

# 湖東圏域における 病院とケアマネジャーの 入退院支援のための手引き



平成28年3月（第1版）

平成31年4月（第2版）

令和7年6月（第3版）

彦根市立病院・彦根中央病院・友仁山崎病院・豊郷病院

彦根愛知犬上介護保険事業者協議会

彦根愛知犬上介護支援専門員連絡協議会・彦根保健所

## ～ 目 次 ～

1	はじめに	・・・	P 1
2	入退院支援における病院とケアマネジャーの連携		
	①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合	・・・	P 2
	②新たに介護保険サービスを受ける場合	・・・	P 3
	③加算例	・・・	P 4
3	運用にあたっての補足説明	・・・	P 5
4	使用するシート	・・・	P 9
	①入院時情報提供書（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）	・・・	P 12
	②退院に向けての聞き取りシート（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）		P 17
	③退院後情報提供書（湖東圏域作成）	・・・	P 22
5	参考資料	・・・	P 23
	①病院の病床機能	・・・	P 24
	②4病院連絡窓口等一覧	・・・	P 26
	③市町の相談窓口（高齢者・障害福祉・その他）	・・・	P 28
	④市町地域包括支援センター	・・・	P 29
	⑤医療と介護の相談窓口（くすのきセンター内）	・・・	P 31
	⑥介護保険サービス利用のための基本的な流れ	・・・	P 32
6	参考ホームページ	・・・	P 34

# 1 はじめに

我が国では、2025年には、団塊の世代すべてが75歳以上となり、3人に1人が65歳以上、5人に1人が75歳以上となります。高齢化の進展に伴い現在の医療・介護サービスの提供体制のままでは十分対応できないことから、「病院完結型」から、地域で治し支える「地域完結型」へという方向性が示され、地域医療構想の策定や医療と介護の連携と地域包括ケアシステムの構築等が推進されているところです。

湖東圏域においては、既に高齢化率が30%を超えた町もあり、脳血管疾患の後遺症、骨折後のADLの低下、慢性疾患の療養など、身体機能が低下し、医療・介護の支援を受けながら病院と在宅を行き来して生活する方が増えていきます。さらに入院期間の短縮化に伴い、医療の継続的関与が必要な退院患者や、ADLの回復過程にある状態での退院患者等が増えることが予想され、医療と介護の連携の必要性はますます大きくなっていきます。

このような中、平成27年度より病院での治療から在宅療養へのスムーズな連携をはかることを目的に「湖東地域退院支援ルール評価検討事業」を実施し、病院と地域（ケアマネジャー）が効果的な入退院支援の流れの検討を重ねてきました。

あまり顔なじみのない病棟看護師とケアマネジャーが顔をあわせ意見交換する中でお互いの立場や役割、事情を理解しあい、患者さんやご家族が安心して自宅での療養生活に移行できるために一緒に頑張っていこうという気持ちを強くされたことが何より大きな成果だと思います。

今回の話合いで作成された入退院支援の流れの原則を「湖東圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援のための手引き」としてまとめました。

一人でも多くの方が安心して在宅療養をできるよう、病院担当者、ケアマネジャーの皆様がこの手引きを活用して円滑に入退院支援をしていただきますよう、お願いいたします。

<湖東圏域(彦根市・愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町)>

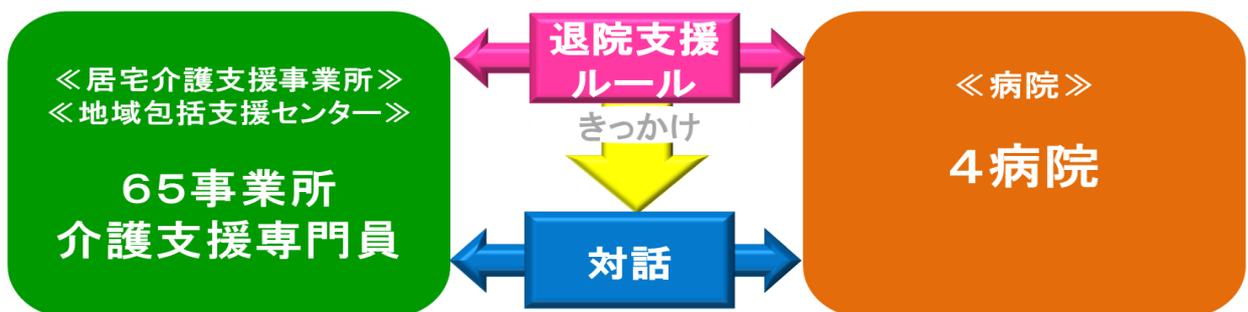
65歳以上の住民 : 35,087人      75歳以上の住民 : 17,925人

65歳以上の認定者数: 6,325人      75歳以上の認定者数: 5,597人

(人口は平成26年10月現在、認定者数は平成27年3月現在)

## 在宅療養支援

～入退院支援で安心して在宅療養できる住民を増やそう～



医師・歯科医師・薬剤師・訪問看護・栄養士・セラピスト・歯科衛生士 など

## 2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携 ～① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合～

### 病院の役割

#### 基本情報の把握

- 予定入院の場合、入院前に入院時情報提供書の提出を依頼する（FAX可）

#### 入院時の基本情報の聞き取り

- 担当CMの有無を確認する
- ※CMあり⇒本人・家族へCMへの入院連絡を依頼する  
本人・家族が不可能なら病院から直接連絡する

#### 入院時情報提供書の活用

- CMから提供される「入院時情報提供書」とその他必要な情報をCMに聞き取りし、退院後の生活を鑑み、ゴール設定や入院中の看護・リハ内容の検討の参考とする
- 早めの退院が予想される場合は、退院のおおよその時期についてCMに伝える
- 入院時情報提供書と聞き取りの内容は、院内スタッフに共有する
- 転院時は入院時情報提供書を転院先に送付する

#### CMと課題のすりあわせ（随時）

- 治療状況、退院の見込み、退院後に予測される療養上の課題等について、必要に応じて情報共有する
  - 本人への面談やADLをCMが確認できるよう調整する
  - CMの病院訪問には必要な職種（リハ担当、栄養士等）の参加を提案、相談し調整する
  - 本人・家族への病状説明の際の同席の可否や、外出・外泊、退院前カンファレンスの実施など方針があれば伝え、CMと相談する
  - 退院予定の目安がわかれば、CMに伝える
- （回復期・地域包括ケア病棟におけるカンファレンス）**
- 必要時カンファレンスを実施
  - 担当CMに連絡し、可能な限り事前に日程調整を行う

#### 退院見込みの連絡

- 退院見込みが出た時点（退院調整開始時）で担当CMに連絡する

#### 外泊・外出

- 予定が決まればCMに連絡する
- 住宅改修や福祉用具の調整等、CMと連携し調整する
- ※可能であれば、病院スタッフにより、自宅でのADLを確認し、住宅改修・福祉用具等の必要性、退院までのリハビリの目標設定などを確認する

#### 退院予定の連絡・退院前カンファレンス

- ★病院側は「医療上の生活課題」が生活に及ぼす影響について、在宅支援者に伝えられるようにしておく。
- 退院予定が決まればできるだけ7日前（※）までにCMに連絡しカンファレンスの日程調整をする
- （※）病状が安定していて、本人・家族が在宅療養を望んでいる場合の目安
- 退院前カンファレンスの実施の要否は病院担当者とCMで調整する
- CM主催のサービス担当者会議にも可能な限り出席し、退院後の方針について専門職としての意見を述べる
- 必要に応じて退院後情報提供書を依頼する

#### 退院時

- 必要に応じてサマリー等の文書により情報提供する
- 入院中にACPについて本人の意向を聞き取っている場合、申し送りをする。

#### 退院後

- （継続受診者で）独居の方で状態の変化・受診中断があった場合、CMに連絡する

### 在宅療養（入院前）

### 入院時 情報共有

### 入院中

### 退院調整

### 退院前 カンファレンス

### 退院決定 ～退院

### 在宅療養

### ケアマネジャーの役割（ケアマネジャー：「CM」と表記する）

- 担当CMの情報提供（保険証類に名刺を入れる等）
- 本人・家族に、入院時の連絡と病院にCMの氏名を伝えてもらうよう依頼する

#### 入院前の情報提供

- \*「入院時情報提供書」を作成し、病院へ提出する（FAX可）

#### 入院時の情報共有

- 「入院時情報提供書」を作成し2日以内に病院窓口へ提出する（FAX可であるが、受取確認の電話連絡はする）
- 病院の担当者名を確認し、退院前カンファレンスが必要な場合は、理由も含め口頭でも依頼する
- 「退院の見込み」が決まったら、連絡してもらうよう家族と病院に依頼する
- 必要時（特に急性期病棟への入院時）、入院時診療計画書を確認し退院の時期について検討する

※滋賀県介護支援専門員連絡協議会発行の「入院時情報提供書」R7年4月に改訂。ACPに関する項目が追加されている。

#### 病院と課題のすりあわせ・病院訪問（随時）

- 治療状況、退院の見込み、退院後に予測される療養上の課題等について必要に応じて情報共有する
  - 本人への面談やADLの確認を行う（病院の面会状況を確認し、必要時調整を依頼する）
  - 病院訪問日時等の事前調整する
  - 聞き取りシート（P17）等を用い聞き取り、今後予測される課題やサービスの変更の有無等を検討しケアプラン原案を作成する
  - 必要時、リハ担当や栄養士等と日程調整し情報収集を行う
  - 退院までの必要な支援等や退院カンファレンスの開催について、病院と相談する
- （回復期・地域包括ケア病棟におけるカンファレンス）**
- 病院から連絡があれば可能な限り出席する

#### 外泊・外出時の訪問

- 病院から日程の連絡をもらい訪問の調整をする
- ⇒住宅改修・福祉用具等の必要性・医療処置が必要などの物品や手順・その他課題の有無、区分変更の必要性を確認する

#### 退院前カンファレンス・サービス担当者会議

- ★退院前カンファレンスは、情報収集の場ではなく、該当ケースの「医療上の生活課題」の解決策を入院中の状況を踏まえ検討する場である
- 必要時、サービス事業所等支援者の同席を調整する
- ケアプラン原案を持参し退院後の方針について決定する
- 退院前カンファレンス後に司会を交代し、サービス担当者会議を開催する（サービス担当者会議を開催する際は、病院にあらかじめ伝えておく）
- 退院後情報提供書の必要について確認する（P21）
- 次回受診日確認をする
- 文書での情報提供依頼する（看護サマリー・リハサマリー（総合実施計画書）・紹介状・指示書・健康診断書等の発行方法を確認）
- 時間の制約があるので効率的に実施する

#### 退院時

- 次回受診日の確認をする
- 文書情報の提供を受ける（看護サマリー・リハサマリー（総合実施計画書）・紹介状等）

#### 退院後

- ケアプランの提出をする
- 日ごろの情報共有・連携を実施する
- 退院後1か月を目途にケースの状況を退院後情報提供書（P22）にて病院担当者に提出する

## 2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携～②新たに介護保険サービスを受ける場合～

### 病院の役割

自宅に退院予定で「連携の基準」<sup>(※)</sup>に該当する方

ご本人・ご家族に介護認定の申請を勧める。病棟または地域連携室より地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議。

○要支援と予測される・対応に悩む場合

⇒市町地域包括支援センター(P29-30)

○明らかに要介護と予測される場合⇒居宅介護支援事業所へ連絡。

○介護保険対象外⇒別紙相談窓口参照(P28)

#### ※)連携の基準

- 立ち上がりや歩行に支援・補助具(手すりを含む)が必要
- 食事に支援が必要
- 排泄に支援が必要、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体的な理解の低下
- 在宅では、独居かそれに近い状況(介護力が乏しい等)で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに支援が必要
- 自宅の段差やトイレの場所など、環境調整が必要
- (ADLは自立でも)がん末期の方、新たに医療処置(経管栄養、吸引、透析、インスリンなど)が追加された方
- 退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要
- 肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し
- 服薬継続で支援が必要
- 高齢者虐待・介護放棄が疑われる時
- その他、退院後の生活に不安を感じる時

### ケアマネジャーの役割(ケアマネジャー:「CM」と表記する)

#### 入院中

病院から連絡を受けた、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は、概要を確認したうえで、病院への訪問等対応方法について検討し返答する。

#### (担当依頼の連絡後)

○本人家族面談・病院担当者との面談

- ・病状や本人家族の在宅療養についての思い等の聞き取り
- ・介護保険制度やサービスの利用に関する説明
- ※病院担当者へは名刺を渡し、今後の連絡先を伝えておく。

○サービス利用の合意が出来れば契約

○ケアプラン原案作成

○サービス調整

○サービス担当者会議

※契約からサービス決定までの期間はサービスの種類、量により変わるが1～2週間必要

※介護認定の結果が出るまでに約1か月を要する。

介護認定決定までは利用できるサービス量が確定しない。

※場合によっては暫定プランを使うことができる。

#### CM 病院訪問

退院決定まで

退院決定  
～退院

退院

在宅療養

#### (CMとの面談)

○CMより病院訪問があれば情報提供

「これまでの経過と、入院の理由」「在宅療養に向けてどの様なことが課題と考えられるか」「家族や支援者の状況」等

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

## 2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携（加算例）

～①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合

### 医療保険における加算例

入院時支援加算1 240点

入院時支援加算2 200点

入院前に入院中の治療の説明やオリエンテーション、服薬状況の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施して入院時支援を行った場合

### 入退院支援加算

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に退院できるよう支援計画の立案及び入退院支援した場合に算定

入退院支援加算1（入院後3日以内）

一般病棟 700点

療養病棟 1,300点

入退院支援加算2（入院後7日以内）

一般病棟 190点

療養病棟 635点

介護支援等連携指導料 400点

ケアマネジャーとの連携（入院中2回に限る）

退院前訪問指導 580点

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患者を訪問し、当該患者またはその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は2回）に限り算定する

退院後訪問指導

退院後訪問指導料（退院1か月以内5回まで）1回 580点

訪問看護師が同行する場合（1回のみ）20点加算

入院前

入院時  
情報共有

入院中  
退院調整  
退院前  
カンファレンス

退院決定  
～退院

在宅療養

### 介護保険における加算例

#### 入院時情報連携加算

利用者情報の提供（提供方法は問わない）

I 250単位/月 入院当日中

II 200単位/月 入院後3日以内

#### 退院・退所加算

カンファレンス参加あり

連携1回 600単位

連携2回 750単位

連携3回 900単位

カンファレンス参加なし

連携1回 450単位

連携2回 600単位

○退院・退所にあたり、医療機関等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報を得たうえで、ケアプランを作成し、居宅サービスの調整を行う。

○「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医当との会議（退院カンファレンス）に参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行ってケアプランを作成し、サービスの調整を行う。

※算定にあたっては、最新の算定要件・届出状況・施設基準等を確認してください。

2025年(令和7年)3月作成

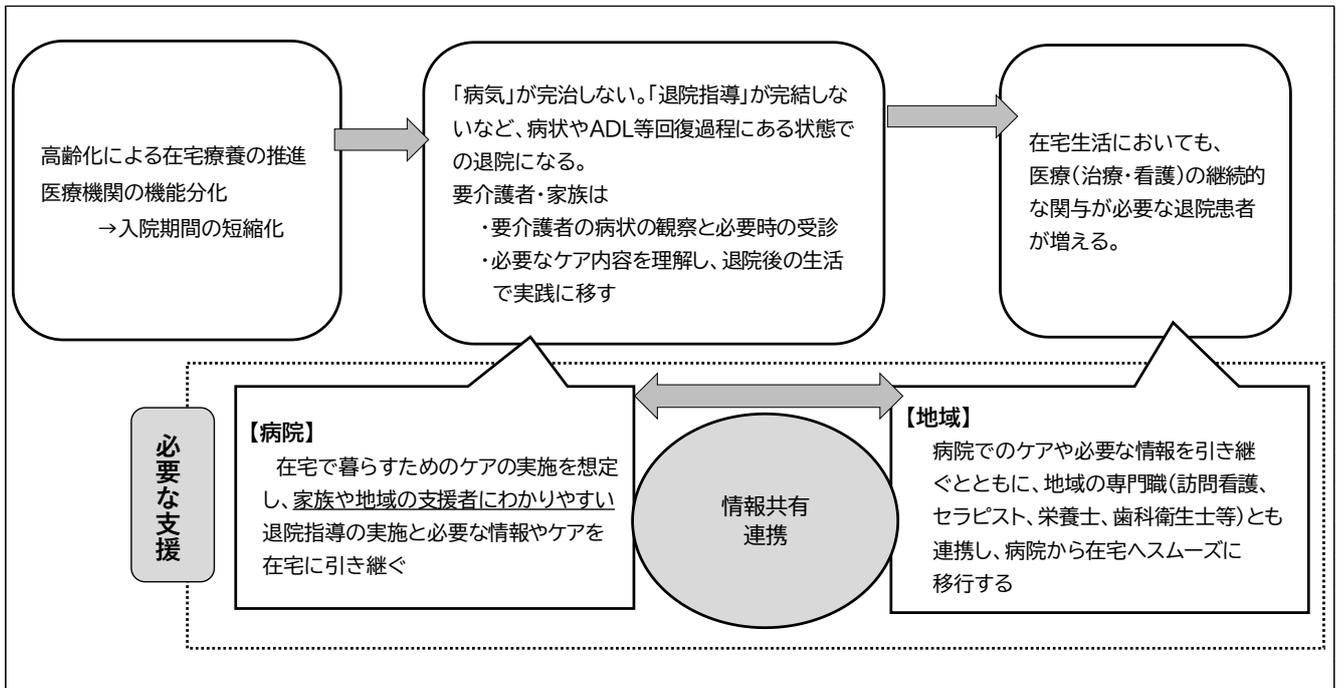
### 3 運用にあたっての補足説明

#### (1) 本手引きの対象範囲および運用について

本手引きは、湖東保健医療圏域の病院及びケアマネジャーを対象の範囲とする。  
なお、ケアマネジャーが各シート等を活用して他圏域等の医療機関と連携を行うことは問題ない。  
また、本手引書は原則であり、年末年始等の連休やケースの状況により臨機応変に対応すること。

#### (2) 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携について

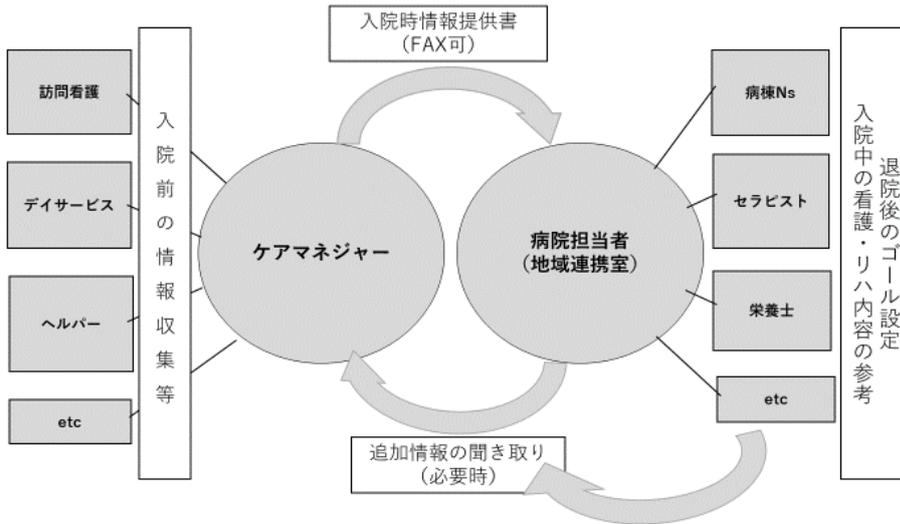
病院と地域が行う入退院支援は、患者、家族が安心して退院後の療養生活に移行できることが目的である。  
病院とケアマネジャーの主な役割はP2の表にて位置付けている。連携の流れは定着してきているが、下記に示すような課題が残っており、連携のあり方については、改めて確認していく必要がある。



#### 【入院前・入院時】入院時情報提供書による情報の共有

##### 【入院時情報提供書】の使用目的

要介護高齢者等の退院がより円滑になる（安心して退院できる）ため、入院前の生活状況や療養環境、生活上の課題等をケアマネジャーが病院の専門職に情報提供することで、病院の専門職が退院後のゴール設定や入院中の看護・リハ内容を検討する際に参考にすることができる。



※入院時情報提供書の様式については、原則滋賀県介護支援専門委連絡協議会の様式を使用する。  
 (P12 参照)

「退院に向けてケアマネからみた生活上の一番の課題」を明確に記入し、病院担当者に伝える。

「入院時情報提供書」の提出

FAXにて提出するときは、病院担当者に連絡の上、受取についても確認する。

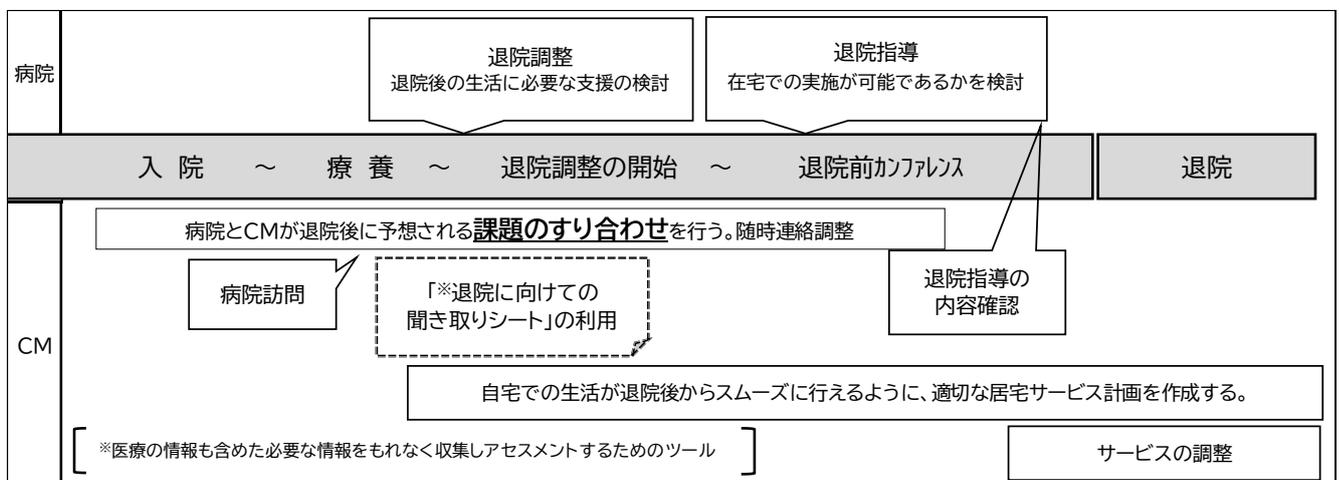
病院担当者が追加の情報を必要とする場合は、病院よりケアマネジャーに連絡を入れる。

必要時、ケアマネジャーは病院を訪問し、情報提供を行う。

### 【入院～療養～退院調整の開始】

#### 病院訪問、課題のすり合わせ

退院直後からスムーズに自宅での生活が送れるよう、ケアマネジャーは、ケースにあった適切な居宅サービス計画書（ケアプラン）の作成を行う必要がある。そのために病院担当者から入院中の情報を収集し、退院後に予測される課題のすり合わせを行うことを目的とする。



## 【退院前カンファレンス】 【サービス担当者会議】

### 退院前カンファレンス

退院前カンファレンスは、情報収集の場ではなく、該当ケースの医療上の生活課題（ニーズ）の解決策を入院中の状況を踏まえ検討する場である。

〔病院訪問、課題のすりあわせ〕で情報収集した内容をもとに作成したケアプラン原案を持参し、退院後の方針を決定する。

#### <確認すべき医療上の生活課題（ニーズ）>

- ✓ 疾患            ✓ 治療方針            ✓ 医療処置の有無            ✓ 服薬状況
- ✓ 入院前、入院時、退院時（退院前カンファレンス前）のADLの変化
- ✓ 患者、家族の疾患や予後に対する受け止め方、理解
- ✓ 生命予後、病状、ADLの予後予測            ✓ 退院後の外来予定
- ✓ 退院後の生活における注意点
- ✓ 退院後のリスク把握（移動・転倒、入浴、皮膚、口腔、誤嚥、活動量、リハビリへの指示内容等）
- ✓ 退院後の急変の可能性と対応方法案

退院前カンファレンスは病院主導で行うものですが、その場にケアマネジャーが参加する意味は、入院医療機関から利用者の医療上の生活課題（ニーズ）を確認し、入院医療機関の関係職種とケアマネジャーが検討した生活課題（ニーズ）が一致しているかを確認することにあります。退院前カンファレンスを単なる情報収集の場にせず、参加した関係職種から意見・助言をもらい、入院した利用者の状況に即したケアプランをめざします。

入退院時におけるケアマネジャーの 医療機関等との連携・情報収集の手引きより抜粋  
（平成 29 年 3 月 株式会社 日本能率協会総合研究所）

### サービス担当者会議

退院前カンファレンスに引き続き、サービス担当者会議を開催すると、医療機関関係者がサービス担当者会議に参加しやすくなるとともに、退院前カンファレンスで検討した「利用者の医療上の生活課題（ニーズ）」をサービス事業者と共有できる。

## 【退院後の生活（在宅療養）】

### 【退院後情報提供書】の送付と使用目的

ケアマネジャーは退院後 1 ヶ月を目途に、ケースの状況を病院担当者に連絡する。

病院担当者は、院内のスタッフに【退院後情報提供書】を共有する。目的は以下の 3 点である。

- ① 外来支援時の参考資料とする
- ② 退院支援により退院した患者（本人）や家族が退院後どのような療養生活を送っているかを、ケアマネジャーと病院担当者が共有することで、入退院支援が適切にできていたのか、改善点はないか振り返ることができ、更にスムーズな入退院の連携につながる
- ③ 病院担当者は退院後の患者（本人）の状況を知ること、日頃の支援のモチベーションの向上につながる。

## 4 使用するシート

①入院時情報提供書

②退院に向けてのききとりシート

(①②ともに滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成)

③退院後情報提供書

退院後情報提供書が必要な事例について(R3年7月追加)

## — 入院時情報提供書について — 「入院時情報提供書」の提案の背景と目的について

滋賀県介護支援専門員連絡協議会  
会長 鈴木 則成

### 1. 入院時情報提供書の提案の背景と位置づけ

国は、急増する後期高齢者の入院ニーズに対応するため、病院の平均在院日数の短縮化を推し進めています。こうした中、介護支援専門員には、要介護高齢者の「退院支援」に積極的に関わるとともに、「円滑な退院を支援する」ことへの貢献が求められています。

さて、我々が行った退院事例調査によると、

① 退院事例の約7割は急性期病床からの退院である

② 急性期病床からの退院患者の入院原因疾患をみると、肺炎や心疾患の方が多かったが、そのうちの約8-9割は、要介護者の入院である

③ 急性期病床からの退院患者に対し、退院前訪問指導は1割程度しか行われていない（自宅の療養環境や入院前の生活状況を、病院側は十分には把握できていない）

などがわかりました。これらの事実と国の施策動向から、「急性期病床との入院時の連携の強化を図ること」を解決すべき優先課題の一つと考えました。

今回、提案する「入院時情報提供書」は、この課題を解決（改善）するための「手段」として2016年1月に改訂したものを2019年4月に再改定し、それを改めて改定したものです（もちろん、急性期病床だけでなく、回復期リハ病床や療養病床から退院される場合、又転院された場合の情報提供、予定入院の際にもお使い頂けるものとなっています）。

### 2. 項目をどのように選定していったか—連携強化に向けて—

「連携」とは、お互いの強みと弱みを理解しあった上で、お互いの機能を補完しあうために行うものです。ただし、連携自体が目的ではなく、あくまで「要介護高齢者の退院をより円滑にする（安心して退院してもらう）」という共通目標を達成するために連携を行うのです。

では、病院専門職と介護支援専門員のお互いの「強み」と「弱み」は何でしょうか。

今後、急性期病床では平均在院日数がさらに短縮される方向です。そうすると、次のようなことが起こると想定されます。

- ・入院直後から「退院支援計画」の策定を開始せざるを得なくなる。
- ・退院前訪問指導などを行う時間的、人間的な余裕がなくなる。  
（入院前の生活状況や療養環境の、直接的な把握がより困難になる）
- ・入院期間中の「退院指導」が完結しなくなる。  
（退院後を含めた継続指導（病院看護師と訪問看護師の役割分担と連携）が必要となる）
- ・入院中のリハや看護（退院指導を含む）の提供に関しても、自宅退院に向けた焦点化（重点化）が必要となる。（ゴール設定とゴール達成に向けた方法論の検討が重要となる）

一方、介護支援専門員は、入院前の生活状況や療養環境を知っています。また、退院後の生活がすぐに成り立つためには何が必要かも知っています。また、生活を支えるために必要な地域資源についても知っています。これらが、病院の専門職に対する「強み」になります。逆に、病院の専門職は、①病状や症状、ADL、諸機能（認知機能、嚥下機能など）に対するアセスメント能力が高い、②症状やADLなどの予後予測ができる、③入院中の24時間の状況を把握している、④様々な検査結果を把握しているなどの強みをお持ちです。

そこで、今回、①退院支援を行う上で重要な情報だが、病院の関係者では把握が難しい情報、②自宅退院に向けて、入院中に提供する看護やリハの内容を検討する際の参考となる情報、③在宅での医療支援体制に関する情報を提供するという観点から、項目を選定しました。

（1頁に収めるため、項目は最低限度にしてあります）

### 1) 基本情報に関する項目

生活歴や家族状況は、現在までどのような生活を送ってこられたのか、退院に向けた相談を誰と行うのかを知る重要な情報です。そこで以下の項目を設定しました。

・「氏名」「性別」「生年月日」「年齢」「住所」の他に「身長」「体重」も記載するようにしました。

「家族状況」（ジェノグラム（家族図）、主介護者、権利擁護に関する配慮の必要性をチェックできるようにしました）

「キーパーソン」（主の相談者）「緊急連絡先」

「要介護度」「有効期間」「生活歴（権利擁護に関する配慮を含む家族関係）」の基本情報を記載するようにしました。

「認知機能」について入院前の状況にて記載するようにはしていましたが、基本情報に移動させました。

### 2) 入院歴に関する項目

過去半年間の入院の有無と原因疾患を記載するようにはしていましたが、既往歴を記載するように変更しました。

### 3) ADLの自立度や手段等に関する項目

入院前の自立度は、入院中のリハのゴール設定上の参考にもなります。また、仮に、入院前から通所で入浴を行っていたのであれば、退院後も通所で入浴を行うことで当面对応可能となります。入院中のリハ提供において、「自宅での入浴の自立」などを目標とせず、それ以外の「日常生活で困っていること」を解決するようリハに注力頂くことも可能になると思います。そこで、以下の項目を設定しました。

・「屋内歩行（移動手段）」「屋外歩行（移動手段）」「移乗」「入浴（入浴場所）」「排泄（排泄方法）」「食事摂取（食事形態）」の自立度及び特記事項

### 4) 食事摂取に関する項目

義歯使用について記載できるように追加しました。

### 5) 処置や服薬に関する項目

服薬を正しく行うよう支援することは、非常に重要となります。要介護高齢者の場合、認知機能の問題や介護力の問題があり、必ずしも正しく服薬されている訳ではありません。そのため、服薬に関する本人の自立度、正しい服薬に向けた工夫を、病院の看護師の方に知っておいてもらうことは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・処置の有無 ・服薬の自立度 ・一包化の必要性 ・外用薬の有無 ・特記事項

### 6) BPSDに関する項目

入院によって認知機能が低下したり、認知症に伴う行動・心理症状（BPSD）が悪化したりすることがあります。BPSDは療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることは重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・BPSDの有無

### 7) 精神症状に関する項目

入院によって意欲が低下したり、鬱傾向になるなど精神状態が不安定になることがあります。精神状態は療養環境の変化が影響する場合があります。したがって、入院前の状態をできるだけ正しく伝えることが重要と考えます。そこで、以下の項目を設定しました。

・意欲低下 ・鬱傾向 ・せん妄の既往 ・その他

### 8) 医療支援体制に関する項目

在宅での医療を支えるメンバーの支援体制に関する情報は重要です。そこで、訪問の有無をチェックできるようにし、以下の項目を設定しました。

・主治医情報（訪問の有無、機関名、医師名、TEL）  
・歯科（訪問の有無、機関名、歯科医氏名、TEL）  
・薬局（訪問の有無、機関名、薬剤氏名、TEL）

- ・訪問看護（事業所名、TEL）
- ・リハ職（事業所名、リハ職名、職種、TEL）

#### 9) 介護サービス・福祉用具の利用に関する項目

入院前の介護サービス・福祉用具の利用情報は、退院後の生活を見据えた参考情報です。利用日、サービス事業名、事業所名及び福祉用具の情報を提供してください。居宅サービス計画書（1～3）があれば、利用者及び家族の生活に対する意向や、在宅での生活がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。

#### 10) 入院前の在宅生活継続に対する本人・家族の思いに関する項目

在宅での生活の継続に対する本人・家族の意向を確認しておくことは、退院先を考える上でも、また、入院中の看護やリハの内容にも影響します。そこで、本人・家族の思いを記載する形にしました。

- ・本人の思い ・家族の思い

#### 11) 退院後の在宅生活に必要な要件に関する項目

退院後に在宅生活に戻るための要件を把握しておくことは、入院中の看護やリハ内容を検討する上でも重要な情報と考えます。新たに項目を追加しました。

#### 12) 今後の在宅生活の展望に関する項目

退院後在宅で生活していくうえでの支援について把握する必要があります。また、住環境や用具使用上の制限などは、入院中のリハ内容に大きく影響するものです。住環境に関する写真（居室、トイレ、お風呂、玄関、トイレやお風呂までの動線など）があれば、リハ専門職は、リハすべき内容がイメージできることから、是非添付頂きたい情報です。新たに項目を追加しました。

#### 13) 退院前カンファレンス開催希望に関する項目

退院前カンファレンス開催を希望するに当たり、目的をはっきりさせるために、具体的な要望を記載できるように項目を追加しました。

#### 14) 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報に関する項目

退院後在宅で生活していくうえ、人生の最終段階における医療・ケアについての意向を把握し、病院スタッフと共有することは重要です。新たに項目として追加しました。

### 3. 入院時情報提供書を活用するに当たっての留意点

#### 1) 入院時情報提供書の目的を理解してください

病院の専門職がゴール設定や入院中の看護・リハ内容を検討する際の参考情報を提供することが目的です。もちろん、「自宅環境も把握せず、院内での ADL の状況だけを見て自宅でもできるはずと判断して退院となり、退院後の生活が成り立たない」といったことが起きないように是正する意味もあります。

退院後の生活を守り、支えるのは介護支援専門員の役目です。今回提案している入院時情報提供書を作成した背景や経緯をご理解の上、上記目的を意識しながらご活用いただきたいと思っております（どのように記載するかではなく、何のためにどのような記載が必要かの観点から記載ください）。

#### 2) 一律に活用頂くものではありません。地域での検討状況に合わせて修正ください

滋賀県では、圏域ごとに様々な医療・介護連携対策が進められています。入院時情報提供に関してもすでに活用されている地域もあると思っております。地域の実情に合わせて修正頂ければ結構です（情報としての不足分を追加提供するような形もあるかもしれません）。

### 4. 個人情報の利用について

「入院時情報提供書」の医療機関等への情報提供（転院先への情報提供を含む）は個人情報の利用に該当します。「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」第 23 条第 3 項に基づき、情報提供するにあたっては、転院先への情報提供も含め、利用者及びその家族から同意を得てください。

【入院時情報提供書 医療機関←居宅介護支援事業所(転院先も含む)】

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。  
 なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

医療機関名:	←	事業所名: 担当者名: (TEL) _____ (FAX) _____
--------	---	---

(記入日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 入院日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日 情報提供日: \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 月 \_\_\_\_\_ 日)

基本情報	フリガナ			性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
	氏名	_____ 様		生年月日	_____ 年 _____ 月 _____ 日	
	住所			身長	_____ cm	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	キーパーソン	_____ 様 ( _____ ) (TEL) _____		体重	_____ kg	_____ 年 _____ 月 _____ 日
	緊急時連絡先	_____ 様 ( _____ ) (TEL) _____		家族状況・ジェノグラム		
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( _____ ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( _____ )				
有効期間	_____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日					
認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明					
生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)						
既往歴	権利擁護に関する配慮の必要性 <input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要					
入院前の状況	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			〈特記事項〉	
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ				
	入浴・場所	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない			<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	食事摂取	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養			食事形態 ( _____ ) 義歯使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総 ) 嚥下機能障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服) <input type="checkbox"/> 一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input type="checkbox"/> 点眼				
	処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( _____ 分) <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡				
	BPSD	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す				
	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ( _____ )				
	主治医	<input type="checkbox"/> 訪問	機関名 _____	医師名 _____	(TEL) _____	
	歯科	<input type="checkbox"/> 訪問	機関名 _____	歯科医師名 _____	(TEL) _____	
	薬局	<input type="checkbox"/> 訪問	機関名 _____	薬剤師名 _____	(TEL) _____	
	訪問看護	事業所名 _____		(TEL) _____		
	リハ職	事業所名 _____		リハ職氏名 _____	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST (TEL) _____	
	介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1~3)を添付				
	入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	<input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input type="checkbox"/> 不安			
		(家族)	<input type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安			
退院後の在宅生活に必要な要件						
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者)		(住環境/用具使用上の課題)		(特記事項)	
	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める <input type="checkbox"/> 支援は見込めない		<input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付			
退院前カンファレンス	<input type="checkbox"/> 開催希望 具体的な要望 ( _____ )					
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日: _____ 年 _____ 月 _____ 日)					
	<input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 ) ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか <input type="checkbox"/> いる ( _____ 様 ) (続柄 _____ ) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない					

肺炎で入院した方の記入例

医療機関←居宅介護支援事業所（転院先も含む）

※本情報提供に関しては、ご本人・ご家族の承諾を得ています。なお、転院された場合の転院先への情報提供についても、ご本人・ご家族の承諾を得ています。

〇総合医療センター

予定入院の際も、本情報提供書をご使用ください。

事業所名： 〇〇〇ケアプランセンター

担当者名： 琵琶 陽子

(TEL) xxxx-yy-yyyy

(FAX) xxxx-xy-yyyy

(記入日: 2025 年 3 月 10 日 入院日: 2025 年 3 月 10 日 情報提供日: 2025 年 3 月 10 日)

基本情報	フリガナ	シガハナコ		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		
	氏名	滋賀 花子 様		生年月日	1938 年 11 月 16 日		
	住所	彦根市〇〇町〇〇〇			身長	152 cm	2024年10月25日
	キーパーソン	滋賀 一郎 様 ( 長男 ) (TEL) xxxx-xx-yyyy		体重	48 kg	2024年10月25日	
	緊急時連絡先	滋賀 清美 様 ( 長男の妻 ) (TEL) xxxx-yy-xxxx		家族状況・ジェノグラム			
	要介護度	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区変中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 ( 2 )					
	有効期間	2025 年 3 月 1 日 ~ 2029 年 2 月 28 日					
認知機能	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input checked="" type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明		生活歴 (権利擁護に関する配慮含む) 夫を早くに亡くし、工場で60歳まで勤務し、二人の子どもを育て上げられる。息子家族にはできるだけ迷惑をかけたくないと、一人暮らしを頑張ってこられた。近隣に友人や老人会の仲間との交流あり。尚、息子家族とは関係が良いが、県外で仕事が多忙であり、連絡つきにくい時がある。 (これまで自身の意思で生活を営んできたが、脳梗塞発症後、脳血管性認知症と診断され判断が難しくなる場面が出てきている。金銭管理や契約手続きに不安がある。)				
既往歴	白内障、高血圧、脳梗塞、脳血管性認知症			権利擁護に関する配慮の必要性 <input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要			
入院前の状況	屋内歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		特記事項 杖歩行。転倒のリスクが高いため必要に応じて見守りや軽く身体を支える介助をおこなっています。			
	屋外歩行 (移動手段)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		デイサービスの送迎時など外出の際には、車いすを使用し、スタッフが介助をおこなっています。			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他		身体の方角転換時に支える介助が必要です。			
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ		デイサービスではトイレ、自宅ではポータブルトイレを使用しています。尿パット、リハビリパンツを使用されています。夜間に失禁されることがあります。			
	入浴・場所	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない		<input type="checkbox"/> 自宅 <input checked="" type="checkbox"/> 通所 <input type="checkbox"/> 訪問入浴			
	食事摂取	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養		食事形態 ( 普通 )			
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (内服)		一包化 (外用) <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 塗布 <input checked="" type="checkbox"/> 点眼			
	処置	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( 分/分 )		<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡			
	BPSD	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す					
	精神状態	<input type="checkbox"/> 意欲低下 <input type="checkbox"/> 鬱傾向 <input type="checkbox"/> せん妄の既往 <input type="checkbox"/> その他 ( )					
	主治医	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問	機関名	〇〇医院	医師名	大津 健太	(TEL) xxxx-zz-yyyy
	歯科	<input type="checkbox"/> 訪問	機関名		歯科医師名		(TEL)
	薬局	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問	機関名	〇〇薬局	薬剤師名	草津 優子	(TEL) xxxx-zz-zzyy
	訪問看護	事業所名	〇〇訪問看護ステーション	(TEL)	xxxx-zz-zzyy		
	リハ職	事業所名		リハ職氏名	<input type="checkbox"/> PT <input type="checkbox"/> OT <input type="checkbox"/> ST (TEL)		
介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書 (1~3) を添付 月・木: 訪問介護、ヘルパーステーション〇〇 火・金: 通所介護、〇〇通所介護センター 水: 訪問看護 訪問看護ステーション△△ 四点杖、車椅子、特殊寝台: 〇〇福祉用具事業所、住宅改修無						
入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	<input checked="" type="checkbox"/> 強く希望 <input type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらでもない <input checked="" type="checkbox"/> 不安					
	(家族)	<input type="checkbox"/> 強く希望 <input checked="" type="checkbox"/> 出来れば希望 <input type="checkbox"/> どちらともいえない(本人次第) <input type="checkbox"/> 不安					
退院後の在宅生活に必要な要件	トイレへの移動が、生活上の大きな支障となると考えられます。自宅の動線には約15cmの段差があり、車いすの使用が難しい状況です。そのため、杖歩行で約10mの移動が可能であり、かつ15cmの段差が越えられるようご配慮いただければ幸いです。(この欄には退院後の自宅での生活上で一番の課題となることを想定した上で、特に専門職に配慮いただきたい内容を記載します。あくまで、ゴール設定をおこなうのは病院の専門職です。ゴール設定に参考となる情報を提供します。)						
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者)		(住環境/用具使用上の課題)		(特記事項)		
	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める		居室からトイレまで10mあり、段差(15cm)が多く、車いすは使えない。				
	<input checked="" type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める		<input type="checkbox"/> 住環境の写真・見取り図を添付				
	<input type="checkbox"/> 支援は見込めない						
退院前カンファレンス	<input checked="" type="checkbox"/> 開催希望 具体的な要望 ( 退院後に取り組むべき機能訓練等について確認したい。 )						
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日 2024 年 11 月 19 日 )						
	<input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )						
	ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか <input checked="" type="checkbox"/> いる ( 滋賀 一郎 様 ) (続柄 長男) <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> わからない						

2019年4月1日

## 退院に向けてのききとりシートの位置づけについて

滋賀県介護支援専門員連絡協議会

会長 鈴木 則成

### 1. 退院時ケアマネジメントの重要性

- ・入院期間の短縮化が推進されるなか、自宅への円滑な退院を支援する「退院支援」の機能強化が求められている。
- ・特に、要介護者の場合、
  - ①年齢が高い
  - ②様々な病気や症状を有している場合が多い
  - ③日常生活動作（ADL）に障害を来している
  - ④入院中は治療優先のため、活動性低下に伴う廃用性機能低下を来しやすい
  - ⑤療養環境（病院と自宅の療養環境、ケア環境・体制）の変化の影響を受けやすいことから、円滑な退院を実現するためには、病院の退院調整部門（または病棟）と、退院後のケア計画を策定するケアマネジャーの連携が重要となる

### 2. 退院時ケアマネジメントに求められるもの

- ・ケアマネジメントの重要性が高まるなか、国は、マネジメントプロセス（適切なアセスメントに基づく課題認識⇒解決すべき課題の適切な設定⇒長期・短期目標の適切な設定⇒課題分析⇒課題解決策の検討・実践⇒モニタリング⇒課題や対策の再検討）の機能強化を目指している。当然、退院時ケアマネジメントにおいても、同プロセスの適切な運用が必要となる。
- ・入院期間が短縮されると、
  - ① 病院で行われる「退院指導」が完結しなくなる（指導は行われたとしても、要介護者・家族がその内容を理解し、退院後の生活で実践に移すまでには至らない場合が増える）
  - ② 医療（治療・看護）の継続的関与が必要な退院患者が増える
  - ③ ADL が回復期過程にある状態での退院患者が増えることが予想される。
- ・特に、退院前後においては、「病状や症状」、「ADL」が変化しやすい状態にある。そのため、ケアマネジャーは、これら状態の変化の可能性や生活も含めた予後予測を十分意識（イメージ）した上で、**居宅サービス計画書**の内容（医療サービスの導入の必要性、医療職に期待する役割）を検討していく必要がある。医療職を交えた会議である退院前カンファレンスを、ケアマネジメントプロセスの機能強化の「場」として、有効活用していく必要がある。

### 3. 退院に向けてのききとりシートの役割

- ・以上の背景を踏まえると、退院に向けてのききとりシートの役割は、「**居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）**を決定するために必要な情報を収集するためのシート」となる。

### 4. 居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）を作成に必要な情報とは

- ・情報に関しては、マネジメントプロセスに沿った形での収集が必要となる。以下、①課題認識、②課題分析、③課題解決策の検討の順に、必要な情報の検討を行う。

### (課題認識のための情報)

- ・課題を認識するためには、「現状評価」と「3カ月・6カ月・1年後の改善・悪化の可能性の評価（病状・症状やADLの予後評価）」の両面が必要となる。
- ・現状評価に関しては、①退院直前における病状や症状の確認、②病院の環境下でのADL状況の確認などが必要と考えられる。
- ・ただし、重要なことは、「自宅での生活が、退院後からスムーズに行えるように支援すること」である。特に、ADLに関しては、療養環境の影響を受けやすい（病院のフラットな環境では自立して出来ていたことも、自宅環境下では出来ないことも多い）。したがって、「自宅環境下でのADL評価（例：自宅のお風呂で、入浴が自立してできるのか）」が重要となる（病院でのADL評価は、本人のADLの能力評価としては重要）。
- ・また、ADL、生活行為を左右する要因としての見守り体制、介護環境（独居・高齢世帯・昼間独居など見守り体制がない）の確認も必要である。
- ・予後評価、課題分析に関しては、ケアマネジャーだけでなく、病院の看護師やリハ職からヒアリングすべき項目を整理した上で、**退院に向けてのききとりシート**に落とし込む必要がある。
- ・現状評価、予後評価に関する情報を収集した上で、①退院後の健康状態の適切な管理、②自宅環境下でのADL・IADLの実行状況の確保（ないし向上）を図るために、ケアマネジャーとして何が課題であると考えたかを記載する欄も必要と考える（自身の課題設定が妥当かどうかを専門職に確認してもらおう→ケアマネジャーとしての見立てのレベルアップにつなげる）。

### (課題分析)

- ・課題を解決するためには、上記設定課題が生じている根本原因を検討しなければならない（根本原因を除去することによって、初めて課題が改善（ないし解決）に向かう）。ただし、病状・症状やADL障害が生じている原因をケアマネジャー自身が正確に把握することは困難である。したがって、病院の看護師やリハ職からヒアリングし、**退院に向けてのききとりシート**に記載する欄を設ける必要があると考える。

### (課題解決策の検討)

- ・退院後のサービス検討に当たっては、看護機能の継続性の検討が必要。具体的には、
  - ①看護師による継続的な体調面の観察やアセスメントが必要か
  - ②本人や家族に対する療養指導（生活習慣指導、服薬指導を含む）が必要か
  - ③直接的関与（バイタル測定、医療処置対応）が必要かなどの確認が必要となる。その上で、①これら指導や関与が自宅で実施する必要があるか、②通所などに配置されている看護師による対応で対応可能かなどを吟味した上で、本人・家族のサービスに対する意向も加味しながら、何のサービスを導入するかを決定していくこととなる（訪問看護を入れるかどうかは重要なのではなく、看護師が有する能力を発揮してもらう必要があるのか、あるとしたらどのような形で発揮してもらうかの視点が重要）。なお、リハの継続性の検討に関しても、同様のことが必要となる。
- ・要介護者はADLに障害を有しているため、様々な生活障害が起こりやすい。また、短期間の入院でさえも、廃用性の機能低下を生じやすい。また、退院前後では、療養環境も大きく異なるため、病院では出来ていたことも、家ではできないということが生じる。自宅環境下でのADLが可能かどうかを、病院のリハ職などに確認することが重要となる。

## 入院

入院の際にすぐに使用できるように基本情報等は事前に入力しておくとう便利

### 入院時情報提供書の提出

加算：入院時情報連携加算（Ⅰ）250単位/月 ・（Ⅱ）200単位/月

（Ⅰ）入院したその日のうちに、当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※ 入院日以前の情報提供を含む。

※ 営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

（Ⅱ）入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用に係る必要な情報を提供していること。

※ 営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

利用者一人につき 1月に1回を限度として算定ができる

## 退院

情報収集：退院についての方向性を確認する

### 退院に向けてのききとりシートの使用

シートを埋めるのではなく、聞きたい事の覚え書き・メモとしてのツールと捉え

加算：

退院・退所加算（Ⅰ）イ 450単位 病院又は施設の職員と面談（テレビ電話等活用可）し、情報の提供を「カンファレンス以外の方法」により1回

退院・退所加算（Ⅱ）イ 600単位 病院又は施設の職員と面談（テレビ電話等活用可）し、情報の提供を「カンファレンス以外の方法」により2回以上

退院・退所加算（Ⅰ）ロ 600単位 病院又は施設の職員と面談（テレビ電話等活用可）し、情報の提供を「カンファレンス」により1回

退院・退所加算（Ⅱ）ロ 750単位 病院又は施設の職員と面談（テレビ電話等活用可）し、情報の提供を2回以上うち「1回以上はカンファレンス」

退院・退所加算（Ⅲ） 900単位 病院又は施設の職員と面談（テレビ電話等活用可）し、情報の提供を3回以上うち「1回以上はカンファレンス」による

随時、介護支援経過記録への記入忘れず

・居宅サービス計画原案を作成する ・必要なサービスの調整をおこなう ・退院サマリー等を依頼する。

※退院前カンファレンスに参加時は居宅サービス計画書原案を持参する。

※退院カンファレンスは、診療報酬の「退院時共同指導料2の注3」の要件を満たすものとする。（解釈通知より）

※退院カンファレンスの参加者は、「入院中の保健医療期間、保険医または看護師等」と「介護支援専門員」の他に退院後の在宅療養を担う「医師若しくは看護師等」、「歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士」、「薬剤師」、「訪問看護ステーション看護師等（准看護師を除く）」、「管理栄養士」、必要に応じて福祉用具相談員、居宅サービスを提供する作業療法士、理学療法士、言語聴覚士が参加すること。

【退院・退所加算の留意事項】 2024年度介護保険改定加算要件を併せてご覧ください。

①入院又は入所期間中につき1回を限度とし初回加算を算定する場合は算定できない。

②利用者の退院または退所後のサービス利用開始月に算定する。例えば4月に入院し6月に退院した利用者が、6月からサービスを利用した場合で入院期間中、4月に1回、6月に1回医療機関から必要な情報提供などを受けた場合は6月分の請求時に2回分の加算を算定する。

③入院又は入所期間中に他の医療機関や施設等に転院又は転所した場合は原則直近の医療機関又は、施設等との情報共有について評価するものである。ただし、転院・転所前の医療機関又は施設等から提供された情報であっても、居宅サービス計画に反映すべき情報であれば加算の算定は可能である。

④同一日に複数回必要な情報提供を受けた場合やカンファレンスへの参加があった場合でも1回として算定する

⑤退院後7日以内に情報を得た場合でも加算を算定できる

【 退院に向けてのききとりシート 】

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
年 月 日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )
年 月 日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ		性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名	様	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( )	
入院歴等	入退院日	(入院日) 年 月 日		(退院予定日) 年 月 日		
	入院原因疾患					
	入院先	(病院) (病棟) (階) (号室)				
	主治医	(診療科) 科 (医師名)				
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし					
疾病等	既往歴	現疾患				
入院中の状態	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<特記事項>	
	(移動手段)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない				
	(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
(食事形態)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養					
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容) <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし			(在宅で継続できる条件)	
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目) <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"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 入浴制限 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし			(プランに位置付ける注意点)	
	退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)	
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)	
		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
<特記事項>						

2. 課題認識のための情報

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(屋外移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(移乗)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(入浴)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(更衣)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(トイレ動作)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(食事摂取)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
転倒リスク	(リスクの有無)		(リスク軽減のための対策／自宅の環境をふまえた留意点)		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容／留意点)		
	運動	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	肢位	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
退院後のリハビリの必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input type="checkbox"/> 筋緊張緩和(ストレッチ) <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 起居／立位動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL 練習 (歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) <input type="checkbox"/> IADL 練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
退院後の生活に関する留意点	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	
	退院後の主治医	(医療機関名) _____ (医師名) _____			
	備考				

3. 備考

【 退院に向けてのききとりシート 】 記入例

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	シガ ハナコ		性別	年齢	退院時の要介護度
	氏名	滋賀 花子 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	84歳	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2)
入院歴等	入退院日	(入院日) H 26年 6月 10日		(退院予定日) H 26年 8月 末日 頃		
	入院原因疾患	右大腿骨頸部骨折				
	入院先	△△△△病院 ○○病棟 5階 501号室				
		主治医	(診療科)	整形外科	(医師名)	彦根 一郎
	退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし				
疾病等	既往歴	高血圧、糖尿病、脳梗塞		現疾患	大腿骨頸部骨折	
入院中の状態	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (移動手段) <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない (入浴方法) <input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (排泄方法) <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( )				
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (食事形態) <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> (一口大刻み ) <input type="checkbox"/> 経管栄養				

2. 課題認識のための情報

看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)		(在宅で継続できる条件)	
		<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし		<b>内服で調整</b>	
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)		(プランに位置付ける注意点)	
		<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 入浴制限 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 ( ) <input type="checkbox"/> なし		<ul style="list-style-type: none"> <li>・毎日血圧測定</li> <li>・摂取カロリー1300kcal・一口大</li> <li>・むせ注意</li> <li>・血糖コントロール (月1回通院時の血糖測定と内服でコントロール可)</li> <li>・口腔ケア…口腔内の食べ残し →誤嚥性肺炎のリスクあり</li> <li>・尿の回数と量の確認 →水分の促し (1200cc/日)</li> <li>・手術前後せん妄あり (認知機能)</li> </ul>	
	退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (血圧、食事、むせ、排便・排泄コントロール )			
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)
		0000	降圧剤	朝一錠	薬剤情報 参照
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)
		<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自己管理の可否の確認 → 一包化 おくすりカレンダーの活用? 訪問看護のサービス導入?

リハビリに関する留意点	ADL の状況	(入院前自立度)	(退院時自立度)	(改善可能性)	(改善のために取り組むこと)
	(屋内移動)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	リハビリ中 見守り下での歩行器歩行 10m 可 ↓ リハビリの継続必要か？ (通所リハ?) 自宅での動作確認必要!! →退院前の同行訪問依頼 する
	(屋外移動)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(移乗)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(入浴)	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(更衣)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(トイレ動作)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
	(食事摂取)	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要介助	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> ややあり <input type="checkbox"/> なし	
転倒リスク	(リスクの有無) <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	(リスク軽減のための対策/自宅の環境をふまえた留意点) ・筋力 UP 体力 UP 体幹バランス UP、注意散漫、危険予測 ・段差 15cm の昇降あり、上がり框 30cm (手すりなし)、玄関前階段 (5 段)			
禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
	運動 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	全荷重可 またぎの動作注意			
肢位 <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	脱臼、屈曲、内転、内旋 床の物を取る動作注意! 足が内側に入る姿勢をしない! (横座り、お姉さん座り)				
退院後のリハビリの必要性	<input checked="" type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 筋緊張緩和(ストレッチ) <input checked="" type="checkbox"/> バランス練習 <input checked="" type="checkbox"/> 起居/立位動作練習 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL 練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input checked="" type="checkbox"/> IADL 練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> その他 ( )				
本人の受け止め方	(病気)	(障害・後遺症)	(病名告知)		
	・手術してだいぶ良くなったが、歩くことやまた転ばないか心配 ・前より歩けなくなった	痛みやふらつきもある	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		
退院後の主治医	(医療機関名) <u>〇〇医院</u> (医師名) <u>大津 太郎</u>				
備考	1 か月後 △△病院整形外科受診予定				

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
H <u>26</u> 年 <u>7</u> 月 <u>20</u> 日	<u>1</u> 回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 ( <u>〇〇〇〇</u> )	<input checked="" type="checkbox"/> リハ職 ( <u>△△△△</u> )	<input checked="" type="checkbox"/> MSW ( <u>◇◇◇◇</u> )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )
H__年__月__日	__回目	<input type="checkbox"/> 医師 ( )	<input type="checkbox"/> 看護師 ( )	<input type="checkbox"/> リハ職 ( )	<input type="checkbox"/> MSW ( )	<input type="checkbox"/> ( ) ( )

## 退院後情報提供書が必要な事例について

1) 退院カンファレンスにおいて退院後情報提供書提出の必要性について検討し、病院側・地域側ともに必要と考えられた方。

➡退院カンファレンスにおいて、退院後情報提供書の提出が必要かどうかを必ず確認する。

2) 退院カンファレンスを実施していない場合であっても、病院側が必要と判断した方。

➡病院側は、退院サマリーに退院後情報提供書の提出を求める旨を理由と併せて記載し、提出を依頼する。

3) 退院後情報提供書の提出を求められていない場合においても、地域側において、状態の変化があったり、改めて調整や指導が必要であったりした場合など、報告が必要と判断した方。

➡地域側は、なぜ退院後情報提供書の提出を必要と判断したかを「その他連絡事項等」へ記載し、報告する。

病院担当者様 (記入日: R 年 月 日 退院日: R 年 月 日)

基本情報	フリガナ		生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S	年	月	日
	氏名	様	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	家族構成		
	住所						
	要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )					
	一日の主な過ごし方						

※主介護者、キーパーソンに印を

項目	退院直後からの変化	状態・特記事項
移動・移乗	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他
入浴	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
排泄	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
睡眠	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> その他
食事摂取動作	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
栄養状態	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	食事形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ( ) <input type="checkbox"/> 経管栄養
障害高齢者日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<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
認知機能	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 不明
BPSD	<input type="checkbox"/> 改善 <input type="checkbox"/> 維持 <input type="checkbox"/> 悪化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声を出す

療養状況	医療処置の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 ( ㎖/分 ) <input type="checkbox"/> インスリン ( 単位 ) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡
	薬	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助

入院中の課題、退院時に課題として残ったこと	課題に対する現状・新たに工夫していること等

退院後新たに目えた課題	
その他連絡事項等	
事業所名	担当者名
所在地	(TEL) (FAX)

## 5 参考資料

### ① 病院の病床機能

参考1 回復期リハビリテーション病床について

参考2 医療区分について

### ② 4病院連絡窓口等一覧

入退院支援のための相談窓口等一覧

外来相談窓口

### ③ 市町の相談窓口（高齢者・障害福祉・その他）

### ④ 地域包括支援センター

（彦根市・愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町）

### ⑤ 医療と介護の相談窓口（くすのきセンター内）

### ⑥ 介護保険サービス利用のための基本的な流れ

# ① 病院の病床機能

R7.2月作成



(参考①) 回復期リハビリテーション病棟について (要件等)

	状 態	算定上限日数
1	脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、くも膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練をする状態	150 日以内
	高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頸椎損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷の場合	180 日以内
2	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は2肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90 日以内
3	外科手術後又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術後又は発症後の状態	90 日以内
4	大腿骨、骨盤、脊椎、股関節又は膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60 日以内
5	股関節又は膝関節の置換術後の状態	90 日以内
6	急性心筋梗塞、狭心症発作その他急性発症した心大血管疾患又は手術後の状態	90 日以内

(参考②) 医療区分について

医療区分3	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・スモン</li> <li>・医師及び看護師により、常時監視・管理を実施している状態（他に医療区分2又は3に該当する項目がある場合）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・24時間持続点滴</li> <li>・中心静脈栄養</li> <li>・人工呼吸器使用</li> <li>・ドレーン法</li> <li>・胸腹腔洗浄</li> <li>・発熱を伴う場合の気管切開、気管内挿管</li> <li>・感染隔離室における管理</li> <li>・酸素療法（常時流量3L/分以上を必要とする状態）</li> </ul>
医療区分2	<p>【疾患・状態】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・筋ジストロフィー</li> <li>・多発性硬化症</li> <li>・筋委縮性側索硬化症</li> <li>・パーキンソン病関連疾患</li> <li>・その他の難病（スモンを除く）</li> <li>・脊髄損傷（頸髄損傷）</li> <li>・慢性閉塞性肺疾患（COPD）</li> <li>・疼痛コントロールが必要な悪性腫瘍</li> <li>・肺炎</li> <li>・尿路感染症</li> <li>・リハビリテーションが必要な疾患が発症してから30日以内</li> <li>・脱水かつ発熱を伴う状態</li> <li>・体内出血</li> <li>・頻回の嘔吐かつ発熱を伴う状態</li> <li>・褥瘡</li> <li>・抹消循環障害による下肢末端開放創</li> <li>・せん妄</li> <li>・うつ状態</li> <li>・暴行が毎日みられる状態（原因・治療方針を医師含め検討）</li> </ul> <p>【医療処置】</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・透析</li> <li>・発熱又は嘔吐を伴う場合の経腸栄養</li> <li>・喀痰吸引（1日8回以上）</li> <li>・気管切開・気管内挿管のケア</li> <li>・頻回の血糖検査</li> <li>・創傷（皮膚潰瘍・手術創・創傷処置）</li> <li>・酸素療法（医療区分3に該当するもの以外のもの）</li> </ul>
医療区分1	医療区分2・3に該当しないもの

※R7年3月作成であり、利用にあたっては留意いただき、最新のものを確認してください。

# 【入退院支援のための相談窓口等一覧】

令和7年(2025年)4月更新

病院名	すでに介護保険を利用していた(ケアマネが付いている)場合						新たに介護保険を利用する場合			
	①ケアマネからの入院時情報を受け取る方法や担当			②病院とケアマネが退院支援をする期間を残し、退院日を決定することは可能ですか？	③入院された際にケアマネに連絡を入れる担当	④退院支援に関してケアマネとの面談をする担当	⑤退院日をケアマネに連絡する担当	⑥本人・家族に介護保険を説明する担当	⑦ケアマネの調整の支援をする担当	⑧ケアマネ決定後のケアマネとの調整担当
	手渡しの場合	病院訪問可能時間(原則)	FAXの場合(FAX番号)							
彦根市立病院	患者総合支援室 患者家族支援担当 TEL 0749-22-6050 (事前TEL:不要)	13:00~17:00 (月~金) *病棟への聞き取りは 13:00~16:00	地域医療連携室 0749-22-6093	医師の意向、 病棟の状況によって相談	家族 患者総合支援室 患者家族支援担当 病棟看護師	病棟看護師 患者総合支援室 患者家族支援担当	家族 患者総合支援室 患者家族支援担当 病棟看護師	患者総合支援室 患者家族支援担当	患者総合支援室 患者家族支援担当 病棟看護師	患者総合支援室 患者家族支援担当 病棟看護師
彦根中央病院	地域連携室 TEL 0749-23-1255 (事前TEL:不要)	11:30~16:30 (水曜の午後、 木曜を除く)	地域連携室 0749-27-6528	主治医の許可があれば可能 (調整に時間が必要と説明)	家族 地域連携室	病棟看護師 地域連携室 (看護師・MSW)	家族 地域連携室 (看護師・MSW)	担当MSW	地域連携室 (看護師・MSW)	地域連携室 (看護師・MSW)
友仁山崎病院	[平日・土曜午前] 退院調整看護師又は担当MSW TEL 0749-23-9655 (事前TEL:要)	出来るだけ午後の時間(13時~17時まで) 無理な場合は午前中でも可 (MSW:月~金)	医療相談員あて 0749-23-9655	医師の指示があれば可能	家族又はMSW	退院調整看護師・担当MSW	退院調整看護師・担当MSW・受け持ちNs 又は家族	退院調整看護師・担当MSW	退院調整看護師・担当MSW	退院調整看護師・担当MSW
豊郷病院	とよサポ又は 医療福祉相談室 TEL とよサポ 0749-35-5096 医療福祉相談室 0749-35-3001 (事前TEL:不要)	午前10時~ 午前11時30分 午後2時~4時30分 (月~金)	とよサポ 0749-35-5097 医療福祉相談室 0749-35-0403	医師の意向、 病棟の状況によって相談	医療福祉相談室担当 MSW/PSW	病棟看護師 院内多職種 医療福祉相談室担当 MSW/PSW	本人、家族又は医療福祉相談室担当 MSW/PSW	医療福祉相談室担当 MSW/PSW	医療福祉相談室担当 MSW/PSW	医療福祉相談室担当 MSW/PSW

## 【外来受診者の相談等窓口一覧】

\* 令和7年(2025年)4月作成

下記の内容はあくまでも原則です。病院と介護支援専門員間で連携が図られている場合は、これまで通りの取組を実施してください。  
 対応方法は、個々の事情により変更になることもありますので、不明な点は在宅医療相談窓口にお問い合わせください。

在宅医療相談窓口		彦根市立病院	彦根中央病院	友仁山崎病院	豊郷病院	備考
		地域連携センター (0749-22-6050)	地域連携室 (0749-23-1255)	入退院支援部 (0749-23-9655)	医療福祉相談室 (0749-35-3001) とよさぽ (0749-35-5096)	
主な書類の依頼先	①居宅サービス計画書 (新規および更新時の主治医宛)	診療科受付	診療科受付	総合受付	診療科受付	
	②診療情報提供書	診療科受付	診療科受付	総合受付	診療科受付	
	③健康診断書	診療科受付	診療科受付	総合受付	診療科受付	
	④指示書 (訪問看護・訪問リハビリ等)	患者総合支援室 患者家族支援担当	診療科受付	総合受付	診療科受付	
問い合わせ先	⑤受診予約	診療科受付	診療科受付	入退院支援部 地域連携課	診療科受付	
	⑥照会	診療科受付	診療科受付	総合受付	診療科受付	
	⑦医師との面談に関すること	診療科受付	診療科受付	入退院支援部	医療福祉相談室	
	⑧レスパイト入院に関すること	患者家族支援室	地域連携室	入退院支援部	とよサポ (※精神科は 医療福祉相談室)	
	⑨その他				精神科は初診予約が必要	

市 町	課 名	TEL		高齢者	介護 保険	地域 包括	生活 困窮	生活 保護	障害	精神	健康	特障 手当	身・療 手帳	児童 母子	保 育 所	ひとり 親	児扶 手当	民生 委員	青少年	日赤	
		FAX																			
彦根市 〒522-0041 平田町670	社会福祉課	TEL	23-9590				○	○										○			
		FAX	26-1768																		
	高齢福祉推進課	TEL	23-9660	○	○	○															
		FAX	30-9231																		
	障害福祉課	TEL	27-9981							○	○		○	○							
		FAX	30-9231																		
	こども若者支援課	TEL	49-2251												○		○	○			
		FAX	26-1768																		
	こども家庭センター	TEL	26-0994																		
		FAX	23-9597													○					
幼児課	TEL	26-1768																			
	FAX	24-9140																		○	
少年センター	TEL	26-1768																			
	FAX	47-3445							○												
発達支援センター	TEL	24-7886																			
	FAX	24-0816									○										
〒522-0057 八坂町1900-4	健康推進課	TEL	24-5870								○										
		FAX	24-5870																		
母子保健課	TEL	24-3931												○							
	FAX	24-5870																			
高齢福祉推進課	TEL	24-0828	○																		
	FAX	24-5870																			
愛荘町 愛知川庁舎別館 〒529-1380 愛知川72	子ども支援課	TEL	42-7693											○	○	○	○				
		FAX	42-5887																		
	健康推進課	TEL	42-4887							○	○				○						
		FAX	42-5887																		
	(子育て世代包括支援センター)	TEL	42-7661												○						
		FAX	42-5887																		
福祉課	TEL	42-7691	○	○			社協(○)	○	○	○		○	○					○		○	
	FAX	42-5887																			
(地域包括支援センター)	TEL	42-4690				○															
	FAX	42-8015																		○	
愛荘町教委 〒529-1380 愛知川72	生涯学習課	TEL	42-8014																		
		FAX	35-8116	○				社協(○)	○	○	○		○	○	○		○	○	○		○
豊郷町 〒529-1169 石畑375	保健福祉課	TEL	35-4588																		
		FAX	35-8117																		
豊郷町教委 〒529-1169石畑375	医療保険課	TEL	35-4588		○						○										
		FAX	35-8057																		
(地域包括支援センター)	総務課	TEL	35-8131												○						
		FAX	35-4575																		
豊郷町教委 〒529-1161四十九院1252	社会教育課	TEL	35-8010																	○	
		FAX	35-8021																		
甲良町 〒522-0244 在土357-1(センター)	保健福祉課	TEL	38-5151	○	○			社協(○)	○	○	○	○	○	○		○	○	○			
		FAX	38-5150																		
	(地域包括支援センター)	TEL	38-5161				○														
		FAX	38-3314									○									
甲良町教委 〒522-0244 在土353-1	教育総務課	TEL	38-3315												○						
		FAX	38-4336																		
社会教育課	TEL	38-3315																		○	
	FAX	38-4336																			
甲良町教委 〒522-0271下之郷1509	子育て支援センター	TEL	38-8003																		
		FAX	38-3400												○						
多賀町 〒522-0341 多賀221-1	福祉保健課	TEL	48-8115	○	○			社協(○)	○	○	○	○	○	○		○	○	○		○	
		FAX	48-8143																		
(地域包括支援センター)	教育総務課	TEL	48-8115																		
		FAX	48-8123													○					
多賀町教委 〒522-0341 多賀324	生涯学習課	TEL	48-8130																	○	
		FAX	48-8155																		
	子ども家庭応援センター	TEL	48-8137																		
		FAX	48-8138												○						
湖東健康福祉事務所 TEL 22-1770 FAX 26-7540 〒522-0039 彦根市和田町41	総務係	TEL	22-1770	○	○														○		
		FAX	21-0282					○	○												
	生活保護係	TEL	22-0283									○									
		FAX	21-0281	○		○						○									
	健康危機管理係	TEL	21-0281									○									
		FAX	21-0281									○									
医療福祉連携係	TEL	21-0281									○										
	FAX	21-0284									○	○	○	○			○		○		
地域保健福祉係	TEL	21-0284																			
	FAX	21-0284																			
生活衛生係	TEL	21-0284																			
	FAX	21-0284																			

令和7年度 市町福祉保健担当

# 彦根市地域包括支援センター担当圏域図

## 彦根市地域包括支援センターハピネス

彦根市馬場1-5-5  
 (彦根市北デイサービスセンター内)  
 TEL 27-6702 FAX 21-0302  
 担当学区 城西・城北

## 彦根市地域包括支援センターふるさと

彦根市開出今町1351-3  
 (近江ふるさと会館内)  
 TEL 47-3993 FAX 47-5120  
 担当学区 金城・平田

## 彦根市地域包括支援センターいなえ

彦根市下岡部町632  
 (JA東びわこ旧稲村支店)  
 TEL 47-3320 FAX 47-3315  
 担当学区 稲枝東・稲枝北・稲枝西

## 彦根市地域包括支援センターすばる

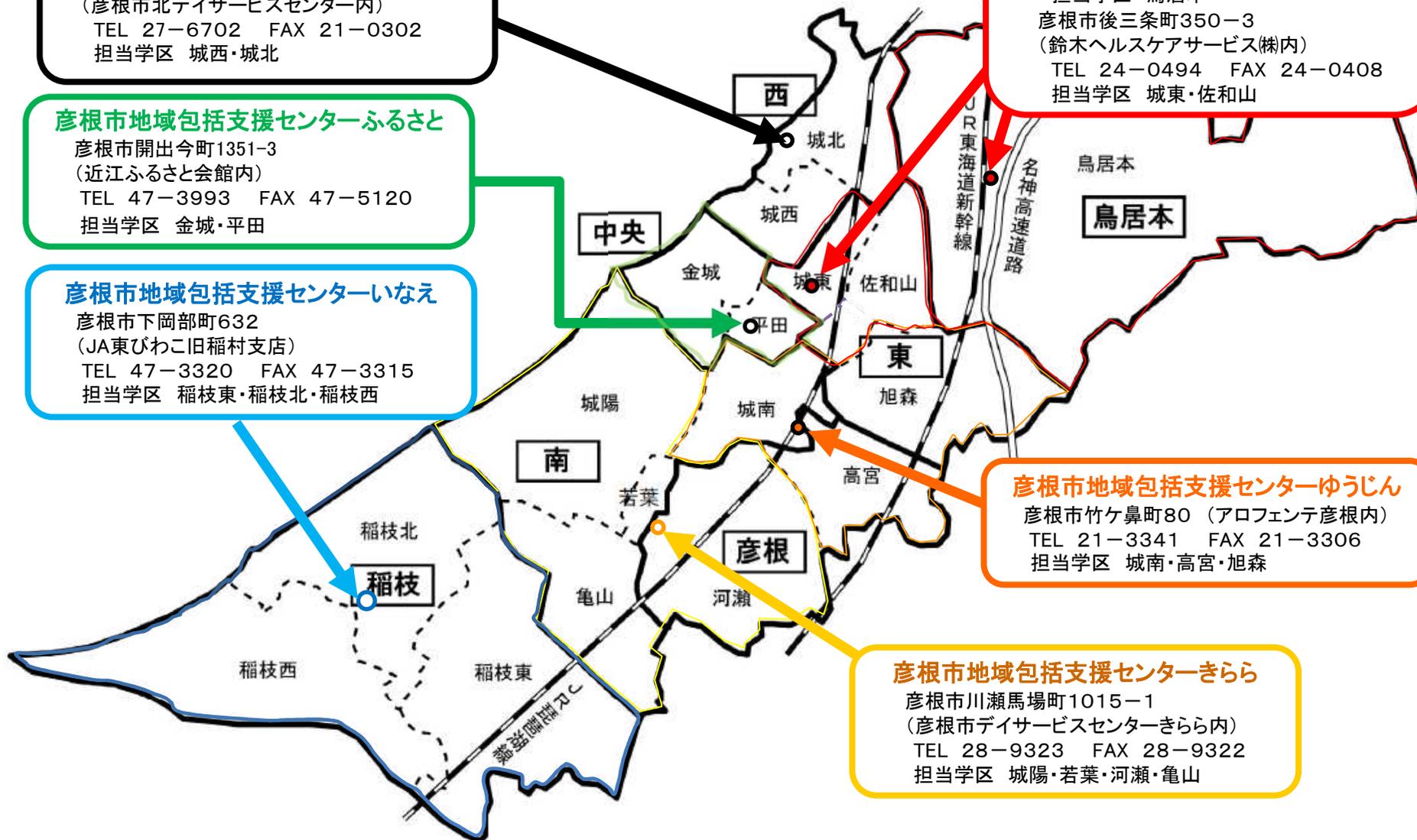
彦根市鳥居本町670  
 (デイサービスセンター鈴の音内)  
 TEL 21-5412 FAX 21-5464  
 担当学区 鳥居本  
 彦根市後三条町350-3  
 (鈴木ヘルスケアサービス(株)内)  
 TEL 24-0494 FAX 24-0408  
 担当学区 城東・佐和山

## 彦根市地域包括支援センターゆうじん

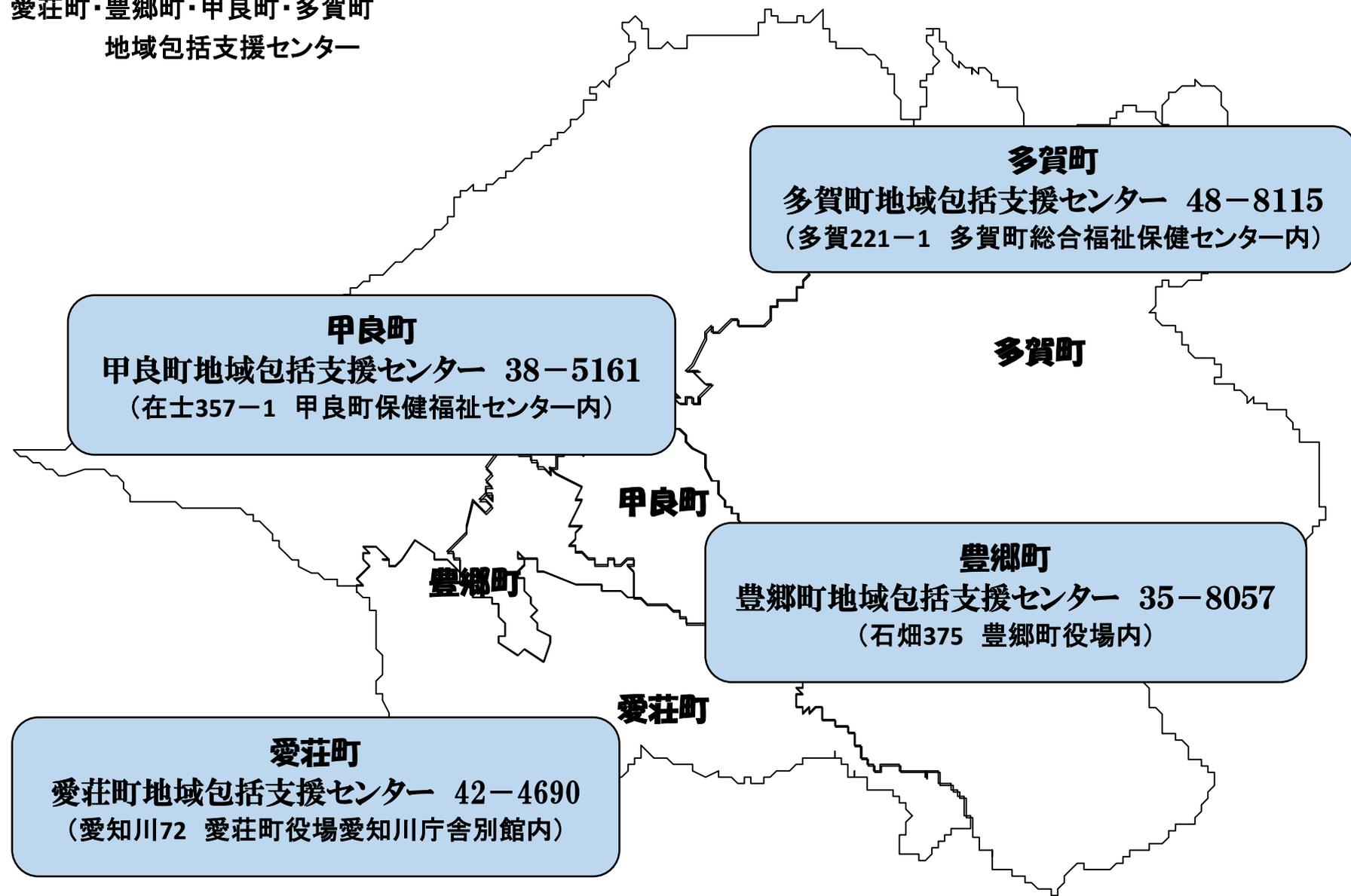
彦根市竹ヶ鼻町80 (アロフェンテ彦根内)  
 TEL 21-3341 FAX 21-3306  
 担当学区 城南・高宮・旭森

## 彦根市地域包括支援センターきらら

彦根市川瀬馬場町1015-1  
 (彦根市デイサービスセンターきらら内)  
 TEL 28-9323 FAX 28-9322  
 担当学区 城陽・若葉・河瀬・亀山



愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町  
地域包括支援センター



**多賀町**

多賀町地域包括支援センター 48-8115  
(多賀221-1 多賀町総合福祉保健センター内)

**多賀町**

**甲良町**

甲良町地域包括支援センター 38-5161  
(在士357-1 甲良町保健福祉センター内)

**甲良町**

**豊郷町**

豊郷町地域包括支援センター 35-8057  
(石畑375 豊郷町役場内)

**豊郷町**

**愛荘町**

**愛荘町**

愛荘町地域包括支援センター 42-4690  
(愛知川72 愛荘町役場愛知川庁舎別館内)

～地域を支える“丈夫な連携の根っこ”“ネットワーク”構築”を目指して～

彦根・愛知・犬上 「在宅医療福祉職応援事業」通信

# くすのき根っこ



「在宅医療福祉職応援事業」は、(一社)彦根愛知犬上介護保険事業者協議会が1市4町から受託し実施しています。

## 在宅医療福祉職応援事業のご案内

医療と介護の連携

### 相談窓口

#### “現場の声”を届けてください。

医療と介護の連携に関わる意見や課題についての相談をお聞きしています。連携課題を集約し関係団体、地域包括支援センター、行政等と共に、解決に向けた取り組みを実施していきます。

☎ 0749-49-2455

月～金(祝日・年末年始を除く)

8:30～17:15

\*事務所が不在になる場合もあります。

### 情報の集約・発信

#### 医療福祉情報の一元化

湖東圏域での医療福祉関係者のそれぞれの活動が多職種間で共有できるように、情報を集約し、通信やホームページ等を活用し発信していきます。

また、医療・介護の連携促進の取組のために必要な調査も行います。

☆ホームページ「在宅医療福祉情報の森」

<http://kusunoki-iyoho-mori-kotou-shiga.or.jp/>

- ・医療福祉情報の掲載、関係団体の活動内容の紹介や報告、研修案内など

### 多職種連携

「顔の見える関係」から

「手をつなぎ合える関係」へ

#### ことう地域チームケア研究会

互いの職種を理解し合い、多職種で課題を共有し連携について考えます。医療や介護に関する様々なテーマについて、多職種で意見交換をし、新たな気づき、発見、つながりがうまれています。医療福祉関係者のみなさんのご参加をお待ちしています！

☆2ヶ月に一回開催しています。申し込み不要！

☆開催日：奇数月の原則第2木曜(変更有)

18:30～20:30(時間厳守)

☆会場：彦根市保健・医療複合施設

「くすのきセンター」1階

#### 在宅医療・介護連携推進フォーラム

講演会とシンポジウム等を開催します。

どなたでも参加していただけます。

### 医療機器貸出



在宅で療養されている方に

一定期間、無料で貸出ししています。

『ネブライザー(コンプレッサー式)』

『喀痰吸引器』

『携帯型超音波画像診断装置(医師のみ)』

詳しくは、彦根愛知犬上介護保険事業者協議会または彦根市医療福祉推進課にお問い合わせください。



☆訪問診療・在宅療養にぜひ、ご活用ください。

### その他 連携に関わる事業や 研修会の開催

【お問い合わせ】

一般社団法人 彦根愛知犬上介護保険事業者協議会

彦根市八坂町1900番地4 くすのきセンター3階

TEL 0749-49-2455 FAX 0749-49-2433



## ⑥ 介護保険サービス利用のための基本的な流れ

### 本人またはご家族に介護や支援が必要になったら

介護保険制度では、介護保険のサービスを利用するためには、まずお住まいの市町の介護保険の窓口申請し、「どれくらいの介護や支援が必要か」を決める、全国一律の審査基準による要介護（要支援）認定を受けなければなりません。その認定を受けて、はじめて介護保険の各種サービスを利用することができます。

### 「相談」から「認定通知」まで

#### まず、相談を

最寄りの「市町地域包括支援センター」(P29・30) または「介護保険担当課」(P28) に相談をします。「市町地域包括支援センター」では、介護保険の内容に限らず、介護全般のご相談をお受けいたします。

#### 申請書を提出

介護を必要とすることの認定[要介護（要支援）認定]を受けるため、本人または家族が、市役所や町役場の介護保険担当部署（P28）に申請書を提出します。

#### 訪問調査

市町の職員または市町の委託を受けた事業所の調査員が対象者の家庭等を訪問し、身体及び日常生活の状況を調査します。

#### 調査を受けるときのポイント

- 家族など本人の状態をよく知っている人が立ち会う。
- 本人を前にして言いにくい事があるときは、本人のいない場所を選び気付いたことを調査員に伝える。



## 主治医（かかりつけ医）の意見書

対象者の疾病や負傷の状況などについて、主治医の意見を求めます。  
※事前にご本人または家族から医師に介護認定を申請する旨お伝えください。

## 意見書のポイント

●日頃の状況を知ってもらうため  
主治医を持つように心がけましょう！



## 一次判定

調査員の調査票と主治医の意見書をもとに、コンピューター処理により一次判定を行います。

## 二次判定

保健・医療・福祉に関する学識経験のある委員で構成された各市町で開催される「介護認定審査会」で、一次判定結果、特記事項、主治医意見書をもとに、介護や支援が必要かどうか、また、その程度（要支援2段階、要介護5段階）を判定します。

## 認定

「介護認定審査会」の判定結果に基づいて市町が要介護（要支援）認定を行います。要介護（要支援）認定は、申請日から原則30日以内に決定することになっています。ただし、認定調査票や主治医意見書が整わない場合には、30日を超えることもあります。

## 認定通知

認定結果通知書と認定結果の記載された被保険者証を申請者に送付します。



## 6 参考ホームページ

『在宅医療福祉情報の森』ホームページ  
(湖東圏域の在宅医療福祉に関する情報を掲載)



<http://kusunoki-jyoho-mori-kotou-shiga.or.jp/>

彦根医療福祉推進センター (彦根市・愛荘町・豊郷町・甲良町・多賀町)

# 在宅医療福祉情報の森

- 病院・診療所の情報
- 歯科医療機関の情報
- 薬局の情報
- 訪問看護の情報
- 介護保険のサービス
- 市町の相談窓口

在宅医療・介護・福祉に関する  
お役立ち情報

医療福祉関係団体ホームページ

新着情報&トピックス  
**くすのき根っと**

…等々、様々な情報を掲載しています。  
ぜひご覧ください。

- ☆お役立ち情報「連携のための各種共通シート」の中に「入院時情報提供書 (Excel版)」「退院後情報提供書 (PDF・Excel版)」を掲載しています。ご活用ください。
- ☆「退院に向けてのききとりシート」は滋賀県介護支援専門員連絡協議会ホームページをご参照ください。

お問い合わせ  
Contact

一般社団法人 彦根愛知犬上介護保険事業者協議会

「彦根医療福祉推進センター」ホームページの管理・運営業務を受託しています。

〒522-0057

滋賀県彦根市八坂町 1900 番地 4 くすのきセンター3 階

TEL:0749-49-2455 FAX:0749-49-2433

E-mail:[info@gen-ai-ken-kaigo.jp](mailto:info@gen-ai-ken-kaigo.jp)