

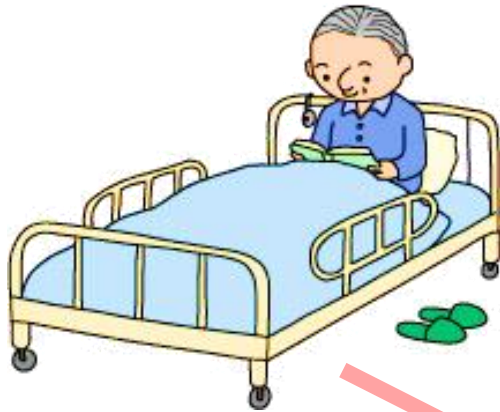
渋川圏域における医療介護連携調整実証事業



渋川医療センター
患者相談支援センター長
棚橋美文

渋川地区医療介護連携調整病院・ケアマネ会議
2019.3.7

いいルールを作ったら



ケアマネさんが退院準備を手伝ってくれるから、退院調整が簡単、楽になった。

退院調整なし退院
がなくなって楽。

退院直前の引き継ぎ
がなくなって楽。

看護師が笑顔で迎えてくれるので、
病院の敷居が低くなった。



安心



よい退院調整を行うには

- 入院に際しケアマネと病院が連絡を取り、ケアマネから入院前の生活について連絡がある
(入院時情報提供書の提出)
- 退院にあたり病院からケアマネに連絡し、退院準備を開始する
(退院時のケアマネへの引継ぎ)

ケアマネジャーがいない場合



介護保険証
確認

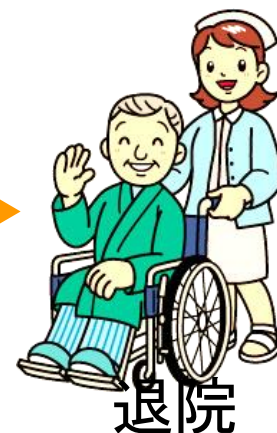
「退院調整が必要」
基準の確認

遅くとも

退院まで約1週間



入院



退院

「退院調整が必要」基準

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要な方
- ②食事に介助が必要な方
- ③排泄に介助が必要あるいはポータブルトイレを使用中的の方
- ④日常生活に支障を来すような精神症状または
認知症状のある方

ケアマネジャーがいない場合



入院中の患者・家族の
詳しい情報は**必須**
退院調整共有情報シート
(様式2)

「退院調整
が必要」

介護保険証
確認

遅くとも

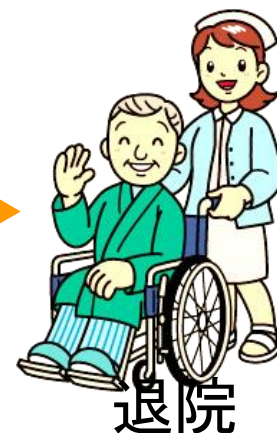
退院まで約
1週間

退院調整期間

要介護・要支援
居宅介護支援所へ

迷う時・家族が了解しない
地域包括支援センターへ

入院



退院調整共有情報シート

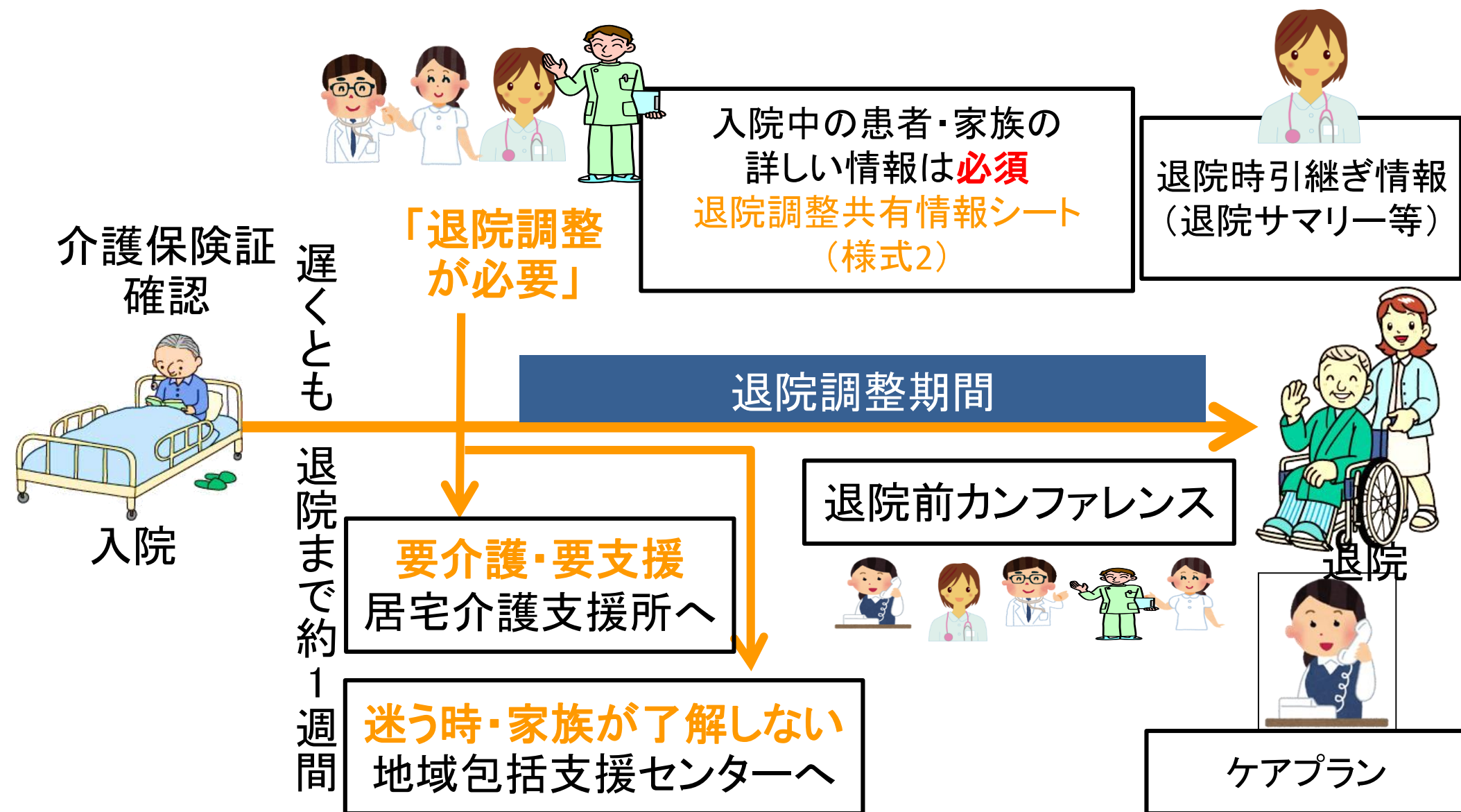
様式2-1

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】
退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな	氏名	生年月日	明・大・昭和 年 月 日
年齢	歳	性別	男・女
病院主治医	在宅主治医	記入日	平成 年 月 日
入院の原因となった病名	入院日	平成 年 月 日	身長
氏名(ふりがな)	住所	続柄	電話番号
本人		本人	
☐ キーパーソン ◆ おもな介護者			
☐ 家族構成			
☐ 独居			
☐ 同居 (本人を含め 人)			
介護認定 ☐ 無 ☐ 未申請 ☐ 申請中 (平成 年 月 日申請) ☐ 有 ☐ 要介護 ☐ 要支援 ☐ 区分変更 ☐ 要 ☐ 不要			
既往歴 (患者様またはご家族)			
希望する福祉サービス ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 訪問診療(かかりつけ医)			
☐ 宅配食 ☐ ベッド ☐ エアーマット ☐ 車いす ☐ ポータブルトイレ ☐ 移送車			
☐ その他の介護用品 () ☐ その他 ()			
患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望			
現在の治療状況			
ADL ☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐ リハビリ目標 (リハビリから確認) ☐ 制限事項 ☐ 無 ☐ 有			
移動方法 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用 ☐ 病棟の有無 ()			
移乗方法 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
口腔ケア ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 嚥下 (☐ 全嚥下 ☐ 部分)			
☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 ☐ 禁食			
食事 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 主食: ☐ 常食 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ ペースト			
副食: ☐ 通常 ☐ 大 ☐ 小 ☐ 飲み ☐ ミキサー ☐ ペースト (摂取量 前)			
水分摂取量: 1日 ml とらみ剤使用 ☐ あり ☐ なし			
更衣 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
入浴 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 入浴の制限: 無 ☐ 有 (☐ シャワー浴 ☐ 湯拭 ☐ その他 ()			
排泄 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ 場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ (パット 紙パンツ フラット)			
服薬管理 ☐ ☐ ☐ ☐ ☐			
生活上の問題 ☐ 無 ☐ 有 (☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不眠 ☐ 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 ☐ その他 ()			
医療機器 ☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喉嚨吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ その他 ()			
家族への介護指導 ☐ 無 ☐ 有			
感染症(保菌) ☐ HBV ☐ HCV ☐ MRSA: 保菌(部位: ☐ 鼻腔 ☐ 咽頭 ☐ 褥瘡) ☐ その他 () アレルギー ☐ 無 ☐ 有 ()			
備考			

新規患者の場合はしっかり記載してください

ケアマネジャーがいない場合



ケアマネジャーがいる場合

介護保険証
確認



入院

なるべく早く
書類を提出
しよう

入院時情報提供書
(様式1)



ケアマネ
がいるわ
連絡しよう

退院まで

約
1
週間

連絡
ありがとう
ございます



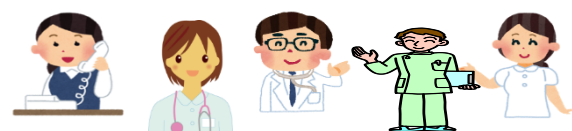
あと1週間
くらいで
退院です



退院前と状態に
大きな変化があったら
詳しい情報がほしい
退院調整共有情報シート
(様式2)

退院調整期間

退院前カンファレンス



退院時引継ぎ情報
(退院サマリー等)



退院

ケアプラン



入院時情提供書

様式1ー2

平成 年 月 日	
入院時の情報提供連絡票	
【医療機関名】	
様	
【居宅介護支援事業者名】	
【担当者名】	
TEL:	
FAX:	
平素より、大変お世話になっております。 下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。	
■利用者名: (男・女)	
■利用者生年月日 明・大・昭 年 月 日生	
■ 入院時の情報については、別添「入院時情報提供シート」とおりです。	
■ 情報提供方法(☐ 面談 ・ ☐ FAX、郵送等)	
通信欄	
受理日:平成 年 月 日	
受理者氏名	

※FAX、郵送等で情報提供を受けた病院は、居宅介護支援事業所あて電話を入れるか、または、受理日・受理者氏名を記載の上FAX返信願います。

※入院時情報連携加算Ⅰ・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ・・・100単位

様式1ー1

居宅支援事業所 → 病院御中		平成 年 月 日	
入院時情報提供シート			
事業所名		担当者名	
事業所住所		電話/FAX	
ふりがな氏名	生年月日	年 月 日	年齢 歳 性別 ☐ 男 ☐ 女
氏名(ふりがな)	住 所	続柄	電話番号
緊急時連絡先			
家族構成図	住環境 ☐ 一戸建 ☐ 集合住宅 (☐ 階建て ☐ 階)エレベーター ☐ 有 ☐ 無		
主・主治医 次・キーパーソン 心・身体 口・言語	在宅主治医 医療機関名() TEL:) 要介護度 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 要支援 要介護 経済状況(金銭管理の状況) 障害者手帳の有無 ☐ 有(手帳 等級) ☐ 無 関係機関 サービス利用状況 ☐ 訪問介護(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 通所介護(回/週) ☐ 通所リハビリ(回/週) ☐ 訪問リハ(回/週) ☐ 短期入所(回/週) ☐ 福祉用具貸与(内容:) ☐ その他()		
ADL	自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐	要支援は必要事項のみ記入	
移動方法	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用		
口腔清潔	☐ 口内ケア ☐ 義歯(☐ 全義歯 ☐ 部分)		
食 事	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー 水分: ☐ ろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし *禁止食品があるか ☐ 副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ ろみ付)		
更 衣	☐ 着脱 ☐ 着脱		
入 浴	☐ 自宅(浴室) ☐ 訪問入浴 ☐ 通所系サービス		
排 泄	☐ 場所: ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ		
服薬管理	☐ 服薬 ☐ *自分でできるか、できなければ誰が管理しているか。服薬ケースや服薬カレンダーがあるか。		
療養上の問題	☐ 無 ☐ 有 (☐ 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 ☐ その他()		
医療処置	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ 褥瘡 ☐ その他(※在宅酸素、ベースメーカー)		
麻痺	☐ 有() ☐ 無		
聴力障害	☐ 有() ☐ 無		
視力障害	☐ 有() ☐ 無		
興味・関心のあること			
既往歴(入院歴・通院歴)			
連絡事項・その他 *アレルギー *日中の状態(日中独居など)			

(この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

退院調整共有情報シート

様式2-1

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳 性別 男・女
病院主治医	在宅主治医	記入日 平成 年 月 日	記入者
入院の原因となった病名		入院日 平成 年 月 日	身長 cm 体重 kg
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄 電話番号
	本人		本人
○ :キーパーソン ◆ :おもな介護者 家族構成 □ 独居 □ 同居 (本人を含め 人)			
介護認定	無 □ 未申請 □ 申請中 (平成 年 月 日申請)	有 □ 要介護 □ 要支援	区分変更 □ 要 □ 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)			
希望する福祉サービス	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 訪問診療(かかりつけ医) ☐ 宅配食 ☐ ベッド ☐ エアーマット ☐ 車いす ☐ ポータブルトイレ ☐ 移送車 ☐ その他の介護用品() ☐ その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望		
ADL	自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 □	制限事項 □ 無 □ 有	
移動方法	□ 車いす □ 杖使用 □ 歩行器使用 □ 装具・補助具使用 □ 麻痺の有無()		
移乗方法	□ 口全義歯 □ 部分義歯 □ 全義歯 □ 部分義歯		
食 事	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 ☐ 禁食 主食: ☐ 常食 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ ペースト 副食: ☐ 通常 ☐ ロー大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー ☐ ペースト (摂取量 割) 水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 □ あり □ なし		
更 衣	□ 入浴の制限: 無 □ 有 (シャワー浴 □ 清拭 □ その他())		
入 浴	□ 場所: □ トイレ □ ポータブル □ 尿器 □ オムツ (パット 紙パンツ フラット)		
排 泄	□ 服薬管理		
生活上の問題	☐ 無 ☐ 有 (□ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 不穏 □ 妄想 □ 暴言 □ 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 □ その他()		
医療処置	□ バルーンカテーテル □ ストマ □ 気管切開 □ 喀痰吸引 □ 胃ろう □ 褥瘡 □ その他()		
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有 ☐ HIV ☐ HCV MRSA: 保菌 (部位: □ 鼻腔・咽頭 □ 褥瘡) ☐ アレルギー □ 無 □ 有 () ☐ その他()		
備考			

様式2-1

【 病院 → 居宅支援事業所 担当()様】

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者		電話/FAX	
ふりがな	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳 性別 男・女
病院主治医	在宅主治医	記入日 平成 年 月 日	記入者
入院の原因となった病名		入院日 平成 年 月 日	身長 cm 体重 kg
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄 電話番号
	本人		本人
○ :キーパーソン ◆ :おもな介護者 家族構成 □ 独居 □ 同居 (本人を含め 人)			
介護認定	無 □ 未申請 □ 申請中 (平成 年 月 日申請)	有 □ 要介護 □ 要支援	区分変更 □ 要 □ 不要
既往歴 (医療処置は詳しく)	新規患者でない場合は変更等がない部分は省略可		
希望する福祉サービス	☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 通所介護 ☐ 通所リハビリ ☐ 訪問診療(かかりつけ医) ☐ 宅配食 ☐ ベッド ☐ エアーマット ☐ 車いす ☐ ポータブルトイレ ☐ 移送車 ☐ その他の介護用品() ☐ その他()		
現在の治療状況	患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望 継続患者についてはケアマネジャーと相談し 省略あるいは看護サマリーで対応可		
ADL	自立 □ 見守り □ 一部介助 □ 全介助 □	制限事項 □ 無 □ 有	
移動方法	□ 車いす □ 杖使用 □ 歩行器使用 □ 装具・補助具使用 □ 麻痺の有無()		
移乗方法	□ 口全義歯 □ 部分義歯 □ 全義歯 □ 部分義歯		
食 事	☐ 普通食 ☐ 治療食 (☐ Kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他) ☐ 経管栄養 ☐ 禁食 主食: ☐ 常食 ☐ 全粥 ☐ ミキサー ☐ ペースト 副食: ☐ 通常 ☐ ロー大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー ☐ ペースト (摂取量 割) 水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 □ あり □ なし		
更 衣	□ 入浴の制限: 無 □ 有 (□ シャワー浴 □ 清拭 □ その他())		
入 浴	□ 場所: □ トイレ □ ポータブル □ 尿器 □ オムツ (パット 紙パンツ フラット)		
排 泄	□ 服薬管理		
生活上の問題	☐ 無 ☐ 有 (□ 幻視・幻聴 □ 興奮 □ 不穏 □ 妄想 □ 暴言 □ 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 □ その他()		
医療処置	□ バルーンカテーテル □ ストマ □ 気管切開 □ 喀痰吸引 □ 胃ろう □ 褥瘡 □ その他()		
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有 ☐ HIV ☐ HCV MRSA: 保菌 (部位: □ 鼻腔・咽頭 □ 褥瘡) ☐ アレルギー □ 無 □ 有 () ☐ その他()		
備考			

新規患者でない場合の記載は簡略化されています