

おぢや 入退院支援連携ガイド

第 3 版
小千谷市在宅医療介護連携協議会
小千谷市魚沼市医師会

改訂履歴

版数	発行月	改訂履歴
第1版	2023年1月	初版発行
第2版	2023年5月	第1版 11 ページ退院・退所情報提供書を退院・退所情報記録書に変更
第3版	2024年6月	第2版 3 ページ下の表の枠に意思決定支援の人生会議(ACP)「わたしの想い生き方ノート」を追加、4 ページ<入退院支援加算における「退院困難な要因」の基準>を変更、13 ページ診療報酬、介護報酬の改正に伴う変更

〈目次〉

1. ガイドの目的	・・・ 1
2. ガイドの対象範囲	・・・ 1
3. 入退院支援連携のプロセス	・・・ 2
(1) ケアマネジャーがいる場合	・・・ 2
(2) ケアマネジャーがいない場合	・・・ 3
4. 退院支援が必要な患者の例	・・・ 4
5. 情報共有が必要な項目	・・・ 5
6. 入退院支援連携窓口（小千谷市・長岡市等の病院）	・・・ 6
7. 資料	・・・ 8
(1) 小千谷市統一書式（ケアマネジャー用）	・・・ 9
・ 入院時情報提供書	・・・ 9
・ 退院・退所情報提供書	・・・ 11
・ 医師とケアマネジャーとの連絡票	・・・ 12
(2) 入退院時の介護・医療連携に関する主な報酬	・・・ 13
8. 参考文献	・・・ 14
9. 入退院支援に関する取り組み経過	・・・ 15
(1) 入退院支援勉強会	・・・ 15
(2) 入退院支援連携ワーキング	・・・ 17

1. ガイドの目的

地域住民が入院しても安心して生活の場に戻ることができるよう、医療・介護関係多職種が連携し、切れ目のない支援が行われることを目指し作成しました。

このガイドは組織や職種を越え、地域の医療・介護関係者が協働し作成したものです。今後も地域で協議を継続し修正を重ね、入退院支援連携における医療・介護関係多職種の連携構築の一助となるものです。



2. ガイドの対象範囲

小千谷市の居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センター、小千谷市内および長岡市内の病院、小千谷市福祉課を対象とします。

なお、ケアマネジャー等がこのガイドを活用し、上記以外の医療機関と連携を行うことを妨げません。





3.入退院支援連携のプロセス

(1)ケアマネジャーがいる場合 *各時系列での情報共有が必要な項目はP5をご覧ください。


病院	時系列	ケアマネジャー
	在宅	<ul style="list-style-type: none"> ○要支援・要介護認定者（以下、本人という）と家族に入院したら連絡をくれるようお願いしておく ○名刺を医療保険証や介護保険証、お薬手帳等と一緒にに入れておいてもらう
<ul style="list-style-type: none"> ○担当ケアマネジャーを確認し入院連絡（入院診療計画書の内容程度） ○院内退院支援カンファレンス（入院7日以内に開催）終了後ケアマネジャーに情報提供 	入院時 ↔	<ul style="list-style-type: none"> ○「入院時情報提供書」「ケアプラン」を病院へ情報提供（原則3日以内、最大7日以内） ※情報提供は書面持参や郵送、FAXで行うが、必要に応じ口頭や電話で追加情報を伝える ○訪問診療、各サービス提供事業所等へ連絡
<ul style="list-style-type: none"> ○具体的な治療方針や治療予定、入院見込み期間が決まったらケアマネジャーに連絡 	入院中 ↔	<ul style="list-style-type: none"> ○必要に応じ病院へ出向き退院退所情報記録書等を活用し退院に向けた情報収集、アセスメント
<p>中間カンファレンスとは 治療経過、病状、ADL等本人の状態をふまえて生活状況を共有し今後の目標を立てるため協議するもの</p>	<p>中間カンファレンス開催の必要性について相談</p> <p>〈開催例〉①本人・家族の状況に変化がある場合 ②多職種で方向性を検討する必要がある場合</p> <p>〈目的〉①退院に向けた目標立案</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ○中間カンファレンス開催調整 		<ul style="list-style-type: none"> ○中間カンファレンス参加調整
<p>※中間カンファレンス開催（院内多職種カンファレンスへの参加、IC*に同席等）</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○方向性が決まったらケアマネジャーに連絡 ○退院前・後訪問指導の必要性について検討 	入院中 ↔	<ul style="list-style-type: none"> ○情報収集、アセスメントを行い、必要に応じ本人・家族と相談を開始
<p>※医療系サービスの必要性についてアセスメント （往診・訪問歯科診療・訪問看護・訪問薬剤指導・訪問リハビリ・訪問栄養管理）</p>		
<p>退院前カンファレンス開催の必要性について相談</p> <p>〈開催例〉①本人・家族の状況に変化がある場合、②新たにサービスを導入する場合 〈目的〉安定した在宅生活に復帰するために、情報交換と共有をする</p>		
<p>◎カンファレンス形式でなくとも、ケアマネジャーの病院訪問や電話等で、病院と十分に情報交換し、退院後の生活の支援について共有</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○退院予定・目途が決まりしだいケアマネジャーに連絡 ○退院前カンファレンス開催調整 	退院準備 ↔	<ul style="list-style-type: none"> ○サービス調整・ケアプラン（案）作成 ○退院前カンファレンス参加調整
<p>※退院前カンファレンス開催（本人・家族、ケアマネジャー、病院スタッフ）</p>		
<ul style="list-style-type: none"> ○看護サマリーの提供 ○必要に応じリハビリ科・栄養科等サマリー提供 	退院	<ul style="list-style-type: none"> ○ケアプランの提供 ○サービス担当者会議開催

IC*とは、インフォームドコンセントの略で、医師が患者に対して診療の目的や内容を十分に説明し、患者の同意を得た上で治療に当たること。

(2) ケアマネジャーがいない場合

病院	時系列	居宅支援事業所	地域包括
<ul style="list-style-type: none"> ○本人・家族からケアマネジャーがいないことを確認 ○必要に応じ本人の了承のもと、地域包括支援センターへ介入の有無や経過を確認 	入院時 		<ul style="list-style-type: none"> ○左記依頼により情報提供 ○家族、親族との相談対応後に情報提供
<ul style="list-style-type: none"> ○院内退院支援カンファレンス（入院7日以内に開催）にて退院支援の必要性を評価 ○本人・家族と退院支援担当者は退院後の生活を相談 ○退院の方向性の確定後、介護保険サービスが必要な場合は本人・家族に介護保険申請を勧め、居宅介護支援事業所または地域包括支援センターへ連絡 ○退院後の相談先として地域包括の案内 ○退院前・後訪問指導の必要性について検討 	入院中 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院直後より暫定居宅介護サービス計画作成が必要な場合、情報収集アセスメント ○必要に応じて病院への訪問、本人・家族と面談 	<ul style="list-style-type: none"> ○要支援認定があり、退院後よりサービス利用が必要な場合の相談 ○包括にて家族、親族との総合相談対応 ○退院後の複合的な課題のある方の総合相談対応
※医療系サービスの必要性について相談（往診・訪問歯科診療 訪問看護・訪問薬剤指導・訪問リハビリ・訪問栄養管理）			対象ケースに応じ、 ケアマネジャーが いる場合に準ずる
※退院前カンファレンス開催の必要性について相談			

参考：小千谷市の高齢福祉・地域福祉事業の案内

	小千谷市福祉課 電話 0258-83-3517	小千谷市社会福祉協議会 電話 0258-83-2340
サービス（それぞれに要件があります）	<ul style="list-style-type: none"> ◎在宅高齢者通院等支援サービス事業 ◎在宅ねたきり老人等介護手当 ◎家族介護用品支給事業 ◎高齢者住宅整備費補助金 ○：要支援-介護認定者対象 ○高齢者見守り相談サービス ○認知症見守り事業（事前登録・見守りステッカー交付） ○難聴者補聴器購入費助成 ○老人医療費助成 ○除雪援助事業 ○火災警報器の給付 ○老人福祉電話の設置 ○緊急時の協力体制（小千谷市消防本部） ○生活管理指導短期宿泊サービス事業 ○成年後見制度利用支援 ○デイホーム（生きがい活動支援：高齢者通いの場） ●体しゃっきり教室 ●アクアチャレンジ教室 ●歯つらつ教室 ●：総合事業 	<ul style="list-style-type: none"> ◆ひとり暮らし見守り事業（月2回：昼食弁当配達を兼ねる） ◆生活支援サポート事業（あちこたネットおぢや） ◆救急医療情報キット配布 ◆火災予防見守り安心事業 ◆ハンディキャブ（リフト付自動車）貸出 ◆車椅子の貸出 ◆ふれあい・いきいきサロン ◆日常生活自立支援事業 ◆介護者の会（介護用品斡旋、陽だまりサロン等） ◆あけびの会（ひとり暮らし高齢者の会） ◆男性料理教室 <p>○意思決定支援、人生会議（ACP） わたしの想い生き方ノート</p> 

4. 退院支援が必要な患者の例





病状	・ターミナル期（がん、慢性疾患等） ・誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症	・難病 ・認知症の周辺症状や理解力の低下	・脳血管疾患	・骨折
保険	・新たに介護申請または区分変更が必要 ・医療保険未加入者または生活困窮者			
ADL	・立ち上がりや歩行に介助、補助具を要する ・リハビリの継続が必要	・食事、排泄、入浴に介助が必要 ・内服管理ができない	・入院前に比べ低下した場合	
介護者	・独居かそれに近い状態で、買い物や調理や掃除等に介助が必要 ・同居者の有無に関わらず必要な介護を提供できる状態にない ・キーパーソンが不在 ・キーパーソンに理解力がない ・虐待を受けているまたはその可能性がある			
医療処置	・新たに処置が必要（吸引、経管栄養、褥瘡、気管切開、ストマ、フォーレ、麻薬管理、在宅酸素、ペースメーカー等）			
入院形態	・入退院を繰り返している（誤嚥性肺炎や心不全、介護力不足等）			
その他	・住宅改修が必要 ・退院後の受診に介助や往診が必要 ・退院後の生活に不安を感じる時			

* つばめ・やひこ入退院連携ガイドを参考に加筆

【参考】〈入退院支援加算における「退院困難な要因」の基準〉

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること
又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請であること
(特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者、及び65歳以上のものに限る。)
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ 強度行動障害の状態の者
- カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- キ 生活困窮者であること
- ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること
(必要と推測されること)
- ケ 排泄に介助を要すること
- コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- サ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- シ 入退院を繰り返していること
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれること
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- タ その他患者の状況から判断して「ア」から「ソ」までに準ずると認められる場合

5. 情報共有が必要な項目

病院	時系列	ケアマネジャー
<ul style="list-style-type: none"> ○入院の原因、現状、治療状況 ○入院見込み期間（入院診療計画の内容） ○退院後の在宅生活が続くことができる必要な要件を確認 	入院時 	<ul style="list-style-type: none"> ○入院前の生活状況、身体・精神機能、ADL・IADL、住環境、家族状況や意向、サービス利用状況、服薬状況、主治医情報（一部介助はどこまでできるか特記する） ○本人の生活に関する意向(どんな暮らしをしたいと思っていたか) ○在宅介護の問題点（家族関係、経済状況、サービス資源不足等）
<ul style="list-style-type: none"> ○I.C内容や治療経過と本人や家族の受け止めや意向 ○病状、本人の身体・精神・ADL状況 ○病状に対する課題、予後予測、目標、医学的管理、医療処置、継続看護の必要性、リハビリや栄養管理の視点 ○禁忌事項 ○転院方針があれば連絡 	入院中  中間 カンファ レンス	<ul style="list-style-type: none"> ○在宅生活が続くことができる必要な要件 ○治療、医療処置内容、予後予測の確認 ○身体・精神機能、ADL・IADLの変化の確認 ○病状の経過、本人や家族の受け止めや理解 ○本人や家人が在宅復帰への意欲があるか ○在宅復帰に向けて介護力の確認や介護保険区分変更の申請要否、サービス調整の必要性
<ul style="list-style-type: none"> ○病状に対する課題、予後予測、目標、医学的管理、医療処置、継続看護の必要性、リハビリや栄養管理の視点と継続の必要性 ○禁忌事項 	退院 準備 	<ul style="list-style-type: none"> ○身体・精神状況に合わせた介護サービスの提案と新たな生活スタイルの提案
<ul style="list-style-type: none"> ○入院中の経過、退院後の生活上の留意点、予後予測、目標、医学的管理医療処置、看護・リハビリ・栄養管理の視点 ○禁忌事項 ○受診の目安や急変時の対応について ○通院先、次回再診について ○本人や家族への病状に対する説明と指導した内容の理解状況と受け止め ○退院日の決定 	退院前 カンファ レンス 	<ul style="list-style-type: none"> ○ケアプラン（案）の提示と予後予測のアセスメント、本人の有する能力に応じた自立支援に向けたマネジメント ○本人や家族の最終意向確認
<ul style="list-style-type: none"> ○必要時、転院または死亡の場合の連絡 	退院	<ul style="list-style-type: none"> ○変更があった場合はケアプランの提示

本人や家族の意向をつなぎ共有していくことが重要

6. 入退院支援連携窓口

(令和4年11月現在)

〈小千谷市の病院〉

病院名	小千谷総合病院	小千谷さくら病院
所在地	〒947-8701 小千谷市大字平沢新田111	〒947-0041 小千谷市小栗田2732
TEL(代表)	0258-81-1600	0258-83-2680
TEL(直通)	—	0258-83-0618
FAX	0258-81-1602(直)	0258-83-4416
E-mail	—	socialworker@sakurahp.com
担当部門 職種	患者サポートセンター MSW/退院支援看護師	地域連携室 MSW
入院時情報 提供窓口	患者サポートセンター	地域連携室
提出方法	持参・郵送・FAX	持参・郵送・FAX
入院中情報 共有窓口	患者サポートセンター	地域連携室
入退院支援に 関する窓口	患者サポートセンター	地域連携室/MSW
留意事項	休診日、時間外での情報提供は病棟へお願いします。	休診日、時間外での情報提供は病棟へお願いします。

〈長岡市の病院〉

病院名	長岡赤十字病院	長岡中央総合病院	立川総合病院	長岡西病院
所在地	〒940-2085 長岡市千秋2-297-1	〒940-8653 長岡市川崎町2041	〒940-8621 長岡市旭岡1-24	〒940-2081 長岡市三ツ郷屋371-1
TEL(代表)	0258-28-3600	0258-35-3700	0258-33-3111	0258-27-8500
TEL(直通)	—	—	—	0258-27-8711
FAX	0258-28-9060 (直通)	0258-35-3786 (直通)	0258-86-0370	0258-27-8516
E-mail	fukushi@nagaoka.jrc.or.jp	—	—	—
担当部門 職種	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援看護師/MSW	地域連携支援部 退院支援看護師/MSW	退院支援看護師 医療相談室 (MSW)	医療福祉相談室 地域医療連携室 MSW/入院調整看護師
入院時情報 提供窓口	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室	地域連携支援部	入退院支援部門	医療福祉相談室
提出方法	持参・郵送・FAX (FAXは原本をご郵送ください)	電話/持参・郵送・FAX	持参・郵送・FAX (FAXは原本をご郵送ください)	持参・郵送・FAX
入院中情報 共有窓口	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室	地域連携支援部	退院支援看護師	医療福祉相談室
入退院支援に 関する窓口	地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室	地域連携支援部	退院支援看護師	医療福祉相談室
留意事項	入院時情報提供はできるだけFAXでお願いします。 FAXは多職種と兼用のため、宛名の記載をお願いします。	窓口不明の場合は地域連携支援部MSWへ連絡ください。	FAXは医事課など他部署と兼用のため、宛名の記載をお願いします。	

病院名	悠遊健康村病院	吉田病院	長岡保養園	田宮病院
所在地	〒940-2138 長岡市大字日越337	〒940-0053 長岡市長町1-1668	〒940-1111 長岡市町田町575	〒940-2183 長岡市深沢町2300
TEL(代表)	0258-47-8500	0258-32-0490	0258-32-4040	0258-46-3200
TEL(直通)	—	—	なし	0258-46-2310
FAX	0258-47-8532	0258-36-5032	0258-32-5778 (相談室直通)	0258-46-3206(直)
E-mail	—	tiiki-soudan@yoshida-h.or.jp	hoyouen-sw@i-shiseikai.or.jp	—
担当部門 職種	医療福祉相談室 MSW	地域医療相談室 ケースワーカー	相談室 MSW	医療福祉相談室 SW
入院時情報 提供窓口	医療福祉相談室	地域医療相談室	相談室	医療福祉相談室
提出方法	持参・郵送・FAX	持参・郵送・FAX・email	FAX・郵送	持参・郵送・FAX
入院中情報 共有窓口	医療福祉相談室	地域医療相談室	相談室	医療福祉相談室
入退院支援に 関する窓口	医療福祉相談室	地域医療相談室	相談室	医療福祉相談室
留意事項			平日 8:30~17:00 土曜日 8:30~13:00	電話対応受付時間 月~金(祝日以外) 9:00~16:00

病院名	新潟県立精神医療センター	三島病院
所在地	〒940-0015 長岡市寿2-4-1	〒940-2302 長岡市藤川1713-8
TEL(代表)	0258-24-3930	0258-42-2311
TEL(直通)	—	
FAX	0258-24-3891	0258-42-2311
E-mail	—	soudan@mishima-hospital.or.jp
担当部門 職種	医療福祉科 PSW	地域医療室 精神保健福祉士
入院時情報 提供窓口	ケースワーカー	地域医療室 精神保健福祉士
提出方法	持参・郵送・FAX	FAX 郵送
入院中情報 共有窓口	ケースワーカー	地域医療室 精神保健福祉士
入退院支援に 関する窓口	ケースワーカー	地域医療室 精神保健福祉士
留意事項	緊急時以外はケースワーカーにお願いします。	

7. 資料

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。ぜひご活用ください。

担当ケアマネジャー名	(フリガナ)	電話番号	
居宅介護支援事業所名		FAX番号	

1.利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男女
		生年月日	大・昭・平	年	月
住所		電話番号			
		エレベーター	□なし □あり()		
住環境 <small>可能ならば「写真」 などを添付</small>	□戸建て □集合住宅(2階居住) ・住まいに関する特記事項()				
入院時の要介護度	□要支援() □要介護() □申請中 □未申請				
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				
介護保険の自己負担割合	□1割 □2割 □	障害など認定	□なし □あり()		
年金などの種類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他()				
サービス利用状況 (頻度・事業所等)					

2.家族の情報について

家族構成		家族状況 (主介護者 キーパーソン 連絡先 等)	
------	--	-----------------------------------	--

3.本人・家族の意向について

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

4.今後の生活展望について(ケアマネとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
家族の介護力	
特記事項 (特に注意すべき点など)	

5.身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□なし □あり			
ADL	移動	自立	見守り	一部介助	全介助					
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動手段	□杖 □歩行器 □車いす □その他			
	更衣	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
	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					
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					
	トイレ	□なし □夜間 □常時								
	オムツ／パッド	□なし □夜間 □常時								
食事内容	食事回数	・朝: 時頃 ・昼: 時頃 ・夜: 時頃				食事制限	□なし □あり()			
	食事形態	□普通 □きざみ □嚥下障害食 □ミキサー				水分制限	□なし □あり()			
	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	義歯		□なし □あり			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭		□なし □あり			
睡眠の状態		良	不良		眠剤の使用		□なし □あり	睡眠時間	時間／日	
喫煙量		本くらい／日あたり			飲酒量		合くらい／日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	メガネ	□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	コミュニケーションに関する特記事項:					
	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								
入院歴	最近半年間での入院	□なし □あり(年 月 日～ 年 月 日) □不明								
	入院頻度	□頻度は高い／繰り返している □頻度は低い、これまでにもある □今回が初めて								
医療処置		□なし □酸素療法 □胃ろう □褥瘡 □尿道カテーテル □自己注射() □その他()								

6.お薬について

内服薬	□なし □あり()	居宅療養管理指導	□なし □あり(職種:)
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		
お薬に関する特記事項			

7.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・頻度	□受診 □訪問診察 ・頻度=()回／月・週

8.カンファレンスについて(ケアマネからの希望)

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

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)						
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし						
入院(所)概要	入院(所)日： 年 月 日		退院(所)予定日： 年 月 日								
	入院原因疾患(入所目的等)										
	入院・入所先		施設名			棟		室			
	今後の医学管理		医療機関名：			方法		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患		① ② ③		疾患の状況		*番号記入		安定() 不安定()		
	移動手手段		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()								
	排泄方法		<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・パウチ ()								
	入浴方法		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず								
	食事形態		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()						UDF等の食形態区分		
	嚥下機能(むせ)		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)			
	口腔清潔		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	口腔ケア		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	睡眠		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()						眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	認知・精神		<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方		本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし							
		<本人> 退院後の生活に関する意向									
<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方											
<家族> 退院後の生活に関する意向											

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()								
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <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"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()								
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)						
症状・病状の予後・予測		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		<small>例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。</small>								
在宅復帰のために整えなければならない要件										
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)							会議出席	
1	年 月 日								無・有	
2	年 月 日								無・有	
3	年 月 日								無・有	

医師とケアマネジャーとの連絡票（返信兼用）

年 月 日

医療機関名		
医 師		
電話番号	()	-
FAX番号	()	-



事業所名		
担当者名		
電話番号	()	-
FAX番号	()	-

下記利用者様のケアマネジャーをさせていただいております。
 専門的意見及び注意を要する事項等、ご意見をいただきたく存じます。
 恐れ入りますが、＜医師回答欄＞にご記入のうえ返信をいただくか、電話でのご回答をお願いいたします。

利用者名	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; border: none;">介護度</td> <td style="border: none;">要支援</td> <td style="border: none;">1・2</td> </tr> <tr> <td style="border: none;">要介護</td> <td style="border: none;">1・2・3・4・5</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;">生年月日</td> <td style="border: none;">T S</td> <td style="border: none;">年 月 日 (歳)</td> </tr> </table>	介護度	要支援	1・2	要介護	1・2・3・4・5		生年月日	T S	年 月 日 (歳)
介護度	要支援	1・2								
要介護	1・2・3・4・5									
生年月日	T S	年 月 日 (歳)								
様 (男 ・ 女)										

連絡内容	<ol style="list-style-type: none"> 1. 担当のケアマネジャーになった挨拶 2. 利用者の医療情報の確認 3. サービス担当者会議への出席依頼 4. ケアプランについて 5. その他
------	---

＜ケアマネジャー記入欄＞

返 信
要 ・ 否

＜医師回答欄＞

年 月 日

医師名 _____

※必ずご記入をお願い致します。

〈入退院支援における連携・調整に関する主な報酬〉

医療機関（診療報酬）		ケアマネジャー（介護報酬）
<p>◇入院時支援加算1 退院時1回 240点 入院時支援加算2 退院時1回 200点 (上記に加え)入院事前調整加算 200点 特別な状態の方のみ 入院予定患者に対し、入院前にアセスメントを実施、入院中の療養支援計画を立案、患者及び病棟等のスタッフと共有した場合。入退院支援加算算定が前提。</p> <p>◇入退院支援加算1 退院時1回 一般病棟 700点 療養病棟 1300点 入院から3日以内に退院困難な患者を抽出、7日以内に本人・家族と面談、カンファレンスを実施、退院支援計画を立案、退院支援を実施した場合(退院困難な患者P4参照)。</p> <p>入退院支援加算2 退院時1回 一般病棟 190点 療養病棟 635点 入院から7日以内に退院困難な患者を抽出、以後入退院支援加算1と同様。</p> <p>◇介護支援等連携指導料 入院中2回 400点 入院している病院の医師等とケアマネジャーが共同し退院後に利用が望ましいサービス等について説明及び指導をした場合。</p> <p>◇退院時共同指導料2 入院中1回 400点 入院している病院の医師等が退院後の在宅療養を担当する医師等と共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合。 +300点 入院している病院の医師および退院後の在宅療養を担当する医師が共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合。 +2000点 入院している病院の医師等が退院後の在宅療養を担当する医師等のうち3者以上と共同で在宅療養上必要な説明や指導をした場合。</p> <p>◇退院前訪問指導料 580点 医師、看護師、理学療法士等が入院中または退院日に患者を訪問し家屋評価を実施し、生活指導を行った場合。</p> <p>◇診療情報提供料I 250点 ◇退院時リハビリテーション指導料 300点 ◇退院時薬剤情報管理指導料 90点</p> <p>◇退院後訪問指導料 580点 訪問看護同行加算 20点 入院していた病院の医師の指示を受けた病院の看護師等が患者、介護保険施設等において患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合。</p>		<p>入院前</p> <p>入院</p> <p>中間 カンファレンス</p> <p>～</p> <p>退院前 カンファレンス</p> <p>退院</p> <p>◇入院時情報連携加算I 月1回 250単位 入院した日(*)のうちに必要な情報提供した場合 (*: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に入院日の翌日を含む)。</p> <p>入院時情報連携加算II 月1回 200単位 入院した日の翌日又は翌々日(*)のうちに必要な情報提供した場合(*: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)。</p> <p>◇退院・退所加算I 入院中1回 (イ) 450単位 (ロ) 600単位 退院・退所加算II 入院中1回 (イ) 600単位 (ロ) 750単位 退院・退所加算III 入院中1回 900単位 退院・退所時に病院等の職員と面談を行い利用者に関する必要な情報提供を得た上でケアプランを作成し、居宅サービス等の調整を行った場合(情報収集の方法や回数等への算定要件あり)。</p> <p>◇看取り期におけるサービス利用前相談・調整に係る居宅介護支援費算定 居宅サービス利用に向けてケアマネジャーが利用者の退院時等にケアマネジメント業務を行ったが利用者の死亡によりサービス利用に至らなかった場合。</p> <p>◇緊急時等居宅カンファレンス加算 月2回 200単位/回 病院や診療所の医師または看護師等と共に利用者宅を訪問しカンファレンスを実施し、サービス利用に関する調整を行った場合。</p> <p>◇特定事業所医療介護連携加算 月1回 125単位 病院等との連携回数やターミナルケアマネジメント加算の算定回数等の算定要件あり。</p>

8. 参考文献・資料

- (1) つばめ・やひこ入退院連携ガイド
（平成30年3月 燕市 弥彦村 燕市医師会）
- (2) けんおう入退院連携ガイド
（令和4年3月けんおう入退院連携検討会）
- (3) 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
（平成29年3月株式会社日本能率協会総合研究所）
- (4) 令和4年診療報酬改定
令和3年介護報酬改定
令和6年介護報酬改定・診療報酬改定

9. 入退院支援に関する取り組み経過

(1) 入退院支援勉強会

	開催日	場所	内容
1	平成30年 2月27日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「高齢社会と高齢者の疾病」</p> <p>小千谷総合病院福祉連携センター（在宅医療・介護連携支援センター） センター長 家里裕 氏</p> <p>「小千谷総合病院における退院支援の取り組みについて」</p> <p>小千谷総合病院 患者サポートセンター MSW 安部充美 氏</p> <p>グループワーク(退院支援における多職種連携の理想のかたちに近づくために必要なことは何か意見交換)</p>
2	平成30年 7月12日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「高齢者の糖尿病」</p> <p>小千谷総合病院 内科部長 田沼厚人 氏</p> <p>「糖尿病教室の紹介」</p> <p>小千谷総合病院 糖尿病療養指導士（看護師） 瀧澤華織 氏</p> <p>グループワーク(前回グループワークで出された目標や課題を基にそれぞれどんな取り組みができるか意見交換)</p>
3	平成30年 12月6日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「長岡地域急性期病院の入退院支援の取り組み」</p> <p>1. 長岡赤十字病院 地域連携・患者サポートセンター 入退院支援室 看護師長 池田道子 氏 地域連携福祉支援課 係長 鎌田瑞樹 氏</p> <p>2. 立川総合病院 退院支援部門 看護主任 坂牧芳 氏</p> <p>3. 長岡中央総合病院 地域連携支援部 患者サポート室 ソーシャルワーク科主任 荒川和也 氏</p> <p>グループワーク（意見交換）</p>
4	平成31年 3月13日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「小千谷総合病院の機能と役割」</p> <p>小千谷総合病院 病院長 高橋達 氏</p> <p>「小千谷総合病院患者サポートセンターの機能」</p> <p>小千谷総合病院 患者サポートセンター 平沢小百合 氏</p> <p>小千谷総合病院 患者サポートセンター MSW 安部充美 氏</p>
5	令和元年 7月23日	小千谷総合 病院 講堂	<p>「小千谷さくら病院の機能と役割」</p> <p>小千谷さくら病院 病院長 山崎 元義 氏</p> <p>「小千谷さくら病院ってどんなところ??」</p> <p>～各病棟の様子・取り組み等について～</p> <p>小千谷さくら病院 看護主任 蛸沢みゆき 氏 米岡淳美 氏 田中紀子氏</p> <p>「小千谷さくら病院 地域連携室の紹介」</p> <p>小千谷さくら病院 地域連携室 主任 医療ソーシャルワーカー 高野匠 氏</p>

	開催日	場所	内容
6	令和3年 7月9日	Web研修	<p>「小千谷地域退院支援勉強会の経過」 小千谷市在宅医療・介護連携支援センター</p> <p>「つばめ・やひこ入退院連携ガイドを通して深まる連携」 弥彦村地域包括支援センター 管理者 主任介護支援専門 小林千恵子 氏 燕・弥彦医療介護センター 副センター長 看護師 伊藤理加 氏</p> <p>「小千谷市版入退院連携ガイド（仮）の作成に向けて」 小千谷市在宅医療介護連携協議会事務局(小千谷市福祉課高齢福祉係) 小千谷市在宅医療・介護連携支援センター</p>
7	令和4年 12月7日	Web研修	<p>「おぢや入退院支援連携ガイド作成の経過」</p> <ul style="list-style-type: none"> ・入退院支援連携に関する調査の結果報告 ・入退院支援連携ワーキングの経過 <p>「おぢや入退院連携ガイド（案）」について グループワーク(意見交換)</p>

※小千谷市在宅医療・介護連携支援センター(小千谷市魚沼市医師会)と小千谷市在宅医療介護連携協議会が共催で開催

(2) 小千谷市在宅医療介護連携協議会 入退院支援連携ガイド作成ワーキング部会

〈部会開催〉

開催日	内容
令和3年11月15日	第1回 アンケート実施に関わる準備検討
令和4年3月	小千谷市における入退院支援連携に関するアンケート調査実施
令和4年6月29日	第2回 アンケートのまとめと共有
令和4年8月4日	第3回 入退院支援連携ガイド案作成・意見交換
令和4年9月2日	第4回 入退院支援連携ガイド案作成・意見交換
令和4年10月5日	第5回 入退院支援連携ガイド案作成・意見交換
令和4年11月21日	第6回 入退院支援連携ガイド案作成・意見交換

〈ワーキングメンバー〉（敬称略 50音順）

浅田 めぐみ	（健康倶楽部中子の森 居宅介護支援事業所）
安部 充美	（小千谷総合病院 患者サポートセンター）
荒川 和也	（長岡中央総合病院 地域連携支援部）
太田 大輔	（立川総合病院 医療相談室）
鎌田 瑞樹	（長岡赤十字病院 地域連携・患者サポートセンター）
服部 亜矢	（小規模多機能型居宅介護支援事業所 ひうの家）
廣野 基通	（居宅介護支援事業所 小栗田の里）
渡辺 陽子	（居宅介護支援事業所 片貝さくら）

〈オブザーバー〉

伊藤 千恵子	（令和3年度）（長岡地域振興局 健康福祉環境部 地域保健課）
長谷川 正子	（令和4年度）（長岡地域振興局 健康福祉環境部 地域保健課）

〈事務局〉

牛木 一枝	（小千谷市福祉課 高齢福祉係）
横山 直子	（小千谷市福祉課 高齢福祉係）
遠間 智子	（小千谷市地域包括支援センター）
水落 範子	（小千谷市在宅医療・介護連携支援センター 〈小千谷市魚沼市医師会〉）
船越 愛	（小千谷市在宅医療・介護連携支援センター 〈小千谷市魚沼市医師会〉）

おぢや入退院支援連携ガイド

発行 令和5年1月初版発行
令和5年5月第2版
令和6年6月第3版

編集 小千谷市在宅医療介護連携協議会
小千谷市魚沼市医師会

事務局 〒947-8501 新潟県小千谷市城内2丁目7番5号
小千谷市 福祉課
TEL 0258-83-3517
FAX 0258-83-4160
E-mail fukushi@city.ojiya.niigata.jp
URL <https://www.city.ojiya.niigata.jp/>

〒947-8701 新潟県小千谷市大字平沢新田111番地
新潟県厚生連小千谷総合病院
患者サポートセンター内
小千谷市在宅医療・介護連携支援センター
TEL 0258-81-1630 (直通)
FAX 0258-81-1602 (直通)
E-mail kansapo@ojiya-ghp.jp