

目 次

1. 目的	1
2. 入退院時の病院とケアマネジャー連携ルールの基本	1
1) 入退院時の病院とケアマネジャー連携ルールとは	1
2) 対象地域	1
3) 対象者	1
4) 参加機関	1
5) 留意事項	1
6) 見直し	2
3. 入退院時の病院とケアマネジャーの連携手順及び留意事項	2
1) 「入院直後の連携」の手順	3
2) 「入院直後の連携」に関する留意事項	4
3) 「峡南地域入院時情報提供書」様式	5
4) 病院スタッフが入院時に共有したい情報と 「峡南地域入院時情報提供書」記入上の留意事項	8
5) 「入院中の調整・連携」の手順	9
6) 「入院中の調整・連携」に関する留意事項	10
7) 「退院時の連携～退院への準備～」の手順	11
8) 「退院時の連携～退院への準備～」に関する留意事項	12
9) ケアマネジャーが退院時に共有したい情報	13
4. 参加機関一覧	
1) 病院	14
2) 居宅介護支援事業所	15
3) 地域包括支援センター	17

1. 目的

入院患者が治療を終えて暮らしの場に戻る場合、特に介護保険サービスを利用している場合や新たに介護保険サービスを利用する場合においては、入院時から病院の看護師やソーシャルワーカー等退院支援調整に関わるスタッフと、暮らしを支えるサービス提供の要となるケアマネジャーとの円滑な連携が重要となります。

それには、入院前の在宅での生活状況、入院治療による心身の回復状況等について、病院スタッフとケアマネジャー等地域の関係者が情報を共有し、入院前の生活に戻るための必要な支援について検討し支援することが必要となります。

本連携ルールは、病院スタッフやケアマネジャーがこれを活用することにより、円滑な連携が図られ、峡南地域に在住する患者や介護保険サービスの利用者が安全に安心して暮らしていただけることを目指します。

2. 入退院時の病院とケアマネジャー連携ルールの基本

1) 入退院時の病院とケアマネジャー連携ルールとは

患者や利用者が、住み慣れた暮らしの場へスムーズに移行できるよう支援する病院の医師、看護師、ソーシャルワーカー、リハビリスタッフ等病院スタッフと、在宅療養を支援する担当ケアマネジャーや峡南地域5町（市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町）の地域包括支援センター職員との円滑な連携を進めるため、入院直後から退院時までの病院スタッフ及びケアマネジャーの業務や連携の流れ、留意事項をまとめたものです。

2) 対象地域

市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町の峡南地域です。

3) 対象者

対象者は、次の全ての状況を満たす者です。

- 峡南地域の5町に住所がある者で峡南地域の病院に入院した者
- 峡南地域の居宅介護支援事業所または地域包括支援センターを利用している者
- 介護保険サービスを利用している者または退院後介護保険サービスを利用する者

4) 参加機関

市川三郷町、早川町、身延町、南部町、富士川町の峡南地域の以下の機関です。
参加機関の詳細はP 14～P 17をご覧ください。

- 病院
- 居宅介護支援事業所
- 地域包括支援センター

5) 留意事項

①入院時の情報提供書の様式について

現在活用している様式等の活用を妨げるものではありませんが、できるだけ「峡南地域入院時情報提供書」を活用しましょう。

②入院直後から退院時までのフロー図について

業務内容や連携の流れは、峡南地域の医療や介護に携わっている構成員の意見を基に作成したものです。個々の状況に応じて、適宜調整し活用しましょう。

③個人情報の取り扱いについて

関係者へ情報を提供する際は、必ず本人や家族の同意を得て行いましょう。

④介護保険における「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」算定との関係について

本連携ルールは、介護報酬である「入院時情報連携加算」及び「退院・退所加算」の算定と関連するものではありません。加算算定に必要な事項については、保険者に確認しましょう。

6) 見直しについて

参加機関の代表者で構成する検討会において、定期的に活用状況の把握や評価を行い、必要に応じて見直しを行います。

3. 入退院時の病院とケアマネジャーの連携の手順及び留意事項

本連携ルールは、峡南地域の病院に所属する看護師やソーシャルワーカー、居宅介護支援事業所に所属するケアマネジャーの代表者、峡南地域リハビリテーション広域支援センターの理学療法士や作業療法士、町の地域包括支援センターの担当者、峡南保健福祉事務所の看護や介護の担当で構成する検討会において、実際の業務に従事する方々の意見を基に作成したものです。

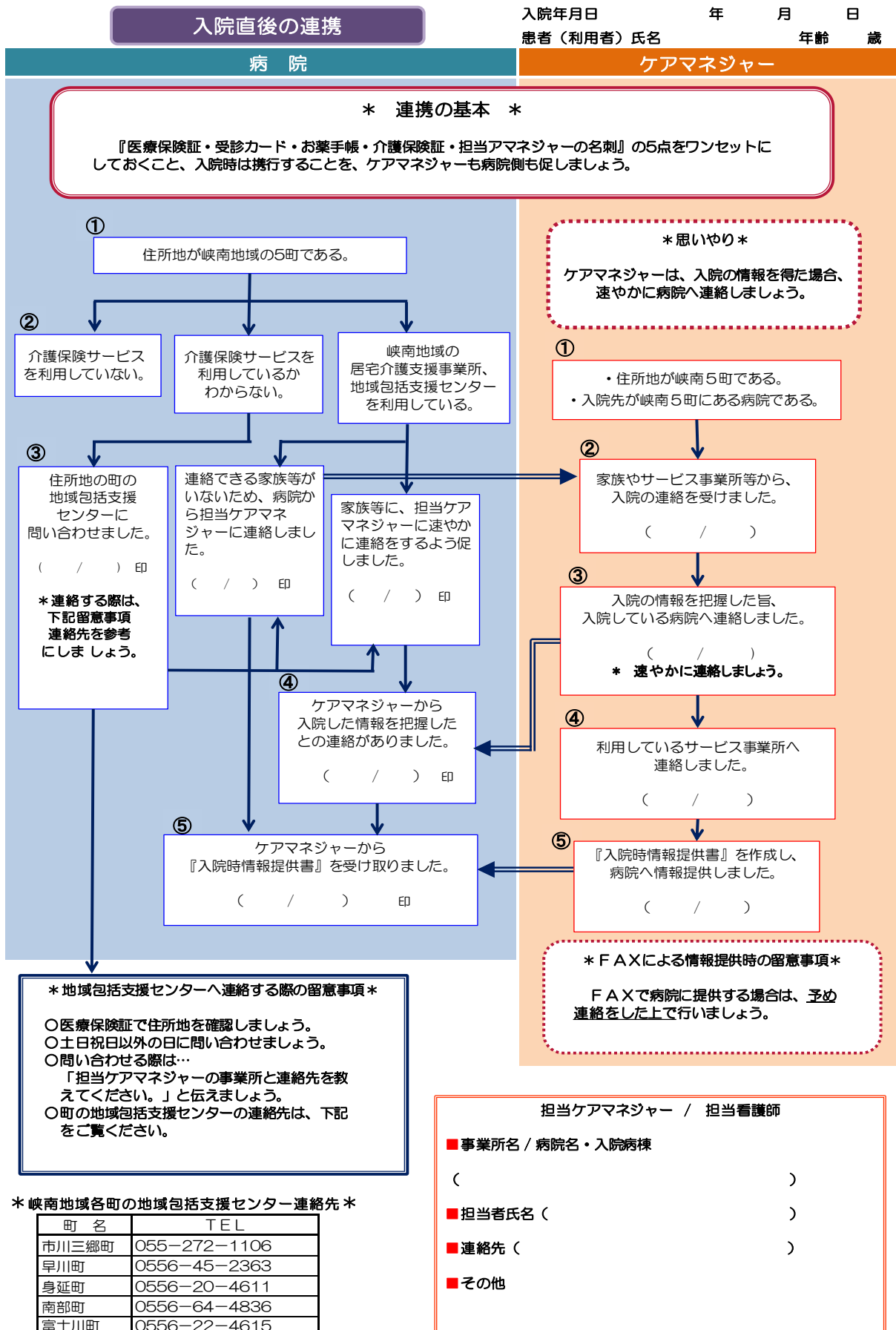
入院から退院までを「入院直後」、「入院中」、「退院時」の3つの段階に区分し、各段階を「入院直後の連携」、「入院中の調整・連携」、「退院時の連携～退院への準備～」としました。また、経験を問わず誰でも取り組めるように、業務をフロー図にまとめました。

さらに、病院スタッフが行う業務とケアマネジャーが行う業務に分け、縦軸にそれぞれの業務内容を枠内に記載し、流れを矢印で示しました。病院スタッフとケアマネジャー間の連絡等の連携は二重線の矢印で示しました。

特に、病院で入院中に行われる退院支援調整に関する業務は、医師を始め、病棟看護師やソーシャルワーカー、理学療法士や作業療法士、言語聴覚士のリハビリテーションスタッフ、管理栄養士など多職種によるチームで行われていることを考慮し、退院支援調整やケアマネジャーとの連携に関する業務の進捗状況が一目でわかるように、行った日付の記入欄と実施者の押印欄を設けました。ケアマネジャーについては、一人の利用者に対して一人のケアマネジャーが担当するため、実施者の押印欄を除き、日付の記入欄のみとしました。

また、各段階で心がけたい点や留意事項、病院スタッフやケアマネジャーが入退院時に共有したい情報を参考として記載し、また、関係機関の担当者の記入欄や連絡先一覧を加え、連絡しやすくなるよう工夫いたしました。

1) 「入院直後の連携」の手順



2)「入院直後の連携」に関する留意事項

(1) 連携の基本について

ケアマネジャーや病院のスタッフは患者（利用者）に対し、『「医療保険証・受診カード・お薬手帳・介護保険証・担当ケアマネジャーの名刺」の5点をセットしておくこと』を、機会あるごとに促しましょう。

(2) 入院した情報をケアマネジャーへ伝える手順について

○入院した患者が、本ルールの対象者であるか確認しましょう。

- ・病院スタッフは、まず入院した患者の住所地が峡南地域の5町であるかを確認しましょう。次に、介護保険を利用しているか、利用している場合、居宅介護支援事業所（ケアマネジャーが所属する事業所）が峡南地域にある事業所か（手引き P15-16を参照）確認しましょう。
- ・ケアマネジャーは、利用者の住所地が峡南地域の5町であるか、入院した病院が峡南地域にある病院か（手引き P14参照）を確認しましょう。

○介護保険サービスを利用している場合

- ・病院スタッフは、家族等に対して担当ケアマネジャーに連絡するよう促しましょう。
- ・家族等ケアマネジャーに連絡できる人がいない場合は、病院スタッフから直接ケアマネジャーに連絡しましょう。
- ・ケアマネジャーは、家族等から入院した情報を得た時は、速やかに入院している病院へ連絡しましょう。

○介護保険を利用しているかわからない場合

- ・病院スタッフは医療保険証で住所地を確認し、住所地の地域包括支援センターに介護保険の利用の有無について問い合わせましょう。
- ・問い合わせの際は、「入院直後の連携」の左下に記載されている「地域包括支援センターへ連絡する際の留意事項」を参考にしましょう。

(3) 入院時に病院へ情報提供する際の留意事項

○入院時に情報提供を行う必要がない対象者について

- ・検査目的や予定された短期間の入院である利用者
- ・入退院を繰り返している利用者
- ・入院時の情報提供を行うかどうか判断に迷う場合は、病院スタッフと相談しましょう。

○「峡南地域入院時情報提供書」について（P5～7）

- ・平成29年度末に厚生労働省から参考例として示された「入院時情報提供書」を基に、峡南地域の病院スタッフが入院時に共有したい情報の項目を盛り込んだ様式となっています。
- ・太線で囲んだ部分は、病院が入院時に共有したい情報です。
- ・「峡南地域入院時情報提供書」を使用する場合は、記入上の留意事項を参考に記入しましょう。
- ・入院時の情報提供を書面で行う場合は、できるだけ「峡南地域入院時情報提供書」を活用しましょう。

○病院に情報提供する方法について

- ・できるだけ病院に持参しましょう。
- ・やむを得ずFAXする場合は、予め病院に連絡した上で送信しましょう。

3)「峡南地域入院時情報提供書」様式

峡南地域入院時情報提供書(1)

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

<医療機関>

医療機関名：

ご担当者名：



<居宅介護支援事業所>

事業所名：

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)の情報を提供します。是非ご利用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	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)					
	特記事項()					
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <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 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <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					<input type="checkbox"/> 医師の判断
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					<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		
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"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居					
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL			
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL	TEL		

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

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	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()
-----------------	--

* = 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

峡南地域入院時情報提供書 (2)

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	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 _____ 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 _____ ・年齢 _____)
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	

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	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望 (_____)
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

7. 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 (職種: _____)
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	

8. かかりつけ医について			
かかりつけ医機関名		TEL	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<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

峡南地域入院時情報提供書 (3)

9. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	A D Lに関する特記事項				
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝__時頃 ・昼__時頃 ・夜__時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	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	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		<input type="checkbox"/> 水分とろみ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	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・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
食事内容・口腔・排泄	特記事項									
睡眠の状態	良	不良 ()			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙	無	有 ____本くらい/日			飲酒	無	有 ____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難		
特記事項										
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()									
問題行動に関する特記事項 (具体的な問題行動と対応)										
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 ()									
特記事項										
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由:) <input type="checkbox"/> 不明 期間: H 年 月 日 ~ H 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/これまでにもある <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"/> あり <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 ()									
特記事項										
感染症の有無	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									

* = 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

峡南地域在宅医療・介護連携検討会

4) 病院スタッフが入院時に共有したい情報と「峡南地域入院時情報提供書」記入上の留意事項

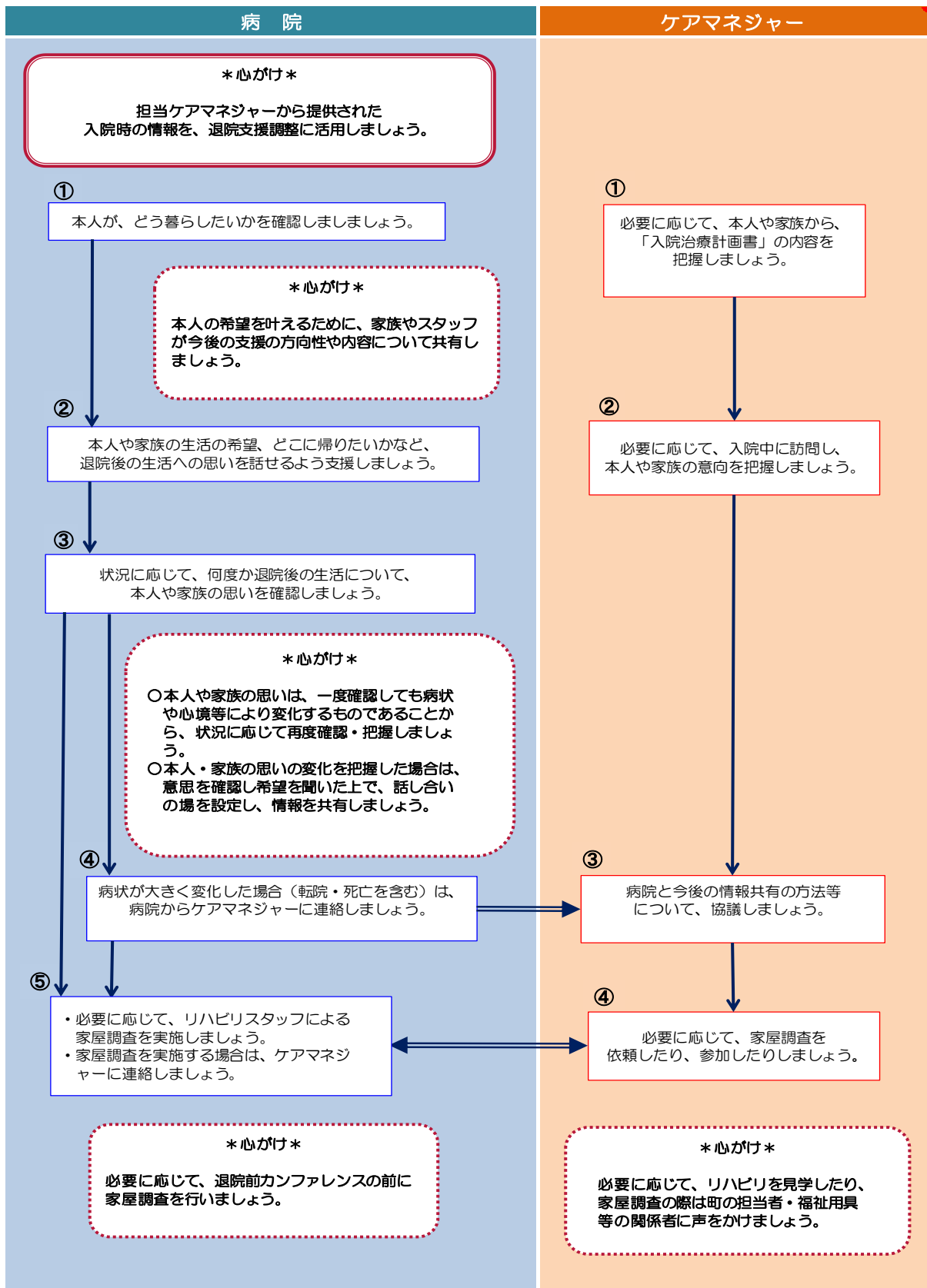
峡南地域の病院スタッフの方々が、入院時に共有したい情報をまとめたものです。病院へ情報提供する際や「峡南地域入院時情報提供書」に記入する際の参考にしてください。

入院時に共有したい情報の項目	留意事項
<ul style="list-style-type: none"> • 在宅か施設か退院後の療養の場に関する本人や家族の意向について 	<ul style="list-style-type: none"> • 療養の場の選択支援に活かすため ※「峡南地域入院時情報提供書」を使用する場合は、把握している範囲で「5. 今後の在宅生活の展望について」の「特記事項」の欄に記入しましょう。
<ul style="list-style-type: none"> • 入院中、退院時に注意すべき点 • 本人と家族の関係について 	<ul style="list-style-type: none"> • 本人と家族の関係を考慮した療養の場の選択等の支援に活かすため ※「峡南地域入院時情報提供書」を使用する場合は、「5. 今後の在宅生活の展望について」の「特記事項」の欄に記入しましょう。
<ul style="list-style-type: none"> • 夜間大声を出す、暴力的な行為がある場合の具体的な行動と入院前の対応について 	<ul style="list-style-type: none"> • 入院後の問題行動に適切に対応するため ※「峡南地域入院時情報提供書」を使用する場合は、「9. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について」の「精神面における療養上の問題」についての症状の項目にチェックし、「問題行動に関する特記事項」の欄に記入しましょう。
<ul style="list-style-type: none"> • 感染症について 	<ul style="list-style-type: none"> • 院内感染防止に活かすため ※「峡南地域入院時情報提供書」を使用する場合は、把握している範囲で、「9. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について」の「感染症の有無」の該当する項目にチェックし、「あり」の場合は括弧内に内容を記入しましょう。
<ul style="list-style-type: none"> • 在宅療養中、安定していた時期のADL、排泄方法と介助の程度について • 在宅療養が可能となるADLや排泄の状態について 	<ul style="list-style-type: none"> • 入院中のリハビリの目標設定や内容に活かすため • 療養の場の選択支援に活かすため ※「峡南地域入院時情報提供書」を使用する場合は、「9. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について」の「ADLに関する特記事項」や「食事内容・口腔・排泄の特記事項」の欄に記入しましょう。

5) 「入院中の調整・連携」の手順

入院中の調整・連携

入院年月日 年 月 日
 患者（利用者）氏名 年齢 歳



6)「入院中の調整・連携」に関する留意事項

(1) ケアマネジャーから提供された情報の活用について

ケアマネジャーから提供された情報は、病院内スタッフで共有し、退院支援調整に役立てましょう。

(2) 本人や家族の退院後の生活の希望等の把握と共有について

<病院スタッフ>

- ・本人がどう暮らしたいかを話せるよう支援しましょう。
- ・本人や家族の生活の希望や、どこに帰りたいかなど退院後の生活への思いを話せるよう支援しましょう。
- ・本人の希望を叶えるために、家族や病院スタッフがと今後の支援の方向性や内容について共有しましょう。
- ・本人や家族の思いは、病状や心境の変化などにより変わることがあります。状況に応じて、本人や家族の思い、退院後の生活について確認しましょう。
- ・本人や家族の思いの変化を把握した場合は、意思・希望を確認した上で話し合いの場を設定し、情報と今後の支援の方向性や内容について共有しましょう。

<ケアマネジャー>

- ・必要に応じて、本人や家族から「入院治療計画書」の内容を把握しましょう。
- ・必要に応じて、入院中に訪問し、本人や家族の意向を確認しましょう。

(3) 病状が大きく変化した場合のケアマネジャーへの情報提供について

- ・転院や死亡、病状が大きく変化した場合は、病院スタッフからケアマネジャーへ連絡しましょう。
- ・ケアマネジャーは、病院スタッフと今後の情報共有の方法等について協議しましょう。

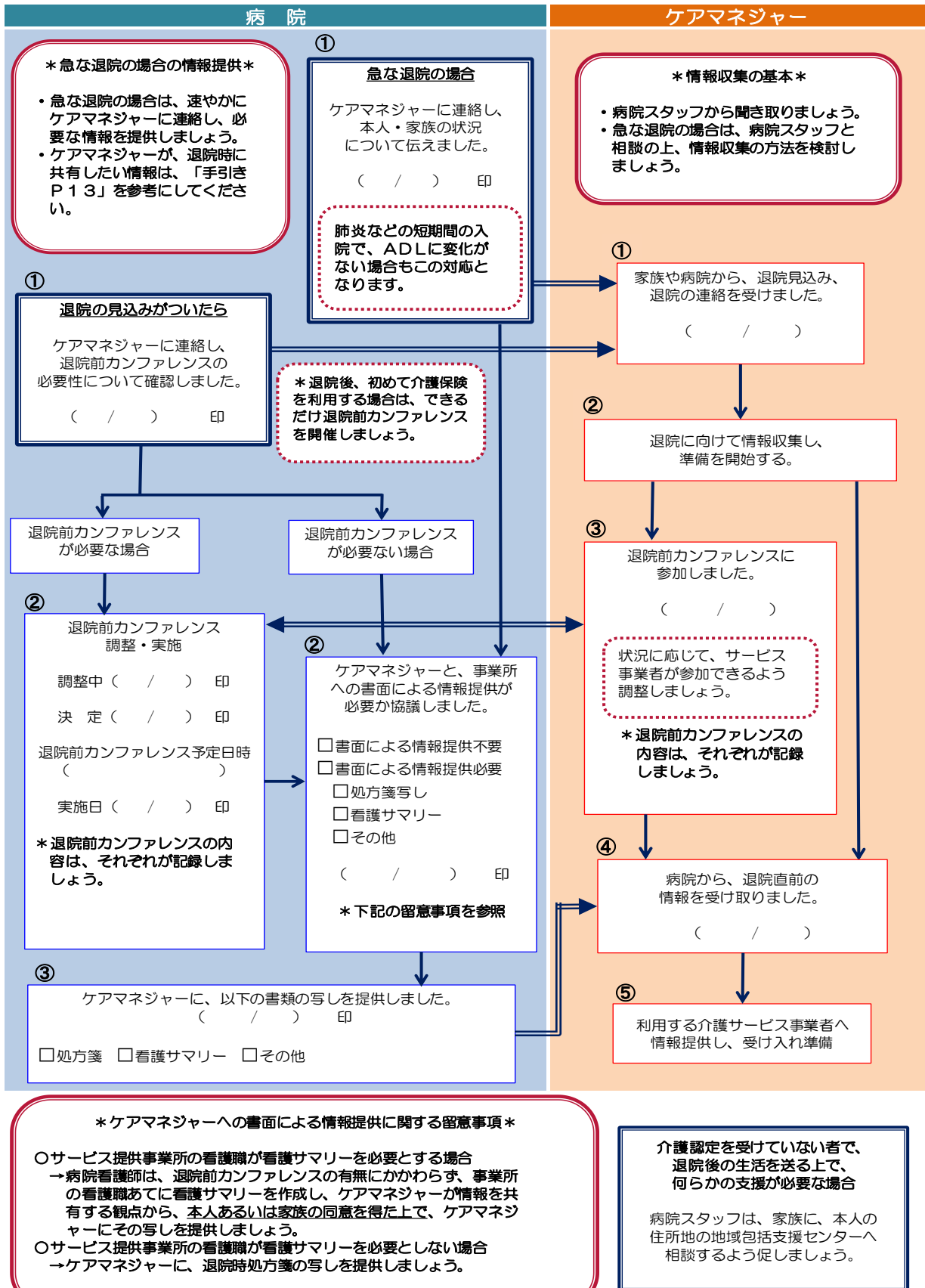
(4) 家屋調査について

- ・病院スタッフは必要に応じて家屋調査を行い、家屋調査を行う場合は退院前カンファレンスの前に行いましょう。
- ・病院スタッフが家屋調査を行う場合は、予めケアマネジャーに連絡しましょう。
- ・ケアマネジャーは、必要に応じて家屋調査を依頼したり、参加したりしましょう。また、家屋調査の際は町の担当者・福祉用具等の関係者に声をかけましょう。
- ・ケアマネジャーは、必要に応じてリハビリを見学しましょう。

7) 「退院時の連携～退院への準備～」の手順

退院時の連携～退院への準備～

入院年月日 年 月 日
患者（利用者）氏名 年齢 歳



8)「退院時の連携～退院への準備～」に関する留意事項

(1) ケアマネジャーへの退院の連絡について

退院の見込みがいたら、病院スタッフはケアマネジャーに連絡しましょう。その際に、退院前カンファレンス開催の必要性について確認しましょう。

(2) ケアマネジャーが行う情報収集について

ケアマネジャーが在宅療養に向けて行う情報収集は、基本的に病院スタッフから聞き取りましょう。

(3) 急な退院の場合について

- ・病院スタッフは、速やかにケアマネジャーに連絡し、必要な情報を提供しましょう。
- ・その際に病院スタッフは、サービス提供事業所への書面による情報提供が必要かについて、「(5) 病院からケアマネジャーへの書面による情報提供に関する留意事項」を参考に、ケアマネジャーと協議しましょう。
- ・ケアマネジャーが必要な情報については、P 13の「退院時にケアマネジャーが共有したい情報」を参考にしましょう。
- ・「肺炎、軽い胃腸炎、軽度のイレウスなど短期間の入院で、ADLに変化がない」患者の場合は、「急な退院の場合」と同じ対応になります。また、この場合は退院前カンファレンスを開催はありません。

(4) 退院前カンファレンスについて

退院後初めて介護保険サービスを利用する場合、病院スタッフはできるだけ退院前カンファレンスを開催しましょう。

<退院前カンファレンスを開催する場合>

- ・ケアマネジャーは、必要に応じて退院後に患者（利用者）が利用する介護保険サービスの担当者も出席できるよう調整しましょう。
- ・カンファレンスの内容については、出席者がそれぞれ記録しましょう。
- ・病院スタッフは、サービス提供事業所への書面による情報提供が必要かについて、「(5) 病院からケアマネジャーへの書面による情報提供に関する留意点」を参考に、ケアマネジャーと協議しましょう。

<退院前カンファレンスを開催しない場合>

- ・病院スタッフは、サービス提供事業所への書面による情報提供が必要かについて、「(5) 病院からケアマネジャーへの書面による情報提供に関する留意点」を参考に、ケアマネジャーと協議しましょう。

(5) 病院からケアマネジャーへの書面による情報提供に関する留意事項

- ・看護サマリーは、退院前カンファレンスの有無にかかわらず、サービス提供事業所の看護職が看護サマリーを必要とする場合、病院の看護職は作成しましょう。
- ・その場合、ケアマネジャーが情報を共有する観点から、本人または家族の同意を得た上で、ケアマネジャーにその写しを提供しましょう。
- ・サービス提供事業所の看護職が看護サマリーを必要としない場合は、ケアマネジャーに、退院時処方箋の写しを提供しましょう。

(6) 介護認定を受けていない者で、退院後の生活を送る上で何らかの支援が必要な場合

- ・家族等に、住所地の地域包括支援センターへ相談するよう促しましょう。

9) ケアマネジャーが退院時に共有したい情報

ケアマネジャーが退院時に共有したい情報です。入院中の調整や退院前カンファレンス、退院時の情報提供など、ケアマネジャーと連携する際の参考にしてください。

退院時に共有したい情報の項目	内 容
病名	
病状・治療経過	特にがん末期や医療依存度が高い方などへの告知内容や本人や家族の受け止め、予後予測、禁忌事項等
医療処置の内容と方法	褥瘡、創部、ストマ、皮膚疾患などの処置、バルンカテテル交換、浣腸、吸引、点滴管理、胃ろうなどの医療処置
継続する必要がある看護の内容	
バイタルサイン	
食事内容	<ul style="list-style-type: none"> ・治療食（塩分やカロリー制限等） ・特別な食形態 ・水分制限
退院時処方と服薬管理方法	<ul style="list-style-type: none"> ・退院時処方 ・自己管理の場合の管理方法
医師の指示事項	医療やその他介護サービス利用における医師の指示事項 ※例えば、運動や入浴制限、在宅療養中の注意事項など
認知症症状と入院中の対応	
病棟看護師等他のスタッフから見て、在宅生活を送る上で必要と思う要件	日常生活を送る上での留意点
リハビリ内容	必要に応じてリハビリテーションサマリー
次回受診日	

4. 参加機関一覧

1) 病院

NO	施設名	所在地	電話
			FAX
1	身延町早川町国民健康保険病院 一部事務組合立飯富病院	〒409-3423 南巨摩郡身延町飯富1628	0556-42-2322
			0556-42-3481
2	峡南医療センター企業団 市川三郷病院	〒409-3601 西八代郡市川三郷町市川大門 428-1	055-272-3000
			055-272-0937
3	峡南医療センター企業団 富士川病院	〒400-0601 南巨摩郡富士川町鵜沢340-1	0556-22-3135
			0556-22-3884
4	医療法人財団交道会 しもへ病院	〒409-2942 南巨摩郡身延町下部1063	0556-36-1111
			0556-36-1556
5	医療法人峡南会 峡南病院	〒400-0601 南巨摩郡富士川町鵜沢1806	0556-22-4411
			0556-22-6553
6	公益財団法人 身延山病院	〒409-2595 南巨摩郡身延町梅平2483-167	0556-62-1061
			0556-62-1306

2) 居宅介護支援事業所

索引	事業所名	所在地	TEL
			FAX
あ	あん居宅介護支援事業所	〒409-2938 南巨摩郡身延町市之瀬991	0556-20-3122
			0556-20-3123
い	飯富病院指定居宅介護支援事業者	〒409-3423 南巨摩郡身延町飯富1628	0556-42-2980
			0556-42-2981
	市川三郷町社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	〒409-3601 西八代郡市川三郷町市川大門416	055-272-7755
			055-272-5197
か	かじかサポート	〒409-2524 南巨摩郡身延町身延3637	0556-62-1134
			0556-62-1135
	かじかの会居宅介護支援事業所	〒400-0607 南巨摩郡富士川町鳥屋137-1	0556-27-0001
			0556-20-2001
(株)ケアライフ 居宅介護支援事業所花いかだ	〒409-2531 南巨摩郡身延町梅平1178	0556-64-8515	
		0556-64-8515	
(株)ヒューマンサービス山梨	〒400-0505 南巨摩郡富士川町長澤687-2	0556-22-5201	
		0556-22-5216	
き	居宅介護支援事業所 いっしょに歩こう	〒409-2403 南巨摩郡身延町帯金2929番地4	0556-62-3428
			0556-62-3418
	居宅介護支援事業所 ケアプラン三郷	〒409-3611 西八代郡市川三郷町大塚4459	055-272-8700
			055-244-2411
	居宅介護支援事業所さい	〒409-3304 南巨摩郡身延町切石421-1	0556-48-8556
			0556-42-6056
	居宅介護支援事業所 ネオライフとみざわ	〒409-2102 南巨摩郡南部町福土2688番3	0556-66-3503
			0556-66-3502
	居宅介護支援事業所 ハートケアときわ	〒409-2936 南巨摩郡身延町常葉626	0556-48-8620
			0556-48-8621
	居宅介護支援事業所福寿荘	〒400-0502 南巨摩郡富士川町最勝寺1307-1	0556-22-8051
			0556-20-1210
居宅介護支援事業所ふじ	〒400-0601 南巨摩郡富士川町鯉沢1544-1	0556-22-3511	
		0556-22-3637	
居宅介護支援事業所みのふ荘	〒409-2531 南巨摩郡身延町梅平2483-122	0556-62-3131	
		0556-62-3132	
居宅介護支援事業所 「みっちゃん家」みのふ	〒409-2539 南巨摩郡身延町小田船原30	0556-62-1153	
		0556-62-2205	
キロン居宅介護支援事業所	〒409-2102 南巨摩郡南部町福土4192番地1	0556-66-2275	
		0556-66-2275	

索引	事業所名	所在地	TEL
			FAX
け	ケアプラン緑の木	〒409-3244 西八代郡市川三郷町岩間2168-1	0556-32-3727
			0556-32-3727
	ケーツーメディカル(株) 居宅介護支援事業所	〒409-3606 西八代郡市川三郷町高田517番地2	055-272-5610
			055-272-5611
し	JA西八代居宅介護支援事業所	〒409-3244 西八代郡市川三郷町岩間2083番地	0556-32-5002
			0556-32-5001
	指定居宅介護支援事業所さくら	〒400-0504 南巨摩郡富士川町小林1528-1	0556-22-1290
			0556-22-1290
	しもべ荘居宅介護支援事業所	〒409-2936 南巨摩郡身延町常葉7058番地1	0556-20-3111
			0556-20-3115
な	南部町なんび居宅介護支援事業所	〒409-2305 南巨摩郡南部町内船8812	0556-64-2929
			0556-64-8200
ふ	富士川町社会福祉協議会	〒400-0505 南巨摩郡富士川町長澤1942番地1	0556-22-8911
			0556-22-8913
	富士川病院併設 居宅介護支援センター	〒400-0601 南巨摩郡富士川町鰻沢340-1	0556-22-8251
			0556-22-1665
み	水の郷居宅介護支援事業所	〒409-3601 西八代郡市川三郷町市川大門6073-1	055-272-3881
			055-272-3887
	身延町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	〒409-2523 南巨摩郡身延町波木井272-1	0556-62-3773
			0556-62-3777
	みんなの家どんぐり 居宅介護支援事業所	〒400-0504 南巨摩郡富士川町小林1954-7	0556-22-4709
			0556-22-4718
や	やさしい手鰻沢事業所	〒400-0601 南巨摩郡富士川町鰻沢1818	0556-20-7332
			0556-20-7331
	山梨県看護協会 ますほ居宅介護支援事業所	〒400-0501 南巨摩郡富士川町青柳町3492	0556-22-8231
			0556-20-6030

3) 地域包括支援センター

町名	所在地	TEL
		FAX
市川三郷町	〒409-3601 西八代郡市川三郷町市川大門1790-3	055-272-1106
		055-272-1198
早川町	〒409-2732 南巨摩郡早川町高住758	0556-45-2363
		0556-20-5000
身延町	〒409-3304 南巨摩郡身延町切石117-1	0556-20-4611
		0556-20-4554
南部町	〒409-2398 南巨摩郡南部町内船4473-1	0556-64-4836
		0556-64-3116
富士川町	〒400-0505 南巨摩郡富士川町長澤2374-2	0556-22-4615
		0556-22-7261

手引きに関する問い合わせ先

峡南在宅医療支援センター
〔身延町早川町国民健康保険病院〕
一部事務組合立飯富病院内

〒409-3423 山梨県南巨摩郡身延町飯富1628
TEL 0556-42-6177
FAX 0556-42-3533