

関係者向け



入退院連携ガイドライン

～切れ目のない病院と地域の連携を目指して～

超高齢化社会・多死社会で医療・介護に求められる役割が変化しています。

医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者の増加や病院機能の変化により、入退院支援に係わる医療・介護サービスの連携がますます必要となってきました。

そのために、医療機関と地域の支援担当者は日頃から、病院・地域の資源、その流れの把握等を情報共有し、円滑な連携の実践ができるよう心掛けることが大切です。

本ガイドラインは、入退院の際、患者・家族が、必要な医療と介護サービスを切れ目なく受けることができるよう作成されたものです。入退院の連携にご活用ください。

松江市

令和5年3月

目 次

1. 本ガイドラインの目的、支援の対象者、支援の担当者	1
2. 入退院時における連携プロセスとチェックポイント	2
①フローシート	3
②チェックポイント	4
3. 松江市内の病院の機能について	6
① 医療機能について	7
② 精神保健福祉法に基づく精神科への入院について	8
4. 様式・資料	9
松江市版基本情報・情報提供書	10
医師とケアマネジャーの連絡	12
歯科医師とケアマネジャーの連絡票	13
訪問看護の情報（療養に係る情報）提供書	14
訪問看護ステーション連絡票	15
入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬	16
介護保険と医療保険の訪問看護利用	17

1. 本ガイドラインの目的、支援の対象者、支援の担当者

【本ガイドラインの目的】

このガイドラインは、入退院に際して、医療機関のスタッフと生活の場を預かる在宅医療・介護サービスの連携推進体制の標準化により、円滑な入退院支援の実施を目的とします。

【「松江市入退院連携ガイドライン」使用の心得】

1. 本人・家族の意思決定の尊重

入退院支援は、本人・家族がどのように今後の治療や療養を望んでいるかを、本人・家族と話し合い、本人・家族の意思決定の尊重を大切にします。

▶ アドバンス・ケア・プランニングの実施

…人生の最終段階の医療・ケアについて、本人が家族や医療・介護サービスチーム等と事前に繰り返し話し合うプロセス。

2. 医療・介護を担う各々の専門職の役割を尊重

病状や生活の変化に応じて、入退院の期間や療養先は変化します。

他の職種と情報交換を心掛け、各々の役割を尊重することに努めます。

【支援の対象者】

- ① 介護保険サービスを利用している人
- ② 退院後に新たに介護保険サービスを利用する人
- ③ 医療保険の訪問看護を利用している人
- ④ その他、必要と判断した人

【支援の担当者】

- ① 居宅介護支援事業所・施設のケアマネジャー
- ② 地域包括支援センターの担当者
- ③ 訪問看護ステーションの訪問看護師
- ④ 病院担当者(入退院支援担当者)
- ⑤ 行政担当者(松江市介護保険課他)

2. 入退院時における連携プロセス とチェックポイント

- ① フローシート
- ② チェックポイント

① 入退院連携ガイドライン フロアシート



1. 入院前からの関わり	2. 入院の連絡	3. 入院時の情報提供	4. 入院中の情報共有	5. 退院(転院)調整	6. サービス調整	7. 退院カンファレンス (目的を明確に)	8. 退院時(転院時)の連絡、情報提供	9. 医療機関へ退院後の様子のフィードバック
【病院】 ・地域担当者を調べる ・ケアマネに連絡するよう家族に依頼 ・入院前に要受診・退院後の要支援は情報提供する 【ケアマネ】 ・入院に備えての準備 ・予定入院:「基本情報提供書」送付 【施設ケアマネ】 ・入院に備えての準備 ・予定入院の場合:「基本情報提供書」送付 【訪問看護】 ・入院に備えての準備 ・予定入院:「訪問看護情報提供書」送付	【病院】 ・ケアマネへの連絡確認 【ケアマネ】 ・病院への情報提供の許可を本人・家族に得ておく ・在宅での介護サービスの停止 ・病院担当者の確認 【施設ケアマネ】 ・病院への情報提供の許可を本人・家族に得ておく ・在宅での介護サービスの停止 ・病院担当者の確認 【訪問看護】 ・入院に備えての準備	【病院】 ・3日以内 退院支援困難の患者抽出 ・7日以内 要退院支援の本人、家族との面談。入院時カンファレンスの実施 【ケアマネ】 ・「基本情報提供書」にて情報提供 ・必要に応じて、入院時カンファレンスへの参加 【施設ケアマネ】 ・「基本情報提供書」にて情報提供 ・必要に応じて、入院時カンファレンスへの参加 【訪問看護】 ・「訪問看護情報提供書」の送付	【病院】 ・退院に向けた医療・看護上の課題、在宅復帰に向けての課題の検討 ・介護保険サービス利用が新規の場合:担当者を決める 【ケアマネ】 ・入院の見込み期間の確認 【施設ケアマネ】 ・入院の見込み期間の確認 ・必要となる医療処置の確認 【包括】 ・介護保険サービス利用が新規の場合:担当者を決める	【病院】 ・退院決定(転院)連絡をする (ケアマネ、訪問看護等) ・医療依存度の高いケースは、早めに訪問看護検討、連絡 【ケアマネ】 ・退院(転院)連絡をもらうよう依頼しておく ・医療依存度の高いケースは、早めに訪問看護検討、連絡 【施設ケアマネ】 ・退院(転院)連絡をもらうよう依頼しておく 【訪問看護】 ・医療依存度の高いケースは、早めに情報収集 ・リハビリの適応についても検討	【病院】 ・訪問看護導入は、かかりつけ医・ケアマネに相談 【ケアマネ】 ・療養環境整備の早めの準備 ・退院前カンファレンスに向けてのケアプラン作成 【施設ケアマネ】 ・退院前カンファレンスに向けてのケアプラン作成 【訪問看護】 ・かかりつけ医・病院との情報共有と相談 ・リハビリの適応についても検討	【病院】 ・事前準備 【ケアマネ】 ・事前準備 ・ケアプランの提示 【施設ケアマネ】 ・事前準備 (施設内での確認事項の確認等) 【訪問看護】 ・事前準備 ・継続看護ケアについて提示及び提案	【病院】 ・情報提供 退院カンファレンス後の状況の変化など 【ケアマネ】 ・転院の場合転院先への基本情報提供書提示の許可を本人、家族に得る 【施設ケアマネ】 ・施設受け入れの準備 【訪問看護】 ・退院後初回訪問の準備	【病院】 ・フィードバック受付窓口での受け入れ ・フィードバックされた内容の情報共有 【ケアマネ】 ・訪問、モニタリングの結果を報告 【施設ケアマネ】 ・モニタリングの結果を報告 【訪問看護】 ・訪問、モニタリングの結果を報告

【地域包括支援センターへ紹介するケース】
 退院後、サービス利用予定がない場合でも
 ・介護保険の利用は了承されないが、退院後が心配
 ・一人くらしの認知症の方の見守り等、ケアマネ支援が必要
 *情報提供が、退院直前にならないよう配慮しましょう。

【フローシート】
 入退院連携に関する流れ図です。概略を示しています。詳細は、入退院時における連携プロセスとチェックポイントをご覧ください

②入退院時の医療・介護連携チェックポイント

地域の担当者

病院

(1) 入院前からのかかわり

- 各病院の機能・連携窓口の確認
⇒「病院と地域の連携方法一覧」参照
ホームページ:松江市社会福祉協議会>松江市在宅医療・介護連携支援センター>地域の医療・介護の資料集>病院と地域の連携方法一覧
- 入院に備えての準備
 - ①日頃から本人・家族に、入院が決まった時は地域の担当者に連絡するよう伝える。
 - ②病院担当者に地域の担当者が分かるよう、お薬手帳に名刺を入れる等の工夫を行う。
 - ③入院連絡を受けて速やかに「基本情報・情報提供書」を病院に提供できるよう、随時更新を行う。
- 予定入院の連絡を受けた場合
【ケアマネ】
病院担当者と、入院に必要な情報を共有する。
【訪問看護】
「訪問看護情報提供書」を病院に送る。

- 「病院と地域の連携方法一覧」に変更がある際、在宅医療・介護連携支援センターに連絡する。
- 地域の担当者を調べる方法を知る。
 - ①本人・家族に確認する。
 - ②地域包括支援センターに確認する。
 - ③介護保険にかかわる情報については、介護保険課に相談(認定係 55-5936)



(2) 入院の連絡

- ①担当者は入院の連絡を受けたら、病院担当者、入院病棟、担当医を確認する。
 - ②介護保険サービスを利用している場合、停止する。
- ①入院についてケアマネに連絡をしたかどうか、本人・家族に確認する。
 - ②本人・家族からの連絡が困難な場合等、必要に応じてケアマネに入院連絡を行う。

(3) 入院時の情報提供

同一疾病での再入院や、概ね1週間以内の短期入院・検査入院等で状態の変化がない場合は、支援の担当者間で相談の上、情報提供は簡略化とすることが可能。

- 【ケアマネ】
病院担当者へ速やかに「基本情報・情報提供書」を送る。また、必要に応じてかかりつけ医や、訪問看護ステーション等の関係機関に連絡する。
- 【訪問看護】
「訪問看護情報提供書」を病院へ送る。
- 【情報提供時の注意点】
 - ①短期間に入退院を繰り返している場合は、在宅の状況について詳しく情報提供を行う。
 - ②土日・祝日等の情報受入れ窓口が停止している場合、FAXでの情報提供は不可。直接病棟に連絡する。

- 入院後3日以内
 - ①退院困難な患者のスクリーニングを行う。
 - ②本人・家族のききとりや、ケアマネや訪問看護からの情報提供書を活用し、在宅生活の状況について情報収集する。
- 入院後7日以内
退院に向けた医療・看護上の課題、地域から情報提供を踏まえ、「退院支援計画書」を作成する。

入院時カンファレンスについて

入院後概ね7日以内に行われる病院内の多職種カンファレンス。入院時から、退院に向けて情報共有し、スムーズな退院を目指すもの。
その際、地域の担当者に対し、入院前の日常生活の様子などの情報提供や、入院時カンファレンスの参加を依頼される場合もある。

(4)退院に向けての情報共有

●入院の見込み期間の確認方法

- ①病院から本人・家族に渡される「入院診療計画書」を確認する。
- ②病院担当者に確認する。

●施設からの入院の場合

施設により医療処置の実施体制が異なるため、施設への退院が可能か確認する。

介護保険の申請(新規・更新)について

介護保険の申請(新規・更新)は、病院担当者と地域の担当者と相談し、本人・家族に説明し決定する。

入院中の連絡

- ・入院時の情報提供の際に入院後の流れを確認し、その後は情報共有を随時行い、退院に向けて準備をする。
- ・入院中の状況で退院の困難さが予想される時は、特に綿密に連絡を取り合い、方向性について一緒に検討する等、情報共有を行う。
- ・退院の時期が決まったら、現在の本人・家族の状況を確認しながらサービス調整に入る。

●入院中に退院時期を随時確認し、病院担当者、本人・家族へサービス調整に要すると考えられる時間を伝える。

●新規患者を地域の担当者へ紹介する場合は、在宅療養となる可能性が考えられる時点で早めに行う。

(5)退院に向けてのサービス調整・カンファレンス

●退院に向けてのサービス調整

- ①環境整備(住宅改修等)に時間がかかる場合は早めに準備を始める。
- ②対応の変更等で、サービス担当者が受け入れ時間を要する可能性がある場合、早めにその旨を病院担当者に伝える。

●実際の在宅状況を想定した退院指導となるよう地域の担当者(ケアマネ・訪問看護等)と情報共有する。

退院前カンファレンス開催・参加メンバーの決定

退院前カンファレンスは、すべての患者に対して行われるものではない。カンファレンス開催は、患者の状況を踏まえ、病院主体となり地域の担当者と相談の上、開催を決定する。

(6)退院時(転院時)の連絡、情報提供、フィードバック

●転院の場合

ケアマネは、転院先病院が「基本情報・情報提供書」を希望する場合、本人・家族の了承を得て送付する。

●転院の場合

医師・看護師・セラピスト等、必要に応じて転院先へ情報提供を行う。

退院後のフィードバック

退院後、困ったことや相談したいこと、連携してよかったことなどお互いに情報交換しフィードバックしましょう!

3. 松江市内の病院の機能について

- ① 医療機能について
- ② 精神保健福祉法に基づく
精神科への入院について

①医療機能について

(令和2年10月現在)

高度急性期

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が特に高い医療を提供する機能

急性期

急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能

回復期

急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能。

慢性期

長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能

緩和ケア病棟

救命救急、集中治療室、ハイケアユニットなど急性期の患者に対して特に、診療密度が高い
 平均在院日数 18日以内
 看護師配置(患者7人に対し看護師1人) 7:1以上
 在宅復帰・病床機能連携率 8割以上
 (入院患者の在宅復帰及び病棟の連携を促す数字)

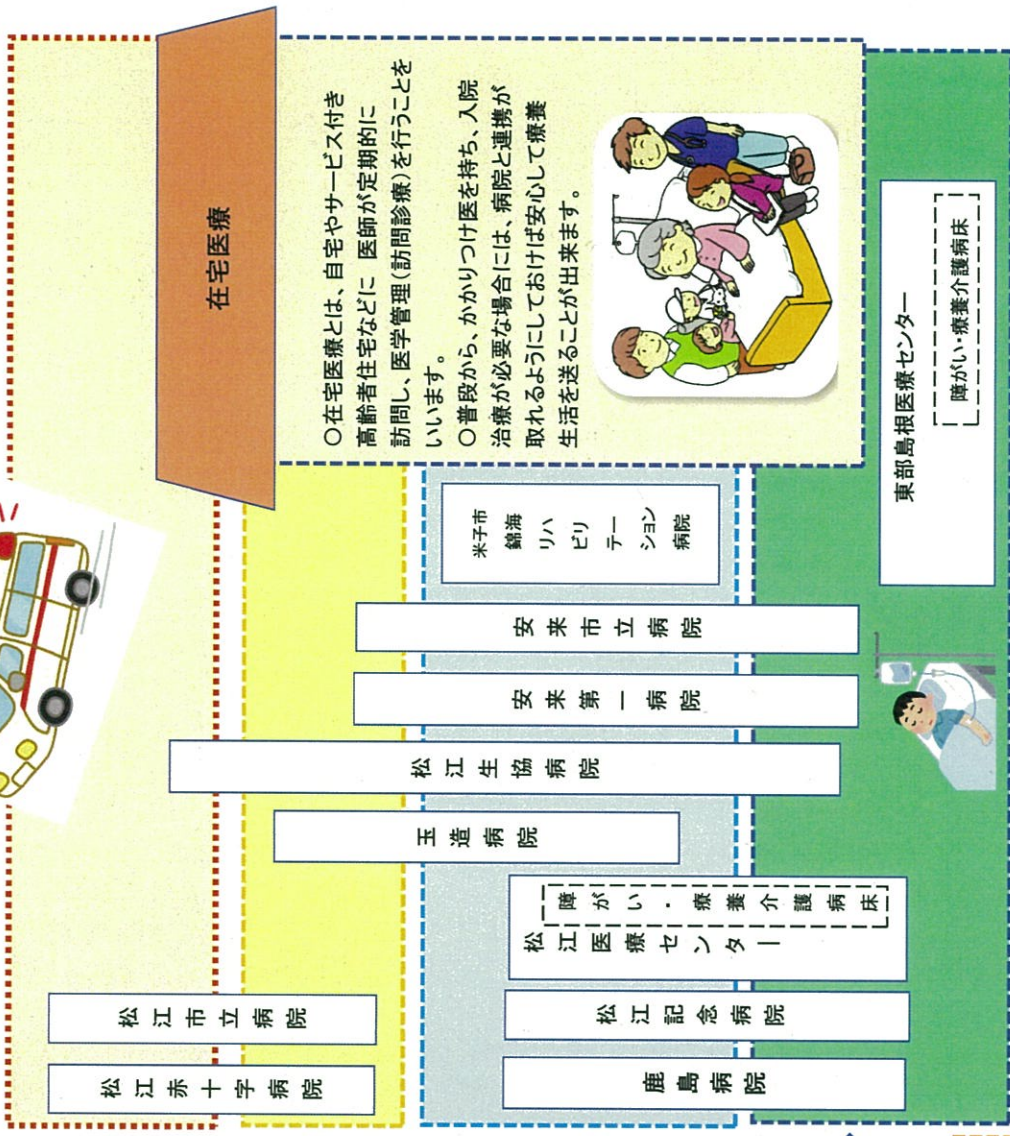
軽症から重症むけ。状態の安定化に向け、診療密度が高い
 平均在院日数 21日以内
 看護師配置(患者10人に対し看護師1人) 10:1以上

在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを行う
 ○回復期リハビリテーション病棟
 在宅復帰率 7割以上
 ○地域包括ケア病棟
 かかりつけ医などからの紹介により、自宅からの受け入れ1割以上
 ・1日40分以上のリハビリ実施
 ・60日以内の在宅復帰
 ・在宅復帰率7割以上

長期にわたり療養が必要
 ○療養病棟: 医療的治療を必要とする患者の長期療養を担う
 ○障がい者病棟: 重度の障がいの患者の治療・看護・リハビリの継続

松江市立病院
 がん患者さんやご家族の気持ちや症状のつらさに対する治療(つらさをやわらげる治療=緩和ケア)を専門とする病棟

病院名	特徴
松江青葉病院	精神科急性期から慢性期まで対応。高次脳機能障害拠点病院。ギャンブル等依存症専門医療機関
こなんホスピタル	アルコール障がい拠点病院。認知症のBPSDの対応
八雲病院	精神科急性期から慢性期まで対応
安来第一病院	急性期から慢性期まで対応、認知症治療病棟あり



医療機関が、協力・連携して、退院までをサポートします。



松江市病棟連携推進会議 開催の様子

退院後に住み慣れた地域での生活を支援するために、市内の病院同士や診療所(かかりつけ医)、介護保険施設・事業所、地域包括支援センターなどの多機関が連携しています。市内の急性期病院、回復期・慢性期病棟の医療相談員も定期的に集まり、情報交換をしています。

②精神保健福祉法に基づく精神科への入院について

精神科病院への入院は、精神保健福祉法に基づき以下の4つのいずれかになります。

かかりつけ医がある場合、主治医から精神科への入院が必要との判断があったら、入院を希望する病院担当者に事前に連絡をとり、相談をしましょう。入院適応がどうか、また入院形態がどれになるかは診察の上での判断となります。いずれにしても本人だけでなく身体既往歴や生活歴などの経過をご存知の同伴者の方(ご家族含む)から、詳しくききとりすることになるので、診察には時間を要します。

(連絡先→「医療機関と地域の連携方法一覧」参照)

入院形態	対象	要件	備考
任意入院 (法第 20 条)	入院について本人の同意が見込まれる精神障害者。	入院に際して入院中の権利事項その他の事項について書面で説明を行い、患者から同意を得て、入院同意書に署名。	
措置入院／緊急措置入院 (法第 29 条／法第 29 条の2)	入院させなければ自傷他害(*)のおそれがあると認められた精神障害者。	精神保健指定医2名の診療の結果が一致した場合に都道府県知事が措置。	*自分自身を傷ついたり、他人を傷つけたり、何らかの迷惑・犯罪行為をする可能性が高い場合。
医療保護入院 (法第 33 条)	精神障害者であり、医療及び保護のため入院の必要がある者であって、任意入院が行われる状態にないと判断された者。	精神保健指定医の診察及び家族等(*)のうちいずれかの者の同意が必要。	*配偶者、親権者、扶養義務者、後見人又は保佐人、該当者がいない場合等は、市町村長。
応急入院 (法第 33 条の7)	直ちに入院させなければ、医療及び保護を図る上で著しく支障があり、精神障害のために任意入院が行われる状態にないと判断された者。	急速を要し、その家族等の同意を得ることができない場合において、精神保健指定医(または特定医師)の診察の結果 72 時間に限り入院させることができる(特定医師による診察の場合は 12 時間まで)	応急入院指定病院に入院となる。

4.様式・資料

【様式】

様式	用 途
基本情報・情報提供書	ケアマネが自分の担当する利用者について、病院入院時や介護保険サービス利用時、医師への情報提供時に使用する。
医師とケアマネの連絡票 歯科医師とケアマネの連絡票	ケアマネから医師・歯科医師に介護保険サービス等について相談したい時に使用する。
訪問看護の情報提供書	訪問看護師が自分の担当する利用者について、入院時に情報提供する際に使用する。
訪問看護ステーション連絡票	訪問看護師が自分の担当する利用者について、多職種と情報提供する際に使用する。

【資料】

① 入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬

② 介護保険と医療保険の訪問看護の利用について

(島根県高齢者福祉課 居宅介護サービス事業所の手引き「訪問看護」令和4年10月 より抜粋)

様

基本情報・情報提供書

記入年月日 令和 年 月 日

事業所名	TEL () -
担当介護支援専門員	FAX () -

利用者の名前	性別	生年月日	年	月	日 () 歳	
住所	本人連絡先	自宅 () -	携帯 () -			
被保険者番号	緊急連絡先 ①	() -				
	緊急連絡先 ②	() -				
* 要介護度	総合・要支・要介 () ・申請中・未申請	障害手帳	無・有 (身障・精神・知的)		級	
	認定日 (R . .)	障害名				
	認定期間 (. . ~ R . .)	日常生活自立度	自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2			
		* 認知度	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M			
家族状況等	《家族構成》	* 世帯状況	名前	続柄	備考	
		独居				
		高齢者世帯				
		日中独居				
		その他				
	主：主介護者、☆：キーパーソン					
* 介護力等		近隣の協力等				
* 医療情報	現病名 既往歴 * 入院歴 感染症等	受診状況 医療機関 (TEL)			服薬状況	
経済状況	生活保護	無・有	課税状況	課税・非課税	介護保険負担割合	割
	年金		円/月		負担限度額軽減	無・有
	金銭管理	本人・その他 ()			社会福祉法人減免	無・有

生活に対する意向	
生活歴	
経過	
在宅(施設)生活に必要な要件	

週間スケジュール

- 訪問介護 (回/週) 訪問入浴 (回/週) 訪問看護 (回/週) 訪問リハ (回/週)
 通所介護 (回/週) 通所リハ (回/週) 短期入所 (回/月) 福祉用具 ()
 その他 ()

住宅状況 一戸建・集合住宅(持家・賃貸)・その他()
特記:

一日の過ごし方
活動・趣味

心身等の状況	身長	cm	体重	kg (BMI)	6ヶ月間の体重の変化	<input type="checkbox"/> 増加	<input type="checkbox"/> 維持	<input type="checkbox"/> 減少
	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)			
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)			
	座位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)			
	立位	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 支えが必要	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)			
	麻痺	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(特記)				
	拘縮	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(特記)				
	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 見えない	(特記)			
	聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 聞こえない	(特記)			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 話せない	(特記)			
	理解	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 困難	(特記)			
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難	<input type="checkbox"/> 困難	(特記)			
	精神周辺症状	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり	(特記)				
その他								

ADL等の状況	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)	
	服薬	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)	
	*排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)	
		(尿意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし 便意: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> なし)				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良	<input type="checkbox"/> いろいろ	<input type="checkbox"/> 不眠	(特記)	
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)	
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)	
整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)		
口腔清潔	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)	(義歯 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)	
その他						

I ADL状況	掃除	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	ゴミ出し	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	洗濯	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	買い物	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
	調理	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	(特記)
その他					

災害	避難先	風水害時	土砂災害時	震災時
----	-----	------	-------	-----

※上記の情報は、利用者本人及び家族の同意に基づき提供しています。I *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

医師とケアマネジャーとの連絡票

令和 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名
	医師	先生	発信先 担当介護支援 専門員氏名
	TEL () -		TEL () -
	FAX () -		FAX () -

下記の件につきご意見を伺いたいと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	氏名		介護度	申請中 要介護	要支援1	要支援2	
	住所		TEL () -	1	2	3	
サービス 状況	生年月日	明・大・昭	年	月	日 () 歳	性別	男・女
	月	火	水	木	金	土	日
							その他のサービス

連絡 内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入についての意見・相談など
	<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）についての医学的意見など
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状態についての相談
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶
<input type="checkbox"/> その他	

利用者の 照会・ 相談	
-------------------	--

医師からの回答書（返信）

	<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。
連絡 方法 等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席 ・ 欠席) ※欠席の場合はご意見をお願いします。

回答・ 助言等	
	令和 年 月 日 氏名

歯科医師とケアマネジャーの連絡票

令和 年 月 日

宛先	医療機関名		事業所名
	歯科 医師	先生	発信先 担当介護支援 専門員氏名
	TEL () -		TEL () -
	FAX () -		FAX () -

下記の件につきご意見を伺いたいと思います。連絡方法等につきましてFAXにて返信をお願い申し上げます。
なお、情報提供いただくことについては利用者本人及び家族の同意を得ています。

利用者	氏名 <small>ふりがな</small>	介護度	申請中 要介護	要支援1 1	要支援2 2	要支援3 3	要支援4 4	要支援5 5
	住所	TEL () -						
サービス 状況	生年月日	明・大・昭	年	月	日 () 歳	性別	男・女	
	月	火	水	木	金	土	日	その他のサービス
連絡 内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など							
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状態についての相談							
	<input type="checkbox"/> 訪問診療の依頼							
	<input type="checkbox"/> 飲み込みについて							
	<input type="checkbox"/> 口腔ケアについて							
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議について							
<input type="checkbox"/> その他								
利用者の 照会・ 相談								

歯科医師からの回答書（返信）

	<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました。
連絡 方法 等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします。
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします。
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します。
	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議に (出席 ・ 欠席) ※欠席の場合はご意見をお願いします。
回答・ 助言等	
	令和 年 月 日 氏名

ご不明な点は松江市歯科医師会事務局 ☎0852-23-4418 (9:00~15:00) までお問い合わせ下さい。
松江市歯科医師会・松江地域介護支援専門員協会 共同作成(平成29年8月作成)

訪問看護の情報(療養に係る情報)提供書

令和 年 月 日

(主治医 医療機関名)

殿

(入院又は入所先医療機関等)

指定訪問看護ステーション

(名称)

(所在地)

(電話番号)

(FAX)

(管理者氏名)

(担当者)

以下の利用者に関する訪問看護の情報(療養に係る情報)を提供します。

ふりがな 利用者名	性別	職業	生年月日	昭和	年	月	日 (#VALUE!)	歳				
住所 * 電話			主治医氏名 医療機関名 住所									
家族、主な介護者等 (注: 主な介護者 ☆: キーパーソン 同: 同居)			介護支援専門員 *									
氏名	続柄	備考(連絡先)	主/☆ 副	主傷病名								
*	*	*	*	既往歴								
			アレルギー									
本人の 思 家 い 族	要介護度 *		日常生活自立度 *		認知度 *							
	障害者手帳 *		級 障害名									
	心理症状		抑うつ・不安・幻覚・妄想・睡眠障害・その他 ()									
	行動障害		暴力・暴言・叫声・拒絶・徘徊・不潔行為・異食・その他 ()									
訪問看護の目的・経過・看護内容 (訪問頻度: 回/)												
在宅 での 様子 と 経過	看護上の問題・評価・具体的ケア方法における留意点・継続すべき看護											
	最終訪問(月 日)の状況											
心身の 状況・ 日常生活の 支援状況	バイタル	血圧	脈拍	体温	酸素飽和度(%)	月	日	計測 身長 * cm 体重 * kg 月 日				
	移動 *	手段 *	特記			視力 *	特記					
	意思疎通				聴力 *	特記						
						睡眠生活リズム						
	食事栄養	手段	量	特記			排泄	介助 *	尿意 *	便意 *	排泄方法	
		内容				尿回数		回/日	夜間排尿	回	便回数	回/日
		介助 *	特記			排便調整		内容		最終排便	月 日	
	特記				器具	最終交換 月 日						
	清潔	方法	最終	月	日	介助 *	品名	サイズ	次回	月 日		
		口腔ケ*	義歯 *	特記			特記					
皮膚		特記			服薬状況							
特記												
医療処置												
在宅療養継続のための留意点												
特記事項	新型コロナウイルスワクチン接種: (第1回目2021. . .) (第2回目2021. . .)											

*印は、ケアマネジャーが作成する「基本情報・情報提供書」をご参照下さい。

2018.11.1使用開始 2021.6.1改定

訪問看護ステーション連絡票

令和 年 月 日

この連絡票は、訪問看護ステーションと連携する関係機関が相互に使用する連絡票である。

訪問看護ステーション ←————→ 訪問看護ステーションと連携する関係機関

宛先	医療機関名・事業所名		発信元	医療機関名・事業所名			
	担当者 (職種)	様		担当者 (職種)	氏名		
		医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSW・CM・その他()		医師・歯科医師・薬剤師・看護師・MSW・CM・その他()			
				TEL			
		FAX					
<input type="checkbox"/> 至急の要件なので、お問い合わせください。 <input type="checkbox"/> 至急ではありませんが、ご回答をお願いします。 <input type="checkbox"/> 報告のみで、返信は不要ですが、ご確認ください。							
連絡事項	<input type="checkbox"/> 報告 () について) <input type="checkbox"/> 相談 () について) <input type="checkbox"/> 患者の現状について () について) <input type="checkbox"/> 病状・医療処置について照会・確認 () について) <input type="checkbox"/> その他() について)						
患者	氏名			介護度	申請中・要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5		
	生年月日	大・昭・平・令 年 月 日		保険	<input type="checkbox"/> 医療保険 <input type="checkbox"/> 介護保険		
連絡内容							

回答(返信)

<input type="checkbox"/> 連絡票の内容を確認しました					
回答事項	<input type="checkbox"/> 別便 文書・FAX・メール で回答します				
	<input type="checkbox"/> 電話を します・ください(月 日 時頃 連絡ください)				
	<input type="checkbox"/> この連絡票をもってFAX回答します				
	<input type="checkbox"/> その他				
回答内容					
令和 年 月 日 氏名					

令和 2年12月作成

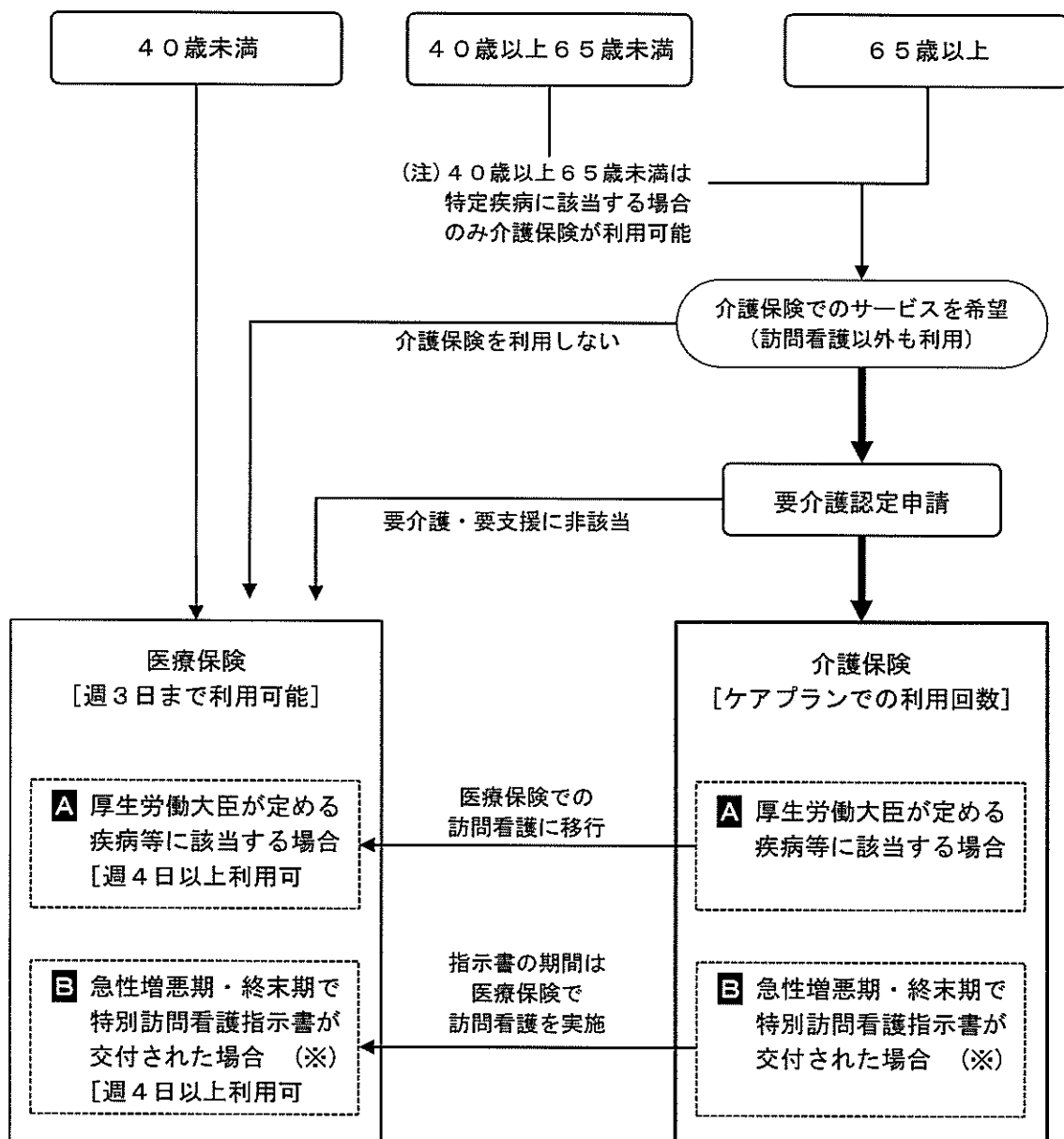
島根県訪問看護ステーション協会松江支部
松江市在宅医療・介護連携支援センター

	ケアマネジャー	病院	在宅医療	訪問看護
入院前 ↓ 入院時	入院時情報連携加算 (1)200 単位 入院後3日以内に 情報提供 (2)100 単位 入院後7日以内に情 報提供	入院時支援加算1 230 点 入院時支援加算2 200 点	(診療情報 提供料(1)) 療養情報 提供加算 50 点	訪問看護情報 提供療養費3 1500 円 (医)
		入退院支援加算1 一般 700 点 療養 1300 点 25以上の関係機関との連携・ 3回/年以上の関係機関との面会 (オンラインの可) 入退院支援加算2 (上記以外) 一般 190 点 療養 635 点 総合機能評価加算 50 点		
入院中 ↓ 退院前	退院・退所加算* <u>カンファあり</u> 連携1回 600 単位 連携2回 750 単位 連携3回 900 単位 <u>カンファなし</u> 連携1回 450 単位 連携2回 600 単位	小児加算 (15 歳未満) 200 点 地域連携診療計画加算 300 点	退院時共同 指導料1 在支診 1500 点 それ以外 900 点 病院でのカ ンファレン ス	退院時共同指 導加算 8000 円 (医) 600 単位 (介) 病院でのカン ファレンス
		介護支援等連携指導料 400 点 (ケアマネジャー等との連携)		
退院時	*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	退院前訪問指導料 580 点	退院時共同 指導料2 カンファレンス 3者以上と共同指導する場合 2000 点加算 在宅医が参加する場合 300 点加算	退院時共同指 導加算 8000 円 (医) 600 単位 (介) 病院でのカン ファレンス
		退院時リハビリテーション指導料 300 点 退院時薬剤情報管理指導料 90 点		
退院後		診療情報提供料(1) 250 点 連携強化診療情報提供料 150 点		
		退院後訪問指導料 580 点 訪問看護師が同行する場合 20 点加算		

介護保険と医療保険の訪問看護利用

●医療保険の訪問看護については、中国四国厚生局島根事務所にお問合せください
 〒690-0841 松江市向島町134-10 松江地方合同庁舎 6階
 厚生労働省中国四国厚生局島根事務所
 Tel 0852-61-0108 Fax 0852-28-9222

- | | |
|----------------------------|--------|
| ①要支援・要介護者に対するケアプランに基づく訪問看護 | → 介護保険 |
| ②介護保険のサービスを利用しない場合 | → 医療保険 |
| ③急性増悪時の訪問看護 | → 医療保険 |
| ④厚生労働大臣が定める疾病等の場合 | → 医療保険 |
| ⑤精神科訪問看護 | → 医療保険 |



※「特別訪問看護指示書」は、14日を限度とし、月1回まで医師が交付できる。
 (気管カニューレを使用、または真皮を越える褥瘡の場合は、月2回まで)

特定疾病	厚生労働大臣が定める疾病等 A
介護保険の2号被保険者（40歳以上65歳未満）が介護サービスを利用できる疾病	介護保険ではなく、医療保険で訪問看護を実施する疾病
①末期のがん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る） ②関節リウマチ ③筋萎縮性側索硬化症 ④後縦靭帯骨化症 ⑤骨折を伴う骨粗鬆症 ⑥初老期における認知症 ⑦ <u>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</u> ⑧脊髄小脳変性症 ⑨脊柱管狭窄症 ⑩早老病 ⑪多系統萎縮症 ⑫糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症 ⑬脳血管疾患 ⑭閉塞性動脈硬化症 ⑮慢性閉塞性肺疾患（肺気腫・慢性気管支炎・気管支喘息・びまん性汎細気管支炎） ⑯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 ※アンダーラインの疾病は、右欄に該当し、訪問看護を医療保険で行うもの	①末期の悪性腫瘍 ②多発性硬化症 ③重症筋無力症 ④スモン ⑤筋萎縮性側索硬化症 ⑥脊髄小脳変性症 ⑦ハンチントン病 ⑧進行性筋ジストロフィー症 ⑨パーキンソン病関連疾患 <ul style="list-style-type: none"> ・進行性核上性麻痺 ・大脳皮質基底核変性症 ・パーキンソン病（ホーエン・ヤールの重症度分類がステージ3以上であって生活機能障害度がⅡ度又はⅢ度のものに限る）→下欄に分類を参考掲載 ⑩多系統萎縮症 <ul style="list-style-type: none"> ・線条体黒質変性症 ・オリブ橋小脳萎縮症 ・シャイ・ドレーガー症候群 ⑪プリオン病 ⑫亜急性硬化性全脳炎 ⑬ライソゾーム病 ⑭副腎白質ジストロフィー ⑮脊髄性筋萎縮症 ⑯球脊髄性筋萎縮症 ⑰慢性炎症性脱髄性多発神経炎 ⑱後天性免疫不全症候群 ⑲頸髄損傷 ⑳人工呼吸器を使用している状態

【参考】パーキンソン病におけるホーエン・ヤールの重症度分類等

ホーエン・ヤールの重症度分類	生活機能障害度
ステージ1 …片側だけの障害で、軽度	I度 …日常生活、通院にほとんど介護を要しない
ステージ2 …両側性で、日常生活がやや不便	Ⅱ度 …日常生活、通院にほとんど介護を要する
ステージ3 …姿勢反射障害・突進現象あり、起立・歩行に介助を要する	Ⅲ度 …起立不能で、日常生活は全介助を要する
ステージ4 …起立や歩行等、日常生活の低下が著しく、労働能力は失われる	
ステージ5 …車いす移動または寝たきりで全介助状態	

令和元年11月 ガイドライン策定

令和5年1月 改定

●基礎資料

島根県入退院連携ガイドライン（令和3年8月）

●作成協力

松江市医師会、松江地域病病連携推進会議、松江地域介護支援専門員協会、
島根県訪問看護ステーション協会松江支部会、松江市・島根県共同設置松江
保健所、松江市健康福祉部介護保険課

●発行

松江市在宅医療・介護連携支援センター
問い合わせ TEL：0852-61-3741