

魚沼市立小出病院と在宅関係者のための  
**入退院支援連携ガイド**



令和2年5月  
令和6年6月改定

魚沼市入退院支援検討会  
入退院支援連携ガイド改定委員会

## 目 次

はじめに 本ガイドについて .....	1
入退院支援連携ガイド .....	3
入退院時の医療・介護連携に関する報酬 .....	5
入退院時の医療・介護連携に関する報酬（例） .....	7
日常生活や身の回りのことで、困りごと・手助けが 必要なことはありませんか .....	9
訪問看護の基礎知識 .....	11
難病の医療費助成 .....	13
様式	
・ 退院支援・調整 要否の判断とは .....	14
・ 院内カンファレンスとは .....	15
・ 外来継続看護支援チャート .....	16
・ 一般病棟 退院支援フローシート .....	17
・ 療養病棟退院支援フローシート .....	20
・ 支援アセスメントシート .....	23
・ 入退院支援計画スクリーニングシート .....	24
・ 入退院支援共同カンファレンス実施記録 .....	25
・ 入退院支援計画書 .....	26
・ 入院連携連絡票（入院時情報提供書） .....	27
・ 退院・退所情報記録書 .....	29
・ 介護保険申請書 .....	31
・ 介護相談受付票 .....	32
参考文献 .....	33
入退院支援検討委員会名簿 .....	34

## はじめに

医療や介護が必要になっても、望む場所で最期まで暮らせる地域をつくるためには、医療と介護の関係者が連携し、切れ目のない支援体制を整える必要があります。

そのためには、関係者間の情報交換・情報共有を円滑に進めることも一つの方法です。

このガイドは、市立小出病院の入退院に際し、医療と介護の関係者がお互いの役割や専門性を理解して連携することで、入退院を経ても、必要とする在宅医療と介護サービスを切れ目なく提供することができるよう作成したものです。

## <期待される成果>

- 入退院支援において、病院と地域の関係者が、相互の役割や目的を理解することができる
- 市民に、必要な支援が行き届いているかの確認ができる
- ACPについて、関係者間だけでなく市民への啓発につなげることができる
- 継続的にガイドの評価修正を行うことで、新たな課題が生じた場合も速やかに対応できる

## 本ガイドについて

### ●「入退院支援連携ガイド」について

- ・入退院における医療関係者と、主に介護支援専門員の役割を記載したものです。
- ・ふだんから、急変時の対応や治療に対する意向、在宅生活の過ごし方等について考え、話し合っておくことが重要との考えから、本人・家族の役割も記載しました。
- ・日常的に確認できるよう、壁に張り出すなどして職場内で共有しましょう。

### ●「入退院時の医療・介護連携に関する報酬」について

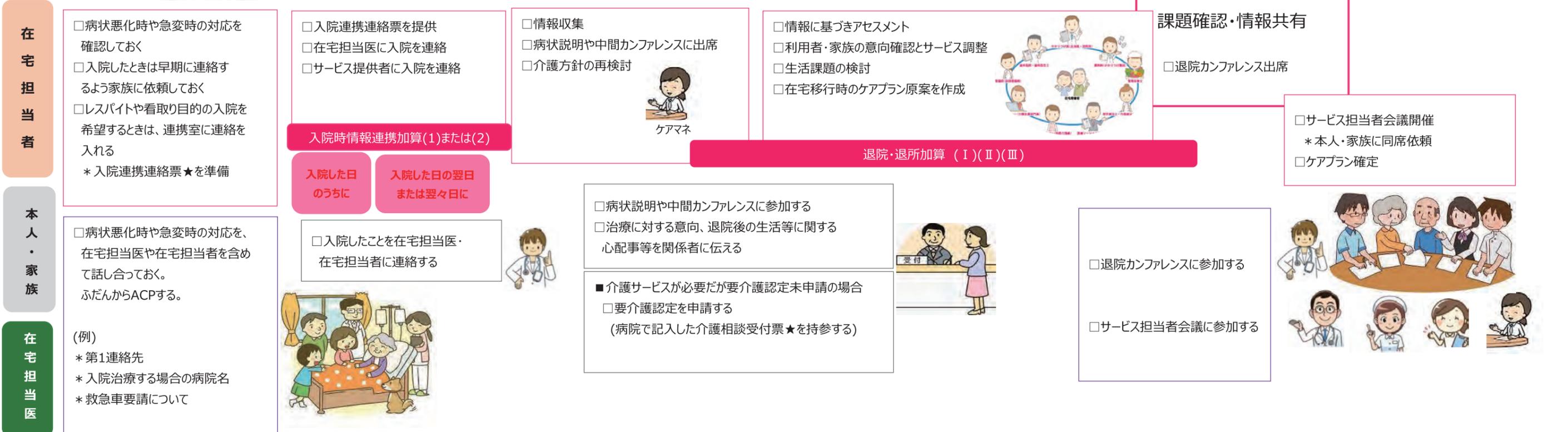
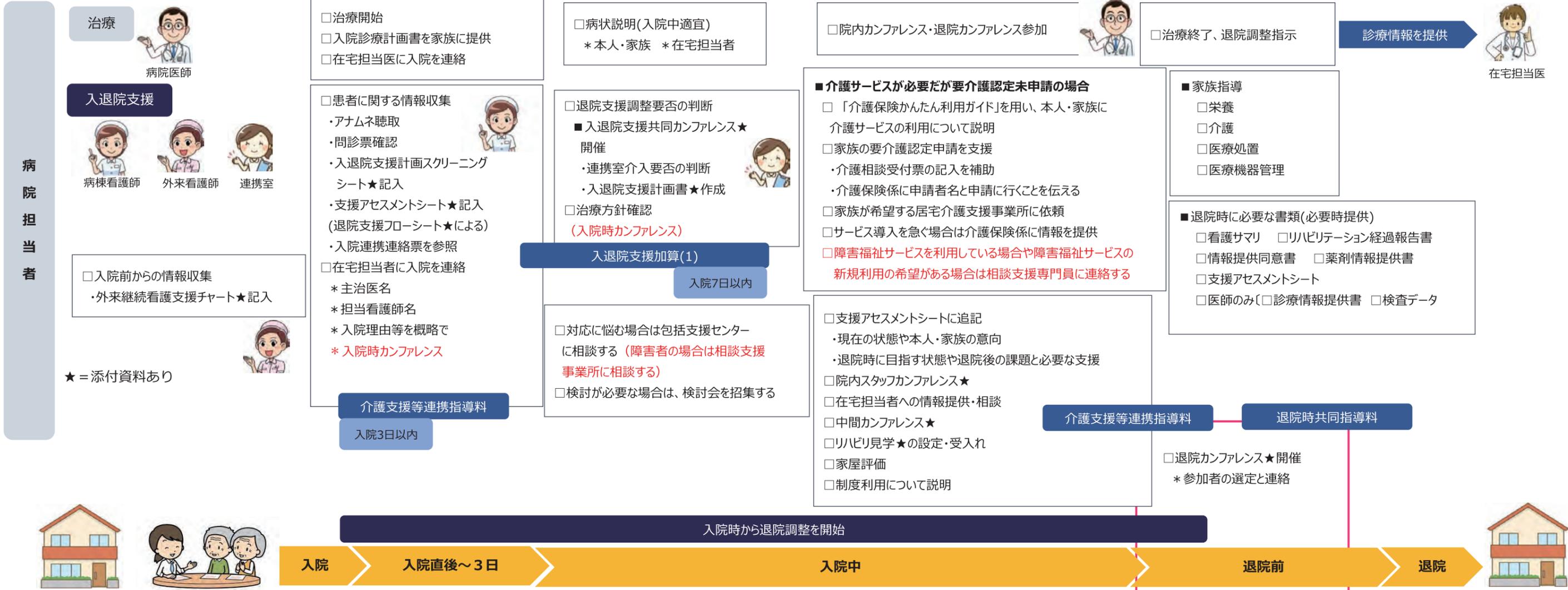
- ・お互いの役割や専門性を理解するためには、関連する介護報酬・診療報酬を知る必要があると考えました。

### ●「日常生活や身の回りのことで、困りごと・手助けが必要なことはありませんか」について

- ・市民自ら、また支援する者としても、困っていることと必要なサービスが明確になり、相談窓口が分かりやすいように作成しました。
- ・相談を受付ける時、支援者が本人や家族から聞き取りながらチェックします。
- ・支援者には、民生委員など地域の支援者も含まれます。

### ●「訪問看護の基礎知識」「難病の医療費助成」は、訪問看護と難病の医療費助成に関する基礎知識を整理したものです。

# 入退院支援連携ガイド



# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬

**入院時支援加算1 (240点) 【ア】からク 実施】**  
**入院時支援加算2 (200点) 【ア、イ、ク】は必須】**

- 入退院支援加算を算定する患者に対し、
- ①入院前に以下のア)からク)を行い
- ②入院中の療養支援計画を立て
- ③患者及び入院予定先の病棟職員と共有する

ア)身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握  
 イ)入院前に利用していた介護サービス・福祉サービスの把握  
 ウ)褥瘡に関する危険因子の評価  
 エ)栄養状態の評価  
 オ)服薬中の薬剤の確認  
 カ)退院困難な要因の有無の評価  
 キ)入院中に行われる治療・検査の説明  
 ク)入院生活の説明

**【新】入院時前調整加算 (200点)**

- 入院前に患者及びその家族に対し事前に入院中の支援に必要な調整を行った場合

**介護支援等連携指導料(入院中2回まで) (400点)**

- 入院中の医療機関の医師等が、入院前から担当していた介護支援専門員等と共同して、退院後に利用が望ましいサービス等について説明及び指導を行った場合

**入退院支援加算 (退院時1回)**

退院困難な要因を有する患者及び特別なコミュニケーション支援を要する者や強度行動障害の状態の者に対し、退院支援を行った場合に算定

**1 (一般700点、療養1300点)**

- 3日以内に退院困難な患者抽出。7日以内に本人・家族と面談カンファレンス実施、7日以内に退院支援計画書作成着手

**2 (一般190点、療養635点)**

- 7日以内に退院困難事例抽出。早急に本人・家族と面談、

**【新】協力対象施設入所者入院加算 (入院初日)**

- 介護施設の入所者の病状急変時に、協力医療機関の医師が診察し、入院させた場合。 1.往診を行った場合は600点 2.それ以外の場合は200点

**診療情報提供料 I (250点)**

- 退院日の前後2週間以内の期間に診療情報を提供
- 介護支援等連携指導料を算定した患者には、退院前の診療情報提供は算定不可

<退院時に関わる指導・管理料>

**退院前在宅療養指導管理料 (120点)**  
**退院前訪問指導料 (580点)**  
**退院時リハビリテーション指導料 (300点)**  
**退院時薬剤情報管理指導料 (90点)**

**退院時薬剤情報連携加算 (60点)**  
**薬剤総合評価調整加算 (100点) 退院時1回**  
**薬剤調整加算 (150点) 退院時1回**

**【新】栄養情報連携料(70点) 入院中1回**

**退院時共同指導料2 (400点+300点または2000点) 入院中に1回 条件により2回**

- 入院中の医療機関の医師等が、退院後の在宅療養を担う医師等と共同で、退院後の在宅療養上必要な説明・指導を行い、文書により情報提供した場合(400点)
- 入院中の医療機関の医師および在宅療養を担う医師が共同で指導した場合 (300点加算)
- 入院中の医療機関の医師等が、退院後の在宅療養を担う医師等のうち3者以上と共同で指導を行った場合(2000点加算)

3者とは、

①在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師等 ②歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士  
 ③保険薬局の薬剤師 ④訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士)  
 ⑤介護支援専門員 ⑥相談支援専門員

**【追加】退院後に介護保険によるリハビリテーションを利用予定の場合、在宅での療養上必要な説明および指導について、介護保険によるリハビリテーションを提供する事業所の医師、理学療法士、作業療法士及び言語聴覚士の参加を求めることが望ましい。**



**通院**

**在宅介護支援費**

	要介護1・2	要介護3・4・5	取り扱い件数
(Ⅰ)	1086単位	1411単位	45未満の部分
(Ⅱ)	544単位	704単位	45以上60未満
(Ⅲ)	326単位	422単位	60以上の部分

**介護予防支援費**

地域包括支援センターが行う場合	442単位
指定居宅介護支援事業所が行う場合	472単位

**通院時情報連携加算 (50単位/月)**

- 医師または歯科医師の診察を受ける際、同席情報提供し、必要な情報の提供を受け、ケアプランに記録

**入院時情報連携加算**

**1 (250単位)**

- 入院当日及び入院日以前に情報提供した場合

**2 (200単位)**

- 入院した日の翌日または翌々日に情報提供した場合

**退院・退所加算**

- (情報収集1回目) 退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報提供を得たうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の調整を行った場合 (TV電話も可能、利用者・家族の同意が必要)
- (情報収集2回目) 退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報提供を得たうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の調整を行った場合 (TV電話も可能、利用者・家族の同意が必要)
- (情報収集3回目+カンファレンス 900単位)

退院・退所の際に医療機関等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報提供を得たうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の調整を行った場合 (TV電話も可能、利用者・家族の同意が必要)

参加者が、入院中の医療機関の医師等+退院時共同加算2の①～⑥のうち3者以上であること

**退院・退所加算 (入院または入所期間中1回を限度に算定)**

情報収集の方法	イ	ロ
	カンファレンス以外	カンファレンス(1回以上)
加算(Ⅰ)	情報収集1回 450単位	情報収集1回 600単位
加算(Ⅱ)	情報収集2回以上 600単位	情報収集2回 750単位
加算(Ⅲ)		情報収集3回以上 900単位

**在宅患者の緊急時におけるカンファレンス報酬 (月2回まで)**

- 医科診療所 在宅患者緊急時等カンファレンス料 200点
- 歯科診療所 " 200点
- 保険薬局 在宅患者緊急時等共同指導料 700点
- 訪問看護ステーション 在宅患者緊急時等カンファレンス加算 2000円
- 居宅介護支援事業所 緊急時等カンファレンス加算 200単位

自宅または患者等が希望する場所でカンファレンスを共同で実施

認知症グループホーム

訪問リハビリ・通所リハビリ

**【新】退院時共同指導加算 600単位/回**

- 医療機関からの退院後に介護保険のリハビリテーションを行う際、リハビリテーション事業所の理学療法士等が、医療機関の退院前カンファレンスに参加し、共同指導を行った場合

**入院時費用(246単位/日:6日限度)**

- 退院後の再入居の受入れ体制を整えている場合

**初期加算(30単位/日:30日間)**

- 30日を超えて病院等へ入院した後の再入居も算定可能

**退居時相談援助加算(400単位)**

- 退居後居宅サービス等を利用する場合、相談援助を行い、地域包括支援センター等に情報を提供した場合

**【新】退居時情報提供加算 (250単位)**

- 退居し医療機関に入院する場合に、情報を提供した上で利用者の紹介を行った場合

**【新】協力医療機関連携加算(100単位)**

- 協力医療機関との間で、情報共有の会議を定期的開催
- 上記以外の協力医療機関の場合 (40単位)

**特定施設**

**退院・退所時連携加算 (30単位/日)**

- 病院等から入居した場合、30日以内の期間算定可
- 30日を超えて病院等へ入院した後の再入居の場合も同様

**【新】退居時情報提供加算 (250単位)**

**入退院支援の対象となる患者**

- 悪性腫瘍、認知症または誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 緊急入院 ●入退院を繰り返している ●退院後に医療処置が必要
- 要介護・要支援認定が未申請 ●排泄に介助を要する ●生活困窮者
- 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
- 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- 強度行動障害の状態の者 ●コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる
- 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等
- 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている

**初期加算(30単位/日:30日間)** 特養・老健・介護医療院

- 入所生活に慣れるための支援に係る費用

**再入所時栄養連携加算(200単位/回)**

- 施設と病院の管理栄養士が連携して、再入所後の栄養管理に関する調整を行った場合

**【新】協力医療機関連携加算 (100単位 R7.4.1~50単位)**

- 協力医療機関との間で、利用者の同意を得て病歴等の情報を共有する会議を定期的開催
- 上記以外の協力医療機関の場合 (5単位)

老健(新規)

**【新】初期加算(Ⅰ) 60単位/日**  
**初期加算(Ⅱ) 30単位/日**

**退院時共同指導料1**

- 病院後の在宅療養を担う医療機関が入院中に1回算定
- 在宅療養支援診療所の場合 1500点
- 上記以外 900点

**退院時共同指導料2**

400点 400点+300点または400点+2000点

# 入退院時の医療・介護連携に関する報酬(例)

## 診療報酬

## 介護報酬:居宅介護支援



**日常生活や身の回りのことで、困りごと  
手助けが必要なことはありませんか**

記入年月日  
\_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_月 \_\_\_\_\_日

**あなたについて**

- ひとり暮らし
- 高齢者のみ世帯
- 子ども等家族と同居

お名前	
住所	
連絡先①	
連絡先②	

**困りごとは  
何ですか**

**病気に  
ついて**

**日常生活  
について**

- 体調がすぐれない
- 薬について相談したい
- 病気について相談したい
- 認知症の疑い

- 足腰が弱くなった
- 入浴
- 外出の機会が少ない
- ゴミ出し
- 着替え（更衣）
- 預貯金の出し入れ
- 周囲とのトラブル
- その他( )
- 転びやすい
- 通院
- 食事づくり
- 洗濯
- 屋内の移動
- 物忘れが多くなった
- トイレが困る
- 日用品の買い物
- 掃除・片付け
- 除雪
- 経済的なこと

**手伝ってほしい事はどんなことですか**

- 手すりを付けたい
- ポータブルトイレの購入
- 日用品の買い物
- 掃除・片付け
- 除雪
- 預貯金の出し入れ
- その他( )
- ベッドを借りたい
- 入浴介助
- 外出の手助け
- ゴミ出し
- 経済的な相談
- 困りごとの相談をしたい
- トイレ介助
- 通院の付き添い
- 食事づくり
- 洗濯

**かかりつけ医、クリニック、  
または病院等に  
相談してください**

紹介

**専門医**

**介護保険サービスを希望しますか**

はい  
**介護保険  
の申請をする**

いいえ  
**介護保険外サービス**

※介護保険申請の支援をする場合、支援者は、必要に応じて介護保険申請書裏面（介護相談受付票）の相談内容、状態に記載する

**【介護保険サービスの種類】**

- 居宅サービス
  - ・通所介護
  - ・通所リハビリ
  - ・訪問介護
  - ・訪問リハビリ
  - ・訪問看護
  - ・短期入所
  - ・住宅改修
  - ・福祉用具貸与
  - ・福祉用具購入
- 地域密着型サービス
  - ・小規模多機能型居宅介護
  - ・グループホーム
- 施設サービス（一部）
  - ・特別養護老人ホーム
  - ・老人保健施設

**介護保険外サービス一覧（介護認定がなくても受けられるサービス）**

\*一部抜粋  
\*それぞれに該当要件あり

● **魚沼市事業**

- ・介護用品(紙おむつ)支給事業
- ・寝たきり老人等介護手当支給事業
- ・緊急通報体制等整備事業
- ・配食サービス
- ・外出支援サービス事業
- ・若返りトレーニング教室
- ・生きがい活動支援通所事業
- ・軽度生活支援事業(ヘルパー派遣)
- ・軽度生活支援事業(除雪援助)
- ・生活管理指導短期宿泊事業
- ・高齢者生活支援ハウス

【問い合わせ先】

魚沼市役所介護福祉課高齢福祉係  
(025-792-9755)

● **魚沼市社協事業**

- ・地域の茶の間事業
- ・福祉資金の貸付
- ・ふれあい配食サービス
- ・ふれあいサポート事業
- ・介護保険では対応できない日常生活上のお手伝い
- ・あいほうし隊
- ・くらしのなんでも相談
- ・日常生活自立支援事業
- ・成年後見支援事業
- ・日常生活上の「ちょっとした困りごと」のある人に対して、ご近所さん同士が助け合う活動

【問い合わせ先】

魚沼市社会福祉協議会 (025-792-8181)

**成年後見制度**

**民間サービス**

- ・軽費老人ホーム
- ・サービス付高齢者住宅
- ・シルバー人材センター

**【困りごと、手伝ってほしいことの相談窓口】**

- 介護や困っていることなど、高齢者のよろず相談
  - ・魚沼市南部地域包括支援センター…小出・湯之谷地域
  - ・魚沼市西部地域包括支援センター…堀之内・広神（菟神地区）
  - ・魚沼市北部地域包括支援センター…広神（広瀬地区）・守門・入広瀬地域
  - ・認知症地域支援推進員
  - ・生活支援コーディネーター
- 要介護認定の申請・相談
  - ・魚沼市役所介護福祉課介護保険係
  - ・北部事務所(北部庁舎)
- 人権擁護・成年後見制度
  - ・魚沼市役所介護福祉課高齢福祉係
  - ・魚沼市社会福祉協議会

# 訪問看護の基礎知識

## 医療保険と介護保険 該当する保険の種類

年齢	状態	保険の種類
0～39歳	医療	医療
40～64歳	要介護・要支援認定	介護
	該当 非該当	医療 介護
65歳以上	要介護・要支援認定	介護 医療
	該当 非該当	医療 介護 医療

## 医師の指示

指示の種類	指示書作成日	有効期間
訪問看護指示書(医療保険・介護保険)	診療日以外でもOK	6か月
特別訪問看護指示書 <sup>3)</sup> (医療保険)	診療日	診療日から14日間
精神科訪問看護指示書		6か月

## 訪問看護の対象者

- 医師が必要と判断すればOK → 医師の指示
- 通院困難でなくてもOK
- 訪問診療を受けていなくてもOK
- ▼ ただし、一時的な状態悪化はNG

## 介護保険の訪問看護

ケアプランに組み込める範囲であれば算定制限なし

- ① 1日に複数回でもOK
- ② 毎日利用もOK
- ③ 2か所以上のステーションの利用もOK  
ただし、看護師1人が基本

## 1) 第2号被保険者が介護保険を申請できる16特定疾病

1. 末期の悪性腫瘍(がん) ◆  
★ → 特掲診 別表7
2. 関節リウマチ
3. 筋萎縮性側索硬化症(ALS) ◆ ◆  
★ → 指定難病
4. 後縦帯骨化症(OPLL)
5. 骨折を伴う骨粗しょう症
6. 初老期における認知症(アルツハイマー病、血管性認知症、レビー小体病等)
7. パーキンソン病関連疾患 ◆ ◆  
★ (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、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(ウェルナー症候群等)
11. 多系統萎縮症 ◆ ◆ (線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレガー症候群)
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(脳出血、脳梗塞等)
14. 閉塞性動脈硬化症
15. 慢性閉塞性肺疾患(肺気腫、慢性気管支炎、気管支喘息、びまん性汎細気管支炎)
16. 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

## 医療保険の訪問看護の3つの原則

- ① 1日1回(90分程度)まで
  - ② 週に3回まで
  - ③ 1か所のステーションから看護師1人が基本  
▼ ただし、特別な場合はこの制限が外れる
- a) 特別訪問看護指示書<sup>3)</sup>の発行  
b) 厚生労働大臣が定める疾病等(特掲診 別表7)<sup>4)</sup>  
c) 厚生労働大臣が定める状態等(特掲診 別表8)<sup>5)</sup>

## ①～⑤ = 医療保険(特) に該当

- ① 1日に複数回
- ② 週4日以上
- ③ 2か所、または3か所のステーション利用(毎日の訪問が必要な場合)
- ④ 複数名の看護師対応
- ⑤ 退院当日の訪問 b)とc)の場合:外泊日の訪問(2回まで)
- ⑥ c)の場合:週1回、90分を超える訪問  
特例で週3回まで可 (15歳未満の超【準超】重症児)

## 2) 精神科訪問看護(認知症を除く)

● 年齢に関係なく精神科訪問看護指示書により訪問 ● 精神科特別訪問看護指示書

- ① 原則、週3日まで  
① 1月に1回に限り、急性増悪した日から7日以内の期間について1日につき1回に限り算定
- ② 退院後、3月以内の期間は週5日まで

## 3) 特別訪問看護指示書

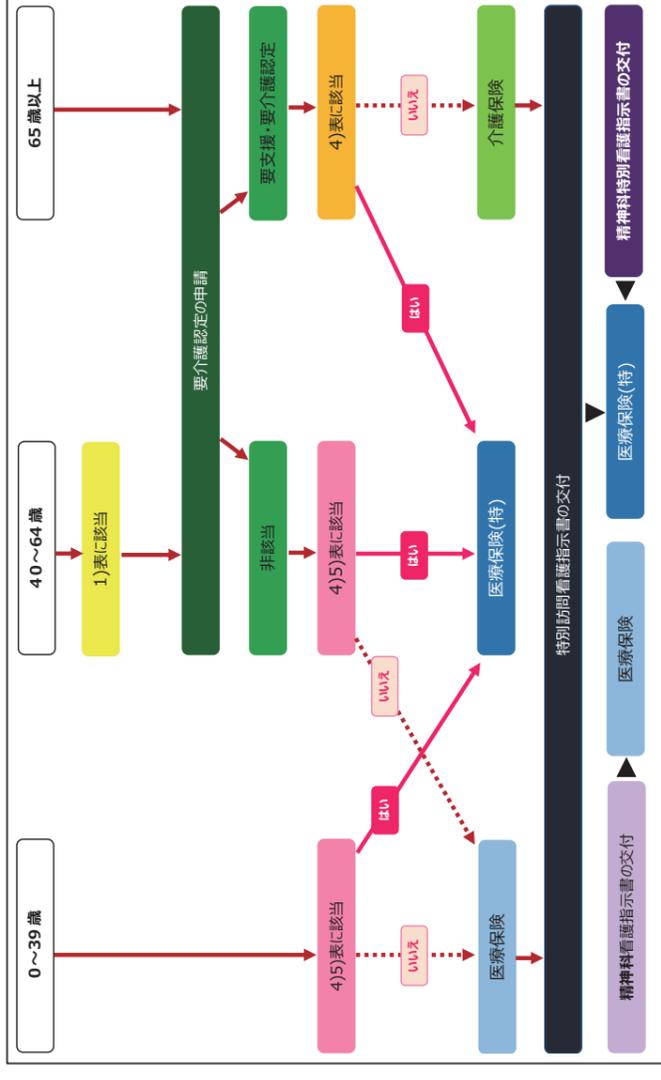
- 発行できる正当な理由
- ① 急性増悪時
- ② 終末期
- ③ 退院直後
- 発行
- ① 月1回 14日間有効
- ② 気管切開、真皮を超える褥瘡は2回まで
- 可能なこと
- ① 1日複数回 ② 週4日以上
- ③ 2か所のステーションの利用
- ④ 複数名の看護師対応
- ⑤ 退院当日の訪問
- ⑥ 週1回、90分を超える訪問

18. AIDS(後天性免疫不全症候群)
19. 脊椎損傷
20. 人工呼吸器を使用している状態

## 4) 厚生労働大臣が定める疾病等(特掲診 別表7)

1. 末期の悪性腫瘍 ★ → 指定難病
2. 多発性硬化症 ★
3. 重症筋無力症 ★
4. スモン
5. 筋萎縮性側索硬化症(ALS) ★
6. 脊髄小脳変性症 ★
7. ハンチントン病 ★
8. 進行性筋ジストロフィー症
9. パーキンソン病関連疾患 ★ (進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症、パーキンソン病;重症度3以上・生活機能障害2以上)
10. 多系統萎縮症 ★ (線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイ・ドレガー症候群)
11. プリオン病 ★
12. 亜急性硬化性全脳炎 ★
13. ライソーム病 ★
14. 副腎白質ジストロフィー ★
15. 脊髄性筋萎縮症 ★
16. 球脊髄性筋萎縮症 ★
17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ★

## 訪問看護の対象者早見表



## 5) 厚生労働大臣が定める状態等(特掲診 別表8)

1. 以下の状態にある者
  - ① 在宅悪性腫瘍患者指導、もしくは在宅気管切開患者指導を受けている状態
  - ② 気管カニューレ、もしくは留置カテーテルを使用している状態
2. 以下の指導管理を受けている状態にある者
  - ① 在宅自己腹膜灌流
  - ② 在宅血液透析
  - ③ 在宅酸素療法
  - ④ 在宅中心静脈栄養法
  - ⑤ 在宅成分栄養経管栄養法
  - ⑥ 在宅自己導尿
  - ⑦ 在宅人工呼吸
  - ⑧ 在宅持続陽圧呼吸療法
  - ⑨ 在宅自己疼痛
  - ⑩ 在宅肺高血圧症患者
3. 人工肛門、または人工膀胱を設置している状態
4. 真皮を超える褥瘡の状態
5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している状態

## 各種管理指導 + 5つと覚えておく

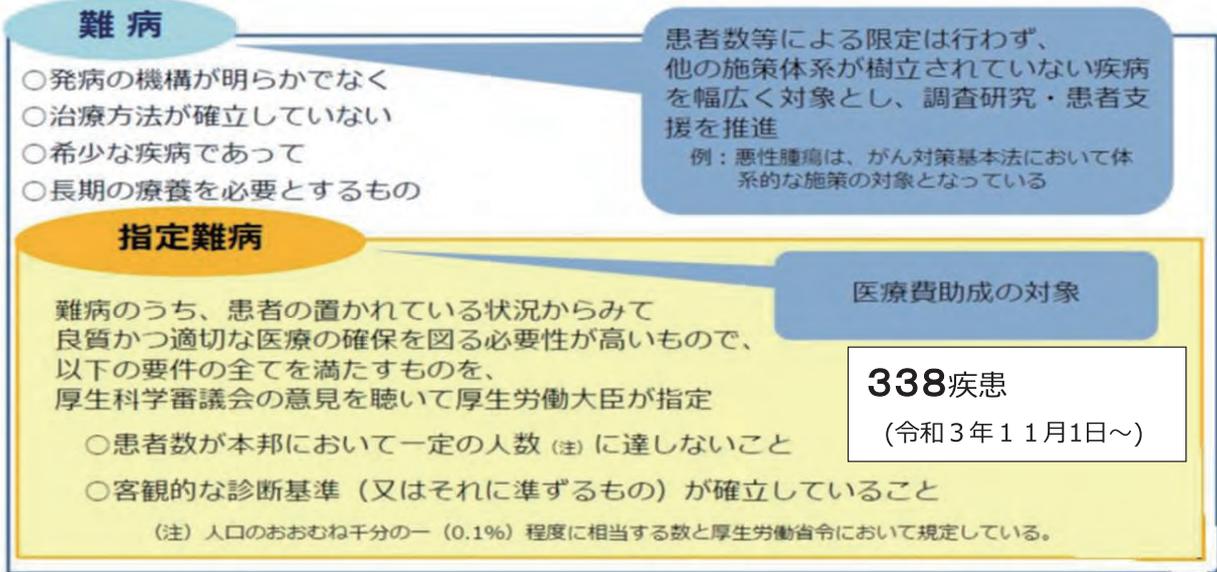
- 気管カニューレ
- 留置カテーテル
- ストーマまたは人工肛門
- 褥瘡
- 在宅患者訪問点滴注射管理指導

# 難病の医療費助成

## 難病と指定難病のイメージ

### 難病法における難病の定義

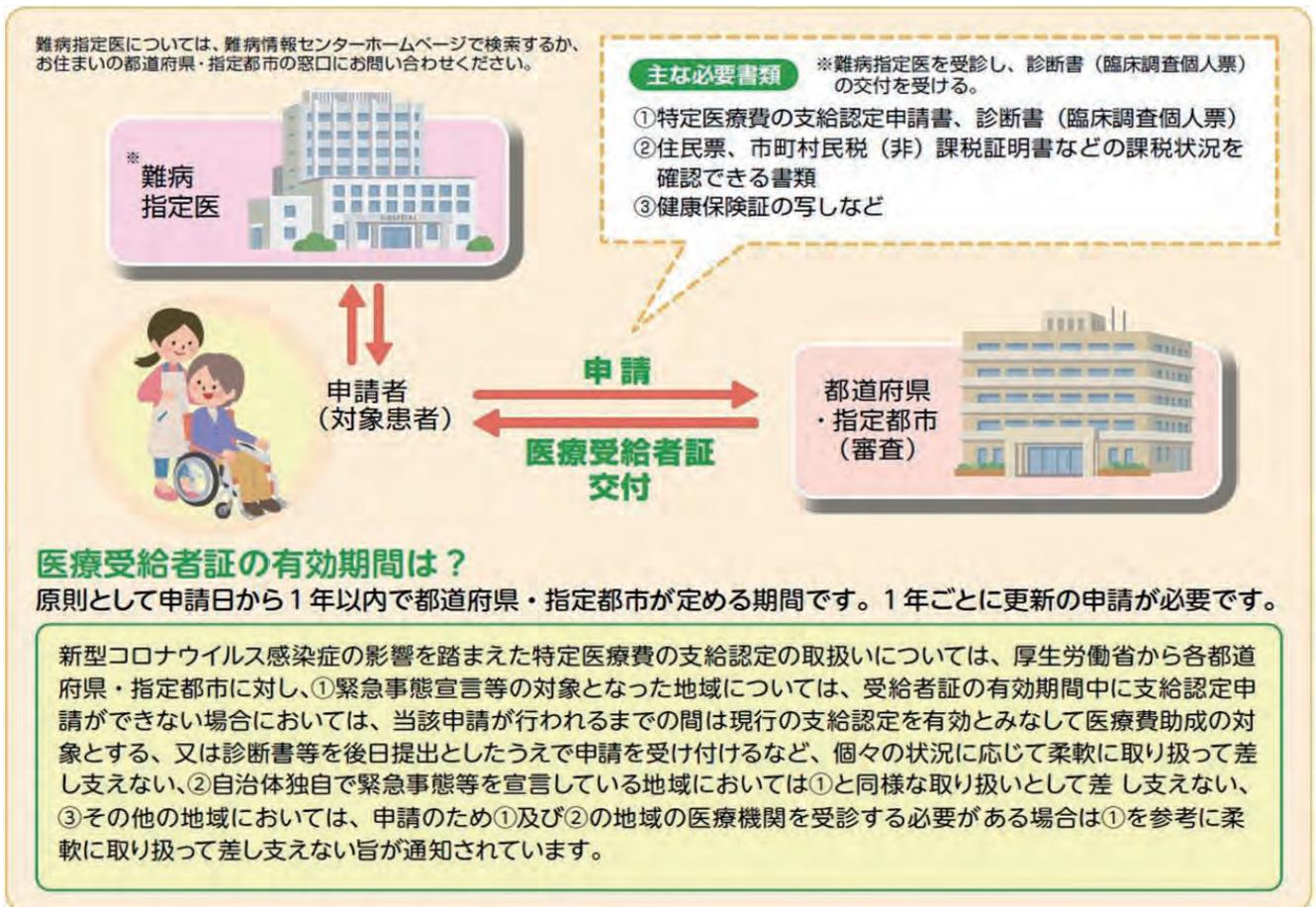
- 難病法では、難病を「発病の機構が明らかでなく、治療方法が確立していない、希少な疾病であって、長期の療養を必要とする疾病」と定義し、幅広い疾病を対象として調査研究・患者支援等を推進している。
- さらに、同法では、難病のうち、患者数等の一定の要件を満たす疾病に対して、医療費助成を行っている。



(厚生労働省資料)

## 難病・指定難病の申請

●申請窓口は保健所。指定難病に認定されると医療受給者証が交付される。



(引用) 難病情報センター：申請から難病受給者証交付の流れ

## \* 1 【退院支援・調整 要否の判断とは】

退院困難な要因となりうる以下の項目いずれかに該当する場合、連携室の介入の要否を退院支援共同カンファレンスで決定。介入が必要な場合は、「退院支援計画書」を作成する。また、「退院支援」と「退院調整」の違いを明確にしておく。

**退院支援**・・・患者が自分の病気や障害を理解し、退院後も継続が必要な医療や看護を受けながらどこで療養するのか自己決定するための支援

**退院調整**・・・患者の自己決定を実現するために、患者・家族の意向を踏まえて環境・ヒト・モノを社会保障制度や社会資源につなぐ等のマネジメントの過程

### 【退院支援・調整が必要な要因】

- ① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- ② 緊急入院であること
- ③ 要介護状態であるとの疑いがあるが介護保険が未申請であること  
(介護保険法：特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る)
- ④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- ⑤ 生活困窮者であること
- ⑥ 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること (必要と推測されること)
- ⑦ 排泄に介護を要すること
- ⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ⑨ 退院後に医療処置 (胃ろうなどの経管栄養法を含む) が必要なこと
- ⑩ 入退院を繰り返していること
- ⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- ⑫ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- ⑭ その他患者の状況から判断して①～⑬までに準ずると認められる場合

## 【院内カンファレンスとは】

### ○入退院支援共同カンファレンス

患者が入院してから3日以内に、病棟Ns・退院調整Ns・MSWで実施する。  
支援の方向性を確認して連携室の介入の要否を決定する。

### ○リハビリ見学

家族・CM・必要時他サービス事業所を参集し、病棟またはリハビリセンターにて  
本人の現在の動きの確認を行う。

入院前の状況や家屋状況を踏まえ、退院に向けた課題整理を行う。

(リハビリ見学後に中間カンファレンスや退院カンファレンスを行う。)

### ○中間カンファレンス

患者本人・家族・CM・必要時他サービス事業所を参集し実施する。情報交換と患者本人と家族の意向確認・方向性の決定・退院後の課題と必要な支援・退院時に目指す状態の確認を目的とする。

### ○退院カンファレンス

患者本人・家族・CM・医師・他サービス事業所等を参集し実施する。院内スタッフより現状を報告し、退院後の課題と必要な支援・退院後利用するサービスについて最終確認を行う。退院日時や訪問診療日時等を決定する。

### ※院内スタッフカンファレンス

患者本人・家族の意向に沿い、院内スタッフが支援の方向を統一するために、情報共有・各職種の役割分担・今後の予定確認をする。メンバーは患者本人・家族に関わる院内の担当スタッフ。CMを参集することもある。ケースによって必要時実施している。

※2病棟では毎週木曜に整形カンファレンス。

※各病棟で定期的にリハビリカンファレンス。



# 外来継続看護支援チャート

スキャン済み

患者ID \_\_\_\_\_ 記入日 \_\_\_\_\_ 年 月 日  
 患者付氏名 \_\_\_\_\_ 生年月日 \_\_\_\_\_ 昭和 \_\_\_\_\_ 年 月 日 ( \_\_\_\_\_ 年 月 日 )  
 患者氏名 \_\_\_\_\_ 性別 \_\_\_\_\_ 年齢 \_\_\_\_\_

受診日 \_\_\_\_\_ 主治医 \_\_\_\_\_

退院後初受診  継続あり  在宅療養指導兼ねる 記入者 \_\_\_\_\_

付箋の内容			家族構成 ( _____ )
現在の疾患状態	病名 症状		
栄養	栄養方法		
排泄	排泄方法 <input type="checkbox"/> 頻尿(日中 _____ 回, 夜間 _____ 回) <input type="checkbox"/> 便秘なし <input type="checkbox"/> 便秘( _____ )	<input type="checkbox"/> フォーレ <input type="checkbox"/> ストマ	
薬剤処置	薬の管理 <input type="checkbox"/> 他院処方あり		
活動/休息 清潔	通院方法	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 手押し <input type="checkbox"/> 車イス	
サービス状況	介護認定	介護度	認知 _____ キーパーソン( _____ )
診療内容			
外来で引き続きフォローが必要な事項、在宅療養目標			
カンファレンス実施日		参加者 _____	

※カンファ後は付箋・チャート用紙類を修正し次回の聞き取りに活かす

※継続： 有(次回 / )  無 有の場合は付箋をつける

# 【一般病棟 退院支援フローシート】

スキャン済み

QRコード

「退院支援マニュアル」内の具体的な介入方法を手引きとして活用

ID)

患者氏名)

主治医)

病棟看護師)

入院期間)

年 月 日～ 年 月 日

退院支援看護師)

MSW)

## 病棟看護師

### 【 アナムネ聴取時 】

- ①  入院前の生活の場： 自宅 ・ 施設
- 介護保険： 未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更中 ・ 申請済 (介護度 / 障害区分： )
- ②  患者・家族への意向確認 (1回目)：  
(退院先) 自宅 ・ 施設入所中 ・ 施設希望 ・ 迷いあり
- 介護保険もしくは障害サービス担当の有無： 有 ・ 無
- ケアマネ / 相談支援専門員へ連絡

## 【 第 1 段階 】 入院から3日以内

### ③ 支援アセスメントシート：「普段の状況・家族の協力」記入

- 継続看護支援チャート： 有 ・ 無 (外来にて作成)
- 入院連携連絡表参照 (ケアマネから届く)
- ④  入退院支援共同カンファレンス  
連携室介入： 有 ・ 無

▼入院日～7日以内を実施

\*入退院支援共同カンファレンスの内容記入しスキャン

## 連携室 (退院支援NS・MSW)

**\* (適宜)病棟・連携室ともに、本人・家族の思いを聞く。本人・家族・院内  
担当者・ケアマネ等と情報収集や情報共有 \* 詳細カルテ入力**

在宅担当事業所： 氏名：

1	介護保険	未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中
2	障害者総合支援 制	未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中
3	身体障害者手帳 ( 障害 級 ) ( 障害 級 )	未申請 / 要検討 / 申請中 / 有 / 再申請中
4	難病医療	未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済
5	自立支援医療	未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済
6	生活保護	未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中
7	その他 ( )	未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中

### ④ 入退院支援共同カンファレンス

連携室介入 有 : 無 → 介入要への変更 (変更日 月 日)

7日以内に入退院支援計画書作成  家族説明と同意サイン

介入になった理由：

	<p style="text-align: center;">連携室 (退院支援NS・MSW)</p> <p><input type="checkbox"/> 初回面接 (実施日 月 日 : )</p> <p>・ 意向確認 : <input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 (<input type="checkbox"/> 直接 <input type="checkbox"/> 在宅経由) <input type="checkbox"/> 迷いあり</p> <p>・ 支援内容 : <input type="checkbox"/> 新規介護介入 <input type="checkbox"/> 介護プラン変更 <input type="checkbox"/> 施設申請 <input type="checkbox"/> その他</p> <p>・ ご家族希望 :</p> <p>⑥ 介護保険その他の制度申請が必要な患者への説明 : 内容</p> <p><input type="checkbox"/> 申請手続き説明 <input type="checkbox"/> 書類作成 <input type="checkbox"/> 家族に渡す <input type="checkbox"/> 家族に申請状況の確認 <input type="checkbox"/> 調査日 /</p> <p>⑦ <input type="checkbox"/> 院内カンファレンス (実施日 月 日 : )</p> <p>⑧ <input type="checkbox"/> リハビリゴール確認 <b>支援アセスメントシート必要時追記</b></p> <p>⑨ 点滴終了・リハビリゴールが近づいた・退院が近い・・・等目安にして 多職種と相談しながら必要な支援に繋げる</p> <p>中間カンファレンス : (実施日 月 日 : )</p> <p>有の場合 : <input type="checkbox"/> 開催日時調整 <input type="checkbox"/> 病棟看護師連絡 <input type="checkbox"/> 家族連絡 <input type="checkbox"/> ケアマネ連絡</p> <p><input type="checkbox"/> 支援アセスメントシートと指導用紙準備 <input type="checkbox"/> 記載内容確認/追記</p> <p>→ 中間カンファレンスでの確認事項</p> <p>方向性 :</p> <p>調整事項 :</p> <p>⑩ RH見学/ 家屋評価 : 院内担当者・家族・ケアマネと必要性の検討</p> <p><input type="checkbox"/> RH見学 : (実施日 月 日 : )</p> <p><input type="checkbox"/> 開催日時調整 <input type="checkbox"/> 病棟看護師連絡 <input type="checkbox"/> 家族連絡 <input type="checkbox"/> ケアマネ連絡 <input type="checkbox"/> リハビリ連絡</p> <p>調整事項 :</p> <p><input type="checkbox"/> 家屋評価 : (実施日 月 日 : )</p> <p><input type="checkbox"/> 開催日時調整 <input type="checkbox"/> 病棟看護師連絡 <input type="checkbox"/> 家族連絡 <input type="checkbox"/> ケアマネ連絡 <input type="checkbox"/> リハビリ連絡</p> <p>調整事項 :</p>
<p style="text-align: center;">病棟看護師</p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> 治療方針確認 (入院から7日前後) * 方針確認後、カルテに記入</p> <p>⑥ <input type="checkbox"/> 介護保険「有」の患者 : ケアマネに状態報告と退院後の生活を相談 (* 内容はカルテ記載)</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険「無」の場合で申請が必要な患者 : 連携室に連絡</p> <p>⑦ <input type="checkbox"/> 院内カンファレンス</p> <p>⑧ <input type="checkbox"/> リハビリゴール確認</p> <p><input type="checkbox"/> <b>支援アセスメントシート記入 「現状と家族の希望」 記入</b></p> <p>⑨ 点滴終了・リハビリゴールが近づいた・退院が近い・・・等目安にして方向性の検討・ADL低下著明</p> <p><input type="checkbox"/> 中間カンファレンス : 有 ・ 無 実施日 ( / )</p> <p>有の場合 : <input type="checkbox"/> 必要時、院内必要部署に連絡 <input type="checkbox"/> 指導書作成 <input type="checkbox"/> 指導料算定</p> <p>◎ <b>支援アセスメントシート 「退院時に目指す状態」 「必要な支援」 記入</b></p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p>【 施設入所者の場合 】 ※ 入所の継続が困難な場合、連携室に連絡</p> <p><input type="checkbox"/> 医療行為 ( 有 無 ) 有の場合 : 内容 ( )</p> <p><input type="checkbox"/> 施設への状態報告 : 対応可否の確認 施設受入れ ( 可 ・ 不可 )</p> </div> <p>◎ <b>支援アセスメントシート 「退院時に目指す状態」 「必要な支援」 記入</b></p> <p>⑩ <input type="checkbox"/> RH見学 : 院内担当者・・・家族・ケアマネと必要性の検討</p> <p>有の場合 : <input type="checkbox"/> 必要時、院内必要部署に連絡 <input type="checkbox"/> 指導書作成 <input type="checkbox"/> 指導料算定</p> <p><input type="checkbox"/> 家屋評価 : 有 ・ 無 (院内担当者・家族・ケアマネと必要性の検討)</p> <p>⑪ <input type="checkbox"/> 病状説明 : 有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> 有 : 主治医・家族と日程調整</p> <p>有の場合担当者へ連絡) <input type="checkbox"/> 連携室 <input type="checkbox"/> ケアマネ</p>	<p style="text-align: center;">治療開始(安定期)</p> <p style="text-align: center;">【 第 2 段階 】</p>



# 【療養病棟 退院支援フローシート(連携室)】

□ スキャン済み  
 「退院支援マニュアル」内の具体的介入方法を手引きとして活用

QRコード

ID) 患者氏名) \_\_\_\_\_

主治医) \_\_\_\_\_

病棟看護師) \_\_\_\_\_

入院期間) 年 月 日 ~ 年 月 日

退院支援看護師) \_\_\_\_\_

MSW) \_\_\_\_\_

	病棟看護師	連携室 (退院支援NS・MSW)																					
<p>【 アナムネ聴取時 】</p> <p>① <input type="checkbox"/> 入院前の生活の場： 自宅 ・ 施設</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険： 未申請 ・ 申請中 ・ 区分変更中 ・ 申請済 (介護度 / 障害区分： )</p> <p>② <input type="checkbox"/> 患者・家族への意向確認 (1回目)：</p> <p>(退院先) 自宅 ・ 施設入所中 ・ 施設希望 ・ 看取り</p> <p><input type="checkbox"/> 介護保険もしくは障害サービス担当の有無： 有 ・ 無</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネ / 相談支援専門員へ連絡</p> <p>③ <input type="checkbox"/> 支援アセスメントシート：「普段の状況・家族の協力」記入                      (一般病棟の「支援アセスメントシート」参照)</p> <p><input type="checkbox"/> 継続看護支援チャート： 有 ・ 無 (外来にて作成)</p> <p><input type="checkbox"/> 入院連携連絡表参照 (ケアマネから届く/転棟患者は一般病棟の「入院退院連携連絡」参照)</p> <p><input type="checkbox"/> 初回介護連携指導料の算定 (外部からの直接入院時の場合)</p>	<p>④ <input type="checkbox"/> 入院支援共同カンファレンス                      連携室介入： 有 ・ 無</p> <p>* 入院退院支援共同カンファレンスの内容記入しスキャン</p> <p>⑤ <input type="checkbox"/> 看護サマリ-1枚目作成 (開始日： / ) ※看取りは不要                      ※いつでも情報提供できるように</p> <p>【 主治医が変わる場合 】</p> <p>⑥ <input type="checkbox"/> I Cの日時調整</p> <p><input type="checkbox"/> 連携室担当へ連絡 (同席依頼)</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネへ同席確認： 有 ・ 無</p>	<p>連携室 (退院支援NS・MSW)</p> <p><b>* (適宜)病棟・連携室ともに、本人・家族の思いを聞く。本人・家族・院内担当者・ケアマネ等と情報収集や情報共有 * 詳細カルテ入力</b></p> <p>在宅担当事業所： 氏名： _____</p> <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:10%;">1</td> <td style="width:20%;">介護保険(認定調査日)</td> <td style="width:10%;">未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中</td> </tr> <tr> <td>2</td> <td>障害者総合支援</td> <td>未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中</td> </tr> <tr> <td>3</td> <td>身体障害者手帳 (障害等級)</td> <td>未申請 / 要検討 / 申請中 / 有 / 再申請中 (障害等級)</td> </tr> <tr> <td>4</td> <td>難病医療</td> <td>未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済</td> </tr> <tr> <td>5</td> <td>自立支援医療</td> <td>未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済</td> </tr> <tr> <td>6</td> <td>生活保護</td> <td>未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中</td> </tr> <tr> <td>7</td> <td>その他 ( )</td> <td>未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中</td> </tr> </table>	1	介護保険(認定調査日)	未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中	2	障害者総合支援	未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中	3	身体障害者手帳 (障害等級)	未申請 / 要検討 / 申請中 / 有 / 再申請中 (障害等級)	4	難病医療	未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済	5	自立支援医療	未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済	6	生活保護	未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中	7	その他 ( )	未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中
1	介護保険(認定調査日)	未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中																					
2	障害者総合支援	未申請 / 要検討 / 申請中 / 区変中 / 申請済 / 更新中																					
3	身体障害者手帳 (障害等級)	未申請 / 要検討 / 申請中 / 有 / 再申請中 (障害等級)																					
4	難病医療	未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済																					
5	自立支援医療	未申請 / 要検討 / 申請中 / 申請済																					
6	生活保護	未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中																					
7	その他 ( )	未申請 / 要検討 / 申請中 / 利用中																					
<p>【 第 1 段 階 】</p> <p>3 日 目 以 内</p>	<p>▼ 入院日～7日以内に実施</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;">                 退院                  退院調整不要・レスバイト等                  看護サマリ2枚目作成             </div>	<p>④ 入院退院支援共同カンファレンス                      連携室介入 有 : 無 → 介入要への変更 (変更日 月 日 )</p> <p><input type="checkbox"/> 7日以内に入退院支援計画書作成                      介入になった理由： □ 家族説明と同意サイン</p> <p>【 主治医が変わる場合 】</p> <p>⑥ I C 出席 (随時)</p>																					
<p>【 第 2 段 階 】</p> <p>3 日 目 以 内</p>																							

ID 患者氏名

病棟看護師

連携室 (退院支援NS・MSW)

- ⑦  リハビリゴール確認
- 支援アセスメントシート：「現状と家族の希望・退院時に目指す状態」記入**
- ⑧  介護保険「有」の患者：ケアマネに状態報告と退院後の生活を相談 (\*詳細カルテ入力)
- 介護保険「無」の場合で申請が必要な患者：連携室に連絡  
(→申請後、本人・家族や院内担当者・ケアマネ等との話し合い \*詳細カルテ入力)
- ⑨ リハビリゴールが近づいた・退院が近い・・・等目安にして方向性検討
- 中間カンファレンス：有 ・ 無 実施日 ( / )
- 有の場合：  必要時、院内必要部署に連絡  指導書作成  指導料算定
- 支援アセスメントシート：「必要な支援」記入**

- ⑦ リハビリゴール確認
- 支援アセスメントシート必要時追記**
- ⑧ 介護保険「無」の場合で申請が必要な患者：  
 申請手続き説明  書類作成  家族に渡す  家族に申請状況の確認  調査日 /
- ⑨ リハビリゴールが近づいた・退院が近い・・・等目安にして  
多職種と相談しながら必要な支援に繋げる  
中間カンファレンス：(実施日 月 日 : )  
有の場合：  開催日時調整  病棟看護士連絡  家族連絡  ケアマネ連絡  
 支援アセスメントシートと指導用紙準備  記載内容確認/追記  
→ 中間カンファレンスでの確認事項

**【 施設入所予定の場合 】**

「施設入所予定者」の場合は対応可否の確認を連携室に依頼

**【 施設入所虫の場合 】**

医療行為 ( 有 無 ) 有の場合：内容 ( )

施設への状態報告：対応可否の確認 施設受入れ ( 可 不可 )

**【 施設入所予定の場合 】**

医療行為 ( 有 無 ) 有の場合：内容 ( )

施設への状態報告：対応可否の確認 施設受入れ ( 可 不可 )

- ⑩  RH見学：院内担当者・家族・ケアマネと必要性の検討
- 有の場合： 必要時、院内必要部署に連絡  指導書作成  指導料算定
- 家屋評価：有 ・ 無 (院内担当者・家族ケアマネと必要性の検討)
- ⑪  病状説明：有 ・ 無
- 有：主治医・家族と日程調整 有の場合担当者へ連絡  連携室  ケアマネ

- ⑩ RH見学/家屋評価：院内担当者・家族・ケアマネと必要性の検討
- RH見学：(実施日 月 日 : )
- 開催日時調整  病棟看護士連絡  家族連絡  ケアマネ連絡  リハビリ連絡
- 調整事項：
- 家屋評価：(実施日 月 日 : )
- 開催日時調整  病棟看護士連絡  家族連絡  ケアマネ連絡  リハビリ連絡
- 調整事項：

調整が必要となった時から退院まで

**【 第 3 段階 】**

	<p><b>病棟看護師</b></p> <p>【 退院先 】</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅</p> <p>⑫ 訪問看護：有・無・新規          (事業所： )</p> <p>⑬ 訪問診療：有・無・新規</p> <p>《 院外訪問診療 》</p> <p><input type="checkbox"/> 主治医に診療情報提供書作成依頼</p> <p><input type="checkbox"/> 支援アセスメントシート準備</p> <p style="text-align: center;">↓</p> <p>出来上がり次第、連携室へ</p> <p>《 当院訪問診療 》</p> <p><input type="checkbox"/> 連携室に連絡</p> <p>(新規と継続では対応が異なるため、連携室へ依頼)</p> <p>⑭ 家族への介護指導の必要性          ( 有 ・ 無 )</p> <p><input type="checkbox"/> 口腔ケア    <input type="checkbox"/> オムツ交換</p> <p><input type="checkbox"/> 食事指導    <input type="checkbox"/> フォーレ管理</p> <p><input type="checkbox"/> 陰部洗浄    <input type="checkbox"/> 吸引</p> <p><input type="checkbox"/> 移乗介助    <input type="checkbox"/> その他</p> <p><input type="checkbox"/> 栄養指導</p> <p>* 指導日程：評価→指導評価表へ記入          (実施日 月 日 : )</p> <p>⑮ <input type="checkbox"/> 退院カンファレンス ( 有 ・ 無 )</p> <p>有)</p> <p><input type="checkbox"/> 指導料算定</p> <p><input type="checkbox"/> 院内担当部署へ日程連絡</p> <p>外来・リハビリ・薬剤師・栄養士・透析</p> <p><input type="checkbox"/> 支援アセスメントシート+指導用紙作成・準備</p> <p>無) 当院訪問診療の場合</p> <p><input type="checkbox"/> 次回訪問診療日を内科外来と調整</p> <p><input type="checkbox"/> 退院処方日数を確認</p> <p>⑯ <input type="checkbox"/> 退院準備</p> <p>かかりつけ医別退院時の対応表確認</p>	<p><b>連携室 (退院支援NS・MSW)</b></p> <p>【 退院先 】</p> <p><input type="checkbox"/> 自宅</p> <p>⑫ 訪問看護：( )</p> <p><input type="checkbox"/> 新規：ケアマネに依頼</p> <p><input type="checkbox"/> 利用中：必要時情報提供</p> <p>⑬ 訪問診療：( )</p> <p>※かかりつけ医別訪問診療時の対応表に沿って進める</p> <p><input type="checkbox"/> 家族と訪問診療医の選択</p> <p><input type="checkbox"/> 利用中：継続の確認</p> <p>医療機関：          医師：          ※新規で当院利用の場合「訪問診療確認表」作成→訪問診療担当NSに渡し依頼</p> <p>⑭ 退院時指導の確認          (看護師と連携)</p> <p>⑮ 退院カンファレンス ( 有 ・ 無 )</p> <p>有)</p> <p><input type="checkbox"/> 開催日時調整          (実施日 月 日 : )</p> <p><input type="checkbox"/> 連絡：  <input type="checkbox"/> 病棟看護師  <input type="checkbox"/> 家族  <input type="checkbox"/> ケアマネ  <input type="checkbox"/> 会場予約</p> <p><input type="checkbox"/> 支援アセスメントシート記入</p> <p><input type="checkbox"/> 指導書の種類を電カル付箋で伝達          (当日)</p> <p><input type="checkbox"/> 担当看護師と事前打ち合わせ</p> <p><input type="checkbox"/> 支援アセスメントシート</p> <p><input type="checkbox"/> 指導用紙</p> <p><input type="checkbox"/> 薬剤情報</p> <p><input type="checkbox"/> 事前にセッティング</p> <p>無)</p> <p><input type="checkbox"/> ケアマネに情報提供          (支援アセスメントシート事前FAX)</p>	<p><b>退院</b></p> <p>⑰ <input type="checkbox"/> 看護サマリ記入</p> <p>⑱ <input type="checkbox"/> 入退院支援加算1 (療養病棟) 算定 (可 ・ 否)          (算定日数基準：直入院/7日以上 転棟/14日以上)</p>
<p>調整が必要となった時から退院まで</p> <p>【 第 3 段 階 】</p>			

病棟に伝える

退院

- ケアマネ / 施設と最終確認
- 入退院支援加算1 (療養病棟) 算定確認

# 【支援アセスメントシート：高齢者総合評価】

ID) \_\_\_\_\_ 患者氏名) \_\_\_\_\_ 入院期間) \_\_\_\_\_  
 主治医) \_\_\_\_\_ 病棟看護師) \_\_\_\_\_ MSW) \_\_\_\_\_  
 薬剤師) \_\_\_\_\_ 栄養士) \_\_\_\_\_ リハビリ) \_\_\_\_\_ PT) \_\_\_\_\_ OT) \_\_\_\_\_ ST) \_\_\_\_\_  
 かかりつけ医) \_\_\_\_\_ 事業所) \_\_\_\_\_ ケアマネ・相談支援専門員) \_\_\_\_\_

	入院前	初回評価(入院7日前後)	現在の状態(情報提供日 / )	退院時に目指す状態と支援
家族状況	世帯構成：独居 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>	本人の思い： 家族の思い：		
家屋状況 (看護師)				
食事栄養 (栄養・ST・OT)	食事内容・食形態： ( ) 摂取量 ( ) 栄養剤処方： 水分トロミ： 食事の準備：	食事内容・食形態： ( ) 摂取量 ( ) 栄養剤や補助食品の使用： 水分トロミ： 栄養状態の問題：	食事内容・食形態： 栄養剤の処方： 水分トロミ： 食事の準備：	
排泄 (看護師)	状況： 方法：	状況： 方法：	状況： 方法：	状況： 方法：
保清 (看護師)	状況： 更衣：	状況： 更衣：	状況： 更衣：	状況： 更衣：
移動 (PT)	移動方法： 外出(公共交通機関の利用)： 買物：	移動方法： BI ( )点 SPPB ( )点	移動方法： BI ( )点 SPPB ( )点	移動方法： 外出(公共交通機関の利用)： 買物：
認知機能 (OT)	金銭管理： 電話：	HDS-R ( )点 MMSE ( )点 金銭管理：	HDS-R ( )点 MMSE ( )点 金銭管理：	金銭管理： 電話：
内服薬 (看護師)	多剤併用(5剤以上)： 内服管理：	内服管理：	内服管理：	多剤併用(5剤以上)： 内服管理：
その他				

## 入退院支援計画スクリーニングシート

\_\_\_\_\_ 様 \_\_\_\_\_ 入院日  
 生年月日 ( \_\_\_\_\_ ) 年齢 0 歳 療養入院日  
 住所 記入日  
 患者ID 00000000 主治医 記載者

病 名	
患者様以外の相談者	<input type="checkbox"/> 家族・親族 ( _____ ) <input type="checkbox"/> その他関係者 ( _____ )
かかりつけ医	<input type="checkbox"/> いる → <input checked="" type="checkbox"/> いない
紹介状の有無	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
情報提供の同意	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
退院支援計画担当者	病棟看護師 : _____ 連携室担当 : _____

(かかりつけ医の除外基準：定期的な通院はなく、風邪ひき・発熱等によりかかったことがある)

### 【入院目的】

- 1) 予定検査・教育入院患者
- 2) 緊急入院患者
- 3) 転入患者

【退院支援が必要な要因（退院困難な要因）】 チェックは何項目でも可

- 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
- 入退院を繰り返している
- 独居・高齢世帯、家族と同居であっても、必要な介護又は養育が十分に提供できる状況にない
- ADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要（必要と推測される）
- 排せつに介護が必要
- 今まで介護サービスを利用していた
- 要介護状態であるとの疑いがあるが介護保険が未申請
- 退院後に医療処置（胃ろうなどの経管栄養法を含む）が必要
- 虐待を受けている又はその疑いがある
- 医療保険未加入者又は生活困窮者である
- 医療費や生活費などの経済的問題の解決、調整が必要
- その他退院支援が必要な理由





# 入退院支援計画書

様 生年月日 年 月 日 (ID ) 病棟

		計画着手日		計画作成日	
患者様以外の相談者	<input type="checkbox"/> 家族・親族等 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
支援計画を行う者 (下記担当者を除く)	主治医		病棟責任者		
	病棟担当看護師				
退院支援が必要な要因	<input type="checkbox"/> ①悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること <input type="checkbox"/> ②緊急入院であること <input type="checkbox"/> ③要介護状態であるとの疑いがあるが介護保険が未申請であること <small>(介護保険法：特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る)</small> <input type="checkbox"/> ④家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること <input type="checkbox"/> ⑤生活困窮者であること <input type="checkbox"/> ⑥入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること <small>(必要と推測されること)</small> <input type="checkbox"/> ⑦排泄に介護が必要 <input type="checkbox"/> ⑧同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと <input type="checkbox"/> ⑨退院後に医療処置(胃ろうなどの経管栄養法を含む)が必要なこと <input type="checkbox"/> ⑩入退院を繰り返していること <input type="checkbox"/> ⑪その他患者の状況から判断して①～⑩までに準ずると認められる場合				
退院に向けた支援項目	<input type="checkbox"/> 医療処置・服薬管理のこと <input type="checkbox"/> 症状の不安 <input type="checkbox"/> 介護のこと <input type="checkbox"/> 医療費などの経済的なこと <input type="checkbox"/> 退院後の療養先 <input type="checkbox"/> 家族のこと <input type="checkbox"/> その他 ( )				
現在利用中のサービス	介護保険 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 申請中 要介護度 ( ) 障害者手帳 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 等級 ( ) 種類 ( )				
退院に向けた支援計画 ・支援予定期間  ～退院まで	<計画目標> <input type="checkbox"/> 医療処置や服薬管理等の説明・指導を行います。 <input type="checkbox"/> 介護保険等の在宅ケアの準備の支援を行います。 <input type="checkbox"/> 退院後療養先決定に関する支援を行います。 <input type="checkbox"/> 医療費や生活費に関する検討を行います。 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <支援概要>				
予想される退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設・病院 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
退院後に利用が予想される医療・福祉サービス等	<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 福祉手帳 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護・リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 通所介護・リハビリ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具 <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> 通院介助 <input type="checkbox"/> 難病医療 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
福祉サービス担当者	事業所		氏名		

\* 上記内容は現時点で考えられるものであり、今後の状態の変化に応じて変わり得るものです。

説明日 年 月 日

病棟専任退院支援担当者 \_\_\_\_\_

地域医療連携室退院支援担当者 \_\_\_\_\_

患者(家族)様 \_\_\_\_\_ (続柄: \_\_\_\_\_)

参考様式\_\_入院時情報提供書（厚生労働省書式）

別紙1

入院時情報提供書<在宅版>

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

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、\_\_\_\_\_年\_\_\_\_月\_\_\_\_日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）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			
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦 年 月 日生
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	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
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> __割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<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"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
主介護者氏名	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について			
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話が支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
4. 口腔・栄養について			
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( □薄い・□中間・□濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( □部分・□総 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項			
5. 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： )		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容： ) <input type="checkbox"/> 全介助		
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		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
6. かかりつけ医について			
かかりつけ医療機関1		かかりつけ医療機関2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報			
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること			
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 ) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名： )		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		

参考様式\_\_入院時情報提供書（厚生労働省書式）

8. 入院前の身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について	
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper limb <input type="checkbox"/> 左 upper limb <input type="checkbox"/> 右 lower limb <input type="checkbox"/> 左 lower limb 褥瘡等の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・深度・大きさ等 )
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換 ( 時間毎 ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし
移乗	<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 <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 (屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 移動 (屋内) <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 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
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ( )
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前がわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)
9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等	
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ( ) ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：
10. 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)	
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 ( <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし ) 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める ( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない
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： )
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	
11. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)	
「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 具体的な要望 ( )

## 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 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 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"/> 麻痺・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		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
退院に際しての日常生活の障害要因 (心身状況・環境等)	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。				
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。



# 介護相談受付票

該当するものにチェック☑または、○を付けてください。

令和 年 月 日

フリガナ			家族構成	<input type="checkbox"/> ひとり暮らし <input type="checkbox"/> 世帯員あり ( <input type="checkbox"/> 日中はひとり)
対象者氏名 (介護を必要とする人)				
ご家族 連絡先	フリガナ		対象者との続柄	<input type="checkbox"/> 家族( ) <input type="checkbox"/> 代理人
	氏名			
	連絡先住所	<input type="checkbox"/> 介護認定申請書と同様(下に住所の記入は不要です) 〒 -		
	電話番号	① - - 自宅・携帯・その他( ) ②上記で連絡がつかない場合 - - 連絡先( ) ※認定調査員等が連絡します。調査員個人の電話(携帯等)から連絡する場合があります		
認定調査 実施場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 病院名: [ 病棟・階] 退院予定( 月 日)・未定 <input type="checkbox"/> 施設 施設名: <input type="checkbox"/> その他(市外等 所在する場所: )			
相談内容	<input type="checkbox"/> 介護が必要になった・サービス利用について相談したい <input type="checkbox"/> デイサービス・ヘルパーサービスを利用したい <input type="checkbox"/> 住宅改修・福祉用具(手すり・歩行器・ベッド等)・訪問看護・短期入所を利用したい(希望するものに○) <input type="checkbox"/> 医療機関からのすすめ(原因となる病名などありましたら以下に記載してください) サービスを使用したい理由、相談したい心配事や困り事、病名や症状などを具体的にご記入ください [ ]			
以下について、番号に○印又は記入をしてください。				
1 歩行について	1. できる	2. 杖などつかまって歩行	3. 介助が必要	4. できない
2 洗身(入浴)について	1. できる	2. 見守りや一部介助が必要	3. 自力でできない	
3 排泄行為について	1. できる	2. 見守りや一部介助が必要	3. 自力でできない	
4 薬の管理について	1. できる	2. できない( )		
5 ひどい物忘れについて	1. ない	2. ある(症状: )		
6 日中の生活	1. よく動いている	2. 座っていることが多い	3. 横になっていることが多い	
現在使っているサービスについて記入してください。医療訪問看護、生きがいデイサービスなど [ ]				職員記載: 生きデイ利用 <input type="checkbox"/> 有無チェック

## 申請書共通チェックリスト様式

担当部署名: 市民福祉部 介護福祉課 問い合わせ先: 025-792-9755

申請等の名称	介護保険「要介護認定・要支援認定」申請書	受付	受付印
申請者	住所: 氏名:		

	書類の名前	省略	省略できる条件	受付 窓口	担当課
1	申請書本体	不可		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	主治医意見書作成事前調査票	可	原則全員提出。 主治医が小出病院(入院中の者を除く)、ふくじゅクリニック、堀之内医療センター、守門診療所、庭山医院の場合は必須。	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	介護保険被保険者証	可	被保険者証を紛失した場合	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	その他(申請者が任意で添付した書類等)			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 参考文献

- 1 入退院時におけるケアマネージャー⇔医療機関 連携・情報収集の手引き  
(企画☒長野市在宅医療・介護連携推進会議 発行☒長野市 )
- 2 糸魚川市 入退院連携ガイド  
(糸魚川市在宅医療・介護連携協議会 退院支援企画委員会)
- 3 つばめ・やひこ 入退院連携ガイド  
(編集☒燕・弥彦医療介護センター 発行☒燕市 弥彦村 燕市医師会)
- 4 医療と介護の連携ハンドブック (新潟市在宅医療・介護連携推進協議会)
- 5 南魚沼市の介護保険 (南魚沼市)
- 6 はじめよう在宅医療・介護 ～多職種の役割と連携の仕方～  
(つまり医療介護連携センター 在宅マニュアル検討部会)
- 7 介護報酬の解釈 1 単位数表編  
(令和3年4月版 社会保障研所)
- 8 介護報酬ハンドブック  
(改定2021年版 シルバー産業新聞社 )
- 9 指定地域密着型サービスに要する費用の額に関する基準  
(平成18年個性労働省告示第126号 )(抄)【平成30年4月1日施行(予定)】
- 10 訪問看護の手引き (公益社団法人 千葉県看護協会)
- 11 全国在宅医療テスト院内勉強会資料 (医療法人ゆうの森)
- 12 難病法と指定難病 (大日本住友製薬 健康情報サイト)
- 13 対象疾病について (難病情報センター)
- 14 新潟県特定医療費支給認定実施要綱 (新潟県ホームページ)
- 15 難病患者さんのためのガイドブック(新潟市)
- 16 令和2年度診療報酬改定の概要(在宅医療・訪問看護) (厚生労働省保険局医療課)

## 魚沼市入退院支援検討会 名簿

(令和元年10月10日現在：敬称略)

所 属	氏 名	氏 名
居宅区分代表	浅井 八代江	齐藤 久良
	穴沢 裕子	枝村 和枝
魚沼市市民福祉部介護福祉課	赤澤 孝幸	岡部 早苗
	星 美紀子	
魚沼市南部地域包括支援センター	鈴木 博志	関矢 奈夕美
市立小出病院看護部	星 敦子	井口 峰子
	細貝 めぐみ	関 栄子
	石田 幸子	佐藤 正幸
	渡邊 定子	
市立小出病院地域医療連携部	林 純一	佐藤 トモ子
	乾 香	橘 洋平
在宅医療推進センター	佐藤 洋子	北島 正子

## 入退院支援連携連携ガイド改定委員会

(令和3年12月15日現在：敬称略)

所 属	氏 名	氏 名
居宅区分代表	下村 真由美	青木 晶子
魚沼市市民福祉部介護福祉課	赤澤 孝幸	小林 孝子
魚沼市南部地域包括支援センター	鈴木 博志	
ほんだ病院	高野 佑樹	
うおぬま相談支援センター	中沢 千恵子	
市立小出病院看護部	井口 峰子	
市立小出病院地域医療連携部	林 純一	佐藤 トモ子
		乾 香
在宅医療推進センター	北島 正子	中村 由美子

新潟県在宅医療推進センター整備事業  
魚沼市在宅医療・介護連携推進事業

## 入退院支援連携ガイド

令和2年5月発行  
令和6年6月改定

**企画** 魚沼市入退院支援検討会・入退院支援連携ガイド改定委員会

**発行** 魚沼市在宅医療推進センター

〒946-0001 新潟県魚沼市日渡新田 34 番地  
電話 025-793-7305 FAX 025-793-7069  
E-mail:zaitaku@uonuma-medical.jp