

東京都退院支援 マニュアル

～病院から住み慣れた地域へ、安心した生活を送れるために～

平成 26 年 3 月

はじめに

今後、ますます高齢化の進んだ社会が到来します。高齢者は年齢を重ねることによって様々な疾患を患い、疾患と老化によって要介護状態となることが多くあります。老化による介護状態は予防が可能であり、予防することにより健康寿命の延伸が図られますが、多くの人が病院への入院を経験します。そして、入院後に住み慣れた生活の場へ戻れなくなることがあります。

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

こうした中で、住み慣れた地域で暮らしていくには、生活、ケアの課題を解決し、そのうえで医療の課題を解決しなければならず、医療から生活への転換を図ることができれば、安心して地域に戻ることが可能となります。

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

今年度、東京都在宅療養推進会議の下に設置された退院支援検討部会では、病院から退院し、住み慣れた地域で安心した生活を送れるために、入院時からの課題を整理し、住み慣れた地域へ戻ることを可能とするためのフローを検討し、東京都退院支援マニュアルを作成しました。

患者・家族を支援するためにこのマニュアルが高度急性期病院、急性期病院、回復期病院、慢性期病院などすべての病院において活用されることを望み、在宅療養を推進する一助となることを期待します。

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

平成 26 年 3 月

東京都在宅療養推進会議

会長 新田 國夫

目次

1	マニュアル説明	1
2	退院支援・退院調整フロー図	
	(1) 退院支援・退院調整フロー図の使用方法	8
	(2) 退院支援・退院調整フロー図	11
3	各シート	15
	(1) 地域からの入院時情報シート	17
	(2) スクリーニングシート	25
	(3) 初期アセスメントシート(医療・ケア)	31
	(4) 地域における社会資源情報・病院機能別情報シート	37
	(5) 指導シート	47
	① 在宅中心静脈栄養法	49
	② 在宅酸素療法	51
	③ マスク式人工呼吸器	53
	④ <small>ぼうこう</small> 膀胱留置カテーテル	55
	⑤ 在宅自己導尿	56
	⑥ 経腸栄養法	57
	⑦ 人工肛門造設	59
	⑧ 気管カニューレ使用による吸引	60
	(6) 退院前カンファレンスシート	63
	(7) 地域への情報提供シート(看護サマリーシート)	69
	参考資料：退院支援検討部会 名簿	77

マニュアル説明

1

1. 目的

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

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

2. 背景

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

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

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

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

厚生労働省が描く医療・介護サービスのイメージを図に示す（参照：P 5 医療・介護サービス保障の強化）。病気になったら、各医療機関が自らの役割を発揮するとともに、互いに密接に連携することにより、円滑に生活の場に移行できるように支援すること、そして退院後は医療・介護・生活支援などのサービスを受けながら、自宅あるいはそれに準ずる場所で生活することが描かれている。病院と地域の間には在宅医療連携拠点が置かれ、円滑な移行促進、各種調整などを行うとされている。東京都の場合は、区市町村を実施主体として在宅療養の推進に取り組んでおり、入院医療から在宅療養への円滑な移行等を調整するための「在宅療養支援窓口」の設置などが進められている。

人々が実際に過ごす時間が長いのは病院ではなく、生活の場（図の右側）であり、その多くは自宅である。病院で働く医療者は、入院患者が生活者として生きてきた「これまで」を踏まえ、「これから」を見据えた支援を行っていく必要がある。このマニュアルでは、患者が病院から生活の場に戻っていくための支援方法を記載している。それがすなわち退院支援である。

3. 退院支援の概要

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

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

4. マニュアルの構成と使い方

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

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

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

の連携の在り方を見直し、改善するためにも活用できるだろう。

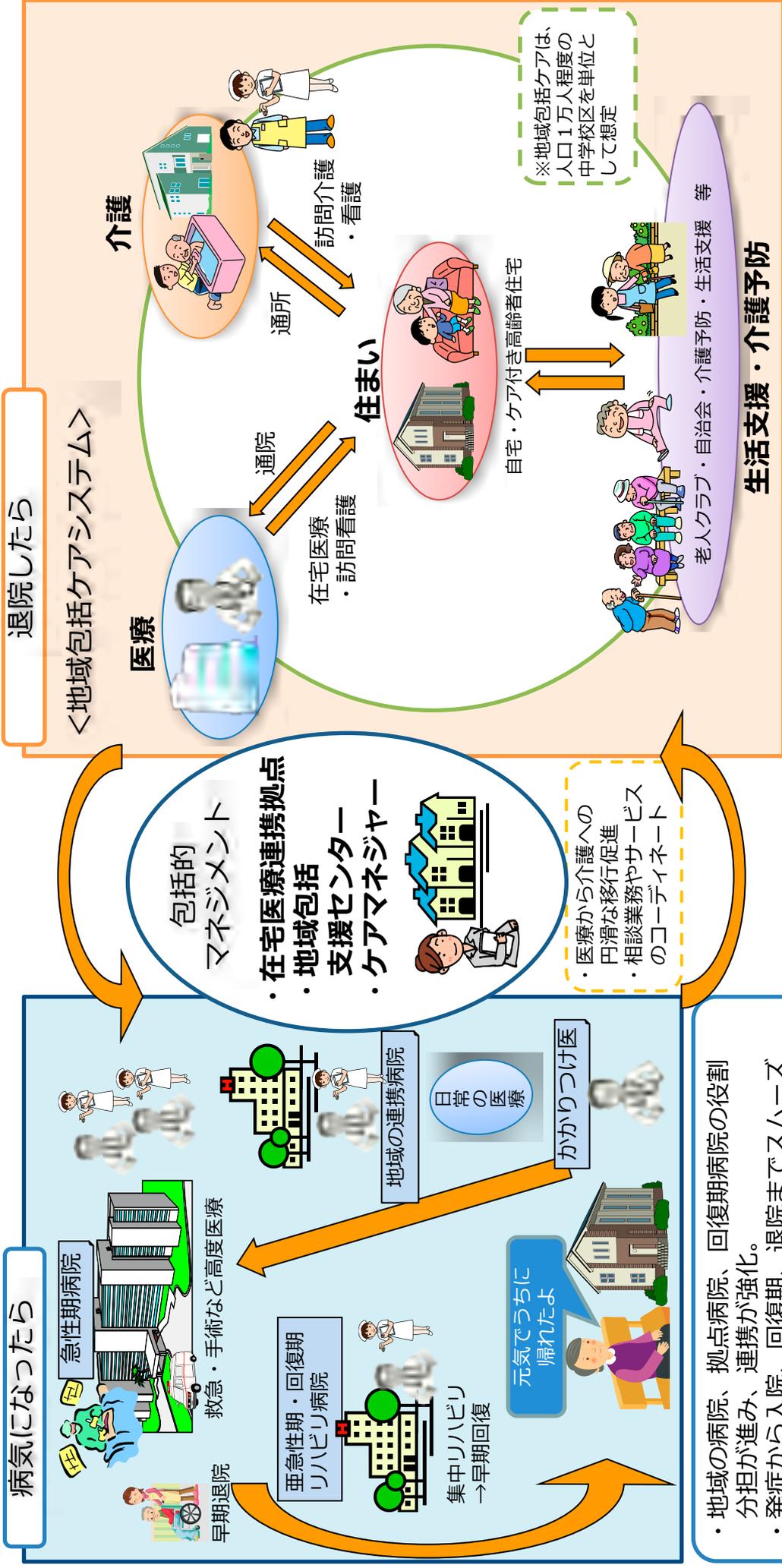
各々のシートに関しても、退院支援の体制のほか、電子カルテ導入の有無や既存のマニュアルの整備状況を踏まえて、各病院に応じた形で加工して利用することもできる。一方で、他機関との情報共有を円滑に行うために、ここに示された形式や内容を共通の土台とすることも可能である。

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

医療・介護サービス保障の強化

- 病床機能に応じた医療資源の投入による入院医療強化
- 在宅医療の充実、地域包括ケアシステムの構築

どこに住んでも、その人にとって適切な医療・介護サービスが受けられる社会へ



- ・地域の病院、拠点病院、回復期病院の役割分担が進み、連携が強化。
- ・発症から入院、回復期、退院までスムーズにいくことにより早期の社会復帰が可能に

退院支援・退院調整フロー図

2

(1) 退院支援・退院調整フロー図の使用法

1. 目的

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

2. 作成意図と構成

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

【フロー図の構成】

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

- ・入院時（入院決定の外来時期も含む）から48時間以内
- ・入院時から●日以内：入院時から（治療）方針の決定まで（病院の特徴に合わせて、「●日」を設定する。）
- ・治療開始から安定期
- ・退院に向けての調整期間
- ・退院時
- ・退院直後からの移行期（退院後2週間まで）

縦軸：患者・家族への退院支援内容

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

退院支援の最終評価

3. 活用のポイント

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

(2) 退院支援・退院調整 フロア図

時期	入院時から48時間以内		入院時から●日以内	治療開始から安定期	退院に向けての調整期間	退院時 情報共有	退院直後からの移行期 (退院後2週間まで)
	地域での暮らし・生活状況 情報収集・アセスメント	スクリーニング					
意思決定の 支援 療養環境の 準備・調整	<input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族が病状をどのように受けとめているかを聞く <input type="checkbox"/> 患者・家族が今後に向けてどのような思いを描き今後どのように過ごしていきたいのかを聞く * 地域からの入院時情報シート参照	<input type="checkbox"/> 医療従事者間で治療方針・今後の方向性の一致を図る <input type="checkbox"/> 患者・家族へ病状説明、今後の治療方針、入院予定期間の説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の病状の受け止めや思いを院内多職種チームで共有し、今後の方向性を話し合う <input type="checkbox"/> 病状や治療に伴い、今後起こり得る生活上の変化・医療提供を受けながら生活することを患者・家族へ説明・情報提供する <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いを聞く <input type="checkbox"/> 療養方法について選択肢の提示した上で、今後の療養について聞く <input type="checkbox"/> 患者の思い <input type="checkbox"/> 家族の思い <input type="checkbox"/> 患者・家族・医療従事者間で病状理解や生活上のイメージを共有し、患者・家族が、選択・心構えができるよう支援する	<input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時に目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 * 医療に関する初期アセスメントシート参照	<input type="checkbox"/> 病状の変化に応じてリアルタイムでインフォームドコンセント <input type="checkbox"/> 患者・家族の思いの変化がないかどうかの確認 変化が生じた場合は話し合いの場を持つ <input type="checkbox"/> 患者・家族・医療従事者間で合意形成 <input type="checkbox"/> 患者・家族・医療従事者で今後の生活上のゴールを共有した上で療養先を選択 <input type="checkbox"/> 在宅→必要なサービスの確認 <input type="checkbox"/> 転院→患者の状況に応じた病院の選択 <input type="checkbox"/> 施設→患者の医療処置・介護必要度・経済状況などを考慮し施設入所基準の調査を行い患者に合った施設の選択 * 地域における社会資源情報・病院機能別情報シート参照	<input type="checkbox"/> 退院に向けての患者・家族への説明 <input type="checkbox"/> 患者・家族の意思決定内容の再確認 <input type="checkbox"/> 退院後の緊急時対応や看取りを含めた対応について病院と地域医療従事者で共通認識を持つ <input type="checkbox"/> 次回外来受診日時の提示	* 地域への情報提供シート(看護サマリーシート参照)	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 患者・家族の説明に対する理解度 <input type="checkbox"/> 移行期に患者・家族が抱く不安への対応・フォローアップ
	<input type="checkbox"/> 入院前の医療管理 <input type="checkbox"/> かかりつけ医の有無、訪問看護の利用の有無及び介入内容の確認 <input type="checkbox"/> 病院通院の有無 <input type="checkbox"/> 医療処置内容の有無・内容確認 * 地域からの入院時情報シート参照	* スクリーニングシート参照 <input type="checkbox"/> 入院前から担当しているケアマネジャー・担当地域包括や訪問看護師・地域のかかりつけ医と情報共有、退院後の支援内容について相談する(介護保険制度利用・訪問看護・かかりつけ医導入の場合) <input type="checkbox"/> 新たに在宅医療の導入が必要か検討する <input type="checkbox"/> 患者のニーズに合った在宅医療実施機関の情報収集 <input type="checkbox"/> 退院後のサポートについて相談する	<input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時に目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 * ケアに関する初期アセスメントシート参照	<input type="checkbox"/> 患者・家族へ今後の療養生活をイメージできるよう提示 <input type="checkbox"/> 継続する医療管理・医療処置内容について、患者・家族・医療従事者間で共有 <input type="checkbox"/> 在宅で継続可能な方法の検討 <input type="checkbox"/> 患者・家族の療養生活に合わせて統一した内容で医療処置を指導 * 指導シート参照 <input type="checkbox"/> 在宅生活で起こり得る異常や緊急時の対応についての指導及び理解内容の確認	<input type="checkbox"/> 関連機関と連携して退院前カンファレンスを開催 * 退院前カンファレンスシート参照 <input type="checkbox"/> 医療管理・医療処置内容についての最終確認 * 指導シート参照 <input type="checkbox"/> 退院処方準備 <input type="checkbox"/> 退院日の患者の全身状態について最終確認 <input type="checkbox"/> 関係者への退院日時の連絡 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で情報共有 <input type="checkbox"/> 地域への情報提供 <input type="checkbox"/> 病状経過 <input type="checkbox"/> 患者・家族へのインフォームドコンセント内容 <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解度・受けとめ方 <input type="checkbox"/> 抱えている課題		<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子を情報共有 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームより退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 症状マネジメントができていないか <input type="checkbox"/> 指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族より在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無
	<input type="checkbox"/> 入院前ADL・IADL <input type="checkbox"/> 患者の病状に伴う生活状況及び経済状況 <input type="checkbox"/> 家屋状況 <input type="checkbox"/> 家族構成・キーパーソン <input type="checkbox"/> ケアマネジャー・担当地域包括からの情報収集 <input type="checkbox"/> 在宅サービスの利用状況 <input type="checkbox"/> 利用されている社会保障制度 * 地域からの入院時情報シート参照	<input type="checkbox"/> 患者の疾患・ADLにより、今後生活で起こり得る課題について検討 <input type="checkbox"/> 入院前・現状から退院時に目指せる状況のアセスメント及び課題の抽出 * ケアに関する初期アセスメントシート参照	<input type="checkbox"/> リハビリチームと協働して日常生活動作についての目標設定の再評価を行い患者・家族と最終一致 <input type="checkbox"/> 退院後の居住環境・生活状況に応じた生活・介護指導 <input type="checkbox"/> 食事・排泄・清潔・活動・服薬について <input type="checkbox"/> 患者・家族のセルフケア能力を考慮した指導 <input type="checkbox"/> 自立支援に向けた在宅療養環境を整える <input type="checkbox"/> 福祉用具導入の検討 <input type="checkbox"/> 住宅改修の必要性の検討 <input type="checkbox"/> 生活支援や介護サポートの必要性を検討	<input type="checkbox"/> 関係機関と連携して退院前カンファレンスを開催 * 退院前カンファレンスシート参照 <input type="checkbox"/> 退院後の生活状況における注意事項について在宅ケアチームと共有 <input type="checkbox"/> 住環境整備状況の確認 <input type="checkbox"/> 介護体制の準備 <input type="checkbox"/> 関係者への退院日時の連絡 <input type="checkbox"/> 地域への情報提供 <input type="checkbox"/> 患者・家族の理解度・受けとめ方 <input type="checkbox"/> 抱えている課題 <input type="checkbox"/> リハビリチームから地域へ情報提供(継続リハビリが必要な場合)	<input type="checkbox"/> 退院支援評価 <input type="checkbox"/> 外来と病棟間で退院後の様子を情報共有 <input type="checkbox"/> 居住環境における患者の状況から退院支援・調整内容の不備の有無 <input type="checkbox"/> 在宅ケアチームより退院後の在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> 生活指導内容や準備に不足はないか <input type="checkbox"/> 住環境整備状況 <input type="checkbox"/> 介護体制状況 <input type="checkbox"/> 外来来院時に患者・家族より在宅療養生活についてフィードバックを受ける <input type="checkbox"/> その人らしい生活が送れているか <input type="checkbox"/> 本人の笑顔や表情 <input type="checkbox"/> 家族からの前向きな発言 <input type="checkbox"/> 在宅療養において困っていることの有無		

退院支援の最終評価

・患者・家族の自己決定を尊重した退院支援プロセスとなっていたか

在宅

・患者・家族が希望する生活が送られているか
 ・患者・家族が不安なく過ごしているか
 ・患者の病状に大きな変化はないか
 ・医療処置の対応がスムーズにできているか
 ・介護する者の負担は増大していないか
 ・在宅ケアチームの連携は図れているか
 ・病院への相談はスムーズに行えているか
 ・施設入所あるいは再入院になっていないか
 ・情報、アセスメント内容提供不足による問題が生じていないか

施設

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

転院

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

各シート

3

(1)

地域からの入院時情報シート

地域からの入院時情報シート使用方法

1. 目的

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

2. 作成意図

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

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

3. 活用場面

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

4. 活用のポイント

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

入院時情報シート

作成日 平成 年 月 日

医療機関名

様

◆シート作成元

事業所名	
所在地	〒
TEL	FAX
担当者	

※以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

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

◆受診状況

(主治医意見書作成者に☑)

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

◆介護保険情報

認定情報	未申請・申請中・認定済み	被保険者番号	保険者
	要介護 (平成 年 月 日～ 年 月 日)		認定日 平成 年 月 日
障害高齢者の自立度 ()	認知症高齢者の日常生活自立度 ()	介護保険負担限度額認定 (有・無)	
介護保険サービス利用状況 (種別・頻度等)		介護保険外サービス利用状況 (内容・頻度等)	

※退院に向けてのお願い

- 退院が決まり次第、上記担当者へご連絡を頂ければ幸いです。
- 必要に応じて退院時の情報提供をお願い致します。
- その他・特記 ()

アセスメントシート		利用者氏名	様	平成	年	月	日	補足情報		
健康状況	主疾病									
	麻痺・拘縮	なし・麻痺あり・拘縮あり	部位 ()							
	痛み	なし	あり	部位 ()						
	褥瘡	なし	あり	治療中	部位 ()					
ADL	皮膚疾患	なし	あり	治療中	部位 ()					
	寝返り	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	起き上がり	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	座位	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	移乗	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	屋内歩行	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	屋外歩行	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	使用機器	特殊寝台・車椅子・歩行器・杖 ()								
	更衣	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	身だしなみ	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
食事	入浴	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	摂取状況	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助					
	嚥下	1. できる	2. 見守り	3. できない						
	食事形態	主食 () 副食 ()		経腸栄養 ()						
	栄養状態	良	普	悪	不良	アレルギー	なし	あり		
	水分摂取	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助					
	口腔状態	自菌		義歯：上		下		部分		
口腔ケア	1. 自立	2. 見守り	声かけ	3. 一部介助	4. 全介助					
排泄	排尿	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助					
	排便	1. 自立	2. 見守り	3. 一部介助	4. 全介助	下剤の使用：あり	なし			
	失禁	尿失禁：あり		なし	便失禁：あり		なし			
	日中	トイレ	PT	尿器	オムツ	留置カテーテル				
	夜間	トイレ	PT	尿器	オムツ	留置カテーテル				
IADL	調理	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	掃除・洗濯	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	買い物	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	ゴミ出し	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	火気管理	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	金銭管理	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	薬の管理	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	電話の利用	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
	交通機関の利用	1. できる	2. 一部介助	3. 全介助						
コミュニケーション	視力	問題なし・はっきり見えない・殆ど見えない			眼鏡：なし・あり					
	聴力	問題なし・はっきり聞こえない・殆ど聞こえない			補聴器：なし・あり					
	言語	問題なし・問題あり								
	意思疎通	できる・時々できる・困難								
認知と行動	物忘れ	なし	あり	認知症確定診断	あり	なし				
	意思決定	できる・特別な場合以外はできる・困難								
	行動・心理	抑うつ	不安	興奮	被害的	作話	昼夜逆転			
	症状	同じ話の繰り返し	大声	介護拒否	落ち着きなし					
介護力	収集	独り言	徘徊	その他 ()						
	介護者	あり (氏名:)		続柄: ()		なし				
	介護者の健康	健康	高齢	病身	介護者の負担感	あり	なし			
社会との関わり	介護の提供	常時可		日中のみ		夜間のみ				
	社会参加	なし	あり	内容						
	対人交流	なし	あり							
居住環境	地域の協力	なし	あり							
	特別な状況	問題なし 問題あり ()								
特別な状況	1. 一人暮らし	2. 日中独居	3. 成年後見制度利用							
	4. 生活保護	5. ターミナル	6. その他							

(2)

スクリーニングシート

スクリーニングシート 使用方法

1. 目的

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

2. 作成意図

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

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

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

3. 活用場面とポイント

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

- (1) 一般的なスクリーニングは入院から48時間以内とされているが、患者の状況によっては48時間でも治療方針が定まらない場合もある。そのため、1段階目は入院から治療方針が決まる時期としている。退院支援計画書の作成着手は入院から7日以内と定められている。この点も踏まえて活用して欲しい。(参照：P29 退院支援計画書、出典：厚生労働省)
- (2) 2段階目は治療開始から安定期の時期に活用して欲しい。
- (3) 2段階目でチェックの入った患者に対して、具体的な退院支援・退院調整を進めていくことが必要である。その時に院内での役割を明らかにしておくことが必要である。これらの項目を参考にした上で個別的なアセスメントを行い、退院支援計画を立てられるとよい。
- (4) 入院前から患者・家族の抱える課題については、このシートには付加していない。
健康保険の未加入、身寄りが無い、住所不定又は虐待の可能性がある等は、別途スクリーニングや支援が必要である。

スクリーニングシート

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

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

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

参 考

退院支援計画書

(患者氏名) _____ 殿

入院日:平成 年 月 日

計画日:平成 年 月 日

変更日:平成 年 月 日

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

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

(病棟退院支援計画担当者) 印

(退院調整部門退院支援計画担当者) 印

(本人)

(3)

初期アセスメントシート
(医療・ケア)

初期アセスメントシート使用方法

1. 目的

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

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

2. 作成意図

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

3. 活用場面とポイント

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

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

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

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

医療に関する初期アセスメントシート

1. 病状確認・治療方針・今後の予測

(1) 入院治療による回復の可能性、退院時の状態像の一致を図る

- ① 治療により、どの程度まで回復できるのか
- ② 症状緩和・緩和ケアは提供できているか
- ③ 治療はいつまで続けられるのか
- ④ 退院後も継続するものであれば、どのように調整する必要があるのか

(2) 病状の経過における患者のステージの一致を図る

- ① 進行・重症化を予防する指導・支援ができているか
- ② 今後起こり得る変化について予測し、その際どのような医療が必要となるかを準備調整する必要がある
- ③ 治療の効果は得られず、症状緩和あるいは緩和ケアへの移行の必要がある

(3) 新たに必要となる医療処置・医療管理内容の一致を図る

- | | |
|-----------------------------|------------------|
| ① 在宅中心静脈栄養法 | ⑥ 経腸栄養法 |
| ② 在宅酸素療法 | ⑦ 人工肛門造設 |
| ③ マスク式人工呼吸器 | ⑧ 気管カニューレ使用による吸引 |
| ④ 膀胱留置カテーテル ^{ぼうこう} | ⑨ 血糖測定・インスリン自己注射 |
| ⑤ 在宅自己導尿 | ⑩ 疼痛・創処置管理 |

2. 患者・家族への説明内容・理解・受け止め状況

(1) 病状について正しく理解されているのか

- ① 理解されていない場合、どのような調整を必要とするのか

(2) どのように受けとめているのか

- ① 患者の病状のステージの受けとめ方にズレはないのか

(3) 今後、どのようなことを希望しているのか

- ① 患者の病状と希望の内容にズレはないのか
- ② ズレがある場合、どのように調整することが必要なのか

3. 患者の自己管理能力・サポート体制の明確化

(1) 自己管理はどの程度可能なのか

- ① 病状の理解度が上がれば自己管理可能なのか
- ② 患者の制約条件で自己管理を阻んでいるものはないか

(2) サポートできる体制はどの程度あるのか

- ① 家族の理解度が上がればサポート体制に変化が生じるのか
- ② 家族の制約条件でサポートを阻んでいるものはないか
- ③ 在宅医療によるサポートが必要か

ケアに関する初期アセスメントシート

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

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

- ① 食事
- ② 清潔行為（入浴・洗髪・洗面・歯磨き）
- ③ 更衣・整容
- ④ 排泄
- ⑤ 運動・移動

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

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

2. 家屋評価を行う

以下の視点でアセスメントし、課題を抽出する

- トイレ：段差の有無、広さ、手すりの有無、洋式又はウォシュレットの有無
- 浴室：段差の有無・広さ・手すりの有無・浴槽の深さ・出入りの方法
- 家屋内移動：玄関段差・患者用居室の有無並びに位置・居室からトイレ、浴室及び食堂への移動環境

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

(2) 不都合の点を解消するために必要な方法を選択する

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

(4)

地域における社会資源情報・病院機能別
情報シート

地域における社会資源情報・病院機能別 情報シートのご使用方法

1. 目的

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

2. 作成意図と構成

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

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

3. 活用場面とポイント

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

これから利用できる病院の医療機能をイメージしてみよう

イメージ図

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

（備考）

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

自宅以外での療養先一覧

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

(参考)

あんしんなっとく高齢者向け住宅の選び方

http://www.fukushihoken.metro.tokyo.jp/kourei/koho/sumai_sasshi.html

経済的な主な保障制度

1. 傷病手当金

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

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

2. 傷病手当

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

3. 労災保険の休業（補償）給付

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

4. 障害基礎年金

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

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

5. 障害厚生年金・障害共済年金

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

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

6. 特別障害者手当（国制度）

20歳以上で、重度の障害があるため、日常生活に常時特別な介護が必要な方（おおむね、身体障害者手帳1、2級、愛の手帳1、2度程度で、かつそれらが重複している方。又は、これらと同等の疾病、精神障害の方。※各種手帳を取得してなくても可）

ただし、次に該当する方は除く。

- (1) 施設入所者
 - (2) 病院等に3ヶ月を超えて入院している方
- *月額 26,080円（所得制限がある。）

【お問い合わせ先】

東京都心身障害者福祉センター 調整課 手当係

Tel:03-3203-6141(代表)

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

7. 重度心身障害者手当（東京都制度）

心身に重い障害を有し、かつ日常生活において、常時複雑な介護を必要とする方

- (1) 重度の知的障害であって、著しい精神症状を有する方
- (2) 重度の知的障害と重度の身体障害が重複している方
- (3) 両上肢及び両下肢の機能が失われ、かつ、座位困難な方

ただし、次に該当する方は除く。

- (1) 65歳以上の新規申請者
- (2) 施設入所者
- (3) 病院等に3ヶ月を超えて入院している方

*月額 60,000円（所得制限がある。）

【お問い合わせ先】

東京都心身障害者福祉センター 調整課 手当係

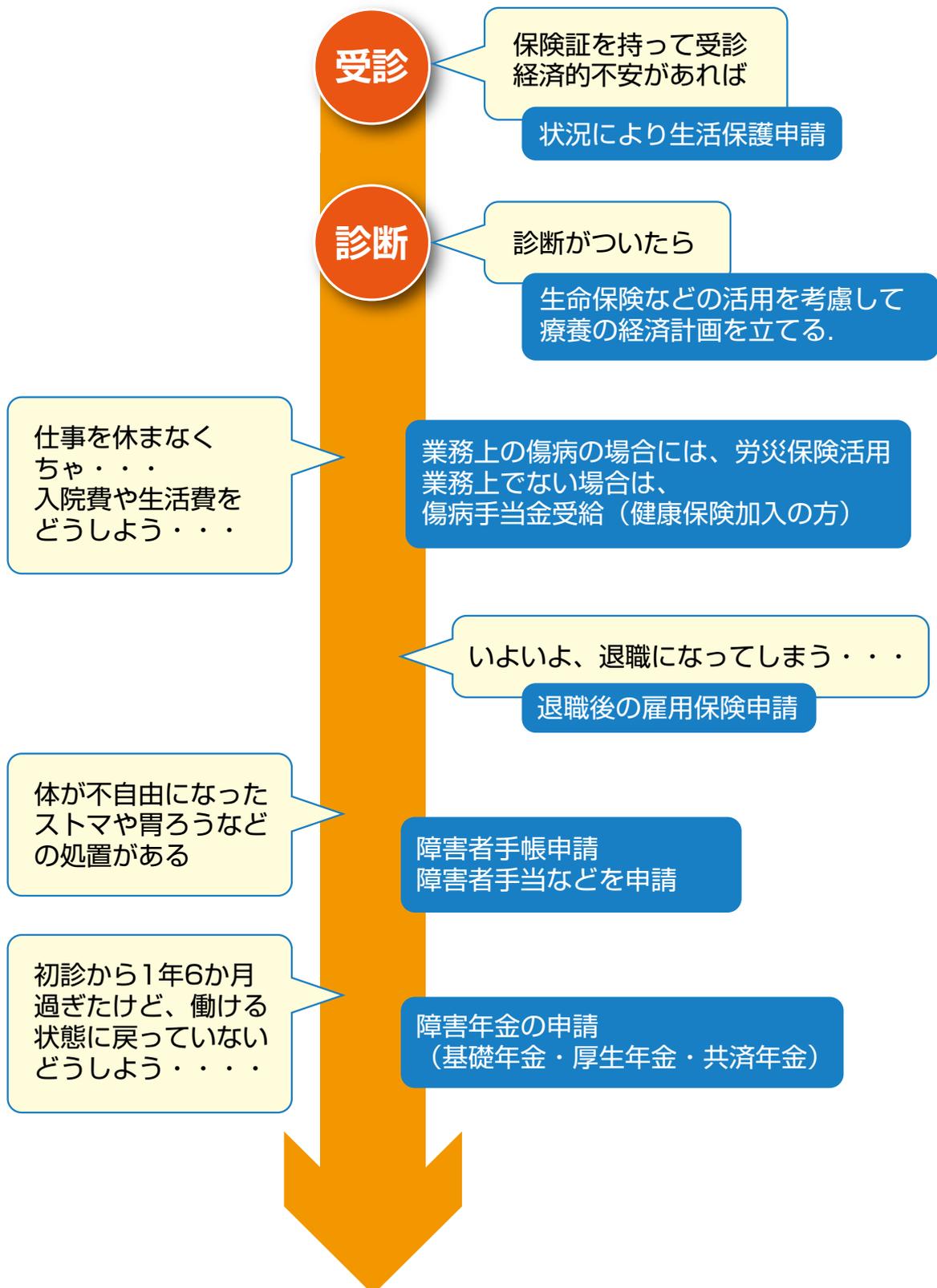
Tel:03-3203-6141(代表)

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

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

*金額は平成25年12月現在

傷病・障害への経済的保障制度の利用



在宅サービスの種類：在宅で利用できるサービスを知りイメージしてみよう

家で暮らしたい

医療サービスを受ける（医療保険・高齢者医療を利用）

- 訪問診療
- 訪問歯科診療
- 訪問看護（病名により医療保険を優先利用する）
- 訪問リハビリテーション
- 訪問薬剤指導

訪問看護で医療保険を優先利用する病名

多発性硬化症	ライゾーラム病
重症筋無力症	副腎白質ジストロフィー
スモン	脊髄性筋萎縮症
筋萎縮性側索硬化症	球脊髄性筋萎縮症
脊髄小脳変性症	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
ハンチントン病	パーキンソン関連疾患
進行性筋ジストロフィー症	パーキンソン病（状態による条件あり）
多系統萎縮症	後天性免疫不全症候群
プリオン病	頸髄損傷
亜急性硬化性全能炎	人工呼吸器を使用している状態

介護サービスを受ける（介護保険を利用）

- 訪問介護
- 訪問入浴介護
- 訪問看護（病名により医療保険を優先利用する場合もある）
- 訪問リハビリテーション
- 居宅療養管理指導
- 通所介護
- 通所療養介護
- 通所リハビリテーション
- 短期入所生活介護
- 短期入所療養介護
- 福祉用具貸与・特定福祉用具販売
- 定期巡回・随時対応型訪問介護看護
- 夜間対応型訪問介護
- 認知症対応型通所介護
- 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＋訪問看護等）
- 住宅改修

障害や難病などでは介護保険だけではサービスが不足する時
（障害者総合支援法を利用）

- 居宅介護
- 重度訪問介護
- 同行援護
- 行動援護
- 補装具
- 重度障害者等包括支援
- 短期入所
- 地域生活支援事業

(5)
指導シート

医療処置指導シートの使用方法

1. 目的

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

2. 作成意図

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

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

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

3. 活用場面とポイント

医療処置の指導を自院の指導内容と照らし合わせ、活用する。

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

医療処置指導シートの特徴を下記に示した。

- （1）生活を意識した個別性が取り入れられるように指導のポイントを明らかにした。
- （2）災害時や機器等のメンテナンス、病状悪化や緊急時の対応についても記載した。
- （3）「退院までの準備」は退院直前に医療処置に特化して確認しておくべき内容とした。
- （4）診療報酬の留意点を盛り込み、退院後に使用する衛生材料の供給方法も確認する。
- （5）各シートに記載された診療報酬は、平成24年4月版を反映している。
- （6）診療報酬が改定された場合は、算定内容等を確認する。

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

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

- (1) 在宅中心静脈栄養法（HPN）の適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、在宅中心静脈栄養法（HPN）導入を患者・家族に同意を得る。
- (3) 主治医に輸液内容、投与時間を確認する。

輸液ポンプはメーカーにより取扱いが変わるので、自院に通院で行う、若しくはかかりつけ医又は、新たに訪問診療医を導入するか確認し、レンタル契約業者を確認しましょう。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

- ①目的
- ②1日の輸液量と1時間量の設定

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

(2) 輸液ポンプについての指導

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

(3) 日常生活に関わる指導

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

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

(4) 輸液管理についての指導

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

区市町村で異なります。訪問看護師等に確認しましょう。

(5) 機器のメンテナンスとトラブル時の対応体制を業者に確認

(6) 患者自身の病状悪化や緊急時の対応

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

(7) 退院後に通院する医療機関の調整

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

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

(8) 地域支援サービスの利用を検討

- ①調剤薬局、訪問看護や訪問診療医の導入を検討する。

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

(9) 緊急時の受け入れ医療機関の確認

(10) 災害時に備えた対応

- ①予備電池の充電を常時行う。

3. 退院までの準備

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

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

4. 診療報酬上の留意点

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

在宅酸素療法（Home Oxygen Therapy : HOT）

1. 在宅酸素療法（HOT）導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

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

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

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

(2) 機器についての指導（酸素機器業者と共に実施）

- ①機器について
- ②日常の管理
- ③必要な環境
- ④カヌラ・マスクの管理

酸素流量5 L／分以上の場合は加湿器に蒸留水を入れるよう指導しましょう。

(3) 日常生活に関わる指導

自宅環境、トイレ・浴室への動線の確認を行っておきましょう。
入浴時の酸素の指示を確認し、入浴方法についての実施指導を行うとよいでしょう。

(4) 機器のトラブル、患者自身のトラブル時の対応

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

起こりやすいトラブル、起こりうる緊急時を予測して指導を行うとよいでしょう。

(5) 退院後に通院する医療機関の調整

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

(6) 地域支援サービスの利用を検討

療養生活の安定を図るために・・・

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

(7) 緊急時の受け入れ医療機関の確認

(8) 災害時に備えた対応

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

濃縮器は電源の確保が必要です。停電時の対応は忘れないようにしましょう。

マスク式人工呼吸器

非侵襲的陽圧換気療法 (Noninvasive Positive Pressure Ventilation : NPPV)

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

- (1) 非侵襲的人工呼吸器 (NPPV) の適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、非侵襲的人工呼吸器 (NPPV) 導入を患者・家族に同意を得る。
本人もしくは家族が基本的管理及びマスク等の着脱を行うことを説明し、同意を得る。
- (3) 非侵襲的人工呼吸器 (NPPV) の条件設定と機種選定
患者の病態によって酸素投与を併用する。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

患者・家族の理解度を考慮し、行いましょう。

①目的

- ②指示通りの設定や装着時間 (1日トータルでの装着時間の設定)

(2) 機器についての指導 (人工呼吸器業者と共に実施)

①機器について

②マスクの装着方法と管理

③回路の確認と設定の確認

④フィルターの交換や加温加湿器の水の交換

⑤アラーム時の対応

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

(3) 日常生活に関わる指導

①ADLや病態に応じた食事、入浴方法

②睡眠時間の確保

③排便コントロール

④移動の方法 (車椅子の設置など)

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

(4) 機器のメンテナンスとトラブル時の対応体制を業者に確認

(5) 患者自身の病状悪化や緊急時の対応

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

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

(6) 退院後に通院する医療機関の調整

- ①「在宅人工呼吸器指導管理」を行う医療機関と外来通院、若しくは訪問診療医の選定や調整

自院か、他院か。自院でない場合、業者との契約など確認する必要があります。

(7) 地域支援サービスの利用を検討

- ①早期から訪問看護や訪問診療医の導入を検討する。

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

- ②人工呼吸器のため訪問看護は医療保険

対応となる。

- ③レスパイトの受け入れ先が確保できる
よう調整する。

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

(8) 緊急時の受け入れ医療機関の確認

(9) 災害時に備えた対応

- ①病状や使用時間に応じ、外部バッテリーの有無（バッテリー対応時間）を検討する。
- ②車のシガーレットアダプターやアンビュバックの要否を医師と検討する。

3. 退院までの準備

- (1) 必要な支援の介入調整ができています。
- (2) 生活に合わせた機器の設置日程の調整、設置場所の確認をする。
- (3) 非侵襲的人工呼吸器（NPPV）に必要な医療材料の供給が確保できている。

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

4. 診療報酬上の留意点

- (1) 在宅人工呼吸療法指導管理料 2,800 点
 - ①人工呼吸器加算（鼻口マスク式） 6,480 点
 - ②酸素を使用する場合：酸素濃縮装置加算 4,000 点
 - ：携帯用酸素ボンベ加算 880 点

ぼうこう 膀胱留置カテーテル

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

1. ぼうこう留置カテーテル導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

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

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

- ①目的
- ②カテーテル留置の構造

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

(2) 日常の管理について

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

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

区市町村で異なります。訪問看護師等に確認しましょう。

(3) 日常生活に関わる指導

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

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

(4) 緊急時の対応

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

(5) 災害時に備えた対応

予期しないトラブルも含め、予備の物品一式を在宅に常備しておくようにしましょう。

3. 退院までの準備

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

4. 診療報酬上の留意点

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

診療報酬上の算定要件を医事課担当者と確認しましょう。

在宅自己導尿

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

1. 在宅自己導尿導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

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

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 導入に向けての指導

①目的

②指示通りの導尿回数

(2) 日常の管理について

①カテーテルの取扱（洗浄・消毒・乾燥方法・交換の頻度など）

②医療廃棄物の処理方法

区市町村で異なります。訪問看護師等に確認しましょう。

(3) 日常生活に関わる指導

①日常の体調管理と観察のポイント

②外出先でも実施できるような工夫

(4) 緊急時の対応

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

(5) 災害時に備えた対応

予想しないトラブルも含め、予備の物品一式を在宅に常備しておくようにしましょう。

3. 退院までの準備

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

退院時に渡すカテーテルなどは、ここから供給します。

4. 診療報酬上の留意点

- (1) 在宅自己導尿指導管理料 : 1,800 点
 - ①間歇導尿ディスプレイカテーテル使用加算 : 600 点

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

経腸栄養法（胃ろう・経鼻カテーテル）

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

1. 胃ろう選択における医療者と患者・家族との合意形成

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

経鼻カテーテルはエア確認を介護者が行えることが前提です。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

- (1) 経腸栄養剤（経腸栄養食品）の準備
 - ①経腸栄養剤の選定、薬剤か栄養食品
 - ②1日の必要量、注入時間
- (2) 日常生活に関わる指導
 - ①入浴方法
 - ②注入前から終了後、上半身を挙上（ベッドアップ）する。
 - ③イリゲーター、接続ルート、注射器の管理方法
- (3) 胃ろうチューブ・ボタン等のトラブル、患者自身のトラブル時の対応
 - ①胃ろう挿入部の浸出や感染、肉芽の有無
 - ②下痢^{えん}や誤嚥^{えん}、皮膚などの身体症状の観察と対処方法
- (4) 地域の訪問看護ステーションとの連携
- (5) 地域のかかりつけ医、在宅療養支援診療所の検討
(胃ろう交換が可能か、不可能な場合は病院主治医に交換予定の確認)
- (6) 地域支援サービスの利用を検討
 - ①介護保険の確認
入院中にケアマネジャーと胃ろうの介護ができる訪問介護サービスの確認をする。
 - ②自宅環境の整備
介護用ベッド、自宅の環境によりスタンドが必要か、鴨居などの利用でよいのかの確認
- (7) 災害時に備えた対応

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

入浴は可能です。胃ろう部はティッシュこより等で工夫し保護しましょう。

食器と同じように洗浄・乾燥させましょう。

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

3. 退院までの準備

経腸栄養剤は2週間分程度確保し、予備の物品一式を常備しておくようにしましょう。

- (1) 必要物品の準備（往診日までに不足がないようにする）及び供給方法の明確化
- ①経腸栄養食品は事前に準備する。
 - ②イリゲーター、投薬用シリンジ、経鼻カテーテルの固定用テープなどの供給方法
- (2) 退院後の初回受診日の決定若しくは退院後の医療機関の受診方法及び日程の決定
- (3) 退院時訪問看護指示書とともに特別指示書があれば退院後2週間は訪問看護師の判断で必要な訪問看護ができ、再入院の予防ができる。

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

4. 診療情報上の留意点

- (1) 在宅時医学総合管理料 ※有床、無床、処方箋の有無によって点数が異なる
（在宅医療に移行後3月以内の期間、月1回在宅移行早期加算：100点）
*エンシュア、ラコール等未消化状態たんぱくを含む半固形中入食に必要なイルリガードル・投薬用シリンジなどの物品はこの管理料に含まれる。
- (2) 在宅成分栄養経管栄養法指導管理料 : 2,500点
エレンタール・エレンタールP：ツインラインのみ
*特定保険医療材料請求はできない。
- ①在宅成分栄養経管栄養法栄養管セット加算：2,000点
 - ②注入ポンプ加算 : 1,250点

人工肛門造設 (stoma)

1. 人工肛門造設にあたり医療者と患者・家族との合意形成

- (1) 人工肛門の適応を主治医に確認する。
- (2) 主治医が患者・家族に説明し、人工肛門造設を患者・家族に同意を得る。
- (3) 手術前にストマについての説明と造設部位のマーキングを行う。

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 造設に向けての指導

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

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

(2) 装具の装着方法と日常生活に関わる指導

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

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

(3) 装具のトラブルが続くときの対応

(4) 身体障害者手帳の認定申請

(5) 退院後に通院する医療機関の調整

- ①「ストマ管理」を行う医療機関と外来通院

(6) 地域支援サービスの利用を検討

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

(7) 災害時に備えた対応

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

3. 退院までの準備

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

4. 社会保障制度について

(1) 身体障害者手帳

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

(2) 障害年金

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

(3) 医療費控除

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

気管カニューレ使用による吸引

1. 気管カニューレ導入にあたり医療者と患者・家族との合意形成

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

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

2. 在宅療養に向け患者・家族へ指導

(1) 気管カニューレについての吸引の指導

- ①在宅で使用する吸引器の決定と導入
- ②家族指導

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

(2) カニューレ抜去時の対応について

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

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

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

(3) 日常生活に関わる指導

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

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

(4) 緊急時の対応

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

(5) 在宅療養支援診療所と訪問看護ステーションの連携

(6) 介護保険によるケアマネジャーとの連携

- ①地域支援サービスの利用を検討
- ②たんの吸引等ができる訪問介護サービスの導入

認定を受けた介護福祉士、ヘルパーはまだ少なく、登録事業所自体地域差がある。患者が初めての在宅療養移行の場合は、退院日から安全な吸引をヘルパーに行ってもらうために、入院中に看護師が吸引行為を指導する。（たんの吸引等の特定行為の認定を受けたヘルパーは、指導を受ける必要ない。）ケアマネジャーと連携を取り、早めに計画を立てる。訪問看護を導入する場合は、たんの吸引等の指導看護師登録をしているステーションでなければ、今後ヘルパー交代した際、特定行為の認定を行うことができない。

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

具体的行為：たんの吸引

（口腔内、鼻腔内、気管カニューレ内部）、経管栄養（胃ろう又は腸ろう、経鼻経
管栄養）

（7）災害時に備えた対応

吸引器の内部バッテリーの確認と簡易吸引器の整備を行きましょう。

3. 退院までの準備

（1）予備のカニューレやカテーテル、消耗品の準備（往診が初回訪問する日程に配慮した量）

（2）退院後の初回受診日を決定

4. 診療報酬上の留意点

（1）在宅気管切開患者指導管理料 : 900点

加算 ①気管切開患者用人工鼻 : 1,500点

②介護職員等喀痰吸引等指示料 : 240点

*患者1人につき3月に1回に限り算定

（2）在宅寝たきり患者処置指導管理料 : 1,050点

診療報酬上の算定要件を医事課担当者と確認しましょう。

(6)

退院前カンファレンスシート

退院前カンファレンスシートの使用法

1. 目的

患者・家族の退院後の生活に向けた希望を確認することが第一歩である。

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

2. シートの種類と構成

(1) <退院前カンファレンスが必要な事例>シート

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

(2) <退院前カンファレンス議題(例)>シート

ある事例のカンファレンス議題を示した。

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

(3) <カンファレンス出席者・協議内容記載>シート

カンファレンスへの出席者と内容を記録して、患者・家族への確認とサインをもらい、カルテに記載しておく様式である。カンファレンスの中で確認・検討された、「患者・家族や関係者と共有すべき内容」について、職種ごとに記入する。

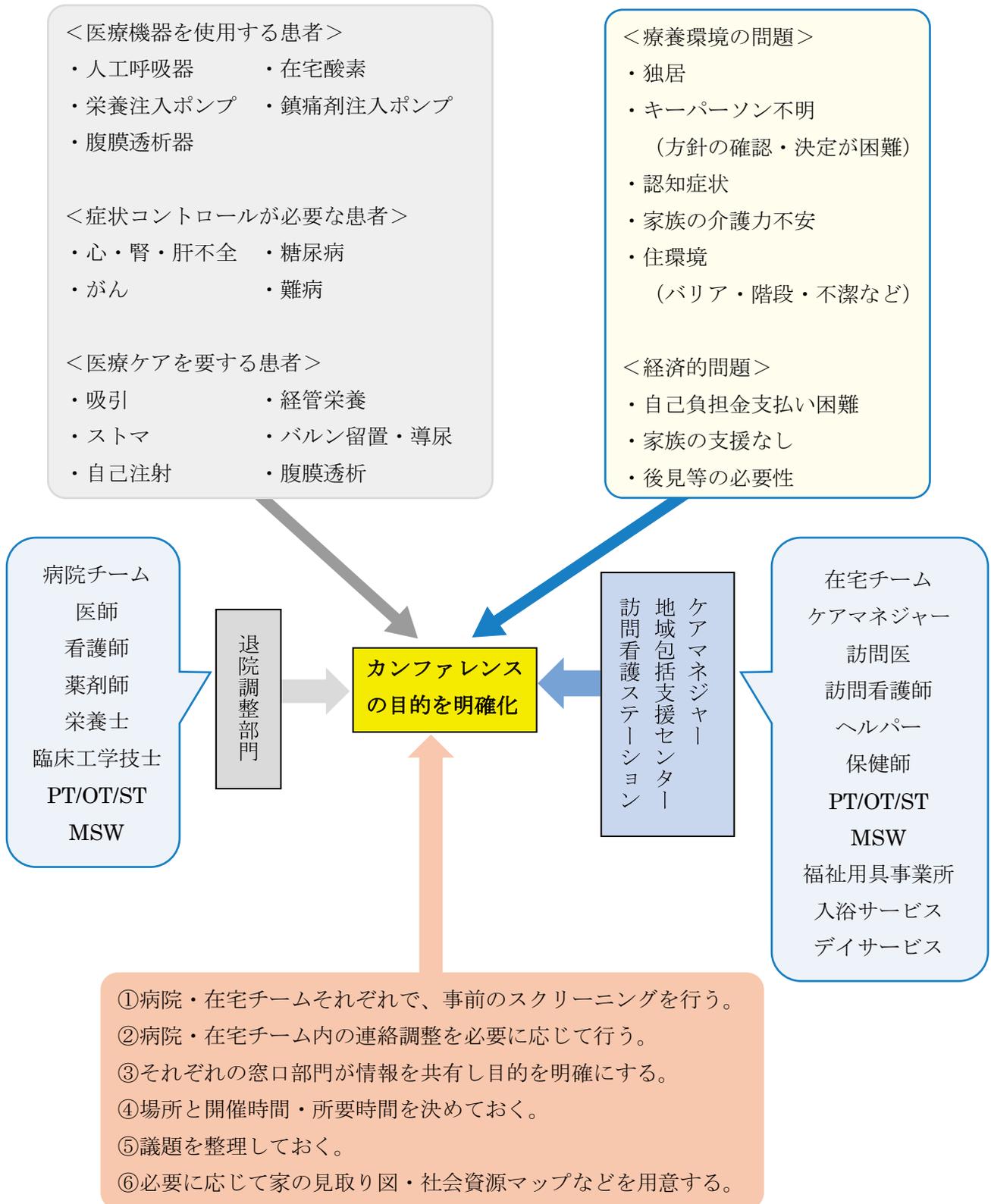
以下の医療保険点数を算定できる。ケアマネジャーとのカンファレンスで介護支援連携指導料算定の場合には、ケアプラン(暫定でも可)の内容などをカルテに記載する。

(退院時共同指導1、2・介護支援連携指導料)

3. 活用のポイント

- (1) 退院前カンファレンスが必要な事例について、スクリーニングシートや病棟カンファレンスなどで検討し、病院チームと在宅チームの各窓口を決めて、カンファレンスの目的を明確化することが重要である。
- (2) 医療機器を使用する患者の場合には、機器の業者や医療的ケアができるヘルパーがいる介護事業所などとの連携も重要になることを理解する。必要に応じて、関係機関マップ・連絡先一覧や、家の見取り図や暫定のケアプランなども参考にするとよい。
- (3) 医療保険算定上必要とされる項目を記載したカンファレンスシートがあるため、カンファレンス参加者と確認・検討した内容を記入してカルテに残しておく。診療報酬が改定された場合には、算定内容を確認する。

〈退院前カンファレンスが必要な事例〉



〈退院前カンファレンス議題（例）〉シート

〇〇様 退院前カンファレンス

(病名

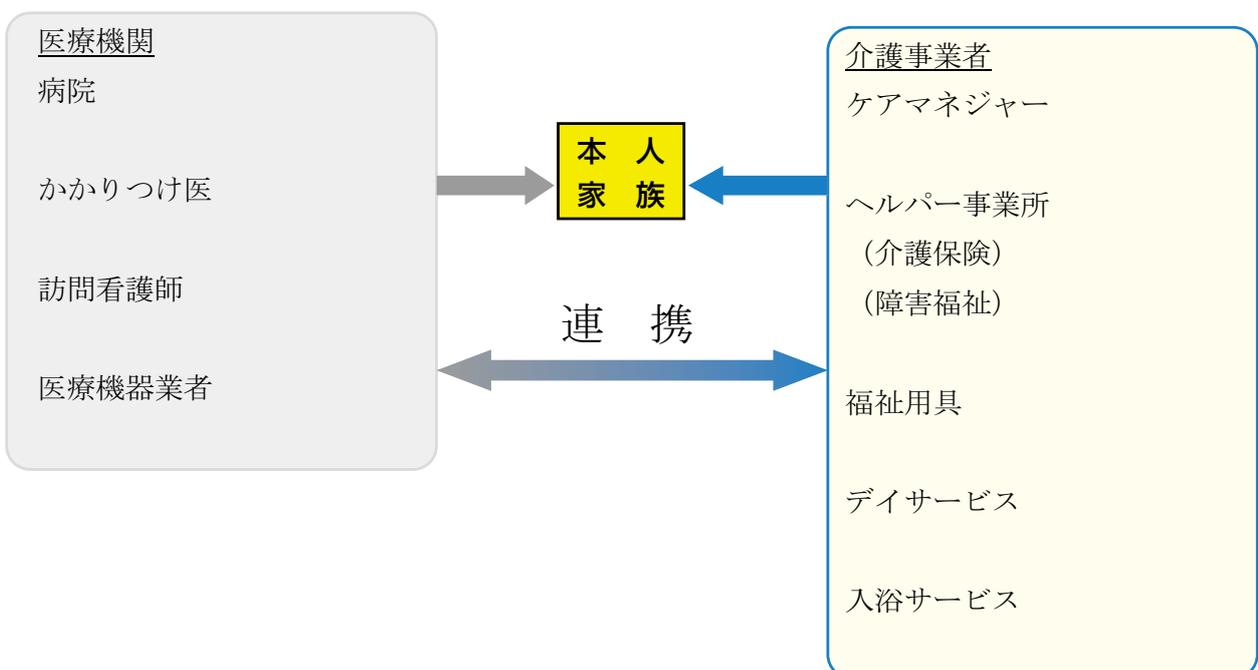
使用医療機器など

)

議題

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

〈関係機関マップ：業者と連絡先〉



〈カンファレンス出席者・協議内容記載〉シート

氏名
I D
病棟

実施日 年 月 日

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

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

本人・家族の希望や不安

希 望 や 不 安	
-----------------------	--

退院後の療養生活に係わる注意点・確認事項・課題

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

院 外	かかりつけ医(医療機関名 氏名)
	訪問看護ステーション(ステーション名 氏名)
	(ステーション名 氏名)
	ケアマネジャー(事業所 氏名)
	職種 事業所名 氏名
職種 事業所名 氏名	

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

(7)

地域への情報提供シート
(看護サマリーシート)

地域への情報提供シート（看護サマリーシート）使用方法

1. 目的

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

2. 作成意図

退院前に患者・家族が病状や治療の理解ができているか、希望する療養場所の意思決定プロセスを看護師が確認することが療養生活の継続には不可欠である。

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

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

3. 活用場面

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

既にサマリーの形式が決まっている病院も患者・家族の意思確認の項目だけでも参照してほしい。

4. 活用のポイント

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

12. 継続する医療及び医療処置

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

HPN（輸液内容、量、間歇^{けつ}か持続か、ポンプメーカー）

点滴（末梢、CV、CVポート、内容、量）

インスリン注射（薬剤名、量、時間、BS値）

尿留置カテーテル（経尿道・膀胱^{ぼうこう}ろう・腎ろう、カテーテル種類、サイズ、交換頻度と次回の交換日）

ドレーン管理（挿入部、包交頻度、通常の排液量）

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

気管切開（永久気管孔、カニューレの種類、交換頻度）

人工呼吸器（機種、設定、回路交換者）

在宅酸素（流量、時間、機種、携帯ボンベの有無）

ストマ、ウロスミー（部位、使用装具の詳細、交換頻度）

透析（血液・腹膜、時間、透析液濃度、機器メーカー）

褥瘡（部位、処置内容）

吸引（吸引頻度）

(2) 誰が医療管理を行うのか（誰に指導したか）

どこまで指導できているか、その達成度はどうか

(3) 今後の医療管理を担う所はどこか

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

13. 今後の医療的サポートについて

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

14. その他利用する必要性のあるサポート

リハビリテーション、薬局、訪問介護、福祉用具など

15. 保険、公費情報

要介護度、難病、身障、生保など

参 考 資 料

東京都在宅療養推進会議 退院支援検討部会委員名簿

(平成 25 年 5 月 10 日～平成 26 年 3 月 31 日)

区分	委員氏名	所属
学識経験者	宇都宮 宏子◎	在宅ケア移行支援研究所宇都宮宏子オフィス 代表
	永田 智子	東京大学大学院医学系研究科地域看護学分野 准教授
	坂井 志麻○	東京女子医科大学看護学部 講師
病院代表	黒崎 恵子	東京厚生年金病院看護部 看護師
	山内 真恵	武蔵野赤十字病院看護部 外来看護係長
	山岸 清美	東京慈恵会医科大学葛飾医療センター看護部 看護管理師長
	北浦 利恵子	公立福生病院 看護師
	平岡 久仁子	帝京大学医学部附属病院医療連携・相談部医療福祉相談室 社会福祉士
	名田部 明子	医療法人財団慈生会野村病院 地域連携室主任
在宅・地域代表	井上 多鶴子	公益社団法人板橋区医師会 板橋区医師会在宅医療センター 在宅看護部長
	平原 優美	公益社団法人日本訪問看護財団 あすか山訪問看護ステーション 統括所長
	山本 繁樹	立川市南部西ふじみ地域包括支援センター センター長
	鈴木 道	医療法人社団緑の森さくらクリニック 医療相談員
	西本 裕子	中野区江古田地域包括支援センター 所長代理
行政機関	笹井 敬子	福祉保健局医療改革推進担当部長
	田中 修子	福祉保健局保健政策部地域保健推進担当課長

◎・・・部会長 ○・・・副部会長

オブザーバー		
東京都在宅療養推進会議 会長	新田 國夫	医療法人社団つくし会 理事長
東京都在宅療養推進会議 会長代理	呉屋 朝幸	杏林大学医学部附属病院 副院長

東京都退院支援マニュアル

登録番号(25)360

発行 平成 26 年 3 月
編集発行 東京都福祉保健局医療政策部
東京都新宿区西新宿二丁目 8 番 1 号
電話 03 (5320) 4446 (直通)
03 (5321) 1111 内線 33-324

印刷 東京都大田福祉工場
東京都大田区大森西二丁目 22 番 26 号
電話 03 (3762) 7611 (代表)

