

# 鳥栖三養基地区



平成31（2019年）年1月 作成

令和元年（2019年）5月 改訂

鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課



はじめに

## 退院調整ルール策定について

現在、わが国では、団塊の世代が75歳以上となる2025年を見据えた医療・介護の提供体制整備を含めた、地域包括ケアシステムの構築を進めています。

当組合では、「在宅医療・介護連携推進事業」において、重度な要介護状態となっても住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、医療・介護・予防・住まい・生活支援が包括的に確保される体制（地域包括ケアシステム）の構築・推進を図る事を目指しており、医療や介護が必要な状態となった際に、急性期の医療から回復期、慢性期、在宅医療・介護までの一連のサービスが切れ目なく提供されることが重要です。

しかし、医療・介護の現場においては、多様な事業主体が医療・介護サービスを提供しているなかで、入退院時の医療機関とケアマネジャー間の連携がうまくいかず、退院後に必要な医療・介護サービスがすぐに利用できず、在宅生活への移行が円滑に調整できない場合も見受けられます。

そこで、鳥栖地区広域市町村圏組合の管内（鳥栖市、基山町、みやき町、上峰町）の医療機関関係者、ケアマネジャー等関係者で検討を重ね、医療機関とケアマネジャーが連携を図りやすくするための「鳥栖三養基地区版退院調整ルール」を策定しました。

この退院調整ルールは、退院支援を行う医療機関スタッフやケアマネジャー等に向けて作成したものです。退院支援に関わる関係者が、入院時から円滑に情報を共有することで、医療・介護サービスを必要とする患者が、管内のどの医療機関から転院・退院しても、必要な医療・介護サービスを利用することで、円滑に在宅生活への移行ができることを目的としています。

## 目次

1	ルールについて	4
	(1) 鳥栖三養基地区版退院調整ルールとは	
	(2) ルールを利用する主な関係機関	
	(3) ルールの対象者となる患者	
	(4) ルールが想定する基本的なケース及び位置づけ	
	(5) ルールの見直しについて	
2	ルールの内容	5
	(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合	
	(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合	
	(3) 退院調整が必要な患者の目安	
3	円滑な退院調整にあたって（参考資料）	10
	(1) 地域包括支援センターの業務	
	(2) ケアマネジャーの業務及び役割	
	(3) 退院調整におけるケアマネジャーの業務	
4	参考様式	12
	(1) 入院時情報提供書（参考様式1）	
	(2) 退院・退所情報記録書（参考様式2）	
5	居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援 センター連絡先一覧	20
6	入退院調整のための病院相談窓口一覧	24
7	在宅医療・介護連携に関する相談窓口等	27
8	構成市町 連絡先一覧	29
9	個人情報の取り扱いについて	29
10	参考資料	30

## 1 ルールについて

### (1) 鳥栖三養基地区版退院調整ルールとは

患者が退院する際に、在宅生活において必要な医療・介護サービスを切れ目なく受けられるように、管内の医療機関とケアマネジャーとの間で、入院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を行うための、鳥栖地区広域市町村圏組合管内における連携の仕組みです。

ルールの運用は、平成31年1月より開始します。

### (2) ルールを利用する主な関係機関

- ①医療機関 ②居宅介護支援事業所 ③小規模多機能型居宅介護事業所
- ④地域包括支援センター

### (3) ルールの対象者となる患者

- ①入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方  
(入院前に介護保険サービスを利用していた方)

要支援・要介護にかかわらず、すべての方が対象。

- ②入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない方  
(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)

『退院調整が必要な患者の目安』(p.9)により医療機関が、退院調整が必要と判断した方が対象。

### (4) ルールが想定する基本的なケース及び位置づけ

基本的には、鳥栖地区広域市町村圏組合管内に居住する上記の退院調整ルール対象者が管内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。

このルールは、主に医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。ルールに定めた日数等は目安と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は関係者間で適宜調整してください。

### (5) 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、適宜見直しをしていきます。

## 2 ルールの内容

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

在宅時	入院時	入院中	退院時	退院後
<p><b>日ごろからの準備</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネジャーの名刺を、保険証やお薬手帳等と一緒にしておく</li> <li>・連絡窓口の把握</li> <li>・かかりつけ医及び留意事項の把握</li> </ul>	<p><b>情報提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院時情報提供書を、入院から3日又は7日以内に医療機関へ提供する(入退院支援加算)</li> <li>・提供方法は、医療機関に確認(手渡し、郵送等)</li> </ul>	<p><b>退院に向けてヒアリング</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関、家族から情報収集</li> </ul>	<p><b>在宅療養に向けた調整</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・事前に、かかりつけ医の意向を確認し、退院前カンファレンスへ参加</li> <li>・医療機関より、在宅を想定し情報収集、必要なサービス等の確認・調整</li> </ul>	<p><b>退院・退所情報記録書</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要時、ケアプラン提出（医療サービス利用時は必須）</li> </ul>

## ケアマネジャー

### 在宅時



## 医療機関

### 入院時

#### 入院時連絡

- ・聞き取り、介護保険証やケアマネジャーの名刺から、担当者を把握し、連絡。
- ・入院診療計画書等から、病名（入院理由）、おおよその入院期間がわかる場合は併せて伝える

### 入院中

#### 退院に向けた支援

- ・転棟（同一病院内での入院病棟の変更）や転院の際は担当ケアマネジャーへ連絡（転院先に、担当者名等を引継ぎ）
- ・患者、家族へ説明

### 退院時

#### 退院前カンファレンスの開催

- ・退院の見込みや、退院後に必要と思われるサービス等はできるだけ早く担当ケアマネジャーに伝える（理由も含めて、退院困難な場合はその旨も連絡）
- ・患者に関わる全ての医療スタッフで情報共有。

### 退院後

各種サマリーの提供準備、必要数確認



(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

	在宅時	入院時	入院中	退院時	退院後
ケアマネジャー	<ul style="list-style-type: none"> <li>・利用者に、担当者の名刺を医療保険証又はお薬手帳と一緒に保管するよう伝えておく。</li> <li>・利用者・家族に、入院したら担当者に連絡するよう伝えておく。</li> </ul>	<p><b>入院時情報提供の提供</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院から3日又は7日以内に、情報提供書を作成し、医療機関へ提供する。（事前連絡にて手渡し、郵送等手段を確認）</li> </ul>	<p><b>退院に向けてヒアリング</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・医療機関から退院見込み等の連絡があったら、退院調整のための情報共有について、どのように行うか医療機関と調整する。（退院・退所情報記録書の作成）</li> <li>・転院の場合、転院先の医療機関へ連絡する。</li> </ul>	<p><b>在宅療養に向けた調整</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・かかりつけ医の意向を確認し、適宜、退院前カンファレンスへ出席、サービス担当者会議の開催。</li> <li>・ケアプランの原案を元に、内容の検討、修正を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・必要時、ケアプランを提供する。</li> </ul>
医療機関		<p><b>入院時連絡</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・聞き取りや、ケアマネジャーの名刺から担当ケアマネジャーを把握し入院したことを連絡する。</li> <li>・予想される入院期間の情報共有を行う。</li> <li>・退院困難要因の抽出を行う。</li> </ul>	<p><b>退院に向けた支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・自宅への退院が可能と判断した場合、担当ケアマネジャーへ連絡。（退院予定がわかり次第速やかに）</li> <li>・家屋調査を行う場合、日程決定後早めに担当ケアマネジャーに連絡する。</li> <li>・転院時、担当ケアマネジャー等について引継ぎを行う。</li> <li>・利用者や家族の意向を確認する。</li> </ul>	<p><b>退院前カンファレンスの開催</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅医療の関係機関、担当ケアマネジャーが相互に協力して退院支援を行うよう連携を図る。</li> <li>・在宅医療関係者と担当ケアマネジャーの退院調整を行う。</li> <li>・退院前カンファレンスの開催、サービス担当者会議へ出席。</li> <li>・看護サマリー、リハビリサマリー等の添書を提供する。</li> </ul>	

※1 医療保険証…健康保険被保険者証 注2 介護保険証…介護保険被保険者証

(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後新たに介護保険サービスを利用する場合）

※入院期間は、病床機能と患者の疾患により異なります。



ケアマネジャー

医療機関



(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後新たに介護保険サービスを利用する場合）

	在宅時	入院時	入院中	退院時	退院後
ケアマネジャー			<p>※転棟、転院等で病院側担当 者の変更がある場合は、次の 担当者へ引継ぎを行う。</p>	<p><b>患者情報の収集と在宅療養に向けた調整</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当ケアマネジャーが決定後、利用者や家族、医療機関から情報収集を行う。</li> <li>・退院前カンファレンスへ出席、サービス担当者会議の開催。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・サービス担当者会議を開催する。</li> <li>・必要時、ケアプランを提供する。</li> </ul>
医療機関		<p>ケアマネジャーの有無を確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・聞き取り等により、担当ケアマネジャーが決まっていることを確認。</li> </ul>	<p><b>介護保険についての説明、申請の支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「退院調整が必要と判断された患者の目安」p.9により、介護保険に利用が必要と判断された患者や家族に介護保険について説明し、必要時申請等を支援する。</li> </ul> <p><b>ケアマネジャーの選定を支援</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・必要に応じ相談・調整し、ケアマネジャーの選定を支援する。</li> <li>・担当ケアマネジャーが決定後、家屋調査の日程や退院の見込み等が決定次第、連絡する。</li> </ul> <p><u>・かかりつけ医と連携し支援を行う。</u></p>	<p><b>退院前カンファレンスの開催</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院見込みを担当ケアマネジャー決定後、速やかに連絡する。</li> <li>・退院前カンファレンスの開催、サービス担当者会議の出席。</li> <li>・退院困難な場合は、その旨を担当ケアマネジャーへ連絡する。</li> </ul>	

※退院前、退院後の流れは、「(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同様

### (3) 退院調整が必要な患者の目安

入院前から居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター等のケアマネジャーと契約している患者については、要介護・要支援の区分に関係なく必ず引継ぎを行いますが、ここではケアマネジャーがいない場合に退院調整が必要な患者の目安を示しています。

- |   |
|---|
| <p>1 要介護認定を受けていないが、必ず退院調整が必要な患者（<u>要介護</u>と思われる）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>①立ち上がりや歩行に介助が必要</li><li>②食事に介助が必要</li><li>③排泄に介助が必要又はポータブルトイレを使用中</li><li>④日常生活に支障をきたすような症状がある認知症<br/>⇒居宅介護支援事業所へ連絡（P.20参照）</li></ul> <p>2 上記以外に見逃してはならない患者（<u>要支援</u>と思われる）</p> <ul style="list-style-type: none"><li>①独居あるいはそれに近い状況で、調理や掃除等の身の回りのことに介助が必要</li><li>②（ADLは自立でも）がん末期で在宅での支援を必要としている</li><li>③（ADLは自立でも）新たに医療処置（膀胱留置バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引等）が追加された ⇒地域包括支援センターへ連絡（P.23参照）</li></ul> <p>3 上記1.2に該当するが、本人・家族が希望しなかった場合や、要支援又は要介護で迷ったり困った場合 ⇒地域包括支援センターへ連絡（P.23参照）</p> |
|---|

※暫定プランの患者は、患者の状況を勘案しながら地域包括支援センターと居宅介護支援事業所と連携し支援します。

入退院支援加算1、2における「退院困難な要因」（平成30年度診療報酬改正）

#### 【退院困難な要因】

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>ア 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</li><li>イ 緊急入院であること</li><li>ウ 要介護認定が未申請であること</li><li>エ 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</li><li>オ 医療保険未加入者又は生活困窮者であること</li><li>カ 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）</li><li>キ 排泄に介助を要すること</li><li>ク 同居者の有無にかかわらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと</li><li>ケ 退院後に医療処置（胃ろう等の経管栄養を含む。）が必要なこと</li><li>コ 入退院を繰り返していること</li><li>サ その他の患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合</li></ul> |
|---|

### 3 円滑な退院調整にあたって

退院調整が必要かどうかについては、院内での動作に支障はないが、居宅の環境においては生活行動や動作に困難があると予測される者など、退院後の生活環境を考慮して検討してください。

家族がいても疾患がある等、介護力に乏しい場合で、調理・掃除といった身の回りのこと、服薬管理などに支援が必要な方も、要支援と思われる患者として留意が必要です。

#### (1) 地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、高齢者が自分らしく住み慣れた地域で安心して暮らしてくために、介護、健康、虐待防止、権利擁護など、高齢者の日常に関する相談や支援を行う機関です。さまざまな相談に対応できるように、保健師・主任介護支援専門員・社会福祉士が配置されており、行政・介護サービス事業者・地域住民団体などと連携を図って、包括的なサポートを行います。

##### ①総合相談

介護に関する相談、健康や福祉、医療や生活に関することや、高齢者だけでなくその家族、近隣に暮らす人の高齢者に関する相談も受けます。

##### ②介護保険や介護予防・健康のこと（介護予防ケアマネジメント）

要支援1・2と認定された人及び生活支援サービス事業対象者、予防給付の対象者の方に、本人や家族の希望や生活機能の状態などをふまえてケアプラン等を作成し、支援や介護が必要となるおそれの高い人が出来るだけ自立して生活できるよう介護予防の支援をします。

##### ③権利を守ること（権利擁護）

高齢者の虐待の早期発見や対応、消費者被害の防止・対応を行います。

また、認知症などにより判断能力が衰えた方等に対し、成年後見制度の紹介を行います。

##### ④地域のネットワーク（包括的・継続的ケアマネジメント）

高齢者が住み慣れた地域で、暮らしやすく、安心して生活できるように、さまざまな機関とのネットワークをつくり調整します。また、ケアマネジャーの支援も行います。

## (2) ケアマネジャーの業務及び役割

平成12年(2000年)4月から始まった「介護保険制度」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、居宅サービス計画(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)とといいます。

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、サービス事業者等と調整を行います。

主な内容として

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

## (3) 退院調整におけるケアマネジャーの業務

### ①居宅介護支援

病院又は家族等から電話で依頼受付後、事業所内で担当者を決定し訪問の日程を調整します。

### ②病棟に訪問(インテーク・アセスメント)

本人又は家族や、病院等から利用者(患者)の基本情報を聴取し、アセスメントを実施した後、退院調整を行います。

• アセスメントは、利用者の居宅を訪問し利用者及び家族に面接しなければなりません。しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は、病院での実施も可能。

• 住宅改修などの必要がある場合は、本人の生活動作を自宅で確認する必要があります。状況に応じて家屋調査に同行します。住宅改修の申請から着工・完了までには、約1か月かかります。

### ③ケアマネジメントのプロセス

介護保険課へ書類提出代行申請を行います(必要時)。基本情報の作成、アセスメント・ケアプラン原案作成、サービス事業所調整、主治医連携、サービス担当者会議の開催等を行い、ケアプランの確定・交付後、サービス利用が開始されます。

• 医療系サービスを計画に位置付ける場合は、主治医から支持・助言を受けることが必須です。(主治医へ、ケアプランの提出が必要です)

4 参考様式

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：  
 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、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(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				
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			<input type="checkbox"/> 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			<input type="checkbox"/> 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

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 <input type="checkbox"/> 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

※必ずしも全ての項目を記入し、提出する必要はありません。

**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	□なし □あり ( )	
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	□杖 □歩行器 □車いす □その他	
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	□杖 □歩行器 □車いす □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	□あり ( ) □なし □不明	
	食事形態	□普通 □きざみ □嚥下障害食 □ミキサー				UDF等の食形態区分		
	摂取方法	□経口 □経管栄養		水分とりみ	□なし □あり	水分制限	□あり ( ) □なし □不明	
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	□なし □あり(部分・総)		
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	□なし □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	□なし □夜間 □常時	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	□なし □夜間 □常時	
睡眠の状態		良	不良 ( )		眠剤の使用	□なし □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	□なし □あり ( )		
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	□なし □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		□なし □幻視・幻聴 □興奮 □焦燥・不穏 □妄想 □暴力/攻撃性 □介護への抵抗 □不眠 □昼夜逆転 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □その他 ( )						
疾患歴*		□なし □悪性腫瘍 □認知症 □急性呼吸器感染症 □脳血管障害 □骨折 □その他 ( )						
入院歴*	最近半年間での入院	□なし □あり (理由: _____ 期間: H _____年 _____月 _____日 ~ H _____年 _____月 _____日) □不明						
	入院頻度	□頻度は高い/繰り返している □頻度は低い/これまでにもある □今回が初めて						
入院前に実施している医療処置*		□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 ( )						

**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	□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		
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	□通院 □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

※必ずしも全ての項目を記入し、提出する必要はありません。

## 入院時情報提供書（ケアマネジャー⇒医療機関へ）記入に際しての留意点

### 入院時情報提供書……おもて面

- 「1. 利用者（患者）基本情報」、「2. 家族構成/連絡先」について
  - ・必要に応じて、コメント等で補足するようにしてください。
  - ・住環境に関する情報については、必要に応じて「住宅の写真」等も添付し、在宅療養生活へ戻るために必要な状態をイメージしやすいような工夫をしてください。
  
- 「3. 本人/家族の意向」について
  - ・利用者の性格や関心と共に、その方の人生（生活・仕事等）における強みに焦点をあてた情報を提供しましょう。
  
- 「5. 今後の在宅生活の展望」について
  - ・利用者（患者）が、“どういう状態であれば、在宅療養生活が可能になるのか”、ケアマネジャーとしての意見を記載してください。
  - ・「特記事項」の欄については、適宜、本人や家族の意向、介護者の年齢や健康状態、就労状況、経済力等今後の療養生活に影響する要素なども記載してください。

### 入院時情報提供書……うら面

うら面の項目は、ADL 等アセスメントシートのサマリーに相当する項目となります。自由記載欄等を活用して、適宜、必要と思われる情報の補足をつけたり、「添付するケアプラン表を参照してください」といったコメントをつけて、入院前の利用者像をより知っていただけるような工夫をしましょう。

- 「7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題」について
  - ・「食事内容」項目の中にある、「UDF 等の食形態区分」については、もし利用者の食形態区分が分かる場合は記載すると有用です
  - ・「口腔」に関する項目については、かかりつけ歯科医と連携して、普段から情報を得ておくなど、日ごろから意識しておくことも大切です。
  
- 「8. お薬」について
  - ・「お薬に関する特記事項」の欄については、必要に応じて、内服薬以外の薬剤に関する情報等を記載してください。

※できるだけ早く「1. 利用者（患者）基本情報について」等を把握したいため、必ずしも全ての項目を記入する必要はありません。

## 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：〇〇病院  
 ご担当者名：△△様

事業所名：〇〇ケアプランサービス  
 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) トス タロウ	年齢	80才	性別	<input checked="" type="radio"/> 男 <input type="radio"/> 女
	鳥栖 太郎		生年月日	明・大(昭) 13年 4月 5日生	
住所	〒841-0037 鳥栖市本町3丁目1494-1	電話番号	××××-××-××××		
住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	住居の種類（戸建て・ <input checked="" type="radio"/> 集合住宅）、__3__階建て、居室_2_階、エレベーター（有 <input type="radio"/> 無 <input checked="" type="radio"/> ） 特記事項（ 階段の段差20cm、階段に手すり無し ）				
入院時の要介護度	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援（ 2 ） <input type="checkbox"/> 要介護（ ） 有効期間： H30年 2月 2日 ~ H31年 2月 1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 checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			<input checked="" type="checkbox"/> 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 checked="" 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			<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ 身体・精神・知的 ）		
年金などの種類	<input checked="" 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 checked="" 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	鳥栖 花子 (続柄 長女 ・ 55才)	(同居・ <input checked="" type="radio"/> 別居)	TEL	××××-××-××××	
キーパーソン	同上 (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	できることは自分でやりたい。出来る限り人の手は借りたくないと言われる。家の周囲を散歩することが日課。
本人の生活歴	定年まで会社勤めをされる。妻の介護を5年ほどされていたが、4年前に妻が他界。以降一人暮らし。同市内に長女在住、週2~3回様子を見に来られ、室内の掃除や買い物等の援助をされている。10年前より高血圧指摘あり、かかりつけ医より処方があるが、屋の内服忘れが時折みられる。週2回のデイケアは楽しく通われている。
入院前の本人の生活に対する意向	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

### 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 checked="" 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	居宅が集合住宅の2階にあり、階段の段差が20cmと高く手すりもないため、壁伝いに昇っていた。独居であるため、階段の昇り降りや居室内での移動を杖等を用いて一人で行えるまで回復することが条件。
退院後の世帯状況	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ( )
退院後の主介護者	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める ( <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項	長女は就労中なため、日中のサポートは難しい。

### 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 checked="" type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" 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 checked="" 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



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		<input type="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 中度	<input type="radio"/> 重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ ）			
ADL	移動	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> その他（壁伝い）			
	移乗	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(屋外)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	起居動作	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助
	整容	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助					
	入浴	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助					
	食事	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助					
食事内容	食事回数	(3) 回/日 ( 朝 6 時頃 ・ 昼 12 時頃 ・ 夜 17 時頃 )				食事制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり ( ) <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	<input type="radio"/> むせない	<input checked="" type="radio"/> 時々むせる	<input type="radio"/> 常にむせる		義歯	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( <input checked="" type="radio"/> 部分 ・ <input type="radio"/> 総 )			
	口腔清潔	<input checked="" type="radio"/> 良	<input type="radio"/> 不良	<input type="radio"/> 著しく不良		口臭	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
排泄*	排尿	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		<input checked="" type="radio"/> 良	<input type="radio"/> 不良 ( )		眠剤の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 _____本くらい/日		飲酒	<input checked="" type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	<input type="radio"/> 問題なし		<input checked="" type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( )			
	聴力	<input checked="" type="radio"/> 問題なし		<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難	補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	<input checked="" type="radio"/> 問題なし		<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難	コミュニケーションに関する特記事項： 時折物忘れあり。眼鏡を外すとほぼ見えない。				
	意思疎通	<input checked="" type="radio"/> 問題なし		<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難					
精神面における療養上の問題		<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> その他 ( 高血圧、 )								
入院歴*	最近半年間での入院	<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり (降圧薬等 )	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input checked="" 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 checked="" 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		一包化処方。	

9. かかりつけ医について			
かかりつけ医機関名	××内科医院	電話番号	××××-××-××××
医師名	(フリガナ) ××△△	診察方法 ・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ( 1 ) 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

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> 病気、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	□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		□なし □あり				
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。

## 退院・退所情報記録書記入に際しての留意点

(ケアマネジャーが医療機関等の多職種から情報収集する際の聞き取りに使用)

### 医療機関等の多職種から利用者の情報を聞き取る際、退院・退所情報記録書を積極的に活用し、情報を集める

ケアプラン内容を検討する際には、退院後の利用者の病状変化の可能性も見据えて、その方の課題に応じた必要な医療サービスの導入や、医療的処置に関わる各専門職の役割なども十分に考慮することが必要です。医療機関などの他職種から情報を集める際に、本様式(退院・退所情報記録書)の項目を意識して聞き取ることで、必要な情報を適切に収集することができます。

### 退院・退所情報記録書を活用することで、「課題整理総括表」の課題整理もしやすくなる

適切なケアプランを作るためには、入院中に情報を集めて、利用者の在宅生活で課題となる事柄をあらかじめ整理・分析し、それらを十分に認識した上で課題解決の検討を行うことが重要です。現在、このために「課題整理総括表」の使用が促されていますが、本様式を活用しながら情報収集することで「課題整理総括表」における課題の整理もしやすくなります。

#### ※退院・退所情報記録書の作成について

使用対象としては、「退院調整が必要な患者」p.9で該当する患者を想定しています。

「2. 課題認識のための情報」においては、医療機関側の情報となるため、医療機関側は、できる限り事前に病棟看護師やリハビリスタッフ(PT、OT、ST等)から情報の確認を行い、CMからの聞き取り時に短時間でスムーズに情報の共有ができるよう努めてください。

また、退院・退所情報記録書は、CMと医療機関での同一紙面上でのやりとりを想定したものではありません。

(事前に退院・退所情報記録書の項目について共有し、効率的な聞き取りができるようになること。そして、これらの情報がケアプランに生かされることを目標としています。)

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日: H30年 11月 15日

属性	フリガナ	トス タロウ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
	氏名	鳥栖 太郎 様	(男)・女	80 歳	<input checked="" type="checkbox"/> 要支援 ( )・要介護 ( ) □申請中 □なし		
入院(所)概要	・入院(所)日: H 30年 10月 10日 ・退院(所)予定日: H 30年 11月 17日						
	入院原因疾患(入所目的等)	脳梗塞					
	入院・入所先	施設名	○○病院	6階病棟	606 室		
	今後の医学管理	医療機関名:	××病院	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 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 脳梗塞 ② 高血圧 ③		疾患の状況	*番号記入	安定( ① ② ) 不安定( )	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )				眠剤使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 麻痺が残らなくてよかった。					
	<本人> 退院後の生活に関する意向	リハビリを頑張って自宅へ帰りたい。					
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	大きな後遺症が残らなくてよかった。					
	<家族> 退院後の生活に関する意向	本人の希望をかなえたいが、入院前と同じ程度自分でできないと、つれて帰るのは難しいかもしれない。					

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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input checked="" 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 checked="" 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 checked="" 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	・リハビリを続ければ歩行や階段昇降の改善を目指すことができる。(転倒リスクあり) ・脳梗塞の再発防止、血圧コントロールのため、確実な服薬と定期受診が必要。					
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。 脳梗塞は内科治療にて、特に後遺症等残らず改善傾向であるが、入院生活で下肢筋力の低下あり。現在、歩行時は4点杖使用、方向転換時にややふらつきみられるため、独歩では転倒リスクが高い。かかりつけ医より一化処方されていたが、確実な服薬はできていなかった。					
在宅復帰のために整えなければならない要件	リハビリにて下肢筋力向上を図っているが、住居環境上、外階段に手すりとはつけられないため、代替サービス等が必要である。服薬回数を減らす等対策が必要。					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席	
1	H30年11月 4日	病棟看護師(△△)			無(有)	
2	H30年11月 10日	主治医(○○)、SW(□□)			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。

5 居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧(2021.10.1時点、休止中の事業所は掲載していません)  
 ※介護保健ガイドブック参照

○居宅介護支援事業所(鳥栖市)

		事業所名	所在地	電話番号
鳥栖地区	1	今村病院居宅介護支援事業所	鳥栖市轟木町 1523 番地 6	0942-81-1608
	2	ケアプランサービス セントポーリア	鳥栖市今泉町 2434 番地 1	0942-87-5174
	3	居宅介護支援事業所ほほえみ	鳥栖市藤木町 1450 番地 6	0942-87-3032
	4	ふれあい ケアマネジメントサービス	鳥栖市東町 1 丁目 1058 番地	0942-85-1440
鳥栖北地区	5	鳥栖市中央在宅介護支援センター	鳥栖市本町 3 丁目 1494 番地 10	0942-85-3666
	6	ニチイケアセンター鳥栖	鳥栖市大正町 703 番地 1	0942-87-9357
	7	ケアプランセンター ひだまり	鳥栖市土井町 200 番地 1	0942-82-2885
	8	ケアプランサービス うえるかむ	鳥栖市本鳥栖町 1823 番地 東峰マンションⅢ205	0942-85-9138
田代地区	9	JA 福祉ケアプランサービス	鳥栖市田代昌町 24 番地	0942-81-5333
	10	ケアプランサービス南風	鳥栖市田代外町 699 番地 4	0942-50-8728
	11	ひまわりの園 居宅介護支援事業所	鳥栖市田代本町 924 番地 1	0942-85-8839
	12	けいしん 居宅介護支援センター	鳥栖市原町 688 番地 1	0942-84-6128
若葉地区	13	ケアプランセンター 未来	鳥栖市神辺町 1477 番地	0942-81-5922
弥生が丘 地区	14	ケアプランセンター 寿楽園	鳥栖市弥生が丘 1 丁目 18 番地	0942-50-8070
	15	スカイメディカル ケアプランセンター鳥栖	鳥栖市弥生が丘 5 丁目 211 番地	0942-50-5710
	16	ケアプランセンター とくりん鳥栖	鳥栖市弥生が丘 6 丁目 82 番地	0942-82-4400
	17	プロジェクトエースきらめき	鳥栖市弥生が丘 7 丁目 14 番地	0942-85-9330
麓地区	18	まごころ医療館 ケアプランサービス	鳥栖市蔵上 2 丁目 210 番地	0942-87-5002
	19	居宅介護支援事業所すこやか	鳥栖市蔵上町 663 番地 1	0942-81-1665
旭地区	20	いずみケアプランサービス	鳥栖市江島町 1880 番地 1	0942-82-8025
	21	ケアプランセンター えん	鳥栖市下野町 1391 番地 3	0942-85-7710
	22	ぽっかぽか・ハートケア鳥栖	鳥栖市儀徳町 2650 番地 1	0942-81-3100

○居宅介護支援事業所（基山町）

		事業所名	所在地	電話番号
基山地区	23	居宅介護支援事業所 寿楽園	基山町大字園部 2307 番地	0942-92-2626

○居宅介護支援事業所（みやき町）

		事業所名	所在地	電話番号
北茂安地区	24	居宅介護支援事業所 なかばる紀水苑	みやき町大字白壁 1074 番地 3 (市村清記念メディカルコミュニ ニティセンター内)	0942-50-5290
	25	居宅介護支援センター おおしま	みやき町大字白壁 4305 番地 36	0942-89-3001
	26	花のみね弐番館 ケアプランサービス	みやき町大字中津隈 5919 番地	0942-50-5210
中原地区	27	夢の里ケアプランサービス	みやき町大字蓑原 1116 番地 1	0942-50-6100
三根地区	28	ゆうゆう居宅介護支援事業所	みやき町大字天建寺 1492 番地 1	0942-96-5500
	29	居宅介護支援事業所ひまわり	みやき町大字寄人 1924 番地 1	0942-81-9091

○居宅介護支援事業所（上峰町）

		事業所名	所在地	電話番号
上峰地区	30	ケア・マネジメントサービス 野菊の里	上峰町大字前牟田 1949 番地	0952-51-4616
	31	三樹病院居宅介護支援事業所	上峰町大字坊所 272 番地 3	0952-52-7285

○小規模多機能型居宅介護事業所（鳥栖市）

		事業所名	所在地	電話番号
鳥栖北地区	1	小規模多機能型居宅介護 遊喜	鳥栖市本鳥栖町 841 番地 1	0942-50-8701
	2	小規模多機能型居宅介護 はらだ会 陽光の里	鳥栖市鎗田町 283 番地 2	0942-80-5533
	3	小規模多機能ホームお元気横丁	鳥栖市宿町 1398 番地 12	0942-84-3216
麓地区	4	小規模多機能 きぼう原古賀センター	鳥栖市原古賀町 857 番地 1	0942-83-7926
	5	小規模多機能介護事業所 いちょうの樹 どうあん	鳥栖市山浦町 2977 番地 3	0942-87-7007

○小規模多機能型居宅介護事業所（みやき町）

		事業所名	所在地	電話番号
北茂安地区	6	小規模多機能型居宅介護たんぽぽ	みやき町大字東尾 2751 番地 2	0942-89-3889

○サテライト小規模多機能型居宅介護事業所

		事業所名	所在地	電話番号
麓地区	1	小規模多機能きぼう蔵上センター	鳥栖市蔵上町 620 番地 1	0942-80-3463
基山地区	2	小規模多機能きぼう基山センター	基山町大字園部 148 番地 1	0942-80-2750

○地域包括支援センター（介護予防支援事業所/鳥栖市）

事業所名	住所	担当地区	電話番号
鳥栖地区 地域包括支援センター	鳥栖市轟木町 1523 番地 6 （如水会今村病院内）	鳥栖地区 鳥栖北地区	0942-81-3113
田代基里地区 地域包括支援センター	鳥栖市田代本町 924 番地 1 （ひまわりの園内）	田代地区 ※弥生が丘小学校区除く 基里地区	0942-82-2041
若葉弥生が丘地区 地域包括支援センター	鳥栖市神辺町 1273 番地 8 （コーポラティブ山津内）	若葉地区 弥生が丘地区	0942-85-8721
鳥栖西地区 地域包括支援センター	鳥栖市村田町 1250 番地 1 （まごころの園内）	麓地区 旭地区	0942-82-2188

○地域包括支援センター（介護予防支援事業所/基山町）

事業所名	住所	担当地区	電話番号
基山地区 地域包括支援センター	基山町大字園部 2307 番地 （寿楽園内）	基山地区	0942-81-7039

○地域包括支援センター（介護予防支援事業所/みやき町）

事業所名	住所	担当地区	電話番号
みやき町 地域包括支援センター	みやき町大字白壁 1074 番地 3 （市村清記念メディカルコ ミュニティセンター内）	北茂安地区 三根地区 中原地区	0942-89-3371

○地域包括支援センター（介護予防支援事業所/上峰町）

事業所名	住所	担当地区	電話番号
上峰地区 地域包括支援センター	上峰町大字前牟田 107 番地 2 （おたっしや館内）	上峰地区	0952-52-5250

6 入退院調整のための病院相談窓口一覧（2020.12現在）

病院名		1	2	3	4	
		医療法人社団 如水会今村病院	医療法人仁徳会 今村病院	医療法人清明会 やよいがおか鹿 毛病院	医療法人啓心会 啓心会病院	
代表電話番号		0942-82-5550	0942-83-3771	0942-87-3150	0942-83-1030	
代表FAX番号		0942-85-2190	0942-83-3089	0942-87-3159	0942-85-3480	
	地域連携部門の有無	有	有	有	有	
	部署名又は担当者名	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域連携室	
	SW・看護師(人)	SW(4)・Ns(2)	SW(1)・Ns(0.5)	SW(4)・事務(3)	SW(4)・Ns(0)	
	TEL	直通TEL： 0942-87-1577	代表TEL： 0942-83-3771	代表TEL： 0942-87-3150	直通TEL： 0942-83-1035	
	FAX	直通FAX： 0942-87-1580	代表FAX： 0942-83-3089	直通FAX： 0942-87-3173	代表FAX： 0942-85-3480	
	受付時間等	平日 9:00~17:00 土曜 9:00~12:30	平日 9:00~18:00	平日 8:30~17:30 土曜 8:30~12:30	月曜~土曜 8:30~17:00	
	必要な手順	事前に電話	事前に電話	事前に連絡	事前に電話	
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先	持参する場合 ※事前に方法確認	地域医療連携室 へ事前に電話	事前に電話	地域医療連携室 へ電話	地域連携室へ電 話
		持参以外 ※FAX時は、電話連絡を してから送る	地域医療連携室 へFAXもしくは は郵送していた だく	FAX  事前に電話連絡	FAX  ※上記 FAX 番号 は地域医療連携室 専用ダイヤルの為、 直接受領可	FAX  事前に電話連絡
	②入院中及び退院までの調整	退院調整の期間を残した 在宅退院の判断	医師の判断	病棟看護師長	医師の判断	医師の判断
		ケアマネに電話連絡する 人(部署)	地域医療連携室 看護部	SW	地域医療連携室	地域連携室
ケアマネとの面談の主 体となる人(部署)		地域医療連携室 看護部	SW	地域医療連携室 看護部	地域連携室	
決まっていない場合	本人や家族に介護保険に ついて説明する人(部署)	地域医療連携室 看護部	SW	地域医療連携室	地域連携室	
	要介護認定申請等につい て説明する人(部署)	地域医療連携室	SW	地域医療連携室	地域連携室	
	担当となるケアマネと連 絡を取る人(部署)	地域医療連携室	SW	地域医療連携室	地域連携室	



病院名		5	6	7	8	
		医療法人好古堂 すむのさと高尾 病院	医療法人好古堂 きやま高尾病院	医療法人三樹会 三樹病院	独立行政法人 国立病院機構 東佐賀病院	
代表電話番号		0942-84-8838	0942-92-4860	0952-52-7272	0942-94-2048	
代表 F A X 番号		0942-84-8858	0942-92-4861	0952-52-7255	0942-94-3137	
地域 連 携 部 門	地域連携部門の有無	有 ※高尾病院グループ		有	有	
	部署名又は担当者名	医療・介護連携室		地域連携室	地域医療連携室	
	S W ・ 看護師(人)	S W (1) ・ C M (1) ・ 相談員 (3)		S W (1) ・ N s (1)	S W (3) ・ N s (2)	
	T E L	代表 TEL : 0942-84-8838	代表 TEL : 0942-92-4860	専用 TEL : 0952-52-7348	専用 TEL : 0942-94-2058	
	F A X	代表 FAX : 0942-84-8858	代表 FAX : 0942-92-4861	専用 FAX : 0952-37-5291	専用 FAX : 0942-94-3748	
	受付時間等	平日 9:00~17:00		平日 9:00~17:00	平日 8:30~17:15	
	必要な手順	事前連絡	事前連絡		事前連絡	
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先	持参する場合 ※事前に方法確認	医療・介護連携室 事前に電話 平日 9:00~17:00	医療・介護連携室 事前に電話 平日 9:00~17:00	地域連携室 (受付) 平日 9:00~17:00	地域医療連携室 事前に電話
		持参以外 ※FAX 時は、電話連絡を してから送る	医療・介護連携室 F A X	医療・介護連携室 F A X	地域連携室 F A X 又は郵送	地域医療連携室 事前に連絡
	②入院中及び退院までの調整	退院調整の期間を残した在宅退院の判断	医師の判断	医師の判断	ケースバイ ケース	医師の判断
		ケアマネに電話連絡する人(部署)	S W 病棟看護師	S W 病棟看護師	S W 病棟退院支援 N s	地域医療連携室
ケアマネとの面談の主体となる人(部署)		S W 病棟看護師長・主任	S W 病棟看護師長・主任	S W 病棟退院支援 N s	地域医療連携室	
ケアマネに退院予定日を連絡する人(部署)	病棟看護師長・主任	病棟看護師長・主任	S W 病棟退院支援 N s	地域医療連携室		
決まっていない場合	入院前にケアマネが	本人や家族に介護保険について説明する人(部署)	S W 病棟看護師長	S W 病棟看護師長	S W	地域医療連携室
	要介護認定申請等について説明する人(部署)	S W 病棟看護師長	S W 病棟看護師長	S W	地域医療連携室	
	担当となるケアマネと連絡を取る人(部署)	S W 病棟看護師長	S W 病棟看護師長	S W 病棟退院支援 N s	地域医療連携室	

病院名		9	10	11	12	
		いぬお病院	特定医療法人勇 愛会 大島病院	特定医療法人光 風会 光風会病院	医療法人正友会 松岡病院	
代表電話番号		0942-82-7007	0942-89-2600	0942-89-2800	0942-83-4606	
代表 F A X 番号		0942-83-7726	0942-89-5910	0942-89-5857	0942-83-3561	
地域 連 携 部 門	地域連携部門の有無		有	有	有	
	部署名又は担当者名	SW	地域医療連携室	医療福祉相談科 地域連携室	病診連携室	
	SW・看護師(人)	SW ( 2 )	SW (7)・Ns(1)	SW ( 4 )	SW ( 3 )	
	T E L	代表 TEL : 0942-82-7007	代表 TEL : 0942-89-2600	代表 TEL : 0942-89-2800	代表 TEL : 0942-83-4606	
	F A X	代表 FAX : 0942-83-7726	代表 FAX ; 0942-89-5910	代表 FAX ; 0942-89-5857	代表 FAX ; 0942-83-3561	
	受付時間等	平日 9:00~17:00	平日 8:30~16:00	月~土 9:00~17:15	月~土 9:00~17:00	
	必要な手順	事前に電話	事前に電話	事前に電話	事前に電話	
入院前にケアマネが決まっている場合	①入院時情報提供書の提出先	持参する場合 ※事前に方法確認	SW	地域医療連携室 事前に電話 月~土 9:00~17:15	病診連携室	
		持参以外 ※FAX 時は、電話連絡を してから送る	原則持参 SWへ手渡し	地域医療連携室	地域連携室 F A X  《留意事項》 代表 FAX のため 「地域連携室」と 明記する	病診連携室 F A X 後に持参
	②入院中及び退院までの調整	退院調整の期間を残した 在宅退院の判断	主治医の判断	主治医の判断	医師の判断	主治医の判断
		ケアマネに電話連絡する 人(部署)	SW	地域医療連携室	地域連携室	病診連携室
ケアマネとの面談の主 体となる人(部署)		SW	地域医療連携室	地域連携室	病診連携室	
決まっていない場合	本人や家族に介護保険に ついて説明する人(部署)	SW	地域医療連携室	地域連携室	病診連携室	
	要介護認定申請等につい て説明する人(部署)	SW	地域医療連携室	地域連携室	病診連携室	
	担当となるケアマネと連 絡を取る人(部署)	SW	地域医療連携室	地域連携室	病診連携室	

## 7 在宅医療・介護連携に関する相談窓口等

### ○在宅医療・介護連携支援室

2018年4月より、地域の在宅医療・介護の連携推進のため、鳥栖三養基医師会に「在宅医療・介護連携支援室」を設置しました。

※原則、医療・介護関係者からの相談受付。

事業所名	所在地	受付時間	電話番号
鳥栖三養基医師会 在宅医療・介護連携支援室	鳥栖市幸津町 1923 番地 (鳥栖三養基医師会内)	平日 9:00~16:00	0942-83-2282

### ○佐賀県在宅歯科医療推進連携室

佐賀県歯科医師会では、佐賀県内の地域全体のネットワークを活用し、介護が必要で通院が困難な方やそのご家族の方の要望に対応するために、「佐賀県在宅歯科医療推進連携室」を設置しました。

事業所名	所在地	受付時間	電話番号
佐賀県 在宅歯科医療推進連携室	佐賀市西田代 2 丁目 5-24	平日 10:00~16:00	0952-25-2291

### ○佐賀県若年性認知症支援センター

佐賀県では、2017年6月より若年性認知症の人やその家族等からの相談に応じ、医療・福祉・就労等の総合的な支援を行うこととしています。

※佐賀県から、公益社団法人認知症の人と家族の会（佐賀県支部）への委託。

#### 業務内容

- ・若年性認知症の人やその家族等からの相談受付
- ・若年性認知症の人が利用できる制度やサービス、専門医療機関について情報提供
- ・職場の産業医や担当者、主治医と連携した就労継続支援 等

事業所名	所在地	電話受付時間	電話相談窓口
佐賀県若年性認知症 支援センター	佐賀市神野東 2 丁目 6-1 (佐賀県在宅生活サポートセンター2階)	平日 10:00~16:00	0952-37-8545

※来所、訪問による面談は、電話での事前予約制。電話相談窓口の電話にて予約してください。

○佐賀県在宅生活サポートセンター

福祉用具約 700 点を常時展示中。研修や教育のための貸出しや、適合判断のための貸出しを行っています。また、佐賀県作業療法士会や佐賀県建築士会による相談会も実施しています。

事業所名	所在地	開館時間	電話番号
佐賀県 在宅生活サポートセンター	佐賀市神野東 2 丁目 6-1	(休館日/月曜日) 9 : 00~17 : 00	0952-31-8655

○佐賀県訪問看護サポートセンター（県委託）

訪問看護の利用方法がわからない場合等、「訪問看護に関する相談」について、専任の相談員が対応します。（住民向け）

事業所名	所在地	開館時間	電話番号
佐賀県 訪問看護サポートセンター	佐賀市緑小路 6-10	(休館日/月曜日) 9 : 00~17 : 00	0952-37-5033

○鳥栖地区広域市町村圏組合

鳥栖地区広域市町村圏組合は鳥栖市、基山町、みやき町、上峰町の「介護保険事業に関する事業を共同処理する」組合（地方公共団体）として、構成市町 1 市 3 町を統括する保険者として事業の運営を行っています。

業務内容	課・係	電話番号	FAX 番号
出前講座・その他総務に関すること	総務課 総務係	0942-81-4825	0942-85-2084
介護保険料に関すること	総務課 収納対策室 介護保険料係	0942-85-3637	0942-85-2084
要介護・要支援認定に関すること	介護保険課 認定係	0942-81-3315	0942-81-3316
介護保険給付に関すること	介護保険課 給付係	0942-81-3315	0942-81-3316
地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）に関すること	介護保険課 地域支援係	0942-81-3111	0942-81-3316

## 8 構成市町 連絡先一覧

市町	担当部署	所在地	電話番号
鳥栖市	社会福祉課 高齢者福祉係	鳥栖市宿町 1118 番地	0942-85-3554
基山町	福祉課 高齢福祉係	三養基郡基山町 大字宮浦 666 番地	0942-92-7964
みやき町	地域包括支援センター 高齢福祉担当	三養基郡みやき町 大字東尾 6436 番地 4	0942-89-3371
上峰町	健康福祉課 福祉介護係	上峰町大字坊所 383 番地 1	0952-52-7413

## 9 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最新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。そこで、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。

※「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、厚生労働省のホームページから入手できます。

9 参考資料

入退院時連携に係る主な診療報酬・介護報酬

(平成 30 年度改訂内容)

医療機関（診療報酬）

入院時支援加算 200 点（退院時）

自宅等から入院予定患者が、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、オリエンテーション、服薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を行った場合。入退院支援加算の算定が対象。

入退院支援加算

退院支援加算1 一般病棟 600 点 療養病棟 1,200 点

退院支援加算2 一般病棟 190 点 療養病棟 635 点

患者が安心して退院し療養や生活を継続できるよう、入院早期より退院困難な要因を有する患者を抽出し、入退院支援を実施した場合。

	退院困難抽出	多職種によるカンファレンス	退院支援計画
加算1	3日以内	7日以内(療養は14日以内)	7日以内
加算2	7日以内	できるだけ早期	7日以内

介護支援等連携指導料 400 点（入院中 2 回まで）

退院後に介護サービスの導入が適切と考えられる場合、患者に対し入院中からケアマネジャー等と連携し退院後の介護サービス等についての説明、指導を行った場合。

※ケアプランの写しをカルテに添付することが必要。

退院時共同指導料 2 400 点

入院医療機関の医師、看護師、社会福祉士等と在宅療養を担う医師等が、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を共同して行った上で、文書により情報提供した場合。

○病診連携：在宅担当医と入院医療機関の医師の共同 300 点加算

○多職種連携：入院医療機関の医師又は看護師等と在宅スタッフと共同 2,000 点加算

ケアマネジャー（介護報酬）

入院前

入院

退院準備

退院

入院時情報連携加算

I（3日以内）200 単位 II（7日以内）100 単位/月

- ・医療機関の職員に対して、利用者に係る必要な情報を提供した場合。
- ・利用者が入院してから3日以内、7日以内のいずれか一方のみ算定。
- ・提供方法は問わない。

退院・退所加算

・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を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に関する調整を行った場合。入院又は入所期間中に 1 回算定。

加算	カンファレンス無	カンファレンス有	
(I)	450 単位	600 単位 (1 回)	※情報収集を 1 回
(II)	600 単位	750 単位 (1 回以上)	※情報収集を 2 回以上
(III)	なし	900 単位 (1 回以上)	※情報収集を 3 回以上

※カンファレンスは、医療機関の退院時共同指導料 2 の 2,000 点加算要件に合致するものであること（診療報酬 退院時共同指導料 2 の注 3）

※注 3：カンファレンス参加者要件は、在宅側の医師、看護師等、歯科医師、歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員、相談支援専門員のうちいずれか 3 名以上

緊急時等居宅カンファレンス加算 200 単位（月 2 回まで）

医療機関の求めにより、医療機関の医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整を行った場合。

《連携におけるプロセス別シート類》

参考資料（3）：佐賀県 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携について

	医療機関のプロセス	ケアマネジャーの退院支援プロセス	ケアマネジャーの準備するシート等	医療機関とケアマネジャーの情報連携
在宅		STEP0 入院にそなえ日ごろから準備		
入院時（7日以内）	<input type="checkbox"/> 退院困難な患者抽出 <input type="checkbox"/> 「退院支援計画書」及び「入院診療計画書」の作成 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">入退院支援加算</span> <input type="checkbox"/> 入院予定の患者に入院前に実 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">入院時支援加算</span>	STEP1 入院時、医療機関が欲しい患者情報の提供	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供書 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">入院時情報連携加算Ⅰ・Ⅱ</span>	<CM⇒入院医療機関> <input type="checkbox"/> 入院時情報提供書 ※コピー添付 <input type="checkbox"/> フェイスシート <input type="checkbox"/> ケアプラン第1～3表 <input type="checkbox"/> 内服に関する留意点等 <input type="checkbox"/> 住環境に関する写真 など
入院中	<input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンス <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">入退院支援加算</span> <input type="checkbox"/> 患者家族へ説明・同意 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">入退院支援加算</span> <input type="checkbox"/> ケアマネジャーと連携、介護サービス等の指導 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護支援等連携指導料</span>	STEP2 退院支援計画に役立つ情報の提供 多職種の視点で情報収集、アセスメント	<input type="checkbox"/> 退院・退所情報記録書 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院・退所加算（1回目）</span>	<本人・家族や入院医療機関⇒CM> * 退院支援計画書 * 入院診療計画書 など
退院前	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー等へ情報提供 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護支援等連携指導料</span>	STEP3 収集した情報を踏まえ、退院後の生活を意識した生活課題を検討、ケアプランの作成	<input type="checkbox"/> 課題整理総括表 <input type="checkbox"/> ケアプラン(案)	
	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの実施 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院時共同指導料</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院時共同指導加算</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院時リハビリテーション指導料</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">介護支援等連携指導料</span>	STEP4 医療ニーズ・生活ニーズに係る課題について、多職種で検討する 多職種の意見を踏まえたケアプランの修正	<input type="checkbox"/> 退院・退所情報記録書 <input type="checkbox"/> ケアプラン(案) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院・退所加算（2回目）</span> <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院時共同指導加算（訪問看護等）</span>	<CM⇒入院医療機関> ・ケアプラン（原案）
在宅	<input type="checkbox"/> 診療情報の提供 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">診療情報提供料</span> <input type="checkbox"/> 退院直後に行う訪問指導の実施 <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院前訪問指導料</span>	STEP5 多職種の意見を踏まえたケアプランを完成させる  医療機関の求めにより、医療職等とともにカンファレンスを行い、サービスを調整  サービス担当者会議後のケアプランを入院医療機関へフィードバック	<input type="checkbox"/> ケアプラン(案) <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">退院・退所加算（3回目*）</span> * 3回目は病院が共同指導した場合  <input type="checkbox"/> ケアプラン <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">緊急時等居宅カンファレンス加算</span>  <input type="checkbox"/> ケアプラン	<本人家族や入院医療機関⇒CM> * 診療情報提供書 * 看護サマリー * リハサマリー  <CM⇒入院医療機関> ・ケアプラン

○退院調整ルール策定経過

退院調整ルール策定の会議・検討会には、多くの関係者の皆様に参加をいただきました。

実施日	内 容	参加人数
5. 7	第1回退院調整ルール検討会介護関係者部会	5
6. 1	第2回退院調整ルール検討会介護関係者部会	9
6. 20	鳥栖三養基医師会定例役員会において説明	10
6. 26	第1回在宅医療・介護連携推進協議会	25
7. 4	第3回退院調整ルール検討会介護関係者部会	9
6. 12~ 7. 13	12病院へのヒアリング 連携室窓口、ケアマネとの連携（必要とする情報、困ること）等	—
8. 1	第4回退院調整ルール検討会介護関係者部会	9
9. 5	第1回退院調整ルール検討会医療・介護合同検討会	28
10. 2	第1回退院調整ルール検討会医療関係者部会	18
10. 16	第5回退院調整ルール検討会介護関係者部会	9
10. 24	第1回在宅医療・介護連携推進協議会（提供体制・構築推進部会）	24
11. 16	第2回退院調整ルール検討会医療・介護合同検討会	27
11. 28	第1回在宅医療・介護連携推進協議会（情報共有・普及啓発部会）	23
12.	試行運用前 退院調整ルールに係るアンケート調査の実施 調査対象；病院，居宅介護支援事業所・地域包括支援センター	—
12. 5	鳥栖三養基医師会定例役員会において説明	10
12. 7	平成30年度介護職員等基礎研修事業において説明	100
12. 7	病院への戸別訪問説明（鳥栖地区） 1箇所	—
12. 10	鳥栖地区広域市町村圏組合ホームページへ掲載 退院調整ルールの手引き（試行運用版），書式様式	—
12. 11	病院への戸別訪問説明（上峰地区） 1箇所	—
12. 12	病院への戸別訪問説明（みやき地区） 1箇所	—
12. 14	病院への戸別訪問説明（鳥栖地区・みやき地区） 3箇所	—
12. 17	病院への戸別訪問説明（鳥栖地区） 1箇所	—
12. 18	病院への戸別訪問説明（鳥栖地区） 2箇所	—
12. 20	病院への戸別訪問説明（基山地区） 3箇所	—
1. 1	退院調整ルール試行運用開始	—
1. 24	地域医療・介護連携会議（鳥栖市出前講座）において説明	
3.	試行運用後 退院調整ルールに係るアンケート調査の実施 調査対象；病院，居宅介護支援事業所・地域包括支援センター	—
4.	（予定）退院調整ルールの手引き（本運用版）完成	
5. 21	2019年度第1回退院調整ルール検討会医療・介護合同検討会 （「鳥栖三養基地区退院調整ルール」本運用開始）	



▶ご協力いただいたみなさま◀

鳥栖三養基地区の病院  
鳥栖広域管内居宅介護支援事業所  
鳥栖地区介護支援専門員協議会  
一般社団法人 鳥栖三養基医師会  
(在宅医療・介護連携支援室)  
鳥栖地区広域市町村圏組合 在宅医療・介護連携推進協議会

問い合わせ先

鳥栖地区広域市町村圏組合 介護保険課地域支援係  
TEL 0942-81-3111  
FAX 0942-81-3316