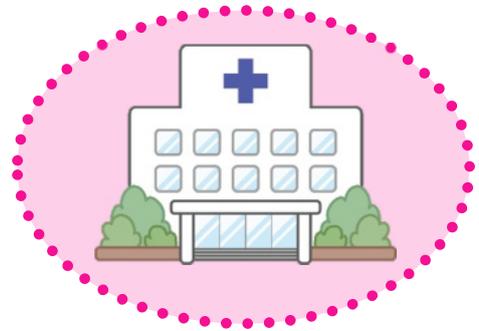
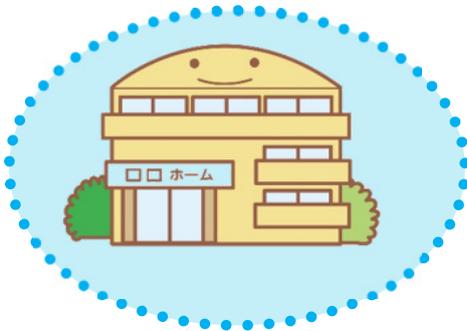
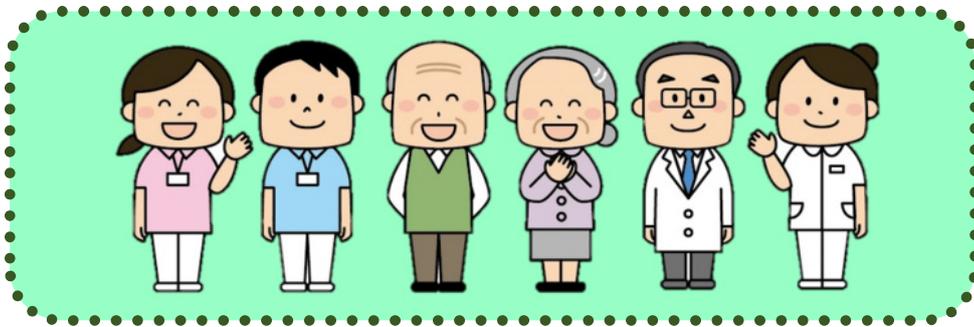




佐世保市在宅医療・介護連携事業 ～退院連携の手引き～



2015年10月
(改訂：2018年10月)

佐世保市在宅医療・介護連携協議会
退院連携検討専門部会





— もくじ —

1. 手引きの作成について	.....P1
2. 対象者について	
3. 手順について	
4. 退院支援が必要と判断	
◇ ア：入院時に介護保険を利用していた場合（担当ケアマネがいる場合）	.....P2
◇ イ：入院時に介護保険を利用していない場合（担当ケアマネがいない場合）	.....P3
5. ■退院支援フロー図	.....P4
6. 退院連携事前情報提供書記入にあたっての留意事項	.....P5
7. 退院連携事前情報提供書（様式）	.....P6
8. 退院連携事前情報提供書（様式）記入例	.....P7
9. 参考資料＜入院・退院支援にかかる診療報酬および介護報酬＞	.....P8
10. 入院時情報提供書（おもて面）	.....P9
// （うら面）	.....P10
11. 退院・退所情報記録書	.....P11
12. 退院連携検討専門部会委員名簿	.....P12

改訂履歴

発行日	内容
2015年10月1日	初版発行
2018年10月1日	改訂版発行



1. 手引きの作成について

佐世保市では、患者・家族が安心して退院後の在宅（自宅等）療養に移行できるよう、退院連携検討専門部会を設置し、退院連携における地域課題の整理、対応の方向性について検討を行い、下記の方向性が示されました。

■平成26年度退院連携検討専門部会で示された方向性

○病院担当窓口リストを作成し、関係機関と共有を行う。

○入院早期より、退院に向けて、退院・転院先やケアマネに対し、あらかじめ情報提供（看護情報提供書等にて）を行う。また、その際、退院後の療養方針等（この方は××日位の入院で、退院後は●●で療養予定です、等）の情報提供を行う。

→その際は、制度や受入先の体制、職種の専門性や制約事項等を踏まえた療養方針の決定を行う

→必要に応じ、関係職種間で退院前カンファレンスを実施（特に在宅に初回移行する場合）

上記方向性を受け、平成27年度以降、引き続き連携に必要な情報項目等について検討を行い、この度手引きとして取りまとめました。

本手引きは、推奨する情報共有書等により医療と介護の連携を図り、より充実した退院連携を行う事を目的としています。

2. 対象者について

入院→退院される方は、老若男女、様々な年代が想定されますが、本専門部会では以下の方を対象者とします。

①介護保険サービスを現在利用している患者、または介護保険サービスの利用を希望する患者。

（必要な患者。）

②その他、病院担当者が【退院連携が必要である】と判断した患者。

3. 手順について

各病院の対応マニュアル等に基づき、退院支援の必要性について判断してください。

退院支援が必要と判断した場合は、「退院支援（フロー）」および「記入にあたっての留意事項」をご参照いただき、本手引き書 **ア**・**イ** に沿ってご使用ください。

また、退院支援のポイントとなる最小限の流れを示しており各医療機関の実情を踏まえて適宜肉付けを行っていただき、他機関との情報共有を図ってください。

4. 退院支援が必要と判断

ア：入院時に介護保険を利用していた場合（担当ケアマネがいる場合）



(1) 病院の担当者は以下のパターンにより、担当者を確認してください。

(1) - ①担当ケアマネから情報提供等のアクションがあった場合

病院担当者はケアマネと退院支援に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整機関）等の情報共有を行ってください。（カンファが必要な場合はその日程も）

(1) - ②担当ケアマネから情報提供等のアクションが無い場合

介護保険証や家族からの聞き取りにより、担当ケアマネへ連絡を取ってください。

病院担当者はケアマネと退院支援に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整機関）等の情報共有を行ってください。（カンファが必要な場合はその日程も）

！ケアマネさんへ（お願い）

- 入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者に対して、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するよう依頼することを義務づけられています。【省令改正】(ケアマネの連絡先等を保険証やお薬手帳等と一緒に保管するよう依頼することが望ましい、となっています。)
- ケアマネジャーの皆さんは別紙「病院担当者窓口リスト」等を活用し、積極的に患者(利用者)について、病院担当者と情報を共有してください。病院の形態(急性期、回復期、慢性期、介護医療院等)により医療機関側が必要とする情報が異なると思いますので、電話・面談等で適宜情報共有を行ってください。

《病院への情報提供項目例》標準様式例 P9(おもて)・P10(うら)添付

1.利用者(患者)基本情報、2.家族構成/連絡先、3.本人/家族の意向、4.入院前の介護サービスの利用状況、5.今後の在宅生活の展望、6.カンファレンスなど、7.身体・生機能の状況/療養生活上の課題、8.薬、9.かかりつけ医等

(2) 退院調整時に様式【退院連携事前情報提供書】をご活用ください。

事前情報提供書を出すタイミングは、各病院の形態や患者の容体により異なってきますが、概ね退院の目途がついて退院調整に入る時点を想定しています。

病院担当と転院・転施設、在宅担当（訪問看護師、ケアマネ等）間にて、事前情報共有としてご使用ください。

(3) 退院時カンファレンス

カンファレンスについては、なるべく全員の患者に行われるのがベストですが、必要性等も考慮し、各病院で判断を行ってください。

また、カンファレンスが結果必要無かった患者においても、主治医、病院担当、ケアマネ、在宅医療に携わる医療・介護職、患者本人、家族間の情報共有を図りましょう。

※要件を満たせば、診療報酬・介護報酬の算定が可能です。

(4) 退院時サマリ…各病院は看護・介護の引き継ぎ書として在宅担当者へ提供してください。

(5) 退院



イ：入院時に介護保険を利用していない場合（担当ケアマネがない場合）

(1) -1 病院の担当者は以下の要領で、在宅担当者の決定支援を行ってください。



ポイント①介護保険申請への手続き支援

病院担当者は、家族などに介護保険申請の手続きを促すよう説明を行ってください。



ポイント②担当者の決定支援

ポイント①と並行して、病院担当者は在宅担当者（ケアマネ等）の決定のための支援を行ってください。

※想定されるパターン（家族、患者本人への情報提供による支援）

①ケアマネジャーを照会するパターン（要介護）

→ 居宅介護事業者リスト等の情報を提供し、ケアマネ決定の支援。

②地域包括支援センターを照会するパターン（要支援）

→ 患者住所地の地域包括支援センターを紹介。

③判断に迷う場合

→ 患者住所地の地域包括支援センターを紹介。

(1) -2 担当者（ケアマネ等）決定

病院担当者は担当者（ケアマネ等）と退院支援に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整機関）等の情報共有を行ってください。（カンファが必要な場合はその日程も）

【(2) 以下は **ア**：入院時に介護保険を利用していた場合（担当ケアマネがいる場合）と同様】

(2) 退院調整時に様式【退院連携事前情報提供書】をご活用ください。

(3) 退院時カンファレンス

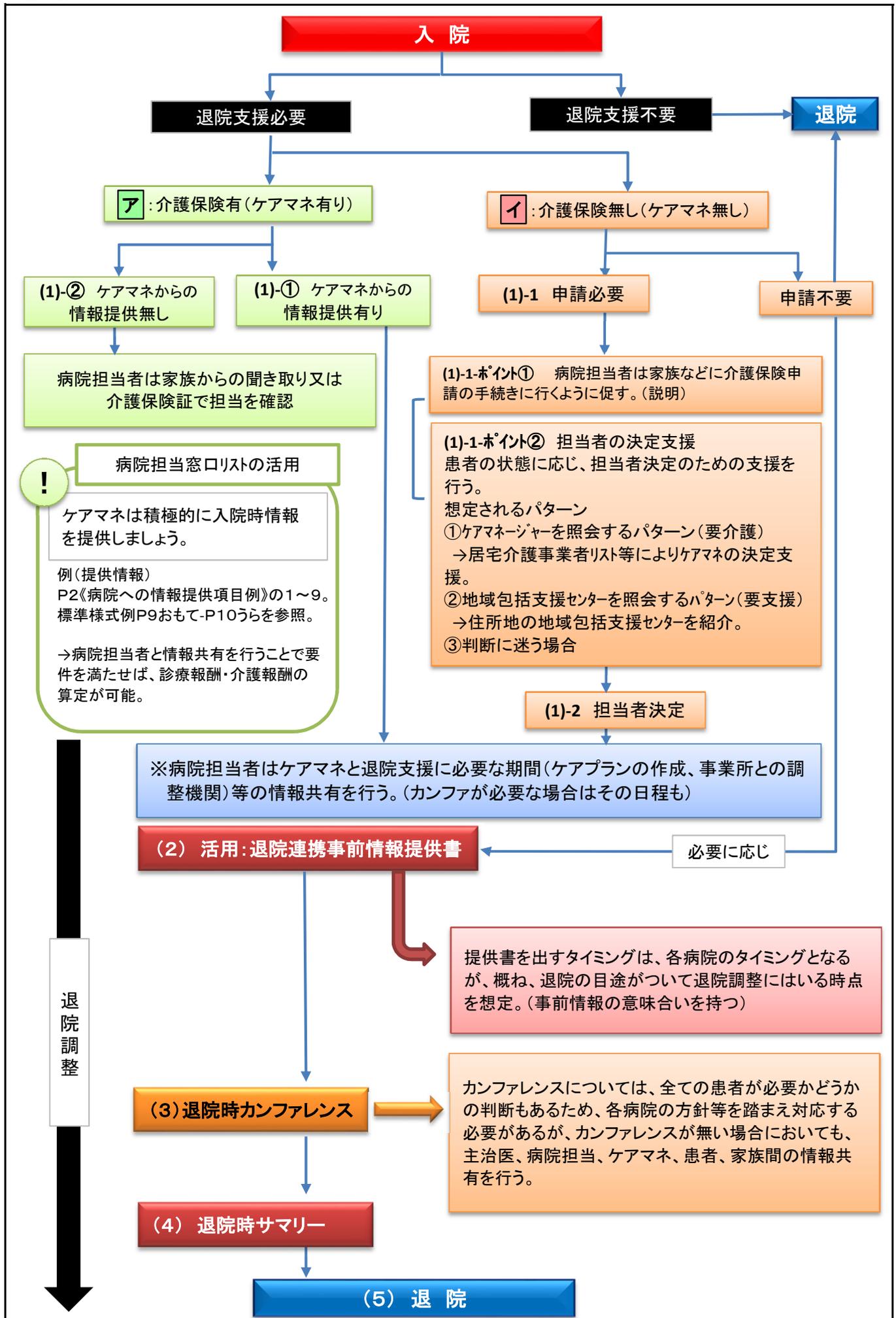
(4) 退院時サマリ…各病院は看護・介護の引き継ぎ書として在宅担当者へ提供してください。

(5) 退院

充実した退院支援が行えるよう
日頃より【顔が見える関係づくり】を推進しましょう



■退院支援(フロー)



記入にあたっての留意事項

1. 「患者氏名・生年月日・年齢・性別・住所」は、本人の特定に関する重要な情報ですので、記載漏れや誤りのないようにしてください。
2. ■はすべて記入してください。
3. 【患者状態】【患者情報・その他】は、送付時点で記載可能な項目を全て記載してください。
4. 本提供書は、事前送付を基本とするので、転院等の時期において患者の状態が変化している場合は、レ点を二重線で取り消し、該当する項目を■（四角）に塗りつぶし運用してください。
5. 他特記事項について
 - ・今後の治療方針や本人または家族の意向等についてご記入ください。
 - ・その他、患者状態や利用している介護保険サービス等についてご記入ください。
6. 適宜、担当者間で電話連絡を行い、必要な事項を共有してください。
7. 本提供書を通じて提供される個人情報、「個人情報保護法」及び「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」（厚生労働省）に則り、各医療機関・介護施設・事業所の責任において適切な取扱いをお願いいたします。
8. 退院連携の手引き・様式【退院連携事前情報提供書】・病院担当窓口リストについて

佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト「かっちえて」より、様式等ダウンロードできます。

<http://www.sasebo-zaitaku.net/>

<手順> **医療・介護従事者の方へ** → **各種ダウンロード** → 様式を選択しダウンロード
また、改訂版は随時更新いたしますので適宜ご活用ください。

※上記ウェブサイトよりダウンロード出来ない場合は、下記へお問合せください。

担当窓口：佐世保市在宅医療・介護連携協議会事務局

佐世保市在宅医療・介護連携サポートセンター ☎0956-22-5901



< 退院連携事前情報提供書 >

■情報提供医療機関		■受理医療機関・施設	
■患者氏名	ふりがな	■生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H
■年齢	歳	■患者住所	()
■傷病名(入院の原因となった病名/合併症等)			
■紹介目的		■入院期間	月 日 ~ 月 日
■家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他	■キ-パ-ソン	■続柄
■居室事業所名		■担当ケアマネ	

【患者状態】

発症前のADL	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり	発症後のADL	(月 日)現在	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり
計測	身長:(cm)計測日(月 日)	体重:(kg)計測日(月 日)		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 意識障害レベル(JCS -) <input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度疎通できる <input type="checkbox"/> 疎通できない			
認知レベル	<input type="checkbox"/> なし <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 <input type="checkbox"/> 現段階では判断できない			
危険行動	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ベッド柵外し <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> チューブ抜去 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他()			
危険防止	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 畳・マット対応 <input type="checkbox"/> 安全ベルト(体幹ベスト) <input type="checkbox"/> その他()			
高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 (<input type="checkbox"/> 運動性優位 <input type="checkbox"/> 感覚性優位) <input type="checkbox"/> 現段階では判断できない			
運動麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 廃用性筋力低下			
活動/運動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上		特記:(リハビリ起算日等)	
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 ※最終入浴日(月 日) 特記:			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事摂取量()割	食事形態(主食;	副食;
栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 腸ろう):(カテテル) <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> CVポートあり <input type="checkbox"/> 末梢静脈輸液			
嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食事可能) <input type="checkbox"/> あり(食事不可)			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 最終排便(月 日) <input type="checkbox"/> その他特記事項()			
睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 要入眠剤 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他()			
感染症	HBS() HCV() MRSA() その他() <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 結果未			
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有() <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明			
薬剤管理	内服薬:()		外用薬:()	
(薬剤一覧は別紙可)	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> その他()		高価薬剤について <input type="checkbox"/> 変更可 <input type="checkbox"/> 変更不可	
退院後予想される医療処置	<input type="checkbox"/> 吸引(回/日)	<input type="checkbox"/> バルンカテーテル留置	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 褥瘡等皮膚処置
	<input type="checkbox"/> 酸素(l/分)	<input type="checkbox"/> 自己導尿	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 疼痛管理
	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 末梢点滴	
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> 血液透析	
	<input type="checkbox"/> 持続陽圧呼吸療法	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> 自己腹膜透析	

【患者情報・その他】

保険の種類	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢	年金の種類	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 不明
介護保険	<input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有(要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 (申請日: 年 月 日)		
退院後の計画	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅又は施設 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関		
他特記事項			
【記載者】:	看護師()		MSW ()

<本情報提供書を連携する医療機関や介護施設等に提供することについて、患者または家族の同意を得ています>
 ※各医療機関は必ず診療諸記録(法的根拠がある記録)に<〇月〇日>、<XXX>に<△△△>を説明し、同意を得た旨を記載する事とする。
 ※適宜、担当者間で電話連絡等を行い、必要な情報を共有すること。 佐世保市在宅医療 介護連携協議会/退院連携検討専門部会

記入例

http://www.sasebo-zaitaku.net/ >

■記入日: 2015 年 10 月 10 日

< 退院連携事前情報提供書 >

情報提供医療機関	させぼ病院	■受理医療機関・施設	老健させぼ		
■患者氏名	ふりがな させぼ はなこ 佐世保 花子	■生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input checked="" type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H 7 年 8 月 30 日	■性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
■年齢	83 歳	■患者住所	長崎県佐世保市△△町○○番地	☎	0956-12-34
■傷病名(入院の原因となった病名/合併症等)	左大腿骨頸部骨折				
■紹介目的	独居生活のためご家族の意向で、老健させぼへの入所を希望されています。		■入院期間	10 月 1 日 ~ 10 月 12 日	
■家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他		■キーパーソン	佐世保 太郎	
■居宅事業所名	させぼ介護事業所		■担当ケアマネ	けあまね さくら	
■が付いている項目は全て記入					

【患者状態】				
発症前のADL	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり	発症後のADL (10 月 12 日)現在	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり	
計測	身長 : (145 cm) 計測日 (10 月 1 日)	体重 : (52 kg) 計測日 (10 月 10 日)		
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 意識障害レベル(JCS -) <input type="checkbox"/> 疎通できる <input checked="" type="checkbox"/> ある程度疎通できる <input type="checkbox"/> 疎通できない			
認知レベル	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 現段階では判断できない			
危険行動	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ベッド柵外し <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> チューブ抜去 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他()			
危険防止	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 畳・マット対応 <input type="checkbox"/> 安全ベルト(体幹ベスト) <input type="checkbox"/> その他()			
高次脳機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 (<input type="checkbox"/> 運動性優位 <input type="checkbox"/> 感覚性優位) <input type="checkbox"/> 現段階では判断できない			
運動麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 廃用性筋力低下			
活動/運動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上 特記:(リハビリ起算日等)			
清潔	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助 ※最終入浴日 (10 月 11 日) 特記:			
食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事摂取量(8)割 食事形態(主食; 全粥 副食; きざみ)			
栄養	<input type="checkbox"/> 経管栄養 (<input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 腸ろう):(カテテル) <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> CVポートあり <input type="checkbox"/> 末梢静脈輸液			
嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食事可能) <input type="checkbox"/> あり(食事不可)			
排泄	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ <input checked="" type="checkbox"/> 最終排便(10 月 10 日) <input checked="" type="checkbox"/> その他(緩下剤内服中)			
睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 要入眠剤 ()			
感染症	HBS() HCV() 転院時期において患者の状態が変化している場合は、レ点を二重線で取り消し、該当する項目を■(四角)に塗りつぶす 検査 <input type="checkbox"/> 結果未			
アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 有() 不明			
薬剤管理	内服薬:(高血圧症・関節痛) 外用薬:(湿布・ボルタレン座薬) (薬剤一覧は別紙可) <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> その他() 高額薬剤について <input type="checkbox"/> 変更可 <input type="checkbox"/> 変更不可			
退院後予想される医療処置	<input type="checkbox"/> 吸引(回/日)	<input type="checkbox"/> バルンカテーテル留置	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡等皮膚処置
	<input type="checkbox"/> 酸素(l/分)	<input type="checkbox"/> 自己導尿	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 疼痛管理
	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 人工肛門	<input type="checkbox"/> 末梢点滴	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 人工膀胱	<input type="checkbox"/> 血液透析	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 持続陽圧呼吸療法	<input type="checkbox"/> インスリン	<input type="checkbox"/> 自己腹膜透析	<input type="checkbox"/>

【患者情報・その他】	
保険の種類	<input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 年金の種類 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 不明
介護保険	<input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有(要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 (申請日: 月 日)
退院後の計画	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅又は施設 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関
他特記事項	・今後の治療方針、本人または家族の意向等を記載。 ・その他患者状態について記入

【記載者】: 看護師 (**白衣 良子**) MSW (**連携 保**)

< 本情報提供書を連携する医療機関や介護施設等に提供することについて、患者または家族の同意を得ています >
※各医療機関は必ず診療諸記録(法的根拠がある記録)に(○月○日)、(XXX)に(△△△)を説明し、同意を得た旨を記載する事とする。
※適宜、担当者間で電話連絡等を行い、必要な情報を共有すること。 佐世保市在宅医療介護連携協議会/退院連携検討専門部会

<入院・退院支援にかかわる診療報酬・介護報酬>

【診療報酬加算（病院）】



【介護報酬加算（ケアマネジャー）】



（介護予防支援の場合は算定対象とならない）

入院

【入院時支援加算】 200点
※条件有り

【入退院支援加算1】
イ 一般病棟 600点
ロ 療養病棟 1200点

【入退院支援加算2】
イ 一般病棟 190点
ロ 療養病棟 635点

【介護支援等連携指導料】（初回） 400点
※障害福祉サービスを含む

【介護支援等連携指導料】（2回目） 400点
※障害福祉サービスを含む

【退院時共同指導1】
・在宅療養支援診療所 1500点
・上記以外の場合 900点

【退院時共同指導2】 400点

・入院医療機関の医師と在宅療養担当医との共同での指導加算
+300点加算
・入医療機関の医師又は看護師等と、在宅療養スタッフ3者以上との共同加算
+2000点加算

退院

【入院時情報連携加算】

（Ⅰ）入院後3日以内に情報提供 200単位
（Ⅱ）入院後7日以内に情報提供 100単位

※情報提供の方法は問わない

※標準様式例:「入院時情報提供書」P9・P10参照

【退院・退所加算】

	カンファレンス参加有	カンファレンス参加無
情報提供1回	600単位	450単位
情報提供2回	750単位	600単位
情報提供3回	900単位	—

※標準様式例:「退院・退所情報記録書」P11参照

※2018年4月の診療報酬及び介護報酬の内容です。

算定にあたっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準等を確認してください。

記入日： 年 月 日
 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：
 ご担当者名：

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	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日	生
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、__階建て、居室__階、エレベーター（有・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(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
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				医師の判断
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				ケアマネジャーの判断
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（身体・精神・知的）		
年金などの種類	<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/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他（ ） * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL:	TEL	

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
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	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <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
家族や同居者等による虐待の疑い*	<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」への参加	<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

* = 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

おもて：(厚生労働省様式)

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		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	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	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 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	起居動作	自立	見守り	一部介助	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 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <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"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	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	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
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"/> あり (理由: _____ 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	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: _____)		
服薬状況	<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

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フカガ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・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

うら: (厚生労働省様式)

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	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・ 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日					
	入院原因疾患(入所目的等)					
	入院・入所先	施設名	棟	室		
	今後の医学管理	医療機関名：	方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	* 番号記入	安定() 不安定()	
	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"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		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		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <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> 病気、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> 病気、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 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"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input 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 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)		
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(合併症)、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疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small>			
在宅復帰のために整えなければならない要件					
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				無・有
2	年 月 日				無・有
3	年 月 日				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。

(厚生労働省様式)

**在宅医療・介護連携事業
退院連携検討専門部会 委員名簿**

委員名	所属・肩書き		年度
土井 庸正	佐世保市医師会 副会長(介護老人保健施設 サクラ 施設長)	部会長	H26・27
迎 徹	佐世保市医師会 在宅担当理事(むかい医院 理事長)	委員	〃
平尾 幸一	佐世保中央病院 副院長	〃	〃
吉田 俊昭	長崎労災病院 副院長	〃	〃
緒方 信子	佐世保市立総合病院 地域連携室 主幹	〃	H26
畑中 玲子	佐世保市立総合病院 地域連携室 副主幹	〃	H27
加藤 純子	佐世保共済病院 医療連携室師長	〃	H26・27
田中 博也	田中医院 院長	〃	〃
千住 晋	佐世保市介護支援専門員連絡協議会 会長	〃	〃
森 俊輔	佐世保市介護支援専門員連絡協議会 副会長	〃	〃
関戸 房光	佐世保市老人福祉施設連絡協議会 副会長	〃	〃
広松 なおみ	佐世保市グループホーム連絡協議会(グループホームあたご 取締役)	〃	H26
山尾 継祐	佐世保市グループホーム連絡協議会(ナイスケア グループホーム白岳 施設長)	〃	H27
越智 幸代	訪問看護ステーション連絡協議会 県北ブロック ブロック長	〃	H26・27
山岡 久子	山澄地域包括センター センター長	〃	〃
菊田 早苗	中部地域包括センター センター長	〃	〃

事務局

佐世保市医師会	佐世保市医療政策課	佐世保市長寿社会課	NTT データ経営研究所
---------	-----------	-----------	--------------



佐世保市在宅医療・介護連携協議会 退院連携検討専門部会
(佐世保市医師会、佐世保市医療政策課、長寿社会課)
作成日:2015年9月1日

〈お問い合わせ先〉
担当窓口:佐世保市在宅医療・介護連携協議会事務局
佐世保市在宅医療・介護連携サポートセンター
住 所:佐世保市祇園町 257 番地(佐世保医師会館内)
T E L:0956-22-5901 F A X:0956-22-5952
E m a i l:s-zaitaku@saseo-ishikai.com

