

# おぢや 入退院支援連携ガイド

第 4 版  
小千谷市在宅医療介護連携協議会  
小千谷市魚沼市医師会

## 改訂履歴

版数	発行月	改訂履歴
第1版	2023年1月	初版発行
第2版	2023年5月	第1版7資料の11ページ退院・退所情報提供書を退院・退所情報記録書に変更
第3版	2024年5月	第2版4ページ〈入退院支援加算における「退院困難な要因」の基準〉を変更、5ページ表の退院前カンファレンス枠に「わたしの思い生き方ノート」の提示を追加、13ページ診療報酬、介護報酬の改正に伴う変更。
第4版	2025年5月	第3版2ページ〈入退院支援連携のプロセス〉表中の語句を変更、9ページ入院情報提供書を変更、13ページ小千谷地域入院時情報共有シートを追加、15ページ小千谷市統一特別養護老人ホーム標準入所申込書を追加

## 〈目次〉

1. ガイドの目的	・・・ 1
2. ガイドの対象範囲	・・・ 1
3. 入退院支援連携のプロセス	・・・ 2
(1) ケアマネジャーがいる場合	・・・ 2
(2) ケアマネジャーがいない場合	・・・ 3
4. 退院支援が必要な患者の例	・・・ 4
5. 情報共有が必要な項目	・・・ 5
6. 入退院支援連携窓口（小千谷市・長岡市等の病院）	・・・ 6
7. 資料	・・・ 8
(1) 小千谷市統一書式（ケアマネジャー用）	・・・ 9
・入院情報提供書	・・・ 9
・退院・退所情報記録書	・・・ 11
・医師とケアマネジャーとの連絡票	・・・ 12
・小千谷地域入院時情報共有シート	・・・ 13
・小千谷市統一特別養護老人ホーム標準入所申込書	・・・ 15
(2) 入退院支援における連携・調整に関する主な報酬	・・・ 20
8. 参考文献	・・・ 21
9. 入退院支援に関する取り組み経過	・・・ 22
(1) 入退院支援勉強会	・・・ 22
(2) 入退院支援連携ワーキング	・・・ 24

# 1. ガイドの目的

地域住民が入院しても安心して生活の場に戻ることができるよう、医療・介護関係多職種が連携し、切れ目のない支援が行われることを目指し作成しました。

このガイドは組織や職種を越え、地域の医療・介護関係者が協働し作成したものです。今後も地域で協議を継続し修正を重ね、入退院支援連携における医療・介護関係多職種の連携構築の一助となるものです。



# 2. ガイドの対象範囲

小千谷市の居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センター、小千谷市内および長岡市内の病院、小千谷市福祉課を対象とします。

なお、ケアマネジャー等がこのガイドを活用し、上記以外の医療機関と連携を行うことを妨げません。



### 3.入退院支援連携のプロセス

(1)ケアマネジャーがいる場合 \*各時系列での情報共有が必要な項目はP5をご覧ください。

病院	時系列	ケアマネジャー
	在宅	<ul style="list-style-type: none"> <li>○事業対象者・要支援・要介護認定者（以下本人という）・家族へ入院したら直ぐにケアマネジャーに連絡をしてもらおうようお願いしておく</li> <li>○ケアマネジャーの名刺を医療保険証や介護保険証お薬手帳と一緒にに入れておいてもらう</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○本人または家族から入院したことをケアマネジャーに連絡するよう促す</li> <li>○担当ケアマネジャーを確認し入院連絡（入院診療計画書の内容程度）</li> <li>○院内退院支援カンファレンス（入院7日以内に開催）終了後ケアマネジャーに情報提供</li> </ul>	入院時	<ul style="list-style-type: none"> <li>○「入院情報提供書」「ケアプラン」を病院へ情報提供（原則3日以内、最大7日以内）</li> <li>○必要に応じ、事業対象者・要支援認定者についても情報提供を行う</li> <li>※情報提供は書面持参や郵送、FAXで行うが、必要に応じ口頭や電話で追加情報を伝える</li> <li>○訪問診療、各サービス提供事業所等へ連絡</li> </ul>
○具体的な治療方針や治療予定、入院見込み期間が決まったらケアマネジャーに連絡	入院中	○必要に応じ病院へ出向き退院退所情報記録書等を活用し退院に向けた情報収集、アセスメント
<p><b>中間カンファレンスとは</b> 治療経過、病状、ADL等本人の状態をふまえて生活状況を共有し今後の目標を立てるため協議するもの</p>	<p><b>中間カンファレンス開催の必要性について相談</b></p> <p>〈開催例〉①本人・家族の状況に変化がある場合 ②多職種で方向性を検討する必要がある場合</p> <p>〈目的〉①退院に向けた目標立案 ②方向性の検討（多職種カンファレンス）</p>	
○中間カンファレンス開催調整		○中間カンファレンス参加調整
<p><b>※中間カンファレンス開催（院内多職種カンファレンスへの参加、IC*に同席等）</b></p> <p><b>IC*とは、インフォームドコンセントの略で、医師が患者に対して診療の目的や内容を十分に説明し、患者の同意を得た上で治療に当たること。</b></p>		
<ul style="list-style-type: none"> <li>○方向性が決まったらケアマネジャーに連絡</li> <li>○退院前・後訪問指導の必要性について検討</li> </ul>	入院中	○情報収集、アセスメントを行い、必要に応じ本人・家族と相談を開始
<p>※医療系サービスの必要性についてアセスメント (往診・訪問歯科診療・訪問看護・訪問薬剤指導・訪問リハビリ・訪問栄養管理)</p>		
<p><b>退院前カンファレンス開催の必要性について相談</b></p> <p>〈開催例〉①本人・家族の状況に変化がある場合、②新たにサービスを導入する場合</p> <p>〈目的〉安定した在宅生活に復帰するために、情報交換と共有をする</p>		
<p>◎カンファレンス形式でなくとも、ケアマネジャーの病院訪問や電話等で、病院と十分に情報交換し、退院後の生活の支援について共有</p>		

○退院予定・目途が決まりしだいケアマネジャーに連絡 ○退院前カンファレンス開催調整	<b>退院準備</b> 	○サービス調整・ケアプラン（案）作成 ○退院前カンファレンス参加調整
<b>※退院前カンファレンス開催（本人・家族、ケアマネジャー、病院スタッフ）</b>		
○看護サマリーの提供 ○必要に応じリハビリ科・栄養科等サマリー提供	<b>退院</b>	○ケアプランの提供 ○サービス担当者会議開催
【転院：急性期病院⇄回復期病院】 ○転院の際は、転院日程をケアマネジャーに連絡 ○在宅の情報を必要に応じて転院先に引き継ぐ（入院情報提供書の写しによる提供可） ○転院先は必要に応じてケアマネジャーから情報収集を行う	<b>転院</b>	【転院：急性期病院⇄回復期病院】 ○必要に応じ転院先の病院と情報共有を行う

## (2)ケアマネジャーがない場合

病院	時系列	居宅支援事業所	地域包括
○本人・家族からケアマネジャーがないことを確認 ○必要に応じ本人の了承のもと、地域包括支援センターへ介入の有無や経過を確認	<b>入院時</b> 		○左記依頼により情報提供 ○家族、親族との相談対応後に情報提供
○院内退院支援カンファレンス（入院7日以内に開催）にて退院支援の必要性を評価 ○本人・家族と退院支援担当者は退院後の生活を相談 ○退院の方向性の確定後、介護保険サービスが必要な場合は本人・家族に介護保険申請を勧め、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 ○退院後の相談先として地域包括の案内 ○退院前・後訪問指導の必要性について検討	<b>入院中</b> 	○退院直後より暫定居宅介護サービス計画作成が必要な場合、情報収集アセスメント  ○必要に応じて病院への訪問、本人・家族と面談	○要支援認定があり、退院後よりサービス利用が必要な場合の相談  ○包括にて家族、親族との総合相談対応 ○退院後の複合的な課題のある方の総合相談対応
※医療系サービスの必要性について相談（往診・訪問歯科診療 訪問看護・訪問薬剤指導・訪問リハビリ・訪問栄養管理）		<b>対象ケースに応じ、ケアマネジャーがいる場合に準ずる</b>	
※退院前カンファレンス開催の必要性について相談			

## 4. 退院支援が必要な患者の例

病状	・ターミナル期（がん、慢性疾患等） ・誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症	・難病 ・認知症の周辺症状や理解力の低下	・脳血管疾患	・骨折
保険	・新たに介護申請または区分変更が必要 ・医療保険未加入者または生活困窮者			
ADL	・立ち上がりや歩行に介助、補助具を要する ・リハビリの継続が必要	・食事、排泄、入浴に介助が必要 ・内服管理ができない	・入院前に比べ低下した場合	
介護者	・独居かそれに近い状態で、買い物や調理や掃除等に介助が必要 ・同居者の有無に関わらず必要な介護を提供できる状態にない ・キーパーソンが不在 ・キーパーソンに理解力がない ・虐待を受けているまたはその可能性がある			
医療処置	・新たに処置が必要（吸引、経管栄養、褥瘡、気管切開、ストマ、フォーレ、麻薬管理、在宅酸素、ペースメーカー等）			
入院形態	・入退院を繰り返している（誤嚥性肺炎や心不全、介護力不足等）			
その他	・住宅改修が必要 ・退院後の受診に介助や往診が必要 ・退院後の生活に不安を感じる時			

\* つばめ・やひこ入退院連携ガイドを参考に加筆

### 【参考】〈入退院支援加算における「退院困難な要因」の基準〉

- 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 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること  
又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること  
(特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者、及び65歳以上のものに限る。)
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ 強度行動障害の状態の者
- カ 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
- キ 生活困窮者であること
- ク 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)
- ケ 排泄に介助を要すること
- コ 同居者の有無に関わらず、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
- サ 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
- シ 入退院を繰り返していること
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ その他患者の状況から判断して「ア」から「ソ」までに準ずると認められる場合

## 5. 情報共有が必要な項目

病院	時系列	ケアマネジャー
<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院の原因、現状、治療状況</li> <li>○入院見込み期間（入院診療計画の内容）</li> <li>○退院後の在宅生活が続くことができる必要な要件を確認</li> </ul>	<b>入院時</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院前の生活状況、身体・精神機能、ADL・IADL、住環境、家族状況や意向、サービス利用状況、服薬状況、主治医情報（一部介助はどこまでできるか特記する）</li> <li>○本人の生活に関する意向(どんな暮らしをしたいと思っていたか)</li> <li>○在宅介護の問題点（家族関係、経済状況、サービス資源不足等）</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○I.C内容や治療経過と本人や家族の受け止めや意向</li> <li>○病状、本人の身体・精神・ADL状況</li> <li>○病状に対する課題、予後予測、目標、医学的管理、医療処置、継続看護の必要性、リハビリや栄養管理の視点</li> <li>○禁忌事項</li> <li>○転院方針があれば連絡</li> </ul>	<b>入院中</b>  <b>中間            カンファレンス</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○在宅生活が続くことができる必要な要件</li> <li>○治療、医療処置内容、予後予測の確認</li> <li>○身体・精神機能、ADL・IADLの変化の確認</li> <li>○病状の経過、本人や家族の受け止めや理解</li> <li>○本人や家人が在宅復帰への意欲があるか</li> <li>○在宅復帰に向けて介護力の確認や介護保険区分変更の申請要否、サービス調整の必要性</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○病状に対する課題、予後予測、目標、医学的管理、医療処置、継続看護の必要性、リハビリや栄養管理の視点と継続の必要性</li> <li>○禁忌事項</li> </ul>	<b>退院            準備</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>○身体・精神状況に合わせた介護サービスの提案と新たな生活スタイルの提案</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○入院中の経過、退院後の生活上の留意点、予後予測、目標、医学的管理医療処置、看護・リハビリ・栄養管理の視点</li> <li>○禁忌事項</li> <li>○受診の目安や急変時の対応について</li> <li>○通院先、次回再診について</li> <li>○本人や家族への病状に対する説明と指導した内容の理解状況と受け止め</li> <li>○退院日の決定</li> </ul>	<b>退院前            カンファレンス</b> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ケアプラン（案）の提示と予後予測のアセスメント、本人の有する能力に応じた自立支援に向けたマネジメント</li> <li>○本人や家族の最終意向確認</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>○必要時、転院または死亡の場合の連絡</li> </ul>	<b>退院</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○変更があった場合はケアプランの提示</li> </ul>

**本人や家族の意向をつなぎ共有していくことが重要**

## 6. 入退院支援連携窓口

(令和7年6月現在)

### 〈小千谷市の病院〉

病院名	小千谷総合病院	小千谷さくら病院
所在地	〒947-8701 小千谷市大字平沢新田111	〒947-0041 小千谷市小栗田2732
TEL(代表)	0258-81-1600	0258-83-2680
TEL(直通)	—	0258-83-0618
FAX	0258-81-1602(直)	0258-83-4416
E-mail	—	socialworker@sakurahp.com
担当部門 職種	患者サポートセンター MSW/退院支援看護師	地域連携室 MSW
入院時情報 提供窓口	患者サポートセンター	地域連携室
提出方法	持参・郵送・FAX	持参・郵送・FAX
入院中情報 共有窓口	患者サポートセンター	地域連携室
入退院支援に 関する窓口	患者サポートセンター	地域連携室/MSW
留意事項	休診日、時間外での情報提供は病棟へお願いします。	休診日、時間外での情報提供は病棟へお願いします。

### 〈長岡市の病院〉

病院名	長岡赤十字病院	長岡中央総合病院	立川総合病院	長岡西病院
所在地	〒940-2085 長岡市千秋2-297-1	〒940-8653 長岡市川崎町2041	〒940-8621 長岡市旭岡1-24	〒940-2081 長岡市三ツ郷屋町371-1
TEL(代表)	0258-28-3600	0258-35-3700	0258-33-3111	0258-27-8500
TEL(直通)	—	—	—	0258-27-8711
FAX	0258-28-9060(直通)	0258-35-3786(直通)	0258-86-0370	0258-27-8516
E-mail	fukushi@nagaoka.jrc.or.jp	—	—	—
担当部門 職種	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援看護師/MSW	地域連携支援部 退院支援看護師/MSW	退院支援看護師 医療相談室(MSW)	医療福祉相談室 地域医療連携室 MSW/入院調整看護師
入院時情報 提供窓口	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室	地域連携支援部	入退院支援部門	医療福祉相談室
提出方法	持参・郵送・FAX (FAXは原本をご郵送ください)	電話/持参・郵送・FAX	持参・郵送・FAX (FAXは原本をご郵送ください)	持参・郵送・FAX
入院中情報 共有窓口	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室	地域連携支援部	退院支援看護師	医療福祉相談室
入退院支援に 関する窓口	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室	地域連携支援部	退院支援看護師	医療福祉相談室
留意事項	入院時情報提供はできるだけFAXでお願いします。 FAXは多職種と兼用のため、宛名の記載をお願いします。	窓口不明の場合は地域連携支援部MSWへ連絡ください。	FAXは医事課など他部署と兼用のため、宛名の記載をお願いします。	

病院名	悠遊健康村病院	吉田病院	長岡保養園	田宮病院
所在地	〒940-2138 長岡市大字日越337	〒940-0053 長岡市長町1-1668	〒940-1111 長岡市町田町575	〒940-2183 長岡市深沢町2300
TEL(代表)	0258-47-8500	0258-32-0490	0258-32-4040	0258-46-3200
TEL(直通)	—	—	なし	0258-46-2310
FAX	0258-47-8532	0258-36-5032	0258-32-5778 (相談室直通)	0258-46-3206(直)
E-mail	—	tiiiki-soudan@yoshida-h.or.jp	hoyouen-sw@i-shiseikai.or.jp	—
担当部門 職種	医療福祉相談室 MSW	地域医療相談室 ケースワーカー	相談室 MSW	地域医療連携室 看護師/SW
入院時情報 提供窓口	医療福祉相談室	地域医療相談室	相談室	地域医療連携室 SW
提出方法	持参・郵送・FAX	持参・郵送・FAX・email	FAX・郵送	持参・郵送・FAX
入院中情報 共有窓口	医療福祉相談室	地域医療相談室	相談室	地域生活支援室 SW
入退院支援に 関する窓口	医療福祉相談室	地域医療相談室	相談室	地域生活支援室 SW
留意事項			平日 8:40~17:00 土曜日 8:40~13:00	電話対応受付時間 月~金(祝日以外) 9:00~16:00

病院名	新潟県立精神医療センター	三島病院
所在地	〒940-0015 長岡市寿2-4-1	〒940-2302 長岡市藤川1713-8
TEL(代表)	0258-24-3930	0258-42-2311
TEL(直通)	—	
FAX	0258-24-3891	0258-42-2311
E-mail	—	soudan@mishima-hospital.or.jp
担当部門 職種	医療福祉科 PSW	地域医療室 精神保健福祉士
入院時情報 提供窓口	ケースワーカー	地域医療室 精神保健福祉士
提出方法	持参・郵送・FAX	FAX 郵送
入院中情報 共有窓口	ケースワーカー	地域医療室 精神保健福祉士
入退院支援に 関する窓口	ケースワーカー	地域医療室 精神保健福祉士
留意事項	緊急時以外はケースワーカーにお願いします。	

# 7. 資料

## (1) 小千谷市統一書式（ケアマネジャー用）

- ・入院情報提供書
- ・退院・退所情報記録書
- ・医師とケアマネジャーとの連絡票
- ・小千谷地域入院時情報共有シート
- ・小千谷市統一特別養護老人ホーム標準入所申込書

## (2) 入退院支援における連携・調整に関する主な報酬

# 入院情報提供書

入院時情報提供書(ケアマネジャー→医療機関)

病院 担当者 様

(記入日: 年 月 日 / 入院日: 年 月 日)

利用者(患者) / 家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。ぜひご利用ください。

担当ケアマネジャー名	(フリガナ)	電話番号	
居宅介護支援事業所名		FAX番号	

## 1.利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女	
		生年月日	大・昭・平	年	月 日生	
住所		電話番号				
		エレベーター	□なし □あり( )			
住環境 <small>可能ならば「写真」 などを添付</small>	□戸建て □集合住宅(2階居住) ・住まいに関する特記事項( )					
入院時の要介護度	□要支援( ) □要介護( ) □申請中 □未申請					
認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M					
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2					
介護保険の自己負担割合	□1割 □2割 □3割	障害など認定	□なし □あり( )			
年金などの種類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他( )					
サービス利用状況 (頻度・事業所等)						

## 2.家族の情報について

家族構成		家族状況  (主介護者 キーパーソン 連絡先等)
------	--	--------------------------------------

## 3.本人・家族の意向について

本人の性格 / 趣味・関心領域など	
本人の生活歴	
本人・家族の意向	
人生の最終段階における医療・ケアに関する意向の話し合い	□ 本人・家族との話し合いを実施している □ わたしの想い生き方ノートに記載あり
	□ 最終実施日: 年 月
	話し合いの参加者: 内容:
	□ 話し合いを実施していない (□ 本人からの話し合いの希望がない □ それ以外)

## 4.今後の生活展望について(ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件 (家族の介護力)	
家族や同居家族等による虐待の疑い	□ なし □ あり ( )
特記事項 (特に注意すべき点など)	

5.身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助						
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助						
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助						
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助						
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助						
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助						
	Pトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時									
	オムツ／パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時									
食事内容	食事回数	・朝:___時頃 ・昼:___時頃 ・夜:___時頃				食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )				
	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり									
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
睡眠の状態		良	不良		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	時間／日			
喫煙量		本くらい／日あたり			飲酒量	合くらい／日あたり					
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )					
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:						
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難							
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他( )									
疾患歴		<input type="checkbox"/> なし									
入院歴	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(R 年 月 日～R 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明									
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い／繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて									
医療処置		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 自己注射( ) <input type="checkbox"/> その他( )									

6.お薬について

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	在宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種: )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(・管理者: _____ ・管理方法: _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する特記事項			

7.かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名 医師名等	
--------------------	--

8.カンファレンスについて(ケアマネからの希望)

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望( )
<b>貴病院から、他病院へ転院される場合は、この情報提供書を転院先へお渡しください。(写し可)</b>	

退院が決まり次第、ご連絡いただきますようお願い申し上げます。

# 退院・退所情報記録書

## 1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 ( <input type="checkbox"/> 要区分変更 )			
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ( )・要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
入院(所)概要	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日							
	入院原因疾患 (入所目的等)							
	入院・入所先		施設名		棟 室			
	今後の医学管理		医療機関名：		方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定( ) 不安定( )	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ( )						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( )					UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ( )					眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ( )						
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
	<本人> 退院後の生活に関する意向							
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方							
	<家族> 退院後の生活に関する意向							

## 2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)			
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
症状・病状の予後・予測							
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		<small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small>					
在宅復帰のために整えなければならない要件							
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)					会議出席
1	年 月 日						無・有
2	年 月 日						無・有
3	年 月 日						無・有

## 医師とケアマネジャーとの連絡票（返信兼用）

年 月 日

医療機関名	
医 師	
電話番号	(        )        -
FAX番号	(        )        -



事業所名	
担当者名	
電話番号	(        )        -
FAX番号	(        )        -

下記利用者様のケアマネジャーをさせていただいております。  
 専門的意見及び注意を要する事項等、ご意見をいただきたく存じます。  
 恐れ入りますが、＜医師回答欄＞にご記入のうえ返信をいただくか、電話でのご回答をお願いいたします。

利用者名	介護度    要支援    1・2 要介護    1・2・3・4・5
様（男・女）	生年月日    T   S        年    月    日（歳）

連絡内容	1. 担当のケアマネジャーになった挨拶 2. 利用者の医療情報の確認 3. サービス担当者会議への出席依頼 4. ケアプランについて 5. その他
------	---------------------------------------------------------------------------------------

＜ケアマネジャー記入欄＞

	返 信
	要 ・ 否

＜医師回答欄＞

年 月 日

**医師名** \_\_\_\_\_

※必ずご記入をお願い致します。

# 小千谷地域入院時情報共有シート

印刷日

氏名	オチヤ 小千谷 太郎	タロウ	施設名		記入者名(職種) ( )	変更確認
生年月日	年齢		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	要介護認定	
家族構成	キーパーソン：		身長	cm	体重	Kg
			連絡先	①氏名	続柄 ( )	
				TEL		
				②氏名	続柄 ( )	
				TEL		
③氏名	続柄 ( )					
TEL						
入院までの経過						
既往歴						
処方内容 ※資料添付可						
アレルギー				ワクチン接種 最終接種日		
食物 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				新型コロナウイルス		
薬剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				インフルエンザ		
その他 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				その他		
感染症				治療や生活に関する患者・家族 ( )の希望		
梅毒 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未						
HBs抗原 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未						
MRSA <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未						
HCV抗体 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 未				その他 <input type="checkbox"/> 有 ( )		
身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 障害名				級		
身体損傷	・痰の喀出困難 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (吸引回数 回/日 )					
	・呼吸困難 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (酸素流量 L/min )					
	・皮膚の乾燥 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (処置 )					
	・粘膜の損傷 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 口腔 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 肛門 <input type="checkbox"/> その他 状態: )					
	・皮膚創 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 処置 )					
	・浮腫 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )					
	・褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位 処置 )					
栄養	1. 食事・摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 内容・量( )					
	・形態 主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	副食 <input type="checkbox"/> 常菜 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 極きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	・トロミ加工 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 薄いトロミ <input type="checkbox"/> 中間のトロミ <input type="checkbox"/> 濃いトロミ ) ※小千谷地域食支援連携ワール参照					
・治療食 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )						

栄 養	・食事の回数( )回/日	・食欲 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	理由( )	変更確認
	・食事提供量 主食 ( ) 副食 ( )	・食事摂取量 ( )		
	2.水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
	3.義歯の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (上: <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 無 下: <input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 無 )			
	持参 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	4.口腔の異常 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )			
排 泄	1.排尿 尿意( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	・排尿回数 ( )回/日 夜間 ( )回/21時~6時			
	・排尿時の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 血尿 <input type="checkbox"/> 残尿感 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 排尿時痛 <input type="checkbox"/> その他 )			
	・チューブ類の挿入 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( ) 挿入日: 年 月 日			
	2.排便 便意( <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
	<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"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ( )			
	・排便回数 ( )回/ 日 最終排便 月 日			
	・排便時の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 下痢 <input type="checkbox"/> 便秘 <input type="checkbox"/> 便失禁 <input type="checkbox"/> 残便感 <input type="checkbox"/> 血便 <input type="checkbox"/> 痔核 <input type="checkbox"/> その他 )			
	・便秘時処置 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )			
身 体 機 能 / A D L / B I	1.拘縮 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 )			
	2.麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> その他 )			
	3.入院前の日常動作・移動能力	備考		
	・寝返り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	・起き上がり <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	・坐位保持 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	・移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> T字杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 普通型車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング型車椅子			
	・食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	・移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	・整容 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	・トイレ動作 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	・入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )			
	<input type="checkbox"/> 一般浴槽 <input type="checkbox"/> 座浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴			
・平地歩行 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一人介助で歩く <input type="checkbox"/> 車椅子で自立 <input type="checkbox"/> 全介助				
・階段 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )				
・更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 ( )				
・排便管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (時々失敗) <input type="checkbox"/> 全介助 ( )				
・排尿管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (時々失敗) <input type="checkbox"/> 全介助 ( )				
知 覚 / 認 知	1.見当識障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 人物 <input type="checkbox"/> 場所 <input type="checkbox"/> 時間			
	2.認知の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 集中力低下 <input type="checkbox"/> 感情失禁 <input type="checkbox"/> 無気力 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 夜間不穏		
		<input type="checkbox"/> 錯乱 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他( )		
		<input type="checkbox"/> 危険行動 対応策 ( )		
	3. 感覚 ・視覚の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> コンタクトレンズ ) (持参 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )			
・聴覚の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( <input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 ) (持参 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 )				
・嗅覚の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
・味覚の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
・触覚の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
4.コミュニケーション障害 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				
・特殊なコミュニケーション手段 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				

施設受付者記入： 年 月 日

**小千谷市統一**

## 特別養護老人ホーム 標準入所申込書

(施設名) ※申し込みを行いたい施設の□にチェック (☑) をご記入ください。

**【広域型】**

- 特別養護老人ホーム小栗田の里
- 特別養護老人ホームあおりの里
- 特別養護老人ホームおぢやさくら
- 特別養護老人ホーム雪あかり
- 特別養護老人ホーム春風堂

**【地域密着型】** ※地域密着型は市内に住所のない方は申し込みができませんのでご注意ください。

- 地域密着型介護老人福祉施設ときみずの家
- 特別養護老人ホーム片貝さくら
- 地域密着型介護老人福祉施設千谷島の家
- 地域密着型介護老人福祉施設つつじガーデン小千谷
- モス・コーラ特別養護老人ホーム

施設長 様

申 込 者  
(連 絡 先)

住 所	〒 -
(フリガナ) 氏 名	..... (入所希望者との続柄 ; )
電話番号	TEL ( )

貴施設に入所したいので、次のとおり申し込みます。

入所希望者 氏 名	.....(フリガナ).....		性 別	男 ・ 女	
			生年月日	T・S 年 月 日 ( 歳)	
現 住 所	〒 -		行政区 ( ) TEL ( )		
介 護 保 険	被保険者番号		保 険 者 名	<input type="checkbox"/> 小千谷市 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
	要 介 護 度	1・2・3・4・5	認定期間	年 月 日 ~ 年 月 末日	
	居宅介護支援事業所		介護支援専門員名		
申 請 理 由	介護が必要となった主要疾患名		利用者の状態と家庭介護の状況など		

入所希望の意向	<input type="checkbox"/> 今すぐ入所したい <input type="checkbox"/> 年      月頃までに入所したい <input type="checkbox"/> 他の施設にも申し込んである
健康保険	国保・後期高齢・その他（      ）
年金等	種別
障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（ <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育）
現況	<input type="checkbox"/> 自宅（単身・同居）・・・・・・・・主介護者 _____ <input type="checkbox"/> 施設（病院）に入所（入院）中・・・名称 _____（      年      月      日～） <input type="checkbox"/> その他（      ）
利用中のサービス	<input type="checkbox"/> 短期入所生活介護（ショートステイ） <input type="checkbox"/> 通所介護（デイサービス） <input type="checkbox"/> 訪問介護（ホームヘルプ） <input type="checkbox"/> その他
医療の状況	<input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門） <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> その他（      ）

身元引受人		続柄	住所 〒	電話
勤務先	電話（      ）			
第2連絡先		続柄	住所 〒	電話
勤務先	電話（      ）			

家族構成（同一生計者）

氏名	続柄	性別	生年月日	職業（勤務先）	電話番号

同居していない扶養義務者（利用者の子）

氏名	続柄	性別	生年月日	住所	電話番号

<添付書類>

- ①介護保険証の写し
- ②介護支援専門員の意見書



# 介護支援専門員意見書

(在宅施設の介護支援専門員及び施設・病院等の相談業務を担当している者も含む)

## 入居希望者氏名

### 1 本人の状況

要介護度	5	4	3	2・1
要介護度の有効期間	年 月 日 から 年 月 日			

認知症等による不適応行動	非常に多い	やや多い	少しあり	なし
--------------	-------	------	------	----

### 2 在宅サービスの利用度

在宅サービス利用限度額割合	60%以上	50%以上	30%以上	30%未満
---------------	-------	-------	-------	-------

### 3 主たる介護者・家族等の状況

①世帯の状況	独居世帯	高齢者のみの世帯	その他 ( )
②主たる介護者の年齢・続柄	歳 (続柄: )		
③介護者の障害・疾病	なし	あり ( ) 介護は困難・多少は介護・介護は可能	
④介護者の就労	なし	あり(職種等 ) 8時間以上又は 高齢で就労不能・4～8時間・4時間未満	
⑤介護者の育児・家族の病気	なし	あり ( ) 週4日以上・週1～2日程度・月2～3日程度	
⑥他の同居介護補助者	なし	あり(続柄: 日/週程度)	
⑦別居血縁者の介護協力	なし	あり(続柄: 日/週程度)	

### 4 特記事項

--

作成日 年 月 日

作成者所属 \_\_\_\_\_

担当者 \_\_\_\_\_

## 【作成上の留意事項】

### 1 「認知症等による不適応行動」

認定調査における行動に関連する項目のうち

{ 「夜間不眠や昼夜が逆転している」・「1人で外に出たがり目が離せない」・「火の始末や火元の管理ができない」・「ろう便行為等の不潔行為がある」・「異食行為がある」 }

に関する項目に「ある」又は「ときどきある」が1つ以上ある場合で

「非常に多い」…毎日ある場合/「やや多い」…週に1～2回以上ある場合

「少しあり」…月に1～2回程度ある場合

を目安として判断する。

### 2 在宅サービスの利用度

サービス利用票別表に基づく支給限度基準額に対するサービス利用額の割合をいう。

(サービス利用単位数/区分支給限度基準額単位数×100)

算定の期間については概ね3か月を標準とし、平均利用割合により判断する。

算定の対象となるサービスは、次のとおりとする。

訪問介護、訪問入浴介護、訪問看護、訪問リハビリテーション、通所介護、通所リハビリテーション、短期入所生活介護、短期入所療養介護、小規模多機能型居宅介護、福祉用具貸与等

### 3 「②介護者の障害・疾病」

「介護は困難」…………… 介護者が障害や疾病のため要介護者の排泄、入浴、移動、着替え、食事などのADL全般の援助が困難な場合。

「多少は介護」…………… 介護者が障害や疾病のため概ね2つ程度のADL援助ならばできる場合。

「介護は可能」…………… 介護者に障害や疾病はあるがADL全般の援助・介護が可能な場合を目安として判断する。

※ 他の医療機関や入所施設等に現在入院（所）している申込者の評価基準算定は、原則として退院（所）後に予想される状況で判断する。

## (2) 入退院支援における連携・調整に関する主な報酬

医療機関（診療報酬）	入院前  入院  中間 カンファレンス  ～  退院前 カンファレンス  退院	ケアマネジャー（介護報酬）
<p>◇入院時支援加算1 退院時1回 240点 入院時支援加算2 退院時1回 200点 (上記に加え)入院事前調整加算 200点 特別な状態の方のみ 入院予定患者に対し、入院前にアセスメントを実施、入院中の療養支援計画を立案、患者及び病棟等のスタッフと共有した場合。入退院支援加算算定が前提。</p> <p>◇入退院支援加算1 退院時1回 一般病棟 700点 療養病棟 1300点 入院から3日以内に退院困難な患者を抽出、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施、退院支援計画を立案、退院支援を実施した場合(退院困難な患者P4参照)。</p> <p>入退院支援加算2 退院時1回 一般病棟 190点 療養病棟 635点 入院から7日以内に退院困難な患者を抽出、以後入退院支援加算1と同様。</p> <p>◇介護支援等連携指導料 入院中2回 400点 入院している病院の医師等とケアマネジャーが共同し退院後に利用が望ましいサービス等について説明及び指導をした場合。</p> <p>◇退院時共同指導料2 入院中1回 400点 入院している病院の医師等が退院後の在宅療養を担当する医師等と共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合。 <b>+300点</b> 入院している病院の医師および退院後の在宅療養を担当する医師が共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合。 <b>+2000点</b> 入院している病院の医師等が退院後の在宅療養を担当する医師等のうち3者以上と共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合。</p> <p>◇退院前訪問指導料 580点 医師、看護師、理学療法士等が入院中または退院日に患者を訪問し家屋評価を実施し、生活指導を行った場合。</p> <p>◇診療情報提供料Ⅰ 250点 ◇退院時リハビリテーション指導料 300点 ◇退院時薬剤情報管理指導料 90点</p> <p>◇退院後訪問指導料 580点 訪問看護同行加算 20点 入院していた病院の医師の指示を受けた病院の看護師等が患者、介護保険施設等において患者の看護に当たる者に対し、在宅での療養上必要な指導を行った場合。</p>		<p>◇入院時情報連携加算Ⅰ 月1回 250単位 入院した日(*)のうちに必要な情報提供した場合 (*:入院日以前の情報提供を含む。営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合に入院日の翌日を含む)。</p> <p>入院時情報連携加算Ⅱ 月1回 200単位 入院した日の翌日又は翌々日(*)のうちに必要な情報提供した場合(*:営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目までが営業日でない場合は、その翌日を含む)。</p> <p>◇退院・退所加算Ⅰ 入院中1回 (イ) 450単位 (ロ) 600単位 退院・退所加算Ⅱ 入院中1回 (イ) 600単位 (ロ) 750単位 退院・退所加算Ⅲ 入院中1回 900単位 退院・退所時に病院等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報提供を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の調整を行った場合(情報収集の方法や回数等への算定要件あり)。</p> <p>◇看取り期におけるサービス利用前相談・調整に係る居宅介護支援費算定 居宅サービス利用に向けてケアマネジャーが利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったが利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合。</p> <p>◇緊急時等居宅カンファレンス加算 月2回 200単位/回 病院や診療所の医師または看護師等と共に利用者宅を訪問しカンファレンスを実施し、サービス利用に関する調整を行った場合。</p> <p>◇特定事業所医療介護連携加算 月1回 125単位 病院等との連携回数やターミナルケアマネジメント加算の算定回数等の算定要件あり。</p>

## 8. 参考文献・資料

(1) つばめ・やひこ入退院連携ガイド

(平成30年3月 燕市 弥彦村 燕市医師会)

(2) けんおう入退院連携ガイド

(令和4年3月けんおう入退院連携検討会)

(3) 入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き

(平成29年3月株式会社日本能率協会総合研究所)

(4) 令和4年診療報酬改定

令和3年介護報酬改定

令和6年介護報酬改定・診療報酬改定

## 9. 入退院支援に関する取り組み経過

### (1) 入退院支援勉強会

	開催日	場所	内容
1	平成30年 2月27日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「高齢社会と高齢者の疾病」</p> <p>小千谷総合病院福祉連携センター（在宅医療・介護連携支援センター） センター長 家里裕 氏</p> <p>「小千谷総合病院における退院支援の取り組みについて」</p> <p>小千谷総合病院 患者サポートセンター MSW 安部充美 氏</p> <p>グループワーク(退院支援における多職種連携の理想のかたちにつながるために必要なことは何か意見交換)</p>
2	平成30年 7月12日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「高齢者の糖尿病」</p> <p>小千谷総合病院 内科部長 田沼厚人 氏</p> <p>「糖尿病教室の紹介」</p> <p>小千谷総合病院 糖尿病療養指導士（看護師） 瀧澤華織 氏</p> <p>グループワーク(前回グループワークで出された目標や課題を基にそれぞれどんな取り組みができるか意見交換)</p>
3	平成30年 12月6日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「長岡地域急性期病院の入退院支援の取り組み」</p> <p>1. 長岡赤十字病院 地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室 看護師長 池田道子 氏 地域連携福祉支援課 係長 鎌田瑞樹 氏</p> <p>2. 立川総合病院 退院支援部門 看護主任 坂牧芳 氏</p> <p>3. 長岡中央総合病院 地域連携支援部 患者サポート室 ソーシャルワーク科主任 荒川和也 氏</p> <p>グループワーク（意見交換）</p>
4	平成31年 3月13日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「小千谷総合病院の機能と役割」</p> <p>小千谷総合病院 病院長 高橋達 氏</p> <p>「小千谷総合病院患者サポートセンターの機能」</p> <p>小千谷総合病院 患者サポートセンター 平沢小百合 氏</p> <p>小千谷総合病院 患者サポートセンター MSW 安部充美 氏</p>
5	令和元年 7月23日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「小千谷さくら病院の機能と役割」</p> <p>小千谷さくら病院 病院長 山崎 元義 氏</p> <p>「小千谷さくら病院ってどんなところ??」 ～各病棟の様子・取り組み等について～</p> <p>小千谷さくら病院 看護主任 蛭沢みゆき 氏 米岡淳美 氏 田中紀子氏</p> <p>「小千谷さくら病院 地域連携室の紹介」</p> <p>小千谷さくら病院 地域連携室 主任 医療ソーシャルワーカー 高野匠 氏</p>

	開催日	場所	内容
6	令和3年 7月9日	Web研修	<p>「小千谷地域退院支援勉強会の経過」</p> <p>小千谷市在宅医療・介護連携支援センター</p> <p>「つばめ・やひこ入退院連携ガイドを通して深まる連携」</p> <p>弥彦村地域包括支援センター 管理者 主任介護支援専門 小林千恵子 氏</p> <p>燕・弥彦医療介護センター 副センター長 看護師 伊藤理加 氏</p> <p>「小千谷市版入退院連携ガイド（仮）の作成に向けて」</p> <p>小千谷市在宅医療介護連携協議会事務局(小千谷市福祉課高齢福祉係)</p> <p>小千谷市在宅医療・介護連携支援センター</p>
7	令和4年 12月7日	Web研修	<p>「おぢや入退院支援連携ガイド作成の経過」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援連携に関する調査の結果報告</li> <li>・入退院支援連携ワーキングの経過</li> </ul> <p>「おぢや入退院連携ガイド（案）」について</p> <p>グループワーク(意見交換)</p>
8	令和7年 2月19日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「おぢや入退院支援連携ガイド見直しの経過」</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入退院支援連携に関する調査の結果報告</li> <li>・病院の状況（長岡赤十字病院、長岡中央総合病院、立川総合病院、小千谷総合病院）</li> <li>・「おぢや入退院支援連携ガイド見直し（案）」について</li> </ul> <p>グループワーク(意見交換)</p>

※小千谷市在宅医療・介護連携支援センター(小千谷市魚沼市医師会)と小千谷市在宅医療介護連携協議会が共催で開催

## (2) 小千谷市在宅医療介護連携協議会 おぢや入退院支援連携ガイドワーキング部会

### 〈部会開催〉

開催日	内容
令和6年10月7日	第1回 アンケート実施に関わる準備検討
令和6年10月15日	アンケート実施に関わる事務局会議
令和6年10月・11月	小千谷市における入退院支援連携に関するアンケート調査実施
令和6年12月19日	第2回 アンケートのまとめと共有・意見交換
令和7年1月17日	第3回 入退院支援連携ガイド案作成・意見交換・勉強会の企画

### 〈ワーキングメンバー〉 (敬称略 50音順)

太田 大輔	(立川総合病院 医療相談室)
古賀 朝子	(ケアプランセンター サンラックおぢや)
竹田 雅史	(長岡赤十字病院 地域連携・患者サポートセンター)
西片 明日佳	(長岡中央総合病院 地域連携支援部)
早見 栄治	(小千谷総合病院 患者サポートセンター)
渡辺 陽子	(居宅介護支援事業所 片貝さくら)

### 〈事務局〉

牛木 一枝	(小千谷市福祉課 高齢福祉係)
遠間 智子	(小千谷市地域包括支援センター)
安部 充美	(小千谷市在宅医療・介護連携支援センター 〈小千谷市魚沼市医師会〉)
島村 真弓	(小千谷市在宅医療・介護連携支援センター 〈小千谷市魚沼市医師会〉)

# おぢや入退院支援連携ガイド

発行 令和5年1月初版発行  
令和5年5月第2版  
令和6年6月第3版  
令和7年6月第4版

編集 小千谷市在宅医療介護連携協議会  
小千谷市魚沼市医師会

事務局 〒947-8501 新潟県小千谷市城内2丁目7番5号  
小千谷市 福祉課  
TEL 0258-83-3517  
FAX 0258-83-4160  
E-mail fukushi@city.ojiya.niigata.jp  
URL <https://www.city.ojiya.niigata.jp/>

〒947-8701 新潟県小千谷市大字平沢新田111番地  
新潟県厚生連小千谷総合病院  
患者サポートセンター内  
小千谷市在宅医療・介護連携支援センター  
TEL 0258-81-1630 (直通)  
FAX 0258-81-1602 (直通)  
E-mail kansapo@ojiya-ghp.jp