



吉川・松伏

入退院支援ルール



切れ目のない
医療と介護の連携を目指して



令和6年2月
吉川市・松伏町

目次

はじめに	1
入退院支援ルール作成の目的	1
入退院支援ルールの利用時の留意事項	1
入退院支援ルールの対象者	2
入退院支援ルールのフローチャート	
・入院前にケアマネジャーが決まっている場合	3
・入院前にケアマネジャーが決まっていない場合	4
今後の課題	4

資料編

[参考] 入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬	6
連携にあたってのマナー・エチケット	7～8
「通院・入院時あんしんセット」について	9
関連機関連絡先一覧	10
地域の情報ツール	12～17

はじめに

全国的な高齢化の進展に伴い、吉川市・松伏町においても、高齢者数は増え続けており、2025年には団塊の世代全てが75歳以上となります。その後も高齢者人口は横ばい若しくは緩やかな増加を続け、2040年にはいわゆる団塊ジュニア世代が65歳以上となって、高齢者人口のピークを迎えることが予想されます。

高齢化が進むにつれ、医療と介護を必要とする在宅療養者や入退院を繰り返す高齢者の増加が見込まれ、医療と介護の両側面からのサポートの需要は更に増加することが予想されます。

高齢者が住み慣れた自宅などで最後まで自分らしい生活を続けるためには、医療と介護をはじめ多様な関係機関が切れ目なく連携することが必要です。

入退院支援ルール作成の目的

高齢者の在宅療養生活を支えるために、ケアマネジャーなど在宅生活を支援する福祉関係者や医療関係者などとの間で必要な情報の共有が必要です。

例えばケアマネジャーが適切なケアプランを作成するためには、利用者の身体機能の将来予想などが必要になります。そのために医療関係者からの病態の予測情報などの提供が重要となります。

多職種間での緊密な連携は、高齢者の生活や医療・介護の質の向上にもつながることから、吉川・松伏多職種連携の会の協力を得ながら、地域で標準化した「吉川・松伏入退院支援ルール」を作成しました。

入退院支援ルールの利用時の留意事項

- 1 基本的には吉川市・松伏町にお住まいの高齢者が、吉川市・松伏町内の病院に入院し、退院後、自宅に戻るケースを想定しています。ただし、これ以外のケースについてもルールを活用していただいて差し支えありません。
- 2 入退院支援ルールは、病院とケアマネジャーの連携を取りやすくするツールであり、強制力を持つものではありません。個々の事情に応じ、関係者間で適宜調整をお願いします（短期入院などの場合は、日数に関わらず可能な限りの早期対応をお願いします。）。
- 3 運用開始後、定期的に運用状況の確認・評価を行い、必要があれば、関係者で協議の上、見直しを行います。

入退院支援ルールの対象者

自宅などから入院し、自宅などへ退院する高齢者で、下記の1～3のいずれかに該当する方

- 1 入院前に介護保険サービスを利用していた方（担当ケアマネジャーなどがいる方）
- 2 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方（担当ケアマネジャーなどがない方も含む）
- 3 病院担当者が退院後の生活に向けた退院調整が必要と判断した方

【退院調整が必要な方の例】 ※あくまでも目安です。

 ア 退院調整が必要な患者 (要介護相当)	 イ アの患者以外で地域の見守り等が必要な患者 (要支援相当)
【共通項目】 <input type="checkbox"/> 栄養指導、食事療法（食事形態、塩分・水分・摂取カロリー等）、体重管理が必要 <input type="checkbox"/> 虐待の疑いがある <input type="checkbox"/> 生活困窮者	
①日常生活に支障をきたすような症状がある認知症 ②入退院を繰り返している ③入院前より明らかに身体機能が低下し、日常生活に支障をきたしている ④福祉用具・住宅改修など環境整備が必要 ⑤医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素など） ⑥服薬管理に介助が必要 ⑦以下、介助が必要 ・食事及び口腔ケア ・立位、歩行 ・排泄（ポータブルトイレを使用含む） ・入浴 ・更衣 ※上記のような方は居宅介護支援事業所に連絡	①日常生活は、ほぼ自立している認知症 ②独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要 ③家族はいるが、高齢や疾患などにより介護力が乏しく、援助が必要 ④日常生活は、ほぼ自立しているがん患者などで新たに医療処置が必要又は見込まれる ⑤内薬の自己管理が難しい ⑥65歳以上で精神・知的障がいがある ※上記のような方は地域包括支援センターに連絡（アカイで判断に迷う場合も含む）

入退院支援ルールのフローチャート

※太字は必須事項

(1) 入院前にケアマネジャー(居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター)が決まっている場合

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャーの役割	多職種
在宅時			
	✎ 「通院・入院あんしんセット(9頁)」を患者・家族に周知		
		<input type="checkbox"/> 入院の際は必ずケアマネジャーに連絡をするよう患者・家族へ依頼	<薬局> <input type="checkbox"/> お薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーに連絡(家族へ依頼も可) *連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡 ✎ 入院後、概ね3日以内	<input type="checkbox"/> 入院の連絡を受けたら、サービス事業所など関係機関へ連絡 <input type="checkbox"/> 入院先へ入院前の生活の状況など利用者の情報提供を行う *FAXの場合は個人情報保護に留意 ✎ 入院後、概ね3日以内	
入院中	<input type="checkbox"/> 入院中の様子をケアマネジャーに情報提供 <input type="checkbox"/> 外泊の場合はケアマネジャーに連絡 ✎ 外泊決定後、速やかに	<input type="checkbox"/> 病院を訪問し、患者・家族・病院スタッフなどと面接(訪問は、事前連絡)	<歯科> <input type="checkbox"/> 入院先へ口腔内状況評価や訪問歯科診療を行う
退院見込 ↓ 退院調整 ↓ 退院	<input type="checkbox"/> 退院の方針、見込日をケアマネジャーに連絡 ✎ 決定後、速やかに <input type="checkbox"/> 入院前と状況の変化や新たなサービス利用などがある場合は、退院前カンファレンスの開催を調整、参加依頼をする	<input type="checkbox"/> サービス事業所や関係機関などに退院見込日、退院前カンファレンスの有無など情報を共有 ✎ 病院から情報提供後、速やかに	<歯科> <input type="checkbox"/> 退院後の管理計画策定
	<input type="checkbox"/> 看護サマリーなど必要書類をケアマネジャーや関係機関へ渡す (患者・家族へ依頼も可) ✎ 退院時	<input type="checkbox"/> ケアプランをサービス事業者などに交付 <input type="checkbox"/> 次回受診日等を確認	
(転院時)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーに連絡(家族へ依頼も可) <input type="checkbox"/> 転院先に情報提供		
退院後	<input type="checkbox"/> 継続して受診する患者の場合は、状態の変化などをケアマネジャーなどへ情報提供		<薬局> <input type="checkbox"/> 内服の状況を確認 <歯科> <input type="checkbox"/> 口腔ケア実施

(2) 入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）が決まっていない場合

時系列	医療機関の役割	ケアマネジャーの役割	多職種
入院時 (検査入院、短期入院は除く)	<input type="checkbox"/> ケアマネジャー不在又は誰だか分からない場合は家族に市町に確認するよう依頼 ＊連絡が困難な患者の場合は病院担当者から電話連絡  入院後、概ね3日以内		<input type="checkbox"/> 在宅時の状況について情報提供
入院中 退院見込 ↓ 退院調整	退院調整が必要な患者の目安(2頁)を参考に該当者には <input type="checkbox"/> 患者・家族に介護保険制度について説明 <input type="checkbox"/> 保険者と相談し、患者・家族によるケアマネジャーの選定と要介護認定申請を支援 <input type="checkbox"/> 患者・家族の了解を得て、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスの開催を調整、参加依頼をする  退院決定後、速やかに  退院前カンファレンスへ参加		〈歯科〉 <input type="checkbox"/> 入院先へ <input type="checkbox"/> 腔内状況評価や訪問歯科診療を行い、退院見込み時に管理計画を策定
※以降はケアマネジャーがいる場合と同様			

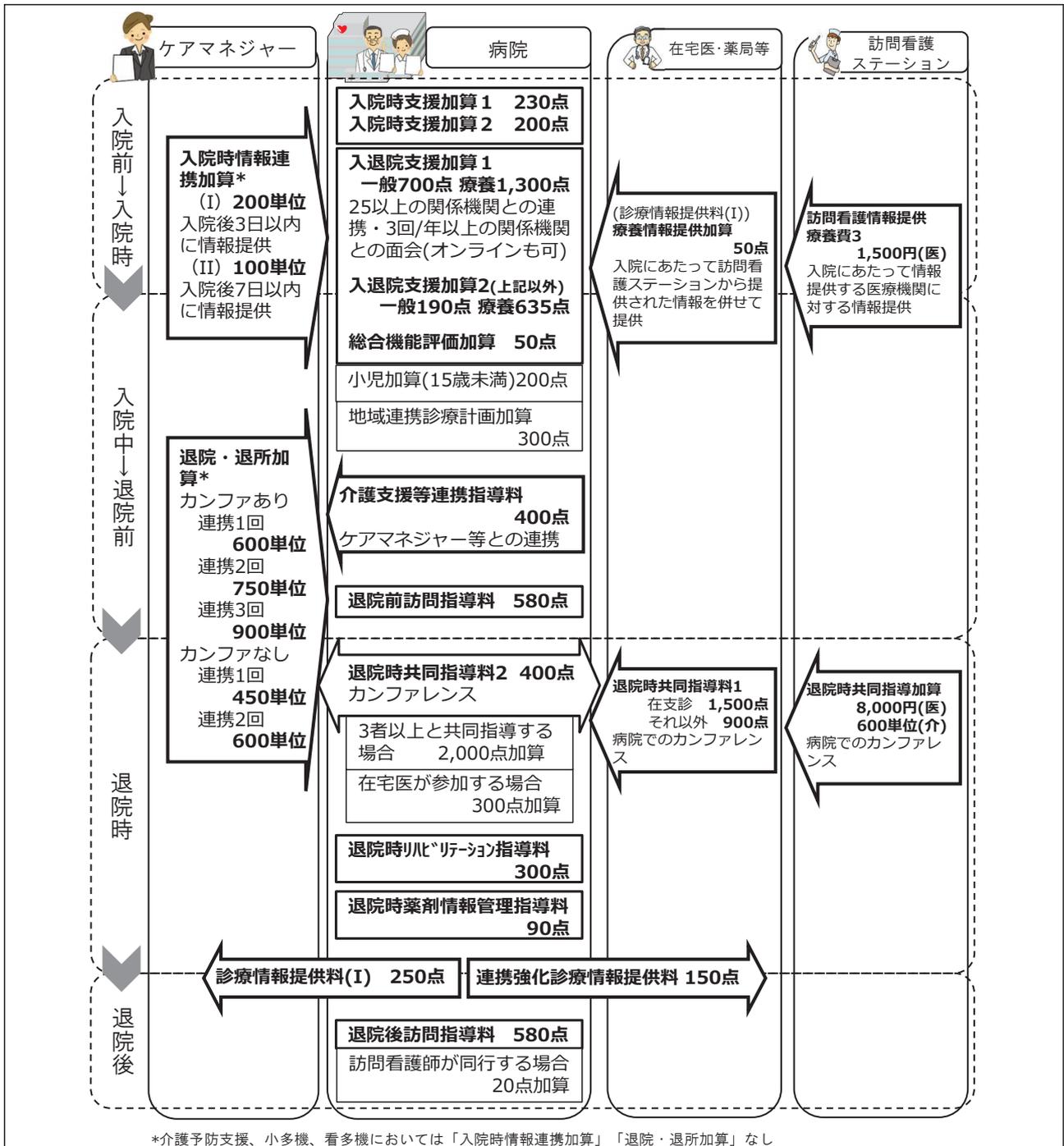
今後の課題

入院時の啓発チラシ（通院・入院時あんしんセット）については、入院保証金や緊急時の連絡先など、現行チラシの内容以外にも案内が必要な事項があるのではないかと意見をいただいています。改めて検討する必要があると考えます。

資料編

[参考]入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬

※埼玉県医療整備課で作成したものを掲載しています（令和4年4月時点）。主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。更新時は、吉川市、松伏町のHPに掲載いたします。



ダウンロードページ



吉川市▶▶▶

松伏町▶▶▶



連携にあたってのマナー・エチケット

連携は、心配り（歩み寄り・思いやり・対話）から

医療と介護の関係者がよりスムーズに連携していくには、お互いの立場を理解し思いやりを持った行動や相互の信頼関係、普段からコミュニケーション、顔の見える関係を築いていくことが大切です。働きやすい環境を目指していきましょう。

すべての職種の皆さまへ

1

思いやりをもって相手を理解し、丁寧な対応を心掛けましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報は異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって相手を理解し、丁寧な対応を心がけましょう。互いの笑顔や丁寧な対応はとても嬉しいものです。

2

お互いの視点を大切に、分かりやすい言葉で相手に伝えることが大切です

- お互いの専門性や視点を尊重し、相手が必要としている情報を、専門用語を使わずに伝えましょう
- 5W1Hを意識し、結論から伝えましょう
- どの程度急ぐ用件かも伝えましょう

医師・歯科医師の皆さまへ

1

ケアマネジャーは医師・歯科医師を頼りにしています

患者やケアマネジャーなどにとって、医療の専門である医師や歯科医師は欠かせない存在です。ケアマネジャーは患者・家族にとって身近な存在であり、生活状況などを把握しています。

その情報や要件を簡潔にまとめ、受診同行・文書・電話・MCSなどで伝えるよう努めています。その際には、ケアマネジャーの話に耳を傾けていただくようお願いします。

2

介護サービスに必要な書類はできるだけ早めに作成をお願いします

介護サービスに必要な書類を早めに作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項は介護サービス事業所の参考になり円滑な支援に繋がります。

『主治医意見書』は介護保険認定・更新時に必要なだけでなく、患者を支援していくうえで重要な情報源となります。

病院スタッフの皆さまへ

1

退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

ケアマネジャーやサービス事業所は、退院前カンファレンスに参加するにあたり、在宅生活開始に向け、報告事項や確認事項について意見を求めます。退院前カンファレンスに参加するための準備に時間がかかるため、退院の目途は早めに知らせましょう。

2

相談員・看護師の方々には医師との架け橋をお願いします

医師に聞きたいことを間に入ってサポート頂けることに、とても感謝しています。用件の伝言、書類の預かり、進捗状況の確認など、できる範囲でのご協力をお願いします。

3

介護保険や地域資源等についてご不明な点はお問い合わせください

介護事業所や地域資源は自治体によって様々です。お手数をお掛けしますが、ご不明な点がございましたら自治体の介護保険担当までお問い合わせください。

ケアマネジャーの皆さまへ

1

医療機関へ情報提供を求める際には、利用者・家族の了承を得ておきましょう

病院では個人情報取り扱いの観点から、利用者や家族の了承なしに、介護サービス事業所などへ情報提供することは困難です。家族と相談しながら退院調整に向けて準備していることを医療機関に伝えましょう。医療機関への同行は、利用者や家族を通じて病院や医師に了承を得ておきましょう。

2

医療機関の訪問や連絡に際して『医療機関連絡窓口の情報一覧』を活用しましょう

吉川市・松伏町では、ケアマネジャーが医療機関と連携しやすいように、医療機関連絡窓口の情報一覧があります。連絡窓口の情報一覧には、それぞれの医療機関の連絡方法や対応可能な時間帯などが記載されていますので、ご活用ください。

3

ケアマネジャーは連携の要です

患者や家族の在宅介護サービスを調整する上でケアマネジャーは連携の要です。ただし、解決が困難な場合は、ひとりで考え込まず多職種に協力を得ましょう。

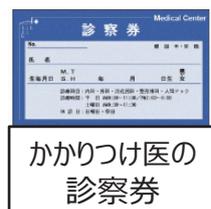
「通院・入院時あんしんセット」について

「通院・入院時あんしんセット」をあらかじめ準備しておくことで、もしもの時に慌てず、スムーズに医療機関を受診することができます。また、医療機関とケアマネジャーが速やかな連携を図ることができます。本人や家族に啓発しましょう。

通院や急な入院に備えて・・・ 「通院・入院時あんしんセット」 をひとまとめにして準備しておきましょう

通院、入院した時は「通院・入院時あんしんセット」を病院の担当者に見せてください。

通院・入院時あんしんセットに入れるもの



※その他、御家族の連絡先など、御自身で必要と思う大切なものを一緒に入れておきましょう。



担当ケアマネジャーのいる方へ

- 入院したら、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡してください。
- 退院予定や転院が決まったときにも、必ずケアマネジャーに連絡してください。
- 以下の物も、あんしんセットにいれておきましょう。



発行 吉川市・松伏町・吉川・松伏多職種連携の会

関連機関連絡先一覧

地域包括支援センター

名称	住所	電話/FAX	相談時間	担当地域
吉川市 第一地域包括 支援センター	吉川市 吉川2-1-1	048-984-4766	月曜日～金曜日 8時30分～ 17時	上内川・下内川・八子新田・ 鍋小路・川藤・南広島・拾耆軒・ 須賀・旭・川野・川富・関・ 大字吉川・吉川1丁目～2丁目・ きよみ野・吉川団地・ 平沼の一部・ 中央1丁目～3丁目の一部
吉川市 第二地域包括 支援センター 吉川平成園	吉川市 加藤187-1	048-981-5811	月曜日～土曜日 8時30分～ 17時30分	三輪野江・土場・飯島・半割・ 加藤・吉屋・関新田・上笹塚・ 会野谷・中井・鹿見塚・皿沼・ 中島・小松川・二ツ沼・ 平方新田・深井新田・栄町・ 新栄・中野・保の一部・ 中央1丁目～3丁目の一部
吉川市 第三地域包括 支援センター	吉川市 平沼263 はりやまビル1F	048-981-7158	月曜日～金曜日 8時30分～ 17時30分 土曜日 8時30分～ 12時30分	平沼の一部・平沼1丁目・ 保の一部・保1丁目・共保・ 木売・高富・高久・中曽根・道庭・ 美南・富新田・木売新田・ 中川台
松伏町 南部地域包括 支援センター	松伏町 松伏357	048-992-2468 048-992-5678	月曜日～土曜日 9時～17時	下赤岩・上赤岩・松伏の一部・ ゆめみ野・ゆめみ野東・松葉・ 田島の一部・田島東・田島南 ただし、北部地域包括支援セ ンター区域の方の利用も可能
松伏町 北部地域包括 支援センター	松伏町 築比地678-4	048-971-8013 048-971-8014	月曜日～土曜日 9時～17時	田中・松伏の一部・田島の一部・ 大川戸・金杉・築比地・魚沼 ただし、南部地域包括支援セ ンター区域の方の利用も可能

※松伏町北部地域包括支援センターは令和6年4月から開始になります。

市役所・町役場

吉川市	長寿支援課 高齢福祉係	☎048-982-5118	月曜日～金曜日 8時30分～17時
松伏町	いきいき福祉課 地域支援担当	☎048-991-1882	月曜日～金曜日 8時30分～17時15分

吉川松伏在宅医療サポートセンター

医療・介護の専門職からの在宅医療・療養の相談や支援を行っています。

住 所	吉川市中央2-7-10 医師会館1F	電話番号 F A X	048-940-8375 048-940-8376
メー ル	support-c@y-m-ishikai.or.jp	相談時間	月曜日～金曜日 9時～17時

入院施設のある医療機関の窓口

医療機関名	住所	電話番号	入退院支援窓口（担当者）
吉川中央総合病院	吉川市平沼111	048-982-8311	患者家族支援課
中村病院（精神科）	吉川市鍋小路81-1	048-982-3011	相談員
埼玉あすか松伏病院	松伏町松伏1263-5	048-992-0411	相談員
埼玉筑波病院	松伏町築比地420	048-992-3151	医事課相談員

吉川地区在宅歯科医療支援窓口

吉川市・松伏町の住民の、歯や口のお悩みの相談窓口です。訪問診療を行っている歯科医院のご紹介やご相談に歯科衛生士が対応いたします。入院先への訪問診療も行いますので、ご不明な点がありましたら、一度ご相談ください。

電話番号	090-2308-8020	相談時間	月曜日～金曜日 10時～15時
対 象 者	吉川市・松伏町の住民		



地域の情報ツール

吉川市・松伏町の医療・介護資源情報提供システム

吉川市・松伏町の医療・介護資源の情報がネット上で誰でも閲覧、検索できます。介護施設の対応可能な医療やそれぞれの空き状況なども掲載されております。ご活用ください。

QRコードはこちら



ケア倶楽部

医療・介護資源情報システムの会員専用ページです。パスワードが必要です。

所属する地域の行政から、事業所宛に医療・介護に関する情報や地域の研修会やイベントなどの通知をしております。

※医療・介護資源情報提供システムとケア倶楽部に関することは、吉川市長寿支援課、松伏町いきいき福祉課までお問い合わせください。

医療機関連絡窓口の情報一覧

吉川市・松伏町の医療機関の連絡先や対応可能な時間や方法などの一覧です。

年度初めに更新を行い、医療機関や地域包括支援センター、居宅介護支援事業所へ郵送しております。情報一覧についてご不明な点などございましたら、吉川松伏在宅医療サポートセンターまでご連絡ください。



情報連携シート等

吉川・松伏多職種連携の会では、訪問看護師・ケアマネジャーと医療機関との情報連携、共有をする入院時情報連携シートと退院後のサービス利用時に用いる退院・退所後情報記録書兼サービス利用申込書を作成しました。

入院時情報連携シートにおきましては、使用することは可能ですが、今後も確認が必要なシートであり、確認後は更新いたします。退院・退所情報記録兼サービス利用申込書のサービス利用申込書の部分は使用できる事業所が限られておりますので、事業所へご確認の上ご使用ください。

なお、これらのシートは市町のホームページよりダウンロードし、直接入力することが可能です。

※あくまでの参考様式であり、本様式の使用を強制したり、各医療機関、事業所等の既存の様式の使用を妨げるものではありません。

①退院・退所情報記録書兼サービス利用申込書（運用中）

P14、15

②ケアマネの入院時情報連携シート（確認中）

P16

③訪問看護の入院時情報連携シート（確認中）

P17

ダウンロードページ

吉川市▶▶▶



松伏町▶▶▶



退院・退所情報記録書 兼 サービス利用申込書

宛て

記入日: 年 月 日
 申込日: 年 月 日

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(退所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	氏名	様	歳	<input type="checkbox"/> 要支援	<input type="checkbox"/> 要介護	
入院(所)概要	入院(所)日:	年 月 日	退院(所)予定日: 年 月 日			
	入院原因疾患(入所目的等)					
	入院・入所先	施設名: (棟・室)				
	今後の医学管理	医療機関名:	方法	<input type="checkbox"/> 通院	<input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況 <input type="checkbox"/> 安定 → <input type="checkbox"/> 不安定 →	
	既往歴					
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他:
	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他:	食形態・状況
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他:	
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他:	その他:
	嚥下(むせ)	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり → 頻度:	義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり →
	嚥下(飲み込み)	<input type="checkbox"/> 可	<input type="checkbox"/> 不可	入院(所)中の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不良	状態:		眠剤
	伝染性疾患	疥癬:	梅毒反応:	HCV抗体:	HBs抗原:	服薬管理
	服薬の薬剤名	(参考) MRSA: VRE: CRE:				その他:
認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下	<input type="checkbox"/> せん妄	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 焦燥・不穏	<input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他:	
② 現病歴/意向	<本人>病気、障害、後遺症等の受止め方	本人への病名告知 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	<本人>退院後の生活に関する意向					
	<家族>病気、障害、後遺症等の受止め方					
	<家族>退院後の生活に関する意向					

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<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"/> 経鼻栄養	
	看護の視点	<input type="checkbox"/> 胃ろう <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"/> 消化管ストマ	
		<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:	
	リハビリの視点	<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	
禁忌事項	有無: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 禁忌の内容/留意点:		
症状・病状の予後・予測			
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。		
在宅復帰のために整えなければならない要件			
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)	会議出席
1	年 月 日		
2	年 月 日		
3	年 月 日		

※課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられます。
 ※欄が足りない場合は裏面の「その他要望事項など」に記入してください。

ショートステイ

利用希望日									
年	月	日	()	~	年	月	日	()	
迎え	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	部屋	<input type="checkbox"/> 多床室	
送り	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	希望	<input type="checkbox"/> 個室	
年	月	日	()	~	年	月	日	()	
迎え	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	部屋	<input type="checkbox"/> 多床室	
送り	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	希望	<input type="checkbox"/> 個室	
年	月	日	()	~	年	月	日	()	
迎え	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	部屋	<input type="checkbox"/> 多床室	
送り	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	希望	<input type="checkbox"/> 個室	
年	月	日	()	~	年	月	日	()	
迎え	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	部屋	<input type="checkbox"/> 多床室	
送り	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	希望	<input type="checkbox"/> 個室	

通所サービス

利用希望日	<input type="checkbox"/> 月	<input type="checkbox"/> 火	<input type="checkbox"/> 水	<input type="checkbox"/> 木	<input type="checkbox"/> 金	<input type="checkbox"/> 土	<input type="checkbox"/> 日	開始希望日	月	日	から
迎え	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない	入浴	<input type="checkbox"/> 希望する			
送り	<input type="checkbox"/> 希望する	(<input type="checkbox"/> 車椅子使用	<input type="checkbox"/> 通常車可能)	<input type="checkbox"/> 希望しない		<input type="checkbox"/> 希望しない			

訪問サービス (身体介護 生活介護)

利用希望日	月	火	水	木	金	土	日
午前							
午後							
詳細な希望時間	始	~	~	~	~	~	~
	終						

その他要望事項など

家族構成

家族等連絡先

	氏名	性別	続柄	住所	電話番号
1					
2					
3					
本人の住所・電話番号					

担当介護支援専門員

事業所名	担当者	電話番号

ケアマネの入院時情報連携シート

医療機関名：
ご担当者名：

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 宛て 情報提供日： 年 月 日
 様 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、利用者情報を送付します。是非ご活用ください。

利用者(患者)基本情報	フリガナ		性別		年齢		生年月日	年	月	日	生		
	氏名	様			歳		要介護度		有効期限	令和	年	月	日
	住所	〒						<input type="checkbox"/> 要支援： <input type="checkbox"/> 要介護： <input type="checkbox"/> 区分申請中 電話番号					
	住環境 <small>※可能ならば「写真」などを添付</small>	住居の種類(<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅) 階建て 居室 階 エレベーター (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 特記事項()											
	疾病の状況	主治医					認知症の有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
		既往歴					徘徊等の行動						
							床ずれの有無 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
							寝具 <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 特殊マット						
	ADL	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> 見守り <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"/> 車いす											
		食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 軟彩 <input type="checkbox"/> トロミ <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養											
排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット(<input type="checkbox"/> 夜 <input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 終日)													
更衣 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他： 特記事項													
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 type="checkbox"/> 日中独居													
主介護者氏名 (続柄 歳) <input type="checkbox"/> 同居 自宅電話 <input type="checkbox"/> 別居 携帯電話 キーパーソン (続柄 歳) <input type="checkbox"/> 同居 自宅電話 <input type="checkbox"/> 別居 携帯電話													
入院前の介護サービス利用状況	入院前のサービスについて大幅に変更が必要な場合は事前にご連絡ください												
	日曜日	月曜日	火曜日	水曜日	木曜日	金曜日	土曜日						
特記事項													
今後の生活の展望について	在宅復帰に関するケアマネジャーの所感	問題点 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 介護力 <input type="checkbox"/> 経済的側面 <input type="checkbox"/> 意思疎通・理解力 <input type="checkbox"/> 非協力的 <input type="checkbox"/> 身体的側面 <input type="checkbox"/> その他()											
	※介護力・住環境踏まえ、ここまで回復が見込めないと在宅復帰が難しい内容												
本人家族の意向生活歴など													
カンファレンス等について(退院調整の時期にはご連絡いただき、本人のご様子を確認の上退院後の介護サービスを調整します)													
「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()													
「家屋調査」を実施する場合の同行 <input type="checkbox"/> 希望あり													

訪問看護の入院時情報連携シート

記入日: 年 月 日

医療機関名:
ご担当者名:

宛て 事業所名:
様 記載者名:
TEL:
FAX:

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。是非ご活用ください。

患者情報	フリガナ	性別	年齢	生年月日	年	月	日生	
	患者氏名	様	歳	電話番号				
	住所	〒			自宅	携帯		
	家族構成	キーパーソン			キーパーソンの連絡先 第1連絡先			
	病名							
	既往歴							
	入院歴	最近半年間での入院 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 (理由: 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						
看護サマリー / 療養生活上の課題について	病状経過及び入院理由							
	医療処置 <input type="checkbox"/> 無 最終バイタル(T °C, P 回/分, BP mmHg, Spo2 %) <input type="checkbox"/> 点滴() <input type="checkbox"/> CVポート() <input type="checkbox"/> 酸素療法(O ₂ ℓ) <input type="checkbox"/> 喀痰吸引(回/日) <input type="checkbox"/> 気管切開() <input type="checkbox"/> 気管カニューレ(Fr, カフ圧 ml, 最終交換日 月 日) <input type="checkbox"/> 胃瘻(Fr, 固定水 ml, 最終交換日 月 日) <input type="checkbox"/> 経鼻栄養(Fr, 固定水 ml, 最終交換日 月 日) <input type="checkbox"/> 経腸栄養() <input type="checkbox"/> 褥瘡() <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル(Fr, cc, 最終交換日 月 日) <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ() <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ() <input type="checkbox"/> 排便コントロール() <input type="checkbox"/> 痛みのコントロール() <input type="checkbox"/> 自己注射() <input type="checkbox"/> その他()							
	看護経過							
	看護上の問題点及びケア時の具体的な方法や留意点・継続すべき看護等							
	本人・家族の思い ※悩みや望み、ACP的な意向など在宅での思い							
	内服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() ※お薬手帳(コピー) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
	薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (職種:)						
	服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方箋通り服用 <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 <input type="checkbox"/> 特記事項()						
	身体・生活機能の状況	麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 要介護度認定 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護					
移動		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 歩行補助具 <input type="checkbox"/> その他()						
食事動作		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> セッティングで自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 食事回数 回/日 <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 摂取方法 <input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養						
水分とろみ		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 食事制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 水分制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()						
嚥下機能		<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる 義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)						
口腔ケア		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助						
清潔		<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 最終入浴日 月 日						
排便		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助 最終排便日 月 日						
排尿		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 介助						
排泄補助具		ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 オムツ/パット <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時						
コミュニケーションにおける問題		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
		<input type="checkbox"/> 視力(<input type="checkbox"/> 眼鏡) <input type="checkbox"/> 聴力(<input type="checkbox"/> 補聴器) <input type="checkbox"/> 言語()						
		<input type="checkbox"/> 意思疎通(<input type="checkbox"/> 高次脳機能障害 <input type="checkbox"/> 認知機能低下) <input type="checkbox"/> その他()						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()						
生活リズム等について		() ※眠剤の使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
日常生活の特記事項		()						
その他利用しているサービス	()							

吉川・松伏入退院支援ルール
令和6年2月 発行

編集 吉川市健康長寿部長寿支援課
〒342-8501 吉川市きよみ野1丁目1番地
電話：048-982-5118

松伏町いきいき福祉課
〒343-0192 松伏町大字松伏2424番地
電話：048-991-1882

協力 吉川・松伏多職種連携の会