) 200単位 (1月に2回)

病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整

診療報酬

入退院支援加算

- 1：600点 または1,200点（退院時1回）
2：190点 または635点（退院時1回）

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

+入院時支援加算(入退院支援加算) 200点(退院時1回)

入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

- +地域連携診療計画加算 300点(入退院支援加算)
+地域連携診療計画加算 50点(診療情報提供料Ⅰ)

介護支援等連携指導料 400点 (入院中2回)

退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービス等について指導

退院時共同指導料2 400点 ※2,000点 (入院中1回)

病院内の医師等と在宅療養を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導
※医師等の職種の3者以上と共同して指導を行う場合

退院前在宅療養指導管理料 120点(1回の入院につき1回)

退院前訪問指導料 580点(1回の入院につき1回)

退院時共同指導加算 (訪問看護管理療養費) 800点(退院時1回)

退院時処方・リハビリテーション指導料 300点(1回の入院につき1回)

退院時薬剤情報管理指導料 90点(1回の入院につき1回)

退院後訪問指導料 580点

- +訪問看護同行加算 20点

入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

H30改定内容

(算定に当たっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。)

本手引きについての問い合わせ先

山形県村山保健所 保健企画課(企画調整担当)

TEL:023-627-1142 FAX:023-627-1162