

在宅医療・介護連携推進事業



伊万里・有田地区

入退院支援ルールの手引き

令和7年4月改正



伊万里・有田地区医師会 伊万里市 有田町

伊万里有田在宅医療・介護連携支援センター

電話 090-9562-2459 FAX 0955-35-4148

（作成：在宅医療・介護連携推進事業運営委員会）

1 伊万里・有田地区入退院支援ルールの手引き

1) 入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

2) 入院前に担当介護支援専門員等がない場合

2 伊万里・有田地区「入退院支援ルールの手引き」時系列版

3 様式一覧

様式（１）入院時情報提供、入院時情報提供書

様式（２）退院支援に用いる基準

様式（３）診療報酬・介護報酬一覧

様式（４）介護保険窓口

様式（５）退院・退所情報記録書

様式（６）退院支援チェックリスト

医療機関用（入院時にケアマネジャーがいる場合）

医療機関用（入院時にケアマネジャーがない場合）

ケアマネジャー用（入院時にケアマネジャーがいる場合）

ケアマネジャー用（入院時にケアマネジャーがない場合）

4 個人情報の取り扱いについて

伊万里・有田地区 入退院支援ルールの手引き

入退院支援ルール対象者について

- ・入院前に担当介護支援専門員等による居宅介護・予防支援が行われていた方
 - ・在宅等に退院する方で、退院支援基準に照らし、退院支援が必要と判断される方
- ※在宅等とは、自宅以外の生活場所も含む

1 入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

①入院時の情報提供・介護支援専門員等の確認・連絡

【介護支援専門員等がすること】

- ・利用者、家族へ入院する必要性が生じた場合に、入院医療機関へ担当介護支援専門員等の氏名、連絡先を伝えて頂く様依頼する。例えば、健康保険証やお薬手帳等に名刺を添付頂く等。
- ・認定区分に関わらず、全ての利用者について、入院当日か翌日又は翌々日を目処に可能な限り入院先へ情報提供する。(情報提供の手段は問わず) ※様式(1)
- ・検査入院の利用者については、原則として、情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者と介護支援専門員等で相談し、情報提供について決める。

【病院担当者がすること】

- ・入院時の聴き取りで、担当の介護支援専門員等の有無を確認。
- ・健康保険証、お薬手帳等に添付されている介護支援専門員等の名刺や介護保険被保険者証に記載されている居宅介護支援事業所等を確認し、可能な限り入院を連絡。
- ・本人や家族等から介護サービス等の利用状況について確認する。

②退院支援の必要性の検討・準備

【病院担当者がすること】

- ・退院支援の基準に基づき、退院支援の必要性を検討する。
 - ・事業対象者・要支援認定の方についても、退院支援の基準に照らし必要性等に準じて検討する。
- ※様式(2)

③退院前調整

【病院担当者がすること】

- ・患者、家族に介護保険制度の概略を説明し、必要に応じて居宅介護支援事業所等の選択について助言する。
- ・患者、家族が居宅介護支援事業所等を選択された場合は、当該事業所へ意向を伝える。

④入院期間の見込み

※入院期間は、診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込み期間より長短する可能性があることを踏まえ情報共有する。

【介護支援専門員等がすること】

- ・患者・家族に確認して入院期間の見込みが分からない場合は病院担当者へ問い合わせる。

【病院担当者がすること】

- 概ねの入院期間の見込みを介護支援専門員等へ伝える。

⑤退院支援開始の連絡(入院時状況共有・病棟内カンファレンス)

【介護支援専門員等がすること】

- ・ 病院担当者よりの連絡を受け、必要に応じて病院へ連絡し、患者と面会し、病院関係者より情報収集をする。
- ・ 必要に応じて、入院時病棟内カンファレンスへ参加することで、担当医も含めた意見等を確認し、退院支援に必要な情報を共有する。
- ・ 退院、退所情報記録書作成 ※様式(5)

【病院担当者がすること】

- ・ 退院支援基準に基づき、退院準備の日数をできる限り多く残すことを考慮した上で、退院前、概ね2週間前位を目途に担当介護支援専門員・地域包括支援センターへ退院支援開始の連絡をする。
- ・ 入院時病棟内カンファレンス開催の場合、介護支援専門員等へも参加を呼び掛ける。

⑥退院直前調整(退院時カンファレンス・看護サマリー等の受け渡し)

【介護支援専門員等がすること】

- ・ サービス担当者会議開催について、病院担当者と開催の有無や日程等の連絡、調整
- ・ 看護サマリー等の受け渡しの確認

【病院担当者がすること】

- ・ 退院時カンファレンス開催について、介護支援専門員等と開催の有無や日程等の連絡、調整
- ・ 看護サマリー等の準備

2 入院前に担当介護支援専門員等がない場合

②退院支援の必要性の検討・準備

【病院担当者がすること】

- ・ 退院支援基準に基づき、退院支援の必要性を検討する。
- ・ 事業対象者、要支援認定の方についても、退院支援基準に照らし、必要性等に準じ検討する。
※様式(2)

③退院前調整

【病院担当者がすること】

- ・ 患者、家族に介護保険制度の概略を説明し、必要に応じて居宅介護支援事業所等の選択について助言する。
- ・ 患者、家族が居宅介護支援事業所等を選択された場合は、当該事業所へ意向を伝える。

【介護支援専門員等がすること】

- ・ 病院担当者より支援依頼があれば、病院で患者、家族等と面談し、退院後の生活への意向を確認し、それに応じた各種社会資源の説明や必要に応じ手続き代行等を行う。

注 居宅介護支援事業所等 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

介護支援専門員等

介護支援専門員
地域包括支援センター：プランナー、保健師、社会福祉士、主任介護支援専門員

【介護支援専門員等が実施すること】

【病院担当者が実施すること】

入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

利用者又はその家族に、利用者について、病院又は診療所に入院する必要が生じた場合には、当該利用者に係る介護支援専門員の氏名及び連絡先を当該病院又は診療所に伝える様求めなければならない。例えば、健康保険証やお薬手帳等に介護支援専門員の名刺を添付頂く等。

①入院時の情報提供・介護支援専門員等の確認・連絡

- 認定区分に関わらず、全ての利用者について、入院当日か翌日又は翌々日を目的に可能な限り入院先へ情報提供する。(情報提供の手段は問わず)
※様式(1)
- 検査入院の利用者については、原則として、情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて病院担当者と介護支援専門員等で相談し、情報提供について決める。

入院

- 入院時の聴き取りで介護支援専門員等を確認。
- 健康保険証、お薬手帳等に添付されている介護支援専門員等の名刺や、介護保険被保険者証に記載されている居宅介護支援事業所等を確認し、可能限り入院を連絡。
- 本人や家族等から介護サービス利用について確認する。

②退院支援の必要性の検討・準備

入院前に担当介護支援専門員等がない場合

- 病院担当者より支援依頼があれば、病院で患者、家族等と面談し、退院後の生活への意向を確認し、それに応じた各種社会資源の説明や必要に応じ手続き代行等を行う。

- 退院支援の基準に基づき、退院支援の必要性を検討する ※様式(2)
- 事業対象者・要支援認定の方についても、退院支援の基準に照らし必要性等に準じて検討する。

③退院前調整

- 患者・家族に介護保険制度の概略を説明し、必要に応じて居宅介護支援事業所等の選択について助言する。
- 患者・家族が居宅介護支援事業所等を選択された場合は、当該事業所へ意向を連絡する。

共通

④入院期間の見込みの共有※

- 患者・家族に確認して入院期間の見込みが分からない場合は病院担当者へ問い合わせる。

- 概ねの入院期間の見込みを介護支援専門員等へ伝える。

※入院期間は、診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込み期間より長短する可能性があることを踏まえ情報共有する、

⑤退院支援開始の連絡(入院時状況共有・病棟内カンファレンス)

- 連絡を受け、必要に応じて病院担当者へ連絡し、患者・家族と面会し、病院関係者より情報収集する。
- 必要に応じて、入院時病棟内カンファレンス等へ参加することで、担当医も含めた意見等を確認し、退院支援に必要な情報を共有する。
- 退院・退所情報記録書作成 ※様式(5)

- 退院支援基準に基づき、退院準備の日数をできるだけ多く残すことを考慮した上で、退院前、概ね2週間前位を目途に担当介護支援専門員・地域包括支援センターへ退院支援開始を連絡をする。(実際の退院の長短になることや転院、施設入所となる可能性があることを踏まえた上での連絡とする)
- 入院時病棟内カンファレンス等開催の場合、介護支援専門員等へも参加を呼び掛ける

⑥退院直前調整(退院時カンファレンス・看護サマリー等の受け渡し)

退院

- サービス担当者会議開催について、病院担当者と開催の有無や日程等の連絡調整
- 看護サマリー等の受け渡しの確認

- 退院時カンファレンス開催について、介護支援専門員等と開催の有無や日程等の連絡調整
- 看護サマリー等準備

様式一覧

様式番号	様式	説明
(1)	入院時情報提供書	入院にあたり介護支援専門員等から病院へ情報提供する際に使用。
(2)	退院支援に用いる基準	病院側が退院支援を開始する判断の目安として提示
(3)	診療報酬・介護報酬一覧	診療報酬・介護報酬改定に準じた入退院支援に係る報酬一覧
(4)	介護保険担当窓口	伊万里市、有田町の相談窓口
(5)	退院・退所情報記録書	退院後の生活支援を進める上で、介護支援専門員等が医療機関より情報収集し、その内容を記録する様式。
(6)	退院支援チェックリスト	退院支援が円滑に進む様に進捗状況の把握に活用
退院調整窓口一覧		伊万里有田地区「在宅医療データマップ」を活用ください。 在宅医療を実施する医療機関の機能や情報、介護関係機関一覧等が記載されています。

入院時情報提供書

- ☐ 医療機関提供用
- ☐ 地域包括支援センター控
- ☐ 居宅介護支援事業所控

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所 ⇒ 病院・診療所)

作成日 令和 年 月 日

医療機関名等	御中
--------	----



事業所名	
事業所所在地	
担当者	
TEL	
FAX	

月 日 に入院（予定）の下記の方に関する情報を提供致します。

※ 利用者の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。

本日提供した書類 様 の基本情報及びA D L等情報

上記以外の追加資料 ☐ なし ☐ あり ()

入院時情報提供書は、居宅介護支援事業における以下の加算算定に関連しています

- ☐ 入院時情報連携加算Ⅰ 250 単位 介護支援専門員が入院された日の内に情報提供を行った場合に算定
- ☐ 入院時情報連携加算Ⅱ 200 単位 介護支援専門員が入院された日の翌日又は翌々日に情報提供を行った場合に算定

転院となられる場合には、恐れ入りますが、転院先への情報提供、並びに、担当への連絡にもご協力賜ります様、重ねてお願い申し上げます。また、退院の際は、情報提供やご指導等頂けると助かります。 今後ともよろしくお願い申し上げます。

入院時情報提供書受け取りました

受領日	令和 年 月 日	受取者	
-----	----------	-----	--

入院時情報提供書＜在宅版＞

記入日：
 入院日：
 情報提供日：

医療機関名：
 ご担当者名：



事業所名：
 担当者氏名：
 TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について									
氏名	(フリガナ)				生年月日		年齢	125 歳	
入院時の要介護度	☐ 事業対象者 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 () 有効期間 ~ ☐ 申請中 (申請日) ☐ 区分変更 (申請日) ☐ 未申請								
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ II a ☐ II b ☐ III a ☐ III b ☐ IV ☐ M			
介護保険の自己負担割合	☐ 割 ☐ 不明		障害手帳の有無		☐ なし ☐ あり () ☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 知的				
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他 ()								
2. 家族構成／連絡先について									
世帯構成等	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子どもと同居 ☐ 日中独居 ☐ その他								
主介護者氏名	続柄				年齢	歳	☐ 同居 ☐ 別居 連絡先		
意思決定支援者(代話者)	続柄				年齢	歳	☐ 同居 ☐ 別居 連絡先		
3. 意思疎通について									
視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難				意思疎通	☐ 会話に支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐ 会話が成り立たないが、発語はある ☐ 発語がなく無言である			
聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難								
眼鏡	☐ なし ☐ あり								
補聴器	☐ なし ☐ あり								
言語	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難								
4. 口腔・栄養について									
摂食方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養 () ☐ 静脈栄養				食物アレルギー	☐ なし ☐ あり ()			
摂食嚥下機能障害	☐ なし ☐ あり ☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる				水分(とろみ)	☐ なし ☐ あり ☐ 薄い ☐ 中間 ☐ 濃い ()			
食形態(主食)	☐ 普通 ☐ 軟飯 ☐ 全粥 ☐ その他 ()				食形態(副食)	☐ 普通 ☐ 軟菜 ☐ 刻み ☐ その他 ()			
義歯使用	☐ なし ☐ あり (☐ 総義歯 ☐ 部分義歯)				左右両方の奥歯でしっかり	☐ できる ☐ できない			
歯の汚れ	☐ なし ☐ あり				歯肉の腫れ、出血	☐ なし ☐ あり			
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付									
内服薬	☐ なし ☐ あり		居宅療養管理指導		☐ なし ☐ あり (職種：)				
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (管理者：)				管理方法 ()				
服薬介助	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助 (介助内容)								
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方を守られていない ☐ 服薬拒否								
薬剤アレルギー	☐ なし ☐ あり ()				特記事項				

6. かかりつけ医について			
かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報			
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること			
意向の話し合い	☐ 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日 ☐ 話し合いを実施していない ☐ 本人からの話し合いの希望がない ☐ それ以外（		
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載			
本人・家族の意向	☐ 下記を参照下さい ☐ 別紙書類参照（		
	本人		
	家族（		
話し合いへの参加者	☐ 本人 ☐ 家族（氏名 続柄：）（氏名 続柄：）		
	☐ 医療・ケアチーム ☐ その他（		
医療・ケアに関して 本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		
8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について			
麻痺の状況	☐ なし ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢 ☐ その他（四肢の欠損等）（		
褥瘡等の有無	☐ なし ☐ あり 部位・深度・大きさ等（		
褥瘡等への対応	☐ エアーマット ☐ クッション ☐ 体位変換（時間毎） ☐ その他（） ☐ なし		
移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
移動（屋外）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 その他（	移動（屋内）	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 その他（
食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
入浴	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	整容	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助
入院前のADL/IADL	☐ 同封の書類をご確認下さい ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（		
ADL・IADLに関する 直近2週間以内の 変化 及び療養生活上の 課題等について	☐ なし ☐ あり		
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要； ☐ 見守ってもらうことなく過ごすことができる ☐ 1日1回様子を確認してもらえば一人で過ごすことが ☐ 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことが ☐ 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことが ☐ 常にみまもりが必要である		
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☐ 年月日はわかる ☐ 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる ☐ 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だか ☐ その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前がわかる ☐ 自分の名前がわからない		
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか ☐ 常に覚えている ☐ たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い ☐ 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すことも ☐ きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せ ☐ 忘れたこと自体を認識していない		
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか ☐ 自由に操作できる ☐ チャンネルの順送りなど普段している操作はできる ☐ 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使え ☐ リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわ ☐ リモコンが何をするものかわからない		
	☐ なし ☐ あり ☐ 不明		
過去半年間における入院	入院頻度（ ☐ 0回 ☐ 1回 ☐ 2回以上） 直近の入院歴 医療機関： 入院期間： ～ 入院理由（		

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・ 本人の趣味・興味・ 関心領域等	同封の書類をご確認ください ☐ 居宅サービス計画(1)～(3) ☐ アセスメントシート（フェイスシート） ☐ その他（ ペット飼育の有無 ☐ なし ☐ あり 特記事項
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	
入院前の家族の 生活に対する意向	

10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

住環境 ※可能ならば「写真」 等添付	住居の種類 （ ☐ 戸建て ☐ 集合住宅 ） 建て 居室 階 エレベーター ☐ なし ☐ あり 特記事
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要 （
退院後の支援者	☐ 家族の支援が見込める （ ☐ 十分 ☐ 一部 ） ☐ 家族以外の支援が見込める （ ☐ 十分 ☐ 一部 ） ☐ 支援は見込めない ☐ 家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外 氏名 続柄 年齢 歳
家族や同居者等による 虐待の疑い	☐ なし ☐ あり （
特記事項	

11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」 への参加	☐ 希望あり 具体的な要望 （
「退院前訪問指導」 を実施する場合の同行	☐ 希望あり 具体的な要望 （

退院支援に用いる基準

基準1 入院前に担当介護支援専門員等がいる場合

下記の判断ができれば、担当介護支援専門員等に退院支援開始の連絡を行う。

「退院ができそう」と判断する基準（医療機関による判断）

- 1、病状がある程度安定した状態である
- 2、在宅等での介護が可能そうである

※判断する前に医師から退院指示が出た場合はすみやかに介護支援専門員等へ連絡

基準2 入院前に担当介護支援専門員等がない場合

（介護保険の認定を受けていない、または介護支援専門員等が決まっていない場合）

⇒下記のいずれかに該当し、主治医もしくは担当医が病状安定と判断した場合、
患者の居住地の市町役場に介護保険申請等の相談に出向くことを勧める ※様式（4）

退院支援が必要な患者の基準

1. 立ちあがりや歩行に介助が必要
2. 食事に介助が必要
3. 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
4. 日常生活に支障きたすような症状がある認知症がある
5. 在宅では独居に近い状況で、調理や掃除など身の周りのことに介助が必要
6. ADLは自立でもガン末期である
7. 新たに医療処置が追加された（膀胱バルーン留置、経管栄養、吸引など）
8. 虐待を受けている又はその疑いがある
9. 医療保険未加入者又は生活困窮者である
10. 同居の有無に関わらず、必要な介護が十分に提供できる状況にない
11. その他患者の状況から判断して上記に準ずると認められる場合

40歳～64歳(第2号被保険者)の場合は、下記の疾病が介護保険申請の条件となります。

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

介護報酬
(居宅介護支援事業所側)

入院

退院

600單位

介護保険担当窓口

伊万里市 健康福祉部 長寿社会課

848-8501 佐賀県伊万里市立花町1355番地1

介護給付係	電話	0955-23-2154	F A X	0955-22-7844
高齢福祉・介護認定係	電話	0955-23-2162	F A X	0955-22-7844
伊万里市地域包括支援センター	電話	0955-23-2155 介護予防係 0955-23-2122 包括支援係	F A X	0955-22-7844

有田町 健康福祉課

844-0027 佐賀県西松浦郡有田町南原甲664番地4
(有田町福祉保健センター内)

健康福祉課 介護保険担当	電話	0955-43-2179	F A X	0955-43-2301
有田町地域包括支援センター	電話	0955-43-2196	F A X	0955-43-2301

医療・介護相談窓口

伊万里有田 在宅医療・介護連携支援センター

848-0027 佐賀県伊万里市立花町通谷1542番地27
組合テナント3号室

電話	090-9562-2459	F A X	0955-35-4148
----	---------------	-------	--------------

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (☐ 要区分変更)			
	氏名	様		歳	☐ 事業対象者	☐ 要支援	☐ 要介護	☐ 申請中 ☐ なし
入院(所)概要	入院・入所先				入院(所)日			退院(所)日
	入院原因疾患(入所目的等)							
	今後の医学管理	医療機関名			方法	☐ 通院	☐ 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③				疾患の状況 ※左記番号記入		安定 (☐) 不安定 (☐)
	移動手段	☐ 自立 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他						
	排泄方法	☐ トイレ ☐ Pトイレ ☐ オムツ ☐ カテーテル・パウチ						
	入浴方法	☐ 自立 ☐ シャワー浴 ☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭のみ ☐ 行わず						
	食事形態	主食	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー ☐ その他()					UDF等の食形態区分
		副食	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー ☐ その他()					UDF等の食形態区分
	嚥下機能	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる				義歯	☐ なし ☐ あり (☐ 部分 ☐ 総)	
	口腔清潔	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 著しく不良 ☐ 口腔清潔				☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	睡眠の状態	☐ 良 ☐ 不良 ()				眠剤の使用	☐ あり ☐ なし	
	認知・精神	☐ 認知機能低下 ☐ せん妄 ☐ 徘徊 ☐ 焦燥・不安 ☐ 攻撃性 ☐ その他 ()						
② 受け止め / 意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知 ☐ あり ☐ なし						
	<本人> 退院後の生活に関する意向							
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方							
	<家族> 退院後の生活に関する意向							

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストマ ☐ 消化管ストマ ☐ 疼痛コントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 ☐ その他 ()						
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☒ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) ☐ ターミナル ☐ その他 ()						
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域訓練(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強訓練 ☐ バランス訓練 ☐ 麻痺・筋緊張改善訓練 ☐ 起立／立位等基本動作訓練 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL訓練(歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 疼痛管理(痛みコントロール) ☐ 更生装具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ その他 ()						
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)				
症状・病状の予後・予測								
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。						
在宅復帰のために整えなければならない要件								
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)					会議出席	
1							☐ 無 ☐ 有	
2							☐ 無 ☐ 有	
3							☐ 無 ☐ 有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

記載者

事業所名

氏名

退院支援チェックリスト(入院時にケアマネジャーがいる場合)

医療機関用

入院者情報 氏名: 要介護状態区分等: 認定の有効期間:～ 年 月 日	ケアマネジャー情報 担当者: 事業所: TEL・FAX等:	医療機関情報 入院年月日: / 担当看護師: 退院調整者:
--	--	--

①入院時の情報提供	ケアマネジャーからの情報提供	☐ あり(/) ☐ なし
		ケアマネジャー来院 ☐ あり(/) ☐ なし

↓

②入院期間見込み	ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) ☐ 未(理由:)
----------	-------------	--

↓

(“病状が安定した、又は在宅介護ができそうな状態である”場合)

③退院支援開始	ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)
---------	-------------	--

↓

④退院前調整 退院見込み日 (/)	退院前カンファレンスの必要性	☐ あり ☐ なし (その理由:)
	サービス、区分変更の必要性	☐ あり ☐ なし (その理由:)
	ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)

↓

退院日時決定 退院日時 (/ , :)	ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)
	看護サマリー等の提供	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)

自宅以外への退院 ケアマネジャーへの連絡 ☐ 済み(/)	☐ 介護保険施設等への入所(施設名:) ※住宅型有料老人ホームの場合は入院前のケアマネジャーが 担当する場合があるため要確認! ☐ 他医療機関へ転院 ☐ 死亡
---	---

2016年1月作成

退院支援チェックリスト(入院時にケアマネジャーがいない場合)

医療機関用

入院者情報 氏名： 入院年月日： / / 担当看護師： 退院調整者：

(40～64歳の場合、介護保険の対象となる特定疾病を確認する ☐ 確認済み)

①-1退院支援の必要性の検討 家族等へ介護保険申請等の相談の連絡	☐ 済み(/)
-------------------------------------	--

↓

①-2患者・病院担当者との面談 ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) 事業所： 担当者： TEL・FAX等： ケアマネジャー来院(/)
--------------------------------	--

↓

(“病状が安定した、又は在宅介護ができそうな状態である”場合)

①-3退院支援開始	ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)
-----------	-------------	--

↓

②退院前調整 退院見込み日 (/)	退院前カンファレンスの必要性	☐ あり ☐ なし (その理由：)
	サービス、区分変更の必要性	☐ あり ☐ なし (その理由：)
	ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)

↓

退院日時決定 退院日時 (/ , :)	ケアマネジャーへの連絡	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)
	看護サマリー等の提供	☐ 済み(/) ケアマネジャー来院(/)

2016年1月作成

退院支援チェックリスト(入院時にケアマネジャーがいる場合)

ケアマネジャー用

入院者情報 氏名: 要介護状態区分等: 認定の有効期間:～ 年 月 日	医療機関情報 病医院名: 入院年月日: / 退院調整者:
--	---------------------------------------

①入院時の情報提供	医療機関への情報提供	☐ 済み(/) ☐ 医療機関訪問(/)
-----------	------------	--

↓

②入院期間見込み	医療機関への確認	☐ 済み(/) ☐ 未(理由:)
----------	----------	--

↓

(“病状が安定した、又は在宅介護ができそうな状態である”場合)

③退院支援開始	医療機関からの連絡	☐ あり(/) ☐ なし ☐ 医療機関訪問(/)
---------	-----------	--

↓

④退院前調整 退院見込み日 (/)	退院前カンファレンスの必要性	☐ あり ☐ なし (その理由:)
	サービス、区分変更の必要性	☐ あり ☐ なし (その理由:)
	医療機関からの連絡	☐ あり(/) ☐ なし ☐ 医療機関訪問(/)

↓

退院日時決定 退院日時 (/ , :)	医療機関からの連絡	☐ あり(/) ☐ 医療機関訪問(/)
	看護サマリー等の提供	☐ あり(/) ☐ 医療機関訪問(/)

自宅以外への退院 医療機関からの連絡 ☐ あり(/)	☐ 介護保険施設等への入所(施設名:) ☐ 他医療機関へ転院(医療機関名:) ☐ 死亡
---	--

2016年1月作成

個人情報の取り扱いについて

医療・介護関係者間の連携においても、個人情報の取り扱いには細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者に不利益となります。そこで、厚生労働省から出されている『**医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス**』ならびに『**「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関するQ & A (事例集)**』を参考下さい。