

# 佐世保市在宅医療・介護連携事業

## ～退院連携の手引き～

試行版：平成27年10月1日

### ＞ 手引きの作成について

佐世保市では、患者・家族が安心して退院後の在宅（自宅等）療養に移行できるよう、退院連携検討専門部会を設置し、退院連携における地域課題の整理、対応の方向性について検討を行い、下記の方向性が示されました。

#### ■平成26年度退院連携検討専門部会で示された方向性

○病院担当窓口リストを作成し、関係機関と共有を行う。

○入院早期より、退院に向けて、退院・転院先やケアマネに対し、あらかじめ情報提供（看護情報提供書等にて）を行う。また、その際、退院後の療養方針等（この方は××日位の入院で、退院後は●●で療養予定です、等）の情報提供を行う。

→その際は、制度や受入先の体制、職種の専門性や制約事項等を踏まえた療養方針の決定を行う

→必要に応じ、関係職種間で退院前カンファレンスを実施（特に在宅に初回移行する場合）

上記方向性を受け、平成27年度以降、引き続き連携に必要な情報項目等について検討を行い、この度手引きとして取りまとめました。

本手引きは、推奨する情報共有書等により医療と介護の連携を図り、より充実した退院連携を行う事を目的としています。

### ＞ 対象者について

入院→退院される方は、老若男女、様々な年代が想定されますが、本専門部会では以下の方を対象者とします。

①介護保険サービスを現在利用している患者、または介護保険サービスの利用を希望する患者。  
（必要な患者。）

②その他、病院担当者が【退院連携が必要である】と判断した患者。

### ＞ 手順について

各病院の対応マニュアル等に基づき、退院支援の必要性について判断してください。

退院支援が必要と判断した場合は、「退院支援（フロー）」および「記入にあたっての留意事項」をご参照いただき、本手引き書 ・に沿ってご使用ください。

また、退院支援のポイントとなる最小限の流れを示しており各医療機関の実情を踏まえて適宜肉付けを行っていただき、他機関との情報共有を図ってください。

## 退院支援が必要と判断

**ア**：入院時に介護保険を利用していた場合（担当ケアマネがいる場合）

（１）病院の担当者は以下のパターンにより、担当者を確認してください。

**パターン①担当ケアマネから情報提供等のアクションがあった場合**

病院担当者はケアマネと退院支援に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整機関）等の情報共有を行ってください。（カンファが必要な場合はその日程も）

**パターン②担当ケアマネから情報提供等のアクションが無い場合**

介護保険証や家族からの聞き取りにより、担当ケアマネへ連絡を取ってください。

病院担当者はケアマネと退院支援に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整機関）等の情報共有を行ってください。（カンファが必要な場合はその日程も）

### ！ケアマネさんへ（お願い）

☑ケアマネジャーの皆さんは別紙「病院担当者窓口リスト」等を活用し、積極的に患者（利用者）について、病院担当者と情報を共有してください。病院の形態（急性期、慢性期、回復期等）により医療機関側が必要とする情報が異なると思いますので、電話・面談等で適宜情報共有を行ってください。

（病院への情報提供項目例）

・既往歴、かかりつけ医、入院の原因、ADL、療養上の問題点、緊急連絡先、サービス利用状況等

（２）退院調整時に様式【退院連携事前情報提供書】をご活用ください。

事前情報提供書を出すタイミングは、各病院の形態や患者の容体により異なってきますが、概ね退院の目途がついて退院調整に入る時点を想定しています。

病院担当と転院・転施設、在宅担当（訪問看護師、ケアマネ等）間にて、事前情報共有としてご使用ください。

（３）退院時カンファレンスについて（１回目、２回目）

カンファレンスについては、なるべく全員の患者に行われるのがベストですが、必要性等も考慮し、各病院で判断を行ってください。（カンファレンスへの取り組みについては今後検討予定です。）

また、カンファレンスが結果必要無かった患者においても、主治医、病院担当、ケアマネ、在宅医療に携わる医療・介護職、患者本人、家族間の情報共有を図りましょう。

（４）退院時サマリ…各病院は看護・介護の引き継ぎ書として在宅担当者へ提供してください。

（５）退院

**ア**：入院時に介護保険を利用していない場合（担当ケアマネがない場合）

（１）-１ 病院の担当者は以下の要領で、在宅担当者の決定支援を行ってください。  
確認してください。

**ポイント①介護保険申請への手続き支援**

病院担当者は、家族などに介護保険申請の手続きを促すよう説明を行ってください。

**ポイント②担当者の決定支援**

ポイント①と並行して、病院担当者は在宅担当者（ケアマネ等）の決定のための支援を行ってください。

※想定されるパターン（家族、患者本人への情報提供による支援）

①ケアマネジャーを照会するパターン（要介護）

→居宅介護事業者リスト等の情報を提供し、ケアマネ決定の支援。

②地域包括支援センターを照会するパターン（要支援）

→患者住所地の地域包括支援センターを紹介。

③判断に迷う場合

→患者住所地の地域包括支援センターを紹介。

（１）-２ 担当者（ケアマネ等）決定

病院担当者は担当者（ケアマネ等）と退院支援に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整機関）等の情報共有を行ってください。（カンファが必要な場合はその日程も）

【（２）以下は**ア**：入院時に介護保険を利用していた場合（担当ケアマネがいる場合）と同様】

（２）退院調整時に様式【退院連携事前情報提供書】をご活用ください。

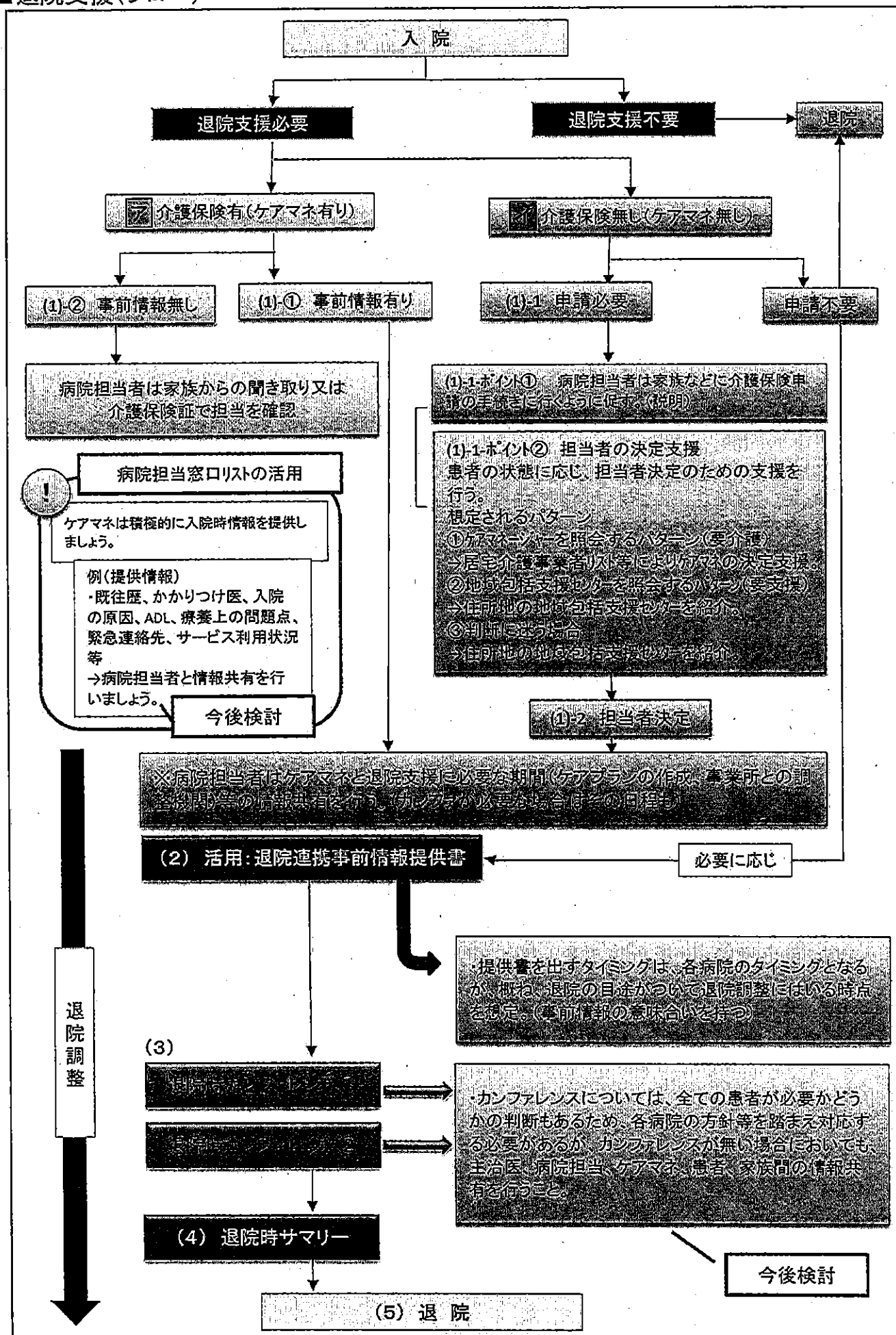
（３）退院時カンファレンスについて（１回目、２回目）

（４）退院時サマリ・各病院は看護・介護の引き継ぎ書として在宅担当者へ提供してください。

（５）退院

充実した退院支援が行えるよう、日頃より【顔が見える関係づくり】を推進しましょう。

## ■退院支援(フロー)





1. 「患者氏名・生年月日・年齢・性別・住所」は、本人の特定に関する重要な情報ですので、記載漏れや誤りのないようにしてください。
2. ■はすべて記入してください。
3. 【患者状態】【患者情報・その他】は、送付時点で記載可能な項目を全て記載してください。
4. 本提供書は、事前送付を基本とするので、転院等の時期において患者の状態が変化している場合は、し点を二重線で取り消し、該当する項目を■（四角）に塗りつぶし運用してください。
5. 他特記事項について
  - ・今後の治療方針や本人または家族の意向等についてご記入ください。
  - ・その他、患者状態や利用している介護保険サービス等についてご記入ください。
6. 適宜、担当者間で電話連絡を行い、必要な事項を共有してください。
7. 本提供書を通じて提供される個人情報は、「個人情報保護法」及び「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ドライン」に則り、各医療機関・介護施設・事業所の責任において適切な取扱いをお願いいたします。
8. 退院連携の手引き・様式【退院連携事前情報提供書】・病院担当窓口リストについて

佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト「かっちゃん」より、様式等ダウンロードできます。

<http://www.sasebo-zaitaku.net/>

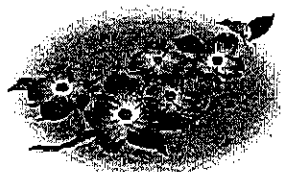
<手順> **医療・介護従事者の方へ** → **各種ダウンロード** → **ダウンロードはこちら**

→利用する様式を選択しダウンロードしてください。

また、改訂版は随時更新いたしますので適宜ご活用ください。

※上記ウェブサイトよりダウンロード出来ない場合は、下記事務局へお問合せください。

佐世保市医師会 ☎22-5900 担当窓口:在宅医療・介護連携協議会事務局



## &lt; 退院連携事前情報提供書 &gt;

|                        |      |                                                                                                                       |                                                                                                                     |
|------------------------|------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ■情報提供医療機関              |      | ■受入医療機関・施設                                                                                                            |                                                                                                                     |
| ■患者氏名                  | ふりがな | ■生年月日                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T<br><input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H      |
| ■年齢                    | 歳    | ■患者住所                                                                                                                 | 番( )                                                                                                                |
| ■傷病名(入院の原因となった病名/合併症等) |      |                                                                                                                       |                                                                                                                     |
| ■紹介目的                  |      | ■入院期間                                                                                                                 | 月 日 ~ 月 日                                                                                                           |
| ■家族構成                  |      | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他 | <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 続柄 <input type="checkbox"/> 市内 <input type="checkbox"/> 市外 |
| ■居宅事業所名                |      | ■担当ケアマネ                                                                                                               |                                                                                                                     |

## 【患者状態】

|              |                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
|--------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|--|
| 発症前のADL      | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり                                                                                                                                                                                    | 発症後のADL                         | ( 月 日 )現在                                                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり |  |
| 計測           | 身長:( )cm計測日( 月 日 )                                                                                                                                                                                                                                                       |                                 | 体重:( )kg計測日( 月 日 )                                                  |                                                                                       |  |
| コミュニケーション    | <input type="checkbox"/> 意識障害レベル(JCS - ) <input type="checkbox"/> 疎通できる <input type="checkbox"/> ある程度疎通できる <input type="checkbox"/> 疎通できない                                                                                                                               |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 認知レベル        | <input type="checkbox"/> なし <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"/> 現段階では判断できない |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 危険行動         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ベッド柵外し <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> チューブ抜去 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他( )                                                       |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 危険防止         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミトン <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 畳・マット対応 <input type="checkbox"/> 安全ベルト(体幹ベスト) <input type="checkbox"/> その他( )                                                                            |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 高次脳機能障害      | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 ( <input type="checkbox"/> 運動性優位 <input type="checkbox"/> 感覚性優位 ) <input type="checkbox"/> 現段階では判断できない                                                   |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 運動麻痺         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 廃用性筋力低下                                                                                      |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 活動/運動        | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                      |                                 | 特記:(リハビリ起算日等)                                                       |                                                                                       |  |
|              | <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ベッド上                                                                                                                         |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 清潔           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助( ) <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
|              | ※最終入浴日( 月 日 ) 特記:                                                                                                                                                                                                                                                        |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 食事           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                    |                                 | 食事摂取量( )割 食事形態(主食: 副食: )                                            |                                                                                       |  |
| 栄養           | <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 腸ろう ):(カテテル ) <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> CVポートあり <input type="checkbox"/> 末梢静脈輸液                                          |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 嚥下障害         | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食事可能) <input type="checkbox"/> あり(食事不可)                                                                                                                                                                          |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 排泄           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ  |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
|              | <input type="checkbox"/> 最終排便( 月 日 ) <input type="checkbox"/> その他特記事項( )                                                                                                                                                                                                 |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 睡眠           | <input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 要入眠剤 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                      |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 感染症          | HBS( ) HCV( ) MRSA( ) その他( ) <input type="checkbox"/> 未検査 <input type="checkbox"/> 結果未                                                                                                                                                                                   |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| アレルギー        | <input type="checkbox"/> 有( ) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明                                                                                                                                                                                     |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 薬剤管理         | 内服薬:( ) 外用薬:( )                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 | 高額薬剤について <input type="checkbox"/> 変更可 <input type="checkbox"/> 変更不可 |                                                                                       |  |
| (薬剤一覧は別紙可)   | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                                                                                             |                                 |                                                                     |                                                                                       |  |
| 退院後予想される医療処置 | <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日 )                                                                                                                                                                                                                                       |                                 | <input type="checkbox"/> バルンカテーテル留置                                 |                                                                                       |  |
|              | <input type="checkbox"/> 酸素( l/分 )                                                                                                                                                                                                                                       |                                 | <input type="checkbox"/> 自己導尿                                       |                                                                                       |  |
|              | <input type="checkbox"/> 気管切開                                                                                                                                                                                                                                            |                                 | <input type="checkbox"/> 人工肛門                                       |                                                                                       |  |
|              | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器                                                                                                                                                                                                                                           |                                 | <input type="checkbox"/> 人工膀胱                                       |                                                                                       |  |
|              | <input type="checkbox"/> 持続陽圧呼吸療法                                                                                                                                                                                                                                        |                                 | <input type="checkbox"/> インスリン                                      |                                                                                       |  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 経管栄養   |                                                                     | <input type="checkbox"/> 褥瘡等皮膚処置                                                      |  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 |                                                                     | <input type="checkbox"/> 疼痛管理                                                         |  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 末梢点滴   |                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                              |  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 血液透析   |                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                              |  |
|              |                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> 自己腹膜透析 |                                                                     | <input type="checkbox"/>                                                              |  |

## 【患者情報・その他】

|        |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                             |
|--------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 保険の種類  | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input type="checkbox"/> 後期高齢                                                                                                                                              | 年金の種類 | <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 不明 |
| 介護保険   | <input type="checkbox"/> 無し <input type="checkbox"/> 有( 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 ) |       |                                                                                                                                             |
|        | <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 (申請日: 月 日)                                                                                                                                                        |       |                                                                                                                                             |
| 退院後の計画 | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅又は施設 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関                                                                                                                                          |       |                                                                                                                                             |
| 他特記事項  |                                                                                                                                                                                                                                                                |       |                                                                                                                                             |
| 【記載者】  | 看護師( ) MSW ( )                                                                                                                                                                                                                                                 |       |                                                                                                                                             |

&lt;本情報提供書を連携する医療機関や介護施設等に提供することについて、患者または家族の同意を得ています&gt;

※各医療機関は必ず診療記録(法的根拠がある記録)に(○月○日)、(×××)に(△△△)を説明し、同意を得た旨を記載する事とする。

※適宜、担当者間で電話連絡等を行い、必要な情報を共有すること。佐世保市在宅医療介護連携協議会/退院連携検討専門部会

| 記入例                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | < 退院連携事前情報提供書 > |                |
|---------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------------|
| ■情報提供医療機関                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | させぼ病院           | ■受理医療機関・施設     |
| 老健させぼ                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                |
| ■患者氏名                           | ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | させぼ はなこ         | ■生年月日          |
| 佐世保 花子                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 7 年 8 月 30 日    | ■性別            |
| ■年齢                             | 83 歳                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ■患者住所           | 長崎県佐世保市△△町〇〇番地 |
| ■傷病名(入院の原因となった病名/合併症等)          | 左大腿骨頸部骨折                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                |
| ■紹介目的                           | 独居生活のためご家族の意向で、老健させぼへの入所を希望されています。                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                |
| ■入院期間                           | 10 月 1 日～10 月 12 日                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                |
| ■家族構成                           | <input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 夫婦のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 <input type="checkbox"/> その他                                                                                                                                                                                    |                 |                |
| ■キーパー                           | 佐世保 太郎                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                |
| ■続柄                             | 長男                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                 |                |
| ■市内                             | <input checked="" type="checkbox"/> 市外                                                                                                                                                                                                                                                                              |                 |                |
| ■居宅事業所名                         | させぼ介護事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                |
| ■担当ケアマネ                         | けあまね さくら                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                |
| 【患者状態】                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                |
| 発症前のADL                         | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり                                                                                                                                                                                                                    |                 |                |
| 発症後のADL                         | (10 月 12 日)現在 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 介護 <input type="checkbox"/> 寝たきり                                                                                                                                                                                                      |                 |                |
| 計測                              | 身長:(145 cm)計測日(10 月 1 日) 体重:(52 kg)計測日(10 月 10 日)                                                                                                                                                                                                                                                                   |                 |                |
| コミュニケーション                       | <input type="checkbox"/> 意識障害レベル(JCS - ) <input type="checkbox"/> 疎通できる <input checked="" type="checkbox"/> ある程度疎通できる <input type="checkbox"/> 疎通できない                                                                                                                                                               |                 |                |
| 認知レベル                           | <input type="checkbox"/> なし <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"/> 現段階では判断できない                                 |                 |                |
| 危険行動                            | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ベッド柵外し <input type="checkbox"/> 立ち上がり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> チューブ抜去 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                       |                 |                |
| 危険防止                            | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ミット <input type="checkbox"/> センサー <input type="checkbox"/> 畳・マット対応 <input type="checkbox"/> 安全ベルト(体幹ベスト) <input type="checkbox"/> その他( )                                                                                                            |                 |                |
| 高次脳機能障害                         | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 ( <input type="checkbox"/> 運動性優位 <input type="checkbox"/> 感覚性優位 ) <input type="checkbox"/> 現段階では判断でき                                                                                     |                 |                |
| 運動麻痺                            | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右片麻痺 <input type="checkbox"/> 左片麻痺 <input type="checkbox"/> 対麻痺 <input type="checkbox"/> 四肢麻痺 <input type="checkbox"/> 廃用性筋力低下                                                                                                                      |                 |                |
| 活動/運動                           | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                      |                 |                |
| 特記:                             | (リハビリ起算日等)                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                |
| 清潔                              | <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 ( ) <input type="checkbox"/> 全介助                                                                                                                                                                                                               |                 |                |
| ※最終入浴日                          | (10 月 11 日) 特記:                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                |
| 食事                              | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 半介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事摂取量(8 )割 食事形態(主食: 全粥 副食: きざみ )                                                                                                                                                                                   |                 |                |
| 栄養                              | <input type="checkbox"/> 経管栄養 ( <input type="checkbox"/> 経鼻・ <input type="checkbox"/> 胃ろう・ <input type="checkbox"/> 腸ろう ): (カテテル ) <input type="checkbox"/> TPN <input type="checkbox"/> CVポートあり <input type="checkbox"/> 末梢静脈輸液                                                                                    |                 |                |
| 嚥下障害                            | <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(食事可能) <input type="checkbox"/> あり(食事不可)                                                                                                                                                                                                          |                 |                |
| 排泄                              | <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ |                 |                |
| 睡眠                              | <input checked="" type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 要入眠剤 ( )                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                |
| 感染症                             | HBS( ) HCV( )                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                 |                |
| アレルギー                           | <input checked="" type="checkbox"/> 有( )                                                                                                                                                                                                                                                                            |                 |                |
| 薬剤管理                            | 内服薬:( 高血圧症・関節痛 ) 外用薬:( 湿布・ボルトレン座薬 )                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                 |                |
| (薬剤一覽は別紙可)                      | <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師管理 <input type="checkbox"/> その他( ) 高額薬剤について <input type="checkbox"/> 変更可 <input type="checkbox"/> 変更不可                                                                                                                                         |                 |                |
| 退院後予想される医療処置                    | <input type="checkbox"/> 吸引( 回/日) <input type="checkbox"/> バルンカテーテル留置 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡等皮膚処置                                                                                                                                                                     |                 |                |
|                                 | <input type="checkbox"/> 酸素( l/分) <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 疼痛管理                                                                                                                                                                                       |                 |                |
|                                 | <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 末梢点滴 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                  |                 |                |
|                                 | <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 人工膀胱 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                                 |                 |                |
|                                 | <input type="checkbox"/> 持続陽圧呼吸療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 自己腹膜透析 <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                                                           |                 |                |
| 【患者情報・その他】                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                |
| 保険の種類                           | <input type="checkbox"/> 生保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 社保 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢 年金の種類 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 国民 <input type="checkbox"/> 厚生 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 不明                           |                 |                |
| 介護保険                            | <input type="checkbox"/> 無し <input checked="" type="checkbox"/> 有( 要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 )                                |                 |                |
|                                 | <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 更新申請中 <input type="checkbox"/> 変更申請中 (申請日: 月 日)                                                                                                                                                                                                             |                 |                |
| 退院後の計画                          | <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 自宅又は施設 <input checked="" type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 医療機関                                                                                                                                                                                    |                 |                |
| 他特記事項                           | ・今後の治療方針、本人または家族の意向等を記載。<br>・その他患者状態について記入                                                                                                                                                                                                                                                                          |                 |                |
| 【記載者】: 看護師( 白衣 良子 ) MSW( 連携 保 ) |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                 |                |

< 本情報提供書を連携する医療機関や介護施設等に提供することについて、患者または家族の同意を得ています >  
※各医療機関は必ず診療記録(法的根拠がある記録)に(○月○日) (X×X)に(△△△)を説明し、同意を得た旨を記載する事とする。  
※適宜、担当者間で電話連絡等を行い、必要な情報を共有すること。 佐世保市在宅医療介護連携協議会/退院連携検討専門部会

**参考資料**

＜入院時及び退院時にかかわる診療報酬・介護報酬＞

注：詳細な算定要件については、診療報酬・介護報酬にて確認すること。

|                   | 診療報酬                                                                                                                                                                                                                                                                          | 介護報酬   |       |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |
|-------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|-------------------|--------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 入院時               | <p>●退院調整加算</p> <table><tr><td>14 日以内</td><td>340 点</td></tr><tr><td>15 日以上 30 日以内</td><td>150 点</td></tr><tr><td>31 日以上</td><td>50 点</td></tr></table> <p>・入院早期より退院困難な要因を有する者を抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、退院支援計画の立案及びそれに基づき退院した際に算定。</p> <p>・7 日以内に着手。</p> <p>・患者又は家族に説明、交付。</p> | 14 日以内 | 340 点 | 15 日以上 30 日以内     | 150 点  | 31 日以上                                                                                                                                                                                                                                        | 50 点 | <p>●入院時情報連携加算</p> <p>利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、その病院又は診療所の職員に対し利用者の心身の状況や生活環境の等利用者にかかる必要な情報を提供した場合に加算</p> <p>(利用者 1 人につき 1 回限度)</p> <p>(Ⅰ) 200 単位</p> <p>・医療機関へ訪問すること。</p> <p>・入院 7 日以内に情報提供</p> <p>(Ⅱ) 100 単位</p> <p>・以外の方法で情報提供</p> |
| 14 日以内            | 340 点                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |       |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 15 日以上 30 日以内     | 150 点                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |       |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 31 日以上            | 50 点                                                                                                                                                                                                                                                                          |        |       |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 退院時               | <p>●介護支援連携指導料 300 点</p> <p>医師又は医師の指導を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員と共同で、退院後の利用可能なサービス等について説明及び指導を行った際に算定</p> <p>入院中 2 回を限度</p> <p>●退院時共同指導料 2 300 点</p> <table><tr><td>医師の連携</td><td>600 点</td></tr><tr><td>介護支援事業者等 3 者以上の連携</td><td>2300 点</td></tr></table>                         | 医師の連携  | 600 点 | 介護支援事業者等 3 者以上の連携 | 2300 点 | <p>●退院退所加算 300 単位 (3 回を限度)</p> <p>病院や診療所に入院していた方や地域密着型介護老人福祉施設もしくは介護保険施設に入所していた方が退院・退所し居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合の加算</p> <p>① 病院又は施設の職員と面談していること。</p> <p>② 必要な情報共有を行なった上で居宅サービス計画を作成し必要なサービスの調整を行なっていること。</p> <p>③ 入院または入所の期間中に 3 回を限度とします。</p> |      |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 医師の連携             | 600 点                                                                                                                                                                                                                                                                         |        |       |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |
| 介護支援事業者等 3 者以上の連携 | 2300 点                                                                                                                                                                                                                                                                        |        |       |                   |        |                                                                                                                                                                                                                                               |      |                                                                                                                                                                                                                                  |

**在宅医療・介護連携事業  
退院連携検討専門部会 委員名簿**

| 氏名     | 所属                                    | 役職                    | 任期         |
|--------|---------------------------------------|-----------------------|------------|
| 土井 庸正  | 佐世保市医師会                               | 副会長(介護老人保健施設 サクラ 施設長) | 部会長 H26・27 |
| 迎 徹    | 佐世保市医師会                               | 在宅担当理事(むいかい医院 理事長)    | 委員 //      |
| 平尾 幸一  | 佐世保中央病院                               | 副院長                   | // //      |
| 吉田 俊昭  | 長崎労災病院                                | 副院長                   | // //      |
| 緒方 信子  | 佐世保市立総合病院                             | 地域連携室 主幹              | // H26     |
| 畑中 玲子  | 佐世保市立総合病院                             | 地域連携室 副主幹             | // H27     |
| 加藤 純子  | 佐世保共済病院                               | 医療連携室 室長              | // H26・27  |
| 田中 博也  | 田中医院                                  | 院長                    | // //      |
| 千住 晋   | 佐世保市介護支援専門員連絡協議会                      | 会長                    | // //      |
| 森 俊輔   | 佐世保市介護支援専門員連絡協議会                      | 副会長                   | // //      |
| 関戸 房光  | 佐世保市老人福祉施設連絡協議会                       | 副会長                   | // //      |
| 広松 なおみ | 佐世保市グループホーム連絡協議会(グループホームあたご 取締役)      |                       | // H26     |
| 山尾 継祐  | 佐世保市グループホーム連絡協議会(ナイスケア グループホーム白岳 施設長) |                       | // H27     |
| 越智 幸代  | 訪問看護ステーション連絡協議会 県北ブロック                | ブロック長                 | // H26・27  |
| 山岡 久子  | 山澄地域包括センター                            | センター長                 | // //      |
| 菊田 早苗  | 中部地域包括センター                            | センター長                 | // //      |

**事務局**

|         |           |           |              |
|---------|-----------|-----------|--------------|
| 佐世保市医師会 | 佐世保市医療政策課 | 佐世保市長寿社会課 | NTT データ経営研究所 |
|---------|-----------|-----------|--------------|



**〈お問い合わせ先〉**

佐世保市医師会 (佐世保市祇園町 257 番地)

担当窓口：在宅医療・介護連携協議会事務局

TEL：0956-22-5900 FAX：0956-22-5952

Email：fy-ishikai@apricot.ocn.ne.jp

佐世保市在宅医療・介護連携協議会

退院連携検討専門部会

(佐世保市医師会、佐世保市医療政策課、長寿社会課)

作成日：平成 27 年 9 月 1 日