

松浦市入退院支援 連携の手引き



疾患を抱える高齢者等が、退院後、その人らしい暮らしの場に帰れるように、また、再発・重度化を予防し、安定的に在宅での生活を継続できることを目指し、入退院における医療機関と在宅支援者（ケアマネジャー等）の連携を円滑にするための情報共有シートと本手引きを作成しました。

松浦市在宅医療・介護連絡協議会

1. 対象者について

入院～退院される方は老若男女の様々な年代が想定されますが、本手引きでは以下の方を対象者とします。

①介護保険サービスを現在利用している患者、または介護保険サービスの利用を希望する患者

②その他、病院担当者が「退院連携が必要である」と判断した患者

（例：見守りが必要、放っておくと介助が必要な状態になる恐れが高い、立ち上がりや歩行・食事・排泄に介助が必要、認知機能が低下している等）

2. 手順について

退院支援が必要と判断した場合は、「入退院支援連携のフロー」をもとに退院支援のポイントとなる最小限の流れを確認していただくとともに、関係機関との情報共有を図ってください。

3. 活用のための基本的事項

①日頃から情報収集に努める

→入院が必要となる前から支援対象者の病歴や服薬状況、キーパーソンなどを把握し、仮に入院した場合でもスムーズに情報提供ができるよう準備をしておきましょう。

②入退院時情報提供シートについて

→本手引きにおける入院時および退院時情報提供シートは、松浦市の医療・介護連携のための任意の様式であり、既存の連携にかかる共有シートの使用を妨げるものではありません。

③日頃の療養支援と多職種連携について

→在宅生活を支援するためには地域の歯科医師、訪問看護師、薬剤師、栄養士など様々な職種との関わりが必要です。対象者の状況に応じ、必要な連携をとるように心掛けましょう。

4. 注意事項

◆入院時の情報収集および提供の際に気をつけること

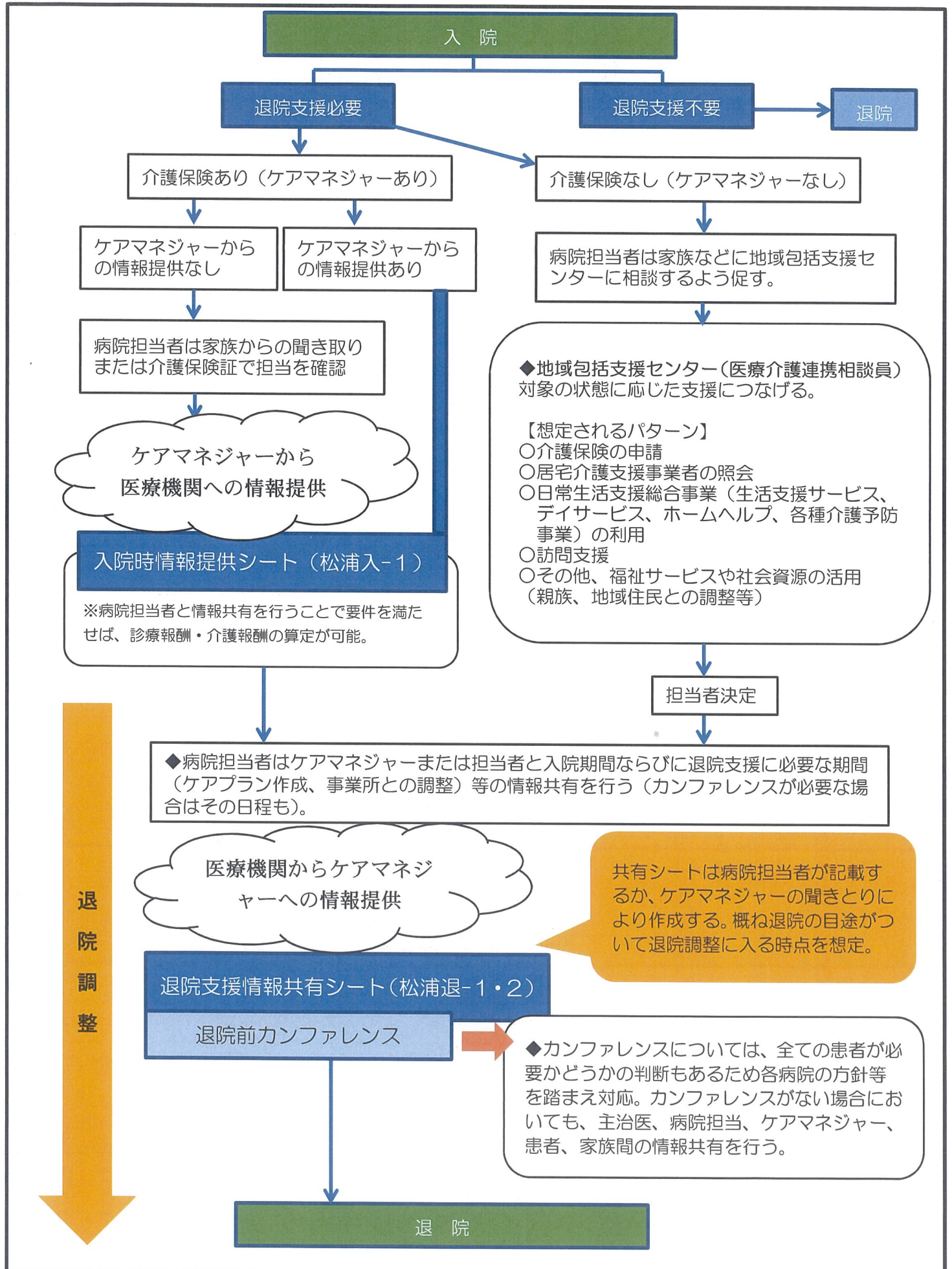
【医療機関が情報収集するとき】

在宅生活の状況を患者本人や家族から十分に聞き取るとともに、本人または家族の同意を得たうえで、ケアマネジャー等からも情報収集を行います。その際、病院担当者や希望する提供方法（電話、ファックス、面談等）を明確に伝えます。

【ケアマネジャー等が情報提供を行うとき】

支援対象者または家族の同意を得たうえで、在宅での状況を速やかに入院医療機関へ情報提供します。

入退院支援連携のフロー



入院時情報提供シート

記入日 令和 年 月 日

入院日 令和 年 月 日

情報提供日 令和 年 月 日

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

(フリガナ)		氏 名		性別	生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳
住 所				電話番号							
緊急連絡先		氏 名		電話番号		住所		続柄		キーパーソン	
		①									
②											
家族構成図		住環境		☐ 一戸建 ☐ 集合住宅(☐ 階建て ☐ 階) ☐ 借家 段差(☐ 有 ☐ 無)							
主・主介護者 ☐ 女性 ★・キーパーソン ☐ 男性		既往歴 現病歴									
		かかりつけ									
		他科受診									
		内服薬		☐ 無 ☐ 有 ☐ 内服薬管理 ☐ 可 ☐ 不可		【特記事項】					
		(内容)									
		要介護度		有効期間		年 月 日～ 年 月 日		認知症自立度		障害自立度	
		特定疾患医療受給者証		☐ 有(疾患名:) ☐ 無							
		手帳		☐ 身体 () ☐ 知的 () ☐ 精神 ()							
		経済状況		☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 (担当CW名)							
		サービス利用状況		例: 訪問介護 週2回							
A D L		自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入				特記事項	
移動・移乗		☐	☐	☐	☐	☐ 車椅子 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 装具・補助具				福祉用具	
口腔衛生		☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 無 ☐ 有(☐ 総義歯 ☐ 上顎 ☐ 下顎 ☐ 部分)					
食 事		☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食() アレルギー: ☐ 無 ☐ 有() 食欲: ☐ 無 ☐ 有 方法: ☐ はし ☐ スプーン ☐ その他()				嚥下・咀嚼状況(留意点)	
更 衣		☐	☐	☐	☐	☐ 上衣 ☐ 下衣 ☐ 装具()					
入 浴		☐	☐	☐	☐	☐ 浴槽 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭					
排 泄		☐	☐	☐	☐	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ					
視 力		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 ☐ 眼鏡あり(特記:)				コミュニケーション能力					
聴 力		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 ☐ 補聴器あり(特記:)									
療養上の問題・認知症状		☐ 無 ☐ 有 ()									
同居家族の認知症の有無:		☐ 無 ☐ 有(程度:)									
家族の介護力		☐ 無 ☐ 有 (留意点等)									
◆生活歴						◆入院歴 ☐ 無 ☐ 有 理由:					
◆介護を行っていて気になること(家族との関係、虐待の可能性等)						◆連絡事項・その他・地域との交流など					
◆本人の希望する生活						◆家族の希望する生活					
※お願い						情報提供者名					
1) 退院調整の時期にはご連絡を頂けると幸いです。 2) 本人のご様子を確認の上、退院後のサービス等を調整いたします。						所属事業所名					
						TEL: FAX:					

担当ケアマネ()

氏名	生年月日		明・大・昭		年	月	日	年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日 () 午前・午後 時 分～ 時 分							場所			
医療機関名 連絡窓口(所属)		()		電話				面談者(職種)		()	
入院の原因となった病名・状態像							合併症				
入院期間	入院日		平成 年 月 日		要介護度		未申請 区分変更中 新規申請中 非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5				
退院(予定)日		平成 年 月 日		認定日		年 月 日		有効期間		年 月 日～ 年 月 日	
特定疾患 医療受給者証	☐ 有(疾患名)		障害者手帳		☐ 身体 ☐ 知覚 ☐ 精神		生活保護 の受給		☐ 有(担当CW:)		☐ 無
病院主治医			在宅主治医				家族構成図				
病状説明:							主…主介護者 ☆…キーパーソン				
☐ 無 ☐ 有(本人:)							○…女性 □…男性				
☐ 無 ☐ 有(家族:)											
病状の受け止め: ☐ 否(患者・家族) ☐ 概ね了解(患者・家族) ☐ 了解(患者・家族)											
今後の希望											
患者											
家族											
特記事項											
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子						
移動方法	☐	☐	☐	☐	☐ 車椅子 ☐ 杖使用 ☐ 歩行器使用 ☐ 装具・補助具使用						
特記事項											
移乗方法	☐	☐	☐	☐	福祉用具: ☐ 不要 ☐ 要()						
特記事項											
口腔衛生	☐	☐	☐	☐	義歯: ☐ 無 ☐ 有(☐ 総義歯 ☐ 上顎 ☐ 下顎 ☐ 部分)						
特記事項											
食 事	☐	☐	☐	☐	☐ 普通食 ☐ 治療食(☐ kcal ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食)						
					☐ 経管栄養 (☐ 胃ろう ☐ 腸ろう ☐ 経鼻経管栄養)						
					主食: ☐ 米飯 ☐ 全粥 ☐ ミキサー (摂取量 割)						
					副食: ☐ 通常 ☐ 一口大 ☐ 刻み ☐ 極小刻み ☐ ミキサー (☐ トロミ付き)						
					☐ ソフト食(摂取量 割)						
					水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 ☐ 無 ☐ 有						
					アレルギー: ☐ 無 ☐ 有() 食への意欲: ☐ 無 ☐ 有						
					摂取方法: ☐ はし ☐ スプーン ☐ その他()						
嚥下・咀嚼状況 :留意点 ()											
特記事項											

氏名		生年月日		明・大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女
A D L	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子				
	☐	☐	☐	☐					
更衣	介助部分：				☐ 上衣 ☐ 下衣 ☐ 装具()				
	特記事項								
入浴	入浴の制限：				☐ 無 ☐ 有(☐ 浴槽 ☐ シャワー浴 ☐ 清拭)				
	特記事項								
排泄	場 所：				☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ オムツ				
	特記事項								
服薬管理	服薬状況： ☐ 無 ☐ 有()								
	薬の変更： ☐ 無 ☐ 有()								
	特記事項								
療養上の問題	☐ 無 ☐ 有 (☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 不眠 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 意思疎通困難 ☐ 徘徊 ☐ 認知(程度：								
	認知症高齢者の日常生活自立度： I、IIa、IIb、IIIa、IIIb、IV、M、自立 判定不可 ()								
	同居家族の認知症の有無： ☐ 無 ☐ 有(程度)								
	キーパーソン： ☐ 無 ☐ 有(連絡先：)								
医療処置	予後予測()								
	☐ バルーンカテーテル ☐ ストマ (人工肛門・人工膀胱) ☐ 気管切開 ☐ 各痰吸引 ☐ 胃ろう ☐ じょくそう 処理の頻度() 家族での対応： ☐ 可 ☐ 不可								
家族の介護力	☐ 無 ☐ 有 (留意点等)								
家族への介護指導	☐ 無 ☐ 有： 理解の状況… ☐ 十分 ☐ 不十分(問題点：) 指導内容 ()								
感染症	☐ 無 ☐ 有 ()								
病気に対する危険予測	☐ 無 ☐ 有 ()								
緊急時の対応	処置の方法：								
	連絡先： 搬送先：								
かかりつけ医の変更	☐ 無 ☐ 有(病院名 医師名)								
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認)					◆看護を行っていて気になったこと (入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)				
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)					◆連絡事項・その他・禁忌事項				
回目	聞き取り日				情報提供を受けた職種(氏名)				
1	年 月 日								
2	年 月 日								
3	年 月 日								

〈入院・退院支援にかかわる診療報酬・介護報酬〉

【診療報酬加算（病院）】

【入院時支援加算1】 240点
 【入院時支援加算2】 200点
 患者情報の把握、介護福祉サービスの把握、褥瘡・栄養評価、薬剤確認、入院中の生活・治療の説明など

【入退院支援加算1】
 一般病床 700点
 療養病床 1300点
 【入退院支援加算2】
 一般病床 190点
 療養病床 635点
 【総合機能評価加算】 50点

【介護支援連携指導料】（初回） 400点

【介護支援連携指導料】（2回目）400点

ケアマネージャーと連携を取り退院計画を作成する

【退院時共同指導料1】
 ・在宅療養支援診療所 1500点
 ・上記以外の場合 900点
 【退院時共同指導料2】 400点

入院医療機関と在宅医療機関の医師・看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士による共同指導

※加算あり

【医師共同指導加算】 300点
 入院医療機関の医師と在宅担当医
 【多機関共同指導加算】 2000点
 入院医療機関の医師又は看護師等と、在宅療養スタッフ3者以上

【介護報酬加算（ケアマネージャー）】

【居宅介護支援の提供開始時】

※利用者に対して、入院時に担当ケアマネージャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務付ける
 （介護予防支援含む）

【入院時情報連携加算】（介護予防支援含まず）

（Ⅰ）入院当日に情報提供 250単位
 （Ⅱ）入院後2日以内に情報提供 200単位

【退院・退所加算】（介護予防支援含まず）

	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回	×	900単位

・退院、退所にあたり、医療機関等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、ケアプランを作成し、居宅サービスの調整を行う。

・「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議（退院カンファレンス）に参加し、退院後の在宅の療養上必要な説明を行い、ケアプランを作成しサービスの調整を行った場合に限る。

入院

退院

※2024年 4月の診療報酬及び介護報酬の内容です。

算定にあたっては、各病院等、各事業所で最新の算定要件・施設基準等を確認してください。

医療機関一覧

医療機関名	住所	電話	ファックス	退院調整 相談窓口
松浦中央病院	志佐町浦免 856-1	72-3300	72-1720(連携室)	地域連携室
菊地病院	志佐町浦免 1765-4	72-0151	72-2962	病棟師長
田中病院	御厨町里免 871	75-0211	75-0222	病院師長
押漕医院	御厨町里免 37-1	75-0311	75-1799	病棟師長
木村内科	調川町下免 91	72-1101	72-2268	※入院なし
白壁外科	今福町浦免 423	74-0221	74-0238	看護師長
福島診療所	福島町塩浜免 2944-21	0955-47-2003	0955-47-2146	※入院なし
鷹島診療所	鷹島町神崎免 352	0955-48-2012	0955-48-2039	※入院なし
北松中央病院	佐世保市江迎町赤坂 299	65-3101	73-1157	地域連携室
青洲会病院	平戸市田平町山内免 612-4	0950-57-2155	0950-57-2151(連携室)	地域連携室
平戸愛患病院	平戸市田平町野田免 202	0950-57-1150	0950-57-1544	地域連携室
佐世保市総合医療 センター	佐世保市平瀬町 9-3	24-1515	24-0474	地域連携 センター
長崎労災病院	佐世保市瀬戸越 2-12-5	49-2191	49-2358	地域連携室
西田病院	伊万里市山代町楠久 890-2	0955-28-1111	0955-28-1035	地域連携室
山元記念病院	伊万里市二里町八谷搦 88-4	0955-23-2166	0955-23-3013	地域連携室
小島病院	伊万里市黒川町塩屋 205-1	0955-27-2121	0955-20-7183(連携室)	地域連携室
堀田病院	伊万里市立花町 2974-5	0955-23-3224	0955-23-6960	地域連携室
山のサナ－レ クリニック	伊万里市立花町 323-2	0955-22-2128	0955-23-6628	地域連携室
唐津赤十字病院	唐津市和多田 2430	0955-72-5111	0120-725-568(連携室)	地域連携室
済生会唐津病院	唐津市元旗町 817	0955-79-8550	0955-73-5760	地域連携室
城内病院	唐津南城内 2-17	0955-79-8550	0955-72-4518	地域連携室
唐津第一病院	唐津市朝日町 1071-4	0955-72-1212	0955-74-2188	地域連携室
河畔病院	唐津市松南町 2-55	0955-77-2611	0955-77-2722	地域連携室

居宅介護支援事業所一覧

事業所名	住所	電話	ファックス
押漕医院 居宅介護支援事業所	御厨町里免 37-1	75-0311	75-1799
居宅介護支援事業所 春風荘	御厨町里免 384-1	75-2889	75-2900
田中病院 居宅介護支援事業所	御厨町里免 883	73-5500	73-5500
菊地病院 居宅介護支援事業所 ケアバンクふれあい	志佐町浦免 1765-4	72-0151	72-2962
指定居宅介護支援事業所 愛光園	志佐町浦免 270	72-5466	72-1209
介護保険事業所 ケアサポート ふえふき	志佐町笛吹免 918	73-0388	73-0377
居宅介護支援事業所 じゅ樹	調川町下免 740-57	59-8112	73-0550
居宅介護支援事業所 たけべ	今福町北免 2091-1	74-0910	74-0917
松浦市立福島診療所	福島町塩浜免 2944-21	0955-47-2003	0955-47-2146
いろは島荘 居宅介護支援事業所	福島町塩浜免 3002	0955-47-4611	0955-47-4610
松浦市社協鷹島支所 居宅介護支援事業所	鷹島町神崎免 137-1	0955-48-3505	0955-48-2790

事務局:松浦市役所 長寿介護課 / 地域包括支援センター 0956-72-1111