

北播磨圏域 要介護者における入退院支援の手引き



平成31年3月

兵庫県北播磨県民局 加東健康福祉事務所
三木市医師会
小野市・加東市医師会
加西市医師会
西脇市多可郡医師会

目次

I	はじめに	1
II	入退院支援が必要な対象者	1
III	入退院支援の流れ	1
1	入院前に介護保険を利用していた場合	2
(1)	入院時の連携	2
(2)	退院支援	3
2	入院後、新たに介護保険を利用する場合	4
(1)	介護保険の申請	4
(2)	退院支援	4
IV	北播磨圏域 入退院支援チェック項目一覧表	5
	〈各種様式〉	
	診療情報提供書	7
	入院時・退院時情報連携書	8
	退院連絡票	12
	〈参考資料〉	
	医療・介護・福祉関係者の方の在宅医療介護・連携に関する相談窓口	13
	介護保険サービス利用が可能な対象者	14
	介護支援専門員（ケアマネジャー）とは	14
	指定居宅介護支援事業所とは	14
	地域包括支援センターの業務	15

I はじめに

団塊の世代が後期高齢者となる 2025 年を見据え、要介護者が地域で安心して生活していくためには地域包括ケアシステムの構築に向け、医療・介護連携の強化が重要です。

医療・介護連携については市町単位で取組みが進んでいますが、北播磨圏域は圏域内の各病院の診療機能を活かし、連携により地域医療を支えてきた地域であるため、市町を超えた圏域内での連携強化と円滑な入退院支援を目指して「北播磨圏域要介護者における入退院支援の手引き」を作成しました。

II 入退院支援が必要な対象者

本手引きで想定している入退院支援が必要な対象者は、以下のような方です。

- (1) 介護認定を受け、介護保険を利用している人
- (2) 入院時には介護保険を利用していないが、要介護状態や要支援状態のため、退院後在宅での介護や支援が想定され介護保険の利用が見込まれるなど、退院支援が必要と考えた人 等

〈要介護・要支援状態とは〉

介護保険法

第七条 この法律において「要介護状態」とは、身体上又は精神上の障害があるために、入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部又は一部について、厚生労働省令で定める期間にわたり継続して、常時介護を要すると見込まれる状態であって、その介護の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要介護状態区分」という。）のいずれかに該当するもの（要支援状態に該当するものを除く。）をいう。

2 この法律において「要支援状態」とは、身体上若しくは精神上の障害があるために入浴、排せつ、食事等の日常生活における基本的な動作の全部若しくは一部について厚生労働省令で定める期間にわたり継続して常時介護を要する状態の軽減若しくは悪化の防止に特に資する支援を要すると見込まれ、又は身体上若しくは精神上の障害があるために厚生労働省令で定める期間にわたり継続して日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態であって、支援の必要の程度に応じて厚生労働省令で定める区分（以下「要支援状態区分」という。）のいずれかに該当するものをいう。

III 入退院支援の流れ

1 入院前に介護保険を利用していた場合

- (1) 入院時の連携 入退院支援チェック項目①・③
- (2) 退院支援 入退院支援チェック項目②・④～⑥

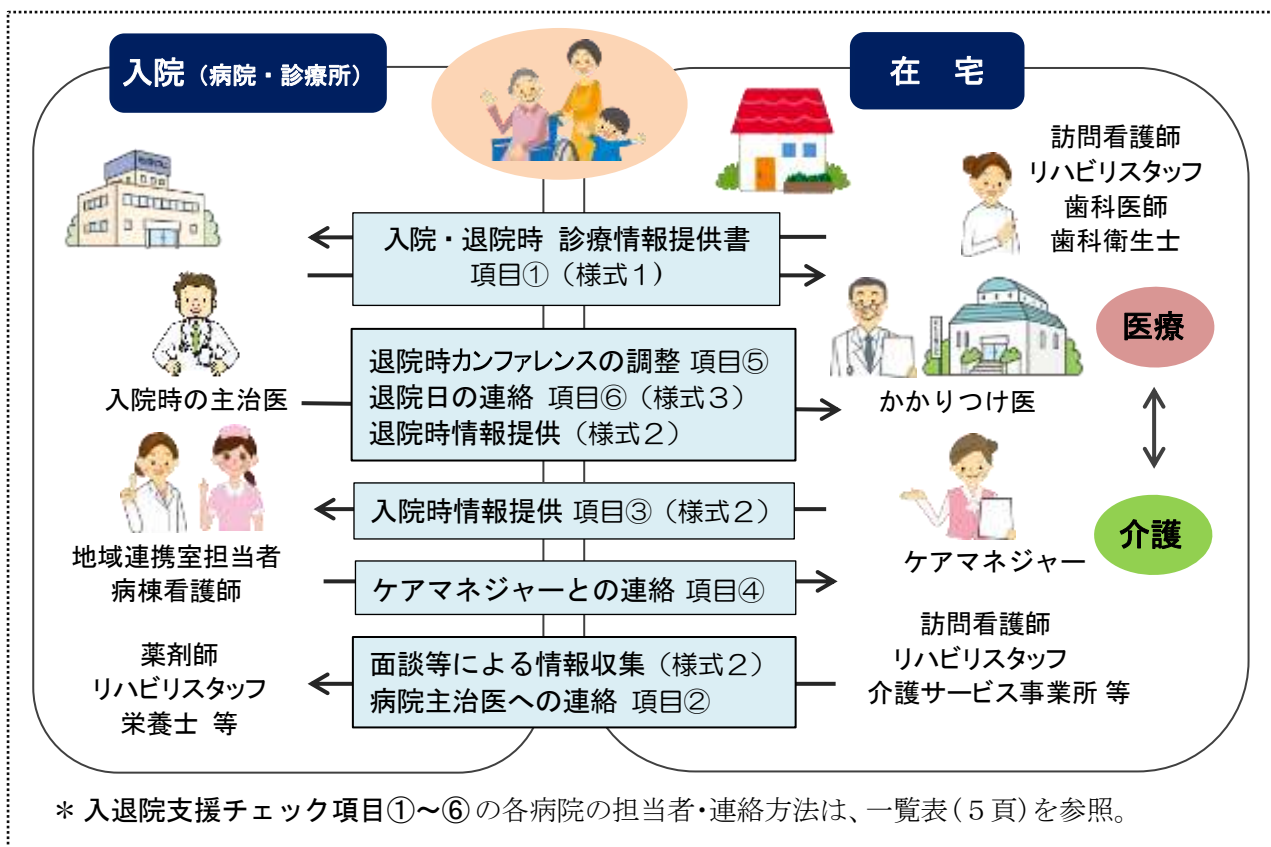
2 入院後、新に介護保険を利用する場合

- (1) 介護保険の申請 入退院支援チェック項目⑦～⑨
- (2) 退院支援 入退院支援チェック項目②・⑤・⑥

上記1・2について、入退院支援に関わる関係者の対応を記載しています。

また、入退院支援チェック項目①～⑨の各病院の連絡方法・担当窓口は、一覧表（5頁）に記載しています。

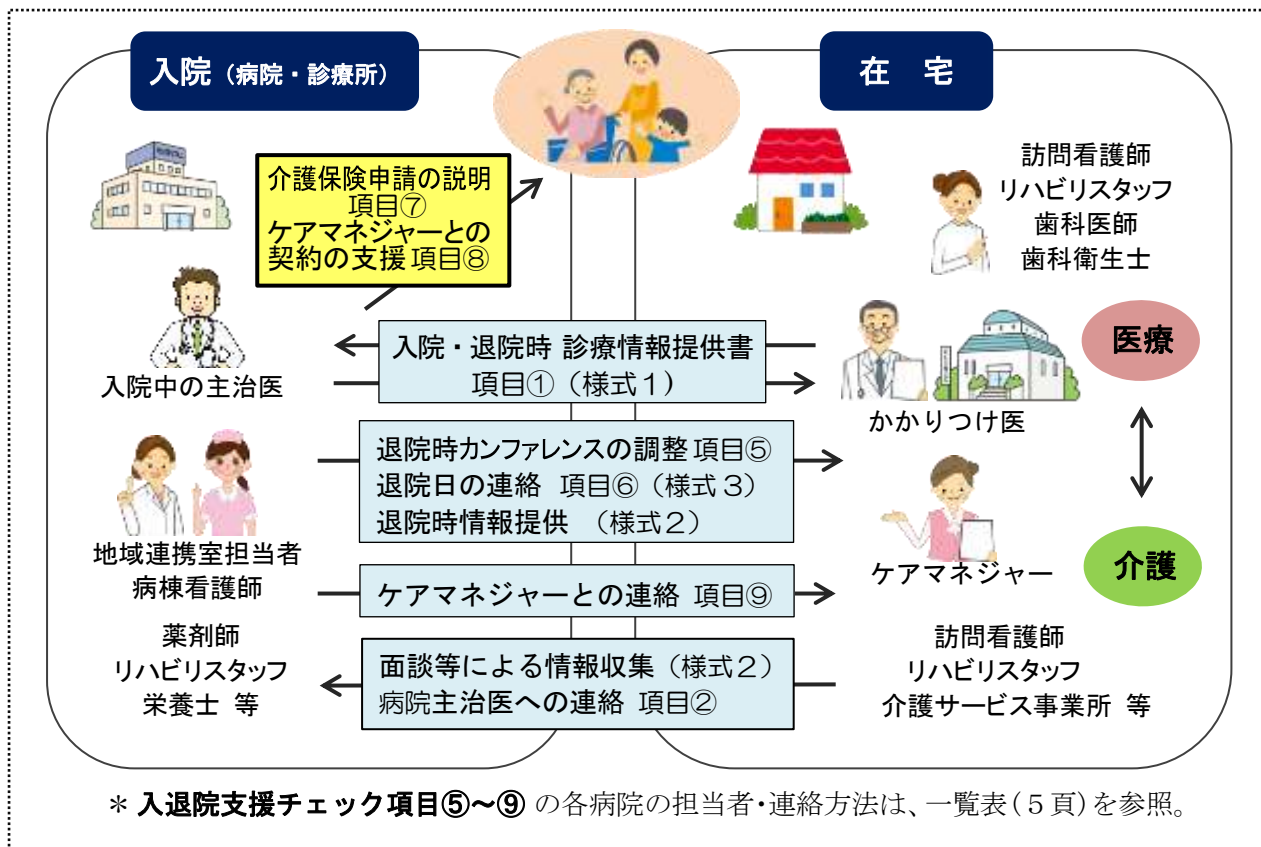
1 入院前に介護保険を利用していた場合



(2) 退院支援

関係者	対応	留意事項
かかりつけ医 訪問看護師 リハスタッフ 歯科医師 歯科衛生士等	□退院後の対応について、 病院主治医、退院支援担 当者、在宅支援者と連携する。	・退院後かかりつけ医は、原則入院前かかりつけ 医(紹介元)とする。
病院退院支援担当者 地域連携室 病棟看護師	□主治医が退院時期を判断の 上、担当ケアマネジャーに退 院時期を連絡する。	・退院支援に必要な期間(1週間程度)を考慮し、 連絡する。
	□ケアマネジャーや訪問看護 師等が退院支援に必要な情 報を、面談により情報提供す る。	・ケアマネジャーが特に欲しい情報(様式2「入 院時・退院時情報連携書」*印の項目)につい ては、予め院内の関係者(*1印の項目は主治 医、*2印の項目は病棟看護師)に確認し、情報 提供できるよう留意する。
	□退院前カンファレンスの必 要性等を関係者と調整する。	
	□主治医から退院日を確認後、 かかりつけ医やケアマネジ ャーに退院日を連絡する。	・入院時情報提供書や患者との面談にてかかり つけ医やケアマネジャーを確認する。 ・入院前と変化なしの場合や急な退院となっ た場合(退院後で構わない)も連絡する。 ・病院から連絡がない場合は在宅支援者側から 病院に連絡を入れ、相互に連携を取り合う。 ・転院時も入院前かかりつけ医やケアマネジ ャーに連絡する。(退院時サマリーの必要性は連絡 時に確認する)。 ・病院から関係者への連絡を確実なものとする ため、連絡は病院から直接行う。 (家族を通じての連絡では、連絡時期の遅れ等 により調整に支障を来すことがある。) ・様式3「退院連絡票」
	□退院時、在宅支援者に退院時 情報提供を行なう。	・かかりつけ医には「診療情報提供書」と合わせ て「入院時・退院時情報連携書」を提供する。 ・情報連携書は、本人や家族の同意を得た上で 在宅支援者に手渡し、または送付とする。 ・様式2「入院時・退院時情報連携書」
ケアマネジャー	□患者や病棟看護師、地域連携 室担当者との面談等により情 報収集を行い、退院に向ける サービス調整を行う。	・様式2「入院時・退院時情報連携書」 ・次の項目は退院時サマリーを参照する。 (次回受診日、持ち帰り物品、最終入浴日、 排便日、睡眠状況)

2 入院後、新たに介護保険を利用する場合



(1) 介護保険の申請

関係者	対応	留意事項
病院主治医 かかりつけ医	<input type="checkbox"/> 介護保険申請時の主治医意見書を記載する。	・退院時、かかりつけ医への診療情報提供書に介護保険申請時の主治医意見書の写しを添付する。(病院主治医が主治医意見書を記載し、記載した病院主治医が情報提供に同意した場合)
病院退院支援担当者 地域連携室 病棟看護師	<input type="checkbox"/> 家族等に市町の担当課へ介護保険やその他サービスの利用について相談に行くよう説明する。	・入退院支援が必要な対象者(1頁参照)の(2)の該当者。
	<input type="checkbox"/> 介護保険を申請する場合は、と並行し、ケアマネジャー決定のための支援を行う。	・ケアマネジャーは 中・重度者：居宅介護支援事業所 軽度者：地域包括支援センター *迷う場合は、地域包括支援センターに依頼
	<input type="checkbox"/> 主治医が退院時期を判断の上、決定したケアマネジャーに退院時期を連絡する。	・退院支援に必要な期間(1週間程度)を考慮し、連絡する。

(2) 退院支援

その後の流れは「1 入院前に介護保険を利用していた場合」の「(2) 退院支援」以降と同じ。

北播磨圏域 入退院支援チェック項目一覧表

H30.9

	医師との連携		入院前に介護保険を利用していた（入院前にケアマネが決まっている）場合				入院後、新たに介護保険を利用する場合			
	① 診療情報提供書 (かかりつけ医⇄病院)	② 病院主治医への 連絡 (在宅支援者→病院)	③ 入院時情報提供		④ ケアマネへの連絡	⑤ 退院カンファレンスの 調整	⑥ 退院日の連絡	⑦ 介護保険申請の 説明	⑧ ケアマネとの 契約の支援	⑨ ケアマネへの連絡
			持参する場合	FAXの場合						
西脇市立西脇病院	地域医療連携室 Tel 0795-22-8270 (直) 0795-22-0111 (代) fax 0795-23-4580 (直)	地域医療連携室(左記同じ) 認知症患者医療センター Tel 0795-25-2006 (直) fax 0795-25-2008 (直)	地域医療連携室 又は病棟 * 病棟の場合は事前連絡希望 (Tel 0795-22-8270、9~17時)	地域医療連携室 0795-23-4580	病棟担当看護師、 地域医療連携室又は家族 (ケースにより異なる)	地域医療連携室 (退院調整依頼を地域医療 連携室に提出の場合) 又は病棟スタッフ	地域医療連携室 (退院調整依頼を地域医療 連携室に提出の場合) 又は病棟スタッフ	病棟看護師 又は 地域医療連携室	主に 地域医療連携室	地域医療連携室 (病棟看護師、家族の 場合有)
大山記念病院	医療連携室 * 連絡なしで送付可 Tel 0795-28-5800(直) fax 0795-28-5801	外来:外来看護師 Tel 0795-28-3773(代) 入院:医療連携室	医療連携室 Tel 0795-28-5800 * 事前連絡希望	医療連携室 0795-28-5801	主に医療連携室 又は家族	医療連携室	家族 及び 医療連携室	医療連携室 又は 病棟看護師	医療連携室	医療連携室
ときわ病院	医事課 Tel 0794-85-2304 (代)	地域連携センター	地域連携センター	地域連携センター 0794-85-3868	地域連携センター	地域連携センター	地域連携センター	地域連携センター	地域連携センター	地域連携センター
服部病院	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 Tel 0794-83-5327 * 事前連絡希望	地域医療連携室 0794-70-8024	地域医療連携室	地域医療連携室	病棟 又は 地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
三木山陽病院	各科担当医師へ連絡 fax 0794-85-3582(代)	総合支援相談室へ連絡 Tel 0794-85-3061	総合支援相談室 Tel 0794-85-3061 * 事前連絡不要、なるべく持参希望	総合支援相談室 0794-85-3582	総合支援相談室	総合支援相談室	総合支援相談室	総合支援相談室	総合支援相談室	総合支援相談室
みきやまリハビリテーション 病院	地域連携室 Tel 0794-83-7722 * 事前連絡希望	地域連携室 Tel 0794-83-7722 * 事前連絡希望	地域連携室 Tel 0794-83-7722 * 事前連絡希望、受付でSWへ声かけ	地域連携室 (直) 0794-83-3363	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
吉川病院	地域連携室 * 事前連絡希望	地域連携室に連絡	地域連携室 Tel 0794-72-0063	地域連携室 0794-72-1732	地域連携室	地域連携室	家族、地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
大村病院	看護部長室に fax 0794-83-6611 Tel 受付 0794-82-1132(代)	受付 Tel 0794-82-1132 (代)	受付 Tel 0794-82-1132 (代) * 事前連絡希望	看護部長室 0794-82-6611	医療福祉相談室	医療福祉相談室	家族 又は 医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	家族 又は 医療福祉相談室
北播磨総合医療 センター	地域医療連携室へFaxにて送付の 上、原本を郵送 * 事前連絡希望	地域医療連携室へ連絡事項 をFAXにて連絡(様式自由) * 事前連絡希望	地域医療連携室 平日9時~17時 * 電話連絡不要	地域医療連携室 * 電話連絡必要 0794-62-9911 (直)	地域医療連携室と家族	地域医療連携室	地域医療連携室と家族	(メイン) 地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 * 場合によっては 家族に依頼	地域医療連携室 と家族
独立行政法人 国立病院機構 兵庫あおの病院	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 又は病棟 * 事前連絡は地域医療連携室 Tel 0794-62-5533	地域医療連携室 0794-62-5551	主に、地域医療連携室	地域医療連携室	主に、地域医療連携室	地域医療連携室 又は、病棟受持ち 看護師	地域医療連携室	主に 地域医療連携室
土井病院	地域医療連携室 * 事前連絡希望 Tel 0794-66-2119 fax 0794-66-2299 (代)	地域医療連携室 fax 0794-66-2299 (代)	地域医療連携室 Tel 0794-66-2119 * 事前連絡希望	地域医療連携室 0794-66-2299 (代)	地域医療連携室	病棟看護師 地域医療連携室	地域医療連携室 又は家族	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
医療法人社団 薫楓会 緑駿病院	地域医療室に連絡 Tel 0794-63-5571 (直)	地域医療室に連絡 Tel 0794-63-5571 (直)	地域医療室 Tel 0794-63-5571 (直) * 事前に電話連絡必要	地域医療室 0794-63-5562 (直)	地域医療室	地域医療室	地域医療室	地域医療室	地域医療室	地域医療室
栄宏会 小野病院	地域医療連携室 * 事前連絡希望 Tel 0794-62-9900 (代) fax 0794-62-0808 (直)	地域医療連携室 Tel 0794-62-9900 (代)	地域医療連携室 Tel 0794-62-9900	地域医療連携室 0794-62-0808 (直)	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室
市立加西病院	地域医療室 Tel 0790-42-2200(代) * 急ぐ場合はお電話下さい FAX紹介0790-42-5365	地域医療室 Tel 0790-42-2200(代) 8:30~17:15	地域医療室 又は、病棟 Tel 0790-42-2200(代) 8:30~17:15 * 病棟の場合は事前連絡希望	地域医療室 0790-42-5365	地域医療室、病棟看護師 又は家族	地域医療室 又は 病棟看護師	地域医療室、病棟看護師 又は家族	地域医療室	地域医療室	地域医療室 (病棟看護師、家族 の場合有)
医療法人社団 弘秀会 米田病院	医事課連絡 Tel 0790-48-3591 fax 0790-48-3965	医事課へ連絡 Tel 0790-48-3591	医事課 Tel 0790-48-3591 * 事前連絡必要	医事課 0790-48-3965	医事課 (担当ケアマネ)	医事課 (担当ケアマネ・病棟)	医事課 (担当ケアマネ)	医事課 (担当ケアマネ)	医事課 (担当ケアマネ)	医事課 (担当ケアマネ)
北条田仲病院	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師 Tel 0790-42-4950 * 事前連絡必要	0790-42-4587	病棟看護師 又は 家族	病棟看護師	家族又は病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	家族
加東市民病院	地域医療連携室へ 連絡(平日) Tel 0795-42-5511 (代)	地域医療連携室へ 連絡(平日) Tel 0795-42-5511 (代)	地域医療連携室 平日17時まで 夜間・休日は病棟 * 事前連絡希望 Tel 0795-42-5511 (代)	地域医療連携室 0795-42-0307 休日・夜間は医事課 0795-42-4740	地域医療連携室 又は病棟	地域医療連携室 又は病棟	原則家族 * 地域医療連携室 又は病棟 が確認し、漏れないようにして いる	病棟看護師 地域医療連携室 加東市地域包括支援 センター窓口(院内)	地域医療連携室	家族又は 地域医療連携室
松原メイフラワー病院	地域医療連携室へ連絡 Tel 0795-42-8851 fax 0795-42-8871	地域医療連携室へ連絡 Tel 0795-42-8851	地域医療連携室 又は 病棟 * 事前連絡希望 Tel 0795-42-8851	地域医療連携室 0795-42-8871	地域医療連携室 ・病棟・家族	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室、 病棟看護師 又は 家族	地域医療連携室 又は 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室 (病棟看護師、家族)
加茂病院	医療相談室へ連絡 Tel 0795-48-3208 (代)	受付に電話 Tel 0795-48-3208 (代)	受付窓口 Tel 0795-48-3208 * 事前に電話相談の上 来院	医療相談室 0795-48-4606	医療相談室、家族	医療相談室	医療相談室、家族	医療相談室	医療相談室	医療相談室、家族
多可赤十字病院	地域医療連携課へ連絡	地域医療連携課へ連絡	地域医療連携課 又は、直接病棟 * 事前連絡不要、できるだけ来院希望 Tel 0795-32-3810 地域連携課(直)	地域医療連携課 0795-32-5277 (直)	地域医療連携課、 病棟看護師又は 家族	地域医療連携課 又は 病棟看護師	地域医療連携課 又は 病棟看護師	地域医療連携課 又は 病棟看護師	地域医療連携課	地域医療連携課 又は 病棟看護師
有床診療所	診療所に連絡	左記と同様	左記と同様	左記と同様	左記と同様	左記と同様	左記と同様	左記と同様	左記と同様	左記と同様

各種様式

- * 圏域での共通様式として作成。
ただし、現在各施設で使用中の様式の使用も可能。

(様式1)

年 月 日

紹介先医療機関等名

先生 御侍史

診療情報提供書

患者氏名	ふりがな	生年月日	(歳)
患者住所		性別	
電話番号		職業	

傷病名
紹介目的
既往歴及び家族歴
症状経過及び検査結果治療経過
現在の処方
備考

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号：

医師氏名：

印

(様式2)

入院時・退院時情報連携書

【記入日】

【記入者】所属:

氏名:

TEL:

FAX:

氏名			生年月日			年齢	歳	性別		
住所						電話番号				
入院日	年	月	日	退院日	年	月	日			
病名				既往歴						
主治医	入院									
	※在宅	医療機関名:			診療科目:			Tel:		
		医療機関名:			診療科目:			Tel:		
医療機関名:			診療科目:			Tel:				
家族構成図		※緊急連絡先	氏名	住所	続柄	居住形態	電話番号			
主:主介護者☆*キーパーソンの女性、□:男性			①							
			②							
		③								
		※住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 住宅改修 <input type="checkbox"/> 済 <input type="checkbox"/> 必要() <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							
		経済状況	月 万円程度							
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護度:	認定日:	年	月	日				
		認定期間	年	月	日	~	年	月	日	
※サービス利用状況		利用回数	事業所名			利用回数	事業所名			
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週			<input type="checkbox"/> 通所介護	回/週				
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週			<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週				
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週			<input type="checkbox"/> 短期入所	回/週				
		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:)			<input type="checkbox"/> その他 ()					
経過及び*療養上の問題点 (*入院となった原因についても記載)										
*1 患者・家族への病状、予後の説明内容と患者・家族の受け止め方、*2 患者・家族の今後の希望、終末期の本人・家族の考え方等										
医療処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 () <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (酸素 L) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工呼吸療法 (TPPV・NPPV) <input type="checkbox"/> インシュリン: 単位 <input type="checkbox"/> 医療材料の調達 () <input type="checkbox"/> その他 () *1 説明 (誰に: 内容:)									
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合、理解の状況は: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)									

日常生活自立度	障害高齢者:	認知症高齢者:
※ADL	(西暦 年 月 日現在)	制限の有無・特記事項
*2移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	*1 リハビリの制限 血圧()
移乗方法		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 脈拍()
口腔清潔	義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食: <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> その他()	*1 塩分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () *1 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () *1 カロリー制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () *1 食事の形態()
	<input type="checkbox"/> 経管栄養	*1 食事指導 *特に糖尿病について ()
	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量 割)	
更 衣		
入 浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()	*1 入浴制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ	【禁忌事項】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
服薬管理	*2 処方:	()
※ * 認知機能の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 集中できない・落ち着きがない 等 <input type="checkbox"/> 生活上の計画や段取りが出来ない 等 <input type="checkbox"/> 何度も同じことを言ったり聞いたりする・置き忘れし忘れがある 等 <input type="checkbox"/> 「あれ・それ・これ」をよく用い、物の名前が出にくい 等 <input type="checkbox"/> 慣れた道具の使い方が困難になる・服の着方を間違える・道に迷う 等 <input type="checkbox"/> 周囲の人への気遣いの欠如・社会的規範にとられない行動等の人格変化 等 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想・興奮・イライラ <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安・緊張 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 (不眠・昼夜逆転・中途覚醒) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない 【特記事項】
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない
	対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的
感 染 症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他()	
*リハビリ目標(リハビリから確認)		
備考欄		

情報を提供することについて、本人・家族の同意をいただいています。

注) ※印 の項目は、病院が入院時に特にほしい情報。

注) 在宅支援者が、病院退院支援担当者との面談で特に欲しい情報 (*印の項目) については、予め主治医 (*1 印の項目) や病棟看護師 (*2 印の項目) に確認するなど、ケアマネジャーへの情報提供時にご留意願います。

【記入説明】 入院時・退院時情報連携書：下記の場面で活用する。

- ・入院医療機関と在宅支援者との入院時や退院時の情報提供時。
- ・ケアマネジャーが、病院退院支援担当者との面談等により退院支援に必要な情報を確認時。

(様式2)

入院時・退院時情報連携書

【記入日】

記入日は自動的に印刷日になるように設定しています

【記入者】所属:

氏名:

TEL:

FAX:

氏名			生年月日			年齢	歳	性別
住所	生年月日を入力すれば年齢は自動計算されます				電話番号			
入院日	年	月	日	退院日	令和	年	月	日
病名	西暦・平成・令和を選択			既往歴				
主治医	入院							
	※在宅	医療機関名:	診療科目:		Tel:			
		医療機関名:	診療科目:		Tel:			
医療機関名:	診療科目:		Tel:					
家族構成図		※緊急連絡先	氏名	住所	続柄	居住形態	電話番号	
主介護者 ☆*キ-パ-ツ、○:女性、□:男性			①					
			②	<input type="checkbox"/> に、チェックを入れてください。				
			③					
		※住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 住宅改修	老齢年金、障害年金 遺族年金、生活保護 その他、不明を選択		エレベーター	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		経済状況	月 万円程度					
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護度:	認定日:		年	月	日	
		認定期間:	未申請、申請中、要支援1・2 要介護1・2・3・4・5を選択		日	~ 令和	年 月 日	
※サービス利用状況		利用回数			利用回数	事業所名		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週			<input type="checkbox"/> 通所介護	回/週		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週			<input type="checkbox"/> 通所リハ	回/週		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ	回/週			<input type="checkbox"/> 短期入所	回/週		
		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容:)			<input type="checkbox"/> その他 ()			
経過及び *療養上の問題点 (*入院となった原因についても記載)								
*1 患者・家族への病状、予後の説明内容と患者・家族の受け止め方、*2 患者・家族の今後の希望、終末期の本人・家族の考え方等								
医療処置	<input type="checkbox"/> 留置カテーテル	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ()				
	<input type="checkbox"/> じょくそう	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 (酸素 L)	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 人工呼吸療法 (TPPV・NPPV)				
	<input type="checkbox"/> インシュリン:	単位	<input type="checkbox"/> 医療材料の調達 ()					
	<input type="checkbox"/> その他 ()							
		*1 説明 (誰に:)		内容: ()				
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	有の場合、理解の状況は:		<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:)				

日常生活自立度	障害高齢者： 自立、J1、J2、A1、A2、 B1、B2、C1、C2を選択	認知症高齢者： 自立、I、II、IIa、IIb、III、IIIa、 IIIb、IV、Mを選択
※ADL	(平成)	日現在)
*2 移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用	*1 リハビリの制限 血圧()
移乗方法	自立、見守り、一部介助 全介助を選択	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 脈拍()
口腔清潔		
食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食： <input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 肝臓病食 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 経管栄養	*1 塩分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() *1 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() *1 カロリー制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() *1 食事の形態()
	主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)	*1 食事指導 *特に糖尿病について ()
	副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付 ・ 摂取量 割)	
更 衣		
入 浴	<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()	*1 入浴制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()
排 泄	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ	【禁忌事項】 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
服薬管理	*2 処方：	()
※ * 認知機能の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
	<input type="checkbox"/> 集中できない・落ち着きがない 等 <input type="checkbox"/> 生活上の計画や段取りが出来ない 等 <input type="checkbox"/> 何度も同じことを言ったり聞いたりする・置き忘れし忘れがある 等 <input type="checkbox"/> 「あれ・それ・これ」をよく用い、物の名前が出にくい 等 <input type="checkbox"/> 慣れた道具の使い方が困難になる・服の着方を間違える・道に迷う 等 <input type="checkbox"/> 周囲の人への気遣いの欠如・社会的規範にとられない行動等の人格変化 等 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想・興奮・イライラ <input type="checkbox"/> 抑うつ <input type="checkbox"/> 不安・緊張 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 (不眠・昼夜逆転・中途覚醒) <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 食行動異常 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	意思の伝達	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> ほとんどできない <input type="checkbox"/> できない
	指示への反応	<input type="checkbox"/> 通じる <input type="checkbox"/> 時々通じる <input type="checkbox"/> 通じない
対人関係	<input type="checkbox"/> 拒否的 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 協調的	【特記事項】
感 染 症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他 ()	
*リハビリ目標(リハビリから確認)		
備考欄		

情報を提供することについて、本人・家族の同意をいただいています。

注) ※印の項目は、病院が入院時に特にほしい情報。

注) 在宅支援者が、病院退院支援担当者との面談で特に欲しい情報 (*印の項目) については、予め主治医 (*1 印の項目) や病棟看護師 (*2 印の項目) に確認するなど、ケアマネジャーへの情報提供時にご留意願います。

【記入説明】

かかりつけ医やケアマネジャー等への退院日や転院の連絡時に活用する。

(様式3)

記入日： 年 月 日

様

医療機関名：

電話番号：

担当者名：

退 院 連 絡 票

氏 名		性別	
生年月日		年齢	歳
住 所			
退 院 日		年	月 日
退 院 先	<input type="checkbox"/> 自 宅 <input type="checkbox"/> 転 院 (医療機関名：) () <input type="checkbox"/> 施設入所 (施設名：) <input type="checkbox"/> そ の 他 ()		
その他 連絡事項			

《医療・介護・福祉関係者の方の在宅医療・介護連携に関する相談窓口》

在宅医療・介護連携センターは、在宅医療と介護を結びつけるコーディネーターとして、地域の医療・介護サービス提供者の方からの相談を受け、連携をサポートしています。

市町名	相談窓口	電話・FAX 番号	相談日時
西脇市	西脇市在宅医療・介護連携支援センター	TEL : 0795-23-3402 FAX : 0795-23-6298	月～金曜日 9:00～12:00、13:00～16:00 (祝日・年末年始・お盆休を除く)
三木市	三木市在宅医療・介護連携支援センター	TEL : 0794-83-0333 FAX : 0794-83-0140	月～金曜日 9:00～12:00 (祝日・年末年始を除く)
小野市	小野市在宅医療介護連携支援センター	TEL : 0794-62-5280 FAX : 0794-62-4921 専門職の相談専用 TEL : 090-8886-1489	月～金曜日 10:00～17:00
加西市	加西市在宅医療介護連携相談室	TEL : 0790-42-4130 FAX : 0790-42-5365	月～金曜日 9:00～16:00 (土日・祝日・年末年始を除く)
加東市	加東市在宅医療介護連携支援センター	TEL : 0794-62-5280 FAX : 0794-62-4921 専門職の相談専用 TEL : 090-8886-1489	月～金曜日 10:00～17:00
多可町	在宅医療介護連携相談窓口	TEL : 0795-32-3810 FAX : 0795-32-5277	平日 9:00～17:00

*医療・介護・福祉関係者の方の相談窓口であり、一般の方の相談窓口ではありません。

〈介護保険サービス利用が可能な対象者〉

- ① 65歳以上の方で、日常生活において、常に介護や支援が必要と認められた場合に介護サービスが利用できます。
- ② 40歳～64歳以下の方で、老化が原因とされる病気（特定疾病）で、介護や支援が必要と認められた場合に介護サービスが利用できます。

【老化が原因とされる病気（特定疾病）】

- 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

〈介護支援専門員（ケアマネジャー）とは〉

- 2000年4月から始まった「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された人が、適切な介護サービスを受けられるようにするために、介護サービス計画（ケアプラン）を作成する専門職のことです。
- 介護を要する方の状況や、家族がどんなことに困っているのかを理解し、計画を立て、必要なサービスを受けられるように、サービス事業者へ調整するのが、ケアマネジャーの仕事です。

〈指定居宅介護支援事業所とは〉

- ケアマネジャーが所属する事業所です。
- 介護保険をご利用になる、介護の必要な方やご家族のご要望を尊重し、心身の状態や家庭の状況に考慮して、適切なサービスが利用できるように支援する事業所です。
- 都道府県の指定を受けた居宅介護支援事業所では、介護支援専門員の資格を持つケアマネジャーが、ご利用者とサービス事業者のパイプ役となり、連絡・調整や介護に関するさまざまなご相談に応じます。また、継続的なサービスの評価、苦情の受け付けなどを行います。

〈地域包括支援センターの業務〉

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、さまざまな面から総合的に支えていくための相談機関です。

地域包括支援センターでは、こんな仕事をしています。

○ 総合相談・支援

地域の高齢者や家族からの相談に基づき、介護保険サービスをはじめさまざまな制度や地域資源を活用した総合的な支援を行います。

○ 介護予防マネジメント

要支援1、2の高齢者や市町が行う介護予防事業の対象となる高齢者を対象に、介護予防ケアプランを作成します。

○ 権利擁護・高齢者虐待防止

高齢者が尊厳ある生活を送ることができるよう、「権利擁護」や「虐待防止」の拠点として、虐待の早期発見・防止、成年後見制度の活用を図ります。

○ ケアマネジャー等への支援

困難事例に関するケアマネジャーへの助言やネットワークづくりなどの支援を行います。