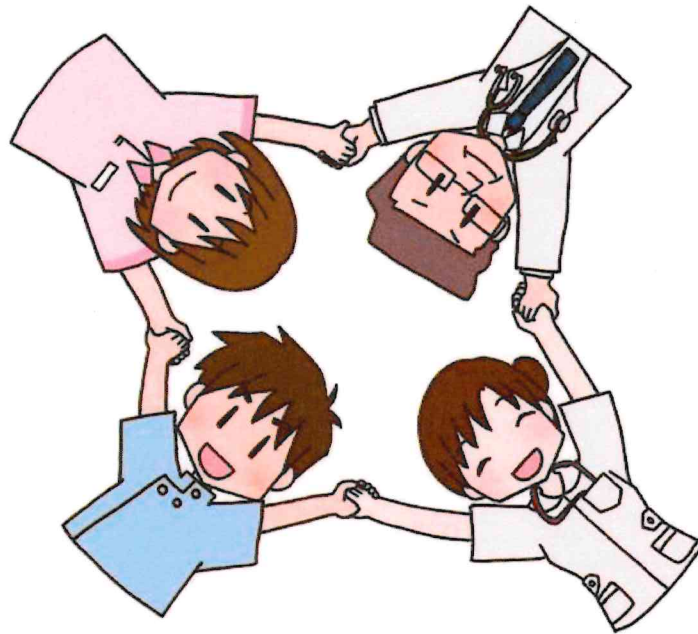


**西都・児湯地域
入退院支援ガイドブック
(ver.2.0)**



令和元年 9 月

目 次

○ガイドブックのねらい	1
○入退院支援のための「解決策」とは	2
解決策① 入院時	3
医療機関及びケアマネジャー等は、入院がわかったときには、お互いに速やかに連絡しましょう	
解決策② 入院時	4
ケアマネジャー等は、利用者が入院したら、速やかに医療機関訪問により（訪問できない場合はメール、FAX等により）入院時情報提供をしましょう	
解決策③ 入院中	6
医療機関及びケアマネジャー等は、利用者が入院したら、密に情報共有しましょう	
解決策④ 退院時	7
医療機関及びケアマネジャー等は、お互いに連絡を取り合い、退院に向けた情報共有をしましょう	
解決策⑤ 退院時	9
医療機関は、退院前カンファレンスを開催する場合は、早めにケアマネジャー等に連絡しましょう	
ケアマネジャー等は、医療機関から退院前カンファレンスの開催について連絡を受けた場合は出席しましょう	
解決策⑥ その他	10
ケアマネジャー等は、医療機関の入退院支援の窓口を確認しましょう	
資料	
資料1 ガイドブック概要版	11
資料2 入退院支援担当窓口（病院・有床診療所）一覧	12
資料3 地域包括支援センター一覧	15
資料4 市町村介護保険担当一覧	16
資料5 用語一覧	17
西都児湯版 参考様式	
入院時情報提供書	21
退院時情報提供書	23

ガイドブックのねらい

西都・児湯地域は、西都市、高鍋町、新富町、西米良村、木城町、川南町、都農町の1市5町1村から構成される地域です。平成30年10月1日現在の高齢化率は34.3%であり、宮崎県の31.7%を上回り、高齢化が進んでいます。

このような中、医療機関に入院した高齢者が、退院後に住み慣れた自宅等に戻る際に、適切な介護保険サービスにつながり、地域での生活にスムーズに移行できるようにするためには、入院時からの医療と介護の連携が欠かせません。

平成28年に高鍋保健所が実施した「ケアマネジャーにおける要介護者等の入退院調整に関する調査」において、平成28年6月に退院した方についてみると、医療機関からケアマネジャー等に退院調整連絡がなかった割合は18.6%でした。また、入院時にケアマネジャー等から医療機関への入院時情報提供書がなかった割合は46.0%でした。

これらをふまえ、平成29年度に入退院における医療機関とケアマネジャー等の情報共有が円滑になり、介護保険サービスを受けている人、受けるべき人が退院時に適切な介護保険サービスにつながり、在宅等での生活へ移行できることを目的として「西都・児湯地域 入退院支援ガイドブック（ver.1.0）」を作成しました。

その後、平成30年度には、ガイドブック（ver.1.0）運用後の課題・解決策についての協議を重ね、令和元年度にガイドブック（ver.2.0）へと改訂しました。

このガイドブックは、西都・児湯地域の14医療機関と地域包括支援センター、居宅介護支援事業所及び施設のケアマネジャー等で協議を重ねて作成しました。

西都・児湯地域の医療と介護を必要とする高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けることができるよう、入退院支援や連携の一助として「西都・児湯 入退院支援ガイドブック」をご活用くださるようお願いいたします。

なお、地域アドバイザーとして、西都市西児湯医師会の松本英裕会長及び児湯医師会の永友和之会長の御協力に感謝いたします。

※ケアマネジャー等

居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）、地域包括支援センターの保健師、社会福祉士及び主任介護支援専門員等の職員、介護施設の相談員等

入退院支援のための「解決策」とは

入退院支援を円滑に行うための「解決策」について、医療機関とケアマネジャー等のグループワークで出された意見を基に「入院時」「入院中」「退院時」と時期に応じて整理し、6つの解決策を抽出しました。

介護保険サービスを受けている人等が入院する際に、ケアマネジャー等が入院前の状況や介護保険サービスの利用状況等を医療機関に伝え、医療機関は入院中の情報をケアマネジャー等に伝えます。また、退院に向けて、お互いに情報共有を行いながら、ケアマネジャー等が情報を引き継ぎます。

「西都・児湯地域 入退院支援ガイドブック」では、入退院における医療機関とケアマネジャー等の情報共有のための目標として「解決策」を記載しています。

また、「取り組みたいこと」は、「解決策」を実現するために、医療機関とケアマネジャー等のお互いに合意した「取り組みたいこと」を記載しています。

医療と介護の現場では、異なる専門性をもった職種が各々の職場において働いています。お互いに職種や立場を理解し、尊重しながら、「取り組みたいこと」に取り組んでいきましょう。



解決策① 入院時

医療機関及びケアマネジャー等は、入院がわかったときには、お互いに速やかに連絡しましょう

ポイント

ケアマネジャー等は入院したことを早期に把握し、医療機関も患者さんにケアマネジャー等がいることを把握することにより、入院した時から退院に向けてお互いに連携することができます。

〈取り組みたいこと〉

医療機関

- ・ 外来受診時、入院時の聞き取り時等に、患者、家族及び付き添いの方に介護認定の有無や居宅介護支援事業所、担当のケアマネジャー等を確認しましょう（名刺等での確認）。
- ・ 聞き取りでケアマネジャー等の有無を確認できない場合は、患者及び家族に承諾を得た上で、各市町村介護保険担当課（p16）に確認しましょう。
- ・ 患者が入院し、ケアマネジャー等を把握した場合は、速やかにケアマネジャー等に連絡しましょう。
- ・ カルテ等にケアマネジャー等の氏名を記載し、連絡したことを記録しておきましょう。

ケアマネジャー等

- ・ 名刺を医療保険者証やお薬手帳と一緒に保管してもらうよう利用者または家族に依頼しましょう。
- ・ 日頃から、利用者及び家族等に「利用者の状態が変わったときには連絡ください」「入院したら連絡ください」と説明しておきましょう。また、入院した場合には医療機関の担当者にケアマネジャー等の名刺を見せるよう説明しておきましょう。
- ・ 利用者が入院すること、入院したことがわかった場合は、速やかに入退院支援担当窓口一覧（p12～14）の担当者に担当ケアマネジャー等であることを連絡しましょう。

解決策② 入院時

ケアマネジャー等は、利用者が入院したら、速やかに医療機関訪問により（訪問できない場合はメール、FAX等により）入院時情報提供をしましょう

ポイント

入院前の状態や生活を医療機関に伝えることにより、医療機関は入院中のケアや円滑な治療、退院に向けた支援につなげることができます。また、ケアマネジャー等は早期に医療機関を訪問することにより、利用者の退院支援に必要な情報共有及び医療機関との連絡をスムーズに行うことができ、連携しながら退院に向けた支援を始めることができます。

〈取り組みたいこと〉

医療機関

- ・ケアマネジャー等から医療機関を訪問する旨の連絡があった場合は、お互いに都合の良い時間を相談し、調整するようにしましょう。
- ・提供された情報で不足している情報がある場合は、ケアマネジャー等に問い合わせるようにしましょう。

ケアマネジャー等

- ・医療機関職員との面接のために訪問する場合は、事前に電話等で連絡し、お互いに都合の良い時間を相談し、調整した上で訪問するようにしましょう。
- ・訪問又はFAX等により、利用者の入院前の情報提供を行いましょう。
- ・入院時の情報提供では、p5の最低限必要な項目を入れるようにしましょう。
※p21～22に西都児湯版参考様式を示していますので、ご自由にお使い下さい。
- ・FAXにより情報提供する場合は、事前に連絡し、誤送信がないよう、個人情報の取り扱いには十分注意しましょう。
- ・医療機関から不足情報の問い合わせがあった場合は、情報提供しましょう。
- ・ケアプランについては、医療機関から提供依頼があった場合には、ケアプランの写しを提供しましょう。

入院時の情報提供 最低限必要な項目

●利用者（患者）基本情報について
患者氏名
年齢
性別
生年月日
住所
電話番号
住環境
入院時の要介護度
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
障害などの認定（身体、精神、知的）
●家族構成/連絡先について
世帯構成（独居、高齢世帯 等）
ジェノグラム
主介護者氏名
主介護者TEL（携帯電話 等繋がる番号）
キーパーソン
キーパーソンTEL（携帯電話 等繋がる番号）
●本人について
本人の生活歴
●入院前の介護サービス利用状況
入院前の介護サービスの利用状況
●今後の在宅生活の展望について
退院後の主介護者
介護力
●薬について
内服薬
眼剤の使用
薬剤管理 （自己管理or他者管理、 他者管理の場合：管理者・管理方法 等）
服薬状況（服薬拒否、飲み忘れ 等）
薬に関する特記事項
●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
診察方法（通院・訪問診療 等）・頻度

●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	
褥瘡の有無	
ADL	移動
	移動〔室内〕（杖、歩行器、車椅子 等）
	移動〔屋外〕（杖、歩行器、車椅子 等）
	起居動作
	移乗
	更衣
	整容
	入浴
	食事
食事内容	食事回数
	食事制限
	食事形態（普通、きざみ、嚥下障害食、ミキサー等）
	摂取方法（経口、経管栄養 等）
口腔	水分とろみ
	嚥下機能
	義歯
排泄	口腔清潔
	排尿
	排便
	ポータブルトイレ （使用の有無、夜間、常時 等）
オムツ/パッド	（使用の有無、夜間、常時 等）
	アレルギーの有無
喫煙	
飲酒	
コミュニケーション能力	視力
	眼鏡（使用の有無）
	聴力
	補聴器（使用の有無）
	言語
	意思疎通
精神面における療養上の問題 （幻視・幻聴、焦燥・不穏、徘徊 等）	
疾患歴 （悪性腫瘍、呼吸器感染症〔肺結核 等〕、脳血管障害、 認知症 等）	
入院前に実施している医療処置 （点滴、酸素療法、喀痰吸引、気管切開 等）	
特記事項	

解決策③ 入院中

医療機関及びケアマネジャー等は、利用者が入院したら、密に情報共有しましょう

ポイント

入院した時から、治療と並行して退院に向けた支援が始まります。
入院中におけるお互いの情報共有は、退院後の自立支援に効果的です。

〈取り組みたいこと〉

医療機関

- ・ケアマネジャー等から情報提供の依頼を受けた場合は、退院支援に向けた必要な情報共有を行う等情報提供に協力しましょう。
- ・入院中に患者の状態が変わった時には、ケアマネジャー等に連絡するよう努めましょう。

ケアマネジャー等

- ・退院支援に向け、必要に応じ、医療機関と必要な情報を共有するように努めましょう。
- ・ケアマネジャー等は、積極的に医療機関と連絡するよう努めましょう。



解決策④ 退院時

医療機関及びケアマネジャー等は、お互いに連絡を取り合い、退院に向けた情報共有をしましょう

ポイント

医療機関は、患者の病状等により、退院の見通しが異なるため、一律に「〇日前までに連絡をする」と決めることができない実情があります。

ケアマネジャー等は、退院後のサービス提供にあたり、準備や調整を行う必要があります。退院当日の連絡や知らない間に退院していたりすると、必要なサービスを速やかに提供できず、利用者や家族が困る事態が生じてしまいます。

〈取り組みたいこと〉

医療機関

- ・退院予定日が決まったら、できるだけ早めにケアマネジャー等に連絡しましょう。
- ・必要に応じて、退院後の患者の医療介護の注意点がわかるよう、情報提供しましょう。
- ・退院時の情報提供では、p8の最低限必要な項目を入れるようにしましょう。
※p23～24に西都児湯版参考様式を示していますので、ご自由にお使い下さい。
- ・退院時の連絡チェックリスト等を作成し、ケアマネジャー等への連絡漏れがないようにしましょう。

ケアマネジャー等

- ・把握した退院予定日から、医療機関に退院日の確認をしましょう。
- ・利用者または家族から退院予定日の連絡があった場合は、医療機関に連絡し、情報を得ましょう。
- ・退院前に医療機関から利用者に関する必要な情報を得るように努めましょう。

退院時の情報提供 最低限必要な項目

●基本情報・現在の状態 等	
属性	氏名
	フリガナ
	性別
	年齢
	生年月日
入院概要等	入院日、退院予定日
	入院原因疾患（入院目的等）
	入院先
	今後の医学管理（医療機関名 等）
	次回受診日
疾患と入院中の状況	現在治療中の疾患
	感染症の有無
	移動手段
	排泄（方法、最終排泄日）
	入浴（方法、最終入浴日）
	食事形態
	嚥下機能（むせ）
	口腔清潔
	口腔ケア
	睡眠
	認知・精神（認知機能低下、せん妄、徘徊 等）
処方薬	
●退院後に必要な事柄	
医療処置の内容（点滴、酸素療法、喀痰吸引、気管切開 等）	
看護の視点（血圧、水分制限、食事制限、血糖コントロール 等）	
禁忌事項（有無、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）	
●その他	
各項目の具体的な内容を記載する欄	

解決策⑤ 退院時

医療機関は、退院前カンファレンスを開催する場合は、早めにケアマネジャー等に連絡しましょう

ケアマネジャー等は、医療機関から退院前カンファレンスの開催について連絡を受けた場合は、出席しましょう

ポイント

ケアマネジャー等が退院前カンファレンスに出席することにより、情報収集及び情報共有ができ、退院後に必要なサービス等について検討することができます。

〈取り組みたいこと〉

医療機関

- ・退院前カンファレンスを行う場合は、早めにケアマネジャー等に連絡しましょう。
- ・ケアマネジャー等が出席できるよう日程調整に協力しましょう。
- ・ケアマネジャー等から退院前カンファレンスの開催希望があった場合は、退院前カンファレンスの必要性についてケアマネジャー等と協議しましょう。

ケアマネジャー等

- ・退院前カンファレンスが必要と思われる利用者については、事前に医療機関にカンファレンス開催を依頼しておきましょう。
- ・退院前カンファレンスの連絡があった場合、医療機関と日程調整を行い、出席しましょう。
- ・利用者または家族に退院予定日がわかったら連絡をしてもらうよう依頼しておきましょう。

解決策⑥ その他

ケアマネジャー等は、医療機関の入退院支援の窓口を確認しましょう

ポイント

利用者の情報を得るための連絡や医療機関を訪問する場合等は、医療機関の入退院支援の担当者に連絡することにより、スムーズに連携することができます。

〈取り組みたいこと〉

医療機関

- ・入退院支援の担当者をできるだけ複数配置するよう努めましょう。

ケアマネジャー等

- ・医療機関に連絡を取る場合は、入退院支援の窓口連絡しましょう。
- ・医療機関を訪問する場合は、入退院支援の窓口連絡し、訪問時間の予約を取って、訪問するようにしましょう。



西都・児湯地域 入退院支援ガイドブック 概要版



医療機関

解決策① 入院時

患者の入院がわかったときには、速やかにケアマネジャー等に連絡しましょう

解決策③ 入院中

患者が入院したら、ケアマネジャー等と密に情報共有しましょう

解決策④ 退院時

ケアマネジャー等と連絡を取り合い、退院に向けた情報共有をしましょう

解決策⑤ 退院時

退院前カンファレンスを開催する場合は、早めにケアマネジャー等に連絡しましょう



入院時

解決策① 入院時

利用者の入院がわかったときには、速やかに医療機関に連絡しましょう

解決策② 入院時

利用者が入院したら、速やかに医療機関訪問により（訪問できない場合はメール、FAX等により）入院時情報提供をしましょう

解決策③ 入院中

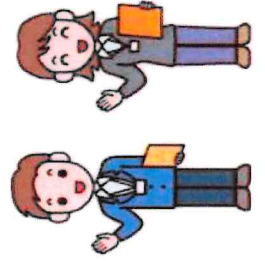
利用者が入院したら、医療機関と密に情報共有しましょう

解決策④ 退院時

医療機関と連絡を取り合い、退院に向けた情報共有をしましょう

解決策⑤ 退院時

医療機関から退院前カンファレンスの開催について連絡を受けた場合は、出席しましょう



ケアマネジャー等

入院中

退院時

解決策⑥ その他

医療機関の入退院支援の窓口を確認しましょう

資料2 入退院支援担当窓口（病院・有床診療所）一覧

※医療機関からの情報提供に基づき掲載しています。

病院・有床診療所	病院	病院	病院	病院
所在市町村	西都市	西都市	西都市	高鍋町
医療機関名	医療法人社団大和会 大塚病院	地方独立行政法人 西都児湯医療センター	医療法人恵喜会 西都病院	医療法人宏仁会 海老原総合病院
所在地	〒881-0016 西都市御舟町 2丁目45番地	〒881-0033 西都市大字妻 1550番地	〒881-0023 西都市大字調殿 1010	〒884-0006 高鍋町大字上江 207番地
代表電話番号	43-0016	42-1113	43-0143	23-1111
FAX	43-3022	42-1076	43-3625	21-1816
入退院支援担当 窓口	部署名 一般病棟 電話 43-0016 080-2041-7116 (阿部携帯) 080-2523-6811 (黒木携帯) FAX 43-3022 Mail ootsukahp@icloud.com	地域医療連携室 42-1113 42-5530 info@skmc.jp	地域支援相談室 43-0143 43-3625 -	地域連携室 23-1111 連携室専用35-3301 (在室時のみ対応可) 35-3307
連絡可能な日	月～金曜日、土曜日の午前中 (祝日除く)	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)	月～土曜日 (祝日・年末年始除く)	月～金曜日 (祝日・夏期休暇・年末年始 除く)
連絡可能な時間帯	(月～金曜日) 9:00～17:00 (土曜日) 9:00～12:00	8:30～12:00 13:00～17:30	(月～金曜日) 8:30～12:30 14:00～18:00 (土曜日) 8:30～12:30	9:00～12:30 13:30～17:00

※医療機関からの情報提供に基づき掲載しています。

病院・有床診療所	病院	病院	病院	病院	有床診療所
所在市町村	高鍋町	川南町	川南町	都農町	西都市
医療機関名	医療法人愛生堂 坂田病院	医療法人社団聖山会 川南病院	独立行政法人 国立病院機構 宮崎病院	都農町国民健康保険病院	医療法人社団百喜会 上野医院
所在地	〒884-0006 高鍋町大字上江 8108	〒889-1301 川南町大字川南 18150番地47	〒889-1301 川南町大字川南 19403-4	〒889-1201 都農町大字川北 5202	〒881-0104 西都市大字鹿野田 5579番地1
代表電話番号	22-3426	27-4111	27-1036	25-1031	44-5100
FAX	23-3816	27-5002	27-5033	25-1032	44-5997
入退院支援担当 窓口	地域連携室	地域連携室	地域医療連携室	地域連携室	
電話	32-1667	0120-27-2876	0120-27-2876	25-1031 (内線171)	44-5100
FAX	32-1668	32-1668	27-2728	25-1032	44-5997
	k.miyoshi@k-seizan.jp	622-tiki@mail.hosp.go.jp			box18604@mnet.ne.jp
担当者名	●看護師 三好 香織	●看護師 三好 香織	●地域医療連携室係長 (看護師長) 上四元 恵理子 ●看護師 小林 由香 福岡 文子 ●医療ソーシャルワーカー 河野 秀代	●社会福祉士 児玉 真実子 ●看護師 牧野 晴美	●看護師 高橋 八重子
連絡可能な日	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)
連絡可能な時間帯	8:15～17:15	8:15～17:15	8:30～17:15	8:15～12:00 13:00～17:00	13:00～16:00

※医療機関からの情報提供に基づき掲載しています。

病院・有床診療所	有床診療所	有床診療所	有床診療所
所在市町村	西都市	高鍋町	西米良村
医療機関名	東米良診療所	医療法人山仁会 山口整形外科	国民健康保険 西米良診療所
所在地	〒881-1123 西都市大字中尾字小崎 171-9	〒884-0002 高鍋町大字北高鍋 3235の3	〒881-1411 西米良村大字村所 66番地1
代表電話番号	46-2335	22-3157	36-1031
FAX	46-2588	22-3158	36-1830
入退院支援担当 窓口	部署名		
電話	46-2335	22-3157	36-1031
FAX	46-2588	22-3158	36-1830
	-	yamaguchiseikei3157@gmail.com	-
担当者名	●看護師 (主任) 甲斐 ひとみ	●看護師長 黒木 繁	●看護師長 瀧砂 明美
連絡可能な日	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)	担当者不在時以外 いつでも可	月～金曜日 (祝日・年末年始除く)
連絡可能な時間帯	9:00～12:00 13:00～17:00	(月・火・木・金) 8:30～12:00 13:30～18:00 (水・土曜日) 8:30～12:30	9:00～12:00 13:00～16:30

資料3 地域包括支援センター一覧

担当地域	名称	郵便番号	所在地	電話番号	
				FAX	
西都市 妻南地区・三納地区・都於郡地区・三財地区	西都市南地区地域包括支援センター	881-0004	西都市大字清水1035番地1	41-0511	
				42-4743	
西都市 妻北地区・穂北地区・東米良地区	西都市北地区地域包括支援センター	881-0016	西都市御舟町2丁目63番地	32-9595	
				32-9596	
高鍋町	高鍋町地域包括支援センター	884-0006	高鍋町大字上江8437番地	32-6600	
				32-6601	
新富町	新富町地域包括支援センター	889-1493	新富町大字上富田7491	33-5727	
				33-5706	
西米良村	西米良村地域包括支援センター	881-1411	西米良村大字村所66番地1	36-1114	
				36-1540	
木城町	木城町地域包括支援センター	884-0101	木城町大字高城1227番地1	32-2729	
				32-2737	
川南町	川南町地域包括支援センター	889-1301	川南町大字川南13680番地1	21-3288	
				21-3277	
都農町	都農町地域包括支援センター	889-1201	都農町大字川北4874番地2	25-5722	
				21-2017	

資料 4 市町村介護保険担当一覧

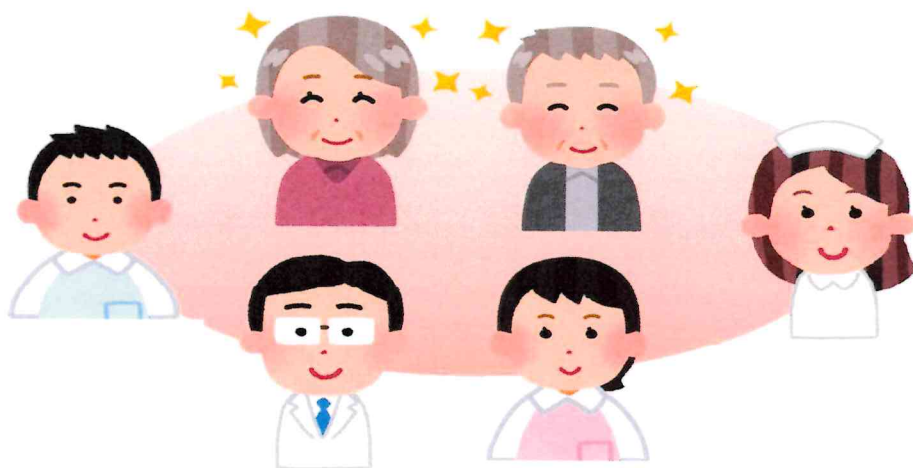
市町村名	課名・係名	郵便番号	所在地	電話番号	
				FAX	
西都市	健康ほけん課	881-8501	西都市聖陵町2丁目1番地	43-3024	41-1382
高鍋町	健康保険課 介護・高齢者福祉係	884-8655	高鍋町大字上江8437番地	26-2008	23-6303
新富町	あんしん長寿課 介護保険係	889-1493	新富町大字上富田7491番地	33-6056	33-4862
西米良村	福祉健康課	881-1411	西米良村大字村所66番地1 西米良村保健センター内	36-1114	36-1540
木城町	福祉保健課 介護高齢者係	884-0101	木城町大字高城1227番地1	32-4734	32-2737
川南町	福祉課 介護保険係	889-1301	川南町大字川南13680番地1	27-8008	32-0349
都農町	福祉課 介護保険係	889-1201	都農町大字川北4874番地2	25-5714	21-2017

資料5 用語一覧

用語解説	
あ IC(informed consent):アイシーもしくはインフォームド コンセント 【医療】	医療行為（投薬・手術・検査など）や治験などの対象者（患者や被験者）が、治療や臨床試験・治験の内容についてよく説明を受け十分理解した上で（informed）、対象者が自らの自由意志に基づいて医療従事者と方針において合意する（consent）ことである（単なる「同意」だけでなく、説明を受けた上で治療を拒否することもインフォームド・コンセントに含まれる）。医療機関では病状説明の意で用いられることも多い。 また、医療機関によっては病状説明（医師が患者や家族に行う病状や治療方法の説明）を「ムンテラ」と表現する場合もある。ムンテラとはドイツ語のMund（口）＋Therapie（治療）を組合せたもの。
あ アナムネ 【医療】	既往歴。一般には、医療者が問診によって、年齢、婚姻状況、職業、居住地、家族歴、既往歴、主訴、現病歴などを聴取する。
い インテーク 【介護】	援助を求めて相談機関を訪れた対象者に、ソーシャルワーカーなどが行う面接。ケースワークの最初の段階。
え Ent(えんと):Entlassen/ドイツ語 【医療】	「退院」のこと。「入院」をAdm(アドミッション:admission)と略して記すこともある。 ちなみに、「ENT」は「ear, nose, and throat」（英語）で耳鼻咽喉科を指す。
か かんかい(寛解) 【医療】	病気の症状が、一時的あるいは継続的に軽減した状態。または、見かけ上消滅した状態。 癌や白血病など、再発の危険性のある難治の病気治療で使われる。
き きせつ(気切):気管切開 【医療】	肺に空気を送ったり痰を吸引したりするため、気管に穴を開けること。具体的には、のど(のど仏の下)に手術により穴を開け、その部分から気管にカニューレを挿入する気道確保方法。これにより呼吸管理を行ったり、分泌物の吸引を行ったりする。呼吸不全の患者に対して行うことが多いが、痰や分泌物がうまく吐き出せず、つまりやすい(窒息しやすい)場合には、呼吸自身に問題がなくても気管切開が必要となる。
き 急性期 【医療】	症状が急激に現れる時期(病気になりはじめた時期)のこと。病気やけがによる症状が急激に現れるため、患者の身体的、精神的な負担が大きい時期でもある。
く クリニカルパス(クリティカルパス) 【医療】	治療や検査にあたってどのような処置を行うのか、その実施内容や順序を示したスケジュール表のこと。

け	ケアプラン:介護サービス計画	【介護】
	要支援、要介護に認定された本人や家族の希望に添った介護サービスを適切に利用できるように、本人や家族の心身の状況や生活の環境などに配慮し、利用する介護サービスの種類や内容を定めた「介護サービスの利用計画」のこと。ケアプランは、居宅介護支援事業者(ケアプラン作成機関)、ケアマネジャーに作成を依頼することができる。また、利用者の心身の状態の変化などに配慮し、常に適切なサービスが利用できるように随時変更される。	
け	ケアマネジャー(CM):介護支援専門員	【介護】
	介護を必要とする方が介護保険サービスを受けられるように、ケアプランの作成やサービス事業者との調整を行う、介護保険に関するスペシャリスト。主な役割としては、ケアプランの作成や給付管理、利用者とサービス事業者の間の調整がある。ただし、給付管理事務が発生しないと収入がないため、サービス利用の無い対象者の対応は、無償での奉仕となる。	
さ	3か月ルール/90日ルール:高齢者の入院90日ルール	【医療】
	75歳以上(障がい者は65歳以上)の高齢者が一般病院に入院すると、91日目から後期高齢者特定入院基本料の算定が始まり、医療報酬は3分の2以下に減額され、投薬や検査について支払われない状況になること。	
し	ジェノグラム	【医療・介護】
	援助者が、利用者を中心とした家族関係を理解するために作成される図のこと。主に介護、障がい、医療、教育の分野で、支援記録を作成するために使われる。	
し	CPR(Cardiopulmonary resuscitation):シーピーアール	【医療】
	心肺蘇生	
し	CPA(Cardiopulmonary arrest):シーピーエー	【医療】
	心臓と呼吸が止まった状態	
し	じゅうかい(住改):住宅改修	【介護】
	介護保険サービスの一つ。20万円を上限に費用の9割(8割または7割)が支給され、利用者は1割(2割または3割)を負担する(原則1人1回しか利用できない)。手すりの取り付けや段差解消等。基本的に事前申請が必要であり、償還払いである。	
し	しょうかんばらい(償還払い)	【医療・介護】
	利用者が費用の全額をサービス提供事業者にいったん支払い、その後、保険者である市町村から現金の償還(払い戻し)を受けること。福祉用具購入費、住宅改修費等が対象となる。	
た	たんかい(担会):サービス担当者会議	【介護】
	ケアプラン原案を作成し、サービス調整を行った後、サービス担当者を集めてケアプランの内容を検討する会議を開く。このサービス担当者会議は、利用者の状態像の変化などにより、ケアプランを変更する際にも開く。	

ち	地域医療連携室・地域連携室	【医療】
	「自院と他院・他施設をつなぐ部署」。患者がスムーズに医療機関へ受診・入院できるように、また医療機関から退院・転院することができるように、医療機関・介護施設をはじめ、行政や福祉に関わる多くの施設を繋ぐ役割を担う。院外連携を成功させるためには、院内連携が欠かせず、院内連携の推進部署としての役割も求められる。	
ち	地域ケア会議	【行政】
	多職種の協働による個別ケース(困難事例等)の支援を通じて①地域支援ネットワークの構築、②高齢者の自立支援に資するケアマネジメント支援、③地域課題の把握などを行う。高齢者個人に対する支援の充実と、それを支えるサービスの検討等を同時に進めていく、地域包括ケアシステムの実現に向けた手法として、各市町村で行われている。	
て	DNR(do not resuscitate):ディーエヌアール	【医療】
	患者の容態が急変して心停止してしまっても、心肺蘇生を行わないこと。	
ふ	福祉用具購入	【介護】
	介護保険サービスの一つ。同年度で10万円を上限に費用の9割(8割または7割)が支給され、利用者は1割(2割または3割)を負担する。腰掛便座(ポータブルトイレ)や入浴補助用具(シャワーチェア)等。基本的に事前申請が必要であり、償還払いである。	
ふ	福祉用具レンタル:福祉用具貸与	【介護】
	介護保険サービスの一つ。日常生活の自立を助けるための福祉用具の貸与。車いすや特殊寝台(介護ベッド)等。ただし、要介護区分により利用できる福祉用具が異なる。	
ほ	ほうかつ(包括):地域包括支援センター	【介護】
	①総合相談支援、②権利擁護、③包括的・継続的ケアマネジメント支援、④介護予防ケアマネジメント等を担う。保健師(または看護師)、社会福祉士、主任ケアマネジャーの3職種のほか、認知症地域支援推進員などの職種が配置されており、保健医療の向上及び福祉の増進を包括的に支援する。	
ほ	包括ケア病床:地域包括ケア病床(地域包括ケア病棟)	【医療】
	入院治療後、病状が安定した患者に対して、リハビリや退院支援など、効率的かつ密度の高い医療を提供するために、厳しい施設基準をクリアし、国から許可を受けた「在宅復帰支援のための病床」。原則、最長60日以内での退院。	
ほ	ホームエバー	【医療】
	理学療法士や作業療法士が患者の自宅環境を評価しに行き、住宅改修すべきところ等を指導すること。退院支援加算を取れる医療機関が主に実施しているもので、全ての医療機関が実施しているわけではない。	



入院時情報提供書（介護 → 医療）

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

御中

事業所名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

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	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日	生
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能な場合は「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅）、 階建て、 居室 階、 エレベーター（有・無） 特記事項（ ）				
入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 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				☐ 医師の判断 ☐ ケアマネジャーの判断 ☐ 意見書 ☐ 認定調査
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
障害など認定	☐ なし ☐ あり（身体・精神・知的）				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ 日中独居 ☐ その他（ ）	○ジェノグラム
主介護者氏名	（同居・別居） （続柄： ） （年齢： 歳）	
TEL	※携帯電話 等繋がる番号	
キーパーソン	（続柄： ） （年齢： 歳）	
TEL	※携帯電話 等繋がる番号	

3. 本人の生活歴について

本人の生活歴	
--------	--

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ 介護予防サービス支援計画書 ☐ その他（ ）
-----------------	---

5. 今後の在宅生活について（ケアマネジャーとしての意見）

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 ）
介護力	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部 ） ☐ 介護力が見込めない ☐ 家族や支援者はいない ☐ 今のところ不明

6. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

7. 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（ ）	眠剤の使用	☐ なし ☐ あり
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 （管理者： 、管理方法： ）	服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、 処方が守られていない ☐ 服薬拒否
薬に関する特記事項			

8. 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	軽度	中度	重度	※各項目の具体的な記載等
褥瘡の有無		☐ なし ☐ あり ()				
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	
	(室内)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ()				
	(屋外)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他 ()				
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	
	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
	更衣	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	
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助	
食事	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				
	食事制限	☐ なし ☐ あり () ☐ 不明				
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー ☐ その他 ()				
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ その他 ()				
	水分とろみ	☐ なし ☐ あり				
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		
	義歯	☐ なし ☐ あり(部分義歯 ・ 総義歯)				
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	
	ポータブルトイレ	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時				
	オムツ/パッド	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時				
アレルギー	☐ なし ☐ あり ()					
喫煙	無	有 _____ 本くらい/日				
飲酒	無	有 _____ 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	やや難あり	困難		
	眼鏡	☐ なし ☐ あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		
	補聴器	☐ なし ☐ あり ()				
	言語	問題なし	やや難あり	困難		
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難		
精神面における療養上の問題	☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他 ()					
疾患歴	☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 呼吸器感染症(肺結核等) ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他 ()					
入院前に実施している医療処置	☐ 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 ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()					

9. 特記事項

--

※この参考様式は、入退院調整を円滑にするためのものであり、介護・診療報酬の加算算定を担保するものではありません。

退院時情報提供書（医療→介護）

医療機関名

御中

担当者

記入日： 年 月 日

情報提供日： 年 月 日

フリガナ		性別	年齢	生年月日	
氏名	様 男・女	歳	明・大・昭	年	月 日
	・入院日： 年 月 日		・退院予定日： 年 月 日		
入院原因疾患 (入所目的等)					
今後の医学管理	医療機関名：			次回受診日	年 月 日
現在治療中の疾患				感染症の有無	□なし □あり()
ADL 等				特記事項・詳細	
移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()			※ADLが変化している場合は、詳細を記入	
排 泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助 □トイレ □ポータブル □おむつ □その他() 最終排泄日(月 日)				
入 浴	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず 最終入浴日(月 日)				
食 事	制限：□なし □あり() 形態：□普通 □きざみ □嚥下障害食 □その他() 方法：□経口 □経管栄養 □その他()				
嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)				
口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良				
口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助				
睡 眠	□良好 □不良() 眠剤の使用 □なし □あり				
認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他()				
処方薬	□なし □あり(□処方箋等添付あり) 内 容 () 特記事項				
退院後に必要な 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 □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他() 特記事項				

退院後に必要な 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 ☐ 療養上の指導（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（ ） 特記事項	
退院後に必要な リハビリの視点	☐ なし ☐ 添付書類あり ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習（ストレッチ含む） ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居／立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習（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（ ） 特記事項	
禁忌事項	（禁忌の有無）	（禁忌の内容／留意点）
	☐ なし ☐ あり	
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）		
特記事項		

※この参考様式は、入退院調整を円滑にするためのものであり、介護・診療報酬の加算算定を担保するものではありません。