

「津山市入退院支援ルール」の手引き

(第2版)

平成31年3月

津山市在宅医療・介護連携推進協議会

津山市入退院支援ルールの策定にあたって

津山市民が、住み慣れた地域でその人らしい生活が人生の最後まで続けることができるよう、地域における医療・介護の関係機関が密に連携して支援を行うことが求められています。

このため、地域包括ケアシステムを構築していく一環として、「津山市入退院支援ルール」を策定し、次のような支援を目指します。

- 本人、家族のニーズや意向・思いを尊重し、退院後の生活やこれまでの本人の暮らしぶり、価値観を大切にした支援を目指します。
- 入退院における医療機関とケアマネジャー、施設等の情報共有をスムーズにし、安心して在宅や施設に戻れるよう、入院から退院、そして退院後に至るまで、医療と介護の連携を目指します。
- ルールを運用するうえで、運用状況の確認（調査）・評価を行い、必要に応じて関係者間で協議、適宜の見直しにより、より良い支援を目指します。

目 次

はじめに	1
津山市在宅医療・介護連携推進事業構成団体	2
I 「津山市入退院支援ルール」の手引き	3～6
II 入院時情報提供シート（様式1）	7～9
III 退院時支援情報共有シート（様式2）	10～11
IV 「津山市入退院支援ルール」に関するQ&A	12～13

はじめに

在宅医療・介護の現場を支えている全ての皆さんに敬意を表すると共に津山市在宅医療・介護推進事業をご支援して下さっている皆さんに心よりお礼を申し上げます。

さて平成27年10月に発行した「津山市入退院支援ルール」第1版に工夫と改良を加え3年半ぶりに第2版を発行する事が出来ました。第2版の作成に加わり尽力して下さいました委員や事務局の皆さんに感謝致します。

「病院完結型医療」から「地域完結型医療」へのパラダイムシフトが求められていますが、「津山市入退院支援ルール」を使っていただくことにより、切れ目のない円滑な「地域完結型医療」が行われることを期待しています。また、このルールにより市民の皆さんの在宅医療・療養と入院医療の質と安全が向上すると共にこれを支えている皆さんの利便性も改善すると信じていますので是非ご活用下さいますようお願い致します。

「津山市入退院支援ルール」は今後も版を重ねて行くことと思います。このルールが、利用される皆さんによって育てられ、更に市民の医療や介護に資するものになるよう願っています。

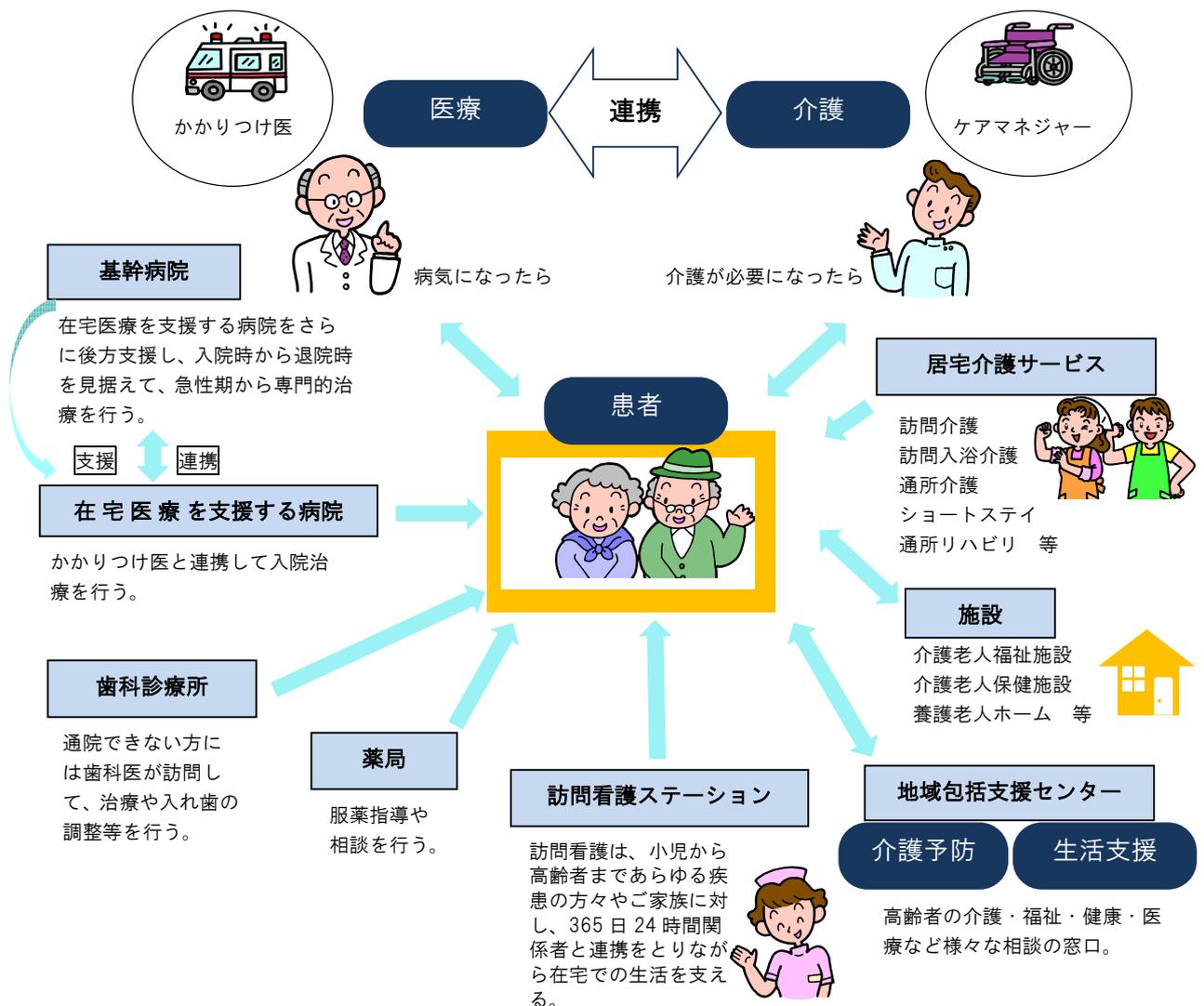
平成31年3月

津山市在宅医療・介護連携推進協議会
会 長 薄 元 亮 二

〔津山市在宅医療・介護連携推進事業構成団体〕

津山市医師会・津山歯科医師会・岡山県薬剤師会津山支部・
 岡山県看護協会津山支部・津山中央病院入退院支援センター・
 岡山県医療ソーシャルワーカー協会・岡山県介護支援専門員
 協会津山支部・岡山県訪問看護ステーション連絡協議会・
 岡山県栄養士会津山支部・津山圏域消防組合・津山市介護
 保険事業者連絡協議会・岡山県美作保健所・津山市社会福祉
 協議会・津山市地域包括支援センター・津山市

〔連携イメージ図〕



I 「津山市入退院支援ルール」の手引き

1 本手引き作成の目的

入院医療機関から退院する際、在宅復帰をスムーズに行うには、「入院時から医療と介護が連携し、退院後の生活を支えること」が求められています。また、これまでに実施した津山市内のケアマネジャー等を対象とした「入退院支援に関するアンケート調査」では、入退院時の情報提供を徹底させ、効果的な支援とすることが求められています。

このような状況から、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より支援を充実し、円滑な医療機関、在宅、施設への移行を図ることを目的に作成しています。

入退院により本人や家族が困ることがないように、「津山市入退院支援ルール」をみんなで取り組みましょう。

2 支援対象者

入院前から担当ケアマネジャーがいる場合、いない場合に分類し支援を行います。

(1) ケアマネジャーがいる場合

担当ケアマネジャーを中心に入院前、退院後の支援を行います。

(2) ケアマネジャーがいない場合

医療機関等の担当者により入院、退院に関する支援を行います。

3 支援担当者

(1) 病院担当者

病院（有床診療所を含む）の病棟看護師、地域連携室等の担当者

(2) 自宅または施設における担当者

ケアマネジャー、施設担当者、地域包括支援センター職員

4 入退院支援における留意事項

(1) 情報収集

入院が必要となる状態になる前から、支援対象者の病歴や服薬状況、生活状況等を把握し、入院した場合を想定して情報収集に努めてください。

(2) 入退院時の情報提供

ケアマネジャー、施設担当者、地域包括支援センター職員は、支援対象者または家族の同意を得たうえで在宅での情報を速やかに入院医療機関へ情報提供してください。

また、入院医療機関は、ケアマネジャー等の在宅支援者、入所施設の担当者からも情報収集を行い、スムーズに在宅、施設復帰が出来るよう情報提供してください。

(3) 転院時の情報提供

転院が決まったら、病院担当者は担当ケアマネジャー等へ速やかに連絡をしてください。また、転院先の病院担当者へ担当ケアマネジャー等から提供された入院時の情報提供資料の写しに転院までの情報を追記するか、病院独自の様式に担当ケアマネジャー等から提供された情報と転院までの情報を追記して転院先へ情報提供を行ってください。

なお、転院先へは担当ケアマネジャー等の氏名、連絡先等についても情報提供してください。

(4) 情報提供シート

添付の「入院時情報提供シート」、「退院時支援情報共有シート」は参考様式であり、病院・事業所等の使用を妨げるものではありません。ただし、必要な項目は引き継ぎが行えるようにしてください。

(5) 情報提供シート記載上の留意点

支援には介護を行っていて気になることや認知症状等について、ケアマネジャーとして把握していることも記入してください。また、入院してからケアマネジャーが決まった場合には、シートの別添様式にも記入してシートに添付してください。

(6) 支援対象者・家族との調整（ケアマネジャーがいる場合）

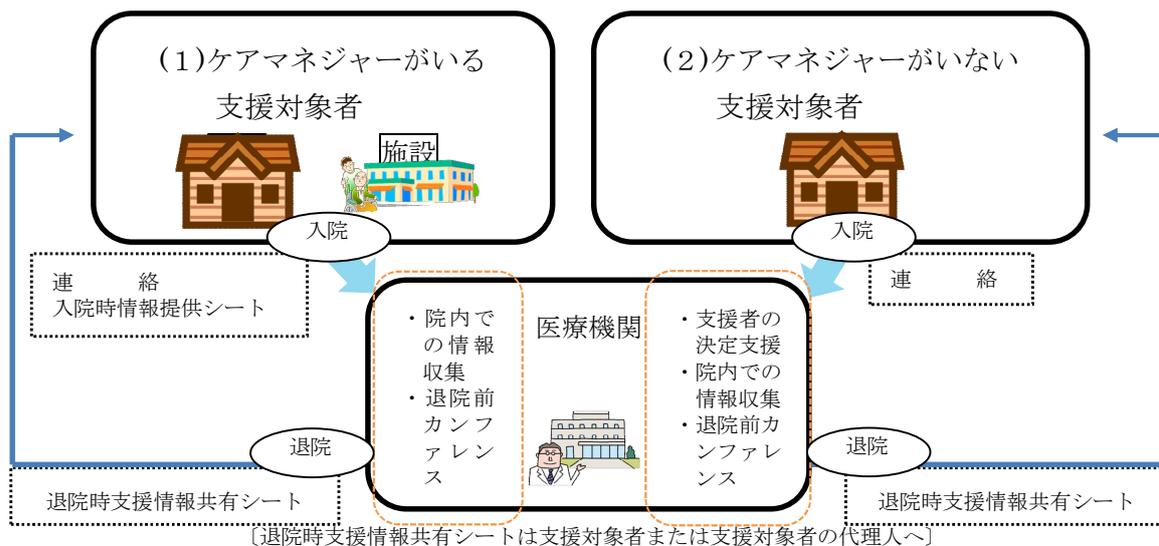
病院担当者と担当ケアマネジャー間で情報のやりとりをスムーズに行うため、担当ケアマネジャーの氏名や連絡先を病院担当者に伝えるよう支援対象者・家族に説明しておいてください。

また、日頃から介護保険証、健康保険証、お薬手帳等は一緒に保管するよう支援対象者・家族に勧めるとともに、担当ケアマネジャーの連絡先等がわかるようにしておくことを勧めてください。

5 入退院支援の手順

支援対象者の入院が決まったら、ケアマネジャー、施設担当者、地域包括支援センター職員は、情報提供の準備を開始し、入院後おおむね3日以内に情報提供を行うようにします。また、支援対象者が入院したら、病院担当者が介護保険証等を確認し、院内で情報共有し、退院支援を開始します。

[イメージ図]



(1) ケアマネジャーがいる支援対象者

①入院時の連絡

ケアマネジャー、施設担当者、地域包括支援センター職員は、支援対象者及び家族の同意を得て、入院施設の担当窓口（別添資料参照）へ入院後おおむね3日以内に情報提供を行う。なお、情報提供は極力「入院時情報提供シート」（別紙様式1）等のシートにより提出する。

②退院支援の開始

病院担当者は、可能な範囲で自宅または施設における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、自宅または施設における担当者との退院支援開始面談の日程などの調整を開始する。

病院担当者から自宅または施設における担当者への連絡は、介護保険変更の見込みや程度に関わらず、入院時情報提供者、介護保険証の記載事業者に行う。

③退院前カンファレンス

病院担当者は退院前カンファレンスを入院後早期に1回は開催するものとする。

⑦事前準備

病院担当者は、面談日までに、院内関係者から支援対象者情報を収集する。

⑧カンファレンス当日

- ・病院担当者は自宅または施設における担当者に支援対象者情報を提供する。
- ・自宅または施設における担当者は、退院支援共有情報を収集する。

㊦その他

- ・病院担当者は、多職種での退院前カンファレンス等、追加カンファレンスの要否を確認する。
- ・2回目以降の退院前カンファレンスは病院担当者と自宅または施設における担当で調整する。

④退院時の連絡

病院担当者は引き継ぎ書「退院時支援情報共有シート」(別紙様式2)を自宅または施設における担当者に提供する。引き継ぎ書は必要な項目が記載されていれば、各施設の様式でも構わない。

また、転院が決まった場合には、すみやかに担当ケアマネジャーに連絡を入れる。

⑤退院後の連絡

自宅または施設における担当者は退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。

(2) ケアマネジャーがいない場合

①在宅担当者の決定支援

病院担当者は支援対象者及び家族の同意を得て、介護保険申請と並行して、ケアマネジャー等の自宅または施設における担当者を決定するための支援を行う。

㊦退院支援が必要な要介護者に該当する支援対象者には、居宅介護支援事業所のリスト(別添資料参照)を参考に、事業所を選択し、在宅支援を依頼する。

㊧退院支援が必要と思われる要支援者に該当する支援対象者には、住所地の地域包括支援センターに連絡し、在宅支援を依頼する。

㊨要介護者か要支援者かの判断に迷う場合は、地域包括支援センターとの相談を支援する。

②入院後の流れ

以降の流れは【ケアマネジャーがいる場合】の②以降と同じ

③相談窓口の紹介

40歳未満の方及び40歳から64歳で介護保険の対象にならない方等については、次の相談窓口等に相談し、在宅支援を検討する。

[主な相談窓口一覧]

相談事項	問い合わせ先
難病に関して	[難病に関すること] 美作保健所保健課 保健対策班 (TEL.0868-23-0163) [小児慢性特定疾病に関すること] 美作保健所保健課 地域保健班 (TEL.0868-23-0148)
健康に関して	健康増進課 (TEL.0868-32-2069)
障害の資格及び支援に関して	障害福祉課 (TEL.0868-32-2067)
生活困窮者の相談に関して	生活福祉課 自立相談支援センター (TEL.0868-32-2133)
認知症の相談に関して	津山市地域包括支援センター (TEL.0868-23-1004)
権利擁護に関して	津山市権利擁護センター (TEL.0868-23-7978)

II 入院時情報提供シート（様式1）

入院時情報提供シート

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

事業所名		医療機関名	
担当者名		担当部署・担当者名	
電話番号		電話番号	

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

追加シート添付 (有 ・ 無)

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
住所	〒	生年月日	明・大・昭	年 月 日 生	
住環境 ※可能な場合は、「写真」 などを添付	住居の種類 (戸建て・集合住宅) . ____ 階建て . 居室 ____ 階 . エレベーター (有 ・ 無)	電話番号			
入院時の要介護度	特記事項 ()				
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				
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				
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体 ・ 精神 ・ 知的)		
年金などの種類	<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 ()				

2. 家族構成 / 連絡先について

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 ・ 才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	TEL		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等		家族構成図 主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性
本人の生活歴		
入院前の本人の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	
入院前の家族の 生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照	

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 介護予防サービス・支援計画書 <input type="checkbox"/> その他 ()
-----------------	---

5. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員数 ____ 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 ____ 続柄 ____ ・ 年齢 ____)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項	支援を行っていきながらのこと (家族と当事者の関係等) などあれば、別紙にご記入ください。

6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1 . 2 「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について											
麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無		□なし □あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)		□杖 □歩行器 □車いす □その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)		□杖 □歩行器 □車いす □その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作		自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助	UDF等の食形態区分					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助						
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助						
食事回数		()回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限		□あり () □なし □不明			
食事形態		主食	米飯	全粥	ミキサー	副食	通常	一口大	刻み	極小刻み	ミキサー (口とろみ付)
摂取方法		□経口 □経管栄養		水分とろみ		□なし □あり	水分制限		□あり () □なし □不明		
嚥下機能		むせない	時々むせる	常にむせる			義歯		□なし □あり(部分・総)		
口腔清潔		良	不良	著しく不良			口臭		□なし □あり		
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ		□なし □夜間 □常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド		□なし □夜間 □常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用		□なし □あり				
喫煙		無	有 ()本くらい/日			飲酒		無	有 ()合くらい/日あたり		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡		□なし □あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器		□なし □あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難							
療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> アレルギー【 <input type="checkbox"/> 食物 () <input type="checkbox"/> 薬剤 () <input type="checkbox"/> その他 ()】									
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <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 ()									
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: 期間: 年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明									
	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 ()									
8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付											
内服薬		□なし □あり ()				居宅療養管理指導		□なし □あり (職種:)			
薬剤管理		□自己管理 □他者による管理 (・管理者: ・管理方法:)									
服薬状況		□処方通り服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方を守られていない □服薬拒否									
お薬に関する、特記事項											
9. かかりつけ医について											
かかりつけ医機関名						電話番号					
医師名		(フリガナ)				診察方法・頻度		□通院 □訪問診療 ・頻度 = ()回 / 月			

* = 診療報酬 退院支援加算1・2「退院困難な患者の要因」に関連

入院時情報提供シート(追加シート)

介護を行っていて気になること(家族と当事者間の関係等)

その他に追加する情報があればご記入ください。
シートが足りない場合も、こちらにご記入ください。

Ⅲ 退院時支援情報共有シート（様式2）

退院時支援情報共有シート

記入日： 年 月 日

医療機関名		事業所名	
担当部署・担当者名		担当者名	
電話番号		電話番号	

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□要区分変更)	
	氏名	様 男・女	歳	□要支援 ()・要介護 ()	□申請中 □なし
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)				
	入院医療機関	医療機関名： 棟 室	主治医名：		
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	主治医名：		方法	□通院 □訪問診療
	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ()			
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ □カテーテル・パウチ ()			
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず			
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他 () UDF等の食事形態区分			
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)	義歯	□なし □あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用： □なし □あり	
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助			
	睡眠	□良好 □不良 ()			薬剤使用
認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ()				
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	病名告知： □なし □あり			
	<本人> 退院後の生活に関する意向				
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	病名告知： □なし □あり (有の場合、告知者にチェック □配偶者 □子 □その他 ())			
<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	□なし □点滴 □酸療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射 () □その他 ()	
	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食事形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他 ()	
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居・立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行・入浴・トイレ動作・移乗等) □IADL練習(買い物・調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生器具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)
症状・病状の予後・予測	□なし □あり		
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(今後の見直し、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			

○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		無・有
2	年 月 日		無・有
3	年 月 日		無・有

※ 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る。

退院時支援情報共有シート(追加シート)

※は入院後にケアマネジャーが決まった場合や入院中にキーパーソンの変更があった場合等、必要に応じ記入してください。

家族構成図※	主…主介護者	
	☆…キーパーソン	
	○…女性	
	□…男性	
食事	A D L	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
	主食	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 摂取量 (割)
	副食	<input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付)
	水分摂取量	1日 ml とろみ割使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> なし
服薬状況	薬の種類 () 薬の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
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"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)
	<input type="checkbox"/> その他	感染症名 ()
		<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)
	感染症名 ()	
	<input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部)	
家族の介護力※	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (留意点等)	
家族への介護指導※	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ; 理解の状況… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点:)	
キーパーソン※	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先) 入院中にキーパーソンの変更 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()	
緊急時の対応※	処置の方法:	
	連絡先:	搬送先:
<p>その他に追加する情報があればご記入ください。 シートが足りない場合も、こちらにご記入ください。</p>		

IV 「津山市入退院支援ルール」に関するQ & A

Q1 入院時にケアマネジャー等からの情報提供や退院時の医療機関からの情報提供は以前から実施されていると思いますが、なぜ今、入退院支援ルールが必要になるのですか。

A1 高齢者等が入院、退院する場合は、支援者が療養に必要な情報をお互いに共有し、共通のルールをもって支援することは、スムーズな支援と支援対象者、家族の安心につながると思います。しかし、これまでに実施したケアマネジャー等への実態調査では、情報提供は十分ではありませんでした。

そこで、入退院時の情報提供を徹底させ、効果的な支援を行うために共通のルールをとりまとめました。

Q2 介護認定を受けている人であれば、短期入院（検査入院等）でも手引きどおりに書類をやりとりするのですか。

A2 退院前後で病状に大きな変化がない場合等は電話連絡をするなどお互いの了解のもと、書類のやりとりは省略してもよいと思います。

Q3 病院では、「入院時情報提供シート」をどのように活用しているのですか。

A3 在宅での生活状況を把握し、退院に向けての治療や支援に役立てています。

Q4 ケアマネジャーは「退院時支援情報共有シート」の情報をどう活用していますか。

A4 退院後のケアプランに反映するとともに、各介護サービス提供事業者にも介護上の留意点を伝え、在宅医療・介護の円滑な移行や継続に活用しています。

Q5 「入院時情報提供シート」や「退院時支援情報共有シート」は示された様式でないといけませんか。

A5 提示している様式は津山市独自のもので、厚生労働省の様式例にアンケート等で確認させていただいた必要と思われる項目を盛り込んだものとなっています。なお、内容を満たしていれば、各施設で使用しているもので差支えありません。

Q6 医療機関からの退院連絡は早目にしたいと思っても、急に退院が決まる場合も実際にはあるのですが。

A6 退院当日から医療・介護サービスが必要な場合もあり、事業者との調整に時間が必要です。支援対象者や家族が困らないよう、できる限り早い退院決定のお知らせをお願いします。

Q7 最近は独居の方や高齢者世帯の入院が増えており、入院先からお尋ねしても在宅での生活状況や病歴、担当の居宅介護支援事業所や担当ケアマネジャーの名前もわからないことがあります。どうしたらよいでしょう。

A7 病歴や担当ケアマネジャー名などは、医療保険証、介護保険証やお薬手帳などで確認することができますので、これらを一カ所に保管しておくこと等を利用者をお願いしておいてください。

また、担当ケアマネジャーは、入院前からかかりつけ医と連絡をとることを心がけ、連携した対応が行えるようにしておきましょう。



平成27年10月 第1版策定
平成31年3月 第2版策定（改訂版）

津山市在宅医療・介護連携推進協議会
入退院支援ルール策定部会 作成

事務局 津山市高齢介護課 〒708-8501 津山市山北520 TEL.0868-32-2070 FAX.0868-32-2053
