

安佐地区 医療介護 連携マニュアル



2024年版

広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会

安佐地区 医療介護 連携マニュアル



はじめに

「2025年（令和7年）を目途に、高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で、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、地域の包括的な支援・サービス提供体制（地域包括ケアシステム）の構築を推進しています。」（厚生労働省ホームページ「地域包括ケアシステム」より）という国の方針に従い、十数年来、2025年を目標に我々安佐地区の医療・介護従事者は地域完結型の医療・介護・福祉サービスの提供を目指して、様々な仕組みを構築し、より良い環境に整備に邁進してきました。

ICTの分野では電子カルテやオンライン診療、タブレット端末の活用による情報共有や介護センサーの導入による転倒予防などでの活用はもちろん、2020年に始まったコロナ禍では、直接対面できない不便さを補う形でZoomなどのWeb会議システムなどが、利用できるようになり、その進歩をさらに実感することになりました。しかしその一方で、通所サービスが受けられなくなった高齢者のフレイルの進行、コミュニケーションの不足による認知症の進行などが明らかに認められ、またわれわれ医療介護従事者間のコミュニケーション不足も問題となっていました。「対面で言葉を交わす」ことはやはり重要で、このことは先日2024年11月に久しぶりに対面形式で行われた「安佐地区ケアカンファレンス推進協議会」でも再確認されたところです。すなわち、我々医療介護福祉の世界では、デジタルによる情報伝達の省力化とアナログ的な手段による情報の精緻化あるいはスキルの伝承の両立が必要であり、そもそも高齢者を相手にした医療・介護はそのほとんどがアナログ的な技術に支えられており、人力すなわちマンパワーに頼らざるを得ないのです。

しかし2025年に団塊の世代が後期高齢者になるのを目前に、我々は大きな問題に直面しています。マンパワー不足です。深刻化するわが国の少子高齢化の中、今やどの業界もマンパワー不足で若い労働力が取り合いになっています。我々医療介護福祉業界も若い、活力のある人材を熱望していますが、十分な新人職員を獲得するのは難しい中、やはり職場環境を見直し、業務の省力化・効率化を図っていく必要があるでしょう。

2021年に改訂した「安佐地区医療・介護連携マニュアル」ですが、この度令和6年度の診療報酬改定、介護報酬改定に合わせて再改訂することとなりました。今回のマニュアルでも「入院前情報提供シート」と「退院時情報提供シート」また「安佐医師会連絡シート」の作成、改訂に特に注力しました。前回リニューアルした「入院前情報提供シート」はたくさんの在宅側のケアマネジャー、訪問サービス事業の方々に受け入れていただき、多くの医療機関が入院する前の日常の情報をこの「入院前情報提供シート」で受け取っています。今回は、より使いやすくするために、情報を発信する側と受け取る側の双方からアンケートを取って再改訂を行いました。また「退院時情報提供シート」は、電子カルテの問題でまだ実際に使用している施設は安佐地区では2施設ですが、将来安佐地区共通ツールとしての退院情報提供シートになることを目指して、改訂を行いました。

安佐医師会連絡シートは、安佐歯科医師会・安佐薬剤師会にも協力をいただき、どの職種からどの職種へも連絡シートを送れるように2種類だった「多職種連絡シート」を1種類に統一しました。これまでは主に医療機関とケアマネジャーの連絡シートとして利用されていましたが、多職種連携の発展に伴い、多岐の職種間で連絡シートのやりとりが必要となっていることから、どの職種が使ってもよい「多職種連絡シート」としたものです。お気軽にお使い頂ければ幸いです。

また今回も介護保険になじみの薄い医師や新人ケアマネジャーのために、介護保険の利用例を、介護区分ごとに作成しました。具体的にどの程度の介護度の方に、どのようなサービスが必要で、どのくらいお金がかかるのか、わかりやすく説明してあります。この他にも前回の「安佐地区医療介護連携マニュアル」に在宅でサービスを提供する様々な専門職が加筆し、多くの最新の情報を提供しております。

このマニュアルが、安佐地区の医療介護に関わる人たちの連携に大いに活用され、少しでも皆様の業務効率改善の手助けになることを願って改訂の序文とさせていただきます。

令和7年1月

広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会
委員長 高橋 祥一

安佐地区医療介護連携マニュアルの経緯・変遷

安佐地区では、介護保険制度が始まる前から望んだ場所で最期まで過ごせる地域を目指して、在宅医療の充実が図れるよう、在宅療養できる十分な環境を整えるために多職種連携に取り組んできた。その取組を形にしたものが安佐地区医療介護連携マニュアルである。

● 2015年度（平成27年度）作成



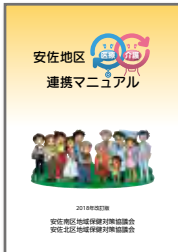
安佐地区の医療・介護専門職共通の一冊が完成

作成主体：安佐医師会

安佐医師会地域ケア推進委員会で活動している医師とケアマネジャー、地域包括支援センター職員、安佐地区内の病院に所属するMSWと看護師が中心となって作成。ケアカンファレンス推進協議会での協議・安佐南区ケアプラン作成機関連絡会・安佐北区介護支援専門員連絡協議会により初回連絡シート、連絡シートが作成される。
(マニュアルより引用)

- ・連携をキーワードに目次が構成されている。

● 2018年度（平成30年度）改訂



作成主体：安佐南区・安佐北区地域保健対策協議会

地域包括連携会議で活動している医師とケアマネジャー、地域包括支援センター職員、安佐地区内の病院に所属するMSWと看護師が中心となって内容を更新。対象施設の拡大、医療機関からケアマネジャーや地域包括支援センターへの連携シートが追加された。
(マニュアル2018改訂版より引用)

- ・連携シートが充実した。
- ・医療機関の役割紹介が増えた。
- ・施設の役割紹介が細分化された。
- ・主治医意見書に関連する書式の紹介が増えた。
- ・ACPについて取り上げた。

● 2021年度（令和3年度）改訂



作成主体：広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会

広島市の委託により安佐医師会内に「広島市北部在宅医療・介護連携支援センター」が設立されたことに伴い、作成主体が「安佐南区・安佐北区地域保健対策協議会」から医療介護に携わる多職種で構成されている「広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会」に移行。「入院前情報提供シート」、「退院時情報提供シート」、「安佐医師会連絡シート」の作成・改訂に加え、介護保険の利用例を介護区分ごとに作成し掲載した。
(マニュアル2021改訂版より引用)

- ・さらに連携シートが充実した。
- ・連携に関する項目と他職種・関係機関の理解や制度の理解を深める資料編に分けた構成となった。
- ・連絡先はすべてマニュアル別冊へ移行。
- ・報酬の紹介が診療報酬と介護報酬に明確に分けられた。

NEW

2024年度（令和6年度）改訂



作成主体：広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会

今回の改訂では「広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会」より選出された「マニュアル改訂ワーキンググループ」が中心となり改訂を行った。ワーキンググループは在宅訪問を行っている歯科医師・薬剤師・訪問看護師・セラピスト・管理栄養士のほか、認定看護師・歯科衛生士・介護福祉士を加えた委員で構成し、掲載内容の充実を図った。

- ・情報提供シートは、事前アンケートの意見を取り入れ、情報を提供する側と受け取る側の双方がより使いやすくなるよう改訂した。
- ・多職種連絡シートはどの職種でも使いやすいものに統合した。
- ・多職種連携を行う上で安佐地区が培ってきたマナーやエチケットをまとめた。

目次

C o n t e n t s

I	より良い連携のために	1
I-1	より良い連携のために	1
I-2	多職種で行うカンファレンス等について	2
II	安佐地区連携シートと連携の流れ	3
II-1	安佐地区連携シート	3
(1)	安佐地区入院前情報提供シート：書き方ガイド	4
	安佐地区入院前情報提供シート：記載例	6
(2)	安佐地区退院時情報提供シート：書き方ガイド	8
	安佐地区退院時情報提供シート：記載例	11
	*看護情報提供書（広島県看護協会北支部作成）：見本	14
	*看護情報提供書（広島県看護協会北支部作成）：記載例	16
	*看護情報提供書（広島県看護協会北支部作成）と併用して使用できるシート：書き方ガイド	18
	*看護情報提供書（広島県看護協会北支部作成）と併用して使用できるシート：記載例	19
(3)	安佐医師会連絡シート	20
①	初回連絡シート：書き方ガイド	20
②	介護事業所→医療機関等 連絡シート および ③多職種連絡シート 活用例	21
②	介護事業所→医療機関等 連絡シート：書き方ガイド	22
③	多職種連絡シート：書き方ガイド	23
II-2	連携の流れ（標準的なケース）	25
(1)	退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがいるケース	26
(2)	退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがいないケース	28
(3)	転院または施設入所が必要なケース	30
(4)	回復期リハビリテーション病棟	31
(5)	患者に担当ケアマネジャーがおり、退院支援が必要ないケース	32
II-3	フローチャート各項目の留意事項	33
	資料編	37
1	用語の定義	37
2	各医療機関の役割	39
(1)	高度急性期病棟	39
(2)	急性期病棟	39
(3)	回復期機能をもつ病棟	40
(3-1)	地域包括ケア病棟	40
(3-2)	回復期リハビリテーション病棟	40
*	地域包括医療病棟 *	41
(4)	慢性期機能をもつ病棟	41
(4-1)	療養病棟	41
(4-2)	介護医療院	41
(5)	精神病棟	41
(5-1)	精神疾患に関する病棟	41
(5-2)	認知症に関する病棟	42
(6)	緩和ケア病棟	42
(7)	有床診療所	43
(8)	訪問歯科診療	44
	・口腔連携強化加算	45
	・全サービスにおける口腔関連の主な加算等	46
(9)	保険薬局	47
	・訪問薬剤師の費用	48

3 各施設の役割	50
<介護保険施設>	50
(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム〔特養〕）	50
(2) 介護老人保健施設（老健）	50
(3) 介護医療院	50
<介護保険上在宅の扱いとなる施設>	50
(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）	50
(2) 小規模多機能型居宅介護	50
(3) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）	50
(4) 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）	51
(5) サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）	51
(6) 介護付き有料老人ホーム	51
(7) 住宅型有料老人ホーム	51
4 日常生活を支える介護職（介護福祉士を中心とした介護スタッフ）について	52
<医療保険での訪問が可能なサービスと施設の対応表>	55
5 居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割	58
(1) 居宅介護支援事業所とは	58
(2) 地域包括支援センターとは	58
(3) 介護支援専門員（ケアマネジャー）とは	59
(4) 介護保険サービス利用までの流れ	59
(5) 介護保険サービス利用に関する留意事項	59
(6) ケアマネジメント業務の月間スケジュール例	60
6 訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問栄養食事指導の役割	61
(1) 訪問看護とは	61
(2) 外泊日の訪問看護について	61
(3) 介護保険サービス事業所との委託契約による健康管理等について	61
(4) 医療保険・介護保険の訪問看護の対象者について	62
(5) 認定看護師による相談対応	63
(6) 看護師による特定行為について	63
参考 特別訪問看護指示書：書き方ガイド	65
(7) 訪問リハビリテーションとは	66
(8) 訪問栄養食事指導とは	68
7 個人情報の取扱い	70
8 連携することによって算定できる報酬	72
(1) 診療報酬	73
(2) 介護報酬	76
<ICT 活用に関する留意事項>	82
9 要介護認定申請の流れ	84
10 主治医意見書作成のための予診票	86
11 介護保険主治医意見書作成ガイド	89
12 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	92
13 認知症の日常生活自立度の判断	92
14 認知症症例の意見書の書き方	93
15 在宅における介護保険サービスの利用事例	94
(1) 介護保険サービスの利用料等について	94
(2) 介護保険の利用例	96
要支援1、2の場合（介護予防サービス・支援計画書 例あり）	96
要介護1～5の場合（一部居宅サービス計画書 例あり）	104

<参考資料>

ACPについて	116
・ACPの手引き（広島県地域保健対策協議会 制作）	117
・私の心づもり（広島県地域保健対策協議会 制作）	121

I

より良い連携のために

I-1 より良い連携のために

「第9期広島市高齢者施策推進プラン」では、2040年を見据え、地域包括ケアシステムを一層強固なものにしていくために、重点施策Ⅳとして「在宅医療の充実と在宅医療・介護連携の推進」が位置づけられています。

取組方針として「慢性疾患や認知症等により医療と介護の双方を必要とする75歳以上高齢者が増加する中、できる限り人生の最期まで在宅で暮らしたいという高齢者のニーズに対応していくため、通院が困難な状況になっても適切な医療が受けられるよう、在宅医療の充実を図るとともに、医療・介護サービスをより円滑かつ効果的・効率的に提供できるよう、在宅医療・介護連携を推進する」ことが掲げられています。

我々専門職が受け持つサービスは医療・看護・介護・リハビリ・口腔・栄養などがあり、それらは、有機的に連携していなければなりません。そこで多職種のより良い連携のために、以下のことが大切であると考えられます。

- 1) 第一に考えるべきは、患者・利用者の方々です。その人たちのして欲しいこと（デマンド）と、必要なこと（ニーズ）をしっかりと区別して判断し、多職種間の共通認識として協力して行動しましょう。
- 2) 多職種、であるからこそお互いの立場、得意分野を理解し、尊重しましょう。それぞれの専門領域のスキルアップに努めるだけでなく、その領域の啓発にいそしみ、お互いが信頼・尊重できる雰囲気醸成に努めながら、医療・介護連携を推進しましょう。
- 3) 地域包括支援センターが地域のインターフェイス（窓口）となっています。地域包括支援センターがスムーズな活動を行うためには、関係する各機関はお互いの連携を強化し支援に努めましょう。
- 4) 安佐地区に限らず地域ごとに特性があります。その特性を理解し、早期に連絡調整、きめ細やかな対応を行いましょう。
- 5) 患者、利用者、その家族は個別の様々な事情を抱えています。個人情報適切な管理を心掛けましょう。

以下の「マナーやエチケット」は今回の改訂WGの中で出た意見をまとめたものです。専門職同士のちょっとした工夫やさりげない思いやりが、よりよい連携につながると思います。ご参考にしてください。

安佐地区で共有したい入退院時の連携時のマナーやエチケット

情報提供をする時の工夫

- メール・FAXの前に電話をしますが、在宅患者さんの問い合わせは、あまり急を要することがないので時間に余裕がある時に対応してもらいやすくするために、相手の業務が落ち着いている時間を意識して連絡するようにしています。
- 電話、FAX、郵送、mail等の手段から、事業所のルールや情報の内容に応じて適切に手段を選択できると良いと思っています。
- ケアマネジャーとして医療機関に情報提供しているが、どれだけ有益な情報となっているか不安なので、リアクションがあるとありがたいです。

連携する上で大事だと感じている心がけ

- 在宅と病院とでは、生活状況や介護力も違うということを常に意識しておかなくてはいけないと思っています。
- 在宅看取りを行った際は、協働しお世話になった専門職の方へお礼や報告の電話をしています。
- 患者さんの担当ケアマネジャーさんと一度は顔を合わせて話ができるようにしています。
- こまめな報告・連絡・相談を心掛けるようにしています。
- 病院・施設側からの提案の時は「こうして下さい」ではなく「病院（施設）ではこうしていますが、家に帰ったらどのような対応ができますか？」と聞くようにしています。
- お互いの仕事内容や、立場を尊重する関わり・姿勢ができたらよいと思っています。

されると嬉しいさりげない配慮

- 忙しいと思いますが、利用者さんのサービス開始が遅れないよう、手続きに時間がかかることを考慮して、なるべく早く書類の記入や対応をお願いしたいです。（例：軽度者に対する福祉用具貸与の書類を依頼した時）
- 「安佐医師会連絡シート」を活用することで、安佐地区以外の病院へFAXする時に、スムーズに返信をいただくことができありがたいです。
- 患者さんの治療状況や、利用者さんの状態によっては、訪問系サービスや通所系サービスの事業所でも、退院後の情報提供シートのFAXもしくはメールなどいただきたい時があります。
- 入院前情報提供シートを受け取ったら、誰が担当者になるかFAXをいただけたら、加算の算定がしやすくありがたいです。

I-2 多職種で行うカンファレンス等について

多職種が連携して、患者・利用者及びご家族のために
カンファレンスを開催しましょう

①退院前カンファレンス

患者の退院後の安定した療養と生活環境の確保のために当事者及び家族と複数の支援者間で情報の共有を行うことです。このカンファレンスのような普段の積み重ねが、医療機関と地域との連携の基礎となります。

(※退院支援における価値のある情報は、入院して医療的治療を受け、身体的・精神的・経済的な変化に揺れている患者・家族が安心して在宅療養できるための情報であり、患者・家族のQOLの向上につながるような情報です。)

②サービス担当者会議

本人が望むQOLを支援するため、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービスの内容として何ができるかなどについて、利用者やその家族、ケアプラン原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者と開催し、利用者の状況等に関する情報を共有し、専門的な見地からの意見を求め調整を図る会議です。効果的で実現可能な質の高いケアプランとするために開催しましょう。

③テレビ電話装置その他の情報通信機器（以下「テレビ電話装置等」という。）を活用したカンファレンス等について

感染防止や多職種連携促進の観点から、会議や多職種連携におけるICTの活用を推進しましょう。

<テレビ電話装置等のICTの活用が認められているカンファレンス等>

- ・ サービス担当者会議
- ・ その他「8. 連携することによって算定できる報酬」を参照

※「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守しましょう。

※ICTを活用したカンファレンス等で診療報酬や介護報酬の算定が可能な場合がありますが、各種要件を満たす必要がありますので、開催にあたっては要件を確認しましょう。

II

安佐地区連携シートと連携の流れ

II-1 安佐地区連携シート

安佐地区連携シート（1）～（3）は、安佐地区の医療・介護専門職に対して行ったアンケートを基に、多職種で構成された広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会「マニュアル改訂WG」において情報提供をする側と受ける側の視点で内容を精査し、現場の意見を取り入れながら協議を重ね、改訂したものである。

また、情報提供シートの作成にあたっては、現場の負担軽減やニーズへの対応など、お互いの立場を慮り『タイムリーな情報提供を重視し、シートの作成にあたっては知り得る限りの情報を記入する。遑って調べてまでの記入は必要最小限とし、空欄については、受け取る側が自身で情報収集するなど対応する。』という姿勢で活用できるよう、書き方ガイドについても見直しを行った。

（1）安佐地区入院前情報提供シート

利用者（患者）の入院時に、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び介護保険施設等の担当者が、利用者の入院前までの生活環境や介護サービスの利用状況を記載して病院へ提出するものである。病院はシートの提供を受けて、早期に退院へ向けての支援体制を構築するとともに、退院時の円滑な連携に役立てることができる。

（2）安佐地区退院時情報提供シート（将来的に導入を考えているシート）

本シートは令和3年度（2021年度）改訂の際に作成された。今回の改訂でも（1）入院前情報提供シートと近い表記を意識し、受け取る側が状態の変化を把握しやすいシートとなっている。

医療機関からの転院・退院時に、在宅側が欲しい情報（入院中の経過、本人・家族の受け止め方、療養上の希望、退院後の診療の予定、介護保険情報、必要と思われるサービス等）について、在宅側の多職種にケアを繋ぐ視点で記載し、退院後の療養生活を支援する担当者へ提供するものである。担当者はシートの提供を受けることで、本人の状態等を把握し、在宅での支援体制を構築するとともに、切れ目のない支援に役立てることができる。

* 看護情報提供書（広島県看護協会北支部作成）および 併用して使用できるシート *

令和3年度（2021年度）改訂の際、退院時の情報提供ツールとして看護情報提供書を使用している医療機関もあることから、従来の看護情報提供書に加えて使用できる本シートが作成された。看護情報提供書の情報が補完できる表記となっている。

（3）安佐医師会連絡シート ※それぞれの書き方ガイドにシート解説あり。

ケアマネジャー等が抱えている医療機関との連携における敷居の高さを払拭し、医療と介護の連携強化を目指して発足された“安佐地区ケアカンファレンス推進協議会”にて、利用者（患者）や家族のより良い生活を支えるため、安佐地区の医療機関とケアマネジャー等がタイムリーに連携していくことを目的として平成27年度（2015年度）に作成された。

今回のマニュアル改訂においては、安佐地区の医療介護連携に関わる全てのスタッフが柔軟に幅広く活用できるよう、内容と名称を一部改めた。

書き方ガイド

安佐地区 入院前情報提供シート

送付日 年 月 日

送付先 赤字：書き方ガイド 青字：思いやりポイント
 緑字：ケアに活かせる多職種連携のポイント
 FAX: _____

送付元 (担当: _____)
 TEL: _____
 FAX: _____

フリガナ _____ 生年 _____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 年齢 _____ 歳 性別 男 女
 氏名 _____ 様

住所 _____ 自宅Tel _____ 繋がりやすい連絡先に●等の目印があると助かります。
 携帯Tel _____

緊急連絡先 氏名 _____ 続柄 _____ 電話番号 _____ 住所 _____
 ① _____
 ② _____

世帯構成 独居 施設入所中 高齢夫婦のみ 高齢夫婦と子 本人と子 その他()
 家族構成員数 _____ 名 日中独居 家族との関係性: _____
 よい/普通/悪い

家族構成図 手書き可
 同居は囲む
 主：主介護者
 ☆：キーパーソン
 ○：女性
 □：男性

保険情報 国保 後期高齢 生保 原爆 重度医療 特定医療(指定難病) その他 障害支援区分などを書く。
 金銭管理: _____
 生活困窮: 無 有
 虐待の疑い: 無 有

障害等認定 身体 1級 2級 3級 4級 5級 6級 7級 障害名 _____
 療育 A B 精神 1級 2級 3級

要介護認定 事業対象者 要支援() 要介護() 申請中
 有効期限: _____ まで/ 申請日: _____
 最終排便がわかると、入院後の検査や処置時に助かります。
 負担割合 1割 2割 3割 不明 介護保険負担限度額認定 無 有

身長/体重: _____ cm/ _____ kg (_____ 年 _____ 月 _____ 日時点) 不明 最終排便 _____ / 不明
 アレルギー 無 有(詳細: _____) 麻痺 無 有(部位: _____)

現在治療中の病気 _____ 既往歴(発症時期/病名/医療機関/診療科/その他特記) _____
 日頃、処方を受けている内服等に関連する病気のほか、経過観察中の病気について書く。その際、かかっている医療機関名も添える。(発症時期は分かれば記載する。)
 特に総合病院に通院している場合、詳しく書いてあると退院支援がしやすいので助かります。

医療・治療に関する情報
 入院歴 無 不明 入院期間(年/月) _____ 疾患名(もしくは入院理由) _____ 入院先 医療機関名 _____
 有 → 過去半年以内 過去1年以内 1年以上前

かかりつけ 歯科 有/機関名: _____ 訪問: 無 有 歯科治療状況 治療中 終了 中断 不明

薬について 常用薬 無 有 ※薬剤情報添付 服薬管理 自己管理 声掛け セット・手渡し
 お薬手帳 無 有 内服薬の包装 PTPシート 一包化
 かかりつけ薬局 _____ 普段から連携して情報共有を図ることが大切です。 管理方法 袋 ケース お薬カレンダー
 有/薬局名: _____ 訪問 有 無 眠剤の使用 無 有/薬剤名: _____
 無 訪問 無 内服動作・介助に関する詳細 服薬管理の補足として、具体的な介助のポイントや工夫を書く。

入院前から行っている医療処置 点滴の管理 中心静脈栄養 経管栄養 (胃ろう 経鼻) 痛みコントロール
 気管切開の処置 モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度) レスピレーター 酸素療法
 透析 ストーマ処置 ドレナ・留置カテーテル: _____
 なし その他・補足: _____ "有"なら量を書く。
 褥瘡 無 有(部位: _____) 水分制限 無 不明 有(_____ ml/日)

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> R? <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C?						
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb						
精神面・行動面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 支援者に対するハラスメント 補足 <input type="checkbox"/> この補足欄には具体的にその問題が生活にどう影響しているのか書く。						
自宅環境	<input type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 / エレベーター: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 転倒歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細 <input type="checkbox"/> この詳細欄には退院前訪問を検討する時、段差の有無や改修の有無が書いてあると助かります。						
動作	自立	見守り	一部介助	全介助	【必須】詳細を記入。(主な手段、日中/夜間、屋内/屋外の違い、使用している器具・用具、介助方法、その他補足)		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	例: 補助具なし、T字杖、4脚杖、歩行器、伝い歩き、シルバーカー、車いす、その他		
ベッド移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	例: 補助具なし、手すり、介助バー、その他		
トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	例: 下衣上げ下げ、補助具なし、手すり使用 動作に必要な介助量へ√する。 “有”なら種類も空いてるスペースに書く。		
排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 次回交換日		
排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	例: トイレ、ポータブル、差し込み便器、オムツ、その他		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴場所:	例: 浴槽、シャワー浴、清拭のみ、その他	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	例: 姿勢(端座位/立位/ベッド上) 自宅浴室/通所先/訪問/自宅ベッド上		
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	例: 場所(食卓/ベッド端座位/ベッド上/その他)		
口腔ケア	介助量:		義歯		<input type="checkbox"/> 無 / 部分: <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 / 総: <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 噛める <input type="checkbox"/> 噛めない		
残っている歯	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1~9 <input type="checkbox"/> 10~19 <input type="checkbox"/> 20以上				口腔ケアに関する補足		
根だけ残っている歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明				特に入れ歯の場合、衛生状態を保つことや噛む力に影響する情報です。		
摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み						
方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 分粥() <input type="checkbox"/> 粥ミキサー・粥ゼリー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー <input type="checkbox"/> その他()						
副食	<input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ(<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ) <input type="checkbox"/> やわらか・ムース状 <input type="checkbox"/> パースト・ミキサー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー <input type="checkbox"/> その他()						
栄養	※該当する場合に記載 ・嚥下調整食学会分類2021 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0j ・UDF(ユニバーサルデザインフード) <input type="checkbox"/> 容易に噛める <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい						
水分	<input type="checkbox"/> ところみなし <input type="checkbox"/> 薄いところみ <input type="checkbox"/> 中間のところみ <input type="checkbox"/> 濃いところみ <input type="checkbox"/> ところみ % (※該当する場合記入)						
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去吸っていた <input type="checkbox"/> 現在吸っている <input type="checkbox"/> 不明 飲酒習慣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 不明						
コミュニケーション	言語 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 筆談 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 難あり/弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 / 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 筆談 / 補聴器 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				補足 この補足欄には、在宅・施設でのコミュニケーションの工夫や留意点を書く。		
退院支援に向けた情報共有	<input type="checkbox"/> 訪問サービス【 事業所名 : 曜日 /週】 <input type="checkbox"/> 通所サービス【 事業所名 : 曜日 /週】 <input type="checkbox"/> ショートステイ【 事業所名 : /週・月】 <input checked="" type="checkbox"/> 曜日で利用か月で利用によって選択。 /週・月 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導【職種 : 週】 <input type="checkbox"/> 配食サービス【 : /週】 <input checked="" type="checkbox"/> サービス詳細はケアプラン参照 <input type="checkbox"/> その他(インフォーマルを含む): 介護予防サービス・支援計画書/居宅サービス計画書(第2表)/施設サービス計画書(第2表)を添付する。						
本人の生活歴	本人の現在までの生活(職業・転居・家族史・家族との関係・居住関係等)、主要な出来事を時間の経過順に記載する。			本人の趣味・興味・地域での活動等 本人の強みに焦点をあてた情報が書いてあると、ケアやリハビリ目標設定の際に助かります。			
本人の意向(生活について、療養について)	書ききれない場合や急ぐ場合にはケアプラン(介護予防サービス・支援計画書/居宅サービス計画書(第1表)/施設サービス計画書(第1表))の添			家族の意向(生活について、療養について)			
支援者より	在宅生活に必要な要件・予想される課題等が書いてあると、退院支援方針を検討する際に助かります。						書き方ガイド

※この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

受取通知FAX用 送付先記入欄 書類が届いた日 年 月 日 / 担当者名:

退院調整の連絡 送付元までお願いします。 こちらまでお願いします。▶担当者: /TEL: ケアマネジメント業務では、受け取り通知がもらえると助かります。 【安佐地区 入院前情報提供シート】2024年度改訂

記載例

安佐地区 入院前情報提供シート

送付日 R6 年 10 月 5 日

送付先	機関名: F総合病院	送付元	B居宅介護支援事業所
	担当者名: ご担当者様		(担当: G)
	FAX: 082-xxxx-xxxx		TEL: 0x0-xxxx-xxxx FAX: 082-xxxx-xxxx

フリガナ	○○ ○○	生年	1946	年	1	月	1	日	年齢	78	歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
氏名	A 様	月日	1946	年	1	月	1	日	年齢	78	歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女

住所	〒123-4567 広島市安佐○○区○○ △丁目××	自宅Tel	082-xxxx-xxxx
		携帯Tel	● 0x0-xxxx-xxxx

緊急連絡先 氏名	続柄	電話番号	住所
① ○○○ □□□	長女	0x0-xxxx-xxxx	広島市安佐○○区○○ ○丁目
② ○○○ ××	長男	0x0-xxxx-xxxx	広島市○区 △丁目

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> その他()	家族構成図	
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他	金銭管理:	主に妻が管理
	家族構成員数 2 名 <input type="checkbox"/> 日中独居	生活困窮:	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	家族との関係性: 普通	虐待の疑い:	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> ④ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ⑥ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	障害名	
-------	--	-----	--

要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 有効期限: 令和6年12月1日~令和7年12月31日 まで/ 申請日: 負担割合 <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明 介護保険負担限度額認定 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
-------	--

身長/体重:	173 cm/ 63 kg (R6 年 10 月 4 日時点) <input type="checkbox"/> 不明	最終排便	10 / 2 <input type="checkbox"/> 不明
--------	---	------	------------------------------------

アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細:)	麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)
現在治療中の病気	既往歴(発症時期/病名/医療機関/診療科/その他特記)		
<以下の病気にてD内科通院中> ・高血圧症 ・糖尿病 ・心不全 ・アルツハイマー型認知症 ※内服・貼付剤あり。	H25年	高血圧症/D内科	
	H30年	左足首の骨折/F総合病院/整形外科 (H31年4月金属抜去)	
	H30年	糖尿病/F総合病院 糖尿病・代謝内科→現在D内科	
	R2年	白内障(右)/O眼科にて経過観察中	
	R3年	心不全/F総合病院 循環器内科→現在D内科	
	R4年	アルツハイマー型認知症/P認知症疾患医療センター→現在D内科	

医療・治療に関する情報	入院歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 → <input type="checkbox"/> 過去半年以内 <input type="checkbox"/> 過去1年以内 <input checked="" type="checkbox"/> 1年以上前	入院期間(年/月)	疾患名(もしくは入院理由)	入院先 医療機関名
			H30年2月	左足首の骨折(手術)	F総合病院
			R3年8月	心不全による体重増加	//
			R5年3月	心不全による胸水貯留	//

かかりつけ 歯科	<input checked="" type="checkbox"/> 有/機関名: H歯科医院 <input type="checkbox"/> 無	訪問:	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	歯科 治療状況	<input checked="" type="checkbox"/> 治療中 <input type="checkbox"/> 終了 <input type="checkbox"/> 中断 <input type="checkbox"/> 不明
----------	--	-----	--	---------	--

薬について	常用薬	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ※薬剤情報添付	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> セット・手渡し
	お薬手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	内服薬の包装	<input type="checkbox"/> PTPシート <input checked="" type="checkbox"/> 一包化
	かかりつけ薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 有/薬局名: I薬局	管理方法	<input type="checkbox"/> 袋 <input type="checkbox"/> ケース <input checked="" type="checkbox"/> お薬カレンダー
	訪問	<input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無	眠剤の使用	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有/薬剤名:

入院前から行っている医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻) <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度) <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマ処置 <input type="checkbox"/> ドレイン・留置カテーテル	その他・補足:	
----------------	--	---------	--

褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)	水分制限	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有(ml/日)
----	--	------	---

記載例

障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2										
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <small>特記</small>										
精神面・行動面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 支援者に対するハラスメント 補足：意欲の低下や短期記憶障害がある。										
入院前の身体機能・生活状況	自宅環境	<input checked="" type="checkbox"/> 持家 <input type="checkbox"/> 賃貸 <input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 / エレベーター: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 詳細：自宅内は段差があり廊下が狭い。玄関とベットサイドに手すりを設置している。					転倒歴 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 詳細：玄関にて年1~2回。				
	動作	自立	見守り	一部介助	全介助	【必須】詳細を記入。(主な手段、日中/夜間/屋内/屋外の違い、使用している器具・用具、介助方法、その他補足)					
	移動	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	屋内は伝い歩き、屋外は杖を使用する。認知機能の低下により杖の使用を忘れることがある。					
	ベッド移乗	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	立ち上がり時のふらつき強く、ベットサイドに手すりを設置している。					
	トイレ動作	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	補助具なし。ベットからトイレまで10m程度伝い歩きをする必要がある。					
	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ使用。時々失敗があり24時間リハビリパンを使用。リハビリパンへの拒否はない。 膀胱留置カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 次回交換日					
	排便	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ使用。					
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴場所: デイケア					
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	妻が用意をし、声かけをしている。機嫌が良い時はご自身で行う。					
	食事	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	調理は妻が行う。お茶を飲むときにむせやすい。					
	口腔ケア	介助量: 見守り		義歯		<input type="checkbox"/> 無 / 部分: <input checked="" type="checkbox"/> 上 <input checked="" type="checkbox"/> 下 / 総: <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input checked="" type="checkbox"/> 噛める <input type="checkbox"/> 噛めない 残っている歯 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1~9 <input type="checkbox"/> 10~19 <input type="checkbox"/> 20以上					
	根だけ残っている歯	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		口腔ケアに関する補足 妻の声かけが必要である。入れ歯調整中。							
	摂食・嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない									
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養									
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 分粥() <input type="checkbox"/> 粥ミキサー・粥ゼリー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー <input type="checkbox"/> その他()									
副食	<input checked="" type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ(<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ) <input type="checkbox"/> やわらか・ムース状 <input type="checkbox"/> パースト・ミキサー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー <input checked="" type="checkbox"/> その他(食欲がなく味付けの濃いものを好む。)										
※該当する場合に記載	・嚥下調整食学会分類2021 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0j ・UDF(ユニバーサルデザインフード) <input type="checkbox"/> 容易に噛める <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい										
水分	<input checked="" type="checkbox"/> とろみなし <input type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ <input type="checkbox"/> とろみ % (※該当する場合記入)										
喫煙歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去吸っていた <input checked="" type="checkbox"/> 現在吸っている <input type="checkbox"/> 不明					飲酒習慣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input checked="" type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 不明					
コミュニケーション	言語	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 筆談				補足 右耳の方が聞こえやすいので右側から声掛けをお願いします。					
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 難あり/弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 / 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有									
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 筆談 / 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有									
退院支援に向けた情報共有	<input type="checkbox"/> 訪問サービス【 : /週】 <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス【 通所リハ Eデイケア : 2回(水・土) /週】 <input type="checkbox"/> ショートステイ【 : /週・月】 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導【職種 : 週】【職種 : /】 <input type="checkbox"/> 配食サービス【 : /週】 <input type="checkbox"/> サービス詳細はケアプラン参照 <input checked="" type="checkbox"/> その他(インフォーマルを含む): 福祉用具貸与(玄関とベットサイド手すり)、広島市はいかい高齢者等SOSネットワーク登録										
	本人の生活歴 広島市出身。高校卒業後、60歳まで自動車工場にて勤務。退職後は65歳までアルバイトの除草作業をしていた。R4年頃から物忘れが見られ、外出の機会が減った。R5年5月~デイケア利用を開始。当初デイケア利用に拒否があったが、最近はデイケアに行くことを楽しみにしている。					本人の趣味・興味・地域での活動等 長年、町内会役員を務めるなど地域で活躍していた。自宅の庭で花を育てており、園芸のテレビ番組を好んで見られる。以前は妻と花の苗を買いに行くことを楽しみにしていたが、ここ1年は妻が声をかけても断り出かけていない。					
	本人の意向(生活について、療養について) デイケアに通いたい。できるだけ自宅で元気に過ごしたいが妻や子ども達に負担をかけたくない。 趣味の花を続けたい。					家族の意向(生活について、療養について) (妻) デイケアを利用しながら自宅で生活ができればよいと思う。できるだけ歩いて欲しい。 (長女) 母の介護負担を減らすことができればよい。認知症の進行がゆっくりであって欲しいと思う。					
	支援者より 10/4 両下肢の浮腫、息切れがありD内科を受診。先月から5Kg体重増加しており、貴院紹介となり入院。本人の既往症に対する病識は非常に乏しい。妻は最近身体がだるく、食事は簡単なものが続いていたと気にされている。長女が週1回訪問し、買い物や掃除を手伝っている。主介護者である妻も高齢であるため、デイケア利用の再開と併せて一時的にショートステイや入所等の利用も必要かと考える。										
	※この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。										
	受取通知FAX用 送付先記入欄 書類が届いた日 R6 年 10 月 5 日 / 担当者名: M										
	退院調整 <input checked="" type="checkbox"/> 送付元までお願いします。 の連絡 <input type="checkbox"/> こちらまでお願いします。▶担当者: /Tel: 【安佐地区 入院前情報提供シート】2024年度改訂										

書き方ガイド

安佐地区 退院時情報提供シート

記載日 年 月 日

送付先 赤字：書き方ガイド 青字：思いやりポイント 緑字：ケアに活かせる多職種連携のポイント

送付元 機関名： 担当者名：

フリガナ 氏名 様 生年 月 日 年 月 日 年齢 歳 性別 男 女

住所 〒 自宅Tel 携帯Tel

緊急連絡先 氏名 続柄 電話番号 住所

①

②

家族・支援者に関する情報

家族構成図 手書き可 同居は囲む

世帯構成 独居 高齢夫婦のみ 高齢夫婦と子 本人と子 施設入所中 その他()

キーパーソン 主介護者： 主介護者 介護力 見込める 見込めない 不在(支援できる人がいない)

介護者の健康状態 良好 不良()

家族構成員数 名 日中独居

家族との関係 良い 普通 課題あり()

主たる病名 感染症 HBV HCV MRSA 検出部位： アレルギー 無 有 (詳細：)

入院期間

入院までの経緯 既往歴(発症時期/病名/医療機関/診療科/その他特記)

入院を機にケアマネジャーが関わる場合、入院までの経緯が簡単にわかると助かります。

できるだけ()カッコ内に沿って情報を書く。

特に総合病院に通院している場合、診療科まで詳しく書いてあると、退院後のフォローがしやすくなるので助かります。

入院中の経過 (内服・点滴については添付書類でも可)

BSCや看取りなど、意思決定支援に関する本人・家族の思いやこれまでの過程は、別紙にて情報共有してもらえると助かります。

“有”の時は、手術日と手術名を書く。

手術 無 有/手術日： 年 月 日/手術名：

医師からの病状説明 別紙参照 本人の受け取り方・理解度 別紙参照

本人・家族が病状や治療についてどのように理解しているか確認することが、在宅療養を支援する上で重要になります。

継続される問題、問題に対する助言 別紙参照 家族の受け取り方・理解度 別紙参照

本人・家族が安心した生活の継続ができ、QOLの向上につなげられるよう、どのような支援が必要か退院後の生活を見据えた留意点・伝達事項を書く。

書き方ガイド

社会資源・制度利用状況

保険 情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他 <u>障害支援区分などを書く。</u>	
障害等 認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> ㊸ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ㊹ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	障害名
要介護 認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 有効期限: ~ まで 申請日: 負担割合 <input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明 介護保険負担限度額認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
居宅介護支援事業所・入所施設名等		担当者 氏名 連絡先
退院時指導状況や退院支援に関する情報の共有		
次回受診 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有/ 月 日 時頃 担当医師:		
退院時処方 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:		
転院先・在宅療養上の本人の希望 		転院先・在宅療養上の家族の希望
退院時の指導内容(要約)		
退院後必要と思われるサービスについて <input type="checkbox"/> 退院前ケアカンファレンスにて担当者会議済 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 在宅の場合、医療以外のサポートも確認することは、介護者の負担に配慮する上で大切です。 <input type="checkbox"/> その他(インフォーマル含む)		
かかりつけ医 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 医師名: 機関名:	かかりつけ歯科 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名:	かかりつけ薬局 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬局名:

記載者: _____ (所属部署: _____)

病棟責任者: _____ 入退院支援担当者: _____

<発信元>

医療機関名:

所在地:

電話:

FAX:

ご本人・ご家族サイン

記載例

安佐地区 退院時情報提供シート

記載日 R6 年 11 月 29 日

送付先	事業所名:	B居宅介護支援事業所			機関名:	Q病院							
	担当者名:	G			担当者名:	M							
フリガナ	氏名	A	生年	1946	年	1	月	1	日	年齢	78	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒123-4567	広島市安佐〇〇区〇〇 Δ丁目××			自宅Tel	082-×××-××××							
					携帯Tel	0×0-××××-××××							
家族・支援者に関する情報	緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号	住所								
	①	〇〇〇 □□□	長女	0×0-××××-××××	広島市安佐〇〇区〇〇 〇丁目								
	②	〇〇〇 ×××	長男	0×0-××××-××××	広島市〇区 Δ丁目								
	家族構成図				世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢夫婦のみ <input type="checkbox"/> 高齢夫婦と子 <input type="checkbox"/> 本人と子 <input type="checkbox"/> 施設入所中 <input type="checkbox"/> その他()							
					キーパーソン	長女□□□様 主介護者: 妻							
				介護力	<input checked="" type="checkbox"/> 見込める <input type="checkbox"/> 見込めない <input type="checkbox"/> 不在(支援できる人がいない)								
				介護者の健康状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()								
				家族構成員数	2 名 <input type="checkbox"/> 日中独居								
				家族との関係	<input type="checkbox"/> 良い <input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 課題あり()								
入院・治療に関する情報	主たる病名	慢性心不全急性増悪				感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 検出部位:						
	入院期間	R6年10月25日～R6年11月29日				アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (詳細:)						
	入院までの経緯		既往歴(発症時期/病名/医療機関/診療科/その他特記)										
	10/4 慢性心不全の急性増悪にてD内科の紹介でF総合病院へ入院。利尿剤の点滴と内服調整にて症状軽快され、在宅療養に向けたリハビリ目的で当院へ10月25日転院。		H25年 高血圧症/D内科 H30年 左足首の骨折/F総合病院/整形外科 (H31年4月金属抜去) H30年 糖尿病/F総合病院 糖尿病・代謝内科→現在D内科 R2年 白内障(右)/O眼科にて経過観察中 R3年 心不全/F総合病院 循環器内科→現在D内科 R4年 アルツハイマー型認知症/P認知症疾患医療センター→現在D内科										
	入院中の経過(内服・点滴については添付書類でも可) 症状は安定されており、SpO2はリハビリ中、入浴中等も著変なく97～99%キープできている。その他の胸部症状や浮腫も見られず経過されている。内服は前医にて調整された内容のまま継続中(高血圧治療薬・糖尿病治療薬・利尿剤・認知症治療薬・眠剤)。下肢筋力の低下と認知機能低下の進行による転倒リスクが高く、見守り等の注意が必要であった。主介護者である妻の体調も回復し、本人・ご家族共に自宅への退院を希望され退院の運びとなった。 ※内服の詳細については別添の薬剤情報をご参照ください。												
手術 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有/手術日: 年 月 日/手術名:													
医師からの病状説明				<input type="checkbox"/> 別紙参照	本人の受け取り方・理解度				<input type="checkbox"/> 別紙参照				
F病院での心不全に対する積極的な治療を経て、病状の安定や身体機能の回復を図るための入院をしていただきました。病状は安定しているので、お酒は控えて、血圧・体重の管理を続けながら、デイケアで体を動かすことを続けましょう。退院してからはD内科への通院で大丈夫です。					「自宅に戻れるので良かった。体操は続けたい。ようだったけえ、酒が楽しみじゃ。」 分かりやすい言葉で繰り返し説明を行った。説明に対して前向きな言葉が聞かれるが、アルツハイマー型認知症のため、節酒や血圧・体重管理についての理解は難しい。								
継続される問題、問題に対する助言				<input type="checkbox"/> 別紙参照	家族の受け取り方・理解度				<input type="checkbox"/> 別紙参照				
妻の体調によって食事や内服・体重管理が影響を受けやすく、心不全の増悪リスクが高い。また、認知機能低下の進行があり、生活上の制限や注意点に対する理解が乏しく、介護者の負担増大が予測される。介護保険サービスの活用をはじめとする専門職の指導・支援を受けるよう助言を行った。					妻「心不全が悪くならないように食事や浮腫みは気を付けたい。お酒は説明したら控えてくれると思う。」 長女「母の体調によっては、自分も父の食事を気を付けなければならぬ。浮腫みは自分も確認するようにしたい。」 生活上の注意点について理解が得られた。								

栄養・摂食・嚥下・口腔について	摂取状況 <input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経管栄養 → <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう 最終交換日: (詳細:朝 昼 夕)
	治療食 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(内容/ 減塩食 6g未満/日) 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有(ml/日)
	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 分粥() <input type="checkbox"/> 粥ミキサー・粥ゼリー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー <input type="checkbox"/> その他()
	副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ(<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ) <input type="checkbox"/> やわらか・ムース状 <input type="checkbox"/> パースト・ミキサー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー <input type="checkbox"/> その他()
	※該当する 場合に記載 ・嚥下調整食学会分類2021 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0j ・UDF(ユニバーサルデザインフード) <input type="checkbox"/> 容易に噛める <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい
	水分 <input type="checkbox"/> とりみなし <input checked="" type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ <input type="checkbox"/> とろみ _____ % (※該当する場合記入)
	嚥下 <input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない
	喫煙習慣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去吸っていた <input checked="" type="checkbox"/> 現在吸っている <input type="checkbox"/> 不明
	入院前の飲酒習慣 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input checked="" type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 不明
	食事に関する特記事項 副食を軟菜に変更し、妻の目から見ても食事が増えたと聞かれる。
身体・生活機能について	障害高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	動作 自立 見守り 一部介助 全介助 【必須】詳細を記入。(主な手段、日中/夜間、屋内/屋外の違い、使用している器具・用具、介助方法、その他補足)
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 お茶や汁物のとろみは妻が調整する。
	ベッド移乗 <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立ち上がり時のふらつき強く、L字柵を使用した。
	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 屋内は杖、屋外は歩行器を使用する。杖の使用を忘れることがある。
	トイレ動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ドアの開閉動作でふらつきみられるため、ドア前待機対応とした。
	排尿 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 日中トイレ使用、夜間ポータブルトイレ設置。24時間リハパン使用。 膀胱留置カテーテル <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(サイズ: Fr,最終交換日:)
	排便 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 日中トイレ使用、夜間ポータブルトイレ設置。24時間リハパン使用。 緩下剤の使用: <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 / 便の性状: 普通便 / 排便リズム: 2日に1回 (最終排便: 11/28)
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 浴槽使用。手すり使い立ち跨ぎ可能。(最終入浴: 11/28)
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 声掛けが必要。機嫌がよい時はご自身で行う。
内服 服薬管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> セット・手渡し 内服動作・介助に関する詳細 内服薬の包装 <input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> PTPシート カレンダーセットで、都度声掛けと飲み込み確認を行った。眠剤と貼付剤はNs管理とした。 管理方法 <input type="checkbox"/> 袋 <input type="checkbox"/> ケース <input checked="" type="checkbox"/> お薬カレンダー	
医療的ケア・安全に関すること	認知機能 認知症 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 HDS-R 16 点 MMSE 点 コミュニケーション 言語 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 筆談 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 難あり/弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 / 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 筆談 / 補聴器 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
	認知症高齢者の日常生活自立度 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
	高次脳機能障害 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
	精神面・行動面における療養上の問題 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 支援者に対するハラスメント 補足: 意欲の低下や短期記憶障害がある。
	眠剤の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 有/薬剤名: ○○○ 入院中の転倒歴 <input type="checkbox"/> 有 詳細: 夜間ナースコールの押し忘れがありセンサーマット対応を継続した。 <input type="checkbox"/> 無 まとまった時間眠られている。 <input checked="" type="checkbox"/> 無
	麻痺の状況 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:) 褥瘡 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位:)
	ドレイン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位 前 後  R L L R 身長/体重 173 cm/ 57 kg
	退院後に継続が必要な医療処置 <input type="checkbox"/> モニター測定(血圧・心拍・酸素飽和度) <input type="checkbox"/> 点滴の管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 気管切開の処置 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 酸素療法 ℓ <input type="checkbox"/> ドレイン・留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマ処置 <input type="checkbox"/> 経管栄養

記載例

社会資源・制度利用状況		
保険情報	<input type="checkbox"/> 国保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定医療(指定難病) <input type="checkbox"/> その他	
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> ㊤ <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> ㊦ <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級	障害名
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 有効期限: 令和6年8月1日～令和7年7月31日 まで 申請日: 負担割合 <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明 介護保険負担限度額認定 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
居宅介護支援事業所・入所施設名等	担当者 氏名	連絡先
B居宅介護支援事業所	G氏	0×0 - ×××× - ××××
退院時指導状況や退院支援に関する情報の共有		
次回受診	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有/	月 日 時頃 担当医師:
退院時処方 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 12月20日分の就寝前分まで処方あり。薬がなくなる前にD内科受診するよう妻へ説明済。		
転院先・在宅療養上の本人の希望	転院先・在宅療養上の家族の希望	
デイケアに通いながら、できるだけ家で元気に過ごしたい。妻と子供たちにあまり迷惑をかけたくない。	(妻・長女) 本人が自宅で過ごしたい、とりハビリを頑張っていたので、これからもデイケアに通いながら、できるだけ自宅で過ごすことができたらよいと思う。 (妻) トイレはできるだけ自分で歩いて行ってほしい。 (長女) 母親の介護の負担を減らしたい。	
退院時の指導内容(要約)		
医師からアルコールを控えるように説明を行った。当院の管理栄養士からは、妻と長女へ食事の味付けの工夫、食事バランス、調理方法の工夫について指導を行った。また、お茶や汁物のとろみ加減について指導し、とろみ調整食品の情報提供を行った。その他、病棟看護師より禁煙指導、飲酒習慣の見直し・浮腫みのチェックについて説明を行い、妻自身の体調も気遣う意味で介護保険サービスを活用してほしいことをお伝えした。		
退院後必要と思われるサービスについて <input checked="" type="checkbox"/> 退院前ケアカンファレンスにて担当者会議済		
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 …入院前の手すり+屋外移動用の歩行器 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> その他(インフォーマル含む) …認知症カフェ、広島市はいかい高齢者等SOSネットワーク、配食サービス		
かかりつけ医	かかりつけ歯科	かかりつけ薬局
<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有
医師名: D 医師 機関名: D内科	機関名: H歯科医院	薬局名: I薬局

記載者: 看護師 M (所属部署: ●階 地域包括ケア病棟)

病棟責任者: AA 入退院支援担当者: BB (MSW)

<発信元>

医療機関名: Q病院

所在地: 広島市安佐〇〇区〇〇 △丁目××

電話: 082-×××-××××

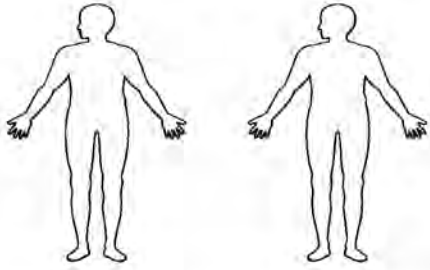
FAX: 082-×××-××××

ご本人・ご家族サイン

看護情報提供書

担当者様

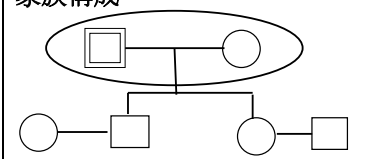
フリガナ 氏名	男 様 女	主たる病名
M・T・S・H	年 月 日生 歳	感染症 HBs () HCV ()
入院期間	年 月 日～年 月 日	MRSA () 検出部位 ()
住所		アレルギー 無・有 ()
TEL		その他
家族状況 キーパーソン () 様) 主介護者 () 様) 連絡先 TEL ① _____ 主介護者の健康状態 ② _____ ③ _____		家族構成
既往歴		転院先・在宅療養上の本人・家族の希望
入院中等の経過		内服・点滴・その他
医師からの病状説明 本人 家族		本人・家族の説明の受け取り方 本人 家族
継続される問題		

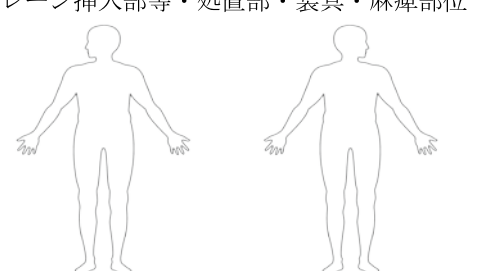
見 本		現 状	社会資源活用状況
食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯(有・無) 食事の種類 <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 治療食 () 経管栄養(経鼻・胃瘻・腸瘻)最終交換日(/) カテーテルの種類() サイズ(Fr) 栄養剤の種類() _____ ml × _____ 回/日 白湯 _____ ml × _____ 回/日	医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> その他() 医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他() 介護保険 認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中(/) 介護度 (要支援・1・2・3・4・5) 居宅介護支援事業所名・連絡先 _____ 担当介護支援専門員名 _____ 最近の在宅サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所サービス <input type="checkbox"/> 福祉用具の貸し出し <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他	
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿便器(自立・介助) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(自立・介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パルン留置 カテーテルの種類() サイズ(Fr) 最終交換日(/) 最終排便日 (/) 緩下剤の使用() 便の性状 _____ 排便 _____ 回 _____ 日		
移 動	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子(自走・介助) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他		
清 潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 最終保清日(/)		
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 言語障害() <input type="checkbox"/> 聴覚障害() <input type="checkbox"/> 視力障害() <input type="checkbox"/> 補聴器 有・無 コミュニケーションの手段 _____	かかりつけ医 (無・有) かかりつけ医名 _____ 次回外来受診予定(無・有) 外来主治医 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____ 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____ 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____	
医療装着物の管理	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> CAPD		
ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位		記載年月日 _____ 年 _____ 月 _____ 日 発信元施設名 _____ 住 所 _____ TEL・FAX _____ 担当部署 _____ 記 載 者 _____ 病棟責任者 _____ 患者・家族サイン _____	
			

*以上よろしくお願ひ致します。なおご不明な点があればご連絡をお願いいたします。

看護情報提供書（記載例）

B 居宅介護支援事業所 担当者様

フリガナ ○○ ○○ 氏名 A 様 男	主たる病名 慢性心不全急性増悪
M・T・ Ⓢ ・H 13年 1月 1日生 83 歳	感染症 HBs (-) HCV (-)
入院期間 R3年 8月 30日 ~ R3年 9月 14日	MRSA (-) 検出部位 ()
住所 広島市安佐○○区○○ △丁目××	アレルギー (無)・有 ()
TEL 082-××××-××××	その他
家族状況 キーパーソン (○○○ □□□ 様) 主介護者 (妻) 連絡先 TEL ①0×0-××××-×××× 主介護者の健康状態 不良 ②0×0-××××-××××	家族構成 
既往歴 H 元年 高血圧症 H10 年 糖尿病 R 元年 5月 1日 心不全 R3 年 1月 アルツハイマー型認知症	転院先・在宅療養上の本人・家族の希望 本人：早く家に帰りたい。デイケアに通いながらできるだけ家で元気に過ごしたい。妻や子どもたちにあまり迷惑をかけたくない。 家族：自宅退院を希望する。デイケアを利用しながらできるだけ自宅で過ごすことができればよいと思う。 (妻) できるだけ自分で歩いてトイレに行って欲しい。 (長女) 母親の介護の負担を減らしたい。
入院中等の経過 R3年 8月 30日慢性心不全の急性増悪のため入院となる。入院後安静の保持、点滴、内服による治療を実施し、利尿作用により胸水の減少、浮腫の改善、SpO ₂ の改善(97%)あり。胸部症状なく経過する。認知症、下肢筋力の低下があり転倒リスクが高い状態であったが、ナースコールを押さずに行動することがあるため、入院中は夜間センサーマットを利用した。夜間不眠が見られたため、眠剤の使用、日中の覚醒を促した。症状安定後、リハビリテーション開始となった。現在病棟内は本人の持参した杖を使用し、見守りにて歩行可能となっている。入院中は減塩食(1日の食塩摂取量 6g 未満)を提供し、妻、長女へ管理栄養士による栄養指導を行った。主治医の許可あり、本人、家族の希望にて退院の運びとなる。	内服・点滴・その他 ・高血圧治療薬 ・糖尿病治療薬 ・利尿剤 ・認知症治療薬 ・眠剤
医師からの病状説明 本人・家族 心不全に対する治療を行いました。自宅でも内服を確実にいき、食事、血圧、体重管理に気をつけ、デイケアで体を動かすことを続けましょう。	本人・家族の説明の受け取り方 本人：リハビリテーションを通じて身体を動かすことに対する意欲の向上がみられた。分かりやすい言葉で繰り返し説明を行った。説明に対する反応はよいがアルツハイマー型認知症のため、記憶にとどめることが十分にできない。 家族：妻、長女へ疾患、今後の治療、生活上の注意点について説明し理解を得た。家族は今後も自宅でのリハビリテーションの継続を希望している。
継続される問題 内服の中断、食塩摂取過多による心不全の増悪、認知機能の低下、QOLの低下の可能性がある。	

	現 状	社会資源活用状況
食 事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 義歯 (有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無) 食事の種類 <input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 粥食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> 流動食 <input type="checkbox"/> ゼリー食 治療食 (減塩食 (1日の食事摂取量6g未満)) 経管栄養 (経鼻・胃瘻・腸瘻) 最終交換日(/) カテーテルの種類 () サイズ (F r) 栄養剤の種類 () _____ml × ____回/日 白湯_____ml × ____回/日	医療保険 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (後期高齢) 医療費助成制度 <input type="checkbox"/> 重度医療 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 原爆 <input type="checkbox"/> その他 () 介護保険 認定 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 (/) 介護度 (要介護1) 居宅介護支援事業所名・連絡先 B 居宅介護支援事業所 082-××××-×××× 担当介護支援専門員名 C 最近の在宅サービス利用状況 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> 通所サービス <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具の貸し出し <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> その他 広島市はいかい高齢者等 SOS ネットワーク登録
排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 尿便器 (自立・介助) <input checked="" type="checkbox"/> ポータブルトイレ (自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 介助) <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン留置 カテーテルの種類 () サイズ (F r) 最終交換日 (/) 最終排便日 (9/13) 緩下剤の使用 (なし) 便の性状 普通便 排便 1回 2日	かかりつけ医 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) かかりつけ医名 D 内科 D 医師 次回外来受診予定 (無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 外来主治医 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____ 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____ 病院名 _____ 主治医 _____ 受診日 / _____
移 動	<input checked="" type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 補助具 <input type="checkbox"/> 車椅子 (自走・介助) <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> その他	
清 潔	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> シャワー浴 最終保清日 (9/13)	
更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全面介助	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 完全に通じる <input checked="" type="checkbox"/> ある程度通じる <input type="checkbox"/> ほとんど通じない <input type="checkbox"/> 言語障害 () <input type="checkbox"/> 聴覚障害 () <input checked="" type="checkbox"/> 視力障害 (眼鏡使用) <input type="checkbox"/> 補聴器 有・ <input checked="" type="checkbox"/> 無 コミュニケーションの手段 会話	
医療装着物の管理	<input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ドレーン <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> CAPD	
ドレーン挿入部等・処置部・装具・麻痺部位		記載年月日
		発行元施設名
		住 所
		TEL・FAX
		担当部署
		記 載 者
		病棟責任者
		患者・家族サイン

*以上よろしくお願ひ致します。なおご不明な点があればご連絡をお願いいたします。

広島県看護協会広島北支部共通 2004.12作成

赤字：書き方ガイド

青字：思いやりポイント

緑字：ケアに活かせる多職種連携のポイント

フリガナ 氏名	様	生年 月日	年	月	日	年齢 歳	性別 男 女
食事・栄養に関する現状/療養上の課題							
身長/体重	cm/	kg	水分制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有 ("有" の場合、量を書く。)	ml/日
摂取状況	<input type="checkbox"/> 経口摂取	<input type="checkbox"/> 絶食	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養			
食事内容	主食(詳細)	<input type="checkbox"/> 粥 … <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー・粥ゼリー				<input type="checkbox"/> とうもろこし	
	副食(詳細)	<input type="checkbox"/> きざみ(<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ) <input type="checkbox"/> やわらか・ムース状 <input type="checkbox"/> パースト・ミキサー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー				<input type="checkbox"/> 薄いとうもろこし	
	※該当する場合に記載	・嚥下調整食学会分類2021 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0j				<input type="checkbox"/> 濃いとうもろこし	
		・UDF(ユニバーサルデザインフード) <input type="checkbox"/> 容易に噛める <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい				<input type="checkbox"/> とうもろこし _____ %	
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる	<input type="checkbox"/> 飲み込めない	食事に関する補足: 在宅生活に備えた注意事項や 本人・家族への指導内容を書く。		
入院前の飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 機会飲酒	<input type="checkbox"/> 毎日飲む	<input type="checkbox"/> 不明			
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 過去吸っていた	<input type="checkbox"/> 現在吸っている		<input type="checkbox"/> 不明		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有	褥瘡・皮膚トラブルに関する補足					
	<input type="checkbox"/> 無						
身体・生活機能の現状/療養上の課題							
リハビリ	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ("有" の場合障害の内容を書く。)					
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2					
	リハビリに関する補足: 動作の制限や介助の工夫、在宅生活に備えた注意事項や本人・家族への指導内容などを書く。						
口腔ケア	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				噛む力	
	残っている歯	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1~9	<input type="checkbox"/> 10~19	<input type="checkbox"/> 20以上	
	根だけ残っている歯	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無			
	口腔ケアに関する補足: 退院後の治療方針や本人・家族への指導内容を書く。						
薬	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 声掛け <input type="checkbox"/> セット・手渡し				内服動作・介助に関する詳細	
	内服薬の包装	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> PTPシート				必要と思われる調剤上の工夫、在宅生活に備えた注意事項や本人・家族への指導内容を書く。	
	管理方法	<input type="checkbox"/> 袋 <input type="checkbox"/> ケース <input type="checkbox"/> お薬カレンダー				ハラスメントに関する情報共有は、支援者が変わっても一貫した対応を行う上で重要です。	
精神面・行動面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難						
	補足: 具体的な問題(症状)を記載する。 <input type="checkbox"/> 支援者に対するハラスメント						
認知症	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 不明	夜間の状態 <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠(詳細: 具体的な状態を記載する。)			
HDS-R	_____点		眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(薬剤名: 飲み方の工夫についても、あれば記載する。)				
MMSE	_____点		入院中の転倒歴 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細:)				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb						
社会資源・制度利用状況							
障害等認定	<input type="checkbox"/> 身体	<input type="checkbox"/> 1級	<input type="checkbox"/> 2級	<input type="checkbox"/> 3級	<input type="checkbox"/> 4級	<input type="checkbox"/> 5級	<input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級
	<input type="checkbox"/> 療育	<input type="checkbox"/> ④	<input type="checkbox"/> A	<input type="checkbox"/> ③	<input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 精神	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中						
	有効期限:	_____まで 申請日: _____					
	負担割合	<input type="checkbox"/> 1割	<input type="checkbox"/> 2割	<input type="checkbox"/> 3割	<input type="checkbox"/> 不明	介護保険負担限度額認定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
退院後必要と思われるサービスについて <input type="checkbox"/> 退院前ケアカンファレンスにて担当者会議済							
<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導				
<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療	<input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導	<input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導	在宅の場合、医療以外のサポートも確認することは、介護者の負担に配慮する上で大切です。				
<input type="checkbox"/> ショートステイ	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与						
<input type="checkbox"/> 住宅改修	<input type="checkbox"/> その他(インフォーマル含む)						
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 機関名: _____						
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 薬局名: _____						

入退院支援担当者: _____

記載者: _____

安佐地区退院時情報提供シート ※看護情報提供書と併用

記載日 R6 年 記載例

送付先 事業所名: B居宅介護支援事業所

送付元 機関名: Q病院

フリガナ 氏名	A 様		生年 月日	1946 年 1 月 1 日		年齢	78 歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
食事・栄養に関する現状/療養上の課題										
身長/体重	173 cm / 57 kg		水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 有() ml/日						
摂取状況	<input checked="" type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 末梢静脈栄養									
食事内容	主食(詳細)	<input type="checkbox"/> 粥… <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ()分粥 <input type="checkbox"/> 粥ミキサー・粥ゼリー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー						とろみ	<input type="checkbox"/> とろみなし <input checked="" type="checkbox"/> 薄いとろみ <input type="checkbox"/> 中間のとろみ <input type="checkbox"/> 濃いとろみ <input type="checkbox"/> とろみ _____%	
	副食(詳細)	<input type="checkbox"/> きざみ(<input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 粗きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ) <input type="checkbox"/> やわらか・ムース状 <input type="checkbox"/> パースト・ミキサー <input type="checkbox"/> プリン・ゼリー								
	※該当する場合に記載	・嚥下調整食学会分類2021 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 2-2 <input type="checkbox"/> 2-1 <input type="checkbox"/> 1j <input type="checkbox"/> 0j ・UDF(ユニバーサルデザインフード) <input type="checkbox"/> 容易に噛める <input type="checkbox"/> 歯ぐきでつぶせる <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> かまなくてよい								
嚥下	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> 飲み込めない			食事に関する補足:						
入院前の飲酒習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 機会飲酒 <input checked="" type="checkbox"/> 毎日飲む <input type="checkbox"/> 不明									
喫煙習慣	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 過去吸っていた <input checked="" type="checkbox"/> 現在吸っている <input type="checkbox"/> 不明									
褥瘡	<input type="checkbox"/> 有: 褥瘡・皮膚トラブルに関する補足 <input checked="" type="checkbox"/> 無: 特になし									
身体・生活機能の現状/療養上の課題										
リハビリ	移乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	高次脳機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()								
	障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2								
リハビリに関する補足: 当院転院後より本格的な歩行訓練開始。下肢筋力の低下と認知機能低下があったため、歩行時は近くで見守り、転倒注意の声掛けを行った。										
口腔ケア	介助量	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				噛む力	<input checked="" type="checkbox"/> 噛める <input type="checkbox"/> 噛めない			
	残っている歯	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 0 <input checked="" type="checkbox"/> 1~9 <input type="checkbox"/> 10~19 <input type="checkbox"/> 20以上								
	根だけ残っている歯	<input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 口腔ケアに関する補足: 義歯の洗浄は声掛けと確認が必要								
薬	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 声掛け <input checked="" type="checkbox"/> セット・手渡し			内服動作・介助に関する詳細 カレンダーセットで、都度声掛けと飲み込み確認を行った。眠剤と貼付剤はNs管理とした。					
	内服薬の包装	<input checked="" type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> PTPシート								
	管理方法	<input type="checkbox"/> 袋 <input type="checkbox"/> ケース <input checked="" type="checkbox"/> お薬カレンダー								
精神面・行動面における療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 支援者に対するハラスメント 補足: 意欲の低下や短期記憶障害がある。									
認知症	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明		夜間の状態 <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠(詳細:)							
HDS-R	16 点		眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(薬剤名: ○○○)							
MMSE	点		入院中の転倒歴 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(詳細: ナースコール押し忘れあり、夜間センサーマット対応)							
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M									
社会資源・制度利用状況										
障害等認定	身体	<input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級 <input type="checkbox"/> 4級 <input type="checkbox"/> 5級 <input type="checkbox"/> 6級 <input type="checkbox"/> 7級						障害名		
	療育	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 1級 <input type="checkbox"/> 2級 <input type="checkbox"/> 3級								
要介護認定	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中									
	有効期限: 令和6年8月1日~令和7年7月31日 まで 申請日:									
	負担割合			<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明						介護保険負担限度額認定
退院後必要と思われるサービスについて <input checked="" type="checkbox"/> 退院前ケアカンファレンスにて担当者会議済										
<input type="checkbox"/> 訪問診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導										
<input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所介護										
<input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与…屋外移動用の歩行器を追加 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入										
<input type="checkbox"/> 住宅改修 <input checked="" type="checkbox"/> その他(インフォーマル含む)…認知症カフェ、はいかいSOS登録、配食サービス										
かかりつけ歯科	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 機関名: H歯科医院									
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 薬局名: I薬局									

入退院支援担当者: MSW BB

記載者: 看護師 M

安佐医師会連絡シート ① 初回連絡シート

ケアマネジャーが利用者（患者）の担当になった際、かかりつけ医や担当医へ連絡するシートである。内容は担当ケアマネジャーが誰で今後どのように支援したいのか等を記載する。医師からは、利用者（患者）の医療面を含め生活上の注意点や、今後の連絡方法等の情報を返信してもらう。

作成者 書き方ガイド
 回答者 書き方ガイド

安佐医師会連絡シート <small>(安佐歯科医師会・安佐薬剤師会 共用)</small>		送付日 R6 年 10 月 10 日	
初回連絡シート			
ケアマネジャー ⇒ <input checked="" type="checkbox"/> 病院・診療所 <input type="checkbox"/> 歯科診療所 <input type="checkbox"/> 薬局			
機関名	D内科クリニック	添付文書 (本票含む)	1 枚
送付先	D 先生 御侍史	(送付先FAX: 082-****-****)	
私は、下記の患者様の担当ケアマネジャーとなりました。B居宅介護事業所のCと申します。今後、ケアプラン作成や介護サービスの利用等についてご意見、ご指導をいただきますよう、よろしくお願いいたします。			
本票送付の目的 <input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 報告 <input checked="" type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です			
件名: デイケア利用に関するご相談			
ふりがな	かみやぎ うめこ	性別	生年
氏名	上八木 梅子	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	1941 年 12 月 12 日
本人住所	〒731-**** 広島市安佐南区上八木*****		
要介護度	事業対象者 / 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中 / 区変中 / 未申請		
ケアマネジャーからの質問・連絡等 介護保険の認定結果が出たため自宅を訪問し、ご本人、夫と今後の支援についてお話をさせていただきました。令和2年頃より自宅に閉じこもって生活をされています。閉じこもり予防と筋力向上が必要と考え、デイケア利用についての可否、併せて高血圧、糖尿病、心不全の治療中のため、日常生活上の留意点についてもご意見をお聞かせください。どうぞよろしくお願いいたします。			
連絡を受けやすい時間帯を記入してください。			
添付書類	<input type="checkbox"/> ケアプラン <input type="checkbox"/> 週間計画表 <input type="checkbox"/> その他()		
ケアマネジャーへの連絡希望時間 <input checked="" type="checkbox"/> 有(AM・PM) 15 時頃) <input type="checkbox"/> なし			
ご回答欄			
◆先生へのご連絡の際、ご都合の良い方法について教えてください			
<input type="checkbox"/> 電話(時頃) <input checked="" type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> E-mail()			
◆質問のご回答をお願いします。			
①✓を入れてください。	②その他、ご意見等をお聞かせください。		
<input checked="" type="checkbox"/> サービス利用可	デイケア利用については望ましいと思いますので進めてください。高血圧、心不全については減塩食とし、糖尿病については日々の食事摂取量を確認してください。		
<input type="checkbox"/> 特に制限なし	リハビリについては室内は伝い歩きで耐久力が低下しているため、無理のない範囲で徐々に負荷を上げていくようにしてください。		
<input type="checkbox"/> 退院時指示の通り			
<input type="checkbox"/> 要経過報告	本人の状態が変わった時やケアプラン作成時、変更時には連絡をください。		
手書きの場合は✓でも可。			
R6 年 10 月 12 日			
◆◆◆◆◆ 下記へご回答(送付)をお願いいたします ◆◆◆◆◆			
事業所名	B居宅介護支援事業所	電話	082-****-**** 希望時間 AM PM 15 時頃
担当ケアマネジャー	C	FAX	082-****-****
		E-mail	*****@*****.jp
※個人情報につき取り扱いにはご注意ください。			
※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。			
2024年度改訂			

質問・連絡内容の要旨を記入してください。

この空スペースには氏名を書き込むこともできます。

①は質問・連絡内容に対する回答を選択してください。

②には具体的な指示や、伝達事項を記入してください。

安佐医師会連絡シート

② 介護事業所→医療機関等 連絡シート および ③ 多職種連絡シート 活用例

シートの種類	No	発信する職種 (誰から)	送付先の職種 (誰へ)	目的	具体的な活用例
介護事業所→医療機関等 連絡シート	1	ケアマネジャー 訪問看護師	かかりつけ医	報告	利用者の外来受診に先立って、日常生活での様子を事前に情報提供するために活用。
	2	ケアマネジャー	かかりつけ医	情報共有	受診同行の際、利用者本人の前では医師に伝えにくい、利用者本人の日常生活の変化や報告事項について、事前に情報提供するために活用。
	3	ケアマネジャー	かかりつけ医	指示の確認	利用者が希望しているサービスについて、制限や利用時の注意事項など、医師からの指示をもらう目的で活用。 (例：デイケア利用されている利用者がペースメーカーを植え込んだあとの運動負荷の確認をする)
	4	デイサービス	かかりつけ医	情報共有	体調に変化があり急遽受診に至った利用者の、サービス利用時の様子を情報提供するために活用。 (例：サービス提供時に顔色不良があり、排便パターンの変調を認めた利用者が受診に至った際、受診先へ直近の経過を報告する)
	5	デイサービス	かかりつけ医	指示の確認	サービス提供中止を検討するための、バイタルの上限下限確認のために活用。 (例：起立性低血圧が起きやすいパーキンソン病患者の入浴介助の中止判断について指示を仰ぐ)
	6	リハ職(訪問)	かかりつけ医	報告・確認	機能評価の報告に基づく、ADL制限の見直し依頼のために活用。 (例：摂食嚥下機能評価の結果報告と結果に基づく経口摂取再開検討を依頼する)
多職種連絡シート	7	歯科医	介護職 (デイサービス)	状況確認	サービス利用中の患者の様子を確認するために活用。 (例：訪問歯科診療を行っているパーキンソン病患者が症状進行に伴い食事時間が長くなっていることについて、通所サービスではどうか情報提供を依頼する)
	8	歯科衛生士	介護職 (デイサービス)	状況確認	訪問開始に伴う情報収集に活用。 (例：自宅では口腔ケアを家族に頼っている利用者の、通所サービス利用時のセルフケア状況について情報提供を依頼する)
	9	外来看護師	ケアマネジャー ・ 在宅サービス事業所	共有・確認	通院時に把握した患者の様子の共有とともに、在宅での様子の変化を確認するために活用。 (例：通院の予定変更が重なっている・受診時に内服の残薬が増えてきている・通院時の身なりが乱れてきているなど、外来で把握した患者の様子の共有と在宅での変化の有無について確認する)
	10	外来看護師	ケアマネジャー ・ 在宅サービス事業所	提案	通院時に把握した患者の様子から、支援内容の検討を提案するために活用。 (例：通院困難な様子から、支援の追加や通院先の変更など本人との相談を提案する)
	11	退院支援チーム (MSW・リハ職等)	ケアマネジャー	共有・確認	入院患者の回復状況や今後の生活に関する見立ての共有とともに、退院支援に必要な情報収集に活用。 (例：身体機能的に在宅復帰が難しい見立ての共有と、退院支援上必要な家族との関係性について、情報提供を依頼する)
	12	訪問薬剤師	ケアマネジャー	共有・確認	来局時に把握した患者の様子の共有とともに、在宅での管理状況について、家族・サービス提供者への確認を依頼するために活用。 (例：来局時に認知機能低下を思わせる患者について、介護度や家族・ヘルパーから見た本人の薬の管理状況について確認を依頼する)
	13	デイサービス	ケアマネジャー	共有・相談	サービス提供中に把握した利用者の様子や、介助状況の共有とともに、サービス提供時の対応について相談する時に活用。 (例：心不全による下肢の浮腫がある利用者の歩行状況や本人の苦痛の訴え、介助時に感じたリスクについて共有し、受診の要否や介助内容はこのままでよいかについて確認する)

安佐医師会連絡シート ② 介護事業所→医療機関等 連絡シート

主に、介護事業所→医療機関に対し使用するシートである。例えば、ケアマネジャー等からカンファレンス（担当者会議）への出席依頼や、利用者（患者）の細かい情報をかかりつけ医等へ相談・報告を行う際に使用する。かかりつけ医等は返信依頼があった場合、【ご回答欄】へ記入し情報交換を行う。

作成者 書き方ガイド

回答者 書き方ガイド

用件の要旨を記入・選択してください。

安佐医師会連絡シート <small>(安佐歯科医師会・安佐薬剤師会 共用)</small>		送付日 R6 年 10 月 14 日	
介護事業所→医療機関等 連絡シート		送付文書 (本票含む) 1 枚	
送付先	機関・事業所名 △△病院	<送付元> 事業所名: A包括支援センター	
	G 様	担当者名: E	
	職種: 医師	職種: 主任介護支援専門員	
	送付先FAX: 082-×××-××××	電話: 082-×××-××××	
		FAX: 082-×××-××××	
本票送付の目的 <input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 報告 <input checked="" type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です			
ふりがな	ヒロシマ ジロウ	75 歳	性別 男・女
氏名	広島 次郎	生年 1949 年 8 月 2 日	月日
要介護度	事業対象者/ 要支援 1・2 / 要介護 1・2・3・4・5 / 申請中 / 区変中 / 未申請		
件名: 術後の心負荷について			
<input type="checkbox"/> 受診状況 <input type="checkbox"/> 状況変化報告 <input checked="" type="checkbox"/> サービス利用について <input type="checkbox"/> 介護保険見直しについて <input type="checkbox"/> ケアカンファレンス参加のお願い <input type="checkbox"/> その他()			
<内容> いつもお世話になっております。先日ペースメーカーを植え込んだのですが術前と同じくデイケアの利用を希望しておられます。どの程度心臓への負荷をかけてもよいのか教えていただければと思います。			
ご回答欄			
①✓を入れてください。 <input type="checkbox"/> 了解しました。		②その他、ご意見等をお聞かせください。	
<input checked="" type="checkbox"/> 報告します。 <input type="checkbox"/> 連絡ください。		②には用件に対する具体的な回答を記入してください。	
手書きの場合は✓でも可。		術後の運動制限は特にありませんが、気分が悪くなるようでしたらいったん中止し、休憩をとるようにしてください。基本的には本人のペースで行っていただければと思いますが、無理のないように声を掛けてあげてください。	
担当者: 医師 G		R6 年 10 月 18 日	
◆◆◆◆◆ 下記へご回答(送付)をお願いいたします ◆◆◆◆◆			
担当者名: E		FAX番号: 082-×××-××××	
担当者への連絡希望時間 <input checked="" type="checkbox"/> 有(AM・PM) 16 時頃・ <input type="checkbox"/> なし			
※個人情報につき取り扱いにはご注意ください。 ※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。			

手書きの場合は✓でも可。

①は質問・連絡内容に対する回答を選択してください。

手書きの場合は✓でも可。

作成者は連絡を受けやすい時間帯を記入してください。

安佐医師会連絡シート ③ 多職種連絡シート

安佐地区の医療介護連携に関わる全てのスタッフが柔軟に使用できるよう、領域や職種を限定せず、双方向性を持たせたシートである。例えば、医療機関からは医療チームで治療方針を検討する際に、認知症の程度、生活の様子、通所サービスでの様子、内服管理、本人・家族の意向等について、情報提供を依頼する際に活用できる。返信依頼があった場合は、【ご回答欄】へ記入し情報交換を行う。

作成者 書き方ガイド

回答者 書き方ガイド

用件の要旨を記入してください。

手書きの場合はOK。

例

安佐医師会連絡シート <small>(安佐歯科医師会・安佐薬剤師会 共用)</small>		送付日 R6年 8月 10日		送付文書 <small>(本票含む)</small> 1 枚	
多職種連絡シート					
送付先	機関・事業所名 デイサービス A		<送付元>		
	管理者 B 様		事業所名: C歯科クリニック		
	職種: 介護福祉士 送付先FAX: 082-***-****		担当者名: D 職種: 歯科医師 電話: 082-***-**** FAX: 082-***-****		
本票送付の目的 <input type="checkbox"/> 連絡 <input checked="" type="checkbox"/> 相談 <input type="checkbox"/> 報告 <input checked="" type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です					
ふりがな	うめばやし はちろう		性別	生年	
氏名	梅林 八郎		78 歳 (男)女	1945 年 11 月 23 日	
要介護度	事業対象者/ 要支援 1・2 / 要介護 1・2 (3)・4・5 / 申請中 / 区変中 / 未申請				
件名: 通所サービスでの様子について					
用件: 今年4月より月2回在宅にて訪問歯科診療を行っています。 最近、パーキンソン病の進行に伴い、家での食事時間が長くなってきています。デイサービスでの食事時間や食事量、様子について教えてください。 なお、次回の訪問歯科は8/20(火)13:00~の予定です。					
ご回答欄					
①を入れてください。 <input checked="" type="checkbox"/> 確認しました。 <input type="checkbox"/> 後ほど連絡します。		②その他、ご意見等をお聞かせください。 お世話になっております。ご連絡いただきありがとうございます。 食事は変わらず全量摂取されていますが、通所でもお食事の時間が長くなっている印象です。嚙むというより、お口の中でモゴモゴしていることが増え、飲み込みにも時間がかかるようです。 また、口腔ケアの時にむせ込むことが3回に1回ほどあります。サービス提供時のケアなど、注意点等ありましたらご助言いただけると幸いです。			
<input type="checkbox"/> 変化なし <input checked="" type="checkbox"/> 変化あり		チェックボックスは作成者が用件に応じた選択肢を用意することも可能です。 作成者は連絡を受けやすい時間帯を記入してください。			
担当者: B		R6年 8月 12日			
◆◆◆◆◆ 下記へご回答(送付)をお願いいたします ◆◆◆◆◆					
担当者名: D		FAX番号: 082-***-****			
担当者への連絡希望時間 <input checked="" type="checkbox"/> 有 (AM (PM) 16 時頃) <input type="checkbox"/> なし					
<small>※個人情報につき取り扱いにはご注意ください。 ※事業対象者とは基本チェックリストにより将来要介護、要支援となるリスクが高いと判定された高齢者。</small>					

手書きの場合はOK。

①は質問・連絡内容に対する回答を選択してください。

②には用件に対する具体的な回答を記入してください。

作成者は連絡を受けやすい時間帯を記入してください。

MEMO

Lined area for writing a memo, consisting of 20 horizontal dotted lines.

II-2 連携の流れ（標準的なケース）

入院（入院予約時）から退院までの連携に関する5つの標準的なケースの流れをフローチャート図に表す。個々のケースによって、業務の手順等が変わる場合がある他、医療機関の機能によって流れの速度が異なる。フローチャート図の中にある☒はII-3フローチャート各項目の留意事項の欄に記載。

5つの標準的なケースの想定例は下記の通り。

（1）退院支援が必要な場合で、患者に担当ケアマネジャーがいるケース

介護保険の認定を受けており、入院前から介護サービスを受けていた。

入院スクリーニングによるアセスメント、多職種カンファレンスにおいて、退院に何らかの問題・不安があり、入退院支援担当者による退院支援が必要と判断された。

（2）退院支援が必要な場合で、患者に担当ケアマネジャーがいないケース

介護保険の認定を受けておらず、入院前は介護サービスを利用していなかった。入院スクリーニングによるアセスメント、多職種カンファレンスにおいて、退院に何らかの問題・不安があり、入退院支援担当者による退院支援が必要と判断された。

（3）転院または施設入所が必要なケース

治療やリハビリ目的または療養目的での入院継続や施設入所が必要と判断された。

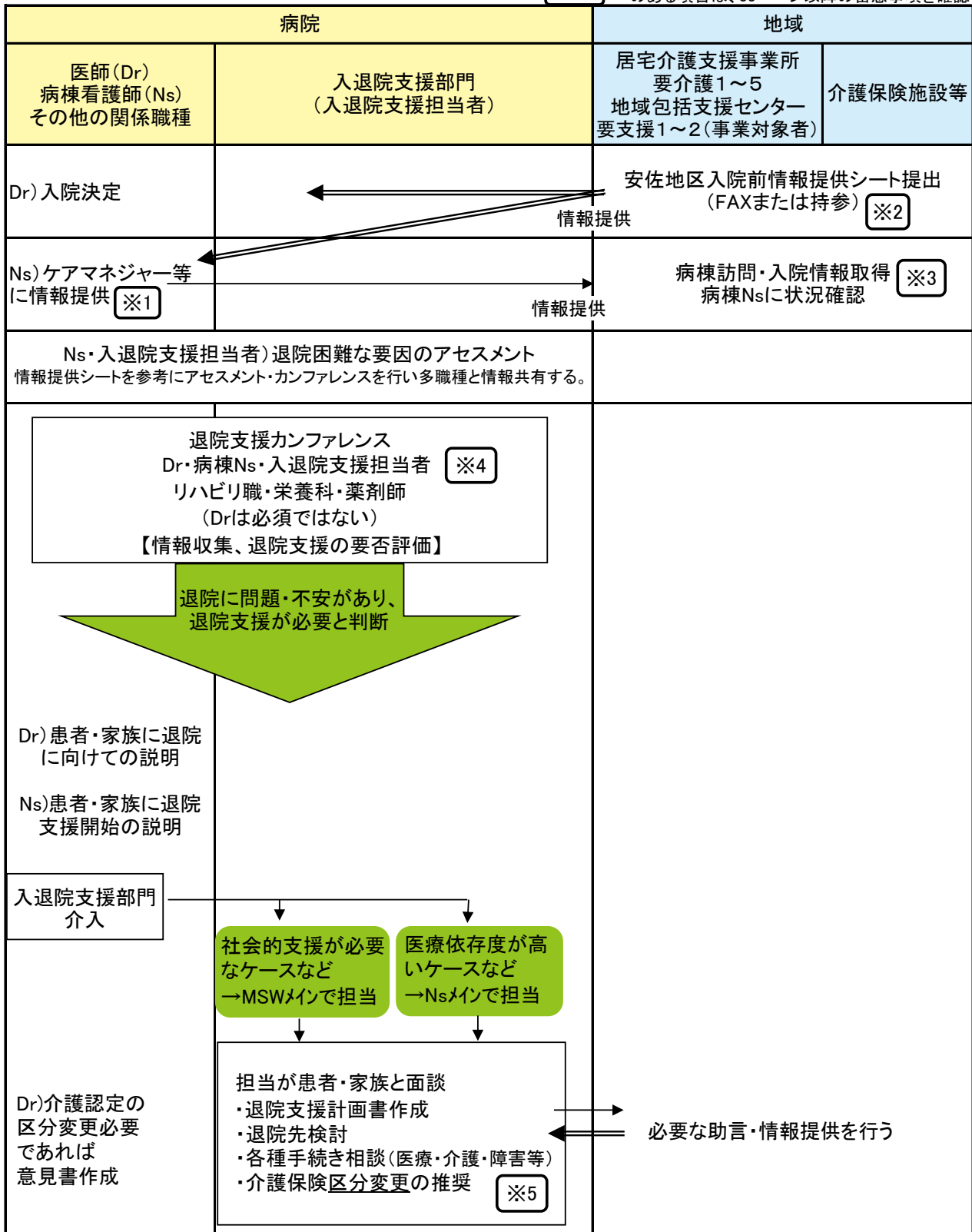
（4）回復期リハビリテーション病棟

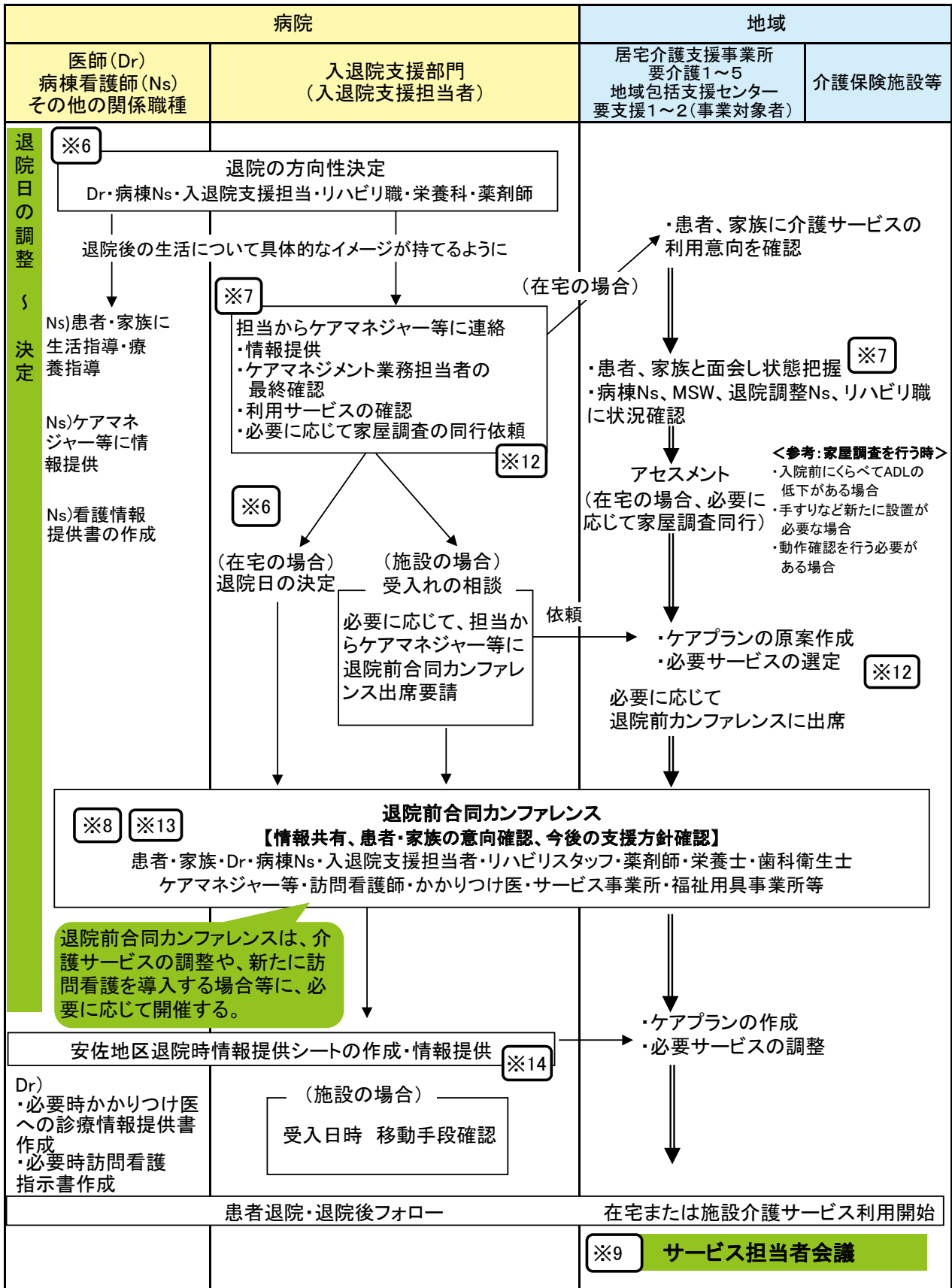
（5）患者に担当ケアマネジャーがおり、退院支援が必要ないケース

介護保険の認定を受けていたが、退院に問題・不安がないため退院支援は行わず、担当ケアマネジャーとの情報共有のみ行う。

(1) 退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがいるケース

※ のある項目は、33ページ以降の留意事項を確認



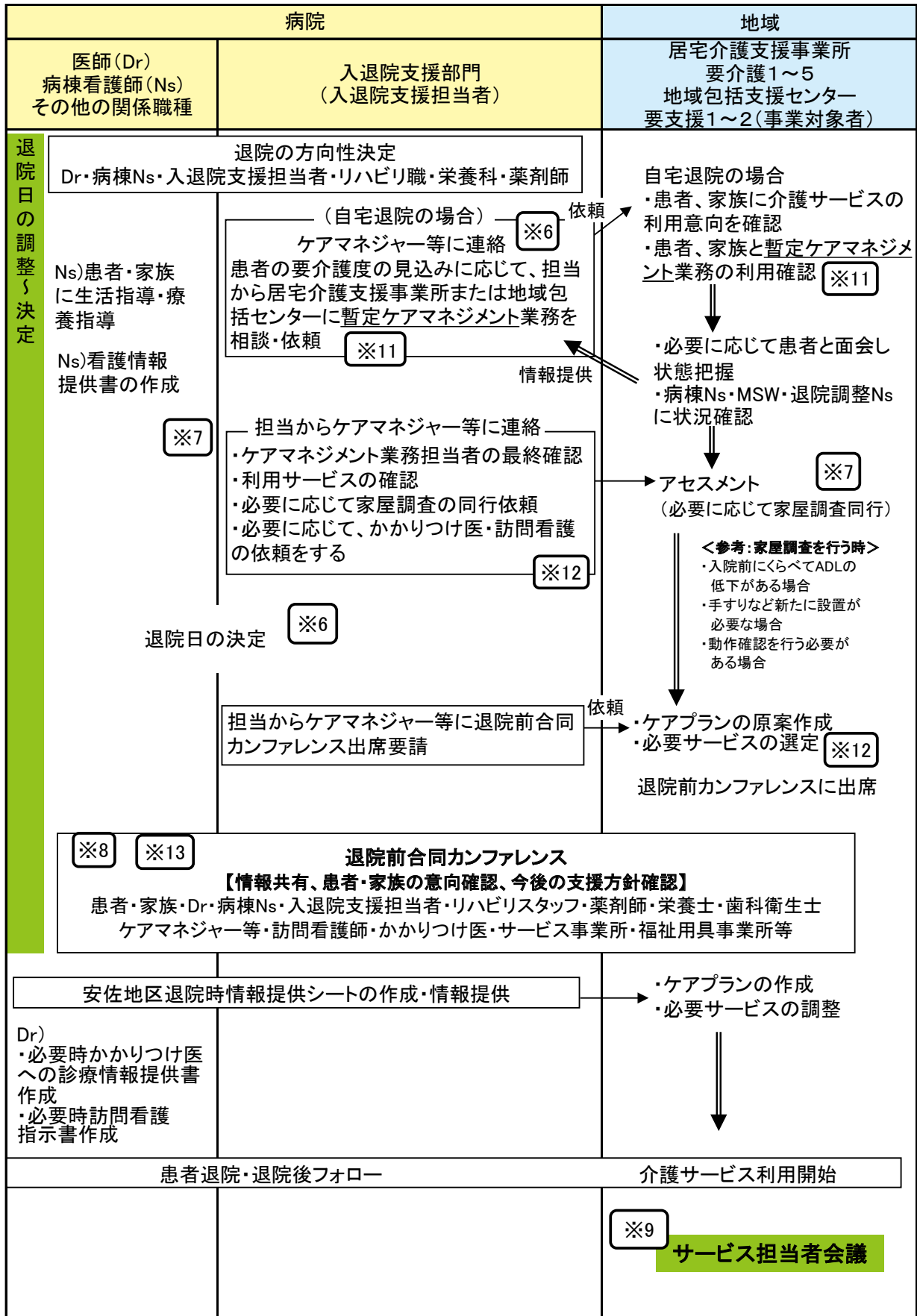


退院前合同カンファレンスは、介護サービスの調整や、新たに訪問看護を導入する場合等に、必要に応じて開催する。

(2) 退院支援が必要な場合で、患者に担当するケアマネジャーがないケース

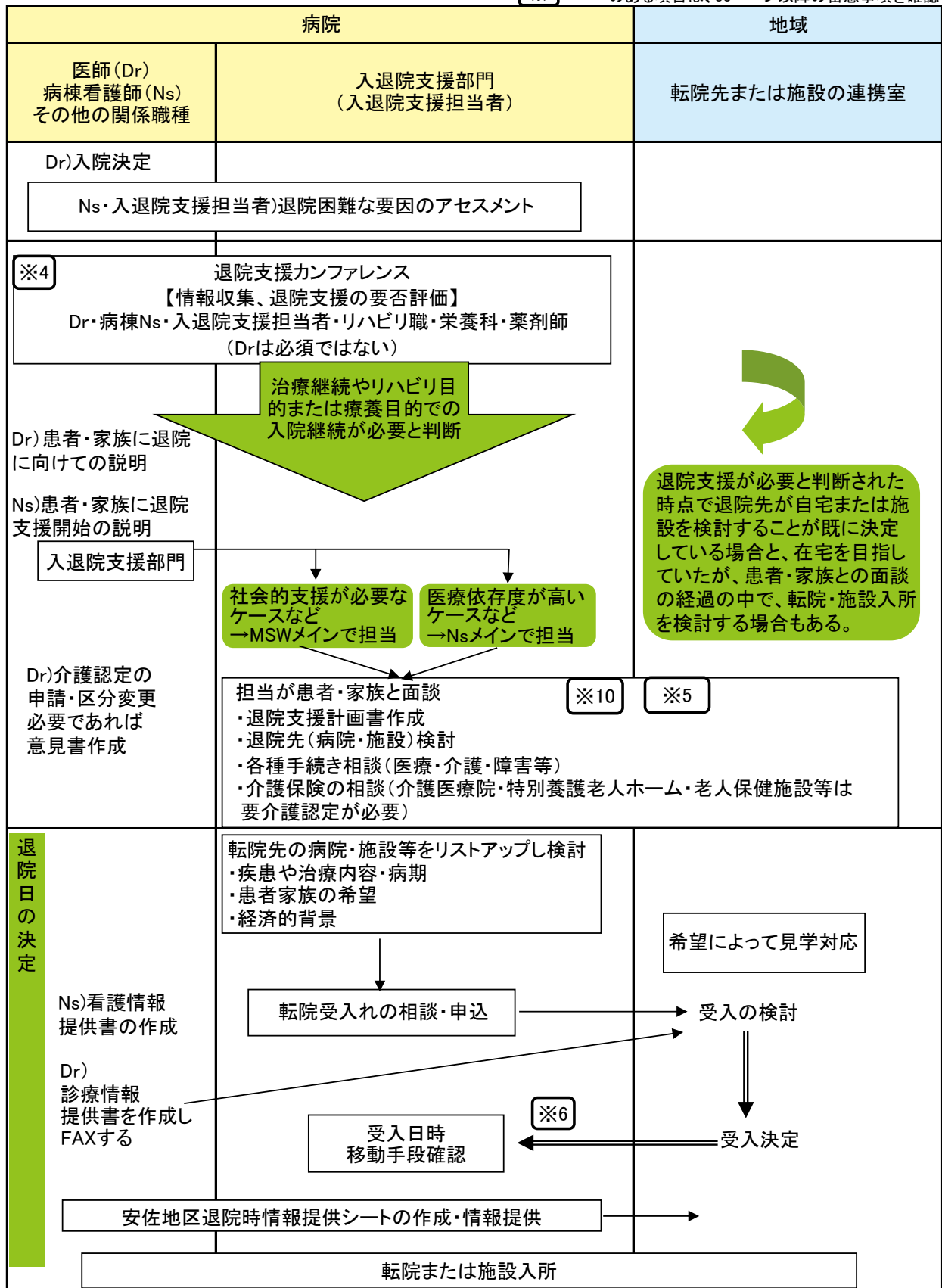
※のある項目は、33ページ以降の留意事項を確認

病院		地域
医師(Dr) 病棟看護師(Ns) その他の関係職種	入退院支援部門 (入退院支援担当者)	居宅介護支援事業所 要介護1~5 地域包括支援センター 要支援1~2(事業対象者)
Dr)入院決定		
Ns・入退院支援担当者)退院困難な要因のアセスメント		
※4 退院支援カンファレンス Dr・病棟Ns・退院支援担当者・リハビリ職・栄養科・薬剤師 (Drは必須ではない) 【情報収集、退院支援の要否評価】 退院に問題・不安があり、 退院支援が必要と判断		
Dr)患者・家族に退院 に向けての説明 Ns)患者・家族に退院 支援開始の説明	入退院支援部門 介入	介護保険新規申請の認定結果が出るまでは、見込みでケアマネジメント業務を行うため、『暫定』扱いとなる。 『暫定』で介護サービスを利用する場合、見込んだ要介護度と異なる認定結果が出ると、介護保険の適用を受けられず、利用料が全額自己負担となる可能性があるため、あらかじめ患者・家族に説明し、了解を得ておく必要がある。
	社会的支援が必要なケースなど →MSWメインで担当 医療依存度が高い ケースなど →Nsメインで担当	
Dr)要介護認定の 新規申請や区分変更等 が必要であれば意見書作成	担当が患者・家族と面談 ・退院支援計画書作成 ・退院先検討 ・各種手続き相談(医療・介護・障害等) ・介護保険新規申請・区分変更の相談 ※10	



(3) 転院または施設入所が必要なケース

※ のある項目は、33ページ以降の留意事項を確認



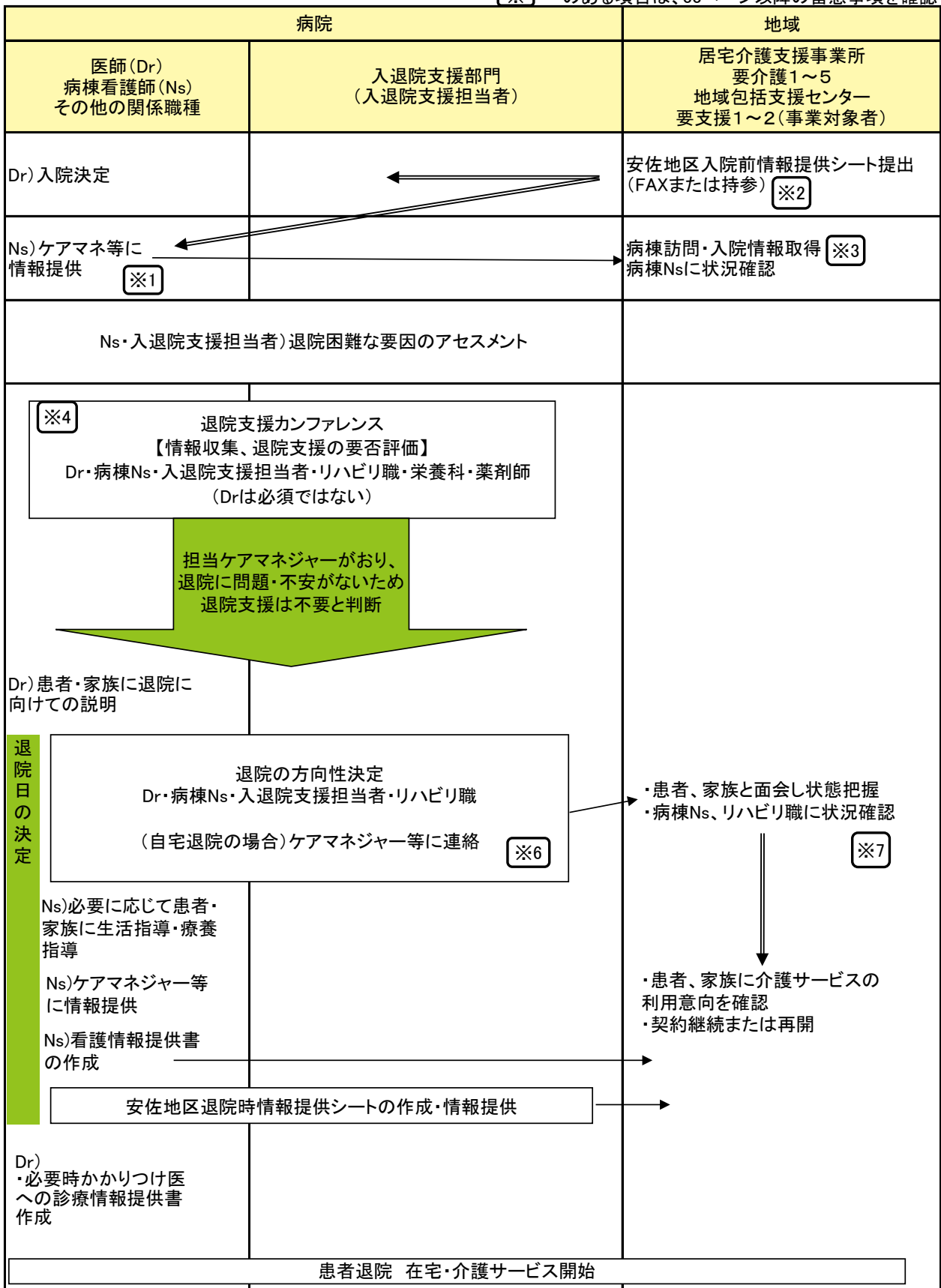
(4) 回復期リハビリテーション病棟

※回復期リハビリテーション病棟では、専従MSWが対応する

病院			地域
医師(Dr) 病棟看護師(Ns) その他の関係職種	MSW	TH(PT・OT・ST)	居宅介護支援事業所 要介護1~5 地域包括支援センター 要支援1~2(事業対象者)
	入院相談:事前にMSWが入院相談を受け家族と面接を行う場合あり		
(入院決定) オリエンテーション・インターク・スタッフカンファレンス・リハビリ総合実施計画書作成			※入院前に担当ケアマネジャーがいる場合 安佐地区入院前情報提供シート提出(FAXまたは持参)
入院前の生活状況の把握などを行う・家族面談(インフォームドコンセント)を行うことが多い			病棟訪問・入院情報取得・家族面談に同席
本人・家族指導の開始	介護保険情報、その他活用できる社会資源の確認・必要な手続きなどの相談援助・介護保険の区分変更申請の必要性の判断、助言など	リハビリテーションの実施・本人家族へのリハビリ指導・必要であれば家族評価の実施など	家屋評価への同行・ケアプランの原案作成 病棟Nsに状況確認
<p>★患者によって、入院期間に違いがあり、その間、定期的な家族面談にケアマネジャーが同席するなど、退院に向けた支援を継続する</p> <p>★家族面談(インフォームドコンセント)日程調整・家屋評価の日程調整・必要に応じて、担当ケアマネジャーはじめ関係機関との連絡調整を行う</p>			
<p>退院前カンファレンス Dr・病棟Ns・MSW・リハビリスタッフなど (Drは必須ではない)</p> <p>かかりつけ医、介護サービス、退院後の留意点確認、残された課題などについて確認</p>			
<p>担当ケアマネジャーがおり、退院に問題・不安がない場合は、カンファレンスを行わないこともある</p>			
Dr)患者・家族に退院に向けての説明		ケアマネジャー宛他、情報提供書作成	<p>・患者、家族に介護サービスの利用意向を確認</p> <p>・契約継続または再開</p>
Ns)看護情報提供書の作成	退院時情報提供書など作成		
安佐地区退院時情報提供シートの作成・情報提供			必要な助言、情報提供
<p>★(注)回復期リハビリテーション病棟では、MSWが専従ですべての患者に介入する。</p> <p>★在宅退院だけでなく、施設入所や転院が必要になる場合もある。担当MSWが退院支援の中心になり、相談援助を進める。</p>			
患者退院 在宅または施設・介護サービス開始			サービス担当者会議

(5) 患者に担当ケアマネジャーがあり、退院支援が必要ないケース

※ のある項目は、33ページ以降の留意事項を確認



II-3 フローチャート各項目の留意事項

II-2 標準的なケースのフローチャート中、※がある項目の留意事項を記載したので、フローチャートと併せて確認する。

※1入院決定時

- 入院時の介護保険情報の確認

医師が入院を決定すると、入院手続きに入る。この過程で、介護保険の認定の有無等を確認する。ただし、正確な要介護度、担当ケアマネジャー等や介護サービス利用状況までは把握しにくいことが多い。

利用者の入院把握後早期にケアマネジャー等から「安佐地区入院前情報提供シート※2」の提出があると退院支援の方向性を協議しやすくなる。

- 病院からケアマネジャー等への入院連絡

担当ケアマネジャー・事業所が把握できれば、病院から連絡をする。または、患者・家族からの連絡を依頼する。

※2安佐地区入院前情報提供シート提出

- シート使用の4つのケース

ケース1：居宅介護支援事業所の担当者がシートを作成する場合

ケース2：地域包括支援センターの担当者がシートを作成する場合

ケース3：介護保険施設等の担当者がシートを作成する場合

ケース4：介護保険申請のみで介護サービス利用等がなく、居宅介護支援事業所、地域包括支援センターでは情報がほとんどない場合

- 上記4つのケースのうち、ケース1・2・3の場合は必ずシートを作成し、ケース4の場合は把握している情報でシートを作成する。

- 利用者入院の連絡を受け、シートをFAXまたは持参にて提出する。

- 情報提供可能な時期

入院が決定してから入院期間中随時対応可能。退院後のサービス調整を急ぐケース、患者・家族が何らかの問題を抱えているケース等、ケアマネジャー等が特に連携が必要と考える患者については早期に提出の上、情報提供を受けることが望ましい。

※II-1（1）安佐地区入院前情報提供シート参照

※3ケアマネジャー等の病棟訪問

- ケアマネジャー等から入院の経過や状態確認の希望があった場合は、訪問時間の調整を行い、患者・家族の同意を得て、病棟看護師等から必要な情報を提供する。

※4退院支援カンファレンス

- 患者入院後、退院困難な要因を有する患者を抽出し、7日以内に病棟看護師、入退院支援担当者等が集まって行う会議をいう。医師の参加があることが望ましいが必須ではない。
- カンファレンスでは傷病の状況のみならず、患者を取り巻く生活環境等の情報収集、退院支援・退院調整の要否評価、緊急介入の要否評価を行う。
- 退院支援が必要と判断された場合は、「退院支援計画書」を作成する。

※5 介護保険区分変更申請の相談

- 区分変更申請の相談

現在の要介護度が患者の状態にそぐわず、変更申請を検討する場合は事前に担当ケアマネジャー等に相談する。

- 区分変更申請の留意点

サービス事業所は、介護サービスを提供すると、介護保険者（市町村）に対し介護報酬を請求するが、区分変更申請中で認定結果が出るまでの間は請求することができない。この間に請求した場合は審査を通過せず、報酬が支払われずにサービス事業所に差し戻される。

区分変更申請により要介護度が重度になると、通所サービスや施設入所サービス等では利用料が高くなるため、申請を検討するときは、あらかじめ患者・家族に説明し了承を得ておく必要がある。

※6 退院日の決定

- 退院日の決定時期

退院許可は医師の指示である。入院時の医師からの治療等の説明・入院診療計画書により、概ねの入院期間を把握できる。

退院日の決定時期は、個々のケースにより様々で、治療やリハビリの進行状況だけでなく、退院後の介護等の支援体制が整うか否かによっても変わる。

- 比較的早期に退院日が明確になるケース

クリニカルパス適応入院の場合はクリニカルパスの入院診療計画に沿って経過するため、ほぼ予定通りの退院日となる。

※7 退院情報取得

- ケアマネジャー等への情報提供

担当ケアマネジャー等へ退院日の見通しを連絡する。

患者・家族の同意が得られた場合、原則として、病棟看護師等から必要な情報を提供する。

※8 退院前合同カンファレンス

- 退院前合同カンファレンスとは

退院する前に、患者・家族、医師、病棟看護師、MSW、入退院支援担当者、リハビリスタッフ、薬剤師、かかりつけ医、ケアマネジャー、サービス事業所、訪問看護師等が集まり、医療機関が主体となって行う会議をいう。カンファレンスでは、患者の傷病の現況と見通し、患者を取り巻く環境等の情報共有、患者・家族の意向確認、今後の支援方針の確認等を行う。

- 開催時期

退院の見通しが立ち、かかりつけ医・ケアマネジャー・訪問看護ステーション等、在宅サービスの調整がつき次第、適宜開催する。

- 退院前合同カンファレンスの開催調整は入退院支援担当者が行う。

※9 サービス担当者会議

- サービス担当者会議とは、ケアマネジャー等がケアプラン作成のために利用者・家族、サービス事業所等を招集して行う会議をいう。

- 開催時期

退院前合同カンファレンス後、本人が退院した日の午後等に開催されることが多い。

※10 介護保険新規申請の推奨

- 介護保険の認定を受けておらず、退院にあたり、介護サービスの利用や訪問看護の導入、介護施設への入所が考えられる場合には、患者・家族に対し介護保険の新規申請を推奨する。
- 入院中に申請が受理されると、主治医意見書が送付されてくる。退院直後のサービス利用のためには、入院中早期に意見書を作成することが望まれる。また、入院中に認定調査が行われるため、患者・家族の同意を得て、病棟看護師が情報提供を行う。

※11 暫定ケアマネジメント業務の相談・依頼

- 介護保険の認定結果が出るまでには、申請から1か月程度かかる。退院の方向性が自宅退院となり、認定結果が出る前に介護サービスを利用しなければならない場合は、担当ケアマネジャー等に暫定ケアマネジメント業務の相談・依頼を行う。
- 相談・依頼に当たっては、患者の状態から要介護度を見込んで事業所を選択する
要介護1～5と見込まれる場合：居宅介護支援事業所
要支援1～2と見込まれる場合：地域包括支援センター
要介護か要支援か予測がつかない場合や要支援1～2と見込まれるが近い将来要介護となる可能性がある場合：居宅介護支援事業所
- 暫定で介護サービスを利用する場合のリスク
手続きが煩雑となるリスク：ケアマネジメント業務は、要介護1～5の場合は患者・家族が選択した居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、要支援1～2の場合は居住している地区を担当する地域包括支援センター職員が担当となり、利用者と契約を結び業務を行う。暫定で介護サービスを利用する場合（認定結果が出る前にサービスを利用する場合）、見込んだ認定と異なる結果が出るとケアマネジメント業務の担当が変わり、契約することになる。
金銭的リスク：暫定で介護サービスを利用する場合（認定結果が出る前にサービスを利用する場合）、見込んだ認定と異なる結果が出るとサービス内容によっては介護保険の適用を受けられず、利用料が全額自己負担となる可能性がある。このため、あらかじめ患者・家族に説明し、了解を得ておく必要がある。

※12 軽度者に対する福祉用具貸与

- 要支援1～2及び要介護1の方に対する特殊寝台等の特定の福祉用具貸与については原則として保険給付の対象外となっている。しかしながら、①福祉用具貸与の例外給付の対象とすべき状態像に該当することについて医師の医学的所見に基づき判断されており、②サービス担当者会議等を通じた適切なケアマネジメントにより特定の福祉用具が特に必要である旨が判断されている場合であって、③これらについて市町村が確認する方法で給付貸与が受けられることになった。
- 居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は地域包括支援センターの担当者から、軽度者に対して書類が必要という申し出を受けた場合、主治医に作成を依頼する。

※13 在宅療養における関係機関との連携

- かかりつけ医との連携
退院後の在宅医療を支えるのが地域のかかりつけ医であり、退院時はスムーズな連携が望まれる。MSWもしくは看護師が先方へ連絡し、患者の対応可能かどうかを判断してもらう。かかりつけ医の了承が得られれば、主治医へ診療情報提供書作成を依頼し、先方との日程調整を行い診療情報提供書持参のうえで本人・家族が受診する。必要に応じて診療情報提供書・看護情報提供書等をFAXしておく。

- 訪問看護師との連携

患者・家族の希望に応じて事業所の選定、打診を行う。(居住区、病状等も配慮する。)対応可能であれば、退院前合同カンファレンスの日程調整を行い、看護情報提供書にて情報提供を行なう。

連携に必要な書類：訪問看護指示書、特別訪問看護指示書、精神訪問看護指示書、在宅患者訪問点滴注射指示書等。必要な指示書の記載を主治医へ依頼し、退院時患者・家族に手渡す。

- 調剤薬局

在宅での点滴治療が必要だが、通院困難、持ち帰り困難な場合、配達薬局がある。高カロリー輸液等の混注可能な薬局もある。また、患者・利用者の状態に応じて、必要があれば服薬管理の支援(セットや残薬確認等)も担う。

※14 退院日決定後の連絡調整・情報提供

- 退院時、病棟より担当の地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ、利用者退院の連絡をする。
- 医療機関側は看護情報提供書、安佐地区退院時情報提供シートを準備し、退院時に患者・家族へ渡す。(患者・家族⇒担当ケアマネジャー等へ)

資料編

1 用語の定義

「MSW」

医療ソーシャルワーカー

「PSW」

精神科で働くソーシャルワーカー

「入退院支援担当者」

看護師・MSW

「TH」

セラピストの総称

「PT」

理学療法士

「OT」

作業療法士

「ST」

言語聴覚士

「在宅復帰・病床機能連携率」

急性期医療（急性期一般入院料1）では在宅復帰率・病床機能連携率8割以上が求められている。

【対象となる退院先】

- ・ 自宅
- ・ 居住系介護施設
＜介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護医療院、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、ケアハウス、養護老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅＞
- ・ 地域包括ケア病棟
- ・ 回復期リハビリテーション病棟
- ・ 療養病棟
- ・ 有床診療所
- ・ 介護老人保健施設

「在宅復帰率」

病院から退院した方が自宅、またはそれに準じる施設に移った割合を示すもの。

在宅復帰率		地域包括ケア病棟 入院料（1・2）	回復期リハビリテーション 病棟入院料（1～4）
在宅復帰率		72.5%以上が求められる	70%以上が求められる
対象となる 退院先	・自宅	○	○
	・居住系介護施設 ＜介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）、介護医療院、有料老人ホーム、認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、養護老人ホーム、ケアハウス、サービス付き高齢者向け住宅＞	○	○
	・有床診療所 (介護サービス提供医療機関に限る)	○	○
	・介護老人保健施設 (在宅強化型・超強化型に限る)	○	×

「ケアマネジャー」

介護支援専門員

「ケアプラン」

要介護1～5の認定者に対する介護サービス計画書又は要支援1～2の認定者に対する介護予防サービス計画書

「介護サービス」

要介護1～5と認定された方が利用できるサービス（介護給付）

要支援1～2と認定された方が利用できるサービス（予防給付）

【サービスの種類】

1. 施設サービス

介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム「特養」）

介護老人保健施設（老健）

介護医療院

2. 居宅サービス

通所系：通所介護（デイサービス）、通所リハビリテーション（デイケア）

訪問系：訪問介護（ヘルパー）、訪問入浴介護、訪問リハビリテーション、居宅療養管理指導、訪問看護

その他：短期入所生活介護・療養介護（ショートステイ）、福祉用具（レンタル・購入）、住宅改修、特定施設入居者生活介護（有料老人ホーム、ケアハウス、養護老人ホーム）

3. 地域密着型サービス

認知症対応型共同生活介護（グループホーム）、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護、認知症対応型通所介護、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、夜間対応型訪問介護、地域密着型通所介護、地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護

* 地域密着型サービスにおいては広島市に住民票があることが条件となっている

2 各医療機関の役割

2014年に制定された医療介護総合確保推進法（地域における医療及び介護の総合的な確保を推進するための関係法律の整備等に関する法律）によって策定された地域医療構想は、将来人口推計をもとに、2次医療圏内での2025年に必要となる病床数（病床の必要量）を、「高度急性期機能」、「急性期機能」、「回復期機能」、「慢性期機能」の4つの医療機能ごとに推計した上で、病床の機能分化と連携を進め、効率的な医療提供体制を実現する取組みである。

今後の人口減少・高齢化に伴う医療ニーズの質・量の変化や労働力人口の減少を見据え、質の高い医療を効率的に提供できる体制を構築するためには、医療機関の機能分化・連携を進めていく必要がある。各医療機関（有床診療所を含む）は、毎年病棟単位で、医療機能の「現状」と「今後の方向」を自ら1つ選択し、都道府県に報告する義務がある（病棟機能報告制度）。

（1）高度急性期病棟

〔内容〕

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、救命救急病棟やICU、HCUで実施するような診療密度が特に高い医療（一般病棟で実施する医療も含む）を行う。

※高度急性期と考えられる病棟の例：集中治療室、ハイケアユニット、新生児集中治療室、小児集中治療室、総合周産期集中治療室など

〔対象者〕

急性期治療が必要な患者の中でも、特に難易度の高い手術が必要な患者、重症度が高く複雑な治療が求められる患者が対象となる。

〔入院期間〕

主治医の判断となるが、原則として急性期治療の終了と同時に入院の適応ではなくなる。入院期間は概ね14日以内（特定集中治療室管理料等の算定が行われる期間）であるため、退院調整部門が地域の医療機関へとバトンをつなぐ役割を担っている。

（2）急性期病棟

〔内容〕

急性期の患者（一般的な急性疾患、外科的治療を必要とする疾患）に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する。

高度急性期医療を終えた患者を速やかに受け入れ、継続して急性期医療を行うことも役割の一つである。二次医療圏では、地域からの受け入れが主となる。急性期医療を終えたら速やかに回復期機能を持つ病床への転院や介護施設への入所、自宅退院など次の療養環境への移行が必要となる。

〔対象者〕

急性期治療を必要とする病態及び状態が不安定で外科的手術、集中的な治療や処置、検査、投薬など医学的管理が日常的に必要な病態の方が対象となる。

〔入院期間〕

主治医が判断するが、平均在院日数は急性期一般入院料1にあっては16日以内、急性期一般入院料2～7にあっては21日以内が目安である。看護必要度などにより、入院基本料が細かく診療報酬で分けられていることや、DPC採用医療機関は比較的短期となることが多い。回復期機能を持つ

病床への転院、介護施設への入所、もしくは自宅への退院など、患者に合った次の療養環境の選択、決定が短期間に行われる必要があるため、退院支援は入院後早期にスタートする。

(3) 回復期機能をもつ病棟

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。

(3-1) 地域包括ケア病棟

[内 容]

急性期治療を終え、病状は安定したもののすぐに在宅復帰・施設復帰には不安がある患者や、在宅や介護施設等にて療養中の患者の緊急時の受け入れを行う。医師や看護師、PT、OT、STなどのリハビリテーションを専門とするセラピスト、MSWなどが在宅復帰に向けて患者の治療、リハビリテーションに取り組むと同時に退院支援を行う。

[対象者]

急性期治療後、または在宅での療養に不安がある患者が対象となる。入院日数は最大60日、地域包括ケア病棟入院料（1・2）は在宅復帰率72.5%以上の条件があり、自宅や介護施設などへの退院が可能な患者が概ねの対象者と言える。

[入院期間]

主治医が判断するが、原則として入院日数は40日以内である。

(3-2) 回復期リハビリテーション病棟

[内 容]

脳血管疾患、骨折、外科手術後などの一定の疾患の急性発症後、ADLの向上による寝たきりの防止と、在宅・社会復帰を目的として、集中的なリハビリテーションを行う。地域包括ケア病棟と同様に、多職種がチームとなり在宅復帰に向けて患者の治療、リハビリテーションに取り組むと同時に退院支援を行う。多くの回復期リハビリテーション病棟では、個別のリハビリテーション以外に、病棟生活の中でリハビリの効果を上げるため離床時間を確保し、日常生活動作への積極的な働きかけを行い、個別のリハビリテーション以外に、体操やレクリエーションなどの取り組みが行われている。

[対象者]

下表にあるとおり、脳血管疾患、骨折、外科手術などの治療後の患者が対象となる。

[入院期間]

下表のとおり、疾患、状態によって上限が決められている。

算定対象となる回復期リハビリテーションを要する状態		算定上限日数
①	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後もしくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	150日以内
	高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180日以内
②	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90日以内
③	外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	90日以内
④	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節もしくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日以内
⑤	股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日以内
⑥	急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	90日以内

地域包括医療病棟 (2024年 新設)

高齢者急性期を主な対象患者として、治す医療と同時に支える医療（リハビリ・栄養管理等）を提供し、退院に向けた支援・適切な意思決定支援をすることで、より早期の在宅復帰を目指す。

(4) 慢性期機能をもつ病棟

(4-1) 療養病棟

[内 容]

長期に渡っての医学的管理や処置、リハビリなどの療養を必要とする患者が入院する病棟。

[対象者]

急性期の治療が終了した後も、上記の療養が必要な患者が対象となる。

医療療養病床：病状が慢性期の状態にあつて密度の高い医学的管理や積極的なリハビリテーションなどの入院医療を必要とする患者に対するサービスを医療保険で提供する。

疾患・状態に係る3つの医療区分×処置等に係る3つの医療区分：3分類）と3つのADL区分に基づく27分類及びスモンに関する3分類の合計30分類により入院基本料が定められている。「医療区分」については酸素療法や中心静脈栄養、頻回な吸引などを実施している、気管切開が行われている、難病であるなどの要件によって定められている。

(4-2) 介護医療院

[内 容]

2018年、介護保険法の改正法施行により、「住まいと生活を医療が支える新たなモデル」として創設された。そして、「利用者の尊厳の保持」と「自立支援」を理念に掲げ、「地域に貢献し地域に開かれた交流施設」としての役割を担うことが期待され、療養上の管理、看護、医学的管理の下で介護及びリハビリテーションなど、医療と日常生活上の世話を行うことを目的とされている。介護医療院は生活施設としての機能を併せ持っていることから、在宅の扱いとなる。

[対象者]

要介護者であり、主として長期にわたり療養が必要な方が対象となり、要支援1・2の方は利用できない。

I型介護医療院	II型介護医療院
重篤な身体疾患がある方や合併症を有する認知症高齢者が対象。 算定要件をどの程度満たしているかによって、さらにサービス費IとIIに分かれる。	I型と比較して、容体が安定した方

(5) 精神病棟

(5-1) 精神疾患に関する病棟

[内 容]

精神疾患（例えば、統合失調症や躁うつ病、アルコール依存症、発達障害、思春期における問題など）を有し、通院治療では症状の改善が困難な患者に対して入院治療を行う。

[対象者]

精神疾患の症状に対して、入院治療が必要な患者が対象である。

[入院期間]

定められた期間はなく主治医の判断によるが、早期の退院を目標にチーム医療を行っている。

(5-2) 認知症に関する病棟

[内 容]

認知症に伴う精神症状や徘徊、暴言・暴力など周辺症状（BPSD）が著しく、在宅などでは看護や介護が困難な患者が入院し、治療を行う専門病棟である。

[対象者]

認知症による周辺症状（BPSD）のため、自宅や高齢者施設などで療養することが困難な患者が対象である。

[入院期間]

定められた期間はなく主治医の判断によるが、早期の退院を目標にチーム医療を行っている。

[入院制度]

精神科医療機関への入院は、精神保健福祉法に基づいており、主に以下の入院制度が定められている。

- ①任意入院…本人が同意をして入院する。
- ②医療保護入院…精神保健指定医による診察の結果、医療と保護のために入院治療の必要性を認めるが、本人の同意が得られず、家族等の同意を得て入院する。
- ③応急入院…精神保健指定医による診察の結果、医療と保護のために直ちに入院の必要があると判断されたものの、その家族等の同意を得ることができない場合、72時間以内に限り応急入院指定病院に入院となる。
- ④措置入院…2名以上の精神保健指定医の診察により自傷他害に及ぶおそれがあると判断された場合、都道府県知事（指定都市市長）の権限により措置入院となる。

(6) 緩和ケア病棟

[内 容]

緩和ケアとは、「生命を脅かす病に関連する問題に直面している患者とその家族の QOL を、痛みやその他の身体的・心理社会的・スピリチュアルな問題を早期に見出し的確に評価を行い対応することで、苦痛を予防し和らげることを通して向上させるアプローチ」と定義されている。

緩和ケア病棟は「緩和ケア病棟入院料の施設基準」を満たす施設のことを指し、医師、看護師、薬剤師、医療ソーシャルワーカー、理学療法士、心理の専門職など多職種が協働し、痛みや不安などの症状を和らげることに取り組む。

[対象者]

主に身体的、精神的苦痛の緩和を必要とする悪性腫瘍（がん）及び後天性免疫不全症候群の方で、治癒（完全に治ること）が困難になった方、症状の進行などで自宅での生活が困難になった方が対象となる。

[入院期間]

特に上限はないが、平均の入院期間は1か月程度の病院が多い。看取りだけでなく、外来や在宅への円滑な移行を支援する機能も持ち合わせている。

多くの緩和ケア病棟が、外来で入院相談を受け、若干の待機期間を経て入院となる。相談窓口は医師、がん看護専門看護師や認定看護師、研修を受けた医療ソーシャルワーカーなどが担当することが多い。

[その他]

在宅でも一般病院の外来や入院でも緩和ケアチームによって、緩和ケアが実践されているが、緩和ケア病棟は入院という形で緩和ケアを行う。

(7) 有床診療所

[内 容]

有床診療所とは、昭和23年の医療法で「19床以下のベッドを備える診療所」と規定され、以来、患者にとって身近な入院施設として地域医療の中核としての様々な役割を担い、長い間わが国の中核的医療単位として地域社会に貢献してきた。病床には「一般病床」「医療療養病床」などがある。

地域における役割

- 1) 病院からの早期退院患者の在宅・介護施設への受け渡しとしての機能
- 2) 専門医療を担い病院の役割を補完する機能
- 3) 緊急時に対応する医療機能
- 4) 在宅医療の拠点としての機能
- 5) 終末期医療を担う機能

[対象者]

急性期の治療が終了した後も、医学的管理や処置、リハビリなどの療養が必要な場合に医療と介護の提供を必要とする患者が対象となる。

[入院期間]

主治医の判断による。病期は急性期から慢性期、終末期にわたり多様であり、在院日数も短期から長期に幅広くわたる。有床診療所の入院基本料は在院日数により決定するが、病院に比べて診療報酬が低く抑えられており、社会的入院の場となることがある。

(8) 訪問歯科診療

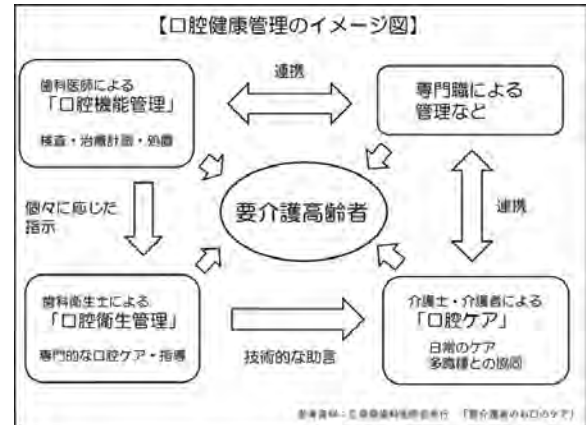
〔訪問歯科とは〕

寝たきりなど通院困難と判断された患者・利用者に対して歯科医師ないし歯科衛生士が居宅もしくは施設に訪問し歯科治療、口腔ケア（内容は後述）を行うものである。

主な内容としては口腔内の不調（痛み、歯肉などからの出血）、義歯の不調、摂食・嚥下障害に代表される口腔機能の低下に対する処置、加えて口腔ケア（患者・利用者に対する口腔機能管理、口腔衛生管理や家族、多職種への指導・支援も含む）が挙げられる。

〔訪問歯科の流れ〕

患者本人・家族からの依頼に加え近年はケアマネジャー、地域包括支援センター、訪問看護、訪問介護をはじめとする多職種からの依頼が増加してきている。寝たきりなどで通院が困難と判断される場合、まず「かかりつけ歯科医」があれば訪問歯科が可能かどうか問い合わせ、もし実施されていなければ安佐歯科医師会の安佐地区12包括エリア担当（別表参照）か介護・福祉医療担当理事に問い合わせをする。



また広島市の事業として「在宅訪問歯科健診事業」を行っており初回健診は無料となっている。その後治療計画を策定し患者・利用者の同意の上、処置・療養を開始する。

まずは「かかりつけ歯科医」への問い合わせ

↓ 実施されていない場合の問い合わせ先【安佐歯科医師会在宅医療連携推進各地区包括担当者】

エリア	医院名	氏名	〒	住所	電話	FAX	休診日
安佐・安佐南	かしま歯科	加島 弘之 (担当理事)	731-0125	安佐南区大町西1丁目 4-38	870-7089	870-7089	水午後、 日祝
東原・祇園東	さおとめ歯科医院	早乙女裕彦	731-0113	安佐南区西原2丁目 11-8-101	850-1740	850-1741	日祝
祇園・長束	亀宝歯科医院	藪 健一郎	731-0138	安佐南区祇園2丁目 31-16-1	555-5577	555-5578	木、日祝
高取北・安西	大原駅前歯科	湯浅 賢一	731-3164	安佐南区伴東7丁目 59-1-3F	849-0305	849-0305	水土午後、 日祝
城山北・城南	ゆかり歯科クリニック	河原 夕佳	731-0102	安佐南区川内3丁目 1-22	879-0008	555-0077	木、日祝
戸山・伴・大塚	ゆめ歯科クリニック	尾尻 秀夫	731-3168	安佐南区伴南1丁目 5-18-8-302	811-8241	811-8241	水日祝
三入・可部	うつのみや歯科	宇都宮 誠	731-0231	安佐北区亀山2丁目 6-18	815-5551	815-5531	日祝
口田	山下歯科クリニック	山下 浩朗	739-1734	安佐北区口田1丁目 15-6	843-8148	847-3555	水、日祝
高陽・亀崎・落合	山村歯科医院	山村 健	739-1751	安佐北区深川3丁目 25-19	841-3741	841-3745	木、日祝
亀山	河野歯科医院	河野 美紀	731-0231	安佐北区亀山9丁目 12-40山本ビル2F	814-0418	814-0418	日祝
清和・日浦	アルパカ歯科	林 英貴	731-3363	安佐北区安佐町 鈴張1953	835-1215	553-0330	日祝
白木	あざみクリニック	平川 正彦	739-1301	安佐北区白木町 小越二	828-3350	828-3351	土、日祝

※令和6年4月1日現在

口腔連携強化加算

口腔の健康状態の評価結果を、利用者の同意を得て、
歯科医療機関及び介護支援専門員に情報提供したときに算定。 ※1ヶ月に1回限り

50単位

- ・利用者毎の口腔の健康状態
- ・歯科専門職の確認を要する状態

把握

歯科専門職による適切な口腔管理の実施へ

算定できる事業所（順不同）

- ・ 訪問看護
- ・ 介護予防訪問看護
- ・ 訪問リハビリテーション
- ・ 介護予防訪問リハビリテーション
- ・ 訪問介護※
- ・ 短期入所生活介護
- ・ 短期入所療養介護
- ・ 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- ・ 介護予防短期入所生活介護
- ・ 介護予防短期入所療養介護

※…総合事業での訪問介護でも算定可能

算定条件

☞ 歯科訪問診療料の算定の実績がある歯科
医療機関の歯科医師又は歯科医師の指示
を受けた歯科衛生士に相談できる体制を
確保し、文書等で取り決めている。

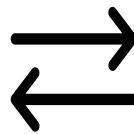
かつ

次のいずれにも該当しないこと

- ☞ 口腔・栄養スクリーニング加算を算定（他の介護サービス事業所で口腔・栄養スクリーニング加算（Ⅱ）を算定している場合を除く）
- ☞ 歯科医師又は歯科衛生士が行う居宅療養管理指導費を算定している（口腔の健康状態の評価の結果、居宅療養管理指導が必要であると歯科医師が判断し、初回の居宅療養管理指導を行った日の属する月を除く）
- ☞ 他の介護サービス事業所において口腔連携強化加算を算定している

《実施内容（連携）》

- ・ 必要に応じて、歯科医師又は歯科医師の指示を受けた歯科衛生士に口腔の健康状態の評価の方法や在宅歯科医療の提供等について相談。
- ・ 連携歯科医療機関は複数でも可。
- ・ 評価した情報を歯科医療機関及び当該利用者を担当する介護支援専門員に提供。
- ・ 利用者又は家族等の意向及び利用者を担当する介護支援専門員の意見等を踏まえ、連携歯科医療機関・かかりつけ歯科医等のいずれか又は両方に情報提供する。
- ・ 原則として、継続的に実施。
- ・ 必要に応じて口腔健康管理に係る研修等も活用し、適切な口腔の健康状態の評価の実施に務める。
- ・ 介護職員について、事業所の医療従事者に相談する等の対応を検討する。



《情報提供された歯科医療機関の対応》

- ・ 必要に応じて相談に応じる。
 - ・ 歯科診療等の必要な歯科医療提供についても検討。
- ※歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「高い」場合
情報提供した介護事業所及び利用者を担当する介護支援専門員等に利用者の状況を確認し、歯科診療の必要性等について検討する。
- ※歯科医師等による口腔内等の確認の必要性が「低い」場合
基本情報も含めて確認し、不明点等がある場合や、追加で必要な情報がある場合は、情報提供した介護事業所及び利用者を担当する介護支援専門員等に問い合わせる等の必要な対応を行う。

全サービスにおける口腔関連の主な加算等

令和6年度介護報酬改定

施設	介護老人福祉施設 介護老人保健施設 介護医療院 地密介護老人福祉施設	<p>〈口腔衛生管理加算〉 I：90単位/月、II（LIFE）：110単位/月</p> <p>サービス内容：入所者に対する専門的口腔ケアを月2回以上 入所者に係る口腔ケアについて介護職員に対する具体的な技術的助言及び指導、相談対応 サービス担当者：歯科医師の指示を受けた歯科衛生士</p>
	基本サービス費に包括化 口腔衛生管理体制加算 (入所時及び定期的な口腔の 健康状態の確認)	<p>〈経口移行加算〉28単位/日</p> <p>サービス内容：経管栄養の入所者への経口移行計画の策定 サービス担当者：医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等</p> <p>〈経口維持加算〉 I：400単位/月 II（協力歯科医療機関を設定）：100単位/月</p> <p>サービス内容：摂食機能障害の入所者への食事観察及び会議等の実施、経口維持計画の策定（要件緩和：原則6月廃止） サービス担当者：医師、歯科医師、管理栄養士、看護師、介護支援専門員等</p>
短期	短期入所生活介護※ 短期入所療養介護※	<p>〈口腔連携強化加算〉50単位/月</p> <p>内容：事業所と歯科医療機関の連携体制整備、介護職員等による口腔の健康状態の評価の実施、評価内容の歯科医療機関及び介護支援専門員への情報提供 サービス担当者：看護師、リハビリテーション専門職、介護職員等</p>
訪問	訪問介護、訪問看護※ 訪問リハ※、定期巡回	
居住	特定施設※	<p>基本サービス費に包括化 口腔衛生管理体制加算</p>
	地密特定施設 認知症対応型共同 生活介護※	<p>〈口腔衛生管理体制加算〉 30単位/月</p> <p>内容：日常的な口腔ケアに係る介護職員への技術的助言/指導 サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士</p> <p>〈口腔・栄養スクリーニング加算〉 (口腔及び栄養)：20単位/回</p> <p>サービス内容：介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供 〈口腔スクリーニングの項目変更：小多機を除く〉 サービス担当者：介護職員</p>
多機能	小多機※	<p>摂食機能療法の併算定が可</p>
	看多機	<p>〈口腔機能向上加算〉 (月2回) I：150単位/回 IIイ(リハ・栄養)：155単位/回 II・IIロ(LIFE)：160単位/回</p> <p>サービス内容：口腔清掃の指導もしくは実施、又は摂食・嚥下訓練の指導もしくは実施 サービス担当者：歯科衛生士、看護師、言語聴覚士</p> <p>〈口腔・栄養スクリーニング加算〉 I(口腔及び栄養)：20単位/回 II(口腔又は栄養)：5単位/回</p> <p>サービス内容：介護サービス事業所の従業者が、利用開始時及び利用中6月ごとに利用者の口腔の健康状態・栄養状態について確認を行い、当該情報を利用者を担当する介護支援専門員に提供 サービス担当者：介護職員</p>
通所	通所介護 通所リハ※ 地密通所介護 認知症対応型通所介護	

併算定は不可

〈居宅療養管理指導費〉

(歯科医師)
517単位、487単位、441単位/回
(月2回)

サービス内容：介護支援専門員に対するケアプラン作成等に必要の情報提供や利用者等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言等

(歯科衛生士)
362単位、326単位、295単位/回
(月4回)
(がん末期の利用者は月6回)
(通所利用者についても算定可能)

サービス内容：口腔清掃の指導、有床義歯の清掃又は摂食・嚥下訓練に関する実地指導等
サービス担当者：歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士

■ 歯科医療機関が算定
■ 介護施設・事業所が算定
■ R6改定で新設
赤字：R6改定で新設又は大規模な改定事項
青字：R3改定で新設又は大規模な改定事項

※ 介護予防も含む

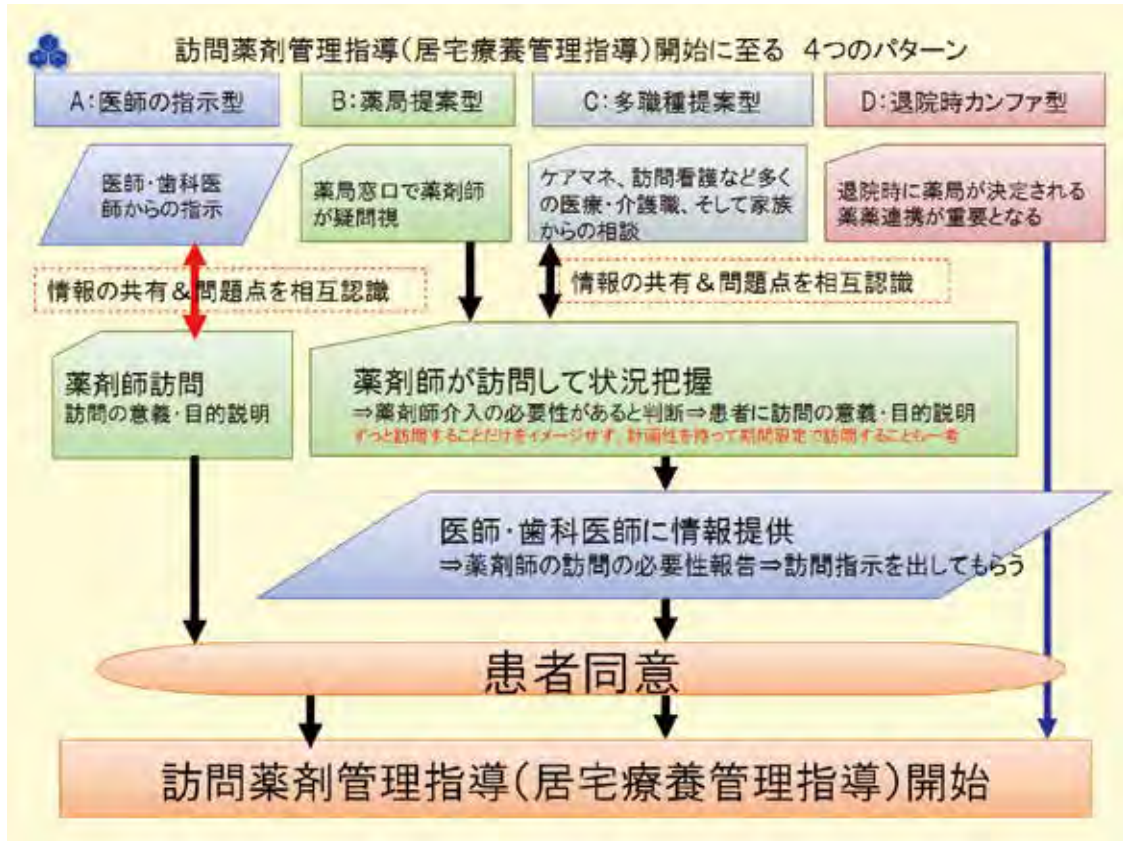
公益社団法人 日本歯科医師会 『令和6年度 介護報酬改定のポイント』より一部引用し編集

(9) 保険薬局

厚生労働省の「患者のための薬局ビジョン」では、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能として、①服薬情報の一元的・継続的把握、②24時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携の3つの機能が求められている。

●薬局・薬剤師の行う在宅業務

薬剤師の行う在宅業務は、下記の4つのパターン（A～D）で開始することが想定される。



薬剤師の行う在宅業務に関するお薬の管理や指導は、在宅でも来局でも基本的には変わりません。服薬状況の確認や副作用を含む体調変化、多剤・重複投与、一般医薬品やサプリメント・食物との相互作用などのチェックが薬剤師の基本的な業務です。

その他、在宅業務で実施される内容として、患者家族への薬の情報提供、薬の保管方法や服用方法の指導、服薬カレンダー等のツールの利用、一包化・粉碎・嚥下補助剤などの服用しやすい剤型選択の提案などがあります。

さらに終末期を居宅で過ごしたい方へのニーズに対応できる、麻薬の管理、無菌調整、輸液の管理、栄養管理などの処方支援業務もあります。

●費用・訪問回数について

月4回まで算定できる（ただし、間隔は6日以上あけることとする）

※がん末期患者及び中心静脈栄養を受けている者については、週2回かつ月8回までに限り算定可

●在宅訪問にあたって

- 要介護及び要支援認定者は、介護保険（居宅療養管理指導）を優先する。
- 薬剤師の居宅療養管理指導は、介護保険の区分支給限度基準額に含まれない。
- 介護認定を受けていない者（小児や若年者含む）は医療保険（訪問薬剤管理指導）を適用。

訪問薬剤師の費用

□主に発生する費用の構成

薬剤師の訪問に係わる費用 (利用する保険や住まいの状況によって異なる)	+	薬代等
--	---	-----

※公費負担医療制度該当の場合は費用負担が異なります。
(生活保護法による医療・介護扶助、原子爆弾被爆者健康手帳、重度障害者医療費受給者証など)

薬剤師の訪問薬剤管理指導及び居宅療養管理指導

<在宅医療・介護における薬局の役割>

厚生労働省の「患者のための薬局ビジョン」では、かかりつけ薬剤師・薬局が持つべき機能として、①服薬情報の一元的・継続的把握、②24時間対応・在宅対応、③医療機関等との連携の3つの機能が求められている。

薬剤師の行う在宅業務に関するお薬の管理や指導は、在宅でも来局でも基本的には変わりません。服薬状況の確認や副作用を含む体調変化、多剤・重複投与、一般医薬品やサプリメント・食物との相互作用などのチェックが薬剤師の基本的な業務です。

その他、在宅業務で実施される内容としては、患者家族への薬の情報提供、薬の保管方法や服用方法の指導、服薬カレンダー等のツールの利用、一包化・粉碎・嚥下補助剤などの服用しやすい剤型選択の提案などです。

さらに終末期を居宅で過ごしたい患者さまが増えており、麻薬の管理、無菌調整、輸液の管理、栄養管理などの処方支援業務もあります。

<訪問指導料の種類>

医療保険：在宅患者訪問薬剤管理指導

介護保険：介護予防居宅療養管理指導（要支援）

居宅療養管理指導（要介護）

※基本的には薬剤師が行う実務に違いはないが、介護認定を受けている場合は介護保険を優先。

<算定要件>

●在宅患者訪問薬剤管理指導料（薬局の場合）

在宅での療養を行っている患者であって、通院が困難なものに対して、あらかじめ名称、所在地、開設者の氏名及び在宅訪問薬剤管理指導を行う旨を地方厚生（支）局長に届け出た保険薬局の薬剤師が、医師の指示に基づき、薬学的管理指導計画を策定し、患者の居宅を訪問して、薬剤管理、服薬指導、服薬支援、薬剤服用状況及び薬剤保管状況及び残薬の有無の確認等の薬学的管理指導を行い、当該指示を行った医師に対して訪問結果について必要な情報提供を文書で行った場合に算定する。

●介護予防居宅療養管理指導費／居宅療養管理指導費

薬局薬剤師が行う居宅療養管理指導については、医師又は歯科医師の指示に基づき、薬剤師が薬学的管理指導計画を策定し、また、医療機関の薬剤師が行う場合にあっては、医師又は歯科医師の指示に基づき、利用者の居宅を訪問して、薬歴管理、服薬指導、薬剤服用状況及び薬剤保管状況の確認等の薬学的管理指導を行い、提供した居宅管理指導の内容について、利用者又はその家族等に対して積極的に文書等にて提供するように努め、速やかに記録を作成するとともに、医師又は歯科医師に報告した上で、ケアマネジャーに対するケアプランの作成等に必要な情報提供を行うこととする。ケアマネジャーへの情報提供がない場合には、算定できないこととなるため留意すること。

※通院困難とは

通院時に家族や介護者等の助けが必要な場合であると解釈でき、完全に寝たきりでなくても、認知機能や身体機能が低下した結果、通院が困難になっている場合も算定対象になりえると考えられる。医師の往診・訪問診療を受けているか否かは関連しない。（参考：H20.3.28厚生省疑義解釈資料 問86）

※医師の指示

①処方箋備考欄への「訪問指示」等の文言の記載による指示

②口頭指示（薬剤師は医師の氏名、日時などを薬歴に記載）

③「訪問薬剤管理指導依頼書・情報提供書」による指示

文書による診療情報を提供した場合、医療機関は「診療情報提供料（I）」250点を算定できる。

<指導料（費）及び加算>

～介護保険～

●居宅療養管理指導費／介護予防居宅療養管理指導費（原則月4回まで）

① 単一建物診療患者1人	518単位
② 単一建物診療患者2人～9人	379単位
③ 単一建物診療患者10人以上	342単位
④ 情報通信機器を用いた場合（月4回に限り、加算は算定不可）	46単位

※対象者1人の上限回数

末期の悪性腫瘍の患者・中心静脈栄養療法の患者・注射による麻薬の投与が必要な患者においては、週2回かつ月8回を限度

※介護認定を受けている場合であっても医療保険の2～4及び5のうち医療用麻薬持続注射療法加算、在宅中心静脈栄養法加算、麻薬管理指導加算、在宅患者医療用麻薬持続皮下注射療養加算を算定することができる。

※介護保険の区分支給限度基準額には含まれない。

～医療保険～

1 訪問薬剤管理指導料（原則月4回まで）

※末期の悪性腫瘍の患者・中心静脈栄養療法の患者・注射による麻薬の投与が必要な患者においては、週2回かつ月8回を限度

① 単一建物診療患者1人	650点
② 単一建物診療患者2人～9人	320点
③ 「①②」以外の場合	290点
④ 在宅患者オンライン薬剤管理指導料	59点

※①～③、オンラインを合わせて薬剤師1人当たり週40回を限度

2 在宅患者緊急訪問薬剤管理指導料1・2

① 計画的な訪問薬剤管理指導に係る疾患の急変に伴うものの場合 （新感染症の患者の場合はこの限りでなく算定可能）	500点
② 「①」以外の場合	200点
③ 在宅患者緊急オンライン薬剤管理指導料	59点
<夜間／休日／深夜訪問加算>	
イ 夜間訪問加算	400点
ロ 休日訪問加算	600点
ハ 深夜訪問加算	1,000点

3 在宅患者緊急時共同指導料

700点

※距離要件：患者又は利用者の居宅までの距離は特殊の事情があった場合を除き16kmを超えた場合算定できない。

4 退院時共同指導料

600点

5 各種加算

麻薬管理指導加算	100点
在宅患者医療用麻薬持続皮下注射療養加算	250点
乳幼児加算	100点
小児特定加算（18歳未満）	450点
在宅中心静脈栄養療法加算	150点

3 各施設の役割

<介護保険施設>

(1) 介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム「特養」）

一般に「老人ホーム」という時、多くの方がイメージされる施設。医療の必要性が高くなり、入所が継続できなくなることもあるが、生活の場としての施設なので、概ね長期入所が前提であり、住民票を移すこともできる。

原則要介護3以上の方から申込みができる。要介護1または要介護2の方であっても、やむを得ない事情により居宅での日常生活を営むことが困難であると認められる場合には、特例で入所対象となる場合がある。

(2) 介護老人保健施設（老健）

特養と比較すれば、医師や看護師、理学療法士や作業療法士といったリハビリスタッフが配置されている。元々急性期病院から在宅退院の「中間施設」の役割があり、長期入所を前提とはしていない。

また、入所中の薬の処方包括扱いのため、高額薬剤の使用は難しく、基本的に他院受診もできない。要介護1以上から入所ができる。

(3) 介護医療院

令和5年度（2023年度）末に廃止となった介護療養病床相当のサービスと、現在の老人保健施設相当以上のサービスの2つのサービスが提供される施設である。

介護療養病床が担っていた、「慢性期の医療機能」「看取り・ターミナルケア機能」とともに、介護老人保健施設のような「生活の場としての機能」を併せ持つ介護保険施設である。要介護1以上から入所ができる。

<介護保険上在宅の扱いとなる施設>

(1) 認知症対応型共同生活介護（グループホーム）

認知症のある方を家庭的な雰囲気の小規模な生活空間（1ユニット9名）で介護を行う施設である。要支援2以上から入居できる。生活拠点を移すという点では入所施設だが、介護保険上の扱いは在宅である。訪問診療や訪問看護は利用できるが、ベッドや車いすなどのレンタルは介護保険を利用することができない。

(2) 小規模多機能型居宅介護

通い（デイサービス機能）、泊まり（ショートステイ機能）、訪問（ヘルパー機能）を一体的に行う。入所施設同様、介護度により負担は一定となっている（食事代、宿泊代は別途負担が必要）。

顔なじみのスタッフが対応する安心感や、一般的には早期予約が必要なショートステイ機能が利用しやすくなるというメリットがある。

利用されている方は他の通所介護や訪問介護、短期入所等を併用して利用することができない。

(3) 看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）

小規模多機能型居宅介護に「訪問看護」の機能を追加しているサービスである。看護と介護サービスを一体的に提供することで医療ニーズの高い要介護者への支援が可能である。

小規模多機能型居宅介護と同様、介護度により負担は一定となっている（食事代、宿泊代は別途負担が必要）。要介護1以上から利用が可能である。

(4) 短期入所生活介護・短期入所療養介護（ショートステイ）

生活介護は短期間入所し、入浴、食事、排せつなどの日常生活上の世話、または機能訓練などが受けられる。特別養護老人ホームなどが提供する。

療養介護は、短期間入所し、看護・医学的管理のもとで、介護・機能訓練・日常生活上の世話を受けることができる。介護老人保健施設、介護医療院、療養病床を有する病院又は診療所が提供するため、比較的医療依存度が高くても利用できる。

生活介護も療養介護も、1か月の中で30日を超えて利用することはできない。

(5) サービス付き高齢者向け住宅（サ高住）

高齢者向けに整備されたバリアフリー住宅で、相談対応等のサービス機能はついているが、介護サービスはついていない賃貸住宅である。一般住宅同様、敷金礼金が入所時に必要な場合がほとんどである。基本的に介護サービスは外付けであるため、ケアマネジャーを決め、介護サービス計画を立てる必要がある。

しかし、事業所ごとに様々な料金体系があるため、入所相談時には詳細な情報を確認する必要がある。

(6) 介護付き有料老人ホーム

(5)とは違い、介護サービスが「付いている」住宅と言える。介護度によって利用料が変わる。入居時に一時金が必要な場合も多くあるので、負担金額についてはよく確認をする必要がある。

介護付き有料老人ホームは特定施設入居者生活介護の指定を受けている。

(7) 住宅型有料老人ホーム

自立可能な高齢者が対象で介護サービスが必要となった場合は、介護保険「居宅サービス」の利用が可能である。

4 日常生活を支える介護職（介護福祉士を中心とした介護スタッフ）について

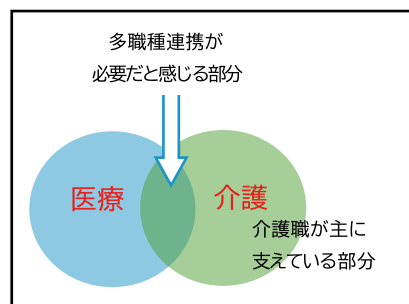
（1）介護職とは

介護職員には、介護未経験者から介護福祉士まで多様な人材がおり、知識や技術に応じた役割を担う。また、介護職員が一つのチームとなりケアにあたるのが、介護職の特徴であり、ケアを提供する側にとっても安心につながる。特に、これからの介護現場では、利用者のニーズが複雑化・多様化・高度化することが見込まれるため、利用者にとって一番近い存在である介護職員が、チームとして利用者に関わるのがより一層重要である。そして、介護福祉士は、介護現場でのチームケアを推進する際のリーダーの役割を担う介護の専門職である。

介護の現場では、在宅での生活をサポートする視点で、自立支援に繋がるサービス計画を立案し、在宅での生活が1日でも長く続くように、介護職員が利用者・家族の思いや意向に沿いながら、聞き取った事に関係職種と共有する。また、サービス提供体制強化の視点からリハビリテーション・機能訓練・口腔・栄養に関する取組での連携強化も必要となってきた。

（2）介護現場で多職種連携が必要とされる理由

- 利用者・家族の安心のため（専門職同士が繋がっていることで、サービス提供の幅が広がり安心してサービスを利用できるようにするため。）
- ADLの低下を防ぐため（利用者の異変に早期に気付いて、迅速な対応をとれるようにするため。）
- 本人の望む生活を支えるため（必要なケアに気づき、関係職種と情報共有するため。）



（3）介護現場での多職種連携シーン

- 利用者のいつもと違う様子をケアマネジャーや看護師に伝えたところ、橋渡しとなって、主治医へ指示を仰いでくれた。
- 利用者の状態について、お互いのサービス提供のタイミングを意識して連絡を取り合うことで、介護職としてできることの提案がしやすくなった。
- ケアマネジャーと本人が望んでいる暮らしについて話し合えたことで、ケア提供の際、本人や家族から聞き取っていた思いや意向が関係職種と共有できた。

< 医療保険での訪問が可能なサービスと施設の対応表（施設に訪問して算定できる診療報酬） >

○…訪問可能

△…訪問に条件や限りがある

×…訪問不可

※ 詳細な要件、対象となる理由については事前のご確認をお願いします。

	往診 (往診料)	訪問診療 (在宅患者訪問診療料)	訪問看護	訪問歯科 (歯科訪問診療料)	訪問薬剤師 (在宅患者訪問薬剤管理指導料)	訪問栄養 (在宅訪問栄養食事指導料)	訪問リハビリテーション (在宅患者訪問リハビリテーション 指導管理料)
介護老人福祉施設 (特養：特別養護老人ホーム)	△	△	△	○ ※2	△	×	×
介護老人保健施設 (老健)	△	×	×	○ ※2	×	×	×
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	○	○	△ ※1	○ ※2	×	×	×
特養、単独型施設における 短期入所生活介護 (ショートステイ)	○ (配置医師を除く)	△	△	○ ※2	△	×	×
老健における 短期入所療養介護 (ショートステイ)	○	×	×	○ ※2	×	×	×
サービス付高齢者向け住宅 (サ高住)	○	○	○	○ ※2	△	△	○
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 (宿泊サービスに限る)	○	△	△	○ ※2	△	△	×

※1（厚生労働大臣が定める「疾病等」）

末期の悪性腫瘍、多発性硬化症、重症筋無力症、スモン、筋萎縮性側索硬化症、脊髄小脳変性症、ハンチントン病、進行性筋ジストロフィー症、パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症）、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度またはⅢ度のものに限る）、多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）、プリオン病、亜急性硬化性全脳炎、ライソゾーム病、副腎白質ジストロフィー、脊髄性筋萎縮症、球脊髄性筋萎縮症、慢性炎症性脱髄性多発神経炎、後天性免疫不全症候群、頸髄損傷、人工呼吸器を使用している状態の者 *詳細は訪問看護業務の手引き（社会保険研究所）を参照

※2「特別の関係にある施設等」への訪問は訪問診療料にかわり初診料等を算定

【特別の関係にある施設等とは】

(イ) 開設者が、当該他の保険医療機関等の開設者と同一の場合 (ロ) 代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者と同一の場合 (ハ) 代表者が、当該他の保険医療機関等の代表者の親族等の場合 (ニ) 理事・監事・評議員その他の役員等のうち、当該他の保険医療機関等の役員等の親族等の占める割合

補足：介護保険での訪問が可能な医療系サービスと施設の対応表

○…訪問可能

×…介護保険での施設訪問は該当しない

※ ここでは、介護報酬の発生する訪問が可能か否か、について記載しています。

	往診	訪問診療 (居宅療養管理指導)	訪問看護	訪問歯科 (居宅療養管理指導)	訪問薬剤師 (居宅療養管理指導)	訪問栄養 (居宅療養管理指導)	訪問リハビリテーション
介護老人福祉施設 (特養：特別養護老人ホーム)	×	×	×	×	×	×	×
介護老人保健施設 (老健)	×	×	×	×	×	×	×
認知症対応型共同生活介護 (グループホーム)	×	○	×	○	○	○	×
特養、単独型施設における 短期入所生活介護 (ショートステイ)	×	×	×	×	×	×	×
老健における 短期入所療養介護 (ショートステイ)	×	×	×	×	×	×	×
サービス付高齢者向け住宅 (サ高住)	×	○	○	○	○	○	○
小規模多機能型居宅介護 看護小規模多機能型居宅介護 (宿泊サービスに限って掲載)	×	○	×	○	○	○	×

※ 在宅で過ごされる期間の訪問は可能

MEMO

Lined area for writing a memo, consisting of 20 horizontal dotted lines.

5 居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの役割

(1) 居宅介護支援事業所とは

介護保険法に位置付けられた事業所で、介護を必要とされる方が、自宅で適切にサービスを利用できるように、ケアマネジャーが心身の状況や生活環境、本人・家族の希望等に沿ってケアプランを作成したり、さまざまな介護サービスの連絡・調整等を行い、介護保険施設等への入所を要する場合は、当該施設への紹介を行う。自宅で生活する要介護1～5の認定者に対するケアマネジメント業務を担当する。利用者等が居宅介護支援事業所を選択し契約を結ぶことで、当該居宅介護支援事業所のケアマネジャーがその担当になる。その他、地域包括支援センターからの委託により、要支援1～2の認定者に対し介護予防ケアマネジメント業務を担うとともに、令和6年4月からは居宅介護支援事業者が、介護予防支援事業者の指定を直接受けることも可能となった。

職員：ケアマネジャー（介護支援専門員）または主任ケアマネジャー（主任介護支援専門員）

設置主体：社会福祉法人・医療法人・営利法人など

(2) 地域包括支援センターとは

日常生活圏域（おおむね中学校区）を基本として、高齢者等が住み慣れた地域で安心して過ごすことができるように、包括的及び継続的な支援を行う地域包括ケアを推進することを目的とする。

設置主体：広島市（保険者・市町村）

広島市の場合、医療法人や社会福祉法人などへ委託している。

担当職員：保健師等・主任介護支援専門員・社会福祉士・介護支援専門員

① 包括的支援業務

・介護予防ケアマネジメント業務

介護予防ケアマネジメントは、基本チェックリスト該当者に対して、介護予防及び日常生活支援を目的として、その心身の状況等に応じて、対象者自らの選択に基づき、訪問型、通所型サービス、その他の生活支援サービス等適切な事業が包括・効率的に実施されるよう支援する。

・総合相談支援業務（総合相談、地域包括支援ネットワーク、実態把握等）

・権利擁護業務（高齢者虐待や消費者被害の防止及び対応等）

・包括的・継続的ケアマネジメント業務（地域の基盤づくり、ケアマネジャーへの支援等）

② 高齢者地域支え合い業務

地域の実情に合わせ、地域で見守り支え合う仕組みづくりの立ち上げや運営支援を行う。

③ 地域介護予防拠点整備促進業務

地域住民が主体となり、運動を中心とした介護予防活動を実施する「通いの場」の立ち上げ支援及び運営の支援を行う。

④ 在宅医療・介護連携推進業務

⑤ 認知症地域支援体制づくり業務

⑥ 指定介護予防支援事業

介護保険における予防給付の対象となる要支援者が介護予防サービス等の適切な利用等を行うことができるよう支援する。

⑦その他の事業

各区に1人ずつ認知症地域支援推進員を配置し、医療機関と連携を取りながら、認知症支援に関する連絡調整や若年性認知症の方の相談・支援を行っている。

配置包括：広島市安佐・安佐南地域包括支援センター（安佐南区）

広島市亀山地域包括支援センター（安佐北区）

今後の動きとして、「地域共生社会」の構築をめざし、地域包括ケアシステムを高齢者だけでなく子供や障がい者など地域の全世代を対象とした「地域包括ケアシステム」の深化を進めていくこととなる。

（3）介護支援専門員（ケアマネジャー）とは

介護保険法に位置づけられた専門職で、医療・介護・福祉等の実務経験を有する者で、介護支援専門員証の交付を受けたものである。居宅介護支援事業所や介護保険施設等に配置とされる専門職である。

要介護者（1～5）に対するケアマネジメント業務及び要支援者（1～2）に対する介護予防ケアマネジメント業務を担う。

具体的には、利用者の心身の状況に合わせて自立した日常生活を営むことができるように支援する。認定者に適した介護サービスやその他社会資源を利用できるよう、介護保険者（市町）や各サービス提供事業所等との連絡調整を行う。利用者・家族の意向を踏まえて専門的見地から自立した生活を送るための介護サービス計画書（ケアプラン）または介護予防サービス計画書（ケアプラン）を作成する。介護サービスは、このケアプランに基づき、サービス事業所から提供される。

（4）介護保険サービス利用までの流れ

- ①契約：利用者と居宅介護支援事業所または地域包括支援センター間で契約する
- ②アセスメントの実施：利用者のおかれている現状や生活状況も踏まえ分析し、自立を目指した生活目標を設定する
- ③サービス調整：利用者の保有能力、家族の介護力、地域の資源やサービスも踏まえてサービスの調整を行う
- ④介護サービス計画書（ケアプラン）または介護予防サービス計画書（ケアプラン）の作成：利用者の自立した生活支援を目指し、ケアマネジャー等が作成する
- ⑤サービス担当者会議：介護保険サービス利用開始に向け、利用者、関係者が参加し、生活全体およびその課題を共通理解し、今後の方向性や役割分担、支援内容を確認する
- ⑥サービス利用：各サービス提供事業所が作成した個別プランに基づきサービスを提供する

（5）介護保険サービス利用に関する留意事項

- ・介護保険サービスは、利用者と契約を結んだ居宅介護支援事業所の担当ケアマネジャー等がアセスメントを経て、利用者・家族の意向、各関係機関の専門的見地による意見等を踏まえてケアプランを作成し利用者が同意することで、その内容が決定される。
- ・認定結果が出る前のサービス利用については、要介護認定・要支援認定が出る見込みでケアマネジメント業務を行うため暫定扱いとなる。要介護認定・要支援認定結果が出る前のサービス利用は可能であるがサービス費は認定結果が出た後に確定する。そのため認定結果と利用したサービス量によっては区分支給限度額を超え（介護保険で賄えないサービスが発生し）、高額になる場合がある。

- ・利用する介護保険サービスが決まると、利用者がサービス事業所を選択し、当該サービス事業所と契約を結ぶ。利用者の同意なく、介護保険サービスを決定したり、サービス事業所を選択することはできない。
- ・新規のサービス利用と継続利用では、契約、アセスメントの調整などが必要のためサービス調整に要す時間が異なる。
- ・新規利用の場合、サービス事業所によっては、診断書の提出、面談、利用の判定会議等にサービス利用に時間を要する場合がある。
- ・ヘルパーなどの訪問系サービスは一旦サービスを中止すると再開の調整が難しくなる場合がある。また、土・日曜日が休業のサービス事業所が多いため、週末をはさむと調整に時間がかかる。

(6) ケアマネジメント業務の月間スケジュール例

	内 容	備 考
上旬	<p>介護報酬請求状況の確認</p> <p>1～2日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業所から前月分の介護サービス提供の実績報告を受ける (依頼があれば) 介護保険被保険者証更新手続きと訪問調査を実施する <p>3～5日 (地域包括支援センターのみ)</p> <ul style="list-style-type: none"> ・委託先の居宅介護支援事業所より、実績報告を受ける <p>3～10日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実績報告を取りまとめ、サービス提供票と実績が一致しているかチェックし、給付管理票を作成する <p>10日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・国保連合会へ給付管理票と合わせて居宅介護支援費の介護報酬請求を行う 	<ul style="list-style-type: none"> ・10日までは、請求業務に追われる ・比較的、事業所内での業務を行うことが多い ・申し込んでいたショートステイの予約の可否について連絡が集中することもある
中旬	<p>状況の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアプランの目標に対して達成度やサービスの満足度など基本的には自宅にてモニタリングを実施する (最低でも月1回の訪問が義務づけられている) ・モニタリングの結果、ケアプランの見直しの必要性、サービスの追加などを検討する ・サービス担当者会議を開催しケアプランの検討を行う ・利用者宅を訪問し、翌月分サービス利用票・別表の確認と同意を得る ・利用者の状態像が大きく変化している場合は、要介護認定の区分変更申請などを考える 	<ul style="list-style-type: none"> ・研修や会議等に参加しやすい時期 ・請求業務が終了すると、利用者宅への訪問により、不在が多くなる
下旬	<p>翌月準備</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業所へ翌月分サービス提供票を交付する 	

6 訪問看護・訪問リハビリテーション・訪問栄養食事指導の役割

(1) 訪問看護とは

- 看護師などが居宅を訪問して、主治医の指示や連携により行う看護である。
(療養上の世話又は必要な診療の補助)
病気や障がいがあっても、医療機器を使用しながらでも、居宅で最期まで暮らせるように多職種と協働しながら療養生活を支援する。
- 訪問看護の対象者は小児から高齢者まで、年齢等を問わず訪問看護を必要とする全ての方を対象とする。
- 各々の訪問看護ステーションによって機能は多岐にわたっている。
 - ・365日24時間対応可能
 - ・精神科に特化
 - ・小児に対応可能
 - ・難病・末期癌等に対応可能等

＜訪問看護師の役割＞

- 健康状態のアセスメント
- 日常生活の支援
- 心理的な支援
- 家族等介護者の相談・助言
- 医療的ケア
- 病状悪化の予防（予防的看護）
- 入退院時の支援
- 社会資源の活用支援
- 認知症者の看護
- 精神障がい者の看護
- リハビリテーション看護
- 重症心身障がい児者の看護
- 終末期の看護
- 外泊日（入院中）の訪問看護

(2) 外泊日の訪問看護について

対象者：在宅に備えて一時的に外泊している人

回数：入院中1回（厚生労働大臣が定める疾病等*は2回）

*末期がん・神経難病等特化診療料の施設基準別表第7、特別管理加算等別表第8

備考：訪問看護指示書必要（医療保険での対応となる）

(3) 介護保険サービス事業所との委託契約による健康管理等について

24時間体制の訪問看護ステーション等が各事業所と連携して健康管理等を行なう体制を確保する。
また各事業所の人員基準を満たすため、連携し健康状態等の確認を行う。

＜委託契約による健康管理等を行う事業所＞

- ・通所介護（デイサービス）
- ・認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）
- ・短期入所生活介護事業所（ショートステイ）
- ・定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所

＜連携し人員基準を満たすための事業所＞

- ・通所介護（デイサービス）

(4) 医療保険・介護保険の訪問看護の対象者について

介護保険法が他の法律に優先されるため介護保険の要介護者等の訪問看護は介護保険給付となるが、次の①、②、③は医療保険の訪問看護となる。

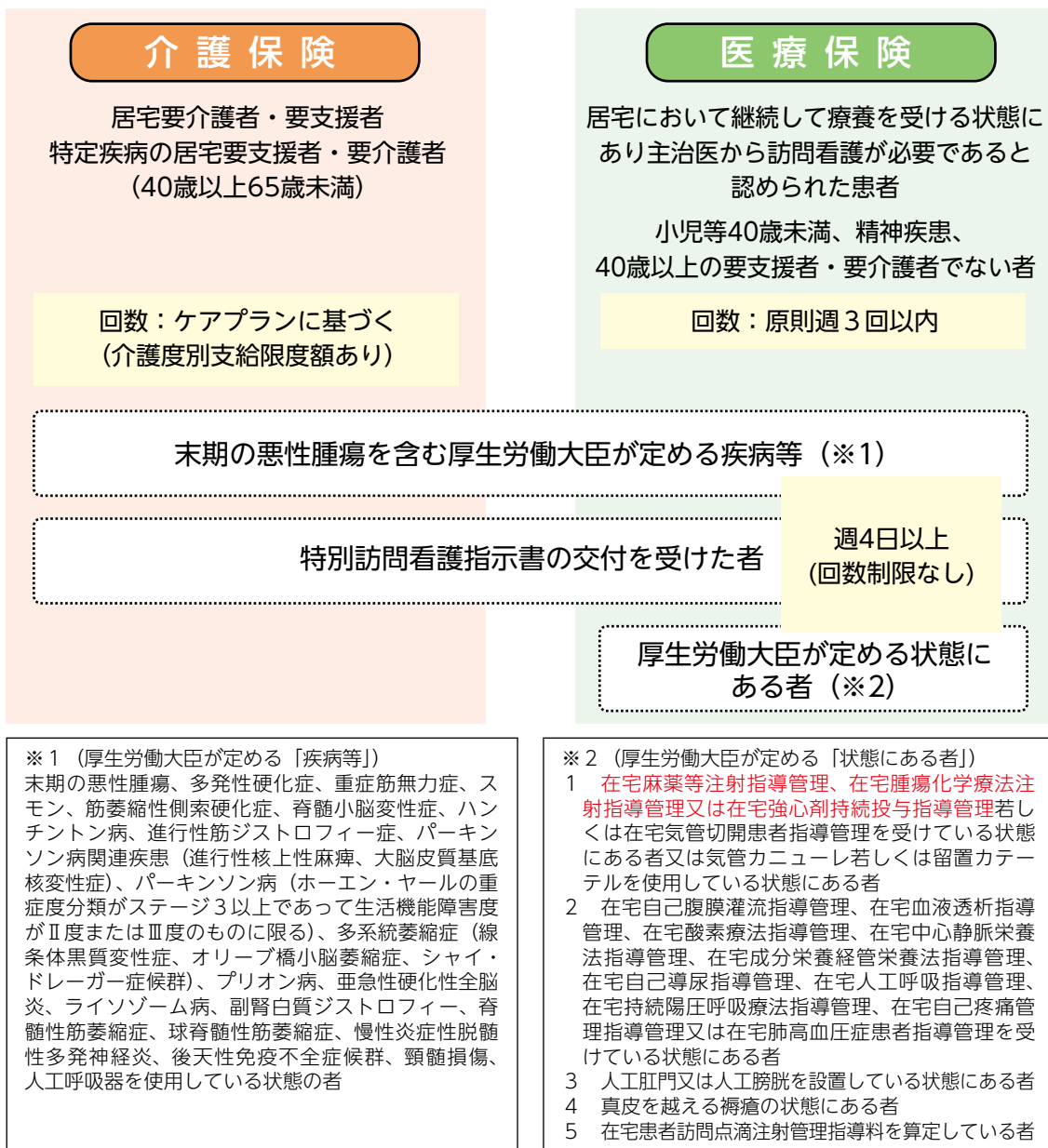
①末期の悪性腫瘍を含む厚生労働大臣が定める疾病等（※1）

②精神科訪問看護の対象者

③特別訪問看護指示書の指示期間

・ 1回14日以内で月1回を限度とする。

・ 気管カニューレを使用している状態にある者、真皮を越える褥瘡の状態にある者は月2回交付できる。



* 自立支援医療（精神通院医療）による訪問看護の対象者 *

・ 統合失調症 ・ うつ病、躁うつ病などの気分障害 ・ 薬物などの精神作用物質による急性中毒又はその依存症 ・ PTSDなどのストレス関連障害や、パニック障害などの不安障害 ・ 知的障害、心理的発達の障害 ・ てんかん ・ アルツハイマー病型認知症、血管性認知症（※病名が認知症の場合は、介護保険の訪問看護が優先。ただし、医療機関が精神科在宅患者支援管理料を算定する認知症の方は、精神科訪問看護指示書による訪問看護を行うことができる。）

(5) 認定看護師による相談対応

「認定看護師」とは

- 役割
 - * 認定看護分野ごとの専門性を発揮しながら「実践・指導・相談」の3つの役割を果たす。
 - * 看護の現場で直面する問題や疑問の相談に乗り、改善策を導き出せるよう認定看護分野の専門知識に基づいた支援を行う。
- 認定看護分野（A過程）認定看護分野は21分野が特定されている。2019年の制度改正に伴い再編され特定行為研修が組み込まれた（B過程）認定看護分野が19分野特定されている。

＜A過程 認定看護分野（21）＞	＜B過程 認定看護分野（19）＞
救急看護、集中ケア、緩和ケア、がん性疼痛看護、がん化学療法看護、訪問看護、不妊症看護、透析看護、摂食・嚥下障害看護、脳卒中リハビリテーション看護、慢性呼吸器疾患看護、慢性心不全看護、小児救急看護、皮膚・排泄ケア、感染管理、糖尿病看護、新生児集中ケア、手術看護、乳がん看護、認知症看護、がん放射線療法看護	クリティカルケア、緩和ケア、がん薬物療法看護、在宅ケア、生殖看護、腎不全看護、摂食嚥下障害看護、小児プライマリケア、脳卒中看護、呼吸器疾患看護、心不全看護、皮膚・排泄ケア、感染管理、糖尿病看護、新生児集中ケア、手術看護、乳がん看護、認知症看護、がん放射線療法看護

○認定看護師の活動の場所

病院の他、訪問看護ステーションやクリニック、診療所、介護保険施設等で活動している

○「相談」の対象

2019年の認定看護師規定の改正後、相談対応の対象が「看護者」から「看護職等」に広がっている

〔日本看護協会 資格認定制度 認定看護師〕より引用

(6) 看護師による特定行為について

- 特定行為研修を受けた看護師が、医師が作成した「手順書」に基づいて行う医療行為（診療の補助）
- 訪問看護師が特定行為を行う目的：在宅医療の推進

「手順書」とは	「手順書加算」について
医師または歯科医師が看護師に診療の補助を行わせるために、その指示として作成する文書	医師が、訪問看護ステーション等の看護師（特定行為研修を修了した者）に対し、手順書を交付した場合に所定点数に加算する *「手順書加算」 6月に1回に限り150点 *在宅療養管理指導料 算定可

○特定行為は38項目あり、研修を修了した看護師により病院や在宅で行うことが可能

○訪問看護において、「手順書加算」の対象となる特定行為（以下の7項目）



*気管カニューレの交換



*胃ろうチューブまたは胃ろうボタンの交換
*膀胱ろうカテーテルの交換



*褥瘡または慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
*創傷に対する陰圧閉鎖療法



*脱水症状に対する輸液による補正
*持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整

○特定行為を活用したいときには

以下の様な手順で特定行為が実施されます。



実際には、在宅での特定行為はまだ周知されていません。そのため、特定行為を活用したい場合は

* 特定行為研修を修了した看護師から、医師・利用者・家族へ特定行為について説明を致します。

* 「手順書」を作成する際は、看護師が予め作成した上で、医師と内容について検討し作成します。

* その後、看護師が特定行為を実施し、医師への報告を行います。

○「専門管理加算」について：特定行為研修を修了した看護師が計画的な管理を行った場合に算定

対象	専門管理加算
手順書加算を算定する利用者	介護保険による訪問看護利用者250単位／1月に1回 医療保険による訪問看護利用者2,500円／1月に1回

○特定行為の対象となる方

* 主治医から「訪問看護指示書」が交付され、訪問看護を受けている方であって同主治医から「手順書」が交付されている方。

参考資料：厚生労働省ホームページ「特定行為に係る看護師の研修制度」
一般社団法人全国訪問看護事業協会「訪問看護 de 特定行為」一部改変

○特定行為の種類について（38行為21区分）

特定行為区分の名称	特定行為
呼吸器（気道確保に係るもの）関連	経口用気管チューブ又は経鼻用気管チューブの位置の調整
呼吸器（人工呼吸療法に係るもの）関連	侵襲的陽圧換気の設定の変更
	非侵襲的陽圧換気の設定の変更
	人工呼吸管理がなされている者に対する鎮静薬の投与量の調整 人工呼吸器からの離脱
呼吸器（長期呼吸療法に係るもの）関連	気管カニューレの交換
循環器関連	一時的ペースメーカの操作及び管理
	一時的ペースメーカリードの抜去
	経皮的心肺補助装置の操作及び管理
	大動脈内バルーンパンピングからの離脱を行うときの補助の頻度の調整
心嚢ドレーン管理関連	心嚢ドレーンの抜去
胸腔ドレーン管理関連	低圧胸腔内持続吸引器の吸引圧の設定及びその変更
	胸腔ドレーンの抜去
腹腔ドレーン管理関連	腹腔ドレーンの抜去（腹腔内に留置された穿刺針の抜針を含む。）
ろう孔管理関連	胃ろうカテーテル若しくは腸ろうカテーテル又は胃ろうボタンの交換
	膀胱ろうカテーテルの交換
栄養に係るカテーテル管理（中心静脈カテーテル管理）関連	中心静脈カテーテルの抜去
栄養に係るカテーテル管理（末梢留置型中心静脈注射用カテーテル管理）関連	末梢留置型中心静脈注射用カテーテルの挿入

特定行為区分の名称	特定行為
創傷管理関連	褥瘡又は慢性創傷の治療における血流のない壊死組織の除去
	創傷に対する陰圧閉鎖療法
創部ドレーン管理関連	創部ドレーンの抜去
動脈血液ガス分析関連	直接動脈穿刺法による採血
	橈骨動脈ラインの確保
透析管理関連	急性血液浄化療法における血液透析器又は血液透析濾過器の操作及び管理
栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連	持続点滴中の高カロリー輸液の投与量の調整
	脱水症状に対する輸液による補正
感染に係る薬剤投与関連	感染徴候がある者に対する薬剤の臨時的投与
血糖コントロールに係る薬剤投与関連	インスリンの投与量の調整
術後疼痛管理関連	硬膜外カテーテルによる鎮痛剤の投与及び投与量の調整
循環動態に係る薬剤投与関連	持続点滴中のカテコラミンの投与量の調整
	持続点滴中のナトリウム、カリウム又はクロールの投与量の調整
	持続点滴中の降圧剤の投与量の調整
	持続点滴中の糖質輸液又は電解質輸液の投与量の調整
	持続点滴中の利尿剤の投与量の調整
精神及び神経症状に係る薬剤投与関連	抗けいれん剤の臨時的投与
	抗精神病薬の臨時的投与
	抗不安薬の臨時的投与
皮膚損傷に係る薬剤投与関連	抗癌剤その他の薬剤が血管外に漏出したときのステロイド薬の局所注射及び投与量の調整

特別訪問看護指示書

算定可能な報酬

指示書作成日

特別訪問看護指示加算
(100点、原則月1回)

診療日

最長14日間で、原則月に1回のみ交付可能です

特別看護指示期間 (令和6年1月1日 ~ 令和6年1月14日)

患者氏名 ○○ ○○	生年月日 年 月 日 (歳)
病状・主訴: <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 対象者 急性増悪・終末期・退院直後などで、 主治医が週4日以上頻回な訪問看護を一時的に行う必要性を認めた場合 </div> 一時的に訪問看護が頻回に必要な理由: <div style="border: 1px solid red; padding: 5px; margin: 10px 0;"> 月に2回 発行できる条件 1. 真皮を超える褥瘡の処置 2. 気管カニューレを使用している状態 </div>	
留意事項及び指示事項 <div style="border: 1px solid red; padding: 10px; margin: 10px 0;"> 特別訪問看護指示書により看護師ができること <ul style="list-style-type: none"> ・医療保険での訪問看護 ・週4回以上の訪問看護 ・1日に複数回の訪問看護 ・2か所のステーションの併用 ・複数名の訪問看護 ・長時間の訪問看護 ・認知症高齢者グループホーム、特定施設への訪問看護 </div>	
指示内容	
緊急時の連絡先等 <div style="border: 1px solid red; padding: 10px; margin: 10px 0;"> 注意点 <ul style="list-style-type: none"> ・指示後に自然軽快、入院、死亡などで週4回(日)以上訪問できなくても、レセプトに理由を記せば算定可能 ・特別訪問看護指示加算は、複数の訪問看護ステーションに交付しても、算定できるのは1カ所のみ ・特別訪問看護指示書とは別に、必ず通常の訪問看護指示書も必要 ・特別訪問看護指示書の交付において、連続何カ月まで交付可能という決まりはない。 ・月をまたいで特別指示期間がある場合・・・(例) 3月分は3/27~4/9。4月分は4/10~4/23。 </div>	

上記のとおり、指示いたします。

指示日より前、または指示開始日でご記入ください。

年 月 日

医療機関名

住 所

電 話
(F A X)

医 師 氏 名

印

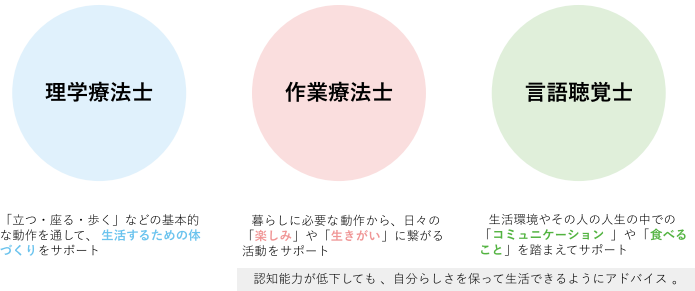
事業所 広島県看護協会訪問看護ステーション「ひびき」 殿

(7) 訪問リハビリテーションとは

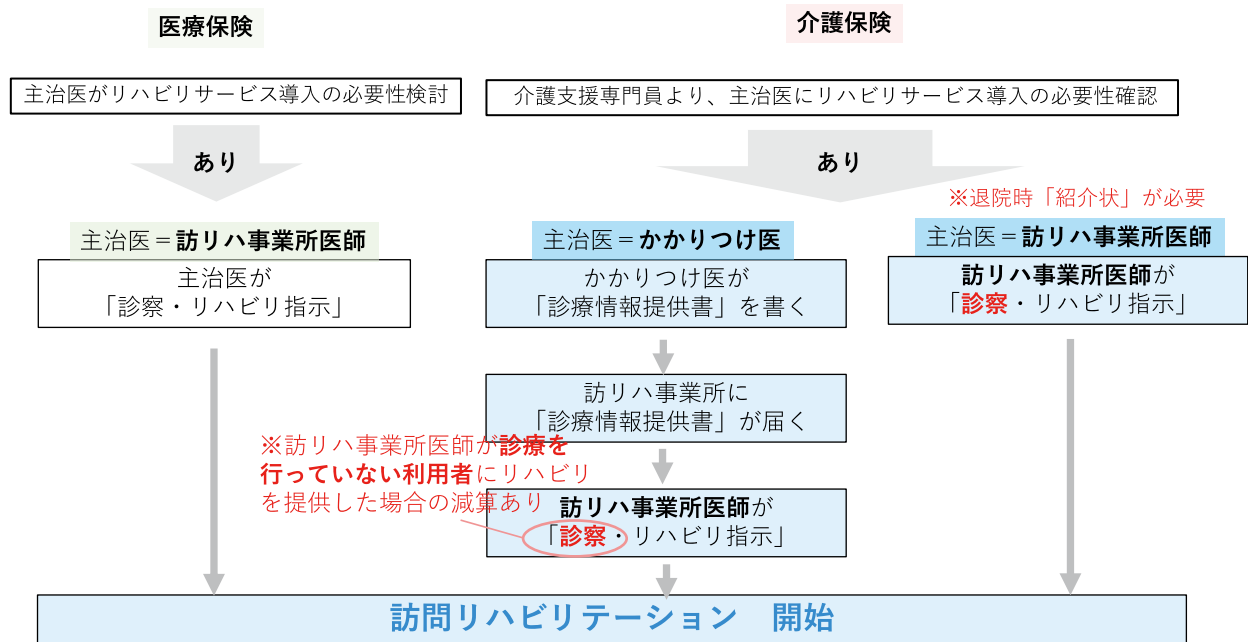
理学療法士・作業療法士・言語聴覚士の国家資格を有したりハビリ専門職種が利用者の実際の生活の場に訪問し、日常生活の自立と家庭内さらには社会参加の向上を図ることを目的とし、利用者、家族等への直接的支援と関連職種への助言等の間接的支援を行う。

実際には、心身障害、生活障害、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、安心、安全にその人らしい在宅生活が継続できるよう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ある。また、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支援する。

安心・安全にその人らしい在宅生活が継続できるよう、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う。



[訪問リハビリテーション利用の流れ]



[医療保険・介護保険の訪問リハビリテーションの対象者について]

年齢	保険種別	厚生大臣定める疾病	
		左側	右側
18歳未満	医療保険	● 末期の悪性腫瘍	● 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症及びシャイドレーガー症候群）
18歳以上40歳未満	医療保険	● 多発性硬化・重症筋無力症	● プリオン病
40歳以上	医療保険	● スモン	● 亜急性硬化性全脳炎
		● 筋萎縮性側索硬化症	● ライソゾーム病
		● 脊髄小脳変性症	● 副腎白質ジストロフィー
	介護保険	● ハンチントン病	● 脊髄性筋萎縮症
		● 進行性筋ジストロフィー症	● 球脊髄性筋萎縮症
		● パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ三以上であって生活機能障害が度又は度のものに限る。）	● 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
介護保険		● 後天性免疫不全症候群	
		● 頭髄損傷または人工呼吸器を使用している状態及び急性増悪期の場合	

※ 厚生大臣の定める疾病に該当していても、【要介護認定あり】であれば、介護保険サービスとしての利用となります。

[サービスの利用料金等について]

算定名		算定名	単価	所属	訪問先	
診療報酬		在宅患者訪問リハビリテーション指導管理料	300点／ 1単位（20分）	病院・診療所・老健	自宅や施設	
		訪問看護療養費	5,550円／1日	訪問看護ステーション		
		精神科訪問看護療養費	5,550円／1日 （週3日まで30分以上）			
介護報酬		訪問リハビリテーション費	308単位／1回 （20分以上）	病院・診療所など	自宅や施設	
		介護予防 訪問リハビリテーション費	298単位／1回			
		訪問看護費（訪問看護Ⅰ5）	294単位／1回 （20分以上）	訪問看護ステーション		
制度	総合支援法	児童福祉法	居宅訪問型児童発達支援 給付金 （訪問支援員特別加算）	1,066単位／1日 （850単位／1日）	児童発達支援センター など	自宅
			保育所等訪問支援給付費 （訪問支援員特別加算）	1,071単位／1日 （850単位／1日）		保育所や児童 施設など
		家庭連携加算	1時間未満： 200単位／回 1時間以上： 300単位／回	放課後デイサービスな ど	自宅	
	障害福祉法	生活訓練（自立訓練）	1時間未満： 255単位／回 1時間以上： 606単位／回	就労移行支援事業所、 就労支援事業所	自宅	
		訪問支援特別加算 （就労移行・継続支援A・ B型）	1時間未満： 187単位／回 1時間以上： 280単位／回		自宅	
	総合事業	介護予防・ 生活支援・ サービス事 業	短期集中予防支援訪問サー ビス	理学・作業療法 士、言語聴覚士： 580円／30分 1,160円／60分 管理栄養士： 570円／30分 1,140円／60分	短期集中予防支援訪問 サービス事業所	自宅

『一般社団法人 日本訪問リハビリテーション協会ホームページより引用 ※一部改変して掲載』

(8) 訪問栄養食事指導とは

① 訪問栄養食事指導とは

通院が困難な方のために、管理栄養士がご家庭に定期的に訪問し、医師の指示に基づき、療養上必要な栄養や食事の管理及び指導を行います。なお、訪問栄養食事指導については、対象者が要介護又は要支援認定を受けている場合には介護保険扱いとなり、認定を受けていない場合には医療保険扱いとなります。

【対象患者】 ・通院が困難でご自宅で療養中の方 ・糖尿病、腎臓病、脂質異常症、胃・十二指腸潰瘍、高血圧、心疾患、高度肥満症、膵臓疾患、貧血痛風など、特別な治療食が必要な方 ※①医療保険のみ、癌の方は対象 ※②介護保険のみ経管栄養のための濃厚流動食を使用されている方は対象	（指導内容） ・疾患に対する食事内容や、食形態などの指導 ・食事摂取量と栄養状態の確認 ・調理指導（ヘルパーや家人への指導も可能） ・栄養補助食品、介護用食品の紹介、使用方法のアドバイス ・その他、療養生活にかかわる様々な相談
--	---

② サービス提供機関

- ①（在宅訪問栄養指導が可能な）医療機関・介護保険施設
- ② 広島県栄養士会 栄養ケア・ステーション

③ 介入回数と診療報酬・介護報酬

	診療報酬	介護報酬
	在宅患者訪問栄養食事指導料	居宅療養管理指導
指示医と管理栄養士が同一機関の場合	・単一建物診療患者が1人の場合 530点 ・単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 480点 ・上記以外の場合 440点	・単一建物居住者1人の場合 545単位 ・単一建物居住者2人以上9人以下の場合 487単位 ・上記以外の場合 444単位
指示医と管理栄養士が別機関の場合	・単一建物診療患者が1人の場合 510点 ・単一建物診療患者が2人以上9人以下の場合 460点 ・上記以外の場合 420点	・単一建物居住者1人の場合 525単位 ・単一建物居住者2人以上9人以下の場合 467単位 ・上記以外の場合 424単位
介入回数	患者1人につき月2回	患者1人につき月2回 当該利用者の急性増悪など一時的に頻回の介入がある場合、医師の特別指示により、指示日から30日間に限ってさらに2回を限度として算定可能

④ 訪問栄養食事指導利用までの流れ（介護保険の場合）

- ① 依頼：「訪問栄養食事指導」を希望することを医師とサービス提供機関へ連絡します。
- ② 契約：
 - ・利用者サービス提供機関の契約。
 - ・診療所とサービス提供機関の業務委託契約。
- ③ 指示：栄養指導依頼票（指示書）の発行（医師から管理栄養士へ発行）、日程調整。
- ④ 計画：ケアプランの作成（ケアマネージャー）
- ⑤ 実施：訪問栄養食事指導の実施
- ⑥ 報告：栄養ケア計画・報告書の作成（管理栄養士から医師及びケアマネージャーへ提出）
 ※医療保険の場合、利用者サービス提供機関の契約

⑤ 留意点

- ・医療保険で訪問栄養指導を行う際は、栄養ケア計画書の作成と交付は必要ありません。
- ・介護保険の場合、居宅療養管理指導は区分支給限度額管理外のサービスです。ご利用者の利用単位数に関わらず、居宅療養管理指導料は介護給付の対象となります。
- ・介護保険の場合、ケアプランへの位置づけ、サービス提供票の送付、担当者会議への参加などは、他の居宅サービスと同様の扱いとなります。
- ・患者、利用者宅への交通費、調理に要した材料費などは患者、利用者の自己負担となります。

MEMO

A series of horizontal dotted lines for writing a memo.

7 個人情報の取扱い

個人情報の取扱いについては、「個人情報の保護に関する法律」第3条（平成15年法律第57号）において、「個人情報が、個人の人格尊重の理念の下に慎重に取り扱われるべきものである」とされていることを踏まえ、個人情報を取り扱うすべての者は、その目的や様態を問わず、個人情報の性格と重要性を十分認識し、その適正な取扱いを図らなければならない。

(1) 医療機関

【患者・家族への説明と同意】

個人情報の利用目的について、患者・家族がいつでも確認できるよう、院内の掲示板やホームページ等に掲載し、院外への情報提供としての以下のような場合に利用が行われることを説明する。

また、患者が入院する際は、個人情報の取扱いについて説明をする。

- ① 医療機関等が患者に提供する医療サービス
 - ・他の病院、診療所、助産所、薬局、訪問看護ステーション、介護サービス事業者との連携
 - ・他の医療機関からの照会への回答
 - ・外部の医師等の意見・助言を求める場合
 - ・検体検査業務の委託、その他の業務委託
 - ・家族等への病状説明
- ② 診療費請求のための事務
 - ・医療、介護、労災保険、公費負担医療に関する事務およびその委託
 - ・審査支払機関へのレセプトの提出
 - ・審査支払機関又は保険者からの照会への回答
 - ・公費負担診療に関する行政機関等へのレセプトの提出、照会への回答
- ③ 管理運営業務
 - ・医療事故等の報告
- ④ 企業等から委託を受けて行う健康診断などにおける、企業等への結果の通知
- ⑤ 外部監査機関への情報提供

なお、掲載している利用目的等について、同意しがたい事項がある場合には、その旨を申し出てもらい、適切に対処する。申し出がない場合については、同意されたものとして扱う。

【介護支援専門員等への情報提供】

介護支援専門員等への情報提供について、患者・家族の同意が得られた場合、「安佐地区入院前情報提供シート」にある項目の情報提供が可能である。ただし、電話対応の場合、提供できる情報は、各機関の個人情報保護ガイドラインに沿った対応となる。

(2) 介護支援専門員等

厚生労働省が定めるケアマネジメント業務の運営基準に基づき、各事業所で個人情報の取扱いを規定している。

【利用者・家族への説明と同意】

利用者とケアマネジメント業務の契約を結ぶ際、利用者・家族に対し、運営規定の概要等を記載した重要事項説明書を説明して交付を行い、その内容について利用者の同意を得る。個人情報

の取扱いについては、契約書、重要事項記載説明書に記載するとともに、関係機関との連携、サービス担当者会議など必要な範囲において使用することについて、個人情報使用同意書等の文書により利用者・家族から同意を得る。

【病院等への情報提供】

利用者・家族の同意が得られた場合、心身の状況（例えば、疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、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）及びサービスの利用状況について情報提供が可能である。

（3）主な関連法令等

- ・ 個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）
- ・ 個人情報の保護に関する法律についてのガイドライン（通則編）（平成28年個人情報保護委員会告示第6号 令和3年8月一部改正）
- ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（平成16年12月24日通知 平成18年4月21日改正 平成22年9月17日改正 平成28年12月1日改正）
- ・ 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日通知 令和6年3月一部改正）
- ・ 指定居宅介護事業等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）及び解釈通知（平成11年7月29日老企第22号通知）
- ・ 指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第37号）及び解釈通知（平成18年3月31日老振発第0331003号・老老発第0331016号通知）

8 連携することによって算定できる報酬

←→ は連動していることを表す。

診療報酬 (病院・診療所)	入院	介護報酬 (居宅介護支援事業所)
<p>入院時支援加算</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院時支援加算1 240点 入院時支援加算2 200点 <p>入退院支援加算</p> <p>入退院支援加算1</p> <ul style="list-style-type: none"> 一般病棟入院基本料の場合 700点 療養病棟入院基本料の場合 1,300点 	<p>在宅での様子等 情報提供 *情報提供の際は、安佐地区 入院前情報提供 シートの使用を推奨。</p>	<p>入院時情報連携加算</p> <ul style="list-style-type: none"> 入院時情報連携加算 (I) 250単位 入院時情報連携加算 (II) 200単位
<p>介護支援連携指導料 (1回目) 400点</p>	←→	<p>退院・退所加算</p> <ul style="list-style-type: none"> 退院・退所加算 (I) イ 450単位
<p>介護支援連携指導料 (2回目) 400点</p>	←→	<ul style="list-style-type: none"> 退院・退所加算 (II) イ 600単位
<p>退院前訪問指導料 580点</p>		
<p>退院時共同指導料 2 400点</p> <ul style="list-style-type: none"> 多機関共同指導加算 2,000点 	←→	<ul style="list-style-type: none"> 退院・退所加算 (I) ロ 600単位 退院・退所加算 (II) ロ 750単位 退院・退所加算 (III) 900単位
<p>退院時共同指導料 1</p> <ul style="list-style-type: none"> 在宅療養支援診療所 1,500点 それ以外の医療機関 900点 特別指導管理加算 200点 		
<p>診療情報提供料</p> <p>診療情報提供料 (I) 250点</p>	退院	
<p>退院後訪問指導料 580点</p>		
<p>在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点</p>	←→	<p>緊急時等居宅カンファレンス加算 200単位</p>
		<p>通院時情報連携加算 50単位</p>
		<p>特定事業所医療介護連携加算 125単位</p>
<p>※(診療報酬の詳細はP73～P75をご確認ください)</p>		<p>※(介護報酬の詳細はP76～P81をご確認ください)</p>

(1) 診療報酬

① 病院・診療所が算定できる報酬

入院前

入院時支援加算

入院の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、入院前に以下のアからクまで（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を実施し、その内容を踏まえ、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、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）までを全て実施して療養支援の計画書（以下「療養支援計画書」という）を作成した場合は**入院時支援加算1**を、患者の病態等によりアからクまでの全ては実施できず、ア、イ及びク（イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ）を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は、**入院時支援加算2**を算定する。

当該計画書については診療録に添付又は記載する。

- ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
- エ 栄養状態の評価
- オ 服薬中の薬剤の確認
- カ 退院困難な要因の有無の評価
- キ 入院中に行われる治療・検査の説明
- ク 入院生活の説明

- ・入院時支援加算1 240点
- ・入院時支援加算2 200点

入院中（退院支援）

入退院支援加算1

入院3日以内に退院困難な要件を把握し、退院に向けた計画（以下「退院支援計画」という）を7日（一般病棟等）以内に立案し、カンファレンスを実施した上で患者・家族に必要な支援を行った場合に算定できる。退院支援計画については、文書で患者又は家族に説明を行い、交付するとともに、その内容を診療録等に記載する。（退院時1回）

- ・一般病棟入院基本料の場合 700点
- ・療養病棟入院基本料の場合 1,300点

介護支援等連携指導料 400点（入院中2回に限り）…P82、※1

※ ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

（1回目）初回の指導は、介護等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等サービスや要介護認定の申請等の情報について、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である。

（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等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。

行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載する。また患者の同意を得た上で、ケアプラン等の写しを診療録等に添付する。

退院前訪問指導料 580点

入院期間が継続して1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、医師、医師の指示を受けた医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行う。1回の入院につき1回を限度とするが、入院後早期（入院後14日以内）に必要性を認めて訪問指導を行い、かつ最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り2回分を算定する。

指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

退院時共同指導料2 400点…P82、※2

※ ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

入院中の患者について、入院医療機関の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士もしくは社会福祉士が、退院後の在宅での療養上の必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の医師もしくは当該医師の指示を受けた看護師等、薬剤師、訪問看護ステーション等と共同して行い、文書により情報提供した場合に入院している医療機関において算定する。（入院中1回まで。ただし厚生労働大臣が定める疾病等の患者については入院中2回までに限り算定できる。）

◎入院医療機関の医師又は看護師等と在宅療養担当医療機関の医師又は看護師等、在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士、介護支援専門員等のうち、3者以上と共同して指導を行った場合、多機関共同指導加算として2,000点を加算する。

退院時共同指導料1（在宅医が算定）…P82、※3

※ ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

入院中の患者について、在宅療養を担う医師又は医師の指示を受けた看護師等が、入院している医療機関に赴いて、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、入院中の主治医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、地域において当該患者の退院後の在宅療養担当医療機関において算定する。（入院中1回まで。ただし厚生労働大臣が定める疾病等の患者については入院中2回まで算定できる。この場合において厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、200点を加算する。）

- ・在宅療養支援診療所 1,500点
- ・それ以外の医療機関 900点

退院時共同指導料1・2のいずれも、行った指導の内容等について、要点を診療録等に記載、又は患者若しくはその家族等に提供した文書の写しを診療録等に添付する。

診療情報提供料（I） 250点

医療機関が診療状況を示す文書を添えて、診療状況や当該患者に係る保健福祉サービスに必要な情報等を提供した場合に、患者1人につき月1回に限り算定する。紹介に当たっては事前に紹介先機関と調整の上、紹介先機関ごとに定める様式等の文書に必要事項を記載し、患者又は紹介先の機関に交付する。また、交付した文書の写しを診療録に添付するとともに、診療情報の提供先からの当該患者に係る問い合わせに対しては、懇切丁寧に対応する。

退
院
時**退院後訪問指導料 580点**

医療ニーズが高い（厚生労働大臣が定める状態）の患者が安心・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に、退院直後に患者が入院していた医療機関の医師、医師の指示を受けた医療機関の保健師、助産師又は看護師が、患家や介護保険施設（介護老人保健施設入所中、医療機関入院中は含まない）等に訪問し、患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上の必要な指導を行う。当該患者が退院した日から起算して1月（退院日を除く）を限度として、5回に限り算定する。

指導又は指示内容の要点を診療録等に記載する。

在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点（在宅医が算定）…P82、※4

※ 1者以上が患家に赴きカンファレンスを行う場合は、その他の関係者はビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

訪問医が在宅での診療を行っている患者の状態の急変や治療方針の変更等に伴い、患家を訪問し、関係する医療関係職種等（歯科医師、薬剤師、訪問看護師等、理学療法士等、介護支援専門員等）と共同でカンファレンスを行い、カンファレンスで共有した当該患者の診療情報等を踏まえ、療養上必要な指導を行った場合に月2回に限り算定する。

当該在宅患者緊急時等カンファレンス料を算定する場合には、カンファレンスの実施日及び当該指導日を診療報酬明細書に記載する。

在宅での療養を行っている患者の診療を担う保険医は、当該カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名、カンファレンスの要点、患者に行った指導の要点及びカンファレンスを行った日を診療録に記載する。

② 訪問看護（介護予防を含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、
看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）が算定できる報酬

退院時共同指導加算 8,000円…P82、※5

※ ビデオ通話による共同指導の場合も算定可能。

病院、介護老人保健施設等から退院・退所時に、事業所の看護師等が、退院時共同指導（利用者又はその家族等に対し、病院、介護老人保健施設等の医師や看護師等と共同し、在宅療養生活の指導を行い、指導内容を提供することをいう）を行った後、退院・退所後に初回の訪問看護サービスを行った場合に算定できる。（実施月が前月の場合も支給。）退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書（訪問看護サービス記録書）に記録する。

（退院・退所につき1回まで、特別な管理を必要とする者で複数日に実施した場合は2回まで加算することができる。）

また、特別管理加算の対象となる利用者については、さらに特別管理指導加算を算定できる。

(2) 介護報酬

① 居宅介護支援事業所が算定できる報酬（介護予防を除く）

入院時

入院時情報連携加算

利用者が入院するに当たって、病院又は診療所の職員に対して利用者の心身の状況や生活環境など必要な情報を提供した場合に算定できる。情報提供を行った日時、場所、内容、提供手段等について居宅サービス計画等に記録する。（利用者1人につき月1回まで）

- ・入院時情報連携加算（Ⅰ） 入院した日のうちに情報提供した場合 250単位
（入院の日以前に情報提供した場合及び居宅介護支援事業所の営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合、入院日の翌日に情報提供した場合も算定可能。）
- ・入院時情報連携加算（Ⅱ） 入院した日の翌日又は翌々日に情報提供した場合 200単位
（居宅介護支援事業所の営業時間終了後に入院した場合であって、入院した日から起算して3日目が営業日以外の日にあたる場合は、当該営業日以外の日の翌日に情報提供した場合も算定可能。）

入所中

退院・退所加算 ※ ICT活用でも算定可能な場合あり …P83、※6

利用者の退院・退所に当たって、病院又は診療所や介護保険施設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上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定できる。（入院・入所期間中につき1回まで）

- ・退院・退所加算（Ⅰ）イ
情報提供をカンファレンス以外の方法により1回受ける 450単位
- ・退院・退所加算（Ⅰ）ロ
情報提供をカンファレンスにより1回受ける 600単位
- ・退院・退所加算（Ⅱ）イ
情報提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受ける 600単位
- ・退院・退所加算（Ⅱ）ロ
情報提供を2回受け、うち1回以上はカンファレンスにより受ける 750単位
- ・退院・退所加算（Ⅲ）
情報提供を3回以上受け、うち1回以上はカンファレンスにより受ける 900単位

カンファレンスについて

- ① 病院又は診療所の場合は「退院時共同指導料2」の要件を満たしたものに参加した場合に限る。カンファレンスの日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画書等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付する。
- ② 退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあつては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加すること。

看取り期におけるサービス利用前の相談・調整等について

サービス利用票を作成した月においても利用実績のない月については居宅介護支援費を請求できないが、病院や介護保険施設等から退院・退所する者等であり、医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがないと診断した者については、必要なケアマネジメントを行い、必要な書類の整備を行っている場合に居宅介護支援費を請求することができる。その際は居宅介護支援費を算定した旨を説明できるようケアプラン等に記録を残し、事業所においてそれらの書類を管理する。

緊急時等居宅カンファレンス加算 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、看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて利用者に必要な居宅サービス等の利用調整を行った場合に算定できる。カンファレンスの実施日、参加した医療関係職種等の氏名及び要点を居宅サービス計画等に記載する。(利用者1人につき月2回まで)

通院時情報連携加算 50単位

利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受ける時に介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等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の提供を行うとともに、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に算定できる。(利用者1人につき月1回まで)

特定事業所医療介護連携加算 125単位

下記の基準に適合し市へ届け出た居宅介護支援事業所が算定できる。(1月につき)

- ① 退院・退所加算に係る病院等との連携回数が、前々年度の3月から前年度の2月までの間において35回以上の場合。
- ② ターミナルケアマネジメント加算の算定実績が、前々年度の3月から前年度の2月までの間において15回以上の場合
- ③ 特定事業所加算（Ⅰ）～（Ⅲ）のいずれかを算定している場合。

② 居宅療養管理指導によって算定できる報酬（介護予防を含む）

※居宅療養管理指導の単位数は、単一建物居住者1人に対して行う場合を記載

医師が行う場合 515単位（居宅療養管理指導費Ⅰ）

医師が訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対するケアプラン策定等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合。(利用者1人につき月2回まで)

歯科医師が行う場合 517単位

歯科医師が訪問して行う計画的かつ継続的な医学的管理に基づき、介護支援専門員等に対するケアプラン策定等に必要な情報提供並びに利用者又はその家族等に対する居宅サービスを利用する上での留意点、介護方法等についての指導及び助言を行った場合。(利用者1人につき月2回まで)

※『医師・歯科医師』

居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向け、地域社会における様々な支援へとつながるように留意するとともに、診療方針に関して利用者の意思決定支援を行った場合は、関連する情報については介護支援専門員等に提供するように努める。

つづき ② 居宅療養管理指導によって算定できる報酬（介護予防を含む）

薬剤師が行う場合

薬剤師が医師又は歯科医師の指示に基づき、訪問して薬学的な管理指導を行い、介護支援専門員等に対するケアプラン策定等に必要な情報提供を行った場合。

（利用者1人につき、病院又は診療所の薬剤師は月2回まで、薬局の薬剤師にあつては月4回まで、末期の悪性腫瘍の者、中心静脈栄養を受けている者、注射による麻薬の投与を受けている者（1週に2回、かつ、月8回まで）

- ・病院又は診療所の薬剤師が行う場合 566単位
- ・薬局の薬剤師が行う場合 518単位

管理栄養士が行う場合

管理栄養士が医師の指示に基づき、訪問して患者又はその家族等に作成した栄養ケア計画を交付するとともに、当該栄養ケア計画に従った栄養管理に係る情報提供及び栄養食事相談又は助言を30分以上行った場合。（利用者1人につき月2回まで）

- ・居宅療養管理指導事業所の管理栄養士 545単位（居宅療養管理指導費Ⅰ）
- ・当該事業所以外の医療機関、介護保険施設、日本栄養士会又は広島県栄養士会が運営する栄養ケア・ステーションとの連携により確保した管理栄養士
525単位（居宅療養管理指導費Ⅱ）

歯科衛生士等が行う場合 362単位

歯科衛生士、保健師又は看護職員が訪問歯科診療を行った歯科医師の指示に基づき、訪問して利用者又はその家族等に作成した管理指導計画を交付するとともに、当該管理指導計画に従った療養上必要な実施指導を1対1で20分以上行った場合。（利用者1人につき月4回まで、がん末期の利用者については1月に6回）

※『薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士等』

居宅療養管理指導の提供に当たり、利用者の社会生活面の課題にも目を向けた地域社会における様々な支援につながる情報を把握し、関連する情報の指示を行った医師又は歯科医師に提供するように努める。

③ 訪問看護（介護予防を含む）、定期巡回・随時対応型訪問介護看護、看護小規模多機能型居宅介護（複合型サービス）が算定できる報酬

退院時共同指導加算 600単位 ※ ICT活用でも算定可能な場合あり …P83、※7

病院、診療所、介護老人保健施設等から退院・退所するに当たり、事業所の看護師等が、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、介護老人保健施設等の主治の医師その他の従事者と共同し、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をいう）を行った後、退院・退所後に初回の訪問看護サービスを行った場合に算定できる。内容については訪問看護記録書（訪問看護サービス記録書）に記録する。

（退院・退所につき1回まで、特別な管理を必要とする者は2回まで）

④ 介護保険施設等が算定できる報酬

入
所
時

【介護老人保健施設】（老健）

退所時等支援等加算

- ・入退所前連携加算（Ⅰ）
下記の①②に適合する場合 600単位
- ・入退所前連携加算（Ⅱ）
下記の②のみに適合する場合 400単位

（入所者1人につき1回まで）

- ① 入所予定前30日以内又は入所後30日以内に、入所者が退所後に利用を希望する居宅介護支援事業者と連携し、入所者の同意を得て退所後の居宅サービス等を定める。
 - ② 入所期間が1月を超える入所者が退所し、その居宅において居宅サービス等を利用する場合に、利用を希望する居宅介護支援事業者に対して入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供し、居宅介護支援事業者と連携して退所後の居宅サービス等の利用に関する調整を行う。
- ①・②のいずれも、連携を行った日及び内容の要点に関する記録を行う。

入
院
・
入
所
中

【介護老人保健施設】（老健）

かかりつけ医連携薬剤調整加算

- ・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ 140単位
- ① 老健の医師又は薬剤師が、関連ガイドライン等を踏まえた高齢者の薬物療法に関する研修を受講していること。
 - ② 入所後1月以内に、状況に応じて入所者の処方内容を変更する可能性があることについて、主治の医師に説明し、合意を得ていること。
 - ③ 入所前に当該入所者に6種類以上の内服薬が処方（入所前に内服を開始して4週間以上経過）されており、当該施設の医師と当該入所者の主治の医師が共同し、入所中に当該処方内容を総合的に評価及び調整し、かつ、療養上必要な指導を行うこと。
 - ④ 入所中に当該入所者の処方内容に変更があった場合は、医師、薬剤師、看護師等の関係職種間で情報共有を行い、変更後の入所者の状態等について、関係職種で確認を行うこと。
 - ⑤ 入所中に服用薬剤の総合的な評価を行い、評価内容や入所時と退所時の処方内容に変更がある場合は変更の経緯、変更後の入所者の状態等について、退所時又は退所後1月以内に、入所者の主治の医師に情報提供を行い、その内容を診療録に記載していること。

・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）ロ 70単位

- ① （Ⅰ）イ①、④、⑤の基準に適合していること。
- ② 入所前に6種類以上の内服薬が処方（入所前に内服を開始して4週間以上経過）されていた入所者について、当該施設において、入所中に服用薬剤の総合的な評価及び調整を行い、かつ、療養上必要な指導を行うこと。

・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ） 240単位

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅰ）イ又はロの算定要件を満たすこと。
- ② 入所期間が3月以上であると見込まれる入所者であること。
- ③ 入所者の服薬情報等の情報を厚生労働省に提出し、処方に当たって、当該情報その他薬物療法の適切かつ有効な実施のために必要な情報を活用していること。（LIFEへのデータ提出とフィードバックの活用）

・かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅲ） 100単位

- ① かかりつけ医連携薬剤調整加算（Ⅱ）の算定要件を満たすこと。
- ② 退所時において処方されている内服薬の種類が、入所時に処方されていた内服薬の種類に比べて1種類以上減少していること。

※留意事項※

- ・(I) イ・ロについて、当該入所者又はその家族に対して、ポリファーマシーに関する一般的な注意の啓発を行う
- ・算定における内服薬の種類数の計算は、1 銘柄ごとに1 種類として計算
- ・各加算は、それぞれ下位区分の加算に上乗せして算定
- ・入所者1 人につき1 回を限度として算定
- ・退所時に所定単位数を加算

【介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護医療院】

在宅復帰支援機能加算 10単位

算定日が属する月の前6 月間において退所した者の総数のうち、在宅において介護を受けることとなった者の占める割合が3 割（2 割・特養）を超え、退所後30 日以内に当該施設の職員が退所した者の居宅を訪問又は居宅介護支援事業者から情報提供を受けることにより、その者の在宅における生活が1 月以上継続する見込みであることを確認・記録し、下記の基準に適合する場合に算定できる。算定を行った場合は算定根拠等の関係書類を整備しておく。（1 日につき算定）

- ① 入所者の家族と連絡調整を行っている。
- ② 入所者が利用を希望する居宅介護支援事業者に対し、入所者に係る居宅サービスに必要な情報の提供、退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行っている。

【介護医療院】

退所時等指導加算

- ・退所前連携加算 500単位

入所期間が1 月を超える者が退所し、その居宅において居宅サービスを利用する場合、利用を希望する居宅介護支援事業者に対して、入所者の同意を得て、診療状況を示す文書を添えて入所者に係る居宅サービス等に必要な情報を提供し、連携して退所後の居宅サービスの利用に関する調整を行った場合に算定できる。連携を行った日及び内容の要点に関する記録を行う。（入所者1 人につき1 回まで）

【介護老人福祉施設（特養）、介護老人保健施設（老健）、介護医療院】

退所時栄養情報連携加算 70単位

別に厚生労働大臣が定める特別食を必要とする入所者又は低栄養状態にあると医師が判断した入所者が、当該施設から退所する際に、その居宅に退所する場合は当該入所者の主治の医師の属する病院又は診療所及び介護支援専門員に対して、病院、診療所又は他の介護保険施設に入院又は入所する場合はその医療機関等に対して、当該入所者の同意を得て、当該施設の管理栄養士が当該入所者の栄養管理に関する情報を提供したときに算定できる。（退所した日の属する月において、1 月に1 回まで）

再入所時栄養連携加算 200単位 ※ ICT 活用でも算定可能な場合あり …P83、※ 8

当該施設に入所していた者が、医療機関へ入院し、当該者について、医師が別に厚生労働大臣が定める特別食又は嚥下調整食を提供する必要性を認めた場合であって、当該者が退院した後、直ちに再度当該施設へ入所した場合を対象とする。当該施設の管理栄養士が当該者の入院する医療機関を訪問の上、入院する医療機関での栄養に関する指導又はカンファレンスに同席し、入院する医療機関の管理栄養士と連携して、二次入所後の栄養ケア計画を策定したときに算定できる。（入所者1 人につき1 回まで）

退
所
時**【介護老人福祉施設（特養）】****退所時等相談援助加算**

- ・退所前連携加算 500単位

入所期間が1月を超える入所者の退所に先立ち、居宅介護支援事業者と連携し、退所後の居宅における居宅サービスの利用上必要な調整を行った場合に算定できる。（入所者1人につき1回限り）

※連携を行った日及び内容の要点に関する記録を行うこと。

- ・退所時情報提供加算 250単位

入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に算定できる。（入所者1人につき1回限り）

※別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。

【認知症対応型共同生活介護、特定施設入所者生活介護】（介護予防を含む）

- ・退居時情報提供加算 250単位

利用者が退居し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該利用者の同意を得て、当該利用者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該利用者の紹介を行った場合に算定できる。（利用者1人につき1回限り）

※別紙9（認知症対応型共同生活介護）、別紙様式12（特定施設入所者生活介護）の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを介護記録等に添付すること。

【介護老人保健施設（老健）、介護医療院】**退所時等支援等加算**

- ・退所時情報提供加算（Ⅰ） 500単位

入所者が退所し、その居宅において療養を継続する場合において、当該入所者の退所後の主治の医師に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の診療状況、心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に算定できる。入所者が居宅でなく他の社会福祉施設等に入所する場合に同様の情報提供を行った場合も同様に算定できる。（入所者1人につき1回限り）

※別紙様式2及び別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、入所者又は主治の医師に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。また、当該文書に入所者の諸検査の結果、薬歴、退所後の治療計画等を示す書類を添付すること。

- ・退所時情報提供加算（Ⅱ） 250単位

入所者が退所し、医療機関に入院する場合において、当該医療機関に対して、当該入所者の同意を得て、当該入所者の心身の状況、生活歴等の情報を提供した上で、当該入所者の紹介を行った場合に算定できる。（入所者1人につき1回限り）

※別紙様式13の文書に必要な事項を記載の上、当該医療機関に交付するとともに、交付した文書の写しを診療録に添付すること。

< ICT 活用に関する留意事項：診療報酬 >

※1 介護支援等連携指導料

当該共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関の医療関係職種と介護支援専門員又は相談支援専門員が、患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※2 退院時共同指導料 2

共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

退院時共同指導料 2 の多機関共同指導加算における共同指導は、当該患者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※3 退院時共同指導料 1

共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※4 在宅患者緊急時等カンファレンス料

当該カンファレンスは、関係者全員が患家に赴き実施することが原則であるが、関係者のうちいずれかがビデオ通話が可能な機器を用いて参加することができる。

※5 退院時共同指導加算

共同指導は対面で行うことが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

3 者以上が共同で指導を行う場合、当該利用者が入院している保険医療機関において実施することが原則であるが、ビデオ通話が可能な機器を用いて共同指導した場合でも算定可能である。

※1~5 共通

患者の個人情報を当該ビデオ通話の画面上で共有する際は、患者の同意を得ていること。また、保険医療機関の電子カルテなどを含む医療情報システムと共通のネットワーク上の端末において共同指導、カンファレンスを実施する場合には、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に対応している。

< ICT 活用に関する留意事項：介護報酬 >

※6 退院・退所加算

面談は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、利用者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその家族の同意を得なければならない。

「退院時共同指導料2」のカンファレンスについては※2を参照。

※7 退院時共同指導加算

退院時共同指導は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、テレビ電話装置等の活用について当該利用者又はその看護に当たる者の同意を得なければならない。

※8 再入所時栄養連携加算

指導又はカンファレンスへの同席は、テレビ電話装置等を活用して行うことができるものとする。ただし、当該者又はその家族が参加する場合にあっては、テレビ電話装置等の活用について当該者又はその家族の同意を得なければならない。

※6～8 共通

テレビ電話装置等の活用に当たっては、個人情報保護委員会・厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイダンス」、厚生労働省「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」等を遵守すること。

9 要介護認定申請の流れ

要介護認定の申請

- 利用者(被保険者)がお住いの区福祉課高齢介護係または出張所へ持参、または郵送により申請
- ※家族が申請するか、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業所、介護保険施設などに申請を依頼することもできます。
 - ※介護保険被保険者証を添えて申請。(見当たらない方は再交付申請をします。)
 - ※2号被保険者は、医療保険証等(医療保険資格情報のお知らせ、資格確認証等)とお持ちの方は介護保険被保険者証を添えて申請します。
 - ※通知を本人が受け取ることが出来ない場合は、送付先変更の届出が出来ます。
 - ※末期がん等で急を要する場合は、ケアマネジャーや主治医から、その旨を区福祉課高齢介護係に相談してください。(要介護認定の効力は、申請日にさかのぼって発生します。)

広島市の担当者、または市が委託した指定居宅介護支援事業者等の介護支援専門員(ケアマネジャー)が、聞き取り調査を行います。

申請の翌日：本人には資格者証(暫定被保険者証)を郵送
調査員と主治医には依頼の書類を郵送

認定調査

主治医意見書

区福祉課高齢介護係で、認定調査と主治医意見書の確認、審査会日程の調整(約1週間)

介護認定審査会委員へ依頼

- ※調査結果(認定調査と主治医意見書にもとづくコンピューター判定(一次判定)等)の通知、審査判定依頼。
- ※審査会の1週間前までに審査会資料が審査会委員へ郵送されます。

介護認定審査会による審査判定 (二次判定)

- ※審査会は保健・医療・福祉に関する専門家で構成しています。

要介護認定

結果通知

- ※審査会の翌日に、区福祉課高齢介護係から要介護認定結果通知と介護保険被保険者証を郵送します。
- ※原則として、申請から30日以内に認定結果を通知します。(延期されることがあります)

事業対象者

非該当と認定された方で生活機能の低下がみられる方は、基本チェックリストによる判定を区地域支えあい課又は地域包括支援センターの窓口等で受け、事業対象者と判定されれば、介護予防・生活支援サービス事業の対象となります。

広島市のホームページに掲載があります。申請書のダウンロード可能です。

10 主治医意見書作成のための予診票

主治医意見書作成のための予診票

安佐医師会

・この「予診票」は、主治医が申請者（患者）の現状を正確に知るために記入いただくものです。
 ・申請者（患者）又は、家族の方がわかる範囲内で記入して、主治医に提出ください。
 （ピンク色の封筒が同封されている場合は、この「予診票」と併せて主治医にお渡しください。）

記入日 _____ 年 _____ 月 _____ 日

申請者本人(患者)氏名 _____ 記載者氏名 _____ 関係 _____

1. 現在継続的に診察や治療を受けている病院や診療所がありますか？あてはまる の中に○を付けてください。
 無 有
- 有の場合 内科 精神科 外科 整形外科 脳神経外科 皮膚科 泌尿器科
 婦人科 眼科 耳鼻咽喉科 リハビリテーション科 歯科 その他(_____)
- 医療機関名 _____

2. 今までにかかった病気を記入してください。(入院した病気、手術、骨折、内臓の病気など)
 何歳頃、病名:

3. 申請者の利き腕は？ _____ 右利き・左利き
4. 身長は？ _____ cm 体重は？ _____ kg 過去6カ月の体重の変化は？ 増加・変化なし・減少
5. 現在の食欲は？ _____ 良好・不良 現在の栄養状態は？ _____ 良好・不良
6. 日常生活の自立の程度は、次のどのレベルにあたると思われますか？あてはまるところの上部枠に○を付けてください。

日常生活は何とか自分ででき、外出も一人でできる。	家の中の生活は自分でできるが、外出には助けが必要。	家の中の生活に手助けが必要。歩くのが難しいが、食事や排泄は寝床から離れて行う。	一日中寝床で過ごし、排泄、食事、着替えに介助が必要。

7. もの忘れの程度は、次のどのレベルにあたると思われますか？あてはまるところの上部枠に○を付けてください。

もの忘れはない。	時々もの忘れがあるが、日常生活には困らない。	もの忘れが目立つが、周囲に迷惑をかけることはない。	もの忘れがひどく、注意していないと周囲に迷惑をかける。	もの忘れがひどく、そばで常に見守りや声かけが必要。	著しい精神症状や問題行動が多く、専門医療が必要。

8. 耳は聞こえますか？ _____ 聞こえる・聞こえにくい・ほとんど聞こえない
9. 目は見えますか？ _____ 見える・見えにくい・ほとんど見えない
10. 会話はうまくできますか？ _____ できる・難しい・できない
11. 手・足・指などの体の一部になくなったところ(欠損)はありますか？ _____ ない・ある(部位 _____)
12. 体の一部が麻痺していたり不自由なところがありますか？ _____ ない・ある(部位 _____)

【裏面にもご記入をお願いします】

13. 関節がかたくなって動きにくいところがありますか？ ない ・ ある（部位.....）
14. 関節の痛みが強いところがありますか？ ない ・ ある（部位.....）
15. 床ずれ（じょくそう）がありますか？ ない ・ ある（部位.....）
16. 屋外を自分で歩いていますか？ 一人で歩いている ・ 押し車や杖が必要 ・ 歩いていない
17. 移動に車いすを使っていますか？ 使っていない ・ 自分で運転して移動 ・ 他人に押ししてもら
18. 屋内を自分で歩いていますか？ 一人で歩いている ・ 押し車や杖が必要 ・ 歩いていない
19. 食事は自分でできますか？ できる ・ やや難しい ・ できない
20. 食べ物や飲み物をうまく飲み込むことができますか？ できる ・ むせやすい ・ できない
21. 風呂に入って体を洗うことができますか？ 自分でできる ・ 手助けが必要 ・ できない
22. 排泄、排便の後始末はできますか？ 自分でできる ・ 一部手助けが必要 ・ できない
23. 排泄の方法はどれですか？ 便所 ・ ポータブルトイレ ・ オムツ
24. 便や尿がもれることがありますか？ ない ・ ときどきある ・ ある
25. 衣服の着脱はできますか？ 自分でできる ・ 一部手助けが必要 ・ すべて介助
26. 飲み薬を自分で管理して服用できますか？ 自分でできる ・ 手助けが必要 ・ すべて介助
27. 金銭の管理はできますか？ 自分でできる ・ 一部手助けが必要 ・ すべて介助
28. 以下に示す症状のうち申請者によく認められる症状に○をつけてください。
 ときどき認められる症状には△、認められない症状には×をつけてください。
-（.....）いつも同じことを言ったり、聞いたりする。
-（.....）大切なものをなくしたり、置き忘れたりする。
-（.....）薬の飲み忘れや、飲み方の間違いがある。
-（.....）少し前のことも、すぐに忘れてしまう。
-（.....）自分勝手に行動する。
-（.....）独り言や独り笑いがある。
-（.....）自分のいる所がわからなくなったり、時間の感覚が不正確だったりする。
-（.....）実際にはないものが、見えたり聞こえたりすると言う。
-（.....）実際にはなかったことをあったように言う。
 ..（たとえば、お金とか大切なものを誰かに取られたとか、なくなったとか言う。）
-（.....）昼間に寝ていることが多く、夜になると起きて動き回ったり、大声を出したりする。
-（.....）今までなかったような暴言を吐いたり、暴力を振るったり、介護に抵抗したりする。
-（.....）目的もなく外出して徘徊する。
-（.....）ガスコンロの消し忘れや鍋こがしなど火の不始末がある。
-（.....）排便後などに便を触ったりする不潔な行為をすることがある。
-（.....）本来食べられないようなものを食べたり、食べようと口に入れたりすることがある。
-（.....）性的な迷惑行為をすることがある。
29. その他、困っていることがありましたら、ご自由にお書きください。

11 介護保険主治医意見書作成ガイド

水色枠…主要な項目についての解説

ポイント1 実際の意見書の記載で重要なのは下調べ

- 1) かかりつけの医師は地域での患者さんの日常生活を知るように心がける。
- 2) 日頃の診療において、付き添って来る家族より患者さんの日常生活を把握する。
- 3) 診察室だけではなく、待合いの状況など看護師などのスタッフからの情報や協力も必要となる。
- 4) 集めた情報を「介護の手間」という観点から介護認定審査会委員に伝わるように書く。

特定疾病とは？

1. がん末期
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症(ALS)
4. 後縦靭帯骨化症
5. 骨折を伴う骨粗鬆症
6. 初老期における認知症
7. 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8. 脊髄小脳変性症
9. 脊柱管狭窄症
10. 早老症
11. 多系統萎縮症
12. 糖尿病性腎症、網膜症、神経障害
13. 脳血管疾患
14. 閉塞性動脈硬化症(ASO)
15. 慢性閉塞性肺疾患(COPD)
16. 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

診断名

- ・生活機能低下の直接の原因になっている傷病名を比重の高い順番で記載。医学的な疾病の重症度の順位比較ではない。(介護の手間が生じてくる状態についての全体像を示す診断名を記載)
- ・特定疾病。40歳以上65歳未満の第2号被保険者の場合、指定された16病名があれば申請の対象となる。
- ・明確に判断できるような診断名を記載する。(診断名がないと確認のため戻される)

安定性

「不安定」とした場合の具体的な状態を書く。実際、介護判定で要介護1と要支援2の分かれ道になるので重要。ここ半年で介護度に変化が生じることが予測される場合「不安定」を選択、具体的な内容を記載。

認知症

人との接触性は比較的良好、受け答えがスムーズでも、作話やわからないことを巧ましくごまかす場合もある。認知症が潜んでいないか見出す努力、など外来診療だけでは判断できない場合が多い。認知機能のための情報収集として、意思疎通が出来ない、家族を認識できない、同じものを何度も買ってくる、外出し道に迷う、着替えをしても順番が不適切、尿・便失禁、リハビリパンツを外す、幻覚、怒りっぽい、些細なことで大声を上げる、入浴を拒否することが多いなどをチェックするとわかりやすい。

ポイント2 書く前に集める情報

- 1) 身体に関する情報…身長、体重の変化。四肢(利き腕や欠損)麻痺、拘縮(有無と部位)。
- 2) 生活に関する情報…屋内、屋外の移動(手段や距離、回数)、食事、徘徊、入浴(回数や程度)、睡眠。
- 3) 行動に関する情報…外出(頻度)、認知機能(物忘れや見当識)、認知症の影響(介護への抵抗、火の扱い)。

主治医意見書作成に関する留意事項

- ・医師は診断書や証明書を書くのに慣れていないが介護に関しては不慣れ。特に介護の手間と頻度の記載が難しい。
- ・申請者が外来、入院、在宅、施設と多岐にわたり直近の十分な情報が得られない。
- ・主治医意見書の「特記すべき事項」の記載が無い(約20%)。
- ・一次判定変更のための重要性が浸透していない。
- ・個性的な文字は避ける(パソコン、ソフトの活用)。
- ・記載事項をパソコンで詰め込まない。
- (介護認定審査会委員は膨大な量を読み込まないといけないので、簡略に要点を記載する)

ポイント3 集めた情報を主治医なりに咀嚼してまとめる重要性

- 1) 診断名や治療だけではなく、それらが日常生活に与える影響も記載。
- 2) 家族やサービス利用による介護の必要性。
- 3) 「医療」と「介護」をつなぐための情報源。
- 4) 患者さん本人、家族、看護師、ケアスタッフ、ケアマネジャーとの連携や協力も必要。

麻痺

- ・主治医意見書では医学的な運動、知覚機能の障害を記載。
- ・調査員は痛みがあっても動かせない場合も麻痺と判定。
- ・患者さんは異なる使い方をしているのに注意!
- ・調査員は四肢の動かしにくさ、筋力の低下をみている。
- ・様々な原因による筋力の低下、意識障害、パーキンソン病、重度の寝たきり、関節の可動制限も麻痺としている。
- ・調査員は日常生活に支障がないと「麻痺なし」と判定している。
- ・「しびれ感」だけでは「麻痺なし」と判定。
- ・バラツキが多い!

特記すべき事項

- ・適切な一次判定修正を行うための根拠となる。
- ・介護の「手間」と「頻度」の記載が重要である。
- ・介護の手間とは?例えば歩けないだけではダメで、歩けないことで日常生活にどのような不便があり、介護側にどのような手間がかかるのかを記載する。
- ・利用者の病態を正確に介護保険に反映させる。
- ・介助量を基本に(移動、排泄、食事などの記載は重点的に)、どのような介護が必要か生活の全体像を記載する。
- ・必要と思われるサービスを記載する。
- ・2回目以降の場合、前回に比べて介護の必要度が不変か減少か増加しているかも記載する。

【重要】特記すべき事項欄の活用

主治医意見書の最後の項目「医療」と「介護」をつなぐための重要な記載が求められる。「介護の手間」を具体的に記載。身体機能の低下に伴い生じる介護の手間、生活に支障があるかどうかを記載する。記載が約2割にとどまっている。

安佐医師会発行の 主治医意見書作成のための予診票 (p86~p87参照) を家族に書いてもらうと便利!

12 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

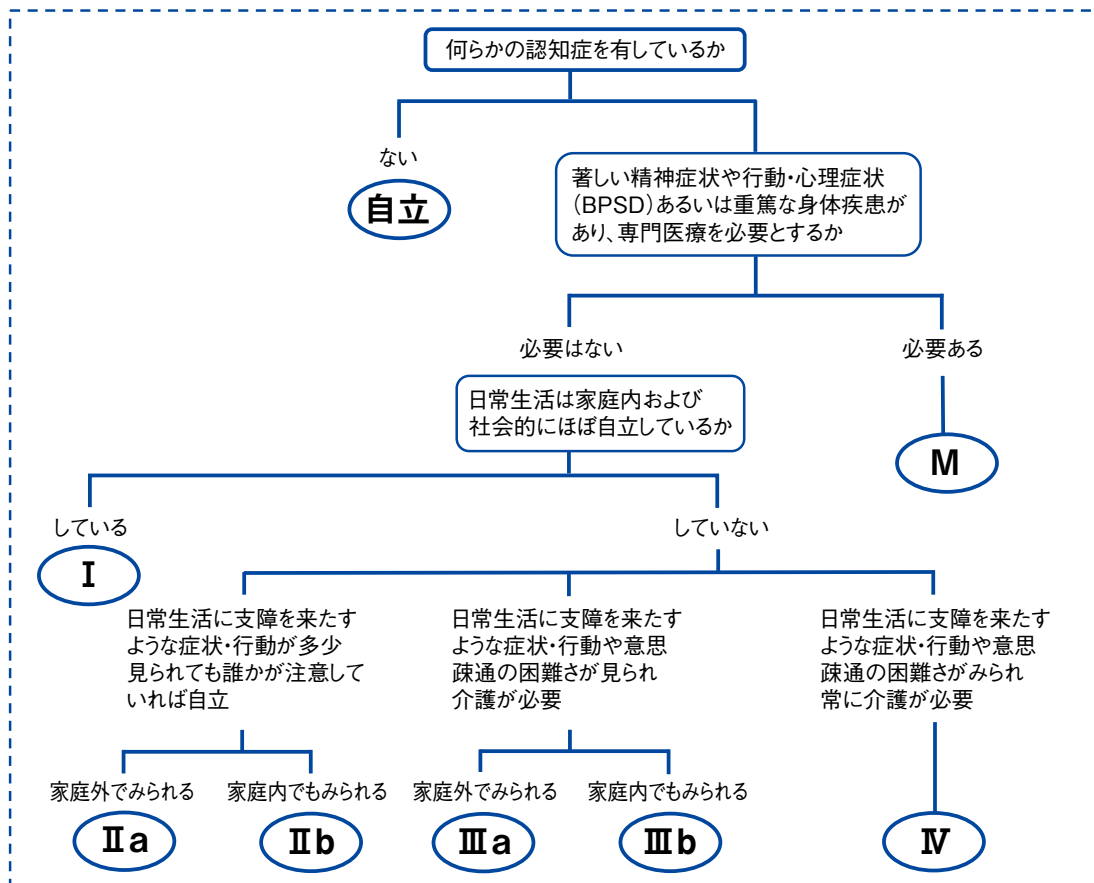
生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する
		1 交通機関等を利用して外出する 2 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない
		1 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ
		1 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2 介助により車いすに移乗する
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する
		1 自力で寝返りをうつ 2 自力では寝返りもうてない

※判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

13 認知症の日常生活自立度の判断

ADL（日常生活活動）

		自立	家庭外で支障	家庭内で支障	介護が必要	常に介護が必要
(行動心理症状) B P S D	なし	I	II a	II b	III a	IV
	日中を中心	III a	III a	III a	III a	IV
	夜間を中心	III b	III b	III b	III b	IV
	著しい精神症状等	M	M	M	M	M



14 認知症症例の意見書の書き方

項目	介護の手間を把握するための視点（例）
(1)認知機能	<ul style="list-style-type: none"> ・HDS-R15/30（改訂長谷川式簡易知能評価スケール） ・記憶と見当識の障害が高度 ・全く意思疎通ができない
(2)日常生活活動	<ul style="list-style-type: none"> ・ゴミの分別ができず、決められた曜日にゴミを出せない ・干してある洗濯物を生乾きで取り込んでしまう ・夫に食事のメニューの希望を聞くが、いつも同じ「野菜炒め」しか出てこない ・薬の飲み忘れや重複内服が多い ・衣服やエアコン等による温度調整ができない ・冷蔵庫の中に同じ食べ物が大量にたまっている ・入浴を拒否する ・オムツを使用しているが自分で外してしまう
(3)行動・心理症状	<ul style="list-style-type: none"> ・不安が強い ・ひとりで外出して戻って来られず警察に保護される ・意欲が低下し、自宅に引きこもっている状態 ・妻に対して暴言・暴力があるが、デイサービススタッフには穏やかである
(4)処方内容とその影響	<ul style="list-style-type: none"> ・少量の抗精神病薬を使用したところ歩行困難となり、中止した
(5)現在受けている支援及び今後必要な支援	<ul style="list-style-type: none"> ・介護負担軽減のためデイサービス利用を勧めているが、本人が拒否するため利用できていない ・廃用が進んでおり、頻回のデイサービスかデイケアの利用が必要である ・昼夜逆転しており、サービス利用により生活のリズムを取り戻す必要がある ・今後ショートステイの利用にて介護負担を減らす必要がある
(6)生活環境	<ul style="list-style-type: none"> ・独居 ・公団の4階に住んでいてあまり外出しない
(7)家族の状況と介護負担	<ul style="list-style-type: none"> ・認知症の妻と二人暮らしである ・主介護者である長男の嫁がもの盗られ妄想の対象となっており、その対応に疲弊している
(8)経過・頻度	<ul style="list-style-type: none"> ・ADLは悪化しつつある ・ほぼ毎晩徘徊しており、家族が気が付かないことがある
(9)現在ある困難や危険性及び今後予想される困難や危険性	<ul style="list-style-type: none"> ・糖尿病があり薬の過剰内服による低血糖の危険がある ・エアコン等による室温管理ができず、夏には熱中症の危険がある ・家族や不法な勧誘から度々経済被害（不当な搾取・詐取／経済的虐待／消費者被害など）を受けている ・今後、家人へ暴力をふるう危険がある ・家族の介護負担が大きく、虐待や介護心中等も危惧され、多職種で連携して支援していく必要がある ・古くなった食べ物を食べればしばしば下痢をしている ・徘徊に対してGPSを利用し、何とか事なきを得ている
(10)身体合併症	<ul style="list-style-type: none"> ・肺炎を来たしたが認知症のため外来で点滴治療を行っている
(11)評価に際しての留意事項	<ul style="list-style-type: none"> ・症状は1日のうちでも大きく変動している ・とりつくりのため正常にみられる

15 在宅における介護保険サービスの利用事例

(1) 介護保険サービスの利用料等について

①介護保険の利用例における留意事項

- (ア) サービス単位は基本単位を記載（福祉用具は標準的な単位、価格）。各事業所で単位、加算項目、その他必要な費用は異なります。（月4週で計算）
- (イ) 利用者負担額は1割で計算。2割、3割負担の方、被爆者健康手帳等の公費助成のある方は負担金額が異なります。
- (ウ) 短期入所生活介護利用について：利用曜日が重なるサービスの利用回数は減らさず短期入所生活介護の単位を追加で記載しております。
- (エ) 居宅療養管理指導の算定回数について：（医師）月2回まで、（歯科医師）月2回まで、（薬局の薬剤師）月4回まで算定ができ、職種により算定できる回数が異なります。
※（詳細はP77-78をご確認ください）

②1単位の単価（介護保険の利用例で利用する介護保険サービスのみ抜粋）

サービス種類	1単位の単価
訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護	10.70円
通所リハビリテーション、短期入所生活介護	10.55円
通所介護、短時間型デイサービス	10.45円
福祉用具貸与、居宅療養管理指導	10円

③居宅サービスの支給限度額

要介護状態区分	支給限度額（1か月あたり）
要支援 1	5,032単位（50,320円程度）
要支援 2	10,531単位（105,310円程度）
要介護 1	16,765単位（167,650円程度）
要介護 2	19,705単位（197,050円程度）
要介護 3	27,048単位（270,480円程度）
要介護 4	30,938単位（309,380円程度）
要介護 5	36,217単位（362,170円程度）

④利用者負担の軽減制度

世帯の所得額に応じ、高額療養費（医療保険）、高額介護（介護予防）サービス費（介護保険）により1か月の利用者負担限度額、高額医療合算介護（介護予防）サービス費（医療保険+介護保険）により1年間の利用者負担限度額を超えた場合は、申請により超えた額が支給される制度があります。

⑤介護保険サービス費用とは別にかかる費用（一部抜粋）

(ア) 通所サービス
 昼食費：約600円

介護保険サービス費用の
 利用者負担額（1割～3割）

+

昼食費

=

自己負担額

※通所サービスの昼食費は1食あたりの平均的な金額を記載。各事業所で費用は異なります。

(イ) 短期入所生活介護（令和6年8月から）

利用者負担段階	居住費（1日）			食費 （1日3食）
	ユニット型 個室	従来型 個室	多床室	
基準費用額	2,066円	1,231円	915円	1,445円
第1段階	880円	380円	0円	300円
第2段階	880円	480円	430円	600円
第3段階①	1,370円	880円	430円	1,000円
第3段階②	1,370円	880円	430円	1,300円

介護保険
 サービス
 費用の
 利用者
 負担額
 （1割～3割）

+

居住費

+

食費

=

自己
 負担額

利用者負担段階	所得要件	資産要件
第1段階	生活保護受給者	—
	老齢福祉年金受給者	預貯金等：単身1,000万円以下、 夫婦2,000万円以下
第2段階	年金収入等：80万円以下	預貯金等：単身650万円以下、 夫婦1,650万円以下
第3段階①	年金収入等：80万円超120万円以下	預貯金等：単身550万円以下、 夫婦1,550万円以下
第3段階②	年金収入等：120万円超	預貯金等：単身500万円以下、 夫婦1,500万円以下

※基準費用額は国が示す基準額であり各事業所で費用は異なります。

※第1段階の所得要件：老齢福祉年金受給者は住民税非課税世帯、配偶者非課税で資産要件に該当する者。

※第2～3段階は住民税非課税世帯、配偶者非課税で所得要件および資産要件に該当する者。

※⑤（ア）（イ）は『介護保険の利用例』の利用者負担額には含まれておりません。

(2) 介護保険の利用例

①要支援1の場合

性別・年齢	女性・70歳	要介護度	要支援1
家族構成など	持ち家1戸建てに1人暮らし。県外に長男家族が在住し年に1回帰省。		
体の状況 (既往など)	高血圧。両変形性膝関節症で膝痛があり1本杖で歩行。中腰、長時間の立位保持が困難である。		
支援の必要性	ADLの維持・向上、家事動作が自立できるような手助けや声掛け、安否確認のための見守り支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前			短期集中 予防支援訪問 サービス(PT) 月2回				
	訪問介護 (利用者と一緒に 手助けや声か け及び見守りし ながら行う掃 除、整理整頓)		※1回60分		公民館活動 (絵手紙サーク ル)月1回		
午後							
		散歩				散歩	
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】手すり(ベッド横に設置) 民生委員による見守り(月1回)						

区分支給限度基準額：5,032単位(50,320円程度)

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問介護 (20分以上45分未満)	1,176単位(1か月)	月4回 (週1回)	1,259円
	手すり貸与	260単位	1個	260円
	【合計】	1,436単位		①1,519円
限度 額外	短期集中予防支援訪問サービス (PT)(60分)	1,160円(1回)	月2回	2,320円
	【合計】	—		②2,320円
	インフォーマルサービス名	利用料金	利用回数	利用者負担額
	公民館活動(絵手紙サークル)	1,000円(1か月)	月1回	1,000円
	民生委員による見守り	—	月1回	—
	【合計】	—		③1,000円
	1か月の利用者負担額(①+②+③)			4,839円

②要支援2の場合

性別・年齢	女性・75歳	要介護度	要支援2
家族構成など	賃貸アパートの1階に1人暮らし。近隣に長女家族が住んでおり、週末に支援のため訪問。		
体の状況 (既往など)	骨粗鬆症。右大腿骨頸部骨折術後、歩行器で歩行可。		
支援の必要性	ADLの維持・向上支援、再転倒の予防、安否確認のための見守り支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前						家事支援 (長女)	家事支援 (長女)
		短時間型 デイサービス		いきいき サロン (月2回)	短時間型 デイサービス		
午後							
	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス	配食サービス		
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】歩行器、手すり(トイレ、玄関に設置) 民生委員による見守り(月1回)						

区分支給限度基準額：10,531単位(105,310円程度)

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)	
支給 限度 額内	短時間型デイサービス	3,121単位(1か月)	月8回 (週2回)	3,262円	
	歩行器	260単位(1か月)	1台	260円	
	手すり貸与	トイレ	330単位(1か月)	1個	330円
		玄関	330単位(1か月)	1個	330円
	【合計】	4,041単位		①4,180円	
	インフォーマルサービス名	利用料金	利用回数	利用者負担額	
限度 額外	いきいきサロン	500円(1回)	月2回	1,000円	
	配食サービス	514円(1食)	月20食(週日)	10,280円	
	民生委員による見守り	—	月1回	—	
	【合計】	—		②11,280円	
1か月の利用者負担額(①+②)				15,460円	

介護予防サービス・支援計画（要支援1）

介護予防サービス・支援計画書

No. ○○

利用者名 ○○ ○○ 様 (男・女) 70 歳 認定年月日 令和6年 3月20日 認定の有効期間 令和6年 2月10日～令和7年 2月28日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・要支援2

事業対象者

計画作成者氏名 ○○ ○○

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 R6年 3月25日（初回作成日 R6年 3月25日）

担当地域包括支援センター： H地域包括支援センター

目標とする生活

1日	毎日体操を行う。	1年	県外に住む息子の家に新幹線に乗って行きたい。
----	----------	----	------------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について 屋内は伝い歩き、屋外は杖で休みながら歩いている。両膝の痛みがあるため起居動作に時間がかかる。受診など外出はタクシーを利用している。気が向いたら散歩をする。	(本人)外を歩くことに自信をつけたい。ベッドから起き上がる時や立ち上がる時に転倒しそうになる。 (長男)転倒しないように生活して欲しい。	■有 □無 膝の痛みと転倒への不安から筋力が低下している。リハビリを行うことで機能向上が見込まれる。	膝の痛みから移動に時間を要し、転倒に対する不安もあり外出の機会が減少している。下肢筋力低下の改善と環境整備や膝に負担の少ない家事方法を習得することでできる可能性が増える可能性がある。	(目標) いきいき百歳体操に歩いて行けるようになる。 (具体策) ①定期的な受診を継続し毎日の体調管理を行う。 ②ヘルパーと一緒に掃除や片付けを行い、痛みの軽減を図る。 ③リハビリ専門職に家事を行う時の動きの工夫や外出時の歩行状態の確認、運動のポイントを教えてもらう。 ④福祉用具を使用し起き上がり、立ち上がり動作を安全に行う。 ⑤散歩を週2回行う。 ⑥公民館活動に参加する。(絵手紙サークル) ⑦民生委員による見守り支援を受ける。	①(本人)病院へは継続していく。血圧、体重測定を行い、血圧手帳に記載する。間食の量に気を付ける。 ②(本人)一緒に掃除してもらえと膝の痛みも少し軽くなると思う。掃除機掛けを手伝って欲しい。 ③(本人)膝に負担のかからない掃除方法を教えてもらいたい。将来的には以前のように一人で掃除をしたい。 (長男)離れて暮らしているので生活支援ができない。母ができることが増えたらよい。 ④(本人)手すりがあれば転倒の心配もないので安心して寝起きができる。 ⑤(本人)今まで散歩は気が向いた時に行っていたが、これからは足の筋力をつけるためにも回数を決めてやる。 (長男)母は一度やると決めたなら一生懸命やりすぎるので、膝の痛みが悪化しない程度に行って欲しい。 ⑥絵手紙はこれからも続けて腕を磨きたい。 ⑦(本人)民生委員は昔からの知り合いでよく面倒をみてくれる。 (長男)電話での安否確認は継続します。民生委員は友人の母親なので頼りにしている。	(目標) いきいき百歳体操に歩いて行けるようになる。	下肢筋力をつけ、膝に負担のかからない家事動作や動作の工夫、環境整備を行い、できることが増えていくよう支援していく。	(本人) ・定期受診 ・服薬管理 ・体重測定、血圧測定を行い主治医へ報告する ・膝に負担のかからない掃除を行う ・現在行っている家事を継続する ・リハビリで習った運動や動作を行う ・定期的に散歩を行う ・公民館活動に参加する (長男) 週1回電話での安否確認	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所（利用先）	期間
日常生活(家庭生活)について 買い物はタクシーに乗り近所のスーパーへ行く。重いものは配達を利用している。調理は休み休み行っている。簡易な掃除や洗濯は自分で行っている。入浴は手すりを持ち浴槽に入る。	(本人)掃除機をかけたいが、膝が痛くてかけられない。汚れていても仕方がない。 (長男)自分でできることを増やして欲しい。	■有 □無 膝の痛みのため家事支援が必要となっている。家事のやり方の工夫や下肢筋力をつけることで、痛みの軽減を図ることができる。					膝に負担のかかる掃除や片付けを本人と一緒にを行う	訪問介護サービス	D ヘルパーステーション (週1回)	R6年4月1日～R6年6月30日		
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 月1回公民館活動(絵手紙)へ参加している。以前はいきいき百歳体操へ参加していたが膝痛が悪化し中断している。県外に住む長男からは週1回様子伺いの連絡がある。民生委員が安否確認のため訪問している。	(本人)いきいき百歳体操に参加することが楽しかった。膝の痛みがなくなったらまた参加したい。 (長男)年に1度しか帰省ができないので、定期的に民生委員が訪問してくれるのはありがたい。	■有 □無 いきいき百歳体操が行けなくなり近隣の交流が途絶えている。					・膝に負担のかからない家事動作の指導を行う ・外出時の動作確認を行う ・いきいき百歳体操の会場まで同行する ・自宅でできる運動の指導を行う	短期集中予防支援訪問サービス(PT)	E 訪問看護ステーション (月2回)	R6年4月1日～R6年6月30日		
健康管理について 月1回内科、整形外科、3か月に1回歯科へ通院し内服等加療を受けている。薬の飲み忘れはない。口腔ケアは毎日行っている。BMIが28と高く、3食以外におやつを食べる習慣がある。	(本人)高血圧の薬は飲んでる。 (長男)受診や薬はきちんと行っている。なので安心していい。	■有 □無 定期受診や服薬管理は行っているが、体重増加がみられ膝痛の悪化や血圧が高くなる可能性がある。疾患の管理を継続していく必要がある。					・ベッドサイドに手すりを設置する	介護予防福祉用具貸与	F 福祉用具レンタル事業所 (適宜)	R6年4月1日～R6年6月30日		
								公民館活動(絵手紙)	G 公民館 (月1回)			
								民生委員による見守り支援		月1回		

健康状態について

□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点

【A 整形外科】膝の痛みから活動性が低下しており転倒の危険性がある。両膝関節はすぐに手術をする状態ではないためまずは運動から取り組む必要がある。運動を行うことで転倒予防、痛みの軽減を図ることができる。

【本来行うべき支援が実施できない場合】

妥当な支援の実施に向けた方針

--

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

・膝に負担がかからない動作ができるようになり、リハビリを行うことで下肢筋力の向上が図れるよう支援します。
・3ヵ月後歩行に自信がもていきいき百歳体操に行けるよう支援します。

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	4/5	1/2	0/3	2/2	0/3	0/5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名

印

介護予防サービス・支援計画（要支援2）

介護予防サービス・支援計画書

No. ○○

利用者名 ○○ ○○ 様 (男・女) 75 歳 認定年月日 R6年 3月20日 認定の有効期間 令和6年 2月10日～令和7年 2月28日

初回・紹介・継続

認定済・申請中

要支援1・**要支援2**

事業対象者

計画作成者氏名 ○○ ○○

委託の場合：計画作成者事業者・事業所名及び所在地（連絡先）

計画作成（変更）日 R6年 3月25日（初回作成日 R6年 3月25日）

担当地域包括支援センター： G 地域包括支援センター

目標とする生活

1日	毎朝10分デイサービスで習った体操を行う。	1年	長女と一緒に温泉旅行に行きたい。
----	-----------------------	----	------------------

アセスメント領域と現在の状況	本人・家族の意欲・意向	領域における課題（背景・原因）	総合的課題	課題に対する目標と具体策の提案	具体策についての意向 本人・家族	目標	支援計画					
							目標についての支援のポイント	本人等のセルフケアや家族の支援、インフォーマルサービス	介護保険サービス又は地域支援事業	サービス種別	事業所（利用先）	期間
運動・移動について 下肢筋力の低下より歩行は不安定である。室内は家具や壁を伝いながら歩行する。便器が低いので立ち座りを行う際にふらつきがある。長距離の歩行は困難で、外出時は長女の運転する車を利用する。一人での外出はしない。	(本人) 転倒し骨折したので一人で外出することが怖い。 (長女) 転倒が心配なので外出時は付き添うようにしている。いけないように歩けるようになって欲しい。	■有 □無 3か月前に自宅で転倒し右大腿骨頸部骨折した。転倒への不安から動くことが減り、下肢筋力の低下がみられる。リハビリや福祉用具を活用することで身体機能の向上が見込まれる。	右大腿骨頸部骨折後より転倒への不安が大きくなり、一人で外出することができなくなった。 リハビリや福祉用具を活用することで、運動機能が向上し歩行が安定、転倒を予防することができる可能性がある。	(目標) 3か月後には200メートル先のスーパーへ歩いて行けるようになる。 (具体策) ①定期的に受診し、食事は毎食すべて体調を維持する。 ②福祉用具を活用する。 ③デイサービスのリハビリ専門職から自宅で行ける運動や歩行器具の使用法について指導を受ける。 ④友人と一緒にいきいきサロンへ参加する。 ⑤民生委員や配食サービスでの見守り支援を受ける。	①(本人) 受診は継続する。食事は運動すれば3食食べられるようになると思う。 (長女) 通院時は必ず付き添います。 ②(本人) 歩行器や手すりがあれば転倒の心配がない。歩行器は疲れたら休むこともできるので、まずは50メートル先にある公園まで歩いて行きたい。 (長女) 週末に母親と一緒に公園まで歩いてみます。 ③(本人) 足の筋力をつけたいので自宅で行ける体操をぜひ教えてもらいたい。 (長女) 今までは運動する機会がなかった。これを機に運動習慣を身につけてもらいたい。 ④(本人) 仲間が送迎してくれるので今後も参加したい。 ⑤(本人) お弁当を届けてもらうことで安否確認してもらえるし食事も確保できるので継続したい。 (長女) 転倒した時は配食サービスの配達員に発見してもらい大変助かった。今後も利用を継続して欲しい。	3か月後には200メートル先のスーパーへ歩いて行けるようになる。	・福祉用具の使用、下肢筋力を付け、歩行に自信がもて一人で外出ができるよう支援を行う。	(本人) ・定期受診と服薬管理を行う ・食事を3食食べる ・体重測定を行う ・長女と一緒に歩行器を使用し50メートル先の公園まで歩く ・リハビリ専門職から教わった体操を毎日行う ・現在行っている家事を継続する ・いきいきサロンへ参加する ・配食サービスを利用する (長女) ・受診に付き添う ・食事量の確認 ・散歩に同行する ・買い物や掃除、調理の支援を行う	介護保険サービス又は地域支援事業	短時間型デイサービス	A 整形外科 (1回/月) B 歯科医院 (1回/3か月)	R6年4月1日～R7年2月28日
生活(家庭生活)について 買い物は長女が週末に買ってきてくれる。一人でも買い物に行けるようになりたい。 (長女) 掃除は週末に行った時に支援する。母親は買い物好きな時にいけるようになるとうい。	(本人) 長女はよくしてくれる。一人でも買い物に行けるようになりたい。 (長女) 掃除は週末に行った時に支援する。母親は買い物好きな時にいけるようになるとうい。	■有 □無 下肢筋力低下による転倒への不安から外出することに不安を感じている。リハビリを行うことで歩行に自信が持てるようになる可能性がある。						自宅で行ける下肢筋力向上のための運動や福祉用具の活用方法について指導を行う。	介護予防福祉用具貸与	D 福祉用具レンタル事業所 (適宜)	R6年4月1日～R6年6月30日	
社会参加、対人関係・コミュニケーションについて 月2回いきいきサロンに参加している。友人が送迎をしている。民生委員が安否確認のため訪問している	(本人) いきいきサロンは長年参加している。仲間と昼食を食べおしゃべりすることが楽しい。 (長女) 近所の方のおかげでいきいきサロンに参加できている。	□有 ■無 いきいきサロン参加者の協力、本人社交的な性格であるため、定期的に友人と交流することができている。						・一人で屋外移動ができるようになるため歩行器を貸与する。 ・転倒防止のためトイレに手すりを設置する。	・配食サービス	・E 配食サービス事業所 (週5回) (夕食)	R6年4月1日～R6年6月30日	
健康管理について 月1回整形外科、3か月に1回歯科受診し内服等加療を受けている。薬の飲み忘れはない。体重が半年で2kg減り、BMIが19となっている。食事が1日2回となる日もある。口腔ケアは毎日行っている	(本人) 骨粗鬆症の薬を飲んでいるので転倒しないように気を付けている。 (長女) お薬はきちんと飲んでいるけどしっかり食べて欲しい。	■有 □無 定期受診や服薬管理は行えているが、転倒に対する恐怖心から活動量が低下し食事摂取量の低下と体重減少がみられる。						・いきいきサロン	・F いきいきサロン (月2回)	・月1回		
健康状態について □主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点								・民生委員による見守り支援				

健康状態について
□主治医意見書、健診結果、観察結果等を踏まえた留意点【本来行うべき支援が実施できない場合】
適切な支援の実施に向けた方針

総合的な方針：生活不活発病の改善予防のポイント

【A 整形外科】転倒後恐怖心から外出することに不安を抱えており下肢筋力の低下がみられる。骨粗鬆症の状態は落ち着いているため、リハビリの実施や福祉用具を活用することで運動機能の向上が期待できる。

下肢筋力が向上するリハビリの実施や自宅で行える体操を行い、3か月後には200m先のスーパーまで歩行器で歩いていけるよう支援していきます。

	運動不足	栄養改善	口腔ケア	閉じこもり予防	物忘れ予防	うつ予防
予防給付または地域支援事業	5/5	1/2	0/3	2/2	0/3	0/5

地域包括支援センター	【意見】
	【確認印】

計画に関する同意

上記計画について、同意いたします。

令和 年 月 日 氏名

印

③要介護1の場合

性別・年齢	女性・73歳	要介護度	要介護1
家族構成など	持ち家1戸建てに夫（78歳）と2人暮らし。同一敷地内に長女家族が居住し必要に応じて訪問。		
体の状況（既往など）	アルツハイマー型認知症。短期記憶障害、判断能力・意欲の低下が見られる。		
支援の必要性	認知機能の低下予防、服薬管理、入浴動作、外出機会の確保、他者との交流、介護者の負担軽減の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前	通院支援 (夫) (月1回)	通所介護 (入浴)	認知症カフェ (月1回)	訪問介護 (入浴介助)	訪問介護(NS)	通所介護 (入浴)	
午後							
週単位 以外の サービス	【夫】家事支援 【夫への支援】認知症高齢者等の家族会（月1回）、男性介護者の会（月1回）						

区分支給限度基準額：16,765単位（167,650円程度）

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問看護(NS) (30分未満)	471単位(1回)	月4回(週1回)	2,016円
	訪問介護 (60分未満)	387単位(1回)	月4回(週1回)	1,657円
	通所介護 (6時間以上7時間未満)	584単位(1回)	月8回(週2回)	4,883円
	【合計】	8,104単位		①8,556円
	インフォーマルサービス名	利用料金	利用回数	利用者負担額
介護 保険 外	認知症カフェ(本人・夫)	100円(1回)×2名	月1回	200円
	男性介護者の会(夫のみ)	100円(1回)	月1回	100円
	認知症高齢者等の家族会(夫のみ)	無料	月1回	—
	【合計】	—		②300円
1か月の利用者負担額(①+②)				8,856円

⑩居宅サービス計画書（要介護1）

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 令和6年3月25日

第1表

利用者名 ○○ ○○ 様 生年月日 昭和23年 ○月 ○日 住所 広島市安佐○区○○○○○○○○○

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 E居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成（変更）日 令和6年3月25日 初回居宅サービス計画作成日 令和6年3月25日

認定日 令和6年2月10日 認定の有効期間 令和6年2月10日 ~ 令和7年2月28日

初回 紹介・継続 認定済 申請中

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を踏まえた課題分析の結果

- ・本人は、炊飯や洗濯物を畳むなど、できる家事に取り組みながら自宅で暮らすことを希望されています。
- ・夫は、薬の飲み忘れなど、もの忘れについて心配されていますが進行せず元気です。子どもに迷惑をかけずに暮らしたいという思いがありますが、夫も持病があることから夫のみの支援では不足します。
- ・ご夫婦が希望する自宅での生活を続けていくためには、体調管理を行いつつながら人との交流や夫婦が悩みを相談できる機会を確保することが必要と考えます。

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定

特になし

総合的な援助の方針

- ・生活リズムを整え体調管理に留意しながら健康に過ごせるように支援していきます。
- ・妻としての役割を担い、充実感のある生活が送れるように支援していきます。
- ・ご夫婦で暮らしていけるよう支援していきます。
- ・地域の人と関わりを持てるよう支援していきます。
- ・病状の進行による介護への抵抗等のBPSDが出現した時には、主治医や訪問看護に連絡し対応を相談します。

<緊急連絡先> A医師：000-0000、B訪問看護：000-0000、夫：000-0000-0000、長女：000-0000-0000

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（ ）

居宅サービス計画書（2）

利用者名 ○○ ○○ 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ) 体調管理に気をつけて健康に暮らしたい。	援助目標		援助内容							
	長期目標 体調管理をしながら病気が進まないことができる。	(期間) R6年4月1日～R6年9月30日	短期目標 病院受診が確実にできる。	(期間) R6年4月1日～R6年6月30日	サービス内容 診療・治療・薬の処方、家族への助言 受診介助	※1	サービス種別 主治医	※2 A.クリニック	頻度 月1回	期間 R6年4月1日～R6年6月30日
			服薬が確実にできる。	R6年4月1日～R6年6月30日	服薬の声かけ		夫		月1回	R6年4月1日～R6年6月30日
			食事を3食きちんと摂ることができる。	R6年4月1日～R6年6月30日	服薬管理、服薬指導、健康状態の確認 買物、調理 食材の差し入れ	○	訪問看護	B.訪問看護事業所	週1回	R6年4月1日～R6年6月30日
			入浴ができて清潔を保つことができる。	R6年4月1日～R6年6月30日	昼食の提供、栄養管理、食後の磨きかけ 入浴の見守り、介助	○	通所介護	C.通所介護事業所	週2回	R6年4月1日～R6年6月30日
			者と交流し、他者と一緒に活動することができる。	R6年4月1日～R6年6月30日	自宅での入浴の見守り、介助 レクリエーションへの参加を促す 楽しみを見つける	○	訪問介護	D.訪問介護事業所	週1回	R6年4月1日～R6年6月30日
				R6年4月1日～R6年6月30日		○	通所介護	C.通所介護事業所	週2回	R6年4月1日～R6年6月30日

家族に迷惑を感ずる生活を送りたい。		R6年4月1日～R6年9月30日	妻(母)としての役割ができる。	R6年4月1日～R6年6月30日	炊飯、庭木のやり洗濯物を夫とたたむ	本人		毎日	R6年4月1日～R6年6月30日
夫婦で穏やかに暮らしたい。	本人と夫が精神的な負担なく日々を過ごすことができる。	R6年4月1日～R6年9月30日	人の役に立っている実感がある。	R6年4月1日～R6年6月30日	主婦の経験を活かした役割(タオオルなど)	通所介護	○	週2回	R6年4月1日～R6年6月30日
				R6年4月1日～R6年6月30日	想いを聴く	訪問看護	○	週1回	R6年4月1日～R6年6月30日
	夫が介護に対する不安や悩みを相談できる。	R6年4月1日～R6年6月30日	夫が介護に対する不安や悩みを相談できる。	R6年4月1日～R6年6月30日	認知症高齢者等の家族会、男性介護者の会への参加	居宅介護事業所	○	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日
				R6年4月1日～R6年6月30日	認知症カフェへの参加	認知症カフェ		適宜	R6年4月1日～R6年6月30日
				R6年4月1日～R6年6月30日	支援スタッフによる相談	主診医		適宜	R6年4月1日～R6年6月30日
		R6年4月1日～R6年9月30日		R6年4月1日～R6年6月30日		本人、夫		適宜	R6年4月1日～R6年6月30日
				R6年4月1日～R6年6月30日		訪問看護	○	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日
				R6年4月1日～R6年6月30日		通所介護	○	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日
						居宅介護支援	○	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日

※ 1 「保険給付対象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者」 について記入する。

④要介護2の場合

性別・年齢	男性・75歳	要介護度	要介護2
家族構成など	持ち家1戸建てに妻(80歳)と2人暮らし。近隣に長男家族が在住し週末に支援のため訪問。		
体の状況(既往など)	高血圧、心房細動。脳梗塞後遺症で右半身麻痺があり装具着用で歩行可。言語障害がある。		
支援の必要性	脳梗塞再発予防、服薬管理、ADLの維持・向上、起居動作、移動動作、入浴動作、義歯・口腔管理の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前							
	通所リハビリ(入浴)	訪問看護(PT) (40分) ※1回20分×2 =2回40分	訪問看護(NS)			通所リハビリ(入浴)	通院支援(長男家族) 月1回
午後			訪問介護(入浴介助)	訪問歯科(月2回)			
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(マット・介助バー・柵)、歩行補助つえ 【特定福祉用具購入】シャワーチェア 【住宅改修】浴室・トイレ・玄関手すり設置 【妻】家事支援 【本人・妻】脳卒中の会(適宜)						

区分支給限度基準額：19,705単位(197,050円程度)

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額(1割)
支給 限度 額 内	訪問看護(NS)(60分未満)	823単位(1回)	月4回(週1回)	3,523円
	訪問看護(PT)(1回20分)	294単位(1回)	月8回(週2回)	2,517円
	訪問介護(60分未満)	387単位(1回)	月4回(週1回)	1,657円
	通所リハビリテーション(6時間以上7時間未満)	①850単位(1回)	月8回(週2回)	①7,174円
	※【参考】通所介護を利用の場合(6時間以上7時間未満)	※【参考】②689単位(1回)	月8回(週2回)	※②5,760円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与(マット、介助バー、柵)	400単位	—	400円
	歩行補助つえ貸与	100単位	1個	100円
	【合計】		①15,292単位	
		※【参考】②14,004単位		※②14,757円
限度 額 外	【訪問歯科】訪問診療料	1,100点(1回)【医療保険】	月2回	2,200円
	【訪問歯科】居宅療養管理指導	517単位(1回)【介護保険】	月2回	1,034円
	【合計】	—		③3,234円
1か月の利用者負担額(①+③)				19,405円
※【参考】1か月の利用者負担額(②+③)				※17,991円
購入・ 改修	シャワーチェア購入	—	1個	2,500円
	浴室・トイレ・玄関手すり設置(住宅改修)	—	改修費用	13,000円

① 居宅サービス計画書（要介護2）

居宅サービス計画書（1）

作成年月日 令和6年 3月 25日

第1表

利用者名 ○○ ○○ 様 生年月日 昭和21年 ○月 ○日 住所 広島市安佐○区○○○○○○○○○

初回 紹介・継続 認定済 申請中

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 G居宅介護支援事業所

居宅サービス計画作成（変更）日 令和6年 3月 25日

初回居宅サービス計画作成日 令和6年 3月 25日

認定日 令和6年 2月 10日

認定の有効期間 令和6年 2月 10日 ~ 令和7年 2月 28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を踏まえた課題分析の結果	<ul style="list-style-type: none"> ・本人は、歩行訓練に取り組み、歩けるようになって夏には球場で野球観戦をしたいという目標があり、入院せずに自宅での生活を希望されています。 ・妻は、脳梗塞が再発せず自宅で生活できることが本人の望みであるため、できるだけ自分で看ていこうという気持ちがあります。 ・妻は、脳梗塞が再発せず自宅での生活も持たたいという思いもあるため妻の支援のみでは不足します。 ・夫婦が希望する自宅での生活を続けていくには、脳梗塞の再発を防ぐために服薬管理や血圧コントロール等を行い、転倒リスクに配慮しながら運動や活動の機会を確保することが必要と考えます。
------------------------------	---

介護認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	特になし
------------------------	------

総合的な援助の方針	<ul style="list-style-type: none"> ・病気の再発が予防できるよう支援をしていきます。 ・転倒予防のため環境整備を行い、歩行や言語のリハビリテーションに取り組みよう支援をしていきます。 ・介護サービスの利用を適切に行い、ご家族の支援も受けながらご夫婦での生活が続けていけるよう支援をしていきます。 ・血圧の上昇や脳梗塞の症状が出現した時には、主治医や訪問看護に連絡し早急に対応を図ります。 <p><緊急連絡先> A 医師：000-0000、B 訪問看護：000-0000、妻：000-0000-0000、長男：000-0000-0000、長男嫁：000-0000-0000</p>
-----------	--

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 ()
--------------	--------------------------------

居宅サービス計画書 (2)

利用者名 ○ ○ ○ ○ 様

生活全般の解決すべき課題(ニーズ)		長期目標		短期目標		援助目標						援助内容					
生活全般の解決すべき課題(ニーズ)	長期目標	(期間)	短期目標	(期間)	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間	サービス内容	※1	サービス種別	※2	頻度	期間	
脳梗塞の再発を防止し自宅での生活を継続したい。	脳梗塞の再発を予防できる。	R6年4月1日～R6年9月30日	病院受診が確実にできる。	R6年4月1日～R6年6月30日	診察・治療・薬の処方、家族への助言 受診介助		主治医	A)脳神経外科	月1回	R6年4月1日～R6年6月30日	服薬の準備、声かけ		妻		毎日	R6年4月1日～R6年6月30日	
			服薬が確実にできる。	R6年4月1日～R6年6月30日	服薬管理、服薬指導、健康状態の確認	○	訪問看護(看護師)	B)訪問看護事業所	週1回	R6年4月1日～R6年6月30日	血圧の自己測定		本人		毎日	R6年4月1日～R6年6月30日	
			自宅で毎日血圧測定ができる。	R6年4月1日～R6年6月30日	血圧測定の声かけ、血圧手帳に記録する		妻		毎日	R6年4月1日～R6年6月30日	リハビリテーション専門職指導の下、自宅環境でのリハビリテーション	○	訪問看護(理学療法士)	B)訪問看護事業所	週1回 2回	R6年4月1日～R6年6月30日	
転倒はすまぎたい。	球場で野球観戦ができる。	R6年4月1日～R6年9月30日	転倒なく家の中を移動できる。	R6年4月1日～R6年6月30日	理学療法士から習った体操に取り組む		本人		毎日	R6年4月1日～R6年6月30日	歩行能力向上のためのリハビリテーション	○	通所リハビリ	C)通所リハビリ事業所	週2回	R6年4月1日～R6年6月30日	
					起き上がり、立ち上がり、姿勢保持の支援 (特殊寝台、特殊寝台付属品貸与)	○	福祉用具貸与	D)福祉用具事業所	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日	歩行動作の支援 (歩行補助つえ貸与)	○	福祉用具貸与	D)福祉用具事業所	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日	
					移動動作の支援 (玄関への手すりの設置)	○	住宅改修	D)福祉用具事業所	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日	トイレの立ち座り動作の支援 (トイレへの手すりの設置)	○	住宅改修	D)福祉用具事業所	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日	
			入浴の機会を持ち清潔を保持してADL低下を防ぐことができる。	R6年4月1日～R6年6月30日	入浴の見守り、介助、入浴動作の指導	○	通所リハビリ	C)通所リハビリ事業所	週2回	R6年4月1日～R6年6月30日	自宅での入浴の見守り、介助	○	訪問介護	E)訪問介護事業所	週1回	R6年4月1日～R6年6月30日	
					入浴時の動作支援 (シャワーチェア購入)	○	特定福祉用具購入	D)福祉用具事業所	適宜	R6年4月1日～R6年6月30日							

							入浴時の動作支援 (浴室への手すりの設置)	○	住宅改修	D福祉用具事業所	適宜	R6年4月1日～ R6年6月30日
							外出支援		長男		週1回	R6年4月1日～ R6年6月30日
							言語能力向上のためのリハビリテーション 口腔ケア、口腔材料の指導、義歯の調整	○	通所リハビリ	C通所リハビリ事業所 F歯科クリニック	週2回 月2回	R6年4月1日～ R6年6月30日
							思いを受け止める	○	訪問看護 (訪問歯科診療)	B訪問看護事業所	週1回	R6年4月1日～ R6年6月30日
							脳卒中の会への参加	○	居宅介護支援	G居宅介護支援事業所	適宜	R6年4月1日～ R6年6月30日
							支援スタッフによる相談		本人、妻 主治医	A脳神経外科	適宜	R6年4月1日～ R6年6月30日
								○	訪問看護 (看護師、理学療法士)	B訪問看護事業所	適宜	R6年4月1日～ R6年6月30日
								○	通所リハビリ	C通所リハビリ事業所	適宜	R6年4月1日～ R6年6月30日
								○	居宅介護支援	G居宅介護支援事業所	適宜	R6年4月1日～ R6年6月30日

※ 1 「保険給付対象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者」について記入する。

MEMO

Lined area for writing a memo, consisting of 20 horizontal dotted lines.

⑤要介護3の場合

性別・年齢	男性・68歳	要介護度	要介護3
家族構成など	持ち家1戸建てに妻(64歳)、長男と3人暮らし。長男は就労しており主な介護は妻が行う。		
体の状況(既往など)	特発性間質性肺炎。少し動くと呼吸苦があるが1～2メートル程度歩行可。在宅酸素療法実施。		
支援の必要性	病状管理、服薬管理、ADLの維持、起居動作、移動動作、入浴動作、排泄動作、義歯・口腔管理、介護者の負担軽減の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前				通院支援(妻) 介護タクシー (月1回)	訪問看護(NS)		
	通所リハビリ		通所リハビリ (入浴)			通所リハビリ (入浴)	
午後		訪問歯科(月1回)					
週単位 以外の サービス	【短期入所生活介護(併設ユニット型)】3泊4日(土～火)／月1回 【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(マット・介助バー・柵・テーブル)、車いす、スロープ 【特定福祉用具購入】ポータブルトイレ 【妻】家事支援 【妻への支援】家族介護教室(適宜)						

区分支給限度基準額：27,048単位(270,480円程度)

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額 内	訪問看護(NS)(60分未満)	823単位(1回)	月4回(週1回)	3,523円
	通所リハビリテーション (6時間以上7時間未満)	①981単位(1回)	月12回(週3回)	①12,420円
	※【参考】通所介護を利用の場合 (6時間以上7時間未満)	※【参考】②796単位(1回)	月12回(週3回)	※②9,982円
	短期入所生活介護(併設ユニット型)	847単位(1回)	月4回(3泊4日)	3,575円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与 (マット、介助バー、柵、テーブル)	700単位	—	700円
	車いす	600単位	1個	600円
	スロープ	700単位	1個	700円
	【合計】	①21,252単位		①22,318円
		※【参考】②19,032単位		※②19,880円
限度 額 外	【訪問歯科】訪問診療料	1,100点(1回)【医療保険】	月1回	1,100円
	【訪問歯科】居宅療養管理指導	517単位(1回)【介護保険】	月1回	517円
	介護タクシー(自費)	—	病院往復(月1回)	6,000円
	【合計】	—		③7,617円
1か月の利用者負担額(①+③)				29,935円
※【参考】1か月の利用者負担額(②+③)				※27,497円
購入	ポータブルトイレ購入	—	1個	5,000円

⑥要介護4の場合

性別・年齢	女性・80歳	要介護度	要介護4
家族構成など	持ち家1戸建ての2世帯住宅1階に夫(75歳)と2人暮らし。2階に長男家族が暮らし必要に応じて訪問。		
体の状況(既往など)	高血圧。脳出血後遺症で左半身麻痺があり歩行不可。左半側空間無視がある。		
支援の必要性	脳出血再発予防、ADLの維持・向上、起居動作、移動動作、入浴動作、排泄動作、更衣動作、床ずれ予防、義歯・口腔管理、服薬管理、介護者の負担軽減の支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前		訪問看護(PT) (40分)			訪問看護(NS)		
	訪問歯科(月1回)	1回20分×2 =2回40分	訪問医師(月2回)	通所リハビリ (入浴)		通所介護 (入浴)	
午後		訪問介護 (入浴介助等) ※60分未満		訪問薬剤(月2回)			
	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満	訪問介護 (排泄介助等) 30分未満
週単位 以外の サービス	【短期入所生活介護(併設型)】2泊3日(土~月)/月2回 【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(介助バー・柵・テーブル)、床ずれ防止用具、車いす、移動用リフト(昇降機) 【特定福祉用具購入】シャワーキャリー 【夫・長男嫁】家事支援 【夫の趣味】グランドゴルフ(木曜日) 【夫への支援】在宅生活継続支援事業(適宜)						

区分支給限度基準額：30,938単位(309,380円程度)

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額 内	訪問看護【NS】(60分未満)	823単位(1回)	月4回(週1回)	3,523円
	訪問看護【PT】(1回20分)	294単位(1回)	月8回(週2回)	2,517円
	訪問介護(30分未満)	244単位(1回)	月24回(週6回)	6,266円
	訪問介護(60分未満)	387単位(1回)	月4回(週1回)	1,657円
	通所リハビリ(5時間以上6時間未満)	987単位(1回)	月4回(週1回)	4,166円
	通所介護(5時間以上6時間未満)	880単位(1回)	月4回(週1回)	3,679円
	短期入所生活介護(併設型)	815単位(1回)	月6回 (週3回=2泊3日)×2	5,159円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与(介助バー、柵、テーブル)	500単位	—	500円
	床ずれ防止用具(エアーマット)	950単位	1個	950円
	車いす	600単位	1個	600円
	移動用リフト(昇降機)	2,300単位	1個	2,300円
	【合計】	30,556単位		①32,117円
限度 額 外	【医師】在宅患者訪問診療料	888点(1回)【医療保険】	月2回	1,776円
	【医師】居宅療養管理指導	515単位(1回)【介護保険】	月2回	1,030円
	【歯科医師】訪問診療料	1,100点(1回)【医療保険】	月1回	1,100円
	【歯科医師】居宅療養管理指導	517単位(1回)【介護保険】	月1回	517円
	【病院薬剤師】居宅療養管理指導	566単位(1回)【介護保険】	月2回	1,132円
	【合計】	—		②5,555円
	1か月の利用者負担額(①+②の合計)			37,672円
購入	シャワーキャリー購入	—	1個	10,000円

⑦要介護5の場合

性別・年齢	女性・83歳	要介護度	要介護5
家族構成など	持ち家1戸建てに長女家族と4人暮らし。夫は5年前に死去。長女が主に身の回りの支援を行う。		
体の状況 (既往など)	肝臓がん末期。食欲不振、倦怠感、呼吸困難、むくみ、痛みの症状あり。		
支援の必要性	病状管理、ADLの維持、起居動作、移動動作、入浴動作、排泄動作、更衣動作、義歯・口腔管理、服薬管理、本人・家族の精神的ケアの支援。		

(サービス利用概要)

	月	火	水	木	金	土	日
午前	※訪問看護(末期の悪性腫瘍のため医療保険)						
	訪問看護(NS)	訪問看護(NS・PT) ※2人訪問	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)	訪問看護(NS)
午後	訪問歯科(月1回)	疼痛緩和の ポジショニング等		訪問医師	訪問薬剤		
	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)	訪問介護 (排泄介助等)
週単位 以外の サービス	【福祉用具貸与】特殊寝台、特殊寝台付属品(介助バー・柵・テーブル)、床ずれ防止用具、体位変換器、車いす、スロープ 【長女】家事支援 【地域訪問ボランティア】(適宜)						

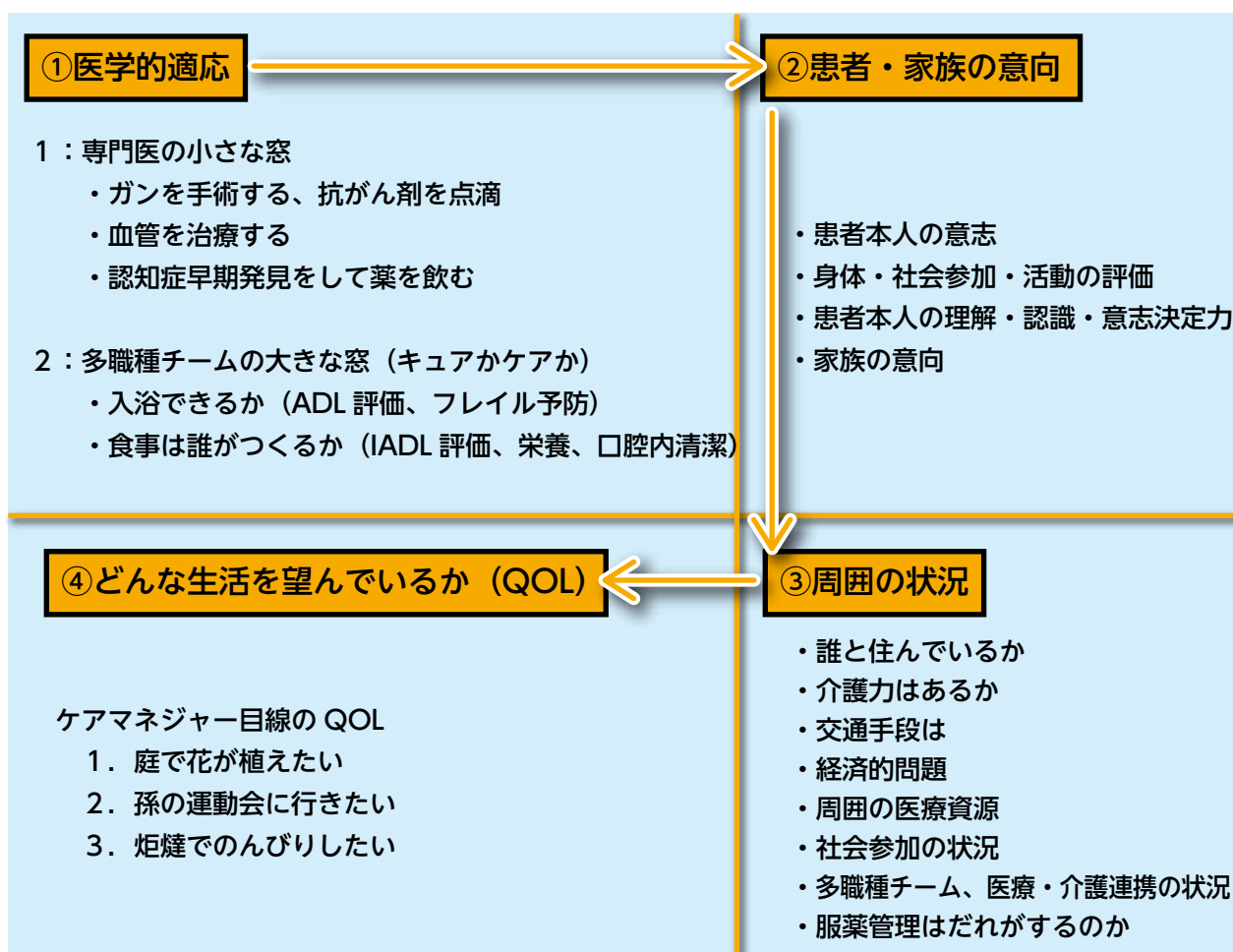
区分支給限度基準額：36,217単位(362,170円程度)

	サービス内容	サービス単位	利用回数	利用者負担額 (1割)
支給 限度 額内	訪問介護(30分未満)	244単位(1回)	月28回(週7回)	7,311円
	訪問入浴介護	1,266単位(1回)	月4回(週1回)	5,419円
	特殊寝台貸与	800単位	1個	800円
	特殊寝台付属品貸与(介助バー、柵、テーブル)	500単位	—	500円
	床ずれ防止用具(エアーマット)	950単位	1個	950円
	体位変換器(ポジショニングクッション)	200単位	1個	200円
	車いす	600単位	1個	600円
	スロープ	700単位	1個	700円
	【合計】	15,646単位		①16,480円
限度 額外	【医師】在宅患者訪問診療料	888点(1回)【医療保険】	月4回(週1回)	3,552円
	【医師】居宅療養管理指導	515単位(1回)【介護保険】	月2回	1,030円
	【歯科医師】訪問診療料	1,100点(1回)【医療保険】	月1回	1,100円
	【歯科医師】居宅療養管理指導	517単位(1回)【介護保険】	月1回	517円
	【薬局薬剤師】居宅療養管理指導	518単位(1回)【介護保険】	月4回(週1回)	2,072円
	【医療保険】訪問看護基本療養費	5,550円(1日/週3日まで)	月12回(週3日)	6,660円
	訪問看護(NS)【30分~90分以内】	6,550円(1日/週4日以降)	月16回(週4日)	10,480円
	訪問看護管理療養費	(機能強化型以外) I 7,670円(1日/月の初日) 3,000円(1日/2日目以降)	月1回(月の初日) 月27回(2日目以降)	767円 8,100円
複数名訪問看護加算	4,500円(1日)	月4回(週1日)	1,800円	
	【合計】	—		②36,078円
1か月の利用者負担額(①+②)				52,558円

ACP について

ACP (advance care planning) を温かみのあるプロセスとして安佐地区共通に熟成浸透していくことを目標に掲げています。

高齢者の治療方針決定は、「臨床倫理の4分割」(図)に基づいて実施すべきであることが国の方針として示され、看取りの進め方も「人生の最終段階における医療の決定プロセス」に準ずることが決定されております。



「臨床倫理の4分割」は①の医学的適応のみが医療者のプロセスであり、②患者・家族の意向、③周囲の状況、④望む QOL については、医療者が介護職・在宅関連医療職から多くの情報を得ることにより、より密接に深く患者に寄り添った方針となりうる思考手順となっています。このプロセスを共有することこそが、医療と介護の連携作業の肝心要です。

コロナ禍においても「支える医療」と「攻める医療」を選択する上で、4分割は患者、家族そして何より医療・介護複合体に携わる人の「安全ベルト」として機能しました。ご理解、ご協力のほど、よろしくお願いいたします。

ACPの手引き

豊かな人生とともに ～私の心づもり～

アドバンス・ケア・プランニング
Advance Care Planning (ACP)



ACP愛称
人生会議



アドバンス・ケア・プランニングとは？

人はそれぞれ人生観や思いに基づく人生設計を持って将来のことを考えています。それは、医療についても同じことが言えます。これから受ける医療やケアについて、あなたの考えを家族や医療者と話し合っ、私の心づもり」として文書に残すことで、あなたの希望や思いが医療やケアに反映されるでしょう。その手順をアドバンス・ケア・プランニング (Advance Care Planning : ACP) と呼んでいます。これからの豊かな人生を目指して一緒に考えてみましょう。

発行：令和5年9月
(Ver. 3)

制作

広島県地域保健対策協議会
ACP普及促進専門委員会

〒732-0057 広島県広島市東区二草の里三丁目23 TEL:082-568-1511 FAX:082-568-2112
ホームページ <http://citakyo.jp/>



ACPの手引き【説明版】

A あなたの **C** ところに **P** びたっとよりそう

豊かな人生とともに

～私の心づもり～



どんな利点があるのでしょうか？

あなたが自分の考えを伝えられなくなった場合に備えて、前もって受ける医療に対する希望を、家族や医師に伝えておくことは重要なことです。

明日がどうなるか誰もわかりませんし、将来の健康がどうなるかを予測することもできません。しかし、将来自分自身で判断できなくなったとしても、準備をしておけば、受ける医療に対するあなたの希望をみんなに知ってもらうことができます。

ACPは、あなただけでなく、家族やあなたに代わって医療の選択をしなければならない人にも、安心をもたらす手段となる可能性があります。

いつ始めるのが良いのでしょうか？

今から始めましょう。あなたの判断能力に影響するような災害に直面したり、重い病気にかかる前に、話し合うことが重要です。あなたが受けるかもしれない医療について、自分がどう考えているかを知ってもらっておくことは、将来あなたの代わりに意思決定をしなければならない人にとって、混乱や迷いを起こさなくてすむ可能性があります。

家族や医師は、あなたの希望を知っていますか？

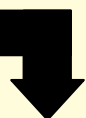
たとえば次のような将来の場面を想像してみましょう。

あなたはある日突然、自動車事故で重傷を負いました。病院の集中治療室に収容され、意識はありません。**家族や医師はこうした場合の治療方針や今後の対応についてあなたの希望を知っていますか。**

また、別の例として、認知症のために自分で意思決定する能力がなくなってきた場合を想像してください。あなたは介護施設で暮らしています。自分で食事を摂ることもできず、自分や家族のこともわからなくなって、これから何が起こってもおかしくありません。**家族や医師は、今後の生活や受けるかもしれない医療についてあなたの希望を知っていますか？**



ウラ面のStep1～5の手順をご確認ください。



ACPの手引き【説明版】

以下のStep1～5を読んで「私の心づもり」に記入してみましょう。

Step 1 希望や思いについて考えましょう

あなたの生活で大切にしたいことや、あなたの人生の目標・希望や思いについて考えてみましょう。今のあなたの考え方を示しておくことは、将来ご家族などがあなたの気持ちを考えて判断するのに役立つでしょう。

- あなたの人生の目標・希望や思いは何でしょうか？
- あなたにとって、何が大切か考えてみましょう。

Step 2 健康について学び、考えましょう

かかりつけ医や他の医療者にあなたの健康について相談することも大切です。もし何らかの病気がある場合には、あなたはその病状が将来どうなるか、今後どういう治療ができるのか、それらの治療でどういったことが期待できるかを知ることができます。

あなたの希望や思いに沿って考えましょう。

例えば・・・

- 私の希望は、治療の結果、どのような状態で療養を続けることになっても病気と闘って一日でも長く生きることです。
- 私の願いは、自分の望む生活ができる（生活の質を保つ）ことを目指して、苦痛をとることに焦点を当てた治療をしてもらうことです。
- 私は病気を治す治療は受け入れていますが、それによって良くならなかつたり、生活の質が保たれなかつたりする場合には、自然な死を迎える方向に切り替えたいと思います。
- どのような状況であっても、延命につながるだけの蘇生術や集中治療などの処置は避けたいと思っています。



Step 3 あなたの代わりに伝えてくれる人を選びましょう

予期しないできごとや突然の病気で、自分の希望を伝えることができなくなるかもしれません。認知症などでは、医療やケアについての希望を伝えたり、選択する能力が少しずつなくなることもあるでしょう。あなた自身で意思決定できなくなった時に、あなたに代わって意思を伝えてくれる人（代理人）を選んでおくことが大切です。その代理人は家族でも親しい友人でも構いませんが、信頼して任せることができる人をお願いし、あなたの希望や思いをしっかりと伝えておきましょう。

- 複雑で困難な状況でもあなたの希望や思いを尊重して判断できる人を選びましょう。
- 必要だと思うあなたの周囲の人に、代理人を紹介しましょう。

Step 4 希望や思いについて話し合しましょう

Step 3 まであなたが考えた「私の心づもり」をもとに医療や生活に関するあなたの希望や思いについて代理人と医療者に伝えましょう。あなたの希望や思いを周りの人に理解してもらうために重要なことは、あなたと代理人と医療者が時間をかけて話し合うことです。しっかり話し合うことで、あなたの思いや考えがより具体的で現実的なものにまとまり、互いの理解が深まることでしょ

Step 5 考えを「私の心づもり」に書きましょう

話し合ったことを記録として残しておきます。「私の心づもり」には話し合った人や日時を記入する所があります。自由記載欄に希望や思いを書くのもよいでしょう。

今のあなたの希望や思いは時間とともに変化したり、健康状態により変わってくる可能性があります。その都度「私の心づもり」を見直してみて、変えてもらって構いません。どう気持ちが変わったかも話し合うことが大切です。

私の心づもり

①

将来、自分自身で自分のことを決められなくなった時に備えて、今のあなたの希望や思いを整理してみましょう。ACPの手引きを参考に、以下の設問にお答えいただきながらご家族やあなたの代わりに意思決定してくれる人（代理人）、医療者と話し合いを持ちましょう。



Step 1 希望や思いについて考えましょう

あなたが大切にしたいことは何ですか？（いくつ選んでも結構です）

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 楽しみや喜びにつながる可能性があること | <input type="checkbox"/> 家族や友人と十分に時間を過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 身の回りのことが自分でできること | <input type="checkbox"/> 落ち着いた環境で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 人として大切にされること | <input type="checkbox"/> 人生をまっとうしたと感ずること |
| <input type="checkbox"/> 社会や家族で役割が果たせること | <input type="checkbox"/> 望んだ場所で過ごせること |
| <input type="checkbox"/> 痛みや苦しみが少なく過ごせること | <input type="checkbox"/> 医師を信頼できること |
| <input type="checkbox"/> 人の迷惑にならないこと | <input type="checkbox"/> 納得いくまで十分な治療を受けること |
| <input type="checkbox"/> 自然に近い形で過ごすこと | <input type="checkbox"/> 大切な人に伝えたいことを伝えること |
| <input type="checkbox"/> 先々に起こることを詳しく知っておくこと | <input type="checkbox"/> 病気や死を意識せずに過ごすこと |
| <input type="checkbox"/> 他人に弱った姿を見せないこと | <input type="checkbox"/> 生きていることに価値を感じられること |
| <input type="checkbox"/> 信仰に支えられること | |
| <input type="checkbox"/> その他（ | ） |



Step 2 健康について学び、考えましょう

- あなたは今の健康状態について理解できていると思いますか？
 はい いいえ
- あなたの健康状態や病気について、どのような経過をたどるかなど、詳しい説明を受けたいですか？
 はい いいえ
- 受ける治療に関して、希望がありますか？ 健康な方は「もし病気になったら」を仮定してお答え下さい。（いくつ選んでも結構です）
 一日でも長く生きられるような治療を受けたい
 どんな治療でも、とにかく病気が治ることを目指した治療を受けたい
 苦痛を和らげるための十分な処置や治療を受けたい
 痛みや苦しみが無く、自分らしさを保つことに焦点を当てた治療を受けたい
 できるだけ自然な形で最期を迎えられるような必要最低限の治療を受けたい
 その他（
- 将来、認知症や脳の障害などで自分で判断できなくなった時、あなたの希望は、以下のどれですか？（一つ選んでください。）
 なるべく迷惑をかけずに自宅で生活したい
 家族やヘルパーなどの手を借りながらも自宅で生活したい
 病院や施設でも良いので、食事やトイレなど最低限自分でできる生活を送りたい
 病院や施設でも良いので、とにかく長生きしたい
 その他（

②

5) 将来、病状が悪化したり、もしもの時が近くなった時には、どこで療養したいとお考えですか?
 自宅 自宅以外 (病院 介護施設 その他 ()) わからない

6) もしもの時が近くなった時に“延命治療^(*)”を希望しますか?
 はい いいえ わからない

*“延命治療”とは、病気が治る見込みがないにもかかわらず、延命する(死の経過や苦痛を長引かせることもあります)ための医療処置を意味します。

Step 3 あなたの代わりに伝えてくれる人を選びましょう

- 1) あなたの代わりに意思決定をしてくれる方はいますか?
 はい いいえ
- 1) の質問で「はい」と答えられた方にお尋ねします
 2) その方はあなたの希望や価値観に配慮して、意思決定をすることができますか?
 はい いいえ

Step 4 希望や思いについて話し合いましょう

Step 5 考えを「私の心づもり」に書きましょう

自由記載欄 (その他、あなたの思いがあればお書きください)

.....

・記載年月日 20 年 月 日

・本人氏名 _____

・代理人氏名 _____

・話し合った日 20 年 月 日

・話し合った医療者 _____

安佐地区医療介護連携マニュアル

2025年1月 発行

発行者 広島市北部在宅医療・介護連携推進委員会
事務局 一般社団法人 安佐医師会
広島市北部在宅医療・介護連携支援センター
〒731-0223 広島市安佐北区可部南二丁目1-38
電話(082)555-5957 FAX(082)555-2708
E-mail renkei-center@asaishikai.jp

