

安足地区（両毛二次医療圏）

退院調整ルールの手引き

Ver. 2

「切れ目のない支援と連携を目指して」



令和7(2025)年3月

栃木県安足健康福祉センター・足利市・佐野市

目次

1	退院調整ルールの目的	1
2	退院調整ルールの概要	1
	（1）適用地域と関係機関	
	（2）ルール利用者	
	（3）ルールの対象者	
	（4）運用開始時期	
3	退院調整の手順	
	（1）入院前に介護保険を利用していた場合	2
	（ケアマネジャーがいる場合）	
	（2）入院後新たに介護保険を利用する場合	3
	（ケアマネジャーがいない場合）	
4	退院調整（必要性）スクリーニングの目安	4
5	介護保険サービス等の調整	
	（1）介護保険等の調整が必要な療養者の目安	5
	（2）介護保険要介護認定区分の目安	6
	（3）介護保険の申請方法	7
	（4）介護保険サービス申請から介護認定までの流れ	8
6	医療機関の退院連携窓口	9
7	安足地区の地域包括支援センター連絡先	10
8	退院調整に係る行政窓口	13
9	入退院共通連携シートの様式	14
	（1）ケアマネジャーから医療機関へ情報提供する場合	15
	（2）医療機関からケアマネジャーへ情報提供する場合	18

1 退院調整ルール of 目的

要介護・要支援状態の方が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを最期まで続けていくことができるよう、切れ目ない在宅サービスが受けられるようにするために、医療機関と地域の支援関係者が情報共有を図りスムーズに連携できる関係をつくる目的で、入退院に関する手引きを作成しました。

患者・利用者の方のために、運用に御理解と御協力をお願いします。

◆退院調整ルールとは？

医療機関に入院した場合や在宅等へ退院する時に、医療機関と地域のケアマネジャー等との情報共有と連絡調整をスムーズにさせるルールのこと

◆退院調整ルールのメリット

- * 医療機関に入院前の客観的な情報が入り、本人に応じた退院支援計画や目標設定ができる
- * 早い段階から医療機関関係者とケアマネジャー等が連携し、一緒に支援ができるので退院調整がスムーズになる
- * 患者（利用者）と家族はもちろん、地域の支援関係者も、退院後の心配や不安が軽くなる
- * 医療機関と地域の支援関係者が、顔の見える関係ができ、連携がとりやすくなる

2 退院調整ルールの概要

(1) 適用地域と関係機関

足利市・佐野市内の医療機関・居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・入所施設及び入居住宅等

(2) ルール利用者

- * 医療機関の入退院支援・調整担当者
- * ケアマネジャー

(3) ルールの対象者

在宅から医療機関に入院、または医療機関から在宅等へ退院する方で下に該当する方

- * 入院前介護保険を利用していた場合（入院前にケアマネジャーがいる）
- * 入院後新たに介護保険を利用する場合（入院前にケアマネジャーがいない）
- * 医療機関の退院調整担当者が在宅支援等が必要と判断した場合

(4) 運用開始時期

平成30(2018)年4月（第1版）
令和7(2025)年4月（第2版）

【3 退院調整の手順】

(1)入院前に介護保険を利用していた場合（ケアマネジャーがいる場合）

医療機関担当者 (退院支援看護師・医療ソーシャルワーカー等)		ケアマネジャー・地域包括支援センター (在宅支援関係者)
●入院予定がある場合は、外来で、入院に関する相談や在宅支援の必要性についてスクリーニング等を行い、調整を開始	普段から	●家族等に入院したら連絡くださいと依頼 ●介護保険証と健康保険証、担当ケアマネジャーの名刺、お薬手帳などを一緒に保管するよう助言
●介護保険証と担当ケアマネジャーの確認 ●家族等との面談時、ケアマネジャーに入院したことをすぐに連絡するよう話す ●本人・家族等の承諾を得て、病状等についてケアマネジャーに連絡し、入院前の状況について情報提供を依頼（概ね入院3日後までに） ★院内カンファレンス実施★ ●概ね7日以内に、関係する院内専門職等で実施 ●退院調整のスクリーニング・退院支援計画の検討 ●訪問看護や介護保険の利用・優先度等の検討	入院	●利用者の入院がわかったら速やかに医療機関担当窓口へ連絡し、今後の対応について協議 ●サービス事業所等の在宅支援関係者に入院の連絡をし、入院前の状態について情報収集 ●入退院共通連携シート(様式1)を作成し、医療機関に利用者の情報提供（入院3～7日後までに、できるだけ持参） ●利用者・家族等との面談
●本人・家族と面談し、退院後の生活について意向確認 ●ケアマネジャーと連絡を取り、情報の共有及び在宅支援(特に要介護認定区分の変更、サービス内容等)について検討 ●退院時期の見通しがついたら、すぐにケアマネジャーに連絡し、退院準備に必要な期間を考慮し、家族・ケアマネジャーとサービスを調整	入院中の連携	●医療機関担当者と連絡を取り情報共有（できるだけ顔つなぎをする） ●医療機関への訪問等で、利用者の状態を確認 ●利用者及び家族等の意向確認 ●退院可能であれば、利用者と家族、医療機関関係者とサービスを調整 ●現行ケアプランのアセスメント、検討 ●支援困難事例等の場合は居住地の地域包括支援センターに相談
●入院前の生活状況と現状を再評価し、状況に応じ退院支援内容等を修正 ●必要時、関係者でサービス機関や自宅を訪問 ●必要時、介護保険認定調査に同席 ●退院前カンファレンスの設定（院内関係者とケアマネジャーに声をかけ、参加者を調整） ●入退院共通連携シート(様式2)作成に必要な情報を、院内関係者から情報収集	退院前調整	●介護保険区分変更申請が予想される場合は、主治医に意見書作成の打診 ●退院後を踏まえたケアプランの検討・作成 ●住宅改修や福祉用具等の検討において必要な場合は、関係職種と自宅調査 ●生活支援サービスの調整（給食サービス・移送サービス・緊急通報装置等） ●インフォーマルサービスの情報提供 ●退院前カンファレンス参加者について医療機関と協力し調整
★退院前カンファレンス★（サービス担当者会議を兼ねることもある） <ul style="list-style-type: none"> ●退院後の支援について関係職種でカンファレンスを実施（概ね退院予定の1～2週間前には開催） ●本人・家族等の意向確認、思いの共有（本人・家族等の参加） ●病状・ADL・退院時の課題等の情報共有 ●サービス・支援内容・配慮が必要な点などについて検討 <div style="border: 1px dashed orange; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 関係職種⇒医師・歯科医師・看護師・リハビリ専門職・医療ソーシャルワーカー・薬剤師・栄養士・ケアマネジャー・訪問看護師・サービス事業所・地域包括支援センター・障害福祉事業所等の相談支援専門員など </div>		
●必要時、在宅支援関係者と共同で退院後の在宅療養に必要な説明や指導		●必要時、医療機関関係者と共同で、退院後の在宅療養に必要な説明や指導
●入退院共通連携シート(様式2)により、ケアマネジャーに情報提供	退院	●ケアプランに応じたサービスの提供 ●入退院共通連携シート(様式2)の情報・サービス利用時の注意点等について関係者で情報共有 ●サービス担当者会議の設定(関係者に声かけ)
★サービス担当者会議★ <ul style="list-style-type: none"> ●本人及び家族・在宅支援に係わる関係職種が参加し、支援内容を共有 <div style="border: 1px dashed orange; padding: 5px; margin-top: 10px;"> 関係職種⇒医師・歯科医師・看護師・リハビリ関係者・医療ソーシャルワーカー・薬剤師・栄養士・ケアマネジャー・訪問看護師・サービス事業所・地域包括支援センター・障害福祉事業所等の相談支援専門員など </div>		
●必要時、在宅支援関係者と同行訪問等を検討 ●必要に応じ、外来受診状況をケアマネジャーに情報提供	退院後の連携	●必要に応じ、外来受診医療機関と情報共有 ●必要に応じ、ケアプランの変更

(2) 入院後新たに介護保険を利用する場合（ケアマネジャーがいない場合）

医療機関担当者 (退院支援看護師・医療ソーシャルワーカー等)		ケアマネジャー・地域包括支援センター (在宅支援関係者)
<ul style="list-style-type: none"> ●入院予定がある場合は、外来で、入院に関する相談や在宅支援の必要性についてスクリーニング等を行い、調整を開始 	普段から	<ul style="list-style-type: none"> ●相談等で関りがある場合、必要に応じて医療機関に情報提供 ●健康保険証、お薬手帳、地域包括支援センター担当者の名刺などを一緒に保管するよう助言
<ul style="list-style-type: none"> ●入院時の情報が不足している場合、住所地の地域包括支援センターや在宅支援関係者から確認 ●介護保険証の有無、要介護認定区分と認定期間等を確認 <div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">★院内カンファレンス実施★</p> <ul style="list-style-type: none"> ●概ね7日以内に、関係する院内専門職等で実施 ●退院調整のスクリーニング・退院支援計画の検討 ●訪問看護や介護保険の利用・優先度等の検討 </div> <ul style="list-style-type: none"> ●家族等に訪問看護の利用や介護保険制度と申請・相談窓口を説明し、手続きやケアマネジャー選定を支援 ●家族等が申請や相談ができない場合は、住所地の地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に連絡し、代行手続きを依頼 	入 院	<ul style="list-style-type: none"> ●家族等が手続きできない場合、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所が、申請やケアマネジャー選定を支援 ●利用者・家族等と面談し、入院前と現在の状況・サービス利用の意向等について確認 ●入院前に関わりがあった機関や関係者がいれば、情報収集
<ul style="list-style-type: none"> ●本人・家族と面談し、退院後の生活について意向確認 ●ケアマネジャーと連絡を取り、情報の共有及び在宅支援(特に要介護認定区分・サービス内容等)について検討 ●退院時期の見通しがついたら、すぐにケアマネジャーに連絡し、退院準備に必要な期間を考慮しながら、家族・ケアマネジャーとサービスの調整 	入院中の連携	<ul style="list-style-type: none"> ●医療機関担当者と連絡を取り情報共有（できるだけ顔つなぎをする） ●医療機関への訪問等で、利用者の状態を確認 ●利用者及び家族等の意向確認 ●利用者・家族のアセスメント、ケアプランの検討 ●支援困難事例等の場合は居住地の地域包括支援センターに相談
<ul style="list-style-type: none"> ●入院前の生活状況と現状を再評価し、状況に応じ退院支援内容等を修正 ●必要時、関係者等でサービス機関や自宅を訪問 ●必要時、介護保険認定調査に同席 ●退院前カンファレンスの設定（院内関係者とケアマネジャーに声をかけ、参加メンバーの調整） ●入退院共通連携シート(様式2)作成に必要な情報を、院内関係者から情報収集 	退院前の調整	<ul style="list-style-type: none"> ●主治医に意見書作成の打診 ●退院後を踏まえたケアプランの検討・作成 ●住宅改修や福祉用具等の検討において必要な場合は、関係職種と自宅調査 ●生活支援サービスの調整（給食サービス・移送サービス・緊急通報装置等） ●インフォーマルサービスの情報提供 ●退院前カンファレンス参加者について、医療機関と協力調整
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">★退院前カンファレンス★（サービス担当者会議を兼ねることもある）</p> <ul style="list-style-type: none"> ●退院後の支援について関係職種でカンファレンスを実施（概ね退院予定の1～2週間前には開催） ●本人・家族等の意向確認、思いの共有（本人・家族等の参加） ●病状・ADL・退院時の課題等の情報共有 ●サービス・支援内容・配慮が必要な点などについて検討 </div> <div style="border: 1px dashed orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">関係職種→医師・歯科医師・看護師・リハビリ専門職・医療ソーシャルワーカー・薬剤師・栄養士・ケアマネジャー・訪問看護師・サービス事業所・地域包括支援センター・障害福祉事業所等の相談支援専門員など</p> </div>		
<ul style="list-style-type: none"> ●必要時、在宅支援関係者と共同で退院後の在宅療養に必要な説明や指導 		<ul style="list-style-type: none"> ●必要時、医療機関関係者と共同で、退院後の在宅療養に必要な説明や指導
<ul style="list-style-type: none"> ●入退院共通連携シート(様式2)により、ケアマネジャーに情報提供 	退 院	<ul style="list-style-type: none"> ●ケアプランに応じたサービスの提供 ●入退院共通連携シート(様式2)の情報・サービス利用時の注意点等について関係者で情報共有 ●サービス担当者会議の設定(関係者に声かけ)
<div style="border: 2px solid red; border-radius: 15px; padding: 10px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center;">★サービス担当者会議★</p> <ul style="list-style-type: none"> ●本人及び家族・在宅支援に係わる関係職種が参加し、支援内容を共有 </div> <div style="border: 1px dashed orange; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center;">関係職種→医師・歯科医師・看護師・リハビリ関係者・医療ソーシャルワーカー・薬剤師・栄養士・ケアマネジャー・訪問看護師・サービス事業所・地域包括支援センター・障害福祉事業所等の相談支援専門員など</p> </div>		
<ul style="list-style-type: none"> ●必要時、在宅支援関係者と同行訪問等を検討 ●必要に応じ、外来受診状況をケアマネジャーに情報提供 	退院後の連携	<ul style="list-style-type: none"> ●必要に応じ、外来受診医療機関と情報共有 ●必要に応じ、ケアプランの変更

【4 退院調整（必要性）スクリーニングの目安】

下記の目安で退院調整(支援)の必要性を判断します。

◆退院困難な要因（入退院支援加算の必須項目）

- 悪性腫瘍である
- 認知症である
- 誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症である
- 緊急入院である
- 介護保険が未申請（40歳以上65歳未満の特定疾病・65歳以上の方で）
- 虐待を受けている又はその疑いがある
- 医療保険未加入者又は生活困窮者である
- 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と推測される
- 排泄に介助を要する
- 同居者の有無にかかわらず、必要な介護又は養育をを十分に提供できる状況にない
- 退院後に医療処置が必要である(人工呼吸器・気管切開・喀痰吸引・在宅酸素・点滴
人工肛門造設・内シャント造設・腹膜透析・自己注射・経管栄養・各種ドレーン・その他)
- 入退院を繰り返している
- コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する
- 強度行動障害
- 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となる
- 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
- 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
- その他、患者の状況から判断して上記の項目に準ずると認められる場合

◆日常生活や認知面の状況

- 食事の介助や見守りが必要である
- 排泄の介助や見守りが必要である
- 移動に介助や見守りが必要である
- 意思の疎通に支障がある
- 日常生活に支障を来すような精神症状・認知症状がある
- 服薬や処置の必要性が理解できない
- 説明に対して理解が難しい

◆家族等の状況

- 独居である
- 昼間あるいは夜間に独居の時間がある
- 介護者が高齢で、高齢者のみの世帯である
- 同居家族に病気や障害があり、介護が必要な状況である
- 同居家族の協力が得られない
- 別居家族や親戚等の支援が必要だが、協力が得られない(身寄りがない場合も含む)

◆経済面の問題

- 医療費の支払いが困難である
- 介護保険サービスの費用が負担である
- 経済面に関する不安を訴えている

◆本人・家族等の在宅療養に対する意思

- 在宅に退院することに不安を訴えている
- 在宅生活についてイメージ（準備）ができていないが、退院を希望している
- 長期入院・転院・施設入所等を考えている

【5 介護保険サービス等の調整】

(1) 介護保険等の調整が必要な療養者の目安

ケアマネジャーがいない場合、下記の目安で申請や調整の必要性を判断します。介護保険の申請をしていない場合は、申請が必要です。

◆要介護相当の方

- 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- 食事に介助が必要な方
- 排泄に介助が必要な方（ポータブルトイレ使用中を含む）
- 日常生活に支障を来すような精神症状・認知症状のある方

➡要介護認定がされている場合は、居宅介護支援事業所へ連絡

※居宅介護支援事業所の連絡先

足利市在住の方⇒足利市ホームページ（元気高齢課）参照

佐野市在住の方⇒佐野市ホームページ（介護保険課）参照

◆要支援相当の方

- 独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの動作に介助が必要な方
- ADLは自立でも、がん末期の方・新たに医療処置が追加された方

➡要介護認定がされている場合は、地域包括支援センターへ連絡

※地域包括支援センター連絡先参照

◆その他

- 要介護相当か要支援相当か迷った場合
- 要介護・要支援相当で支援が必要であるが本人や家族が希望しない、
該当しない状況だが支援が必要である等、判断に迷った場合

➡地域包括支援センターまたは市役所へ連絡

※地域包括支援センター連絡先・介護保険等に関する行政窓口参照

- 入院前に障害福祉サービスを利用していた方

➡利用している指定特定相談支援事業所や障害福祉サービス事業所へ連絡

※指定特定相談支援事業所又は障害福祉サービス事業所の連絡先

足利市在住の方⇒足利市ホームページ（障がい福祉課）参照

佐野市在住の方⇒佐野市ホームページ（障がい福祉課）参照

- 障害福祉サービス利用等の判断に迷った場合

※障害福祉サービスの対象は、原則、障害者の手帳を所持している方・自立支援医療費（精神通院医療）の支給認定をされている方・指定難病医療費助成の認定をされている方です。

➡市役所または栃木県安足健康福祉センターへ連絡

※障害福祉サービス等または難病に関する行政窓口参照

(2) 介護保険要介護認定区分の目安

認定区分は、あくまで認定調査や介護の手間の状況から、介護認定審査会で総合的に判断されます。

◆総合事業の対象

日常生活に必要な機能が低下している方

◆要支援1

日常生活の能力は基本的にあるが、入浴などに一部支援が必要な方

◆要支援2

立ち上がりや歩行が不安定。排泄・入浴など一部支援が必要な方

◆要介護1

立ち上がりや歩行が不安定な方

排泄、入浴など一部介助が必要な状態で病状不安定又は認知症の方

◆要介護2

立ち上がりや歩行が自力では困難。排泄・入浴等で一部又は全体の介助が必要な方

◆要介護3

立ち上がりや歩行ができない。排泄・入浴・衣服の着脱等で全体の介助が必要な方

◆要介護4

排泄・入浴・衣服の着脱など日常生活に全面的な介助が必要な方

◆要介護5

意思の伝達が困難・生活全般について全面的な介助が必要な方

(3) 介護保険の申請方法

- ◆心身の状態が安定し退院の見込みが立ったら、早急に申請する。
- ◆医療機関から、療養者本人・家族等に介護保険制度の説明と利用したいサービス等の確認をし、申請・相談窓口へ行くよう支援する。
- ◆要介護認定区分の認定期間が切れている場合は、改めて申請する。
- ◆要介護認定区分の認定期間が終了する前に、更新申請をする。
- ◆要介護認定区分の変更が必要な場合は、変更申請をする。

家族等が申請できる方

- ◆利用者が65歳以上の方（原因を問わず介護が必要になったとき）

介護保険被保険者証を持って、市役所に介護保険の認定申請の手続きに行く。

- ◆利用者が40～64歳の方（特定疾病が原因で介護が必要になったとき）

健康保険証を持って、市役所に介護保険の認定申請の手続きに行く。

介護保険が対象となる特定疾病とは

- ①がん末期 ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥初老期における認知症 ⑦進行性核上性麻痺、
大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病 ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症
- ⑩早老症 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害、糖尿病腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患
- ⑯両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変性関節症

家族等が申請できない方

- ◆利用者の居住地を担当する地域包括支援センターまたは、居宅介護支援事業所等に連絡し、代行手続きを依頼する。

その他

- ◆介護保険被保険者証が見つからない場合は、市役所に問い合わせる。
- ◆主治医の氏名や、利用したことがあるサービスについて確認する。

ケアマネジャーの選定

- ◆療養者本人・家族が、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談し、ケアマネジャーを選定する。

*療養者の目安を参考に、地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所連絡先一覧から選定を支援する。

*介護認定を受けていても、ケアマネジャーが決まっていない場合もあるので注意する。

- ◆申請から認定結果が出る前に、サービス内容等についてケアマネジャーと相談する。

(4) 介護保険サービス申請から介護認定までの流れ

申請の相談

市役所や地域包括支援センターで、療養者御本人の状況や希望するサービスを伝えます。

- * 要介護認定が必要なサービスを希望する方
- * 初めて介護サービスを利用する方
- * 利用するサービスを検討している方
- * 40～64歳の2号被保険者の方

- 介護予防のデイ・ヘルパー（総合事業）の利用を希望する方
- ※状態により要介護認定申請の場合あり

要介護認定の申請

認定調査

本人がいる場所に調査員が訪問する

主治医意見書

主治医に意見書の記入を依頼する

認定審査会

認定（申請から認定まで約30日）

基本チェックリスト

25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べます。
基本チェックリストを実施し、該当すればサービスを利用できます。

非該当

該当

非該当

要介護

要介護1～5



要支援

要支援1・2



総合事業対象者



介護サービス
ヘルパー・訪問看護・
訪問リハ・
デイ・デイケア・
ショートステイ・
介護保険施設入所

介護予防のデイ・ヘルパーのサービス（総合事業）

介護予防サービス
デイ・ヘルパー以外
のサービス

一般介護予防事業
地域包括支援センター
や市役所に相談

福祉用具のレンタル・福祉用具購入費の支給
住宅改修費の支給

※ 上記以外にも、65歳以上の高齢者向け、ひとり暮らし高齢者及び高齢者世帯に対するサービスがあります。

【6 医療機関の退院連携窓口】

※祝日、年末年始・お盆等の休日は、医療機関により異なります

◆足利地区

	病院名	所在地	連絡先	担当部署(職種)	窓口対応時間
1	青木病院	〒326-0808 足利市本城1-1560	TEL 0284-41-2213 FAX 0284-43-0463	相談室 (PSW)	平日・土曜 9:00～16:00
2	足利赤十字病院	〒326-0843 足利市五十部町284-1	TEL 0284-21-0121 FAX 0284-21-4135	入退院センター (MSW) (退院調整看護師)	平日 8:45～12:00 13:00～17:05 第1.3.5土曜8:45～12:35
3	足利第一病院	〒326-0005 足利市大月町1031	TEL 0284-44-1212 FAX 0284-44-0009	総師長 病棟主任看護師	9:00～17:00 (月曜午後・火曜・第3日曜を除く)
4	足利中央病院	〒326-0334 足利市下渋垂町447	TEL 0284-72-8401 FAX 0284-72-6582	事務課 (連携担当事務職)	平日 9:00～17:00
5	あしかがの森 足利病院	〒326-0011 足利市大沼田町615	TEL 0284-91-0611 FAX 0284-91-2867	診療部 (MSW)	平日 8:30～17:00
6	足利富士見台病院	〒326-0845 足利市大前町1272	TEL 0284-62-2448 FAX 0284-62-9608	地域連携課 (PSW)	平日・土曜 9:00～17:00
7	今井病院	〒326-0822 足利市田中町100	TEL 0284-71-0181 FAX 0284-73-0412	地域連携室 (MSW)	平日・土曜 8:30～17:30 水曜 8:30～12:30
8	鈴木病院	〒326-0815 足利市栄町1-3412	TEL 0284-21-2854 FAX 0284-21-3751	医事課 (事務主任)	平日・土曜 9:00～18:00
9	長崎病院	〒326-0053 足利市伊勢町1-4-7	TEL 0284-41-2230 FAX 0284-40-3057	医療相談室 (MSW)	平日 9:00～17:00
10	本庄記念病院	〒326-0831 足利市堀込町2859	TEL 0284-73-1199 FAX 0284-73-1198	病棟師長 (地域連携室準備中)	平日 9:30～17:00
11	前沢病院	〒326-0338 足利市福居町1210	TEL 0284-71-3191 FAX 0284-71-3153	地域連携相談室 (PSW)	平日・土曜 9:00～17:30
12	皆川病院	〒329-4214 足利市多田木町1168-1	TEL 0284-91-2188 FAX 0284-91-2190	地域医療連携室 (MSW)	平日 9:00～17:00

◆佐野地区

	病院名	所在地	連絡先	担当部署(職種)	窓口対応時間
1	佐野医師会病院	〒327-0832 佐野市植上町1677	TEL 0283-22-5358 FAX 0283-21-8978	地域医療連携室 (看護部長)	平日 9:00～17:00
2	佐野厚生総合病院	〒327-8511 佐野市堀米町1728	TEL 0283-22-5222 FAX 0283-22-8252	患者支援センター (MSW) (退院調整看護師)	平日 9:00～16:30 第1.3.5土曜9:00～12:00
3	佐野市民病院	〒327-0317 佐野市田沼町1832	TEL 0283-62-9024 FAX 0283-62-6323	地域医療連携室 (MSW)	平日 9:00～17:00 第1.3.5土曜9:00～12:00
4	佐野中央病院	〒327-0827 佐野市北茂呂町10-7	TEL 0283-24-8333 FAX 0283-24-6003	入院は休止中	診療時間内 (基本)
5	両毛病院	〒327-0843 佐野市1648	TEL 0283-22-6150 FAX 0283-22-6159	相談支援室 (PSW)	平日 8:30～17:30

【7 安足地区の地域包括支援センター連絡先】

地域包括支援センターは、担当地域があります。住所別担当地域一覧から対象者の住所と担当する地域包括支援センターを確認して、連絡します。

◆足利地区

地域	センター名	住所	電話
1	足利市地域包括支援センターきた・なか	足利市大月町811-1	TEL 0284-41-1281 FAX 0284-41-1283
2	足利市地域包括支援センター協和・愛宕台	足利市福富町1688	TEL 0284-73-2413 FAX 0284-73-7788
3	足利市地域包括支援センターさかにし	足利市葉鹿町2019-1	TEL 0284-65-4080 FAX 0284-64-1012
4	足利市地域包括支援センター中央	足利市通5丁目3433-12	TEL 0284-22-0544 FAX 0284-21-0550
5	足利市地域包括支援センター毛野・富田	足利市大沼田町2163-1	TEL 0284-90-2117 FAX 0284-91-3776
6	地域包括支援センター山辺・矢場川	足利市田中町100	TEL 0284-71-8484 FAX 0284-71-8321
7	地域包括支援センター三重・山前	足利市大前町752	TEL 0284-22-7655 FAX 0284-22-7656

◆佐野地区

地域	センター名	住所	電話
1	佐野市地域包括支援センターさの社協	佐野市大橋町3212-27 佐野市総合福祉センター内	TEL 0283-22-8129 FAX 0283-22-8149
2	佐野市地域包括支援センター佐野市医師会	佐野市植上町1677 佐野医師会病院内	TEL 0283-20-2011 FAX 0283-20-2378
3	佐野市地域包括支援センター佐野厚生	佐野市堀米町1728 佐野厚生総合病院内	TEL 0283-27-0100 FAX 0283-27-0101
4	佐野市地域包括支援センター佐野市民病院	佐野市田沼町1832-1 佐野市民病院内	TEL 0283-62-8281 FAX 0283-61-1076
5	佐野市地域包括支援センターくずう	佐野市あくと町3084 葛生あくと保健センター内	TEL 0283-84-3111 FAX 0283-86-2941

〈足利地区の住所別担当地域一覧〉

町名の番号は、担当する地域包括支援センターの番号です。

あ行

相生町	4	県町	2	赤松台1~2丁目	1	朝倉町2~3丁目	6
朝倉町	6	旭町	4	荒金町	2	新宿町	6
粟谷町	3	家富町	4	鶴木町	5	井草町	4
伊勢町1~2丁目	4	伊勢町3丁目	4	伊勢町4丁目	1	伊勢南町	4
板倉町	3	稲岡町	5	今福町	7	岩井町	1
永楽町	4	江川町1~4丁目	1	江川町	1	大岩町	7
大久保町	5	大月町	1	大沼田町	5	大橋町1~2丁目	4
大前町	7	奥戸町	5	小曾根町	2	小俣町	3
小俣南町	3						

か行

利保町1~3丁目	1	利保町	1	鹿島町	7	樺崎町	1
上渋垂町	2	借宿町1丁目	6	借宿町	6	川崎町	5
久保田町	2	毛野新町1~4丁目	5	寿町	1	駒場町	5

さ行

栄町1~2丁目	4	里矢場町	6	猿田町	1	島田町	2
下渋垂町	2	昌平町	4	新山町	4	末広町	4
菅田町1丁目	1	菅田町	1	助戸1~3丁目	1	助戸大橋町	4
助戸新山町	4	助戸仲町	1	助戸東山町	1		

た行

大正町	4	大町	4	大門通	4	高松町	2
田島町1丁目	1	田島町	1	多田木町	5	田所町	4
田中町	6	千歳町	1	月谷町	1	常見町1~3丁目	5
常見町	5	寺岡町	5	問屋町	2	通1~7丁目	4
常盤町	1	巴町	4				

な行

中川町	6	名草上町	1	名草下町1丁目	1	名草下町	1
名草中町	1	西新井町	6	錦町	1	西砂原後町	4
西場町	5	西宮町	4	野田町	2		

は行

羽刈町	2	迫間町	5	葉鹿1~2丁目	3	葉鹿町	3
葉鹿南町	3	花園町	1	東砂原後町	4	久松町	1
福居町	2	福富新町	2	福富町	2	富士見町	4
藤本町	6	堀込町	6	本城1~3丁目	4		

ま行

真砂町	1	松田町	3	丸山町	4	瑞穂野町	2
緑町1~2丁目	4	南大町	6	南町	4	宮北町	1
元学町	4	百頭町	2				

や行

八柵町	5	柳原町	4	梁田町	2	八幡町1~3丁目	6
八幡町	6	山川町	5	山下町	7	弥生町	1
有楽町	4	雪輪町	4	芳町	1	五十部町	7

わ行

若草町	1						
-----	---	--	--	--	--	--	--

〈佐野地区の住所別担当地域一覧〉

町名の番号は、担当する地域包括支援センターの番号です。

あ行							
相生町	1	会沢町	5	赤坂町	2	赤見町	3
秋山町	5	あくど町	5	浅沼町	1	朝日町	1
鐙塚町	1	飯田町	2	伊賀町	1	石塚町	3
出流原町	3	伊勢山町	1	犬伏上町	1	犬伏下町	1
犬伏新町	1	犬伏中町	1	伊保内町	2	岩崎町	4
植上町	2	植下町	2	植野町	2	梅園町	4
大蔵町	1	大栗町	1	大古屋町	2	大橋町	1
小見町	4						

か行							
柿平町	5	嘉多山町	5	金井上町	1	金吹町	1
金屋下町	1	金屋仲町	1	庚申塚町	2	上台町	2
上羽田町	2	亀井町	1	閑馬町	4	北茂呂町	2
君田町	2	葛生西1～3丁目	5	葛生東1～3丁目	5	久保町	1
黒袴町	1	越名町	2	小中町	3		

さ行							
栄町	1	作原町	4	七軒町	2	寺中町	2
下羽田町	2	下彦間町	4	白岩町	4	新吉水町	4
関川町	1	仙波町	5				

た行							
大祝町	1	大町	1	高砂町	1	高萩町	2
高橋町	2	高山町	2	田島町	2	多田町	4
田沼町	4	田之入町	3	築地町	5	寺久保町	3
天神町	1	天明町	1	栃本町	4	戸奈良町	4
富岡町	1	戸室町	4	豊代町	5		

な行							
長坂町	5	中町	5	並木町	3	奈良淵町	3
西浦町	1	菰川町	1				

は行							
長谷場町	4	鉢木町	5	飛駒町	4	富士町	1
富士見町	5	船越町	4	船津川町	2	堀米町	3
本町	1						

ま行							
馬門町	2	牧町	5	町谷町	1	御神楽町	4
水木町	5	宮下町	5	村上町	2	免鳥町	3
茂呂山町	2						

や行							
山形町	4	山越町	4	山菅町	5	大和町	1
吉水駅前1～3丁目	4	吉水町	4	米山南町	1	万町	1

わ行							
若松町	1	若宮上町	2	若宮下町	2		

【8 退院調整に関する行政窓口】

〈介護保険や高齢者等に関する窓口〉

◆足利市

担当窓口	内容	所在地	連絡先
元気高齢課 介護認定担当	介護保険申請手続き・サービス 居宅介護支援事業所など	〒326-8601 足利市本城三丁目 2145	TEL:0284-20-2139 FAX:0284-20-1456
元気高齢課 地域包括ケア 推進担当	介護予防事業・総合事業 高齢者や認知症関連の事業など		TEL:0284-20-2135 FAX:0284-20-1456

◆佐野市

担当窓口	内容	所在地	連絡先
介護保険課	介護保険申請手続き・サービス 居宅介護支援事業所など	〒327-8501 佐野市高砂町1	TEL:0283-20-3022 FAX:0283-21-3254
いきいき高齢課	介護予防事業・総合事業 高齢者や認知症関連の事業など		TEL:0283-20-3021 FAX:0283-21-3254

〈障害福祉サービス等に関する窓口〉

◆足利市

担当窓口	内容	所在地	連絡先
障がい福祉課 障がい支援担当	障害福祉サービス・申請手続き 指定特定相談支援事業所 サービス事業所など	〒326-8601 足利市本城三丁目 2145	TEL:0284-20-2134 FAX:0284-21-5404

◆佐野市

担当窓口	内容	所在地	連絡先
障がい福祉課 障がい福祉係	障害福祉サービス・申請手続き 指定特定相談支援事業所 サービス事業所など	〒327-8501 佐野市高砂町1	TEL:0283-20-3025 FAX:0283-24-2708

〈難病等に関する窓口〉

◆栃木県安足健康福祉センター

担当窓口	内容	所在地	連絡先
健康対策課 栄養難病担当	指定難病医療費助成の申請 難病に関する相談など	〒326-0032 足利市真砂町1-1	TEL:0284-41-5895 FAX:0284-44-1088

〈精神保健等に関する窓口〉

◆栃木県安足健康福祉センター

担当窓口	内容	所在地	連絡先
健康支援課	精神保健・医療等に関する 相談など	〒326-0032 足利市真砂町1-1	TEL:0284-41-5895 FAX:0284-44-1088

【9 入退院共通連携シートの様式】

入退院時において、医療機関とケアマネジャー等の地域の支援関係者が情報共有していくために、原則として栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木県医療社会事業協会で作成した様式を活用します。

- ◆シートの様式は、栃木県看護協会、とちぎケアマネジャー協会のホームページからダウンロードできる。
※様式2の安足健康福祉センター改訂版シートは、安足健康福祉センターのホームページからダウンロードできる
(本人・家族等の説明及び同意欄は、他の情報提供等において既に同意をされている場合は、削除して使用できる)
- ◆連携シートに書き切れない詳細な情報は、添付等で対応する(様式自由)
- ◆患者(利用者)本人・家族等に情報提供について説明し、同意を得る。
- ◆個人情報の取り扱いには十分注意する。

(1) ケアマネジャーから医療機関へ情報提供する場合

入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)・・・様式1

(2) 医療機関からケアマネジャーへ情報提供する場合

入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)・・・様式2-①(手書き用)
様式2-②(入力用)

* 認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

* 障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)

* 褥瘡の判定(DSIGN-R2020)

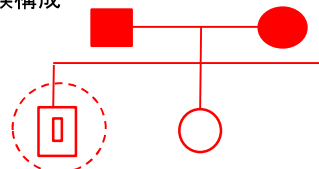
入退院共通連携シート(在宅・施設→医療機関)

作成日
情報提供日

氏名			男性 ・ 女性	生年月日		年齢	
住所			TEL		申請中 【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】		
緊急連絡先	氏名:	(続柄:)	TEL	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏名:	(続柄:)	TEL		有効期間【 ~ 】		
かかりつけ 医療機関			身体障害者手帳()	障害高齢者の 日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2		
主治医			精神障害者手帳()	認知症高齢者の 日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M		
感染症: 無・有 ()	家族構成		療育手帳()	入院前の自宅での生活の様子等			
既往歴				在宅でのサービス利用状況			
生活歴	主介護者:			家屋状況	一戸建て・マンション・アパート(1階・2階以上)		
	住民税: 課税 ・ 非課税				段差 あり ・ なし 手すり あり ・ なし		
	年金の種類: 国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障者						
		保険の種類: その他()					
入院前の状況				具体的状況・その他特記事項			
栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	形態	主食: 常食 ・ 粥 ・ ペースト					
		副食: 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト					
	方法	経口 ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ・ 輸液					
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		尿意: あり ・ なし			
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		便意: あり ・ なし			
	失禁	なし ・ あり ()					
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等					
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない					
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭					
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助		麻痺の有無: なし ・ あり ()			
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助					
	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー					
夜間の 状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 (状態)					
	睡眠薬	なし ・ とときき ・ 常用					
認知 精神面	認知症状: なし ・ あり		【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害 ()				
	専門医への受診: なし ・ あり ()		【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()				
	精神状態(疾患): なし ・ あり ()						
コミュニケー ション	会話: 可 ・ やや困難 ・ 不可能 ()		聴覚: 支障なし ・ 支障あり () 視覚: 支障なし ・ 支障あり ()				
褥瘡	なし ・ あり (部位)		体圧分散マット: 使用していた ・ 使用していなかった				
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 義歯の有無: なし ・ あり						
医療的処置	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 (内容: 回数 / 日 自己注射 可・不可) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()						
その他 連絡事項							

お願い: カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名: 連絡先: TEL FAX
担当ケアマネジャー:

氏名	Tさん		性別	男性	女性	生年月日	M・T・S 34. 7. 27	年齢	65 歳	
住所	A 市 w 町1234番地		TEL	0228-		申請中 【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】				
緊急連絡先	氏名	Oさん (続柄 妹)	TEL	0124-		要介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5			
	氏名	Bさん (続柄 弟)	TEL	0648-			有効期間【R7年1月1日 ~ R9年12月31日】			
かかりつけ医療機関	S病院		障害認定	身体障害者手帳(1級:肢体)		障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
主治医	K先生			精神障害者手帳()		認知症高齢者の日常生活自立度	自立・Ⅰa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・M			
感染症	無・有 ()		家族構成			入院前の自宅での生活の様子等				
既往歴	昭和51年 I型糖尿病 平成18年 脳出血(右片麻痺) 平成20年 硝子体出血(全盲)		 <p>妹・弟は県外に在住。2~3ヶ月に1回、尋ねてくる。 母親が亡くなってからはその他の親戚との交流は無い</p>			全盲で右片麻痺があるが、住み慣れた家なので一人で歩行し、手探りで歩行し、気ままに生活してきた。日中は、お店だったスペースにある、いすに腰掛け、ラジオを聴いてすごしていた。				
生活歴	くだもの屋の長男として生まれ育つ。結婚歴は無く、両親が亡くなってからは一人暮らしをしてきた。くだもの屋は、脳出血を発症するまでは細々と営業していた。発症後は閉店している。近所との交流はほとんど無い。		主介護者 : なし			在宅でのサービス利用状況	訪問介護(週7回) 訪問リハビリ(週2回) ガイドヘルパーによる通院介助(月2回)			
			住民税: 課税・非課税			年金の種類	国民・厚生・共済・身障者			
			保険の種類			国保・社保・後期・公費・その他()			家屋状況	一戸建て・マンション・アパート(1階・2階以上)
						段差	あり・なし 手すり			あり・なし

入院前の状況

具体的状況・その他特記事項

栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	朝食は、本人が手探りで米をとぎ、ご飯をたいている。昼食はヘルパーに作ってもらう。夕ご飯は、お弁当の宅配を頼んでいる。レンジでの温めはできる。「おいしいものが食べたい」、と…、通信販売で、季節の旬ものなど、電話で注文し、取り寄せている。それをヘルパーに調理してもらっている。買い物は週1回、ガイドヘルパーと一緒にやっている。
	形態	主食 : 常食・粥・ペースト 副食 : 普通・ソフト食・刻み・ペースト とろみ : なし・あり ()	
	方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下 : 良・不良 咀嚼状況 : 良・不良	
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	尿意 : あり・なし
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助	便意 : あり・なし
	失禁	なし・あり ()	便がゆるいときに、間に合わず、トイレを汚してしまうことがありヘルパー支援時に掃除をしてもらっている。
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・尿器・おむつ・カテーテル等	
入浴	清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない	入浴は一人でやりたいという強い希望があり、ヘルパーのいる時間に一人で入浴している。湯船には入らず、シャワー浴である。
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭	
	移動	歩行 : 自立・見守り・一部介助・全介助 移乗 : 自立・見守り・一部介助・全介助 方法 : 独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子・ストレッチャー	
夜間の状態	睡眠	良眠・不眠 (状態)	就寝前に350mlビールを1缶飲むのが日課。それでも寝つきの悪いときには睡眠薬を服用。(本人管理)
	睡眠薬	なし・ときどき・常用	
認知精神面	認知症状	なし・あり	【中核症状】記憶障害・見当識障害・知能(判断・理解)障害 実行機能障害 () 【周辺症状】幻覚・妄想・昼夜逆転・介護への抵抗 攻撃的行動・不潔行為・徘徊・その他 ()
	専門医への受診	なし・あり	
	精神状態(疾患)	なし・あり ()	
コミュニケーション	会話	可・やや困難・不可能 ()	聴覚 : 支障なし・支障あり () 視覚 : 支障なし・支障あり (全盲:光はわかる)
褥瘡		なし・あり (部位)	体圧分散マット : 使用していた・使用していなかった
口腔清潔		自立・見守り・一部介助・全介助 義歯の有無 : なし・あり	食後、一人で台所のシンクで口をゆすいでいる。
医療的処置	インスリン注射 (内容 ランタス朝 ノボラビット朝昼夕 回数 4回/日 自己注射 可・不可) ・在宅酸素・人工呼吸器 中心静脈栄養 ・喀痰吸引 ・人工肛門 ・疼痛管理 ・膀胱留置カテーテル ・その他 ()		
その他連絡事項	「気ままに自由に自宅で暮らしたい」というのが、本人の強い希望です。		

お願い : カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。

事業所名 : ○×ケアプランセンター 連絡先 : TEL 0228- FAX 0228-

担当ケアマネジャー : F田 F代

様

作成日:

氏名		性別		生年月日		年齢	
入院期間	~			要介護度	未申請 更新中 新規申請中 総合事業対象 非該当		
病名				要支援	1 2	要介護	1 2 3 4 5
				身長	cm	体重	kg
入院中の経過							
家族構成			既往歴		(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向		
					コミュニケーション: 不可 可能 ツール: 言語 筆談 ジェスチャー 他 (家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向		
キーパーソン:			感染症: なし あり()				
連絡先:							
入院中の状況				在宅療養上の留意事項			
栄養	食事	自立 見守り 一部介助 全介助			食事内容: 一般食 特別食 ()		
	食形態	主食(常食 粥 ペースト)			Kcal g		
		副食(普通 ソフト食 刻み ペースト)			禁止食品:		
	方法	とろみ: なし あり ()			経管栄養の内容・量等:		
経口 経管栄養(鼻腔 胃ろう 腸ろう) 輸液			栄養状態:				
排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助			カテーテル:(尿道 膀胱ろう 腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日:		
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助			排便状況:(回1日) 排便コントロール: 不要 要		
	失禁	なし あり ()			便秘薬使用状況:		
入浴	方法	トイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル等			オムツ・リハビリパンツ:(常時 夜間のみ)		
	清潔	自立 一部介助 全介助 行っていない			入浴の制限: なし あり		
移動	方法	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭			体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上中止		
	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 ストレッチャー			リハビリの内容:		
	歩行	自立 見守り 一部介助 全介助			運動制限: なし あり ()		
夜間の状態	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助			不眠時対応:		
	不眠	良眠 不眠 (状態:)					
認知精神面*	睡眠薬	なし ときどき 常用					
	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M				認知症状: 記憶障害 幻覚/妄想 昼夜逆転 介護への抵抗		
	障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2				暴言/暴力 不潔行為 徘徊 その他		
褥瘡*	精神状態(疾患): なし あり ()						
	部位	d	e	s	i	g	n
	部位	d	e	s	i	g	n
口腔清潔	部位	d	e	s	i	g	n
	自立 見守り 一部介助 全介助				口腔の問題: なし あり () 義歯: なし あり ()		
服薬	自立 見守り 一部介助 全介助				退院後必要な福祉用具		
	服薬の問題: なし あり ()						
医療的処置の有無	なし	インスリン注射(自己注射: 可 不可 回数: 回)			在宅酸素 人工呼吸器		
	あり	非侵襲的人工呼吸器 (使用状況: 常時 夜間のみ 屋のみ)			中心静脈栄養 疼痛管理		
その他	喀痰吸引 (回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 その他()						

* 別紙判定基準参照

「入退院共通連携シート」の目的を説明し、情報提供について

に同意を得ました。

情報提供元の医療機関名:

所属:

記載者氏名:

責任者氏名:

様

作成日:

氏名		性別		生年月日		年齢	
入院期間	~		介護保険				
病名			要支援		要介護		
			身長	cm	体重	kg	
入院中の経過							
家族構成			既往歴		(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向		
					コミュニケーション: ツール: (家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向		
キーパーソン:			感染症: ()				
連絡先:							
入院中の状況				在宅療養上の留意事項			
栄養	食事	()		食事内容: ()			
	食形態	主食:	()	Kcal g			
		副食:	()	禁止食品:			
		とろみ:	()				
方法	()		経管栄養の内容等:				
	嚥下:		咀嚼:	栄養状態:			
排泄	排尿	()		カテーテル:	導尿:	時間毎	
	排便	()		サイズ:	Fr	最終交換日:	
	失禁	()		排便状況: 回/1日 排便コントロール: ()			
	方法	()		便秘薬使用状況:			
入浴	清潔	()		オムツ/リハビリパンツ: ()			
	方法	()		入浴の制限: ()			
移動	方法	()		体温:()度以上中止 血圧:()mmHg以上中止			
	歩行	()		リハビリの内容:			
	移乗	()		運動制限: ()			
夜間の状態	不眠	(状態:)		不眠時対応:			
	睡眠薬	()					
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度: ()			認知症状: <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 幻覚/妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
	障害高齢者の日常生活自立度: ()			<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言/暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為			
	精神状態(疾患): ()			<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他()			
褥瘡*	部位	d	e	s	i	g	n
	部位	d	e	s	i	g	n
	部位	d	e	s	i	g	n
				体圧分散マット: ()	マットの種類:		
				体位変換: ()時間毎			
				リスク等:			
口腔清潔	義歯: ()			口腔の問題: ()			
服薬	()			退院後必要な福祉用具			
	服薬の問題: ()						
医療的処置	<input type="checkbox"/> インスリン注射(自己注射: 回数: 回)		<input type="checkbox"/> 在宅酸素		<input type="checkbox"/> 人工呼吸器		
	<input type="checkbox"/> 非侵襲的人工呼吸器 (使用状況:)		<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養		<input type="checkbox"/> 疼痛管理		
<input type="checkbox"/> 喀痰吸引 (回数: 回)		<input type="checkbox"/> 気管切開カニューレ挿入		<input type="checkbox"/> 人工肛門		<input type="checkbox"/> その他()	
その他							

* 別紙判定基準参照

「入退院共通連携シート」の目的を説明し、情報提供について () に同意を得ました。

情報提供元の医療機関名:

所属:

記載者氏名:

責任者氏名:

氏名	A氏	生年月日	1931/5/10	年齢	82歳
入院期間	平成25年12月25日～平成26年1月27日	要介護度	未申請・再申請中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
病名	誤嚥性肺炎・脱水	身長	150 cm	体重	40 Kg

入院中の経過:12/23(入院の3日前)から37℃代の発熱あり、12/24～動けなくなり布団での生活になっていた。食事も食べられず水分のみ摂取していた。改善見られないため、ケアマネに進められ12/25かかりつけC医院受診し、当院内科紹介となり、上記診断で入院する。入院後から抗生剤と輸液治療実施し、誤嚥性肺炎は改善されたが、活動レベルに回復は見られずADLは全介助状態である。意識レベルは傾眠傾向で、時々声かけにうなづくこともある程度、発語なし。栄養法は、ご家族と相談し胃瘻は造設しない方向となり、中心静脈栄養となる。入院時に比べ痰の量は軽減したが、朝と昼と寝る前に吸引は必要である。夜間の吸引は、ほとんど必要なし。ご家族は在宅介護を希望され退院調整行い退院となった。

<p>家族構成</p> <p>長女と2人暮らし 長女は結婚歴なし</p> <p>62歳 60歳 61歳 58歳 48歳 36歳 17歳</p> <p>キーパーソン:長女:B氏 連絡先:長女携帯:△△△-□□□□-＊＃＊＃</p>	<p>既往歴</p> <p>70歳 高血圧 C医院通院内服治療 80歳 認知症 C医院通院内服治療</p> <p>内服薬は、別紙参照</p>	<p>(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション図れず、意向確認できない</p> <p>コミュニケーション(不可)</p> <p>ツール(言語・筆談・ジェスチャー・他)</p> <p>(家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向 出来る限り自宅でみたい。しかし、最期は病院でお世話になりたい。 ・退院後はかかりつけのC医院でフォロー</p>
--	--	---

入院中の状況		在宅療養上の留意事項	
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 主食(常食・粥・ペースト)	食事内容: 一般食・特別食() Kcal g
	食形態	副食(普通・ソフト食・刻み・ペースト) とろみ: なし・あり()	禁止食品:
	方法	経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下: 良・不良 咀嚼状況: 良・不良	経管栄養の内容・量等:
排泄	排尿	自立・見守り・一部介助・全介助	カテーテル:(尿道・膀胱ろう・腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日
	排便	自立・見守り・一部介助・全介助	排便状況:(回1日) 排便コントロール:不要・要
	失禁	なし・あり()	便秘薬使用状況:3日排便ない時は4日目にグリセリン浣腸液60ml施
	方法	トイレ・ポータブルトイレ・おむつ・カテーテル等	オムツ/リハビリパンツ(常時・夜間のみ)
入浴	清潔	自立・一部介助・全介助・行っていない	入浴の制限:なし・あり 中心静脈栄養挿入中のため業者と要相談
	方法	一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭	体温:(37.5度)以上中止 血圧:(150mmHg)以上・(90mmHg)以下中止
移動	方法	独歩・杖・シルバーカー・歩行器・車椅子	リハビリの内容:専門スタッフによるリハビリの継続性はない。自宅です
	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助	できる硬縮予防の運動については、長女にリハビリスタッフが指導した。
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	運動制限:なし・あり()
夜間の状態	不眠	良眠・不眠(状態: 傾眠傾向)	不眠時対応:
	睡眠薬	なし・ときどき・常用	
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度	自立・I・IIa・IIb・III・IIb・IV・M	認知症状:記憶障害・幻覚/妄想・昼夜逆転・介護への抵抗・暴言/暴力・不潔行為・徘徊・その他 エアマット・自動体交機能付き
	障害高齢者の日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2	
褥瘡*	部位	仙骨部 id 1 ie 0 is 0 ii 0 ig 0 in 0 ip 0	体圧分散マット:不要・要 マットの種類:() 体位変換:不要・要 自動体交機能付きならば特 に必要なし ()時間毎
	部位	d e s i g n p	
	部位	id ie is ii ig in ip	
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	口腔の痛み:なし・あり() 義歯:なし・あり()	
	感染症の有無	なし・あり 痰からMRSA 退院後必要な福祉用具	介護用ベッド・自動体交機能付きエアマット
医療的処置の有無	なし	インスリン注射:(自己注射:可・不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器	
	あり	非浸襲的人工呼吸器:(使用状況:常時・夜間のみ・昼のみ) 中心静脈栄養 喀痰吸引(回数:5~6回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理 吸引は月~金の昼間1回ヘルパー それ以外(朝・寝る前)長女	
その他	入院前どうにか動けていたため、誤嚥性肺炎の治療が終わっても活動・認知レベルの回復がないことが始め長女は受け入れられませんでした。しかし、数回の医師からの病状説明にて「老衰」であることを受け入れたようです。入院前の状態と現状に違いがあるため在宅介護には、不安があるようです。しかし、医療・介護行為の習得は早く手技に問題はありませぬ。指導内容は別紙参照してください。また、入院前発熱に対し数日様子を見ていたこともあり、退院後も状態変化への対応が遅くなることもあるかもしれません。訪問看護師の方と連絡をとってお願いします。		

情報提供元の医療機関名:〇〇病院

* 別紙判定基準あり

所属:△△△

記載者氏名:□□□□

責任者氏名:*****

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆):〇△△〇

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
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たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰もが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手に出来ない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランク III aに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランク IIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷、他害など精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態など。

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	<p>何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	<p>室内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出していない</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 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 2. 外出の頻度は少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	<p>室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位は保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	<p>1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

*判定に当たっては補助具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用

DESIGN-R®2020 褥瘡経過評価用

カルテ番号 ()
患者氏名 () 月日 / / / / / /

Depth*1 深さ		創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する							
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷				
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷				
				5	関節腔、体腔に至る損傷				
				DTI	深部損傷褥瘡 (DTI) 疑い*2				
2	真皮までの損傷	U	壊死組織で覆われ深さの判定が不能						
Exudate 滲出液									
e	0	なし	E	6	多量：1日2回以上のドレッシング交換を要する				
	1	少量：毎日のドレッシング交換を要しない							
	3	中等量：1日1回のドレッシング交換を要する							
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定：[長径 (cm) × 短径*3 (cm)] *4									
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上				
	3	4未満							
	6	4以上 16未満							
	8	16以上 36未満							
	9	36以上 64未満							
	12	64以上 100未満							
Inflammation/Infection 炎症/感染									
i	0	局所の炎症徴候なし	I	3C*5	臨界的定着疑い (創面にぬめりがあり、滲出液が多い。肉芽があれば、浮腫性で脆弱など)				
	1	局所の炎症徴候あり (創周囲の発赤・腫脹・熱感・疼痛)		3*5	局所の明らかな感染徴候あり (炎症徴候、膿、悪臭など)				
				9	全身的影響あり (発熱など)				
Granulation 肉芽組織									
g	0	創が治癒した場合、創の浅い場合、深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いの場合	G	4	良性肉芽が創面の10%以上50%未満を占める				
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が創面の10%未満を占める				
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない				
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する									
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり				
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり				
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周 (潰瘍面も含め) [長径 (cm) × 短径*3 (cm)] から潰瘍の大きさを差し引いたもの									
p	0	ポケットなし	P	6	4未満				
				9	4以上16未満				
				12	16以上36未満				
				24	36以上				
部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他 ()]									
								合計*1	

*1 深さ (Depth : d/D) の点数は合計には加えない

*2 深部損傷褥瘡 (DTI) 疑いは、視診・触診、補助データ (発生経緯、血液検査、画像診断等) から判断する

*3 "短径" とは "長径と直交する最大径" である

*4 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

*5 「3C」あるいは「3」のいずれかを記載する。いずれの場合も点数は3点とする