

取手・守谷・利根地域における 入退院連携マニュアル

-病院と地域で切れ目のない連携をめざして-

本マニュアルは主に病院と介護支援専門員間における

入退院調整ルールを記載したものです

※検査入院等で、状態変化がない場合は本ルールの対象から除外します。

平成 3 0 年 4 月

取手・守谷・利根地域在宅医療・介護連携協議会

目 次

1. 目 的.....	3
2. 対象者.....	3
3. 背 景.....	3
4. ケアマネジャーにおけるお薬手帳等の活用	4
5. 入退院調整ルール	4
(1) 入院前に要介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっ ている）場合	4
(2) 入院前に要介護認定を受けていない.....	6
(3) 入院前に介護認定はあるがケアマネジャーが決まっていない場合	7
(4) 退院調整が必要な患者の基準	9
(5) 入院患者の介護認定の有無等が分からない場合	9
(6) 個人情報の取り扱いについて	10
6. 在宅医療・介護連携に関する診療報酬及び介護報酬一覧（概要）	11
7. 関係機関一覧	12
8. 病院担当窓口一覧（平成30年4月1日現在）	14
9. 情報共有・入退院時連携ワーキンググループ 名簿	16

1. 目 的

医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的とする。

2. 対象者

取手市・守谷市内の病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

3. 背 景

平成30年度は、6年に一度の診療報酬と介護報酬の同時改定であり、団塊の世代が全て75歳以上の高齢者となる2025年に向けた地域包括ケアシステムの構築のための取組みの強化が求められている。

(1) 平成30年度診療報酬改定

I) 入退院支援の推進

現行の退院支援加算は、入院早期から退院後までの切れ目のない支援を評価していることから、加算の名称を「入退院支援加算」に見直す。

II) 関係機関の連携強化に向けた退院時共同指導料の見直し

「退院時共同指導料」において、医師及び看護職員以外の医療従事者が共同指導する場合も評価対象とするよう見直しされた。

III) 入退院時の連携強化

居宅介護支援事業者に対する診療情報の提供のうち、患者の同意を得て退院前2週間以内の期間に行ったものについて、介護支援等連携指導料を算定していない患者に限り、診療情報提供料（I）を算定可能とした。

IV) 障害福祉サービスの相談支援専門員との連携

医療機関と居宅介護支援事業者や介護支援専門員との連携に係る評価について、障害福祉サービス事業における相談支援事業者や相談支援専門員との連携も評価対象とした。

(2) 平成30年度介護報酬改定

I) 医療と介護の連携の強化（入院時情報連携加算等の見直し）

①利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務付けられた。

②訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づけられた。

II) 末期の悪性腫瘍の利用者に対するケアマネジメント

①ケアマネジメントプロセスの簡素化

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること

等によりケアマネジメントプロセスを簡素化される。

②頻回な利用者の状態変化等の把握等に対する評価に創設

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合を新たに評価する。

Ⅲ) 障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携

①障害福祉サービスを利用してきた障害者が介護保険サービスを利用する場合等における、ケアマネジャーと障害福祉制度の相談支援専門員との密接な連携を促進するため、指定居宅介護支援事業者が特定相談支援事業者との連携に努める必要がある旨を明確にする。

(3)「人生の最終段階における医療の決定プロセスに関するガイドライン」の改定

厚生労働省医政局において、高齢多死社会の進展に伴い、地域包括ケアシステムの構築に対応する必要があること等を踏まえ、「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」へ名称変更、医療・ケアチームに介護従事者が含まれることが明確化された。

4. ケアマネジャーにおけるお薬手帳等の活用

(指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準の一部改正等)

3.(2)②のとおり、訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づけられることから、お薬手帳等にケアマネジャーの名刺、介護保険被保険者証や健康保険被保険者証を挟み保管しておくのが望ましい。とされた。

5. 入退院調整ルール

(1)入院前に要介護認定を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)場合

①入院の連絡(病院→担当ケアマネジャー)

I)病院担当者は、入院患者が在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要があるため、患者や家族に担当ケアマネジャーを確認のうえ、担当ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。

II)病院担当者が担当ケアマネジャーを把握しやすいように、担当ケアマネジャーは日頃より下記のような工夫に努める。

②入院時の情報提供(担当ケアマネジャー→病院)

I)担当ケアマネジャーは、担当する利用者の入院を把握した場合は、病院では、患者の入院後1週間程度で退院に向けてのアセスメント(評価)を行うため、速やかに入院時情報連携加算に係る様式例「入院時情報提供書」(平成30年3月22日付老高発0322第2号老振発0322第1号・老老発0322第3号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準(訪問通所サービス、居宅療養管理

指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について別紙 22「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（平成成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知）「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について」を参照）（以下、「入院時情報提供書」という。）を入院後 1 週間以内に病院の担当者に情報提供する。

Ⅱ）入院後 3 日以内に情報提供を行った場合（提供方法は問わない）は入院時情報連携加算（Ⅰ）を、入院後 7 日以内に情報提供（提供方法は問わない）を行った場合は、入院時情報連携加算（Ⅱ）を取得することができる。

Ⅲ）なお、病院に情報提供する場合は、個人情報に留意する必要がある。

i：FAX の場合は、病院担当者へ FAX する旨を電話連絡する。

ii：持参する場合は、事前に病院担当者へ訪問日時等を電話連絡する。

③病院と担当ケアマネジャーの情報交換

Ⅰ）担当ケアマネジャーが入院中に病院と情報交換を行う場合は、事前に病院担当者へ連絡のうえ訪問することが望ましい。

Ⅱ）担当ケアマネジャーは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握に努める。

④退院の連絡

Ⅰ）病院担当者は、患者の状態や要望を反映した介護保険のサービス調整には、少なくとも退院の日前後 2 週間は必要なため、患者の同意を得て退院の日前後 2 週間の期間に、担当ケアマネジャーに診療情報の提供を行う。

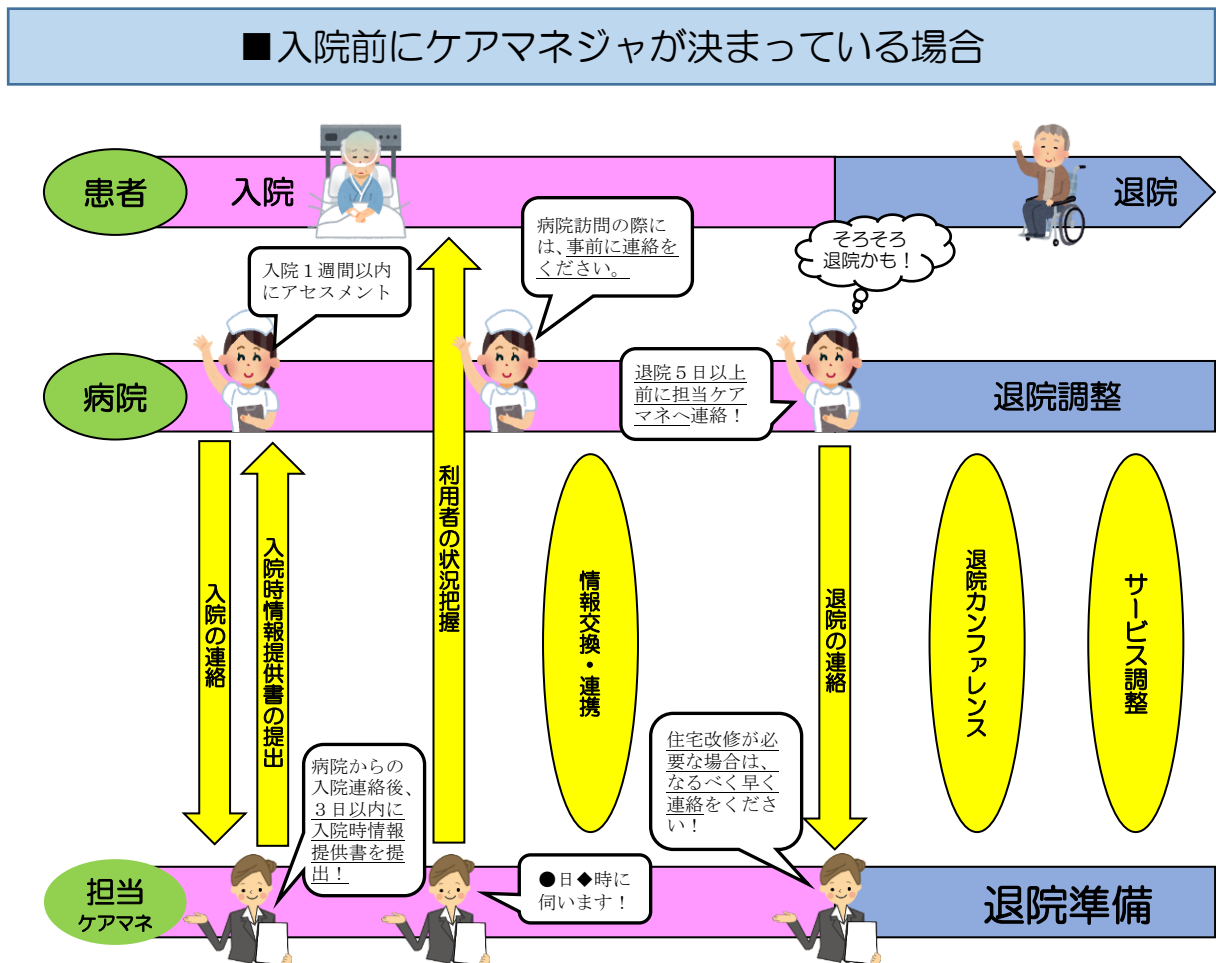
Ⅱ）住宅改修や区分変更等が必要な場合は、病院担当者は速やかに担当ケアマネジャーへ連絡する。

Ⅲ）何らかの事情により急に退院となった場合は、病院担当者は直ちに担当ケアマネジャーへ連絡する。

Ⅳ）担当ケアマネジャーは、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、退院・退所加算に係る様式例「退院・退所情報記録書」（平成 30 年 3 月 22 日付老高発 0322 第 2 号老振発 0322 第 1 号・老老発 0322 第 3 号「指定居宅サービスに要する費用の額の算定に関する基準（訪問通所サービス、居宅療養管理指導及び福祉用具貸与に係る部分）及び指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準の制定に伴う実施上の留意事項について」等の一部改正について別紙 22「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について（平成成 21 年 3 月 13 日老振発第 0313001 号厚生労働省老健局振興課長通知）「居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について」を参照）（以下、「退院・退所情報記録書」という。）を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。

Ⅴ）担当ケアマネジャーは、ケアプラン作成と併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。（家族の心理的支援等）

⑤入退院調整の流れ（概要フロー）



(2) 入院前に要介護認定を受けていない

①退院調整が必要な患者について

【病院→地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所】

I) 病院担当者は退院調整を行い、当該患者の居住地を管轄する市町の地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所（以下、「地域包括支援センター等という。」）へ連絡する。

ただし、事前に患者・家族に介護保険利用についての意向を確認のうえ、病院から地域包括支援センター等に連絡することの了承を得ておく必要がある。

II) 患者または家族が介護保険の利用を拒否しているが、病院担当者として必要と判断する場合は、地域包括支援センターへ連絡する。

III) なお、介護認定はあるが、ケアマネジャーが決まっていない場合は、患者・家族に同意を得て、病院から直接居宅介護支援事業所へ連絡しても差し支えない。

②介護保険申請等の支援

I) 病院担当者は、退院時に在宅等での生活に何らかの支援が必要だと見通しがたっており、介護保険の利用が必要な場合、介護保険制度の説明及び介護保険申請等の支援を行う。

II) 地域包括支援センターは、病院から入院患者の介護保険にかかる相談があった

場合は、病院担当者とも連携のうえ、入院患者の状況把握及び介護保険申請等必要な支援を行う。

- Ⅲ) なお、病院担当者は、家族が介護保険の申請等必要な手続きが可能な場合は、まずは家族に必要な手続きを行なっていただくよう依頼する。

③病院と地域包括支援センター間の情報交換について

- I) 地域包括支援センターが、入院中に病院と情報交換を行う必要がある場合は、事前に病院担当者へ連絡のうえ訪問することが望ましい。
- Ⅱ) 地域包括支援センターは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の患者の状況把握に努める。

④退院の連絡について（病院→地域包括支援センター等）

- I) 病院担当者は、患者の状態や要望を反映した介護保険のサービス調整には、少なくとも退院の日前後2週間は必要なため、患者の同意を得て退院の日前後2週間の期間に、担当ケアマネジャーに診療情報の提供を行う。
- Ⅱ) 住宅改修や区分変更等が必要な場合は、病院担当者は速やかに担当ケアマネジャーへ連絡する。
- Ⅲ) 何らかの事情により急に退院となった場合は、病院担当者は直ちに担当ケアマネジャーへ連絡する。
- Ⅳ) 担当ケアマネジャーは、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「退院調整情報記録書」を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。
- Ⅴ) 担当ケアマネジャーは、ケアプラン作成と併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。（家族の心理的支援等）
- (3) 入院前に介護認定はあるがケアマネジャーが決まっていない場合

①退院調整が必要な患者について

【病院→地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所】

- I) 病院担当者は退院調整を行い、当該患者の居住地を管轄する市町の地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所（以下、「地域包括支援センター等という。」）へ連絡する。

ただし、事前に患者・家族に介護保険利用についての意向を確認のうえ、病院から地域包括支援センター等に連絡することの了承を得ておく必要がある。

- Ⅱ) 患者または家族が介護保険の利用を拒否しているが、病院担当者として必要と判断する場合は、地域包括支援センターへ連絡する。
- Ⅲ) なお、介護認定はあるが、ケアマネジャーが決まっていない場合は、患者・家族に同意を得て、病院から直接居宅介護支援事業所へ連絡しても差し支えない。

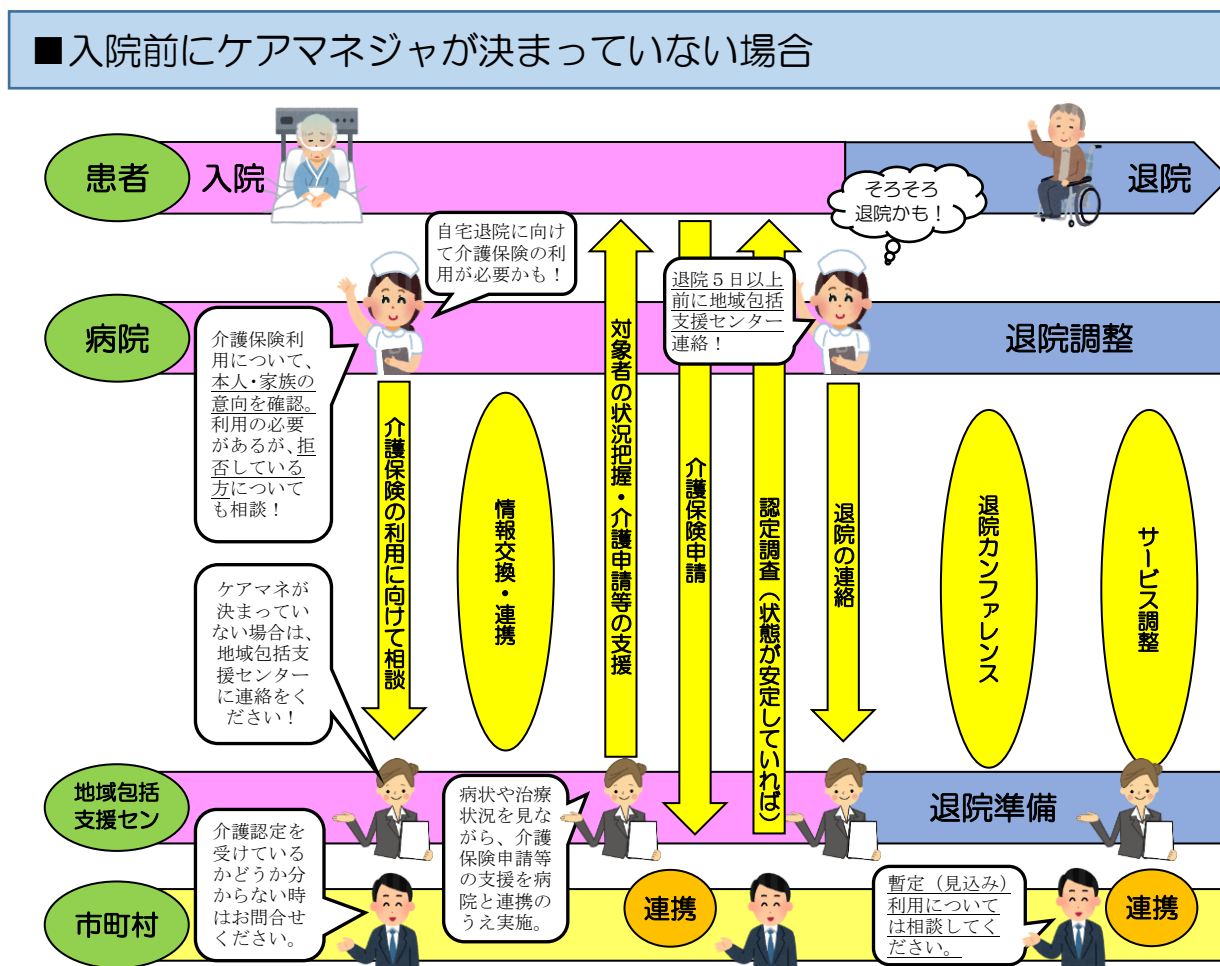
②病院と地域包括支援センター間の情報交換について

- I) 地域包括支援センターが、入院中に病院と情報交換を行う場合は、事前に病院担当者へ連絡のうえ訪問することが望ましい。
- Ⅱ) 地域包括支援センターは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の患者の状況把握に努める。

③退院の連絡について（病院→地域包括支援センター等）

- I) 病院担当者は、患者の状態や要望を反映した介護保険のサービス調整には、少なくとも退院の日前後2週間は必要なため、患者の同意を得て退院の日前後2週間の期間に、担当ケアマネジャーに診療情報の提供を行う。
- II) 住宅改修や区分変更等が必要な場合は、病院担当者は速やかに担当ケアマネジャーへ連絡する。
- III) 何らかの事情により急に退院となった場合は、病院担当者は直ちに担当ケアマネジャーへ連絡する。
- IV) 担当ケアマネジャーは、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「退院調整情報記録書」を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。
- V) 担当ケアマネジャーは、ケアプラン作成と併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。（家族の心理的支援等）

④入退院調整の流れ（概要フロー）



(4) 退院調整が必要な患者の基準

I) 既に介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）場合

- ・入院前から地域包括支援センターまたはケアマネジャーと契約している患者は、要支援・要介護に関係なく引き継ぐ。



担当ケアマネジャーへ連絡
・地域包括支援センター
・居宅介護支援事業所

II) 入院前に要介護認定を受けていない

（介護認定はあるがケアマネジャーが決まっていない）場合

1. 退院調整が必要な患者（要介護）

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・着脱、入浴に介助が必要
- ・排泄に介助が必要
- ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症（高次脳機能障害含む）
- ・再入院を繰り返しておる方

1項目でも
当てはまれば



居宅介護支援事業所へ連絡

2. 1. 以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）

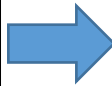
- ・在宅では、独居かそれに近い状態（老老介護、家族介護力が低い等）で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ・入院時と退院時でADLが悪化している方、1日の中でもADLが変化する方
- ・認知症（軽度）があり、かつ独居かそれに近い状態（老老介護、家族介護力が低い等）の方
- ・（ADLは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引、在宅酸素、ストーマなど）が追加された方
- ・再入院を繰り返している方



地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡

III) 入院後1～2週間時点で「在宅への退院ができそう」と判断する基準

- 1. 病状がある程度安定した状態である
- 2. 在宅での介護が可能そうである



入院期間が2週間程度の場合、入院1週目で、
入院期間が3週間程度の場合、入院2週目で判断
（参考）医療・看護必要度A項目がなくなる頃が目安

(5) 入院患者の介護認定の有無等が分からない場合

- I) 病院担当者は、入院患者の介護認定の有無や介護サービスの利用状況等が不明なときは、当該患者の居住地を管轄する市町へ問い合わせる。

(6) 個人情報の取り扱いについて

- I) 在宅医療介護の連携で必要な情報提供について、居宅介護支援事業所は利用者との契約時に個人情報の使用について同意をとるなど（下記参照）、適切な取り扱いを行う。

居宅介護支援計画における個人情報使用同意書

例示

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び関連の法令に従い、私の居宅介護サービス計画に基づき、指定居宅介護サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

また、入退院時における在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供する必要がある場合。

2. 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ② 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ③ 在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合には、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ④ その他必要な情報

4. 使用する期間 契約日～契約満了日

平成 年 月 日
居宅介護事業者

様

利用者	住所
	氏名 印
代筆者	氏名 印
家族の代表	住所
	氏名 印

6. 在宅医療・介護連携に関する診療報酬及び介護報酬一覧（概要）

入院時	診療報酬	介護報酬
退院時	住み慣れた地域で継続して生活できるよう、患者の状態に応じた支援体制や地域との連携、外来部門と入院部門との連携等を推進する。 (1) 入院時支援加算（退院時1回） (2) 入退院支援加算 (3) 地域連携診療計画加算 (4) 診療情報提供料	医療・介護の役割分担と連携をより一層推進する。 (1) 入院時情報連携加算
	入退院時の連携に関する評価や退院に向けた入院医療機関と関係機関との共同指導や連携に関する評価を充実させる。 (1) 介護支援等連携指導料 (2) 退院時共同指導料	退院・退所後の在宅生活への移行に向けた医療機関や介護保険施設等との連携を促進する。 (1) 退院・退所加算

（注）本資料は、患者の入院時から退院時まで、入退院連携（病院＝在宅連携に関して診療報酬と介護報酬の加算を紹介したものであり、個々の加算の算定要件や主な条件など詳細は、各病院及び居宅介護支援事業所で、ご確認ください。

7. 関係機関一覧

(1) 取手市

I) 病院

	病院名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX 番号
1	JA とりで 総合医療センター	302-0022	取手市本郷 2-1-1	0297-74-5551	0297-74-2721
2	宗仁会病院	300-1546	取手市岡 1493 番地	0297-85-8341	0297-85-8248
3	常総病院	302-0038	取手市下高井 2371	0297-78-8707	0297-78-8708
4	ハートフルふじしろ 病院	300-1505	取手市下萱場 225	0297-83-7177	0297-83-7155
5	東取手病院	302-0011	取手市井野 字前土井 246	0297-74-3333	0297-74-3338
6	西間木病院	302-0034	取手市戸頭 1-8-21	0297-78-1101	0297-78-1104
7	取手北相馬保健医療 センター医師会病院	302-0032	取手市野々井 1926	0297-78-6111	0297-78-6116

II) 行政

	名称	郵便番号	所在地	電話番号	FAX 番号
1	取手市 高齢福祉課	302-8585	取手市寺田 5139	0297-74-2141	0297-74-6600

III) 地域包括支援センター

	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX 番号
1	地域包括支援センター はあとびあ	302-0011	取手市井野 253	0297-71-3210	0297-74-3212
2	地域包括支援センター 緑寿荘	302-0032	取手市野々井 1926-2	0297-63-4111	0297-63-4122
3	地域包括支援センター さらの杜	302-0038	取手市下高井 2148	0297-70-2801	0297-70-2802
4	地域包括支援センター 藤代なごみの郷	300-1511	取手市櫛木 1342-2	0297-70-3756	0297-82-7532

<地域包括支援センター 担当地区>

	センター名	担当区域
1	地域包括支援センター はあとぴあ	青柳、青柳1丁目、井野、井野1～3丁目、井野台1～2丁目、井野団地、小堀、桑原、小文間、台宿、台宿1・2丁目、中央町、長兵衛新田、取手1～3丁目、東1～6丁目、吉田
2	地域包括支援センター 緑寿荘	稲、野々井、井野台3～5丁目、駒場1～4丁目、新町1～6丁目、寺田、中原町、西1・2丁目、白山1～8丁目、本郷1～5丁目
3	地域包括支援センター さらの杜	市之代、貝塚、下高井、上高井、新取手1～5丁目、戸頭、戸頭1～9丁目、米ノ井ゆめみ野1～5丁目
4	地域包括支援センター 藤代なごみの郷	大曲、岡、神住、片町、上萱場、萱場、櫛木、毛有、小浮気、山王、和田、清水、下萱場、新川、中内、配松、浜田、藤代、双葉1～3丁目、紫水1～3丁目、大留、押切、神浦、光風台1～3丁目、桜が丘1～4丁目、渋沼、小泉、高須、中田、米田、平野、宮和田、谷中、藤代南1～3丁目

(2) 守谷市

I) 病院

	病院名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX 番号
1	茨城リハビリテーション病院	302-0012	守谷市同地 字仲山 360	0297-48-6111	0297-48-6116
2	総合守谷第一病院	300-0102	守谷市松前台 1-17	0297-45-5111	0297-45-5050
3	守谷慶友病院	302-0118	守谷市立沢 980-1	0297-45-3311	0297-45-4541

II) 行政及び地域包括支援センター

	センター名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX 番号
1	守谷市 介護福祉課 (地域包括支援センター)	302-0198	守谷市大柏 950-1	0297-45-1111	0297-45-6527

(3) 利根町

I) 行政及び地域包括支援センター

	病院名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX 番号
1	利根町 福祉課 (地域包括支援センター)	300-1696	北相馬郡利根町 布川 841-1	0297-68-2211	0297-68-6910

8. 病院担当窓口一覧（平成30年4月1日現在）

【取手市】

	すでに介護保険を利用していた（ケアマネが決まっている）場合						新たに介護保険を利用する （ケアマネが決まっていない）場合	
	①ケアマネから			②誰がケアマネに 入院の電話をする？	③ケアマネとの面 談主体は？	④誰がケアマネに 退院日を連絡する？	⑤誰が介護保険を 説明する？ （介護保険利用意向の確 認、介護保険の申請 について）	⑥誰が家族に退院日を連 絡する？
	（電話をしてから） 手渡しの場合	FAX・郵送の場合	E-mail の場合					
JA とりで 総合医療センター	医療福祉相談室 平日 8:30～17:00 Tel0297-74-5551	医療福祉相談室 平日 8:30～17:00 FAX0297-74-5571		病棟看護師 MSW 又は家族	病棟看護師 又はMSW 又は家族	病棟看護師 MSW 又は家族	MSW 又は 居宅、ケアマネジャー	病棟看護師 又はMSW
宗仁会病院	地域医療連携室 平日 8:30～17:00 TEL0297-85-8341	地域医療連携室 平日 8:30～17:00 FAX0297-85-8347	renkei@soujinkai.com	家族 社会福祉士	受け持ち看護師 社会福祉士 又は家族	家族 社会福祉士	受け持ち看護師 社会福祉士	受け持ち看護師
東取手病院	地域連携室 月～土 8:30～17:30 Tel0297-84-1320	地域連携室 月～土 8:30～17:30 FAX0297-77-1130	soudan @higashi-t.or.jp	相談員 （社会福祉士） 家族	相談員 （社会福祉士） 家族	相談員 （社会福祉士） 家族	相談員 （社会福祉士）	相談員 （社会福祉士）
西間木病院	地域連携室 平日 9:00～17:30 Tel0297-78-1101	地域連携室 平日 9:00～17:30 FAX0297-78-8720	info@ nishimagi-hospital.com （連携室宛てで）	MSW 退院調整看護師 又は家族	MSW 退院調整看護師 又は家族	MSW 退院調整看護師 又は家族	MSW	MSW 退院調整看護師
取手北相馬保健医療 センター医師会病院	医療連携室 平日 8:30～17:00 Tel0297-78-6111 （代）	医療連携室 平日 8:30～17:00 FAX0297-78-6184 （直通）		病棟看護師 MSW 又は家族	病棟看護師 MSW 又は家族	病棟看護師 MSW 又は家族	病棟看護師 MSW	病棟看護師 MSW

【守谷市】

	すでに介護保険を利用していた(ケアマネが決まっている)場合						新たに介護保険を利用する (ケアマネが決まっていない)場合	
	①ケアマネから			②誰がケアマネに 入院の電話をする？	③ケアマネとの面 談主体は？	④誰がケアマネに 退院日を連絡する？	⑤誰が介護保険を 説明する？ (介護保険利用意向の 確認、介護保険の申請 について)	⑥誰が地域包括支援 センターに退院日を連 絡する？
	(電話をしてから) 手渡しの場合	FAX・郵送の場合	E-mail の場合					
茨城リハビリテーション病院	総合相談センター 平日・土曜日 8:30～17:00 TEL0297-48-6111 (代表)	総合相談センター FAX であればいつでも FAX0297-48-6083 (直通)	soudanshitsu@aida-hp.jp	MSW 家族	看護師 リハビリスタッフ MSW 又は家族	MSW 家族	MSW	MSW
総合守谷第一病院	患者相談支援センター 平日:8:30～17:00 土曜:8:30～13:00 TEL:0297-45-5111	患者相談支援センター 平日:8:30～17:00 土曜:8:30～13:00 FAX:0297-45-7357	soudan@moriya.daiichi.or.jp	MSW 退院支援看護師 又は家族	MSW 退院支援看護師 又は家族	MSW 退院支援看護師 又は家族	MSW 退院支援看護師	MSW 退院支援看護師
守谷慶友病院	医療相談室 月～土 8:30～17:00 定休日 水・日・祝 TEL0297-45-3711	医療相談室 時間指定なし 0297-21-1620	不可	MSW 家族	MSW 退院調整看護師 又は家族	MSW 家族	MSW 退院調整看護師	MSW

9. 情報共有・入退院時連携ワーキンググループ 名簿

No.	区 分	部署・職種等	氏 名	備 考
1	取手市医師会	副会長	石井 啓一	
2	取手市歯科医師会	堤歯科医院 院長	堤 浩一郎	
3	龍ヶ崎薬剤師会	アイアールファーマシー 株式会社 代表取締役	石塚 博己	
4	看護協会	JA とりで総合医療センター 入退院調整看護師	草間 由香理	
5	病院	宗仁会病院 連携室	杉山 二郎	
6	病院	総合守谷第一病院 連携室	定野 洋平	
7	病院	取手医師会病院支援部課長	鈴木 富枝	
8	ケアマネジャー	取手市介護支援専門員 連絡協議会 会長	荒井 隆司	(代理) 副会長細田貴士
9	ケアマネジャー	守谷市介護支援専門員 連絡協議会 会長	中荃 久仁子	
10	ケアマネジャー	利根町ケアマネジャー 連絡協議会 会長	瀬戸 恵津子	
11	取手市	高齢福祉課 課長補佐	助川 直美	
12	取手市	高齢福祉課 係長	寺崎 邦秀	
13	地域包括支援センター (取手市)	地域包括支援センター 藤代なごみの郷 保健師	片倉 千明	(代理) 鬼久保しのぶ
14	守谷市	介護福祉課 係長	芳師渡 理砂	
15	利根町	福祉課地域包括支援センター	秋山 幸男	
16	取手市医師会	事務局長	高田 康司	
17	取手市医師会	事務局	飯野 知奈美	

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	特記事項（ ☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中（申請日 ____ / ____） ☐ 区分変更（申請日 ____ / ____） ☐ 未申請				
障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			☐ 医師の判断	
認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M			☐ ケアマネジャーの判断	
介護保険の 自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明		障害など認定	☐ なし ☐ あり（身体・精神・知的）	
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他（ ）				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他（ ） * ☐ 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	

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	☐ 同封の居宅サービス計画（ ）参照
入院前の家族の 生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画（ ）参照

4. 入院時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。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ 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）

在宅生活の 必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居（家族構成員数 ____ 名） * ☐ 日中独居 ☐ その他（ ）
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名 ____ 続柄 ____ ・ 年齢 ____）
介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部） ☐ 介護力は見込めない ☐ 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*	☐ なし ☐ 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	☐ 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	☐ 希望あり	

*一診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

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	☐ なし ☐ あり（ ）	
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動（室内）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他	
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動（屋外）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 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
	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	☐ あり（ ） ☐ なし ☐ 不明	
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				UDF等の食形態区分		
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養				水分とろみ	☐ なし ☐ あり	水分制限
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる	常にむせる	義歯	☐ なし ☐ あり（部分・総）	
	口腔清潔	良		不良	著しく不良	口臭	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ／パッド	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時	
睡眠の状態		良	不良（ ）			眠剤の使用	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ あり（ ）	
	聴力	問題なし		やや難あり	困難	補聴器	☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力／攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他（ ）						
疾病歴＊		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他（ ）						
入院歴＊	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり（理由： 期間：H 年 月 日～H 年 月 日） ☐ 不明						
	入院頻度	☐ 頻度は高い／繰り返している ☐ 頻度は低い、これまでもある ☐ 今回が初めて						
入院前に実施している医療処置＊		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酵素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化器ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射（ ） ☐ 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	☐ なし ☐ あり（ ）	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり（職種： ）
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理（・管理者： ） ・管理方法： （ ）		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 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	
医師名	（フリガナ）	診療方法・頻度	☐ 通院 ☐ 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

10. 特記事項

--	--

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（□要区分変更）		
	氏名	様	男・女	歳	□要支援（ ）	□要介護（ ）	□申請中 □なし
入院（所） 経歴	・入院（所）日： 年 月 日 ・退院（所）予定日： 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	
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（ ）
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他（ ）					
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パウチ（ ）					
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず					
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他（ ）					UDF等の食形態区分
	嚥下機能（むせ）	□なし □あり（時々・常に）			義歯	□なし □あり（部分・総）	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良				入院（所）中の使用： □なし □あり	
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助					
	睡眠	□良好 □不良（ ）					眠剤使用 □なし □あり
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □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： □あり □なし					
	＜本人＞退院後の生活に関する本人の意向						
	＜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本人の意向						

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	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酵素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化器ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射（ ） ☐ その他（ ）	
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 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） ☐ ターミナル ☐ その他（ ）	
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習（ストレッチ含む） ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居／立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等） ☐ IADL練習（買い物、調理等） ☐ 疼痛管理（痛みコントロール） ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他（ ）	
	禁忌事項	（禁忌の有無） ☐ なし ☐ あり	（禁忌の内容／留意点）
症状・病状の 予後・予測			
退院にあたっての 日常生活の阻害要因 （心身の状況・環境など）		（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）、良くなっていく方向か、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録する	
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。

居宅介護支援計画における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び関連の法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

また、在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供する必要がある場合。

2. 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- ②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ 在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合には、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ・ その他の情報

4. 使用する期間 契約日～契約満了日

平成 年 月 日

居宅介護支援事業者

利用者	住所	
	氏名	印
代筆者	氏名	印
家族の代表	住所	
	氏名	印