

周南市版『退院支援ガイド』

～病院から地域へ 切れ目のない連携と支援をめざして～



あ・うんの呼吸で、あ・うんの連携！

平成 29 年 4 月

あ・うんネット周南 在宅医療介護連携会議

徳山医師会、徳山歯科医師会、徳山薬剤師会、新南陽薬剤師会、山口県看護協会周南支部、訪問看護の会、周南市地域包括支援センター、周南市介護支援専門員協会、山口県介護福祉士会周南ブロック、山口県理学療法士会東部ブロック、山口県作業療法士会、山口県言語聴覚士会東部ブロック、山口県認知症介護指導者連絡会、山口県周南健康福祉センター、周南市社会福祉協議会、徳山中央病院、新南陽市民病院、泉原病院、徳山医師会病院、徳山病院、徳山リハビリテーション病院、周南病院、周南高原病院、周南市

も く じ

第1章 周南市版退院支援ガイドの作成にあたって

1 ガイドの目的	1
2 作成の背景	1
3 使い方	2
4 周南市介護保険制度のポイント	3

第2章 周南市版退院支援の流れ、進め方

1 退院支援の流れ

A 入院前にケアマネジャーがいる（介護保険サービス、総合事業を利用していた）場合	
①入院時より退院支援に向けてのフロー	4
②イメージ図	5
B 入院前にケアマネジャーがいない（介護保険サービス、総合事業を利用していない）場合	
①入院時より退院支援に向けてのフロー	6
②イメージ図	7

2 退院支援の具体的な進め方

A 入院前にケアマネジャーがいる（介護保険サービス、総合事業を利用していた）場合	
①入院時の連絡	8
②入院中の連携	9
③退院支援開始の連絡	10
④退院前調整	10
⑤退院時、退院後の情報提供	11
B 入院前にケアマネジャーがいない（介護保険サービス、総合事業を利用していない）場合	
①介護保険申請、総合事業利用手続の支援	12
②担当ケアマネジャーの連絡、入院中の連携	12
③退院支援開始の連絡 ④退院前調整 ⑤退院時、退院後の情報提供	12

資料

●参考様式1 担当ケアマネジャーラベル	13
●参考様式2 担当ケアマネジャーへの入院連絡シート（ファクス用）	14
●参考様式3 入院時情報提供シート	15
●参考様式4 退院支援情報共有シート	17
●参考様式5 介護保険の申請案内基準	19
○資料1 病院・有床診療所の退院支援窓口一覧	20
○資料2 居宅介護支援事業所一覧	21
○資料3 地域包括支援センター、市担当部署一覧	23

第1章 周南市版退院支援ガイドの作成にあたって

1 ガイドの目的

本市では、超高齢化社会を迎え、今後長期にわたる療養や介護が必要とされる方の増加が見込まれる中、在宅医療と介護を一体的に提供できる体制の構築をめざし「あ・うんネット周南（在宅医療介護連携推進事業）」を推進しています。

本ガイドでは、退院調整を行う病院スタッフと、ケアマネジャー等が在宅生活を支える**スタッフの連携強化**と**適切かつ円滑な退院支援**を目的に、**退院支援の流れや具体的な方法**について示しています。

2 作成の背景

平成28年6月に市内医療・介護関係者を対象に実施した「周南市在宅医療介護連携アンケート調査」において、『退院支援・調整』に関する多くの課題が抽出されました。

同年9月開催の「あ・うんネット周南在宅医療介護連携会議」にて、優先的に取り組む課題を検討した結果、退院支援に関する対応策を検討するためのワーキンググループ会議を設置し、「周南市版退院支援ガイド」を作成することとなりました。

周南市在宅医療介護連携アンケート調査結果（一部）

目的

在宅医療介護連携における課題を抽出し、施策検討の基礎資料とする

内容

「退院支援」「日常の療養支援」「急変時の対応」「看取り」に関する実態、意識を問う設問

対象

市内医師、病棟看護師、医療ソーシャルワーカー、訪問看護師、ケアマネジャー327名 回収：271名（回収率：82.9%）

結果

周南市HPに詳細結果を公開

見えてきた課題（退院支援に関すること）

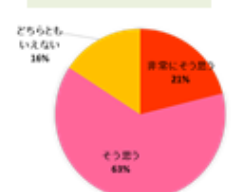
- ① 退院支援や調整で問題を感じている人が多い
【問題を感じると回答】 MSW（84%）、ケアマネジャー（52%）
- ② 医療機関によって、退院支援や調整の方法が異なり、困っている
【異なると回答】 訪問看護師（75%）、ケアマネジャー（80%）
- ③ 入院早期から、在宅療養に備えた関係者間の情報共有ができていない病院職が多い
【重要と回答】 病棟看護師（100%） 【できていると回答】 病棟看護師（21%）
- ④ 「退院前カンファレンス」の開催要件に関する認識が、各職種で異なっている可能性がある
- ⑤ 転院時の調整について問題を感じる在宅スタッフが多い
- ⑥ ケアマネジャーは、医療職に対して遠慮を感じている
【連携に関して、忙しそうで引け目を感じると答えた人】
ケアマネジャー（46%）※他の職種と比較して突出して高い割合

退院支援や調整で問題を感じていますか？

【ケアマネジャー】



【ソーシャルワーカー】



3 使い方

(1) 適用地域 周南市内

(2) 運用開始時期 平成29年 7月

(3) 支援の対象者

自宅等※1から病院・有床診療所に入院し自宅等へ退院する患者（利用者）で、
下記①～③のいずれかに該当する人

（※1 自宅等＝自宅の他、有料老人ホーム、高齢者住宅、介護施設を除くケアハウス等）

①入院前に介護保険サービスを利用していた人

②退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する人

③病院担当者※2が退院支援を必要だと判断した人

（※2 病院担当者＝病棟看護師、退院調整担当者）

(4) 対象とする期間

支援対象者が入院（あるいは入院予約）してから、退院し在宅生活を開始するまで

(5) 留意事項

①このガイドは、医療と介護の関係者が連携して、患者の適切かつ円滑な在宅療養生活への移行を支援するための基本的な流れを示したものです。患者の状況や意向、病院の機能によっては、必ずしもこの流れにならないこともあります。常に**患者の適切かつ円滑な退院支援を目指し運用**するものです。ルール自体の見直しは、「あ・うんネット周南在宅医療介護連携会議」で行いますが、各病院、事業所でルールを円滑に実践するために補足事項等を追加することは可能です。

②添付の各種参考様式は、あ・うんネット周南「退院支援ワーキンググループ」で、関係者の意見を取りまとめたものです。各病院や事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。

既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用してください。

③個人情報、各病院や事業所のルールに従い、慎重に取り扱いましょう。



4 周南市介護保険制度のポイント

●**介護保険の申請、区分変更申請の時期は、心身の状態が安定した段階※**です。

(※治療が終了し、リハビリにおいてこれ以上の改善が見込めない場合、但し、がん末期を除く)

患者の家族へ、介護保険の申請や総合事業の手続を勧める時期にご注意ください。

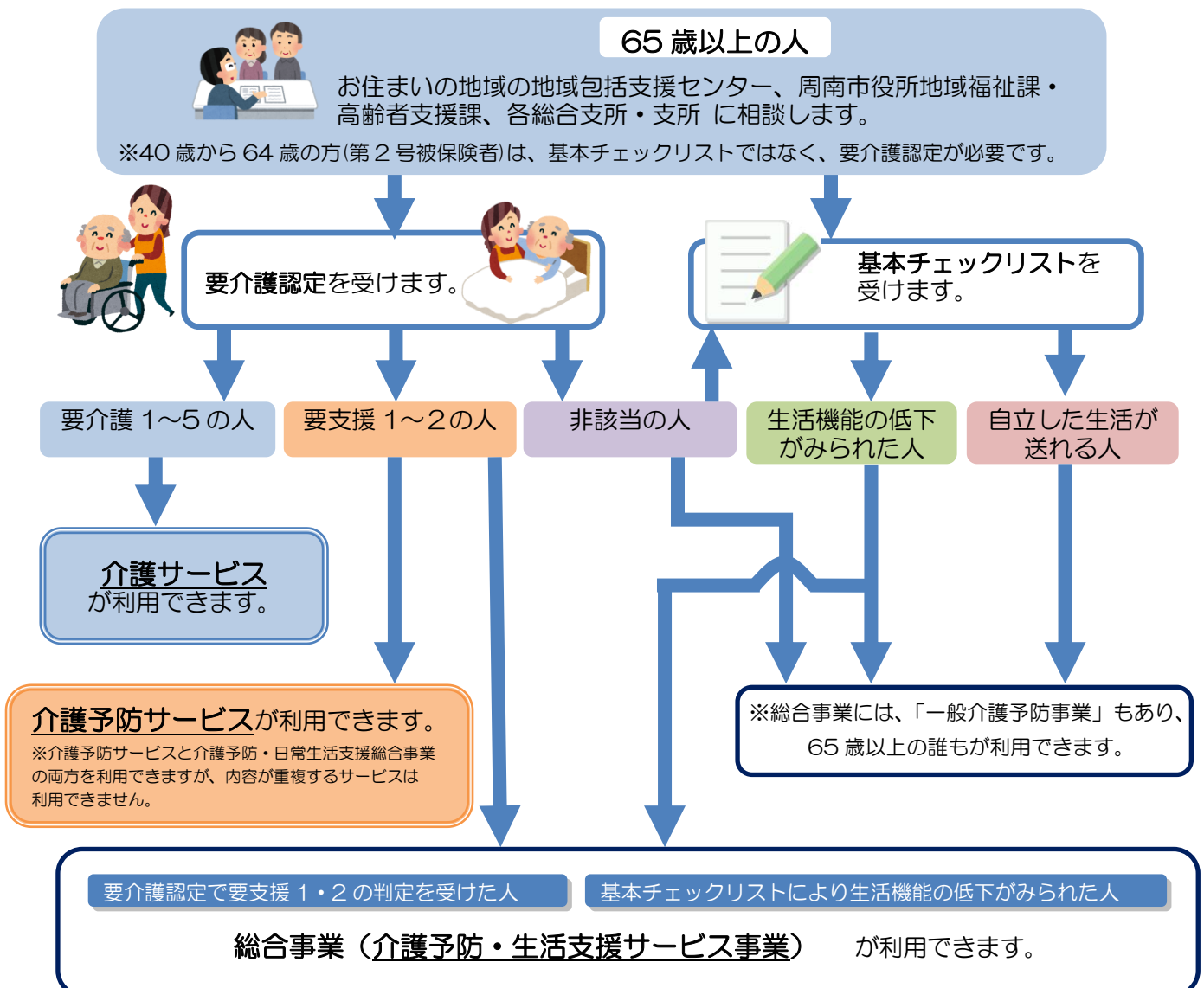
平成 29 年 4 月 1 日から、要支援 1・2の方が利用するホームヘルプ、デイサービスは、全国一律の介護予防サービスから市が独自に取り組む総合事業に移行します。このことにより、

●**要介護認定を受けなくても、ホームヘルプ、デイサービスが利用できます。**

要支援状態の方で、「ホームヘルプ」、「デイサービス」のみの利用にあたっては、『基本チェックリスト』の基準に該当すれば、利用できるようになりました。

「介護保険の申請案内基準」(様式 5) に該当の場合は、要介護認定のための支援が必要となりますが、該当しない場合は、介護保険ではなく総合事業の説明や手続支援を行います。

《介護サービス、介護予防サービス、介護予防・生活支援サービス事業 利用までの流れ》



第2章 周南市版退院支援の流れ、進め方

1 退院支援の流れ

入院時より退院支援に向けてのフロー

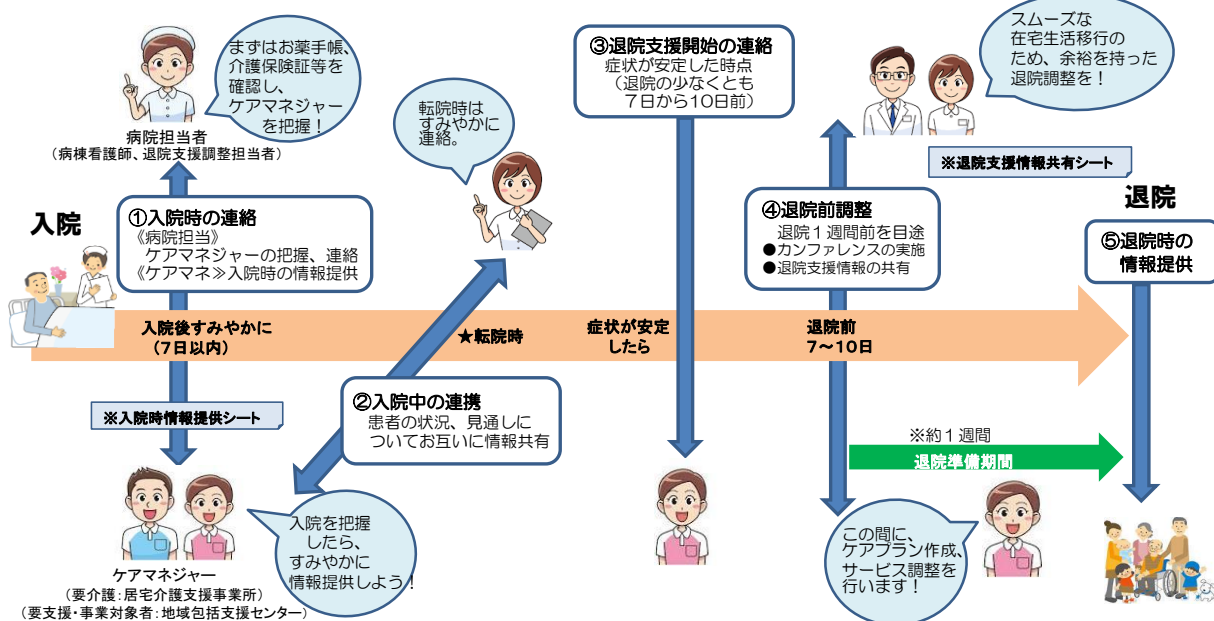
《A:入院前にケアマネジャーがいる患者の場合》

氏名()

	いつ	誰が	誰に	実施すること(※活用・参考様式)	チェック	あ・うん連携ポイント
①入院時連絡	入院後すみやかに	病棟看護師 退院調整担当者	患者・家族	■お薬手帳等の確認 (※様式1) ■担当ケアマネジャー有無の確認 (※様式1) ■ケアマネジャーへの入院連絡 (※様式2)	☐	★ケアマネジャーは、日頃から病院がケアマネの氏名を把握しやすい工夫をしましょう。(お薬手帳に記録する等)
				■退院調整部門(相談窓口)を紹介	☐	
	入院後すみやかに (7日以内)	ケアマネジャー	退院調整担当者	■自宅等での様子の情報提供(※様式3)	☐	★ケアマネジャーは、情報提供書を渡す際は、時間や方法などお互いに気遣いをしましょう。
		訪問看護師 (患者が訪問看護を利用している場合)	退院調整担当者	■入院時連絡票を提供	☐	★病院スタッフは、連絡を受けたら、そのままにせず、なるべく反応を返しましょう。
②入院中の連携	入院中	病棟看護師 退院調整担当者	患者・家族 ケアマネジャー	■退院先の意向確認	☐	★患者の状況や見通しについてお互いに情報交換しましょう。 ★病院スタッフは、在宅での生活をイメージして、入院生活を支援しましょう。
		病棟看護師	患者・家族	■(自宅等への退院の場合)患者の意向にそって、家族の介護負担や不安も軽減する視点での支援 ■医療処置の手技や介護方法等の指導	☐	
	(転院時)	病棟看護師 退院調整担当者	ケアマネジャー	■転院時期と転院先を連絡	☐	★ケアマネジャーは、転院先に連絡を入れましょう。
	(長期入院時)	ケアマネジャー	病棟看護師 退院調整担当者	■(必要に応じて)経過や見通しについて確認	☐	
③退院支援開始	症状が安定した時点 (退院の少なくとも 7日～10日前には)	退院調整担当者 病棟看護師	ケアマネジャー 家族	■退院支援開始の連絡	☐	★介護保険の申請、区分変更申請は、退院支援開始時点にしましょう。
		リハ職※ (※PT, OT, ST)	患者・家族	■退院前訪問(必要に応じて) ■自立支援のための介助指導	☐	★病院スタッフは、独居や家族の理解が乏しいと判断した場合には、ケアマネジャーにできるだけ早めに連絡しましょう。
④退院前調整	退院前	退院調整担当者	患者・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	■退院前カンファレンス日程調整 ■退院時指導	☐	
			病院スタッフ	■院内関係者から情報収集	☐	
		ケアマネジャー	在宅生活を支える スタッフ	■退院前カンファレンス日程調整	☐	★カンファレンスでは、「何が目的か?」という意識を持ち、ひとりで長く話すぎないようにしましょう。
	退院1週間前を目途	退院調整担当者	患者・家族 医師、ケアマネジャー 在宅生活を支える スタッフ	■退院前カンファレンスの開催及び記録の共有(※様式4) ■(カンファレンスの開催がない場合)情報共有(※様式4)	☐	★意見を否定せず、多職種の意見を受け入れる素直な姿勢を持ちましょう。
⑤退院時	退院日	病棟看護師 退院調整担当者	ケアマネジャー 訪問看護師 (患者が訪問看護を利用している場合)	■退院時情報(※様式4)を提供	☐	

患者の適切かつ円滑な在宅療養生活への意向を支援するための基本的な流れを示したものです。
病院の機能や、疾患、本人・家族の状態により、同時に行ったり、前後して行ったりする場合もあります。

A 入院前に ケアマネジャーがいる 患者の場合



入院時より退院支援に向けてのフロー

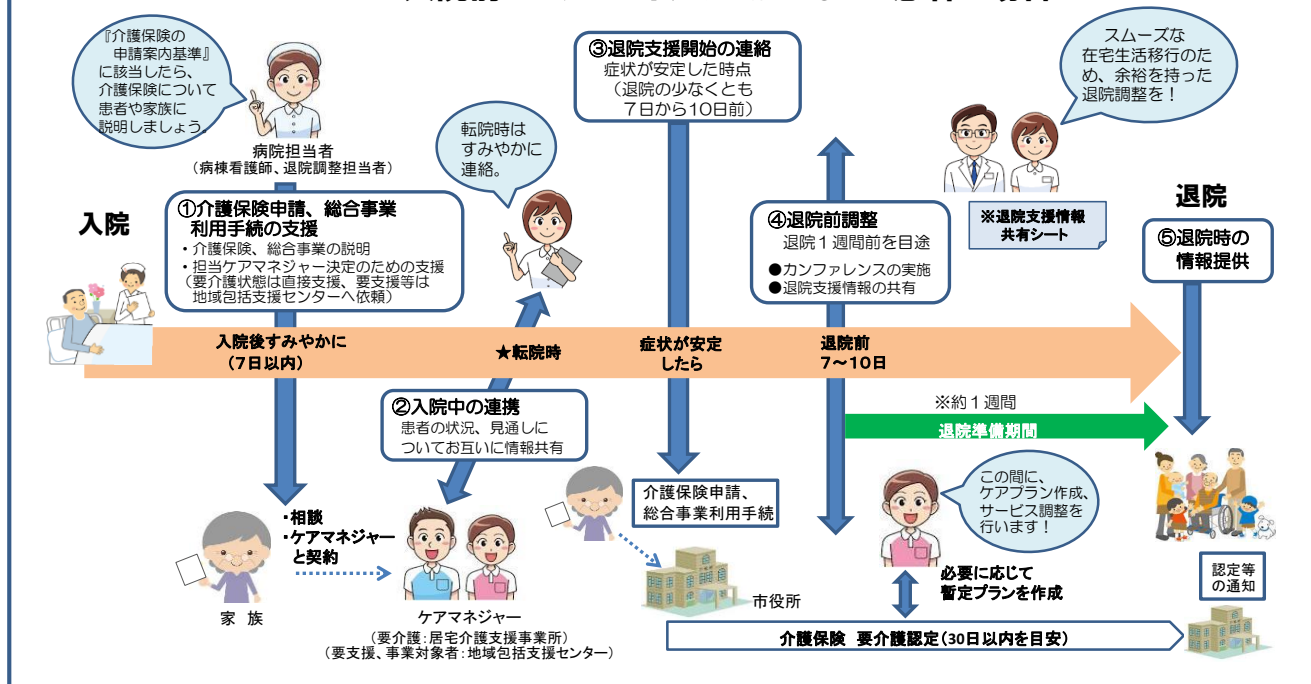
《B:入院前にケアマネジャーがいない患者の場合》

氏名()

	いつ	誰が	誰に	実施すること(※活用・参考様式)	チェック	あ・うん連携ポイント
① 介護保険・総合事業申請の支援	入院後すみやかに	病棟看護師 退院調整担当者	患者・家族	■お薬手帳、介護保険証の確認	☐	
	入院中		患者・家族	■退院先の意向確認 ■介護保険申請案内基準(※様式5)実施 ■退院調整部門の紹介 ■介護保険、総合事業の説明 ■担当ケアマネジャーの決定支援(要介護)	☐	
			地域包括支援センター	■担当ケアマネジャー決定のための支援を依頼(要支援、事業対象者)	☐	
② 担当ケアマネジャーの連絡・入院中の連携	入院中	ケアマネジャー	退院調整担当者	■ケアマネジャーになったことの連絡	☐	★患者の状況や見通しについてお互いに情報交換しましょう。 ★病院スタッフは、在宅での生活をイメージして、入院生活を支援しましょう。
		病棟看護師 退院調整担当者	患者・家族	■(自宅等への退院の場合)患者の意向にそって、家族の介護負担や不安も軽減する視点での支援	☐	
		病棟看護師		■医療処置の手技や介護方法等の指導	☐	
	(転院時)	病棟看護師 退院調整担当者	ケアマネジャー	■転院時期と転院先を連絡	☐	★ケアマネジャーは、転院先に連絡を入れましょう。
	(長期入院時)	ケアマネジャー	病棟看護師 退院調整担当者	■(必要に応じて)経過や見通しについて確認	☐	
③ 退院支援開始	症状が安定した時点(退院の少なくとも7日～10日前には)	病棟看護師 退院調整担当者	ケアマネジャー	■退院支援開始の連絡	☐	★介護保険の申請、区分変更申請は、退院支援開始時点にしましょう。 ★病院スタッフは、独居や家族の理解が乏しいと判断した場合には、ケアマネジャーにできるだけ早めに連絡しましょう。
		リハ職※(※PT, OT, ST)	患者・家族	■退院前訪問(必要に応じて) ■自立支援のための介助指導	☐	
④ 退院前調整	退院前	退院調整担当者	患者・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	■退院前カンファレンス日程調整	☐	★カンファレンスでは、「何が目的か?」という意識を持ち、ひとりで長く話しすぎないようにしましょう。 ★意見を否定せず、多職種の意見を受け入れる素直な姿勢を持ちましょう。
			病院スタッフ	■院内関係者から情報収集	☐	
		ケアマネジャー	在宅生活を支えるスタッフ	■退院前カンファレンス日程調整	☐	
	退院1週間前を目途	退院調整担当者	患者・家族 医師、ケアマネジャー 在宅生活を支えるスタッフ	■退院前カンファレンスの開催及び記録の共有(※様式4) ■(カンファレンスの開催がない場合)情報共有(※様式4)	☐	
⑤ 退院時	退院日	病棟看護師 退院調整担当者	ケアマネジャー	■退院時情報(※様式4)を提供	☐	

患者の適切かつ円滑な在宅療養生活への意向を支援するための基本的な流れを示したものです。
病院の機能や、疾患、本人・家族の状態により、同時に行ったり、前後して行ったりする場合があります。

B 入院前に ケアマネジャーがいない 患者の場合



2 退院支援の具体的な進め方

A 入院前にケアマネジャーがいる（介護保険サービス、総合事業を利用していた）場合

①入院時の連絡（できるだけすみやかに）

●ケアマネジャーの把握

病院担当者は、お薬手帳、介護保険・事業対象者被保険証、本人・家族への聞き取りなどから担当ケアマネジャーを把握する。（参考様式1：「担当ケアマネジャーラベル」）

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () - _____

担当ケアマネ氏名 _____
住所 _____

担当ケアマネジャーラベル

●ケアマネジャーへの入院連絡

病院担当者は、担当ケアマネジャーを把握したら、患者・家族の同意を得た上で、電話またはファクスにより、ケアマネジャーまたは事業所に、入院の連絡を入れる。（参考様式2「ファクス送信票」）

ファクス送信票

入院連絡ファクス送信票

●ケアマネジャーから病院への情報提供

ケアマネジャーは、利用者（要介護・要支援・事業対象者）の入院が分かったら、患者・家族の同意を得た上で、すみやかに病院担当者に「入院時情報提供シート」の活用などにより、在宅での情報を提供する。（参考様式3：「あ・うんネット周南入院時情報提供シート」）

ケアマネさんへ ～病院が欲しい あ・うん情報～

ワーキンググループ会議で、病院側が「入院時に欲しい情報」とした項目です。「入院時情報提供シート」を使用しない場合でも、下記の項目を参考に情報提供しましょう。

●病棟、地域連携室が欲しい情報

- ★要介護度
- ★介護保険サービス利用状況
- ★ADL
- ★認知症について
- ★療養上の問題
- ★家族との関係（介護者の理解力、介護意欲、実行力、介護可能時間等）
- ★身体機能
- ★生活環境（住環境の問題など）
- ★施設入所の検討等について

●リハ職が欲しい情報

- ★転倒歴、易転倒性
- ★住宅の状況
- ★外出手段
- ★コミュニケーション
- ★体重減少、食事摂取量などの栄養状態の記載
- ★外来リハの有無
- ★在宅復帰における最低条件（あれば）
 - ・1人でトイレに行ける
 - ・屋内は介助なしで歩ける
 - ・1人で留守番ができる等



あ・うん連携ポイント！

★ケアマネジャーは、病院が担当ケアマネジャーの氏名、連絡先を把握しやすい工夫をしましょう！

- ・利用者のお薬手帳に、専用ケアマネジャーラベルを記入し貼る。
- ・利用者の介護保険証、健康保険証カバーにケアマネジャーの名刺をはさんでおく等
- ・最新の情報であるか、更新時には確認をしましょう。

★入院時の情報提供シートを渡す際は、時間や方法などお互いに気遣いをしましょう。

★連絡を受けたら、そのままにせず、なるべく反応を返しましょう。

★ケアマネジャーから病院への患者情報の問い合わせは、病院に直接出向くか、事業所から電話をかけた後、一旦切り、病院から折り返し事業所へ電話をかけてもらうように交渉しましょう。

※ワーキンググループ会議で、医療・介護の多職種が「気持ちよく、スムーズに連携できるためのマナー」として挙げた声です。

②入院中の連携

●病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から連携して情報共有に努める。

●病院担当者は、患者や家族に、退院先の意向を確認し、自宅等への退院の場合は、患者の意向に沿って不安や家族の介護負担を軽減する視点での支援を行う。
必要に応じて、医療処置の手技や介護方法等の指導も行うものとする。

※転院時の連絡

病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかにケアマネジャーに転院の連絡を入れる。（転院先、転院時期）

※長期入院時

ケアマネジャーの方から病院担当者に連絡を入れ、入院期間の見込みや状態について確認を行う。

③退院支援開始の連絡（症状が安定した時点）

- 病院担当者は、症状がある程度安定した時点、在宅での介護ができそうな状況の場合、入院時情報提供があったケアマネジャーに、退院支援開始の連絡を行う。退院準備期間（ケアプラン作成、事業所とのサービス調整等）を考慮し、少なくとも1週間～10日前の連絡が必要で、住宅改修を伴う場合は、更に期間が必要。
- 入院前と状態が大きく変わり、介護保険認定区分変更申請をする場合、申請時期は、退院支援開始時点とし、事前にケアマネジャーに連絡や相談を行う。



あ・うん連携ポイント！

- ★病院担当者は、独居や、予測しうる病状を説明した上で介護者の理解が乏しい場合は、ケアマネジャーにできるだけ早めに連絡をしましょう！
- ★病院担当者は、退院の目途がたったら、在宅支援サービスの紹介等を行い、在宅療養生活開始に向けて、本人・家族の不安の軽減に努めましょう。（訪問看護師の病院訪問も可能です。）

④退院前調整（退院の約1週間前までに）

- ケアマネジャー等は、患者が在宅生活を送る上で必要な情報を、カンファレンス等までに院内の関係スタッフから収集する。
- 病院担当者は、本人、家族、院内関係スタッフ、ケアマネジャーと退院前カンファレンスの日程調整を行う。
- ケアマネジャーは、在宅生活を支えるスタッフに、退院前カンファレンスの日程調整を行う。
- 病院担当者は、退院前カンファレンス等※を開催し、退院支援に必要な情報を共有する。「退院支援情報共有シート」は、情報共有のツールとして活用する。（参考様式4：「あ・うんネット退院支援情報共有シート」）

※カンファレンス開催ではなく、情報共有のみで良い場合

以下に該当する場合は、必ずしもカンファレンスの開催ではなくても、「退院支援情報共有シート」等を活用した病院担当者とケアマネジャーの情報共有で良いものとする。

- 病院担当者が、身体状況に変化がなく安定しており、入院前の生活ができると判断した状態の時
- 短い周期で入退院を繰り返しており、ケアマネジャーが情報共有のみで良いと判断した時

病院担当者さんへ ～ケアマネジャーが欲しい あ・うん情報～

- ★病気に関する注意点
- ★今後の治療方針、次回受診予定日
- ★ADL
- ★本人の希望、できること
- ★家族の今後の希望、支援状況
- ★服薬管理
- ★認知症について
- ★家族への退院指導内容
- ★リハビリ（目標、運動制限内容等）
- ★骨折の既往がある場合の注意点

※ワーキンググループ会議で、ケアマネジャー側が「退院時に欲しい情報」とした項目です。
「退院支援情報共有シート」を使用しない場合でも、上記の項目を参考に情報提供しましょう。



あ・うん連携ポイント！

- ★入院中と退院後のサービスは同じではないことを理解しておきましょう。
例：本人に「退院後も入院中と同じリハビリが受けられます」などの説明はしない
- ★略語や専門用語を使わないようにしましょう。
- ★カンファレンスでは、何が目的か？という意識を持ち、ひとりで長く話しすぎないようにしましょう。
- ★意見を否定せず、多職種の意見を受け入れる素直な姿勢を持ちましょう。

⑤退院時、退院後の情報提供

- 病院担当者は、退院時サマリー、または「退院支援情報共有シート」をケアマネジャーに提供する。

B 入院前にケアマネジャーがない（介護保険サービス、総合事業を利用していない）場合

①介護保険申請、総合事業利用手続の支援

- 病院担当者は、介護サービス等の必要性を判断したら、退院支援調整部門を紹介し、介護保険や総合事業の説明を行う。
※介護保険申請の判断は、「介護保険の申請案内基準」（参考様式5）で行う
※介護予防のホームヘルプサービス、デイサービスのみの利用であれば、基本チェックリストに該当すれば、介護保険の申請をしなくても利用可。（平成29年4月～）
- 退院支援調整担当者は、要介護状態の方には、直接ケアマネジャーの決定支援を行い、要支援状態または要支援を見込む人の決定支援は、地域包括支援センターに依頼する。

②担当ケアマネジャーの連絡、入院中の連携

- 担当ケアマネジャーは、病院担当者にケアマネジャーになったことを連絡する。
- 病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時から連携して情報共有に努める。
- 病院担当者は、患者や家族に退院先の意向を確認し、自宅等への退院の場合は、患者の意向にそって、不安や家族の介護負担を軽減する視点での支援を行う。
必要に応じて、医療処置の手技や介護方法等の指導も行うものとする。

※転院時の連絡

病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかにケアマネジャーに転院の連絡を入れる。（転院先、転院時期）

※長期入院時

ケアマネジャーの方から病院担当者に連絡を入れ、入院期間の見込みや状態について確認を行う。

③退院支援開始の連絡（症状が安定した時点）

④退院前調整（退院の約1週間前までに）

⑤退院時、退院後の情報提供

A：ケアマネジャーがいる場合と同じ

参考様式 1 担当ケアマネジャーラベル

必要項目を例のように、入力して使用できる様式です。「おくすり手帳」に貼付してご使用ください。※入力様式は、市 HP からダウンロードできます。

例

担当ケアマネ氏名 周南 花子
事業所名 周南居宅介護支援事業所
電話番号 (0834) 22-8462

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

担当ケアマネ氏名 _____
事業所名 _____
電話番号 () -

ファクス送信票

以下のとおり送信いたしますので、よろしくお願いいたします。（送信票含め 1 枚）

送信日	平成 年 月 日 ()	
宛 先	□□居宅介護支援事業所 △△ 様	
送信者	●●●●病院 担当部署： 担当：△△ 〒745-0032 山口県周南市 電 話 () 〇〇-〇〇〇〇 ファクス () 〇〇-〇〇〇〇	
件 名	入 院 連 絡 について	
内 容	平素より大変お世話になります。 標記の件について、送付します。 どうぞよろしくお願いいたします。	
	入院者氏名	
	入院日	平成 年 月 日
	入院予定期間 (分かれば)	平成 年 月 日頃まで (予定)
	備 考	

参考様式3 あ・うんネット周南 入院時情報提供シート (介護支援専門員⇒病院)

このシートは、平成28年度あ・うんネット周南『退院支援ワーキンググループ会議』で、関係者の意見をとりまとめた参考様式です。
 ※各事業所の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用ください。
 ※記載用・入力用ともに、周南市HPよりダウンロード可

事業所名		⇒	病院・診療所名	
担当者名			担当部署・担当者名	
電話番号 (もっとも連絡のつきやすい)			電話番号	
FAX番号			FAX番号	

記入日 年 月 日

ふりがな			性別	生年月日	
氏 名			男・女	明・大・昭 年 月 日 (歳)	
住 所	TEL		家族構成図 (同居家族は○で囲む ★キーパーソン)		
緊急連絡先	続柄 ()	自宅			
	TEL	携帯			
	続柄 ()	自宅			
	TEL	携帯			
住宅環境	一戸建て 集合住宅 (階) エレベーター (有 ・ 無)		家族との関係性		
経済状況	年金 有 () ・ 無 その他 生活保護 (担当CW)				
入院に至る経緯					
既往歴					
かかりつけ医等	かかりつけ 医療機関名 () □通院 □訪問診療 TEL ()				
	直近の意見書を書いた医師名 ()				
	通院医療機関名 ()				
	通院医療機関名 ()				
介護認定等	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 (平成 年 月 日)				
障害等認定	身障 () 級 ・ 精神 () 級 ・ 療育 (有 ・ 無) 原爆 ・ 特定疾患 ()				
サービス 利用状況 ・ (サービス 事業所名)	□訪問看護	回 / 週 () (内容)			
	□訪問リハ	回 / 週 ()			
	□訪問介護	回 / 週 () (内容)			
	□通所リハ	回 / 週 ()			
	□通所介護	回 / 週 ()			
	□短期入所・ 短期療養	回 / 月 ()			
	□その他	()			

【裏面あり】

		自立	見守り	一部介助	全介助	該当項目に記入	備考欄 (その他の内容含む)
A D L	移動方法	☐	☐	☐	☐	【屋内】 ☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用 【屋外】 ☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用	
	口腔清潔	☐	☐	☐	☐	かかりつけ歯科医() 食物残渣： ☐ 有 ☐ 無 義歯： ☐ 有 ☐ 無 義歯の汚れ： ☐ 有 ☐ 無	
	食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食(☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他)	
						主食： ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー	
						水分：とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし	
						副食： ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー	
	更 衣	☐	☐	☐	☐		
入 浴	☐	☐	☐	☐			
排 泄	☐	☐	☐	☐	場所： ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ その他		
服薬管理		☐	☐	☐	☐	薬名() 薬物アレルギーの有無 ☐ 有 ☐ 無 ☐ 不明	
感染症		☐ 無	☐ 有	☐	☐	☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症 ☐ その他()	
認知症		☐ 無	☐ 有	☐	☐	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M	
療養上の問題		☐ 無	☐ 有	☐	☐	☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ その他	
医療処置		☐ 在宅酸素療法(業者名) ☐ 人工呼吸器(業者名) ☐ 気管切開(最終交換日) ☐ 胃ろう(最終交換日) ☐ 経管栄養(最終交換日) ☐ 尿道カテ(最終交換日) ☐ 自己注射() ☐ ストマ ☐ 褥瘡 ☐ 人工透析 ☐ その他()					
連絡事項・その他							
特 記 事 項							
○身体機能（四肢麻痺、筋力低下、視力障害、聴力障害、言語障害、皮膚疾患の有無など）							
○生活環境（住環境の問題など）							
○その他（ご本人の望む暮らし、性格、趣味など）							

参考様式4 あ・うんネット周南 退院支援情報共有シート (病院⇄在宅スタッフ)

このシートは、平成28年度あ・うんネット周南『退院支援ワーキンググループ会議』で、関係者の意見を取りまとめた参考様式です。
 ※各事業所の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用ください。
 ※記載用・入力用ともに、周南市HPよりダウンロード可

ふりがな			生年月日	明治 大正 昭和 年 月 日	年齢	歳	性別
氏 名							
経済状況	年金 有()・無 その他						
介護認定等	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)						
入院期間	年 月 日 ~ 年 月 日(予定)						
入院中の経過							
手 術	☐ 有 (手術名) ・ ☐ 無						
疾病の状態	病 名						
	症 状						
	既往歴						
	服薬状況	☐ 本人管理 ☐ 家族管理 ☐ 訪問管理 ☐ 一包化					
		※薬剤名、薬剤の剤型、投薬経路等(お薬手帳のコピー添付でも可)					
感染症	☐ HBV ☐ HCV MRSA: ☐ 保菌 ☐ 発症 (部位: ☐ 痰 ☐ 尿 ☐ 創部) ☐ その他						
医療処置	☐ 在宅酸素 ☐ 人工呼吸器 ☐ 気管切開 ☐ 喀痰吸引 ☐ 自己注射() ☐ ストマ						
	☐ 胃ろう(Fr Cm 交換頻度:) ☐ 経鼻栄養(Fr、交換頻度:) ☐ 褥瘡						
	☐ 尿道カテ(Fr、交換頻度:) ☐ 褥瘡 ☐ 人工透析 ☐ 疼痛管理 ☐ その他()						
	〈特記事項〉	(導入予定の医療系サービス)					
病気にに関する注意点、今後の治療方針							
次回受診予定日(年 月 日)							
主治医からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方							
本人の望むくらし(できること、性格、趣味など)							
家族の希望、家族の支援状況							

【裏面あり】

		自立	見守り	一部介助	全介助	該当項目に記入	特記事項欄 (その他の内容含む)
A D L	移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車いす ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用	
	移乗方法	☐	☐	☐	☐	☐ リフト ☐ スライディングボード	
	口腔清潔	☐	☐	☐	☐	かかりつけ歯科医() 食物残渣： ☐ 有 ☐ 無 義歯： ☐ 有 ☐ 無 義歯の汚れ： ☐ 有 ☐ 無	
	食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食(☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ その他)	
						主食： ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 割)	
						水分：1日 ml とろみ剤使用 ☐ あり ☐ なし	
						副食： ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (摂取量 割)	
	更衣	☐	☐	☐	☐		
入浴	☐	☐	☐	☐			
排泄	☐	☐	☐	☐	場所： ☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ ☐ その他		
認知症		☐ 無	☐ 有	☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M			
療養上の問題		☐ 無	☐ 有	{ ☐幻視・幻聴 ☐興奮 ☐妄想 ☐暴力 ☐介護への抵抗 ☐昼夜逆転 ☐不眠 ☐徘徊 ☐危険行為 ☐不潔行為 ☐意思疎通困難 ☐その他 原因や病院が行っていた対処法があれば			
家族への退院介護指導		☐ 無	☐ 有	◆指導内容 () ◆理解状況： ☐ 十分 ☐ 不十分			
リハビリ	実施	☐ PT ☐ OT ☐ ST					
	経過						
	リスク	☐ 転倒 ☐ 誤嚥 ☐ その他()					
	今後の生活における注意事項						
	生活環境面の情報提供						
	リハビリ目標						
	<特記事項>	(導入予定のリハビリサービス)					
備考欄							

介護保険野申請案内基準

下記の内容に1つでも☑がつけば、介護保険の申請を案内してください。

- | |
|--|
| ☐ 杖をついたり、歩行器を使用しても一人で歩くことができない場合
(車いすに乗っている、寝たきりであるなど) |
| ☐ 認知症の悪化により日常生活に支障をきたしており、介護を必要とする場合
(買う品物を忘れてしまうため、必要な物を一人で購入することができないなど) |
| ☐ 入浴や体を洗う行為が一人でできないために、清潔を保つためのサービス利用を目的とする意向が強い場合 |
| ☐ 服薬や病気の管理のために訪問看護サービスの利用目的がある場合 |
| ☐ 自宅での移動や外出、浴槽が深いなどの理由から住宅改修や手すり等の設置が必要な場合や福祉用具のレンタルや購入の希望が明確な場合 |
| ☐ 家族の介護力の問題で、長期間の預かりの場を求めている場合 |
| ☐ その他
(介護保険の申請を強く希望される方、デイサービスやホームヘルプ以外の介護予防サービスの利用希望がある方など) |

本人の主訴 ()

資料 1

病院・有床診療所の退院支援窓口

(H.29.4.1現在)

	医療機関名	郵便番号・所在地	入院前に要介護認定を受けている場合		入院前に要介護認定を受けていない場合
			ケアマネジャーからの入院時の連絡を受ける窓口 (対応可能な時間帯)	入院中の退院支援	要介護認定申請等について家族等を支援する部署
北部	鹿野博愛病院	〒745-0304 周南市大字鹿野下 1161-1	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-68-2233 FAX 0834-68-3522 (平日) 9:00~16:30	地域連携室	地域連携室
	周南高原病院	〒745-0122 周南市須々万本郷29-1	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-88-0391 FAX 0834-88-0074 (平日) 9:00~16:30	地域連携室	地域連携室
中央部	黒川病院	〒745-0081 周南市五月町8-19	担当部署 病棟ナースステーション TEL 0834-32-2015 FAX 0834-31-8807	病棟看護師 原田	病棟看護師 原田
	周南病院	〒745-0034 周南市御幸通2丁目8番地	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-21-0357 FAX 0834-22-3051 (平日) 8:30~17:00	地域連携室	地域連携室
	徳山リハビリテーション病院	〒745-0851 周南市大字徳山626番地	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-33-7770 FAX 0834-33-7750 (平日) 8:30~17:00	地域連携室	地域連携室
	徳山病院	〒745-0056 周南市新宿通1丁目16番地	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-21-3750 FAX 0834-21-0482	地域連携室	地域連携室
	徳山医師会病院	〒745-8510 周南市東山町6番28号	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-33-2132 FAX 0834-33-2139 (平日・土) 8:30~17:00	地域連携室	地域連携室
	徳山中央病院	〒745-8522 周南市孝田町1-1	担当部署: 病棟 TEL 0834-28-4411(代) (平日) 8:30~17:15	病棟看護師 または 地域連携室	病棟 地域連携室
西部	新南陽市民病院	〒746-0017 周南市宮の前2丁目3-15	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-61-3250 FAX 0834-61-3211 (平日) 8:30~17:15	地域連携室	地域連携室
	周南リハビリテーション病院	〒745-1132 周南市大字湯野 4278番地1	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-83-3300 FAX 0834-83-3550 (平日) 8:30~17:00	地域連携室	地域連携室
	湯野温泉病院	〒745-1132 周南市湯野4217-2	担当部署: 地域連携室 TEL 0834-83-2083 FAX 0834-83-3773	地域連携室 笹川	地域連携室 笹川

	居宅介護支援事業所	電話番号	FAX番号	住所
1	医療法人宇野医院本院 居宅介護支援事業所	0834-25-0075	0834-25-0356	周南市櫛ヶ浜501
2	医療法人 真和会 松村医院	0833-91-0303	0833-91-7255	周南市呼坂1-3
3	ニチイケアセンター徳山	0834-39-0462	0834-39-0463	周南市城ヶ丘3-15-11
4	つづみ園居宅介護支援事業所	0834-28-7058	0834-28-7061	周南市瀬戸見町12-30
5	居宅介護支援事業所ひまわり	0834-21-1000	0834-31-5520	周南市新地3-5-1
6	やすらぎ苑居宅介護支援センター	0834-83-3711	0834-83-3438	周南市湯野158
7	徳山医師会居宅介護支援事業所	0834-27-4155	0834-32-9048	周南市東山町6-28
8	徳山クリニック居宅介護支援事業所 ほほえみ	0834-25-1136	0834-26-0164	周南市栗屋839-1
9	鼓ヶ浦居宅介護支援センター	0834-29-5033	0834-29-1156	周南市久米1533-3
10	友愛園指定居宅介護支援事業所	0834-88-2346	0834-88-2769	周南市須々万本郷29-2
11	どれみらいふサービス 指定居宅介護支援事業所	0834-27-5466	0834-27-5467	周南市徳山4957-1
12	サンキ・ウエルビィ介護センター徳山	0834-27-6057	0834-27-6095	周南市五月町7-10
13	春の里居宅介護支援事業所	0834-61-2001	0834-61-2002	周南市羽島1-2-23
14	天王園在宅介護支援センター	0833-91-5851	0833-91-5813	周南市大河内1109-2
15	やまなみ荘在宅介護支援センター	0834-68-4183	0834-68-4101	周南市鹿野上2755-1
16	県民共済指定居宅介護支援事業所	0834-33-1200	0834-33-1202	周南市桜馬場通1-13
17	あい・周南ケアセンター	0834-39-0506	0834-39-0507	周南市秋月1-1-10
18	周南市社会福祉協議会しんなんよう	0834-61-2270	0834-61-2115	周南市古川町1-17
19	居宅介護支援事業所のんた	0834-82-1121	0834-82-1122	周南市戸田2783
20	ケアパートナー周南	0834-39-0466	0834-28-4556	周南市秋月3-18-11
21	ふじ周南居宅介護支援事業所	0834-27-2212	0834-32-2551	周南市築港町12-1-105
22	居宅介護支援センター こもれび	0834-39-3011	0834-39-0531	周南市久米2665-7
23	ニチイケアセンター菊川	0834-61-2828	0834-61-2811	周南市下上644-1
24	居宅介護支援センター湯野温泉	0834-82-1001	0834-82-1002	周南市湯野4203-6
25	指定居宅介護支援事業所 ゆめ風車	0834-61-3277	0834-61-2581	周南市宮の前2-6-27
26	三丘温泉指定居宅介護支援事業所	0833-92-1650	0833-91-1200	周南市小松原1233-3
27	鹿野博愛病院 居宅介護支援事業所	0834-68-2233	0834-68-3522	周南市鹿野下1161-1
28	香田整形外科医院 居宅介護支援事業所	0834-21-8188	0834-21-8198	周南市代々木通り2-27
29	周南高原病院居宅介護支援事業所	0834-88-0391	0834-88-0074	周南市須々万本郷29-1
30	えがお	0834-64-1016	0834-64-1018	周南市平野1-5-5
31	居宅介護支援事業所 元気村	0834-82-0001	0834-82-0011	周南市湯野109-22
32	居宅介護支援事業所 なごやか熊毛	0833-92-0360	0833-91-3382	周南市高水原2-7-21
33	居宅介護支援事業所 であい	0834-33-8821	0834-62-7850	周南市福川中市町8-32
34	有限会社メディカルサービス	0834-88-2288	0834-88-2092	周南市須々万本郷2671-1

	居宅介護支援事業所	電話番号	FAX番号	住所
35	中須苑居宅介護支援事業所	0834-89-5555	0834-89-5050	周南市中須1097
36	居宅介護支援事業所呼鶴温泉	0833-92-1117	0833-92-1118	周南市安田1815
37	くまげ介護保険相談所	080-47788761	0833-92-0405	周南市新清光台3-1-12
38	くりや苑居宅介護支援センター	0834-25-2800	0834-25-2840	周南市栗屋792-1
39	エリー居宅介護支援事業所	0834-27-5141	0834-27-5142	周南市野上町2-27
40	あおぞら居宅介護支援事業所	0834-34-9110	0834-36-3367	周南市栗屋字二葉屋開作 1022-76
41	居宅介護支援事業所 徳山リハビリテーション病院	0834-33-7773	0834-31-2380	周南市徳山626
42	居宅介護支援事業所 ゆずの香	0833-91-7125	0833-91-7125	周南市新清光台3-9-10
43	東ソーコープ居宅介護支援事業所 陽だまり	0834-63-8524	0834-34-8242	周南市清水1-10-28
44	居宅介護支援事業所 春風	0834-88-3711	0834-88-3711	周南市須々万本郷481-9
45	JA介護支援センター新南陽	0834-61-2352	0834-61-3450	周南市清水1-9-5
46	JA介護支援センター須々万べんぎん	0834-87-0015	0834-87-0035	周南市須々万本郷2502
47	居宅介護支援事業所 絆	0834-88-1288	0834-88-1366	周南市須々万奥544-8
48	おにたけ居宅介護支援事業所	0834-87-1750	0834-87-1760	周南市須々万奥1073-3
49	パナソニック エイジフリーケアセンター 山口周南・ケアマネジメント	0834-61-0603	0834-61-0606	周南市川崎3-19-24
50	優ケアプランセンター	0834-34-0900	0834-34-0901	周南市青山町6-8
51	居宅介護支援事業所まどか	0833-92-1230	0833-91-7601	周南市呼坂153-1

資料3

地域包括支援センター、市担当部署一覧

(H.29.4.1現在)

	相談内容	名称	住所	電話番号	担当地区
地域包括支援センター	介護保険・総合事業 に関すること	周南東部地域包括支援センター	久米1533-3	0834-29-1155	久米・櫛浜・鼓南・熊毛
		高齢者相談コーナー 天王園在宅介護支援センター	大河内1109-2	0833-91-5851	(主に)熊毛
		つづみ園地域包括支援センター	瀬戸見町12-30	0834-28-7055	周陽・桜木・秋月・岐山・大津島
		徳山医師会地域包括支援センター	東山町6-28	0834-32-9035	遠石・関門・中央・今宿
		周南西部地域包括支援センター	古川町1-17	0834-62-6301	富田・菊川・和田・福川・湯野・戸田・夜市
		高齢者相談コーナー 西部いきいきサポートステーション	戸田2713 (道の駅ソレーネ周南内)	0834-83-2277	(主に)福川・湯野・戸田・夜市・和田
		周南北部地域包括支援センター	須々万本郷2502	0834-87-2000	須々万・長穂・向道・中須・須金・鹿野
		高齢者相談コーナー やまなみ荘	鹿野上2755-1	0834-68-4183	(主に)鹿野
市担当部署	介護保険に関すること	周南市高齢者支援課 介護認定担当	銀座2-13	0834-22-8343	
	総合事業に関すること	周南市地域福祉課 地域包括ケア推進担当		0834-22-8462	
その他	在宅医療・介護の専門 職のための相談窓口	周南市在宅医療介護連携 支援センター (徳山医師会在宅支援部内)	東山町6-28	0834-27-4835	

周南市版『退院支援ガイド』

発行 平成 29 年 4 月

周南市地域福祉課 地域包括ケア推進担当

(あ・うんネット周南在宅医療介護連携会議事務局)

周南市銀座 2 丁目 1 3 番地

電話 0 8 3 4 - 2 2 - 8 4 6 2