

北足立地区

(鴻巣市・桶川市・北本市・伊奈町)

入退院支援ルール

医療と介護の
切れ目ない連携をめざして



ひなちゃん



オケちゃん



とまちゃん



伊奈ローズちゃん



伊奈ローズくん

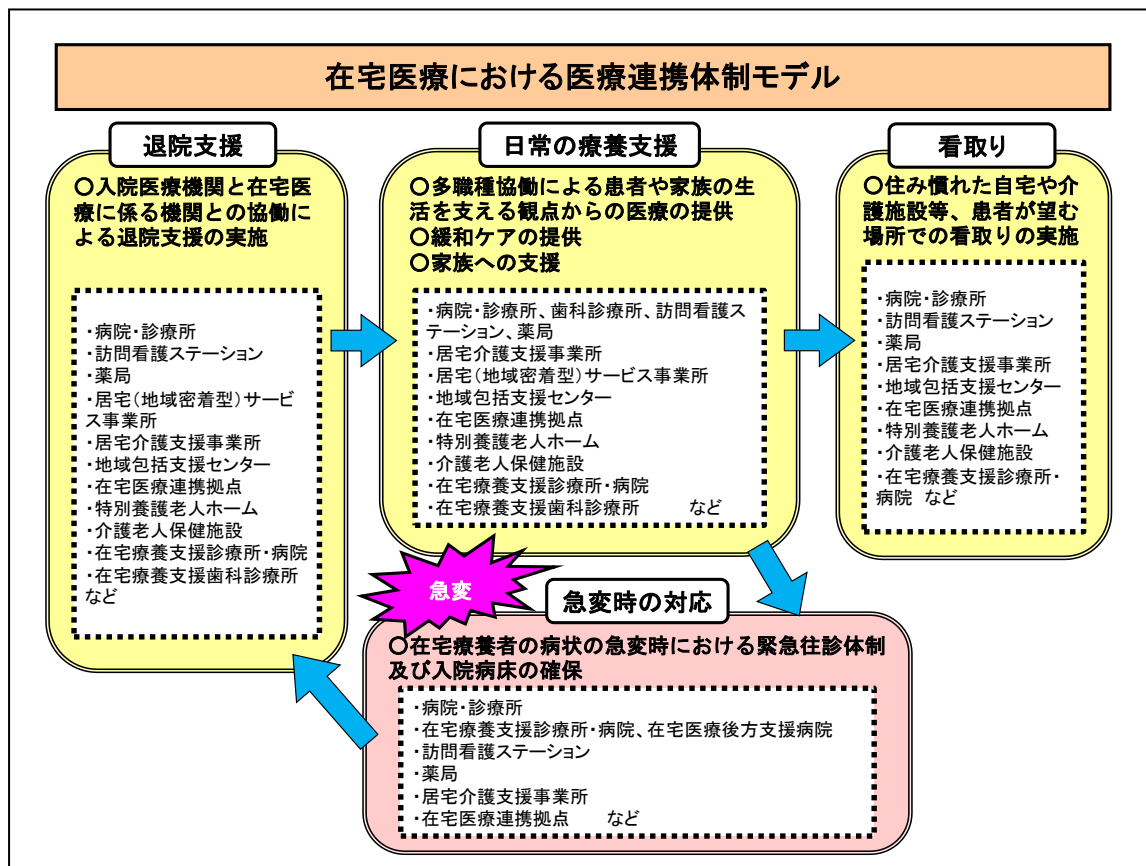
令和4年7月

鴻巣市・桶川市・北本市・伊奈町

1 はじめに

最期まで住み慣れた自宅等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。

在宅での療養を希望する患者が在宅療養を続けていくためには、病院と地域をつなぐ円滑な「①入退院支援」、「②多職種協働による日常の療養生活の支援」、「③急変時の対応」、「④患者が望む場所での看取り」の体制整備が必要です。



2 目的

この「入退院支援ルール」は、要支援・要介護状態の患者（利用者）が、入院・退院の際に必要な医療・介護サービスを切れ目なく受けられるよう、関係機関がその情報を共有し、連携を深めるためのルールです。本ルールの実践により、在宅での生活や療養に困る患者（利用者）や家族をなくすこと、医療と介護が相互に理解し、互いに成長し合う多職種連携を目的としています。

3 基本ルール

(1) 入退院支援の対象者

自宅等(※)から入院し、自宅等へ退院する患者(利用者)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等がいる方)
- 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等がない方も含む)
- ③ 病院担当者が、退院後の生活に向けた退院調整(退院前カンファレンス等)が必要と判断した方

(※) 自宅等：自宅のほか、介護施設を除くケアハウス、高齢者住宅

【留意事項】

要介護・要支援の認定を受けた方については介護保険が優先されますが、厚生労働大臣が定める疾病等に該当する場合や特別訪問看護指示期間にある患者は、医療保険により訪問看護が提供されます。また、40歳未満の患者が医療保険により訪問看護が提供されるケースがあります。

介護保険だけでなく医療保険により訪問看護が提供される場合にも、この入退院支援ルールを参考に訪問看護ステーション等と連携することが大切です。



(2) 退院調整が必要な患者の目安

ア 退院調整が必要な患者（要介護相当）	イ 左記以外で地域の見守り等が必要な患者（要支援相当）
<ul style="list-style-type: none"> ① 立ち上がりや歩行に介助が必要 ② 食事及び口腔ケアに介助が必要 ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中 ④ 日常生活に支障を来すような症状がある認知症 ⑤ 医療処置が必要な患者（がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等） ⑥ 入浴・更衣に介助が必要 ⑦ 内服管理に介助が必要 ⑧ 入退院を繰り返している ⑨ 入院前より日常生活に支障を来している ⑩ 福祉用具・住宅改修等環境整備が必要 	<ul style="list-style-type: none"> ① 独居で調理や掃除などの身の回りのことに介助が必要 ② 家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要 ③ 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 ④ 日常生活は、ほぼ自立している認知症 ⑤ 65歳以上で精神・知的障害がある ⑥ 薬を内服していて自己管理が難しい ⑦ 買い物や通院の支援が必要
<p>共通項目</p> <p>○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</p> <p>○虐待の疑いがある ○生活困窮者</p>	



ケアマネジャーがいる場合は・・・居宅介護支援事業所に相談





ケアマネジャーがいない場合は・・・地域包括支援センターに相談
（アカイで判断に迷う場合も含む）

4 入退院支援ルールのポイント

入院から退院までの経過における、入退院支援ルールの5つのポイント

- ① 医療機関からケアマネジャー等へ連絡
- ② ケアマネジャー等から医療機関担当者への「入院時情報提供書」の提出
(概ね3日以内)
- ③ 医療機関からケアマネジャー等への「退院見込み」の連絡
- ④ 退院前カンファレンスの開催（1週間～3週間前）
- ⑤ 医療機関からケアマネジャー等への「退院時情報提供書」の提出
- ⑥ 担当ケアマネジャー等から医療機関へのケアプラン提出

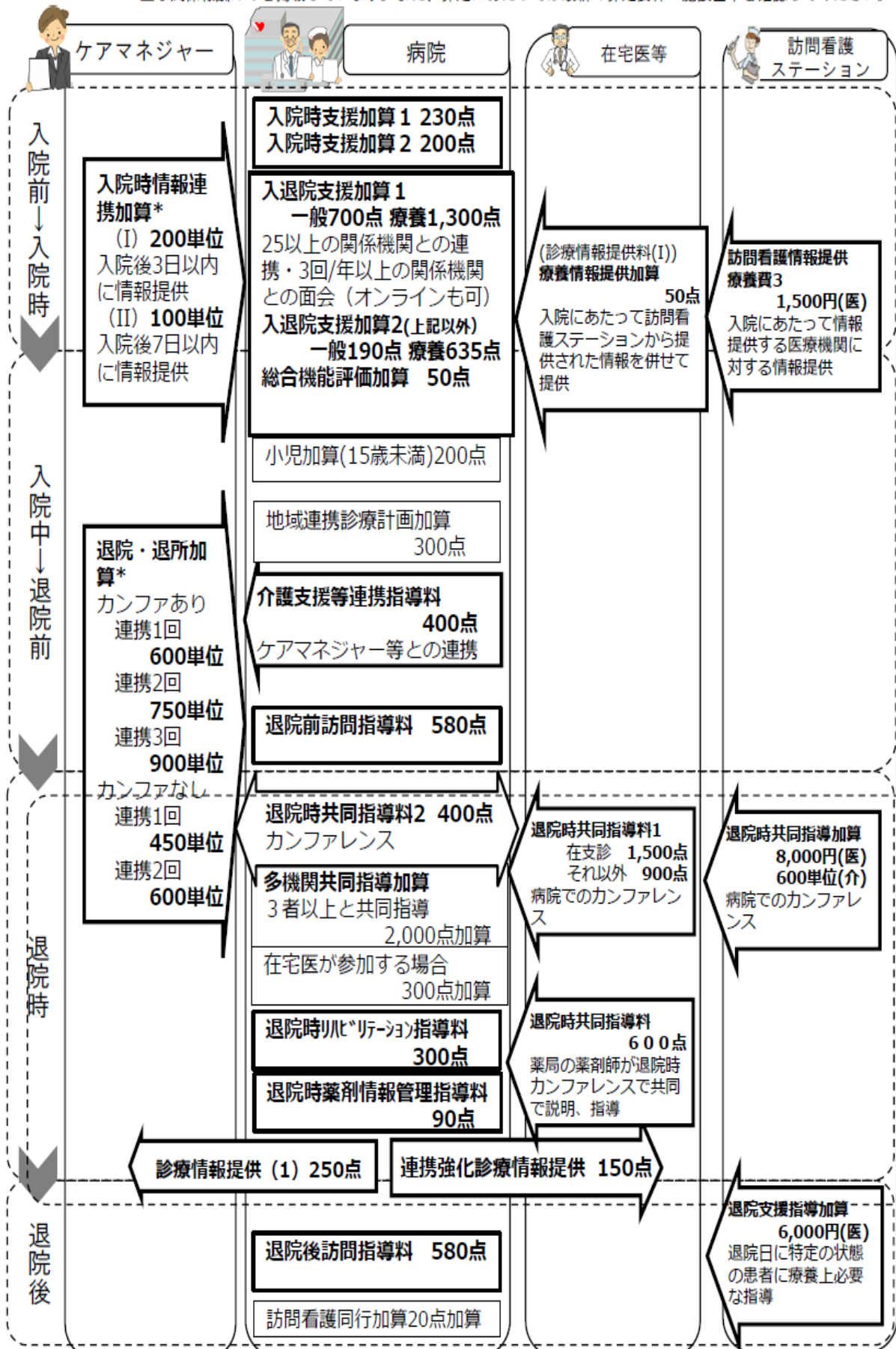
入退院支援のフローチャート

	医療機関	ケアマネジャー	かかりつけ 薬局・歯科	本人・家族	
				ケアマネあり	ケアマネなし
日頃から		「通院・入院時あんしんセット」の周知と名刺の配布 「入院時の連絡」を患者・家族に十分依頼	本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明	「通院・入院時あんしんセット」の準備、キーパーソン決定	
	入院時情報提供書（概ね3日以内）				
入院前 ↓ 入院時	<ul style="list-style-type: none"> 「通院・入院時あんしんセット」等で介護保険の認定状況やケアマネ等の有無を確認 不明の場合は、家族に相談 ケアマネ等へ入院したことを連絡 <p>入院時から退院後の生活を見据えた医療と看護</p>	<ul style="list-style-type: none"> 利用していたサービス事業者や担当者へ入院の連絡 入院時情報提供書等を持参。または、MCSや郵送、FAXの場合は個人情報保護に留意 <p>ケアマネは入院前の生活状況・家族介護状況等、必要な生活情報を伝えましょう</p>	<ul style="list-style-type: none"> 服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科に引継ぎ 	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネに入院の連絡及び、病院へ担当ケアマネの名前・事業所等を伝える 	<ul style="list-style-type: none"> 退院後、生活で介護が必要になった時は、まず、市町の介護保険担当課又は担当の地域包括支援センター・居宅介護支援事業者へ相談し、要介護・要支援認定申請をする 
入院中	<ul style="list-style-type: none"> ケアマネ等に入院中の様子や入院期間の見込み等を情報提供 電話でも可 	<ul style="list-style-type: none"> モニタリング 事前にアポを取り患者や家族の意向を確認し担当スタッフと情報共有を図る 	随時対応	<ul style="list-style-type: none"> 病院から説明を受けたことは、ケアマネに伝える 退院後の生活への希望も、ケアマネに伝える 	
退院の見込み ↓ 退院調整	<ul style="list-style-type: none"> 退院見込み日を家族・ケアマネ等に連絡 	<ul style="list-style-type: none"> 病院、家族から連絡を受けたら、サービス事業所担当者にも連絡 	随時対応	<ul style="list-style-type: none"> 病院から連絡を受けたらケアマネに連絡 	
	退院前カンファレンスの開催（3週間前～1週間前まで）				
	<p>【カンファレンス】</p> <p>在宅への移行がスムーズにできるよう、病院チームと退院後の生活サポートする在宅チーム（患者に応じて参加者は異なる）が情報共有、意見交換を行います。</p>			<ul style="list-style-type: none"> 病院から退院後の日常生活について、注意事項等の説明があったらケアマネに連絡する 	
退院時	<ul style="list-style-type: none"> 「退院・退所情報記録書」作成、ケアマネ等に渡す 	<ul style="list-style-type: none"> 次回受診日の確認 追加事項の確認 	<ul style="list-style-type: none"> 服薬管理アドバイス 	<ul style="list-style-type: none"> 次回受診日の確認 	
退院後	<ul style="list-style-type: none"> 継続して受診する患者の場合は状態の変化をケアマネ等に情報提供 	<ul style="list-style-type: none"> ケアプランを医療機関へ提供（必要に応じて） 	<ul style="list-style-type: none"> 状況確認し問題あれば医療機関等に連絡 状況に応じて口腔ケア 		

<[参考]入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬>

(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。



*介護予防支援、小多機、看多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

5 支援担当者

- ア 居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- イ 地域包括支援センターの担当者
- ウ 訪問看護ステーションの担当者
- エ 病院担当者（病院及び有床診療所における入退院支援担当者）
- オ 歯科・薬局等の関係者
- カ 鴻巣市、桶川市、北本市、伊奈町（介護保険担当者） 等

6 入退院支援の担当窓口

- ア 鴻巣市、桶川市、北本市、伊奈町（市町介護保険担当）
- イ 鴻巣保健所
- ウ 医療機関（病院・有床診療所）
- エ 介護サービス事業所
（居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、訪問看護ステーション）
- オ 在宅医療連携拠点（在宅医療連携センター）
- カ 在宅歯科医療推進窓口地域拠点
- キ 各薬局窓口

オ 在宅医療連携拠点

医療機関と介護事業所などの関係者の連携を推進し、医療と介護の両方を必要とする高齢者等が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるように在宅医療と介護を一体的に提供する体制づくりを担う機関です。

名 称	鴻巣地区 在宅医療連携センター	桶川北本伊奈地区 在宅医療連携センター
住 所	鴻巣市天神5-11-11	桶川市末広2-8-8
電話番号	048-594-6912	048-658-9224
対象エリア	鴻巣市	北本市・桶川市・伊奈町
開設日時	月～金 9:00～17:00（祝日・8/13～15、12/29～1/3は除く）	

カ 在宅歯科医療推進窓口地域拠点

寝たきりや難病のために歯科医院への通院が困難な方への歯科医療のご相談や登録している歯科医院のご紹介を行う機関です。

名 称	北足立地区在宅歯科医療推進窓口地域拠点 (一社)埼玉県北足立歯科医師会内)
住 所	鴻巣市赤見台1-15-23
電話番号	080-8434-8020
対象エリア	鴻巣市・北本市・桶川市・伊奈町
開設日時	月～金 10:00～15:00（祝日・年末年始除く）

☎ 通話中等で電話が繋がらない場合は、下記にお電話ください ☎

【埼玉県在宅歯科医療推進窓口】 電話 048-822-6464

7 連携にあたってのマナー・エチケット

連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・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もって行動することが大切です。

職種や職場が異なれば、仕事内容も立場も違います。相互の信頼関係を深めて気持ちよく仕事ができるようになるための初めの一步として、知っておきたいマナーやエチケットを地域で活用していきましょう。

全ての職種のみなさまへ

① お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけましょう。

② お互いの視点を大切に、わかりやすく相手に伝えましょう

相手が必要としている情報をなるべく専門用語を使わずに提供しましょう。

③ 他の職種と連携を取る時にはどの程度急ぐ用件か相手に伝えましょう

④ 担当者が不在でも、相談できる体制を整えておきましょう

医師のみなさまへ

① ケアマネジャーは医師を頼りにしています

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 等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、できるだけ早く作成を心がけましょう

介護サービスに必要な書類を早く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も記載すると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。

病院スタッフのみなさまへ

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

退院後に必要なサービスを調整するには時間を要するため、退院日の目途を早めにケアマネジャーへ知らせましょう。

ケアマネジャーのみなさまへ

① 医療機関へ情報提供を求める際には、利用者・家族と相談しましょう

病院では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。診察への同席やインフォームド・コンセント時の立ち会いは、利用者や家族を通じて病院や医師に確認しましょう。

② 医療機関の訪問に際しては、事前に相手方の予定を確認しましょう

医療機関では、アポイントメントのない訪問には対応できない場合があります。あらかじめ、利用者（患者さん）の名前・訪問時間・訪問目的などを伝えるようにしましょう。

③ 受診同行の際には受付時に名刺を添え、診察の場面では最初に氏名・所属・職種、目的を伝えましょう

④ 医療機関からもらった退院時の各種情報提供書類（診療情報提供書、看護サマリー、リハビリサマリー、栄養サマリー等）は、取扱いに注意し連携が必要な関係者との情報共有に活用しましょう。

⑤ 退院時カフワルスの内容などを介護サービス事業所と共有しましょう

ケアマネジャーから確実に情報提供しましょう。

8 本人・家族への周知

入院の際にご家族を介して医療機関とケアマネジャーのつながりが開始されることで、より円滑な連携に役立ちます。

ケアマネジャーは、日頃からご本人・ご家族に対して、入院した時は、なるべく早く担当のケアマネジャーに連絡していただくようお願いしておくことが大切です。

ご本人・ご家族に普段から以下の「通院・入院時あんしんセット」を一緒にケース等に入れて準備しておくようお願いすることで、ケアマネジャーへの連絡が早くなります。

もしもの時に備えて・・・

「通院・入院時あんしんセット」

を準備しておきましょう

- 急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒にケース等に入れて準備しておきましょう。
- 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。
- 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。



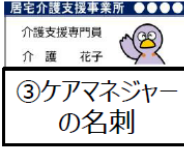
通院・入院時あんしんセット (準備したら○をしましょう)	
①医療保険証	○
②介護保険証	○
③ケアマネジャーの名刺	○
④お薬手帳	○
⑤かかりつけ医の診察券	○
⑥意思表示ノート等 (書いている場合)	○



①医療保険証



②介護保険証



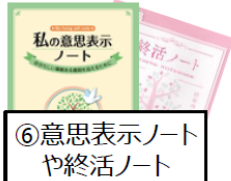
③ケアマネジャー
の名刺



④お薬手帳



⑤かかりつけ医
の診察券



⑥意思表示ノート
や終活ノート

※この他、緊急連絡先(ご家族の連絡先)など、ご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。

9 様式等

- 様式 1 入院時情報提供書(北足立地区共通様式)
- 様式 2-1 退院・退所時の情報提供連絡票
- 様式 2-2 退院・退所情報記録書(北足立地区共通様式)

- 資料 1 「通院・入院時あんしんセット」(周知用チラシ)
- 資料 2 退院後の相談窓口



準備が整い次第、ご連絡いたします。

北足立地区入退院支援ルールと関係様式は各市のホームページよりダウンロードできます。

各市のホームページ→「北足立地区入退院支援ルール」と検索ください。

医療機関名:

担当者名: _____ 様

情報提供日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

記入日: _____ 年 _____ 月 _____ 日

1. 利用者(患者)基本情報について

利用者氏名	(フリガナ)			年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
				生年月日	明・大・昭 _____ 年 _____ 月 _____ 日		
利用者住所				電話番号			
緊急連絡先	氏名	続柄	連絡先	現在受診している医療機関	医療機関名		医師名
	①				①		
	②			既往歴			
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (_____ 人暮らし) <input type="checkbox"/> その他 (_____) ※ <input type="checkbox"/> 日中独居			主介護者氏名	続柄 (_____)		
				TEL	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				キルパツ氏名	続柄 (_____)		
				TEL	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居		
				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		
				年金等の種類	<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 (_____)		
入院時の要介護度		<input type="checkbox"/> 要支援 (_____) <input type="checkbox"/> 要介護 (_____)		有効期限		_____ 年 _____ 月 _____ 日	
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					

2. 現在利用中のサービス

<input type="checkbox"/> 訪問介護	回/週	<input type="checkbox"/> 訪問看護	回/週	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	回/週	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ	回/週
<input type="checkbox"/> 通所介護	回/週	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ	回/週	<input type="checkbox"/> 短期入所(頻度)	(_____)		
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(品目)		(_____)		<input type="checkbox"/> 福祉用具購入(品目)		(_____)	
<input type="checkbox"/> 住宅改修(場所・内容)				(_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)			

3. 日常生活動作等について

移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<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"/> 車椅子)						
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 / <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間) <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
食事	摂取方法	<input type="checkbox"/> 自立 (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 経管栄養					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト			水分とろみ	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	
口腔	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)	
服薬	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
障害	<input type="checkbox"/> 認知 <input type="checkbox"/> 視力 <input type="checkbox"/> 聴力 (<input type="checkbox"/> 補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 麻痺 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
行動障害	<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 大声 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 転倒 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> その他 (_____)						
環境	居室	<input type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅		階建て	居室	階	段差あり
	トイレ	<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式		寝具	<input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 布団	手すりあり	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 浴室 <input type="checkbox"/> 玄関 <input type="checkbox"/> 居室 <input type="checkbox"/> 廊下

4. ケアプラン作成者からの報告(在宅で行われている介護・医療の状況・困っていること・退院後の方向性等)

※退院、転院情報等がありましたら、ご連絡をお願いします。

事業所名: _____ 担当者名: _____

T E L : _____ F A X : _____

退院・退所時情報提供連絡票

(医療機関 ⇒ 担当ケアマネジャー)

事業所名： _____

ご担当者名： _____

御中

医療機関名： _____

問合せ先： _____

TEL： _____

FAX： _____

患者/家族の同意に基づき、退院・退所時利用者情報を送付しますので、連携している関係者との情報共有をお願いします。

送付枚数： A4 _____ 枚（本票含む）

【提供情報の内容】

- 退院・退所情報記録書（様式2-2北足立地区共通様式）
- 自院使用の退院時の情報提供書類（以下の内容に☑）
 - 診療情報提供書
 - 看護サマリー
 - リハビリテーションサマリー
 - 薬剤管理サマリー（お薬情報・お薬の説明書・お薬についてのお知らせ）
 - 栄養情報提供書
 - その他（ _____ ）

次回受診予定日： _____ 年 _____ 月 _____ 日（ _____ ）

時 間： _____ 午前・午後 _____ 時 _____ 分

診 療 科： _____

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状況等

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 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)
	氏名		男・女		<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし
入院概要	入院期間	入院(所)日： 年 月 日		退院(所)予定日： 年 月 日	
	入院原因疾患 (入院目的等)				
	入院(入所)先	施設名			
	退院後の医療機関	医療機関名	方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院中の状況	現在治療中の疾患			疾患の状況	<input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 ()
	移動手段	<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 ()			
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()			
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ソフト食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 時々 ・ <input type="checkbox"/> 常に)	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 一部 ・ <input type="checkbox"/> 全部)	
	<input type="checkbox"/> 口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用 : <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	<input type="checkbox"/> 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	眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	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 受け止め・意向	病気、障害、後遺症等の受け止め方(病名告知: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし)	退院後の生活に関する意向			
	<本人> <家族>	<本人> <家族>			

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"/> あり (※以下チェック) <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"/> あり (※以下チェック) <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"/> ターミナル <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"/> その他 ()		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (※以下チェック) <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 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 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)				
在宅復帰のために整えなければならない要件				

もしもの時に備えて・・・

「通院・入院時あんしんセット」

を準備しておきましょう

- 急な入院に備えて「通院・入院時あんしんセット」を一緒のケース等に入れて準備しておきましょう。
- 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。
- 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。



通院・入院時あんしんセット (準備したら○をしましょう)

- | | |
|------------------------|--|
| ①医療保険証 | |
| ②介護保険証 | |
| ③ケアマネジャーの名刺 | |
| ④お薬手帳 | |
| ⑤かかりつけ医の診察券 | |
| ⑥意思表示ノート等
(書いている場合) | |



①医療保険証



②介護保険証

③ケアマネジャー
の名刺

④お薬手帳

⑤かかりつけ医
の診察券⑥意思表示ノート
や終活ノート

※この他、**緊急連絡先(ご家族の連絡先)**など、ご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。

退院後の相談窓口



住み慣れた地域で安心して暮らせるよう、相談窓口を記入しておきましょう。

ケアマネ ジャー	事業所名		担当者名		連絡先	
かかりつけ医	医療機関名		医師名		連絡先	
	医療機関名		医師名		連絡先	
	医療機関名		医師名		連絡先	
	医療機関名		医師名		連絡先	
かかりつけ 歯科医	医療機関名		歯科 医師名		連絡先	
	医療機関名		歯科 医師名		連絡先	
かかりつけ 薬局	薬局名		薬剤師名		連絡先	
	薬局名		薬剤師名		連絡先	
緊急 連絡先	間柄		名前		連絡先	
	間柄		名前		連絡先	
					連絡先	
					連絡先	
					連絡先	

〈その他〉

① 入退院支援ルール作成経過

令和3年7月	入退院支援ルール作成会議関係団体への推薦依頼
令和3年 9月10日	○入退院支援ルール策定研修会 内容① 入退院支援ルールの概要説明 (講師：埼玉県保健医療部医療整備課在宅医療推進担当) ② 入退院支援ルール策定事例紹介 (講師：朝霞地区医師会地域包括ケア支援室コーディネーター 菅田恵子氏)
第1回 令和3年 10月下旬	○第1回入退院支援ルール作成会議（書面開催） 委員21名から意見聴取を行った。 内容① 入退院支援ルール作成スケジュールについて ② 入退院支援ルール（案）について
第2回 令和3年 12月16日	○第2回入退院支援ルール作成会議 内容① 第1回入退院支援ルール作成会議意見書のまとめ ② 入退院支援ルール（案）について ⇒共通様式については、引き続き協議事項となる。
第3回 令和4年 2月初旬	○第3回入退院支援ルール作成会議（書面開催） 第2回会議の意見をもとに、様式等の更に協議が必要な部分以外を修正し、送付した。 内容① 入退院支援ルール（案）について
第4回 令和4年 3月25日	○第4回入退院支援ルール作成会議 内容① 入院時情報提供書について ② 退院・退所情報記録書について 北足立地区共通様式の作成に向けて協議した。
第5回 令和4年 5月20日	○第5回入退院支援ルール作成会議 内容① 入退院支援ルールの最終確認 ② 関係機関に対する周知方法について ③ 運用方法について

② 入退院支援ルール作成会議委員名簿

	選出区分	所属	氏名	
1	北足立郡市医師会	北本共済医院	竹並 麗	
2	北足立歯科医師会	まつざき 歯科クリニック	松崎 哲	
3	鴻巣地区在宅医療連携センター 鴻巣地区訪問看護ステーション	鴻巣地区 在宅医療連携センター	伊藤 和枝	
4	桶川北本伊奈地区在宅医療連携センター 桶川北本伊奈地区訪問看護ステーション	桶川北本伊奈地区 在宅医療連携センター	小林 美雪	
5	鴻巣市 総合病院医療相談員	こうのす 共生病院	医療介護連携推進室	浅見 美雪
6	桶川市 総合病院医療相談員	埼玉県中央病院	医療連携支援課	池田 勝彦
7	北本市 総合病院医療相談員	北里大学メディカルセンター	医療福祉支援センター	池田 道子
				小池 寿美江
8	伊奈町 総合病院医療相談員	伊奈病院	地域連携課	杉山 里美
9	鴻巣薬剤師会	島崎薬局	島崎 淳	
10	桶川市薬剤師会	(有) 前田薬局 朝日店	前田 勝代	
11	北本市薬剤師会	ひかり薬局	前鶴 薫	
12	上尾伊奈地域薬剤師会	薬樹薬局 伊奈	織田 健志	
13	地域リハビリテーションケア・サポートセンター 上尾中央総合病院	リハビリテーション技術科	岡林 奈津未	
14	鴻巣市ケアマネ連絡会	居宅介護支援事業所 なでしこ	木村 恭則	
15	桶川市介護支援専門員連絡会	桶川介護サービスセンター せいじん	奈良 里美	
16	北本市介護支援専門員の会	居宅介護支援 ハヤシ・スキップ	林 泰子	
17	伊奈町介護支援専門員連絡協議会	(有) 夢虹房	水沼 せつ子	
18	鴻巣市地域包括支援センター	「吹上苑」管理者	阿部 加津子	
19	桶川市地域包括支援センター	「ねむのき」管理者	工藤 節子	
20	北本市地域包括支援センター	北本市社会福祉協議会	春山 絵里子	
21	伊奈町地域包括支援センター	伊奈町社会福祉協議会	大川 桂子	

③ 北足立地区内入退院支援の担当窓口(有床医療機関)

(市町毎五十音順)

	病院名	住所	電話番号	窓口
1	こうのす共生病院	鴻巣市上谷2073-1	048-541-1131	医療介護連携推進室
2	鴻巣外科胃腸科	鴻巣市鴻巣1195-1	048-543-7770	
3	埼玉県済生会鴻巣病院	鴻巣市八幡田849	048-596-2221	
4	埼玉脳神経外科	鴻巣市上谷664-1	048-541-2800	
5	ヘリオス会病院	鴻巣市広田824-1	048-569-3111	
6	村越外科胃腸科	鴻巣市吹上本町1-4-13	048-548-0048	
7	大谷記念病院	桶川市加納2216	048-728-2411	
8	埼玉県中央病院	桶川市坂田1726	048-776-0022	医療連携支援課
9	北里大学メディカルセンター	北本市荒井6-100	048-593-1212	医療福祉支援センター
10	桃泉園北本病院	北本市深井3-75	048-543-1011	地域連携課
11	林田内科医院	北本市本宿7-67-3	048-592-7711	
12	山田医院	北本市緑3-289	048-593-0353	
13	伊奈中央病院	伊奈町寿4-43	048-721-3022	入院相談窓口
14	伊奈病院	伊奈町小室9419	048-721-3692	入退院支援課
15	埼玉県立がんセンター	伊奈町小室780	048-722-1111	患者サポートセンター
16	埼玉県立精神医療センター	伊奈町小室818-2	048-723-1111	療養援助部
17	希望(のぞみ)病院	伊奈町小室3170	048-723-0855	医療相談室

北足立地区入退院支援ルール

発行日 令和4年7月

【編集・製作】

鴻巣市介護保険課

〒365-8601 鴻巣市中央1番1号

電話：048-541-1321（代）

桶川市高齢介護課

〒363-8501 桶川市泉1丁目3番28号

電話：048-786-3211（代）

北本市高齢介護課

〒364-8633 北本市本町1丁目111番地

電話：048-591-1111（代）

伊奈町いきいき長寿課

〒362-8517 伊奈町中央4丁目355番地

電話：048-721-2111（代）