

村山地域入退院支援の手引き 資料編

【添付資料】

- 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～ 1
（山形市退院支援ルール（地域版）検討チーム作成 令和元年9月改訂）
※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～ 2
（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）
※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 入院時情報提供書 厚生労働省様式 3
- 4 退院時情報提供書 置賜保健所様式 5
- 5 『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 . . . 6
（大阪府入退院支援の手引き平成 30 年 3 月 大阪府発行 P41）
- 6 入院時連携に係る診療・介護報酬 7
（大阪府入退院支援の手引き 平成 30 年 3 月 大阪府発行 P29 参考に更新）

これらのフロー等は、手引き本編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。

【その他 参考資料】

- 入院時情報提供書・退院時情報収集シート 山形市推奨様式（添付資料1と同じホームページに掲載）
- 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（令和6年4月最終改訂 置賜保健所 地域医療・在宅医療情報トップページ）

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) ★「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 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 ※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(個人情報取り扱い厳重注意) ※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 ・ギョーパソンの確認 ・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 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	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、情報提供などを通し意思決定を支援 ■ 退院時共同カンファレンス依頼に参加 ・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	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 ■ 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(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 ※訪問看護:訪問看護報告書の提出	■ 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
	医療上の課題	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 ■ かかりつけ医との連絡調整	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 ■ 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⇒病院看護師、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	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	
	生活・ケア上の課題	権利擁護等の支援が必要か検討しましょう ■ 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 ・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 ※入院中・退院後の調整期間も同様			

● 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。

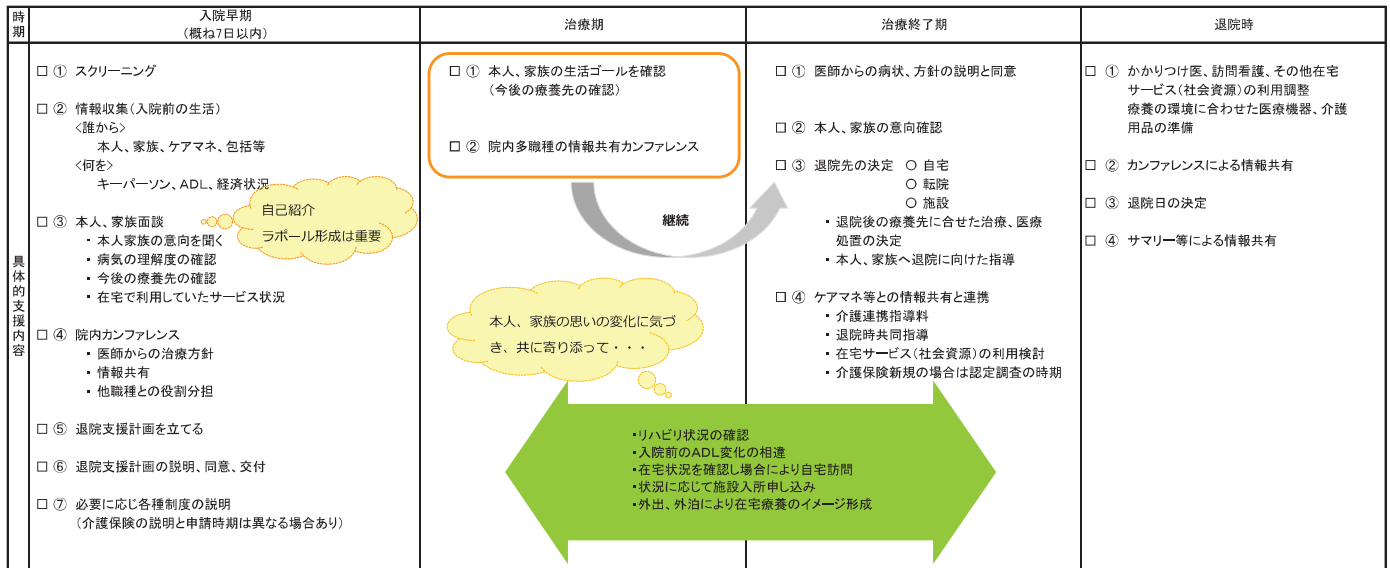
● 在宅チームは常に入院先病院と共同して取り組む ● 介護保険の新規及び区分変更申請の時期の判断は在宅チームと入院先病院と共同にて行なう。

★「山形市在宅医療・介護連携室ポピー」のHPよりダウンロード可、利用可

作成:山形市退院支援ルール(地域版)検討チーム(東京都退院支援マニュアル参考)

● 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

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
おまじいこと	☐ 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

入院時情報提供書＜在宅版＞

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日
情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
ご担当者名：



事業所名：
ケアマネジャー氏名：
TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、 年 月 日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
介護保険の自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明		障害手帳の有無	☐ なし ☐ あり（ 身体・精神・知的 ）		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ 日中独居 ☐ その他（ ）				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)		電話番号		
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)		電話番号		

3. 意思疎通について

視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思疎通	☐ 会話に支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐ 会話が成り立たないが、発語はある ☐ 発語がなく、無言である
聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難		
眼鏡	☐ なし ☐ あり		
補聴器	☐ なし ☐ あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養	食物アレルギー	☐ なし ☐ あり（ ）
摂食嚥下機能障害	☐ なし ☐ あり	水分(とろみ)	☐ なし ☐ あり（ ☐ 薄い ・ ☐ 中間 ・ ☐ 濃い ）
食形態(主食)	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他（ ）	食形態(副食)	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ その他（ ）
義歯使用	☐ なし ☐ あり（ ☐ 部分 ・ ☐ 総 ）	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	☐ できる ☐ できない
歯の汚れ	☐ なし ☐ あり	歯肉の腫れ、出血	☐ なし ☐ あり（ ）
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	☐ なし ☐ あり	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり（職種： ）
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理（管理者： 管理方法： ）		
服薬介助	☐ 自立 ☐ 一部介助（介助内容： ） ☐ 全介助		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否		
薬剤アレルギー	☐ なし ☐ あり（ ）	特記事項	☐ なし ☐ あり（ ）

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	☐ 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 月 ） ☐ 話し合いを実施していない（ ☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外 ）
---------	--

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	☐ 下記をご参照ください ☐ 別紙参照（書類名： ）
話し合いへの参加者	☐ 本人 ☐ 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） ☐ 医療・ケアチーム ☐ その他（ ）
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

- 3 -

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況	☐ 右 upper limb	☐ 左 upper limb	☐ 右 lower limb	☐ 左 lower limb	褥瘡等の有無	☐ なし ☐ あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	☐ エアーマット		☐ クッション		☐ 体位変換（時間毎）	☐ その他（）			☐ なし
移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
移動（屋外）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他	移動（屋内）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他
食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☐なし ☐あり								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か ☐見守ってもらうことなく過ごすことができる ☐1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる ☐半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる ☐30分程度ならみまもらなくても一人で過ごすことができる ☐常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☐年月日はわかる ☐年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる ☐その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる ☐自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか ☐常に覚えている ☐たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる ☐思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある ☐きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない ☐忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか ☐自由に操作できる ☐チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える ☐リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない ☐リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	☐なし ☐不明 ☐あり（頻度：☐0回 ☐1回 ☐2回以上）（直近の入院理由：） 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日								
9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等									
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画(1)～(3) ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（） ペット飼育の有無： ☐ あり ☐ なし 特記事項：								
10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）									
住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て、 居室_____階、 エレベーター（ ☐ あり ☐ なし） 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（）								
退院後の支援者	☐ 家族の支援が見込める（☐十分・☐一部） ☐ 家族以外の支援が見込める（☐十分・☐一部） ☐ 支援は見込めない ☐ 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名：） 続柄： 年齢：								
家族や同居者等による虐待の疑い	☐なし ☐あり（）								
特記事項									
11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）									
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 希望あり 具体的な要望（）								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり 具体的な要望（）								

様式2 退院時情報提供書 (病院⇒ケアマネジャー)

置賜地域「入退院調整ルール」(R6. 4～)

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	男・女
住 所				面談日	平成 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				
病 名 (既往歴含む)								
入院期間	入 院 日: 年 月 日 ~	要介護度	☐ 区分変更中 ☐ 新規申請中 ☐ 総合事業対象者 要支援 ☐ 要介護 ☐					
退院(予定)日:	年 月 日	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
病院主治医	在宅主治医	かかりつけ 歯科医院	☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明		かかりつけ 薬局	☐ 無 ☐ 有 () ☐ 不明		
【病院からの患者・家族への病状の説明内容】								
【患者・家族の病状の受け止め方】								
【患者・家族の今後の希望】								
ADL	目 立	見 守 り	介 一 助 部	全 介 助	病 棟 で の 様 子			
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具・補助具			
口腔清潔	☐	☐	☐	☐	義歯 ☐ 無・有 () ☐ 部分義歯 (上 / 下) ☐ 総義歯 (上 / 下)			
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) 経管栄養 (☐ 胃ろう ☐ 経鼻)			
					制限 ☐ 無・有 () ☐ 塩分・ ☐ 水分・ ☐ その他 ())			
					主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 割)			
					副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサ (☐ とろみ付) ☐ ソフト食 (摂取量 割)			
					水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用: ☐ 無 ☐ 有			
					アレルギー ☐ 無 ☐ 有 () 食への意欲: ☐ 無 ☐ 有			
摂取方法: ☐ はし ☐ スプーン ☐ その他 () 嚥下・咀嚼状況(留意点)()								
更 衣	☐	☐	☐	☐				
入 浴	☐	☐	☐	☐	入浴の制限 ☐ 無 ☐ 有 () ☐ 浴槽 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ その他 ()			
排 泄	☐	☐	☐	☐	☐ トイレ(日中 / 夜間) ☐ ポータブル (日中 / 夜間) ☐ 尿器(日中 / 夜間) ☐ オムツ(日中 / 夜間) ☐ 尿意 ☐ 便秘			
服薬管理	☐	☐	☐	☐	薬の種類(薬剤情報書での代替: 有 / 無:) 薬の変更: ☐ 無 ☐ 有 ()			
リハビリ	リハビリ(無・有)頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容・目標: 麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他							
医療系サービスの必要性	☐ 無 ☐ 有 ☐ 訪問リハビリ ☐ 訪問看護 ☐ 通所リハビリ ☐ 短期入所療養介護 (老健ショート) ☐ その他 () 施設申請中の場合 ()							
認知症の 周辺症状	☐ 無 ☐ 有 (☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言 ☐ 暴行 ☐ 介護への抵抗 ☐ 徘徊 ☐ 不眠 ☐ 火の不始末 ☐ 不潔行為 ☐ 異食行動 ☐ 性的問題行動 ☐ その他 ()) 【具体的状況】: () キーパーソン: ☐ 無 ☐ 有 () 連絡先: () ☐ その他 () 予後予測 ()							
医療処置	☐ 尿留置カテーテル ☐ ストマ (人工肛門・人工膀胱) ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ その他 () 処置の頻度 () 家族での対応: ☐ 可 ☐ 不可 (対応者等:)							
感 染 症	☐ HBV ☐ HCV ☐ ESB L MRSA (☐ 保菌 ☐ 発症) その他 () / ☐ 感染症患者との接触 ⇒ 経過観察期間等の詳細を特記事項に記入							
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	☐ 無 ☐ 有 (病院名: 医師名:)							
看取りについて 意向確認	最期を迎えたい場所	☐ 自宅 ☐ 施設 ☐ 病院 ☐ その他 () ☐ 未確認					年 月 日確認	
	積極的な延命処置	☐ 希望する ☐ 希望しない ☐ 未確認					年 月 日確認	
家族の 介護力	☐ 無 ☐ 有 理解の状況... ☐ 十分 ☐ 不十分 【留意点等】:							
在宅療養上の留意点								
◆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等)								
◆特記事項 身長(cm) 体重(Kg) 測定: 年 月 日 (※ADLの一部介助内容について詳細を記載)								
提供手段	☐ 持参 ☐ メール ☐ FAX ☐ その他 ()				提供日	提供先		

※至急作成を要する場合等は、「必須記載項目(太線内:黄色項目)」のみ記入でも可

「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

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が下がったり、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よう	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 ☐ 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・内服薬） ☐ 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 ☐ 腹腔透析 ☐ インスリンの自己注射	◆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	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 有効的な排泄援助と肺炎の予防 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 簡易経腸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 ☐ 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	◆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	感染の予防 歩行障がいの予防 褥瘡の処置 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 ☐ 治療食をたべている ☐ 薬を飲んでいる ☐ がん治療中（薬・放射線）	◆治療が生活の弊害にならず、健康を取り戻すための支援	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 残薬調整、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 ☐ 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	◆生活の中に潜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	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 適切な薬の選択・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 ☐ 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	◆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 低栄養の原因を評価し、改善 体重減少の原因を評価し、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 ☐ 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	◆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	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 ☐ 昼夜逆転している ☐ 不眠である	◆生活の中に潜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	原因を評価し、睡眠状態を改善
8 活動性の低下 ☐ 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。	◆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	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 ☐ 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	◆自分らしい生活や限り有る「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	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”をつくります。

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よう 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

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あたり、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）入院後当日内 250単位/月
- （Ⅱ）入院後3日以内 200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

	カフアルシ参加無	カフアルシ参加有
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

カフアルシとは、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

緊急等居宅カフアルシ加算 （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フアルシを行い、必要に応じ介護サービスの調整

入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

診療報酬

入退院支援加算

- 1：700点または1,300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Ⅰ・Ⅱ（入退院支援加算） 200～240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切であると考えられる場合、患者に対して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

- （Ⅰ）900～1,500点
- （Ⅱ）400点

- 医師共同支援加算 300点
- 多職種共同指導加算 2000点※

病院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） 600点（退院時1回）

退院時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

R6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。）