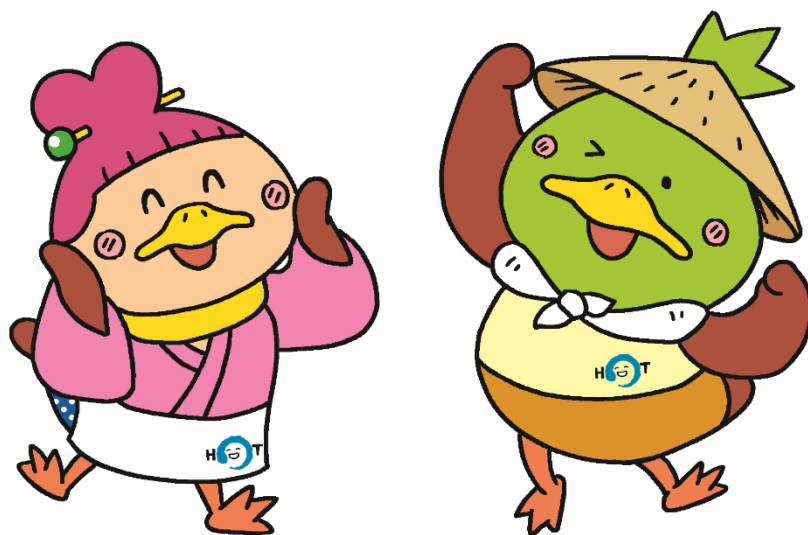


# 加茂地域 入退院連携ガイドライン

第3版



加茂地域包括ケアネットワーク推進協議会

令和5年 7月作成

## 目 次

- ▶ 目的・支援の対象となる方・支援担当者 . . . . . 1
- ▶ 入退院フロー パターンA（介護保険サービスを利用中の方） . . . . . 2～3
- ▶ 入退院フロー パターンB（退院後に新たに介護保険サービスを利用する方） . . 4～5
- ▶ 入退院時連携に係る主な診療報酬・介護報酬（令和4年4月現在） . . . . . 6
- ▶ 入院時情報提供書 . . . . . 7～10
- ▶ 退院時情報提供書 . . . . . 11
- ▶ 入退院支援に関する連絡先 . . . . . 12～13

## 1. 目的

加茂地域入退院連携ガイドラインは、要支援・要介護者または、退院支援が必要と思われる方について、多職種がスムーズに情報共有をし、円滑な支援ができるよう定めたものです。

連携の流れを明確にし、「入退院連携シート」等をご活用いただくことで、入退院時における医療・介護を切れ目なく提供することに繋がります。このガイドラインは、各機関の標準的な入退院調整ルールとしてご活用いただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合においては、関係者間で適宜ご調整くださいますようお願いいたします。

## 2. 支援の対象となる方

以下のいずれかに該当する方

- ①介護保険サービスを利用中の方
- ②退院後に新規で介護保険サービスが必要となる方
- ③その他支援が必要だと思われる方（参考：※1）

### ※1 その他支援が必要だと思われる方の判断目安

（厚生労働省令和4年度診療報酬改定より：退院困難な要因）

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかであること
- イ 緊急入院であること
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請であること（介護保険法施行令（平成10年政令第412号）第2条各号に規定する特定疾病を有する40歳以上65歳未満の者及び65歳以上の者に限る。）
- エ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがあること
- オ 生活困窮者であること
- カ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要であること（必要と推測されること。）
- キ 排泄に介助を要すること
- ク 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む。）が必要なこと
- コ 入退院を繰り返していること
- サ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれること
- シ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等であること
- ス 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けていること
- セ その他患者の状況から判断してアからスまでに準ずると認められる場合

（検査入院等で状態変化がない場合、化学療法等を目的として入退院を繰り返しているケースで、状態変化がない場合は除外する。）

## 3. 支援担当者

○医療関係：

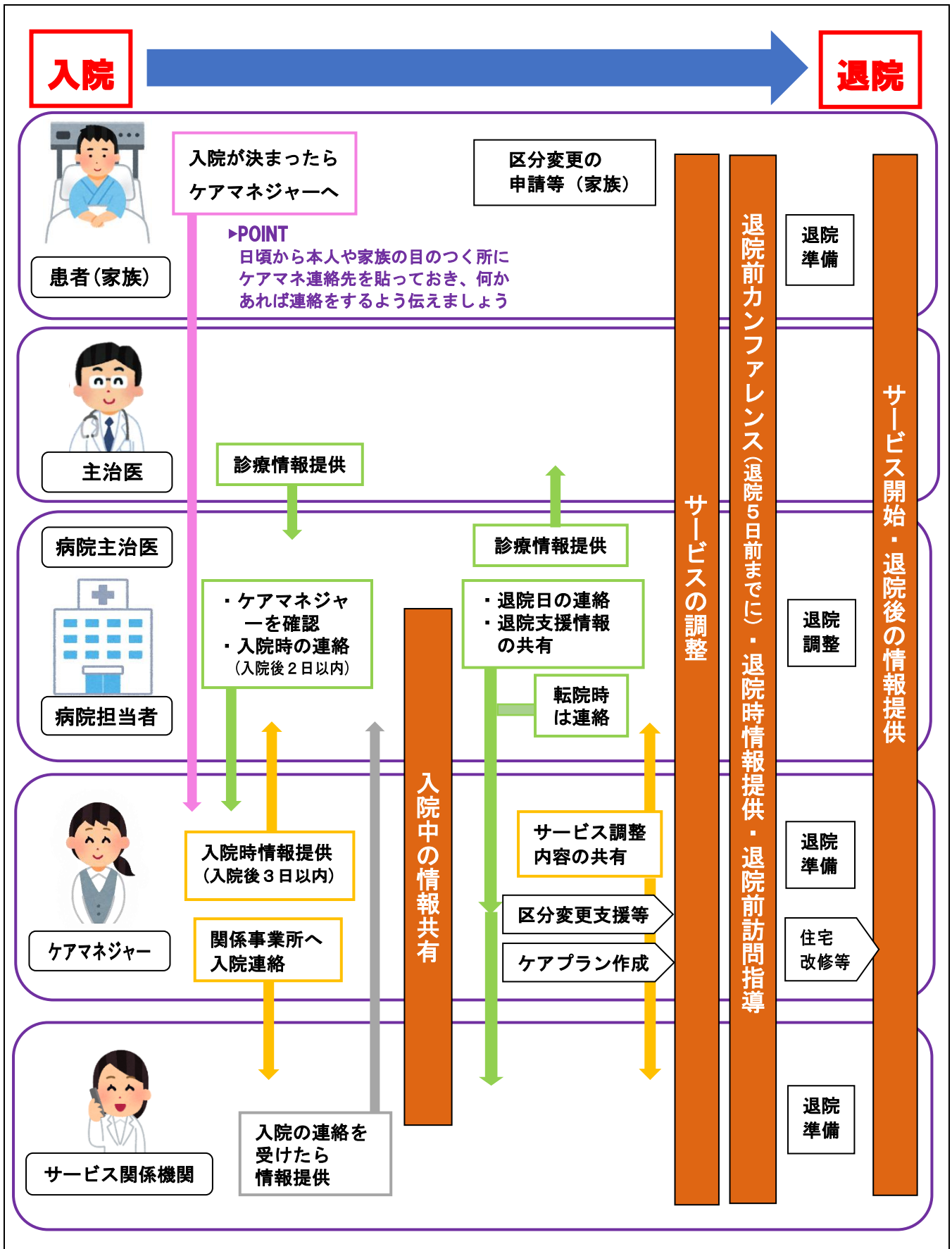
- ・病院、有床診療所の入退院支援担当者（医療ソーシャルワーカー、看護師等）

○在宅関係：

- ・ケアマネジャー（居宅介護支援事業所、施設等）
- ・訪問看護事業所、介護サービス事業所 等
- ・地域包括支援センターの担当者
- ・市町村の担当者

## 4. 入退院フロー

**パターンA** 介護保険サービスを利用中の方（ケアマネジャーが決まっている方）の場合



## パターンA 介護保険サービスを利用中の方（ケアマネジャーが決まっている方）の場合

《全ての情報提供時において、個人情報の保護に十分配慮し、適切な取り扱いを行うこと》

### ① 入院時の支援

- 入院時の連絡
  - ・病院担当者は、患者が介護保険サービスを利用中であることを確認したら、患者または家族等が担当ケアマネジャーへ入院連絡を行ったかを確認するとともに、されていない場合は速やかに連絡するように伝える。
  - ・連絡が困難な状況の場合は、病院担当者からケアマネジャーに入院の連絡を行う（可能な限り入院後2日以内に）
- 入院時情報提供
  - ・ケアマネジャーは入院を把握したら速やかに（可能な限り入院3日目までに）「入院時情報提供書」参考様式（P.7）を病院担当者へ提出し、情報提供を行う。
  - ・必要に応じ、サービスを行っている関係機関（訪問看護ステーション等）に連絡をする。
  - ・サービスを行っている関係機関は、必要に応じて病院担当者へ情報提供する。

### ② 入院中の連絡

- 病院担当者と担当ケアマネジャーは、お互いが連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握、情報共有に努める。
- 病院担当者は、入院期間の見込みについて把握した場合、医療依存度が高く訪問看護ステーションの介入が必要になる場合、住宅改修や区分変更が必要になる場合などは、できるだけ速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

途中で転院する場合は・・・

- 病院関係者は、転院が決まったら速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。  
また、患者・家族に同意を得た上で、転院先の医療機関へ「入院時情報提供書」の写しを診療情報提供書や看護サマリー等と共に引き継ぐ。

### ③ 退院前の調整 ～ 退院前カンファレンス

- 病院担当者は、患者が退院できる見込みとなった場合、担当ケアマネジャーに、退院調整開始の連絡を行う。急に退院が決定した場合は、速やかに連絡を行うようにする。  
また、可能な限り退院5日前までに退院前カンファレンスを開催できるよう調整をする。  
ただし、急性期など病院の実情を踏まえ、必ずしも行うことが前提ではなく、病院担当者と担当ケアマネジャーの交渉の中で、状況に応じて調整していく。  
やむを得ず退院前カンファレンスが開催できない場合は、退院後の支援について担当ケアマネジャーと打ち合わせを行うようにする。
- 病院担当者は退院前カンファレンスまでに、ケアマネジャーはじめ関係機関への情報共有を行う。
- ケアマネジャーは退院日に向けて、在宅サービスの調整を行う。

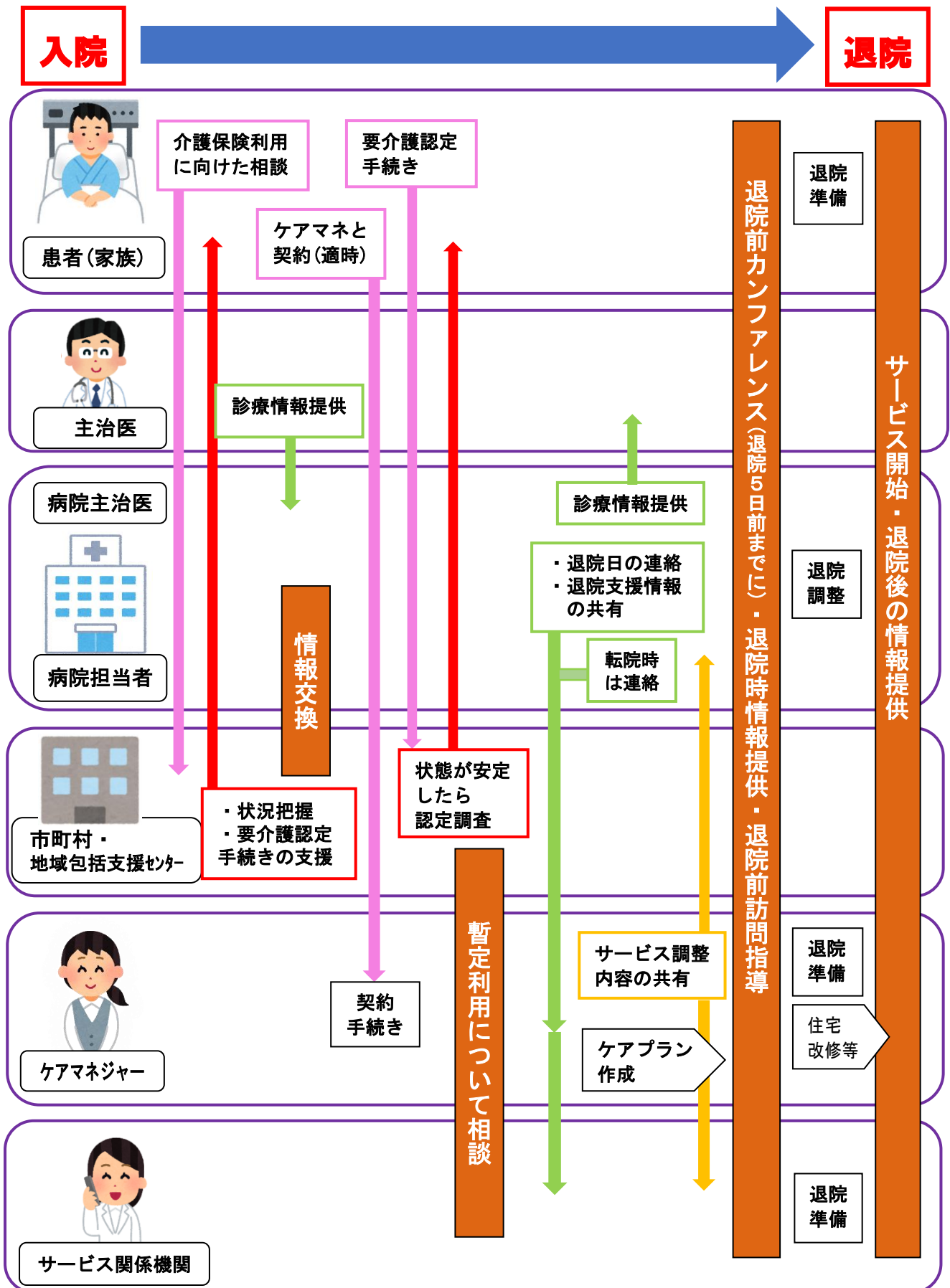
### ④ 退院前訪問指導

- 病院担当者は、入院期間が1か月を超えると見込まれる患者の円滑な退院の為、可能であれば、入院中（外泊時含む）又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら、看護にあたる家族等に対し、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行う。必要に応じて、ケアマネジャーや訪問看護師と共に訪問する。

### ⑤ 退院後の情報提供

- 病院担当者は、患者が退院後も切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、ケアマネジャーに退院直前までの患者情報を提供する。  
「退院時情報提供書」参考様式（P.11）、必要に応じて看護サマリー、主治医からの情報提供書を添付する。
- ケアマネジャーは、患者退院後にケアプランの写しを病院担当者へ提供する。  
また、在宅関係者に「退院時情報提供書」の情報を共有し、サービス担当者会議等で合意する。

**パターンB** 退院後に新たに介護保険サービスを利用する方（ケアマネジャーが決まっていな方）の場合



## **パターンB** 退院後に新たに介護保険サービスを利用する方(ケアマネジャーが決まってい ない方)の場合

《全ての情報提供時において、個人情報の保護に十分配慮し、適切な取り扱いを行うこと》

### ① 介護保険申請等の支援(病院→地域包括支援センター等)

- 病院担当者は、介護保険の利用が必要な患者(※1)について、家族等に市町村介護保険担当課または地域包括支援センターに、介護保険サービスの利用について相談に行くように説明をする。もしくは、病院担当者が地域包括支援センター(明らかに要介護の場合、かつ本人・家族と相談した上で判断できる場合は居宅介護支援事業所)に直接連絡をし、制度利用の支援を要請する。

(※1)…その他支援が必要だと思われる方の判断目安(→P.1)

### ② 入院中の連絡

- ケアマネジャーは、担当することになった利用者が入院中の場合、すみやかに病院担当者に連絡を行う。
- 病院担当者とケアマネジャーは、お互いが連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握、情報共有に努める。
- 病院担当者は、入院期間の見込みについて把握した場合、医療依存度が高く訪問看護ステーションの介入が必要になる場合、住宅改修や区分変更が必要になる場合などは、できるだけ速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

途中で転院する場合は・・・

- 病院関係者は、転院が決まったら速やかに担当ケアマネジャーに連絡する。

### ③ 退院前の調整 ～ 退院前カンファレンス

- 病院担当者は、患者が退院できる見込みとなった場合、担当ケアマネジャーに、退院調整開始の連絡を行う。急に退院が決定した場合は、速やかに連絡を行うようにする。  
また、可能な限り退院5日前までに退院前カンファレンスを開催できるよう調整をする。  
ただし、急性期など病院の実情を踏まえ、必ずしも行うことが前提ではなく、病院担当者と担当ケアマネジャーの交渉の中で、状況に応じて調整していく。  
やむを得ず退院前カンファレンスが開催できない場合は、退院後の支援について担当ケアマネジャーと打ち合わせを行うようにする。
- 病院担当者は退院前カンファレンスまでに、ケアマネジャーはじめ関係機関への情報共有を行う。
- ケアマネジャーは退院日に向けて、在宅サービスの調整を行う。

### ④ 退院前訪問指導

- 病院担当者は、入院期間が1か月を超えると見込まれる患者の円滑な退院の為、可能であれば、入院中(外泊時含む)又は退院日に患者宅を訪問し、患者の病状、家屋構造、介護力等を考慮しながら、看護にあたる家族等に対し、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行う。必要に応じて、ケアマネジャーや訪問看護師と共に訪問する。

### ⑤ 退院後の情報提供

- 病院担当者は、患者が退院後も切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、ケアマネジャーに退院直前までの患者情報を提供する。  
「退院時情報提供書」参考様式(P.11)、必要に応じて看護サマリー、主治医からの情報提供書を添付する。
- ケアマネジャーは、患者退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。  
また、在宅関係者に「退院時情報提供書」の情報を共有し、サービス担当者会議等で合意する。

### 介護保険申請をしない場合

- 介護保険の利用に至らないが、介護保険以外のサービスが必要であったり、家族等の支援がない場合など、病院担当者が退院後フォローが必要であると判断する場合は、地域包括支援センターへ連絡をする。

# 入退院時連携に係る主な診療報酬・介護報酬（令和4年4月現在）

## ① 診療報酬加算（病院）

◆入院時支援加算 1：230 点  
 ◆入院時支援加算 2：200 点  
 患者情報の把握、介護・福祉サービスの把握、褥瘡・栄養評価、薬剤確認、入院中の治療・検査・生活の説明、療養支援の計画を立てる

◆入退院支援加算 1  
 一般病棟：700 点 / 療養病棟：1,300 点  
 ◆入退院支援加算 2  
 一般病棟：190 点 / 療養病棟：635 点  
 ◆総合機能評価加算：50 点

◆介護支援等連携指導料：（初回）400 点  
 ◆介護支援等連携指導料：（2 回目）400 点  
 ケアマネジャー等と連携をとり、介護サービスの情報などを提供（入院中 2 回まで）

◆退院前訪問指導料：580 点  
 入院期間が 1 月を超える見込みの患者宅を訪問し、患者又は家族に退院後の在宅療養上の指導を行なう。当該入院中 1 回（入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2 回）算定

◆退院時共同指導料 2：400 点  
 病院の医師等と在宅療養を担う医師・看護師等・薬剤師・管理栄養士・理学療法士等もしくは社会福祉士が共同して、退院後の在宅療養上必要な説明・指導を行う  
 + 医師共同指導加算：300 点  
 + 多機関共同指導加算：2,000 点  
 （医師等の職種の 3 者以上と共同して指導を行う場合。介護支援等連携指導料と同一日には算定不可）

◆退院後訪問指導料：580 点  
 地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、退院患者等を訪問し、患者又はその家族等に、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して 1 月（退院日を除く。）を限度として、5 回に限り算定  
 + 訪問看護同行加算：20 点

入院前

入院時

入院

退院見込み時

退院後

## ② 介護報酬加算（ケアマネジャー）

居宅介護支援の提供開始にあたり、利用者等に対し、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依頼する

◆入院時情報連携加算（介護予防支援含まず）  
 (I) 入院後 3 日以内に情報提供：200 単位  
 (II) 入院後 7 日以内に情報提供：100 単位  
 利用者の入院前の情報を提供  
 情報の提供方法は問わない  
 利用者 1 人につき、月に 1 回を限度

◆退院・退所加算（介護予防支援含まず）

	カンファレンス参加《無》	カンファレンス参加《有》
連携 1 回	450 単位	600 単位
連携 2 回	600 単位	750 単位
連携 3 回	×	900 単位

・退院にあたって、入院医療機関が開催するカンファレンスへの参加や面談等を行い、ケアプランを作成。連携回数により 3 段階の報酬設定。

・連携 3 回を算定できるのは、そのうち 1 回以上について、入院中の担当医等との会議（カンファレンス）に参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行い、ケアプランを作成しサービスの調整を行った場合に限る。

・初回加算を算定する場合は算定しない。

◆初回加算：300 単位（月 1 回）  
 ・新規の計画作成時  
 ・要支援から要介護に移行もしくは要介護度 2 区分以上変更時

◆緊急時等居宅カンファレンス加算：200 単位  
 医療機関の求めに応じ、医師、看護師等とカンファレンスを行い、必要な調整を行った場合に算定（月 2 回まで）



作成日:

## 入院時情報提供書

御中

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員名	
TEL		FAX	

 ご本人・ご家族の同意を得てあります

氏名	様	性別		生年月日	年	月	日	( 歳 )	
現住所				電話番号					
<家族構成> *同居は○で囲む ☆:KP				在宅におけるキーパーソン(KP)					
				氏名	(続柄: )				
				連絡先	☎ (連絡がとりやすい時間帯: )				
家族関係等留意点									
要介護度		認定有効期間	~						
障害等認定	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 身障( )	<input type="checkbox"/> 療育( )	<input type="checkbox"/> 精神( )					

既往歴	疾患名	主治医	医療機関	受診頻度
<特別な医療・処置内容等> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				

## 【入院前の身体状況等】

ADL等	状況	特記事項	
食事	食事動作		
	食事形態		義歯
	水分		
	嚥下		
排泄	排尿動作		Pトイレ
	排便動作		
移動動作		補助具	
移乗動作			
起居動作			
入浴	入浴方法		
	入浴動作		
着脱動作			
視力			
聴力			
服薬管理		一 包 化	
皮膚状態			

## 【認知症に関すること、症状についての在宅での対応方法や工夫など】

行動障害	<input type="checkbox"/> 短期記憶障害	<input type="checkbox"/> 判断能力低下	<input type="checkbox"/> 理解力低下	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻視	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 介護抵抗
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )		
意思の伝達		伝達方法			
詳細					
対応方法等					

嗜好	飲酒	量:	喫煙	量:	
サービス利用状況	サービス種類	利用頻度	利用事業所		
	<input type="checkbox"/> 訪問介護				
	<input type="checkbox"/> 訪問看護				
	<input type="checkbox"/> 訪問リハ				
	<input type="checkbox"/> 訪問入浴				
	<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導				
	<input type="checkbox"/> 介護保険外サービス等				
	<input type="checkbox"/> ショートステイ				
	<input type="checkbox"/> 通所介護				
	<input type="checkbox"/> 通所リハ				
	<input type="checkbox"/> 福祉用具 (貸与品)				
生活環境	居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> 一戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ( )	階	エレベーター: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	留意点				

## 【自宅での生活状況や入院までの経過等】

--

## 【介護の状況(介護量や介護負担、家族指導の必要性など)】

--

## 【在宅生活へのご本人・ご家族の意向】

ご本人	
ご家族	

## 【その他自由記入欄(連絡事項や退院に向けてのお願いなど)】

--

## 【カンファレンスについてケアマネジャーからの希望】

カンファレンスへの参加  希望あり ・具体的な要望( )

パソコン上ではこのようにプルダウンで選択できるようになっています。

表面

作成日:

# 入院時情報提供書

御中

※吹き出しの部分はリストから選択できます

居宅介護支援事業所名		介護支援専門員名	
TEL		FAX	

ご本人・ご家族の同意を得てあります

男・女

明治・大正・昭和

氏名	様	性別	生年月日	年	月	日	( 歳 )
現住所				電話番号			

<家族構成> \*同居は○で囲む ☆:KP

在宅におけるキーパーソン(KP)

未申請  
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  
区分変更中

氏名 (続柄: )

連絡先 (連絡がとりやすい時間帯: )

家族関係等  
留意点

要介護度 認定有効期間 ~

障害等認定  無  身障( )  療育( )  精神( )

既往歴	疾患名	主治医	医療機関	受診頻度
<特別な医療・処置内容等> <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )				

## 【入院前の身体状況等】

ADL等	状況	特記事項
食事	食事動作	自立・見守り・一部介助・全介助
	食事形態	米飯・粥・ミキサー・経管栄養 / 普通・刻み・極刻み・ミキサー・経管栄養
	水分	普通・トロミ・接種不可
	嚥下	問題なし・時々むせる・常にむせる・嚥下できない
排泄	排尿動作	PTイレ
	排便動作	
移動動作	自立・見守り・一部介助・全介助	補助具
移乗動作		
起居動作		
入浴	入浴方法	家庭浴槽・施設一般浴・施設チェア浴・施設リフト浴・施設寝浴・シャワー浴・訪問入浴・清拭のみ
	入浴動作	
着脱動作	自立・見守り・一部介助・全介助	
視力	新聞等の字が見える・目の前が見える・殆ど見えない・判断不能	
聴力	日常生活に支障なし・大声なら何とか聞こえる・殆ど聞こえない・判断不能	
服薬管理	自立・見守り・一部介助・全介助	一包化
皮膚状態	問題あり・問題なし	

無  
部分義歯  
上全義歯  
下全義歯  
総義歯

日中のみ  
夜間のみ  
常時

T字杖  
4点杖  
歩行器  
車いす

している  
していない

【認知症に関すること、症状についての在宅での対応方法や工夫など】

行動障害	<input type="checkbox"/> 短期記憶障害	<input type="checkbox"/> 判断能力低下	<input type="checkbox"/> 理解力低下	<input type="checkbox"/> 収集癖	<input type="checkbox"/> 徘徊
	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻視	<input type="checkbox"/> 幻聴	<input type="checkbox"/> 異食	<input type="checkbox"/> 介護抵抗
	<input type="checkbox"/> 睡眠障害	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input type="checkbox"/> その他 ( ) ( )		
意思の伝達		伝達方法			
詳細	できない方法によりできる問題なくできる				
対応方法等	有・無				

嗜好	飲酒	量:	喫煙	量:
----	----	----	----	----

サービス種類	利用頻度	利用事業所
<input type="checkbox"/> 訪問看護		
<input type="checkbox"/> 訪問リハ		
<input type="checkbox"/> 訪問入浴		
<input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導		
<input type="checkbox"/> 介護保険外サービス等		
<input type="checkbox"/> ショートステイ		
<input type="checkbox"/> 通所介護	) 回/週 回/月	) 日/週 日/月
<input type="checkbox"/> 通所リハ		
<input type="checkbox"/> 福祉用具		
(貸与品)		

生活環境	居住環境	<input type="checkbox"/> 自宅	<input type="checkbox"/> 借家	<input type="checkbox"/> 一戸建て	<input type="checkbox"/> 集合住宅	階	エレベーター:	<input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 無
	住宅改修	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )							
	留意点								

【自宅での生活状況や入院までの経過等】

--

【介護の状況(介護量や介護負担、家族指導の必要性など)】

--

【在宅生活へのご本人・ご家族の意向】

ご本人	
ご家族	

【その他自由記入欄(連絡事項や退院に向けてのお願いなど)】

--

【カンファレンスについてケアマネジャーからの希望】

カンファレンスへの参加  希望あり ・具体的な要望( )

# 退院時情報提供書

(病院⇒在宅担当者)

記入日 年 月 日

情報提供日 年 月 日

情報提供者	担当者( )	TEL( )	- 内線( )	FAX( )	-
	主治医( 科 Dr)	メールアドレス			
フリガナ氏名	生年月日	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 明 大 昭	年 月 日	年齢	歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所	〒			電話番号	
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号
		〒			
家族構成図		かかりつけ医	医療機関名	TEL	
主…主介護者 ☆…キープerson ○…女性 □…男性			医師名	訪問診療 <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
		かかりつけ歯科医	医療機関名	TEL	
		かかりつけ薬局	薬局名	TEL	
診断名		要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 未申請		
		地域連携バス適応	<input type="checkbox"/> 有 パス名( ) <input type="checkbox"/> 無	特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 精神 ) ( 級 ) <input type="checkbox"/> 無( <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 申請予定 )		
		残存する障害	麻痺 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( 部位 ) 言語 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 構音障害 <input type="checkbox"/> 失語症 )		
入院経過					
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 介護タクシー: <input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要
口腔内	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯: <input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 適 <input type="checkbox"/> 不適 ) <input type="checkbox"/> 無 嚥下障害: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 口腔清掃: <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 悪
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食( <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他( ) )
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分: とりみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とりみ付 ) } <input type="checkbox"/> 食形態連携表参照
更衣	<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"/>	<input type="checkbox"/> 自宅( <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワーのみ ) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 清拭のみ
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ( <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ )
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 薬剤名( ) <input type="checkbox"/> 無
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	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<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 特記事項( )			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他( )			
医療処置	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテ <input type="checkbox"/> ストマ				
	<input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> 麻薬使用 ( <input type="checkbox"/> 内服 <input type="checkbox"/> 貼付 <input type="checkbox"/> 座薬 <input type="checkbox"/> 頓用 <input type="checkbox"/> 持続皮下注 ) その他 ( )				
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態/認知症である <input type="checkbox"/> その他 ( )				
患者・家族の退院後の希望					
その他					

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

この情報は、 年 月 日現在のものです。

# 入退院支援に関する連絡先（令和4年10月時点）



## 病院担当窓口一覧

### （1）入院時の情報提供先

病院名	ケアマネジャーからの情報提供先		備考
	持参の場合	FAX・メール・郵送の場合	
中部国際医療センター	送付先：患者支援センター 曜 日：月～土曜日 （祝日除く） 時 間：AM 8：30～PM 5：00 電話番号：0574 - 66 - 1100 日時連絡：不要	送付先：患者支援センター 曜 日：終日 時 間：終日 F A X：0574 - 66 - 1582 FAX 事前電話：不要 メール：無	◎持参の場合◎ 担当MSWとの面談を希望される場合は、事前にご連絡ください。
太田病院	送付先：地域連携室 曜 日：平日、土曜日 時 間 ：平日 AM 8：30～PM 5：30 ：土曜 AM 8：30～PM 0：30 電話番号：0574 - 66 - 1251（連携室直通） 日時連絡：不要	送付先：地域連携室 曜 日：終日 時 間：終日 F A X：0574 - 27 - 2330 FAX 事前連絡：可能な限り必要 メール：無	
のぞみの丘ホスピタル	送付先：医療相談室 曜 日：平日・土曜日 （祝日除く） 時 間：AM 8：30～PM 5：15 電話番号：0574 - 25 - 3188（代表） 日時連絡：不要	送付先：医療相談室 曜 日：終日 時 間：終日 F A X：0574 - 27 - 7666 （医療相談室） FAX 事前連絡：不要 メール：無	
白川病院	送付先：医療福祉地域連携室 曜 日：平日 時 間：AM 8:30～PM 5:30 電話番号：0574 - 72 - 2222 日時連絡：必要	送付先：医療福祉地域連携室 曜 日：平日 時 間：AM 8:30～PM 5:30 F A X：0574 - 72 - 1701 FAX 事前連絡：必要 メール：無	

伊佐治病院	送付先：医事課 曜 日：平日（月～金） 時 間：AM 8:30～ PM 5:30 電話番号：0574 - 43 - 8051 日時連絡：不要	送付先：医事課 曜 日：終日 時 間：終日 F A X：0574 - 43 - 0801 FAX 事前連絡：不要 メール：無	
田原医院	送付先：田原医院 曜 日：月・火・木・金 時 間：PM 3：30 ～ PM 4：00 電話番号：0574 - 53 - 5588 日時連絡：必要	無	

●訪問する際、FAXを送信する際には事前に電話連絡を行いましょう。

●入院時情報連携加算について

Q：先方と口頭でのやりとりがない方法（FAXやメール、郵送等）により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことが確認できれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

〈平成30年度介護報酬改定に関するQ&A（Vol.1）（平成30年3月23日）より〉

A：入院先の医療機関とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、FAX等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。

※上記の通り通知があるため、送付日等を計画書等に記録しましょう。

●加茂地域以外の、ルール未策定地域の病院・ケアマネジャー等と連携する場合は、個別対応をお願いします。

(2) 退院時の情報確認先 (退院情報について追加で確認したい場合の連絡先等)

病院名	担当部署・連絡先	対応可能時間	
		平日	休日
中部国際医療センター	担当部署名：患者支援センター (担当 MSW) 電話番号：0574 - 66 - 1100 内 線：3020	月～土曜日 AM 8：30～ PM 5：00	対応していない 緊急時は入院時の病棟看護師へ連絡してください
太田病院	担当部署名：地域連携室 電話番号：0574 - 66 - 1251 (連携室直通)	AM 8：30～ PM 5：30	土曜日の午後、休・祝日は対応できない為、 急ぎの要件は直接病棟へ連絡してください
のぞみの丘ホスピタル	担当部署名：医療相談室 電話番号：0574 - 25 - 3188	AM 8：30 ～ PM 0：15 PM 1：00 ～ PM 5：15	対応していない
白川病院	担当部署名：医療福祉地域連携室 電話番号：0574 - 72 - 2222 内 線：570・579・578	AM 8：30 ～PM 1：00 PM 2：00 ～PM 5：30	急ぎの要件は、直接病棟へ連絡してください
伊佐治病院	担当部署名：医事課 電話番号：0574 - 43 - 8051 F A X：0574 - 43 - 0801	月～金曜日 AM 8：30 ～PM 5：30 FAX は終日可	対応していない
田原医院	無		

※本ガイドラインと様式は各市町村のホームページよりダウンロードできます。