

医療・介護の連携に向けた  
在宅療養に係る

# 入退院支援手順書



令和2年1月  
宇都宮市地域包括ケア推進会議  
地域療養支援部会

# はじめに

高齢化が急速に進展する中、国では、高齢者が、介護が必要になっても、住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができるよう、「医療」「介護」「介護予防」「住まい」「生活支援」が包括的に確保される「地域包括ケアシステム」の構築を進めています。

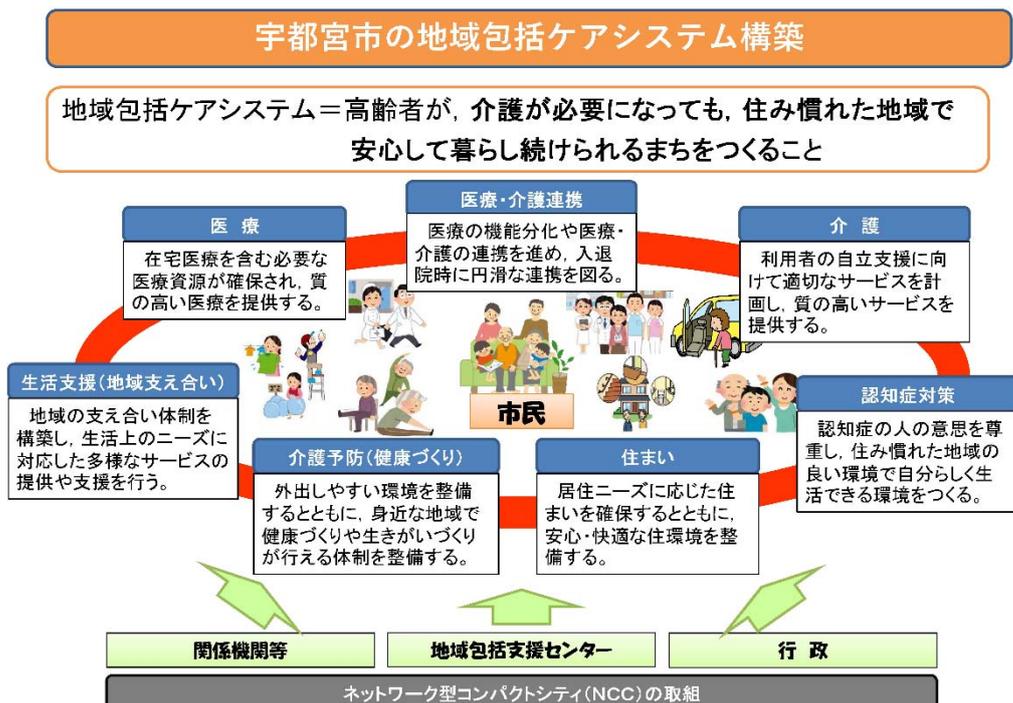
本市では、この5つの分野に、看取りを含めた在宅での療養生活を支える上で重要となる「医療・介護連携」と、75歳以上の高齢者の増加に伴いさらに取組の重要性が高まる「認知症対策」を加えた7つの分野において重点的に取組を進めているところです。

今後、ますます高齢化が進むことにより、医療や介護を必要とする高齢者の更なる増加が見込まれますが、これらの高齢者が、住み慣れた地域で、自分らしく暮らし続けるためには、地域の医療・介護の関係機関の連携を進め、在宅医療と介護を一体的に提供する体制を整備・推進していくことが重要です。

このような中、本市では、市民が医療機関から切れ目なく在宅療養に移行できるよう、患者の入退院時に、医療・介護従事者間において共有すべき情報や、情報提供の時期などをルール化した「医療・介護の連携に向けた在宅療養に係る退院支援手順書」を作成し、平成28年（2016年）から運用を開始しました。

この度、運用開始から4年目を迎え、その間医療・介護連携支援ステーション等、医療・介護連携に係る新たな機能が追加されたほか、診療報酬及び介護報酬の改定が行われたことを踏まえ、より現場の実態に即した内容となるよう、見直しを行いました。

本手順書を、医療機関と介護サービス事業所との連携強化や、円滑な入退院支援に向けて活用いただければ幸いです。



# 目次

## <本編>

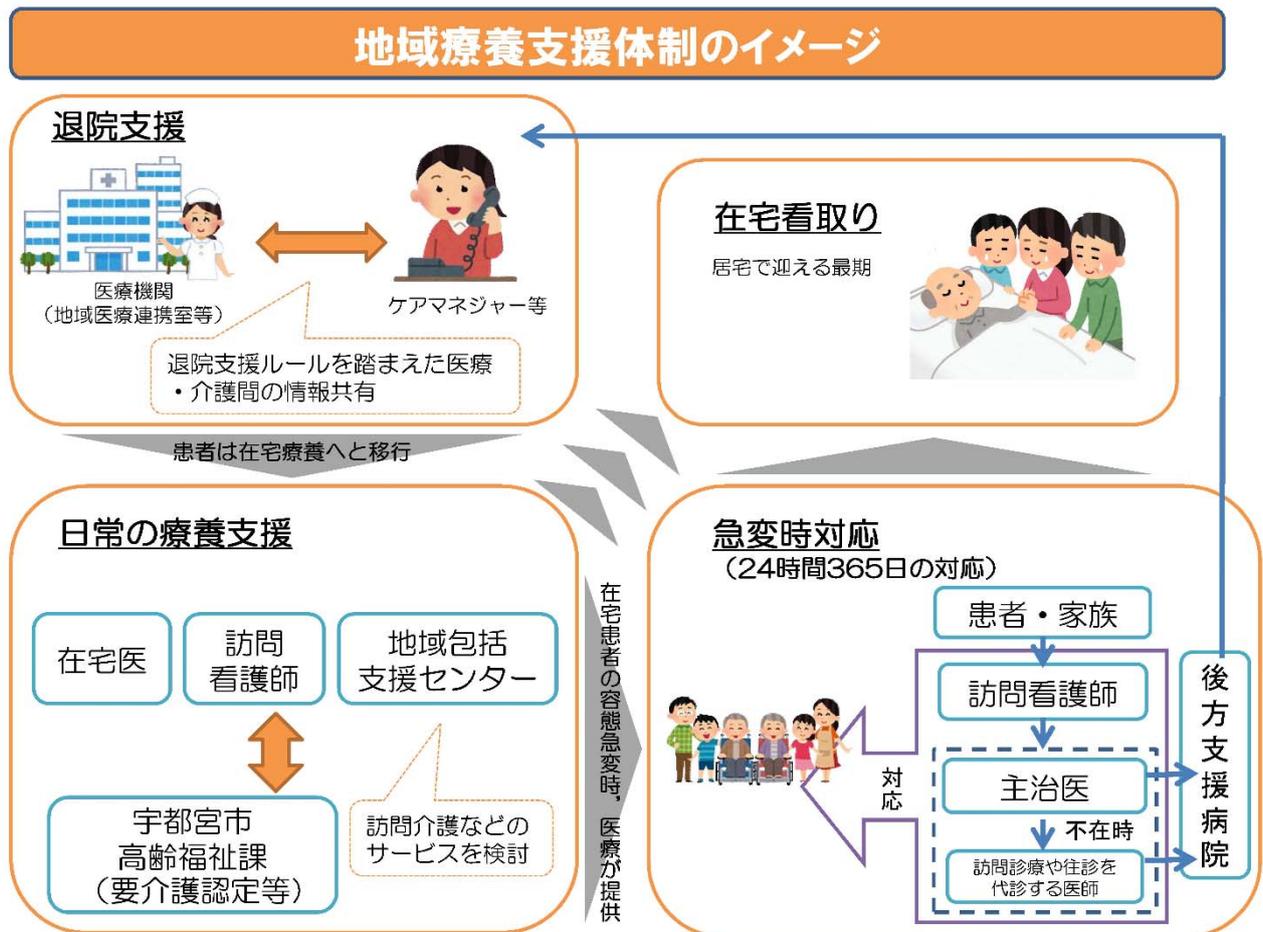
この手順書の使い方	1
入退院支援のフロー	2
1 日頃からの準備	3
2 入院した時	5
(1) 入院前から介護保険を利用している場合	5
(2) 介護保険を利用していないが、今後新たに介護保険が必要と見込まれる場合	6
ア 家族などが手続きできる場合	6
イ 家族などが手続きできない場合	8
3 入院中	9
(1) 入院前から介護保険を利用している場合	9
(2) 介護保険を利用していないが、今後新たに介護保険が必要と見込まれる場合	10
4 退院する時	11
5 退院後（在宅療養）	13

<資料>

1	介護保険認定申請に関すること	16
(1)	介護保険の認定申請の目安	16
(2)	介護保険の対象となる特定疾病（40歳から65歳未満）	17
2	入退院支援連携に係る窓口一覧	18
(1)	病院	18
(2)	有床診療所	20
(3)	地域包括支援センター	21
3	医療・介護連携支援ステーション	22
4	入退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧	23
5	地域包括資源検索サイト	24
6	どこでも連絡帳	25
7	入退院共通連携シート	26
(1)	（在宅・施設→医療機関）様式1	26
(2)	（医療機関→在宅・施設）様式2	27
8	医療と介護の連絡票	28

# この手順書の使い方

- 入院前の準備から入院時、退院前から退院後の在宅療養時など、ステージごとに「在宅」側と「入院医療機関」側に分けて記載しています。
- 入退院支援に当たり連携が必要な「在宅」側と「入院医療機関」側を並べて記載することにより、双方の動きを理解できるように工夫しました。
- 本人の病状や身体・生活機能の状況などの入退院支援の際に必要な情報のやりとりや、従事者間の関係構築など、「在宅」側と「入院医療機関」の間において特に連携が必要な個所には「」マークを付しています。



# 入退院支援のフロー

## 1 日頃からの準備 → P 3

### 【この期間の目的】

入院時に速やかに対応できるよう、日頃から準備する。

### 【在宅チームと医療機関で連携して行うこと】

お互いの窓口を確認しておくとともに、医療・介護連携支援ステーションなどが実施するネットワーク研修などに積極的に参加し、顔の見える関係を構築する。



## 2 入院した時 → P 5

### 【この期間の目的】

入院前に把握しておいた情報を速やかに共有し、入退院支援を速やかに開始する。

### 【在宅チームと医療機関で連携して行うこと】

入退院共通連携シートや入院カンファレンスの機会を通じて、意思決定支援や退院支援計画立案に役立つ情報を共有する。



## 3 入院中 → P 9

### 【この期間の目的】

入院中の情報を共有し、退院後のサポート体制を整える。

### 【在宅チームと医療機関で連携して行うこと】

多職種カンファレンスを開催するなどして最新情報の共有を図り、本人・家族の意向の確認や、在宅での環境を想定した自立支援に向けた療養環境の調整を行う。



## 4 退院する時 → P 11

### 【この期間の目的】

医療機関から在宅につなぎ、安心して在宅療養がスタートできるよう支援する。

### 【在宅チームと医療機関で連携して行うこと】

退院調整面談や退院前カンファレンスなどを開催し、退院後のイメージを共有するとともに、生活課題を検討し、安全に在宅生活をスタートできるよう調整する。



## 5 退院後（在宅療養） → P 13

### 【この期間の目的】

「退院時の見立て」と「現状」の比較を通して入退院支援の内容を振り返り、体制を再構築する。

### 【在宅チームと医療機関で連携して行うこと】

ケアプランやモニタリング結果を共有し、入退院支援の内容について振り返るとともに、医療・介護連携ツールを活用して、多職種間の情報共有を図る。



## 1 日頃からの準備

	在宅	入院医療機関
窓口 確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、「入退院連携支援に係る窓口一覧」で医療機関の連絡先（窓口）を確認しておく。</li> <li>⇒ 医療機関の担当窓口は、「入退院支援連携に係る窓口一覧」（P18～）を参照</li> <li>⇒ 「地域包括資源検索サイト」（P24）で連絡先を確認する方法もあります。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院退院支援を担当する窓口の設置や、病棟看護師、MSW等から責任者を選任するなど、医療機関内において入退院を支援する体制を構築する。</li> <li>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、「地域包括資源検索サイト」の相談窓口情報を最新の状態に更新しておく。 <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 地域包括資源検索サイト（P24）に関する問い合わせ先：医療・介護連携支援センター（一般社団法人宇都宮市医師会内 TEL：622-5255）</li> </ul> </li> <li>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所、訪問診療を行う医療機関など、在宅療養に係る地域資源を把握しておく。</li> </ul>
相談	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、医療との連携に関する相談があれば、利用者のかかりつけ医や、ブロックを担当する医療・介護連携支援ステーションに連絡する。</li> <li>⇒ 医療・介護連携支援ステーションについては、P22を参照</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、介護との連携に関する相談があれば、ブロックを担当する医療・介護連携支援ステーションに連絡する。</li> <li>⇒ 医療・介護連携支援ステーションについては、P22を参照</li> </ul>

	在宅	入院医療機関
情報 収集	<p>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、医療・介護連携支援ステーションが開催するネットワーク研修や、市が開催するスキルアップ研修に参加して、医療機関と顔の見える関係を構築するとともに、最新情報を収集する。</p>	<p>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、医療・介護連携支援ステーションが開催するネットワーク研修や、市が開催するスキルアップ研修に参加して、介護サービス事業所と顔の見える関係を構築するとともに、最新情報を収集する。</p>
関係 構築	<p>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、病気になった場合、どのような医療を受けたいのか、あるいは受けたくないのか、どこでどのように暮らし、最期を迎えるかといった意思について利用者・家族と話し合い、在宅チームで共有しておく。</p> <p>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、利用者の入院情報を速やかに把握できるよう工夫しておく。</p> <p>▶ 居宅介護支援の提供開始に当たり、利用者、家族等に対して、入院時に、担当の地域包括支援センター又はケアマネジャーの氏名等を入院先の医療機関に提供できるよう依頼することが義務付けられています。</p> <p>【P23：指定居宅介護支援基準】</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>&lt;利用者の入院情報を速やかに把握するための工夫例&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 地域包括支援センター・ケアマネジャーの名刺を、医療保険証や介護保険証、かかりつけの医療機関の診察券、お薬手帳等と一緒に保管し、入院時にはこれらをまとめて持参するよう伝えておく。</li> </ul> </div> <p>▶ 医療機関から切れ目なく在宅療養生活に移行できるよう、入院中から地域包括支援センター又はケアマネジャーが医療機関と情報共有することについても、事前に利用者、家族等の了解を得ておきましょう。</p>	

## 2 入院した時

### (1) 入院前から介護保険を利用している場合

	在宅	入院医療機関
情報共有		<p>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、入院時に患者や家族の今後の希望（在宅、施設等）を確認する。</p> <p>▶ 医療機関から切れ目なく在宅療養生活に移行できるよう、入院中から地域包括支援センター又はケアマネジャーと情報共有することについても、事前に患者・家族等の了解を得ておきましょう。</p>
退院支援の検討	<p>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、利用者が入院したとの情報を得たら、「入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）」（様式1）（P26）に必要事項を記載し、入院後3日以内（又は7日以内）に医療機関の担当窓口を提供する。</p> <p>⇒ 医療機関の担当窓口は、「入退院支援連携に係る窓口一覧」（P18～）を参照</p> <p>▶ 医療機関に「入退院共通連携シート」を提供する際のポイント</p> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療機関の担当窓口へ、事前に電話で提供手段（持参、メール、郵送等）を確認するとともに、情報提供を行うことを伝えておきましょう。</li> <li>・ メール、郵送等による情報提供の場合、先方が受け取ったことを電話などで確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等（支援経過記録）に記録しましょう。</li> </ul> </div> <p><b>加算</b>【P23：入院時情報連携加算】</p>	<p>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、介護保険サービスの利用状況を確認し、担当の地域包括支援センター又はケアマネジャーに入院したことを連絡する。</p> <p>○ ケアマネジャーや訪問看護師などの在宅チームから提供された「入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）」や、「看護情報提供書」を踏まえ、必要に応じて退院支援の必要性を判断するためのスクリーニングやアセスメント等を行い、退院支援の検討を行う。</p>

(2) 介護保険を利用していないが、今後新たに介護保険が必要と見込まれる場合

ア 家族などが手続きできる場合

	在宅	入院医療機関
<p>情報共有</p> <p>介護保険申請</p>		<p>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、入院時に患者や家族の今後の希望（在宅，施設等）を確認する。</p> <p>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、本人，家族等に対し，介護保険認定申請の説明を行う。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険申請から結果の通知まで約1か月を要するため，速やかに申請手続きの説明及びケアマネジャーを決定できるように努める。</li> </ul> <p>① 65歳以上&lt;第1号被保険者&gt;で介護保険申請の目安（P16）の状態の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護保険被保険者証を持って市の担当窓口へ介護保険の認定申請の手続きに行くよう，家族などに説明する。</li> </ul> <p>② 40歳以上65歳未満&lt;第2号被保険者&gt;で特定の疾病かつ介護保険申請の目安（P17）の状態の場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 医療保険証を持って市の申請担当窓口へ介護保険の認定申請の手続きに行くよう，家族などに説明する。</li> </ul> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>▶ 申請担当窓口</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 高齢福祉課（市役所2階D6番窓口）</li> <li>・ 各地区市民センター及び出張所</li> </ul> <p>▶ 手続きの際は，申請書記入に必要なため，「医療機関の名称，住所」「主治医の氏名（フルネーム）」を控えたうえで手続きに行くよう家族に伝えましょう。</p> </div>

	在宅	入院医療機関
介護 保険 申請	<p>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、ケアプランの作成及びサービス利用に関わる各事業所や医療機関と調整を行う。</p>	<p>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、本人、家族等に対し、介護保険申請と並行して地域包括支援センター・ケアマネジャーを決定するため、下記の①②③の場合に応じて家族などに案内を行う。</p> <p>① 地域包括支援センターを案内（要支援）する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険申請の目安（P16）（ア）（イ）に該当する場合、地域包括支援センター一覧（P21）を元に患者の居住地を担当する地域包括支援センターとの契約を案内する。</li> </ul> <p>② ケアマネジャーを案内（要介護）する場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険申請の目安（P16）（ウ）～（キ）に該当する場合、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元にケアマネジャーとの契約を案内する。</li> </ul> <p>⇒ 居宅介護支援事業所のリストについては、地域包括資源検索サイト（P24）や、介護保険サービス事業所名簿（市ホームページ ページID:1003828）を参照</p> <p>③ 要介護か要支援か迷う場合</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>介護保険申請の目安（P16）（ア）～（キ）に該当する場合は、地域包括支援センター一覧（P21）を元に患者の居住地を担当する地域包括支援センターと相談するよう案内する。</li> </ul>

## イ 家族などが手続きできない場合

	在宅	入院医療機関
情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、患者の介護保険認定申請を代行する。</li> <li>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、ケアプランの作成及びサービス利用に関わる各事業所や医療機関と調整を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、入院時に患者や家族の今後の希望（在宅，施設等）を確認する。</li> <li>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、患者の居住地を担当する地域包括支援センターに連絡する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 介護保険申請の目安（P16）（ウ）～（キ）に該当する場合、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元にケアマネジャーに連絡する方法もあります。</li> </ul> </li> </ul>



### 【参考】地域包括支援センターと指定居宅介護支援事業所の違い

	地域包括支援センター (指定介護予防支援事業所)	指定居宅介護支援事業所
根拠	介護保険法第58条第1項	介護保険法第46条第1項
主な業務内容	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護予防のマネジメント</li> <li>・ 地域の高齢者等からの相談対応，関係機関との調整</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 要介護者（介護給付）のケアプラン作成に係る一連のマネジメント業務</li> </ul>
人員基準	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー），社会福祉士，保健師等</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ 介護支援専門員（ケアマネジャー）</li> </ul>
ケアプラン作成の対象者	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>要支援 1， 2</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ <b>要介護 1～5</b></li> <li>※地域包括支援センターからの委託により要支援 1， 2の介護予防ケアプランを作成</li> </ul>
マネジメント業務	<ol style="list-style-type: none"> <li>①保健師等によるアセスメント</li> <li>②介護予防ケアプラン原案作成</li> <li>③サービス担当者会議等の開催（介護予防プランの決定）</li> <li>④介護予防サービスの利用</li> <li>⑤介護予防プログラム終了後，効果評価</li> <li>⑥一定期間ごとに介護予防プラン見直し</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>①介護支援専門員によるアセスメント</li> <li>②ケアプラン原案作成</li> <li>③サービス担当者会議等の開催（ケアプランの決定）</li> <li>④介護サービスの利用</li> <li>⑤一定期間ごとにケアプラン見直し</li> </ol>

### 3 入院中

#### (1) 入院前から介護保険を利用している場合

	在宅	入院医療機関
情報共有		<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院7日位を目安に，退院に係る日程を主治医に確認し，地域包括支援センター・ケアマネジャーあて情報提供を行う。               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 必ずしも，退院時期を決定するわけではない。</li> </ul> </li> <li>○ ケアマネジャーから照会があった場合，必要な情報を提供する。</li> </ul>
院内多職種カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 参加が可能であれば，院内多職種カンファレンスに参加し，情報収集する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 必要に応じて，退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催する。その際，可能であれば，在宅側の同席を求める。</li> <li>○ 在宅医や訪問看護師等の手配についても検討を開始する。</li> </ul>
情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院までのおおまかな日程を共有する。</li> </ul>	<p style="text-align: center;"> &lt;退院日が決まっている場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 可能な範囲で地域包括支援センター・ケアマネジャーの退院調整に必要な期間（ケアプランの修正，サービス事業所との調整機関）を考慮して，地域包括支援センター・ケアマネジャーと退院調整開始面談の日程などの調整を行う。</li> </ul> <p style="text-align: center;"> &lt;退院日が決まっていない場合&gt;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院患者が長期入院になる場合や，入院期間が未定の場合には，入院状況や退院見込み等を地域包括支援センター・ケアマネジャーに連絡する。               <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院日が決まり次第，退院調整の開始を連絡する。</li> </ul> </li> </ul>

(2) 介護保険を利用していないが、今後新たに介護保険が必要と見込まれる場合

	在宅	入院医療機関
情報共有	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーは、患者の担当となった旨を医療機関に連絡する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院に係る日程を主治医に確認し、地域包括支援センター・ケアマネジャーが決まり次第、入院患者の情報提供を行う。</li> <li>○ 地域包括支援センター・ケアマネジャーから照会があった場合、必要な情報を提供する。</li> </ul>
院内多職種カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 参加が可能であれば、院内多職種カンファレンスに参加し、情報収集する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 必要に応じて、退院に向けた院内多職種カンファレンスを開催する。その際、可能であれば、在宅側の同席を求める。</li> <li>○ 在宅医や訪問看護師等の手配についても検討を開始する。</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院までのおおまかな日程を共有する。</li> </ul>	<p>＜退院日が決まっている場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 可能な範囲で地域包括支援センター・ケアマネジャーの退院調整に必要な期間（ケアプランの作成、サービス事業所との調整機関）を考慮して、地域包括支援センター・ケアマネジャーと退院調整開始面談の日程などの調整を行う。</li> </ul> <p>＜退院日が決まっていない場合＞</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ 入院患者が長期入院になる場合や、入院期間が未定の場合には、入院状況や退院見込み等を地域包括支援センター・ケアマネジャーに連絡する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院日が決まり次第、退院調整の開始を連絡する。</li> </ul> </li> </ul>

## 4 退院する時

	在宅	入院医療機関
退院調整開始面接	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院前面談において、退院調整に必要な情報を医療機関側から聞き取り、記録する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 退院・退所加算を算定するに当たっては、当該病院等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得てください。</li> <li>▶ 必要な情報は国が示す「退院・退所情報記録書（平成21年者振発第0313001号/別紙2）」を参考にしてください。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 退院調整面談を行い、退院後に必要なサービスや生活上の留意点などについて地域包括支援センター・ケアマネジャーに伝達する。  <div style="border: 1px solid black; padding: 2px; display: inline-block;">加算【P23：入退院支援加算】</div> </li> <li>○ 入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等は、地域包括支援センター・ケアマネジャーがケアプランを修正する際に必要となる情報を院内関係者から収集し、「入退院共通連携シート（医療機関→在宅・施設）」（様式2）（P27）を作成する。</li> <li>○ 追加の退院前カンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、入退院支援を担当する窓口・入退院支援担当看護師等と地域包括支援センター・ケアマネジャーで相談し、医療機関が決定する。</li> <li>○ 主治医の意見を踏まえ、必要に応じて退院前カンファレンスを開催する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院前カンファレンスへの参加者は、本人、家族を交えて、多職種連携に係る下記のメンバーが望ましい。（参加者の決定は、医療機関が行う。）</li> </ul> </li> <li>▶ 退院時共同指導料2の注3の要件を満たすものか、ケアマネジャーに伝えてください。算定要件である医療機関が利用者又は家族に提供した文書の写しを、患者同意の上でケアマネジャーに交付してください。</li> </ul>
退院前カンファレンス	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 医療機関が開催する退院前カンファレンスに参加し、退院後のイメージを共有し、生活課題を検討することにより、円滑に在宅生活をスタートさせるための最終調整を行う。  必要に応じて、退院前カンファレンスと同日に、サービス担当者会議を開催する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>▶ 退院・退所加算の算定に係るカンファレンスに参加した場合は、居宅サービス計画等（サービス担当者会議の要点）に日時、開催場所、出席者、内容の要点等について記録し、医療機関が利用者又は家族に提供した文書の写しを添付してください。</li> </ul> </li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>○ 主治医の意見を踏まえ、必要に応じて退院前カンファレンスを開催する。 <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 退院前カンファレンスへの参加者は、本人、家族を交えて、多職種連携に係る下記のメンバーが望ましい。（参加者の決定は、医療機関が行う。）</li> </ul> </li> <li>▶ 退院時共同指導料2の注3の要件を満たすものか、ケアマネジャーに伝えてください。算定要件である医療機関が利用者又は家族に提供した文書の写しを、患者同意の上でケアマネジャーに交付してください。</li> </ul>
<p><b>【参加者（例）】</b></p> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 45%;"> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">在宅療養を支えるスタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ かかりつけ医、看護師</li> <li>・ 歯科医師</li> <li>・ 薬剤師</li> <li>・ ケアマネジャー</li> <li>・ 介護サービス事業者</li> </ul> </div> <div style="width: 45%;"> <p style="border: 1px solid black; padding: 2px; margin-bottom: 5px;">医療機関スタッフ</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 本人、家族など</li> <li>・ 医師</li> <li>・ 病棟看護師</li> <li>・ 退院調整スタッフ、MSW</li> <li>・ リハビリスタッフ</li> <li>・ 薬剤師、栄養士</li> </ul> </div> </div>		

	在宅	入院医療機関
退院時サマリー	<p>○ 退院前カンファレンスや退院時サマリーでの情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意する。</p> <p>○ 在宅療養に関わる多職種（かかりつけ医，歯科医師，薬剤師，看護師等）にも新しいケアプランについて情報提供する。</p> <p>▶ 情報提供の際は，下記の医療・介護連携ツールの活用が考えられます。</p> <p>①医療と介護の連絡票</p> <p>②どこでも連絡帳 ⇒ 詳しくは，P13「退院後（在宅療養）」を参照</p>	<p>○ 看護と介護の引き継ぎ書（入院中の経過や退院後に想定される看護・介護の問題，入院期間，服薬内容など）として地域包括支援センター・ケアマネジャーに提供する。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 情報提供にあたっては，「入退院共通連携シート（医療機関→在宅・施設）」（様式2）（P27）を基本とするが，医療機関で使用しているサマリー等の使用も可能</li> <li>・ 「入退院共通連携シート（医療機関→在宅・施設）」（様式2）（P27）を使用する場合，最終排便日，入浴日，服薬内容等必要と思われる情報や書ききれない事項については，「その他」に記入するか，別紙を添付する。</li> <li>・ その他主治医からかかりつけ医への治療内容の引継ぎは，サマリーの他にも紹介状等が考えられる。</li> </ul>

## 5 退院後（在宅療養）

	在宅	入院医療機関
フィードバック	<p>○ 退院時の見立てと現状の相違を見極められるよう、在宅ケアを支える多職種にサービス担当者会議等への出席を依頼する。見立てとの不一致がある場合には、必要に応じてケアプランを見直す。</p>	<p>○ 退院後訪問指導が実施される場合、退院指導が適切であったか、準備した医療材料等の不備がなかったか確認する。  <span style="border: 1px solid black; padding: 2px;">加算</span>【P23：退院後訪問指導料】</p>
情報共有	<p>○ 入院医療機関側へケアプランを提出するとともに、モニタリングの結果をフィードバックする。</p> <p>○ 医療・介護連携ツールを活用して、在宅療養を支える多職種間の情報共有を図る。</p> <p>① どこでも連絡帳            パソコンやタブレットを用いて、簡単かつ安全に多職種間で情報を共有できる専用ネットワーク  <b>【特徴】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 患者・利用者のタイムラインを確認して、リアルタイムで症状や容態等を把握可能</li> <li>・ 症状の写真や報告書等の画像や文書ファイルも共有が可能</li> </ul> <p>⇒ 詳細は、P25 を参照</p> <p>② 医療と介護の連絡票            医療従事者と介護従事者がスムーズに連絡を取り合えるよう作成したシート            ⇒ 様式は、P28 を参照  <b>【使用例】</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ 担当ケアマネになったことの報告</li> <li>・ ケアプラン作成の際に、医療系サービスの導入に関する相談</li> <li>・ サービス担当者会議開催連絡 など</li> </ul>	<p>○ 在宅側からのフィードバックを医療機関内で共有し、当該ケースの入退院支援について振り返りを行い、今後の入退院支援の改善につなげる。</p>



# 資料

# 1 介護保険認定申請に関すること

## (1) 介護保険の認定申請の目安

### (ア) 要支援1 <社会的に支援が必要な状態>

日常生活の基本動作はほとんど自分でできるが、悪化防止のためのなんらかの支援が必要

### (イ) 要支援2 <社会的に支援がさらに必要な状態>

身の回りの動作能力がさらに低下し、何らかの支援が必要だが、状態の維持・改善の可能性が高い。

### (ウ) 要介護1 <部分的に介護を要する状態>

立ち上がり・歩行が不安定で、日常生活の基本動作や身の回りの動作に何らかの介助が必要

### (エ) 要介護2 <軽度の介護を要する状態>

立ち上がり・歩行や日常生活の基本動作、身の回りの動作に部分的な介助が必要

### (オ) 要介護3 <中等度の介護を要する状態>

立ち上がり・歩行や日常生活の基本動作、身の回りの動作に全面的な介助が必要

### (カ) 要介護4 <重度の介護を要する状態>

日常生活全般で動作能力がかなり低下し、介護なしでは日常生活を営むことが困難

### (キ) 要介護5 <最重度の介護を要する状態>

日常生活全般で動作能力が著しく低下し、介護なしでは日常生活を営むことは不可能

※ 日常生活の基本動作：排泄，食事，入浴，衣服の着脱ほか

※ 身の回りの動作：身だしなみ，掃除ほか

(出典) 法研『逐条解説介護保険法2016改訂版』

## (2) 介護保険の対象となる特定疾病（40歳から65歳未満）

- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 多系統萎縮症  
[シャイ・ドレーガー症候群・オリーブ橋小脳萎縮症・線条体黒質変性症]
- 初老期における認知症
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症 [ウェルナー症候群]
- 糖尿病性神経障害, 糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患 [脳出血, 脳梗塞等]
- パーキンソン病関連疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 関節リウマチ
- 慢性閉塞性肺疾患 [肺気腫, 慢性気管支炎, 気管支喘息等]
- 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
- がん (医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったものに限る。)

## 2 入退院支援連携に係る窓口一覧

### (1) 病院

令和元年12月27日現在

病院名	住所	入退院支援 担当部署	窓口時間	電話番号 FAX番号	メールアドレス
飯田病院	埴田 3-5-17	医療相談室	9:00~17:45 (平日)	T : 622-4970 F : 622-1251	r.hirano.ida-h@ ar.wakwak.com
上野病院	天神 2-2-15	1階事務室	9:00~11:30 (平日) 14:00~16:30 (平日)	T : 636-2035 F : 636-2513	無し
宇都宮病院	陽南 4-6-34	総合支援課	9:00~12:30 (平日) 13:30~17:00 (平日)	T : 658-2121 T : 658-2713 F : 658-2117	Hotoku@ ucatv.ne.jp
宇都宮記念病院	大通り 1-3-16	地域医療連携課	8:30~17:00 (平日) 8:30~12:00 (土曜)	T : 611-5625 F : 611-5605	Renkei@ nakayamakai.com
宇都宮第一病院	宝木本町 2313	地域医療連携室	8:30~17:30 (平日)	T : 665-5111 (代表) F : 665-5788	renkei@utsunomiya -daiichi-hp.jp
宇都宮中央病院	東宿郷 2-1-1	地域連携室 医療相談室	9:00~16:00 (平日) 9:00~11:30 (土曜)	T : 635-1110 (代表) T : 688-8001 (直通) F : 637-4646 (直通)	msw-u@ sky.ucatv.ne.jp
宇都宮内科病院	鶴田 2-7-29	地域連携室	9:00~17:00 (平日)	T : 648-7555 (代表) F : 649-0117	
宇都宮 西ヶ丘病院	長岡町 842	リハビリテーション課	9:00~17:00 (平日)	T : 621-3171 F : 627-6181	nishigaoka@ helen.ocn.ne.jp
宇都宮東病院	平出町 368-8	地域連携室	9:00~17:30 (平日) 9:00~12:30 (土曜)	T : 680-5110 (直通) T : 664-1551 (代表)	soudan@ hokutokai.or.jp
宇都宮南病院	八千代 1-2-11	看護師長	9:00~17:30 (平日, 土曜)	T : 658-5511 F : 658-5508	utsunomiya.m.hp@ hotmail.co.jp
宇都宮 リハビリテーション病院	御幸ヶ原町 43-2	地域医療連携室	8:30~17:00 (平日)	T : 662-6789 (代表) F : 663-5678 (直通)	miyarenkei@ utsunomiyarh-hp.jp
皆藤病院	東町 22	医療相談室	9:00~17:00 (平日)	T : 661-3261 (代表) F : 661-3269	
倉持病院	屋板町 400-1	看護部	9:00~17:30 (平日)	T : 657-0366 F : 657-0388	kuramoti.com@ gmail.com
済生会 宇都宮病院	竹林町 911-1	退院支援課	9:00~17:30 (平日)	T : 626-5500 (代表) F : 626-5795	taiinshien@ saimiya.com
佐藤病院	西 3-1-11	看護部	9:00~17:00 (平日)	T : 633-9261 F : 633-9264	
柴病院	竹林町 504		9:00~17:00 (平日)	T : 621-8211 F : 625-9236	
白澤病院	白沢町 1813-16	相談室	9:00~17:00 (平日)	T : 673-0011 F : 673-7711	

病院名	住所	入退院支援 担当部署	窓口時間	電話番号 F A X 番号	メールアドレス
新直井病院	石井町 3385	医務課	9:00~17:30 (平日)	T : 656-8600 F : 656-3877	shinnaoi@ green.ocn.ne.jp
滝澤病院	花房本町 2-29	相談室	9:00~17:00 (平日)	T : 633-1200 F : 633-1347	takizawa.h@ samba.ocn.ne.jp
独立行政法人 国立病院機構 宇都宮病院	下岡本町 2160	地域医療連携室	9:00~17:00 (平日)	T : 673-2374 F : 673-1961	
独立行政法人 国立病院機構 栃木医療センター	中戸祭 1-10-37	総合相談室 (SW, 退院支援 Ns)	8:30~17:15 (平日)	T : 622-5241 (代表) F : 622-5298	
独立行政法人 地域医療機能 推進機構 うつのみや病院	南高砂町 11-17	地域医療連携室	9:00~17:00 (平日)	T : 653-1001 (代表) F : 655-1167	
栃木県立 岡本台病院	下岡本町 2162	社会復帰科	8:30~17:15 (平日)	T : 673-2211 (代表)	
栃木県立 がんセンター	陽南 4-9-13	地域連携センター	9:00~17:00 (平日)	T : 611-5503 F : 611-5499	
栃木県立 リハビリテーションセンター	駒生町 3337-1	地域医療連携室	9:00~17:00 (平日)	T : 623-7051 F : 623-7052	
沼尾病院	星が丘 1-7-38	看護部	9:00~17:00 (平日)	T : 622-2222 F : 624-2228	t-michi@ numaog.or.jp
原眼科病院	西 1-1-11	看護部 外来係	9:15~13:00 (平日) 14:15~17:00 (平日)	T : 636-5233 F : 635-2902	office@ haraganka.com
比企病院	一番町 2-11	事務 入退院担当	9:00~18:00 (平日)	T : 635-4161 F : 635-4094	inf-hikihpt@ dream.ocn.ne.jp
藤井脳神経 外科病院	中岡本町 461-1	地域連携室	8:30~17:30 (月・火・木・金) 8:30~12:30 (水・土)	T : 673-6211 (代表) F : 673-2115	fujiihp@ apricot.ocn.ne.jp
森病院	飯田町 419	医療相談室	9:00~17:00 (平日)	T : 648-6111 F : 648-5910	mori hosp.riha@ amail.plala.or.jp
鷺谷病院	下荒針町 3618	医療福祉相談室	8:30~17:30	T : 648-3851 (代表) F : 648-0222	

## (2) 有床診療所

令和2年1月10日現在

医療機関名	所在地	診療科目	電話番号
アルテミス宇都宮クリニック	イターパ 75-1-9	産, 婦	655-5600
宇都宮協立診療所	宝木町 2-1016-5	内、呼内、消内、循内、ア、小、リハ、放	650-7881
宇都宮肛門・胃腸クリニック	大寛 1-1-7	胃, 外, 肛, 他	634-0151
宇都宮整形外科内科クリニック	西川田町 812-1	内, リ, 整外, リハ	601-3355
宇都宮脳脊髓センター	一番町 1-18	内, 脳外, 他	633-0201
おおくぼ眼科	平松本町 1137-4	眼	634-3232
大野内科医院	菊水町 13-12	内, 腎, 他	633-3777
奥田クリニック	駅前通り 2-2-11	内, 腎, 他	635-0310
かしわぶち産婦人科	海道町 70-8	内, 小, 皮, 産婦	633-3715
かわつクリニック	大寛 2-2-26	内, 皮, 産婦	639-1118
こいけレディスクリニック	若松原 3-1-2	産婦	688-3588
佐々木記念クリニック	屋板町 578-38	内、神内、外、整外、脳外、皮、リハ、放、肛、胃、循	656-7117
柴崎外科医院	城東 2-13-3	内, 外, 胃, 肛, 整外, 皮	633-7676
たかしま耳鼻咽喉科	材木町 1-7	耳, 神内	633-9115
高橋あきら産婦人科医院	東今泉 2-2-16	産婦	663-1103
高橋内科胃腸科外科	野沢町 45-14	内、胃、小、外、肛、リハ、放、麻	665-3366
高橋レディスクリニック	東壩田 1-5-1	産, 婦, 麻	624-0130
ちかざわ Ladies' クリニック	城東 1-2-5	内, 小, 産婦	638-2380
富塚メディカルクリニック	徳次郎町 888	内、心内、神内、呼内、リ、小、整外、リハ、放、血内、腎内、循内、人透内	666-2555
中田ウィメンズ&キッズクリニック	西 1-3-11	産婦, 小	634-2488
根本外科胃腸科医院	陽東 4-17-10	外、胃、整外、皮	662-6710
のうか眼科	若草 3-1-15	眼	643-3222
はぎわらクリニック	下川俣町 209-174	泌	660-5511
早津眼科医院	東宿郷 5-4-5	眼	637-0130
福泉医院	下栗 1-1-1	内、小、外、整外、皮、産婦、リハ	639-1122
福島眼科医院	石井町 2016	眼	660-6115
みずほの耳鼻咽喉科	下桑島町 1159-4	呼、ア、耳、気	657-7722
みずほの中央クリニック	西刑部町 2411-4	内、外、整外、胃内、循内、泌	657-7766
村山医院	滝谷町 13-17	循内、糖、循外、肛、消内、腎、他	632-7000
目黒医院	横田新町 12-18	内, 他	653-7151
矢野整形外科医院	さつき 2-2-10	内、神、リ、整外、皮、リハ、麻	688-1110
ゆめクリニック	ゆいの杜 3-14-6	産婦	611-1881

### (3) 地域包括支援センター

名称	所在地	電話番号	担当地区 (自治会連合会名)
地域包括支援センター 御本丸	中央 1-5-12 見木ビル	651-4777	中央・築瀬・城東
地域包括支援センター ようなん	陽南 4-6-34	658-2125	陽南・宮の原・西原
地域包括支援センター きよすみ	星が丘 1-7-38	622-2243	昭和・戸祭
地域包括支援センター 今泉・陽北	今泉 3-13-1 喜多川ワタシヨク1F	616-1780	今泉・錦・東
地域包括支援センター さくら西	西 2-1-7	610-7370	西・桜
鬼怒 地域包括支援センター	御幸町 77 森崎ビル	683-2230	御幸・御幸ヶ原・平石
地域包括支援センター 清原	鎧山町 1983	667-8222	清原
地域包括支援センター 瑞穂野	上桑島町 1476-2	656-9677	瑞穂野
地域包括支援センター 峰・泉が丘	東今泉 2-1-1	613-5500	峰・泉が丘
地域包括支援センター 石井・陽東	石井町 2580-1	660-1414	石井・陽東
よこかわ 地域包括支援センター	屋板町 578-504	657-7234	横川
地域包括支援センター 雀宮	南高砂町 11-17	655-7080	雀宮（東）
地域包括支援センター 雀宮・五代若松原	針ヶ谷町 665	688-3371	雀宮（西）・五代若松原
緑ヶ丘・陽光 地域包括支援センター	双葉 1-13-56	684-3328	緑が丘・陽光
地域包括支援センター 砥上	砥上町 54-1	647-3294	姿川（北部）・富士見・明保
姿川南部 地域包括支援センター	幕田町 1456-1	654-2281	姿川（南部）
くにもと 地域包括支援センター	宝木本町 2141	666-2211	国本
地域包括支援センター 細谷・宝木	細谷町 486-7	902-4170	細谷・宝木
富屋・篠井 地域包括支援センター	徳次郎町 486-7	665-7772	富屋・篠井
城山 地域包括支援センター	田野町 666-2	652-8124	城山
地域包括支援センター 豊郷	川俣町 900-2	616-1237	豊郷
地域包括支援センター かわち	白沢町 771	673-8941	河内（古里中学校区）
田原地域包括支援センター	上田原町 346-18	672-4811	河内（田原中学校区）
地域包括支援センター 奈坪	下岡本町 1987-1	671-2202	河内（河内中学校区）
上河内地域包括支援センター	中里町 2687-4	674-7222	上河内

※ 地域包括支援センターの窓口時間は、8：30から17：15です。

※ 地域包括支援センターや居宅介護支援事業所など、介護サービス事業所の連絡先は、地域包括資源検索サイト（P24参照）や、介護保険サービス提供事業所名簿（市ホームページ <https://www.city.utsunomiya.tochigi.jp> ページID：1003828）で確認することができます。

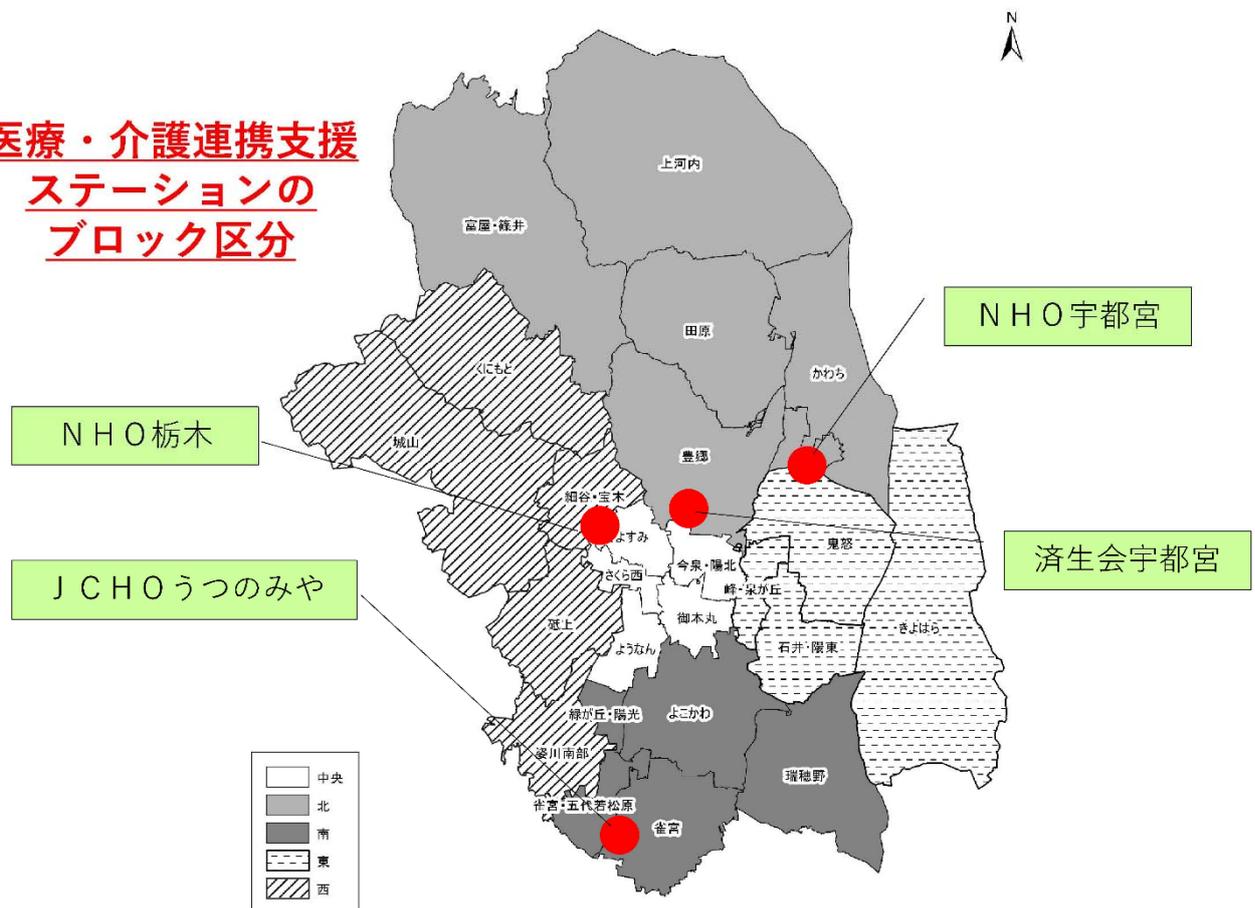
### 3 医療・介護連携支援ステーション

「医療・介護連携支援ステーション」は、医療・介護連携に関する相談支援や、地域の医療・介護従事者の顔の見える関係づくりに向けた研修の開催など、医療と介護の連携をサポートしています。

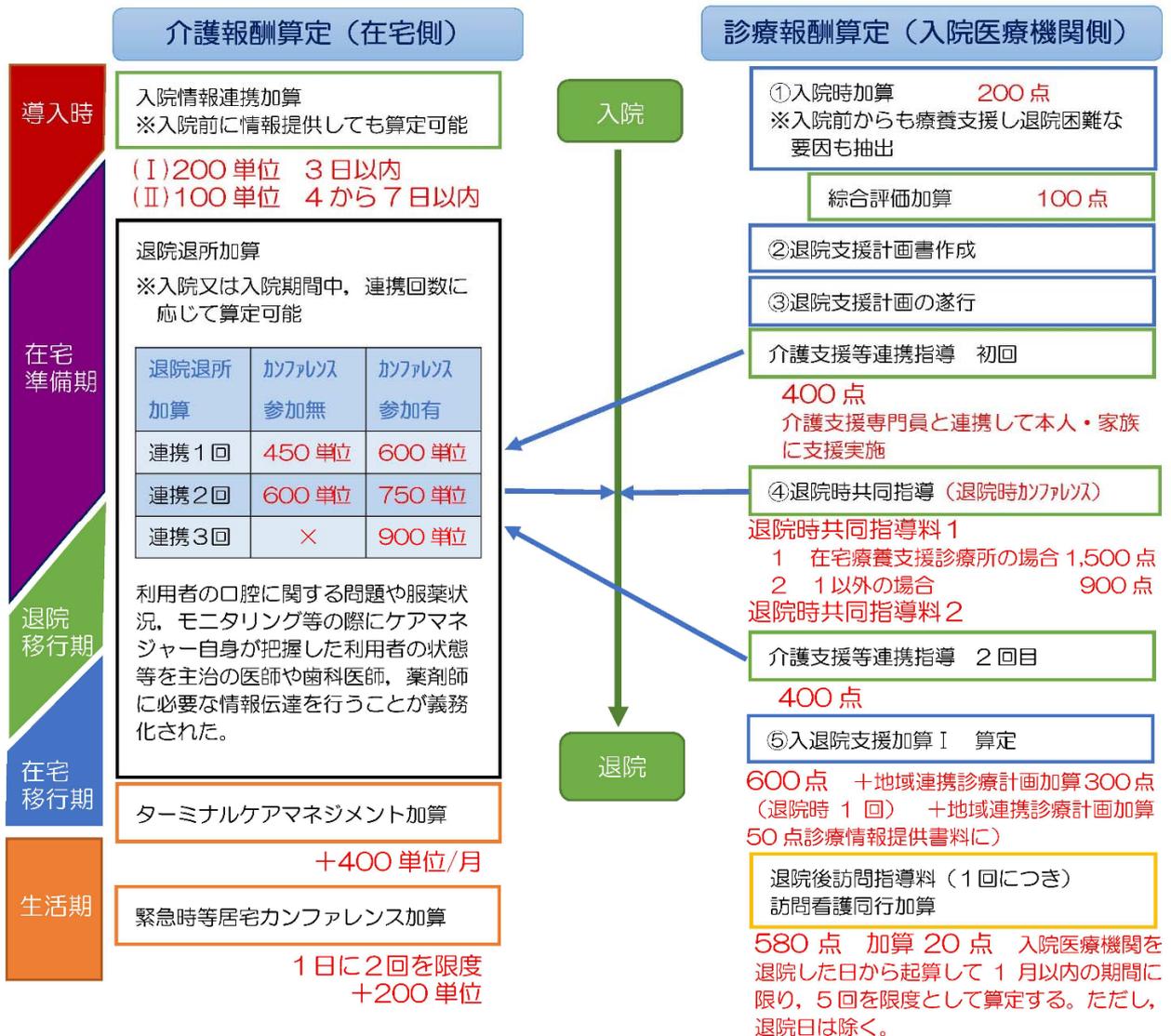
ステーション	電話	【ブロック】担当区域 (地域包括支援センターの圏域)
NHO宇都宮病院 地域医療連携室内	028-673-2374 (直通)	【北】 富屋・篠井, 上河内, 田原, かわち, 奈坪, 豊郷 【東】 きよはら, 鬼怒, 石井・陽東, 峰・泉が丘
NHO栃木医療センター 地域医療連携室内	028-622-5241 (代表)	【西】 城山, 砥上, 姿川南部, 細谷・宝木, くにもと
JCHOうつのみや病院 地域医療連携室内	028-655-1161 (直通)	【南】 緑が丘・陽光, よこかわ, 雀宮・五代若松原, 雀宮, 瑞穂野
済生会宇都宮病院 地域連携課内	028-626-5500 (代表)	【中央】 きよすみ, さくら西, 今泉・陽北, 御本丸, ようなん

このほか、各ステーションを後方支援する「医療・介護連携支援センター」を宇都宮市医師会内（TEL：622-5255）に設置しています。

#### 医療・介護連携支援 ステーションの ブロック区分



## 4 入退院時連携に係る介護・診療報酬の一覧



### 宇都宮市指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準を定める条例（抜粋）

- 指定居宅介護支援事業者は、指定居宅介護支援の提供の開始に際し、あらかじめ、利用者又はその家族に対し、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よう求めなければならない。（第6条第3項）
- 介護支援専門員は、指定居宅サービス事業者等から利用者に係る情報の提供を受けたときその他必要と認めるときは、利用者の服薬状況、口腔機能その他の利用者の心身又は生活の状況に係る情報のうち必要と認めるものを、利用者の同意を得て主治の医師若しくは歯科医師又は薬剤師に提供するものとする。（第15条第13号の2）
- 介護支援専門員は、利用者が訪問看護、通所リハビリテーション等の医療サービスの利用を希望している場合その他必要な場合には、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めなければならない。（第15条第19号）
- 前号の場合において、介護支援専門員は、居宅サービス計画を作成した際には、当該居宅サービス計画を主治の医師等に交付しなければならない。（第15条第19号の2）

## 5 地域包括資源検索サイト

地域の医療・介護従事者が、紹介先や協力依頼先を適切に選択、連絡することができるよう、地域の医療・介護施設の情報を集約したサイトを開設しています。

### (1) 主な機能

- ・ 多職種連携に必要な医療・福祉・介護に関する機関情報を、マッピングするとともにデータベース化
- ・ インターネットを活用し、パソコンやスマホ等でも利用が可能
- ・ 施設の情報については、一般向けには施設の基本情報（住所、診療科等）のみを開示することとし、登録施設には基本情報に加え、連携用機能情報（連絡の方法、医療依存度の高い利用者の受入れの可否、在宅医療への対応の可否）を提供
- ・ 施設IDとパスワードで、登録情報を修正・変更可能
- ・ ダウンロード機能として、ケアパスや連携用ツール等を提供
- ・ 一般向けのイベントやセミナー、関係者向けの研修会や講演会等、告知・お知らせ機能

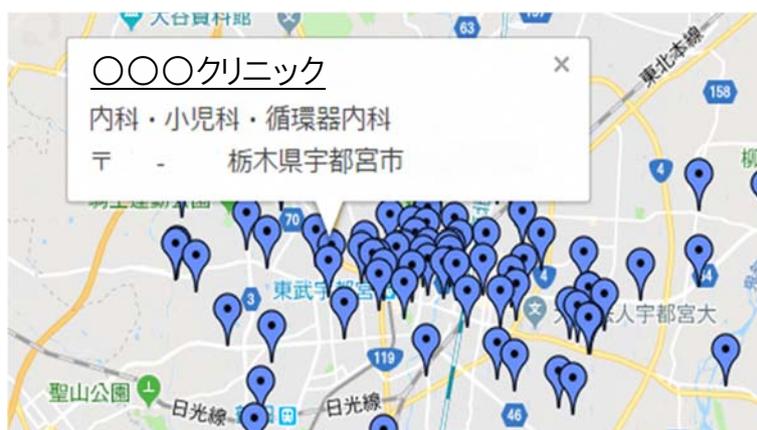
### (2) 閲覧できる情報

#### ア 基本情報（市民、医療・介護従事者を問わず、どなたでも閲覧できる情報）

- ・ 施設の住所、電話番号、開設時間、主な業務
- ・ 市民向けの講演会やイベントのお知らせ 等

#### イ 詳細情報（本サイトに施設登録された事業所のみ閲覧できる情報）

- ・ 連携する際の連絡可能な時間帯、連絡方法
- ・ 開設時間外の対応や実施可能な処置、看取りへの対応など、在宅医療・介護の取組状況



【地域包括資源検索サイトの画面例】

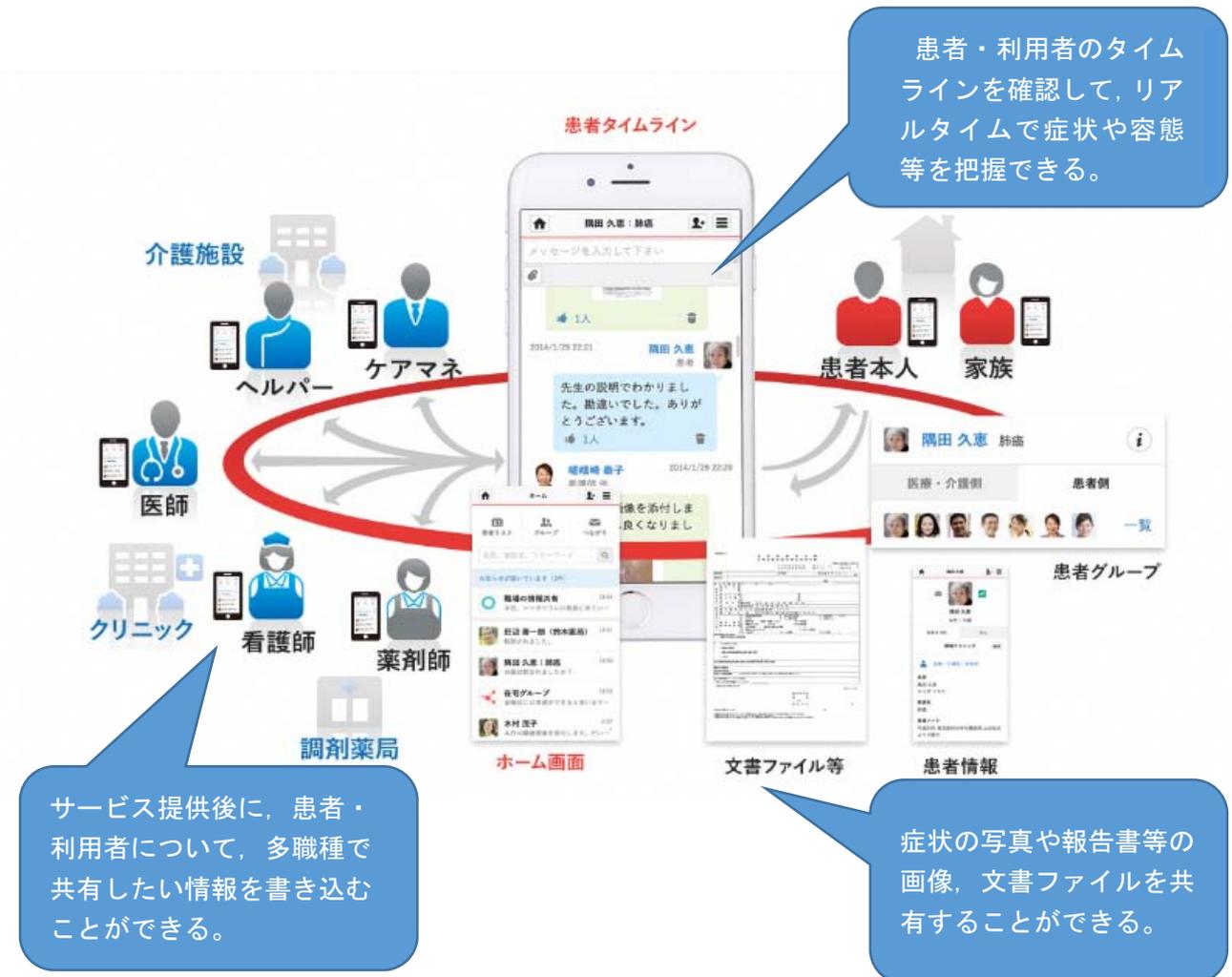
【地域包括資源検索サイト】  
※ 所属施設情報の新規登録もこちらからできます。



<トップページアドレス><https://www.u-carenet.jp>

## 6 どこでも連絡帳

パソコンやタブレットを用いて、簡単かつ安全に多職種間で情報を共有できる医療・介護連携専用ネットワークです。



※ 「どこでも連絡帳」の利用開始には、どこでも連絡帳事務局（栃木県医師会内）への登録が必要です。詳しくは、「どこでも連絡帳」のホームページを参照してください。

【どこでも連絡帳  
ホームページ】



※ 入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）は、地域包括資源検索サイト（P24参照）や、市ホームページ（<https://www.city.utsunomiya.tochigi.jp> ページID：1004601）から取り出すことができます

## 7 入退院共通連携シート

### (1) (在宅・施設→医療機関) 様式1

入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)

作成日

入院日

情報提供日

氏名		男性 ・ 女性	生年月日	年齢	歳
住所	TEL		申請中【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】		事業対象者
緊急連絡先	氏名： (続柄：)	TEL	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5	
	氏名： (続柄：)	TEL		有効期間【令和 年 月 日～令和 年 月 日】	
家族構成	主な介護者	氏名： (続柄)	本人の意向		
	家屋状況	( 戸建て ・ 集合住宅 ) ( )階建 居室( )階 エレベーター(有・無)	家族の意向		
既往歴	かかりつけ医療機関	かかりつけ医には情報提供することを伝える		主治医	
	障害者認定の有無	認定 ( なし ・ あり )	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
生活歴	在宅生活に必要な条件	身体 ( )級 精神 ( )級 知的 ( )級	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M	
		(ケアマネジャーとしての意見)	虐待の可能性の有無	無 ・ 有	
入院前の状況			具体的状況・その他特記事項		
栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	形態	主食：常食・粥・ペースト			
		副食：普通・ソフト食・刻み・ペースト			
		とろみ：なし・あり ( )			
方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液				
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		尿意：あり・なし	
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		便意：あり・なし	
	失禁	なし ・ あり ( )			
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等			
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない			
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭			
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		麻痺の有無：なし・あり ( )	
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー			
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 ( 状態 )			
	睡眠薬	なし ・ ときどき ・ 常用			
認知精神面	認知症状：なし・あり			【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害	
	専門医への受診：なし・あり ( )			( )	
	精神状態(疾患)：なし・あり ( )			【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ( )	
コミュニケーション	会話：可・やや困難・不可能 ( )			聴覚：支障なし・支障あり ( ) 視覚：支障なし・支障あり ( )	
褥瘡	なし ・ あり ( 部位 )			体圧分散マット：使用していた ・ 使用していなかった	
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 義歯の有無：なし・あり				
医療的処置	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 ( 内容：回数 / 日 自己注射 可・不可 ) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ( )				
その他連絡事項	その他、連絡事項がある際に記入する				

お願い：カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名：

連絡先：TEL

FAX

担当ケアマネジャー：

※ 入退院共通連携シート（医療機関→在宅・施設）は、地域包括資源検索サイト（P24参照）や、市ホームページ（<https://www.city.utsunomiya.tochigi.jp> ページID：1004601）から取り出すことができます

(2) (医療機関→在宅・施設) 様式2

入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)

様

作成日:

氏名		性別		生年月日		年齢	
入院期間	~			要介護度	未申請 要支援	再申請中 1 2	新規申請中 要介護 1 2 3 4 5
病名				身長	cm		体重 kg
入院中の経過							
家族構成				既往歴		(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション 不可 可能 ツール 言語 筆談 ジェスチャー 他 (家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向	
キーパーソン:							
連絡先:							
入院中の状況				在宅療養上の留意事項			
栄養	食事	自立 見守り 一部介助 全介助			食事内容: 一般食 特別食 ( )		
	食形態	主食( 常食 粥 ペースト )			Kcal g		
		副食( 普通 ソフト食 刻み ペースト )			禁止食品:		
	方法	経口 経管栄養( 鼻腔 胃ろう 腸ろう ) 輸液 嚥下: 良 不良 咀嚼状況: 良 不良			経管栄養の内容・量等:		
排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助			カテーテル:( 尿道 膀胱ろう 腎ろう ) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日:		
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助			排便状況:( 回1日) 排便コントロール: 不要 要		
	失禁	なし あり ( )			便秘薬使用状況:		
	方法	トイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル等			オムツ/リハビリパンツ:( 常時 夜間のみ )		
入浴	清潔	自立 一部介助 全介助 行っていない			入浴の制限: なし あり		
	方法	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭			体温:( 度)以上中止 血圧:( mmHg)以上中止		
移動	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 ストレッチャー			リハビリの内容:		
	歩行	自立 見守り 一部介助 全介助			運動制限: なし あり ( )		
	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助			不眠時対応:		
夜間の状態	不眠 良眠 不眠 (状態: ) 睡眠薬 なし ときどき 常用						
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M 障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2 精神状態(疾患): なし あり ( )			認知症状: 記憶障害 幻覚/妄想 昼夜逆転 介護への抵抗 暴言/暴力 不潔行為 徘徊 その他			
褥瘡*	部位	d	e	s	i	g	n
	部位	d	e	s	i	g	n
	部位	d	e	s	i	g	n
褥瘡	自立 見守り 一部介助 全介助			体圧分散マット: 不要 要 マットの種類: ( ) 体位変換: 不要 要 ( )時間毎			
口腔清潔	自立 見守り 一部介助 全介助			口腔の痛み: なし あり ( ) 義歯: なし あり ( )			
感染症の有無	なし あり ( )			退院後必要な福祉用具			
医療的処置の有無	なし インスリン注射(自己注射: 可 不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器 あり 非侵襲的人工呼吸器( 使用状況: 常時 夜間のみ 昼のみ ) 中心静脈栄養 喀痰吸引 (回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理						
その他							

情報提供元の医療機関名:

\* 別紙判定基準参照

所属:

記載者氏名:

責任者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆):

※ 入退院共通連携シート（医療機関→在宅・施設）は、地域包括資源検索サイト（P24参照）や、市ホームページ（<https://www.city.utsunomiya.tochigi.jp> ページID：1004601）から取り出すことができます

## 8 医療と介護の連絡票

### 医療と介護の連絡票

令和 年 月 日

宛 先	医療機関名 事業所名	医療機関名 事業所名	医療機関名 事業所名
	TEL		TEL
	FAX		FAX
	氏名		氏名
	先生様		職種又は役職
			発信元

患者・利用者	氏名(※)		介護度	<input type="checkbox"/> 申請中	<input type="checkbox"/> 要支援1	<input type="checkbox"/> 要支援2
	生年月日(※)	明・大・昭 年 月 日		<input type="checkbox"/> 要介護1	<input type="checkbox"/> 要介護2	<input type="checkbox"/> 要介護3
	住所			<input type="checkbox"/> 要介護4	<input type="checkbox"/> 要介護5	<input type="checkbox"/> 認定なし
※ 患者・利用者に関する連絡の場合は必ず記載する。						

連絡内容	<input type="checkbox"/> ① 報告
	<input type="checkbox"/> ② 相談
	<input type="checkbox"/> ③ 確認
	<input type="checkbox"/> ④ 情報提供
	<input type="checkbox"/> ⑤ その他 ( )
<input type="checkbox"/> 返信は不要です <input type="checkbox"/> 返信を希望します	

### 回答

- ★ この連絡票は、医療・介護の連携促進に向けて作成しました。利用の際は、相手方の医療機関や事業所に確認のうえご利用ください。また、情報提供に当たっては、本人、御家族の同意を得たうえでご活用ください。
- ★ 情報提供料が発生する場合は、この連絡票ではなく別途連絡をお願いします。
- ★ このほか、この連絡票の利用については、「『医療と介護の連絡票』の使い方」を参照してください。

## — 「医療と介護の連絡票」の使い方 —

### 【医療と介護の連絡票とは】

この様式は、在宅において患者やその家族に対して適切なケアマネジメントを実施できるよう、医療従事者と介護従事者の間における円滑な連絡体制を築き、コミュニケーションの効率化と活性化を図ることを目的に作成したものです。

\*\*\* 連携の基本は「顔の見える関係づくり」\*\*\*

文書のやりとりだけにこだわらず、電話や面談など、その状況に最も適した手段を選ぶ（または組み合わせる）ことが大切です。

電話のほか、会議や研修などの機会を捉え、自分の氏名・所属等をしっかり伝えた上で、情報をやりとりしていきましょう。

### 【医療と介護の連絡票の利用について】

#### 1 利用の範囲

宇都宮市内の医療機関、薬局、介護サービス事業所

#### 2 連絡方法

FAX, 郵送, 持参, メール 等

★ 個人情報保護の観点から、誤送信等がないよう、細心の注意をお願いします。

#### 3 その他

★ 連絡票は、本人、御家族の同意を得たうえで活用してください。

★ 情報提供料が発生する場合は、この連絡票ではなく別途連絡をお願いします。

★ 連絡内容や回答を記載する際は、「簡略」と「読みやすさ」を考慮してください。

★ 文字として記録が残ることについて十分配慮が必要です。本人に対して開示が難しいと考えられる情報は、直接の会話の中で補足するようにしてください。

★ 送付先が、救急搬送先の担当医や、病院外来医師の場合には、医療機関内の担当部署、医療ソーシャルワーカー、看護師、受付窓口等を通じて依頼を行うなどの配慮をお願いします。