

大阪府 入退院支援の手引き

病院から住み慣れた暮らしの場へ
～地域みんなで取り組む入退院支援～

平成 30 年 3 月

大阪府

はじめに

超高齢社会の到来により、大阪府においても、今後、要介護・要支援高齢者、認知症高齢者、単身あるいは夫婦のみの高齢者世帯が大幅に増加する「都市型高齢化の進展」が見込まれています。

2025年には、団塊の世代がすべて75歳以上（後期高齢者）になり、地域医療構想に基づく病床の機能分化・連携の影響も相まって、地域において、医療や介護を必要とする高齢者が一層増加します。

高齢社会においては、病気や加齢による変化に伴い、入院して治療したとしても、完治せず、退院後も生活しづらさを抱えながら暮らす、ということが当然起こり得ます。そのような高齢者が、住み慣れた地域で療養などを受けながら暮らし続けることができる社会（aging in place）を実現していくために、地域全体で「治す医療」から「生活を支える医療」への転換を図り、本人やその家族の気持ちを最大限に尊重し、医療と介護、病院と地域が連携の上、本人の人生や暮らしが継続できるような入退院支援を行うことが必要です。

大阪府では、病院と地域における切れ目のない連携体制を構築し、多職種が協働して支援を行うことで、在宅療養を望む高齢者がいつまでも安心して在宅での生活を継続することができる地域づくりをめざし、「大阪府退院支援・在宅療養における多職種連携のあり方検討会」を設置し、病院と、ケアマネジャー・かかりつけ医・訪問看護師などを始めとした在宅多職種関係者（以下「在宅チーム」という。）との連携のあり方について検討を行ってまいりました。

本手引きは、検討会での議論をもとに、その人らしい暮らしの場へ帰るためには、病院と在宅チームは何をすべきか、目指すべき姿や大切にしたい視点などについてまとめたものです。

手引きの作成にあたっては、座長である埼玉県立大学院教授の川越雅弘氏や、在宅ケア移行支援研究所の宇都宮宏子氏をはじめ、委員である医療・介護関係者に多大なるご協力をいただきました。ここに感謝いたしますとともに、本手引きが、本人・家族の意向に沿った円滑な入退院支援の実施や在宅療養の安定に向けた一歩につながれば大変幸甚です。

もくじ

はじめに

I.	本手引きについて	
1.	手引き作成の背景	1
2.	手引きの目的	3
3.	手引きの位置付け・対象	3
II.	入退院支援で目指す姿	
1.	入退院支援のあり方・目指すべき姿	5
2.	工程表	
	病院から住み慣れた暮らしの場へ ～地域みんなで取り組む入退院支援～	9
III.	入退院支援の流れ（工程表の解説）	
0期	在宅療養期	10
1期（1）	入院時（入院から概ね3日以内）	14
1期（2）	入院から概ね7日以内（入院～入院時カンファレンス）	16
2期	入院時カンファレンス後	
	（病院は退院支援／ケアマネジャーは収集した情報から課題を分析）	20
3期（1）	退院前カンファレンス	22
3期（2）	退院時	24
4期	退院後 → 0期 在宅療養期	26

おわりに

資料

1.	入退院時連携に係る診療・介護報酬	29
2.	医療保険・介護保険の訪問看護の対象者	38
3.	様式例	41
4.	暮らしを支える各職種の役割	51
	参考文献	60
	大阪府退院支援・在宅療養における多職種連携の在り方検討会・作業部会委員名簿	61

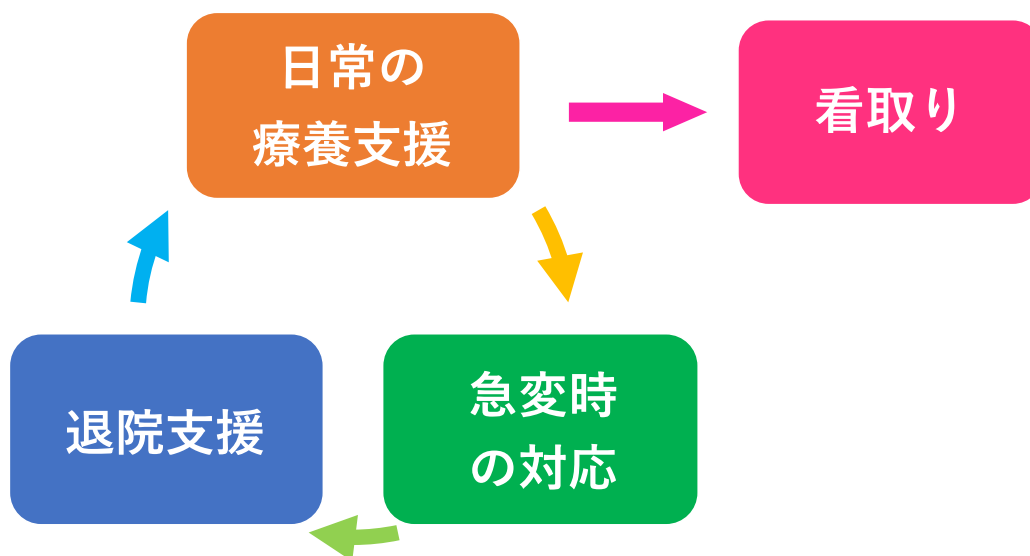
I . 本手引きについて

1. 手引き作成の背景

医療と介護には連携すべき4つの局面がある。

- ① 住み慣れた地域で療養が必要になった時(日常の療養支援)
 - ② 疾患の悪化等による急変時
 - ③ 病院と在宅多職種関係者(在宅チーム)の協働による退院支援
 - ④ 住み慣れた場所等による看取り時
- である。

在宅医療・介護連携の4つの場面



厚生労働省 第1回「在宅医療及び医療・介護連携に関するワーキンググループ」資料を一部改編

高齢化の進展により、慢性疾患を抱え、医療・介護サービスを利用しながら、時には入院が必要となりながら、地域で生活する高齢者が増加することが見込まれている。高齢者が、本人の希望により住み慣れた地域で暮らし続けることを可能とするには、この4つの局面の連携がうまくいかなくてはならない。

入院は、本来、これまでの生活の延長線上にあり、病院は、必要な治療などが終われば、それまでの生活に帰れるよう、本人の希望する暮らし方を阻害しないように支援を行う必要がある。また、退院後は、可能な限り住み慣れた自宅において療養しながら、人生の最期まで穏やかに暮らし続けられるよう、病院と在宅チームが連携し、退院後の生活について本人・家族を交えた上で、共に考え、支援していくことが「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」においても強く求められている。

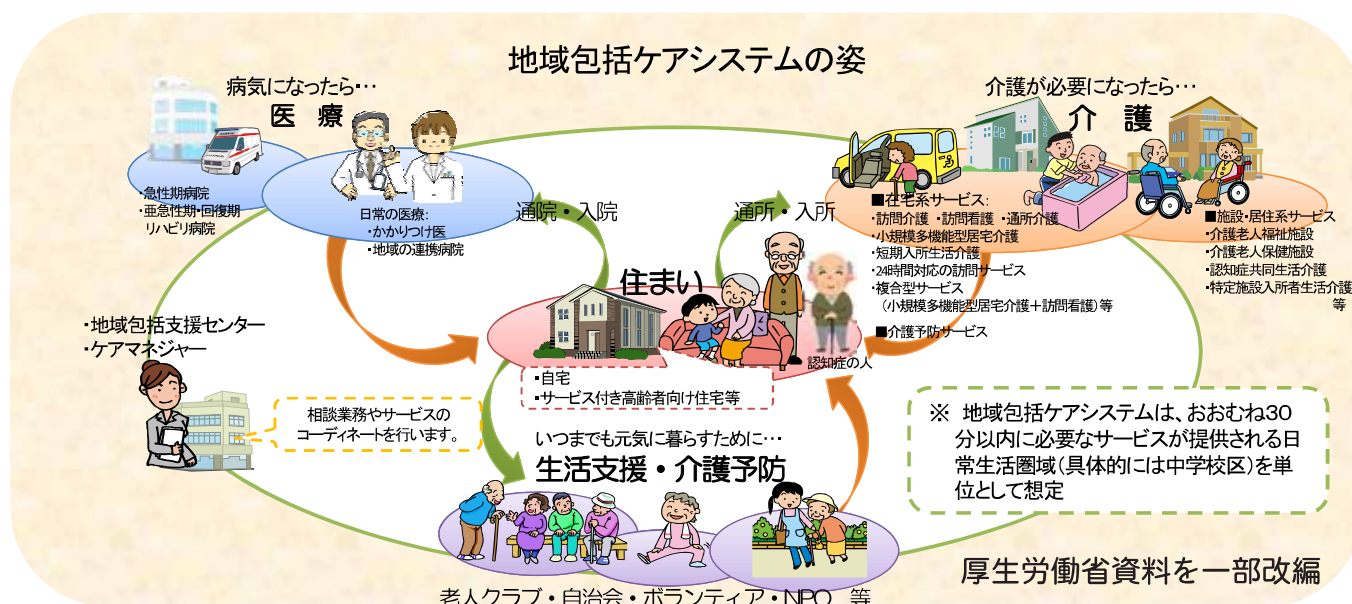
しかし、現状では、「入院前の本人の様子や在宅療養を希望していることなどが、在宅チームからうまく病院に伝わらず、施設を探していた」、「在宅療養の経験がない病院関係者は、在宅療養のイメージがつきにくく、『家に帰るのは無理ではないか』とあきらめてしまう」、「ケアマネジャーが

入院時に病院に情報提供せず、病院も入院したことをケアマネジャーに伝えない」、などの事態が起こっている。

また、退院後のケアマネジメントの課題として疾患の再発予防・重度化予防などが重要であるが、病院と在宅チームが協働できず、必要な情報が適時に共有されない結果として、適切なケアプランの作成につなげられていないとの指摘も多い。

国は、団塊の世代が75歳以上となる2025年に向けて、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい・医療・介護・予防・生活支援が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を目指している。どこに住んでいても適切な医療・介護サービスを切れ目なく受けることができる体制整備に向け、診療・介護報酬においても地域包括ケアシステム構築を進化・推進していく観点から改定を行っており、病院とケアマネジャーの入退院時に係る連携に関する評価の充実も図られている。

我々が目指す社会の実現を図るには、こうした国の動きとの連動を図りながら、入院早期から病院と在宅チームが連携し、協働して退院支援を行っていくとともに、入退院時における一連のケアマネジメントの質の向上を図っていくことが必要である。



2. 手引きの目的

本手引きは、退院後の疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、本人が安心して安全に在宅療養を送ることができるように、病院と在宅チームが行うべきこと、大切にしたい視点などをまとめるとともに、具体的に、どのような情報を収集・共有していくか、また、どのような流れでケアプランに反映していくかなどを取りまとめたものである。

病院と在宅チームの双方がどのようなプロセスを経て入退院支援を実施しているのかを互いに理解し、病院と在宅チームが協働して支援を行えるようになることを目的としている。

3. 手引きの位置付け・対象

本手引きでは、平均在院日数が短く、最も迅速な対応が求められる事例（急性期病院への入退院）を想定し、ケアマネジャーや地域包括支援センターが関わっている要介護（支援）認定者が、入院から暮らしの場へ帰り、在宅生活の再構築を図る際の支援の流れについて示したものである。

急性期病院以外の病院であっても、退院までの基本的な流れや必要とする情報は共通するところが多いと思われるため、本手引きでまとめた視点や考え方などを参考としていただきたい。

なお、本手引きでは、情報共有などを容易にする観点から、標準様式などを添付している。しかし、既に地域において活用されている様式などがあり、有効に機能している場合には、引き続き、そうした様式などを活用いただければよいと考えている。一方で、入退院に伴う病院と在宅チームの連携を推進するための既存の連携ツールなどがない場合には、是非、参考・活用していただきたい。

II．入退院支援で目指す姿

【本手引きで使われている用語の解説】

在宅チーム

ケアマネジャー、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、ホームヘルパー、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等の在宅療養を支える医療・介護関係者

入退院支援

病院と在宅チームが、日ごろから体制を整えておくとともに、その人らしい暮らしに帰るために入院早期から退院に至るまで連携・協働して支援を行うこと

意思決定支援

入退院支援の過程において、医療の選択や、これからの療養方法・療養場所の選択ができるよう支援すること

入院時カンファレンス

退院支援計画を立案するために開かれるカンファレンス
(急性期病院においては、入院から概ね 7 日以内に行われる)

退院前カンファレンス

本人の退院後の生活において予想される課題を検討し、療養環境の準備・調整を行うために開かれるカンファレンス

1. 入退院支援のあり方・目指すべき姿

本人・家族が、どのような暮らしを望んでいるのか、その思いを尊重した支援が行われることが重要である。

このため、在宅チームは、日ごろから本人が希望する暮らし方や病気をどう受け止めているのか、どのような治療を望むのか、これからどう生きたいと思っているのか、どのような最期を望むのかなどについて、平時から本人・家族と話し合うとともに、在宅チーム内で共有しておくことを心がけることが重要である。

病院は、検査・治療する場であるが、本人にとっては、退院後も在宅での療養が継続することを十分に理解し、治療にあたっては、退院後の生活を考慮し、その人らしい暮らし方を支える視点が求められていることを理解する必要がある。

入院しての治療が必要になった際に、本人がどう生きたいか、どう生ききりたいか、人生の大事な分岐点に立つ本人の医療選択や療養方法の選択を、病院だけでなく、これまでの本人の暮らしぶりや価値観を知る在宅チームと協働して支援していくことが重要である。

病院と在宅チームは、入院早期から「病気を抱えながら生活する視点」や、今回の入院に際して目指すゴールを共有し、スムーズな退院に向けて協働していくことが求められる。この際、在宅チームは、本人の暮らしや価値観について知っているという「強み」を活かし、また、病院は、医療的判断や予後予測などについて理解しているという「強み」を活かすことにより、協働して支援していくことが重要である。

こうした協働が進むことによって、疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、可能な限り、本人・家族が望む暮らしが実現されることになる。

このためには、入退院時に限らず日ごろから、在宅チームは病院の機能や病院内での入退院支援の流れを知っておくことや、一方の病院は、地域資源などを把握し、院内での連携体制を構築しておくことを心がけておく必要がある。

このように、病院と在宅チームが日ごろから体制を整えておくとともに、入院から退院に至るまで、連携・協働して支援を行うことを、本手引きにおいては「入退院支援」と表現することとする。

2. 工程表 病院から住み慣れた暮らしの場へ ～地域みんなで取り組む入退院支援～

入退院支援においては、在宅チームは病院内の動きを知る必要があります、また、病院においても在宅チームがどういう動きをしているかを理解することが必要である。このため、入院に備えた「在宅療養期」から「退院後生活の再構築を図る」までの期間の、在宅チームと病院内の動きを、工程表(P.9)としてまとめた。

工程表に記載の行動をなぜ行わなければならないのかなど、詳細な解説については「Ⅲ. 入退院支援の流れ」において記載している(※Ⅲの「在宅」部分は、特筆がない限り、ケアマネジャー(要支援者については地域包括支援センター)が行うことをまとめている)。

コラム：「退院支援」と「退院調整」

高齢者や、既に病気や障がいを抱えながら療養していた患者にとっては、退院後も、本人が望む暮らしや、その人らしい暮らしを送ることができるよう、「生活に軸足を置いた医療選択」を考える必要がある。本人・家族に適時・適切な病状説明と方向性の共有がなければ、本人や家族にとって大事な分岐点となる医療選択や療養方法の選択に、本人・家族は主体的に参加できない。

意思決定支援が支援の軸にあり、「退院支援」という過程の中の一部に、「退院調整」がある。

- 「退院支援」：本人が自分の病気や障がいを理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながら、どこで療養するか、どのような生活を送るかを自己決定するための支援
- 「退院調整」：本人の自己決定を実現するために、本人・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐためのマネジメントの過程

退院支援・退院調整は、本人・家族を中心に、院内多職種・入院前の本人の暮らしや価値観を知る在宅チームが連携・協働して行うものである。

(出典) 『在宅新療 0-100』2017 年 10 月号特集「地域みんなで取り組む退院支援：入院医療の現場から、暮らしの場へ移行するために」 ©へるす出版 宇都宮宏子氏執筆部分抜粋

病院と在宅チームが協働した入退院支援のステージ

【入退院支援の目指すべき姿】

複数疾患を抱える高齢者が入院した場合、その人らしい暮らしの場に帰れるようにするためには、病院と在宅チームとの協働が不可欠です。

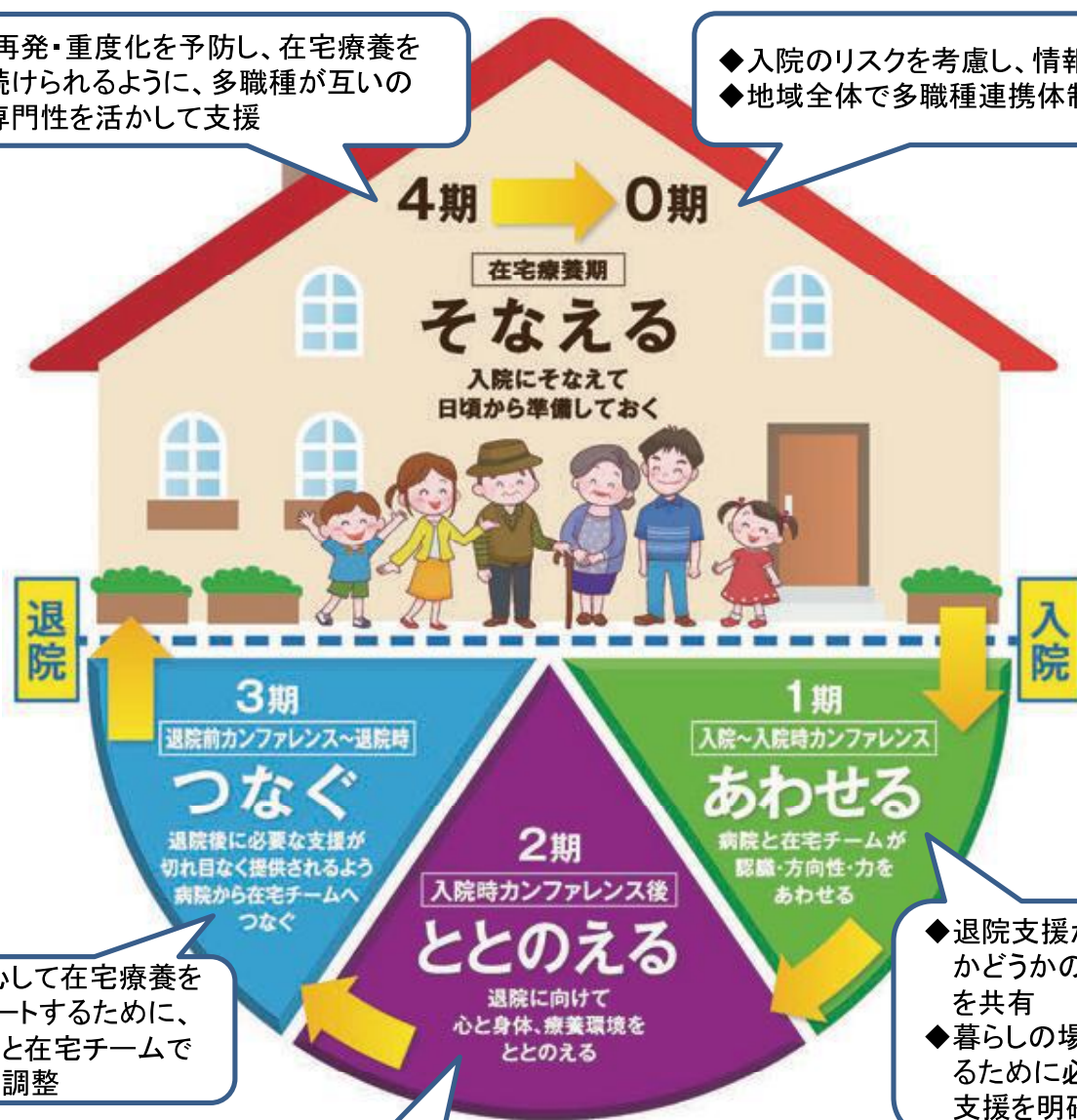
また、退院後、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続するためには、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、連携して支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ帰る間、各期ごとに大切にしたい視点】

円滑な入退院支援を行うためには、ステージ(0～4期)に応じて適切に協働していく必要があります。

◆再発・重度化を予防し、在宅療養を続けられるように、多職種が互いの専門性を活かして支援

◆入院のリスクを考慮し、情報共有
◆地域全体で多職種連携体制を構築



◆安心して在宅療養をスタートするために、病院と在宅チームで最終調整

◆退院支援が必要かどうかの認識を共有
◆暮らしの場へ帰るために必要な支援を明確化

◆病状や予想される生活の変化の受け止めに支援
◆在宅に向けた情報収集・課題分析
特に医療リスクが高い場合、入院前と状態像が変わる場合の対応を検討
◆退院後に必要な医療・介護体制の構築



工程表

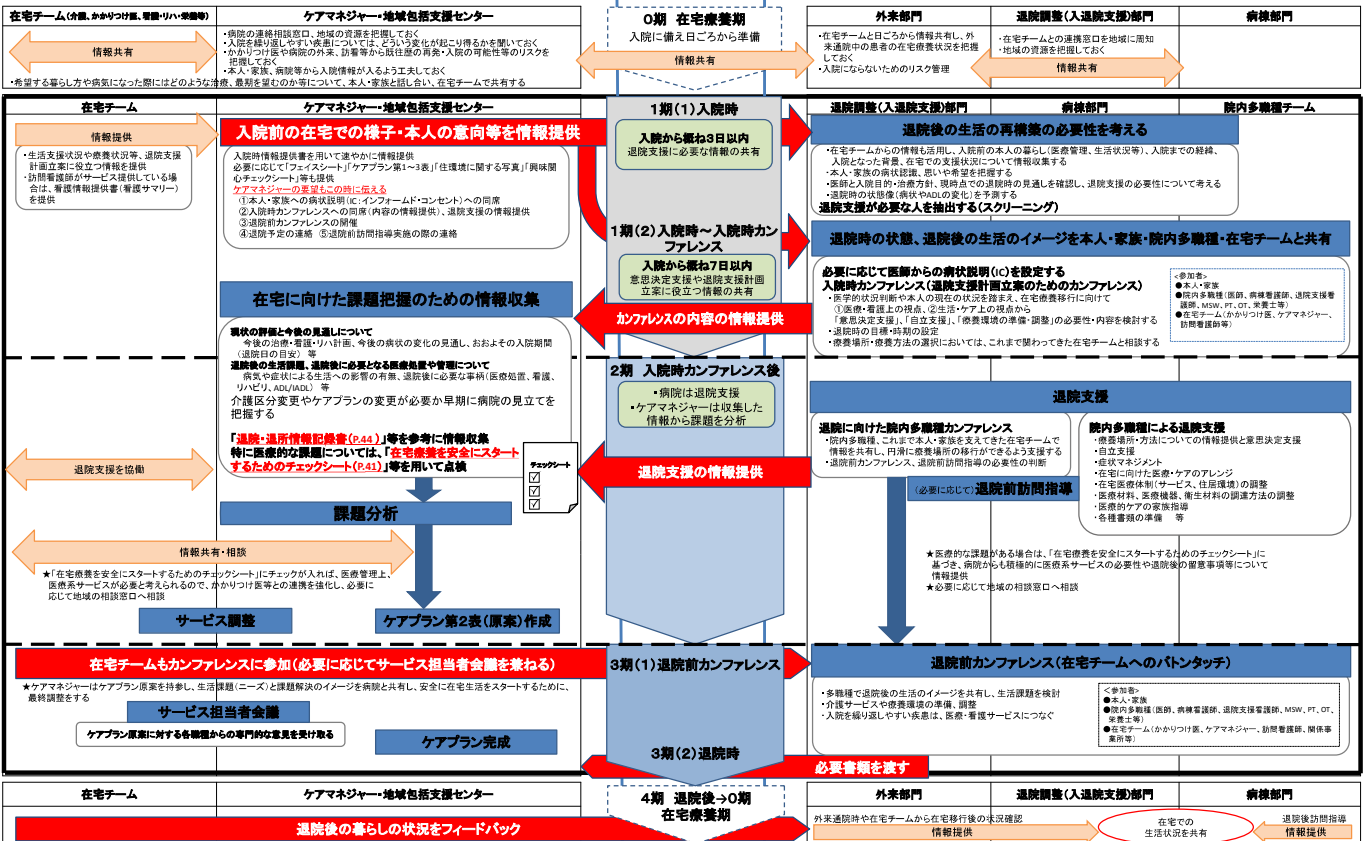
病院から住み慣れた暮らしの場合 ～地域みんなで取り組む入退院支援～

在宅

病院

希望する暮らし方を日ごろから聞いて、チーム内で共有、最新情報に更新する
入退院後もその人らしい暮らしを継続できるようチームが協働する

これまでの暮らしを知り、退院後の生活を見据えた適切な退院支援を提供する
在宅チームと協働してその人らしい暮らしを支える



III. 入退院支援の流れ (工程表の解説)

0期 —在宅療養期— そなえる

目 的

- 入院時に速やかに対応できるよう、日ごろからそなえる。

日ごろから備えておくこと

- 地域資源を把握し、在宅チーム・病院の連携体制を整えておく。
- 日ごろから入院のリスクを意識し、状況を把握、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておく。
- 病気や加齢に伴う変化により暮らしづらさが出てくるため、普段から在宅療養が安定するよう、予防的に環境を整える。

在 宅

- 病院の体制、機能、連絡相談窓口や地域の資源を把握しておきましょう。
 - 急性期病院の平均在院日数は10日前後であること等、病院の機能に応じて入院期間に違いがあります。
 - 病院によって、ケアマネジャーの連絡相談窓口は異なります。
- どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合うなど、意思を確認し、在宅チームで共有しておきましょう。
 - 本人らしい暮らし方の延長に本人らしい最期はあります。普段から関わっている人が、本人らしさやどう暮らしたいかなど、何気ない会話の中で聞いておき、チームで共有しましょう。本人らしさを理解した上で意思決定を支援できるようにしましょう。
- 本人が病院に通院している場合は、生活情報を外来部門に伝えましょう。
- 入院を繰り返す疾患（心不全・糖尿病等の生活習慣病や誤嚥性肺炎・尿路感染症等）については、どういった変化が起こりうるかをかかりつけ医や訪問看護師等に聞き、在宅チームで共有しておきましょう。
 - 直接ケアに携わるヘルパー等は特に変化に気づきやすいので、どういった変化が起こり得るか、悪化のサイン等について伝えと共に、ヘルパー等は、少しでも変だな、いつもと違うな、と変化に気づいたらケアマネジャーに連絡をするよう、在宅チーム内で話し合っておきましょう。

病 院

- 在宅チームとの連携窓口や病院機能を地域に周知するとともに、地域の資源を把握しておきましょう。
- 在宅療養支援および退院支援において、院内多職種・在宅チームが協働する体制を構築しましょう。
 - 入院決定から退院までの院内の仕組み（退院支援のシステム）を構築すると共に、在宅チームからの情報が意味深いことを院内で共有しておきましょう。
 - 在宅チームと日ごろからやり取りをしましょう。研修会（勉強会）を開き、視点の違いや互いの機能・役割等に気づく機会を持つことも良いでしょう。
- 外来部門は、在宅療養で気を付けるべきこと等をケアマネジャーに情報提供したり、在宅での療養状況を本人・家族や在宅チームから把握する等、在宅チームと日ごろから情報を共有しましょう。
 - 介護保険証の確認、ケアマネジャーの確認、サービス利用状況、ADL、IADL等について把握しておきましょう。
- 治療経過や本人・家族の思いを院内で共有しましょう。

0期 —在宅療養期— そなえる

在宅

○かかりつけ医や病院の外来、訪問看護師等から既往歴の再発・入院の可能性等のリスクを把握しておきましょう。

○入院のリスクを考慮し、「入院時情報提供書（案）」を作成しておきましょう。

様式

【P. 42 参照】

○本人・家族、病院等から入院情報が入るよう工夫しておきましょう。

- 居宅介護支援の開始にあたり、ケアマネジャーは、本人や家族に入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を病院に提供するように依頼することが義務付けられました。

【P. 31：指定居宅介護支援基準】

- 入院になっても、その人らしい暮らしの場に帰るためにケアマネジャーが病院と連携して退院支援を行うこと、病院と情報共有することを、本人・家族に予め了解を取っておきましょう。



訪問看護師の声

訪問看護師は、最期の時間に関わる経験を多く持っています。意思決定支援においては、是非、訪問看護師と連携して下さい。

歯科医師・歯科衛生士の声

口腔状態の把握は、全身疾患の把握と共に重要です。むし歯や歯周病等の歯科口腔疾患を放置しておくと、しっかり食えることができず、栄養状態が悪くなり、免疫力が落ちることもあります。

在宅チームへ口腔管理の必要性や義歯の作成・調整等の治療方針について情報を提供することで、食事形態の工夫や嚥下状態の確認をチーム内で行うことができます。



薬剤師の声

本人・家族の生活状況についての情報提供があると、服薬方法や管理方法について、助言することができます。在宅チーム内で薬の効果や副作用を共有し、状態の変化をかかりつけ医等へ情報提供することで、治療方針やケア方針が検討され、結果として本人の症状緩和につながるがあります。

他科診察の薬剤についてもかかりつけ薬局で情報を集約できれば、ポリファーマシーについて提案していくことができます。



在宅チームの声

疾患の特性や予後予測、医療・介護に関する資源、在宅で安定的に生活を継続するための予防的な関わり等について、各市町村に設置されている在宅医療・介護連携推進事業の相談支援窓口や訪問看護ステーション（教育ステーション）に相談して下さい。



0 期 —在宅療養期— そなえる

コラム：今の暮らしを継続させるために

入院という環境は、高齢者にとって非日常です。特に、慢性疾患を抱え、適応力が低下したり、認知症のある高齢者にとって、急性期医療のシステムや病院の環境は、馴染みにくいものであり、場合によっては、安静による ADL の低下や認知症の進行などを招きます。

入院が本人や家族にどのような影響を及ぼすのかを考慮し、可能な限り自宅で本人らしく健康的に暮らし続けられるように、「何か変だな」と些細な気づきでも、かかりつけ医や訪問看護師等に相談し、多職種で連携しましょう。そして、再発等入院につながるリスクを生活の中から取り除き、療養環境、排泄、呼吸、動作、食事、睡眠を整え、健康状態を維持することに重点をおきましょう。

- 自覚症状のないままに進行するのが生活習慣病の特徴であり、症状を自覚した時にはかなり重症化していることが予測されます。生活習慣病は、生活習慣を整えることで不必要な入院を防ぐことができます。病状悪化の予兆や症状を知っておくことで、早めに予防に向けてのケアが開始でき、暮らしが途切れることなく、生活の質を早めに回復することができます。

特に不活発な状態に対しては、動作や呼吸、栄養など不活発の原因を見つけ、環境を整えることが重要です。これが高じると介護負担の増大等で介護者は疲弊し、結果的に入院しか解決策がない状態になります。

そうならないために原因を予測し、予防に向けた具体的な支援ができる専門職（訪問看護師、リハ職、栄養士等）にいつでも相談できる関係ができていることが重要です。

1 期(1) —入院時— あわせる

【入院から概ね 3 日以内】

目 的

○在宅チームと病院で退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作る。

協働して行うこと

○入院時にケアマネジャーや訪問看護師が病院へ情報提供する内容（本人の生活歴や住環境等）を踏まえ、病院では、本人が入院前にどんな生活をしていたのかをまず知り、医学的情報から入院前との変化を予測してサポートの必要性を判断する。

○入院前の暮らしから、入院し、治療を受けたことで、何か変化は起きるかや、入院前から何か不安や問題はなかったかを、本人・家族、病院・在宅チームで考え、退院支援が必要かどうかの認識を共有する。

在 宅

○予定入院の場合には、入院前に連絡相談窓口（担当窓口、担当者名等）を把握しておきましょう。

○入院したという情報を得たら、病院へ連絡し、病院の連絡相談窓口、訪問のタイミング等について確認しましょう。

➤ 病院の体制や本人の入院時の状態や疾患により、その後の連携のあり方が異なります。どのようなタイミングで訪問すべきかを病院の連絡相談窓口と相談すると、次の連携ステップにスムーズに移行できます。

○予め用意していた「入院時情報提供書（案）」を微修正し、退院支援計画立案に役立つ情報*1を速やか（入院後 3 日以内）に情報提供しましょう。訪問看護師は「看護情報提供書（訪問看護サマリー）」を提供しましょう。

*1：退院後も本人らしい暮らしを継続するため、治療方針決定にも役立つ情報。生活歴、思い、療養環境、経済状況等

➤ 急性期病院では、入院直後から退院支援に着手します。そのため、病院が、本人の家族の状況、同居の有無や支援者の有無、入院前の ADL や IADL、生活状況、またどんな生活を送りたいかといった本人の意向等を早期に得られることは、退院後の生活をイメージする上で有用です。

加算 【P. 30：入院時情報連携加算】

病 院

○予定入院の場合は、入院決定した外来時点で入院前支援を行いましょう。

➤ 入院前支援とは、入院の予定が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有することです。

加算 【P. 32：入退院支援加算】

○介護保険サービスの利用状況を確認し、ケアマネジャーに入院する（した）ことを連絡しましょう。

○本人・家族への聞き取りや、在宅チームから提供される「入院時情報提供書」「看護情報提供書」等も活用し、これまでの暮らし（医療管理、生活状況等）、入院までの経緯、入院となった背景、本人・家族の思いや希望、病状認識、在宅での支援状況等について情報収集しましょう。

1 期(1) —入院時— あわせる

【入院から概ね3日以内】

在 宅

- 必要に応じて、入院時情報提供書だけでなく、「フェイスシート」「ケアプラン第1～3表」、「住環境に関する写真」、「興味関心チェックシート」等も添付しましょう。

様式 【P. 45～48 参照】

○本人・家族が在宅生活を送る上での“思い”や、入院前の生活の状態を、病院にしっかり伝えられるようサポートしましょう。

- 病院が退院支援に取り組むに当たって、入院前の在宅生活の状態を病院も理解することは重要です。
- 本人・家族が伝えることが困難な場合は、ケアマネジャーは代弁者として本人・家族の思いや連携に必要な情報を病院に伝えましょう。

○入院時情報提供の際に、ケアマネジャーとしての要望事項*1を伝えましょう。

*1: 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、入院時カンファレンスへの同席(内容の情報提供)、退院支援の情報提供、退院前カンファレンス開催、退院予定の連絡、退院前訪問指導実施の際の連絡

○入院について、かかりつけ医等在宅チームで共有しましょう。

- 必要に応じて、かかりつけ歯科医や、居宅療養管理指導をしている薬剤師等へも入院を知らせましょう。
- 薬剤師は、必要に応じて薬剤情報や服薬方法等の情報を提供しましょう。
- 高齢者にとって、入院が与える影響は大きいので、再発を防止し、住み慣れた場所での暮らしが継続できるように、入院につながる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、多職種で振り返ることが大切です。

病 院

○医師と、入院目的・治療方針、現時点での退院時の見通しを確認・共有し、退院支援の必要性*1について考えましょう。

*1: 退院支援が必要な人

【医療情報から】

- ・入院を繰り返す(誤嚥性肺炎・心不全等)
- ・退院後、医療処置・医療管理が継続する可能性がある
- ・末期がん、終末期にある、もしくは近い状況にある
- ・入院前と比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要(脳血管障害、骨折等)
- ・病状や加齢に伴う生活しづらさがある

【入院前の生活状況・患者背景から】

- ・独居、同居家族がいても必要なサポートが提供できない
- ・既に在宅サービスを利用している
- ・入院前から生活しづらさや経済的な問題があったが支援を受けていない

出典: 宇都宮宏子オフィス提供資料

加算

【P. 32: 入退院支援加算】

○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、退院後の暮らしについて本人・家族・在宅チームと共有しましょう。

○在宅チームと退院支援が必要かどうかの共通認識を持ちましょう。

理学療法士の声

住環境に関する写真が病院に提供されると、日常生活動作練習を実施する際に、より詳細に在宅の環境を設定したリハビリテーションを病院で実施することができます。

具体的には、

- 玄関までのアプローチや上がり框での段差の有無や高さを知ることによって必要な能力が分かります。
- トイレでは便器の種類(和 or 洋)や便座の高さが低い場合は便座から立ち上がる際により下肢の筋力が必要となります。また、前方のスペースの有無によってはさらに下肢の筋力が必要となります。
- 浴室では浴槽の深さや、浴槽の縁の高さ(浴槽をまたぐ)次第では、浴槽をまたぐ動作の指導方法も変わりますし、股関節を曲げる角度もより必要となります。
- 居室の環境(手すりの有無、家具の配置、距離の把握)では、居室からの移動動線を想定する際に、ベッドの有無や家具の配置を考慮し、より安全な動作方法の提案が可能となります。



1 期(2)—入院から概ね 7 日以内—あわせる

【入院～入院時カンファレンス】

目 的

- 退院後の療養場所・療養方法を決定し、暮らしの場に帰るために在宅チーム・病院で行う支援を明らかにする。

協働して行うこと

- 退院後の療養場所・療養方法について、本人にとって最善の選択ができるよう意思決定支援を行う。
- 退院に向けた課題を明らかにし、協働して「退院支援計画」を立案する。

在 宅

- 入院時カンファレンス（退院支援計画立案のためのカンファレンス）等の予定を確認しましょう。

- 急性期病院では、「入院診療計画」「退院支援計画」の立案・作成、入院時カンファレンス、患者・家族へ病状説明(IC：インフォームド・コンセント)は入院から 7 日以内を目安に行われます。

- カンファレンス等の場を通じて、意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報を提供するとともに、早期に退院支援の情報*1を共有しましょう。

- *1：治療方針、病状の変化、入院期間、退院日の目安、病気や症状による生活への影響の有無、退院後に新たに必要となる事柄(医療処置、看護、リハビリ、ADL/IADL)、介護区分変更やケアプランの変更の必要性についての病院の見立て等
- ケアマネジャーが病院の多職種とのディスカッションに加わることで、病院が必要としている情報や「入院時情報提供」で伝え切れていない情報をその場で提供することができます。
- また、病院の多職種から必要な情報を直接一度に得ることができ、在宅での療養生活における課題解決に向けた検討がしやすくなり、退院に向けたスケジュールがイメージしやすくなります。

加算

【P. 30：入院時情報連携加算】

病 院

- 本人・家族が医師からの説明を理解し、受け止めながら、今後のことを考えることができるように、必要時、医師からの病状説明場面（IC：インフォームド・コンセント）を設定し、本人・家族が希望すれば、在宅チームにも同席を依頼しましょう。

- 退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認しましょう。

- 今までできていたことができなくなったり、病状が思わしくない状況に置かれると、これまでの生活に自信を失い、意思決定能力が弱くなります。病状説明や退院に向けた本人・家族の思いや意向を確認する場面に、これまでの暮らしぶりや価値観を知っている在宅チームが同席することで、本人は「思い」が伝えやすくなります。

- 在宅チームから得た情報をもとに、より具体的な生活場面をイメージし、退院後の生活の再構築が必要か、退院に向けた医療・看護上の課題*1、生活・ケア上の課題*2をアセスメントしましょう。

- *1：病状・治療方針・今後の予測
 - ・進行・重症化を予防するための支援
 - ・新たに必要となる医療処置・管理(服薬管理・栄養管理・排泄ケア・リハビリなど)
 - ・本人・家族の病状理解、受け止めの状況
 - ・本人・家族の自己管理能力・サポート体制
- *2：病状の変化に伴い、ADL/IADL にどのような影響がある
 - ・ADL/IADL を評価し、本人の「していること」「できること」「したいこと」を明らかにし、目指すゴールを決める
 - ・食事・排泄・移動・入浴・睡眠・自宅環境の評価、家族・在宅サポート体制の評価

1 期(2)—入院から概ね 7 日以内—あわせる

【入院～入院時カンファレンス】

在 宅

訪問看護師の声

病院で行われる医療は、在宅で安全にできないこともあります。本人・家族、かかりつけ医、ケアマネジャーとも相談し、治療方針を決める時に、退院後も継続される医療処置等を、暮らしの場で安心して継続できるようにシンプルにすること（暮らしの場でも続けやすい方法への変更）を病院と在宅チームで検討しましょう。入院時カンファレンスの場面等を活用しても良いでしょう。



○カンファレンス等に参加できない場合には、どのような内容であったか情報収集を行いましょう。

- 担当医や病棟看護師等にアポイントをとるか、連絡相談窓口の担当者から話を聞くようにします（病院ごとにカンファレンスの運営の仕方は異なりますので、具体的には連絡相談窓口の担当者に相談すると良いでしょう）。
- 退院支援計画立案のためのカンファレンスに訪問看護師や在宅医療・介護連携推進事業の相談窓口担当者等が参加した場合は、ケアマネジャー等に必要に応じて情報提供しましょう。

病 院

○療養場所・療養方法の選択においては、考える選択肢についてのメリット・デメリットを検討し、具体的な生活のイメージについて十分に説明し、意思決定を支援しましょう。これまで関わってきた在宅チームとも相談しましょう。

○入院時カンファレンスを開催し、退院支援計画を立案しましょう。本人・家族の意向や状況、医学的状況判断等を踏まえ、退院時の目標や時期を設定し、退院に向けて医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題を整理し、「自立に向けた支援」、「療養環境の準備・調整」を検討しましょう。

加算

【P. 32：入退院支援加算】

様式

【P. 50 参照】

○入院時カンファレンスにケアマネジャーに参加してもらい、退院時の状態、退院後の生活のイメージを本人・家族、院内多職種、在宅チームで共有しましょう。ケアマネジャーが参加できない場合は、カンファレンスの内容を情報提供しましょう。

加算

【P. 35：介護支援等連携指導料】

病院栄養士の声

入退院を繰り返す人は食生活に問題があるかもしれません。特に糖尿病・腎臓病などの慢性疾患、嚥下障がいがある人はこの機会に見直してみましょう。課題分析には食事内容・食事時間・調理担当者の情報が必要ですが、デイサービス等利用中の食事・間食については、療養者・介護家族ともに把握されていないことが多いようです。栄養量を示したものやメニュー表などがあれば参考になります。



理学療法士の声

急性発症した肺炎等で 5 日間程度安静臥床した場合、元の身体機能に戻るには臥床期間の数倍かかると言われています。そのため、退院すると自宅での活動性が低下し IADL に支障が起り誰かの手を借りなければならない状態になることが多くみられます。その状態のままでいると ADL にも支障が出てきます。そうならない為には、退院前に身体機能の状態を把握してリハサービス等の検討をすることが重要です。



1 期(2)—入院から概ね 7 日以内—あわせる

【入院～入院時カンファレンス】

コラム：退院支援のスタート

本人や家族が大切にしていることを知り、本人が望んでいる生活を送るために、何を整えれば良いのかを考えるのが退院支援です。

「本人家族ができること」と「サポートが必要なこと」を整理しながら、本人や家族ができるようになるであろうことも、在宅での支援経験を持つ専門職との情報の中からイメージできるようにしておくことが大切です。

専門職の思いこみで、本人の望んでいる生活を「無理」とするのではなく、可能性からスタートできるよう、チームで意識しながら取り組みましょう。

2期 ―入院時カンファレンス後― ととのえる

【病院は退院支援／ケアマネジャーは収集した情報から課題を分析】

目 的

- 病院・在宅チームが協働し、暮らしの場への移行に向けて、本人・家族の身体や心の状態を整え、必要な医療・介護体制を整える。

協働して行うこと

- 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」等を用いて点検する。
- 退院前訪問指導の必要性をアセスメントし、実施する。

在 宅

- 退院までの大まかな日程を共有しましょう。
 - 退院前訪問指導の予定や退院に向けた院内多職種カンファレンスの開催、退院の見込みなどを把握しましょう。

- 参加が可能であれば、退院に向けた院内多職種カンファレンスに参加し、情報収集しましょう。
 - 参考：「退院・退所加算」の標準様式例の「退院・退所情報記録書」

加算

【P. 30：退院・退所加算】

様式

【P. 44 参照】

- 「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」にチェックが入ったら（医療管理上、医療系サービスが必要であると考えられるため）、かかりつけ医等との連携を強化し、在宅医療への移行を相談しましょう。また、地域の相談窓口*1と、必要なサービスについて相談し、対応するサービスを調整しましょう。

様式

【P. 41 参照】

病 院

- 院内で退院までの大まかな日程を共有するとともに、在宅チームへも情報提供しましょう。

- 必要に応じて、退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催し、在宅チームと情報を共有し、円滑に療養場所の移行ができるよう支援しましょう。

- 院内多職種により退院支援を行い、退院後も継続が必要な医療管理やケアについては、在宅チームと相談しながら、本人・家族の生活パターンや介護力を考慮し、実施可能か評価しましょう。また、可能な範囲で本人・家族に合わせたセルフケアの確立を目指し、入院中から在宅での方法に切り替えて再評価を行い、在宅チームと共有しましょう。
 - 通院継続が可能か、在宅医療に移行するかも検討しましょう。

- 退院後も継続して医療管理・サポートが必要と判断したら、本人に退院後も医療管理が必要であることを説明し、かかりつけ医・ケアマネジャーと相談の上、該当する医療系事業所を早めに選定し、専門職同士でも情報共有ができるよう調整しましょう。また、病院側から積極的に退院後の留意事項等について伝えましょう。

加算

【P. 35：介護支援等連携指導料 又は、退院時共同指導料2】

- 参考：「在宅療養を安全にスタートさせるためのチェックシート」

様式

【P. 41 参照】

2期 ー入院時カンファレンス後ー ととのえる

【病院は退院支援／ケアマネジャーは収集した情報から課題を分析】

在宅

※1：地域支援事業「在宅医療・介護連携推進事業」で各市町村に置かれている相談支援窓口

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

- 「在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート」とは、医療・看護・リハ・栄養等の観点で、在宅療養を安全にスタートするために確認すべき指標一覧です。ケアマネジャーが退院後のケアプラン作成にあたり、新たなサービス導入や対応が必要かどうか判断する助けとなるものです。
- 病院から情報収集する際に、このシートにチェックがつく要素があるかどうかを確認し、チェックがつく場合には、そこから予想される課題を分析しましょう。
- 課題を検討する段階から、退院前カンファレンスで、どのような職種に、何について意見を求めるべきかイメージしておくことが重要です。

○本人・家族の意思を確認して、「課題整理総括表（案）」や「ケアプラン原案」を作成しましょう。課題分析やケアプラン原案作成にあたっては、かかりつけ医や調整したサービスに応じて訪問看護師、リハ職、薬剤師、栄養士等、関係職種の意見を聞いてみましょう。

様式 【P. 49 参照】

○退院前訪問指導が決まったら、できるだけ同行しましょう。

- 在宅生活の現場を病院側に知ってもらう絶好の機会です。在宅チームは、コーディネーターとして在宅での生活の実際を病院スタッフへ紹介しましょう。

病院

○退院に向け、再発・重度化の予防、症状緩和ケアの提供、自立支援、尊厳の保持の視点で準備を進めましょう。

○退院前カンファレンス・退院前訪問指導の必要性を判断しましょう。

➤ 退院前カンファレンスが必要な事例

- ・医療機器を使用（人工呼吸器、在宅酸素、栄養注入ポンプ、鎮痛剤注入ポンプ、腹膜透析器）
- ・症状コントロールが必要（心・腎・肝不全、糖尿病、がん、難病）
- ・看取りの可能性がある（がん末期、高齢者）
- ・医療ケアを要する（吸引、経管栄養、ストマ、バルン留置・導尿、自己注射、腹膜透析）
- ・心身機能の低下（ADL の低下、認知症状）
- ・療養環境の問題（独居、キーパーソン不明、家族の介護力不安、住環境）
- ・経済的問題 等

出典：東京都退院支援マニュアル

➤ 退院前訪問指導

例えば、在宅酸素が必要となる場合に、本人と共に在宅でケアマネジャー、訪問看護師、医療機器業者とで、どこに濃縮酸素の機械を置くか、お風呂やトイレはどうするか、どんな生活になるかを確認します。

○退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整を検討しましょう。

加算

【P. 34：退院前訪問指導料】

○中・長期的な病状や ADL の変化を予測し、必要な支援を検討しましょう。特に、再発・重度化予防の視点で、訪問看護等に適切につなぐことが必要です。

- 在宅療養を安全に継続するためには、生活環境と身体の関係全体をアセスメントし、必要なケアを組み立て、環境整備を行うことが必要です。環境整備を行う専門職（訪問看護、リハ、栄養、介護）につなぎましょう。

3 期（１） —退院前カンファレンス— つなぐ

目 的

○退院前の最終的な本人・家族の状況について共有し、準備・調整を行う。

協働して行うこと

○退院前カンファレンスにおいては、本人・家族、在宅チーム・病院が退院後の暮らしを意識した生活課題を検討し、在宅療養に向けた環境の準備、調整を行う。

在 宅

○退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種とその内容を病院に伝え、事前に調整したサービス担当者等と退院前カンファレンスと一緒に出席しましょう。

○退院前カンファレンスにケアプラン原案を持参し、ケアマネジャーや訪問看護師等が考える「生活課題（ニーズ）」と課題解決のイメージを病院と共有し、安全に在宅生活をスタートするために、最終調整をします。

加算

【P. 30：退院・退所加算】

➤ 「生活課題（ニーズ）」が解決されるケアプランになっているか、カンファレンス参加者から助言をもらいましょう。

○必要に応じて、サービス担当者会議を退院前カンファレンスと同日に開催します。

病 院

○退院前カンファレンスに参加する院内多職種やケアマネジャー・在宅チームへ、カンファレンスの目的と検討内容を伝え、出席を依頼しましょう。

○退院前カンファレンスを実施する場合は、多職種で退院後の生活イメージを共有し、生活課題を検討、療養環境の準備・調整をしましょう。

加算

【P. 35：介護支援等連携指導料 又は、退院時共同指導料 2】

○入院を繰り返しやすい疾患や医療管理が継続する場合は、医療・看護サービスにつなぎましょう。

➤ 必要に応じて直接専門職同士の情報共有が出来るよう調整しましょう。

○退院後訪問指導の必要性を、意思・訪問看護師ステーション等と相談し、必要であれば計画しましょう。

加算

【P. 37：退院後訪問指導料】

病院看護師の声

入院後、治療方針が決まり、退院の目途が立つのが7日くらいです。急性期病院の平均在院日数は10日前後なので、退院前カンファレンスは概ね7日～10日頃に実施されることになります。



栄養士の声

慢性疾患の食事療養は継続することがとても大切ですが、病気への理解が不足していたり、食事療養が困難・負担と感じていたりすると中断するリスクがあります。このような時は栄養士に相談して下さい。住み慣れた暮らしの中でムリなく長く続けられるよう支援します。

3 期(2) —退院時— つなぐ

目 的

- 病院から在宅チームへつなぎ、安心して在宅療養がスタートできるよう支援する。

協働して行うこと

- 病院は、退院支援計画に基づいて行われた本人・家族の生活に合わせた医療処置内容や、本人・家族に対する生活・介護指導の進捗状況を在宅チームへ伝える。
- ケアマネジャーは、退院前カンファレンス、サービス担当者会議における意見を踏まえ、ケアプランを完成させ、関係者と合意する。

在 宅

- 退院前カンファレンスでの情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意しましょう。
- かかりつけ医に、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう。
- 必要に応じて、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師（居宅療養管理指導）等にも、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう。
- 退院時には、本人の状態にあった適切なサービスがサービス提供事業所から提供されるよう調整しましょう。

病 院

- 退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、退院直前までの全身状態や処置内容、指導状況等を在宅チームへ伝えるとともに、必要書類*1を渡しましょう。

*1:看護サマリー、診療情報提供書、訪問看護指示書、在宅サービスについての意見書等

- ケアマネジャーが分かりやすい表現を心がけ、情報提供するようにしましょう。



かかりつけ医の声

医療管理等が継続したり、入院前と状態像が変化する場合は特に、新たに生じる生活課題(ニーズ)に対して、必要な医療・看護・介護が提供されるかについて、伝えてください。

歯科医師・歯科衛生士の声

口腔内の状態や口腔ケア等に課題がある場合は、本人に通院や訪問歯科診療を促す等、歯科診療所へつなげてください。

もし、口腔の課題があるのに、かかりつけ歯科医がいない場合は、地区歯科医師会（在宅歯科ケアステーション）へ相談してください。



3 期(2) —退院時— つなぐ



栄養士の声

嚥下障がいとは食べ物や飲み物を上手に飲み込めない状態のことで、低栄養や脱水、誤嚥性肺炎などの原因になります。入院中の食事は調理方法などを工夫して飲み込みやすいように調整していますが、形態やとろみ具合は嚥下機能に応じて個々に違います。

退院後、安全な食生活を送るために適正な食形態を把握することはとても大切です。しかし食事の形態や名称は病院や施設、嚥下に配慮した市販食品の表示等において統一されておらず、多くの分類や名称が混在し、わかりにくいのが現状です。困った時は栄養士に相談して下さい。

コラム：安定的在宅着地を目指すために

慢性疾患を抱える高齢者は、退院＝治療の終了ではなく、退院後も医療処置や管理が継続することが少なくありません。

退院直後等で一時的に頻繁な訪問看護を要する状況にある場合、主治医が訪問看護指示書と併せて特別訪問看護指示書を交付することで、14 日間は医療保険で訪問看護サービスを利用することができます。

特別訪問看護指示書の発行は、月に 1 回、14 日以内が原則ですが、気管カニューレの装着、真皮を越える褥瘡のある人へは、月 2 回の交付が認められています。

訪問看護師が退院後も続く医療処置や医療管理を本人・家族、介護職が不安なく対応できるよう支援することで、以降の介護サービスが安定的に提供できるようになりますので、特別訪問看護指示書の活用も検討しましょう。

【P. 38「医療保険・介護保険の訪問看護の対象者」参照】

4期(退院後)→0期(在宅療養期) **そなえる**

目 的

- 再発・重度化を予防し、再入院しない為の支援を行う。
- 退院支援のあり方について振り返る。

協働して行うこと

- 本人の状態に応じた支援がされているか、健康状態を維持するための療養環境が整備されているかについて確認する。
- 病院は、在宅チームが伝える本人の退院後の暮らしの状況を院内で共有し、退院支援について振り返る。

在 宅

- 在宅チームは、本人の退院時の状態にあったサービス提供により、健康状態を整え、暮らしの安定を本人・家族とも協働して図りましょう。
 - 本人や家族の潜在能力を引き出し高める(エンパワメント)ことを意識し、十分協議の上、本人や家族ができそうな部分は見守るにとどめ、徐々に自立できるように支援しましょう。
- 退院時の見立てと現状の相違を見極め、変化や見立てとの不一致を早期に把握できるよう、サービス担当者会議等で在宅チームに依頼しましょう。変化や見立てとの不一致がある場合は、安定的に在宅療養が送れるよう、必要に応じてケアプランを見直しましょう。
- 病院へケアプランを提出するとともに、モニタリング結果をフィードバックしましょう。
 - 患者の状態像や自宅以外の施設や自宅に代わる住まいへ退院した場合の療養状況を伝えましょう。
 - 本人の退院後の状況をフィードバックすることで、病院も退院支援の振り返り等が可能となり、今後の退院支援の改善にもつながります。
 - フィードバックして欲しい情報は病院によって異なりますので、事前に確認しておきましょう。また、フィードバックを行う際の窓口も確認しておきましょう。

病 院

- 退院後訪問指導が実施される場合、退院指導が適切であったか、準備した医療材料等の不備はなかったか確認しましょう。

加算

【P. 37：退院後訪問指導料】

- 外来受診や訪問診療、退院後訪問指導時、在宅チームから退院後の生活の様子についてフィードバックを受けた情報を院内で共有し、退院支援のあり方を振り返りましょう。

- ケアマネジャーへ、ケアプランの提出を求めましょう。

加算

【P. 35：介護支援等連携指導料】

理学療法士・栄養士の声

理学療法士等が日常生活動作での目標等についての情報を在宅チーム内で共有することで、各職種がADLや本人の思いに合わせた支援が提供できます。

住宅改修や福祉用具を導入された場合は、実際に在宅で有効に使用されているかを確認する必要があります。適切に使用されていなければ転倒等の問題も起こってきますので、正しく使用することで安心して在宅生活を送ることができます。うまく使用できていない場合は、短期間の訪問リハビリテーション導入で練習をすることで問題が解決します。

栄養士が食事摂取状況や目標、体重・栄養状態の変化等を在宅チーム内で共有することで、食事形態等、本人の状態に合った支援の提供につながります。



4期(退院後)→0期(在宅療養期) **そなえる**

在宅チームの声

病態や予後予測、医療管理の方法等、病院からの情報を在宅チーム内で共有することで、それに配慮した支援ができると共に、変化にも気づきやすくなります。

また、今後予測される症状に備えることができると共に、家族の不安等を正確に把握し、支援することができます。



コラム：再発・重度化を予防するために

再発・重度化を予防するためには、本人の自覚も必要です。日常的に関わる多職種が、病気や老いと向き合い、折り合いをつけながら暮らすために新たな価値を見出す支援、疾患の特性を知り、本人・家族と共に長年の暮らしを否定することなく暮らし方を整え、できている行動を伸ばしながら、自分の意思で重度化を防ぐ行動ができるようになるための支援をすることが必要です。

本人・家族に寄り添い、情報提供や意思決定支援をすると共に、疾患の特性や予後予測を踏まえ、多職種が互いの強みを活かし、協働して支援しましょう。

お わ り に

今回、検討会において、その人らしい暮らしの場へ帰るために、病院と在宅チームが目指すべき姿や具体的に何をすべきか、退院後の疾患の再発・重度化防止のために必要なことを、工程表とその解説という形でとりまとめた。

今後は、この手引きにより導かれた、病院と地域が連携・協働する入退院支援を、理念だけで終わらせず、実際にそれぞれの地域の病院と在宅チームによって実践されなくてはならない。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られるよう、本手引きの普及展開が求められる。

また、退院後、在宅療養期において、疾患ごとの特性も踏まえた再発・重度化予防、看取りに至るまでの多職種連携やマネジメントの在り方については、今回の手引きでは言及していないが、今後、こういったことも検討していく必要がある。

資料

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

	ケアプラン参加無	ケアプラン参加有
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

ケアプランとは、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

緊急時等居宅ケアプラン加算 (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ケアプランを行い、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 : 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

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。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬加算

入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

- ・入院後**3日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後**7日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。

入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院時情報提供書」【P.42】

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

退院・退所加算（居宅介護支援費）

	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

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を加算。

入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院・退所情報記録書」【P.44】

平成30年3月22日厚生労働省「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について

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**

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定の単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

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。）

入退院時連携に係る診療・介護報酬

介護報酬

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

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院(所)中の者が退院(所)するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院時共同指導(*)を行った後、退院(所)後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算。

当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者に複数日に退院時共同指導を行った場合には2回)に限る。
ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

(*)「退院時共同指導」...当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。

「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（指定居宅介護支援基準）

○入院時における医療機関との連携を促進する観点から、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依頼することを義務付ける。

○利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等で、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めた場合、当該主治医に対してケアプランを交付することを義務付ける。

○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、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務付ける。

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。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

入退院支援加算

退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料等 **600点**
 □ 療養病棟入院基本料等 **1,200点**

退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等 **190点**
 □ 療養病棟入院基本料等 **635点**

病気になり入院しても、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続出来るように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を評価。

退院困難な要因を有する入院患者で在宅での療養を希望する者に対して退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り下記点数を加算。

ここでいう退院困難な要因とは

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
 イ 緊急入院であること
 ウ 要介護認定が未申請であること
 エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
 オ 生活困窮者であること
 カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
 キ 排泄に介助を要すること
 ク 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
 ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
 コ 入退院を繰り返していること
 サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

〔施設基準・算定要件〕

	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に抽出	<u>7日以内</u> に抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に面談（一般病棟） 14日以内に面談（療養病棟）	<u>出来るだけ早期</u> に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	<u>出来るだけ早期</u> にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面会し、退院体制の情報共有等を行う。	
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2 病棟に 1 名以上）</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20 箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3 回/年以上）</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）</u>	—

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。）

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

入退院支援加算

入院時支援加算

200点（退院時1回）

入院予定患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し支援を行った場合に加算。

〔算定対象〕

- ① 自宅等(他の保健医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者
- ② 入退院支援加算を算定する患者

〔施設基準〕

- ① 入退院支援加算の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する
「許可病床数200床以上」・専任の看護師1名以上 又は
・専任の看護師及び専任の社会福祉士1名以上
「許可病床200床未満」・専任の看護師1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること

〔算定要件〕

入院予定患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、

(1)入院前に以下①～⑧の内容を行い、(2)入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、(3)患者及び入院予定の病棟職員と共有。

患者の病態等により①～⑧まですべて実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合も①、②、⑧は必ず実施。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 / ② 入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握(要介護・要支援状態の場合のみ) / ③ 褥瘡に関する危険因子の評価 / ④ 栄養状態の評価 / ⑤ 服薬中の薬剤の確認
- ⑥ 退院困難な要因の有無の評価 / ⑦ 入院中に行われる治療・検査の説明 / ⑧ 入院生活の説明

地域連携診療計画加算

退院支援加算

地域連携診療計画加算 **300点（退院時1回）**

診療情報提供料(Ⅰ)

地域連携診療計画加算 **50点**

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画にかかる疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に加算。

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う連携保健医療機関等と共有
- ② 患者の同意を得たうえで、入院後7日以内に当該計画に基づく診療計画を作成し、文書により家族等に説明・交付
- ③ 連携保健医療機関等で治療が行われる場合、当該連携保健医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供。また、当該患者が、転院前の保健医療機関で当該加算を算定した場合は、退院時に、当該転院前の保健医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供。

地域連携診療計画加算を算定する場合、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料は別に算定できない。

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。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院前在宅療養指導管理料

120点

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定。
外泊の初日1回に限り算定。
病状の悪化等により退院できなかった場合や外泊後、帰院することなく転院した場合は算定できない。

退院前訪問指導料

580点(1回の入院につき1回)

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院の為、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定対象外。

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合も算定できる。

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。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

介護支援等連携指導料

400点（入院中2回）

入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス等を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービス等を受けられるよう、入院中からケアマネジャー等と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価。

〔算定要件〕

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士等、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障がい福祉サービス等について説明・指導を行った場合に算定。

指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

同一日に「退院時共同指導料2」の注3に掲げる加算と介護支援等連携指導料の両方を算定することはできない。

入院中2回に限る。

<1回目>

介護サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで適切な療養場所の選択や手続きの円滑化に資するもの。

<2回目>

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプランの原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行う。

退院時共同指導料2

400点 ※2,000点（入院中1回）

入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定。

※「注3」入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）又は介護支援専門員若しくは相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行なった場合2,000点を所定点数に加算する。

〔算定要件〕

退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とならない。

退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行なう介護支援連携指導料は別に算定できない。

退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、退院支援加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項を患者・家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

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。)

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院時リハビリテーション指導料

300点（退院日に1回）

患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等。

当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時薬剤情報管理指導料

90点（退院日に1回）

医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬部外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定。

死亡退院の場合は、算定できない。

退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

8,000円（退院時1回）

指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者の退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。

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。）

入退院時連携に係る診療・介護報酬

診療報酬加算

退院後訪問指導料

580点（退院後1月以内の期間に限り、5回を限度）

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた保険医療機関が退院直後に行う訪問指導を評価。

〔算定要件〕

対象患者：別表第8(*)又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上

（要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者も算定可能とする。）

介護老人保健施設に入所中または医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

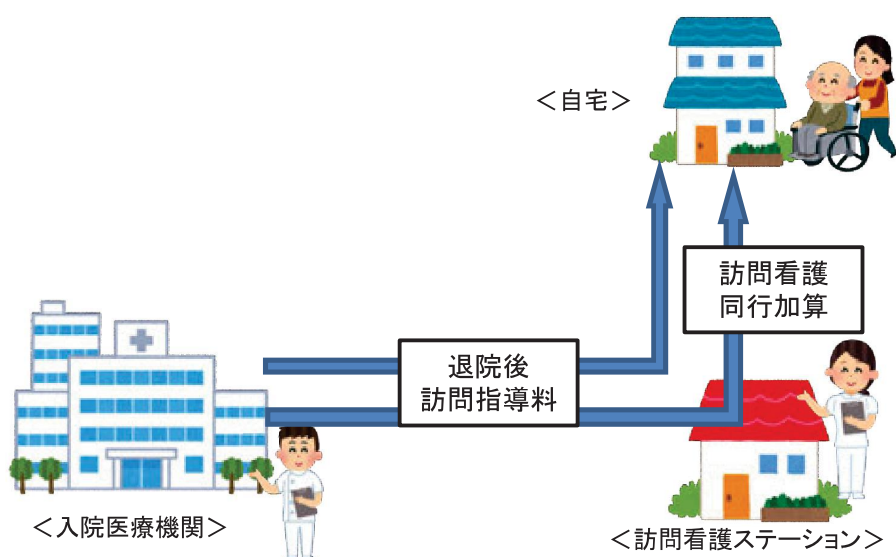
(*) 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
在宅自己腹膜灌流指導管理 / 在宅血液透析指導管理 / 在宅酸素療法指導管理 /
在宅中心静脈栄養法指導管理 / 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 / 在宅自己導尿指導管理 /
在宅自己呼吸指導管理 / 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 / 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

訪問看護同行加算

20点（退院後1回）

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行なった場合に加算。

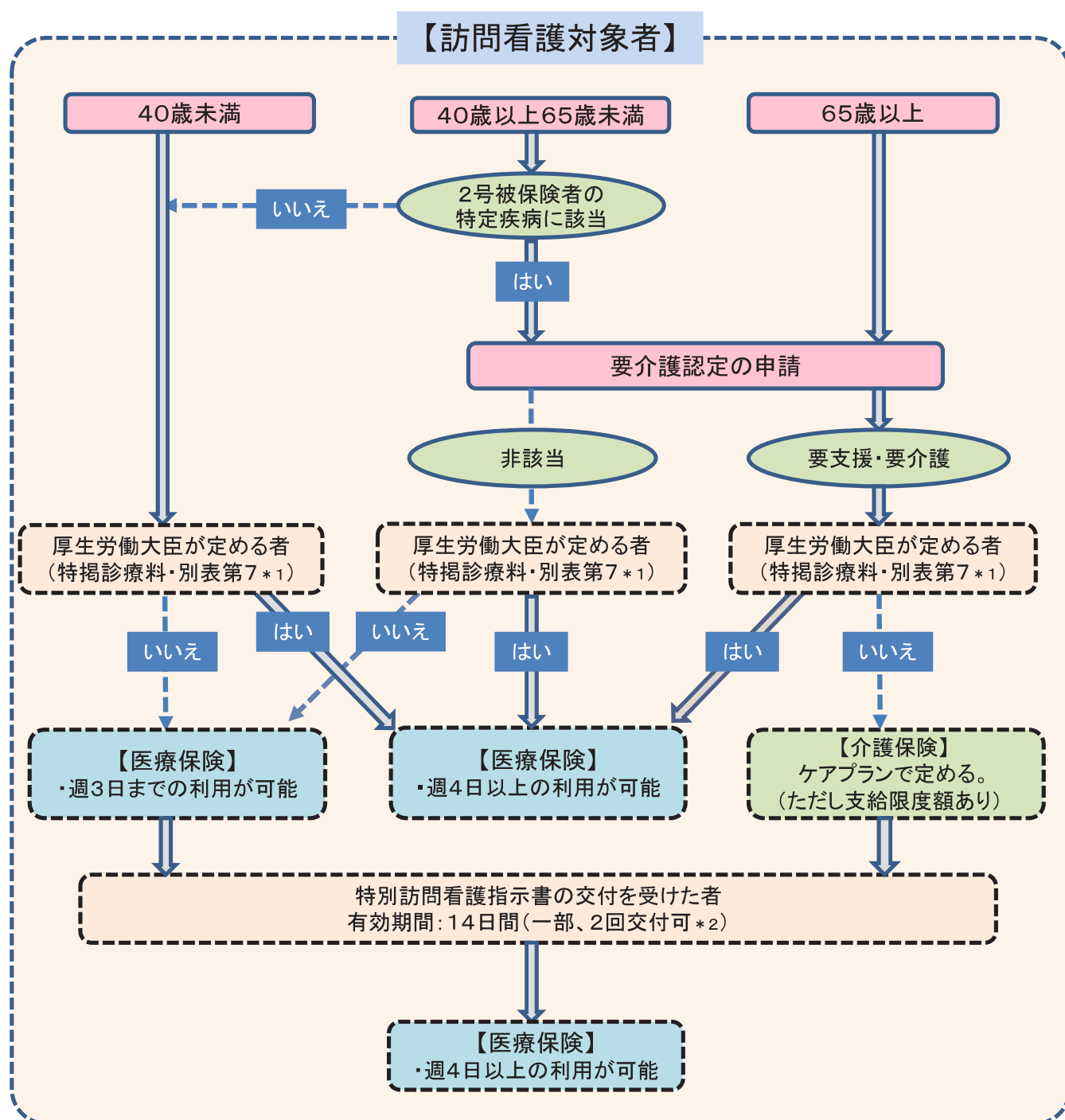


H30改定内容

(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。)

2. 医療保険・介護保険の訪問看護の対象者

- ◆訪問看護は、主治医から「訪問看護指示書」「特別訪問看護指示書」の交付を受けて実施します。
- ◆要介護・要支援の認定を受けた方は、本来、介護保険が優先ですが、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7*1）や、病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方、精神科訪問看護が必要な方（認知症を除く）は、医療保険で訪問看護が提供されます。
- ◆また、医療保険の訪問看護は、基本的に利用回数は週3日までですが、厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7）や気管カニューレ等の特別な管理が必要とする方（別表第8*3）、病状の悪化等により特別訪問看護指示期間にある方は、週4日以上の利用ができます。



*** 1:別表第7**

末期の悪性腫瘍	プリオン病
多発性硬化症	亜急性硬化性全脳炎
重症筋無力症	ライソゾーム病
スモン	副腎白質ジストロフィー
筋萎縮性側索硬化症	脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	球脊髄性筋萎縮症
ハンチントン病	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
進行性筋ジストロフィー症	後天性免疫不全症候群
パーキンソン病関連疾患	頸髄損傷
多系統萎縮症	人工呼吸器を使用している状態

*** 2:特別訪問看護指示書(注)を月2回交付できる者(有効期間:14日間)**

- ・気管カニューレを使用している状態にある者
- ・真皮を超える褥瘡の状態にある者

(注)特別訪問看護指示書

患者の主治医が、診療に基づき、急性増悪等により一時的に頻回(週4日以上)の訪問看護を行う必要性を認め、訪問看護ステーションに対して交付する指示書

*** 3:別表第8**

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者
 - 在宅自己腹膜灌流指導管理
 - 在宅血液透析指導管理
 - 在宅酸素療法指導管理
 - 在宅中心静脈栄養法指導管理
 - 在宅成分栄養経管栄養法指導管理
 - 在宅自己導尿指導管理
 - 在宅人工呼吸指導管理
 - 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理
 - 在宅自己疼痛管理指導管理
 - 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

3. 様式例

- ・在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート

〔大阪市在宅医療・介護連携相談支援コーディネーター作成資料を、大阪府退院支援・在宅療養における多職種連携のあり方検討会において改編〕

- ・入院時情報提供書

〔居宅介護支援費の入院時連携加算に係る様式例(平成 30 年 3 月改正内容)〕

- ・退院・退所情報記録書

〔居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例(平成 30 年 3 月改正内容)〕

- ・居宅サービス計画書第 1～3 表

- ・興味・関心チェックシート

- ・課題整理総括表〔「課題整理総括表・評価票の活用の手引き」平成 26 年 3 月厚生労働省老健局〕

- ・退院支援計画書

主治医への報告・
連絡・相談は
随時必要！

[illegible][illegible]

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

医療機関



居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日生	
住所	〒	電話番号			
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（有・無） 特記事項（ ）				
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				☐ 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				☐ ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	☐ 割 ☐ 不明	障害など認定	☐ 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 ☐ その他（ ） ＊ ☐ 日中独居				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄 ・ 才)	連絡先	TEL：	TEL	

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ その他（ ）
-----------------	--

5. 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）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居（家族構成員数 名） ＊ ☐ 日中独居 ☐ その他（ ）
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）
退院後の主介護者	☐ 本シート2と同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢 ）
介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部 ） ☐ 介護力は見込めない ☐ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	☐ なし ☐ あり（ ）
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり	
「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	

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 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		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	☐ なし ☐ あり ()		
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他		
	乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他		
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立 見守り 一部介助 全介助		
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助				
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助				
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助				
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明		
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				UDF等の食形態区分			
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養		水分とろみ	☐ なし ☐ あり	水分制限	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明		
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる	義歯		☐ なし ☐ あり(部分 ・ 総)	
	口腔清潔	良		不良	著しく不良	口臭		☐ なし ☐ あり	
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
睡眠の状態		良 不良 ()			眠剤の使用	☐ なし ☐ あり			
喫煙		無 有 _____本くらい/日			飲酒	無 有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし		やや難あり	困難	眼鏡	☐ なし ☐ あり ()		
	聴力	問題なし		やや難あり	困難	補聴器	☐ なし ☐ あり		
	言語	問題なし		やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項：			
	意思疎通	問題なし		やや難あり	困難				
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他 ()							
疾患歴*		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他 ()							
入院歴*	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり (理由： 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) ☐ 不明							
	入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返している ☐ 頻度は低いが、これまでにもある ☐ 今回が初めて							
入院前に実施している医療処置*		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()							

8. 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		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について			
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ			性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)	
	氏名	様		男・女	歳	□要支援()・要介護() □申請中 □なし	
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名			棟		室
	今後の医学管理	医療機関名：			方法	□通院 □訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()					
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ()					
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず					
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他()					UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)			義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良				入院(所)中の使用： □なし □あり	
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助					
	睡眠	□良好 □不良()					眠剤使用 □なし □あり
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他()					
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： □あり □なし					
	<本人> 退院後の生活に関する意向						
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<家族> 退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射() ☐ その他()	
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ☐ ターミナル ☐ その他()	
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 疼痛管理(痛みコントロール) ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
		☐ なし ☐ あり	
症状・病状の予後・予測			
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。	
在宅復帰のために整えなければならない要件			
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

第1表

居宅サービス計画書（1）

作成年月日

年

月

日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

利用者名

殿

生年月日

年

月

日

住所

居宅サービス計画作成者氏名

居宅介護支援事業者・事業所名及び所在地

居宅サービス計画作成（変更）日

年

月

日

初回居宅サービス計画作成日

年

月

日

認定日

年

月

日

認定の有効期間

年

月

日

～

年

月

日

要介護状態区分

要介護1

要介護2

・

要介護3

・

要介護4

・

要介護5

利用者及び家族の生活に対する意向

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

総合的な援助の方針

生活援助中心型の算定理由

1. 一人暮らし

2. 家族等が障害、疾病等

3. その他（

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。

説明・同意日

年

月

日

利用者同意欄

印

居住サービス計画書(2)

展

作成年月日

[illegible]

※1 「保険給付の対象となるかどうかの区分」について、保険給付対象内サービスについては○印を付す。

※2 「当該サービス提供を行う事業所」について記入する。

居宅サービス計画について説明を受け、内容に同意し交付を受けました。	説明・同意日	年 月 日	利用者同意欄	印
-----------------------------------	--------	-------	--------	---

第3表

週間サービス計画表

利用者名		作成年月日							年 月 日	
殿		月	火	水	木	金	土	日	主な日常生活上の活動	
深夜	4:00									
早朝	6:00									
午前	8:00									
	10:00									
午後	12:00									
	14:00									
夜間	16:00									
	18:00									
深夜	20:00									
	22:00									
	24:00									
	2:00									
	4:00									
週単位以外のサービスの										

興味・関心チェックシート

氏名：_____ 年齢：_____歳 性別（男・女）記入日：H____年____月____日

表の生活行為について、現在しているものには「している」の列に、現在していないがしてみたいものには「してみたい」の列に、する・しない、できる・できないにかかわらず、興味があるものには「興味がある」の列に○を付けてください。どれにも該当しないものは「している」の列に×をつけてください。リスト以外の生活行為に思いあたるものがあれば、空欄を利用して記載してください。

生活行為	している	してみたい	興味がある	生活行為	している	してみたい	興味がある
自分でトイレへ行く				生涯学習・歴史			
一人でお風呂に入る				読書			
自分で服を着る				俳句			
自分で食べる				書道・習字			
歯磨きをする				絵を描く・絵手紙			
身だしなみを整える				パソコン・ワープロ			
好きなときに眠る				写真			
掃除・整理整頓				映画・観劇・演奏会			
料理を作る				お茶・お花			
買い物				歌を歌う・カラオケ			
家や庭の手入れ・世話				音楽を聴く・楽器演奏			
洗濯・洗濯物たたみ				将棋・囲碁・ゲーム			
自転車・車の運転				体操・運動			
電車・バスでの外出				散歩			
孫・子供の世話				ゴルフ・グラウンドゴルフ・水泳・テニスなどのスポーツ			
動物の世話				ダンス・踊り			
友達とおしゃべり・遊ぶ				野球・相撲観戦			
家族・親戚との団らん				競馬・競輪・競艇・パチンコ			
デート・異性との交流				編み物			
居酒屋に行く				針仕事			
ボランティア				畑仕事			
地域活動 （町内会・老人クラブ）				賃金を伴う仕事			
お参り・宗教活動				旅行・温泉			

（出典）「平成 25 年度老人保健健康増進等事業 医療から介護保険まで一貫した生活行為の自立支援に向けたリハビリテーションの効果と質に関する評価研究」
一般社団法人 日本作業療法士協会（2014. 3）

課題整理総括表

利用者名 殿 作成日 / /

① 自立した日常生活の 阻害要因 (心身の状態、環境等)		②		③		④		⑤		⑥	
状況の事実 ※1		現在 ※2		要因※3		改善/維持の可能性※4		備考(状況・支援内容等)			
移動	室内移動	自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
	屋外移動	自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
食事	食事内容		支障なし	支障あり		改善	維持	悪化			
	食事摂取	自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
	調理	自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
排泄	排尿・排便		支障なし	支障あり		改善	維持	悪化			
	排泄動作	自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
口腔	口腔衛生		支障なし	支障あり		改善	維持	悪化			
	口腔ケア	自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
服薬 入浴 更衣 掃除 洗濯 整理・物品の管理 金銭管理 買物 コミュニケーション能力 認知 社会との関わり 褥瘡・皮膚の問題 行動・心理症状(BPSD) 介護力(家族関係含む) 居住環境		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			
		自立	見守り 一部介助	全介助		改善	維持	悪化			

※1 本書は総括表でありアセスメントツールではないため、必ず別に詳細な情報収集・分析を行うこと。なお「状況の事実」の各項目は課題分析標準項目に準拠しているが、必要に応じて追加して差し支えない。

※2 介護支援専門員が収集した客観的事実を記載する。選択肢に○印を記入。

※3 現在の状況が「自立」あるいは「支障なし」以外である場合に、そのような状況をあらわしている要因を、様式上部の「要因」欄から選択し、該当する番号(丸数字)を記入する(複数の番号を記入可)。

※4 今回の認定有効期間における状況の改善/維持/悪化の可能性について、介護支援専門員の判断として選択肢に○印を記入する。

※5 「要因」および「改善/維持の可能性」を添え、要因を解決するための援助内容と、それが提供されることにより改善される事後の状況(目標)を記載する。

※6 本計画期間における優先順位を数字で記入。ただし、解決が必要だが本計画期間に取り上げることが困難な課題には「-」印を記入。

(別紙様式6)

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日:平成 年 月 日

計画日:平成 年 月 日

変更日:平成 年 月 日

病棟(病室)	
病名 (他に考え得る病名)	
患者以外の相談者	家族・その他関係者()
退院支援計画を 行う者の氏名 (下記担当者を除く)	
退院困難な要因	
退院に係る問題点、 課題等	
退院へ向けた目標設 定、支援期間、支援概要	
予想される退院先	
退院後に利用が予想さ れる社会福祉サービス 等	
退院後に利用が予想さ れる社会福祉サービス の 担当者	

注)上記内容は、現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化等に応じて変わり得るものである。

(病棟退院支援計画担当者) _____ 印

(退院調整部門退院支援計画担当者) _____ 印

(本人) _____

4. 暮らしを支える各職種の役割

医療と介護の両方を必要とする高齢者を支えるには、医療職だけでなく、医療以外の面で療養を支える介護職が連携し、情報を共有し、課題を明確化させ、個別のサービスとしてではなく、利用者を中心に一体的に支援を提供していく必要があります。

特に、安定した暮らしを継続させるためには、支援に携わる者が見立てや今後の見通しを共有し、再発・重度化予防の観点で、多職種が関わる必要があります。そのためには、各職種の専門性や役割と共に、特に再発・重度化予防について、各専門職がどのような関わりができるのか、について理解しましょう。

かかりつけ医

日本医師会によると、かかりつけ医は、何でも相談できる上、最新の医療情報を熟知していて、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介する身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師です。

日常行う診療においては、患者の生活背景を把握し、適切な診療及び保健指導を行い、自己の専門性を越えて診療や指導を行えない場合には、地域の医師、医療機関等と協力して解決策を提供します。

自己の診察時間外も患者にとって最善の医療が継続されるよう、地域の医師、医療機関等と必要な情報を共有し、お互いに協力して休日や夜間も患者に対応できる体制を構築します。

日常行う診療のほかに、地域住民との信頼関係を構築し、健康相談、健診・がん検診、母子保健、学校保健、産業保健、地域保健等の地域における医療を取り巻く社会的活動、行政活動に積極的に参加するとともに保健・介護・福祉関係者との連携を行います。また、地域の高齢者が少しでも長く地域で生活できるよう在宅医療を推進します。

患者や家族に対して、医療に関する適切かつわかりやすい情報の提供を行います。

高齢社会において、健康の維持・増進や予防、生活機能の維持・向上のためのマネジメントを行い、暮らしの場でQOLの向上を支援します。そのために、地域において特定の疾患、科の専門だけではなく、地域住民のあらゆる疾患を包括し、総合的な診療能力を有し、地域住民が生まれてから死に至る間に患者が抱える様々な医療的問題のみではなく、患者や家族の人生そのものを支援します。

日常生活圏域のかかりつけ医は、ヘルスプローションから、福祉への貢献、そして軽度の要介護者や虚弱した高齢者に対しての生活支援、介護予防から中重度の要介護者に対して介護保険と医療保険を一体的に提供する大きな役割を担っています。

歯科医師・歯科衛生士

歯科疾患治療や口腔環境の維持、補綴処置（義歯作成等）を行い、口腔機能低下を防止し、咀嚼の維持・改善を行っていきます。

むし歯や歯周病が悪化すると、痛みを感じたり、歯がぐらつき、抜けたりして、咀嚼が不十分になるため、胃腸障がいや栄養障がいが起こりやすくなります。特に、免疫の低下した人では、歯周病の細菌が血液中に侵入して、菌血症や敗血症になる場合もあり、心臓病（心内膜症）を引き起こすリスクが高くなります。

さらに、糖尿病の人が歯周病にかかると、重症化しやすく、逆に歯周病治療すると血糖値が下がると言われています。歯周病には糖尿病の危険要因があると考えられます。

また、歯周病は骨粗鬆症など、全身疾患、喫煙習慣、ストレス、食生活などの生活習慣と大きな関わりがあります。

高齢者は加齢とともに咀嚼能力が低下し、唾液の分泌も低下、口腔感覚の鈍化などが生じる等、嚥下機能が低下していることが多く、食べ物や飲み物を正常に飲み込むことができず、喉や気管に詰まらせたりすることが多くなります。また食べかすなどが肺や気管に回って、呼吸を阻害したり肺炎を引き起こしたりすることもあります。

高齢者の肺炎には、摂食・嚥下障がい背景にあり、誤嚥性肺炎が多いと考えられます。高齢者では、一見食欲不振と思われる症状の背景に、誤嚥もしくは誤嚥性肺炎が潜んでいて、嚥下障がいのために食事がとれない場合がありますので、摂食・嚥下障がいの評価が常に必要です。

口の中を清潔に保つことで、口腔内だけでなく体全体の健康を保つことができます。身体機能の低下に伴って口腔機能も低下することが考えられますが、「食べることを支えるために口腔ケアは重要です。歯や義歯の様々なトラブルが生じると食べるのが難しくなります。さらに栄養状態が悪くなり基礎疾患の回復に支障が出ることや、低栄養と嚥下機能の低下により誤嚥性肺炎等のリスクが高まります。これらのことから、療養の質やQOLを確保するうえで早期から歯科が介入し、口腔衛生状態や口腔機能の改善を図ることが重要です。

口腔内環境は全身状態に関わりが深く、肺炎や転倒、窒息予防にもなるので、予防的観点での歯科の活用を検討してみましょう。

薬剤師

処方箋に基づいて、薬を調剤し、服用方法や使い方を指導します。飲み合わせや副作用についても分かりやすく説明します。自宅近くでかかりつけ薬局・薬剤師を決めておけば、様々な医師から処方された薬どうしの飲み合わせや、自分で購入した市販薬や健康食品等との飲み合わせも確認できます。

薬の薬効・副作用・相互作用の多くが、ADL・QOL に関与していることがあります。味が分かりにくくなった、転倒しやすい・ふらつく、尿が出ない・便秘、眠れない、ボーっとしている等があれば、薬剤師が体調を聞いて薬の影響をチェックし、医師と相談して患者に合わせた改善策を検討します。

薬の副作用が原因となっている症状の見極めや痛みのコントロールの提案、レスキュー（ベースに使用している鎮痛薬の不足を補う目的で鎮痛薬を追加投与すること）の提案、オーバードーズ（過剰摂取）に対する対策等も行います。薬を内服できなくなった場合には、粉砕等適切な剤型の提案や注射剤のミキシング等も必要に応じて行います。また、薬剤の管理だけでなく、廃棄も行います。

薬剤師が自宅等を訪問して、薬を飲みやすいように工夫したり、飲み忘れを防いで安心して薬を服用してもらう（薬剤管理、服薬指導、服薬・補完状況、残薬の有無等の確認を行う）「在宅患者訪問薬剤管理指導・居宅療養管理指導」を行っている薬局もあります。

入院中から退院後にわたる薬の管理はとても大切です。関係する多職種と連携し、多職種からの情報を支援に活かします。また、薬だけではなく、衛生材料や介護用品の相談にも対応します。

薬剤師による居宅療養管理指導は、介護保険の区分支給限度額に含まれませんが、多職種と連携をとるためにも、ケアプランに記載して下さい。

ケアマネジャー（介護支援専門員）

介護が必要な人やその家族と相談し、在宅等で適切なサービスが受けられるように、心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等にそったケアプランの作成や関係機関との連絡調整を行います。また、サービスの利用開始後も、実施状況や利用者のニーズの変化などに合わせて、次の計画に反映させます。今（これまで）の暮らしを続けたいけれど、不安や困りごとがある、という時に相談できるのがケアマネジャーです。

「こんな暮らし方をしたい」という思いを実現するために、一緒に考え、実行していく手伝いをします。そのための計画書がケアプランであり、医療・介護の多職種と連携してその人らしい生活を実現していきます。

これらケアマネジャーの仕事は利用者とサービスを繋ぐ橋渡しの役割を担っており、地域包括ケア実現のための中核的な存在です。在宅療養時には、ケアマネジャーを核として多職種から情報が集まり、連携体制や見守り体制等を構築します。利用者の目標や状態像を共有し、チーム全体で一体的に支援するために、保健・医療・介護・福祉等多職種協働の推進の役割を担います。

ケアマネジャーは、自宅から病院、病院から自宅等生活の場所が変わる場合にも、情報をきちんと伝え、その人らしい生活が継続できるよう連携し、支援します。

訪問看護師

看護師が自宅等に伺い、医師の指示による医療処置はもちろん、身体の状態観察、病気や介護予防、重症化予防への支援、ターミナル期のケア、ご家族への介護指導や相談等、在宅で安心して生活できるための支援をします。

病院での治療が終わっても、同じ生活習慣を繰り返せば病気や障がいは再発します。

薬や医療が治すのではなく、生活の中にある原因を取り除いたり、生活様式を再構築することが病気を治すことであり、身体との付き合い方を共に考えながら、生活の質向上につなげます。

訪問看護は、治療を安全に受けることができるよう支援すると同時に、生活の中の病気や障がいの原因を利用者自らで排除できるよう、様々なかかわり方で本人らしい生活を継続できるよう支えます。

訪問看護の役割

- ・食事や排せつや動作や心理など、生活環境に潜んでいる健康を阻害する原因を整えることで、身体がもつ自然治癒力を高め、健康を取り戻す支援をします。
- ・主治医の指示を受け、病院と同じような医療処置を行い、病気の悪化防止や回復に向けての支援をします。
- ・自宅で最期を迎えたいという希望に沿った看護を行います。

このように具体的な看護を提供したり指導をして、健康や療養生活上の種々の相談にも応じ、必要な医療やケア等、資源の導入を調整をします。

看護の機能

- ・自立に向けての支援（医療処置等を生活になじむ方法に切り替える等）
- ・病状悪化の防止・回復に向けての支援、苦痛緩和（生活様式と心身の評価・調整）
- ・療養生活の相談とアドバイス（意思決定のための情報提供及び支援）
- ・リハビリテーション（動作の確立、苦痛の緩和、介護方法のアドバイス）
- ・点滴、注射、傷の処置などの医療処置（安全な医療の提供）
- ・服薬管理（生活を整えながら薬に依存しすぎない支援、薬剤師との連携）
- ・緊急時の対応（緊急事態が発生しないように安心をサポート）
- ・医療機関専門職と、介護専門職間の情報共有を支援する（通訳としての機能）

訪問看護師は、病院での医療管理を理解しながら、利用者のそれまでの暮らしや、これからの暮らしのあり方についても考え、医療と生活をつないでいく役割を担うことができます。つまり、医療と介護の両方の視点を持ちコーディネートができる専門職です。

訪問看護は、介護保険で非該当であっても、上記のような看護ニーズがあれば医療保険で訪問することができます。通常、週3日までで、1回の訪問時間は30分から1時間半程度です。ご本人のニーズによって、どのくらい訪問すればよいか決めますが、病気や状態によっては、毎日訪問することもできます。

訪問介護

ケアマネジャーにより、本人や家族の望む暮らしを元に作成されたケアプランに基づき、訪問介護員（ホームヘルパー）が在宅の高齢者等を訪問して、身体介護や移動介助、生活援助を提供します。身体介護・移動介助とは食事や入浴、排泄、衣服の着脱や移動などの支援で、日常生活で行う動作や意欲の向上のために利用者と共に行う自立支援です。生活援助とは、調理、洗濯、掃除、買物などの援助で、利用者が単身またはその家族が障がいや病気のために本人もしくは家族が家事を行うことが困難な場合に行われます。

利用者本人や家族への精神的ケアを行うほか、過度のサービス提供により自立の妨げになっていないか見極め、家族に対して介護に関する指導を行うことも大切な仕事となっています。

より多くの時間を利用者と過ごすことから、日常の中での変化に気づくことができます。利用者の生活状況に変化が生じていることを把握した場合に、ケアマネジャーに伝えます。急を要する場合は、かかりつけ医や看護師等に伝えます。タイムリーに情報が医療職へ入ることで、病状の変化や薬の副作用を早期に発見できます。

在宅生活の支援は、さまざまな専門職や機関によるサービスを組み合わせて行われます。そこでホームヘルパーも単に自分に与えられた仕事を行うだけでなく、セラピストのリハビリは生活の場で活用されているのか、福祉用具や住宅改修は自立支援や介護予防に役立っているのか、家族の介護力の変化などを見極める力も必要であり、他職種の業務や各種の制度についての基本的知識や連絡、調整能力も求められるようになってきています。

訪問リハビリテーション

利用者の実際の生活の場にお伺いして、日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ることが目的です。

訪問リハは、利用者本人と自宅環境との適合を調整する役割を持ち、自宅での自立支援に効果的なサービスです。

訪問リハは、ケアマネジャー等の関連職種と積極的に連携を図りながら、チームの一員としてその専門性を発揮することができます。

実際には、心身障がい、生活障がい、住環境等を確認して自宅生活の中で利用者自身の機能維持・向上を図りつつ、医療機関では行うことができない実際の

生活場面に即した能力的な部分へのアプローチを行っていくことができるサービスです。

リハサービスは、できる限り早期に切れ目のないサービス導入をすることで在宅生活の QOL を高めることが出来ますので、入院等で身体機能の低下が認められた場合は早期のリハサービスの導入を検討してください。

＜理学療法士＞

理学療法士とは病気、けが、高齢、障がいなどによって運動機能が低下した状態にある人々に対し、運動機能の維持・改善を目的に運動、温熱、電気、水、光線などの物理的手段を用いて自立支援を行います。

理学療法の直接的な目的は運動機能の回復にあります。日常生活活動(ADL)の改善を図り、最終的には QOL（生活の質）の向上をめざします。病気、けが、高齢など何らかの原因で寝返る、起き上がる、座る、立ち上がる、歩くなどの動作が不自由になると、ひとりでトイレに行けなくなる、着替えができなくなる、食事が摂れなくなる、外出ができなくなるなどの不便が生じます。誰しもこれらの動作をひとの手を借りず、行いたいと思うことは自然なことであり、日常生活活動の改善は QOL 向上の大切な要素になります。理学療法では病気、障がいがあっても住み慣れた街で、自分らしく暮らしたいというひとりひとりの思いを大切にします。

また、運動・動作の専門性を生かし、福祉用具の適用相談、住宅改修相談も行い、できる限り在宅での活動や地域への参加を行っていただけるようにアプローチすることで身体機能の低下を防ぐことで再発や悪化を予防していきます。

そして、在宅で介護されている家族等に介助方法の指導等により負担の軽減に努めます。

＜作業療法士＞

在宅で楽しくいきいきと暮らすために、作業能力の改善を図り障がいや不自由さに合わせた日常生活における様々な活動が可能となることによって、住み慣れた地域で安心、安全にその人らしい在宅生活が継続できるように支援していきます。

対象者の予後予測に基づいて、日常生活に必要な機能や活動能力を獲得するため、到達可能な具体的目標を設定します。その目標には、できるようになりたいこと、する必要があることなど、本人の意向を確認しながら目標を設定します。それにより、日常生活活動、家事、仕事、趣味、遊び、対人交流、休養など、人が営む生活行為の全ての活動の遂行と、その遂行に必要な心身の活動の回復・獲得を目指すことができます。また、本人の意向を確認することで、自律を促し次なる目標設定を自身で行うようになり、疾患の再発防止や、生活習慣の見直し・改善を支援します。

○心身機能の維持・改善

- 日常生活活動や介護方法の助言・指導
- 生き生きとした生活（日常生活活動、家事、仕事、社会参加、趣味活動など）の支援
- 福祉用具や住宅改修の提案、環境調整
- 家族、支援する人、参加するコミュニティへの支援方法の援助

<言語聴覚士>

言語聴覚士は「話すこと」「聞くこと」というコミュニケーションに必要な能力や、「食べること」「飲み込むこと」という栄養や水分を摂取するための機能が、疾患や事故、加齢などの理由で喪失あるいは低下した方に、評価、訓練、指導などを行う職種です。

人間は進化の過程で、「コミュニケーション」の能力を身に着けました。コミュニケーションに欠かせないのは発声発語器官（口唇、舌、下顎、喉頭、肺など）ですが、これらの器官はそもそも「呼吸」と、食物を「食べ」生命を維持する器官です。

言語聴覚士が主に関わるのは、「言語障がい」「構音・音声障がい」「嚥下障がい」です。「言語障がい」は、「うまく話せない」「話が理解できない」「文字が読めない」といった失語症などを表し、「構音・音声障がい」は、癌や声帯異常、発声発語器官の運動障がいによりうまく発話できない運動障がい性構音障がい等をさします。「嚥下障がい」とは「うまく飲み込めない」「うまく噛めない」といった障がいです。

言語障がいや構音・音声障がいを抱えると、コミュニケーション能力が低下または喪失するために、人と人とのつながりが希薄になります。これが原因で、障がいを抱える人の生活範囲が狭くなり、次第に引きこもりを起こしたり、身体的・精神的機能低下の危険性が高まります。

また、嚥下障がいになると、「口から栄養分や水分を取り込む」という生命維持のための能力が低下します。このことは「食べる」という人間の大きな楽しみ、喜びを失うことにもつながります。人が食べる喜びを失うことは、生きがいを失うことにつながります。

よって、私たち言語聴覚士は、その人が持っている能力、できることを評価し、改善していくため、リスク管理を行いながら機能訓練を行います。また、機能訓練だけにとどまることなく、その人が持つ生活意欲（動機）を重視しながら、「コミュニケーション」「食べる」という喜びを維持し、その人の生活範囲を拡充するための支援を行います。

栄養士

厚生労働大臣の免許を受けた国家資格の管理栄養士と都道府県知事の免許を受けた栄養士は病院などの医療施設、介護保険施設、老人福祉施設、児童福祉施設、小・中学校、行政機関、企業、管理栄養士・栄養士養成施設、試験研究機関等で働いています。

胎児期から高齢期まであらゆるライフステージで、食べることで栄養を通して健康の増進、病気の予防、病気の重症化を防ぎ、生活の質（QOL）の維持・向上を支援します。

病院や介護保険施設等では、給食の献立作成や材料の管理（産地の把握や衛生管理など）を行い、調理師と連携して糖尿病などの慢性疾患に対する治療食や、硬さ・付着性・凝集性などに配慮した嚥下調整食などを安全に提供するなどの給食管理をしています。

また患者・利用者の栄養状態を定期的に把握・評価し、医師・看護師・リハビリ技師・薬剤師など多職種と連携しながら適切な食事・栄養を提供するなどの栄養管理や、病気の治療・再発防止・合併症の予防・低栄養の改善などを目指して入院栄養指導（介護保険施設では栄養食事相談）を行っています。病院や診療所に通院中の方には外来栄養指導も行っています。

管理栄養士が自宅に訪問する訪問栄養指導では、健康・栄養状態の評価を行い、どのように暮らしたいかを相談しながら、一人一人に対応した適切な食生活を具体的に提案し、実行の支援をします。

退院後、どのように食事管理をすれば良いかわからない、食欲がなく食事量が減ってきている、飲み込むとむせる、水分がとれない、血圧や血糖値が気になる、食事療法がうまくいかないなど、食事・栄養でお困りの時はぜひご相談ください。

療養者や介護家族の想いを受け止めながら、時には負担を軽減できるよう手軽で簡単な調理方法の提案や、訪問介護員（ホームヘルパー）と連携して適切な食事ができるよう支援します。

在宅医療・介護連携推進事業相談支援担当者

平成30年度には全市町村で介護保険法地域支援事業における「在宅医療・介護連携推進事業」が実施されます。

事業内容は、

- （ア）地域の医療・介護の資源の把握
- （イ）在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討
- （ウ）切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制の構築推進
- （エ）医療・介護関係者の情報共有の支援
- （オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援
- （カ）医療・介護関係者の研修
- （キ）地域住民への普及啓発
- （ク）在宅医療・介護連携に関する関係市区町村の連携

です。各市町村は郡市区医師会等と連携しながら医療と介護の連携体制の構築を進めています。

そのうち（オ）在宅医療・介護連携に関する相談支援では、地域の医療・介護連携を支援する相談員（コーディネーター）等の配置による相談窓口の設置、運営を行い、地域の医療・介護関係者、地域包括支援センター等からの、在宅医療・

介護連携に関する事項の相談を受け付け、連携調整、情報提供等、医療・介護関係者等の支援を行います。

また、必要に応じて退院の際の地域の医療・介護関係者の連携調整や、地域の医療介護に関する社会資源の情報提供を行っています。

市町村により、設置場所や機能は様々ですが、在宅医療・介護に関する情報提供や、連携に関する相談を受け付け、機関同士をつなぐ役割を担います。

【参考文献】

本手引きを作成するに当たり、参考とした主な文献は以下のとおり。

- ◆「入退院時におけるケアマネジャーと医療機関等職員との多職種連携を踏まえたケアマネジメントの質の向上に関する調査研究事業」(平成 29 年 3 月)
株式会社 日本能率協会総合研究所
(平成 28 年度 老人保健事業推進費等補助金 老人保健健康増進等事業)

- ◆東京都 退院支援マニュアル(平成 28 年 3 月改訂版) 東京都福祉保健局

- ◆「在宅新療0-100」2017年 10 月号特集
「地域みんなで取り組む退院支援:入院医療の場から、暮らしの場へ移行するために」◎ へるす出版

- ◆ケアマネジャーのための入院・退院サポートマップ 横浜市医療局

- ◆本人・家族・病院・在宅チームで取り組む退院支援フロー図
～暮らしの場に帰るためのケアマネジャーの視点～ 山形市版(平成 29 年 9 月)
山形市退院支援ルール(地域版)検討チーム

- ◆静岡県在宅療養支援ガイドライン 入院から在宅療養へ円滑に移行できる体制
づくりに向けて 病院と地域の「協働」(平成 29 年 3 月)
静岡県健康福祉部

- ◆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

大阪府退院支援・在宅療養における多職種連携のあり方検討会・作業部会委員名簿

【検討会】

氏 名	現 職
生 野 弘 道	一般社団法人大阪府私立病院協会会長
宇都宮 宏 子	在宅ケア移行支援研究所
榮 木 教 子	一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会会長
岡 本 学	特定非営利活動法人大阪医療ソーシャルワーカー協会理事
○ 川 井 太加子	桃山学院大学社会学部社会福祉学科教授
◎ 川 越 雅 弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科兼研究開発センター教授
小 谷 泰 子	一般社団法人大阪府歯科医師会理事
杉 浦 恵 美	一般社団法人大阪府薬剤師会理事
羽多野 宏 子	公益社団法人大阪府栄養士会副会長
濱 田 和 則	公益社団法人大阪介護支援専門員協会会長
前 川 たかし	一般社団法人大阪府医師会理事
三 輪 恭 子	公益社団法人大阪府看護協会推薦
守 安 久 尚	公益社団法人大阪府理学療法士会理事

(敬称略、五十音順) ◎は座長、○は座長職務代理者

【作業部会】

氏 名	現 職
宇都宮 宏 子	在宅ケア移行支援研究所
大 平 路 子	特定非営利活動法人大阪医療ソーシャルワーカー協会理事
◎ 川 越 雅 弘	埼玉県立大学大学院保健医療福祉学研究科兼研究開発センター教授
黒 川 妙 子	社会福祉法人竜華福祉会ホーム太子堂主任ヘルパー
田 中 治 子	公益社団法人大阪府栄養士会病院部理事
錦 織 法 子	一般社団法人大阪府訪問看護ステーション協会理事
西之坊 篤	公益社団法人大阪介護支援専門員協会理事
三 輪 恭 子	公益社団法人大阪府看護協会推薦
守 安 久 尚	公益社団法人大阪府理学療法士会理事
オブザーバー 青 田 徳 子	茨木市健康福祉部高齢者支援課
高 崎 充 代	吹田市福祉部高齢福祉室
田 中 美由紀	和泉市生きがい健康部高齢介護室
藤 井 広 美	大阪市健康局健康推進部健康施策課
宮 本 彩	吹田市福祉部高齢福祉室

(敬称略、五十音順) ◎は座長



大阪府福祉部高齢介護室介護支援課
〒540-8570 大阪市中央区大手前2丁目
電話 06-6941-0351（代表）