

御所市入退院連携マニュアル

～病院と地域で患者さんの心をつなぐ切れ目のない連携を目指して～



令和3年3月

御所市

目 次

1. 目 的	1
2. 対 象	1
3. 入退院調整ルール	
(1) 退院調整が必要な患者の基準	1
(2) 入院前に要介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）場合	2
①入院の連絡（病院→担当ケアマネジャー）	
②入院時の情報提供（担当ケアマネジャー→病院）	
③病院と担当ケアマネジャーの情報交換	
④退院の連絡	
(3) 入院前に要介護認定を受けていない（ケアマネジャーが決まっていない）場合	4
◆明らかに要介護状態と思われる患者・希望の居宅介護支援事業所がある場合◆	4
①介護保険利用に向けた相談（病院→居宅介護支援事業所）	
②介護保険申請等の支援	
③病院と居宅介護支援事業所の情報交換	
④退院の連絡（病院→居宅介護支援事業所）	
◆要介護状態であるかの判断がつきにくい患者・希望の居宅介護支援事業所がない場合◆	6
①介護保険利用に向けた相談（病院→地域包括支援センター）	
②介護保険申請等の支援	
③病院と地域包括支援センターの情報交換	
④退院の連絡（病院→地域包括支援センター）	
(4) 精神科病院での入退院調整ルール	8
(5) 入院患者の介護認定の有無等がわからない場合	9
(6) 個人情報の取り扱いについて	9
4. 病院担当窓口一覧	10
5. 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧	11
6. 参考様式	
(1) 入院時情報提供書	12
※参考資料	
(2) 退院調整情報共有書	15
7. 御所市 関係機関一覧	16
8. 参考資料「ジェノグラムの書き方」	17
9. 御所市における入院中の認定調査の取り扱いについて	20
10. 奈良県内の入退院調整ルールにおける取り扱い方針	21

1. 目的

医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的に、入退院連携マニュアルを策定する。（このマニュアルは、病院とケアマネジャー間の入退院調整ルールを記載したものである。）

2. 対象（令和3年2月現在）（詳細は、P.16「関係機関一覧」に掲載）

市内の病院（2か所）

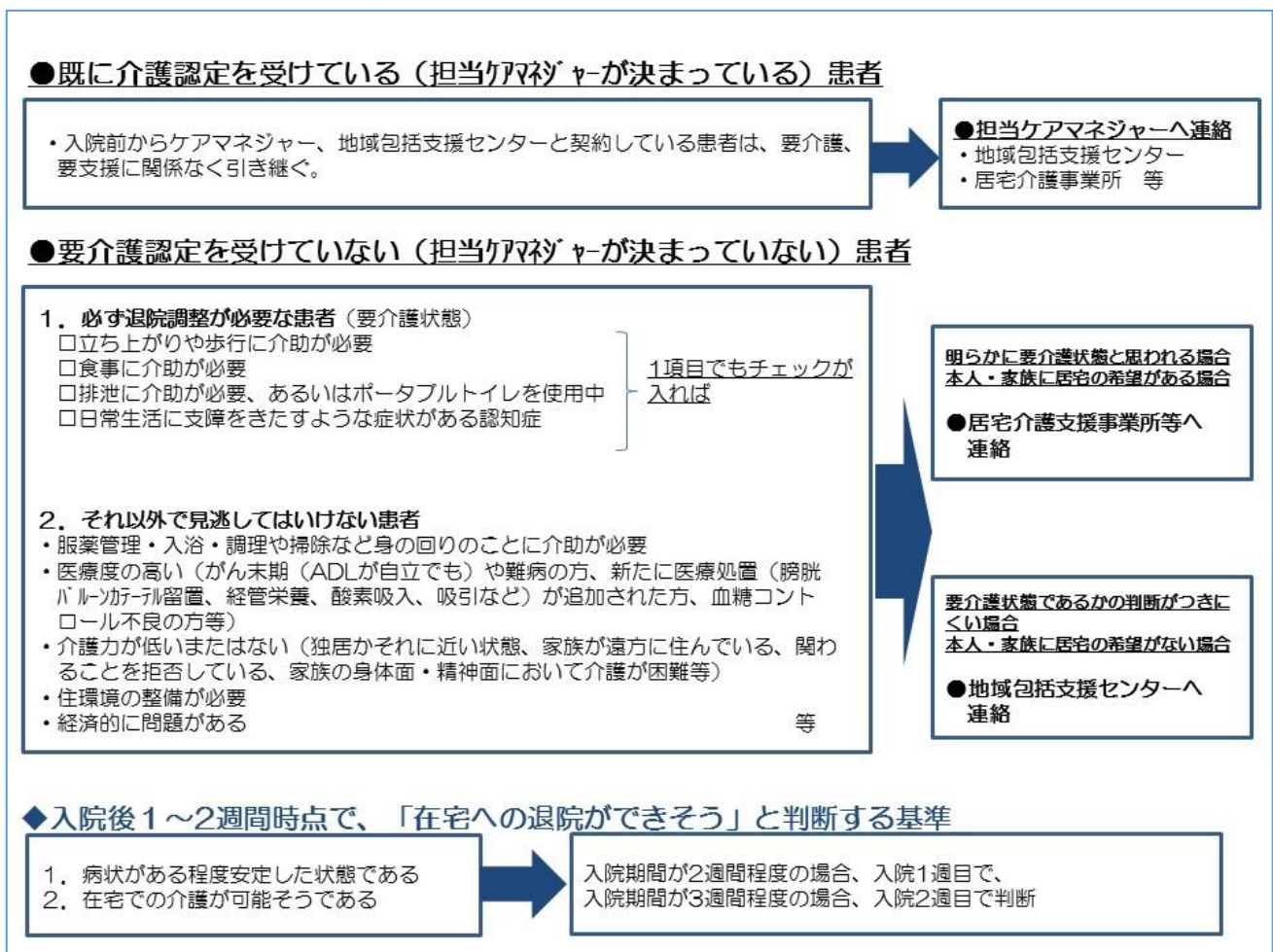
地域包括支援センター（1か所）、居宅介護支援事業所（15か所）

3. 入退院調整ルール

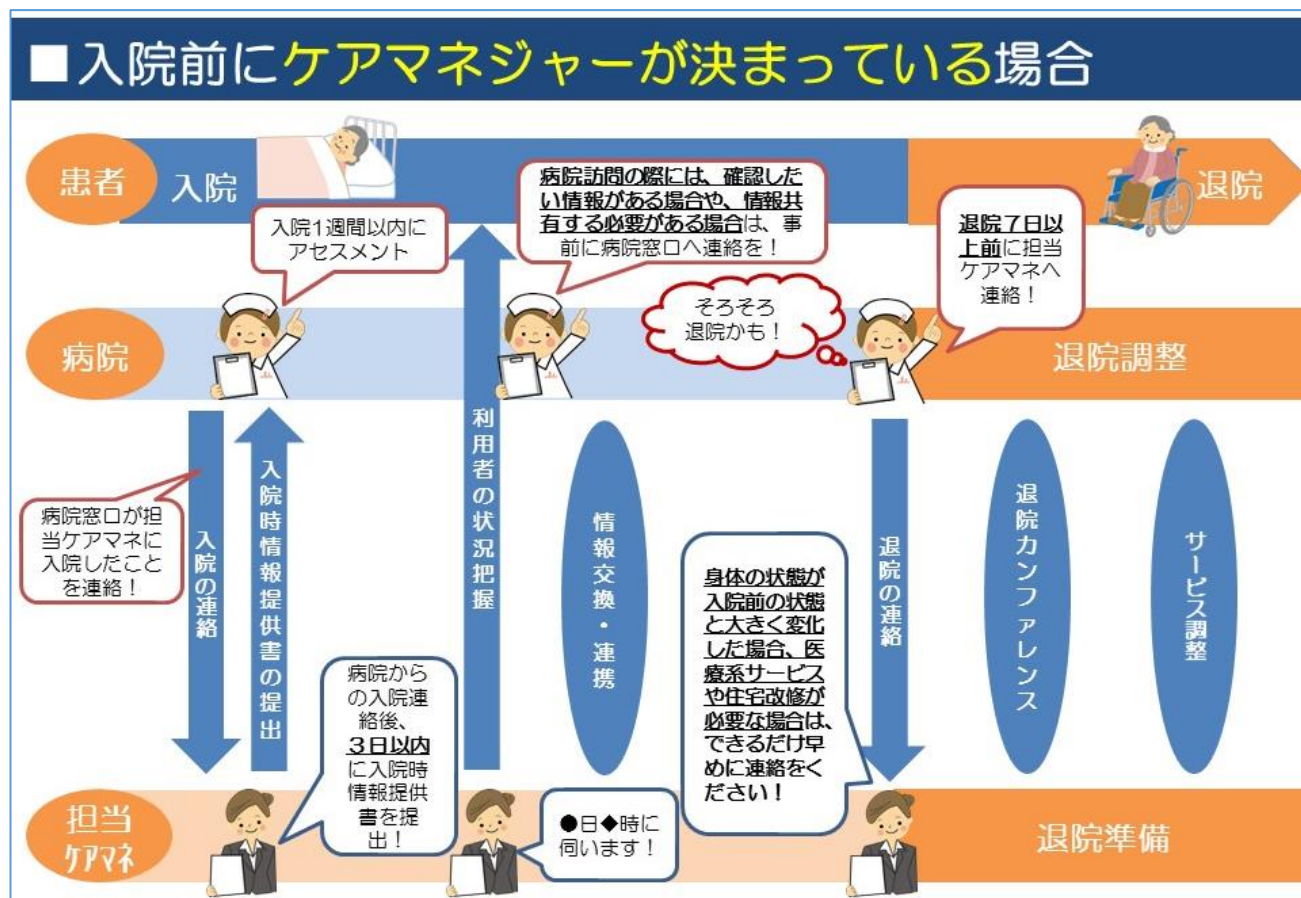
（1）退院調整が必要な患者の基準

- ・病院担当者は、下記の表を確認し、ルールに沿って居宅介護支援事業所・地域包括支援センターと連携をとっていく。

＜退院調整が必要な患者の基準＞



(2) 入院前に要介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）場合
 <ルールの流れ>



①入院の連絡（病院 ⇒ 担当ケアマネジャー）

- ・病院窓口は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族に担当ケアマネジャーを確認し、了解を得た上で担当ケアマネジャーに入院したことを連絡する。
 ※在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要があるため。
- ・担当ケアマネジャーが分からない場合は、「(5) 入院患者の介護認定の有無等がわからない場合 (P.9)」を参照する。
- ・病院担当者が担当ケアマネジャーを把握しやすいように、担当ケアマネジャーは日頃より下記のように工夫しておく。

■工夫例■

- ・介護保険証や医療保険者証と一緒に担当ケアマネジャーの名刺をいれておく。
- ・利用者に、入院した場合には、病院に必ずケアマネジャーの連絡先を伝えて欲しいとお願いする。
- ・本人、家族に日頃から入院したら連絡してもらうよう伝えておく。
- ・自宅の電話の横などに、担当ケアマネジャーの名刺を貼っておいてもらう。
- ・市の「救急医療情報キット」を活用し、担当ケアマネジャーを明記しておく。
- ・通院中から病院と連携を図り、担当ケアマネジャーの名刺を渡しておく。

②入院時の情報提供（担当ケアマネジャー ⇒ 病院）

- ・担当ケアマネジャーは、担当する利用者の入院を把握した場合は、速やかに（**入院の連絡を受けてから3日以内**）「入院時情報提供書」（P.12：参考様式。内容が大きく違わなければ他様式でも可）を病院担当者（P.10：病院担当窓口）に情報提供する。

※病院では、患者の入院後1週間程度で退院に向けてのアセスメント（評価）を行うため、1週間以内に在宅での情報が必要となるため。

FAXの場合：病院窓口へFAXする旨電話連絡のこと。（個人情報消しておく。）

持参の場合：事前に病院窓口へ訪問日時を伝える。

③病院と担当ケアマネジャーの情報交換

- ・担当ケアマネジャーが、病院を訪問し病院担当者に確認したい情報がある場合や、情報共有する必要がある場合は、事前に病院窓口へ連絡することが望ましい。
- ・担当ケアマネジャーは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握に努める。また、退院カンファレンスを希望する場合は、事前に病院窓口はその旨を伝えておく。

④退院の連絡

- ・病院担当者は、**患者が退院する7日以上前**に、担当ケアマネジャーに退院調整開始について連絡を行う。ただし、退院の目途がたてば7日以上前でもケアマネジャーへ連絡する。

※患者の状態や要望を反映した介護保険のサービス調整には、少なくとも7日は必要なため。

- ・**身体の状態が入院前の状態と大きく変化した場合、医療系サービスが必要な場合、住宅改修が必要な場合**は、病院担当者はできるだけ早く担当ケアマネジャーへ連絡する。

※ケアマネジャーは、リハビリ職等が自宅等を訪問する際に同行したい場合は、入院時情報提供書に記載するなどして病院へ事前に連絡をしておく。

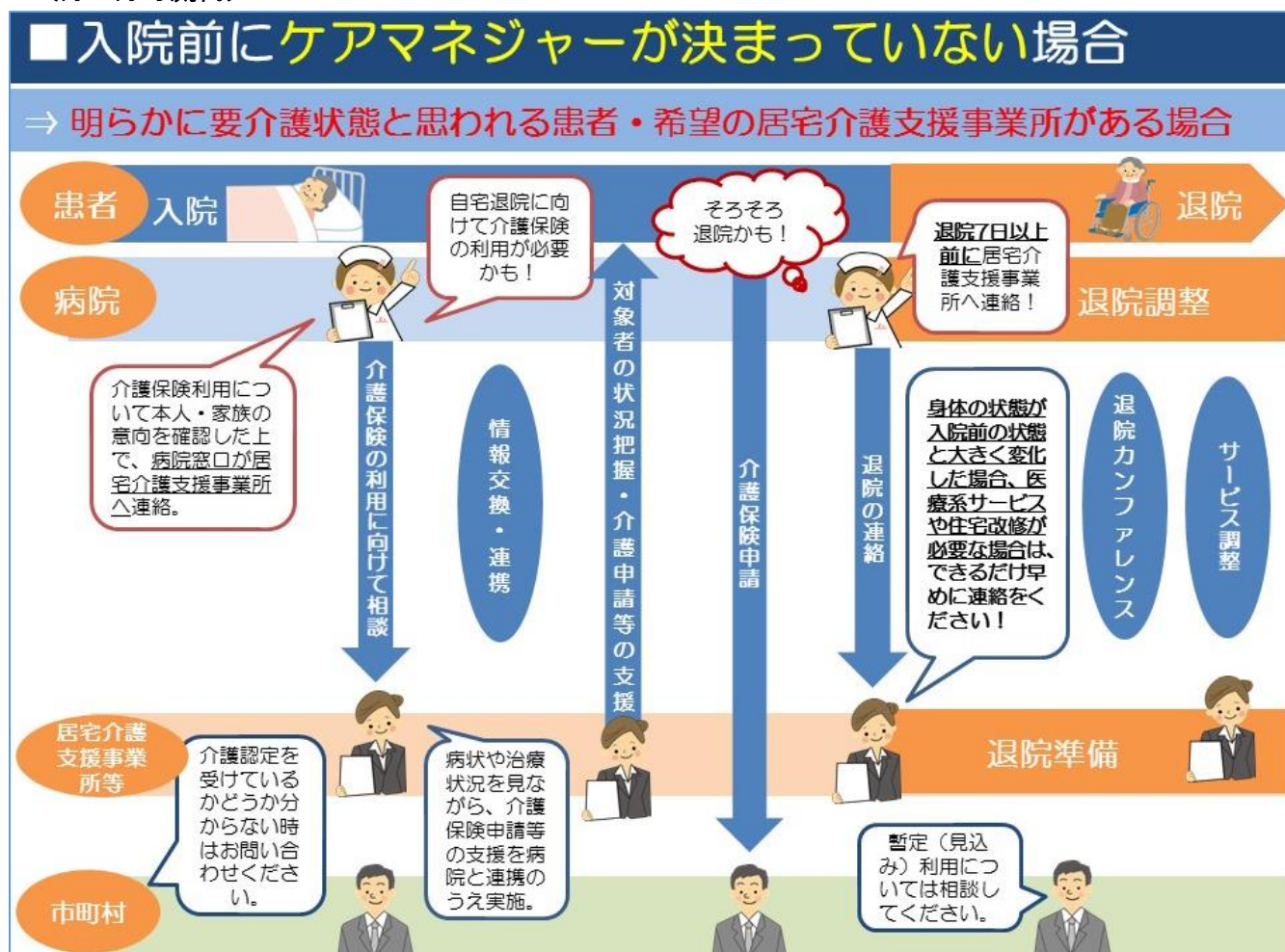
※病院担当者は、ケアマネジャーが、リハビリ職等が自宅等を訪問する際の同行を希望している場合は、ケアマネジャーへ連絡し同行できるように調整を行う。

- ・**急に退院となった場合は**、病院担当者は**直ちに**担当ケアマネジャーへ連絡する。
- ・病院担当者は、患者の退院が決まった際、ケアマネジャーと双方で、十分に退院カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行う。
- ・担当ケアマネジャーは、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「退院調整情報共有書」（P.15）を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。また、担当ケアマネジャーは、ケアプラン作成と併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。（家族の心理的支援等）
- ・退院カンファレンスで、**かかりつけ医を確認**しておく。

(3) 入院前に要介護認定を受けていない（ケアマネジャーが決まっていない）場合

◆明らかに要介護状態と思われる患者・希望の居宅介護支援事業所がある場合◆

＜ルールの流れ＞



①介護保険利用に向けた相談（病院 ⇒ 居宅介護支援事業所）

- ・病院担当者は、「退院調整が必要な患者の基準」（P.1）に該当していることを確認し、「在宅への退院ができそう」と判断する基準（P.1）に基づき、適切な時期に本人・家族の選んだ居宅介護支援事業所へ連絡をする。ただし、本人・家族に介護保険利用について意向の確認のうえ、病院から居宅介護支援事業所に事前に連絡することの了承を得る。
- ・「要介護状態であるかの判断がつきにくい患者」「本人・家族に希望の居宅介護支援事業所がない場合」などは地域包括支援センターへ連絡する。

②介護保険申請等の支援

- ・本人・家族が要介護認定等の申請をすることができる場合は、病院担当者は、本人・家族に申請をするように依頼する。本人・家族が申請することが困難な場合は、病院担当者は、本人・家族が選択した居宅介護支援事業所等のケアマネジャーへ連絡し、介護保険制度の説明、要介護認定等申請への助言を行う。
- ・居宅介護支援事業所は、病院から入院患者の介護保険の利用にかかる相談があった場合は、病

院担当者と連携のうえ、対象者の状況把握、要介護認定申請等の代行申請等の支援を行う。

- ・介護保険担当者は、入院患者の介護保険の申請を受け付けた場合は、居宅介護支援事業所と連携のうえ、退院後の円滑なサービス導入に努める。
- ・担当ケアマネジャーは、患者の状態を把握した上、入院中の認定調査が必要であると判断する場合は、「入院中の認定調査の取り扱いについて」（P.20）に基づき、介護保険担当者に相談する。

③病院と居宅介護支援事業所の情報交換

- ・担当ケアマネジャーが、病院を訪問し病院担当者に確認したい情報がある場合や、情報共有する必要がある場合は、事前に病院窓口へ連絡することが望ましい。
- ・担当ケアマネジャーは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の患者の状況把握に努める。

④退院の連絡（病院 ⇒ 居宅介護支援事業所）

- ・病院担当者は、**患者が退院する7日以上前**に、居宅介護支援事業所に退院調整開始についての連絡を行う。ただし、退院の目途がたてば7日以上前でもケアマネジャーへ連絡する。

※患者の状態や要望を反映した介護保険のサービス調整には、少なくとも7日は必要なため。

- ・**医療系サービスが必要な場合、住宅改修が必要な場合**は、病院はできるだけ早く居宅介護支援事業所へ連絡する。

※ケアマネジャーは、リハビリ職等が自宅等を訪問する際に同行したい場合は、病院へ事前に連絡をしておく。

※病院担当者は、ケアマネジャーが、リハビリ職等が自宅等を訪問する際の同行を希望している場合は、ケアマネジャーへ連絡し同行できるように調整を行う。

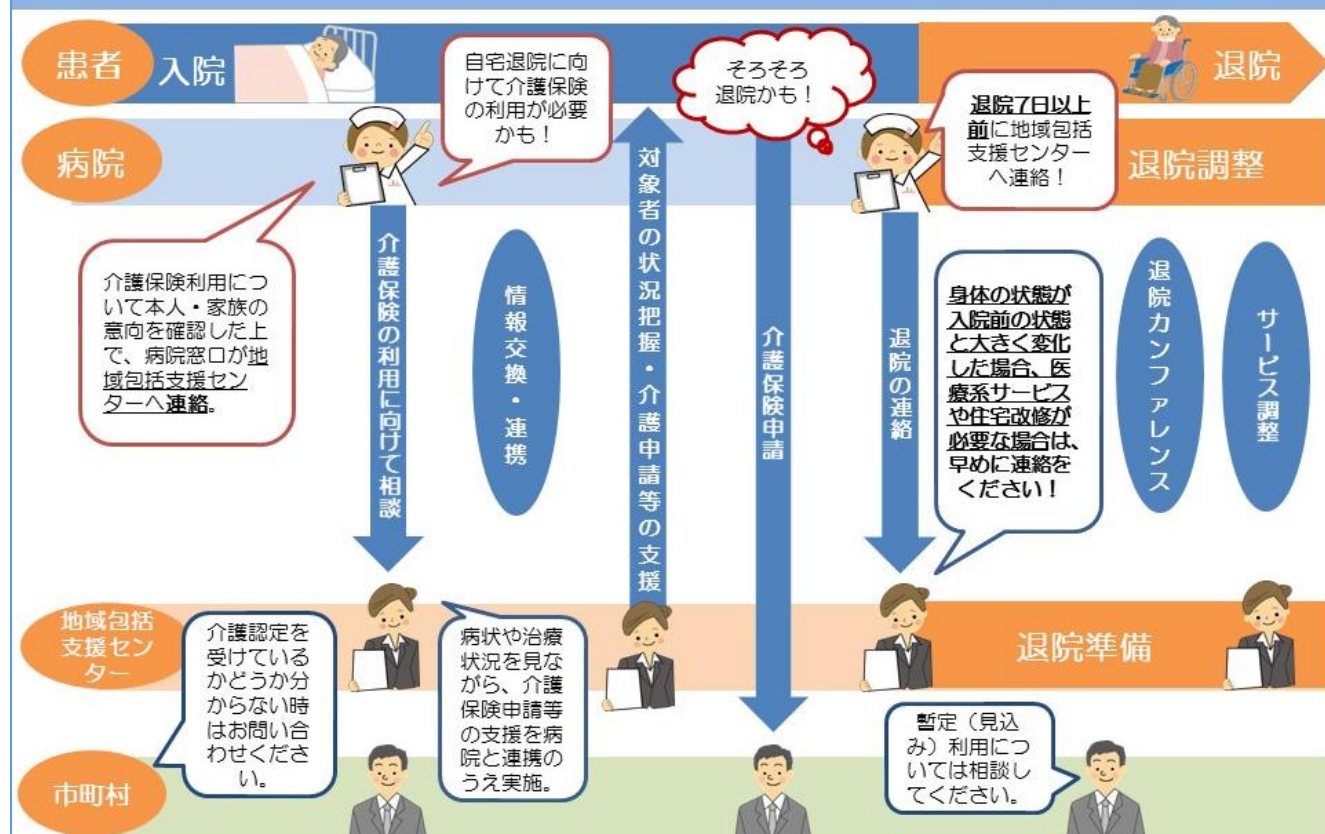
- ・急に退院となった場合は、病院担当者は直ちに居宅介護支援事業所へ連絡する。
- ・居宅介護支援事業所は、病院担当者から退院調整開始について連絡を受けた場合は、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「退院調整情報共有書」（P.15）を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。また、居宅介護支援事業所は、ケアプランと併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。（家族の心理的支援等）

◆要介護状態であるかの判断がつきにくい患者・希望の居宅介護支援事業所がない場合◆

＜ルールの流れ＞

■入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

⇒ 要介護状態であるかの判断がつきにくい患者・希望の居宅介護支援事業所がない場合



①介護保険利用に向けた相談（病院 ⇒ 地域包括支援センター）

- ・病院担当者は、「退院調整が必要な患者の基準」（P.1）に該当していることを確認し、「在宅への退院ができそう」と判断する基準（P.1）に基づき、地域包括支援センターへ連絡をする。ただし、本人・家族に介護保険利用について意向の確認のうえ、病院から地域包括支援センターに事前に連絡することの了承を得る。

②介護保険申請等の支援

- ・本人・家族が要介護認定等の申請をすることができる場合は、病院担当者は、本人・家族に申請をするように依頼する。本人・家族が申請することが困難な場合は、病院担当者は、地域包括支援センターへ連絡し、介護保険制度の説明、要介護認定等申請への助言を行う。
- ・地域包括支援センターは、病院から入院患者の介護保険の利用にかかる相談があった場合は、病院担当者と連携のうえ、対象者の状況把握、要介護認定申請等の代行申請等の支援を行う。
- ・介護保険担当者は、入院患者の介護保険の申請を受け付けた場合は、地域包括支援センターと連携のうえ、退院後の円滑なサービス導入に努める。
- ・地域包括支援センターは、患者の状態を把握した上、入院中の認定調査が必要であると判断する場合は、「入院中の認定調査の取り扱いについて」（P.20）に基づき、介護保険担当者に相談する。

③病院と地域包括支援センターの情報交換

- ・地域包括支援センターが、病院を訪問し病院担当者に確認したい情報がある場合や、情報共有する必要がある場合は、事前に病院窓口へ連絡することが望ましい。
- ・地域包括支援センターは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の患者の状況把握に努める。

④退院の連絡（病院 ⇒ 地域包括支援センター）

- ・病院担当者は、患者が退院する7日以上前に、地域包括支援センターに退院調整開始についての連絡を行う。ただし、退院の目途がたてば7日以上前でも地域包括支援センターへ連絡する。

※患者の状態や要望を反映した介護保険のサービス調整には、少なくとも7日は必要なため。

- ・医療系サービスが必要な場合、住宅改修が必要な場合は、病院はできるだけ早く地域包括支援センターへ連絡する。

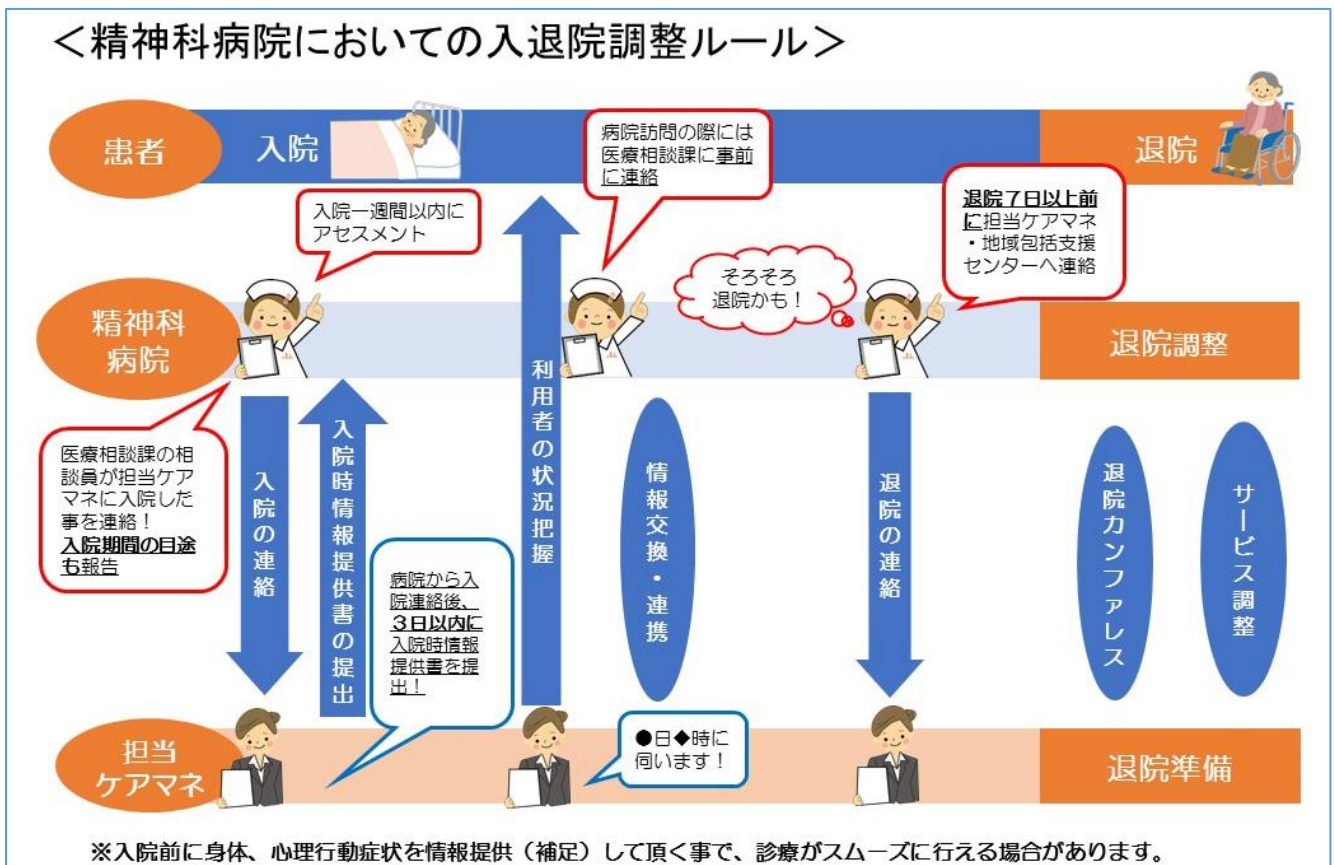
※ケアマネジャーは、リハビリ職等が自宅等を訪問する際に同行したい場合は、病院へ事前に連絡をしておく。

※病院担当者は、ケアマネジャーが、リハビリ職等が自宅等を訪問する際の同行を希望している場合は、ケアマネジャーへ連絡し同行できるように調整を行う。

- ・急に退院となった場合は、病院担当者は直ちに地域包括支援センターへ連絡する。
- ・地域包括支援センターは、病院担当者から退院調整開始について連絡を受けた場合は、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「退院調整情報共有書」（P.15）を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。また、地域包括支援センターは、ケアプランと併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。（家族の心理的支援等）

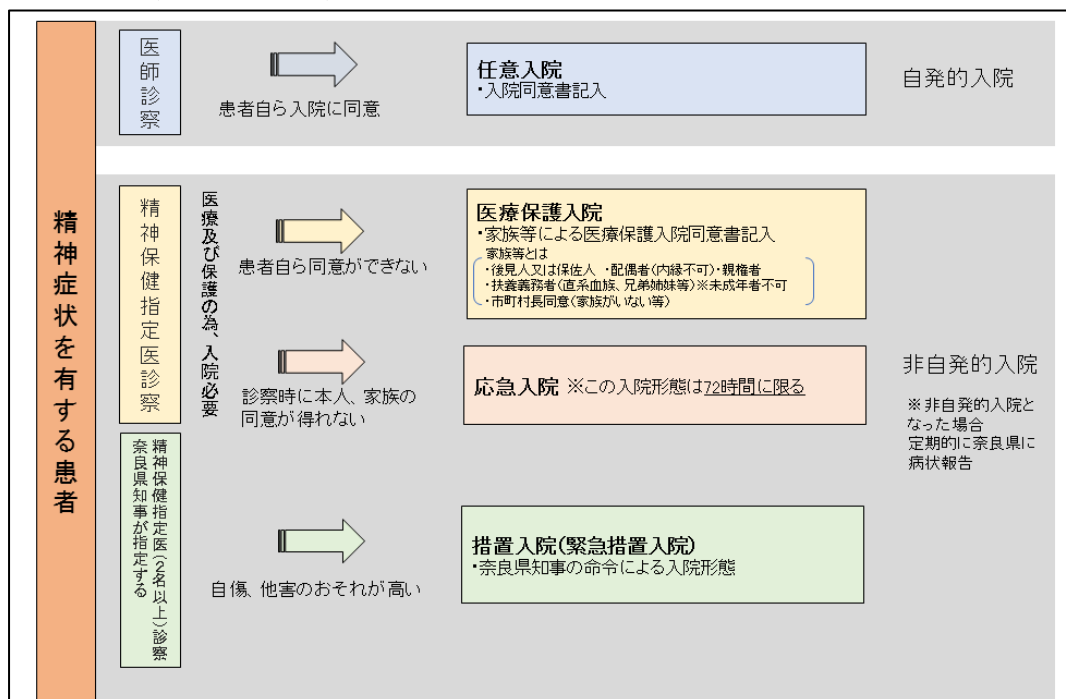
(4) 精神科病院での入退院調整ルール

＜精神科病院における入退院調整ルール＞



- ・緊急的に入院となることもあるため、入院時の連携がスムーズに行えるよう、担当ケアマネジャーは外来通院されている時から病院と情報共有しておくことが望ましい。

＜参考資料＞ 精神保健及び精神障害福祉に関する法律 入院形態 手続き概要



※病状により他入院形態へ変更可

(5) 入院患者の介護認定の有無等がわからない場合

- ・病院担当者は、家族や本人に確認しても入院患者の介護保険の利用が分からず、介護保険の利用が必要とされる場合は、介護保険担当窓口（P.16）へ問い合わせる。
- ・介護保険担当課は、病院から電話で問い合わせがあった場合は、個人情報保護の観点から適切に情報交換を行う。

(6) 個人情報の取り扱いについて

- ・医療介護の連携で必要な情報提供については、病院は、患者に対して院内掲示板等で利用目的の周知を図る。
- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所は、利用者との契約時に個人情報の使用について包括同意をとるなど適切な取り扱いを行う。
- ・医療機関や入所施設等から医療情報等を取得及び提供する必要があることを同意書に記載しておく（下記例示参照）。

居宅介護支援計画における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び関連法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

また、在宅の介護サービスの調整のために、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必要がある場合。

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、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

・氏名、住所、健康状態、家族状況その他の一切の利用者や家族個人に関する情報

・認定調査票（概要調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）

・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には、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や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

・その他の情報

4. 使用する期間 契約日～契約満了日

年 月 日

居宅介護支援事業所 ●●● 様

利用者 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代筆者 氏名 _____ 印 _____

家族の代表 住所 _____

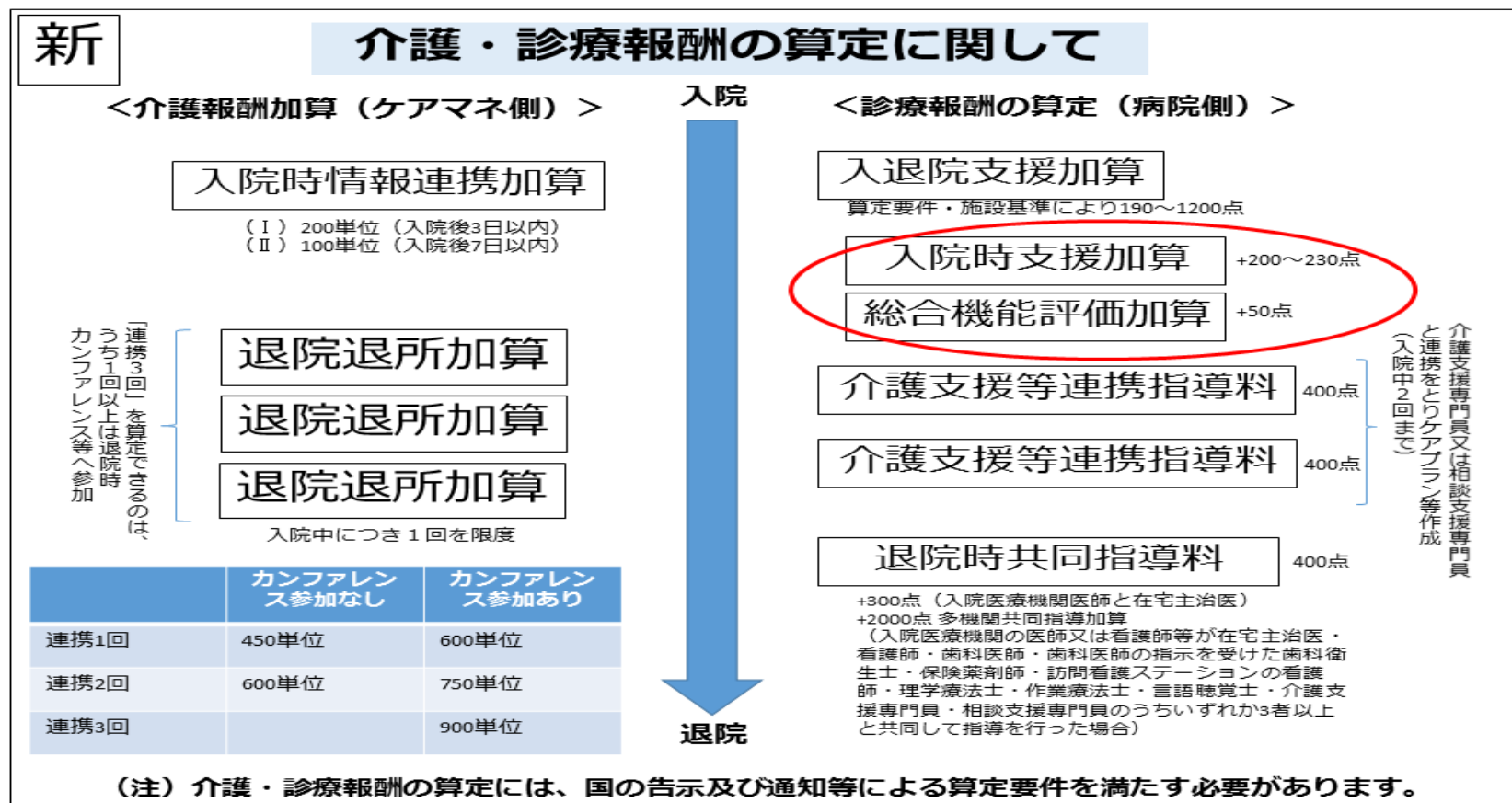
氏名 _____ 印 _____

4. 病院担当窓口一覧

	既に要介護認定を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)場合						入院前に要介護認定を受けていない(ケアマネジャーが決まっていない)場合		
	①ケアマネジャーからの 入院時情報提供書の提出について		②退院調整の期間(7 日以上前)を残し、自 宅退院の判断は可 能?	③誰がケアマネに入院 の電話をしますか?	④ケアマネとの面談主 体者は?	⑤誰がケアマネに退院 日を連絡する?	⑥誰が介護保険の説明 をする? (介護保険利用意向の確 認、介護保険の申請につ いて)	⑦誰が居宅介護支援事 業所や地域包括支援セ ンターに、介護保険申請 対象者の連絡をする?	⑧誰が居宅介護支援事 業所や地域包括支援セ ンターに、退院日を連絡 する?
	(電話をしてから) 手渡しの場合	FAX・郵送の場合							
秋津 鴻池 病院 医療法人鴻池会	部署:医療相談課 TEL:0745-63-0601 (代表) <月~土> 時間 9:00~16:30 <日・祝> 対応不可	部署:医療相談課 ○FAX 0745-62-1092 ○FAX受け取り確認可能時間帯 9:00~17:00 ○FAX受信可能な時間帯 24時間	主治医の判断 により可能	医療相談課 相談員	医療相談課 相談員	医療相談課 相談員	医療相談課 相談員	医療相談課 相談員	医療相談課 相談員
社会福祉法人恩賜財団 済生会御所病院	部署:地域医療連携室 TEL:0745-62-3585 <平日> ○時間 8:30~16:30 <第1・3土> ○時間 8:30~12:30 <日・祝、第2・4・5土> 対応不可	部署:地域医療連携室 ○FAX 0745-65-2380 ○FAX受け取り確認可能時間帯 平日 8:30~16:30 第1・3土 8:30~12:30 ○FAX受信可能な時間帯 24時間	主治医の判断 により可能	病棟看護師もしくは地域 医療連携室相談員 (①で情報共有出来てい る場合は連絡しません。)	病棟看護師 必要に応じて地域医療連 携室相談員等	カンファレンス時に退院日 を決定します。 開催がない場合は、家人 もしくは必要に応じて 地域医療連携室相談員、 病棟看護師	病棟看護師もしくは 地域医療連携室相談員等	地域医療連携室相談員等	カンファレンス時に退院日は 決定しています。

5. 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧 (令和2年度 奈良県地域包括ケア推進室作成資料)

(R2.12月現在)



※入院時情報連携加算について(平成30年度介護報酬改定に関するQ&A (Vol.1) より)

Q: 先方と口頭でのやりとりがない方法(FAXやメール、郵送等)により情報提供を行った場合には、送信等を行ったことが確認できれば入院時情報連携加算の算定は可能か。

A: 入院先の医療機関とのより確実な連携を確保するため、医療機関とは日頃より密なコミュニケーションを図ることが重要であり、FAX等による情報提供の場合にも、先方が受け取ったことを確認するとともに、確認したことについて居宅サービス計画等に記録しておかなければならない。

※上記の通り通知がありますので、送付日等を計画書等に記録するなど注意が必要

6. 参考様式

(1) 入院時情報提供書

入院時情報提供書										* FAXで情報提供する場合は個人情報消すこと。													
										入院日:令和 年 月 日													
										作成日:令和 年 月 日													
御中										★サービス計画書を添付すること。													
以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。																							
ふりがな										性別		生年月日											
氏 名										男 ・ 女		明 ・ 大 ・ 昭 年 月 日 (歳)											
住 所		御所市 TEL										家族構成											
												同居家族は○で囲む 【★:キーパーソン ☆:主な介護者 ○:女性 □:男性】											
緊急 連絡先	①	氏名 続柄() TEL 自宅																					
	□	住所 携帯																					
キーパー ソンに☑	②	氏名 続柄() TEL 自宅																					
	□	住所 携帯																					
住宅環境		一戸建て ・ 集合住宅(階) ・ エレベーター(有 ・ 無) 段差(有 ・ 無) 寝具(布団 ・ ベッド) トイレ(和式 ・ 洋式) その他(例:トイレが外等)										家族の状況(認知症状・役割・関わりの有無等)											
経済状況		年金 有() ・ 無 () その他() 生活保護(担当ケースワーカー:)																					
要介護度		総合事業対象者 要支援(1 ・ 2) 要介護(1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5) 申請中(新規 ・ 更新 ・ 区分変更) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 [被保険者番号:]																					
障害等認定		身障(種別: /)級 ・ 精神()級 ・ 療育(有 (A・B) ・ 無) ・ 原爆 ・ 指定難病()																					
かかりつけ医		(☐ 外来通院 / ☐ 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先										(☐ 外来通院 / ☐ 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先											
病歴・疾病		既往歴・治療状況・服薬状況 [薬剤情報書の添付(有 ・ 無)] 感染症: 無 ・ 有() アレルギー: 無 ・ 有()																					
介護サービス 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) ☐ 訪問リハ(回/週) ☐ 訪問看護(回/週) ☐ 短期入所(回/週) ☐ 住宅改修(年 月) ☐ 福祉用具貸与(内容:) ☐ その他(内容:)																					
		自立		見守り		一部 介助		全 介助		備考				自立		見守り		一部 介助		全 介助		備考	
食事		☐		☐		☐		☐		嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通 ・ 軟菜 ・ 刻み ・ ペースト ・ トロミ 経管栄養 箸 ・ スプーン ・ 自助具		外出		☐		☐		☐		☐			
												調理		☐		☐		☐		☐			
口腔清潔		☐		☐		☐		☐		義歯(無 ・ 有)(上 ・ 下 ・ 全部)		買い物		☐		☐		☐		☐			
移動		☐		☐		☐		☐		杖 歩行器 車椅子 シルバーカー		洗濯		☐		☐		☐		☐			
移乗		☐		☐		☐		☐				掃除		☐		☐		☐		☐			
起居		☐		☐		☐		☐				金銭管理		☐		☐		☐		☐			
入浴		☐		☐		☐		☐		入浴不可(シャワー・清拭) 自宅(浴室)・訪問入浴・通所系サービス		視力		普通・視力低下あり・眼鏡(無 ・ 有) 視野狭窄・視野欠損・全盲									
更衣		☐		☐		☐		☐				聴力		普通・やや難聴・難聴・補聴器(無 ・ 有)									
排泄		☐		☐		☐		☐		トイレ・ポータブルトイレ・尿器・カテテル オムツ(常時 ・ 夜間のみ) 失 禁(無 ・ 時々有 ・ 常時有) 下剤使用(無 ・ 有) 浣腸(無 ・ 有)		言語		支障なし・はっきりしない・話せない									
												理解		支障なし・やや困難・できない									
服薬管理		☐		☐		☐		☐		自己管理の状況		睡眠		良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無 ・ 有)									
医療処置		☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 膀胱留置カテテル										認知・ 精神面		徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力									
		☐ ストマ ☐ 褥瘡(部位:) ☐ その他()												その他()									
運動機能		麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他																					
その他(ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・介護力・医療上の注意点等)																							
情報提供事業所名										担当ケアマネジャー													
TEL										FAX													

【注】入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に従った算定条件を満たす必要があります。

(R2.12 作成)

※参考資料

障害高齢者の日常生活自立度（ねたきり度）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、排泄は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てない

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。	
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。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	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	家庭内で上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応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。	
III a	日中を中心として上記III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
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・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
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

(2) 退院調整情報共有書

退院調整情報共有書									
★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです									
ふりがな				性別		生年月日			
氏名				男・女		明・大・昭 年 月 日(歳)			
住所		御所市		入院期間(予定)					
TEL				令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日(予定)					
緊急連絡先	①	氏名 続柄() TEL 自宅				家族構成 同居家族は○で囲む 【★:キーパーソン ☆:主な介護者 ○:女性 □:男性】			
	□	住所 携帯							
キーパーソンに☑	②	氏名 続柄() TEL 自宅							
	□	住所 携帯							
住宅環境		一戸建て・集合住宅(階)・エレベーター(有・無) 段差(有・無) 寝具(布団・ベッド) トイレ(和式・洋式) その他(例:トイレが外等)							
経済状況		年金 有()・無 その他() 生活保護(担当ケースワーカー:)				家族の状況(認知症状・役割・関わりの有無等)			
要介護度		(未申請・区分変更中・新規申請中・非該当)総合事業対象者 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日							
病院主治医		(科)		在宅主治医		医療機関・主治医名			
疾病の状態	主病名					手術		無・有(手術名:)	
	副病名					既往歴			
	主症状								
	合併症								
	服薬状況	入院時の服薬管理・状況、本人の能力等				退院時処方(薬剤名・薬剤の剤形・投与経路・一包化の有無等)			
今後の見通し	今後の病状、治療の見通し(進行する疾患であれば期間の予測等)、通院頻度等								
疾患についての説明内容	病院から患者・家族への説明内容/患者・家族の受け止め方/患者・家族の希望								
特別な医療		☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 気管切開 ☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ カテーテル(膀胱留置・導尿) ☐ ストマ ☐ 褥瘡 ☐ 点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ 疼痛管理 ☐ その他()							
退院指導の状況		☐ 無 ☐ 有 *有の場合 <内容>(誰に指導したか) 理解度 本人: ☐ 十分 ☐ 不十分(問題点:) 家族: ☐ 十分 ☐ 不十分(問題点:)							
		自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子/在宅での留意点			
食事		☐	☐	☐	☐	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 箸・スプーン・自助具 制限(無・有) 制限内容(塩分・水分・その他())			
口腔清潔		☐	☐	☐	☐	義歯(無・有)(上・下・全部)			
移動		☐	☐	☐	☐	☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ 装具・補装具 ☐ その他()			
移乗		☐	☐	☐	☐				
起居		☐	☐	☐	☐	起き上がり(可・不可) 座位保持(可・不可) 立ち上がり(可・不可) 立位保持(可・不可) 寝返り(可・不可)			
入浴(洗身)		☐	☐	☐	☐	洗身(可・不可・行っていない) 入浴制限(無・有)(シャワー・清拭・その他()) 入浴時の留意点:			
更衣		☐	☐	☐	☐				
排泄		☐	☐	☐	☐	トイレ・ホータルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ(常時・夜間のみ)・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・有) 下剤使用(無・有) 浣腸(無・有)			
服薬管理		☐	☐	☐	☐	1回配薬・1日配薬	睡眠	良眠・時に不眠・不眠(時間)	睡眠剤使用(無・有) 夜間の睡眠状況:
認知・精神面		認知症高齢者の日常生活自立度(自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ)				認知症の原因疾患: 精神状態(疾患)(無・有()) 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力 その他()			
リハビリ等		リハビリテーション(無・有)頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容: 麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他							
特記事項									
退院後の次回受診日		令和 年 月 日()				退院後の受診医療機関			
情報提供機関名						TEL			
面談・カンファレンス日時(シート記入日)		令和 年 月 日() : ~ :				面談者(所属・氏名)			

【注】退院・退所加算の算定には、国の通知等に関する算定条件を満たす必要があります。

(R2.12 作成)

7. 関係機関一覧（令和3年2月現在）

■ 病院（入院ができる医療機関）

（五十音順）

	事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
1	医療法人鴻池会 秋津鴻池病院	639-2273	池之内 1064	63-0601	62-1092
2	社会福祉法人恩賜財団 済生会御所病院	639-2306	三室 20	62-3585	65-2380

■ 居宅介護支援事業所

※マニュアル完成時に最新の事業所一覧に差し替え予定です。

	事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
1	いぶき居宅介護支援事業所	639-2204	南十三 66-3	62-5833	60-3879
2	医療法人 榎本医院	639-2251	戸毛 1248	67-0908	67-0932
3	居宅介護支援事業所あさひ	639-2205	東辻 95-5	62-7762	62-7816
4	居宅介護支援事業所しあわせ	639-2312	櫛羅 152-2	62-2334	64-0313
5	居宅介護支援事業所とき	639-2211	(JR 御所駅前通り)84	62-3251	65-2063
6	社会福祉法人仁南会 国見苑ケア・リハビリ 在宅介護支援センター	639-2244	柏原 1594-1	63-1215	63-1104
7	ケア・リハビリ歩	639-2301	元町 374-2	63-1886	63-1895
8	ケア・リハビリもみじ	639-2306	三室 697-1	43-5896	43-5897
9	医療法人鴻池会 鴻池会居宅介護支援事業所	639-2273	池之内 1064	64-2062	64-2061
10	コミュニティ・ケア・ぽかぽか	639-2304	(大広町)180	43-6541	43-6542
11	社会福祉法人恩賜財団 済生会御所病院 居宅介護支援事業所	639-2306	三室 20	62-3585	62-7156
12	社会福祉法人明徳会 テグ・ヘル御所	639-2268	船路 415	66-2500	66-2512
13	社会福祉法人明徳会 テグ・ヘル御所わかば館	639-2216	(御国通り)364-1	64-2500	64-2501
14	社会福祉法人三寿福祉会 友幸苑ケア・リハビリ	639-2266	重阪 771-1	0747- 26-1177	0747- 26-1234
15	由衣の里居宅介護支援事業所	639-2272	蛇穴 521-1 デ・イ・ビスらぎ野内	43-7811	43-7812

■ 地域包括支援センター

	事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
1	御所市地域包括支援センター	639-2298	御所市 1-3	65-2020	65-2344

■ 市 関係課

	事業所名	郵便番号	住所	電話番号	FAX 番号
1	高齢対策課 介護保険認定給付係	639-2298	御所市 1-3	44-3492	65-2344
2	高齢対策課 高齢対策係	639-2298	御所市 1-3	44-3493	65-2344

8. 参考資料

※ジェノグラムは、文献によって様々な書き方があるので、必ずこのとおりということではありませんが、『子どもの出生の順番は長子を左端とし、順番に右へ』等、基本的なところは統一できればと考えています。

ジェノグラムの作り方（厚生労働省ホームページより）

- ・ ジェノグラムとは、一般的に家系図のことである。
- ・ 以下に、図式化するための表記法を挙げる。

1. 家族構造

(1) 性別

男性  女性 

(2) 中心人物

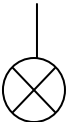
男性 IP  女性 IP 

(3) 誕生年と没年

誕生年→43 : 62←没年

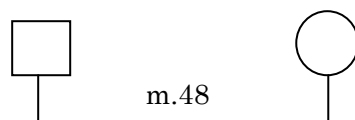


(4) 妊娠、流産、中絶、死産

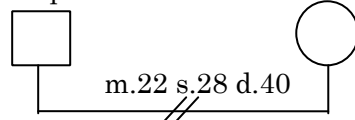
    
妊娠 死産 流産 人工中絶

2. 婚姻関係等

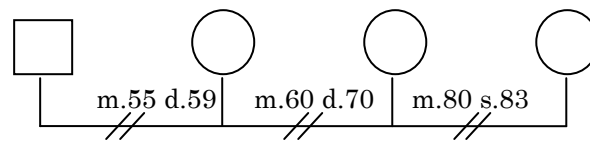
(1) 婚姻関係（m=marriage：結婚）



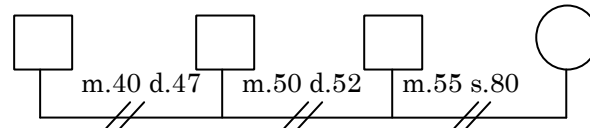
(2) 別居（s=separation：別居）、離婚（d=divorce）



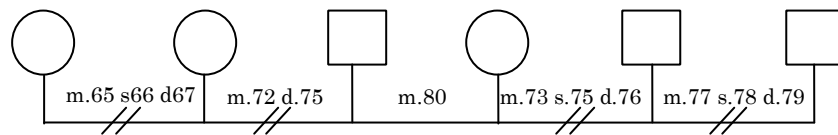
(3) 何度も結婚歴のある夫



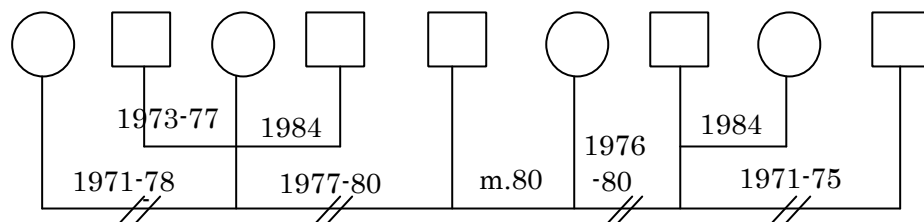
(4) 何度も結婚歴のある妻



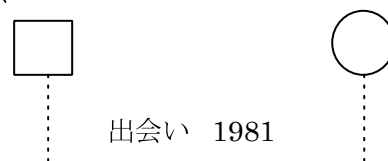
(5) 共に結婚経験のある夫婦



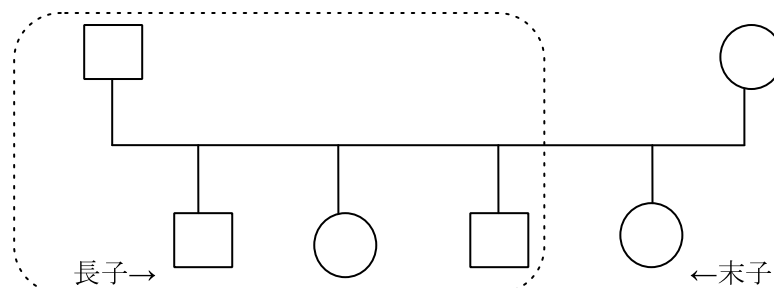
(6) 過去の結婚相手もそれぞれ再婚している夫婦



(7) 内縁関係



(8) 同胞（きょうだい）の出生順位



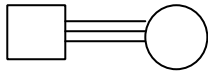
(9) 同居家族：点線で囲む

*家族に関する情報を記載する

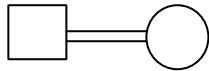
- ①年齢
- ②職業
- ③出身地
- ④結婚のいきさつ：見合い・恋愛・できちゃった婚 など
- ⑤別居の理由：夫の暴力・妻の浪費 など ⑥離婚：離婚に至ったいきさつ・協議離婚・調停離婚（主な争点・申立人・親権をめぐっての対立かどうか） など
- ⑦転居
- ⑧収入・学歴：ローンの返済 など
- ⑨非行・犯罪歴：ケースによっては警察への前科紹介が重要である
- ⑩命日・死亡原因：事故死・自殺・病死（病名） など
- ⑪子の名付け：誰が名付け親なのか、命名に込められた期待などが重要である
- ⑫疾病の有無

3. 家族の関係性

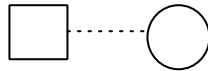
(1) 融合



(2) 親密



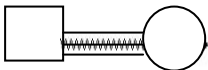
(3) 疎遠



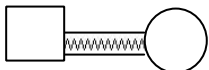
(4) 敵対



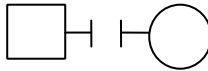
(5) 融合し敵対



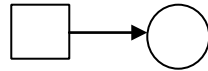
(6) 親密で敵対



(7) 遮断



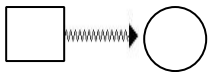
(8) 強い関心／干渉



(9) 性的虐待



(10) 身体的虐待



9. 御所市における入院中の認定調査の取り扱いについて（令和3年2月時点）

事 務 連 絡

令和3年2月2日

入院中の認定調査の取扱いについて

御所市 高齢対策課
介護保険認定給付係

この度、入院中の被保険者より要介護認定申請を受けた場合の認定調査の取扱いについて、下記のとおり取扱うこととしましたので報告いたします。

入院中に要介護認定申請をした場合、次の①②のいずれにも該当する場合に関し
ては、病院内で調査を行うこととします。

- ① 状態が安定しており、退院の目途がたっている場合
- ② 次のうち、いずれかに該当する場合
 - ・「新規申請」または「要支援認定者の区分変更申請」の場合
 - ・退院後の在宅復帰が困難で、施設入所を検討している場合
 - ・生活保護受給者で、退院後すぐにサービスを必要とする場合
 - ・認知症等により調査に立会が必要だが、退院後では立会人がいない場合
 - ・末期がん患者等で、緊急を要する場合
 - ・その他、緊急を要する場合

※ その他の場合は、退院後に居住地で調査を行うこととします。

厚労省老健局老人保健課長通知により認定調査の場所については「日頃の状況を把握できる場所とする」とされていること、入院中の認定調査で判定を行うと適正な介護度が出にくいこと、また認定審査会委員からも同様の意見があったこと等から、このような取扱いをさせて頂くこととしています。引き続き、ご理解とご協力をお願いいたします。

10. 奈良県内の入退院調整ルールにおける取り扱い方針（奈良県HPより）

奈良県では、医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的として、病院とケアマネジャーの入退院における引継手順をルール化した「入退院調整ルール」が各地域で策定されています。

平成30年度中には、奈良県内では36市町村8圏域で策定される見込みであり、各圏域の病院とケアマネジャーが協議を重ねて、地域の実情に応じてルールを策定しているため、圏域ごとのルールに若干の違いがあります。

この取り扱い方針は、担当している患者・利用者が圏域を越えて入退院をする際に混乱が起きないように、奈良県内における基本的な対応方針を記載したものです。取り扱い方針に則ってルールを運用した場合でも、患者・利用者の入退院調整に不利益を生じる事例がありましたら、各圏域のルールの見直し協議等に事例を挙げていただきますようお願いいたします。

- ・ 圏域を越えて入退院調整を行う際には、原則として当該医療機関や事業所が所属する策定圏域のルールに則って運用してください。
- ・ 圏域を越えて病院やケアマネジャー等から連絡があった場合、連絡のタイミングや方法に若干の違いがある点についてご理解していただき、対応をお願いします。その際、患者・利用者にとって具体的に不利益等が生じた場合には、その内容について各圏域のルールの見直し協議等に事例を挙げていただくとともに、県にもご報告願います。
- ・ 入院時情報提供書、退院調整情報共有書は、当該事業所及び地域包括支援センターが所属する圏域の様式を活用してもらって結構です。不足している情報があれば、病院とケアマネジャーが直接情報交換を行い、必要な情報を共有してください。
- ・ 入退院調整における相手方の連絡窓口は、別添の各圏域の病院窓口一覧及び地域包括支援センター一覧を確認し、連絡してください。（生駒市内の病院は圏域を越えて退院する患者の住所地付近の居宅介護支援事業所の情報が不足する場合、患者の住所地の地域包括支援センターにご相談ください。）
- ・ 「介護認定を受けているかどうか分からない、または担当ケアマネジャーが分からない場合」、圏域を超えて市町村介護保険担当課に連絡をする場合は、原則本人または家族が連絡し、能力的に困難な状況の人の場合は、本人または家族の了承を得たうえで、病院担当者が市町村介護保険担当課へ問い合わせてください。
- ・ 県では、県内全域でルールが策定されるよう取り組んでいきますが、当面の間ルール未策定地域の病院・ケアマネジャー等と連携する場合は、個別対応をお願いします。



御所市役所 高齢対策課
御所市地域包括支援センター

住 所：奈良県御所市１－３
電 話：０７４５－６２－３００１（市役所代表）
０７４５－６５－２０２０（包括直通）
ＦＡＸ：０７４５－６５－２３４４
Ｅ-mail：kourei@city.gose.nara.jp