

加須市 ・ 羽生市

入退院支援ルール

～ 医療と介護の切れ目のない

連携を目指して ～



(TM)こいのぼりマン

目 次

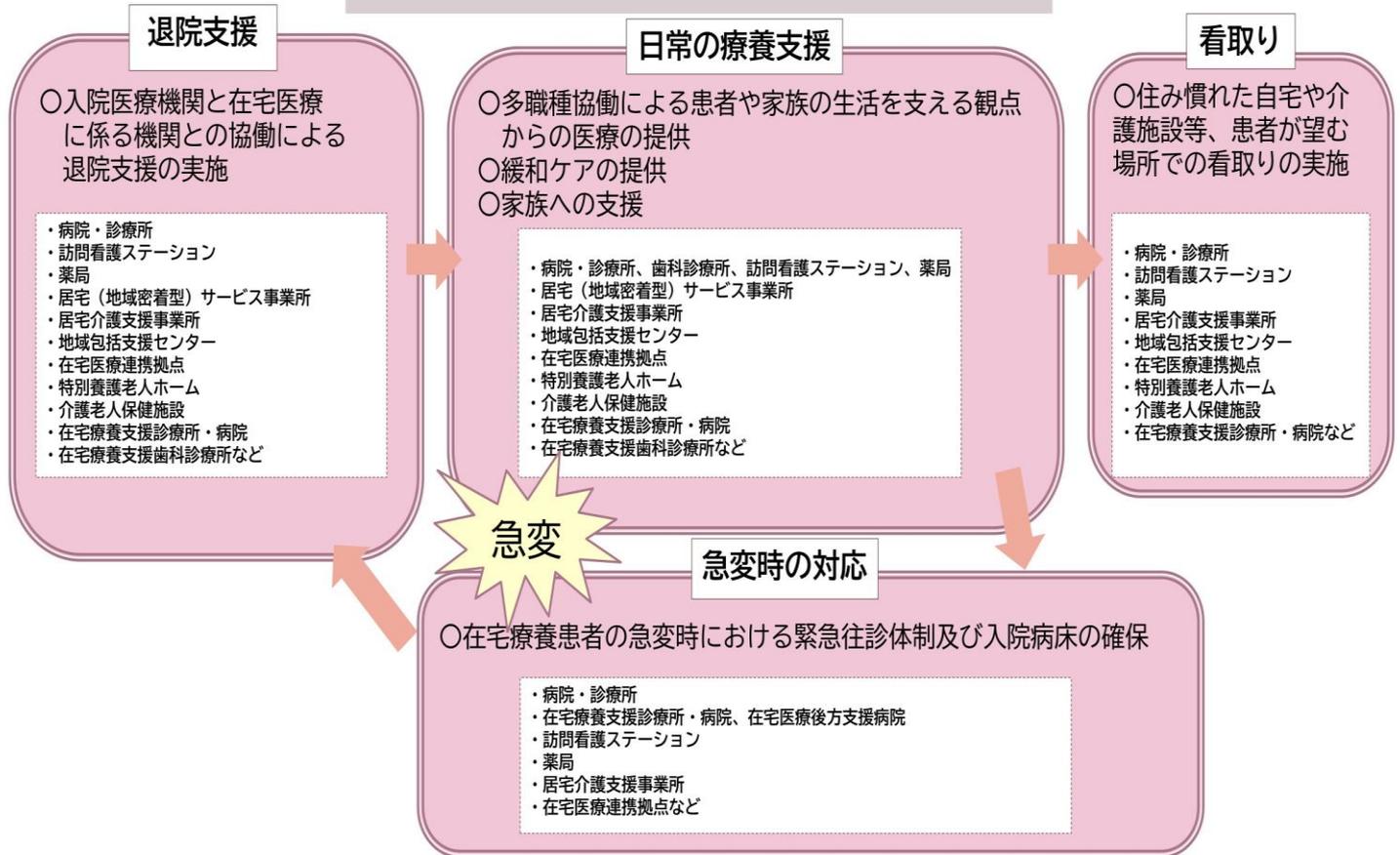
1	はじめに	P 2
2	目 的	P 2
3	基本ルール	P 3
4	病院等・在宅チームの協働で目指す入退院支援の視点	P 5
5	患者(利用者)・ご家族への入退院支援ルールの周知方法	P 7
6	連携にあたってのマナー・エチケット	P 8
7	入退院支援関係機関連絡先一覧	P 13
8	参考資料・様式	P 14
	・ 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬	P 15
	・ 【様式 1】 入院時情報提供書	P 18
	・ 【様式 2】 退院時情報提供書	P 22
	・ 【様式 3】 医療と介護の連携 連絡票	P 24

1 はじめに

住み慣れた自宅等で、最後まで自分らしい生活を続けるためには、医療と介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携することが必要です。

在宅での療養を希望する患者(利用者)が在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐ円滑な「①入退院支援」、「②多職種協働による日常の療養生活の支援」、「③急変時の対応」、「④患者が望む場所での看取り」の体制整備が必要となっています。

在宅医療における医療連携体制モデル



2 目的

入院の際、早い段階で病院関係者と在宅関係者が患者(利用者)情報を共有し、双方が緊密に連携し在宅復帰に向けた支援を重ねることで退院が早くなり、退院後も円滑に在宅生活を送ることが可能になります。

加須市・羽生市においては、埼玉県入退院支援ルール標準例(以下「標準例」という。)を参考に、患者(利用者)が入退院する際に病院・診療所等(以下「病院等」という。)の関係者と在宅関係者が連携して、在宅での生活や療養に困る患者(利用者)や家族がいない患者(利用者)を地域ぐるみで支えるためのツールの一つとして作成しました。

3 基本ルール

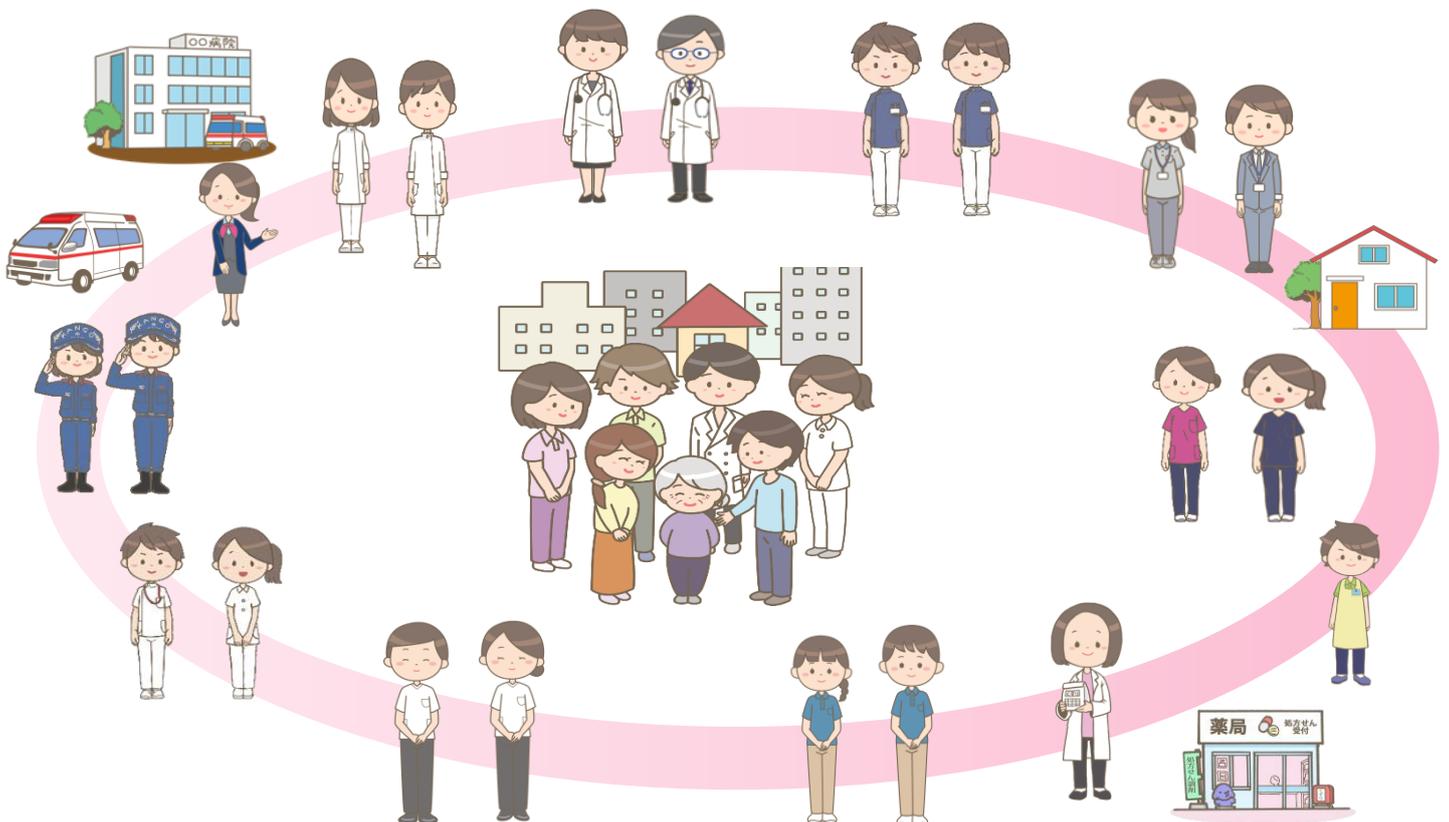
(1) 対象者

在宅から入院し在宅へ退院する患者(利用者)で、下記のいずれかに該当する者。
なお、介護支援専門員は、以下「ケアマネジャー」と記載しています。

- ア 入院前にケアマネジャーが決まっていた(介護サービスを利用していた)患者(利用者)
- イ 入院前にケアマネジャーは決まっていないが、退院支援が必要な患者の目安に該当する(退院後に介護サービスの利用が見込まれる)患者(利用者)
- ウ 病院担当者により退院後の生活に向けた退院調整(退院前カンファレンス等)が必要と判断された患者(利用者)

(2) 支援担当者

- ア ケアマネジャー
- イ 地域包括支援センター(高齢者相談センター)の担当者
- ウ 訪問看護ステーションの担当者
- エ 病院等(有床診療所を含む)の入退院支援担当者
- オ 歯科・薬局等の関係者
- カ 加須市・羽生市の介護保険担当者、消防職員 等



【退院調整が必要な患者の目安】

ア 退院調整が必要な患者 (要介護相当)	イ 左記以外で地域の見守り等が 必要な患者(要支援相当)
<ul style="list-style-type: none"> ① 立ち上がりや歩行に介助が必要 ② 食事及び口腔ケアに介助が必要 ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中 ④ 日常生活に支障を来すような症状がある認知症 ⑤ 医療処置が必要な患者 (がん末期、感染症、褥瘡、在宅酸素等) ⑥ 入浴・更衣に介助が必要 ⑦ 内服管理に介助が必要 ⑧ 入退院を繰り返している ⑨ 入院前より日常生活に支障を来している ⑩ 福祉用具・住宅改修等環境整備が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ① 独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要 ② 家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要 ③ 日常生活は、ほぼ自立しているがん患者などで、新たに医療処置が必要又は見込まれる ④ 日常生活は、ほぼ自立している認知症 ⑤ 65歳以上で精神・知的障害がある ⑥ 5種類以上の薬を内服していて自己管理が難しい ⑦ 買い物や通院の支援が必要
<div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> <p>【共通項目】</p> <p>○栄養指導、食事療法（食事形態、塩分・水分・摂取カロリー等）、体重管理が必要</p> <p>○虐待の疑いがある ○生活困窮者</p> </div>	



相談場所



1項目でも当てはまる場合
居宅介護支援事業所

1項目でも当てはまる場合
(ア・イ判断に迷う場合も含む)
地域包括支援センター

4 病院等・在宅チームの協働で目指す入退院支援の視点

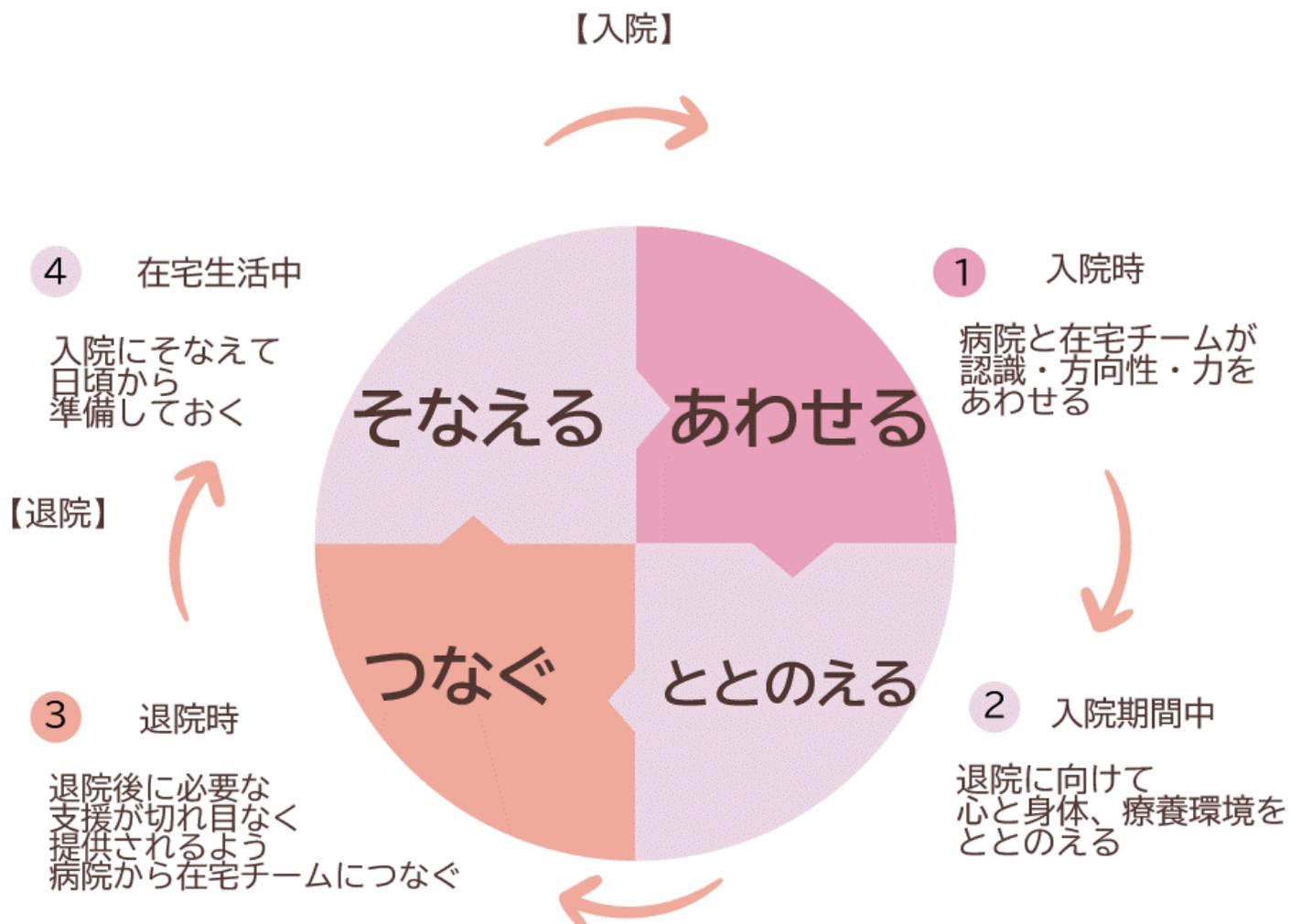
【入退院支援の目指すべき姿】

利用者(患者)が入院した場合、その人らしい暮らしの場に戻るために、病院と在宅チームとの協働が求められます。

また、退院後、再発・重度化を予防し、本人が望む在宅療養生活が継続できるよう、病院と在宅チームが、互いの強みを活かしながら、地域全体で連携し、支援を行うことが大切です。

【入院を経てまた暮らしの場へ戻る際、大切にしたい視点】

本人・家族の意向をもとに、病院と在宅チームが協働（そなえる・あわせる・ととのえる・つなぐ）していく視点で連携を深めましょう。



【入退院支援のフローチャート】

※表中の「ケアマネジャー」の表記は「ケアマネ」と略しています。

	本人・家族 ケアマネあり ・ ケアマネなし	ケアマネジャー	病院等	かかりつけ 薬局・ 歯科
そなえる	・「通院・入院時あんしんセット」の準備、キーパーソン決定	・「通院・入院時あんしんセット」の周知と名刺の配布 ・「入院時の連絡」を本人・家族に説明		・本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明
あわせる	・ケアマネに入院の連絡 ・病院に担当ケアマネの事業所・名前等を伝える	・市の介護保険担当課又は、担当の地域包括支援センターへ相談する	★入院時情報提供書(概ね3日以内) ・利用していたサービス事業者や担当者へ入院の連絡 ・入院時情報提供書等を持参。または郵送やMCS、FAXの場合は個人情報保護に留意 ・「通院・入院時あんしんセット」等で介護保険の認定状況やケアマネ等の有無を確認 ・不明の場合は家族に相談 ・ケアマネ等へ入院したことを連絡	薬局 ・服薬等の情報提供 歯科 ・入院先の歯科口腔外科等へ繋ぐ(情報提供)
	ケアマネは入院前の生活状況・家族介護状況など、必要な生活情報を伝えましょう		入院前から退院後の生活を見据えた医療と看護	
ととのえる	・病院から説明を受けたことをケアマネに伝える ・退院後の生活への希望をケアマネに伝える	・モニタリング ・事前にアポを取り本人や家族の意向を確認し担当スタッフと情報共有を図る	・ケアマネ等に入院中の様子や入院期間の見込み等を情報提供(電話でも可)	随時対応
つなぐ	・病院から連絡を受けたらケアマネに連絡	・病院、家族から連絡を受けたら、サービス事業所の担当者へ連絡	・退院見込み日を家族・ケアマネ等に連絡	随時対応
	退院前カンファレンスの開催(できるだけ1週間前まで)			
	病院から退院後の日常生活についての注意事項等の説明があったらケアマネに連絡する	【カンファレンス】 在宅への移行がスムーズにできるよう、病院チームと退院後の生活サポートする在宅チーム(患者に応じて参加者は異なる)が情報共有、意見交換を行います		
退院時	・次回受診日の確認	・次回受診日の確認 ・追加事項の確認	・看護サマリー等の作成、ケアマネに必要時渡す	薬局 ・服薬管理アドバイス
そなえる	・「通院・入院時あんしんセット」の準備、キーパーソン決定	・ケアプランを医療機関へ提供(必要に応じて)	・継続して受診する患者の場合は状態の変化をケアマネ等に情報提供	・状況確認し問題があれば医療機関等に連絡 ・状況に応じて口腔ケア

5 患者(利用者)・ご家族への入退院支援ルールの周知方法

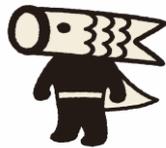
～ 「通院・入院時あんしんセット」に記載しているものを参考に準備 ～

入院の際にご家族を介して病院等とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます。

ケアマネジャーは、日ごろから患者(利用者)・ご家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当のケアマネジャーへ連絡をしていただくようお願いしておくことが大切です。

また、患者(利用者)・ご家族に普段から以下の「通院・入院時あんしんセット」を一緒にケースなどに入れて準備しておくようお願いすることで、ケアマネジャーへの連絡が早くなります。

《加須地域版》



(TM)こいのぼりマン

《羽生地域版》



もしものときに備えて…
「通院・入院時あんしんセット」
を準備しておきましょう

- ▶ 通院や急な入院に備えて、「通院・入院時あんしんセット」を1つのケースなどに入れて準備しておきましょう。
- ▶ 通院、入院した時は、「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- ▶ 入院したら、できるだけ早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- ▶ 退院や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。

通院・入院時あんしんセット (準備したら○をしましょう)	
①医療保険証	
②介護保険証	
③ケアマネジャーの名刺	
④お薬手帳	
⑤かかりつけ医の診察券	
⑥私の意思表示ノート (書いている場合)	

①医療保険証

②介護保険証

③ケアマネジャーの名刺

④お薬手帳

⑤かかりつけ医の診察券

⑥私の意思表示ノート

▶ このほか、公費負担医療助成の受給者証や家族の連絡先など、自分で必要と思う大切なものを一緒にに入れておきましょう。

▶ マイナンバーカードを医療保険証として利用することもできます。(利用するに当たっては、事前の手続きが必要です。)

▶ 「私の意思表示ノート」とは、もしものときに備えて、自分が望む医療やケアについて、前もって家族などと話し合ったことを記録し、共有しておくために活用するものです。

加須市 福祉部 高齢介護課 電話：0480-62-1111 (代)

もしもの時に備えて…
「通院・入院時あんしんセット」
準備しておきましょう

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」として下記例のようなものを一緒にケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡しましょう。退院予定や転院が決まった時も、必ず連絡してください。

通院・入院時あんしんセット例

通院・入院時あんしんセット (準備したら○をつけましょう)	
①医療保険証 もしくは マイナ保険証	
②介護保険証	
③(介護サービス使用中の場合) ケアマネジャーの名刺	
④お薬手帳	
⑤かかりつけ医の診察券	
⑥(書いている場合) 私の意思表示ノート	

①医療保険証

④お薬手帳

②介護保険証

⑤かかりつけ医の診察券

③ケアマネジャーの名刺

⑥私の意思表示ノート

※ この他、公費負担医療助成の受給者証や家族の連絡先など、自分で必要と思う大切なものを一緒にに入れておきましょう。

※ ケアマネジャーとは、介護保険サービスの計画を立てることのできる専門家のことです。

羽生市 健康福祉部 高齢介護課 電話：048-561-1121(代)

※ 「通院・入院時あんしんセット」は、加須市・羽生市のホームページよりダウンロードができます。

6 連携にあたってのマナー・エチケット

すべての職種のみなさまへ



連携は、相手の専門性を認め、歩み寄ることから。
互いに尊重し丁寧な対応を心がけましょう。

職種により、立場や制度、関連する法律、必要とする情報、共通言語が異なります。
お互いの専門性や視点を大切に対応し、職種を越えた信頼関係を築いていきましょう。

1 時間を意識しましょう

その用事は急がなければならないことですか？
どの程度急ぐ必要があるのか判断して連絡を取りましょう。

2 あなたの名前をきちんと伝えましょう

所属の事業所名と名前(フルネーム)を相手方に伝えましょう。
連携先へ訪問する時は、服装、身だしなみに注意し、名札を着用するなどして、
相手方があなたの名前を確認しやすいように配慮しましょう。

3 お互いの視点を大切に、わかりやすく伝えましょう

相手に何を伝えるべきか、相手はどんな情報が欲しいのかを考えて伝えるように
しましょう。なるべく専門用語は使わずに、短く簡潔に伝えましょう。

4 担当者が不在でも対応できる体制を整えておきましょう

職場の担当者が不在の場合でも、適切に対応できるように体制を整えておきましょう。
そのためにも、職場内の情報共有、コミュニケーションを大切にしましょう。

5 MCS(北彩あんしんリング)を活用して、多職種連携の充実を！

いつでもメッセージを送ることができます。送られてきたメッセージは、ご自身の
タイミングで確認することができます。MCS(北彩あんしんリング)を上手に活用
することがスムーズな連携の第一歩になります。

かかりつけ医の先生へ



1 ケアマネジャーの多くは医療職ではないため、医師との連携には緊張しています

介護支援専門員からサービス担当者会議への参加依頼がありましたら、できるだけ参加しましょう。自身が参加可能な時間帯や曜日などを介護支援専門員に伝えて、日時調整をしてもらってください。

2 介護サービスに必要な書類はできるだけ早く作成するよう心がけましょう

かかりつけ医の先生は、限られた時間で多くの書類を作成しなければならないと思いますが、介護保険サービスには主治医の指示や意見が必要です。

- ① 特に、患者の介護サービスの利用に必要な書類は、「早めに」「きれいに」作成しましょう。
- ② 書類に、患者の病歴、服薬、生活上の必要な制限などの指示事項も含めて記載していただくと、介護サービス事業所の参考になり、スムーズな支援に繋がります。

訪問看護ステーションのみなさまへ



1 医療保険で訪問看護を利用している人でも、要介護認定を受けている場合には、介護支援専門員との情報共有が重要です

介護支援専門員は、利用者の体調変化や薬の変更など、他の介護サービス利用に必要な情報を提供し、安全に看護サービスが提供されるようにしています。

本人や家族の「思い」を共有することで、その人の望む生活を実現できます。

日頃の会話やケアの中で得た内容を関係者で共有できると、その人のアドバンス・ケア・プランニング(ACP)の自己決定支援に繋がります。

2 訪問看護利用中の利用者が入院した場合、入院先の病院からの依頼により、なるべく迅速に看護サマリーの提供を行いましょ

介護支援専門員のみなさまへ



1 利用者を担当することが決まったら、 介護保険の主治医意見書を作成したかかりつけ医に知らせましょう

- ① あなたが担当の介護支援専門員であることを、かかりつけ医に伝えましょう。
- ② 連絡の際は、かかりつけ医の負担にならない連絡方法を心がけましょう。
- ③ かかりつけ医は、病歴や経過に加え、過去1・2年における変化、担当の介護支援専門員、利用中の介護サービス、ケアプラン内容等の情報を求めています。

2 かかりつけ医や病院等を訪ねるときは、事前にアポイントメントをとりましょう

病院等では、アポイントメントのない訪問には対応できない場合があります。あらかじめ、利用者の名前、訪問時間、訪問目的を伝えるようにしましょう。

3 病院等へ情報提供を求めるときは、事前に利用者・家族に相談しましょう

病院等では、利用者又はその家族の承諾がなければ、第三者に情報を提供することができません。介護支援専門員として、利用者の受診に同行する場合やインフォームド・コンセントに立ち会う場合などは、利用者や家族を通して病院等や主治医に確認しましょう。

4 利用者が入院したときは、速やかに利用者の在宅での生活状況を含めた利用者・ 家族の意向などを入院先の病院等に知らせましょう

病院等では、利用者の入院直後より、退院支援に向けた検討が始まります。介護支援専門員は、利用者や家族から聞いている「思い」や連携に必要な情報提供が必要です。利用者の情報は、入院先の病院等へ情報共有していきましょう。また、介護支援専門員としての要望（インフォームド・コンセントへの立ち会い、退院前カンファレンスへの参加希望など）を伝えましょう。

5 訪問看護の導入時には、主治医の意向を必ず確認しましょう

訪問看護指示書は主治医が発行するものです。事前にしっかり相談をしましょう。

6 「入院時情報提供書」はできるだけ病院担当者に直接渡し、顔合わせをしましょう

病院担当者は、担当の介護支援専門員と直接情報を得たいと思っています。お互いに顔を知ること、その後の連携もスムーズになります。

病院&入退院支援のスタッフのみなさまへ



1 相談窓口や担当者を明示し、関係者にわかりやすくしましょう

介護支援専門員の中には、病院への相談を「ハードルが高い」と感じている人が少なくないようです。相談の際、病院の担当相談員にたどり着くまでに大変な思いをしたという人もいます。介護支援専門員がより気軽に相談できるよう、病院の相談窓口もわかりやすくしましょう。

2 患者が入院した時は、病院側から担当の介護支援専門員に連絡して下さい

「家族からの連絡」は、思った以上に介護支援専門員には届きません。

入院時の情報提供や、退院前の準備に繋げるために病院から介護支援専門員へ連絡をお願いします。

3 患者の様子を把握し、具体的な退院支援カンファレンスができるようにしましょう

患者の様子は、病院内のスタッフにしかわかりません。

カンファレンスの連絡をする際には、病名・現在のADL(歩行・食事形態・食事摂取・排泄状況)を伝え、より具体的な退院支援カンファレンスができるように心がけましょう。

また、退院の際は「退院時情報提供書」を速やかに作成し、退院時には原本を患者・家族に渡せるよう準備をお願いします。

4 訪問看護指示書は以下の点に留意し、スムーズに介入できるよう準備を整えましょう

① 退院後すぐに訪問看護が必要な場合

- ・ 事前に 訪問看護ステーションへFAXにて訪問看護指示書を送付しましょう。
- ・ 退院時に 患者・家族へ訪問看護指示書(原本)を渡しましょう。

② 入院患者が訪問看護を利用していた場合は、訪問看護指示内容を確認しましょう。

入院前と状態が変わって退院する際は、指示内容の変更が必要です。

指示期間中であっても新たな訪問看護指示書の作成を主治医へ依頼しましょう。



■ 加須市・羽生市入退院支援ルール作成経過

2023.3	第1回	埼玉県在宅医療提供体制充実支援事業 在宅緩和ケア地域連携ミーティング 初回会議開催に伴う説明、年間予定等 ・ マナー集作成経緯と改訂の概要、アンケート結果報告 ・ 入退院支援ルールの策定及び標準例について(埼玉県医療整備課)
2023.5	第2回	職能団体毎の情報共有(グループワーク)
2023.7	第3回	職能団体毎に追加項目の検討(グループワーク)
2023.9	第4回	加須市・羽生市入退院支援ルール 案(たたき台)完成
2023.11	第5回	加須市・羽生市入退院支援ルール 案(たたき台)修正箇所の確認
2024.1	第6回	加須市・羽生市入退院支援ルール 最終案の確認
2024.3	第7回	加須市・羽生市入退院支援ルール 完成案の確認
2024.5	第8回	加須市・羽生市入退院支援ルール 完成・発行準備

■ 在宅緩和ケア地域連携ミーティング「北埼玉在宅医療・介護連携のマナー」の改訂に関する検討会議 構成員

北埼玉医師会	武正 寿明	北埼玉医師会	漆原 俊彦
加須市歯科医師会	新井 裕之	羽生市歯科医師会	高橋 和義
加須市薬剤師会	小林 義幸	羽生市薬剤師会	豊田 和広
埼玉県済生会加須病院	大日方 雅紀	羽生総合病院	関本 寿美子
なかだ訪問看護ステーション	遠藤 京子	埼玉県加須保健所	島田宗紀・森田次郎
加須市不動岡・礼羽・志多見 高齢者相談センター みずほの里	中村 未央	羽生市東部地域包括支援 センター 清輝苑	江原 佐織
ケアマネの会”とね”	菊池 績宏	羽生市介護支援専門員連絡 協議会	長島 大介
埼玉東部消防組合消防局 加須消防署	坪井 忠美	羽生市消防本部	宇野木 仁

7 入退院支援関係機関連絡先一覧

■ 医療情報ネット(医療機関・薬局の検索)

URL:<https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp>



■ 加須市・羽生市の訪問看護ステーション

◇問合せ先:北埼玉在宅医療連携室 (0480-31-6199)

■ 加須市・羽生市の地域包括支援センター (高齢者相談センター)

センター名称	所在地・連絡先	担当地区
加須市加須・大桑・水深高齢者相談センター 愛泉苑	加須市水深811-2 TEL 0480-65-6936 FAX 0480-65-7886	加須・大桑・水深
加須市不動岡・礼羽・志多見高齢者相談センター みずほの里	加須市平永142 TEL 0480-63-0011 FAX 0480-61-1600	不動岡・礼羽・ 志多見
加須市三俣・樋遣川・大越高齢者相談センター 利根いこいの里	加須市大越1933 TEL 0480-53-6557 FAX 0480-53-7110	三俣・樋遣川・ 大越
加須市騎西高齢者相談センター 多賀谷寿光園	加須市上崎2037-1 TEL 0480-70-0035 FAX 0480-73-3983	騎西
加須市北川辺高齢者相談センター 加須清輝苑	加須市陽光台2-883-78 TEL 0280-23-1133 FAX 0280-23-1113	北川辺
加須市大利根高齢者相談センター ふれ愛の郷	加須市新川通181-3 TEL 0480-78-1652 FAX 0480-72-1592	大利根
羽生市東部地域包括支援センター 清輝苑	羽生市下村君1169 TEL 048-580-5710 FAX 048-565-3949	東・北・井泉・ 三田ヶ谷・村君
羽生市西部地域包括支援センター ふれあいの森	羽生市下岩瀬446 TEL 048-561-2688 FAX 048-561-2688	西・羽生・新郷・岩瀬・ 川俣・上羽生(1000番 台・2000番台)
羽生市南部地域包括支援センター 薫藤園	羽生市秀安352-3 TEL 048-560-3337 FAX 048-560-3338	中央・南・須影・手子 林・南羽生・上羽生 (400番台)

8 参考資料・様式

【参考】退院前カンファレンスを必要とする例

高度な医療機器の使用	人工呼吸器・在宅酸素・栄養注入ポンプ・鎮痛剤注入ポンプなど
症状のコントロールが困難	がん・心臓病・腎臓病・糖尿病などの慢性疾患群・難病
医療ケアが必要	吸引・経管栄養管理・ストマ管理・カテーテル管理・導尿・自己注射・腹膜透析
生活環境の問題	独居・重要他者の不在・家族の介護力に不安・住環境(段差・不潔)
経済的問題	療養費用の負担困難
心理・精神的問題	認知症・精神症状・後見人などの必要あり

【参考】退院前カンファレンスの参加メンバー例

患者・家族 / 主治医 / 訪問医 / 薬剤師 / 病棟看護師長・担当看護師 / 外来看護師 / 理学療法士・作業療法士・言語聴覚士 / 医療ソーシャルワーカー(MSW) / 退院調整看護師 / 訪問看護師 / 介護支援専門員 / 地域包括支援センター担当者 / 地域各サービス担当者 / 行政・福祉担当者 / 法定後見人 / 介護施設管理者 / 他

【様式】

- ・入院時情報提供書(様式1)
- ・退院時情報提供書(様式2)
- ・医療と介護の連携 連絡票(様式3)

※ 医療と介護の連携 連絡票(様式3)は、加須市と羽生市の医療・介護関係者の情報共有ツールです。連携手法の一つとしてご利用ください。

※ この様式は加須市・羽生市地域共通の標準様式ですが、他の様式の使用を妨げるものではありません。

※ 各様式は、[加須市・羽生市のホームページ](#)よりダウンロードができます。

【参考】入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬

R6年度版

	ケアマネジャー	病院等	在宅医 薬局	訪問看護 ステーション
入院前 ⇓ 入院時	→利用者へ依頼（義務） 入院先医療機関へ 担当ケアマネジャー氏名の 情報提供	入院時支援加算1：240点 入院時支援加算2：200点 入院事前調整加算：200点	在宅医療情報連携加算 100点 医療・ケアに関わる関係職種との ICTを活用した情報の共有 往診時医療情報連携加算 200点	
	入院時情報連携加算* 利用者情報の提供 (提供方法は問わない)	入退院支援加算1 一般700点 療養1,300点 25以上の関係機関との連携 ・3回/年以上の関係機関との 面会(オンライン可)	(診療情報提供料(I)) 療養情報提供加算 50点 入院にあたって訪問看護 ステーションから提供された情 報を併せて提供	訪問看護情報提供療養費3 1,500点(医)
入院中 ⇓ 退院前	(I)250単位/月 入院当日中 (II)200単位/月 入院後3日以内	入退院支援加算2(上記以外) 一般190点 療養635点 総合機能評価加算 50点 ・小児加算(15歳未満) 200点 ・地域転形診療計画加算 300点	歯科 周術期口腔機能管理加算 190~300点 ※入院前~入院中~退院後まで	入院にあたって情報提供する 医療機関に対して情報提供
	退院・退所加算* カンファレンス参加あり 連携1回：600単位 連携2回：750単位 連携3回：900単位	介護支援等連携指導料 400点 ケアマネジャーとの連携 (入院中2回まで)		
退院時	カンファレンス参加なし 連携1回：450単位 連携2回：600単位	退院前訪問指導 580点		
		退院時共同指導2 400点 退院前カンファレンス	退院時共同指導料1 在支診 1,500点 それ以外 900点 医師または看護師が病院で のカンファレンスに参加 (オンライン可)	退院時共同指導加算 8,000円(医) 600単位(介) 看護師が病院での カンファレンスに参加 (条件によりオンライン可)
		多機関共同指導加算(3者以上 と共同指導) 2,000点加算		
		在宅医が参加の場合 300点加算	退院時共同指導料 600点 薬剤師が病院でのカンファ レンスに参加 (オンライン可)	退院支援指導加算 6,000円(医) 退院日に特定の状態の 患者に療養上必要な指導 8,400円(医) 長時間の訪問を要する者に 対し、90分を超えた場合・複 数回の退院支援指導の合計 時間が90分を超えた場合
		退院時リハビリテーション指導料 300点	薬局 在宅移行初期管理料 230点 (1回に限り)	
退院後		退院時薬剤情報管理指導料 90点		
		栄養情報連携加算 70点		
	診療情報提供料(I) 250点 医師が診療情報を提供した場合	退院後訪問指導料 580点 ・訪問看護師が同行する場合 20点加算	連携強化診療情報提供料 150点	在宅患者連携指導加算 3,000円/月
緊急時等在宅カンファレンス加算 200単位/月2回まで		在宅がん患者緊急時医療情 報連携指導料 200点 ※在支診・療以外でも算定可能	在宅患者緊急時等カンファレ ンス加算 2,000円/月2回限り	

主な関係報酬のみ掲載しています。算定にあたっては最新の算定要件・届出状況・施設基準等を確認してください。

*介護予防支援、小規模多機能型居宅介護、看護小規模多機能型居宅介護においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

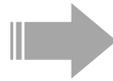
ケアマネジャー→医療機関

入院時情報提供書

記入例

【様式1-1】

事業所名	〇〇〇〇居宅介護支援事業所
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇
電話番号	●●●●-●●●●-●●●●
FAX番号	●●●●-●●●●-●●●●
記入日	令和●年●月●日



令和●年●月●日	
医療機関名	〇〇病院 御中
ご担当者名	医療介護連携室 〇〇 〇〇 様

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1 基本情報												
氏名	フリガナ キタサイタマ タロウ				年齢	78歳	性別	男				
	北埼玉 太郎				生年月日	明・大・昭	●年●月●日					
住所	〒●●●●-●●●● ●〇市●〇●●番地●				電話番号	●●●●-●●●●-●●●●						
住環境	戸建て (平屋) 集合住宅： 階：エレベーター有・無 (特記：)											
日常生活自立度	判断	<input checked="" type="checkbox"/> 医師	障害高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J1	<input type="checkbox"/> J2	<input type="checkbox"/> A1	<input type="checkbox"/> A2	<input checked="" type="checkbox"/> B1	<input type="checkbox"/> B2	<input type="checkbox"/> C1	<input type="checkbox"/> C2
		<input type="checkbox"/> ケアマネ	認知症高齢者	<input checked="" type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> IIa	<input type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa	<input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	
介護保険	介護度	要支援1	HDS-R	29	点	●	月	●	日	障害者手帳	なし	
年金	<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												
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" 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	北埼玉B子	続柄	妻	<input checked="" type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	住所	電話	●●●●-●●●●-●●●●				
キーパーソン	埼玉A子	続柄	長女	<input type="checkbox"/> 同居	<input checked="" type="checkbox"/> 別居	住所	大宮	電話	●●●●-●●●●-●●●●			
その他		続柄		<input type="checkbox"/> 同居	<input type="checkbox"/> 別居	住所		電話				
3 本人・家族の意向について												
本人	趣味・関心	旅行、カラオケ										
	生活歴	地域の役員を長年務め、最近では役職をおりて自宅でゆっくりしていた。										
本人の生活に対する意向		家族の支援を受けながら自宅で暮らしたい。							※同封の居宅サービス計画を参照			
家族の生活に対する意向		本人の考えに沿いたい。自宅で生活できるように介護サービスを利用したい。							※同封の居宅サービス計画を参照			
4 入院前の介護サービスの利用状況について												
デイサービス週1回(水)							※同封の居宅サービス計画を参照					
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)												
在宅生活に必要な条件	屋内の転倒危険因子の見直し。本人の回復状況。退院後の家族の介護負担の軽減。											
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) <input type="checkbox"/> 日中独居											
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要	特記事項 高齢者世帯のため、これまで以上に見守りが必要となる。										
	<input checked="" type="checkbox"/> 必要											
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 入院前と同じ	<input type="checkbox"/> 左記以外	続柄	妻	78歳							
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 checked="" type="checkbox"/> 介護力は見込めない	<input type="checkbox"/> 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	詳細：									
ケアマネジャーとしての意見・思い	病院側が知りたい情報です。できるだけご記入ください											
	退院前カンファレンス		<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり	具体的な要望： 本人の回復度、生活の中の注意事項の確認								

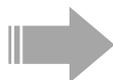
6 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度			褥瘡の有無		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:部位:		
ADL ※選択肢 自立 見守り 一部介助 全介助	移動	自立		全介助 の場合	室内	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立			室外	<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		食事	自立		特記事項		
	整容	自立		排尿	自立				
	入浴	自立		排便	自立				
食事内容	回数	3回/日	食形態区分	<input type="checkbox"/> かまなくてもよい <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input checked="" type="checkbox"/> 容易にかめる					
	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			口腔の清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明			
	摂取方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養			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 checked="" type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分)	一部		
夜間睡眠の状態				<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 問題あり		眠剤の使用		<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
コミュニケーション能力 ※プルダウン	視力	問題なし		眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	聴力	問題なし		コミュニケーションに関する特記事項					
	言語	問題なし							
	意思疎通	問題なし							
精神面における療養上の問題		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<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"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()						
入院歴	最近半年	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理由:			期間:		<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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みのコントロール(鎮痛剤の使用) <input type="checkbox"/> 排便コントロール(下剤の使用) <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()						
7 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		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 type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理		管理者		妻		管理方法		服薬を促す声かけ
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								
	特記事項 自分でも服薬管理はできるが、長年、妻が管理をしていた習慣がある。								
8 かかりつけ医について									
かかりつけ医療機関名		〇〇クリニック			電話番号		●●●-●●●-●●●●		
医師名	フリガナ 〇〇 〇〇〇〇				診察方法 頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院		1回/月	
	〇〇 〇〇 医師					<input type="checkbox"/> 訪問診療		回/月	

ケアマネジャー→医療機関

入院時情報提供書

【様式 1-1】

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
記入日	



令和 年 月 日	
医療機関名	
ご担当者名	

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1 基本情報

氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	
		生年月日	明・大・昭		
住所			電話番号		
住環境	戸建て（ ）集合住宅： 階：エレベーター有・無（特記： ）				
日常生活自立度	判断	<input type="checkbox"/> 医師	障害高齢者	<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"/> ケアマネ	認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険	介護度	HDS-R	点	月	日 障害者手帳
年金	<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

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	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 _{住所}	電話		
キーパーソン	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 _{住所}	電話		
その他	続柄	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 _{住所}	電話		

3 本人・家族の意向について

本人	趣味・関心	
	生活歴	
本人の生活に対する意向		※同封の居宅サービス計画を参照
家族の生活に対する意向		※同封の居宅サービス計画を参照

4 入院前の介護サービスの利用状況について

	※同封の居宅サービス計画を参照
--	-----------------

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）

在宅生活に必要な条件					
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <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	特記事項			
	<input type="checkbox"/> 必要				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 入院前と同じ	<input type="checkbox"/> 左記以外	続柄	歳	
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"/> 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 詳細：				
ケアマネジャーとしての意見・思い					
	退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望：			

6 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度		褥瘡の有無		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:部位:		
ADL ※選択肢 自立 見守り 一部介助 全介助	移動			全介助 の場合	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				室外	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他		
	更衣			食事	特記事項			
	整容			排尿				
	入浴			排便				
食事内容	回数	回/日	食形態区分	<input type="checkbox"/> かまなくてもよい <input type="checkbox"/> 舌でつぶせる <input type="checkbox"/> 歯茎でつぶせる <input type="checkbox"/> 容易にかめる				
	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			口腔の清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 不明		
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養			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	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・一部)		
夜間睡眠の状態				<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 問題あり		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
コミュニケーション能力 ※プルダウン	視力			眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	聴力			コミュニケーションに関する特記事項				
	言語							
	意思疎通							
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり					
		<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"/> あり					
		<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"/> 脳血管疾患						
		<input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他()						
入院歴	最近半年	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		理由:	期間:		<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"/> あり					
		<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"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 褥瘡処置						
		<input type="checkbox"/> 痛みのコントロール(鎮痛剤の使用) <input type="checkbox"/> 排便コントロール(下剤の使用)						
		<input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()						

7 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				
	特記事項				

8 かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		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
			回/月
			回/月

送付先
事業所名 ○○居宅介護支援事業所 御中担当
ケアマネジャー ○○ ○○ 様令和●年 ●月 ●日
*太枠はプルダウンにて入力内容が選択できます。

※選択肢：男 女

※選択肢

明治 大正 昭和 平成

氏名	フリガナ	カタサイタマ タロウ	性別	男	生年月日	昭和	●年 ●月 ●日	
		北埼玉 太郎	退院時 介護認定		介護度	要支援1	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	
入院・入所期間	入院日： 令和●年 ●月 ●日 ~ 退院（予定）日： 令和●年 ●月 ●日							
入院疾患・目的	左大腿骨頸部骨折				主治医	○○ ○○		
入院中の経過	当初は疼痛と慣れない生活にいら立ちがあったが、手術後は回復経過とともに落ち着き、病棟での問題はなかった。手術後の経過は良好である。下筋力の低下がある。							
1 今回の入院概要と状況	移動	一部介助	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用					
	移乗	見守り	更衣	見守り	口腔清潔	一部介助		
	食事	自立	<input type="checkbox"/> 普通食	<input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食				
			内容指示	(kcal/日) (塩分 g/日) (たんぱく制限 g/日)				
	排泄	見守り	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ					
	入浴	一部介助	入浴制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種類	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他		
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	服薬管理	一部介助		
	精神症状 認知症状	<input checked="" type="checkbox"/> なし	認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
		周辺症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不眠					
			<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊					
2 本人や家族の受け止め・意向	【本人】 病気・障害・状態 等の受け止め方	本人への病名の告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
		骨折前より、行動制限があるが受け入れている。 退院を楽しみにしているが、妻に負担をかけるのではないかと心配している。						
	退院後の生活への 意向・要望	できるだけ、妻や長女に負担をかけたくない。						
	【家族他】 病気・障害・状態 等の受け止め方	自分たちに介護ができるか心配である。						
		ACPIにつながる情報です。できるだけご記入ください						
退院後の生活への 意向・要望	本人のやる気を尊重したい。家に引きこもらないようにしてほしい。介護保険の利用。							
入院中気になった エピソード、本人 や家族の言動	本人「妻の介護負担が増える。」、妻「自分も体力に自信がない。」 長女「育児と介護は大変だ。」							
キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	氏名	埼玉 A子		続柄	電話		
					長女	●●●-●●●-●●●●		
特記事項	妻は高齢で自身のことで精一杯。市内に住む長女が支援を行う意思あり。							

送付先
事業所名

御中

令和 年 月 日

担当
ケアマネジャー

様

*太枠は、プルダウンにて選択入力ができます。

氏名	フリガナ	性別		生年月日		年 月 日
		退院時 介護認定		介護度		<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請
1 今回の入院概要と状況	入院・入所期間	入院日： 年 月 日 ~ 退院（予定）日： 年 月 日				
	入院疾患・目的					主治医
	入院中の経過					
	移動		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
	移乗		更衣		<input type="checkbox"/> 腔清潔	
	食事		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食			
			内容指示	(kcal/日) (塩分 g/日) (たんぱく制限 g/日)		
	排泄		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ			
	入浴		入浴制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	種類	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他
	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	服薬管理	
精神症状 認知症状	<input type="checkbox"/> なし	認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	周辺症状 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊					
2 本人や家族の受け止め・意向	【本人】 病気・障害・状態 等の受け止め方	本人への病名の告知	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	退院後の生活への 意向・要望					
	【家族他】 病気・障害・状態 等の受け止め方					
	退院後の生活への 意向・要望					
	入院中気になった エピソード、本人 や家族の言動					
キーパーソン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	氏名		続柄	電話	
	特記事項					

医療と介護の連携 連絡票

事業所名	↔	医療機関名
担当者名		担当者名
TEL ☎		TEL ☎
FAX ☎		FAX ☎

◆患者(利用者)情報

フリガナ	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 西暦 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和	年 月 日
氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女			歳
介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	他科受診 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 医療機関名	科

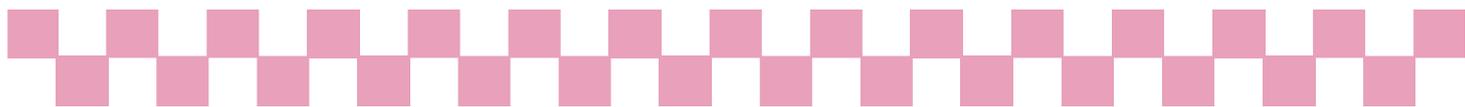
◆医師 記載欄

《本票送付目的》	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
《返信希望有無》	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
《内容》	<input type="checkbox"/> 電話して下さい (曜日 ・ 時頃) <input type="checkbox"/> 以下ご参照ください

◆介護支援専門員・地域包括支援センター 記載欄

《本票送付目的》	<input type="checkbox"/> 返信 <input type="checkbox"/> 報告 <input type="checkbox"/> 連絡 <input type="checkbox"/> 相談
《返信希望有無》	<input type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です
《内容》	<input type="checkbox"/> 軽度者申請の主治医意見書へのコメント依頼 <input type="checkbox"/> 紹介状依頼 <input type="checkbox"/> 担当者会議へのご意見依頼 <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書依頼

※ 個人情報の取扱いについて： 介護支援専門員又は地域包括支援センターは、事前に本人・家族より同意を得ております。この連絡票は、介護サービス計画の作成や担当者会議等に活用するためのものです。



加須市 ・ 羽生市



入退院支援ルール

企画・初版 発行 2024年 第1版第1刷

加須市福祉部 高齢介護課
羽生市健康福祉部 高齢介護課
北埼玉在宅医療連携室

加須市三俣2-1-1
羽生市東6-15
加須市馬内441

☎:0480-62-1111(代表)
☎:048-561-1121(代表)
☎:0480-31-6199(直通)

