

【鳥取県東部】入院・退院時における ケアマネジャー と 医療機関 連携・情報共有の手引き

住み慣れた暮らしの場で、安心して在宅療養・生活が送れるために

(目次)

1. はじめに	1
2. 連携にあたってのエチケット	2
3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ	
(A) ケアマネジャーが決まっている場合	3
(B) ケアマネジャーが決まっていない場合	5
4. 退院前カンファレンスの基本的な流れ	6
5. ケアマネジャーの皆さまへ	7
6. 医療機関の入退院支援に関わる皆さまへ	8
7. 各医療機関(病院)入退院連携の窓口	9
8. 入院時情報提供書使用前の確認	10
9. 東部地区での統一した入院時情報提供書(様式)	11
(様式1)入院時情報提供書(厚生労働省提示様式)	
10. 退院・退所情報記録書(厚生労働省提示様式)	13
11. 担当ケアマネジャーの問い合わせ先	14
12. 手引き作成関係者	15
13. おわりに	16
(参考資料)入院から退院までの報酬シート	17

1. はじめに

東部地域の将来推計人口（国立社会保障・人口問題研究所：平成30年3月）によると、75歳以上の高齢者数は、団塊の世代が75歳以上となる2025年以降も増え続け、2030年～2040年にピークを迎えます。今後は、治せない病気・障がいとともに暮らす高齢者や医療依存度が高い状態のまま退院し、在宅療養を選択する高齢者が多くなっていくことが想定されます。

医療や介護が必要な状態となった高齢者等が、できる限り住み慣れた地域で、人生の最期まで安心して自分らしく暮らしていくことができるよう、地域包括ケアシステムを深化、推進していかなければなりません。そのためには、医療や介護が必要な高齢者等が、入院する前から入院時そして退院した後まで、切れ目なく医療・介護サービスを利用できる環境が必要となります。

医療と介護に携わる関係者の連携は、入院前からはじまっており、病院の入退院調整担当者と介護支援専門員（ケアマネジャー）が中心となり情報共有し、入院中、退院時そして退院後の支援を行っています。

しかしながら、この情報共有に関する手順や内容については、明文化されたものがなく、各々の病院や居宅介護支援事業所、個人の経験・能力によって支援が行なわれており、医療と介護の連携体制に差が生じているという問題点があります。

そこで、高齢者等がどこで治療・療養・生活していても、支援が必要な場合に医療・介護の情報共有が円滑に行われるような地域の共通ルールを策定することとし、関係機関・職種の皆さまのご協力の下、東部地区在宅医療介護連携推進協議会情報共有支援ワーキンググループで検討を進めてきました。

このたび、「入院・退院時におけるケアマネジャーと医療機関の連携・情報共有の手引き」としてポイントをまとめました。地域の高齢者等が住み慣れた暮らしの場で、安心して在宅療養・生活が送れるために、この手引きをご活用いただきますようお願いします。



2. 連携にあたってのエチケット

コミュニケーションが良好な連携がとれていますか？

誤解が生じることの多くは、コミュニケーション不足と言われています。
さらに一歩、歩み寄った連携を行い、より良い支援につなげましょう。

連携にあたっての基本行動(エチケット)

◎ 時間を意識しましょう

- ・急ぐことと、急がないことを、判断して連絡しましょう

◎ 電話でのマナーを守りましょう

- ・用件は簡潔に、あらかじめ内容はまとめておきましょう
- ・連絡する時間も配慮しましょう
- ・受け取った情報はメモし、大切な事は反復し確認しましょう

◎ わかりやすく伝えましょう

- ・専門用語、略語は使わないようにしましょう
- ・言葉はゆっくりと、はっきりと発音しましょう
- ・簡潔に伝えましょう

◎ 自分の事業所・名前を伝えましょう

- ・相手が名前を聞き取りやすいように話しましょう
- ・名札も確認しやすいように配慮しましょう

◎ 双方の視点を大切にしましょう

- ・お互いの専門性・役割を理解しましょう
- ・思いやりを持って伝え、相手の欲しい情報を考えましょう

◎ 担当者が不在の時の対応を整えておきましょう

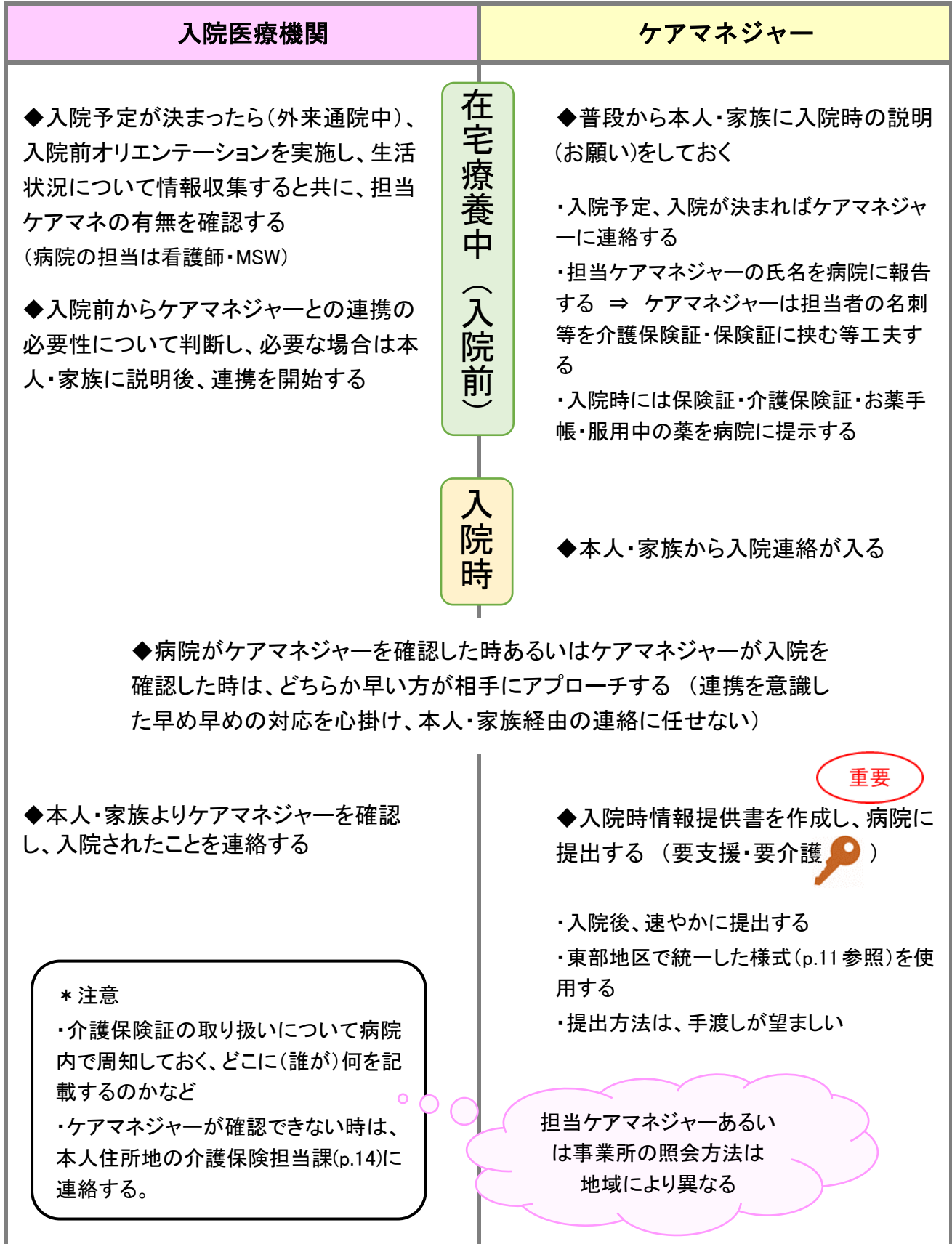
- ・あなたの職場内でのコミュニケーションも大切です

3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ

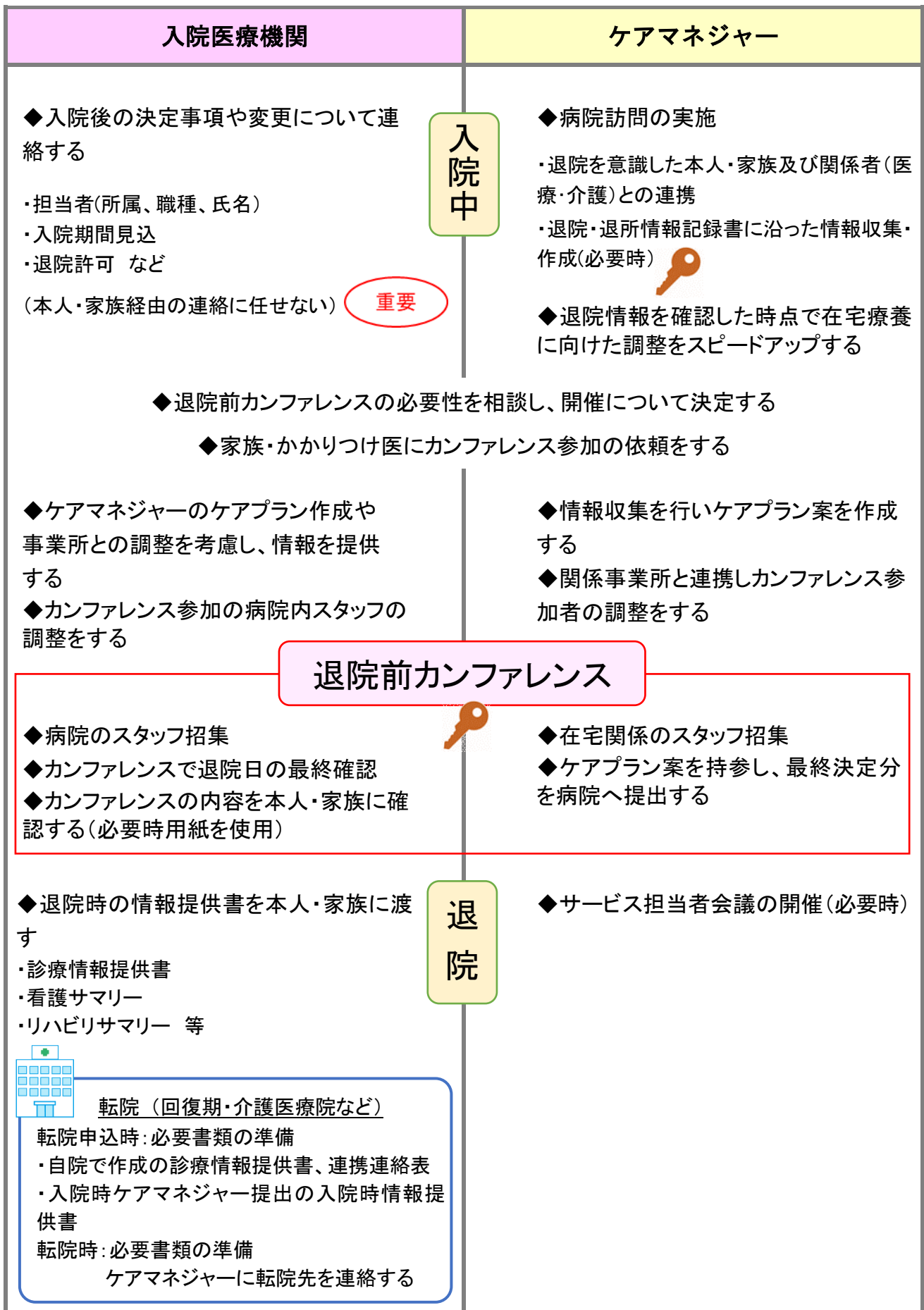
(A) ケアマネジャーが決まっている場合



このマークは報酬に関係しています



3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ



3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ

(B) ケアマネジャーが決まっていない場合

入院医療機関

- ◆ 介護保険申請状況(申請未・申請中・申請済)を確認
- ◆ 必要なサービスを考慮して、介護保険制度等の説明を行い、サービス利用に向けた支援を開始する

申請状況によって支援は異なる

- ・申請未⇒介護保険の説明から申請方法、ケアマネジャーの決定支援
- ・申請中⇒ケアマネジャーの決定支援
- ・申請済⇒必要があれば変更申請・ケアマネジャーの決定支援

介護状態により担当事業所が異なる

- ・明らかに要介護状態 ⇒ 居宅介護支援事業所(ケアマネジャー)
- ・要支援・要介護のはっきりしない状態
- ・介護保険以外のサービス利用が必要な状態
⇒ 住所地の地域包括支援センター

- ◆ ケアマネジャー(担当者)決定

申請から認定まで時間がかかる

- ・介護保険申請から認定まで約1ヵ月を要するが、サービス利用は申請日から可能

- ◆ 在宅療養の支援に向け情報を提供する(ケアマネジャーと顔合わせ)

以降、(A)ケアマネジャーが決まっている場合に準ずる

4. 退院前カンファレンスの基本的な流れ

◆入院時の状態がどう変化し、今後どういう方向に向かって行くのか、本人・家族の意向の変化と共にケアチームとして確認し、持続可能な生活を送るために何が必要なのか考えることを目的として話し合しましょう。

◆留意すること

- ①出席者にわかりやすい言葉で話しましょう。専門用語は使用しないよう心がけましょう。
- ②なごやかな雰囲気、他者への非難を避け、プラス志向の表現をしましょう。
- ③時間厳守です。おおむね 30 分程度で行いましょう(事前準備はしっかりと)
- ④本人・家族がカンファレンスに参加することへの不安・戸惑いに対して気を配りましょう。

	目的	発言者	発言内容
1	出席者紹介	司会者 (看護師) (MSW)	出席者の自己紹介と開催目的を説明 会議終了時刻を確認、発言時間は約2分程度
2	入院中の経過	担当医 (看護師)	疾病の治療内容と経過、今後の見通し 医師からの療養上の留意点
3	現在の生活機能	看護師 介護福祉士	入院中の日常生活動作、服薬状況、栄養状態、精神状態など 本人の気持ちの代弁
4	専門職種から みた現状と 今後の目標	PT・OT・ST 歯科衛生士 薬剤師 管理栄養士等	医師・看護師の説明に補足する 退院後の目標や留意事項
5	本人・家族の希望	本人・家族	退院後の希望や心配事
6	在宅での課題	司会者	病院スタッフからの説明、本人家族の意向を 踏まえ、課題をまとめる 疾病に関する事、日常生活上の問題、介護 負担や生活環境
7	在宅での ケアプラン	ケアマネジャー	総合的な援助の方針 介護サービスの内容や変更点
8	在宅療養の方針	かかりつけ医 在宅スタッフ	退院後の在宅療養についての方針
9	質問や要望	全員	質問や要望について確認する

* 同日に担当者会議を行う場合は、退院前カンファレンスとは分けて行いましょう

5. ケアマネジャーの皆さまへ

ケアマネジャーの皆さまへ

1. 入院前の準備

- ◆ 普段から医療機関への情報提供を意識し、利用者の状況を把握しておきましょう。
- ◆ 入院時は利用者から連絡が入るように説明しておきましょう。
- ◆ 担当者がわかるよう、介護保険証と一緒に名刺を入れておくなど工夫しておきましょう。
- ◆ 医療機関と連携を行っていくため、個人情報の使用について説明しておきましょう。

2. 医療機関は情報提供を待っています

- ◆ 入院時には、できるだけ早く情報を提供し、連携をとっていきましょう。
- ◆ 鳥取県東部地区では入院時情報提供書はできるだけ厚生労働省提示の様式を利用していくこととなりました。
- ◆ 入院当初より退院を見据えた情報提供、収集を行いましょ。
- ◆ 本人・家族の思いを大切にすると共に、医療機関への確認も自ら行いましょう。

3. 本人・家族はケアマネジャーを頼りにされています

- ◆ 療養に大きく影響する言葉はチームで話し合ってから発信しましょう。たとえば「もう家では無理」「入院あるいは転院が必要」などの言葉です。

【医療機関との情報交換で留意してほしいこと】

- ◆ 問い合わせの事項などは○×で回答できる内容が望ましいです。質問が長いと、聞きたいことと答えることとが異なったりします。
- ◆ できるだけ医療機関に出向いて情報収集しましょう。特に初めての関係者に電話だけの確認では、情報提供を拒まれる場合もあります。
- ◆ 一人で判断せず、医療機関のスタッフや同僚に助言をもらうなどしましょう。
- ◆ 医療機関からの情報提供の方法は様々です。欲しい情報についてはあらかじめ投げかけ、退院時には聞き取る姿勢で臨みましょう。

6. 医療機関の入退院支援に関わる皆さまへ

医療機関の入退院支援に関わる皆さまへ

1. 介護保険について知識を得ておきましょう

- ◆ ケアマネジャーは、医療機関の皆様にご介護保険について正しく知ってほしいと思っています。
- ◆ 本人・家族に対して「あなたの介護度は〇〇くらい」などの不確かな情報提供や、早期から必要な介護サービスを決めつけることは禁物です。「在宅では介護(生活)できない」「すぐに施設を探して」などの言葉は十分話し合った後に発信しましょう。病院関係者の一言は今後の生活に大きな影響力があります。

2. 退院時にはスムーズな情報提供を行いましょ

- ◆ 在宅スタッフへの引継ぎが円滑に進むことが、在宅療養の安定と本人・家族の安心につながります。
- ◆ 在宅スタッフの必要とする情報を提供できるように準備しておきましょう。(p.13 退院・退所情報記録書の内容を参照)

3. ケアマネジャーへの連絡はなるべく早くしましょ

- ◆ 退院の目途が立ち次第(退院日が不確定でも)ケアマネジャーに一報を入れましょ。在宅でのサービス調整には時間がかかります。
- ◆ 本人や家族を介しての連絡のみでは時間がかかったり、不確実な情報が伝わったりします。直接ケアマネジャーと連絡を取りましょ。

4. 地域包括支援センターをご利用ください

- ◆ 介護状態や介護保険申請の時期について迷う場合は、居住地域の地域包括支援センターに相談しましょ。

7. 医療機関(病院)入退院連携の窓口

病院名	連携部署名 (入院時情報提供書受取部署)	連絡先		
鳥取生協病院	医療相談室	TEL	①0857-24-7251(代) ②0857-25-0621(直)	〒680-0833 鳥取市末広温泉 町 458
		FAX	0857-24-7299(直)	
介護医療院 鳥取産院	相談室	TEL	0857-23-3151(代)	〒680-0841 鳥取市吉方温泉 1 丁目 653
		FAX	0857-22-0006(代)	
鳥取市立病院	患者サポートセンター入退院支援係 入退院支援室	TEL	0857-37-1522(代)	〒680-8501 鳥取市的場 1 丁目 1 番地
		FAX	0857-37-1558(直)	
幡病院	退院支援部署(精神保健福祉士)	TEL	0857-22-2346(代)	〒680-0862 鳥取市雲山 57
		FAX	0857-23-4575(代)	
渡辺病院	地域医療連携課	TEL	①0857-24-1151(代) ②0857-39-1152(直)	〒680-0011 鳥取市東町 3 丁目 307
		FAX	0857-24-1024(代)	
鳥取赤十字病院	患者サポートセンター	TEL	0857-24-8111(代)	〒680-8517 鳥取市尚徳町 117
		FAX	0857-39-0531(直)	
上田病院	地域連携室	TEL	0857-22-4319(代)	〒680-0022 鳥取市西町 1 丁目 451
		FAX	0857-31-1882(代)	
ウェルフェア 北園渡辺病院	事務部地域医療連携課	TEL	0857-27-1151(代)	〒680-0003 鳥取市覚寺 181
		FAX	0857-27-1152(代)	
鳥取県立 中央病院	患者支援センター	TEL	0857-21-8501(直)	〒680-0901 鳥取市江津 730
		FAX	0857-21-8507(直)	
尾崎病院	地域連携室	TEL	0857-38-3251(直)	〒680-0941 鳥取市湖山町北 2 丁目 555
		FAX	0857-32-2513(直)	
鳥取医療 センター	地域医療連携室	TEL	0857-59-0892 (内線 275)(直)	〒689-0203 鳥取市三津 876
		FAX	0857-59-0713(直)	
鳥取医療生協 鹿野温泉病院	地域連携室	TEL	0857-84-2311(代)	〒689-0425 鳥取市鹿野町 今市 242
		FAX	0857-84-3287(代)	
岩美病院	地域連携室	TEL	0857-73-1421(代)	〒681-0003 岩美郡岩美町浦 富 1029 番地 2
		FAX	0857-73-0028(代)	
智頭病院	地域医療連携室	TEL	0858-75-3211(代)	〒689-1402 八頭郡智頭町智 頭 1875
		FAX	0858-75-3636(代)	

8. 入院時情報提供書使用前の確認

1. 用紙

- ◆ 鳥取県東部地区では厚生労働省が提示する様式を利用しましょう。
 - ◆ 鳥取県東部医師会、在宅医療介護連携推進室のホームページからダウンロードできます。
- ※エクセル形式(チェックボックス機能有・無)、PDF 形式

2. 詳しく記入

- ◆ 1ページ目の項目「障害など認定」の項目はわかる範囲で等級など記入しましょう。

3. 追加の書類

- ◆ 居宅サービス計画書は3表のみを添付しましょう。
(1表・2表は不要)

4. 切れ目のない情報

- ◆ 入院時情報提供書は入院前の様子を知る情報源として本人の移動と共に支援関係者に渡していきましょう。(伝言ゲームにならないためにも)
- ※例えば急性期病院⇒回復期病院⇒施設⇒自宅

5. 個人情報

- ◆ 個人情報のやり取りです。本人・家族の了承を得ていることが基本です。
- ◆ 提供場所の間違いを避けるためにもできるだけ手渡しで提供しましょう。

9. 東部地区での統一した入院時情報提供書（様式）

（様式1）入院時情報提供書（厚生労働省提示様式） P. 1

東部医師会在宅医療介護連携
推進室ホームページにチェック
ボックス使用の用紙あり

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： 事業所名：
ご担当者名： 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 ※可能な場合は「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） 特記事項（ ）					
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					わかれば 等級記入 ↑
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				□医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				□ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（身体・精神・知的）		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()					

2. 家族構成/連絡先について

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

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等					
本人の生活歴					
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照				

居宅サービス計画書は3表のみ提出する

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（ ）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

在宅生活に必要な要件					
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ ）				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 続柄・年齢）				
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない				
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）				
特記事項					

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり				
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望（ ）				
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり				

* = 診療報酬 退院支援加算1、2「退院困難な患者の要因」に関連

9. 東部地区での統一した入院時情報提供書（様式）

（様式1）入院時情報提供書（厚生労働省提示様式） P. 2

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付				
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
お薬に関する、特記事項				

9. かかりつけ医について			
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

10. 退院・退所情報記録書（ケアマネジャー使用）

（参考様式）退院・退所情報記録書（厚生労働省提示様式）

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態等 記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日					
	入院原因疾患 (入所目的等)					
	入院・入所先		施設名 棟 室			
	今後の医学管理		医療機関名： 方法 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()				
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方 本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人> 退院後の生活に関する意向					
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方					
	<家族> 退院後の生活に関する意向					
③ 退院後に必要な事柄	③ 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) <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			(禁忌の内容/留意点)
症状・病状の予後・予測						
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等) <small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small>						
在宅復帰のために整えなければならない要件						
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	
1	年 月 日				無・有	
2	年 月 日				無・有	
3	年 月 日				無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

1 1. 担当ケアマネジャーの問い合わせ先

1. 問い合わせをすることを家族・本人が了解していること
2. 返答の方法は担当により異なり、一律ではありません

本人住所	問い合わせ担当課	電話番号
鳥取市	長寿社会課介護保険係	0857-30-8212
岩美町	健康長寿課介護保険係	0857-73-1322
若桜町	包括支援センター	0858-82-2209
	町民福祉課福祉環境係	0858-82-2232
智頭町	福祉課	0858-75-4102
八頭町	保健課介護保険係	0858-72-3555
新温泉町	地域包括支援センター	0796-82-5623

1 2. 手引き作成関係者

情報共有支援ワーキンググループ・入退院支援部会 委員

池内 由美子	岩美町地域包括支援センター	保健師
稲垣 奈津子	鳥取市南居宅介護支援センター	主任介護支援専門員
濱口 和史	ケアプランセンターにしまち幸朋苑	主任介護支援専門員
八尾 美智代	鳥取中央地域包括支援センター	主任介護支援専門員
山本 真司	鳥取こやま地域包括支援センター	主任介護支援専門員
田中 洋美	訪問看護ステーションナースくる	看護師
田中 佳恵	岩美病院 地域連携室	M S W
奥本 紘平	智頭病院 地域医療連携室	M S W
岩見 智子	鳥取県立中央病院 患者支援センター	看護師
岡本 彩織	鳥取県立中央病院 患者支援センター	M S W
田中 菊枝	鳥取赤十字病院 患者サポートセンター	看護師
山本 陽子	鳥取赤十字病院 患者サポートセンター	M S W
浅田 恵須美	鳥取市立病院 入退院支援室	看護師
山口 恵	鳥取市立病院 入退院支援室	M S W
橋本 綾	鳥取生協病院 医療相談室	M S W
尾崎 真紀	鳥取医療センター 地域医療連携室	M S W
佐々木 朋美	鳥取医療センター 地域医療連携室	M S W
上田 尚子	鹿野温泉病院 地域連携室	看護師
滋野 真喜子	鹿野温泉病院 医療相談室	M S W
山根 仁子	鳥取市保健所 健康支援課	保健師

東部地区在宅医療介護連携推進協議会(東部1市4町在宅医療・介護連携推進事業)

会 長	松浦 喜房	鳥取県東部医師会 会長
情報共有支援WG委員長	橋本 篤徳	鳥取県東部医師会 理事
(事務局)	橋本 涉	東部医師会在宅医療介護連携推進室
	廣山 恵	〃
	多賀 博則	〃
	小林 梨恵	〃

13. おわりに

情報共有支援ワーキンググループ入退院支援部会の委員の皆様と、鳥取県東部地区の入退院に関する皆様のご協力のもと、この手引きが完成いたしました。心よりお礼申し上げます。

この手引きは完成することのみならず、活用することで、スムーズな入退院に関する連携、情報共有が行われていくことが重要なポイントです。

そして住民が住み慣れたまちで安心して暮らし続けることが最終目的であることは言うまでもありません。

今後この手引きを関係者が周知し、報酬改定などによる変更など、継続して振り返っていく必要もあります。

どうぞ一人一人が、使いやすいもの、より良いものを目指して、今後ともご協力をよろしくお願いいたします。



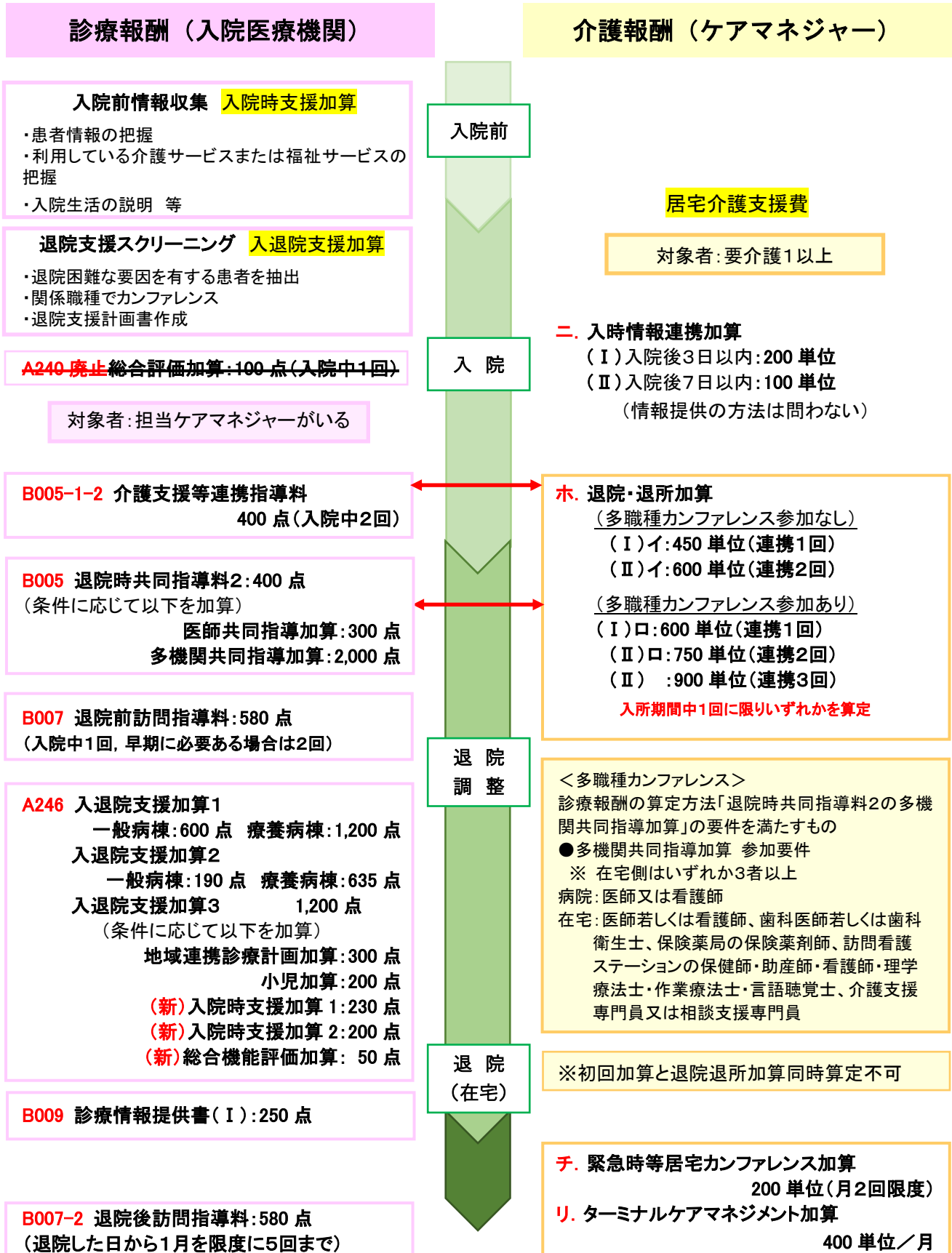
令和2年2月発行 Vol. 1

東部地区在宅医療介護連携推進協議会

(参考資料) 入院から退院までの報酬シート



診療報酬（医療保険）と介護報酬（介護保険）との関連図 令和2年4月改正



一般社団法人鳥取県東部医師会
東部地区在宅医療介護連携推進協議会

鳥取県東部医師会 在宅医療介護連携推進室

TEL:0857-54-1970 FAX:0857-54-1971

http://www.toubu.tottori.med.or.jp/zaitaku/z_iryuu_kaigo

