

延岡市

円滑な入退院・医療介護連携のための ガイドブック

(第3版)



円滑な入退院・医療介護連携のため3つのルール

1つ目のルール ガイドブックをみんなで活用しましょう

2つ目のルール チェックリスト(フロー)を確認して、お互いに連携しましょう

3つ目のルール 情報提供シートを活用して、情報を共有しましょう

令和8年6月

は じ め に

介護を必要とする方が、入院や退院の際に、医療機関とケアマネジャー（介護支援専門員）の連携が十分になされないことにより、退院後に必要な介護サービスがすぐに受けられない場合や在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。

このようなことから、延岡市内のケアマネジャーを対象としたアンケート調査を平成29年7月に実施したところ、延岡市内における「連携できなかった件数」が入院時で約20%、退院時で約16%あること、また医療と介護の連携が十分ではないと多く（約70%）のケアマネジャーが感じていることが分かりました。

そこで、延岡市医師会のご協力を得て、医療機関とケアマネジャーが、平成29年度に意見交換会を開催し、連携をとりやすくするための「入退院連携ルール」を策定しました。

この入退院連携ルールは、延岡市内全域で運用し、介護を必要とする方が、入退院に際して、必要な介護サービスの相談等ができ、安心して在宅へ戻ることができるよう、医療機関とケアマネジャーが円滑に連携し、支援していくことを目的としています。

また、このガイドブックは、入退院支援を行う医療機関のスタッフやケアマネジャー等の関係者の皆さま向けに作成したものです。介護を必要とする方の入退院を延岡市内全域で支えるため、関係者の皆さまに内容を理解・共有していただき、入退院連携ルールの普及・活用に、今後ともご協力くださいますようお願いいたします。

初版（平成30年3月）策定、第2版（令和2年3月）改訂以降、情報の更新が滞り、一部に古い情報が掲載されている状況でした。また、本ガイドブックの存在や内容が十分に浸透していない関係機関があることも課題として認識しております。そこで、今回最新の情報に更新するとともに、本ガイドブックのさらなる普及と活用を促進するため、第3版として全面的な改訂を行いました。医療機関やケアマネジャーの皆さまにおかれましては業務の参考にしていただきますようお願い致します。

令和8年6月

延岡市健康福祉部健康長寿課

目 次

1. 延岡市入退院連携ルールの基本・・・・・・・・・・・・・・・・	4
(1) 入退院連携ルールとは	
(2) ルールに関係する主な機関	
(3) ルールの対象となる患者（利用者）	
(4) ルールの見直しについて	
2. 入退院連携ルールの内容・・・・・・・・・・・・・・・・	5
(1) 入退院連携チェックリスト（フロー）	
(2) 入院時に担当ケアマネジャーが決まっている場合	
(3) 入院時に担当ケアマネジャーが決まっていない場合	
(4) 要介護認定申請を勧めた方が良いか検討する判断基準	
(参考) 介護保険のサービス利用開始までにかかる、おおよその日程について	
3. 各種様式・・・・・・・・・・・・・・・・	11
情報提供シート	
入院時情報提供シート（様式1）	
退院時情報提供シート（様式2）	
4. 知っておいてほしい介護保険の基礎知識・・・・・・・・	16
(1) 要介護認定申請をする際の留意点	
(2) 介護保険制度の仕組み	
(3) 地域包括支援センターの業務	
(4) ケアマネジャーの業務と（入退院連携での）役割	
(5) ケアプラン作成の流れ	
5. 知っておいてほしい病棟等の基礎知識・・・・・・・・	18
◇個人情報の取扱いについて・・・・・・・・	19

1. 延岡市入退院連携ルールの基本

(1) 入退院連携ルールとは

延岡市入退院連携ルールは、介護を必要とする患者さんが、退院後も切れ目なく必要な介護サービスを受けられるよう、医療機関とケアマネジャーが連携を円滑に行うためのルールです。

このルールは、患者さんの入退院時における情報共有やカンファレンス、サービス調整等について医療機関とケアマネジャーそれぞれの役割、共通して使用する様式等を定めています。

主に延岡市にお住まいの方が、延岡市の医療機関に入院し、退院後に在宅へ戻るケースを想定していますが、これ以外の状況においても、本ルールを適宜ご活用いただけます。

なお、患者さんの情報を共有する際は、個人情報の取扱いに十分配慮し、原則としてご本人の同意を得る必要があります。

(2) ルールに関係する主な機関 ※意見交換会（令和元年度）に参加した関係機関

○医療機関（看護師・ソーシャルワーカー等）

病院・有床診療所

○介護関係事業所（ケアマネジャー等）

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

小規模多機能型居宅介護事業所・看護小規模多機能型居宅介護事業所

介護老人保健施設・介護老人福祉施設・介護療養型医療施設・養護老人ホーム

認知症対応型共同生活介護・有料老人ホーム（特定施設入所者生活介護）

(3) ルールの対象となる患者（利用者）

介護が必要と考えられ、次のいずれかに該当する患者が対象となります。

①入院前に担当ケアマネジャーが決まっている患者（利用者）

②入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない患者

⇒要介護認定申請を勧めた方が良いか検討する判断基準（P9）に該当する患者

(4) ルールの見直しについて

ルール運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、見直しをしていきます。

令和元年度に、アンケート・意見交換会を実施の上、見直しを行いました。

2 入退院連携ルールの内容

(1) 入退院連携チェックリスト（フロー）

～介護が必要と考えられる患者が入院した時～

	医療機関	ケアマネジャー
在宅時・入院前	☐ 本人・家族へ、入院時に行くことを伝える。 ☐ 入院時は担当ケアマネジャーに連絡すること、介護保険証を必ず持参することを伝える。 ☐ 入退院連携の担当者を決めておく。	☐ 患者・家族の意向（ACP 等）を確認し、在宅生活の継続希望、かかりつけ医・かかりつけ薬局との連携状況を把握する。 ☐ 本人・家族へ入院時に行くことを伝える。 ☐ 入院時は担当ケアマネジャーに連絡するように伝える。 〈持参するもの〉 マイナ保険証（無い場合は資格確認書）、介護保険証、ケアマネジャーの名刺、お薬手帳 ☐ 入院が予定されている場合、速やかに医療機関へ連絡し、情報提供を行う。
入院時	☐ 介護保険証があるか、担当ケアマネジャーが決まっているか確認する 〈担当ケアマネジャーが決まっている場合〉 ☐ ケアマネジャーにできる限り早期（概ね3日以内※土日祝日連休を除く）に入院の連絡をする。 ☐ 入院時、追加で必要な情報があればケアマネジャーへ確認する。	☐ 医療機関へ担当ケアマネジャーであることを連絡する。 ☐ 医療機関へできる限り早期（概ね3日以内※※土日祝日連休を除く）に入院時情報提供シートを提供する。
退院見込み時	〈担当ケアマネジャーが決まっていない場合〉 ☐ 介護保険申請を勧めた方が良いか検討する。 ⇒ <u>必要性なしの場合</u> 各医療機関の通常対応 ⇒ <u>必要がある場合</u> ☐ 本人家族へ申請を勧める。 ☐ 退院の目処が立ったら、ケアマネジャーへただちに連絡をする。	☐ 医療機関へ情報共有の方法を確認する。
連携時 退院時	☐ 医療・介護が相互に協力して情報共有・調整する	
決定以降 退院日	☐ ケアマネジャーにできる限り早期（退院日が分かり次第）に退院日を連絡する。	☐ 介護サービスを調整したら、速やかに医療機関に連絡する。

(2) 入院時に担当ケアマネジャーが決まっている場合

	医療機関	ケアマネジャー
在宅時・入院前	☐ 本人・家族へ、入院時に行うことを伝える。 ☐ 入院時は担当ケアマネジャーに連絡すること、介護保険証を必ず持参することを伝える。 ☐ 入退院連携の担当者を決めておく。	☐ 本人・家族の「アドバンス・ケアプランニング（ACP）」に関する意向（もしもの時の医療ケアについて話し合い、共有するプロセス）を確認する。 ☐ かかりつけ医・かかりつけ薬局との連携状況を把握し、必要に応じて情報共有を図る。 ☐ 本人・家族へ入院時に行うことを伝える。 ☐ 入院時は担当ケアマネジャーに連絡するように伝える。 〈持参するもの〉 マイナ保険証（無い場合は資格確認書）、 介護保険証、ケアマネジャーの名刺、お薬手帳
入院時	☐ 介護保険証があるか、担当ケアマネジャーが決まっているか確認する。 〈手順〉 ① 本人・家族への聞き取り。 ② 介護保険証を確認。 ③ 不明時は市介護保険課認定係に問い合わせ、居宅介護（介護予防）支援事業所の情報提供。 <u>市介護保険課認定係 TEL (0982) 22-7071</u> ☐ ケアマネジャーへできる限り早期（概ね3日以内※土日祝日連休を除く）に入院の連絡をする。 ☐ 本人・家族へケアマネジャーに入院の連絡をするよう伝える。 ☐ 本人・家族からケアマネジャーへの連絡が難しい場合は、ケアマネジャーを把握し、入院したことを連絡する。 ☐ 入院時、追加で必要な情報があれば、ケアマネジャーへ確認する。	☐ 医療機関へ担当ケアマネジャーであることを連絡する。 ☐ 本人・家族にも、医療機関に担当ケアマネジャーのことを伝えるように依頼する。 ☐ 医療機関へできる限り早期（概ね3日以内※土日祝日連休を除く）に入院時情報提供シート（様式2-1）を提供する。 ☐ 情報提供シートを提供する際は、事前に医療機関へ連絡する。
見込み時 退院	☐ 入院の目処が立ったら、ケアマネジャーへ、ただちに退院予定日を連絡する。	☐ 医療機関へ、情報共有の方法を確認する。 ☐ 「いつ、どこで、どのような方法で情報共有するか」確認する。

退院連携時	☐医療・介護が相互に協力して情報共有・調整する ○退院前カンファレンスや面接等を通して情報共有する。 ○退院時情報提供シート（様式 2）や看護サマリーを使って、分かる範囲で情報提供する。 ○特に内服や退院後の注意点は情報提供する。	○医療機関から出席依頼のあった退院前カンファレンスには、できる限り出席する。 ○退院時情報提供シート（様式 2）を使って、退院後の支援に必要な情報を収集する。 ○退院時、追加で必要な情報があれば、医療機関へ確認する。
決定以降 退院日	□ケアマネジャーにできる限り早期（退院日が分かり次第）に、退院日を連絡する。	□介護サービスを調整したら、速やかに医療機関に連絡する。 ○必要に応じ、ケアプランの写しを提供する。

(3) 入院時に担当ケアマネジャーが決まっていない場合

	医療機関	ケアマネジャー
退院見込時	☐ 要介護認定申請を勧めた方が良いか、検討する ☐ (4)「要介護認定申請を勧めた方が良いか検討する判断基準」を参考に検討する ☐ 可能な範囲で、退院連携に必要な期間（できる限り早期）を考慮して検討する	申請からサービスの利用開始までは一定の時間を要します。暫定利用であれば1～2週間、認定結果が決定するまでには1ヶ月程度掛かります。 【申請窓口】 各地域包括支援センター ※住所により担当するセンターが異なります または、 市介護保険課認定係 TEL (0982)-22-7071 
	☐ 本人・家族へ申請を勧める ☐ 本人・家族へ申請できたかどうか確認する ☐ 本人・家族の理解が難しい場合は、市介護保険課認定係へ相談する	
担当ケアマネジャーの選定について 要介護状態区分が決定したら、患者・家族は<u>担当ケアマネジャー</u>を選定する。 事業対象者・要支援1～2⇒地域包括支援センター 要介護1～5 ⇒居宅介護支援事業所 ケアマネジメントは、<u>患者とケアマネジャー（事業所）との間の契約</u>に基づいて契約されるもの。契約する事業所を、患者（及び家族）が選択できるように支援する。 ※行政（地域包括支援センター含む）では、<u>事業所の紹介はできません。</u> ※相談窓口一覧（ガイドブック別冊）やインターネット等で情報を収集しましょう。		
※入院中に担当ケアマネジャーが決まったら（2）の退院見込時以降の流れと同じ		

（４）要介護認定申請を勧めた方が良いか検討する判断基準

入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない患者については、次の判断基準により要介護認定申請を勧めた方が良いか検討し、該当すれば、患者や家族へ介護保険の相談（申請）を勧めます。退院後に利用すべきサービスについてもご案内ください。

- 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
- 排泄に介助が必要な方
- 精神症状又は認知機能低下のある方
- 在宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- （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、吸引など）が追加された方

※40 歳以上 65 歳未満の患者は、介護保険の対象となる特定疾病であることが必要です。

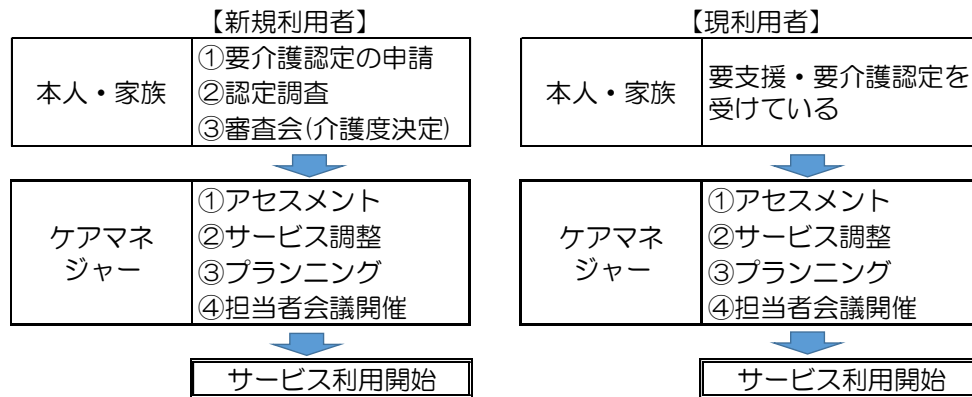
特定疾病については、こちらをご確認ください↓

延岡市 HP：介護保険制度の仕組み

<https://www.city.nobeoka.miyazaki.jp/soshiki/28/1145.html>



【参考】介護保険のサービス利用開始までにかかる、おおよその日程について （令和8年6月）



① アセスメント

『利用者が入院中であるなど物理的な理由がある場合を除き必ず利用者の居宅を訪問し、利用者及びその家族に面接して行わなければならない。』※指定居宅介護支援等(運営基準)より

上記により、退院時の居宅サービス計画書作成におけるアセスメントは病院において実施することが可能と判断されている。

② サービス調整

○訪問介護	対応可能事業所の選定には3～10日くらいかかる。
○通所介護	対応可能事業所の選定には3～10日くらいかかる。
○福祉用具貸与	連絡があってから2～3日後には商品が届くが、居宅サービス計画書がないと介護保険の利用は出来ない。
○福祉用具購入	注文があってから2～3日後に搬入可能。
○住宅改修	1) 相談 2) 現場確認（業者同行） 3～7日
	3) 理由書作成（ケアマネジャー等） 4) 理由書提出 2～5日
	5) 理由書受理・工事着工許可 2～5日 ※工事内容による
	6) 工事完了・完了確認 7) 工事完了報告 概ね1週間程度 利用しての確認。 （退院後、ケアマネジャー等が完了確認を行う）

③ プランニング

上記の情報から、本人にあったプランの作成を行う。：2日～7日（所要日数は、あくまでも目安）

④ サービス担当者会議

ケアマネジャーは居宅サービス計画書（案）を作成し、本人、家族、関係者を招集し、本人の心身の状況、今後の在宅支援について情報共有すると共に、計画書の説明やサービス内容の検討をし、本人の同意を得る。

3 各種様式

医療機関とケアマネジャーが、入退院時に情報を共有するための様式です。

※ 様式については、延岡市ホームページにも掲載しています。

⇒延岡市HP：医療・介護連携の推進について(医療・介護事業者の皆さまへ)

<https://www.city.nobeoka.miyazaki.jp/soshiki/33/1862.html>



情報提供シート

患者（利用者）情報を提供する際に、原則このシートを活用します。

ただし、必要に応じて既存のシートを使用してよいものとします。

必ずしも全てを埋めるものではなく、必要な部分について分かる範囲で記入します。

入院時情報提供シート（様式1）

- ・ケアマネジャーが医療機関へ情報提供する際に使用します。

退院時情報提供シート（様式2）

- ・医療機関がケアマネジャーへ情報提供する際に使用します。
- ・入院時情報提供シートから変更がない項目の記入は不要です。

※延岡市円滑な入退院・医療介護連携のためのガイドブック(第2版)に示していた

「入院時の情報提供に係る事前連絡票（様式 1-1）」と「退院時の情報提供に係る事前連絡票（様式 1-2）」は、利用頻度と電話でのやり取りが主となっていることを考慮し、削除しました。

☐ 入院時情報提供シート

【記入日】令和 年 月 日

☐ サービス基本台帳

事業所名		電話番号	
記入者		FAX 番号	

被保険者番号		2600		入院日した日		令和 年 月 日		
フリガナ 本人氏名		☐ 男 ☐ 女		生年月日		年 月 日（ 歳）		
住 所		電話 番号		自 宅				
				携帯等				
家族構成・状況			家族氏名		続柄	年齢	備考（同居・別居、主介護者等）	
☐ 日中独居 ☐ 親族なし ☐ 家族が無関心 ☐ 家族が要介護状態 ☐ 家族が認知症 ☐ その他（ ）								
緊急連絡先	①	氏名	続柄		繋がり易い		電話番号	
		住所						
	②	氏名	続柄		繋がり易い		電話番号	
		住所						
キーパーソン	氏名	続柄		電話番号				
介護保険	☐ 未申請 ☐ 自立 ☐ 申請中 ☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） ☐ 事業対象者（認定日： 年 月 日）							
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日			自己負担割合	（ ） 割負担		
日常生活 自 立 度	障害高齢者	☐ 自立 ☐ （ ）			判定日	年 月 日		
	認知症高齢者	☐ 自立 ☐ （ ）			判定日	年 月 日		
障害認定	☐ なし ☐ あり【 ☐ 身障 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 等級（ ）】							
住居環境	☐ 所有 ☐ 賃貸【 ☐ 戸建 ☐ 集合住宅（ 階）】				住宅改修	☐ あり ☐ なし		
経済状況	☐ 年金【 ☐ 国民 ☐ 厚生 ☐ 障害関係 ☐ その他の年金（ ）】 ☐ 特障手当 ☐ 生活保護							
医療保険	☐ 後期高齢者医療 ☐ 国民健康保険 ☐ その他（ ）							
現 病 名 現 病 歴				既往歴				
感 染 症	☐ なし ☐ あり【詳細（ ）】 ☐ 不明							
かかりつけ医 又は主治医	病 院 名					電話番号		
	診 療 科			医師名			受診頻度	回／ 月
	病 院 名					電話番号		
	受診頻度			医師名			受診頻度	回／ 月
服薬状況	内 服 薬	☐ あり ☐ なし		服薬管理者	☐ 本人 ☐ その他（ ）			
	管理上の問題	☐ あり ☐ なし		〔処方内容〕 例）別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など				
	飲み忘れ	☐ あり ☐ なし						
	眠剤の処方	☐ あり ☐ なし						

※ 分かる範囲で記入してください。個人情報の取り扱いは P19 を参照。

特別な医療処置		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療養 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 排便コントロール ☐ 痛みコントロール ☐ その他（ ）				
身体状況	体 格	身長（ ）cm／体重（ ）kg／BMI（ ）		☐ 入院中に2～3kg以上の体重減があった。		
	麻 痺	☐ なし ☐ あり ☐ 軽度 ☐ 中度 ☐ 重度（特記： ）				
	皮膚疾患	☐ なし ☐ あり（特記： ）				
コミュニケーション	視 力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 ☐ 眼鏡（特記： ）				
	聴 力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 ☐ 補聴器（特記： ）				
	言 語	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難			特記：	
	意思疎通	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難				
A D L	移動状態	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		移動手段		
	更 衣	☐ 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		入 浴 法	（ ）浴 ☐ 清拭あり	
排泄	排 尿	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 尿意なし		排 便	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 便意なし	
	排泄方法	☐ おむつ ☐ 紙パンツ ☐ パット ☐ カテーテル・パウチ ☐ ポータブルトイレ（ ☐ 常時 ☐ 夜間のみ）				
食 事	状 況	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		調 理	☐ 自立 ☐ 一部介助（ ） ☐ 全介助	
		食事制限	☐ なし ☐ あり（ ）		水分制限	☐ なし ☐ あり（ ）
	食事形態	☒ 普通 ☐ きざみ ☐ ミキサー ☐ ムース ☐ トロミあり ☐ 経管（ ） ☐ その他（ ）				
	アレルギー	☐ なし ☐ あり（ ）				
	食事回数	回／日 【 ☐ 朝（ ）時 ☐ 昼（ ）時 ☐ 夜（ ）時】 ☐ 不定				
	食の確保	☐ 自炊 ☐ 同居家族 ☐ 親族支援（ ） ☐ ヘルパー（有償） ☐ 知人・協力者 ☐ なし				
口 腔	義 歯	☐ なし ☐ あり（ ）	口腔衛生	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 著しく不良	口 臭	☐ あり ☐ なし
	嚥下障害	☐ なし ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる		嗜好品	☐ 飲酒： 合/日 ☐ 喫煙： 本/日	
在宅での生活	掃除	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ⇒				
	洗濯	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ⇒				
	買い物	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ⇒				
	金銭管理	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ⇒				
	睡眠状態	☐ 良好 ☐ 不良（ ）		睡眠時間	時間/日 ☐ 不明	
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ あり⇒ ☐ 幻視 ☐ 幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥 ☐ 不穏 ☐ 暴力 ☐ 介護抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他（ ）				
本人の生活歴 出生地 家族状況 仕事など						
特記 （本人の意向等）						
現在利用中のサービス	サービス名		提供事業所名		利用日（曜日）	介保外
						☐
						☐
						☐
						☐
福祉用具貸与		☐ なし ☐ あり（ ）				

※ 分かる範囲で記入してください。個人情報の取り扱いについてはP19を参照。

退院時情報提供シート

【記入日】令和 年 月 日

☐ 変更あり ☐ 変更なし

事業所名		電話番号	
記入者		FAX 番号	

被保険者番号	2600		入院日した日	令和 年 月 日	
フリガナ 本人氏名	☐ 男 ☐ 女		生年月日	年 月 日（ 歳）	
住 所			電話 番号	自 宅 携帯等	
家族構成・状況	家族氏名		続柄	年齢	備考（同居・別居、主介護者等）
☐ 日中独居 ☐ 親族なし ☐ 家族が無関心 ☐ 家族が要介護状態 ☐ 家族が認知症 ☐ その他（ ）					
緊急連絡先	①	氏名	続柄		繋がり易い 電話番号
		住所			
	②	氏名	続柄		繋がり易い 電話番号
		住所			
キーパーソン	氏名	続柄		電話番号	
介護保険	☐ 未申請 ☐ 自立 ☐ 申請中 ☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） ☐ 事業対象者（認定日： 年 月 日）				
	有効期間	年 月 日～ 年 月 日		自己負担割合	（ ）割負担
日常生活 自立度	障害高齢者	☐ 自立 ☐ （ ）		判定日	年 月 日
	認知症高齢者	☐ 自立 ☐ （ ）		判定日	年 月 日
障害認定	☐ なし ☐ あり【 ☐ 身障 ☐ 療育 ☐ 精神 ☐ 等級（ ）】				
住居環境	☐ 所有 ☐ 賃貸【 ☐ 戸建 ☐ 集合住宅（ 階）】			住宅改修	☐ あり ☐ なし
経済状況	☐ 年金【 ☐ 国民 ☐ 厚生 ☐ 障害関係 ☐ その他の年金（ ）】 ☐ 特障手当 ☐ 生活保護				
医療保険	☐ 後期高齢者医療 ☐ 国民健康保険 ☐ その他（ ）				
現病名 現病歴			既往歴		
感染症	☐ なし ☐ あり【詳細（ ）】 ☐ 不明				
かかりつけ医 又は主治医	病院名			電話番号	
	診療科	医師名		受診頻度	回／ 月
	病院名			電話番号	
	受診頻度	医師名		受診頻度	回／ 月
服薬状況	内服薬	☐ あり ☐ なし	服薬管理者	☐ 本人 ☐ その他（ ）	
	管理上の問題	☐ あり ☐ なし	〔処方内容〕 例）別紙にて、お薬手帳コピーを添付。など		
	飲み忘れ	☐ あり ☐ なし			
	眠剤の処方	☐ あり ☐ なし			

※ 分かる範囲で記入してください。個人情報の取り扱いはP19を参照。

入院中の状況	身体状況	体 格	身長()cm／体重()kg／BMI()		☒入院中に2～3kg以上の体重減があった。			
		麻 痺	☐なし ☐あり【(入院前： 度)⇒(入院中： 度 ☐改善)⇒(退院時： 度 ☐改善)】					
		皮膚疾患	☐なし ☐あり(詳細：)					
	コミュニケーション	視 力	☐問題なし ☐やや難あり ☐困難 ☐眼鏡			入院前との変化()		
		聴 力	☐問題なし ☐やや難あり ☐困難 ☐補聴器			入院前との変化()		
		言 語	☐問題なし ☐やや難あり ☐困難			入院前との変化()		
		意思疎通	☐問題なし ☐やや難あり ☐困難			入院前との変化()		
	A D L	移動状態	☐自立 ☐見守り ☐一部介助 ☐全介助		移動手段			
		更 衣	☐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		入浴法	()浴 ☐清拭 ☐行わず		
	排泄	排 尿	☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐尿意あり		便 意	☐自立 ☐一部介助 ☐全介助 ☐便意あり		
		排泄方法	☐おむつ ☐紙パンツ ☐パット ☐カーテル・パチ ☐ポータブルトイレ(☐常時 ☐夜間のみ)					
	食事	状 況	☐自立 ☐見守り ☐一部介助() ☐全介助()					
			食事制限	☐なし ☐あり()		水分制限	☐なし ☐あり()	
		食の形態	☐普通 ☐きざみ ☐ミキサー ☐ムース ☐トロミあり ☐経管() ☐その他()					
	口 腔	義 歯	☐なし ☐あり()		口腔衛生	☐良 ☐不良 ☐著しく不良	口臭	☐なし ☐あり
		嚥下障害	☐なし ☐時々むせる ☐常にむせる		嗜好品	☐飲酒： 合／日 ☐喫煙： 本／日		
	睡眠状態		☐良好 ☐不良()		睡眠時間	時間／日 ☐不明()		
精神面での問題		☐なし ☐あり()						
本や家族の受け止め／意向			病気		障害・後遺症		病名告知	
	本人の受け止め方						☐なし ☐あり	
	家族の受け止め方						☐なし ☐あり	
	退院後の生活	本人の意向				阻害要因		
		家族の意向				阻害要因		
退院後に必要な事柄	特別な医療処置	☐なし ☐点滴 ☐酸素療養 ☐喀痰吸引 ☐気管切開 ☒尿道カテーテル ☐尿路ストーマ ☐消化管ストーマ ☐痛みコントロール ☐排便コントロール ☐その他()						
	看護の視点	☐なし ☐あり						
	リハビリの視点	☐なし ☐あり						
	禁忌事項	☐なし ☐あり		禁忌の内容/留意点				
	特記事項							
症状・病状の予後予測								

※ 分かる範囲で記載してください。変更のない箇所の記入は不要です。個人情報取り扱いP19 参照。

4 知っておいてほしい介護保険の基礎知識

(令和8年6月現在 延岡市作成)

(1) 要介護認定申請をする際の留意点

①介護保険サービスの暫定利用について

要介護認定の結果を待たずに介護保険サービスの利用を開始することを「暫定利用」といいます。

早急にサービスが必要な場合に手続きを進めることができますが、この場合、注意しなくてはならないことがあります。

要介護状態区分（要介護度）決定後に利用したサービス利用料の自己負担は、原則かかった費用の1割（所得に応じて2割もしくは3割）になりますがもし、要介護状態区分が「非該当（自立）」だった場合、全額自己負担となります。

例) 要介護2の見込みで給付限度額上限まで使ったプランを立てた場合で、実際の認定結果が要介護1に決定した場合は、下記のように通常の自己負担に加え、差額の負担分も生じます。

(要介護2の給付限度額) 197,050 円 - (要介護1の給付限度額) 167,650 円 = 29,400 円 (差額)

16,765 円 + 29,400 円 = 46,165 円 (要介護1の自己負担 + 差額の負担分)

⇒自己負担額は 46,165 円となり負担が増えます。

申請から認定までの期間

要介護認定申請を行ってから要介護状態区分が決定するまでに約1カ月を要します。申請を行っても、入院直後等で病態が安定しない時は調査を行うことができません。

入院直後は一時的に病態が悪化している可能性があり、安定しない状態での調査では、要介護度が重く判断されてしまいます。退院時には状態が回復し、身体状況が要介護度（要介護状態区分）に合わないことがあります。そのため、要介護認定は慎重に行なわれなくてはなりません。

また、主治医意見書の作成に時間を要する場合があります。

(2) 介護保険制度の仕組み

延岡市 HP：介護保険制度の仕組み

<https://www.city.nobeoka.miyazaki.jp/soshiki/28/1145.html>



(3) 地域包括支援センターの業務

延岡市 HP：地域包括支援センター

<https://www.city.nobeoka.miyazaki.jp/soshiki/33/1867.html>



(4) ケアマネジャーの業務と（入退院連携での）役割

①業 務

介護保険において、要支援又は要介護と認定された方が、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にするために、介護（介護予防）サービス計画（ケアプラン）を作成する専門職をケアマネジャー（介護支援専門員）と言います。

介護が必要な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、必要なサービス等を受けられるようにサービス事業者等へ連絡・調整を行っています。

（主な内容）

- ・ケアプランの作成
- ・介護サービス等の利用調整
- ・医療機関・主治医との連携
- ・毎月1回以上の利用者宅訪問（モニタリング）
- ・給付管理（介護保険請求）業務 など

②役 割（退院連携）

要介護（要支援）認定を受けている方・見込みの方、介護予防・日常生活支援総合事業を受け方（サービス・活動事業対象者）で、本人・家族に在宅退院（自宅とは限らない）の意思があり、ケアマネジャー契約が整えば、ケアプランを作成し適正なサービス提供の支援を行います。

(5) ケアプラン作成の流れ

①契約・面談（本人・家族）

退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行います。

②医療機関からの情報収集

身体機能低下の状況や原因把握、生活機能の今後の見込みを検討します。

③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検討します。

④サービス事業所との連携

事業所の選定、事業所へ本人・家族の情報を提供します。

⑤退院前カンファレンスへの参加

サービス事業所を交えて医療機関との引継ぎを行います。

⑥サービス担当者会議の開催

サービス事業所間で目標・課題を共有し、事業所の役割分担を確認します。



⑦サービス提供開始（退院）

5. 知っておいてほしい病棟等の基礎知識（令和8年6月現在 延岡市作成）

（１）急性期病棟

急性疾患や慢性疾患の増悪等で、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。入院期間は数日から14日程度です。

（２）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、看護、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・リハビリ専門職・医療ソーシャルワーカー（社会福祉士）等が協力して、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。

（３）回復期リハビリテーション病棟

脳血管疾患、大腿骨骨折等で急性期を脱しても、まだ色々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テーションを集中的に行う病棟です。対象疾患が限定され、入院期間も個々の患者さんの疾患や傷病名によって日数が決められています。

（４）療養病床

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、医療療養病床があります。介護療養病床は2024年3月末で廃止され、「介護医療院」が創設されました。

（５）障がい者病棟

重度の肢体不自由者（脳卒中後遺症・認知症以外）、脊髄損傷等の重度障がい者、重度の意識障がい者、神経難病患者の治療・看護・リハビリを行う病棟です。

（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、がんの痛みやそれ以外の吐き気、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、看護ケア、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）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下、利用者一人ひとり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。要介護者の自立を支援し、在宅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。

（参考資料） 第351回 中央社会保険医療協議会総会 「入院医療（その4）について」（厚生労働省）など

◇ 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も、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、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者に不利益となります。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。

《 入退院連携ルールに関連する内容のポイント 》

○医療機関は、院内（掲示板等）に「当院では、適切な医療・介護サービスのために、患者の個人情報をその患者が関係する医療・介護関係者に提供します。異論がある場合は申し出てください。」という内容の文書を掲示しておき、反対がなければ患者の関係する介護事業者や診療所に個人情報を提供することができる。

○介護事業者は、利用者との契約時に同意をもらうことで、利用者の関係する医療・介護事業者に個人情報を提供することができる。

※ 『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』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。

延岡市円滑な入退院・医療介護連携のためのガイドブック

初 版：平成30年3月

第2版：令和 2年3月

第3版：令和 8年6月

〈策 定〉

◇延岡市医師会

◇市内医療機関

- ・ 病院
- ・ 有床診療所

◇市内介護関係機関

- ・ 居宅介護支援事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ 小規模多機能型居宅介護事業所
- ・ 看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ・ 介護老人保健施設
- ・ 介護老人福祉施設
- ・ 介護療養型医療施設
- ・ 認知症対応型共同生活介護
- ・ 有料老人ホーム（特定施設入所者生活介護）

〈事務局〉

◇延岡市健康福祉部健康長寿課