

**大津保健医療圏域における
病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き**



平成27年6月(第1版)

令和8年1月(第2版)

大津市保健所地域医療政策課

～ 目 次 ～

1	はじめに	P 1
2	入退院支援における病院とケアマネジャーの連携	
	①介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合	P 2
	②新たに介護保険サービスを利用する場合	P 3
3	使用するシート	P 4
	①入院時情報提供書（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）	P 5
	②退院に向けてのききとりシート（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）	P 10
	③看護情報提供書	P 17
4	運用にあたっての補足説明	P 27
5	参考資料	P 29
	①15病院窓口等一覧	P 30
	②15病院の機能	P 31
	③地域包括支援センター一覧	P 32
	④ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報共有に ついてのお願い（平成26年度医療介護連携実証事業作成）	P 33
	⑤退院支援シート（平成26年度医療介護連携実証事業作成）	P 35
	「大津保健医療圏域における病院と介護支援専門員の入退院支援の手引き」 作成のための取組み経過	P 36

1 はじめに

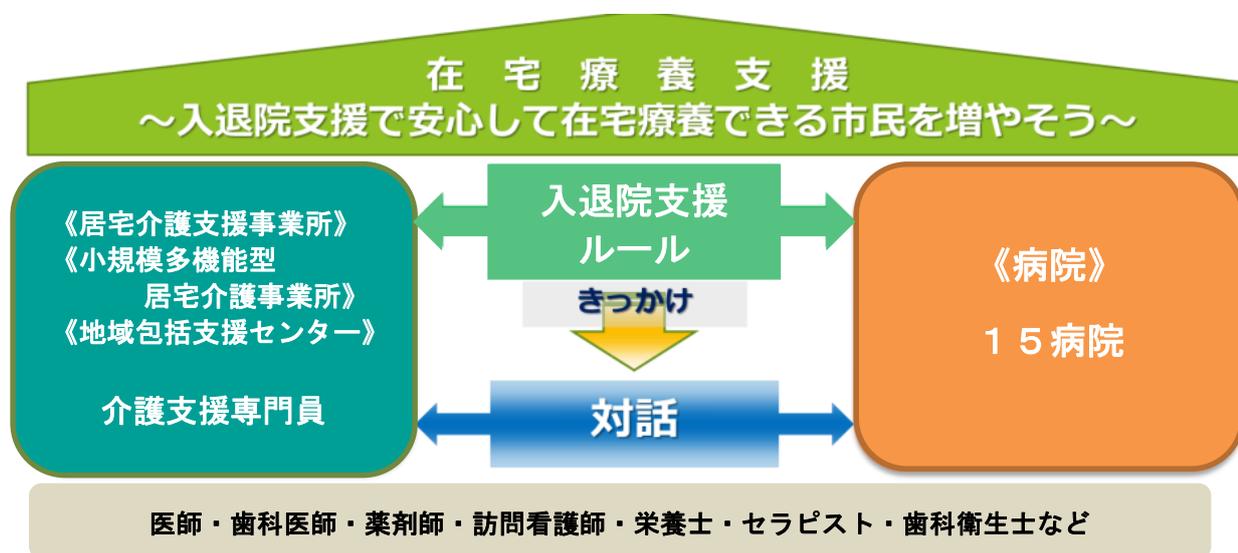
日本全国で進む高齢化に伴い、医療と介護の連携がこれまで以上に重要な課題となっています。大津市でも全国同様に、脳血管疾患の後遺症や骨折に伴う活動能力（ADL）の低下、慢性疾患の療養といった理由から、病院と在宅を行き来しながら生活を続ける方が増えています。このような状況の中、医療と介護のスムーズな連携は、御本人・御家族が安心して在宅療養を行う上で欠かせないものとなっています。

平成26年6月のケアマネジャーへの調査における、ケアマネジャーが担当する方のうち入院された方の約50%、退院された方の約40%について病院とケアマネジャーとの連携がなかったという結果を受けて、双方が共通して運用できる「入退院支援のルール」を作成しました。

こうした取り組みから生まれた連携モデルは、大津市の医療・介護関係者が一丸となって地域を支えるための土台となり、令和6年度末現在、入院時・退院時ともに95%を超える連携につながっています。

地域における医療と介護が効果的に連携するためには、現場の一人ひとりがコミュニケーションを取り合い、課題解決へつなげていく仕組みが不可欠です。これによって利用者や患者が必要な支援を受けながら安心して暮らし続けることが可能になります。

一人でも多くの方が安心して在宅療養を継続できるよう、病院担当者、ケアマネジャーの皆様におかれましては、この手引きを活用いただき、入退院支援及びその後の療養生活をより充実させることにお役立ていただけますようお願い申し上げます。



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

病院の役割（カンファレンス：「CF」と表記）

（入院時の基本情報の把握）

○予定入院で可能な場合、入院前に入院時情報提供書の提出を依頼する。（FAX可）

（入院時の基本情報の聞き取り）

○担当CMの有無、介護保険サービス利用状況を確認 ※CMあり⇒本人・家族へCMへの入院連絡を依頼。本人・家族が不可能なら病院から連絡 ※CMありでも在宅生活困難な場合は家族等と相談の上、入退院支援担当者にご相談

（入院時情報提供書の活用）

○入院時情報提供書が届かない場合、CMに連絡
○入院時情報提供書により「入院前の身体・生活状況」「家族や支援者の状況」「在宅サービスの状況」等について聞き取り・共有
○本人・家族への病状説明時の同席の可否や外出・外泊、退院前CF実施の方針があれば伝える。
○入院時情報提供書を受け取り、病棟NS他の院内他職種で共有する。
○転院時は入院時情報提供書を添付する。

（退院見込みの連絡とCMとの面談）

○退院見込みが出た時点で担当CMに連絡する。急性期病院では退院調整開始時より担当CMに連絡する。
○CMより電話や病院訪問があれば調整
○治療状況、退院の見込み、退院後に予測される療養上の課題について情報共有する。
○本人・家族への病状説明時の同席の可否や外出・外泊、退院前CF実施の方針があれば伝える。
○必要時、リハ担当者や栄養士等の病院専門職とCMの情報共有の場を設定→面談時は介護支援等連携指導料初回算定

（外泊・外出）退院前訪問指導料算定

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

（退院予定の連絡と退院前CF開催）

○退院予定が決まり次第CMに連絡し退院前カンファレンスの必要性の確認と日程調整
○退院前CFの実施の要否は病院担当者とCMで調整
○CFにおいて【退院時情報提供書（退院支援のために共有したい情報一覧）】を作成し情報提供→介護支援等連携指導料2回目もしくは退院時共同指導料2算定、CMにケアプランの写しを送付してもらうよう依頼する。

（退院時）

○退院時情報提供書（状況に応じて看護サマリ、リハビリサマリ等）により情報提供

（退院後）（継続受診者で）

○独居、高齢等の社会的要因ありの方で状態の変化・受診中断があった場合、CMに連絡

在宅療養
（入院前）

入院

「病院がCMを把握」又は「CMが入院を把握」のどちらか早い方が相手にアプローチする

入院時
CM病院訪問
情報共有

退院前
（見込み）
CM
病院訪問
課題の
すりあわせ

退院決定
まで

退院決定
～退院

退院

在宅療養

ケアマネジャーの役割（ケアマネジャー：「CM」と表記）

○普段から家族に「入院したら電話をください。病院に担当CMの名前を伝えてください」と伝えておく。

○担当CMの情報が病院にスムーズに伝わるよう、名刺を保険証類と一緒にしておく。

（入院時情報共有）

○入院時情報提供書を作成しFAX、訪問等で提供
（FAXの場合は受取確認が必要。原則、後日原本を持参もしくは郵送する。）
※できれば入院当日、少なくとも3日以内
○必要に応じて家族への病状説明に同席できるか確認

（病院訪問）

○入院時情報提供書を渡し、口頭でも補足
○聞き取りシート等を用い聞き取り、今後予測される課題（サービスの変更の有無等）を検討しケアプラン原案を作成する。
○「退院の見込み」が決まったら連絡してもらうよう依頼

（外泊・外出時の訪問）

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

（退院前カンファレンス）

○病院から日程調整の連絡があれば出席
⇒必要があればサービス事業所等支援者の同席を調整
○ケアプラン原案を持参し退院後の方針について決定

（退院時）

○次回受診日確認
○文書での情報提供依頼
（看護サマリ・リハビリサマリ・紹介状等）

（退院後）

○ケアプランの提出
○日頃の情報共有・連携

2 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携

②新たに介護保険サービスを利用する場合

病院の役割（カンファレンス）：「CF」と表記）

ケアマネジャーの役割（ケアマネジャー：「CM」と表記する）

○退院予定であるが、以下の連携の基準に該当するなど、退院困難な要因を有する場合、本人・家族に介護認定の申請を勧める。

○病棟または入退院支援担当者や地域連携室よりあんしん長寿相談所または居宅介護支援事業所へ連絡し、今後の対応について協議

○要支援と予測される・対応に悩む場合⇒あんしん長寿相談所へ連絡

○明らかに要介護と予測される場合⇒居宅介護支援事業所へ連絡

○介護保険対象外→別紙相談窓口

連携の基準

○立ち上がりや歩行に介助・補助具（手すりを含む）が必要

○食事に介助が必要

○排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中

○認知症の周辺症状や全体的な理解の低下

○在宅では、独居かそれに近い状況で、買い物、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要

○自宅の段差やトイレの場所など、環境調整が必要

○（ADLは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（経管栄養、吸引、透析、インスリンなど）が追加された方

○退院後続けて受診が必要であり、受診に介助や往診が必要

○肺炎や、病状の悪化による入退院の繰り返し

○服薬継続で支援が必要

○高齢者虐待・介護放棄、ヤングケアラーなどが疑われるとき

○その他、退院後の生活に不安を感じる時

入院中

病院から連絡を受けた、あんしん長寿相談所または居宅介護支援事業所は、概要を確認したうえで、病院への訪問等対応方法について検討し返答する。

（担当依頼の連絡後）

○本人家族面談・病院担当者との面談
・病状や本人家族の在宅療養についての思い等の聞き取り

・介護保険制度やサービスの利用に関する説明

※病院担当者との面談時は、必要に応じて、参考資料【CMの役割と退院支援のための情報共有のお願い】を活用

○サービス利用の合意が出来れば契約（申請中の場合は仮契約、介護認定決定後に本契約）

○ケアプラン原案作成

○サービス調整

○サービス担当者会議

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

※介護認定の結果が出るまでに約1か月を要する。

介護認定決定までは利用できるサービス量が確定しない。

※CM決定が早ければ、次の外泊・外出時の訪問から順次調整が進められる。

CM
病院訪問

（CMとの面談）

○CMより病院訪問があれば情報提供、課題の共有
「これまでの経過と、入院の理由」「在宅療養に向けてどの様なことが課題と考えられるか」「家族や支援者の状況」など

退院決定
まで

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

退院決定
～退院

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

退院

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

在宅療養

① 介護認定があり担当ケアマネジャーがいる場合 参照

3 使用するシート

- ①入院時情報提供書**
（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）

- ②退院に向けてのききとりシート**
（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）

- ③看護情報提供書**

※②③については必要に応じて使用する

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

滋賀県介護支援専門員連絡協議会
会長 鈴木 則成

1. 入院時情報提供書の提案の背景と位置づけ

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

さて、我々が行った退院事例調査によると、

① 退院事例の約7割は急性期病床からの退院である

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

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

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

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

2. 項目をどのように選定していったか—連携強化に向けて—

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

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

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

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

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

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

（1頁に収めるため、項目は最低限度にしてあります）

1) 基本情報に関する項目

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

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

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

「キーパーソン」（主の相談者）「緊急連絡先」

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

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

2) 入院歴に関する項目

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

3) ADLの自立度や手段等に関する項目

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

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

4) 食事摂取に関する項目

義歯使用について記載できるように追加しました。

5) 処置や服薬に関する項目

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

・処置の有無 ・服薬の自立度 ・一包化の必要性 ・外用薬の有無 ・特記事項

6) BPSDに関する項目

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

・BPSDの有無

7) 精神症状に関する項目

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

・意欲低下 ・鬱傾向 ・せん妄の既往 ・その他

8) 医療支援体制に関する項目

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

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

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

9) 介護サービス・福祉用具の利用に関する項目

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

10) 入院前の在宅生活継続に対する本人・家族の思いに関する項目

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

- ・本人の思い・家族の思い

11) 退院後の在宅生活に必要な要件に関する項目

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

12) 今後の在宅生活の展望に関する項目

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

13) 退院前カンファレンス開催希望に関する項目

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

14) 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報に関する項目

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

3. 入院時情報提供書を活用するに当たっての留意点

1) 入院時情報提供書の目的を理解してください

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

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

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

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

4. 個人情報の利用について

「入院時情報提供書」の医療機関等への情報提供（転院先への情報提供を含む）は個人情報の利用に該当します。「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」第23条第3項に基づき、情報提供するにあたっては、転院先への情報提供も含め、利用者及びその家族から同意を得てください。

医療機関名：



事業所名：
 担当者名：
 (TEL) (FAX)

(記入日： 年 月 日 入院日： 年 月 日 情報提供日： 年 月 日)

基本情報	フリガナ							性別	男 女	
	氏名	様						生年月日	年 月 日	
	住所							身長	cm	年 月 日
	キーパーソン	様 () (TEL)						体重	kg	年 月 日
	緊急時連絡先	様 () (TEL)						家族状況・ジェノグラム		
	要介護度	無	申請中	区変中	要支援 ()	要介護 ()				
	有効期間	年 月 日 ~		年 月 日						
	認知機能	自立	I	II	III	IV	M	不明		
	生活歴 (権利擁護に関する配慮含む)									
	既往歴							権利擁護に関する配慮の必要性 不要 必要		
入院前の状況	屋内歩行	自立	一部介助	全介助	〈特記事項〉					
	(移動手段)	杖	歩行器	車いす	その他					
	屋外歩行	自立	一部介助	全介助						
	(移動手段)	杖	歩行器	車いす	その他					
	移乗	自立	一部介助	全介助	その他					
	排泄	自立	一部介助	全介助	トイレ					
		ポータブル	おむつ	カテーテル	パウチ					
	入浴・場所	自立	一部介助	全介助	行っていない	自宅	通所	訪問入浴		
	食事摂取	自立	一部介助	全介助	経管栄養	食事形態 ()				
		義歯使用	なし	あり (部分・総)	嚥下機能障害	なし	あり			
	薬	自立	一部介助	全介助 (内服)	一化包 (外用)	貼付	塗布	点眼		
	処置	なし	点滴	吸引	酸素療法 (リットル/分)	インスリン	透析	褥瘡		
	BPSD	なし	徘徊	介護への抵抗	焦燥・不穏	攻撃性	幻視・幻聴	昼夜逆転	大声を出す	
	精神状態	意欲低下		鬱傾向	せん妄の既往	その他 ()				
	主治医	訪問	機関名				医師名			(TEL)
	歯科	訪問	機関名				歯科医師名			(TEL)
	薬局	訪問	機関名				薬剤師名			(TEL)
	訪問看護	事業所名				(TEL)				
	リハ職	事業所名				リハ職氏名	PT	OT	ST	(TEL)
	介護サービス	利用日、サービス事業名、事業所名、福祉用具の種類、住宅改修の有無 居宅サービス計画書(1~3)を添付								
入院前の在宅生活継続に対する思い	(本人)	強く希望	出来れば希望	どちらでもない	不安					
	(家族)	強く希望	出来れば希望	どちらともいえない(本人次第)	不安					
退院後の在宅生活に必要な要件										
今後の在宅生活の展望	(退院後の支援者) 家族の支援が見込める 家族以外の支援が見込める 支援は見込めない			(住環境/用具使用上の課題) 住環境の写真・見取り図を添付			(特記事項)			
退院前カンファレンス	開催希望 具体的な要望 ()									
人生の最終段階における医療・ケアに関する情報	本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日 年 月 日)									
	話し合いを実施していない (本人からの話し合いの希望がない それ以外)									
ご本人の代わりに意思決定してくれる方がいるか いる (様) (続柄) いない わからない										

肺炎で入院した方の記入例

医療機関←在宅介護支援事業所(転院先も含む)】

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

医療センター

予定入院の際も、本情報提供書をご使用ください。

事業所名: ○○○ケアプランセンター

担当者名: 琵琶 陽子

(TEL) xxxx-yy-yyyy (FAX) xxxx-xy-yyyy

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

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

退院に向けてのききとりシートの位置づけについて

滋賀県介護支援専門員連絡協議会
会長 鈴木 則成

1. 退院時ケアマネジメントの重要性

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

2. 退院時ケアマネジメントに求められるもの

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

3. 退院に向けてのききとりシートの役割

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

4. 居宅サービス計画書（総合的な援助の方針）を作成に必要な情報とは

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

(課題認識のための情報)

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

(課題分析)

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

(課題解決策の検討)

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

入院

入院の際にすぐに使用できるように基本情報等は
事前に入力しておくことと便利

入院時情報提供書の提出

利用者に対し、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を
入院先の医療機関に提供するように依頼しておくこと

加算：入院時情報連携加算（Ⅰ）250単位 ・（Ⅱ）200単位

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

※入院日以前の情報提供を含む。

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

（Ⅱ）入院した日の翌日又は翌々日に、当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。利用者一人につき1月1回を限定として算定ができる。

情報提供を行った日時・場所（医療機関に向いた場合）・提供内容・提供方法（FAX等の場合は先方が受け取ったことを確認する）について居宅サービス計画等に記録する。

退院

情報収集：退院についての
方向性を確認する

退院に向けてのききとりシートの使用

シートを埋めるのではなく、聞きたい事の
覚え書き・メモとしてのツールと捉える

加算：退院・退所加算（Ⅰ）イ 450単位

退院・退所加算（Ⅱ）イ 600単位

退院・退所加算（Ⅰ）ロ 600単位

退院・退所加算（Ⅱ）ロ 750単位

退院・退所加算（Ⅲ） 900単位

病院又は施設職員と面談（テレビ電話等活用可）し、
情報提供を「カンファレンス以外の方法」により1回
病院又は施設職員と面談（テレビ電話等活用可）し、
情報提供を「カンファレンス以外の方法」により2回以上
病院又は施設職員と面談（テレビ電話等活用可）し、
情報提供を「カンファレンス」により1回
病院又は施設職員と面談（テレビ電話等活用可）し、情報
提供を2回以上うち「1回以上はカンファレンス」に参加
病院又は施設職員と面談（テレビ電話等活用可）し、情報
提供を3回以上うち「1回以上はカンファレンス」に参加

随時、介護支援経過記録への記入忘れずに！

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

※退院前カンファレンスには参加時は居宅サービス計画書原案を持参する。

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

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

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

- ① 入院又は入所期間中につき1回を限度とし、初回加算を算定する場合は算定できない。
- ② 利用者の退院または退所後のサービス利用開始月に算定する。例えば4月に入院し6月に退院した利用者が6月からサービスを利用した場合で入院期間中4月に1回、6月に1回医療機関から必要な情報提供などを受けた場合は6月分の請求時に2回分の加算を算定する。
- ③ 入院又は入所期間中に他の医療機関や施設等に転院又は転所した場合は、原則直近の医療機関又は施設等との情報共有について評価するものである。ただし、転院、転所前の医療機関又は施設等から提供された情報であっても、居宅サービス計画に反映すべき情報であれば加算の算定は可能である。
- ④ 同一日に複数回、必要な情報提供を受けた場合やカンファレンスへの参加があった場合でも、1回として算定する。
- ⑤ 退院後7日以内に情報を得た場合でも加算を算定できる。

【退院に向けてのききとりシート】

職種にチェックし()には、名前を記入します。

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

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	性別	年齢	退院時の要介護度	
	氏名	様 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	歳	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護()
入院歴等	入退院日	(入院日) 年 月 日		(退院予定日) 年 月 日	
	入院原因疾患				
	入院先	(病院) (病棟) (階) (号室)			
	主治医	(診療科) 科 (医師名)			
疾病等	既往歴	現疾患		入院中の状態に関する特記事項を記入します。	
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		<特記事項>	
(移動手段)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他				
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない				
(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴				
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ				
	<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ				
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助				
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		刻み食やとろみ食など記入します。		
(食事形態)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> () <input type="checkbox"/> 経管栄養				
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)		(在宅で継続できる条件)	
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)		(プランに位置付ける注意点)	
	退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input type="checkbox"/> その他 ()			
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置づける注意点)
	<特記事項>				

左欄でチェックした項目が退院した後どうなるのかを考えて記入します。

2. 課題認識のための情報

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

3. 備考

各項目に当てはまらない、備考などを記入します。

【 退院に向けてのききとりシート 】

聞きとり日	回数	情報提供者名・職種				
2018年7月20日	1回目	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input checked="" type="checkbox"/> 看護師 (△△△)	<input checked="" type="checkbox"/> リハ職 (〇〇〇)	<input checked="" type="checkbox"/> MSW (◇◇◇)	<input type="checkbox"/> () ()
年 月 日	回目	<input type="checkbox"/> 医師 ()	<input type="checkbox"/> 看護師 ()	<input type="checkbox"/> リハ職 ()	<input type="checkbox"/> MSW ()	<input type="checkbox"/> () ()

1. 基本情報・現在の状態

属性	フリガナ	シガ ハナコ		性別		年齢		退院時の要介護度	
	氏名	滋賀 花子 様		<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女		84 歳		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 要支援() <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2)	
入院歴等	入退院日	(入院日) 2018 年 6 月 10 日			(退院予定日) 2018 年 8 月 末 日				
	入院原因疾患	右大腿骨頸部骨折							
	入院先	△△△△ (病院) 〇〇 (病棟) 5 (階) 501 (号室)							
	主治医	(診療科) 整形外科 科 (医師名) 彦根 一郎							
退院後通院先	<input type="checkbox"/> 入院していた医療機関 <input type="checkbox"/> 入院先以外の病院 <input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 通院の予定なし								
疾病	既往歴	高血圧、糖尿病、脳梗塞			現疾患	大腿骨頸部骨折			
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			<特記事項> シャワー室等へは車いすを使用。リハビリ時のみ歩行器を使用している。				
入院中の状態	(移動手段)	<input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他							
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない			浴槽へのまたぎ動作が行えず、シャワー浴で対応。足先など手の届きにくいところを一部介助。				
	(入浴方法)	<input type="checkbox"/> 機械浴 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴							
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> トイレ			ベッド上でのおむつ対応。				
		<input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> パウチ							
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			車いすへの移乗時は、身体を軽く支える程度の介助				
	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			むせがあり、注意が必要。				
(食事形態)	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> (一口大刻み) <input type="checkbox"/> 経管栄養								
看護に関する留意点	退院後必要な医療処置と留意事項	(処置内容)			(在宅で継続できる条件)				
		<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> インリン <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ () <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし			内服で調整				
	健康面で注意すべき項目と留意事項	(留意すべき項目)			(プランに位置付ける注意点)				
		<input checked="" type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> 入浴制限 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> なし			<ul style="list-style-type: none"> ・毎日血圧測定 ・摂取カロリー1300kcal・一口大 ・むせ注意 ・血糖コントロール (月1回通院時の血糖測定と内服でコントロール可) ・口腔ケア…口腔内の食べ残し →誤嚥性肺炎のリスクあり ・尿の回数と量の確認 →水分の促し (1200cc/日) ・手術前後せん妄あり (認知機能) 				
退院後の看護の必要性	<input type="checkbox"/> 非常に必要 <input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> あまり必要ではない <input type="checkbox"/> 必要なし (必要な内容) ※非常に必要～必要な場合に以下をチェック <input checked="" type="checkbox"/> 本人への療養指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> バイタルサインのチェック <input checked="" type="checkbox"/> 医療処置への対応 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (血圧、食事、むせ、排便・排泄コントロール)								
薬に関する留意点	退院時の処方内容と留意事項	(薬の名称)	(効能)	(用法・用量)	(留意すべき内容)				
		〇〇〇〇	降圧剤	朝一錠	薬剤情報 参照				
	服薬の状況と留意事項	(服薬の管理)	(介助の有無)	(薬剤効用と飲み方の理解)	(プランに位置付ける注意点)				
	<input type="checkbox"/> できる <input checked="" type="checkbox"/> できない	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	自己管理の可否の確認 → 一包化 おやすりカレンダーの活用? 訪問看護のサービス導入?					
<特記事項> 整形外科からも処方あり。									

2. 課題認識のための情報

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

3. 備考

退院前に OT の〇〇〇氏と共に住宅環境の見直しを行う予定

医療介護連携における看護情報提供書について

在宅医療・介護連携推進事業では、取り組むべき4つの場面（①日常の療養支援②入退院支援③急変時の対応④看取り）において、入退院時に多職種が協働し切れ目のない連携体制を構築することが重要とされています。また、令和6年度の診療報酬改定では、生活に配慮した医療の推進など地域包括ケアシステムの深化・推進を目的として、入退院支援加算1の見直しが行われ、入退院支援における関係機関との連携強化が求められています。

昨今、高齢化が進み、複数の疾患や医療ニーズを抱えたまま在宅療養に移行する方が増えており、正確で効率的な情報伝達の重要性が一層高まっています。

病院と地域をつなぐ立場として、看護職には、医療と生活の両面から全体像をとらえ、必要な情報を多職種に届ける役割が強く期待されています。

そのためには、入院時から在宅療養への視点を持ち、適切なタイミングで関係者に情報提供を行っていくことが欠かせません。しかし、病院ごとに様式が異なるため、情報の伝わり方に差が生じるといった、課題も見られます。

そこで別紙（入退院支援にかかる課題等）や各病院の看護サマリの内容を踏まえ、地域で共通して使える看護情報提供書の様式を作成しましたので、御活用いただければ幸いです。

なお、各病院で使用されている現行の様式を変更することを強制するものではございませんが、大津圏域全体で活用することで、医療と介護の連携がより円滑になり、看護の専門性を生かした継続支援や病院と地域の看護職同士の更なる連携にもつながると考えています。

記載方法について疑問点や御意見があれば、下記担当までお寄せください。

発行元： 大津市保健所地域医療政策課

作成協力： 大津市介護支援専門員協会

大津赤十字病院患者支援センター退院支援・退院調整部門

滋賀県看護協会 大津圏域地域看護ネット

大津圏域 15 病院看護部長会

問合せ先： 大津保健所地域医療政策課

電話：077-522-3370 E-mail : otsu1449@city.otsu.lg.jp

1. 入退院支援にかかる課題

【現状】

○ 国の施策と医療機関

- ・地域包括ケアシステムの推進・深化を図るための取り組みの推進として、時々病院ほぼ在宅を考えるとが求められている。
- ・地域医療構想による病床機能分化・連携により病床数が削減している。
- ・特に急性期病院では平均在院日数の短縮もあり、退院後の生活を見据えることが不十分なまま退院になるケースも発生している。

○ 大津市の医療・介護連携

- ・病院と在宅療養関係者が情報を共有し、切れ目のない支援を行うための「大津保健医療圏における病院とケアマネジャーの入退院の手引き」は平成 26 年度に作成・運用開始されているが、それ以降見直しや修正等が行われていなかった。

○ 在宅療養支援体制

- ・ケアマネジャー資格取得者の減少や高齢化、地域により有資格者や事業所の偏在がある。
- ・地域によりサービス事業所、その人員に偏在がある。

○ 病院からの看護情報提供書（看護サマリ）を受け取る在宅療養支援者の困惑

- ・専門的な看護用語が多く、ケアマネジャーや介護サービス提供者にとって、必要な支援の具体的なイメージにつながりにくい。
- ・ADL（日常生活動作）の記載が「一部自立」など抽象的で、「どこまでできて、どこから支援が必要か」不明確なことが多い。退院後にどのような支援が必要か具体的でないため、人・物などの調整等について具体的な支援内容に結びつけにくい。
- ・退院後の生活を見据えた、在宅でのリスクや必要な具体的な工夫についての記述が不十分である。本人や家族への指導内容とその理解度、支援者が注意すべき点、今後の見通しやリスク等は医療と介護では視点が異なるため具体的な支援内容に結びつけにくい。
- ・医師からの説明：病状や今後の状態、生活上の注意点などの内容、看護師、他職種からの指導内容、等に対する本人・家族等の理解度について、いつだれがだれに何をどのように問いかけ、確認しているのかなど、内容がわかりにくいいため、退院後の認識に齟齬が生じることがあり、円滑な支援体制の構築やサービス提供につながらないことがある。

○ 看看連携

- ・患者や家族の状況や思いに関する情報がつながっておらず、共有情報の欠落が療養生活や意思決定支援においてその人らしさを尊重した支援につなげられない。
- ・不要な受診や再入院、有害事象の発生の増加や患者・家族の生活の質の満足度の低下とも関連している。

2. 本様式を用いる意義

- ・病院看護師は「退院後の生活を見据えた看護の専門的な視点」をもち、在宅療養支援者（ケアマネジャー、介護サービス提供者）が求める情報を共通言語として具体的に伝えるために、適切に記載できる実用性と効率性を重視した内容に書式を統一し、円滑な退院支援と地域連携の強化を図るものとする。
- ・ケアマネジャーが利用者の生活のイメージを具体的に持ち、必要なサービスを迅速かつ適切に調整できるようにする。
- ・訪問看護師、介護職員等のサービス提供者が、提供するケアの目的と具体的な方法を理解し、質の高い在宅ケアを実現できるようにする。

3. 記載の意図と具体的な記載要領

- ・圏域内の病院機能を問わず使えるもの。
- ・A4 2枚で必要な情報に絞り込み、簡潔な記載に努め、作成の業務負担を軽減する。
- ・表現にばらつきが生じず、読み手の共通認識を得られるようにできるだけ文章を標準化する。
- ・「退院後の生活」と「必要な支援の具体性」に焦点を当て、「ADLの具体性」「自宅で必要な支援」「退院後の生活を見据えた看護の視点」を強調して記載する。
- ・厚生労働省の別紙様式50「看護及び栄養管理等に関する情報(1)」の要素と本様式での対応。
 - (1) 指導した事項については、本様式4. リスク管理、6. 支援の方向性に記載する。
指導内容だけでなく、「在宅で具体的に何をするか」の実行計画につなげている。
 - (2) 療養上の課題については、本様式6. 看護上の課題に記載する。
看護の専門性に基づく具体的な課題を、ケアマネジャーがケアプランに落とし込みやすい言葉で表現する。
 - (3) 特別な管理については、本様式2. 医療管理、4. リスク管理に記載する。
日常的な管理の具体的手順（誰が、いつ、どのように）を明確にし、他職種でも対応可能な部分を伝える。

4. 作成にあたっての参考資料

- ・入院時情報提供書
- ・退院に向けての聞き取りシート
- ・厚生労働省の別紙様式50「看護及び栄養管理等に関する情報(1)」
- ・圏域内15病院の看護情報提供書（看護サマリ）

5. 具体的な記載内容

本様式 P21～22 参照

6. 効率的な記載のためのチェックリスト

1) 記載前の確認

- ・ ケアマネジャーからの「入院時情報提供書」の内容と、入院後の変化を把握する。
- ・ 退院後の生活環境の間取りと生活動線をイメージし、必要な福祉用具を把握する。

2) 記載後の確認事項

- ・ 看護用語をすべて平易な言葉で記載できたか。
- ・ 具体的な動作が併記できたか。
- ・ 退院後の生活上のリスクを予測、共通認識できるか。
- ・ 本人の退院後の意向や希望を踏まえた内容になっているか。
- ・ 急変時の連絡先と在宅における急変時の対応基準は明確か。
- ・ ケアマネジャーが即座にケアプランの原案を作成できる内容になっているか。
- ・ 訪問介護員が具体的な介助の手順を理解できる内容になっているか。

看護情報提供書

医療機関名
 医療機関名住所
 医療機関連絡先

作成日
 作成者
 管理者（承認者）

1.患者基本情報

ふりがな				住所			
氏名				電話番号			
性別	▼選択	年齢	▼選択	生年月日	▼年を選択	年▼月選択月	▼選択日 生
緊急連絡先 ①	氏名 続柄：			家族構成・ジェノグラム			
	住所						
	TEL						
緊急連絡先 ②	氏名 続柄：						
	住所						
	TEL						
世帯構成	▼選択してください			介護者等の状況	▼選択してください		
主な介護者	氏名			協力者	氏名		
	年齢 続柄				年齢 続柄		
	特記事項				特記事項		
身長	c m			体重	kg (/ 測定)		
感染症	▼なし	<input type="checkbox"/> あり ()					
アレルギー	▼なし	▼食品 (品名：)					
		▼薬剤 (薬剤名：)					
視力	▼正常	▼近視	▼遠視	眼鏡使用	▼選択		
聴力	▼正常	▼軽度難聴	▼高度難聴	補聴器使用	▼選択		
住環境	▼選択			居室	▼選択		
	特記事項						
居宅情報	居宅介護支援事業所						
	担当ケアマネジャー						
要介護認定の状況	▼選択			自己負担割合	▼選択		
	有効期限または申請日			保険区分	▼選択		
障害認定	▼選択			障害認定の傷病名			
福祉用具	▼車椅子		▼歩行器	▼特殊寝台	▼床ずれ防止器具	▼徘徊感知器	
	▼その他						
認知症の程度	▼選択してください						
日常生活自立度	▼選択してください						
他者への意思伝達	▼選択してください			診療・療養上の指示が通じる	▼選択してください		
危険行動	▼選択してください			精神状態	▼選択してください		
注意すべき行動	▼選択してください			その他 ()			
	特記事項						

2. 入院中の経過と医療管理

入院情報	入院日： 年 月 日 () ~ 退院（予定）日： 年 月 日 ()						
担当者	診療科	主治医		連絡窓口	(内線：)		
主傷病名				既往歴			
入院中の経過							

3. ADLの現状と具体的な支援の必要性

麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	<input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 右)	
移動	<input type="checkbox"/> 介助なし <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング車椅子 <input type="checkbox"/> 寝台	
移乗	▼選択してください	転倒転落歴 ▼選択してください	
食事・栄養	<input type="checkbox"/> 経口摂取可能 形態 ▼選択	嚥下機能 ▼選択	食事介助 ▼選択
	<input type="checkbox"/> 経口摂取不可 方法 ▼選択	咀嚼機能 ▼選択	食事所要時間
	<input type="checkbox"/> 水分とろみなし <input type="checkbox"/> あり	程度 (学会分類2021)	▼選択してください
	<input type="checkbox"/> とろみ食なし <input type="checkbox"/> あり	形態 (学会分類2021)	▼選択してください
義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 総義歯	<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 部分義歯)	
口腔ケア	▼選択してください	口腔衛生状況 ▼選択してください	
排尿	▼選択してください	排便 ▼選択してください	
尿意	▼選択してください	便意 ▼選択してください	
更衣 (上半身)	▼選択してください	更衣 (下半身) ▼選択してください	
入浴	▼選択してください	入浴方法 ▼選択してください	
睡眠	▼選択してください	眠剤使用 薬剤名	
3に関する 特記事項			

4. 在宅療養上のリスク管理

嚥下・栄養面	<input type="checkbox"/> 誤嚥 <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 食事拒否 <input type="checkbox"/> その他
転倒・転落リスク	▼選択 ▼選択 ▼選択 ▼選択
褥瘡・皮膚損傷リスク	<input type="checkbox"/> 自力体位変換できない <input type="checkbox"/> 骨突出 <input type="checkbox"/> 関節拘縮 <input type="checkbox"/> 栄養状態低下 <input type="checkbox"/> 椅子上で座位姿勢が保持できない <input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 皮膚の脆弱 <input type="checkbox"/> 皮膚の湿潤
褥瘡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 水疱形成 <input type="checkbox"/> 表皮剥離 <input type="checkbox"/> 潰瘍形成) 部位・大きさ
服薬管理	▼選択してください 服薬管理方法 ▼選択してください
注意すべき症状やサイン	
急変時の対応	病院連絡： (～の場合) かかりつけ医連絡： (～の場合)

5. 継続が必要な処置

点滴	▼選択してください	投与内容	
注射	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	インスリン注射	
血糖測定	▼選択してください	回数	() 回/日
経管栄養	▼選択してください	内容・速度など	
吸引	▼選択	方法 ▼選択	頻度 *気管カニューレ種類・号数・交換頻度
酸素療法	(流量・使用時間) : マスク・カニューレ L/min		
カテーテル類	種類、交換頻度、必要な処置、トラブル時の対応など		
褥瘡処置	部位・処置内容		

6. 退院後の生活を見据えた看護上の課題と支援の方向性

本人の意向・希望	
現在の生活環境	
看護上の課題	

7. 具体的な支援・調整の提案 (ケアマネジャー・サービス提供者向け)

サービス種別への助言	
家族への支援	
医療連携	

8. 連携に関する特記事項

退院前カンファレンス	
情報共有の同意	本人/家族からの情報提供に関する同意書 ▼選択してください
医療機関からのメッセージ	

円滑な在宅療養への移行と在宅生活継続のため、関係者皆様のご支援をどうぞよろしくお願いいたします。

看護情報提供書の選択肢一覧

※ 男女、年齢を問う選択肢は除外しています。

※ 有り無しを問う選択肢は除外しています。

連番	項目	選択肢	連番	項目	選択肢
1	世帯構成 (表面)	独居 高齢者世帯 同居 () 日中独居	6	介護保険の自己負担割合 (表面)	1割 2割 3割 不明
2	介護者等の状況 (表面)	独居 介護者や協力者がいない 夜間のみ 日中のみ 24時間介護者・協力者がいる 不定期だが介護者・協力者がいる	7	保険区分 (表面)	国保 本人 国保 家族 社保 本人 社保 家族 後期高齢者保険 労災保険 生保 (CW
3	住環境 (表面)	持ち家 借家 集合住宅 EVあり 集合住宅 EVなし	8	障害認定 (表面)	なし 身体障害6級 身体障害5級 身体障害4級 身体障害3級 身体障害2級 身体障害1級 精神障害3級 精神障害2級 精神障害1級 知的障害B2 (軽度) 知的障害B1 (中度) 知的障害A2 (重度) 知的障害A1 (最重度) 特定疾患 難病
4	居室 (表面)	1階 2階 3階 4階 5階			
5	要介護認定の状況 (表面)	未申請 申請中 区分変更申請中 要支援1 要支援2 要介護1 要介護2 要介護3 要介護4 要介護5			
9	認知症の程度 (表面)	認知症がない I : 何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している II : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる II a : たびたび道に迷う、金銭管理でミスが目立つなどの症状がある II b : 薬の内服管理ができない、電話や訪問などの対応が難しいため留守番ができない III : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが時々みられ、常に介護を必要とする III a : 日中を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、常に介護を必要とする III b : 夜間を中心として日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さがみられ、常に介護を必要とする IV : 日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁にみられ、常に介護を必要とする M : 著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患がみられ、専門医療を必要とする			

連番	項目	選択肢				
10	日常生活自立度 (表面)	J1：交通機関等を利用して外出する J2：隣近所へなら外出する A1：介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する A2：外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている B1：車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う B1：車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2：介助により車椅子に移乗する C1：自力で寝返りをうつ C2：自力では寝返りもうてない				
連番	項目	選択肢	連番	項目	選択肢	
11	他者への意思伝達 (表面)	できる できる時とできない時がある できない	17	転倒転落歴 (裏面)	なし あり	
12	診療・療養上の指示が 通じる (表面)	はい いいえ	18	食事・栄養 経口摂取可能 (裏面)	常食 刻み食 ミキサー食 とろみ食	
13	危険行動 (表面)	ない ある 自己抜去 自傷・他害 暴言・暴力 徘徊・離院			経口摂取不可 (裏面)	禁食 経鼻胃管栄養 胃ろう栄養 腸ろう栄養 末梢静脈栄養 中心静脈栄養
14	精神状態 (表面)	安定 不安 抑うつ 易怒性 意欲低下 焦燥・不穏				19
15	注意すべき行動 (表面)	昼夜逆転 不潔行為 異食行為 暴言・大声を出す 攻撃性 介護拒否 徘徊 易怒性 暴力 幻視・幻聴	20	食事介助 (裏面)	不要 セッティングが必要 見守りが必要 全介助が必要	
			21	咀嚼機能 (裏面)	問題なし 食形態に配慮 咀嚼力低下あり 義歯不適合あり 開口障害あり	
16	移乗 (裏面)	見守り 立ち上がり動作に介助が必要 ふらつかないように介助が必要 両脇を支えて介助が必要 複数名での介助が必要	22	水分とろみ 学会分類 2 0 2 1 (裏面)	段階 1 薄いとろみ 段階 2 中間のとろみ 段階 3 濃いとろみ	

連番	項目	選択肢	連番	項目	選択肢
23	とろみ食 学会分類2021 (裏面)	嚥下訓練食0 j 嚥下訓練食0 t 嚥下調整食1 j 嚥下調整食2-1 嚥下調整食2-2 嚥下調整食3 嚥下調整食4	32	入浴 (裏面)	自立 一部介助 全介助
			33	入浴方法 (裏面)	自分で浴槽にも入ることができる シャワー 清拭 介助浴 部分浴 見守りで実施できる
24	口腔ケア (裏面)	自立 一部介助 全介助	34	睡眠 (裏面)	入眠困難 中途覚醒/排泄行動 せん妄/夜間混乱 昼夜逆転 徘徊行動
25	口腔衛生状況 (裏面)	良好 やや不良 不良			
26	排尿 (裏面)	自立 ポータブルトイレ 夜間のみポータブル使用 おむつ 夜間のみおむつ使用 導尿 尿路ストーマ 尿道カテーテル	35	転倒・転落リスク (裏面)	転倒転落リスクはない ふらつきがある 突進する 立ち上がり不安定 後方へ倒れやすい 指示が入りにくい 認知機能低下により危険予測が困難 病状により危険予測が困難 性格的な問題
27	尿意 (裏面)	あり なし その他（特記参照）	37	服薬管理方法 (裏面)	ピルケース使用 （本人／家族／看護師がセット） 1回分バック化 家族・ケアマネの介入 訪問看護での内服管理サポート
28	排便 (裏面)	自立 ポータブルトイレ 夜間のみポータブル使用 おむつ 夜間のみおむつ使用 消化管ストーマ			
29	便意 (裏面)	あり なし その他（特記参照）	38	点滴 (裏面)	なし あり：末梢静脈 あり：中心静脈カテーテル あり：CVポート あり：その他
30	更衣（上半身） (裏面)	自立 一部介助 全介助			
31	更衣（下半身） (裏面)	自立 一部介助 全介助			

連番	項目	選択肢	連番	項目	選択肢
39	血糖測定 (裏面)	なし 毎食前 毎食前+就寝前 食後2時間後 毎食前+食後+就寝前			
40	経管栄養 (裏面)	なし 経鼻胃管 (cm固定) 腸瘻 (cm固定) PEG			
41	吸引 (裏面)	不要 要			
42	吸引方法 (裏面)	口・鼻 気管内 口・鼻/気管			
43	情報共有の同意 (裏面)	得ている 得ていない			

4 運用にあたっての補足

(1) 本手引きの対象範囲について

本手引きは、大津保健医療圏域の病院及びケアマネジャーを対象の範囲とする。

なお、ケアマネジャーが各シート等を活用して他圏域等の医療機関と連携を行うことは問題ない。

また、本手引き書は原則であり、年末年始等の連休やケースの状況により、臨機応変に対応すること。

(2) 入退院支援における病院とケアマネジャーの連携について

①介護認定がありケアマネジャーがいる場合

ア) 在宅療養（入院前）

○担当ケアマネジャーの情報が病院にスムーズに伝わるよう準備

日頃の取り組み例) 保険証と一緒に名刺を入れておく/「命のバトン」の記入の支援/かかりつけ医や病院に担当ケアマネジャーであることを伝える など

イ) 入院時

(ケアマネジャー)

○【入院時情報提供書】については方法（持参、FAX）を問わない。原則、FAX の場合は後日原本を持参もしくは郵送する。

ウ) ケアマネジャー病院訪問

(ケアマネジャー)

○【入院時情報提供書】を使用してこれまでの経過等説明。居宅（施設）介護サービス計画書も持参する。

○【退院に向けて共有したい情報】《別表》一覧の項目は、基本的な項目であるので個別に特に必要な項目については補足して伝える。

○その他、病院から必要とされる書類があれば提出

※入院時情報提供書の様式について

大津保健医療圏域の病院は大津市民だけでなく県内各地からの入院も多いため、各病院は複数圏域のケアマネジャーとの連携が必要となる。

そのため、大津保健医療圏独自の様式を作成せず、滋賀県介護支援専門委連絡協議会の様式を使用し、様式の見直しにおいて連携する。

(病院担当者)

○【入院時情報提供書】在宅時の状況を確認し、不足の情報について確認する。

○本人・家族への病状説明の際の同席の可否や、外出・外泊、退院前カンファレンスの実施など方針があれば伝える。

エ) 退院前カンファレンス

○実施の要否は病院担当者とケアマネジャーで調整する。

(ケアマネジャー)

○退院時の聞き取りについては、必要に応じて【退院に向けてのききとりシート】（滋賀県介護支援専門員連絡協議会作成）のものを使用する。

オ) 退院時

(病棟・病院担当者)

○各病院が退院時情報提供書（必要に応じて看護サマリ・リハビリサマリ）を作成し、ケアマネジャーに情報提供を行う。

※【看護情報提供書（看護サマリ）】の様式について

今回の改訂に伴い、標準化された看護情報提供書による情報提供を提案するが、各病院の書式変更を強制するものではなく、必要に応じて柔軟な活用を推進する。

カ) 在宅療養（退院後）

○病院とケアマネジャーとの日頃の連携の例

(ケアマネジャー)・体調悪化時：受診同行（受診立会い）・文書による情報提供および相談

・薬が飲めていない場合：病院担当者へ連絡

・サービス担当者会議：出席（主治医意見照会）の依頼

・更新・区分変更・軽度者レンタル：主治医への相談および意見書依頼

(病院)

・状態の変化・受診中断等の場合（特に独居）：ケアマネジャーへの連絡

《別表》【退院に向けて共有したい情報】～必要な項目とその理由～

共有したい情報	その理由
本人	
(医療に関すること)	
診断名、既往歴	<ul style="list-style-type: none"> ・指定難病など使える制度があるか確認する必要がある。 ・感染症の有無によりサービスの利用に支障が出る場合がある。
今回入院の理由	<ul style="list-style-type: none"> ・入院の背景を知り、これまでの生活習慣、服薬等の病状の管理に問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで、在宅に戻った際の病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。
病院からの「病状の説明内容」と本人・家族の「受け止め方」・「今後の希望」	<ul style="list-style-type: none"> ・「家に帰る」ことだけを目標にするのではなく、本人が「家でどの様にすごしていきたいのか？」を目標にして支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。 また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。 ACPについて、話し合いなどがされているか、情報共有
(ADL)	
移動方法 入浴 更衣 排泄 食事摂取・嚥下	<ul style="list-style-type: none"> ・自分でどこまで出来るのか？介助の必要性の確認 ・これまでのサービスから変更の必要があるか判断する。 ・住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性の確認
(認知症・理解力)	
理解力	<ul style="list-style-type: none"> ・どの程度の理解力があるのか？治療や介護の同意が可能か知る。
周辺症状の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・家族の介護負担に大きく影響する。あればそのときの対処の仕方などを知る。
服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> ・服薬管理が出来るのか？介助が必要なのか？
(今後の治療)	
治療内容	<ul style="list-style-type: none"> ・病気の再発防止のため受診の管理を行う必要がある。
受診の必要性	<ul style="list-style-type: none"> ・往診・訪問診療の必要性について確認 ・必要に応じて同行する。
リハビリの必要性 や内容	<ul style="list-style-type: none"> ・どの程度の内容で、誰が指導するか。(介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無) ・適正なりハビリの方法を知り安全に行えるようにする。
薬物治療内容	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅でのADLに影響を及ぼすため(副作用が出るのか) ・在宅で管理できる投薬内容か検討したい。 ・食事との組み合わせで支障が出るものがないか確認する必要がある。
訪問看護への情報	<ul style="list-style-type: none"> ・身体状況とその対応についてチームで共有する必要がある。
(生活上の指示)	
食事制限(形態・水分)	<ul style="list-style-type: none"> ・病状のコントロールに影響するため必要
活動制限	<ul style="list-style-type: none"> ・利用するサービスに制限が出てくる場合がある。
(医療処置)	
内容・方法	<ul style="list-style-type: none"> ・事故防止のため正しい処置を確認する。 ・適切な、処置や管理の体制を整える必要がある。
(経済状況)	
制度利用の有無	<ul style="list-style-type: none"> ・サービス利用等について各制度の担当と連携する必要があるため
金銭管理	<ul style="list-style-type: none"> ・本人以外の方が管理する場合、費用が発生する際の相談をする必要が出てくる。 ・経済的な虐待が疑われる場合の対応に配慮が必要になってくる場合がある。
家族	
世帯構成	<ul style="list-style-type: none"> ・家族状況・血縁者の存在の確認
主介護者や介護力	<ul style="list-style-type: none"> ・ヘルパー利用の必要性および、支援の内容、時間が変わる。
様々な場面での キーパーソン	<ul style="list-style-type: none"> ・(経済)在宅サービスの利用において、負担可能な範囲を確認する必要がある。 ・(様々な方針決定)家族内の意見が異なることが多い。窓口となる方を決める。
緊急連絡先	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅での急変時、サービス中のアクシデント等の際に判断を仰ぐ。
家族の支援状況・思い	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅療養の長期化、看取りを視野に入れて支援する必要が出てくる。 ・同居家族がある場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある。
家族以外の支援者	<ul style="list-style-type: none"> ・支援できる家族がない場合、生活支援、様々な決定支援等を支える人が必要 ・金銭管理、契約等に関する支援者がある場合、連携のため把握が必要

5 参考資料

- ① 15病院窓口等一覧
- ② 15病院の機能
- ③ 地域包括支援センター一覧
- ④ ケアマネジャーの役割と退院支援のための状況共有
についてのお願い（平成26年度介護連携調整実証事業作成）
- ⑤ 退院支援シート（平成26年度介護連携調整実証事業作成）

6 参考ホームページ

- ①大津市ホームページ:介護保険関連サイト

<https://www.city.otsu.lg.jp/soshiki/020/1426/g/index.html>

- ②よくわかる大津市の介護サービス

<https://www.city.otsu.lg.jp/soshiki/020/1426/g/kaigo/seido/56734.html>

- ③大津市ホームページ:地域医療政策課 在宅医療関連サイト

<https://www.city.otsu.lg.jp/soshiki/021/1449/g/tiikiiryo/zaitakui-ryou/index.html>

【入退院支援のための相談窓口等一覧】(R7年度版)

(令和7年4月1日現在)

病院名	すでに介護保険を利用していた(ケアマネが付いている)場合		③入院された際にケアマネに連絡を入れる担当	④退院支援に関しケアマネとの面談をする担当	⑤退院日をケアマネに連絡する担当	⑥本人・家族に介護保険を説明する担当	⑦ケアマネの調整の支援をする担当	⑧ケアマネ決定後のケアマネとの調整担当
	①ケアマネからの入院調整希望を受ける方法と担当(電話の着せか)手差しの場合	②病院とケアマネが退院支援をする期日を決定し、退院日を決定することは可能ですか？						
大津赤十字志賀病院	直接病棟またはMSW 077-573-4321(代)	FAXの場合 077-594-8778(代表)	家族	MSW・入退院支援看護師 病棟看護師	家族または病棟看護師	MSWまたは入退院支援看護師	MSWまたは入退院支援看護師	MSW・入退院支援看護師・病棟看護師
琵琶湖大橋病院	医療福祉相談課 MSW 077-573-4321(代) 077-573-8778(直)	077-573-8790(直)	基本的には家族からの連絡をお願いしている。	MSWまたは入退院調整看護師	家族・入退院調整看護師・MSWのいずれか	MSW	MSWまたは入退院調整看護師	MSWまたは入退院調整看護師
山田整形外科病院	病棟(2階詰所)にて 病棟看護師または看護師長 077-573-0058	077-573-4688 (看護部 阿江 宛)	家族または病棟看護師	病棟看護師または看護師長	家族または病棟看護師	病棟看護師または看護師長	病棟看護師または看護師長	病棟看護師または看護師長
堅田病院	看護部長または (2階)病棟リーダー 077-572-1281	077-573-0490 (看護部長)	看護部長	看護部長・病棟看護師(当日のリーダー)	看護部長	看護部長	看護部長	看護部長
琵琶湖病院	医療福祉地域相談室 077-578-2024(直通) 077-578-2023(代表)	077-579-5487	家族・場合によりPSW	主にPSWと病棟看護師	PSWが病棟看護師か家族	説明:PSW 認定調査立会い;病棟 看護師	主にPSW	PSW・病棟看護師
ひかり病院	地域連携室 直通 077-526-8639 (代表 077-522-5411)	地域連携室 直通 077-526-8619 077-522-5419(代表)	地域連携室 入退院看護師	ご本人の状態に関することは 病棟看護師 調整は地域連携室 入退院 看護師	地域連携室 入退院看護師	地域連携室 MSW・入 退院看護師	地域連携室 入退院 看護師	地域連携室 入退院 看護師
滋賀里病院	地域連携医療相談室 代表 077-522-5426	地域連携医療相談室 077-522-5291(代表)	家族 PSW又は病棟看護師	PSW 病棟看護師	家族 PSW又は病棟看護師	PSW	PSW	PSW 病棟看護師
大津赤十字病院	医療社会事業課 MSWまたは退院支援看護師 (代表)077-522-4131 (内線)2190	077-522-4168	基本的には家族からの連絡をお願いしている。	主に病棟看護師 MSW・退院支援看護師が介 入する場合もある	家族 (病棟看護師、MSW・入退院支 援看護師の場合もある)	退院支援看護師 MSW	退院支援看護師 MSW	病棟看護師 MSW 退院支援看護師
市立大津市民病院	入退院センター 077-526-8340(直通)	入退院センター (MSW) 077-526-5375(直通)	入退院センター (MSW)・家族	病棟看護師 (部長・副部長・スタッフ) 入退院センター (MSW)	入退院センター (MSW)	入退院センター (MSW)	入退院センター (MSW)	入退院センター (MSW)
打出病院	事務長 077-521-0005(代)	077-523-5390 (事務長)	事務長または病棟担当看護師	日程調整は事務長 面談は病棟担当看護師	事務長または病棟担当看護師	事務長または医事課	事務長	事務長
琵琶湖中央リハビリテーション病院	地域サポートセンター 077-526-2144(直通) ※事前連絡希望	地域サポートセンター 077-526-2200(直通) 077-526-2200(直通) ※事前連絡希望	MSW・家族・病棟看護師	MSW・病棟看護師	MSW・病棟看護師 ※ほとんどのケースは退院時 カンファレンスにて相談・決定	MSW	地域サポートセンター MSW	地域サポートセンター MSW
JCHO 滋賀病院	入退院支援看護師 MSW 077-537-3101(代)	入退院支援看護師 MSW 077-534-8419 (地域医療連携室直通)	入退院支援看護師・MSW 病棟師長(代行)または家族	入退院支援看護師・MSW 病棟師長(代行)または家族	入退院支援看護師・MSW 病棟師長(代行)または家族	入退院支援看護師 MSW	入退院支援看護師 MSW	入退院支援看護師 MSW
瀬田川病院	医療相談室 077-543-1441(代)	077-543-1445(代)	家族・PSW	病棟看護師・PSW	家族・PSW	PSW	PSW	PSW
琵琶湖養育院病院	地域医療連携室 相談員 077-545-9191(代) 077-548-7539(直通) ※事前連絡希望	地域医療連携室 相談員 077-545-9339(代) 077-548-7539(直通) ※事前連絡希望	家族または、地域医療連携室 (相談員)	地域医療連携室(相談員)、 病棟看護師	地域医療連携室(相談員)	地域医療連携室 (相談員)	地域医療連携室 (相談員)	地域医療連携室 (相談員)
滋賀医科大学医学部 附属病院	患者支援センター 看護師・MSW 077-548-2772(看護師) 077-548-2351(MSW)	077-548-2772	家族	退院調整看護師、病棟看護 師 MSW	家族、退院調整看護師、病棟 看護師、MSW等	MSW・病棟看護師、退 院調整看護師、入院支 援看護師	退院調整看護師、MSW	退院調整看護師、MSW

急性期

急性期
(一般病床)

専門的な治療と検査を行い状態の早期安定に向けて医療を提供する。
急性期的治療や検査が必要な方

- ・市立大津市民病院
- ・大津赤十字病院
- ・大津赤十字志賀病院
- ・滋賀医科大学医学部附属病院
- ・JCHO滋賀病院
- ・琵琶湖大橋病院
- ・琵琶湖養育院病院
- ・打出病院
- ・山田整形外科病院

回復期

回復期リハビリテーション
病棟

疾患、リスク管理に留意し、在宅復帰に向けた医療、リハビリを提供する。
ADLの改善を中心に、各種のリハビリを集中的に行う。
転院、入院に際し、疾患による制限有り。
入院期間も定めあり。

- ・琵琶湖中央リハビリテーション病院

地域包括ケア病床

急性期治療を経過し病状が安定した患者や、在宅や施設で療養中の方等が一時的に入院し、在宅への復帰に向けた医療や支援をおこなう。
疾患による制限はないが、60日以内に退院する必要がある。

- ・大津赤十字志賀病院
- ・JCHO滋賀病院
- ・琵琶湖大橋病院
- ・ひかり病院

慢性期・療養期

医療療養病床

急性期治療終了後も継続した医療処置が必要な方が利用。
処置などの内容によって、区分1～3にわけられ、区分2、3の方でないといけない出来ない場合もある。高額な薬剤投与や処置・検査はできないことがある。
入院期間は各病院によって異なる。

- ・ひかり病院
- ・大津赤十字志賀病院
- ・琵琶湖大橋病院
- ・琵琶湖養育院病院
- ・打出病院
- ・琵琶湖病院
- ・堅田病院

透析

人工透析
(維持透析)が必要で、通院が困難な方

- 《治療入院のみ》
- ・滋賀医科大学医学部附属病院
- 《治療入院、通院》
- ・市立大津市民病院
- ・大津赤十字病院
- ・JCHO滋賀病院
- 《維持透析入院、通院》
- ・琵琶湖大橋病院
- ・琵琶湖養育院病院

障害者病床

神経難病の方、脳卒中や認知症からの廃用以外を原因とした意たせりの方や、重度の意識障害がある方の治療・看護・リハビリテーションを行う。
長期での入院は可能(終身ではない)
薬価制限はなし。
身障手帳は必ずしも必要ではない。

- ・琵琶湖大橋病院

緩和ケア病床

がん患者が抱える痛みや不快な症状、不安など、がんの進行に伴う身体的、精神的苦痛を緩和する治療やケアを行う。

- ・市立大津市民病院

認知症病床

認知症のある高齢の方で日常生活行動に支障がみられ、自宅や施設での介護が困難な方が対象。

- ・瀬田川病院
- ・琵琶湖病院

精神科病床

統合失調症、気分障害等精神疾患の治療を目的とする。
精神科急性期治療棟では、3か月以内の退院を目指し治療を行う。
精神療養棟は、精神疾患があり長期の療養が必要な方が対象。

- ・滋賀医科大学医学部附属病院
- ・滋賀里病院
- ・瀬田川病院
- ・琵琶湖病院

《参考》滋賀県病院名簿
《作成》大津市入院退院支援に関する情報交換会
《修正》大津市保健所(令和8年1月)

大津市地域包括支援センター（あんしん長寿相談所）一覧

(令和7年12月1日現在)

No.	名称	〒	所在地 (建物名称)	電話番号	FAX番号	担当地域
1	小松地域包括支援センター	520-0502	大津市南小松90番地 (近江舞子しょうぶ苑併設)	077-596-2260 077-596-2261	077-596-2262	小松、木戸
2	和邇地域包括支援センター	520-0528	大津市和邇高城12 (和邇文化センター内)	077-594-2660 077-594-2727	077-594-4189	和邇、小野
3	真野地域包括支援センター	520-0232	大津市真野普門三丁目1120 (榛原の里内)	077-573-1521 077-573-1522	077-573-1525	葛川、伊香立、真野、 真野北
4	堅田地域包括支援センター	520-0242	大津市本堅田三丁目17-14 (堅田市民センター前)	077-574-1010 077-574-1080	077-574-1728	堅田、仰木 仰木の里、仰木の里東
5	比叡地域包括支援センター	520-0113	大津市坂本七丁目24-1 (平和堂坂本店3階)	077-578-6637 077-578-6692	077-578-8120	雄琴、日吉台、坂本
6	比叡第二地域包括支援センター	520-0105	大津市下阪本六丁目39-23	077-579-5290 077-579-5291	077-579-5292	唐崎、下阪本
7	中第二地域包括支援センター	520-0011	大津市南志賀一丁目7-27	077-521-1471 077-521-1472	077-521-1473	滋賀、山中比叡平
8	中地域包括支援センター	520-0047	大津市浜大津四丁目1-1 (明日都浜大津5階)	077-528-2003 077-528-2006	077-527-3022	長等、逢坂、中央、藤尾
9	膳所地域包括支援センター	520-0815	大津市膳所二丁目5-5	077-522-8867 077-522-8882	077-522-1198	平野、膳所
10	晴嵐地域包括支援センター	520-0832	大津市粟津町1-18	077-534-2661 077-534-2662	077-534-2664	富士見、晴嵐
11	南地域包括支援センター	520-0865	大津市南郷一丁目14-30 (南老人福祉センター内)	077-533-1332 077-533-1352	077-534-9256	石山、南郷
12	南第二地域包括支援センター	520-2271	大津市稲津一丁目17-12	077-546-6880 077-546-6881	077-546-6882	大石、田上
13	青山地域包括支援センター	520-2102	大津市松が丘七丁目15-1	077-549-3195 077-549-3196	077-549-3197	上田上、青山
14	瀬田地域包括支援センター	520-2141	大津市大江三丁目2-1 (瀬田市民センター内)	077-545-3918 077-545-3931	077-543-4436	瀬田、瀬田南
15	瀬田第二地域包括支援センター	520-2144	大津市大萱六丁目4-16	077-545-5760 077-545-5762	077-545-5820	瀬田北、瀬田東

ケアマネジャーの役割と退院支援のための情報の共有についてのお願い

利用者（患者）様氏名

事業所名

担当ケアマネジャー

(連絡先：電話

)

(連絡先：FAX

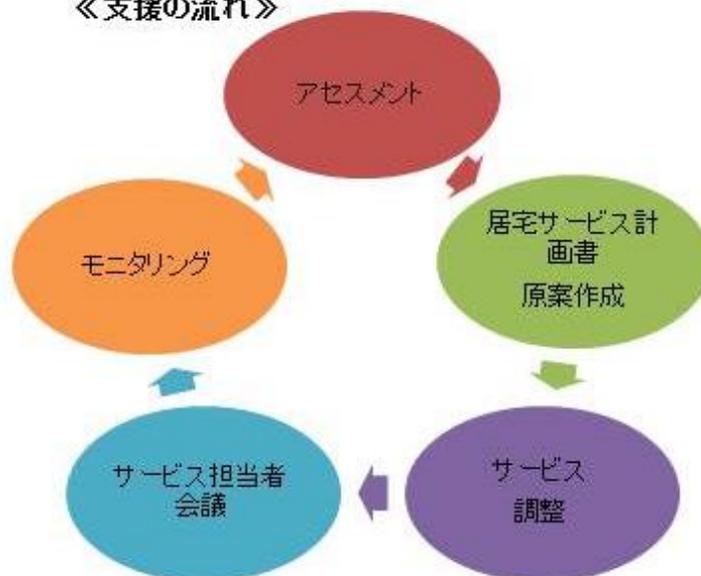
)

【ケアマネジャーの役割】

○ケアマネジャーとは、「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された人が、適切な介護保険サービスを受けられるようにするために、介護サービス計画等を作成する専門職である介護支援専門員のことです。

○ご本人・ご家族の望まれる生活が実現できるように、医療・介護サービス関係者や地域の方と協力して支援をしていきます。

《支援の流れ》



【今後の支援にあたりお伝えしたいこと】

裏面に【退院支援のために共有したい情報一覧】がありますので、ご参照ください。

【退院支援のために共有したい情報一覧】

これらの情報は、一般的に必要な情報を掲載しています。個々の状況により、必要度、詳細、追加で必要な情報等については変わってきますので、担当ケアマネジャーと病院担当者間で協議の上情報共有をします。

本人に関する こと	(医療に関すること)	・診断名 ・病院からの「病状の説明内容」	・今回入院の理由 ・本人・家族の「受け止め方」・「今後の希望」
	(ADL)介助の必要度	・移動方法 ・更衣 ・排泄	・食事摂取(嚥下の状況も含む) ・入浴
	(認知症・理解力)	・理解力 ・服薬管理	・入院中の周辺症状の有無とある場合の対応
	(今後の治療)	・治療内容 ・リハビリの必要性 ・訪問看護への情報	・受診の必要性 ・薬物治療内容
	(生活上の指示)	・食事制限(形態・水分・エネルギー等)・活動制限	
	(在宅で必要な医療処置)	・種類 ・誰が処置をするか(家族の場合は習得状況)	・方法(新たに準備する物品の有無・準備状況も)
	(経済状況)※入院中に変化があった場合	・制度利用の有無	・金銭管理の担当
家族に関する こと	・世帯構成(別居の場合はその所在地) ・キーパーソン(金銭管理・介護・様々な方針決定などに関して) ・緊急連絡先 ・家族以外の支援者(公的な支援者・地域の支援者等)		

【その他必要な情報】

(平成26年度 医療介護連携調整実証事業「介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議」作成)

退院支援シート(ケアマネジャー聞き取り用)

記入者: _____

氏名		生年月日	大・昭 年 月 日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	令和 年 月 日()午後・午前 時 分～ 時 分			場所			
面談者				連絡先(所属名)			
入院理由(病名)							
退院予定日	令和 年 月 日頃						
①病院から本人、家族への「病状の説明内容」②「本人・家族の受け止め方」③「患者・家族の今後の希望」など							
今後の治療方針等	治療方針、受診計画、訪問看護への支持内容等						
在宅主治医							
次回受診	不要・在宅医へ・本院へ(受診科名:) 令和 年 月 日() 時 分						
薬物治療	<u>なし・あり</u> (内容⇒)						
リハビリ	<u>なし・あり</u> (内容⇒)						
医療処置	<u>なし・あり</u> (内容⇒) ①内容:バルンカテーテル・ストマ・インシュリン・喀痰吸引・胃ろう・じょく瘡・その他 ②方法(誰が行う):訪問看護・家族(具体的には?)						
生活上制限	<u>なし・あり</u> (内容⇒)						
ADL	自立	見守り	介助一部	全介助	病棟での様子		
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車椅子・杖使用・歩行器使用・装具、補助具使用		
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	普通食・治療食(kcal・糖尿病食・高血圧食・腎臓病食・その他)経管栄養		
					主食:米飯・全かゆ・ミキサー (平均摂取量 割程度)		
					副食:通常・一口大・きざみ・ミキサー(とろみ付け:無・有)(平均摂取量 割程度)		
					水分摂取:1日 ml(制限:無・有(1日 ml))とろみ剤使用:無・有		
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴制限:無・有(シャワー浴・清拭・その他())		
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:トイレ・ポータブル・尿器・オムツ		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
理解力	問題なし・丁寧な説明必要・契約等困難						
療養上の問題	無・有(幻視・幻聴・興奮・不安・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・徘徊・危険行為・不潔行為・意思疎通困難その他())						
経済状況	年金・生活保護・その他() 金銭管理:本人・その他()						
世帯構成	独居・高齢夫婦世帯・その他()						
介護力	主介護者: 主介護者以外の支援者:						
家族の思い	本シートについては、Word ファイルでの提供も可能です。ご希望の方は下記までご連絡ください。 大津市保健所 地域医療政策課 (電話) 077-522-3370 (F A X) 077-525-6161 (E-mail) otsu1449@city.otsu.lg.jp						
その他							

「大津保健医療圏域における病院とケアマネジャーの

入退院支援の手引き」作成のための取組み経過

日 程	実 施 内 容
平成26年 6月	病院調査(ヒアリング・アンケート調査)
7月 3日	病院会議
7月	介護支援専門員対象説明
8月1日～15日	介護支援専門員に対する病院との連携状況調査
9月16日	第1回 介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議
10月21日	第2回 介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議
11月27日	第1回 病院・介護支援専門員合同会議
平成27年 1月16日	第3回 介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議
1月	病院調査(ヒアリング・アンケート調査)
2月 4日	第2回 病院・介護支援専門員合同会議
2月16日	第4回 介護支援専門員と病院の連携に関する検討会議
3月12日～17日	病院・介護支援専門員に対する試行案についての意見照会
3月20日	第3回 病院・介護支援専門員合同会議

【参加者】

大津保健医療圏内 15病院

居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅支援事業所

【事務局】

滋賀県健康医療福祉部医療福祉推進課

大津市あんしん長寿相談所(7ヶ所)

大津市保健所

令和7年度「大津保健医療圏域における

病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き」改訂のための取組み経過

日 程	実 施 内 容
令和7年6月～7月	大津市介護支援専門員協会、病院への説明、協力依頼
7月30日	第1回 関係者打合せ会
7月～	改訂案作成作業
9月	滋賀県看護協会第一地区支部 地域看護ネット会議、意見照会
9月	大津市15病院看護部長会にて意見照会、看護サマリ提供
10月23日	第2回 関係者打合せ会
11月12日	大津・湖西地域連携実務担当者会議にて意見照会
12月	大津市15病院看護部長会にて、改訂案についての意見照会
12月	病院に対する改訂案についての意見照会
12月	大津市介護支援専門員協会に対する改訂案についての意見照会
1月20日	病院と介護支援専門員の入退院支援情報交換会にて改訂案説明

【協力】

大津市介護支援専門員協会
大津赤十字病院患者支援センター退院支援・退院調整部門
滋賀県看護協会 大津圏域地域看護ネット
大津圏域 15 病院看護部長会

【事務局】

大津市保健所地域医療政策課

大津保健医療圏における
病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き

発行年月 / 令和8年(2026年)1月 改訂

発行 / 大津市保健所地域医療政策課

〒520-0047

滋賀県大津市浜大津四丁目1番1号明日都浜大津1階

電話:077-522-3370 FAX:077-525-6161