

四国中央市

入退院支援の手引き

～円滑な医療・介護連携のために～



令和6年12月

も く じ

1. 手引きについて	
(1) 目的	1
(2) 手引きの位置付けと対象	1
2. 入退院支援の流れ	
(1) 入退院支援のあり方	1
(2) 入退院時連携フローチャート	2
(3) 入院時の医療機関の動き	3
(4) 介護保険の認定を受け、ケアマネジャーが決まっている場合の具体的な進め方	5
(5) 入退院時連携に係る診療報酬・介護報酬	15
3. 入院時情報提供書（地域生活連携シート）記入に際しての留意点	16
4. 知っておいてほしい介護保険の基礎知識	
(1) 介護保険認定申請について	20
(2) 介護保険の対象	20
(3) 介護保険申請からサービス利用までの流れ	21
(4) 地域連携室の役割と業務	22
(5) 入退院時におけるケアマネジャーの役割と業務	22
(6) 地域包括支援センターの役割と業務	23
5. 知っておいてほしい病棟等の基礎知識	24～25
6. 関係機関一覧	
(1) 居宅介護支援事業所	26～27
(2) 小規模多機能型居宅介護事業所	27
(3) 地域包括支援センター	27
(4) 入退院調整のための相談窓口一覧表	28～29
7. 参考様式	
入院時情報提供書（地域生活連携シート）	30～31
退院・退所情報記録書	32
地域生活連携シート	33～34
◇個人情報の取扱いについて	35

1. 手引きについて

(1) 目的

四国中央市では、「在宅療養を希望する高齢者が安心して暮らせるまち」を目指して、病院と地域における切れ目のない連携体制を作り、多職種が協働して支援を行えるよう取り組んでいます。

本手引きは退院後の再発予防・重度化予防を図りながら、本人が安心・安全に在宅生活を送ることができるよう、医療側と在宅側がどのタイミングで何を行う必要があるか、また、大切にしたい視点などをまとめたものです。具体的な情報収集の方法や共有、支援の流れなどを参考に、医療側と在宅側の双方がどのようなプロセスを経て入退院を支援しているのかを互いに理解し、協働して支援を行えるようになることを目的としています。

(2) 手引きの位置付けと対象

基本的には、四国中央市内に居住する退院支援を必要とする人が市内の医療機関(主に急性期病床)に入院し、退院後在宅に戻るまでのプロセスを想定し作成しています。疾病や生活課題により収集する情報や留意項目が異なることが考えられますが、この手引きでは共通して把握しておくべき事項や考え方をまとめています。主に医療機関とケアマネジャーが連携を取りやすくするためのツールであり、強制的な効力を持つものではありません。また、連携する医療機関によって対応が異なることも想定されますので、それぞれの医療機関に合わせて柔軟に対応してください。なお、個人情報共有の際には、原則として本人・家族の同意を得る等個人情報の取り扱いについて十分な配慮が必要となります。

手引きに携わる主な関係機関

- 医療関係：病院、有床診療所等
- 在宅関係：居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護支援事業所、地域包括支援センター等

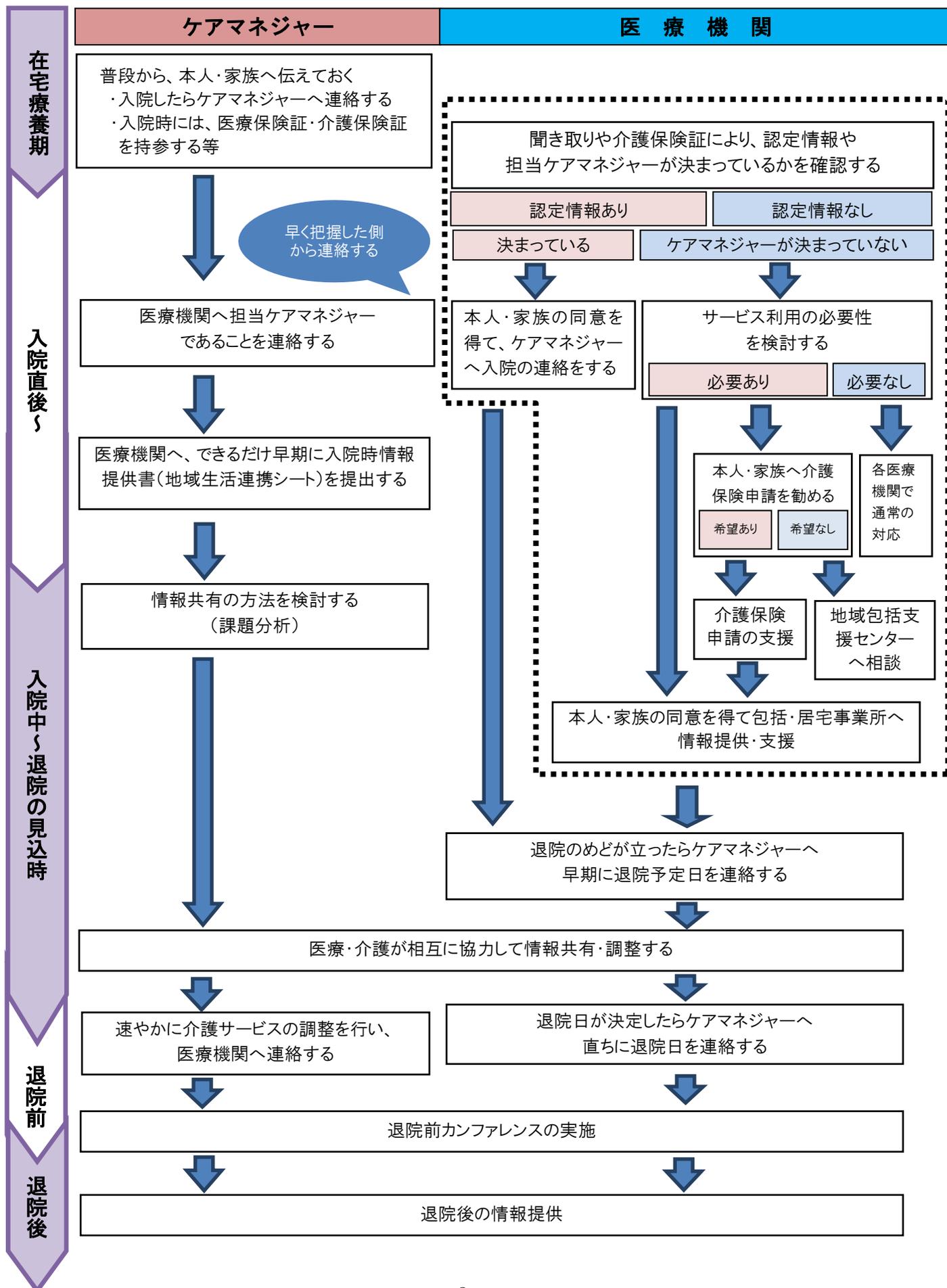
2. 入退院支援の流れ

(1) 入退院支援のあり方

本人・家族がどのような暮らしを望み、病気をどう受け止め、これからどう生きて、どのような最期を迎えたいと思っているのかを理解し、その思いを尊重した支援が行われることが重要です。本人にとって入院療養が生活の延長線上にあることを理解し、退院後病気を抱えての生活を考慮した上で関わっていく必要があります。在宅側は、本人の暮らしぶりや価値観を知っているという強みを生かし、医療側は医療的判断や予後予測などについて理解しているという強みを生かし、それぞれが情報共有しながら連携して支援していくことが重要です。



(2) 入退院時連携フローチャート



(3) 入院時の医療機関の動き（入退院時連携フローチャート点線枠内）

まず、本人・家族からの聞き取りや介護保険証により、
介護認定の有無、有効期間、担当事業所(ケアマネジャー)が
決まっているかを確認します。



1. 要介護認定を受けていない場合

(1) 次の判断基準により介護保険申請を勧めたほうが良いか検討し、該当すれば、本人や家族へ介護保険申請の相談をします。

(ア)退院支援が必要な患者(要介護レベル)

- 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- 食事に介助が必要な方
- 着脱、入浴などに介助が必要な方
- 排泄に介助が必要な方
- 日常生活に支障をきたすような精神症状又は認知症状のある方

(イ)上記以外で見逃してはいけない患者(要支援レベルの一部)

- 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要な方
- 入院時と退院時でADLが変化する方
- 認知症があり、かつ独居かそれに近い状態の方
- (ADLは自立でも)がん末期の方
- (ADLは自立でも)新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など)が追加された方
- 入退院を繰り返している方

*40歳以上65歳未満の方は、介護保険の対象となる特定疾病(介護保険の対象P20参照)であることが必要です。

(2) 介護保険申請の支援

- ①医療機関は、介護保険制度の説明を行い、介護保険申請を家族が行えるように支援します。
- ②本人・家族に介護保険サービス利用の希望がある場合は、本人・家族と相談の上、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへ連絡し、入院中から連携を図ります。
- ③サービス利用の必要があるが、本人・家族が申請を拒否しているときや独居または介護力が低いなどの場合は、地域包括支援センターへ相談し連携しながら支援します。(できれば本人・家族の同意のもと)

(3) 本人・家族に介護保険の認定結果を確認し、結果に合わせたそれぞれの対応をします。

*介護保険申請からサービス利用までの流れ参照(P21)

【参考】居宅介護支援事業所、地域包括支援センター 一覧表 (P26～27)

2. 要介護認定を受けている場合

(1) ケアマネジャーが決まっているとき

本人・家族の同意を得てケアマネジャーへ入院した旨を連絡します。(連絡は早く把握した側から)

* 在宅で介護サービスを利用している場合、入院によりサービスを直ちに停止する必要があります。

「要介護」⇒居宅介護支援事業所へ連絡

「要支援」「事業対象者」(ア) 介護予防支援委託の場合⇒委託先の居宅介護支援事業所へ連絡

(イ) 上記(ア)以外⇒地域包括支援センターへ連絡

(2) ケアマネジャーが決まっていないとき

院内でサービス利用の必要性を検討します。

(ア) サービス利用が必要と判断し、本人・家族も希望している場合

「要介護」⇒居宅介護支援事業所の情報提供や選定の支援をします。

「要支援」⇒地域包括支援センターの情報提供を行います。

(イ) サービス利用が必要と判断するが、本人・家族が拒否している場合や独居または介護力が低い場合

「要支援」「要介護」⇒相談窓口として地域包括支援センターを紹介し、連絡します。(できれば本人・家族の同意のもと)

【参考】居宅介護支援事業所、地域包括支援センター 一覧表 (P26～27)

3. 要介護認定を受けているか不明の場合

要介護認定の有無について、四国中央市介護保険課(28-6025)に問い合わせを行い、その結果に合わせたそれぞれの対応をします。

★連携時のマナーについて★

連携は、心配りや普段の顔の見える関係づくりから築かれるものです。よりスムーズな連携と切れ目のない支援のため以下の項目を参考に日々の業務を振り返ってみてください。

電話でのマナーを守りましょう

言葉遣いなどの一般的なマナーを守ることはもちろんのこと、あらかじめ内容をまとめて用件を簡潔に伝えましょう。

時間を意識しましょう

その用事は急ぎですか？皆さん多忙ですので、どの程度急ぐ必要があるのかを判断して連絡を取ります。

名前をきちんと伝えましょう

自分の事業所名、氏名を伝えます。面接時には、名札を着用しましょう。

わかりやすく伝えましょう

専門用語は使わず、わかりやすく、話すときはゆっくり、はっきりと説明しましょう。

お互いの視点を大切に

お互いの立場や役割、専門性を理解することが大切です。何を伝えるべきか、相手はどんな情報が欲しいのかを考えて伝えます。

担当者が不在でも対応できる体制を

緊急時、担当者が不在でも対応できるように、体制を整えておきましょう。日頃の職場内コミュニケーションを大切にしましょう。

(4) 介護保険の認定を受け、ケアマネジャーが決まっている場合の具体的な進め方

—在宅療養期—

目的

- 入院時に速やかに対応できるよう、日ごろからそなえる。

在宅

○入院医療機関の体制、機能、連絡相談窓口や地域の資源を把握しておきましょう。

・病院の機能に応じて入院期間が違います。

【参考】病棟等の知識 P24～25

ケアマネジャーからの連絡相談窓口は、病院によって異なります。

【参考】入退院調整のための相談窓口一覧表 P28～29

○本人・家族が、どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、意思を確認し、在宅チームで共有しておきましょう。

○特に伝えておく必要のある生活情報があれば、本人が通院している病院に伝えておきましょう。

○入院を繰り返す疾患については、かかりつけ医や訪問看護師等からどういふ変化が起こりうるかを聞き、在宅チームで共有しておきましょう。既往歴の再発・入院の可能性等のリスクについても把握しておきましょう。

○入院リスクを考慮し「入院時情報提供書(地域生活連携シート)」の案を作成しておきましょう。

・入院情報を得ればすぐに提供できるよう日頃から準備しておきましょう。

【参考】入院時情報提供書(地域生活連携シート)記入に際しての留意点 P16～19

【様式】入院時情報提供書(地域生活連携シート) P30～31

○本人・家族、病院等から、入院情報が早く入手できるよう対策を立てておきましょう。

・居宅介護支援の提供開始にあたり、ケアマネジャーは、本人や家族に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供できるよう依頼することが義務付けられています。

・入院時、その人らしい暮らしの場に戻るためにケアマネジャーが病院と連携して退院支援を行うことや情報共有することを、本人・家族にあらかじめ了解をとっておきましょう。

病院

○在宅チームとの連携窓口や病院機能を地域に周知するとともに、地域の資源を把握しておきましょう。

○院内で協働して在宅療養及び退院支援する体制を構築しましょう。

○外来部門は、在宅療養で気をつけるべきこと等をケアマネジャーに情報提供したり、在宅での療養状況を本人・家族や在宅チームから把握する等、在宅チームと日ごろから情報を共有しましょう。

・介護保険証の確認、ケアマネジャーの確認、サービス利用状況、ADL、IADL等について把握しておきましょう。

○治療経過や本人・家族の思いを院内で共有しましょう。

—入院直後—（入院から概ね3日以内）

目的

●在宅チームと病院で退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制をつくる。

在宅

○予定入院の場合には、入院前に連絡相談窓口を把握しておきましょう。

【参考】入退院調整のための相談窓口一覧表 P28～29

○入院したという情報を得たら、病院へ連絡し、病院の連絡相談窓口、訪問のタイミング等について確認しましょう。

○「入院時情報提供書(地域生活連携シート)」を作成し、速やかに情報提供しましょう。

・急性期病院では、入院直後から退院支援に着手します。そのため、病院が、本人の家族の状況、同居の有無や支援者の有無、入院前のADLやIADL、生活状況、また、退院後どんな生活を送りたいかなど、本人の意向等を早期に得られることは、退院後の生活をイメージする上で有用です。

【加算】入院時情報連携加算(Ⅰ)（入院した日に情報提供）

【加算】入院時情報連携加算(Ⅱ)（入院後3日以内に情報提供）

【参考】入院時情報提供書(地域生活連携シート)記入に際しての留意点 P16～19

【様式】入院時情報提供書(地域生活連携シート) P30～31

・必要に応じて、「ケアプラン第1～3表」、「住環境に関する写真」等の利用者情報もあわせて提供することで幅広くより多くの情報を共有することができます。住環境におけるバリアを示すものがあると、退院後の生活を見据えたリハビリの導入につながる等の効果が期待でき有用です。

○本人・家族が在宅生活を送る上での“思い”や、入院前の生活の状況を、病院にしっかり伝えられるようサポートしましょう。

・病院が退院支援に取り組むにあたって、入院前の在宅生活状況を理解することは重要です。

・本人・家族が伝えることが困難な場合は、代弁者として本人・家族の思いや連携に必要な情報を病院に伝えましょう。

病院

○予定入院の場合には、入院決定した外来時点で入院前支援を行いましょう。

【加算】入退院支援加算

○介護保険サービスの利用状況を確認し、本人・家族の同意を得て、ケアマネジャーに入院する(した)事を連絡しましょう。

○本人・家族への聞き取りや、在宅チームから提供される「入院時情報提供書(地域生活連携シート)」等も活用し、これまでの暮らし、入院までの経緯、入院となった背景、本人・家族の思いや希望、病状認識、在宅での支援状況等について情報収集しましょう。

○医師と、入院目的・治療方針、現時点での退院時の見通しを確認・共有し、退院支援の必要性*1について考えましょう。

*1：退院支援が必要な人の目安

【医療情報から】

- ・入退院を繰り返す(誤嚥性肺炎・心不全等)
- ・退院後、医療処置・医学管理が継続する可能性がある
- ・末期がん、終末期にある、もしくは近い状況にある
- ・入院前と比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要(脳血管障害、骨折等)
- ・症状や加齢に伴う生活しづらさがある

【入院前の生活状況・患者背景から】

- ・独居、同居家族がいても必要な身の回りのサポートが受けられない
- ・すでに在宅サービスを利用している
- ・アルコール依存症、精神疾患、難病など
- ・入院前から生活しづらさや経済的な問題があったが支援を受けていない

【加算】入退院支援加算

—入院直後—（入院から概ね3日以内）

在 宅

○入院時情報提供の際に、ケアマネジャーとしての要望事項*1を伝えましょう。

*1:ケアマネジャーとしての要望事項

本人・家族への病状説明への同席、入院時カンファレンスへの同席、退院支援の情報提供、退院前カンファレンス開催、退院予定の連絡、退院前訪問指導実施の際の連絡等。

・口頭で伝えるだけでなく、「入院時情報提供書(地域生活連携シート)」の中の、「6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)」欄(P18)にもチェックを入れておきましょう。

○入院について、かかりつけ医等在宅チームで共有しましょう。

・緊急入院など、かかりつけ医からの紹介入院等でない場合は、かかりつけ医に入院の連絡をします。また、必要に応じて、かかりつけ歯科医や、居宅療養管理指導をしている薬剤師等へも入院を知らせましょう。

・高齢者にとって入院が与える影響は大きいため、再発を防止し、住み慣れた場所での暮らしが継続できるように、入院に繋がる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、多職種で振り返ることが大切です。

病 院

○入院の目的や病状・病態等から退院時の状態(病状やADL)を予測し、退院後の暮らしについて本人・家族・在宅チームと共有しましょう。

○在宅チームと退院支援が必要かどうかの共通認識を持ちましょう。

—入院中—（入院から概ね7日以内）

目的

●退院後の療養場所・療養方法を決定し、暮らしの場に帰るために、在宅チーム・病院で行う支援を明らかにする。

在宅

○入院時カンファレンス(退院支援計画立案のためのカンファレンス)等の予定を確認しましょう。

・急性期病院では、「入院診療計画」「退院支援計画」の立案・作成、入院時カンファレンス、患者・家族へ病状説明は入院から7日を目安に行われます。

○カンファレンス等の場を通じて、意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報を提供するとともに、早期に退院支援の情報*1を共有しましょう。

*1:治療方針、病状の変化、入院期間、退院日の目安、病気や症状による生活への影響の有無、退院後に新たに必要となる事柄(医療処置、看護、リハビリ、ADL/IADL)、認定区分の変更やケアプラン変更の必要性についての病気の見立て等

・ケアマネジャーが病院の多職種とのディスカッションに加わることで、病院が必要としている情報や「入院時情報提供」で伝えきれていない情報をその場で提供することができます。

・また、病院の多職種から必要な情報を直接一度に得ることができ、在宅での療養生活における課題解決に向けた検討がしやすくなり、退院に向けたスケジュールがイメージしやすくなります。

病院

○本人・家族が医師からの説明を理解し受け止めながら、今後のことを考えることができるように、必要時、医師からの病状説明のための場面を設定し、本人・家族が希望すれば、在宅チームにも同席を依頼しましょう。

・「入院時情報提供書(地域生活連携シート)」中の、「6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)」欄(P18)のチェックを確認しましょう。

○退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認しましょう。

・今までできていたことができなくなったり、病状が思わしくない状況におかれると、これまでの生活に自信を失い、意思決定能力が弱くなります。病状説明や退院に向けた本人・家族の思いや意向を確認する場面に、これまでの暮らしぶりや価値観を知っている在宅チームが同席することで、本人は“思い”を伝えやすくなります。

○在宅チームから得た情報をもとに、より具体的な生活場面をイメージし、退院後の生活の再構築が必要か、退院に向けた医療・看護上の課題*1、生活・ケア上の課題*2をアセスメントしましょう。

*1:医療・看護上の課題

- ・病状・治療方針・今後の予測
- ・進行・重症化を予防するための支援
- ・新たに必要となる医療処置・管理(服薬管理・栄養管理・排泄ケア・リハビリなど)
- ・本人・家族の病状理解、受け止めの状況
- ・本人・家族の自己管理能力・サポート体制

*2:生活・ケア上の課題

- ・病状変化に伴うADL/IADLへの影響
- ・ADL/IADLを評価し、本人の「していること」「できること」「したいこと」を明らかにし、目指すゴールを決める
- ・食事・排泄・移動・入浴・睡眠・自宅療養の評価、家族・在宅サポート体制の評価

—入院中—（入院から概ね7日以内）

在 宅

○カンファレンス等に参加できない場合には、どのような内容であったか情報収集を行きましょう。

・入退院調整のための相談窓口一覧表(P28～29)を参考に担当者から話を聞くようにします。

病 院

○療養場所・療養方法の選択においては、選択肢についてのメリット・デメリットを検討し、具体的な生活のイメージについて十分説明し、本人・家族の意思決定を支援しましょう。これまで関わってきた在宅チームとも相談しましょう。

○入院時カンファレンスを開催し、退院支援計画を立案しましょう。本人・家族の意向や状況、医学的状況判断等を踏まえ、退院時の目標や時期を設定し、退院に向けて医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題を整理し、「自立に向けた支援」、「療養環境の準備・調整」を検討しましょう。

【加算】入退院支援加算

○入院時カンファレンスにケアマネジャーに参加してもらい、退院時の状態、退院後の生活のイメージを本人・家族、院内多職種、在宅チームで共有しましょう。ケアマネジャーが参加できない場合は、カンファレンスの内容を情報提供しましょう。

【加算】介護支援等連携指導料

—入院中～退院の見込時—

目的

●病院・在宅チームが協働し、暮らしの場への移行に向けて、本人・家族の身体や心の状態を整え、必要な医療・介護体制を整える。

在宅

○退院までの大まかな日程を共有しましょう。

○参加が可能であれば、退院に向けた院内多職種カンファレンスに参加し、情報収集しましょう。

【加算】退院・退所加算

【様式】退院・退所情報記録書 P32

○本人・家族の意思を確認して、「ケアプラン原案」を作成しましょう。

病院

○院内で退院までの大まかな日程を共有するとともに、在宅チームへも情報提供しましょう。

○必要に応じて、退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催し、在宅チームと情報を共有し、円滑に療養場所への移行ができるよう支援しましょう。

○院内多職種により退院支援を行い、退院後も継続が必要な医学的管理やケアについては、在宅チームと相談しながら、本人・家族の生活パターンや介護力を考慮し、実施可能か評価しましょう。また、可能な範囲で本人・家族に合わせたセルフケアをめざし、入院中から在宅生活を見据えた再評価を行い、在宅チームと共有しましょう。

○退院後も継続して医療管理・サポートが必要と判断したら、本人に退院後も医療管理が必要であることを説明し、かかりつけ医・ケアマネジャーに連絡・相談しましょう。該当する医療系事業所を早めに選定し、専門職同士でも情報共有ができるよう調整しましょう。また、退院後の留意事項等については積極的に伝えていきましょう。

【加算】介護支援等連携指導料又は、退院時共同指導料2

○退院に向け再発・重度化の予防、症状緩和ケアの提供、自立支援、尊厳の保持の視点で準備を進めましょう。

○退院前カンファレンス・退院前訪問指導の必要性を判断しましょう。

—入院中～退院の見込時—

在 宅

○退院前訪問指導が決まったら、できるだけ同行しましょう。

・退院前訪問指導は、在宅生活の現場を病院側に知ってもらうとともに、自宅での生活上の注意点、それらを踏まえた住宅改修や必要な福祉用具のアドバイス等を確認できる絶好の機会です。

病 院

○退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーへ声をかけ、ともに自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整を行いましょう。

・「入院時情報提供書(地域生活連携シート)」の中の、「6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)」欄(P18)のチェックを確認しましょう。

【加算】退院前訪問指導料

○中・長期的な病状や ADL の変化を予測し、必要な支援を検討しましょう。特に、再発・重度化予防の視点で、訪問看護等に適切につなぐことが必要です。

—退院前—

目的

●退院前の最終的な本人・家族の状況について共有し、準備・調整を行う。

在宅

○退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を病院に伝え、事前に調整したサービス担当者会議と退院前カンファレンスと一緒に出席しましょう。

(必要に応じて、サービス担当者会議を退院前カンファレンスと同日に開催します)

○退院前カンファレンスにケアプラン原案を持参し、ケアマネジャーや訪問看護師等が考える「生活課題(ニーズ)」と課題解決のイメージを病院と共有し、安全に在宅生活をスタートするために、最終調整をします。

【加算】退院・退所加算

【様式】退院・退所情報記録書 P32

・「生活課題(ニーズ)」が解決されるケアプランになっているか、カンファレンス参加者から意見をもらいましょう。

確認すべき医療上の生活課題

- 疾患
- 治療方針
- 医療処置の有無
- 服薬状況
- 入院前、入院時、退院時(退院前カンファレンス前)のADLの変化
- 患者家族の疾患や予後に対する受け止め方、理解
- 生命予後、病状、ADLの予後予測
- 退院後の外来予定
- 退院後の生活における注意点
- 退院後のリスク把握(移動・転倒、入浴、皮膚、口腔、誤嚥、活動量、リハビリへの指示内容等)
- 退院後の急変の可能性と対応方法

○退院前カンファレンスの情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意を得ましょう。

病院

○退院前カンファレンスに参加する院内多職種やケアマネジャー・在宅チームへ、カンファレンスの目的と検討内容を伝え、出席を依頼しましょう。

・「入院時情報提供書(地域生活連携シート)」中の、「6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)」欄(P18)のチェックを確認しましょう。

○退院前カンファレンスを実施する場合は、多職種で退院後の生活イメージを共有し、生活課題を検討、療養環境の準備・調整をしましょう。

【加算】介護支援等連携指導料又は、退院時共同指導料²

○入院を繰り返しやすい疾患や医療管理が継続する場合は、医療・介護サービスにつなぎましょう。

○退院後の訪問指導の必要性を、医師・訪問看護ステーションと相談し、必要であれば計画しましょう。

【加算】退院後訪問指導料

—退院時—

目的

●病院から在宅チームへつなぎ、安心して在宅療養がスタートできるよう支援する。

在宅

○必要に応じて、かかりつけ医等に退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告しましょう。

○本人の状態にあった適切なサービスがサービス提供事業所から提供されるよう調整しましょう。

病院

○退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、退院直前までの全身状態や処置内容、指導状況等を在宅チームへ伝えるとともに、必要書類*1を渡しましょう。

*1: 必要書類

看護サマリー、診療情報提供書、訪問看護指示書、在宅サービスについての意見等

【加算】診療情報提供料

【様式】地域生活連携シート P33~34

・情報提供時にはケアマネジャーがわかりやすい表現を心がけましょう。

—退院後—

目的

- 再発・重度化を予防するための支援を行う。
- 退院支援のあり方について振り返る。

在宅

○在宅チームは、本人の退院時の状況に合ったサービス提供により、健康状態を整え、暮らしの安定を本人・家族とともに協働して図りましょう。

・本人や家族の潜在能力を引き出し高めること(エンパワメント)を意識し、本人や家族と十分協議の上、できそうな部分は見守るにとどめ、徐々に自立できるように支援しましょう。

○退院時の見立てと現状の相違を見極めましょう。変化や見立てとの不一致がある場合には、安定的に在宅療養が送れるよう、必要に応じてケアプランを見直しましょう。

○病院へケアプランを提出するとともに、モニタリング結果を報告しましょう。

病院

○退院後訪問指導が実施される場合、退院指導が適切であったか、準備した医療材料等の不備はなかったか確認しましょう。

【加算】退院後訪問指導料

○外来受診や訪問診療、退院後訪問指導時、在宅チームから退院後の生活情報を院内で共有し、退院支援のあり方を振り返りましょう。

(5) 入退院時連携に係る診療報酬・介護報酬

入退院時連携に係る診療報酬・介護報酬 (R6.6改定)

介護報酬



《居宅介護支援基準》
 ・居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者等に対し、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供するよう依頼する事を義務付け、退院に向けて医療機関と連携して情報共有に努める。

通院時情報連携加算 (居宅介護支援費)
 ・医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師等と情報連携
 ※月1回を上限・ケアプランに記録【加算】50単位/月

入院時情報連携加算 (居宅介護支援費)
 ・入院先医療機関へ、利用者の情報を提供(提供方法は問わない。)※入院前に提供も算定可能
【加算】入院時情報連携加算(Ⅰ) 250単位/月
 入院した日に情報提供
【加算】入院時情報連携加算(Ⅱ) 200単位/月
 入院3日以内に情報提供

退院・退所加算 (居宅介護支援費)
 入院医療機関等の職員と面談を行い、情報を得て、ケアプラン作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合
 ※入院又は入所期間中につき連携回数に応じて1回算定可能。初回加算との同時算定不可。

	カンファレンス 参加 無	カンファレンス 参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位※

※3回のうち1回以上のカンファレンスを実施している事

緊急時等居宅カンファレンス加算
 (居宅介護支援費)

【加算】200単位 (月2回)
 医療機関の求めにより、医師又は看護師等と共に利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスを調整

◎診療報酬・介護報酬の算定にあたっては、国の通知等による算定条件を満たす必要があるためよくご確認ください。

診療報酬



入退院支援加算

【加算】1:600点 または 1,200点 (退院時1回)
【加算】2:190点 または 635点 (退院時1回)
 入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に、適切な時期に退院できるように、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

+入院時支援加算Ⅰ 240点 (退院時1回)
 +入院時支援加算Ⅱ 200点 (退院時1回)

+地域連携診療計画加算 300点
 (退院支援加算)
 +地域連携診療計画加算 50点
 (診療情報提供書料)

+総合機能評価加算 50点

介護支援等連携指導料

【加算】400点 (入院中2回まで)
 退院後に介護サービスを導入する事が適切であると考えられる場合、ケアマネジャーと連携し退院後のサービス等について指導する。

退院前在宅療養指導管理料

【加算】120点 (入院中1回)

退院前訪問指導料

【加算】580点 (入院中1回)

退院時共同指導料2

【加算】400点 (入院中1回)

診療情報提供料

【加算】250点

退院時リハビリテーション指導料

【加算】300点 (退院時1回)

退院時薬剤情報管理指導料

【加算】90点 (退院時1回)

退院後訪問指導料

【加算】580点 (退院後1か月以内5回まで)

+訪問看護同行加算 20点

入院直後

入院中、退院前

退院時

退院後

3. 入院時情報提供書（地域生活連携シート）記入に際しての留意点

入院時情報提供書（地域生活連携シート）

【居宅 → 医療機関】

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日

医療機関名	御中
-------	----

居宅介護支援事業所名		電話番号	
担当ケアマネジャー名		FAX番号	

1. 利用者（患者）基本情報について

フリガナ								
患者氏名	様	生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別
住所	〒					電話番号		
住環境 <small>※可能ならば写真を添付</small>	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（ 階建て 階） エレベーター（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 手すり（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 特記事項（ ） 段差（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）							
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中（ 申請日 / ） <input type="checkbox"/> 区分変更中（ 申請日 / ） <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当							
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M							
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的 ）					
年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）							

2. 家族構成/連携先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 日中独居* 家族構成：							
主介護者名 (キーパーソン)	（続柄： / 歳） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					電話番号		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味 関心領域								
本人の生活歴								
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照							
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照							

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1.2.3表)参照 <input type="checkbox"/> その他（ ）							
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件								
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 （ 家族構成員数： 名 ） <input type="checkbox"/> 日中独居* <input type="checkbox"/> その他（ ）							
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）							
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名： 続柄： 年齢： ）							
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない							
家族や同居者による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）							
特記事項								

この「入院時情報提供書（地域生活連携シート）」は、入院前の『利用者像』を医療機関等の多職種に伝えるための様式です。医療側が退院支援に活用できるよう、できるだけ速やかに情報提供(注1)しましょう。また、医療機関が本人をイメージしやすいよう必要に応じてケアプランや既存の書類を添付する等の工夫をお願いします。

- (注1) 居宅介護支援 入院時情報連携加算(Ⅰ):入院後3日以内に情報提供
入院時情報連携加算(Ⅱ):入院後7日以内に情報提供
どちらの場合も提供方法は問わないが、FAXやメール、郵送等により、情報提供を行った場合も先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画書に記録しておくこと。

1. 利用者(患者)基本情報について

<住環境>

- ・チェック項目の他に、自室の有無・浴室の有無・便器の形状・住宅改修の有無・立地環境など特記することがあれば記載する。医療側が在宅療養生活をイメージしやすいよう必要に応じて住環境写真や図面などを添付する。

<障害高齢者の日常生活自立度と認知症高齢者の日常生活自立度>

- ・医師の判断かケアマネジャーの判断なのかをチェックする。

2. 家族構成/連携先について

<キーパーソン>

- ・独居の場合は、近隣の親類や本人の相談相手などを記載する。

3. 本人/家族の意向について

<本人の趣味・興味関心領域>

- ・地域・家庭の中での役割の他、地域行事・趣味・スポーツへの参加など、本人の“強み”に焦点を当てた情報を記載する。

<本人の生活歴>

- ・結婚、転職、親子関係、家族との別れなど、本人の生活に影響を及ぼしている重大な出来事を簡潔に記入する。

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

- ・必要に応じて既存の居宅サービス計画などの書類を添付する。

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

<在宅生活に必要な要件>

- ・本人が「どういう状態であれば在宅生活が可能になるのか」をケアマネジャーの意見として記載する。

<特記事項>

- ・本人や家族の決意、介護者の年齢や健康状態、就労状況、経済力など、今後の療養生活に影響する要素などを記載する。

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

院内の多職種カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
退院前カンファレンスの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()
退院前訪問指導を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	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	移動(室外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夕 時頃				食事制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> 不明	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> ミキサー	UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部分・総)			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
*排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パット	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良 ()	眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
喫煙		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	本くらい / 日		飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	約 合/日	
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難						
	意志疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難						
コミュニケーションに関する特記事項										
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり (理由)	(期間 年 月 日 ~ 年 月 日)					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<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 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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <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()								

8. お薬について (必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付)

内服薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 管理方法:)				
服薬管理	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
お薬に関する特記事項					

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
フリガナ医師名		診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・ 頻度 = () 回 / 月

「*」のついた項目は、診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連する項目です

<ケアマネジャーからのお願い>

- ・利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)を提供いたします。ぜひ、ご活用ください。
- ・退院の目途ができましたら、ケアマネジャーまでご連絡をお願いします。

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

<院内の多職種カンファレンスへの参加>

- ・医療機関では必要に応じ退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催している。参加可能であればケアマネジャーはカンファレンスに同席し、積極的に入院早期からの情報収集に努める。参加できない場合もカンファレンスの内容を確認する。

<退院前カンファレンスの参加>

- ・退院前カンファレンスに参加してほしい関係職種とその内容を医療機関に伝え、事前に調整したサービス担当者会議と退院前カンファレンスと一緒に参加することで同日開催が可能となる。

<退院前訪問指導を実施する場合の同行>

- ・退院前訪問指導とは医療側が退院前に自宅を訪問し、自宅での生活の注意点やそれらを踏まえた住宅改修や福祉用具のアドバイス等を行うこと。ケアマネジャーにとっては在宅生活の現場を医療側に知ってもらうとともに適切なアドバイスを得られる機会でありできるだけ同行することが望ましい。

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

<ADL >

- ・チェック項目の具体的な方法やその他運動機能障害があれば記載する。

<食事内容>

- ・UDF等の食形態区分については「嚥下調整食分類2013」や「介護食分類早見表」等参照。

<口腔>

- ・普段からかかりつけ歯科医と連携し意識して情報を得ておくことも大切である。

<排泄>

- ・排便機能に関する情報(便失禁、便秘、下痢、腹部膨満感等の回数やコントロール方法等)を記載する。

<コミュニケーションに関する特記事項>

- ・特別なコミュニケーションの方法(手話、筆談等)や留意点等があれば特記事項に記載する。

<精神面における療養上の問題>

- ・幻視・幻聴・妄想などの症状に関する具体的状況や精神症状が悪化しないための対応方法、生じた際の対処などについて具体的に記載する。
(必要に応じ別紙用紙追加)

8. お薬について (必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付)

<お薬に関する特記事項>

- ・かかりつけ薬局や手帳等の情報を共有すると良い。
- ・必要に応じて、内服薬以外の薬剤や常用のサプリメント等を記載する。
- ・自宅での薬の管理方法や服用までの介助方法なども記載する。

9. かかりつけ医について

4. 知っておいてほしい介護保険の基礎知識

(1) 介護保険認定申請について

介護(介護予防)が必要になった方は、四国中央市(介護保険課)に申請し、「介護や支援が必要な状態である」という認定を受ける必要があります。「介護が必要な状態かどうか」「どのくらいの介護が必要であるか」といった認定結果は、訪問調査や審査・判定などを経て、申請から原則30日以内に通知されます。



(2) 介護保険の対象

①65歳以上の方(1号被保険者)

②40歳以上65歳未満の方

特定疾病(下記)が原因で支援が必要となった方(2号被保険者)

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

(3) 介護保険申請からサービス利用までの流れ



1. 要介護認定の申請

介護サービスの利用を希望する方は、四国中央市介護保険課にて『要介護認定』の申請をします。申請は、本人または家族の他に、居宅介護支援事業所や地域包括支援センターなどに代行してもらう事も可能です。

2. 要介護認定の流れ

◆認定調査

心身の状況を調べるため、本人や家族にお話を伺います



◆主治医の意見書

心身の状態について主治医が作成します



◆コンピュータ判定 (一次判定)



◆介護保険審査会 (二次判定)

訪問調査結果と主治医の意見書を基に審査・判定します

◆審査結果に基づき、介護状態区分を、市町村が認定します。

非該当

要支援1・2

要介護1～5

3. 認定結果の通知

認定結果は原則として申請から30日以内に通知されます。要支援または要介護と認定された方に「負担割合証」が交付されます。

4. ケアプラン（介護サービス計画）の作成

○契約・面談（本人・家族）

新規の場合は居宅介護支援事業所または地域包括支援センターとの契約手続きを行います。本人・家族と面談し生活上の課題・ニーズを把握します。

○医療機関からの情報提供

身体機能低下の原因分析、今後の生活機能の見込みを検討します。

○ケアプランの原案作成

自立支援、課題解決に向け、必要なサービスを想定します。

○サービス事業所との連携とカンファレンスへの参加

ケアプラン原案を作成し、サービス調整を行った後、サービス担当者を集めてケアプランの内容を検討する会議を開きます。医療機関やサービス事業者間で目標・課題を共有し、役割分担の確認を行います。

5. サービス開始

ケアプランに基づいてサービスを利用します。原則として費用の1割(もしくは2割、平成30年8月から所得の高い方は3割)が自己負担となります。

(4) 地域連携室の役割と業務

【役割】

地域の医療機関や様々な保健・福祉サービス機関との連携の窓口として、切れ目のない医療・看護・介護サービスが提供できるよう支援や調整を行っています。

【業務】

① 前方支援業務（医療連携）

- ・紹介患者の診察・検査の予約
- ・地域医療機関との連絡調整
- ・患者さんに対する紹介元医療機関への経過及び結果報告を確実にするための管理
- ・他医療機関への逆紹介（診療予約申し込み）
- ・「かかりつけ医」の紹介
- ・入院受け入れ相談
- ・家族会や勉強会（医療従事者・住民向け）
- ・その他の広報活動 など

② 後方支援業務（医療総合相談）

- ・退院支援（在宅療養・転院・施設入所など）
- ・介護保険、福祉制度に関する相談
- ・在宅医療、病診連携の調整
- ・関係機関相談担当者からの連絡窓口
- ・心理的援助 など

(5) 入退院時におけるケアマネジャーの役割と業務

【役割】

ケアマネジャーは、介護・福祉等の知識・技術を有する専門家として、アセスメントに基づき自立支援や課題解決に向け、介護サービスが必要な人とサービス事業所等をつなぐ調整を行います。

【業務】

要介護（要支援）認定を受けている方・見込みの方で、本人・家族が在宅生活（自宅とは限りません）を希望している方に、ケアマネジメント契約のもとに支援を行います。支援が必要な方の状況や困りごとを理解し、自立支援や課題解決に向けた適切な介護サービス等を受けられるようケアプランを作成し、サービス事業者への手配など適正なサービス利用が受けられるよう支援します。

（主な業務内容）

- ・ケアプランの作成（アセスメント・サービス担当者会議・モニタリング等）
- ・関連機関との連携（医療機関・主治医、保健・医療・福祉関係関連機関、サービス事業者等との連携）
- ・入退院時の連携・調整
- ・福祉・介護サービス等の利用調整（福祉用具購入・住宅改修含）
- ・給付管理業務など

(6) 地域包括支援センターの役割と業務

【役割】

地域包括支援センターは、高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していけるよう、医療・介護・福祉・健康などさまざまな面から総合的に支えていく相談機関です。保健師・社会福祉士・主任介護支援専門員等の職種が配置されています。

四国中央市役所 長寿支援課内に設置されています。

【業務】

① 総合相談支援業務

高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスにつなぎます。相談の内容によって、サービス、制度に関する情報提供や、関係機関への紹介・調整をします。

② 介護予防ケアマネジメント業務

介護保険で「要支援1、2」と判定された方や介護予防・生活支援サービス事業対象者(新しい総合事業の対象となる方)一人ひとりに合わせた介護予防プランを作成し、自立した日常生活が送れるように支援します。また、介護予防サービス等が適切に利用できるよう連絡・調整を行います。

③ 包括的・継続的ケアマネジメント支援業務

ケアマネジャーへの個別相談・助言や「地域ケア会議」等を通じたケアマネジメントの支援を行います。また、暮らしやすい地域づくりのため、認知症への取り組みや介護予防としての貯筋体操支援等地域における社会資源のネットワークづくり、医療と介護との連携にも取り組んでいます。

④ 権利擁護業務

高齢者の権利を守る取り組みをします。成年後見制度の紹介や虐待の早期発見、消費者被害の未然防止などに対応します。



5. 知っておいてほしい病棟等の基礎知識

(病院・施設によって機能が異なります)

(1) 急性期病棟

急性疾患や慢性疾患の増悪等、急性期入院治療を必要とする患者さんが入院する病棟です。検査・手術・点滴・急性期リハビリなどの専門的治療が集中的に行われます。

(2) 地域包括医療病棟

高齢救急搬送患者のうち軽症・中等症の患者さんの、退院後の在宅復帰を目標とし、入院早期からリハビリ、口腔衛生、栄養管理を一体的に提供し、なるべく早期に在宅復帰を目指す病棟です。

(3) 地域包括ケア病棟

急性期医療を終了し病状は安定しているものの、すぐに自宅や施設へ退院するには不安のある患者さんに対し、在宅復帰へ向けた医療、介護、リハビリを行うことを目的とした病棟です。また、在宅療養中の患者さんに入院治療が必要となった時、病状によっては直接入院させて、急性期治療から行う場合もあります。在宅復帰支援計画に基づき、医師・看護師・リハビリ訓練士・医療ソーシャルワーカー(社会福祉士等)などが協力して、リハビリや在宅復帰に向けた相談指導・必要時の自宅訪問を行います。患者さんの状態及び在宅サービスが整い次第退院となります。

(4) 回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患、大腿骨骨折等の疾患で急性期を脱しても、まだいろいろなサポートが必要な患者さんに対し、多くの専門職種がチームを組んで、日常生活能力の向上と在宅復帰を目的としたリハビリを集中的に行う病棟です。下記のように対象疾患によって入院できる期間が決められています。

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

(5) 療養病棟

急性期・回復期の治療は終了したものの、まだ継続的な医療提供の必要度が高く、自宅や介護施設での生活は困難な患者さんが療養する病床で、医療療養病床と介護療養病床があります。今後、医療療養病床の一部と介護療養病床を廃止し、受け皿となる新施設(介護医療院、医療外付け型)へ転換する方向性が厚生労働省より示されています。

(6) 緩和ケア病棟

治ることが難しくなった「がん」などの悪性疾患患者さんに対して、がんの痛みだけでなく、吐き気、食欲不振、不眠、息苦しさ、心のつらさなどを積極的に緩和し、その人らしく生活できるように支援する病棟です。苦痛を和らげるための薬の調整、緩和ケア、リハビリテーションなどを取り入れ、医師・看護師・薬剤師・臨床心理士・栄養士・医療ソーシャルワーカー(社会福祉士等)などがチームを組んで全人的ケアを行います。ボランティアが多く活躍する病棟もあります。

(7) 介護老人保健施設

急性期・回復期の治療は終了したものの、直接自宅や施設へ退院するのが困難な要介護者に対し、医師による医学的管理のもと、個々の状態や目標に合わせた看護・介護・リハビリテーションなどを提供する施設です。自立を支援し、家庭への復帰を目指します。カンファレンス、在宅復帰へ向けた相談指導、必要時の自宅訪問も行います。

医療機関によって見通しは異なります。
一概に決められない実情もあります。



★回復期リハビリテーション病棟と地域包括ケア病棟って何がちがうの？

回復期リハビリテーション病棟は、脳血管疾患、大腿骨等の骨折、胸腹部手術などの対象疾患の急性期治療を終えて症状が安定した患者さんに対し、集中的リハビリを行います。

地域包括ケア病床は、病名に関係なく入院できる病床で、患者さんの病状に応じて包括的にリハビリを提供していきます。

どちらのも在宅復帰を目指すという目的は同じです。

6. 関係機関一覧

(1) 居宅介護支援事業所

【R6. 12. 1 現在】

	事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
1	居宅介護支援事業所 飛鳥	799-0101	川之江町 473-1	58-3847	58-3828
2	ぽっかぽか川之江居宅介護支援事業所	799-0101	川之江町 1660-1	56-2623	77-5761
3	宇摩ライブインネットワーク 居宅介護支援事業所	799-0101	川之江町 3314-32	59-1180	59-1181
4	居宅介護支援事業所 かわのえ	799-0102	川之江町長須 713	58-8765	56-3797
5	まごの手	799-0111	金生町下分 219-1 1 階	58-2552	77-6390
6	ひめしゃらケアプランセンター	799-0111	金生町下分 1065-3	58-3897	72-6085
7	指定居宅介護支援事業所「ひまわり」	799-0111	金生町下分 1243- 1	58-5888	58-5872
8	居宅介護支援事業所 シンシア	799-0112	金生町山田井乙 17-1 1 階	58-4580	58-4677
9	オレンジケアプランセンター	799-0113	妻鳥町 1825-2-101 号	22-3986	22-3987
10	居宅介護支援事業所 おむすび	799-0121	上分町 344-1	22-3442	59-2668
11	指定居宅介護支援事業所 いしかわ	799-0121	上分町 716-2	58-6005	59-1163
12	有限会社 わかばケアサービス	799-0404	三島宮川 1 丁目 6-10	23-2545	29-5014
13	四国中央市社会福祉協議会	799-0404	三島宮川 4 丁目 6-55	24-8083	23-8523
14	宇摩ケアプランセンター	799-0413	中曽根町 1257	23-6533	23-6522
15	居宅介護支援事業所ねんりん	799-0413	中曽根町 2207-1	22-4967	22-4968
16	居宅介護支援事業所 にしおか	799-0421	三島金子 2 丁目 7-22	24-5516	25-5516
17	ケアサービス 菜の花	799-0422	中之庄町 59-1	72-6262	24-2939
18	居宅介護支援事業所 くりのみ	799-0422	中之庄町 454-3	24-4165	29-5001
19	指定居宅介護支援事業所「きずな」	799-0422	中之庄町 462-1 1 階	29-5101	29-5105

	事業所名	便番郵号	住 所	電話番号	FAX 番号
20	指定居宅介護支援事業所 すいは	799-0422	中之庄町 542	28-7757	28-7756
21	居宅介護支援事業所 四つ葉	799-0422	中之庄町 565-3	29-5531	29-5532
22	JA うま居宅介護支援センター	799-0422	中之庄町 1684-4	28-9001	24-8715
23	共楽園	799-0431	寒川町 1792-2	25-1927	25-2833
24	生協宇摩診療所	799-0431	寒川町 2912-1	22-3422	25-0307
25	居宅介護支援事業所 しあわせの家	799-0432	豊岡町大町 2786-2	28-2875	28-2872
26	居宅介護支援事業所 サンライフ	799-0702	土居町小林 1254	74-0590	74-2084
27	居宅介護支援事業所 だんだん	799-0704	土居町津根 2236-1 321号	77-5148	77-5493
28	居宅介護支援事業所 しあん	799-0705	土居町野田甲 523	080-5733 -5822	74-7040
29	四国中央市在宅介護支援センターちかい	799-0711	土居町土居 2227-32	75-1720	74-2666
30	居宅介護支援事業所 土居	799-0712	土居町入野 174-3	28-6351	74-1435
31	ケアサポートセンター 愛	799-0721	土居町上野乙 156-8	74-3065	74-3062
32	居宅介護支援事業所 新宮	799-0303	新宮町新宮 50	72-2774	72-2774

(2) 小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護

	事業所名	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号
1	小規模多機能型居宅介護事業所 山田井の郷	799-0112	金生町山田井 887-2	22-3361	22-3364
2	ケアHOMEピース	799-0121	上分町 408-1	22-3560	22-3580
1	看護小規模多機能型居宅介護 しこくのかんたき	799-0101	川之江町 980-6	77-5057	77-5430

(3) 地域包括支援センター

	事業所名	郵便番号	住 所	電話番号	FAX 番号
1	四国中央市地域包括支援センター	799-0404	三島宮川 4 丁目 6-55	28-6147	28-6059

(4) 入退院調整のための相談窓口一覧表

【四国中央市内】				
施設名	〒	所在地	地域連携部門	医療介護連携に関する 電話 ファックス
四国中央病院	799-0101	四国中央市川之江町2233番地	入退院支援室	Tel 0896-58-3515(代) Fax 0896-56-6081
			転院相談は地域連携室	Tel 0896-58-2118
長谷川病院	799-0111	四国中央市金生町下分1249番地の1	地域連携室	Tel 0896-58-5666(代) 090-2636-4418 (地域連携室直通) Fax 0896-58-5696
HITO病院	799-0121	四国中央市上分町788番地1	地域医療介護連携課	Tel 0896-29-5704 Fax 0896-58-5350
西岡病院	799-0421	四国中央市三島金子2丁目7番22号	病棟 地域連携室	Tel 0896-24-5511 Fax 0896-23-0590
松風病院	799-0712	四国中央市土居町入野970番地	医療療養病棟: 東4階病棟 精神科: 医療相談室 (介護医療院: 東4階病棟)	Tel 0896-74-2001 Fax 0896-74-8166
恵康病院	799-0724	四国中央市土居町蕪崎253番地の1	なし	Tel 0896-74-7600 Fax 0896-74-7601
豊岡台病院	799-0435	四国中央市豊岡町長田603-1	療養病棟: 内科外来 精神科: 相談室 (PSW)	Tel 0896-25-0088 Fax 0896-25-1039
栗整形外科病院	799-0422	四国中央市中之庄町398番地1	あり(受付)	Tel 0896-24-5550 Fax 0896-24-5553
井上整形外科医院	799-0405	四国中央市三島中央5丁目5-8	なし	Tel 0896-24-2171 Fax 0896-23-0172
三島クリニック	799-0422	四国中央市中之庄町116番地	医事課	Tel 0896-24-3111 Fax 0896-24-2870 0896-24-3228 (透析)
【四国中央市外】				
施設名	〒	所在地	地域連携部門	医療介護連携に関する 電話 ファックス
三豊総合病院	769-1695	香川県観音寺市豊浜町姫浜708番地	総合相談室	Tel 0875-52-3366 Fax 0875-56-3306
県立新居浜病院	792-0042	新居浜市本郷3丁目1-1	地域医療連携室	Tel 0897-31-8868 Fax 0897-31-7051
住友別子病院	792-8543	新居浜市王子町3-1	病棟 入退院サポートセンター 医療相談室	Tel 0897-37-7139
労働者健康安全機構 愛媛労災病院	792-8550	新居浜市南小松原町13-27	地域医療連携室	Tel 0897-33-6199 Fax 0897-33-6198
十全総合病院	792-8586	新居浜市北新町1-5	入退院支援センター 転院相談は地域連携室	Tel 0897-33-1818 内線(6360) Fax 0897-47-2370

*病床数は許可病床数。また、療養病床数は医療療養病床数と介護療養病床数を含む。

		2024.12.1				
情報提供書の提出場所	標準的な退院調整手順	病床数	病床の種類			
			一般	療養	精神	感染症
入退院支援室	(入院時)本人・家族の許可→ケアマネ連絡→情報提供・情報収集→退院前カンファレンス→ケアプラン確認→退院	275	229		46	
地域連携室	(入院時)本人・家族の許可→ケアマネ連絡→情報提供・情報収集→必要に応じて退院前カンファレンス→退院	100	52	48		
地域医療介護連携課	入院情報確認→ケアマネ情報提供→問題点共有→退院情報提供(担当者会)→退院	228	174	50		4
病棟	入院情報確認→ケアマネ連絡→問題点共有→退院情報提供(ケア会議)→退院	60		60		
医療療養病棟:東4階病棟 精神科:医療相談室 及び入院された病棟 (介護医療院:東4階病棟)	療養病床:病棟からケアマネに連絡→情報提供・情報収集→退院前ケア会議→退院 精神科:ケアマネ連絡→情報提供・情報収集→必要に応じて退院前カンファレンス→退院	199 (介護医療院の22は含まない)		23	176	
受付	入院時在宅サービスあれば、電話等連絡→退院時必要に応じてケアマネに連絡し、調整	60		60		
相談室(PSW)	療養病床・精神科:精神保健福祉士が対応。入院時・退院時に必要に応じて連絡(退院前ケア会議もあり)	194		82	112	
病棟	入院時に情報提供あったケアマネには退院時連絡する または家族通じてケアマネに連絡する ケアマネと退院時計画をたてる	40	40			
受付	入院時の連絡は基本的に患者・家族から ケアマネから退院カンファレンスの要望があれば行うことも可(病棟との連携は要連絡)	19	19			
受付	本人・家族からケアマネ連絡→必要に応じてケアマネが病棟へ来訪・面談→退院時必要に応じて家族と来訪してもらう	15	15			
情報提供書の提出場所	標準的な退院調整手順	病床数	病床の種類			
			一般	療養	結核	感染症
入退院サポートセンター ※事前に連絡必要	状態を確認し、必要に応じてケアマネ等他職種へ退院カンファレンス(Zoom可)の出席依頼や情報提供を行う 病棟担当制:退院調整看護師もしくは社会福祉士(MSW)が対応	462	458			4
病棟	入院基本情報をとりスクリーニング実施→ケアマネ・相談支援専門員へ連絡→情報・問題点共有→退院前カンファレンス(情報提供)→退院 *予約入院は入院前から支援開始	208	203		3	2
病棟 入退院サポートセンター 医療相談室	入院情報確認→ケアマネ情報提供・問題点共有→退院情報提供(担当者)→退院	360	360			
病棟 地域医療連携室	入院情報確認→ケアマネ連絡→問題点共有→退院情報提供(必要に応じて退院前カンファレンス)→退院	199	199			
病棟	入院(退院)決定時家族からケアマネに連絡→必要な人には退院前カンファレンス実施→退院時サマリー作成	350	290	60		
(保健所調べ)						

7. 参考様式

入院時情報提供書（地域生活連携シート）

【居宅 → 医療機関】

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日

医療機関名	御中		
居宅介護支援事業所名		電話番号	
担当ケアマネジャー名		FAX番号	

1. 利用者（患者）基本情報について

フリガナ									
患者氏名	様	生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	
住所	〒					電話番号			
住環境 <small>※可能ならば写真を添付</small>	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅（階建て 階） エレベーター（ <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 手すり（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無） 特記事項（ ） 段差（ <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）								
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中（申請日 / ） <input type="checkbox"/> 区分変更中（申請日 / ） <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 非該当								
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2						<input type="checkbox"/> 医師の判断 <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M								
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的）						
年金の種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ ）								

2. 家族構成/連携先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 日中独居* 家族構成：								
主介護者名（キーパーソン）	（続柄： / 歳） <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居					電話番号			

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味 関心領域									
本人の生活歴									
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照								
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照								

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1.2.3表)参照 <input type="checkbox"/> その他（ ）								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件									
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数： 名） <input type="checkbox"/> 日中独居* <input type="checkbox"/> その他（ ）								
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）								
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名： 続柄： 年齢： ）								
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない								
家族や同居者による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）								
特記事項									

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

院内の多職種カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
退院前カンファレンスの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()
退院前訪問指導を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()		
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	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	移動(室外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<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	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	特記事項				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日	朝 時頃	昼 時頃	夕 時頃	食事制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> 不明	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> きざみ	<input type="checkbox"/> 嚥下障害食	<input type="checkbox"/> ミキサー	UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (部分・総)			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータルトイレ	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パット	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 夜間	<input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良 ()	眠剤の使用		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
喫煙		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	本くらい /日		飲酒	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	約 合/日	
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難						
	意志疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難						
コミュニケーションに関する特記事項										
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 不明	<input type="checkbox"/> あり (理由)	(期間 年 月 日 ~ 年 月 日)					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<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 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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <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()								

8. お薬について (必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付)

内服薬	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 管理方法:)				
服薬管理	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
お薬に関する特記事項					

9. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
フリガナ医師名		診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

*のついた項目は、診療報酬 退院支援加算1.2 「退院困難な患者の要因」に関連する項目です

<ケアマネジャーからのお願い>

- ・利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)を提供いたします。ぜひ、ご活用ください。
- ・退院の目途がつきましたら、ケアマネジャーまでご連絡をお願いします。

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	様	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	患者氏名		歳		<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	<input type="checkbox"/> 申請中
入院(所)概要	入退院日	入院(所)日： 年 月 日		退院(所)日： 年 月 日			
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	医療機関名(施設名)			病棟 階 号室		
	今後の医学管理	担当医： Dr	科	方法	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 通院無
① 疾患と入院(所)中の状況	現疾患の状況	① ② ③			疾患の状況 *番号記入	安定 () 不安定 ()	
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 普通浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 行わず					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分		
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々あり <input type="checkbox"/> 常にむせる			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				<input type="checkbox"/> 入院(所)中使用 <input type="checkbox"/> 入院(所)中不使用	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> できた <input type="checkbox"/> 出来なかった <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能の低下 <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 ()						
② 受け止め/意向	<本人>病氣、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人>退院後の生活に関する意向						
	<家族>病氣、障害、後遺症等の受け止め方						
	<家族>退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医学的処置の内容	<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 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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <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 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 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 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 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 type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> バランス訓練 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善訓練 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL訓練(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL訓練(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 鎮痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更正装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能訓練 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input 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)		
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし					
症状・病状の予後・予測							
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	<small>(例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか？良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾病と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の視点から必要と思われる事柄から記載する。</small>						
在宅復帰に向け整えるべき要件							
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)				会議出席	
1	年 月 日					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
2	年 月 日					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
3	年 月 日					<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	

地域生活連携シート【病院() → 居宅・施設】

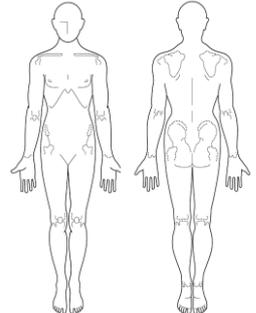
秘

御中

年 月 日 作成

フリガナ		性別	生年月日	
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		122 歳
住所	四国中央市	電話		

医療機関名		主治医	Dr	
当該疾患				
既往症				
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> B型肝炎 <input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 緑膿菌 <input type="checkbox"/> C型肝炎 アレルギー ()	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
処方内容	1回	錠	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服
	1回	錠	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服
	1回	錠	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服
	1回	錠	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服
	1回	錠	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服
	1回	錠	<input type="checkbox"/> 朝 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夕	<input type="checkbox"/> 食前 <input type="checkbox"/> 食後 <input type="checkbox"/> 頓服



麻痺・拘縮・褥瘡等

四肢欠損 a 麻痺 b

筋力の低下 c 褥瘡 d

その他の皮膚疾患 e

拘縮 f 疼痛 g

失調・不随意運動 h

酸素療法	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	流量	/min	
留置カテーテル	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	種類		次回交換日 /
吸引	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	頻度		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	処置内容		
経管栄養	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 腸ろう (Fr)	実施家族	次回交換日 /

利用者情報 その他

介護上の指導内容	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
指導後の問題点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

入院日	退院日	退院後の疾病管理	<input type="checkbox"/> 当院 <input type="checkbox"/> 紹介	次回受診日	年 月 日
-----	-----	----------	--	-------	-------

主治医より病状説明				
病状の理解や受け止め方	本人			
	家族			
看護経過				
特記事項				

医療機関名	記入者	Ns
	確認者	師長

◇個人情報の取扱いについて

医療・介護関係者間の連携において、個人情報の取扱いには細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、お互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に対象者に不利益になります。個人情報の取扱いについては、個人情報保護委員会及び厚生労働省から出されている『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』を参考にしてください。

* 『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス』は、個人情報保護委員会及び厚生労働省のホームページから入手できます。

2020年 6月18日 初 版 発 行

2022年 4月 1日 部 分 改 定

2024年12月15日 部 分 改 定

【手引きの作成にご協力いただいたみなさん】

四国中央市 在宅医療・介護連携推進事業 入退院時支援ワーキンググループ

【お問い合わせ先】

HITO病院 在宅医療連携拠点センター 0896-59-9040

四国中央市 地域包括支援センター 0896-28-6147

【引用・参考文献】

1. 株式会社日本能率協会総合研究所 入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き 平成 29 年 3 月
2. 株式会社日本能率協会総合研究所 平成 27 年度高齢者リハビリテーションの機能強化事業都道府県医療介護連携調整実証事業 報告書 資料編二次医療圏等のコーディネーター組織の担当者向け退院調整ルール策定マニュアル 平成 28 年 3 月
3. 大阪府入退院支援の手引き 平成 30 年 3 月

