いなべ地域入退院の手引き

2020 年 4 月

いなべ地域入退院連絡会議

いなべ市長寿福祉課・東員町健康長寿課

はじめに

この手引きは、迅速な対応が求められる事例（急性期病院への入退院）を想定し、入退院時及び普段からの連携に際して、医療関係者等とケアマネジャーが、在宅生活の構築を図る際の支援の流れについて、迅速に情報交換を図ることができるように作成したものです。

在宅での医療や介護が必要になった方とそのご家族が、安心して在宅療養を選択することができるよう「医療機関　⇔　地域・在宅」関係者間の情報共有を円滑に進め、切れ目のないケアを提供できる支援体制を構築することが重要となります。

いなべ市・東員町の受診行動範囲などから、先行して作成した桑名市の「くわな入退院の手引き」を参考に作成しました。

患者さんの想いをかなえ、退院後も住み慣れた地域で自分らしく暮らし続けるという選択ができるよう、この手引きが、入院決定の時から在宅復帰に向けた地域全体での支援の一助となれば幸いです。

参考様式について

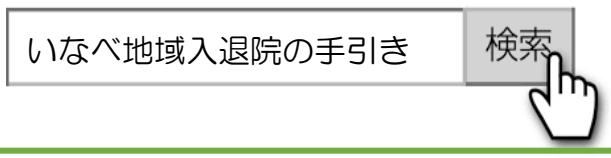
手引きに掲載している「入院時情報提供書」及び「退院時連絡表兼退院・退所情報記録書」はいなべ市・東員町の共通様式として作成しました。

あくまでも参考様式であって、各機関で既に作成している様式の使用を妨げるものではありませんが、「入院時情報提供書」は、様式が統一されていると、医療機関は患者情報を把握しやすくなります。

可能な限り、積極的に共通様式を活用していただきますようご協力ください。

様式データは

いなべ市ホームページ　または　東員町ホームページから、



ダウンロードできます。

目　次

１　入退院支援の流れ

入院前に担当ケアマネジャーがいる場合（介護認定あり）　1

入院前に担当ケアマネジャーがいない場合　2

スクリーニングについて　3

居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターへの連絡について　4

５つのお願いシートについて　5

入院時情報提供書　6

退院時連絡表 兼 退院・退所情報記録書　8

入院時情報提供書（記入例）　9

退院時連絡表 兼 退院・退所情報記録書（記入例）　11

入退院時の介護・医療連携に関わる報酬概要　12

２　地域包括支援センターの紹介　13

３　ケアマネジャーの連携のためのチェックシート　14

４　入院時における連携窓口　15

５　役所の担当窓口　16

入退院連絡会議「いなべ地域入退院の手引き」策定機関　17

在宅医療・介護連携センターの紹介　17

1　入退院支援の流れ

入院前に担当ケアマネジャーがいる場合

介護認定あり

医療機関の役割

入院時の基本情報の聞き取り

①患者・家族からケアマネジャーへ入院の連絡をしたか確認する。連絡が困難な場合はケアマネジャーへ連絡する。

②入院時情報提供書（P6）を院内各部署スタッフで情報共有する。

病院では、入院した日にアナムネ※をとるので、できるだけ早くに入院時情報提供書を届けてもらいましょう。

退院調整が必要な支援対象者の選定

退院支援スクリーニング（P3）実施

退院に向けた支援

①入院診療計画と退院支援計画の作成

②必要に応じて院内カンファレンス

③患者・家族へのＩＣ（インフォームドコンセント）

④入院から１週間以内にはケアマネジャーに情報提供

⑤退院の目途が立ったら、ケアマネジャーに連絡し、必要に応じて退院前訪問や退院前カンファレンスの日程調整

予後予測のもと自立支援に向けたケアプランへの助言を！
医療面での注意事項をケアマネジャーに伝えましょう。

退院前カンファレンスの開催

退院時連絡表兼退院・退所情報記録書（P8）、リハビリサマリーなど必要に応じて情報提供を行う。

※アナムネ：病歴や生活歴等を聞き取ること

入院前在宅療養時

入院時

入院中

退院前

退院

ケアマネジャーの役割

入院時に備え日頃からの準備

本人・家族に入院したときの**『５つのお願い』**（P5）を伝える。

訪問【入院時】

急な入院に備えて、あらかじめ素案を作っておきましょう！

医療機関に情報提供

①入院時情報提供書（P6）

②（必要に応じて）
ケアプランや住環境に関する写真

訪問【連携①】

退院に向けて情報収集

①退院時連絡表兼退院・退所情報記録書（P8）を活用し病棟看護師や家族から情報収集をする。

医療管理の必要性とセラピスト等からリハビリ内容や目標ＡＤＬの予後予測の確認を忘れずに！

訪問【連携②】

②可能なら院内多職種カンファレンスに参加

③本人・家族が同意の場合、ＩＣ（インフォームドコンセント）に同席

ケアプラン原案を作成

□介護区分変更の必要性はないですか？
□予想される課題を整理できていますか？
□家屋調査結果は反映されていますか？

訪問【連携③】

退院前カンファレンスに参加

退院後の生活を意識した生活課題を検討する。

①医療上の生活課題を確認

②ケアプラン原案をもとに退院後の方針について決定

③本人の必要なサービス内容について退院前カンファレンスまたはサービス担当者会議で合意

入院前に担当ケアマネジャーがいない場合

新たに介護保険サービスを受ける場合

医療機関の役割

退院調整が必要な支援対象者の選定

退院支援スクリーニング（P3）実施

介護保険申請の支援

スクリーニングにより、退院後介護サービス等が必要な方には、介護保険の申請の必要性を説明し、支援をする。

①患者・家族への説明
退院の時期、介護保険が必要な理由等

②居宅介護支援事業所または地域包括支援センターへ連絡（P4）

必要なサービス内容やサービス事業所を担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センターと相談する。

退院に向けた支援

①入院診療計画と退院支援計画の作成
②院内カンファレンス
③患者・家族へのＩＣ（インフォームドコンセント）
④ケアマネジャーに情報提供
⑤退院前訪問の日程調整

予後予測のもと自立支援に向けたケアプランへの助言を！
医療面での注意事項をケアマネジャーに伝えましょう。

退院前カンファレンスの開催

退院時連絡表兼退院・退所情報記録書（P8）、リハビリサマリーなど必要に応じて情報提供を行う。

入院

入院中

退院前

退院

ケアマネジャーの役割

病院から連絡あり

病院から連絡を受けた地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所等は概要を確認し、病院への訪問、本人・家族との面談の方法などについて病院の担当者と相談する。

病院担当者、本人・家族と面談

①病状や本人・家族の意向等聞き取る
②介護保険制度やサービス利用に関する説明
③契約（介護保険申請中の場合は仮契約、介護保険認定決定後に本契約）

※ケアマネジャーから**『５つのお願い』**（P5）もこの時に伝える。

訪問【連携①】

訪問【連携②】

退院に向けて情報収集

①退院時連絡表兼退院・退所記録書（P8）を活用し病棟看護師や家族から情報収集をする。

医療管理の必要性とセラピスト等からリハビリ内容や目標ＡＤＬの予後予測の確認を忘れずに！

②可能なら院内多職種カンファレンスに参加
③本人・家族が同意の場合、ＩＣ（インフォームドコンセント）に同席

ケアプラン原案を作成

□予想される課題を整理できていますか？
□家屋調査結果は反映されていますか？

訪問【連携③】

退院前カンファレンスに参加

退院後の生活を意識した生活課題を検討する。

①医療上の生活課題を確認
②ケアプラン原案をもとに退院後の方針について決定
③本人の必要なサービス内容について退院前カンファレンスまたはサービス担当者会議で合意

＞＞　スクリーニングについて

退院調整が必要な支援対象者

入院時に、退院支援が必要な患者であるかどうか、退院支援スクリーニングシートを用いるなどして判断します。

スクリーニング項目（例）

1　家族不明・介護できる家族がいない
2　入院前よりＡＤＬ低下が予測される
3　コントロール困難な症状がある
4　退院後、新たな医療処置の必要がある
5　認知症または問題行動がある
6　入退院を繰り返している
7　介護保険の利用が必要な状況なのに未申請である
8　健康保険に加入していない

スクリーニングシート（参考資料）

退院支援スクリーニングシート

患者氏名　　患者 ID
生年月日
作成日

医療面	☐ 悪性腫瘍　☐ 認知症　☐ 精神疾患 ☐ 神経難病　☐ 急性呼吸不全
	☐ 緊急入院 ☐ 入退院の繰り返し ☐ ＡＤＬの低下が予測される ☐ 退院後に医療処置が必要な可能性がある ☐ 服薬管理ができない ☐ 摂食嚥下機能の低下があり、栄養状態が不安定 ☐ 介護保険の認定なし
介護面	介護保険　☐ 未認定　☐ 再認定が必要 日常生活の自立ができない ☐ 入院前の住環境に課題 ☐ ひとり暮らし高齢者 ☐ 高齢者世帯 ☐ サポートできる家族が不在 歩行に介助が必要 ☐ 歩行補助具が必要　☐ 車いす　☐ 全介助 排泄に介助が必要 ☐ 誘導　☐ ＰＷＣ　☐ オムツ　☐ カテーテル留置
退院支援に関するアセスメント	

介護保険の対象となる疾病（40 歳から 64 歳）

1．がん（がん末期）
2．関節リウマチ
3．筋萎縮性側索硬化症（ＡＬＳ）
4．後縦靱帯骨化症
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、大脳皮質基底核変形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．両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

＞＞　居宅介護支援事業所等、地域包括支援センターへの連絡について

〇要支援または要支援になる可能性があるケース
〇対応に悩むケース（困難事例など）
〇認定前にサービス利用が予測されるケース　等

→ **〇地域包括支援センター**
へ連絡（P13）

上記のケース以外で、明らかに要介護になると予測され、施設入所、または居宅介護支援事業所等が決まっている場合

→ **〇居宅介護支援事業所等**
・居宅介護支援事業所
・小規模多機能型居宅介護
・看護小規模多機能型居宅介護
〇施設等　へ連絡

※居宅介護支援事業所等が決まっていない場合は、本人または家族により決定。
判断に迷う場合や本人または家族による決定が難しい場合は、地域包括支援センターへご相談ください。

介護保険申請の流れ（イメージ詳細）

医療機関
①患者・家族への説明
・退院の時期
・介護保険が必要な理由　等
②居宅介護支援事業所等　または　地域包括支援センターへ連絡

→ 家族が介護保険申請
※介護保険証持参

→ 地域包括支援センター等が代行申請
※介護保険証持参

役所等
介護保険申請の受付
＜窓口にて＞
家族による申請で、居宅介護支援事業所等が決まっていない場合、
居宅介護支援事業所一覧表の配布や地域包括支援センターを案内

家族
居宅介護支援事業所等　または　地域包括支援センターへ連絡

＞＞５つのお願いシートについて

　このシートは、ケアマネジャーから利用者・家族にあらかじめお渡しして、日頃から入院に備えて心がけていただきたいお願い事項を記したものです。

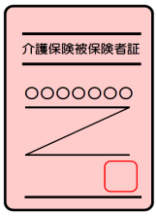
　必ず利用者全員に配布する必要はありませんが、利用者・家族に事前にお渡しすることで急な入院の場合でも、必要な情報がすみやかに医療機関へつながりやすくなります。

　また、このシートを使って、利用者・家族の方を通じて、担当ケアマネジャーがいることを医療機関に伝えることができます。

ご利用者・ご家族の方へ担当ケアマネジャーから ５つのお願い

様

担当ケアマネジャー



普段から

①　入院時セットを準備しておきましょう

万が一の入院に備えて、普段からご準備ください。

①医療保険証　　②介護保険証

③診察券　　④お薬手帳

⑤担当ケアマネジャーの名刺

もし入院したら…

②　ケアマネジャーへご連絡ください

急な入院の場合、出来るだけ早く担当ケアマネジャーに連絡をください。

③　病院に担当ケアマネジャー名をお伝えください

病院から説明があった時

④　説明内容をケアマネジャーに教えてください

退院後、すみやかに療養生活が始められるよう準備を進めるために、
「今、どのような状況か」を担当ケアマネジャーに早めに教えて下さい。
また、退院後の生活を一緒に考えるため、IC（インフォームドコンセント）に立ち会わせていただく場合があります。

退院の目途がみえてきたら…

⑤　ケアマネジャーにご連絡ください

＞＞入院時情報提供書（表面）

入院日：　　年　月　日
情報提供日：　　年　月　日

入院時情報提供書

医療機関 ⬅ 居宅介護支援事業所

医療機関名：　　病院

事業所名：
ケアマネジャー氏名：
ＴＥＬ：　　FAX：

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)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1．利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年齢	才	性別	
		生年月日	年 月 日生まれ		
住所	〒 —	TEL			
		携帯			
住環境	住居の種類	階建て	居室 階		
	特記事項				
入院時の要介護度	□ 要支援 □ 要介護 □ 申請中 □ 区分変更 □ 未申請				
	有効期間：　年 月 日 ～ 年 月 日				
障害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	※ケアマネジャーの判断		
障害など手帳等情報		内容			

2．家族構成／連絡先について

世帯構成		特記事項		*日中独居	
主介護者氏名	（続柄　）		TEL・携帯		
緊急連絡先	（続柄　）		TEL・携帯		

3．本人／家族の意向について　※簡潔に記載する

本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意	
入院前の家族の生活に対する意	

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及び頻度	□ 訪問介護	□ 通所介護	□ 短期入所生活介護
	□ 訪問リハ	□ 通所リハ	□ 訪問看護
	□ 福祉用具貸与	レンタル内容	
	□ 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		特記事項		*日中独居		
世帯に対する配慮		特記事項				
退院後の主介護者		※本シート2以外氏名		続柄	電話	
					携帯	
介護力*		特記事項				
家族や同居者等による虐待の疑い*		特記事項				
その他						

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	□	希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	□	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	□		

＊＝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

＞＞入院時情報提供書（裏面）

記入者氏名　　情報提供日　年　月　日

7．身体･生活機能の状況／療養生活上の課題について

			特記事項			特記事項
麻痺の状況				褥瘡の有無		
ADL	移　動			移動(室内)		
	移　乗			移動(屋外)		
	更　衣			起居動作		
	整　容			食　事		
	入　浴			転倒の既往		頻度
食事内容	食事形態			食事制限		
	水分とろみ			水分制限		
口腔	嚥下機能			義歯		☐ 総義歯 ☐ 部分義歯
排泄＊	排尿		尿意の有無	ポータブルトイレ		
	排便		便意の有無	オムツ／パッド		
	失禁状況		状況	下剤の使用の有無		内容
睡眠の状態				眠剤の使用		
喫煙			1日	飲酒		内容
コミュニケーション能力	視力			眼鏡		
	聴力			補聴器		
	言語			意思疎通		
アレルギー	食べ物			薬物		

認知症・精神面における療養上の問題		特記事項
	☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 妄想 ☐ 不眠	
	☐ 昼夜逆転 ☐ 危険行為 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ その他（　　）	

疾患歴＊ 疾患名 入院頻度 入院期間			
	年　月　日～　年　月　日	年　月　日～　年　月　日	年　月　日～　年　月　日
	年　月　日～　年　月　日	年　月　日～　年　月　日	年　月　日～　年　月　日

入院前に実施している医療処置＊	特記事項
	☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール
	☐ 尿道カテーテル ／ カテーテル最終交換日：　年　月　日
	☐ 胃瘻 ／ 次回交換予定日：　年　月　日
	☐ 経鼻栄養 ／ カテーテル最終交換日：　年　月　日
	☐ 消化管ストーマ ☐ 尿路ストーマ ／ 次回交換予定日：　年　月　日
	☐ 透析：　頻度　特記事項：
	☐ 自己注射　内容：
	☐ ペースメーカー造設 ／ ペースメーカチェック次回予定日：　年　月　日
	☐ 褥瘡　部位・状況

8．お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付　※情報取得日　年　月　日頃

入院前、処方病院・医院							
内服薬		服薬状況		薬剤管理	他者管理	特記事項	
居宅療養管理指導			特記事項				

9．かかりつけ医について　※直近の主治医意見書作成医師が望ましい

かかりつけ医療機関名		電話番号		
医師名	（ﾌﾘｶﾞﾅ）	診察方法・頻度	通院	・頻度＝（　　）回 ／ 月

＊＝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　　情報提供方法：ＦＡＸの場合は本様式のみ。持参の際はケアプランを添付すること。

＞＞退院時連絡表 兼 退院・退所情報記録書

退院時連絡表 兼 退院･退所情報記録書

年　月　日

1．基本情報･現在の状態 等　　記入者

属性	フリガナ		性別	生年月日	年齢	キーパーソン	氏名		続柄
	氏名	様	□男 □女	年　月　日	歳				
	住所		TEL				連絡先		
概入要院	主治医名	病院　科　医師	原因疾患名			入院日	年　月　日		
						退院予定日	年　月　日		

①疾患と入院（所）中の状況	今後の医療機関		受診方法	□通院 □訪問診療 □その他（　）	
	次回受診日	科　年　月　日	科　年　月　日	科　年　月　日	科　年　月　日
		科　年　月　日	科　年　月　日	科　年　月　日	科　年　月　日
	入院中の経過	（投薬：□なし □あり 別紙参照　）			
	疾患名（既往歴）				
	本人への病名告知	□なし □あり	家族への病名告知	□なし □あり	
	障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2			
	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M			

移動手段･介助	□杖 □歩行器 □車いす □その他 □自立 □見守り □一部介助 □全介助	特記事項	
排泄方法･介助	□トイレ □ﾎﾟｰﾀﾌﾞﾙ □おむつ □その他 □自立 □見守り □一部介助 □全介助		最終排便日（　年　月　日）
入浴方法･介助	□清拭 □ｼｬﾜｰ浴 □一般浴 □機械浴 □行わず □自立 □見守り □一部介助 □全介助		最終入浴日（　年　月　日）
食事形態･介助	□普通 □ｷｻﾞﾐ □ﾐｷｻｰ □経管栄養 □その他 □自立 □見守り □一部介助 □全介助		
嚥下（むせ）	□なし □あり（□時々 □常に）		
口腔ケア	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		
義歯	□なし □あり		
補聴器	□なし □あり（□時々 □常に）		
服薬介助	□自立 □見守り □一部介助 □全介助		
認知･精神	□なし □あり		
意思疎通	□問題なし □問題あり		
睡眠	□良眠 □不眠		

2．課題認識のための情報

②退院後に必要な事柄	医療処置の内容 □なし □あり	□点滴 □中心静脈栄養 □経管栄養 □胃ろう □酸素療法 □透析 □気管切開 □喀痰吸引 □ストーマ □カテーテル □褥瘡 □疼痛管理 □その他				特記事項	※最終交換日など（ 年 月 日）
	看護の視点 □なし □あり	□血圧 □血糖管理 □服薬指導 □水分･食事制限 □口腔ケア □食形態･嚥下 □排泄 □認知･精神 □褥瘡 □ターミナル □その他					
	リハビリの視点 □なし □あり	□ADL練習 □IADL練習 □関節可動域練習 □筋力増強練習 □バランス練習 □言語訓練 □摂食･嚥下訓練 □その他					
療養上の留意する事項		禁忌事項 □なし □あり	感染症 □なし □あり	アレルギー □なし □あり			

③受け止め／意向	<本人･家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方	

	聞き取り日	情報提供を受けた職種（氏名）	会議出席
1回目	年　月　日		□無 □有
2回目	年　月　日		□無 □有
3回目	年　月　日		□無 □有

＞＞入院時情報提供書(表面)(記入例)

入院日：　令和　2年　4月18日
情報提供日：　令和　2年　4月20日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名：　○○○○病院

事業所名：　○○○○居宅介護支援事業所
ケアマネジャー氏名：○○○○
TEL：0594-86-○○○○　　FAX：0594-86-○○○○

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)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1．利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)　ｲﾅﾍﾞ　ﾀﾛｳ いなべ　太郎	年齢	78 才	性別	男
		生年月日	昭和　15　年　8　月　1　日生まれ		
住所	〒　511　—　0428 いなべ市北勢町阿下喜○○○番地	TEL	0594-86-○○○○		
		携帯	090-○○○○-○○○○		
住環境	住居の種類：戸建て　2 階建ての　居室　1 階				
	特記事項：				
入院時の要介護度	□ 要支援　□ 要介護　■ 申請中　□ 区分変更　□ 未申請				
	有効期間：　年　月　日　～　年　月　日				
障害高齢者の日常生活自立度	A1	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅰ　※ケアマネジャーの判断		
障害など手帳等情報	なし　内容：				

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	家族同居	特記事項	閉じこもりの息子とふたり暮らし			*日中独居	あり
主介護者氏名	いなべ　三郎　（続柄　次男　）			同居	TEL・携帯	0594-86-○○○○ 090-○○○○-○○○○	
緊急連絡先	いなべ　次郎　（続柄　長男　）			別居	TEL・携帯	0594-86-○○○○ 090-○○○○-○○○○	

3．本人／家族の意向について　※簡潔に記載する

本人の生活歴	認知症の妻が亡くなり、息子とふたり暮らし。息子は閉じこもりであるが、現在は障がい者の通所事業所に通っている。家事全般は本人が担っていた。また、ボランティアとして活動していた。
入院前の本人の生活に対する意向	家にいる息子が心配なので、早く退院して家に帰りたい。
入院前の家族の生活に対する意向	本人の意向に沿って自分で生活できるようサービスを利用したい。

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及び頻度	□ 訪問介護	□ 通所介護	□ 短期入所生活介護
	□ 訪問リハ	□ 通所リハ	□ 訪問看護
	□ 福祉用具貸与　レンタル内容：		
	□ 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	自立歩行ができ、自分のことは自分でできるようになって欲しい。日常生活、家事全般をできるようになってほしい。						
退院後の世帯状況	子と同居	特記事項	閉じこもりの息子とふたり暮らし。			*日中独居	あり
世帯に対する配慮	必要	特記事項	閉じこもりの息子の支援も必要。				
退院後の主介護者	本シート2に同じ	※本シート2以外氏名		続柄		電話 携帯	
介護力*	■介護力は見込めない	特記事項	支援を必要とする息子とふたり暮らしであるため、介護力はない。				
家族や同居者等による虐待の疑い*	なし	特記事項					
その他							

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	■	希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	■	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	■		

＊＝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

＞＞入院時情報提供書（裏面）（記入例）

記入者氏名 ○○○○　　情報提供日 令和2年 4月20 日

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

			特記事項			特記事項
麻痺の状況		なし		褥瘡の有無	なし	
ADL	移　動	自立		移動（室内）	その他	独歩
	移　乗	自立		移動（屋外）	その他	独歩
	更　衣	自立		起居動作	自立	
	整　容	自立		食　事	自立	
	入　浴	自立		転倒の既往	なし	頻度
食事内容	食事形態	普通		食事制限	なし	
	水分とろみ	なし		水分制限	なし	
口腔	嚥下機能	むせない		義歯	なし	□ 総義歯 □ 部分義歯
排泄＊	排尿	自立	尿意の有無	ポータブルトイレ	なし	
	排便	自立	便意の有無	オムツ／パッド	なし	
	失禁状況	なし	状況	下剤の使用の有無	なし	内容
睡眠の状態		良		眠剤の使用	なし	
喫煙		吸わない	1日	飲酒	飲まない	内容
コミュニケーション能力	視力	問題なし		眼鏡	あり	
	聴力	問題なし		補聴器	なし	
	言語	問題なし		意思疎通	問題なし	
アレルギー		食べ物	なし	薬物	なし	

認知症・精神面における療養上の問題

■なし　特記事項

□ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 焦燥・不穏 □ 暴力/攻撃性 □ 介護への抵抗 □ 妄想 □ 不眠

□ 昼夜逆転 □ 危険行為 □ 徘徊 □ 不潔行為 □ その他（　　）

疾患歴＊ 疾患名 入院頻度 入院期間

高血圧	胆のう炎	
年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日
年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日	年 月 日～ 年 月 日

入院前に実施している医療処置＊

■なし　特記事項

□ 点滴 □ 酸素療法 □ 喀痰吸引 □ 気管切開 □ 痛みコントロール □ 排便コントロール

□ 尿道カテーテル ／ カテーテル最終交換日： 年 月 日

□ 胃瘻 ／ 次回交換予定日： 年 月 日

□ 経鼻栄養 ／ カテーテル最終交換日： 年 月 日

□ 消化管ストーマ □ 尿路ストーマ ／ 次回交換予定日： 年 月 日

□ 透析： 頻度 特記事項：

□ 自己注射 内容：

□ ペースメーカー造設 ／ ペースメーカチェック次回予定日： 年 月 日

□ 褥瘡 部位・状況

8. お薬について　※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付　※情報取得日 年 月 日頃

入院前、処方病院・医院	あり					
内服薬	あり	服薬状況	処方通り服用	薬剤管理	他者管理	特記事項
居宅療養管理指導	なし		特記事項			

9. かかりつけ医について　※直近の主治医意見書作成医師が望ましい

かかりつけ医療機関名	○○医院	電話番号	0594-86-○○○○
医師名	（フリガナ） ○○○○ ○○○○	診察方法・頻度	通院 ・頻度＝（ 1 ）回 ／ 月

＊＝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　　情報提供方法：FAXの場合は本様式のみ。持参の際はケアプランを添付すること。

＞＞退院時連絡表 兼 退院・退所情報記録書（記入例）

退院時連絡表　兼　退院・退所情報記録書

令和　2 年　4 月　15 日

1. 基本情報・現在の状態 等

記入者　東員 花子

属性	フリガナ	イナベ タロウ	性別	生年月日	年齢	キーパーソン	氏名	いなべ 次郎	続柄
	氏名	いなべ 太郎　様	☑男 ☐女	昭和 15 年 8 月 1 日	79 歳				長男
	住所	いなべ市北勢町阿下喜○○○○番地	TEL	0594－86－○○○○			連絡先	0594－86－○○○○	
概入要院	主治医名	○○○ 病院 内 科 ○○○ 医師	原因疾患名	誤嚥性肺炎			入院日	令和 2 年 4 月 10 日	
							退院予定日	令和 2 年 5 月 20 日	

①疾患と入院（所）中の状況

今後の医療機関	○○○内科クリニック			受診方法	☑通院 ☐訪問診療	☐その他（　　）		
次回受診日	内 科 令和 2 年 6 月 30 日			科　年　月　日				
	科　年　月　日			科　年　月　日				
入院中の経過	入院3日前より発熱（39度）、咳と食欲低下があり当院を受診。肺炎と診断され緊急入院となる。 入院後は、点滴治療と酸素療法を行い肺炎は順調に回復した。一方、多少下肢筋力の低下が見られリハビリを行った。 （投薬：　☐なし　☑あり 別紙参照　）							
疾患名（既往歴）	脳血管疾患	高血圧						
本人への病名告知	☐なし ☑あり			家族への病名告知	☐なし ☑あり			
障害高齢者の日常生活自立度	☐自立 ☐J1 ☐J2 ☑A1 ☐A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	☐自立 ☑Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M							

移動手段・介助	☐杖 ☑歩行器 ☐車いす ☐その他	☐自立 ☑見守り ☐一部介助 ☐全介助	特記事項	転倒リスクがあり見守りが必要		
排泄方法・介助	☑トイレ ☐ポータブル ☐おむつ ☐その他	☐自立 ☐見守り ☑一部介助 ☐全介助		衣類（パンツ）の上げ下げに軽介助が必要 最終排便日　（ 令和2 年 4 月 14 日）		
入浴方法・介助	☐清拭 ☑シャワー浴 ☐一般浴 ☐機械浴 ☐行わず	☐自立 ☐見守り ☑一部介助 ☐全介助		洗髪に一部介助が必要 最終入浴日　（　　年　　月　　日）		
食事形態・介助	☐普通 ☑キザミ ☐ミキサー ☐経管栄養 ☐その他	☐自立 ☑見守り ☐一部介助 ☐全介助		むせがあるため、見守りが必要		
嚥下（むせ）	☐なし ☑あり （☑時々 ☐常に）			水分でむせることあり		
口腔ケア	☐自立 ☐見守り ☑一部介助 ☐全介助					
義歯	☐なし ☑あり					
補聴器	☑なし ☐あり （☐時々 ☐常に）					
服薬介助	☐自立 ☑見守り ☐一部介助 ☐全介助					
認知・精神	☑なし ☐あり					
意思疎通	☑問題なし ☐問題あり					
睡眠	☐良眠 ☑不眠					

2. 課題認識のための情報

②退院後に必要な事柄

医療処置の内容 ☐なし ☑あり	☐点滴 ☐中心静脈栄養 ☐経管栄養 ☐胃ろう ☐酸素療法 ☐透析 ☐気管切開 ☐喀痰吸引 ☐ストーマ ☑カテーテル ☐褥瘡 ☐疼痛管理 ☐その他	特記事項	※最終交換日など（ 年 月 日） カテーテル最終交換日 （令和2年4月14日）			
看護の視点 ☐なし ☑あり	☐血圧 ☐血糖管理 ☐服薬指導 ☐水分・食事制限 ☑口腔ケア ☑食形態・嚥下 ☐排泄 ☐認知・精神 ☐褥瘡 ☐ターミナル ☑その他		誤嚥性肺炎の予防のため、口腔清潔の保持と嚥下指導が必要である。（訪問歯科の検討）			
リハビリの視点 ☐なし ☑あり	☑ADL練習 ☐IADL練習 ☐関節可動域練習 ☑筋力増強練習 ☐バランス練習 ☐言語訓練 ☐摂食・嚥下訓練 ☐その他		もともと、左上肢不全麻痺があり、介助が必要な状態であった。入院中、立ち上がり動作の訓練など行っていたが、歩行訓練は引き続き必要な状態。			

療養上の留意する事項	禁忌事項 ☑なし ☐あり	感染症 ☑なし ☐あり	アレルギー ☑なし ☐あり

③／受け止め向け

<本人・家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方	<本人> ・家族と一緒に暮らしたい。 ・退院後もリハビリを継続し、四肢の筋力を回復させたい。週1回のデイサービスのみではなく外出頻度を高めたい。 <家族> ・身体の回復が十分でないため、在宅療養生活に不安がある。しかし、本人の希望はかなえたい。 ・長男・妻ともに急変時に備え、本人と今後のことをよく話し合っておきたい。 ・妻が毎食、刻み食を作り、服薬管理していく。

	聞き取り日	情報提供を受けた職種（氏名）	会議出席
1回目	令和 2 年 4 月 15 日	○○看護師、○○MSW	☑無 ☐有
2回目	年 月 日		☐無 ☐有
3回目	年 月 日		☐無 ☐有

入退院時の介護・医療連携に関わる報酬概要

平成 30 年 4 月 1 日現在

※算定にあたっては詳しい算定要件を最新の法令などで確認してください。

入院医療機関【診療報酬加算】

入院時支援加算 200 点

＜退院時１回＞

予定入院者のスクリーニング及び入院前オリエンテーション等の実施

入退院支援加算（退院調整加算）

（Ⅰ）入院**３日以内**に取組開始

一般病棟 600 点

療養病棟等 1200 点

（Ⅱ）入院**７日以内**に取組開始

一般病棟 190 点

療養病棟等 635 点

総合評価加算 100 点

病状安定後早期

＜連携１回＞

介護支援等連携指導料 400 点

＜連携２回＞

介護支援等連携指導料 400 点

＜連携３回＞

（うち１回以上はカンファレンス等）

退院時共同指導料２ 400 点

○入院時医療機関の医師と在宅療養を行う医療機関の医師と共同して行う場合加算 ＋300 点

○退院後に関係する多職種３者以上と共同して行う場合加算 ＋2000 点

診療情報提供料（Ⅰ） 250 点

退院前訪問指導料 580 点

退院後訪問指導料 580 点

○在宅療養を担う訪問看護ステーションまたは他の医療機関の看護師等と同行訪問等必要な指導を行った場合加算 ＋20 点

入院時

入院中

退院前

退院

退院後

ケアマネジャー【介護報酬加算】

入院時情報連携加算（Ⅰ） 200 単位

入院後**３日以内**に情報提供する。

提出方法は問わない。

または

入院時情報連携加算（Ⅱ） 100 単位

入院後**７日以内**に情報提供する。

提出方法は問わない。

退院・退所加算

	カンファレンス等への参加なし	カンファレンス等への参加あり
連携１回	450 単位	600 単位
連携２回	600 単位	750 単位
連携３回	ー	900 単位

「連携３回」を算定できるのは、そのうち１回以上について、入院中のカンファレンス等に参加して退院後の在宅療養上の必要な説明を行った上でケアプランを作成した場合のみ。

※入院または入所期間中につき１回を限度

※初回加算との同時算定不可

緊急時等居宅カンファレンス加算 200 単位

ターミナルケアマネジメント加算 400 単位

末期の悪性腫瘍で、在宅で死亡した利用者

２　地域包括支援センターの紹介

地域包括支援センターは、６５歳以上の高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して生活を継続していただけるよう、総合相談の拠点として設置されています。

ここでは、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員などの専門職が総合的な相談やさまざまな支援を行っています。

地域包括支援センターでは次のような事業を行っています。

〇介護保険や介護予防に関する相談
〇高齢者の人権や財産を守る成年後見制度や虐待防止のための相談
〇包括的・継続的なケアマネジメントが行われるような、地域の介護支援専門員の支援
〇介護予防ケアプランの作成
〇地域の「通いの場」や介護予防に関する取組みの周知など
〇その他「気になること」「困っていること」「どこに相談して良いかわからないこと」などの相談

４ヵ所の地域包括支援センターが、地域のお住まいの高齢者の身近な相談窓口として活動しています。

名　称	所在地	電話・FAX	担当地区
いなべ市地域包括支援センター	北勢町阿下喜 31 （市役所行政棟 1 階）	TEL 86-7818 FAX 86-7866	いなべ市全域
いなべ市地域包括支援センター いなべ総合病院支所	北勢町阿下喜 771 （いなべ総合病院 1 階）	TEL 72-2000 FAX 72-4051	いなべ市全域 （支所）
東員町地域包括支援センター	東員町山田 1600 （役場内）	TEL 86-2856 FAX 86-7077	神田・稲部・三和地区
東員町第二地域包括支援センター	東員町笹尾東 2-5-4 （笹尾連絡所内）	TEL　76-7771 FAX　76-7772	笹尾西・笹尾東・城山地区

３　ケアマネジャーの連携のためのチェックシート

退院支援は、入院時（前）から始まっています。そして、退院後の連携も大切です。「緊急時の信頼関係」は、普段のコミュニケーション、顔の見える関係づくりから築かれるものです。連携にあたっての各ステップにおけるポイントをまとめました。

	ケアマネジャーのチェックシート
入院前在宅療養時	□入院時に備え、家族に『５つのお願い』をする。 □本人・家族等から入院情報が入るようにしておく。 □「入院時情報提供書」の素案を作っておく。 □入院を想定し、ケアマネジャーが病院と連携して退院支援を行うことを本人・家族にあらかじめ了解を得ておく。 □入退院を繰り返す疾患については、医療と連携して情報を収集し、在宅チーム（※）で共有する。
入院時	□「入院時情報提供書」をできるだけ早く提出する。 □「入院時情報提供書」をＦＡＸする際は事前または事後に電話連絡する。 （「届かなかったら連絡をください」の一言を） □「入院時情報提供書」を持参する場合は平日の午後など時間を意識する。 □担当ケアマネジャーであることを伝える（証明できる書類等を携行し、名刺等を渡して連絡先を伝える）。 □ケアマネジャーの要望を伝える。 ①本人・家族が同意の場合、病状説明（ＩＣ）に同席 ②カンファレンスに参加、退院支援の情報提供 □退院に備えて、病状について情報を収集しておく。 □聞きたいことは箇条書きにするなど、簡潔にしておく。
入院中	□退院に備えて、病状について情報を収集しておく。情報収集する場合は平日の午後を意識する。 □ケアマネジャーの要望を伝える。 ①カンファレンスや退院カンファレンスの連絡 ②退院前訪問指導実施の際の連絡 □本人・家族から退院が決まったら情報が入るようにしておく。
退院前	□退院時連絡表兼退院・退所情報記録書を活用し病棟看護師や家族から情報収集をする。 □退院カンファレンスに参加する場合、確認したいことは、箇条書きにするなど簡潔にしておく。 □必要に応じてサービス担当者会議を病院の協力を得て開催する。
退院後	□在宅チーム（※）は本人の退院時の状態にあった、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・家族とともに共同して図る。

（※）在宅チームとは、ケアマネジャー、かかりつけ医、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、訪問介護、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士等の在宅療養を支える医療の介護関係者

４　入院時における連携窓口

いなべ市・東員町　　令和　２年　３月現在

	入院時情報提供書提出先	主治医連絡票等（※）の連携窓口
日下病院	地域連携室 TEL　0594-72-6143 FAX　0594-72-6146	地域連携室 TEL　0594-72-6143 FAX　0594-72-6146
	持参、郵送、FAX でお願いします。お急ぎの場合は、電話連絡をお願いします。	
	〒511-0428　いなべ市北勢町阿下喜 680	
いなべ総合病院	持参の場合…医療相談室 （出来る限り持参でお願いします） TEL　0594-72-2000　FAX の場合…72-8715 ◎FAX の場合は事前又は事後に電話連絡	文書預かり窓口（MA：事務員） TEL　0594-72-2000　FAX の場合…72-8715 ◎FAX の場合は事前又は事後に電話連絡
	病棟へのお問い合わせは、平日午後（13：00～15：30）	
	〒511-0428　いなべ市北勢町阿下喜 771	
北勢病院	受付（地域連携・生活応援室） TEL　0594-72-2611 FAX　0594-72-2617	受付（地域連携・生活応援室） TEL　0594-72-2611 FAX　0594-72-2617
	受付時間　月～土　8：30～17：00	
	〒511-0427　いなべ市北勢町麻生田 1525	
大安病院	事務受付 TEL　0594-77-0311 FAX　0594-77-0314	事務受付 TEL　0594-77-0311 FAX　0594-77-0314
	受付時間　月・火・木・金　9：00～17：00 水・土　9：00～12：00　　※祝日、日曜日以外	
	〒511-0284　いなべ市大安町梅戸 732-2	
大仲さつき病院	受付 TEL　0594-76-5511（代表） FAX　0594-76-9746	受付 TEL　0594-76-5511（代表） FAX　0594-76-9746
		代表番号にご連絡いただき、 担当者にお繋ぎします。
	〒511-0243　東員町穴太 2000	
東員病院	受付（地域連携室あて） TEL　0594-76-2345 FAX　0594-76-8502	受付（地域連携室あて） TEL　0594-76-2345 FAX　0594-76-8502
	〒511-0243　東員町穴太 2400	

※）「ケアプランについての意見」「福祉用具貸与について（軽度者福祉用具貸与の主治医の意見を含む）」など主治医との連携に関すること

５　役所の担当窓口

いなべ市役所の担当窓口

介護保険主治医意見書に関すること	介護保険課 TEL　86-7820　FAX　86-7865
国民健康保険に関すること	保険年金課 TEL　86-7811　FAX　86-7863
後期高齢者医療制度に関すること	保険年金課 TEL　86-7811　FAX　86-7863
生活保護に関すること	社会福祉課 TEL　86-7816　FAX　86-7865
生活困窮者自立支援に関すること	社会福祉課 TEL　86-7816　FAX　86-7865

東員町役場の担当窓口

介護保険主治医意見書に関すること	健康長寿課 TEL　86-2823　FAX　86-2851
国民健康保険に関すること	保険年金課 TEL　86-2805　FAX　86-2851
後期高齢者医療制度に関すること	保険年金課 TEL　86-2805　FAX　86-2851
生活保護に関すること	地域福祉課 TEL　86-2804　FAX　86-2851
生活困窮者自立支援に関すること	地域福祉課 TEL　86-2804　FAX　86-2851

入退院連絡会議「いなべ入退院の手引き」策定機関

いなべ総合病院	日下病院
いなべ市地域包括支援センター	東員町地域包括支援センター
いなべ市	東員町

在宅医療・介護連携支援センターの紹介

在宅医療・介護連携支援センターは、在宅医療と介護連携の相談窓口です。

次のような事業を行っています。

〇医療・介護の連携に関する相談
〇地域の医療・介護サービスの資源の把握
〇在宅医療・介護サービスの情報提供と情報共有の支援
〇在宅医療・介護関係者の研修会の開催
〇地域の皆さんへの普及啓発・講演会

※相談対象・・・医療機関・介護事業者・地域包括支援センター
※受付時間・・・月～金曜日　※祝日、年末年始を除きます。

いなべ市在宅医療・介護連携支援センター（いなべ市役所長寿福祉課内）
所在地：いなべ市北勢町阿下喜３１番地
TEL：０５９４－８６－７８１９　FAX：０５９４－８６－７８６５
相談時間：８：４０～１７：１５

東員町在宅医療・介護連携支援センター（東員町役場健康長寿課内）
所在地：東員町山田１６００番地
TEL：０５９４－８６－２８２３　FAX：０５９４－８６－２８５１
相談時間：８：１５～１７：００