

東京都退院支援 マニュアル

～病院から住み慣れた地域へ、安心して生活が送れるために～

平成28年3月改訂版

 東京都福祉保健局

はじめに

東京都は過去に経験したことのない高齢社会を迎えています。高齢者は年齢を重ねることで様々な疾患を患い、疾患と老化に伴い要介護状態となることがあります。老化による介護状態は予防が可能であり、予防することにより健康寿命の延伸が図られます。しかしながら、多くの人が病院への入院を経験し、その中には入院後に住み慣れた生活の場へ戻れなくなることもあります。

生活の場へ戻れない原因は、入院時から状態像の変化等により、病院関係者、患者・家族が在宅の療養は困難と感じることなど様々考えられます。病気が完全に治らないこと、障害がありながら暮らすことは、高齢社会において当然起こり得ることです。

住み慣れた地域で暮らしていくには、生活支援、介護に関わる課題を解決し、そのうえで医療の課題を解決しなければなりません。病院医療から生活支援を含めた在宅療養への転換を図ることができれば、安心して地域に戻ることが可能となります。

貴重な医療資源を適切に活用し、退院後住み慣れた地域で生活するためには病院は何をしなければならないのか、地域との連携について何が求められるのか、一人ひとりの状態に合わせた支援が必要となります。

都では、平成25年度に、東京都在宅療養推進会議の下に退院支援検討部会を設置し、入院時からの医療・生活ケアの課題を整理し、意思決定支援・方向性の共有を行うためのフローを検討し、東京都退院支援マニュアルとしてまとめました。また、平成26年度には、都内の3つの病院において、マニュアルを活用した入院早期からの退院支援をモデル事業として展開しました。平成27年度には、退院支援検討部会を再度設置し、モデル事業の取組状況等を踏まえ、マニュアルの内容を再検討し改訂を行いました。

今回の改訂により内容をさらに充実したこのマニュアルが、高度急性期病院、急性期病院、回復期病院、慢性期病院などすべての病院において患者・家族を支援するために活用され、在宅療養を推進する一助となることを期待します。

最後に退院支援検討部会に協力していただきました関係各位に心から御礼申し上げます。

平成28年3月

東京都在宅療養推進会議

会長 新田 國夫

改訂にあたって

平成 25 年度に作成した東京都退院支援マニュアルについて、モデル事業の検証やその後の地域の動き等を踏まえ、今般、バージョンアップを図ることとなった。

今回の改訂においては、以下の点について内容を充実させている。

- (1) 在宅支援チームによる支援を受けていた患者が入院した際に、ケアマネジャーが行う支援内容に焦点をあてたフロー図を追加
- (2) 安定した在宅療養生活を継続させるための外来における支援（診療所・病院）について、項目を新設
- (3) 歯科医師及び薬剤師との連携等について、記載を追加
- (4) 既に各区市で使用されているシート等を掲載し、地域における取組を紹介
- (5) 障害者総合支援法の改正に伴い、障害福祉サービスを申請する場合はすべて計画相談支援の対象となったことを踏まえ、相談支援に関する内容を掲載

特に、退院支援が、入院医療機関のみではなく地域と連携した取組であることを、改めてここに明確に打ち出すことができた。

このほか、東京都では、入院医療から在宅療養への円滑な移行や安定的な在宅療養生活の継続のため、「在宅療養支援窓口」（参照：次ページ）の設置を区市町村ごとに進めており、地域における取組も推進されている。

在宅療養支援窓口は、在宅療養患者を支える多職種が連携するためのコーディネート機能を備えており、入院医療機関の心強いパートナーである。

加えて、入院医療機関や在宅療養支援窓口のスタッフに対する退院支援・在宅療養移行等に係る研修など、このマニュアルの活用を都内全域に広める取組が継続して行われており、患者に寄り添った退院支援に取り組む多くの仲間が輩出されている。

東京都において、入院医療機関と地域の連携を基盤とした退院支援の取組が、このマニュアルをきっかけに更に進むことを、願ってやまない。

平成 28 年 3 月

東京都在宅療養推進会議退院支援検討部会

部会長 宇都宮 宏子

在宅療養支援窓口

現在、東京都では、入院医療から在宅療養への円滑な移行や安定的な在宅療養生活の継続のため、「在宅療養支援窓口」の設置を区市町村ごとに進めている。在宅療養支援窓口は、在宅療養患者を支える多職種が連携するためのコーディネート機能を備えており、地域の医療機関・介護事業所等に関する情報の収集・提供や、住民が退院して在宅療養を開始するに当たっての相談対応など、主に以下の機能を担っている。

- (1) 地域における在宅療養資源の把握
- (2) ケアマネジャー、在宅医、訪問看護師等の紹介
- (3) ケアマネジャー等からの医療相談への対応
- (4) 在宅療養を必要とする退院予定者に関する情報提供
- (5) 後方支援病床への入院調整
- (6) 医療・介護関係者向けの研修実施

入院医療機関と在宅療養支援窓口が連携して在宅療養推進に取り組んでいくことが望ましい。

※地域によって名称や運営形態、設置場所等が異なるため、具体的な設置場所・連絡先等は区市町村にお問い合わせください。

区市町村における在宅療養の推進体制（イメージ）



目次

1	マニュアル説明	1
2	退院支援・退院調整フロー図	7
	(1) 退院支援・退院調整フロー図の使用方法	8
	(2) 退院支援・退院調整フロー図	11
3	各シート	17
	(1) 地域からの入院時情報連携シート	19
	(2) スクリーニングシート	27
	(3) 初期アセスメントシート（医療・ケア）	33
	(4) 地域における社会資源情報・病院機能別情報シート	39
	(5) 指導シート	53
	① 在宅中心静脈栄養法	56
	② 在宅酸素療法	58
	③ マスク式人工呼吸器	60
	④ 膀胱留置カテーテル	62
	⑤ 在宅自己導尿	63
	⑥ 経腸栄養法	64
	⑦ 人工肛門造設・人工膀胱造設	66
	⑧ 気管カニューレ使用による吸引	68
	(6) 退院前カンファレンスシート	71
	(7) 地域への情報提供シート（看護サマリーシート）	77
4	外来からの「在宅療養」安定のための支援について	83
	参考資料	91
	参考資料1：地域で使用されているシート等の紹介	92
	参考資料2：退院支援検討部会 委員名簿	101

マニュアル説明

1

1. 目的

本マニュアルは、病気や障害のある方々が自らの人生をどのように歩むかを選択し、最期まで適切な医療やケアを受けながら住み慣れた地域で生活を送ることができるようになるために、患者・家族にどのように支援したらよいかについて、医療・ケアを提供する専門職すべてが考え、実行に移せるようになることを目的としている。

地域で暮らしていた人々が、病気になったり、状態が悪化したりして病院に入院した後、また自分の生活の場に戻って生活を送り続けられるようにするために、病院や地域で行う支援を示している。また、人々の年齢や疾患によって具体的な支援内容は多少異なるため、成人（主に高齢者）を念頭に置いて作成している。

2. 背景

慢性疾患の増加、高齢者人口の増加は、病気や障害がありながら暮らす高齢者が今後ますます増加していくことを示している。これまでも、医療資源の適切な利用を促進するために、在院日数の短縮・在宅ケアの推進に向けた取組が行われてきた。今後その方向への取組は更に加速する状況にある。

実際、病院は疾患の検査・治療を行うための場であり、生活の場ではない。そのため、入院が必要な検査・治療を終えたら、退院し、生活の場に戻るのとは自然なことである。患者は、病気や障害のある人以前に、生活者であり、家族や職場など、地域の中での役割を持っている。自宅には普段の暮らし、馴染んだ部屋、いつものご近所、見慣れた風景がある。多くの場合、病気や障害があっても、適切なサービスを使ったり、環境を調整したりすることにより、住み慣れた場所で暮らしていくことができる。

しかしながら、患者・家族にとって、病気が完全に治らないこと、障害がありながら暮らすことを受けとめるのは、時には難しい。病気と共に生きていかなければならないことに直面した場合や、療養生活での困難や介護負担が蓄積している場合には、退院に対する不安が大きくなり、病院への不満を抱くこともあるだろう。家族構成や社会・経済情勢の変化等により、患者を支える家族の力が減少していることも指摘されている。

こうした状況下で、患者が、病気や障害がありながら、生活の場に帰って安心して暮らしていけるようにするためには、病院と地域の医療者・ケア提供者が協力して、患者の退院後の暮らしに向けたサポートを行っていくことが必要である。

厚生労働省は2025年を目途に、要介護状態になっても住み慣れた地域で暮らし続けられるよう、地域包括ケアシステムを構築することを目指している（参照：P5「地域包括ケアシステムの姿」）。ここには身近な医療機関での日常の医療の確保、介護や生活支援の充実、およびそれらが住民の生活の場において互いに連携することが描かれている。なお、この地域包括ケアシステムは、地域特性に応じて各々の地域が自主的に作り上げていくこととされている。本マニュアルは、東京都における地域包括ケアシステムの一環としての、医療機関と地域の連携の一つのあり方を示すものである。

人々が実際に過ごす時間が長いのは医療機関ではなく、この図の中央に位置する「生活の場」

であり、多くは自宅である。病院で働く医療者は、入院患者が生活者として生きてきた「これまで」を踏まえ、「これから」を見据えた支援を行っていく必要がある。このマニュアルでは、患者が病院から生活の場に戻っていくための支援方法を記載した。それがすなわち退院支援である。

3. 退院支援の概要

病院の医療者・ケア提供者は、患者のこれまでの暮らしを知り、患者の病状とそれが患者の生活に与える影響をアセスメントした上で、今後の治療方針、今回の入院の目標及び退院後の暮らしについて患者・家族と話し合う必要がある（意思決定支援・方向性の共有）。さらに、地域でこれまで患者・家族を支えてきた医療者やケア提供者と情報を共有し、円滑な療養場所の移行に向けたチームを作ることも重要である。地域のケア提供者との接点が無かった患者や、医療・ケアニーズが増加した患者の場合には、入院中に新たな関係性を作ることになる。そして、患者・家族も含めたチームで医療・ケア内容の調整を行いながら、退院に向けて準備を整えていく（療養環境の準備・調整）。

退院支援を専門に行う部署を設置する病院、退院支援業務を行う看護師やソーシャルワーカーを配置する病院が増えているが、そのような病院においても、退院支援はあらゆるスタッフの共同作業である。特に、患者に長い時間接触し、病状と生活の両面からサポートする力を持つ病棟看護師や、治療方針を提案し、検査や治療を行う医師の役割は大きい。また、患者の生活は入院前から継続し、退院後も続いていくことから、外来の医師・看護師の役割も重要であり、外来での治療体制の充実によりその重要性は増大している。加えて、歯科医師、薬剤師、リハビリテーションスタッフ、栄養士のほか、院内横断的に活動する栄養サポートや緩和ケア、リエゾンなどの専門スタッフ・チームが、それぞれ専門的な役割を果たすことも重要である。

4. マニュアルの構成と使い方

マニュアルの最初には、入院から退院後2週間までの移行期を俯瞰し、各時点でのアセスメントポイントや実施内容などを書き込んだフロー図が示されている。フロー図の中には、各時点で活用できる情報収集・アセスメント等のシートや、指導方法・資源等を記したシートなどが記載されており、フロー図の後にこれらのシートと使用方法が掲載されている。

手術や高度医療などを専門に行う病院、地域に密着して急性期医療やリハビリを提供する病院など、病院の機能は細分化されている。病院の機能によっては、スタートラインの状況やゴール設定が異なる場合もあるが、患者の療養生活の「これまで」と「これから」を俯瞰して、自分たちの果たす役割は何で、次に何をバトンタッチしていけばよいのかを考えるのに、このマニュアルが活用できるだろう。

また、退院支援専門部署の設置の有無や支援スタッフの職種など、病院によって退院支援の体制も異なる。このマニュアルでは、敢えて「誰の役割か」は触れていない。マニュアルを見ながら、自分たちの病院では、退院支援の各支援内容を誰が行っていて、漏れている点は何で、それをどのようにカバーすればよいかを話し合うこともできる。加えて、地域のケア提供者と

の連携の在り方を見直し、改善するためにも活用できるだろう。

各々のシートに関しても、退院支援の体制のほか、電子カルテ導入の有無や既存のマニュアルの整備状況を踏まえて、各病院に応じた形で加工して利用することもできる。一方で、他機関との情報共有を円滑に行うために、ここに示された形式や内容を共通の土台とすることも可能である。

患者一人ひとりに対し、退院後の生活を見据えた適切な退院支援を提供するために、是非このマニュアルを様々な形で活用していただきたい。

地域包括ケアシステムの姿

病気になるになったら…
医療



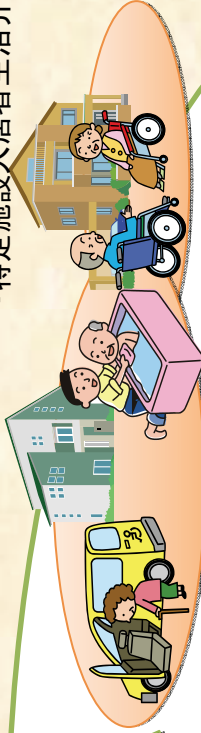
日常の医療:
・かかりつけ医、
有床診療所
・地域の連携病院
・歯科医療、薬局

・地域包括支援センター
・ケアマネジャー

相談業務やサービスの
コーディネートを行います。

介護が必要になったら…
介護

■施設・居住系サービス
・介護老人福祉施設
・介護老人保健施設
・認知症共同生活介護
・特定施設入居者生活介護
等



■在宅サービス:
・訪問介護・訪問看護・通所介護
・小規模多機能型居宅介護
・短期入所生活介護
・福祉用具
・24時間対応の訪問サービス
・複合型サービス
(小規模多機能型居宅介護+訪問看護)等
■介護予防サービス

通院・入院

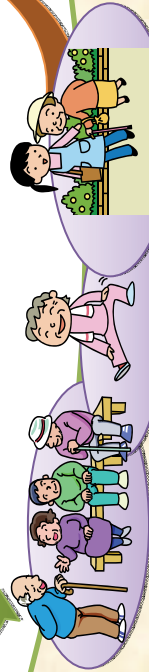
通所・入所

住まい



・自宅
・サービス付き高齢者向け住宅等

いつまでも元気に暮らすために…
生活支援・介護予防



老人クラブ・自治会・ボランティア・NPO 等

※ 地域包括ケアシステムは、
おおむね30分以内に必要な
サービスが提供される日常生
活圏域(具体的には中学校区)
を単位として想定

退院支援・退院調整フロー図

2

(1) 退院支援・退院調整フロー図の使用法

1. 目的

- (1) 入院から退院後2週間までの移行期に、一連のプロセスにおいて各時点でのアセスメントポイントや実施内容などが理解できる。
- (2) 適切な時期に患者・家族の自己決定を尊重した退院支援を提供することができる。
- (3) 入院医療機関の退院支援・退院調整業務に携わる職員が対象である。さらに、在宅側の職種（かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネジャー、区市町村の在宅療養支援窓口など）へも周知し、地域のケア提供者と協働で支援する。

2. 作成意図と構成

入院医療機関の退院支援・退院調整に関わる職員が、時系列で患者・家族へ具体的にどのような退院支援を提供するのか理解し、実践できるように作成した。

【フロー図の構成】

横軸：時間軸で提示している。医療機関の機能による役割の違いはあるが、全体のプロセスの中で自施設の役割を理解する。

- ・入院決定時（外来）・入院早期（スクリーニングより前）
- ・入院時から●日以内：入院時から（治療）方針の決定まで（病院の特徴に合わせて、「●日」を設定する。）
- ・治療開始から安定期
- ・退院に向けての調整期間
- ・退院時
- ・退院直後からの移行期（退院後2週間まで）

縦軸：患者・家族への退院支援内容

- ・意思決定支援・方向性の共有
- ・療養環境の準備・調整（医療上の課題／生活・ケア上の課題）

退院支援の最終評価

3. 活用のポイント

- (1) 横軸に時期、縦軸に患者・家族へ提供する退院支援内容を示した。
- (2) 退院支援の一連のプロセスが概観できるように必要な要素のみをフロー図に示し、詳細な説明はリンクする各シートに提示した。
- (3) 今後の方向性について、患者・家族が自己決定できるように段階を追った意思決定支援内容を示した。
- (4) 療養環境の準備・調整について、医療管理的な視点を持ちながら、患者の生活・暮らし方を意識して関わるように工夫した。
- (5) 地域からの情報収集に始まり、地域への情報提供へつなぐことから、地域包括ケアの視点を盛り込んだ。
- (6) ここで提示した退院支援の最終評価指標は、提供した退院支援のフィードバックを受けることにより、患者・家族への退院支援の更なる質の向上をねらいとしている。

4. 本人・家族・病院・在宅チームで取り組む退院支援・退院調整フロー図

P13のフロー図は、在宅支援チームによる支援を受けていた患者が入院した際に、ケアマネジャーが行う支援内容に焦点をあてたフロー図である。ケアマネジャーの視点から退院支援・退院調整のフローを示すことにより、本人・家族を中心として、病院と在宅チームが一緒になって、患者が暮らしの場に帰るための支援を考えることをねらいとしている。

(2) 退院支援・退院調整 フロア図

時期	地域での暮らし・生活状況の情報収集・アセスメント	スクリーニング	入院時から●日以内 (病院の特徴に合わせて、「●日」を設定する。)	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後からの移行期 (退院後2週間まで)
	入院決定時・入院早期				情報共有		
意思 方向 決定 の 支 援 有	<input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族が病状をどのように受けとめているかを聞く <input type="checkbox"/> 患者・家族が今後に向けてどのような思いを描き今後どのように過ごしていきたいのかを聞く * 地域からの入院時情報連携シート参照 (P23)	* スクリーニングシート参照	<input type="checkbox"/> 医療従事者間で治療方針・今後の方向性の一致を図る <input type="checkbox"/> 患者・家族へ病状説明、今後の治療方針、入院予定期間の説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の病状の受け止めや思いを院内多職種チームで共有し、今後の方向性を話し合う <input type="checkbox"/> 病状や治療に伴い、今後起こり得る生活上の変化・医療提供を受けながら生活することを患者・家族へ説明・情報提供する <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いを聞く <input type="checkbox"/> 療養方法について選択肢を提示した上で、今後の療養について聞く <input type="checkbox"/> 患者の思い <input type="checkbox"/> 家族の思い <input type="checkbox"/> 患者・家族・医療従事者間で病状理解や生活上のイメージを共有し、患者・家族が、選択・心構えができるよう支援する	<input type="checkbox"/> 病状の変化に応じてリアルタイムでインフォームドコンセント <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いに変化がないかどうかの確認 変化が生じた場合は話し合いの場を持つ <input type="checkbox"/> 患者・家族・医療従事者間で合意形成 <input type="checkbox"/> 患者・家族・医療従事者で今後の生活上のゴールを共有した上で療養先を選択 <input type="checkbox"/> 在宅→必要なサービスの確認 <input type="checkbox"/> 転院→患者の状況に応じた病院の選択 <input type="checkbox"/> 施設→患者の医療処置・介護必要度・経済状況などを考慮し施設入所基準の調査を行い患者に合った施設の選択 * 地域における社会資源情報・病院機能別情報シート参照 (P39)	<input type="checkbox"/> 退院に向けての患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意思決定内容の再確認 <input type="checkbox"/> 退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について病院と地域医療従事者で共通認識を持つ <input type="checkbox"/> 次回外来受診日時の提示	* 地域への情報提供シート(看護サマリーシート)参照 (P77)	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 患者・家族の説明に対する理解度 <input type="checkbox"/> 移行期に患者・家族が抱く不安への対応・フォローアップ
	<input type="checkbox"/> 入院前の医療管理 <input type="checkbox"/> かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、訪問看護の利用の有無及び介入内容の確認 <input type="checkbox"/> 病院通院の有無 <input type="checkbox"/> 医療処置内容の有無・内容確認 <input type="checkbox"/> 服用薬内容の有無・内容確認 * 地域からの入院時情報連携シート参照 (P23)		<input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時に目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 <div style="text-align: center;">↓</div> <input type="checkbox"/> 地域のかかりつけ医・かかりつけ歯科医・かかりつけ薬剤師・訪問看護師や、入院前から担当しているケアマネジャー・担当地域包括と情報共有、退院後の支援内容について相談する <input type="checkbox"/> 新たに在宅医療の導入が必要か検討する <input type="checkbox"/> 患者のニーズに合った在宅医療実施機関の情報収集 <input type="checkbox"/> 退院後のサポートについて相談する	<input type="checkbox"/> 患者・家族へ今後の療養生活をイメージできるよう提示 <input type="checkbox"/> 継続する医療管理(口腔管理・薬剤管理等含む)・医療処置内容について、患者・家族・医療従事者間で共有 <input type="checkbox"/> 在宅で継続可能な方法の検討 <input type="checkbox"/> 患者・家族の療養生活に合わせて統一した内容で医療処置を指導 * 指導シート参照 (P53)	<input type="checkbox"/> 関連機関と連携して退院前カンファレンスを開催 <input type="checkbox"/> 医療管理(口腔管理・薬剤管理等含む)・医療処置内容についての最終確認 <input type="checkbox"/> 退院処方準備 <input type="checkbox"/> 退院日の患者の全身状態について最終確認 <input type="checkbox"/> 関係者への退院日時の連絡 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で情報共有 <input type="checkbox"/> 地域への情報提供 <input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族へのインフォームドコンセント内容 <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解度・受けとめ方 <input type="checkbox"/> 抱えている課題		<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子を情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか
	<input type="checkbox"/> 入院前ADL・IADL <input type="checkbox"/> 患者の病状に伴う生活状況及び経済状況 <input type="checkbox"/> 家屋状況 <input type="checkbox"/> 家族構成・キーパーソン <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・担当地域包括からの情報収集 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 利用されている社会保障制度 * 地域からの入院時情報連携シート参照 (P23)		<input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時に目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 <div style="text-align: center;">↓</div> <input type="checkbox"/> リハビリチームと協働して日常生活動作についての目標設定を患者・家族と共有 <input type="checkbox"/> 在宅環境の評価・調整→地域との協働 <input type="checkbox"/> 入院前より介護保険導入の場合はケアマネジャーと調整し在宅サービスの検討 <input type="checkbox"/> 介護保険の対象者に、申請方法、サービスについて説明 <input type="checkbox"/> 介護保険外の対象者に、利用可能な地域資源、サービスについて説明 <input type="checkbox"/> 経済問題への援助 <input type="checkbox"/> 回復期リハビリ病棟への転院が望ましい場合は、情報共有をし、手続き等調整を行う	<input type="checkbox"/> リハビリチームと協働して日常生活動作についての目標設定の再評価を行い患者・家族と共有 <input type="checkbox"/> 退院後の居住環境・生活状況に応じた生活・介護指導 <input type="checkbox"/> 食事・排泄・清潔・活動・服薬について <input type="checkbox"/> 患者・家族のセルフケア能力を考慮した指導 <input type="checkbox"/> 自立支援に向けた在宅療養環境を整える <input type="checkbox"/> 福祉用具導入の検討 <input type="checkbox"/> 住宅改修の必要性の検討 <input type="checkbox"/> 生活支援や介護サポートの必要性を検討	<input type="checkbox"/> 関係機関と連携して退院前カンファレンスを開催 <input type="checkbox"/> 退院後の生活状況における注意事項について在宅ケアチームと共有 <input type="checkbox"/> 在宅環境整備状況の確認 <input type="checkbox"/> 介護体制の準備 <input type="checkbox"/> 関係者への退院日時の連絡 <input type="checkbox"/> 地域への情報提供 <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解度・受けとめ方 <input type="checkbox"/> 抱えている課題 <input type="checkbox"/> リハビリチームから地域へ情報提供(リハビリの継続が必要な場合)		<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子を情報共有 <input type="checkbox"/> 居住環境における患者の状況から退院支援・調整内容の不備の有無 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームから退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 生活指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 在宅環境整備状況 <input type="checkbox"/> 介護体制状況 <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無

退院支援の最終評価

・患者・家族の自己決定を尊重した退院支援プロセスとなっていたか

在宅

・患者・家族が希望する生活が送られているか
 ・患者・家族が不安なく過ごしているか
 ・患者の病状に大きな変化はないか
 ・医療処置の対応がスムーズにできているか
 ・介護する者の負担は増大していないか

・在宅ケアチームの連携は図られているか
 ・病院への相談はスムーズに行えているか
 ・施設入所あるいは再入院になっていないか
 ・情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

施設

・患者・家族が希望する生活が送られているか
 ・患者の病状に大きな変化はないか
 ・医療処置の対応がスムーズにできているか
 ・情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

転院

・患者の希望していたリハビリ、療養生活が送られているか
 ・患者の病状に大きな変化はないか
 ・ケア内容に大きな変化はないか
 ・情報・アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

本人・家族・病院・在宅チームで取り組む退院支援・退院調整フロー図
暮らしの場に帰るためのケアマネジャーの視点！

時期	入院時	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時	退院直後から移行期
方向性の共有	<p>入院先の連絡窓口を確認しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院調整部門か病棟か <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"> ・文書(情報提供シート) ・電話 ・病院訪問 ・本人の思い・希望 ・認知機能 ・生活史・大事にしていること 	<p>本人状況の確認をしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人 ・連絡窓口担当者 ・家族 ・電話 ・病院訪問/病状説明同席 ・退院支援計画内容 ・治療方針・今後の方向性 ・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 <p>新たな医療的管理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"> ・訪問看護でのサポートの必要性 ・外来通院している場合、訪問診療医の必要性 ・歯科医・調剤薬局への調整 ・在宅医療資源への新たな調整が必要な場合、「在宅療養支援窓口」からコンサルテーション可能(参照:巻頭「在宅療養支援窓口」) 	<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"> ・退院時共同カンファレンス ・本人・家族の思い・希望の確認 ・医療的管理方法の検討・助言 ・受診方法の確認 ・在宅療養後方支援病院の確認と連絡先 ・独居状況や介護状況を考慮 ・入院前と変化したADLに応じサービス変更の必要性を検討(医療・介護サービスや住宅改修・福祉用具の導入等) ・退院直後の訪問看護サービスの必要性の検討(特別訪問看護指示書の必要性等) 	<p>退院時の準備、自宅への移送手段等を本人、家族、入院先病院、チーム等と確認・調整しましょう</p>	<p>居宅サービス計画に基づき在宅生活支援を行いましょう</p> <p>在宅チーム内において、本人状況、家族状況を確認し、情報共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・本人・家族の在宅ケア満足状況 ・在宅かかりつけ医との連携・情報共有
療養環境の準備・調整	<p>入院したことを在宅ケアチームへ連絡し、情報共有しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・かかりつけ医との連絡調整 	<p>ADL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"> ・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 ・退院後のリハビリ継続の必要性 ・ケア体制の検討(排泄ケア等) 	<p>医療処置や介護方法について本人・家族の理解状況や手技の習得状況を確認しましょう</p>	<p>退院後の状況を連絡窓口担当者(連携室等)を通じて病棟や病院主治医・外来へ報告しましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・退院前に話し合われた内容に軌道修正等が必要か否か相互に確認・検討 <p>入院前の本人状況との変化に伴う生活・ケア上のマネジメントをモニタリングしましょう</p> <ul style="list-style-type: none"> ・排泄ケア等のケア体制の状況 ・住環境整備の状況(住宅改修・福祉用具等の適合性) ・本人のADL・IADLの状況 ・リハビリの継続状況 ・家族の介護負担状況 ・各種福祉制度の活用状況 	
生活・ケア上の課題	<p>成年後見制度利用者については後見人等、地域福祉権利擁護事業(日常生活自立支援事業)利用者については担当者に連絡し、入院中の支援(金銭管理含む)を調整</p> <p>※入院中・退院後の調整期間も同様</p>	<p>※認知症の在宅独居者等で地域の見守り支援が必要な場合や高齢者虐待防止・対応が必要なケースは、地域包括支援センターや区市町村窓口へ支援を依頼しましょう</p>			

・誰とどのような方法でどのような内容について調整するか留意点を示した。

- ・全プロセスを通して本人・家族から情報提供への同意を得る。もしくはサービス利用契約時に包括的同意を得ておく。
- ・入院先病院は常に在宅チームと共同して取り組む。

各シート

3

(1)
地域からの
入院時情報連携シート

地域からの入院時情報連携シート使用方法

1. 目的

在宅生活者の入院に際し、既に在宅ケアに携わっている地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等が、本人の心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況等を医療機関に伝えることにより、在宅ケアチームと医療機関との連携を確認し、入院中のケア及び退院支援・在宅療養移行支援が円滑に推進され、本人の地域における生活の継続と QOL の向上が図られることを目的とする。

2. 作成意図

本人の生活基盤は入院前の自宅での生活にある。そのため、入院中の治療方針等の策定や退院支援・在宅療養移行支援の観点からも、在宅時の生活状況を医療機関スタッフが把握しておくことの意義は大きい。生活状況の把握に当たっては、本人や家族等からの聞き取りが基本となる。さらに、在宅時の担当ケアマネジャーや地域包括支援センター等からの情報提供も参考となる。

在宅ケアチームからの入院時情報連携シートについては、公的に全国共通で定められた様式はなく、事業所ごとに様式を定めている状況にある。また介護保険において居宅介護支援事業所が算定できる「入院時情報連携加算」においては、「情報提供の方法は、文書、口頭等を問わない」とされている。本マニュアルでは、地域からの入院時情報提供として必要となるポイントの確認のためにシートを作成した。居宅介護支援事業所が介護保険における「入院時情報連携加算」を算定する場合については算定基準を確認することとする。

3. 活用場面

- (1) ケアマネジャー、地域包括支援センター職員等が担当する利用者の入院に際し、入院先の医療機関の主治医、ナースステーション、相談室、地域医療連携室等に入院時情報連携シートを提供し、今後の連携を確認する。医療機関は退院支援・在宅療養移行支援に当たっての今後の連携先と必要な情報を確認する。
- (2) 医療機関によって連携先の相談窓口が異なる場合があるため、医療機関側は地域の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談窓口の連絡先の情報提供を行っておく必要がある。また区市町村単位において、関係機関が連携して地域内の医療機関の相談窓口・連携先一覧を作成し、関係者間で共有しておくことも有用である。

4. 活用のポイント

- (1) 居宅介護支援事業の入院時情報連携において「必要な情報」とされている、利用者の心身の情報（疾患・病歴、服薬状況、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）、サービスの利用状況等を網羅して記述できる様式とした。参考様式であり、既存の情報提供の方法、居宅サービス計画やアセスメントシートの活用、各事業所や地域によって既に様式・シートが定められている場合等について、その使用を妨げるものではない。
- (2) 医療機関スタッフは、現在の入院に至る前の在宅時の本人や家族の生活状況の把握及び退院支援・在宅療養移行支援に向けた参考資料として情報を活用する。また、入院時情報連携シートの欄外に「※退院に向けてのお願い」として記載したように、退院時の担当者への連絡や情報提供について留意する。
- (3) 入院時情報連携において確認すべきポイントをA4版2枚程度にまとめたため、シートの記入枠が狭小になっている。区市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等で使用しやすいように記入枠の拡張、項目の加除等の修正を適宜行っていただきたい。
- (4) 医療機関に情報提供を行う場合は、事前に利用者本人・家族の同意を得ておくことを基本とする。居宅介護支援等の契約時において、今後の支援を見据えて、入院時には医療機関に情報提供を行うことも含めた個人情報使用の包括的同意を得ておくことも可能である。
- (5) 本人の生命、身体又は財産の保護のための緊急対応が必要なケースや虐待対応等のケースにおいては、本人同意を得ることが困難な場合もあり、その場合は個人情報保護法の例外規定を踏まえて相談対応を行う。また地域からの独居高齢者等の緊急対応においては、地域の相談受付窓口が必要な情報を十分に把握できない状況で医療機関と連絡調整を行う場合もあることに留意する。
- (6) 区市町村単位の地域ケア会議や各種連携会議、研修会等を活用して、福祉保健担当部署、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の相談窓口と、地域の医療関係機関、病院・診療所の相談窓口・病棟スタッフ等との顔を合わせたネットワーク形成が、入院時の連携、退院支援・在宅療養移行支援時の連携の基盤となることに留意し、地域関係者が互いに協働して地域包括ケア推進に向けた基盤形成を計画的に行っていく。

入院時情報連携シート

作成日 平成 年 月 日

医療機関名

◆シート作成元

事業所名
所在地 〒
TEL FAX
担当者

様

※以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています

フリガナ		男・女	生年月日	
本人氏名	様		M・T・S	年 月 日生 ()才
住所				TEL/FAX
				携帯TEL
住居環境	1. 持家・賃貸 2. 戸建・集合住宅 3. 自室(有・無) 4. その他・特記()			
経済状況	国民年金・厚生年金・障害年金・生活保護 その他・特記()			
障害等認定	身障(),療育(),精神(),難病()その他・特記()			
家族構成		これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など(※生活歴)		
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 ☆:キーパーソン 主:主介護者 副: 副介護者				
緊急連絡先(氏名)	性別	続柄	世帯	連絡先(TEL)他
			同・別	
			同・別	
			同・別	
			同・別	

◆受診状況

(主治医意見書作成者に☑)

現病歴	発症年月日	受診医療機関名(診療科目・主治医名)	連絡先(TEL)
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/>	
かかりつけ歯科医の有無 (有・無)		<input type="checkbox"/>	
病歴・服薬状況・家族状況等の特記事項 (※アレルギー、禁忌薬等が判明していればここに記入)			
【生活や療養についての本人の意向】		【生活や療養についての家族の意向】	

◆介護保険情報

認定情報	未申請・申請中・認定済み	被保険者番号	保険者
	介護予防ケアマネジメント・要支援()・要介護() (平成 年 月 日～平成 年 月 日)		認定日 平成 年 月 日
			負担割合(1割・2割)
介護保険サービス利用状況(種別・頻度等)		介護保険外サービス利用状況(内容・頻度等)	

※退院に向けてのお願い

- 1)退院の検討を始めた段階で、上記担当者へご連絡を頂ければ幸いです 3)その他
2)必要に応じて退院時の情報提供をお願い致します ()

健康状況	主疾病	1 2 3									
	麻痺・拘縮	なし	麻痺あり	拘縮あり	部位 ()						
	痛み	なし	あり	治療中	部位 ()						
	褥瘡	なし	あり	治療中	部位 ()						
	皮膚疾患	なし	あり	治療中	部位 ()						
	ADL	寝返り	できる	一部介助	全介助						
起き上がり		できる	一部介助	全介助							
座位		できる	一部介助	全介助							
移乗		できる	一部介助	全介助							
入浴		できる	一部介助	全介助							
室内歩行		できる	一部介助	全介助							
室外歩行		できる	一部介助	全介助							
更衣		できる	一部介助	全介助							
身だしなみ		できる	一部介助	全介助							
使用機器		車いす	特殊寝台	歩行器	杖						
IADL	調理	できる	一部介助	全介助							
	掃除・洗濯	できる	一部介助	全介助							
	買い物	できる	一部介助	全介助							
	ゴミ出し	できる	一部介助	全介助							
	火気管理	できる	一部介助	全介助							
	金銭管理	できる	一部介助	全介助							
	薬の管理	できる	一部介助	全介助							
	電話の利用	できる	一部介助	全介助							
	交通機関の利用	できる	一部介助	全介助							
社会との関わり	社会参加	なし	あり ()								
	対人交流	なし	あり ()								
	地域の協力	なし	あり ()								
居住環境	※課題あれば記述				特別な状況	一人暮らし	日中独居	成年後見	生活保護	ターミナル	
						その他					
食事	摂取状況	自立	見守り	一部介助	全介助						
	嚥下	できる	見守り	できない							
	食事形態	主食 ()		副食 ()		経腸栄養 ()					
	栄養状態	良好	普通	悪化							
	水分摂取	自立	見守り	一部介助	全介助						
	口腔ケア	自立	見守り	一部介助	全介助						
	口腔状態	自歯	義歯 (上 下 部分)								
	アレルギー	なし	あり ()								
	排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助					
		排便	自立	見守り	一部介助	全介助	下剤の利用 なし あり ()				
尿失禁		なし	あり ()								
便失禁		なし	あり ()								
日中 夜間		トイレ	ポータブル	尿器	オムツ	留置カテーテル使用					
コミュニケーション	視力	問題なし		はっきり見えない	ほとんど見えない	(眼鏡使用 なし あり)					
	聴力	問題なし		はっきり聞こえない	ほとんど聞こえない	(補聴器使用 なし あり)					
	言語	問題なし		問題あり ()							
認知と行動	意思疎通	できる	時々できる	困難							
	もの忘れ	なし	あり	(認知症確定診断 あり なし)							
	意思決定	できる	特別な場合以外できる	困難							
	行動・心理症状	抑うつ	不安	興奮	被害的	作話 昼夜逆転 同じ話の繰り返し 大声 介護拒否 落ち着きなし 収集 独り言 徘徊					
介護力	介護者	氏名				続柄					
	介護者の健康	健康	高齢	病身 ()							
	介護の提供	常時	日中のみ	夜間のみ	特記 ()						

※上記アセスメントは入院前の在宅時の状況です。退院支援に向けての参考としてください。

(2)

スクリーニングシート

スクリーニングシートの使用法

1. 目的

患者が入院した直後から、患者・家族に対して退院支援・退院調整が必要かどうかをアセスメントし、治療の場から生活の場へ移行するために必要な支援を明らかにする。

2. 作成意図

スクリーニングで抽出された課題が、退院支援・退院調整の流れにつながり、個々の状況に応じて、考えて取り組めるように工夫した。

シートを、縦軸は「医療面」と「介護面」に区分し、横軸は「Ⅰ：入院時から●日以内」（病院の特徴に合わせて、「●日」を設定する。）・「Ⅱ：治療開始から安定期」・「Ⅲ：退院支援・退院調整を開始」と時間経過・治療経過で区分している。スクリーニングを実施する時期を2段階に分け、病状の変化と情報収集の進行に合わせて患者の在宅療養移行への課題を抽出できるようにしている。

Ⅰでチェックが付いた場合、Ⅱで何を考え、どう行動するか、Ⅲで具体的な支援・調整内容へと導いている。Ⅱ・Ⅲのプロセスは、退院支援・退院調整フロー図とも重なる。

3. 活用場面とポイント

退院支援・退院調整フロー図と合わせながら、患者・家族及び地域からの情報を基にスクリーニングをする。スクリーニングをするだけに留まらないよう、退院支援・退院調整の具体的な行動がとれるように活用してほしい。

- (1) 一般的なスクリーニングは入院から48時間以内とされているが、患者の状況によっては48時間でも治療方針が定まらない場合もある。そのため、1段階目は入院から治療方針が決まる時期としている。退院支援計画書の作成着手は入院から7日以内と定められている。この点も踏まえて活用してほしい。(参照：P31 退院支援計画書、出典：厚生労働省)
- (2) 2段階目は治療開始から安定期の時期に活用してほしい。
- (3) 2段階目でチェックの入った患者に対して、具体的な退院支援・退院調整を進めていくことが必要である。その時に院内での役割分担を明らかにしておくことが必要である。これらの項目を参考にした上で個別的なアセスメントを行い、退院支援計画を立てられるとよい。
- (4) 入院前から患者・家族の抱える課題については、このシートには付加していない。
健康保険の未加入、身寄りが無い、住所不定又は虐待の可能性のある等は、別途スクリーニングや支援が必要である。

スクリーニングシート

区分	I 入院時から●日以内 * 退院支援計画書の作成着手は7日以内	II 治療開始から安定期 * □が入ったら退院支援・退院調整介入	III 退院支援・退院調整を開始
医療面	<input type="checkbox"/> がん末期、難病疾患、誤嚥性肺炎等呼吸器感染症、認知症、脳血管疾患、心不全、精神科疾患のいずれかに当てはまる	<input type="checkbox"/> 病状と今後予測される状態についての理解がない <input type="checkbox"/> 支援体制が組まれていない	<p>1.患者・家族へのリアルタイムでのインフォームドコンセント(病状説明、今後の治療方針、入院予定期間の説明):済(月 日)</p> <p>①患者・家族の思いの変化の有無を確認 ②療養先の選択を確認(自宅・転院・施設) ③医療体制導入を説明</p> <p>2.居住環境・生活状況に応じた生活・介護指導(食事・排泄・清潔・活動・服薬・睡眠・買い物・調理・洗濯・金銭管理等の自立度を見直す。)</p> <p>①介護保険を利用している場合 ●介護認定:要支援()・要介護() ●ケアマネジャー: ●利用しているサービス: ②介護保険申請を検討 ③院内リハビリチームとの協働 ④居住環境整備状況の確認</p> <p>3.医療処置は自立しているかを確認: 自立 不可・可(月 日時点)</p> <p>①在宅で可能な方法の検討 ②患者・家族の療養生活に合わせて統一した内容での医療処置の指導 ③訪問診療・訪問看護の導入を検討</p> <p>4.薬剤師による服薬指導:済(月 日)</p> <p>①内服管理方法の決定 ②在宅での服薬支援体制について検討</p> <p>5.摂食嚥下の在宅での支援について検討 ①リハビリチームによる嚥下評価(NST介入を検討) ②訪問歯科診療の導入を検討 ③経口摂取が困難な場合、今後の療養方針について意思決定支援を実施</p> <p>6.施設の受け入れが困難な理由を確認: 済(月 日)</p> <p>①施設側の受け入れ基準を確認 ②医療管理上の課題を検討</p> <p>7.介護保険の説明:済(月 日)</p> <p>①申請:済(月 日) ②介護支援体制の準備⇒地域との協働</p> <p>8.療養先の選択を確認(自宅・転院・施設)</p> <p>①介護支援体制を検討 ②入院前と現在のADLを比較し、必要な支援を検討 ③住宅環境の評価・調整⇒地域との協働 ④生活支援や介護サポートの必要性を検討 ⑤かかりつけ医の導入を検討</p> <p>9.排泄の自立に向けた目標の設定: 済(月 日時点)</p> <p>①介護者への説明 ②自宅のトイレ環境の確認 ③介護者へ患者・家族のセルフケア能力を考慮した指導 ④生活支援や介護サポートの利用を検討 ⑤訪問看護の利用を検討</p>
	<input type="checkbox"/> 再入院である ⇒心不全、糖尿病等で在宅療養が不安定	<input type="checkbox"/> 支援体制が組まれていない <input type="checkbox"/> 入退院が頻回または1か月以内の再入院	
	<input type="checkbox"/> 緊急入院	<input type="checkbox"/> 疾患の病状管理が必要	
	<input type="checkbox"/> 病態によりADL/IADLが低下することが予測される ⇒脳血管疾患、骨折、認知症など	<input type="checkbox"/> 退院後の生活様式の再編が必要である	
	<input type="checkbox"/> 医療処置がある。または導入される	<input type="checkbox"/> 医療処置の再指導が必要 <input type="checkbox"/> 新たな医療処置の導入がある ⇒自己注射・褥瘡処置・経腸栄養・中心静脈栄養療法・気管切開・人工呼吸器・吸引・在宅酸素療法・人工肛門・尿路系管理・ドレーン管理・疼痛管理・その他	
	<input type="checkbox"/> 薬剤の自己管理または家族管理が困難である	<input type="checkbox"/> 服薬管理が確実にできない <input type="checkbox"/> 疼痛コントロールが必要	
	<input type="checkbox"/> 摂食嚥下機能の低下があり、栄養状態が不安定	<input type="checkbox"/> 嚥下評価が必要である <input type="checkbox"/> 経口摂取が困難である <input type="checkbox"/> 退院後、摂食嚥下に関する支援の検討が必要	
介護面	<input type="checkbox"/> 施設からの入院である	<input type="checkbox"/> 元の施設に戻れるかの確認が必要	
	<input type="checkbox"/> 介護保険の認定なし (介護支援の必要性が検討される場合)	<input type="checkbox"/> 退院後、介護サービスの利用が必要 (退院先が自宅ではなく、介護施設等の場合にも必要)	
	<input type="checkbox"/> 日常生活の自立ができない	<input type="checkbox"/> 入院前の住環境に課題あり <input type="checkbox"/> 独居または独居になる時間帯がある <input type="checkbox"/> サポートできる家族が不在 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態 <input type="checkbox"/> 移動に介助が必要 <input type="checkbox"/> 外来通院に介助が必要	
<input type="checkbox"/> 排泄に介助が必要	<input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> 排便コントロールが必要		

退院支援は不要 退院支援・調整が必要 退院支援計画書を作成: 月 日 ⇒ 病棟での支援で可能 退院調整部門による介入が必要 経過をみてからの判断が必要 : 月 日頃 再評価

カンファレンスの中で主治医・病棟薬剤師・病棟看護師・退院調整看護師・MSW等との検討を行う 退院支援・退院調整フローを基に検討を行う

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) _____

(3)

初期アセスメントシート
(医療・ケア)

初期アセスメントシートの使用法

1. 目的

入院医療から、暮らしの場へ移行する時の課題を下記に分けて整理し、マネジメントすることが重要であり、入院前（発症前）との違い（ギャップ）を明確にして、方向性の共有・療養環境の準備、調整を進める。

- (1) 「病状・病態予測から考えられる医療管理上の検討課題」
⇒ 「医療に関する初期アセスメントシート」
- (2) 「ADL/IADL から考えられる生活・介護上の検討課題」
⇒ 「ケアに関する初期アセスメントシート」

2. 作成意図

- (1) 「医療に関する初期アセスメントシート」は、入院目的、提供する医療が生活の場でも継続可能な方法であるか、患者の望む暮らしや生活の場に戻ることを、中断させない医療を提供するための最初のアセスメント項目である。
- (2) 「ケアに関する初期アセスメントシート」は、疾患による変化、入院環境や治療による変化を予測し、自立・自律を目指して、リハビリ・生活の場の環境整備・サポート体制の調整を行うためのアセスメント項目である。

3. 活用場面とポイント

- (1) 入院時に、患者・家族から収集した情報、医師からの医療情報、地域からの入院前情報を基に2つのシートを活用してアセスメントする。
- (2) アセスメントを踏まえて、院内で調整すること、地域と相談・調整することを明確にし、院内のコーディネーターは誰が中心に担うのか、地域とのコーディネーターは誰が担うかを早期に明確にして、連携・協働をスムーズにする。
- (3) 「医療に関する初期アセスメントシート」には、「意思決定支援・方向性の共有」に関連する項目が含まれる。治療と同時に、生活に軸足を置いて、同時進行で退院支援を進めるためには、患者・家族への適切な時期での説明と療養場面のイメージ作りがポイントになる。

医療従事者間での方向性検討の場面や、医師からの説明場面に看護師や退院支援のコーディネーターが同席する時に活用することを推奨する。

- (4) 「ケアに関する初期アセスメントシート」は、ADL/IADL の評価から、①しているADL、②できるADL、③なりたいADL内容を明確にすることから始まる。

治療優先・安全管理を追求するためにできる能力を奪っていないか再確認を行い、早期離床を目指し、病院ではない「生活の場」の環境での自立を目標にリハビリチームと協働することがポイントである。生活は、入院する前から継続していることを踏まえ、在宅ケアチームとの早期からの連携を行う。

医療に関する初期アセスメントシート

1. 病状確認・治療方針・今後の予測

- (1) 入院治療による回復の可能性、退院時の状態像の一致を図る
 - ① 治療により、どの程度まで回復できるのか
 - ② 症状緩和・緩和ケアは提供できているか
 - ③ 治療はいつまで続けられるのか
 - ④ 退院後も継続するものであれば、どのように調整する必要があるのか
- (2) 病状の経過における患者のステージの一致を図る
 - ① 進行・重症化を予防する指導・支援ができているか
 - ② 今後起こり得る変化について予測し、その際どのような医療が必要となるかを準備調整する必要がある
 - ③ 治療の効果は得られず、症状緩和あるいは緩和ケアへの移行の必要がある
- (3) 新たに必要となる医療処置・医療管理内容の一致を図る
 - ① 在宅中心静脈栄養法
 - ② 在宅酸素療法
 - ③ マスク式人工呼吸器
 - ④ 膀胱留置カテーテル
 - ⑤ 在宅自己導尿
 - ⑥ 経腸栄養法（胃ろう・経鼻カテーテル）
 - ⑦ 人工肛門造設（コロストミー）・人工膀胱造設（ウロストミー）
 - ⑧ 気管カニューレ使用による吸引
 - ⑨ 血糖測定・インスリン自己注射
 - ⑩ 疼痛・創傷処置管理

2. 患者・家族への説明内容・理解・受けとめ状況

- (1) 病状について正しく理解されているのか
 - ① 理解されていない場合、どのような調整を必要とするのか
- (2) どのように受けとめているのか
 - ① 患者の病状のステージの受けとめ方にズレはないのか
- (3) 今後、どのようなことを希望しているのか
 - ① 患者の病状と希望の内容にズレはないのか
 - ② ズレがある場合、どのように調整することが必要なのか

3. 患者の自己管理能力・サポート体制の明確化

- (1) 自己管理はどの程度可能なのか
 - ① 病状の理解度が上がれば自己管理可能なのか
 - ② 患者の制約条件で自己管理を阻んでいるものはないか
- (2) サポートできる体制はどの程度あるのか
 - ① 家族の理解度が上がればサポート体制に変化が生じるのか
 - ② 家族の制約条件でサポートを阻んでいるものはないか
 - ③ 在宅医療によるサポートが必要か

ケアに関する初期アセスメントシート

1. 病状の変化に伴い ADL/IADL にどのような影響が考えられるかを明確にする

(1) ADL/IADL の評価から、①している ADL、②できる ADL、③なりたい ADL 内容を明確にする

- ① 食事
- ② 清潔行為（入浴・洗髪・洗面・歯磨き・義歯の清掃）
- ③ 更衣・整容
- ④ 排泄
- ⑤ 運動・移動
- ⑥ 睡眠

(2) ADL/IADL 評価を基に今後治療やリハビリにより、医療チームが目指すゴールを一致させる

- ① 患者自身が望む生活を目指すことができる病状なのか
- ② 患者・家族の思いと病状から考えられるゴールのズレは生じていないか
- ③ ズレが生じている場合、どのような調整が必要か

2. 家屋評価を行う

以下の視点でアセスメントし、課題を抽出する

○トイレ：段差の有無、広さ、手すりの有無、洋式又はウォシュレットの有無

○浴室：段差の有無、広さ、手すりの有無、浴槽の深さ、出入りの方法

○家屋内移動：玄関段差の有無、患者用居室の有無並びに位置、居室からトイレ・浴室・食堂への移動環境

○屋外アクセス：玄関から公道までのアクセス

(1) 家屋状況から患者の退院時の状況をイメージし不都合が生じる点を明確にする

(2) 不都合の点を解消するために必要な方法を選択する

- ① 物を揃えることで自立可能なのか
- ② 介助の方法の工夫で自立可能なのか
- ③ 家屋の改修を必要とするのか

(4)

地域における社会資源情報・
病院機能別情報シート

地域における社会資源情報・病院機能別 情報シートのご使用方法

1. 目的

患者が医療・介護・福祉サービスを利用して、どのように生活を組み立てていくかイメージしながら支援を進めるために、病院・介護施設・在宅療養サービスなどの種類と機能を理解する。

2. 作成意図と構成

入院した場合、急性期医療機関から退院後の、リハビリテーションや療養を中心とした転院、介護施設などへの入所の流れを俯瞰できるように作成した。また、外来通院中や退院後の在宅療養を支える、医療と介護などの制度に基づくサービスのイメージ図も示した。これにより、医療関係職種と介護関係職種との連携の重要性が理解できる。

シートには、病院と施設の機能（①-A、B）、病状や進行に伴い活用できる経済的保障制度の内容（②-A、B）、在宅で利用できるサービスの内容や利用手順（③-A、B）の3種類があり、退院支援の過程でニーズに合わせて利用できるように作成した。

3. 活用場面とポイント

- （1）まず、受診・入院前の生活の場所と生活の様子を聞きとり、病気や障害がありながら暮らす患者・家族が望む生活の場を一緒に考えていく。
- （2）病院と施設のシートは、患者に必要とされる医療・看護・介護の状況に対応できる機能を持つ病院・施設について、患者・家族に情報提供する場面で活用する。さらに、院内カンファレンスなどで、スタッフに情報提供するときにも活用できる。
同じ機能を持つと思われる病院・施設であっても、受け入れる患者の条件が異なる場合があるため、常に情報を更新しておく必要があり、院外の病院・施設との情報交換に努めるようにする。
- （3）経済的保障制度のシートは、経済的要件によって、療養の場の選択が難しい場合などに活用する。シートには、国と都の経済的保障制度を提示している。その他各地域に自治体独自の制度もあるため、区市町村などからの情報収集に心がける。
- （4）在宅で利用できるサービスのシートでは、サービスの内容と制度の関係を知り、患者の心身の機能や社会的要件によって、ニーズにあったサービスを選択するときに参考とする。また、入院中からこれらのサービスを利用したときの生活をイメージして、治療内容やケアの内容を組み立てることも考えられる。

これから利用できる病院の医療機能をイメージしてみよう

医療機能	医療機能の内容
高度急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能
急性期	○急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
回復期	○急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 ○特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中的に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
慢性期	○長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 ○長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

（備考）

- 疾患の症状など様々な事情により、イメージ図とは異なる場合がある。
- 病院は、規模や役割等に応じて複数の医療機能を有している場合がある。
- 病院以外の介護施設等に関する情報は次ページを確認すること。

自宅以外での療養先一覧

①ーB

施設名	説明	備考
介護老人保健施設	<p>○介護老人保健施設は、病状が安定し、リハビリを中心とする医療ケアと介護を必要とする場合に入所する施設です。</p> <p>○(1)看護、医学的管理下での介護、(2)機能訓練等、(3)その他の必要な医療等を行います。</p>	
特別養護老人ホーム	<p>○特別養護老人ホームは、常時介護が必要で家庭での生活が困難な場合に入所する施設です。</p> <p>○要介護者に対して、(1)入浴・排泄・食事等の介護等の日常生活上の世話、(2)機能訓練、(3)健康管理、(4)療養上の世話をを行います。</p>	
有料老人ホーム	<p>○有料老人ホームは、高齢者の方が入居し、食事や生活サービスが提供されるホームです。(特別養護老人ホームやケアハウスなどの老人福祉施設は除く。)</p> <p>○東京都内で有料老人ホームを開設する場合は、老人福祉法により都知事への届出が義務付けられています。</p>	
認知症高齢者グループホーム	<p>○認知症高齢者グループホームは、比較的安定状態にある認知症の要介護者が少人数で共同生活をおくるホームで、入浴、排泄、食事等の介護等の日常生活上の世話や、機能訓練を受けます。</p>	<p>【お問い合わせ先】 東京都福祉保健局高齢社会対策部 施設支援課 施設運営係 TEL：03-5320-4264</p>
小規模多機能型居宅介護	<p>○小規模多機能型居宅介護とは、通いを中心として、利用者の態様や希望に応じて、随時訪問や宿泊を組み合わせてサービスを提供することにより、利用者の居宅における生活の継続を支援するものです。</p>	
軽費老人ホーム (ケアハウス)	<p>○軽費老人ホームは、低所得階層に属する高齢者であって、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な方が、低額な料金を利用し、健康で明るい生活を送れることを目的とした施設です。</p> <p>○対象は、家庭環境、住宅事情等の理由により居宅において生活することが困難な60歳以上の方(配偶者ともに利用するときなどはどちらかが60歳以上)となります。</p> <p>○なお、収入や身体状況、要介護認定等が要件となる場合があります。</p>	
上記の施設一覧	<p>http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/shisetsu/gaiyo/osagashi.html</p>	<p>【東京都福祉保健局 高齢者 施設案内 民営施設一覧】で検索していただくと同箇所が見つけやすくなります。</p>
サービス付き高齢者向け住宅	<p>○面積、トイレ等の設備、バリアフリーなどのハード面の基準を満たし、ケアの専門家等による安否確認等の生活支援サービスの提供がある住宅です。</p> <p>http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/jiritsu_shien/tekigou_tokutei/sabisutuki/kyuutaku.html</p>	<p>【お問い合わせ先】 東京都都市整備局住宅政策推進部 民間住宅課 高齢者住宅係 TEL：03-5320-4947</p> <p>東京都福祉保健局高齢社会対策部 在宅支援課 在宅支援係(住宅担当) TEL：03-5320-4273</p>

(参考)

あんしんなつとく高齢者向け住宅の選び方 http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koho/sumai_sasshi.html

主な経済的保障制度

1. 傷病手当金

健康保険に加入している方が、勤務外の病気やけがなどで仕事を休んだ場合に、給料の約60%が支給される。

- (1) 3日以上連続して仕事を休んだときに、4日目から支給される。
- (2) 受けられる期間は、初めて申請した日から1年6ヶ月以内である。
- (3) 1ヶ月ごとに申請を行う必要がある。
- (4) 同じ病名で1回(1年6ヶ月)受けることができる。

2. 傷病手当

雇用保険から支給される「基本手当」(失業手当)受給中に傷病により「働けない状態」が15日以上となった場合、「基本手当」の代わりに支給される。

3. 労災保険の休業(補償)給付

労働者が、業務または通勤が原因となった負傷や疾病による療養のため労働することができず、そのために賃金を受けていないとき、その第4日目から休業補償給付(業務災害の場合)又は休業給付(通勤災害の場合)が支給される。

4. 障害基礎年金

病気やけがが原因で障害が残った方に、その障害の程度によって障害基礎年金が支給される。

- (1) 国民年金法施行令による障害程度が1、2級に該当すると支給される。
(障害程度をはかる時期は、初診日から1年6ヶ月経過した日、又は障害が固定した日以後になる。(胃ろう造設や気管切開も、障害固定とみなされる場合がある。))
- (2) 初診日に国民年金に加入していた方が対象となる。
- (3) 初診日の前日までに、保険料の納付期間が国民年金の加入期間の3分の2以上ある方や、初診日直近の過去1年間に保険料の滞納がない方が対象となる。
- (4) 初診日に20歳以下である方も該当する。

5. 障害厚生年金・障害共済年金

病気やけがが原因で障害が残った方に、その障害の程度によって障害厚生年金・障害共済年金が支給される。

- (1) 厚生年金法施行令による障害程度が1～3級に該当すると支給される。
- (2) 1、2級の場合は、障害基礎年金と合わせて受給することが可能である。
- (3) 初診日から5年以内に病気やけがが治り、障害厚生年金を受けるよりも軽い障害が残ったときには障害手当金(一時金)が支給される。
- (4) 障害厚生年金・障害共済年金・障害手当金を受けるためには、前述の障害基礎年金の保険料納付要件(4(2)～(4))を満たしていることが必要である。

6. 特別障害者手当（国制度）

20歳以上で、著しい重度の障害があるため、日常生活に常時特別な介護が必要な方

（おおむね、身体障害者手帳1、2級、愛の手帳1、2度程度で、かつそれらが重複している方。又は、これらと同等の疾病、精神障害の方。※各種手帳を取得していなくても可）

ただし、次に該当する方は除く。

（1）施設入所者

（2）病院等に継続して3ヶ月を超えて入院している方

* 月額 26,620円（所得制限がある。）

【お問い合わせ先】

東京都心身障害者福祉センター 調整課 手当係

Tel:03-3235-2946(代表)

HP: <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/>

7. 重度心身障害者手当（東京都制度）

心身に重度の障害を有し、かつ日常生活において、常時複雑な介護を必要とする方

（1）重度の知的障害であって、著しい精神症状を有する方

（2）重度の知的障害と重度の身体障害が重複している方

（3）両上肢及び両下肢の機能が失われ、かつ、座位困難な方

ただし、次に該当する方は除く。

・65歳以上の新規申請者

・施設入所者

・病院等に継続して3ヶ月を超えて入院している方

* 月額 60,000円（所得制限がある。）

【お問い合わせ先】

東京都心身障害者福祉センター 調整課 手当係

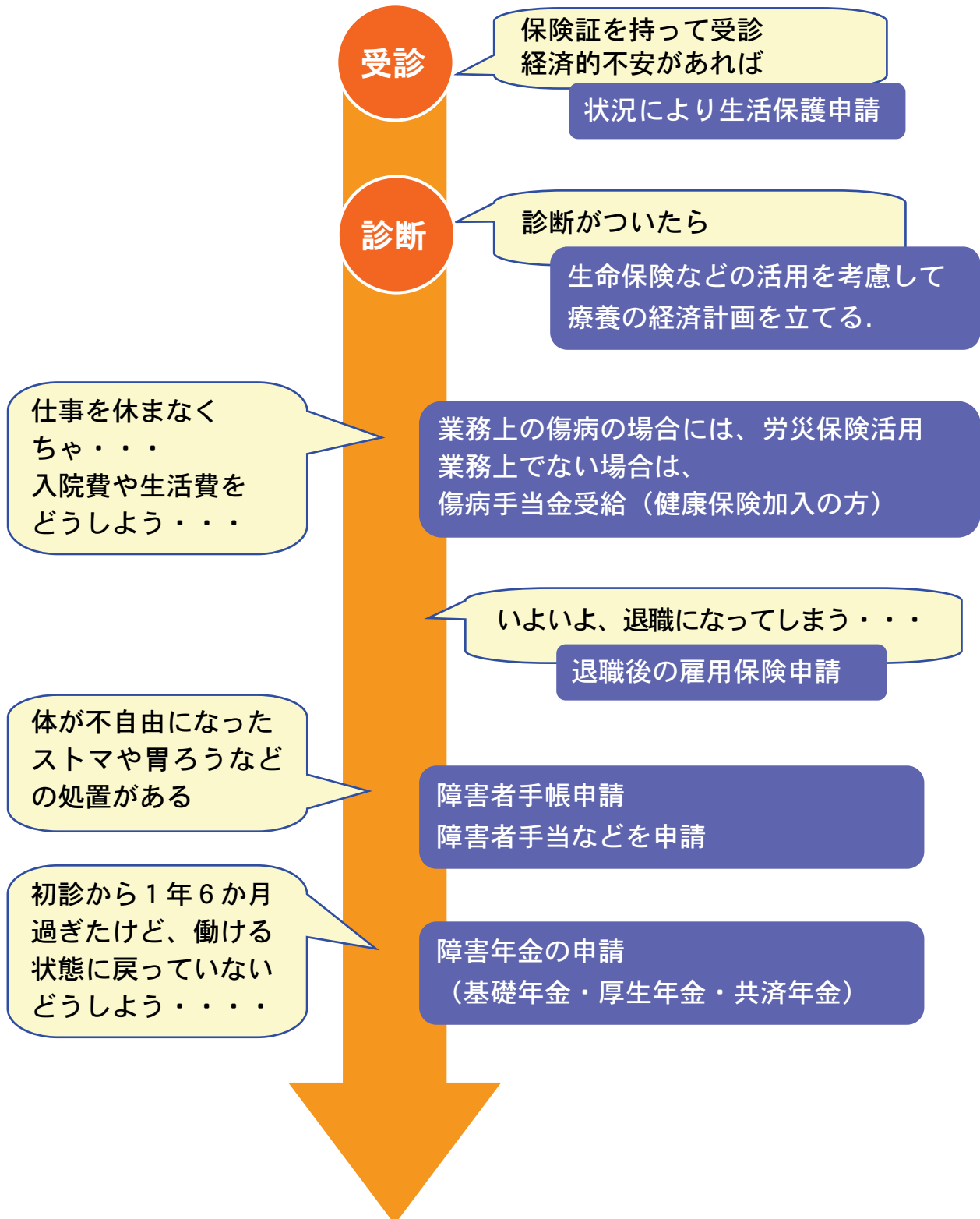
Tel:03-3235-2946(代表)

HP: <http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/shinsho/>

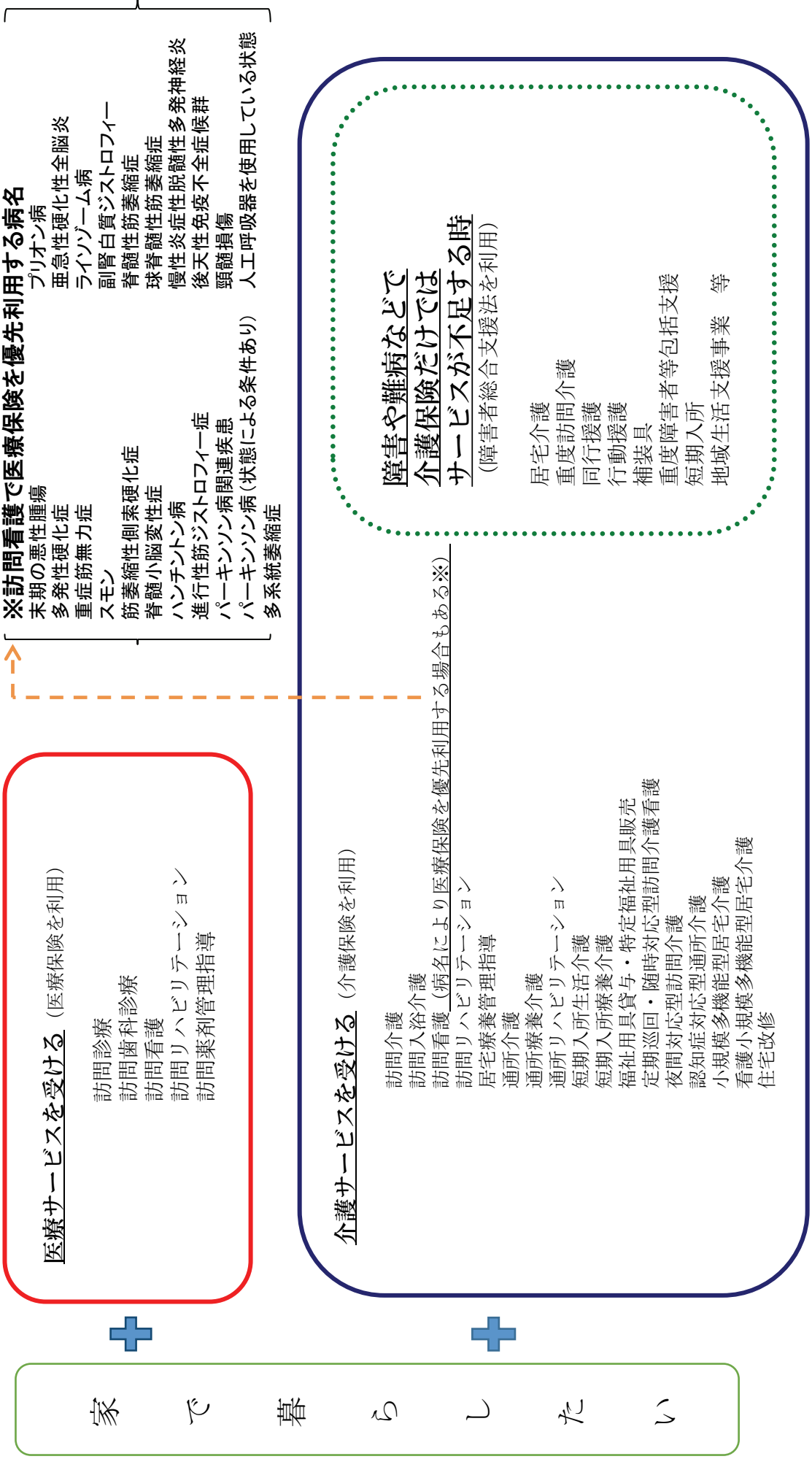
なお、区市町村などが独自に上乘せしている場合があるので、各区市町村のホームページなどで確認すること。

*金額は平成27年4月1日現在

傷病・障害への経済的保障制度の利用



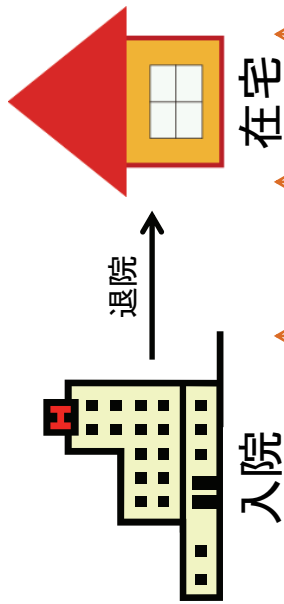
在宅サービスの種類：在宅で利用できるサービスの種類を知りイメージしてみよう



在宅療養を支援する

サービスと制度

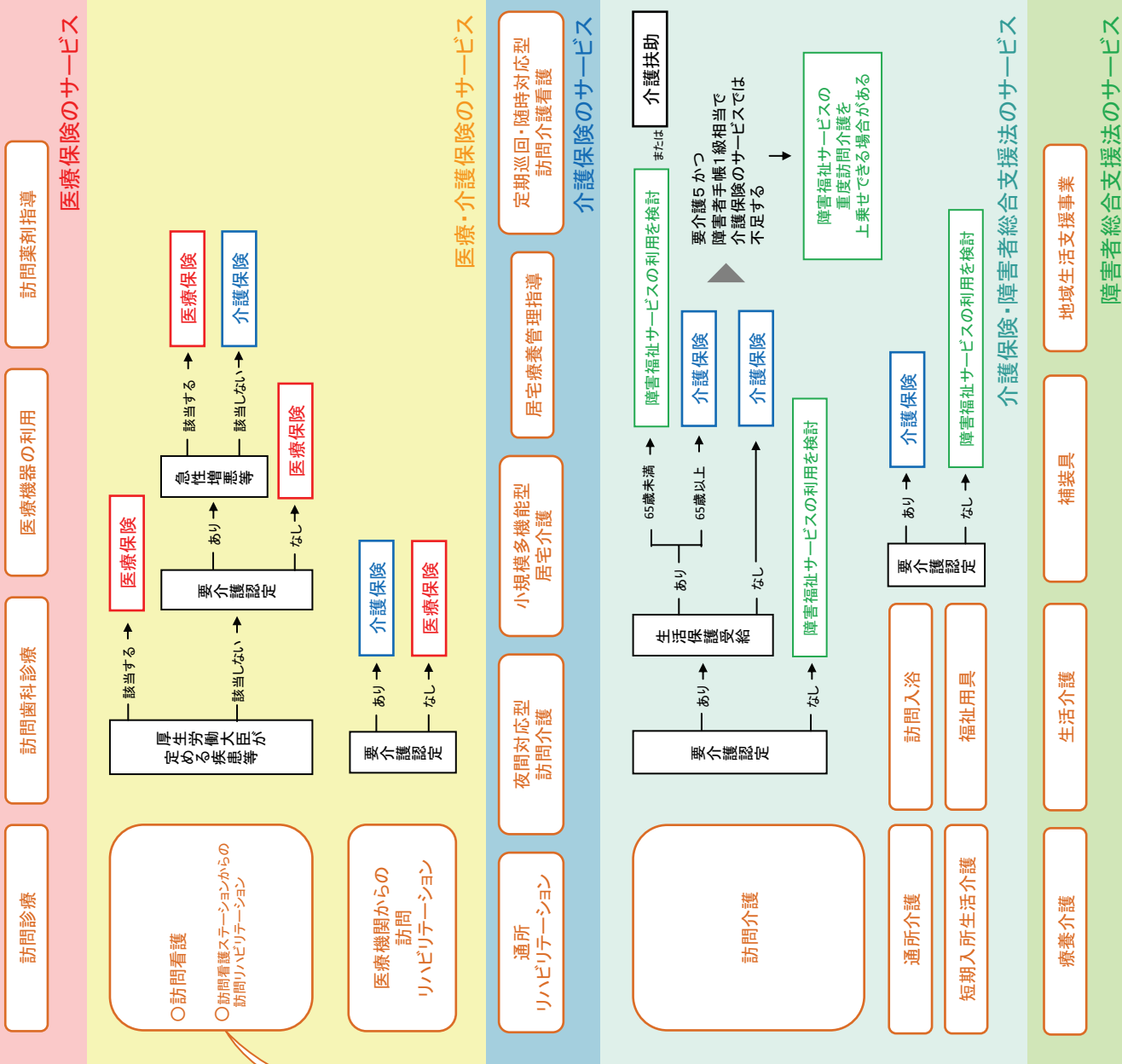
… 主なサービス



介護保険のサービスは、要介護認定を受けた方が利用できる

退院後すみやかに訪問介護・福祉用具（介護用ベット・車イス等）などの介護サービスを利用できるようケアマネジャーと相談を進めておこう

障害福祉サービスは、支給決定を受けた方が利用できる（障害者総合支援法）
※相談支援専門員との連携が必要（参照：P48～51）



相談支援

P48～P51については、「障害福祉サービスの利用について（平成27年4月版）」（P8～9、P12～13）（社会福祉法人全国社会福祉協議会発行）を加工して作成
※発行元の許可を得て掲載しています。

平成24年4月の支給決定プロセスの見直しにより、計画相談支援の対象が原則として障害福祉サービスを申請した障害者等へと大幅に拡大されています。また、地域移行・地域定着支援は個別給付化が図られました。

地域における相談支援の拠点として、基幹相談支援センターを市町村が設置できることとなり、相談支援体制の強化が行われました。さらに、地域支援体制づくりに重要な役割を果たす自立支援協議会が法律上位置づけられました。

事業名	内 容
計画相談支援	<ul style="list-style-type: none">●サービス利用支援 障害福祉サービス等の申請に係る支給決定前に、サービス等利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、サービス等利用計画の作成を行います。●継続サービス利用支援 支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。
地域相談支援	<ul style="list-style-type: none">●地域移行支援 障害者支援施設、精神科病院、保護施設、矯正施設等を退所する障害者、児童福祉施設を利用する18歳以上の者等を対象として、地域移行支援計画の作成、相談による不安解消、外出への同行支援、住居確保、関係機関との調整等を行います。●地域定着支援 居宅において単身で生活している障害者等を対象に常時の連絡体制を確保し、緊急時には必要な支援を行います。
障害児相談支援	<ul style="list-style-type: none">●障害児支援利用援助 障害児通所支援の申請に係る支給決定前に、障害児支援利用計画案を作成し、支給決定後に、サービス事業者等との連絡調整等を行うとともに、障害児支援利用計画の作成を行います。●継続障害児支援利用援助 支給決定されたサービス等の利用状況の検証（モニタリング）を行い、サービス事業者等との連絡調整などを行います。

※障害児の居宅サービスについては、指定特定相談支援事業者がサービス利用支援・継続サービス利用支援を行います。障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児相談支援の対象とはなりません。

「障害者」の相談支援体系

<p>サービス等 利用計画</p>	<p>指定特定相談支援事業者 (計画作成担当) ※事業者指定は、市町村長が行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画相談支援（個別給付） <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用支援 ・ 継続サービス利用支援 ● 基本相談支援 (障害者・障害児等からの相談)
<p>地域移行支援 ・ 地域定着支援</p>	<p>指定一般相談支援事業者 ※事業者指定は、都道府県知事、 指定都市市長及び 中核市市長等が行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 地域相談支援（個別給付） <ul style="list-style-type: none"> ・ 地域移行支援 (地域生活の準備のための外出への同行支援・入居支援等) ・ 地域定着支援（24時間の相談支援体制等） ● 基本相談支援 (障害者・障害児等からの相談)

※市町村は法の規定上、情報提供や相談対応が責務であり、地域生活支援事業で相談支援の役割を担う。

「障害児」の相談支援体系

<p>サービス等利用計画等</p>	<p>居宅サービス</p>	<p>指定特定相談支援事業者 ※事業者指定は、市町村長が行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 計画相談支援（個別給付） <ul style="list-style-type: none"> ・ サービス利用支援 ・ 継続サービス利用支援 ● 基本相談支援 (障害児や障害児の保護者等からの相談)
	<p>通所サービス</p>	<p>障害児相談支援事業者 児童福祉法に基づき設置 ※事業者指定は、市町村長が行う。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● 障害児相談支援（個別給付） <ul style="list-style-type: none"> ・ 障害児支援利用援助 ・ 継続障害児支援利用援助

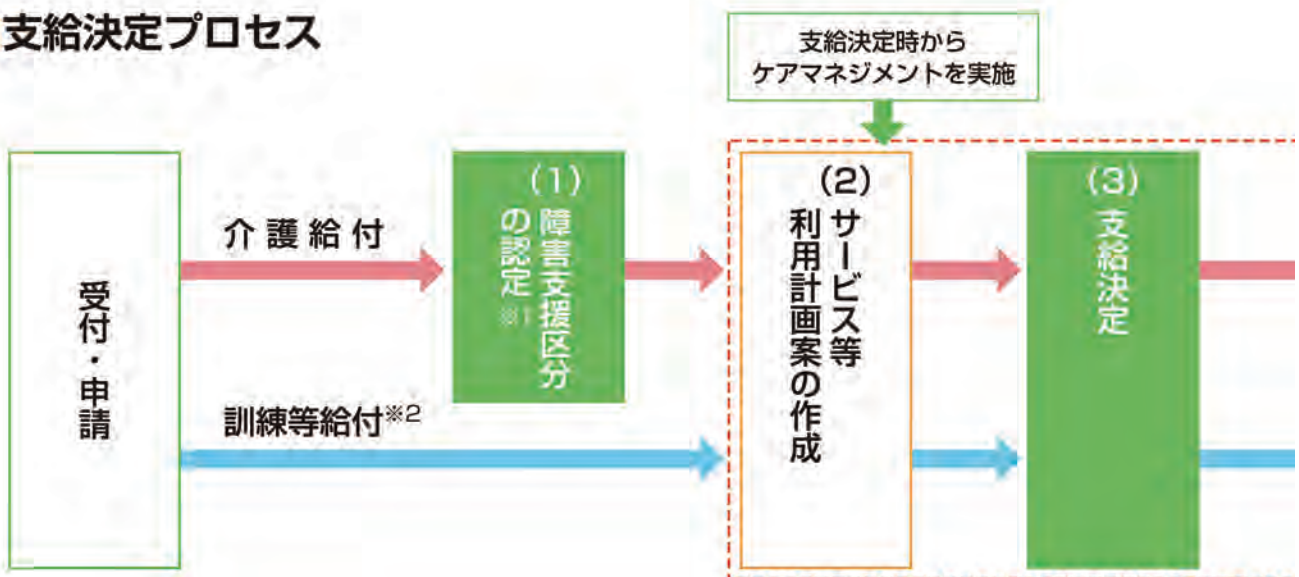
※障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため、障害児相談支援の対象とはなりません。

利用の手続き

■ サービス利用までの流れ

- (1) サービスの利用を希望する方は、市町村の窓口で申請し障害支援区分の認定を受けます。
- (2) 市町村は、サービスの利用の申請をした方（利用者）に、「指定特定相談支援事業者」が作成する「サービス等利用計画案」の提出を求めます。
利用者は「サービス等利用計画案」を「指定特定相談支援事業者」で作成し、市町村に提出します。
- (3) 市町村は、提出された計画案や勘案すべき事項を踏まえ、支給決定します。
- (4) 「指定特定相談支援事業者」は、支給決定された後にサービス担当者会議を開催します。
- (5) サービス事業者等との連絡調整を行い、実際に利用する「サービス等利用計画」を作成します。
- (6) サービス利用が開始されます。

■ 支給決定プロセス



- ※1 同行援護の利用申請の場合
障害支援区分の調査に加えて同行援護アセスメント票によるアセスメントを行います。
ただし、身体介護を伴わない場合は、心身の状況に関するアセスメント、障害支援区分の一次判定、二次判定（審査会）及び障害支援区分の認定は行わないものとします。
- ※2 共同生活援助の利用申請のうち、一定の場合は障害支援区分の認定が必要です。

* 障害支援区分とは

障害支援区分とは、障害の多様な特性や心身の状態に応じて必要とされる標準的な支援の度合いを表す6段階の区分（区分1～6：区分6の方が必要とされる支援の度合いが高い）です。必要とされる支援の度合いに応じて適切なサービスが利用できるように導入されています。

調査項目は、

- ① 移動や動作等に関連する項目（12項目）
- ② 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目（16項目）
- ③ 意思疎通等に関連する項目（6項目）
- ④ 行動障害に関連する項目（34項目）
- ⑤ 特別な医療に関連する項目（12項目）

の80項目となっており、各市町村に設置される審査会において、この調査結果や医師の意見書の内容を総合的に勘案した審査判定が行われ、その結果を踏まえて市町村が認定します。

障害支援区分の調査項目

① 移動や動作等に関連する項目【12項目】

- 1 寝返り
- 2 起き上がり
- 3 座位保持
- 4 移乗
- 5 立ち上がり
- 6 両足での立位保持
- 7 片足での立位保持
- 8 歩行
- 9 移動
- 10 衣服の着脱
- 11 じょくそう
- 12 えん下

② 身の回りの世話や日常生活等に関連する項目【16項目】

- | | |
|------------|------------|
| 1 食事 | 13 掃除 |
| 2 口腔清潔 | 14 洗濯 |
| 3 入浴 | 15 買い物 |
| 4 排尿 | 16 交通手段の利用 |
| 5 排便 | |
| 6 健康・栄養管理 | |
| 7 薬の管理 | |
| 8 金銭の管理 | |
| 9 電話等の利用 | |
| 10 日常の意思決定 | |
| 11 危険の認識 | |
| 12 調理 | |

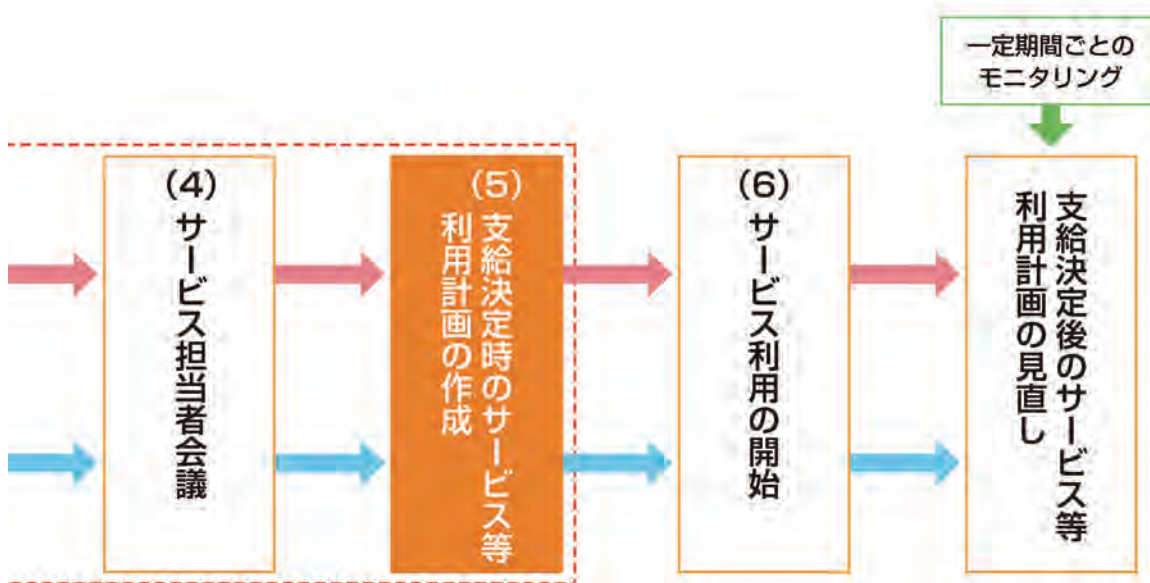
サービス利用に関する留意事項

1. 障害児については、居宅サービスの利用にあたっては、障害者総合支援法に基づく「指定特定相談支援事業者」が「サービス等利用計画案」を作成し、通所サービスの利用にあたっては、児童福祉法に基づく「指定障害児相談支援事業者」が「障害児支援利用計画案」を作成します。
2. 障害児の入所サービスについては、児童相談所が専門的な判断を行うため障害児支援利用計画の作成は必要ありません。
3. 平成27年度以前において、地域に指定特定相談支援事業者がない場合等、サービス等利用計画の作成は必須ではありませんでし

たが、平成27年度より必須となりました。

しかしながら、平成27年度になっても指定特定相談支援事業者が作成できる目途がたない場合、各市町村の責任においてサービス利用等計画の代替となる「代替プラン」を作成することとなっています（平成27年度限定です）。

4. 指定特定相談支援事業者が身近な地域にない場合等、それ以外の者が作成したサービス等利用計画案（セルフプラン）を提出することもできます。



③ 意思疎通等に関連する項目【6項目】

- 1 視力
- 2 聴力
- 3 コミュニケーション
- 4 説明の理解
- 5 読み書き
- 6 感覚過敏・感覚鈍麻

④ 行動障害に関連する項目【34項目】

- | | |
|-------------|--------------|
| 1 被害的・拒否的 | 13 収集癖 |
| 2 作話 | 14 物や衣類を壊す |
| 3 感情が不安定 | 15 不潔行為 |
| 4 昼夜逆転 | 16 異食行動 |
| 5 暴言暴行 | 17 ひどい物忘れ |
| 6 同じ話をする | 18 こだわり |
| 7 大声・奇声を出す | 19 多動・行動停止 |
| 8 支援の拒否 | 20 不安定な行動 |
| 9 徘徊 | 21 自らを傷つける行為 |
| 10 落ち着きがない | 22 他人を傷つける行為 |
| 11 外出して戻れない | 23 不適切な行為 |
| 12 1人で出たがる | 24 突発的な行動 |

⑤ 特別な医療に関連する項目【12項目】

- 1 点滴の管理
- 2 中心静脈栄養
- 3 透析
- 4 ストーマの処置
- 5 酸素療法
- 6 レスビレーター
- 7 気管切開の処置
- 8 疼痛の看護
- 9 経管栄養
- 10 モニター測定
- 11 じょくそうの処置
- 12 カテーテル

memo

(5)
指導シート

指導シートの使用方法

1. 目的

患者・家族が医療処置の必要性を理解し、安全に安心して在宅で医療処置ができるように指導する。

2. 作成意図

在宅で行われる頻度が高い医療処置（在宅中心静脈栄養法（HPN）、在宅酸素療法（HOT）など8項目）について、在宅療養に向けた指導シートを作成した。

特に、生活を意識した個別性に配慮が必要なポイントを吹き出しに記載して、看護師が意識して取り組めるよう工夫した。また、訪問看護の活用ポイントを盛り込み、療養生活が安定する状態へ円滑に移行できる指導内容とした。

訪問看護が医療処置すべてを行うのではなく、患者・家族がある程度セルフケアを行う必要がある。医療処置の中で、どの程度セルフケアが必要であるか、指導や生活の注意点が分かる内容とした。

3. 活用場面とポイント

医療処置の指導を自院の指導内容と照らし合わせ、活用する。

医療処置の指導は、医療者の一方的に押し付けた指導ではなく、患者・家族の生活を意識した上で、患者・家族が少しでも生活の中で行えるように工夫し、訪問看護等へ継続する。

指導シートの特徴を下記に示した。

- （1）生活を意識した個別性が取り入れられるように指導のポイントを明らかにした。
- （2）災害時や機器等のメンテナンス、病状悪化や緊急時の対応についても明記した。
- （3）「退院までの準備」は退院直前に医療処置に特化して確認しておくべき内容とした。
- （4）診療報酬（※）の留意点を盛り込み、退院後に使用する衛生材料の供給方法も確認する。

※各シートに記載された診療報酬は、平成26年4月版を反映しているため、診療報酬が改定された場合は、算定内容等を確認する必要がある。

【災害時に備えた対応について（各指導シート共通）】

東日本大震災の教訓を踏まえ、平成 25 年の災害対策基本法の改正において、避難行動要支援者名簿を活用した実効性のある避難支援がなされるよう、

- ① 避難行動要支援者名簿の作成を市町村に義務付けるとともに、その作成に際し必要な個人情報を利用できること
- ② 避難行動要支援者本人からの同意を得て、平常時から消防機関や民生委員等の避難支援等関係者に情報提供すること
- ③ 現に災害が発生、または発生のおそれが生じた場合には、本人の同意の有無に関わらず、名簿情報を避難支援等関係者その他の者に提供できること
- ④ 名簿情報の提供を受けた者に守秘義務を課すとともに、市町村においては、名簿情報の漏えいの防止のため必要な措置を講ずること

などが定められた。

したがって、一人暮らしの高齢者、要介護高齢者、認知症の人、医療依存度の高い人などが退院して在宅療養を始めるときには、本人または家族から住居地の区市町村防災担当部署に連絡するように勧めること、もしくは地域の支援者とよく相談するように勧めることが重要である。

参考：「避難行動要支援者の避難行動支援に関する取組指針（平成 25 年 8 月）」
（内閣府）

①在宅中心静脈栄養法（Home Parenteral Nutrition：HPN）

1. 在宅中心静脈栄養法（HPN）導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 在宅中心静脈栄養法（HPN）の適応と投与経路（体外式もしくは埋め込み式）を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、在宅中心静脈栄養法（HPN）導入について患者・家族に同意を得る。
- (3) 主治医に輸液内容、投与時間を確認する。

メーカーにより取扱い方法が異なります。指導する前に自院に通院で行う、若しくはかかりつけ医又は、新たに訪問診療医を導入するか確認し、レンタル契約業者を確認しましょう。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

- ①目的
- ②1日の輸液量と1時間量の設定

混注を少なく、常温で保存する工夫をしましょう。輸液時間は患者・家族の生活スタイルに合わせ、設定しましょう。

(2) 輸液ポンプについての指導

- ①輸液ポンプの取り扱い、アラーム対応
- ②チューブや挿入部の消毒・管理

埋め込み式（ポート）の場合、抜針し入浴することも可能なので、訪問看護と相談しながら指導しましょう。

(3) 日常生活に関わる指導

- ①入浴方法
- ②生活に合わせた輸液時間の設定
- ③患者の活動量と自宅環境内の動線と点滴スタンドの工夫

輸液時間は患者・家族の生活スタイルに合わせて設定しましょう。訪問看護を利用し、プライミングを行ってもらおう等工夫することで介護者の負担が軽減できます。

(4) 輸液管理についての指導

- ①輸液剤の交換・保管方法
- ②入浴や外出時のロック方法
- ③医療廃棄物の処理方法（針やルート類の破棄）

区市町村で異なります。訪問薬剤師・訪問看護師等に確認しましょう。

(5) 機器のメンテナンスとトラブル時の対応体制を業者に確認

(6) 患者自身の病状悪化や緊急時の対応

- ①日常注意すべき症状や観察ポイントを主治医と相談し、患者・家族へ説明する。

日常生活でちょっとした変化に気づけるために日記をつける等、記録しておくよう説明しましょう。

(7) 退院後に通院する医療機関の調整

- ①「在宅中心静脈栄養法」を行う医療機関と外来通院、若しくは訪問診療医の選定や調整

(8) 地域支援サービスの利用を検討

- ①訪問診療や薬局、訪問看護の導入を検討する。

退院後 2 週間は在宅療養に慣れる時期です。訪問診療や薬局、訪問看護を利用して病状の安定を図りましょう。自立するまで継続指導やサポートをします。

(9) 緊急時の受け入れ医療機関の確認

(10) 災害時に備えた対応

- ①予備電池の充電を常時行う。

3. 退院までの準備

- (1) 必要な支援の介入や調整ができています。
- (2) 退院後の医療機関の受診方法、日程を決める。
- (3) 在宅中心静脈栄養法（HPN）に必要な輸液や医療材料の供給が確保できている。

退院前カンファレンスをして、在宅チームと情報を共有し、安心できる退院を準備しましょう。

4. 診療報酬上の留意点（平成 27 年度 時点）

- (1) 在宅中心静脈栄養指導管理料：3,000 点
 - *単なる補液では算定不可
 - *ポンプ専用ルートなど衛生材料が含まれている。
 - *退院月に限り、かかりつけ医と入院先医療機関と 2 カ所の医療機関で請求可能
 - ①輸液セット加算：2,000 点
 - ②注入ポンプ加算：1,250 点
 - *間歇式^{けつ}で輸液セットを 1 か月に大量に使う場合は、7 組以上の場合、特定保険医療材料として算定可能

②在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy：HOT）

1. 在宅酸素療法（HOT）導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 在宅酸素療法（HOT）の適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、在宅酸素療法（HOT）導入について患者・家族に同意を得る。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

- ①目的
- ②医師の指示通りの酸素吸入量吸入
- ③呼吸法、日常生活動作

(2) 機器についての指導（酸素機器業者と共に実施）

- ①機器について（濃縮器・携帯ボンベ・同調器の取り扱い方法）
- ②日常の管理
- ③必要な環境
- ④カヌラ・マスクの管理

(3) 日常生活に関わる指導

(4) 機器のトラブル、患者自身のトラブル時の対応

- ①日常注意すべき症状や観察ポイントを主治医と相談し、患者・家族へ説明する。

(5) 退院後に通院する医療機関の調整

- ①「在宅酸素療法指導管理」を行う医療機関（外来通院若しくは訪問診療）の選定や調整

(6) 地域支援サービスの利用を検討

療養生活の安定を図るために・・・

- ①訪問看護を導入すると、自立するまでの継続指導が受けられ、酸素を使って入浴介助、呼吸状態・感染兆候を確認しながらサポートを受けることができます。
- ②薬剤指導を導入するとお薬の管理やアドバイスを受けることができます。
- ③閉じこもりの予防目的で通所サービスの利用やその他介護支援サービスを検討していくのもよいでしょう。

(7) 緊急時の受け入れ医療機関の確認

(8) 災害時に備えた対応

- ①携帯ボンベの残量確認を習慣化する。
- ②携帯ボンベの注文方法も確認する。

メーカーにより取扱い方法が異なります。指導する前に自院に通院で行う、若しくはかかりつけ医又は、新たに訪問診療医を導入するか確認し、レンタル契約業者を確認しましょう。

自宅環境、寝室・トイレ・浴室への動線を確認し、濃縮器の設置場所を患者・家族と検討しましょう。
入浴時の酸素の指示を確認し、入浴方法についての実施指導を行うとよいでしょう。

起こりやすいトラブル、起こりうる緊急時を予測して指導を行うとよいでしょう。

濃縮器は電源の確保が必要です。停電時の対応は忘れないようにしましょう。

3. 退院までの準備

- (1) 患者宅への酸素機器の設置日程を確認する。(酸素業者の設置日程調整に問題はないか確認)
- (2) 外出時の携帯酸素使用実施訓練から課題を抽出し、解決方法を選択・指導する。
- (3) 退院時の酸素ポンベの残量を確認する。
- (4) 必要な支援内容を選択・調整する。
- (5) 酸素機器、携帯酸素機器の使用及び療養管理指導を行う。
- (6) 内服薬・吸入薬の管理について指導する。
- (7) 退院後の初回受診日を決定する。

4. 診療報酬上の留意点 (平成 27 年度 時点)

(1) 在宅酸素療法指導管理料

①チアノーゼ型先天性疾患の場合 : 1,300 点

②その他の場合 : 2,500 点

③加算

酸素ポンベ加算 : ア) 携帯用酸素ポンベ 880 点

イ) ア) 以外の酸素ポンベ 3,950 点

酸素濃縮器換算 : 4,000 点

液化酸素装置加算 : ア) 設置型液化酸素装置 3,970 点

イ) 携帯型液化酸素装置 880 点

呼吸同調式デマントバルブ加算 : 300 点

*加湿が必要な場合は、蒸留水の入手方法を確認しておく。

*カメラ・マスクは酸素業者から支給を受ける。気管切開用のマスクは医療機関からの支給を受ける。

③マスク式人工呼吸器 非侵襲的陽圧換気療法 (Noninvasive Positive Pressure Ventilation : NPPV)

1. 非侵襲的人工呼吸器 (NPPV) 導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 非侵襲的人工呼吸器 (NPPV) の適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、非侵襲的人工呼吸器 (NPPV) 導入について患者・家族に同意を得る。

本人もしくは家族が基本的管理及びマスク等の着脱を行うことを説明し、同意を得る。

- (3) 非侵襲的人工呼吸器 (NPPV) の条件設定と機種選定

患者の病態によって酸素投与を併用する。

メーカーにより取扱い方法が異なります。指導する前に自院に通院で行う、若しくはかかりつけ医又は、新たに訪問診療医を導入するか確認し、レンタル契約業者を確認しましょう。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

- (1) 導入に向けての指導

①目的

②指示通りの設定や装着時間

(1日トータルでの装着時間の設定)

- (2) 機器についての指導

(人工呼吸器業者と共に実施)

①機器について

②マスクの装着方法と管理

③回路の確認と設定の確認

④フィルターの交換や加温加湿器の水の交換

⑤アラーム時の対応

患者・家族の理解度を考慮し、行いましょう。

日常生活に応じた装着時間の設定やインターフェイスの選定など主治医と相談しましょう。

- (3) 日常生活に関わる指導

①ADLや病態に応じた食事、入浴方法

②睡眠時間の確保

③排便コントロール

④移動の方法 (車いすの設置など)

指導において課題があれば早めに在宅チームにつなぎましょう。訪問看護は、マスクのフィッティングをフォローするために毎週訪問できます。また、酸素を使いながらの入浴介助や呼吸状態・感染兆候を確認するサポートもします。

- (4) 機器のメンテナンスとトラブル時の対応体制を業者に確認

- (5) 患者自身の病状悪化や緊急時の対応

①日常注意すべき症状や観察ポイントを主治医と相談し、患者・家族へ説明する。

日常生活でちょっとした変化に気づけるために日記をつける等、記録しておくよう説明しましょう。

- (6) 退院後に通院若しくは訪問する医療

機関との調整

- (7) 地域支援サービスの利用を検討

①早期から訪問診療や訪問看護の導入を検討する。

退院後2週間は在宅療養に慣れる時期です。訪問診療や訪問看護を利用して病状安定を図りましょう。自立するまで継続指導やサポートをします。

※ 人工呼吸器のため訪問看護は医療保険対応となる。

②レスパイトの受け入れ先が確保できるよう調整する。

(8) 緊急時の受け入れ医療機関の確認

(9) 災害時に備えた対応

①病状や使用時間に応じ、

外部バッテリーの有無（バッテリー対応時間）を検討する。

②車のシガーレットアダプターやアンビュバックの要否を医師と検討する。

介護施設でのレスパイトの受け入れが難しいことが多いので、退院前カンファレンスで検討しましょう。

3. 退院までの準備

(1) 必要な支援の介入調整ができています。

(2) 生活に合わせた機器の設置日程の調整、

設置場所の確認をする。

(3) 非侵襲的人工呼吸器（NPPV）に必要な医療材料の供給が確保できている。

退院前カンファレンスをして、在宅チームと情報を共有し、安心できる退院を準備しましょう。

4. 診療報酬上の留意点（平成 27 年度 時点）

(1) 在宅人工呼吸療法指導管理料 2,800 点

①人工呼吸器加算（鼻口マスク式） 6,480 点

②酸素を使用する場合：酸素濃縮装置加算 4,000 点

携帯用酸素ボンベ加算 880 点

*ただし、睡眠時無呼吸性症候群の患者の場合は該当しない。

④膀胱留置カテーテル

残尿や尿閉など導尿が必要になる疾患や、その他状態や環境的な要因などをアセスメントし、医療処置以外の方法で改善できるか試みておくことが大切です。

1. 膀胱留置カテーテル導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 膀胱留置カテーテルの適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、膀胱留置カテーテル導入について患者・家族に同意を得る。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

- ①目的
- ②カテーテル留置の構造

布団で寝る場合や認知症でバッグの存在を認識できない場合の対応方法など個別の方法を考えましょう。

(2) 日常の管理について

- ①カテーテル固定方法や蓄尿バッグ保管方法
- ②尿の破棄方法
- ③清潔保持の方法
- ④カテーテルの交換頻度とどこで誰が行うか
- ⑤医療廃棄物の処理方法

夜間に利尿が多い場合など入院中の利尿パターンを伝えて自宅での尿廃棄のタイミングに役立ててみましょう。

区市町村で異なります。訪問看護師等に確認しましょう。

(3) 日常生活に関わる指導

- ①日常の体調管理と観察のポイント
- ②入浴や外出時のカテーテル、蓄尿バッグの取り扱い

・レッグバック・DIP キャップ
・バッグカバー・カテーテルホルダー
などの工夫も検討してみましょう。

(4) 緊急時の対応

一般的なトラブルのほか、患者の状態から予測されるトラブルについて指導を行い、医療機関や訪問看護ステーションなどが関わる場合は、事前に情報を共有しておきましょう。

(5) 災害時に備えた対応

- ①予期しないトラブルも含め、予備の物品一式を在宅に常備しておく。

3. 退院までの準備

- (1) 必要な支援の介入調整ができています。
- (2) 退院後の医療機関の受診方法、受診日を確認する。
- (3) カテーテルの種類・サイズ・最終交換日などの情報を在宅チームに情報提供する。
※将来を見据えて、早期の段階から訪問診療や訪問看護を導入しての在宅療養について考えておくことは、患者・家族が退院後の在宅療養についてのイメージを持ちやすくすることにつながる。
- (4) 必要物品の準備をする。(病院が供給する物品と患者の自己購入となる物品を整理)

4. 診療報酬上の留意点 (平成 27 年度 時点)

- (1) 特定保険医療材料：膀胱留置用ディスプレイカテーテル
使用したカテーテルが請求でき、種類により点数が決まっている。
- (2) ①在宅時医学総合管理料 : 2,200~5,000 点
又は、
②在宅寝たきり患者処置指導管理料 : 1,050 点

診療報酬上の算定要件を医事課担当者と確認しましょう。

⑤在宅自己導尿

残尿や尿閉など導尿が必要になる疾患や、その他状態や環境的な要因などをアセスメントし、医療処置以外の方法での改善ができるか試みておくことが大切です。

1. 在宅自己導尿導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 在宅自己導尿の適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、在宅自己導尿導入について患者・家族に同意を得る。
本人又は家族が間歇的導尿の管理を行うことを説明し、同意を得る。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

- ①目的
- ②指示通りの導尿回数

(2) 日常の管理について

- ①カテーテルの取扱（洗浄・消毒・乾燥方法・交換の頻度など）
- ②医療廃棄物の処理方法

(3) 日常生活に関わる指導

- ①日常の体調管理と観察のポイント
- ②外出先でも実施できるような工夫

区市町村で異なります。訪問看護師等に確認しましょう。

(4) 緊急時の対応

一般的なトラブルのほか、患者の状態から予測されるトラブルについて指導を行い、医療機関や訪問看護ステーションなどが関わる場合は、事前に情報を共有しておきましょう

(5) 災害時に備えた対応

- ①予期しないトラブルも含め、予備の物品一式を在宅に常備しておく。

3. 退院までの準備

- (1) 必要な支援の介入調整ができています。
- (2) 退院後の医療機関の受診方法、受診日を確認する。
- (3) カテーテルの種類・サイズ・一日の導尿回数などの情報を在宅チームに情報提供する。
※将来を見据えて、早期の段階から訪問診療や訪問看護を導入しての在宅療養について考えておくことは、患者・家族が退院後の在宅療養についてのイメージを持ちやすくすることにつながる。
- (4) 必要物品を準備する。（病院が供給する物品と患者の自己購入となる物品を整理）

退院時に渡すカテーテルなどは、ここから供給します。

4. 診療報酬上の留意点（平成 27 年度 時点）

- (1) 在宅自己導尿指導管理料 : 1,800 点

①間歇導尿ディスプレイカテーテル使用加算 : 600 点

※陰部消毒剤・潤滑剤・カテーテル用消毒剤は指導料に含まれているので算定できない。

⑥経腸栄養法（胃ろう・経鼻カテーテル）

特定の施設への入所やデイサービスなどの利用が胃ろうによって受けにくくなる場合があることなども説明しましょう。

1. 胃ろう選択における医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 嚥下機能評価を主治医が患者・家族に説明し、今後の「食べる」ことについて患者・家族の考えを確認する。
- (2) 胃ろうのメリット・デメリットを患者・家族が理解している。
- (3) 胃ろうを造設しても、使用しない選択も今後できることを主治医が説明し、患者・家族は理解している。
- (4) 胃ろう、経鼻カテーテルに伴う介護内容を理解する。
 - ①逆流性の誤嚥予防介護・拘束時間、介護者の生活や介護時間に応じ半固形化栄養を検討する。

経鼻カテーテルはエア確認を介護者が行えることが前提です。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

- (1) 経腸栄養剤（経腸栄養食品）の準備
 - ①経腸栄養剤の選定、薬剤か栄養食品
 - ②1日の必要量、注入時間
- (2) 日常生活に関わる指導
 - ①入浴方法
 - ②注入前から終了後、上半身を拳上（ベッドアップ）する。
 - ③イリゲーター、接続ルート、注射器の管理方法
 - ④薬の注入方法
簡易懸濁法の指導
- (3) 胃ろうチューブ・ボタン等のトラブル、患者自身のトラブル時の対応
 - ①胃ろう挿入部の浸出や感染、肉芽の有無
 - ②下痢や誤嚥、皮膚などの身体症状の観察と対処方法
- (4) 地域の訪問看護ステーションとの連携
- (5) 地域のかかりつけ医、在宅療養支援診療所の検討
(胃ろう交換が可能か、不可能な場合は病院主治医に交換予定の確認)
- (6) 地域のかかりつけ歯科医、訪問歯科診療所等の検討
 - ①口腔ケアへの対応
- (7) 地域支援サービスの利用を検討
 - ①介護保険の確認
入院中にケアマネジャーと胃ろうの介護ができる訪問介護サービスの確認をする。

経腸栄養食品の場合、自費購入になるため、1か月数万円になることもあるので経済的負担を考慮して選定しましょう。

入浴は可能です。胃ろう部はガーゼこより等で工夫し保護しましょう。

食器と同じように洗浄・乾燥させましょう。

薬剤は適した方法で投与できるよう薬剤師と検討しましょう。

退院後2週間は在宅療養に慣れる時期です。訪問診療や訪問看護を利用し病状安定を図りましょう。

②自宅環境の整備

介護用ベッドの導入、機材の設置場所は自宅の環境によりスタンドが必要か、鴨居などの利用でよいのかの確認

(8) 災害時に備えた対応

①経腸栄養剤は2週間分程度確保し、予備の物品一式を常備しておく。

3. 退院までの準備

(1) 必要物品の準備（訪問日までに不足がないようにする）及び供給方法の明確化

①経腸栄養食品は事前に準備する。

②イリゲーター、投薬用シリンジ、

経鼻カテーテルの固定用テープなどの供給方法

経腸栄養剤で食品としての取り扱いの場合は、事前に業者から購入し準備しましょう。

(2) 退院後の初回受診日の決定若しくは退院後の医療機関の受診方法及び日程の決定

※ 退院時訪問看護指示書とともに特別指示書があれば退院後2週間は訪問看護師の判断で必要な訪問看護ができ、再入院の予防ができる。

4. 診療報酬上の留意点（平成27年度 時点）

(1) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 : 2,500点

エレンタール・エレンタールP : ツインラインのみ

*エンシュア・ラコール・栄養補助食品での算定はできない。

①在宅成分栄養経管栄養法栄養管セット加算 : 2,000点

②注入ポンプ加算 : 1,250点

⑦人工肛門造設・人工膀胱造設

1. 人工肛門・人工膀胱造設にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 主治医が患者・家族に説明し、人工肛門・人工膀胱造設について患者・家族に同意を得る。
- (2) 手術前にストマについての説明と造設部位のマーキングを行う。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 造設に向けての指導

- ①人工肛門・人工膀胱とは
- ②目的
- ③人工肛門・人工膀胱の管理方法
- ④手術前に造設部位のマーキングを行う

食事、入浴、運動、仕事、旅行、外出などの場面に合わせた日常生活の手入れの方法やトラブル時の対応、漏れの対応などを具体的な生活の場面に照らし合わせて指導していくと良いでしょう。

(2) 装具の装着方法と日常生活に関わる指導

- ①必要物品
- ②具体的な方法
- ③日常の管理
- ④トラブルについて

人工膀胱の場合、蓄尿袋（ウロバック・レックバック等）はメーカーの使用期限に準じた方法で交換しましょう。

(3) 装具のトラブルが続くときの対応

(4) 身体障害者手帳の認定申請

(5) 退院後に通院する医療機関の調整

- ①「ストマ管理」を行う医療機関と 外来通院

困難事例のときは皮膚・排泄ケア認定看護師に相談しアドバイスを受けましょう。退院後はストマ外来へ繋げると良いでしょう。

(6) 地域支援サービスの利用を検討

自宅での管理が不安な場合、退院直後から訪問看護を導入していくことも検討しましょう。そのときには退院前に訪問看護師に来院してもらい、実際の指導状況を引き継いでいきましょう。

(7) 災害時に備えた対応

- ①非常用持出袋に2週間分の装具、ウエットティッシュ、ビニール袋を常備しておくが良い。製品番号、サイズのメモを一緒に備えておく。

3. 退院までの準備

- (1) 装具の購入方法（装具の製品名、製品番号、購入業者、必要な装具の会社名）を確認する。
- (2) 身体障害者手帳が交付された後の装具の購入方法を指導する。
- (3) 必要な支援内容を選択・調整する。
- (4) 内服薬・排便コントロールの管理について指導する。
- (5) 退院後の初回受診日・ストマ外来受診日を決定する。

4. 社会保障制度について

(1) 身体障害者手帳

永久ストマを造設した方は手術直後から身体障害者の認定を受けることができる。交付により装具の支給、税控除、交通運賃の割引などを受けることができる。

(2) 障害年金

手帳とは別に障害年金を受給できる場合がある。年金事務所または区市町村へ問い合わせが必要。

(3) 医療費控除

ストマ装具の自己負担分は医療費控除の対象になる。使用証明書と装具代金の領収書が必要。

⑧気管カニューレ使用による吸引

1. 気管カニューレ導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 気管カニューレの適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、気管カニューレ導入について患者・家族に同意を得る。

カニューレには様々な種類があります。スピーチバルブもあり、主治医にカニューレの選択意図を確認し、また患者の希望を確認することも必要です。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

- (1) 気管カニューレについての吸引の指導

- ①在宅で使用する吸引器の決定と導入
- ②家族指導

吸引器は吸入ができるタイプが望ましいでしょう。ただし、小児は吸引器とネブライザーは別がよいでしょう。

- (2) カニューレ抜去時の対応について

- ①日常の管理
- ②必要な環境（手洗い洗面所、吸引器等の置き場所）
- ③吸引指導
- ④カニューレのトラブル、患者自身のトラブル時の対応

介護者に実施前後に手洗いを励行し、吸引はセッシでなく手袋で行う方法を指導しましょう。

- (3) 日常生活に関わる指導

- ①コミュニケーション方法
- ②入浴方法
- ③外出時の手動式・足踏式吸引器などの使用

指導において課題があれば早めに在宅チームにつなぎましょう。訪問看護は、吸引の手技や呼吸状態・感染兆候を確認するサポートもします。

- (4) 緊急時の対応

（家族・介護者がファーストで行うこと、かかりつけ医若しくは訪問医・訪問看護ステーションへ連絡指導）

- (5) 在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの連携

- (6) 地域支援サービスの利用を検討

- ①介護保険によるケアマネジャーとの連携
- ②たんの吸引等ができる訪問介護サービスの導入

たんの性状・量など日常生活でちょっとした変化に気づけるために日記をつける等、記録しておくよう説明しましょう。

介護職の喀痰吸引等に関する指示書の発行医についても確認しておきましょう。

※介護職員等による喀痰吸引等（たんの吸引・経管栄養）についての制度

介護職員等によるたんの吸引等が安全に実施されるように、平成24年4月から、一定の研修を受けた介護職員等においては、医療や看護との連携による安全確保が図られている等、一定の条件の下でたんの吸引等の行為を実施できる。

具体的行為：たんの吸引（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経管栄養）

- (7) 災害時に備えた対応

- ①吸引器の内部バッテリーの確認と簡易吸引器の整備を行う。

3. 退院までの準備

- (1) 予備のカニューレやカテーテル、消耗品の準備（かかりつけ医若しくは訪問医が初回訪問する日程に配慮した量）
- (2) 退院後の初回受診日を決定

4. 診療報酬上の留意点（平成 27 年度 時点）

- (1) 在宅気管切開患者指導管理料 : 900 点
 - ①気管切開患者用人工鼻加算 : 1,500 点
 - ②介護職員等喀痰吸引等指示料 : 240 点
- ※患者 1 人につき 3 月に 1 回に限り算定
- (2) 在宅寝たきり患者処置指導管理料 : 1,050 点

診療報酬上の算定要件を医
事課担当者と確認しましよ
う。

(6)

退院前カンファレンスシート

退院前カンファレンスシートの使用方法

1. 目的

患者・家族の退院後の生活に向けた希望を確認することが第一歩である。

- (1) 病院から退院して在宅生活に移行するにあたり、退院後の生活を支える関係機関と病院内多職種を交えた合同カンファレンスの必要な患者を抽出する。
- (2) カンファレンスで話し合うポイントや必要な情報を整理する。
- (3) 患者・家族、在宅生活を支える関係機関及び病院内多職種の3者が、カンファレンスを通じて同じ認識を共有するとともに、診療報酬算定の要件を満たし、算定の根拠にできる書類を作成する。

2. シートの種類と構成

- (1) 退院前カンファレンスが必要な事例 (P73)

医療機関スタッフや地域のケアスタッフが、カンファレンスの必要な患者を抽出し、カンファレンス当日までに進めるべき準備についてのプロセスを図式化したシートである。不安定な症状や医療ケア・介護の必要度、療養環境や家族状況・経済的問題など、どのような点に着目し、何を関係者と共有したら良いかについてこのシートを参考にする。

- (2) 退院前カンファレンス議題 (例) (P74)

ある事例のカンファレンス議題を示した。

カンファレンスの必要性を検討するプロセスで抽出された、共有し解決すべき具体的な課題が項目として列記されている。項目に沿って進行することにより、カンファレンスを効率化することが可能になる。また、各参加者が自分の役割にとって必要なメモを取るシートとしても活用できる。

- (3) カンファレンス出席者・協議内容記載 (P75)

カンファレンスへの出席者と内容を記録して、患者・家族への確認とサインをもらい、カルテに記載しておく様式である。カンファレンスの中で確認・検討された、「退院後の療養生活に係わる注意点・確認事項・課題」を、関係する職種で共有する。

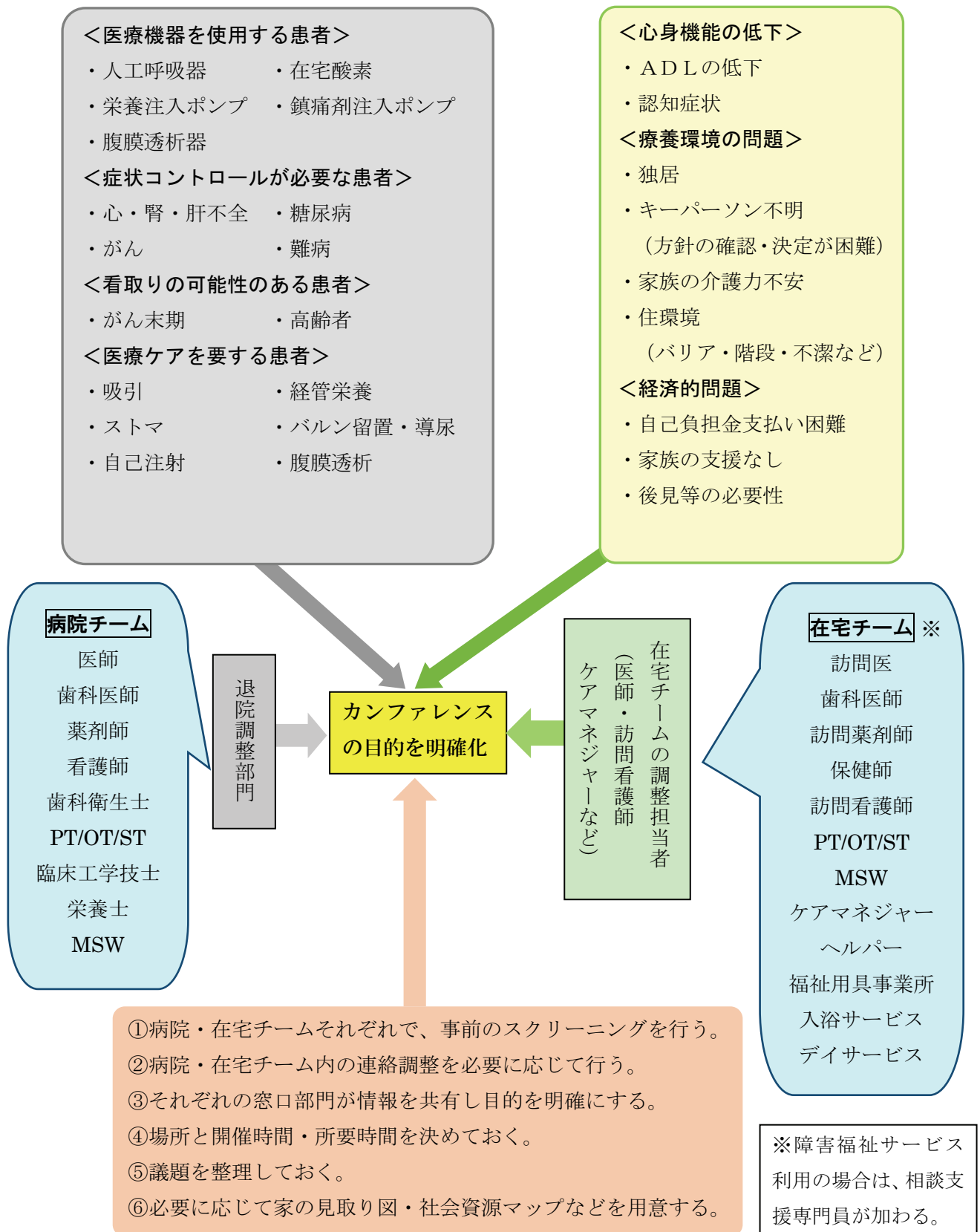
以下の医療保険点数を算定できる。ケアマネジャーとのカンファレンスで介護支援連携指導料算定の場合には、ケアプラン（暫定でも可）の内容などをカルテに記載する。

(退院時共同指導 1、2・介護支援連携指導料)

3. 活用のポイント

- (1) 退院前カンファレンスが必要な事例について、スクリーニングシートや病棟カンファレンスなどで検討し、病院チームと在宅チームの各窓口を決めて、カンファレンスの目的を明確化することが重要である。
- (2) 医療機器を使用する患者の場合には、機器の業者や医療的ケアができるヘルパーがいる介護事業所などとの連携も重要になることを理解する。必要に応じて、関係機関マップ・連絡先一覧や、家の見取り図や暫定のケアプランなども参考にするとよい。
- (3) カンファレンスシートには参加者と確認・検討した内容を記入し、患者・家族に説明して確認の署名をもらったものをカルテに残しておく。診療報酬算定に必要なとされる要件については、改定の都度確認する。

退院前カンファレンスが必要な事例



退院前カンファレンス議題（例）

〇〇様 退院前カンファレンス

（病名

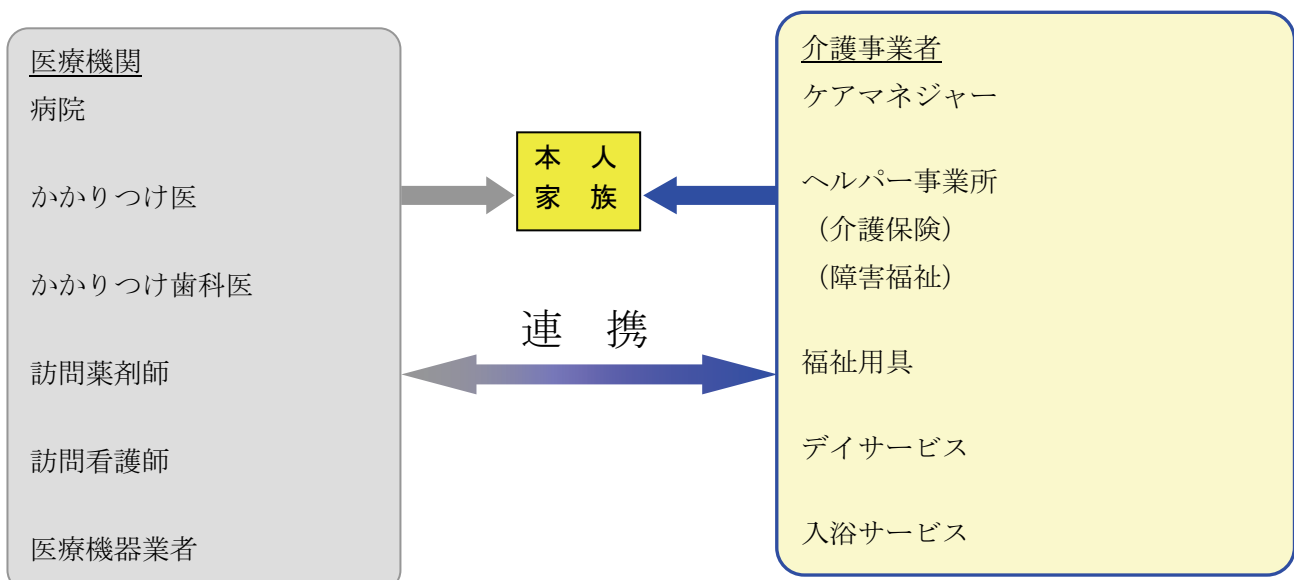
使用医療機器など

）

議題

1. 在宅生活への希望確認
2. 病状について
3. 服用薬剤の状況について
4. 医療機器への対応
5. 介護の留意点・介護体制など
6. 緊急時・看取りなどの対応
7. 今後の検討事項
（外来受診・訪問看護指示書作成・在宅指導管理料算定など）

<関係機関マップ：業者と連絡先>



カンファレンス出席者・協議内容記載

氏名
I D
病棟

実施日 年 月 日

退院時共同指導2 (+医師共同指導 ・ +3者共同指導) 、 介護支援連携指導

院内	担当医(診療科 氏名)
	病棟看護師(氏名)
	リハビリ(氏名)
	MSW(氏名)
	(職種 氏名)

本人・家族の希望や不安

希望や不安	
-------	--

退院後の療養生活に係わる注意点・確認事項・課題

食事()
排泄()
清潔()
服薬()
住居環境()
福祉用具等利用()
移動・動作()
医療処置と急変時の対応()
外来受診(受診先と頻度)
家族・介護者()
関係機関の役割確認()
その他()

院外	かかりつけ医(医療機関名 氏名)
	かかりつけ歯科医(医療機関名 氏名)
	訪問薬剤師(薬局名 氏名)
	訪問看護ステーション(ステーション名 氏名)
	(ステーション名 氏名)
	ケアマネジャー(事業所 氏名)
	職種 事業所名 氏名
職種 事業所名 氏名	

本人・家族	氏名 続柄	氏名 続柄
	氏名 続柄	氏名 続柄
	氏名 続柄	氏名 続柄

(7)

地域への情報提供シート
(看護サマリーシート)

地域への情報提供シート(看護サマリーシート)の使用方法

1. 目的

患者・家族が退院後、継続したケアを受けることにより、安心した在宅療養の継続ができるとともに、在宅チームが安全で適切なケアを提供することにより、患者・家族の QOL 向上につながる。

2. 作成意図

退院前に看護師が、患者・家族の病状や治療の理解度、希望する療養場所の意思決定プロセスを確認することが療養生活の継続には不可欠である。

看護サマリーシート作成により、入院前の身体や日常生活動作がどの程度変化したか再度確認し、退院指導へ活かしていただきたい。

なお、医療処置管理についての確認には医療材料についても盛り込み、退院後の医療処置継続が確実に行われるようにした。

★本シートはあえて記入欄を設けておらず、退院指導において必要な情報・内容を一覧にしたものとなっている。これは、各病院で既にサマリーの形式が決まっているところもあるため、本シートを参考にして、地域や各病院の特性に応じて、既にあるサマリーをアレンジするなどして活用してほしい、との意図によるものである。

3. 活用場面

退院前カンファレンスを踏まえて、最終確認の内容を病院チーム全体に確認し、サマリーを作成してほしい。

既にサマリーの形式が決まっている病院も、患者・家族の意思確認の項目を中心に参照してほしい。

4. 活用のポイント

- (1) 病院の役割に応じて患者・家族の意思確認プロセスは異なる場合もあるが、地域での継続看護には最低限の必要情報であるため、本シートを参考にして既にあるサマリーをアレンジするなどして活用してほしい。
- (2) 継続する課題については患者・家族の個別性に応じて作成する。
- (3) 在宅では介護者の負担が大きくなることに配慮して、医療以外のサポートも確認するとよい。

地域への情報提供シート（看護サマリーシート）

退院時に必要な情報

1. 氏名	男・女	生年月日（年齢）
2. 住所（現住所と訪問先が異なる場合、明記する）	連絡先	
3. 病名	既往症	
4. 今回の入院に至った病状と入院における病状経過（治療経過）		
5. 今後の方針（医師からの説明内容、告知の有無含む）		
6. 医師の説明に対する受けとめや病気の理解		
本人：	家族：	
7. 希望する最期の場所		
本人：	家族：	
8. 入院前の状況と変化した点（入院前_____⇒現在_____）		
・自立度	・認知度	・PS（パフォーマンスステータス）
9. 継続する課題		
(1) 身体機能障害（麻痺、拘縮、言語、視覚、聴覚、嚥下、他）		
(2) 認知障害、意思の疎通		
(3) 感染症、アレルギー、禁忌		
(4) 栄養状態、嚥下機能、食事・水分制限の有無、体重の増減、歯・口腔の状態		
(5) 皮膚の状況（スキントラブル、褥瘡など）		
(6) 排便コントロール（排便の要否、最終排便日など）		
10. 家庭環境		
(1) 介護状況：・単身、介護者、介護協力者、キーパーソン ・介護力、介護可能な時間		
(2) 家屋環境：・戸建、集合住宅 ・エレベーターの有無 ・トイレ ・ベッド ・手すり		
11. ADL・IADL 及びセルフケア能力：自立か、要介助かを明記		
(1) ADL：食事、排泄（トイレ、Pトイレ、オムツ）、保清（入浴、シャワー浴、清拭）、寝返り、座位、立位、歩行、移乗・移動		
(2) IADL：家事、意欲、金銭管理など		
(3) 内服の管理能力（具体的に確認する）		
(4) リハビリの状況と目標や考慮すべきこと（杖や補装具の使用など）		
(5) 介護者による介護方法の達成状況		

12. 継続する医療及び医療処置

(1) 経管栄養（胃ろう・腸ろう・食道ろう・経鼻、栄養剤、量、注入時間、注入方法、カテーテルの種類やサイズ）

HPN（輸液内容、量、間歇か持続か、ポンプメーカー）

点滴（末梢、CV、CVポート、内容、量）

インスリン注射（薬剤名、量、時間、BS値）

尿留置カテーテル（経尿道・膀胱ろう・腎ろう、カテーテルの種類、サイズ、交換頻度と次の交換日）

ドレーン管理（挿入部、包交頻度、通常の排液量）

疼痛管理（薬剤名、量、内服時間、貼付剤等交換時間、持続皮下注、レスキューの使用頻度）

気管切開（永久気管孔、カニューレの種類、交換頻度）

人工呼吸器（機種、設定、回路交換者）

在宅酸素（流量、時間、機種、携帯ボンベの有無）

ストマ、ウロストミー（部位、使用装具の詳細、交換頻度）

透析（血液・腹膜、時間、透析液濃度、機器メーカー）

褥瘡（部位、処置内容）

吸引（吸引頻度）

(2) 誰が医療管理を行うのか（誰に指導したか）

どこまで指導できているか、その達成度はどうか

(3) 今後の医療管理を担う所はどこか

- ・カテーテル交換等はどこの医療機関で行うか、次の交換予定日はいつか
- ・医療材料、衛生材料の準備、手配状況
- ・在宅療養指導管理料は、どこの医療機関が算定か、訪問看護指示書との関係はどうか

13. 今後の医療的サポートについて

- ・病院受診時の科と主治医は誰か、退院後のフォロー窓口はどこか
- ・今後かかりつけ医に依頼するか、介入予定のかかりつけ医はどこか
- ・訪問看護ステーションはどこか
- ・病状急変時の受け入れ病院はどこか
- ・災害時に備えた対応

14. その他利用する必要性のあるサポート

リハビリテーション、薬局、訪問介護、福祉用具など

15. 保険、公費情報

要介護度、難病、身体障害、生活保護など

外来からの「在宅療養」安定の ための支援について

4

外来からの「在宅療養」安定のための支援について

高齢者の中には、何らかの疾患を抱え、地域の診療所や入院医療機関の外来に通院している者も多いと考えられる。このように患者に身近な外来において、療養生活の継続のための支援が適切に行われれば、患者のQOLをより長期的に高く保つことが可能となる。

「外来」は、「長期的に関わることができる」、「在宅での様子を察知することができる」という利点があり、予防的なケアを行う上で重要である。しかし一方で、患者は医師の診療が終われば帰るため、短時間の接触しかできない。看護師は、短時間に情報収集・アセスメントを行い、次回外来までの課題を見出し行動に移さないと、支援のタイミングを逃してしまう。このため、個々の看護師のアセスメント能力が非常に重要となり、この点が複数人による継続ケアを行う入院医療機関の「病棟」と異なる。

また、患者側が必要性感じず、動機づけられていなければ、支援につながらない。患者・家族は、通院できるから支援を必要と思っていない、思えない心情が働く。よって、患者にどのように支援の必要性を動機づけていくかがポイントである。

さらに、外来での働きかけが帰宅後に継続されないことも課題である。外来で医師から説明された内容を、患者が十分理解していなかったり、帰宅後家族には伝えていなかった又は家族に伝えたが正確な内容ではなかったりすることが日常的に多く見られる。

今後の治療方針や療養の仕方、そしてこれからのこと（特に、エンド・オブ・ライフ期）を考える場面に、医師と看護師を含めた多職種が支援を提供できるよう対応が必要である。

以上のように、外来での在宅療養安定のための支援には難しい点があるが、まずは「看護師が関われる仕組み、見逃さない仕組み」を作ること、そのうえで、外来を「病状の悪化予防」「入院予防（回避）」「早期からの意思決定支援」「スムーズな退院支援」などを行う場としていくことが突破口となる。そのためには、予防的に変化を予測すること、変化を察知したら早急に対応すること、療養場所の移行に際して情報共有と一歩先を見据えた支援を行うことが必要である。

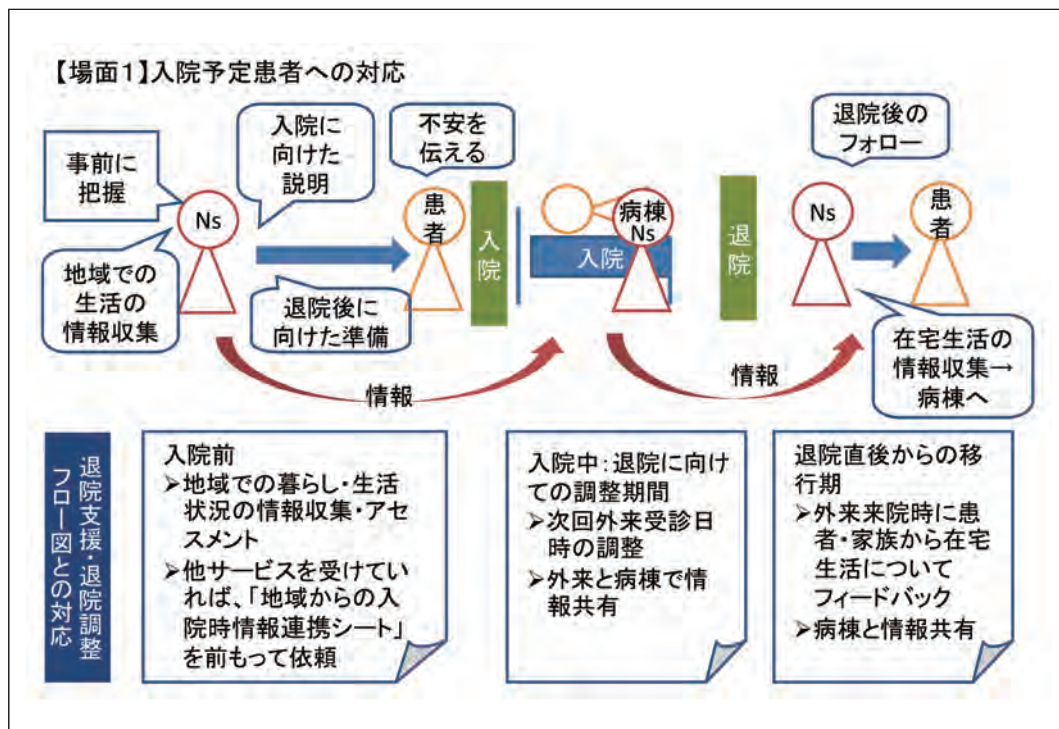
ここでは、外来での場面別に、必要とされる支援を整理した。ここでの「外来」は、【場面1】を除いては、地域の診療所における外来及び入院医療機関における外来の両方を想定している。なお、【場面1】においても、地域の診療所と入院医療機関との連携という点では、参考になるものである。

【場面1】(初めての) 予定入院

病棟と外来の情報共有により、入院中に適切なケアを行えるようにし、さらに退院後に予測される状況に備えて入院前から準備していく。この中には、**退院支援・退院調整フロー図**の「**入院決定時・入院早期**」の時期に、「**地域での暮らし・生活状況の情報収集・アセスメント**」を、外来において実施することが含まれる。

外来において、予定入院患者への対応の流れをあらかじめ決めておくことよい。入院に関する手続き等の説明に合わせて、入院目的や退院後に予測される状況などを説明したり、入院に当たっての不安を聴取したりする。また、外来通院中から利用しているサービスや、他にかかっている医療機関などを事前に把握し、「**地域からの入院時情報連携シート**」に類する情報提供を前もって依頼できる可能性もある。さらに、必要に応じて退院後に向けた指導やサービス導入等まで行うことができれば、短い入院期間でも準備時間を確保しやすい。

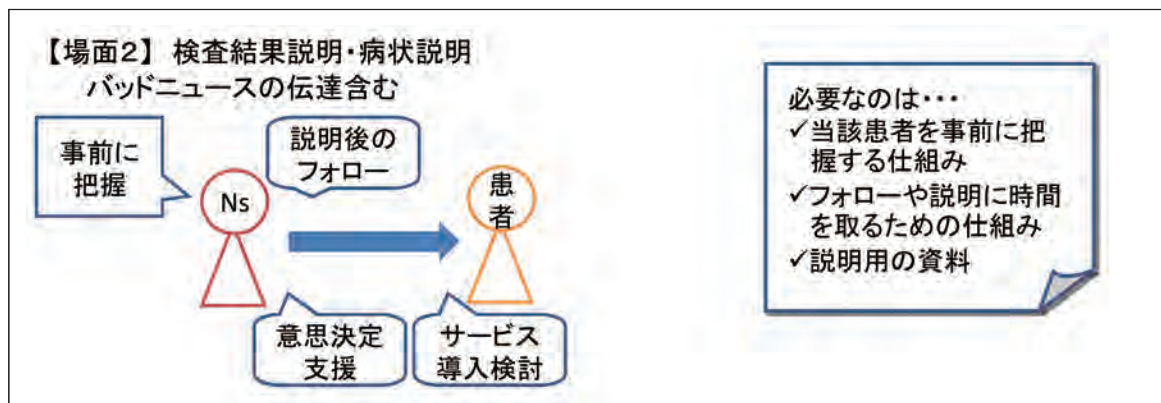
入退院に際しての病棟・外来での情報共有の仕組みには、外来でのアセスメント・対応内容を病棟に伝達することに加えて、入院中の状況を外来に伝達し、退院後の初回外来で在宅療養中の状況を適切にアセスメントすることも含まれる。**退院支援・退院調整フロー図**では、「**退院に向けての調整期間**」に、「**次回外来受診日時の提示**」「**外来と病棟間で情報共有**」を行うこと、「**退院直後からの移行期**」には「**外来と病棟間で退院後の様子を情報共有**」「**外来来院時に患者・家族から在宅療養生活についてフィードバックを受ける**」といったことが示されている。



【場面2】外来での検査結果・治療方針の説明

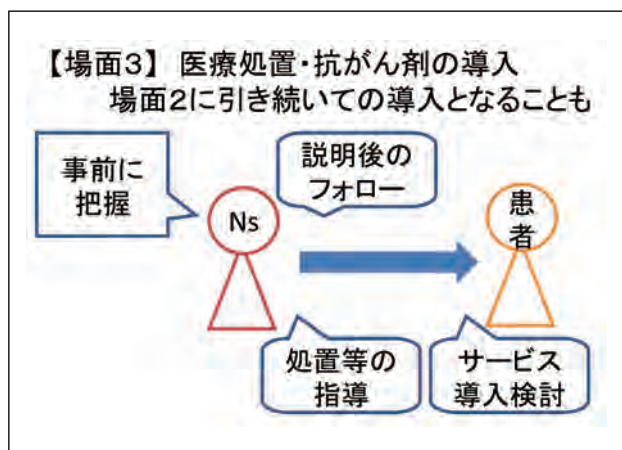
検査結果やそれに基づく治療方針の説明を、外来で行う場面である。中には病状の悪化や新たな病変の発見、それに伴う治療方針の変更など、いわゆるバッドニュースを伝える場面も含まれる。

外来でバッドニュースを伝えるときは、看護師が何らかの形でフォローする仕組みを作ることが望ましい。患者の理解状況を確認しながら、患者の意向・不安を傾聴し、受容できるよう支援する必要がある。立ち会いが難しくても、バッドニュースの伝達後、患者の帰宅前や次回外来日に看護師がフォローする仕組みを作ることできる。



【場面3】医療処置・経口抗がん剤の導入

外来において、新たな医療処置が加わったり、抗がん剤を導入したりする場合には、病状の変化に対応した意思決定支援、および病状悪化予防のための働きかけが必要である。意思決定支援については【場面2】に準ずる。病状悪化予防のためには、自宅での体調管理や医療処置の実施方法の指導と共に、必要に応じて訪問看護などの在宅サービス導入も検討する。サービス導入にあたっては、79ページの「地域への情報提供シート（看護サマリーシート）」の内容を参考にしつつ、治療経過や本人の思い等の要点を中心として情報提供を行う。また、将来的に入院が必要となる可能性がある患者については、本人・家族の今後の希望（家で過ごしたい等）についても早い段階で確認しておくことで、入院判断時に在宅療養を選択肢として検討することもできるようになる。



【場面4】状況変化のサイン

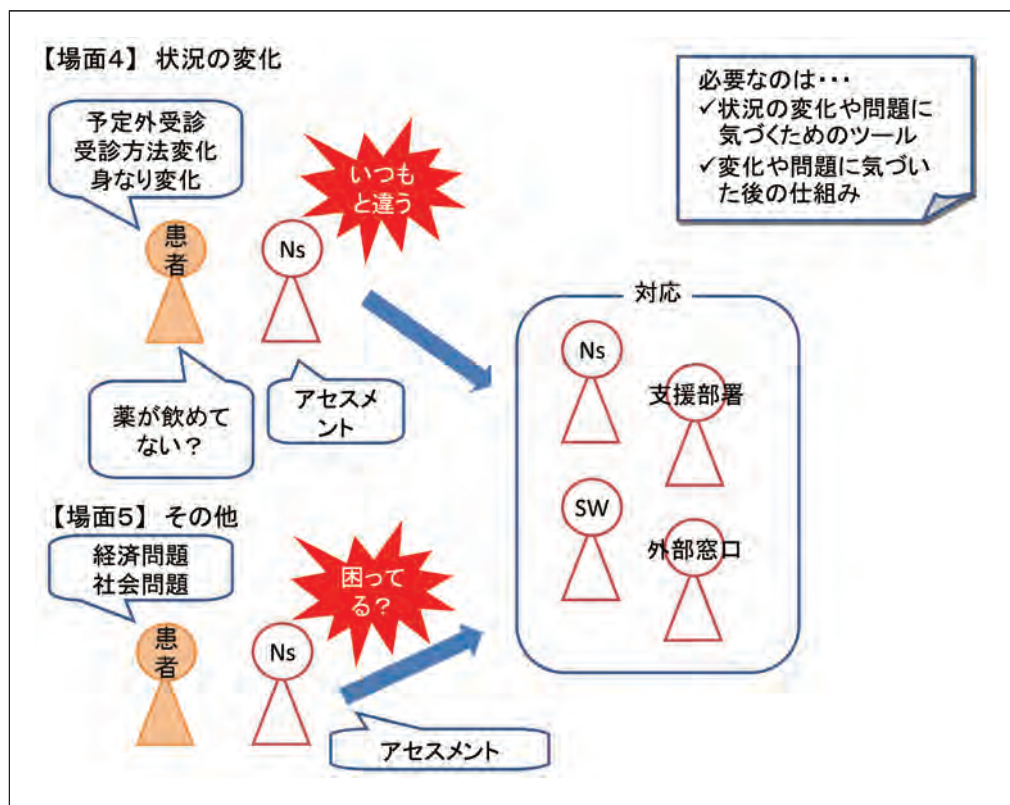
まず、予定外の受診は状況変化のサインであることがある。例えば、体調の悪化や認知機能の問題、生活上の問題などである。予定外受診を把握して、対応を要する問題が無いかをアセスメントする必要がある。

加えて、通院方法の変化（徒歩→車いすなど）、身なりの変化（身なりに構わなくなる等）、服薬管理不足などのサインをキャッチする。これらはADLやIADL、認知機能、病状、家族状況の変化などを表している可能性がある。来院時の状況からこうした状況を察知できるようにするには、外来看護師がアセスメント力を向上させるだけでなく、サインとなる項目を共有するなどの工夫が必要であろう。

把握した変化は医師と共有することが必要だが、その後の対応が決まっていなければ、短時間の外来受診においては患者が通り過ぎてしまう。対応先としては、総合相談窓口、各外来の担当者、入院医療機関については退院支援部門などが考えられる。また、外来看護師が各区市町村の設置する在宅療養支援窓口等（参照：巻頭「在宅療養支援窓口」）に連絡し、地域の支援に繋ぐという方法もある。

【場面5】その他

経済的・社会的な困難が存在することが外来通院中に明らかになることがある。そのような場合には、医療福祉関係の窓口と連携して対応することが必要となる。その他、対応が必要な状況があれば、適宜、他部門との連携が取れるような体制があると望ましい。



memo

memo

A series of horizontal dashed lines provided for writing the memo.

參考資料

地域で使用されているシート等の紹介

現在、病院での退院支援の取組に加え、地域全体で円滑な退院支援を進めようという活動が行われている。ここでは、実際に地域の多職種で作成し、使用されているシート等の一例を紹介する。地域で実施する退院支援の取組の参考にさせていただきたい。

1. 世田谷区取組 「医療と介護の連携シート」

世田谷区は、医療・看護・介護の連携を推進するしくみづくりや環境整備を目的として、標準となるシート（様式とルール）を作成している。このシートを使うことで、関係機関の間で、得手不得手や経験年数に因らず、より活発で効果的な連携が進むことをめざしている。シートは次の3種類である。

- ・医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）
- ・医療と介護の連携シート（主治医・ケアマネジャー連絡票）
- ・医療と介護の連携シート（外来主治医あて連絡票）

ここでは「医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）」について、紹介する。

1 「医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）」の概要

利用者の入退院時に、病院や有床診療所とケアマネジャーとの連携に使うシートである。

①入院時情報（左側）

ケアマネジャーから病院に向けて、患者さんの「入院前の状況」をお知らせする欄。退院に向けて、ご本人・家族等に対してどのような支援が必要になるかを考えるための情報になる。

②退院・退所情報（右側）

退院前に、ケアマネジャーが病院スタッフと面談したり、カンファレンスを通じて作成する欄。聞き取った内容を、在宅でのサービス計画作成時に利用することや、かかりつけ医、介護保険事業者等との情報共有を目的としている。

2 「医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報）」の活用方法とルール

①入院時情報（左側）

本人や家族等の状況から見て、入院時からケアマネジャーが積極的に支援する必要があると判断した場合（※）、事前連絡の上、速やかに病院側へご本人の「入院前の状況」等について情報提供する。

※積極的に支援する必要があると判断した場合は、単身世帯等で必要な情報が病院側に十分に伝わらないと考えられる場合、退院後の方向性について早期に関係者の協議が必要な場合等が考えられる。

②退院・退所情報（右側）

退院に向けて、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談などを通して収集した情報（退院・退所情報）を記載する。記載した内容は、サービス計画作成に利用するほか、主治医や介護事業者との情報共有に活用することができる。

医療と介護の連携シート（入院時／退院・退所情報） 世田谷区標準様式(改定版)

ふりがな	性別	生年月日	手術
利用者氏名	男・女	年 月 日 (歳)	無・有 (手術名:)
要介護度	未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 認定日 年 月 日		
有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
ふりがな	本人との関係	連絡先	
主介護者氏名			

▼入院時情報提供欄（別添資料 無・有→ 枚）

情報提供事業所名	
担当ケアマネジャー	
電話番号	FAX番号
提供年月日	年 月 日
入院日	年 月 日
既往歴	1. 2. 3. 備考 ()
かかりつけ医	①医療機関・主治医名 連絡先 ②医療機関・主治医名 連絡先
住環境	一戸建 集合住宅 *階段(有・無)
家族状況	単身世帯 同居者有 ()
サービス利用状況	訪問介護 通所介護 他 () 訪問看護⇒事業所/ Tel. ()
食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養)
	介助なし 見守等 一部 全介
口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介
移動	介助なし 見守等 一部 全介 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)
	介助なし 見守等 一部 全介
洗身	介助なし 見守等 一部 全介 行っていない
	介助なし 見守等 一部 全介
排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)
	介助なし 見守等 一部 全介
夜間の状態	良眠・不眠(状態)
認知・精神面	認知症高齢者日常生活自立度 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 備考 ()
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有 ・運動制限 無・有
障害高齢者日常生活自立度 J A B C	
その他(心身の状況や生活環境に関する特記事項など)	

▼退院・退所情報記録欄（面談結果をまとめるための欄です）

情報収集先機関名	
電話番号	
面談日	年 月 日 所属・職種・氏名
面談日	年 月 日 所属・職種・氏名
入院期間	入院日 年 月 日～退院(予定)日 年 月 日
疾病の状態	主病名 副病名 退院時主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服: 介助なし・一部・全介・その他) <特記事項>(感染症・投薬の注意事項(薬剤名、投与経路等))
	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 喀痰吸引 褥瘡の処置 カテーテル その他 () <特記事項>(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助なし 見守等 一部 全介 嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有 制限量/日 kcal・水分 ml・塩分・その他 () <特記事項>(食事制限などの内容等)
口腔清潔	介助なし 見守等 一部 全介
移動	介助なし 見守等 一部 全介 (見守り・手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子・ストレッチャー) <特記事項>(独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	介助なし 一部 全介 不可 行っていない ・入浴の制限 無・有(シャワー・清拭、その他)
排泄	介助なし 見守等 一部 全介 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) <特記事項>(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠(状態)
認知・精神面	・認知症高齢者日常生活自立度 () ・精神状態(疾患) 無・有 () <特記事項>(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度:) ・運動制限 無・有 <特記事項>(リハビリ・運動制限の内容、導入予定サービス等)
障害高齢者日常生活自立度 J A B C	
療養上の留意する事項(その他 NS、PTからの注意点など)	

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

2. 北多摩西部保健医療圏の取組

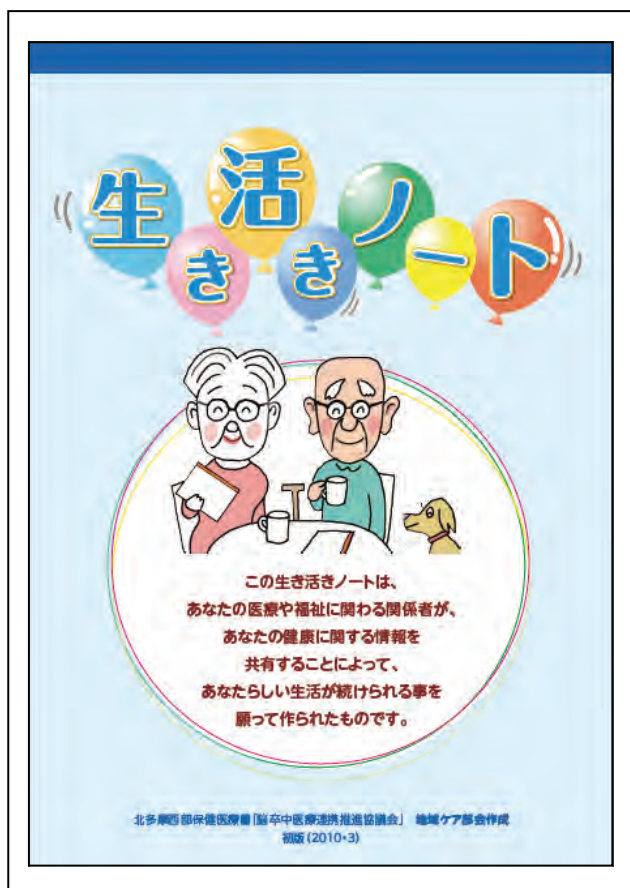
(1) 北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会の取組 「生き生きノート」

「生き生きノート」は、北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会が作成したものである。在宅療養患者に関する医療・介護の情報を一つにまとめたノートとなっており、入院中に医療機関から患者に渡され、患者が退院後も引き続き受診時に持参する等により、関係者間の情報共有に役立っている。

ノートには主に、次のシートが掲載されている。

- ・支援シート：在宅で患者さんが既に導入しているサービスや今後必要と思われるサービスがわかるためのシート
(記載者：担当ケアマネジャー)
- ・診療シート：診療した先生に病気の状態について評価をしていただくためのシート
(記載者：医師、看護師)
- ・生活シート：生活機能全般について評価できることを目的に作成されたもの
(記載者：ご本人・ご家族とその関係者)
- ・食事支援シート：食事困難な状況を把握し摂食嚥下機能を評価し支援につなぐためのもの
(記載者：食事の状況観察項目、口腔機能評価(必須項目)はご本人やご家族が看護師、ヘルパー、ケアマネジャーが協力して。口腔機能評価(必須外項目)は評価実施医師・歯科医師)

(表紙)



(裏表紙)



支援シート(主にケアマネジャーが記載します)

受診日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
発症後	退院時			
介護度	<input type="checkbox"/> 要支援()		<input type="checkbox"/> 要支援()	
	<input type="checkbox"/> 要介護()		<input type="checkbox"/> 要介護()	
	<input type="checkbox"/> 申請未		<input type="checkbox"/> 申請中	
介護者	主介護者名	主介護者名	主介護者名	主介護者名
	関係 キーパーソン	関係 キーパーソン	関係 キーパーソン	関係 キーパーソン
成年後見	要 申請	不要 未 済	要 申請	不要 未 済
利用している サービス (し点を入れて サービス導入日を 記入してください。)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 生活介護(昼) (月 日~) (月 日~)			
	身体介護(昼) (月 日~) (月 日~)			
	生活介護(夜) (月 日~) (月 日~)			
	身体介護(夜) (月 日~) (月 日~)			
	生活介護(自費) (月 日~) (月 日~)			
	身体介護(自費) (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> 訪問診療 (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> 摂食・嚥下リハビリ (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> デイケア (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> デイサービス (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日~) (月 日~)			
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 (月 日~) (月 日~)			
<input type="checkbox"/> 住宅改修				
総合評価・注意点				
事業所名				
記入者				

*発症から3ヶ月後と6ヶ月後は必ずmRSの記載をお願いします。(記載する人：医師または看護師)
患者さんが提示した際に記載が必要と思われる部分だけにご記入をお願いします。

3ヶ月後 (月 日頃) 6ヶ月後 (月 日頃)

診察日	年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日
	退院時			
病名				
mRS	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5	0 1 2 3 4 5
一般状態	血 圧	/ mmHg	/ mmHg	/ mmHg
	脈 拍	回/分 整 不整	回/分 整 不整	回/分 整 不整
	体 重	Kg	Kg	Kg
	B M I			
	<input type="checkbox"/> 体温	℃	℃	℃
	<input type="checkbox"/> SPO2	%	%	%
症状または訴え	<input type="checkbox"/> 状態変化なし		<input type="checkbox"/> 状態変化なし	
診察所見				
家族・介護者への アドバイス				
障害者の自立度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2
高次脳機能障害	有 無	有 無	有 無	有 無
認知機能	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M	自立 MCI I IIa IIb IIIa IIIb IV M
所属				
記載者 (医師・看護師)				

mRS
0 全く症状なし
1 何らかの症状はあるが障害はない :通常の仕事や活動は全て行える
2 軽微な障害:これまでの活動の全てはできないが身のまわりの事は援助不要
3 中等度障害:何らかの援助が必要だが援助なしで歩行ができる
4 中等度から重度障害:援助なしでは歩行できず身の回りの事ができない
5 重度の障害:むたきり、失禁、全面的な援助が必要
高次脳機能障害(脳疾患や外傷が原因) 言語の理解・行動する・物体の認識・記憶の保持ができない状態

障害者の自立度
J 何らかの障害はあるが、日常生活は自立している J1 交通機関を利用して外出する J2 隣近所になら外出する
A 屋内での生活は自立、外出時には介助が必要 A1 日中はほとんどベッドから離れて生活 A2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活
B 屋内での生活も介助が必要、ベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ B1 車椅子に移乗し、食事排泄はベッドから離れて行う B2 介助により車椅子に移乗する
C 一日中ベッドで過ごし、日常生活全てが介助が必要 C1 自力で寝返りをうつ C2 自力で寝返りができない

認知機能
自立 認知症状なし
I 何らかの認知症状はあるが家庭内及び社会的に自立
II 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあるが見守りがあれば自立している IIa 家庭外でみられる IIb 家庭内でもみられる
III 日常生活に支障を来たす症状・行動・意思の疎通の困難さがあつて、介護を必要とする IIIa 日中を中心にみられる IIIb 夜間を中心にみられる
IV 日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思の疎通の困難さが頻繁にみられ常に介護を要する
M 著しい精神症状や問題行動、重篤な身体疾患がみられ、専門医療が必要である
MCI: 認知機能の低下はあるが日常生活機能は正常にできる

生活シート(本人・ご家族・関係者が記入してください)

受診日		年月日					年月日					備考・詳細				
発症後		退院時					3ヶ月					備考・詳細				
身体機能	意識障害	無 有 ()					無 有 ()									
	四肢麻痺	無 有 (部位)					無 有 (部位)									
	ふるえ	無 有 (部位)					無 有 (部位)									
	言語の不自由	無 有					無 有									
	とこずれ	無 有 (部位)					無 有 (部位)									
自立度		自	見	一	全	施	自	見	一	全	施					
日常生活等		立	ま	部	介	行	立	ま	部	介	行					
活動	基本動作	寝返り														
		起き上がり														
		座位														
		立ち上がり														
		立位														
	移動	交通機関利用														
		(種類)														
		外出(隣近所)														
		室内														
		歩行距離/1日										歩・km				
装具杖歩行器		無 有 ()					無 有 ()									
車椅子		不要・要(手動・電動)					不要・要(手動・電動)									
(使用時間)												時間/日				
期間内転倒	無 有					無 有										
排泄	尿													□トイレ □オムツ		
	便													□ポータブルトイレ		
その他	食事	食具(□箸 □スプーン)					食具(□箸 □スプーン)									
	整容(身だしなみ)															
	更衣(着替えなど)															
	入浴(自宅での)															
	家事労働	食事の支度														
		洗濯														
		掃除														
コミュニケーション																
活動度	日中臥位	無 有 ()					無 有 ()									
	日中座位															
本人の希望																
評価者		関係					関係									

食事支援シート(摂食・嚥下機能評価)

病名

*口腔機能評価必須外項目は評価実施医師
または歯科医師が記入してください。

発症日

		年 月 日	年 月 日	年 月 日	年 月 日									
		受診日		発症後										
環境	口腔内の汚れ	汚れている	ふつう	きれい	汚れている	ふつう	きれい							
	姿勢	椅子	車椅子	子供式車椅子	ベッド上	椅子	車椅子	子供式車椅子	ベッド上					
	義歯	有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無	有(使用・未使用)	無					
食事の状況		a. 食べようとしな		b. 少しずつしか食べない		c. 食べ物を詰め込みすぎる		d. 口から食べ物がこぼれる						
		e. 上をむいて飲もうとする		f. 鼻から飲食物が出てしまう		g. 食べ物が口の中に残る		h. 喉がゼロゼロしている						
		i. 食後によく咳が出る		j. 食後に声が変わる		k. 食事を残す事が多い		l. 嘔吐しやすい						
		a.	b.	c.	d.	e.	a.	b.	c.	d.	e.			
		f.	g.	h.	i.	j.	f.	g.	h.	i.	j.			
		k.	l.	m.			k.	l.	m.					
観察項目		食事形態(主食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
		食事形態(副食)	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食	ペースト	刻み	軟食	常食
		食事にかかる時間												
		飲水量(1日)				ml						ml		
		トロミ	要	不要		要	不要		要	不要		要	不要	
		尿量	変化なし	減少		変化なし	減少		変化なし	減少		変化なし	減少	
		食事の自立度	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助	自立	見守り	部分介助	全介助
		食事の摂取方法	経口	一部経口	経管	経口	一部経口	経管	経口	一部経口	経管	経口	一部経口	経管
			(胃瘻/チューブ・ボタン)	経鼻)		(胃瘻/チューブ・ボタン)	経鼻)		(胃瘻/チューブ・ボタン)	経鼻)		(胃瘻/チューブ・ボタン)	経鼻)	
		補助栄養	有()	無		有()	無		有()	無		有()	無	
口腔機能評価 必須外項目		唾液・痰の状況	良	不良		良	不良		良	不良		良	不良	
			<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	<input type="checkbox"/> 流涎	
			<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる	<input type="checkbox"/> 唾液が口の中に溜まる				
			<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> むせる	<input type="checkbox"/> むせる					
		<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある	<input type="checkbox"/> 痰 時々ある					
		声の状態	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声	変化なし	ガラガラ声	かすれ声
		口腔乾燥	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
		食物残渣	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
		舌苔	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある
口臭	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある	ない	少しある	ある		
舌の動き	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下	前後	左右	上下		
随意的な咳	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない	できる	弱い	できない		
発熱	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある	ない	時々ある	よくある		
総合評価・注意点														
次回までの課題														
口腔機能評価 必須外項目		反復唾液嚥下テスト	月	日	回	月	日	回	月	日	回	月	日	回
		咳テスト	月	日		月	日		月	日		月	日	
		水飲みテスト	月	日		月	日		月	日		月	日	
		フードテスト	月	日		月	日		月	日		月	日	
		VE(嚥下内視鏡)	月	日		月	日		月	日		月	日	
		VF(嚥下造影)	月	日		月	日		月	日		月	日	
所属														
評価者														

東京都北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成

出典：「生き生きノート(初版2010年3月)」

(北多摩西部保健医療圏「脳卒中医療連携推進協議会」地域ケア部会作成)

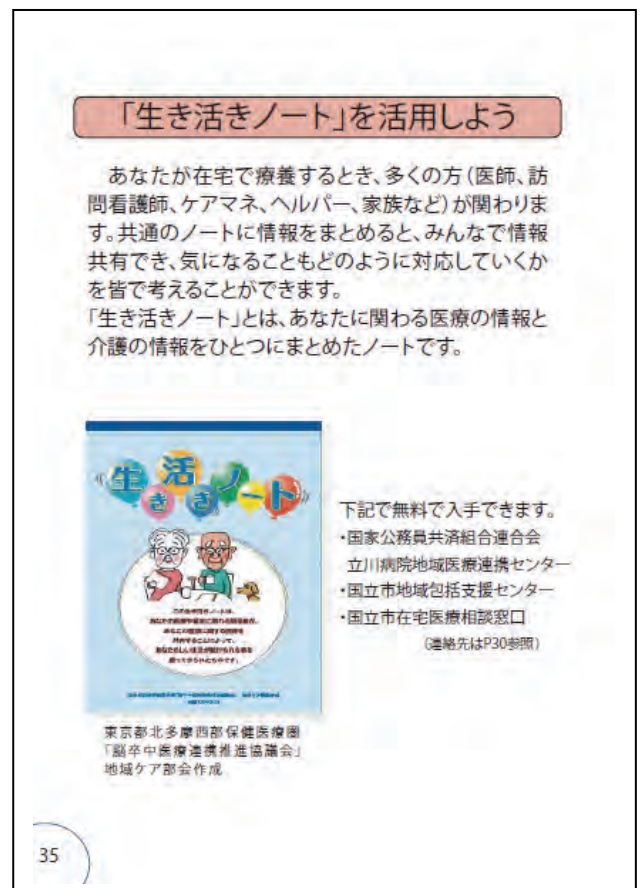
(2) 国立市の取組 「くにたち在宅療養ハンドブック」

国立市は、病気になっても、介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して生活を送るために必要な情報をまとめたハンドブックを作成し、在宅療養を広く分かりやすく周知している。ハンドブックでは、在宅療養に関する情報提供や相談窓口の紹介等をするとともに、「生き生きノート」を紹介しノートの市民への活用を促進している。

(表紙)



(P35)



(目次)

元気だと思っても急に体調が悪くなる場合がありますが、そんなときに相談できる人はいますか？実は、多くの人がすぐに救急車を呼んでしまい、思ってもみなかった結果になっていることもあります。そうならないようにするには、日頃からお住まいの地域のかかりつけ医や訪問看護師と繋がりをもち、体調を整え、「もっと安心」して暮らせるようになるでしょう。あわてて救急車を呼ばなくても、「きっと大丈夫」です。そのために役立てて頂きたい一冊です。

～ 目 次 ～

- 体の不調や病気に、ひとりで悩んでいませんか？…… 1
療養生活をささえてくれる人たち
- たよりになる「かかりつけ医」をもっていますか？…… 3
かかりつけ医をもったほうがよい理由
かかりつけ医を選ぶ5つのポイント
- 病院から家に帰りたいと思った時は、誰に相談していますか？… 5
退院が決まって不安なことはありませんか？
- 自分に合うケアマネさんに出会っていますか？…… 7
よいケアマネさんを選ぶためのチェックポイント
- 自宅での療養生活が不安なときは、誰に相談していますか？… 9
知っておきたい日常的な症状のポイント
- いざという時、頼りになる訪問看護をご存知ですか？…… 11
訪問看護ステーションQ&A
- 食事がとれなくなったらどうしますか？…… 15
胃ろうにまつわるウソ・ホント
胃ろうQ&A

(目次)

- 美味しく食事をしていますか？
～よくかんで食べることは、元気の秘訣です～…… 17
お口のごことで、困っていることはありませんか？
どんな相談ができるの？
- 薬のごことで困っていませんか？…… 19
薬剤師がご自宅へお伺いします！
- あなたはどこで最期を迎えたいですか？…… 21
呼吸が止まった時に救急車を呼ぶと…?!
- 最期はどうなってしまうのか、心配していませんか？…… 23
終末期へ向かうなかで決めておくこと
- エンディングノートとは？…… 25
- 認知症になっても地域で支えあおう！……27
認知症を理解しよう
家族がつくった「認知症」早期発見のめやす
認知症に関する相談窓口
成年後見制度をご存知ですか？
- 地域包括支援センターってなに？…… 31
地域の困りごとの相談窓口はここです。
地域包括支援センターQ&A
- 認知症アクションミーティング2グループ作成マップ…… 33
- 「生き生きノート」を活用しよう…… 35

(P 5)

病院から家に帰りたいと思った時は、誰に相談していますか？

○退院が決まってこんな不安はありませんか？

- ・尿の管や胃ろう、自己注射などの医療的ケアを自宅で行う
- ・麻薬や抗がん剤などの薬の管理
- ・糖尿病などの治療食
- ・ひとり暮らしの生活全般の不安
- ・介護の負担
- ・病院への定期受診
- ・経済的なこと
- ・療養環境の整え方
- ・急変したときの入院先

このように退院が決まっても不安でしかたがないとき、あるいは「とにかく一度わが家に帰りたい」と退院を望むときは、まず市の相談窓口(P6参照)に相談しましょう。

相談員があなたの希望を一番に考え、医師と調整しながら退院への準備をしてくれます。

5

(P 6)

また、在宅療養に関する相談ごとは、市の相談窓口にご相談しましょう。介護保険制度を利用している場合は、ケアマネに相談します。

退院前に、ご本人やご家族、病院や地域の医療関係者みんなで話し合います。

自宅での医療的ケアや生活については、地域のかかりつけ医、訪問看護師、ケアマネが相談にのります。

早めにご相談を!

相談窓口

国立市在宅医療相談窓口
住 所：国立市西3-3-37-102
(つくし会訪問看護ステーション内)
電 話：042-569-6213

国立市地域包括支援センター
住 所：国立市富士見台2-47-1(市役所内)
電 話：042-576-2111(内153・169)

6

出典：「くにたち在宅療養ハンドブック（第1版平成25年10月19日）」
(国立市在宅療養推進連絡協議会発行)

参 考 資 料 2

東京都在宅療養推進会議 退院支援検討部会 委員名簿

(平成27年度)

区分	委員氏名	所属
学識経験者	宇都宮 宏子◎	在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス 代表
	永田 智子	東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 准教授
	坂井 志麻○	東京女子医科大学看護学部 准教授
病院代表	黒崎 恵子	JCHO東京新宿メディカルセンター 副看護師長
	山内 真恵	武蔵野赤十字病院看護部 外来看護係長
	山岸 清美	東京慈恵会医科大学附属病院 看護部 管理師長
	北浦 利恵子	公立福生病院 看護部 主任
	平岡 久仁子	帝京平成大学現代ライフ学部人間文化学科社会福祉コース 学科長・教授
	名田部 明子	医療法人財団慈生会野村病院 地域連携室主任
	小林 裕一郎	医療法人内藤病院 医療連携・相談室室長
在宅・地域代表	井上 多鶴子	公益社団法人板橋区医師会 板橋区医師会在宅医療センター 在宅看護部長
	平原 優美	公益財団法人日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション 統括所長
	山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長
	鈴木 道	医療法人社団緑の森さくらクリニック 医療相談員
	西本 裕子	中野区江古田地域包括支援センター 所長
行政機関	成田 友代	福祉保健局医療改革推進担当部長
	篠崎 育子	福祉保健局保健政策部地域保健推進担当課長

◎…部会長 ○…副部会長

オブザーバー		
東京都在宅療養推進会議 会長	新田 國夫	医療法人社団つくし会新田クリニック 院長
東京都在宅療養推進会議 会長代理	呉屋 朝幸	杏林大学 名誉教授
退院支援強化研修 実施者	廣岡 幹子	公益社団法人東京都看護協会 常務理事

東京都退院支援マニュアル

登録番号(27)315

発行 平成 26 年 3 月 初版発行
平成 28 年 3 月 改訂版発行

編集発行 東京都福祉保健局医療政策部
東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話 03 (5320) 4446 (直通)
03 (5321) 1111 内線 33-324

印刷 社会福祉法人 日本キリスト教奉仕団 東京都板橋福祉工場
東京都板橋区高島平九丁目 4 2 番 7 号
電話 03 (3935) 2601

石油系溶剤を含まないインキを使用しています。

リサイクル適性 (B)

この印刷物は、板紙へ
リサイクルできます。