

# 徳島県退院支援(医療と介護の連携)の手引き



## ① 徳島県退院支援(医療と介護の連携)の手引き

【入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準】……	1
【入院前に介護保険を利用していた場合】……………	1
【退院後、新たに介護保険の利用が見込まれる場合】……………	2
参考資料	
【介護保険の対象となる疾病】(40歳から64歳)……………	3
【退院支援における介護支援専門員の役割】……………	3
【ケアプラン作成の流れ】……………	3
【医療・介護連携に係る報酬(例)】……………	4
【補足】退院時共同指導料2の注3について……………	5

## ② 様式

様式1 入院時情報提供シート 令和2年3月 Ver4.0 ……	8
様式2 退院支援共有情報シート 令和2年3月 Ver4.0 ……	10

## ③ リーフレット

入院中の患者様とご家族の方へ……………	12
---------------------	----

※徳島県ホームページに掲載しています。  
「退院支援の手引き」で検索できます。

# 徳島県退院支援(医療と介護の連携)の手引き

## 【入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができる」と判断する基準】

- ①病状がある程度安定した状態で退院できそうである
- ②在宅での介護が可能そうである



顔を合わせて  
よりよい支援に！

## 【入院前に介護保険を利用していた場合】

### (1) 入院時

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター担当者(以下、在宅担当者)は、入院時情報提供書(様式1 入院時情報提供シートを参照)を病院が指定する担当窓口へ電話連絡の後、指定の方法で持参又はFAX番号に送信する。

※事前に利用者本人に入院先及び転院等の関係者に情報を提供することについて同意を得ておくこと。

### (2) 退院支援の開始

病棟看護・地域連携室(以下、病院担当者)は下記(ア)(イ)の2パターンで退院支援の開始を在宅担当者に電話する。

#### (ア) 入院時情報の提供があった場合

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

#### (イ) 入院時情報の提供がなかった場合

家族又は介護保険被保険者証で在宅担当者を確認し、退院支援に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間)を考慮して、在宅担当者と退院支援開始面談の日程などの調整を行う。

※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に関係なく入院時情報提供元、介護保険被保険者証の記載事業所に連絡する。

### (3) 退院前面談〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し決定する〕

- ①病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(様式2 退院支援共有情報シートを参照)を面談日までに院内の関係者から収集する。
- ②病院担当者は、面談時に退院支援共有情報を在宅担当者に提供し、患者情報を説明する。
- ③退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。
- ④本人の同意を得て、病院の看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハビリなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

<報酬> 病院＝介護支援等連携指導料[B005-1-2] 400点(入院中2回に限り算定可能)  
(算定の要件は、各病院で判断する。)  
在宅(要介護のみ)＝退院・退所加算 450単位～900単位

### (4) 退院前カンファレンス〔実施の要否は、病院担当者と在宅担当で調整し決定する〕

<報酬> 病院＝退院時共同指導料2[B005] 2,400点 \*詳細は「参考資料」参照  
在宅(要介護のみ)＝退院・退所加算 600単位～900単位

### (5) 在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

※転院等の場合には、必要に応じて、様式1 入院時情報提供シートの写しを転院先等に提供する。

## 【退院後、新たに介護保険の利用が見込まれる場合】

### (1) 介護保険申請

病院担当者は、患者が下記の状態にある場合、家族などに介護保険被保険者証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明する。

#### (介護保険申請の目安)

(ア) 必ず退院支援が必要な患者(要介護) ⇒ 1項目でも当てはまれば、居宅介護支援事業所へ相談

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方(例えば、常時介助者が手を引いたり体を支えるなどの介助)
- ② 食事に介助が必要な方(調理や配膳のみの場合は除く)
- ③ 排泄に常時介助や見守りが必要な方
- ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下があり、介助が必要な方

(イ) それ以外で見逃してはいけない患者(要支援の一部) ⇒ 地域包括支援センターへ相談

- ⑤ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑥ (ADLは自立でも)がん末期の方
- ⑦ (ADLは自立でも)新たに医療処置(経管栄養、吸引など)が追加された方

#### 《40歳以上65歳未満の患者》

病院担当者は、介護保険の対象となる特定の疾病(参考資料参照)で上記の状態であった場合は、家族などに医療保険証を持って本人・家族が契約を希望する居宅介護支援事業所又は住所地の地域包括支援センターへ介護保険申請の相談をするように説明する。

### (2) 在宅担当者との決定支援

病院担当者は、介護保険申請と並行して、下記の(ア)(イ)(ウ)のパターンで在宅担当者を決定するための支援を行う。

(ア) 居宅介護支援事業所を紹介(要介護)するパターン

介護保険申請の目安①～④に該当する患者は、住所地の居宅介護支援事業所のリストを元に居宅介護支援事業所(在宅担当者)との契約を支援する。

(イ) 地域包括支援センターを紹介(要支援)するパターン

介護保険申請の目安⑤～⑦に該当する患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター(在宅担当者)との契約を支援する。

(ウ) 要介護か要支援か迷う場合

介護保険申請の目安の①～④に該当するか迷う患者は、住所地の地域包括支援センターのリストを元に地域包括支援センター(在宅担当者)との相談を支援する。

以降の流れは、「入院前に介護保険を利用していた場合」の(2)以降と同じ。

※本様式は、介護報酬の各加算の主旨や厚生労働省標準様式に沿った内容を備えていますが、介護報酬は、国の定めるところに拠って、必要な情報を提供する、あるいは必要な情報の提供を得て、サービス計画を作成・サービスの利用に関する調整を行った場合に算定されるものですので、請求にあたっては国の通知に記載されている算定要件や施設基準などをよくご確認ください。

※「様式1 入院時情報提供シート」及び「様式2 退院支援共有情報シート」は、医療と介護の円滑な連携を推進するための標準様式であり、他に独自の様式を用いることを妨げるものではありません。

※ この退院支援の手引きを活用して、患者・家族が安心して退院後の在宅生活をスタートするよう退院前カンファレンス(面談)を推進しましょう。

参考資料

【介護保険の対象となる疾病】(40歳から64歳)

- 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, 糖尿病性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形性関節症

【退院支援における介護支援専門員の役割】

対象者:介護(要支援)認定を受けている人・見込の人, かつ, 事業所との契約が整った人

条件:本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人

業務:ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院支援の報酬を得るのは, 在宅退院となりケアプランを作成した場合のみ

【ケアプラン作成の流れ】

- ① 契約・面談(本人・家族)  
退院後の住居, 家族支援の状況確認, 本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら, 契約の手続きを行う。
- ② 病院からの情報収集  
身体機能の低下の状況, 要因の分析, 生活機能の予後予測
- ③ ケアプラン原案作成  
自立支援, 課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④ サービス事業所との調整  
事業所の選定, 事業所へ利用者情報の提供
- ⑤ 退院前カンファレンス  
サービス事業所を交えた病院との引継ぎ
- ⑥ サービス担当者会議  
サービス事業所間で目標・課題を共有, 事業所の役割分担を確認
- ⑦ サービス提供開始(退院)

## 【医療・介護連携に係る報酬(例)】 &lt;R2.4.1以降&gt;

※請求にあたっては国の通知に記載されている算定要件や施設基準などをよくご確認ください。

## 〔診療報酬〕

## (1) 入退院支援加算 [A246]

- ①入院早期より、退院困難な要因を有するものを抽出し、その上で退院困難な要因を有する者に対して、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院支援計画に基づき退院した場合に算定。
- ②スクリーニング体制整備、入院7日以内に退院支援計画策定着手、連絡・退院調整、調整内容を文書で提供すること。

## 退院支援加算2

イ	(一般病棟入院基本料等の場合)	190点	(退院時1回)
ロ	(療養病棟入院基本料等の場合)	635点	(退院時1回)

※上記①②に加え、次の支援を行っているとともにさらに評価

## ・入退院支援加算1

- ①退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等に出向くなどして担当者と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有
- ②各病棟に専任で配置された退院支援職員が、病棟で原則として入院後3日以内に新規入院患者の把握及び退院困難な要因を有している患者の抽出
- ③退院困難な要因を有する患者について、原則として入院後7日以内(療養病棟等については14日以内)に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合い
- ④入院後7日以内に、病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを行った上で退院調整に当たる。

イ	(一般病棟入院基本料等の場合)	600点	(退院時1回)
ロ	(療養病棟入院基本料等の場合)	1,200点	(退院時1回)

## ・入院時支援加算

自宅等(他の保険医療機関から転院する患者以外)から入院する予定の患者に対し、入院前に必要な支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び関係者と共有する。

200点 (退院時1回)

## (2) 介護支援等連携指導料 [B005-1-2] : 400点

- ①退院後に介護サービス又は障がい福祉サービスを導入することが適当であると考えられ、また、本人も導入を望んでいる患者が、退院後により適切な介護サービス又は障がい福祉サービスを受けられるよう、入院中から居宅介護支援事業所等の介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障がい児相談支援事業者の相談支援専門員と連携し退院後のケアプラン又はサービス等利用計画若しくは障害児支援利用計画の作成につなげることを評価するもの。
- ②医師・看護師・社会福祉士・薬剤師・理学療法士・作業療法士、言語聴覚士、その他、退院後に導入が望ましい介護等サービスから考え適切な医療関係職種が、介護支援専門員又は指定特定相談支援事業者若しくは指定障がい児相談支援事業者の相談支援専門員と共同して、患者に対し、患者の心身の状況等を踏まえ導入が望ましいと考えられる介護等サービス等の情報を提供した場合に入院中2回に限り算定。

初回：介護等サービス利用の見込みがついた段階

2回：実際の退院前

- ③患者の同意を得て、介護支援専門員又は相談支援専門員から情報提供を求めるとし、ケアプラン等の写しを診療録に添付。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付。

## (3) 退院時共同指導料2 [B005]

- ①入院中の保険医療機関の医師又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、患者の同意を得て、在宅担当医もしくは訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)と共同指導を行った上で文書により情報提供した場合、入院中1回に限り400点を算定。

②①において、入院中の医師及び退院後の在宅療養担当医療機関の医師が共同して指導を行った場合は300点を加算。

③①において、入院中の保険医療機関の医師又は看護師等が、在宅担当医若しくは看護師等、歯科医師若しくは歯科衛生士、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に2,000点を加算（ただし、②の300点は加算できない）。

⇒参照：5頁【補足】退院時共同指導料2の注3について

#### [介護報酬]

##### (1)入院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所に入院する際、病院等の職員に対して、利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に必要な情報を提供した場合は利用者1人に付き1月に1回を限度として算定。

入院時情報連携加算Ⅰ（3日以内に情報提供） 200単位

入院時情報連携加算Ⅱ（7日以内に情報提供） 100単位

##### (2)退院・退所加算

病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設に入所していた者が退院又は退所し、居宅において介護サービスを利用する場合、入院・入所施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅でのサービス利用について調整を行った場合、1回のみ算定。（初回加算を算定する場合は、算定不可）

###### 退院・退所加算Ⅰ

イ（情報収集1回） 450単位

ロ（カンファレンスによる情報収集1回） 600単位

###### 退院・退所加算Ⅱ

イ（情報収集2回） 600単位

ロ（情報収集2回のうち1回以上がカンファレンス） 750単位

###### 退院・退所加算Ⅲ

（情報収集3回のうち1回以上がカンファレンス） 900単位

#### 【補足】退院時共同指導料2の注3について

<退院時共同指導料2の注3の解釈について>

- (1) 入院中の保健医療機関の保険医又は看護師等（※1）
- (2) 在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等（※1）
- (3) 保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士
- (4) 保険薬局の保健薬剤師
- (5) 訪問看護ステーションの看護師等（※1）（准看護師を除く。）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士
- (6) 介護支援専門員
- (7) 相談支援専門員

上記において、(1)が(2)～(7)の3者以上（(1)、(2)、(6)は参加必須（※2））と共同して指導を行った場合に算定する。

なお、(1)～(7)のそれぞれの区分のなかで複数の職種が参加したとしても、それは1者の出席とカウントする。（例えば、(1)の入院中の保険医療機関の保険医と看護師が参加したとしても2者とはカウントせず、1者とカウントする。）

#### ※1 「看護師等」とは

保健師、助産師、看護師若しくは准看護師をいう。

#### ※2 (1)、(2)、(6)の参加が必須となる理由

退院時共同指導料2の注3の規定に、「注1の場合において」という文言があり、注1の規定による入院中の保険医療機関の保険医等と在宅療養担当医療機関の保険医等の参加が前提となっていることから、(1)、(2)の参加が必須となる。

また、居宅介護支援事業所が退院・退所加算を算定するに当たっては、(6)の参加が必須となる。

（参考：「診療報酬の算定方法の一部改正に伴う実施上の留意事項について」（平成30年3月5日保医発0305第1号））

## &lt;退院時共同指導料2の注3に係る共同指導の実施方法について&gt;

## ○原則

当該指導料を算定する患者が入院している保険医療機関と在宅療養担当医療機関等の関係者全員が、患者が入院している保険医療機関において共同指導する。

## ○例外

やむを得ない事情(※3)により在宅療養担当医療機関等の関係者のいずれかが、患者が入院している保険医療機関に赴くことができない場合に限り、ビデオ通話が可能な機器(※4)を用いて参加したときでも算定可能である。ただし、この場合であっても、在宅療養担当医療機関等のうち2者以上は、患者が入院している保険医療機関に赴き共同指導する。

## ※3 「やむを得ない事情」とは

天候不良により、会場への手段がない場合や、急患の対応により間に合わなかった場合、患者の退院予定日等の対応が必要となる日までに関係者全員の予定確保が難しい場合などをいう。

## ※4 「ビデオ通話が可能な機器」とは

リアルタイムで画像を介したコミュニケーションのやり取りが可能であれば、機器の種類は問わないが、個人情報画面上で取り扱う場合は、「医療情報システムの安全管理に関するガイドライン」に準拠した機器をいう。

(参考：平成30年3月30日厚生労働省保健局医療課事務連絡)





様式1

入院時情報提供シート

事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

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							電話					
緊急時 連絡先	氏名	住所					続柄	電話番号				
家族構成図		住環境	□一戸建 □集合住宅 ( 階建て 階)エレベーター □有 □無									
主・主介護者 ★・キーパーソン ○・女性 □・男性	心身の状況	疾患名、病歴、入院歴など										
	かかりつけ医	医療機関名( □通院 □訪問診療) TEL:										
	要介護度	□申請中 □区分変更中 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間(令和 年 月 日～令和 年 月 日)										
	サービス利用状況											
生活歴		□訪問介護( 回/週) □訪問看護( 回/週、うち 医療保険 回/週) □通所介護( 回/週) □通所リハビリ( 回/週) □訪問リハ( 回/週) □短期入所( 回/週) □福祉用具貸与(内容: ) □その他( )										
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入							
移動方法	□	□	□	□	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用							
口腔清潔	□	□	□	□	義歯:□有 □無							
食 事	□	□	□	□	□普通食 □治療食 ( □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他)							
					主食:□米飯 □全粥 □ミキサー 水分:とろみ剤使用 □あり □なし							
					副食:□通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付)							
更衣	□	□	□	□								
入 浴	□	□	□	□	□自宅(浴室) □訪問入浴 □通所系サービス							
排 泄	□	□	□	□	場所:□トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □リハビリパンツ(□常時 □夜間のみ)							
服薬管理	□	□	□	□								
障害高齢者の日常生活自立度		□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2										
認知症日常生活自立度		□自立 □I □IIa □IIb □IIIa □IIIb □IV □M										
療養上の 問題	□無 □有 { □幻視・幻聴 □興奮 □不穏 □妄想 □暴力 □介護への抵抗 □昼夜逆転 □不眠 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □意思疎通困難 □その他( )											
医療処置	□パルーンカテーテル □ストマ □気管切開 □喀痰吸引 □胃ろう □じょくそう □その他( )											
今後の生活 展望等	本人/家族の意向、ケアマネとしての意見など											
連絡事項、その他												
備考(※裏面に続く)												

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、令和 年 月 日現在のものです。 -8-

# 入院時情報提供シート(備考欄)

様式2

退院支援情報共有シート

面談日時	令和 年 月 日 ( ) 午前・午後 時 分 ~ 時 分		場 所					
介護支援専門員			病院連絡窓口 (所属):連絡先	( )電話:				
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			電 話					
入院の原因となった病名			合併症					
既往歴			入院日	令和 年 月 日				
			退院予定日	令和 年 月 日頃				
			転院先	□有 □無 有の場合転院先の医療機関名				
病院主治医			在宅主治医					
要介護度	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中 <input type="checkbox"/> 非該当 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 認定日(令和 年 月 日) 有効期間(令和 年 月 日~令和 年 月 日)							
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方								
患者・家族の今後の希望								
ADL	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"/>	□車いす □杖使用 □歩行器使用 □装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□普通食 □治療食 ( □ kcal □糖尿病食 □高血圧食 □腎臓病食 □その他( ) )			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食:□米飯 □全粥 □ミキサー (摂取量 割)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	副食:□通常 □一口大 □刻み □極小刻み □ミキサー(□とろみ付) (摂取量 割)			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 □あり □なし			
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"/>	入浴の制限:□無 □有(□シャワー浴 □清拭 □その他( ) )			
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	便意:□有 □無 尿意:□有 □無			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:□トイレ □ポータブル □尿器 □オムツ □リハビリパンツ(□常時 □夜間のみ)			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(処方薬)			
医療処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□在宅酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経管栄養 □自己注射( )			
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	□尿道カテ □ストマ □じょくそう □その他( )			
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合、指導した内容( ) 有の場合、理解の状況は:□十分 □不十分(問題点: )						
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 □その他( )						
感 染 症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV	MRSA:□保菌 □発症(部位: □痰 □血液 □尿 □創部) □その他( )						
看護上の注意点(看護師などから確認):								
リハビリ目標(リハビリから確認):								
備考								
回目	聞き取り日	情報提供者名・職種						
( 回目)	年 月 日	□医師( ) □看護師( ) □リハ職( ) □MSW( ) □( )						
( 回目)	年 月 日	□医師( ) □看護師( ) □リハ職( ) □MSW( ) □( )						

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( )いただいています。

--

# 入院中の患者さまとご家族の方へ

～医療と介護の連携に基づいた在宅退院に向けて～

## 1. 退院後の不安について・・・このような心配事はありませんか？

- 今の体力で家に帰っても不安……
- 自宅で何か症状が出たらどうしよう……
- 点滴やチューブが体に入っているのに……
- 一人暮らしで症状が出たとき大丈夫かな
- 介護は初めて。家族でできるかな……

まずは、あなたの退院に向けた不安を、具体的に書き出してみましょう。

病院の相談窓口で、その不安を相談しましょう。

## 2. 退院までの流れについて



## 3. 「自宅での生活」を支えるスタッフについて

### 地域の診療所や病院

- 在宅の主治医＝かかりつけ医
- 訪問診療、往診

### 病院（急性期病院など）

- 主治医（担当医）
- 看護師やソーシャルワーカー

### 地域のサポーター

- 歯科医師
- 介護支援専門員（ケアマネジャー）
- 訪問看護（看護師）
- 訪問リハビリ（理学療法士など）
- 訪問介護（ホームヘルパー）
- デイケア・デイサービスのスタッフ
- 福祉用具、住宅改修の業者
- 配食業者
- ご近所の方々、ボランティア など

☆ 何かわからないことがあれば、当院の（ ）までお気軽にお問い合わせください。 ☆

令和2年3月 徳島県保健福祉部医療政策課・徳島県保健所 発行

※ 徳島県鳴門病院医療福祉相談室のご厚意により、リーフレット「在宅退院という選択肢」を参照の上、作成しました。

## 徳島県退院支援の手引き活用についてのQ&A

手引きを活用いただく中での主な質問についてまとめましたので、参考としてください。

### 【様式について】

質問1: 情報提供シートの内容について、詳しく情報提供する必要がある場合、書くスペースが少なく、どうしたらいいでしょうか。

回答1: 様式には必要と思われる項目を掲載していますが、個人の状態に応じて必要であれば追記してください。入院までの経過等別紙を添付したり、様式に項目を加えて活用しているところもあります。

質問2: 認知症自立度は、主治医意見書かケアマネが判断した自立度のどちらを記入するのでしょうか

回答2: 主治医意見書で記載いただき、ケアマネが判断した自立度についても必要があれば、追記してください。

### 【提出時期】

質問3: 入院している事をケアマネが家族・本人から連絡を受けていない時もあります。

その場合はどうすればよいでしょうか。

回答3: 気がついた時に、病院へ電話等でご連絡いただきご相談ください。

併せて、日頃から本人・家族へ、入院する時はケアマネへ連絡いただけるように周知しておくといいいでしょう。

質問4: 短期間の入院時(1・2日)で入院時情報シートが必要でしょうか。

回答4: 御本人の状況にもよりますが、ケアマネから見て入院時に伝えておくべきことがあれば連絡いただくとともに、迷ったときには医療機関へ相談してください。

### 【入退院を繰り返す場合】

質問5: 入退院を繰り返す方の場合、情報提供はその都度、必要でしょうか。

回答5: 医療機関からは、

「入院の病棟が変わることやSW等担当が替わることがあるので、その都度いただきたい。病院スタッフは、入院前の状況がわからないため、変わりなし」等の連絡があれば参考となる。」との声があります。

また、「情報の内容が同じになるのでいいです」とおっしゃる医療機関もあるように聞いておりますので、医療機関と相談しておくといいいでしょう。

### 【医療機関から】

質問6: 入院後速やかに持ってきていただくと参考になり助かっていますが、届かない場合は、提出依頼をしてもよいでしょうか。

回答6: お手数ですが、ケアマネが入院を知らない場合もありますので、ケアマネへ電話等で連絡していただき、相談してください。