

入退院支援マニュアル

成田モデル地区

～病院と地域で切れ目のない支援を行うため～

2019年4月1日 改定版

印旛市郡医師会入退院支援モデル事業

入退院支援モデル事業推進委員会

もくじ

1. 運用の目的	2
2. ルールについて	2
3. 運用について	2
4. 退院支援ルール	3
(1) 急性期病院から自宅等へ退院する場合	4
ア) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合	5
イ) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合	7
(2) 急性期病院から回復期病院へ転院する場合	9
(3) 回復期病院から自宅等へ退院する場合	11
5. 資料	
資料 1 千葉県地域生活連携シート入院時 (A 表)	13
資料 2 千葉県地域生活連携シート退院時 (B 表)	15
資料 3 介護支援連携 1 回目 (入院時カンファレンス)	17
資料 4 退院前カンファレンス	18
資料 5 成田市地域包括支援センターMAP	19
資料 6 連絡先	20

1. 運用の目的

今後、超高齢者社会による在宅医療介護需要の増大が見込まれているため、在宅医療に対応する円滑な「病院と在宅地域との連携」が必要なものとなっている。

こうしたことから、入退院支援モデル事業推進委員会では、成田モデル地域において連携を深めるため、「脳卒中」「肺炎」「大腿骨頸部骨折」の3疾患を対象に「病院と地域で切れ目のない支援を行うためのルール」を作成し患者(利用者)が円滑に在宅生活に戻れることを目指す。

2. ルールについて

ルールは、急性期から自宅等へ退院する場合（入院前にケアマネジャーが決まっている場合、ケアマネジャーが決まっていない場合）、急性期病院から回復期病院へ転院する場合、回復期病院から自宅等へ退院する場合の4つについて策定した。

3. 運用について

(1) 適用地域

成田市内

(2) 対象者

「脳卒中」「肺炎」「大腿骨頸部骨折」の疾患で入院する患者（利用者）

(3) 実施機関

<医療機関>

成田赤十字病院（急性期病院）

成田病院（回復期病院）

成田リハビリテーション病院（回復期病院）

成田市内診療所

印旛市郡医師会

印旛郡市歯科医師会

印旛郡市薬剤師会

<地域機関>

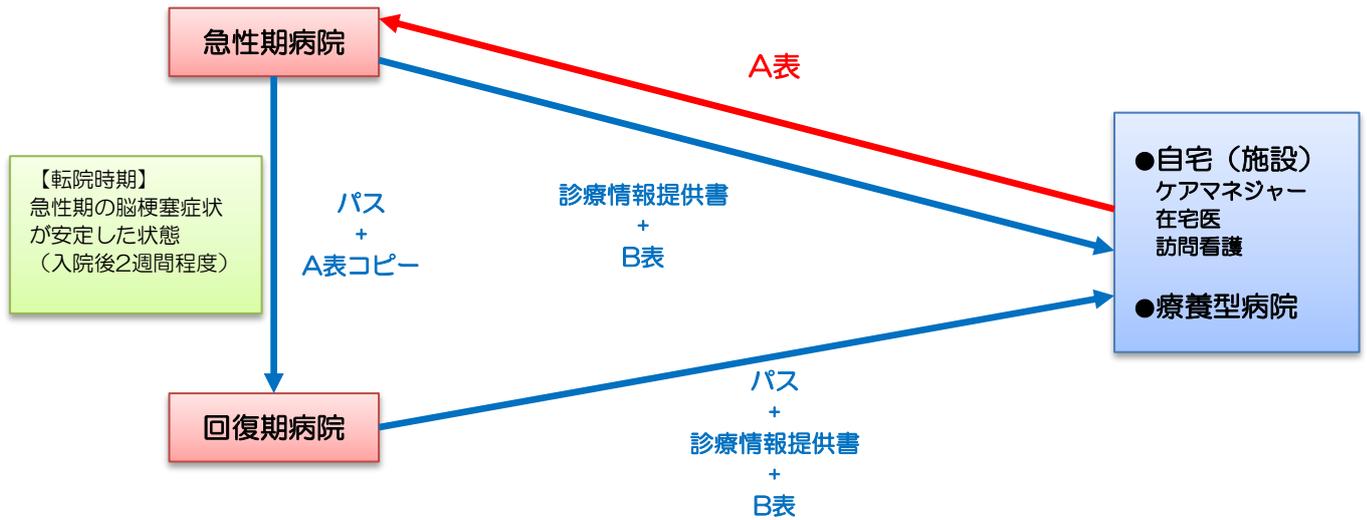
成田市役所

成田市ケアマネジャー連絡会

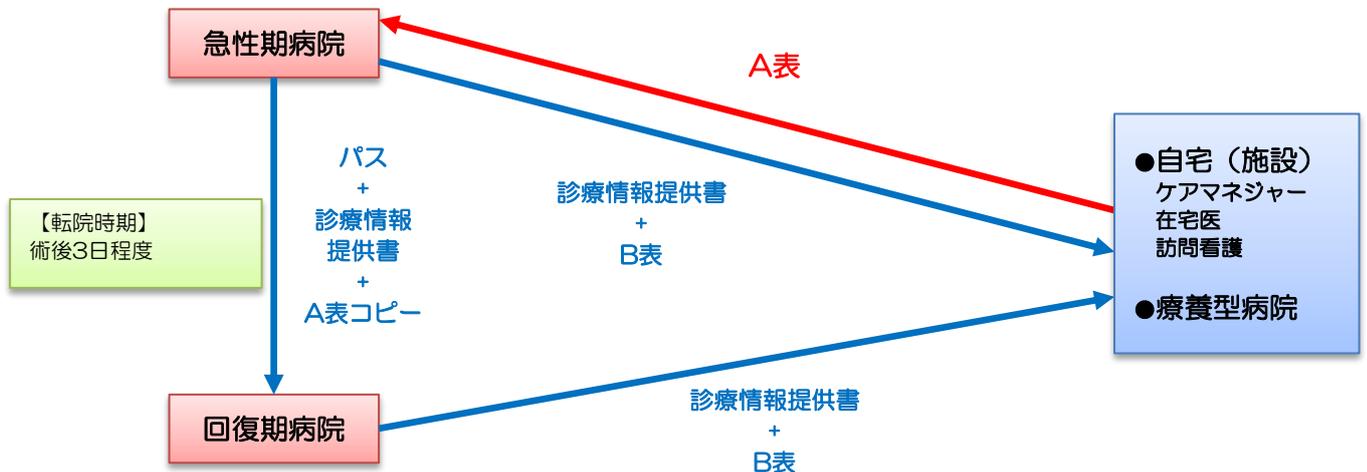
成田市地域包括支援センター

全体の流れ（疾患毎の連携図）

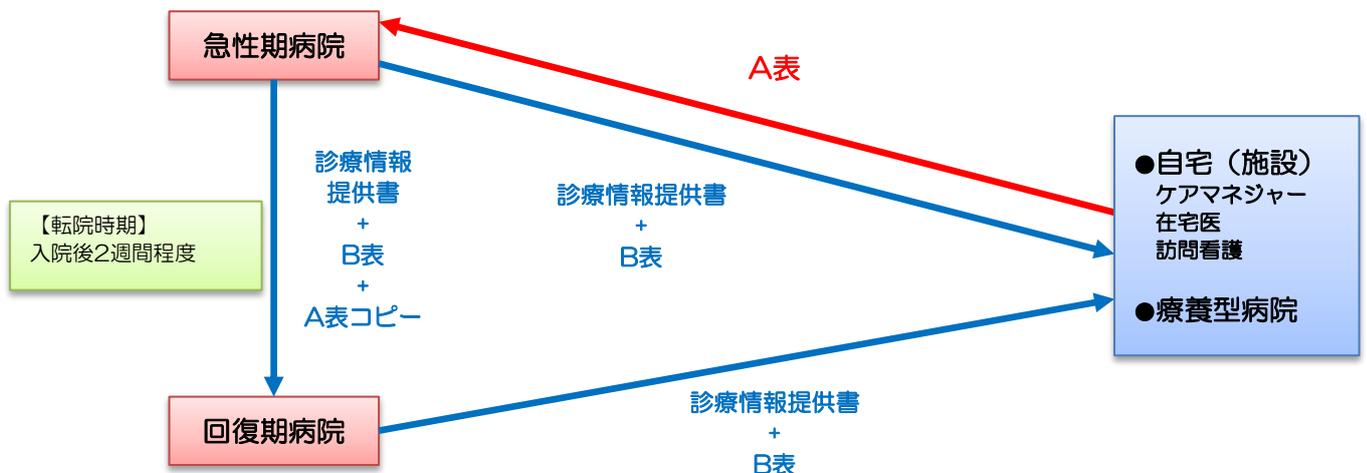
<脳卒中>



<大腿骨頸部骨折>



<肺炎>

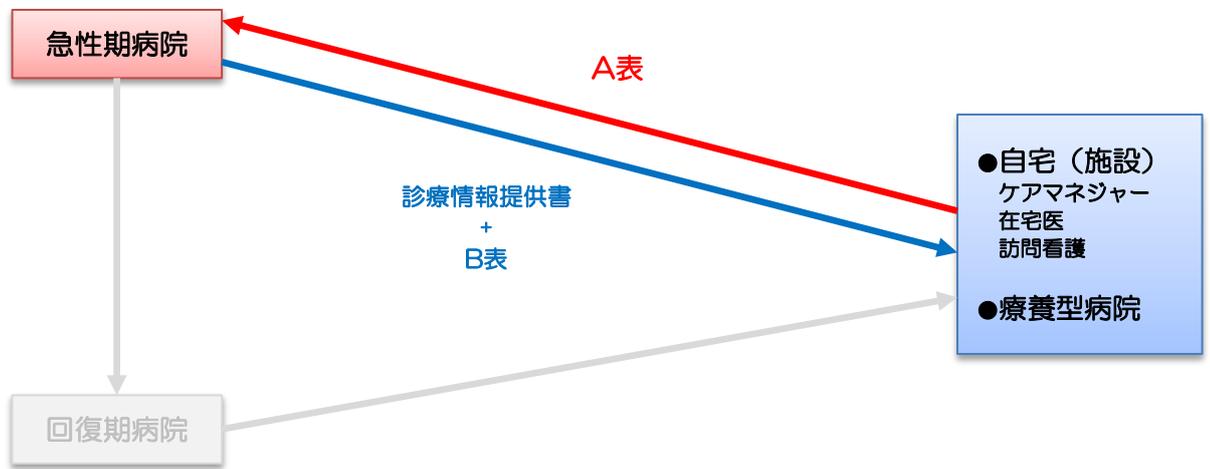


重篤な合併症がある場合は、合併症の担当診療科の診療情報提供書も添付する。

※A表＝千葉県地域生活連携シートA表
 ※B表＝千葉県地域生活連携シートB表

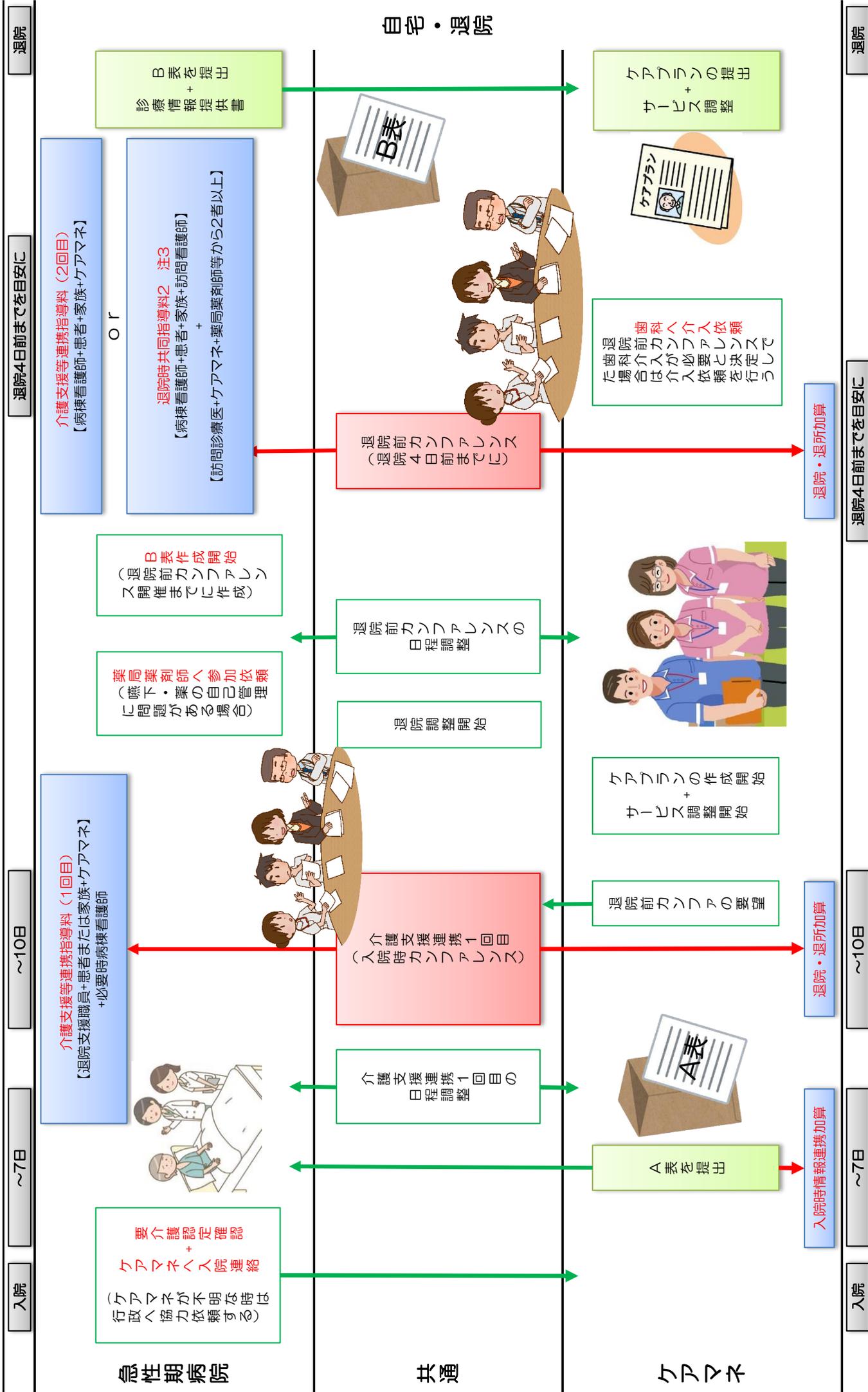
(1) 急性期病院から自宅等へ退院する場合

＜3疾患共通＞



※A表＝千葉県地域生活連携シートA表
※B表＝千葉県地域生活連携シートB表

(ア) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合



(ア) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

① 入院時の連絡

- 病院担当者は、要介護認定と担当ケアマネジャーの事業所を確認する。
担当のケアマネジャーに入院したことを連絡し、千葉県地域生活連携シート入院時（A表）（以下A表とする）を依頼する。
介護事業所が不明な場合は、成田市役所に連絡し、担当ケアマネジャーを確認する。
 - ケアマネジャーは、病院の担当窓口または病棟にA表を提出する。看護師との面談を希望する場合は、事前に連絡をして日程調整を行う。
 - 病院担当者は、A表の受け取りサイン欄に、受け取り者名を記入し、A表のコピーをケアマネジャーへ提出する。
- ※ ケアマネジャーの介入対象は、入院時に要介護認定を受けている患者を基本とし、要支援の患者への介入は、ケアマネジャーの判断とする。

② 退院支援開始の連絡

- 退院調整が必要な患者は、病院担当者から担当ケアマネジャーに介護支援連携1回目の開催を連絡する。
- 介護支援連携1回目（入院時カンファレンス）では、病状・治療内容・今後の見通し・退院後の必要になりそうなサービス等について情報共有する。（P17 介護支援連携1回目参照）

③ 退院前調整

- 千葉県地域生活連携シート退院時（B表）（以下B表）の作成を開始する。
- 退院前カンファレンスが必要な患者は、病院担当者が担当ケアマネジャーに連絡し日程調整をする。（ケアマネジャーが退院前カンファレンスの開催を要望する場合は、病院担当者へ連絡する。）（P18 退院前カンファレンス参照）
- 退院前カンファレンスの有無に関わらず、病院担当者は、退院の4日前までにケアマネジャーへ退院日を連絡する。
- 薬剤師の介入が必要な場合は、病院担当者が退院前カンファレンスの参加依頼を行う。

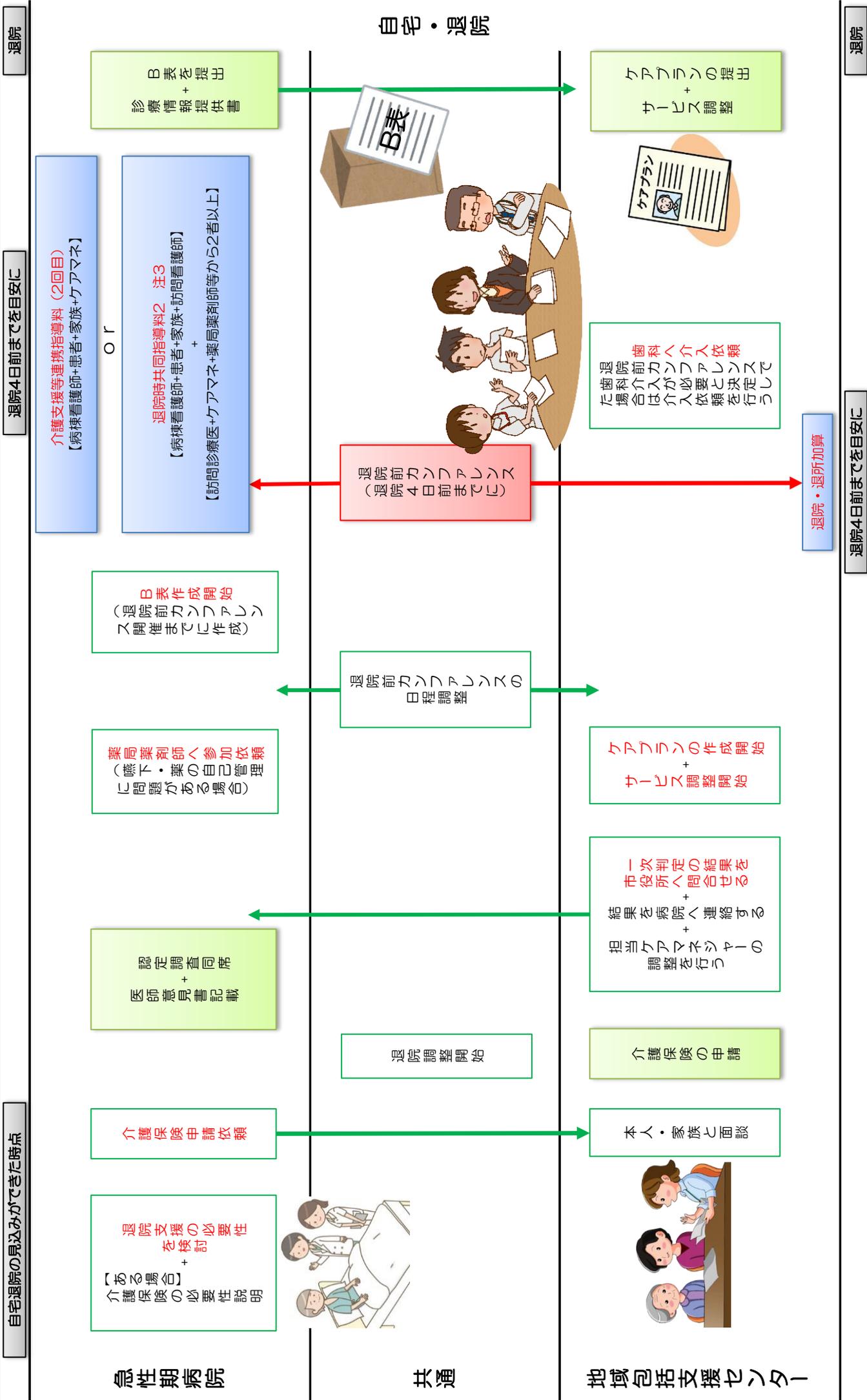
薬剤師の介入目安	
対象	薬の自己管理が困難、嚥下に問題のある患者
依頼先 (優先順位)	① 薬手帳に載っている「かかりつけ薬局」 ② 成田市在宅医療・介護連携支援センター ③ 印旛郡市薬剤師会

- 退院前カンファレンス時に歯科の介入について検討する。介入が必要な場合はケアマネジャーが介入依頼を行う。

歯科医師および歯科衛生士の介入目安	
対象	寝たきり等で通院が困難な患者 嚥下や口腔ケアに問題のある患者
依頼先	成田市役所健康増進課（歯科衛生士）

- 主治医の診療情報提供書のコピーをケアマネジャーに渡す。

(イ) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合



(イ) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

① 介護保険申請の支援

- 自宅退院にあたり介護保険が必要な患者に、病院担当者から必要性を説明し、地域包括支援センターで相談するよう勧める。
(P19 「成田市地域包括支援センターMAP」を参照)
- 病院担当者は、地域包括支援センターに介護保険申請と介入依頼の連絡をする。
- 地域包括支援センターは、病院から連絡を受け、本人・本人家族と面談し介護保険申請の支援を行う。

② 退院支援開始の連絡

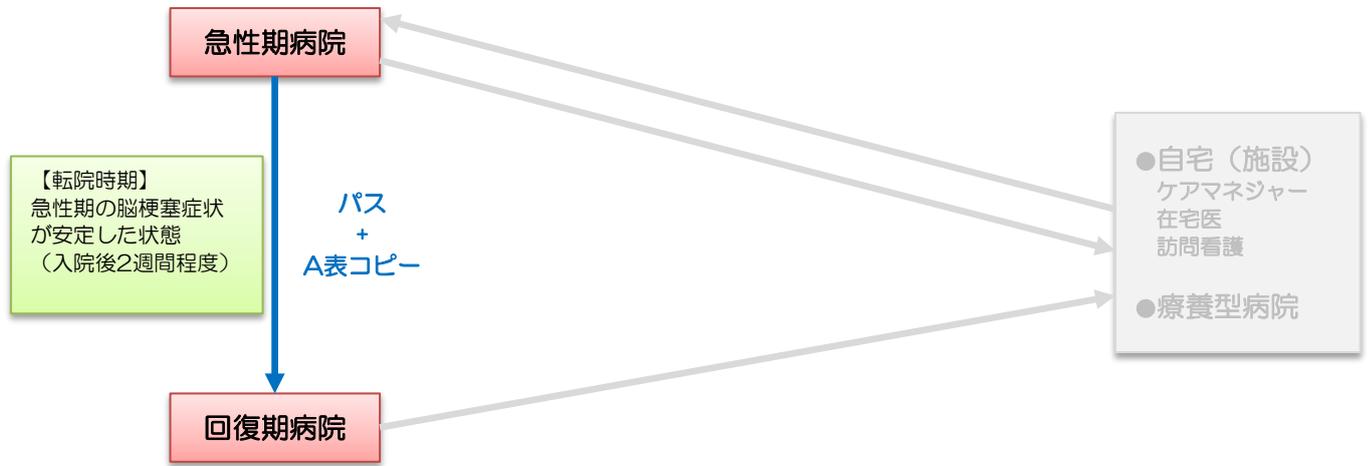
- 地域包括支援センター担当者と病院担当者は、入院期間の見込みや患者の状態等について、情報共有し退院支援を進める。
- 一時判定の結果については、地域包括支援センターから市役所に確認し、サービス等の調整を進める。

③ 退院前調整

ケアマネジャーが決まっている場合と同様の流れ (P6 ③退院前調整を参照)

(2) 急性期病院から回復期病院へ転院する場合

<脳卒中>



<大腿骨頸部骨折>



<肺炎>



※A表＝千葉県地域生活連携シートA表
※B表＝千葉県地域生活連携シートB表

<共通のルール>

- 転院調整については、病院担当者同士で行う。
- A表のコピーを提出する。
- 重篤な合併症がある場合は、合併症の担当診療科の診療情報提供書も添付する。

<疾患毎のルール>

(ア) 脳卒中

転院時期	急性期の脳梗塞症状が安定した状態（入院後2週間程度）
連携文書	・ 千葉県共用脳卒中地域医療連携パス連携シート（急性期作成用） ・ A表のコピー

(イ) 大腿骨頸部骨折

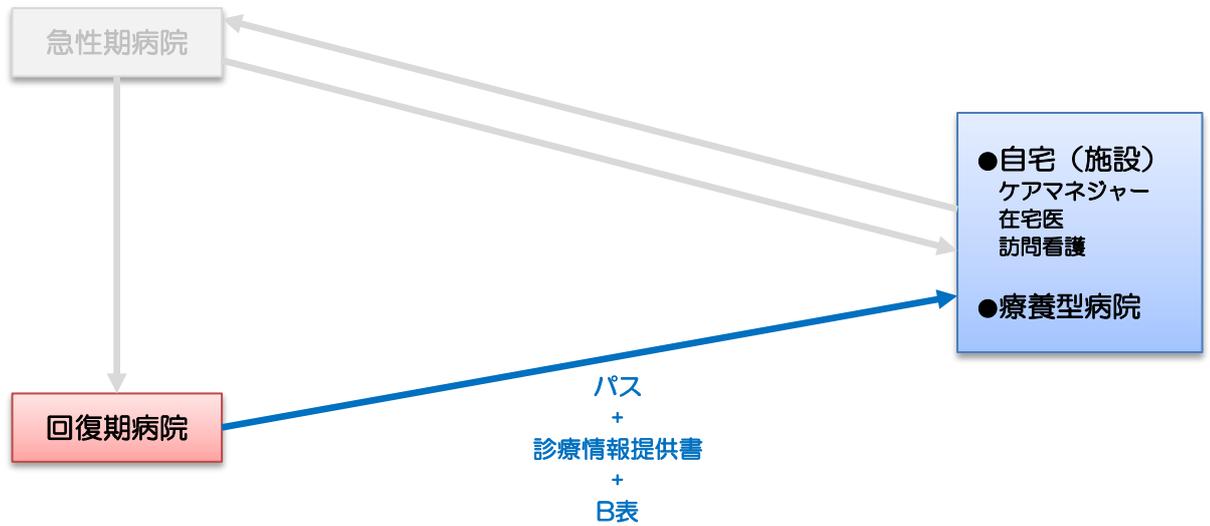
転院時期	術後3日程度
連携文書	・ 大腿骨頸部骨折地域医療連携パス ・ 診療情報提供書 ・ A表のコピー

(ウ) 肺炎

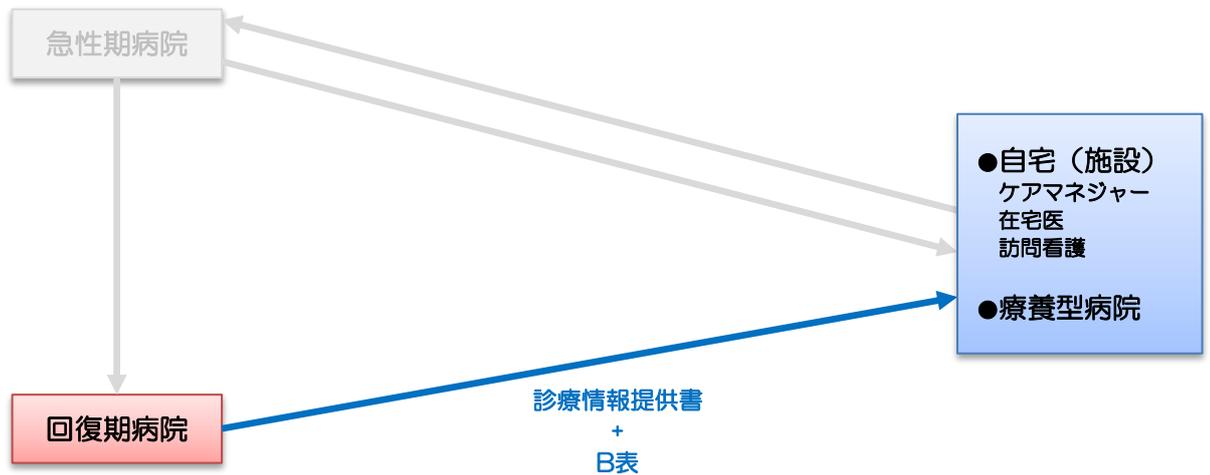
転院時期	入院後2週間程度
連携文書	・ 診療情報提供書 ・ B表（看護サマリーとして） ・ A表のコピー

(3) 回復期病院から自宅等へ退院する場合

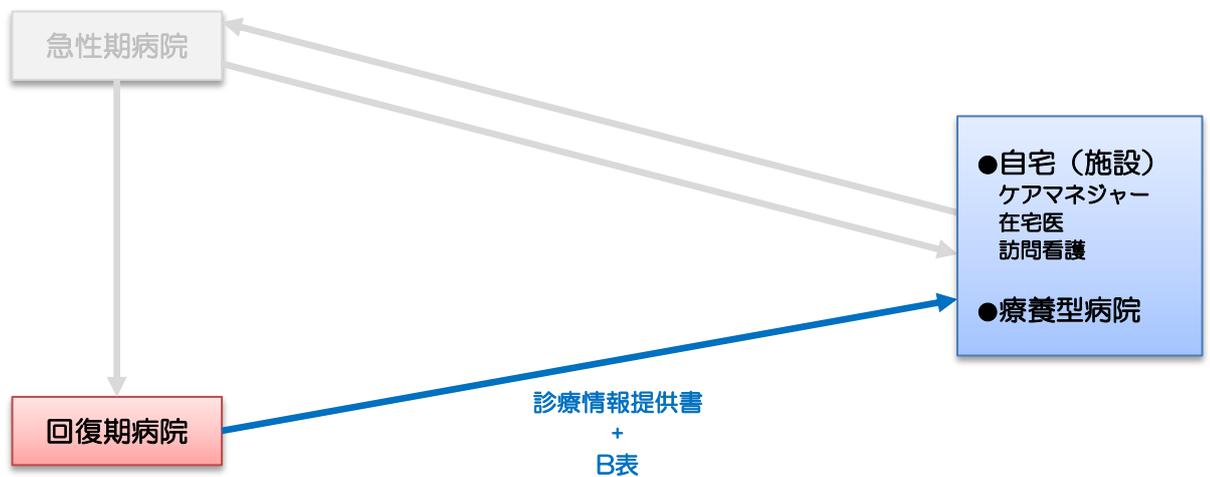
＜脳卒中＞



＜大腿骨頸部骨折＞



＜肺炎＞



※A表＝千葉県地域生活連携シートA表
※B表＝千葉県地域生活連携シートB表

<共通のルール>

- 入院早期に院内の関係職種とカンファレンスを実施する。
- ケアマネジャーとのカンファレンスが必要な場合は、病院担当者が調整を行う。
- 重篤な合併症がある場合は、合併症の担当診療科の診療情報提供書も添付する。また急性期病院から合併症に関する診療情報提供書がある場合は、そのコピーも添付する。
- 薬剤師の介入が必要な場合は、病院担当者が介入依頼を行う。

薬剤師の介入目安	
対 象	薬の自己管理が困難、嚥下に問題のある患者
依頼先 (優先順位)	① 薬手帳に載っている「かかりつけ薬局」 ② 成田市在宅医療・介護支援センター ③ 印旛郡市薬剤師会

- 歯科の介入が必要な場合は介入を依頼する。

歯科医師および歯科衛生士の介入目安	
対 象	寝たきり等で通院が困難な患者
依頼先	成田市役所健康増進課（歯科衛生士）

<疾患毎のルール>

(ア) 脳卒中

連携文書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 千葉県共用脳卒中地域医療連携パス連携シート（回復期作成用） （薬剤シートは薬手帳に挟み込み患者から薬局へ提出する。） ・ 診療情報提供書 ・ B表
------	---

(イ) 大腿骨頸部骨折

連携文書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報提供書 ・ B表
------	---

(ウ) 肺炎

連携文書	<ul style="list-style-type: none"> ・ 診療情報提供書 ・ B表
------	---

千葉県地域生活連携シート（入院時等）

A表

記入日 平成 年 月 日

事業所（施設）名	
担当者名	
電話番号	



病院・診療所名	
担当部署・担当者名	
電話番号	

※担当ケアマネ以外から本シートを受け取った場合は、遅くとも入院翌日には担当ケアマネに連絡しましょう。

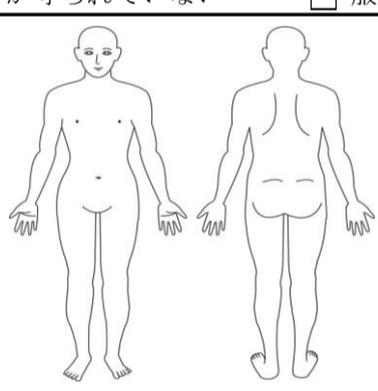
本シートは、医療・介護関係者が御本人の生活を支援するために必要な情報共有を行うことを目的としています。
 以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得て提供しています。
 なお、入院先の医療機関は、転院時に、転院先に本シートの写しを送付するよう努めましょう。

提供日 平成 年 月 日

入院日 平成 年 月 日

ふりがな 氏名		生年月日	明大昭 □ □ □	年 月 日	年齢	歳	性別	男 □ □	女 □ □	
住 所	〒		TEL（自宅）		職 業					
			TEL（携帯）							
住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ <input type="checkbox"/> 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ） <input type="checkbox"/> 施設等（ ）									
緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所			電話番号				
家族構成図		年金等の種類	<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							
◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン		介護保険自己負担割合	割 <input type="checkbox"/> 不明		経済的支援	<input type="checkbox"/> 要		医療保険	<input type="checkbox"/> 未加入	
		障害等認定	<input type="checkbox"/> 身障（ ） <input type="checkbox"/> 精神（ ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ ）							
		生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など）								
<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他										
ケアマネジャーとしての意見	家族の介護力及び特記事項									
	療養・生活に関する受け止め方・意向等	本 人	家 族							
		リビングウィル等の意思表示	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		確認相手	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ ）				
		確認日	平成 年 月 日	連絡先	氏名：	電話番号：				
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期限（平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日）							
	<input type="checkbox"/> 事業対象者		要支援	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5			
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"/> 医師等の判断			
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"/> ケアマネジャー等の判断			
介護サービス利用状況	訪 問	<input type="checkbox"/> 介護（ / 週 ） <input type="checkbox"/> 入浴（ / 週 ） <input type="checkbox"/> リハビリ（ / 週 ） <input type="checkbox"/> 看護（ / 週 ）								
	通 所	<input type="checkbox"/> 介護（ / 週 ） <input type="checkbox"/> リハビリ（ / 週 ）								
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護（ ）				<input type="checkbox"/> 療養介護（ ）				
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（ ）				<input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売（ ）				
	その他									
かかりつけ情報 （医師、歯科、薬局）	主病名		医療機関名等		診療科目・主治医等		電話番号			
	①	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診		頻度： 回/月						
	②	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診		頻度： 回/月						
	③	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 往診		頻度： 回/月						
既往歴	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <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（ ）									

利用者氏名		事業所（施設）名、担当者名	
最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	期間： 平成 年 月 日 ~ 平成 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 ()		
居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	(職種：)	

		自立	見守り	一部介助	全介助	在宅での生活状況	
移動方法		<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()					
移乗		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
起居動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔ケア	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	義歯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)	下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)
	嚥下状態(むせ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に)	咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				
食事	食形態	<input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ)					
	制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ())					
	食事回数	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	回/日(朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃)	UDFの食形態
入浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())	
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力 <input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル	排便習慣 回/ (<input type="checkbox"/> 日・ <input type="checkbox"/> 週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中 <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"/> その他 ()	
服薬管理	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 別紙参照)	<input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法				
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理	眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
	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"/> 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				
麻痺	状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度					
	部位	<input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢					
褥瘡		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)					
皮膚疾患		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)					
視力		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能					
聴力		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能					
言葉		<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度:)					
意思伝達		<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)					
短期記憶		<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え)					
行動・精神症状等		<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下					
		<input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()					
喫煙		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (本くらい/日)					
飲酒		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (合くらい/日)					
その他 (介護上、特に注意すべき点等)							

院内の多職種カンファレンスへの参加希望 退院前カンファレンスへの参加希望 退院前訪問指導を実施する場合の同行希望

(具体的な要望)

退院の検討を始めた段階で、上記担当者へ連絡をお願いします。

受取者サイン (受付印等)	
---------------	--

千葉県地域生活連携シート（退院時）

B表

記入日 平成 年 月 日

病院・診療所名		事業所（施設）名	
担当部署・担当者名		担当者名	
電話番号		電話番号	

○ケアマネジャー記入欄

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		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
2	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
3	年 月 日		<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無

以下の情報は、利用者本人及び家族の同意を得ています。

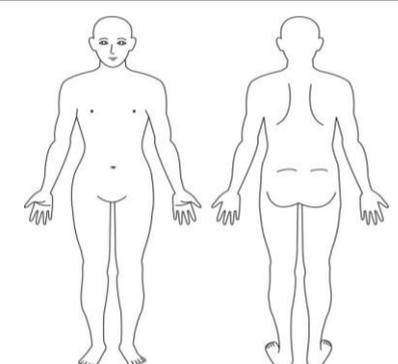
ふりがな 氏名		生年月日	明大昭 □□□	年	月	日	年齢	歳	性別	男 □ 女 □
住 所	〒			TEL（自宅）			職 業			
				TEL（携帯）						
住 環 境	<input type="checkbox"/> 戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅（ <input type="checkbox"/> 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有） <input type="checkbox"/> 施設等（ <input type="checkbox"/> ）									
緊急時連絡先	氏 名	続 柄	住 所		電話番号					
家族構成図		年金等の種類 <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 ◎:本人 □:男性 ○:女性 ■●:死亡 主:主介護者 副:副介護者 ☆:キーパーソン 介護保険自己負担割合 <input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明 経済的支援 <input type="checkbox"/> 要 医療保険 <input type="checkbox"/> 未加入 障害等認定 <input type="checkbox"/> 身障（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 精神（ <input type="checkbox"/> ） <input type="checkbox"/> 療育 <input type="checkbox"/> 特定疾患（ <input type="checkbox"/> ） 生活歴（これまでの職業、家庭生活、趣味、習慣など） <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他								
家族の介護力及び特記事項										

要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 未申請		有効期限（平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日）							
	<input type="checkbox"/> 事業対象者		要支援 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2		要介護 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5					
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"/> 医師等の判断							
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"/> ケアマネジャー等の判断							

入院期間	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日 予定						手術	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
現在治療中の疾患	①			②			③			
	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定			<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定			<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定			
入院の経緯・原因となった病名等										
傷病の経過及び治療経過										
本人、家族への退院前指導の内容	在宅医療措置： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（裏面参照） 説明を聞いた相手： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）									
療養・生活に関する受け止め方・意向等	本 人							家 族		
	リビングウィル等の意思表示 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 確認相手 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ） 確認日 平成 年 月 日 連絡先 氏名： <input type="checkbox"/> 電話番号： <input type="checkbox"/>									
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA： <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症（部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血痰 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他（ <input type="checkbox"/> ）									

利用者氏名

記入日： 平成 年 月 日

		自立	見守り	一部介助	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"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他 ()	
移乗		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
起居動作		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
整容		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔ケア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 <input type="checkbox"/> 口臭 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
						義歯	上顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用) 下顎 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 使用 <input type="checkbox"/> 未使用)
						嚥下状態(むせ)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> 常に) 咀嚼状況 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
食 事		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食 形 態	<input type="checkbox"/> 普通 嚥下食 (<input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> ペースト食 <input type="checkbox"/> とろみ) <input type="checkbox"/> 経管栄養(方法 内容: 量: 所要時間:)
						制 限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 塩分 <input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> その他 ())
						食事回数	回/日(朝 時頃 昼 時頃 夜 時頃) UDFの食形態
入 浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ())
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	排尿能力	<input type="checkbox"/> 自排尿 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル 排便習慣 回/ (<input type="checkbox"/> 日・ <input type="checkbox"/> 週)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	日中	<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"/> その他 ()
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	処方薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 別紙参照) <input type="checkbox"/> 一包化 <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> 簡易懸濁法
						薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者管理 眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 睡眠の状態 <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良
		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			
麻 痺		状態 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 重度				 <p>※麻痺や褥瘡等の位置</p>	
		部位 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左下肢 <input type="checkbox"/> 右下肢					
褥 瘡		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)					
皮膚疾患		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (部位:)					
視 力		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり見えない <input type="checkbox"/> ほとんど見えない <input type="checkbox"/> 判断不能					
聴 力		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> はっきり聞こえない <input type="checkbox"/> ほとんど聞こえない <input type="checkbox"/> 判断不能				補聴器使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
言 葉		<input type="checkbox"/> 話せない <input type="checkbox"/> 話せる (程度:)					
意思伝達		<input type="checkbox"/> できない <input type="checkbox"/> できる (伝達方法:)					
短期記憶		<input type="checkbox"/> 問題あり <input type="checkbox"/> 問題なし (<input type="checkbox"/> 前日の夕食のメニューが答えられる → → <input type="checkbox"/> 再度確認しても同じ答え)					
行動・精神症状等		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input type="checkbox"/> 昼間寝ていることが多い <input type="checkbox"/> 夜間不眠・不穏 <input type="checkbox"/> 意欲の低下 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 同じ事を何度も聞く <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()			
退院後必要な事柄	診療形態等	<input type="checkbox"/> 外来 <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> 訪問看護 病状悪化等緊急時の連絡先: 紹介先医療機関等					
	医療	<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 ()					
	看護	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 () <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()					
	リハビリ(目標や内容等)	生活目標		運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
	必要な内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習 <input type="checkbox"/> IADL練習 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 更正装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能訓練 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		内容・留意点		症状・病状の予後・予測	
	介護サービス	訪問	<input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> 入浴 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週) <input type="checkbox"/> 看護 (/ 週)				
	通所	<input type="checkbox"/> 介護 (/ 週) <input type="checkbox"/> リハビリ (/ 週)					
	短期入所	<input type="checkbox"/> 生活介護 () <input type="checkbox"/> 療養介護 ()					
	福祉用具	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> 特定福祉用具販売 ()					
	その他						
その他 (退院後の生活で注意すべき点、在宅復帰のために整えなければならない要件等)							

介護支援連携 1 回目（入院時カンファレンス）

（ア） 対象

- 介護保険利用中で、退院調整が必要と判断される患者

（イ） メンバー

- 患者または家族
- ケアマネジャー
- 退院支援職員
- 必要時、病棟の看護師

（ウ） 内容

- 入院前の状況と患者・家族の情報を共有
- 病状と治療内容、今後の見通しの共有
- 退院先についての希望
- 退院後必要になりそうなサービスとその提供について
- 今後の退院支援予定の調整

（エ） その他

- 入院後、できるだけ早期（7～10日を目安）に実施できるよう病院からケアマネジャーに連絡調整する。
- 介護支援等連携指導料 1 回目（診療）、退院・退所加算（介護）を算定できる。

退院前カンファレンス

(ア) 対象

- 自宅、施設等に退院される患者（利用者）で、下記の方
 - 1) 新規の介護保険利用者
 - 2) 入院前に比べ ADL があきらかに低下した方
 - 3) 新たに医療処置が必要な方
 - 4) 訪問診療、訪問看護を導入および継続する方
 - 5) ターミナル期にある方
 - 6) 介護サービス利用中でケアマネジャーから要望がある方

(イ) メンバー

- 患者および家族*¹*²
- ケアマネジャー*¹、訪問診療医又は看護師、訪問看護師*²、薬局薬剤師
- 主治医、病棟看護師*¹*²、退院支援職員、MSW、薬剤師、リハビリ
(対象者の状態により、参加メンバーは調整する。)

(ウ) 内容

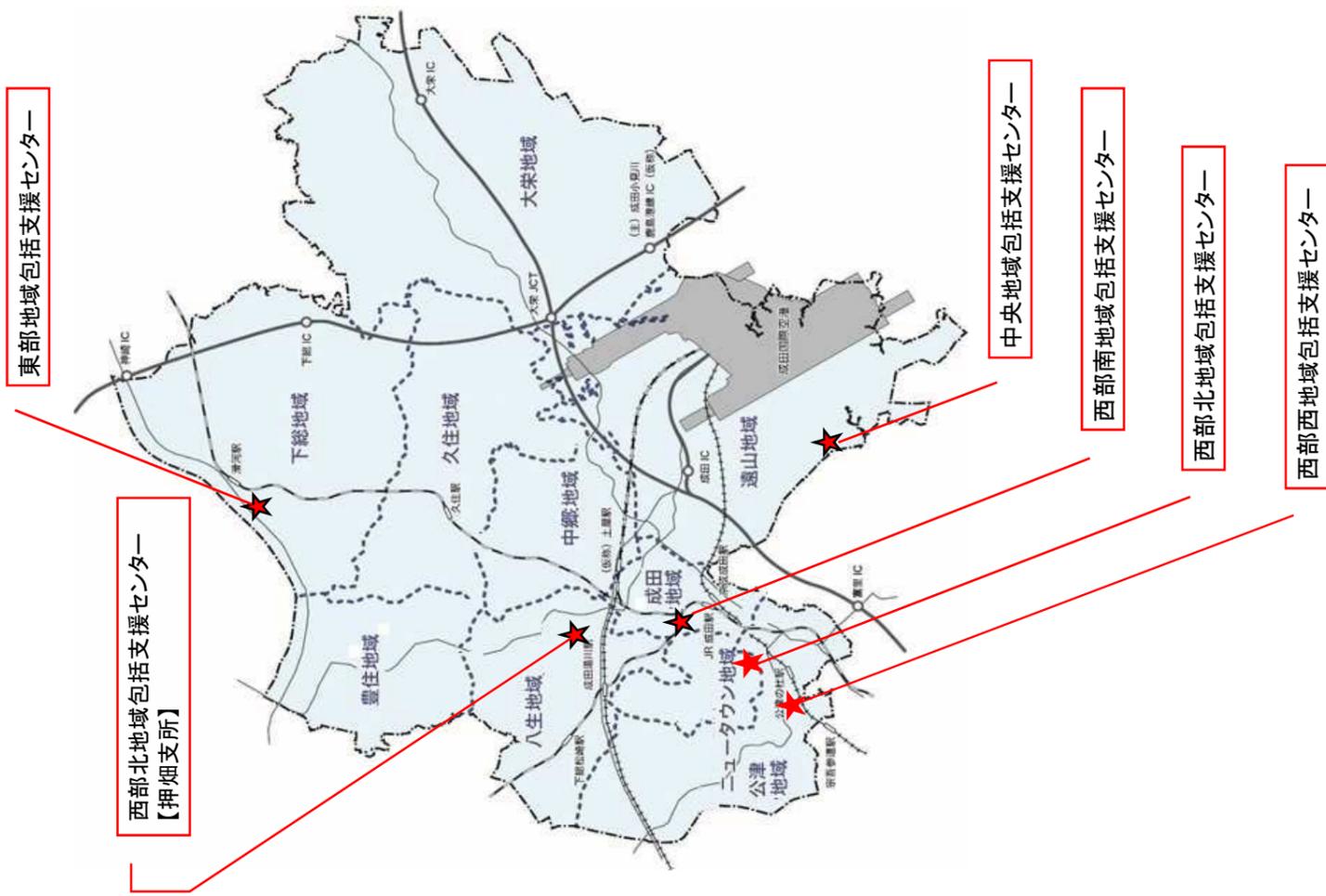
- ケアプラン作成につながる情報（ADL、介助内容）*¹
- 退院後の通院または訪問診療の予定*¹
- 医療処置、退院指導の内容*²
- 在宅生活で予測される問題と対応など

(エ) その他

- 退院の 4 日前までを目安に実施できるよう病院からメンバーに連絡調整する。
- 参加メンバーにより、介護支援等連携指導料、退院時共同指導料 2（診療）、退院・退所加算（介護）などを算定する。 *¹ *²は、算定時の必須項目。

成田市地域包括支援センターMAP

地域包括支援センター名称	所在地・連絡先	位置図	担当地域
成田市西部南地域包括支援センター	新町 1037-63 (新町デイサービスセンター・玲光苑内) 電話番号: 23-7151		成田 成田、田町、東町、本町、仲町、幸町、上町、花崎町、馬橋、新町、南平台、土屋、寺台、郷部、不動ヶ岡、ウイング土屋、困護台、美郷台
成田市西部西地域包括支援センター	公津の杜 6-5-16 電話 36-4981		公津 八代、船形、北須賀、台方、下方、大袋、江弁須、飯田町、並木町、飯仲、宗吾、公津の杜
成田市西部北地域包括支援センター	橋賀台 1-16-3 (橋賀台シヨッピングセンター内) 電話 29-5005		ニュータウン 赤坂、吾妻(※はなのき台を含む)、加良部、橋賀台、玉造、中台
成田市西部北地域包括支援センター	【押畑支所】 押畑 896-4 (特別養護老人ホーム・玲光苑内) 電話番号: 20-3655		八生 松崎、大竹、上福田、下福田、宝田、押畑、山口、米野
成田市中央地域包括支援センター	本三里塚 226-1 (介護老人保健施設セントアンナナナージングホーム内) 電話番号: 35-6081		豊住 北羽鳥、長沼、南羽鳥、佐野、竜台、安西、南部、北羽鳥、北部
成田市東部地域包括支援センター	猿山 1600 (下総地域福祉センター内) 電話番号: 80-7007		久住 芝、大室、土室、小泉、成毛、大生、幡谷、飯岡、荒海、磯部、水掛、新泉、久住中央
			中郷 野毛平、東金山、関戸、和田、下金山、新妻、芦田、東和泉、西和泉、赤荻
			遠山 小菅、大山、馬場、久米、久米野、山之作、吉倉、東和田、川栗、畑ヶ田、大清水、三里塚、本三里塚、本城、南三里塚、東三里塚、駒井野、取香、堀之内、新駒井野、長田、十余三、天神峰、東峰、古込、木の根、天浪、三里塚光ヶ丘、三里塚御料、西三里塚、御所の内
			下総 猿山、大菅、滑川、西大須賀、四谷、名古屋、高倉、成井、地蔵原新田、青山、倉水、名木、冬父、中里、七沢、高岡、大和田、高、小野、小浮、野馬込、平川、新川
			大栄 伊能、奈土、柴田、堀籠、村田、所、桜田、南敷、馬兼里、横山、浅間、東ノ台、大沼、久井崎、福荷山、中野、津富浦、松子、臼作、吉岡、新田、一坪田、前林、水の上、川上、多良貝、大栄十余三、官林、一畝田



(平成 30 年 10 月 1 日現在)

連絡先

成田赤十字病院（急性期病院）

医療福祉相談室

TEL：0476-22-2311（代表）

内線 7112・7122

FAX：0476-23-5335

住所：千葉県成田市飯田町 90-1

成田病院（回復期病院）

地域医療連携室（医療相談室）

TEL：0476-22-1500（代表）

FAX：0476-22-2300

住所：千葉県成田市押畑 896 番地

成田リハビリテーション病院（回復期病院）

医療連携室・医療福祉相談室

TEL：0476-37-4111

FAX：0476-85-8581

住所：千葉県成田市南三里塚 18-1

成田市健康子ども部健康増進課

TEL：0476-27-1111

FAX：0476-27-1114

住所：千葉県成田市赤坂 1-3-1（成田市保健福祉館内）

成田市在宅医療・介護連携支援センター

TEL：0476-33-4122

入退院支援マニュアル 成田モデル地域

- 発行 2018年9月1日 初版発行
2019年4月1日 第2版発行

- 編集 印旛市郡医師会入退院支援モデル事業推進委員会
-