

草加市八潮市 入退院支援ルール

切れ目のない

医療と介護の連携を目指して



令和6年7月改定版

もくじ

1	入退院支援ルールとは・・・・・・・・・・・・・・・・	1
2	入退院支援ルールの対象となる患者・利用者・・・・・・・・	1
3	入退院支援ルール利用時の留意事項・・・・・・・・	1
4	入退院支援ルールのフローチャート	
	①入院前に担当ケアマネジャーがいる場合・・・・・・・・	2
	②入院前にケアマネジャーが決まっていない場合・・・・・・・・	4
5	退院調整が必要な患者の目安・・・・・・・・	6
6	入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬（参考）	7
7	多職種連携・相互理解に向けたポイント	
	①すべての職種の皆さまへ・・・・・・・・	8
	②医療関係者の皆さまへ・・・・・・・・	9
	③ケアマネジャーの皆さまへ・・・・・・・・	10
8	退院前カンファレンスの進め方・・・・・・・・	11
9	個人情報使用に関する同意書（書式例）・・・・・・・・	12
10	入院時あんしんセット・・・・・・・・	13
11	もしもの時の連絡先カード・・・・・・・・	14
12	草加・八潮市内入院できる医療機関の窓口一覧・・・・・・・・	15
13	関係機関連絡先一覧・・・・・・・・	16
14	医療と介護の連携連絡表・・・・・・・・	18
15	参考様式・・・・・・・・	19
	様式1 入院時情報提供書	
	様式2 介護支援等連携指導・退院時共同指導 説明書	
	様式3 個人情報使用に関する同意書	
	様式4 入院時あんしんセット	

1 入退院支援ルールとは

入院・退院の際に医療機関とケアマネジャー等の専門職が連携を図り、利用者（患者）の必要な情報を引き継ぐことにより、切れ目のない支援体制を整えるためのしくみです。

2 入退院支援ルールの対象となる患者・利用者

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入院前から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がいる方）
・・・P.2参照

②退院後に新たに介護保険サービスを利用する方（担当ケアマネジャーが決まっていない方も含む）
・・・P.4参照

③介護保険サービス等の利用の検討や退院支援が必要な方
・・・P.6参照

3 入退院支援ルール利用時の留意事項

①ルールの位置づけ

入退院支援ルールは、病院、ケアマネジャーの連携を取りやすくするための「ツール」であり、強制的な効力をもつものではありません。そのため、ルールに記載する日数などは「目安」として参考にいただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整をお願いします。

②ルールの見直し

この入退院支援ルールの運用後、定期的に運用状況の確認・評価を行い、必要があれば、関係者間で協議の上、適宜見直しをしていきます。

4-① 入退院支援ルールフローチャート

【入院前に担当ケアマネジャーがいる場合】

時系列	医療機関	ケアマネジャー
在宅時		「入院時あんしんセット」(P.13)の準備を本人、家族へ周知 - 日頃から入院時等の速やかな連絡を依頼 「もしもの時の連絡先カード」(P.14)の記載を周知
入院前	入院決定	入院について居宅サービス事業所、訪問看護師等の多職種情報共有に関する調整
入院時	- 概ね3日以内に退院支援が必要な患者を抽出(スクリーニング) - ケアマネに入院したことを連絡 - 介護保険の認定状況やケアマネが分からない場合は、家族に市役所介護担当へ問い合わせってもらう	入院時情報提供書を作成(個人情報使用に関する本人・家族への説明)し、病院スタッフに情報提供(参考様式1参照) 病院担当窓口一覧P.15参照
入院情報をケアマネに連絡 入院時情報提供書を病院に提出		
入院中	- ケアマネに入院中の状況について情報提供 - 外泊の場合はケアマネに連絡 ※転院等がある場合は、医療機関引継ぎと合わせてケアマネに報告	- モニタリング - 本人、家族の意向確認により、担当スタッフ・関係する多職種と情報共有を図り、連携調整を行う
退院見込	退院見込日が決まり次第、家族・ケアマネに連絡	
退院調整	入院前と状況の変化があり新たなサービス利用や、多職種との情報共有が必要な場合は、退院前カンファレンス開催の調整(ケアマネ、訪問診療医、訪問看護師、歯科、薬局、リハビリ、福祉用具専門員等に参加依頼)	居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を連絡するなどして、情報を共有
退院前カンファレンスの開催(在宅への移行がスムーズにできるよう、		
	《退院前カンファレンスの実施》 - できるだけ1週間前までに - 進め方はP.11参照 - 記録は参考様式2参照	退院後の方針検討により、ケアプランの作成
退院時	- 診療情報提供書の作成(必要時) - 看護サマリーの作成 - その他必要書類の作成	- 次回受診日等を確認 - ケアプランを本人・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供
看護サマリー、その他必要書類の提出		
退院後	継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供	- 退院後の生活状況を病院(※)、歯科、薬局等へ情報提供 ※医療機関へモニタリング結果をフィードバック(1か月後)(医療機関のニーズがある場合)

*介護予防の場合の入院時の病院への情報提供は、利用者基本情報・介護予防サービス計画

かかりつけ薬局・歯科	本人・家族
・本人・家族におくすり手帳と内服薬と一緒に保管することを説明 ・「入院時あんしんセット」(P.13)の準備を周知 ・「もしものの時の連絡先カード」(P.14)の記載とおくすり手帳で管理することを周知 ・もしものの時の連絡先一覧で、担当ケアマネや主治医を把握し、患者の了承を得た上で、必要に応じ、関係機関と情報共有	・「入院時あんしんセット」(P.13)の準備 ・キーパーソンを決めておく ・「もしものの時の連絡先カード」(P.14)を記載し、おくすり手帳に挟んでおく
(必要に応じ) ・在宅時の服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科に引継ぎ	・入院することを、ケアマネに連絡・相談 ・病院へ担当ケアマネ等の必要な情報を連絡(ケアマネと調整)
(随時、必要な対応) (・入院先へ口腔内評価(病院アセスメント)) (・入院先へ訪問歯科診療)	・退院後の生活意向について家族内で話し合い、ケアマネに相談 ・外泊等病院から説明があった事項はケアマネに連絡
(随時、必要な対応)	・退院見込日をケアマネに連絡 ・退院後の日常生活等についてケアマネに相談
医療と介護の情報共有・意見交換による連携を図る)	
	・不安なことはケアマネ、病院担当者に相談しておく
・必要に応じ服薬管理アドバイス等	
・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 ・在宅歯科医療推進窓口地域拠点が窓口となり、訪問歯科を紹介	・病院から渡された書類を、各担当者に渡す

の情報提供でも可とする。

4-② 入退院支援ルールフローチャート

【入院前にケアマネジャー（居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター）

時系列	医療機関	ケアマネジャー
入院時	- 概ね3日以内に退院支援が必要な患者を抽出（スクリーニング） - 介護保険の認定状況やケアマネが分からない場合は、家族に市役所介護担当へ問い合わせてもらおう	
入院中	《必要な場合は介護申請・区分変更の検討を行い支援》 - 患者・家族に介護保険制度について説明 - 本人・家族に介護保険サービスの意向の確認 - 本人・家族によるケアマネの選定と要介護認定申請を支援 - 患者・家族の了解を得て、下記に電話連絡 【退院支援が必要な患者の目安（P.6）】 アに該当→居宅介護支援事業所へ イに該当→地域包括支援センターへ	- 病院を訪問し、患者・家族、病院スタッフ等と面接（訪問時は、事前に病院スタッフと日程調整） - 病院担当者と連携し、介護保険制度の説明及び要介護認定申請の支援 - 医療依存度の高い患者の場合は訪問看護等の医療系サービスの利用を検討 - 家屋調査に同行
退院見込	退院見込日が決まり次第、家族・ケアマネに連絡	
退院調整	入院前と状況の変化があり新たなサービス利用や、多職種との情報共有が必要な場合は、退院前カンファレンス開催の調整（ケアマネ、訪問診療医、訪問看護師、歯科、薬局、リハビリ、福祉用具専門相談員等に参加依頼）	居宅サービス事業所等に退院見込日等の情報を連絡するなどして、情報を共有
退院前カンファレンスの開催（在宅への移行がスムーズにできるよう、		
	《退院前カンファレンスの実施》 - できるだけ1週間前までに - 進め方はP.11 参照 - 記録は参考様式2 参照	退院後の方針検討により、ケアプランの作成
退院時	- 診療情報提供書の作成（必要時） - 看護サマリーの作成 - その他必要書類の作成	- 次回受診日等を確認 - ケアプランを本人・家族、かかりつけ医、居宅サービス事業所、病院、歯科、薬局等に提供
看護サマリー、その他必要書類の提出		
退院後	継続受診者で状態の変化や受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供	- 退院後の生活状況を病院（※）、歯科、薬局等へ情報提供 ※医療機関へモニタリング結果をフィードバック（1か月後）（医療機関のニーズがある場合）

が決まっていない場合】

かかりつけ薬局・歯科	本人・家族
・在宅時の服薬等の情報提供 ・入院先の歯科口腔外科に引継ぎ	・キーパーソン（主に本人に関わってくれる家族）を決定
（・入院先へ口腔内評価(病院アセスメント)） （・入院先へ訪問歯科診療）	・退院後の生活意向を家族内で話し合う ・担当ケアマネ決定 ・要介護認定申請 ・かかりつけ薬局決定
（随時、必要な対応）	・退院見込日をケアマネに連絡 ・退院後の日常生活等についてケアマネに相談
医療と介護の情報共有・意見交換による連携を図る）	
	・不安なことはケアマネ、病院担当者に相談しておく
・必要に応じ服薬管理アドバイス等	
・薬局は内服の状況を確認し、問題があればケアマネに連絡 ・家族又はケアマネからの依頼により口腔ケア実施 ・在宅歯科医療推進窓口地域拠点が窓口となり、訪問歯科を紹介	・病院から渡された書類を、各担当者に渡す

5 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）

1 項目でも当てはまれば、居宅介護支援事業所に連絡

- ①入院前から以下の介助が必要
 - ・立位、歩行
 - ・排泄（ポータブルトイレ使用を含む）
 - ・食事及び口腔ケア
 - ・入浴、更衣
- ②日常生活に支障を来すような症状がある認知症
- ③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)
- ④内服管理に介助が必要
- ⑤入退院を繰り返している
- ⑥入院前より状態が著しく変化している
- ⑦福祉用具・住宅改修等環境整備が必要

イ 上記以外で地域の見守り等が必要な患者（要支援相当）

1 項目でも当てはまれば、地域包括支援センターに連絡

- 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
- ⑤65歳以上で精神・知的障がいがある
- ⑥内服薬の自己管理が難しい
- ⑦買い物や通院の支援が必要
- ⑧虐待の疑いがある
- ⑨生活困窮

*ア（要介護相当）か、イ（要支援相当）で判断に迷う場合は、地域包括支援センターに連絡

6 入退院支援における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬（参考）

主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定にあたっては算定要件・施設基準を確認して下さい。（令和6年6月時点）

※赤字は令和6年6月変更箇所。

	病 院	ケアマネジャー	多 職 種												
入院前 ↓ 入院時	入院時支援加算 1 240 点 入院時支援加算 2 200 点 入院事前調整加算 200 点 入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施 (下の入退院支援加算にプラス)	入院時情報連携加算 (Ⅰ) 入院当日に情報提供 (入院日以前の情報提供を含む) 250 単位/月 (Ⅱ) 入院後 3 日以内に情報提供 200 単位/月	【歯科】 診療情報提供料Ⅰ 250 点 入院時に歯科医から病院へ診療情報提供料を実施												
	入院中 ↓ 退院前	入退院支援加算 1 一般 700 点療養 1300 点 入退院支援加算 2 一般 190 点療養 635 点 入院早期より退院困難者を抽出し、退院支援計画の立案及び支援して退院した場合に算定	退院・退所時加算 <table><tr><td></td><td>カンファレンス 参加無</td><td>カンファレンス 参加有</td></tr><tr><td>連携 1 回</td><td>450 単位</td><td>600 単位</td></tr><tr><td>連携 2 回</td><td>600 単位</td><td>750 単位</td></tr><tr><td>連携 3 回</td><td>×</td><td>900 単位</td></tr></table>		カンファレンス 参加無	カンファレンス 参加有	連携 1 回	450 単位	600 単位	連携 2 回	600 単位	750 単位	連携 3 回	×	900 単位
	カンファレンス 参加無	カンファレンス 参加有													
連携 1 回	450 単位	600 単位													
連携 2 回	600 単位	750 単位													
連携 3 回	×	900 単位													
退院時 ↓ 退院後	介護支援等連携指導料 400 点 (入院中 2 回) ケアマネジャー等との連携	医療機関・施設の職員と面談し、利用者に関する情報提供を受けた上で居宅サービスの調整をした場合	【訪問看護】 訪問看護情報提供療養費 3 1,500 円 (医) 入院にあたって情報提供する医療機関に対する情報提供												
	退院時共同指導料 2 400 点 (入院中 1 回) 病院の医師等と在宅医等が共同で退院後の療養上必要な説明・指導 ※在宅医が参加する場合 300 点加算 ※医師等の職種の 3 名以上と共同し指導を実施した場合 2000 点加算	緊急時等居宅カンファレンス加算 200 単位 (月 2 回) 病院・診療所の求めにより医師・看護師等とともに居宅を訪問してカンファレンスする	【在宅医】 退院時共同指導料 1 在宅支援診療所 1500 点 その他 900 点 (入院中 1 回) 病院の医師等と在宅医が共同で退院後の療養上必要な説明・指導を実施												
	退院前訪問指導料 580 点 入院期間が 1 か月を超える患者の自宅を訪問して指導 (1 回の入院につき 1 回)	通院時情報連携加算 50 単位/月 診察時に同席し、医師等に利用者の心身の状況や生活環境の必要な情報提供を行い、医師等から情報提供を受ける	【薬剤師】 退院時共同指導料 600 点 (入院中 1 回) 退院後の訪問薬剤指導を行う薬局薬剤師が、療養上の必要な説明・指導を医師等の職種 3 名以上と共同して実施												
	退院時リハビリ指導料 300 点 (1 回の入院につき 1 回)		【訪問看護】 退院時共同指導加算 600 単位 (介) 8,000 円 (医) 病院でカンファレンスを行った場合												
	退院時薬剤情報管理指導料 90 点 (1 回の入院につき 1 回)														
	診療情報提供料 (Ⅰ) 250 点														
	退院後訪問指導料 580 点 +訪問看護同行加算 20 点 (退院後 1 回のみ) 医療ニーズの高い (条件あり) 患者宅を訪問して指導。退院後 1 か月以内に 5 回訪問可。 (退院日を除く)														

7 多職種連携・相互理解に向けたポイント

①すべての職種の皆さまへ

1 お互いに思いやりをもち、ていねいな対応をこころがけましょう

職種により、立場や制度、関連する法律、必要とする情報、共通言語が異なります。お互いの専門性や視点を大切に対応し、職種を超えた信頼関係を築いていきましょう。

2 相手の都合のよい連絡方法、連絡窓口、時間帯等をお互い確認しておきましょう

医療機関の医師の連絡方法等については「草加市在宅医療・介護連携ガイド」、
「八潮市事業者向け在宅医療・介護資源リスト」に記載されています。是非、ご活用ください。連絡窓口については、P.15「12 草加・八潮市内病院担当窓口一覧」をご覧ください。

3 名前はフルネームで伝えましょう

患者・利用者の名前は間違えないように、フルネームで呼びましょう。また、病院・事業所担当者についても、同姓の方もいますので、フルネームで連絡をとりましょう。

4 専門用語や略語は、わかりやすい言葉を使いましょう

医療職も介護職も、自分の業種以外の専門用語や略語には慣れていません。専門用語や略語を使うときには、相手に配慮して説明を加えるなど、わかりやすく、ゆっくり、はっきりと説明しましょう。

5 個人情報の取扱いに注意しましょう

患者・利用者の個人情報を共有する際には、必ず、本人または家族の同意を得てください。また、退院後の生活の方向性や介護サービス等についても、必ず、ご本人・家族の意向を確認してから支援を進めるようにしましょう。

6 日頃から、医療・介護連携を深めましょう

医療と介護の連携を深めるためのツールとして、MCS（メディカルケアステーション）の活用を進めています。MCSの登録などにつきましては、在宅医療サポートセンターにお問い合わせください。また、医療と介護の連携連絡票（P.18）を日頃より活用し、連携を深めていただきたいと思います。

②医療関係者（医師、入退院支援スタッフ）の皆さまへ

1 患者が入院した時は、病院側からケアマネジャーに連絡してください

「家族からの連絡」は、思った以上にケアマネジャーに届きません。入院時の情報提供や退院前の準備につなげるために、お手数をおかけしますが、病院からケアマネジャーへの連絡をお願いします。患者が持つ、「入院あんしんセット」（P.13）等で、担当ケアマネジャーの名前や連絡先をご確認ください。

2 介護度や担当のケアマネジャーがわからないときには

基本的には、ご本人・家族に確認していただきます。確認が困難な場合は、本人・家族の了承を得た上で、病院から市役所の介護担当窓口（P.16）にご相談下さい。

3 退院前カンファレンスは、できるだけ1週間前までを目安に開催をお願いします

退院調整が必要な患者（P.6・ア）には、退院前カンファレンスを開催してください。退院後のケアプランの作成には、時間がかかります。退院の見込みが決まり次第、ケアマネジャーにも連絡をお願いします。

4 退院前カンファレンスは、「8 退院前カンファレンスの進め方」（P.11）を参考にして進めましょう

患者・家族は、不安や緊張で、質問できないことが多くあります。またケアマネジャーも発言のタイミングなどに迷い、聞きたいことが聞けないことがあります。患者・家族やケアマネジャーにもお声がけいただき、カンファレンスが有意義なものになるようご協力をお願いします。

5 介護保険の申請や、区分変更は、患者・家族・ケアマネジャーと相談の上で進めてください

介護保険は、患者の病状や希望などから、介護保険のサービスの利用を前提に申請します。介護保険サービスの利用の必要性を感じた時は、「5 退院調整が必要な患者の目安」（P.6）を参考にケアマネジャーにご連絡ください。ケアマネジャーの連絡先については、「草加市在宅医療・介護連携ガイド」「八潮市事業所向け在宅医療・介護資源リスト」をご参考ください。要支援か要介護か迷う場合は、地域包括支援センターにご連絡ください。

6 介護保険の認定申請や介護保険サービスについては、市で発行するパンフレットをご覧ください

パンフレットは、市役所の介護保険担当窓口で配布しています。また、市ホームページにも掲載されています。

③ケアマネジャーの皆さまへ

1 日頃から、「入院時あんしんセット」「もしものときの連絡先カード」の準備をしてもらうよう案内しましょう

利用者は、ケアマネジャーの名前しか知らず、連絡先までわからない人もいます。日頃から、「10 入院時あんしんセット」(P.13)「11 もしものときの連絡先カード」(P.14)の準備を促し、名刺を数枚お渡ししておくなどの工夫をお願いします。

2 入院することが決まった際には、家族からケアマネジャーに連絡をしてもらえるように伝えておきましょう

入院することが決まった場合や緊急入院になった場合は、できるだけ早くケアマネジャーにも連絡してもらうようあらかじめ利用者・家族に依頼しておいてください。また、病院からケアマネジャーに連絡があることも説明し「病院が了解なくケアマネジャーに連絡した」とならないように、同意をとっておくと病院との連携がとりやすくなります。

3 医療機関の連絡相談窓口を把握し、病院の訪問に際しては、事前にアポイントメントをとりましょう

医療機関によって連絡相談窓口(担当者)が異なります。「12 草加・八潮市内入院できる医療機関の窓口一覧」(P.15)を活用してください。また、病院では、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。病院の適切な部署に連絡し事前に調整を行ってください。

4 個人情報の使用に関する同意を得ておきましょう

利用者や家族の同意がないと、病院はケアマネジャーに情報提供することが困難です。利用者や家族の了承を得て、医療機関にも伝えた上で、受診同行や病状説明、カンファレンスに参加しましょう。利用者との契約時に個人情報の使用について、十分説明を行い、同意書を取り交わしてください。また、必要時はできるだけ声掛けし、その都度、利用者・家族に許可をとるようお願いします。同意書の書式例を「9 個人情報使用に関する同意書」(P.12)に掲載しました。参考にしてください。

8 退院前カンファレンスの進め方

*司会は病院の担当者が行うことを想定しています

1 自己紹介

本人・家族、出席者全員が所属と氏名、役割を紹介します。

2 主治医からの説明

*医療用語はできるだけ簡単な言葉に置きかえて説明してください。

○病名、経過、現状

○今後の見通し、予後など

○今後の生活や介護サービスの利用時の注意点

- ・禁止事項

- ・観察ポイント・医療機関へ受診するタイミング

- ・介護保険サービスの利用を中止する目安や指標

*介護保険サービス事業所にも伝えますので、入浴やリハビリ中止の判断基準や「〇〇の状態であっても入浴はかまわない」など具体的に教えて下さい。

3 入院中のADLとケア、医療処置などについて説明

4 患者・家族の理解度を確認

「説明を聞いて頂きましたが、これから自宅で過ごしていく上で心配されていることを教えてください。」と声をかけて下さい。

*患者・家族にとって医療用語は難しく、考えているうちに説明が進んでしまいます。

緊張もしているので、「わからない」と声を発するタイミングがつかめないことが多くあります。

5 ケアマネジャーからの質問タイム

「ケアマネジャーから確認事項がありますか？」と声をかけて下さい。

*ケアマネジャーが作成するケアプランは、医療情報・生活上の注意も含めて計画する必要があります。医療面のアセスメントがしやすいよう、確認の時間をとらせてください。

*ケアマネジャーは、あらかじめ確認事項をまとめておきましょう。

6 その他の職種からの確認タイム

*他の参加者へも声をかけて下さい。

7 方向性の確認・合意形成

*司会の方が要点をまとめて下さい。

個人情報使用に関する同意書

1 使用する目的

在宅の介護サービス調整にあたり、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供するため

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で、必要最低限に留め、情報提供の際には、関係者以外には、決して漏れることのないように細心の注意を払うこと
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等において記録しておくこと

3 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、家族状況、その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ② 認定調査票、主治医意見書、認定結果通知書、入院時情報提供書、退院時情報提供書、医療と介護の連携連絡票
- ③ 在宅で療養するあるいは、在宅で療養する予定がある場合は、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命、身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ④ その他の情報

年 月 日

利用者または代理人 氏名 _____

代理人の場合、本人との続柄()

10 入院時あんしんセット

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、日頃から本人・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。

本人・家族に普段から以下の「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。

住民の
みなさまへ

もしもの時に備えて・・・ 「入院時あんしんセット」 を準備しましょう！

様 事業所： _____
担当ケアマネジャー： _____
連絡先： _____

- 通院や急な入院に備えて、「入院時あんしんセット」を1つのケースやバッグなどにまとめて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「入院時あんしんセット」から必要なものを病院の担当者に見せてください。
- 「入院」になった時や「退院」「転院」が決まった時は、できるだけ早めに担当のケアマネジャーに連絡してください。ケアマネジャーからも病院へ連絡することがあります。



11 もしもの時の連絡先カード

在宅療養中においても、医療機関やケアマネジャー等多職種のつながりは大切です。

「もしもの時の連絡先カード」に本人の支援者を記入、または名刺を貼付していただき、おくすり手帳に挟んでもらってください。

必要な時に支援や連携ができるよう、おくすり手帳を普段から携帯していただいてください。

もしもの時の連絡先カード	
○訪問看護 (事業所名) _____ (担当者名) _____ (電 話) _____	このカードは、あなたの健康や日常生活を支援してくれている医療機関や介護関係者等についてまとめておくためのものです。 記入ができれば、<u>おくすり手帳の中に</u>二つ折りに入れておいてください。 もしもあなたに何か困ったことがあれば、このカードに記入されている人たちが連携して、解決に向けて支援します。
○ケアマネジャー (事業所名) _____ (担当者名) _____ (電 話) _____	
○緊急連絡先 (氏 名) _____ (続 柄) _____ (電 話) _____	
○あなたの情報 (氏 名) _____ (電 話) _____ 【作成・問い合わせ】	

もしもの時の連絡先カード	
○医療機関① (病院名) _____ (主治医) _____ (電 話) _____ (主病名) _____	○歯科医療機関 (病院名) _____ (主治医) _____ (電 話) _____
○医療機関② (病院名) _____ (主治医) _____ (電 話) _____ (主病名) _____	○薬局 (薬局名) _____ (薬剤師) _____ (電 話) _____

12 草加・八潮市内入院できる医療機関の窓口一覧

令和4年6月現在

医療機関名	担当部署	住所	電話番号 FAX
-------	------	----	-------------

草加市

埼玉草加病院	地域連携相談室	〒340-0041 草加市松原1-7-22	048-944-6111 048-944-8080
草加市立病院	患者サポートセンター	〒340-8560 草加市草加2-21-1	048-946-2200 048-946-2201
草加松原整形外科医院	病棟	〒340-0013 草加市松江2-3-26	048-935-4838 048-932-0388
草加松原 リハビリテーション病院	地域連携課	〒340-0013 草加市松江2-3-25	048-933-6006 048-911-3188
二宮病院	看護部	〒340-0056 草加市新栄2-22-23	048-941-2223 048-944-1514
鳳永病院	医療福祉相談室	〒340-0028 草加市谷塚2-12-15	048-924-2631 048-928-2247
正務医院	病棟	〒340-0002 草加市青柳5-12-13	048-936-7422 048-931-7225
メディカルトピア草加病院	医療連携課	〒340-0028 草加市谷塚1-11-18	048-912-3303 048-928-3113
レン・ファミリークリニック	病棟	〒340-0054 草加市新善町373	048-944-2200 048-944-2026

八潮市

埼玉回生病院	地域連携課	〒340-0825 八潮市大原455	048-995-3331 048-995-3321
広瀬病院	看護部	〒340-0801 八潮市八條2840-1	048-995-6371 048-995-1759
八潮中央総合病院	医療連携相談室	〒340-0814 八潮市南川崎845	048-996-1131 048-996-1192
八潮病院	医療相談室	〒340-0802 八潮市鶴ヶ曽根1089	048-996-3034 048-996-3100

※電話番号・FAX 番号は、担当部署に直通の番号もあるので、入退院支援の際のみご使用下さい。

13 関係機関連絡先一覧

【草加市地域包括支援センター】

	名称	住所	電話番号／FAX	担当地域
1	新田西部 地域包括支援センター	新善町 6	048-946-0520 048-946-0523	新栄 1～4、長栄 1～4、清門 1～3、旭町 1～6、金明町、新善町
2	新田東部 地域包括支援センター	松江 1-1-32	048-932-6775 048-932-6779	栄町 1～3、松江 1～4、八幡町、中根 1～3、弁天 1～6
3	草加川柳 地域包括支援センター	青柳 8-51-13	048-932-7007 048-931-0993	柿木町、青柳 1～8、青柳町
4	草加安行 地域包括支援センター	苗塚町 200-2	048-921-2121 048-928-8989	原町 1～3、北谷 1～3、北谷町、小山 1～2、花栗 1～4、苗塚町、松原 1～5
5	草加西部地域包括支援センター	草加 1-8-13	048-946-7030 048-942-7582	草加 1～5、西町、氷川町
6	草加東部・草加稲荷 地域包括支援センター	吉町 2-2-21	048-959-9133 048-922-3801	神明 1～2、住吉 1～2、高砂 1～2、手代 1～3、吉町 1～5、稲荷 1～6、中央 1～2、松江 5～6
7	谷塚西部 地域包括支援センター	新里町 989-1	048-929-0014 048-929-5222	谷塚上町、谷塚仲町、両新田 東町、両新田西町、新里町、柳島町、遊馬町
8	谷塚中央・谷塚東部 地域包括支援センター	瀬崎 5-20-16	048-929-3613 048-933-9380	谷塚町、谷塚 1～2、瀬崎 1～7

【八潮市地域包括支援センター】

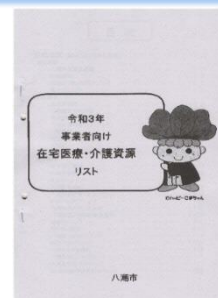
	名称	住所	電話番号／FAX	担当地域
1	東部地域包括支援センター やしお苑	南川崎 210-1	048-998-8895 048-998-8884	二丁目、木曽根、南川崎、伊勢野、八潮一～四・六丁目
2	西部地域包括支援センター ケアセンター八潮	鶴ヶ曽根 1184-4	048-994-5562 048-999-3008	小作田、松之木、上馬場、中馬場、西袋、柳之宮、南後谷、中央、八潮七・八丁目、緑町一・二・四丁目
3	南部地域包括支援センター 埼玉回生病院	大原 455	048-999-7717 048-999-7718	大瀬、古新田、圀、大原、大曽根、浮塚、八潮五丁目、大瀬一～六丁目、茜町一丁目
4	北部地域包括支援センター やしお寿苑	八條 294-4	048-930-5123 048-930-5110	八條、鶴ヶ曽根、伊草、新町、緑町三・五丁目、伊草一・二丁目

【市役所】

草加市	地域介護課 地域支援室	048-922-2862 (直通)
八潮市	長寿介護課	048-996-2111 (内線 448)

【居宅介護支援事業所（ケアマネジャーの事業所）ほか介護サービス事業所】

- * 草加市医療・介護連携ガイド、八潮市事業者向け在宅医療・介護資源リストをご覧ください。
- * 各関係機関に配布しています。



【草加八潮医師会 在宅医療サポートセンター】

ご本人やそのご家族等からの在宅医療・療養に関する相談窓口。医療・介護の専門職からの相談支援や、医療と介護の連携推進のための研修会等を行います。

電話	048-959-9972
FAX	048-959-9982
住所	草加市中央1丁目1番12号 松口イヤルビル6階
相談時間	月曜日～金曜日 9:00～17:00

【近隣の在宅医療連携拠点】

埼玉県内には、医師会ごとに在宅医療連携拠点が設置され、医療と介護の相談に対応しています。下記以外の地域の連絡先は、草加八潮医師会 在宅医療サポートセンターにお問合せ下さい。

管轄市町村	名称	電話番号
越谷市	越谷市医療と介護の連携窓口	048-910-9140
三郷市	三郷市在宅医療・介護連携サポートセンター	048-949-6119
川口市	川口市在宅医療サポートセンター	048-229-7670
吉川市、松伏町	吉川松伏在宅医療サポートセンター	048-940-8375
春日部市	春日部市地域包括ケアシステム推進センター	048-745-8651

【在宅歯科医療推進窓口】

療養中の方で、歯や口のお悩みのある方の相談窓口。訪問診療を行っている歯科医院のご紹介等の相談に専任の歯科衛生士が対応致します。

●草加市：草加地区在宅歯科医療支援窓口

電話	090-2664-8020
相談時間	月曜日～金曜日 10:00～15:00

●八潮市：東埼玉地区在宅歯科医療推進窓口地域拠点

電話	090-5526-8020
相談時間	月曜日～金曜日 10:00～15:00

14 医療と介護の連携連絡表

*様式は、草加八潮医師会ホームページからダウンロードできます。

★在宅療養の利用者について医師とケアマネジャーが情報共有を円滑に行うための、連絡シートです。

ケアマネジャー→主治医

- ①初めて利用者を担当したとき
- ②ケアプランを決定するとき
- ③ケアプラン変更をする際に医師に意見を求めるとき

主治医→ケアマネジャー

- ①医学的にサービス内容の変更が必要などの指示やアドバイス
- ②ケアプランについての質問

*連絡票の対応ができるか、事前に連絡をしてから、連絡表を送信しましょう。

*FAX送信する際には、個人が特定されないよう名前を消す等の配慮をお願いします。

*この連絡表での情報提供は、診療報酬及び介護報酬の対象にはなりません。

医療と介護連携連絡表

令和 年 月 日	
医療機関名	事業所名
所属科	所在地
医師名	電話
	FAX
	介護支援専門員名

日頃より大変お世話になっております。 様の介護保険のケアマネジメントを担当しております。 次のご連絡内容にて、先生のご指導を賜りたくご連絡をさせて頂きました。

*なお、この照会を行うこと及び先生からの情報提供をいただくことについては、

☐ ご本人の同意を得て、ご連絡致しました。

☐ ご家族の同意を得て、ご連絡致しました。

☐ ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡致しました。

同意した日 令和 年 月 日

利用者名	☐ ケアプラン作成にあたり、現状等について指示・確認等 ☐ 医療系サービスを導入するための意見・相談等 ☐ 利用者の変化、サービスの利用状況等の報告 ☐ 軽度者の福祉用具利用のための意見・相談等 ☐ 担当ケアマネジャーになった挨拶 ☐ 担当者会関係のための照会
生年月日	
住所	
電話	
介護度 () → ()	

利用者のニーズ及び援助方針

サービス種類	利用日及び時間	内 容
サービス利用状況		

＜利用者の照会・相談内容等＞

＜主治医からの返信欄＞

令和 年 月 日

連絡方法 ☐ 直接あつて話をします (月 日 時 分頃来所ください) 医師名

☐ 電話で話をします (月 日 時 分頃電話ください)

☐ この連絡表をもって回答とします ☐ 別便文書で回答します

☐ 連絡表の内容を確認しました。特段の意見はありません。

☐ 軽度者における特殊寝台等及び車いすの貸与についての意見は下記のとおりです。

・特殊寝台(介護用ベッド)の利用について 必要 ・ 不要

・特殊寝台付属品(ベッド褥等)について 必要 ・ 不要

・床ずれ防止用具(マットレス等)の使用について 必要 ・ 不要

・車いすの利用について 必要 ・ 不要

☐ その他主治医からの連絡事項

※ 注意、連絡事項等ありましたらFAXにてご返送をお願いいたします。
草加・八潮医師会 医療と介護連携の会 様式

15 参考様式

様式1 入院時情報提供書

*ケアプランに記載されている内容は省略してもかまいません。

様式2 介護支援等連携指導・退院時共同指導 説明書

様式3 個人情報使用に関する同意書

様式4 入院時あんしんセット

様式1～4は以下のホームページよりダウンロードして使用することができます。

◆草加市ホームページ

◆八潮市ホームページ

◆草加八潮医師会（在宅医療サポートセンター）

入院時情報提供書

記入日
入院日
情報提供日

医療機関

医療機関名：

ご担当者名：

様

居宅介護支援事業所

事業所名：

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) 様	年齢	性別
住所		生年月日	
住環境 ※可能ならば、「写真」 などを添付	☐ 持ち家 ☐ 賃貸 ☐ 戸建 ☐ 集合住宅 階建て 階	電話番号	エレベーター ☐ あり ☐ なし
入院時の要介護度	要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中	特記事項	
障害高齢者日常生活自立度	介護保険自己負担割合		☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割
認知症高齢者日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		
障害など認定	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
年金などの種類*	☐ 身体 ☐ 精神 ☐ 療育		
	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 遺族年金 ☐ 生活保護 ☐ その他		

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他 ()
主介護者氏名	(続柄) ☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 支払い
キーパーソン	(続柄) ☐ 同居 ☐ 別居 ☐ 支払い
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要 ()

3. 本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	ジェノグラム
本人の生活歴	
入院前の本人・家族の 生活に対する意向	

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	☐ 訪問介護 (回/週) ☐ 訪問入浴 (回/週) ☐ 通所介護 (回/週) ☐ 通所リハ (回/週) ☐ 短期入所 (回/週) ☐ 訪問看護 (回/週 事業所名 :) ☐ 福祉用具貸与 (内容 :) ☐ 小規模多機能型居宅介護 ☐ 訪問 (回/週) ☐ 通い (回/週) ☐ 泊り (回/週)) ☐ その他 (内容 :)
---------------------	---

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	☐ 入院前と同じ ☐ その他 ()
退院後の主介護者	☐ 入院前と同じ ☐ その他 ()
介護力*	☐ 介護力が見込まれる ☐ 介護力は見込めない ☐ 介護者なし
※家族や同居者等による虐待の疑い	☐ なし ☐ 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）		
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 希望あり	

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	食事内容	食事形態	普通 きざみ 嚥下障害食 ミキサー食
褥瘡の有無		なし あり（部位： ）		摂取方法	経口 経管栄養
A D L	起居動作	自立 見守り 一部介助 全介助		水分とろみ	なし あり
	移 乗	自立 見守り 一部介助 全介助		食事制限	なし あり
	移 動	自立 見守り 一部介助 全介助		水分制限	なし あり
	移動(室内)	杖 歩行器 車いす		嚥下機能	むせない 時々むせる 常にむせる
	移動(屋外)	杖 歩行器 車いす その他		口腔清掃	自立 一部介助 全介助
	更 衣	自立 見守り 一部介助 全介助		義歯	なし 部分入れ歯 総入れ歯
	整 容	自立 見守り 一部介助 全介助		口臭	なし あり
	入 浴	自立 一部介助 全介助 してない		睡眠の状態	良 不良
排 泄 *	食 事	自立 見守り 一部介助 全介助	眠剤の使用	あり なし	
	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助	コミュニケーション	言語	問題なし やや難あり 困難
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助		意思疎通	問題なし やや難あり 困難
	喫煙	なし あり		眼鏡	なし あり
飲酒		なし あり		補聴器	なし あり
身体・生活機能の状況に関する特記					
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ 幻覚 幻視 ☐ 興奮 ☐ 妄想 ☐ 暴言暴力 ☐ 介護抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他			
疾患歴*		☐ なし ☐ 認知症 ☐ 悪性腫瘍 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 骨折 ☐ 脳血管障害 ☐ その他（ ）			
入 院 歴 *	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり・ ☐ 不明 期間： ～ （理由 ）			
	入院頻度	☐ 頻度は高く繰り返し ☐ 頻度は低いがこれまでもある ☐ 今回初めて			
入院前に実施している医療処置*		☐ 点滴管理 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ 人工肛門 ☐ 酸素療法 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 疼痛管理 ☐ 経管栄養 ☐ モニター測定 ☐ 褥瘡 ☐ 尿管カテーテル ☐ 導尿 ☐ 吸引 ☐ インスリン			

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	☐ 自立 ☐ 一部介助 ☐ 全介助	（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、処方が守られていない ☐ 服薬拒否	
お薬に関する特記事項		

9. かかりつけ医・歯科医・薬局について			
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法 頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療・
			・頻度＝（ ）回 / 月
かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法 頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療・
			・頻度＝（ ）回 / 月
かかりつけ歯科		電話番号	
医師名		診察方法 頻度	☐ 通院 ☐ 訪問診療・
			・頻度＝（ ）回 / 月
薬局		電話番号	
		☐ 薬剤師の訪問	

*＝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

個人情報使用に関する同意書

1 使用する目的

在宅の介護サービス調整にあたり、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供するため

2 使用にあたっての条件

- ① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で、必要最低限に留め、情報提供の際には、関係者以外には、決して漏れることのないように細心の注意を払うこと
- ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等において記録しておくこと

3 個人情報の内容

- ① 氏名、住所、健康状態、家族状況、その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ② 認定調査票、主治医意見書、認定結果通知書、入院時情報提供書、退院時情報提供書、医療と介護の連携連絡票
- ③ 在宅で療養するあるいは、在宅で療養する予定がある場合は、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命、身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ④ その他の情報

年 月 日

利用者または代理人 氏名 _____

代理人の場合、本人との続柄()

住民の
みなさまへ

もしもの時に備えて・・・ 「入院時あんしんセット」 を準備しましょう！

様

事業所： _____

担当ケアマネジャー： _____

連絡先： _____

- 通院や急な入院に備えて、「入院時あんしんセット」を1つのケースやバッグなどにまとめて準備しておきましょう。
- 通院、入院した時は「入院時あんしんセット」から必要なものを病院の担当者に見せてください。
- 「入院」になった時や「退院」「転院」が決まった時は、できるだけ早めに担当のケアマネジャーに連絡してください。ケアマネジャーからも病院へ連絡することがあります。



※このほかに家族の連絡先など、自分で必要と思う大切なものを一緒に入れておきましょう。

「草加市八潮市入退院支援ルール」は草加市・八潮市・草加八潮医師会（在宅医療サポートセンター）のホームページからダウンロードできます。

草加市八潮市入退院支援ルール

草加市健康推進部地域介護課
草加市在宅医療・介護連携推進協議会
八潮市健康福祉部長寿介護課
八潮市在宅医療・介護連携推進会議構成団体
草加八潮医師会 在宅医療サポートセンター