

# 高山市版 入退院支援マニュアル

高山赤十字病院  
久美愛厚生病院

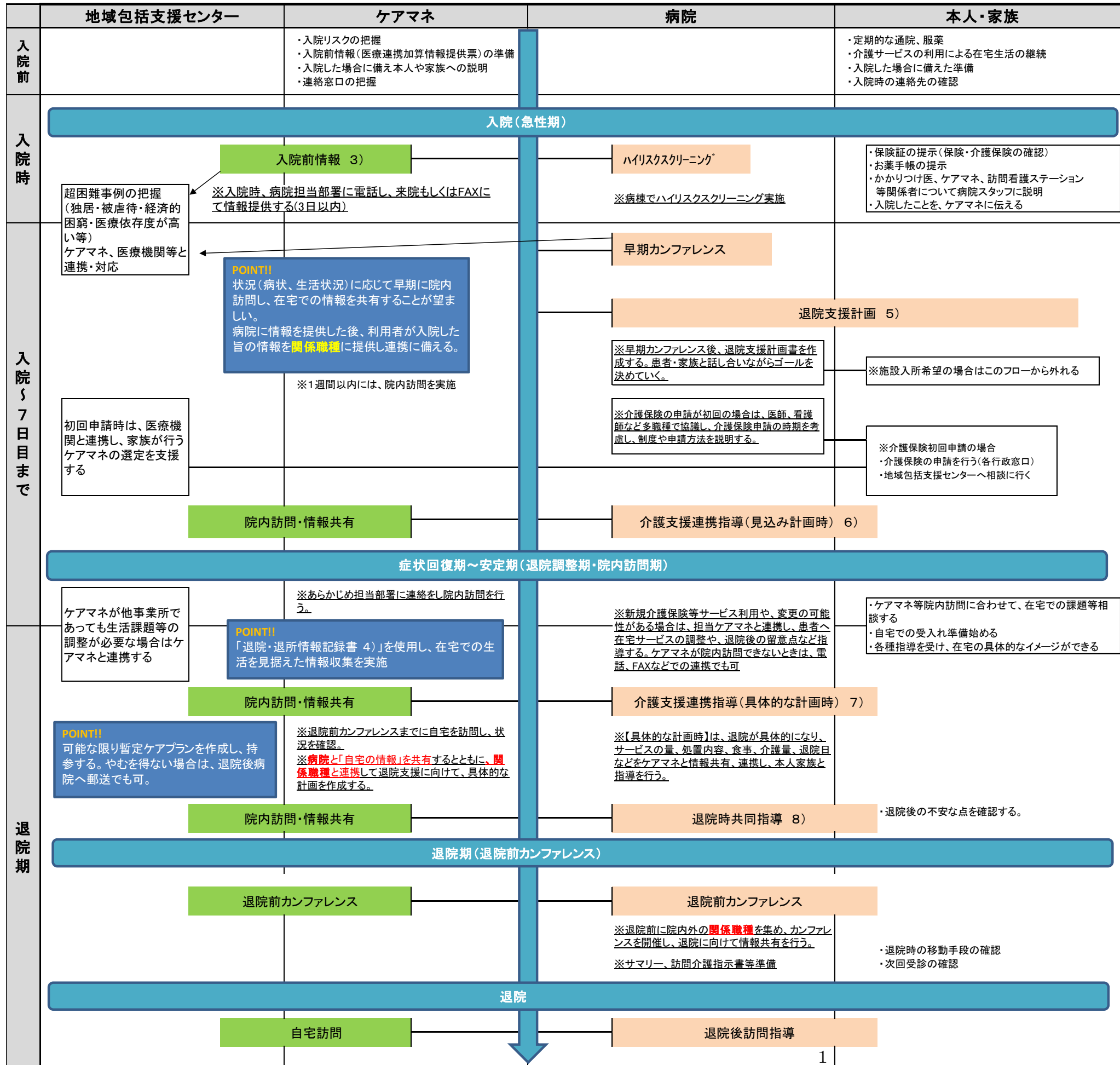
高山市・白川村在宅医療を考える会  
(高山市・高山市医師会)

令和元年8月

## 目次

1)	入退院支援フロー（全体）	1
2)	入退院支援フロー（ケアマネと病院間）	2
3)	入院前情報（医療連携加算情報提供票）	4
4)	退院・退所情報記録書	8
5)	退院支援計画書	12
6)	介護支援等連携指導書（見込み計画時）	14
7)	介護支援等連携指導書（具体的な計画時）	15
8)	退院時共同指導説明書	18
9)	退院前のカンファレンス	22
10)	ケアマネと医師との連携用紙（参考様式）	
	医師と介護支援専門員との連絡票	24
	医師からの情報提供（診療情報提供書）	25

# 1) 入退院支援フロー(全体)



## 【地域包括支援センターの役割】

- ・地域住民の相談窓口として機能し、ワンストップサービスの拠点として機能する。
- ・困難事例※(世帯状況、経済状況、病状などによる)に対し、ケアマネ、病院等事業者からの相談を受ける。
- ・介護保険の新規申請時に住民に対し情報を提供し、ケアマネの選定について支援する。
- ・権利擁護として、虐待対応、経済的困窮の相談支援を行う。
- ※例: 独居、身寄りなし、認知症状、虐待、経済的困窮など

## 【ケアマネの役割】

- ・入院時、家族、病院から連絡を受けたら入院前の情報をまとめ医療施設に、入電後FAXする。
- ・面会、情報収集に院内訪問するときは、事前に病院と連絡調整のうえ実施する。
- ・担当者会議前に情報収集を済ませておき、方向性を病院の退院支援窓口と相談しておく。
- ・退院前カンファレンスでは、暫定ケアプランを作成することが望ましいが、やむえない場合は、退院後ケアプランを病院へ提出する。
- ・利用者に対し入院時に担当ケアマネの氏名等を病院に提供するように依頼しておく。

## 【病院の役割】

- ・入院時、ハイリスクスクリーニングに選定された患者は、速やかに入退院支援部門とカンファレンスを行う。
- ・ケアマネがすでに契約されている場合は、ケアマネからの入院前情報や直接の電話、来院にて面会し情報収集する。
- ・入院前の情報、疾患、ADL、治療期間等考慮し、退院支援計画書を作成し、本人・ご家族に説明する。
- ・ケアマネがいる場合は、ケアマネと連携し、介護支援連携指導を実施する。
- ・治療経過の中、必要に応じてケアマネ、地域包括支援センター等関係機関と連携し、退院支援を実施する。
- ・退院前カンファレンスは、情報共有をするとともに、方針の最終確認を行う。
- ・必要な書類、物品を確認し、退院までに準備を行う。

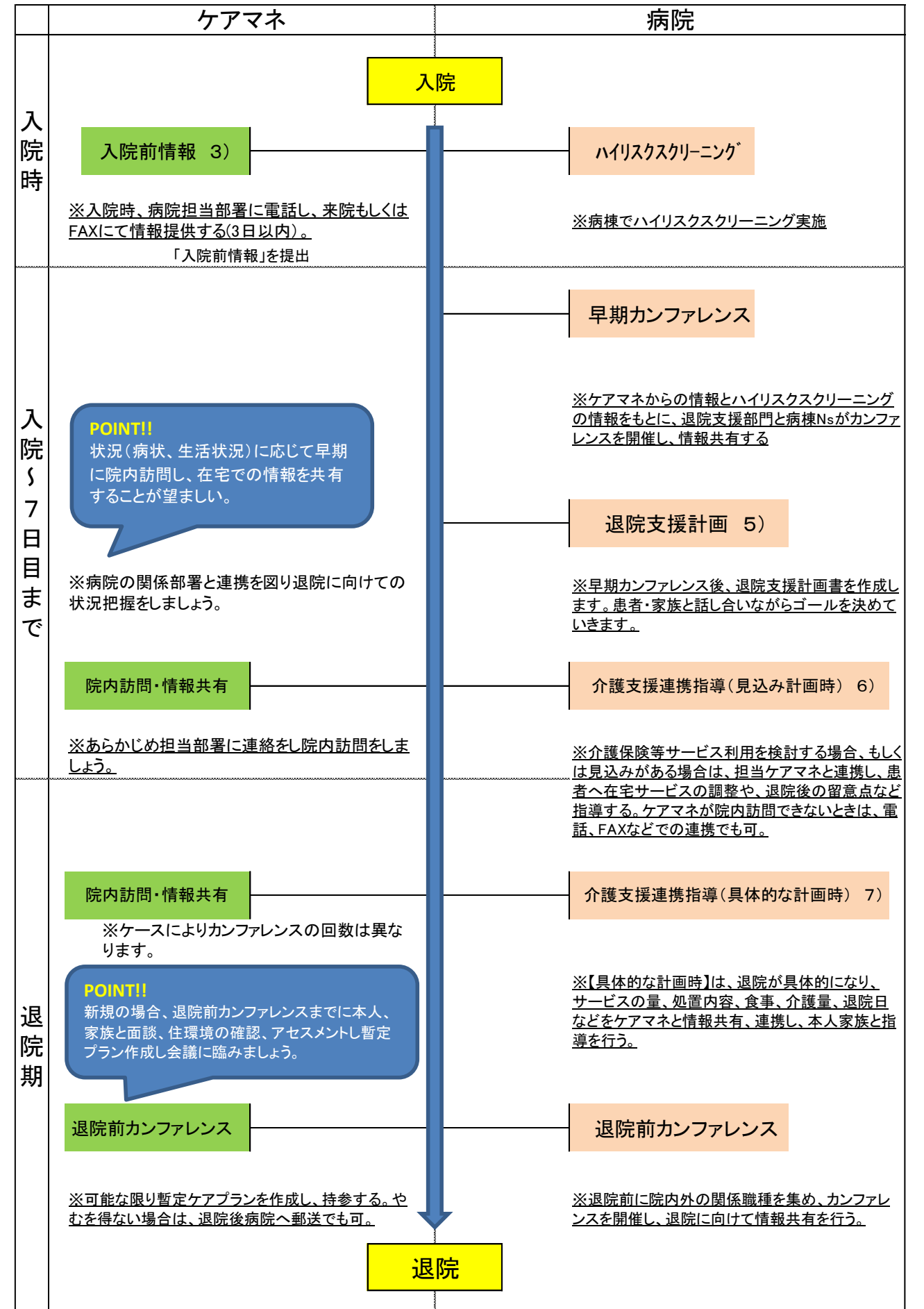
## 【行政の役割】

- ・介護保険関係手続き、障害福祉サービス関係手続き
- ・高齢者福祉サービス、障害福祉サービスの相談支援
- ・虐待の可能性のある案件の対応
- ・当該地域における連携に関する課題解決、仕組みづくり

## 【連携する関係職種の例】

- ・在宅療養を担う医療機関の医師 又は 看護師等
- ・在宅療養を担う歯科医師 又は 歯科衛生士
- ・保険薬局の保険薬剤師
- ・訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士 又は 言語聴覚士
- ・ケアマネジャー
- ・各種介護サービス事業者

2) 入退院支援フロー（ケアマネと病院間）



## 入退院支援フロー（ケアマネと病院間）の使用方法

### 1. 目的

- (1) 入院から退院後までの移行期に、一連のプロセスにおいて各時点でのアセスメントポイントや実施内容などが理解できる。
- (2) 適切な時期に患者・家族の自己決定を尊重した退院支援を提供することができる。
- (3) 入院医療機関の退院支援・退院調整業務に携わる職員が対象である。さらに、在宅側の職種（かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬剤師、訪問看護ステーション、ケアマネ、区市町村の在宅療養支援窓口など）へも周知し、地域のケア提供者と協働で支援する。

### 2. 作成意図と構成

入院医療機関の退院支援・退院調整に関わる職員が、時系列で患者・家族へ具体的にどのような退院支援を提供するのか理解し、実践できるように作成した。

#### 【フロー図の構成】

横軸： ケアマネ・病院の退院支援内容
--------------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ ケアマネの流れ</li><li>・ 病院の退院支援部門の流れ</li></ul> |
|--|

縦軸： 時間軸で提示している。
-----------------

- |  |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"><li>・ 入院が決定した、入院初期</li><li>・ 入院時から7日以内</li><li>・ 治療開始から安定期、退院支援期間</li><li>・ 退院</li></ul> |
|--|

### 3) 入院前情報(医療連携加算情報提供票)

入院日 年 月 日  
 情報提供日 年 月 日

様

居宅介護支援事業所

担当ケアマネジャー

TEL

#### 入院前情報 (医療連携加算情報提供票)

利用者氏名			生年月日			●家族構成 ☆キーパーソン
住 所						
連 絡 先	氏名:		TEL:			
要介護度	かかりつけ医					
	かかりつけ歯科医					
	かかりつけ薬局					
住 環 境	戸建て・集合住宅 居室__階 住宅改修 ( 無 ・ 有 )					

#### 1. ADLの状況 (該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。)

食 事	自 立	一部介助	全介助	摂取方法回数	経口 ( 普通・粥・きざみ・ペースト )	
					経管栄養 ( __回/日 )	
					水分 とろみ ( 有 ・ 無 )	
				摂取体位	臥位・坐位 ( )	
				食事制限	無 ・ 有 ( )	
排 泄	自 立	一部介助	全介助	トイレ ポータブルトイレ 便尿器 おむつ 自己導尿		
				パルーン 腎ろう 人工肛門 他( )		
				排便コントロール: 無 有 ( 坐薬 摘便 浣腸 下剤 )		
移 動	自 立	一部介助	全介助	独歩 伝い歩行 杖歩行 手押し車		
				車椅子 リクライニング車椅子		
				座位可 寝返り可 寝たきり エアーマット使用		
清 潔	自 立	一部介助	全介助	自宅入浴 デイサービス 訪問入浴 清拭		
運動障害	無 ・ 有 ( )					
コミュニケーション	視力障害	無・有	【補足】認知症状とそれに伴う周辺症状。		睡 眠	良好・不眠
	言語障害	無・有			眠剤 ( )	
	聴力障害	無・有			薬剤管理	自己・他者
	意思疎通	可・不可			備考 ( )	
日常生活自立度	ねたきり度	自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				
	認知症自立度	自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				

#### 2. 生活環境等状況

●利用していた在宅サービス・福祉用具 (必要事項を記入してください。)

サービス種別	事業所名	回数	備考	インフォーマルサービス

●医療処置 (わかる範囲で、該当するものを○で囲み、必要事項を記入してください。)

褥瘡・点滴・経管栄養・吸引・在宅酸素・バルンカテーテル・ストーマ  
 その他( )

●本人・家族の生活に対する意向

#### 3. 特記事項 (家族関係、介護状況、経済面など)

## 入院前情報(医療連携加算情報提供票)使用方法

### 1. 目的

在宅生活者の入院に際し、既に在宅ケアに携わっている地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等が、本人の心身の状況、生活環境及びサービスの利用状況等を医療機関に伝えることにより、在宅ケアチームと医療機関との連携を確認し、入院中のケア及び退院支援・在宅療養移行支援が円滑に推進され、本人の地域における生活の継続と QOL の向上が図られることを目的とする。

### 2. 作成意図

本人の生活基盤は入院前の自宅での生活にある。そのため、入院中の治療方針等の策定や退院支援・在宅療養移行支援の観点からも、在宅時の生活状況を医療機関スタッフが把握しておくことの意義は大きい。生活状況の把握に当たっては、本人や家族等からの聞き取りが基本となる。さらに、在宅時の地域包括支援センターや担当ケアマネ等からの情報提供も参考となる。

在宅ケアチームからの入院時情報連携シートについては、公的に全国共通で定められた様式はなく、事業所ごとに様式を定めている状況にある。また介護保険において居宅介護支援事業所が算定できる「入院時情報連携加算」においては、「情報提供の方法は、文書、口頭等を問わない」とされている。本マニュアルでは、地域からの入院時情報提供として必要となるポイントの確認のためにシートを作成した。居宅介護支援事業所が介護保険における「入院時情報連携加算」を算定する場合については算定基準を確認することとする。

### 3. 活用場面

- (1) ケアマネ、地域包括支援センター職員等が担当する利用者の入院に際し、入院先の医療機関の主治医、ナースステーション、相談室、地域医療連携室等に入院時情報連携シートを提供し、今後の連携を確認する。医療機関は退院支援・在宅療養移行支援に当たっての今後の連携先と必要な情報を確認する。
- (2) 医療機関によって連携先の相談窓口が異なる場合があるため、医療機関側は地域の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談窓口の連絡先の情報提供を行っておく必要がある。また区市町村単位において、関係機関が連携して地域内の医療機関の相談窓口・連携先一覧を作成し、関係者間で共有しておくことも有用である。

#### 4. 活用のポイント

- (1) 居宅介護支援事業の入院時情報連携において「必要な情報」とされている、利用者の心身の情報（疾患・病歴、服薬状況、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）、サービスの利用状況等を網羅して記述できる様式とした。参考様式ではあるが、この地域においては、できる限りこの様式を用いることとする。
- (2) 医療機関スタッフは、現在の入院に至る前の在宅時の本人や家族の生活状況の把握及び退院支援・在宅療養移行支援に向けた参考資料として情報を活用する。また、退院時の担当者への連絡や情報提供について留意する。
- (3) 入院時情報連携において確認すべきポイントをA4版1枚程度にまとめたため、シートの記入枠が狭小になっている。区市町村、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等で使用しやすいように記入枠の拡張、項目の加除等の修正を適宜行っていただきたい。ただし、できる限りこの様式に準ずるようお願いしたい。
- (4) 医療機関に情報提供を行う場合は、事前に利用者本人・家族の同意を得ておくことを基本とする。居宅介護支援等の契約時において、今後の支援を見据えて、入院時には医療機関に情報提供を行うことも含めた個人情報使用の包括的同意を得ておくことも可能である。
- (5) 本人の生命、身体又は財産の保護のための緊急対応が必要なケースや虐待対応等のケースにおいては、本人同意を得ることが困難な場合もあり、その場合は個人情報保護法の例外規定を踏まえて相談対応を行う。また地域からの独居高齢者等の緊急対応においては、地域の相談受付窓口が必要な情報を十分に把握できない状況で医療機関と連絡調整を行う場合もあることに留意する。
- (6) 市町村単位の地域ケア会議や各種連携会議、研修会等を活用して、福祉保健担当部署、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等の相談窓口と、地域の医療関係機関、病院・診療所、医師会・歯科医師会・薬剤師会の相談窓口・病棟スタッフ等との顔を合わせたネットワーク形成が、入院時の連携、退院支援・在宅療養移行支援時の連携の基盤となることに留意し、地域関係者が互いに協働して地域包括ケア推進に向けた基盤形成を計画的に行っていく。



## ハイリスクスクリーニング ※

### 1. 目的

医療機関は、患者が入院した直後から、患者・家族に対して退院支援・退院調整が必要かどうかをアセスメントし、治療の場から生活の場へ移行するために必要な支援を明らかにする。

### 2. 作成意図

ハイリスクスクリーニングで抽出された課題が、退院支援・退院調整の流れにつながり、個々の状況に応じて、考えて取り組めるように各医療施設で考案している。

### 3. 活用場面とポイント

医療機関は、退院支援を考慮しながら、患者・家族及び地域からの情報を基にスクリーニングをする。スクリーニングをするだけに留まらないよう、退院支援の具体的な行動がとれるように活用する。

- (1) 一般的なスクリーニングは入院から3日以内とされているが、患者の状況によっては48時間でも治療方針が定まらない場合もある。そのため、1段階目は入院から治療方針が決まる時期としている。退院支援計画書の作成着手は入院から7日以内と定められている。
- (2) チェックの入った患者に対して、具体的な退院支援・退院調整を進めていくことが必要である。その時に院内での役割分担を明らかにしておくことが必要である。これらの項目を参考にした上で個別的なアセスメントを行い、退院支援計画を立てられるとよい。

※**ハイリスクスクリーニング**：退院後の療養生活上、諸困難や問題を抱え、援助の必要性が高いと予想される患者を発見するために行うスクリーニングのこと。

## 早期カンファレンス

ハイリスクスクリーニングの情報と、入院前のケアマネや訪問看護の情報をもとに、病院内において必要な関係職種を交えて早期カンファレンスを実施する。おおむね7日以内に、カンファレンスを実施し課題の抽出、情報共有を行う。

最終的に本人、家族と面談し、**退院支援計画書**を作成する。

そのため退院支援計画を作成するためにも、ケアマネが契約されている場合は7日以内に、院内訪問の依頼もしくは電話等において情報共有し、入院時から退院に向けて支援を開始することが、ポイントとなる。

4) 退院・退所情報記録書【参考様式】について

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: 年 月 日 ・退院(所)予定日: 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"/> 歩行者 <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										
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【参考様式】について

### 1. 目的

この様式は、ケアマネが病院の訪問や病院スタッフとの面談などの情報収集を通じて作成するものである。

在宅復帰後の適切な支援に向け、医療機関等から情報収集する際の聞き取り事項を整理し、退院・退所後に必要な事柄を充実させるよう見直しが行われたものであり、確認した内容を、在宅でのサービス計画の作成や、かかりつけ医、介護保険事業者等との情報共有に活用されたい。

### 2. シートの種類と構成

この様式は、ケアマネが在宅生活に向けた情報を収集する上で必要となる基本的な情報を整理し記載できる様式となっている。参考様式としているが、できる限りこの様式を使用すること。

### 3. 活用のポイント

退院に向けたケアマネジメントを行ううえで必要な情報はケースにより異なっているものであるが、患者の状態に応じて病院から提供される書類や資料等を活用しながらこの様式を基本に情報を収集し、記載漏れの無いように努められたい。作成した様式は、退院・退所加算算定の基礎資料となるため、関係書類とともに保管すること。

## ◎退院・退所加算（2018年改正）について

平成30年の介護保険制度の改正により退院・退所加算が見直され、下記のとおり評価し加算されることとなった。

- ①退院・退所時におけるケアプランの初回作成の手間を明確に評価
- ②医療機関等との連携回数に応じた評価
- ③医療機関等におけるカンファレンスに参加した場合を上乗せで評価

### ○見直し後の退院・退所加算

	カンファレンス無し	カンファレンス有り
連携 1回	450単位	600単位
連携 2回	600単位	750単位
連携 3回	×	900単位

#### 【算定要件】

医療機関や介護保険施設等を退院・退所し、居宅サービス等を利用する場合において、退院・退所にあたって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、居宅介護サービス等の利用に関する調整を行った場合に算定する。

ただし、「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院時カンファレンス等）に参加して、退院・退所後の在宅での療養上必要な説明を行ったうえでケアプランを作成し、居宅サービス等の利用に調整を行った場合に限られている。

#### カンファレンスの参加者-----カンファレンス要件

入院医療機関 … 次のうち1者が参加

- ①医師、保健師、看護師、助産師、看護師又は准看護師

在宅療養関係機関 … ①を含めた②から⑤までのうちの3者が参加

- ①ケアマネ
- ②在宅療養を担う医療機関の医師、保健師、看護師、助産師、看護師又は准看護師
- ③在宅療養を担う歯科医師 又は 医師の指示を受けた歯科衛生士
- ④保険薬局の保険薬剤師
- ⑤訪問看護ステーションの保健師、看護師、助産師、看護師、理学療法士、作業療法士 又は 言語聴覚士



## 退院支援計画書

### 1. 目的

退院困難な要因を有する患者について原則として7日以内（病院によっては14日以内）に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、早期より退院支援を実施することで患者及び患者家族が、安心して療養生活を送ることができる。また、退院後住み慣れた地域で安心して生活できるよう支援する。

### 2. 作成意図

厚生労働省より、参考様式あり。入院早期に本人・家族と面談し、住み慣れた地域へ戻ることを書面で確認し、意識づけるきっかけとなる。

### 3. 活用場面とポイント

入院後、病院によるハイリスクスクリーニングとケアマネからの入院前の情報をもとに、病棟と退院支援部門にて早期カンファレンスを実施する。その中で退院支援に向けた具体的な問題解決に向けて、本人・家族と相談し、方針を決定する。その内容を退院支援計画書に記し、作成する。変更した場合はそれに応じて作成しなおす。



7) 介護支援等連携指導書（具体的な計画時）

介護支援等連携指導書（具体的な計画時）

当院では、患者さんやご家族の方が退院後安心して療養ができますよう、他の医療機関の医師、看護師、介護支援専門員（ケアマネジャー）、介護保険事業者等と連携を図るように努めてまいります。入院前の状態やサービス利用状況等の情報をいただき、退院後の療養方法や必要なサービスについて検討を行います。

患者ID		患者氏名	
退院について	退院予定日		
	退院日までに調整が必要な内容		
	<input type="checkbox"/> 食事について	( )	<input type="checkbox"/> 入浴について ( )
	<input type="checkbox"/> 排泄について	( )	<input type="checkbox"/> 移動について ( )
	<input type="checkbox"/> リハビリについて	( )	<input type="checkbox"/> 生活環境について ( )
	<input type="checkbox"/> その他	( )	
介護保険等の利用について	居宅介護支援事業所・相談支援事業所名		
	介護支援専門員・相談員等氏名		
	退院後予想されるサービス利用（※詳細はケアプラン参照）		
	<input type="checkbox"/> 訪問診療	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ
	<input type="checkbox"/> 訪問介護	<input type="checkbox"/> デイサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所
<input type="checkbox"/> 福祉用具	<input type="checkbox"/> 住宅改修		
	<input type="checkbox"/> その他	( )	
	<input type="checkbox"/> 施設入所	( 施設名 )	
その他			
次回受診	<input type="checkbox"/> 当院受診	<input type="checkbox"/> 他院へ紹介	<input type="checkbox"/> 終診

上記の通り、他の医療機関・介護保険事業者と連携し計画しました。

主治医 \_\_\_\_\_  
 説明した看護師  
 社会福祉士 \_\_\_\_\_

上記の通り、説明を受けました。 説明を受けた日 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日

説明を受けた方のサイン \_\_\_\_\_ 様（続柄）



## 介護支援連携指導（見込計画時）と（具体的な計画時）

### 1. 目的、指導書作成意図

介護支援等連携指導料は、入院の原因となった疾患・障害や入院時に行った患者の心身の状況等の総合的な評価の結果を踏まえ、退院後に介護サービス又は障害福祉サービス、地域相談支援若しくは障害児通所支援（以下この区分において「介護等サービス」という。）を導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護等サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業者等の介護支援専門員（ケアマネ）又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障害児相談支援事業者（以下この区分において「指定特定相談支援事業者等」という。）の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画（以下この区分において「ケアプラン等」という。）の作成につなげることを目的とした本人・家族への指導である。

### 2. 活用場面とポイント

- (1) 初回の指導（見込計画時）は、介護等サービスの利用の見込みがついた段階で、退院後の生活を見越し、当該地域で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請の手続き等の情報について、患者や医療関係者と情報共有することで、適切な療養場所の選択や手続きの円滑化を目的とする。
- (2) 2回目の指導（具体的な計画時）は、実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン等の原案の作成に資するような情報の収集や退院後の外来診療の見込み等を念頭に置いた指導を行うこと等を想定したものである。退院前カンファレンスをこれに充てる場合もある。
- (3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する必要がある。また、指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等について、写しを診療録に添付をしなければならないため、介護支援専門員は、退院までもしくは退院後速やかに医療機関にケアプランの写しを送ることとする。



## 退院時共同指導 説明書シートの使用方法

### 1. 目的

患者・家族の退院後の生活に向けた希望を確認することが第一歩である。

- (1) 病院から退院して在宅生活に移行するにあたり、退院後の生活を支える関係機関と病院内多職種を交えた合同カンファレンスの必要な患者を抽出する。
- (2) カンファレンスで話し合うポイントや必要な情報を整理する。
- (3) 患者・家族、在宅生活を支える関係機関（\*）及び病院内多職種の3者が、カンファレンスを通じて同じ認識を共有するとともに、診療報酬算定の要件を満たし、算定の根拠にできる書類を作成する。

#### \*退院後の生活を支える関係機関

- ・在宅療養担当医療機関の医師、看護師等
- ・保険医である歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士
- ・保険薬局の保険薬剤師
- ・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
- ・ケアマネ（介護支援専門員）

### 2. シートの種類と構成

#### (1) 退院前カンファレンスが必要な事例

医療機関スタッフや地域のケアスタッフが、カンファレンスの必要な患者を抽出し、カンファレンス当日までに進めるべき準備についてのプロセスを図式化したシートである。不安定な症状や医療ケア・介護の必要度、療養環境や家族状況・経済的問題など、どのような点に着目し、何を関係者と共有したら良いかについてこのシートを参考にする。

#### (2) 退院前カンファレンス議題（例）

ある事例のカンファレンス議題を示した。

カンファレンスの必要性を検討するプロセスで抽出された、共有し解決すべき具体的な課題が項目として列記されている。項目に沿って進行することにより、カンファレンスを効率化することが可能になる。また、各参加者が自分の役割にとって必要なメモを取るシートとしても活用できる。

### (3) カンファレンス出席者・協議内容記載

カンファレンスへの出席者と内容を記録して、患者・家族への確認とサインをもらい、カルテに記載しておく様式である。カンファレンスの中で確認・検討された、「退院後の療養生活に係わる注意点・確認事項・課題」を、関係する職種で共有する。

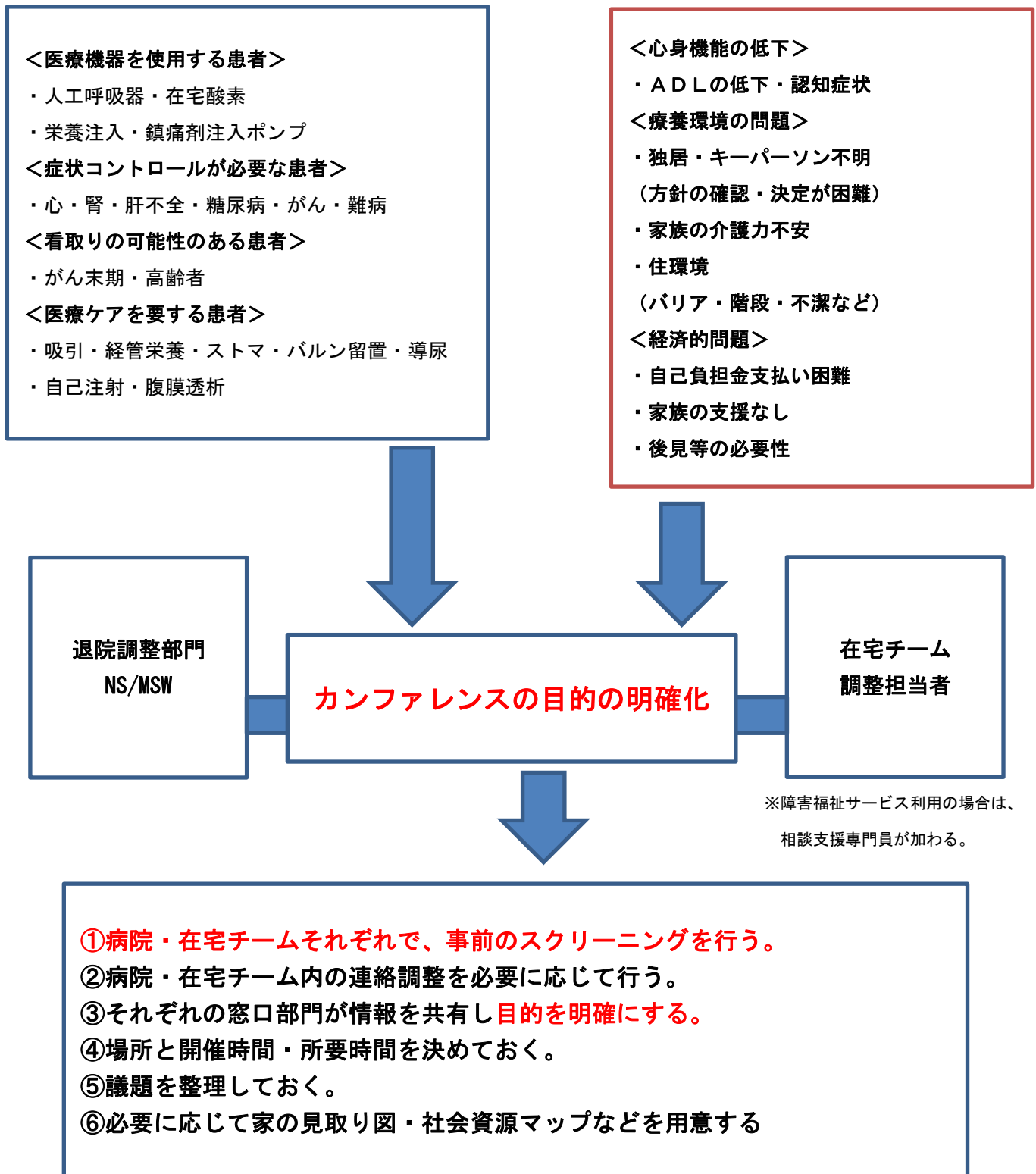
以下の医療保険点数を算定できる。ケアマネとのカンファレンスで介護支援連携指導料算定の場合には、ケアプラン（暫定でも可）の内容などをカルテに記載する。（退院時共同指導 1、2・介護支援連携指導料）

## 3. 活用のポイント

- (1) 退院前カンファレンスが必要な事例について、スクリーニングシートや病棟カンファレンスなどで検討し、病院チームと在宅チームの各窓口を決めて、カンファレンスの目的を明確化することが重要である。
- (2) 医療機器を使用する患者の場合には、機器の業者や医療的ケアができるヘルパーがいる介護事業所などとの連携も重要になることを理解する。必要に応じて、関係機関マップ・連絡先一覧や、家の見取り図や暫定のケアプランなども参考にするとよい。
- (3) カンファレンスシートには参加者と確認・検討した内容を記入し、患者・家族に説明して確認の署名をもらったものをカルテに残しておく。診療報酬算定に必要とされる要件については、改定の都度確認を行う。
- (4) カンファレンスシートについては、必須ではなく参考として掲載している。必ず使用されるものではなく、また必ず交付されるものではない。退院時協同指導料を病院側が算定するときのみ使用されるが、算定しない場合でも使用することは差支えない。

## 9) 退院前カンファレンス

### ① 退院前カンファレンスが必要な例



## ② 退院前カンファレンス議題（例）

〇〇様 退院前カンファレンス  
（病名使用医療機器など）

参加者自己紹介

議題

1. 在宅生活への希望確認等
2. 病状について
3. 服用薬剤の状況について
4. 医療機器への対応
5. 介護の留意点・介護体制など
6. 緊急時・看取りなどの対応
7. 今後の検討事項  
（外来受診・訪問看護指示書作成・在宅指導管理料算定など）

10) ケアマネと医師との連携用紙【参考様式】

医師と介護支援専門員との連絡票

医師と介護支援専門員との連絡票

医療機関名  年  月  日 (  )

医 師  先生

事業所名：  
所在地：  
TEL：  
FAX：

この介護情報提供書はケアマネが主治医に対する情報提供と  
その後の連携を取りやすくすることを目的に作成された書式で  
す。

\* この情報提供については本人から同意を頂いております。

ケアマネジャー記入

本人情報

利用者名	： <input type="text"/> 様	男・女
生年月日	： <input type="text"/> 明 <input type="text"/> 大 <input type="text"/> 昭 <input type="text"/> 年 <input type="text"/> 月 <input type="text"/> 日 ( <input type="text"/> 歳 )	
住 所	： <input type="text"/> 高山市 <input type="text"/>	
介 護 度	： <input type="text"/> 申請中 <input type="text"/> 要支援 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 要介護 1 <input type="text"/> 2 <input type="text"/> 3 <input type="text"/> 4 <input type="text"/> 5	

ケアマネジャー ⇒ 主治医

目的

- ア:訪問看護指示書依頼
- イ:ケアプラン作成時の医学的意見照会(新規・更新・区分変更・本人等の状態の変化)
- ウ:サービス担当者会議に代わる専門的意見の照会(新規・更新・区分変更・本人等の状態の変化)
- エ:医療系サービス導入をするにあたって主治医への医学的意見聴取
- オ:軽度者福祉用具貸与のための医学的意見聴取
- カ:情報提供
  - 内服状況、口腔状況等
  - ケアプランの交付(市条例に基づく上記エ・オのための交付)
- キ:その他

相談内容等

主治医 ⇒ ケアマネジャー

返信事項

- このままのプランでよい
- 意見・助言あり
- 状态的に、福祉用具(特殊寝台・車いす等)が必要な状態である
- デイケア等何らかのリハビリがあるとよい
- その他

記載日 平成  年  月  日

医療機関名  主治医氏名

返送先 FAX:

医師からの情報提供（診療情報提供書）

（別紙様式 12の4）

診療情報提供書

年 月 日

情報提供先事業所

担当 \_\_\_\_\_ 殿

紹介先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	性別	男・女
	職業	
電話番号	生年月日	歳
患者住所		
情報提供の目的	<input type="checkbox"/> 医療と介護・福祉が連携し情報共有し、患者が安心して在宅療養できるため <input type="checkbox"/> ( )	
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの 発症日： 年 月 日 発症日： 年 月 日	
その他の傷病名		
<u>傷病の経過及び治療状況</u>		
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合
		入院日： 年 月 日 退院日： 年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等 <input type="checkbox"/> このままのケアプランでよい <input type="checkbox"/> 意見・助言あり <input type="checkbox"/> 状态的に、福祉用具（特殊寝台・車椅子等）が必要な状態である <input type="checkbox"/> デイケア等何らかのリハビリがあるとよい <input type="checkbox"/> その他		

障害高齢者の生活自立度	<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"/> II	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M



## ケアマネと医師との連携用紙【参考様式】について

### 1. 目的

在宅療養において、主治医とケアマネが連携するにあたり、基本的には直接の対面での情報共有が望ましいが、非常に難しい場合も多々ある。そのため、ケアマネは、その職種上、医療との連携を行い、ケアプランに反映する必要がある。

ケアプランに医療面の情報も反映し、在宅療養している利用者がより質の高い生活ができるよう支援する目的で作成されている。

### 2. シートの種類と構成

#### 【医師と介護支援専門員との連絡票】

この様式は、ケアマネが主治医に対し、情報を求める場合に使用する。様式については参考としているが、できる限りこの様式に近いものを使用する。

#### 【医師からの情報提供（診療情報提供書）】

この様式は厚生労働省が参考様式として作成されたもので、ケアプラン等ケアマネから医師へ情報提供し、この様式で情報提供することで双方の情報共有できるものとなっており、診療情報提供書の位置づけとなる。

ただし、医師はこの様式を必ずしも使用しなくてもよく、ケアマネから求められた様式で返信することが可能であるが、その場合は診療情報提供料を算定することはできない。

### 3. 活用のポイント

在宅療養するうえで、医師が医学的な留意点等を記載し、ケアマネに情報提供する。

ケアマネから依頼する場合、ケアプラン等日常生活等わかる文書を依頼文に添付し、医師に対して記載を依頼する。

医師はその様式に記載し、返信してもよい。診療情報提供料を算定する場合は、決められた様式で返信することで算定ができる。算定した診療情報提供料は患者負担が生じるため、あらかじめケアマネは連携することで費用が発生する可能性があることを患者へ説明すること。（※算定料は、250点）

診療情報提供書で返信する場合、場合、特にリハビリの必要性や、福祉用具の必要性は、場合によっては介護保険の介護度が低い場合でも、保険を利用することが可能となるため、非常に大切な情報のため医師は医学的な視点で必要性を記入すること。

## ～入退院支援に関する連絡先～

	電話	ファックス
高山赤十字病院 入退院支援課	0577-32-1111(代)	32-3520
久美愛厚生病院 地域連携室	0577-32-3265	32-2340
高山市地域包括支援センター		
高山地域	0577-35-2940	35-3165
丹生川地域	0577-78-1111(代)	78-2011
清見地域	0577-68-2211(代)	68-2549
荘川地域	05769-2-2211(代)	2-2562
一之宮地域	0577-53-2211(代)	53-2948
久々野地域	0577-52-3111(代)	52-2620
朝日地域	0577-55-3311(代)	55-3217
高根地域	0577-59-2211(代)	59-2555
国府地域	0577-72-3111(代)	72-3851
上宝地域	0578-86-2111(代)	86-2923
在宅医療サポートセンター	0577-35-3002	35-3165
高山市高年介護課	0577-35-3178	35-4884