

# 三郷市 入退院支援ルール

2022年10月1日現在版

三郷市在宅医療介護連携推進協議会  
三郷市在宅医療介護連携サポートセンター

## 目 次

1 はじめに	2
2 三郷市入退院支援ルールの基本	3
(1) 入退院支援ルールとは	
(2) 入退院支援ルールを利用する主な関係機関	
(3) 入退院支援ルールの対象となる患者	
(4) 留意事項	
①三郷市が想定する基本的なケース	
②入退院支援ルールの位置づけ	
③入退院支援ルールの見直し	
3 入退院支援ルールの内容	4
(1) 入院前に担当ケアマネジャーがいる(介護保険利用あり)場合	
(2) 入院前に担当ケアマネジャーがいない(介護保険利用なし)場合	
(3) 病院が「在宅への退院が可能」と判断する基準	6
(4) 退院調整が必要な患者の基準	7
入院前に担当ケアマネジャーがいる(介護保険利用あり)場合 (図)	8
入院前に担当ケアマネジャーがいない(介護保険利用なし)場合 (図)	9
(参考書式)	
入院時情報提供書	10
(ケアマネジャーが作成し、病院の担当者に提供するもの)	
入院時情報共有シート	12
(病院が作成するもの)	
退院調整共有情報記録書	13
(ケアマネジャーが聞き取りに使用するもの)	
退院時情報共通シート	14
(病院が作成するもの)	
(参考)	
退院調整に関する診療報酬・介護報酬	15
対応窓口一覧 (MCS 対応)	16

## 1 はじめに

介護を必要とする患者さんが、入院した際に、家族等からケアマネジャーに入院した旨の連絡が行き届いていない場合があります。また、患者さんが退院する際に、『退院調整もれ』（病院からケアマネジャーに退院調整の連絡がなく、引き継ぎがなされないこと）により、在宅サービスの準備が不十分なまま退院することで、必要な介護サービスを適時に受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合もあります。

そこで、入院を必要とする在宅や施設の患者さんが、円滑に病院へ入院に移行するために医療介護関係者同士が情報共有をしながら支援し、また、三郷市内どの病院から退院しても、疾患や障害を問わず、介護を必要とする患者さんが、必要な介護サービスを適時に受けられ、安心して自宅へ戻ることができるように、市内の病院関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政など、それぞれの役割や様式など協議を行い、入退院支援ルールを策定しました。

この入退院支援ルールを地域全体で運用し、病院とケアマネジャーの連携を強化していくことを、目的としています。

また、この手引きは、入退院支援を行う病院のスタッフやケアマネジャーなどの関係者に向けて作成したものです。

患者さんの入退院を地域全体で支えるため、関係者の皆様で内容を共有して頂き、入退院支援ルールを普及・活用くださいますようお願い致します。

三郷市在宅医療介護連携推進協議会

## 2 三郷市入退院支援ルールの基本

### (1) 入退院支援ルールとは

患者が入退院する際に、必要な入院支援や退院後の介護サービスをタイムリーに受けられるよう、病院とケアマネジャーが、患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行うための、三郷市の連携の仕組みです。患者の入退院に向けて、病院とケアマネジャーが連携をとるためのそれぞれの役割や様式などを定めています。平成31年4月1日から運用を開始します。

### (2) ルールを利用する主な関係機関

このルールは、市内にある次の医療・介護関係機関が連携して利用します。

- ①病院・診療所
- ②居宅介護支援事業所
- ③小規模多機能型居宅介護事業所
- ④訪問看護ステーション
- ⑤三郷市在宅医療介護連携サポートセンター
- ⑥三郷市地域包括支援センター
- ⑦三郷市

### (3) 三郷市入退院支援ルールの対象となる患者

次のいずれかに該当する方について、入退院支援を行う必要があります。

#### ①入院前に担当ケアマネジャーがいる方

(入院前に介護サービスを利用していた方)

→ 要介護・要支援に関わらず、すべて対象となります。

#### ②入院前に担当ケアマネジャーがいない方

(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)

→『退院支援が必要となる患者の基準』により、病院で退院支援が必要と判断した方が対象となります。

### (4) 留意事項

#### ①三郷市が想定する基本的なケース

基本的には市内にお住まいの入退院支援ルール対象者が、三郷市内の病院に入院し、退院後、自宅に戻るケースを想定しています。ただし、これ以外のケースについても、ルールを活用して頂いて差し支えありません。

#### ②「入退院支援ルール」の位置づけ

「入退院支援ルール」は、病院とケアマネジャーの連携を取りやすくするための「ツール」であり、強制的な効力をもつものではありません。個別の事情に応じ、関係者間で適宜調整をお願いします。(短期入院等の場合、日数に関わらず可能な限り早期対応で実施願います。)

#### ③「入退院支援ルール」の見直し

運用開始後、定期的に運用状況の確認・評価を行います。必要があれば、関係者で協議の

うえ、より良いものとするための見直しを行います。

### 3 入退院支援ルールの内容

#### (1) 入院前に担当ケアマネジャーがいる(介護保険利用あり)場合

##### ①在宅時 (ケアマネジャー → 本人・家族)

ケアマネジャー及び地域包括支援センター(以下「在宅担当者」)は、普段から本人や家族に「入院したら連絡をください。」と伝えておき、在宅担当者の情報が伝わるように言っておきましょう。

##### ②入院 (病院担当者 → 本人・家族)

###### ア) 入院時の連絡

病棟看護・地域連携室の退院担当者(以下「病院担当者」)は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族に在宅担当者へ連絡したかを確認します。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡します。

###### イ) 入院時情報提供書の送付 (ケアマネジャー → 病院担当者)

ケアマネジャーは、本人の入院を把握したら、病院に連絡して「入院時情報提供書」及び「入院時情報共有シート」を作成し、速やかに(原則3日以内)病院に提供します。(P.16 対応窓口一覧 / 情報をPDF化してMCSで送信可能な医療機関も記載)

##### ③退院の見込 (病院担当者 → ケアマネジャー)

###### ウ) 患者の退院見込を連絡

- 1) 病院担当者は、入院後1週間程度を目途に医師の意見及び「在宅への退院が可能かどうか」を判断する基準【P6(3)】を参考に判断します。判断がつかない場合はその時点で一旦ケアマネジャーにその旨を連絡します。
- 2) 退院可能と判断され、本人及び家族の意向を考慮したうえで、在宅への方針が決まったら、ケアマネジャーとの退院調整を早めに行ってください。(原則7日以上前までに連絡してください)

###### エ) 患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 (ケアマネジャー → 病院担当者)

ケアマネジャーは、病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について病院と調整します。

##### ④退院調整 (病院担当者 ⇄ ケアマネジャー)

オ) 病院担当者とケアマネジャーは、入院中の患者情報を共有し、相互に協力して在宅生活に向けた調整を実施します。

【情報共有方法】

- ・ケアマネジャーは、入院前と状態が変化した場合、ケアプランの修正に必要な情報（退院調整共有情報）（P. 13）を病院内の関係者から聞き取り等をして収集します。
- ・病院担当者は、面談時にケアマネジャーに患者情報を説明します。
- ・病院担当者とケアマネジャーは、退院の目途がたったら退院前カンファレンスの必要性などを確認します。
- ・病院担当者とケアマネジャーは、本人や家族を交えて病院スタッフ（医師・看護・リハビリ・栄養等）と在宅スタッフ（医師・看護、リハビリ等）が必要なサービスの情報共有として退院前カンファレンスを実施します。  
 ※詳細な実施方法は各病院の指示に基づきます。
- ・病院担当者は、「退院調整共有情報記録書」の項目を参考にしながら、看護・介護の引継情報（退院後に想定される看護・介護の問題等）をケアマネジャーに提供します。なお、情報が把握できる病院様式（看護サマリー等）の提供としてもかまいません。
- ・ケアマネジャーは、聞き取り等により必要な情報を把握します。

⑤退院日決定（病院担当者 ⇄ ケアマネジャー）

カ）病院担当者は、退院日をケアマネジャーに連絡します。

⑥退院後（病院担当者 ⇄ ケアマネジャー）

キ）病院担当者は、サマリーをケアマネジャーに提供します。

ク）ケアマネジャーは、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。（必要に応じて）

**(2) 入院前に担当ケアマネジャーがいない(介護保険利用なし)場合**

①入院（病院担当者 → 本人・家族）

病棟看護・地域連携室の退院担当者（以下「病院担当者」）は、本人や家族への聞き取りにより、ケアマネジャーがいないことを確認します。

②退院見込（病院担当者）

ア）退院調整の必要性の判断

1) 病院担当者は、入院後 1 週間程度を目途に医師の意見及び「在宅への退院が可能かどうか」を判断する基準【P6(3)】を参考に「在宅への退院が可能かどうか」を判断します。

2) 「退院調整が必要な患者の基準」【p7(4)】に基づき、退院調整が必要かどうかを判断します。

イ）本人・家族への介護保険についての説明、申請の支援（病院担当者 → 本人・家族）

病院担当者は、①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された本人や家族に介護保険の説明を行い、申請等を支援します。

ウ）ケアマネジャーの選定を支援（病院担当者 → 本人・家族）

病院担当者は、ケアマネジャーの選定を支援するため、必要に応じて本人や家族に事業所情報を提供し、相談や調整を支援します。

【要介護の場合】は、在宅医療と介護マップ（居宅介護事業所一覧等）から選定した事業所へ  
→ケアマネジャー決定

【要支援または判断に迷う場合】は、本人の住所地の地域包括支援センターへ

エ) 患者の退院の見込みを連絡（病院担当者 → 多職種）

病院担当者は、患者の退院見込みがたったら、可能な範囲で退院調整に必要な期間（原則7日以内）を考慮し、ケアマネジャー及び医師、訪問看護師他、関係する多職種に連絡し、退院調整を早めに行ってください。

オ) 患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始（ケアマネジャー → 病院担当者）

ケアマネジャーは、病院から退院見込の連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について病院と調整します。

～ 以降の流れは、『入院前にケアマネジャーが決まっている患者の場合』（P. 4）の退院調整以降と同じです。 ～

③退院調整（病院担当者 → ケアマネジャー）

カ) 病院担当者とケアマネジャーは、入院中の患者情報を共有し、相互に協力して在宅生活に向けた調整を実施します。

④退院日決定（病院担当者 → ケアマネジャー）

キ) 病院担当者は、主治医の許可した退院日をケアマネジャー他関係する多職種に連絡します。

⑤退院後（病院担当者 ⇄ ケアマネジャー）

ク) 病院担当者は、サマリーを在宅担当者に提供します。

ケ) ケアマネジャーは、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。（必要に応じて）

### （3）病院が「在宅へ退院が可能」と判断する基準

（ケアマネジャーに「退院の見込み」を連絡する目安となります。）

（原則、下記①～③のいずれも該当している場合）

（必ずしも全て該当しなければならないわけではありません）

- ① 病状が、ある程度、安定した状態である。
- ② 家族等による、在宅での介護が可能そうである。
- ③ 本人が、在宅生活に戻りたいという意向がある。

\* 入院期間が2週間程度の場合、入院1週目で判断  
入院期間が3週間程度の場合、入院2週目で判断

#### (4) 退院調整が必要な患者の基準(入院前に担当ケアマネジャーがいない場合)

退院調整が必要かどうか迷う場合は、下記を参考にして下さい。

##### \* 65歳以上の患者の場合

① 必ず退院調整が必要な患者(介護認定で、要介護の可能性あり)

・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

・日常生活に支障を来すような症状がある認知症、幻覚・妄想等

1項目でも当てはまれば、介護申請したら ⇒ 地域包括支援センターへ

介護認定後は ⇒ ケアマネジャーへ 連絡

② 上記以外で見逃してはいけない患者(介護認定で、要支援の可能性あり)

・在宅では、独居または家族介護力が低い状態で、調理や掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方

・ADLは自立でも、がん末期の方、新たに医療処置(膀胱カテーテル留置など)が追加された方

・床からの立ち上がりが困難な方や住環境の調整が必要な方

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

##### \* 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病(下記の介護保険の対象となる疾病参照)で、かつ、前項(4)「退院調整が必要な患者の基準」①または②に当てはまる場合

#### 【介護保険の対象となる疾病】(40歳以上65歳未満)

①がん末期

②関節リウマチ

③筋萎縮性側索硬化症

④後縦靭帯骨化症

⑤骨折を伴う骨粗しょう症

⑥初老期における認知症

⑦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

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

(1)【入院前に介護保険を利用していた場合】(ケアマネがいる場合の患者)

入院



介護保険証等でケアマネを確認します。

ご家族にケアマネに連絡したかを確認。

連絡できない状況の時には、代わりに連絡します。



入院の連絡受けたら・・・

入院時情報提供書をお送りしますね。

(入院把握から原則3日以内)

「在宅への退院が可能かどうか」の判断P.6 (4)

入院1週間を目途に判断、判断がつかない場合、その時点で一旦ケアマネにその旨を連絡する。

〇〇さん、ご自宅に帰れそうです。

もしくは

現状まだわかりません。



現状わかりました。見込みがたちましたら、また連絡してください。

☆新たに訪問診療が必要となった時・・・

訪問診療医を三郷市サポートセンターに紹介を依頼します。(かかりつけ医が実施する場合は直接連絡も可能です)

〇〇さん、退院の見込みがたち、そろそろご自宅に帰れそうです。

原則、退院日の7日前までに担当ケアマネに連絡する。

調整会議日程を訪問診療医・訪問看護等の関係者に連絡します。

退院調整期間

患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始  
連携する多職種に連絡、会議日程調整  
ケアプラン案の作成

連絡ありがとうございます。調整しましょう

退院前カンファレンス

退院時引き継ぎ情報



退院



(2)【入院後、新たに介護保険を利用する場合】(入院前にケアマネがない患者の場合)

入院

患者や家族への聞き取り、介護保険証等により、担当ケアマネジャーがないことを確認

(不明の場合は、本人または家族から介護保険課へ問合せ するよう促して下さい。)



入院1週間程度を目途に

①医師の意見及び「在宅への退院が可能」と判断する基準【P6(3)】等により在宅への退院が可能かどうかを判断します。



②「退院調整が必要な患者の基準」【P7(4)】に基づき退院調整が必要かどうかを判断します。

☆訪問診療が必要な時・・・

訪問診療医を三郷市サポートセンターに紹介を依頼します。  
(かかりつけ医が実施する場合は直接連絡も可能です) ☎ 949-6119

介護申請をする。

\* 退院調整会議が必要とされたら・・・

介護保険について本人・家族に説明し、介護保険の申請を勧め、ケアマネとの契約を支援します。



要介護の時は、在宅医療と介護のマップの居宅事業者から選定を支援します。要支援・判断に迷った時は住所地の地域包括支援センターを紹介します。

ケアマネジャー依頼

要介護・居宅へ  
要支援・包括へ

支援



わかりました。患者さんやご家族の状況を教えてください。

\* 退院の見込みがたったら・・・

〇〇さん、退院の見込みがたち、そろそろご自宅に帰れそうです。

原則、退院日の7日前までに担当ケアマネに連絡する。



調整会議日程を訪問診療医・訪問看護等の関係者

退院調整期間

連絡ありがとうございます。調整しましょう。

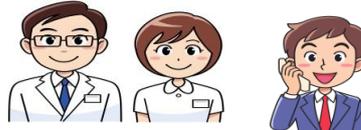


日時は・・・  
場所は・・・  
参加者は・・・

患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始  
会議日程調整  
ケアプラン案の作成

退院前カンファレンス・サービス調整

退院時引き継ぎ情報



退院

# 入院時情報提供書

記入日 年 月 日  
 入院日 年 月 日  
 情報提供日 年 月 日

医療機関

医療機関名：  
 ご担当者名： 様

居宅介護支援事業所

事業所名：  
 ケアマネジャー氏名：  
 TEL  
 FAX

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。是非ご活用下さい。

## 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ) 様	年齢	性別
		生年月日	年 月 日
住所		電話番号	
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 階建て 階	エレベーター	<input type="radio"/> あり <input type="radio"/> なし
	特記事項		
入院時の要介護度		介護保険自己負担割合	
障害高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> J1 <input type="radio"/> J2 <input type="radio"/> A1 <input type="radio"/> A2 <input type="radio"/> B1 <input type="radio"/> B2 <input type="radio"/> C1 <input type="radio"/> C2		
認知症高齢者日常生活自立度	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> I <input type="radio"/> IIa <input type="radio"/> IIb <input type="radio"/> IIIa <input type="radio"/> IIIb <input type="radio"/> IV <input type="radio"/> M		
障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育		
年金などの種類*	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他		

## 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 ( )
主介護者氏名	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
キーパーソン	(続柄) <input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 支払い
世帯に対する配慮	<input type="radio"/> 不要 <input type="radio"/> 必要 ( )

## 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人 家族の生活に対する意向	<input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)

## 4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他 ( )
-----------------	--

## 5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ( )
退院後の主介護者	<input type="radio"/> 入院前と同じ <input type="radio"/> その他 ( )
介護力*	<input type="radio"/> 介護力が見込まれる <input type="radio"/> 介護力は見込めない <input type="radio"/> 介護者なし
※家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
特記事項	

6. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）		
「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり	
「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（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり	

7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

A D L	麻痺の状況			排泄*	排尿		
	褥瘡の有無				排便		
	移動			□ 腔	嚥下機能		
	移乗				□腔清潔		
	移動(室内)				義歯		
	移動(屋外)				□臭		
	起居動作				睡眠の状態		
	更衣			眠剤の使用			
	整容			喫煙			
	入浴			飲酒			
食事			コ ミ ユ ニ ケ ー シ ョ ン 能 力	視力			
食事形態				聴力			
摂取方法				言語			
水分とろみ				意思疎通			
食事制限				眼鏡			
水分制限				補聴器			
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻覚 幻視 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴言暴力 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <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 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> その他（ ）					
入院歴*	最近半年間での入院	○ なし    ○ あり    ○ 不明					
	入院頻度	○ 頻度は高く繰り返し    ○ 頻度は低いがこれまでもある    ○ 今回初めて					
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> モニター測定 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿管カテーテル <input type="checkbox"/> 導尿 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン					

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳（コピー）」を添付

内服薬	○ なし    ○ あり	居宅療養管理指導	○ なし    ○ あり	（職種： ）
薬剤管理	○ 自立    ○ 一部介助    ○ 全介助	（管理者    管理方法    ）		
服薬状況	○ 処方通り服用    ○ 時々飲み忘れ    ○ 飲み忘れが多い、処方が守られていない    ○ 服薬拒否			
お薬に関する特記事項				

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法 頻度	○ 通院    ○ 訪問診療
			・頻度＝（ ）回 / 月

\*＝診療報酬 退院支援加算1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

# 入院時情報共有シート

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医： \_\_\_\_\_

患者氏名	様	ID	作成日			
生年月日	年	月	日	歳	性別	
入院日	令和	年	月	日		
退院支援担当						
病棟担当						
病名			主たる介護者・キーパーソン			
介護保険			担当ケアマネジャー			
入院予定期間						

ご本人の意向						
ご家族の意向						

支援計画						
------	--	--	--	--	--	--

その他						
-----	--	--	--	--	--	--

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共に退院支援いたします。

私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。

また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

（続柄）

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

# 退院調整共有情報記録書

## 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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし					
入院概要	・入院(所)日:   R年 月 日   ・退院(所)予定日:   R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( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 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)			
症状・病状の予後・予測		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
退院に際しての日常生活の障害要因 (心身状況・環境等)		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。							
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	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

# 退院時情報共有シート

医療機関名： \_\_\_\_\_

主治医： \_\_\_\_\_

(  介護支援連携指導 ・  退院時共同指導 )

患者氏名	様	ID	作成日
生年月日	年	月	日 歳 性別
面談日	令和	年	月 日 担当者
出席者			

診断名	
病状経過	
ご本人の意向	
ご家族の意向	

ADL	食事	排泄 昼	排泄 夜	入浴	備考	
	屋内 移動	屋外 移動	薬	口腔 ケア		
IADL	調理	洗濯	買物	掃除	通院	金銭 管理
介護保険	要支援1			備考		
必要とされる 医療サービス						
退院後の 医療処置				備考		
退院後の 注意点						

退院予定日	令和	年	月	日	送迎手配
訪問看護 (初回)	令和	年	月	日	時 分
退院後の通院 訪問診療先	令和	年	月	日	かかりつけ医

以上の内容で、入院医療機関の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当者と共に退院支援いたしました。

私は上記の内容を介護支援専門員へ情報提供することに下記署名をもって同意します。

また、介護支援専門員が必要な各専門職（看護・薬剤・リハビリなど）からの情報提供にも同意します。

令和 年 月 日

ご本人・ご家族の署名（同意について）

(続柄)

※ご本人・ご家族へ原本をお渡しします。

※指導料算定には介護支援専門員の来院とケアプラン添付が必要です。

### 退院調整に関する診療報酬・介護報酬(R4.4～)

(注) 診療・介護報酬加算の算定には、各々算定条件を満たす必要があります

医療機関			ケアマネジャー													
診療報酬			普段から本人・家族に話し、医療保険証・介護保険証 ケアマネジャーの名刺等を一つにまとめ、入院したら ケアマネジャーに連絡が入るように伝えておく	介護報酬												
入院時支援加算1 230点 入院時支援加算2 200点	入院前から「入院生活」「退院」「退院後の生活」を見据えて支援を行う 入院したら、介護保険認定の有無やケアマネジャーの有無を 確認し、本人・家族の同意を得てケアマネジャーへ連絡し、情 報を共有	入院	入院を把握したら、入院時情報提供書を、 本人・家族の同意を得て病院に提供	入院時情報連携加算 3日以内：200単位 7日以内：100単位												
入退院支援加算 加算1：一般病棟 700点 加算2：一般病棟 190点 総合機能評価加算50点 介護支援連携 指導料 (初回)400点	退院支援の開始  自宅への退院の方向性が決定したら、本人・家 族の同意を得 て、ケアマネジャーへ連絡 ※退院調整共有情報シートを病院か らケアマネ ジャーに提供	退院の 方向性 決定	随時連絡をとりながら退院に向けた準備	退院・退所加算												
介護支援連携 指導料 (2回目)400点			病院職員と面談し、必要な情報の提供を受けた上で、 居宅サービス計画を作成し、サービス 利用の調整をする	退院・退所加算												
	ケアマネジャー等に退院カンファレンスへの出席を依頼		必要に応じ、介護サービス事業者等に退院カン ファレンスへの出席を 依頼													
退院時共同指導料2 400点	退院カンファレンス			退院・退所加算												
指導料2：400点 在宅担当医が参加する 場合：300点加算、 3者以上と協働指導す る場合：2000点加算 退院時薬剤情報管理 指導料：90点 退院時リハビリテーショ ン指導料：300点			<table border="1"> <thead> <tr> <th>退院退所加算 カンファレンス参加</th> <th>なし</th> <th>あり</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>連携1回</td> <td>450単位</td> <td>600単位</td> </tr> <tr> <td>連携2回</td> <td>600単位</td> <td>750単位</td> </tr> <tr> <td>連携3回</td> <td>-</td> <td>900単位</td> </tr> </tbody> </table>	退院退所加算 カンファレンス参加	なし	あり	連携1回	450単位	600単位	連携2回	600単位	750単位	連携3回	-	900単位	
退院退所加算 カンファレンス参加	なし	あり														
連携1回	450単位	600単位														
連携2回	600単位	750単位														
連携3回	-	900単位														
	本人の同意を得て、ケアマネジャーに居宅 サービス計画書の提供依頼	退院	居宅サービス計画書の写しを病院に提供													
<その他算定可能な診療報酬の例> ・退院前訪問指導料 580点・退院後訪問指導料 580点 ・診療情報提供料1(退院前後2W以内) 250点・連携強化診療情報提供料150点																

## 対応窓口一覧

\* かかりつけ医が病院勤務医師の場合

提出部署及び依頼先	入院時情報提供書	ケアプラン	MCS 対応	リハビリ(訪問・通所)や入所 のための診療情報提供書	訪問看護指示書	MCS 対応
	入院直後	入院直後		初回・3か月ごと	最長6か月	
<b>みさと健和病院</b>	入院に関するものは患者サポートセンター		○	外来患者に関するものは医事課に連絡		×
直通電話もしくは代表電話	☎ 955-7252			955-7171(代表)		
みさと健和クリニック				外来に関するものは医事課に連絡(955-8551)		×
<b>三郷中央総合病院</b>	医療相談連携課		○	外来患者に関するものは医事課に連絡		×
代表電話もしくは直接電話	953-1321(直通FAX 953-1380)・郵送			953-1321(代表)		
<b>三愛会総合病院</b>	医療福祉相談室		○	外来患者に関するものは医事課に連絡		×
代表電話もしくは直接電話	958-3111(直通 ☎/FAX 958-3169)			958-3111(代表)		
<b>埼玉みさとリハビリテーション病院</b>	社会福祉相談室		×	医事課(受付)		×
代表電話もしくは直接電話	954-2690(直通FAX 953-6111)			953-1211(代表)		
<b>みさと協立病院</b>	患者サポートセンター		×	医事課(受付)		×
代表電話もしくは直接電話	959-2271(直通FAX 959-1819)			959-1811(代表) FAX 1819		

MCSを受信、確認した病院職員は「受領しました(氏名○○)」と入力して返信してください。