

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

令和6年6月版



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

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

(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. 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書(退院時)	14
12. 担当ケアマネジャーの問い合わせ先	16
13. 手引き作成関係者	17
14. おわりに	18
(参考資料)入院から退院までの報酬シート	19

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

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：令和5年12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。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、在宅での看取りを選ぶ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した。

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、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、令和2年2月に「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。

このたび、令和6年度診療報酬・介護報酬の同時改定を機に手引きの見直しを行いました。

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いたします。



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。
さらに一步、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

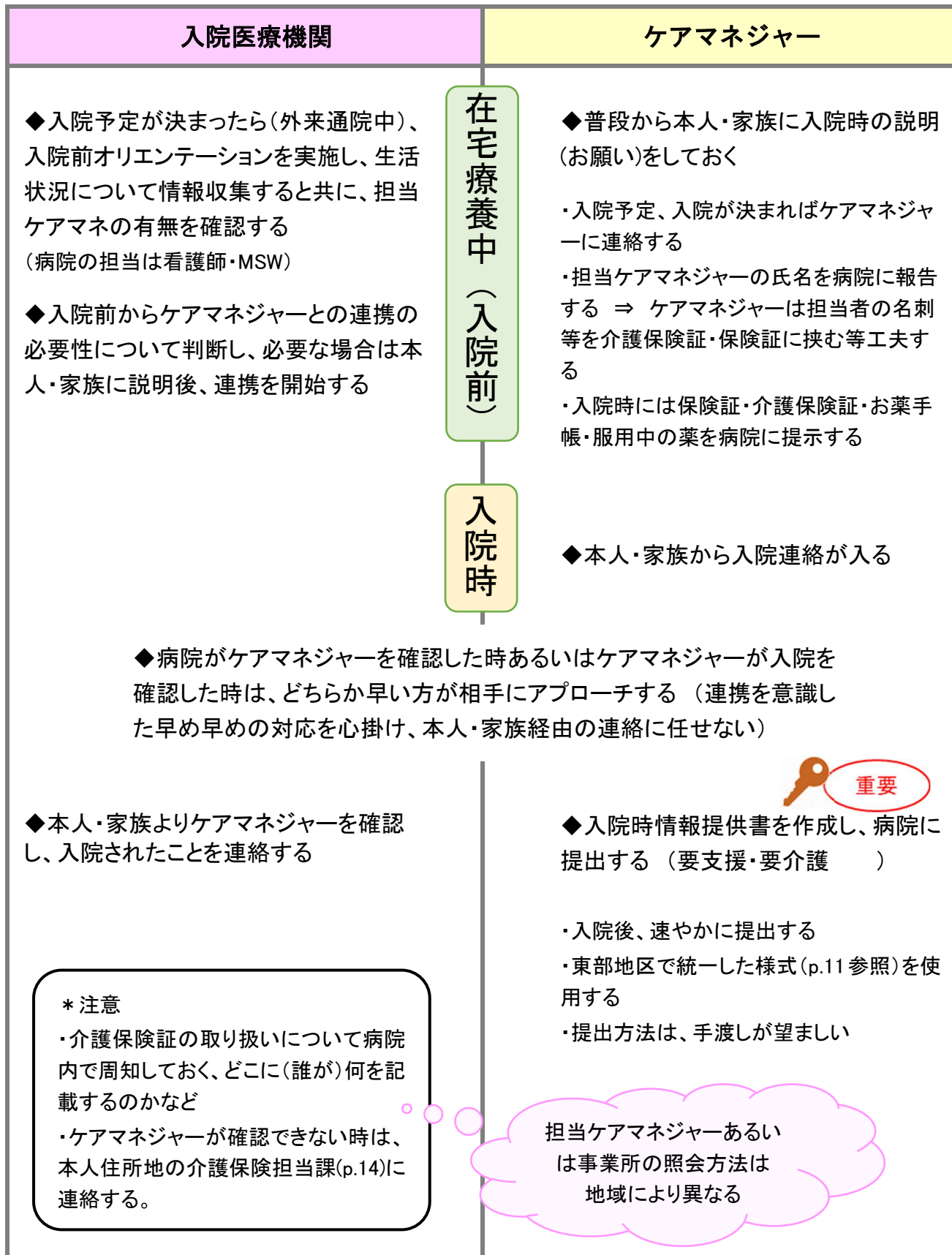
- ・あなたの職場内でのコミュニケーションも大切です

3. 入院・退院時における、連携・情報共有の流れ

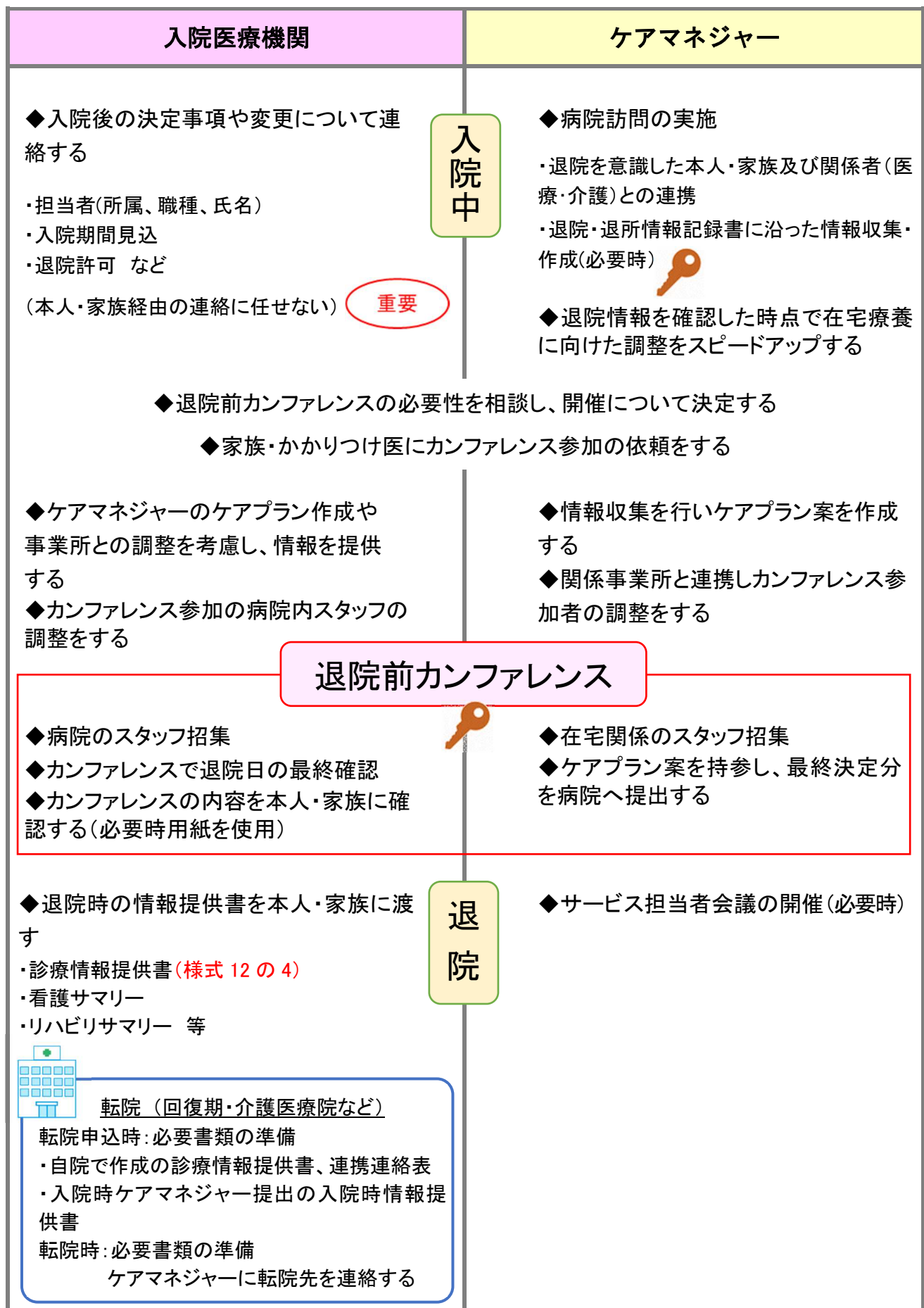
(A) ケアマネジャーが決まっている場合



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ひましょう。

◆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、収集を行いきましょう。
- ◆ 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う

- ◆ 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う

- ◆ 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う。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う。

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う。

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	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. 障害者手帳の有無

- ◆ 障害者手帳の有無を確認しましょう。

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

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	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M
介護保険の自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明	障害手帳の有無	☐ なし ☐ あり (身体・精神・知的)
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()		
2. 家族構成/連絡先について			
世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ 日中独居 ☐ その他 ()		
主介護者氏名	(続柄 ・ オ) (同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代話者)	(続柄 ・ オ) (同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について			
視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	意思疎通	☐ 会話に支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 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 ☐ 会話が成り立たないが、発語はある ☐ 発語がなく、無言である
聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難		
眼鏡	☐ なし ☐ あり		
補聴器	☐ なし ☐ あり		
4. 口腔・栄養について			
摂食方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養	食物アレルギー	☐ なし ☐ あり ()
摂食嚥下機能障害	☐ なし ☐ あり	水分(とろみ)	☐ なし ☐ あり (☐ 薄い ・ ☐ 中間 ・ ☐ 濃い)
食形態(主食)	☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他 ()	食形態(副食)	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ その他 ()
義歯使用	☐ なし ☐ あり (☐ 部分 ・ ☐ 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	☐ できる ☐ できない
歯の汚れ	☐ なし ☐ あり	歯肉の腫れ、出血	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ あり	居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり (職種：)
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 (介助内容：) ☐ 全介助		
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 服薬拒否		
薬剤アレルギー	☐ なし ☐ あり ()	特記事項	☐ なし ☐ 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	☐ 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) ☐ 話し合いを実施していない (☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ 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	☐ 下記をご参照ください ☐ 別紙参照 (書類名：)		
話し合いへの参加者	☐ 本人 ☐ 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) ☐ 医療・ケアチーム ☐ 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		

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

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	☐ 右上肢	☐ 左上肢	☐ 右下肢	☐ 左下肢	褥瘡等の有無	☐ なし ☐ あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	☐ エアーマット	☐ クッション	☐ 体位変換（時間毎）		☐ その他（）		☐ なし		
移乗	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	移動	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
移動（屋外）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他	移動（屋内）	☐ 杖	☐ 歩行器	☐ 車椅子	☐ その他
食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助	☐ 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☐ なし ☐ 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 ☐ 見守ってもらうことなく過ごすことができる ☐ 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 ☐ 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 ☐ 30分程度ならみまもらなくても一人で過ごすことができる ☐ 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 ☐ 年月日はわかる ☐ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐ 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 ☐ その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる ☐ 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 ☐ 常に覚えている ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 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 ☐ 自由に操作できる ☐ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える ☐ 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 ☐ 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 ☐ なし ☐ 不明 ☐ あり（頻度： ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 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。 ☐ 居宅サービス計画(1)～(3) ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ペット飼育の有無： ☐ あり ☐ なし 特記事項：								
居宅サービス計画書は3表のみ提出する									
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 ※可能な限り「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（ ☐ あり ☐ なし） 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（）								
退院後の支援者	☐ 家族の支援が見込める（ ☐ 十分・ ☐ 一部） ☐ 家族以外の支援が見込める（ ☐ 十分・ ☐ 一部） ☐ 支援は見込めない ☐ 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外（氏名： 続柄： 年齢：）								
家族や同居者等による虐待の疑い	☐ なし ☐ 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	☐ 希望あり 具体的な要望（）								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☐ 希望あり 具体的な要望（）								

10. 退院・退所情報記録書（様式）

（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 (☐ 要区分変更)		
	氏名	様	男・女	歳	☐ 要支援 () ・ ☐ 要介護 () ☐ 申請中 ☐ なし		
入院 所 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 ☐ 通院 ☐ 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	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ()					
	排泄方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	☐ 自立 ☐ シャワー浴 ☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ 行わず					
	食事形態	☐ 普通 ☐ 経管栄養 ☐ その他 () UDF等の食形態区分					
	嚥下機能(むせ)	☐ なし ☐ あり(時々・常に) 義歯 ☐ なし ☐ あり(部分・総)					
	口腔清潔	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 著しく不良 入院(所)中の使用： ☐ なし ☐ あり					
	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助					
	睡眠	☐ 良好 ☐ 不良 () 眠剤使用 ☐ なし ☐ あり					
	認知・精神	☐ 認知機能低下 ☐ せん妄 ☐ 徘徊 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 攻撃性 ☐ その他 ()					
	② 受け止め/意向	<本人> 病名、障害、後遺症等の受け止め方 本人への病名告知： ☐ あり ☐ なし <本人> 退院後の生活に関する意向 <家族> 病名、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	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()	
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ☐ ターミナル ☐ その他 ()	
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 疼痛管理(痛みコントロール) ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(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)		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。

1 1. 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

(別紙様式12の4)

指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

年 月 日

情報提供先事業所

担当 殿

医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX番号

医師氏名

印

患者氏名	(ふりがな)	男	〒
	生年月日:西暦 年 月 日 (歳)	女	連絡先 ()

1. 患者の病状、経過等

(1) 診断名（生活機能低下の直接の原因となっている傷病名又は特定疾病については1.に記入）及び発症年月日	
1	発症年月日（西暦 年 月 日頃）
2	発症年月日（西暦 年 月 日頃）
3	発症年月日（西暦 年 月 日頃）
(2) 生活機能低下の直接の原因となっている傷病又は特定疾病の経過及び治療内容	
(3) 病状等の説明内容と患者の希望	
(4) 日常生活の自立度等について	
障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M
(5) 栄養・口腔に関する情報	
☐ 下記参照 ☐ 別紙様式50等参照	
摂食方法 : ☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養	食物アレルギー : ☐ なし ☐ あり ()
摂食嚥下機能障害 : ☐ なし ☐ あり	水分とろみ : ☐ なし ☐ あり (☐ 薄い・ ☐ 中間・ ☐ 濃い)
食形態 : 主食 ☐ 米飯 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他 ()	副食 ☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ その他 ()
義歯使用 : ☐ なし ☐ あり (☐ 部分・ ☐ 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる : ☐ できる ☐ できない
歯の汚れ : ☐ なし ☐ あり	歯肉の腫れ、出血 : ☐ なし ☐ あり
在宅生活における留意点 :	
(6) 服薬に関する情報	
内服薬 : ☐ なし ☐ あり (入院後の内服薬変更 : ☐ なし ☐ あり)	一包化の必要性 : ☐ なし ☐ あり
服薬介助 : ☐ 自立 ☐ 一部介助 (介助内容 :)	☐ 全介助
退院時処方 : ☐ なし ☐ あり (退院日含め 日分)	服薬アレルギー : ☐ なし ☐ あり ()
在宅生活における留意点 :	
(7) 療養上の工夫点 (医療上の留意点、安全の配慮等)	
☐ なし ☐ あり	
一工夫点 (例 : ご本人の見えない位置にカテーテルを固定した等) :	
(8) 入院期間	
入院日 : 年 月 日	退院日 : 年 月 日

1 1. 指定居宅介護支援事業所向け診療情報提供書（退院時）

2. 退院後のサービスの必要性

☐ 訪問診療	☐ 訪問看護（特別指示書： ☐ あり ☐ なし）	☐ 訪問歯科診療	☐ 訪問薬剤管理指導
☐ 訪問リハビリテーション	☐ 訪問歯科衛生指導	☐ 訪問栄養食事指導	
☐ 通所リハビリテーション	☐ 短期入所療養介護	☐ その他の医療系サービス（	）

3. 介護サービスを利用する上での留意点、介護方法等

(1)ADLに関する入院中の変化					
☐ あり（同封の書類をご確認ください） ☐ なし					
(2)自助具の使用					
☐ なし ☐ あり（					
(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い生活機能の低下とその対処方針					
☐ 尿失禁	☐ 転倒・骨折	☐ 移動能力の低下	☐ 褥瘡	☐ 心肺機能の低下	☐ 閉じこもり
☐ 意欲低下	☐ 徘徊	☐ 低栄養	☐ 摂食・嚥下機能低下	☐ 脱水	☐ 易感染性
☐ がん等による疼痛 ☐ その他（					
→ 対処方針（					
(4)サービス提供時における医学的観点からの留意事項とその対処方針					
☐ 起居動作	☐ 移動	☐ 運動	☐ 排泄	☐ 睡眠	☐ 入浴
☐ 摂食	☐ 嚥下	☐ 血圧	☐ その他（		
→ 対処方針（					

4. 患者の日常生活上の留意事項・社会生活面の課題と地域社会において必要な支援等

(1)利用者の日常生活上の留意事項
(2)社会生活面の課題と地域社会において必要な支援
社会生活面の課題 ☐ 特になし ☐ あり（
→ 必要な支援（
(3)特記事項

5. 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

(1)意向の話し合い： ☐ 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 日） ☐ 話し合いを実施していない（ ☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外）
--

※（2）から（5）は、本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

(2)本人・家族の意向： ☐ 下記をご参照ください ☐ 別紙参照（入院中に記載した書類等：
(3)話し合いの参加者： ☐ 本人 ☐ 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） ☐ 医療・ケアチーム ☐ その他（
(4)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
(5)その他（上記のほか、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で介護支援専門員と共有したい内容）

1 2. 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	健康福祉課介護保険係	0857-73-1322
若桜町	包括支援センター	0858-82-2209
	福祉保健課	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

13. 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（令和元年6月当時）

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	MSW
奥本 紘平	智頭病院 地域医療連携室	MSW
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	MSW
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	MSW
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	MSW
橋本 綾	鳥取生協病院 医療相談室	MSW
尾崎 真紀	鳥取医療センター 地域医療連携室	MSW
佐々木 朋美	鳥取医療センター 地域医療連携室	MSW
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	MSW
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（令和6年4月現在）

会 長	松浦 喜房	鳥取県東部医師会 顧問
担当理事	橋本 篤徳	鳥取県東部医師会 理事
（事務局）	橋本 渉	東部医師会在宅医療介護連携推進室 室長
	國本 あずさ	東部医師会在宅医療介護連携推進室
	塩谷 航平	〃
	小林 梨恵	〃

14. 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係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。



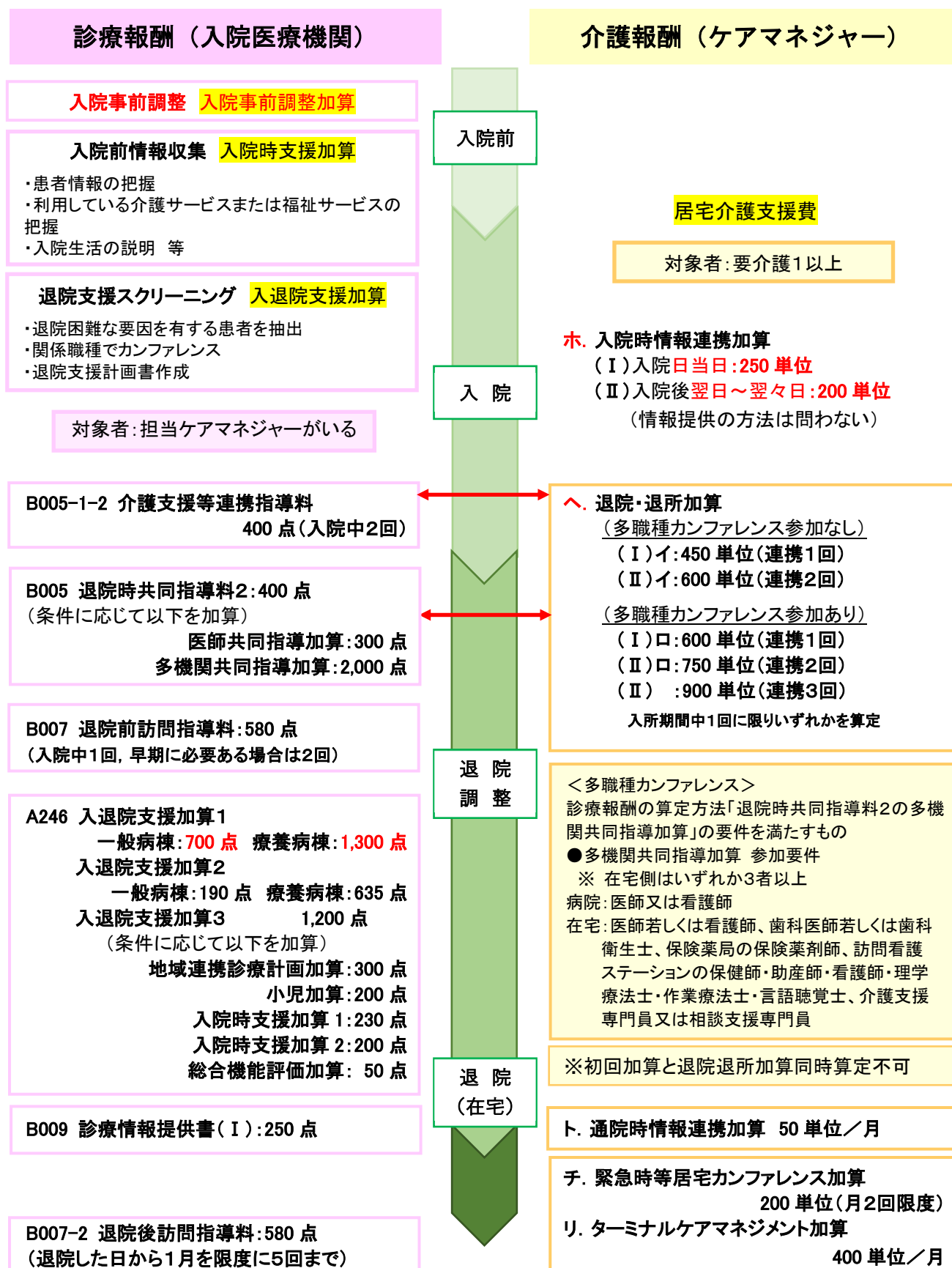
令和6年6月発行 Vol. 4

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6年6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_iryoku_kaigo

