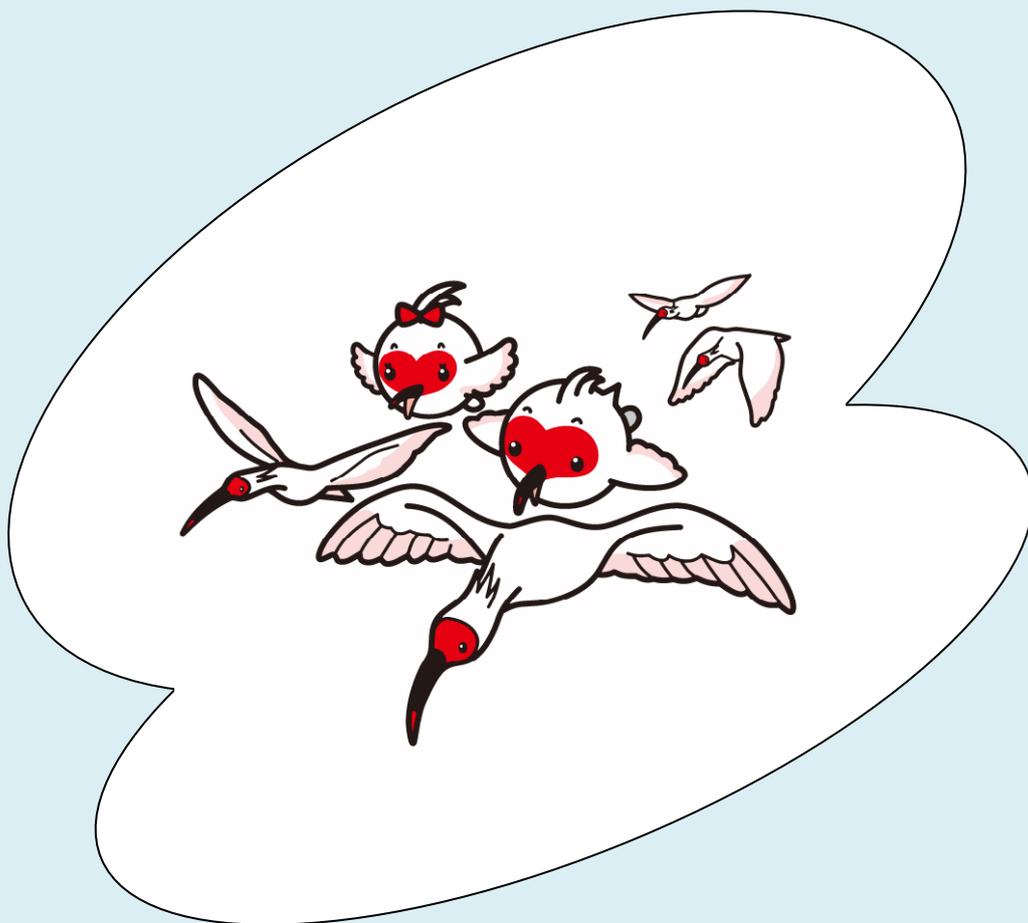


佐渡地域 入退院調整ルール ガイドライン



平成31年4月 作成

(令和4年7月 内容更新)

佐渡市 高齢福祉課

— 目 次 —

1.	はじめに	・・・	P 1
2.	入退院調整ルール之目的	・・・	P 1
3.	在宅編 … 病院と居宅介護支援専門員等による入退院調整の流れ		
	① 概 要	・・・	P 2
	② 対応表（担当者が決まっている場合）	・・・	P 3
	③ 対応表（担当者が決まっていない場合）	・・・	P 4
	④ 退院支援が必要な患者の基準	・・・	P 5
	⑤ 入院及び退院調整用 関係機関連絡先	・・・	P 6～8
4.	施設編 … 病院と介護保険等施設による入退院調整の流れ		
	① 概 要	・・・	P 9
	② 対応表	・・・	P10
	③ 入院及び退院調整用 関係機関連絡先	・・・	P11～13
5.	入退院調整ルールに関する留意事項	・・・	P14
6.	参考様式		
	① 入院時情報提供書	・・・	P15～P18
	② 退院調整情報共有書	・・・	P19～P22

1. はじめに

佐渡地域においては円滑で効果的な入退院調整の実施のため、管内病院と介護支援専門員が『入退院調整ルール』を策定し、平成27年4月より運用しています。この『入退院調整ルール』の稼働後は毎年10月に実態調査を行い、その結果として入退院調整漏れ率が減少し、医療・介護の連携が進んでいることが確認されています。

また、管内病院と管内介護保険等施設においても平成30年9月より同様の取り組みを試験的に行っているところです。

高齢化がますます進む一方で支援のための社会資源が不足する中、高齢者が安心して暮らせる地域づくりのためには、医療・介護の連携がますます重要となります。

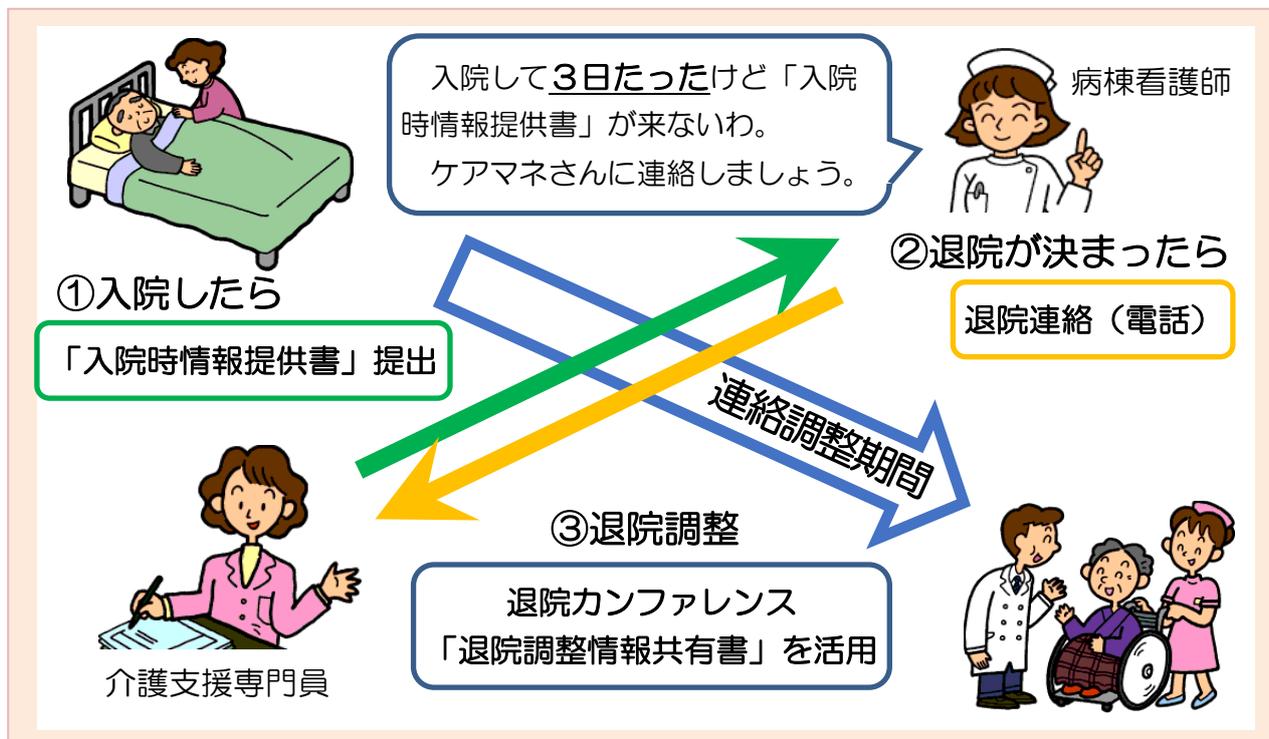
そこで、この度、このルールの運用について、それぞれの役割や連携方法を記載しましたガイドラインを作成いたしました。ご活用いただき、より良い佐渡版地域包括ケアシステムの構築を目指して参りますので、よろしくお願いいたします。

2. 入退院調整ルールの目的

- 1 支援の必要な方への退院調整ルールを策定することで、病院から介護支援専門員への引き継ぎなしに退院する患者の減少を目指す。
- 2 結果として円滑な在宅生活への移行や在宅ケアの負担軽減を図る。また、本取組を通して、病院、介護関係者、行政等の連携体制の構築を目指す。
- 3 サマリーの提供を減らし、看護師の負担を軽減する。

3. 在宅編・・・病院と介護支援専門員による入退院調整の流れ

① 概要



☆ 対象者

(入院時)

原則、全例に対して行う。ただし、状況によっては病棟と話し合い、ケースバイケースの対応とするが、必ず何らかの方法で連絡をとる。

(退院時)

原則、介護保険サービス利用者全例に対して行う。ただし、状況によっては病棟と話し合い、ケースバイケースの対応とする。病院からの連絡先は、入院前の介護支援専門員とする。

- ① 入院時、介護支援専門員は「入院時情報提供書」で病院へ在宅時の情報を提供。
(入院後3日経過しても入院時情報提供書の提出がない場合は、病棟から介護支援専門員へ連絡をする。)
- ② 入院後1～2週間時点(退院5日以上前)で病棟から介護支援専門員へ退院について連絡する。(在宅に退院する可能性があるという状態での連絡)
- ③ 担当看護師、介護支援専門員、患者本人(家族)等により退院カンファレンスを実施する。(経過と現状、今後の見通し、在宅移行上の課題等を検討。)
- 退院カンファレンスでは「退院調整情報共有書」の記載事項の確認を行う。「退院調整情報共有書」は介護支援専門員が聞き取り記載する。

② 対応表（担当者が決まっている場合）

	病院 (病棟看護師・入退院調整担当者)		担当者 (ケアマネ、地域包括支援センター)
1		普段から	<ul style="list-style-type: none"> ★ 日頃よりサービス利用者またはその家族に対して、入院したら担当ケアマネ等の氏名や連絡先を病院へ伝えていただくよう、協力を求める。 ★ 担当ケアマネ等の名刺や名前・連絡先を記入したメモを、介護保険証・健康保険証やお薬手帳と一緒に保管し、入院の際には持参するよう依頼しておくことも効果的である。
2	<p>入院連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院後3日を経過しても担当者から情報提供がない場合は病院から連絡を入れる。 	入院時	<p>入院時情報提供書の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院を把握したら3日以内に病院へ提供（原則持参、または『さどひまわりネット』の利用）
3	<p>退院時（見込）連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院後1～2週間時点（退院5日以上前）で病棟看護師が判断し、担当者に電話連絡する。 <p>退院カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院担当者は「退院調整情報共有書」に必要な情報を準備の上、在宅担当者と面談を行う。 	退院時（退院支援）	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院予定の連絡あり ○ 在宅への退院に向けた準備開始 <p>退院調整情報共有書の記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 原則として、担当者が記入する。
4		退院	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプランの作成

③ 対応表（担当者が決まっていない場合）

	病院 (病棟看護師・入退院調整担当者)		担当者 (ケアマネ、地域包括支援センター)
1	<p>★ 患者・家族等への聞き取り、介護保険証等により、在宅担当者がいないこと（未認定、介護保険サービス未利用など）を確認。</p>	入院時	
2	<p>退院連絡の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 「退院支援が必要な患者の基準」をチェック。 ○ 病棟看護師により在宅退院ができると判断。 <p>在宅担当者への連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 本人または家族が依頼したい居宅介護支援事業所（ケアマネ）を決めている場合は、その事業所へ直接連絡。 ○ 上記以外は、各地域を管轄する「地域包括支援センター」へ連絡。 <p>退院時（見込）連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 入院後1～2週間時点（退院5日以上前）で病棟看護師が判断し、担当者に電話連絡する。 <p>退院カンファレンスの実施</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 病院担当者は「退院調整情報共有書」に必要な情報を準備の上、担当者と面談を行う。 	退院時 (退院支援)	<ul style="list-style-type: none"> ○ 病院から退院予定の連絡あり。 ○ 在宅への退院に向けた準備開始。 <p>退院調整情報共有書の記載</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ 原則として、担当者が記入する。(退院カンファレンスにて聞き取り。)
3		退院	<ul style="list-style-type: none"> ○ ケアプランの作成

④ 退院支援が必要な患者の基準

入院前から「担当者（ケアマネジャー等）」が決まっている場合

- 入院前から「担当者」と契約している患者は、すべて対象とする。
- ただし、状況によっては病院と在宅担当者で話し合い、双方了解した場合はケースバイケースの対応とするが、必ず何らかの方法で連絡をとること。

入院前から「担当者（ケアマネジャー等）」が決まっていない場合

（要介護認定を受けているが、介護サービスを利用していない場合を含む）

- ① 必ず退院調整が必要な患者（要介護）
※以下の項目より、1項目でも該当。（さらに重度も含む）
 - ・ 立ち上がりや歩行に介助が必要。
 - ・ 食事に介助が必要。
 - ・ 排泄に介助が必要。あるいはポータブルトイレを使用中。
 - ・ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下。
- ② ①以外で見逃してはいけない患者（要支援の一部）
 - ・ 在宅では、独居かそれに近い状況で、調理や掃除等、身の回りの事に介助が必要な患者。
 - ・ （ADLは自立でも）がん末期患者、新たに医療処置（経管栄養、吸引など）が追加された患者。

在宅退院可能の判断基準について

- 病棟看護師が「在宅退院ができる」と判断する基準は『在宅での介護が可能そうである。』ということからとする。
- 上記により、入院後1～2週間時点（退院5日以上前）で病棟看護師が判断するが、あくまで目安で「在宅に退院する『可能性がある』」という状態での連絡となる。

退院カンファレンスについて

- 基本的には「初期面談」として、患者のプライバシーに配慮したうえで、患者のベッドサイド等で①担当看護師、②担当者、③患者本人の三者で経過と現状の確認、大まかな見通しと在宅移行する上での課題について情報交換する。必要時、家族の参加も得ることとし、その際の家族への連絡は、病院からだけでなく担当者も協力することとする。（家族が参加しない場合は、内容を看護師から家族に伝えること。）
- 上記で必要となったケースのみ、多職種（ケースに必要な関係者）を参集したカンファレンスを開催する。

<病院・有床診療所>

施設名	所在地	代表電話番号 (FAX 番号)	部門別 電話番号	連絡窓口	電話対応 可能時間
佐渡市立 両津病院	〒952-0007 佐渡市浜田 177-1	23-5111 (23-3070)		①受け持ち看護師 ※不在時はチーム看護師で 対応 ②病棟看護師長・主任	月～金 祝日除く 9:00～16:00
佐渡市立 相川診療所	〒952-1531 佐渡相川広間町 7	74-3121 (内線 354、355)		看護部長	月～金 祝日除く 9:00～17:00
佐渡総合病院	〒952-1209 佐渡市千種 161	63-3121 (63-6349)	【相談室】 63-6344 【病棟】 代表電話番号 より各病棟へ	【相談室】 メディカルソーシャルワーカー (MSW) 【病棟】 担当チーム看護師 患者名を伝えてもらえ ば、電話を受けた者が、責 任を持って対応をする。	8:30～17:00
南佐渡地域 医療センター	〒952-0504 佐渡市羽茂本郷 22	88-3121 (88-2153)		病棟看護師	10:00～16:00
真野みずほ 病院	〒952-0313 佐渡市真野 73	55-1122 (55-1133)		①看護師長 ②看護師長不在時は代理看 護師	【日程調整】 8:30～9:00 【情報確認】 13:30～14:00



<地域包括支援センター>

施設名	所在地	電話番号 (FAX番号)	担当地区
佐渡東地域包括支援センター (両津福祉センターしゃくなげ内)	〒952-0006 佐渡市春日 1150-20	23-5515 (23-5523)	両津
佐渡西地域包括支援センター (佐渡市役所佐和田行政サービスセンター内)	〒952-1314 佐渡市河原田本町 394	57-8152 (57-8151)	相川、佐和田 金井
佐渡中地域包括支援センター (畑野母子健康センター内)	〒952-0206 佐渡市畑野甲 531-2	58-7173 (58-7174)	新穂、畑野 真野
佐渡南地域包括支援センター (佐渡市役所羽茂支所内)	〒952-0504 佐渡市羽茂本郷 550	88-3844 (88-3837)	小木、羽茂 赤泊

<居宅介護支援事業所>

施設名	所在地	電話番号 (FAX番号)
社協ケアプランセンターしゃくなげ	〒952-0006 佐渡市春日 1150-20	23-5550 (23-5523)
佐渡市介護老人保健施設すこやか両津	〒952-0006 佐渡市春日 1137-4	23-5171 (23-2870)
居宅介護支援事業さど	〒952-0014 佐渡市両津湊 343-45	27-7774 (27-7791)
佐渡市立両津病院	〒952-0007 佐渡市浜田 177-1	23-5111 (23-3070)
居宅介護支援事業所親里	〒952-0015 佐渡市住吉 126-2	24-7310 (24-7311)
居宅介護支援事業所コンパス	〒952-3422 佐渡市城腰 376	67-7207 (67-7208)
ケアプラン後藤	〒952-3422 佐渡市城腰 161-1	58-9146 (58-9147)
社協ケアプランセンター天領	〒952-1511 佐渡市相川羽田町 57-1	74-0955 (67-7077)
大浦の里	〒952-1646 佐渡市相川大浦 533-2	74-0108 (74-0128)
居宅介護支援 高千の里	〒952-2214 佐渡市高千 1048-1	61-6100 (61-6101)
老介護とき居宅介護支援事業所	〒952-1304 佐渡市下長木 466-1	51-0097 (51-0170)
やはたの里	〒952-1313 佐渡市八幡町 340	51-1200 (51-1201)
ケアプランかず	〒952-1322 佐渡市石田 35-6	58-7004 (52-6979)

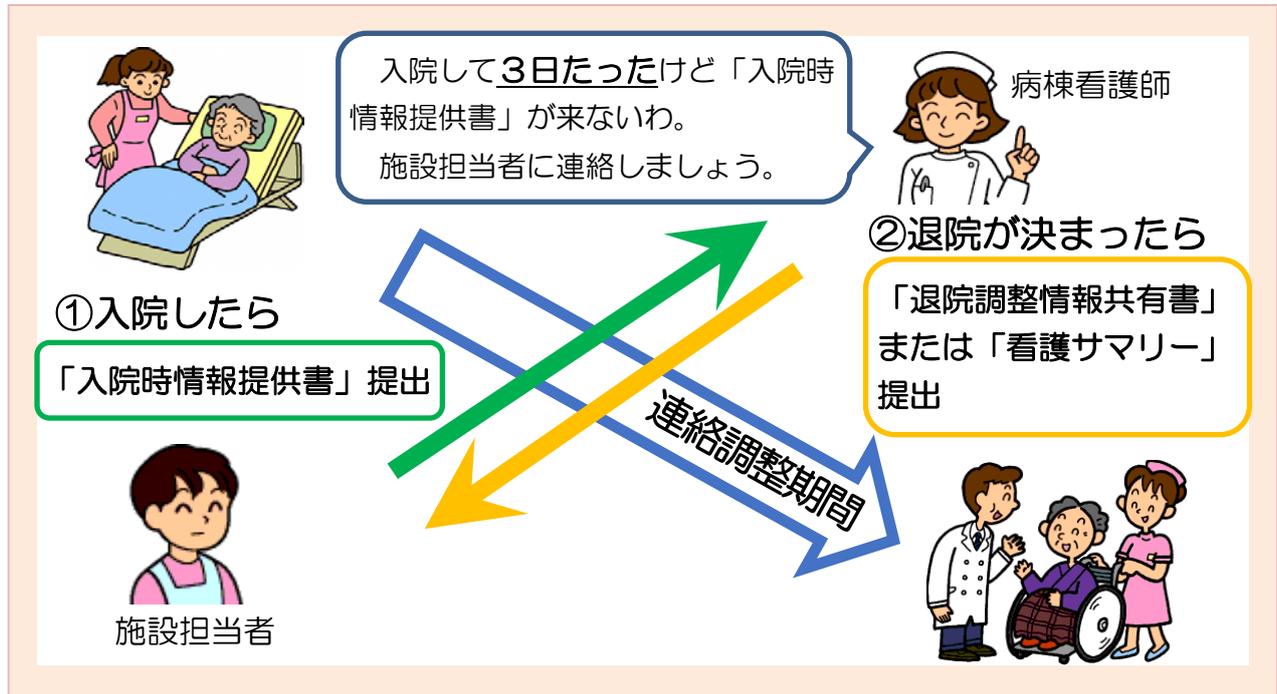
施設名	所在地	電話番号 (FAX 番号)
ツクイ佐渡中央	〒952-1212 佐渡市泉 918-1	61-1717 (63-5157)
有限会社ケアプラン事務所きくち	〒952-1212 佐渡市泉乙 593-2	63-5724 (63-5725)
社協ケアプランセンターなごみ	〒952-1314 佐渡市河原田本町 394	58-7135 (57-8151)
居宅介護支援 ふれあい館	〒952-1209 佐渡市千種 58-1	63-2300 (63-3180)
居宅介護支援事業所 新穂愛宕の園	〒952-0106 佐渡市新穂瓜生屋 339-2	24-6380 (24-6431)
ケアプランセンターなんだい	〒952-0206 佐渡市畑野甲 452-6	66-4182 (66-4184)
社協ケアプランセンターきずな	〒952-0305 佐渡市長石 211-2	51-2100 (55-3965)
真野の里	〒952-0318 佐渡市真野新町 624-2	55-4146 (55-4147)
居宅介護支援事業 おけさ	〒952-0604 佐渡市小木町 1973	86-1113 (86-1112)
社協ケアプランセンターおもと	〒952-0504 佐渡市羽茂本郷 550	88-3818 (88-3837)
はもちの里	〒952-0504 佐渡市羽茂本郷 25	88-3811 (88-3814)
居宅介護支援 南佐渡	〒952-0504 佐渡市羽茂本郷 190-1	88-3660 (88-3660)
スマイル赤泊	〒952-0706 佐渡市徳和 6207-2	87-2530 (87-3471)

<小規模多機能型居宅介護>

施設名	所在地	電話番号 (FAX 番号)
ささえ愛はよし	〒952-0004 佐渡市羽吉 1198	67-7410 (67-7410)
ささえ愛あいの山	〒952-1206 佐渡市大和 1213	63-6655 (63-6655)
小多機うしろやま	〒952-0212 佐渡市宮川 1062	67-7813 (67-7815)

4. 施設編・・・病院と介護保険等施設による入退院調整の流れ

① 概要



☆ 対象者

(入院時)

原則、全例に対して行う。ただし、状況によっては病棟と話し合い、ケースバイケースの対応とするが、必ず何らかの方法で連絡をとる。

(退院時)

原則、介護施設等への退院全例に対して行う。ただし、状況によっては病棟と話し合い、ケースバイケースの対応とする。病院からの連絡先は、入院前の介護施設等とする。

- ① 入院時、施設担当者は「入院時情報提供書」で病院へ情報を提供。
(入院後3日経過しても入院時情報提供書の提出がない場合は、病棟から介護施設等へ連絡をする。)
- ② 入院後1～2週間時点(退院5日以上前)で病棟から介護施設等へ退院について連絡する。
- ③ 「退院調整情報共有書」または「看護サマリー」により、病棟から介護施設等へ情報を提供。

② 対応表

	病院 (病棟看護師・入退院調整担当者)		介護施設等担当者 (入退所調整担当者)
1		普段から	★ 緊急の入院に備え、「入院時情報提供書」に記載できる情報は記入しておく。
2	入院連絡 ○ 入院後3日を経過しても介護施設等担当者から情報提供がない場合は病院から連絡を入れる。	入院時	入院時情報提供書の提供 ○ 入院を把握したら3日以内に病院へ提供（原則持参、または『さどひまわりネット』の利用）
3	退院時（見込）連絡 ○ 入院後1～2週間時点（退院5日以上前）で病棟看護師が判断し、在宅担当者に電話連絡する。 退院調整情報共有書または看護サマリーの提供 ○ 原則として、病棟看護師が記入する。	退院時 (退院支援)	○ 病院から退院予定の連絡あり ○ 施設への退院に向けた準備開始
4		退院	



＜病院・有床診療所＞

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
佐渡総合病院	総合サポートセンター	63-3121	8:30～17:00 (月～金、祝日除く)
両津病院	入退院支援室	23-5111(代表)	9:00～17:00 (月～金、祝日除く)
真野みずほ病院	外来(認知症に関しては認知症疾患 医療センター)	55-1122(代表) (55-1133)	8:30～17:00 (月～金、祝日除く)
相川診療所	看護部長	74-3121 (内線 354、355)	9:00～17:00 (月～金、祝日除く)
南佐渡地域医療 センター	他院からの転院を希望する場合は、事前にセンター長の外来を家族受診していただき、後日センター長が入院日を決定し、病棟看護師(師長又は代理)が連絡を入れるようになっている。(連絡は 11:00～15:00 内科外来へ) 88-3121(代表)		

＜介護老人福祉施設（特別養護老人ホーム）＞

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
特別養護老人ホーム 歌代の里	介護老人福祉施設	23-5151	8:30～17:15
	短期入所生活介護		
特別養護老人ホーム 大浦の里	本館(長期入所)	74-0108	平日 8:30～17:15 (緊急を要する場合、 土日祝日でも対応出 来る場合もあり)
	本館(短期入所)	(74-0128)	
	二号館(長短期)	74-2303 (74-2360)	
特別養護老人ホーム やはたの里	長期入所	51-1200	8:30～17:15
	短期入所		
特別養護老人ホーム 新穂愛宕の園	本館	24-6430	8:30～17:30
	ショートステイ	(24-6431)	
	式号館	24-6133 (24-6134)	
特別養護老人ホーム 真野の里	本館長期入所	55-4015	平日 8:30～17:15
	本館短期入所	(55-2363)	
	二号館	51-5015 (51-5016)	
特別養護老人ホーム はもちの里	長期入所(ときめき館舎)	88-3811	8:30～17:30 (緊急時は宿直者対応)
	短期入所		
特別養護老人ホーム スマイル赤泊	長期入所	81-5750	平日 8:30～17:15
	短期入所	(87-3471)	

<地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護>

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
金泉ふれあいの杜	介護支援専門員兼 生活相談員 施設長	61-3300	8:30～17:30
ミニ特養うしろやま	生活相談員	67-7812 (67-7815)	8:30～17:30

<介護老人保健施設>

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
佐渡市介護老人保健施設 すこやか両津	介護支援係長	23-5171	平日・日曜・祝日 8:30～17:30 (土曜日、時間外は 左記電話番号に連絡 すれば施設から担当 者に連絡)
介護老人保健施設親里	入所	24-7310 来所 居宅、包 括、病院から紹 介	8:30～17:30 (各担当は決まっ ているが、土日祝日も 交替で相談員が出 勤、対応可能)
	通所		
介護老人保健施設相川愛広苑	支援相談員	61-2800 郵送、来所	8:45～17:30 (月～土) ※祝日除く
介護老人保健施設さど	支援相談員	61-1111	月～金 8:30～17:00

<短期入所（単独型）>

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
老人短期入所施設すみよし	生活相談員	24-7310	8:30～17:30
小木短期入所施設つくし	管理者	86-3870	8:30～17:30

<認知症対応型共同生活介護（グループホーム）>

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
グループホームさど	管理者	27-7776	8:30～17:30
グループホームななうら	管理者 介護支援専門員	76-1170 (76-1171)	8:30～17:30
けあビジョンホーム佐渡八幡	管理者	51-5511 (51-5577)	8:30～17:30

施設名称		窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
ツクイ佐渡かない グループホーム	1階	管理者	61-1631	8:30～17:30
	2階	介護支援専門員	(61-1632)	
けあビジョンホーム佐渡		ホーム長兼管理者	61-1000 (61-1010)	8:30～17:30
グループホームはたの		管理者	81-1108 (81-1101)	8:30～17:30
グループホームまの		管理者	55-3100 (55-3120)	8:30～17:30 (他時間帯も用件を 受けることは可能)
グループホーム ふれあい館はもち	1階	管理者	88-1500	8:30～17:30
	2階	管理者	(88-1500)	

<小規模多機能型居宅介護>

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
ささえ愛はよし	介護支援専門員 計画作成担当者	67-7410	8:30～17:30 (緊急時はそれ以外 も可能)
ささえ愛あいの山	介護支援専門員	63-6655	8:30～17:30
小多機うしろやま	管理者 介護支援専門員	67-7813 (67-7815)	8:30～17:30

<有料老人ホーム>

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
十季のあかり佐渡	施設長、有料老人 ホーム管理者	67-7355	8:30～17:30
住宅型有料老人ホームあすかの郷	センター長 係長	58-7223	8:30～17:30

<その他施設>

施設名称	窓口担当者	電話番号 (FAX 番号)	連絡可能な時間帯
サービス付き高齢者向け住宅 おけさの里	施設長	86-1111	月～土 9:00～17:30 (9:00 まではミライ が実施)
軽費老人ホームときわ荘	養護係長	66-3830	平日 8:30～17:15
佐渡市養護老人ホーム待鶴荘	佐渡市高齢福祉課 高齢福祉係	63-3790 (各支所、行政 SC も可)	平日 8:30～17:15

5. 入退院調整ルールに関する留意事項

① 実態調査について

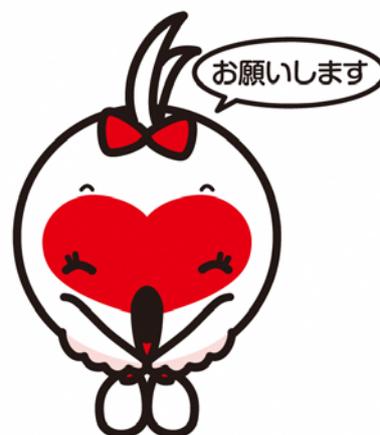
- ・ 本ルールは1年に1回、実態を調査し、実態把握により課題の整理とルール・様式等の改定について検討を行い、より望ましい連携体制の構築を目指す。
- ・ 調査対象期間については、毎年10月1日～31日までの1カ月間とする。

② 運用ルールについて

- ・ 本ルールの対象者については原則、全例に対して行うこととする。
ただし、状況によっては病棟と話し合い、双方了解した場合はケースバイケースの対応とするが、必ず何らかの方法で連絡をとること。
なので、病院・介護施設の状況によっては今まで通りの情報提供でも可とする。

③ 様式の記入について

- ・ 様式について、原則として「入院時情報提供書」または「退院調整情報共有書」を使用することとするが、内容の記入については現状で把握している範囲（記入できる範囲）で記入をして提出することとする。足りない情報は互いに連絡を取り合い確認する。



6. 参考様式 ① 入院時情報提供書（チェック式）

入院時情報提供書（担当→医療機関）

※添付書類 ケアプラン1表・2表・3表(コピー) 興味関心チェックシート(コピー) お薬手帳(コピー) 住環境に関する写真 その他()

病院担当者様

(記入日: 令和 年 月 日 / 入院日: 令和 年 月 日)

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用ください。

担当者(職・氏名) (フリガナ)	電話番号
事業所名	FAX番号

【担当より、医療機関の方へお願い】

- ・退院が決まりしだい、連絡をお願いします。必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。
- ・「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひ同行させて下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名 (フリガナ)	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 生
住環境※可能ならば「写真」などを添付	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅(2階居住)	段差 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	エレベーター <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	・住まいに関する特記事項 ()		ひまわりネットの加入	
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
担当ケアマネジャー	氏名: (施設名)	病院患者番号等		
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
障がい高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2			
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()			
サービス利用状況 (予定)	<input type="checkbox"/> 訪問介護 : () 回 / 週・月	<input type="checkbox"/> 通所介護 : () 回 / 週・月		
	<input type="checkbox"/> 訪問看護 : () 回 / 週・月	<input type="checkbox"/> 通所リハ : () 回 / 週・月		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ : () 回 / 週・月	<input type="checkbox"/> 短期入所 : () 回 / 週・月		
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 : () 回 / 週・月	<input type="checkbox"/> 小規模多機能 : () 回 / 週・月		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 : ()	<input type="checkbox"/> 施設入所 : ()		
	<input type="checkbox"/> その他 : ()			
入院に至った経緯				
既往歴 (全科) ※入院歴含む				
医療処置 <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡() <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル (最終交換日:) <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化器ストーマ <input type="checkbox"/> 排便コントロール (最終排便日:) <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()			

2. 家族の情報について

家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居	主介護者(年齢)	(歳)
		キーパーソン (連絡先)	氏名 (続柄/年齢) (/ 歳) ()

3. 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(・管理者:) ・管理方法: ()		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない		
お薬に関する特記事項			

4. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名	電話番号
医師名 (フリガナ)	診療方法 ・頻度 <input type="checkbox"/> 受診 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度=() 回 / 月・週

裏面へ続きます

5. 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	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	拘縮の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
ADL	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		<input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	
食事内容	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養					
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量: 割)					
	副食	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他()					
		<input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量: 割) (軟食対応)					
水分制限	<input type="checkbox"/> 水分制限(ml/日) <input type="checkbox"/> とろみ剤使用						
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠状態	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良()	眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	睡眠時間	時間/日	
喫煙量	本くらい/日あたり			飲酒量	合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題無し	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	メガネ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題無し	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	言語	<input type="checkbox"/> 問題無し	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	コミュニケーションに関する特記事項:		
	意志疎通	<input type="checkbox"/> 問題無し	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 転落 <input type="checkbox"/> その他() (具体的に:)						
自由記載							

6. 本人／家族の意向について

本人の性格／ 趣味・関心領域など	
本人の生活状況	
入院前の 本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

7. 今後の生活展望について(担当からの意見)

在宅生活に 必要な要件	
家族の介護力※	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他()
特記事項 (特に注意すべき点など)	

8. カンファレンスについて(担当からの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望()

9. 備考(自由記載)

--

(令和 年 月 日 現在の状況)

6. 参考様式 ② 入院時情報提供書（選択式）

入院時情報提供書（担当→医療機関）

※添付書類 ケアプラン1表・2表・3表（コピー） 興味関心チェックシート（コピー） お薬手帳（コピー） 住環境に関する写真 その他（ ）

病院担当者様

（記入日：令和 年 月 日 / 入院日：令和 年 月 日）

利用者（患者）／家族の同意に基づき、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

担当者（職・氏名） <small>（フリガナ）</small>	電話番号
事業所名	FAX番号

【担当より、医療機関の方へお願い】

- 退院が決まりしだい、連絡をお願いします。必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。
 「退院前訪問指導」を実施する場合は、ぜひ同行させて下さい。

1. 利用者（患者）基本情報について

患者氏名 <small>（フリガナ）</small>	年齢	歳	性別	
	生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 生
住環境※可能ならば「写真」などを添付	戸建	段差	あり	エレベーター なし
住まいに関する特記事項（ ）				
入院時の要介護度	ひまわりネットへの加入		病院患者番号等	
担当ケアマネジャー	氏名： <small>（施設名）</small>			
認知症高齢者の日常生活自立度	障がい高齢者の日常生活自立度	障害など認定		なし
介護保険の自己負担割合	年金などの種類		<small>（その他、生活保護など）</small>	
サービス利用状況（予定）	サービス	頻度		
	□なし			
	□福祉用具	:()	□施設入所	:()
□その他 : ()				
入院に至った経緯				
既往歴（全科） ※入院歴含む				
医療処置	医療処置			
	□なし			
	□尿道カテーテル（最終交換日： ）		□排便コントロール（最終排便日： ）	
□褥瘡() □その他()				

2. 家族の情報について

家族構成	独居	主介護者（年齢）	(歳)
		キーパーソン	氏名 (続柄/年齢) (/ 歳)
		(連絡先)	()

3. 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
薬剤管理	自己管理
服薬状況	居宅療養管理指導 なし
お薬に関する特記事項	

4. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名	電話番号
医師名 <small>（フリガナ）</small>	診療方法・頻度

裏面へ続きます

5. 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	拘縮の有無	なし	食事内容	食事制限1	なし			
ADL	移動	自立	移動手段		食事制限2	普通食			
	移乗	自立			主食	米飯			
	更衣	自立	起居動作			自立			
	整容	自立	褥瘡の有無			副食1	通常		
	入浴	自立				副食2			
	食事	自立	咀嚼状況		水分制限1	なし			
			水分制限2						
口腔	嚥下機能	むせない	口腔清潔	良	義歯	なし	口臭	なし	
排泄	排尿	自立	排便	自立	ポータブルトイレ	なし	オムツ/パッド	なし	
睡眠状態	良				眠剤の使用	なし	睡眠時間	時間/日	
喫煙量	本くらい/日あたり				飲酒量	合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	眼鏡	なし	言語	問題なし			
	聴力	問題なし	補聴器	なし	意思疎通	問題なし			
	特機事項								
療養上の問題	療養上の問題 (具体的に: _____)								
自由記載									

6. 本人／家族の意向について

本人の性格／ 趣味・関心領域など	
本人の生活状況	
入院前の 本人の意向	
入院前の家族の意向 (特に生活について)	

7. 今後の生活展望について(担当からの意見)

在宅生活に 必要な要件	
家族の介護力 □なし	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他(_____)
特記事項 (特に注意すべき点など)	

8. カンファレンスについて(担当からの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	希望なし
「退院前カンファレンス」への参加	希望なし 具体的な要望(_____)

9. 備考(自由記載)

--

(令和 年 月 日 現在の状況)

6. 参考様式 ② 退院調整情報共有書（チェック式）

退院調整情報共有書 （記入日：令和 年 月 日）

1. 利用者（患者）基本情報について						
患者氏名	(フリガナ)		年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
			生年月日	明・大・昭・平	年	月 日 生
			ひまわりネットへの加入		<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明	
介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更 <input type="checkbox"/> 新規申請 <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 担当ケアマネ ()			認定日	令和 年 月 日	
				有効期間	令和 年 月 日 ～令和 年 月 日	
家族構成			キーパーソン (本人との続柄)	()		
			連絡先氏名 (電話番号)	①	()	
			②	()		
今回入院の原因となった病名・症状			既往歴 (全科)	※年時で記載		
			感染症 (発症部位)	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他() (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)		
入院日	令和 年 月 日		退院予定日	令和 年 月 日		
病院主治医 (病院名)	()	在宅主治医 (病院名)	()	退院後の 通院先		
病院から患者への 病状説明内容						
本人の受け止め方	(病気)		(障害・後遺症)		病名告知	
					<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
家族の受け止め方						
退院後の生活に関する本人の意向						
退院後の生活に関する家族の意向						
入院から退院 までの経過	(退院後に必要と思われる問題や禁忌事項等)					
症状・病状の 予後・予測	(医療機関からの見立て・意見等(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のか。合併症、良くなっていく方向か、ゆっくり落ち着いていく方向なのか、など)					
退院処方	別紙参照(添付) ※薬の使用法に関する指示事項等					

裏面へ続きます

2. 退院後に必要な事柄	
医療処置 □ なし	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡() <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化器ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()
※上記チェックあるものに関しては、具体的に記載	(在宅及び施設で継続されるための要件) (指導内容・理解の状況) ※本人・家族の理解:
看護の視点 □ なし	<input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔・排泄等における指導) <input type="checkbox"/> その他()
※上記チェックあるものに関しては、具体的に記載	(看護の視点から考えられる今後の課題など)
リハビリの視点 (退院後に必要な事柄)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ⇒ ありの場合、リハビリ目標(リハビリから確認()) <input type="checkbox"/> 運動制限なし <input type="checkbox"/> 運動制限あり ⇒ 部位・状態等()
※上記チェックあるものに関しては、具体的に記載	(リハビリの視点から考えられる今後の運動制限、禁忌事項、注意事項など)

3. 退院時の状況								
ADL等	自立	見守り	一部介助	全介助	状況			
移動手段	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手を引く <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> シルバーカー使用 <input type="checkbox"/> ストレッチャー			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 部分義歯()		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 一般入浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 制限内容()	(最終入浴日) 令和 年 月 日		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> リハビリパンツ(<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿便パウチなど() <input type="checkbox"/> 下剤()		(最終排泄日)	
尿意	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし			便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	令和 年 月 日	
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
					食事内容	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養
						主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量: 割)	
						副食	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付) (摂取量: 割) (軟食対応)	
水分制限	<input type="checkbox"/> 水分制限(ml/日) <input type="checkbox"/> とろみ剤使用							
服薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
睡眠	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良			眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 屯用 <input type="checkbox"/> 毎晩		
療養上の問題 □ なし	<input type="checkbox"/> 幻視幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()							

9. 備考(自由記載)	
記入者名	(フリガナ)
	病院・事業所名

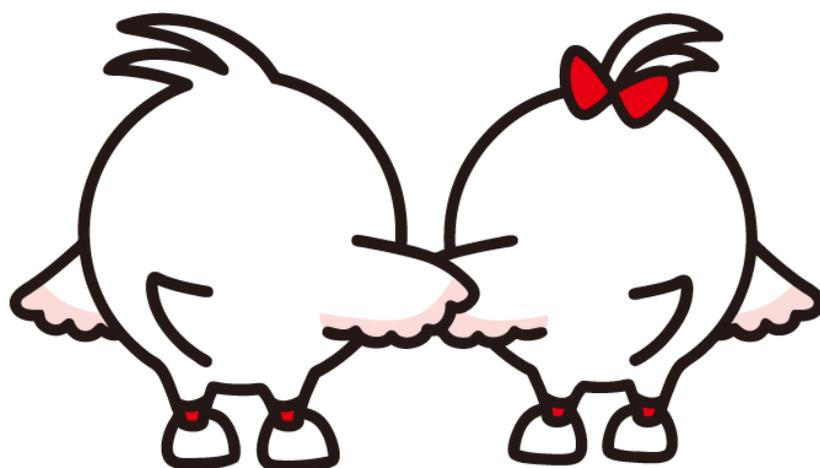
6. 参考様式 ② 退院調整情報共有書（選択式）

退院調整情報共有書 （記入日：令和 年 月 日）

1. 利用者（患者）基本情報について

患者氏名	(フリガナ)		年 齢	歳	性 別	
			生年月日	昭和	年	月 日 生
			ひまわりネットへの加入		不明	
介護保険	介護保険	認定日	令和	年	月	日
	担当ケアマネ（			有効期間	令和	年 月 日 ～令和 年 月 日
家族構成			キーパーソン (本人との続柄)	()		
			連絡先氏名 (電話番号)	①	()	
				②	()	
今回入院の原因と なった病名・症状			既往歴 (全科)	※年時で記載		
			感染症 (発症部位) □なし	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> 梅毒 <input type="checkbox"/> その他(水虫 (<input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)		
入院日	令和	年	月	日	退院予定日	令和 年 月 日
病院主治医 (病院名)	()	在宅主治医 (病院名)	()	退院後の 通院先		
病院から患者への 病状説明内容						
本人の受け止め方	(病気)		(障害・後遺症)		病名告知	
					なし	
家族の受け止め方						
退院後の生活に 関する本人の意向						
退院後の生活に 関する家族の意向						
入院から退院 までの経過	(退院後に必要と思われる問題や禁忌事項等)					
症状・病状の 予後・予測	(医療機関からの見立て・意見等(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のか。合併症、良くなっていく方向か、ゆっくり落ち着いていく方向なのか、など)					
退院処方	別紙参照(添付) ※薬の使用方法に関する指示事項等					

裏面へ続きます



『入退院調整ルール』にかかると関係者検討会

【お問い合わせ】

佐渡市 高齢福祉課 地域包括ケア推進室 地域包括ケア推進係

電話：0259-63-3790 FAX：0259-63-5121

E-mail：r-care@city.sado.niigata.jp