

大東市・四條畷市の 「入退院調整ルール」

第4版



大東市マスコットキャラクター ダイトン



四條畷市イメージキャラクター くっすん

大東・四條畷 医療・介護連携推進協議会
療養支援ワーキンググループ

目次

1 はじめに	1
2 入退院調整ルールの基本	1
(1) 入退院調整ルールとは	
(2) 適用地域	
(3) 関係機関	
(4) 対象者	
(5) 留意事項	
(6) ケアプラン作成の標準的な流れ	
3 入退院調整ルールの内容	3
(1) 入院前に担当ケアマネジャーがいる(介護保険利用あり)場合	
(2) 入院前に担当ケアマネジャーがいない(介護保険利用なし)場合	
(3) 転院する場合	
(4) 入退院調整が必要な患者の基準	
(5) 病院が「自宅への退院が可能」と判断する基準	
4 参考様式(連携シート) 活用方法	6
(1) 入退院連携シートNo.1(様式1)、入退院連携シートNo.2(様式2)	
(2) 入退院連携シート(記入例)	
(3) 障害高齢者の日常生活自立度、認知症高齢者の日常生活自立度	
5 参考資料	
(1) 入退院調整に関する診療報酬・介護報酬(2024年6月現在)について	11
(2) 大東市独自の要支援・事業対象者の入退院時情報連携加算について	11
(3) 病院の地域連携窓口一覧	12

1 はじめに

わが国では諸外国に比べ例を見ないスピードで少子高齢化が進み、2040年には、65歳以上の高齢者が全人口の34.8%に達すると見込まれています。

医療や介護についても、今後さらに需要が増加すると見込まれ、国の施策としては高齢者が住み慣れた地域で尊厳を保持しつつ安心して自立した生活を続けられるように地域包括ケアシステムの構築に向けて取り組んでいるところです。

大東市・四條畷市では、市民の方が在宅においても病院においても、その意思が尊重され、病状に応じて適切な医療と介護が受けられるよう、医療・介護関係者が連携し医療・介護サービスの提供を行うことが重要であると考えています。

当地域におきましては医療と介護の連携推進を目的とし、2013年に医療介護連携シートを作成しましたが、介護保険改正や地域包括ケアシステムの強化などの背景を踏まえ、病院関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政等の多くの方々と協議を行い、2021年に「入退院連携シート」と「入退院調整ルール」を作成しました。

市民の方が、地域で安心して生活ができるよう、関係者の皆様に内容を共有していただき、この入退院調整ルールをぜひご活用ください。

2 入退院調整ルールの基本

(1) 入退院調整ルールとは

病院から退院後に、切れ目なく必要な介護サービスを受けられるようにするため、病院とケアマネジャー等が連携して入院時から情報共有し、退院後の地域生活への移行に向け連絡・調整を行う仕組みです。

(2) 適用地域

大東市・四條畷市

(3) 関係機関

- ・病院
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・大東市・四條畷市の高齢者福祉・介護保険担当課
- ・その他関係機関

(4) 対象者

①入院前に担当ケアマネジャー等がいる方

→ 基本的には、要介護・要支援に関わらず、すべての方が対象となります。

②入院前に担当ケアマネジャー等がいない方

→ 「入退院調整が必要な患者の基準(5ページ)」を参考に、病院で入退院調整が必要と判断された方が対象となります。

(5) 留意事項

①大東市・四條畷市が想定する基本的なケース

基本的には、大東市・四條畷市にお住まいの入退院調整ルール対象者が、当地域の病院に入院し、退院後、地域生活に戻るケースを想定しています。

ただし、これ以外のケースについても、ルールを活用して頂いて差し支えありません。

「入退院調整ルール」は、医療機関と各サービス提供事業所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。個別の事情に応じて、関係者間で適宜調整をお願いします。

③「入退院調整ルール」の見直し

大東市・四條畷市入退院調整ルールは、運用後、おおむね1年ごとに運用状況の確認・評価を行い、必要があれば関係者で協議の上、適時見直しを行っていきます。

【ケアプラン作成の流れ】（入院後、新たに介護保険を利用する場合）

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。

身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測

自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定

事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供

サービス事業所を交えた病院との引き継ぎ

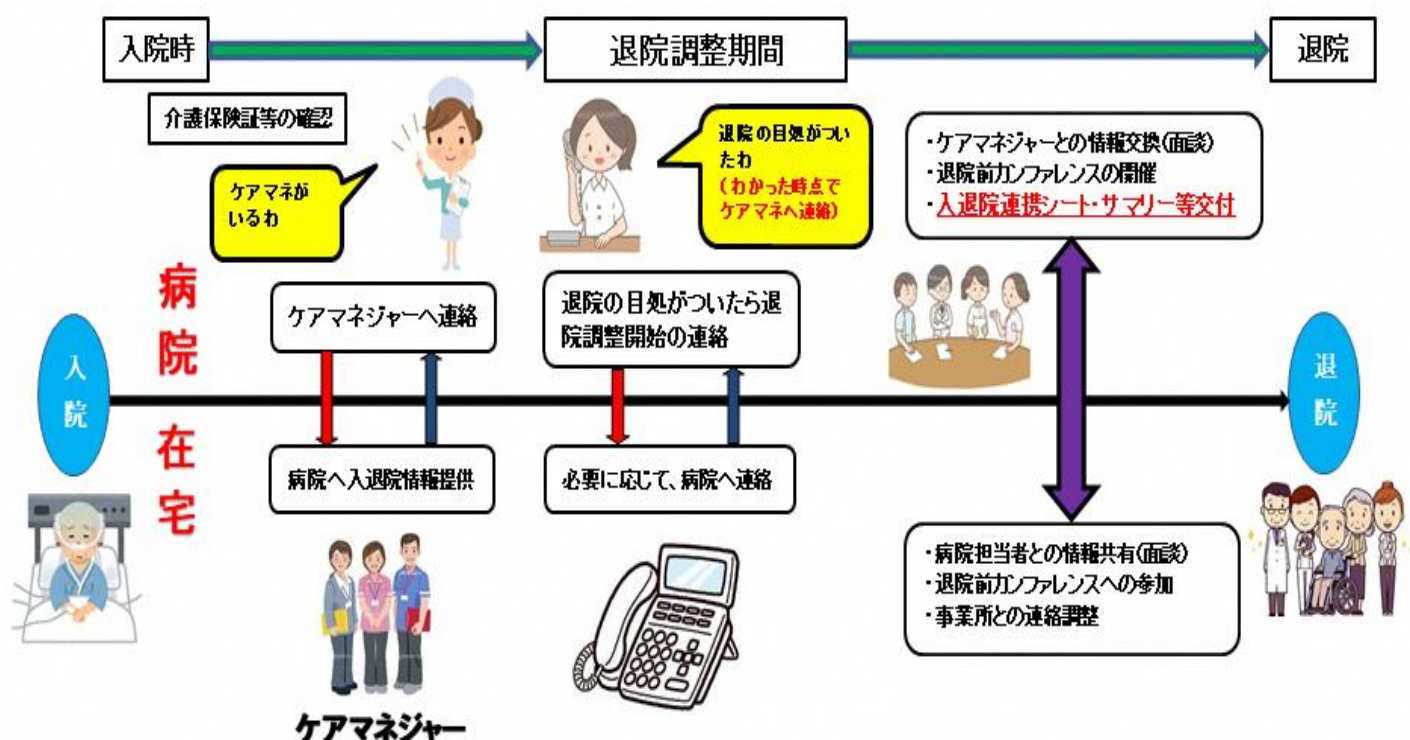
サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認

入退院時におけるケアマネジメントプロセス(イメージ)

[illegible]

3 入退院調整ルールの内容

(1) 入院前に担当ケアマネジャーがいる(介護保険利用あり)場合



① 入院時の情報提供、ケアマネジャーの確認・連絡

- ・病院は、入院時にケアマネジャーがいるかを介護保険証等で確認(※1)し、担当ケアマネジャーを把握できた場合は、ケアマネジャーへ連絡する。
担当ケアマネジャーの有無を確認できない場合は、地域包括支援センターに連絡する。
- ・ケアマネジャーは、要支援・要介護認定を受けている利用者が入院した場合は、まず自分が担当ケアマネジャー(事業所名、連絡先)であることを病院担当者(※2)へ連絡する。
全ての利用者について、入退院連携シートに記入して病院へ情報提供する。

※1 ケアマネジャーは、利用者の入院を早期に把握できるよう事前に下記の工夫をする。

- ・利用者・家族に、ケアマネジャーの名刺等(連絡先)を健康保険証、介護保険証、お薬手帳等と一緒に保管するように伝える。
- ・利用者・家族に、入院したらケアマネジャーに連絡するように伝える。

※2 「病院の地域連携窓口一覧」(12ページ)を参考にする。

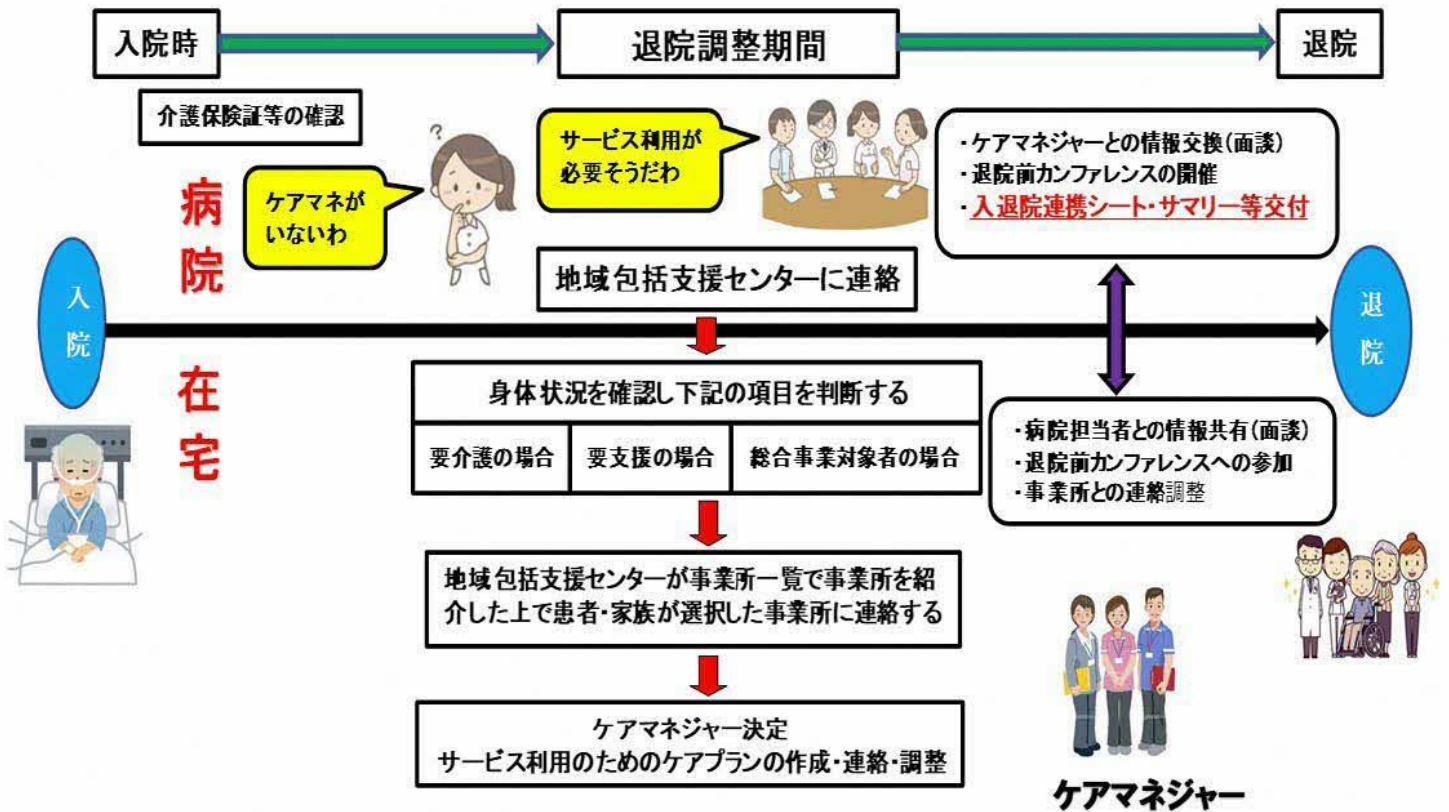
② 入退院調整のために、病院からケアマネジャーへ連絡するタイミング

- ・病院は、入院時連絡の際に、入院計画書等で退院見込み時期がわかる場合は、その時に(入院時連絡と合わせて)退院見込み時期を連絡する。入院時連絡の段階で、退院見込み時期が不明な場合は知り得た時点で連絡する。
* ただし、ケアマネジャーから問い合わせることもある。

③ 入退院調整開始の連絡

- ・病院は、退院の目処がついた時点で、担当ケアマネジャーに連絡し、必要時、退院前に入退院連携シートを渡す。間に合わなければ、取り急ぎ退院見込み時期のみを連絡する。

(2) 入院前に担当ケアマネジャーがいない(介護保険利用なし)場合



☆ 入退院調整が必要な場合

・病院は、患者・家族の了解を得て、原則として地域包括支援センターに相談する。

※ 入退院調整が必要な患者の基準については、5ページを参照する。

※ ケアマネジャーが決定した後は、3ページの「(1)入院前に担当ケアマネジャーがいる場合」の「③入退院調整開始の連絡」と同様に対応する。

※ 障がい福祉サービス利用の方は、相談支援専門員へ連絡する。

(3) 転院する場合

- ①病院は、転院見込み時期がわかった時は、その時期を転院先病院とケアマネジャーに連絡する。転院見込み時期が不明な場合は、知り得た時点で連絡する。
※ただし、ケアマネジャーから問い合わせることもある。
- ②病院は、転院日が決定した時点でケアマネジャーに連絡する。
- ③病院は転院先にケアマネジャーから受け取った入退院連携シートを送付し、引継ぎを行う。
- ④ケアマネジャーは転院決定の連絡を受けた後に、転院先に入退院連携シート等を渡す。
退院の際は、担当者に連絡してもらうように伝える。

(4) 入退院調整が必要な患者の基準

(入院前に担当ケアマネジャーがいない場合)

* 入退院調整が必要かどうか迷う場合は、下記を参考にしてください。

① 必ず入退院調整が必要な患者 (介護認定で、要介護の可能性あり)

- ・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
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症、幻覚・妄想等

1項目でも当てはまれば介護申請が必要。その場合は 地域包括支援センターへ連絡。

② 上記以外で見逃してはいけない患者 (介護認定で、要支援の可能性あり)

- ・在宅では、独居または家族介護力が低い状態で、調理や掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方
- ・ADLは自立していても、がん末期の方、新たに医療処置(膀胱カテーテル留置等)が追加された方
- ・床からの立ち上がりが困難な方や住環境の調整が必要な方

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

(5) 病院が「自宅へ退院が可能」と判断する基準

(原則、下記①～③のいずれも該当している場合)

- ① 病状が、ある程度、安定した状態である。
- ② 家族等による、在宅での介護が可能な状態である。
- ③ 本人が、在宅生活に戻りたいという意向がある。
 - * 入院期間が2週間程度の場合、入院1週目で判断
 - * 入院期間が3週間程度の場合、入院2週目で判断

4 参考様式(連携シート)活用方法

様式1:「入退院連携シートNo.1」(6ページ)

様式2:「入退院連携シートNo.2」(7ページ)

☆ 入院時: ケアマネジャー → 病院 への連絡

様式1: 大東市・四條畷市入退院連携シートは入院前の状態を記載

☆ 退院前: 病院 → ケアマネジャー への連絡

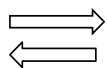
様式2の右半分(退院に向けて)は退院時の状態を記載

※記入例は、8、9ページをご参照ください。

(1)入退院連携シート No.1 【様式1】

大東市・四條畷市入退院連携シート

☐ 在宅
☐ 施設



医療機関

【入院日】 年 月 日
 【情報提供日】 年 月 日
 【作成日】 年 月 日
 【転院日】 年 月 日

様

事業所名					TEL		
担当者名					FAX		

ふりがな			性別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日	年齢	歳
氏名								
現住所					TEL			
					携帯電話			

要介護度	☐ 非該当 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 () ☐ 事業対象者						
障害支援区分	☐ 区分6 ☐ 区分5 ☐ 区分4 ☐ 区分3 ☐ 区分2 ☐ 区分1 ☐ 未申請						
手帳等	☐ 無 ☐ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☐ その他 () 特記事項:						

緊急時連絡先	氏名	続柄	同居/別居	住所	電話番号
	①		☐ 同 ☐ 別		
	②		☐ 同 ☐ 別		

経済状況	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 生活保護 ☐ その他の収入 ()				
------	---	--	--	--	--

かかりつけ医	機関名:	()科	電話	家族構成図 【人物】○:女性 □:男性 ※本人は2重 ※死亡の場合は黒塗り 【特記事項】主:主介護者 ☆:キーパーソン ※人物の横に記入 【同居関係】円で囲む
	主治医:		FAX	
	病名等:			
その他医療機関	機関名:	()科	電話	
	主治医:		FAX	
	病名等:			
その他医療機関	機関名:	()科	電話	
	主治医:		FAX	
	病名等:			
かかりつけ薬局	薬局名:		電話	介護者の状況等 主介護者 氏名 続柄:
	薬剤師:		FAX	
	お薬手帳 ☐ 無 ☐ 有	居宅療養管理指導 ☐ 無 ☐ 有		
住環境	☐ 一戸建て ☐ 集合住宅(階建て 階) エレベーター ☐ 無 ☐ 有 ☐ 施設・高齢者住宅等 () 日常生活に支障となる環境 ☐ 無 ☐ 有 ()			
	金銭管理	☐ 本人 ☐ 家族 (続柄:) ☐ その他 ()		
	麻痺	☐ 無 ☐ 有 ()		
視/聴覚障害	☐ 無 ☐ 有 () ☐ 眼鏡 ☐ 補聴器			
申込中の施設	☐ 無 ☐ 有 ()			

サービス利用状況				
☐ 訪問介護 (回/週) ☐ 訪問看護 (回/週) ☐ 訪問リハビリ (回/週) ☐ 訪問入浴 (回/週) ☐ 通所介護 (回/週) ☐ 通所リハビリ (回/週) ☐ 短期入所 (回/月) ☐ 福祉用具貸与 ☐ 住宅改修 ☐ その他のサービス利用:種類/頻度等 () ☐ 障がい者総合支援事業				
事業所名等				
特記事項/その他(日中の状態(日中独居)、入院までの経過、興味・関心のあること等)				
カンファレンスへの参加希望	☐ 無 ☐ 有 ⇒ (理由:)			

入退院連携シート No.2【様式2】

氏名： (生年月日： 明治 大正 昭和 西暦 年 月 日)

		入院前の状態(ケアマネ記載) 年 月 日		退院に向けて(病院記載) 年 月 日	
移動	歩行	☐ つかまらず可 ☐ なにかにつかまれば可 ☐ できない		☐ つかまらず可 ☐ なにかにつかまれば可 ☐ できない	
	移動	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	方法(室内)	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 ()		☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 ()	
食事	介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	嚥下機能	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる		☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる	
	口腔状態	☐ 自前 ☐ 欠損歯あり(歯茎使用) ☐ 欠損歯あり(歯茎不使用)		☐ 自前 ☐ 欠損歯あり(歯茎使用) ☐ 欠損歯あり(歯茎不使用)	
排泄	形態	☐ 常食 ☐ 粥 ☐ 軟菜食 ☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ トロミ食 ☐ 水分トロミ		☐ 常食 ☐ 粥 ☐ 軟菜食 ☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ トロミ食 ☐ 水分トロミ	
	介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	尿失禁	☐ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし		☐ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし	
更衣	便失禁	☐ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし		☐ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし	
	方法	☐ トイレ ☐ ポータブル(昼) ☐ ポータブル(夜) ☐ おむつ・人工肛門等 ☐ おむつ ☐ その他 ()		☐ トイレ ☐ ポータブル(昼) ☐ ポータブル(夜) ☐ おむつ・人工肛門等 ☐ おむつ ☐ その他 ()	
	上着の着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
清潔	ズボン・パンツの着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 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		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	入浴方法	☐ 浴槽 ☐ シャワー ☐ その他 ()		☐ 浴槽 ☐ シャワー ☐ その他 ()	
認知機能	口腔ケア	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	口腔衛生	☐ 良好 ☐ 口臭あり ☐ 汚れあり ☐ 不明・把握せず		☐ 良好 ☐ 口臭あり ☐ 汚れあり ☐ 不明・把握せず	
	確定診断	☐ なし ☐ あり(診断名：)		☐ なし ☐ あり(診断名：)	
その他	短期記憶	☐ 問題なし ☐ 問題あり		☐ 問題なし ☐ 問題あり	
	意思決定	☐ 自立 ☐ やや困難 ☐ 見守り必要 ☐ 判断不可		☐ 自立 ☐ やや困難 ☐ 見守り必要 ☐ 判断不可	
	周辺症状	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ 徘徊 ☐ 介護抵抗 ☐ その他 ()		☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ 徘徊 ☐ 介護抵抗 ☐ その他 ()	
医療処置	コミュニケーション能力	言語障害 ☐ なし ☐ あり 意思疎通 ☐ 問題なし ☐ 問題あり		言語障害 ☐ なし ☐ あり 意思疎通 ☐ 問題なし ☐ 問題あり	
	夜間睡眠	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 眠剤の服用あり		☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 眠剤の服用あり	
	服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 一包化 ☐ 無 ☐ 有		☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 一包化 ☐ 無 ☐ 有	
その他	医療処置	☐ 無 ☐ 有 ☐ 皮膚疾患 ☐ 輸液ポンプ ☐ 留置導尿カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ 自己導尿 ☐ 胃瘻 ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 喀痰吸引 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 人工肛門・人工膀胱 ☐ 人工呼吸器 ☐ 終末期疼痛管理 ☐ 在宅自己注射(インスリン)		☐ 無 ☐ 有 ☐ 皮膚疾患 ☐ 輸液ポンプ ☐ 留置導尿カテーテル ☐ 中心静脈栄養 ☐ 自己導尿 ☐ 胃瘻 ☐ 経鼻経管栄養 ☐ 喀痰吸引 ☐ 在宅酸素療法 ☐ 人工肛門・人工膀胱 ☐ 人工呼吸器 ☐ 終末期疼痛管理 ☐ 在宅自己注射(インスリン)	
	褥瘡	☐ 無 ☐ 有 (部位：)		☐ 無 ☐ 有 (部位：)	
	備考欄				
その他	障害者手帳の 口開け開き状況	☐ 無 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		☐ 無 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2	
	障害者手帳の 口開け開き状況	☐ 無 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		☐ 無 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	
	「わたしの想い をのむノート」	☐ 記入している ☐ 知らない ☐ 記入していない		☐ 記入している ☐ 知らない ☐ 記入していない	
その他	療養の場所について			退院場所 ☐ 次回受診 ☐ 本人・家族の今後の希望	
	その他	本人・家族の意向(担当ケアマネからの情報提供)			
				病院からの患者・家族への病状の説明と内容と患者・家族の受け止め方	
		主治医・看護師・リハビリ・MSWからの情報提供			
その他					

(2)入退院連携シート No.1【様式1】記入例

大東市・四條畷市入退院連携シート

☒ 在宅 ☐ 施設 ☐ 医療機関

【入院日】 2020 年 4 月 1 日
【情報提供日】 2020 年 4 月 2 日
【作成日】 2020 年 4 月 2 日
【転院日】 年 月 日

〇〇〇〇病院 〇〇〇〇 様

事業所名	〇〇ケアプランセンター	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
担当者名	〇〇 〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

ふりがな	〇〇 たろう	性別	☒ 男 ☐ 女	生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☒ 昭和 7 年 9 月 14 日	年齢	87 歳
氏名	〇〇 太郎						
現住所	〇〇市〇〇町〇-〇〇	TEL	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	携帯電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		

要介護度	☐ 非該当 ☐ 申請中 ☐ 区分変更中 ☐ 要支援 () ☒ 要介護 (2) ☐ 事業対象者
障害支援区分	☐ 区分6 ☐ 区分5 ☐ 区分4 ☐ 区分3 ☐ 区分2 ☐ 区分1 ☐ 未申請
手帳等	☐ 無 ☒ 身体障害者手帳 ☐ 療育手帳 ☐ 精神障害者保健福祉手帳 ☒ その他 (重度障がい者医療証) 特記事項: 左上肢機能障害(3級)・体幹機能障害(歩行困難)(3級)⇒第1種2級

氏名	続柄	同居/別居	住所	電話番号
① 〇〇 花子	妻	☒ 同 ☐ 別	〇〇市〇〇町〇-〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇
② 〇〇 次郎	長男	☐ 同 ☒ 別	〇〇市〇〇町〇-〇〇	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

経済状況	☒ 国民年金 ☒ 厚生年金 ☐ 生活保護 ☒ その他の収入 (家賃収入あり)
------	---

かかりつけ医	機関名: 〇〇病院 (脳外科)科	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	家族構成図
1	主治医: 〇〇〇〇医師					【人物】○:女性 □:男性 ※本人は2重 ※死亡の場合は黒塗り 【特記事項】主:主介護者 ☆:キーパーソン ※人物の横に記入 【同居関係】円で囲む
	病名等: 高血圧症、糖尿病、脂質異常症					
その他医療機関	機関名: 〇〇クリニック (整形外科)科	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
2	主治医: 〇〇〇〇医師					
	病名等: 変形性膝関節症					
その他医療機関	機関名: 〇〇歯科 (歯科)科	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	
3	主治医: 〇〇〇〇医師					
	病名等: 歯周病、義歯調整					

かかりつけ薬局	薬局名: 〇〇薬局	電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	FAX	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇	介護者の状況等
☐ 無 ☒ 有	薬剤師: 〇〇〇〇					主介護者 氏名 〇〇花子 続柄: 妻 高齢の妻と二人暮らし。妻は心疾患を患っており無理はできない。近所には長男家族が住むが就労し孫も学生である。通院の協力はしてくれており、車で送迎をしている。食事や日常の家事は全て妻が行われている。薬は妻が管理をしていたが、最近管理が難しくなり、〇〇薬局にて薬の管理を服薬カレンダーにしてもらうようになった。
	お薬手帳 ☐ 無 ☒ 有 居宅療養管理指導 ☐ 無 ☒ 有					
住環境	☒ 一戸建て ☐ 集合住宅 (階建て 階) エレベーター ☐ 無 ☐ 有 ☐ 施設・高齢者住宅等 (施設入所中の場合は施設を名記載する) 日常生活に支障となる環境 ☐ 無 ☒ 有 (玄関上がり框に35cm段差あり、手すりなし)					
金銭管理	☐ 本人 ☒ 家族 (続柄: 妻) ☐ その他 (成年後見人等の記載)					
麻痺	☐ 無 ☒ 有 (左上肢軽度麻痺あり)					
視/聴覚障害	☐ 無 ☒ 有 (やや難聴あり) ☐ 眼鏡 ☒ 補聴器					
申込中の施設	☐ 無 ☒ 有 (申し込みをしている施設を記入してください)					

サービス利用状況
☐ 訪問介護 (回/週) ☐ 訪問看護 (回/週) ☐ 訪問リハビリ (回/週) ☐ 訪問入浴 (回/週)
☒ 通所介護 (2 回/週) ☐ 通所リハビリ (回/週) ☐ 短期入所 (回/月) ☒ 福祉用具貸与 ☐ 住宅改修
☒ その他のサービス利用: 種類/頻度等 (居宅療養管理指導 薬局 2回/月) ☐ 障がい者総合支援事業
事業所名等 〇〇デイサービス、〇〇福祉用具(特殊寝台・付属品貸与)、〇〇薬局

特記事項/その他(日中の状態(日中独居)、入院までの経過、興味・関心のあること等)

自宅で妻の介護を受ける日々を過ごしている。食事、トイレ、デイサービス以外は部屋に閉じこもりになっている。デイサービスでは趣味である将棋を楽しんでいる。2020年4月1日の朝になかなか起きて来ず、妻が居室に様子を見に行くと、反応が鈍く呂律難もあったため、救急車を呼び〇〇病院へ搬送後入院となる。

カンファレンスへの参加希望	☐ 無 ☒ 有 ⇒ (理由: 本人、家族ともに不安なく在宅での生活が送れるように、カンファレンスに出席して意向確認や支援方針について検討したい。)
---------------	--

入退院連携シート No.2【様式2】記入例

氏名： (生年月日： □ 明治 □ 大正 □ 昭和 □ 西暦 1932 年 9 月 14 日

入院前の状態(ケアマネ記載)		西暦 年 月 日	退院に向けて(病院記載)		西暦 年 月 日
移動	歩行	☐ つかまらず可 ☐ なにかにつかまれば可 ☐ できない	☐ つかまらず可 ☐ なにかにつかまれば可 ☐ できない		
	移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☒ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	方法(屋内)	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ その他 (☒ 手引き等)	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ シルバーカー ☐ 歩行器 ☒ 車椅子 ☐ その他 (☐ 屋内:低い、 ☐ 屋外:車椅子)		
食事	介助	☒ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助		
	嚥下機能	☒ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる	☐ むせない ☒ 時々むせる ☐ 常にむせる →自己嚥出可		
	口腔状態	☐ 自菌 ☒ 欠損歯あり(義歯使用) ☐ 欠損歯あり(義歯不使用)	☐ 自菌 ☒ 欠損歯あり(義歯使用) ☐ 欠損歯あり(義歯不使用)		
排泄	形態	☒ 常食 ☐ 粥 ☐ 軟菜食 ☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ トロミ食 ☐ 水分トロミ	☐ 常食 ☐ 粥 ☐ 軟菜食 ☐ きざみ食 ☐ ミキサー食 ☐ トロミ食 ☐ 水分トロミ		
	介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助		
	尿失禁	☐ あり ☒ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし	☒ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし		
更衣	便失禁	☒ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし	☒ あり ☐ 時々 ☐ まれにあり ☐ なし		
	方法	☒ トイレ ☐ ポータブル(昼) ☐ ポータブル(夜) ☐ カテーテル・人工肛門等 ☐ おむつ ☐ その他 (☒ 紙パンツ・パッド等)	☐ トイレ ☒ ポータブル(昼) ☐ ポータブル(夜) ☐ カテーテル・人工肛門等 ☐ おむつ ☒ その他 (☐ 夜はオムツ使用)		
	上着の着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助		
清潔	ズボン・パンツの着脱	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 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	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助		
	入浴方法	☒ 浴槽 ☐ シャワー ☐ その他 (☐ 機械浴、リフト等)	☐ 浴槽 ☐ シャワー ☐ その他 ()		
認知機能	口腔ケア	☐ 自立 ☒ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助		
	口腔衛生	☐ 良好 ☐ 口臭あり ☒ 汚れあり ☐ 不明・把握せず	☒ 良好 ☐ 口臭あり ☐ 汚れあり ☐ 不明・把握せず		
	確定診断	☐ なし ☒ あり(診断名: ☒ 脳血管性認知症)	☐ なし ☒ あり(診断名: ☒ 脳血管性認知症)		
コミュニケーション能力	短期記憶	☐ 問題なし ☒ 問題あり	☐ 問題なし ☒ 問題あり		
	意思決定	☐ 自立 ☒ やや困難 ☐ 見守り必要 ☐ 判断不可	☐ 自立 ☒ やや困難 ☐ 見守り必要 ☐ 判断不可		
	周辺症状	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ 徘徊 ☐ 介護抵抗 ☒ その他 (☒ 不安・焦燥)	☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴言・暴行 ☐ 徘徊 ☐ 介護抵抗 ☒ その他 ()		
医療処置	言語障害	☐ なし ☒ あり	☐ なし ☒ あり		
	意思疎通	☐ 問題なし ☒ 問題あり	☐ 問題なし ☒ 問題あり		
	夜間睡眠	☒ 良好 ☐ 不良 ☐ 眠剤の服薬あり	☐ 良好 ☐ 不良 ☒ 眠剤の服薬あり		
その他	服薬管理	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 一包化 ☐ 無 ☒ 有	☐ 自立 ☐ 見守り ☒ 一部介助 ☐ 全介助 一包化 ☐ 無 ☒ 有		
	褥瘡	☒ 無 ☐ 有 (部位:)	☒ 無 ☐ 有 (部位:)		
	備考欄	屋外は持参の車椅子を使用し外出。入浴はデイサービスの時に入浴し、自宅では転倒の不安あり入っていない。口腔ケアは歯ブラシの準備が必要。脳梗塞後遺症で言葉が出にくい、ゆっくり会話すればできる。感情失禁が時々ある。薬は妻が服薬カレンダーからとって手渡し服用する。		認知機能は入院前と著変ありません。ADLは、本人から眠れないと訴えがあり、以後、眠剤を服用し良眠されています。しかし、夜間はトイレに間に合わず、オムツを使用しています。薬は毎回分をその都度お渡しすれば自己内服は可能です。食事はセッティングで自己摂取可能です。	
認知症高齢者の日常生活自立度	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☒ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☒ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2		
	認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☒ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M	☐ 自立 ☐ I ☒ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M		
	「わたしの想いをつむぐノート」	☒ 記入している ☐ 知らない ☐ 記入していない ケアマネ判断で記載する	☒ 記入している ☐ 知らない ☐ 記入していない		
療養の場所について	療養の場所について	自宅療養を希望している		退院場所	自宅
	その他	本人・家族の意向(担当ケアマネからの情報提供)		次回受診	予約あれば記載
		本人・家族の意向(担当ケアマネからの情報提供) ▼本人の意向:施設には入所したくない。妻や長男家族に負担を掛けずに自分のできることは頑張りたい。 ▼妻の意向:私も心臓が悪くて、夫が退院する時には今までの状態ではないと面倒をみるのができない。 ▼長男:私達も仕事をしているので、通院くらいしか協力することは難しいです。 ▼担当ケアマネジャー:主介護者である妻自身心臓に疾患を患われています。リハビリを頑張って、自宅内をひとりで移動できる状態でないとならば、もう少しリハビリが必要であれば回復期病院や老人保健施設など検討し提案をお願いします。在宅復帰が可能な状況でしたら、退院前カンファレンスに参加をさせて頂き、今後の在宅サービスの調整ができればと思います。 ※退院前カンファレンス開催時には連絡下さいますようよろしくお願いします。		本人・家族の今後の希望 ▼本人意向:家族に負担をかけるが、家に帰りたい。 ▼家族の意向:本人は家に帰りたい一心で頑張ってきたのはわかっているので、希望を叶えてあげたい。今の状態なら、何とかやってみようと思う。デイの利用回数を増やしたい。 病院からの患者・家族への病状の説明と内容と患者・家族の受け止め方 今回は左脳内出血でした。幸い大きな後遺症はなく、入院前の状態に近づいていると思います。 主治医・看護師・リハビリ・MSWからの情報提供 持久力の低下と高次脳機能障害による注意力・記憶力の低下や遂行機能障害を認めています。転倒のリスクあり、見守り・声掛けが必要です。屋外歩行は、短距離であれば介助歩行で可能ですが、車椅子使用が実用的と考えます。本人さんのやる気を維持できるよう、声掛けをお願いします。また、KP妻の介護負担軽減のため、デイの利用などで介護負担軽減を図れるよう、宜しくお願い致します。	
記入者	氏名 ()	職種 ()	所属 ()	所屬 ()	所屬 ()

(3)障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)判定基準

生活自立	ランクJ	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランクA	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランクB	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄をベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランクC	1日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうたない

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。		在宅生活が基本であり、一人暮らしも可能である。相談、指導等を実施することにより、症状の改善や進行の阻止を図る。
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる		在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難な場合もあるので、日中の在宅サービスを利用することにより、在宅生活の支援と症状の改善及び進行の阻止を図る。
II a	家庭外で上記 II の状態がみられる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等	
II b	家庭内でも上記 II の状態がみられる。	服薬管理ができない、電話の応対や訪問者との対応など一人で留守番ができない等	
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする		日常生活に支障を来たすような行動や意思疎通の困難さがランク II より重度となり、介護が必要となる状態である。「ときどき」とはどのくらいの頻度を指すかについては、症状・行動の種類等により異なるので一概には決められないが、一時も目を離せない状態ではない。在宅生活が基本であるが、一人暮らしは困難であ

			るので、夜間の利用も含めた居宅サービスを利用しこれらのサービスを組み合わせることによる在宅での対応を図る。
ランク	判定基準	見られる症状・行動の例	判断にあたっての留意事項
Ⅲa	日中を中心として上記の状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。 やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等	
Ⅲb	夜間を中心として上記のⅢの状態が見られる。	ランクⅢaに同じ	
Ⅳ	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクⅢに同じ	常に目を離すことができない状態である。症状・行動はランクⅢと同じであるが、頻度の違いにより区分される。 家族の介護力等の在宅基盤の強弱により在宅サービスを利用しながら在宅生活を続けるか、又は特別養護老人ホーム・老人保健施設等の施設サービスを利用するかを選択する。施設サービスを選択する場合には、施設の特徴を踏まえた選択を行う。
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等	ランクⅠ～Ⅳと判定されていた高齢者が、精神病院や認知症専門棟を有する老人保健施設等での治療が必要となったり、重篤な身体疾患が見られ老人病院等での治療が必要となった状態である。専門医療機関を受診するよう勧める必要がある。

5 参考資料

(1) 入退院調整に関する診療報酬・介護報酬（2024年6月現在）について

『大東市・四條畷市の退院前カンファレンス 開催マニュアル 第2版』の4ページをご参照ください。

(2) 大東市独自の要支援・事業対象者の入退院時情報連携加算について

詳細は、大東市地域包括支援センターへご確認ください。

(3) 病院の地域連携窓口一覧

病院名	入院時連携シート 提出窓口	退院支援に向けての連絡調整				その他 (問い合わせ)
		連絡窓口 (CM→病院)	連絡窓口 (病院→CM)	病院訪問および 事前連絡窓口	リハビリ見学 連絡窓口	
野崎徳洲会病院	入退院支援センター TEL:0120-74-1644 FAX:0120-27-1655	入退院支援センター	各担当者 (病棟担当制)	随時訪問可	適宜対応	退院後の書類等の問い合わせは 医事課 072-874-1641
大東中央病院	地域医療連携室 TEL:072-870-0217 FAX:072-870-0204	地域医療連携室	各病棟担当MSW	平日の午後	事前連絡必要	退院後の受診、書類の作成等の問 い合わせは医事課 072-870-0200
仁泉会病院	1階受付 TEL:072-875-0100 FAX:072-875-0140	入院病棟	入院病棟	入院病棟	担当セラピスト	入院中の内容確認は入院病棟、退 院後の書類等の問い合わせは医 事課 072-875-0100
阪奈病院	地域医療推進課 TEL:072-875-3673 FAX:072-816-0816	地域医療推進課	地域医療推進課 各担当者	各担当者	各担当者	
わかさ竜間リハビ リテーション病院	地域連携部 入院前:地域連携課 入院後:健康相談課 TEL:072-869-0116 FAX:072-869-0135	地域連携部 健康相談課	健康相談課 各担当者	健康相談課 各担当者	健康相談課 各担当者	情報提供当たり、ご本人様・ご家族 様の同意を確認させて頂きます。 担当者様より事前確認の上、ご連 絡お願い致します。
順生会脳神経 外科病院	患者支援センター TEL:072-877-7902 FAX:072-877-7922	患者支援センター	各担当MSW (病棟担当制)	各担当MSW (病棟担当制)	各担当MSW (病棟担当制)	退院後の書類等の問い合わせは 医事課 072-877-6639
北河内藤井病院	地域医療連携室 TEL:072-879-5311 FAX:072-879-5314	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室で対応
阪奈サナトリウム	医療福祉相談・地域医療 連携室 TEL:0743-78-1188(代) FAX:0743-78-1290	医療福祉相談・ 地域医療連携室	医療福祉相談・ 地域医療連携室 各担当者	医療福祉相談・ 地域医療連携室	医療福祉相談・ 地域医療連携室	問い合わせは全て0743-78- 1188(代)へ

大東市・四條畷市の「入退院調整ルール」

発 行 令和6年6月 第4版

編 集 大東・四條畷 医療・介護連携推進協議会
療養支援ワーキンググループ

問い合わせ先

大東市保健医療部 高齢介護室高齢支援グループ

電話:072-870-0513

四條畷市健康福祉部 高齢福祉課

電話:072-877-2121