

富士見市
ふじみ野市
三芳町の

入退院連携 ガイド

東入間地区：入退院支援ルール

2026 年 6 月第 3 版（改訂版）発行

2023 年 4 月初版発行



目 次

1. はじめに	3
2. 入退院支援ルール作成の目的	3
3. 基本ルール	4
(1) 東入間地区の入退院支援ルールとは	4
(2) ルールを利用する主な関係機関	4
(3) ルールの対象となる患者（利用者）	5
(4) ルールが想定する基本的なケース・位置づけ	5
(5) ルールの普及	5
4. ルールの内容	6
(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合	6
(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合	8
5. ご本人・ご家族へ入退院支援ルールの周知方法	10
6. 連携にあたってのマナー・エチケット	11
7. 情報共有【入・退院時連絡シート】の様式について	15
8. 【入・退院時連絡シート：東入間版】	16
(1) 入院時（ケアマネ）連絡シート記載例	20
(2) 退院時（病院）連絡シート記載例	24
9. 退院前カンファレンスのポイント	28
10. 退院前カンファレンスの進め方	29
(1) 参考：退院前カンファレンス進行シート	30
(2) 参考：指導説明書	31
11. 主治医・ケアマネジャー連絡（照会）シートについて	33
(1) 参考：連絡（照会）シート	34
(2) 参考：連絡（照会）シート記載例	35
12. 参考資料	36
(1) 介護保険の概要	36
(2) 「訪問看護の利用」は介護保険と医療保険どちらを使うのか	37
(3) 病院・施設の種類や専門職の配置について	39
(4) 介護保険施設等のリハ職の配置について	40
(5) 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬	41
(6) 医療機関問い合わせ窓口一覧表	42
(7) 病院の理念と地域包括ケアシステムに対する取組方針	44
(8) 入退院支援ワーキンググループ紹介	45
(9) 通院・入院時あんしんセット（利用者用）	46
(10) 地域包括支援センター（高齢者あんしん相談センター）	47
(11) 各市町等介護保険担当部署一覧等	49

1 はじめに

入院は、生活に大きな影響を与える出来事であり、これまでの暮らしが一時的に中断されます。特に、障がいのある方、継続した治療やリハビリが必要な方、高齢の方にとっては大きな負担となります。

医療の現場では治療が優先されるため、退院後の生活まで十分に考える時間が取れないことがあります。その結果、患者やご家族が退院後の暮らしに不安を抱くこともあります。

一方で、在宅医療や介護に携わる職種が、退院後の医療的な注意点や病状の変化について十分な情報を得られない場合、利用者や家族の生活がうまくいかず、病状の悪化や再入院につながるリスクも生じます。

市民の生活は、病院でも在宅でも一本の流れとして続いています。その流れを途切れさせないためには、医療と介護、病院と在宅が互いの専門性を生かしながら、生活に寄り添う支援をつないでいくことが重要です。こうした協働の姿勢が、住民の安心としあわせを支える力となります。



2 入退院支援ルール作成の目的



「入退院支援ルール」は、入退院時に当該者の療養生活や生活の質にかかわる重要な情報を共有し、切れ目のない支援を行うための地域の共通ルールです。

こうした状況を踏まえ、東入間（富士見市・ふじみ野市・三芳町）地区では、入退院から退院までの流れで留意すべき点をまとめた「入退院連携ガイド」を作成しました。

この入退院支援ルールは、地域全体で住民の入院・退院を支えるために「医療と介護」、「病院と在宅」の連携をより確かなものとするを目的としています。

関係する皆様と共に、本ガイドに沿った取り組みを進め、地域の支援体制をより良いものにしていきましょう。

3 基本ルール

(1) 東入間地区の入退院支援ルールとは

患者（利用者）が入院した時から情報を共有し、退院に向けてカンファレンスやサービス調整などを迅速かつ標準的に行うための東入間地区における連携のルールです。

このルールは、2023 年 4 月から運用を開始しています。

(2) ルールを利用する主な関係機関

このルールは、東入間地区にある次の医療・介護関係機関が連携して利用します。

①支援の担当者

- ア 居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- イ 地域包括支援センターの担当者
- ウ 訪問看護、リハビリステーションの担当者
- エ 病院担当者（病院及び有床診療所における入退院支援担当者）
- オ 歯科・薬局等の関係者
- カ 市町村（介護保険担当者） 等

②入退院支援の担当窓口

- ア 保険者（市町村介護保険担当）
- イ 医療機関（病院・有床診療所）
- ウ 介護サービス事業所
（居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等）
- エ 東入間医師会 地域医療・介護相談室
- オ 東入間在宅歯科医療支援窓口
- カ 地域リハビリテーションケアサポートセンター



(3) ルールの対象となる患者（利用者）

次のような内容に該当する方が、退院調整を必要としています。

①入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が 決まっている場合

（入院前に介護サービスを利用していた方）

⇒要介護・要支援にかかわらず、すべて対象となります。

②入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が 決まっていない場合

（退院後、新たに介護保険サービスを利用する方）

⇒『退院調整が必要な患者の目安（P9）』により、病院が退院調整が必要とアセスメントした方が対象となります。

（留意事項）

要介護・要支援の認定を受けた方については介護保険が優先されますが、「厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7：P38）」に該当する場合や特別訪問看護指示期間にある患者は医療保険により訪問看護が提供されます。

また、40歳未満の患者が医療保険により訪問看護が提供されるケースがあります。

介護保険だけでなく医療保険により訪問看護が提供される場合にも、ガイドを参考に訪問看護ステーション等と連携することが大切です。

(4) ルールが想定する基本的なケース・位置づけ

このルールは、主に病院とケアマネジャー等の連携を取りやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。

ルールに定めた日数などは、「目安」として考えて頂き、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下さい。

(5) ルールの普及

ルール運用後、関係者間で普及に努めると共に定期的に運用状況の確認、評価を行い必要に応じて関係者間で協議を行っていきます。

4 ルールの内容

(1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合

(注) **太字**の項目は、大切な役割を表記しています。また、表中のケアマネジャーの表記は、「ケアマネ」と略しています。

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャーの役割	在宅側：各専門職の役割	本人・家族の役割
在宅時		「通院・入院時あんしんセット」を本人・家族に周知・確認しておく(P10 参照) 入院に備え日頃から準備 情報共有 希望する暮らし方や病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合い、在宅チームで共有する		通院・入院時あんしんセットの準備が望ましい
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	・ケアマネに入院の連絡(家族へ依頼も可) ・入院前の生活情報収集、スクリーニング(P9 参照)、アセスメントを実施	・入院の連絡を受けたら、サービス事業所などへ連絡する 入院前の在宅での生活状況、本人の意向等を情報提供する	〈サービス事業所〉 ・入院時情報提供書式を用いて速やかに退院支援計画に役立つ情報を提供する 〈かかりつけ歯科〉 ・必要時、入院先の歯科口腔外科、または主治医に引継ぐ	・ ケアマネに連絡 ・ 可能であれば、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医等に連絡する(ケアマネと調整)
	入院後 3 日以内	入院後 3 日以内	入院後 3 日以内	

入院中	・退院後の生活の再構築を考える ・退院時の状態、退院後の生活のイメージを本人、家族、院内多職種、在宅チームと共有(P27 参照) ・カンファレンスの内容をケアマネに情報提供 ・外泊の時はケアマネに速やかに連絡	・病院を訪問し、利用者・家族、病院スタッフ等と面接し、(訪問時は、事前に連絡) 退院後の療養支援への情報を共有しておく 在宅に向けた課題把握のための情報収集	・歯科：入院先へ口腔内状況評価や必要時、訪問歯科診療を行う ・医療依存度が高い場合、病院内と在宅側の同職種間で連携し、継続するケア等の情報共有を行う	・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡
退院見込	・退院見込日が決まり次第(1週間前までには) ケアマネに電話連絡 退院時連絡シートを活用して、院内多職種による退院支援	各サービス事業所等に退院見込日や利用者の情報を電話連絡などで共有する	サービス開始日の調整、支援計画の準備、退院指導・療養方針の確認を行う	・ケアマネに退院見込みを連絡 ・療養生活への準備
退院時連絡シート等を活用し退院支援の情報を提供する				
退院調整★	・病院は、入院前と状況の変化がある場合は、退院前共同カンファレンス開催を調整しケアマネ等に参加依頼する(退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等) ・ケアマネは、サービス事業所や関係機関に入院中の情報や、退院見込日、退院前カンファレンス等の連絡を共有する また、病院情報をもとに課題分析し、退院後の支援方針を他職種と協議し、暫定ケアプランを作成する			・意思決定 ・療養生活の準備 ・退院指導を受ける ・カンファレンスに参加 等
退院前共同カンファレンス				
退院時★	・各種情報提供書、サマリーをケアマネに提供(患者・家族へ依頼も可) ・医療系サービス指示書をサービス事業所に提供	・確定したケアプランを利用者、サービス事業所、病院へ交付 ・次回受診日、受診先等を確認	・退院後の各専門職、各事業所での療養支援計画策定	・病院からの情報提供書、(医・看・リハ・薬剤・栄養) サマリー等をケアマネに提供
(転院時)	・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可) ・転院先に「入院時連絡シート」(ケアマネ記載)・「退院時連絡シート」(病院記載)とともに入院中の情報提供を行う。			・ケアマネに連絡
退院後★	・継続受診者で、状態の変化や受診中断等があった場合は、外来担当医、外来看護師がケアマネ等に情報提供を行う	・ケアプランを利用者・家族、かかりつけ医、サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供し、療養支援目的、目標等を共有する ・退院後の生活状況を病院(※注)、歯科医等へ情報提供 ・サービス担当者会議 ※注：医療機関へモニタリング結果を(必要時)フィードバック(1か月後)	・支援計画の実行、評価、改善 ・指示医へ報告、在宅チームで情報共有 <かかりつけ歯科あり> ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 <かかりつけ歯科なし> ・在宅歯科医療推進窓口地域拠点、支援窓口が窓口となり、歯科医を紹介	

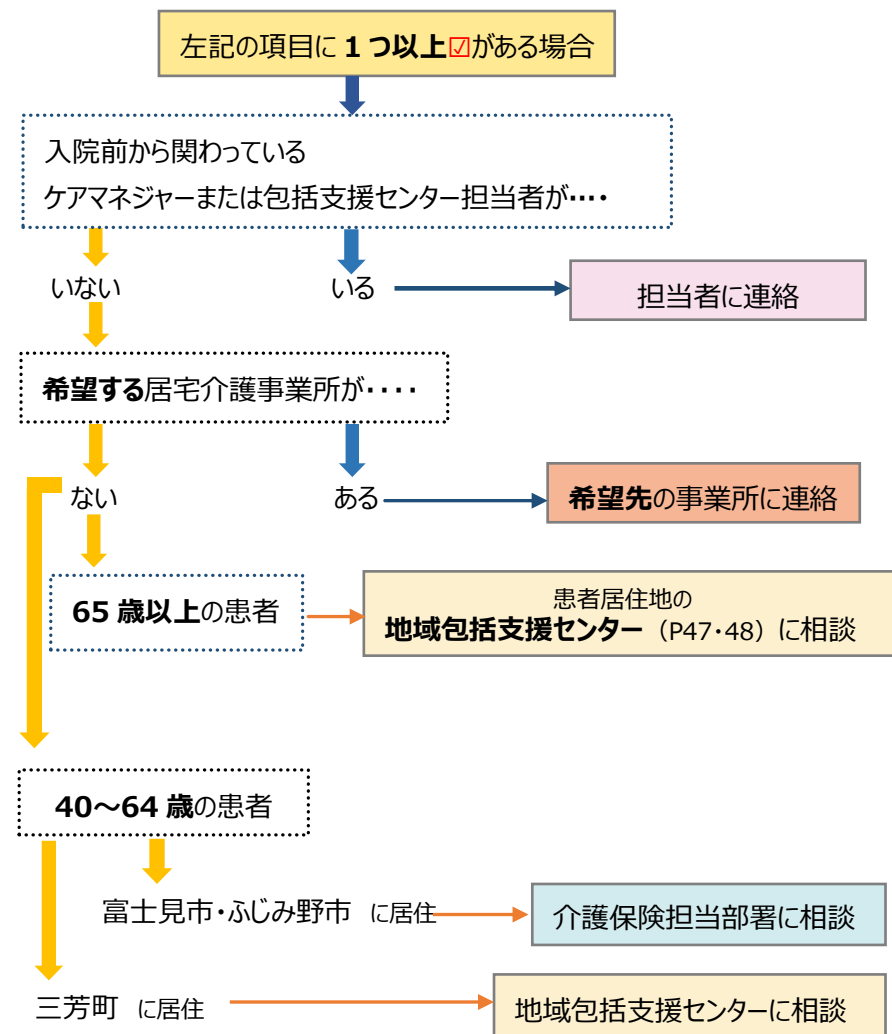
(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	医療機関の役割	包括・ケアマネジャーの役割	在宅側：各専門職の役割	本人・家族の役割
入院時(検査 入院、短期 入院は除く)	患者・家族への聞き取りや介護保険証等により、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村（保険者）に確認するよう依頼 入院後3日以内		* 以下、あれば 〈調剤薬局〉 - 在宅時の服薬等の情報提供 〈かかりつけ歯科〉 - 入院先の歯科口腔外科に引継ぐ	キーパーソン（主に本人に関わってくれる家族）を決定
入院 退院 見込	入院時スクリーニング・アセスメント項目（P9）に該当するか確認 - 患者・家族に介護保険制度について説明 - 保険者（包括）と相談し、本人・家族による要介護認定申請とケアマネの選定を支援 - 患者・家族の了解を得て、地域包括支援センターに電話連絡 - 退院後の生活の再構築を考える - 退院時の状態、退院後の生活のイメージを本人、家族、院内多職種、在宅チームと共有（P27 参照） - 必要に応じて理学療法士等が家屋調査実施	- 病院を訪問し、利用者・家族、病院スタッフ等と面接（訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整） - 病院担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援 - 在宅に向けた課題把握のための情報収集 - 医療依存度の高い利用者の場合は訪問看護等の医療系サービス利用を検討 - 家屋調査に同行	〈かかりつけ歯科がある場合〉 - 入院先へ口腔内状況評価を情報提供 - 必要時、入院先へ訪問歯科診療 〈かかりつけ医がある場合〉 - 病診連携により診療情報提供書の提供 〈各サービス事業所〉 必要時、サービス提供体制を整える	- 退院後の生活意向を家族内で意思統一 - 担当ケアマネ決定 - 要介護認定申請 - 退院後の暮らしへの準備

* 以降は P7 「 入院前にケアマネジャーが**決まっている**場合」と同じ手順

【医療機関の入・退院時スクリーニング・アセスメント項目（入・退院支援が必要）】

医療面	☐ がん末期、悪性腫瘍、難病疾患、誤嚥性肺炎等呼吸器感染症、認知症、心不全、脳血管疾患、精神疾患・心身（知的）障害者のいずれかに当てはまる ☐ 病状と予後予測される状態についての理解がない ☐ 支援体制が組まれている ☐ 再入院である（心不全、糖尿病等で在宅療養が不安定） ☐ 支援体制が組まれている ☐ 入退院が頻回または1ヶ月以内の再入院 ☐ 緊急入院である ☐ 疾病の病状管理が必要 ☐ 病態によりADL/IADLが低下することが予測される（脳血管疾患、骨折、認知症等） ☐ 退院後の生活様式の再編が必要である ☐ 医療処置がある、または導入される ☐ 医療処置の再始動が必要 ☐ 新たに医療処置の導入がある ☐ 薬剤管理が必要そうである ☐ 服薬管理が確実にできない ☐ 疼痛コントロールが必要 ☐ 栄養・口腔管理が必要になる（低栄養状態が見込まれる、要栄養指導・食事療法） ☐ 施設からの入院である ☐ もとの施設に戻れるか確認が必要
介護福祉面	☐ 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（主に65歳以上） ☐ 要介護・要支援状態以外の区分に該当疑いがあるが、変更が未申請 ☐ 退院後、介護サービスの利用が必要 ☐ 日常生活の自立ができない（外出・調理・掃除・洗濯・コミュニケーション等） ☐ 入院前の住環境に課題あり ☐ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害あり ☐ 強度行動障害の状態 ☐ 独居または独居になる時間帯がある ☐ サポートできる家族が不在 ☐ 高齢世帯 ☐ 家族が要介護状態 ☐ ヤングケアラー及びその家族 ☐ 移動に介助が必要 ☐ 外来通院に介助が必要 ☐ 家族および親族との連絡が困難 ☐ 排泄に介助が必要そうである ☐ おむつ使用 ☐ 介助により排便コントロールが必要 ☐ 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 ☐ 同居者の有無にかかわらず、必要な療育または介護を十分に提供できる状況にない ☐ 生活困窮者 ☐ 身寄りなし ☐ 医療保険証がない ☐ 住所不定 ☐ 生活保護



* 包括支援センター（高齢者あんしん相談センター）は
必要時、支援について市町行政と相談すること

5 ご本人・ご家族への入退院支援ルールのお知らせ

～「通院・入院時あんしんセット」の用意をご本人・ご家族へ依頼～

入院の際にご家族を介して医療機関とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます。ケアマネジャーは、日頃からご本人・ご家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡していただくようお願いしておくことが大切です。

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

ご本人・ご家族向けの周知用チラシを巻末に添付しましたので活用してください。

もしもの時に備えて…

**「通院・入院時あんしんセット」を
準備しておきましょう**

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



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

*このほか、ご家族の連絡先など、ご自身で必要なものを一緒に入れておきましょう。

6 連携にあたってのマナー・エチケット

♥ 連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

医療と介護の関係者がよりスムーズに連携していくには、お互いの立場を理解し思いやりをもって行動することが大切です。

職種や職場が異なれば、仕事内容も立場も違います。

相互の信頼関係を深めて気持ちよく仕事ができるように、お互いにマナーやエチケットを守りましょう。

♥ ルール① 相談窓口を明確にしよう

医療機関が取り組むこと

- ・入退院に関わる担当部署や担当者を明確にしよう。
- ・入退院調整担当者の移動があった際には、確実に後任に引き継ぎをしよう。
- ・担当看護師が不在でも、チームリーダーや看護管理者は患者の退院支援進捗状況を把握しておこう。
- ・使用するカルテやアセスメント票に事業所名やケアマネジャー等の氏名を記録しよう。
- ・過去の入院においてケアマネジャー等を把握している場合でも、変更になっていることもあるため確認しよう。
- ・介護保険被保険者証等を確認し、事業所名やケアマネジャー等が分からない時は地域包括支援センターや介護保険担当課に相談しよう。

ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・「医療機関問い合わせ窓口一覧表（P42、43）」を活用しよう。
- ・利用者（患者）の健康保険被保険者証や介護保険被保険者証、お薬手帳等にケアマネ等の名刺等を添付したり、事業所名や連絡先を記載しよう。
- ・マイナンバーカード（医療保険証）や介護保険被保険者証等重要な書類はひとまとめにするよう、利用者（患者）や家族に促そう。



「医療機関問い合わせ窓口一覧・病院機能」について（P42、43）

医療機関と介護支援専門員の円滑な連携を図るために、東入間地区入退院支援ワーキングチームにおいて作成しました。

作成にご協力いただいた医療機関の診療時間、担当窓口、問い合わせに都合の良い曜日・時間帯が記載されています。ご活用ください。



ルール② 入院後はお互いに連絡をしよう



医療機関が取り組むこと

- ・入院後はケアマネジャー等へ速やかに電話で連絡を取ろう。
速やかに連絡できない場合は、家族の協力を得てケアマネジャー等へ連絡をしよう。
- ・入院後はケアマネジャー等と可能な限り面接をしよう。



ケアマネジャー等は面接中や運転中などで電話に出られないことがあります。
着信履歴に折り返し電話しても、電話をした方や、どの利用者についての電話かわからないため、うまく繋がらないことがあります。
留守番電話の場合は、メッセージを残しておきましょう。メッセージが残せない場合は、しばらく時間を置いてから再度電話をかけるようにしましょう。



ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・日頃から利用者（患者）家族に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を医療機関に伝えるように依頼しよう。
- ・医療機関へ「*入・退院時連絡シート」を活用し、速やかに利用者（患者）情報を伝えよう。
- ・医療機関を訪問する際には、事前に連絡を取り、調整をするようにしよう。
- ・入院後は、医療機関と可能な限り面接をしよう。



「*入・退院時連絡シート」じゃないとダメなの？

「*入・退院時連絡シート」は、今回、お互いが欲しい情報について意見を出し合い作成しています。使用について強制するものではありません。
他のシートを使用する際は、お互いが欲しい情報が網羅されているか、他のシートでも可能かなど、お互いに確認してから使用しましょう。



ルール③ お互いに欲しい情報を共有しよう



医療機関が取り組むこと

- ・予定されていた入院期間等の変更があった時はケアマネジャー等に連絡しよう。
- ・患者（利用者）の情報を共有する際は、「*入・退院時連絡シート」を使おう。



「入院期間が延長する」「退院時点でのADLが入院前より低下しそう」「退院先が施設等へ変更になる」など、退院時点の状況が入院前と変化する見込みがある場合は、早めにケアマネジャー等に連絡してもらうことで、ケアマネジャー等は退院後の生活環境を整えるために必要な準備を行うことができます。

ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・連絡が欲しい状況やタイミングについて医療機関に連絡しよう。
- ・医療機関から状態変化の連絡があった場合は、利用者（患者）への面会や家族への情報収集に努めよう。
- ・利用者（患者）情報を共有する際は、「*入・退院時連絡シート」を使おう。



ルール④ 退院前は、お互いが連絡を取り合い、カンファレンスしよう



医療機関の特性（急性期病院）やケース（検査入院で状態変化がない/状態変化があり転院する）によってカンファレンスの日程調整や実施が困難な場合があります。
可能であれば入院後、早い段階でカンファレンスの必要性についても話し合っておきましょう。



医療機関が取り組むこと

- ・ケアマネジャー等と話し合いのもと、退院前カンファレンスを開催しよう。
- ・退院前に「*入・退院時連絡シート」でケアマネジャー等に情報提供をしよう。
- ・状態変化がない場合の退院前カンファレンスの必要性について、入院当初からケアマネジャー等と話し合おう。
- ・退院後に支援が必要と思われる患者（利用者）で、介護保険の申請を行っていない方については地域包括支援センターや介護保険担当課に相談しよう。



ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・退院前カンファレンスが開催される場合は各連携事業所に連絡し、早めに日程調整し、できる限り関連多職種で参加しよう。
- ・状態変化がない場合の退院前カンファレンスの必要性について、入院当初から医療機関と話し合おう。



ルール⑤ 医療・介護についてお互いに学び合おう



医療機関が取り組むこと

- ・院内研修等で介護保険制度について多職種で理解を深めよう。
- ・お互いの立場や役割を理解し行動するために、東入間地区の多職種研修や交流会に、限られた担当者に限定せず、より多くのスタッフが参加できるようにしましょう。

ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・医療提供体制（P39 参照）や役割等を理解しよう。
- ・お互いの立場や役割を理解し行動するために、東入間地区の多職種連携研修や交流会に、特定の人
に限定せず、より多くのスタッフが参加できるようにしましょう。

医師・歯科医師の方へ



① ケアマネジャー等は医師・歯科医師を頼りにしています

ケアマネジャー等は患者・家族にとって身近な存在であり、生活状況などを把握しています。その情報や要件を簡潔にまとめ、受診同行・文書・電話・MCS 等で伝えるよう努めています。その際には、ケアマネジャー等の話に真摯に耳を傾けていただくようお願いいたします。

② 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成を心がけましょう

介護サービスに必要な書類を早く作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項も記載すると介護サービス事業所の参考になり円滑な支援に繋がります。

③ 可能な限り、短時間でも、連携カンファレンスへの参加をお願いします

病院主治医およびかかりつけ医（在宅医）が出席することで、医師同士や出席者全員で情報を共有でき、退院後の患者の意欲と安心感につながり、療養生活の質が向上します。また、提供されるケアの質向上や、参加スタッフの相互教育の場にもなります。「顔の見える関係」と地域連携・コミュニケーションの促進に是非ご協力ください。

在宅の看護師・リハビリ・薬剤師・栄養士の方へ



① 医療保険（がん終末期・難病など）で介入する時も、ケアマネジャーがいる患者の場合は、お互いに日頃から連絡、情報共有をしましょう

「入退院時連絡シート（P27）専門職の課題点」を基に、自らの支援計画の進捗状況について問題を整理し、情報共有をお願いします。

② 退院前カンファレンス・在宅担当者会議等への参加をお願いします

病院内と病院外、在宅間で、患者・家族にとって「よい支援チーム」が形成されるよう支援をお願いします。病院と地域との「ズレ」を修正することも必要です。

7 情報共有「入・退院時連絡シート」（共通）の様式について

① 使用上の注意点

東入間地区では、医療側及び介護（在宅）側が共通して使用できる「入・退院時連絡シート」の使用を奨励します。強制するものではありませんので各医療機関や事業所ごとに独自の様式を使用、併用を行ってもかまいません。お互いが必要としている情報として、この様式を参考にして下さい。ただし、シートは患者情報や在宅生活・療養上の課題の概要をまとめたものにすぎません。さらに詳細な情報を知りたい場合などは必要に応じて直接相手方に連絡を取ってください。

情報共有にあたっては利用者（患者）や家族の同意を得たうえで行いましょう。

② 「共通」シートとした目的

- ・**一貫性の確保**：同じシートを使うことで、情報の一貫性が保たれ失認や誤解が少なくなる
- ・**迅速な対応に繋がる**：シートに項目がまとめられているため、緊急時等にも抜けや漏れが少ない
個別性が必要な項目には、補足して具体的な情報が提供できる
- ・**連携意識の向上**：地域で同じシートを介して多職種で情報を共有することで、どの医療機関、どの事業所とも均質的にコミュニケーションが図りやすくなる
- ・**患者中心のケアができる**：患者の全体像を把握しながら、本人課題を絞り、個々のニーズに応じた個別ケアが入院後も退院後も継続して提供しやすくなる
- ・**教育的価値**：シートを使いながらカンファレンスや情報共有することで、医療介護従事者が他の専門性を学べ、視点や知識の補完、知識の向上につながることで包括的な支援が可能となる

③ 記載、利用方法

ア. 入院・入所

ケアマネジャー等が「入院・入所時」に記載して医療機関等へ情報提供します。

医療機関等は、入院時連絡シート等で①入院前から問題に上がっていたことや利用していたサービス

②入院前の生活状況、③退院時カンファレンス等の希望の有無とその理由など、シートを基に病院側が欲しい情報を確認し、治療や支援、退院指導に活用します。更に必要な情報は、適宜情報提供を在宅側に促してください。

イ. 退院・退所

医療機関等が「退院・退所時」に記載してケアマネジャー等へ情報提供します。

ケアマネジャー等は、入院した利用者において「退院時連絡シート」での連絡を受けた際は、自らが入院時に医療機関に渡した「入院時連絡シート」に対する病院側からの回答や情報内容について比較確認をします。その上で、介護支援連携カンファレンス・退院前カンファレンス等に臨みましょう。また、ケアマネジャー等のインテークの際も、医療機関からの「退院時連絡シート」を基に情報収集を行うことができます。

「退院・退所」に関しては、入院時にケアマネジャー等から提供された「入院・入所時」用に朱書きして提供することも可能です。また、聴き取りのために使用する方法も考えられます。

【入・退院時連絡シート】(共通)

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載・送付日

年 月 日()曜日

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

☐ この情報開示及び連絡をとることにご本人・ご家族()は同意されています。

医療機関名：
所属部署：
氏名：
電話：



包括・居宅名：
氏名：
電話：
FAX：

ふりがな 氏名			男・女	大正・昭和・平成・令和	
	様			年 月 日生 []歳	
住所 (施設)	〒			TEL	自宅：
					携帯：
緊急 連絡者	①	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL：
	②	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL：
	③	続柄：	同居・別居	県・市在住	TEL：
入院期間	入院日： 20 年 月 日 ~ 退院日： 20 年 月 日				
主治医	()科： ()医師				
入院時の 診断名					
入院時の 症状・主訴					
病状説明	本人へ：□なし □あり：内容()				
	家族へ：□なし □あり：内容()				
本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)					
家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)					
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	☐ 本人： ☐ 家族： ☐ * 同封の居宅サービス計画(1)参照下さい(入院時のみ)				
既往等	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
かかりつけ 医科			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
かかりつけ 歯科	歯科	定期・治療のみ	通院・訪問	治療中・()	最終受診日 年 月

退院後の 主治医	[] 病院・医院・クリニック [] 医師 [通院: 回/ 月・週]			
	初回外来/訪問診療日	20	年	月 日 () 外来・医師

◎これまでの生活と現在の状況

家族等の状況	生活歴	住環境			
・男性:□ 女性:○ 本人:☒ (男性) ◎ (女性) ・キーパーソン: K 主介護者: ☆ 逝去: ■● ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態など記載		住居	戸建・集合住宅		
			持ち家・借家		
		自宅	() 階	エレベーター	あり・なし
		寝室	() 階	階段手すり	あり・なし
		トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし
	意向・価値観・希望	浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし
		寝具	ベッド・布団		
		室内段差	あり・なし		
	高い段差の場所 ()				

保険種別	☐ 健保 ☐ 国保 ☐ 共済 ☐ 後期高齢 ☐ 労災 ☐ 交通事故 ☐ 特定疾患 ☐ 生保(担当:)
障害認定	☐ 申請中 ☐ 身障 ☐ 精神 ☐ 療育() 級 ☐ 重身医療 障害名()
要介護度	☐ 事業対象者 ☐ 申請中 要支援 ☐ 1 ☐ 2 要介護 ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5
	有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日
経済状況	☐ 共済年金 ☐ 厚生年金 ☐ 国民年金 ☐ 遺族年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ 他

◎ 身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長() cm (測定: 月 日) 体重() Kg (測定: 月 日)
	☐ 麻痺 ☐ 拘縮	右: 上肢[☐ なし ☐ あり] 下肢[☐ なし ☐ あり] 左: 上肢[☐ なし ☐ あり] 下肢[☐ なし ☐ あり]
	筋力低下	右: 上肢[☐ なし ☐ あり] 下肢[☐ なし ☐ あり] 左: 上肢[☐ なし ☐ あり] 下肢[☐ なし ☐ あり]
	嚥下障害	☐ なし ☐ あり[☐ 咀嚼 ☐ 咽頭への送り込み ☐ 咽頭期 ☐ 他()] ☐ 不明
認知機能や 高次脳機能 障害	☐ 記憶障害 ☐ 見当識障害 ☐ 理解判断力の障害 ☐ 実行機能障害 ☐ 失認 ☐ 失語 ☐ 失行 ☐ 注意障害 ☐ 不穏	
	☐ 半側空間無視 ☐ 幻覚・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 徘徊 ☐ 介護への抵抗 ☐ 暴言 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 性的問題行動	
入院前の 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度: ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度: ☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
食事 (栄養)	方法	☐ 経口(箸・スプーン・フォーク・補助具) ☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経鼻経管 ☐ 中心静脈 ☐ 末梢点滴
	動作	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)
	内容	主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー粥 ☐ 他()
		副食: ☐ 常菜 ☐ 軟菜 ☐ 他()
		熱量: () Kcal/日 蛋白: () g/日 塩分: () g/日 水分: () ℓ/日
形態	☐ 普通 ☐ ひと口大 ☐ 刻み() cm 角 ☐ ソフト ☐ ペースト ☐ トロミ(学会分類コード -)	
排泄 (尿)	尿意	☐ あり ☐ なし 排尿回数: () 回/日、導尿回数: () 回/日、おむつ交換回数: () 回/日
	方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ 尿器 ☐ リハパンツ ☐ 布パンツ ☐ パット ☐ 尿管 ☐ 尿路ストマ
	動作	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)

排泄 (便)	便意	☐ あり ☐ なし 排便回数: ()回/日、 または ()日に1回	
	方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ リハパンツ ☐ おむつ ☐ 便器 ☐ 消化管ストマ	
	動作	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)	
口腔状態	歯の汚れ: ☐ 少ない ☐ 多い 食べかす: ☐ なし ☐ あり 口臭: ☐ あり ☐ なし		
整容 (髪・爪・目・ 耳・鼻・口腔)	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)		
	義歯: ☐ なし ☐ あり (部分 ・ 総義歯 ・ インプラント) 義歯使用 (常時 ・ 食事時 ・ 未使用)		
入浴	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)		
	☐ 一般浴 ☐ シャワー浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭 ☐ 行わず ☐ 他()		
更衣	上衣: ☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助 下衣: ☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助		
基本動作	寝返り	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)	
	起き上がり	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)	
	座位	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)	
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)	
移動	補助具	☐ 独歩 ☐ 杖・手すり ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 装具 ☐ 車いす ☐ リクライニング車いす	
	動作	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(介助内容:)	
知覚	視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり(両目・右目・左目) ☐ 見えない	眼鏡: ☐ あり ☐ なし
	聴力	☐ 問題なし ☐ 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) ☐ 補聴器・集音器で聞こえる ☐ 聞こえない	
伝達	方法	☐ なし ☐ 筆談 ☐ 手話 ☐ 文字盤 ☐ パソコン ☐ 点字 ☐ 意思伝達装置()	
	会話	☐ 普通 ☐ おおむね可能 ☐ 簡単な返事は可能 ☐ できない	
睡眠	状況	☐ 良 ☐ 不良	睡眠剤: ☐ なし ☐ あり()
嗜好	喫煙: ☐ なし ☐ あり()本位/日 飲酒: ☐ なし ☐ あり()を()ml 位/日		
精神面における 療養上の問題	☐ なし ☐ あり: (□うつ病 □適応障害 □統合失調症 □双極性障害 □依存症 □神経症 □器質性/症状性精神障害 □パニック障害 □発達障害 □認知症(BPSD) □他)		
家族の介護力	☐ なし ☐ あり (□常時 □日中のみ □夜間のみ □()日/週) ☐ 見込めない ☐ 支援者なし		
家族や同居者等による 虐待の疑い	☐ なし ☐ あり(内容:)		
家族への介護指導	☐ なし ☐ あり⇒理解(□十分 □不十分(問題点:))		
禁忌事項 (禁忌動作等)	☐ なし ☐ あり(内容:)		

◎ 医療状況

アレルギー	薬品: ☐ なし ☐ あり()	食品: ☐ なし ☐ あり()	金属・ゴム・絆創膏・()
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA : ☐ 保菌 ☐ 発症(□痰 □血液 □尿 □創部) ☐ 他()		
医療処置	☐ なし ☐ 高カロリー中心静脈栄養 ☐ 点滴 ☐ 静脈注射 ☐ 自己注射 ☐ 血糖測定()回/日 ☐ 酸素(ℓ/分) ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 人工呼吸器 ☐ 透析(血液・腹膜) ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) ☐ 尿道カテーテル(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: /) ☐ 自己導尿 ☐ 尿路ストマ(使用装具: 、交換頻度:) ☐ 排便コントロール: 下剤 ・ 摘便 ・ 浣腸 ・ その他 ☐ ドレーン管理(挿入部: 、処置頻度: 通常の排液量: ml/日) ☐ 褥瘡(部位: 処置方法: 処置頻度:) ☐ 創処置(部位: 、頻度:) ☐ 疼痛コントロール ☐ 口腔内(□歯 □歯周 □舌 □粘膜) ☐ 他() ☐ 医療材料() ☐ 衛生材料():在宅療養指導管理医療機関()		

医療処置方法	☐ 自己管理 ☐ 家族管理 ☐ 訪問看護 ☐ 他()		
急変時 受け入れ病院	☐ なし ☐ あり:() 病院	かかりつけ 薬局	市 薬局・店
内服薬	☐ なし ☐ あり(別紙参照: ☐ お薬手帳 ☐ 薬剤情報提供書 ☐ 診療情報提供書 ☐ 看護サマリー ☐ 他		
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 家族管理() ☐ 訪問看護 ☐ 訪問薬剤師 ☐ 訪問介護 ☐ 他()		
病院・施設・訪問 看護上の 課題点	☐ 治療・療養方針 ☐ 入院前、入院時、退院時の病状・ADL変化 ☐ バイタルサイン等観察注意点 ☐ 水分管理 ☐ 食事療法 ☐ 食形態・嚥下機能 ☐ 排泄(自立支援) ☐ 皮膚 ☐ 睡眠 ☐ 自己管理状況 ☐ 活動量 ☐ 服薬状況 ☐ 意欲・認知力・精神面 ☐ 疼痛、苦痛緩和 ☐ 口腔ケア・清潔ケア ☐ 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) ☐ 介護者支援や関係調整 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 生命予後、病状、ADL変化予測 ☐ 寝たきり・悪化予防 ☐ 急変時対応 ☐ ACP・看取り ☐ 災害時対応 ☐ 看看連携(事業所) ☐ 退院後の外来予定先・月日() ☐ 住環境/医療・介護機器		
病院・施設・訪問 リハビリ上の 課題点	☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強運動 ☐ 疼痛管理 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 高次脳訓練 ☐ ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 外出訓練 ☐ 運動耐用力練習 ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 住環境 ☐ 家屋改修 ☐ リハビリの意欲目標 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ 趣味活動 ☐ リハビリ連携(事業所等) ☐ 他		
病院・施設・訪問 栄養管理 の 課題点	☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 栄養状態 ☐ 食事療法() ☐ 嗜好・偏食・食べたい物 ☐ 認知力、精神面 ☐ 嚥下機能 ☐ 食形態 ☐ 調理指導 ☐ 食品選択、買い物方法 ☐ 通販、配食サービス ☐ 栄養補給・補助食品 ☐ 終末期の栄養水分摂取 ☐ 食事療法アドヒアランス ☐ 栄養士連携(施設・病院) ☐ 他()		
病院・調剤薬局 薬剤管理 の 課題点	☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 処方薬の薬効評価 ☐ 副作用、アレルギー ☐ 薬品保管方法 ☐ 薬剤形状形態(嚥下機能) ☐ ポリファーマシー ☐ 服薬アドヒアランス ☐ 他() ☐ 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) ☐ 調剤薬局連携(調剤薬局)		
ケアマネ・CW MSWの 課題点	☐ 各種医療費助成制度活用 ☐ 各種制度申請支援 ☐ 地域移行・定着支援 ☐ 生活面・悩み相談 ☐ 家族等関係性調整(虐待などを含む) ☐ 社会復帰・就労・復学支援 ☐ 一時入院、受診窓口相談 ☐ 外出・外泊支援 ☐ 逝去時連絡先 ☐ その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等)		

◎病院⇄在宅側（ケアマネジャー・各支援事業所）共有情報

入院歴	最近半年間での入院 ☐ なし ☐ あり(期間 年 月 日～ 年 月 日(理由:)
入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返し ☐ 頻度は低いがこれまでもあり ☐ 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封の書類をご確認下さい ☐ 居宅サービス計画書1.2.3 ☐ 他()
カンファレンスの希望	☐ IC同席 ☐ 介護連携CF ☐ 多職種CF ☐ 退院前共同CF ☐ 退院(前・後)訪問指導同行
ケアマネジャーの 今回の入院に対する アセスメント	入院前の生活課題：ケアプランの評価・日常生活での困りごと・他職種から共有されている課題など
病院と在宅側 (ケアマネジャー)が 共有すべき重要事項	☐ 予想される入院期間・治療目標 ☐ 病状・見通し・生命予後 ☐ 生活における病状注意点 ☐ 生活や暮らし方が変化することへの受け止め ☐ ICの内容 ☐ ACP ☐ 大切にしている事 ☐ 新たな医療処置 ☐ 排泄・食事・清潔ケア・移乗・移動などサービス支援への留意点 ☐ 退院後の新規医療管理先や変更(病院・かかりつけ医・訪問診療・訪問看護、リハビリ、薬剤師、通所先) ☐ 服薬状況 ☐ ADL・IADL低下の予想 ☐ 区分変更の必要性 ☐ 入所や転院の可能性 ☐ 急変の可能性と対応方法 ☐ 併診医、関係事業所との連携 ☐ 配慮してほしいこと
退院時 必要書類 等	☐ 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください ☐ サマリー(看・リ・薬・栄・MSW) ☐ 訪問看護指示書 ☐ 特別訪問看護指示書 ☐ 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) ☐ 軽度者福祉用具貸与理由書 ☐ 入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	☐ 成年後見人(氏名: 連絡先: TEL:)

* CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする

R8.6月 東入間医師会地域医療・介護相談室作成

排泄状況 (便)	便意	☒ あり ☐ なし	排便回数: (?) 回/日、または () 日に1回 ×月×日3日前にディで摘便 硬便である
	方法	☒ トイレ ☐ ポータブル ☐ リハパンツ ☐ おむつ ☐ 便器 ☐ 消化管ストマ	
	動作	☐ 自立 ☒ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)	
整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口)	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: ディで磨き残しの義歯洗浄、口内ケアを手伝う片付け)		
	義歯: 上: ☐ なし ☒ あり 下: ☐ なし ☒ あり (☐ 部分入歯 ・ ☒ 総入歯 ・ ☐ インプラント)		
入浴	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容:)		
	☐ 一般浴 ☒ シャワー浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭 ☐ 行わず ☐ 他(ディで入浴 3回/週)		
更衣	上衣: ☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助 下衣: ☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助 座位で足に通す介助		
基本動作	寝返り	☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: ベッド柵を持って可能)	
	起き上がり	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: ベッド柵を持って可能)	
	座位	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 座り直しの介助が必要)	
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 右膝くずれしやすい)	
移動	補助具	補助具 ☒ 車いす ☐ リクライニング車いす	
	動作	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(介助内容: 自走できない)	
知覚	視力	☐ 問題なし ☒ やや難あり(両目・右目・左目) ☐ 見えない	眼鏡: ☒ あり使っていない ☐ なし
	聴力	☐ 問題なし ☒ 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) ☒ 補聴器・集音器で聞こえる ☐ 聞こえない ほとんど使っていない	
コミュニケーション 理解と表出	方法	☒ なし ☐ 筆談 ☐ 手話 ☐ 文字盤 ☐ パソコン ☐ 点字 ☐ 意思伝達装置 ☐ 電話 ☐ スマホ	
	会話	☐ 普通 ☒ おおむね可能 ☐ 簡単な返事は可能 ☐ できない	
睡眠	状況	☐ 良 ☒ 不良 睡眠剤: ☒ なし ☐ あり()	
嗜好	喫煙: ☐ なし ☒ あり(時々2~3)本位/日 飲酒: ☒ なし ☐ あり()を()ml位/日		
精神面における 療養上の問題	☐ なし ☒ あり:(☐ うつ病 ☐ 適応障害 ☐ 統合失調症 ☐ 双極性障害 ☐ 依存症 ☐ 神経症 ☐ 器質性/症状性精神障害 ☐ パニック障害 ☐ 発達障害 ☐ 認知症(BPSD) ☒ 他) 後ろ向きな発言がある		
家族の介護支援力	☒ なし ☐ あり (☐ 常時 ☐ 日中のみ ☐ 夜間のみ ☐ () 日/週) ☐ 見込めない ☐ 支援者なし		
家族や同居者等による 虐待の疑い	☐ なし ☐ あり(内容: 長男にお会いできていないので未確院。来院された場合は親子の関係性をご確認ください)		
家族への介護指導	☒ なし ☐ あり⇒理解()		
禁忌事項 (禁忌動作等)	☒ なし ☐ あり(内容:)		

**日常生活動作の介助状況は具体的に
お知らせください。**

**リハビリの参考目標になり、用具や介助内容
が分かることで、入院中のケアに役立ちます。**

退院後の生活サポートに必要な項目です。

在宅での状況を伝え、病院と協働して解決に向かいましょう。

◎ 医療状況

アレルギー	薬品: ☒ なし ☐ あり()	食品: ☐ なし ☒ あり(桃)	金属・ゴム・絆創膏・(なし)
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA : ☐ 保菌 ☐ 発症(☐ 痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☒ 他(知らないのでお知らせください)		
医療処置	☐ なし ☐ 高カロリー ☐ 酸素() ☐ 胃ろう ☐ 尿道カテーテル ☐ 自己排泄 ☒ 排便 ☐ ドレーン管理(挿入部: 処置頻度: 通常の排液量: ml/日) ☐ 褥瘡(部位: 処置方法: 処置頻度:) ☐ 創処置(部位: 頻度:) ☐ 疼痛コントロール ☐ 口腔内(☐ 歯 ☐ 歯周 ☐ 舌 ☐ 粘膜) ☐ 他() ☐ 医療材料() ☐ 衛生材料():在宅療養指導管理医療機関()		
	入院前の医療管理状況は、入院後に引き継ぐべき重要な情報です。 日頃、かかりつけ医、専門医への通院目的と治療状況の把握、 訪問看護師・通所先看護師等と情報共有しておき、病院に伝えましょう。		

医療処置方法	☐ 自己管理 ☐ 家族管理 ☒ 訪問看護 ☒ 他(ディサービス看護師と訪問看護連携で1回/3日の排便コントロール)
急変時受け入れ病院	☐ なし ☒ あり(かかりつけ: 〇〇市立総合医療センター 〇〇地区センター 〇〇薬局・P店)
内服薬	☐ なし ☒ あり(処方箋: 〇〇市立総合医療センター 〇〇地区センター 〇〇薬局 〇〇診療情報提供書 ☐ 看護サマリー ☐ 他)
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 家族管理() ☒ 訪問看護 ☐ 訪問薬剤師 ☒ 訪問介護 ☒ 他(Kディサービス)
病院・施設・訪問看護上の課題点	☐ 治療・薬物管理 ☐ 水分管理 ☐ 活動量 ☐ 療養生活 ☐ 生活習慣 ☐ 看護連携
病院・施設・訪問リハビリ上の課題点	☐ 本邦内移動(トレッチ含む) ☐ 筋力増強運動 ☐ 疼痛管理 ☐ 麻痺予防 ☐ 日常生活動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 高次脳訓練 ☒ 在宅療養支援計画立案に向けた「在宅チームの情報共有シート」としても利用できます。
病院・施設・訪問栄養管理の課題点	☐ 本人指導 ☐ 認知機能 ☒ 栄養状態 ☐ 食事摂取量
病院・薬局薬剤管理の課題点	☐ 本人指導 ☐ 認知機能 ☐ 薬剤管理 ☐ 薬剤師指導
MSWの課題点	☐ 各種医療費助成制度活用 ☐ 各種制度申請支援 ☐ 地域移行・定着支援 ☐ 生活面・悩み相談 ☐ 家族関係
◎包括・ケアプラン	
入院歴	最近半年間の入院 ☐ なし ☒ あり(期間×年△月〇日～×年△月△日(理由: 心不全))
入院頻度	☐ 頻度は高い ☐ 頻度は低い ☐ 頻度は不明
入院前の利用サービス	☐ 在宅療養支援計画書1.2.3 ☐ 他()
カンファレンスの希望	☒ IC同席 ☒ 介護連携CF ☐ 多職種CF ☒ 退院前共同CF ☐ 退院前訪問指導同行
ケアマネの今回の入院に対するアセスメント	入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等 味の濃いものを好み、ヘルパーに甘辛い物を依頼される傾向にあります。生活介護のヘルパーも栄養指導の際に同席させていただきたいと思ひます。本人の自立度によっては、入所や終末期について長男と話し合いが必要です。最近、長男が不眠、食欲不振の症状が低下してきていました。
お互いの確認事項	☐ 相違点 ☒ 新規 ☐ 退院 ☒ 服薬 ☒ 急変 ☒ 退院 ☒ サマリー ☐ 診療書
ケアマネ⇄医療機関	☐ 相違点 ☒ 新規 ☐ 退院 ☒ 服薬 ☒ 急変 ☒ 退院 ☒ サマリー ☐ 診療書
退院時必要書類等	☐ 退院 ☒ サマリー ☐ 診療書
必要な連絡先	☐ 成年後見人氏名: 〇〇氏 連絡先: 〇〇 ☐ 本人の回復状況。屋内の転倒危険因子の免置し。長男の協力内容、緊急の連絡がつくこと。民生委員の* *さん、近隣の@ @さんの協力を得ています。
在宅生活に必要な要件	☐ 成年後見人氏名: 〇〇氏 連絡先: 〇〇 ☐ 本人の回復状況。屋内の転倒危険因子の免置し。長男の協力内容、緊急の連絡がつくこと。民生委員の* *さん、近隣の@ @さんの協力を得ています。

記載例【入・退院時連絡シート】（共通）

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載・送付日

20××年 ×月 ×日(×)曜日

*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと（居宅介護支援事業所は確認済み）

☒ この情報開示及び連絡をとることにご本人・ご家族（ふじみ野市）は同意されています。

医療機関名：ただいま病院
所属部署：看護部 A病棟
氏名：看護 C子
電話：049-888-888

退院時連絡
病院記入例
☒が入ります。

退院と同時に送付するのではなく、
「退院が予測」された時点で
送付し、退院調整を開始していきます。

FAX：049-777-777

ふりがな 氏名	ふじみ野 花子 様		男・女	明・大・昭・平・令
住所 (施設)	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1		Tel	自宅 123-456-789 携帯
緊急 連絡者	① ふじみ野 三郎	続柄：長男	同居・別居	C 県・市在住 Tel：987-654-321
	②	続柄：	同居・別居	県・市在住 Tel：
	③	続柄：	同居・別居	県・市在住 Tel：
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ～ 退院日 20 ××年 ○月 ×日 (予定)			
主治医	(循環器内科) 退院日が決定していない場合は、予定日を記載します。			
入院時の 診断名	うつ血性心不全急性増悪、肺水腫、糖尿病、便秘症、認知症			
入院時の 症状・主訴	胸苦しい、気持ちが IC状況、病状の受け止めは、療養の方向性を統一する にあたり大切な情報となります。			
病状説明	本人へ：本人の理解、納得は不明 家族へ： ☒ なし ☐ あり 内容(○月○日心不全の末期状態。飲水制限や内服できない場合は再発する。介護協力はできない 旨の返答あり ×日に再度面接予定)			
本人の病気・障害・ 状態の受容、意向	生きてい 在宅療養生活の方針、患者家族の意向・ACPI につながる内容です。			
家族の病気・障害・ 状態の受容、意向	○月×日 意思決定支援状況を教えてください。 詳細はケアマネ等との面接時にお伝えください。			
入院中又は在宅で 気になったエピソード・本人や家族の言 動等	☒ 本人：病院 家で寝頭が長たいよ。息子には会いたくない。 ☐ 家族： ☐ * 同封の居宅サービス 医療略語で記入しないようお願いします。			
既往歴	病名	年齢	経過	医療機関名
かかりつ け医等 (歯科医院も 忘れずに)	うつ血性心不全、心房細動	78	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形外科
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院
			通院・入院・手術・訪問	なし・あり

排泄状況 (便)	便意	☒ あり ☐ なし	排便回数: ()回/日、または (2~3)日に1回
	方法	☒ トイレ ☒ ポータブル ☐ リハパンツ ☐ おむつ ☐ 便器 ☐ 消化管ストマ	
	動作	☐ 自立 ☒ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 排便後の拭きとりの確認)	
整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口)	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 爪切り全介助、うがい磨き残し確認、後始末)		
	義歯: 上: ☐ なし ☒ あり 下: ☐ なし ☒ あり (☐ 部分入歯 ・ ☒ 総入歯 ・ ☐ インプラント)		
入浴	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 背中・足先・臀部の洗体)		
	☐ 一般浴 ☐ シャワー浴 ☒ 機械浴 ☐ 清拭 ☐ 行わず ☐ 他(		
更衣	上衣: ☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助 下衣: ☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助		
基本動作	寝返り	☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 柵につかまれば可能)	
	起き上がり	☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: つかまり、ギャッジアップで可)	
	座位	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 背もたれ、支えが必要)	
	移乗	☒ 自立 ☐ 見守りが必要 ☐ 介助が必要 ☐ 全介助(用具や介助内容: 立ち上がり時にふらつきあり)	
移動	補助具	☐ 独歩 ☐ 杖・手すり ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 装具 ☒ 車いす ☐ リクライニング車いす	
	動作	☐ 自立 ☐ 見守りが必要 ☒ 介助が必要 ☐ 全介助(介助内容: 易疲労のため自走できない)	
知覚	視力	☐ 問題なし ☒ やや難あり(両目・右目・左目) ☐ 見えない	眼鏡: ☒ あり使っていない ☐ なし
	聴力	☐ 問題なし ☒ 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) ☒ 補聴器・集音器で聞こえる ☐ 聞こえない	
コミュニケーション 理解と表出	方法	☒ なし ☐ 筆談 ☐ 手話 ☐ 文字盤 ☐ パソコン ☐ 点字 ☐ 意思伝達装置 ☐ 電話 ☐ スマホ	
	会話	☐ 普通 ☒ おおむね可能 ☐ 簡単な返事は可能 ☐ できない	
睡眠	状況	☐ 良 ☒ 不良	睡眠剤: ☒ なし ☐ あり()
嗜好	喫煙: ☐ なし ☒ あり(入院前1~2)本位/日 飲酒: ☒ なし ☐ あり()を()ml位/日		
精神面における 療養上の問題	☐ なし ☒ あり:(☐ うつ病 ☐ 適応障害 ☐ 統合失調症 ☐ 双極性障害 ☐ 依存症 ☐ 神経症 ☐ 発達障害 ☐ 認知症(BPSD) ☒ 他()		
家族の介護支援力	☒ なし ☐ あり 退院後の生活にかかわる情報項目です。詳細は面接等で補足してください。		
家族や同居者等による 虐待の疑い	☐ なし ☐ あり(内容: 母子関係が疎遠な原因が面会では不明で解決に至らず。今後、自宅生活が継続可能か検討を要す)		
家族への介護指導	☐ なし ☒ あり⇒理解(☐ 十分 ☒ 不十分(問題点: 他県在住、また就労のため月に1~2回帰省し安否確認なら可能と。))		
禁忌事項 (禁忌動作等)	☒ なし ☐ あり(内容: 訪問・通所系・短期入所サービス利用時に必要な情報です。		
◎ 医療状況			
アレルギー	薬品: ☒ なし ☐ あり() 食品: ☐ なし ☒ あり(桃) 金属・ゴム・絆創膏・()		
感染症	☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA ・ ☐ 保菌 ☐ 発症(口痰 ☐ 血液 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ 他(なし)		
医療処置	☐ なし ☐ 高カロリー ☐ 酸素() ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養(種類: 最終交換(予定)日: /) ☐ 自己導尿 ☒ 排便コントロール() ☐ 他()		
	☒ 排便コントロール() ☐ 他()		
	☐ 疼痛コントロール ☐ 口腔内(口歯 ☐ 歯周 ☐ 舌 ☐ 粘膜) ☐ 他() ☒ 医療材料(インスリン・血糖測定検計中) ☐ 衛生材料():在宅療養指導管理医療機関(当院予定)		
	在宅療養指導管理に必要な物品・衛生材料の支給は自院で整えて退院調整しましょう。		

医療処置方法	☐ 自己管理 ☐ 家族管理 ☐ 訪問看護 ☒ 他(インスリン製剤、血糖測定回数を主治医・薬剤師と検討中)
急変時 受け入れ病院	☐ なし 退院後の療養生活をイメージし、確認しましょう。 ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店
内服薬	☐ なし ☒ あり(別紙参照: ☒ お薬手帳 ☒ 薬剤情報提供書 ☐ 診療情報提供書 ☐ 看護サマリー ☐ 他
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 家族管理() ☒ 訪問看護 ☐ 訪問薬剤師 ☒ 訪問介護 ☒ 他(Kディサービス)
病院・施設・訪問 看護上の 課題点	☒ 治療・療養方針 ☐ 入院前・入院時・退院時の病状・ADL変化 ☐ インスリン値等観察注意点 ☒ 水分管理 ☐ 皮膚 ☐ 睡眠 ☒ 自己管理状況 ☐ 活動量 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☒ 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) ☒ 介護者支援や関係調整 ☐ 訪問歯科衛生指導 ☐ 生命予後 ☐ 看取り ☐ 災害時対応 ☒ 看取り ☐ 住環境/医療・介護機器 ☐ 在宅自己注射指導管理等
病院・施設・訪問 リハビリ上の 課題点	☒ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強運動 ☐ 疼痛管理 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☒ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 高次脳訓練 ☒ ADL練習(入浴・移動/移乗移動等) ☐ ADL練習(買い物・調理等) ☐ 外出訓練 ☐ 運動耐容性 ☐ 認知機能 ☐ 生活意欲 ☐ リハビリの意欲目標 ☐ 社会参加 ☐ 趣味活動 ☒ リハビリ連携(H訪問リハビリ・Kディ事業所等) ☐ 他
病院・施設・訪問 栄養管理の 課題点	☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 食事指導(糖尿病・心不全) ☒ 嗜好・偏食・食べたい物 甘味好き ☐ 認知力、精神面 ☐ 嚥下機能 ☐ 食形態 ☐ 調理指導 ☒ 食品選択、買い物方法 ☒ 通販、配食サービス ☐ 栄養補給・補助食品 ☐ 終末期の栄養水分摂取 ☐ 食事療法アドヒアランス
病院・薬局 薬剤管理の 課題点	☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☒ 処方薬の薬効評価 ☐ 副作用、アレルギー ☐ 薬品保管方法 ☒ 薬剤形状形態(嚥下機能) ☒ ポリファーマシー ☐ 服薬アドヒアランス ☐ 他() ☐ 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) ☒ 調剤薬局連携(ふじみ野市 ちきゅう調剤薬局 P店)
MSWの 課題点	☐ 各種医療費助成制度活用 ☐ 各種制度申請支援 ☐ 地域移行・定着支援 ☐ 生活面・悩み相談 ☒ 家族等関係性調整(家族内・社会) ☐ 社会復帰・就業・修学支援 ☐ 受診窓口相談
◎包括・ケアマネシ	
入院歴	最近半年間での入院 前回の入院加療の評価、病状・病期、自己管理能力、家族等の状況、ケアプランの評価等につながる情報です。 ()
入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返し ☐ 頻度は低いがこれまでもあり ☐ 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封 ケアマネジャーの「入院時連絡シート」に対応しているか確認してください。 ()
カンファレンスの希望	☐ IC同席 ☐ 介護連携CF ☐ 多職種CF ☐ 退院前共同CF ☐ 退院前訪問指導同行
ケアマネの 今回の入院に対する アセスメント	入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等
お互いの確認事項 ケアマネ⇄医療機関	☐ 予想される入院期間 ☐ 生活や暮らし ☐ 状態注意点 ☒ 新入居環境 ☐ 退院後の生活 ☐ 先や変更(病院・かかりつけ医・訪問診療・訪問看護・リハビリ・薬剤師・通所先) ☐ 注意点 ☒ 服薬状況 ☐ ADL・IADL低下の予想 ☐ 区分変更の必要性 ☒ 入所や転院の可能性 ☒ 急変の可能性と対応方法 ☐ 併診医・関係事業所との連携 ☐ 配慮してほしいこと
退院時 必要書類等	☐ 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください ☐ サマリー(看・リ・薬・栄・相) ☐ 訪問看護指示書 ☐ 特別訪問看護指示書 ☐ 診療情報提供書 ☐ 入浴可否判定書 ☐ 入浴可否判定
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	☐ 成年後見人(氏名・住所・連絡先) ☐ 連絡先 ☐ Tel: () 電話でもお伝えしましたが、〇月〇日14:00～14:30当院の8階会議室で退院前カンファレンス開催予定です。ご参加頂きますよう、お願い致します。関係者の方にご連絡下さい。

*CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする

R7.4月 東入間医師会地域医療・介護相談室作成



退院前カンファレンスの目的・意義

- 1) 包括的な治療（予防）・ケアのために患者や家族、多職種（病院関係者、在宅ケア関係者）で共有すべき情報をわかりやすく提供する。
- 2) 患者や家族が安心して退院でき、安定した在宅生活（再入院のリスク軽減など）を送ることができる。
- 3) 病院スタッフが在宅生活をより明確に理解でき、在宅療養生活に必要な事項が入院中に再確認でき、早期解決ができる。



カンファレンスを円滑に進めるためのポイントは、**事前の準備**にあります。

① 病院内での各種カンファレンス

- ・患者、家族の退院後に向けた希望を確認します。
- ・院内の関係職種間の退院目標の共有、退院支援の進め方・役割分担を確認しましょう。
- ・必要に応じて、事前に院内と在宅側の同職種同士（病院主治医⇔かかりつけ医、病院看護師⇔訪問看護師、病院療法士⇔訪問・通所リハなど）で話すことにより、引継ぎがスムーズになり、病院での退院指導も的確なものになります。

② 在宅側ケアチームにおいても、利用者の退院後の療養生活イメージをつけておきましょう。

- ・利用者、家族の療養生活への希望や自立度、医療依存度に合わせ、在宅の各職種と連絡相談し合い、サービス調整等をおきましょう。

③ 退院前カンファレンス

- ・「入退院時連絡シート」等を基に話し合うテーマや課題を整理し、ポイントを確認しましょう。項目に添って、伝えたい情報の要約や内容の箇条書きなど準備を整えておきましょう。
- ・あらかじめ病院と在宅側で確認事項、質問事項は伝えておき、進行表を提示するなどしてカンファレンスの限られた時間（目標 30 分位）を有意義に使いましょう。
- ・カンファレンス議題に応じて参加者を確認し、日時に余裕をもってスケジュール調整をしましょう。可能な限り参加しての情報共有が望まれますが、急ぐ際は優先順位をつけ招集しましょう。
- ・退院の1週間前までには開催されることが望ましいのですが、疾患・病状によっては時間的余裕のない状態で退院を試みるケースも想定されます。このような場合は、限定された条件の中で効率よく、地域との情報交換が行われる方法を相談し、選択しましょう。

④ サービス担当者会議



退院前カンファレンスに引き続き、より具体的にケアプランやサービス提供について検討を行う「サービス担当者会議」を実施する場合もあり、効率的な進め方ともいえます。

⑤ インフォーマルな支援者の参加

- ・地域の民生委員、近隣者などインフォーマルな支援者が在宅支援に係わる予定がある場合は、患者や家族の同意や必要な手続きを確認後、出席して頂くことを検討しましょう。



* 司会は病院側（入退院支援・退院調整担当者）が担当することを想定しています

留意すること

- ①出席者全員（患者、家族も）が理解しやすいよう、医療・介護の専門用語、略語を使用しない。
- ②他の職種の意見を否定しないこと。和やかな雰囲気作りも重要。
- ③時間厳守！時間を気にしない発言は控え、事前にまとめておき、きびきびと進めよう。
- ④一方的な情報の提供は避けよう。情報は伝えて終わりではなく、いかに相手が活用できるかです。
- ⑤すべての問題点をこの会議で解決しようとせず、総合的な目標や重要な課題について認識ができればよいと考えよう。

進め方

* 特に患者、家族はカンファレンスでは緊張します。ご配慮の上、進めてください。

- ①出席者の自己紹介：司会者
- ②入院から現在までの経過と治療：主治医（看護師）
- ③現在の日常生活自立度と必要な支援内容：看護師
- ④病状・予後についての説明と患者と家族の理解：主治医・看護師
- ⑤療養生活に対する患者と家族の意向（希望・心配ごと）：本人・家族
- ⑥専門職の退院指導経過と現状、今後の方針：主治医、看護師、療法士、栄養士、薬剤師
 - ・病状管理上のポイント、医療処置、介護方法の指導状況と習得状況、課題
 - ・運動、口腔、栄養、精神面、セルフケア能力等での課題
 - ・介護負担など、環境面での課題と対策
 - ・在宅療養におけるリスクと予防、対応策
 - ・緊急時の体制（容体の悪化時、家族の健康障害等、医療機器トラブル、災害など）
- ⑦在宅生活の目標と（セルフケア能力と介護力を踏まえた）必要なサービス：ケアマネジャー
 - ・総合的な援助の方針、介護サービス提供の概要
- ⑧在宅療養の方針：在宅かかりつけ医、外来担当医（訪問看護師）
 - ・（必要に応じて）在宅限界点（再入院、施設入所検討が必要となる状況）
- ⑨病院スタッフへの質問・確認：在宅スタッフ
- ⑩在宅生活を支えるスタッフへの質問・要望：病院スタッフ
- ⑪退院にむけての調整（退院日時 移送方法 サービス開始日）：司会者、ケアマネジャー
- ⑫方向性の確認・合意形成：司会者

終了後

* 特にカンファレンス参加の少ない主治医・かかりつけ医・歯科医師とは情報共有を行いましょう。

- ①病院の退院担当者は、「退院前カンファレンスシート（議事録）」を作成し、院内のカンファレンス記録として共有するとともに、関係者（患者・家族および在宅ケア担当事業所）に配布する。
- ②ケアマネジャーは協議内容を反映させたケアプランを利用者や家族、関係機関に配布、共有する。

(1)参考

退院前カンファレンス（退院時共同指導）進行シート



患者氏名	氏名	生年月日	年齢
開催日時	年 月 日 () : 時 分 ~ 時 分		
開催場所	() 病院 () 病棟 () 室		
参加者 司会者開催宣言 ①自己紹介	・本人 () ・ご家族 () 〈病院側〉 〈在宅側〉		
主治医または看護師 ②入院理由と 疾患の経過と治療	*わかりやすく説明しましょう		
看護師 ③日常生活自立度と 支援内容			
主治医または看護師 ④病状・予後告知と 患者、家族の受け止め	*患者・家族・スタッフ間でズレがないか事前確認が必要		
本人・家族 ⑤患者、家族の意向 (気持ち)	希望、心配事、居所の決定、再入院の意向、ACP に関することなどを簡潔に 本人： 家族：		
看護師・療法士・薬剤師・ 栄養士、MSW など ⑥病院側からみた 在宅での課題	課題に対し実施した支援、指導内容・習得状況・継続課題をサマリー（要約）し伝える		
ケアマネ ⑦在宅療養の目標と 必要な支援概要	生活・介護上の課題をサービスに結びつけるケアプラン		
在宅医・訪問看護師など ⑧在宅医療の方針			
在宅スタッフ ⑨在宅側から病院への 質問・確認など	質問事項や情報の再確認、要望の確認		
病院スタッフ ⑩病院側からの在宅への 確認など	質問事項や情報の再確認、要望の確認		
司会者・ケアマネ ⑪退院にむけての調整	退院日時・移送方法・サービス開始日・緊急対応・必要書類・器材物品・薬剤など		
司会者閉会挨拶 ⑫まとめ・合意形成			

* 協議内容は全体で優先して協議する内容と、個別で協議する内容に分け、効率的にすすめること

(2) 参考：指導説明書

退院時共同指導

 介護支援等連携指導 説明書

面談日	/	初回・2回目
面談場所	病棟	室
記録者・所属		

基本情報	ふりがな		性別	病名	
	氏名		男・女		
	生年月日		歳	入院	年 月 日～退院 年 月 日
	介護保険	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 ☐ 未 ☐ 申請中 [新規・更新・変更]			
	障害者手帳: ☐ 申請中 ☐ 身障 ☐ 精神 ☐ 療育 : () 級 () ☐ 重身医療 ()				

病状説明と受け止め	(医師からの病状説明) 主治医氏名: () 科 ()
	(本人の受け止めと意向)
	(家族の受け止めと意向)
	(看取り・終末期における医療や介護についての希望)

身体状況	状況		左記の詳細や留意点
	寝たきり度	☐ J(自立) ☐ A(外出要介助)B(座位可) ☐ C(寝たきり)	
	認知症生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ M	
	麻痺	☐ 無 ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢	
	拘縮	☐ 無 ☐ 左上肢 ☐ 右上肢 ☐ 左下肢 ☐ 右下肢	
	褥瘡(床ずれ)	☐ 無 ☐ 有(部位) 深さ等()	
	障害	☐ 視力 ☐ 聴力 ☐ 言語 ☐ 味覚 ☐ 嗅覚 ☐ 咀嚼 ☐ 嚥下	
アレルギー	☐ 無 ☐ 有()	感染症	☐ 無 ☐ 有()

	入院中の状況		左記の説明内容・留意点・介助者
食事	介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	方法	☐ 経口 (普通・ひと口大・刻み・ソフト・ペースト・トロミ)	
		☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経鼻経管 ☐ 中心静脈	
		栄養剤名() () Kcal/日	
		水分() ml/日 食事回数() 回/日	
		チューブ製品名() 最終交換日(/)	
口腔	義歯	☐ 無 ☐ 有(部分入れ歯・総入れ歯) ☐ 他	
	介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
清潔	方法	☐ 入浴(一般浴・機械浴) ☐ シャワー浴 ☐ 清拭 ☐ 他	
	更衣	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
排泄*	方法	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ おむつ ☐ パット ☐ 尿器 ☐ ストーマ ☐ 腎臓ろう・尿管皮膚ろう ☐ 留置カテーテル() Fr 最終交換日(/)	
	介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ 尿破棄介助 ☐ 便破棄介助	

*排泄	薬剤	下剤使用 ☐ 無 ☐ 有:薬剤名()
		最終排便(/) 自然・摘便・下剤・浣腸
移動	方法 介助	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす(☐ 操作可 ☐ 介助) ☐ その他 ☐ 体位変換介助 ☐ 起坐介助 ☐ 移乗介助

家族状況	主介護者	(続柄:)	キーパーソン	(続柄:)	
	緊急連絡先	(続柄:)	介護状況等		
共同指導内容	医療的処置	薬・注射等	☐ 服薬支援 ☐ 点滴 ☐ 経管栄養 ☐ 高カロリー中心静脈栄養(ポート・PICC) ☐ 注射(インスリン・ ☐ 他) ☐ 血糖測定 ☐ 痛み・症状コントロール		
		医療機器	☐ 人工呼吸器 ☐ 在宅酸素 ☐ 点滴ポンプ ☐ 喀痰吸引機 ☐ 他()		
		医療処置	☐ 褥瘡 ☐ ストーマ ☐ 腎ろう・尿管皮膚ろう ☐ 経管栄養 ☐ 吸引 ☐ 気管カニューレ ☐ 留置カテーテル ☐ 腹膜透析 ☐ その他()		
		医療物品	製品名:	サイズ:	調達先:
		リハビリ	☐ 無 ☐ 有(頻度:) 内容:		
	今後の治療上生活上の課題				
	利用予定サービス等	訪問: ☐ 看護(/週) ☐ リハビリ(/週) ☐ 介護(/週) ☐ 入浴(/週) ☐ デイサービス(/週) ☐ デイケア(/週) ☐ 短期入所 ☐ 配食サービス(/週) ☐ 居宅療養管理指導: 医科(/月)・歯科(/月)・薬剤(/月)・栄養(/月) ☐ 介護タクシー ☐ 住宅改修 ☐ 福祉用具レンタル			
	退院に際して	退院日時	月 日 時 分	搬送方法	☐ 自力 ☐ 車いす ☐ ストレッチャー
		退院後主治医		その他通院先	
		初回通院日	月 日 時 分	初回サービス利用日	各サービスで確認
必要書類		診療情報提供書・訪問看護指示書・特別訪問看護指示書・許可書・その他			
緊急対応					
その他	ケアマネジャー ⇄ 病院 ⇄ 訪問看護リハステーション ☐ 1週間～1ヶ月の間に、別紙で情報の返信をお願いします。				

話し合い出席者	☐ ご本人 ☐ ご家族() ☐ その他()						
		所属	職種	氏名	所属	職種	氏名
	在宅						
	病院						

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当と共同で退院支援致しました。

病院名:

住 所:

私は、上記内容の退院指導を受けました。

年 月 日 : ご利用者・ご家族サイン:

11 主治医・ケアマネジャー連絡（照会）シートについて

① 連絡（照会）シート活用目的

かかりつけ医や病院・診療所と介護の調整役であるケアマネジャーとの円滑な情報のやり取り、手続きの簡素化を図ることを目的としています。

このシートを活用することにより、関係機関の中で、より活発で効果的な連携が進み、より良いサービスが提供されることを目指しています。

② 使用上の留意点

- ・本シートは、主治医→ケアマネ、また ケアマネ→主治医で連絡を取る際の簡易的なファックス又は MCS 専用の連絡シートです。本シートを受け取った医療機関窓口のスタッフは、すみやかに主治医にお渡し下さい。
- ・本シートは一方的に送りつけるのではなく、お互いに連絡・確認を取ったうえで依頼・返信を行い、個人情報の取り扱いに留意し、マナーを守って行いましょう。
- ・本シートの項目は簡易な内容ですので、さらに打ち合わせが必要なケースや緊急の際は、直接連絡を取るか、もしくは、面談・受診同行、カンファレンスなどで情報を共有してください。
- ・ケアマネジャーから、または主治医からの相談等がありましたら、速やかに返信等のご協力をお願いします。
- ・初回の「軽度者に対する福祉用具貸与」「医療系の介護保険サービス」導入時には使用せず、各市町が定める様式を使用してください。
- ・前回のケアプラン作成時と比べ、利用者の状態像が変化した時などには使用しないでください。

③ 注意

- ・本シートは、標準様式であり、他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。
- ・本シートでは、介護連携指導料・診療情報提供書料の算定はできません。
- ・個人情報取り扱いのため、依頼前に必ず利用者（患者）、家族の同意を得てください。
- ・主治医に意見の返信を求める場合には、求める作成期限日の 14 日前には依頼しましょう。



(名刺を貼ることもできます)

FAX番号： 住所： 医療機関名： 医師氏名： 電話番号：	 	FAX番号： 住所： 介護支援事業所名： 介護支援専門員名： 電話番号：
--	--	---

のりしろ

利用者名	男 女	住所			
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 (歳)	電話		要介護度 申請状況等	

ケアマネジャー記入欄

主治医からの返信： ☐ 要 ☐ 不要 (*主治医への連絡のみの場合)

日頃より大変お世話になっております。
 貴院通院中(入院中)の利用者の担当をさせて頂いております。
 今後の支援について主治医の先生と連絡を取らせて頂きたく、お忙しいところ誠に恐れ入りますが、
 ご都合の良い方法で、 月 日までに、ご回答をお願い致します。

- ☐ ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡致しております。
☐ ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡致します。

連絡 (照会) 目的	☐ 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について または、ケアプランの原案へのご意見について
	☐ 医療系サービスを導入するにあたり、主治医のご意見など
	☐ サービス担当者会議(照会)開催の連絡、主治医からのご意見など サービス担当者会議開催日時： 月 日 時 分～場所：
	☐ 福祉用具貸与(購入)について、医師からの意見、相談など
	☐ 利用者の下記状況についての相談
	☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶
〈上記項目の具体的内容〉	

主治医 回答(返信)欄

! この連絡票の回答では診療情報提供書料の算定はできません

連絡方法等	☐ 直接面談 ☐ オンライン面談 (時間帯： 月 日 時頃 場所： URL：)
	☐ 電話で話をします (時間帯： 月 日 時頃)に電話を ください・します
	☐ 別途、MCS・メールで回答します
	☐ 受信し、ケアプラン等を確認しました
	☐ 下記欄でFAX回答します
サービス担当者会議に ☐ 出席します ☐ 出席しません → 下記通信欄へご意見をお願いします	
〈通信欄〉	
年 月 日 氏名(自署)	

(名刺を貼ることもできます)

FAX番号: 049-999-999

住所: 富士見市鶴馬1800-1
医療機関名: ただいま病院
医師氏名: **富士見 太郎** 先生(宛)
電話番号: 049-888-888



FAX番号: 049-777-777

住所: 三芳町藤久保1100-1
介護支援事業所名: おかえりプラン
介護支援専門員名: **三芳 次郎**
電話番号: 049-666-666

のりしろ

利用者名	ふじみ野 花子	男 女	住所	ふじみ野市福岡1-1-1
生年月日	M・T・ S ・H 13 年 4 月 1 日 (84歳)		電話	049-555-555
			要介護度 申請状況等	要介護4

ケアマネジャー記入欄

主治医からの返信: ☒ 要 ☐ 不要 (*主治医への連絡のみの場合)

日頃より大変お世話になっております。
貴院通院中(入院中)の利用者の担当をさせて頂いております。
今後の支援について主治医の先生と連絡を取らせて頂きたく、お忙しいところ誠に恐れ入りますが、
ご都合の良い方法で、2 月 25 日までに、ご回答をお願い致します。

- ☐ ご本人、☒ ご家族の同意を得て、ご連絡致しております。
☐ ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡致します。

連絡 (照会) 目的	☐ 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について または、ケアプランの原案へのご意見について
	☐ 医療系サービスを導入するにあたり、主治医のご意見など
	☐ サービス担当者会議(照会)開催の連絡、主治医からのご意見など サービス担当者会議開催日時: 月 日 時 分~場所:
	☐ 福祉用具貸与(購入)について、医師からの意見、相談など
	☒ 利用者の下記状況についての相談
	☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶
〈上記項目の具体的内容〉 入浴時の血圧について 先生に外来でおかかりの「ふじみ野花子さん」ですが、デイケアで入浴サービスを開始させて頂く予定でおります。 当該事業所では、健康管理上利用者の方全員に、かかりつけの先生から入浴可能な条件についてご指示をいただいております。 つきましては、本書または同封書類にて、ご指示いただきたくお願いします。	

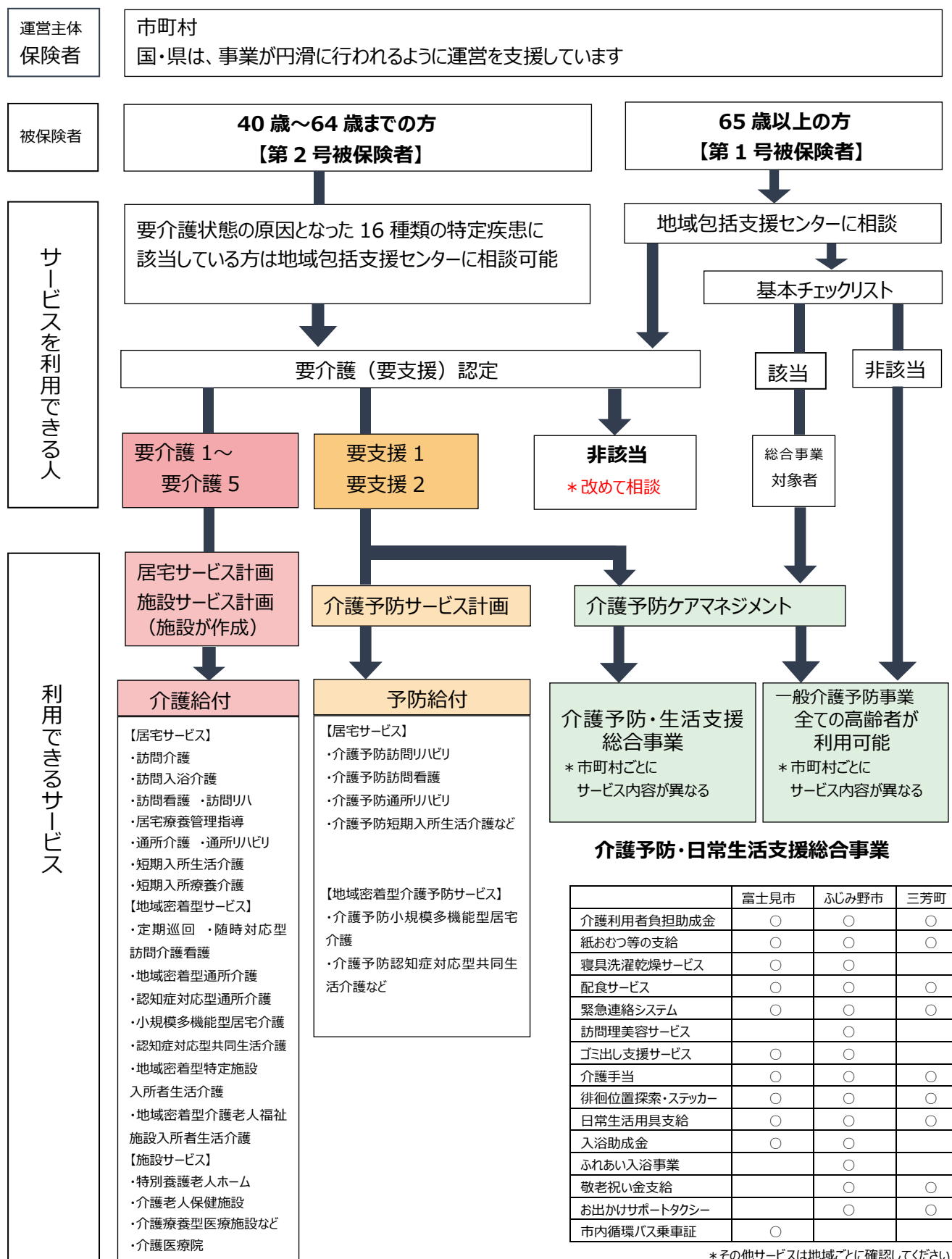
主治医 回答 (返信) 欄

! この連絡票の回答では診療情報提供書料の算定はできません

連絡方法等	☐ 直接面談 ☐ オンライン面談 (時間帯: 月 日 時頃 場所: URL:)
	☐ 電話で話をします (時間帯: 月 日 時頃)に電話を ください・します
	☐ 別途、MCS・メールで回答します
	☐ 受信し、ケアプラン等を確認しました
	☒ 下記欄でFAX回答します
サービス担当者会議に ☐ 出席します ☐ 出席しません → 下記通信欄へご意見ををお願いします	
〈通信欄〉 安定した状態で、以下のバイタルサイン測定値の場合には入浴を中止して下さい。 発熱: 37.5度以上 血圧: 収縮期血圧170mmHg以上 もしくは 拡張期血圧110mmHg以上 脈拍: 100回/分以上 2022 年 2 月 25 日 氏名(自署) 富士見 太郎	

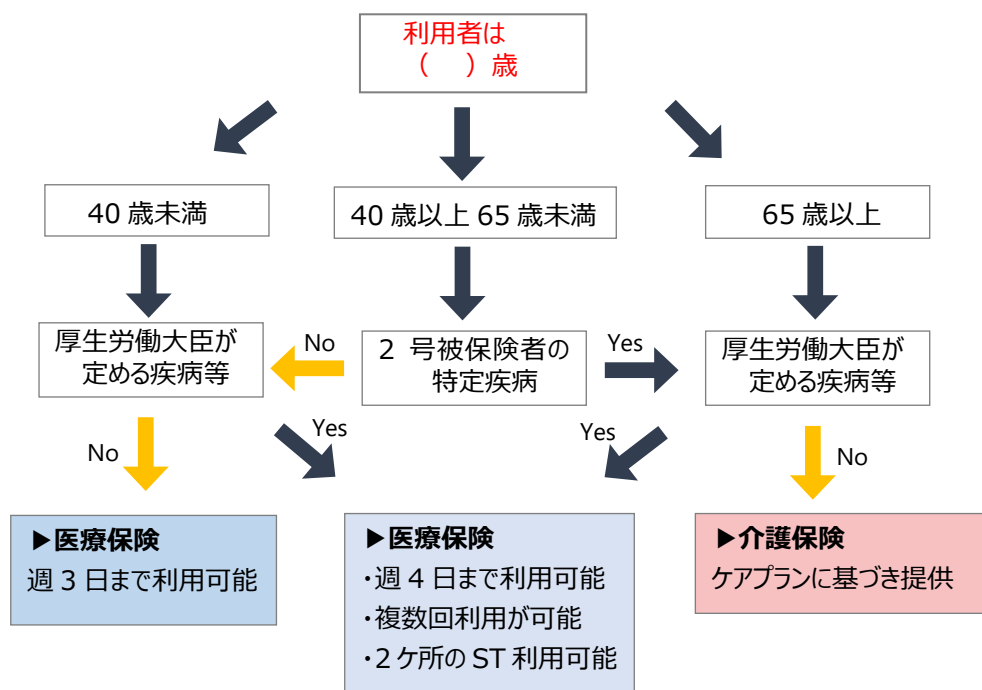
1 2 参考資料

(1) 介護保険の概要（イメージ図）



(2) 「訪問看護の利用」は介護保険と医療保険どちらを使うのか

* 矢印に添ってご確認ください。



厚生労働大臣が定める疾病等

医療保険における訪問看護。週 4 日以上訪問、2 ケ所以上の訪問看護ステーションの利用が可能です。

1 日の回数制限はありませんが加算費用が異なります。

1. 末期の悪性腫瘍
2. 多発性硬化症
3. 重症筋無力症
4. スモン
5. 筋萎縮性側索硬化症
6. 脊髄小脳変性症
7. ハンチントン病
8. 進行性筋ジストロフィー症

9. パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症分類がステージ 3 以上であって、生活機能障害Ⅱ度またはⅢ度のものに限る）
10. 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シャイドレーガー症候群）

11. プリオン病
12. 亜急性硬化性全脳炎
13. ライソゾーム病
14. 副腎白質ジストロフィー
15. 脊髄性筋萎縮症
16. 球脊髄性筋萎縮症
17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎
18. 後天性免疫不全症候群
19. 頸髄損傷
20. 人工呼吸器をしている状態

厚生労働大臣の定める疾病等は介護保険の利用者でも訪問看護は「医療保険」で行います。

特定疾患治療研究事業対象の疾患

都道府県が実施する治療研究事業の対象となり、公費負担になります。

対象となる疾病一覧は、埼玉県のホームページに掲載しておりますので閲覧ください。

介護保険の特定疾病

40 歳以上 65 歳未満の 2 号被保険者が介護保険を申請できる疾病

- | | | |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. *末期のがん(主治医の判断) | 7. *進行性核上性麻痺、大脳皮質
底核変性症及びパーキンソン病 | 12. 糖尿病性神経障害 糖尿病性腎症
糖尿病性網膜症 |
| 2. 関節リウマチ | 8. *脊髄小脳変性症 | 13. 脳血管疾患 |
| 3. *筋萎縮性側索硬化症 | 9. 脊柱管狭窄症 | 14. 閉塞性動脈硬化症 |
| 4. 後縦靭帯骨化症 | 10. 早老病 | 15. 慢性閉塞性肺疾患 |
| 5. 骨折を伴う骨粗鬆症 | 11. *多系統萎縮症 | 16. 両側の膝関節または股関節に
著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 6. 初老期における認知症 | | |

* : 要介護認定を受けていても厚生労働大臣の定める疾病の訪問看護は「医療保険」で行います。

注意①介護保険の利用者でも以下の疾病（厚生労働大臣が定める疾病等）【A】に該当する方は
医療保険の訪問看護になります。

厚生労働大臣が定める疾病等 【A】

医療保険における訪問看護。週 4 日以上訪問、2 ケ所以上の訪問看護ステーションの利用が可能です。

1 日の回数制限はありませんが加算費用が異なります。

- | | | |
|-----------------|---|-------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍 | 9. パーキンソン病関連疾患（進行
性核上性麻痺、大脳皮質基底核
変性症及びパーキンソン病（ホーエ
ン・ヤールの重症分類がステージ 3
以上であって、生活機能障害Ⅱ度
またはⅢ度のものに限る） | 11. プリオン病 |
| 2. 多発性硬化症 | 10. 多系統萎縮症（線条体黒質
変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シ
ヤイドレーガー症候群） | 12. 亜急性硬化性全脳炎 |
| 3. 重症筋無力症 | | 13. ライソゾーム病 |
| 4. スモン | | 14. 副腎白質ジストロフィー |
| 5. 筋萎縮性側索硬化症 | | 15. 脊髄性筋萎縮症 |
| 6. 脊髄小脳変性症 | | 16. 球脊髄性筋萎縮症 |
| 7. ハンチントン病 | | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 | | 18. 後天性免疫不全症候群 |
| | | 19. 頸髄損傷 |
| | | 20. 人工呼吸器をしている状態 |

注意②医療保険の利用者でも以下の疾病（厚生労働大臣が定める疾病等）【B】に該当する方は、
週 4 日以上訪問看護が必要な場合は 2 ケ所の訪問看護ステーションからの訪問看護が
受けられます。また、週 7 日の訪問看護が計画されている場合は、3 ケ所の訪問看護からの
利用が可能です。さらに、複数名の訪問看護も受けられます。

厚生労働大臣が定める疾病等 【B】

「特掲診療科の施設基準等＊」別表第 7

- | | | |
|-----------------|---|-------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍 | 9. パーキンソン病関連疾患（進行
性核上性麻痺、大脳皮質基底核
変性症及びパーキンソン病（ホーエ
ン・ヤールの重症分類がステージ 3
以上であって、生活機能障害Ⅱ度
またはⅢ度のものに限る） | 11. プリオン病 |
| 2. 多発性硬化症 | 10. 多系統萎縮症（線条体黒質
変性症、オリブ橋小脳萎縮症、シ
ヤイドレーガー症候群） | 12. 亜急性硬化性全脳炎 |
| 3. 重症筋無力症 | | 13. ライソゾーム病 |
| 4. スモン | | 14. 副腎白質ジストロフィー |
| 5. 筋萎縮性側索硬化症 | | 15. 脊髄性筋萎縮症 |
| 6. 脊髄小脳変性症 | | 16. 球脊髄性筋萎縮症 |
| 7. ハンチントン病 | | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 | | 18. 後天性免疫不全症候群 |
| | | 19. 頸髄損傷 |
| | | 20. 人工呼吸器をしている状態 |

「特掲診療科の施設基準等＊」別表第 8

1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理も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もしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2. 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、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4. 真皮を越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



(3) 病院・施設の種類や専門職の配置について

＊リハビリ（以下、「リハ」という）

施設の種類	特 徴①	特 徴②	リハ職配置状況	補足事項
急性期病院	看護比率が高く、平均在院日数が極めて短い	リハも急性期を担う その後、軽症者のみ在宅に復帰し、それ以外は回復期か療養型病院への転院が多い	リハ職がいるところがほとんどだが、在宅復帰の際は介護サービスとの連携が重要	7:1 看護 10:1 看護
地域包括ケア病棟	急性期に比べ看護師比率は低く在院日数は 60 日が限度	入院費の計算が通常とは異なり地域包括ケア病棟入院料を算定する	病院の診療科によって、リハ職の配置が異なる	13 : 1 看護
回復期リハ病院（病棟）	回復期リハ病棟を有するリハ適応者のみ対応	発症から退院までの期間が定められているが、本格的なリハを行い、在宅復帰率も評価される	リハ職が十分に揃っている。在宅復帰や療養型病院への転院が多くケアマネとの関わりが大きくなる	適応のあるリハ患者のみが入院可能
医療療養型病院	継続した療養が必要な方	医療療養型のリハは、発症から経過が長くなるため、診療報酬上、リハが算定できる期間が短いか限定的	先の理由により、リハスタッフが多分でないところも多い	他の病棟や外来、通所リハ機能が併設されているか否かに留意する
診療所	在宅における医療機能	通院リハや通所リハなどに力を入れている所もある	リハ機能があるか否かによって専門職の配置は異なる	リハに特化した診療所もある
訪問看護ステーション 訪問看護リハステーション 訪問リハステーション	在宅における看護、リハを提供	主治医の訪問看護指示書（診療情報提供書）に基づき、看護・リハを提供する	リハ職を配置している所とそうでないところがある	病院や診療所の併設に留意する 医療保険と介護保険の両方が適応

(4) 介護保険施設等のリハビリ職員の配置について



* PT : 理学療法士 OT:作業療法士 ST:言語聴覚士

施設の種類	施設の特徴	施設基準上のリハ職の配置	リハ職配置状況
介護老人福祉施設	原則、要介護 3 以上の方が入所 医療ニーズの低い方をケア (生活の場)	法令上配置の必要なし	PT、OT を配置している所もある
介護老人保健施設	要介護 1 以上の方が入所。おもに 在宅復帰を目標として、入所による ケアを行う。リハニーズが高い	PT・OT は配置 通所リハ機能を有している施設では、 通所にも配置	ST を配置している所もある
介護医療院 (介護療養型医療施設)	要介護 1～5 の方が入所。医療ニ ーズの高い要介護者に対し、継続 的な医療支援と介護を提供 (介護療養型医療施設は 2023 年 に廃止予定)	PT・OT は配置 通所リハ機能を有している施設では、 通所にも配置	介護医療院は 2018 年 4 月 から制度化 (介護療養型医療施設は 2023 年度中に廃止予定)
介護療養型 老人保健施設	医療ニーズの高い要介護者に対し、 介護を提供。介護老人保健 施設と同様の機能を持つ	PT・OT は配置 通所リハ機能を有している施設では、 通所にも配置	療養病床から転換した老健 施設
通所リハ事業	在宅の利用者に対して、医学的 管理とリハを提供	PT・OT は必要数配置 診療所併設では、PT・OT が常勤で なくても可	PT・OT・ST の配置状況は 事業所によって異なる
訪問リハ事業	医療機関ないし老人保健施設の リハ部門の中に設置していることが 多い	PT・OT は必要数配置	在宅リハのかなめ 医療保険と介護保険の双方 が可能。事業所数が少ない
通所介護事業所	介護を主に提供するが、リハ機能 のある施設もある	PT・OT は配置必要なし	リハ専門職の配置について 確認を要す

リハビリ職の専門領域

サービス内容	PT	OT	ST
運動機能の評価	◎	◎	×
歩行・移動能力の評価と治療	◎	○	×
上肢機能の評価と治療	○	◎	×
ADL・IADL の評価と指導	◎	◎	△
作業能力の評価と治療	△	◎	×
精神機能・認知機能の評価と治療	△	◎	◎
呼吸・循環器機能の評価と治療	◎	△	×
福祉用具の適用と住宅改修のアドバイス	◎	◎	×
自助具の製作、アドバイス	△	◎	△
補装具・義歯の適応、アドバイス	◎ (下肢・体幹)	◎ (上肢)	△
体力向上・介護予防	◎	○	×
言語・コミュニケーション機能の評価と治療	△	△	◎
摂食嚥下機能の評価と治療	○	○	◎

(5) 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬（参考）

（令和 8 年 6 月時点）

入退院支援に関する報酬は、「病院と在宅」・「医療と介護」が連携し、生活を支える体制の質を高めるための仕組みである



ケアマネジャー



病院



在宅医・薬局



訪問看護・リハビリ
事業所

入院前
▼
入院時

入院時情報連携加算*
(Ⅰ) 250 単位
入院当日中
(Ⅱ) 200 単位
入院後 3 日以内

入院時特別対応加算
200 単位

入院中
▼
退院前

退院・退所加算*)
カンファあり
連携 1 回 600 単位
連携 2 回 750 単位
連携 3 回 900 単位
カンファなし
連携 1 回 450 単位
連携 2 回 600 単位

退
院

通院同行加算 50 単位

ターミナルケアマネジメント加算 300 単位
緊急時カンファレンス加算 200 単位
他

在
宅

入院時支援加算 1 240 点
入院時支援加算 2 200 点
入院事前調査加算 200 点

入退院支援加算 1
一般 700 点
地域包括医療病棟 1,000 点
回復期リハ病棟 1,000 点
療養 1,300 点

入退院支援加算 2
一般 190 点
療養 635 点
総合機能評価加算 50 点

小児加算 (15 歳未満) 200 点

地域連携診療計画加算 300 点
検査・画像情報加算 200 点

介護支援等連携指導料 1
入院中 2 回 400 点
介護支援等連携指導料 2
入院中 2 回 500 点

退院前訪問指導料 580 点

退院時共同指導料 2 400 点
多職種連携加算 2,000 点
3 者以上と共同指導の場合
病院医・在宅医同士
300 点 加算

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

診療情報提供料 (Ⅰ) 250 点
情報付帯加算 200 点
連携強化診療情報提供料 150 点
訪問看護指示:
訪問看護指示書 (特 100) 300 点
手順書加算 150 点

退院後訪問指導料 580 点

訪問看護師同行 20 点加算

歯科医療連携 100 点加算

在宅を担う診療所の役割 評価項目

- ・在宅医療充実体制加算
- ・機能強化型在支診イ、ロ
- ・包括的支援加算
(在医総管・施設総管)
- ・24 時間対応/緊急往診体制
- ・重症患者割合 他

病院・診療所・施設との連携 を見える化する目的の項目

- ・退院時共同指導料 1
- ・在宅療養移行加算
- ・外来在宅共同指導料
- ・介護保険施設等連携往診加算
- ・在宅医療情報連携加算
- ・往診時医療情報連携加算
- ・在宅がん患者緊急時医療
情報連携指導料 他

ICT 活用・薬剤師との 協働を強化する項目

- ・ICT 連携加算
- ・在宅データ提出加算
- ・医師+薬剤師の同時訪問
- ・在宅薬学体制加算 (薬)
- ・医師同行指導料 (薬)
- ・ポリファーマシー対策
- ・薬剤師複数名訪問加算
(薬) 他

訪問看護・リハとの連携

- (日常の在宅医療の質向上)
- ・訪問看護指示書の適正化
- ・ICT 連携加算
(D to P with N) 等
- ・複数名訪問加算
- ・退院直後の栄養指導 他

在宅で最期まで支える専門 性を評価する項目

- ・在宅ターミナルケア加算
- ・在宅患者緊急時カンファレンス
- ・在宅看取り加算
- ・頻回訪問加算 他

基本項目

- ・在宅療養指導管理料 (各種)
- ・在宅患者訪問診療料/往診料
- ・地域包括診療料、外来機能
報告との接続
- ・BCP 策定 (在支診・在支病)
他

在宅患者連携指導料
300 点
情報提供療養費
(1~3) 1,500 円
医療情報連携加算
1,000 円 / 月 1 回
乳幼児加算
精神科加算 他

退院時共同指導加算
8,000 円(医)
600 単位(介)

連携・退院支援 DX 情報
活用加算
オンライン診療に係る評価
遠隔死亡診断補助加算

訪問看護管理療養費
24 時間対応体制加算
機能強化型管理療養費
訪問看護管理療養費 1.2
緊急訪問看護加算
退院当日訪問看護加算
特別管理指導加算
退院支援指導加算
在宅患者緊急時
カンファレンス加算
ターミナルケア療養費 1.2
他

*) 介護予防支援、小規模、看多機においては「入退院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

☐) 主な関係報酬項目を掲載しています。詳細または算定 (点数) にあたっては、最新の情報や算定要件・施設基準をご確認下さい。

(6) 医療機関 問い合わせ窓口 一覧表

(令和 7 年 4 月版)

項目	入院前にケアマネがいる場合				
	①ケアマネからの情報はどこに？		②入院期間の見込みをケアマネに伝えることは可能か？		③入退院支援の期間を残し在宅判断は可能？
	電話（手渡し）	F A X	入院後どの位で？	問い合わせはどこに？	
さくら 記念病院	地域連携室		可能 病状により異なる	地域連携室 ＊ 問い合わせ後 病棟・医師へ連絡するため、少しお時間をいただくことがあります	可能 期間に関わらず、在宅の見込みがつけば連絡
	TEL(代表) 049-253-3811 TEL(直通) 049-293-4193	FAX(直通) 050-3730-2375			
みずほ台 病院	退院調整看護師又は病棟看護師(病棟)		可能 病状により異なる	退院調整看護師 又は病棟看護師	可能 退院の目途がついたら連絡。 退院支援に必要な期間を考慮して退院日を決定。
	TEL(代表) 049-252-5121	FAX(直通) 049-265-5571			
三浦 病院	病棟看護師長もしくは相談員		可能 入院後 1 週間程度	入院病棟看護師 又は病棟師長	可能 医師の退院許可や家族の強い希望があれば、退院日を調整し決定。
	TEL(代表) 049-254-7111	FAX(代表) 049-254-2707			
イムス 富士見 総合病院	医療福祉相談室又は地域医療連携室		入院後 1 週間程度で連絡可能（院内カンファレンス実施日程により前後あり）	医療福祉相談室	可能 入院後 1 週間以内に入退院支援計画を策定。計画に修正が必要となる場合には、速やかにケアマネに連絡。
	TEL(直通) 049-251-3086	FAX(直通) 049-256-7636 ＊ MCS 可			
上福岡 総合病院	病棟 医療連携室		可能 ただし病状によって異なる	ご家族・病棟看護師	主治医の許可があれば可能
	TEL(代表) 049-266-0111	FAX (代表) 049-266-3469			
富家 病院	相談員		可能 入院後 1～2 週間	医療相談連携室	可能
	TEL(代表) 049-264-8811	FAX (代表) 049-266-2287			
三芳野 病院	地域医療連携室		可能 内科と整形で差は生じるが、平均 1 週間後で伝えることは可能	地域医療連携室	介入している PT に現在の ADL 状況を聞きながら、在宅判断は可能であるが、1 人暮らしの場合は、家屋調査をした上で、判断。
	TEL(直通) 049-259-3036	FAX(直通) 049-259-3035			
イムス 三芳 総合病院	相談室・MSW		3 日～1 週間以内（ケアマネが判断している場合）	MSW 又は退院支援看護師	主治医の許可があれば可能
	TEL(直通) 049-265-6757	FAX(直通) 049-265-6512			
埼玉 セントラル 病院	医療福祉相談室		回復期病棟において整形疾患の方なら 1・2 ヶ月後、脳疾患の方なら 3・4 か月後	医療福祉相談室（相談員）	可能
	TEL(代表) 049-259-0161	FAX(直通) 049-257-3376			
ふじみの 救急病院	地域連携室 TEL（代 表） 049-274-7666	地域連携室 FAX（代 表） 049-274-7667	可能 病状により異なる	地域連携室	可能

項目	入院前にケアマネがいる場合			入院前にケアマネがいない場合	
	④誰がケアマネに 退院支援の開始 (在宅退院が可能そ うか)を連絡するか？	⑤ケアマネとの面談 の主体は誰か？	⑥誰がケアマネに 退院日を連絡する か？	⑦誰が介護保険 等の相談に市役所 に行くことを説明す るか？	⑧誰がケアマネと の契約を支援する か？
さくら 記念病院	地域連携室	地域連携室 又は 病棟看護師	地域連携室	病棟看護師	病棟看護師 状況により 地域連携室
みずほ台 病院	退院調整看護師 又は病棟看護師	退院調整看護師	退院調整看護師	退院調整看護師 又は病棟看護師	退院調整看護師
三浦 病院	病棟看護師、病棟師長又 は訪問診療担当看護師	病棟看護師又は訪問 診療担当看護師	病棟看護師	病棟師長又は訪問診 療担当看護師	病棟師長又は訪問 診療担当看護師
イムス 富士見 総合病院	当院基準の入退院支援 リスクによる 高リスク患者：社会福祉 士又は退院支援看護師 低リスク患者：病棟看護 師	当院基準の入退院支 援リスクによる 高リスク患者：社会 福祉士又は退院支援 看護師 低リスク患者：病棟 看護師	当院基準の入退院支 援リスクによる 高リスク患者：社会福 祉士又は退院支援看 護師 低リスク患者：病棟看 護師又はご家族から	当院基準の入退院支 援リスクによる 高リスク患者：社会福 祉士又は退院支援看 護師 低リスク患者：病棟看 護師	医療福祉相談室社 会福祉士
上福岡 総合病院	MSW	MSW 又は 病棟看護師	MSW 又は 病棟看護師	MSW 又は 病棟看護師	MSW
富家 病院	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員
三芳野 病院	担当 MSW	担当 MSW	担当 MSW	基本的に MSW が介 入を行うが、家族がい る場合説明を行い、家 族から申請を行う	担当 MSW
イムス 三芳 総合病院	MSW 又は 退院支援看護師	MSW (Zoom での対応も可 能)	MSW 又は 退院支援看護師又は 受け持ち看護師	MSW 又は 退院支援看護師又は 受け持ち看護師	MSW
埼玉 セントラル 病院	相談員	家屋調査時はリハスタ ッフ。その後のカンファ にケアマネの参加がある 場合は相談員。	相談員 (入院された時も SW より伝える)	相談員	相談員
ふじみの 救急病院	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室

(7) 病院の理念と地域包括ケアシステムに対する取組方針

病院名	病院理念	地域包括ケアシステムへの取組
さくら記念 病院	当院は慈悲の心をもって医療の実践をはかり、人々に快をもたらすことを使命とする。	法人内に訪問診療、訪問看護を有しており、在宅療養から看取りまで幅広く地域を連携して支援いたします。 地域包括ケア病棟があり、レスパイト入院のお受入れ及び安心して在宅療養が出来るように、多職種による退院前カンファレンスに力を注いでいます。
みずほ台 病院	人間性を尊重し、地域社会の健康増進に努めます。	病棟看護師が退院調整看護師として働いている。 実際に患者を看ている病院スタッフが情報を受け取り、スタッフ間での情報の連携がとりやすい。 地域包括ケア病床がある。訪問診療ができる。
三浦 病院	地域に根ざした病院として、質の高い医療サービスの提供に努める。	支援に関わる専門職がそれぞれの持ち味を活かした役割分担のもと、最も効果的な支援サービスが提供できるよう、カンファレンスなどを行い情報を共有できるよう、今後検討していきたい。
イムス 富士見 総合病院	安全で適切な医療を提供し、愛し愛される病院として社会に貢献する。	「わかりにくさ」「敷居の高さ」「相談しづらさ」を払拭する体制を必ず構築します。
上福岡 総合病院	健康を願う地域住民を支援するため、地域住民と協力し、仁愛と奉仕の心を込めて、最善の医療を行います。	急性期から在宅医療までスムーズに切れ目のないシステムづくりを構築する。 スタッフの退院支援意識を高めるため院内研修を行う。
富家病院	されたい医療 されたい看護 されたい介護	法人内に訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ事業所、居宅介護支援事業所を有しており、MSW が中心となり、体調不良者等の迅速なお受入れを実践している。 e ラーニングによる職員研修により、地域包括ケアシステムについての見識を深めている。
三芳野 病院	地域に応える医療を築き、地域と共に成長し、多くの安心を届ける。	各病棟にメディカルソーシャルワーカーを配置し、他機関との連携強化を図っている。 地域包括ケア病床を有しており、様々な入院のニーズに応じることを目指している。
イムス三芳 総合病院	安全で最適な医療を提供し「愛し愛される病院」として社会に貢献する	他院、他施設への紹介・逆紹介。 他施設との面談、カンファレンスの実施。 院内での退院支援に関する勉強会の開催。 公開講座の開催と実施 ・連携施設との会議の開催。
埼玉 セントラル 病院	高度慢性期医療を提供し、患者さま、地域のみなさまのお役に立てるように良質な医療の提供に努めます。	在宅部門（訪問看護・訪問リハ）との勉強会の継続。 地域包括支援センター埼玉セントラルとの定期的な支援シート等に関する情報交換・打ち合わせの実施。 退院支援に関わる主要メンバーで、院内での退院支援の活動方針などを決めていく。
ふじみの 救急病院	すべては患者さんのために	訪問診療、訪問看護、訪問リハを有しており、救急を含む急性期から在宅医療・在宅療養・看取りまで幅広く対応し、地域包括ケアシステムの構築に寄与したいと考えております。

(8) 入退院支援ワーキンググループ紹介

東入間地区入退院支援ルール構築に向けた検討会議 令和2年10月～

入退院支援ルール【病院部会】ワーキングチーム 令和2年11月～

参 加 病 院 名	
イムス富士見総合病院	富家病院
イムス三芳総合病院	三浦病院
上福岡総合病院	みずほ台病院
埼玉セントラル病院	三芳野病院
さくら記念病院	ふじみの救急病院

入退院支援ルール【在宅部会】ワーキングチーム 令和3年6月～

参 加 事 業 所 名	
包括むさしの	包括みずほ苑みよし
包括ふじみ苑	ふじみ苑
包括えぶりわん鶴瀬Nisi	すてつぷ
包括みずほ苑	ゆとりつぷ
包括ひだまりの庭むさしの	しあわせの介護プラン
包括ふくおか	居宅介護支援センターあゆみ
包括かすみがおか	桜荘
包括つるがまい	在宅介護支援センター みずほ苑
包括おおい	ケア24
包括埼玉セントラル	むさしの苑

もしもの時に備えて… ご自分の「通院・入院時あんしんセット」 を準備しておきましょう

～入院時に医療機関とケアマネジャーが繋がるとより円滑にサポートができます～

まず準備

- 通院や急な入院、転院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒にのケース等に入れて準備しておきましょう。

あんしんセットの内容 (準備ができれば ☒ しましょう)

①マイナンバーカード (医療保険証) 	②介護保険証 
③ケアマネジャーの名刺 	④おくすり手帳 
⑤かかりつけ医・歯科等の診察券 	⑥私の意思表示ノート  書いている場合

・①～⑤をまとめておき、⑥は記載がある場合には準備しましょう。

・このほか、ご家族の連絡先など、ご自身で必要と思う大切なものを一緒にに入れておきましょう。

通院・入院した時

- 「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 担当のケアマネジャーがいる場合は、入院したらなるべく早く連絡してください。

退院予定や転院が決まった時

- 担当のケアマネジャーがいる場合は、忘れずに連絡してください。

(10) 地域包括支援センター（高齢者あんしん相談センター）

【富士見市】 高齢者あんしん相談センター

名 称	住 所	電話番号 F A X 番号	業務時間
	担当地区		
高齢者あんしん相談センター むさしの （第 1 圏域）	富士見市大字南畑新田 16-1	049-255-6320 049-255-6601	月～金 9：00～17：00
	東大久保・上南畑・下南畑・南畑新田・みどり野西・みどり野東・みどり野南・みどり野北・大字勝瀬・ふじみ野東・渡戸・羽沢 1・2 丁目・ふじみ野西 3 丁目の一部（勝瀬町会）・大字鶴馬（渡戸東町会）		
高齢者あんしん相談センター ふじみ苑 （第 2 圏域）	富士見市大字鶴馬 3360-1	049-293-1168 049-293-1169	月～金 9：00～17：00
	山室・関沢 1 丁目・諏訪 1・2 丁目・羽沢 3 丁目・鶴馬 1～3 丁目・鶴瀬東・大字鶴馬（前谷町会、山室町会、諏訪 1 丁目町会、諏訪 2 丁目町会）		
高齢者あんしん相談センター えぶりわん鶴瀬 Nisi （第 3 圏域）	富士見市鶴瀬西 2-8-25	049-293-8330 049-275-6600	月～金 9：00～17：00
	鶴瀬西 2・3 丁目・ふじみ野西 1～4 丁目（アイムふじみ野町会）・上沢 1～3 丁目・大字勝瀬（勝瀬西町会）		
高齢者あんしん相談センター みずほ苑 （第 4 圏域）	富士見市関沢 3-23-41	049-256-7423 049-265-7646	月～金 9：00～17：00
	関沢 2・3 丁目・針ヶ谷・大字針ヶ谷・西みずほ台・大字水子（針ヶ谷 1 丁目町会）・大字鶴馬（鶴瀬西 1 丁目二葉町会、鶴瀬西 1 丁目西町会）		
高齢者あんしん相談センター ひだまりの庭むさしの （第 5 圏域）	富士見市大字水子 1882-1	049-268-5005 049-253-0460	月～金 9：00～17：00
	水谷東・東みずほ台・貝塚・水谷・榎町・大字水子		

【ふじみ野市】 高齢者あんしん相談センター

名 称	住 所	電話番号 F A X 番号	業務時間
	担当地区		
高齢者あんしん相談センター ふくおか (第 1 圏域)	ふじみ野市福岡 1-1-1 (市役所第 3 庁舎 2 階)	049-261-1126 049-293-1330	月～土 8：30～17：15
	池上・上ノ原・上野台・大原・川崎・北野・清見・駒林・駒林元町 1～2 丁目・新駒林・新田・滝・築地・水宮・仲・中ノ島・中丸・長宮・中福岡・西原・花ノ木・福岡・福岡新田・松山・本新田・元福岡・谷田		

高齢者あんしん相談センター かすみがおか (第2圏域)	ふじみ野市霞ヶ丘 1-5-1 (ふじみ野市立 介護予防センター2階)	049-264-7620 049-264-9827	月～土 8:30～17:15
	霞ヶ丘・上福岡・駒西・駒林元町 3～4 丁目・西・富士見台・福岡中央・ 福岡武蔵野・丸山・南台		
高齢者あんしん相談センター つるがまい (第3圏域)	ふじみ野市大井中央 2-2-1 (大井総合福祉センター3階)	049-256-6061 049-238-5888	月～土 8:30～17:15
	大井中央 3～4 丁目・亀久保 2～4 丁目・亀久保 (1215～2205 番地)・ 鶴ヶ岡・鶴ヶ舞・西鶴ヶ岡・東久保・ふじみ野・緑ヶ丘		
高齢者あんしん相談センター おおい (第4圏域)	ふじみ野市大井 621-1 (高齢者総合ケアセンター マザーアース敷地内)	049-261-3021 049-261-3001	月～土 8:30～17:15
	旭・市沢・うれし野・大井・大井中央 1～2 丁目・大井武蔵野・亀久保 1 丁目・ 亀久保 (643～1196 番地)・桜ヶ丘・苗間		

【三芳町】地域包括支援センター

名 称	住 所	電話番号 F A X 番号	業務時間
	担当地区		
地域包括支援センター 埼玉セントラル	三芳町上富 2177	049-274-2080 049-274-2081	月～土 8：30～17：15 土曜日の相談は 予約制
	上富全域・北永井全域・藤久保第 3 区・6 区		
地域包括支援センター みずほ苑みよし	三芳町竹間沢 735-1	049-293-7341 049-293-7342	月～土 8：30～17：15 土曜日の相談は 予約制
	藤久保第 1 区・2 区・4 区・5 区・竹間沢第 1 区・みよし台第 1 区		

(11) 各市町等介護保険担当部署一覧等

令和4年4月現在

	市町名	部署名	電話番号	所在地
1	富士見市	高齢者福祉課	049-252-7107	〒354-8511 富士見市大字鶴馬 1800-1
2	ふじみ野市	高齢福祉課	049-262-9038	〒356-8501 ふじみ野市福岡 1-1-1
3	三芳町	健康増進課	049-258-0019	〒354-0041 入間郡三芳町藤久保 1100-1

発行 : 1. 富士見市高齢者福祉課 2. ふじみ野市高齢福祉課 3. 三芳町健康増進課
東入間医師会
東入間医師会地域医療・介護相談室

電話 : 1～3 (上記)
東入間医師会 : 049-264-9592
東入間医師会地域医療・介護相談室 : 049-293-6877

E-Mail : 富士見市高齢者福祉課 : fukushi@city.fujimi.saitama.jp
ふじみ野市高齢福祉課 : kaigoshien@city.fujimino.saitama.jp
三芳町健康増進課 : kenko@town.saitama-miyoshi.lg.jp
東入間医師会 : higashi-iruma@med.email.ne.jp
東入間医師会地域医療・介護相談室 : higashi-iruma.renkeisoudanr@med.email.ne.jp

在宅医療介護・退院支援に関する相談窓口

東入間医師会地域医療・介護相談室
電話 : 049-293-6877

リハビリに関する相談の窓口

地域リハビリテーションケアサポートセンター
富家在宅リハビリテーションケアサポートセンター
電話 : 049-264-8811

東入間在宅歯科医療支援窓口

電話 : 090-4752-8020

