

高知市 入・退院時の引継ぎルール

令和5年9月4日

高知市 健康福祉部

～目次～

1. ルール策定経過	.....	P. 1
2. ルール運用経過	.....	P. 2
3. 目的	.....	P. 3
4. 共通事項	.....	P. 3
5. 運用に関する留意事項	.....	P. 4
6. 入退院連絡の手順 フロー図	.....	P. 5
A 入院前にケアマネジャーがいる (入院前に介護保険サービスを利用していた)場合	.....	P. 7
B 入院前にケアマネジャーがいない (入院前に介護保険サービスを利用していないが, 医療機関 担当者が在宅への退院支援を必要と判断した)場合	.....	P. 11
7. 入院時の引継ぎのために共有したい情報	.....	P. 15
8. 退院時の引継ぎのために共有したい情報	.....	P. 16
《参考様式》		
【参考様式 1】 入院時情報提供シート	.....	P. 17
【参考様式 2】 退院時情報提供シート	.....	P. 18
【参考様式 3】 退院支援情報収集シート	.....	P. 19
《参考資料》		
連携に関わる診療報酬・介護報酬	.....	P. 20
病院窓口等一覧	.....	P. 21
有床診療所窓口等一覧	.....	P. 22
高知市地域包括支援センター及び出張所担当地区一覧表	.....	P. 23

1. ルール策定経過

本市におきましては、入院から在宅復帰への切れ目の無いサービス提供ができる仕組みづくりを行うために、平成 27 年度より、在宅医療・介護連携の課題の抽出と対応策の検討を行ってきました。平成 27 年度からケアマネジャーを対象とする医療介護連携における実態調査や、医療機関を対象とする研修会を開始し、平成 28 年度には市内の医療機関とケアマネジャーの協力により、「高知市入・退院時の引継ぎルール」策定に向けた協議を開催することができました。

ケアマネジャーを対象とする医療介護連携における実態調査(平成 28 年 7 月の 1 か月間の入退院事例を調査)結果からは、ケアマネジャーから医療機関への入院時の情報提供書の提供がないケースは全体の 53%(入院総数 301 件)でした。また、医療機関からケアマネジャーへの退院時の引継ぎが無いケースは全体の 26%(退院総数 290 件)であり、引継ぎ方法として、紙面によるものは引継ぎがあったケース全体の 50%でした。

策定に至るまでには、2回の医療機関説明会、4回のケアマネジャー協議、2回の医療機関・ケアマネジャー合同協議を経ており、多くの皆さまのご協力を得て、運用を開始することとなりました。

<参考:平成 29 年実施内容>

	開催日	参加者数
病院説明会	平成29年1月26日	病院担当者48病院97名
	平成29年4月24日	看護部長等48病院54名
ケアマネジャー協議	第1回(平成29年1月10日)	居宅介護支援事業所ケアマネジャー131名
	第2回(平成29年2月9日)	居宅介護支援事業所ケアマネジャー126名
	第3回(平成29年3月6日)	居宅介護支援事業所ケアマネジャー 99名
	第4回(平成29年5月17日)	居宅介護支援事業所ケアマネジャー123名
病院・ケアマネジャー合同協議	平成29年3月10日 ※居宅介護支援事業所については、協議会推薦事業所を選定	病院担当者 45病院 78名 居宅介護支援事業所ケアマネジャー 20事業所20名 高齢者支援センター 7名
	平成29年6月15日 ※居宅介護支援事業所については、協議会推薦事業所を選定	病院担当者 51病院 85名 居宅介護支援事業所ケアマネジャー 19事業所19名 高齢者支援センター 5名
病院・ケアマネジャー合同説明会	平成29年6月28日	病院担当者 48病院 97名 居宅介護支援事業所ケアマネジャー 100事業所127名 高齢者支援センター 6名 看護小規模多機能型居宅介護事業所 2事業所2名 小規模多機能型居宅介護事業所 15事業所19名

2. ルール運用経過

平成 29 年 7 月 1 日から運用を開始し、定期的(年に 2 回)に「病院・ケアマネジャー点検協議」を開催しました。転院時の対応や、紙面での引継ぎ時の共有項目の増減等について検討を重ね、令和 2 年 10 月 1 日に、追加記載等のルール改訂を行っています。

また、令和元年 8 月に高知市における「入・退院時の引継ぎルール」の運用に関する説明会を開催し、その際に、市内の有床診療所も参加対象とし、ルールの説明を実施しました。その後、同年 12 月に有床診療所を対象に、ルールへの参加意向調査を実施し、参加意向のある 10 有床診療所についても、令和 2 年度より運用にご協力をいただけることとなりました。

<参考:平成 29～令和元年度実施内容>

開催日	参加者数																								
第 1 回 病院・ケアマネジャー 点検協議 【平成 30 年 2 月 19 日】	<table> <tr> <td>病院担当者</td> <td>49 病院</td> <td>79 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>居宅介護支援事業所ケアマネジャー</td> <td>39 事業所</td> <td>43 名</td> <td>※協議会推薦</td> </tr> <tr> <td>高齢者支援センター</td> <td></td> <td>8 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護小規模多機能型居宅介護事業所</td> <td>1 事業所</td> <td>1 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>小規模多機能型居宅介護事業所</td> <td>7 事業所</td> <td>7 名</td> <td></td> </tr> </table>	病院担当者	49 病院	79 名		居宅介護支援事業所ケアマネジャー	39 事業所	43 名	※協議会推薦	高齢者支援センター		8 名		看護小規模多機能型居宅介護事業所	1 事業所	1 名		小規模多機能型居宅介護事業所	7 事業所	7 名					
	病院担当者	49 病院	79 名																						
居宅介護支援事業所ケアマネジャー	39 事業所	43 名	※協議会推薦																						
高齢者支援センター		8 名																							
看護小規模多機能型居宅介護事業所	1 事業所	1 名																							
小規模多機能型居宅介護事業所	7 事業所	7 名																							
<p><グループワークテーマ></p> <p>①転院時の対応</p> <p>②紙面での引継ぎ時の共有項目の増減</p> <p>※15 グループ(138 名参加) ⇒ アンケート協力: 121 名</p>																									
第 2 回 病院・ケアマネジャー 点検協議 【平成 30 年 10 月 12 日】	<table> <tr> <td>病院担当者</td> <td>47 病院</td> <td>73 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>居宅介護支援事業所ケアマネジャー</td> <td>43 事業所</td> <td>50 名</td> <td>※協議会推薦</td> </tr> <tr> <td>高齢者支援センター</td> <td></td> <td>7 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護小規模多機能型居宅介護事業所</td> <td>1 事業所</td> <td>2 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>小規模多機能型居宅介護事業所</td> <td>3 事業所</td> <td>3 名</td> <td></td> </tr> </table>	病院担当者	47 病院	73 名		居宅介護支援事業所ケアマネジャー	43 事業所	50 名	※協議会推薦	高齢者支援センター		7 名		看護小規模多機能型居宅介護事業所	1 事業所	2 名		小規模多機能型居宅介護事業所	3 事業所	3 名					
	病院担当者	47 病院	73 名																						
居宅介護支援事業所ケアマネジャー	43 事業所	50 名	※協議会推薦																						
高齢者支援センター		7 名																							
看護小規模多機能型居宅介護事業所	1 事業所	2 名																							
小規模多機能型居宅介護事業所	3 事業所	3 名																							
<p><グループワークテーマ></p> <p>①転院時の対応</p> <p>②希望する方に対する在宅療養への支援の際の阻害要因・促進要因</p> <p>※24 グループ(135 名参加) ⇒ アンケート協力: 127 名</p>																									
第 3 回 医療機関・ケアマネジャー 点検協議 【令和 2 年 2 月 12 日】	<table> <tr> <td>病院担当者</td> <td>41 病院</td> <td>59 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>有床診療所</td> <td>6 診療所</td> <td>9 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>居宅介護支援事業所ケアマネジャー</td> <td>22 事業所</td> <td>23 名</td> <td>※協議会推薦</td> </tr> <tr> <td>高齢者支援センター</td> <td>12 か所</td> <td>16 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>看護小規模多機能型居宅介護事業所</td> <td>2 事業所</td> <td>2 名</td> <td></td> </tr> <tr> <td>小規模多機能型居宅介護事業所</td> <td>3 事業所</td> <td>3 名</td> <td></td> </tr> </table>	病院担当者	41 病院	59 名		有床診療所	6 診療所	9 名		居宅介護支援事業所ケアマネジャー	22 事業所	23 名	※協議会推薦	高齢者支援センター	12 か所	16 名		看護小規模多機能型居宅介護事業所	2 事業所	2 名		小規模多機能型居宅介護事業所	3 事業所	3 名	
	病院担当者	41 病院	59 名																						
有床診療所	6 診療所	9 名																							
居宅介護支援事業所ケアマネジャー	22 事業所	23 名	※協議会推薦																						
高齢者支援センター	12 か所	16 名																							
看護小規模多機能型居宅介護事業所	2 事業所	2 名																							
小規模多機能型居宅介護事業所	3 事業所	3 名																							
<p><グループワークテーマ></p> <p>①ルール改訂内容(案)</p> <p>②在宅療養について～ケアマネジャーが考える在宅が困難な理由, 医療機関が考える在宅が困難な理由～</p> <p>※24 グループ(118 名参加) ⇒ アンケート協力: 97 名</p>																									

3. 目的

医療と介護を必要とする介護保険を利用する高齢者等が、安心して在宅生活を継続していくために、入・退院をする時に、医療機関とケアマネジャーが「互い」に「確実に」「引継ぎ」と「情報共有」を行うことを目指し、本ルールを策定しました。

4. 共通事項

(1)運用開始時期 :平成 29 年7月1日

(2)改訂時期 :令和 2年 10月1日

⇒改訂内容:

- ① 転院時の対応 ※追加記載
- ② 連携に関わる診療報酬・介護報酬
※「令和2年4月」現在に差替え
- ③ 病院・有床診療所窓口一覧 ※「有床診療所」を追加記載
- ④ 令和2年度 高知市地域包括支援センター, 地域高齢者支援センター, 地域包括支援センター, 出張所担当地区分担表
※「地域包括支援センター」を追加記載

(3)支援の対象者

65 歳以上又は 40～64 歳で介護保険の申請ができる特定疾病対象者の方で、高知市内の在宅(自宅・有料老人ホーム等)へ退院し、下記のいずれかに該当する方

- ① 入院前に介護保険サービスを利用していた方
⇒入退院連絡の手順 A に該当
- ② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方(医療機関担当者が在宅への退院支援が必要と判断した方を含む)
⇒入退院連絡の手順 B に該当

(4)支援の担当者

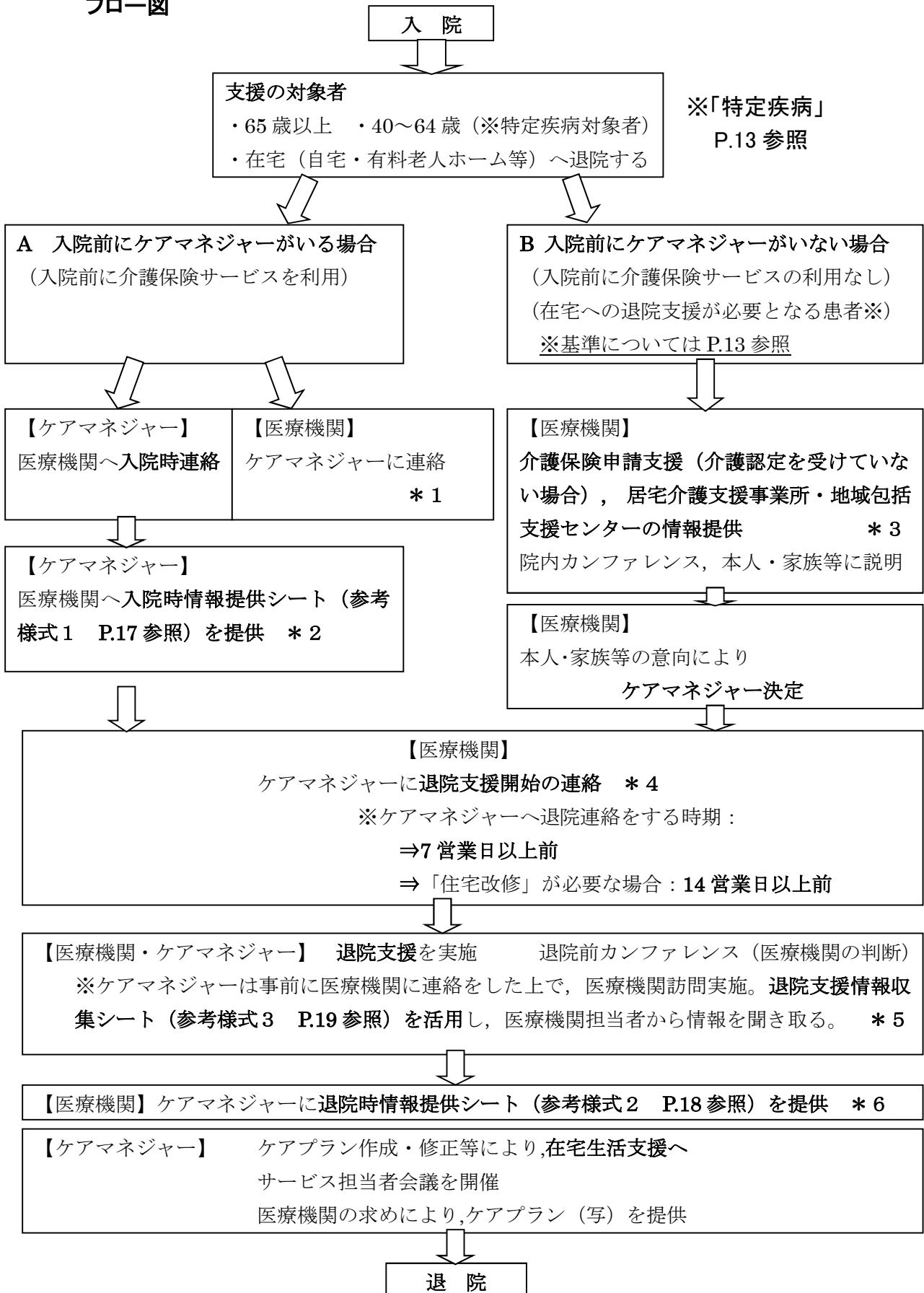
- ① 医療機関担当者:市内 55 病院・8有床診療所の病棟看護師, 地域連携室のソーシャルワーカー等
- ② 在宅担当者:市内居宅介護支援事業所, (看護)小規模多機能型居宅介護事業所, 地域包括支援センター等のケアマネジャー(介護支援専門員)

5. 運用に関する留意事項

- (1) この「高知市 入・退院時の引継ぎルール」は、医療と介護の関係者が連携して、高齢者等のスムーズな在宅移行を支援するための基本的な流れを示したものです。
- (2) ルールの運用開始後は、関係者により定期的に検証(点検協議の開催等)し、必要な見直しを行います。
※点検協議:策定後1年間は半年に1回開催, その後は1年に1回開催予定。
- (3) 添付の参考様式については、関係者の意見を取りまとめたものであり、医療機関や居宅介護支援事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式にない項目につきましては、できる限り別紙等で提供をお願いします。

6. 入退院連絡の手順

フロー図



- * 1 検査入院等, 入院期間が事前に決まっており, かつ短期間の入院となるものについては, 連絡は不要です。しかし, 状態が大きく変化した場合等, 在宅生活に影響の出る場合には連絡を原則, 必要とします。また, レスパイト入院等の場合, 入院時の情報提供を必要とする場合がありますので, 医療機関担当者とケアマネジャーが双方に連絡を取り合い, 対応を検討してください。
- * 2 ①短期間に入退院を繰り返しており, ケアプラン等の変更がない場合には, 入院時情報提供シート(参考様式1)の提供は省略できることとします。しかし, 医療機関からの要請がある場合等については, 医療機関担当者とケアマネジャーが双方に連絡を取り合い, 対応を検討してください。
②参考様式については, 関係者の意見をとりまとめたものであり, 居宅介護支援事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。項目としては協議の上で検討してきたものであり, 既存の様式を使用する際にもご配慮をお願いします。
- * 3 ケアマネジャーの連絡先については, P.12 参照。
- * 4 ①急性期の医療機関等に関しては, 在院日数が短期間となるため, ケアマネジャーは入院時の連絡対応後すぐに, 医療機関担当者と連携し, 退院への対応を念頭に支援を開始する必要があります。
②本人・家族の都合や医師の判断, 検査結果等により, 急な退院の場合もあります。
③緩和ケア, 終末期ケアの場合は, 状態に応じての退院となるため, 急に退院が決まることがあり, 十分な準備期間なく退院する場合があります。
- * 5 ①医療機関の連絡先については P.21 の「病院窓口等一覧」及び P.22 の「有床診療所窓口等一覧」をご参照ください。
②ケアマネジャーが事前に医療機関に連絡をした上で医療機関を訪問したとしても, 病棟業務の状況, 急変患者への対応等で, 医療機関担当者が十分に対応できない場合もあります。
- * 6 ①参考様式については, 関係者の意見をとりまとめたものであり, 医療機関の既存様式の使用を妨げるものではありません。項目としては協議の上で検討してきたものであり, 既存の様式を使用する際にもご配慮をお願いします。
②医療機関によっては, FAX での送信が難しい場合もあるため, 退院時情報提供シートの提供方法については, 医療機関担当者とケアマネジャー双方で確認をお願いします。

A 入院前にケアマネジャーがいる (入院前に介護保険サービスを利用していた)場合

(1) 入院時の連絡・情報提供

【ケアマネジャー】

- ① 日頃から利用者の入院に早く気付くための工夫(P.8参照)を実施し、利用者(要介護・要支援)の入院が分かったら、速やかに医療機関担当者に連絡を入れる(検査入院等、入院期間が事前に決まっておき、短期間の入院となるものについては除く)。
- ② 「入院時情報提供シート(参考様式1)」等を、医療機関(病院・有床診療所)担当窓口(P.21・P.22 参照)に持参し、利用者の情報を提供する(シートを持参できない場合は、FAX 等の方法を医療機関担当者と協議する)。
 - * 入院時の引継ぎのために共有したい情報 ⇒P.15 参照
 - * 入院時情報提供シート(参考様式1) ⇒P.17 参照
 - * 参考様式については、関係者の意見をとりまとめたものであり、居宅介護支援事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。項目については協議の上で検討してきたものであり、既存の様式を使用する際にもご配慮をお願いします。

【医療機関担当者(病棟看護師, 地域連携室等)】

ケアマネジャーからの連絡がなければ入院後概ね3日以内にケアマネジャーに連絡をする(ケアマネジャーが不明な場合は P.8 の「医療機関担当者がケアマネジャーを確認する方法」を参照)。

(2) 退院支援開始の連絡

【医療機関担当者(病棟看護師, 地域連携室等)】

- ① 退院に向けての医師の指示、院内カンファレンスや患者・家族の意向を把握し、退院の見込みが出てきたら、早めにケアマネジャーに退院支援開始の連絡を行う(退院連絡時期については P.8「医療機関からケアマネジャーへ退院連絡をする時期」参照)
 - * 介護認定の変更申請を行っている場合には、その旨をケアマネジャーにも伝える。
 - * 要支援から要介護への変更の可能性に関係なく、入院時情報提供元の事業所に連絡する。
- ② 可能な範囲で、ケアマネジャーの退院調整に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、ケアマネジャーと退院調整面談の日程などの調整を行う。

●ケアマネジャーが利用者の入院に早く気付くための工夫

- ・本人・家族へ入院が決まったら、ケアマネジャーに伝えるよう説明する。
- ・介護サービス事業者へ利用者の入院に気付いたら、ケアマネジャーに連絡するように依頼する。
- ・医療保険証と一緒にケアマネジャーの名刺を入れるよう努める(入れた日を名刺に記載するなどの工夫をする)。

●医療機関担当者がケアマネジャーを確認する方法

- ①入院時の本人・家族への聞き取り。
- ②介護保険証を確認。担当する居宅介護支援事業者名等が記載されている。
- ③医療保険証と一緒にケアマネジャーの名刺がないか確かめる。
- ④上記の方法でケアマネジャーが不明な場合は、市役所介護保険課(認定係 Tel.823-9931)に確認する。

●医療機関からケアマネジャーへ退院連絡をする時期

・ケアマネジャーが円滑にサービス調整するために、できるだけ 7営業日以上前に連絡をする。

⇒ 「住宅改修」が必要な場合は、調整に時間を要するので、できるだけ 14営業日以上前に連絡をする。

【参考】

- ・住宅改修を行うためには介護保険課への事前申請等が必要
 - * 事前申請から着工許可まで1週間程度を見込んで準備が必要
 - * 借家等であれば、所有者の了承の書類が必要

⇒ 急性期の医療機関等に関しては在院日数が短期間となるため、7営業日以上前の連絡が難しい場合は、ケアマネジャーは入院時の連絡対応後すぐに、医療機関担当者と連携し、退院への対応を念頭に支援を開始する。

⇒ 「福祉用具(対象用具5種類)」の購入が必要な場合は、指定事業所での購入やその他要件があるため、必ず購入前にケアマネジャーへの連絡が必要。

(3) 退院支援を実施

【ケアマネジャー】

ケアマネジャーは事前に医療機関に連絡をした上で、医療機関訪問を実施。退院支援情報収集シート(参考様式3)等を活用し、医療機関担当者から情報を聞き取る。

- * 退院時の引継ぎのために共有したい情報 ⇒P.16 参照
- * 退院支援情報収集シート(参考様式3) ⇒P.19 参照
- * 参考様式については、関係者の意見を取りまとめたものであり、居宅介護支援事業所の既存様式の使用を妨げるものではありません。

【医療機関担当者(病棟看護師, 地域連携室等)】

退院前カンファレンスの開催(必要な場合)

(4) 退院時の情報提供

【医療機関担当者(病棟看護師, 地域連携室等)】

ケアマネジャーに退院時情報提供シート(参考様式2)を提供する。

- * 退院時の引継ぎのために共有したい情報 ⇒P.16 参照
- * 退院時情報提供シート(参考様式2) ⇒P.18 参照
- * 参考様式については、関係者の意見を取りまとめたものであり、医療機関の既存様式の使用を妨げるものではありません。項目については協議の上で検討してきたものであり、既存の様式を使用する際にもご配慮をお願いします。

(5) ケアプランを作成し、在宅生活支援

【ケアマネジャー】

医療機関の情報と患者・家族の意向を把握し、アセスメントし、ケアプランを作成し、サービス担当者会議を開催する(介護保険法上の義務付け)。

- * 退院後、医療機関からケアマネジャーにケアプランの写しを求められることがあります。

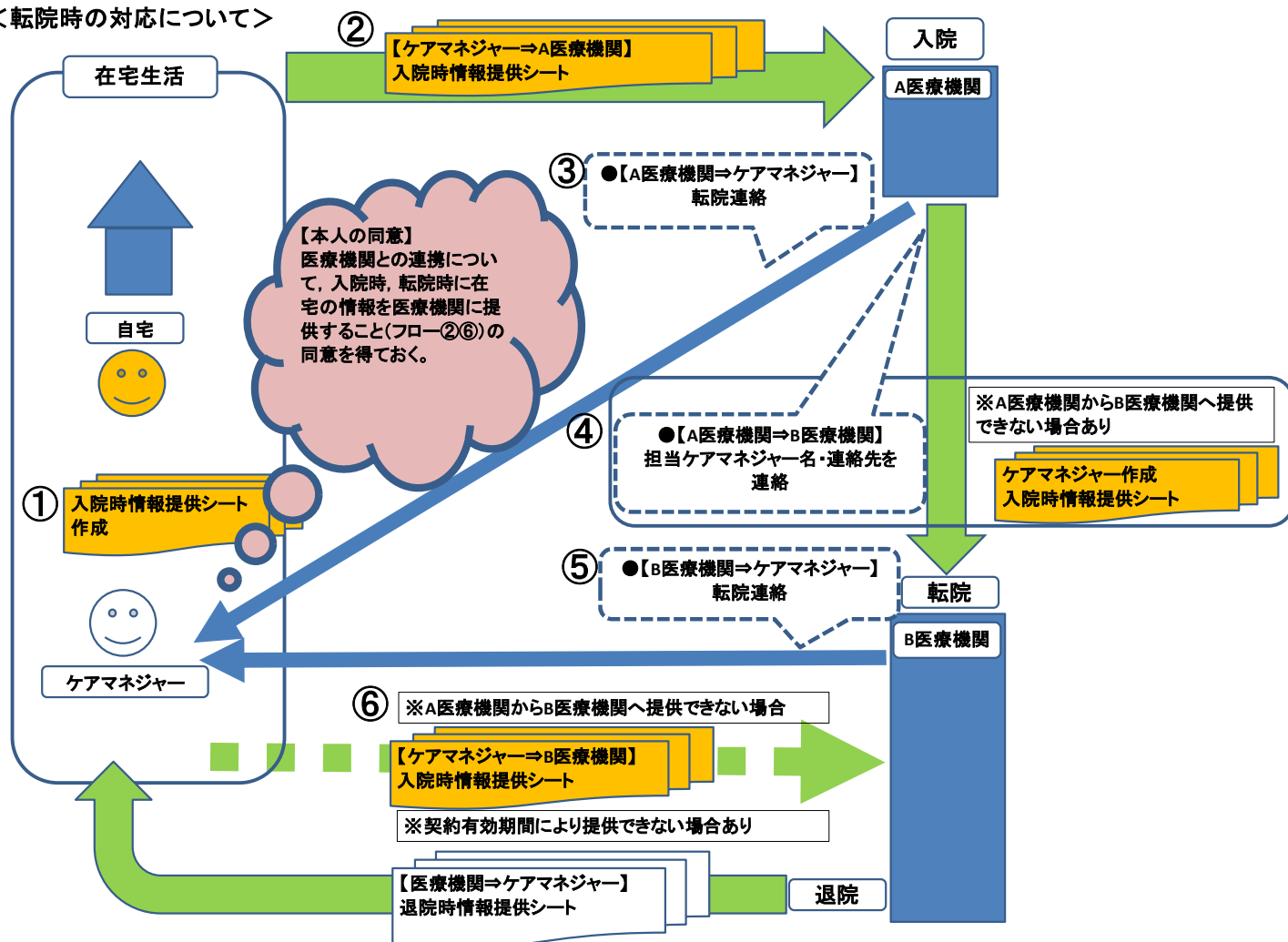
● 転院時の対応

転院時においては、以下の内容を実施する。

- ① ケアマネジャーは、医療機関との連携(入院時、転院時に在宅の情報を医療機関に提供すること)について、予め本人の同意を得ておく。
- ② ケアマネジャーは、入院時に「入院時情報提供シート(参考様式1)」等を、医療機関(病院・有床診療所)担当窓口(P.21・P.22 参照)に持参し、利用者の情報を提供する(シートを持参できない場合は、FAX等の方法を医療機関担当者と協議する)。
- ③ 転院元医療機関(A 医療機関)は、転院が決まった際には、担当ケアマネジャーに転院の連絡をする。
- ④ 転院元医療機関(A 医療機関)は、転院先医療機関(B 医療機関)へ、「担当ケアマネジャー名・連絡先」の連絡をする。
- ⑤ 転院先医療機関(B 医療機関)は、担当ケアマネジャーに転院の連絡をする。
- ⑥ 担当ケアマネジャーは必要時、転院先医療機関(B 医療機関)へ「入院時情報提供シート」を提供する。

※ケアマネジャーの契約有効期間により提供できない場合があります。

< 転院時の対応について >



B 入院前にケアマネジャーがいない(入院前に介護保険サービスを利用していないが、医療機関担当者が在宅への退院支援を必要と判断した)場合

* 介護保険の利用が必要か判断に困った場合は、「在宅への退院支援が必要となる患者の基準」(P.13 参照)を参考にしてください。

(1) 【介護認定の有無を確認し、認定を受けていない場合】介護保険申請の支援

【医療機関担当者(病棟看護師, 地域連携室等)】

在宅への退院支援が必要と判断した場合(基準 P.13 参照)や、本人が介護保険サービスの利用を希望する場合は、介護保険申請の支援を実施。

* 基本的には申請は本人・家族が実施します。本人・家族等が申請を忘れている場合や、申請はしているが主治医意見書が遅れている場合も見受けられるため、ケアマネジャーへ連絡をする前には、介護認定の申請ができているかどうか、認定がおりているかどうか等の確認をお願いします。

⇒介護認定のお問い合わせ:市役所介護保険課(認定係 TEL823-9931)

* 40歳から64歳以下の場合、介護保険の要介護認定申請ができるのは、特定疾病に該当した場合のみとなります(P.13 参照)。

(2) 居宅介護支援事業所・地域包括支援センターからの 情報提供, ケアマネジャーの決定

【医療機関担当者(病棟看護師, 地域連携室等)】

介護度が確定している場合は介護度にあわせて, 居宅介護支援事業所, 地域包括支援センターからの情報を本人, 家族へ提供。ケアマネジャー等の情報については, 次のとおりです。

⇒要支援の方(要支援1・要支援2)

P.23「高知市地域包括支援センター及び出張所担当地区一覧表」または, 別途資料「介護保険利用の手引き」に添付しております「高知市内事業所一覧」P.1をご参照ください。

⇒要介護の方(要介護1～要介護5)

別途資料「介護保険利用の手引き」に添付しております「高知市内事業所一覧」P.1からをご参照ください。

⇒医療依存度が高い方の退院支援にお困りの場合

高知市在宅医療介護支援センター(Tel088-872-6100)

* 医療, 介護, 福祉の関係者からの在宅医療に関する相談への対応となりますので, 市民からの直接相談はご遠慮ください(市民の相談窓口は地域包括支援センター等となります)。

(3) 退院支援開始の連絡

【医療機関担当者(病棟看護師, 地域連携室等)】

①退院に向けての医師の指示, 院内カンファレンスや患者・家族の意向を把握し, 退院の見込みが出てきたら, 早めにケアマネジャーに退院支援開始の連絡を行う(退院連絡時期については P.8 「医療機関からケアマネジャーへ退院連絡をする時期」参照)

* 要介護度が確定していない場合等, ケアマネジャーが決定できていない場合は, 担当地区の地域包括支援センター等(P.23 参照)へご相談ください。

②可能な範囲で, ケアマネジャーの退院調整に必要な期間(ケアプランの作成, サービス事業所との調整期間)を考慮して, ケアマネジャーと退院調整面談の日程などの調整を行う。

以降の流れは, 入院前にケアマネジャーがいる(入院前に介護保険サービスを利用していた)場合の(3)以降と同じ(P.9参照)

●在宅への退院支援が必要となる患者の基準

◎介護保険の利用が必要か判断に困った場合の基準となります。

退院支援が必要な患者

- 立ち上がりや歩行に介助が必要
- 入浴に介助が必要
- 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使用中
- 日常生活に支障を来すような症状がある認知症

⇒1項目でも該当すれば,介護保険制度について説明した上で,
介護保険申請の支援を実施。
(説明後,本人・家族等の希望がない場合は除く)

●特定疾病(40～64歳での介護保険対象者)

⇒別途資料「介護保険利用の手引き」P.2参照

- | | |
|-------------|----------------------------------|
| ○がん末期 | ○早老症 |
| ○関節リウマチ | ○糖尿病性神経障害,糖尿病性腎症及び
糖尿病性網膜症 |
| ○筋萎縮性側索硬化症 | ○脳血管疾患 |
| ○後縦靭帯骨化症 | ○パーキンソン病関連疾患 |
| ○骨折を伴う骨粗鬆症 | ○閉塞性動脈硬化症 |
| ○多系統萎縮症 | ○慢性閉塞性肺疾患 |
| ○初老期における認知症 | ○両側の膝関節または股関節に著しい
変型を伴う変形性関節症 |
| ○脊髄小脳変性症 | |
| ○脊柱管狭窄症 | |

●退院支援におけるケアマネジャーの役割

対象者:介護(要支援)認定を受けている人・見込みの人, かつ, ケアマネ契約が整っている人

条 件:本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人

業 務:ケアプランを作成し, 適正なサービスの提供の支援を行うこと

* 退院支援の報酬を得るのは, 在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ
(入院中の患者の介護保険施設, 転院先の紹介などは原則業務ではない)

7. 入院時の引継ぎのために共有したい情報

	内容
本人に関する こと	<p>〔基本〕 患者氏名・性別・生年月日（年齢）・住所・電話</p> <p>〔介護認定等情報に関すること〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・居宅介護支援事業所等名 ・事業所電話・FAX ・担当者名 ・要介護度 ・認定の有効期間 ・認知症高齢者日常生活自立度 ・障害日常生活自立度 ・障害等の認定 <p>〔医療に関すること〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・現在かかっている医療機関 ・疾患名（主病名・既往歴） ・服薬の有無（別添有無） <p>〔在宅中のADL〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 自立・見守り・一部介助・全介助 ・移動方法 ・移乗方法 ・食事 ・口腔清潔 ・更衣 ・入浴 ・排泄 <p>〔在宅中のIADL〕</p> <ul style="list-style-type: none"> 自立・見守り・一部介助・全介助 ・調理 ・掃除 ・洗濯 ・買い物 ・金銭管理 ・服薬管理 <p>〔住まいの状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・一戸建て ・集合住宅 ・住環境の問題 ・住宅改修の有無，内容 <p>〔精神的な状況（認知機能含む）〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・問題の有無 ・丁寧な説明の必要性 ・特記（ ） <p>〔療養上の問題点〕 有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・介護上,特に支障となる点,注意すべき点 <p>〔医療処置〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内容（・バルーンカテーテル ・ストマ ・気管切開 ・喀痰吸引 ・胃ろう ・経管 ・褥瘡 ・その他） ・方法（・訪問看護 ・家族 ） ・特記欄（経過や処置の時間等記載できるように） <p>〔感染症〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HBV ・HCV ・MRSA；保菌 発症（部位；痰・血液・尿・創部） ・その他 <p>〔介護保険サービス利用状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・利用サービスの種類 ・週間プラン ・レンタル ・用具購入使用状況 <p>〔介護保険サービス以外のサービス等利用状況〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・高齢者福祉サービス ・地域での参加
家族に関する こと	<ul style="list-style-type: none"> ・世帯構成 ・主介護者及び介護力 ・キーパーソン ・家族以外の支援者 ・日頃の在宅生活での本人，家族の意向や不安内容
経済に関する こと	<ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給の有無 ・年金受給の有無・種類
その他必要 な情報	<ul style="list-style-type: none"> *連携時に確認

8. 退院時の引継ぎのために共有したい情報

	内容
本人に関する こと	<p>〔基本情報に関すること〕</p> <p>※新規で関わる場合⇒</p> <ul style="list-style-type: none"> ・患者氏名 ・性別 ・生年月日（年齢） ・住所 ・電話 ・入院月日 ・介護保険の有無 ・要介護度 ・認定の有効期間 ・障害等の認定 <p>※共通</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療機関主治医 ・在宅主治医 ・面談場所 ・面談者（氏名） ・医療機関相談窓口（所属） ・退院予定日 <p>〔医療に関すること〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・今回の入院理由（病名） ・他の診断名 ・禁忌事項,禁忌動作 ・医療機関からの「病状の説明内容」 <p>〔ADL〕 自立・見守り・一部介助・全介助</p> <ul style="list-style-type: none"> ・移動方法 ・移乗方法 ・食事（食形態・制限・エネルギー・水分量他） ・口腔清潔 ・更衣 ・入浴 ・排泄 ・服薬管理 <p>〔療養上の問題〕 有無</p> <ul style="list-style-type: none"> ・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 <p>〔理解力〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・問題の有無 ・丁寧な説明 ・契約等困難 <p>〔医療処置〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・内容（・バルーンカテーテル ・ストマ ・気管切開 ・喀痰吸引 ・胃ろう ・経管 ・褥瘡 ・その他） ・方法（・訪問看護 ・家族 ） ・特記欄（経過や処置の時間等記載できるように） <p>〔今後の治療〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・治療内容 ・受診予定 ・薬物治療内容 ・リハビリ目標（リハビリから確認） ・退院後の注意点 <p>〔感染症〕</p> <ul style="list-style-type: none"> ・HBV ・HCV ・MRSA；保菌 発症（部位；痰・血液・尿・創部） ・その他
家族に関する こと	<p>※新規で関わる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・世帯構成 ・主介護者及び介護力 ・キーパーソン ・緊急連絡先 ・家族以外の支援者
経済に関する こと	<p>※新規で関わる場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ・生活保護受給の有無 ・年金受給の有無・種類
その他必要な 情報	<p>*連携時に確認</p>

入院時情報提供シート (ケアマネジャー ⇒ 医療機関)

医療機関名

担当者

様

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

事業所名	
電話番号	
FAX番号	
担当者名	

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別	男・女	
経済状況	<input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 年金 【種類: <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> その他()】												
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄	電話番号							
家族構成図		本人連絡先	自宅番号:		携帯番号:								
主・主介護者 ☆キーパーソン ○女性 □男性		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 *住宅改修 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
		疾患名・かかっている病院	主病名:		既往歴:								
		服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ⇒別途資料添付: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無										
		介護認定	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 区分変更中) <input type="checkbox"/> 無 (<input type="checkbox"/> 申請中) <input type="checkbox"/> 事業対象者 要介護度:要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 *認定有効期間 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日										
＜世帯状況＞		障がい日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2										
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他()		認知症日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										
		障がい等の認定	手帳 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (身体・精神・療育) <input type="checkbox"/> 難病(特定疾患)										
IADL	できる	不完全	できない	特記									介護保険サービス・その他のサービス等利用状況
調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週)
掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/週)
洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/> 小規模多機能 福祉用具貸与(内容:)
買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										<input type="checkbox"/> 配食 <input type="checkbox"/> 安否確認 <input type="checkbox"/> 緊急通報 <input type="checkbox"/> 地域での参加 <input type="checkbox"/> その他()
金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										キーパーソン・家族の介護力・家族以外の支援者等
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	状況(空欄に特記あれば記入)								
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用								
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無								
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他:) 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 水分:とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 (摂取量:1日 ml) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)								
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス								
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間)								
精神的な状況(認知機能含む)	問題の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *特記: 丁寧な説明の必要性: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有												
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()												
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA: <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他()												
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他()												
連絡事項・その他(在宅での生活の様子, 療養上の課題, 本人・家族の意向や不安, 認知機能等が必要と思うことを記載)													

退院時情報提供シート（医療機関 ⇒ ケアマネジャー）

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

◎今後の治療等(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点・リハビリ目標等)

病院名

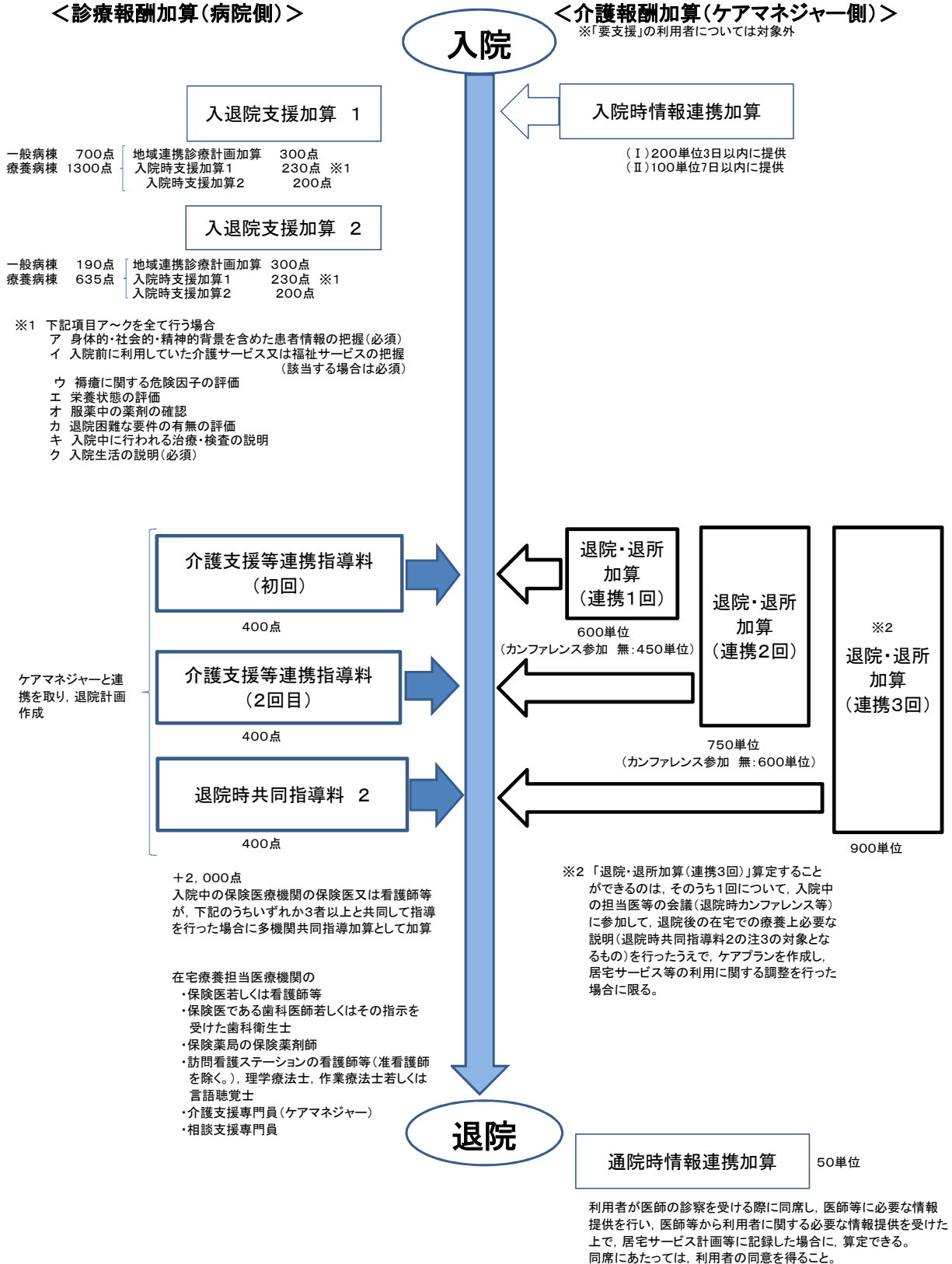
退院支援情報収集シート（ケアマネジャー用）

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

◎今後の治療等(治療内容・服薬・受診予定・退院後の注意点・リハビリ目標等)

連携に関わる診療報酬・介護報酬(令和4年4月現在)

※診療・介護報酬加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要がある。



【五十音順】病院窓口等一覧(令和5年5月1日現在)

※1 「全病床数」は「休床」にかかわらず、医療法上、都道府県に届出を行っている「許可病床数」を記載しています。

※2 病床種別の「一般病床数」「療養病床数」「精神病床」は都道府県(保健所)に届け出ている「許可病床数」を記載しています。

※3 「介護医療院」は医療法上の病床に該当しないため、病床・病棟数からは除いています。

医療機関名	病床種別【許可病床】※抜粋			病床分類【四国厚生支局 届出内容】※抜粋						介護医療院	入退院支援部門の有無	ケアマネジャーへの退院調整をする部署		患者入院時にケアマネジャーが入院時情報提供書を持参する際の連絡先				
	一般病床	療養病床	精神病床	回復期リハ病棟	地域包括ケア病棟	障害者病棟	緩和ケア病棟	医療療養病床	介護療養病床			精神療養病床	部署名	TEL番号	部署名	TEL番号		
1 愛幸病院	226	4		226						46	有	医療相談室	088-822-2739(代)	医療相談室	088-822-2739(代)			
2 愛宕病院	424	9	275	79	70	50				79		138	有	地域医療連携室	088-823-3301	各病棟または地域医療連携室	088-823-3301	
3 愛宕病院分院	180	3	60	120						120			有	地域連携室	088-842-0411	地域連携室	088-842-0411	
4 朝倉病院	108	3	36	72						36			有	地域連携室	088-844-2713	地域連携室	088-844-2713	
5 いずみの病院	238	5	190	48		60				12	48		有	患者サポートセンター	088-826-5511(代)	患者サポートセンター	088-826-5511(代)	
6 海辺の杜ホスピタル	368	4			368								有	相談室	088-841-2016	相談室	088-841-2016	
7 潮江高橋病院	80	2	32	48						32	48		有	地域連携室	088-833-2700(代)	地域連携室	088-833-2700(代)	
8 岡村病院	138	2	138			65							有	地域連携室	090-9816-1557	地域連携室	090-9816-1557	
9 岡林病院	91	2	91							91			なし	看護部	088-832-8821	看護部	088-832-8821	
10 上町病院	92	2		92						92			有	医療相談室	088-823-3271	医療相談室・担当病棟師長	088-823-3271	
11 川村病院	77	2	32	45		15				45			有	地域連携室・医療相談室	088-823-7433(代) 080-3925-8005	地域連携室・医療相談室	088-823-7433(代) 080-3925-8005	
12 きんろう病院	101	3	20	81						20	81		有	医療相談室	088-845-8711	医療相談室	088-845-8711	
13 木村病院	30	1		30						30			なし	師長室	088-822-7231	師長室	088-822-7231	
14 国吉病院	106	3	69	37		15				12	37		有	地域医療連携室	088-875-0231(代) 088-823-1095(直通)	地域医療連携室	088-875-0231(代) 088-823-1095(直通)	
15 下司病院	50	1		50									有	地域連携室	088-823-3257	地域連携室	088-823-3257	
16 高知ハーモニー・ホスピタル	133	4		133									有	地域連携室	088-883-4785(代)	地域連携室	088-883-4785(代)	
17 高知医療センター	620	21	548	44									有	地域医療連携室	088-837-3680	地域医療連携室	088-837-3680	
18 高知記念病院	174	4	144	30		10	60			30			有	医療相談室	088-883-4377	医療相談室	088-883-4377	
19 高知鏡川病院	271	5		271									有	連携室	088-833-4328	連携室	088-833-4328	
20 高知厚生病院	42	2	42			10	16						有	地域連携・緩和ケア支援室	088-882-6205	地域連携・緩和ケア支援室	088-882-6205	
21 高知高須病院	63	1	63			27							有	地域医療連携室	088-878-3377	地域医療連携室	088-878-3377	
22 高知城東病院	92	2		92						46	46		151	有	医療相談室	088-866-2326	医療相談室	088-866-2326(代) 088-802-7870(直通)
23 高知整形・脳外科病院	102	3	30	72		32				40			有	地域医療連携室	088-822-1285	地域医療連携室	088-822-1285	
24 高知生協病院	114	2	114			62							有	地域連携室(各病棟配属MSW)	088-840-0288	地域連携室(各病棟配属MSW)	088-840-0288	
25 高知西病院	154	3	154			59	35						有	各病棟又は地連・医療相談室	088-843-1501	各病棟又は地連・医療相談室	088-843-1501	
26 高知赤十字病院	402	9	402										有	地域医療連携課	088-822-1201(代) 088-871-3603(直通)	地域医療連携課	088-822-1201(代) 088-871-3603(直通)	
27 高知総合リハビリテーション病院	176	4	88	88						88	88		79	有	地域医療連携室	088-845-1641	地域医療連携室	088-845-1641
28 高知脳神経外科病院	46	1	46										有	地域連携室・医療相談室	088-840-3535	地域連携室・医療相談室	088-840-3535	
29 高知病院	124	3	26	98		50				48			有	地域連携課	088-883-3211	地域連携課	088-883-3211	
30 国立病院機構高知病院	424	10	402							120			有	地域医療連携室	088-828-4465	地域医療連携室	088-828-4465	
31 三愛病院	98	2	98							98			48	有	地域医療連携室	088-845-5291(代)	地域医療連携室	088-845-5291(代)
32 島津病院	69	2	69			10							有	医療相談室	088-823-2285	各病棟	088-823-2285	
33 島本病院	120	2		120						120			19	有	医療相談室	088-873-6131(代)	医療相談室	088-873-6131(代)
34 高橋病院	29	1		29						29			有	地域医療連携室	(代)088-822-1616(水・土) (直通)088-802-5298	地域医療連携室	(代)088-822-1616(水・土) (直通)088-802-5298	
35 竹下病院	76	2	76			10	38						有	地域連携室	088-822-2371(代)	病棟または地域連携室	088-822-2371(代)	
36 田中整形外科病院	90	2	90			40							有	地域医療連携室/医療相談室	088-823-8730	地域医療連携室/医療相談室	088-823-8730	
37 だいいちリハビリテーション病院	180	3	60	120		60				60			有	医療相談室	088-882-0811	医療相談室	088-882-0811	
38 近森オルソリハビリテーション病院	100	2	44	56		56	30						有	医療相談室	088-822-5231	医療相談室	088-822-5231	
39 近森リハビリテーション病院	180	4		180		180							有	医療相談室	088-822-5231(代)	医療相談室	088-822-5231(代)	
40 近森病院	512	17	452	60		34							有	【一般】地域医療連携センター 【精神】医療相談室	088-822-5231	【一般】地域医療連携センター 【精神】医療相談室	088-822-5231	
41 土佐田村病院	44	1		44						44			46	有	地域連携室	088-883-3544	地域連携室	088-883-3544
42 函南病院	125	5	125			30	38	12					55	有	地域連携室	088-882-3126(代) 088-885-9511(直通)	地域連携室	088-882-3126(代) 088-885-9511(直通)
43 土佐病院	174	4		174									126	有	相談支援室	088-822-3364	相談支援室	088-822-3364
44 永井病院	40	1		40		25				15			52	有	地域連携室	088-894-6611	地域連携室	088-894-6611
45 中ノ橋病院	41	1		41						41			29	有	医療相談室	088-872-4069(代)	医療相談室	088-872-4069(代)
46 久病院	85	2	53	32						53	32		有	医療相談室	088-883-6264(代)	医療相談室	088-883-6264(代)	
47 平田病院	24	1		24		4				20			32	有	地域連携室	088-875-6221	地域連携室	088-875-6221
48 藤戸病院	80	2		80									53	有	地域医療連携室	088-822-3440(代)	地域医療連携室	088-822-3440(代)
49 細木病院	456	11	162	153	141	52	60	30	12	101			53	有	ほそぎ入退院サポートセンター	088-822-7211(代)	ほそぎ入退院サポートセンター	088-822-7211(代)
50 町田病院	60	2	60											有	医療相談室	088-872-0164(代) 088-856-9922(直通)	外来Nsが依頼した場合 相談室が依頼した場合 →各依頼者	088-872-0164(代)
51 南病院	70	2	42	28						42	28		有	相談室	088-822-0505	相談室	088-822-0505	
52 もみのき病院	60	2	60							12			有	地域連携室	088-888-2227	地域連携室	088-888-2227	
53 山村病院	33	1		33		33							45	有	地域連携室	088-854-8734	地域連携室	088-854-8734
54 横浜病院	180	4		180						180			有	地域連携室	088-842-7100	地域連携室	088-842-7100	
55 リハビリテーション病院 すこやかな杜	60	3	60			60							有	地域連携室	088-837-2345	地域連携室	088-837-2345	

【五十音順】有床診療所窓口等一覧(令和5年5月1日現在)

医療機関名	病床・病棟 全体		病床種別 【許可病床】 ※抜粋			病床分類 【四国厚生支局 届出内容】 ※抜粋								入 退 院 支 援 部 門 の 有 無	ケアマネジャーへの退院調整をする部署		患者入院時にケアマネジャーが入院時情報提供書を持参する際の連絡先	
			一般 病床	療養 病床	精神 病床	回復 期リハ 病棟	地域 包括 ケア 病棟	障 害 者 病 棟	緩 和 ケ ア 病 棟	医 療 療 養 病 棟	介 護 療 養 病 棟	精 神 療 養 病 棟	認 知 症 治 療 病 棟		部 署 名	T E L 番 号	部 署 名	T E L 番 号
1 青木脳神経外科形成外科	19	1	19											有	看護部	088-885-3600	3F病棟・看護師長	088-885-3600
2 内田脳神経外科	19	1	19											有	地域連携室	088-843-1002	地域連携室	088-843-1002
3 快聖クリニック	19	1	19											なし	なし(病棟看護師)	088-850-0038	なし(病棟看護師)	088-850-0038
4 クリニックひろと	19	1	19											なし	事務長室	088-841-2327	受付	088-841-2327
5 さんさんクリニック	19	1	19											なし	なし(看護師:高橋)	088-822-5531	病棟	088-822-5531
6 杉本整形外科	19	1	19											なし	なし(病棟)	088-884-5100	なし(病棟)	088-884-5100
7 福田心臓・消化器内科	19	1	19											有	地域連携室	088-826-7658	地域連携室	088-826-7658
8 フレッククリニック	19	1	19											有	看護室(松本伸宏)	088-885-5800(代)	看護室(松本伸宏)	088-885-5800(代)

圏域	地域包括支援センター	出張所	大街	担当町名
全 圏 域	基幹型地域包括支援センター (3900100060) 〒780-0065 高知市塩田町18-10 保健福祉センター TEL:088-823-9121 FAX:088-821-6088			市 内 全 域
	ケアプラン統括 TEL:088-821-7552 FAX:088-823-9140	とさやま	土佐山桑尾1842-2 TEL 088-850-6900 FAX 088-895-2115	土佐山菖蒲, 土佐山西川, 土佐山梶谷, 土佐山, 土佐山高川, 土佐山桑尾, 土佐山都網, 土佐山弘瀬, 土佐山東川, 土佐山中切
	ケアプラン統括 TEL:088-831-6074 FAX:088-831-6076 (南部支部)			
北 プ ロ ク	上街・高知街・小高坂地域包括支援センター (3900100086) 〒780-0926 高知市大膳町1-25 TEL:088-871-5963 FAX:088-871-5841		上街	上町1～5丁目, 本丁筋, 水通町, 通町
	秦地域包括支援センター (3900100128) 〒780-0025 高知市愛宕山114-2 TEL:088-824-5770 FAX:088-824-5771		高知街	唐人町, 与力町, 鷹匠町1～2丁目, 本町1～5丁目, 升形, 帯屋町1～2丁目, 追手筋1～2丁目, 廿代町, 永国寺町, 丸ノ内1～2丁目
			小高坂	井口町, 三ノ丸, 宮前町, 西町, 大膳町, 山ノ端町, 桜馬場, 城北町, 北八反町, 越前町1～2丁目, 新屋敷1～2丁目, 八反町1～2丁目, 平和町, 宝町, 小津町
			秦	愛宕山, 前里, 東秦泉寺, 中秦泉寺, 三園町, 西秦泉寺, 北秦泉寺, 宇津野, 三谷, 加賀野井1～2丁目, 愛宕山南町, 秦南町1～2丁目, セツ淵
	布師田・一宮地域包括支援センター (3900100110) 〒781-8136 高知市一宮西町1丁目7-16 山本ハイソ101号室 TEL:088-845-6382 FAX:088-845-6303		布師田	布師田
	南街・北街・江ノ口地域包括支援センター(市直営) (3900100078) 〒780-0065 高知市塩田町18-10 保健福祉センター1階 TEL:088-821-7551 FAX:088-821-6088		一宮	一宮, 一宮中町1～3丁目, 一宮東町1～5丁目, 一宮西町1～4丁目, 一宮南町1～2丁目, 一宮しなね1～2丁目, 一宮徳谷, 薊野, 薊野西町1～3丁目, 薊野北町1～4丁目, 薊野東町, 薊野中町, 薊野南町, 重倉, 久礼野
江ノ口			入明町, 洞ヶ島町, 寿町, 中水道, 幸町, 伊勢崎町, 相模町, 吉田町, 愛宕町1～4丁目, 大川筋1～2丁目, 駅前町, 相生町, 江陽町, 北本町1～4丁目, 栄田町1～3丁目, 新本町1～2丁目, 昭和町, 和泉町, 塩田町, 比島町1～4丁目	
南街			中の島, 九反田, 菜園場町, 農人町, 城見町, 堺町, 南はりまや町1～2丁目, 弘化台	
東 プ ロ ク	下知・五台山・高須地域包括支援センター (3900100094) 〒781-8121 高知市葛島1丁目10-75 ファミリープラザ3号 TEL:088-882-0015 FAX:088-880-3373		北街	桜井町1～2丁目, はりまや町1～3丁目
			下知	宝永町, 弥生町, 丸池町, 小倉町, 東雲町, 日の出町, 知寄町1～3丁目, 青柳町, 稲荷町, 若松町, 高埴, 杉井流, 北金田, 南金田, 札場, 南御座, 北御座, 南川添, 北川添, 北久保, 南久保, 海老ノ丸, 中宝永町, 南宝永町, 二葉町
			五台山	吸江, 五台山, 屋頭
西 部 プ ロ ク	大津・介良地域包括支援センター (3900100136) 〒781-5103 高知市大津乙869-6 TEL:088-802-5110 FAX:088-802-5118		大津	大津甲, 大津乙
	三里地域包括支援センター (3900100102) 〒781-0112 高知市仁井田1618-18 TEL:088-847-7200 FAX:088-847-7210		介良	介良甲, 介良乙, 介良丙, 介良, 潮見台1～3丁目
西 部 プ ロ ク	朝倉地域包括支援センター (3900100151) 〒780-8082 高知市若草南町22-25 TEL:088-844-1003 FAX:088-855-3116		三里	池, 仁井田, 種崎, 十津1～6丁目
			朝倉	朝倉甲, 朝倉乙, 朝倉丙, 朝倉丁, 朝倉戊, 朝倉己, 曙町1～2丁目, 朝倉本町1～2丁目, 若草町, 若草南町, 鶴来巣, 横山町, 針木東町, 大谷公園町, 朝倉南町, 朝倉横町, 朝倉東町, 朝倉西町1～2丁目, 針木北1～2丁目, 針木本町, 針木南, 針木西, 宗安寺, 行川, 針原, 上里, 領家, 唐岩
	鴨田地域包括支援センター (3900100193) 〒780-8052 高知市鴨部2丁目20-5 かもさほ TEL:088-802-8668 FAX:088-802-5227		鴨田	鴨部, 神田, 鴨部高町, 鴨部上町, 鴨部1～3丁目
	旭街地域包括支援センター (3900100144) 〒780-0952 高知市塚ノ原37-19 TEL:088-843-5171 FAX:088-856-5175		旭街	玉水町, 縄手町, 鏡川町, 下島町, 旭町1～3丁目, 赤石町, 旭駅前町, 元町, 南元町, 旭上町, 水源町, 本宮町, 上本宮町, 大谷, 岩ヶ淵, 鳥越, 塚ノ原, 西塚ノ原, 長尾山町, 佐々木町, 横内, 口細山, 尾立, 蓮台, 中須賀町, 旭天神町, 北端町, 山手町, 石立町, 城山町, 東石立町, 東城山町, 福井扇町, 福井東町, 福井町
南 部 プ ロ ク	初月・鏡地域包括支援センター (3900100185) 〒780-0974 高知市円行寺52-10(初月地域) TEL:088-823-3158 FAX:088-823-3470	〒781-3104 高知市鏡今井126(鏡地域) TEL:088-896-2580 FAX:088-896-2266	初月	東久万, 中久万, 西久万, 南久万, 万々, 中万々, 南万々, 柴巻, 円行寺, 一ツ橋町1～2丁目, みづき1～3丁目, みづき山
			鏡	鏡大河内, 鏡小浜, 鏡大利, 鏡今井, 鏡草峰, 鏡白岩, 鏡狩山, 鏡吉原, 鏡的淵, 鏡去坂, 鏡竹奈路, 鏡敷ノ山, 鏡柿ノ又, 鏡横矢, 鏡増原, 鏡葛山, 鏡梅ノ木, 鏡小山
南 部 プ ロ ク	潮江地域包括支援センター(3900100177) 〒781-8003 高知市北新田町17-3 ユ・ホ・マルヘリ北新田1階 TEL:088-802-8482 FAX:088-802-8483		潮江	土居町, 役知町, 潮新町1～2丁目, 仲田町, 北新田町, 新田町, 南新田町, 梅ノ辻, 棧橋通1～6丁目, 天神町, 筆山町, 塩屋崎1～2丁目, 百石町1～4丁目, 南ノ丸町, 北竹島町, 北高見町, 高見町, 幸崎, 小石木町, 大原町, 河ノ瀬町, 南河ノ瀬町, 萩町1～2丁目, 南竹島町, 竹島町, 六泉寺町, 孕西町, 孕東町, 深谷町, 南中山, 北中山
	長浜・御畳瀬・浦戸地域包括支援センター (3900100169) 〒781-0270 高知市長浜6598-4 TEL:088-841-5755 FAX:088-854-8611 (サテライト) 高知市瀬戸東町2丁目9) TEL:088-855-6388		長浜	横浜, 瀬戸, 瀬戸西町1～3丁目, 瀬戸東町1～3丁目, 瀬戸1～2丁目, 横浜新町1～5丁目, 横浜西町, 横浜東町, 瀬戸南町1～2丁目, 横浜南町, 長浜, 長浜宮田, 長浜蒔絵台1～2丁目
			御畳瀬	御畳瀬
浦戸	浦戸	浦戸		
春野地域包括支援センター (3900100201) 〒781-0304 高知市春野町西分2027-3 TEL:088-894-3322 FAX:088-894-3323		春野	春野町弘岡上, 春野町弘岡中, 春野町弘岡下, 春野町西分, 春野町芳原, 春野町内ノ谷, 春野町西諸木, 春野町東諸木, 春野町秋山, 春野町甲殿, 春野町仁ノ, 春野町西畑, 春野町森山, 春野町平和, 春野町ケ丘 1～9丁目	

高知市「入・退院時の引継ぎルール」(Ver.5)

平成 29 年 7 月 1 日運用開始

令和5年9月4日改訂

高知市健康福祉部地域共生社会推進課発行
(〒780-8571 高知市本町 5 丁目 1 番 45 号)

※ルールへのご意見・ご質問等がある場合は下記担当課へお問い合わせください。
※ルール及び参考様式におきましては、地域共生社会推進課ホームページに掲載しており、
下記担当課のホームページからもリンクしております。

○地域共生社会推進課 ○介護保険課 ○地域保健課 ○基幹型地域包括支援センター
電話 (088) 821-6513 電話 (088) 823-9931 電話 (088) 822-0577 電話 (088) 823-9121