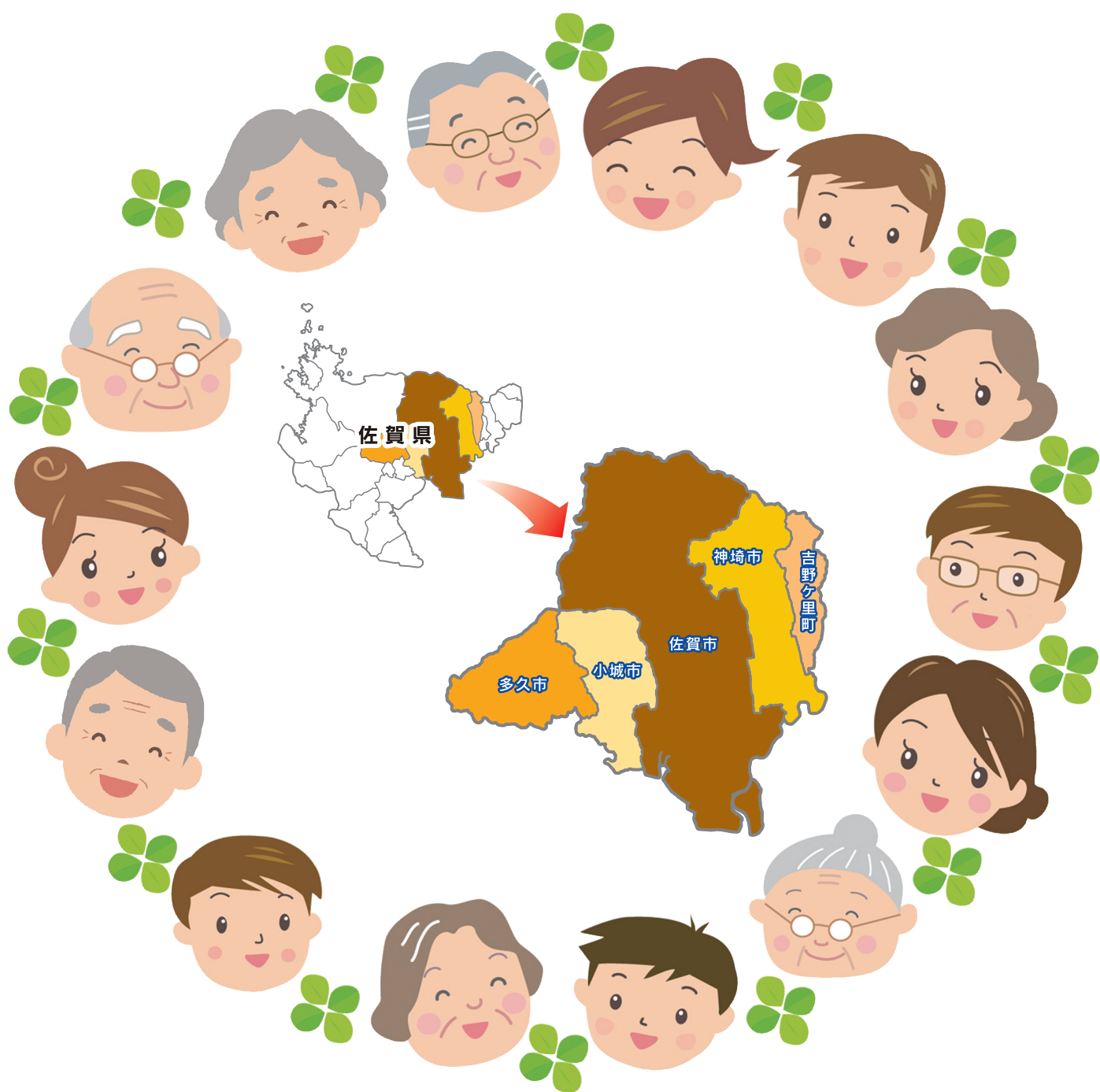


佐賀中部保健医療圏版 退院支援ルール



令和2年1月

内 容

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携について	1
(1) 退院支援ルールの普及 ～高齢者に退院後も安心して生活していただくために～	1
(2) 退院支援ルールの普及に関する留意点	2
2. 退院支援ルールの主な流れ	3
3. 対象者	4
4. 運用方法	4
(1) 入院前にケアマネジャーが ^{いる} 場合	4
(2) 入院前にケアマネジャーが ^{いない} 場合	6
5. 様式1～6	8
様式1 「入院時情報提供書」	8
様式2 「退院情報記録書（聞き取りシート）」	10
様式3 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーが ^{いる} 場合》 医療機関用」	11
様式4 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーが ^{いない} 場合》 医療機関用」	12
様式5 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーが ^{いる} 場合》 ケアマネジャー用」	13
様式6 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーが ^{いない} 場合》 ケアマネジャー用」	14
6. 介護保険相談窓口	15
おたっしや本舗（地域包括支援センター）一覧	15
市町の高齢者福祉の担当窓口	16

1. 地域包括ケアシステムの構築に向けた医療と介護の連携について

高齢者が住み慣れた地域で安心して生活していただくために、医療・介護・介護予防・住まい・生活支援が一体的に提供される地域づくり（地域包括ケアシステムの構築）が必要となっています。高齢者には、医療と介護の両方のサービスを必要とする方も多く、地域包括ケアシステムの構築には、医療と介護の円滑な連携が必要となります。

このため、佐賀中部広域連合では、医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくため、各構成市町（佐賀市、多久市、小城市、神崎市、吉野ヶ里町）がそれぞれの郡市医師会と連携し、在宅医療・介護連携推進事業に取り組んでいます。

また、佐賀県では、介護保険者・市町の取組と合わせて、医療と介護の関係者の情報共有を円滑に行うことができるよう、高齢者の入退院時の情報共有のルール（退院支援ルール）の普及を推進しています。

(1) 退院支援ルールの普及 ～高齢者に退院後も安心して生活していただくために～

介護が必要な高齢者に退院後に、速やかに必要な介護サービスを提供し、退院後も安心して生活していただくためには、医療機関とケアマネジャーで、高齢者の健康状態や生活の状況について、適切に情報共有することが必要となります。

このような、高齢者の入退院時の医療機関とケアマネジャーによる情報共有の手順を定めたものを「退院支援ルール」と呼び、佐賀県では、この退院支援ルールの普及を推進しています。

佐賀県の2次保健医療圏である佐賀中部広域連合圏域内においても、この佐賀県「退院支援ルール」に基づき「佐賀中部保健医療圏版退院支援ルール」を作成しました。

このマニュアルが、入院から在宅までの切れ目のない支援の提供、並びに在宅医療・在宅介護を必要とする高齢者とその家族が入院から退院後の在宅生活へ安心して移行できるための一助となることを期待します。

(2) 退院支援ルールの普及に関する留意点

● 地域の高齢者の健康維持と生活支援が目的

「退院支援ルール」は、医療機関やケアマネジャーが、ルールを参考にしながら、患者さん（利用者さん）の情報共有を行うことで、退院後も高齢者の健康を維持し、地域で安心して生活していただけるようにすることを目的としています。

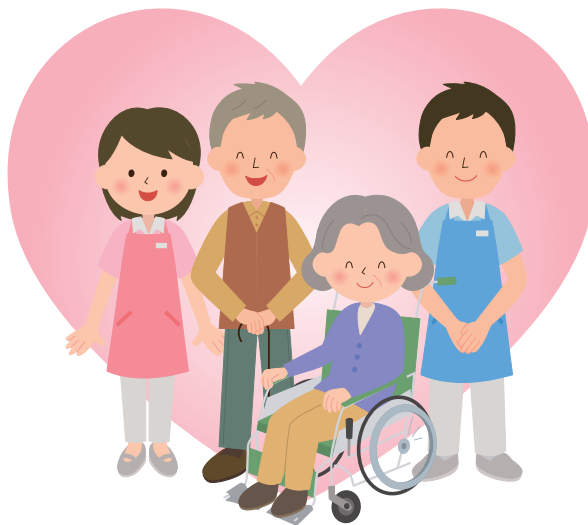
● 「退院支援ルール」は、入退院時の情報共有の参考ルール

「退院支援ルール」は、高齢者の入退院の際に医療と介護のサービスを切れ目なく提供するための情報連携の『参考ルール』です。

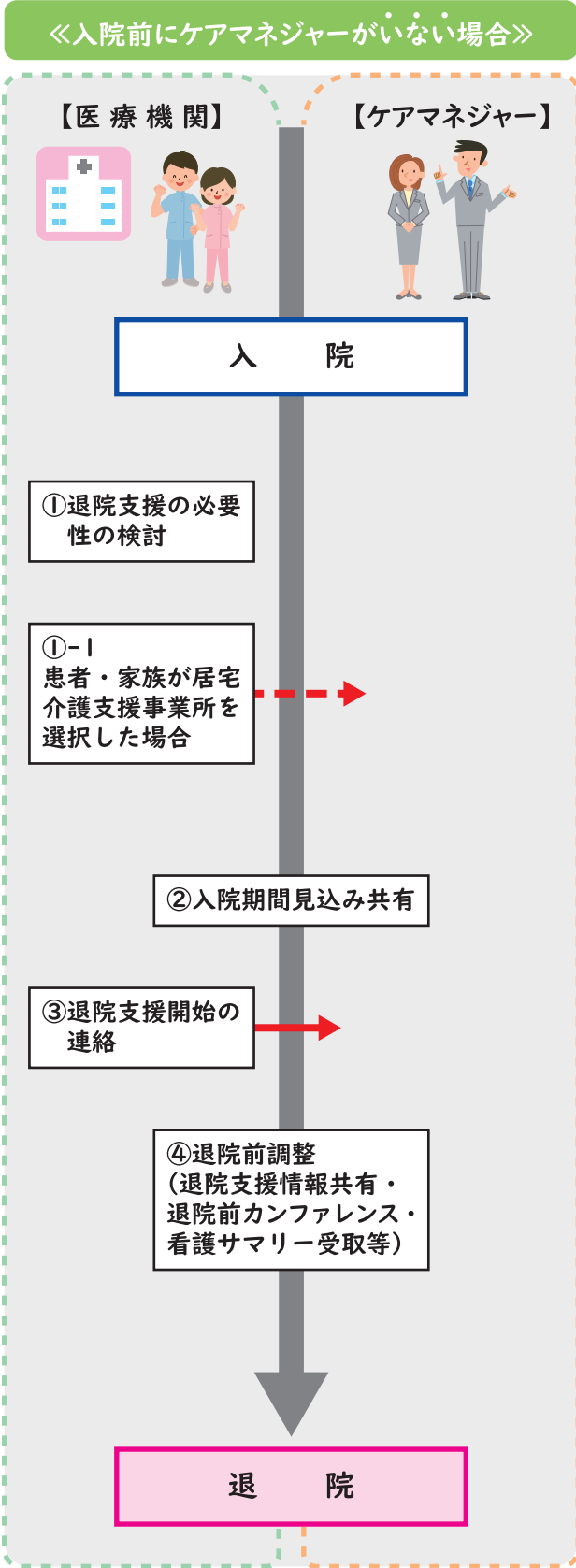
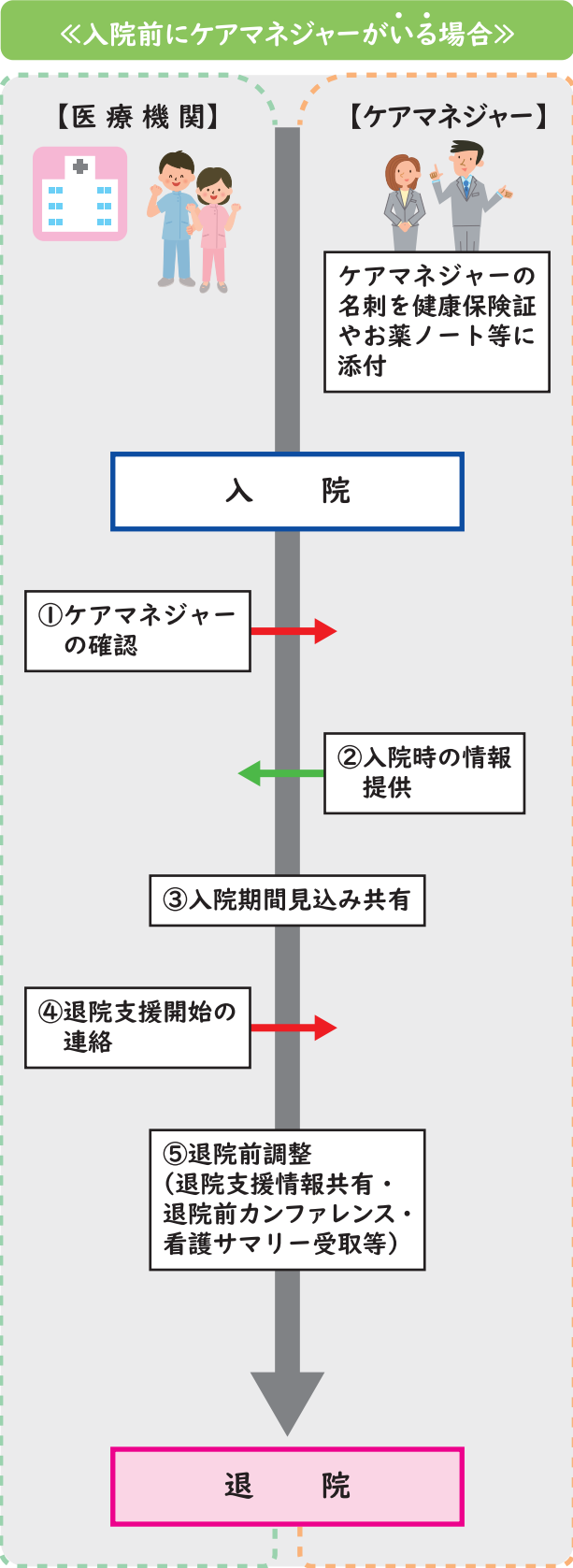
すでに独自のルールや既存の様式を使って、医療と介護の情報共有に取り組まれている医療機関や介護事業所について、これまでのやり方の変更を求めるものではありません。

● 情報共有の状況を確認するきっかけに

すでに入退院時の情報共有を行われている医療機関、ケアマネジャーにおかれても、改めて本ルールをご確認いただくことで、入退院時の情報共有をより確実にしていただくことができます。



2. 退院支援ルールの主な流れ



3. 対象者

- 入院前に居宅ケアマネジャーが担当していた方
- 在宅（自宅・養護老人ホーム・住宅型有料老人ホーム等）に退院する患者で、医療機関が必要と判断した方

4. 運用方法

(1) 入院前にケアマネジャーがいる場合

看護師等による判断として「病状がある程度安定し、在宅での介護が可能と判断できる」場合は、担当ケアマネジャーに退院支援の開始を連絡する。また、判断する前に医師から退院指示が出た場合は、速やかにケアマネジャーに連絡する。

① ケアマネジャーの確認・連絡

【医療機関担当者がすること】

次のいずれかの方法でケアマネジャーを確認する。

- ◎ 入院時の聞き取りでケアマネジャーを確認する。
- ◎ 健康保険証やお薬ノート等に添付されているケアマネジャーの名刺を確認する。
- ◎ 介護保険被保険者証に記載されている事業所を確認する。
- ◎ 本人や家族から介護サービス利用について確認する。

【ケアマネジャーがすること】

- 健康保険証やお薬ノート等にケアマネジャーの名刺を添付する。
- 介護サービスを提供する事業所に対して、利用者が入院した場合など、ケアマネジャーへの連絡を依頼しておく。

② 入院時の情報提供

【医療機関担当者がすること】

- ◎ 本人が契約しているケアマネジャーの事業所に可能な限り入院を連絡する。

【ケアマネジャーがすること】

- 利用者が入院した場合、速やかに（1週間以内を目処）、可能な限り書面で医療機関へ情報提供する。

情報提供は電話、FAXも可能とする。書面での情報提供では、「入院時情報提供書（様式1）」を活用してもよい。

- 検査入院については、原則として、情報提供や入院連絡の対象としないが、必要に応じて医療機関担当者とケアマネジャーで相談し、情報提供について決める。

③入院期間見込みの共有

入院期間は、診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早くなったり、遅くなったりする可能性があることを踏まえた上で情報共有を行う。

【医療機関担当者がすること】

- ◎ 入院の見込み期間をケアマネジャーに伝える。

【ケアマネジャーがすること】

- 本人・家族に問い合わせても入院の見込み期間が分からない場合は、医療機関に直接問い合わせる。

④退院支援開始の連絡

実際の退院が早くなったり、遅くなったりすることや、転院又は施設入所になる可能性があることを踏まえた上で連絡する。

【医療機関担当者がすること】

- ◎ 退院の準備に要する日数をできる限り確保することを考慮した上で、担当ケアマネジャーに退院支援の開始を連絡する。

⑤退院前調整（退院支援情報の共有・退院前カンファレンス・看護サマリーの提供）

【医療機関担当者がすること】

- ◎ カンファレンスについて、ケアマネジャーへ日程等の連絡を行う。

【ケアマネジャーがすること】

- 看護サマリーは医療機関担当者へ事前に相談し、受け取りに行く。
- 医療機関へ受け取りに行けない場合は、提供方法について、医療機関担当者とケアマネジャーで相談して決める。
- 必要な情報は、カンファレンス時に収集する。
- カンファレンスがない場合、必要に応じて病院へ出向いて情報収集する。「退院情報記録書（様式2）」を活用してもよい。

(2) 入院前にケアマネジャーがいない場合

介護保険の要介護等認定を受けていない場合、または要介護等認定は受けているがケアマネジャーが決まっていない場合で、下記のいずれかに当てはまれば、介護保険の相談窓口（広域連合、市町の高齢者福祉の窓口、または居住する地区を担当するおたっしゅ本舗）を紹介する。

- 立ち上がりや歩行に介助が必要
- 食事に介助が必要
- 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症がある
- 在宅では独居に近い状況で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ADLは自立でもがん末期である
- 新たに医療処置が追加された（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）

※ 40歳～64歳（第2号被保険者）の場合は、下記の疾病が介護保険要介護認定申請の条件となる。

- がん末期
- 関節リウマチ
- 筋萎縮性側索硬化症
- 後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症
- 初老期における認知症
- 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
- 脊髄小脳変性症
- 脊柱管狭窄症
- 早老症
- 多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患
- 閉塞性動脈硬化症
- 慢性閉塞性肺疾患
- 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



①退院支援の必要性の検討・準備

【医療機関担当者がすること】

- ◎ 退院支援の必要性を検討する。必要性がある場合、本人の居住地の市町の介護保険の相談窓口（広域連合、市町の高齢者福祉の窓口、または居住する地区を担当するおたっしや本舗）に介護保険申請等の相談に行くことを勧める。
- ◎ 本人、家族に介護保険の概略を説明し、居宅介護支援事業所の選択について助言する。
- ◎ 本人、家族が居宅介護支援事業所の選択に戸惑いのある場合には、市町の介護保険の相談窓口を紹介する。
- ◎ 本人、家族が居宅介護支援事業所を選択した場合は、居宅介護支援事業所に連絡する。

②入院期間見込みの共有

入院期間は、診療計画等を参考にした概ねの見込み期間であり、実際の退院が見込みより早く、または遅くなる可能性があることを踏まえた上で情報共有を行う。

【医療機関担当者がすること】

- ◎ 概ねの入院期間の見込みをケアマネジャー（おたっしや本舗または居宅介護支援事業所）に伝える。

【ケアマネジャーがすること】

- 本人・家族に問い合わせても入院の見込み期間が分からない場合は、医療機関に直接問い合わせる。

③退院支援開始の連絡

実際の退院が早く、または遅くなることや転院、施設入所となる可能性があることを踏まえた上で連絡する。

【医療機関担当者がすること】

- ◎ 退院準備の日数をできる限り、多く残すことを考慮した上で、ケアマネジャーに退院支援の開始を連絡する。

④退院前調整

【ケアマネジャーがすること】

- 医療機関担当者から支援依頼があれば、医療機関で本人、家族と面談し、介護保険の詳細の説明や手続きの代行を行う。
- 本人、家族に今後の意向を聞き取りした上で、退院支援を開始する。

5. 様式1～6

様式1 「入院時情報提供書」

様式1

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名： 事業所名：
 ご担当者名： 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(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。

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
		生年月日	明・大・昭	年	月 日生
住 所	〒	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(戸建て・集合住宅)、____階建て、居室____階、エレベーター(有・無)				
	特記事項()				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
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"/> ケアマネジャーの判断
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)	連絡先	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	
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"/> 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 才)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(十分・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	

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 ・具体的な要望()
「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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()						
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他						
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助		移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 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								
	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								
食事内容	食事回数	()回/日 (朝____時頃・昼____時頃・夜____時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <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				UDF等の食形態区分							
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり() <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明						
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)							
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時						
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時						
睡眠の状態		<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良()			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
喫煙		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有____本くらい/日			飲酒	無	有____合くらい/日あたり						
シ ョ ン 能 力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()							
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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									
精神面における療養上の問題		<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()											
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: R	年	月	日	~	R	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()											

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種:)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理(・管理者:) ・管理方法: ()		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服薬 <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		
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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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

様式2 「退院情報記録書（聞き取りシート）」

○この様式は、病院で記入いただくものではありません。ケアマネジャーが病院から聞き取る内容です。

様式2

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

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：R 年 月 日 ・退院(所)予定日：R 年 月 日						
	入院原因疾患 (入所目的等)						
	入院・入所先	施設名	棟	室			
① 疾患と入院(所)中の状況	今後の医学管理	医療機関名：			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 □歩行者 □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()				眠剤使用 □なし □あり	
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	本人への病名告知：□あり □なし					
	<本人>退院後の生活に関する意向						
	<家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<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

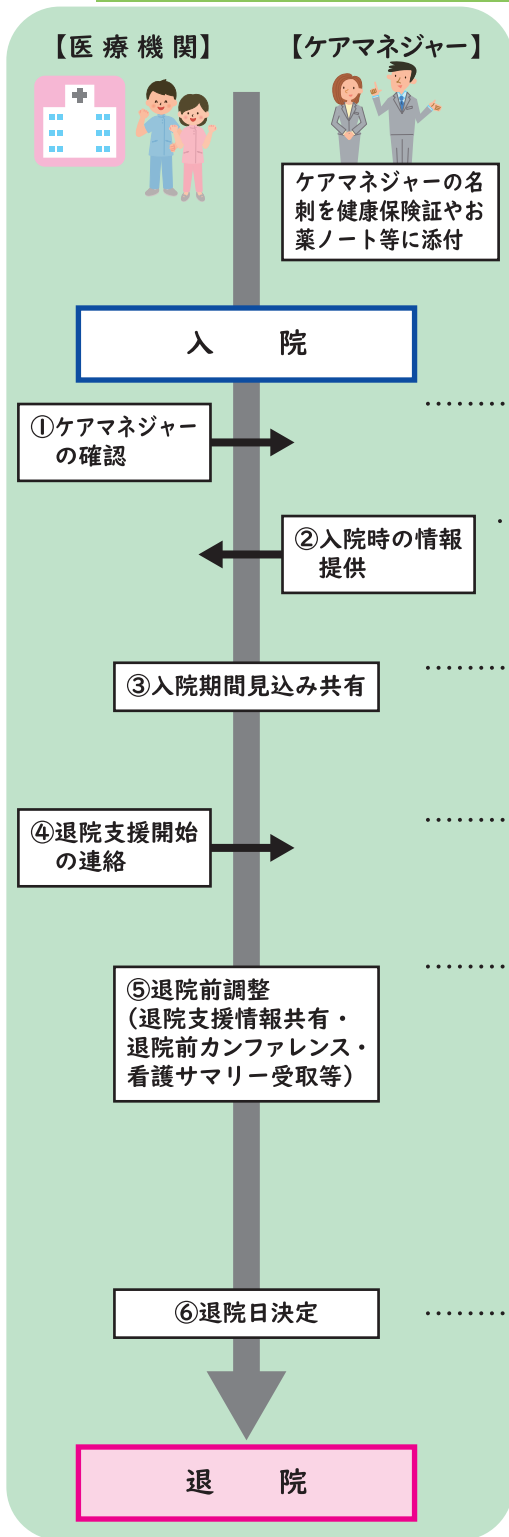
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 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 <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(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()				
	リハビリの視点	<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(ストレッチ含む) <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(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <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	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)			
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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)	<small>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。</small>					
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				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。

様式3 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいる場合》医療機関用」

退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいる場合：医療機関用》

様式3



入院患者情報	
氏名	
要介護度	
認定有効期間	～

医療機関情報	
入院年月日	年 月 日
担当看護師	
退院調整者	

ケアマネジャー情報	
事業所	
担当者	
電話番号	

ケアマネジャーからの情報提供	
<input type="checkbox"/> あり	(年 月 日)
	ケアマネ来院：(月 日)
<input type="checkbox"/> なし	

ケアマネジャーへの連絡	
<input type="checkbox"/> 済み	年 月 日
<input type="checkbox"/> 未(理由：)	

※病状が安定した又は在宅での介護が可能な状態と判断した場合

ケアマネジャーへの連絡	
<input type="checkbox"/> 済み	(年 月 日)
	電話・ケアマネ来院(/)

「退院見込み日： 年 月 日」

退院前のカンファレンスの必要性	
<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし(理由：)	

サービス・区分変更の必要性	
<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし(理由：)	

ケアマネジャーへの連絡	
<input type="checkbox"/> 済み	(年 月 日)
	電話・ケアマネ来院(/)

「退院日時： 年 月 日, : 」

ケアマネジャーへの連絡	
<input type="checkbox"/> 済み	(年 月 日)
	電話・ケアマネ来院(/)

看護サマリー等の提供	
<input type="checkbox"/> 済み	(年 月 日)
	ケアマネ来院(/)

【自宅以外への退院】 ケアマネジャーへの連絡： 済み (年 月 日)

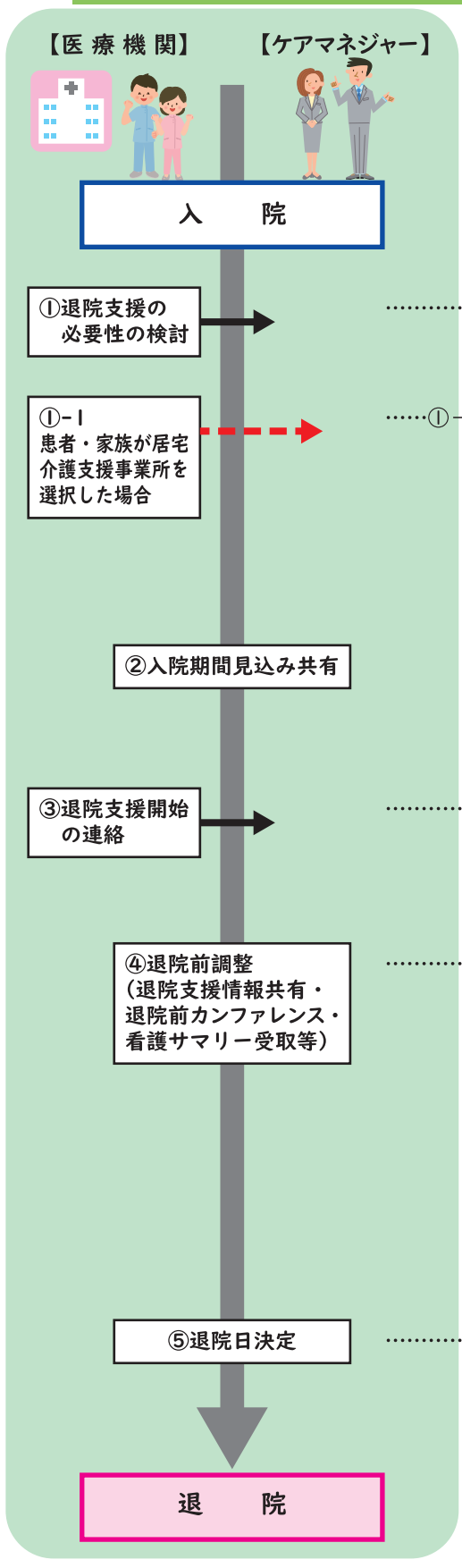
<input type="checkbox"/> 介護保険施設等への入所(施設名：)
※住宅有料老人ホームの場合は、入院前のケアマネジャーが担当する場合があるため要確認!
<input type="checkbox"/> 他医療機関へ転院
<input type="checkbox"/> 死亡

様式4 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいない場合》医療機関用」

退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいない場合：医療機関用》

様式4

医療機関チェックリスト



入院患者情報	
氏名	
入院年月日	年 月 日
担当看護師	
退院調整者	

※40～64歳の場合、
介護保険の対象となる特定疾病の確認 確認済み
(ルールP6)

① 家族等への介護保険等の相談の連絡

済み 年 月 日

①-1 ケアマネージャへの連絡

済み 年 月 日

ケアマネジャー情報	
事業所	
担当者	
電話番号	

患者・病院担当者との面談

ケアマネジャー来院 年 月 日

③ ※病状が安定した又は在宅での介護が可能な状態と判断した場合

ケアマネジャーへの連絡

済み (年 月 日)
電話・ケアマネ来院 (/)

④ 「退院見込み日： 年 月 日」

退院前のカンファレンスの必要性

あり
なし (理由：)

サービス・区分変更の必要性

あり
なし (理由：)

ケアマネジャーへの連絡

済み (年 月 日)
電話・ケアマネ来院 (/)

⑤ 「退院日時： 年 月 日, : 」

ケアマネジャーへの連絡

済み (年 月 日)
電話・ケアマネ来院 (/)

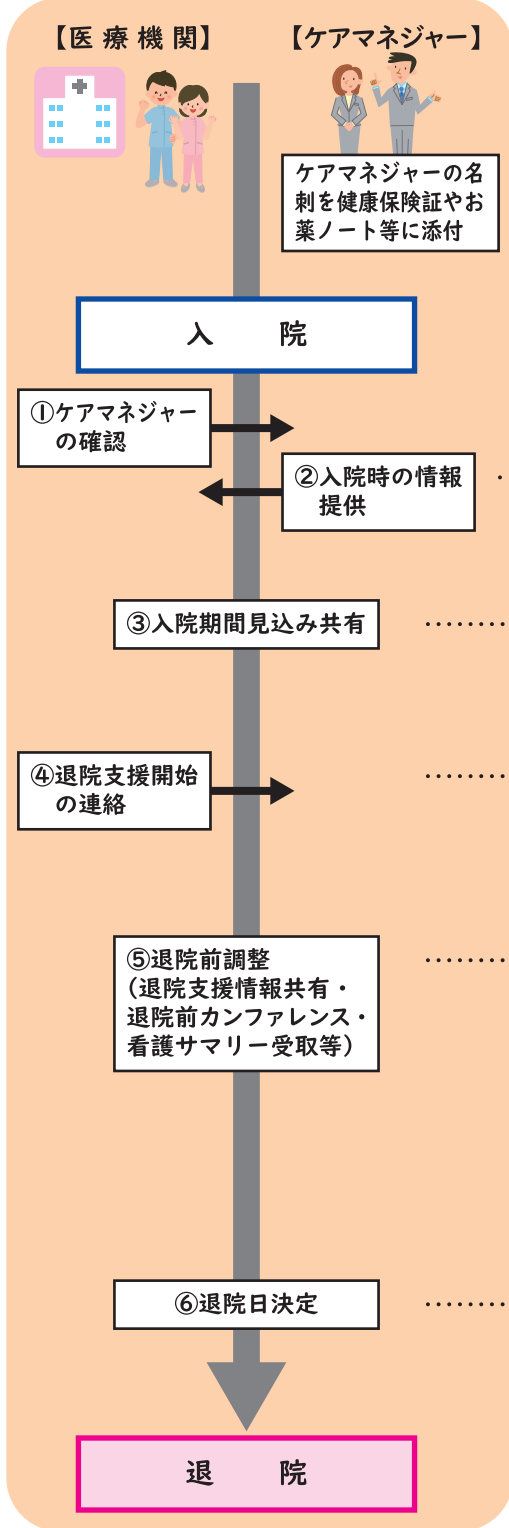
看護サマリー等の提供

済み (年 月 日)
ケアマネ来院 (/)

様式5 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいる場合》ケアマネジャー用」

退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいる場合：ケアマネジャー用》

様式5



入院患者情報	
氏名	
要介護度	
認定有効期間	～

医療機関情報	
入院年月日	年 月 日
担当看護師	
退院調整者	

② 医療機関への情報提供

済み (年 月 日)

医療機関訪問： 月 日

なし

③ 医療機関への確認

済み 年 月 日

未 (理由：)

※病状が安定した又は在宅での介護が可能な状態と判断した場合

④ 医療機関からの連絡

あり (年 月 日)

医療機関訪問： 月 日

なし

「退院見込み日： 年 月 日」

⑤ 退院前のカンファレンスの必要性

あり

なし (理由：)

サービス・区分変更の必要性

あり

なし (理由：)

医療機関からの連絡

あり (年 月 日)

医療機関訪問： 月 日

⑥ 「退院日時： 年 月 日, : 」

医療機関からの連絡

あり (年 月 日)

医療機関訪問： 月 日

看護サマリー等の提供

あり (年 月 日)

医療機関訪問： 月 日

【自宅以外への退院】 医療機関からの連絡： あり (年 月 日)

介護保険施設等への入所 (施設名：)

他医療機関へ転院

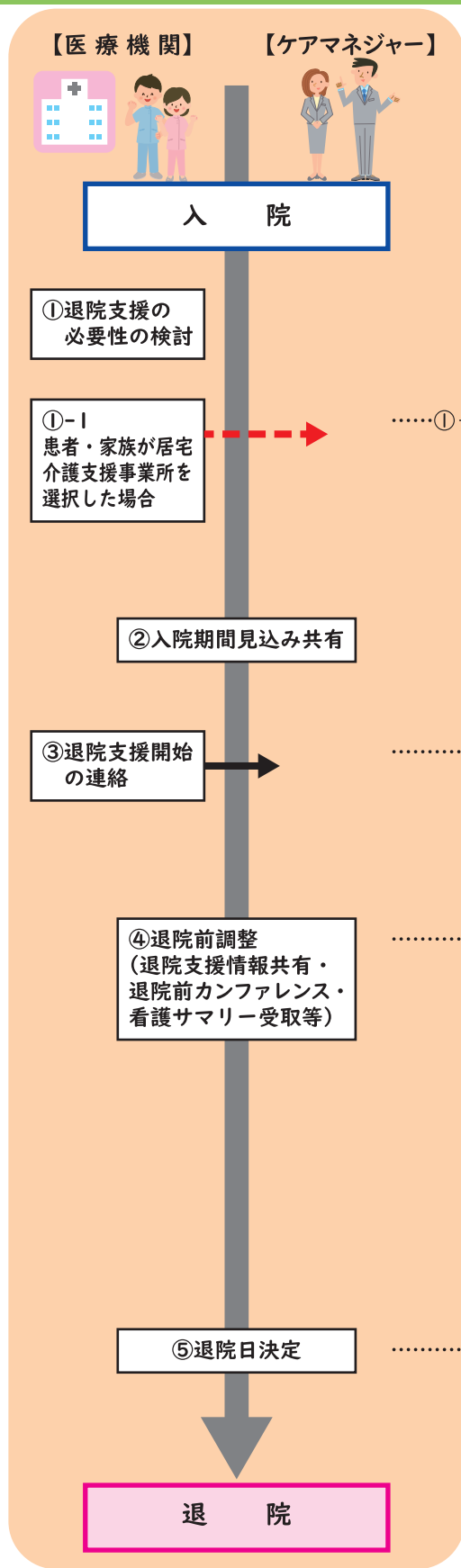
死亡

様式6 「退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいない場合》ケアマネジャー用」

退院支援チェックリスト《入院前にケアマネジャーがいない場合：ケアマネジャー用》

様式6

ケアマネジャーチェックリスト



入院患者情報	
氏名	
介護保険申請年月日	年 月 日

医療機関情報	
医療機関名	
入院年月日	年 月 日
退院調整者	

①退院支援の
必要性の検討

①-1
患者・家族が居宅
介護支援事業所を
選択した場合

……①-1 医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	(年 月 日)
	医療機関訪問： 月 日
<input type="checkbox"/> なし	

②入院期間見込み共有

③退院支援開始
の連絡

……③ ※病状が安定した又は在宅での介護が可能な状態と判断された場合

医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	(年 月 日)
	医療機関訪問： 月 日
<input type="checkbox"/> なし	

④退院前調整
(退院支援情報共有・
退院前カンファレンス・
看護サマリー受取等)

……④ 「退院見込み日： 年 月 日」

退院前のカンファレンスの必要性

<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし (理由：)	

サービス・区分変更の必要性

<input type="checkbox"/> あり	
<input type="checkbox"/> なし (理由：)	

医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	(年 月 日)
	医療機関訪問： 月 日
<input type="checkbox"/> なし	

⑤退院日決定

……⑤ 「退院日時： 年 月 日, : 」

医療機関からの連絡

<input type="checkbox"/> あり	(年 月 日)
	医療機関訪問： 月 日

退院

看護サマリー等の提供

<input type="checkbox"/> あり	(年 月 日)
	医療機関訪問： 月 日

6. 介護保険相談窓口

おたっしや本舗（地域包括支援センター）一覧

おたっしや本舗（地域包括支援センター）は、高齢者に関する相談窓口です。おたっしや本舗は、担当圏域を設定しています。対象者がお住まいの地区の「おたっしや本舗」をご確認ください。

市町名	担当地区	名 前 (正式名称)	所在地	電話番号
佐賀市	勸興・神野	おたっしや本舗 佐賀 (佐賀市地域包括支援センター)	佐賀市栄町1番1号 【佐賀市役所本庁舎内】	40-7284
	赤松・北川副	おたっしや本舗 城南 (佐賀市城南地域包括支援センター)	佐賀市南佐賀一丁目13番5号	41-5770
	日新・嘉瀬・新栄	おたっしや本舗 昭栄 (佐賀市昭栄地域包括支援センター)	佐賀市嘉瀬町大字扇町2358番地1	41-7500
	循誘・巨勢・兵庫	おたっしや本舗 城東 (佐賀市城東地域包括支援センター)	佐賀市兵庫町大字淵1903番地1	33-5294
	西与賀・本庄	おたっしや本舗 城西 (佐賀市城西地域包括支援センター)	佐賀市本庄町大字本庄289番地3	41-8323
	高木瀬・若楠	おたっしや本舗 城北 (佐賀市城北地域包括支援センター)	佐賀市若楠三丁目1番11号	20-6539
	金立・久保泉	おたっしや本舗 金泉 (佐賀市金泉地域包括支援センター)	佐賀市金立町大字千布2991番地1	71-8100
	鍋島・開成	おたっしや本舗 鍋島 (佐賀市鍋島地域包括支援センター)	佐賀市鍋島三丁目3番20号 鍋島シェストビル1階	97-9040
	諸富町・蓮池	おたっしや本舗 諸富・蓮池 (佐賀市諸富・蓮池地域包括支援センター)	佐賀市諸富町大字諸富津1番地2 【佐賀市諸富支所内】	47-5164
	大和町	おたっしや本舗 大和 (佐賀市大和地域包括支援センター)	佐賀市大和町大字尼寺1870番地 【佐賀市大和支所内】	51-2411
	富士町	おたっしや本舗 富士 (佐賀市富士地域包括支援センター)	佐賀市富士町大字古湯2685番地 【佐賀市富士支所内】	58-2810
	三瀬村	おたっしや本舗 三瀬 (佐賀市三瀬地域包括支援センター)	佐賀市三瀬村藤原3882番地6 【佐賀市三瀬保健センター内】	56-2417
	川副町	おたっしや本舗 川副 (佐賀市川副地域包括支援センター)	佐賀市川副町大字鹿江623番地1 【佐賀市川副支所内】	97-9034
	東与賀町	おたっしや本舗 東与賀 (佐賀市東与賀地域包括支援センター)	佐賀市東与賀町大字下古賀1193番地 【佐賀市東与賀支所内】	45-3238
	久保田町	おたっしや本舗 久保田 (佐賀市久保田地域包括支援センター)	佐賀市久保田町大字新田1109番地1 【佐賀市久保田支所内】	51-3993
多久市	多久市	おたっしや本舗 多久 (多久市地域包括支援センター)	多久市北多久町大字小侍7番地1 【多久市役所庁舎内】	75-6033
小城市	三日月町	おたっしや本舗 小城 (小城市地域包括支援センター)	小城市三日月町長神田2312番地2 【小城市役所西館内】	37-6108
	小城町	おたっしや本舗 小城北 (小城市北部地域包括支援センター)	小城市小城町723番地24	73-2172
	牛津町・芦刈町	おたっしや本舗 小城南 (小城市南部地域包括支援センター)	小城市芦刈町三王崎1522番地 【小城市芦刈保健福祉センター内】	66-6376
神崎市	神埼町	おたっしや本舗 神埼 (神崎市地域包括支援センター)	神崎市神埼町神埼410番地 【神崎市役所本庁舎内】	37-0111
	脊振町	おたっしや本舗 神埼北 (神崎市北部地域包括支援センター)	神崎市脊振町広滝555番地1 【神崎市脊振支所内】	59-2005
	千代田町	おたっしや本舗 神埼南 (神崎市南部地域包括支援センター)	神崎市千代田町直鳥166番地1 【神崎市千代田支所内】	34-6080
吉野ヶ里町	吉野ヶ里町	おたっしや本舗 吉野ヶ里 (吉野ヶ里町地域包括支援センター)	神埼郡吉野ヶ里町三津777番地 【吉野ヶ里町東脊振庁舎内】	37-0344

令和2年1月現在

市町の高齢者福祉の担当窓口

市町名	高齢者福祉担当課	電話番号
佐賀市	佐賀市役所 高齢福祉課	40-7256
多久市	多久市役所 地域包括支援課	75-6033
小城市	小城市役所 高齢障がい支援課	37-6108
神崎市	神崎市役所 高齢障がい課	37-0111
吉野ヶ里町	吉野ヶ里町役場 福祉課（東脊振庁舎内）	37-0344

【問い合わせ先】

● 医療機関からのお問い合わせ

佐賀中部保健福祉事務所 企画経営課
 〒849-8585 佐賀市八丁畷町1-20
 TEL：0952-30-2174 FAX：0952-33-4627
 メールアドレス：chuubuhokenfukushi@pref.saga.lg.jp

● 介護事業所からのお問い合わせ

佐賀中部広域連合 給付課包括支援係
 〒840-0826 佐賀市白山二丁目1番12号 佐賀商エビル5階
 TEL：0952-40-1134 FAX：0952-40-1165
 メールアドレス：rengo@chubu.saga.saga.jp

作成：令和2年1月