

# **吾 妻 圏 域**

## **退院調整ルールの手引き Ver. 2.1**

令和 6 年 4 月

# 目 次

第1章 退院調整ルールのおえ方	1
第2章 退院調整ルールの内容	
1 入院前から介護保険サービスを利用している場合	3
2 退院調整のフロー （入院前から介護保険サービスを利用している場合）	10
3 新たに介護保険サービスを利用する場合	11
4 退院調整のフロー （新たに介護保険サービスを利用する場合）	15
5 標準的な情報提供等の内容及び標準様式例	16
○ 入院時情報提供書（標準様式例1）	
○ 退院・退所情報記録書（標準様式例2）	

## □関係機関連絡先

### あがつま在宅医療介護連携支援事業

<https://agatsuma.gunma.med.or.jp/support-project/business-summary.html>

### 介護サービス情報公表システム

<https://www.kaigokensaku.mhlw.go.jp/10/index.php>

### ぐんま総合型医療システム

<https://www.med.pref.gunma.jp/>

# 第1章 退院調整ルールのお考え方

## 1 背景

介護を必要とする患者が病院から退院する際に、病院・有床診療所（以下、病院等）とケアマネジャーの間の情報共有が不十分であったため、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、円滑に在宅生活へ移行できないケースが発生しています。

病院等とケアマネジャーが、退院前から退院後の介護などについての調整を行っていただければこのようなことは避けられたかもしれません。

地域ぐるみで高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が求められるなか、医療と介護の連携推進は重要な課題となっています。

## 2 吾妻圏域退院調整ルールとは

吾妻圏域退院調整ルールは、患者が居宅へと退院する際に、必要となる介護サービスをタイムリーに受けられるよう病院等とケアマネジャーが入院時から退院時まで情報を共有し、連携を深めるための吾妻圏域内の仕組みです。

患者の居宅への退院に向けて、病院等とケアマネジャーが連携するために、それぞれの役割や手順などを定めています。

## 3 吾妻圏域退院調整ルールの性格

吾妻圏域退院調整ルールは、病院等とケアマネジャーが連携を深めるために期待される標準的な行動を定めたものであり、強制力を持つ規範ではありません。

ルールに定めた手順や日数などは、あくまで「標準的な例」と考え、個別の事情に応じ対応が必要な場合は、その都度、関係者の間で調整しましょう。

また「入院時情報提供書」や「退院・退所情報記録書」は「標準的な情報提供等の内容」及び「標準様式例」として活用しましょう。

お互いの立場を尊重し、その時の状況によって取り組めることと取り組めないことがあるということを理解することが、医療と介護の連携に向けた第一歩です。

## 4 吾妻圏域退院調整ルールを使用する機関

吾妻圏域の病院・有床診療所、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護施設が対象となります。

## 5 退院調整ルールの対象者

次のいずれかに該当する者が対象となります。（要介護と要支援、いずれも対象となります。）

- ① 在宅で介護保険サービスを利用している者
- ② 退院後、新たに在宅で介護保険サービスを利用することが見込まれる者

## 6 個人情報の取扱い

医療と介護の連携推進のためには、関係者間の情報共有が不可欠ですが、個人情報の取扱いには細心の注意を払う必要があります。

一方で、個人情報の保護のみを優先し、関係者間の情報共有をおろそかにすると、結果的に患者の不利益につながる危険性もあります。

医療と介護の関係者において、関係する法令などを遵守しながら個人情報保護のため積極的に取り組んでいるということを前提としつつ、個人情報が利用される意義について患者・利用者等の理解を得ながら進めることが必要です。

医療と介護の関係者における個人情報の取扱いについては、個人情報保護委員会・厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」が示されていますので、参考にしてください。

※ 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」については、厚生労働省のホームページから入手することが可能です。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

## 7 吾妻圏域退院調整ルールへの運用

吾妻圏域退院調整ルールの運用は、平成30年4月1日から開始しています。

運用開始後、平成31年2月18日に「メンテナンス会議」を開催し、吾妻圏域の医療・介護の専門職のご意見の基、見直しを行い、現行の「吾妻圏域退院調整ルールの手引き Ver.2」を作成しました。その後、新型コロナウイルス感染拡大の影響から、見直しを行う機会をもつ事ができなかったため、令和5年11月に医療関係者、居宅介護支援事業者を対象とした「令和5年度吾妻圏域退院調整ルール利用状況アンケート」を実施いたしました。

アンケートの結果、本書に掲載されている、入退院時情報提供書等（以下、吾妻版情報提供書）以外の書式を使っている人も多いとの実態がわかりました。

その理由の一端として、吾妻という地域柄、吾妻圏域以外の医療機関に入退院する方も多く、その時に応じ、必要な情報の量や質が変わる事から、使用する書式も様々になっているという状況が伺えました。

この結果を踏まえ、地域の特性を加味し、一つの形式にとらわれる事なく、様々な情報共有のツールを臨機応変に使い分け、他圏域ともスムーズな在宅医療連携が必要だと理解する事ができました。

そのため、現行の形式を、今後も情報共有のツールの一つとして活用していく事としました。

今回の結論に留まらず、今後も吾妻圏域退院調整ルールの運用については、状況を見ながら、必要性に応じ見直し等も行っていく予定です。

## 第2章 退院調整ルールの内容

吾妻圏域退院調整ルールでは、①入院前から介護保険サービスを利用している場合（入院前にケアマネジャーが決まっている場合）と②新たに介護保険サービスを利用する場合（入院前にケアマネジャーが決まっていない場合）の2つに分けて、病院等とケアマネジャーが講じるべき手順などを定めており、このマニュアルでは、病院等やケアマネジャーに求められる標準的な行動を「アクション」と称し、時系列に並べています。

また、「アクション」に当たってのポイントや注意することなども併記していますので、参考にしてください。

### 1 入院前から介護保険サービスを利用している場合

（入院前にケアマネジャーが決まっている場合）

#### 【アクション1】介護保険サービス利用者が入院したことを把握する。

##### <行うこと>

- ケアマネジャーは、利用者の入院が分かったら、速やかに利用者が入院した病院等の担当者に連絡する。
  - 病院等の担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたかを確認し、利用していた場合は、速やかに担当のケアマネジャーに連絡する。
- ※病院等とケアマネジャー、情報把握が早い方が相手にアプローチする。

##### <ポイント>

- 介護保険サービスの利用者が入院した事実を、ケアマネジャーと病院等でなるべく早く共有しましょう。
- 病院等とケアマネジャーの相互が、早期に事実を把握することで、早い段階から退院に向けたお互いの連携が進みます。

## <注意すること>

### ケアマネジャー

- ケアマネジャーは、日頃から利用者が入院したことが早期に伝わる工夫をしておきましょう。

#### (取組み例)

- 日頃から利用者や家族に「入院したら電話をください」と依頼しておく。
  - 利用者や家族に介護保険証を医療保険証・お薬手帳等と一緒に保管してもらうよう依頼する。  
また、入院した場合には介護保険証を医療保険証・お薬手帳等と一緒に病院等に提示するよう、利用者や家族に依頼しておく。
  - 利用者の自宅に、ケアマネジャーの連絡先を貼っておく。
  - 介護サービス事業所に、利用者の入院に気づいたら、ケアマネジャーに連絡するよう依頼しておく。
  - 利用者の病院等を把握しておく。
- また、利用者が入院した際は、病院等に本人のADL等の情報を提供することを前もって説明しておき、同意を得ておきましょう。

### 病 院 等

- 病院等は、患者や家族への聞き取り、介護保険証の有無などにより、要介護認定等を受けているかどうか把握しましょう。不明の場合には、町村の地域包括支援センターに照会してください。

## 【アクション2】 病院等に居宅での様子を情報提供する。

### <行うこと>

- ケアマネジャーは、利用者の入院を把握したら、「入院時情報提供書」を作成し、病院等へできる限り持参する。  
(必要な情報が記載されている既存の資料でも可)  
(持参が困難な場合はFAX等で「入院時情報提供書」を病院等に送付する。)
- 病院等の担当者は、ケアマネジャーが病院等を訪問した際は、患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報を伝える。

### <ポイント>

- ケアマネジャーが病院等に居宅での様子を早期に伝えることにより、病院等は退院に向けた支援をスムーズに行うことができます。
- ケアマネジャーは、病院等を早期に訪問することで、利用者の退院支援に必要な情報の共有、病院等との連絡をスムーズに行うことができます。

### <注意すること>

#### ケアマネジャー

- 病院等を訪問する際は、なるべく事前に電話でアポイントを取りましょう。
- 「入院時情報提供書」をFAXで送信する場合は、病院等の指定する対応窓口へFAXを送る旨、まず電話で連絡し、個人が特定できる情報（例：住所・氏名・生年月日・電話等）を黒塗り等で保護した上で送信しましょう。
- FAXでの情報提供は誤送信がないよう各事業所で十分注意してください。

#### 病 院 等

- ケアマネジャーから病院等訪問の連絡があった場合には、積極的に対応しましょう。
- FAXを受け取ったら、その旨をケアマネジャーに電話で連絡しましょう。
- 入院時に伝えていた情報が、入院期間中に大きく変更になるような場合にはケアマネジャーに連絡をしましょう。

## 【アクション3】 ケアマネジャーに退院の見込みを連絡する。

### <行うこと>

- 病院等は患者の病状が安定し、居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、その旨をケアマネジャーへ連絡する。
- 急性期の患者については、居宅への退院が可能であると判断でき次第、できる限り速やかにケアマネジャーへ連絡する。

### <ポイント>

- 病院等の担当者が、居宅への退院予定時期を予めケアマネジャーに連絡することにより、ケアマネジャーは居宅での生活に向け準備を整えることが可能となり、患者はスムーズに居宅での生活へ移行することができます。

### <注意すること>

#### 病 院 等

- 病院等の担当者からケアマネジャーへの連絡時期の目安は「退院予定日のおおむね10日前まで」としてありますが、ケアプランの修正やサービス事業所との調整など、この間にケアマネジャーが行う業務を考慮すると、なるべく早い時期に連絡することが望まれます。

#### ケアマネジャー

- 病院等の担当者が退院予定日を予測することが困難なケースもあります。「10日前まで」という期限は、あくまで標準的な目安と理解してください。
- ケアマネジャーも、入院時の病院訪問等で得た情報を基に入院期間を予測し、病院等から退院見込みの連絡が来ない場合は、必要に応じて病院に確認をとってみましょう。



## 【アクション4】退院前のカンファレンスに参加する。

### <行うこと>

- 病院等の担当者は、退院前にカンファレンスを行う場合は、ケアマネジャーに連絡し、日程調整等を行う。
- 病院等が退院前のカンファレンスを行わない場合は、ケアマネジャーは退院前の面談等を病院等に依頼する。
- 病院等の担当者は、カンファレンスや面談までに、ケアマネジャーがケアプランの作成等に必要な情報（「退院・退所情報記録書」の内容）を、院内の関係者から収集しておく。
- ケアマネジャーは、カンファレンスや面談で「退院・退所情報記録書」を基に、情報収集を行う。

### <ポイント>

- 「退院・退所情報記録書」は、ケアマネジャーが必要とする定型的な情報をまとめたものに過ぎません。カンファレンス等で情報交換を行うことで、より実態に即した情報を収集することができ、今後の方針等について検討することが可能となります。
- カンファレンスや面談に参加することは、短期的には業務の負担になるかもしれませんが、病院等とケアマネジャーが顔見知りになり、お互いが「顔の見える関係」になることで、中長期的には効果・効率的な業務の遂行が期待できます。

### <注意すること>

#### 病 院 等

- 退院前のカンファレンスの連絡は早めに行いましょう。またカンファレンスではケアマネジャーからの質問の機会なども設けるよう努めましょう。
- ケアマネジャーから退院前の面談等の依頼があった場合は、日程調整等に協力しましょう。
- 退院・退所情報記録書や既存資料等の書面により情報提供が可能な場合において、ケアマネジャーから書面での提供を依頼されたら協力しましょう。

#### ケアマネジャー

- 病院等から退院前のカンファレンスの実施について連絡を受けた場合は、なるべく積極的に参加しましょう。
- 病院等に訪問して情報収集する場合には、病院担当者の負担を考え、あらかじめ病院担当者に連絡しましょう。

## 【アクション5】 ケアマネジャーに退院日を連絡する。

### <行うこと>

- 病院等担当者は、退院日が決定したら速やかにケアマネジャーに連絡する。

### <ポイント>

- 退院日を病院等から直接連絡をすることにより、ケアマネジャーが知らない間に利用者が退院していた、ということを防ぎます。

### <注意すること>

#### 病 院 等

- 退院支援には時間が必要です。  
退院日が決まり次第、速やかに連絡しましょう。

#### ケアマネジャー

- 患者本人の希望などにより、退院日が急に決定することがあることを理解しておきましょう。

### ※ 転院時の連絡について

病院等の担当者は、患者が転院することが決まったら、速やかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院等に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行ってください。

また、入院時にケアマネから提供のあった居宅時の情報を転院先の病院等に引き継ぐようにしましょう。

## 【アクション6】退院後もお互いに有用な情報は共有する。

### <行うこと>

- 病院等担当者はケアマネジャーに看護サマリーを提供する。
- ケアマネジャーは病院等の主治医にケアプランを提供する。

### <注意すること>

病 院 等

ケアマネジャー

- 看護サマリーやケアプランを提供することを前もって説明しておき、本人の同意を得ておきましょう。

### <ポイント>

- 患者が退院しても、通院や状態の悪化による再入院など、病院等との関係がなくなる訳ではありません。退院後も医療・介護のために有用と思われる情報はお互いに共有しましょう。

※ 看護サマリーやケアプランは、相手方から不要との意思表示があった場合は提供する必要はありません。

## 2 退院調整のフロー（入院前から介護保険サービスを利用している場合）

	ケアマネジャー	病 院 等
入院前	① 日頃から利用者が入院したことが早期に伝わる工夫をしておく。	
入院時	②-1 利用者の入院を把握したら、「入院時情報提供書」等を作成し、病院等へできる限り持参する。 （持参が困難な場合は、FAX 等で送付）	②-2 患者が入院前に介護保険を利用していたか確認し、利用していた場合は、担当のケアマネジャーに連絡する。
退院見込み		③ ケアマネジャーが病院等を訪問した際は患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報を伝える。
退院調整	⑦ カンファレンスに参加する。 〔病院等が退院前のカンファレンスを行わない場合は、退院前の面談等を病院等に依頼〕	④ 居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、ケアマネジャーへ連絡する。  〔急性期の患者は、居宅への退院が可能であると判断でき次第、速やかに連絡〕
退院決定	⑧ カンファレンスや面談で「退院・退所情報記録書等を基に、情報を収集する。」	⑤ カンファレンスを行う場合は、ケアマネジャーに連絡し、日程を調整する。 ⑥ カンファレンスや面談までに、「退院・退所情報記録書」の情報を、院内の関係者から収集しておく。
退院後	⑩-1 病院等主治医にケアプランを提供する。	⑨ 退院日が決定したら、ケアマネジャーに連絡する。  ※ 患者が転院する場合は、ケアマネジャーに連絡を入れるとともに、転院先の病院等に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供する。
		⑩-2 ケアマネジャーに看護サマリーを提供する。

### 3 新たに介護保険サービスを利用する場合

(入院前にケアマネジャーが決まっていない場合)

#### 【アクション1】退院調整の必要性を判断する。

##### <行うこと>

- 病院等の担当者は、患者の病状が安定したら、退院調整が必要か判断する。
- 退院調整の必要性は、次の2点で判断する。
  - ① 居宅への退院は可能か。
  - ② 介護保険の対象となるか（要介護又は要支援認定に該当するか）。

##### <ポイント>

- 退院調整のルールは、介護保険サービスの利用を前提とした仕組みであることから、介護保険の対象となるか否かの見極めは重要です。

##### <注意すること>

##### 病 院

- 介護保険の対象になるかということや介護保険の申請のタイミングなど、判断に迷う場合は、町村の地域包括支援センターに相談しましょう。
- また、介護保険の対象（要介護又は要支援認定に該当するか）については、次頁（P12）の「介護保険申請の目安」も参考にしてください。

## 介護保険申請の目安

### <65歳以上の患者の場合>

- 次の①～④までの1項目でも当てはまれば、要介護認定の可能性あります。
  - ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
  - ② 食事に介助が必要
  - ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
  - ④ 日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状がある
  
- 次の⑤または⑥に当てはまれば、要支援認定の可能性あります。
  - ⑤ 居宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要
  - ⑥ (ADLは自立でも) がん末期の方、新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など)が追加された

※ 判断に迷う場合や上記の項目には該当するが本人・家族が希望していない等、困ったときは、町村の地域包括支援センターへ相談しましょう。

### <40歳以上65歳未満の患者の場合>

患者が介護保険の対象となる特定の疾病(下記の「介護保険の対象となる疾病」)で、かつ、上記①～⑥のいずれかに該当する場合

#### 【介護保険の対象となる疾病】

- ① がん末期
- 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 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 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
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- 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
- 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

## 【アクション2】 介護保険申請やケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の選定を支援する。

### <行うこと>

- 病院等の担当者は、退院調整が必要と判断した患者やその家族に、介護保険サービスを利用する意向があるか確認する。
- 介護保険サービスを利用する意向がある場合は、介護保険申請やケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の選定を支援する。

### <ポイント>

- 身体機能等の状況から判断して、介護保険サービスの対象になると考えられる場合であっても、本人や家族がサービスの利用を希望しないケースもあります。
- 介護保険サービスを利用する意向がある場合、病院等の担当者は、患者が退院後、円滑に介護保険サービスが利用できるよう、介護保険申請に関する支援を行います。（制度の内容や具体的な手続きでの不明な点は、町村の介護保険担当部署や地域包括支援センターに相談するようアドバイスしましょう。）
- また、介護保険の申請は、本人や家族のほか、ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）などが代行申請することも可能です。

### <注意すること>

#### 病 院 等

- 介護保険の申請やケアマネジャー選定の支援にあたっては、患者や家族の希望などを確認しながら進め、必要に応じて町村の地域包括支援センターにも相談しましょう。

### 【アクション3】 ケアマネジャーが決定したことを連絡する。

#### <行うこと>

- ケアマネジャーは、患者の担当になることが決まったら、速やかに病院等の担当者にその旨を連絡する。
- 病院等の担当者は、患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報をケアマネジャーに伝える。

#### <ポイント>

- 介護の窓口となるケアマネジャーと病院等の担当者が早期に連絡を取ることで、以降の連携がスムーズになります。

【アクション4】 ケアマネジャーに退院の見込みを連絡する。



【アクション5】 退院前のカンファレンスに参加する。



【アクション6】 ケアマネジャーに退院日を連絡する。



【アクション7】 退院後もお互いに有用な情報は共有する。

※ アクション4～7は『1 入院前から介護保険サービスを利用している場合』のアクション3～6と同様です。



#### 4 退院調整のフロー（新たに介護保険サービスを利用する場合）

	ケアマネジャー	病 院 等
退 院 見 込 み	④ 患者の担当になることが決まったら、速やかに病院等の担当者にその旨を連絡する。	① 患者の病状が安定したら、退院調整が必要か判断する。 ② 退院調整が必要と判断した患者やその家族に、介護保険サービスを利用する意向があるか確認する。 ③ 介護保険サービスを利用する意向がある場合は、介護保険申請やケアマネジャーの選定を支援する。 ⑤ 患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報をケアマネジャーに伝える。 ⑥ 居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、ケアマネジャーへ連絡する。 （急性期の患者は、居宅への退院が可能であると判断でき次第、速やかに連絡）
退 院 調 整	⑨ カンファレンスに参加する。 （病院等が退院前のカンファレンスを行わない場合は、退院前の面談等を病院等に依頼） ⑩ カンファレンスや面談で「退院・退所情報記録書」等を基に、情報を収集する。	⑦ 退院前にカンファレンスを行う場合はケアマネジャーに連絡し、日程を調整する。 ⑧ カンファレンスや面談までに、「退院・退所情報記録書」の情報を、院内の関係者から収集しておく。
退 院 決 定		⑪ 退院日が決定したらケアマネジャーに連絡する。 ※ 患者が転院する場合は、ケアマネジャーに連絡を入れるとともに、転院先の病院等に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供する。
退 院 後	⑫-1 病院等主治医にケアプランを提供する。	⑫-2 ケアマネジャーに看護サマリーを提供する。

記入日: 年 月 日  
 入院日: 年 月 日  
 : 年 月 日

## 入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名: 事業所名:  
 ご担当者名: 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)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭	年 月 日 生	
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅) 階建て 居室 階 エレベーター(有・無) 特記事項( )				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( )				

### 2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他( ) * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL:	TEL	

### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	☑ 在宅生活 ☐ 施設入居 ☐ その他
入院前の家族の生活に対する意向	☑ 在宅生活 ☐ 施設入居 ☐ その他

### 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	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他( )
-----------------	--

### 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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( )
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( )
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望あり

\* = 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





<発行・編集>

- 中之条町 ・ 中之条町地域包括支援センター
  - 長野原町 ・ 長野原町地域包括支援センター
  - 嬭恋村 ・ 嬭恋村地域包括支援センター
  - 草津町 ・ 草津町地域包括支援センター
  - 高山村 ・ 高山村地域包括支援センター
  - 東吾妻町 ・ 東吾妻町地域包括支援センター
- 群馬県吾妻保健福祉事務所

※この手引きは吾妻圏域の病院・有床診療所・居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所の協力を頂いて作成しました。