

第17回入退院支援セミナー 医療の質・経営の質向上を目指して



急性期病院における退院調整の実際

～多職種連携による、入退院支援～



2024年11月24日（日）佐久医療センター
患者サポートセンター 地域医療連携室
師長 三石 雪枝



地域医療連携室紹介

・スタッフ紹介

室長 副診療部長 血液内科医師 1名

副室長 副診療部長 消化器外科医師 1名

前方支援 事務 8名

後方支援 退院支援部門看護師 5名 1人2病棟担当

	担当病棟 ※脳外科は2名体制	連携室 経験年数
師長	救急集中系、産婦人科・小児科病棟	7ヵ月
看護師A	脳外科病棟、循環器・心外科病棟	6年目
看護師B	腫瘍内科病棟、消化器外科・消化器内科病棟	4年目
看護師C	整形外科・形成外科・耳鼻咽喉科病棟、血液内科病棟	3年目
看護師D	消化器外科・消化器内科病棟、脳外科病棟	2年目

医療相談員 6名 1人2病棟担当

退院支援：看護師とMSWのコンビ体制



患者サポートセンターに集約した部門

- 地域医療連携室（前方・後方支援）
- 医療福祉相談室
- 入退院支援室
入院時重症患者対応メディエーター
- クリニカルパス管理
- 総合案内
- 患者相談窓口
- 医事課（外来機能・会計・文書受付）
- 外来栄養相談
- 持参薬管理
- メディア係（取込み・出力）



患者サポートセンター



＜退院支援部門＞

医療福祉相談室と退院支援部門看護師は横並び
常に連携を図りながら退院調整業務を行う

本日の内容

- 1、佐久医療センターの概要
- 2、入退院支援の推進と退院支援の必要性
- 3、2024年診療報酬改定について
- 4、当院における退院支援の実際
～診療報酬改定後の取り組みを交えて～
- 5、退院支援にかかわる看護の課題
- 6、地域の医療機関との連携

1、佐久医療センターの概要

専門医療と救急・急性期医療に特化した予約・紹介型

◆急性期・高度専門・先進医療・短期集中的な入院医療を担う

【指定機関名称】

地域医療支援病院

地域がん診療連携拠点病院

第2種感染症指定医療機関

救命救急センター

信州ドクターヘリ運航病院

地域災害医療センター

地域周産期母子医療センター

高度医療研修施設

DPC特定病院群（Ⅱ群）



病床数 450床

平均在院日数 10.1日（2023年度実績）



病院・かかりつけ医との連携強化

機能分化の推進に不可欠な近隣医療機関との連携強化

地域医療機関から佐久医療センターへの紹介件数 (2014年度～2023年度)



地域の医療機関との役割分担と連携により、紹介件数を伸ばしてきた。医療センターの逆紹介件数(除：厚生連病院)は開院後の12,233件から14,349件に増加。

病病連携



佐久医療センター
450床

車で20分



車で50分



佐久総合病院（本院）
1次・2次急性期と慢性期、地域を
つなぐ中間的な役割を担う

216床

（一般病床 地域包括病棟 回復期リハ病棟
人間ドック ※精神科病棟休床）



車で30分



小海分院
南佐久、南部地域に密着した医
療を提供

99床

（一般病床・医療療養・地域包括8床）



佐久医療センター

佐久病院グループの連携（転院調整）

●スムーズな病院間連携（転院調整）

- ・イントラネットを使用し転院を依頼
（多職種で共有）
- ・地域包括ケア病棟、回復期リハビリ病棟対象者
- ・転院後の退院先の見込み

＊患者情報及び診療上の情報の共有

	2021年度	2022年度	2023年度	2024年度 (9月まで)
転院総数	1217件	1237件	1454件	842件
佐久病院	429件	373件	373件	211件
小海分院	158件	135件	116件	68件

転院数と佐久病院グループ病院への転院件数：20から30%を占める



本日の内容

- 1、佐久医療センターの概要
- 2、入退院支援の推進と退院支援の必要性
- 3、2024診療報酬改定について
- 4、当院における退院支援の実際
～診療報酬改定後の取り組みを交えて～
- 5、退院支援にかかわる看護の課題
- 6、地域との連携

2、入退院支援体制の推進と退院支援の必要性

「住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができる」ことを目指すために

急性期治療から在宅療養までのスムーズな選択

入院前から外来部門と病棟の連携強化

退院後のその人らしい生き方の実現を目指す

入退院支援が組織に推進されていること



人々がより健康で『その人らしく生きる』ために

医療機関が果たす役割は大きい

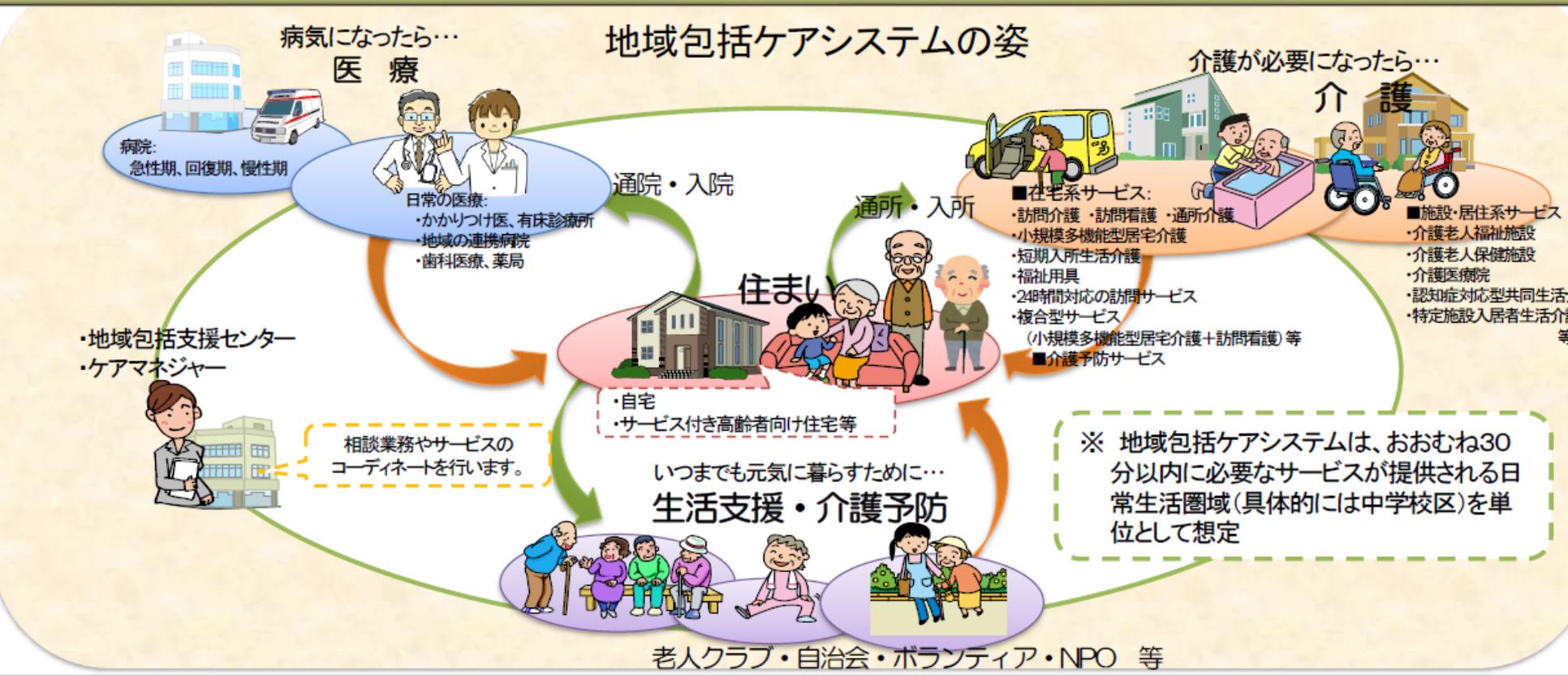
地域の医療機関との連携、そのほかの専門職種との連携・共同

により、その人の生き方に合わせた質の高い支援を提供する

地域包括ケアシステムの構築について

できるだけ長く

- 団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けることができるよう、**医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制(地域包括ケアシステム)の構築を実現。**
- 今後、認知症高齢者の増加が見込まれることから、認知症高齢者の地域での生活を支えるためにも、地域包括ケアシステムの構築が重要。
- 人口が横ばいで75歳以上人口が急増する大都市部、75歳以上人口の増加は緩やかだが人口は減少する町村部等、**高齢化の進展状況には大きな地域差。**
- 地域包括ケアシステムは、**保険者である市町村や都道府県が、地域の自主性や主体性に基づき、地域の特性に応じて作り上げていくことが必要。**



地域完結型医療（地域包括ケアシステム）

地域完結型医療とは

地域の中でそれぞれの病院や診療所クリニック等が、その特徴を生かしながら役割を分担して、地域の医療機関全体で1つの病院のような機能を持ち切れ目のない医療を提供していくこと

＊要介護状態になっても、できるだけ長く住み慣れた地域で暮らす（時々入院、ほぼ自宅）

＊地域包括ケアシステムの構築は連携がキーワード
医療機関の連携（病病連携・病診連携・看看連携）

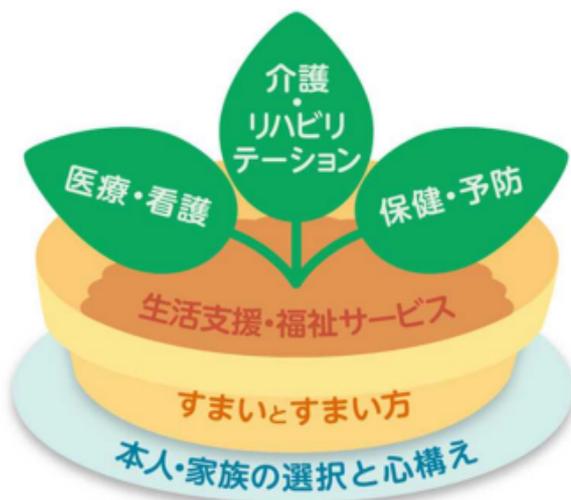
＊行政との連携・介護との連携・地域との連携

地域包括ケアシステムの5つの構成要素と「自助・互助・共助・公助」

平成25年3月
地域包括ケア研究会報告書より

○高齢者の尊厳の保持と自立生活の支援の目的のもとで、可能な限り住み慣れた地域で生活を継続することができるような包括的な支援・サービス提供体制の構築を目指す「地域包括ケアシステム」。

地域包括ケアシステムにおける「5つの構成要素」



「介護」、「医療」、「予防」という専門的なサービスと、その前提としての「住まい」と「生活支援・福祉サービス」が相互に関係し、連携しながら在宅の生活を支えている。

【すまいとすまい方】

●生活の基盤として必要な住まいが整備され、本人の希望と経済力にかなった住まい方が確保されていることが地域包括ケアシステムの前提。高齢者のプライバシーと尊厳が十分に守られた住環境が必要。

【生活支援・福祉サービス】

●心身の能力の低下、経済的理由、家族関係の変化などでも尊厳ある生活が継続できるよう生活支援を行う。
●生活支援には、食事の準備など、サービス化できる支援から、近隣住民の声かけや見守りなどのインフォーマルな支援まで幅広く、担い手も多様。生活困窮者などには、福祉サービスとしての提供も。

【介護・医療・予防】

●個々人の抱える課題にあわせて「介護・リハビリテーション」「医療・看護」「保健・予防」が専門職によって提供される（有機的に連携し、一体的に提供）。ケアマネジメントに基づき、必要に応じて生活支援と一体的に提供。

【本人・家族の選択と心構え】

●単身・高齢者のみ世帯が主流になる中で、在宅生活を選択することの意味を、本人家族が理解し、そのための心構えを持つことが重要。

「自助・互助・共助・公助」からみた地域包括ケアシステム

- 自分のことを自分でする
- 自らの健康管理（セルフケア）
- 市場サービスの購入

自助

- 当事者団体による取組
- 高齢者によるボランティア・生きがい就労

互助

- ボランティア活動
- 住民組織の活動

- ボランティア・住民組織の活動への公的支援

共助

- 介護保険に代表される社会保険制度及びサービス

公助

- 一般財源による高齢者福祉事業等
- 生活保護
- 人権擁護・虐待対策

【費用負担による区分】

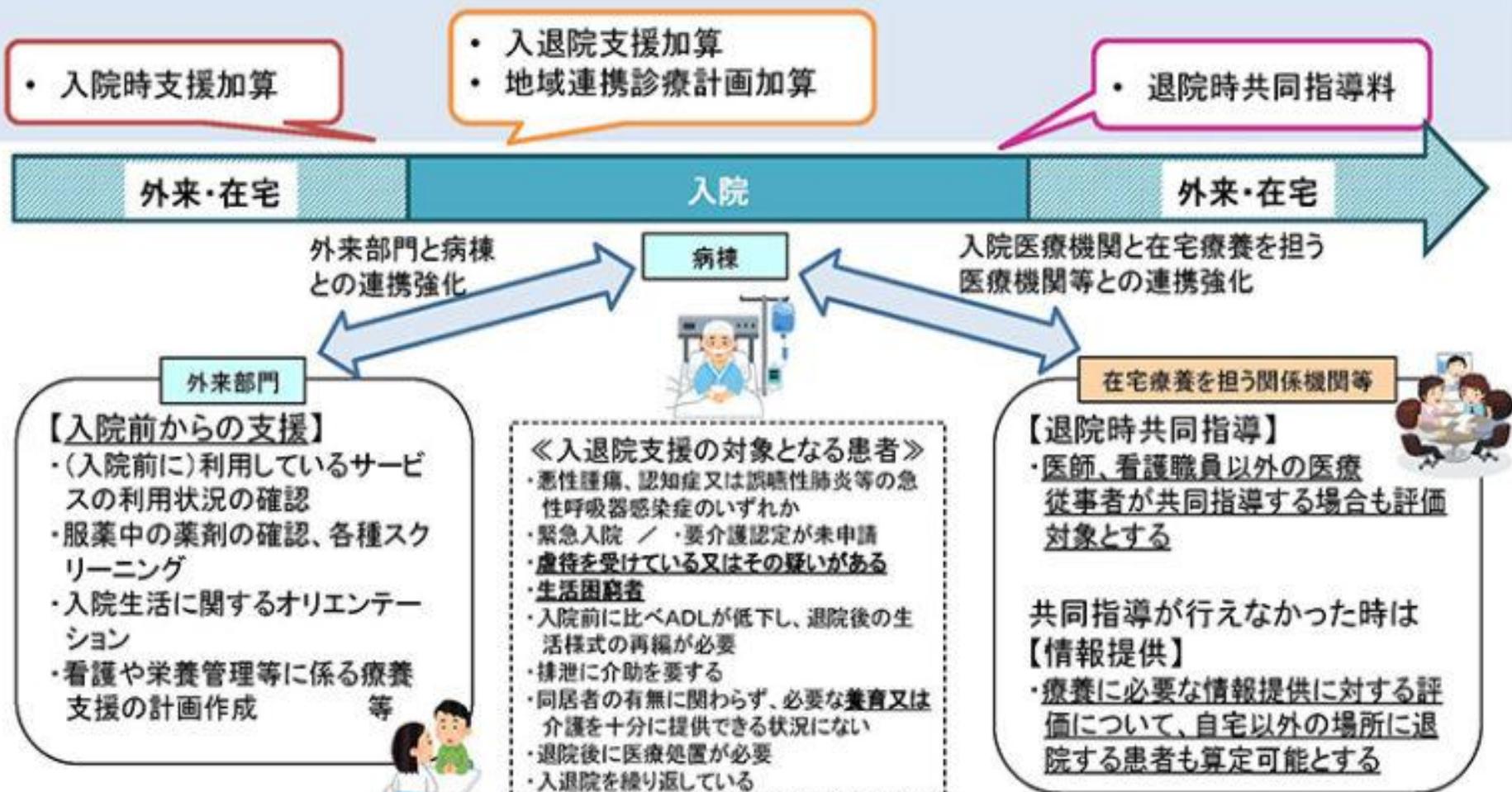
●「公助」は税による公の負担、「共助」は介護保険などリスクを共有する仲間（被保険者）の負担であり、「自助」には「自分のことを自分でする」ことに加え、市場サービスの購入も含まれる。
●これに対し、「互助」は相互に支え合っているという意味で「共助」と共通点があるが、費用負担が制度的に裏付けられていない自発的なもの。

【時代や地域による違い】

●2025年までは、高齢者のひとり暮らしや高齢者のみ世帯がより一層増加。「自助」「互助」の概念や求められる範囲、役割が新しい形に。
●都市部では、強い「互助」を期待することが難しい一方、民間サービス市場が大きく「自助」によるサービス購入が可能。都市部以外の地域は、民間市場が限定的だが「互助」の役割が大。
●少子高齢化や財政状況から、「共助」「公助」の大幅な拡充を期待することは難しく、「自助」「互助」の果たす役割が大きくなることを意識した取組が必要。

入退院支援の評価（イメージ）

- 病気になり入院しても、住み慣れた地域で継続して生活できるよう、また、入院前から関係者との連携を推進するために、入院前や入院早期からの支援の強化や退院時の地域の関係者との連携を評価。



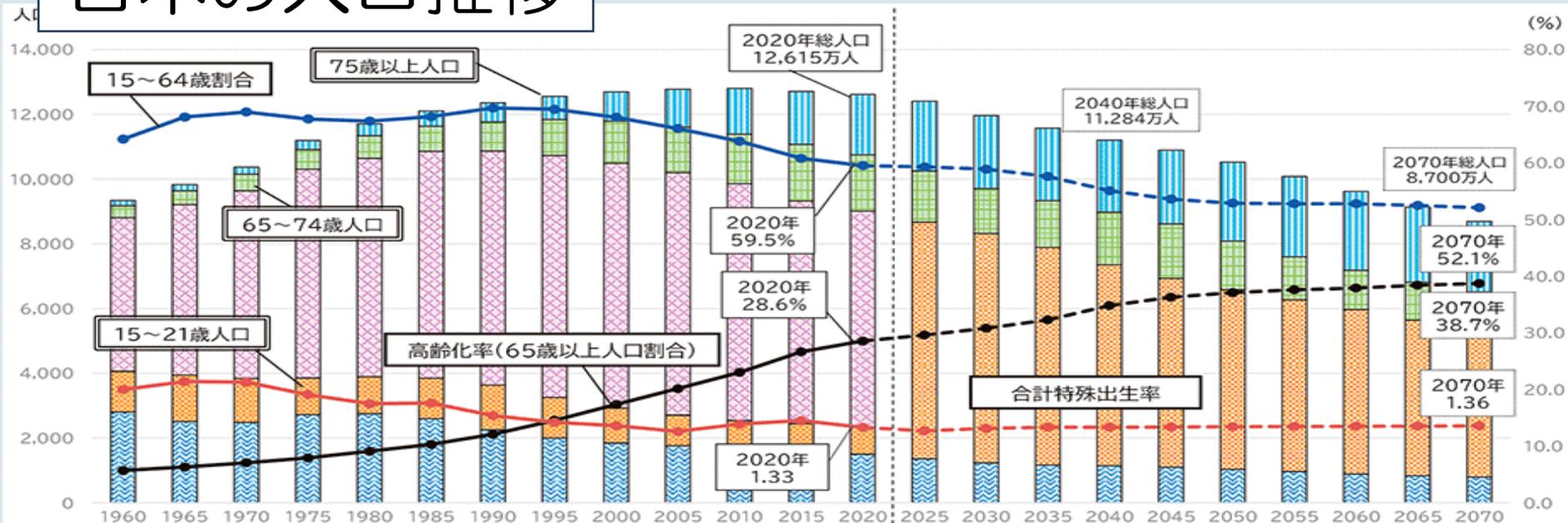
支援の目的を理解しているのか？加算のためだけ？
特に、入院早期からの支援強化できているのかな？

本日の内容

- 1、佐久医療センターの概要
- 2、入退院支援の推進と退院支援の必要性
- 3、2024年診療報酬改定について
- 4、当院における退院支援の実際と課題、
診療報酬改定後の取り組みを交えて
- 5、地域の医療機関との連携

3、診療報酬改定から

日本の人口推移

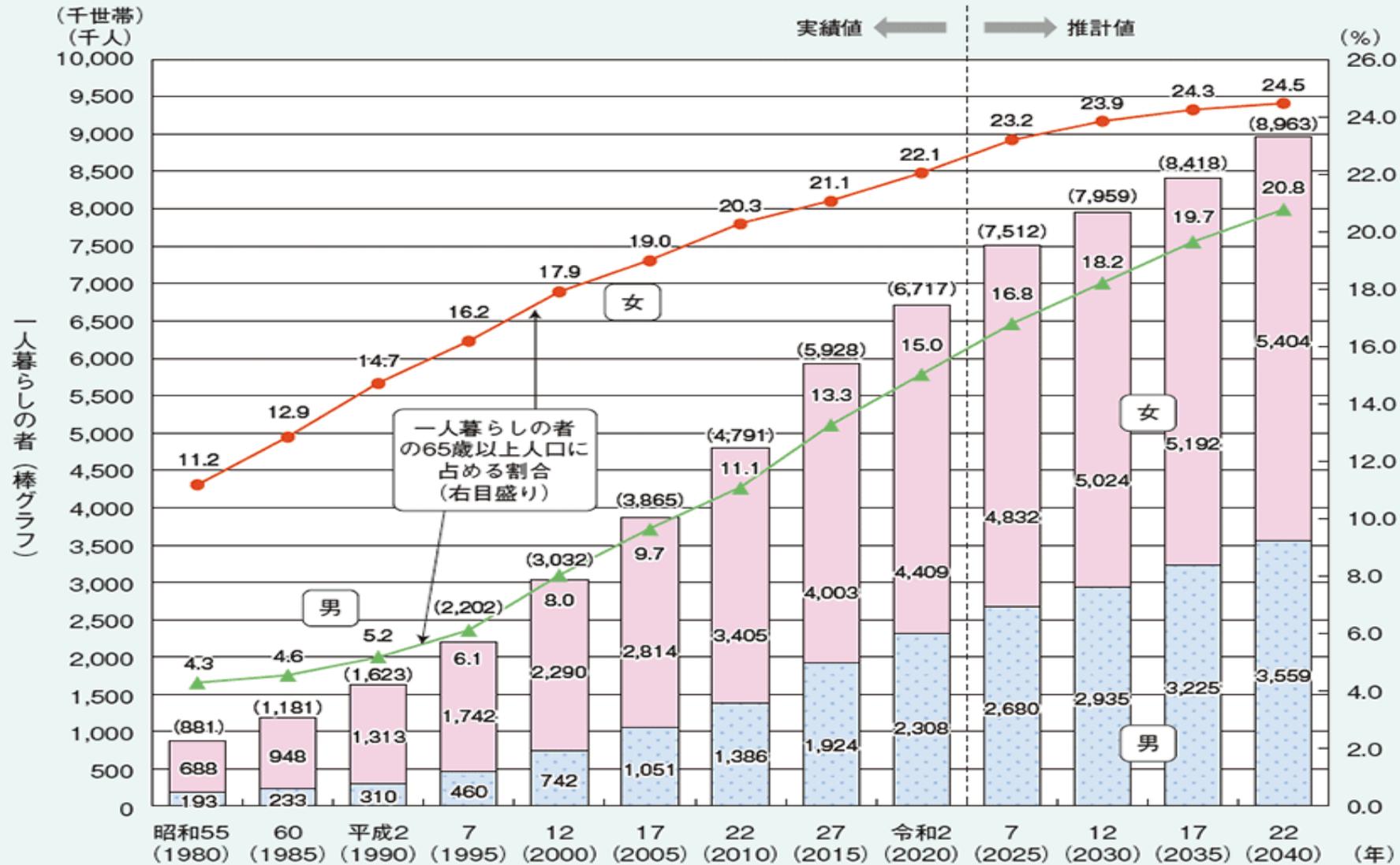


	1960	1965	1970	1975	1980	1985	1990	1995	2000	2005	2010	2015	2020	2025	2030	2035	2040	2045	2050	2055	2060	2065	2070
15～64歳人口 (A)	6,000	6,693	7,157	7,584	7,888	8,254	8,614	8,726	8,638	8,442	8,174	7,728	7,509	7,310	7,076	6,722	6,213	5,832	5,540	5,307	5,078	4,809	4,535
65歳以上人口 (B)	535	618	733	887	1,065	1,247	1,493	1,828	2,204	2,576	2,948	3,387	3,603	3,653	3,696	3,773	3,928	3,945	3,888	3,778	3,644	3,513	3,367
(B)/(A)	8.9%	9.3%	10.2%	11.7%	13.5%	15.1%	17.3%	21.0%	25.5%	30.5%	36.1%	43.8%	48.0%	50.0%	52.2%	56.1%	63.2%	67.6%	70.2%	71.2%	71.8%	73.1%	74.2%
15～74歳人口 (C)	6,373	7,124	7,668	8,187	8,587	9,029	9,508	9,836	9,941	9,854	9,702	9,483	9,251	8,808	8,511	8,256	7,914	7,500	6,995	6,606	6,285	6,006	5,722
75歳以上人口 (D)	163	188	221	284	366	472	599	718	901	1,164	1,419	1,632	1,860	2,155	2,261	2,238	2,227	2,277	2,433	2,479	2,437	2,316	2,180
(D)/(C)	2.5%	2.6%	2.9%	3.5%	4.3%	5.2%	6.3%	7.3%	9.1%	11.8%	14.6%	17.2%	20.1%	24.5%	26.6%	27.1%	28.1%	30.4%	34.8%	37.5%	38.8%	38.6%	38.1%

資料：1960年～1970年の人口は総務省「国勢調査」、1975年～2015年の人口は総務省「国勢調査」（年齢不詳の人口を各歳別にあん分した人口）、2020年の人口は総務省「国勢調査」（不詳補完値）（各年10月1日現在）、1960年～2020年の合計特殊出生率は厚生労働省「人口動態統計」、2025年以降の人口と合計特殊出生率は国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（令和5年推計）」（出生中位（死亡中位）推計）。

（注）経済協力開発機構（Organisation for Economic Co-operation and Development; OECD）では、15歳から64歳までの人々を生産年齢人口としている。

65歳以上の一人暮らしの者の動向



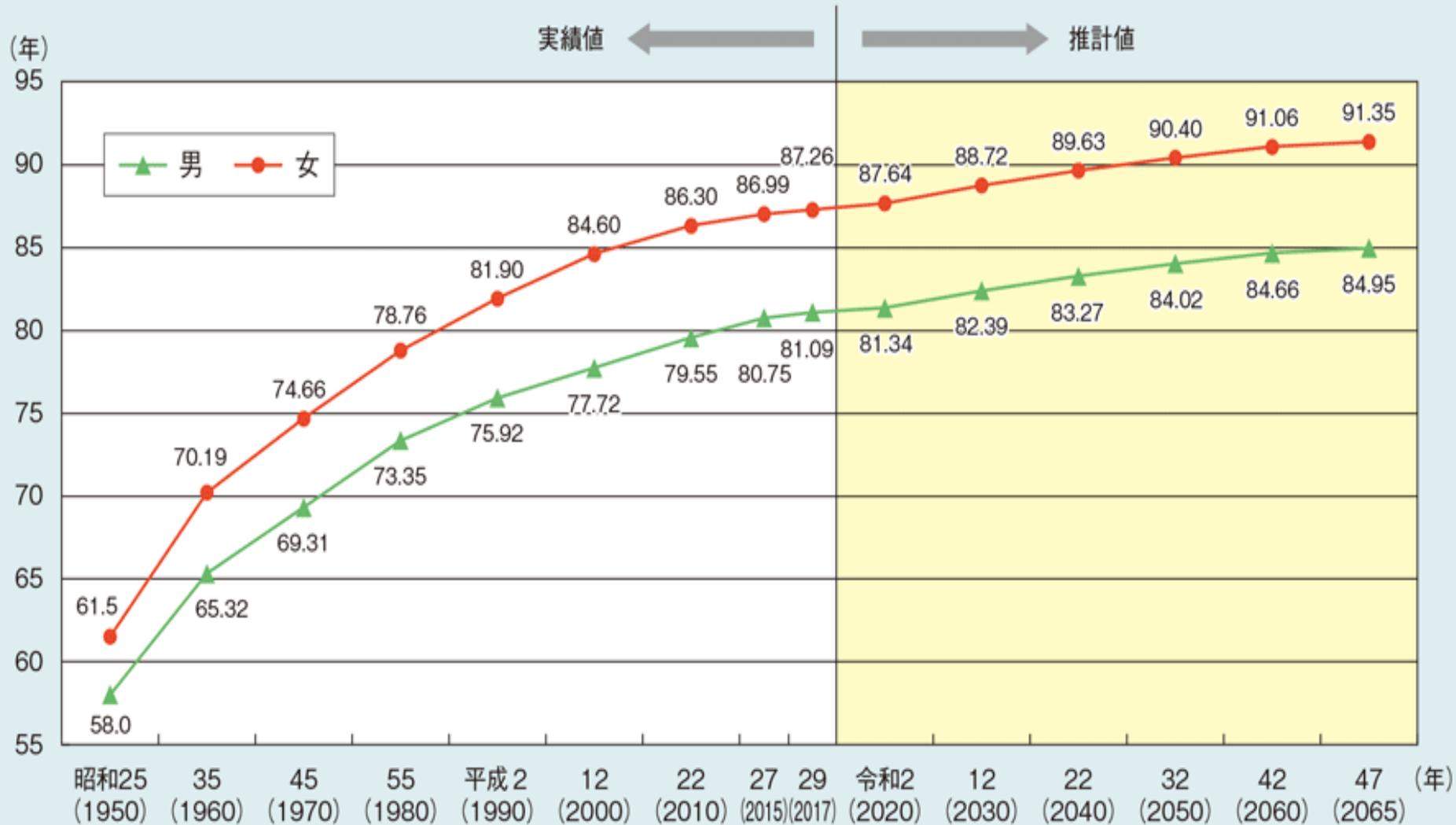
資料：令和2年までは総務省「国勢調査」による人数、令和7年以降は国立社会保障・人口問題研究所「日本の世帯数の将来推計（全国推計）（2018（平成30）年推計）による世帯数

(注1) 「一人暮らし」とは、上記の調査・推計における「単独世帯」又は「一般世帯（1人）」のことを指す。

(注2) 棒グラフ上の（ ）内は65歳以上の一人暮らしの者の男女計

(注3) 四捨五入のため合計は必ずしも一致しない。

日本人の平均寿命の推移と将来推計



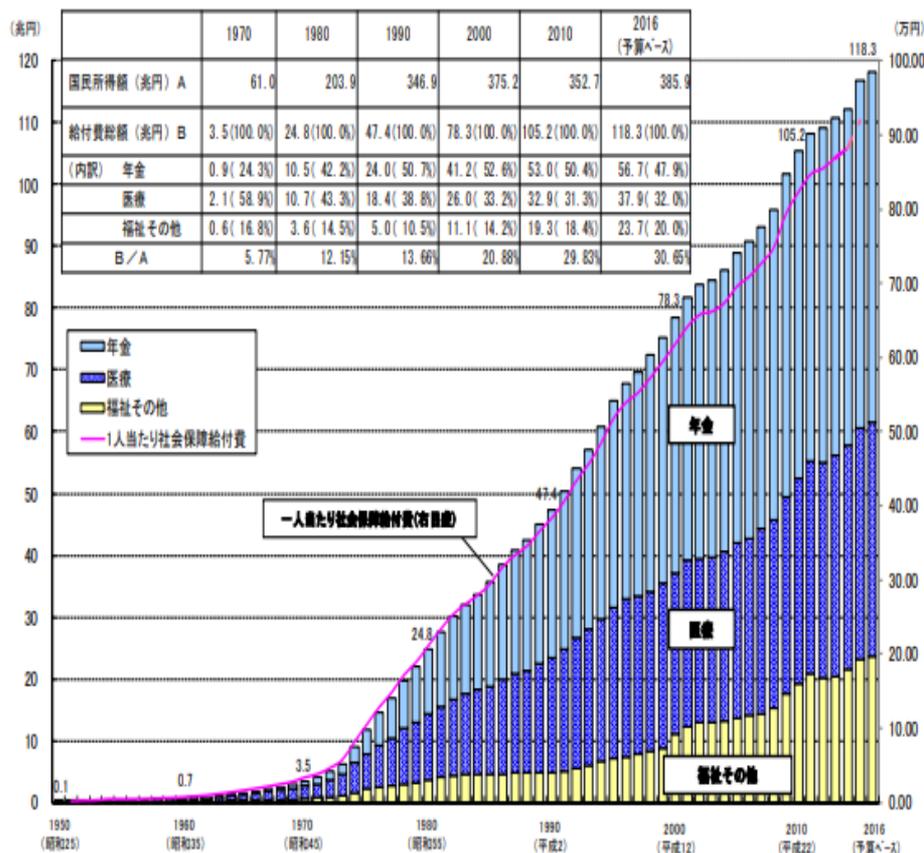
資料：1950年は厚生労働省「簡易生命表」、1960年から2015年までは厚生労働省「完全生命表」、2017年は厚生労働省「簡易生命表」、2020年以降は、国立社会保障・人口問題研究所「日本の将来推計人口（平成29年推計）」の出生中位・死亡中位仮定による推計結果

(注) 1970年以前は沖縄県を除く値である。0歳の平均余命が「平均寿命」である。

社会保障給付費の推移

- 2016年度の社会保障給付費(予算ベース)は約118兆円。
- 2012年の推計によると、2025年には約150兆円に達する。医療・介護の伸びが大きい。

社会保障給付費の推移



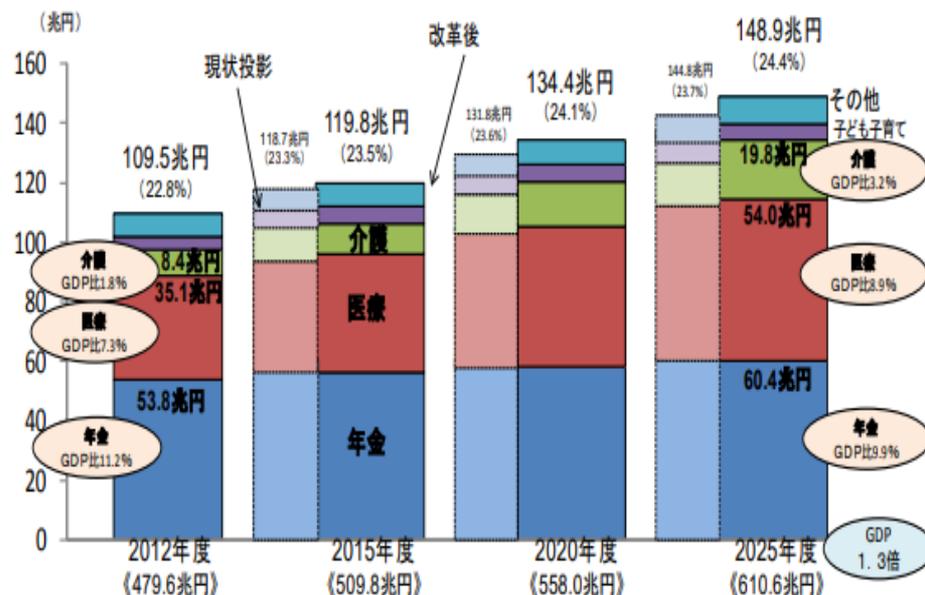
資料：国立社会保障・人口問題研究所「平成26年度社会保障費用統計」、2015年度、2016年度(予算ベース)は厚生労働省推計。

2016年度の国民所得額は「平成26年度の経済見通しと経済財政運営の基本的態度(平成26年1月22日閣議決定)」

(注) 図中の数値は、1950, 1960, 1970, 1980, 1990, 2000, 2010並びに2016年度(予算ベース)の社会保障給付費(兆円)である。

社会保障に係る費用の将来推計について

- 給付費は、2012年度の109.5兆円(GDP比22.8%)から2025年度の148.9兆円(GDP比24.4%)へ増加
- 2025年度にかけて、医療・介護の給付費が急激に増加



※ 平成24年3月に厚生労働省において作成したもの

注1:「社会保障改革の具体策、工程及び費用試算」を踏まえ、充実と重点化・効率化の効果を反映している。

(ただし、「Ⅱ 医療介護等」②の保険者機能の強化を通じた医療・介護保険制度のセーフティネット機能の強化・給付の重点化、逆進性対策)および「Ⅲ 年金」の効果は、反映していない。)

注2: 上図の子ども・子育ては、新システム制度の実施等を前提に、保育所、幼稚園、延長保育、地域子育て支援拠点、一時預かり、子どものための現金給付、育児休業給付、出産手当金、社会的養育、妊婦健診等を含めた計数である。

注3: ()内は対GDP比である。()内はGDP額である。

令和6年度診療報酬改定の基本方針の概要

改定に当たっての基本認識

- ▶ 物価高騰・賃金上昇、経営の状況、人材確保の必要性、患者負担・保険料負担の影響を踏まえた対応
- ▶ 全世代型社会保障の実現や、医療・介護・障害福祉サービスの連携強化、新興感染症等への対応など医療を取り巻く課題への対応
- ▶ 医療DXやイノベーションの推進等による質の高い医療の実現
- ▶ 社会保障制度の安定性・持続可能性の確保、経済・財政との調和

改定の基本的視点と具体的方向性

(1) 現下の雇用情勢も踏まえた人材確保・働き方改革等の推進

【重点課題】

【具体的方向性の例】

- 医療従事者の人材確保や賃上げに向けた取組
- 各職種がそれぞれの高い専門性を十分に発揮するための勤務環境の改善、タスク・シェアリング/タスク・シフティング、チーム医療の推進
- 業務の効率化に資するICTの利活用の推進、その他長時間労働などの厳しい勤務環境の改善に向けての取組の評価
- 地域医療の確保及び機能分化を図る観点から、労働時間短縮の実効性担保に向けた見直しを含め、必要な救急医療体制等の確保
- 多様な働き方を踏まえた評価の拡充
- 医療人材及び医療資源の偏在への対応

(2) ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進や医療DXを含めた医療機能の分化・強化、連携の推進

【具体的方向性の例】

- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進
- 生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進のための取組
- リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理の連携・推進
- 患者の状況及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価
- 外来医療の機能分化・強化等
- 新興感染症等に対応できる地域における医療提供体制の構築に向けた取組
- かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師の機能の評価
- 質の高い在宅医療・訪問看護の確保

(3) 安心・安全で質の高い医療の推進

【具体的方向性の例】

- 食材料費、光熱費をはじめとする物価高騰を踏まえた対応
- 患者にとって安心・安全に医療を受けられるための体制の評価
- アウトカムにも着目した評価の推進
- 重点的な対応が求められる分野への適切な評価（小児医療、周産期医療、救急医療等）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進
- 口腔疾患の重症化予防、口腔機能低下への対応の充実、生活の質に配慮した歯科医療の推進
- 薬局の地域におけるかかりつけ機能に応じた適切な評価、薬局・薬剤師業務の対物中心から対人中心への転換の推進、病院薬剤師業務の評価
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進
- 医薬品産業構造の転換も見据えたイノベーションの適切な評価や医薬品の安定供給の確保等

(4) 効率化・適正化を通じた医療保険制度の安定性・持続可能性の向上

【具体的方向性の例】

- 後発医薬品やバイオ後続品の使用促進、長期収載品の保険給付の在り方の見直し等
- 費用対効果評価制度の活用
- 市場実勢価格を踏まえた適正な評価
- 医療DXの推進による医療情報の有効活用、遠隔医療の推進（再掲）
- 患者の状況及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価（再掲）
- 外来医療の機能分化・強化等（再掲）
- 生活習慣病の増加等に対応する効果的・効率的な疾病管理及び重症化予防の取組推進（再掲）
- 医師・病院薬剤師と薬局薬剤師の協働の取組による医薬品の適正使用等の推進
- 薬局の経営状況等も踏まえ、地域の患者・住民のニーズに対応した機能を有する医薬品供給拠点としての役割の評価を推進（再掲）

2024年度診療報酬改定

2024年度 トリプル改定！

- 診療報酬改定
- 介護報酬改定
- 障害福祉サービス報酬の改定
- 医師の働き方改革 労働時間の上限規制

* コロナ禍、ウクライナ情勢による経済活動の低下
支える人、支えられる人のバランスの崩れ
→ 医療制度の改革、DXの導入

- 2025年問題に立ち向かえるか？？？



患者の状態及び必要と考えられる医療機能に応じた入院医療の評価

- 後期高齢者の救急搬送の増加等、入院患者の疾患や状態の変化を踏まえて、機能分化・強化を促進し、効果的・効率的な提供体制を整備するとともに、高齢者の中等症急性疾患のニーズ増大に対して地域包括医療病棟を新設した。
- 患者が可能な限り早く住み慣れた自宅・施設に復帰できるよう各病棟が果たすべく役割に念頭に評価体系を見直した。
- また、2024年度より施行される医師の労働時間上限規制を念頭に、働き方改革を推進。

急性期入院料の見直し

- ・ 入院基本料等の引き上げ
- ・ 重症度、医療・看護必要度の見直し（急1におけるB項目の廃止等）
- ・ 急1における平均在院日数の短縮（18日→16日）
- ・ リハ栄養口腔連携体制加算の新設

急性期



急性期充実体制加算及び総合入院体制加算の見直し

- ・ 急性期充実体制加算を加算1及び加算2に再編
- ・ 小児・周産期・精神科充実体制加算の新設
- ・ 心臓血管外科領域の実績要件の追加
- ・ 総合入院体制加算の実績要件の見直し及び加算の引き上げ

特定集中治療室等の見直し

- ・ SOFAスコアを用いた患者指標の導入
- ・ 宿日直医師の配置をICU5,6として評価
- ・ 遠隔ICUの評価
- ・ ICU5,6における特定行為研修修了看護師等の配置要件化（経過措置あり）

働き方改革の推進

- ・ 地域医療体制確保加算の要件見直し
- ・ 医師事務作業補助体制加算の引き上げ

地域包括医療病棟

地域包括医療病棟入院料の新設

- ・ 在宅復帰率8割
- ・ 救急搬送患者割合1割5分
- ・ ADL維持率95%以上 等

救急患者連携搬送料の新設 (いわゆる下り搬送の促進)



看護補助者の体制整備

- ・ 看護補助体制充実加算の見直し（介護福祉士の評価）
- ・ 看護補助加算の新設（小児入管）

地域包括ケア病棟入院料の見直し

- ・ 40日目以降と以前の評価の見直し
- ・ 在宅医療要件の見直し
- ・ 在宅復帰率の見直し
- ・ 短期滞在手術の扱いの見直し

地域包括ケア病棟



有床診療所基本料の見直し

- ・ 介護障害連携加算の新設

療養病棟入院料の見直し

- ・ 医療区分の見直し
- ・ 中心静脈栄養の評価見直し
- ・ リハビリテーションの評価見直し
- ・ 経過措置病棟の廃止

回復期リハ入院料の見直し

- ・ FIMの測定等の要件見直し
- ・ 体制強化加算の廃止
- ・ 運動器リハ算定上限数見直し



回復期リハ



療養病棟

ポスト2025を見据えた地域包括ケアシステムの深化・推進

- コロナ禍の経験を踏まえて、介護保険施設等と地域包括ケア病棟を持つ医療機関や在宅支援診療所の平時および急変時における対応の強化に関する評価の見直し等を実施。
- また、在宅医療分野においては、患者の望む医療・ケアの提供を推進する観点から、ICTを用いた情報連携に関する評価の見直し等を行うとともに、患者の状態に応じた在宅医療の提供を推進する観点から、評価の見直し等を実施。

マイナ保険証やICTを用いた情報連携

- ・ 在宅医療DX情報活用加算の新設によるマイナ保険証を活用した情報連携を推進
- ・ 在宅医療情報連携加算、往診時医療情報連携加算、介護保険施設等連携往診加算等の新設により平時からの介護サービス事業者等との連携促進



人生の最終段階における医療・ケアの充実

- ・ 適切な意思決定支援に係る指針の作成に関する要件の対象拡大
- ・ 在宅麻薬等注射指導管理料の新設（心不全等の患者）
- ・ 在宅強心剤持続投与指導管理料の新設
- ・ 在宅ターミナルケア加算等の見直し
- ・ ICTを用いた情報連携に関する緩和ケア病棟緊急入院初期加算の要件緩和



在宅療養支援診療所・病院

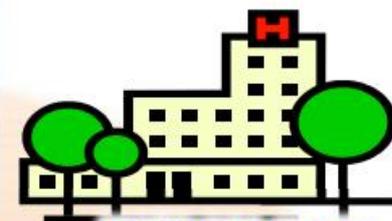
在宅療養支援診療所・病院における評価の見直し

- ・ 在支診・病でない医療機関との連携の推進に関する評価の新設
- ・ 訪問診療の回数が多い場合の施設総管等（複数人）の見直し※
- ・ 訪問診療の頻度が多い場合の在宅患者訪問診療料の見直し
- ・ 訪問栄養食事指導に係る要件見直し
- ・ データ提出に関する要件見直し（機能強化型に限る）

※在支診・病でない医療機関においても同様

地域包括診療料・加算の見直し

- ・ サービス担当者会議/地域ケア会議への参加経験あるいはいわゆるケアマネタイム設置の要件化
- ・ 認知症研修の要件化（望ましい要件）



地域包括ケア病棟 在支診・在支病、後方支援病院

医療機関と介護保険施設等の 平時からの連携の推進等

- ・ 協力医療機関になることを望ましい要件に
- ・ 感染対策向上加算等の専従要件緩和
- ・ 平時からの連携を要件とした評価の新設



診療所等



ケアマネジャー



介護保険施設等 (老健、介護医療院、特養)

介護サービス

「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」 における意思決定支援や方針決定の流れ(イメージ図)(平成30年版)

人生の最終段階における医療・ケアについては、医師等の医療従事者から本人・家族等へ適切な情報の提供と説明がなされた上で、介護従事者を含む多専門職種からなる医療・ケアチームと十分な話し合いを行い、本人の意思決定を基本として進めること。

心身の状態に応じて意思は変化しうるため
繰り返し話し合うこと



主なポイント

本人の人生観や価値観等、できる限り把握

本人や家族等※と十分に話し合う

話し合った内容を都度文書にまとめ共有

本人の意思が確認できる

本人と医療・ケアチームとの合意形成に向けた十分な話し合いを踏まえた、**本人の意思決定が基本**

・家族等※が本人の意思を推定できる

本人の推定意思を尊重し
本人にとって最善の方針をとる

本人の意思が確認できない

・家族等※が本人の意思を推定できない
・家族がいない

本人にとって最善の方針を
医療・ケアチームで慎重に判断

人生の最終段階における
医療・ケアの方針決定

- ・心身の状態等により医療・ケア内容の決定が困難な場合
 - ・家族等※の中で意見がまとまらないなどの場合等
- 複数の専門家で構成する話し合いの場を設置し、方針の検討や助言

※本人が自らの意思を伝えられない状態になる可能性があることから、話し合いに先立ち特定の家族等を自らの意思を推定する者として前もって定めておくことが重要である。
※家族等には広い範囲の人(親しい友人等)を含み、複数人存在することも考えられる。



医療と介護の連携の推進

○ 医療・介護サービス連携を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。

1. 医療機関と介護保険施設等の連携の推進 (II-2-③)

➤ 医療機関と介護保険施設等の適切な連携を推進する観点から、在宅療養支援病院、在宅療養後方支援病院、在宅療養支援診療所及び地域包括ケア病棟において、介護保険施設等の求めに応じて協力医療機関を担うことが望ましいことを施設基準とする。

1-1. 介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な入院受入れの推進 (II-2-②)

➤ 介護保険施設等の入所者の病状急変時における適切な対応及び施設内における生活の継続支援を推進する観点から、当該施設の協力医療機関となっている保険医療機関が施設入所者を受け入れた場合について、新たな評価を行う。

1-2. 介護保険施設等入所者の病状の急変時の適切な往診の推進 (II-8-①)

➤ 介護保険施設等に入所している高齢者が、可能な限り施設内における生活を継続できるよう支援する観点から、介護保険施設等の入所者の病状の急変時に、介護保険施設等の協力医療機関であって、平時からの連携体制を構築している医療機関の医師が往診を行った場合について、新たな評価を行う。

2. 地域包括診療料等の見直し (II-7-①)

➤ かかりつけ医機能の評価である地域包括診療料等について、かかりつけ医と介護支援専門員との連携の強化する観点から、算定要件に介護支援専門員および相談支援員との相談に応じること及びその旨を院内掲示すること等を追加する。

3. 介護保険施設等及び障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し (II-2-④)

➤ 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、介護保険施設等において対応が困難な医療行為について医療保険による算定を可能とする。

4. 入退院支援加算1・2の見直し (II-2-⑧)

➤ 入退院支援における、関係機関との連携強化等の観点から、退院時における医療機関から介護支援専門員へ情報提供する様式の見直し、入退院支援加算1の施設基準で求める連携機関数について、急性期病棟を有する医療機関では病院・診療所との連携を、地域包括ケア病棟を有する医療機関では介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所等との連携を一定程度求めることとする。

5. リハビリテーションに係る医療・介護情報連携の推進 (II-2-⑤)

➤ 医療機関と介護保険の訪問・通所リハビリテーション事業所のリハビリテーションに係る連携を更に推進する観点から、介護保険の通所リハビリテーションなどへ移行する場合に、移行先の事業所等にリハビリテーション実施計画書を提供することとする。

6. 医療と介護における栄養情報連携の推進 (II-3-⑦)

➤ 医療と介護における栄養情報連携を推進する観点から、栄養情報提供加算の名称と要件、評価を見直し、入院栄養食事指導を行った場合に加えて、介護保険施設等に退院する患者について、退院先施設の管理栄養士と連携した場合も算定を可能とする。

医療と障害福祉サービスの連携の推進

- 医療と障害福祉サービスの連携及び高齢化する障害者施設における適切な医療提供に向けた取組等を推進するために、主に以下の見直しをおこなう。
 1. **障害者支援施設における医療保険で給付できる医療サービスの範囲の見直し**（Ⅱ-2-④）
 - 医療と介護の両方を必要とする状態の患者が可能な限り施設での生活を継続するために、**障害者支援施設に入所している末期の悪性腫瘍の患者に対して行った訪問診療の費用を医療保険において算定可能とする。**
 2. **医療的ケア児（者）に対する入院前支援の評価の新設**（Ⅲ-4-2-⑦）
 - 医療的ケア児（者）が入院する際の在宅からの連続的なケアを確保する観点から、**事前に自宅等を訪問し、患者の状態や人工呼吸器の設定等のケア状態の把握を行った場合について、新たな評価を行う。**
 3. **入退院支援加算1・2の見直し**（Ⅱ-2-⑧）
 - 入退院支援加算の対象となる「退院困難な要因を有している患者」に、**特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者を追加**する。
 - 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、**入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等とで事前調整を行うことの評価を新設**する。
 4. **リハビリテーションに係る医療・介護・障害福祉サービス連携の推進**（Ⅱ-2-⑮）
 - 医療保険のリハビリテーションと障害福祉サービスである自立訓練（機能訓練）の円滑な移行を推進する観点から、医療保険の疾患別リハビリテーションと**障害福祉サービスの自立訓練（機能訓練）を同時に実施する場合**について、**疾患別リハビリテーション料の施設基準を緩和**する。
 5. **有床診療所における医療・介護・障害連携の推進**（Ⅱ-2-⑭）
 - 有床診療所による医療・介護・障害福祉サービスにおける連携を推進するために、介護連携加算を介護障害連携加算と名称を改めるとともに、肢体不自由児（者）を算定可能な対象として追加する。また、施設基準である介護サービスの提供について、介護保険の訪問リハビリテーション、訪問栄養食事指導及び**障害福祉サービスの医療型短期入所**の提供実績を追加する。
 6. **就労支援に係る医療機関と障害福祉サービスの連携の推進**（Ⅱ-2-⑦）
 - 精神障害の特性を踏まえ医療機関と障害福祉サービスとの連携を推進する観点から、**診療情報提供料（Ⅰ）の注4に規定する情報提供先に、就労選択支援事業所を追加**する。

入退院支援加算1・2の見直しについて③

入院前の医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業者等との事前調整の評価

- 特別なコミュニケーション支援を要する者及び強度行動障害の状態の者に対し、入院前に医療機関と本人・家族等や障害福祉サービス事業所等とで事前調整を行うことの評価を新設する。

(新) 入院事前調整加算 200点

[算定要件]

- (1) 別に厚生労働大臣が定める患者に対して、入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合に、所定点数に加算する。
- (2) 当該加算を算定するに当たっては、コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者又は強度行動障害の状態の者であつて入院の決まったものについて、当該患者の特性を踏まえた入院中の治療や入院生活に係る支援が行えるよう、当該患者、その家族等及び当該患者の在宅における生活を支援する障害福祉サービス事業者等から事前に情報提供を受け、その内容を踏まえ、入院中の看護等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。

[施設基準]

入院事前調整加算に規定する厚生労働大臣が定める患者

- (1) コミュニケーションにつき特別な支援を要する者又は強度行動障害を有する者であること。
- (2) 入退院支援加算を算定する患者であること。

初期診療後の救急患者の転院搬送に対する評価

救急患者連携搬送料の新設

- 三次救急医療機関等に救急搬送された患者について連携する他の医療機関でも対応が可能と判断する場合に、連携する他の医療機関に看護師等が同乗の上で転院搬送する場合の評価を新設する。

(新) 救急患者連携搬送料

1	入院中の患者以外の患者の場合	1,800点
2	入院1日目の患者の場合	1,200点
3	入院2日目の患者の場合	800点
4	入院3日目の患者の場合	600点



[算定要件]

別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関において、救急外来を受診した患者に対する初期診療を実施し、連携する他の保険医療機関において入院医療を提供することが適当と判断した上で、当該他の保険医療機関において入院医療を提供する目的で医師、看護師又は救急救命士が同乗の上、搬送を行った場合に算定する。この場合において、区分番号C004に掲げる救急搬送診療料は別に算定できない。

[施設基準]

- (1) 救急搬送について、相当の実績を有していること。
- (2) 救急患者の転院体制について、連携する他の保険医療機関等との間であらかじめ協議を行っていること。
- (3) 連携する他の保険医療機関へ搬送を行った患者の臨床経過について、転院搬送先の保険医療機関から診療情報の提供が可能な体制が整備されていること。
- (4) 連携する他の保険医療機関へ搬送した患者の病状の急変に備えた緊急の診療提供体制を確保していること。

急性期一般入院料1における在宅復帰率の基準の見直し

- 救急患者連携搬送料の新設に伴い、急性期一般入院料1等における在宅復帰率に関する施設基準について、救急患者連携搬送料を算定し他の保険医療機関※に転院した患者を対象から除外する。

※地域包括ケア病棟入院料（入院医療管理料を含む。）、回復期リハビリテーション病棟入院料、特定機能病院リハビリテーション病棟入院料、療養病棟入院基本料、有床診療所入院基本料及び有床診療所療養病床入院基本料を算定する病棟及び病室を除く。

本日の内容

- 1、佐久医療センターの概要
- 2、入退院支援の推進と退院支援の必要性
- 3、2024年診療報酬改定について
- 4、当院における退院支援の実際
～診療報酬改定後の取り組みを交えて～
- 5、退院支援にかかわる看護の課題
- 6、地域の医療機関との連携

4、当院における退院支援の実際と課題、 診療報酬改定後の取り組みを交えて

急性期病院の現状

- 診療の外来への移行
- 医療技術の進歩
- DPC導入
- 重症度、医療・看護必要度の導入
- 在宅復帰率の導入
- 機能分化の進展
 転院の増加 地域包括ケア病棟の増加

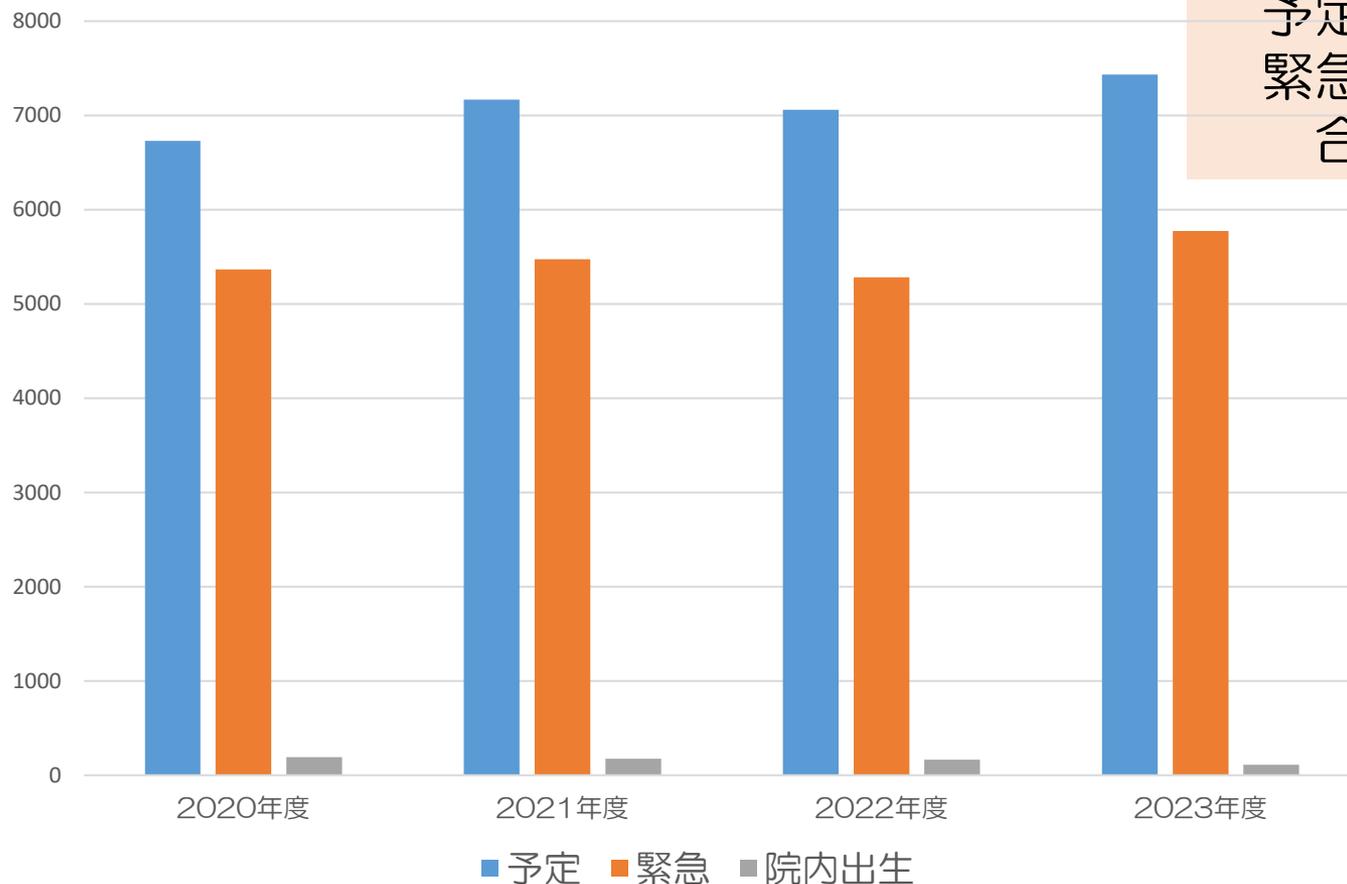
- 後期高齢者の増加
- 入院前から要介護状態
- 多くの合併症

↓

平均在院日数の短縮

当院の入院患者数の推移

入院患者数



2023年度
予定入院数：7,433人
緊急入院数：5,773人
合計：13,317人

年間約1,249人（9.9%）の転院調整を実施

緊急入院の転院調整を入院早期から実施

佐久病院へのくんだり搬送フロー（センター）

22時以降：佐久病院かかりつけ患者の救急搬送

入院の可否を医師が決定、その時点で本院転院も決定する

医師より翌日、本院へ転院になることを患者・家族へ説明

管理当直師長が入院病棟決定

8時30分C管理当直師長からC連携室師長へ連絡
受け入れ医師へ転院搬送の可否を最終確認
*不在時は看護部長室バックアップ

C：佐久医療センター略
H：佐久総合病院本院略



H連携室師長（PHS）へ連絡、転院調整

※総合診療科・脳神経内科・リウマチ科は連携空間で調整可
それ以外の診療科は鄭医師へ相談後、連携空間で調整



C救急車・搬送人員確保

同乗者確認（医師・看護師）

※本院から看護師同乗可能か確認、対応困難時はC看護部長室か、連携室



転院受け入れ・出発時間確認
受け入れ先（病棟か救急外来か）の確認



同乗車、救急事務へ受け
入れ先、出発時間連絡



出発：本院へ出発したことを連絡

急性期医療の必要性を判断しながら佐久病院グループの機能を生かし、急性期医療を支える佐久医療センターと慢性期医療を支える佐久病院本院との連携強化、出口対策にもつながっている

C：佐久医療センター略
H：佐久総合病院本院略



初期診療後の救急患者の転院搬送（下り搬送） ～出口強化と算定できる仕組みづくり～

初期診療後の救急患者搬送手順									2024. 11
転院先医療機関	①休診日	②診療時間	③担当者	④転院時の手順(連絡先)	⑤転院可能な患者の疾患(病態)	⑥患者の病態的には受け入れ可だが受け入れが困難なケース	⑦その他	備考欄	最終決定日
A病院		日勤時間 ()	〇〇Ns	地域医療連携室へ連絡 TEL			一般病床(5) 地域包括ケア病床(41) 医療療養病床(33)	診療時間内での受け入れのみ	
		時間外 ()					当直医師()		
B病院		日勤時間 ()					一般病床(21) 地域包括ケア病床(31) 医療療養病床(30)		
		時間外 ()					当直医師()		
C病院		日勤時間 ()					一般病床(183) 地域包括ケア病床(55)		
		時間外 ()					当直医師()		
D病院		日勤時間 ()					一般病床(53) 地域包括ケア病床(55) 回復期(21) 医療療養型病床(24)		
		時間外 ()					当直医師()		
H病院		日勤時間 ()					一般病床(37) 地域包括ケア病床(45) 回復期(21) 医療療養型病床(24)		
		時間外 ()					当直医師()		

**A病院との締結、下り搬送開始予定
更に、更にの医療機関を選定
各医療機関の病床に合わせ、受け入れ可能な患者状態を確認しリスト化**

入退院支援室との連携（PFM）

● 予定入院患者

入退院支援室でアセスメント

入院前から支援（主にMSWが介入）

- 介護保険申請の説明
- ケアマネージャーからの情報提供
- 治療内容により入院前から制度の説明
- 身体障害者手帳申請の支援 他
- 医療費・療養費についての相談

* 入院前から退院支援開始！

入退院支援実施状況がわかる仕組み

入院関連文書 退院サマリ 手術記録 術後管理 退院調整 ログイン: 斉藤 まゆみ

入院中 日付: 2022/11/04 本日 対象施設: 医療センター 診療科: C看護部 未完成任务

期間: 2022/10/28 ~ 2022/11/11 病棟: 主治医/担当医: 選択 入退院支援加算

患者ID: [redacted] 一時保存 2件

患者番号	氏名、カナ	入院日	退院日	入院情報	主治医	担当医	担当看護師	入院時支援加算	コメント	介護保険情報	入退院支援アセスメント票	入退院支援加算可・不可	退院支援計画書	退院支援面談	退院支援カンファ	介護連携指導(初回)	介護連携指導(2回目)	退院時共同指導	看護サマリ	診療情報提供書	入退院支援加算コスト入力	転帰先分類	転帰先	施設名	
[redacted]	[redacted]	2021/03/28	2021/05/31	C橋道具内科 C3 階東病棟3111	[redacted]	[redacted]	[redacted]				作成							作成	作成	作成	作成	作成	作成		
[redacted]	[redacted]	2022/10/17	2022/11/01	C橋道具内科 C2 階西病棟2315	[redacted]	[redacted]	[redacted]			要介護4	○ 2022/10/17	可	○ 2022/10/17	○	○	○ 2022/10/2	○ 2022/10/2	○ 2022/10/2	○ 2021/05/2	○ 2021/06/04		○	○ 2022/10/31	転院: 一般病棟	[redacted]



入院時支援加算	コメント	介護保険情報	入退院支援アセスメント票	入退院支援加算可・不可	退院支援計画書	退院支援面談	退院支援カンファ	介護連携指導(初回)	介護連携指導(2回目)	退院時共同指導	看護サマリ	診療情報提供書	入退院支援加算コスト入力	転帰先分類	転帰先
			作成		作成			作成	作成	作成	作成	作成		作成	
									○ 021/05/2		○ 2021/06/04				
		要介護4	○ 2022/10/17	可	○ 2022/10/17	○	○	○ 2022/10/2	○ 2022/10/2		○ 2022/10/31		○	○ 2022/10/31	転院: 一般病棟

入院事前調整加算（200点）新設

＊現在、予定入院のみを対象

- ①②：入退院支援室が抽出しMSWにつなぐ
- ③④：MSWが入院前に介入し入院前支援を行う
- ⑤：病棟では退院支援計画書の入院事前調整加算「有」で入院早期からの支援を行う

16:15 入退院支援室

① <入院前支援評価>
 入院日：2024年6月17日
 病名：子宮内膜異型増殖症
 入院目的：手術
 ★退院困難な要因の評価 **あり**
 ・悪性腫瘍
 ・排泄に介助を要する
 (備考) ・コミュニケーションに特別な技術が必要な障害がある
 ・強度行動障害の状態である

② ワークフローに「可」

入院時 支援加算	入院事前 調整加算	コメント	介護保険 情報	入退院支援 アセスメント票	入退院支 援加算	退院支援 計画書	退院支援 面談	退院支援 カンファ	介護連携指導 (初回)
				作成	可・不可	作成			作成
対象者				○ 2024/04/08	可	△ 2024/04/08			
対象者	可			○ 2024/06/17	可	○ 2024/06/17			

⑤ 退院支援計画書

入院事前調整加算 有り

入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者と事前に入院中の必要な調整を行った

退院支援困難な要因

- ア 悪性腫瘍、認知症、又は脳神経系等の急性呼吸器感染症のいずれかである
- イ 緊急入院である
- ウ 要介護状態であるとの疑いがある又は要支援状態であるとの疑いがあるが、要介護認定又は要支援認定未申請であること。
(介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する65歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る)
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ 強度行動障害の状態の者
- カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
- キ 生活困窮者である
- ク 以前に比べADLが低下し、退院後の生活の再編が必要である(必要と推測される)
- ケ 排泄に介助を要する
- コ 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない
- サ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要
- シ 入退院を繰り返している
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

15:02 医療福祉連携/退院調整

③ 入院前にMSWに繋げる

母親と面談
 精神発達遅滞、てんかんなどあり総合外来通院中の36歳女性。
 3/31までは母親実家併設の生活介護事業所Ns2(施設長は姉、祖父が本人のために立ち上げた事業所)でサービスを受けていた。強度行動障害ありマンツーマンでサービスを受けていた(母の意向)
 入院中は母親が付き添い予定。父親も協力する予定。
 本人は居室から出てしまうことはないが、術後の安静を保てるか心配。
 初めてのことに對してのストレスが大きい。Baカテーテルなどは経験したことがないため不安に感じている。
 入退院支援室Nsへ報告、病棟Nsと共有いただく。

④ 入院前面談で家族やケアプランナーと支援内容について共有

入退院支援室：予約入院

- 電子カルテ内入院前支援評価作成
 - ◇特別なコミュニケーション支援を要する者
 - ◇強度行動障害の状態にある者 が該当する
 - ワークフロー「入院事前調整加算」「可」をチェック
 - 施設入所の場合、施設職員へサマリーを依頼、在宅の場合はMSWに繋げ、ケアプランナーへサマリーを依頼、情報提供を依頼する
- ※強度行動障害とは 自傷《標準病名》、互い、こだわり、物損、睡眠の乱れ、異食、多動、大声など本人や周囲の暮らしに影響を及ぼす行動があり、処遇困難な状態を意味する。(診断名ではない) 重度知的障害、自閉症スペクトラム障害などが対象

病棟：入院決定

- 電子カルテ内、入院前支援評価「有り」を確認
- ワークフロー「入院事前調査加算」「可」を確認

病棟：入退院支援スクリーニング・アセスメント票

- コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する
- 強度行動障害の状態 を確認とチェック

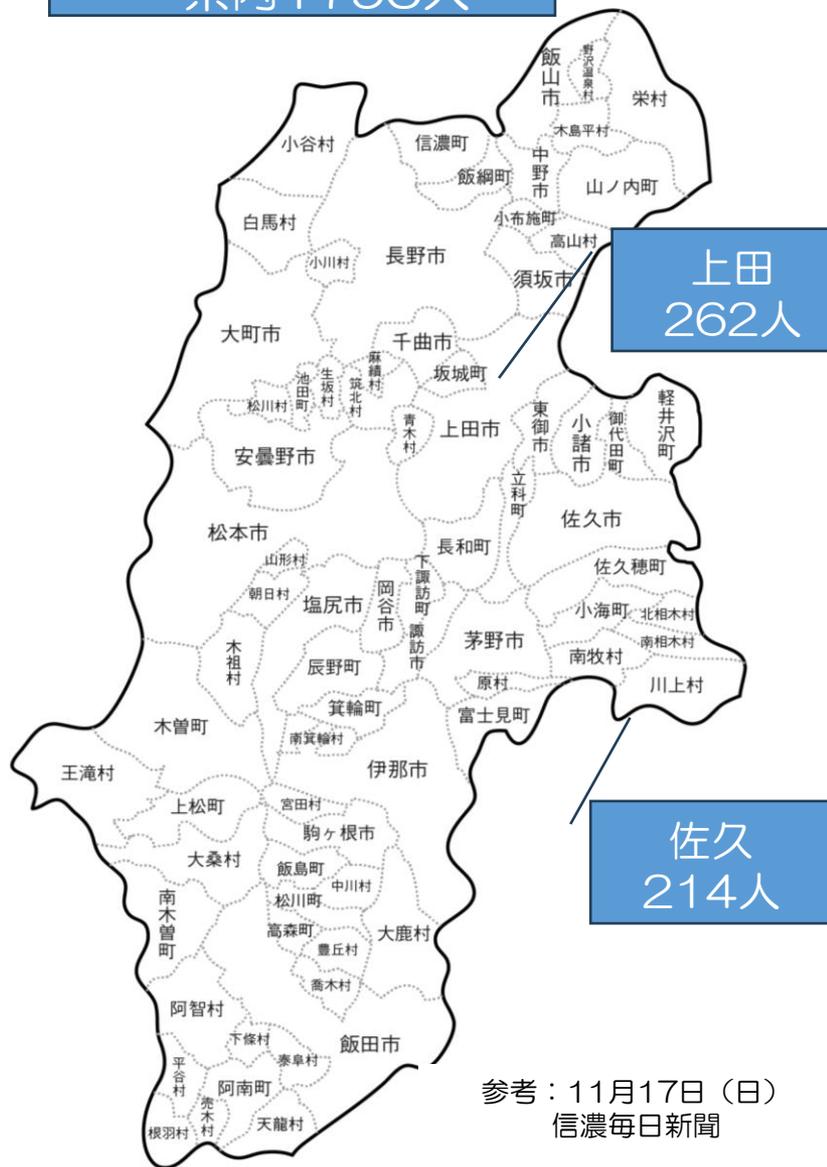
病棟：退院支援計画書

- 入院事前調整加算「有り」
 - 退院支援困難な要因(ウ)(エ)を確認とチェック
- ※退院支援困難な要因に対し課題・問題抽出し、目標設定内容を設定する

退院支援カンファレンス

- 病棟専任退院支援職員(MSW) 退院支援部門 連携室(NS) 病棟NS間で退院支援困難な要因に対し課題・問題抽出内容を確認し、目標設定内容を検討する

強度行動障害 県内1795人



参考：11月17日(日)
信濃毎日新聞

連携室看護師（後方支援）のかかわり

●退院支援・退院調整・在宅療養支援

入院前情報の共有と早期介入

看護師とMSWのコンビ（協同）体制

連携室看護師は地域の医療機関との調整

MSWは各種福祉事業所や介護福祉施設

との調整



患者にとってのその人らしさを考える、
個々のかかわり

退院支援カンファレンス週間予定

		月	火	水	木	金
1西	退院支援 CF	13:30	Drカンファ後	Drカンファ後	13:30	13:30
	Drカンファ		13:30 中澤Dr	13:30 森Dr、田中Dr		
1南	退院支援 CF	11:30		11:30		11:30
	Drカンファ			8:30 呼吸器内科	15:30 腫瘍内科	
2西	退院支援 CF					
	Drカンファ					
2南	退院支援 CF					
	Drカンファ					
2東 NICU	退院支援 CF					
	Drカンファ					
3西	退院支援 CF					
	Drカンファ					
3南	退院支援 CF					
	Drカンファ					
3東	退院支援 CF	13:30	13:30	13:30	13:30	13:30
	Drカンファ			8:00 (第1水曜日) VAD会議 8:15 (第1以外水)	8:30 循環器内科	9:00 心臓血管外科
救急	退院支援 CF	08:30	08:30	08:30	08:30	08:30
	Drカンファ					
HCU	退院支援 CF					
	Drカンファ					
ICU	退院支援 CF					
	Drカンファ					

●退院支援カンファレンス記録は「医療福祉連携/退院調整」のタイトルをつけ、テンプレートを使用してカルテに記載)

標準化と効率化

*プランが同一にならないこと
(個別性・その人らしく)

○カンファレンス

- ・合同カンファレンス
- ・医師カンファレンス
- ・看護師カンファレンス

○ 操作者 ○ 自科 ● 全科 表示

インデックス タイトル一覧

全科カルテ

全科カルテ (2024/04/05(金)-2024/07/04(木))

↑ ... 過去のデータを表示する

医療福祉連携/退院調整

2024/07/04(木)

退院支援カンファレンス

【参加者】
病棟専任退院支援職員

退院支援部門

病棟看護師: _____

【退院困難な要因】

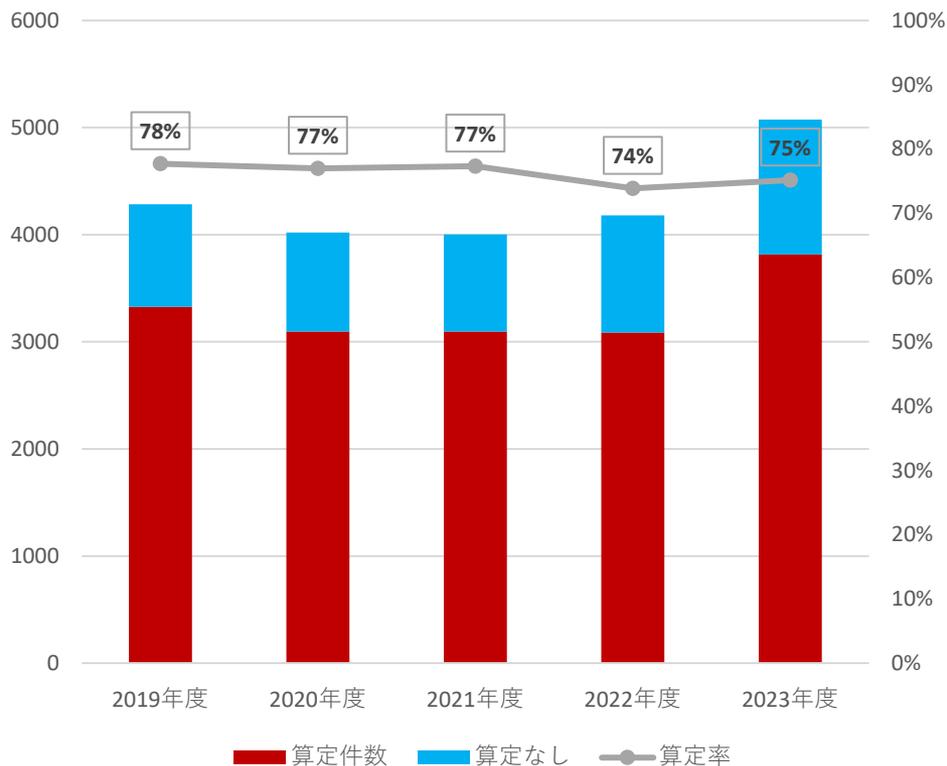
- ア. 悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ. 緊急入院であること
- ウ. 介護認定が未申請であること
- エ. コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ. 強度行動障害の状態の者
- カ. 虐待を受けているまたはその疑いがあること
- キ. 医療保険未加入者又は生活困窮者であること
- ク. 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
- ケ. 排泄に介助を要すること
- コ. 同居者の有無に関わらず、
- サ. 退院後に医療処置(胃瘻)
- シ. 入退院を繰り返している
- ス. 入院治療を行っても長期的
- セ. 家族に対する介助や介護
- ソ. 児童等の家族から、介助や
- タ. その他患者の状況から判断

【アセスメント】

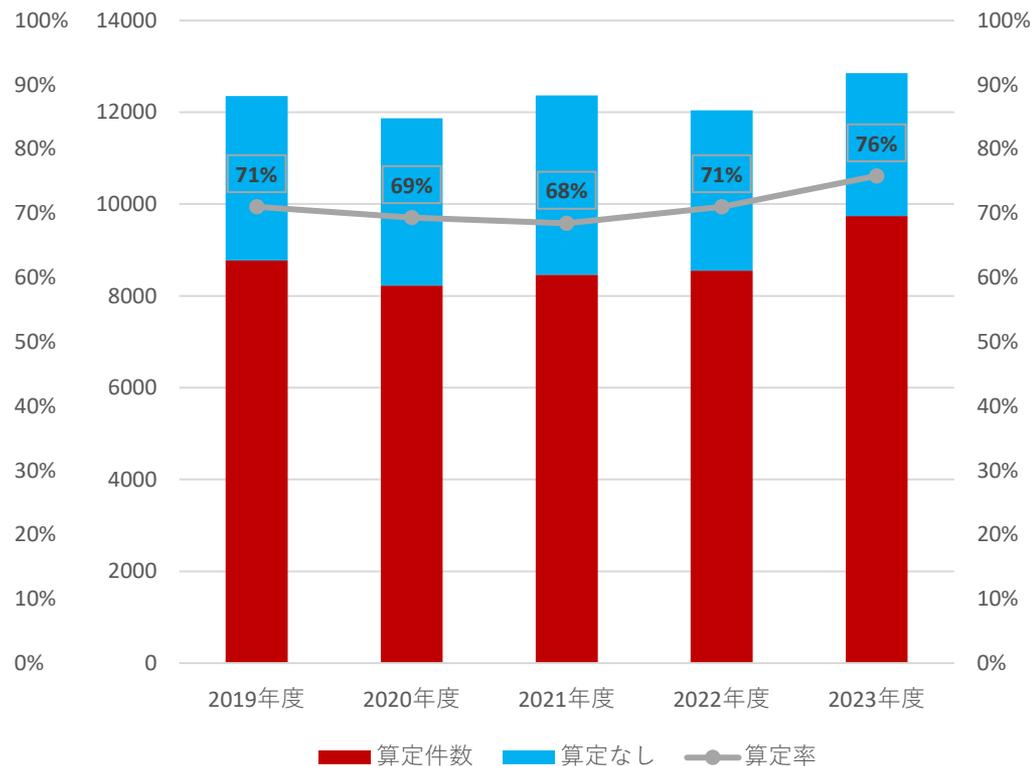
【プラン】

入院時支援加算と入退院支援加算の算定状況

入院時支援加算



入退院支援加算

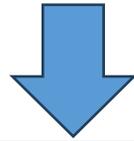


退院支援における、看護の課題

- 病棟看護師
 - ・入院前の在宅での生活がイメージ出来ない
サービス利用 訪問看護 福祉用具
ケアマネの業務など
- 記録の不足
- 具体的支援内容 家族面談
- 支援の標準化の困難さ・・・調整困難者の増加
- 在院日数減→外来患者支援需要増と困難さ
- 外来看護の充実
外来のサポート
- 時間外勤務（面談時間の設定など）

現場の考えも人それぞれですが

- 連携室の看護師が、調整してくれる
- 連携室の看護師が患者さんや、家族に説明してくれる
- 「患者・家族はどのような意向がある？」
→ 連携室の看護師が知っていると思う



患者さん、家族のその人らしく生きるを支えるために多職種で考え、支援！！！！

看護師教育の必要性

- キャリアラダー新人教育（集合研修）

入退院支援の必要性について、症例提示し
アセスメント・スクリーニング、計画書を作成

- キャリアラダーラダー4～5年目 研修

（実習2日・講義1.5日）

退院支援を学ぶ良い機会

感想：患者・家族の意思決定が重要であり、多職種で連携して
いくことがポイント、退院後を見据えた支援を
入院直後から行うことの必要性を感じた。

患者や家族の関わりから、方向性を確認すること、病棟
看護師が退院支援にどのようにかかわるべきかを学べた。

看護師教育の必要性

●退院支援委員会

～連携室退院支援部門の看護師と病棟・外来との連携～

各職場での退院支援に係わる課題を抽出、

課題をクリアするための目標設定し

目標を達成するために必要な学習会を企画、運営する。

退院支援委員が設定した目標に対する職場長の支援が
必須、目標達成のためのコメントを記載。

→連携室の看護師が何でもやる、ではなく、病棟も外
来も一緒に患者・家族にとって、その人らしくを
支援する支援するという考え

例えば、1階南病棟（腫瘍内科）の目標

令和6年度 退院支援委員会 職場の課題に対する目標

職場名:1階南病棟 委員氏名:

前年度の自部署の課題

課題1:退院支援計画書の記録、コストの落ちがあること。また救急病棟、一般病棟から転室してきた際の退院支援計画書の入力落ちがあること。
課題2:退院時期を見定め、早めに退院調整を行っていくための知識に個人差があること。

この課題をクリアするためにまずは、退院支援について考えてみる事とした

目標:課題からの目標設定を行う。

具体的な取り組み・スケジュール

目標

目標1:病棟スタッフが退院支援計画書の記録方法やコスト取得方法、特に救急病棟、一般病棟からの転室時の対応を理解し実践することができる。

6月:退院支援計画書が変更になるタイミングで計画書の作成や記録、コストについて病棟スタッフに周知する。また、救急病棟、一般病棟からの転室時の対応をもう一度周知する。

7月~8月:MSW、移行期北原さんなど退院支援に携わってくださる方に勉強会を依頼し開催していく。

7月:MSWの学習会

9月:移行期支援の学習会

11月:通務室の学習会

目標2:チームメンバー全員が退院支援に取り組むために、まずは知識を身につける。そのために学習会を企画し開催することができる。

6月~3月:通務室と協力し退院支援計画書の記録、コストが落ちている患者を確認し、落ちのないようにしていくためにリスト化し本人へ周知していく。

自分達で学習会を企画



職場長コメント

退院支援計画書を算定できる患者の範囲が拡大したことで、現場にまだ浸透できていない箇所があり、それに伴いコスト落ちや記録もれが課題になっています。今回の取り組みでスタッフの知識の底上げになり、実践に繋がることを期待したいと思います。また、スタッフの異動や退職により、在宅調整や転院調整に早期に着手するための知識が不足しており、良い時期の退院を逃してしまう症例が時々あります。まずはスタッフ全員が同じ知識を持てるように勉強会を開催し、知識が定着したところで、実践に繋げられるように取り組んでもらえれば良いと思います。

テーマ「退院調整を迅速に進めるために」の学習会を開催



佐久医療センター

1 南での退院支援の実際

- 「チームで行う退院支援・退院調整」が大切です。すべてのプロセスにおいて「患者がどう生きたいか」を軸にマネジメントしていきます。
- それでは実際に1南ではどう患者・家族と関わっているのか紹介します。（略）



1 南では残された時間がわずかな患者さんの退院調整が多い

- 患者さんの貴重な残された時間を最大限充実させるために、特に素早い退院調整が必要。
- 在宅で行う医療処置や看護も重大なことが多い。
（麻薬の投与など）
- 在宅で訪問看護、訪問介護、入浴、福祉用具レンタルなど利用する場合、多職種で患者さんを支えるためのチームワークが必要。

→どのようなことに留意して退院調整を進めていけばいいのでしょうか？

調整が必要になりそうな患者さんは、 入院時から多職種で情報共有する

- もともと訪問看護や介護保険のサービスを使用していたり、病状やADLの低下などで入院前の生活が成り立ってなかった、金銭面の問題など事情がある場合
- 入院時、もしくは翌日には病棟MSW（在宅の場合）や連携室（転院が見込まれる場合）や移行期支援（訪問看護導入時）に情報共有の連絡を入れる
- 退院支援は看護師、医師、MSW、連携室、移行期支援、薬剤部など多職種チームで進めていくため、入院早期から情報共有が大切

家族の意向を積極的に聞く

- 入院時や家人が来棟したときに、（自分のプライマリーじゃなくても）意向の確認をする。

「家で最期まで看てあげたいと思ってます。」

「少しでも帰ればと思ってたけど、今の状況を見ると難しそうですね。」

- 「本人は帰りたがっているけど、実際に家でどうやって看ればいいのかわからない。」等、患者や家族の気持ちを把握する
→患者家族の意向に沿うためにどうしたらいいのか。

その希望が実現可能なのか。（退院できなければ転院？施設？退院するとしたら訪問看護？訪問診療？）

それが実現不可能であれば、落としどころはどこになるのか。スタッフ間（看護師・医師・MSW等多職種）で情報共有し検討する。

*面談などで段取りよく大方針を決めるための下準備になる。

- 退院調整カンファレンスを有効に
 - 調整が必要になりそうな患者さんは、入院時から**多職種**で情報共有する
 - 家族の意向を積極的に聞く
 - 治療計画を把握する
 - 入院前の生活、ADLや認知機能、療養環境が入院によってどう変化したか把握する
-
- 「どう退院するか」のアンテナを常に高く持つ

1南の委員の発表が退院支援委員会での刺激となれば・・・
皆が同じ考えが持てるように伝え続けるしかない・・・



例えば、外来の目標

令和6年度 退院支援委員会 職場の課題に対する目標

	職場名 外来	委員氏名
前年度の自部署の課題	<p>課題例①:退院支援部門につなぐことが退院支援ではなく、退院支援部門スタッフとともに病棟がどう動いたらいいのかが委員が理解し病棟スタッフへ周知することができる。退院支援とは何なのかもう一度考えてみる。 目標例:『早期退院に向けた、退院支援に関する情報共有の仕方を統一する』</p> <p>課題例②:病棟看護師の役割として、退院に向けた患者・家族の思いを汲み取り、ともに目標を立案して、それに向けた援助を行っていく。 目標例:『退院に向けた目標を患者・家族・関わる多職種と共有する力を伸ばす』</p>	
	<p>課題1:退院支援に向けて、入院時、病棟がどんな情報がほしいのか明確にし、外来と病棟で情報共有する。外来での患者の平常時の情報を日頃あらカルテに分かる様に記載する必要がある</p> <p>課題2:多職種と連携を図り、患者の病状に合わせた生活指導や、医療処置に関する指導、必要な社会資源を理解し、活用する必要がある退院支援委員会で習得した内容、会議録の閲覧により、外来全体で退院支援に対する意識を高め、早期に多職種の介入に繋げる必要がある。</p>	
	課題例を元に自部署の課題を明確にしてください	
	<div data-bbox="710 644 1379 758" data-label="Text" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; background-color: #4a86e8; color: white; padding: 5px; text-align: center;"> 外来から始まる退院支援の必要性 </div>	

目標	<p>目標:課題からの目標設定を行う。</p> <p>具体的な取り組み</p>	<div data-bbox="1534 591 1914 862" data-label="Text" style="border: 1px solid green; border-radius: 50%; background-color: #e8f5e9; padding: 10px; text-align: center;"> つぶやき 加算の為に →患者・家族の為に </div>
	<p>目標1:退院支援に繋がるよう、患者の状態を把握し、病棟と外来で情報共有の仕方を統一する</p> <p>目標2:多職種と連携を取り、患者の状態を把握し、早期に他職種の介入に繋げることが出来る</p>	

職場長コメント	<p>※退院支援に対する自部署の課題を明確に、委員が考えた目標に対する支援をどのように行っていくか、コメントを記載してください。</p> <p>外来が把握している情報を、病棟、MSW、連携室、移行期支援サテライトと共有することでよりスムーズな退院支援に繋がると考えています。外来全体で意識改革に繋げて行きましょう</p> <div data-bbox="330 1282 1688 1358" data-label="Text" style="border: 1px solid blue; border-radius: 15px; background-color: #4a86e8; color: white; padding: 10px; text-align: center;"> テーマ「介護サービスについて（仮）」の学習会を検討中 </div>
---------	---



介護保険にかかわる学習会では

- 入院までにどこまでの情報が必要か
- 区分変更はどの程度でできるものか
- 介護保険でできるサービスは？
- 介護保険を利用しているが、介護認定の確認の目安は？（現状に見合った介護度がついているのか疑問に思うことがある

なるほどな、患者や家族の支援をするためには必要な知識でもあり、見逃さず、MSWに繋ぐことが重要。
入院前からの支援を考えることに繋がった。



病棟看護師と退院支援部門看護師との 共通認識を持つために

- 患者、家族の意思を尊重し医療を**生活の視点**でとらえることができる
- 患者を24時間継続して支える看護の専門性**
- 多職種での中心的役割（**連携の要**）
- 医療、介護の両面におけるアセスメント
- 在宅療養の基本的知識を持つ
- 地域の特性の理解
- 自施設の機能や役割の理解

患者・家族が退院後、安心して生活・療養ができることを目指す

本日の内容

- 1、佐久医療センターの概要
- 2、入退院支援の推進と退院支援の必要性
- 3、2024年診療報酬改定について
- 4、当院における退院支援の実際
～診療報酬改定後の取り組みを交えて～
- 5、退院支援にかかわる看護の課題
- 6、地域の医療機関との連携

地域の医療機関との連携

- 東信地域看護連携協議会
- 佐久地区地域連携室懇話会
- 佐久地域医療介護連携会議
- 脳卒中連携の会
- ベッド逼迫時の連携（空床の共有）

それぞれの病院の体制の変化や
診療状況を随時情報共有



東信地域看護連携協議会の活動

●看護サマリーの改定

各病院の記載内容を確認し、情報の整理を行い
必要項目を決定

介護保険利用の場合の追加項目（見直し）

＊障害高齢者の生活自立度

＊認知症高齢者の日常生活自立度

●講演会の開催 地域の介護職・看護職向け

●情報交換・共有

●顔と顔の見える関係と、困った時に助け合える関係



急性期病院における入退院支援について まとめ

- 世の中の変化に対応しながら地域の特徴をつかむ
- 入退院支援室との連携で入院前からの支援
- 退院支援部門看護師とMSWコンビ体制で支援を充実
- 病棟も外来も、支援のために共通認識を持ち、
多職種連携は必要不可欠
- 地域の医療機関との連携が要
- 入口から出口までの調整・支援
- 地域と病院のための貢献

地域に信頼され、期待される病院として
継続していくことが重要

御清聴、ありがとうございました。



はる



なつ



あき



ふゆ

佐久医療センターの四季

入退院支援スクリーニング・アセスメント票

入院日 9999年99月99日		入院病棟		作成日 9999年99月99日		
科名		主治医		担当看護師		
ID		生年月日 9999年99月99日		年齢		
患者氏名		住所		診断名		
既往歴		入院形態		<input type="checkbox"/> 緊急入院 (イ) <input type="checkbox"/> 施設からの入院 <input type="checkbox"/> 転院 <input type="checkbox"/> 予定入院 <input type="checkbox"/> 入院時入退院支援対象者 (ロ) <input type="checkbox"/> 1年以内に入院歴がある (ハ)		
疾患・状態		<input type="checkbox"/> 慢性疼痛 (ニ) <input type="checkbox"/> 肺炎などの急性呼吸器感染症 (ヒ) <input type="checkbox"/> 終末期				
身体的側面	ADL	入院時		退院時予測		
	食事	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	
	排泄	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	
	移動動作	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	
	入浴	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助 (イ) <input type="checkbox"/> 自立	
	医療処置等 (現在あるものと今後必要になるもの)	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 自己注射 (イ)				
		<input type="checkbox"/> 在宅酸素治療 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 創処置 (褥瘡含む)				
		<input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 持続陽圧呼吸				
		<input type="checkbox"/> 気切 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膣ろう				
		<input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 摂食嚥下に関する支援				
<input type="checkbox"/> 尿管・カテーテル留置 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 排便コントロール						
<input type="checkbox"/> オムツ使用 <input type="checkbox"/> リハビリパンツ使用 <input type="checkbox"/> 他の医療処置						
<input type="checkbox"/> 入院治療を行っても長期的な低栄養状態が見込まれること (イ)						
その他の状況 (フリー記載)						
精神・認知的側面		精神状況	<input type="checkbox"/> 精神障害あり			
	認知機能	<input type="checkbox"/> 認知症 (診断あり) (イ) <input type="checkbox"/> 理解力低下 (診断なし) <input type="checkbox"/> 記憶力低下 (診断なし)				
	意志決定	<input type="checkbox"/> 現状と今後予測される状態についての理解がない <input type="checkbox"/> 退院後適切な療養場所がない <input type="checkbox"/> コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する (イ)				
	その他の状況 (フリー記載)	<input type="checkbox"/> 強度行動障害の状態 (イ) <input type="checkbox"/> 予定の入院期間ではゴールに達しない				
社会的側面	介護者の状況	<input type="checkbox"/> 健康問題がある <input type="checkbox"/> 高齢である <input type="checkbox"/> 介護の意志がない (イ)				
		<input type="checkbox"/> 介護への不安が強い <input type="checkbox"/> 就労 (日中不在) <input type="checkbox"/> 病状・介護理解不十分				
		<input type="checkbox"/> ヤングケアラーである (イ)				
	世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 2人世帯 <input type="checkbox"/> 3人以上世帯				
		<input type="checkbox"/> 経済的に問題あり <input type="checkbox"/> 虐待ケース (イ)				
	生活状況	<input type="checkbox"/> 就労あり <input type="checkbox"/> 無職 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金生活 <input type="checkbox"/> 生活困窮者 (イ)				
		<input type="checkbox"/> 学生 <input type="checkbox"/> ヤングケアラーである (イ)				
	家屋状況	<input type="checkbox"/> 持ち家 <input type="checkbox"/> アパート <input type="checkbox"/> マンション				
		<input type="checkbox"/> その他 ()				
	介護保険	<input type="checkbox"/> 該当あり未申請 (イ) <input type="checkbox"/> 申請希望 <input type="checkbox"/> 申請中				
	<input type="checkbox"/> 介護度 ()					
障害福祉サービス	<input type="checkbox"/> 障害者手帳あり (身体 精神保健 養育) <input type="checkbox"/> 障害者手帳なし					
	<input type="checkbox"/> 障害者手帳申請中 <input type="checkbox"/> サービス利用希望あり <input type="checkbox"/> サービス利用中					
指定難病	<input type="checkbox"/> 該当 (含可能性あり) <input type="checkbox"/> 申請済み					
その他の状況 (フリー記載)						
スピリチュアル的側面						

退院支援計画書			入院日	
ID	生年月日 9999/99/99	退院支援計画着手日 9999/99/99		
患者氏名	様	年齢	退院支援計画作成日 9999/99/99	

退院に関する患者以外の相談者		氏名	様	続柄
入院事前調整加算	<input type="checkbox"/> 有り	入院前に患者及びその家族等並びに当該患者の在宅での生活を支援する障害福祉サービス事業者等と事前に入院中の支援に必要な調整を行った		
退院支援要因	<input type="checkbox"/> ア 悪性腫瘍、認知症、又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかである			
	<input type="checkbox"/> イ 緊急入院である			
	<input type="checkbox"/> ウ 要介護状態であるとの疑いがある又は要支援状態であるとの疑いがあるが、要介護認定又は要支援認定未申請であること。 (介護保険法施行令(平成10年政令第412号)第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る)			
	<input type="checkbox"/> エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者			
	<input type="checkbox"/> オ 強度行動障害の状態の者			
	<input type="checkbox"/> カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある			
	<input type="checkbox"/> キ 生活困窮者である			
	<input type="checkbox"/> ク 以前に比べADLが低下し、退院後の生活の再編が必要である(必要と推測される)			
	<input type="checkbox"/> ケ 排泄に介助を要する			
	<input type="checkbox"/> コ 同居者の有無に関わらず、必要な療育又は介護を十分に提供できる状況にない			
<input type="checkbox"/> サ 退院後に医療処置(腎臓等の経管栄養法を含む)が必要				
<input type="checkbox"/> シ 入退院を繰り返している				
<input type="checkbox"/> ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること				
<input type="checkbox"/> セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること				
<input type="checkbox"/> ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること				
<input type="checkbox"/> タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合				
課題・問題				
目標				
<input type="checkbox"/> 在宅介護の準備 <input type="checkbox"/> 退院後の療養先の検討 <input type="checkbox"/> 転院先施設の設定 <input type="checkbox"/> 制度の申請 <input type="checkbox"/> 退院にあたっての説明 <input type="checkbox"/> 医療費・療養費についての相談 <input type="checkbox"/> 薬剤指導 <input type="checkbox"/> 口腔管理 <input type="checkbox"/> 栄養指導 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーとの連携 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> 介護指導 <input type="checkbox"/> 療養指導 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 家屋評価 <input type="checkbox"/> 試験外泊 <input type="checkbox"/> 退院調整会議				
<input type="checkbox"/> その他 ()				
(支援期間(退院予定日))	9999/99/99		頃	
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 医療機関 <input type="checkbox"/> その他			
退院後の利用が予測される 社会福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 指定難病 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> その他			
退院後の利用が予測される 社会福祉サービス等の 担当者	担当居宅支援事業所・ 地域包括支援センター他 担当者			
入院病棟で退院支援を行う担当者 (病棟)		転棟病棟で退院支援を行う担当者 (病棟)		
主治医		主治医		
病棟責任者		病棟責任者		
受け持ち看護師		受け持ち看護師		

参考：入退院支援スクリーニング・アセスメント・退院支援計画書

*強度行動障害の定義は、自傷、他傷、こだわり、物損、睡眠の乱れ、異食、多動、大声など本人や周囲の暮らしに影響を及ぼす行動があり、
知覚過敏な状態を意味します。診断名ではない。重度知的障害、自閉症スペクトラム障害

看護情報・看護サマリー

入院期間		年 月 日 - 年 月 日	
フリガナ	テスト 04ビョウイン (ID: 008999005)	診療科	入院科名称(入) 主治医 主治医名称(入院情)
患者氏名	テスト 04病院 性別 男	身長	155.0 cm 測定日 2019/04/15
生年月日	1975年5月5日 年齢 49	体重	11.0 kg 測定日 2023/11/14
住所	埼玉県 大里郡 寄居町 鉢形あいうえお	家族構成	
主病名	正式病名(病名情報)	家族背景	
既往歴	2014年狭心症, 2014年糖尿病 ノボラピット自己注射使用中, 内科佐藤医師1回/2ヶ月フォロー中	感染症	不明
		経管栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう サイズ
		商品名	
		最終交換	年 月 日
尿道カテーテル		商品名	サイズ
最終交換日	年	次回交換時期	年
商品名		最終交換日	年
次回交換時期	年	商品名	
最終交換日	年	次回交換時期	年
商品名		最終交換日	年
次回交換時期	年	食物	乳アレルギー 卵アレルギー
アレルギー歴		薬物	キシロカイン
その他	蟹 大豆 タニ 海老		

日常生活観察シート

観察日: 年 月 日 記載日: 2024年10月9日 施設名: 佐久総合病院 佐久医療センター

フリガナ	テスト 04ビョウイン	ID	008999005	性別	男
患者氏名	テスト 04病院	生年月日	1975年5月5日	年齢	49 歳

障害高齢者の日常生活自立度 -- 選択 -- 認知症高齢者の日常生活自立度 -- 選択 --

項目	状態	備考
障害	義歯	
入院前のADL		
食事	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	形態・主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ゼリー粥 <input type="checkbox"/> 経管栄養(種類:)	
	形態・副食 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> まぎみ <input type="checkbox"/> 極まぎみ <input type="checkbox"/> ミキサー	
とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり () 状		
不可・その他	制限・不可: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	栄養補助食品: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
排泄	尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし (失禁: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
	便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> なし (失禁: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり)	
	方法・日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> おむつ(リハビリ・テープ式)	
方法・夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> P-トイレ <input type="checkbox"/> おむつ(リハビリ・テープ式)		
	<input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストマ(最終交換日: 年 月 日)	
移動	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	便秘対策 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (最終排便日: 年 月 日)	
	薬剤名・用法・用量	
口腔ケア	麻痺 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	拘縮 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
	起き上がり <input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	座位保持 <input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない	
	立ち上がり <input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> 何かにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
	歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> つかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	
義歯	移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	手段 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 手摺り <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上	
	動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 差し歯	

参考：看護サマリー

引用・参考資料

- 厚生労働省 令和3年度入院医療費等の調査・評価分科会資料
- 厚生労働省 令和6年診療報酬改定資料
- 厚生労働省 令和6年度の同時報酬改定に向けた
意見交換会議事録
- 平成26年 平成30年 版高齢社会白書（内閣府）
- ナースが行う入退院支援