

仮) 入退院時情報共有・連携の手引き (案)

【目次】

1. 背景（はじめに）・・・・・・・・・・ P.1
2. 入退院時の多職種の動き　・・・・ P.2
3. 多職種連携のエチケット・・・・・・・・ P.3
4. 利用者・ご家族の方へ・・・・・・・・ P.5
5. 退院前カンファレンスについて・ P.6
6. 退院前カンファレンス議題・・・・ P.7
7. サルビー見守りネット活用方法・ P.8
8. 連絡先一覧　・・・・・・・・・・ P.9
9. 連携様式　・・・・・・・・・・ P.10
10. 作業部会名簿・終わりに　・・・・ P.18



幸せつながる健幸都市

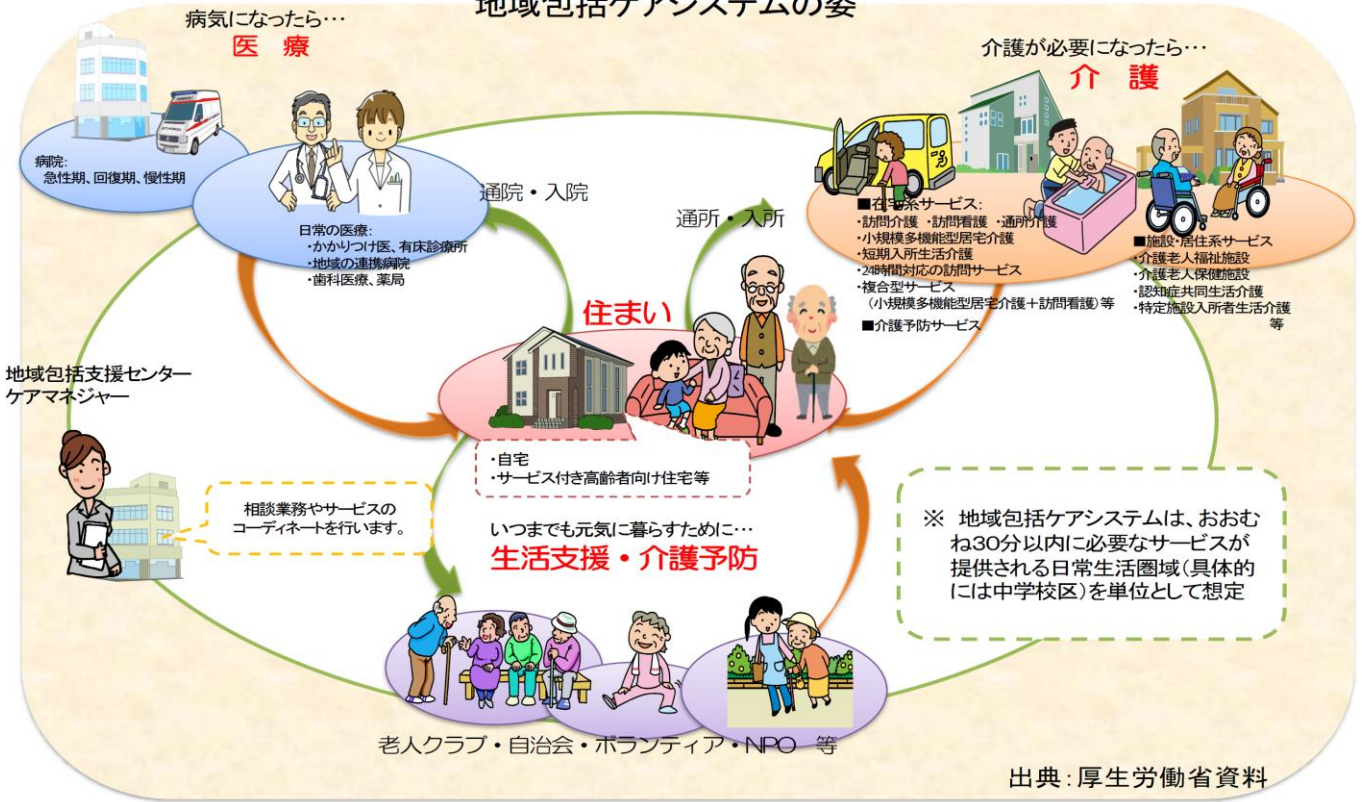
安城

令和5年　〇月

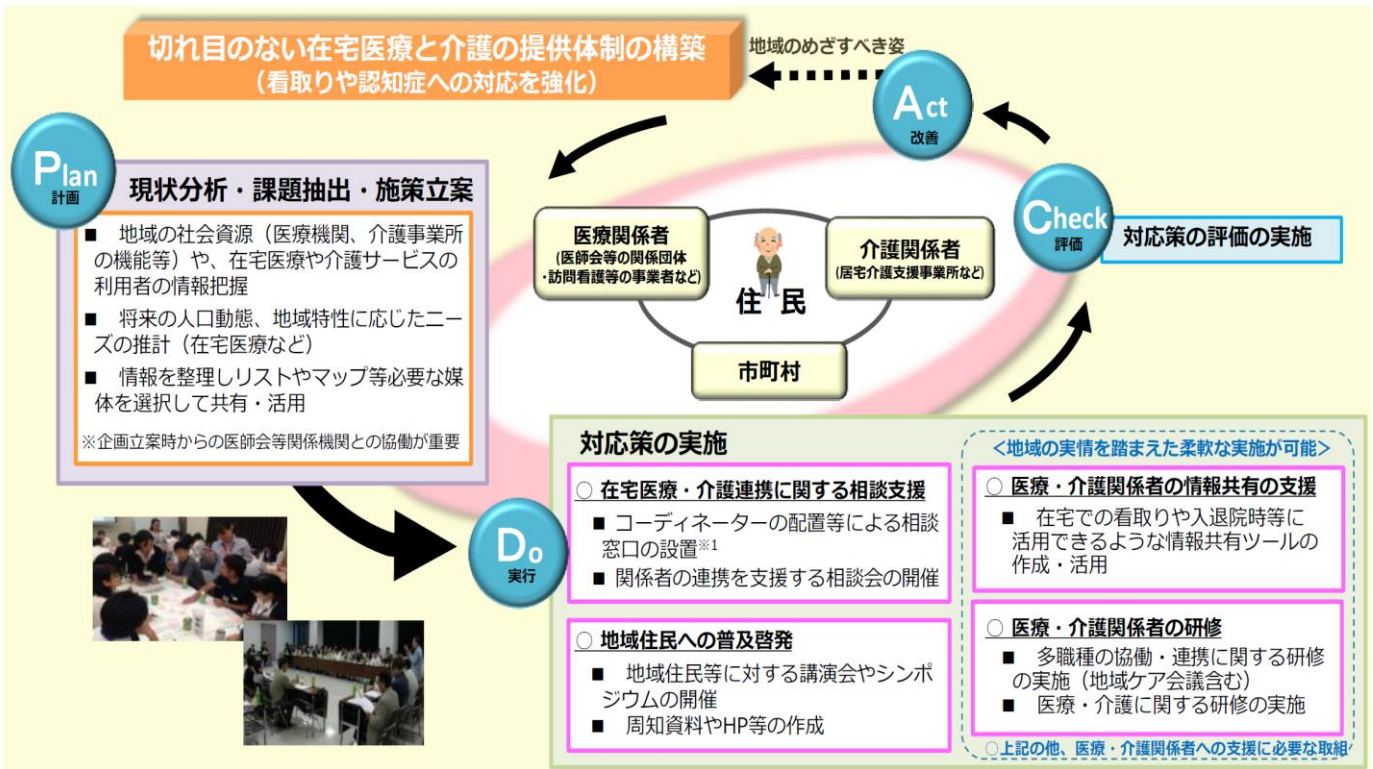
1. 背景 (はじめに)

団塊の世代が後期高齢者となる2025年問題を受け、地域の实情に応じた「地域包括ケアシステム」の構築を国は推進している。また、超高齢・多死社会の到来に向け、高齢者医療においては医療モデルから生活モデルへの転換が求められ、疾病と共に生きること、本人の価値観に基づいた医療介護提供体制が必要とされている。

地域包括ケアシステムの姿



安城市では、切れ目ない在宅医療と介護連携体制を構築するため、看取り体制の目指す姿を「本人が望む場所で、自分らしく最期まで今を生きる」と掲げ、医療、介護、福祉等の専門職が連携し、その実現に向けPDCAサイクルを回し、様々な活動に取り組んでいる。



本手引書について

令和2年度に実施した「安城市における看取り・多職種連携に関するアンケート調査」の結果より、「病院側と在宅側で、入退院時の連携について認識の相違がある」という課題が抽出された。入退院時に多職種が適時・適切に情報共有し、本人・家族の意思決定支援を継続的に行える環境整備が必要と分析し、令和4年度より多職種協働で入退院時の手引書の作成に取り組んだ。

本手引書が、入退院時の多職種連携を円滑に進める上で、**専門職の皆様**に活用頂ければ幸いである。

2. 入院前から退院後の多職種の動き

	かかりつけ医	薬局	訪問リハ・通所リハ	訪問看護	地域包括支援センター	ケアマネジャー	病院	本人・家族	施設	役割	
入院前	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握 在宅サービスの内容確認 紹介入院 <p>診療情報提供書</p> <ul style="list-style-type: none"> 既往歴、現病歴、アレルギー薬剤情報、検査データ、画像情報等添付 	<ul style="list-style-type: none"> 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書の作成 常時、お薬手帳に副作用など重要な情報の記載漏れがないか確認 	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握（転倒、骨折、誤嚥性肺炎等） 主治医・ケアマネジャーへの報告 	<ul style="list-style-type: none"> 受診時の情報提供（外来に付き添う、メモを渡すなど） 入院リスクの把握 主治医、ケアマネジャーへの報告 必要時緊急搬送の調整 薬剤情報の確認（薬局） 	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握 必要時、入院前情報提供の準備 連絡窓口の把握 入院時各事象所へ連絡 困難事例はMSWに連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 入院リスクの把握 入院前情報提供の準備 連絡窓口の把握 入院時各事象所へ連絡 受診付き添い、情報提供、介護タクシー手配 		<ul style="list-style-type: none"> 受付、患者支援センター、入院前情報提供センターにFAXが届く（入院時情報提供書等） 	<ul style="list-style-type: none"> 定期通院、治療継続 介護サービス・医療サービス利用による在宅生活の継続 入院に備えた準備 入院時の連絡先の確認 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーに搬送の連絡 どのような状況であれば、受け入れが可能かどうか病院に伝える 	<p>【かかりつけ医】 なんでも相談できる上、最新の医療情報を熟知して、必要な時には専門医、専門医療機関を紹介でき、身近で頼りになる地域医療、保健、福祉を担う総合的な能力を有する医師。</p> <p>【薬局】 お薬手帳と入院前・退院時の患者の服薬状況等に係る情報提供書などを併用して服薬状況が確認できるようにする。在宅では、お薬手帳、退院前に患者の服薬状況等に係る情報提供書等からの情報を元にシームレスな服薬指導を行う。新たに医療材料などが必要になった場合は供給を行う。</p> <p>【訪問リハビリ・通所リハビリ】 具体的な生活目標を立て、訪問リハビリでは利用者宅にて、通所リハビリでは通所施設にて、生活機能の向上（自宅内での基本的な日常生活動作や家事動作、買い物やバスなどの公共交通機関への乗車などに必要な機能の獲得、疾病の再発予防など）を目指し、支援するサービス。</p> <p>【訪問看護】 健康観察、主治医の指示による医療処置と管理、服薬管理、療養上の世話、リハビリテーション、メンタルケア、意思決定支援、家族支援、緊急時対応。</p> <p>【地域包括支援センター】 高齢者の生活に関する総合的な相談窓口として各中学校区に設置。ひとり暮らし高齢者等の困りごとや虐待などの困難事例の支援、また地域ケア会議の開催等関係機関や地域と連携・協働し対応する。更に介護予防の啓発と、介護保険の要支援認定を受けた方も担当する。</p> <p>【ケアマネジャー】 介護サービスを利用するためのケアプランを作成し、事業所や病院との連携・調整を行う。自宅に訪問し、日頃の様子や困りごとを確認し、生活の改善に向けた提案を行う。</p> <p>【病院】 ○急性期病院 24時間体制で急患や重症な病気に対する治療・手術等を行う。 安城更生病院（3次救急）・八千代病院（2次救急） ○回復期病院 急性期を経過した患者へ在宅復帰に向け、医療とリハビリテーションを行う。 八千代病院（回復期リハビリ病棟・地域包括ケア病棟）※対象疾患や入院期間が定められている。 ○慢性期病院 病状が安定していても医療が必要で、家庭復帰に不安がある方に看護と介護を提供する。 八千代病院（療養病棟）※療養病棟には医療区分がある。</p> <p>【特別養護老人ホーム（特養）】 常時介護が必要で、在宅での介護が困難な方が長期的に生活でき終身利用もできる施設。要介護3～5の認定を受けた方を対象とし、健康管理や生活援助・身体介助などを提供。医療対応が可能な部分もあるので、各施設へ確認が必要。</p> <p>【介護老人保健施設（老健）】 リハビリに重点を置いて、入所・短期入所・通所などのサービスを提供する施設。リハビリ・介護・看護を必要とする、要介護認定を受けた方を対象とする。医師による管理の下、生活機能の維持向上をサポートし在宅復帰を支援する。</p> <p>【グループホーム】 認知症の方が支援を受けながら9人以下の共同生活をする施設。自宅での生活に近いアットホームな環境が用意されている。医療対応が必要な方の受け入れは困難な事が多いが、施設や本人の症状によって対応の可否が変わるため施設に相談が必要。</p> <p>【小規模多機能施設（小多機、看多機）】 利用者の方が、住み慣れた地域で在宅での生活を続けられるよう支援するのが目的の施設。デイサービスやショートステイ・訪問介護といった複数のサービスを組み合わせて生活をサポートする。医療対応は基本的に在宅で可能な範囲。担当のケアマネジャーが在籍しているので確認を。</p> <p>【本人・家族】 疾病予防、生活管理、フレイル予防。生活や医療の意向を専門職に伝える。</p>
入院（急性期）											
入院時		<ul style="list-style-type: none"> 病院より薬剤管理サマリーが送られてくるので記入して返信 			<ul style="list-style-type: none"> 病院へ入院期間など状況の確認 		<ul style="list-style-type: none"> 必要時、薬剤管理サマリーを用いて薬剤情報の照会を行う <p>入院診療計画書</p>	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャー等に入院日入院病棟を連絡 病院スタッフに包括及びケアマネジャー等担当名を伝える 			
入院3日まで	診療情報提供書		<ul style="list-style-type: none"> 必要時口頭にて連絡 入院前ADL 入院前のリハビリ状況 	訪問看護サマリー（事業所毎の書式） ACPに関する内容を記入 望む医療、在宅復帰条件等記入	<ul style="list-style-type: none"> 困難事例はMSWに連絡 	入院時情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> 緊急入院時は後日連絡 <p>退院支援スクリーニング 退院困難要因のスクリーニング</p>	<ul style="list-style-type: none"> サマリー作成、病院へ送付 			
入院4日目～7日まで					<ul style="list-style-type: none"> 病状説明、カンファレンスへの参加 <p>介護保険初回申請の場合は代行申請</p> <ul style="list-style-type: none"> リハビリスタッフと自宅訪問 家屋評価 区分変更の代行申請 	<ul style="list-style-type: none"> 退院支援計画書 介護支援等連携指導料（1回目） 総合リハビリ計画書（入院中1回） 					
退院前	退院時共同指導料1				<ul style="list-style-type: none"> サービス事業所へのカンファレンスの連絡 <p>退院前カンファレンス</p> <p>情報収集（病棟へ） 暫定ケアプラン</p> <p>院内訪問・情報共有・退院後のサービス調整</p> <ul style="list-style-type: none"> 必要時リハビリに立ち会う 	<ul style="list-style-type: none"> 退院時共同指導料2 介護支援等連携指導料（2回目） <p>※どちらかひとつ</p>	<ul style="list-style-type: none"> どのようなケアが必要か確認し退院に備える 				
退院時		<ul style="list-style-type: none"> 退院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書 注意事項などの依頼あり 				退院時情報シート	<ul style="list-style-type: none"> 診療情報提供書 薬剤情報提供書（必要時） 退院サマリー（看護・リハ・ケアマネ等） 訪問看護指示書 退院前訪問指導料（看護、リハ） 福祉用具要否意見書 	<ul style="list-style-type: none"> 管理栄養士、看護師よりサマリーをもらい計画作成する 			
退院											
自宅訪問・サービス担当者会議											
退院後	診療情報提供書	<ul style="list-style-type: none"> 退院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書の内容を参考に服薬指導 病院薬局へフィードバック ※特に心不全など経過観察が必要な疾患においては、来局時毎に状況を報告する。 	<ul style="list-style-type: none"> リハマナ加算 	<ul style="list-style-type: none"> 退院当日の訪問（医療・介護） 医療保険 退院支援指導加算 退院時共同指導加算 			<ul style="list-style-type: none"> 退院後訪問指導料（看護） 				
ケアプラン・予防プラン（必要時事業所間で共有）											
		<ul style="list-style-type: none"> 他科の主治医、ケアマネジャー 地域包括支援センターへ連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問リハビリ計画書、報告書 	<ul style="list-style-type: none"> 訪問看護計画書、報告書 	<ul style="list-style-type: none"> 困難事例等医療機関へフィードバック 		<ul style="list-style-type: none"> 病院のMSW・退院調整看護師へ在宅の様子をフィードバック 困ったことをMSW・退院調整看護師へ報告 				

※書類関係

3. 多職種連携のエチケット

連携はこころくばり（思いやり・歩み寄り・対話）から・・・

【すべての職種に共通するエチケット】

相手の立場を考えて！以下の内容を心がけよう。

<p style="text-align: center;">時間の意識</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 電話でも、面接でも、会議でも、時間が限られていることを意識する。 	<p style="text-align: center;">名前はフルネームで</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 連絡をする際、事業所・氏名はフルネームで伝える。本人や主治医の名前も同様に伝える（記載する）。
<p style="text-align: center;">お互いの視点を大切に</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病歴や服薬状況、生活面を含めて本人の情報を伝えると円滑な支援に繋がる。 <p>*覚え方のポイント「いろはにすめし」 (い)：移動、(ろ)：風呂、(は)：排泄、 (に)：認知症、(す)：睡眠、(めし)：食事</p>	<p style="text-align: center;">連絡時のマナー</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 内容をまとめてから連絡する。 * 結論から簡潔に伝えること。 * 5W1Hを意識すること。 ● お互いに都合の良い連絡方法を確認する。 (電話・FAX・メール・サルビー見守りネット) ● 相談窓口、対応時間帯等に配慮する。
<p style="text-align: center;">分かりやすく</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 専門用語は使わず、分かりやすい表現で伝える。 ● 書類は箇条書きにする等工夫する。 	<p style="text-align: center;">担当不在時の対応</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 代理の職員を決めたり、連絡があったことを後日担当者に伝える等、連絡体制を整える。

【医療機関の入退院に関わるスタッフの方へ】

ケアマネジャーは本人の**日常**を、医療機関は**非日常**を支えていることを意識しよう。

<p style="text-align: center;">ケアマネジャーへの連絡はなるべく早く</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 退院の目途が立ち次第、ケアマネジャーに速やかに連絡をすること。退院前カンファレンスの日程がいつ頃になるのか連絡があると、サービス調整等のスケジュールが組みやすくなる。 ● 在宅医療・福祉サービスは、手配から提供までに時間がかかるものもある。特に、退院前カンファレンスを開催しない場合は、連絡すること。 	
<p style="text-align: center;">地域包括支援センターを活用する</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 要介護区分状態が「要介護」か「要支援」か判断に迷う場合は、本人の住所地を担当する地域包括支援センターに相談するとよい。 	
<p style="text-align: center;">退院前カンファレンス</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 様式（例）の活用で、カンファレンスの円滑な進行と退院準備を目指す。 ● 関係職種へ連絡し、医療介入が多い場合は訪問看護師が出席できるよう調整する。 	<p style="text-align: center;">訪問診療が必要な場合</p> <ul style="list-style-type: none"> ● かかりつけ医に訪問診療について相談する。 <p>* かかりつけ医が訪問診療を行わない場合は在宅医療サポートセンターに相談する。</p>
<p style="text-align: center;">退院前に本人や家族等へ介護指導・栄養指導をする</p> <ul style="list-style-type: none"> ● 病院で実施した指導状況を、在宅サービス事業所へ情報提供する。 	

【在宅サービスに関わるスタッフの方へ】

情報提供の方法

- 複数の事業所が関わっている場合、電子連絡帳（サルビー見守りネット）等を活用し、情報共有をする。
- お互いに都合の良い連絡方法（電話、FAX、メール、サルビー見守りネット等）や相談窓口、対応時間帯等を確認する。

訪問時間を守る

- 訪問時間が遅れて他のサービスと重なると、報酬算定が難しくなる場合がある。
- 訪問時間の変更等の調整は、分かり次第早めに連絡をする。

本人の状態悪化時の対応

- 緊急を要する状態の時は、介護サービス事業所へ連絡する。
- 事前に、緊急時の連絡先や対応方法等、家族と相談しておく。

担当者会議

- 介護サービス事業所をはじめ、かかりつけ医、薬剤師等も在宅支援チームの一員である。感染対策などで担当者会議の開催や参加依頼をためらう場合などがあるが、本人に関する意思決定支援など情報共有を図る機会として、会議を開催する。

看取りの支援

- 在宅看取りが近づくと、家族の気持ちは大きく揺らぐが、その気持ちを理解し、共有しながら本人、家族を支援する。
- 看取り時は特に配慮しながら、密に情報共有を図る。

今後のために

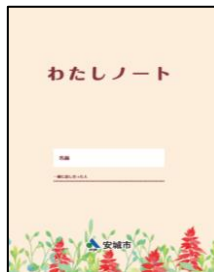
- 本人が元気な時から「もしもの時」にはどのような支援を望むのか、家族も含めて話し合っておく。
* 『ACPマニュアル※1』・『わたしノート※2』を活用するとよい。

※1 ACPマニュアル（専門職向け）
ACPの概念、実践方法についてまとめた冊子



↑詳細はこちらを確認

※2 わたしノート（市民対象）
もしもの時に備えて、本人の想いや価値観などを書き留めておく冊子



↑詳細はこちらを確認

4. 本人・家族等へ伝えて欲しいこと

本人に、切れ目ないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送るために、以下の点について説明する。

①利用者が入院した場合

- 1) 病院へ「保険証・お薬手帳・介護保険証」を提示する。現在服用している薬があれば持参する。
- 2) 急な入院の場合、できるだけ早く担当ケアマネジャー（または地域包括支援センター）に連絡する。
- 3) 病院へは「担当ケアマネジャー（または地域包括支援センター）」がいることを連絡する。
（例）担当ケアマネジャーの名刺など連絡先が記載されたものがあれば持参する。

②病院から何らかの説明があった場合

- 1) 担当ケアマネジャー（または地域包括支援センター）に連絡する。（特に病状や退院の目安など）
- 2) 退院の目処が立ったら、担当ケアマネジャーを病院に呼んでもらうことなど、家族等から病院に願する。

個人情報の使用について

※個人情報の保護に関する法律に留意

本人の個人情報の安全性の確保・保管・管理に十分な配慮及び適切な処置を講じ、個人情報の保護に努める必要がある。

<使用する目的>

介護サービス（または介護予防サービス）等の調整のために、医療機関や入所施設等から必要な情報を取得及び提供する。

<個人情報を使用する事業所>

- 1) 病院、診療所、救急隊
- 2) 居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
- 3) 介護サービス（または介護予防サービス）支援計画表に記載されているサービス事業所・施設等
- 4) 援助を行う業者、支援者、公的機関等

<利用条件>

- 1) 個人情報の利用は必要最小限の範囲とすること
- 2) 個人情報を使用した会議、提供先等を記録すること

引用元を記載する？

5. 退院前カンファレンスについて

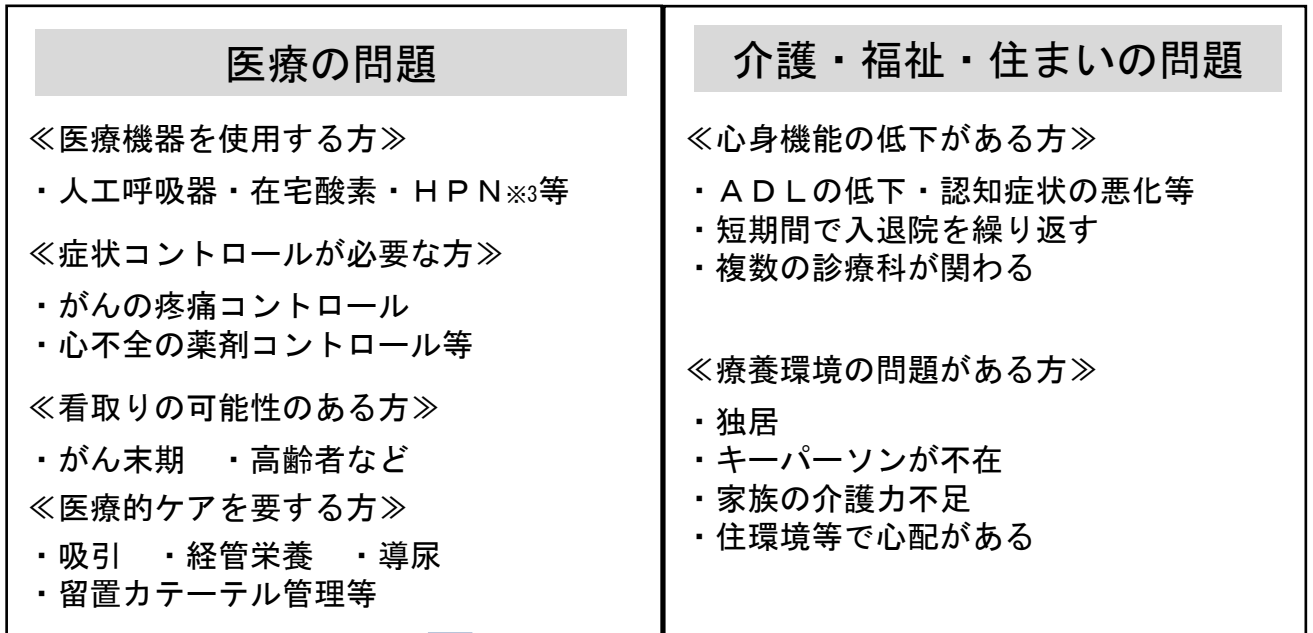
＜退院前カンファレンスの目的＞

退院後に安心・安全な療養生活が送れるよう、退院前に病院・在宅の関係職種が集まり、本人の状況等を共有し退院後の医療・ケアに活用する。

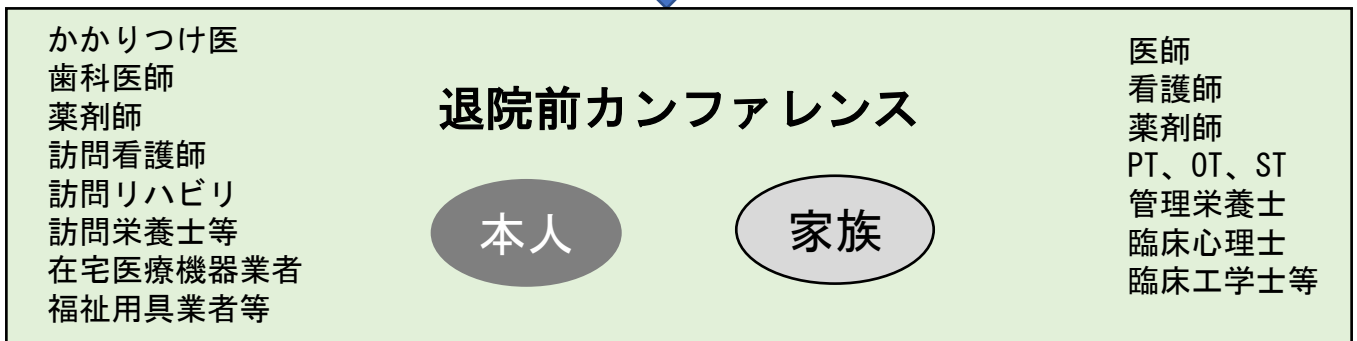
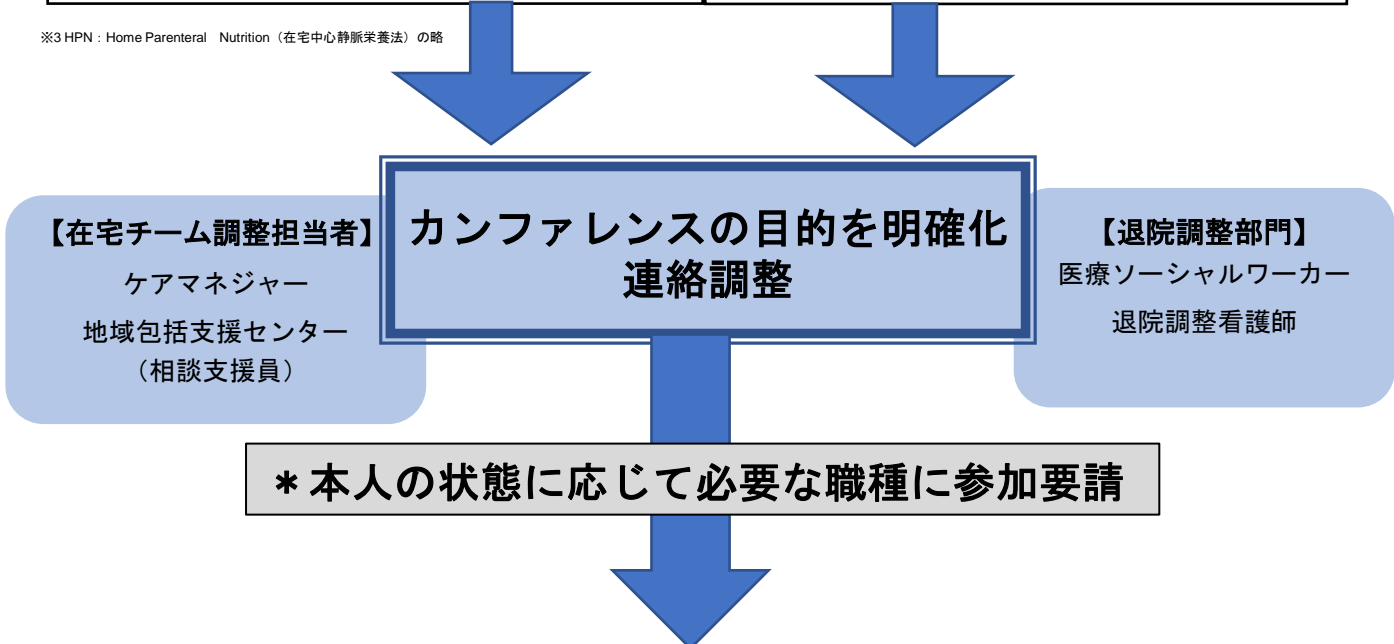
＜開催基準＞

医療・介護・福祉などの問題がある人を対象とする。

※下記に該当しても、入院前と状態や状況に変化がなければ、退院前カンファレンスを行わない場合もある。



※3HPN：Home Parenteral Nutrition（在宅中心静脈栄養法）の略



退院前カンファレンスに参加するにあたって押さえておきたいポイント

- ①開催場所・時間の確認、所要時間を決定する。
 - ②参加メンバーを確認する。
(参加メンバーへの連絡は病院もしくはケアマネジャーのどちらが行うかを決めておく。)
 - ③議題を整理する。
 - ④ケアプランの案や住宅の見取り図・写真等必要に応じて準備する。
- * 病院によっては、病棟に上がる前に手続きが必要な場合もある。(事前に確認する。)

6. 退院前カンファレンス議題

- 退院後、在宅で生活する際に本人・家族にとって必要な情報を病院が提供し、在宅側が準備を行うことで、安心して在宅療養を行える体制を共有することが重要である。
- 退院前カンファレンスでは、限られた時間の中で漏れなく、必要な議論ができることが重要である。
退院前カンファレンスで話し合う項目を様式例として掲載した。
(様式はサルビー見守りネット：「資料」様式に掲載。)
- 本様式はカンファレンスに参加するメンバーがメモとして使用しても差し支えない。
- 退院時共同指導料・介護支援等連携指導料等算定時、各病院の書式で本人に文書を提供する場合もある。

退院前カンファレンス（様式例）

患者氏名：安城花子

日時：令和〇年〇月〇日〇〇時～ 場所：〇〇病院△△病棟

出席者：〇〇〇〇、△△△△、□□□□、××××

議題

1. 自己紹介
2. 現在までの経過、治療方針、病病説明の内容、服薬状況について
3. 入院中のADLやリハビリの状況、栄養管理について
4. 入院中のケアや医療処置について
5. 病院側への質疑
6. 患者・家族の思い
7. 退院後のケアプランについて
※緊急時の対応や相談窓口
8. 退院日の決定
9. 終了

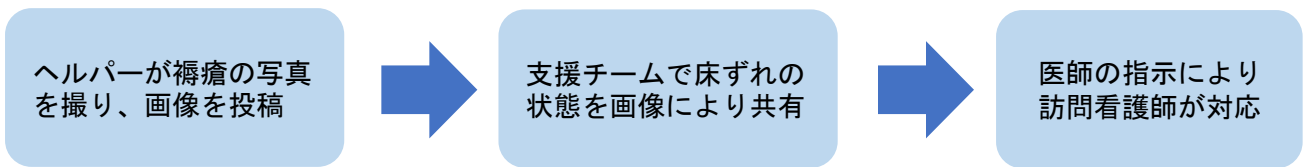
※所要時間は30分以内を目指す

7. サルビー見守りネットの活用

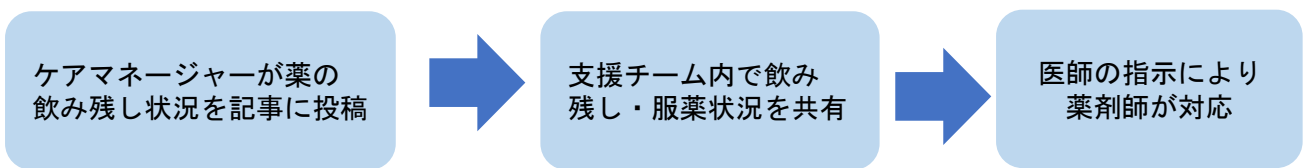
- 在宅医療・介護の現場においては、サービス事業所間の、タイムリーな情報共有が困難である。
- サルビー見守りネットでは、セキュリティの確保された安心・安全なシステム環境のもと、在宅療養者に関わる多職種の支援チームが、記事投稿や画像添付等の情報共有を図り、迅速な対応や質の高いサービスを提供することができる。（※利用には本人の同意が必要。）

【サルビー見守りネットによる情報共有例】

ケース1 ～ ヘルパーが「床ずれ」を発見 ～



ケース2 ～ ケアマネジャーが「薬の飲み残し」を発見 ～



【サルビー見守りネット 患者機能画面】

患者機能画面のスクリーンショット。左側のメニューには「患者」が赤い円で囲まれている。上部には「患者一覧」と「患者タイムライン」のタブがある。患者タイムラインには「PAK (安城市役所)」からの投稿があり、「新しい」と「古い」のラベルが付いている。投稿内容には「テスト 患者」の情報が共有されていることが示されている。

※サルビー見守りネットやその他関連情報は、サルビー見守りネットポータルサイトを確認。
 (URL <https://ptl.ijj-renrakucho.jp/anjo/>)



↑詳細はこちらを確認

8. 連絡先一覧

「安城市内病院、有床診療所（順不同）」

（令和5年3月現在）

病院名・住所	入退院時・在宅療養者連絡窓口	
安城更生病院 〒446-8602 安城市安城町東広畔28	担当部署	医療福祉相談室（ソーシャルワーカー）
	電話	0566-75-2111（代表）
	FAX	0566-75-2523
	連絡可能 時間・曜日等	月～金 8：30～17：00
	備考	担当者は入院後に決まることが多いので、まずは医療福祉相談室にご連絡ください。
八千代病院 〒446-0072 安城市住吉町2-2-7	担当部署	患者支援センター
	電話	0566-33-9064
	FAX	0120-811-814
	連絡可能 時間・曜日等	月～金 8：25～17：00 第2・4・5土 8：25～13：00
矢作川病院 〒444-1164 安城市藤井町南山141	担当部署	医療相談室
	電話	0566-99-3171（代表）
	FAX	0566-99-5287
	連絡可能 時間・曜日等	月～土 9：00～17：00（祝日除く）
	備考	主な診療科：精神科
松井整形外科 〒446-0021 安城市法蓮町8-11	担当部署	看護師長
	電話	0566-75-1177
	FAX	0566-55-5503
	連絡可能 時間・曜日等	月～金 9：00～17：00

その他の地域資源

- 『ハートページ』
（介護保険総合案内・介護サービス事業所リスト）



↑ 詳細はこちらを確認

- 『サルビー見守りネット（電子@連絡帳）』
※詳細は7ページを参照。



↑ 詳細はこちらを確認

9. 連携様式

病院と在宅で、医療・介護・福祉に関する患者の情報を適時・適切に利用できるよう、現在、職種や施設で様々な様式が作成されている。内容を理解し、活用できるよう本作業部会にて検討し、記載ポイントをまとめた。施設間で統一されていない文書については推奨項目を掲載したので参考にして頂きたい。

- 入院時情報提供書（ケアマネジャー→病院） P. 11
- 入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書 P. 13
（かかりつけ薬局→病院）
- 退院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書 P. 15
（病院→かかりつけ薬局）
- 退院・退所時情報記録書（ケアマネジャー用） P. 17
- **医療機関や職能団体が定める独自様式** P. 18
（医師・**薬剤師**・看護師・リハビリ・施設）

入院時情報提供書

医療機関 ←

居宅介護支援事業所

医療機関名:

事業所名:

ご担当者名:

ケアマネジャー氏名:

TEL:

FAX:

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	歳	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
住環境 ※可能なならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅): ___階建て。 居室___階。 エレベーター(有・無)					
	退院に向けて医療機関に伝えたい環境等を記載する。 (例: 玄関前に2段階あり)					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要介護(有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日)					
	<input type="checkbox"/> 申請中(申請日 月 日)		<input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 月 日)		<input type="checkbox"/> 未申請	
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 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 type="checkbox"/> IIb	<input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居					
	<input type="checkbox"/> その他()					
主介護者氏名	(続柄)	歳	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄)	歳	(同居・別居)	TEL		

ジェノグラム

主介護者・キーパーソン同じ可能性もある。

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等						
本人の生活歴						
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照					
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照					

居宅サービス計画を送付した場合、空欄の可能性もある。
 その際は、別添の居宅サービス計画(第一表)を確認する。

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	<input type="checkbox"/> 同封の書類をご確認ください <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他()					
-----------------	---	--	--	--	--	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	在宅生活に必要な身体機能等を記載する。					
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子世代と同居			(家族構成員:)名		
	<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他					
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()					
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名:)			続柄: 歳		
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない					
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					
特記事項	家族の介護状況、家族対応での注意点等を記載する。					

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	希望あり	希望なし	具体的な要望
「退院前カンファレンス」への参加	希望あり	希望なし	具体的な要望
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	希望あり	希望なし	具体的な要望

*=診療報酬 退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 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		軽度	褥瘡の有無と部位		なし	部位	
A D L	移動	自立	移動(室内)		その他		
	移乗	見守り	移動(屋外)		歩行器		
	更衣	一部介助	起居動作		見守り		
	整容	全介助	入院前の状況を記載する。				
	入浴	見守り					
	食事	見守り					
食事回数		回/日 朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃					食事制限
食事内容	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー		UDF等の食形態区分			
	摂取方法	トロミ剤の使用と種類		水分制限	<input type="checkbox"/> あり ml <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明		
	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 部分入れ歯	
口腔	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	排尿	見守り	ポータブルトイレ		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
排泄*	排便	見守り	オムツ/パッド		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時		
	睡眠の状態		眠剤の使用		薬剤名		
喫煙		本 くらい/日		飲酒	日本酒 <input checked="" type="checkbox"/> ml くらい/日		
コミュニケーション能力	視力	やや難あり	眼鏡		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	聴力	やや難あり	補聴器		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	言語	問題なし	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					
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()					
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()					
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり	理由	期間	年 月 日 ~ 年 月 日		
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*		<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 ()					

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理	管理者	管理方法
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項		必要に応じて、内服薬以外の薬剤情報も記載する。 お薬手帳などのコピーが送付される可能性もある。	

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療
		頻度	()回 / 月

*=診療報酬 退院支援加算1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

入院前の患者の服薬状況等に係る情報提供書

入院先医療機関名：

担当者： 様

令和 年 月 日

情報提供元保険薬局の所在地及び名称

電 話

(FAX)

保険薬剤師氏名

月 日より入院予定の下記患者について、情報提供致します

患者氏名	性別（男性・女性）	生年月日	年 月 日生（歳）
------	-----------	------	-----------

1 受診中の医療機関、診療所等に関する情報

番号	保険医療機関名	診療科	備考

2 現在服用中の薬剤

※用法用量を参照すべき場合等については、必要に応じて手帳等の写しを添付

「1」の処方医療機関の番号	医薬品名 ※後発品はメーカー名も記載	用法・用量	服用開始時期	処方状態（一包化・簡易懸濁・粉砕等）	入院時持参予定数量（錠、包、カプセル等）	備考 ※自己調節で服用等の情報を記載
	規格・剤型も正確に記入。					

中止期間も記載。

保険医療機関からの指示による 入院前中止薬	
--------------------------	--

2022年度安城市薬剤師会作成（厚労省版一部改変）

3 患者の服薬状況（患者のアドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 ※家族、介助者の場合は具体的な管理者（妻、ヘルパーなど）も記載すること	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 介助者() <input type="checkbox"/> その他()	残薬の状況・飲み忘れしやすい時間帯・飲みたくない理由等注意している内容について記載。
服薬状況に関する留意点		
患者が容易に又は継続的に服用できるための技術工夫等の調剤情報	一包化、粉碎、簡易懸濁、保管条件（遮光、防湿など）も記載。	

4 薬剤による副作用・アレルギー歴

被疑薬	症状等	発現時期

5 併用薬剤等（要指導・一般医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報

	常用しているものを記載。
--	--------------

6 その他

	かかりつけ薬剤師、よく利用する薬局名が分かれば記載。
--	----------------------------

【記載上の注意】

- ・受診中の医療機関、診療科等の情報については、必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること
- ・必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること

入院医療機関からの指示による 入院中の中止薬	中止期間も記載。
---------------------------	----------

3 患者の服薬状況（患者のアドヒアランス及び残薬等）

服薬管理者 ※家族、介助者の場合は 具体的な管理者（妻、ヘルパー など）も記載すること	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族() <input type="checkbox"/> 介助者() <input type="checkbox"/> その他()	残薬の状況、飲み忘れしやすいタイミング、 飲みたくない理由等があれば記載。
服薬状況に関する留意点		
患者が容易に又は継続的に 服用できるための技術工夫等の 調剤情報		一包化、粉碎、簡易懸濁、保管条件（遮光、防湿など）も記載。

4 薬剤による副作用・アレルギー歴

被疑薬	症状等	発現時期

5 併用薬剤等（要指導・一般医薬品、医薬部外品、いわゆる健康食品を含む）の情報

	常用しているものを記載。
--	--------------

6 その他

	かかりつけ薬剤師、よく利用する薬局名が分かれば記載。
--	----------------------------

【記載上の注意】

- ・受診中の医療機関、診療科等の情報については、必要に応じて、備考欄に受診・通院目的を記載すること
- ・必要に応じて、手帳、血液検査の結果の写しなどを添付すること

CMが医療機関から情報を得て記入する用紙
(医療機関への提出は不要)

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 (□ 要区分変更)		
	氏名	様	男・女	歳	□要支援 ()・要介護() □申請中 □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	□通院 □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()		
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ()					
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず					
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他 ()				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)		義歯	□なし □あり(部分・総)		
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用: □なし □あり			
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助					
	睡眠	□良好 □不良 ()				眠剤使用 □なし □あり	
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ()					
	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 : □あり □なし				
		<本人> 退院後の生活に関する意向	原則ケアマネジャーから本人・家族へ確認。コロナ等の事情により面会困難な時は、医療機関に確認する。				
<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							

ケアマネジャーが医療機関に確認したい情報を記載。カンファレンスの場で情報共有する。

原則ケアマネジャーから本人・家族へ確認。コロナ等の事情により面会困難な時は、医療機関に確認する。

2. 課題認識のための情報

退院後に必要な医療的な視点、在宅生活に必要な要件等の情報を確認する。

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射 () □その他 ()				
	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他 ()				
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他 ()				
	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						
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	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。					
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	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

医療機関や職能団体が定める独自様式 (医師・看護師・リハビリ・施設)

* 入退院に関わる多職種が情報連携を行う際に、医療機関や職能団体によっては、独自の様式を定めていることがある。現在使用している様式を使用しながら、よりよい情報共有を行うために作業部会で意見交換し、推奨するポイントをまとめた。参考にして頂ければ幸いである。

* 独自に定める様式の一例

様式名	連携		目的・用途
	発信者	受信者	
診療情報提供書	主治医	他の医師	担当患者の診療情報を提供するため
薬剤管理サマリー	病院	かかりつけ薬局	入院患者の服薬情報を照会するため
訪問看護サマリー	訪問看護師	病院	在宅での経過・継続課題について情報提供するため
リハビリ紹介状	リハビリ職員	リハビリ職員	療法士間でリハビリ支援経過について情報提供するため(多職種にも共有)
看護サマリー	看護師	看護師	看護を必要とする人の健康問題の経過、情報を要約したものである。 <small>【引用】日本看護協会「看護記録に関する指針」</small> (多職種にも共有)

【推奨項目】

● 診療情報提供書

診断名、既往歴、症状、治療経過、現在の処方、検査結果、留意事項(アレルギー等)

● 薬剤管理サマリー 安城市薬剤師会推奨

日本病院薬剤師会作成 薬剤管理サマリー(改訂版)に準拠する内容

URL <https://www.jshp.or.jp/banner/youshiki.html>

● 訪問看護サマリー

退院時に期待する状態(例:トイレに行ける状態、階段を登れる状態等)

● リハビリ紹介状(サマリー) ※安城地域リハビリネットワークの推奨項目

- 個人・環境因子: パーソナリティ、家族構成、家庭内役割 など
- リスク管理: 転倒歴、呼吸循環、栄養状態、危険行動、食形態 など
- 機能評価/治療経過
- その他: 提供単位数 ○単位/日 など

● 看護要約(サマリー) *訪問看護サマリー・施設サマリーを含む

看護要約における共通項目

基本情報 : 氏名、年齢、性別、生年月日、電話番号、入院日・退院日、連絡先、主治医、家族のサポートの有無、キーパーソン

医学的情報 : 現病歴、アレルギーの有無、既往歴、**症状発生日**、感染症の有無、薬剤禁忌の有無、利用前後の経過(在宅・病院・施設)、医療処置・管理、病気への告知の有無、服薬状況

ケア情報 : 食事(食形態、介助の有無や見守りの有無、咀嚼や嚥下状態、とろみの状況など)移動、基本動作、整容、清潔、歩行、階段昇降、更衣、排せつ、睡眠、行動制限等ADLの状況

「意思決定支援」に関する情報

病気や治療に対する本人・家族の受け止め方・意向

継続課題 : 具体的に申し送りたい内容を簡潔にまとめる

* その他病院との連携に必要な書類

- 医療介護連絡票
- その他連絡票
- 軽度者に係る福祉用具貸与費の例外給付について様式はサルビー見守りネット 様式に掲載



サルビー見守りネット様式
QRコード

10. 入退院時情報共有・連携ルール作業部会名簿

(令和5年3月現在)

	所属	氏名	職種
会長	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	前田 美都里	社会福祉士
副会長	社会福祉法人愛生館在宅介護センター ケアプランセンターひまわり・安城	渡邊 祐己	主任介護支援専門員
	あおい薬局	服部 宏明	薬剤師
	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	永井 知直実	保健師
	社会医療法人財団新和会 八千代病院	牧野 希	社会福祉士
	社会医療法人財団新和会 八千代病院	坂田 徳一	看護師
	社会医療法人財団新和会 八千代病院	小笠原 巧	理学療法士
	医療法人安祥会 松井整形外科	松波 恵美子	看護師
	日だまり訪問看護ステーション	山田 万理	看護師
	医療法人仁泉会 池浦ケアプラン	中根 まゆみ	主任介護支援専門員
	安城市地域包括支援センター更生	青木 秀二	社会福祉士
	地域密着型特別養護老人ホーム こころくばり	杉浦 光亮	生活相談員
オブ ザーバー	鳥居医院	鳥居 正芳	医師
	愛知県厚生農業協同組合連合会 安城更生病院	小口 武	医師
事務局	安城市高齢福祉課		
	安城市在宅医療サポートセンター		

* 順不同、敬称略

終わりに（鳥居先生にコメントもらう）

あああ

仮) 入退院時情報共有・連携の手引き (案)

令和5年〇月

制作 入退院時情報共有・連携ルール作業部会
安城市高齢福祉課
安城市在宅医療サポートセンター

協力機関 安城市地域ケア推進会議

安城市地域ケア推進会議を構成する部会

病院部会 医師会部会 歯科医師会部会 薬剤師部会

訪問看護ネットワーク部会 リハビリネット部会

ケアマネット部会 デイネット部会 施設部会

ヘルパーネット部会 グループホーム部会

小規模多機能部会 住まい部会 地域支援部会

保健福祉部会

安城更生病院

八千代病院



安城市は持続可能な開発目標(SDGs)を支援しています。