

富士見市  
ふじみ野市  
三芳町の

# 入退院連携 ガイド

2023年4月初版  
東入間地区：入退院支援ルール



# 目 次

<b>1. はじめに</b> .....	3
<b>2. 入退院支援ルール作成の目的</b> .....	3
<b>3. 基本ルール</b> .....	4
(1) 東入間地区の入退院支援ルールとは .....	4
(2) ルールを利用する主な関係機関 .....	4
(3) ルールの対象となる患者（利用者） .....	5
(4) ルールが想定する基本的なケース・位置づけ .....	5
(5) ルールの普及 .....	5
<b>4. ルールの内容</b> .....	6
(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合 .....	6
(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合 .....	8
<b>5. ご本人・ご家族への入退院支援ルールの周知方法</b> .....	10
<b>6. 連携にあたってのマナー・エチケット</b> .....	11
<b>7. 情報共有【入・退院時連絡シート】の様式について</b> .....	15
<b>8. 【入・退院時連絡シート：東入間版】</b> .....	16
(1) 入院時（ケアマネ）連絡シート記載例 .....	20
(2) 退院時（病院）連絡シート記載例 .....	24
<b>9. 退院前カンファレンスのポイント</b> .....	28
<b>10. 退院前カンファレンスの進め方</b> .....	29
(1) 参考：退院前カンファレンス進行シート .....	30
(2) 参考：指導説明書 .....	31
<b>11. 主治医・ケアマネジャー連絡（照会）シートについて</b> .....	33
(1) 参考：連絡（照会）シート .....	34
(2) 参考：連絡（照会）シート記載例 .....	35
<b>12. 参考資料</b> .....	36
(1) 介護保険の概要 .....	36
(2) 「訪問看護の利用」は介護保険と医療保険どちらを使うのか .....	37
(3) 病院・施設の種類や専門職の配置について .....	39
(4) 介護保険施設等のリハ職の配置について .....	40
(5) 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬 .....	41
(6) 医療機関問い合わせ窓口一覧表 .....	42
(7) 病院の理念と地域包括ケアシステムに対する取組方針 .....	44
(8) 入退院支援ワーキンググループ紹介 .....	45
(9) 通院・入院時あんしんセット（利用者用） .....	46
(10) 地域包括支援センター（高齢者あんしん相談センター） .....	47
(11) 各市町等介護保険担当部署一覧等 .....	49

## 1 はじめに

入院は人生の中で有数の危機の一つです。入院によってその人の暮らしが分断され、全く異なるものになる危険があり、特に障害を負った人たちや、継続的な療養やリハビリが必要になる人たち、高齢者の方等において顕著です。

医療従事者は健康や治療を優先するあまり、こうした生活の分断や暮らしの再建を後回しにしがちです。「とりあえず退院」「退院後は関知しない」「こんな状態では在宅生活は無理」などの声がしばしば医療機関において聞かれます。

一方で、ケアマネジャーをはじめとする介護従事者はこれらを補う存在ですが、退院後の医療的ケアや医療上の注意点などの理解や申し送りが十分に行われていなければ、利用者の生活は破綻したり、再入院の危険性を高めることにつながります。

その人の暮らしを全く違うものに変えてしまわないよう、退院後速やかにその人の暮らしを再建していくためには、医療と介護が緊密に協力し、対等な立場で、建設的な対話を通じて共に考えることが必要不可欠です。

以上の理由から、東入間（富士見市・ふじみ野市・三芳町）地区では、入退院の際の留意点を「入退院連携ガイド」として取りまとめるに至りました。

住民の入退院を地域で支えるため、関係者の皆様で内容を共有して頂き、入退院支援ルールの普及・活用にご協力くださいますようお願いいたします。

## 2 入退院支援ルール作成の目的

この入退院支援ルールは、介護サービスや障害福祉サービスを利用されている方等が入院または退院をするにあたって、医療機関担当者とケアマネジャー及び相談支援専門員等の間で、着実に情報が引き継がれるためのツールであり、情報の共有が図れることにより、安心して療養できる体制づくりを目的としています。



### 3 基本ルール

#### (1) 東入間地区の入退院支援ルールとは

患者（利用者）が入院した時から情報を共有し、退院に向けてカンファレンスやサービス調整などを迅速かつ標準的に行うための東入間地区における連携のルールです。  
このルールは、令和5年4月から開始しています。

#### (2) ルールを利用する主な関係機関

このルールは、東入間地区にある次の医療・介護関係機関が連携して利用します。

##### ①支援の担当者

- ア 居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- イ 地域包括支援センターの担当者
- ウ 訪問看護、リハビリステーションの担当者
- エ 病院担当者（病院及び有床診療所における入退院支援担当者）
- オ 歯科・薬局等の関係者
- カ 市町村（介護保険担当者）等

##### ②入退院支援の担当窓口

- ア 保険者（市町村介護保険担当）
- イ 医療機関（病院・有床診療所）
- ウ 介護サービス事業所  
（居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション等）
- エ 東入間医師会 地域医療・介護相談室
- オ 東入間在宅歯科医療支援窓口
- カ 地域リハビリテーションケアサポートセンター



### (3) ルールの対象となる患者（利用者）

次のような内容に該当する方が、退院調整を必要としています。

#### ①入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が

##### 決まっている場合

（入院前に介護サービスを利用していた方）

⇒要介護・要支援にかかわらず、すべて対象となります。

#### ②入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が

##### 決まっていない場合

（退院後、新たに介護保険サービスを利用する方）

⇒『退院調整が必要な患者の目安（P9）』により、病院が退院調整が必要とアセスメントした方が対象となります。

#### (留意事項)

要介護・要支援の認定を受けた方については介護保険が優先されますが、「厚生労働大臣が定める疾病等（別表第7：P38）」に該当する場合や特別訪問看護指示期間にある患者は医療保険により訪問看護が提供されます。

また、40歳未満の患者が医療保険により訪問看護が提供されるケースがあります。

介護保険だけでなく医療保険により訪問看護が提供される場合にも、ガイドを参考に訪問看護ステーション等と連携することが大切です。

### (4) ルールが想定する基本的なケース・位置づけ

このルールは、主に病院とケアマネジャー等の連携を取りやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。

ルールに定めた日数などは、「目安」として考えて頂き、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整して下さい。

### (5) ルールの普及

ルール運用後、関係者間で普及に努めると共に定期的に運用状況の確認、評価を行い必要に応じて関係者間で協議を行っていきます。

## 4 ルールの内容

### (1) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっている場合


(注) 太字の項目は、大切な役割を表記しています。また、表中のケアマネジャーの表記は、「ケアマネ」と略しています。

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
在宅時		<ul style="list-style-type: none"> <li>・日頃から本人・家族に入院の際は、ケアマネに連絡を依頼</li> <li>・通院・入院時あんしんセット（P10）の準備を本人、家族へ依頼</li> <li>・日頃から本人・家族に居宅サービス事業所に入院した事実を把握した場合は連絡を依頼</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「通院・入院時あんしんセット（P46）」の準備が望ましい</li> <li>・キーパーソン（主に本人に関わってくれる家族）を決定</li> </ul> <p>(注)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネの名刺</li> <li>・健康、介護保険証</li> <li>・診察券</li> <li>・お薬手帳</li> <li>・私の意思表示ノート</li> </ul>
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> <li>・概ね3日以内に「通院・入院時あんしんセット（P10）」等により介護保険の認定状況、ケアマネの有無を確認。不明の場合は本人（家族）に同意を得た上で市町（保険者）に問い合わせ。</li> <li>・かかりつけ医・薬局・歯科の有無を確認</li> <li>・概ね3日以内にケアマネに連絡（家族へ依頼も可）</li> </ul> <p>* 連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・居宅サービス事業所はケアマネに入院の電話連絡。ケアマネは訪問看護等関係機関へ電話連絡(利用がある場合)</li> <li>・ケアマネ及び訪問看護等は連絡を受けてから概ね3日以内に入・退院時連絡シート・情報提供書・サマリー等を郵送又は電話連絡の上、持参する</li> </ul> <p>* FAXの場合は個人情報保護に留意</p> <p>★ケアマネは、入退院支援を行うために入院前の生活の状況など「入・退院時連絡シート」を活用し必要な情報を伝えます</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・在宅時の服薬等の情報提供</li> <li>・入院先の歯科口腔外科、または主治医に引継ぐ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・ケアマネに連絡</li> <li>・病院へ担当ケアマネを連絡</li> <li>・可能であれば、居宅サービス事業所、主治医、かかりつけ歯科医に連絡(ケアマネと調整)</li> </ul>

<p>入院中</p>	<p>「在宅退院ができそう」と判断する基準 (看護師等による判断)</p> <p>★病院側は、退院支援を行うために入院中の治療ケア状況などを「入・退院時連絡シート」を活用し必要な情報を在宅側に伝えます</p> <p>・外泊の場合はケアマネに電話連絡</p>	<p>・病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接(訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整)</p>	<p>(・入院先へ口腔内状況評価を情報提供) (・入院先へ訪問歯科診療)</p>	<p>・退院後の生活意向を家族内で意思統一 ・外泊の場合はケアマネに連絡</p>
<p>退院見込</p>	<p>・退院見込日が決まり次第(できれば1週間前までに)ケアマネに電話連絡 *後日、退院見込日に変更がある場合はすみやかに電話連絡</p>	<p>・居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を電話連絡などして、情報を共有</p>		<p>・ケアマネに連絡</p>
<p>退院調整 ★</p>	<p>・入院前と状況の変化(新たなサービス利用等)がある場合は退院調整会議開催 (退院予定日、福祉用具や住宅改修・義歯等の調整・服薬管理・医療系サービスの必要性の検討等)</p> <p>・ケアマネ・訪問診療医・訪問看護師・歯科・薬局等に対して会議への参加を依頼</p> <p>・ケアプラン原案を作成し、退院後の支援方針を決定</p>			<p>・意思決定 ・療養生活の準備 ・退院指導を確認 ・会議への参加 など</p>
<p>退院時 ★</p>	<p>・各種情報提供書、サマリーをケアマネに提供(患者・家族へ依頼も可) ・医療系サービス指示書を居宅サービス事業所に提供</p>	<p>・次回受診日等を確認</p>	<p>・配薬カレンダーの提案や内服のアドバイス</p>	<p>・病院からの情報提供書、(医・看・リハ・薬剤・栄養)サマリー等をケアマネに提供</p>
<p>(転院時)</p>	<p>・ケアマネに連絡(家族へ依頼も可) ・転院先に情報提供</p>			<p>・ケアマネに連絡</p>
<p>退院後 ★</p>	<p>・継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、外来担当医、外来看護師がケアマネに情報提供を行う</p>	<p>・ケアプランを患者・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供</p> <p>・退院後の生活状況を病院(※注)、歯科、薬局等へ情報提供</p> <p>※注:医療機関へモニタリング結果をフィードバック(1か月後)(医療機関のニーズがある場合)</p>	<p>・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 &lt;かかりつけ歯科あり&gt; ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 &lt;かかりつけ歯科なし&gt; ・在宅歯科医療推進窓口地域拠点、支援窓口が窓口となり、歯科医を紹介</p>	



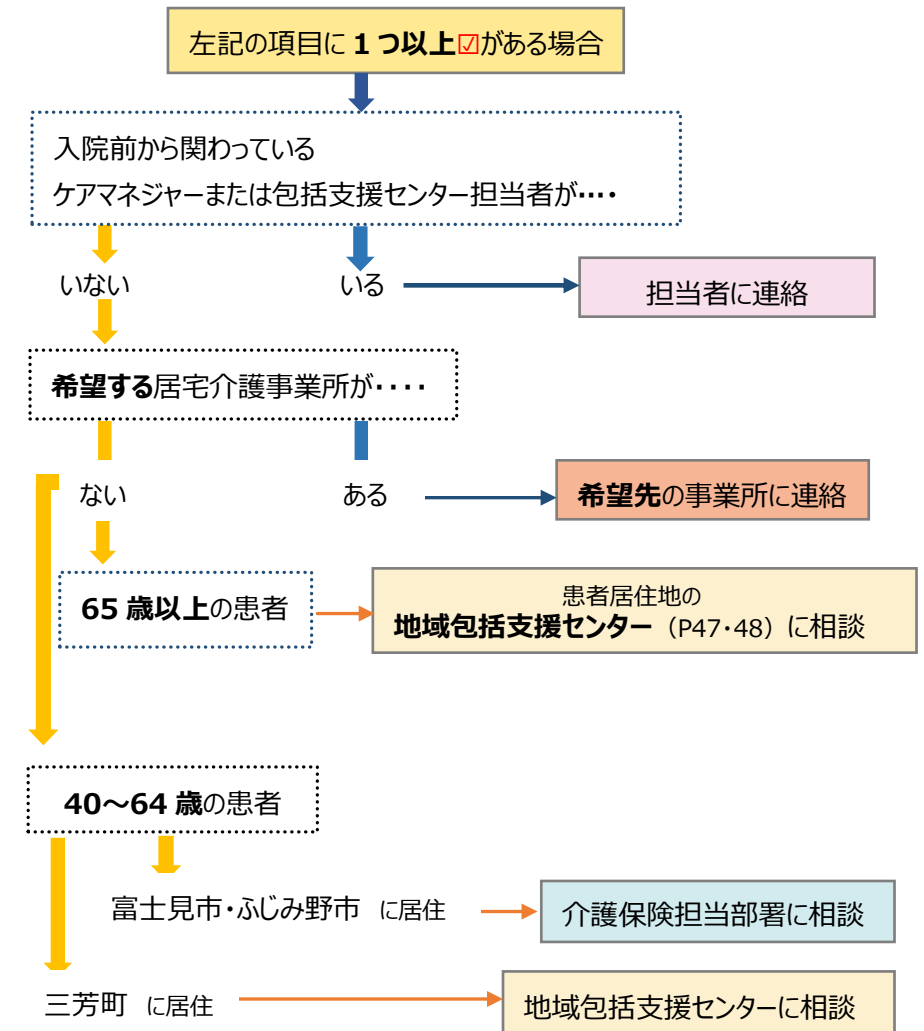
(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャー等の役割	かかりつけ薬局・ 歯科の役割	本人・家族の役割
入院時(検査 入院、短期 入院は除く)	<ul style="list-style-type: none"> <li>概ね3日以内に、患者・家族への聞き取りや介護保険証等により、ケアマネの有無を確認。不明の場合は家族に市町村（保険者）に確認するよう依頼</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>在宅時の服薬等の情報提供</li> <li>入院先の歯科口腔外科に引継ぐ</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>キーパーソン(主に本人に関わってくれる家族)を決定</li> </ul>
入院	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院調整が必要な患者の目安(次頁)に該当するか確認</li> <li>患者・家族に介護保険制度について説明</li> <li>保険者(包括)と相談し、本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接(訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整)</li> <li>病院担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>(・入院先へ口腔内状況評価を情報提供)</li> <li>(・入院先へ訪問歯科診療)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>退院後の生活意向を家族内で意思統一</li> </ul>
退院 見込	<ul style="list-style-type: none"> <li>患者・家族の了解を得て、地域包括支援センターに電話連絡</li> <li>【退院調整が必要な患者の目安(次頁)】</li> <li>必要に応じて理学療法士等が家屋調査実施</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>医療依存度の高い患者の場合は訪問看護等の医療系サービス利用を検討</li> <li>家屋調査に同行</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>担当ケアマネ決定</li> <li>要介護認定申請</li> <li>かかりつけ薬局決定</li> </ul>
<p>* 以降は P7 「 入院前にケアマネジャーが<u>決まっている</u>場合」と同じ手順</p>				



## 【医療機関の退院支援が必要な患者の目安】

医療面	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> がん末期、悪性腫瘍、難病疾患、誤嚥性肺炎等呼吸器感染症、認知症、心不全、脳血管疾患、精神疾患・心身（知的）障害者のいずれかに当てはまる             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 病状と予後予測される状態についての理解がない</li> <li><input type="checkbox"/> 支援体制が組まれていない</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 再入院である（心不全、糖尿病等で在宅療養が不安定）             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 支援体制が組まれていない</li> <li><input type="checkbox"/> 入退院が頻回または1ヶ月以内の再入院</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 緊急入院である             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 疾病の病状管理が必要</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 病態によりADL/IADLが低下することが予測される（脳血管疾患、骨折、認知症等）             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 退院後の生活様式の再編が必要である</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 医療処置がある、または導入される             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 医療処置の再始動が必要</li> <li><input type="checkbox"/> 新たに医療処置の導入がある</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 薬剤管理が必要そうである             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 服薬管理が確実にできない</li> <li><input type="checkbox"/> 疼痛コントロールが必要</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 栄養管理が必要そうである（栄養指導、食事療法等）</li> <li><input type="checkbox"/> 施設からの入院である             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> もとの施設に戻れるか確認が必要</li> </ul> </li> </ul>		
介護福祉面	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 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（主に65歳以上）             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 退院後、介護サービスの利用が必要</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 日常生活の自立ができない（外出・調理・掃除・洗濯等）             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 入院前の住環境に課題あり</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 独居または独居になる時間帯がある             <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> サポートできる家族が不在</li> <li><input type="checkbox"/> 家族が要介護状態</li> <li><input type="checkbox"/> 移動に介助が必要</li> </ul> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 高齢世帯</li> <li><input type="checkbox"/> ヤングケアラー及びその家族</li> <li><input type="checkbox"/> 外来通院に介助が必要</li> </ul> </td> </tr> </table> </li> <li><input type="checkbox"/> 排泄に介助が必要そうである             <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> おむつ使用</li> <li><input type="checkbox"/> 排便コントロールが必要</li> </ul> </li> <li><input type="checkbox"/> 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</li> <li><input type="checkbox"/> 生活困窮者    <input type="checkbox"/> 身寄りなし    <input type="checkbox"/> 医療保険証がない</li> <li><input type="checkbox"/> 住所不定        <input type="checkbox"/> 生活保護</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> サポートできる家族が不在</li> <li><input type="checkbox"/> 家族が要介護状態</li> <li><input type="checkbox"/> 移動に介助が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 高齢世帯</li> <li><input type="checkbox"/> ヤングケアラー及びその家族</li> <li><input type="checkbox"/> 外来通院に介助が必要</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> サポートできる家族が不在</li> <li><input type="checkbox"/> 家族が要介護状態</li> <li><input type="checkbox"/> 移動に介助が必要</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> 高齢世帯</li> <li><input type="checkbox"/> ヤングケアラー及びその家族</li> <li><input type="checkbox"/> 外来通院に介助が必要</li> </ul>		



\* 包括支援センターは必要時、支援について市町と相談すること

## 5 ご本人・ご家族への入退院支援ルールの周知方法

～「通院・入院時あんしんセット」の用意をご本人・ご家族へ依頼～

入院の際にご家族を介して医療機関とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます。ケアマネジャーは、日頃からご本人・ご家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡していただくようお願いしておくことが大切です。

ご本人・ご家族に普段から以下の「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておくようお願いすることで、ケアマネジャーへの連絡が早くなります。

ご本人・ご家族向けの周知用チラシを巻末に添付しましたので活用してください。

もしもの時に備えて…

**「通院・入院時あんしんセット」を  
準備しておきましょう**

- 通院や急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まった時も、必ずケアマネジャーに連絡してください。



通院・入院時あんしんセット （準備したら <input checked="" type="checkbox"/> をしましょう）			
①医療保険証	<input type="checkbox"/>	④お薬手帳	<input type="checkbox"/>
②介護保険証	<input type="checkbox"/>	⑤かかりつけ医の診察券	<input type="checkbox"/>
③担当ケアマネジャーの名刺	<input type="checkbox"/>	⑥私のきもち（もしもしと等） （書いている場合）	<input type="checkbox"/>

\*このほか、ご家族の連絡先など、ご自身で必要なものを一緒に入れておきましょう。

## 6 連携にあたってのマナー・エチケット

### ♥ 連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

医療と介護の関係者がよりスムーズに連携していくには、お互いの立場を理解し思いやりをもって行動することが大切です。

職種や職場が異なれば、仕事内容も立場も違います。

相互の信頼関係を深めて気持ちよく仕事ができるように、お互いにマナーやエチケットを守りましょう。

### ♥ ルール① 相談窓口を明確にしよう



#### 医療機関が取り組むこと

- ・入退院に関わる担当部署や担当者を明確にしよう。
- ・入退院調整担当者の移動があった際には、確実に後任に引き継ぎをしよう。
- ・担当看護師が不在でも、チームリーダーや看護管理者は患者の退院支援進捗状況を把握しておこう。
- ・使用するカルテやアセスメント票に事業所名やケアマネジャー等の氏名を記録しよう。
- ・過去の入院においてケアマネジャー等を把握している場合でも、変更になっていることもあるため確認しよう。
- ・介護保険被保険者証等を確認し、事業所名やケアマネジャー等が分からない時は地域包括支援センターや介護保険担当課に相談しよう。



#### ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・「医療機関問い合わせ窓口一覧表（P42、43）」を活用しよう。
- ・利用者（患者）の健康保険被保険者証や介護保険被保険者証、お薬手帳等にケアマネ等の名刺等を添付したり、事業所名や連絡先を記載しよう。
- ・健康保険被保険者証や介護保険被保険者証等重要な書類はひとまとめにするよう、利用者（患者）や家族に促そう。



「医療機関問い合わせ窓口一覧・病院機能」について（P42、43）

医療機関と介護支援専門員の円滑な連携を図るために、東入間地区入退院支援ワーキングチームにおいて作成しました。

作成にご協力いただいた医療機関の診療時間、担当窓口、問い合わせに都合の良い曜日・時間帯が記載されています。ご活用ください。

## ♥ ルール② 入院後はお互いに連絡をしよう

### 医療機関が取り組むこと

- ・入院後はケアマネジャー等へ速やかに電話で連絡を取ろう。  
速やかに連絡できない場合は、家族の協力を得てケアマネジャー等へ連絡をしよう。
- ・入院後はケアマネジャー等と可能な限り面接をしよう。



ケアマネジャー等は面接中や運転中などで電話に出られないことがあります。着信履歴に折り返し電話しても、電話をした方や、どの利用者についての電話かわからないため、うまく繋がらないことがあります。留守番電話の場合は、メッセージを残しておきましょう。メッセージが残せない場合は、しばらく時間を置いてから再度電話をかけるようにしましょう。

### ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・日頃から利用者（患者）家族に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を医療機関に伝えるように依頼しよう。
- ・医療機関へ「\*入・退院時連絡シート」を活用し、速やかに利用者（患者）情報を伝えよう。
- ・医療機関を訪問する際には、事前に連絡を取り、調整をするようにしよう。
- ・入院後は、医療機関と可能な限り面接をしよう。



「\*入・退院時連絡シート」じゃないとダメなの？

「\*入・退院時連絡シート」は、今回、お互いが欲しい情報について意見を出し合い作成しています。使用について強制するものではありません。

他のシートを使用する際は、お互いが欲しい情報が網羅されているか、他のシートでも可能かなど、お互いに確認してから使用しましょう。

## ♥ ルール③ お互いに欲しい情報を共有しよう

### 医療機関が取り組むこと

- ・予定されていた入院期間等の変更があった時はケアマネジャー等に連絡しよう。
- ・患者（利用者）の情報を共有する際は、「\*入・退院時連絡シート」を使おう。



「入院期間が延長する」「退院時点でのADLが入院前より低下しそう」「退院先が施設等へ変更になる」など、退院時点の状況が入院前と変化する見込みがある場合は、早めにケアマネジャー等に連絡してもらうことで、ケアマネジャー等は退院後の生活環境を整えるために必要な準備を行うことができます。

## ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・連絡が欲しい状況やタイミングについて医療機関に連絡しよう。
- ・医療機関から状態変化の連絡があった場合は、利用者（患者）への面会や家族への情報収集に努めよう。
- ・利用者（患者）情報を共有する際は、「\*入・退院時連絡シート」を使おう。

## ルール④ 退院前は、お互いが連絡を取り合い、カンファレンスしよう



医療機関の特性（急性期病院）やケース（検査入院で状態変化がない状態変化があり転院する）によってカンファレンスの日程調整や実施が困難な場合もあります。  
可能であれば入院後、早い段階でカンファレンスの必要性についても話し合っておきましょう。

## 医療機関が取り組むこと

- ・ケアマネジャー等と話し合いのもと、退院前カンファレンスを開催しよう。
- ・退院前に「\*入・退院時連絡シート」でケアマネジャー等に情報提供をしよう。
- ・状態変化がない場合の退院前カンファレンスの必要性について、入院当初からケアマネジャー等と話し合おう。
- ・退院後に支援が必要と思われる患者（利用者）で、介護保険の申請を行っていない方については地域包括支援センターや介護保険担当課に相談しよう。

## ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・退院前カンファレンスが開催される場合は各連携事業所に連絡し、早めに日程調整し、できる限り関連多職種で参加しよう。
- ・状態変化がない場合の退院前カンファレンスの必要性について、入院当初から医療機関と話し合おう。

## ルール⑤ 医療・介護についてお互いに学び合おう

## 医療機関が取り組むこと

- ・院内研修等で介護保険制度について多職種で理解を深めよう。
- ・お互いの立場や役割を理解し行動するために、東入間地区の多職種研修や交流会に、限られた担当者だけでなく、広く多職種の職員が参加しよう。

## 🏠 ケアマネジャー等が取り組むこと

- ・医療提供体制（P39 参照）や役割等を理解しよう。
- ・お互いの立場や役割を理解し行動するために、東入間地区の多職種連携研修や交流会に、管理者だけでなく、広くスタッフも参加しよう。



### 医師・歯科医師の方へ



#### ① ケアマネジャー等は医師・歯科医師を頼りにしています

ケアマネジャー等は患者・家族にとって身近な存在であり、生活状況などを把握しています。その情報や要件を簡潔にまとめ、受診同行・文書・電話・MCS 等で伝えるよう努めています。その際には、ケアマネジャー等の話に真摯に耳を傾けていただくようお願いいたします。

#### ② 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成を心がけましょう

介護サービスに必要な書類を早く作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項も記載すると介護サービス事業所の参考になり円滑な支援に繋がります。

#### ③ 可能な限り、短時間でも、連携カンファレンスへの参加をお願いします

病院主治医、かかりつけ医（在宅医）の出席により、医師同士、または出席者全員で情報を共有することで、退院後の患者の意欲・安心にもつながり、療養生活の質が向上します。また、提供されるケアの質向上や、参加スタッフのお互いの教育的な場にもなり得ます。東入間地区の「顔の見える関係、コミュニケーションの促進」に、ご協力ください。



### 訪問看護師・リハビリ（療法士）の方へ



#### ① 医療保険（がん終末期・難病など）で介入する時も、ケアマネジャーがいる患者の場合は、お互いに日頃から連絡、情報共有をしましょう

「入退院時連絡シート：看護・リハビリの課題点等」を基に情報共有をお願いします。

#### ② 退院前カンファレンス・在宅担当者会議等への参加をお願いします

医療機関（外来）・ケアマネ・通所先・介護士、薬剤師、栄養士等との意見交換をお願いします。



## 7 情報共有「入・退院時連絡シート」の様式について

### ① 使用上の注意点

東入間地区では、医療側及び介護（在宅）側が共通して使用できる「\*入・退院時連絡シート」を使用します。あくまでも参考様式として作成したものです。したがって各医療機関や事業所ごとに独自の様式を使用、併用を行ってもかまいません。但し、お互いが必要としている情報として、この様式を参考にして下さい。情報共有にあたっては利用者（患者）や家族の同意を得たうえで行いましょう。

### ② 記載、利用方法

#### ア. 入院・入所

ケアマネジャー等が「入院・入所時」に記載して医療機関等へ情報提供する。

医療機関等は、入院時連絡シート等で①入院前から問題に上がっていたことや利用していたサービス②入院前の生活状況、③退院時カンファレンス等の希望の有無とその理由など、シートを基に病院側が欲しい情報を把握し、治療や支援、退院指導に活用します。

#### イ. 退院・退所

医療機関等が「退院・退所時」に記載してケアマネジャー等へ情報提供する。

ケアマネジャー等は、入院した利用者において「退院時連絡シート」での連絡を受けた際は、自らが入院時に医療機関に渡した「入院時連絡シート」に対する病院側からの回答や情報内容について比較確認をします。その上で、介護支援連携カンファレンス・退院前カンファレンス等に臨みましょう。

また、ケアマネジャー等の新規担当の場合も、医療機関からの「退院時連絡シート」を基に情報収集を行っていきます。

「退院・退所」に関しては、入院時にケアマネジャー等から提供された「入院・入所時」用に朱書きして提供することも可能です。また、聴き取りのために使用する方法も考えられます。





## 8【入・退院時連絡シート】(共通)

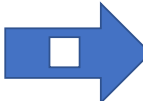

記載・送付日

年 月 日( )曜日

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

\*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

この情報開示及び連絡をとることにご本人・ご家族( )は同意されています。

医療機関名： 所属部署： 氏名：  電話：	  	包括・居宅名：  氏名：  電話： F A X：
-----------------------------------	--	---

ふりがな 氏名		男・女	明・大・昭・平・令 年 月 日生[ ]歳		
住所 (施設)	〒		TEL 自宅 携帯		
緊急 連絡者	①	続柄:	同居・別居 県・市在住 TEL:		
	②	続柄:	同居・別居 県・市在住 TEL:		
	③	続柄:	同居・別居 県・市在住 TEL:		
入院期間	入院日 20 年 月 日 ~ 退院日 20 年 月 日				
主治医	( )科: ( )医師				
入院時の 診断名					
入院時の 症状・主訴					
病状説明	本人へ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 内容( )				
	家族へ: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 内容( )				
本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)					
家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)					
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	<input type="checkbox"/> 本人: <input type="checkbox"/> 家族: <input type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス計画(1)参照下さい(入院時のみ)				
既往歴  かかりつけ医 等  (歯科医院も 忘れずに)	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

退院後の 主治医	[ ]病院・医院・クリニック [ ]医師[通院: 回/ 月・週]	
	初回外来/訪問診療日	20 年 月 日 ( )外来・医師

◎生活の状況

家族構成	生活歴	住環境			
・男性:□ 女性:○ 本人:☑(男性)◎(女性) ・キーパーソン:K 主介護者:☆ 逝去:●● ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態	趣味・価値観・生きがい	住居	戸建・集合住宅		
			持ち家・借家		
		自宅	( )階	エレベーター	あり・なし
		寝室	( )階	階段手すり	あり・なし
		トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし
		浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし
		寝具	ベッド・布団		
		室内段差	あり・なし		
		高い段差の場所 ( )			

保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input type="checkbox"/> 後期高齢 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当: )
障害認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育( )級 <input type="checkbox"/> 重身医療 障害名( )
要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 要支援□1 □2 要介護□1 □2 □3 □4 □5
	有効期間: 年 月 日～ 年 月 日
経済状況	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他

◎身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長( )cm( 月 日) 体重( )Kg( 月 日)	
	麻痺	右:上肢[□なし □あり] 下肢[□なし □あり] 左:上肢[□なし □あり] 下肢[□なし □あり]	
	筋力低下	右:上肢[□なし □あり] 下肢[□なし □あり] 左:上肢[□なし □あり] 下肢[□なし □あり]	
	嚥下障害	□なし □あり[□咀嚼 □咽頭への送り込み □咽頭期 □他( )]□不明	
認知症症状 高次脳機能 障害	□記憶障害 □見当識障害 □理解判断力の障害 □実行機能障害 □失認 □失語 □失行 □注意障害 □不穏		
	□半側空間無視 □幻覚・幻聴 □妄想 □徘徊 □介護への抵抗 □暴言 □不潔行為 □異食 □性的問題行動		
入院前の 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度: □自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度: □自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M		
食事 (栄養)	方法	□経口(箸・スプーンフォーク・補助具) □胃ろう □腸ろう □経鼻経管 □中心静脈 □末梢点滴	
	動作	□自立 □見守りが必要 □介助が必要 □全介助(用具や介助内容: )	
	内容	主食:□米飯 □全粥 □ミキサー粥 □他( )	
		副食:□常菜 □軟菜 □他( )	
		熱量:( )Kcal/日 蛋白:( )g/日 塩分:( )g/日 水分:( )ℓ/日	
形態	□普通 □ひと口大 □刻み( )cm角 □ソフト □ペースト □トロミ(学会分類コード - )		
排泄 (尿)	尿意	□あり □なし	排尿回数:( )回/日、導尿回数:( )回/日、おむつ交換回数:( )回/日
	方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □尿器 □リハパンツ □布パンツ □パット □尿管 □尿路ストマ	
	動作	□自立 □見守りが必要 □介助が必要 □全介助(用具や介助内容: )	

排泄 (便)	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 排便回数: ( )回/日、 または ( )日に1回
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 消化管ストマ
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
	義歯: 上: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分入歯 ・ <input type="checkbox"/> 総入歯 ・ <input type="checkbox"/> インプラント )	
入浴		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
		<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 他( )
更衣	上衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助 下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
基本動作	寝返り	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
	起き上がり	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
	座位	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
移動	補助具	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖・手すり <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: )
知覚	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり(両目・右目・左目) <input type="checkbox"/> 見えない 眼鏡: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) <input type="checkbox"/> 補聴器・集音器で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない
伝達	方法	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置( )
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> おおむね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な返事は可能 <input type="checkbox"/> できない
睡眠	状況	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 睡眠剤: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
嗜好	喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )本位/日 飲酒: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )を( )ml位/日	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 器質性/症状性精神障害 <input type="checkbox"/> パニック障害 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症(BPSD) <input type="checkbox"/> 他)	
家族の介護力	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 日中のみ <input type="checkbox"/> 夜間のみ <input type="checkbox"/> ( )日/週 ) <input type="checkbox"/> 見込めない <input type="checkbox"/> 支援者なし	
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: )	
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり⇒理解( <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点: ) )	
禁忌事項(禁忌動作等)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: )	

## ◎ 医療状況

アレルギー	薬品: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	食品: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	金属・ゴム・絆創膏・( )
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症( <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> 他( )		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定( )回/日 <input type="checkbox"/> 酸素( )ℓ/分 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: / ) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: / ) <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ(使用装具: 、交換頻度: ) <input type="checkbox"/> 消化管ストマ(使用装具: 、交換頻度: ) <input type="checkbox"/> 排便コントロール:下剤・摘便・浣腸・その他 <input type="checkbox"/> ドレーン管理(挿入部: 、処置頻度: 通常の排液量: ml/日 ) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: 処置方法: 処置頻度: ) <input type="checkbox"/> 創処置(部位: 、頻度: ) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール <input type="checkbox"/> 口腔内( <input type="checkbox"/> 歯 <input type="checkbox"/> 歯周 <input type="checkbox"/> 舌 <input type="checkbox"/> 粘膜) <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 医療材料( ) <input type="checkbox"/> 衛生材料( ):在宅療養指導管理医療機関( )		

医療処置方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 他( )			
急変時受け入れ病院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり:( )	病院	かかりつけ薬局	市 薬局・店
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(別紙参照: <input type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他)			
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理( ) <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 他( )			
病院・施設・訪問看護上の課題点	<input type="checkbox"/> 治療・療養方針 <input type="checkbox"/> 入院前、入院時、退院時の病状・ADL変化 <input type="checkbox"/> バイタルサイン等観察注意点 <input type="checkbox"/> 水分管理 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 食形態・嚥下機能 <input type="checkbox"/> 排泄(自立支援) <input type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 自己管理状況 <input type="checkbox"/> 活動量 <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 意欲・認知力・精神面 <input type="checkbox"/> 疼痛、苦痛緩和 <input type="checkbox"/> 口腔ケア・清潔ケア <input type="checkbox"/> 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) <input type="checkbox"/> 介護者支援や関係調整 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 生命予後、病状、ADL変化予測 <input type="checkbox"/> 寝たきり・悪化予防 <input type="checkbox"/> 急変時対応 <input type="checkbox"/> ACP・看取り <input type="checkbox"/> 災害時対応 <input type="checkbox"/> 看看連携( 事業所) <input type="checkbox"/> 退院後の外来予定先・月日( ) <input type="checkbox"/> 住環境/医療・介護機器			
病院・施設・訪問リハビリ上の課題点	<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"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <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"/> 高次脳訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 外出訓練 <input type="checkbox"/> 運動耐用能練習 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> リハビリの意欲目標 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input type="checkbox"/> リハビリ連携( 事業所等) <input type="checkbox"/> 他			
病院・施設・訪問栄養管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 栄養状態 <input type="checkbox"/> 食事療法( ) <input type="checkbox"/> 嗜好・偏食・食べたい物 <input type="checkbox"/> 認知力、精神面 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 調理指導 <input type="checkbox"/> 食品選択、買い物方法 <input type="checkbox"/> 通販、配食サービス <input type="checkbox"/> 栄養補給・補助食品 <input type="checkbox"/> 終末期の栄養水分摂取 <input type="checkbox"/> 食事療法アドヒアランス <input type="checkbox"/> 栄養士連携( 施設・病院) <input type="checkbox"/> 他( )			
病院・薬局薬剤管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 処方薬の薬効評価 <input type="checkbox"/> 副作用、アレルギー <input type="checkbox"/> 薬品保管方法 <input type="checkbox"/> 薬剤形状形態(嚥下機能) <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) <input type="checkbox"/> 調剤薬局連携( 調剤薬局)			
MSWの課題点	<input type="checkbox"/> 各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/> 各種制度申請支援 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 生活面・悩み相談 <input type="checkbox"/> 家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/> 社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/> 一時入院、受診窓口相談 <input type="checkbox"/> 外出・外泊支援 <input type="checkbox"/> 逝去時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等)			

## ◎包括・ケアマネジャー情報

入院歴	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(期間 年 月 日～ 年 月 日(理由: ) )
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返し <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもあり <input type="checkbox"/> 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封の書類をご確認下さい <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他( )
カンファレンスの希望	<input type="checkbox"/> IC同席 <input type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行
ケアマネジメント上の課題点	入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等
お互いの確認事項 ケアマネ⇄医療機関	<input type="checkbox"/> 予想される入院期間・治療目標 <input type="checkbox"/> 病状・見通し・生命予後 <input type="checkbox"/> 生活における病状注意点 <input type="checkbox"/> 生活や暮らし方が変化することへの受け止め <input type="checkbox"/> ICの内容 <input type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> 大切にしている事 <input type="checkbox"/> 新たな医療処置 <input type="checkbox"/> 排泄・食事・清潔ケア・移乗・移動などサービス支援への留意点 <input type="checkbox"/> 退院後の新規医療管理先や変更(病院・かかりつけ医・訪問診療・訪問看護・リハビリ、薬剤師、通所先 ) <input type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ADL・IADL低下の予想 <input type="checkbox"/> 区分変更の必要性 <input type="checkbox"/> 入所や転院の可能性 <input type="checkbox"/> 急変の可能性と対応方法 <input type="checkbox"/> 併診医、関係事業所との連携 <input type="checkbox"/> 配慮してほしいこと
退院時必要書類等	<input type="checkbox"/> 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください) <input type="checkbox"/> サマリー(看・リ・薬・栄・相) <input type="checkbox"/> 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) <input type="checkbox"/> 軽度者福祉用具貸与理由書 <input type="checkbox"/> 入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	<input type="checkbox"/> 成年後見人(氏名: 連絡先: Tel: )

\*CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする

R4.3月 東入間医師会地域医療・介護相談室作成

記載例【入・退院時連絡シート】(共通)

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

記載・送付日  
20××年 ×月 ×日(×)曜日

\*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

この情報開示及び連絡を( )は同意されています。

入院時連絡  
**ケアマネ記入例**  
が入ります。

医療機関名：ただいま病院	居宅名：おかえりプラン
所属部署：地域連携室	担当：三芳 次郎 ケアマネジャー
氏名：須玖 弥瑠 相談員 様	
電話：049-888-888	電話：049-666-666 FAX：049-777-777

ふりがな <b>氏名</b>	ふじみの はなこ ふじみ野 花子 様		男・女 <input checked="" type="radio"/> 女	明・大・昭・平・令 13年 4月 1日生 [84]歳	
住所 (施設)	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1		TEL 自宅 123-45-789 携帯		
緊急 連絡者	① ② ③	ふじみ野 三郎	続柄：長男 同居 別居	C 県・市在住 TEL：987-654-321	
			続柄： 同居・別居	県・市在住 TEL：	
			続柄： 同居・別居	県・市在住 TEL：	
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ~ 退院日 20 年 月 日				
主治医	( )科：( )医師				
入院時の 診断名					
入院時の 症状・主訴	気持ちが悪い、便が出ない 体がだるい				
病状説明	本人へ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：内容( )				
	家族へ： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：内容( )				
本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	なるべく、もう入院はしたくない。家で好きなように暮らしたい。				
家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	面談したことがないので不明 <b>在宅療養生活の方針、ACPにつながる情報です。 できるだけご記入下さい。</b>				
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人：息子にはもう何年も会っていない。人の世話にはなりたくない。早くお迎えが来てほしい。 <input type="checkbox"/> 家族： <input checked="" type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス計画(1)参照下さい(入院時のみ)				
既往歴	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
かかりつけ 医等	うっ血性心不全、心房細動	78	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
	両目 白内障	74	通院・入院・手術・訪問	うちゅう眼科 1回/半年	なし・あり
(歯科医院も 忘れずに)	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	通院・入院・手術・訪問	たいよう整形 1回/3ヶ月	なし・あり
	糖尿病	65	通院・入院・手術・訪問	ただいま病院 1回/月	なし・あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

退院後の 主治医	[ ] 病院・医院・クリニック [ ] 医師 [通院: 回/月・週]
	初回外来/訪問診療日 20 年 月 日 ( ) 外来・医師

◎ 生活の状況

医療機関にとって、本人の背景や家族の介護状況、人間関係性を知る情報です。

家族構成	生活歴	住環境			
・男性:□ 女性:○ 本人:☑(男性)◎(女性) ・キーパーソン:K 主介護者:☆ 逝去:■● ・同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態  <p>10年前 脳卒中82歳</p> <p>姉:1年前乳がん86歳</p> <p>Y県</p> <p>長男:C県とのこと(面談未実施)</p>	Y県生まれ。高校卒業後 都内で事務職に就く。 26歳で結婚後、ふじみ野市 で夫と八百屋を営んでい た。20年前に廃業。75歳ま でパートで近所の総菜屋で 働く。長男とは疎遠。独居。  <b>趣味・価値観・生きがい</b> 旅行、カラオケ:通所先でも 歌や楽器演奏が好き。 世話好きだが、自分の事にな ると遠慮がち。	住居	巨建・集合住宅	持ち家・借家	
		自宅	(2)階	エレベーター	あり・なし
		寝室	(1)階	階段手すり	あり・なし
		トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし
		浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし
		寝具		ベッド・布団	
		室内段差		あり・なし	
		高い段差の場所	(玄関)		

保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢1割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当: )
障害認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 日頃から、高齢者あんしんセットなどで、利用者の福祉制度活用状況、担当ケアマネジャーがすぐに分かるようにしておきましょう。
要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
経済状況	有効期間: 令和○年 ○月 ×日～ 令和×年 △月 ○日 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他

入院前の身体状況の情報は、入院治療のゴール設定目標の参考になります。日頃からのサービス担当者との情報共有が役立ちます。

◎ 身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長( 150 )cm( ○月 %日) 体重( 62 )Kg( #月 &日)
	麻痺	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり] 左:上肢[☑なし □あり] 下肢[☑なし □あり]
	筋力低下	右:上肢[☑なし □あり] 下肢[□なし ☑あり] 左:上肢[☑なし □あり] 下肢[□なし ☑あり]
	嚥下障害	☑なし □あり[□咀嚼 できない事のチェックではなく、できることに着目しましょう!!]
認知症症状 高次脳機能 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	
入院前の 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	
	認知症高齢者の日常生活自立度: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
食事 (栄養)	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口(箸・スプーンフォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他(デイより:10日前から食欲低下あり、2~3割摂取となっていた)
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input checked="" type="checkbox"/> 他(朝:パン食、昼:デイサービス・ヘルパー調理、夕:配食サービス)
形態	熱量:( )Kcal/日 蛋白:( )g/日 塩分:( )g/日 水分:( )ml/日	
排泄 (尿)	形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み( )cm角 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ(学会分類コード - )
	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり不十分 <input type="checkbox"/> なし 排尿回数:(?)回/日、導尿回数:( )回/日、おむつ交換回数:( )回/日
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容:( ) )







医療処置方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 他( <b>デイサービス看護師</b> )
急変時受け入れ病院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:( <b>ただいま 病院</b> ) <b>かかりつけ薬局</b> <b>ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店</b>
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(別紙参照: <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理( ) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 他( <b>Kデイサービス</b> )
看護上の課題点	<input type="checkbox"/> 治療・療養方針 <input type="checkbox"/> 入院前、入院時、退院時の病状・ADL変化 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサイン等観察注意点 <input type="checkbox"/> 水分管理 <input type="checkbox"/> 食事療法 <input type="checkbox"/> 食形態・嚥下機能 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄(自立支援) <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 自己管理状況 <input type="checkbox"/> 活動量 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> 意欲・認知力・精神面 <input type="checkbox"/> 疼痛、苦痛緩和 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア・清潔ケア <input type="checkbox"/> 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) <input type="checkbox"/> 介護者支援や関係調整 <input type="checkbox"/> 訪問歯科衛生指導 <input type="checkbox"/> 生命予後、病状、ADL変化予測 <input type="checkbox"/> 寝たきり・悪化予防 <input type="checkbox"/> 急変時対応 <input type="checkbox"/> ACP・看取り <input type="checkbox"/> 災害時対応 <input checked="" type="checkbox"/> 看看連携( <b>H訪問看護・Kデイ</b> ) <input type="checkbox"/> 退院後の外来予定先・月日( ) <input type="checkbox"/> 住環境/医療・介護機器
リハビリ上の課題点	<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"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <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"/> 高次脳訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 外出訓練 <input type="checkbox"/> 運動耐用能練習 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> リハビリの意欲目標 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ連携( <b>H訪問リハ・Kデイ 事業所等</b> ) <input type="checkbox"/> 他
栄養管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法( <b>糖尿病</b> ) <input type="checkbox"/> 嗜好・偏食・食べたい物 <input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 栄養
薬剤管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 薬剤形状形態(嚥下機能) <input type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) <input type="checkbox"/> 調剤薬局連携( )
MSWの課題点	<input type="checkbox"/> 各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/> 各種制度申請支援 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 生活面・悩み相談 <input type="checkbox"/> 家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/> 社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/> 一時入院、受診窓口相談 <input type="checkbox"/> 外出・外泊支援 <input type="checkbox"/> 逝去時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等)

**ケアプランの各サービス導入の根拠です。**  
**各事業所のサービスの「目的・利用者の課題・計画・実施・評価等」の状況をご確認ください。**  
**また、この情報は 病院側も課題とする項目となり、引き継ぐことが可能となります。**

**◎包括・ケア** **病状の把握、入院の原因、生活上の課題、入院加療の評価につながる情報です。**

入院歴	最近半年間( ) <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(期間×年△月○日～×年△月△日(理由: <b>心不全</b> )
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返し <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもあり <input type="checkbox"/> 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封の書類をご確認下さい <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他( ) <b>*長男様とのIC時に同席希望します！</b>
カンファレンスの希望	<input checked="" type="checkbox"/> IC同席 <input checked="" type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input checked="" type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行
ケアマネジメント上の課題点	入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等 <b>味の濃いものを好み、ヘルパーに買い物に依頼される傾向にあります。生活介護のヘルパーも栄養指導の際に同席させていただきたいと思っております。本人の自立度によっては、入所や終末期について長男と話し合いが必要です。最近、易疲労でデイサービスへの意欲が低下してきていました。</b>
お互いの確認事項	<input type="checkbox"/> 予想される退院後の生活( )の受け止め <input type="checkbox"/> ICの内容 <input checked="" type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> 大切にしている事 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな( ) <input type="checkbox"/> 退院後の( ) <b>病院側は、ケアマネジャーの専門職的意見として知りたい情報です。</b> <b>できるだけご記入下さい。</b> <b>また、退院時(カンファレンス)には病院からのこれらの項目に関する情報や</b> <b>ケアマネジャーから送った「入院時連絡シート」に対する回答内容を確認しましょう。</b>
ケアマネ⇔医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input checked="" type="checkbox"/> 急変の可能性と対応方法 <input type="checkbox"/> 併診医、関係事業所との連携 <input type="checkbox"/> 配慮してほしいこと
退院時必要書類等	<input checked="" type="checkbox"/> 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください <input checked="" type="checkbox"/> サマリー(看リ・薬・栄・相) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 特別訪問看護指示書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) <input type="checkbox"/> 軽度者福祉用具貸与理由書 <input checked="" type="checkbox"/> 入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	<input type="checkbox"/> 成年後見人(氏名: ) 連絡先: Tel: ) <b>本人の回復状況。屋内の転倒危険因子の見直し。長男の協力内容、緊急の連絡がつくこと。</b> <b>民生委員の* * *さん、近隣の@@さんの協力を得ています。</b>

\*CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする

記載例【入・退院時連絡シート】(共通)

記載 ・ 送付日  
 20××年 ×月 ×日(×)曜日

富士見市・ふじみ野市・三芳町方式

\*情報開示同意の確認は病院施設側は行うこと(居宅介護支援事業所は確認済み)

この情報開示及び連絡をとることにご本人・ご家族(ふじみ野三郎 様)は同意されています。

医療機関名：ただいま病院  
 所属部署：看護部 A病棟  
 氏名：看護 C子  
 電話：049-888-888

**退院時連絡  
 病院記入例**  
が入ります。

包括・居宅名：おかえりプラン  
 氏名：三芳 次郎 ケアマネジャー 様  
 電話：049-666-666  
 F A X：049-777-777

ふりがな <b>氏名</b>	ふじみの はなこ ふじみ野 花子 様	男・女 <input checked="" type="radio"/> 男	明・大・昭・平・令 13年 4月 1日生 [ 84 ]歳		
住所 (施設)	〒356-0011 ふじみ野市福岡1-1-1	TEL	自宅 123-45-789 携帯		
緊急 連絡者	① ふじみ野 三郎 続柄:長男 同居 <input checked="" type="radio"/> 別居 C 県・市在住 TEL: 987-654-321 ② 続柄: 同居・別居 県・市在住 TEL: ③ 続柄: 同居・別居 県・市在住 TEL:				
入院期間	入院日 20 ××年 ×月 ○日 ~ 退院日 20 ××年 ○月 ×日				
主治医	(循環器内科)科: (富士見 太郎) 医師				
入院時の 診断名	うっ血性心不全急性増悪、肺水腫、糖尿病、便秘症、認知症				
入院時の 症状・主訴	胸苦しい、気持ちが悪い、足が重たい				
病状説明	本人へ: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり: 内容(心臓が弱っています。塩辛いものは控えて、薬を忘れないで飲みましょう。) 本人の理解、納得は不明 家族へ: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり: 内容(○月○日○時~長男様へ説明予定)				
本人の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	生きているのがつらい、早く迎えが来てほしい。家で好きなように暮らしたい。				
家族の病気・障害・ 状態の受容(ACP等)	○月○日に確認予定 <b>在宅療養生活の方針、ACPにつながる情報です。 できるだけご記入下さい。</b>				
入院中又は在宅で 気になったエピソード・ 本人や家族の言動等	<input checked="" type="checkbox"/> 本人: 病院のご飯は味がしない、家で饅頭が食べたいよ。息子には会いたくない。 <input type="checkbox"/> 家族: <input type="checkbox"/> * 同封の居宅サービス <b>病名を略語で記入しないでください。</b>				
既往歴	病名	年齢	経過	医療機関名	処方薬
かかりつけ 医等	うっ血性心不全、心房細動	78	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問	ただいま病院	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
(歯科医院も 忘れずに)	両目 白内障	74	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院 <input checked="" type="radio"/> 手術・訪問	うちゅう眼科	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
	脊柱管狭窄症 変形性膝関節症	70	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問	たいよう整形外科	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
	糖尿病	65	<input checked="" type="radio"/> 通院・入院・手術・訪問	ただいま病院	なし・ <input checked="" type="radio"/> あり
			通院・入院・手術・訪問		なし・あり

退院後の 主治医	[ <u>ただいま</u> ] <u>病院</u> 医院・クリニック [ <u>富士見 太郎</u> ( <u>循内</u> )/ <u>川越 五郎</u> ( <u>内</u> ) ] 医師 [ 通院: <u>1回</u> / <u>1月</u> ・ 週 ]
	初回外来/訪問診療日 20 × × 年 ○ 月 △ 日 ( <u>富士見医師</u> / <u>川越医師</u> ) 外来・医師

◎ 生活の状況

入院時間診票やデータベースに添って、省略しないで記入しましょう。

家族構成	生活歴	住環境			
・ 男性: □ 女性: ○ 本人: <input checked="" type="checkbox"/> (男性) <input type="checkbox"/> (女性) ・ キーパーソン: K 主介護者: ☆ 逝去: ■ ● ・ 同居者は線で囲む 年齢 居住地 健康状態  10年前 脳卒中82歳 姉: 1年前乳がん86歳 Y県 長男: C県D市 60歳 建設業	Y県生まれ。高校卒業後 都内で事務職に就く。 26歳で結婚後、ふじみ野市 で夫と八百屋を営んでいた。 20年前に廃業。75歳まで パートで近所の総菜屋で 働く。長男とは疎遠。独居。  <b>趣味・価値観・生きがい</b> お話好きだが、長男の話は 避けようとする。体調が回復 してからは、自分の事は 自分でやりたいと話す。	住居	巨建・集合住宅		
		持家	借家		
		自宅	( 2 ) 階	エレベーター	あり・なし
		寝室	( 1 ) 階	階段手すり	あり・なし
		トイレ	洋・和	トイレ手すり	あり・なし
		浴槽	浅・深	浴室手すり	あり・なし
		寝具		ベッド・布団	
		室内段差		あり・なし	
		高い段差の場所	( 玄関 )		

保険種別	<input type="checkbox"/> 健保 <input type="checkbox"/> 国保 <input type="checkbox"/> 共済 <input checked="" type="checkbox"/> 後期高齢1割 <input type="checkbox"/> 労災 <input type="checkbox"/> 交通事故 <input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> 生保(担当: )
障害認定	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input checked="" type="checkbox"/> ケアマネ情報・高齢者あんしんセット 医療 障害名( )
要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請 <input checked="" type="checkbox"/> 介護保険証の情報を確認しましょう。 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input checked="" type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
経済状況	有効期間: 令和○年 ○月 ×日 ~ 令和×年 △月 ○日 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 他

身体状況の情報は、退院後の生活に大きく関係します。

また、サービス導入の参考になります。ご記入をお願いします。

◎ 身体・ADLの状況

身体状況	身体状況	身長( 150 )cm( ○月 △日 ) 体重( 57 )Kg( ○月 △日 )
	麻痺	右: 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下肢 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	筋力低下	右: 上肢 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 下肢 <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり
	嚥下障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 咽頭への送り込み <input type="checkbox"/> 咽頭期 <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 不明
認知症症状 高次脳機能 障害	<input checked="" type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 理解判断力の障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 失語 <input type="checkbox"/> 失行 <input type="checkbox"/> 注意障害 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 半側空間無視 <input type="checkbox"/> 幻覚・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 性的問題行動	
入院前の 日常生活 自立度	障害高齢者の日常生活自立度:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input checked="" type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2
	認知症高齢者の日常生活自立度:	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
食事 (栄養)	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口(箸・スプーンフォーク・補助具) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> 末梢点滴
	動作	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: )
	内容	主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー粥 <input type="checkbox"/> 他( )
		副食: <input type="checkbox"/> 常菜 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 他( )
形態	熱量: ( 1200 )Kcal/日 蛋白: ( )g/日 塩分: ( 7 )g/日 水分: ( 食事以外で300 )ml/日 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ひと口大 <input checked="" type="checkbox"/> 刻み( )cm角 <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> トロミ(学会分類コード - )	
排泄 (尿)	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり失敗あり <input type="checkbox"/> なし 排尿回数: ( 10 )回以上/日、導尿回数: ( )回/日、おむつ交換回数: ( 6 )回/日
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル夜間 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> 布パンツ <input checked="" type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 尿管 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: リハビリパンツの上げ下げ、失禁時交換)

排泄 (便)	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	排便回数: ( )回/日、または ( 2~3 )日に1回
	方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> リハパンツ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 便器 <input type="checkbox"/> 消化管ストマ	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 排便後の拭きとりの指示)	
整容 (髪・爪・目・耳・鼻・口)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 爪切り全介助、歯磨き残し確認)		
	義歯: 上: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 下: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分入歯・ <input checked="" type="checkbox"/> 総入歯・ <input type="checkbox"/> インプラント )		
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(用具や介助内容: 背中・足先・臀部の洗体)		
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 行わず <input type="checkbox"/> 他( )		
更衣	上衣: <input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	下衣: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	
基本動作	寝返り	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: つかまれば可能
	起き上がり	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: つかまり、ギャッジアップで可能
	座位	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: 背もたれ、支えが必要
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助	用具や介助内容: 立ち上がり時にふらつきあり
移動	補助具	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖・手すり <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> 装具 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> リクライニング車いす	
	動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守りが必要 <input checked="" type="checkbox"/> 介助が必要 <input type="checkbox"/> 全介助(介助内容: 易疲労のため自走できない)	
知覚	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり(両目・右目・左目) <input type="checkbox"/> 見えない	眼鏡: <input checked="" type="checkbox"/> あり使っていない <input type="checkbox"/> なし
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 大きな声で聞こえる(両耳・右耳・左耳) <input checked="" type="checkbox"/> 補聴器・集音器で聞こえる <input type="checkbox"/> 聞こえない	
伝達	方法	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 筆談 <input type="checkbox"/> 手話 <input type="checkbox"/> 文字盤 <input type="checkbox"/> パソコン <input type="checkbox"/> 点字 <input type="checkbox"/> 意思伝達装置( )	
	会話	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> おおむね可能 <input type="checkbox"/> 簡単な返事は可能 <input type="checkbox"/> できない	
睡眠	状況	<input type="checkbox"/> 良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良	睡眠剤: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )
嗜好	喫煙: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(入院前1~2)本位/日	飲酒: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )を( )ml位/日	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:( <input type="checkbox"/> うつ病 <input type="checkbox"/> 適応障害 <input type="checkbox"/> 統合失調症 <input type="checkbox"/> 双極性障害 <input type="checkbox"/> 依存症 <input type="checkbox"/> 神経症 <input type="checkbox"/> 器質性認知症 <input type="checkbox"/> 発達障害 <input type="checkbox"/> 認知症(BPSD) <input checked="" type="checkbox"/> 他) 今後の生活に向けて必要な項目ですので、後ろ向きな発言がある		
家族の介護力	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 非常時 <input type="checkbox"/> 週間のみ <input type="checkbox"/> ( )日/週) <input type="checkbox"/> 見込めない <input type="checkbox"/> 支援者なし ご記入をお願いします。		
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 母子関係が疎遠な原因が不明で、解決に至らず。今後、自宅生活が継続可能か検討を要す)		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり⇒理解( <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 不十分(問題点: 他県在住、また就労のため月に1~2回帰省し安否確認なら可能と。)		
禁忌事項 (禁忌動作等)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(内容: 訪問・通所系・短期入所サービス利用にも必要な情報です。)		
◎ 医療状況			
アレルギー	薬品: <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり( )	食品: <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり( 桃 )	金属・ゴム・絆創膏・( )
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA : <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症( <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> 他( )		
医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 病棟看護師が行っている		
	<input type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 静脈注射 <input checked="" type="checkbox"/> 自己注射 <input checked="" type="checkbox"/> 血糖測定( 4 )回/日 <input type="checkbox"/> 酸素( 0/分) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 透析(血液・腹膜) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: / ) <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(種類: 、サイズ: Fr、最終交換(予定)日: / ) <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> 尿路ストマ(使用装具: 、交換頻度: ) <input type="checkbox"/> 消化管ストマ(使用装具: 、交換頻度: ) <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール: 下剤・摘便・浣腸・その他 <input type="checkbox"/> ドレーン管理(挿入部: 処置頻度: 通常の排泄量: ml/日) <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: ) <input type="checkbox"/> 創処置(部位: ) <input type="checkbox"/> 疼痛コントロール(部位: ) <input checked="" type="checkbox"/> 医療材料(インスリン・血糖測定検討中) <input type="checkbox"/> 衛生材料( ): 在宅療養指導管理医療機関( 当院予定 )		
セルフケアで可能か、訪問看護師・通所系施設看護師・外来看護師との連携の必要性を判断し、訪問診療医等と情報共有が必要な項目になります。			



医療処置方法	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input checked="" type="checkbox"/> 他( <b>インスリン製剤、血糖測定回数を主治医・薬剤師と検討中</b> )
急変時受け入れ病院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり:( <b>ただいま 病院</b> ) <b>かかりつけ薬局</b> <b>ふじみ野市 ちきゅう 薬局・P 店</b>
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(別紙参照: <input checked="" type="checkbox"/> お薬手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤情報提供書 <input type="checkbox"/> 診療情報提供書 <input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> 他
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 家族管理( ) <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤師 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 他( <b>Kデイサービス</b> )
病院・施設・訪問看護上の課題点	<input checked="" type="checkbox"/> 治療・療養方針 <input checked="" type="checkbox"/> 水分管理 <input checked="" type="checkbox"/> 食生活に必要 <input checked="" type="checkbox"/> 活動量 <input checked="" type="checkbox"/> 療養生活に必要な指導(誰に・何を・どう・結果) <input type="checkbox"/> 生命予後、病状、ADL変化予測 <input type="checkbox"/> 寝たきり・悪化予防 <input type="checkbox"/> 急変時対応 <input checked="" type="checkbox"/> ACP・看取り <input type="checkbox"/> 災害時対応 <input checked="" type="checkbox"/> 看看連携(H訪問看護・Kデイ) <input checked="" type="checkbox"/> 退院後の外来予定先・月日(当院○月△日) <input checked="" type="checkbox"/> 住環境/医療・介護機器 <b>在宅自己注射指導管理等</b>
病院・施設・訪問リハビリ上の課題点	<input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強運動 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input checked="" 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"/> 高次脳訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(入浴/トイレ動作/移乗移動等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 外出訓練 <input type="checkbox"/> 運動耐用能練習 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 住環境 <input type="checkbox"/> 家屋改修 <input type="checkbox"/> リハビリの意欲目標 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 趣味活動 <input checked="" type="checkbox"/> リハビリ連携(H訪問リハ・Kデイ事業所等) <input type="checkbox"/> 他
病院・施設・訪問栄養管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 栄養状態 <input checked="" type="checkbox"/> 食事療法(糖尿病・心不全) <input checked="" type="checkbox"/> 嗜好・偏食・食べたい物 <b>甘味好き</b> <input type="checkbox"/> 認知力、精神面 <input type="checkbox"/> 嚥下機能 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 調理指導 <input checked="" type="checkbox"/> 食品選択、買い物方法 <input checked="" type="checkbox"/> 通販、配食サービス <input type="checkbox"/> 栄養補給・補助食品 <input type="checkbox"/> 終末期の栄養水分摂取 <input type="checkbox"/> 食事療法アドヒアランス <input checked="" type="checkbox"/> 栄養士連携(H訪問看護リハ・配食サービス・Kデイ・M訪問介護 施設・病院) <input type="checkbox"/> 他( )
病院・薬局薬剤管理の課題点	<input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 処方薬の薬効評価 <input type="checkbox"/> 副作用、アレルギー <input type="checkbox"/> 薬品保管方法 <input checked="" type="checkbox"/> 薬剤形状形態(嚥下機能) <input checked="" type="checkbox"/> ポリファーマシー <input type="checkbox"/> 服薬アドヒアランス <input type="checkbox"/> 他( ) <input type="checkbox"/> 相互作用(併診処方薬、OTC薬、健康食品等) <input checked="" type="checkbox"/> 調剤薬局連携( <b>ふじみ野市 ちきゅう調剤薬局 P店</b> )
MSWの課題点	<input type="checkbox"/> 各種医療費助成制度活用 <input type="checkbox"/> 各種制度申請支援 <input type="checkbox"/> 地域移行・定着支援 <input type="checkbox"/> 生活面・悩み相談 <input checked="" type="checkbox"/> 家族等関係性調整(虐待などを含む) <input type="checkbox"/> 社会復帰・就労・復学支援 <input type="checkbox"/> 一時入院、受診窓口相談 <input type="checkbox"/> 外出・外泊支援 <input type="checkbox"/> 逝去時連絡先 <input type="checkbox"/> その他(患者会・事前意思表示・ACP・がん相談・献体等)

### ◎包括・ケアマネジャー情報

入院歴	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(期間 年 月 日～ 年 月 日(理由: ) )
入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返し <input type="checkbox"/> 頻度は低いがこれまでもあり <input type="checkbox"/> 今回が初めて
入院前の利用サービス	* 同封の書類をご確認下さい <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3 <input type="checkbox"/> 他( )
カンファレンスの希望	<input type="checkbox"/> IC同席 <input type="checkbox"/> 介護連携CF <input type="checkbox"/> 多職種CF <input type="checkbox"/> 退院前共同CF <input type="checkbox"/> 退院前訪問指導同行
ケアマネジメント上の課題点	入院前の生活課題: 自己ケア能力・人間関係・介護力・住環境・経済面・心身変化・入院原因・ケアプラン評価等
お互いの確認事項	<input type="checkbox"/> 予想される入院期間・措置・費用・生活における病状注意点 <input type="checkbox"/> 生活や暮らし方が変化することへの受け止め <input type="checkbox"/> ICの内容 <input checked="" type="checkbox"/> ACP <input type="checkbox"/> 大切にしている事 <input checked="" type="checkbox"/> 新たな医療処置 <input checked="" type="checkbox"/> 排泄・食事・清潔ケア・移乗・移動などサービス支援への留意点 <input type="checkbox"/> 退院後の新規医療管理先や変更(病院・かかりつけ医・訪問診療・訪問看護・リハビリ、薬剤師、通所先 ) <input checked="" type="checkbox"/> 服薬状況 <input type="checkbox"/> ADL・IADL低下の予想 <input type="checkbox"/> 区分変更の必要性 <input checked="" type="checkbox"/> 入所や転院の可能性 <input checked="" type="checkbox"/> 急変の可能性と対応方法 <input checked="" type="checkbox"/> 併診医、関係事業所との連携 <input type="checkbox"/> 配慮してほしいこと
退院時必要書類等	<input type="checkbox"/> 退院予定の連絡 *退院の検討を始めた段階で、ご連絡ください <input type="checkbox"/> サ <b>カンファレンス開催の日時は、直接、確実に伝えましょう!</b> <input type="checkbox"/> 診療情報提供書(医・歯・リ・薬・栄) <input type="checkbox"/> 軽度者福祉用具貸与理由書 <input type="checkbox"/> 入浴可否判断書
必要な連絡先 在宅生活に必要な要件	<input type="checkbox"/> 成年後見人(氏名: 連絡先: Tel: ) <b>電話でもお伝えしましたが、○月○日14:00～14:30当院の8階会議室で退院前カンファレンス開催予定です。ご参加頂きますよう、お願い致します。関係者の方にご連絡下さい。</b>

\* CF:カンファレンス、IC:インフォームドコンセントの略とする



## 9 退院前カンファレンスのポイント

### 退院前カンファレンスの目的・意義

- 1) 包括的な治療（予防）・ケアのために患者や家族、多職種（病院関係者、在宅ケア関係者）で共有すべき情報をわかりやすく提供する。
- 2) 患者や家族が安心して退院でき、安定した在宅生活（再入院のリスク軽減など）を送ることができる。
- 3) 病院スタッフが在宅生活をより明確に理解でき、在宅療養生活に必要な事項が入院中に再確認でき、早期解決ができる。



カンファレンスを円滑に進めるためのポイントは、**事前の準備**にあります。

#### ① 病院内での各種カンファレンス

- ・患者、家族の退院後に向けた希望を確認します。
- ・院内の関係職種間の退院目標の共有、退院支援の進め方・役割分担を確認しましょう。
- ・必要に応じて、事前に院内と在宅側の同職種同士（病院主治医⇔かかりつけ医、病院看護師⇔訪問看護師、病院療法士⇔訪問・通所リハなど）で話すことにより、引継ぎがスムーズになり、病院での退院指導も的確なものになります。

#### ② 在宅側ケアチームにおいても、利用者の退院後の療養生活イメージをつけておきましょう。

- ・利用者、家族の療養生活への希望や自立度、医療依存度に合わせ、在宅の各職種と連絡相談し合い、サービス調整等をおきましょう。

#### ③ 退院前カンファレンス

- ・「入退院時連絡シート」等を基に話し合うテーマや課題を整理し、ポイントを確認しましょう。項目に添って、伝えたい情報の要約や内容の箇条書きなど準備を整えておきましょう。
- ・あらかじめ病院と在宅側で確認事項、質問事項は伝えておき、進行表を提示するなどしてカンファレンスの限られた時間（**目標 30分位**）を有意義に使いましょう。
- ・カンファレンス議題に応じて参加者を確認し、日時に余裕をもってスケジュール調整をしましょう。可能な限り参加しての情報共有が望まれますが、急ぐ際は優先順位をつけ招集しましょう。
- ・退院の1週間前までには開催されることが望ましいのですが、疾患・病状によっては時間的余裕のない状態で退院を試みるケースも想定されます。このような場合は、限定された条件の中で効率よく、地域との情報交換が行われる方法を相談し、選択しましょう。

#### ④ サービス担当者会議



退院前カンファレンスに引き続き、より具体的にケアプランやサービス提供について検討を行う「サービス担当者会議」を実施する場合もあり、効率的な進め方もいえます。

#### ⑤ インフォーマルな支援者の参加

- ・地域の民生委員、近隣者などインフォーマルな支援者が在宅支援に係わる予定がある場合は、患者や家族の同意や必要な手続きを確認後、出席して頂くことを検討しましょう。



## 10 退院前カンファレンスの進め方

\* 司会は病院側（入退院支援・退院調整担当者）が担当することを想定しています

### 留意すること

- ①出席者全員（患者、家族も）が理解しやすいよう、医療・介護の専門用語、略語を使用しない。
- ②他の職種の意見を否定しないこと。和やかな雰囲気作りも重要。
- ③時間厳守！時間を気にしない発言は控え、事前にまとめておき、きびきびと進めよう。
- ④一方的な情報の提供は避けよう。情報は伝えて終わりではなく、いかに相手が活用できるかです。
- ⑤すべての問題点をこの会議で解決しようとせず、総合的な目標や重要な課題について認識ができればよいと考えよう。

### 進め方

\* 特に患者、家族はカンファレンスでは緊張します。ご配慮の上、進めてください。

- ①出席者の自己紹介：司会者
- ②入院から現在までの経過と治療：主治医（看護師）
- ③現在の日常生活自立度と必要な支援内容：看護師
- ④病状・予後についての説明と患者と家族の理解：主治医・看護師
- ⑤療養生活に対する患者と家族の意向（希望・心配ごと）：本人・家族
- ⑥専門職の退院指導経過と現状、今後の方針：主治医、看護師、療法士、栄養士、薬剤師
  - ・病状管理上のポイント、医療処置、介護方法の指導状況と習得状況、課題
  - ・運動、口腔、栄養、精神面、セルフケア能力等での課題
  - ・介護負担など、環境面での課題と対策
  - ・在宅療養におけるリスクと予防、対応策
  - ・緊急時の体制（容体の悪化時、家族の健康障害等、医療機器トラブル、災害など）
- ⑦在宅生活の目標と（セルフケア能力と介護力を踏まえた）必要なサービス：ケアマネジャー
  - ・総合的な援助の方針、介護サービス提供の概要
- ⑧在宅療養の方針：在宅かかりつけ医、外来担当医（訪問看護師）
  - ・（必要に応じて）在宅限界点（再入院、施設入所検討が必要となる状況）
- ⑨病院スタッフへの質問・確認：在宅スタッフ
- ⑩在宅生活を支えるスタッフへの質問・要望：病院スタッフ
- ⑪退院にむけての調整（退院日時 移送方法 サービス開始日）：司会者、ケアマネジャー
- ⑫方向性の確認・合意形成：司会者

### 終了後

\* 特にカンファレンス参加の少ない主治医・かかりつけ医・歯科医師とは情報共有を行きましょう。

- ①病院の退院担当者は、「退院前カンファレンスシート（議事録）」を作成し、院内のカンファレンス記録として共有するとともに、関係者（患者・家族および在宅ケア担当事業所）に配布する。
- ②ケアマネジャーは協議内容を反映させたケアプランを利用者や家族、関係機関に配布、共有する。



(1)参考

## 退院前カンファレンス（退院時共同指導）進行シート



患者氏名	氏名	生年月日	年齢
開催日時	年 月 日 ( ) : 時 分 ~ 時 分		
開催場所	( ) 病院 ( ) 病棟 ( ) 室		
参加者 司会者開催宣言 ①自己紹介	・本人 ( ) ・ご家族 ( ) 〈病院側〉  〈在宅側〉		
主治医または看護師 ②入院理由と 疾患の経過と治療	*わかりやすく説明しましょう		
看護師 ③日常生活自立度と 支援内容			
主治医または看護師 ④病状・予後告知と 患者、家族の受け止め	*患者・家族・スタッフ間でズレがないか事前確認が必要		
本人・家族 ⑤患者、家族の意向 (気持ち)	希望、心配事、居所の決定、再入院の意向、ACP に関することなどを簡潔に 本人： 家族：		
看護師・療法士・薬剤師・ 栄養士、MSW など ⑥病院側からみた 在宅での課題	課題に対し実施した支援、指導内容・習得状況・継続課題をサマリー（要約）し伝える		
ケアマネ ⑦在宅療養の目標と 必要な支援概要	生活・介護上の課題をサービスに結びつけるケアプラン		
在宅医・訪問看護師など ⑧在宅医療の方針			
在宅スタッフ ⑨在宅側から病院への 質問・確認など	質問事項や情報の再確認、要望の確認		
病院スタッフ ⑩病院側からの在宅への 確認など	質問事項や情報の再確認、要望の確認		
司会者・ケアマネ ⑪退院にむけての調整	退院日時・移送方法・サービス開始日・緊急対応・必要書類・器材物品・薬剤など		
司会者閉会挨拶 ⑫まとめ・合意形成			

\* 協議内容は全体で協議する内容と、個別で協議する内容に分け、効率的にすすめること

(2) 参考：指導説明書

面談日	/	初回・2回目
面談場所	病棟	室
記録者・所属		

退院時共同指導  介護支援等連携指導 説明書

基本情報	ふりがな		性別	病名	
	氏名		男・女		
	生年月日		歳	入院 年 月 日～退院 年 月 日	
	介護保険	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 <input type="checkbox"/> 未 <input type="checkbox"/> 申請中 [ 新規・更新・変更 ]			
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 身障 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 療育 : ( )級( ) <input type="checkbox"/> 重身医療 ( )			

病状説明と受け止め	(医師からの病状説明) 主治医氏名:( )科 ( )
	(本人の受け止めと意向)
	(家族の受け止めと意向)
	(看取り・終末期における医療や介護についての希望)

身体状況	状況		左記の詳細や留意点
	寝たきり度	<input type="checkbox"/> J(自立) <input type="checkbox"/> A(外出要介助)B(座位可) <input type="checkbox"/> C(寝たきり)	
	認知症生活自立度	<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	
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	
	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢	
	褥瘡(床ずれ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部位 ) 深さ等( )	
	障害	<input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 味覚 <input type="checkbox"/> 嗅覚 <input type="checkbox"/> 咀嚼 <input type="checkbox"/> 嚥下	
	アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( ) 感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	

入院中の状況		左記の説明内容・留意点・介助者
食事	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	方法	<input type="checkbox"/> 経口 (普通・ひと口大・刻み・ソフト・ペースト・トロミ)
		<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> 経鼻経管 <input type="checkbox"/> 中心静脈
		栄養剤名( ) ( ) Kcal/日
		水分( ) ml/日 食事回数( ) 回/日
		チューブ製品名( ) 最終交換日( / )
口腔	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(部分入れ歯・総入れ歯) <input type="checkbox"/> 他	
	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
清潔	方法 <input type="checkbox"/> 入浴(一般浴・機械浴) <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 他	
	更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
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"/> パット <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 腎瘻ろう・尿管皮膚ろう <input type="checkbox"/> 留置カテーテル( ) Fr 最終交換日( / )	
	介助 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 尿破棄介助 <input type="checkbox"/> 便破棄介助	

*排泄	薬剤	下剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:薬剤名( )
		最終排便( / ) 自然・摘便・下剤・浣腸
移動	方法	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす( <input type="checkbox"/> 操作可 <input type="checkbox"/> 介助)
	介助	<input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 体位変換介助 <input type="checkbox"/> 起坐介助 <input type="checkbox"/> 移乗介助

家族状況	主介護者	(続柄: ) キーパーソン (続柄: )
	緊急連絡先	(続柄: ) 介護状況等

共同指導内容	医療的処置	薬・注射等	<input type="checkbox"/> 服薬支援 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 高カロリー中心静脈栄養(ポート・PICC) <input type="checkbox"/> 注射(インスリン・ <input type="checkbox"/> 他) <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 痛み・症状コントロール		
		医療機器	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 点滴ポンプ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引機 <input type="checkbox"/> 他( )		
		医療処置	<input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 腎ろう・尿管皮膚ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他( )		
		医療物品	製品名:	サイズ:	調達先:
		リハビリ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(頻度: )内容:		
	今後の治療上生活上の課題				
	利用予定サービス等	訪問: <input type="checkbox"/> 看護( /週) <input type="checkbox"/> リハビリ( /週) <input type="checkbox"/> 介護( /週) <input type="checkbox"/> 入浴( /週) <input type="checkbox"/> デイサービス( /週) <input type="checkbox"/> デイケア( /週) <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 配食サービス( /週) <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導: 医科( /月)・歯科( /月)・薬剤( /月)・栄養( /月) <input type="checkbox"/> 介護タクシー <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル			
	退院に際して	退院日時	月 日 時 分	搬送方法	<input type="checkbox"/> 自力 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー
		退院後主治医		その他通院先	
		初回通院日	月 日 時 分	初回サービス利用日	各サービスで確認
必要書類		診療情報提供書・訪問看護指示書・特別訪問看護指示書・許可書・その他			
緊急対応					
その他	ケアマネジャー ⇄ 病院 ⇄ 訪問看護リハステーション <input type="checkbox"/> 1週間~1ヶ月の間に、別紙で情報の返信をお願いします。				

話し合い出席者	<input type="checkbox"/> ご本人 <input type="checkbox"/> ご家族( ) <input type="checkbox"/> その他( )						
		所属	職種	氏名	所属	職種	氏名
	在宅						
	病院						

以上の内容で、入院中の医療従事者、ご自宅に関わる関係機関担当と共同で退院支援致しました。

病院名:

住所:

私は、上記内容の退院指導を受けました。

年 月 日 : ご利用者・ご家族サイン:

## 11 主治医・ケアマネジャー連絡（照会）シートについて

### ① 連絡（照会）シート活用目的

かかりつけ医や病院・診療所と介護の調整役であるケアマネジャーとの円滑な情報のやり取り、手続きの簡素化を図ることを目的としています。

このシートを活用することにより、関係機関の中で、より活発で効果的な連携が進み、より良いサービスが提供されることを目指しています。

### ② 使用上の留意点

- ・本シートは、主治医→ケアマネ、また ケアマネ→主治医で連絡を取る際の簡易的なファックス又は MCS 専用の連絡シートです。本シートを受け取った医療機関窓口のスタッフは、すみやかに主治医にお渡し下さい。
- ・本シートは一方的に送りつけるのではなく、お互いに連絡・確認を取ったうえで依頼・返信を行い、個人情報の取り扱いに留意し、マナーを守って行いましょう。
- ・本シートの項目は簡易な内容ですので、さらに打ち合わせが必要なケースや緊急の際は、直接連絡を取るか、もしくは、面談・受診同行、カンファレンスなどで情報を共有してください。
- ・ケアマネジャーから、または主治医からの相談等がありましたら、速やかに返信等のご協力をお願いします。
- ・初回の「軽度者に対する福祉用具貸与」「医療系の介護保険サービス」導入時には使用せず、各市町が定める様式を使用してください。
- ・前回のケアプラン作成時と比べ、利用者の状態像が変化した時などには使用しないでください。

### ③ 注意

- ・本シートは、標準様式であり、他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。
- ・本シートでは、介護連携指導料・診療情報提供書料の算定はできません。
- ・個人情報取り扱いのため、依頼前に必ず利用者（患者）、家族の同意を得てください。
- ・主治医に意見の返信を求める場合には、求める作成期限日の 14 日前には依頼しましょう。



(名刺を貼ることもできます)

**FAX番号：**  
 住所：  
 医療機関名：  
 医師氏名：  
 電話番号：



先生(宛)

**FAX番号：**  
 住所：  
 介護支援事業所名：  
 介護支援専門員名：  
 電話番号：

のりしろ

利用者名	男 女	住所		
生年月日	M・T・S・H 年 月 日 ( 歳)	電話	要介護度 申請状況等	

ケアマネジャー記入欄

主治医からの返信： 要 不要(\*主治医への連絡のみの場合)

日頃より大変お世話になっております。  
 貴院通院中(入院中)の利用者の担当をさせて頂いております。  
 今後の支援について主治医の先生と連絡を取らせて頂きたく、お忙しいところ誠に恐れ入りますが、  
 ご都合の良い方法で、\_\_\_\_\_月\_\_\_\_\_日までに、ご回答をお願い致します。

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡致しております。
- ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡致します。

連絡(照会)目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について または、ケアプランの原案へのご意見について
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医のご意見など
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議(照会)開催の連絡、主治医からのご意見など サービス担当者会議開催日時： 月 日 時 分～場所：
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの意見、相談など
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶
〈上記項目の具体的内容〉	

主治医 回答(返信)欄

!この連絡票の回答では診療情報提供書料の算定はできません

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接面談 <input type="checkbox"/> オンライン面談 (時間帯： 月 日 時頃 場所： URL： )
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (時間帯： 月 日 時頃)に電話を ください・します
	<input type="checkbox"/> 別途、MCS・メールで回答します
	<input type="checkbox"/> 受信し、ケアプラン等を確認しました
	<input type="checkbox"/> 下記欄でFAX回答します
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席しません → 下記通信欄へご意見をお願いします	
〈通信欄〉	
年 月 日 氏名(自署)	

(名刺を貼ることもできます)

**FAX番号: 049-999-999**  
 住所: 富士見市鶴馬1800-1  
 医療機関名: **ただいま病院**  
 医師氏名:  
**富士見 太郎** 先生(宛)  
 電話番号: 049-888-888



**FAX番号: 049-777-777**  
 住所: 三芳町藤久保1100-1  
 介護支援事業所名: **おかえりプラン**  
 介護支援専門員名:  
**三芳 次郎**  
 電話番号: 049-666-666

のりしろ

利用者名	ふじみ野 花子	男 <input checked="" type="radio"/> 女	住所	ふじみ野市福岡1-1-1		
生年月日	M・T・ <b>S</b> ・H 13年 4月 1日 (84歳)		電話	049-555-555	要介護度 申請状況等	要介護4

ケアマネジャー記入欄

主治医からの返信: 要 不要(\*主治医への連絡のみの場合)

日頃より大変お世話になっております。  
 貴院通院中(入院中)の利用者の担当をさせて頂いております。  
 今後の支援について主治医の先生と連絡を取らせて頂きたく、お忙しいところ誠に恐れ入りますが、  
 ご都合の良い方法で、2月25日までに、ご回答をお願い致します。

- ご本人、 ご家族の同意を得て、ご連絡致しております。
- ご本人の心身状況から同意を得られていませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡致します。

連絡(照会)目的	<input type="checkbox"/> 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について または、ケアプランの原案へのご意見について
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医のご意見など
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議(照会)開催の連絡、主治医からのご意見など サービス担当者会議開催日時: 月 日 時 分~場所:
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)について、医師からの意見、相談など
	<input checked="" type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶
〈上記項目の具体的内容〉 入浴時の血圧について 先生に外来でおかかりの「ふじみ野花子さん」ですが、デイケアで入浴サービスを開始させていただく予定でおります。 当該事業所では、健康管理上利用者の方全員に、かかりつけの先生から入浴可能な条件についてご指示をいただいております。 つきましては、本書または同封書類にて、ご指示いただきたくお願いします。	

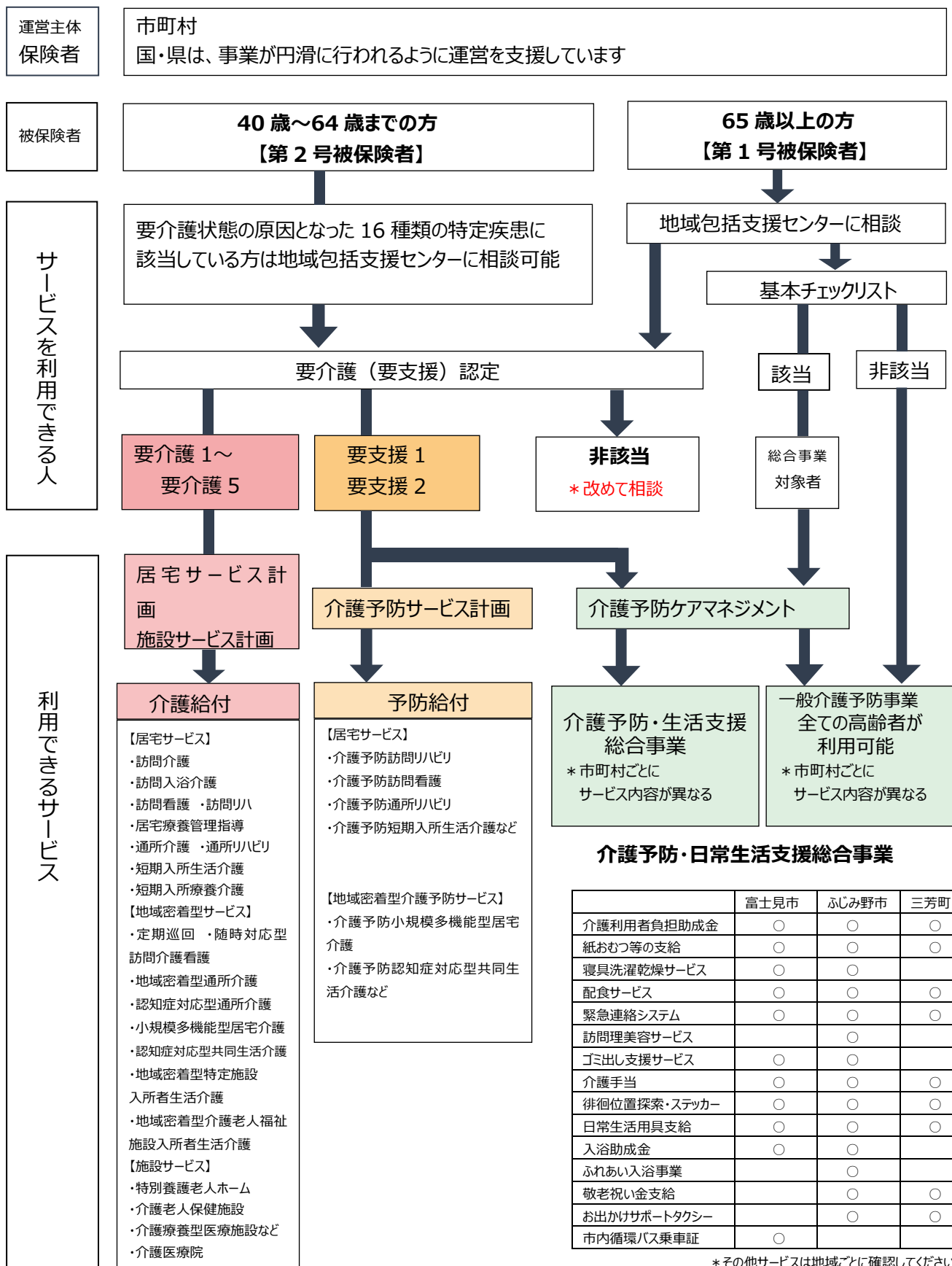
主治医 回答(返信)欄

!この連絡票の回答では診療情報提供書料の算定はできません

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接面談 <input type="checkbox"/> オンライン面談 (時間帯: 月 日 時頃 場所: URL: )
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (時間帯: 月 日 時頃)に電話を ください・します
	<input type="checkbox"/> 別途、MCS・メールで回答します
	<input type="checkbox"/> 受信し、ケアプラン等を確認しました
	<input checked="" type="checkbox"/> 下記欄でFAX回答します
サービス担当者会議に <input type="checkbox"/> 出席します <input type="checkbox"/> 出席しません → 下記通信欄へご意見をお願いします	
〈通信欄〉 安定した状態で、以下のバイタルサイン測定値の場合には入浴を中止して下さい。 発熱:37.5度以上 血圧:収縮期血圧170mmHg以上 もしくは 拡張期血圧110mmHg以上 脈拍:100回/分以上 2022年 2月 25日 氏名(自署) <b>富士見 太郎</b>	

# 12 参考資料

## (1) 介護保険の概要 (イメージ図)

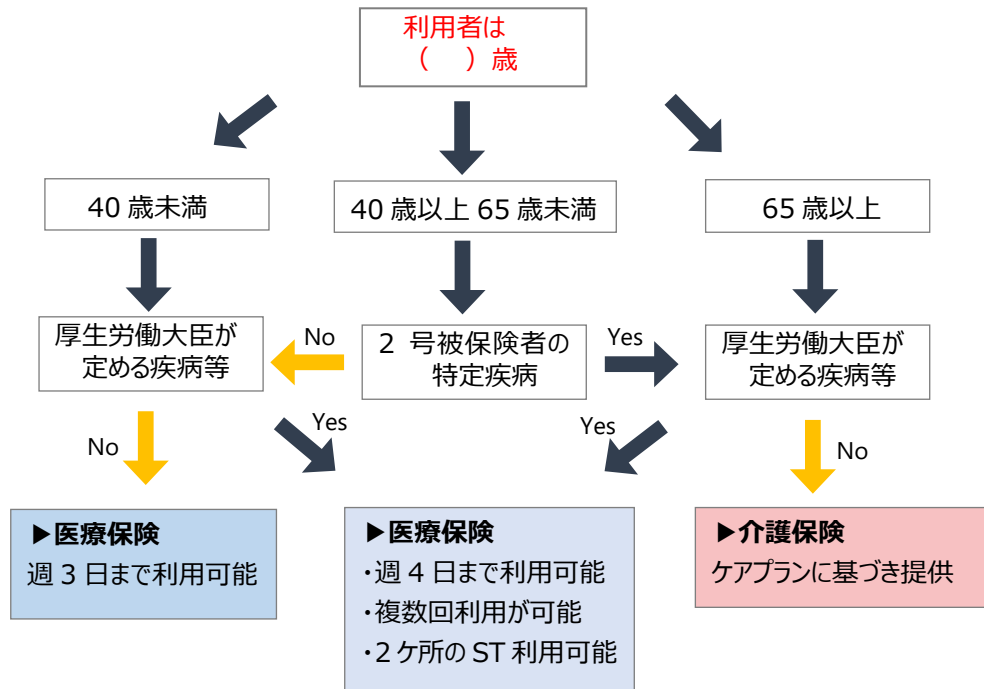


\* その他サービスは地域ごとに確認してください



## (2) 「訪問看護の利用」は介護保険と医療保険どちらを使うのか

\* 矢印に添ってご確認ください。



### 厚生労働大臣が定める疾病等

医療保険における訪問看護。週 4 日以上、2ヶ所以上の訪問看護ステーションの利用が可能です。  
1 日の回数制限はありませんが加算費用が異なります。

- |                 |  |                   |
|-----------------|--|-------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍      | 9. パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症分類がステージ 3 以上であって、生活機能障害Ⅱ度またはⅢ度のものに限る） | 11. プリオン病         |
| 2. 多発性硬化症       | 10. 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ矯小脳萎縮症、シャイドレーガー症候群）   | 12. 亜急性硬化性全脳炎     |
| 3. 重症筋無力症       |  | 13. ライソゾーム病       |
| 4. スモン          |  | 14. 副腎白質ジストロフィー   |
| 5. 筋萎縮性側索硬化症    |  | 15. 脊髄性筋萎縮症       |
| 6. 脊髄小脳変性症      |  | 16. 球脊髄性筋萎縮症      |
| 7. ハンチントン病      |  | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 |  | 18. 後天性免疫不全症候群    |
|                 |  | 19. 頸髄損傷          |
|                 |  | 20. 人工呼吸器をしている状態  |

厚生労働大臣の定める疾病等は介護保険の利用者でも訪問看護は「医療保険」で行います。

### 特定疾患治療研究事業対象の疾患

都道府県が実施する治療研究事業の対象となり、公費負担になります。  
対象となる疾病一覧は、埼玉県のホームページに掲載しておりますのでご覧ください。

## 介護保険の特定疾病

40歳以上 65歳未満の2号被保険者が介護保険を申請できる疾病

- |                   |                                     |                                     |
|-------------------|-------------------------------------|-------------------------------------|
| 1. *末期のがん(主治医の判断) | 7. *進行性核上性麻痺、大脳皮質<br>底核変性症及びパーキンソン病 | 12. 糖尿病性神経障害 糖尿病性腎症<br>糖尿病性網膜症      |
| 2. 関節リウマチ         | 8. *脊髄小脳変性症                         | 13. 脳血管疾患                           |
| 3. *筋萎縮性側索硬化症     | 9. 脊柱管狭窄症                           | 14. 閉塞性動脈硬化症                        |
| 4. 後縦靭帯骨化症        | 10. 早老病                             | 15. 慢性閉塞性肺疾患                        |
| 5. 骨折を伴う骨粗鬆症      | 11. *多系統萎縮症                         | 16. 両側の膝関節または股関節に<br>著しい変形を伴う変形性関節症 |
| 6. 初老期における認知症     |                                     |                                     |

\* : 要介護認定を受けていても厚生労働大臣の定める疾病の訪問看護は「医療保険」で行います。

**注意①** 介護保険の利用者でも以下の疾病（厚生労働大臣が定める疾病等）【A】に該当する方は医療保険の訪問看護になります。

### 厚生労働大臣が定める疾病等 【A】

医療保険における訪問看護。週4日以上、2ヶ所以上の訪問看護ステーションの利用が可能です。

1日の回数制限はありませんが加算費用が異なります。

- |                 |  |                   |
|-----------------|--|-------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍      | 9. パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症分類がステージ3以上であって、生活機能障害Ⅱ度またはⅢ度のものに限る） | 11. プリオン病         |
| 2. 多発性硬化症       | 10. 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ矯小脳萎縮症、シヤイドレーガー症候群）   | 12. 亜急性硬化性全脳炎     |
| 3. 重症筋無力症       |  | 13. ライソゾーム病       |
| 4. スモン          |  | 14. 副腎白質ジストロフィー   |
| 5. 筋萎縮性側索硬化症    |  | 15. 脊髄性筋萎縮症       |
| 6. 脊髄小脳変性症      |  | 16. 球脊髄性筋萎縮症      |
| 7. ハンチントン病      |  | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 |  | 18. 後天性免疫不全症候群    |
|                 |  | 19. 頸髄損傷          |
|                 |  | 20. 人工呼吸器をしている状態  |

**注意②** 医療保険の利用者でも以下の疾病（厚生労働大臣が定める疾病等）【B】に該当する方は、週4日以上、訪問看護が必要な場合は2ヶ所の訪問看護ステーションからの訪問看護が受けられます。また、週7日の訪問看護が計画されている場合は、3ヶ所の訪問看護からの利用が可能です。さらに、複数名の訪問看護も受けられます。

### 厚生労働大臣が定める疾病等 【B】

#### 「特掲診療科の施設基準等\*」別表第7

- |                 |  |                   |
|-----------------|--|-------------------|
| 1. 末期の悪性腫瘍      | 9. パーキンソン病関連疾患（進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症分類がステージ3以上であって、生活機能障害Ⅱ度またはⅢ度のものに限る） | 11. プリオン病         |
| 2. 多発性硬化症       | 10. 多系統萎縮症（線条体黒質変性症、オリブ矯小脳萎縮症、シヤイドレーガー症候群）   | 12. 亜急性硬化性全脳炎     |
| 3. 重症筋無力症       |  | 13. ライソゾーム病       |
| 4. スモン          |  | 14. 副腎白質ジストロフィー   |
| 5. 筋萎縮性側索硬化症    |  | 15. 脊髄性筋萎縮症       |
| 6. 脊髄小脳変性症      |  | 16. 球脊髄性筋萎縮症      |
| 7. ハンチントン病      |  | 17. 慢性炎症性脱髄性多発神経炎 |
| 8. 進行性筋ジストロフィー症 |  | 18. 後天性免疫不全症候群    |
|                 |  | 19. 頸髄損傷          |
|                 |  | 20. 人工呼吸器をしている状態  |

## 「特掲診療科の施設基準等\*」別表第8

1. 在宅悪性腫瘍患者指導管理もしくは在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者又は気管カニューレもしくは留置カテーテルを使用している状態にある者
2. 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅自己導尿指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅持続陽圧呼吸療法指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理又は在宅肺高血圧症患者指導管理を受けている状態にある者
3. 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態にある者
4. 真皮を越える褥瘡の状態にある者
5. 在宅患者訪問点滴注射管理指導料を算定している者



### (3) 病院・施設の種類や専門職の配置について

\*リハビリ（以下、「リハ」という）

施設の種類	特徴①	特徴②	リハ職配置状況	補足事項
急性期病院	看護比率が高く、平均在院日数が極めて短い	リハも急性期を担うその後、軽症者のみ在宅に復帰し、それ以外は回復期療養型病院への転院が多い	リハ職がいるところがほとんどだが、在宅復帰の際は介護サービスとの連携が重要	7:1 看護 10:1 看護
地域包括ケア病棟	急性期に比べ看護師比率は低く在院日数は60日が限度	入院費の計算が通常とは異なり地域包括ケア病棟入院料を算定する	病院の診療科によって、リハ職の配置が異なる	13:1 看護
回復期リハ病院（病棟）	回復期リハ病棟を有するリハ適応者のみ対応	発症から退院までの期間が定められているが、本格的なリハを行い、在宅復帰率も評価される	リハ職が十分に揃っている。在宅復帰や療養型病院への転院が多くケアマネとの関わりが大きくなる	適応のあるリハ患者のみが入院可能
医療療養型病院	継続した療養が必要な方	医療療養型のリハは、発症から経過が長くなるため、診療報酬上、リハが算定できる期間が短いか限定的	先の理由により、リハスタッフが多くないところも多い	他の病棟や外来、通所リハ機能が併設されているか否かに留意する
診療所	在宅における医療機能	通院リハや通所リハなどに力を入れている所もある	リハ機能があるか否かによって専門職の配置は異なる	リハに特化した診療所もある
訪問看護ステーション 訪問看護リハステーション 訪問リハステーション	在宅における看護、リハを提供	主治医の訪問看護指示書（診療情報提供書）に基づき、看護・リハを提供する	リハ職を配置している所とそうでないところがある	病院や診療所の併設に留意する 医療保険と介護保険の両方が適応

#### (4) 介護保険施設等のリハビリ職員の配置について



\* PT:理学療法士 OT:作業療法士 ST:言語聴覚士

施設の種類	施設の特徴	施設基準上のリハ職の配置	リハ職配置状況
介護老人福祉施設	原則、要介護 3 以上の方が入所 医療ニーズの低い方をケア (生活の場)	法令上配置の必要なし	PT、OT を配置している所もある
介護老人保健施設	要介護 1 以上の方が入所。おもに 在宅復帰を目標として、入所による ケアを行う。リハニーズが高い	PT・OT は配置 通所リハ機能を有している施設では、 通所にも配置	ST を配置している所もある
介護医療院 (介護療養型医療施設)	要介護 1～5 の方が入所。医療ニ ーズの高い要介護者に対し、継続 的な医療支援と介護を提供 (介護療養型医療施設は 2023 年 に廃止予定)	PT・OT は配置 通所リハ機能を有している施設では、 通所にも配置	介護医療院は 2018 年 4 月 から制度化 (介護療養型医療施設は 2023 年度中に廃止予定)
介護療養型 老人保健施設	医療ニーズの高い要介護者に対 し、介護を提供。介護老人保健 施設と同様の機能を持つ	PT・OT は配置 通所リハ機能を有している施設では、 通所にも配置	療養病床から転換した老健 施設
通所リハ事業	在宅の利用者に対して、医学的 管理とリハを提供	PT・OT は必要数配置 診療所併設では、PT・OT が常勤で なくても可	PT・OT・ST の配置状況は 事業所によって異なる
訪問リハ事業	医療機関ないし老人保健施設の リハ部門の中に設置していることが 多い	PT・OT は必要数配置	在宅リハのかなめ 医療保険と介護保険の双方 が可能。事業所数が少ない
通所介護事業所	介護を主に提供するが、リハ機能 のある施設もある	PT・OT は配置必要なし	リハ専門職の配置について 確認を要す

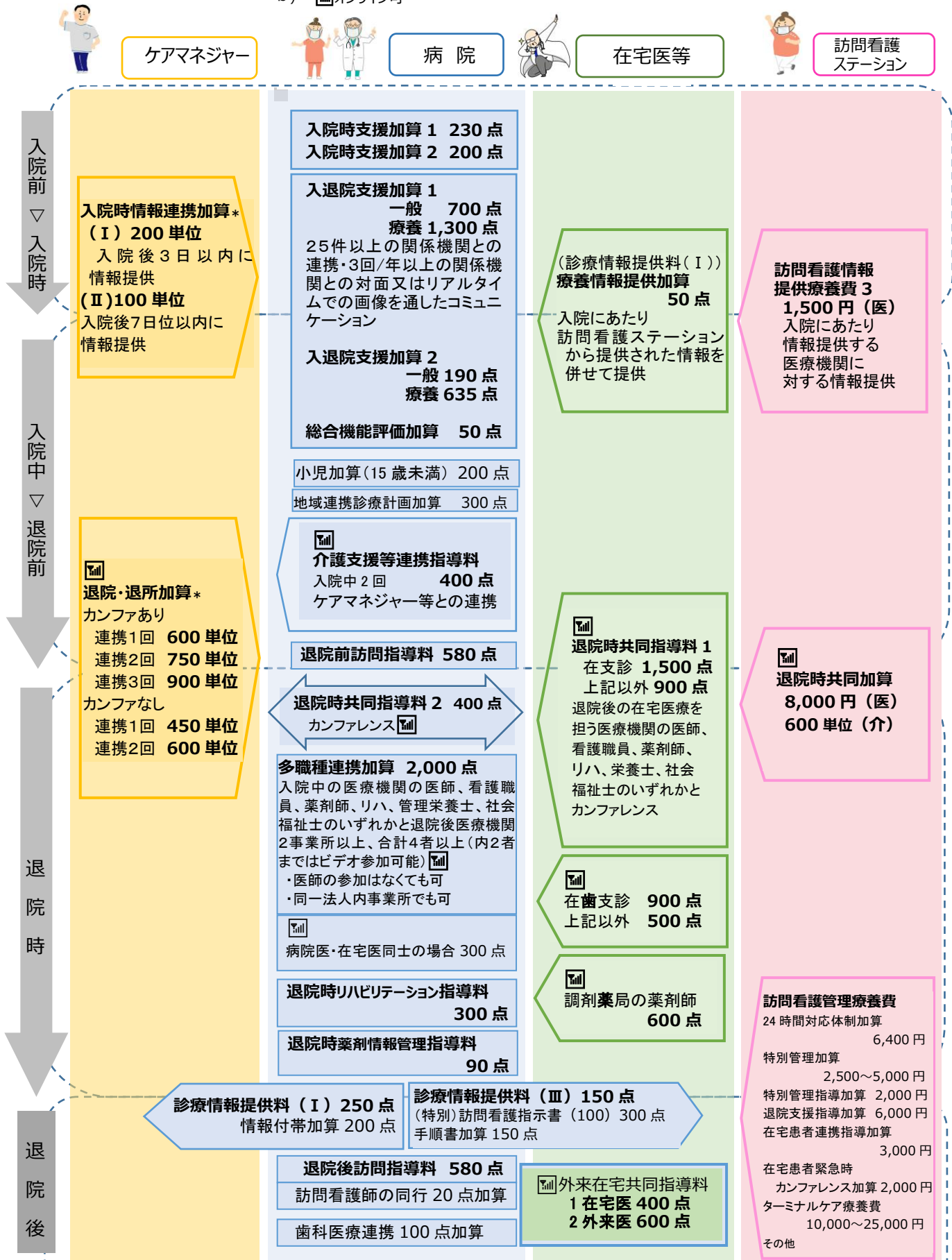
#### リハビリ職の専門領域

サービス内容	PT	OT	ST
運動機能の評価	◎	◎	×
歩行・移動能力の評価と治療	◎	○	×
上肢機能の評価と治療	○	◎	×
ADL・IADL の評価と指導	◎	◎	△
作業能力の評価と治療	△	◎	×
精神機能・認知機能の評価と治療	△	◎	◎
呼吸・循環器機能の評価と治療	◎	△	×
福祉用具の適用と住宅改修のアドバイス	◎	◎	×
自助具の製作、アドバイス	△	◎	△
補装具・義歯の適応、アドバイス	◎ (下肢・体幹)	◎ (上肢)	△
体力向上・介護予防	◎	○	×
言語・コミュニケーション機能の評価と治療	△	△	◎
摂食嚥下機能の評価と治療	○	○	◎

## (5) 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬 (参考)

(令和4年4月時点)

- ) 主な関係報酬のみを掲載しています。算定にあたっては最新の算定要件・施設基準をご確認下さい。
- ) オンライン可



\*介護予防支援、小規模、看多機においては「入退院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし



## (6) 医療機関 問い合わせ窓口 一覧表

(令和5年3月版)

項目	入院前にケアマネがいる場合				
	①ケアマネからの情報はどこに？		②入院期間の見込みをケアマネに伝えることは可能か？		③入退院支援の期間を残し在宅判断は可能？
	電話（手渡し）	F A X	入院後どの位で？	問い合わせはどこに？	
さくら 記念病院	地域連携室		可能 病状により異なる	地域連携室 * 問い合わせ後病棟・医師へ連絡するため、少しお時間をいただくことがあります	可能 期間に関わらず、在宅の見込みがつけば連絡
	TEL(代表) 049-253-3811	FAX(直通) 050-3730-2375			
みずほ台 病院	医療連携科		可能 病状により異なる	医療連携科	可能 退院の目途がいたら連絡。退院支援に必要な期間を考慮して退院日を決定。
	TEL(代表) 049-252-5121	FAX(直通) 049-265-5571			
三浦 病院	病棟看護師長（不在時は病棟看護師）		可能 入院後1週間程度	入院病棟看護師 又は病棟師長	可能 医師の退院許可や家族の強い希望があれば、退院日を調整し決定。
	TEL(代表) 049-254-7111	FAX(代表) 049-254-2707			
イムス 富士見 総合病院	医療福祉相談室又は地域医療連携室		入院後1週間程度で連絡可能（院内カンファレンス実施日程により前後あり）	医療福祉相談室	可能 入院後1週間以内に入退院支援計画を策定。計画に修正が必要となる場合には、速やかにケアマネに連絡。
	TEL(直通) 049-251-3086	FAX(直通) 049-256-7636 * MCS 可			
上福岡 総合病院	FAXのみでの対応 049-266-0111(代表)にTELし、 049-266-3469へFAX		可能	原則、ご家族 又は病棟看護師	可能
富家 病院	医療相談連携室		可能 入院後1～2週間	医療相談連携室	可能
	TEL(代表) 049-264-8811	FAX(代表) 049-266-2287			
三芳野 病院	地域医療連携室		可能 内科と整形で差は生じるが、平均1週間後で伝えることは可能	地域医療連携室	介入しているPTに現在のADL状況を聞きながら、在宅判断は可能であるが、1人暮らしの場合は、家屋調査をした上で、判断。
	TEL(直通) 049-259-3036	FAX(直通) 049-259-3035			
イムス 三芳 総合病院	相談室・MSW		3日～1週間以内 (ケアマネが判断している場合)	MSW 又は退院支援看護師	主治医の許可があれば可能
	TEL(直通) 049-265-6757	FAX(直通) 049-265-6512			
埼玉 セントラル 病院	医療福祉相談室		回復期病棟において整形疾患の方なら1・2ヶ月後、脳疾患の方なら3・4か月後	医療福祉相談室 (相談員)	可能
	TEL(代表) 049-259-0161	FAX(直通) 049-257-3376			
ふじみの 救急病院	地域連携室 TEL(代表) 049-274-7666	地域連携室 FAX(代表) 049-274-7667	可能 病状により異なる	地域連携室	可能



項目	入院前にケアマネがいる場合			入院前にケアマネがいない場合	
	④誰がケアマネに退院支援の開始（在宅退院が可能そうか）を連絡するか？	⑤ケアマネとの面談の主体は誰か？	⑥誰がケアマネに退院日を連絡するか？	⑦誰が介護保険等の相談に市役所に行くことを説明するか？	⑧誰がケアマネとの契約を支援するか？
さくら記念病院	地域連携室	地域連携室 又は病棟看護師	地域連携室	病棟看護師	病棟看護師 状況により 地域連携室
みずほ台病院	医療連携科	医療連携科	医療連携科	医療連携科 又は病棟看護師	医療連携科
三浦病院	病棟看護師、病棟師長 又は訪問診療担当看護師	病棟看護師又は訪問 診療担当看護師	病棟看護師	病棟師長又は訪問診 療担当看護師	病棟師長又は訪問 診療担当看護師
イムス富士見総合病院	当院基準の入退院支援 リスクによる 高リスク患者：社会福祉 士又は退院支援看護師 低リスク患者：病棟看護 師	当院基準の入退院支 援リスクによる 高リスク患者：社会 福祉士又は退院支援 看護師 低リスク患者：病棟 看護師	当院基準の入退院支 援リスクによる 高リスク患者：社会福 祉士又は退院支援看 護師 低リスク患者：病棟看 護師又はご家族から	当院基準の入退院支 援リスクによる 高リスク患者：社会福 祉士又は退院支援看 護師 低リスク患者：病棟看 護師	医療福祉相談室社 会福祉士
上福岡総合病院	MSW	MSW 又は 病棟看護師	MSW 又は 病棟看護師	MSW 又は 病棟看護師	MSW
富家病院	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員
三芳野病院	担当 MSW	担当 MSW	担当 MSW	基本的に MSW が介 入を行うが、家族が いる場合説明を行い、 家族から申請を行う	担当 MSW
イムス三芳総合病院	MSW 又は 退院支援看護師	MSW (Zoom での対応も可 能)	MSW 又は 退院支援看護師又は 受け持ち看護師	MSW 又は 退院支援看護師又は 受け持ち看護師	MSW
埼玉セントラル病院	相談員	家屋調査時はリハスタ ッフ。その後のカンファ にケアマネの参加がある 場合は相談員。	相談員 (入院された時も SW より伝える)	相談員	相談員
ふじみの救急病院	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室

## (7) 病院の理念と地域包括ケアシステムに対する取組方針

病院名	病院理念	地域包括ケアシステムへの取組
さくら記念病院	当院は慈愛の心をもって医療の実践をはかり、人々に快をもたらすことを使命とする。	法人内に訪問診療、訪問看護を有しており、在宅療養から看取りまで幅広く地域を連携して支援いたします。 地域包括ケア病棟があり、レスパイト入院のお受入れ及び安心して在宅療養が出来るように、多職種による退院前カンファレンスに力を注いでいます。
みずほ台病院	人間性を尊重し、地域社会の健康増進に努めます。	病棟看護師が退院調整看護師として働いている。 実際に患者を看ている病院スタッフが情報を受け取り、スタッフ間での情報の連携がとりやすい。 地域包括ケア病床がある。訪問診療ができる。
三浦病院	地域に根ざした病院として、質の高い医療サービスの提供に努める。	支援に関わる専門職がそれぞれの持ち味を活かした役割分担のもと、最も効果的な支援サービスが提供できるよう、カンファレンスなどを行い情報を共有できるように、今後検討していきたい。
イムス富士見総合病院	安全で適切な医療を提供し、愛し愛される病院として社会に貢献する。	「わかりにくさ」「敷居の高さ」「相談しづらさ」を払拭する体制を必ず構築します。
上福岡総合病院	健康を願う地域住民を支援するため、地域住民と協力し、仁愛と奉仕の心を込めて、最善の医療を行います。	急性期から在宅医療までスムーズに切れ目のないシステムづくりを構築する。 スタッフの退院支援意識を高めるため院内研修を行う。
富家病院	されたい医療 されたい看護 されたい介護	法人内に訪問診療、訪問看護、訪問リハビリ事業所、居宅介護支援事業所を有しており、MSW が中心となり、体調不良者等の迅速なお受入れを実践している。 e ラーニングによる職員研修により、地域包括ケアシステムについての見識を深めている。
三芳野病院	地域に応える医療を築き、地域と共に成長し、多くの安心を届ける。	各病棟にメディカルソーシャルワーカーを配置し、他機関との連携強化を図っている。 地域包括ケア病床を有しており、様々な入院のニーズに応じることを目指している。
イムス三芳総合病院	安全で最適な医療を提供し「愛し愛される病院」として社会に貢献する	他院、他施設への紹介・逆紹介。 他施設との面談、カンファレンスの実施。 院内での退院支援に関する勉強会の開催。 公開講座の開催と実施 ・連携施設との会議の開催。
埼玉セントラル病院	高度慢性期医療を提供し、患者さま、地域のみなさまのお役に立てるように良質な医療の提供に努めます。	在宅部門（訪問看護・訪問リハ）との勉強会の継続。 地域包括支援センター埼玉セントラルとの定期的な支援シート等に関する情報交換・打ち合わせの実施。 退院支援に関わる主要メンバーで、（電カル導入と並行となってしまうが）院内での退院支援の活動方針などを決めていく。
ふじみの救急病院	すべては患者さんのために	訪問診療、訪問看護、訪問リハを有しており、救急を含む急性期から在宅医療・在宅療養・看取りまで幅広く対応し、地域包括ケアシステムの構築に寄与したいと考えております。

## (8) 入退院支援ワーキンググループ紹介

東入間地区入退院支援ルール構築に向けた検討会議 令和2年10月～

入退院支援ルール【病院部会】ワーキングチーム 令和2年11月～

参加病院名	
イムス富士見総合病院	富家病院
イムス三芳総合病院	三浦病院
上福岡総合病院	みずほ台病院
埼玉セントラル病院	三芳野病院
さくら記念病院	ふじみの救急病院

入退院支援ルール【在宅部会】ワーキングチーム 令和3年6月～

参加事業所名	
包括むさしの	包括埼玉セントラル
包括ふじみ苑	包括みずほ苑みよし
包括えぶりわん鶴瀬Nisi	ふじみ苑
包括みずほ苑	すてっぷ
包括ひだまりの庭むさしの	ゆとりっぷ
包括ふくおか	しあわせの介護プラン
包括かすみがおか	居宅介護支援センターあゆみ
包括つるがまい	三芳町ケアマネジャー交流会
包括おおい	





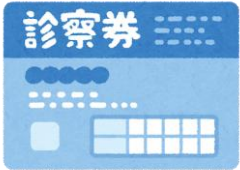

## もしもの時に備えて… ご自分の「通院・入院時あんしんセット」 を準備しておきましょう

～入院時に医療機関とケアマネジャーが繋がるとより円滑にサポートができます～

### まず準備

- 通院や急な入院、転院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。

### あんしんセットの内容 (準備ができたなら しましょう)

<p>①医療保険証</p>  <input type="checkbox"/>	<p>②介護保険証</p>  <input type="checkbox"/>
<p>③担当ケアマネジャーの名刺</p>  <input type="checkbox"/>	<p>④おくすり手帳</p>  <input type="checkbox"/>
<p>⑤かかりつけ医・歯科等の診察券</p>  <input type="checkbox"/>	<p>⑥私のきもち (もしもしと等) 等</p>  <input type="checkbox"/> 書いている場合

- ・①～⑤をまとめておき、⑥は記載がある場合には準備しましょう。
- ・このほか、ご家族の連絡先など、ご自身で必要と思う大切なものを一緒に入れておきましょう。

### 通院・入院した時

- 「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。
- 担当のケアマネジャーがいる場合は、入院したらなるべく早く連絡してください。

### 退院予定や転院が決まった時

- 担当のケアマネジャーがいる場合は、忘れずに連絡してください。

## (10) 地域包括支援センター（高齢者あんしん相談センター）

【富士見市】 高齢者あんしん相談センター

名 称	住 所	電話番号	業務時間
		F A X 番号	
担当地区			
高齢者あんしん相談センター むさしの (第1圏域)	富士見市大字南畑新田 16-1	049-255-6320 049-255-6601	月～土 9:00～17:00
	東大久保・上南畑・下南畑・南畑新田・みどり野西・みどり野東・みどり野南・みどり野北・大字勝瀬・ふじみ野東・渡戸・羽沢1・2丁目・ふじみ野西3丁目の一部（勝瀬町会）・大字鶴馬（渡戸東町会）		
高齢者あんしん相談センター ふじみ苑 (第2圏域)	富士見市大字鶴馬 3360-1	049-293-1168 049-293-1169	月～土 9:00～17:00
	山室・関沢1丁目・諏訪1・2丁目・羽沢3丁目・鶴馬1～3丁目・鶴瀬東・大字鶴馬（前谷町会、山室町会、諏訪1丁目町会、諏訪2丁目町会）		
高齢者あんしん相談センター えぶりわん鶴瀬 Nisi (第3圏域)	富士見市鶴瀬西 2-8-25	049-293-8330 049-275-6600	月～土 9:00～17:00
	鶴瀬西2・3丁目・ふじみ野西1～4丁目（アイムふじみ野町会）・上沢1～3丁目・大字勝瀬（勝瀬西町会）		
高齢者あんしん相談センター みずほ苑 (第4圏域)	富士見市関沢 3-23-41	049-256-7423 049-265-7646	月～土 9:00～17:00
	関沢2・3丁目・針ヶ谷・大字針ヶ谷・西みずほ台・大字水子（針ヶ谷1丁目町会）・大字鶴馬（鶴瀬西1丁目二葉町会、鶴瀬西1丁目西町会）		
高齢者あんしん相談センター ひだまりの庭むさしの (第5圏域)	富士見市大字水子 1882-1	049-268-5005 049-253-0460	月～土 9:00～17:00
	水谷東・東みずほ台・貝塚・水谷・榎町・大字水子		

【ふじみ野市】 高齢者あんしん相談センター

名 称	住 所	電話番号	業務時間
		F A X 番号	
担当地区			
高齢者あんしん相談センター ふくおか (第1圏域)	ふじみ野市福岡 1-1-1 (市役所第3庁舎2階)	049-261-1126 049-293-1330	月～土 8:30～17:15
	池上・上ノ原・上野台・大原・川崎・北野・清見・駒林・駒林元町1～2丁目・新駒林・新田・滝・築地・水宮・仲・中ノ島・中丸・長宮・中福岡・西原・花ノ木・福岡・福岡新田・松山・本新田・元福岡・谷田		

高齢者あんしん相談センター かすみがおか (第2圏域)	ふじみ野市霞ヶ丘 1-5-1 (ふじみ野市立 介護予防センター2階)	049-264-7620 049-264-9827	月～土 8:30～17:15
	霞ヶ丘・上福岡・駒西・駒林元町 3～4 丁目・西・富士見台・福岡中央・ 福岡武蔵野・丸山・南台		
高齢者あんしん相談センター つるがまい (第3圏域)	ふじみ野市亀久保 1811-6	049-256-6061 049-238-5888	月～土 8:30～17:15
	大井中央 3～4 丁目・亀久保 2～4 丁目・亀久保 (1215～2205 番地) ・ 鶴ヶ岡・鶴ヶ舞・西鶴ヶ岡・東久保・ふじみ野・緑ヶ丘		
高齢者あんしん相談センター おおい (第4圏域)	ふじみ野市大井 621-1 高齢者総合ケアセンター マザーアース敷地内	049-261-3021 049-261-3001	月～土 8:30～17:15
	旭・市沢・うれし野・大井・大井中央 1～2 丁目・大井武蔵野・亀久保 1 丁目・ 亀久保 (643～1196 番地) ・桜ヶ丘・苗間		

【三芳町】地域包括支援センター

名 称	住 所	電話番号	業務時間
		FAX番号	
担当地区			
地域包括支援センター 埼玉セントラル	三芳町上富 2177	049-274-2080 049-274-2081	月～土 8:30～17:15 土曜日の相談は 予約制
	上富全域・北永井全域・藤久保第3区・6区		
地域包括支援センター みずほ苑みよし	三芳町竹間沢 735-1	049-293-7341 049-293-7342	月～土 8:30～17:15 土曜日の相談は 予約制
	藤久保第1区・2区・4区・5区・竹間沢第1区・みよし台第1区		

## (11) 各市町等介護保険担当部署一覧等

令和4年4月現在

	市町名	部署名	電話番号	所在地
1	富士見市	高齢者福祉課	049-252-7107	〒354-8511 富士見市大字鶴馬 1800-1
2	ふじみ野市	高齢福祉課	049-262-9038	〒356-8501 ふじみ野市福岡 1-1-1
3	三芳町	健康増進課	049-258-0019	〒354-0041 入間郡三芳町藤久保 1100-1

**発行** : 1. 富士見市高齢者福祉課    2. ふじみ野市高齢福祉課    3. 三芳町健康増進課  
東入間医師会  
東入間医師会地域医療・介護相談室

**電話** : 1~3 (上記)  
東入間医師会 : 049-264-9592  
東入間医師会地域医療・介護相談室 : 049-293-6877

**E-Mail** : 富士見市高齢者福祉課 : fukushi@city.fujimi.saitama.jp  
ふじみ野市高齢福祉課 : kaigoshien@city.fujimino.saitama.jp  
三芳町健康増進課 : kenko@town.saitama-miyoshi.lg.jp  
東入間医師会 : higashi-iruma@med.email.ne.jp  
東入間医師会地域医療・介護相談室 : higashi-iruma.renkeisoudanr@med.email.ne.jp

### 在宅医療介護・退院支援に関する相談窓口

東入間医師会地域医療・介護相談室  
電話 : 049-293-6877

### リハビリに関する相談の窓口

地域リハビリテーションケアサポートセンター  
富家在宅リハビリテーションケアサポートセンター  
電話 : 049-264-8811

### 東入間在宅歯科医療支援窓口

電話 : 090-4752-8020

