

**東近江保健医療圏域における
病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き
〈第4版〉**

令和7年10月

東近江圏域入退院支援ルール評価検討会

～ 目 次 ～

1 はじめに	P 1
2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携	
①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合	P 2
②新たに介護保険サービスを受ける場合	P 3
③退院調整が必要な患者像	P 4
④退院に向けて共有したい情報	P 5
⑤運用にあたっての補足	P 7
⑥東近江圏域フィードバックについて	P 9
⑦入退院時のリハビリテーションに関する連携	P 10
⑧入退院時の口腔に関する連携	P 11
⑨入退院における連携窓口一覧	P 12
⑩東近江圏域における地域包括支援センター設置状況一覧	P 13
⑪東近江圏域訪問看護ステーション一覧	P 14
3 様式	
①入院時情報提供書	
＊滋賀県介護支援専門員連絡協議会 作成様式	P 15
＊東近江市 作成様式	P 16
②退院に向けてのききとりシート	
＊滋賀県介護支援専門員連絡協議会 作成様式	P 17
＊東近江市 作成様式	P 19
③退院支援アセスメントシート（参考）	P 21
出典：在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス	
4 参考資料	
①「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について	P 24
出典：滋賀県介護支援専門員連絡協議会	
②退院に向けてのききとりシートの位置づけについて	P 28
出典：滋賀県介護支援専門員連絡協議会	
③お口いきいきチェックシート	P 34
④在宅療養を安全にスタートするためのチェックシート	P 36
出典：大阪府入退院支援の手引き	
⑤終末期医療 アドバンス・ケア・プランニング（ACP）から考える	P 37
出典：日本医師会	
⑥入退院支援の現状と課題	P 41

1 はじめに

県内のどこに住んでいても、住み慣れた地域や望む環境で、自分らしい暮らしを、人生の最終段階まで安心して続け、本人の希望にそった最期を迎えることができること、それが県の目指す在宅医療の姿です。

今後、高齢化がより一層進行する中で、脳血管疾患の後遺症や骨折後のADLの低下、慢性疾患の療養など、身体機能が低下し、医療・介護の支援を受けながら病院と在宅を行き来して生活する方がさらに増加していくことが予測されています。医療・介護が必要な在宅療養者に対する、地域での「生活（暮らし）を分断」することなく、「生活（暮らし）の継続」を支える在宅医療のさらなる充実が求められています。このためには、切れ目のない在宅療養支援体制を構築していくことが求められており、病院スタッフやケアマネジャーを含む在宅療養支援者による適切で円滑な入退院支援が重要となってきます。

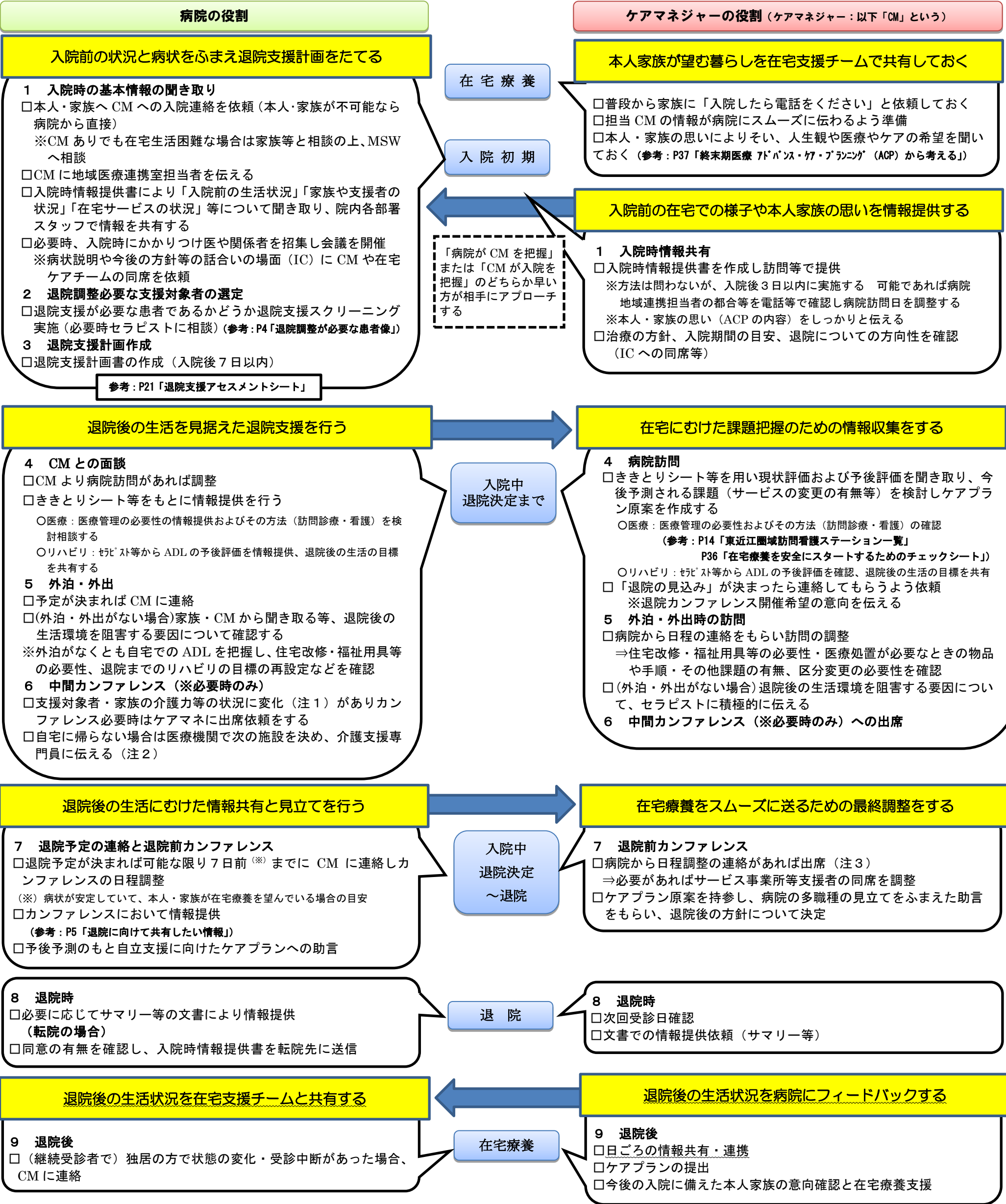
東近江圏域においては、平成26年度に「入院から退院時における医療機関と介護支援専門員との連携の流れ」を作成し、平成27年度には「東近江保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き」を作成、その後も第2版、第3版と改訂を行い入退院支援における連携をすすめてきました。これらの取組により入院時からの連携でスムーズに退院支援ができつつある一方で、ご本人・ご家族を支援する各専門職の取組や視点が退院後の生活に上手く引き継がれていないことがある、という課題がみえてきました。

そこで、院内連携・地域連携を充実するために必要な取組の検討を行うため、令和6年度東近江圏域入退院支援ルール評価検討会等を実施し、セラピストとの連携の視点と口腔機能管理の視点、フィードバックを通じた連携の視点を新たに追加し、第4版として発行することになりました。

この「手引き〈第4版〉」をきっかけとして、在宅療養をするご本人・ご家族を中心に病院スタッフと在宅療養支援者が対話し、退院後も病院での支援が切れ目なく引き継がれるような退院支援により、ご本人・ご家族と医療介護関係者が同じ方向を向いて在宅療養の支援ができることを目指しています。一人でも多くの方が、安心して在宅療養ができるよう、病院スタッフ、在宅療養支援者の皆様がこの手引きを活用して円滑に入退院支援をしていただきますようお願いいたします。

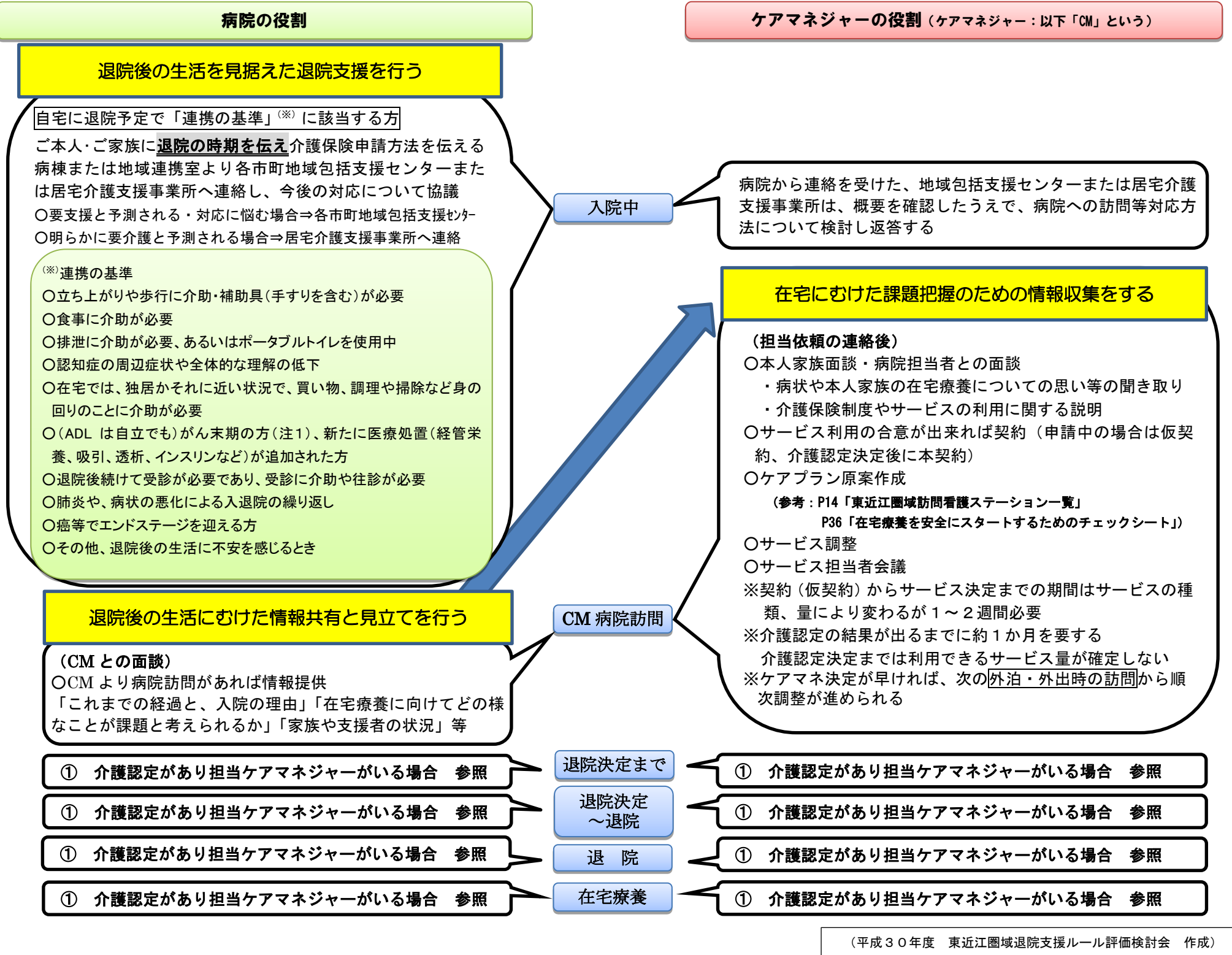
令和7年10月

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～①【介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合】～



（注 1）状況が大きく変わっているときは区分変更申請を検討する
（注 2）回復期・維持期への転科、転院する場合は、CM に病院から連絡を行う
（注 3）退院カンファレンスとサービス担当者会議は、同日に開催されることがある その場合は、CM は必ず病院側にも同時に行うことを伝え関係者の参加・場所の手配を依頼する

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～②【新たに介護保険サービスを受ける場合】～



(注1) がん末期の方等の訪問看護の利用について

介護保険の給付は医療保険の給付に優先されますが、「厚生労働大臣が定める疾病等(表1)」で主治医の指示があった場合に限り、医療保険の給付により訪問看護が行われます

(表1) ○指定訪問看護に係る厚生労働大臣の定める疾病等の利用者(告示第2の1)	
※特掲診療料の施設基準等別表第七に掲げる疾病等の利用者(令和6. 厚労省告示第59号改正)	
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及びパーキンソン病(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度がⅡ度又は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及びシャイ・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、頸髄損傷又は人工呼吸器を使用している状態の者	

③【退院調整が必要な患者像】

(令和6年度東近江圏域入退院支援ルール評価検討会 より)

本人要因

項目	ポイント！
①高齢独居でサービスの調整が必要な方	
②認知機能に課題がある方 ・入院による環境の変化により認知症の症状が進行した方 ・高次脳機能障害により、本人・家族の負担が大きくなると考えられる方	
③医療ケアが必要な方 ex) 吸引、酸素、透析、癌末期、褥瘡、ストマ、尿バルンカテーテル 体調の変化が大きい方、服薬支援が必要な方（服薬内容が大きく変わり管理の困難さがある）、難病・結核など保健所と連携が必要な方	
④ADL の変化がある方 ・入院前より ADL の低下がある方 ・入院前と ADL が変化し、サービス内容に変更が必要な方	リハビリ職から退院後の生活イメージの助言があるとよい
⑤入院を繰り返している方	
⑥ターミナル・看取りの方	
⑦経済状況が不安定な方	
⑧低栄養状態またはそのリスクがある方	
⑨摂食・嚥下機能に支援が必要な方	

家族要因

項目	ポイント！
①介護力が弱い ・老々介護 ・家族親戚等の人間関係に困難のある患者	
②家族状況がはっきりしない人 (キーパーソンや介護者が明確でない)	
③介護者が就労、急病等、退院時介護できない	
④家族の病識が乏しい方 ・虐待を疑うケース ・在宅サービスの必要性を理解できていない方	●虐待を疑うケースは地域包括支援センターと連携する
⑤身寄りのない方	

※権利擁護が必要な方や入退院を繰り返している方、介護力が弱い家族など
ケアマネの有無を確認した上で、必要に応じて地域包括支援センターと連携して退院調整を行う

環境要因

項目	ポイント！
①福祉用具が必要な方	使い方の指導も行う
②住宅改修が必要な方	①生活イメージの検討を行う ②住宅改修が退院前か後か、レンタルでの対応も含め検討する

p. 13 に詳細

④【退院に向けて共有したい情報】

(令和6年度東近江圏域入退院支援ルール評価検討会 作成)

入院時

項目	詳細	ポイント！
入院に関する情報 (病院からの発信)	・ 入院期間（見込み） ・ 治療、処方、リハビリ内容	
本人情報 (ケアマネからの発信)	・ 入院に至った経過 ・ 入院の原疾患、ADL、理解力、<u>認知機能</u> ・ 本人・家族の思い ・ 本人がどのように生活したいか ・ 家族のキーパーソンと本人への思い ・ 家族の状況（介護力） ・ 在宅サービス利用時の様子や薬情報 ・ 退院に向けての生活上の課題	入院生活に影響があるかどうか、より具体的な状態も伝える
話し合うこと	・ 退院前カンファレンスの必要性和その理由	

入院中

項目	ポイント！
・ 退院時期、退院後の在宅像（ADL） ・ 現在の身体状態・精神状態・認知機能・<u>ADLの状態</u> ・ 入院中の経過・治療、予後など予測されること ・ 医療情報 ・ 特定医療費、障害の申請が必要な方（手続きの有無、経過）	どのような介助が必要か、運動制限等も確認し、退院後の生活イメージを共有する

退院前カンファレンス

項目	詳細	ポイント！
医療	・ 入院中の治療内容 ・ おおむねの退院見込み・<u>今後の治療の方向性</u> ・ 予後予測、生活上の注意点（禁止事項） ・ 退院時の家族に対する説明内容＋家族の理解 ・ 継続する医療処置 ・ 薬剤について（内容、注意点、副作用、自己管理できるか等） ・ 在宅医に対する情報提供の確認 ・ 退院後の受診方法（病院、往診、近医）	本人・家族の治療に対する意向・理解度も都度確認し、円滑に退院後の生活へ移行をする
ADL	・ 身体的機能評価 ・ 入院中のADLの変化と退院時の機能評価 ・ 退院後のリハビリ※の必要性（リハビリの内容・目標） ・ 自宅での生活環境 ・ 排泄コントロール ・ 栄養の取り方（内容、形態の工夫） ・ 皮膚の問題 ・ 精神面・認知機能	日常生活行動に残された課題を確認し、退院後の生活イメージを共有する

ADL	●口腔アセスメント、入院中の口腔ケア方法・<u>口腔ケア用品</u> 歯科受診の必要性	入院中新たに使用し始めた口腔ケア用品の情報提供により、口腔内状況に応じた口腔ケアの継続につながる
本人・家族の在宅生活への意向等	・本人や家族が望む状態になっているのか、なれるのか ・本人のパーソナル情報（習慣、こだわり） ・主介護者、家族（キーパーソン）の状況、介護力 ・家族が介護を受け入れているか ・家族が行うべき介護内容 ・経済状況 ・障害、難病の制度説明	入院中に家族の協力や理解がどの程度あるのか退院後の介護の受け入れに対する思いなども確認しておく
在宅支援（ケアプラン）に対する助言	・退院後のサービスの提案・変更 ●リハビリ※について（入院中の経過、リハビリ目標、運動方法、意欲、退院後も継続の必要なリハビリ内容、リハビリ阻害因子、住宅改修・福祉用具の評価等） ・入院前の ADL が変わっているか、自宅の環境に適應できるか	退院後のリハビリ※を円滑に進めるために <u>阻害因子</u> もあらかじめ伝える

※ここでのリハビリとは、心身機能・ADL そして活動参加の維持改善を進めるための取組を指します。

●は第4版からの新たな項目



～コラム～ 三方よしの支援体制へ

私が大学を出て介護の現場で第一歩を踏み出しはじめた頃は、まだ行政主導、措置でサービス利用する時代でした。サービス利用にあたっては地区割があり、利用できるだけありがたい、または利用がお隣に知られると恥ずかしいからなるべく車は遠いところに停めてほしいという声もよく聞きました。事業所も限られていました。その後 2000 年に介護保険が導入され、利用者は行きたい地区の好きなサービスを選べるようになり、その調整役としてケアマネジャーが誕生しました。在宅介護支援センター職員としてその地区の何百人という後期高齢者に必要に応じて対応してきた仕事から、担当として一人の利用者と向き合う仕事に代わり、移行作業に日々追われながら、個人にこれだけ向き合うのかと目を見張る思いがしました。思い返せば個人の尊厳の歴史上、大きな分岐点でした。

それから早 25 年。医療専門職・介護従事者も増え、多くの福祉車両が道を行き交い、情報のやり取りもより頻繁になり、重要度を増しています。通信媒体も格段に進歩しました。ハード面では、医療機器は進歩し、ユニットケア施設が当たり前になり、布おむつが紙おむつに変わるなど衛生的になりました。ではソフト面はどうなのでしょう？従事者が増え制度上の整備が進みルールが増えた分、仕事上のストレスも増している気がします。ケアマネジャーはシャドーワークが課題と言われ、それはつまり生活上の課題も増している証拠です。入院日数も短くなり、在宅生活の在り方がより重要度を増しています。

東近江圏域では 2050 年までの将来推計人口は減る一方、後期高齢者人口は増加予想です。つまりますます課題が増えていくことになります。その中で一人ではできることは限られており、解決のカギは月並みですが「三人寄れば文殊の知恵」、様々な専門職が知恵を出しあうことしかないと思います。ぶつかる中で葛藤・ストレスは出てきますが、目の前の利用者のことを真剣に思う心がお互いにある限り、それはいずれ乗り越えられるものだと思います。ただストレスは少ない方がいい。さかのぼれば我々の先人の江戸時代の実践から「三方よし」という言葉が残っています。この手引きの改訂がよりよい病院とケアマネジャーの入退院支援の一助となり、ひいては利用者・専門職・地域をつなぎ、広くは医療・保健・福祉をつなぎ、過去・現在・未来をつなぐかけはしとなればよいなと思います。（ケアプランセンターカルナハウス 前田岳史）

⑤【運用にあたっての補足】

（１）本手引きの対象範囲について

本手引きは、東近江保健医療圏域の病院及びケアマネジャーを含む在宅療養支援者を対象の範囲とする。
なお、ケアマネジャーが各シート等を活用して他圏域等の医療機関と連携を行うことは問題ない。

（２）入退院支援における病院とケアマネジャーの連携について

（平成 28 年度「東近江圏域退院支援ルール評価検討会」作成）

①【介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合】

ア）在宅療養（入院前）

○担当ケアマネジャーの情報が病院にスムーズに伝わるよう準備。

日頃の取組例）・ケアマネジャーの事業所名と名前がわかるよう保険証等と一緒に名刺を入れておく

・「命のバトン」の記入の支援

・かかりつけ医や病院に担当ケアマネであることを伝える など

○日頃から在宅療養支援チームで本人の生活・医療に関する意向を共有し、入院時に入院時情報提供書の本人の意向欄に記載して病院側に伝えられるよう準備。

イ）入院初期

（ケアマネジャー）

○【入院時情報提供書】については原則持参であるが、病院担当者（地域連携または病棟看護師）との調整により方法は適宜変更可能である。

○【入院時情報提供書】を使用してこれまでの経過等説明

本人の生活・医療に関する意向をもとに、特に早期から退院調整が必要なケース（在宅退院が不可能）や家族背景や介護力などを具体的に提供する。

○退院についての方向性及び今後の支援の流れを病院担当者と確認し、必要な情報について依頼する。

○P 5【退院に向けて共有したい情報】一覧の項目は、基本的な項目であるので個別に特に必要な項目については補足して伝える。

○その他、病院から必要とされる書類があれば提出。

○速やかに利用者の介護サービス事業者にも情報伝達を行う。

（病院担当者）

○入院時の基本情報の聞き取り

【入院時情報提供書】在宅時の状況を確認し、不足の情報について確認。入院時情報提供書により得た「入院前の生活状況」等は、院内各部署スタッフで情報共有を行う。

○退院調整必要な支援対象者の選定

入院の段階で、退院支援が必要な患者であるかどうか、退院支援スクリーニング票等を用いるなどし判断する。スクリーニングは入院後 3 日以内などのできるだけ早期に実施することが望ましいとされている。退院調整の必要が高いと判断される場合は、主治医と必要性について共有し、退院予定日の確認等を行う。ADL 低下時など必要時セラピストにも相談する。

○退院支援計画の作成

病棟看護師・退院調整担当者は、入院から 1 週間を目処に、退院までの課題、目標設定、予想される退院先、退院後に予測されるサービス等について記載した「退院支援計画書」を作成する。

作成した計画は、支援対象者、家族と共有し退院に向けたスケジュールについて共有理解を図る。

（参考：P 21【退院支援アセスメントシート】資料提供：在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス）

ウ) 入院中 退院決定まで

(ケアマネジャー)

○病院訪問

- ・ 訪問日時について病院地域医療連携室担当者に連絡し、調整の上病院訪問を行う。
- ・ 退院時の聞き取りについては、特に様式は定めない。(参考：滋賀県介護支援専門員連絡協議会 作成様式(様式3) 東近江市作成様式(様式4))

(病院担当者)

○ケアマネとの面談

- ・ ききとりシート等をもとに情報提供を行う。
本人・家族の医療・生活への意向、医療管理の必要性、退院後の生活目標を共有する。
- * 医療：医療管理の必要性の情報提供およびその方法(訪問診療・看護)を検討相談する。
(留意点)
医療ケアが必要な方、ターミナル期、難病、心不全・誤嚥性肺炎を繰り返す患者等については、退院後の訪問診療・訪問看護の必要性とその方法を検討相談する。
必要に応じて、訪問看護ステーションへ連絡を行い、退院支援方法の検討相談を行う。
- * リハビリ：セラピスト等から ADL の予後評価を情報提供。退院後の生活の目標を共有する。
(留意点)
退院後のリハビリの必要性がある場合はその方法(訪問・通所リハビリ)を検討相談する。
必要に応じて訪問・通所リハビリ事業所へ連絡を行い、支援方法の検討相談を行う。
- ・ 本人・家族への病状説明の際の同席の可否や、外出・外泊、退院前カンファレンスの実施など方針があれば伝える。

エ) 退院前カンファレンス

- 実施の要否は病院担当者とケアマネジャーで調整する。
- 支援対象者や家族など参加者全員が理解できるよう可能な限り略語や専門用語は避けなるべく共通言語で話す。

オ) 在宅療養(退院後)

○病院とケアマネジャーとの日頃の連携の例

- (ケアマネジャー)・体調悪化時：受診同行(受診立会い) ・文書による情報提供および相談
 - ・ 薬が飲めていない場合：病院担当者へ連絡
 - ・ サービス担当者会議：出席(主治医意見照会)の依頼
 - ・ 更新・区分変更・軽度者レンタル：主治医への相談および意見書依頼
 - ・ フィードバック(必要時)

- (病院) ・状態の変化・受診中断等の場合(特に独居)：ケアマネジャーへの連絡

⑥【東近江圏域フィードバックについて】

近年、医療機関の機能分化が進められ病院の在院日数短縮化が進む中、患者が円滑に在宅医療に移行するためには、地域の医療、介護、福祉などの多機関多職種連携が更に重要となる。

東近江圏域において、フィードバックを通したより良い多職種連携の推進を図るため、フィードバックの目的を改めて確認する。

- ①病院スタッフが、退院後の患者家族の生活状況を知り、実施した退院支援・調整を振り返ること、退院支援や予後予測力を高めるとともに、在宅医療・介護への理解を深め、今後の支援に活かすことができる。
- ②在宅療養支援者が、入院中からの病院との連携・調整を再度振り返ること、将来の予測力・連携力を向上させ、今後の支援に活かすことができる。
- ③フィードバックを通じて、日頃から病院スタッフ・在宅療養支援者間で情報共有を行い、切れ目のない多職種連携を推進する。

～コラム～

セラピストとケアマネの連携について……



その必要性を強く感じているケアマネやセラピストは、それまでにどんな経験をしてきた方でしょう？

「退院後の生活を知ること、自身の視野の狭さ、自身の介入の未熟さを、退院後を意識した支援・申し送りの大切さ自覚した」、「自己満足の支援・同じ失敗を繰り返したくない」、「自身の介入が、その後の生活そしてケアプランが活かされたのかを知った」、「自分たちの介入が、しっかり生かされていてうれしかった」、「ケアマネさんからのアドバイス・情報により適切な介入ができた」 etc……？



連携なんて必要ないと、考えているセラピストやケアマネはどうでしょう……？



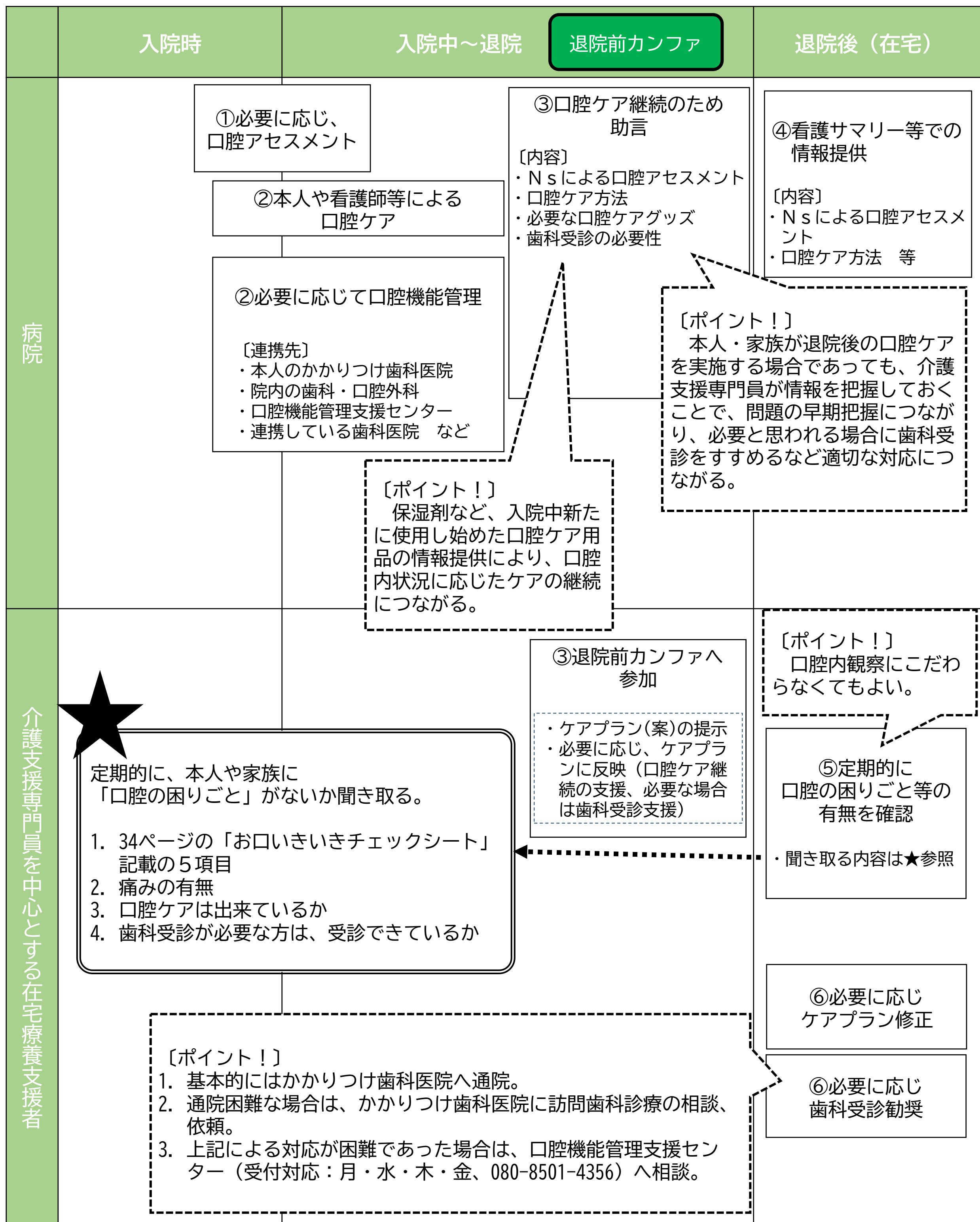
「自分の関わりの、その後には興味がないわ……」、「院内での関わりだけで、その後のリハビリは、まかせます」、「面倒だ」、「時間がない」、「病院と自宅……施設は別……わからないのであとは任せます」、「連携情報をどう利用していいかわからない」、「バトンをうけてその後はどう生かすかなんて興味のない」、「セラピストの情報なんてわからない」etc……？

私は、地域においての多職種の学びの基本はすべて「連携」からと、思っています。連携から自身職種の役割・使命を再認識し新たな視点を学ぶことになります。退院した方のその後の生活状況を知り、あるいは、目標につながる以前の様子を知るとは、地域で働く皆さんを成熟させてくれます。しかし院内のセラピストも、地域で働くケアマネやセラピストも限られた時間での家庭との両立の中、最低限の役割遂行に四苦八苦している状況です。そんな中、「フィードバックしてください…連絡ください…」との投げかけも、待ちの姿勢も、現実的ではありません。会う機会を増やし、タイムリーに情報をやり取りできる今回のような連携ミーティングやサービス担当者会議に、主体的にあるいは強制的な会議に足を運び、そこで情報交換をすることで、日々の意識を高め、普段の仕事の中で生かすことが大切ではないかな。その時は、欲しい情報が得られなくても「また、お願いね」でいいので……。この退院支援のワーキングを通して「モラル」を構築し、「ルール」を意識して日常の臨床の中で、ケアマネやセラピストとの接点を大切に……。そして有効に活用したいものですね。（近江温泉病院 石黒望）

⑦【入退院時のリハビリテーションに関する連携（目指す姿）】

	入院初期	入院中～退院	退院前カンファ	退院後（在宅）
病院（セラピスト）	②セラピストによる入院時情報提供書の確認 ・転院時は診療情報提供書と合わせて確認 ・必要時は家族からの情報も収集 ③リハビリ目標設定（予後予測）	④退院前の外出・外泊 ⑤リハビリ目標設定（予後予測） ・本人・家族、CMへ退院後の生活イメージを助言 ⑥本人・家族への実際の生活に向けた指導	適切な時期に必要なに応じて繰り返す 〔ポイント！〕その都度ケアマネと一緒に生活イメージを共有し、リハ目標を設定できるとよい。 ⑧退院前カンファへ参加 ・生活イメージを共有 ・ケアプラン(案)への助言	⑨リハサマリーまたはリハ計画書での情報提供 〔内容〕 ・継続が必要なリハビリの内容（※p.6参照） ・生活時の注意点 〔ポイント！〕生活イメージを伝える。
介護支援専門員	①入院時情報提供書の提供	④退院前の外出に同行 ⑤病院訪問or電話での聞き取り 〔ポイント！〕可能であれば、セラピストから情報を得る。退院時必要なサービスの助言をもらう。	⑦退院前カンファ参加調整 ・必要なケースはリハ専門職の参加調整 ⑧退院前カンファへ参加 ・ケアプラン(案)の提示 ・必要に応じ、ケアプランに反映	

⑧【入退院時の口腔に関する連携（目指す姿）】



⑨【入退院における連携窓口一覧】

令和7年4月1日現在

東近江市地域包括支援センター作成（一部修正）

病院名	主にケアマネジャーとの連携			主にサービス事業所との連携			備考
	健康診断書 診療情報提供書 (ディや訪問介護を利用する 場合等の書類)	ケアマネが医療 情報を希望する 場合の連絡先	入院情報提供書	訪問看護 指示書 (入院中)	訪問看護 指示書 (外来通院中)	通所リハビリ 訪問リハビリ の指示書	
青葉病院	地域連携室 TEL:0748-20-1110 FAX:0748-23-6261						月～土(祝日除く) 8:30～17:00
ヴォーリズ 記念病院	医事課 TEL:0570-01-5211 FAX:0748-36-5465	地域療養支援部 TEL:0748-32-5221(直) FAX:0748-36-5412(直)		医事課 TEL:0570-01-5211 FAX:0748-36-5465			月～土(祝日除く) 8:30～17:00
近江温泉病院	生活支援センター TEL:0749-46-1125 FAX:0749-46-0265			医事課 TEL:0749-46-1125 FAX:0749-46-0265			月～金(祝日除く) 9:00～17:15
近江八幡市立 総合医療センター	患者総合支援課又は 医事課書類担当係	患者総合支援課 退院支援窓口・相談窓口 TEL:0748-33-3151(代) FAX:0748-31-1215					月～金(祝日除く)
	※患者総合支援課は申請代行は行いません。書類申請は来院して「総合受付」で行ってください。						8:30～17:15
日野記念病院	医事課 TEL:0748-53-1201 FAX:0748-53-1455	地域医療連携室 TEL:0748-53-1222 FAX:0748-53-1509		医事課 TEL:0748-53-1201 FAX:0748-53-1455			月～金8:30～17:00 土8:30～12:15 (祝日除く)
神崎中央病院	医事課 TEL:0748-48-5555 FAX:0748-45-5377	地域医療連携室 TEL:0748-48-5555 FAX:0748-48-5722		医事課 TEL:0748-48-5555 FAX:0748-45-5377			月～金(祝日除く) 8:30～17:00
湖東記念病院	医事課 TEL:0749-45-5000 FAX:0749-45-5001	地域医療連携室 TEL:0749-45-4512 FAX:0749-45-3335 書類は持参、FAXでも可		医事課 TEL:0749-45-5000 FAX:0749-45-5001			月～金 8:30～17:00 土 8:30～12:15 (祝日除く)
滋賀八幡病院	地域医療連携部 医療社会事業課 TEL:0748-33-7104 FAX:0748-33-7155 医療社会事業課まで持参ください。 郵送・FAXの場合は、事前に連絡をお願いします。			事務部 医事課 TEL:0748-33-7101 FAX:0748-32-7725			月～土(祝日除く) 8:30～16:00
東近江敬愛病院	医事課 文書・入院担当者 TEL:0748-22-2222 FAX:0748-22-2221	地域医療連携部 TEL:0748-40-0747 FAX:0748-23-7157		医事課 入院担当者 TEL:0748-22-2222 FAX:0748-22-2221	医事課 文書担当者 TEL:0748-22-2222 FAX:0748-22-2221		月～土(祝日除く) 8:30～17:15
東近江市 蒲生医療センター	医事課 TEL:0748-55-1175 FAX:0748-55-1178	地域医療連携室 TEL:0748-55-1179 FAX:078-55-1178		医事課 TEL:0748-55-1175 FAX:0748-55-1178	通所リハビリテーション事業 訪問リハビリテーション事業 TEL:0748-55-1175 FAX:0748-55-1178		月～金(祝日除く) 8:30～17:00
東近江市立 能登川病院	医事課 文書担当者 TEL:0748-42-1333 FAX:0748-42-6571	地域医療連携室 TEL:0748-42-1111 FAX:0748-42-6411		医事課 文書担当者 TEL:0748-42-1333 FAX:0748-42-6571			月～金(祝日除く) 8:30～17:00
東近江 総合医療センター	医事 (外来文書担当者) TEL:0748-22-3030 FAX:0748-22-5626	地域医療連携室 TEL:0748-22-3030 FAX:0748-22-5626 * 9:00～17:00		医事(入院) (入院文書担当者) TEL:0748-22-3030 FAX:0748-22-5626	医事(外来) (外来文書担当者) TEL:0748-22-3030 FAX:0748-22-5626		月～金(祝日除く) 8:30～17:15

⑩【東近江圏域における地域包括支援センター設置状況一覧】

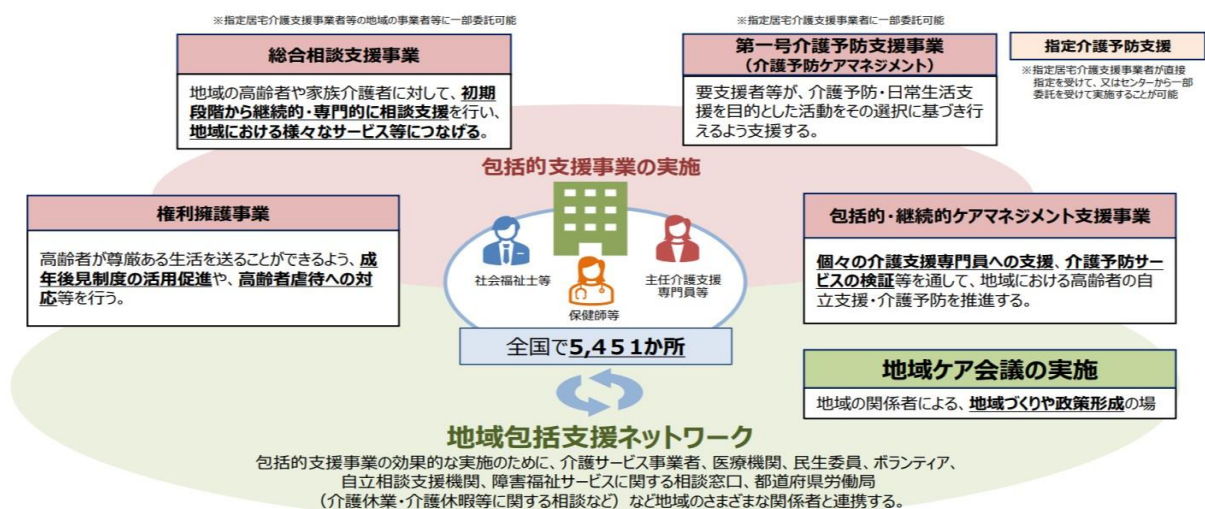
令和7年4月1日時点

設置市町名	担当圏域	名 称	〒	(所 在 地 名)	電 話 番 号	F A X 番 号
近江八幡市	全域	近江八幡市地域包括支援センター (長 寿 福 祉 課)	523-0082	近江八幡市土田町1313 (近江八幡市総合福祉センター内)	0748-31-3737	0748-31-3738
	安土	近江八幡市安土地域包括支援センター	521-1342	近江八幡市安土町上出908-1	0748-46-4134	0748-36-1733
	八幡東	近江八幡市東部地域包括支援センター	523-0011	近江八幡市友定町305 (0次予防センターカフェ内)	0748-43-0602	0748-43-0627
	八幡西	近江八幡市西部地域包括支援センター	523-0061	近江八幡市江頭町417-2	0748-36-2205	0748-36-2206
	八幡	近江八幡市中北部地域包括支援センター	523-0806	近江八幡市北之庄町912	0748-31-1970	0748-31-1971
東 近 江 市	永源寺、愛東、湖東、蒲生	東 近 江 市 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	527-8527	東近江市八日市緑町10-5 (東近江市役所)	0748-24-5641	0748-24-5693
	八日市	八 日 市 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	527-0016	東近江市今崎町21番地1 (東近江市福祉センター内)	0748-34-0066	0748-34-0068
	永源寺	※ 東 近 江 市 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー 永 源 寺	527-0231	東近江市山上町1316 (東近江市永源寺支所内)	0748-27-1121	0748-27-1668
	五個荘	五 個 荘 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	529-1422	東近江市五個荘町小幡町589番地1	0748-48-5540	0748-48-5551
	愛東	※ 東 近 江 市 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー 愛 東	527-0162	東近江市妹町29 (東近江市愛東支所内)	0749-46-0211	0749-46-0215
	湖東	※ 東 近 江 市 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー 湖 東	527-0113	東近江市池庄町505 (東近江市湖東支所内)	0749-45-0511	0749-45-1570
	蒲生	※ 東 近 江 市 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー 蒲 生	529-1531	東近江市市子川原町676 (東近江市蒲生支所内)	0748-55-1161	0748-55-4894
	能登川	能 登 川 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	521-1205	東近江市鉢光寺町234番地の1	0748-29-3198	0748-29-3199
日 野 町	全域	日 野 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	529-1698	蒲生郡日野町河原一丁目1 (日野町役場)	0748-52-6001	0748-52-0089
竜 王 町	全域	竜 王 町 地 域 包 括 支 援 セ ン タ ー	520-2592	蒲生郡竜王町大字小口4-1 (福祉ステーション)	0748-58-3704	0748-58-8019

注：名称に「※」が付いているのは相談機能のみのランチセンター

●地域包括支援センターとは

地域包括支援センターには、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員等の職員がおり、これらの専門職が連携して業務に取り組んでいます。地域包括支援センターでは、認知症の相談をはじめ、介護が必要となるおそれがあり今からでもできることをしたいと思っている方、高齢者介護の相談、介護サービスの紹介、高齢者の虐待・権利擁護等の相談に応じています。



(注) 地域包括支援センターの設置数は令和6年4月現在（資料出所：厚生労働省老健局認知症施策・地域介護推進課調べ）

(出典：厚生労働省ホームページ「地域包括支援センターについて」

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/hukushi_kaigo/kaigo_koureisha/chiiki-houkatsu/)

⑪【東近江圏域訪問看護ステーション一覧】

令和7年9月1日現在

市町	医療機関名	〒	所在地	電話番号	FAX番号	セラピストの所属(人) [※]		
						PT	OT	ST
1	訪問看護ステーションおうみ	523-8503	近江八幡市鷹飼町744番地	0748-33-9165	0748-31-0109	0	0	0
2	訪問看護ステーションヴォーリス	523-8523	近江八幡市北之庄町492番地	0748-32-1199	0748-32-1501	2	1	0
3	訪問看護ステーション オリーブ	523-0811	近江八幡市長田町1268-1	0748-43-0020	0748-43-0090	2	1	1
4	ケアコネクション訪問看護事業所	523-0891	近江八幡市鷹飼町457-23-201	0748-29-3650	0748-29-3652	3	1	0
5	看護小規模多機能型居宅介護 友愛の家 ヴォーリス	523-0841	近江八幡市北之庄町492番地	0748-36-5474	0748-36-5473	1	1	0
6	訪問看護ステーションスイッチオン安土	521-1311	近江八幡市安土町下豊浦5079-41	0748-43-2338	0748-43-2348	4	1	0
7	Thanks訪問看護事業所	523-0031	近江八幡市堀上町210-12 ゆめのこーと2F	0748-36-3768	0748-36-3769	1	4	0
8	COCOKARA CARE 訪問看護リハビリステーション	523-0891	近江八幡市鷹飼町564-109	0748-43-0361	0748-43-0362	3	1	0
9	びんく訪問看護ステーション	523-0043	近江八幡市池田本町942-4	0748-43-1546	0748-43-1547	0	0	0
10	訪問看護ステーションとくさん	521-1343	近江八幡市安土町小中209-1 シャトーサンク110号室	070-1508-9991		0	0	0
11	訪問看護ステーション ハピネス	521-1311	近江八幡市安土町下豊浦2836-1 ヌーベルパーク城南210	0748-34-1616	0748-34-1618	0	0	0
12	公益社団法人滋賀県看護協会 訪問看護ステーション	527-0022	東近江市八日市上之町1番39号	0748-23-8654	0748-23-9077	0	1	0
13	訪問看護ステーション すいれん	527-0046	東近江市妙法寺町794	0748-22-5520	0748-22-5523	0	0	0
14	あおぞら訪問看護ステーション	527-0134	東近江市平松町498番地	0749-45-8277	0749-45-8288	0	0	0
15	結の家訪問看護ステーション	527-0165	東近江市小倉町1975番地2	0749-46-2165	0749-46-8272	0	0	0
16	ワンモア訪問看護リハビリセンター	521-1222	東近江市佐野町569-2	0748-28-6371	0748-28-6371	3	1	0
17	訪問看護ステーションえだまめ	527-0143	東近江市百済寺本町1504-2	0749-41-2724	0749-41-2724	0	0	0
18	あいケアステーション	529-1541	東近江市蒲生堂町338-68	0748-34-2726	050-3730-2742	0	0	0
19	ひいらぎの里訪問看護ステーション	521-1225	東近江市山路町323番地1 東陽ハイツ 206号室	0748-27-1555	0748-27-0529	0	0	0
20	ケアコネクション訪問看護事業所	529-1572	東近江市桜川西町801蒲生第二ビル202号室	0748-43-2670	0748-43-2671	3	1	0
21	訪問看護たぬきホーム	529-1421	東近江市五個荘竜田町574-3 ヴァルトサイト103号	0748-36-2908	0748-36-2910	0	0	0
22	訪問看護リハビリステーションまごころ東近江	527-0033	東近江市東沖野2丁目4-3	0748-43-2951	0748-43-2960	2	0	0
23	日野町 訪問看護ステーションすばる	529-1642	蒲生郡日野町上野田246番地	0748-52-8161	0748-52-8162	0	0	0
24	竜王町 訪問看護ステーション ゆげ	520-2501	蒲生郡竜王町弓削1825	0748-57-0584	0748-57-1147	2	2	1

滋賀県看護協会ホームページ掲載
県内の訪問看護事業所
<https://shiga-kango.jp/pages/363>

※セラピストの所属(人)は、
訪問看護ステーション連絡協議会第4支部
東近江健康福祉事務所 調べ

3 様式

【入院時情報提供書 医療機関←居宅介護支援事業所(転院先も含む)】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。
なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

医療機関名:

事業所名:
担当者名:
(TEL) (FAX)

(記入日: 年 月 日 入院日: 年 月 日 情報提供日: 年 月 日)

基本情報	フリガナ			性別	☐ 男 ☐ 女		
	氏名	様		生年月日	年 月 日		
	住所			身長	cm	年 月 日	
	キーパーソン	様 () (TEL)		体重	kg	年 月 日	
	緊急時連絡先	様 () (TEL)		家族状況・ジェノグラム			
	要介護度	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 区変中 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 ()					
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日					
認知機能	☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ M ☐ 不明						
入院前の状況	生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)			権利擁護に関する配慮の必要性 ☐ 不要 ☐ 必要			
	既往歴						
	屋内歩行 (移動手段)	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他		<特記事項>			
	屋外歩行 (移動手段)	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他					
	移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他					
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル ☐ パウチ					
	入浴・場所	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない		☐ 自宅 ☐ 通所 ☐ 訪問入浴			
	食事摂取	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養		食事形態 ()			
	義歯使用	☐ なし ☐ あり (☐ 部分・ ☐ 総)		嚥下機能障害 ☐ なし ☐ あり			
	薬	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (内服) ☐ 一包化 (外用) ☐ 貼付 ☐ 塗布 ☐ 点眼					
	処置	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 (/分) ☐ インスリン ☐ 透析 ☐ 褥瘡					
	BPSD	☐ なし ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 攻撃性 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 昼夜逆転 ☐ 大声を出す					
	精神状態	☐ 意欲低下 ☐ 鬱傾向 ☐ せん妄の既往 ☐ その他 ()					
	主治医	☐ 訪問	機関名		医師名		(TEL)
	歯科	☐ 訪問	機関名		歯科医師名		(TEL)
	薬局	☐ 訪問	機関名		薬剤師名		(TEL)
	訪問看護	事業所名		(TEL)			
	リハ職	事業所名		リハ職氏名	☐ PT ☐ OT ☐ ST	(TEL)	
	介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 ☐ 居宅サービス計画書(1~3)を添付					
	入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	☐ 強く希望 ☐ 出来れば希望 ☐ どちらでもない ☐ 不安				
	(家族)	☐ 強く希望 ☐ 出来れば希望 ☐ どちらともいえない(本人次第) ☐ 不安					
退院後の在宅生活に必要な要件							
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者) ☐ 家族の支援が見込める ☐ 家族以外の支援が見込める ☐ 支援は見込めない		(住環境/用具使用上の課題) ☐ 住環境の写真・見取り図を添付		(特記事項)		
退院前カンファレンス	☐ 開催希望 具体的な要望 ()						
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	☐ 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日: 年 月 日) ☐ 話し合いを実施していない (☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外) ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか ☐ いる (様) (続柄) ☐ いない ☐ わからない						

入院時情報提供用紙【居宅介護支援事業所→病院】

(入院日) 年 月 日
(作成日) 年 月 日

御中

フリガナ											性別	生 年 月 日										歳												
氏 名	様										男 ・ 女	明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日																						
<生活歴>											<ジェノグラム>										<既往歴>													
主介護者	フリガナ											続柄	同居 ・ 別居										住所											
	氏 名	様											TEL:																					
緊急時	フリガナ											続柄	同居 ・ 別居										住所											
	氏 名	様											TEL:																					
利用者情報	要介護度		申請中		要支援 () 要介護 ()										障がい等の認定		なし		身障 () 療育 ()		難病 () 精神 ()													
	障がい高齢者日常生活自立度		自立	J 1	J 2	A 1	A 2	B 1	B 2	C 1	C 2	認知症高齢者日常生活自立度		自立	I	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	M													
	食事	自立	見守り	要介助	介助内容:																													
	食形態	普通食	その他	形態:																														
	口腔清潔	自立	要介助	義歯・有・無	介助内容:																													
	排泄	自立	見守り	要介助	介助内容:																													
	排泄方法	トイレ	ポータブル	おむつ																														
	入浴	自立	見守り	要介助	介助内容:																													
	入浴場所	自宅風呂	通所	訪問入浴																														
	移動	自立	見守り	要介助	手段:																													
	移乗	自立	見守り	要介助	介助内容:																													
	衣服の着脱	自立	見守り	要介助	介助内容:																													
	服薬管理	なし	良好	不適切	状態:																													
	夜間の状態	良眠	問題あり	状態:																														
	医療処置	点滴	吸引	酸素療法 (分)	インスリン	透析	褥瘡処置	(その他)																										
施設入所申込み		なし	あり																															
かかりつけ医療機関												主治医												TEL										
本人の意向												家族の意向																						
特記事項																																		
終末期における医療・ケアに関する情報		☐ 本人家族との話し合いを実施している (最終実施日: 年 月 日) ☐ 実施していない ☐ 本人からの希望がない ☐ その他 ()																																
		退院前カンファレンスの開催 ☐ 希望 理由()																																
事業所名:												住所:																						
担当者名:												(TEL)		(FAX)																				

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

東近江市(2025.08.01)

【 退院に向けてのききとりシート 】

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
年 月 日	回目	☐ 医師 ()	☐ 看護師 ()	☐ リハ職 ()	☐ MSW ()	☐ () ()
年 月 日	回目	☐ 医師 ()	☐ 看護師 ()	☐ リハ職 ()	☐ MSW ()	☐ () ()

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名	様 ☐ 男 ☐ 女	____歳	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 要支援() ☐ 要介護()	
入院歴等	入退院日	(入院日) ____年____月____日 (退院予定日) ____年____月____日			
	入院原因疾患				
	入院先	_____(病院) _____(病棟) _____(階) _____(号室) 主治医 (診療科) _____科 (医師名) _____			
	退院後通院先	☐ 入院していた医療機関 ☐ 入院先以外の病院 ☐ 診療所 ☐ 通院の予定なし			
疾病等	既往歴	現疾患			
入院中の状態	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			<特記事項>
	(移動手段)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない			
	(入浴方法)	☐ 機械浴 ☐ シャワー浴 ☐ 一般浴			
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル ☐ パウチ			
	移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助			
	(食事形態)	☐ 普通 ☐ () ☐ 経管栄養			
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容) ☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 ☐ インスリン ☐ 透析 ☐ 褥瘡処置 ☐ 痛みコントロール ☐ 経管栄養 ☐ 排便コントロール ☐ カテーテル・パウチ () ☐ その他 () ☐ なし			(在宅で継続できる条件)
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目) ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬管理 ☐ 入浴制限 ☐ 褥瘡 ☐ その他 () ☐ なし			(プランに位置付ける注意点)
	退院後の看護の必要性	☐ 非常に必要 ☐ 必要 ☐ あまり必要ではない ☐ 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ☐ 本人への療養指導 ☐ 家族指導 ☐ バイタルサインのチェック ☐ 医療処置への対応 ☐ その他 ()			
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)
	☐ できる ☐ できない ☐ あり ☐ なし ☐ あり ☐ なし				
<特記事項>					

2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(屋外移動)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(移乗)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(入浴)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(更衣)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(トイレ動作)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(食事摂取)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	転倒リスク	(リスクの有無)		(リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点)	
		☐ あり ☐ なし			
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)		
	運動	☐ あり ☐ なし			
退院後のリハビリの必要性	肢位	☐ あり ☐ なし			
	☐ 非常に必要 ☐ 必要 ☐ あまり必要ではない ☐ 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域訓練 ☐ 筋力増強訓練 ☐ 筋緊張緩和(ストレッチ) ☐ バランス練習 ☐ 起居／立位動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL 練習 (歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL 練習 (買い物、調理等) ☐ その他 ()				
退院後の生活に関する留意点	本人の受け止め方	(病気)		(障害・後遺症)	(病名告知)
					☐ あり ☐ なし
	退院後の主治医	(医療機関名) _____ (医師名) _____			
備考					

3. 備考

--

退院・退所情報記録書

情報収集先の医療機関・施設名		電話番号	
面談日	年 月 日 (回目)	対応者所属・氏名 (職 種)	()

ふりがな 利用者氏名	性別		男 ・ 女
生年月日	明・大・昭 年 月 日 (歳)		
入院期間	入院日 年 月 日 ~ 退院日(予定) 年 月 日		
手術	有 (手術名:) ・ 無		

	入院・入所中の状況		特記事項
疾病の状態	主病名		《感染症、治療内容等》
	副病名		
	主症状		
	既往歴		
服薬状況	内服	有 ・ 無 (自立 ・ 一部介助 ・ 全介助)	《投薬の注意事項》
特別な医療	・点滴の管理 ・中心静脈栄養 ・経管栄養 ・酸素療法 ・気管切開の処置 ・喀痰吸引 ・ストーマ(人工肛門)の処理 ・カテーテル ・透析 ・疼痛管理 ・褥瘡の処置 ・インスリン注射 ・その他【 】		《導入予定の医療系サービス等》
食 事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		《制限の内容》
	嚥下状況	良・不良 咀嚼状況 良・不良	
	ペースト ・ 刻み ・ ソフト食 ・ 普通／経管栄養		
	制 限	無 ・ 有 (塩分・水分・その他【 】)	
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
移 動	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		《独自の方法・転倒危険等》
	手段	見守り ・ 手引き ・ 杖 ・ 歩行器 シルバーカー ・ 車いす ・ ストレッチャー	
排 泄	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 オムツ ・ リハビリパンツ(常時 ・ 夜間のみ)		《排尿・排便回数、下剤の使用、留置カテーテル(次回交換日)等》
洗身・入浴	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 不可 ・ 行っていない		
	入浴の制限	無 ・ 有(シャワー・清拭・その他)	
	方法	特浴 ・ リフト浴 ・ 一般浴	
更 衣	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		
夜間の状態	良眠 ・ 不眠(状態:)		
認知・精神面	・精神状態(疾患) 無・有()		《認知症の原因疾患等》
	・問題行動()		
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度:) ・運動制限 無・有		《リハビリ・運動制限の内容等》
入院中の病状経過			
病気の受け止め方	(本人) (家族)		
次の受診日	入院医療機関(月 日・未定) ・ かかりつけ医(月 日・未定)		
療養上の留意する事項	《日常生活の注意点・問題点、考えられるリスク、家族に指導されたこと》		

(追加特記事項)

退院支援アセスメントシート

I. 医療情報・入院前の生活状況を把握する。【入院決定・入院時～3日以内】

1. 医療情報⇒退院後、医療管理・看護ケアが必要になるか予測する。

☐ 悪性腫瘍：末期の状態・緩和する症状がある・医療処置が必要

☐ 誤嚥性肺炎等呼吸器感染症

☐ 再入院：心不全 糖尿病でコントロール不良

☐ 病態によりADL・IADLが低下する可能性がある

(脳血管障害・骨折・骨転移・脳転移・肝性脳症等)

☐ その他：

2. 主治医から病状説明・治療方針：

患者・家族への説明：済み(月 日)

3. 退院後も継続する医療管理・処置があり、サポートが必要

内服管理・自己注射・経腸栄養(鼻注・PEG・腸婁)・IVH・補液・気管切開・創処置

人工肛門・尿路系管理(留置カテーテル・自己導尿・ウロストマ)

ドレーン類・疼痛管理(麻薬)・ターミナル期にあり看取りへの支援必要

HOT・人口呼吸器(マスク式・気切下)・CAPD・血液透析

リハビリ継続必要・その他()

4. 入院前の生活情報・ケアサポート情報

①介護保険：介護認定なし() 介護認定あり： 要支援() 要介護()

ケアマネージャー名：

連絡先：

②利用しているサービス

自宅：訪問看護() 事業所名()

ヘルパー() 何回/w 通所サービス() 何回/w

その他(配食弁当 短期入所 介護タクシー等外出支援 訪問入浴

自宅以外で居住：施設名：() 施設の種類：

連絡先：☎：

相談員：

★施設への連絡・ケアマネへの連絡は、【 】が行う

③入院前の生活状況 自立 ・ 支援 ・ 介助が必要()

④住宅環境 (必要な患者のみ聞き取り)

一戸建て() 集合住宅 () エレベーターあり ○階に居住

トイレ：和式 () 洋式 () 手すりあり () なし ()

浴室： なし () あり () 手すりあり () なし ()

段差の有無： ベッド() 布団 ()

Ⅱ. I を受けて、チームで継続してアセスメント、退院支援を行う

- ◆ 退院支援カンファレンスの記録用紙：現在の状況と退院時の予想
- ◆ 毎週開催するカンファで病棟・リハビリ・退院支援NS・MSWで確認検討する

I. 医療管理上の検討課題⇒可能であれば医師参加、事前に看護師が聞いておく

- ① 病状確認、治療状況、今後の予測
- ② 本人・家人の理解、告知状況、受入れ状況
- ③ 退院後の医療管理のポイント、管理能力の有無
- ④ 在宅医療処置内容、セルフケア能力

Ⅱ. 生活介護上の検討課題 ⇒「高齢者総合機能評価(CGA)」に沿って検討

①排泄に介助が必要

- 病棟での状態から「家に帰ったら」を予想してみる
居室からトイレまで歩ける？階段昇降は必要？⇒ADLからアセスメント
トイレは和式？ 立ち上がりが不安定な患者なら、手すり？
- オムツやBA留置している患者⇒尿意は？排尿の自立は目指せる？
介護が必要なら⇒介護量を減らす方法・尿パッド交換・夜の工夫
- 排便管理：緩下剤の調整・工夫
自立度B：Cレベルなら、排便管理で訪問管理サポート！

②移動に介助が必要

- 自宅環境について
「家に帰ってから、いつもいる部屋までの移動をイメージしてください」
「段差とか、階段とかありますか？ 家での移動線、大丈夫かな？」
⇒患者・家族と一緒に想像していく、サポート調整や住宅環境調整の必要性の共有

③手段的日常的に介助が必要

- 買物や契約の交渉ができない
- 高次脳機能
⇒本人が、入院前にどのような暮らし・工夫をしていたかをまずは聞いていく
患者自身が「自分らしく、暮らす事」を考え始める事が大事！
- 代行者は？ 友人や親戚等、家族以外に支えている人の存在もある。

④意欲があるか：自ら挨拶をしたり、スタッフに問いかけができない

- ⑤認知機能 簡単な会話ができない（ ）
記憶力に問題がある（ ）

★入院環境による変化が起きる事も多いので、入院中の様子だけで決めない事

⑥情緒：ふさぎこんだり、うつ傾向がある（ ）

Ⅲ. 医療・生活・ケアのサポート体制が必要かどうかの判断

- 1) 入院前とADLに大きな変化があり
- 2) 入院から介護が必要であったがサービス利用はなかった
- 3) サポートできる家族がいない(同居・別居を問わず)

⇒ 本人・家族の状況から医療管理・生活介護上の支援が必要な可能性がある。

以上を受けて・・・

★退院支援は不要 ()

退院支援部門による介入が必要 ()

病棟で指導することで可能 ()

経過を見て判断する必要あり () ○日後

在宅療養移行に必要な書類、なるべくシンプルに、工夫して負担軽減しよう！

●介護支援連携指導書

●退院時共同指導料(退院前カンファ時資料・レジメ等)

●退院支援計画書

●看護サマリー ⇒「看護情報提供書」へ発展させる

資料提供： 在宅ケア移行支援研究所 宇都宮宏子オフィス

(2017年作成)

4 參考資料

— 入院時情報提供書について — 「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について

滋賀県介護支援専門員連絡協議会
会長 鈴木 則成

1. 入院時情報提供書の提案の背景と位置づけ

国は、急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病院の平均在院日数の短縮化を推し進めています。こうした中、介護支援専門員には、要介護高齢者の「退院支援」に積極的に関わるとともに、「円滑な退院を支援する」ことへの貢献が求められています。

さて、我々が行った退院事例調査によると、

① 退院事例の約7割は急性期病床からの退院である

②急性期病床からの退院患者の入院原因疾患をみると、肺炎や心疾患の方が多かったが、そのうちの約8-9割は、要介護者の入院である

③急性期病床からの退院患者に対し、退院前訪問指導は1割程度しか行われていない（自宅の療養環境や入院前の生活状況を、病院側は十分には把握できていない）

などがわかりました。これらの事実と国の施策動向から、「急性期病床との入院時の連携の強化を図ること」を解決すべき優先課題の一つと考えました。

今回、提案する「入院時情報提供書」は、この課題を解決（改善）するための「手段」として2016年1月に改訂したものを2019年4月に再改定し、それを改めて改定したものです（もちろん、急性期病床だけでなく、回復期リハ病床や療養病床から退院される場合、又転院された場合の情報提供、予定入院の際にもお使い頂けるものとなっています）。

2. 項目をどのように選定していったかー連携強化に向けてー

「連携」とは、お互いの強みと弱みを理解しあった上で、お互いの機能を補完しあうために行うものです。ただし、連携自体が目的ではなく、あくまで「要介護高齢者の退院をより円滑にする（安心して退院してもらう）」という共通目標を達成するために連携を行うのです。

では、病院専門職と介護支援専門員の、お互いの「強み」と「弱み」は何でしょうか。

今後、急性期病床では平均在院日数がさらに短縮される方向です。そうすると、次のようなことが起こると想定されます。

- ・入院直後から「退院支援計画」の策定を開始せざるを得なくなる。
- ・退院前訪問指導などを行う時間的、人力的な余裕がなくなる。
（入院前の生活状況や療養環境の、直接的な把握がより困難になる）
- ・入院期間中の「退院指導」が完結しなくなる。
（退院後を含めた継続指導（病院看護師と訪問看護師の役割分担と連携）が必要となる）
- ・入院中のリハや看護（退院指導を含む）の提供に関しても、自宅退院に向けた焦点化（重点化）が必要となる。（ゴール設定とゴール達成に向けた方法論の検討が重要となる）

一方、介護支援専門員は、入院前の生活状況や療養環境を知っています。また、退院後の生活がすぐに成り立つためには何が必要かも知っています。また、生活を支えるために必要な地域資源についても知っています。これらが、病院の専門職に対する「強み」になります。逆に、病院の専門職は、①病状や症状、ADL、諸機能（認知機能、嚥下機能など）に対するアセスメント能力が高い、②症状やADLなどの予後予測ができる、③入院中の24時間の状況を把握している、④様々な検査結果を把握しているなどの強みをお持ちです。

そこで、今回、①退院支援を行う上で重要な情報だが、病院の関係者では把握が難しい情報、②自宅退院に向けて、入院中に提供する看護やリハの内容を検討する際の参考となる情報、③在宅での医療支援体制に関する情報を提供するという観点から、項目を選定しました。

（1頁に収めるため、項目は最低限度にしてあります）

1) 基本情報に関する項目

生活歴や家族状況は、現在までどのような生活を送ってこられたのか、退院に向けた相談を誰と行うのかを知る重要な情報です。そこで以下の項目を設定しました。

・「氏名」「性別」「生年月日」「年齢」「住所」の他に「身長」「体重」も記載するようにしました。

「家族状況」（ジェノグラム（家族図）、主介護者、権利擁護に関する配慮の必要性をチェックできるようにしました）

「キーパーソン」（主の相談者）「緊急連絡先」

「要介護度」「有効期間」「生活歴（権利擁護に関する配慮を含む家族関係）」の基本情報を記載するようにしました。

「認知機能」について入院前の状況にて記載するようにしていましたが、基本情報に移動させました。

2) 入院歴に関する項目

過去半年間の入院の有無と原因疾患を記載するようにしていましたが、既往歴を記載するように変更しました。

3) ADLの自立度や手段等に関する項目

入院前の自立度は、入院中のリハのゴール設定上の参考にもなります。また、仮に、入院前から通所で入浴を行っていたのであれば、退院後も通所で入浴を行うことで当面对応可能となります。入院中のリハ提供において、「自宅での入浴の自立」などを目標とせず、それ以外の「日常生活で困っていること」を解決するようなリハに注力頂くことも可能になると思います。そこで、以下の項目を設定しました。

・「屋内歩行（移動手段）」「屋外歩行（移動手段）」「移乗」「入浴（入浴場所）」「排泄（排泄方法）」「食事摂取（食事形態）」の自立度及び特記事項

4) 食事摂取に関する項目

義歯使用について記載できるように追加しました。

5) 処置や服薬に関する項目

服薬を正しく行うよう支援することは、非常に重要となります。要介護高齢者の場合、認知機能の問題や介護力の問題があり、必ずしも正しく服薬されている訳ではありません。そのため、服薬に関する本人の自立度、正しい服薬に向けた工夫を、病院の看護師の方に知っておいてもらうことは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・処置の有無 ・服薬の自立度 ・一包化の必要性 ・外用薬の有無 ・特記事項

6) B P S Dに関する項目

入院によって認知機能が低下したり、認知症に伴う行動・心理症状（B P S D）が悪化したりすることがあります。B P S Dは療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・B P S Dの有無

7) 精神症状に関する項目

入院によって意欲が低下したり、鬱傾向になるなど精神状態が不安定になることがあります。精神状態は療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることが重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・意欲低下 ・鬱傾向 ・せん妄の既往 ・その他

8) 医療支援体制に関する項目

在宅での医療を支えるメンバーの支援体制に関する情報は重要です。そこで、訪問の有無をチェックできるようにし、以下の項目を設定しました。

・主治医情報（訪問の有無、機関名、医師名、TEL）
・歯科（訪問の有無、機関名、歯科医氏名、TEL）
・薬局（訪問の有無、機関名、薬剤氏名、TEL）

- ・訪問看護（事業所名、TEL）
- ・リハ職（事業所名、リハ職名、職種、TEL）

9) 介護サービス・福祉用具の利用に関する項目

入院前の介護サービス・福祉用具の利用情報は、退院後の生活を見据えた参考情報です。利用日、サービス事業名、事業所名及び福祉用具の情報を提供してください。居宅サービス計画書（1～3）があれば、利用者及び家族の生活に対する意向や、在宅での生活がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。

10) 入院前の在宅生活継続に対する本人・家族の思いに関する項目

在宅での生活の継続に対する本人・家族の意向を確認しておくことは、退院先を考える上でも、また、入院中の看護やリハの内容にも影響します。そこで、本人・家族の思いを記載する形にしました。

- ・本人の思い ・家族の思い

11) 退院後の在宅生活に必要な要件に関する項目

退院後に在宅生活に戻るための要件を把握しておくことは、入院中の看護やリハ内容を検討する上でも重要な情報と考えます。新たに項目を追加しました。

12) 今後の在宅生活の展望に関する項目

退院後在宅で生活していくうえでの支援について把握する必要があります。また、住環境や用具使用上の制限などは、入院中のリハ内容に大きく影響するものです。住環境に関する写真（居室、トイレ、お風呂、玄関、トイレやお風呂までの動線など）があれば、リハ専門職は、リハすべき内容がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。新たに項目を追加しました。

13) 退院前カンファレンス開催希望に関する項目

退院前カンファレンス開催を希望するに当たり、目的をはっきりさせるために、具体的な要望を記載できるように項目を追加しました。

14) 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報に関する項目

退院後在宅で生活していくうえ、人生の最終段階における医療・ケアについての意向を把握し、病院スタッフと共有することは重要です。新たに項目として追加しました。

3. 入院時情報提供書を活用するに当たっての留意点

1) 入院時情報提供書の目的を理解してください

病院の専門職がゴール設定や入院中の看護・リハ内容を検討する際の参考情報を提供することが目的です。もちろん、「自宅環境も把握せず、院内での ADL の状況だけを見て自宅でもできるはずと判断して退院となり、退院後の生活が成り立たない」といったことが起きないように是正する意味もあります。

退院後の生活を守り、支えるのは介護支援専門員の役目です。今回提案している入院時情報提供書を作成した背景や経緯をご理解の上、上記目的を意識しながらご活用いただきたいと思います（どのように記載するかではなく、何のためにどのような記載が必要かの観点から記載ください）。

2) 一律に活用頂くものではありません。地域での検討状況に合わせて修正ください

滋賀県では、圏域ごとに様々な医療・介護連携対策が進められています。入院時情報提供に関してもすでに活用されている地域もあると思います。地域の実情に合わせて修正頂ければ結構です（情報としての不足分を追加提供するような形もあるかもしれません）。

4. 個人情報の利用について

「入院時情報提供書」の医療機関等への情報提供（転院先への情報提供を含む）は個人情報の利用に該当します。「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第 23 条第 3 項に基づき、情報提供するにあたっては、転院先への情報提供も含め、利用者及びその家族から同意を得てください。

肺炎で入院した方
の記入例

医療機関←居宅介護支援事業所（転院先も含む）】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。
なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族
の承諾を得ています。

〇総合医療セン

予定入院の際も、本情報提
供書をご使用ください。

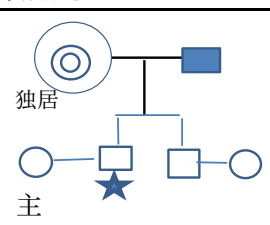
事業所名： 〇〇〇ケアプランセンター

担当者名： 琵琶 陽子

(TEL) XXXX-YY-YYYY

(FAX) XXXX-XY-YYYY

(記入日: 2025 年 3 月 10 日 入院日: 2025 年 3 月 10 日 情報提供日: 2025 年 3 月 10 日)

基本 情報	フリガナ	シガハナコ		性別	☐ 男 ☒ 女	
	氏名	滋賀 花子 様		生年月日	1938 年 11 月 16 日	
	住所	彦根市〇〇町〇〇〇		身長	152 cm	2024年10月25日
	緊急時連絡先	滋賀 一郎 様 (長男) (TEL) XXXX-XX-YYYY		体重	48 kg	2024年10月25日
入院前 の 状 況	要介護度	☐ 無 ☐ 申請中 ☐ 区変中 ☐ 要支援 () ☒ 要介護 (2)		家族状況・ジェノグラム		
	有効期間	2025 年 3 月 1 日 ~ 2029 年 2 月 28 日				
	認知機能	☐ 自立 ☐ I ☒ II ☐ III ☒ IV ☐ M ☐ 不明				
	生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)	夫を早くに亡くし、工場で60歳まで勤務し、二人の子どもを育て上げられる。息子家族にはできるだけ迷惑をかけたくないと、一人暮らしを頑張ってこられた。近隣に友人や老人会の仲間との交流あり。尚、息子家族とは関係が良いが、県外で仕事が多忙であり、連絡つきにくい時がある。 (これまで自身の意思で生活を営んできたが、脳梗塞発症後、脳血管性認知症と診断され判断が難しくなる場面が出てきている。金銭管理や契約手続きに不安がある。)				
	既往歴	白内障、高血圧、脳梗塞、脳血管性認知症				
	屋内歩行 (移動手段)	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他		〈特記事項〉 杖歩行。転倒のリスクが高いため必要に応じて見守りや軽く身体を支える介助をおこなっています。		
	屋外歩行 (移動手段)	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☒ 全介助 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☒ 車いす ☐ その他		デイサービスの送迎時など外出の際には、車いすを使用し、スタッフが介助をおこなっています。		
	移乗	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ その他		身体の方角転換時に支える介助が必要です。		
	排泄	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☒ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル ☐ パウチ		デイサービスではトイレ、自宅ではポータブルトイレを使用しています。尿パット、リハビリパンツを使用されています。夜間に失禁されることがあります。		
	入浴・場所	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない		☐ 自宅 ☒ 通所 ☐ 訪問入浴		
退院後の在宅生活 に必要な要件	食事摂取	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 経管栄養 食事形態 (普通) 義歯使用 ☐ なし ☒ あり (☒ 部分・ ☐ 総) 嚥下機能障害 ☐ なし ☒ あり				
	薬	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 (内服) ☐ 一包化 (外用) ☐ 貼付 ☐ 塗布 ☒ 点眼				
	処置	☒ なし ☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 (分/分) ☐ インスリン ☐ 透析 ☐ 褥瘡				
	BPSD	☒ なし ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 攻撃性 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 昼夜逆転 ☐ 大声を出す				
	精神状態	☐ 意欲低下 ☐ 鬱傾向 ☐ せん妄の既往 ☐ その他 ()				
	主治医	☒ 訪問 機関名 〇〇医院	医師名 大津 健太	(TEL) XXXX-ZZ-YYYY		
	歯科	☐ 訪問 機関名	歯科医師名	(TEL)		
	薬局	☒ 訪問 機関名 〇〇薬局	薬剤師名 草津 優子	(TEL) XXXX-ZZ-ZZYY		
	訪問看護	事業所名 〇〇訪問看護ステーション	(TEL) XXXX-ZZ-ZZYY			
	リハ職	事業所名	リハ職氏名	☐ PT ☐ OT ☐ ST (TEL)		
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 ☒ 居宅サービス計画書 (1~3) を添付 月・木: 訪問介護、ヘルパーステーション〇〇 火・金: 通所介護、〇〇通所介護センター 水: 訪問看護 訪問看護ステーション△△ 四点杖、車椅子、特殊寝台: 〇〇福祉用具事業所、住宅改修無					
入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人) ☒ 強く希望 ☐ 出来れば希望 ☐ どちらでもない ☒ 不安 (家族) ☐ 強く希望 ☒ 出来れば希望 ☐ どちらともいえない(本人次第) ☐ 不安					
退院後の在宅生活に必要な要件	トイレへの移動が、生活上の大きな支障となると考えられます。自宅の動線には約15cmの段差があり、車いすの使用が難しい状況です。そのため、杖歩行で約10mの移動が可能であり、かつ15cmの段差が越えられるようご配慮いただければ幸いです。(この欄には退院後の自宅での生活上で一番の課題となることを想定した上で、特に専門職に配慮いただきたい内容を記載します。あくまで、ゴール設定をおこなうのは病院の専門職です。ゴール設定に参考となる情報を提供します。)					
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者) ☐ 家族の支援が見込める ☒ 家族以外の支援が見込める ☐ 支援は見込めない	(住環境/用具使用上の課題) 居室からトイレまで10mあり、段差(15cm)が多く、車いすは使えない。 ☐ 住環境の写真・見取り図を添付	(特記事項)			
退院前カンファレンス	☒ 開催希望 具体的な要望 (退院後に取り組むべき機能訓練等について確認したい。)					
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	☒ 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日 2024 年 11 月 19 日) ☐ 話し合いを実施していない (☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外) ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか ☒ いる (滋賀 一郎 様) (続柄 長男) ☐ いない ☐ わからない					

退院に向けてのききとりシートの位置づけについて

滋賀県介護支援専門員連絡協議会

会 長 鈴木 則成

1. 退院時ケアマネジメントの重要性

- ・入院期間の短縮化が推進されるなか、自宅への円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。
 - ・特に、要介護者の場合、
 - ①年齢が高い
 - ②様々な病気や症状を有している場合が多い
 - ③日常生活動作（ADL）に障害を来している
 - ④入院中は治療優先のため、活動性低下に伴う廃用性機能低下を来しやすい
 - ⑤療養環境（病院と自宅の療養環境、ケア環境・体制）の変化の影響を受けやすい
- ことから、円滑な退院を実現するためには、病院の退院調整部門（または病棟）と、退院後のケア計画を策定するケアマネジャーの連携が重要となる

2. 退院時ケアマネジメントに求められるもの

- ・ケアマネジメントの重要性が高まるなか、国は、マネジメントプロセス（適切なアセスメントに基づく課題認識⇒解決すべき課題の適切な設定⇒長期・短期目標の適切な設定⇒課題分析⇒課題解決策の検討・実践⇒モニタリング⇒課題や対策の再検討）の機能強化を目指している。当然、退院時ケアマネジメントにおいても、同プロセスの適切な運用が必要となる。
- ・入院期間が短縮されると、
 - ① 病院で行われる「退院指導」が完結しなくなる（指導は行われたとしても、要介護者・家族がその内容を理解し、退院後の生活で実践に移すまでには至らない場合が増える）
 - ② 医療（治療・看護）の継続的関与が必要な退院患者が増える
 - ③ ADL が回復期過程にある状態での退院患者が増えることが予想される。
- ・特に、退院前後においては、「病状や症状」、「ADL」が変化しやすい状態にある。そのため、ケアマネジャーは、これら状態の変化の可能性や生活も含めた予後予測を十分意識（イメージ）した上で、**居宅サービス計画書**の内容（医療サービスの導入の必要性、医療職に期待する役割）を検討していく必要がある。医療職を交えた会議である退院前カンファレンスを、ケアマネジメントプロセスの機能強化の「場」として、有効活用していく必要がある。

3. 退院に向けてのききとりシートの役割

- ・以上の背景を踏まえると、退院に向けてのききとりシートの役割は、「**居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）**を決定するために必要な情報を収集するためのシート」となる。

4. 居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）を作成に必要な情報とは

- ・情報に関しては、マネジメントプロセスに沿った形での収集が必要となる。以下、①課題認識、②課題分析、③課題解決策の検討の順に、必要な情報の検討を行う。

(課題認識のための情報)

- ・課題を認識するためには、「現状評価」と「3カ月・6カ月・1年後の改善・悪化の可能性の評価（病状・症状やADLの予後評価）」の両面が必要となる。
- ・現状評価に関しては、①退院直前における病状や症状の確認、②病院の環境下でのADL状況の確認などが必要と考えられる。
- ・ただし、重要なことは、「自宅での生活が、退院後からスムーズに行えるように支援すること」である。特に、ADLに関しては、療養環境の影響を受けやすい（病院のフラットな環境では自立して出来ていたことも、自宅環境下では出来ないことも多い）。したがって、「自宅環境下でのADL評価（例：自宅のお風呂で、入浴が自立してできるのか）」が重要となる（病院でのADL評価は、本人のADLの能力評価としては重要）。
- ・また、ADL、生活行為を左右する要因としての見守り体制、介護環境（独居・高齢世帯・昼間独居など見守り体制がない）の確認も必要である。
- ・予後評価、課題分析に関しては、ケアマネジャーだけでなく、病院の看護師やリハ職からヒアリングすべき項目を整理した上で、**退院に向けてのききとりシート**に落とし込む必要がある。
- ・現状評価、予後評価に関する情報を収集した上で、①退院後の健康状態の適切な管理、②自宅環境下でのADL・IADLの実行状況の確保（ないし向上）を図るために、ケアマネジャーとして何が課題であると考えたかを記載する欄も必要と考える（自身の課題設定が妥当かどうかを専門職に確認してもらう→ケアマネジャーとしての見立てのレベルアップにつなげる）。

(課題分析)

- ・課題を解決するためには、上記設定課題が生じている根本原因を検討しなければならない（根本原因を除去することによって、初めて課題が改善（ないし解決）に向かう）。ただし、病状・症状やADL障害が生じている原因をケアマネジャー自身が正確に把握することは困難である。したがって、病院の看護師やリハ職からヒアリングし、**退院に向けてのききとりシート**に記載する欄を設ける必要があると考える。

(課題解決策の検討)

- ・退院後のサービス検討に当たっては、看護機能の継続性の検討が必要。具体的には、
 - ①看護師による継続的な体調面の観察やアセスメントが必要か
 - ②本人や家族に対する療養指導（生活習慣指導、服薬指導を含む）が必要か
 - ③直接的関与（バイタル測定、医療処置対応）が必要かなどの確認が必要となる。その上で、①これら指導や関与が自宅で実施する必要があるか、②通所などに配置されている看護師による対応で対応可能かなどを吟味した上で、本人・家族のサービスに対する意向も加味しながら、何のサービスを導入するかを決定していくこととなる（訪問看護を入れるかどうかは重要なのではなく、看護師が有する能力を発揮してもらう必要があるのか、あるとしたらどのような形で発揮してもらうかの視点が重要）。なお、リハの継続性の検討に関しても、同様のことが必要となる。
- ・要介護者はADLに障害を有しているため、様々な生活障害が起こりやすい。また、短期間の入院でさえも、廃用性の機能低下を生じやすい。また、退院前後では、療養環境も大きく異なるため、病院では出来ていたことも、家ではできないということが生じる。自宅環境下でのADLが可能かどうかを、病院のリハ職などに確認することが重要となる。

【退院に向けてのききとりシ

職種にチェックし () には、名前を記入します。

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
年 月 日	回目	☐ 医師 ()	☐ 看護師 ()	☐ リハ職 ()	☐ MSW ()	☐ () ()
年 月 日	回目	☐ 医師 ()	☐ 看護師 ()	☐ リハ職 ()	☐ MSW ()	☐ () ()

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名	様 ☐ 男 ☐ 女	歳	☐ なし ☐ 申請中 ☐ 要支援() ☐ 要介護()	
入院歴等	入退院日	(入院日) 年 月 日 (退院予定日) 年 月 日			
	入院原因疾患				
	入院先	(病院) (病棟) (階) (号室)			
	主治医 (診療科) 科 (医師名)				
	退院後通院先	☐ 入院していた医療機関 ☐ 入院先以外の病院 ☐ 診療所 ☐ 通院の予定なし			
疾病等	既往歴	現疾患		入院中の状態に関する特記事項を記入します。	
入院中の状態	移動	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		<特記事項>	
	(移動手段)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	入浴	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない			
	(入浴方法)	☐ 機械浴 ☐ シャワー浴 ☐ 一般浴			
	排泄	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ			
		☐ ポータブル ☐ おむ			
	移乗	☐ 自立 ☐ 一部介助		刻み食やとろみ食など記入します。	
	食事	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介			
	(食事形態)	☐ 普通 ☐ () ☐ 経管栄養			
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)		(在宅で継続できる条件)	
		☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 ☐ インスリン ☐ 透析 ☐ 褥瘡処置 ☐ 痛みコントロール ☐ 経管栄養 ☐ 排便コントロール ☐ カテーテル・パッチ () ☐ その他 () ☐ なし		左欄でチェックした項目が 退院した後どうなるのかを 考えて記入します。	
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)		(プランに位置付ける注意点)	
		☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬管理 ☐ 入浴制限 ☐ 褥瘡 ☐ その他 () ☐ なし			
	退院後の看護の必要性	☐ 非常に必要 ☐ 必要 ☐ あまり必要ではない ☐ 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ☐ 本人への療養指導 ☐ 家族指導 ☐ バイタルサインのチェック ☐ 医療処置への対応 ☐ その他 ()			
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)
		☐ できる ☐ できない	☐ あり ☐ なし	☐ あり ☐ なし	
	<特記事項>				

2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(屋外移動)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(移乗)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(入浴)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(更衣)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(トイレ動作)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	(食事摂取)	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ 自立 ☐ 要介助	☐ あり ☐ ややあり ☐ なし	
	転倒リスク	(リスクの有無)		(リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点)	
		☐ あり ☐ なし			
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)		
	運動	☐ あり ☐ なし			
退院後のリハビリの必要性	肢位	☐ あり ☐ なし			
	☐ 非常に必要 ☐ 必要 ☐ あまり必要ではない ☐ 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域訓練 ☐ 筋力増強訓練 ☐ 筋緊張緩和(ストレッチ) ☐ バランス練習 ☐ 起居／立位動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL 練習 (歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL 練習 (買い物、調理等) ☐ その他 ()				
退院後の生活に関する留意点	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)	告知の必要な疾患や、障害や後遺症などのご本人の受け止め方を記入します。
	退院後の主治医	(医療機関名) _____ (医師名) _____			
備考	覚書きなどを記入します				

3. 備考

各項目に当てはまらない、備考などを記入します。

【 退院に向けてのききとりシート 】 記入例

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
2018年 7月 20日	1回目	☐ 医師 ()	☒ 看護師 (△△△)	☒ リハ職 (〇〇〇)	☒ MSW (◇◇◇)	☐ () ()
年 月 日	回目	☐ 医師 ()	☐ 看護師 ()	☐ リハ職 ()	☐ MSW ()	☐ () ()

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	シガ ハナコ		性別		年齢		退院時の要介護度				
	氏名	滋賀 花子 様		☐ 男 ☒ 女		84 歳		☐ なし ☐ 申請中 ☐ 要支援() ☒ 要介護(2)				
入院歴等	入退院日	(入院日) 2018 年 6 月 10 日 (退院予定日) 2018 年 8 月 末 日										
	入院原因疾患	右大腿骨頸部骨折										
	入院先	△△△△ (病院) 〇〇 (病棟) 5 (階) 501 (号室)										
		主治医	(診療科)	整形外科 科		(医師名)	彦根 一郎					
	退院後通院先	☐ 入院していた医療機関 ☐ 入院先以外の病院 ☐ 診療所 ☐ 通院の予定なし										
疾病	既往歴	高血圧、糖尿病、脳梗塞			現疾患	大腿骨頸部骨折						
入院中の状態	移動	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 杖 ☒ 歩行器 ☒ 車いす ☐ その他					<特記事項> シャワー室等へは車いすを使用。 リハビリ時のみ歩行器を使用している。					
	(移動手段)											
	入浴	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 行っていない ☐ 機械浴 ☒ シャワー浴 ☐ 一般浴					浴槽へのまたぎ動作が行えず、シャワー浴で対応。 足先など手の届きにくいところを一部介助。					
	(入浴方法)											
	排泄	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ トイレ ☐ ポータブル ☒ おむつ ☐ カテーテル ☐ パウチ					ベッド上でのおむつ対応。					
	移乗	☐ 自立 ☒ 一部介助 ☐ 全介助									車いすへの移乗時は、身体を軽く支える程度の介助 むせがあり、注意が必要。	
	食事	☒ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助										
	(食事形態)	☐ 普通 ☒ (一口大刻み) ☐ 経管栄養										
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容) ☐ 点滴 ☐ 吸引 ☐ 酸素療法 ☐ インスリン ☐ 透析 ☐ 褥瘡処置 ☐ 痛みコントロール ☐ 経管栄養 ☒ 排便コントロール ☐ カテーテル・パウチ () ☐ その他 () ☐ なし					(在宅で継続できる条件) 内服で調整					
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目) ☒ 血圧 ☐ 水分制限 ☒ 食事制限 ☒ 食形態 ☒ 嚥下 ☒ 口腔ケア ☒ 血糖コントロール ☒ 排泄 ☐ 睡眠 ☒ 認知機能・精神面 ☒ 服薬管理 ☐ 入浴制限 ☐ 褥瘡 ☐ その他 () ☐ なし					(プランに位置付ける注意点) ・毎日血圧測定 ・摂取カロリー1300kcal・一口大 ・むせ注意 ・血糖コントロール (月1回通院時の血糖測定と内服でコントロール可) ・口腔ケア…口腔内の食べ残し →誤嚥性肺炎のリスクあり ・尿の回数と量の確認 →水分の促し(1200cc/日) ・手術前後せん妄あり(認知機能)					
	退院後の看護の必要性	☐ 非常に必要 ☐ 必要 ☐ あまり必要ではない ☐ 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ☒ 本人への療養指導 ☐ 家族指導 ☒ バイタルサインのチェック ☒ 医療処置への対応 ☒ その他 (血圧、食事、むせ、排便・排泄コントロール)										
	薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)						
		〇〇〇〇	降圧剤	朝一錠	薬剤情報 参照							
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置付ける注意点)							
		☐ できる ☒ できない	☒ あり ☐ なし	☐ あり ☒ なし	自己管理の可否の確認 → 一包化 おくすりカレンダーの活用? 訪問看護のサービス導入?							
	<特記事項> 整形外科からも処方あり。											

2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)	
	(屋内移動)	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	■あり□ややあり□なし	リハビリ中 見守り下での歩行器歩行 10m 可 ↓ リハビリの継続必要か？ (通所リハ?) 自宅での動作確認必要!! →退院前の同行訪問依頼する	
	(屋外移動)	□自立 ■要介助	□自立 ■要介助	□あり■ややあり□なし		
	(移乗)	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	□あり■ややあり□なし		
	(入浴)	□自立 ■要介助	□自立 ■要介助	□あり■ややあり□なし		
	(更衣)	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	□あり■ややあり□なし		
	(トイレ動作)	■自立 □要介助	□自立 ■要介助	□あり■ややあり□なし		
	(食事摂取)	■自立 □要介助	■自立 □要介助	□あり□ややあり□なし		
	転倒リスク	(リスクの有無)	(リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点)			
		■あり □なし	・筋力 UP 体力 UP 体幹バランス UP、注意散漫、危険予測 ・段差 15cm の昇降あり、上がり框 30cm (手すりなし)、玄関前階段 (5 段)			
禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容／留意点)				
	運動 ■あり □なし 肢位 ■あり □なし	全荷重可 またぎの動作注意 脱臼、屈曲、内転、内旋 床の物を取る動作注意！ 足が内側に入る姿勢をしない！（横座り、お姉さん座り）				
退院後のリハビリの必要性	■非常に必要 □必要 □あまり必要ではない □必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック ■本人指導 ■家族指導 ■関節可動域訓練 ■筋力増強訓練 ■筋緊張緩和(ストレッチ) ■バランス練習 ■起居／立位動作練習 ■摂食・嚥下訓練 □言語訓練 ■ADL 練習 (歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ■IADL 練習 (買い物、調理等) □その他 ()					
退院後の生活に関する留意点	本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)		
		・手術してだいぶ良くなったが、歩くことやまた転ばないか心配 ・前より歩けなくなった	痛みやふらつきもある	■あり □なし		
	退院後の主治医	(医療機関名) <u>〇〇医院</u> (医師名) <u>大津 太郎</u>				
備考	1 か月後 △△病院整形外科受診予定					

3. 備考

退院前に OT の〇〇〇氏と共に住宅環境の見直しを行う予定。

お^{くち}いきいき チェックシート



噛みにくい、むせる、滑舌の悪さなど、お口のちょっとした衰え（オーラルフレイル）は、放置しておくとも、全身の筋肉の衰えや病気の悪化につながります。下の 5 項目で、お口のいきいき度をチェックしてみましょう！

①	自分の歯または入れ歯で、 左右とも奥歯でかめますか？	1.左右とも かめない、 片方だけ かめる	2.左右とも かめる
②	食後に口の中に食べ物が 残りますか？	1.はい	2.いいえ
③	お茶や汁物でむせることが ありますか？	1.はい	2.いいえ
④	口が渇きますか？	1.はい	2.いいえ
⑤	口臭が気になりますか？ または口臭を指摘されたことが ありますか？	1.はい	2.いいえ



① ～⑤ で、1つでも「1」にチェックがついた場合、お口の力が弱っているかもしれません →裏面へ

かかりつけ歯科医をもち、定期健診を受けましょう！！

日頃からお口の環境を良くしておくことで、万が一入院や手術をした後も、早くから自分のお口で食べることができ、回復が早くなります。



チェックシートの解説

下記を参考に
お口の健康を取り
戻しましょう！

	考えられること	どうすればいい？	相談先
①	●くいしばる力の低下 →全身の筋力低下につながります。	・自分の歯や入れ歯に不具合があれば、治療できるか、歯科医院で相談してみましょう。 ・奥歯でかめることで、食事の幅が広がり、筋力アップにもつながります。	歯科医院 医院 薬局 ケアマネジャー  【地域包括支援センター】 近江八幡市 (0748-31-3737) 東近江市 (0748-24-5641) 日野町 (0748-52-6001) 竜王町 (0748-58-3704) 【保健センター（栄養相談）】 近江八幡市 (0748-33-4252) 東近江市 (0748-23-5050) 日野町 (0748-52-6574) 竜王町 (0748-58-1006) 「えいようで三方よし」 （公社）日本栄養士会認定 栄養ケアステーション ぴーまん食楽部 090-1713-3044（毎週月曜 の13時30分～16時） 【歯科に関する窓口】 湖東歯科医師会事務局 0748-20-2801（月、水、木、 金の13時～17時） 湖東歯科医師会口腔機能管 理支援センター 080-8501-4356（受付対 応：月、水、金）  しがの健康づくりキャラクター 「ハグとクミ」
②	●食べ物をかむ力の低下 →柔らかい食べ物に偏りやすく、低栄養や筋力低下につながります。	・唇、頬、舌などの動きをよくすることで安全に食事ができ、コミュニケーションもとりやすくなります。 ・口や首・肩の体操や発声練習をあわせて健口体操と呼ばれています。市町や自治会でもされている健口体操をご利用ください。	
	●唇や頬、舌の筋力低下 →消化不良や窒息を起こしやすく、話す、表情をつくる等のコミュニケーションがとりにくくなります。		
③	●飲み込む力（のどの筋力や反射）の低下 →誤嚥や窒息をおこしやすくなります。	・よい姿勢で、よくかんでゆっくり食べましょう。口のなかでまとまりやすい食品、調理方法を選ぶことも有効です。 ・食品や調理については、市町の「栄養相談」等で助言を受けられます。健口体操もおすすめです。	
④	●唾液の分泌低下 →会話や食事がしにくくなり、むし歯や歯周病菌も増加します。	・鼻呼吸をこころがけ、よくかむこと、話すことで唾液が出やすくなります。唾液腺マッサージや健口体操も有効です。 ・口の渇きがひどい場合は、疾患や薬の影響も考えられますので、主治医に相談してみてください。	
⑤	●お口の清掃不良（むし歯や歯周病菌の増加） →口の中の病気の他に、肺炎や全身疾患が悪化することがあります	・お口の清掃は、自己流では不十分なことが多いので、歯科医院で磨き方を指導してもらいましょう。 ・お口を清潔にすることで、肺炎や全身疾患（特に糖尿病、脳梗塞、心疾患）の悪化予防になります。	

訪問歯科診療については、個別に歯科医院やケアマネジャー等にご相談ください。

作 成：東近江地域歯科保健調整会議（平成31年3月）

事務局：滋賀県東近江健康福祉事務所（東近江保健所）

TEL:0748-22-1309

主治医への報告・
連絡・相談は
随時必要！

【ポイント】

- ◎『意思決定支援』の認識が重要（意思決定支援とは、文字通り「意思」を「決定」することを「助ける」という意味）
- ◎可能な限り本人の生活に合った方法に切り替えて予防的な支援をする。
- ◎本人の意思を尊重し、著しくQOLが障がいされたり、生命リスクが高まった場合には、必要時速やかに医療に繋ぐ支援をする。

STEP1 医療ニーズが高い利用者像をチェックしよう	対応する医療サービス（優先順）	根拠
1 医療機器等を装着している状態である	◆医療の状況やリスクを共有することで、チーム全体で安全なケア計画を立て、QOLの向上や自立を支援	
☐ カテーテルの留置（膀胱、腎、胆管も含む）	訪問看護	感染予防 排泄機能のアセスメント
☐ 人工呼吸器の使用	訪問看護・リハビリ	医療機器の管理 各種合併症の予防
☐ たん、唾液の吸引	訪問看護・リハビリ	有効的な排泄援助と肺炎の予防
☐ がん性疼痛のコントロール（注射・内服液）	訪問看護・薬剤師	薬の正しい理解と痛みアセスメント
☐ 気管切開カニューレ装着	訪問看護	感染予防とカニューレトラブルへの予防と対応
☐ ストマの装着（大腸・尿路）	訪問看護	排泄管理とストマ周辺の皮膚トラブルの予防・管理
☐ 在宅酸素療法	リハビリ・訪問看護	呼吸機能の評価・正しい呼吸方法の獲得
☐ 経管栄養チューブ（胃ろう含む）の使用	訪問看護・栄養士・薬剤師・歯科	挿入部の皮膚・粘膜トラブルの予防 栄養状態のモニタリング 簡易懸濁法等適切な薬の注入方法の検討 口腔機能の評価、改善
☐ 中心静脈栄養、持続点滴	訪問看護・栄養士・薬剤師	安全管理 摂食嚥下・栄養の改善 ルート・針の道定の際の助言
☐ 腹膜透析	訪問看護・栄養士	感染の予防 食生活の支援
☐ インスリンの自己注射	訪問看護・栄養士・薬剤師	インスリン管理 食生活の支援 本人にあった薬剤の形態の評価
2 皮膚・爪のケアが必要である	◆長い間の生活や動作の結果であることを理解し、生活様式全体を評価し再構築	
☐ 爪に問題がある（陥入爪、感染など）	訪問看護・リハビリ	感染の予防 歩行障がいの予防
☐ 褥瘡がある	訪問看護・リハビリ・栄養士・薬剤師	傷の処置 栄養・介護方法、動作の改善 寝具やマットレスなどの評価と選定 薬剤や創傷被覆材の選定・使用法の助言
☐ 皮膚に傷があり（潰瘍、熱傷、白癬、など）治りにくい	訪問看護・薬剤師	糖尿病などの基礎疾患との関連性やケアの評価 医療材料の選定の際の助言
3 医療的な視点でのリスク管理（入院を予防）が必要	◆治療が生活の弊害にならず、健康を取り戻すための支援	
☐ 治療食を食べている	栄養士・訪問看護・薬剤師	本人の生活にあった食事の改善や工夫
☐ 薬を飲んでいる	薬剤師・訪問看護	服薬アドヒアランス向上サポート 残薬調整、ポリファーマシー対策の検討
☐ がん治療中（薬・放射線）	薬剤師・訪問看護・栄養士	副作用や栄養の評価・改善
4 慢性疾患がある	◆生活の中に潜する病状悪化の要因を排除し、生活の質低下を防ぐための支援	
☐ 慢性閉塞性肺疾患	リハビリ・訪問看護・栄養士	廃用性のADL低下の予防
☐ 腎不全・心不全	栄養士・訪問看護・薬剤師	尿量を確認しながら、安全に服薬してもらうサポート 栄養状態のモニタリング 食生活の支援
☐ 尿路感染を繰り返している	訪問看護・薬剤師	排泄状況と繰り返す原因の評価 適切な薬の選択・副作用の評価
☐ 肺炎を繰り返している	歯科・リハビリ・訪問看護	口腔・嚥下機能の評価とケア
☐ 認知症・精神疾患がある	訪問看護・リハビリ・薬剤師・PSW	潜在している心身の状態の評価
5 口の中・食べること・栄養に問題がある	◆生きることや活力の基本である「食べること」を見直すための支援	
☐ 摂食・嚥下に問題がある	歯科・リハビリ・栄養士・訪問看護・薬剤師	摂食機能の評価・回復 食事形態・ポジショニングの工夫 補助栄養食の活用検討
☐ 痩せている。BMI（体重÷身長m÷身長m）が18.5未満	栄養士・歯科	低栄養の原因を評価し、改善
☐ 過去3か月で体重が減少した	栄養士	体重減少の原因を評価し、改善
☐ 噛めない、または、噛むことに問題がある	歯科・リハビリ・訪問看護・栄養士	咀嚼機能の評価・改善 虫歯、歯周病、義歯の問題改善 食事形態の工夫・ポジショニングの工夫
☐ 口臭・口腔内食物残渣がある	歯科・訪問看護	口腔内疾患の予防 誤嚥性肺炎の予防
6 排泄	◆自立した排泄ができ精神的苦痛や自尊心低下がないよう支援	
☐ 対処できていない便秘や下痢がある	訪問看護・薬剤師・リハビリ・栄養士	原因を評価し、排泄の状態を改善
☐ 尿失禁や頻尿、排尿困難がある	訪問看護・リハビリ・薬剤師	薬の副作用の可能性を評価
7 睡眠	◆生活の中に潜する睡眠障害の要因を排除し、本来の生活機能を取り戻すための支援	
☐ 昼夜逆転している	訪問看護・薬剤師・リハビリ	原因を評価し、睡眠状態を改善
☐ 不眠である	訪問看護・薬剤師	
8 活動性の低下	◆身体機能の改善及び環境の整備を行うことで、住み慣れた場所で安全に暮らし続けられるための支援	
☐ 以前に比べADLが低下し、生活の再編が必要	リハビリ・訪問看護	ADLの評価、改善の可能性、生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編
☐ IADLに問題がある。	リハビリ・訪問看護・歯科・栄養士	今後ADLの低下の可能性も含めた評価
☐ 進行性の神経難病である。	リハビリ・訪問看護	廃用性のADL低下を予防
☐ 転倒歴がある。	リハビリ・薬剤師・訪問看護	転倒リスクの評価 生活環境の評価・環境（人的・物的）の再編
9 状態の変化により、在宅療養生活に不安がある	◆自分らしい生活や限りある「生」を充実させるための支援「人生の最終段階における医療の決定に関するガイドライン」を踏まえる	
☐ 急な病状変化に対する不安がある	訪問看護（24時間対応型）	不安の原因を究明し解消
☐ 終末期であるが本人の意思が不明瞭・不安が強い	訪問看護・薬剤師	死への不安や苦痛を緩和できるように支援

※栄養士やリハビリなど地域の資源が不足の場合は、訪問看護に相談・検討

⇒ チェックが入った項目に対応する専門職等と連携しながら、生活の質を維持・向上できる“在宅ケアチーム”をつくりましょう。

通院が可能か、通院を継続することで生活の質の低下が予測される場合は、早めに在宅医療への移行を検討しましょう。

ケアプランの作成に当たっては相談先をあらかじめ決め、すぐに対応できるよう備えておきましょう！

窓口⇒主治医・在宅医療・介護連携相談支援窓口・訪問看護ステーション（教育ステーション）

地区歯科医師会（在宅歯科ケアステーション）・（公社）大阪府栄養士会（栄養ケア・ステーション）等

STEP2 さらに利用者の背景をチェックしよう さらに介護・福祉と包括的に関わる必要があると予測されるもの

- ☐ 独居である
- ☐ 介護者の理解が不良である
- ☐ 介護者の疲弊が予測される
- ☐ 虐待等を含めた介護状況に問題がある可能性がある
- ☐ 家族背景・経済背景などに何らかの事情がある
- ☐ 24時間365日対応を要するような状態である
- ☐ 入退院を繰り返している
- ☐ サービス拒否がある
- ☐ 不衛生な室内環境

【補足説明】

【アドヒアランス】

患者が治療方針の決定に賛同し積極的に治療を受ける

【ポリファーマシー】

多剤併用・多剤処方

→必要以上に多くの薬を併用している状態

終末期医療

アドバンス・ケア・プランニング (ACP) から考える

ACP (Advance Care Planning) とは？

将来の変化に備え、**将来の医療及びケアについて、患者さんを主体に、そのご家族や近い人、医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行い、患者さんの意思決定を支援するプロセスのことです。**
患者さんの人生観や価値観、希望に沿った、将来の医療及びケアを具体化することを目標にしています。



日本医師会キャラクター 日医君



日本医師会

＊ はじめに

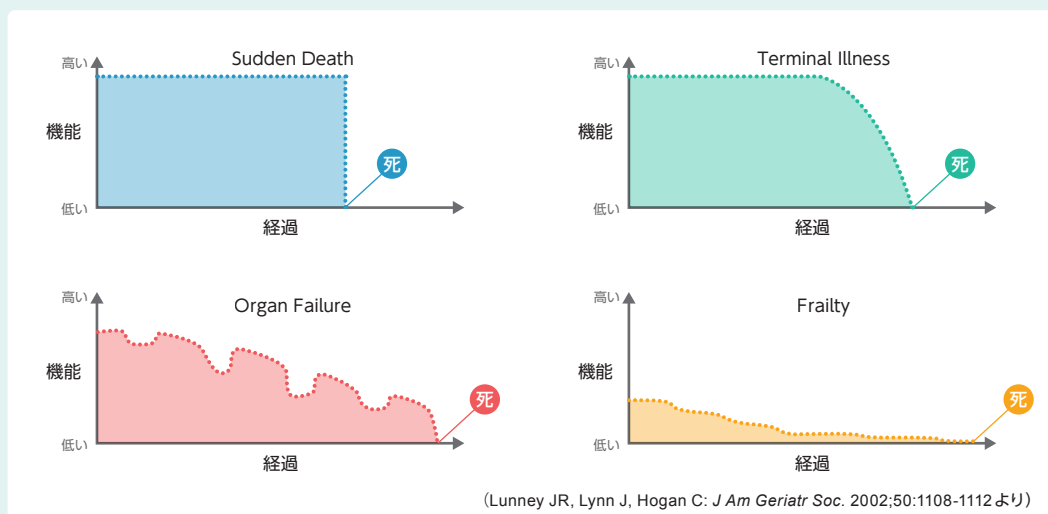
超高齢社会を迎え、患者さんの人生の締めくくりの時期に、家族や医療・ケア関係者等がどのように寄り添うかが、これまで以上に大きな課題となっています。

患者さん一人ひとりの希望に沿った生き方を実現するためには、その意思を十分に尊重し、患者さんにとって最善となる医療及びケアをより一層充実させていくことが望めます。

しかしながら、人生の最期に至る軌跡は多様 (図) であり、患者さんの意思も変わることが考えられます。

かかりつけ医等の医療従事者から適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さん本人の意思を明らかにできるときから、患者さんやそのご家族等と医療・ケアチームが、繰り返し話し合いを行うことが重要です。孤立死・孤独死を防ぐことにもなります。

図 人生の最期に至る軌跡



■: 急性期医療等における急性型

■: がん等の亜急性型

■: 高齢者等の慢性型 (呼吸不全等)

■: 高齢者等の慢性型 (フレイル、認知症等)

(日本学術会議臨床医学委員会終末期医療分科会: 終末期医療のあり方について-亜急性型の終末期について、2008 より)



超高齢社会を迎えたわが国の現状と将来推計

- 2016年時点における日本の高齢化率 (65歳以上人口の割合) は27.3%です。2035年には33.4%、2061年には40%に達すると見込まれています。
- また、75歳以上の人口の割合は、2015年時点で12% (1,612万人) ですが、2030年には20% (2,278万人) まで増加すると推計されています。
- 2030年の高齢者世帯に占める独居高齢者の割合は36.2%に達すると推計されています。数としても約130万世帯増加し、全世帯の14%が高齢単身世帯になる見込みです。

(東京大学高齢社会総合研究機構: 東大がつくった高齢社会の教科書、東京大学出版会、2017より)

＊ なぜACPのような工夫が必要なのですか？

- 患者さんが望む医療及びケアについて、その意思を確認できなくなるときが、いつ訪れるのかを予測することは困難です。
- 一方、終末期においても患者さんの尊厳ある生き方を実現するためには、**患者さんの意思が尊重された医療及びケア**を提供することが重要です。
- 患者さんの意思を尊重し、その人生にとって最善となることが見込まれる医療及びケアが実現することは、**残されたご家族等にとっても、極めて重要な意味**を持ちます。
- 予測されない急激な変化が起こることもありますので、**患者さんが意思を伝えられるときから、その意思を共有しておく**ことが重要です。たとえば、高齢者健診などをきっかけに、話し合いの機会をもつことも考えられます。

＊ ACPの留意点がありますか？

- ACPは、**前向きにこれからの生き方を考える仕組み**です。その中に、最期の時期の医療及びケアのあり方が含まれます。リビング・ウィル等のAD (Advance Directive；事前指示) の作成も入ることがあります。
- 主体はあくまでも**患者さん本人**です。
- 患者さんの意思は変化する可能性がありますので、**繰り返し話し合う**ことが重要です。
- **地域で支える**という視点から、**かかりつけ医を中心に**、看護師、ケアマネジャー等の介護職、ソーシャルワーカー等の**多職種で、患者さんの意思に寄り添う**ことが理想です。
- その場で決まらないこともあります。話し合いの内容は、**その都度、文書にまとめておく**ことが大切です。
- まずは、**話し合いのきっかけをつくったり、話し合いのプロセスの場を提供する**ことが重要です。



※ ACPでは何を話し合えばよいのですか？

将来の変化に備え、患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、その人生の締めくくりの時期に寄り添うために必要と考えられる内容について話し合うことが必要です。

たとえば…

患者さんの状況

- 家族構成や暮らし方はどのようなものですか？
- 健康状態について気になる点がありますか？
- 他にかかっている医療機関（治療内容）や介護保険サービスの利用はありますか？ など

患者さんが大切にしたいこと（人生観や価値観、希望など）

- これまでの暮らしで大切にしてきたことは何ですか？
- 今の暮らしで、気になっていることはありますか？
- これからどのように生きたいですか？
- これから経験してみたいことはありますか？
- 家族等の大切な人に伝えておきたいことは何ですか？
（会っておきたい人、最期に食べたいもの、葬儀、お墓、財産など）
- 最期の時間をどこで、誰と、どのように過ごしたいですか？
- 意思決定のプロセスに参加してほしい人は誰ですか？
- 代わりに意思決定してくれる人はいますか？ など

医療及びケアについての希望

「可能な限り生命を維持したい」「痛みや苦しみを少しでも和らげたい」「できるだけ自然な形で最期を迎えたい」などの希望が考えられますが、病状等も含め状況は様々です。医療関係者より、適切な情報提供と説明がなされた上で、患者さんやそのご家族等と話し合いを重ねていくことが重要です。

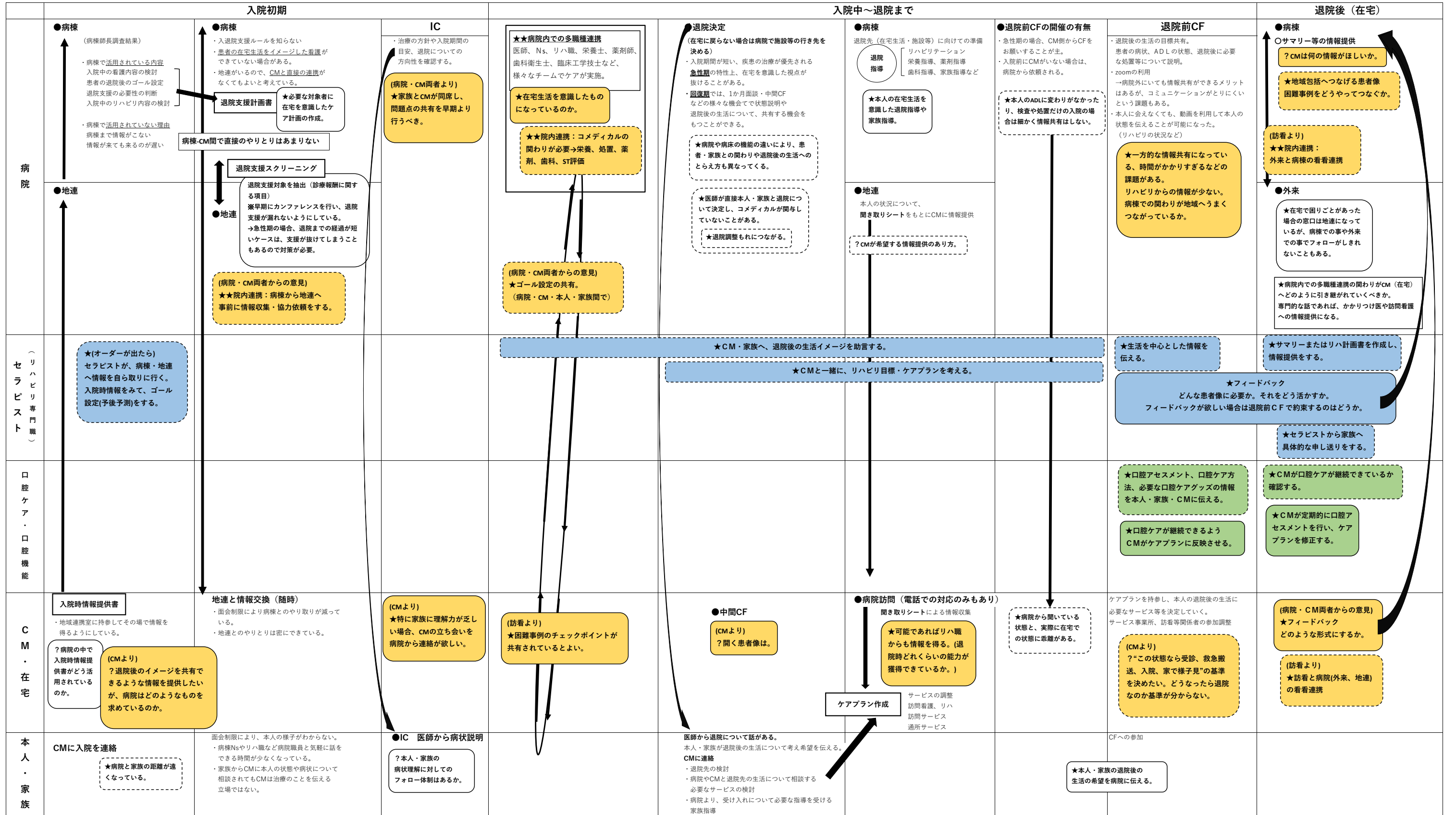
※ ACPのまとめ

- 患者さんの意思を尊重した医療及びケアを提供し、**尊厳ある生き方を実現することがACPの目的**です。
- 医療及びケアの提供は、**患者さんの意思が一番大事**です。それを確認するために、ACPの実践が必要です。
- 患者さんが意思を明らかにできるときから**繰り返し話し合い**を行い、**その意思を共有**することが重要です。
- 患者さんの**意思が確認できなくなったとき**にも、それまでのACPをもとに**患者さんの意思を推測**することができます。
- **かかりつけ医を中心に多職種が協働し、地域で支える**という視点が重要です。

詳しくは、日本医師会のホームページをご覧ください
https://www.med.or.jp/doctor/rinri/i_rinri/006612.html



入退院支援の現状と課題（病院訪看ケアマネ合同ワーキング・セラピストケアマネ合同ワーキングにおける意見まとめ）



※表の見方

★：連携上の課題である意見
？：疑問

⇒入退院支援の手引き（第3版）に明確に記載されていない意見

令和6年度東近江圏域入退院支援ルール評価検討会資料（R7.2.3）

この資料は、本手引きの改訂内容の検討のため、上記会議にて用いた資料です。