

刈谷豊田総合病院と介護支援専門員との
連携マニュアル
〔第10版〕

令和7年4月

刈谷豊田総合病院と介護支援専門員との連携会議

刈谷豊田総合病院
刈谷市地域包括支援センター

刈谷ケアマネ連絡会
刈谷市長寿課

目次

はじめに

用語の定義 P 1

I より良い連携のために P 1

II 各職種の役割

1 総合病院の役割 P 2～4

2 ケアマネ等の役割 P 5～6

III 連携に必要な基礎知識

1 個人情報の取扱い P 7～8

2 連携に関連する診療報酬・介護報酬 P 9～14

3 入退院情報連携シート P 15～22

4 医師との連絡 P 23～24

IV 連携の実際

1 連携の流れ P 25～31

2 フローチャート各項目の留意事項 P 32～36

V その他

1 地域連携パスについて P 37

は じ め に

高齢化が急速に進行する中、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう医療・介護・予防・生活支援・住まいを切れ目なく提供する地域包括ケアシステムの構築が進められており、その実現には、刈谷市長のマニフェストにも掲げられていますが、医療と介護の連携の促進が必要となります。

こうした中、介護サービスの利用者は高齢化の進行に伴い増加していますが、介護サービスの利用は入院を契機とする場合も多く、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、退院前から医療と介護が連携し、退院後も介護サービスを切れ目なく利用できる環境が大切となります。

平成24年度に刈谷市長寿課が、衣浦定住自立圏域の中核医療機関として急性期医療を担う刈谷豊田総合病院の連携担当者、刈谷ケアマネ連絡会に所属する介護支援専門員を対象に、連携に関する現状把握と課題分析を目的としてアンケート調査を実施しました。その結果、病院スタッフと介護支援専門員の多くが、医療と介護の連携を重要と感じているものの、日々の多忙な業務により連携にかける時間がなく、また、具体的な連携方法がわからないという現状を見ることができました。

このような現状を受け、刈谷豊田総合病院、刈谷ケアマネ連絡会、地域包括支援センター、刈谷市長寿課で構成する「刈谷豊田総合病院と介護支援専門員との連携会議」において課題分析を進め、連携を阻む要因として、病院スタッフと介護支援専門員との間で、お互いの理解や退院支援の共通認識が不足していることが浮び上がりました。

こうした課題を解消し、より良い連携を構築するためのツールとして、この度、病院スタッフと介護支援専門員が共通で利用するためのマニュアルを作成しました。作成にあたっては、より使いやすいものとなるよう十分に話し合いを重ね、入院から退院後の介護サービスの利用までのフローチャート、留意事項などを掲載しています。

本マニュアルが、皆様にご活用いただくことで医療と介護の連携を深め、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすための一助となれば幸いです。

I より良い連携のために

患者、利用者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、総合病院とケアマネ等のより良い連携を目指し、下記の事項を遵守しましょう。

- (1) 患者、利用者のことを第一に考え、行動しましょう。
- (2) お互いの役割、立場、できること・できないことを理解し、尊重しましょう。
- (3) それぞれの得意分野を活かし、積極的に協力しましょう。
- (4) 早期の連絡調整、きめ細やかな対応を行いましょう。
- (5) 個人情報の適切な管理に心掛けましょう。



用語の定義

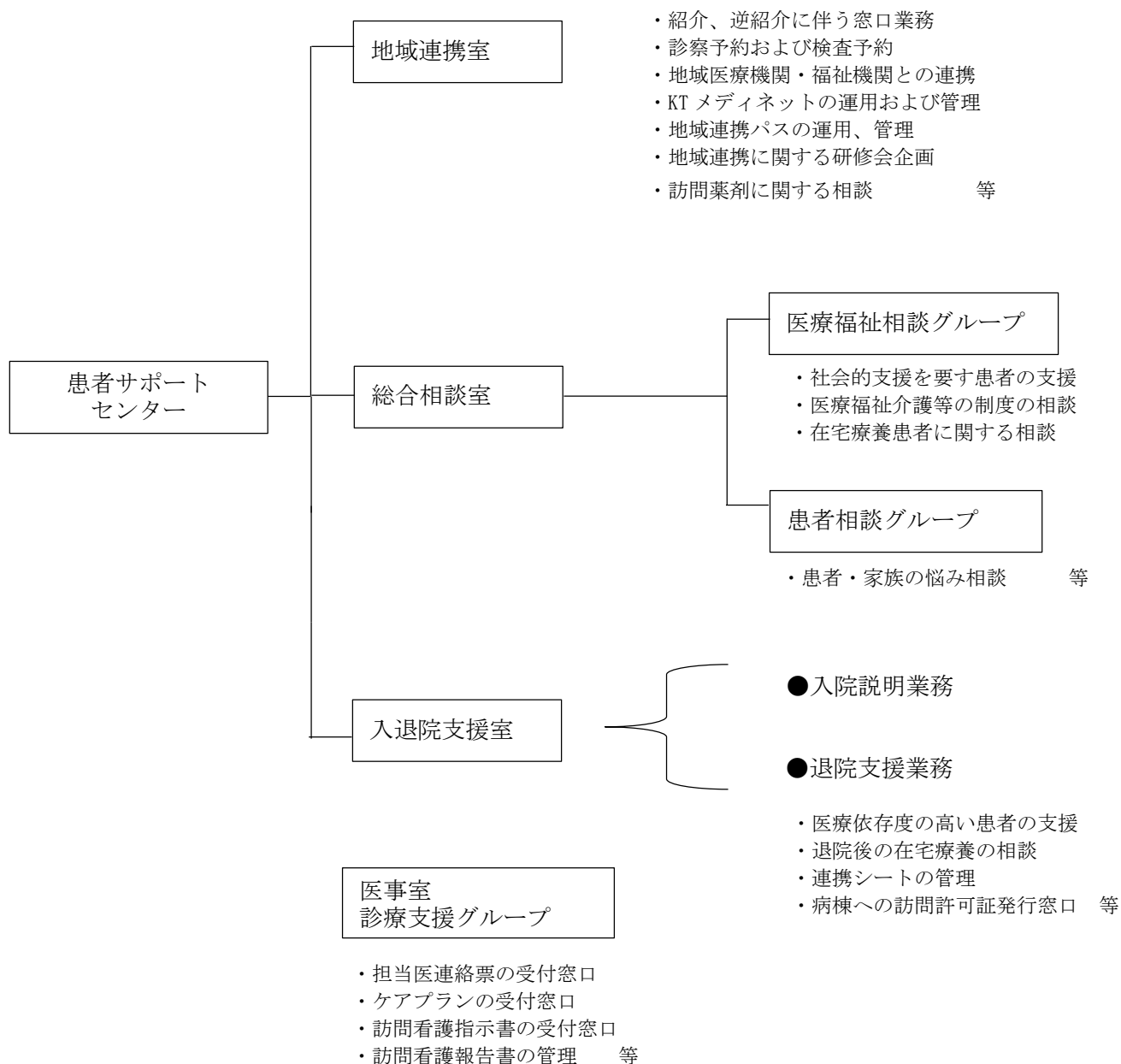
- 総合病院・・・刈谷豊田総合病院（東病院、高浜豊田病院除く）
- MSW・・・医療ソーシャルワーカー
- Ns・・・看護師
- 患者・・・介護保険の被保険者で、介護を必要とする患者及び事業対象者
- 連携シート・・・入退院情報連携シート
- ケアマネジャー・・・居宅介護支援事業所の介護支援専門員
- 地域包括支援センター職員・・・地域包括支援センターの保健師、主任介護支援専門員（主任ケアマネジャー）、社会福祉士等
- ケアマネ等・・・ケアマネジャー及び地域包括支援センター職員
- 介護サービス・・・介護保険サービスで、要介護1～5の認定者に対する居宅サービス、要支援1～2の認定者に対する介護予防サービス又は総合事業サービス
- 総合事業サービス・・・要支援1～2の認定者及び事業対象者に対する介護予防・生活支援サービス
- サービス事業所・・・介護サービスの提供事業所
- 利用者・・・介護サービスの利用者
- 事業対象者・・・基本チェックリスト（25項目）により日常に必要な機能低下がみられる方
- ケアプラン・・・要介護1～5の認定者に対する居宅サービス計画書、要支援1～2の認定者に対する介護予防サービス計画書又は介護予防ケアマネジメント
- 国保連合会・・・国民健康保険団体連合会

II 各職種の役割

1 総合病院の役割

総合病院は、地域の診療所、療養病床を有する病院、回復期リハビリテーション病床を有する病院、介護施設などと連携して、それぞれの機能に応じた役割分担を行っている。この中で総合病院は、急性期病院として、救急・急性期の緊急性の高い医療の提供を担い、「救急を断らない」をスローガンに救急・重症患者の受入体制の充実に図っている。

治療により状態が落ち着くと退院・転院となるため、入院期間が短いと感じるかもしれないが（平均在院日数 約11日）、患者の状況に応じた不安のない退院・転院ができるよう、患者サポートセンター入退院支援室が中心となり入院早期から退院後の生活を視野に入れた支援を行っている。また、医事室 診療支援グループではケアマネ等と医師との連絡に用いる「担当医連絡票」業務を行っている。



【次の4部署共通】

受付時間 月～金曜日 8:30～16:45
※地域連携室のみ木曜日以外は8:30～18:00

(1) 入退院支援室 退院支援に関する主な業務（退院支援Ns・MSW）

【退院支援業務】

- ・往診や訪問看護など、継続的な医療処置や看護が必要な医療依存度が高い患者の自宅への退院支援を行う。
- ・退院後の在宅療養についての相談に対応する。
- ・在宅介護や転院・施設入所など退院後の療養の場の選択に関する相談に対応する。

【その他の業務】

- ・ケアマネ等から提出される連携シートの管理を行う。

入退院支援室 電 話 0566-25-8286
F A X 0566-25-8329

◎院内で入退院支援室の職員に直接相談等する場合

申し出は入退院支援室へ

(2) 地域連携室 の主な担当業務

- ・紹介、逆紹介に伴う窓口業務を行い、地域医療機関からの診療予約、検査予約に対応する。
- ・地域医療機関と連携し、地域医療支援病院としての役割を担う。
- ・地域医療ネットワーク「KTメディネット」の円滑な運用と管理を行う。
- ・地域連携パスを推進し、円滑な運用と管理を行う。
- ・訪問薬剤に関する相談や問い合わせに対応する。
- ・地域の診療所、病院、介護施設等を対象とした研修会、交流会の企画などを行い、「顔の見える地域連携」の強化に取り組む。

地域連携室 電 話 0566-25-8304
F A X 0566-27-6956

(3) 総合相談室 医療福祉相談グループ (MSW) の主な担当業務

【社会的支援業務】

- ・経済面、家庭環境、社会復帰、在宅介護等に不安のある社会的支援が必要な患者への支援を行う。

【その他の業務】

- ・療養中の不安や医療・福祉・介護などの各種制度の相談に対応する。
- ・療養上の様々な問題に対する患者・家族の悩み相談に対応するとともに、患者会、家族会の窓口を担う。
- ・在宅で療養する患者・家族及び在宅医療・介護サービスを提供する事業所からの在宅療養に関する相談や問い合わせに対応する。
- ・がん相談窓口として、総合病院にかかっている患者・家族のみならず、他の医療機関にかかっている患者・家族の相談にも対応する。

総合相談室 電 話 0 5 6 6 - 2 5 - 2 8 1 0
F A X 0 5 6 6 - 2 5 - 7 1 3 3

(4) 医事室 診療支援グループ (医療事務) の主な担当業務

【担当医との連絡業務】

- ・ケアマネ等から提出される担当医連絡票の受付窓口であり、当該連絡票を受けて担当医が作成した回答内容を提出元であるケアマネ等に返す。

【その他の業務】

- ・総合病院の医師が主治医である場合の訪問看護指示書作成依頼の受付窓口であり、当該指示書を発行する。
- ・提出された訪問看護報告書について、主治医による内容確認後、診療録の一部として保管する。

医事室 診療支援グループ 電 話 0 5 6 6 - 2 5 - 9 2 1 1
F A X 0 5 6 6 - 2 5 - 7 1 2 9

2 ケアマネ等の役割

介護・福祉等の知識・技術を有する専門家として、契約を結んだ在宅の介護保険認定者（要支援1～2、要介護1～5）及び事業対象者に対するケアマネジメント業務を担う。具体的には、認定者に適した介護サービスを利用できるよう、介護保険者（市町村）やサービス事業所等との連絡調整を行うとともに、利用者・家族の意向を踏まえて専門的見地から介護サービスを利用するための計画書（ケアプラン）を作成する。介護サービスは、このケアプランに基づき、サービス事業所から提供される。

（1）居宅介護支援事業所のケアマネジャーの担当業務

要介護1～5の認定者に対するケアマネジメント業務を担当する。利用者が居宅介護支援事業所を選択し契約を結ぶことで、当該居宅介護支援事業所のケアマネジャーがその担当になる。

（2）地域包括支援センター職員の担当業務

要支援1～2の認定者及び事業対象者に対するケアマネジメント業務を担当する。利用者が居住している地区を担当する地域包括支援センターと契約を結ぶことで、地域包括支援センター職員がその担当になる。地域包括支援センターの責任主体は市町村であり、運営は市町村の直営、あるいは市町村の委託を受けた医療法人や社会福祉法人が行っている。ケアマネジメント業務を担当するほか、担当地区に居住している全高齢者の総合相談窓口の機能も兼ね備え、介護予防、高齢者の実態把握、権利擁護、困難事例への対応、地域のネットワーク構築などを担う。

（3）居宅介護支援事業所と地域包括支援センターの主な違い

		居宅介護支援事業所	地域包括支援センター
運 営		営利法人、NPO法人、医療法人、社会福祉法人等	市町村の直営、あるいは市町村の委託を受けた医療法人や社会福祉法人等（責任主体は市町村）
職 種		ケアマネジャー	保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士等
ケアマネジメント業務	担当となる手続き	利用者が事業所を選択し、契約を結ぶ。	利用者が居住している地区を担当するセンターと契約を結ぶ。
	対象者	要介護1～5の認定者（地域包括支援センターから委託を受け、要支援1～2の認定者及び事業対象者を担当する場合あり。）	要支援1～2の認定者 事業対象者
その他の業務			担当地区に居住している全高齢者の総合相談窓口

(4) 介護サービスの決定・調整について

【サービスの決定】

- ・介護サービスは、利用者と契約を結んだ事業所の担当ケアマネ等がアセスメントを経て、利用者・家族の意向、関係機関の専門的見地による意見等を踏まえてケアプランを作成し利用者が同意することで、その内容が決定される。なお、認定結果が出る前のサービス利用については、35ページの「※12 暫定ケアマネジメント業務の相談・依頼」を参照。
- ・利用する介護サービスが決まると、利用者がサービス事業所を選択し、当該サービス事業所と契約を結ぶ。利用者の同意なく、介護サービスを決定したり、サービス事業所を選択することはできない。

【サービスの調整】

- ・新規のサービス利用と継続利用では、サービス調整に要す時間が異なる。新規利用の場合、サービス事業所によっては、診断書の提出、面談、利用の判定会議等までに時間がかかる場合がある。
- ・土・日曜日が休業のサービス事業所が多いため、週末をはさむと調整に時間がかかる。

(5) ケアマネジメント業務の月間スケジュール例

	内 容	備 考
1日	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #90EE90; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; margin-right: 5px;">介護報酬請求事務</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>1～2日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・サービス事業所から前月分の介護サービス提供の実績報告を受ける。 </div> <div style="margin: 0 5px; text-align: center;">↓</div> <div style="border: 1px dashed black; padding: 5px;"> <p>3～10日</p> <ul style="list-style-type: none"> ・実績報告を取りまとめ、給付管理票を作成する。 ・国保連合会に介護報酬請求書類を送付する。 </div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>10日までは請求事務で多忙となる。</u> ・事業所内で業務を行うことが多いため、ケアマネ等への連絡が取りやすい時期。
10日	介護報酬請求締切日	
20日	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div style="background-color: #90EE90; padding: 5px; writing-mode: vertical-rl; text-orientation: upright; margin-right: 5px;">翌月サービス提供準備</div> <div style="padding: 5px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・電話等で利用者・家族に翌月の介護サービス利用意向を確認する。 ・ケアプランの見直し、サービスの追加等を検討する。 ・翌月分サービス利用票を作成する。(地域包括支援センターは不要) ・新たに介護保険の認定を受けた利用者、更新認定を受けた利用者などに対するサービス担当者会議を開催する。 </div> </div>	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>10日を過ぎると、外出している時間が多くなる</u>ため、連絡は伝言やFAXが有効。 ・会議、研修等に参加しやすい時期。
30日	<ul style="list-style-type: none"> ・利用者宅を訪問し、モニタリングする。 ・利用者にサービス利用票、サービス事業所にサービス提供票を配布する。 	<ul style="list-style-type: none"> ・<u>20日を過ぎると、利用者宅への訪問が多くなる。</u>

Ⅲ 連携に必要な基礎知識

1 個人情報の取扱い

(1) 総合病院

総合病院では、平成18年4月1日に個人情報保護方針を制定するなど、患者・家族の個人情報の安全性の確保・保管・管理に十分な配慮及び適切な処置を講じ、個人情報の保護に努めている。

【患者・家族への説明、同意】

- ・個人情報の利用目的等について、患者・家族がいつでも確認できるよう、院内の掲示板及び総合病院のホームページに掲載し、例えば、院外への情報提供としての利用では、下記のような場合がある旨伝える。

- 他の医療機関、訪問看護ステーション、サービス事業所等との連携

- 診療等のため、外部の医師等の意見・助言を求める場合

- 他の医療機関からの照会への回答

- 審査支払機関または保険者からの照会への回答

なお、掲載している利用目的等について、同意しがたい事項がある場合は、医事室に申し出てもらい、適切に対処する。申し出がない場合については、同意されたものとして取扱う。

- ・患者が入院する際、「入院案内」を配布し、個人情報の取扱いについて説明する。
- ・入院時、ケアマネ等から連携シートの提出があった場合など、ケアマネ等への情報提供について、病棟看護師等が患者・家族に同意するか否かの確認を行う。同意が得られた場合、その旨を電子カルテに登録し、院内で統一的に取扱う。

【ケアマネ等への情報提供】

ケアマネ等への情報提供について、患者・家族の同意が得られた場合、原則として、連携シートにある項目の情報提供が可能。ただし、電話対応の場合、提供できる情報に制限がある。

(2) ケアマネ等

厚生労働省が定めるケアマネジメント業務の運営基準等に基づき、各事業所で個人情報の取扱いを規定している。

【利用者・家族への説明、同意】

- ・利用者とケアマネジメント業務の契約を結ぶ際、利用者・家族に対し、運営規程の概要等を記載した重要事項説明書を交付して説明を行い、その内容について利用者の同意を得る。個人情報の取扱いについては、契約書、重要事項説明書に記載するとともに、関係機関との連携、サービス担当者会議など必要な範囲において使用することについて、個人情報使用同意書等の文書により利用者・家族から同意を得る。
- ・事業所内の掲示板等に重要事項説明書などを掲載し、周知徹底に努めている。

【総合病院への情報提供】

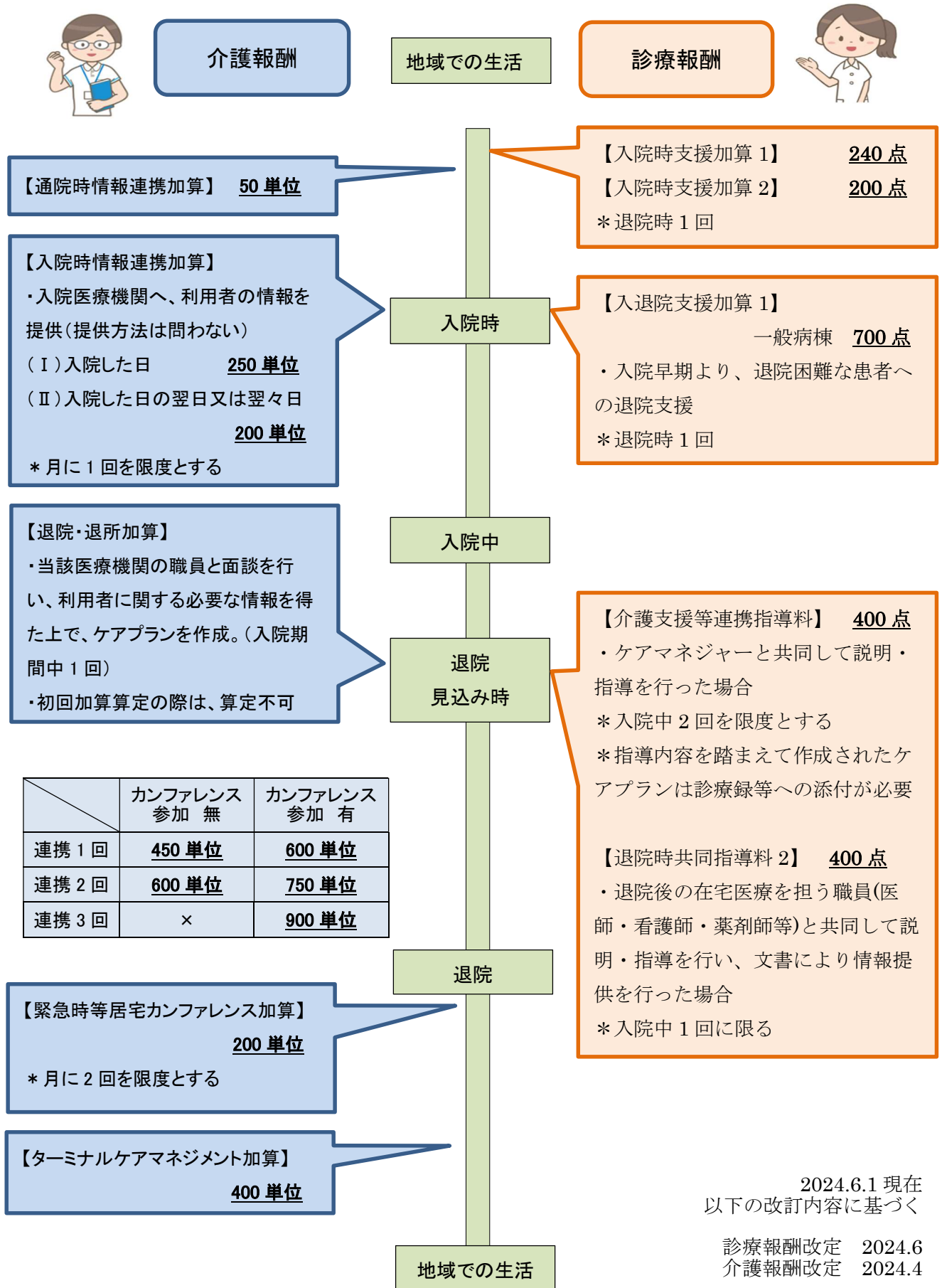
- ・利用者・家族の同意が得られた場合、心身の状況（例えば、疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況について情報提供が可能。

（３）主な関連法令等

- ・個人情報の保護に関する法律（平成15年法律第57号）
- ・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ドライン（平成16年12月24日医政発第1224001号・薬食発第1224002号・老発第1224002号通知別添）
- ・指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準（平成11年3月31日厚生省令第38号）及び解釈通知（平成11年7月29日老企第22号通知）
- ・指定介護予防支援等の事業の人員及び運営並びに指定介護予防支援等に係る介護予防のための効果的な支援の方法に関する基準（平成18年3月14日厚生労働省令第37号）及び解釈通知（平成18年3月31日老振発第0331003号・老老発第0331016号通知）



2. 連携に関する診療報酬・介護報酬



2024.6.1 現在
 以下の改訂内容に基づく

診療報酬改定 2024.6
 介護報酬改定 2024.4

診療報酬及び介護報酬について、医療と介護（入院とケアマネジメント業務）の連携に関連する主な報酬の概要は、下記のとおり。（ただし、本文に記載されている内容は、「診療報酬早見表」より、連携部分が表記された部分を抜粋したものである。表記されている内容を活用する場合は、必ず原本を確認する）

なお、令和6年6月1日時点の状況で作成しており、今後、報酬改定等により内容が変更される場合がある。

（1）診療報酬

○介護支援等連携指導料 【400点/回】

- ・入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等がケアマネジャー又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。
- ・指導の内容を踏まえ作成されたケアプラン等については、患者の同意を得た上で、当該ケアマネジャー又は相談支援専門員に情報提供を求めることとし、ケアプラン等の写しを診療録等に添付する。
- ・当該共同指導は、ビデオ通話が可能な機器を用いて実施しても差し支えない。

○退院時共同指導料2 【400点/回】 ※多機関共同指導加算 2,000点

- ・入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。（2回算定できる要件あり）

※多機関共同指導加算：上記の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、ケアマネジャー又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合に、所定点数に加算する。



○退院前訪問指導料 【580点/回】

- ・継続して1月を超えて入院すると見込まれる入院患者の円滑な退院のため、入院中(外泊時を含む)又は退院日に患家を訪問し、患者の病状、患家の家屋構造、介護力等を考慮しながら、患者又はその家族等退院後に患者の看護に当たる者に対して、退院後の在宅での療養上必要と考えられる指導を行った場合に算定する。
- ・入院後早期(入院後14日以内とする)に退院に向けた訪問指導の必要性を認めて訪問指導を行い、かつ在宅療養に向けた最終調整を目的として再度訪問指導を行う場合に限り、指導の実施日にかかわらず退院日に2回分を算定する。

○退院後訪問指導料 【580点/回】

- ・医療ニーズが高い患者が安心・安全に在宅療養に移行し、在宅療養を継続できるようにするために、患者が入院していた保健医療機関が退院直後において行う訪問指導を評価するものである。
- ・入院保険医療機関の医師又は当該医師の指示を受けた当該保険医療機関の保健師、助産師又は看護師が患家、介護保険施設又は指定障害者支援施設等において患者又はその家族等の患者の看護に当たる者に対して、在宅での療養上必要な指導を行った場合に算定する。
- ・当該患者が退院した日から起算して1月(退院日を除く)を限度として、5回に限り算定する。

○入退院支援加算1 【一般病棟700点/回】

- ・退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合、退院時1回に限り、所定点数に加算する。
- ・入退院支援及び地域連携業務に専従する職員を各病棟に専任で配置し、原則として入院後3日以内に患者の状況を把握するとともに退院困難な要因を有している患者を抽出する。

[退院困難な要因]

- ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかである
- イ 緊急入院である
- ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請である又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請である
- エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
- オ 強度行動障害の状態の者
- カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
- キ 生活困窮者であること
- ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である(必要と推測される)

- ケ 排泄に介助を要する
- コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- サ 退院後に医療処置（胃瘻等の経管栄養法を含む）が必要
- シ 入退院を繰り返している
- ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれる
- セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
- ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
- タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合

・退院困難な要因を有する患者について、原則として入院後7日以内に患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを行うとともに、関係職種と連携し、入院後7日以内に退院支援計画の作成に着手する。

[退院支援計画の内容]

- ア 患者氏名、入院日、退院支援計画着手日、退院支援計画作成日
- イ 退院困難な要因
- ウ 退院に関する患者以外の相談者
- エ 退院支援計画を行う者の氏名（病棟責任者、病棟に専任の入退院支援職員及び入退院支援部門の担当者名をそれぞれ記入）
- オ 退院に係る問題点、課題等
- カ 退院へ向けた目標設定、支援期間、支援概要、予想される退院先、退院後の利用が予測される福祉サービスと担当者名
- キ リハビリテーション、栄養管理及び口腔管理等を含む、退院に向けて入院中に必要な療養支援の内容並びに栄養サポートチーム等の多職種チームとの役割分担

・当該病棟又は入退院支援部門の入退院支援職員が、他の保険医療機関や介護サービス事業所等を訪れるなどしてこれらの職員と面会し、転院・退院体制に関する情報の共有等を行う。



(2) 介護報酬

(ア) 居宅介護支援事業所のケアマネジメント業務に対する報酬（居宅介護支援費）の加算

○入院時情報連携加算

利用者が医療機関に入院するに当たって、当該医療機関の職員に対して、心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。情報提供の方法としては、居宅サービス計画等の活用が考えられる。

「必要な情報」とは、入院日、心身の状況（例えば、疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。

a) 入院時情報連携加算（Ⅰ） 【250単位／月】

入院したその日のうちに、必要な情報を提供した場合に算定する。提供方法は問わない。

※入院日以前の情報提供を含む。

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

b) 入院時情報連携加算（Ⅱ） 【200単位／月】

入院した日の翌日又は翌々日に、必要な情報を提供した場合に算定する。提供方法は問わない。

※営業時間終了後に入院した場合であっては、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

○退院・退所加算

	カンファレンスによる情報提供	面談による情報提供	合計訪問回数
退院・退所加算（Ⅰ）イ【450単位】	—	1回	1回
退院・退所加算（Ⅰ）ロ【600単位】	1回	—	1回
退院・退所加算（Ⅱ）イ【600単位】	—	2回以上	2回以上
退院・退所加算（Ⅱ）ロ【750単位】	1回以上	1回	2回
退院・退所加算（Ⅲ）【900単位】	1回以上	2回以上	3回以上

医療機関（診療所）に入院していた者が退院し、その居宅で介護サービスを利用する場合において、当該利用者の退院に当たって、当該医療機関の職員と面談（テレビ電話装置等も可）を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、ケアプランを作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について、当該介護サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、入院期間中につき1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

「必要な情報」とは、厚生労働省が示す退院・退所加算に係る様式例「退院・退所情報記録書」にある項目をいう。

なお、原則として、退院前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定する。

○通院時情報連携加算 【50単位／月】

利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席をし、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、ケアプランに記録する。利用者一人につき、月1回の算定を限度とする。

○緊急時等居宅カンファレンス加算 【200単位／回】

病院（診療所）の求めにより、医師または看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じ、利用者に必要な介護サービスの利用に関する調整を行い、必要に応じて速やかにケアプランを変更する。利用者一人につき、月2回の算定を限度とする。

○ターミナルケアマネジメント加算 【400単位／月】

末期の悪性腫瘍の利用者又はその家族の同意を得た上で、主治の医師等の助言を得つつ、ターミナル期に通常よりも頻回な訪問により利用者の状態変化やサービス変更の必要性を把握するとともに、そこで把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等や居宅サービス事業者へ提供した場合に加算する。

〔対象利用者〕

末期の悪性腫瘍であって、在宅で死亡した利用者（死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24時間以内に死亡が確認される場合等については加算を算定できる。）

〔算定要件〕

- ア 24時間連絡がとれる体制を確保し、かつ、必要に応じて、指定居宅介護支援を行うことができる体制を整備
- イ 利用者又はその家族の同意を得た上で、死亡日及び死亡日前14日以内に2日以上在宅を訪問し、主治の医師等の助言を得つつ、利用者の状態やサービス変更の必要性等の把握、利用者への支援を実施
- ウ 訪問により把握した利用者の心身の状況等の情報を記録し、主治の医師等及びケアプランに位置付けた居宅サービス事業者へ提供

（イ）地域包括支援センターのケアマネジメント業務に対する報酬（介護予防支援費）の加算

介護予防支援費に当該連携に関連する加算はなし。

3 入退院情報連携シート

(1) 連携シートとは

連携シートは、ケアマネ等が、入院時に病院に対して情報提供する場合、あるいは退院時に病院から情報を得る場合に使用する。連携シート様式は、17ページを参照。総合病院のホームページからダウンロードが可能。

なお、当該連携シートが介護報酬の算定要件を満たす情報であるか否かについては、介護保険者（市町村）によって判断が異なるため、ケアマネ等はあらかじめ対象となる患者の介護保険者に確認する。

(2) 入院時の連携シート提出

入院時、ケアマネ等は、連携シートの左部分「入院時情報提供欄」を記入して提出する。必要に応じて、資料を添付する。

【提出が必要なケース】

総合病院としては、患者のこれまでの生活環境や介護サービスの利用状況等を把握して、退院に向けての支援態勢を構築するため、入院前に介護サービスを利用していた全患者について、連携シートの提出を希望している。

【提出時期】

入院後、できるだけ早期の提出が望ましい。入院後、総合病院で概ね7日以内に行われる入院早期カンファレンスまでに提出があると退院支援の方向性を協議しやすくなる。

【提出方法】

FAXの場合 入退院支援室

(FAX: 0566-25-8329)

持参の場合 各病棟の専任退院支援担当者

〔 下記の時間内でいつでも可能。
月～金曜日 8:30～16:45 〕

- ・ケアマネ等の都合などにより、持参でもFAXでも可能。
- ・提出に当たり、事前の電話連絡は不要。

【留意事項】

- ・総合病院は、ケアマネジャーから21ページに記載するFAX送信票と共に入退院情報連携シートの提出があった場合は、情報を確認した旨をケアマネジャーに返答する。
- ・総合病院は、連携シート提出時点では、ケアマネ等への情報提供について、患者・家族の同意を得ていない。このため、ケアマネ等は、連携シートの提出時に患者の入院情報を確認したい場合は、あらかじめ病棟と調整の上、病棟訪問により病棟看護師等か

ら情報を得る。

- ・退院後のサービス調整を急ぐケース、患者・家族に何らかの問題を抱えているケースなど、ケアマネ等が特に連携が必要と考える患者については、連携シート提出時にその旨を入退院支援室（電話：0566-25-8286）に連絡する。

（3）退院時の連携シートの活用

ケアマネ等は、退院に当たり、総合病院からの情報提供を希望する場合は、連携シートを持参して、病棟を訪問する。

【情報提供可能なケース】

総合病院が、ケアマネ等への情報提供について、患者・家族の同意が得られた場合に提供可能。なお、入院時、ケアマネ等から連携シートの提出があった場合、その後に病棟看護師等が患者・家族に同意するか否かの確認を行っている。

【情報提供可能な時期】

入院期間中、随時対応可能。

【情報取得先】

患者が入院している病棟（病棟看護師等）



【活用方法】

- ・ケアマネ等は、入院時に総合病院に提出した連携シートの控えを持参する。連携シートを提出していない場合は、新しい連携シートを使用する。
- ・ケアマネ等は、連携シートを使用して、病棟看護師等から情報を得る。連携シートへの記入は、ケアマネ等が行う。

【留意事項】

- ・ケアマネ等の事業所で、連携シートに相当する独自の様式を作成している場合は、当該様式を使用して差し支えない。
- ・ケアマネ等は、病棟を訪問する場合は、総合案内にて、入館証の発行を受ける。その他、病棟訪問時の留意事項は、33ページの「※3 ケアマネ等の病棟訪問」を参照。

入院時情報連携シート

記入日： 年 月 日
入院日： 年 月 日

刈谷豊田総合病院 入退院支援室
FAX : 0566-25-8329



事業所名： _____
担当者： _____ TEL： _____

入院者・家族の意向	本人：	ケアマネからの伝達	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスを希望
	家族：		<input type="checkbox"/> 認定変更申請必要性の評価希望

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。是非ご活用ください。

1. 利用者（患者）基本情報について

ふりがな		性別	生年月日		
氏名		<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	年 月 日 (歳)		
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 (申請日 _____) 有効期間： _____ ~ _____)				
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	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	介護保険自己負担割合	割 _____
障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 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 (_____)		
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (<input type="checkbox"/> エレベーターなし <input type="checkbox"/> エレベーターあり) <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input type="checkbox"/> 浴室あり (<input type="checkbox"/> 手すりあり <input type="checkbox"/> なし)				
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 (_____)				【家族構成】
ふりがな		本人との関係	連絡先	自宅： _____ 携帯： _____	
主介護者氏名					
キーパーソン	<input type="checkbox"/> 同居	本人との関係	連絡先	自宅： _____ 携帯： _____	

2. かかりつけ医/既往歴/ADL等について

※キーパーソン：

医療機関名		【既往歴】		
医師名	先生 _____			
連絡先	TEL： _____ FAX： _____			
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (_____)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： _____ 管理方法： _____)			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> とときのみ忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ドレナージチューブ <input type="checkbox"/> 創処置 (褥瘡、創傷) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (直近の入院理由 _____、期間 _____ ~ _____)			
入院前サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 (_____) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名： _____ TEL： _____) <input type="checkbox"/> 家屋調査の必要性 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)			
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)	褥瘡の有無と部位	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位、深度、大きさ等： _____)	
生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト	水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> とときむせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やや難あり
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> バルーン挿入	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 便秘あり <input type="checkbox"/> 下剤あり	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 (_____)			
認知機能の状況	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり ※入院に当たり、昼夜問わず、見られている周辺症状や注意して頂きたい事項を具体的に。 周辺症状詳細： _____			

3. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 (※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向確認が必要であることについて十分に留意すること)

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： _____ 年 _____ 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> 現時点で必要に迫られていないと判断)
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※以下は本人・家族との話し合いを実施している場合のみ記載ください

話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： _____ 続柄： _____) (氏名： _____ 続柄： _____) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 (_____)
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

入院時情報連携シート

記入
入院 記入例 日
日

刈谷豊田総合病院 入退院支援室
FAX : 0566-25-8329



事業所名 :	
担当者 :	TEL :

入院者・家族の意向	本人 : 自宅に戻って療養を希望する。改善の見込みがない事は薄々感じている為、帰れるのであれば自宅へ	ケアマネからの伝達	<input checked="" type="checkbox"/> 退院前カンファレンスを希望
	家族 : 本人の両親も自宅で見取った為今回も自宅まで最期まで過ごさせてあげたい。		<input type="checkbox"/> 認定変更申請必要性の評価希望

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。是非ご活用ください。

1. 利用者(患者) 基本情報について

ふりがな	〇〇 △△	性別	生年月日		
氏名	〇〇 △△	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	〇大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 19 年 1 月 1 日 (70 歳)		
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2) <input type="checkbox"/> 申請中(申請日:) 有効期間: R5.5.1 ~ R6.9.30				
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 checked="" type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input checked="" 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	介護保険自己負担割合	1 割
障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (〇身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)	年金などの種類	<input checked="" type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input checked="" type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他()		
住環境	<input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅 (〇エレベーターなし <input type="checkbox"/> エレベーターあり) <input checked="" type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> 固定ベッド <input type="checkbox"/> 布団 <input checked="" type="checkbox"/> 浴室あり (〇手すりあり <input type="checkbox"/> なし)				
世帯構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子供と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()				【家族構成】
ふりがな	〇〇 □□	本人との関係	妻	連絡先	自宅: 0566-26-6603 携帯: 080-6988-5400
主介護者氏名	〇〇 □□	本人との関係	長男	連絡先	自宅: 0566-26-6603 携帯: 090-1234-5678
キーパーソン	<input checked="" type="checkbox"/> 同居 〇〇☆☆	※キーパーソン: 〇〇□□			

2. かかりつけ医/既往歴/ADL等について

医療機関名	刈谷市民病院	【既往歴】	脳梗塞後遺症	高血圧症
医師名	〇△□☆ 先生		前立腺肥大	高脂血症
連絡先	TEL: 0566-00-0000 FAX: 0566-00-0001		前立腺癌	糖尿病
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (別紙参照)	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (訪問調剤薬局●●)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: 管理方法:)			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> ときどきのみ忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
入院前に実施している医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input checked="" type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ドレナージチューブ <input type="checkbox"/> 創処置(褥瘡、創傷) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他 ()			
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり (直近の入院理由: 抗がん剤治療、期間: R6.4.1 ~ R6.5.2)			
入院前サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名: ♡訪問看護ステーション TEL: 0566-00-0002) <input checked="" type="checkbox"/> 家屋調査の必要性 (<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要)			
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input checked="" type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)	褥瘡の有無と部位	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部位、深度、大きさ等: 発赤程度)	
生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input checked="" type="checkbox"/> ペースト	水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	移動手段	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助	入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> ときどきむせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯)
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良	歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やや難あり
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> バルーン挿入	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 便秘あり <input type="checkbox"/> 下剤あり	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 便意 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)	
精神面における療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()			
認知機能の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり ※入院に当たり、昼夜問わず、見られている周辺症状や注意して頂きたい事項を具体的に。 周辺症状詳細:			

3. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 (※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向確認が必要であることについて十分に留意すること)

意向の話し合い	<input checked="" type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日: 2024 年 9 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> 現時点で必要に迫られていないと判断)
---------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

※以下は本人・家族との話し合いを実施している場合のみご記載ください

話し合いへの参加者	<input checked="" type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族 (氏名: 〇〇□□ 続柄: 妻) (氏名: 〇〇☆☆ 続柄: 長男) <input checked="" type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 (訪問診療主治医 訪問看護 福祉用具貸与 ケアマネ)
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容	癌末期位の状況から、通院先の安城市民病院様より余命宣告をされています。本人様には期間は未告知ですが、自覚症状よりなんとなく理解されている状況。通院による積極的な治療は希望されず、自宅で自然形で過ごすことを希望し意思決定とされた。訪問診療初診時と訪問看護介入時に A C P 確認され D N A R。点滴による補液のみ希望する形とした。本人様が意識ない状況で看護介護が大変であれば緩和ケアでも良いので家族が判断される事で合意
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容 生命保険加入により退院時に、退院証明の添付を依頼された。

退院時情報連携シート

記入日： 年 月 日
退院日： 年 月 日

刈谷豊田総合病院 入退院支援室 FAX : 0566-25-8329	事業所名：			
	担当者：		TEL	
入院者・家族の意向 本人： 家族：	入院先より	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスを予定 <input type="checkbox"/> 区分変更申請必要性の評価 <input type="checkbox"/> その他		

1. 利用者（患者）基本情報について

ふりがな			性別	生年月日	
氏名			<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	<input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日 (歳)	
介護認定変更の見立て	<input type="checkbox"/> 区分変更申請は不要 <input type="checkbox"/> 区分変更申請は必要と評価				
障害手帳の申請	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)		病状の理解	<input type="checkbox"/> 理解あり <input type="checkbox"/> 疾患内容についての告知済み <input type="checkbox"/> 理解なし	
ふりがな	本人との関係	連絡先	自宅：	ご家族様への説明・指導状況	
主介護者氏名			携帯：	<input type="checkbox"/> IC済み <input type="checkbox"/> 介護指導済み	
担当医師名	先生	担当科	入院経過		
担当MSW・看護氏名					
連絡先	TEL	FAX			
退院の日程調整	<input type="checkbox"/> 担当MSWあり <input type="checkbox"/> 担当MSW無し <input type="checkbox"/> 病棟看護師との調整			退院予定日	令和 年 月 日
退院後の受診予定	診療科：	診察予定日	診察科：	診察予定日	
退院処方	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 処方日数 日分予定		退院後の見込み	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input type="checkbox"/> 退院後も継続的の外来通院	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (薬管理予定者： 管理方法：)				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> ときどきのみ忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
退院後も継続を見込まれる医療処置	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ドレナージチューブ <input type="checkbox"/> 創処置 (褥瘡、創傷) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他 ()				
退院後サービス利用の見込み	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名： TEL：)				
退院後の制限	運動制限： 入浴制限： <input type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> 入浴不可 (理由) <input type="checkbox"/> 血圧等条件 食事制限： <input type="checkbox"/> 禁止食 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> カロリー KCal <input type="checkbox"/> 塩分 g				
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)		褥瘡の有無と部位	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位、深度、大きさ当：)	
生活動作	食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト		水分制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		移動手段	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> おせない <input type="checkbox"/> ときどきむせる <input type="checkbox"/> 常にむせる		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input type="checkbox"/> 総入れ歯)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やや難あり
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> バルーン挿入		ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 尿意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介護 <input type="checkbox"/> 便秘あり <input type="checkbox"/> 下剤あり		オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時 便意 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)	
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()				
認知機能の状況	<input type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり 周辺症状詳細：				

2. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 (※本人の意思は変わらぬものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向確認が必要であることについて十分に留意すること)

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 ()	
---------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

※以下は本人・家族との話し合いを実施している場合のみご記載ください

話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：)(氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()	
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容		
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容	

退院時情報連携シート

記入日： 6日
退院日： 6日

記入例

刈谷豊田総合病院 入退院支援室 FAX : 0566-25-8329	事業所名 :	居宅介護支援事業所 かりまる		
	担当者 :	刈丸 一郎	TEL	0566-00-0000
入院者・家族の意向	本人 : 自宅に帰りたいが家事も出来ないし、トイレもどうしよう。ヘルパーさんに来てほしい 家族 : 同居は難しいし、就労もあり、日中見に行けない。サービスで何とか安否確認してほしい	入院先より	<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスを予定 <input type="checkbox"/> 区分変更申請必要性の評価 <input type="checkbox"/> その他	

1. 利用者（患者）基本情報について

ふりがな	カリヤハナコ			性別	生年月日			
氏名	刈谷花子			<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	大正 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 20 年 1 月 1 日 (78 歳)			
介護認定変更の見立て	<input type="checkbox"/> 区分変更申請は不要 <input type="checkbox"/> 区分変更申請は必要と評価							
障害手帳の申請	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神 <input type="checkbox"/> 知的)			病状の理解	<input type="checkbox"/> 理解あり <input type="checkbox"/> 疾患内容についての告知済み <input type="checkbox"/> 理解なし			
ふりがな	カリヤタロウ		本人との関係	長男	連絡先	ご家族様への説明・指導状況		
主介護者氏名	刈谷太郎				自宅 : 0566-11-1111 携帯 : 090-0000-0000	<input type="checkbox"/> IC済み <input type="checkbox"/> 介護指導済み		
担当医師名	碧海次郎 先生	担当科	整形外科		入院経過	自宅トイレで排せつ後に転倒され、訪問してくれたヘルパーさんに発見され救急搬送され当院にて手術施行。(9/1) その後回復期病棟にてリハビリを受けているが、入院前の歩行状態までは回復見込めていません。歩行器歩行をゴールとして、フラットな環境であれば10m程度の移動は可能。環境が整えば自宅への退院とされる。		
担当MSW・看護氏名	三河好子 看護師							
連絡先	TEL	0566-22-2222	FAX	0566-22-2223				
退院の日程調整	<input type="checkbox"/> 担当MSWあり <input type="checkbox"/> 担当MSW無し <input type="checkbox"/> 病棟看護師との調整				退院予定日	令和 6 年 10 月 15 日 :		
退院後の受診予定	診療科 :	整形外科	診察予定日	R6.10.27	診療科 :	内科	診察予定日	R6.10.27
退院処方	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 処方日数 7 日分予定			退院後の見込み	<input type="checkbox"/> かかりつけ医へ <input checked="" type="checkbox"/> 退院後も継続的外来通院			
薬剤管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (薬管理予定者 : 長男 管理方法 : 薬カレンダーを用意が必要)							
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> とときのみ忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否							
退院後も継続を見込まれる医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 気管カニューレ <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> HOT <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> ドレナージチューブ <input type="checkbox"/> 創処置 (褥瘡、創傷) <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> その他 ()							
退院後サービス利用の見込み	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 短期入所 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> その他 () <input checked="" type="checkbox"/> 訪問看護 (事業所名 : 碧海訪問看護ステーション TEL : 0566-33-3333)							
退院後の制限	運動制限 : 骨折術後の右足も全加重可能。旋回動作はゆっくりの動作をお願いします。 入浴制限 : <input checked="" type="checkbox"/> 入浴可 <input type="checkbox"/> 入浴不可 (理由) <input type="checkbox"/> 血圧等条件 食事制限 : <input type="checkbox"/> 禁止食 <input type="checkbox"/> アレルギー <input type="checkbox"/> カロリー KCal <input checked="" type="checkbox"/> 塩分 6 g							
麻痺の状況	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)			褥瘡の有無と部位	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位、深度、大きさ当 :			
生活動作	食事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食事制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ペースト			水分制限	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 不明		
	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			移動手段	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車椅子		
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			整容	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助		
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> ととききむせる <input type="checkbox"/> 常にむせる			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分入れ歯 <input checked="" type="checkbox"/> 総入れ歯)		
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			歯の汚れ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> やや難あり		
排泄	排尿	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> バルーン挿入			ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	尿意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
	排便	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 便秘あり <input type="checkbox"/> 下剤あり			オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input checked="" type="checkbox"/> 常時	便意	<input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
視力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 右耳 <input type="checkbox"/> 左耳)			
精神面における療養上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻覚 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()							
認知機能の状況	<input checked="" type="checkbox"/> 認知症なし <input type="checkbox"/> 認知症あり 周辺症状詳細 : 認知症状はないが、年齢相応の物忘れはみられる。元々の性格が怒りっぽさはある。							

2. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報 (※本人の意思は変わらうものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向確認が必要であることについて十分に留意すること)

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日 : 年 月) <input checked="" type="checkbox"/> 話し合いを実施していない <input checked="" type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input checked="" type="checkbox"/> それ以外 (まだ現実味が無い状況)						
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名 : 続柄 :) (氏名 : 続柄 :) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()						
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容							
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容						

(5) FAX送信時の様式

ケアマネ連絡会ホームページより入手可。

入退院情報連携シート送信について

送信日 令和7年1月8日

送信枚数(本紙含め 枚)

住所: 御中

電話:

FAX:



事業所

担当者氏名

電話:

FAX:

いつもお世話になっております。

別紙 様の入退院情報連携シートを送らせていただきます。
ご確認いただきましたら、にチェックを入れて、ご返信ください。

確認しました。

確認者様氏名

確認日

年 月 日

ケアマネ→退院調整ご担当者様へ

入院時点の前提として考えられる事項

※入院時点での状態で記載しています。 ※不明事項は空白

退院後: 在宅希望 施設希望 病状により検討 未確認

サービス量: 介護サービス充足している 介護サービス調整が必要 ご家族様と調整中

家族関係: 良好 不安あり ※詳細はケアマネ迄直接お問い合わせください。

経済力: 経済状況問題なし ご家族の支援が見込める ご家族支援も見込めない

把握済みの制度 後期高齢者福祉医療受給者証 国保 組合健保 協会けんぽ その他

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額済

生活保護受給中

身体障害者手帳あり

精神障害者保健福祉手帳あり

お伝えしたい事 ※自由記述 問題行動等

入退院情報連携シート送信について

送信日 令和 6年 9月 26日

送信枚数(本紙含め 枚)

刈谷市民病院(架空) 御中

住所: 刈谷市××町1丁目1

電話: 0566-00-0001

FAX: 0566-00-0002



事業所
居宅介護支援事業所 かりまる

担当者氏名
刈谷太郎

電話: (0566)01-2345

FAX: (0566)01-2346

いつもお世話になっております。
別紙 〇〇△△ 様の入退院情報連携シートを送らせていただきます。
ご確認いただきましたら、 にチェックを入れて、ご返信ください。

確認しました。

確認者様氏名

確 認 日

年 月 日

ケアマネ→退院調整ご担当者様へ

入院時点の前提として考えられる事項

※入院時点での状態で記載しています。 ※不明事項は空白

退院後: 在宅希望 施設希望 病状により検討 未確認

サービス量: 介護サービス充足している 介護サービス調整が必要 ご家族様と調整中

家族関係: 良好 不安あり ※詳細はケアマネ迄直接お問い合わせください。

経済力: 経済状況問題なし ご家族の支援が見込める ご家族支援も見込めない

把握済みの制度 後期高齢者福祉医療受給者証 国保 組合健保 協会けんぽ その他

後期高齢者医療限度額適用・標準負担額減額証

生活保護受給中

身体障害者手帳あり

精神障害者保健福祉手帳あり

お伝えしたい事 ※自由記述 問題行動等

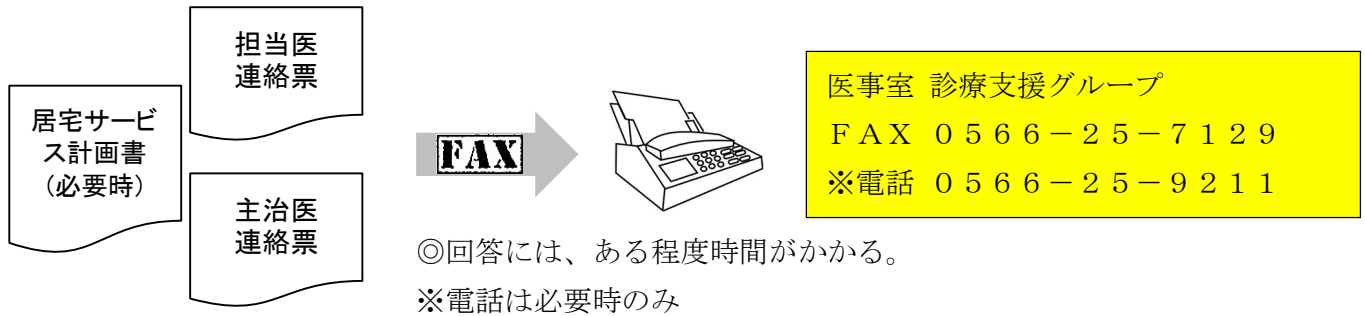
退院に当たり看取り計画と予測されるためカンファレンスの開催を希望。
余命宣告等本人様にされた場合一度ご連絡いただくと幸いです。

4 医師との連絡

ケアマネ等が、総合病院の医師と連絡を取る方法については、その状況により、次のとおり、院内の連絡先が異なる。

なお、通常用いる「担当医連絡票」の様式は、24ページを参照。総合病院のホームページからダウンロード可能。また、刈谷医師会管内で使用されている「主治医連絡票」でも対応可能。

【通常】



【緊急時】



病棟	電話番号	病棟	電話番号		
1棟	2階	25-2971	2棟	3階	25-7066
	3階	25-8031		4階	25-7072
	4階	25-8123		5階	25-7076
	5階	25-8033		6階	25-7083
	6階	25-8036		7階	25-7091
	7階	25-7332		夜間救急病棟	25-2972
	8階	25-8034		救命救急センター	25-8039
	9階	25-8040	3棟 6階	25-8270	
	10階	25-8032	(市外局番0566)		
	11階	25-8037			
	12階	25-7333			

担当医連絡票様式

総合病院のホームページからダウンロード可能。

FAX送信先 刈谷豊田総合病院 医事室診療支援グループ

0566-25-7129

担当医連絡票

年 月 日

刈谷豊田総合病院		事業所	
科		所在地	
担当医		担当者	
FAX: 0566-25-7129		TEL	
医事室診療支援グループ		FAX	

【訪問看護師・介護支援専門員】

<連絡理由>	
①ケアプラン作成（新規・更新・区分変更・事業所変更・その他）	
②問い合わせ	
③その他	
<利用者>	
氏名	
住所	
<要介護度> 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 事業対象者	
<連絡事項>	

希望返信期日： 年 月 日

【担当医記入欄】

--

年 月 日 担当医()

KD地連-Q00055(01)

IV 連携の実際

1 連携の流れ

入院から退院までの連携に関する3つの標準的な流れのフローチャートを作成したので、総合病院、ケアマネ等それぞれの一連の動き・業務等を確認すること。なお、個々のケースにより、時間軸や業務の手順等が変わる場合がある。

フローチャート中、**※**がある項目の留意事項は、32ページ以降の「2 フローチャート各項目の留意事項」に記載しているので、併せて確認すること。

3つのフローチャートの想定は、下記のとおり。

(1) 退院支援が行われる場合で、患者に担当ケアマネ等がいるケース

【フローチャート26～27ページ】

- ・患者は、介護保険の認定を受けており、入院前、ケアマネ等の事業所とケアマネジメント業務の契約をして、介護サービスを利用していた。
- ・入院後、カンファレンス等による退院支援の要否評価において、退院に何らかの問題・不安があり、退院支援担当者（MSW・退院調整Ns）による退院支援が必要と判断された。

(2) 退院支援が行われる場合で、患者に担当ケアマネ等がない（介護保険未申請）ケース

【フローチャート28～29ページ】

- ・患者は、介護保険の認定を受けておらず、入院前は介護サービスを利用していなかった。
- ・入院後、カンファレンス等による退院支援の要否評価において、退院に何らかの問題・不安があり、退院支援担当者による退院支援が必要と判断された。

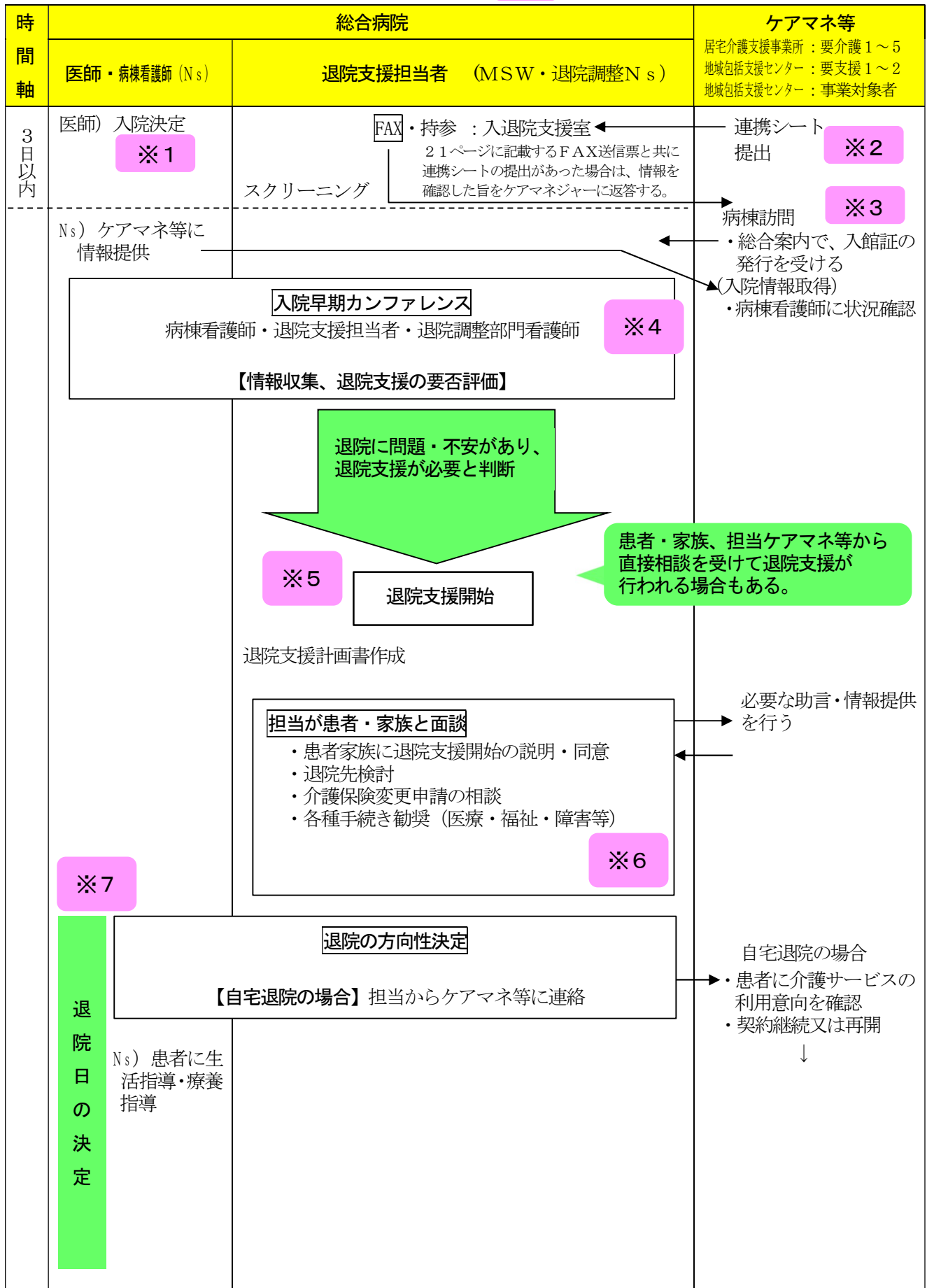
(3) 退院支援がない場合

【フローチャート30～31ページ】

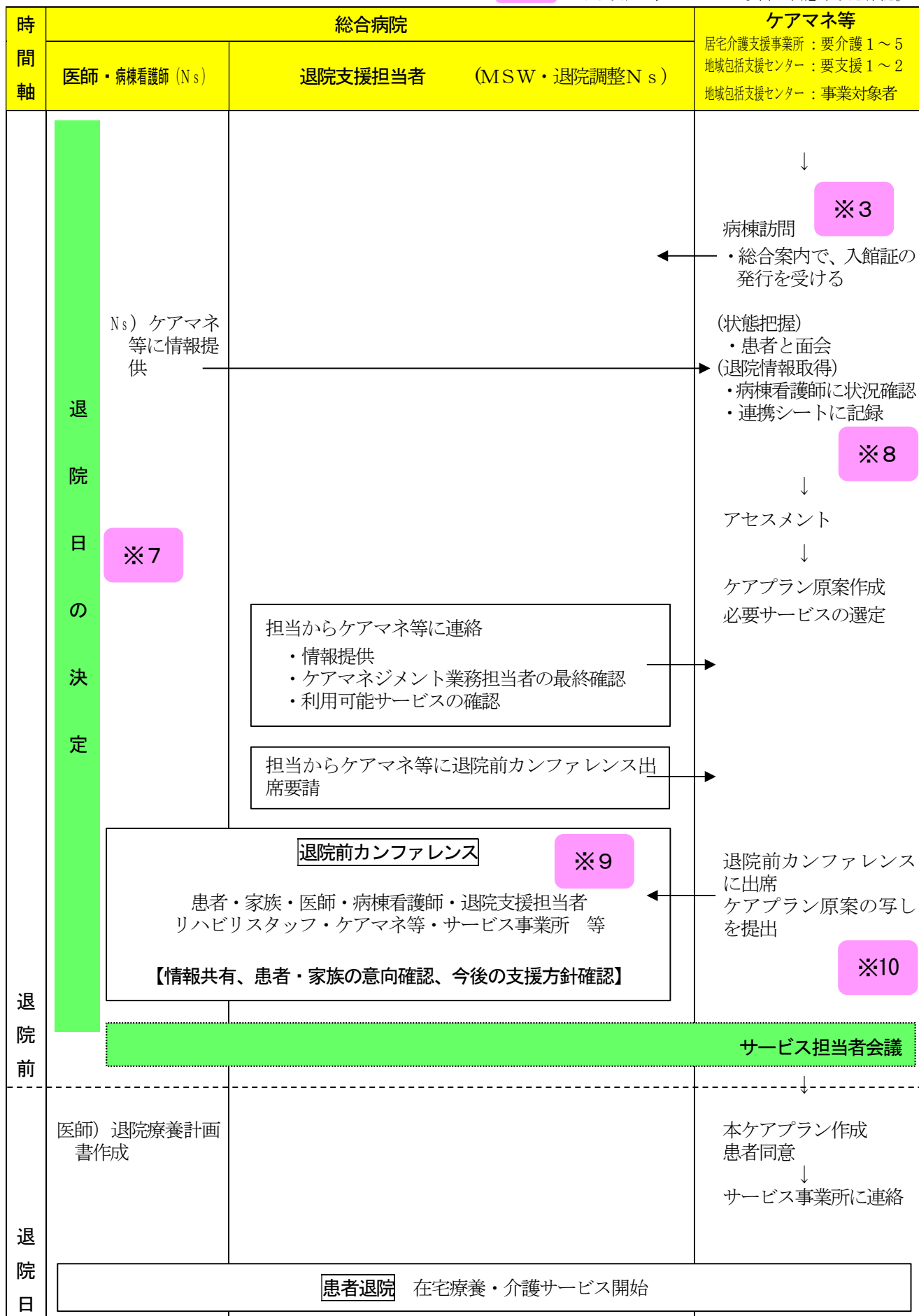
- ・患者は、介護保険の認定を受けており、入院前、ケアマネ等の事業所とケアマネジメント業務の契約をして、介護サービスを利用していた。
- ・入院後、カンファレンス等による退院支援の要否評価において、退院に問題・不安が少なく、退院支援担当者による退院支援は行わないと判断された。

(1) 退院支援が行われる場合で、患者に担当ケアマネ等がいるケース

※ のある項目は、32ページ以降の留意事項を確認。



※ のある項目は、32ページ以降の留意事項を確認。



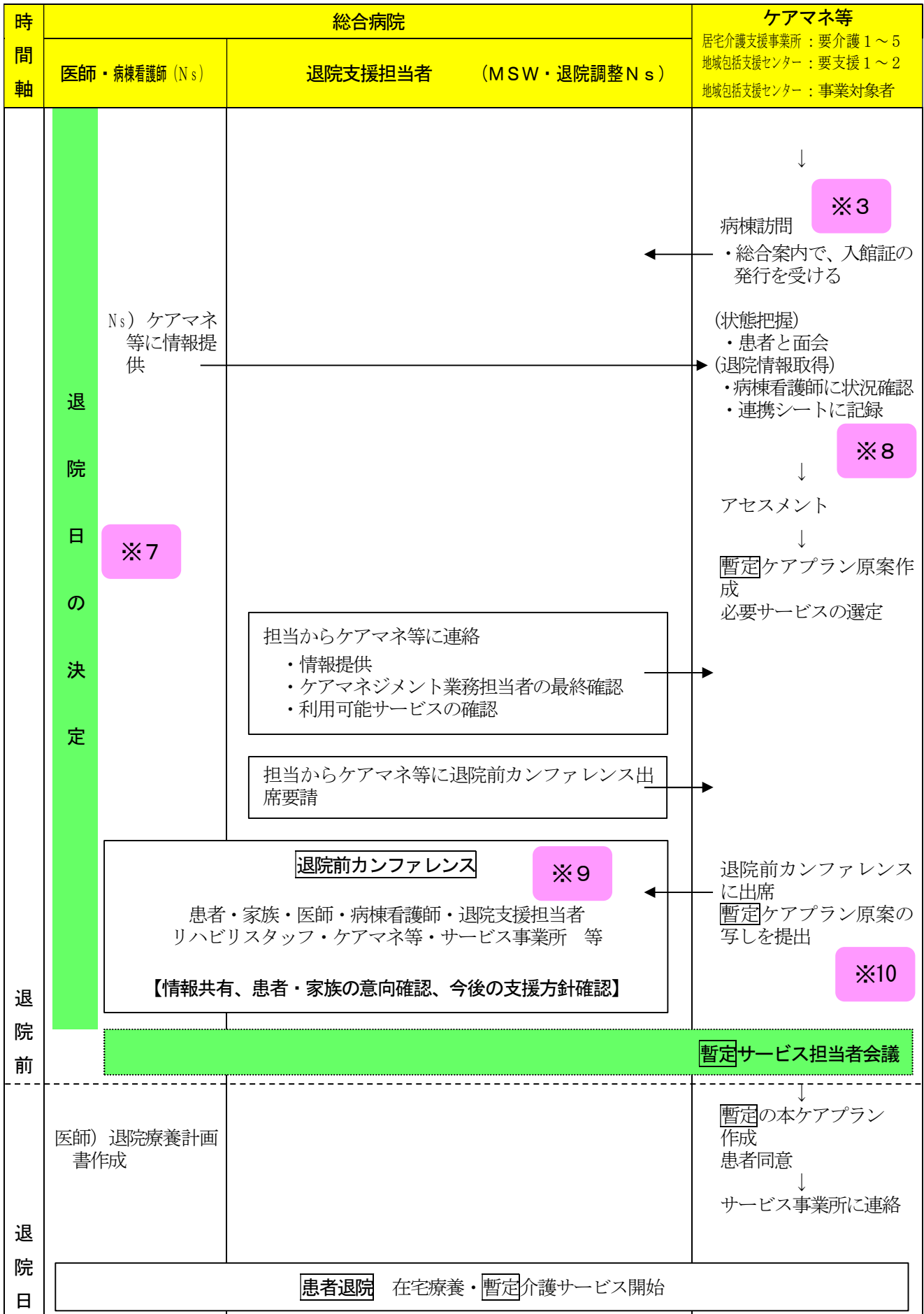
(2) 退院支援が行われる場合で、患者に担当ケアマネ等がない（介護保険未申請）ケース

※ のある項目は、32ページ以降の留意事項を確認。

時間軸	総合病院		ケアマネ等
	医師・病棟看護師 (Ns)	退院支援担当者 (MSW・退院調整Ns)	居宅介護支援事業所：要介護1～5 地域包括支援センター：要支援1～2 地域包括支援センター：事業対象者
3日以内	医師) 入院決定 ※1	スクリーニング	
退院日の決定	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 入院早期カンファレンス 病棟看護師・退院支援担当者・退院調整部門看護師 【情報収集、退院調整の要否評価】 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center; margin: 0 auto; width: 150px;"> 退院支援開始 </div> <div style="text-align: center; margin: 10px 0;"> 退院支援計画書作成 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 担当が患者と面談 ・患者家族に退院支援開始の説明・同意 ・退院先検討 ・各種手続き勧奨（医療・福祉・障害等） ・介護保険新規申請の勧奨 ※総合事業サービスの検討は必須 ※11 </div>		<div style="border: 1px solid black; padding: 10px; background-color: #e0ffe0;"> 介護保険新規申請の認定結果が出るまでは、見込みでケアマネジメント業務を行うため、暫定扱いとなる。 暫定で介護サービスを利用する場合、見込んだ要介護度と異なる認定結果が出ると、介護保険の適用を受けられず、利用料が全額自己負担となる可能性があるため、あらかじめ患者・家族に説明し、了解を得ておく必要がある。 総合事業サービスについて、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用は想定されていないため、十分な注意が必要である。 </div>
	※7	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; text-align: center;"> 退院の方向性決定 </div> <div style="text-align: right; margin-right: 20px;"> ※12 </div> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 5px;"> 【自宅退院の場合】 患者の要介護度の見込みに応じて、担当から居宅介護支援事業所又は地域包括支援センターに暫定ケアマネジメント業務を相談・依頼 </div>	
	Ns) 患者に生活指導・療養指導		

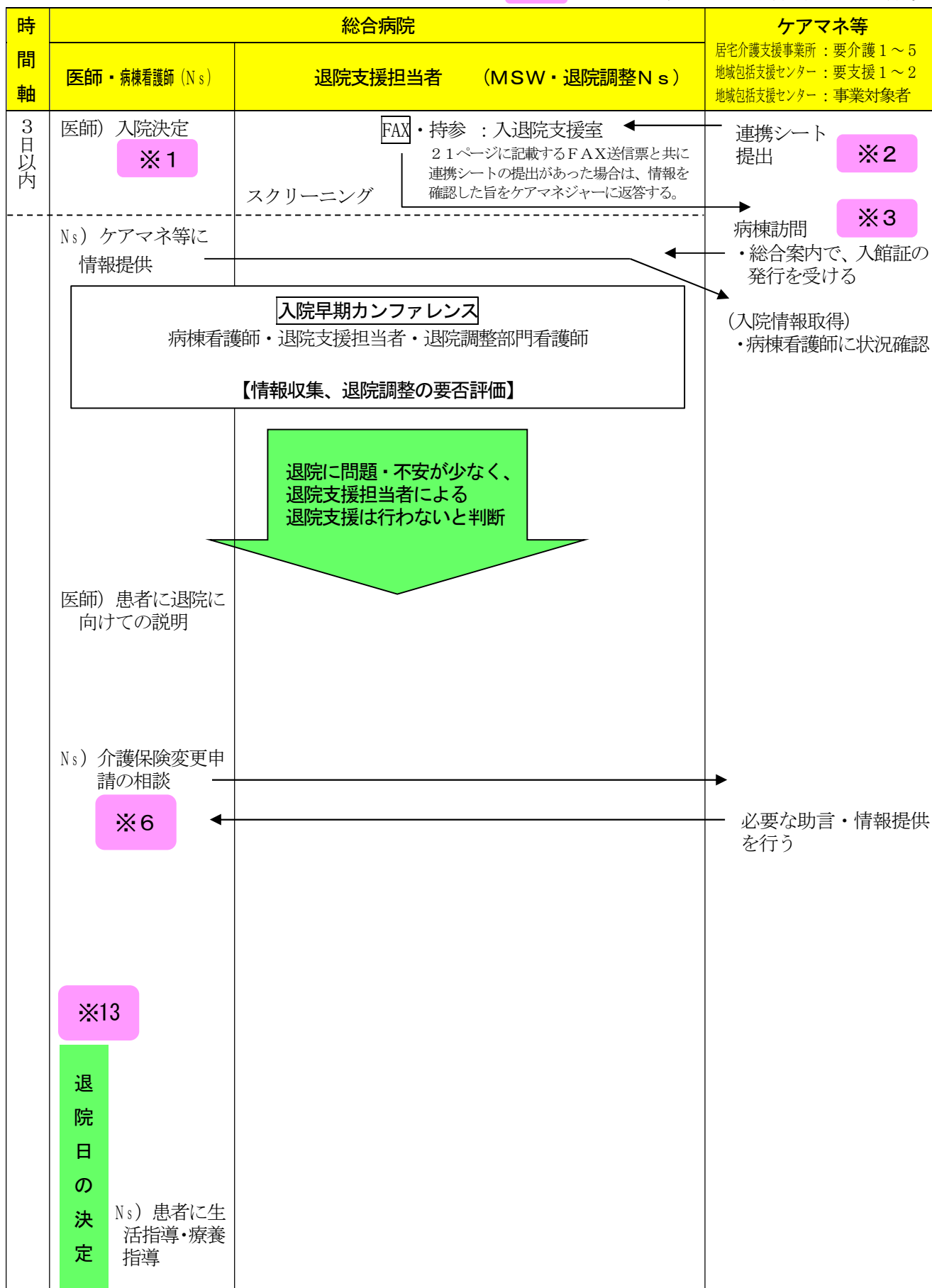
患者・家族等から直接相談を受けて退院支援が行われる場合もある。

※ のある項目は、32ページ以降の留意事項を確認。



(3) 退院支援がない場合

※ のある項目は、32ページ以降の留意事項を確認。



※ のある項目は、32ページ以降の留意事項を確認。

時間軸	総合病院		ケアマネ等
	医師・病棟看護師 (Ns)	退院支援担当者 (MSW・退院調整Ns)	居宅介護支援事業所：要介護1～5 地域包括支援センター：要支援1～2 地域包括支援センター：事業対象者
退院前	<p>退院日の決定</p> <p>※13</p> <p>Ns) ケアマネ等に情報提供</p> <p>Ns) 患者・家族に対し、ケアマネ等へ退院日等の連絡をするよう説明</p> <p>※14</p>		<p>病棟訪問 ※3</p> <p>←</p> <ul style="list-style-type: none"> 総合案内で、入館証の発行を受ける <p>(状態把握・意向確認)</p> <ul style="list-style-type: none"> 患者と面談 患者に介護サービスの利用意向を確認 契約継続又は再開 <p>(退院情報取得)</p> <ul style="list-style-type: none"> 病棟看護師に状況確認 連携シートに記録 <p>※8</p> <p>↓</p> <p>アセスメント</p> <p>↓</p> <p>入院前のサービス継続で対応可能か否か検討</p> <p>(必要に応じて、サービス担当者会議等を行い、ケアプランを見直す)</p> <p>患者・家族から退院日等の連絡を受ける</p> <p>↓</p> <p>サービス事業所に連絡</p>
			<p>医師) 退院療養計画書作成</p>
退院日	<p>患者退院 在宅療養・介護サービス開始</p>		

2 フローチャート各項目の留意事項

21ページ以降のフローチャート中、※がある項目の留意事項を記載したので、フローチャートと併せて確認すること。

※1 入院決定

○入院時の介護保険情報の確認

医師が入院を決定すると、入院手続きに入る。この過程で、介護保険の認定の有無等を確認する。ただし、正確な要介護度、担当ケアマネ等や介護サービス利用状況までは把握できないため、入院早期カンファレンスまでにケアマネ等から連携シートの提出があると退院支援の方向性を協議しやすくなる。

○総合病院からケアマネ等への入院連絡

原則、総合病院から担当ケアマネ等へ入院の連絡は行っていない。総合病院では、患者・家族に担当ケアマネ等へ連絡するよう説明しているので、担当ケアマネ等は患者・家族から情報を得る。

※2 連携シート提出

○早期提出及び提出が必要なケース

- ・入院後、できるだけ早期の提出が望ましい（入院早期カンファレンスまでに提出があると退院支援の方向性を協議しやすくなる）。
- ・総合病院としては、患者のこれまでの生活環境や介護サービスの利用状況等を把握して、退院に向けての支援態勢を構築するため、入院前に介護サービスを利用していた全患者について、連携シートの提出を希望している。
- ・連携シートの提出先 FAX・持参：入退院支援室

○特に連携が必要なケース

退院後のサービス調整を急ぐケース、患者・家族に何らかの問題を抱えているケースなど、ケアマネ等が特に連携が必要と考える患者については、連携シート提出時にその旨を入退院支援室に連絡する。

○ケアマネ等への情報提供

総合病院としては、連携シート提出時点では、ケアマネ等への情報提供について、患者・家族の同意を得ていない。このため、ケアマネ等は、連携シートの提出時に患者の入院情報を確認したい場合は、あらかじめ病棟と調整の上、病棟訪問により病棟看護師等から情報を得る。

○介護報酬

連携シートが居宅介護支援費の入院時情報連携加算の算定要件を満たす情報であるか否かについては、介護保険者（市町村）によって判断が異なるため、ケアマネ等はあらかじめ対象となる患者の介護保険者に確認する。

○その他、17ページの「3 入退院情報連携シート」を参照。

※3 ケアマネ等の病棟訪問

○訪問許可手続き

- ・ケアマネ等は、総合案内にて、入館証の発行を受けてから、病棟を訪問する。
- ・病棟を訪問した際は、スタッフステーションにその旨伝える。

○訪問者の受入可能な時間帯

- ・病棟では、基本的に午前中は清拭、点滴、検査などの処置を行っているため、午前中よりも昼食後の午後2～4時が比較的訪問者を受け入れやすい時間帯といえる。
- ・緊急の場合や特別の事情等がある場合は、この時間帯以外であっても訪問は可能。

○病棟への事前連絡

- ・ケアマネ等は、連携シートの提出時に患者の入院情報を確認したい場合は、病棟に事前連絡する。
- ・その他の場合は、事前連絡の必要はないが、患者の状態、処置の状況など時間帯によっては長時間の待機、あるいは患者に面会できないこともあるため、必要と思われたときは事前に連絡する。

○ケアマネ等への情報提供

総合病院は、ケアマネ等への情報提供について、患者・家族の同意が得られた場合、原則として、病棟看護師等から連携シートにある項目の情報提供が可能。入院時、ケアマネ等から連携シートの提出があった場合、その後に病棟看護師等が患者・家族に同意するか否かの確認を行っている。

※4 入院早期カンファレンス

入院早期カンファレンスとは、患者が入院してから7日以内に、病棟看護師、退院支援担当者、退院調整部門看護師が集まって行う会議をいう。カンファレンスでは、傷病の状況のみならず、患者を取り巻く環境等の情報収集、退院支援の要否評価、緊急介入の要否評価を行う。

※5 退院支援開始

○退院支援が行われるケース

ケアマネ等から連携シートの提出があった患者すべてについて、退院支援が行われるわけではなく、入院早期カンファレンス等における評価にて退院支援が必要と判断された場合に支援を行う。その他、患者・家族、担当ケアマネ等から直接相談を受けて、支援を開始する場合もある。

○退院支援の担当

各病棟に専任の退院支援担当者が配置されており、患者の入院病棟の担当者が支援を行う。入院中、転棟した場合は退院支援担当者も引き継ぎの上で交代となる。

※6 介護保険変更申請の相談

○変更申請を勧奨する前の相談

総合病院は、現在の要介護度が患者の状態にそぐわず、患者に変更申請を勧奨する

場合は、事前に担当ケアマネ等に相談する。

○変更申請の留意点

- ・サービス事業所は、介護サービスを提供すると、介護保険者（市町村）に対し介護報酬を請求するが、変更申請中で認定結果が出るまでの間は、請求することができない。この間に請求した場合は審査を通過せず、報酬が支払われずにサービス事業所に差し戻される。
- ・変更申請により要介護度が重度になると、デイサービスや施設入所サービスなどで利用料が高くなるため、申請を勧奨するときは、あらかじめ患者・家族に説明し、了解を得ておく必要がある。

※7 退院日の決定（退院調整が行われる場合）

○退院日の決定時期

- ・入院時の医師からの治療等の説明・入院診療計画書により、概ねの入院期間を把握できる。
- ・退院日は、退院支援担当者が、初めて患者と面談を行った後から退院前カンファレンスまでの間に決定する。退院日が決定するタイミングは、個々のケースにより様々だが、退院後の環境が整い次第、決定することになる。退院日の決定時期は、治療やリハビリの進行状況だけではなく、退院後の介護等の支援態勢が整うか否かによっても変わる。

○比較的早期に退院日が明確になるケース

骨折等の外科的手術の方や、胃瘻造設の入院などの疾患別パス（治療や検査のスケジュールが概ね決まっているもので、クリニカルパスともいう。）の方。

○平均在院日数 約11日

総合病院は急性期病院であるため、平均在院日数は約11日である。2ページの「1総合病院の役割」を参照。

※8 退院情報取得

○連携シートの活用

- ・ケアマネ等は、入院時に総合病院に提出した連携シートの控えを持参する。連携シートを提出していない場合は、新しい連携シートを使用する。
- ・ケアマネ等は、連携シートの右部分「退院情報欄」を使用して、病棟看護師等から情報を得る。連携シートへの記入は、ケアマネ等が行う。

○ケアマネ等への情報提供

総合病院は、ケアマネ等への情報提供について、患者・家族の同意が得られた場合、原則として、病棟看護師等から連携シートにある項目の情報提供が可能。入院時、ケアマネ等から連携シートの提出があった場合、その後に病棟看護師等が患者・家族に同意するか否かの確認を行っている。

○介護報酬

連携シートが居宅介護支援費の退院・退所加算の算定要件を満たす情報であるか否かについては、介護保険者（市町村）によって判断が異なるため、ケアマネ等はあらかじめ対象となる患者の介護保険者に確認する。

○その他、16ページの「(3) 退院時の連携シートの活用」を参照。

※9 退院前カンファレンス

○退院前カンファレンスとは

退院する前に、患者・家族、医師、病棟看護師、退院支援担当者、リハビリスタッフ、ケアマネ等、サービス事業所などが集まり、医療機関が主体となつて行う会議をいう。カンファレンスでは、患者の傷病の現況、患者を取り巻く環境等の情報共有、患者・家族の意向確認、今後の支援方針の確認などを行う。

○開催時期

退院前、担当ケアマネ等が確定次第、適宜開催する。

○ケアマネ等への出席要請

総合病院は、患者に担当ケアマネ等がいる場合は、必ず出席要請する。

○ケアプラン原案の写し提出

ケアマネ等は、可能であれば、カンファレンス出席の際、ケアプラン（原案でも可）の写しを総合病院に提出する（詳細は10ページの「○介護支援等連携指導料」を参照）。提出できない場合は、カンファレンス後、できるだけ早期に写しを提出する。

※10 サービス担当者会議

サービス担当者会議とは、ケアマネ等がケアプラン作成のために利用者・家族、サービス事業所等を召集して行う会議をいう。利用者の状況等に関する情報を共有するとともに、ケアプラン原案の内容について、各サービスが共通の目標を達成するために具体的に何ができるかなどについて、サービス事業所等の専門的な見地からの意見を求め調整を図る。

※11 介護保険新規申請の勧奨

総合病院は、介護保険の認定を受けておらず、退院に当たり、介護サービスの利用や介護施設への入所が考えられる場合は、患者に対し介護保険の新規申請を勧奨する。

ただし、退院する患者の状態によっては、総合事業のサービスについても十分に検討すること。

※12 暫定ケアマネジメント業務の相談・依頼

○ケアマネジメント業務の相談・依頼

・介護保険の認定結果が出るまでには、申請から1ヶ月程度かかる。退院の方向性が自宅退院となり、認定結果が出る前に介護サービスを利用しなければならない場合、あるいは退院後すぐに介護サービスを利用しなければならない場合は、総合病院は、

患者・家族の同意のもと、速やかにケアマネジメント業務の相談・依頼を行う。

- ・相談・依頼に当たっては、患者の状態から要介護度を見込み、要介護1～5と見込まれる場合は居宅介護支援事業所に、要支援1～2と見込まれる場合又は要介護か要支援か予測がつかない場合は地域包括支援センターに相談・依頼する（5ページの「2 ケアマネ等の役割」を参照）。
- ・認定結果が出るまでは、見込みでケアマネジメント業務を行うため、暫定扱いとなる。

○暫定で介護サービスを利用する場合のリスク

- ・手続きが煩雑になるリスク

ケアマネジメント業務は、要介護1～5の場合は患者が選択した居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、要支援1～2の場合は居住している地区を担当する地域包括支援センター職員が担当となり、利用者と契約を結び業務を行う。暫定で介護サービスを利用する場合（認定結果が出る前にサービスを利用する場合）、見込んだ認定と異なる結果が出ると（要介護と見込んだが結果は要支援だった、あるいはその逆）、ケアマネジメント業務の担当が変わるため、契約をやり直すことになる。

- ・金銭的リスク

暫定で介護サービスを利用する場合（認定結果が出る前にサービスを利用する場合）、見込んだ要介護度と異なる結果が出ると、サービス内容によっては介護保険の適用を受けられず、利用料が全額自己負担となる可能性がある。このため、金銭的なリスクを伴うということをあらかじめ患者・家族に説明し、了解を得ておく必要がある。

※総合事業における介護予防ケアマネジメントについては、ケアプランの自己作成に基づくサービス事業の利用を想定していない。

※13 退院日の決定（退院調整がない場合）

○退院日の決定時期

- ・入院時の医師からの治療等の説明・入院診療計画書により、概ねの入院期間を把握できる。
- ・個々のケースにより様々だが、急性期の治療が終わると、医師が退院を決定する。その後、リハビリの進行状況、退院後の介護等の支援態勢状況により退院日が決まる。

○その他、34ページの「※7 退院日の決定（退院調整が行われる場合）」を参照。

※14 総合病院からケアマネ等への退院日等の連絡（退院調整がない場合）

退院調整がない場合、連携シートの提出があっても、原則、総合病院から担当ケアマネ等に退院日等の連絡は行っていない。総合病院では、患者・家族に担当ケアマネ等へ連絡するよう説明しているので、担当ケアマネ等は患者・家族から情報を得る。

V その他（地域連携パスについて）

1. 「地域連携パス」とは

当院で治療を受けられた患者さんを病院・診療所または施設と当院の双方が連携し、治療計画に沿って継続的に診療をおこなうための仕組みで、地域医療連携においては欠かせないツールです。

2. 刈谷豊田総合病院の地域連携パスの種類

(1) 一方向性連携パス

- ・機能分化した各施設の役割に基づいて、施設間の壁を越えて一貫した治療の流れを確立するためのパス

[例] 大腿骨頸部骨折地域連携パス、脳卒中地域連携パス

[連携施設] 順不同

刈谷豊田東病院、辻村外科病院、ハビリスーツ木、一里山・今井病院、秋田病院

富士病院、高浜豊田病院、こもれびの里・高浜、国立長寿医療研究センター

八千代病院、小林記念病院、西尾病院、名豊病院

(2) 循環型連携パス

- ・刈谷豊田総合病院の担当医とかかりつけ医の2人の医師が主治医となり、共同診療計画に沿って役割分担を行い、診療をすすめるためのパス

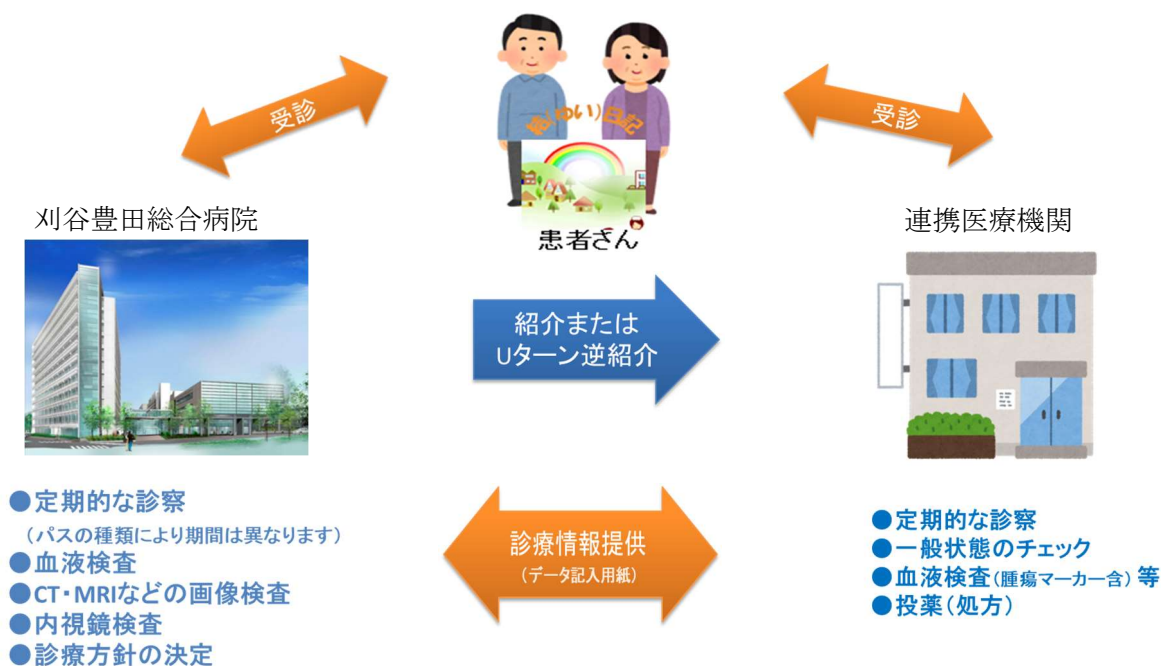
[例] がん地域連携パス、狭心症・心筋梗塞地域連携パス、心不全地域連携パス

糖尿病地域連携パス、CKD 地域連携パス

(3) がん地域連携パス（循環型連携パス）

- ・愛知県下統一パスであり、刈谷豊田総合病院で手術を行った患者さんについて、刈谷豊田総合病院の担当医とかかりつけ医の2人の医師が主治医となり、共同診療計画に沿って役割分担を行い、診療をすすめるためのパス

[例] 肺がん、胃がん、大腸がん、乳がん、肝がん、前立腺がん



刈谷豊田総合病院と介護支援専門員との連携マニュアル

初 版 平成26年3月

改訂版 令和7年4月

発行者 刈谷豊田総合病院と介護支援専門員との連携会議

会議構成員 刈谷豊田総合病院

刈谷ケアマネ連絡会

刈谷市地域包括支援センター

刈谷市長寿課