

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8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
医療上の課題	<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 <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>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>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 ・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 ・ギブアップの確認 ・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 <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>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 ・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し、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>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 	<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す</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ★「ボビーねっと」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> <ul style="list-style-type: none"> ■ 緊急時・急変時の支援体制の確認
	<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 ・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へ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>■ 独居状況や介護状況を考慮</p> <p>■ 入院前と変化しADL・認知機能に依りプラン変更の必要性を検討(医療介護サービスや在宅改修・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>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>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 <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 	<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す</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ★「ボビーねっと」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> <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>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 ・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へ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>■ 独居状況や介護状況を考慮</p> <p>■ 入院前と変化しADL・認知機能に依りプラン変更の必要性を検討(医療介護サービスや在宅改修・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>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>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 <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 	<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す</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ 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 ★「ボビーねっと」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> <ul style="list-style-type: none"> ■ 緊急時・急変時の支援体制の確認

● 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で行なう。

● 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

村山地域退院支援フロー ～時間軸を可視化しよう～

時期	入院早期 (概ね7日以内)	治療期	治療終了期	退院時
具体的支援内容	<input type="checkbox"/> ① スクリーニング <input type="checkbox"/> ② 情報収集(入院前の生活) <誰から> 本人、家族、ケアマネ、包括等 <何を> キーパーソン、ADL、経済状況 <input type="checkbox"/> ③ 本人、家族面談 ・ 本人家族の意向を聞く ・ 病気の理解度の確認 ・ 今後の療養先の確認 ・ 在宅で利用していたサービス状況 <input type="checkbox"/> ④ 院内カンファレンス ・ 医師からの治療方針 ・ 情報共有 ・ 他職種との役割分担 <input type="checkbox"/> ⑤ 退院支援計画を立てる <input type="checkbox"/> ⑥ 退院支援計画の説明、同意、交付 <input type="checkbox"/> ⑦ 必要に応じ各種制度の説明 (介護保険の説明と申請時期は異なる場合あり)	<input type="checkbox"/> ① 本人、家族の生活ゴールを確認 (今後の療養先の確認) <input type="checkbox"/> ② 院内多職種の情報共有カンファレンス 継続 本人、家族の思いの変化に気づき、共に寄り添って・・・	<input type="checkbox"/> ① 医師からの病状、方針の説明と同意 <input type="checkbox"/> ② 本人、家族の意向確認 <input type="checkbox"/> ③ 退院先の決定 ○ 自宅 ○ 転院 ○ 施設 ・ 退院後の療養先に合わせた治療、医療処置の決定 ・ 本人、家族へ退院に向けた指導 <input type="checkbox"/> ④ ケアマネ等との情報共有と連携 ・ 介護連携指導料 ・ 退院時共同指導 ・ 在宅サービス(社会資源)の利用検討 ・ 介護保険新規の場合は認定調査の時期	<input type="checkbox"/> ① かかりつけ医、訪問看護、その他在宅サービス(社会資源)の利用調整 療養の環境に合わせた医療機器、介護用品の準備 <input type="checkbox"/> ② カンファレンスによる情報共有 <input type="checkbox"/> ③ 退院日の決定 <input type="checkbox"/> ④ サマリー等による情報共有
	・リハビリ状況の確認 ・入院前のADL変化の相違 ・在宅状況を確認し場合により自宅訪問 ・状況に応じて施設入所申し込み ・外出、外泊により在宅療養のイメージ形成			

★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
お望みしたいこと	<input type="checkbox"/> ①担当利用者が入院となった連絡 <input type="checkbox"/> ②家族に情報提供の同意 <input type="checkbox"/> 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)	<input type="checkbox"/> ①退院支援チームの一員としての関わり <input type="checkbox"/> ②家族のフォロー	<input type="checkbox"/> ①本人の状況把握と理解 場合によりリハビリ、食事見学 <input type="checkbox"/> ②本人、家族の意向に沿ったサービス提案 <input type="checkbox"/> ③不明な点は遠慮なく質問 <input type="checkbox"/> ④カンファへの参加	<input type="checkbox"/> ①退院に向けた本人、家族に対する心理的サポート <input type="checkbox"/> ②サービス担当者会議の開催 <input type="checkbox"/> ③効率的な情報収集、共有の工夫

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書 <在宅版>

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

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 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(代話者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)	電話番号	

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> 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

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	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換(時間毎)		<input type="checkbox"/> その他()				<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他() ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()								
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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」(R8. 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		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										
病名 (既往歴含む)													
入院期間	入院日:	年	月	日	~	要介護度	<input type="checkbox"/> 区分変更中	<input type="checkbox"/> 新規申請中	<input type="checkbox"/> 総合事業対象者	要支援 <input type="checkbox"/>	要介護 <input type="checkbox"/>		
	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		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 不明	かかりつけ 薬局	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有()	<input type="checkbox"/> 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	介助部	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								
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無・有(<input type="checkbox"/> 部分義歯(上/下) <input type="checkbox"/> 総義歯(上/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(<input type="checkbox"/> 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) 経管栄養(<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻)								
					制限 <input type="checkbox"/> 無・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)								
					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: 1日 ml とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
					アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 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"/>									
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 <input type="checkbox"/> その他()								
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ(日中/夜間) <input type="checkbox"/> ポータブル(日中/夜間) <input type="checkbox"/> 尿器(日中/夜間) <input type="checkbox"/> オムツ(日中/夜間) <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> 便意								
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: 有/無:) 薬の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	<input type="checkbox"/> 短期入所療養介護(老健ショート)	<input type="checkbox"/> その他()	施設申請中の場合	()	申請先	()			
認知症の周辺症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他()) 【具体的状況】:() キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 連絡先: () <input type="checkbox"/> その他() 予後予測()												
医療処置	<input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・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() 処理の頻度() 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可 (対応者等:)												
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> ESBL MRSA(<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症) その他() / <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 未確認							年	月	日	確認	
	積極的な延命処置	<input type="checkbox"/> 希望する <input type="checkbox"/> 希望しない <input type="checkbox"/> 未確認							年	月	日	確認	
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 理解の状況... <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 持参 <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> その他() 提供日 年 月 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 <input type="checkbox"/> カテーテルの留置（膀胱、腎、胆管も含む） <input type="checkbox"/> 人工呼吸器の使用 <input type="checkbox"/> たん、唾液の吸引 <input type="checkbox"/> がん性疼痛のコントロール（注射・内服液） <input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ装着 <input type="checkbox"/> ストマの装着（大腸・尿路） <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 経管栄養チューブ（胃ろう含む）の使用 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養、持続点滴 <input type="checkbox"/> 腹腔透析 <input type="checkbox"/> 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 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・粘膜炎の予防 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 <input type="checkbox"/> 爪に問題がある（陥入爪、感染など） <input type="checkbox"/> 褥瘡がある <input type="checkbox"/> 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 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 器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・使用方法の助言 褥瘡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 <input type="checkbox"/> 治療食をたべている <input type="checkbox"/> 薬を飲んでいない <input type="checkbox"/> 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 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 <input type="checkbox"/> 慢性閉塞性肺疾患 <input type="checkbox"/> 腎不全・心不全 <input type="checkbox"/> 尿路感染を繰り返している <input type="checkbox"/> 肺炎を繰り返している <input type="checkbox"/> 認知症・精神疾患がある	◆生活の中に潜在的な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 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・PSW	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・食べることで栄養に問題がある <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下に問題がある <input type="checkbox"/> 痩せている。BMI（体重÷身長m÷身長m）が18.5未満 <input type="checkbox"/> 過去3か月で体重が減少した <input type="checkbox"/> 噛めない、または、噛むことに問題がある <input type="checkbox"/> 口臭・口腔内食物残渣がある	◆生きることや活きの基本である「食べること」を見直すための支援 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・ボジョングの工夫 口腔内疾患の予防 誤嚥性肺炎の予防
6 排泄 <input type="checkbox"/> 対処できていない便秘や下痢がある <input type="checkbox"/> 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 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 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転している <input type="checkbox"/> 不眠である	◆生活の中に潜在的な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 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 <input type="checkbox"/> 以前に比べADLが低下し、生活の再編が必要 <input type="checkbox"/> IADLに問題がある。 <input type="checkbox"/> 進行性の神経難病である。 <input type="checkbox"/> 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 リハビリ・訪問看護 リハビリ・訪問看護・歯科・栄養士 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 <input type="checkbox"/> 急な病状変化に対する不安がある <input type="checkbox"/> 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 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、すく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	【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

	カフアル参加無	カフアル参加有
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～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に、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1・2 400～500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

R8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。）