

介五郎

介護保険版

差分マニュアル

Ver. 9.2.0.0



株式会社インフォ・テック

目次

1. はじめに	P. 2
2. 居宅介護支援の変更	P. 3
2-1. 入院時情報提供書	P. 3
2-2. 退院・退所情報記録書	P. 12
3. 通所介護の変更	P. 20
3-1. 利用延人数集計表の見直し	P. 20
4. 訪問看護の変更 [医療請求含む]	P. 21
4-1. 訪問看護計画書と報告書のセット印刷	P. 21
4-2. 医療請求の変更	P. 25
4-2-1. 該当する疾病等のコード一覧表の追加	P. 25
4-2-2. 特記事項「退支」「連」の日付入力	P. 27
4-2-3. 情報提供療養費の複数回算定対応	P. 31

1.はじめに

今回リリースいたしました介五郎（介護保険版）「Ver.9.2.0」では、以下の修正を行いました。

（1）入院時情報提供書、退院・退所情報記録書の実装【居宅介護支援】

参考様式が未確定だったため実装を保留していた「入院時情報提供書」「退院・退所情報記録書（旧名称＝退院に向けたヒアリングシート）」を作成できるようにしました。

（2）利用延人数集計表の見直し【通所介護】

通所介護システムで印刷できる利用延人数集計表の体裁を、改正後の時間区分（1 時間ごと）にあわせて変更しました。

（3）訪問看護計画書と報告書の一括印刷機能の追加【訪問看護】

訪問看護計画書と報告書をワンセットで両面印刷できるオプションを追加しました。

（4）訪問看護医療請求にかかわる変更【訪問看護（医療）】

医療看護実績入力に、以下の修正を行いました。

- ①「該当する疾病等」のコード一覧表の追加
- ②特記事項欄の「9 退支」「10 連」にかかわる日付入力機能の追加
- ③情報提供療養費の複数算定への対応

2.居宅介護支援の変更

2-1.入院時情報提供書

Ver9100にて一時的に使用不可にしていた入院時情報提供書を復活させました。様式は、厚生労働書が今回の改正で提示した様式例にもとづいたものになります。

<入院時情報提供書－1. 基本情報>

各設定項目

項目名	説明
台帳情報	
利用者 ID	利用者の ID と氏名を表示します。▼をクリックすると利用者を選択できます。
管理日	管理日を入力します。介五郎は作成したデータを管理日別に保存します。
被保険者番号	利用者の被保険者番号を表示します。
記入日	情報提供書の記入日を入力します。
入院日	利用者が入院した日付を入力します。
次回計画見直し日	後日提供書の更新が必要な場合、その予定日を入力しておくで参照画面で確認できるようになります。
1. 基本情報	
病院名	提出先の医療機関名を入力します。
ご担当者名	提出先医療機関のご担当者名を入力します。
居宅介護支援事業所	情報提供元の居宅介護支援事業所名を入力します。

担当ケアマネジャー	担当のケアマネジャー名を入力します。
電話番号/FAX 番号	居宅介護支援事業所の電話番号を入力します。
<input type="button" value="台帳読込"/>	クリックすると、事業所台帳より各情報を取得しなおします。
利用者名	利用者の氏名を表示します。
性別	利用者の性別を表示します。
生年月日	利用者の生年月日を表示します。
年齢	利用者の年齢を表示します。(変更可)
住所	利用者の住所を入力します。
電話番号	利用者の電話番号を入力します。
入院時の要介護度	入院時点の要介護度を入力します。
申請中	要介護認定の申請中の場合、チェックして申請日を入力します。
区分変更	区分変更の申請を行った場合、チェックして申請日を入力します。
未申請	要介護認定・区分変更を申請していない場合、チェックします。
<input type="button" value="台帳読込"/>	クリックすると、利用者台帳より各情報を取得しなおします。
住居の種類	「戸建て」か「集合住宅」のいずれかを選択します。
階建て/居室	居住建物の階数と居室の階数を数値で入力します。
エレベーター	「有」か「無」を選択します。入力後に <input type="button" value="未選択"/> をクリックすると入力前の状態に戻せます。
特記事項	住環境について特記事項があれば、記入します。
障害高齢者の日常生活自立度	その利用者の日常生活自立度を選択します。
認知症高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度を選択します。
医師の判断	自立度について、医師の判断を経ている場合にチェックを入れます。
ケアマネジャーの判断	自立度について、ケアマネジャーの判断による場合にチェックします。
介護保険の自己負担割合	利用者の自己負担割合を入力します。割合が不明な場合は「不明」にチェックを入れます。入力後に <input type="button" value="未選択"/> をクリックすると入力前の状態に戻せません。
障害など認定	障害などの認定を受けている場合、「なし」「あり」を選択し、「あり」の場合は身体・精神・知的障害のいずれかを選択します。 <input type="button" value="未選択"/> をクリックすると入力前の状態に戻せます。
年金などの種類	該当する年金などの種類を選択します。

<入院時情報提供書－2. 家族情報／3. 意向>

各設定項目

項目名	説明
独居	独居の場合にチェックします。
高齢者世帯	高齢者世帯の場合にチェックします。
子と同居	子と同居している場合にチェックします。
その他	上記3項目に該当しない場合、チェックを入れて構成内容を記入します。
日中独居	日中独居高齢者にあたる場合にチェックを入れます。
主介護者	主たる介護者の氏名・続柄・年齢を入力します。
キーパーソン	キーパーソンの氏名・続柄・年齢を入力します。
同居／別居	利用者と同居しているか別居しているかを選択します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
連絡先 TEL	連絡先の電話番号を入力します。
本人の性格・趣味・関心領域等	利用者の性格や趣味等を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
本人の生活歴	利用者の生活歴を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
入院前の本人の生活に対する意向	入院前の、生活に対する本人の意向を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
入院前の家族の生活に対する意向	入院前の、生活に対する家族の意向を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
同封の居宅サービス計画(1)参照	計画書を添付し、そちらを参照する場合にチェックを入れます。

<入院時情報提供書－4. 利用状況／5. 生活展望／6. カワアル入>

各設定項目

項目名	説明
入院前の介護サービスの利用状況	居宅サービス計画書を添付・参照してもらう場合は「居宅サービス計画書 1. 2. 3表」にチェックします。それ以外の場合は「その他」を選択し、その内容を記入します。
在宅生活に必要な要件	在宅生活を行うために必要な要件を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
退院後の世帯状況	退院後の世帯状況を入力します。
世帯に対する配慮	世帯に対する配慮が必要か不要か選択します。必要な場合は配慮の内容を記入します。
退院後の主介護者	退院後の主介護者について入力します。「2.家族情報」欄で入力したままでよければ「2. に同じ」にチェックを入れます。
介護力	家族の介護力について、該当する項目にチェックを入れます。
家族や同居者等による虐待の疑い	家族等による利用者への虐待の疑いの有無を選択し、あると歌がれる場合はその内容を記入します。
特記事項	特記事項がある場合に入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
「院内の多職種カワアル入」への参加	ケアマネジャーとしてカンファレンスへの参加を希望する場合にチェックします。
「退院前カンファレンス」への参加	ケアマネジャーとしてカンファレンスへの参加を希望する場合にチェックし、具体的な要望を入力します。
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	退院前訪問指導への同行を希望する場合にチェックします。

<入院時情報提供書－7. 課題①>

各設定項目

項目名	説明
麻痺の状況	該当する状況を選択します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
褥瘡の有無	褥瘡のあり・なしを選択します。「あり」の場合は褥瘡箇所の説明も記入します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
ADL～排泄の各項目	各項目について、該当する状態を入力します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。

<入院時情報提供書－7. 課題②>

各設定項目

項目名	説明
睡眠の状態	利用者の睡眠の状態を選択します。不良の場合、補足事項を空欄に入力します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
眠剤の使用	眠剤使用の有無を選択します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
喫煙量	喫煙の有無と 1 日あたりの喫煙本数を入力します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
飲酒量	飲酒の有無と 1 日あたりの飲酒量を入力します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
コミュニケーション能力	各項目について、該当するものを選択します。特記事項は「コミュニケーションに関する特記事項」欄に記入します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
精神面における療養上の問題	利用者の状態に応じて、該当する項目にチェックを入れます。
疾患歴	利用者の状態に応じて、該当する項目にチェックを入れます。
入院歴	最近半年間での入院歴と期間、入院の頻度を入力します。
医療処置	実施していた処置に応じて、該当する項目にチェックを入れます。

<入院時情報提供書-8. 薬/9. 医機関>

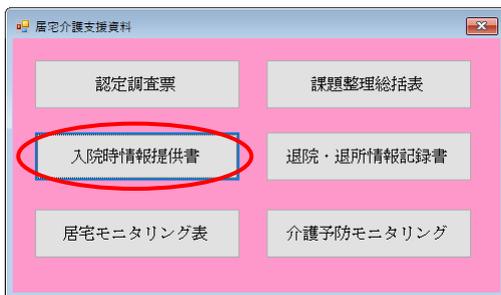
各設定項目

項目名	説明
内服薬	内服薬の有無と補足事項を入力します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
居宅療養管理指導	居宅療養管理指導の有無と実施している職種を入力します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
薬剤管理	薬剤の管理方法、管理者名、管理方法を入力します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
服薬状況	利用者の服薬状況を選択します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
お薬に関する、特記事項	特記事項を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
かかりつけ医機関名	かかりつけ医が所属する医療機関名を入力します。
電話番号	かかりつけ医の所属する医療機関の電話番号を入力します。
医師名	かかりつけ医の氏名・フリガナを入力します。
診察方法・頻度	診察方法と頻度を入力します。

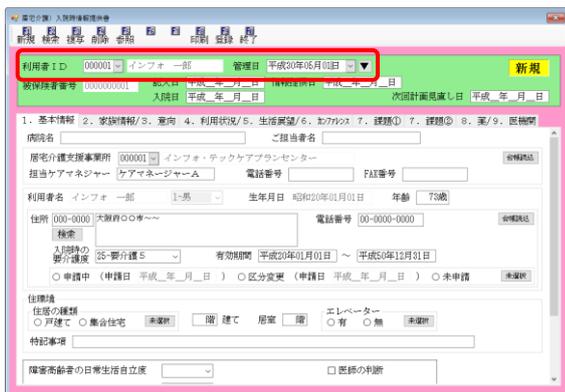
<入院時情報提供書の入力>



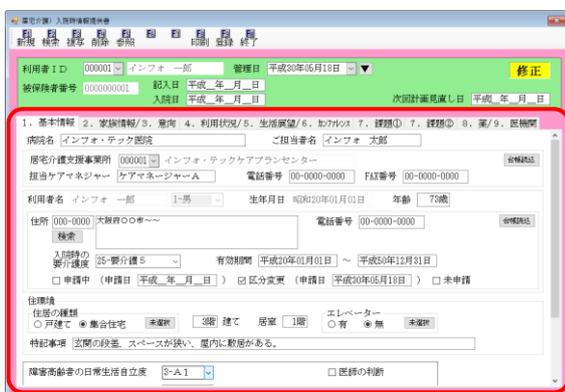
- ① メインメニューの「記録用紙」をクリックして、記録用紙メニューを表示します。



- ② 「入院時情報提供書」をクリックして、情報提供書の入力画面を開きます。



- ③ 利用者・管理日を選択します。



- ④ 各項目を入力します。

利用者ID: 000001 | インフォ 太郎 | 管理日: 平成30年05月18日 | 修正

住所: 大阪府〇〇市〜 | 電話番号: 00-0000-0000

年齢: 73歳 | 性別: 男

入居日: 平成 年 月 日

登録ボタン (F9)

⑤ すべて入力しおわったら **F9 登録** をクリックして登録します。

登録した内容は **F8 印刷** をクリックして印刷できます。

【入院時情報提供書】

入院時情報提供書

利用者ID: 000001 | 管理日: 平成30年05月01日

施設名: インフォ・テック医院 | 事業所名: インフォ・テックケアプランセンター

ご担当者名: インフォ 太郎 | ケアマネジャー氏名: ケアマネジャーA | TEL: 00-0000-0000

1. 利用者(患者)の基本情報について

患者氏名: (7桁) ひろ 太郎 | 年齢: 73 才 | 性別: (男) 女

住所: 〒00-0000 大阪府〇〇市〜 | 電話番号: 00-0000-0000

2. 家族生活/連絡先について

世帯構成: 単身 高齢者世帯 子と同居 その他

3. 本人の趣味・興味・関心事項

本人の生活歴: 市内施設を営むなど地域で活躍。半年前、脳梗塞発症を機に要介護状態となり、サービス利用を開始した。

4. 入院前の生活状況

5. 今後の在宅生活の意向

6. カンファレンス参加状況

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	認知動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		

食事内容: 食事回数 () 回/日 (朝 昼 夜) 食事制限 あり () なし 不明

8. お家について

内装: なし あり (障子紙はかすり紙) | 住宅管理指導 なし あり (職種: クリニック業務)

9. かかりつけ医について

かかりつけ医: インフォ・テック医院 | 電話番号: 00-0000-0000

医師名: (7桁) ひろ 太郎 | 診療方法: 通院 訪問診療

3-3.退院・退所情報記録

Ver9100にて使用を停止していた「退院に向けたヒアリングシート」にかえて、「退院・退所情報記録書」を作成できるようにしました。様式は、厚生労働書が今回の改正で提示した様式例にもとづいたものになります。

<退院・退所情報記録—基本情報／入院概要>

各設定項目

項目名	説明
台帳情報	
利用者 ID	利用者 ID を表示します。
管理日	管理日を入力します。介五郎は作成したデータを管理日別に保存します。
記入日	記録書の記入日を入力します。
被保険者番号	利用者の被保険者番号を表示します。
入院日	利用者が入院した日付を入力します。
退院予定日	利用者の退院予定日を入力します。
次回計画見直し日	後日記録書をさらに作成する予定がある場合、その日付を入力します。
基本情報／入院概要	
利用者名	利用者の氏名を表示します。
性別	利用者の性別を表示します。
生年月日	利用者の生年月日を表示します。
年齢	利用者の年齢を表示します。(変更可)

退院時の要介護度	退院時点の要介護度を入力します。区分変更が必要な場合は「(要 区分変更)」欄にチェックを入れます。要介護認定・区分変更の申請中の場合は「申請中」のチェックを入れます。
なし	要介護認定を受けていない場合、チェックを入れます。
<u>台帳読込</u>	クリックすることで利用者台帳より情報を再取得できます。
入院原因疾患(入所目的等)	入院時＝入院の原因となった疾患名を入力します。 入所時＝入所の目的を入力します。
入院・入所先	入院・入所先の施設名や号棟などを入力します。
今後の医学管理	退院後の医学管理を行う医療機関名を入力します。
方法	退院後の医学管理について、通院で行うか訪問診療で行うか選択します。
現在治療中の疾患	①～③の各欄に現在治療中の疾患名を入力します。
疾患の状況	「現在治療中の疾患」で入力した疾患について、安定・不安定の欄に疾患の番号(①～③)を入力します。

<退院・退所情報記録—入院中の状況>

各設定項目

項目名	説明
移動手段	利用者の移動手段として当てはまるものを選択します。
排泄方法	利用者の排泄方法として当てはまるものを選択します。
入浴方法	利用者の入力方法として当てはまるものを選択します。
食事形態	利用者の食事形態として当てはまるものを選択します。
UDF 等の食形態区分	各種分類にもとづく食形態の区分を入力します。
嚥下機能（むせ）	利用者の嚥下機能として当てはまるものを選択します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
口腔清潔	利用者の口腔内の状態について当てはまるものを選択します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
口腔ケア	利用者の口腔ケア方法として当てはまるものを選択します。入力後に「未選択」をクリックすると、入力前の状態に戻せます。
義歯	義歯の有無と使用状況について当てはまるものを選択します。
睡眠	利用者の睡眠の状態と眠剤使用の有無について当てはまるものを選択します。
認知・精神	利用者の状態として当てはまるものを選択します。

<退院・退所情報記録—受け止め/意向>

居宅介護 退院・退所情報記録書

新規 検索 複写 削除 参照 印刷 登録 終了

利用者ID 000001 インフォ 一郎 管理日 平成30年05月21日 記入日 平成__年__月__日 修正

被保険者番号 0000000001 次回計画見直し日 平成__年__月__日

基本情報/入院概要/疾患 入院中の状況 受け止め/意向 退院後に必要な事柄 症状の予測/日常生活の阻害要因

本人への病名告知 あり なし 未選択

<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方
 ・脳梗塞（右麻痺/再発2回目）
 ・再発入院に落ち込んでいる右麻痺、嚥下障害、備音障害

<本人>退院後の生活に関する意向
 ・言いたいことが思うように英語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる。

<家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方
 ・とにかく命が助かって良かった。
 ・以前のように回復してほしいが、主治医から2度目の発症で、入院前より介助を要するとの説明を受け、理解はしている。

<家族>退院後の生活に関する意向
 ・自宅での介護継続について、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる。

各設定項目

項目名	説明
本人への病名告知	利用者本人への病名告知の有無を選択します。
<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方	利用者本人の病気等に対する受け止め方を記入します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
<本人>退院後の生活に関する意向	利用者本人の退院後の生活に関する意向を記入します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
<家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方	家族の病気等に対する受け止め方を記入します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
<家族>退院後の生活に関する意向	家族の退院後の生活に関する意向を記入します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。

<退院・退所情報記録—退院後に必要な事柄>

各設定項目

項目名	説明
医療処置	該当する処置を入力します。
看護の視点	該当する処置を入力します。
リハビリの視点	該当する処置を入力します。
禁忌事項	禁忌事項の有無と内容を入力します。

<退院・退所情報記録－症状の予測／日常生活の阻害要因>

利用者ID 000001 インフォ 一部 管理日 平成30年05月21日 記入日 平成__年__月__日 修正

被保険者番号 000000001 次回計画見直し日 平成__年__月__日

基本情報／入院概要／疾患 入院中の状況 受け止め／意向 退院後に必要な事柄 症状の予測／日常生活の阻害要因

症状・病状の予後・予測 大

退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等) 大

在宅復帰のために整えなければならない要件

※例) 医療機関からの見立て・意見(今後の経過、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、臭くなる、又はゆっくり落ちていく状態なのか、等)について、①退院と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事情、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。

回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種 (氏名)	会議出席
1	平成30年05月20日	看護師 (〇〇様)	2-有
2	平成30年05月21日	MSW (△△様)	2-有
3	平成__年__月__日		

各設定項目

項目名	説明
症状・病状の予後・予測	病状の予後の予測を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)	退院にあたっての日常生活上の阻害要因を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
在宅復帰のために整えなければならない要件	在宅復帰に必要な要件を入力します。大・小ボタンで印刷時の文字の大きさを選択できます。
聞き取り日	情報を聞き取った日付を入力します。
情報提供を受けた職種 (氏名)	情報提供者の職種と氏名を入力します。
会議出席	情報提供者が会議へ出席したか選択します。

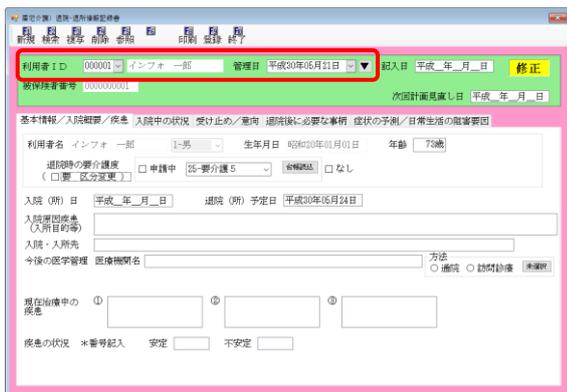
<退院・退所情報記録の入力>



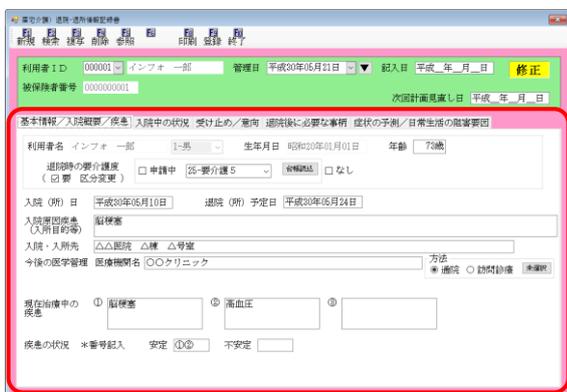
- ① メインメニューの記録用紙をクリックし、記録用紙メニューを表示します。



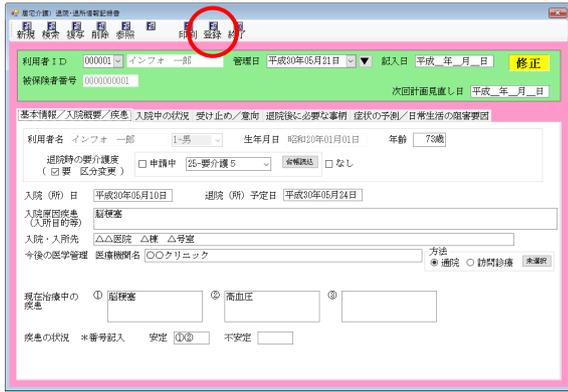
- ② 退院・退所情報記録をクリックし、入力画面を開きます。



- ③ 利用者・管理日を選択します。



- ④ 各項目を入力します。



⑤ すべて入力しおわったら **F9 登録** をクリックして登録します。

登録した内容は **F8 印刷** をクリックして印刷できます。

【退院・退所情報記録書】

退院・退所情報記録書 利用者ID 000001 管理日: 平成30年05月21日
 記入日: 平成30年05月21日

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ 氏名	イノフォ 一郎	性別	男	年齢	73歳	退院(所)時の要介護度 (要 区分変更)	<input checked="" type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> なし
入院	入院原因疾患 (入院目的等)	脳梗塞								
入院	入院(所)日	平成30年05月10日	退院(所)予定日	平成30年05月24日						
入院	入院(所)先	△△病院 △棟 △号室								
入院	今後の医学管理	医療機関名: ○○クリニック								
入院	現在の治療中の疾患	① 脳梗塞 ② 高血圧 ③								
入院	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他()								
入院	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 介・ハ'好()								
入院	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず								
入院	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他() I/F等の食形態区分 1								
入院	嚥下機能(むせ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (時々・常に)								
入院	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 義歯 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部分・総)								
入院	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
入院	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良() 眠剤使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
入院	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他()								
入院	<本人>病状、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知: <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ・脳梗塞 (右麻痺/再発2回目) ・再発入院に落ち込んでいる右麻痺、嚥下障害、構音障害								
入院	<本人>退院後の生活に関する意向	・言いたいことが思うように発語できず、ストレスを感じているが、機能訓練には前向きに取り組んでいる。								
入院	<家族>病状、障害、後遺症等の受け止め方	・とにかく命が助かって良かった。 ・以前のように回復してほしいが、主治医から2度目の発症で、入院前より介助を要するとの説明を受け、理解はしている。								
入院	<家族>退院後の生活に関する意向	・自宅での介護継続について、不安はあるものの前向きな態度で、家族としての覚悟が感じられる。								

2. 課題認識のための情報

医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input checked="" type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管がた <input type="checkbox"/> 尿路ストマ <input type="checkbox"/> 消化管ストマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()		
看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()		
リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input checked="" type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input checked="" type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他()		
禁忌事項	(禁忌の有無) (禁忌の内容/留意点) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
症状・病状の予後・予測	リハビリを続けられれば歩行やトイレ動作、コミュニケーション能力の改善を目指すことができる(転倒リスクあり)		
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	脳梗塞による右片麻痺、嚥下障害、構音障害、発病(再発)と体の不自由や、特に発語障害によるコミュニケーション能力の低下による、気分の落ち込み、ストレス。玄関の段差。		
在宅復帰のために整えなければならない要件			
項目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	平成30年05月20日	看護師(○○様)	無・有
2	平成30年05月21日	NSW(△△様)	無・有
3			無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

3.通所介護の変更

3-1.利用延人数集計表の見直し

平成30年4月改正においてサービス提供時間の区分が変更になったことにあわせて、利用延人数集計表について、時間区分を変更しました。

<利用延人数集計表>

▼平成30年3月以前

通所介護利用延人数集計表													平成30年03月分	
単位数： ※ 未設定														
No	提供日	利用者数(要介護者)					合計	利用者数(要支援者)				1日の最大数	延人数計	
		2時間以上 3時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上 6時間未満	6時間以上		2時間未満	3時間以上 4時間未満	4時間以上 5時間未満	5時間以上			
1	03月02日(金)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
2	03月05日(月)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
3	03月07日(水)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
4	03月09日(金)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
5	03月12日(月)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
6	03月14日(水)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
7	03月16日(金)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
8	03月19日(月)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
9	03月21日(水)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
10	03月23日(金)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
11	03月26日(月)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
12	03月28日(水)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
13	03月30日(金)	0	0	3	0	0	3	0	1	0	1	1	4	
合計		0	0	39	0	0	39	0	13	0	13	13	52	
乗数		0.5	0.5	0.75	1	1		0.5	0.75	1				
合計×乗数		0	0	29.25	0	0	29.25	0	9.75	0	9.75	9.75	39	

※「延人数計」列には、要介護者の「合計」列の値と要支援者の「合計」列の値又は「1日の最大数」の値を合計し、少ない方の合計値を記載しています。
 ※「1日の最大数」列の「合計×乗数」には、要支援者の「合計」列の「合計×乗数」と「1日の最大数」列の「合計」のうちの少ない方の値を記載しています。
 ※「延人数計」列の「合計×乗数」には、要介護者の「合計」列の「合計×乗数」と要支援者の「1日の最大数」列の「合計×乗数」の合計値を記載しています。

▼平成30年4月以降

通所介護利用延人数集計表													平成30年04月分							
単位数： ※ 未設定																				
No	提供日	利用者数(要介護者)								合計	利用者数(要支援者)							延人数計		
		2H~3H	3H~4H	4H~5H	5H~6H	6H~7H	7H~8H	8H~9H	9H~		2H~3H	3H~4H	4H~5H	5H~6H	6H~7H	7H~8H	8H~9H		9H~	
1	04月02日(月)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
2	04月04日(水)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
3	04月06日(金)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
4	04月09日(月)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
5	04月11日(水)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
6	04月13日(金)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
7	04月16日(月)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
8	04月18日(水)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
9	04月20日(金)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
10	04月23日(月)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
11	04月25日(水)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
12	04月27日(金)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
13	04月30日(月)	0	0	0	3	0	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	0	0	1	4
合計		0	0	0	39	0	0	0	0	39	0	0	0	0	13	0	0	0	13	52

※「延人数計」列には、要介護者の「合計」列の値と要支援者の「合計」列の値を合計しています。

4.訪問看護の変更 [医療請求含む]

4-1.訪問看護計画書と報告書のセット印刷

訪問看護計画書と報告書をワンセットで印刷できるオプションを追加しました。報告書提出時に計画書も添えて両面印刷したい場合などにご活用ください。

セット印刷のオプションは、報告書側の印刷条件指定画面にあります。

<訪問看護報告書－印刷条件指定>

印刷条件指定

出力の種類
訪問看護報告書 介護 医療 精神

条件入力
管理日 平成30年05月31日 ~ 平成30年05月31日
4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 全
※管理日の指定がないと印刷に時間がかかることがあります

利用者指定 000001 インフォ ~ 000001 インフォ

並べ替え ID順 カナ順

要介護度 要支援者 要介護者 事業対象者 非該当者

宛先 主治医 介護支援専門員 利用者

訪問看護計画書を含める ※管理日の指定の範囲で最新のものを印刷します

計画書の管理日 平成30年05月01日 ~ 平成30年05月01日
4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 全

管理日を印字しない

決定

各設定項目（※追加項目のみ）

項目名	説明
訪問看護計画書を含める	訪問看護報告書と計画書を一括で印刷したいときにチェックを入れます。
計画書の管理日	印刷したい計画書の管理日を入力します。管理日は範囲で指定することもできますが、その場合は指定した日付の範囲内で、最新の管理日の計画書を印刷します。

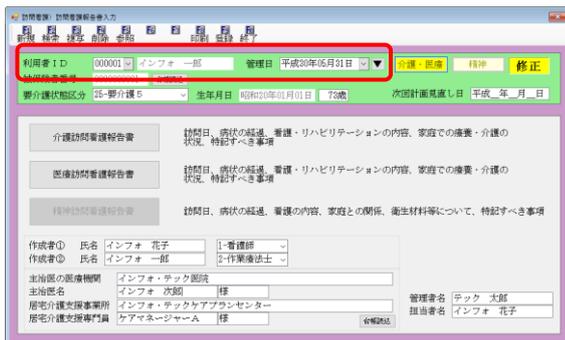
<訪問看護計画書・報告書の一括印刷>



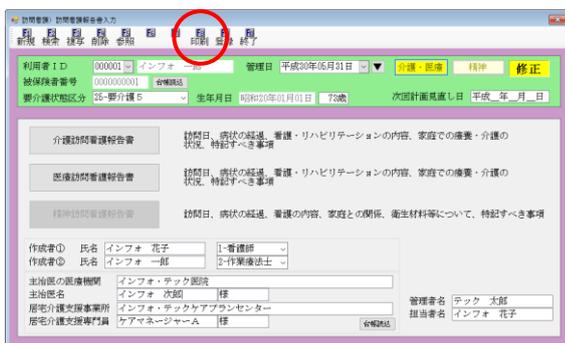
- ① メインメニューの「訪問看護計画書」をクリックします。



- ② 「訪問看護報告書」をクリックします。



- ③ 印刷したい利用者・報告書の管理日を選択します。



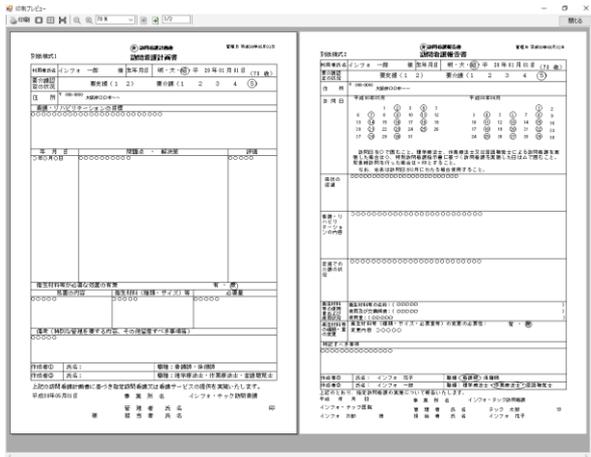
- ④ 「F8印刷」をクリックします。

⑤ 「訪問看護計画書を含める」にチェックを入れます。

⑥ 印刷したい計画書の管理日を入力します。

⑦ 決定をクリックします。

⑧ 確認画面が表示されます。「はい(Y)」をクリックします。



- ⑨ 印刷プレビュー画面が表示されます。計画書と報告書が連続ページで出力されます。

注意！

【管理日の日付指定について】

計画書・報告書の管理日を「〇月 1 日～〇月 31 日」といったように、期間で指定した場合、その期間内で最新の日付の計画書・報告書だけを出力します。

4-2. 医療請求の変更

4-2-1. 該当する疾病等のコード一覧表の追加

今回の改正で療養費明細書に「該当する疾病等」を記載するとき、疾病等の名称ではなくコード番号を記載することになりました。そこで入力補助となるように、コード番号を確認できる一覧表を利用者状況画面に追加しました。

下記ボタンをクリックすると一覧表を確認できます。

<医療看護実績入力-利用者状況>

各設定項目（変更箇所のみ）

項目名	説明
利用者状況タブ	
疾病、状態等	クリックすると「『該当する疾病等』のコード一覧表」（次ページ参照）を表示します。

『該当する疾病等』のコード一覧表

コード	疾病、状態等
別表 7	
0 1	末期の悪性腫瘍
0 2	多発性硬化症
0 3	重症筋無力症
0 4	スモン
0 5	筋萎縮性側索硬化症
0 6	脊髄小脳変性症
0 7	ハンチントン病
0 8	進行性筋ジストロフィー症
0 9	パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る。））
1 0	多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレーガー症候群）
1 1	プリオン病
1 2	亜急性硬化性全脳炎
1 3	ライソゾーム病
1 4	副腎白質ジストロフィー
1 5	脊髄性筋萎縮症
1 6	球脊髄性筋萎縮症
1 7	慢性炎症性脱髄性多発神経炎
1 8	後天性免疫不全症候群
1 9	頸髄損傷
2 0	人工呼吸器を使用している状態の者
別表 8	
4 1	在宅悪性腫瘍等患者指導管理を受けている状態にある者
4 2	在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者
4 3	気管カニューレを使用している状態にある者
4 4	留置カテーテルを使用している状態にある者
4 5	在宅自己腹膜灌流指導管理を受けている状態にある者
4 6	在宅血液透析指導管理を受けている状態にある者
4 7	在宅酸素療法指導管理を受けている状態にある者
4 8	在宅中心静脈栄養法指導管理を受けている状態にある者
4 9	在宅成分栄養経管栄養法指導管理を受けている状態にある者
5 0	在宅自己導尿指導管理を受けている状態にある者
5 1	在宅人工呼吸指導管理を受けている状態にある者
5 2	在宅持続陽圧呼吸療法指導管理を受けている状態にある者
5 3	在宅自己疼痛管理指導管理を受けている状態にある者
5 4	在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
5 5	人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
5 6	真皮を越える褥瘡の状態にある者
5 7	在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者
他	
9 1	超重症児
9 2	準超重症児

4-2-2. 特記事項「退支」「連」の日付入力

療養費明細書の特記事項欄の「9 退支」「10 連」にかかわる日付入力について、一時的に手書き対応をお願いしておりましたが、介五郎で入力できるように修正しました。

退院支援指導加算と看護・介護職員連携強化加算を算定するときは、必要に応じて、利用者状況画面で以下の日付を入力します。

加算名	項目名	記載が必要となる日付
退院支援指導加算	9 退支	利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合 → <u>死亡日又は再入院日</u> を併せて記載
看護・介護職員連携強化加算	10 連	介護職員等と <u>同行訪問した日</u> を併せて記載

<医療看護実績入力ー利用者状況>

The screenshot shows the 'Medical Care Performance Input - User Status' window. The 'Special Remarks' (特記事項) section is expanded, showing checkboxes for 'Retirement Support' (退支) and 'Continuity' (連), both of which are checked. Below these, there are input fields for 'Death or Re-admission Date' (死亡日又は再入院日) and 'Date of Joint Visit' (同行訪問した日), both highlighted with red boxes. The 'Death or Re-admission Date' field is labeled with a note: '※死亡日又は再入院日'. The 'Date of Joint Visit' field is labeled with a note: '※同行訪問した日'. Other fields include 'Main Injury' (主たる傷病名), 'Special Remarks' (特記事項), and 'Visit Date' (訪問した住所).

各設定項目（変更箇所のみ）

項目名	説明
利用者状況タブ	
退支	利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合にチェックを入れます。 (※通常どおり退院後に訪問看護を行った場合は入力不要です)
※死亡日又は再入院日	死亡日又は再入院日を入力します。
連	実績で看護・介護職員連携強化加算を入力すると自動でチェックが入ります。
※同行訪問した日	看護師等が介護職員と同行訪問した日付を入力します。

< 「退支」の入力 >

注意!

「退支」のチェックは、利用者が退院日の翌日以降の初回の指定訪問看護が行われる前に死亡又は再入院した場合のみ必要です。通常の退院支援指導加算算定時は、単に加算を入力するだけで済みます。

訪問看護
退院支援指導加算

退支 平成 年 月 日 ※死亡日又は再入院日

退支 平成30年05月15日 ※死亡日又は再入院日

① 医療看護実績入力で「退院支援指導加算」を入力します。

② 画面を「利用者状況」に切り替えて、「退支」にチェックを入れます。

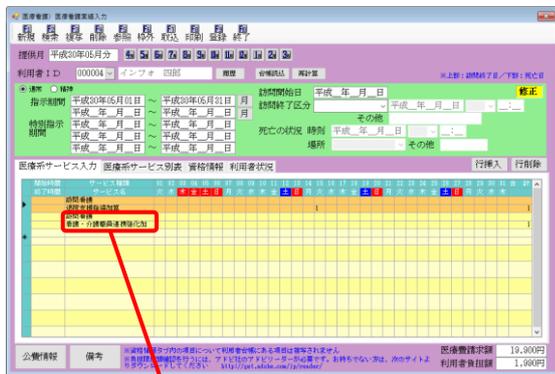
③ 利用者の死亡日又は再入院した日を入力します。

④ すべての入力完了したら、「F9 登録」をクリックして登録します。

①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
①	連																														

- 入力した日付は療養費明細書の右下にある特記事項欄に記載されます。

<「10連」の入力>



訪問看護
看護・介護職員連携強化加

- ① 医療看護実績入力で「看護・介護職員連携強化加算」を入力します。



連 ※同行訪問した日

連 11 ※同行訪問した日

- ② 画面を「利用者状況」に切り替えると、児童で「連」にチェックが入っています。

- ③ 「※同行訪問した日」欄に、看護職員が介護職員と同行した日付を入力します。

④ すべての入力が完了したら、**F9 登録**をクリックして登録します。

項目	単位	金額	項目	単位	金額
診療料	円	3,500	基本診療費 (N)	円	
検査料	円		公費負担額	円	
薬剤料	円		自己負担額	円	
材料費	円		合計	円	3,500
その他	円		公費負担額	円	3,000
合計	円	3,500	自己負担額	円	500

• 入力した日付は療養費明細書の右下にある特記事項欄に記載されます。

【療養費明細書の記載箇所】

⑧ 同一緊急
⑨ 退支 平成30年05月15日
⑩ 連 1
⑪ 相全額

4-2-3. 情報提供療養費の複数回算定対応

これまで訪問看護情報提供書の提出先は市町村等のみでしたが、今回の改正で学校または他の医療機関に対する情報提供も可能となりました。これにともない、種類が異なる複数の機関（市町村と学校など）に情報提供する場合、情報提供療養費を2か所・3か所分請求できることとなりました。

介五郎も情報提供療養費を2か所・3か所分入力できるように修正しています。

注意！

【同じ種類の複数の機関に情報提供を行ったときは1か所分しか算定できません】

複数回算定できるのは「市（区）町村等」「学校」「医療機関等」と、異なる種類の機関に情報提供を行った場合に限りです。「A市とB市」「C学校とD学校」のように、同じ種類の複数の機関に情報提供を行った場合は1回分しか算定できないので、ご注意ください。

<利用者台帳一看護情報>

各設定項目（変更箇所のみ）

項目名	説明	
情報提供療養費	情報提供療養費を算定する場合に、1～3のいずれかを選択します。	
	0-なし	情報提供療養費を算定しません。
	1-情報提供療養費	情報提供療養費を1か所分算定します。
	2-情報提供療養費（2か所）	情報提供療養費を2か所分算定します。
	3-情報提供療養費（3か所）	情報提供療養費を3か所分算定します。

<医療看護実績入力ー資格情報>

The screenshot shows the '資格情報' (Qualification Information) tab in the system. The '情報提供療養費' (Information Provision Fee) dropdown menu is highlighted with a red box, showing options 1 (管理療養費), 2 (24時間連絡体制), and 3 (情報提供療養費). The '3' option is selected.

各設定項目（変更箇所のみ）

項目名	説明	
情報提供療養費	情報提供療養費を算定する場合に、1～3のいずれかを選択します。	
	0-なし	情報提供療養費を算定しません。
	1-情報提供療養費	情報提供療養費を1か所分算定します。
	2-情報提供療養費（2か所）	情報提供療養費を2か所分算定します。
	3-情報提供療養費（3か所）	情報提供療養費を3か所分算定します。

注意！

【利用者台帳で「情報提供療養費（2か所）」「情報提供療養費（3か所）」を設定した場合】
 利用者台帳で2か所または3か所の情報提供療養費を設定している場合、平成30年度3月以前（＝改正前）の予定・実績入力画面では情報提供療養費欄が空白になりますので、ご注意ください。

注意!

【情報提供療養費の回数が情報提供先の入力より多い場合、未入力エラーが表示されます】

情報提供療養費を3か所で設定しているのに、情報提供先が1か所や2か所しか入力されていない場合、請求書作成時に未入力エラーが表示されます。

エラーが表示されたときは、実績を見直して、情報提供療養費が情報提供先を正しい内容に修正してください。

【未入力エラー「内容：算定に対する情報提供先が設定されていません」が出た場合】

未入力項目リスト

「医療療養費」：提出月2018/06、提供月2018/05、利用者000004-インフォ 四郎、内容：算定に対する情報提供先が設定されていません

＜療養費明細書＞

情報提供先を2か所しか記載していないのに、情報提供療養費を3か所分（1500円×3=4500円）請求している。

⑥ 情報提供療養費	4,500円	円
⑦ ターミナルケア療養費		円
主治医への直近報告年月日		
情報提供先	①市(区)町村等 ○○市	
	②学校 △△学校	
	③医療機関等	

Red arrows point from the error message box to the '情報提供先' section and the '4,500円' value.



発行：株式会社インフォ・テック

〒537-0025

大阪府大阪市東成区中道3丁目15番16号 毎日東ビル2F

(TEL) 06-6975-5655 (FAX) 06-6975-5656

<http://www.info-tec.ne.jp/>