

神奈川県内市町村の  
入退院情報ツール・情報提供ルール・様式  
サンプル集

## 目次

- P 1 横浜市
- ・入院・退院サポートマップ
  - ・入院時・退院時情報共有シート
- P 5 横須賀市
- ・退院調整ルール
  - ・退院前カンファレンスシート
- P 25 平塚市
- ・入院時情報提供書
  - ・退院時情報収集書
- P 33 鎌倉市
- ・入退院時情報提供書
- P 35 三浦市
- ・介護老人保健施設利用のための診療情報提供書・健康診断書
- P 36 秦野市
- ・連携シート（在宅サマリー）
- P 37 伊勢原市
- ・介護に関する連携シート
  - ・連携ノート
- P 39 座間市
- ・入院時情報提供書

変化をチェック!

「おかしいな、いつもと違うな」と思った時には、一人で抱えず、相談を。毎月の訪問の際にも利用者の変化をチェックし、早めに気づきましょう。

### STEP1

## 医療ニーズが高いつと思われる利用者像をチェックしましょう

### 1 医療機器等を装着している状態である

- 医療的処置が必要なる
  - カテーテルの留置 (膀胱、尿管、胃管)
  - 経管栄養チューブの使用
  - 胃ろうの使用
  - 気管カニューレの装着
  - 在宅酸素療法の使用
  - 人工呼吸器の使用
  - ストーマの装着 (大腸・膀胱)
  - たん、唾液の吸引
  - 中心静脈栄養、挿線点滴
  - インスリンの自己注射
  - がん性疼痛のコントロール (注射・内服等)
  - 腹膜透析
- 皮膚・爪のケアが必要なる
  - 皮膚に問題がある (褥瘡、潰瘍、熱傷など)
  - 足の状態に問題がある (浮腫、腫痛、熱傷など)
  - 足の傷が治らない
  - 傷がじくじくしている、白粉が化膿している、熱感がある
  - 爪に問題がある (陥入爪、感染など)

### 2 感染症がある

- 疥癬
- MRSA 感染
- 尿路感染を繰り返している
- 結核治療中である
- AIDS
- その他の感染症

### 3 認知症がある

- 認知症の症状コントロールが困難
- 家族が理解し支障が必要
- 病状変化がつかみにくく日頃の観察が必要
- 排泄コントロールが必要

### 4 指定難病・慢性疾患がある

- 病状悪化に伴い、入退院を繰り返している
- 指定難病 (神経難病、膠原病など)
- 肝臓
- 肺 (慢性閉塞性肺疾患、結核など)
- 精神疾患

### 5 退院後の療養生活に不安がある

- リハビリを必要としている
- 日常生活に障害がある
- 再発、進行のリスクが考えられる
- 本人の理解力が不十分 (即座、生活リズム、生活の仕方など生活全般)

### 6 ターミナルステージにある

- 本人がターミナルステージにあることを理解していない
- 家族がターミナルステージにあることを理解していない
- 状況を理解しているがケアに不安を感じている
- 本人の理解や十分な意欲を迎えたい意思が不明確
- 家族の「穏やかな最期を迎えたい」意思が不明確

### 7 □の中・食べることに課題がある

- 食慾量が低下した
- 食べるものの好みが変わってきた
- 口の中に食べ物が残る

### 8 □状態が変化し、在宅療養生活に支障がある

- 転倒し、打撲、骨折で臥床状態にある
- 急な痛覚変化で不安がある
- 急に閉じこもり、うつ状態にある
- 排泄コントロールが必要
- セルフケアの支援が必要

### STEP1で、チェックが増えてくる場合は、要注意!

相談先をあらかじめ決め、すぐ対応できるよう備えておきましょう!

## 主治医在宅療養連携訪問看護サービス

### さらに利用者の背景をチェックしましょう

- 独居である
- 介護者の理解が不良である
- 24時間365日対応するよう状態である
- 服薬状況の確認や薬歴確認が必要である
- 介護者の背景・経済背景などに何らかの事情がある
- 虚待等を含め介護状況に問題のある可能性が

平成29年6月発行

発行：横浜市医師会局がん・疾病対策課 横浜市中区港町1-1 TEL:045-671-2444 FAX:045-664-3851

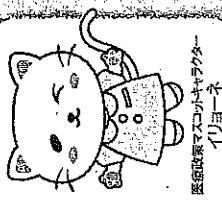
ケアマネジャーのための

# 入院・退院サポートマップ

## 目的

疾患がありながら住み慣れた在宅でその人らしく暮らしていくために、病棟からの移行期において、患者に関わる医療・介護関係者が連携し、情報共有を円滑にするための入院・退院サポートマップを作成しました。

入院・退院サポートマップをケアマネジャーが使うことで、必要な医療情報について病院等と共有し、患者・家族への適切な支援や退院後の在宅生活に向けた準備などの対応がスムーズになります。

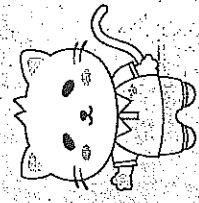
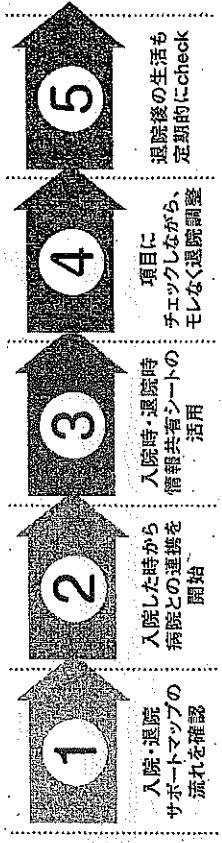


医療従事者サポートキャラクターリリョーネ

## 使いかた

### 入院・退院サポートマップと

入院時・退院時情報共有シートとセットで使います。



医療従事者サポートキャラクターリリョーネ

## ケアマネジャーのみなさんへ

★ 日々の気づきを発信しましょう  
「どうしたのだからう、いつもと違う、あれ、おかしいな」そう感じたら遠慮せずに専門職に伝えましょう

★ 判断に困ったら気軽に相談できる人(専門職)を持ちましょう  
★ 退院調整を一緒にサポートできる人を持ちましょう



★ 入院・退院サポートマップ、入院時・退院時情報共有シートのダウンロードはこちら  
横浜市医師会局 在宅医療 <http://www.city.yokohama.lg.jp/ryo/zaitakuryouyou/>  
★ アイデアなどございましたら、横浜市医師会局 在宅医療担当へ [ir-zaitakuiryoyo@city.yokohama.jp](mailto:ir-zaitakuiryoyo@city.yokohama.jp)

# 様のサポートマップ

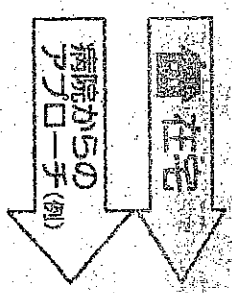
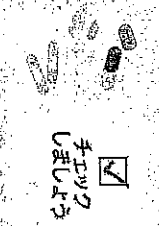
医療従事者  
マスコットキャラクター  
「リバーネ」



医療従事者  
マスコットキャラクター  
「リバーネ」

## ケアマネジャーの動き

- 入院セットを準備しておきましょう
- 緊急時連絡先をメモしておきましょう
- 家族等に「入院したら、すぐにケアマネジャーに連絡を」と伝えましょう



### 実施内容

在宅での様子等を情報提供しよう

患者・家族の状況を把握しよう

本人・家族と面談

居宅サービス計画書・サービスの調整

退院前カンファレンスの日程確認

サービス担当者会議を実施

在宅サービスの開始手続き

退院後の情報提供

### 連絡先

TEL: \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

病棟 \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_

担当 \_\_\_\_\_

主治 医 \_\_\_\_\_

在宅医療 連携拠点 \_\_\_\_\_

地域 包括 支援センター \_\_\_\_\_

### 必要書類

入院時情報共有シート



退院時情報共有シート

その他、多職種間連携で共有が必要な書類の確認

### 入院直後〜48時間くらい

入院したことの連絡がくる

入院中の情報を共有

### 入院中

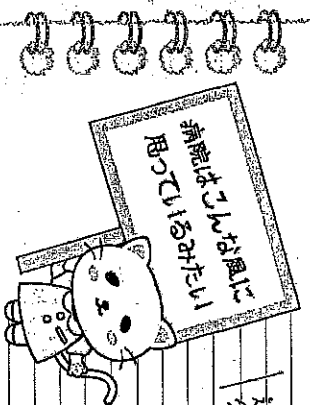
退院支援開始の連絡がくる

退院時の情報提供をもらう

退院前カンファレンスの開催

### 退院前調整

### 退院



退院前の病状説明時にケアマネジャーと情報の共有をしたい

退院前の病状説明の日程

退院日を確認しましょう

患者の日常生活の様子を病院は知りたくない

患者が今までどんな生活をしていたか等、病院はわからないので、患者の生活をみる視点を病院スタッフに伝えましょう

病院に何が聞きたいことがあるときは、要点を整理してから、連絡をもらうとわかりやすい

事前に予約を入れてから、明確に要件を伝えましょう

聞きたくないことを

病院にわかりやすく伝えるためには

(1) 相談したい点がいくつかあるか

(2) 結論を先に言う

(3) 曖昧な表現をしない

**身体例**

① ① ② ③

① ② ③

④ ⑤ ⑥

⑦ ⑧ ⑨

⑩ ⑪ ⑫

⑬ ⑭ ⑮

⑯ ⑰ ⑱

⑲ ⑳ ㉑

㉒ ㉓ ㉔

㉕ ㉖ ㉗

㉘ ㉙ ㉚

㉛ ㉜ ㉝

㉞ ㉟ ㊱

㊲ ㊳ ㊴

㊵ ㊶ ㊷

㊸ ㊹ ㊺

㊻ ㊼ ㊽

㊾ ㊿

① 必須項目(\*赤)  
 ② 基本記載項目(黒) ○  
 印

1枚目

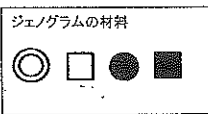
|             |              |              |                         |
|-------------|--------------|--------------|-------------------------|
| 平成 年 月 日 作成 | 【事業者名】 *必須項目 | 【作成者名】 *必須項目 | 【入院日】 *必須項目<br>西暦 年 月 日 |
|-------------|--------------|--------------|-------------------------|

入院時・退院時 情報共有シート

1 利用者(患者) 基本情報

|                     |          |      |       |        |         |           |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
|---------------------|----------|------|-------|--------|---------|-----------|---------------|--|--|----------------|---|-----|-----|----|---|---|-----|-------------|--|--|--|--|--|
| 利用者氏名               |          |      |       |        |         |           |               |  |  |                |   | 様   |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| ○生年月日               | 西暦       | 年    | 月     | 日      | 歳       | 性別        |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| ○要介護認定              | 事業対象者    |      |       | 負担割合   |         |           | 認定有効期間        |  |  | 西暦             | 年 | 月   | 日から | 西暦 | 年 | 月 | 日まで |             |  |  |  |  |  |
|                     | 認定日      |      |       | 年      | 月       | 日         | 障害高齢者の日常生活自立度 |  |  | 認知症高齢者の日常生活自立度 |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| ○(入院時)情報提供日         | 面談       | 西暦   | 年     | 月      | 日       | (備考)      |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| ○(退院時)面談日           | 西暦       | 年    | 月     | 日      |         |           |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| ○居宅介護支援事業所名         |          |      |       |        |         | TEL       |               |  |  |                |   | FAX |     |    |   |   |     | 担当ケアマネジャー氏名 |  |  |  |  |  |
| 区担当ケースワーカー/保健師      |          | 有    | 社会福祉職 | 保健師    | 生活保護有/無 | 担当ケースワーカー |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| 区役所                 |          | 有    | TEL   | TEL    | TEL     |           |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| 地域包括支援センター(地域ケアプラザ) |          | 有    | 主任シヤ  | 看護職    | 社会福祉職   | (備考)      |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| 名称:                 |          | 有    | TEL   | TEL    | TEL     | TEL       |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| 手帳                  | 身体障害者手帳  | 種別   | 種類    | 精神障害手帳 | 経済状況    |           |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |
| 助成及び減免制度            | 負担限度額認定証 | 助成種類 | (備考)  |        |         |           |               |  |  |                |   |     |     |    |   |   |     |             |  |  |  |  |  |

2 家族・地域の支援について

|   |                    |       |
|---|--------------------|-------|
| ○家族情報   | 手書きでお願いします【ジェノグラム】 | 地域支援等 |
| ジェノグラムの材料<br> |                    |       |

|          |     |    |      |      |      |      |
|----------|-----|----|------|------|------|------|
| ○キーパーソン等 | 家族等 | 関係 | 自宅電話 | 主介護者 | 関係   | 自宅電話 |
|          | 近隣等 | 息子 | 携帯電話 | 民生委員 | 携帯電話 |      |
|          |     | 関係 | 自宅電話 |      | 自宅電話 |      |
|          |     |    | 携帯電話 |      | 携帯電話 |      |

3 本人家族の意向について

|                |  |
|----------------|--|
| ○本人の性格・趣味・関心ごと |  |
| ○生活歴           |  |
| ○本人の意向         |  |
| ○家族の意向         |  |

# 2枚目

## 4 医療・薬等について

|               |               |     |     |  |                  |      |
|---------------|---------------|-----|-----|--|------------------|------|
| ○入院時<br>情報提供先 | 病院名           |     | 担当医 |  | 病院電話             |      |
|               | 担当MSW<br>担当NS |     | 氏名  |  | 相談室<br>等<br>直通電話 |      |
| ○かかりつけ医       | 病医院名          |     | 担当医 |  | 連絡先              |      |
| ○既往           |               |     |     |  |                  |      |
| ○現病           |               |     |     |  |                  |      |
| ○服薬/一包化       |               | 薬情報 |     |  |                  |      |
| ○特別な医療        |               |     |     |  |                  | (備考) |

## 5 身体・生活機能の状況

|                      |           |    |          |                  |          |           |          |                 |            |    |      |       |      |        |  |
|----------------------|-----------|----|----------|------------------|----------|-----------|----------|-----------------|------------|----|------|-------|------|--------|--|
| ○住居環境                | 住宅種類      |    | エレベーター   |                  | 総階数      |           | 階        | トイレ             |            | 浴室 |      | 浴室手摺り |      | トイレ手摺り |  |
| ○ADL                 | 食事        |    | 排泄       |                  | 入浴       |           | 移動       |                 | 整容         |    | 口腔ケア |       | 更衣   |        |  |
| ○IADL                | 調理        |    | 洗濯       |                  | 買物       |           | 掃除       |                 | 通院         |    | 金銭管理 |       | (備考) |        |  |
| 認知症                  | 認知症診断有無   | 有  | 短期記憶     | 日常の意思決定を行う為の認知能力 |          |           |          |                 | 自分の意思の伝達能力 |    |      |       |      |        |  |
|                      | 認知症状の周辺症状 | 有  | 幻視<br>幻聴 | 悪夜<br>逆転         | 介護<br>拒抗 | 徘徊        | 不潔<br>行為 | 性的<br>問題行動      | (備考)       |    |      |       |      |        |  |
|                      |           |    | 妄想       | 暴言               | 暴行       | 火の不<br>始末 | 異食<br>行動 | その他<br>(備考欄へ記載) |            |    |      |       |      |        |  |
| ○夜間の状態               |           |    |          |                  |          |           |          |                 |            |    |      |       |      |        |  |
| ○入院時<br>サービス利用<br>状況 |           | 頻度 |          |                  |          |           |          | 頻度              | (備考)       |    |      |       |      |        |  |
|                      |           | 頻度 |          |                  |          |           |          | 頻度              |            |    |      |       |      |        |  |

## 6 カンファレンスについて

|                   |   |  |   |  |                    |   |  |   |  |      |
|-------------------|---|--|---|--|--------------------|---|--|---|--|------|
| 院内カンファレンス<br>参加希望 | 有 |  | 無 |  | 退院時カンファレンス<br>参加希望 | 有 |  | 無 |  | (備考) |
|-------------------|---|--|---|--|--------------------|---|--|---|--|------|

### 退院・退所時に留意する事項

|   |             |  |        |  |      |
|---|-------------|--|--------|--|------|
| ○退院後に在宅生活において、利用者（患者）及び利用者家族（患者家族）への指導内容  |             |  |        |  |      |
| 【退院前に確認しましたか？】<br>□発熱・下痢・おう吐・便秘・痛みなどの対処方法は？<br>□緊急で受診しなくてはいけないときの症状（サイン）は？<br>□時間外に受診する場合の連絡方法は？<br>【病気の認識】<br>【ACP（本人の意思・家族の意向）】 |             |  |        |  |      |
|   | 訪問看護の導入について |  | 指示書の依頼 |  | (備考) |

# 在宅療養連携推進

|   |   |   |   |
|---|---|---|---|
| 横 | 須 | 賀 | 市   |
| 退 | 院 | 調 | 整   |
| ル | 一 | ル |  |

## 退院調整ルールづくりにあたって

横須賀市では、在宅医療・介護連携推進の取り組みを平成 23 年度（2011 年度）に開始し、これまでにさまざまな取り組みを行ってまいりました。

退院調整に関しては、平成 25 年度（2013 年度）には「退院前カンファレンスシート」を作成し、使用を開始していますが、今後ますます早期退院が求められる中で、課題も多く、研修等でもテーマに挙げられることの多い内容です。

そこで、平成 28 年度（2016 年度）に、病院スタッフ及び在宅スタッフによるワーキンググループを立ち上げ、退院調整のためのルールづくりに取り組みました。

病院から在宅への「切れ目のない対応」を実現するため、入院時の情報共有から、退院する際の退院前カンファレンスの実施まで、退院調整にかかるルールを検討しました。

このルールは、入退院に際して、病院、在宅それぞれが気をつけたいこと、情報共有のポイントなどをまとめたものです。このルールによって、病院と在宅のスムーズな連携がますます進むことを望みます。

平成 30 年（2018 年）3 月

### 退院調整ルールづくりワーキング 参加病院・団体

湘南病院、自衛隊横須賀病院、聖ヨゼフ病院、神奈川歯科大学附属病院、横須賀共済病院、横須賀市立うわまち病院、衣笠病院、よこすか浦賀病院、久里浜医療センター、パシフィック・ホスピタル、横須賀市立市民病院

横須賀市医師会、横須賀市居宅介護支援事業所連絡協議会、横三地区訪問看護ステーション連絡協議会横須賀ブロック、横須賀市地域包括支援センター連絡会



## もくじ

### I. 退院調整ルール

|                      |   |
|----------------------|---|
| 1. 日頃の備え .....       | 1 |
| 2. 入院時 .....         | 3 |
| 3. 入院早期 .....        | 6 |
| 4. 退院前カンファレンス時 ..... | 7 |

### II. 入退院情報共有の流れ(図) .....

### III. 病院・地域包括支援センター等連絡先 .....

### IV. 退院前カンファレンスシート .....

#### 「退院調整ルール」の利用にあたって

このルールは、独居の高齢者や、ADLの変化が大きい患者さんなど、「退院支援が必要なケース」を中心に想定したものです。在宅療養に関わる患者さんであっても、退院支援を行うかどうか、ケースによって異なります。まずは退院支援が必要かどうか確認したうえで、このルールをご活用ください。

#### 用語の定義

- このルールにおける「在宅スタッフ」、「病院スタッフ」は以下の職種を想定しています。ケースによっても関わる職種は異なります。  
在宅スタッフ…主に在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー、地域包括支援センター職員。その他にヘルパー、歯科医師、薬剤師など。  
病院スタッフ…主に入退院に関わる医師、退院調整看護師、病棟看護師、MSW。その他に薬剤師、リハビリ職、栄養士など。
- このルールでは、介護保険サービスを調整する中心職種として、「ケアマネジャー」を想定しています。“要支援”の認定を受けている人の場合、「地域包括支援センター」が、それらの役割を担います。

## I. 退院調整ルール

### 1. 日頃の備え

#### 病院スタッフ

(1) 病院の情報受け取りの窓口を一本化しておきます。

【病院の窓口は11ページ参照】

(2) 研修などを活用して、在宅療養現場について理解を深めます。

※ 横須賀市では、在宅医同行研修（医師・看護師対象）、病院在宅療養出前セミナーを実施しています。

#### 在宅スタッフ

(1) 「病院は治療の場」・「入院は短期間」と理解し、本人・家族とも認識を共有しておきます。

(2) 本人・家族から事前に情報提供同意書を取り、いざというときに専門職でスムーズに情報共有ができるようにします。

※ 情報提供同意書は各事業所等によって、形式も異なります。「退院時の連携」が目的として含まれているか確認しておきましょう。

#### 在宅医、かかりつけ医

(1) 担当の在宅患者さんには「よこすかリンクパスポート(以下リンクパスポートとする)」を渡します。リンクパスポートには在宅医療・介護に関する情報を収納し、入院時に病院との情報共有がスムーズに行えるようにしておきます。

《在宅医療・介護連携ノート「よこすかリンクパスポート」》

かかりつけ医や病院医師、関係職種が、在宅医療の患者さんの治療経過や療養状況、関係者の連絡先などの情報を共有するために、横須賀市医師会が作成しているものです。  
A4版・蛍光色のファイルです。

- (2) 入院する際にはリンクパスポートを病院に持参するよう、日頃から本人・家族へ伝えておきます。
- (3) ケアマネジャーから情報提供があることを理解するとともに、ケアマネジャーとの連携を深めてください。

※ ケアマネジャーは、医療系サービス（訪問看護や通所リハビリテーションなど）を含んだケアプランを作成した場合、意見を求めた医師にケアプランを交付することになっています。担当する患者さんが、入退院に係る体調変化でサービス内容に変更がある場合などには、医師にも新しいケアプランが提供されます。

#### ケアマネジャー

- (1) 名刺を医療保険証と一緒に保管してもらい、担当のケアマネジャーの氏名と連絡先がわかるようにしておきます。また、医療保険証、介護保険証、お薬手帳は、まとめて保管をしてもらいましょう。  
〔リンクパスポートを持っている場合は、活用します。〕
- (2) リンクパスポートを持っている場合には、入院する際には病院に持参するよう、日頃から本人・家族へ伝えておきます。
- (3) 入院する際には、ケアマネジャーの氏名と連絡先を病院に知らせるよう、日頃から本人・家族へ伝えておきます。
- (4) 本人が元気なうちから、もしものときどうするか確認しておきます。

## I. 退院調整ルール

### 2. 入院時

#### 病院スタッフ

- (1) 介護保険サービスの利用があるかどうか（介護保険証を持っているか、担当ケアマネジャーがいるか〔要介護〕、地域包括支援センターがケアプランを作成しているか〔要支援〕）、確認します。
- (2) かかりつけ医が入院を関知していない場合には、本人・家族または病院から診療情報提供書をかかりつけ医に依頼します。

#### 《 介護保険サービスの利用がある場合 》

- (3) 入院計画書を本人・家族に渡す際は、入院した事実と入院計画書の内容を、本人・家族から、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターに、出来るだけ早く知らせるように、伝えます。必要によっては、病院から、ケアマネジャーまたは地域包括支援センターに伝えます。
- (4) ケアマネジャー等から情報提供があることを理解しておいてください。

#### 《 介護保険サービスの利用がない場合 》

- (5) 病院の担当窓口を案内し、介護保険申請を勧めます。
- (6) すでに介護保険の認定を受けている場合は、同じく担当窓口で、サービスの利用について紹介します。

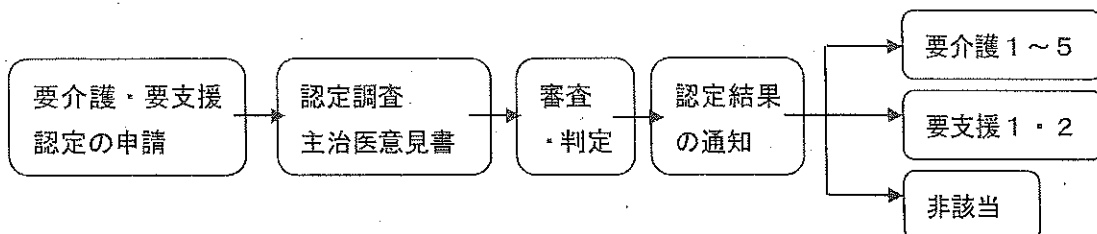
\* 申請や利用については、まずは本人・家族の意思や意向の確認をしましょう。

《介護保険申請の目安》

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
- ⑤ 在宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ⑥ ADLは自立でもガン末期で介護保険サービス利用が必要
- ⑦ (ADLは自立でも) 新たに医療処置が追加された

《介護保険申請の流れ》

- ① 市役所高齢福祉課の窓口で申請。地域包括支援センター、居宅介護支援事業所で代行申請も可能。
- ② 市の職員などが認定調査を行う。(本人と面会)
- ③ 主治医が意見書を作成。(医師への作成依頼は市が行う)
- ④ 認定調査、主治医意見書の内容等から、審査・判定を行う。
- ⑤ 審査の結果、認定結果が通知される。
- ⑥ 認定結果が要支援であれば、地域包括支援センターに連絡をし、介護予防ケアプランの作成を依頼。要介護であれば、居宅介護支援事業者と契約し、担当のケアマネジャーを決め、ケアプランの作成を依頼。



## I. 退院調整ルール

### ケアマネジャー

- (1) 原則2日以内に、「緊急連絡先」、「キーパーソン」を病院に連絡します。
  - (2) 遅くとも1週間以内に、介護情報、生活情報などを病院に提供します。
- ※ 病院によって体制が異なりますので、上記の日には1つの目安としてください。
- (3) あわせて、「本人・家族の思い」や、ケアマネジャーから見た「生活の見立て」を病院へ伝えます。  
例) ここまでリハビリができれば自宅に帰りたいが、できなければ施設に入りたい
  - (4) リンクパスポートを持っている場合には、病院に持参するよう本人・家族へ伝えます。

### 在宅医、かかりつけ医

- (1) 緊急で、患者さんを病院に紹介する際、または患者さんが入院した際は、病院に情報提供をします。
- (2) リンクパスポートを渡している場合には、病院に持参するよう本人・家族へ伝えます。

### 3. 入院早期

#### 全職種

(1) 退院に向けてのゴールを、病院・在宅スタッフで共有します。

例) ゴール: 自宅内をつかまり歩行できる

→病院でのリハビリ訓練、自宅の手すり準備

(2) 本人・家族の退院後の希望を確認します。

(3) 本人・家族に早い段階から退院の意識を持ってもらいましょう。

#### 病院スタッフ

(1) 退院時期は早めに在宅スタッフに伝えます。

(2) 退院後の生活のイメージを持って、退院を決めていきます。

(3) 退院時のADLの見立てが、本人・家族の希望と違いが出そうな場合は、早めに在宅スタッフに知らせます。

#### ケアマネジャー

(1) 急な退院に備え、入院したらすぐに退院の準備を始めます。

(2) 退院前カンファレンスの開催を希望する場合は、早めに病院に伝えます。

(3) 退院時に知りたい情報を事前に病院に伝えておきます。

(4) 本人や家族と、病院の説明内容を共有しておきます(理解状況を確認)。

※ 退院前カンファレンスとIC(インフォームド・コンセント)は違うものです。本人・家族が了解すれば、ケアマネジャーのICへの同席も可能です。

## I. 退院調整ルール

### 4. 退院前カンファレンス時

#### 全職種

- (1) 退院前カンファレンスは、病院、または在宅一方の主導ではなく、お互いの情報共有の場とします。
- (2) 「退院前カンファレンスシート」を活用します。  
【書式は14ページ参照】  
※横須賀市のHPから取得できます。  
[http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku/conference\\_sheet.html](http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku/conference_sheet.html)
- (3) カンファレンス前から、情報共有をスムーズにしておきます。

#### 病院スタッフ

- (1) 退院後の生活を想像して、在宅スタッフへ情報を伝えます（食事形態、嚥下状態、ADLなど）。
- (2) 在宅スタッフが退院後の状態変化に向けてあらかじめ準備できるように、医療の予後予測についても伝えます。
- (3) 退院後に在宅医療が必要な場合で、入院時にかかりつけ医がいる場合、本人・家族からその医師に連絡をするように伝えます（原則、本人・家族。必要によってケアマネジャーや病院から連絡する）。
- (4) 退院時の処方と医療器具のメーカー・規格を、在宅医、訪問看護師、薬剤師に伝えます。
- (5) 家族への指導状況を在宅スタッフへ伝えます。  
医療処置 → 在宅医、訪問看護師へ  
生活介助 → ケアマネジャーへ
- (6) リンクパスポートを持っていない患者さんには、リンクパスポートに医療・介護情報を入れて渡します。



**在宅医、病院勤務医**

- (1) 医師同士が連携し、情報共有をしておきます。

**ケアマネジャー**

- (1) 本人・家族の考えも事前に確認し、カンファレンスでの情報共有、退院後の生活支援へつなげます。
- (2) 退院前カンファレンスの内容を、その場にはない職種も含め在宅スタッフで共有します。
- (3) 退院後に在宅医療が必要な場合で、入院時にかかりつけ医がいる場合、その医師に在宅医療について相談をします（原則、本人・家族。必要によってケアマネジャーから連絡する）。
- (4) 本人・家族に初回の訪問について伝えます。

～退院前カンファレンスを行わない場合～

- ※ 退院前カンファレンスを行わない場合も、「4. 退院前カンファレンス時」を参考に、病院・在宅の関係者で十分に情報共有を行っておきましょう。

**病院スタッフ**

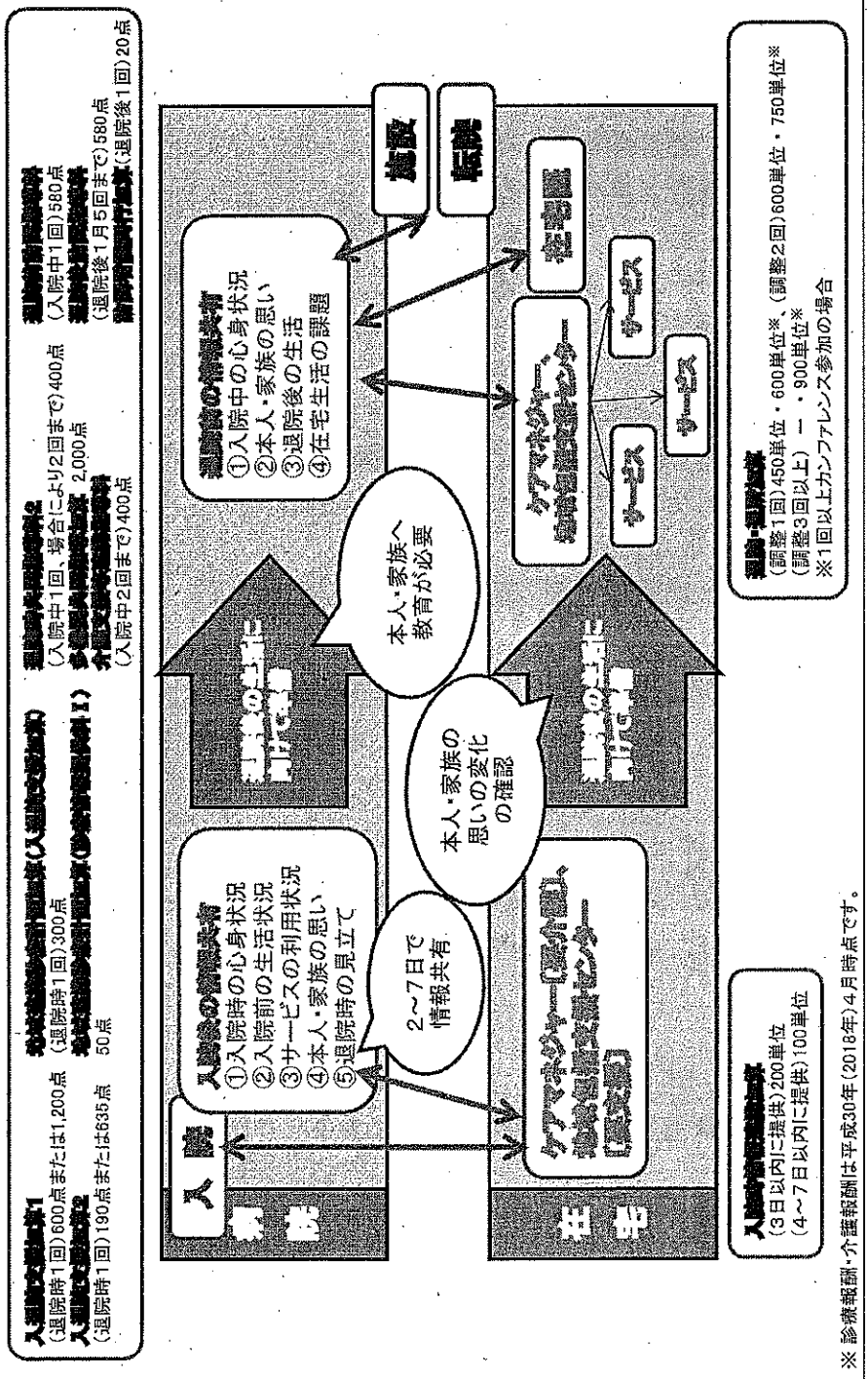
- (1) 退院直前のADL情報をケアマネジャー、かかりつけ医に渡します。
- (2) 退院後の生活をイメージして、ケアマネジャーと相互連絡します。

**ケアマネジャー**

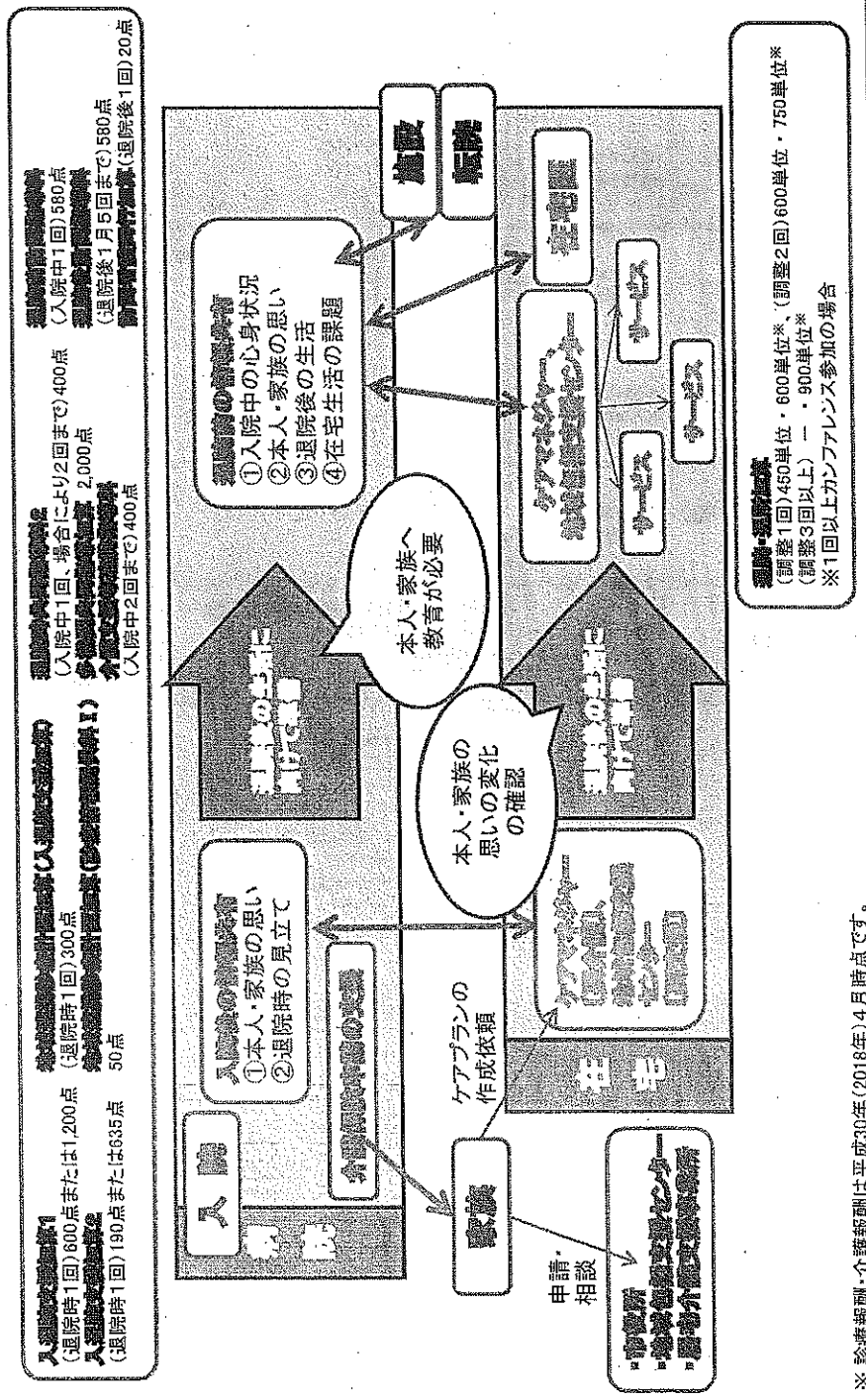
- (1) 病院との情報共有のタイミングや方法を確認しておきます。
- (2) 病院からの情報を、在宅スタッフで共有します。

# ① 介護保険サービスの利用がある場合

(担当ケアマネジャーがいる、地域包括支援センターがケアプランを作成している)



## ②介護保険サービスの利用がない場合 (介護保険申請をしていない、担当ケアマネジャーがない等)



※ 診療報酬・介護報酬は平成30年(2018年)4月時点です。

### Ⅲ. 病院・地域包括支援センター等連絡先

#### 病院連絡窓口

| 病院名             | 住所                      | 介護保険サービスの利用がある場合   |                                 | 介護保険サービスの利用がない場合           |
|-----------------|-------------------------|--|---------------------------------|----------------------------|
|                 |                         | ①ケアマネジャー等(※)からの入院時の連絡を受ける窓口  | ②ケアマネジャー等へ連絡をする窓口(入院中の退院支援について) | ③要介護認定申請等について家族等を支援する担当    |
| 1 湘南病院          | 〒237-0067<br>藤取1-1-1    | 入院病棟<br>TEL:046-865-4105(代)<br>FAX:046-866-4584(代)<br>(月～金)9:00-16:30<br>(土)9:00-12:30                       | 病棟看護師                           | 病棟看護師、<br>福祉医療相談室          |
| 2 自衛隊横須賀病院      | 〒237-0071<br>田浦港町1766-1 | 地域医療連携室(医療福祉専門官、事務官)<br>TEL:046-861-5737(直通)<br>FAX:046-861-8576(共有)<br>(月～金)8:00-16:00                      | 地域医療連携室<br>(医療福祉専門官)            | 地域医療連携室<br>(医療福祉専門官)       |
| 3 聖ヨゼフ病院        | 〒238-8502<br>緑が丘28      | 医療相談室(地域包括ケアセンター)<br>TEL:046-822-2134(代)、828-3725(直通)<br>FAX:046-822-3134(代)、828-3725(直通)<br>(月～金)8:30-17:00 | 医療相談室(地域包括ケアセンター)               | 医療相談室(地域包括ケアセンター)          |
| 4 神奈川歯科大学附属病院   | 〒238-8570<br>小川町1-23    | 医療連携室<br>TEL:046-822-8810(代)<br>FAX:046-822-8888(代)<br>(月～金)9:00-17:00                                       | 医療連携室                           | 医療連携室                      |
| 5 横須賀共済病院       | 〒238-8558<br>米が浜通1-16   | 総合相談室(退院支援室、医療相談室)<br>TEL:046-822-2710(代)<br>FAX:046-828-5474(直通)<br>(月～金)8:30-17:15                         | 病棟看護師、<br>退院支援室、<br>医療相談室       | 病棟看護師、<br>退院支援室、<br>医療相談室  |
| 6 横須賀市立うわまち病院   | 〒238-8567<br>上町2-36     | 医療相談室<br>TEL:046-823-2630(代)<br>FAX:046-823-6489(直通)<br>(月～金)8:30-17:00<br>(土)8:30-12:30                     | 入退院支援センター、<br>医療相談室             | 入退院支援センター、<br>医療相談室        |
| 7 衣笠病院          | 〒238-8588<br>小矢部2-23-1  | 医療福祉相談室、退院支援室<br>TEL:046-852-1182(代)<br>FAX:046-852-2695(直通)<br>(月～金)8:30-17:00<br>(土)8:30-11:30             | 医療福祉相談室、<br>退院支援室               | 医療福祉相談室、<br>退院支援室          |
| 8 よこすか清真病院      | 〒239-0824<br>西浦賀1-11-1  | 地域医療連携室 退院支援看護師、MSW<br>TEL:046-841-0922(代)<br>FAX:046-841-0832(直通)<br>(月～金)9:00-17:00                        | 地域医療連携室<br>退院支援看護師、<br>MSW      | 地域医療連携室<br>退院支援看護師、<br>MSW |
| 9 久里浜医療センター     | 〒239-0841<br>野比5-3-1    | 医療福祉相談室<br>TEL:046-840-4118(直通)<br>FAX:046-840-4118(直通)<br>(月～金)9:00-17:00                                   | 医療福祉相談室、<br>医療連携室               | 医療福祉相談室                    |
| 10 パシフィック・ホスピタル | 〒239-0841<br>野比5-7-2    | 医療福祉相談室<br>TEL:046-849-1865(直通)<br>FAX:046-849-1519(直通)<br>(月～土)8:30-17:00                                   | 医療福祉相談室、<br>病棟看護師               | 医療福祉相談室                    |
| 11 横須賀市立市民病院    | 〒240-0195<br>長坂1-3-2    | 退院支援看護師、MSW<br>TEL:046-856-3136(代)<br>FAX:046-858-1727(直通)<br>(月～金)9:00-17:00<br>(土)9:00-12:30               | 病棟看護師、<br>MSW、<br>退院支援看護師       | 病棟看護師、<br>MSW、<br>退院支援看護師  |

[平成30年(2018年)11月時点]

※ ケアマネジャー等…ケアプランの作成を担当しているケアマネジャー、地域包括支援センター  
注) 複数の窓口が記載されている場合は、ケースによって担当を分担しています。

Ⅲ. 病院・地域包括支援センター等連絡先

地域包括支援センター

|    | センター名               | 住所                                    | 連絡先                                  | 担当地域   |
|----|---------------------|---------------------------------------|--------------------------------------|--|
| 1  | 追浜地域包括支援センター        | 〒237-0067<br>鷹取1-1-1<br>湘南病院内         | TEL:046-865-5450<br>FAX:046-866-4584 | 鷹取・追浜本町・夏島町・浦郷町・追浜東町・<br>浜見台・追浜町・追浜南町・湘南鷹取                         |
| 2  | 田浦・逸見<br>地域包括支援センター | 〒237-0075<br>田浦町2-80-1<br>横須賀基督教社会館内  | TEL:046-861-9793<br>FAX:046-861-9784 | 船越町・港が丘・田浦港町・田浦町・田浦大作<br>町・田浦泉長・長浦町・安針台・吉倉町・西逸<br>見町・山中町・東逸見町・逸見が丘 |
| 3  | 本庁第一<br>地域包括支援センター  | 〒238-0018<br>緑が丘28-1<br>聖ヨゼフ病院内       | TEL:046-828-3830<br>FAX:046-825-4430 | 坂本町・汐入町・本町・稲岡町・泊町・小川町・<br>大滝町・緑が丘・若松町・上町・不入斗町・鶴<br>が丘・平和台・汐見台      |
| 4  | 本庁第二<br>地域包括支援センター  | 〒238-0014<br>三春町2-12<br>三春コミュニティセンター内 | TEL:046-824-3253<br>FAX:046-824-3263 | 日の出町・米が浜通・平成町・安浦町・三春<br>町・富士見町・田戸台・深田台・望洋台・佐野<br>町                 |
| 5  | 衣笠第一<br>地域包括支援センター  | 〒238-0031<br>衣笠栄町4-14<br>共楽荘内         | TEL:046-851-1963<br>FAX:046-850-5400 | 衣笠栄町・金谷・池上・阿部倉・平作・小矢部<br>2丁目・小矢部4丁目                                |
| 6  | 衣笠第二<br>地域包括支援センター  | 〒238-0024<br>大矢部1-9-30<br>横須賀グリーンヒル内  | TEL:046-838-4774<br>FAX:046-833-6248 | 公郷町・小矢部1丁目・小矢部3丁目・衣笠<br>町・大矢部・森崎                                   |
| 7  | 大津地域包括支援センター        | 〒239-0811<br>走水1-35<br>シャローム内         | TEL:046-842-1082<br>FAX:046-842-1083 | 根岸町・大津町・馬堀海岸・走水・馬堀町・桜<br>が丘・池田町                                    |
| 8  | 浦賀地域包括支援センター        | 〒239-0822<br>浦賀2-3-20<br>太陽の家浦賀内      | TEL:046-846-5160<br>FAX:046-846-5230 | 吉井・浦賀・浦上台・二葉・小原台・鴨居・東浦<br>賀・浦賀丘・西浦賀・光風台・南浦賀                        |
| 9  | 久里浜<br>地域包括支援センター   | 〒239-0826<br>長瀬3-6-2<br>衣笠病院長瀬ケアセンター内 | TEL:046-843-3112<br>FAX:046-843-3152 | 久里浜台・長瀬・久比里・若宮台・舟倉・内川・<br>内川新田・佐原・岩戸・久村・久里浜・神明町・<br>ハイランド          |
| 10 | 北下浦<br>地域包括支援センター   | 〒239-0841<br>野比5-5-6<br>横須賀老人ホーム内     | TEL:046-839-2606<br>FAX:046-839-2607 | 野比・粟田・光の丘・長沢・グリーンハイツ・幸<br>久井                                       |
| 11 | 西第一<br>地域包括支援センター   | 〒238-0311<br>太田和2-3-21<br>横須賀椿園内      | TEL:046-857-9939<br>FAX:046-857-9955 | 山科台・太田和・荻野・長坂・佐島・佐島の丘・<br>芦名・秋谷・子安・湘南国際村                           |
| 12 | 西第二<br>地域包括支援センター   | 〒238-0313<br>武3-39-1<br>横須賀愛光園内       | TEL:046-857-6604<br>FAX:046-857-8768 | 長井・御幸浜・林・須賀谷・武   |

【平成30年(2018年)11月時点】

### Ⅲ. 病院・地域包括支援センター等連絡先

#### 在宅実施医療機関の連絡先

- ・ 横須賀市医師会HP「在宅医療を行っている医療機関のご案内」\*検索システム  
トップページ>医療機関案内 または 在宅医療>在宅医療機関案内
- ・ 横須賀市HP「在宅医療の実施医療機関」\*行政センター管区ごとの一覧  
トップページ>健康・福祉・教育 >健康・医療>在宅療養連携推進

#### 居宅介護支援事業所の連絡先

- ・ 横須賀市HP「介護保険サービス事業所一覧」  
トップページ>健康・福祉・教育>年金・保険>高齢者福祉・介護保険  
>介護保険の事業所一覧

#### その他多職種の連絡先

- ・ 横須賀市医師会HPに団体の連絡窓口や事業所連絡先のリンクを掲載  
トップページ>在宅医療>かもめ広場 \*ページ左側  
掲載職種：訪問歯科診療、訪問服薬指導、訪問看護ステーション、訪問リハビリテーション、訪問栄養指導

## 退院調整ルール [平成 30 年 (2018 年) 3 月]

発行：横須賀市健康部地域医療推進課

〒238-0046 神奈川県横須賀市西逸見町 1-38-11

ウェルシティ市民プラザ 3 F

TEL：046-822-4332 FAX：046-822-4363

E-mail：[iryouseisaku@city.yokosuka.kanagawa.jp](mailto:iryouseisaku@city.yokosuka.kanagawa.jp)

- \* この退院調整ルールは横須賀市HPにも掲載しています。
- \* 今後、内容の修正があった場合は、随時HPで更新します。

横須賀市HP「在宅療養連携推進」

<http://www.city.yokosuka.kanagawa.jp/3120/zaitaku.html>

リサイクル適性(A)

本冊子は、グリーン購入法に基づく平成 29 年度（2017 年度）横須賀市グリーン購入調達方針の判断の基準を満たす紙を使用し、かつ、印刷用の紙へのリサイクルに適した材料〔Aランク〕のみを用いて作製しています。

この冊子は 1,200 部作成し、1 冊あたりの単価は 85 円です。



様 退院前カンファレンス

病院 \_\_\_\_\_ 病棟 \_\_\_\_\_ 年 月 日

司会: ケアマネジャー/MSW/退院調整 Ns など適宜

☆自己紹介 2分(時間は目安です)

1. 現在までの経過と治療(病棟主治医または看護師が説明。記載する必要はない) 3分

2. 入院中の ADL とケア

(看護師が説明。記載する必要はない) 5分

① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション

② 食事の内容と食事介助の方法

③ 排泄

④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無

⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度

⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・その他

⑦ 認知機能・精神面

⑧ 行なっている医療処置

□必要な医療器具・福祉機器はあるか。また、使い方は習得できているか

□自宅に帰ってから使用する消耗品などはあるか

⑨ 介護指導の内容と計画

□介護方法・介助方法は習得できているか

⑩ 定時薬と頓用薬

□必要な定時薬・頓用薬は処方されたか

3. 本人・家族の希望と心配 3分

4. 質疑 5分

5. ケアプランの説明(ケアマネジャー) 5分

6. ケアの調整 5分

退院日

□退院後に利用する医療・介護の事業所は退院日を知っているか

退院後の日程

緊急連絡先や方法

□患者や家族は体調が変わった時の緊急連絡先を知っているか

□診療情報提供書と看護サマリーを用意したか

7. まとめ 2分

## 横須賀市退院前カンファレンスシートの活用について

- このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
  - ①病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
  - ②在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。
- このシートは、平成 25 年 11 月に病院で試行いただき、その後、病院スタッフや多職種の皆さんから寄せられた意見をもとに改訂しました。
- 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
  - ①在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることができる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
  - ②多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
  - ③病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
  - ④未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

## 病院スタッフのみなさまへ

- このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。決して、このシートに書き込んでいただくものではありません。このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、**□この記号を付した項目(2-③⑨⑩、6の一部)**について、確認した上で退院させてください。そうしていただくと、在宅療養支援スタッフが助かります。

## 在宅療養支援スタッフのみなさまへ

- 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れないようにするためのチェックシートです。決して、記入したものが病院から配布されるわけではありません。
- 横須賀市ホームページからダウンロードできますので、不足項目の付け足し、不要項目の削除など、自由に改変の上お使いいただいてもかまいません。  
横須賀市ホームページのトップページから カンファレンスシート で検索してください。

このカンファレンスシートが関係職種のみなさまの連携のために少しでもお役に立つことを願っています。

企画・作成 横須賀市在宅療養連携会議

事務担当 横須賀市健康部地域医療推進課

〒238-0046 横須賀市西逸見町 1-38-11 ウェルシティ市民プラザ 3F

TEL 046-822-4332 FAX 046-822-4363

E-mail iryouseisaku@city.yokosuka.kanagawa.jp

## 入院時情報提供書

この情報はご本人の了承を頂いて提供しています。  
～退院に向けてのお願い～  
退院時の情報提供のご協力をお願いします。

医療機関名：

様

|   |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
|---|--|--|----|--|----|---|------|--|------|--------|--------|--|-----|-----------|--------|---|--|------|--|---------------|--|------|--|-------|--|
| 名刺貼付け可  |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>ふりがな</td><td></td></tr> <tr><td>氏名</td><td></td></tr> <tr><td>性別</td><td><input type="checkbox"/>男 <input type="checkbox"/>女 介護度</td></tr> <tr><td>生年月日</td><td><input type="checkbox"/>M <input type="checkbox"/>T <input type="checkbox"/>S 年 月 日 歳</td></tr> <tr><td>ふりがな</td><td>本人との関係</td></tr> <tr><td>キーパーソン</td><td></td></tr> <tr><td>連絡先</td><td>自宅<br/>その他</td></tr> <tr><td>生活保護受給</td><td><input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無 担当CW:</td></tr> </table> | ふりがな   |  | 氏名 |  | 性別 | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 介護度 | 生年月日 | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日 歳 | ふりがな | 本人との関係 | キーパーソン |  | 連絡先 | 自宅<br>その他 | 生活保護受給 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 担当CW: | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>事業所名</td><td></td></tr> <tr><td>担当<br/>ケアマネジャー</td><td></td></tr> <tr><td>電話番号</td><td></td></tr> <tr><td>FAX番号</td><td></td></tr> </table> | 事業所名 |  | 担当<br>ケアマネジャー |  | 電話番号 |  | FAX番号 |  |
| ふりがな  |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 氏名  |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 性別  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 介護度                                |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 生年月日  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S 年 月 日 歳 |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| ふりがな  | 本人との関係   |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| キーパーソン  |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 連絡先   | 自宅<br>その他  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 生活保護受給  | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 担当CW:                              |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 事業所名  |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 担当<br>ケアマネジャー   |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| 電話番号  |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |
| FAX番号   |  |  |    |  |    |   |      |  |      |        |        |  |     |           |        |   |  |      |  |               |  |      |  |       |  |

◆入院時情報提供欄 (別添資料 無 有： 枚) ◆週間サービス計画表(第3表)裏面貼付 無 有

|  |   |  |   |   |
|--|---|--|---|---|
| 情報提供日：   | 年 月 日   | 方法：  | <input type="checkbox"/> 面談 <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> 郵送 <input type="checkbox"/> 電話                                  |   |
| 情報受付者：   | 科 病棟  | 職種   | 氏名  |   |
| 入院日：   | 年 月 日   |  |   |   |
| 現病歴<br>(既往歴)   |   |  |   |   |
| かかりつけ医院(病院)  | <input type="checkbox"/> 訪問診療 / <input type="checkbox"/> 往診   |  | 担当医師名：  |   |
| 連絡先 住所   | 電話番号：   | FAX：   |   |   |
| その他の医療機関   |   |  |   |   |
| サービス<br>利用状況   | <input type="checkbox"/> 訪問介護 回/週 <input type="checkbox"/> 通所介護 回/週 <input type="checkbox"/> 訪問リハ 回/週 <input type="checkbox"/> 通所リハ 回/週 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 回/週   | <input type="checkbox"/> ショートステイ 日/月 <input type="checkbox"/> 訪問看護 回/週 <input type="checkbox"/> 福祉用具 | <input type="checkbox"/> その他：   |   |
| 家族<br>状況   | キーパーソン<br>①   | 氏名：<br>続柄：<br>連絡先：<br>年齢：  | 関係図<br><br>住環境<br><input type="checkbox"/> 一戸建<br><input type="checkbox"/> 集合住宅 ( )F<br>E V <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |   |
|  | キーパーソン<br>②   | 氏名：<br>続柄：<br>連絡先：<br>年齢：  |   |   |
|  | 食事  |  |   | 嚥下： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良<br>制限： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                               |
|  | 起上り   |  |   | 形態： <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 |
| 移乗   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護   | 入浴   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護   |   |
| 移動   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護 ( <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 ) |  |   |   |
| 排泄   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護   | 口腔ケア   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護   |   |
|  | <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン<br>( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )  |  | 入歯： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有<br>その他：   |   |
| 薬  | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介護 一包化： <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要 お薬手帳： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無<br>☆お薬名                       |  |   |   |
| 認知症状： <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有：     |   |  |   |   |
| 精神薬処方： <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有：お薬名 |   |  |   |   |
| 夜間の状態： <input type="checkbox"/> 良好 / <input type="checkbox"/> 問題有： |   |  |   |   |
| ご本人・ご家族の望む暮らし・心身状況・生活環境・介護の様子等                                     |   |  |   |   |

書式作成：ひらつか地域介護システム会議(H30.3月)

週間サービス計画票(第3表) 貼付

### 退院時情報収集書

|        |  |   |     |       |   |
|--------|--|---|-----|-------|---|
| ふりがな   |  | 性別  | 介護度 |       |   |
| 氏名     |  | <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女 |     | 事業所名  |   |
| 生年月日   | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S | 年   | 月   | 日     | 歳 |
| ふりがな   |  | 本人との関係  |     |       |   |
| キーパーソン |  |   |     |       |   |
| 連絡先    | 自宅   |   |     |       |   |
|        | その他  |   |     |       |   |
| 生活保護受給 | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                            | 担当CW:   |     |       |   |
|        |  |   |     | 電話番号  |   |
|        |  |   |     | FAX番号 |   |

◆退院情報記録欄

|  |  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
|--|--|---|--|--|--|---|---|--|--|---|--|--|--|----|---|--|--|--|---|---|--|--|---|--|--|
| 面談日1回目 年 月 日( ) : ~ :  | 面談日2回目 年 月 日( ) : ~ :  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 医療機関名:   | 医療機関名:   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 情報提供者: 所属/職種/氏名  | 情報提供者: 所属/職種/氏名  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)   | 入院期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 (予定)   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 主病名:   | 主病名:   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 主症状:   | 主症状:   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 特別な医療: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   | 特別な医療: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 医療系サービス導入の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  | 医療系サービス導入の必要性 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 種類:  | 種類:  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">食事</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>要介助</td> <td style="width: 20%;">嚥下: <input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>形態: <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>ペースト <input type="checkbox"/>刻み</td> <td>制限: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>ソフト食 <input type="checkbox"/>経管栄養</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 | 嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 |  |  | 形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み | 制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  | <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 |  |  | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%;">食事</td> <td style="width: 30%;"><input type="checkbox"/>自立 <input type="checkbox"/>見守り <input type="checkbox"/>要介助</td> <td style="width: 20%;">嚥下: <input type="checkbox"/>良 <input type="checkbox"/>不良</td> <td style="width: 30%;"></td> </tr> <tr> <td></td> <td>形態: <input type="checkbox"/>普通 <input type="checkbox"/>ペースト <input type="checkbox"/>刻み</td> <td>制限: <input type="checkbox"/>有 <input type="checkbox"/>無</td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td><input type="checkbox"/>ソフト食 <input type="checkbox"/>経管栄養</td> <td></td> <td></td> </tr> </table> | 食事 | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 | 嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 |  |  | 形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み | 制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |  |  | <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 |  |  |
| 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助  | 嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良                            |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
|  | 形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み  | 制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                             |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 食事   | <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助  | 嚥下: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良                            |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
|  | 形態: <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み  | 制限: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無                             |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
|  | <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> 経管栄養  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 起上り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助  | 起上り <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助   | 移乗 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助<br><input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子  | 移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助<br><input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 最終入浴日:  | 入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 最終入浴日:  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助:<br><input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン<br>( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )  | 排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助:<br><input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハパン<br>( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )                  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 入歯: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有   | 口腔ケア <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 入歯: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 一包化: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要  | 薬 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 要介助 一包化: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 認知症状: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有  | 認知症状: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有  |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 精神薬処方: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有   | 精神薬処方: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 夜間の状態: <input type="checkbox"/> 良好 / <input type="checkbox"/> 問題有:   | 夜間の状態: <input type="checkbox"/> 良好 / <input type="checkbox"/> 問題有:   |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |
| 療養上の留意事項(感染症、投薬、サービス利用時等の注意事項)<br>リハビリテーション: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 運動制限: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有<br>住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有<br>福祉用具: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有   | 療養上の留意事項(感染症、投薬、サービス利用時等の注意事項)<br>リハビリテーション: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 運動制限: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有<br>住宅改修: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有<br>福祉用具: <input type="checkbox"/> 無 / <input type="checkbox"/> 有 |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |  |    |   |  |  |  |   |   |  |  |   |  |  |

※裏面に(退院前)カンファレンスを貼付

## 「入院時情報提供書」「退院時情報収集書」使用について

### 1. 目的

誰もが住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送るには、関係機関の連携による一体的なサービス提供が重要です。医療と介護の連携が、効果的に進むことを目的として、標準となる情報提供書・情報収集書（様式とルール）を作成しました。この情報提供書・情報収集書は介護支援専門員と病院等が対象者における必要な情報を共有し、対象者・家族等への適切な支援・事前準備を行いながら、円滑な在宅生活への移行が出来ることをめざすものです。

### 2. 経緯

2018年医療・介護の同時報酬改定が実施され、医療と介護の連携がさらに強化されました。入院時の迅速な情報提供、退院時のカンファレンスへの参加等が新たに評価されます。そこで、「入院時」「退院時」の場面において対象者の情報を共有し連携を図るために、標準的な様式が必要と考え「入院時情報提供書」「退院時情報収集書」（様式とルール）を新たに作成しました。

### 3. 様式の概要

- ◆標準様式では、入院後3日以内もしくは、7日以内に入院病棟に「入院時情報提供書」として名刺・週間サービス計画書（第3表）を貼付して届けることができます。退院時は「退院時情報収集書」として、1枚の用紙で2回分の記録と退院時カンファレンスの記録が出来るように工夫されています。
- ◆標準様式の記載項目は最低限必要な情報です。対象者によって必要な情報は異なります。適宜、必要な情報は別添資料として提出してください。

#### ① 入院時情報提供書

- ・介護支援専門員から入院病棟に、対象者の「入院前の状況」と在宅においてご本人もしくは、ご家族が望む暮らし等を伝える用紙です。
- ・退院に向けて、ご本人・ご家族に対してどのような支援が必要となるか考察する上で重要な情報となります。

#### 提出方法

別紙「ケアマネジャーにおける入院時情報提供・退院時情報収集方法」のとおり提出方法を指定されました。

- ・別紙「ケアマネジャーにおける入院時情報提供・退院時情報収集方法」以外は、直接病院へお問い合わせください。
- ・入院の連絡をもらう（本人・家族等）⇒入院病棟に「入院時情報提供書」を3日以内もしくは7日以内に出きるだけ面談にて名刺・週間サービス計画表（第3表）を貼付して提出してください。
- ・病院へ出向けない場合は、速やかに指定場所にFAXもしくは送付してください。送付する場合、封筒の表面に「入院時情報提供書 在中」と記載してください。

② 退院時情報収集書（1回目・2回目・退院時カンファレンス）

- ・面談結果は介護支援専門員が記入してください。
- ・退院前に介護支援専門員が病棟スタッフとの面談・カンファレンスを通じて、情報を聞き取り記入する欄です。
- ・聞き取った内容は、在宅でのサービス計画書作成やかかりつけ医、介護保険事業所等との情報共有のために活用します。

4. 留意事項

注1) 診療報酬の「退院共同指導料2」「保険医等3者以上共同指導」の対象になる会議（カンファレンス）に参加した場合、当該会議（カンファレンス）の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について支援経過記録・居宅サービス計画書等に記録してください。

注2) 「入院時情報提供書」「退院時情報収集書」は介護報酬の各加算の主旨や厚生労働省標準様式に沿った内容を備えていますが、いずれの介護報酬についても算定を保障するものではありません。請求にあたっては、国の通知等で各要件をご確認ください。

以上

ひらつか地域介護システム会議 事務局  
(平塚市在宅医療・介護連携支援センター)  
〒254-0046 平塚市立野町31-20 (平塚栗原ホーム内)  
電話：0463-35-6060 FAX：0463-35-6038  
メール：hiranosuke@hiratsukasyakyo.net



## ケアマネジャーにおける入院時情報提供・退院時情報収集方法（H31年2月現在）

\*【入院・退院の情報】は本人・家族より連絡をもらうよう手配して下さい。

\* その他、病棟との調整が必要な場合には各病院の連携室や相談室に相談してください。 \* 個人情報取扱については十分注意してください。

| 入院時情報提供  |  | 退院時情報収集  |
|--|--|--|
| <p>平塚市民病院<br/>〒254-0065<br/>平塚市南原1-19-1<br/>(32) 0015 (代表)</p> <p>平塚共済病院<br/>〒254-8502<br/>平塚市追分9-11<br/>(32) 1950</p> <p>済生会湘南平塚病院<br/>〒254-0036<br/>平塚市宮松町18-1<br/>(71) 6161 (代表)</p> <p>伊勢原協同病院<br/>〒259-1187<br/>伊勢原市田中345<br/>(94) 2111 (代表)</p> <p>東海大学医学部付属病院<br/>〒259-1193<br/>伊勢原市下糟屋143<br/>(93) 1121 (代表)</p> <p>東海大学医学部付属大磯病院<br/>〒259-0198<br/>中郡大磯町月京21-1<br/>(72) 3211 (代表)</p> | <p>基本：入院病棟に直接持参。(出来れば3日以内に)<br/>FAX番号：35-1677 退院支援・医療相談室→①送信前、利用者様氏名を連絡する。<br/>②送信後、受信確認の連絡をする。③原本は直接病棟に届ける。<br/>届けられない場合の郵送先：「退院支援・医療相談室」宛て</p> <p>基本：入院病棟に直接持参。(出来れば3日以内に)<br/>FAX番号：36-7899 病診連携室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は直接病棟に届ける。<br/>届けられない場合の郵送先：「病診連携室」宛て</p> <p>基本：入院病棟に直接持参。(出来れば3日以内に)<br/>FAX番号：71-6185 地域連携室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は直接病棟に届ける。<br/>届けられない場合の郵送先：「地域連携室」宛て</p> <p>基本：患者総合サポートセンターに直接持参。(出来れば3日以内に)<br/>FAX番号：94-3072 患者総合サポートセンター→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は患者サポートセンターに届ける。<br/>届けられない場合の郵送先：「患者総合サポートセンター」宛て</p> <p>基本：入退院センターに連絡し、同センターに持参。★可能であれば入院前までに★<br/>FAX番号：93-3490 入退院センター→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は入退院センターに届ける。<br/>届けられない場合の郵送先：「入退院センター」宛て</p> <p>基本：入院病棟に直接持参。(出来れば3日以内に)<br/>FAX番号：72-5798 患者支援センター→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は直接病棟に届ける。<br/>届けられない場合は入院病棟に直接郵送。</p> | <p>病棟に連絡し聞き取り</p> <p>病棟に連絡し聞き取り</p> <p>病棟に連絡し聞き取り</p> <p>患者総合サポートセンターに連絡し、病棟と調整、聞き取り。</p> <p>入退院センターに連絡し、担当ケースマネジャーを通じて、来院日時、介護支援連携指導（退院時ケアカンファレンス）の予定を組む。</p> <p>病棟に連絡し、聞き取り。</p> |

| 病院名  | 入院時情報提供  | 退院時情報収集             |
|--|--|---------------------|
| ふれあい平塚ホスピタル<br>〒254-0813<br>平塚市袖ヶ浜1-12<br>(22) 4105 (代表) | 基本：入院病棟に直接持参。<br>届けられない場合は入院病棟に直接郵送。   | 退院前ケアカンファレンス時に聞き取り。 |
| 鶴巻温泉病院<br>〒257-0001<br>秦野市鶴巻北1-16-1<br>(78) 1311 (代表)    | 基本：地域連携室に直接持参。<br>FAX番号：69-5665 地域連携室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は地域連携室に届ける。<br>届けられない場合の郵送先：「地域連携室」宛て         | 「地域連携室」に連絡し聞き取り。    |
| くらた病院<br>〒254-0018<br>平塚市東真土4-5-26<br>(53) 1955 (代表)     | 基本：相談室に直接持参。<br>FAX番号：53-1957 相談室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は相談室に届ける。<br>届けられない場合の郵送先：「相談室」宛て                 | 相談室に連絡し、聞き取り。       |
| 平塚十全病院<br>〒254-0915<br>平塚市出縄5 5 0<br>(32) 8511 (代表)      | 基本：地域医療連携室に直接持参。<br>FAX番号：36-2753 地域医療連携室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は地域医療連携室に届ける。<br>届けられない場合の郵送先：「地域医療連携室」宛て | 地域医療連携室に連絡し、聞き取り。   |
| 高根台病院<br>〒254-0912<br>平塚市高根191<br>(34) 3701 (代表)         | 基本：医療相談室に直接持参。<br>FAX番号：34-4713 医療相談室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は医療相談室に届ける。<br>届けられない場合の郵送先：「医療相談室」宛て         | 医療相談室に連絡し、聞き取り。     |
| 富士見台病院<br>〒259-1205<br>平塚市土屋1645<br>(58) 0186 (代表)       | 基本：相談室に直接持参。<br>FAX番号：58-1340 相談室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は相談室に届ける。<br>届けられない場合の郵送先：「相談室」宛て                 | 相談室に連絡し、聞き取り。       |
| 平塚病院<br>〒254-0915<br>平塚市出縄476<br>(32) 0380 (代表)          | 基本：地域医療連携室に直接持参。<br>FAX番号：34-4993 地域医療連携室→①送信後、受信確認の連絡をする。②原本は地域医療連携室に届ける。<br>届けられない場合の郵送先：「地域医療連携室」宛て | 地域医療連携室に連絡し、聞き取り。   |

入退院時情報提供書

(居宅介護支援事業所 ⇄ 病院・診療所) 鎌倉市共通書式

様

|     |    |   |   |   |
|-----|----|---|---|---|
| 作成日 | 平成 | 年 | 月 | 日 |
|-----|----|---|---|---|

★ 以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づいて提供しています。

<基本情報>

|                    |   |         |               |          |   |               |      |
|--------------------|---|---------|---------------|----------|---|---------------|------|
| フカナ                |   | 性別      | 男性<br>・<br>女性 | 生年月日     |   |               |      |
| 氏名                 |   |         |               | M・T<br>S | 年 | 月             | 日 歳  |
| フカナ                |   | 連絡先電話番号 |               | 続柄       |   | 同居<br>・<br>別居 | 家族構成 |
| 世帯状況               | 単身世帯 ・ ご夫婦2人世帯 ・ その他                                |         |               |          |   |               |      |
| 家族の<br>介護力<br>協力状況 | 常時 ・ 日に数時間 ・ 夜間のみ ・ 週1日位 ・ 週数日位 ・ 月に数回<br>その他特記     |         |               |          |   |               |      |
| 住宅環境               | 一戸建て ・ マンション、アパート (階数) (エレベーター有・無) 自室有 ・ 無<br>その他特記 |         |               |          |   |               | 主介護者 |
| 生活状況<br>他特記        |   |         |               |          |   |               |      |

<介護保険情報>

|          |   |      |    |   |   |      |
|----------|---|------|----|---|---|------|
| 要介護度     | 要支援1 2 要介護1 2 3 4 5   | 認定期間 | 平成 | 年 | 月 | 日 から |
|          |   |      | 平成 | 年 | 月 | 日 まで |
| サービス利用状況 | 訪問看護 (週 回) 訪問介護 (週 回) 通所介護 (週 回) 通所介護 (週 回)<br>福祉用具貸与 ( ) その他 ( ) |      |    |   |   |      |

<疾患及びADL情報>

|                            |    |           |                               |  |  |  |  |              |
|----------------------------|----|-----------|-------------------------------|--|--|--|--|--------------|
| かかりつけ医 (通院・往診)             |    |           |                               |  |  |  |  | 退院時状況 (ケア利用) |
| 現病歴・既往歴                    |    |           |                               |  |  |  |  |              |
| A<br>D<br>L<br>等<br>状<br>況 | 食事 | 食事        | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助 5経管栄養     |  |  |  |  |              |
|                            |    | 形態        | 主=常食・粥・ミキ等 副=常食・粥・食・ス食・ミキ食    |  |  |  |  |              |
|                            | 排泄 | 排尿        | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助           |  |  |  |  |              |
|                            |    | 失禁        | 1あり 2ときどき 3まれにある 4なし          |  |  |  |  |              |
|                            |    | 方法        | トイレ・Pトイレ・おむつ・カテーテル等           |  |  |  |  |              |
|                            | 着脱 | 上着の着脱     | 1自立 2見守り (介護者指示含む) 3一部介助 4全介助 |  |  |  |  |              |
|                            |    | ズボン・パンツ着脱 | 1自立 2見守り (介護者指示含む) 3一部介助 4全介助 |  |  |  |  |              |
|                            | 移動 | 歩行        | 1掴まらず可 2何かに掴まれば可 3できない        |  |  |  |  |              |
|                            |    | 移乗        | 1自立 2見守り (介護者指示含む) 3一部介助 4全介助 |  |  |  |  |              |
|                            |    | 方法 (室内)   | 室内=独歩・杖・歩行器・車椅子・その他           |  |  |  |  |              |
| 認知症<br>の症状                 |    |           |                               |  |  |  |  |              |

<退院時確認>

|            |                          |      |                           |      |              |  |
|------------|--------------------------|------|---------------------------|------|--------------|--|
| 主病名・主症状    |                          | 服薬状況 | 自立 ・ 一部介助 ・ 介助<br>その他 ( ) |      |              |  |
| 療養上の注意する事項 | 入院期間 平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 |      |                           |      |              |  |
| 確認日        |                          | 確認者  |                           | 確認方法 | 訪問 ・ 電話 ・ 書類 |  |

★お願い★  
退院の際は、必ず担当ケアマネ  
ジャーにご連絡下さい。

|           |  |     |  |
|-----------|--|-----|--|
| 事業所名      |  |     |  |
| 担当ケアマネジャー |  |     |  |
| 電話        |  | FAX |  |

# 入退院時情報提供書

(居宅介護支援事業所 ⇄ 病院・診療所) 鎌倉市共通書式

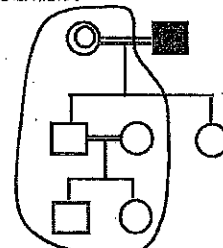
A病院 医療相談室 B様

作成日 平成 〇 年 〇 月 〇 日

★ 以下の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づいて提供しています。 青字：入院時記入  
赤字：退院時記入

## <基本情報>

|            |   |              |    |      |    |                  |
|------------|---|--------------|----|------|----|------------------|
| フリガナ       |   | 性別           | 男性 | 生年月日 |    |                  |
| 氏名         | C 様   | 性別           | 女性 | M    | T  | △ 年 △ 月 △ 日 〇〇 歳 |
| フリガナ       |   | 連絡先電話番号      |    | 続柄   | 同居 | 同居               |
| キパーナ       | D   | 0000-00-0000 |    | 長男   | 同居 | 同居               |
| 世帯状況       | 単身世帯 ・ ご夫婦2人世帯 ・ その他 長男世帯と孫2人(社会人・学生)   |              |    |      |    |                  |
| 家族の介護力協力状況 | 常時 ・ 日に数時間 ・ 夜間のみ ・ 週1日位 ・ 週数日位 ・ 月に数回  |              |    |      |    |                  |
| 住宅環境       | 一戸建て ・ マンション、アパート(階) エレベーター(有・無) 自室(有) ・ 無  |              |    |      |    |                  |
| 生活状況他特記    | 自室で1日過ごす事が多い、日中はリビングとトイレの行き来ぐらいの移動。外出は週2回の通所。サービス時と月1回長女が来宅時に一緒に買い物へ行く。(長女姑の介護があり時間とりにくい)<br>※退院時家族から連絡いただけない事が想定されるので、同意を得て直接連絡いただきたい。 |              |    |      |    |                  |



## <介護保険情報>

|          |  |      |  |
|----------|--|------|--|
| 要介護度     | 要支援1 2 要介護1 ② 3 4 5  | 認定期間 | 平成 〇 年 〇 月 〇 日 から<br>平成 〇 年 〇 月 〇 日 まで |
| サービス利用状況 | 訪問看護(週 〇 回) 訪問介護(週 1 回) 通所介護(週 2 回) 通所介護(週 〇 回)<br>福祉用具貸与(手すり) 〇 その他(ポータブルトイレ購入) 〇 |      |  |

## 疾患及びADL情報

|                            |                           |       |                              |              |            |
|----------------------------|---------------------------|-------|------------------------------|--------------|------------|
| かかりつけ医(病院・往診)              | F病院 G医師                   |       |                              |              | 退院時状況(ケア枠) |
| 現病歴・既往歴                    | 脳梗塞・高血圧                   |       |                              |              |            |
| A<br>D<br>L<br>等<br>状<br>況 | 食事                        | 食事形態  | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助 5経管栄養    | 1            | 1          |
|                            | 排泄                        | 排尿    | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助          | 2            | 2          |
|                            |                           | 失禁    | 1あり 2ときどき 3まれにある 4なし         | 2            | 2          |
|                            | 着脱                        | 方法    | 1自立 2見守り 3一部介助 4全介助          | 2            | 紙オムツ使用     |
|                            |                           | 上着の着脱 | 1自立 2見守り(介護者指示含む) 3一部介助 4全介助 | 2            | 2          |
|                            | 移動                        | 歩行    | 1自立 2見守り(介護者指示含む) 3一部介助 4全介助 | 2            | 2          |
|                            |                           | 移乗    | 1自立 2見守り(介護者指示含む) 3一部介助 4全介助 | 2            | 2          |
| 認知症の症状                     | 日常の意思決定に問題はなく、留守対応も可能な状態。 |       |                              | 短期記憶に若干の問題ある |            |

## <退院時確認>

|            |   |      |                          |
|------------|---|------|--------------------------|
| 主病名・主症状    | 脳梗塞 再発  | 服薬状況 | 自立 ・ 一部介助 ・ 介助<br>その他( ) |
| 療養上の注意する事項 | 入院期間 平成 〇 年 〇 月 〇 日 ~ 平成 〇 年 〇 月 〇 日<br>脳梗塞再発により、あらたに後遺症が残る、特に移動・移乗面については不安定で見守りが必要な状態である |      |                          |
| 確認日        | 平成 〇 年 〇 月 〇 日  | 確認者  | A病院 B氏                   |
| 確認方法       | 訪問 ・ 電話 ・ 書類  |      |                          |

★お願い★  
退院の際は、必ず担当ケアマネジャーにご連絡下さい。

|           |           |     |          |
|-----------|-----------|-----|----------|
| 事業所名      | 〇〇〇〇居宅事業所 |     |          |
| 担当ケアマネジャー | H         |     |          |
| 電話        | 0000-000  | FAX | 0000-000 |

介護老人保健施設利用のための診療情報提供書・健康診断書

三浦横須賀共通様式

|  |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
|--|---|-----|-----|------|-------|-------------|-----|-----|----|
| フリガナ   |   |     | 性別  | 生年月日 |       |             |     |     |    |
| 氏名   |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 住所   | 〒   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 現在治療を受けている疾患   | 1.  | 4.  | 7.  | 2.   | 5.    | 8.          | 3.  | 6.  | 9. |
| 現病歴  |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 既往歴  |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 投薬内容<br>(全科のものを含む)   |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 薬物アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( ) 食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ( )  |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| ① 身長(      cm) 測定日(H / / ) 体重(      kg) 測定日(H / / )<br>② 血圧 /      ③ 不整脈 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ④ 経口接種 <input type="checkbox"/> 可(食事介助 <input type="checkbox"/> 不要・ <input type="checkbox"/> 要) <input type="checkbox"/> 不可<br>⑤ 誤嚥 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⑥ 神経的異常所見 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(      )<br>⑦ 四肢拘縮 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(      ) ⑧ 難聴 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 ⑨ 言語障害 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有<br>⑩ 視力障害 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(□高度・□中等度・□軽度・□年相応)<br>⑪ 座位保持 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 介助により可・ <input type="checkbox"/> 介助しても不可<br>⑫ 起立 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 介助により可・ <input type="checkbox"/> 介助しても不可<br>⑬ 歩行 <input type="checkbox"/> 独歩可・ <input type="checkbox"/> 介助により可・ <input type="checkbox"/> 平行棒内可・ <input type="checkbox"/> 全く不可<br>⑭ 杖・装具 <input type="checkbox"/> 不使用・ <input type="checkbox"/> 使用 ⑮ 衣服着脱 <input type="checkbox"/> 可・ <input type="checkbox"/> 不可<br>⑯ 褥瘡 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(部位      )<br>⑰ 失禁 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(□小便・□大便・□両方) ⑱ 排泄 <input type="checkbox"/> 自立・ <input type="checkbox"/> オムツ・ <input type="checkbox"/> 介助<br>⑲ 認知 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 軽度・ <input type="checkbox"/> 中等度・ <input type="checkbox"/> 高度(□妄想・□幻覚・□奇声・□独語・□徘徊・□その他)<br>HDS-R      点 MMSE      点 |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 感染症  | MRSA(      ) HBV-Ag(      ) HCV(      ) Wa-R(      ) 疥癬(      ) 活動性結核(      ) その他(      ) |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 血算<br>生化学  | WBC   | RBC | Hb  | Ht   | PLT   | CRP         | GOT | GPT |    |
|  | TP  | Alb | BUN | Cr   | Na    | K           | Cl  |     |    |
|  | T-cho   | HDL | LDL | FBS  | HbA1c | 採血日(H / / ) |     |     |    |
| ※採決結果はデータの添付でも可  |   |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 胸部XP (3か月以内のもの)  | 異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(      )                         |     |     |      |       |             |     |     |    |
| 心電図  | 異常 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(      )                         |     |     |      |       |             |     |     |    |
| その他、入院中の処方変更の必要性、検査の必要性等について、主治医のご意見をご記入ください。  |   |     |     |      |       |             |     |     |    |

年 月 日

医療機関名・診療科名 三浦市立病院 ○○○○科  
 医師名 ㊦

連携シート(在宅サマリー)

関係機関名

様

|        |     |         |            |
|--------|-----|---------|------------|
| 事業所名   |     |         |            |
| 住所     | 秦野市 | 情報提供年月日 |            |
| TEL    |     | FAX     | H          |
| 担当者    |     |         | 記入日        |
| E-mail |     |         | 平成31年3月20日 |

|       |      |      |     |    |       |   |       |  |
|-------|------|------|-----|----|-------|---|-------|--|
| 対象者情報 | 氏名   | 様    |     | 男  | 119 歳 | 生年月日  |       |  |
|       | 住所   |      |     | 電話 |       |   | 介保被保番 |  |
|       |      |      |     | 携帯 |       |   | 保険者   |  |
|       | 認定情報 | 年月日~ | 住環境 | 段差 | 経済状況  |   |       |  |
| 年月日   |      | 自立度  | 障害  | 認知 | 手帳等   | <input type="checkbox"/> 身障 (種級) <input type="checkbox"/> 精神 (級)<br><input type="checkbox"/> 療育 ○有 ○無 <input type="checkbox"/> 難病 ( ) |       |  |

|       |    |   |     |                |  |  |  |  |
|-------|----|---|-----|----------------|--|--|--|--|
| 緊急連絡先 | 氏名 | 様 | Tel | 家族構成(キーパーソンに☆) |  |  |  |  |
|       | 住所 |   |     | 続柄             |  |  |  |  |
|       | 氏名 | 様 | Tel |                |  |  |  |  |
|       | 住所 |   |     | 続柄             |  |  |  |  |

|    |     |   |  |  |      |     |  |  |       |
|----|-----|---|--|--|------|-----|--|--|-------|
| 病歴 | 現病歴 | ① |  |  |      | 主治医 |  |  | 通院状況等 |
|    |     | ② |  |  |      |     |  |  |       |
|    | 既往歴 |   |  |  | 他通院先 |     |  |  |       |

|      |      |   |   |   |   |   |   |   |        |
|------|------|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| サービス |      | 月 | 火 | 水 | 木 | 金 | 土 | 日 | 用具・その他 |
|      | サービス |   |   |   |   |   |   |   |        |
|      | 事業所等 |   |   |   |   |   |   |   |        |

|     |    |     |     |  |
|-----|----|-----|-----|--|
| ADL | 移動 |     | 特記: |  |
|     | 排泄 |     | 特記: |  |
|     | 食事 |     | 特記: |  |
|     | 入浴 |     | 特記: |  |
|     | 服薬 |     | 特記: |  |
| 認知  |    | 特記: |     |  |

パーソナリティ(性格・習慣・嗜好等)

|         |  |                 |  |
|---------|--|-----------------|--|
| これまでの経過 |  | 生活についての本人・家族の意向 |  |
|         |  | ケアマネの意向         |  |
|         |  |                 |  |

### 介護に関する連携シート

| フリガナ     |       |              |                  |      |     | 性別   | 男・女        |                 | 作成      | 年    | 月   | 日    |  |  |
|----------|-------|--------------|------------------|------|-----|------|------------|-----------------|---------|------|-----|------|--|--|
| 氏名       |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 自立度      |       | 自立           | 見守り              | 一部介助 | 全介助 | 施行せず | 項目         | 介助等             |         | 備考   |     |      |  |  |
|          |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 日常生活等    |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 日常生活動作   | 寝返り   |              |                  |      |     |      | 装具・杖・歩行器   | 無               | 有( )    | 注意事項 |     |      |  |  |
|          | 起き上がり |              |                  |      |     |      | 車いす        | 無               | 有( )    |      |     |      |  |  |
|          | 座位    |              |                  |      |     |      | 転倒         | 無               | 有       |      |     |      |  |  |
|          | 立ち上がり |              |                  |      |     |      | 外出(隣近所)他   |                 |         |      |     |      |  |  |
|          | 立位    |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 基本生活状況   | 食事    | 食具(口箸 口スプーン) |                  |      |     |      | 1日摂取エネルギー量 | 常食・きざみ・ソフト食他( ) |         | 注意事項 |     |      |  |  |
|          |       | 治療食          | 無 有(糖尿病・腎臓) 他( ) |      |     |      | Kcal       |                 |         |      |     |      |  |  |
|          |       |              |                  |      |     |      | 食塩1日       | g               |         |      |     |      |  |  |
|          | 排泄    | 尿            |                  |      |     |      |            | □トイレ □オムツ       | 失禁(無・有) |      |     | 注意事項 |  |  |
|          |       | 便            |                  |      |     |      |            | □ポータブルトイレ □尿瓶   |         |      |     |      |  |  |
|          | 清潔    | 入浴(自宅での)     |                  |      |     |      |            | 入浴・シャワー浴・他( )   |         |      |     | 注意事項 |  |  |
| 清潔保持     |       |              |                  |      |     |      | 清拭・他( )    |                 |         |      |     |      |  |  |
|          |       | 睡眠           | 良・不良( )          |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| ケアの問題点   |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 注意する症状など |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 服薬情報     |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 備考       |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      |     |      |  |  |
| 作成       | 事業所名  |              |                  |      |     | 氏名   |            |                 |         |      | 連絡先 |      |  |  |
|          |       |              |                  |      |     |      |            |                 |         |      | ( ) |      |  |  |

連携ノート

| 日時    | 体温   | 血圧 | 脈 | 呼吸 | SPO <sub>2</sub> | 水分量 | 尿 | 排便<br>(性状/重量) | 食事(経管) | 入浴他 | その他連絡事項 | 記録者名 |
|-------|------|----|---|----|------------------|-----|---|---------------|--------|-----|---------|------|
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |
| / : / | . °C | /  |   |    | %                | ml  |   |               |        |     |         |      |



# 入院時情報提供書

|  |    |
|--|----|
|  | 病院 |
|  | 様  |

|      |  |
|------|--|
| 事業所名 |  |
| TEL  |  |
| FAX  |  |
| 携帯電話 |  |
| 担当者名 |  |

★退院が決まり次第連絡をお願い致します。また、退院前カンファレンスを行う場合は日時をお知らせくださいますようお願い致します。

入院日 平成 年 月 日 情報提供日 平成 年 月 日

|                           |  |   |                  |   |                                     |
|---------------------------|--|---|------------------|---|-------------------------------------|
| フリガナ<br>氏名                | 生年<br>月日                               | M T S<br>年 月 日                                  | 住所<br>歳          |   |                                     |
| 緊急連絡先                     | ① (続柄) 住所<br>Tel                       | ② (続柄) 住所<br>Tel                                | TEL              | 家族構成<br><br>□男性○女性(年齢) 異線で結ぶ 同居を○<br>キーパーソンは★ 主たる介護者は① 本人は◎ |                                     |
| かかりつけ医<br>(連絡先)           | ① Tel                                  | ② Tel   | 家族構成             |   |                                     |
| 既往歴                       |  |   | 家族構成             |   |                                     |
| 介護保険                      | 申請中( / 付) 要支援 1・2<br>要介護 1・2・3・4・5     | 生保 無・有<br>受給 担当:                                | 訪問看護 回/週         | サービス利用  |                                     |
| 保険情報                      | 介護保険 ( )割 国保 ( )割<br>後期高齢 ( )割 社保 ( )割 |   | 訪問介護 回/週         | 訪問入浴 回/週  |                                     |
| 医療証                       | 障害: 有・無( ) 級                           | 特疾: 有・無   | 訪問リハ 回/週         | 通所介護 回/週 ( ) 回/週  |                                     |
| 【自宅での生活状況】                |  |   | 通所リハ 回/週 ( ) 回/週 | 短期入所 福祉用具   |                                     |
| 栄養                        | 食事                                     | 自立・見守り・一部介助・全介助                                 | 回数               | 寝返り   | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
|                           | 形態                                     | 主食: 常食・粥・ペースト<br>副食: 常食・刻み・ソフト・ペースト<br>とろみ: 無・有 |                  | 起き上がり   | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
| 排泄                        | 方法                                     | 経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液<br>嚥下: むせない・時々むせる・常にむせる  |                  | 立ち上がり   | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
|                           | 排尿                                     | 自立・見守り・一部介助・全介助                                 |                  | 座位  | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
| 清潔                        | 排便                                     | 自立・見守り・一部介助・全介助                                 |                  | 立位  | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
|                           | 失禁                                     | 無・有(常・時々・まれに)                                   |                  | 移乗  | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
| コミュニケーション                 | 方法                                     | トイレ・トイレ・おむつ・リハビリパンツ・尿器・カテーテル類                   |                  | 歩行  | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
|                           | 言葉                                     | 話せない・話せる  |                  | 移動手段  | 独歩・伝い歩き・杖・シルバーカー<br>歩行器・車いす・ストレッチャー |
| ケア                        | 意思伝達                                   | できない・できる(伝達方法: )                                |                  | 整容  | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
|                           | 聴覚                                     | 日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能                            |                  | 更衣  | 自立・見守り・一部介助・全介助                     |
| 服薬管理                      | 視覚                                     | 日常生活に 支障なし・支障あり・判断不能                            |                  | 睡眠  | 良眠・不眠 薬の服用: 無・有( )                  |
|                           | 義歯                                     | 無・有(上: 無・有 下: 無・有)                              |                  | 認知・精神面  | 認知症: 無・有                            |
| 褥瘡                        | 無・有(部位: )                              |   | 専門医への受診: 無・有( )  |   |                                     |
| 医療的処置                     | 膀胱留置カテーテル                              | 膀胱瘻 腎瘻 ストマ(消化管・尿路)                              |                  | 精神疾患: 無・有( )  |                                     |
|                           | インシュリン注射                               | (自己注射可・不可) 中心静脈栄養 疼痛管理 喀痰吸引                     |                  | 中核症状: 記憶障害・見当識障害・実行機能障害<br>失語・失認・失行                         |                                     |
| その他(在宅での生活環境に関する特記事項・課題等) |  |   |                  |   |                                     |

※本情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

## 入院時情報提供書の手引き

### 1、目的

入院時の情報提供の目的は、利用者の生活歴や住環境等を踏まえて「退院支援対象者のスクリーニング」や「退院支援計画書」作りに役立てていただくことです。医療と介護連携においては、こういった医療機関の動きに連動したケアマネジャー側の適切な情報提供が利用者のケアマネジメントにとって重要となります。また、単に情報を伝えるためだけでなく、「顔の見える連携」を図る最初の一步であり、早期から円滑な在宅復帰に向けて取り組んでいく関係を作るために非常に重要な機会となります。

H30年度介護報酬改定で医療と介護の連携の強化を掲げられていますが、その中でも入院時における医療機関との連携を促進する観点から見直しが行われました。

具体的には、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づけられ、また入院時連携加算について、入院後3日以内の情報提供を新たに評価するとともに、情報提供の方法による差を設けないこととされました。

入院前の利用者の状態を、客観的な視点で、一番把握しているのは「担当ケアマネジャー」です。

より適切な支援を受けられるよう、医療機関の多職種の方に利用者のことを知っていただくために、この手引きを参考にいただき入院時情報提供書を作成していただければと思います。

### 2、記入の際のポイント

#### ① 居宅介護支援事業所

担当ケアマネの携帯番号は必須ではありません。個人携帯番号を記入する必要はありません。

#### ② 基本情報

緊急連絡先はできれば2か所お願いいたします。①②の数字の後に氏名を記載してください。

家族構成はキーパーソンと主たる介護者が違うことがあります。同じ場合には両方しるしをつけてください。また、介護者の社会的背景や介護力についてわかることがありましたらその他の欄に記載をお願いします。(例えば、老老介護である・日中独居である・介護者も病気を患っている・家族が遠方で協力が得られない等)

保険情報等については、わかる範囲で記載してください。

#### ③ 在宅支援体制

サービス利用状況について、在宅でどのようなサービスをどのように利用して生活していたかという情報は退院に向けて大事な情報となります。特に訪問診療、訪問看護等は情報のやり取りを直接することがあるので、事業所名を記載してください。

#### ④ 自宅ででの生活状況について

病院では入院時にアナムネ聴取を行いますが、これはご本人・ご家族から入院時の状況について確認をしていきます。入院前と入院時では状態が変わっていることが多いため、在宅での状況が把握しづらく患者のADLのゴール設定が難しくなります。入院前のADLの状況はとても重要な情報となります。

⑤ 認知・精神面について

環境の変化に伴い、認知症に伴う行動や心理状況も変化する場合があります。入院前の様子がどうであったかということはとても重要な情報となりますので記載をお願いします。

⑥ その他について

在宅生活に対するご本人・ご家族の意向や意欲、介護力、思いなど入院前にはどのように考えていたのかを伝えることも重要です。

例：自宅での看取りを希望されている。

がんばれるところまではがんばるが最期は病院への入院を希望する。

自宅での介護はもう限界。

サービス調整にて自宅退院が可能。

ご家族の意向を記入される際は、誰の意向なのかをわかるように記載をしましょう。

家族背景・介護状況等で紙面に載せることのできない情報(介護者が精神疾患を患っている、虐待の疑いがある、家族の関係性が良くない等)については、直接担当者に伝えてください。

⑦ 提出方法について

契約時に個人情報使用同意書に署名していただいていると思いますが、念のため本情報を病院に提出する際には、ご家族に一言提出する旨を伝え同意を得るようにしましょう。

提出方法につきましては別紙参照してください。

提出先リストに掲載されていない病院につきましては、大変申し訳ありませんが各自でお問い合わせいただきますようお願いいたします。

FAXにて情報提供される場合には、氏名・住所・緊急連絡先は一部消してください。FAX送信前に必ず病院に一報入れていただきますので、消した部分は口頭で直接お伝えすると良いと思います。

郵送にて情報提供される場合には、病院側で第一報目を電話で受け、後日郵送で了解していれば、書類が3日後でも加算対象となります。その場合は、必ず支援経過記録等に記載しておきましょう。

入院時情報提供書を提供する段階では、利用者の状態も不安定で、医師の治療方針も決定していない場合も十分に考えられます。そのため、今後の情報提供の希望として、また連携を取り易くするために★印で表記しました。

