

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)



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 フローチャートを確認して、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2年3月

はじめに

介護を必要とする方が、入院や退院の際に、医療機関と介護支援専門員（ケアマネジャー）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1年間、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ん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、関係者の皆さんに内容を理解・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。

平成30年3月

宮崎県延岡保健所健康づくり課
延岡市健康福祉部介護保険課
(H30.04～健康長寿のまちづくり課)

目 次

1. 延岡市入退院連携ルールの基本・・・・・・・・・・・・・・・・	1
(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・・・・・・・・・・・・・・・・	2
(1) 入退院連携フローチャート	
(2) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている場合	
(3) 入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない場合	
(4) 介護保険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、サービスごとのおおよその日数	
3. 各種様式・・・・・・・・・・・・・・・・	6
(1) 情報提供に係る事前連絡票	
入院時の情報提供に係る事前連絡票（様式1-1）	
退院時の情報提供に係る事前連絡票（様式1-2）	
(2) 情報提供シート	
入院時情報提供シート（様式2-1）	
退院時情報提供シート（様式2-2）	
4. 知っておいてほしい介護保険の基礎知識・・・・・・・・	13
(1) 介護保険の認定申請	
(2) 地域包括支援センターの業務	
(3) ケアマネジャーの業務と役割	
(4) 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・・・・・・・・	15

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

介護を必要とする患者さんが、退院後必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、医療機関とケアマネジャーが、患者さんが入院した時から、情報を共有し、退院に向けてカンファレンスやサービス調整等を行うための約束ごとです。

患者さんの入退院時に、医療機関とケアマネジャーが連携するための役割や使用する様式等を定めています。

また、基本的には、延岡市にお住まいの方が、延岡市の医療機関に入院し、退院後在宅に戻るケースを想定していますが、これ以外のケースについても、適宜ルールを活用していただいても差し支えありません。主に医療機関とケアマネジャーの連携の標準を定めた「ツール」です。

なお、患者さんの情報を共有する際は、原則として、患者さんの同意を得る等、個人情報の取扱いについて十分な配慮が必要となります。

(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

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

⇒介護保険申請を勧めた方が良いか検討する判断基準（P4）に該当する患者

(4) ルールの見直しについて

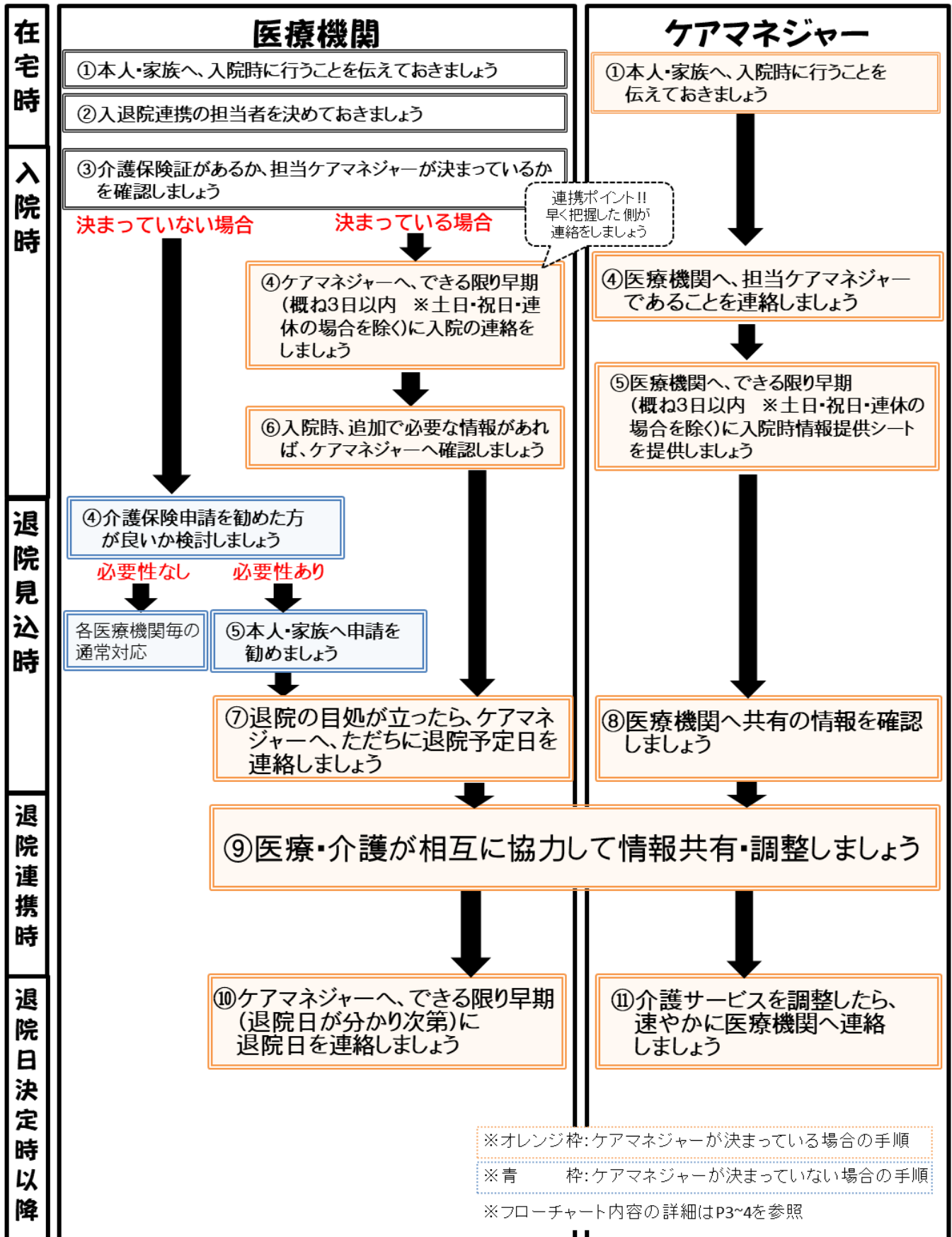
ルール運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、見直しをしていきます。

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) 入退院連携フローチャート

～介護が必要と考えられる患者が入院した時～



(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	介護関係（ケアマネジャー）
A 在宅時 ↓	<p>①本人・家族へ、入院時に行うことを伝えておきましょう</p> <p>○入院時は担当ケアマネジャーに連絡するよう伝えます。</p> <p>○入院時は介護保険証を必ず持参するよう伝えます。</p> <p>②入退院連携の担当者を決めておきましょう</p>	<p>①本人・家族へ、入院時に行うことを伝えておきましょう</p> <p>○入院時は担当ケアマネジャーに連絡するよう伝えます。</p> <p>○医療保険証、介護保険証、ケアマネジャーの名刺、お薬手帳等を一緒に保管し、入院時に持参するよう伝えます。</p>
B 入院時 ↓	<p>③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を確認しましょう</p> <p>（手順）</p> <p>1) 本人・家族への聴き取り</p> <p>2) 介護保険証を確認</p> <p>3) 不明時は市介護保険課認定係へ問合せ</p> <p>④ケアマネジャーへ、できる限り早期（概ね3日以内※）に入院の連絡をしましょう</p> <p>※ 土日・祝日、連休の場合を除く</p> <p>○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ます。</p> <p>○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します。</p> <p>⑥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しましょう</p>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-bottom: 10px;"> <p>担当ケアマネジャーが決まっていない場合は、(3)をご参照ください。</p> </div> <p>④医療機関へ、担当ケアマネジャーであることを連絡しましょう</p> <p>○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依頼します。</p> <p>○入院時の情報提供に係る事前連絡票（様式1-1）等を活用し、情報提供の方法等を連絡します。</p> <p>⑤医療機関へ、できる限り早期（概ね3日以内※）に入院時情報提供シート（様式1-2）を提供しましょう</p> <p>※ 土日・祝日、連休の場合を除く</p> <p>○情報提供シートを提供する際は、事前に医療機関へ連絡します。</p>
C 退院 見込時 ↓	<p>⑦退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しましょう</p> <p>○退院時の情報提供に係る事前連絡票（様式2-1）等を活用し、連絡します。</p>	<p>⑧医療機関へ、情報共有の方法を確認しましょう</p> <p>○「いつ、どこで、どのような方法で情報共有するか」確認します。</p>
D 退院 連携時 ↓	<p>⑨医療・介護が相互に協力して情報共有・調整しましょう</p>	
	<p>○退院前カンファレンスや面接等を通して情報共有します。</p> <p>○退院時情報提供シート（様式2-2）や看護サマリーを使って、分かる範囲で情報提供します。</p> <p>○特に内服や退院後の注意点は情報提供します。</p>	<p>○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、できる限り出席します。</p> <p>○退院時情報提供シートを使って、退院後の支援に必要な情報を収集します。</p> <p>○退院時、追加で必要な情報があれば、医療機関へ確認します。</p>

E 退院日 決定時 以降	⑩ケアマネジャーへ、できる限り早期（退院日が分かり次第）に退院日を連絡しましょう	⑪介護サービスを調整したら、速やかに医療機関へ連絡しましょう ○必要に応じケアプランの写しを提供します。
-----------------------	------------------------------------------	-------------------------------------------------------------

(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	介護関係（ケアマネジャー）
C 退院 見込時 ↓	<p>④介護保険申請を勧めた方が良いか、検討しましょう</p> <p>○（４）「介護保険申請を勧めた方が良いか検討する判断基準」を参考に検討します。 ○可能な範囲で、退院連携に必要な期間（できる限り早期）を考慮して検討します。</p> <p>⑤本人・家族へ申請を勧めましょう</p> <p>○本人・家族へ申請できたかどうかを確認します。 ○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します。</p>	<div style="border: 2px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-bottom: 10px;"> <p>申請からサービスの利用開始までは一定の時間（１～２週間）を要します。 ※ 詳しくは次ページ【参考】をご参照ください。</p> </div> <p>【申請窓口】 各地域の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</p>
<p>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・家族は担当ケアマネジャーを選定します。 〔 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、患者とケアマネジャー（事業所）との間の契約に基づいて提供されるものです。 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しましょう。</p> <p>※ <u>行政（地域包括支援センター含む）では、個別の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。</p>		
	※入院中に担当ケアマネジャーが決まったら、（２）⑦以降の流れと同じ	※入院中に担当ケアマネジャーが決まったら、（２）⑧以降の流れと同じ

(4) 介護保険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介護保険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。

- ・ 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
- ・ 精神症状又は認知症状のある方
- ・ 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、

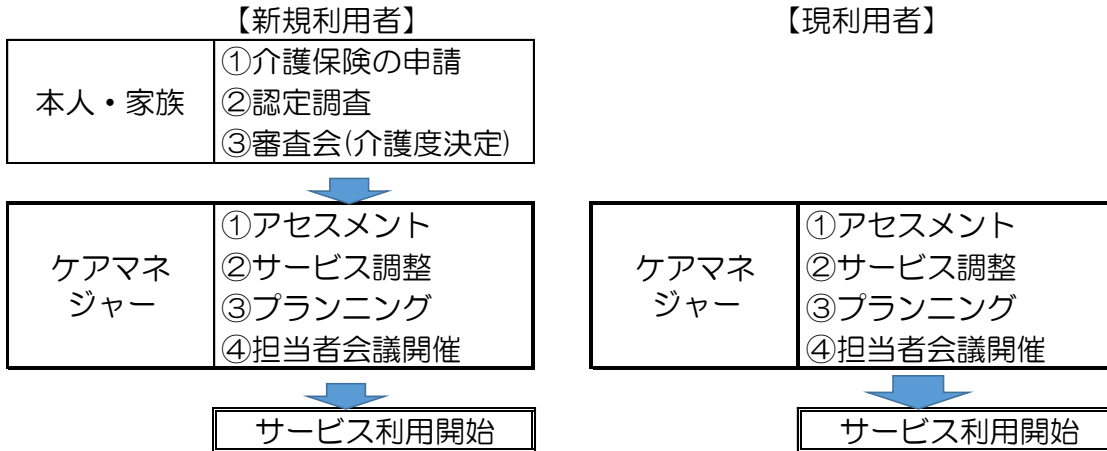
経管栄養、吸引など)が追加された方

※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(P14参照)である必要があります。

【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

(平成30年3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。

		(所要日数)
○住宅改修・・・	①相談	} 3～7日
	②現場確認(業者同行)	
	③理由書作成(ケアマネジャー等)	} 2～5日
	④理由書提出	
	⑤理由書受理・工事着工許可	} 2～5日 ※工事内容による 概ね1週間程度 利用しての確認が望ましい
	⑥工事完了・完了確認	
	⑦工事完了報告	

《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が出来たら、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、延岡市役所ホームページにも掲載します。

(1) 情報提供に係る事前連絡票

お互いが連絡をとりあう際に、必要に応じて活用しましょう。

連携時の必要事項を伝え忘れないよう、チェックシート代わりに利用してください。

※ FAXで送信する場合は、必ず事前に電話連絡を行きましょう。

※ 必要に応じ、事業所ごとに項目を変更していただいて構いません。

入院時の情報提供に係る事前連絡票（様式1-1）

・ケアマネジャーが医療機関へ連絡する際に使用。

退院時の情報提供に係る事前連絡票（様式2-1）

・医療機関がケアマネジャーへ連絡する際に使用。

(2) 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1-2）

・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2-2）

・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。

入院時の情報提供に係る事前連絡票

_____(情報提供先の医療機関名) 御中

【 情報提供者 】

名 称

担 当 者

T E L

F A X

以下のとおり入院時の情報提供を行いますので、よろしくお願ひします。。

※ この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただくと助かります。

○ イニシャル : _____ 様 (T・S ____年 ____月 ____日生) について

○ 入院時の情報提供(在宅時の情報)について

- 入院時情報提供シートで提供します。
- 電話で提供します。 ※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

- 以下の書類を提出します。
 - 添付書類く _____)
 - その他〔 _____]

○ 情報提供の時期について

- すぐに提供できますので、提出先を教えてください。
- 準備が整い次第連絡します。

○ カンファレンスについて

- ぜひ参加します。 都合が合えば参加します。 参加できません。
- ※ 日程が決まったら、上記担当までお知らせください。

○ その他特記事項

- 金銭的な支援が必要だと判断される。
- 本人又は家族の判断能力に不安がある。

(特記事項)

提出日: _____ 年 月 日

退院時の情報提供に係る事前連絡票

_____(情報提供先の事業所名) 御中

【 情報提供医療機関 】

名 称

担 当 者 職 種

氏 名

T E L

F A X

以下のとおり退院時の情報提供を行いますので、よろしくお願ひします。。

※ この連絡票を確認した際は、電話にて確認した旨をご連絡いただくと助かります。

○ イニシャル : _____ 様 (T・S 年 月 日生) について

○ カンファレンスについて

開催します。 ※カンファレンス予定日 _____ 年 月 日

開催しません。

○ 退院予定日について

決まっています。 _____ 年 月 日

まだ決まっていません。 ※ 退院日が決まる予定時期 _____ 頃

○ 退院時の情報提供について

退院時情報提供シートで提供します。

電話で提供します。 ※ 上記担当者まで連絡してください。

○ 情報提供シート以外の添付書類について

以下の書類を提出します。

添付書類〈 _____ 〉

その他〔 _____ 〕

○ 情報提供の時期について

すぐに提供できますので、日程調整の連絡を下さい。

準備が整い次第連絡します。

(カンファレンスがある場合)カンファレンスの際に提供します。

(特記事項)

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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)
<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 家族が無関心 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態 <input type="checkbox"/> 家族が認知症 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()	判定日	年 月 日
	認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()	判定日	年 月 日
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 等級 ()】			
住居環境	<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸【 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)】		住宅改修	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金【 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害関係 <input type="checkbox"/> その他の年金 ()】 <input type="checkbox"/> 特障手当 <input type="checkbox"/> 生活保護			
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ()			
現病名 現病歴		既往歴		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【詳細 ()】 <input type="checkbox"/> 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	
	診療科	医師名	受診頻度	回 / 月
服薬状況	内服薬	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	服薬管理者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	管理上の問題	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
	眠剤の処方	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		

※ 分かる範囲で記入してください。

特別な医療処置		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <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"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> その他（ ）			
身体状況	体格	身長（ ）cm／体重（ ）kg／BMI（ ）		<input type="checkbox"/> 入院中に2～3kg以上の体重減があった。	
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度（特記： ）			
	皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（特記： ）			
コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 眼鏡（特記： ）			
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 補聴器（特記： ）			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		特記：	
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
ADL	移動状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動手段	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴法	（ ）浴 <input type="checkbox"/> 清拭あり
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意なし		排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 便意なし
	排泄方法	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ（ <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ）			
食事	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		調理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助（ ） <input type="checkbox"/> 全介助
		食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		水分制限
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> トロミあり <input type="checkbox"/> 経管（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）			
	アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		アナフィラキシーショック	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）
	食事回数	回／日 【 <input type="checkbox"/> 朝（ ）時 <input type="checkbox"/> 昼（ ）時 <input type="checkbox"/> 夜（ ）時】 <input type="checkbox"/> 不定			
	食の確保	<input type="checkbox"/> 自炊 <input type="checkbox"/> 同居家族 <input type="checkbox"/> 親族支援（ ） <input type="checkbox"/> ヘルパー（有償） <input type="checkbox"/> 知人・協力者 <input type="checkbox"/> なし			
口腔	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）		口腔衛生	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		嗜好品	<input type="checkbox"/> 飲酒： 合/日 <input type="checkbox"/> 喫煙： 本/日
在宅での生活	掃除	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ⇒			
	睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良（ ）		睡眠時間	時間/日 <input type="checkbox"/> 不明
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒ <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <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（ ）				
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	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
				<input type="checkbox"/>	
福祉用具貸与	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				

※ 分かる範囲で記入してください。

退院時情報提供シート

【記入日】令和 年 月 日

 変更あり 変更あり

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		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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)		
<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 親族なし <input type="checkbox"/> 家族が無関心 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態 <input type="checkbox"/> 家族が認知症 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()		判定日		年 月 日
	認知症高齢者		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ()		判定日		年 月 日
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 等級 ()】						
住居環境	<input type="checkbox"/> 所有 <input type="checkbox"/> 賃貸【 <input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階)】					住宅改修 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
経済状況	<input type="checkbox"/> 年金【 <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 障害関係 <input type="checkbox"/> その他の年金 ()】 <input type="checkbox"/> 特障手当 <input type="checkbox"/> 生活保護						
医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者医療 <input type="checkbox"/> 国民健康保険 <input type="checkbox"/> その他 ()						
現病名 現病歴					既往 歴		
感染症	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【詳細 ()】 <input type="checkbox"/> 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		
	診療科		医師名		受診頻度		回 / 月
服薬状況	内服薬		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		服薬管理者		<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ()
	管理上の問題		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	眠剤の処方		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				

※ 分かる範囲で記入してください。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。

入院中の状況	身体状況	体格	身長()cm/体重()kg/BMI()	<input type="checkbox"/> 入院中に2~3kg以上の体重減があった。		
		麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【(入院前: 度)⇒(入院中: 度 <input type="checkbox"/> 改善)⇒(退院時: 度 <input type="checkbox"/> 改善)】			
		皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(詳細:)			
	コミュニケーション	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 眼鏡	入院前との変化()		
		聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 <input type="checkbox"/> 補聴器	入院前との変化()		
		言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	入院前との変化()		
		意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	入院前との変化()		
	ADL	移動状態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段		
		更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴法	()浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず	
	排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿意あり	便意	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 便意あり	
		排泄方法	<input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> ケ-ル・パチ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)			
	食事	状況	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助() <input type="checkbox"/> 全介助()			
			食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
食の形態		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ムース <input type="checkbox"/> トロミあり <input type="checkbox"/> 経管() <input type="checkbox"/> その他()				
口腔	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	口腔衛生	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	嚥下障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		嗜好品	<input type="checkbox"/> 飲酒: 合/日 <input type="checkbox"/> 喫煙: 本/日	
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良()		睡眠時間	時間/日 <input type="checkbox"/> 不明()		
精神面での問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	家族の受け止め方				<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 尿道ケ-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"/> その他()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	禁忌の内容/留意点			
	特記事項					
症状・病状の予後予測						

※ 分かる範囲で記入してください。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。

4 知っておいてほしい介護保険の基礎知識 (平成30年2月現在 延岡市作成)

(1) 介護保険の認定申請をする際の留意点

①介護保険暫定利用について

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や、本人や家族が特別に希望する場合にこのような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(介護度)決定後に利用したサービス利用料の自己負担は、所得に応じて1割もしくは2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、自己負担は10割となります。

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) 196,160円 - (要介護1の給付限度額) 166,920円 = 29,240円 (差額)
16,692円 + 29,240円 = 45,932円 (要介護1の自己負担 + 差額の負担分)
⇒自己負担額は45,932円となり負担が増えます。

②申請から認定までの期間

介護保険の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**の時間を要します。

介護保険申請を行っても、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、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、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) 介護保険の対象

①65歳以上(1号被保険者)

②40歳以上65歳未満で特定疾病(下記)のため支援が必要となった方(2号被保険者)

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骨折を伴う骨粗しょう症 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

(3) 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、現在市内11か所に設置されています。

①総合相談(さまざまな相談に対応します)

高齢者やその家族の相談を受け、適切なサービスにつなげます。

相談の内容によってサービス、制度に関する情報提供や、関係機関への紹介をします。

②介護予防ケアマネジメント(自立した生活ができるように支援します)

介護保険で「要支援1、2」と判定された方や新しい総合事業の対象となる方(介護予防・生活支援サービス事業対象者)一人ひとりに合わせた介護予防プランを作成し、自立した日常生活が送れるように支援します。また、介護予防サービス等が利用できるよう連絡連携を行います。

③包括的・継続的マネジメント（さまざまな方面から皆様を支えます）

高齢者が、適切なサービスを利用できるように、地域の関係者等と常に協力していきます。
また、地域のケアマネジャーの仕事が円滑にできるよう支援し、より暮らしやすい地域にするため関係機関と協力していきます。

④権利擁護（権利・尊厳を守ります）

高齢者虐待の防止やその対応、消費者被害の防止やその対応を行います。
また、認知症等による財産管理の問題などについてアドバイスを行います。

（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手配を行っています。

（主な内容）

- ・ケアプラン（介護計画）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、新しい総合事業のサービスを受ける方（介護予防・生活支援サービス事業対象者）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、ケアプランを策定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

身体機能の低下の状況と原因の分析、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想定します。

④サービス事業所との連携

事業所の選定、事業所へ利用者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（平成30年2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・リハビリ訓練士・医療ソーシャルワーカー等が協力して、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、大腿骨骨折等の病気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、医療療養病床と介護療養病床があります。今後、医療療養病床の一部と介護療養病床を廃止し、6年の経過措置期間（新施設への段階的移行措置期間）を経た後、受け皿となる新施設（介護医療院、医療外付け型）へ転換する方向性が厚労省より示されています。

（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、利用者ひとり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、家庭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

〈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〉

- ◇宮崎県延岡保健所健康づくり課
- ◇延岡市健康福祉部健康長寿のまちづくり課