

安芸圏域 入退院連絡手引き (Ver.3)

～ 在宅で安心した生活を送るために ～



令和5年10月改訂

室戸市 安芸市 東洋町
芸西村 中芸広域連合

目次

| | | |
|---|--------------------------|--------|
| 1 | はじめに | P1 |
| 2 | 共通事項 | P2・3 |
| | ①目的 | |
| | ②対象者 | |
| | ③運用開始期間 | |
| | ④手引きを利用する関係機関 | |
| | ⑤運用に関する留意事項 | |
| 3 | 入院時の連絡・情報共有 | P4～7 |
| 4 | 退院時の連絡・情報共有 | P8・9 |
| 5 | 入退院連絡フロー | P10 |
| | 参考資料 | P11 |
| | 連携に関わる診療報酬・介護報酬 | |
| | 関係機関一覧 | P12～14 |
| | 参考様式1 | P15～16 |
| | 入院時情報提供シート(介護支援専門員⇒医療機関) | |
| | 参考様式2 | P17 |
| | 退院時情報共有シート(医療機関⇒介護支援専門員) | |

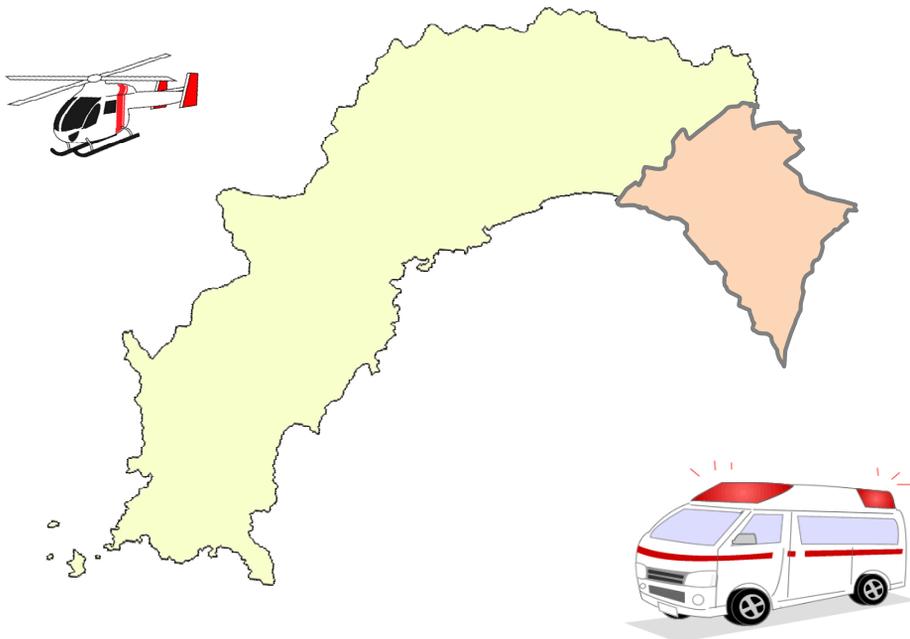


1 はじめに

安芸圏域では、管内9市町村と県が協働して、在宅医療・介護連携に向けて取り組みを進めてきました。

平成28年6月には、安芸圏域の介護支援専門員を対象に医療介護連携におけるアンケートを実施しました。アンケート結果から、介護支援専門員から病院へ入院時情報提供がなかった事例や、退院の際に病院から介護支援専門員に引継ぎの情報共有がなかった事例があるということがわかりました。また、退院時に病院と介護支援専門員の情報共有が十分でなかったために、必要な介護サービスをすぐ受けられず、本人・家族が困ったという事例もありました。

そこで、医療機関関係者、介護支援専門員、市町村、中芸広域連合が協議し、情報共有のための、入退院連絡の手引きを策定することとなりました。



2 共通事項

①目的

この手引きを安芸圏域全体で運用し、医療と介護を必要とする患者にかかわる医療関係機関(病院、診療所、介護老人保健施設)と在宅介護関係者(介護支援専門員、地域包括支援センター)が、互いに情報共有を行い、切れ目なく支える環境を整えることで、本人の状態を悪化させず、安心して在宅生活を送れることを目的とする。

②対象者

65歳以上または40～64歳の特定疾病対象者(下表参照)で下記のいずれかに該当する方

- ・入院前に介護保険サービスを利用していた方
- ・退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方
- ・医療機関等担当者が在宅への退院支援が必要と判断した方

(P5【3 入院時の連絡・情報共有】の②介護支援専門員が決まっていない場合を参照)

◆特定疾病(40～64歳での介護保険対象者)

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症(ALS)
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ パーキンソン病関連疾患
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

③運用開始時期

平成30年4月1日

④手引きを利用する主な関係機関

安芸圏域の医療機関、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所が対象になります。

(関係機関の一覧はP12～14に掲載しています。)

⑤運用に関する留意事項

- ・運用開始後は、関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行います。
- ・参考様式については、既存様式の使用を妨げるものではありません。
- ・安芸圏域入退院連絡手引きは、医療と介護の関係者が連携のために情報共有が行える仕組みづくりの方法を示したものであり、強制的な効力を持つものではありません。

手引きにある日数などは、目安と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。



3 入院時の連絡・情報共有

介護を必要とする患者が、円滑に在宅生活に移行できるよう、介護支援専門員が担当している利用者(患者)が入院した事実を、速やかに把握し、医療機関と介護支援専門員で情報共有に努める。

【介護支援専門員】

利用者の入院に早く気づくために下記の工夫に努める

- ・日頃から、利用者や家族に入院が決まったら、介護支援専門員に連絡するよう依頼する。
- ・利用者、家族に面談時に説明し、医療保険証等に介護支援専門員の名刺を入れる。
- ・介護サービス事業者へ、利用者の入院に気づいたら、介護支援専門員に連絡するよう依頼する。

利用者の入院の連絡があった場合は、できるだけ入院後7日以内に情報提供を行う

- ・入院時情報提供書を提供する場合は、P12の連携医療機関・施設連絡先一覧に届ける。
その際は、できるだけ医療機関担当者に声をかけるよう努める。

【医療機関等担当者】

①入院前から介護支援専門員が決まっている場合

可能な限り、入院当日もしくは翌日に介護支援専門員に連絡する。

※休日の場合は営業日に連絡する。

介護支援専門員の確認方法は、下記を参照

- ・入院時の本人、家族へ聞き取りをする。
- ・医療保険証入れ等に介護支援専門員の名刺がないか確認する。
- ・安芸市 『支え合いノート』を持っていないか確認する。
(住民が病院の受診時に持参するよう定着に向けた取組みを実施している段階です。)
- ・上記の方法で介護支援専門員が確認できない場合は、P6の相談窓口を確認する。

②介護支援専門員が決まっていない場合

下記の項目に該当する退院支援が必要な患者について連絡をする。

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障をきたすような症状がある認知症
- ・独居で退院後の生活に不安あり
- ・家族が介護困難で、介護協力が見込めない

1項目でも当てはまれば

安芸市

居宅介護支援事業所
または、地域包括支援センターへ連絡

室戸市・東洋町・芸西村
中芸広域連合

地域包括支援センターへ連絡

★②で介護保険申請が必要になった場合は、介護保険申請は、基本的には患者本人・家族が実施します。患者本人・家族が、申請を忘れている場合や、手続きが困難な場合は、申請の支援をお願いします。

◆相談窓口

| 市町村地域包括支援センター | 電話番号 |
|------------------|--------------|
| 室戸市地域包括支援センター | 0887-22-5158 |
| 安芸市地域包括支援センター | 0887-32-0555 |
| 安芸市市民課 介護保険係 | 0887-35-1003 |
| 東洋町地域包括支援センター | 0887-29-3186 |
| 芸西村地域包括支援センター | 0887-33-2245 |
| 中芸広域連合地域包括支援センター | 0887-32-1244 |



◆入院時に共有したい情報について

【入院に共有したい情報一覧】

* 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター ⇒ 医療機関等

| | 内容 |
|----------|--|
| 本人に関すること | 〈基本〉 ・患者氏名 ・生年月日 ・年齢 ・性別 ・住所 ・電話番号 ・経済状況(生活保護の有無) |
| | 〈介護認定等に関すること〉 ・要介護度 |
| | 〈医療に関すること〉 ・在宅主治医(かかりつけ医) ・既往歴 ・入院に至った経緯 |
| | 〈ADL〉=自立・見守り・一部介助・全介助= ・移動方法 ・口腔清潔 ・食事 ・更衣 ・入浴 ・排泄 ・服薬管理 |
| | 〈住まいの状況〉 ・一戸建て・集合住宅 |
| | 〈療養上の問題〉=無・有= ・介護上、特に支障になる点、注意すべき点 (例)・幻視幻聴 ・興奮 ・不穏 ・妄想 ・暴力 ・介護への抵抗 ・昼夜逆転 ・不眠 ・徘徊 ・危険行為 ・不潔行為 ・意思疎通困難 |
| | 〈医療措置〉 ・内容(・バルーンカテーテル ・ストマ ・気管切開 ・喀痰吸引 ・胃ろう ・じょくそう ・その他) |
| | 〈介護保険サービスの利用状況〉 ・利用サービスの種類 ・福祉用具貸与 |
| 家族に関すること | ・家族構成 ・緊急連絡先 ・キーパーソン ・主介護者 |
| その他 | 連携時に確認 |

4 退院時の連絡・情報共有

医療機関担当者が、退院予定時期をあらかじめ介護支援専門員に連絡することにより、介護支援専門員は、在宅での生活に向け準備を整えることが可能となります。

【医療機関等担当者】

①急性期病床の場合

- ・退院の目途が立ち次第、介護支援専門員に連絡をするよう努める。
- ・介護支援専門員と面談等で退院に向けての情報共有をする。
可能であれば、退院前カンファレンスを開催する。

②回復期・慢性期等の病床の場合

- ・退院見込み7日以上前に介護支援専門員に連絡をするよう努める。
- ・多職種(介護支援専門員を含む)カンファレンスを開催し情報共有をする。

【介護支援専門員】

- ・多職種カンファレンスに出席するよう努める。
- ・カンファレンスや面談で退院時に共有したい情報の項目を基に、情報収集を行う。
- ・医療機関訪問の際は、できるだけ事前に連絡をするよう努める。

◆退院時に共有したい情報について

【退院時に共有したい情報一覧】

※下線の項目は、参考様式2に入っていないので、参考様式を使用する場合は、口頭で確認をお願いします。

* 医療機関等 ⇒ 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

| | 内容 |
|----------|--|
| 本人に関すること | <p>〈基本情報に関すること〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者氏名 ・生年月日 ・年齢 ・性別 ・病院主治医 ・在宅主治医 ・面談日時 ・面談場所 ・面談者(氏名) ・病院の窓口 ・退院予定日 ・記載日 ・<u>体重・血圧などの数値</u> ・<u>入院前の生活歴</u> <p>〈医療に関すること〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入院理由(病名) ・合併症 ・病院からの病状内容の説明 ・本人・家族の「受け止め方」「今後の希望」 ・<u>ADLの回復状況</u> <p>〈ADL〉=自立・見守り・一部介助・全介助=</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移動方法 ・口腔清潔 ・食事 ・更衣 ・入浴 ・排泄 ・服薬管理 ・排便状況 ・食事(とろみ剤の量・塩分制限・特記事項など) <p>〈療養上の問題〉=無・有=</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護上、特に支障になる点、注意すべき点 (例)・幻視幻聴 ・興奮 ・不穏 ・妄想 ・暴力 ・介護への抵抗 ・昼夜逆転 ・不眠 ・徘徊 ・危険行為 ・不潔行為 ・意思疎通困難 <p>〈医療措置〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内容(・バルーンカテーテル ・ストマ ・気管切開 ・喀痰吸引 ・胃ろう ・じょくそう ・その他) <p>〈今後の治療〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・リハビリの目標 ・服薬内容 ・治療内容 ・受診予定日 ・退院時の注意点 <p>〈感染症〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HBV ・その他 ・HCV MRSA:保菌 発症(部位:痰・血液・尿・創部) |
| 家族に関すること | <p>〈家族への介護指導〉</p> <ul style="list-style-type: none"> ・有・無 有の場合、理解の状況 ・十分・不十分(問題点) |
| その他 | 連携時に確認 |

6 入退院連絡フロー

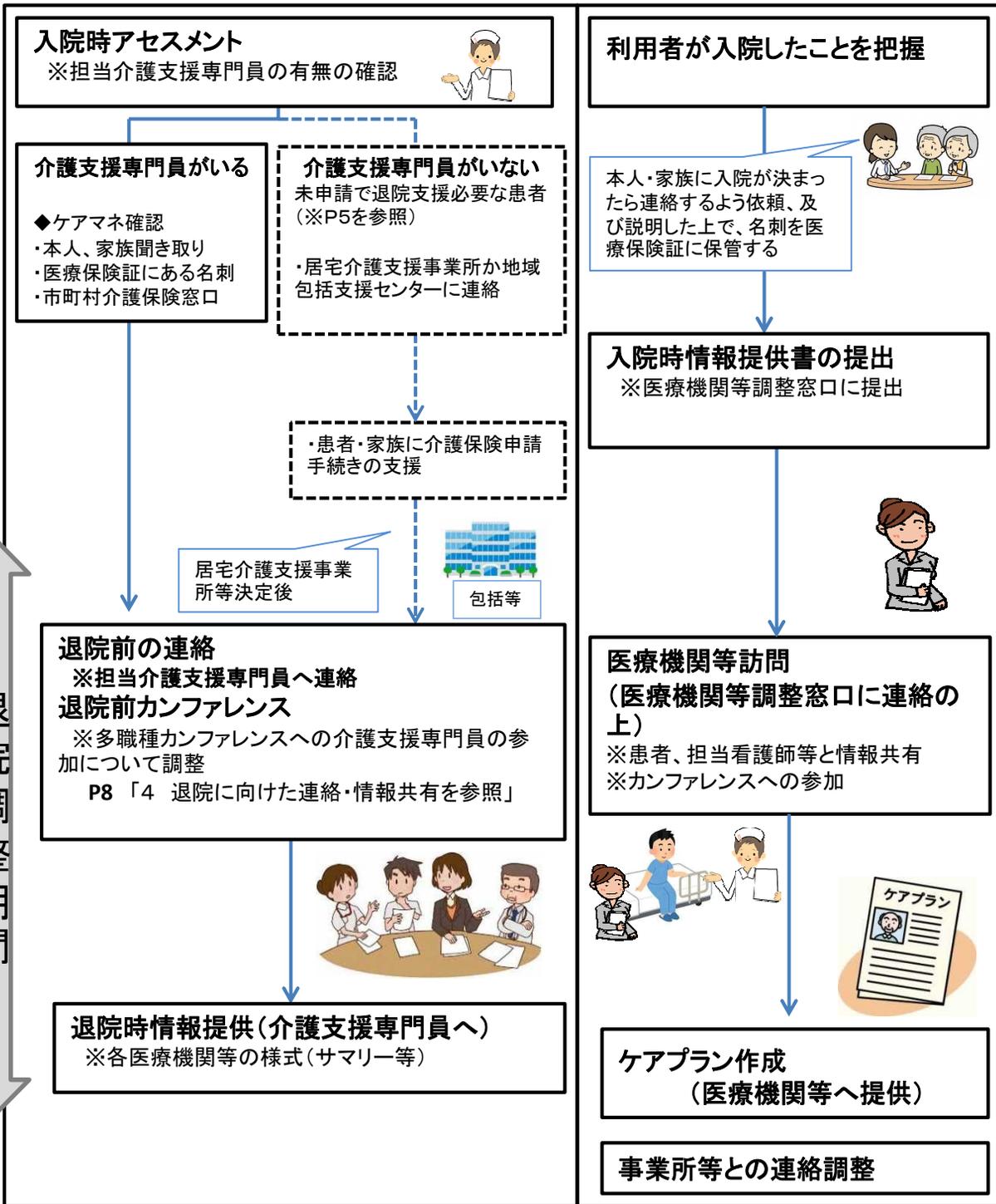


【患者】

【医療機関等】

【介護支援専門員】

入院



退院

退院調整期間





【診療報酬加算(医療機関側)】



【介護報酬加算(居宅介護支援事業所側)】

入退院支援加算【施設基準】

- 1 一般 700点 2 一般 190点
- 療養 1,300点 療養 635点
- (1 一般の場合)
- 入院後3日以内に退院支援の必要性を判断
- 7日以内に退院支援計画の作成に着手

介護支援等連携指導料(1回目)

400点
介護等サービスの利用見込みがついた段階で導入可能な介護等サービスや要介護認定の申請手続き等の情報を患者や医療関係者と共有

介護支援等連携指導料(2回目)

400点
退院前に、退院後に想定されるケアプラン等の原案作成に資する情報の収集、退院後の外来診療の見込み等を念頭においた指導を行う

退院時共同指導料2

400点
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が、入院中の患者に対して、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、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もしくは当該保険医の指示を受けた看護師等と共同で行ったうえで、文書により情報提供を行う
+2,000点
入院中の保険医療機関の保険医が、退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医・看護師・保険医である歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士・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)、ケアマネのうち3者以上と共同で行った場合

診療情報提供料(Ⅰ)

250点
入院患者については、指定居宅介護支援事業者等に対して、退院の日の前後2週間以内の期間に診療情報の提供を行った場合に算定。ただし、退院前に算定する場合は介護支援等連携指導料を算定した患者は算定できない

入院時情報連携加算

- (Ⅰ) 200単位
入院後3日以内に情報提供
- (Ⅱ) 100単位
入院後4日以上7日以内に情報提供
- ※いずれも提供方法を問わない
- (Ⅰ)(Ⅱ)の同時算定不可

退院・退所加算

利用者が退院又は退所に当たって、当該病院、診療所等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着サービスの利用に関する調整を行った場合には、入院又は入所期間中につき1回を限度として算定(初回加算を算定する場合は当該加算は算定しない)

| | |
|---------------|-------|
| イ 退院・退所加算(Ⅰ)イ | 450単位 |
| ロ 退院・退所加算(Ⅰ)ロ | 600単位 |
| ハ 退院・退所加算(Ⅱ)イ | 600単位 |
| ニ 退院・退所加算(Ⅱ)ロ | 750単位 |
| ホ 退院・退所加算(Ⅲ) | 900単位 |

※退院・退所加算の基準

- イ 退院・退所加算(Ⅰ)イ
病院等職員から利用者に係る必要な情報提供をカンファレンス以外の方法により1回受けていること
- ロ 退院・退所加算(Ⅰ)ロ
情報提供をカンファレンスより1回受けていること
- ハ 退院・退所加算(Ⅱ)イ
情報提供をカンファレンス以外の方法により2回以上受けていること
- ロ 退院・退所加算(Ⅱ)ロ
情報提供を2回受けており、うち1回はカンファレンスによること
- ホ 退院・退所加算(Ⅲ)
情報提供を3回以上受けており、うち1回以上はカンファレンスによること

通院時情報連携加算

50単位(月1回まで)

利用者が病院・診療所において医師の診察を受けるときにケアマネジャーが同席し、医師等に対して当該利用者の心身状況や生活環境等の情報の提供を行うとともに、医師等から当該利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、ケアプランに記録する。

ケアプラン写を診療録に添付

※詳細な算定要件は医科点数表の解釈参照



※請求に当たっては、「指定居宅介護支援に要する費用の額の算定に関する基準」(平成十二年厚生省告示第二十号)、留意事項通知(老企第36号第3の12、13)を参照ください。

◎関係機関一覧

(1) 参加医療機関、施設

| 医療機関名 施設名 | 連絡先 | | | |
|-----------------|-----|----------|--------------|--------------|
| | | 部署名又は担当者 | TEL | FAX |
| 医療法人愛生会 | 入院時 | 地域連携相談室 | 0887-23-3311 | 0887-24-2202 |
| 室戸中央病院 | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| 高知県立 | 入院時 | 地域連携室 | 0887-34-3111 | 0887-35-8107 |
| あき総合病院 | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| 医療法人瑞風会 | 入院時 | 地域医療連携室 | 0887-34-1155 | 0887-34-1157 |
| 森澤病院 | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| 医療法人白井会 | 入院時 | 医療相談室 | 0887-38-7111 | 0887-38-3523 |
| 田野病院 | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| 医療法人おくら会 | 入院時 | 医療相談室 | 0887-33-3833 | 0887-33-3407 |
| 芸西病院 | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| (指定管理者：医療法人愛生会) | 入院時 | 地域連携相談室 | 0887-22-6608 | 0887-22-6612 |
| 室戸市立室戸診療所 | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| 医療法人緑風会 | 入院時 | 病棟 | 0887-37-9005 | 0887-37-9955 |
| EASTマリノクリニック | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| 医療法人仁智会 | 入院時 | (医事課) 受付 | 0887-38-2718 | 0887-38-3721 |
| はまうづ医院 | 退院時 | 病棟 | 同上 | 同上 |
| 芸西オルソクリニック | 入院時 | 看護師長 | 0887-33-3503 | 0887-33-3504 |
| | 退院時 | 同上 | 同上 | 同上 |
| 介護老人保健施設 | 入所時 | | | |
| あさひ | 退所時 | 相談室 | 0887-22-2200 | 0887-22-3371 |
| 介護老人保健施設 | 入所時 | | | |
| ヘルシーケアなほり | 退所時 | 相談課 | 0887-38-5566 | 0887-38-5564 |
| 介護老人保健施設 | 入所時 | | | |
| リゾートヒルやわらぎ | 退所時 | やわらぎ相談室 | 0887-33-3720 | 0887-33-3687 |

(2) 参加居宅介護支援事業所

| 市町村名 | 事業所名 | 郵便番号 | 住所 | TEL | FAX |
|------|----------------------|----------|-------------------------|---------------|--------------|
| 室戸市 | 居宅介護支援事業所 あすなろ | 781-6831 | 室戸市吉良川町乙2004-1 | 0887-25-3450 | 0887-25-3451 |
| | 居宅介護支援事業所 花みずき | 781-7102 | 室戸市室津1775-8 | 0887-22-3001 | 0887-22-3010 |
| | 居宅介護支援事業所 あおい | 781-7220 | 室戸市佐喜浜町3589-1 | 0887-98-7026 | 0887-27-3481 |
| | 居宅介護支援事業所 りぼん | 781-6741 | 室戸市羽根町甲880-1 | 0887-26-1041 | 0887-26-1041 |
| | 指定居宅介護支援事業所 ゆい | 781-7106 | 室戸市浮津三番町64 | 0887-98-7033 | 0887-98-7008 |
| | 居宅介護支援事業所 ゆうなぎ | 781-7101 | 室戸市元甲2307-2 | 0887-23-1277 | 0887-23-1278 |
| | ケアマネージャー事業所 奥郷 (休止中) | 781-7107 | 室戸市元甲1076 | 0887-98-7037 | 0887-98-7018 |
| 安芸市 | 居宅介護支援事業所 EASTマリン | 784-0001 | 安芸市矢ノ丸3-1-25 | 0887-34-0005 | 0887-34-0025 |
| | 在宅介護支援センター やながれ | 784-0033 | 安芸市赤野甲561-2 | 0887-34-3199 | 0887-35-4697 |
| | 在宅介護支援センター はまかぜ | 784-0007 | 安芸市寿町2-8 | 0887-32-0100 | 0887-35-8549 |
| | 居宅介護支援事業所 うちはらの | 784-0044 | 安芸市川北乙1735 | 0887-32-0131 | 0887-32-0120 |
| | 西田順天堂居宅介護支援事業所東部 | 784-0022 | 安芸市庄之芝町3-3 | 0887-34-8515 | 0887-34-1346 |
| | 居宅介護支援事業所 てくてく | 784-0043 | 安芸市川北甲1812-15 | 0887-35-8030 | 0887-35-8177 |
| | 東部ケアプランセンター 花 | 784-0042 | 安芸市土居1977-5 | 0887-35-7854 | 0887-35-7845 |
| | 居宅介護支援事業所 もりさわ | 784-0006 | 安芸市日ノ出町7-33 | 0887-35-1911 | 0887-35-1901 |
| | 居宅介護支援事業所 とも | 784-0045 | 安芸市伊尾木314 | 0887-37-9682 | 0887-37-9683 |
| | 居宅介護支援事業所 ケアサポートあき | 784-0005 | 安芸市港町2丁目635 | 0887-32-0250 | 0887-34-1652 |
| | 居宅介護支援事業所 優 | 784-0044 | 安芸市川北乙787-1 | 080-1992-5017 | 0887-37-9588 |
| 東洋町 | 龍馬ケアプランセンター | 781-7412 | 安芸郡東洋町 大字河内字王子田353-1 | 0887-29-3303 | 0887-29-3151 |
| 奈半利町 | ケアプランナー ハーネス | 781-6402 | 安芸郡奈半利町乙3704-1 | 0887-38-7845 | 0887-38-7007 |
| | ケアプランセンター てのひら | 781-6402 | 安芸郡奈半利町乙440-1 | 0887-38-5020 | 0887-32-1919 |
| 田野町 | 居宅介護支援事業所 なごみ中芸 | 781-6410 | 安芸郡田野町1456-45 | 0887-37-9666 | 0887-38-8753 |
| | 居宅介護支援事業所 たの | 781-6410 | 安芸郡田野町636-1 | 0887-32-1377 | 0887-37-9899 |
| 芸西村 | 居宅介護支援事業所 洋寿 | 781-5704 | 安芸郡芸西村西分乙297 | 0887-32-2200 | 0887-32-2116 |
| | 支援事業所 みずき | 781-5701 | 安芸郡芸西村和食甲4268 | 0887-33-3672 | 0887-33-3665 |
| | 居宅介護支援事業所 みみ | 781-5701 | 安芸郡芸西村和食甲1518-1 | 0887-37-9258 | 0887-37-9248 |

(3) 参加小規模多機能型居宅介護

| 市町村名 | 事業所名 | 郵便番号 | 住所 | TEL | FAX |
|------|-------------------|----------|--------------|--------------|--------------|
| 室戸市 | 小規模多機能型居宅介護施設 あるて | 781-6742 | 室戸市羽根町乙1137 | 0887-24-6888 | 0887-24-6887 |
| | 小規模多機能型居宅介護施設 絆 | 781-7107 | 室戸市元甲208 | 0887-23-1801 | 0887-23-1802 |
| 安芸市 | 小規模多機能型居宅介護事業所 南風 | 784-0020 | 安芸市西浜2373 | 0887-32-0032 | 0887-32-0031 |
| 田野町 | 小規模多機能型居宅介護 和ごころ | 781-6410 | 安芸郡田野町1915-1 | 0887-37-9531 | 0887-37-9532 |

(4) 市町村等介護保険担当部署

| 市町村名 | 部署名 | 郵便番号 | 住所 | TEL | FAX |
|--------|-----------------|----------|-----------------|--------------|--------------|
| 室戸市 | 保健介護課 高齢者介護班 | 781-7109 | 室戸市領家87 | 0887-22-5155 | 0887-24-2287 |
| 安芸市 | 市民課 介護保険係 | 784-8501 | 安芸市矢ノ丸1-4-40 | 0887-35-1003 | 0887-35-1555 |
| 東洋町 | 住民課 | 781-7414 | 安芸郡東洋町大字生見758-3 | 0887-29-3394 | 0887-29-3813 |
| 奈半利町 | 住民福祉課 | 781-6402 | 安芸郡奈半利町乙1659-1 | 0887-38-8181 | 0887-38-7788 |
| 田野町 | 住民福祉課 | 781-6410 | 安芸郡田野町1828-5 | 0887-38-2812 | 0887-38-2044 |
| 安田町 | 町民生活課 | 781-6421 | 安芸郡安田町大字安田1850 | 0887-38-6712 | 0887-38-6780 |
| 北川村 | 住民課 | 781-6441 | 安芸郡北川村野友甲1530 | 0887-32-1214 | 0887-32-1234 |
| 馬路村 | 健康福祉課 | 781-6201 | 安芸郡馬路村大字馬路443 | 0887-44-2112 | 0887-44-2779 |
| 芸西村 | 健康福祉課 | 781-5792 | 安芸郡芸西村和食甲1262 | 0887-33-2112 | 0887-33-4035 |
| 中芸広域連合 | 介護サービス課 | 781-6410 | 安芸郡田野町1456-41 | 0887-32-1165 | 0887-32-1195 |

(5) 地域包括支援センター

| 市町村地域包括支援センター | 郵便番号 | 住所 | TEL | FAX |
|------------------|----------|-----------------|--------------|--------------|
| 室戸市地域包括支援センター | 781-7109 | 室戸市領家87 | 0887-22-5158 | 0887-22-1346 |
| 安芸市地域包括支援センター | 784-8501 | 安芸市矢ノ丸1-4-40 | 0887-32-0555 | 0887-35-1555 |
| 東洋町地域包括支援センター | 781-7414 | 安芸郡東洋町大字生見756-8 | 0887-29-3186 | 0887-24-3052 |
| 芸西村地域包括支援センター | 781-5792 | 安芸郡芸西村和食甲1262 | 0887-33-2245 | 0887-33-4035 |
| 中芸広域連合地域包括支援センター | 781-6410 | 安芸郡田野町1456-41 | 0887-32-1244 | 0887-32-1195 |

入院時情報提供シート（介護支援専門員 ⇒ 医療機関）

医療機関名

担当者 _____ 様

ご利用者及びご家族の同意のもとに、下記の情報を提供させていただきます。
退院時に連絡をいただきたく、よろしくお願いたします。

| | |
|-------|--|
| 事業所名 | |
| 電話番号 | |
| FAX番号 | |
| 担当者名 | |

| | | | | | | | |
|--|---|---------------------------------------|---|--|-------|---------------------------------|-----|
| 氏名 | | 生年月日 | 明・大・昭 年 月 日 | 年齢 | 歳 | 性別 | 男・女 |
| 経済状況 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 【種類： <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】 | | | | | | |
| 緊急時連絡先 | 氏名 | 住所 | 続柄 | 電話番号 | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| 家族構成図 | | 本人連絡先 | 自宅番号: | | 携帯番号: | | |
| 主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他() | | 住環境 | <input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | | 疾患名・かかっている病院 | 主病名: _____ 既往歴: _____ | | | | |
| | | 服薬 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒別途資料添付: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | |
| | | 介護認定 | <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護度: 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日 | | | | |
| | | 障がい日常生活自立度 | <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 | | | | |
| | | 認知症日常生活自立度 | <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 | | | | |
| | | 障がい等の認定 | 手帳: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患) | | | | |
| 介護保険サービス・その他のサービス等利用状況 | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) | | <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) | | <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) | | | |
| <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) | | <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) | | 短期入所: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(利用頻度) | | | |
| <input type="checkbox"/> 小規模多機能 | | <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) | | | | | |
| ----- | | | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 配食 | | <input type="checkbox"/> 安否確認 | | <input type="checkbox"/> 緊急通報 | | <input type="checkbox"/> 地域での参加 | |
| <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| IADL | できる | 不完全 | できない | 特 記 | | | |
| 調理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 掃除 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 洗濯 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 買い物 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 金銭管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |

| ADL | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 状況(特記あれば空欄に記入) | |
|--|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|--|
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 | |
| 移乗 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | |
| 食 事 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 普通食 | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 治療食 | <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 主食 | <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量:1日 _____ ml) |
| | | | | | <input type="checkbox"/> 副食 | <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付) |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス | |
| 排泄 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 場 所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) | |
| 精神的な状況 (認知機能含む) | 問題の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | * 特記 | | | |
| | 丁寧な説明の必要性 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | | | | | |
| 療養上の 問題 | 無 | | | | | |
| | 有 | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 | | | | | |
| | <input type="checkbox"/> その他() | | | | | |
| 連絡事項・その他(在宅での生活の様子, 療養上の課題, 本人・家族の意向や不安, 認知機能など必要と思うことを記載) | | | | | | |
| | | | | | | |

※この情報提供シートは、高知市の様式をもとにした参考様式です。必要な項目を満たしていれば、各事業所の既存の様式を用いて差し支えありません。

※この様式は安芸福祉保健所ホームページにも掲載されています。必要に応じてダウンロードしてご使用ください。

病院名

退院時情報共有シート（医療機関⇒介護支援専門員）

| | | | | | | | | |
|----------------------|--|---|---|--------------------------|---|-------|----|-----|
| 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 | 自宅番号: | | 携帯番号: | | |
| 経済状況 | <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 【種類: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】 | | | | | | | |
| 面談日時 | 令和 年 月 日() | | 午前・午後 | 時 分 ~ 時 分 | 場所 | | | |
| 面談者 | | | 病院の連絡窓口(所属) | | | | | |
| 入院の原因となった病名 | | | 合併症 | | | | | |
| 既往歴 | | | 入院日 | 令和 年 月 日 | | | | |
| | | | 退院予定日 | 令和 年 月 日頃 | | | | |
| 病院主治医 | | | 在宅主治医 | | | | | |
| 障がい等の認定 | 手帳等 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病[特定疾患]) <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 難病[特定疾患]) | | | | | | | |
| 介護認定 | <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当) <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5有効期間(令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日) | | | | | | | |
| ◎病院からの患者・家族への病状の説明内容 | | | | | | | | |
| 家族等 | 世帯: <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 他(同居者)) 主介護者() キーパーソン() | | | | | | | |
| | 家族以外の支援者: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | | | | | | | |
| | 緊急連絡先:氏名 | | 住所 | | 続柄 | | 電話 | |
| ADL | 自立 | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 病棟での様子(空欄に特記) | | | |
| 移動方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 | | | |
| 移乗方法 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 口腔清潔 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 義歯: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() | | | |
| 食 事 | | | <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 | | | | | |
| | | | 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量 割) | | | | | |
| | | | 水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 | | | | | |
| 更衣 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 入浴 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 入浴の制限: <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 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) | | | |
| 服薬管理 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | |
| 認知症 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 | <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 | | | | | | |
| 理解力 | 問題: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (特記事項) | | | | | | | |
| 療養上の問題 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 医療処置 | <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他() 処置の対応方法 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 家族への介護指導 | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ 理解状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:) | | | | | | | |
| 感染症 | <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他() | | | | | | | |
| 禁忌事項 (禁忌動作含む) | <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒ | | | | | | | |

◎今後の治療等(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点・リハビリ目標等)

平成30年4月運用開始
令和4年3月一部改訂(Ver.2)
令和5年10月一部改訂(Ver.3)