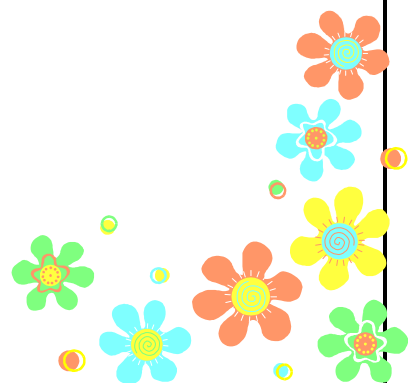


福岡市 入退院時連携の 基本的な進め方の手引き

第 6 版



版数	発行年月	改定内容
第1版	平成27年3月	初版発行
第2版	平成29年4月	P31-37 平成28年診療報酬改定を踏まえ、内容更新
第3版	平成31年4月	P3, P14, P15, P31~P37 平成30年診療報酬・介護報酬改定を踏まえ、内容更新
第4版	令和2年1月	P14 「様式1」入院時/退院時情報提供書を変更
第5版	令和3年12月	令和3年診療報酬・介護報酬改定を踏まえ、内容更新 退院支援スクリーニング票、介護・診療報酬加算を削除
第6版	令和5年12月	P15 「様式2」緊急時連絡先カードを変更

● 目 次 ●

I	はじめに	1
1.	目的	1
2.	使い方	2
	（1）本手引きを利用していただきたい方	2
	（2）支援対象者	2
II	入院前より退院支援に向けてのフロー	3
III	具体的な進め方	4
1.	入院前～入院直後	4
	（1）入院前	4
	（2）入院時の情報提供	4
	（3）入院時の情報収集	5
	（4）退院支援が必要な支援対象者の選定	5
2.	入院1週間まで	6
	（1）病院内の退院支援担当者の決定	6
	（2）退院支援計画書の作成	6
	（3）在宅への移行準備	6
3.	入院中	7
	（1）家族に対する支援	7
	（2）要介護認定申請支援	7
	（3）家屋調査への同行依頼	7
	（4）いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）への支援依頼	7
	（5）支援対象者や家族への教育・指導	8
4.	退院前	9
	（1）退院前カンファレンスの日程調整	9
	（2）退院前カンファレンスの基本的な進め方	10
	（3）退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について	11

（４）カンファレンスの記録作成	1 1
（５）退院に向けての支援	1 1
（６）多職種連携について	1 1
5. 退院	1 3
（１）退院時・退院後の情報共有	1 3
（２）在宅サービスの開始	1 3
6. 医療介護連携にかかる診療報酬・介護報酬加算	1 3

各種様式（例）

○ 様式 1 入院時／退院時情報提供書	1 4
○ 様式 2 緊急時連絡先カード	1 5

参考

○ 参考 1 医療処置別必要な物品リスト（例）	1 6
福祉用具レンタル、購入のチェックリスト（例）	1 7
○ 参考 2 在宅カルテ、ケアノート	1 8

I はじめに

1. 目的

急速な少子高齢化、特に後期高齢者の著しい増加を背景とし、国による医療機能の分化や診療報酬の改定が図られるなど、「病院完結型の医療」から「地域完結型の医療」への移行推進がなされています。

今後、在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者を地域で支える体制を整えるためには、病院スタッフや在宅生活を支えるスタッフによる適切で円滑な入退院支援が重要と考えます。

そこで、入退院支援を行う医療ソーシャルワーカー・看護師等をはじめとする病院スタッフと、ケアマネジャー等在宅生活を支えるスタッフの入院前からの連携強化と適切かつ円滑な入退院支援を目指して「福岡市入退院時連携の基本的な進め方の手引き」を作成いたしました。

この手引きが、入院前から在宅までの切れ目のない支援の提供ならびに、在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者とその家族が、入院から退院後の在宅生活へ安心して移行できるための一助となることを期待します。

2. 使い方

(1) 本手引きを利用していただきたい方

福岡市内で高齢者の退院支援に関わる専門職の方全員。特に新人の職員の方。

例えば、

病院※スタッフの方

- 医師
- 薬剤師
- 看護師
- 医療ソーシャルワーカー（以下、「MSW」という）
- リハビリスタッフ（作業療法士、理学療法士、言語聴覚士）
- 栄養士 など

在宅生活を支えるスタッフの方

- 介護支援専門員（ケアマネジャー）
- いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- かかりつけ医（在宅医）、看護師
- 訪問看護師
- 歯科医師
- かかりつけ薬局薬剤師
- その他介護サービス事業者の方 など



※ 本手引きにおいては、病院や有床診療所など退院支援を行う可能性のある医療機関を、「病院」とし、その医療機関のスタッフを、「病院スタッフ」として表記します。

(2) 支援対象者

本手引きで想定している支援対象者は次のような方です。

- 65歳以上
- 介護保険第2号被保険者で特定疾病に該当する方
- 在宅復帰される方（自宅、住宅型有料老人ホーム、サービス付き高齢者向け住宅など）
- 病院が退院支援を必要と考える場合 など



Ⅱ 入院前より退院支援に向けてのフロー

氏名（ ）

担当者（ ）

在宅(ケアマネジャー)側	時期	医療機関側
☐ 本人・家族同意の上、緊急時連絡先カードを作成し、医療保険証、介護保険証、お薬手帳等と共に保管、受診時携帯するよう伝える(P15、様式2活用) ☐ 本人・家族へ、入院する場合は担当ケアマネジャーへ連絡するよう伝え、医療機関と連携して退院支援することについて承諾を得る	入院前	☐ (必要時)本人・家族へ、入院中の治療等について説明
※「医療機関がケアマネジャーを把握」、又は「ケアマネジャーが入院を把握」、どちらか早い方が連絡		
☐ 入院医療機関へ、連絡窓口、訪問のタイミング、退院に関する連絡等について確認 ☐ 入院医療機関へ、在宅での心身の状況や生活環境等について情報提供(P14、様式1活用) ☐ かかりつけ医をはじめ、在宅生活を支えるスタッフへ入院を伝える	入院直後	☐ 本人・家族へ、退院支援部門紹介 ☐ 介護保険証の確認 ☐ 退院支援に必要な情報提供・収集 ☐ 担当ケアマネジャー、利用中の介護・福祉サービスの把握 ☐ 担当ケアマネジャー等から、医療情報や在宅での生活状況等を情報収集 ☐ 収集した情報から、退院支援対象者、課題を抽出
☐ (入院3日以内に情報提供していない時)入院医療機関へ、在宅での心身の状況や生活環境等について情報提供(P14、様式1活用)	入院1週間まで	☐ 本人・家族へ、病状等について医師より説明 ☐ 在宅への退院可能性を検討し、退院支援の必要性を判断 ☐ 本人・家族へ、退院先の意向確認 ☐ 退院支援に向けた院内調整(退院支援担当者の決定、院内多職種カンファレンス開催等) ☐ 退院支援計画書の作成
☐ 入院医療機関へ退院支援に活用できる情報提供 ☐ 本人・家族や入院医療機関から、入院中の状況について情報収集 ☐ (必要時)退院後の生活の場、療養についての意思決定支援	入院中	☐ 本人・家族へ、退院先の意向を再確認 ☐ 退院前カンファレンス、退院前訪問指導の必要性判断 ☐ (必要時)担当ケアマネジャーへ、退院前カンファレンス参加、退院前訪問指導の同行依頼 ☐ 本人・家族へ、教育・指導(医療処置の手技や介護方法等) ☐ 在宅医療が必要な場合は、かかりつけ医と連携 担当ケアマネジャーがいない場合 ☐ (必要時)要介護認定申請支援 ☐ 担当ケアマネジャー選定の支援(必要時、地域包括支援センターへ支援を依頼)
☐ 本人・家族と面談し、ケアプラン作成に必要な情報収集 ☐ 課題分析、ケアプラン作成、サービス調整 ☐ 退院前カンファレンス参加(ケアプラン原案を持参)	退院約1週間前	☐ 担当ケアマネジャーへ、退院見込みについて連絡 ☐ 退院前カンファレンス開催、開催記録の共有 ☐ 担当ケアマネジャーへ、ケアプラン原案の持参依頼
転院する場合		転院する場合
☐ (必要時)転院先へ、在宅での生活状況等について、情報提供		☐ 担当ケアマネジャーへ、転院について連絡 ☐ 転院先へ、担当ケアマネジャーについて情報提供
☐ サービス担当者会議開催 ☐ 本人・家族、退院元の医療機関、在宅生活を支えるスタッフへ、ケアプランの写しを提供	退院	☐ 退院時の書類確認(退院・退所情報記録書、看護サマリ一、診療情報提供書、訪問看護指示書等) ☐ 担当ケアマネジャー、在宅生活を支えるスタッフへ、必要書類提供
☐ (必要時)ケアプランの見直し ☐ 退院元の担当者へ、退院後の情報、モニタリング結果を報告(報告窓口の確認をしておく) ☐ 主治の医師、歯科医師、薬剤師等へ、服薬状況や口腔機能等の情報提供(担当ケアマネジャーが助言を必要と判断した場合)	在宅サービス利用中	☐ (必要時)退院後訪問指導

※ 病院の機能や対象者の状況によって、退院支援の開始時期や要介護認定申請の時期等は異なります。

Ⅲ 具体的な進め方

1. 入院前～入院直後

(1) 入院前（日頃の備え）

病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフは、日頃より支援対象者の希望する暮らし方や、疾病の受け止め方、治療に対しての気持ち等を確認し、整理しておくことが大切です。その上で、入院時には情報を共有し、共同して入退院時支援を行いましょう。

(2) 入院時の情報提供

支援対象者へのより適切な治療計画や退院支援のために、入院前の情報（在宅生活の状況など）は大変重要です。

ケアマネジャーは、支援対象者が入院した際には、支援対象者・家族の同意を得たうえで在宅での状況について、速やかに情報提供しましょう。また、支援対象者や家族に対して、病院の退院支援部門など相談窓口を知らせておくとい良いでしょう。支援対象者や家族が安心します。

情報提供時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 **様式1**参照）をご参照下さい。

様式1は病院スタッフとケアマネジャーが情報共有し連携するための参考様式です。左右に入院前と退院時の状況を並べて比較できるようにしました。入院直後に、最低限の必要項目を迅速に提供することを目的としています。不足部分は、病院訪問・電話等のやりとりの中で補足しましょう。

入院時情報提供の注意点

- ・出向くのが難しくFAXを利用する場合などは、FAX送信先に連絡をとったうえで、個人情報that特定できないよう工夫をしてから送信しましょう。
- ・ケアマネジャーからの入院時情報提供がない場合は、支援対象者・家族の同意を得て、病院からケアマネジャーに情報提供を依頼しましょう。

病院スタッフが担当ケアマネジャーを把握しやすい工夫を

ケアマネジャーは、支援対象者に「緊急時連絡先カード」（P.15 **様式2**参照）を、医療保険証、介護保険証、お薬手帳等と共に携帯するよう勧めておくことで、入院の際、病院スタッフが担当ケアマネジャーを把握しやすくなります。

（３）入院時の情報収集

病院スタッフは、入院後の早い段階で支援対象者の担当ケアマネジャーを把握し、情報収集及び退院に向けた体制整備について相談を進めることが重要です。

（４）退院支援が必要な支援対象者の選定

入院の段階で、退院支援が必要な患者であるかどうか、退院支援スクリーニング票を用いるなどして判断します。スクリーニングは、入院後できるだけ早期に実施することが望ましいとされています。

退院支援の必要が高いと判断される場合は、主治医と必要性について共有し、退院予定日の確認をしましょう。

退院支援が必要と考えられる例

- １）再入院を繰り返す場合
- ２）がんや難病のように、進行する疾患を抱えながら在宅療養する場合
- ３）医療管理・医療処置等が継続する場合
- ４）入院前と比べて ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要な場合
- ５）排泄に介助を要する場合
- ６）独居、または家族と同居であっても、必要な介護を十分に受けられる状況にない場合
- ７）生活困窮者
- ８）虐待を受けている又はその疑いがある場合
- ９）要介護状態であるが、介護保険が未申請な場合
- １０）認知症や誤嚥性肺炎などの急性呼吸器感染症がある場合
- １１）緊急入院



など

2. 入院 1 週間まで

（１）病院内の退院支援担当者の決定

病院によって、退院支援部門に「看護師」、「MSW」の職種が配置されている場合があります。退院後に必要な医療処置への対応調整や支援対象者・家族への教育等は「看護師」が担当し、生活支援に重点がある場合には主に「MSW」が担当するなど、必要な支援内容によって役割分担する場合がありますが、いずれにしても、支援対象者や地域からわかりやすい相談窓口が求められます。

病院におけるわかりやすい退院支援窓口（担当者決め）が重要

（２）退院支援計画書の作成

病棟看護師、退院支援担当者は、入院から 1 週間を目途に、退院までの課題、目標設定、予想される退院先、退院後に利用が予想されるサービス等について記載した「退院支援計画書」の作成に着手します。

作成した計画は、支援対象者・家族と共有し、退院に向けたスケジュールについて共通理解を図ります。

また、入院が長期になった場合や支援対象者・家族の状況に変化があった場合には、「退院支援計画書」の見直しが必要です。

（３）在宅への移行準備

在宅への移行準備において重要なポイント

- ・ 支援対象者や家族が納得して在宅生活へ移行できるよう支援すること
- ・ 支援対象者の希望する生活が送れるよう、多職種が連携すること

病院スタッフは、支援対象者の退院にあたり、支援対象者や家族の意向を確認し、希望する生活が送れるように、必要な医療や介護サービス等が適切に受けられるよう体制を整える必要があります。

その際、支援対象者や家族が「お世話になった」という思いなどから病院担当者の提案等をそのまま受け入れてしまい、本心による決断ができていない場合があることに留意し、本心を汲み取るよう心がけることも重要です。

また、介護保険の認定の有無を確認しておきましょう。

3. 入院中

支援のポイント

退院後の在宅生活について具体的なイメージがもてるよう支援することが重要

（１）家族に対する支援

支援対象者の情報のみでなく、家族関係や家族介護力、家族の意向等に関する情報は、支援の方向性や内容を決めるうえで重要な情報です。さらに、支援対象者の在宅生活を支援するためには、家族を含めて支援する視点が重要となります。

また、家族の介護負担や不安を軽減する視点での支援も積極的に行う必要があります。そのため入院中に把握できた家族情報などは、最大限在宅生活を支えるスタッフと共有することが大切です。

（２）要介護認定申請支援

要介護認定をもっていない方等で、在宅サービスが必要な場合には、要介護認定申請やケアマネジャー決定のための支援（居宅介護支援事業所の紹介など）を行います。

とくに、ケアマネジャーが新たに決まる場合や、入院によって状態変化がある場合には、まず支援対象者・家族、病院の主担当者、ケアマネジャーの三者によって今後の方針を決めるための打ち合わせを持ち、次の段階で、支援対象者を担当する複数の病院スタッフ・在宅生活を支えるスタッフによるカンファレンスを開催すると、より円滑に支援が進みます。

（３）家屋調査への同行依頼

在宅復帰に際して、快適な生活が送れるように、家屋内の段差解消や手すりの設置などの住宅改修や福祉用具の活用を検討する場合があります。病院の理学療法士等が家屋調査を行う場合に、担当ケアマネジャーが同行することで、スムーズに情報共有ができるでしょう。

（４）いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）への支援依頼

介護保険非該当で気になる方、要支援の認定を受けられた方、適切なサービス利用につながらないなどの状況にある場合は、いきいきセンターふくおかへ支援依頼しましょう。

なお、支援困難な方の場合、ケアマネジャーからいきいきセンターふくおかへ相談することもあります。

（５）支援対象者や家族への教育・指導

退院にあたり、支援対象者や家族が在宅で利用する医療機器の操作等を習得することが必要な場合があります。なかには、在宅で使用する機器を病院で練習することもあります。その際、訪問看護師も立ち会えば、退院後の医療処置がよりスムーズになるのはもちろん、支援対象者や家族の大きな安心にもつながります。（医療処置別必要な物品リスト P.16 [参考1](#)参照）在宅での介護方法やリハビリについても、入院期間中に指導を実施しておくことで、支援対象者が安心して退院することができます。



退院日について

日曜日は、サービス提供できる事業所が少なく、退院当日からのサービス利用の調整がつかない、また緊急時に連絡が取りづらいなどの状況が考えられます。一方で、退院に付き添う家族等の都合もあり、支援対象者に応じて退院日を調整することが好ましいといえます。

4. 退院前

1週間前を目途（病状が落ち着き退院の方向性が決定したら）に、退院前カンファレンスを実施しましょう。

退院前カンファレンスとは、支援対象者の入院中に病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフが情報共有を行い、支援対象者の退院に向けて、また在宅生活開始に向けての方針等を検討・共有する場です。病院側が場の設定を行います。

退院前カンファレンスを踏まえて、在宅生活を支えるスタッフによる受け入れ準備が行われ、また、病院側でも必要な支援対象者への教育や指導・調整を行うことになります。

（１）退院前カンファレンスの日程調整

退院前カンファレンスは病院の退院支援担当者から関係者に連絡をします。在宅サービス事業者などに対しては、支援対象者の担当ケアマネジャーを通じて連絡してもらうのも効果的です。

想定される参加者は…

- ・支援対象者・家族など

病院スタッフ

- ・医師
- ・病棟の看護師
- ・退院支援看護師
- ・MSW
- ・リハビリスタッフ
- ・薬剤師
- ・栄養士
- など

在宅生活を支えるスタッフ

- ・かかりつけ医（在宅医）、看護師
- ・訪問看護師
- ・ケアマネジャー
- ・いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）の職員
- ・歯科医師
- ・かかりつけ薬局薬剤師
- ・介護サービス事業者
- ・その他の専門職（栄養士、住宅改修・福祉用具レンタル・医療機器レンタルの事業者等、支援対象者の状況に応じて調整） など

＊家族は、事情によっては参加しないケースもありますが、家族が参加することで在宅生活に対する意向や不安を明確にでき、よりスムーズな支援につながります。

（２）退院前カンファレンスの基本的な進め方

退院前カンファレンスでは、基本的には以下のような点について報告、確認していきます。「１時間程度」の時間がかかることもあるようですが、「１５～２０分程度」を目標に設定するという方法をとっている病院もあるようです。

関係者の負担を軽減し、効果的な話し合いの場とするには、「３０分程度」での実施が望ましいため、事前準備等を整えて臨みましょう。

退院前カンファレンスの流れ

- １）出席者の紹介
- ２）入院時の主な病状の経過
- ３）現在の日常生活の自立度と必要な支援内容
- ４）病状・予後についての説明と支援対象者・家族の理解
- ５）在宅生活に対する支援対象者・家族の意向
- ６）退院後の受診先（または訪問診療医）
- ７）在宅療養の方針やリハビリテーションの方針
- ８）在宅での薬剤管理・服薬支援
- ９）家族への医療処置、介護方法の指導状況及び家族の習得状況
- １０）今後の課題
- １１）在宅療養におけるリスクと予防策、対応策
- １２）緊急時の体制（＊）
- １３）在宅生活の目標と必要なサービス
- １４）（必要に応じて）在宅の限界点（再入院または施設入所を検討する状況）
- １５）病院スタッフへの質問
- １６）在宅生活を支えるスタッフへの質問



＊退院前に、緊急連絡先・連絡方法・移送方法などを、支援対象者・家族・在宅生活を支えるスタッフ間で確認し、連絡先一覧を共有しておくことも重要です。（緊急時として、容体の急変、家族の健康上の問題、医療機器のトラブル、災害時などが考えられます。）

効率的効果的な退院前カンファレンス

- ・退院支援の担当者は、伝えたい情報の要約や尋ねたい内容の箇条書きなどの準備を行う。
- ・支援対象者や家族も含め、参加者全員が理解できる共通言語（略語や専門用語は、使わない）で話す。

（３）退院前カンファレンスの開催時期・開催回数について

退院前カンファレンスの開催時期は、原則的には在宅生活を支えるスタッフが支援対象者の退院に向けて受け入れ準備・在宅環境整備を行う都合上、退院日から逆算して約１週間前が理想的です。

ただし、治療状況などにより在院期間が短い場合や認知症の症状などで退院意向が強く急に退院が決まる可能性もあります。比較的在院期間が長い場合は、複数回開催することもあります。一律に時期を決めることはできませんが、支援対象者の状況に応じて、早めに関催できるように努めましょう。また、出席者の日程調整や準備を円滑に行えるよう、早めに関催日程を関係者に伝えるようにしましょう。

（４）カンファレンスの記録作成

カンファレンス終了後には、話し合われた内容について記録を作成し、参加者および参加できなかった人、支援対象者・家族にも配布し、共有することはより望ましいことです。カンファレンス時と同様に、略語や専門用語の使用は控え、平易な言葉を使うように留意しましょう。

また、特に在宅療養におけるリスクとその対応策については、整理して支援対象者・家族に伝えましょう。文書を準備するとよりよいでしょう。この点が明確になると、支援対象者・家族は安心感を得ることができます。

（５）退院に向けての支援

担当ケアマネジャーは、病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談を通して情報を収集します。

情報収集時は「入院時／退院時情報提供書」（P.14 様式1）をご参照下さい。収集した情報は在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医・介護保険事業者等との情報共有のために活用します。

（６）多職種連携について

支援対象者が住み慣れた地域で、安心して自分らしく生活していくためには、医療・介護に携わる多職種が綿密な連携体制をとり、支援していくことが重要です。多職種間で共通認識を持つと同時に役割の確認が必要となります。退院前カンファレンスは多職種連携の一例です。

また、在宅支援が困難なケースについては、管轄のいきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）が、ケアカンファレンス等を開催し、支援対象者・家族、多職種に、地域の支援者も加えたチームケアを編成することもあります。退院支援の際に築いた多職種連携のネットワークを退院後も活かし、退院後の状況を確認して、退院前カンファレンスでの方向性が正しかったかどうか検証しましょう。

■ ■ コラム：市内での退院前カンファレンス参考事例 ■ ■

◎退院前カンファレンスに参加する「在宅生活を支えるスタッフ」の職種に応じて、「病院スタッフ」の出席者をあわせる工夫をしている場合があります。

たとえば、在宅生活を支えるスタッフとして「かかりつけ医（在宅医）」「訪問看護師」「訪問リハビリ職員」「かかりつけ薬局薬剤師」が参加する場合、病院スタッフも「医師」「看護師」「リハビリ職」「薬剤師」が参加するとしています。同じ職種同士で話すことにより、引き継ぎがスムーズになっているようです。

◎病院の医師とかかりつけ医（在宅医）が出席のもと、医師同士または出席者全員で情報を共有することで、退院後の支援対象者の生活の質が向上する場合があります。必要に応じて積極的にカンファレンスを活用しましょう。

◎ケアマネジャーがいない場合、介護保険以外のサービス調整に重点がある場合など「いきいきセンターふくおか（地域包括支援センター）」に関わってもらうことも重要です。

◎地域の民生委員、近隣者などインフォーマルな支援者が在宅支援に携わる予定があり、支援対象者の病状等の情報を踏まえていただくことや関係者間の顔合わせなどが今後の支援において有効と考えられる場合などは、支援対象者・家族の同意を得るなど退院元病院に必要な手続きを確認し、退院前カンファレンスに同席していただくことを検討するとより良いと考えられます。

◎退院前カンファレンスまでの間に、退院支援部門担当者とケアマネジャー（またはいきいきセンターふくおかの職員等）の間で、支援対象者の意向と家族の意向に相違がないかなどの確認をしておくことも重要です。



5. 退院

（１）退院時・退院後の情報共有

病院スタッフは、必要に応じて看護サマリーなどの書類をケアマネジャー等に渡しましょう。（急な退院の場合や１回のカンファレンスでは十分に情報収集できない場合があります。）

ケアマネジャーは、病院の退院支援部門とかかわった場合や、退院前カンファレンスを行った場合は、必要に応じてケアプランの写しを病院スタッフに渡しましょう。

また、病院スタッフにとっても退院後の支援対象者の状況は気になるものです。ケアマネジャーは必要に応じて、退院後の状況について病院スタッフに情報提供を行いましょう。

必要な際の再入院や緊急時対応、レスパイト機能の面からも、病院スタッフと在宅生活を支えるスタッフの継続的な連携は重要です。退院後に病状が急変し入院が必要な場合に、どのように対応するかをかかりつけ医（在宅医）と病院の医師が打ち合わせておくことは、支援対象者や家族の安心感につながります。

（２）在宅サービスの開始

福岡市では、「介護支援専門員手引書（在宅版）」を作成しています。在宅でのケアマネジメント業務でぜひご活用ください。

<https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/jigyousyasido/health/00/05/5-010108.html>

関係者間の連携には、ケアマネジャーなどが主導して、連絡ノートを準備することがあります。急ぐ内容であれば、電話などによる連絡が必要ですが、急を要さない内容については、連絡ノートを活用し、情報共有に努めましょう。（「ケアノート」や福岡市医師会方式「在宅カルテ」もご活用ください。P.18 参考2参照）

6. 医療介護連携にかかる診療報酬・介護報酬加算

入退院支援加算等についての診療報酬、介護報酬は、厚生労働省の告示、通知等をご確認ください。

厚生労働省

診療報酬改定について

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000106602.html>

介護報酬改定について

https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00034.html

入院時/退院時情報提供書（様式1）、緊急時連絡先カード（様式2）

- ケアマネジャーと病院スタッフが情報共有し、連携するための参考様式として作成しました。（A4版）
- 左右に入院前と退院前の状況を並べて比較できるように工夫しました。ケアマネジャーの「入院時情報連携加算」、「退院・退所加算」の算定に必要な情報を記載できるようにしました。

入院時/退院時情報提供書									
御中					退院が決まり次第ご連絡いただくと幸いです。又、以下のチェック項目について希望しますので、ご連絡をお願いします。				
以下の情報は本人及び家族の同意に基づいて提供しています。					☐ 院内の多職種カンファレンスへの参加 ☐ 退院前カンファレンスへの参加 ☐ 退院前訪問指導を実施する場合の同行				
ふりがな		性別		生年月日					
氏名		男・女		明・大・昭 年 月 日（ 歳）					
住所		(TEL)		家族構成（同居家族は○で囲む ★キーパーソン=KP）					
緊急連絡先		続柄（ ） TEL 自宅							
		続柄（ ） TEL 自宅							
経済状況		年金 有（ ） ・ 無（ ） その他（ ）		☐ 日中独居 生活保護（担当CW） 退院後の主介護者：					
住宅環境		一戸建て・集合住宅（ 階） ・ エレベーター（有・無）		住宅改修：有（ ） ・ 無（ ）					
介護認定		要支援・要介護（ ） 認定期間（ ）		申請中（新規・更新・区分変更）／自己負担（ 割）					
障害者等		自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M（医師の判断・ケアマネジャーの判断）					
障害等認定		身障（ ） 級・精神（ ） 級・療育（有・無） ・ 原爆 ・ 特定疾患（ ）							
▽入院時情報提供欄 ※別添資料：無・有 → 枚					▼退院時情報欄（ケアマネジャーが収集した情報をまとめる欄です）				
情報提供事業所名					入院(所)機関名				
担当ケアマネジャー					TEL FAX				
TEL 入院日 年 月 日(入院歴 年 月 日～ 年 月 日)					入院期間 年 月 日～ 年 月 日(予定)				
入院頻度 高い・低い(これまでにもある・今回が初めて)					手術 有(手術名) ・ 無()				
医療機関・主治医名： (TEL) 外来・訪問診療					医療機関名： (外来・訪問診療)				
かかりつけ医 医療機関・主治医名： (TEL) 外来・訪問診療					主病名 治療中の疾患 ① ② ③				
服薬状況 服薬：無・有、管理：自立・介助(介助者)					疾患の状況(番号記入) 安定() , 不安定()				
飲み忘れ等：なし・時々・多い・服薬拒否					症状・病状の予後・予測： (感染症、投薬の注意事項(薬剤名、薬剤の剤形、投薬経路等)等)				
介護サービス利用状況 訪問介護(/週) 内容： 訪問看護(/週) 内容： 通所介護(/週) 通所リハ(/週) 福祉用具() その他()					特別な医療 点滴管理 自己注射 中心静脈栄養 透析 排便コントロール 酸素療法 ストマ(尿路、消化管)の処置 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 喀痰吸引 その他()				
麻痺の状況 なし 軽度 中度 重度 褥瘡の有無 有 無					【特記事項】 (導入予定の医療サービス、病状・障害・後遺症等の受け止め方等)				
移動・移乗 自立 見守り 一部介助 全介助 手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子					移動・移乗 自立 見守り 一部介助 全介助 手引き・杖・歩行器・シルバーカー・車椅子 (独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)				
更衣・整容 自立 見守り 一部介助 全介助 入浴不可(シャワー・清拭)					入浴 自立 見守り 一部介助 全介助 入浴の制限 無・有(シャワー・清拭・その他)				
食事 自立 見守り 一部介助 全介助 嚥下(良・不良) 咀嚼(良・不良) 水分とろみ(有・無) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 制限 無・有(塩分・水分・その他())					食事 自立 見守り 一部介助 全介助 嚥下状態(良・不良) 咀嚼(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 制限 無・有(塩分・水分・その他()) (制限の内容、UDFの食形態区分等)				
口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助 清掃(良・不良) 義歯(有・無)					口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助 清掃(良・不良) 入院中の義歯使用(有・無)				
排尿 自立 見守り 一部介助 全介助 オムツ・パット：常時・夜間・未使用					排尿 自立 見守り 一部介助 全介助 オムツ・パット・尿器：常時・夜間・未使用				
排便 自立 見守り 一部介助 全介助 ポータブル：常時・夜間・未使用					排便 自立 見守り 一部介助 全介助 ポータブル：常時・夜間・未使用				
視力 普通・視力低下あり・眼鏡(有・無)・全盲					認知・精神面 認知機能低下 せん妄 焦燥・不穏 攻撃性 その他()				
聴力 普通・やや難聴・難聴・補聴器(有・無)					夜間の状況 良眠・不眠() 眠剤使用 無・有				
コミュニケーション 言語(問題無・やや難・困難) 意思疎通(問題無・やや難・困難)					リハビリの視点 リハビリ 無・有(頻度) 運動制限 無・有				
認知 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 大声を出す					関節可動域練習 筋力増強練習 バランス練習 麻痺・筋緊張改善練習				
精神面 妄想 幻視・幻聴 昼夜逆転 その他()					起居/立位等基本動作練習 摂食・嚥下訓練 言語訓練				
介護力 見込める・一部見込める・見込めない(状況：)					ADL練習() IADL練習() 痛みコントロール				
その他(本人の望む暮らし・心身状況・生活環境・家族や同居者等による虐待疑い・医療処置及び注意点等)					退院後の生活 本人： 家族： 療養上の注意点(退院後に必要な医療処置や看護、退院に際しての日常生活の阻害要因、在宅復帰のために整えなければならない要件等)				
提供日 年 月 日					聞取日 1 年 月 日 2 年 月 日 3 年 月 日				
					☐ 会議出席 提供を受け ☐ 会議出席 た職種・ ☐ 会議出席 氏名				

【注】入院時情報連携加算、退院・退所加算の算定には、国の通知等に定める算定条件を満たす必要があります。

- 支援対象者が入院した際に、ケアマネジャーが**支援対象者・家族の同意を得た上**で在宅での状況について、病院スタッフに情報提供を行う際に活用してください。
- 入院直後に、最低限の必要項目を迅速に提供することを目的としています。不足部分は、病院訪問・電話等のやりとりの中で補足しましょう。

- 退院に向けての支援において、担当ケアマネジャーが病院を訪問し、カンファレンスや病院スタッフとの面談を通して情報収集する際に活用してください。
- 収集した情報は、在宅でのサービス計画作成やかかりつけ医・介護サービス事業者等との情報共有のために活用しましょう。

緊急時連絡先カード（様式２）
●入院時に、病院が担当ケアマネジャーを把握しやすくするためのツールとして、緊急時連絡先カードを作成しています。 ●ケアマネジャーが記入する場合は、支援対象者や緊急連絡先の方の同意を得た上で記入してください。 ●ケアマネジャーから支援対象者に、記入済の「緊急時連絡先カード」を医療保険証、介護保険証、お薬手帳等と共に携帯することをお勧めください。携帯があれば、入院の際、病院スタッフが担当ケアマネジャーを把握しやすくなります。 ●医療保険証と共に携帯しやすいサイズになっています。

緊急時連絡先カード		記入日 年 月 日	
フリガナ			
ご本人氏名			
ご本人連絡先	☎		
緊急連絡先			
連絡先①	フリガナ		続柄
	氏名		
	自宅☎		
	携帯☎		
連絡先②	フリガナ		続柄
	氏名		
	自宅☎		
	携帯☎		
かかりつけ医			
(あれば) 利用中の訪問看護ステーション			
☎ () ☎ ()			
その他			
() いきいきセンター ☎ ()			
担当ケアマネジャー ☎ ()			

https://www.city.fukuoka.lg.jp/fukushi/chiikihoken/health/00/04/4-040103_2.html

在宅で各種医療処置を維持継続していく場合に必要となる可能性のある物品等をリスト化しておく、退院時の準備、情報共有が円滑になります。以下は、医療処置別必要な物品リストの例です。

医療処置別必要な物品リスト(例)

◇人工呼吸器を装着している方の場合

チェック欄	物品リスト
	人工呼吸器
	人工呼吸器回路
	発電機(外部バッテリー)
	人工鼻(必要時)
	パルスオキシメーター
	アンビューバック
	蒸留水

◇人工肛門を造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	ストーマ袋(パウチ)
	ワンピースタイプ
	ツーピースタイプ
	皮膚保護材(必要時)
	潤滑剤(必要時)
	微温湯
	石鹸

◇気管切開をしている方の場合

チェック欄	物品リスト
	ガーゼ綿棒
	吸入器
	カニューレ(サイズ)
	手袋
	蒸留水
	アルコール綿
	吸入時の薬剤
	カフ用注射器
	消毒液

◇人工膀胱の方の場合

チェック欄	物品リスト
	集尿袋(レッグバック)
	集尿袋(ウロガード)
	テープ(医療用)
	フィルムドレッシング剤
	消毒液
	滅菌ガーゼ
	アルコール綿
	剥離剤洗浄クリーム

◇在宅酸素(HOT)を利用している方の場合

チェック欄	物品リスト
	酸素濃縮装置
	酸素ボンベ
	携帯用酸素ボンベ
	パルスオキシメーター
	トラキマスク
	延長チューブ
	カニューラ

◇胃ろうを造設している方の場合

チェック欄	物品リスト
	イリゲーター
	チューブ
	注射器
	とろみ剤
	カフ確認用注射器
	(ボタン式は注入用チューブ必要)
	蒸留水
	綿棒
	ガーゼ
	薬剤溶解ボトル
	消毒液
	栄養剤
	白湯等

◇膀胱カテーテルを留置している方の場合

チェック欄	物品リスト
	尿道カテーテル 号数
	蓄尿バッグ
	固定液
	注射器
	滅菌綿棒
	消毒液
	潤滑油(キシロカインゼリー)
	鑷子(セッシ)

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

◇

チェック欄	物品リスト

福祉用具レンタル, 購入のチェックリスト(例)

◇福祉用具のレンタルの必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ベッド(2モーター、3モーター)
	ベッド付属品(マット、手すり、介助バー)
	車椅子(自走用、介助用)
	リクライニング式車椅子
	車椅子付属品
	移動用リフト
	スロープ
	歩行器
	徘徊感知器
	手すり
	その他

◇福祉用具購入の必要性の検討

チェック欄	物品リスト
	ポータブルトイレ
	シャワーチェアー
	浴槽台
	その他

福岡市医師会では、かかりつけ医（在宅医）と多職種の情報共有に用いる様式として「在宅カルテ」を作成しています。在宅生活を支える多職種の連携にぜひ活用してください。

(<http://www.city.fukuoka.med.or.jp/zaitakukarute/>)

在宅カルテの概要 ～福岡市医師会ホームページより～

- ・「在宅カルテ」は、福岡市医師会が、在宅医療においてより質の高い包括的な医療を提供するために、訪問診療を実施しているかかりつけ医を中心に在宅医療に関わる多職種が、支援対象者の医療・介護情報等を共有し、スムーズな連携を図るための連携ツールとして考案したものです。
- ・訪問診療を実施しているかかりつけ医が必要と判断した場合に活用します。
- ・「在宅カルテ」は、支援対象者宅に保管し、在宅療養を支援する上で、他の職種と共有したい情報、連絡事項を記載します。
- ・受診時やデイケア等を利用する時など、支援対象者が持参する時以外は、支援対象者宅に保管します。（原則持ち出し禁止）

ICTを活用した多職種連携の推進～在宅連携支援システム「ケアノート」～

福岡市が運用している、要支援・要介護高齢者のご家族や、医療・介護関係者が、パソコンやスマートフォン等で、高齢者ご本人に関する情報を本人同意のもと共有するシステムです。行政からの介護保険情報が掲載されるほか、ご家族、医療・介護関係者が保有する情報を提供・共有し合うことで、医療・介護関係者の負担の軽減が図れます。

（ケアノートポータルサイト：<https://carenote.city.fukuoka.lg.jp/index.html>）

【ケアノート利用イメージ】



令和 5 年 1 2 月

発行 福岡市福祉局高齢社会部地域包括ケア推進課