

# 神戸市 入退院時 連携ガイドライン (案)

2019年3月

神戸市

## はじめに

超高齢社会の到来により、神戸市においても、2018年11月末の時点で、65歳以上の高齢者数は約43万人に達しています。さらに、団塊の世代が75歳以上の高齢者となる2025年には、高齢者数が約46万人となり、約3人に1人が高齢者という状況を迎えることとなります。

高齢社会では、多くの人が病院への入院を経験しますが、入院して治療したとしても、完治せず、退院後も在宅で療養を受けながら生活するということが当然起こり得ます。このような高齢者が、住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活を続けることができるよう、地域の医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制を整備することが急務の課題となっています。

そのため本市では、平成29年3月に、地域包括ケア推進部会を設置するとともに、専門的かつ集中的に議論する必要があるテーマ別に4つの専門部会を設置しました。その専門部会の一つが「医療介護連携に関する専門部会」となっています。当専門部会では、医療介護連携を重要なテーマとして議論を行う中で、入退院時における医療・介護を切れ目なく円滑に提供するため、神戸市版「入退院連携シート」を作成し、活用することが必要ではないかのご意見をいただきました。

そこで、このたび、神戸市版「入退院連携シート」を作成し、その活用方法を入退院時連携ガイドラインとしてまとめました。

このガイドラインが、患者・家族の意向に沿った入院から在宅までの切れ目のない支援の提供や、安定した在宅療養の一助となることを期待します。

## 1 神戸市入退院時連携ガイドラインの作成目的

このガイドラインは、介護支援専門員（ケアマネジャー）と医療機関との間における患者情報のやりとりをルール化することにより、在宅から病院、病院から在宅への移行を円滑に行うとともに、患者が住み慣れた地域で療養しつつ自分らしい生活を続けることができるよう、患者・家族にとってより良いケアプランの作成につなげることを目的とします。

## 2 神戸市入退院時連携ガイドラインの対象者

このガイドラインでは、医療と介護の連携の方法を明確にするために、入退院連携シートの対象者を以下のように想定しています。

<入院時>

- ・介護保険の要介護、要支援の認定を受けている人

<退院時>

- ・介護保険の要介護・要支援の認定（認定予定を含む）を受けており、病院を退院し、在宅移行もしくは施設に入所する人（転院、レスパイト入院を除く）

## 3 入退院連携シートの利用方法

(1) 入院連携シート

① 作成者（記入者）

ケアマネジャー

② シートの作成目的

入院時に、患者の状況や、在宅生活の要望などについて、入院から概ね3日以内に、医療機関に適切に情報提供を行うことで、医療と介護の連携を円滑に行うことを目的としています。

これにより、

- ・退院後の生活をイメージした、より適切な医療の提供（患者にとってのメリット）
- ・退院支援計画作成に向けた生活情報の取得（医療機関にとってのメリット）

につながることを期待できます。

③ シートの様式

チェック方式を多く取り入れ、簡便に記入ができ、病院やケアマネジャーにとって分かりやすく使いやすいものとなるようにしました。

入院から概ね3日以内に医療機関に提供する必要があることや、ケアマネジャーの負担軽減のため、シート1枚に収まる内容としています。

④ その他

ケアマネジャーは、医療に関する詳しい情報を把握することが難しい場合があるため、ケアマネジャーが記入する項目は必要最低限としました。

なお、医療機関への情報提供については、この入院連携シートのほか、訪問看護ステーションが作成する看護情報提供書（看護サマリー）や、かかりつけ医が作成する診療情報提供書が提供される場合があります。

これにより、入院連携シートにない医療情報についても、看護サマリーや診療情報提供書によって、補完できる場合があります。

また、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

を得ておく必要があります。居宅介護支援等の契約時に、利用者が関係する医療・介護事業者に個人情報を提供することについて、包括的同意を得ておきましょう。

## (2) 退院連携シート

### ① 作成者（記入者）

ケアマネジャー（医療機関や患者・家族からの聞き取り情報をもとに作成）

### ② シートの作成目的

ケアマネジャーが、退院連携シートに基づき、医療機関の多職種等から情報収集することで、円滑な在宅生活移行に向けた適切なケアプランの作成に繋げていくためのものです。

更に退院連携シートの患者情報を、在宅療養生活を支える多職種（在宅チーム）で共有することで適切な医療・介護サービスを提供することを目的としています。

### ③ シートの様式

チェックシート方式を多く取り入れることにより、見やすく簡便に記入ができるようにしています。このシートは、ケアマネジャーの退院時におけるアセスメントシートとしても、活用することができます。

### ④ その他

退院連携シートは、ケアマネジャーが医療機関等からの聞き取り情報をもとに作成しますが、ケアマネジャーが医療情報を正確に把握するのは難しいため、医療機関から提供される情報は非常に重要です。

退院連携シートの記入項目は、医療機関が作成する看護サマリーとの重複項目が多くなっています。従って、医療機関から看護サマリーを通じて、ケアマネジャーに正確かつ確実に伝えていただくことで、患者と家族にとってより良いケアプランの作成につながり、円滑に在宅療養生活へ移行することが可能となります。

つきましては、退院連携シートの項目のうち、P18「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」については、可能な限り、看護サマリーへ反映していただくよう、医療機関のご協力をお願いいたします。

各医療機関において、既に使われている看護サマリーに、P18「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」の記載欄がない場合は、P17「看護サマリー（標準様式）」に記入していただくか、看護サマリーの備考欄などを活用して、必要な情報提供をお願いします。

※「看護サマリー（標準様式）」は神戸市ホームページからダウンロード  
できます。

ホームページアドレス：<http://●●>

#### 4 入院から退院までの流れ

	在宅（ケアマネジャー）側	医療機関側
入院後 3日以内	<p>○利用者が入院したという情報を得たら、病院へ連絡し、病院の連絡相談窓口、訪問のタイミング等について確認する。</p> <p>※面談の約束をせずに直接、病棟へ出向き、医療スタッフから情報収集することは控える。</p> <p>○利用者が入院した際、入院後速やか（概ね3日以内）に、医療機関に「<b>入院連携シート</b>」(P9)をFAX送付、又は持参し、利用者情報を共有する。</p> <p>○入院について、在宅療養生活を支える多職種（在宅チーム）で共有する。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>&lt;介護保険未申請者の場合&gt;</p> <p>○医療機関から連絡を受けたあんしんすこやかセンターは、患者情報の収集と、退院に向けた支援を開始する。</p> </div>	<p>○入院した方が介護保険を利用者している場合、担当ケアマネジャーに患者が入院した旨を連絡する。</p> <p>※担当ケアマネジャーが不明のときは、患者住所地所轄の地域包括支援センター（あんしんすこやかセンター）に問い合わせる。</p> <p>○患者・家族への聞き取りや「<b>入院連携シート</b>」を活用し、これまでの暮らし、患者・家族の意向や生活歴、介護サービスの利用状況、在宅での生活状況等について情報収集する。</p> <p>○必要に応じて、訪問看護ステーションが作成する看護情報提供書（看護サマリー）や、かかりつけ医が作成する診療情報提供書等も活用する。</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>&lt;介護保険未申請者の場合&gt;</p> <p>○入院した方が介護保険未申請者であった場合、患者の状態を見て、退院後に介護保険サービスの利用が必要かどうかを判断する。</p> <p><b>「介護保険申請が必要であると判断する患者像（目安）」(P8)</b></p> <p>○介護保険の利用が必要な場合は、介護認定申請やケアマネジャー決定のため、患者・家族に、患者居住地所轄のあんしんすこやかセンターへ相談するよう勧める。</p> <p>あわせて、介護保険に該当しそうな患者が入院していることを、あんしんすこやかセンターに連絡する。</p> </div>

入院後7日以内		<ul style="list-style-type: none"> <li>○医師から患者・家族へ症状を説明する。</li> <li>○退院に向けた患者・家族の思いや意向、病状認識を確認する。</li> <li>○退院に向けた医療・看護上の課題、生活・ケアの課題（P18「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」）を把握したうえで「退院支援計画書」を作成し、ケアマネジャーと共有する。</li> <li>○必要に応じて介護保険の認定申請や区分変更申請等を行う。</li> </ul>
退院支援	<ul style="list-style-type: none"> <li>○退院までの大まかな日程を共有する。</li> <li>○P8「医療ニーズが高いと思われる患者像に関するチェックシート」にチェックが入ったら、かかりつけ医等の連携を強化し、退院後の在宅医療について相談する。</li> <li>○できるだけ、退院前訪問指導に同行する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○院内で退院までの大まかな日程を共有し、在宅チームへ情報提供する。</li> <li>○退院後も継続して医学管理が必要と判断すれば、患者・家族に退院後も医学管理が必要であることを説明し、かかりつけ医、ケアマネジャー等と相談のうえ、退院後の医学管理を行う医療機関を早めに選定する。</li> <li>○退院前カンファレンス、退院前訪問指導の必要性を判断する。</li> <li>○退院前訪問指導を行う場合は、ケアマネジャーに声をかけ、共に自宅の様子を確認し在宅復帰に向けて調整を行う。</li> </ul>
退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種を病院に伝え、退院カンファレンスと一緒に出席する。</li> <li>○「退院連携シート」（退院に向けてケアマネジャーが医療機関等の多職種から情報収集する際に使用）を持参する。</li> <li>○「退院連携シート」を活用し、医療機関から提供された「看護サマリー」の内容を参考にしながら、院内多職種より必要な情報を聞き取る。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○退院前カンファレンスに参加する院内多職種やケアマネジャー、在宅チームへ、カンファレンスの目的と検討内容を伝え、出席を依頼する。</li> <li>○「看護サマリー」をケアマネジャーに提供する。 看護サマリーには、P18「看護サマリーに記載をお願いしたい項目」を記載していただくようお願いします。</li> </ul>

退院時	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「退院連携シート」の情報を在宅チームで共有し、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議(※)で合意する。</li> <li>○かかりつけ医に、退院連携シートの内容や新しいケアプランについて報告する。</li> <li>○訪問看護サービスを導入している場合は、看護サマリーを訪問看護ステーションへ提供する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、在宅チームに退院直前までの患者情報を記載した必要書類（診療情報提供書、看護サマリーなど）を渡す。</li> </ul>
-----	--	---

(参考文献) 神戸市北区圏域入退院時連携ガイドライン  
大阪府入退院支援の手引き

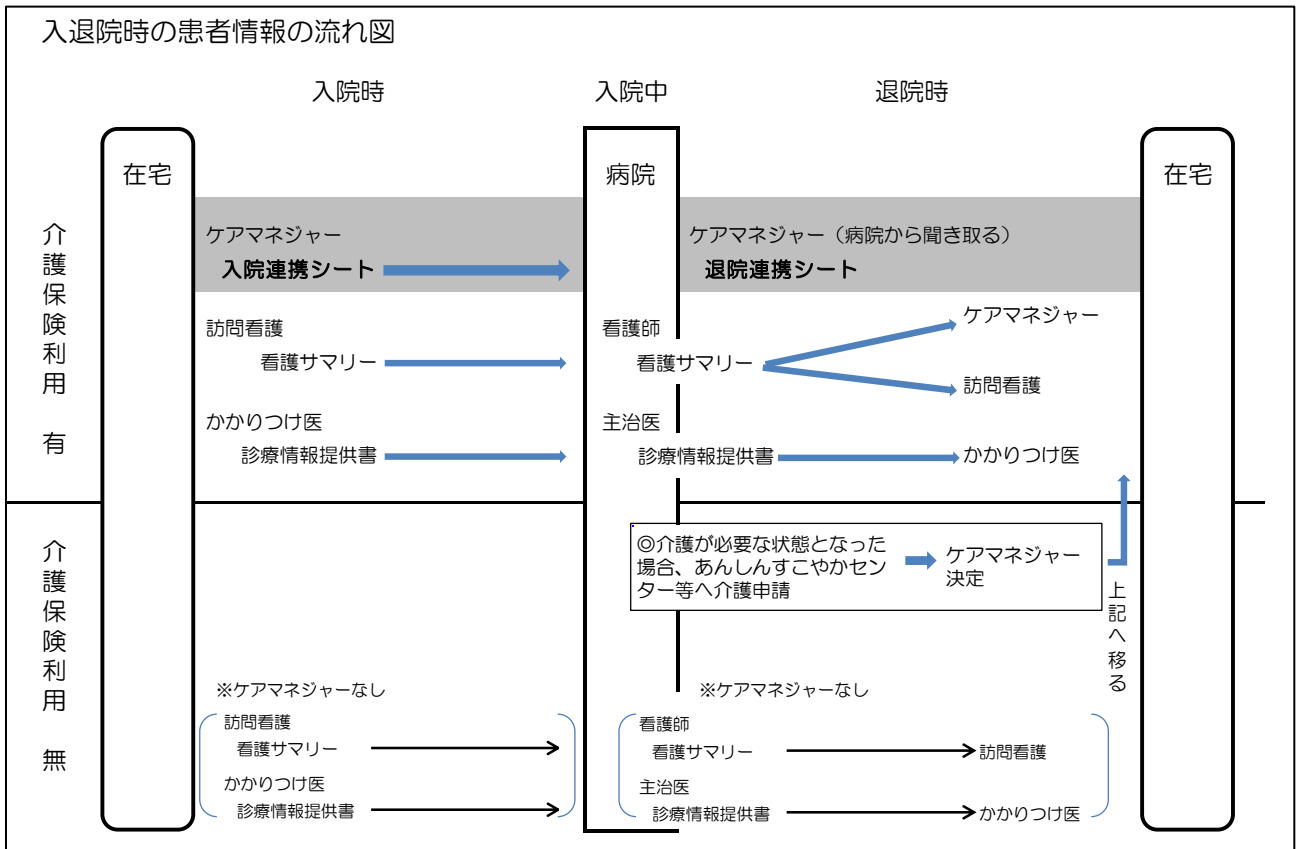
※「サービス担当者会議」

ケアマネジャーが、ケアプランの作成又は変更時などに開催。参加者は利用者及びその家族、居宅サービス担当者、かかりつけ医師や看護師等。

### 5 転院する場合（医療機関）

医療機関は、転院先の医療機関へ入院連携シートの写しを診療情報提供書や看護サマリー等と一緒に引継ぎましょう。その際は、患者・家族に同意を得たうえで送付しましょう。

(参考)



## 6 「介護保険申請が必要であると判断する患者像（目安）」

入院時に介護保険未申請である患者に対して、今後、退院を見据えて介護保険申請が必要であるか否かを判断する際の目安としてください。

疾患・心身機能	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 終末期医療の提供が必要な状態（がん等を含む）</li> <li>・ 医療処置が追加、もしくはその管理に課題がある</li> <li>・ 疾患に伴う著しい機能障害を認める</li> <li>・ 認知症の周辺症状や全般的な理解力の低下</li> </ul>
活動（ADL・IADL）	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 基本動作（寝返り、立ち上がり、歩行等）に介助を要する</li> <li>・ 入浴、食事、排泄、更衣、整容に介助を要する</li> <li>・ 調理、掃除、買い物など身の回りの介助が必要</li> <li>・ 服薬管理に注意が必要</li> </ul>
人的環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 在宅療養で介護力（家族等）に不安</li> <li>・ 家族の関係性に課題がある（虐待の疑いなど）</li> </ul>
物理的環境	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 住環境整備（住宅改修、福祉用具）が必要</li> <li>・ 経済面に課題がある</li> </ul>

（参考文献）神戸市北区圏域入退院時連携ガイドライン

## 7 医療ニーズが高いと思われる患者像に関するチェックシート

以下のチェックシートにチェックが入ったら、医学管理上、医療系サービスが必要であると考えられるため、かかりつけ医との連携を強化し、必要に応じて在宅医療の導入などを相談してください。

### 1 医療機器等を装着している状態である

- カテーテルの留置（膀胱、腎、胆管も含む）
- 経管栄養チューブ（胃ろう含む）の使用
- 人工呼吸器の使用
- たん、唾液の吸引
- がん性疼痛のコントロール（注射、内服等）
- 気管切開カニューレの装着
- ストマの装着（大腸・尿路）
- 在宅酸素療法
- 中心静脈栄養、持続点滴
- 腹膜透析
- インシュリンの自己注射

### 2 皮膚・爪のケアが必要である

- 爪に課題がある（陥入爪、感染など）
- 褥瘡、潰瘍、白癬などがある

### 3 慢性疾患がある

- 心不全
- 腎不全
- 慢性閉塞性肺疾患
- 肺炎を繰り返している
- 尿路感染を繰り返している
- 認知症がある
- 精神疾患がある
- 進行性の神経難病である
- その他、病状悪化に伴い、入退院を繰り返している

### 4 口の中・食べることに課題がある

- 摂食・嚥下・咀嚼に課題がある
- 痩せている
- 過去3か月で体重が減少した
- 口臭、口の中に食べ物が残っている

### 5 その他、在宅療養生活に不安がある

- 急な病状変化に対する不安がある
- 終末期であるが本人の意思が不明確、不安が強い
- 以前に比べADLが低下
- IADLに課題がある
- 転倒歴がある
- 排泄コントロールが必要
- 不眠、昼夜逆転

（参考文献）大阪府入退院支援の手引き



# 8 入院連携シート

## 入院連携シート

提供日 年 月 日 入院日 年 月 日

事業所(施設)名	ケアマネジャー名	電話・FAX
----------	----------	--------

ふりがな 氏名	生年月日	明 大 昭	年 月 日	年齢	歳	性別	男 女 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
氏名(キーパーソン)		続柄※	住 所	電話番号	備 考		
緊急時 連絡先	1						
	2						
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載							
家族の 介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居	医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済	住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合		
	<input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護	<input type="checkbox"/> 生保( )	CW <input type="checkbox"/> 船員	<input type="checkbox"/> 階段 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護	<input type="checkbox"/> 障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 精神( )	<input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )			
本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)				生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)			

要介護度	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	有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	(備考)	
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護サービス 利用状況	訪 問	<input type="checkbox"/> 介護( / 週 ) <input type="checkbox"/> 入浴( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 ) <input type="checkbox"/> 看護( / 週 )	
	通 所	<input type="checkbox"/> 介護( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 )	短期入所 <input type="checkbox"/> 日/月
	その他	<input type="checkbox"/>	訪問看護事業所名
居宅療養管理指導		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種: )	
かかりつけ 医療機関 (医科・歯科・薬 局)	医療機関名等		電話番号
	1		現在 治療中の 病気 ※主治医意 見書等参照
	2		
3			
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )	手術歴	

	自立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	在宅での生活状況			
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食 形 態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> とろみ ) <input type="checkbox"/> 経管栄養		
					制 限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他( ) )		
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 全部 <input type="checkbox"/> 一部 )		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )			
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( ) )		
排 泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	排便習慣	回/ ( 日・ 週 )
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他( )		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> お薬手帳参照	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ( )	夜間の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不穏
	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					
コミュニケ ーション	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )	言語		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
精神・心理面での 療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為						
特別な医療	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他( )						

在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

# 入院連携シート（記入例）

提供日 H 31 年 1 月 25 日

入院日 H 31 年 1 月 24 日

事業所(施設)名	〇〇ケアプランセンター	ケアマネジャー名	〇〇 〇〇	電話・FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
----------	-------------	----------	-------	--------	--------------

ふりがな 氏名	こうべ たろう 神戸 太郎	生年月日	明 大 昭 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	13 年 9 月 1 日	年齢	80 歳	性別	男 <input checked="" type="checkbox"/> 女 <input type="checkbox"/>
------------	------------------	------	--	--------------	----	------	----	--

緊急時 連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考
	1	神戸 花子	妻	神戸市中央区〇〇町〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
	2	神戸 次郎	長男	神戸市〇〇区〇〇町〇〇	〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇

※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載

家族の 介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他( )	医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 生保( ) (CW) <input type="checkbox"/> 船員	住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 <input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 精神( ) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )		

経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input checked="" type="checkbox"/> その他の収入( 不動産収入10万円/月 )
------	--

本人・家族の意向、生活目標等(DNARの有無を含む)	生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)
----------------------------	---------------------------

【本人】妻と一緒に住み慣れたこの家で暮らし続けたい。以前積極的な延命治療は希望しないと話されたこともあったが、現在は確認していない。孫が時々遊びに来ることを楽しみにしている。  
 【妻】希望は叶えてあげたいが、介護負担は大きい。  
 ・元〇〇会社の技術職。  
 ・穏やかな感じだが頑固。脳出血後、人と話をうまくできず、自分の思うようにならないと、時々いらいらすることもあったと妻の弁。

要介護度	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	有効期間 H 30 年 10 月 15 日 ~ 32 年 10 月 14 日
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 (備考)		
認知症高齢者の日常生活自立度	<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		

介護サービス 利用状況	訪問	<input type="checkbox"/> 介護( / 週 ) <input type="checkbox"/> 入浴( / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 ) <input checked="" type="checkbox"/> 看護( 1 / 週 )		
	通所	<input checked="" type="checkbox"/> 介護( 1 / 週 ) <input type="checkbox"/> リハビリ ( / 週 )	短期入所	<input type="checkbox"/> 日/月
	その他	<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具(ベッド、車椅子、杖)	訪問看護事業所名	〇〇訪問看護ステーション

かかりつけ 医療機関 (医科・歯科・薬局)	医療機関名等		電話番号	現在 治療中の 病気 ※主治医意見書等参照
	1	〇〇クリニック(訪問診療2回/月)	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇	
	2			
	3			

既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )	手術歴	なし
-----	--	-----	----

	自立	見守り	一部 介助	全 介助	在宅での生活状況				
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> パースト <input type="checkbox"/> とろみ ) <input type="checkbox"/> 経管栄養			
					制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他( )			
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義 歯	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 全部 <input checked="" type="checkbox"/> 一部 )			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	手引き	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input checked="" type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )			
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他( )			
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	排尿能力	<input checked="" type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル			
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排便習慣	1 回/ ( 2 日・週 )			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳参照			
					薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者管理 ( 妻 )			
					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・処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
コミュニケーション	聴力	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問題なし	<input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 (補聴器の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	視力	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
精神・心理面での 療養上の留意点	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	幻視・幻覚	<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 不潔行為			
					火の不始末	<input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> その他( )			
特別な医療	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> その他( )								

### 在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点

- ・自宅での妻の介護を受ける日々を過ごしている。食事、トイレ、デイサービス以外は部屋に閉じこもりがちである。
- ・長男夫婦と孫一人が近所に住んでいるが、長男夫婦は共働きで介護には協力的ではない。
- ・家事と介護のすべてを負担している妻にとって、今以上に介護度が上がると在宅療養の限界が生じるのではと悩んでいる。
- ・右上下肢が不自由なため転倒リスクが大きい。
- ・やや難聴あり。話している内容が聞き取れなくて聞き直しが多いため、反応が遅れる。

※上記の担当者が利用者または家族の承諾を得て、利用者の入院・入所先を関係者へ情報提供します。

## 9 入院連携シートの留意事項

番号	項目	留意点
1	緊急時連絡先	①「成年後見人」の場合は、続柄欄に「後見人」と記載してください。 ②緊急時連絡先氏名(キーパーソン)のうち、どちらか一方が医療同意者となる場合は、備考欄にその旨を記載してください。 ③キーパーソンと患者の関係性(例:疎遠であり、緊急時のみ連絡可など)を記載してください。
2	医療保険	生活保護の場合は「生保」欄にチェックを入れ、担当ケースワーカー名をご記入ください。
3	住環境	「戸建」または、「集合住宅」のいずれかにチェックし、下段には主に過ごす居室階を記入の上、EV(エレベーター)の有無をご記入ください。
4	本人・家族の意向、生活目標等 (DNARの有無を含む)	医療処置について、本人・家族の意向を予め把握していることを記載してください。また、これまでの在宅生活において本人や家族が目標としていることがあれば記載してください。(例:自力でトイレに行く)  ※DNAR: Do Not Attempt Resuscitation(心肺蘇生法を実施しないこと)の略。 ・患者本人または患者の利益にかかわる代理者の意思決定をうけて、心肺蘇生法(GPR)をおこなわないこと。それ以外の延命治療(抗菌薬の投与、輸血、透析、人工呼吸器の使用など)は行われ、痛みや不快感を和らげる治療(緩和ケア)は必ず行われる。 ・医師は心肺蘇生処置と起こりうる結果について詳しく説明し、本人及び家族がDNARを希望すれば、蘇生の処置を試みないよう記載した指示書を作成する。また同意の証として、日付、本人及び家族の署名を記載しておくのが一般的である。本人が心肺蘇生に関する意思決定を下せない場合は、権限をもつ代理人が決定を行うことがある。
5	生活歴	生活歴は病院では把握するのが難しい情報です。患者が転院する場合でも、生活歴などの情報が転院先にまできちんと引継がれるよう、これまでの職業、在宅での生活の様子、また趣味や習慣に加えて、今まで大切にしてきた価値観や考え方(敬虔なクリスチャンである、物を大事にする)などを記載してください。
6	介護サービス利用状況	①その他欄には、福祉用具、住宅改修等があれば記載してください。 ②居宅療養管理指導について、「有」の場合は職種名(医師、薬剤師等)を記載してください。
7	かかりつけ医療機関	かかりつけ診療所、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局等と電話番号を記載してください。
8	現在治療中の病気	主治医意見書に書かれている病気、治療中の慢性疾患等を記載してください。(入院の原因となった疾患が不明の場合でも、持病があれば、記載してください)
9	既往歴	現在治療中ではないが、過去に患った病気について記載してください。過去に手術を行ったことがある場合は、「手術歴」の欄に分かる範囲で記載してください。
10	服薬管理	お薬手帳がある場合には、「お薬手帳参照」の欄にチェックを入れ、入院連携シートとあわせて提出してください。入院中に処方薬剤の整理をする場合があります。
11	在宅移行時に推測される問題点、介護上特に注意すべき点	①退院を見越して、病院に予め知っておいてほしい在宅復帰の際の療養上の問題点を記載してください。(例:居室が2階であり、自宅内で階段の昇降が生じるなど。) ②現在の介護保険利用において、病院にも知らせた方がよいと思われる介護上の注意点があれば記載してください。(例:息子と同居しているが、ネグレクトであるなど。)

# 10 退院連携シート

## 退院連携シート

記入者

記入日

年 月 日

事業所(施設)名	
ケアマネジャー名	
電話番号	

病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな氏名		生年月日	明 大 昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男 女
住所			電話番号	(固定)	(携帯)					
緊急時連絡先	氏 名(キーパーソン)		続柄※	住 所		電話番号		備 考		
	1									
	2									
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載										
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護 <input type="checkbox"/> その他( )		医療保険	<input type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険 <input type="checkbox"/> 生保( CW) <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員		住環境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合 <input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
			障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 精神( ) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )						
退院後の生活に関する意向(本人・家族)					生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)					

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期間 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 )								
	申請日( ) 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
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				入院先主治医		主治医:				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M						診療科:				
入院期間	年 月 日 ~		年 月 日 予定								
現在治療中の病名	①		②				③				
病名(入院原因疾患)											
入院中の経過薬処方内容予後・予測	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉砕										
今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③ ④ ⑤ ⑥										
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )										手術歴
病名、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無)	本	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				家					
	人					族					
退院後必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )									
	医療・看護・リハビリの視点										
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		運動制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		入院時体重	
入院中の過ごし方											
	kg										



## 退院連携シート（記入例）

記入者 ○○ ○○○	記入日 年 月 日
事業所(施設)名 ○○ケアプランセンター	病院・診療所名 ○○病院
ケアマネジャー名 ○○ ○○	担当部署・担当者名 地域連携室 ○○ ○○○
電話番号 ○○○-○○○-○○○○	電話番号 ○○○-○○○-○○○○

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

ふりがな氏名	こうべ たろう	生年月日	明 大 昭	13 年 9 月 1 日	年齢	80 歳	性別	男	女
	神戸 太郎		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>					<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
住所	神戸市中央区○○町○○		電話番号 (固定)	○○○-○○○-○○○○ (携帯)		持っていない			
緊急時連絡先	氏名(キーパーソン)	続柄※	住所	電話番号	備考				
	1	神戸 花子	妻	神戸市中央区○○町○○	○○○-○○○-○○○○				
	2	神戸 次郎	長男	神戸市○○区○○町○○	○○○-○○○○-○○○○	月1回程度の訪問			
※「成年後見人」の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載									
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居		医療保険	<input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢者 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 健康保険		住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合		
	<input checked="" type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 家族が要介護			<input type="checkbox"/> 生保( ) <input type="checkbox"/> CW <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 船員			<input type="checkbox"/> 階 EV <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
<input type="checkbox"/> その他( )		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障( ) <input type="checkbox"/> 精神( ) <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患( )						
退院後の生活に関する意向(本人・家族)					生活歴(これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など)				
【本人】できるだけ自宅で妻と暮らしたい。 【妻】在宅看取りを希望しているが自分の身体が心配。 退院後の生活に不安がある。 【長男】母親の介護疲れを心配しているが、介護協力は難しい。					・元○○会社の技術職。 ・穏やかな感じだが頑固。脳出血後、人と話をうまくできず、自分の思うようにならないと、時々いらいらすることもあったと妻の弁。				

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期間 ( H 30 年 10 月 15 日 ~ H 32 年 10 月 14 日 )						
	申請日 ( H31.1月25日 )	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				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		入院先主治医	主治医: ○○					
認知症高齢者の日常生活自立度	<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			診療科: 総合内科					
入院期間	H 31 年 1 月 24 日 ~ H 31 年 2 月 13 日 予定								
現在治療中の病名	① 高血圧		② 糖尿病		③				
病名(入院原因疾患)	誤嚥性肺炎								
入院中の経過薬処方内容予後・予測	<ul style="list-style-type: none"> <li>・入院3日前より発熱(39度)、咳、食欲低下があり、当院を受診。肺炎と診断され緊急入院となる。</li> <li>入院後は、点滴治療と酸素療法を行い肺炎は順調に回復した。一方、多少下肢筋力の低下がみられ、リハビリを行った。</li> </ul>								
今後の医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問薬局		<input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導				
既往歴	<input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 心血管疾患 <input checked="" type="checkbox"/> 脳血管疾患 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他( )		手術歴 なし						
病名、後遺症等の受け止め/医療への意向等(DNARの有無)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有		家族	<ul style="list-style-type: none"> <li>・身体の回復が十分ではないため、在宅療養生活に不安がある。しかし、本人の希望は叶えたい。</li> <li>・妻、長男ともに、「急変時に備え、本人と今後のことをよく話しあっておきたい」とのこと。</li> <li>・妻が毎食、刻み食を作っている。</li> <li>・妻が服薬管理をしている。</li> </ul>				
		<ul style="list-style-type: none"> <li>・家族と一緒に暮らしたい。</li> <li>・退院後もリハビリを継続し、四肢の筋力を回復させたい。週1回のデイサービスのみではなく外出頻度を高めたい。</li> <li>・糖尿病の病識があり、血糖測定器で毎朝計測している。</li> </ul>							
退院後必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input checked="" type="checkbox"/> その他 ( リハビリ )							
	医療・看護・リハビリの視点	<ul style="list-style-type: none"> <li>・元々後遺症で左の上下肢不全麻痺があり、日常動作に一部介助が必要な状態であった。入院中、立ち上がり動作の訓練は行なっていたが、歩行は一部介助が必要な状況であった。歩行訓練は引き続き必要である。</li> <li>・誤嚥性肺炎の予防のため、在宅において口腔清潔を保つ必要があり、また嚥下指導も必要である。(訪問歯科の検討)</li> <li>・時々薬の飲み忘れがあり、妻の負担軽減のためにも訪問薬局の導入を検討すべき。</li> </ul>							
禁忌事項	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		運動制限	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		栄養状態	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良		
入院中の過ごし方	入院中はいらいらすることもなく治療に協力的で精神的には安定していた。家に帰りたい思いが強く積極的にリハビリを行っていた。								

利用者氏名	神戸 太郎			
	自立	見守り	一部介助	全介助
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
整容	洗顔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	整髪	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	爪切	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
口腔ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事摂取 食事形態	義歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	食形態	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
	制限	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	嚥下状態(むせ)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	排便	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	薬剤管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	眠剤の使用	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	禁忌事項	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
簡単な調理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
麻痺	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
拘縮	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
褥瘡	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
皮膚疾患	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
視力	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
聴力	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	補聴器の使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
意思伝達	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	(伝達方法: )	
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	( <input checked="" type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え)	
精神・心理面での療養上の留意点	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗	
社会との関わり	家族等近親者との交流	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	地域近隣との交流	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	友人知人との交流	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)				
<ul style="list-style-type: none"> <li>入院中下肢筋力の低下がみられ、リハビリを行っており、退院後も引き続き継続が必要。</li> <li>入院により、妻の疲労が見られ、在宅療養生活での介護負担が予測される。</li> <li>入院中の食事療法により、高血圧、糖尿病のコントロールは良好であったが、引き続き病状管理が必要である。</li> <li>長男夫婦の介護への協力と理解</li> <li>誤嚥性肺炎の再発予防</li> </ul>				
自立した日常生活を営むことができるように支援するうえで解決すべき課題				
<ul style="list-style-type: none"> <li>妻80歳 老老介護による介護負担の増加</li> <li>リハビリの継続</li> <li>長男夫婦の協力体制</li> <li>本人と今後のことについて話し合い、延命処置を含めた医療処置や今後の意向などを繰り返し確認する。また、家族(長男、妻)の意向についても確認していく。</li> </ul>				
備考				

## 11 退院連携シートの留意事項

- ①看護サマリー及び医療機関や患者・家族からの聞き取り情報をもとにケアマネジャーが作成します。
- ②このシートは、よりよいケアプラン作成のために必要な項目を満たすものとなっています。退院後のケアプラン策定にあたってのアセスメントシートとして活用してください。
- ③退院連携シートの患者情報を、在宅療養生活を支える多職種(在宅チーム)で共有してください。

番号	項目	留意点
1	症状・病状の予後・予測	医療機関からの情報・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)、改善傾向にあるのか又は徐々に病態が悪化していくのか等)について、看護サマリーを参考にして記載してください。
2	病気、後遺症等の受け止め、医療への意向	<ol style="list-style-type: none"> <li>①病気、治療についてどのように受け止めているのか。</li> <li>②本人はどの程度自己管理できるのか。(例:インシュリン注射を自分で決まった時間に打つことができる等)</li> <li>③家族はどの程度協力できるのか。(例:毎食、刻み食を作ることができる等)</li> <li>④在宅での急変時の対応について。</li> <li>⑤DNAR: Do Not Attempt Resuscitation(心肺蘇生法を実施しないこと)の有無などについて、把握している場合は、記載してください。</li> </ol>
3	退院後必要な事柄(医療・看護・リハビリの視点)	<p>【医療・看護の視点】</p> <p>医療処置欄にチェックが入る場合、認知症状や精神面/服薬/血糖コントロール/ターミナル期の見通し/血圧/水分制限/食事制限/食形態/嚥下/口腔ケア/清潔ケア/排泄/皮膚状態/睡眠/など医療処置と合わせて療養上の注意点を情報収集して、必要なサービスを検討してください。</p> <p>【リハビリの視点】:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>①入院中のリハビリの状況</li> <li>②本人のリハビリに対する意欲</li> <li>③退院後のリハビリの必要性(ADL/IADL/言語/麻痺、筋緊張改善/摂食、嚥下など)</li> </ol>
4	社会との関わり	入院中に頻回な面会者が(家族、友人、近隣等)あることを病院側から聞き取ることができた場合は、新たな交流関係も記載してください。
5	その他(退院後の生活で注意すべき点、住宅改修の必要性、在宅復帰のために整えなければならない要件等)	退院カンファレンス等で病院側(看護師、セラピスト等)から、退院後の注意点や住宅改修の必要性及び在宅で整えなければならない要件等を聞き取り、ケアマネジャーが既に把握している基本情報等も考慮の上、総合的に分析・判断したことを記載してください。
6	自立した日常生活を営むことができりうよう支援するうえで解決すべき課題	本人・家族等の意向を確認し、退院連携シート及び把握している基本情報等を基にアセスメントを行い、生活全般の課題を明確化しニーズを導き出します。



# 12 看護サマリー

記入日 年 月 日

## 看護サマリー（標準様式）

病院・診療所名		記入者	
ふりがな 氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別
住所	電話番号 (固定)	(携帯)	
緊急時連絡先	氏名 (キーパーソン)	続柄※	電話番号 携帯番号 備考
	1		※成年後見人の場合は、続柄欄にその旨記載。どちらか一方が医療同意者となる場合、その他留意事項があれば備考欄に記載
2			
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請 有効期限 ( 年 月 日 ~ 年 月 日 ) 申請日 ( ) 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		
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		主治医: 診療科:
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日 予定		入院先主治医
病名	既往歴		
入院中の経過 薬処方内容 予後・予測	処方薬 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) <input type="checkbox"/> 別紙参照 <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎		
今後の 医学管理	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 <input type="checkbox"/> 訪問薬局 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 ① ② ③		
病気や後遺症等の受け止め/医療への意向等 (DNARの有無含)	本人	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	家族
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経鼻経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
入院中の 過ごし方			
医療・看護・リハビリの視点 (栄養状態、禁忌事項等含)			入院時体重 kg
	自立	見守り	一部介助
移動・移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
寝返り	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
起き上がり	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事摂取 食事形態	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 ( <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ ) <input type="checkbox"/> 制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 ml/日 カロリー kcal/日 )	
	嚥下状態(むせ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に ) 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	排尿	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回 / ( 日・週 ) 日中 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	排便	夜間 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> その他 ( )	
服薬管理	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 ( ) <input type="checkbox"/> 服薬拒否 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 頓服の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) <input type="checkbox"/> 四肢欠損 (部位: )		
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: ) 皮膚疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位: )		
視力	<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能 めがね使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 普通の声はやっと聞き取れる <input type="checkbox"/> 大きな声なら聞き取れる <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
意思伝達	<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法: )		
認知(短期記憶)	<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし ( <input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → 再度確認しても同じ答え )		
精神・心理面での療養上の留意点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> しつこく同じ話をする <input type="checkbox"/> 大声を出す <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> 特記事項 ( )		



# 資料



## 障害高齢者の日常生活自立度

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 (1) 交通機関等を利用して外出する。 (2) 隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランク A	屋内での生活はおおむね自立しているが、介助なしには外出しない。 (1) 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する。 (2) 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが座位を保つ。 (1) 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う。 (2) 介助により車椅子に移乗する。
	ランク C	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 (1) 自力で寝返りをうつ。 (2) 自力では寝返りもうたない。

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知より)

## 認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
	II a 家庭外で上記IIの状態が見られる。	度々道に迷うとか、買物や事務、金銭管理など、それまでできたことにミスが目立つ等
	II b 家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが時々見られ介護を必要とする。	
	III a 日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、又は時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
	III b 夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ。
IV	日常生活に支障を来すような症状、行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ。
M	著しい精神症状や問題行為あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等



## 入退院時連携に係る診療・介護報酬

(大阪府入退院支援の手引き〈平成30年3月〉より抜粋)





# 1. 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 介護報酬

## 診療報酬

〈居宅介護支援基準〉  
 ・居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付け。

### 入院時情報連携加算 (居宅介護支援費)

入院医療機関へ、利用者の情報を提供 (提供方法は問わない)。

- (I) 入院後3日以内 200単位/月
- (II) 入院後7日以内 100単位/月

### 退院・退所加算 (居宅介護支援費) (入院・入所中1回)

入院医療機関から情報を得て、ケアプラン作成

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
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

カンファレンスとは、診療報酬の「退院時共同指導料2」の※に該当するもの

### 退院時共同指導加算

( (介護予防) 訪問看護、定期巡回、看多機)  
**600単位 (退院時1回)**

退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合

### 緊急時等居宅カンファレンス加算

(居宅介護支援費)  
**200単位 (1月に2回)**

病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整

入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

### 入退院支援加算

- 1 : 600点 または1,200点 (退院時1回)
- 2 : 190点 または635点 (退院時1回)

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

### +入院時支援加算(入退院支援加算)

**200点 (退院時1回)**

入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施

- +地域連携診療計画加算 300点(入退院支援加算)
- +地域連携診療計画加算 50点(診療情報提供料I)

### 介護支援等連携指導料

**400点 (入院中2回)**

退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービス等について指導

### 退院時共同指導料2

**400点 ※2,000点 (入院中1回)**

病院の医師等と在宅療養を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導  
 ※医師等の職種の3者以上と共同して指導を行う場合

### 退院前在宅療養指導管理料

**120点 (1回の入院につき1回)**

### 退院前訪問指導料

**580点 (1回の入院につき1回)**

### 退院時共同指導加算

(訪問看護管理療養費)  
**800点 (退院時1回)**

### 退院時リハビリテーション指導料

**300点 (1回の入院につき1回)**

### 退院時薬剤情報管理指導料

**90点 (1回の入院につき1回)**

### 退院後訪問指導料

**580点**

- +訪問看護同行加算 20点

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 介護報酬加算

### 入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

- ・入院後**3日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅰ） 200単位**
- ・入院後**7日以内**（提供方法は問わない）**（Ⅱ） 100単位**

利用者が病院等に入院するに当たって、当該病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供した場合に所定単位数を加算。

1月に1回を限度。

入院時連携加算（Ⅰ）及び（Ⅱ）はいずれか一方のみを算定する。

入院時情報連携加算に係る様式例：「入院連携シート」【P.11】

### 退院・退所加算（居宅介護支援費）

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
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

病院等に入院・入所していた者が退院・退所し、居宅で介護サービスを利用する場合、退院・退所に当たり「病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けたうえで、居宅サービス計画を作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合」に所定単位数を加算。

入院期間中に1回算定。

退院・退所加算に係る様式例：「退院連携シート」【P.14】

### 緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援費）

- ・**200単位**

病院又は診療所の求めにより、病院又は診療所の医師又は看護師等とともに利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行った場合に所定の単位数を加算。

※利用者1人につき、1月に2回を限度とする。

### 退院時共同指導加算（（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機）

#### ・600単位

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院(所)中の者が退院(所)するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が、退院時共同指導(\*)を行った後、退院(所)後に初回の指定訪問看護を行った場合に加算。

当該退院(所)につき1回(特別な管理を必要とする利用者に複数日に退院時共同指導を行った場合には2回)に限る。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

(\*)「退院時共同指導」...当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従業者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供すること。

#### 「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」（指定居宅介護支援基準）

○入院時における医療機関との連携を促進する観点から、居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付ける。

○利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等で、利用者の同意を得て主治医等の意見を求めた場合、当該主治医に対してケアプランを交付することを義務付ける。

○訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際に介護支援専門員自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治医等に必要な情報伝達を行うことを義務付ける。

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 入退院支援加算

#### 退院支援加算 1

- イ 一般病棟入院基本料等 **600点**
- ロ 療養病棟入院基本料等 **1,200点**

#### 退院支援加算 2

- イ 一般病棟入院基本料等 **190点**
- ロ 療養病棟入院基本料等 **635点**

病気になり入院しても、早期に住み慣れた地域で療養や生活を継続出来るように、保険医療機関における退院支援の積極的な取り組みや地域との連携、外来部門と入院部門（病棟）との連携等を評価。

退院困難な要因を有する入院患者で在宅での療養を希望する者に対して退院支援を行った場合に、退院時 1 回に限り下記点数を加算。

ここでいう退院困難な要因とは

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護認定が未申請であること
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無にかかわらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

〔施設基準・算定要件〕

	退院支援加算 1	退院支援加算 2
退院困難な患者の早期抽出	<u>3日以内</u> に抽出	<u>7日以内</u> に抽出
入院早期の患者・家族との面談	<u>7日以内</u> に面談（一般病棟） 14日以内に面談（療養病棟）	<u>出来るだけ早期</u> に面談
退院支援計画作成着手	7日以内	7日以内
多職種によるカンファレンスの実施	<u>7日以内</u> にカンファレンスを実施	<u>出来るだけ早期</u> にカンファレンスを実施
情報の共有	退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等の職員と面話し、退院体制の情報共有等を行う。	
退院調整部門の設置	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）	専従 1 名（看護師又は社会福祉士）
病棟への退院支援職員の配置	<u>退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に1名以上）</u>	—
医療機関間の顔の見える連携の構築	<u>連携する医療機関等（20箇所以上）の職員と定期的な面会を実施（3回/年以上）</u>	—
介護保険サービスとの連携	<u>介護支援専門員との連携実績（介護支援等連携指導料の算定回数）</u>	—

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 入退院支援加算

#### 入院時支援加算

##### 200点（退院時1回）

入院予定患者が入院生活や入院後にどのような治療過程を経るのかをイメージし、安心して入院医療を受けられるよう、外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、服薬中の薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し支援を行った場合に加算。

〔算定対象〕

- ① 自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定入院患者
- ② 入退院支援加算を算定する患者

〔施設基準〕

- ① 入退院支援加算の施設基準で求める人員に加え、十分な経験を有する  
「許可病床数200床以上」・専従の看護師1名以上 又は  
・専任の看護師及び専任の社会福祉士1名以上  
「許可病床200床未満」・専任の看護師1名以上 が配置されていること。
- ② 地域連携を行うにつき十分な体制が整備されていること

〔算定要件〕

入院予定患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、

(1)入院前に以下①～⑧の内容を行い、(2)入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、(3)患者及び入院予定の病棟職員と共有。

患者の病態等により①～⑧まですべて実施できない場合は、実施した内容の範囲で療養支援計画を立てても差し支えないが、この場合も①、②、⑧は必ず実施。

- ① 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握 / ②入院前に利用していた介護・福祉サービスの把握(要介護・要支援状態の場合のみ) / ③褥瘡に関する危険因子の評価 / ④栄養状態の評価 / ⑤服薬中の薬剤の確認
- ⑥退院困難な要因の有無の評価 / ⑦入院中に行われる治療・検査の説明 / ⑧入院生活の説明

#### 地域連携診療計画加算

退院支援加算

地域連携診療計画加算 **300点（退院時1回）**

診療情報提供料(I)

地域連携診療計画加算 **50点**

あらかじめ地域連携診療計画を作成し、計画にかかる疾患の治療等を担う他の医療機関、介護サービス事業者等と共有し、入院時に文書等で家族等に説明し交付した場合に加算。

〔算定要件〕

- ① あらかじめ疾患ごとに地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う連携保険医療機関等と共有
- ② 患者の同意を得たうえで、入院後7日以内に当該計画に基づく診療計画を作成し、文書により家族等に説明・交付
- ③ 連携保険医療機関等で治療が行われる場合、当該連携保険医療機関等に対して、当該患者に係る診療情報や退院後の診療計画等を文書により提供。また、当該患者が、転院前の保険医療機関で当該加算を算定した場合は、退院時に、当該転院前の保険医療機関に対して当該患者に係る診療情報等を文書により提供。

地域連携診療計画加算を算定する場合、退院時共同指導料2、介護支援等連携指導料は別に算定できない。

### 退院前在宅療養指導管理料

**120点**

入院中の患者が在宅療養に備えて一時的に外泊するに当たり、当該在宅療養に関する指導管理を行った場合に算定。外泊の初日1回に限り算定。病状の悪化等により退院できなかった場合や外泊後、帰院することなく転院した場合は算定できない。

### 退院前訪問指導料

**580点(1回の入院につき1回)**

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院の為、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら退院後の患者の看護にあたる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

特別養護老人ホーム等医師又は看護師等が配置されている施設に入所予定の患者は算定対象外。

医師の指示を受けて保険医療機関の保健師、看護師、理学療法士、作業療法士等が訪問し、指導を行った場合も算定できる。



# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 介護支援等連携指導料

#### 400点（入院中2回）

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等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サービス等を受けられるよう、入院中からケアマネジャー等と連携し退院後のケアプラン作成につなげることを評価。

#### 〔算定要件〕

入院中の患者に対して、患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士等、その他、退院後に導入が望ましい介護サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障がい福祉サービス等について説明・指導を行った場合に算定。

指導の内容を踏まえ作成されたケアプランは、患者の同意を得た上で、当該介護支援専門員に情報提供を求め、ケアプランの写しを診療録に添付すること。

同一日に「退院時共同指導料2」の注3に掲げる加算と介護支援等連携指導料の両方を算定することはできない。

入院中2回に限る。

<1回目>

介護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に資するもの。

<2回目>

実際の退院を前に、退院後に想定されるケアプラン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。

### 退院時共同指導料2

#### 400点 ※2,000点（入院中1回）

入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士と共同して行った上で文書により情報提供した場合に算定。

※「注3」入院中の保険医療機関の保険医または看護師等が、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはそ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）又は介護支援専門員若しくは相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行なった場合2,000点を所定点数に加算する。

#### 〔算定要件〕

退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については対象とならない。

退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行なう介護支援連携指導料は別に算定できない。

退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、退院支援加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項を患者・家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。

# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 退院時リハビリテーション指導料

#### 300点（退院日に1回）

患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後患者の看護に当たる者に対して、リハビリテーションの観点から退院後の療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定。

指導の内容は、患者の運動機能及び日常生活動作能力の維持及び向上を目的として行う体位変換、起座又は離床訓練、起立訓練、食事訓練、排泄訓練、生活適応訓練、基本的対人関係訓練、家屋の適切な改造、患者の介助方法、患者の居住する地域において利用可能な在宅保健福祉サービスに関する情報提供等。

当該患者の入院中主として医学的管理を行った医師又はリハビリテーションを担当した医師が、患者の退院に際し、指導を行った場合に算定する。なお、医師の指示を受けて、保険医療機関の理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士が保健師、看護師、社会福祉士、精神保健福祉士とともに指導を行った場合にも算定できる。

死亡退院の場合は、算定できない。

### 退院時薬剤情報管理指導料

#### 90点（退院日に1回）

医薬品の副作用や相互作用、重複投薬を防止するため、患者の入院時に、薬剤服用歴や患者が持参した医薬品等（医薬品外品及びいわゆる健康食品等を含む。）を確認するとともに、入院中に使用した主な薬剤の名称等について、患者の薬剤服用歴が経時的に管理できる手帳に記載した上で、患者の退院に際して当該患者又はその家族等に対して、退院後の薬剤の服用等に関する必要な指導を行った場合に算定。

死亡退院の場合は、算定できない。

### 退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

#### 8,000円（退院時1回）

指定訪問看護を受けようとする者であって、保険医療機関又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者の退院又は退所に当たり、当該訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、当該保険医療機関若しくは介護老人保健施設の主治医又は職員と共同し、当該者又はその看護に当たっている者に対して、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供した場合には、退院又は退所後の最初の指定訪問看護が行われた際に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回に限り8,000円を所定額に加算する。



# 入退院時連携に係る診療・介護報酬

## 診療報酬加算

### 退院後訪問指導料

#### 580点（退院後1月以内の期間に限り、5回を限度）

医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするため、退院直後の一定期間、退院支援や訪問看護ステーションとの連携のために、入院していた保険医療機関が退院直後に行う訪問指導を評価。

〔算定要件〕

対象患者：別表第8(\*)又は認知症高齢者の日常生活自立度判定基準Ⅲ以上

(要介護被保険者等及び看護師等が配置されている特別養護老人ホーム・指定障害者支援施設等の入所者も算定可能とする。)

介護老人保健施設に入所中または医療機関に入院中の患者は算定の対象としない。

(\*) 別表第8

- 1 在宅悪性腫瘍等患者指導管理若しくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレ若しくは留置カテーテルを使用している状態にある者
- 2 以下のいずれかを受けている状態にある者  
在宅自己腹膜灌流指導管理 / 在宅血液透析指導管理 / 在宅酸素療法指導管理 /  
在宅中心静脈栄養法指導管理 / 在宅成分栄養経管栄養法指導管理 / 在宅自己導尿指導管理 /  
在宅自己呼吸指導管理 / 在宅持続陽圧呼吸療法指導管理 / 在宅肺高血圧症患者指導管理
- 3 人工肛門又は人口膀胱を設置している状態にある者
- 4 真皮を超える褥瘡の状態にある者
- 5 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者

### 訪問看護同行加算

#### 20点（退院後1回）

在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の看護師等と同行し、必要な指導を行なった場合に加算。

