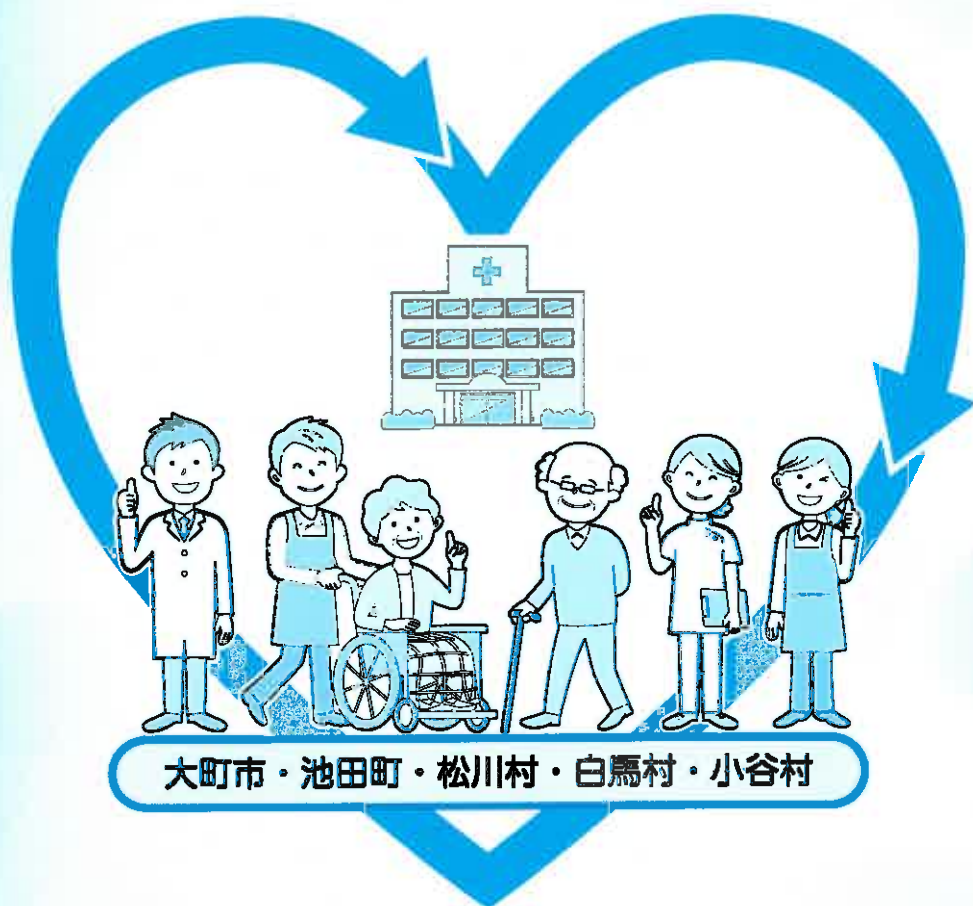


大北地域入退院時支援ルール

～ 患者さんのスムーズな退院後生活への移行のためのマニュアル ～



大北地域在宅医療介護推進委員会ワーキンググループ

平成30年12月 [改訂版]

入退院時のルール作成にあたって

高齢者の増加に伴い、病気をもちつつも可能な限り住み慣れた場所で自分らしく過ごせるよう、在宅医療の普及・推進が求められています。そのためには在宅医療に従事する多職種が各々の専門知識を活かし、積極的な意見交換や情報共有を通じて、チームとして患者・家族の質の高い生活を支えていく必要があります。これらを可能とするための都市医師会・病院の医師、地域包括支援センターの主任介護支援専門員及び市町村行政担当職員を在宅医療に関する地域の指導者として養成する研修会が平成 25 年 1 月塩尻市で開催されました。その研修修了者を中心に在宅医療推進委員会ワーキンググループが組織され、今までに 38 回のワーキンググループ会議とこの間に課題抽出と課題解決のための多職種連携ネットワーク会議を 9 回開催し、在宅医療の現場での問題解決策を話し合うとともに、お互い顔の見える信頼関係を構築してまいりました。これまでに終末期の支援、独居老人にも服薬しやすくするために 1 日 1 回一包化など解決策を提案して来ました。そして今般は「入院時から始まる退院支援」の一環として「退院時のルール」を作成しました。ワーキンググループ会議では、退院支援に慣れていない職種の人にも理解し易い手引書になるように心掛けました。もっと詳しく知りたい方のために会議で提案されたことをほとんど網羅した資料も添付しましたので、参考にしてください。

尚、退院支援にあたっては、利用者のプライバシーには十分な配慮が必要です。参考書としては平成 29 年 5 月 30 に厚労省より出された「医療・介護関係事業者における個人情報適切な取扱いのためのガイダンス」に関する Q & A（事例集）があります。

最後に 3 年以上にわたりお骨折りを戴いた在宅医療推進委員会ワーキンググループの皆様には心より感謝申し上げます。

平成 29 年 10 月

大北地域在宅医療推進委員会
ワーキンググループ責任者
横澤 厚信（大北医師会）

目次

● はじめに	P 2
● 入退院時支援ルール	
I：入院前にケアマネジャーが決まっている場合	P 4
II：入院前にケアマネジャーが決まっていない場合	P 8
III：退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれないが、 地域による見守り相談等が必要と思われる場合	P 12
入院中の要介護認定調査に係る留意事項について	P 16
介護保険法第 27 条第 1 項、第 28 条第 2 項、第 29 条第 1 項、第 32 条第 1 項、第 2 項、第 33 条の 2 第 1 項。 ◆厚生労働省 要介護認定 認定調査員テキスト 2009 改訂版（平成 30 年 4 月）。◆末期がん等の方への要 介護認定等における留意事項について（平成 22 年 4 月 30 日 厚生労働省老健局老人保健課通知）関係	
■ 資料編	P 19

資料編

■ 様式集

様式 1 服薬情報報告書	P 20
様式 2 医療福祉連携シート（大北圏域介護保険事業者連絡協議会 居宅介護支援部会）	P 21
様式 3 利用者状況表	P 22
様式 4-1 退院・転院時サマリ（北アルプス医療センターあづみ病院）	P 25
様式 4-2 退院・転院時看護要約（市立大町総合病院）	P 26
様式 5 在宅歯科訪問診療マッチングシート	P 28
様式 6-1 入院時情報提供書	P 30
様式 6-2 退院・退所情報提供書	P 32

（厚生労働省老健局振興課長通知 平成21年老振発第0313001号 最終改正平成30年老高発0322第2号）

■ 関係機関一覧

P 33

医療機関（病院、診療所、歯科診療所、薬局）

訪問看護ステーション

居宅介護支援事業所

地域包括支援センター

■ 入退院調整ルール作成の経過

P 39

はじめに

1. 目的

患者が退院する際に、望む生活をかなえることを目指し必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、大北圏域の医療機関と介護サービス事業所の間で患者さんが入院した時から情報を共有し、退院・生活復帰に向けて連携を図るための仕組みです。

2. 基本事項（共通事項）

(1) 入退院調整ルール（2017年10月運用開始）とは

大北圏域にお住いの患者さんが医療機関に入院し、退院後在宅に戻る際に医療福祉関係者が行う基本的な事項を定めたマニュアルです。

(2) 対象となる者

在宅（自宅等）から入院し、自宅等へ退院する患者（利用者）で下記AからCのいずれかに該当する方。

I：入院前にケアマネジャーが決まっている場合

II：入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

III：退院後に居宅介護サービスの利用が見込まれないが、地域による見守り相談が必要と思われる場合

※ 要介護・要支援認定者及び事業対象者の介護支援計画等を作成する居宅介護支援事業所または地域包括支援センターのケアマネジャー等

(3) 留意事項

○ このルールは、患者さんがスムーズに退院後の生活に移行できるよう支援するにあたって医療機関と介護サービス事業者が必要な情報を共有するための基本的な流れを示したマニュアルであり、拘束力を持つものではありません。

あくまで目安と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要です。

○ 情報の提供に当たっては本人・家族の同意を得ることが必要です。

(4) 見直しについて

運用開始後は、運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しを行っていきます。

1 支援対象者の状況を次のように設定しています。

対象者の状況	
I	入院前にケアプラン作成者が決定している場合
II	入院前にケアプラン作成者が決定していない場合
III	退院後に介護サービスの利用が見込まれない場合 (地域による見守りや相談等が必要と思われる場合)

2 「支援対象者」、「支援に関わる関係者」を次のように分類しています。

	区分1	区分2
A	対象者	A1 本人、A2 家族等
B	地域包括支援センター	
C	医療機関	病院・有床診療所
D	ケアマネジャー	
E	かかりつけ医	E1 医師、E2 歯科医師、E3 薬局
F	介護サービス事業者	
G	地域等	

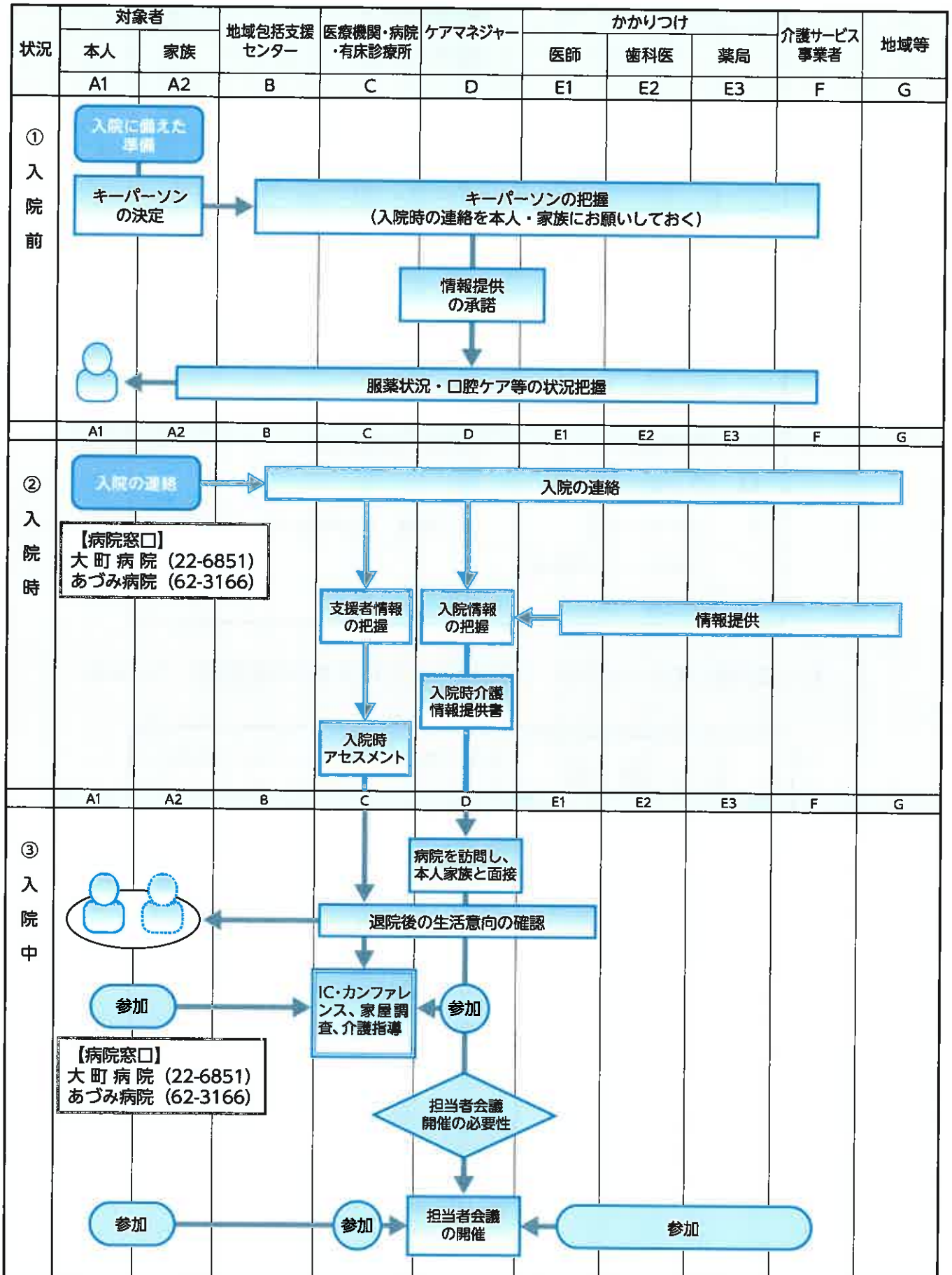
3 本入退院時支援ルールでは、以下の区分ごとに支援内容を設定しています。

① 入院前	入院に備えた準備、キーパーソンの決定
② 入院時	入院の連絡、情報の把握
③ 入院中	退院後の生活意向の確認、担当者会議の開催
④ 退院調整時	退院に向けた準備
⑤ 退院時	関係機関への情報提供等
⑥ 退院後	必要に応じたサービス利用等

I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-1-①



I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-1-②

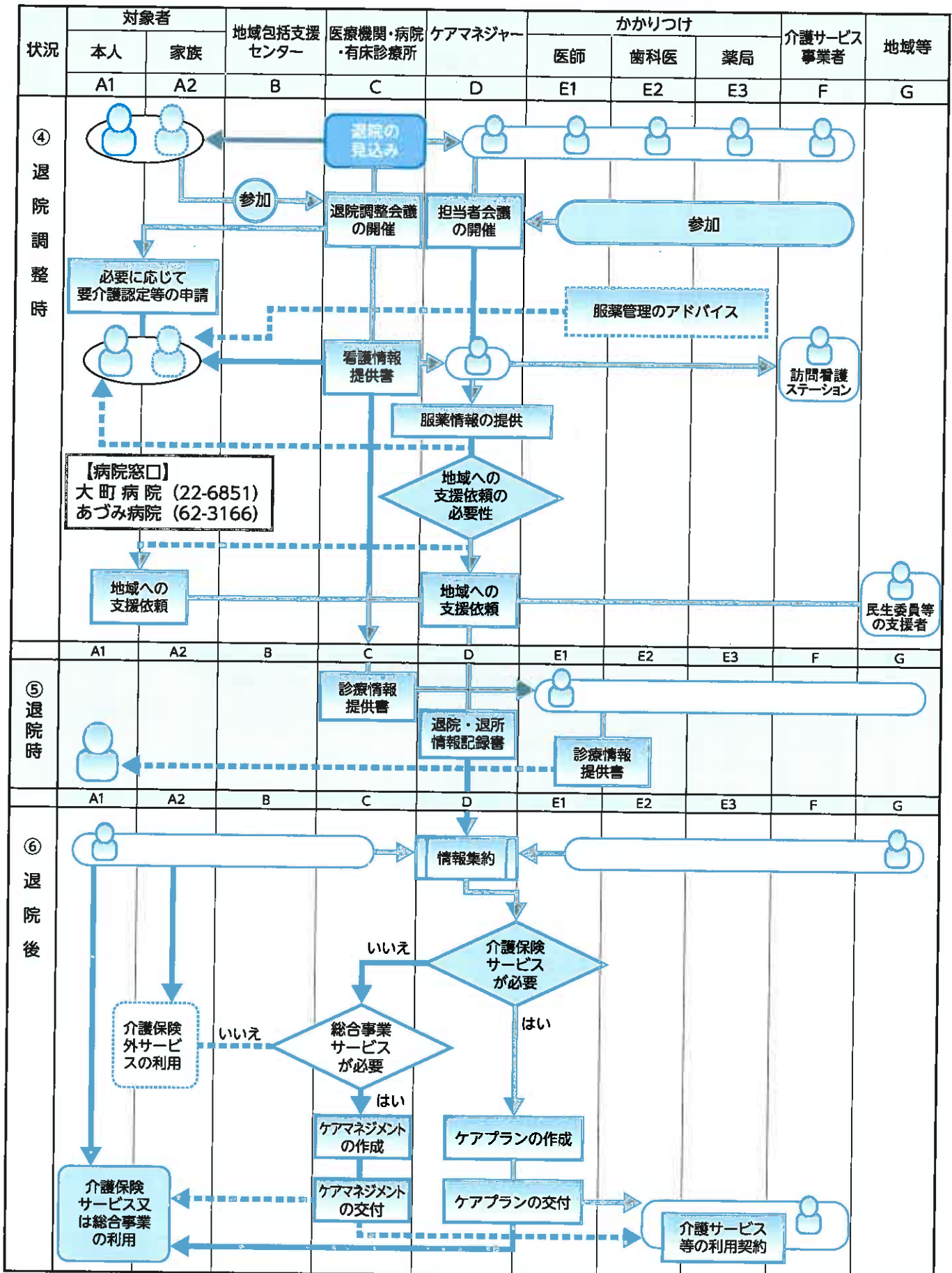
状況	区分	支援等の内容
① 入院前	共通	キーパーソンの決定（把握）、服薬状況の把握、未治療歯科の受診の勧奨
	A A1・A2	(ア) 生きること・死ぬこと（延命治療も含む）を家族で考えておき、日常から意思表示しておく。 (イ) 本人入院時の各種準備（CMの連絡先、健康（介護）保険証、診察券、お薬手帳） (ウ) 口腔ケア及び歯科治療
	B	《介入が必要な状況》 キーパーソン等が不在、家族等への支援が必要、支援者が不明な時、医療・介護以外のサービス調整が必要 (ア) お薬手帳へ要介護認定状況、担当CM等の情報を記載（希望者） (イ) 処遇困難事例等でCMへ助言が必要なとき（不適切介護、虐待等権利侵害が疑われる状況）
	C	(ア) CM、訪看ステーション等との顔の見える関係づくり (イ) 未治療歯科の受診の勧奨、服薬相談
	D	(ア) 病院への情報提供について本人・家族に承諾を得る (イ) 入院の場合、必ずCMに連絡するよう本人・家族等に依頼望む生活の意向の把握
	E	(ア) 医師 延命治療に関し家族へ相談 (イ) 歯科医師 未治療歯科の勧奨、入院前口腔ケア指導 (ウ) 薬局 服薬相談、残薬確認
	F	(ア) 望む生活の意向の把握 (イ) 口腔ケアの実施及び未治療歯科の受診の勧奨
② 入院時	A	(ア) CMに連絡する
	B	(ア) 必要がある場合のCM支援（処遇困難ケース） (イ) 必要がある場合の本人・家族支援（虐待、権利擁護等） (ウ) キーパーソン不在時の対応
	C	(ア) 入院時の状況で必要時は病棟Ns（外来Ns）⇒MSW⇒CMへ連絡（又は包括へ） (イ) 入院時アセスメント、入院前からの課題の把握・入院後予想される課題の抽出を病棟Ns・MSW⇔包括・CM間、院内のスタッフ（Ns・RH・薬剤師・栄養士等）間で共有。 (ウ) 家族が対応できない場合は、病院からCMへ連絡
	D	(ア) 入院情報あり次第、病院（相談室又は病棟Ns）へ連絡（情報共有シートの発行） (イ) 入院事実が確認できた場合は、必要に応じて速やかに病院へ口頭での情報提供（口頭） (ウ) 医療福祉連携シートにより病院へ3日以内に情報提供（口頭、mail、持参、面談等） (エ) 入院時介護情報提供書
	E	共通 在宅時の服薬情報提供 (ア) 「医師」 病院へ入院前治療状況情報提供 (イ) 「歯科医師」 病院へ入院前口腔治療状況情報提供 (ウ) 「薬局」 必要に応じCMへ歯科治療情報提供
	F	(ア) 入院した事実を把握した場合は、確認のためCMに連絡 (イ) 訪問看護利用の場合は、必要に応じCMに情報提供。（口頭、mail、持参、面談等）
③ 入院中	共通	必要に応じて担当者会議へ出席
	A A1・A2	(ア) 退院後の生活意向意思統一（入院後早期に） (イ) 場合によってはそのための支援をCMとMSWと他スタッフで行う (ウ) IC、カンファレンス、介護指導への参加 (エ) 家屋調査
	B	(ア) 在宅（自宅）への退院が困難な状況への介入 (イ) ICへ同席 (ウ) 必要に応じ家屋調査同行
	C	(ア) CM、訪看ステーションに入院中の情報提供 (イ) 退院見込、退院後の意向、入院中に生じた課題の連絡共有対応策 (ウ) ICカンファレンス家屋調査はご本人の治療経過に合わせて調整。 (エ) 病棟は平行して介護指導 (オ) 家屋調査等実施（Ns、PT、MSW等） (カ) 必要に応じ担当者会議へ出席【病院担当：病棟Ns、MSWほか多職種】
	D	(ア) 病院を訪問し本人家族と面談（必要に応じてMSW同席）（情報収集と退院後の課題確認） (イ) ICへ同席カンファレンス家屋調査はご本人の治療経過に合わせて調整。家屋調査への同行
	E	(ア) 必要に応じ担当者会議へ出席
F	(ア) 必要に応じ担当者会議へ出席	

【略語解説】 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-2-①



I 入院前にケアプラン作成者が決まっている場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

I-2-②

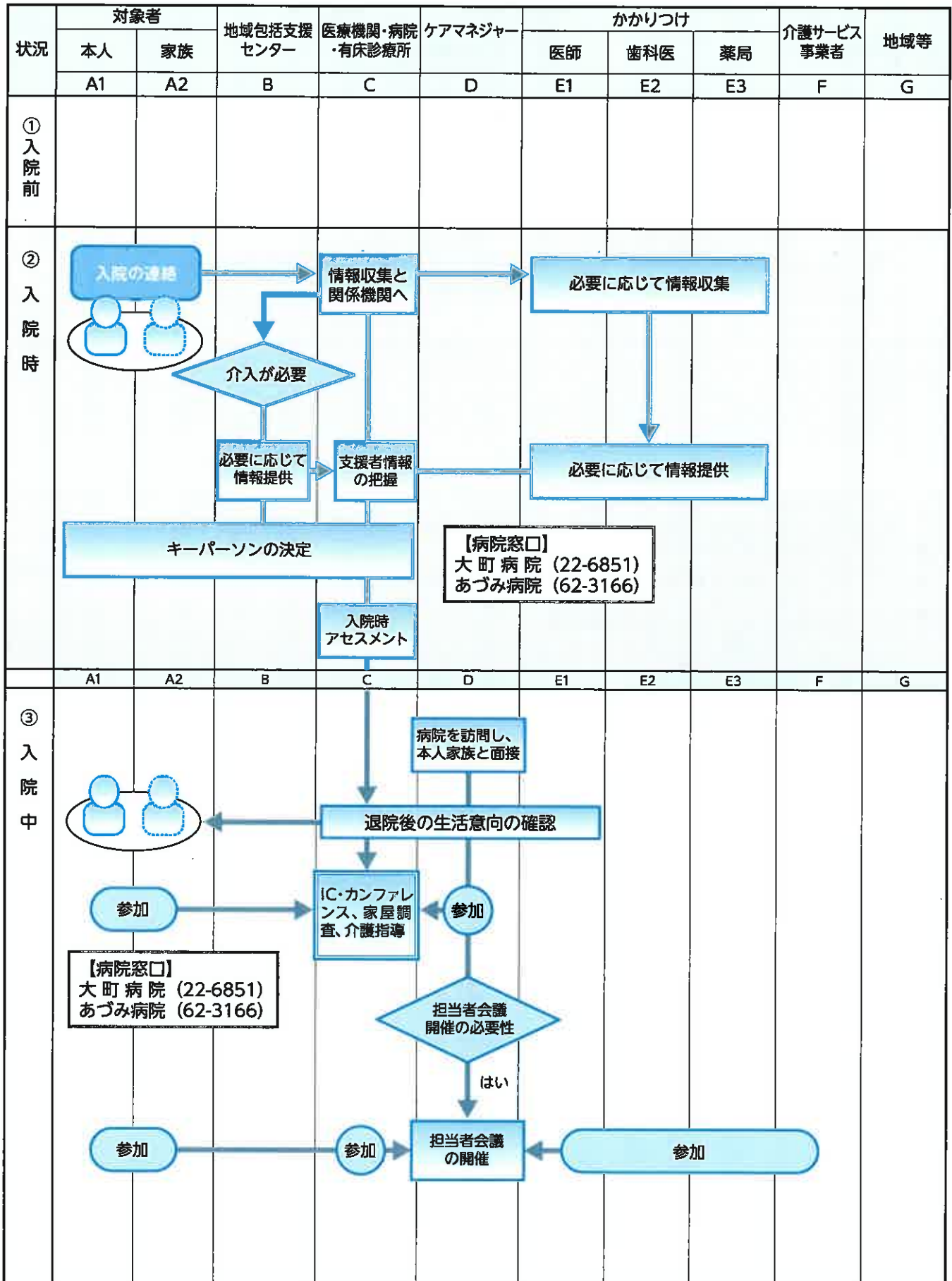
状況	区分	支援等の内容
④ 退院調整時	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 退院調整会議への参加 (ウ) 必要に応じて要介護認定等の申請手続き (※介護保険のサービスが必要な場合) (エ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶 (特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合)
	B	-
	C	(ア) 退院後必要なサービスについての情報をケアマネに提供 (イ) 介護サービスの利用手続きについては、ケアマネに依頼する。
	D	(ア) 必要に応じ退院調整会議、サービス担当者会議 (CM) 開催・・・(退院前の最終確認) (イ) ケアプラン原案の提示 → (退院後の支援方針の決定)
⑤ 退院時	A A1・A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶 (特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合)
	B	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	C	(ア) 看護情報提供書 (薬剤情報含む) を CM に提供 (家族経由でも可) (イ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等への情報提供 (ウ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (エ) 口腔ケア等による管理
	D	(ア) 次回受診日等を確認 (イ) 服薬情報を薬局に提供 (ウ) 民生委員等地域の支援者への支援依頼 (エ) 退院・退所情報記録書の作成
	E	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	F	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
⑥ 退院後	A A1・A2	(ア) 口腔ケアが必要で、かかりつけ歯科医がない場合は、地域包括支援センターに相談
	B	(ア) かかりつけ歯科医がない場合、マッチングシートで相談
	C	(ア) 診療情報提供書作成【患者情報を主治医に】 (イ) 状態の変化、受診中断等があった場合は、ケアマネに情報提供
	D	(ア) ケアプランを患者・家族、居宅サービス事業所、病院、主治医、歯科医、薬局に提供 (イ) 退院後の生活状況を病院、主治医、歯科医、薬局等へ情報提供 (ウ) 「在宅」時はそれぞれの担当者が CM・包括へ情報集約。 (エ) CM・包括は必要に応じて主治医又は SW に情報提供【双方向の情報提供】
	E	(ア) 患者本人の病状把握 (イ) できる限り早期に訪看ステーション・CM 同行のうえ往診 (患者の病状把握) (ウ) 状態の変化、受診中断、服薬状況等に問題があった場合は、CM に情報提供

【略語解説】 CM = ケアマネージャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅱ 入院前にケアプラン作成者が決まっていない場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

Ⅱ-1-①



II 入院前にケアプラン作成者が決まっていない場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

II-1-②

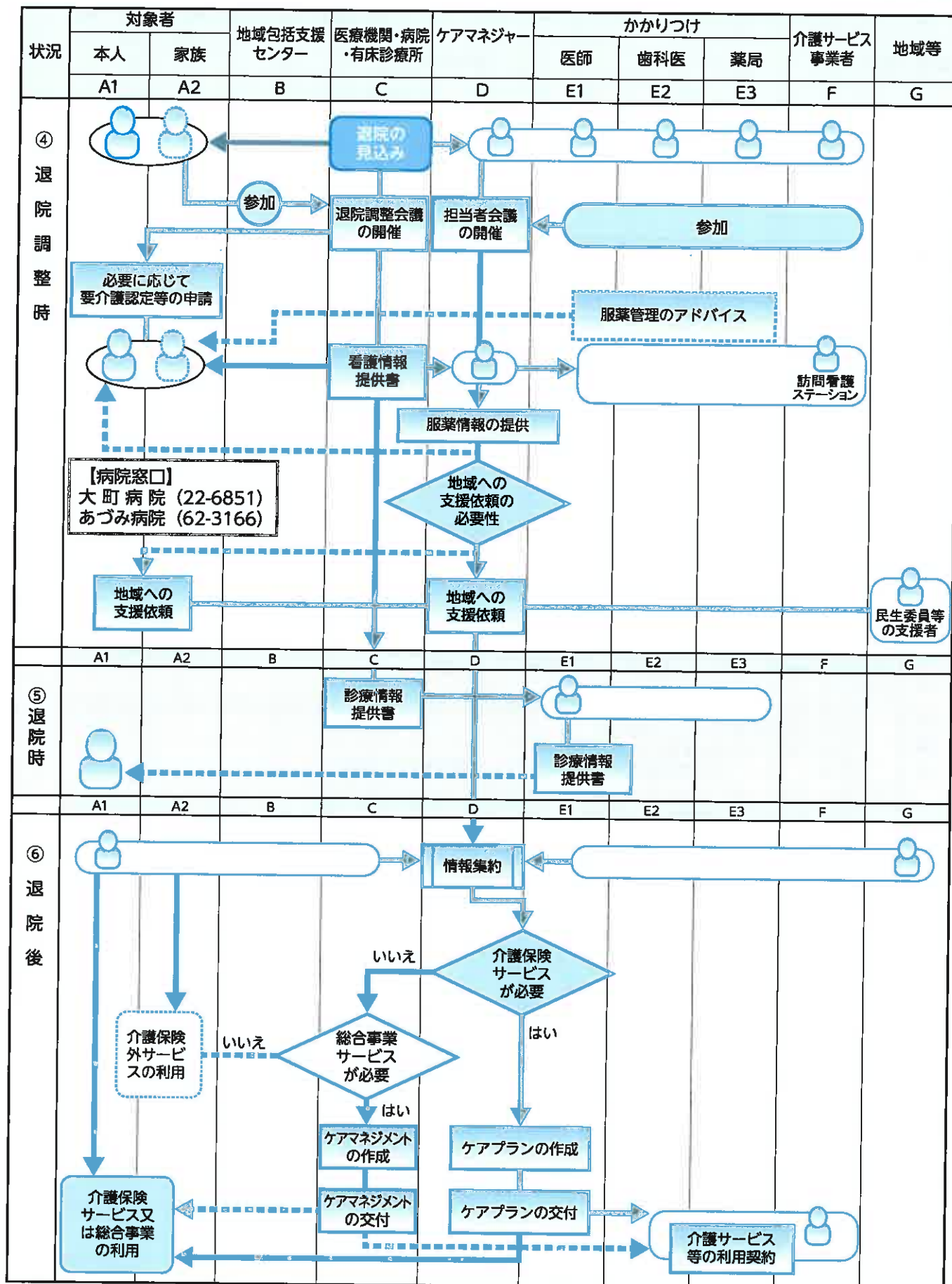
状況	区分	支援等の内容
① 入院前		
② 入院時	A A1・A2	(ア) 本人の各種情報を病院へ提供 (・健康(介護)保険証 ・お薬手帳 ・かかりつけ医、歯科医、薬局)
	B	(ア) キーパーソンの把握。入院の場合、必ずCMに連絡するよう本人家族に依頼 (イ) 病院への情報提供につき本人家族に承諾を得る (ウ) 必要がある場合の本人家族支援(虐待、権利擁護等) <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center; color: blue;">◀地域包括が介入している状況・介入を依頼する状況▶</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 処遇困難事例等でCMへ助言が必要なとき ・ 不適切介護、虐待等権利侵害が疑われる状況 ・ 医療・介護以外のサービス調整が必要な状況 ・ 家族等へ支援が必要なとき ・ キーパーソンが不明なとき ・ CMほか支援者が不明なとき </div>
	C	(ア) 速やかに、患者家族への聞き取り(CMの有無含む) (イ) 入院前かかりつけ医への情報提供 (ウ) 入院前かかりつけ歯科等への情報提供 (エ) 入院前の外来時の様子状況を病棟Ns、MSWへ情報提供 (オ) 必要に応じ診療等経過把握
	E	(ア) 必要に応じ情報提供(患者病状経過、歯科治療情報、服薬状況等)
③ 入院中	A A1・A2	(ア) 病院内MSW、Ns面談等で包括支援センターに相談。 (イ) CM決定 (ウ) 退院後の生活意向を家族内で意思統一。場合によりそのための支援をCMとMSWと他スタッフで行う (エ) 介護保険等サービス利用申請 (オ) CM又は担当支援者決定 (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有
	B	(ア) 病院へ面談。本人の状況を確認、退院後の意向、課題等をアセスメント (イ) 本人家族に介護保険制度説明等 (ウ) 必要が確認できる場合、要介護認定申請援助 (エ) 必要が確認できる場合CM担当支援者の選定又は退院後の施設入所手続等支援 (オ) お薬手帳へ要介護認定状況、担当CM等の情報を記載(希望者) (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 必要に応じ家屋調査同行 (ク) 必要に応じ担当者会議出席
	C	(ア) 退院支援が必要かアセスメントし確認把握 (イ) (未定の場合)かかりつけ医の決定 (ウ) 退院見込退院後の意向、入院中に生じた課題を把握し包括へ連絡情報共有、対応策の検討 (エ) 患者家族に介護保険制度説明。【病院担当：病棟からMSWに依頼】 (オ) 要介護認定申請援助：自助、互助を含めた地域資源の説明と案内。必要がある場合、介護保険制度の案内【MSW】 (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 家屋調査等実施【本人家族、Ns、PT、MSW等関係多職種】 (ク) 必要に応じ担当者会議出席【病院担当：病棟Ns、MSW他多職】
	D	(ア) 病院を訪問し本人・家族と面談(必要に応じてMSW同席)情報収集と退院後の課題確認 (イ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (ウ) 家屋調査への同行 (エ) 必要に応じて担当者会議の開催
	E	(ア) 入院中の口腔管理等の指導 (イ) 必要に応じ担当者会議出席
	F	(ア) 必要に応じて担当者会議への出席

【略語解説】 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅱ 入院前にケアプラン作成者が決まっていない場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

Ⅱ-2-①



II 入院前にケアプラン作成者が決まっていない場合

(ケアプラン作成者：居宅介護支援事業所のケアマネジャー又は、地域包括支援センターの担当者)

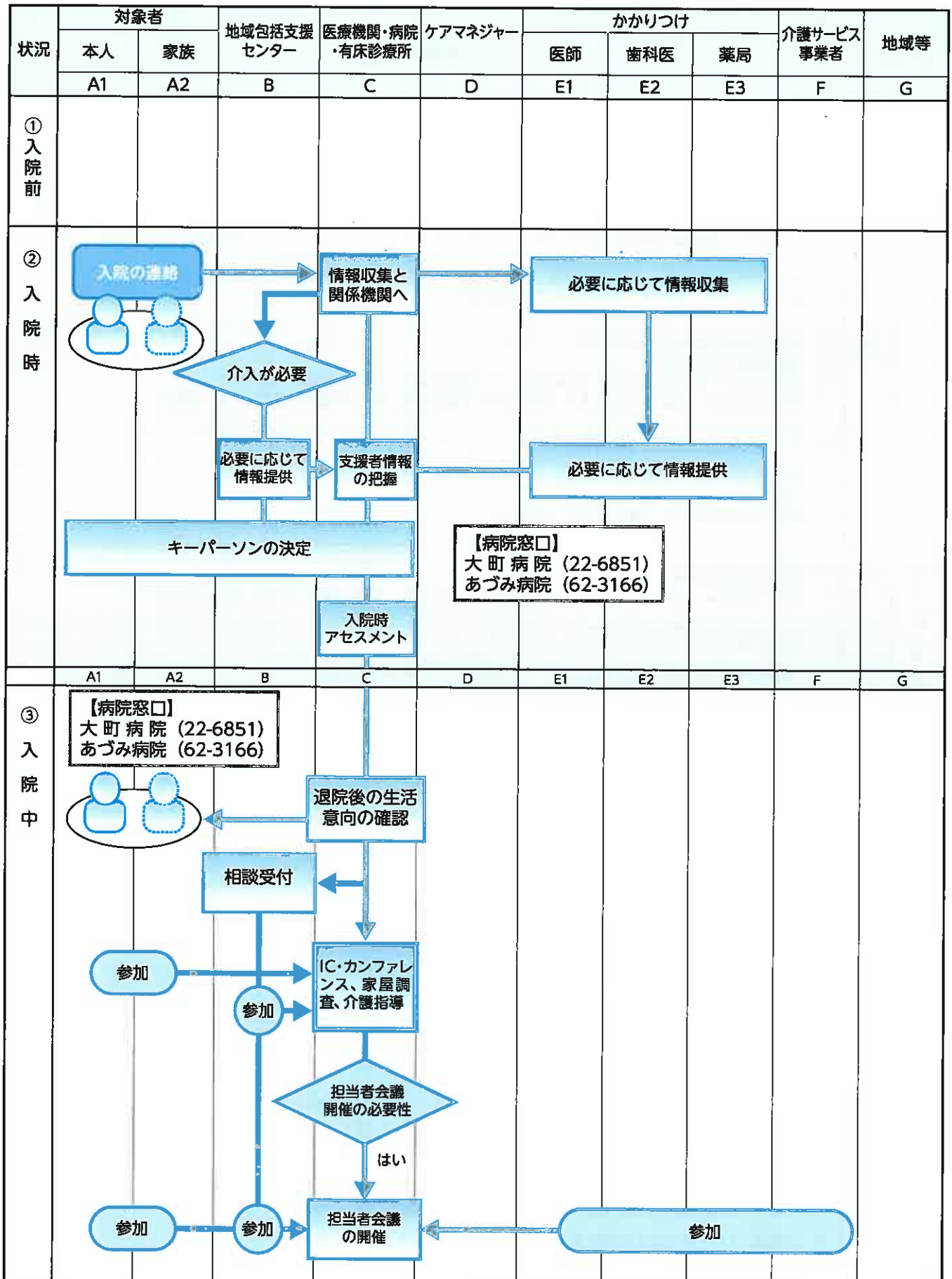
II-2-②

状況	区分	支援等の内容
④ 退院調整時	共通	<p>(ア) 必要に応じて退院調整会議【病院窓口：病棟Ns、MSWほか多職種】、サービス担当者会議 (CM) の開催 【内容】 課題の共有と解決策の検討</p> <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 10px 0;"> <p style="text-align: center; color: white; background-color: #0070c0;">◀地域包括支援センターに出席を依頼する例▶</p> <ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンが不明なとき ・家族等へ支援が必要なとき ・権利侵害が歌負担金が疑われる場合 ・自宅や長期入所が可能な施設への退院が困難な場合 ・家族間、地域間の調整が必要な場合 ・多制度、インフォーマルサービスの調整が必要な場合 </div> <p>(イ) ケアプラン原案を示し退院後の支援方針を決定・・・退院前の最終確認 (ウ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医への情報提供</p>
	A A1・A2	<p>(ア) 看護情報提供書等をCMに提供 (イ) 退院調整会議への参加 (ウ) 必要に応じて要介護認定等の申請手続き (*介護保険のサービスが必要な場合) (エ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶 (特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合)</p>
	B	(ア) かかりつけ歯科医がない場合、マッチングシートで対応
	C	<p>(ア) 看護情報提供書 (薬剤情報を含む) をCMに提供 (イ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (ウ) 診療情報提供書作成【患者情報を主治医に】</p>
⑤ 退院時	A A1・A2	<p>(ア) 看護情報提供書等をCMに提供 (イ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶 (特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合)</p>
	B	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	C	<p>(ア) 看護情報提供書 (薬剤情報含む) をCMに提供 (家族経由でも可) (イ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等への情報提供 (ウ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (エ) 口腔ケア等による管理</p>
	D	<p>(ア) 次回受診日等を確認 (イ) 服薬情報を薬局に提供 (ウ) 医療介護連携票により在宅時の主治医へあいさつ</p>
	E	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
⑥ 退院後	共通	(ア) 必要に応じてサービス担当者会議 (CM) の開催【新たな課題の共有と解決策の検討】
	A A1・A2	(ア) 口腔ケアが必要で、かかりつけ歯科医がない場合は、地域包括支援センターに相談
	B	(ア) かかりつけ歯科医がない場合、マッチングシートで相談
	C	(ア) 診療情報提供書作成【患者情報を主治医に】
	D	<p>(ア) ケアプランを患者・家族、居宅サービス事業所、病院、主治医、歯科医、薬局に提供 (イ) 退院後の生活状況を病院、主治医、歯科医、薬局等へ情報提供 (ウ) 「在宅」時はそれぞれの担当者がCM・包括へ情報集約。 (エ) CM・包括は必要に応じて主治医又はSWに情報提供【双方向の情報提供】</p>
E	<p>(ア) 患者本人の病状把握 (イ) できる限り早期に訪看ステーション・CM同行のうえ往診 (患者の病状把握) (ウ) 状態の変化、受診中断、服薬状況等に問題があった場合は、CMに情報提供 (エ) かかりつけ歯科医がない場合、マッチングシートで相談</p> <p>※ 以降は、「I入院前にCMが決まっている場合」と同じ手順</p>	

【略語解説】 CM = ケアマネジャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-1-①



Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-1-②

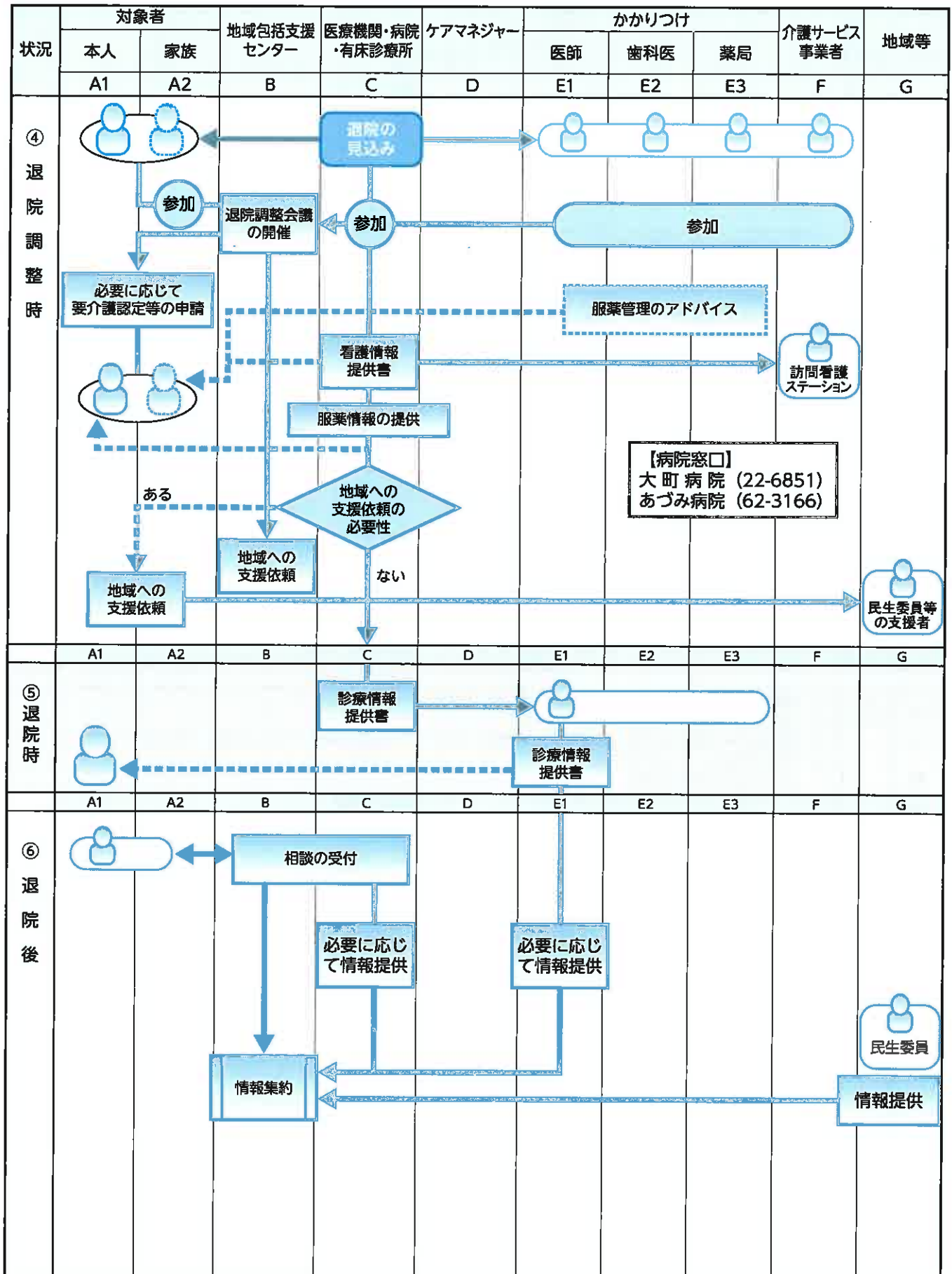
状況	区分	支援等の内容
①入院前		
②入院時	A A1-A2	(ア) 本人の各種情報を病院へ提供 (・健康(介護)保険証 ・お薬手帳 ・かかりつけ医、歯科医、薬局)
	B	(ア) 入院の場合、必ずCMに連絡するよう本人家族に依頼 (イ) 病院への情報提供につき本人家族に承諾を得る (ウ) 必要がある場合の本人家族支援(虐待、権利擁護等) <div style="border: 1px solid blue; padding: 5px; margin: 5px 0;"> <p style="text-align: center; color: blue;">＜地域包括が介入している状況・介入を依頼する状況＞</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 処遇困難事例等でCMへ助言が必要なとき ・ 不適切介護、虐待等権利侵害が疑われる状況 ・ 医療・介護以外のサービス調整が必要な状況 ・ 家族等へ支援が必要なとき ・ キーパーソンが不明なとき ・ CMほか支援者が不明なとき </div>
	C	(ア) 速やかに、患者家族への聞き取り(CMの有無含む) (イ) 入院前かかりつけ医への情報提供 (ウ) 入院前かかりつけ歯科等への情報提供 (エ) 入院前の外来時の様子状況を病棟Ns、MSWへ情報提供 (オ) 必要に応じ診療等経過把握
	E	(ア) 必要に応じ情報提供(患者病状経過、歯科治療情報、服薬状況等)

③入院中	A A1-A2	(ア) 病院内MSW、Ns面談等で包括支援センターに相談。 (イ) CM決定 (ウ) 退院後の生活意向を家族内で意思統一。場合によりそのための支援をCMとMSWと他スタッフで行う (エ) 介護保険等サービス利用申請 (オ) CM又は担当支援者決定 (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 必要に応じ担当者会議出席
	B	(ア) 病院へ面談。本人の状況を確認、退院後の意向、課題等をアセスメント (イ) 本人家族に介護保険制度説明等 (ウ) 必要が確認できる場合、要介護認定申請援助 (エ) 必要が確認できる場合CM担当支援者の選定又は退院後の施設入所手続等支援 (オ) お薬手帳へ要介護認定状況、担当CM等の情報を記載(希望者) (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 必要に応じ家屋調査同行 (ク) 必要に応じ担当者会議出席
	C	(ア) 退院支援が必要かアセスメントし確認把握 (イ) (未定の場合)かかりつけ医の決定 (ウ) 退院見込退院後の意向、入院中に生じた課題を把握し包括へ連絡情報共有、対応策の検討 (エ) 患者家族に介護保険制度説明。【病院担当：病棟からMSWに依頼】 (オ) 要介護認定申請援助：自助、互助を含めた地域資源の説明と案内。必要がある場合、介護保険制度の案内【MSW】 (カ) ICリハビリ見学家屋調査など状況に応じて、情報共有状況の共有 (キ) 家屋調査等実施【本人家族、Ns、PT、MSW等関係多職種】 (ク) 必要に応じ担当者会議出席【病院担当：病棟Ns、MSW他多職】
	E	(ア) 入院中の口腔管理等の指導 (イ) 必要に応じ担当者会議出席

【略語解説】 CM = ケアマネージャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-2-①



Ⅲ 退院後に居宅介護サービスの利用が具体的に見込まれないが、 地域による見守りや相談等が必要と思われる場合

Ⅲ-2-②

状況	区分	支援等の内容
④ 退院調整時	A A1-A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 退院調整会議への参加 (ウ) 必要に応じて要介護認定等の申請手続き（※介護保険のサービスが必要な場合） (エ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶（特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合）
	B	(ア) 必要に応じ退院調整会議、サービス担当者会議（CM）開催・・・（退院前の最終確認） (イ) 必要に応じて地域への支援を依頼
	C	(ア) 退院後必要なサービスについての情報を地域包括支援センターに提供 (イ) 必要に応じて地域への支援を依頼
	E	(ア) 必要に応じ退院調整会議への出席 (イ) 必要に応じ服薬管理等のアドバイス

⑤ 退院時	A A1-A2	(ア) 看護情報提供書等を CM に提供 (イ) 民生児童委員、近隣住民への挨拶（特に独居、高齢世帯、家族が遠方に居住している場合）
	B	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	C	(ア) 看護情報提供書（薬剤情報含む）を CM に提供（家族経由でも可） (イ) かかりつけ医、かかりつけ歯科医等への情報提供 (ウ) お薬手帳へ入院中の処方内容を記載 (エ) 口腔ケア等による管理
	D	(ア) 医療と介護の連携票により在宅時主治医にあいさつ (イ) 次回受診日等を確認 (ウ) 服薬情報を薬局に提供 (エ) 民生委員等地域の支援者への支援依頼
	E	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス
	F	(ア) 服薬管理の提案や内服のアドバイス

⑥ 退院後	A A1-A2	(ア) 包括支援センターに訪問、電話等で相談 (イ) 口腔ケアが必要で、かかりつけ歯科医がいない場合は地域包括支援センターに連絡
	B	(ア) 本人・家族等の来所持相談、必要がある場合の訪問、電話等で支援が必要か確認 (イ) 状況変化の状況の共有 (ウ) かかりつけ歯科医がいない場合は、マッチングシートで相談
	C	(ア) 本人・家族等の来所持相談、必要がある場合の訪問、電話等で支援が必要か確認 (イ) 状況変化の状況の共有 (ウ) 必要に応じて地域包括センターへ情報集約
	E	(ア) 必要に応じて地域包括センターへ情報集約
	G	(ア)（民生委員）地域包括センターへ情報集約

〔略語解説〕 CM = ケアマネージャー、Ns = 看護師、MSW = 医療ソーシャルワーカー、SW = ソーシャルワーカー、IC = インフォームドコンセント

入院中の要介護認定調査に係る留意事項について

1 調査の実施及び留意点

厚生労働省 要介護認定 認定調査員テキスト2009改訂版(平成30年4月)より抜粋引用

入院後間もない等、調査対象者の心身の状態が安定するまでに相当期間を要すると思われる、介護保険によるサービスの利用を見込めない場合は、必要に応じ、申請者に対して、一旦申請を取り下げ、状態が安定してから再度申請を行なうよう説明する。

- 入院中の要介護認定調査は、以下の状態の時のみ実施が可能です。

症状固定若しくは、退院カンファレンスが行われる状態

(注1) がん末期等で緊急の認定調査を必要とする場合は北アルプス広域連合に連絡してください。

- 認定調査の実施場所については、原則として日頃の状況を把握できる場所とする。

2 調査日程の調整

要介護認定は、申請から30日以内に行われる必要があり、認定調査の遅れにより、審査判定に支障が生じることがないように努める。

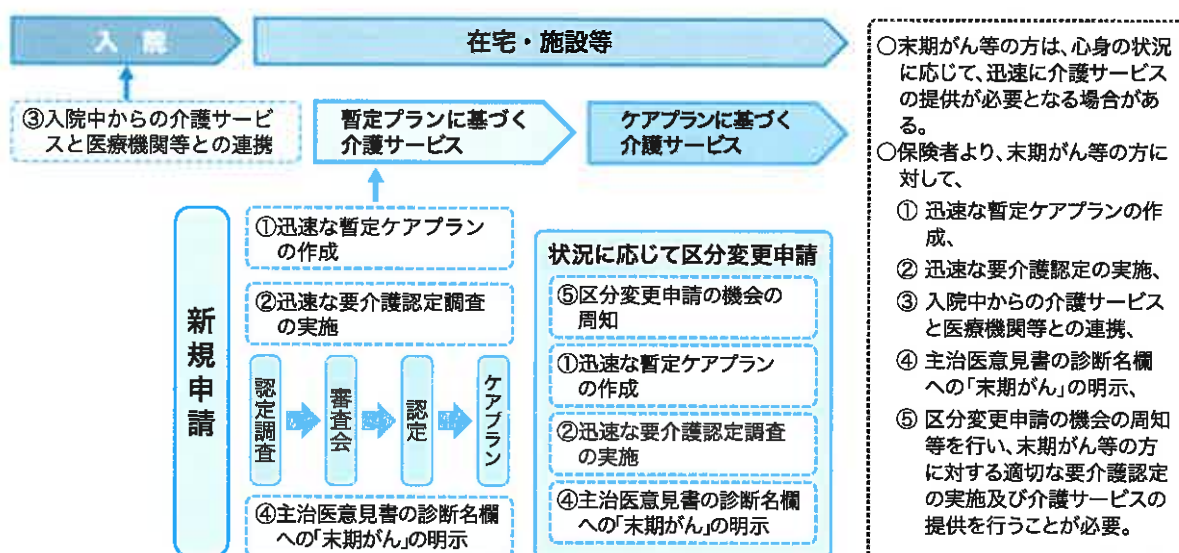
- 申請後、認定調査に何うまで、日程調整を含めて概ね7日程度を要します。

3 要介護・要支援認定の申請日について

要介護・要支援認定申請は、持参・郵送のいずれも

- 市町村窓口で受付した日が申請日となります。

注1 末期がん等の方への要介護認定等 (イメージ)



末期がん等の方への要介護認定等における留意事項について (平成22年4月30日 厚生労働省老健局老人保健課通知) より抜粋引用

4 要介護・要支援認定申請の留意事項

(1) 新規申請

① 介護度が決定された場合、申請日から保険給付の期間となります。	介護保険法第 27 条第 1 項、第 32 条第 1 項関係
----------------------------------	--------------------------------

(2) 更新申請 (同法第 28 条第 2 項、第 33 条第 2 項関係)

① 有効期間満了の 60 日前から要介護認定の更新申請が可能です。	60 日前までに「更新認定のお知らせ」を北アルプス広域連合から送付します。
② 更新申請をせずに有効期間が過ぎた場合は、「期限切れ新規」となります。	
③ 災害その他やむを得ない理由で有効期間の満了前に当該申請をすることができなかった場合、その理由が無くなった日から一月以内に限り、要介護更新認定の申請をすることができます。	介護保険法第 28 条第 3 項

(3) 変更申請 (支援変更) (同法第 29 条第 1 項、第 33 条の 2 第 1 項関係)

① 認定申請が行われても、認定調査が完了するまでに死亡された場合、審査判定に必要な資料が揃わないため、申請は却下されます。	
② 変更申請後、認定調査が完了した後に死亡された場合、主治医意見書の取得が可能であれば、必要に応じて審査判定を行うことができますが、認定後の被保険者証の発行はしません。	認定結果の開示請求により、認定結果はお伝えできます。
③ 要支援認定区分変更申請の場合の「提出代行者名」は、地域包括支援センター名としてください。	これ以外の場合は広域連合にご相談ください。

(4) 要介護・要支援認定の全般の留意事項

① 有効期間満了後から新規申請日の間は、介護保険の給付対象となりません。	
② 申請後、認定調査に伺うまで日程調整を含めて、概ね 7 日程度を要します。	(注 1) がん末期等で緊急の認定調査を必要とする場合は、広域連合にご連絡ください。
③ 認定調査に立会いを希望する場合、訪問調査連絡票の「訪問調査同席希望、訪問調査連絡先」欄に、氏名・連絡先等を記入ください。	(注 2) 原則、ご家族、介護支援専門員、成年後見人等以外の場合は、守秘義務の関係上、立会いは出来ません。

【お問合せ先】北アルプス広域連合 介護福祉課 審査係

〒398-0002 大町市大町1058番地33

電話(直通)0261-21-2050

FAX: 0261-22-7011

電子メール: kaigo-shinsa@kita-alps.omachi.nagano.jp

様式集

(様式1) 服薬情報報告書(サマリ)	P 20
(様式2) 医療福祉連携シート	P 21
(様式3) 利用者状況表	P 22
(様式4-1) 退院・転院時サマリ (北アルプス医療センターあづみ病院)	P 25
(様式4-2) 退院・転院時看護要約 (市立大町総合病院)	P 26
(様式5) 在宅歯科訪問診療マッチングシート	P 28
(様式6-1) 入院時情報提供書	P 30
(様式6-2) 退院・退所情報提供書	P 32
関係機関一覧 医療機関(病院、診療所、歯科診療所、薬局) 訪問看護ステーション 居宅介護支援事業所 地域包括支援センター	P 33
入退院調整ルール作成の経過	P 39

年 月 日

服薬情報報告書（サマリ）

宛先 _____ 様

発信 薬 局

薬剤師

かかりつけ薬剤師（氏名 _____ ）

患 者	氏名（フリガナ）	性別 男 女	生年月日）
調剤薬剤	<input type="checkbox"/> 処方せんコピーの通り		<input type="checkbox"/> 別紙：記載の通り
調剤期間	～現在又は		
服薬コンプライアンス	<input type="checkbox"/> 良好：残薬はほとんどなし 特記事項：	<input type="checkbox"/> 不良：残薬あり	
服薬中の副作用らしき症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特記事項：		
服薬中の相互作用の可能性	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 特記事項：		
併用薬	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
併用サプリメント（非医薬品）	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
保管管理上の注意点	<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		
服薬モチベーション	<input type="checkbox"/> 高い <input type="checkbox"/> 低い		
指導の要点			
今後についての意見			
患者背景	副作用経験（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： アレルギー（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり： キーパーソン（ <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり： その他特記事項（ <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり：		

医療福祉連携シート

平成 年 月 日

宛先		発信	介護支援事業者名称
		連絡先	担当介護支援専門員 連絡先 TEL

利用者	氏名		性別	男・女
	住所		連絡先	()
	生年月日	M・T・S 年 月 日 (歳)	介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

○ご本人及び家族の生活に対する意向（在宅での生活状況等）

A. 健康状態（主病名等）

B. 心身機能・身体構造の状況（ADLの状況、障害の程度、必要な日常生活用具等）
 食 事： 自立・一部介助・全介助（ペースト・刻み・ソフト・トロミ・普通）/経管栄養
 移動移乗： 自立・一部介助・全介助・その他（見守り・手引き・杖・歩行器・歩行車等・車椅子）
 入 浴： 自立・一部介助・全介助・不可（シャワー・清拭）
 排 泄： 自立・見守り・介助/留置カテーテル・オムツ（常時・夜間のみ）
 夜間状態： 良眠・不穏（状態：

C. 健康状態に対して在宅で行われていたご本人の活動（健康状態をどの様に受け止めていたのか等）

D. 生活・ライフワークへの関わりや参加（人生場面：就学、就職、育児、いきがい等への参加）

E. 生活環境や社会環境（家族構成・状況・在宅で行われていた医療、かかりつけ医、本人や家族のセルフケア能力等）

F. 健康状態・状況以外特徴（ご本人の性格やこだわり等）

○在宅介護の実際に関するケアマネジャーの所感（在宅療養上の課題等）

今までの生活で伝えたいこと

退院時に知りたいこと

- 多職種によるカンファレンス開催
- 本人・家族への IC（病状説明他）時に参加（ 家族同意 有 ・ 無 ）
- 今後予想される医療・生活の課題
- 入院中のケアや療養の要点
- リハビリ目標と見込み（短期～中期）
- 在宅でも継続すべきこと
- 回避すべきこと
- 機能低下時のリハビリ相談先
- 家屋評価の要否に関する意見
- 補助具と装具の選定支援（修正、更新）
- 必要と思われるリハビリサービス
- その他 ()

利用者状況表		事業所名
【基礎情報】	調査日	記入者

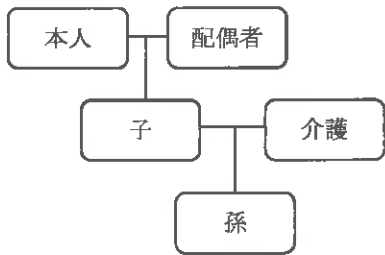
利用者氏名	(フリガナ) 殿	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
住所		生年月日		
主介護者	殿 (続柄:)			
緊急時の連絡先	昼:	夜:	昼:	夜:
介護被保険者番号	有効期間	保 険 者		
要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 支1 <input type="checkbox"/> 支2 <input type="checkbox"/> 介1 <input type="checkbox"/> 介2 <input type="checkbox"/> 介3 <input type="checkbox"/> 介4 <input type="checkbox"/> 介5 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 更新中			
居宅介護支援事業	(担当:) 氏			
主治医	科	(担当:) 氏		
	科	(担当:) 氏		
疾病			投薬	
特記事項				
入院歴	医療機関		~	病名
			~	病名
入院歴	施設名		~	
			~	

【身体状況】

自立度	<input type="checkbox"/> なし <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								
認知度	<input type="checkbox"/> 正常 <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								
麻痺	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢(左) <input type="checkbox"/> 上肢(右) <input type="checkbox"/> 下肢(左) <input type="checkbox"/> 下肢(右) <input type="checkbox"/> その他 特記:								
筋力低下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢(左) <input type="checkbox"/> 上肢(右) <input type="checkbox"/> 下肢(左) <input type="checkbox"/> 下肢(右) <input type="checkbox"/> その他 特記:								
拘縮	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 膝 () <input type="checkbox"/> 股 () <input type="checkbox"/> 肘 () <input type="checkbox"/> 肩 () <input type="checkbox"/> その他 () 特記:								
移乗移動	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 歩行 () <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> リクライニング <input type="checkbox"/> 装具・補装具 () <input type="checkbox"/> その他							
	<input type="checkbox"/> 一部	特記:							
	<input type="checkbox"/> 全部								
排泄	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> Pトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハバン <input type="checkbox"/> 尿取り							
	<input type="checkbox"/> 一部	尿意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	便意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	排泄間隔	日に一度		
	<input type="checkbox"/> 全部	特記:							
	<input type="checkbox"/> 要誘導								
入浴	<input type="checkbox"/> 自力	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> チェア浴 <input type="checkbox"/> リフト浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他							
	<input type="checkbox"/> 一部	特記:							
	<input type="checkbox"/> 全部								
	<input type="checkbox"/> 拒否あり								
食事	<input type="checkbox"/> 自力	主	<input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> おかゆ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経管栄養 ()						
	<input type="checkbox"/> 一部	副	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> ほぐし <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> グリース						
	<input type="checkbox"/> 全部	<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> フォーク <input type="checkbox"/> エプロン <input type="checkbox"/> 自助具 ()							
	<input type="checkbox"/> アルビ-有	特記:							
	<input type="checkbox"/> 制限有								
嚥下	<input type="checkbox"/> 良	特記:							
	<input type="checkbox"/> 不良								
	<input type="checkbox"/> 不可								

義 歯	<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 上義歯 <input type="checkbox"/> 下義歯 <input type="checkbox"/> 全自歯 <input type="checkbox"/> 全自歯義歯あり <input type="checkbox"/> その他 特記：		
褥 瘡	<input type="checkbox"/> あり	部位	<input type="checkbox"/> 仙骨部 <input type="checkbox"/> 大転子部 <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> なし	状態	<input type="checkbox"/> 発赤 <input type="checkbox"/> 皮むけ <input type="checkbox"/> ポケット <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 要体交	体交具	<input type="checkbox"/> 円座 <input type="checkbox"/> 枕・クッション <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> その他 ()
	<input type="checkbox"/> 要体交具	特記：	
浮 腫	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 四肢 <input type="checkbox"/> 上肢 (左) <input type="checkbox"/> 上肢 (右) <input type="checkbox"/> 下肢 (左) <input type="checkbox"/> 下肢 (右) <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> なし 特記：		
	<input type="checkbox"/> 曇 特記： <input type="checkbox"/> ベッド 特記：		
視 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 両弱視 <input type="checkbox"/> 左弱視 <input type="checkbox"/> 右弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> その他 () 特記：		
聴 力	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 両難聴 <input type="checkbox"/> 左難聴 <input type="checkbox"/> 右難聴 <input type="checkbox"/> その他 () 特記：		
意 思 疎 通	<input type="checkbox"/> 可能 <input type="checkbox"/> 意思伝達一方からのみ <input type="checkbox"/> 不可 <input type="checkbox"/> 一部可能 特記：		
認 知 精 神 状 況	<input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 失見当識 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 理解力 <input type="checkbox"/> 重度 <input type="checkbox"/> 中度 <input type="checkbox"/> 軽度 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 暴言・暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 自傷行為 <input type="checkbox"/> 作話 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集癖 特記：		
嗜 好	<input type="checkbox"/> たばこ	特記：	
	<input type="checkbox"/> 飲酒	特記：	
リハビリ	ラム		希望
	ブロッケ		

【身体状況】

家族構成	主介護者		生活歴・家庭状況		居室配置図
					
					手すり移動バー・ポータブルトイレなど

【ニーズ】

希 望 目 的	利用目的	
	希 望	
利 用 内 容	利用期間	
	入退所時間	入所 () 退所 ()
	送迎方法	入所 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 家族) 退所 (<input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 家族)
	特記：	

退院・転院時看護サマリ

患者 ID

患者氏名		性別		生年月日		電話番号	
様				現住所			
病棟名		診療科		入院日		退院日	
受持看護師		主治医		感染症	TPHA RPR HBs 抗原 HCV 抗原 HIV MRSA		
入院病名		手術歴					
既往歴							
				アレルギー	薬剤		
					食物		
入院中の経過				退院時処方			
看護問題点							
				特記事項			
緊急連絡先①							
日常生活援助	移動 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ベッド上			当日の状況		本人・家族 病状説明の受け止め方	
	食事 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 絶食 <input type="checkbox"/> 経管食			バイタル	血圧 mmHg		
	排泄 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				脈拍 /min		
	排泄方法 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル			体温 °C			
	入浴 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			酸素飽和度 %		経済面・社会資源など	
	衣服着脱 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食物形態			
	睡眠 睡眠剤服用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			最終排便		氏名	
	内服 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一回配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬						
障害 <input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他					続柄		
							電話番号
北アルプス医療センターあづみ病院 長野県北安曇郡池田町大字池田 3207 番地 1 (0261) 62-3166					作成年月日		
					記載者:		

退院・転院時看護要約(1)

宛先

様

フリガナ 氏名	性別	住所 電話	電話:
生年月日	様		①氏名: 様 続柄:
入院期間		連絡先	電話: 携帯:
病名			②氏名: 様 続柄: 電話: 携帯:
既往歴		家族構成	
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 HBs: TPHA: RPR: HCV抗体: MRSA:(飛沫) (接触) <input type="checkbox"/> その他	キパーソン	
介護保険		ケア マネジャー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

入院経過	継続される看護課題
	特記事項(処方内容別紙参照)
本人家族の思い	
市立大町総合病院 長野県大町市大町 3130 電話:(0261) 22-0415	記載日

退院・転院時看護要約（２）

宛先

様

フリガナ 氏名	様	性別	住所	
			電話	
項目	自立度・具体的状況			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> ベッド上			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> 経管食 <input type="checkbox"/> PEG	食事内容：	介助内容：	
口腔ケア	義歯： <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 無			
排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一部介助	便秘対策：	最終排便日：	
排泄方法	<input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パルーンカテーテル	(Fr. 最終交換日：)		
入浴・保清	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
衣服着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良	不眠時の対応：		
内服	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 一回配薬 <input type="checkbox"/> 一日配薬			
障害	<input type="checkbox"/> 聴覚（ <input type="checkbox"/> 補聴器） <input type="checkbox"/> 視覚（ <input type="checkbox"/> 眼鏡） <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> 麻痺 部位： <input type="checkbox"/> 拘縮 部位：			
日常生活自立度 （寝たきり度）	<input type="checkbox"/> 正常 <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			
認知度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II a <input type="checkbox"/> II b <input type="checkbox"/> III a <input type="checkbox"/> III b <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
意思疎通	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 時々できる <input type="checkbox"/> できない			
褥瘡	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位： 処置方法：		
最終バイタル	体温： °C 脈拍： 回（ ） 血圧： / mmHg SP02： %			
次回受診日			担当医	
本人または ご家族のサイン		記載日	承認者	
市立大町総合病院		長野県大町市大町 3130 電話：(0261) 22-0415	記載者	所属病棟：

在宅歯科訪問診療マッチングシート

包括支援センター 医師会・薬剤師会・総合病院等	包括支援センター 医療機関名 担当者 _____ ファックス _____ - _____ 電話 _____ - _____
問い合わせ・依頼日時	平成 年 月 日 午前・午後 時
患者氏名 (カタカナ) 性別	(_____) 男性・女性
訪問先住所	
依頼者氏名(本人以外 のとき)	本人との間柄 _____ 氏名 _____
年齢/生年月日	歳(大正・昭和・平成 年 月 日)
通院できない理由 (例脳梗塞後遺症のため寝たきり) 医科への通院状況	通院していない・現在通院している⇒訪問歯科診療が行えない場合があります。
お口の症状	・入れ歯のトラブル(紛失・義歯があわない・壊れたなど) ・歯の症状(歯が痛い・かけた・抜けた・動く・噛めないなど) ・歯ぐきの症状(腫れた・出血・切れたなど) ・摂食嚥下のトラブル ・その他(具体的に _____)
かかりつけ歯科医	いない いる⇒かかりつけ歯科医に連絡してもらう
連絡先	誰に _____ 電話 _____ (携帯電話) _____ - _____
健康保険	社保一 国保・後期高齢一 生保・その他(_____)
要介護認定	ない・あり(支援1・2・介護1・2・3・4・5)
	※ありの場合介護支援専門員の氏名 連絡先 _____
特記事項	

ファックスにて連絡 包括支援センター(医療機関等)から大北歯科医師会在宅医療・介護連携委員会 地区担当へ



受理 大北歯科医師会 在宅医療・介護連携委員会 担当 _____ が連絡を受けました。

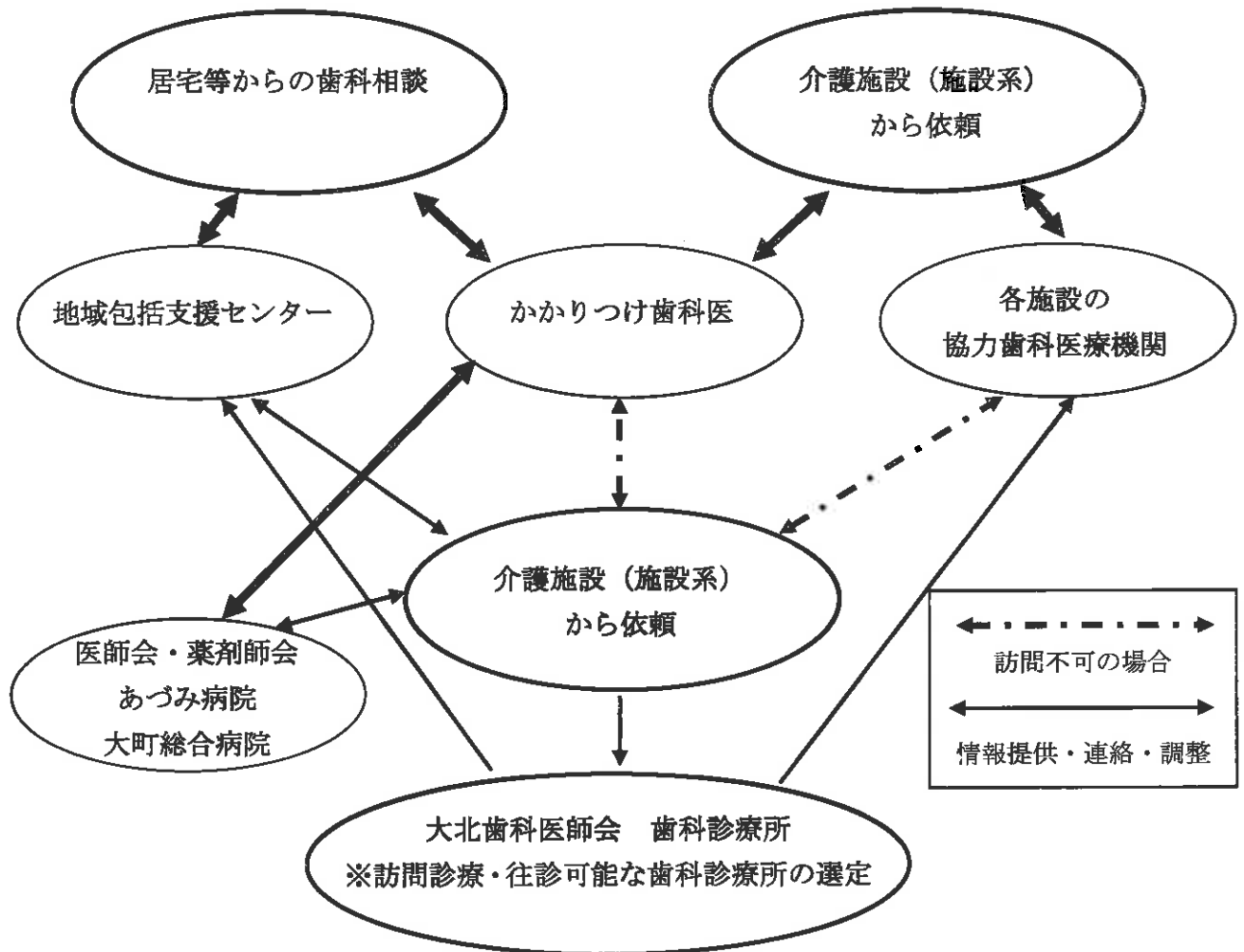
- ・ 歯科医療機関の選定を行い、連絡いたします。しばらくお待ち下さい
- ・ (歯科医院名) _____ (電話 _____ - _____) が訪問診療します。
 - ・ 患者さんにお伝えして歯科医院に訪問診療申込の連絡を入れてもらうようお願い下さい。
 - ・ 患者さんには訪問する歯科診療所から連絡を入れます。



在宅医療・介護連携委員会 担当より地域包括支援センター(医療機関等)へファックス

在宅歯科訪問診療フローチャート

※かかりつけ歯科医がいる場合は、まずは「かかりつけ歯科医」に相談してください。



地域包括支援センター

小谷村地域包括支援センター	82-3185
白馬村地域包括支援センター	72-6667
大町市地域包括支援センター	22-0420
大町市北部地域包括支援センター	85-0062
大町市南部地域包括支援センター	21-1702
池田町地域包括支援センター	61-5000
松川村地域包括支援センター	62-3290

在宅医療・介護連携委員会（大北歯科医師会）

柏原政信（小谷村・白馬村担当）	71-1182	Fax71-1185
小田高平（小谷村・白馬村担当）	72-6482	Fax72-6481
飯沢幸喜（大町市担当）	23-7050	Fax23-7051
高橋京子（大町市担当）	23-0500	Fax23-0500
富岡 優（池田町・松川村担当）	62-2332	Fax62-2219
丸山久雄（池田町・松川村担当）	62-0648	Fax62-0418
竹内宗彦（池田町・松川村担当）	62-2151	Fax62-6822

情報提供内容

○患者情報
 氏名・年齢・居住地・連絡先（本人・家族）
 症状（なるべく具体的に）・通院困難理由
 介護認定の有無・かかりつけ歯科医 など

医師会・薬剤師会・あづみ病院・大町総合病院 窓口

専務理事 佐藤 悟（白馬村・大町市担当 兼務）

23-3211 Fax22-7730

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:
ご担当者名:

事業所名:
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)の基本情報について

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 ※可能な場合は「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)					
入院時の要介護度	特記事項()					
障害高齢者の日常生活自立度	<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					<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. 世帯構成/家族関係について

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	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

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

(裏)

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事	自立	見守り	一部介助	全介助						
食事内容	食事回数	()回/日(朝__時頃・昼__時頃・夜__時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有__本くらい/日		飲酒	無	有__合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <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"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由:)				期間:	H 年 月 日~H 年 月 日			
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

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(職種:)
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"/> 時々飲み忘れ <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		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(乃がナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度=()回 / 月

* = 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

出典 居宅介護支援費の退院・退所加算に係る様式例の提示について(抄)

(厚生労働省老健局振興課長通知 平成21年老振発第0313001号 最終改正平成30年老高発0322第2号)

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日: 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)	
	氏名	様 男・女	歳	□要支援 ()・要介護 ()	□申請中 □なし
入院所概要	・入院(所)日: H 年 月 日		・退院(所)予定日: H 年 月 日		
	入院原因疾患 (入所目的等)				
	入院・入所先	施設名	棟	室	
	今後の医学管理	医療機関名:		方法	□通院 □訪問診療
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況 *番号記入 安定() 不安定()
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他 ()			
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ ()			
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず			
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他 ()			UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)		義歯	□なし □あり(部分・総)
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用: □なし □あり	
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助			
	睡眠	□良好 □不良 ()			眠剤使用 □なし □あり
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他 ()			
② 受け止め/意向	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知 : □あり □なし			
	<本人>退院後の生活に関する意向				
	<家族>病気、障害、後遺症等の受け止め方				
	<家族>退院後の生活に関する意向				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()			
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()			
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)	
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。			
在宅復帰のために整えなければならない要件					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)			会議出席
1	年 月 日				無・有
2	年 月 日				無・有
3	年 月 日				無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

関係機関名簿

1 病院

名称	住所	電話番号
市立大町総合病院	大町市大町3130	0261-22-0415
長野県厚生農業協同組合連合会 北アルプス医療センター あづみ病院	北安曇郡池田町大字池田3207-1	0261-62-3166

2 診療所（医院）

名称	住所	電話番号
石曾根医院	大町市大町2571	0261-22-0142
伊東医院	大町市大町4429-4	0261-22-0077
遠藤内科医院	大町市大町2661	0261-22-0031
小野医院	大町市大町4118	0261-22-0047
大町協立診療所	大町市大町6989-7	0261-26-5200
大町市国民健康保険美麻診療所	大町市美麻11810-イ	0261-29-2015
大町市国民健康保険八坂診療所	大町市八坂987-1	0261-26-2814
柿下クリニック	大町市常盤3541-14	0261-21-1230
加藤診療所	大町市平2810-3	0261-22-0989
かさぎ皮ふ科	大町市大町3303-13	0261-23-7723
狩谷整形外科医院	大町市大町3830-6	0261-22-7788
菊地クリニック	大町市常盤3512-16	0261-21-2580
北アルプス平日夜間小児科・内科急病センター	大町市大町1601-2	0261-26-6199
栗林医院	大町市大町4084	0261-22-0305
昭和電工(株) 大町診療所	大町市大町6850	0261-22-0494
千葉眼科	大町市常盤3564	0261-85-5578
永井眼科医院	大町市大町3152	0261-22-1555
中澤医院	大町市大町1212-2	0261-22-0252
野村クリニック	大町市大町3502-2	0261-85-0085
平林医院	大町市大町4151-2	0261-22-2525
平林耳鼻咽喉科医院	大町市常盤5897-27	0261-26-3030

名 称	住 所	電話番号
宮澤眼科医院	大町市大町3163	0261-22-0808
最上整形外科クリニック	大町市常盤5897-48	0261-23-3300
横澤内科医院	大町市大町4060-8	0261-22-0371
太田医院	池田町池田3335-12	0261-62-1010
すずらん内科クリニック	池田町池田2536-5	0261-85-2246
せりざわクリニック	池田町池田2902-17	0261-62-3000
はーぶの里診療所	池田町会染4855-1	0261-62-0210
平林メンタルクリニック	池田町池田2463-3	0261-61-1577
松田医院	池田町会染2880	0261-62-7032
岡村眼科医院	松川村5794-456	0261-62-6660
近藤医院	松川村5728-68	0261-62-9187
西森整形外科	松川村5721-125	0261-61-1700
松本クリニック	松川村5721-1546	0261-61-5151
みどりクリニック	松川村5794-433	0261-62-5225
吉村医院	松川村5728-353	0261-61-5666
若林医院	松川村7029	0261-62-2105
神城醫院	白馬村神城22844	0261-75-7050
栗田医院	白馬村北城5986	0261-72-2428
しんたにクリニック	白馬村神城24195-56	0261-75-4177
長野県厚生農業協同組合連合会 北アルプス医療センター 白馬診療所	白馬村神城21551	0261-75-4123
横沢医院	白馬村北城9715-2	0261-72-2008
小谷村国民健康保険小谷村診療所	小谷村中小谷丙2520-1	0261-82-2044
小谷村無医地区出張診療所	小谷村北小谷9313	

3 歯科医院名簿

名 称	住 所	電話番号
いいざわ歯科医院	大町市大町1904-10	0261-23-7050
オクハラ・デンタル・クリニック	大町市大町3170	0261-23-0500
金子歯科医院	大町市大町2911-4	0261-23-2200
グリーン歯科クリニック	大町市大町4003-14	0261-23-6666
佐藤歯科医院	大町市大町1477-8	0261-23-3211
砂田歯科医院	大町市大町3140	0261-22-0648
にこにこデンタルクリニック	大町市常盤3587-1	0261-23-5612
西澤歯科医院	大町市大町5368-2	0261-22-5091
平林歯科医院	大町市大町1123	0261-22-1149
宮下歯科医院	大町市大町4086	0261-22-0297
横澤歯科医院	大町市大町4179-3	0261-22-1343
小田切歯科医院	池田町池田4383-1	0261-62-3134
竹内歯科医院	池田町池田4312	0261-62-2151
師岡歯科	池田町会染5097-2	0261-62-9781
あづみ野歯科	松川村7002	0261-62-2332
いとう歯科医院	松川村252-1	0261-62-8880
岡江歯科医院	松川村5723-6	0261-62-9888
きらり歯科医院	松川村5689-349	0261-62-0005
丸山歯科クリニック	松川村7018	0261-62-0648
おだ歯科	白馬村北城6388-1	0261-72-6482
柏原歯科医院	白馬村北城2234-21	0261-71-1182
武田歯科医院	白馬村北城1288-10	0261-72-8060
橘歯科医院	白馬村北城7078-7-12	0261-72-5025
小谷歯科医院	小谷村中小谷丙2520-1	0261-82-2762

4 薬局

名称	住所	電話番号
いちご薬局	大町市大町3145-2	0261-21-3311
大町常盤とをしや薬局	大町市常盤5868-9	0261-26-3252
有限会社 カネリキ 山口薬局	大町市大町2261-1	0261-22-0184
かみいち林薬局	大町市常盤5897-55	0261-26-3025
共立薬局	大町市平1705-1	0261-23-3303
株式会社 タカミ薬局	大町市大町2543	0261-22-0180
轟薬局	大町市常盤3551-15	0261-21-1512
はなのき林薬局	大町市大町3502-10	0261-85-0595
有限会社 林薬局	大町市大町3172-11	0261-22-0151
れんげ薬局	大町市大町3115-7	0261-22-0125
池田土屋薬局	池田町池田3152-1	0261-61-5021
有限会社 キムラ薬局	池田町池田3094-1	0261-62-5210
白樺薬局	池田町3337-1	0261-62-0010
スヤマ薬局あいそめ	池田町会染4831-4	0261-62-0208
高瀬薬局	池田町3101-40	0261-62-1125
なつめ薬局	池田町池田2537-40	0261-85-0536
フロンティア薬局安曇野店	池田町池田3-3153-1	0261-61-5500
有限会社 内川薬局 板取	松川村5723-206	0261-62-9912
すみれ薬局	松川村5721-2067	0261-85-2061
ナシダ薬局	松川村5788-3	0261-62-6370
松川とをしや薬局	松川村東川原5728-180	0261-61-1527
太田薬局	白馬村北城6029	0261-72-5593
白馬アップル薬局	白馬村北城8718	0261-72-6128
フジノヤ薬局	白馬村神城22501-1	0261-75-2017

5 訪問看護ステーション

事業所名	事業所住所	電話番号	サービス提供地域				
			大町市	池田町	松川村	白馬村	小谷村
大町市訪問看護ステーション	大町市大町3130番地	23-5311	○	○	○	○	—
北アルプス訪問看護ステーション サテライトおおまち	大町市大町2619番地3	26-6220	○	—	—	○	○
訪問看護ステーションあづみ	池田町池田3207番地1	61-1170	○	○	○	—	—
訪問看護ステーションいやし	池田町池田3169番地1	61-1321	○	○	○	○	○
いけだ訪問看護ステーション	池田町池田2005番地1	61-1515	△	○	○	—	—
訪問看護ステーションフローラ	池田町会染8660番地1	85-0441	○	○	○	—	—
訪問看護ステーションはくば	白馬村神城21551番地	75-4121	△	—	—	○	○
北アルプス訪問看護ステーション	白馬村神城22844番地	75-7123	○	—	—	○	○

6 居宅介護支援事業所

事業所名	事業所住所	電話番号	サービス提供地域				
			大町市	池田町	松川村	白馬村	小谷村
カトレヤ居宅介護支援センター	大町市平1955番地971	23-5751	○	○	○	○	○
市立大町総合病院居宅介護支援事業所	大町市大町3130番地	23-5551	○	—	—	—	—
大町市社会福祉協議会指定 居宅介護支援事業所	大町市大町1129番地	26-3860	○	○	○	○	—
ぼれぼれ野の花在宅サービスセンター	大町市大町1698番地7	22-2117	○	—	—	○	—
ニチイケアセンターおおまち	大町市大町1380番地1	26-3230	○	○	○	○	○
長生居宅介護支援事業所	大町市大町4121番地2	23-4832	○	—	—	—	—
社会福祉法人暖家大町事業所	大町市大町4603番地1	85-0065	○	—	—	○	—
ツバメ&ふくろうケアプランオフィス	大町市社6965番地2	85-4007	○	○	○	○	—
JA 大北指定居宅介護支援事業所	大町市常盤3546番地33	21-1707	○	○	○	○	○
ケアサポート銀松苑	大町市常盤6850番24	85-2339	○	○	○	—	—
居宅介護支援事業所北アルプスの風	大町市常盤4831番地10	85-2286	○	○	○	○	—
居宅介護支援事業所あんじゃね	大町市美麻3363番地6	29-2830	○	○	○	○	—
箔屋居宅介護支援事業所	大町市大町2539	22-0387	○	○	○	—	—
北アルプス医療センターあづみ病院 居宅介護支援事業所	池田町池田3207番地1	61-1688	○	○	○	—	—
いけだ社協介護支援事業所	池田町池田2005番地1	62-9544	—	○	—	—	—
居宅介護支援事業所たかちゃん家	池田町池田322番地1	62-0333	△	○	○	—	—
ニチイケアセンターあづみ野	池田町会染12107番地2	61-1781	○	○	○	—	—
居宅介護支援事業所菜の花	池田町会染6119番地111	62-0056	○	○	○	—	—
介護支援きたはら	池田町池田4094番地2	85-0248	○	○	○	—	—
居宅介護支援事業所こうしゅう	松川村5650番地54	61-1828	○	○	○	—	—
松川村社協居宅介護支援事業所	松川村5650番地19 ゆうあい館	62-9000	○	○	○	—	—
オフィス花一輪	松川村5721番地506	85-0544	○	○	○	—	—
十六夜奥原社会福祉士事務所	松川村6660番地8	85-0750	△	○	○	—	—
ケア招き猫居宅介護支援事業所	松川村5651番地334	85-0886	△	○	○	—	—
すずらん居宅介護支援事業所	松川村5721番地1467	62-8444	○	○	○	—	—
しろうま	白馬村神城22844番地	75-7100	○	—	—	○	○
居宅介護支援事業所白嶺	白馬村神城22847番地2	75-4015	○	○	○	○	○
白馬村社協居宅介護支援事業所	白馬村北城7025番地 白馬村保健福祉ふれあいセンター	72-7230	△	—	—	○	○
介護支援せせらぎ	小谷村中小谷丙2544番地3	71-7078	—	—	—	○	○
ケアサポートこごみ	小谷村中小谷丙4089番地	82-2853	—	—	—	○	○
居宅介護支援事業所 小谷やまびこ	小谷村中土3595番地8	82-3780	—	—	—	—	○

7 地域包括支援センター

事業所名	事業所住所	電話番号	サービス提供地域				
			大町市	池田町	松川村	白馬村	小谷村
大町市地域包括支援センター	大町市大町3887番地 大町市役所	22-0420	○	-	-	-	-
大町市北部地域包括支援センター	大町市平8940	85-0062	○	-	-	-	-
大町市南部地域包括支援センター	大町市常盤3546番地33	21-1702	○	-	-	-	-
池田町地域包括支援センター	池田町大字池田2005番地1 総合福祉センター	61-5000	-	○	-	-	-
松川村地域包括支援センター	松川村64番地1 松川村保健センター	62-3290	-	-	○	-	-
白馬村地域包括支援センター	白馬村大字北城7025番地 白馬村役場	72-5000	-	-	-	○	-
小谷村地域包括支援センター	小谷村大字中小谷丙131番地 小谷村役場	82-3135	-	-	-	-	○

(平成30年12月1日現在)

入退院調整ルール作成の経過

平成26年度在宅医療推進委員会ワーキンググループの活動状況

1 ワーキンググループ会議

在宅医療地域リーダー、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、包括支援センター職員 等が出席し、事業実施計画の検討や課題の整理などを行っている。

回数	開催日	出席者数	主な協議内容
1回	H26. 4.22	16人	・第1回多職種連携ネットワーク会議(3/17)に出された意見等の整理
2回	H26. 5.27	17人	・在宅患者への歯科医師会、薬剤師会の対応状況の報告 ・第1回多職種連携ネットワーク会議(3/17)に出された意見の集約と課題の抽出
3回	H26. 6.24	16人	・事例研究会に用いる事例の検討 ・第1回多職種連携ネットワーク会議(3/17)に出された意見等の集約と課題の抽出
4回	H26. 7.23	15人	・第2回多職種連携ネットワーク会議の実施方法の検討
5回	H26. 8.26	18人	・第2回多職種連携ネットワーク会議の進め方の検討
6回	H26.10.20	21人	・第2回多職種連携ネットワーク会議(9/13)で出された意見等の集約(確認) ・第3回多職種ネットワーク会議の実施方針の検討
7回	H26.11.17	17人	・医療と介護の連携に関する講演会の進め方の検討 ・大北南部地域の研修会の実施方法の検討
8回	H26.12.16	18人	・神城断層地震に関する報告(小谷村) ・第3回多職種連携ネットワーク会議の実施方法の検討 ・医療と介護の連携に関する講演会の実施方法の検討
9回	H27. 1.19	19人	・第3回多職種連携ネットワーク会議の進め方の検討 ・医療介護情報共有システム業者のプレゼンテーション ・神城断層地震報告(白馬村)
10回	H27. 2. 7	21人	・第3回多職種連携ネットワーク会議に出された課題等のまとめ ・医療と介護の連携に関する講演会の役割分担等の決定 ・長野県在宅医療推進会議全体会議(3/7)における発表内容の検討

2 事業実施状況

(1) 多職種連携ネットワーク会議

1) 第2回

- ① 日時 平成26年9月13日(土) 14:00～17:00
- ② 場所 市立大町総合病院会議室
- ③ 参加者 在宅医療に関する多職種81名
(医師9、歯科医師3、薬剤師10、看護師9、施設・病院相談員6、ケアマネージャー14、通所・訪問介護事業所14、行政16)
- ④ 概要 終末期患者に対する多職種の関わり方策について、小谷村の事例をもとに、医療介護に係わる多職種がグループに分かれてディスカッションを行い、その課題とその解決に向けた取り組みの検討を行った。

2) 第3回

- ① 日時 平成27年2月7日(土) 13:30～16:00
- ② 場所 安曇総合病院会議室
- ③ 参加者 在宅医療に関する多職種86名
(医師8、歯科医師7、薬剤師5、看護師・OT6、施設相談員5、病院相談員8、ケアマネージャー28、包括支援センター14、行政7)
- ④ 概要 独居認知症高齢者の支援の中で困難に感じていることをテーマに、医療介護に係わる多職種がグループに分かれてディスカッションを行い、課題の抽出を行った。

(2) 看護医療職ネットワーク会議

1) 第1回

- ① 日 時 平成 26 年 10 月 8 日 (水) 18:00 ~ 20:00
- ② 場 所 池田町総合福祉センター会議室
- ③ 参加者 介護・福祉の事業所で働く看護職及び医療関係者 52 名
- ④ 概 要 医療と介護の両方に関わる介護福祉事業所で働く看護師等を対象に、事業所間の連携が図れるよう「地域で看護と介護の連携をはかるには ~地域の機関、事業所の役割を知ろう~」をテーマに、グループ討議を行い、各事業所の状況や課題についての認識を深めた。

2) 第2回

- ① 日 時 平成 27 年 3 月 14 日 (土) 13:00 ~ 15:00
- ② 場 所 池田町総合福祉センター会議室
- ③ 参加者 介護・福祉の事業所で働く看護職及び医療関係者 40 名
- ④ 概 要 医療と介護の両方に関わる介護福祉の事業所で働く看護職員等を対象に「皮膚トラブルの原因と初期対応を事例で考える ~家族、介護職と課題を共有し取り組み方法を伝えるために~」をテーマに、在宅での問題になりやすい褥瘡を中心とした皮膚疾患の対応を中心に、皮膚科の医師にも参加いただきグループ討議を行い、事業者間の連携を図った。

(3) 医療と介護の連携に関する講演会

- ① 日 時 平成 27 年 3 月 7 日 (土) 14:00 ~ 16:00
- ② 場 所 市立大町総合病院会議室
- ③ 参加者 108 名
- ④ 講 師 佐久総合病院小海診療所長 北澤彰浩先生
- ⑤ 演 題 「大北地域の包括ケアの実践に繋ぐため」 ~地域づくりにおける医療と介護の役割~ ~佐久病院における地域ケア活動の実践から~
- ⑥ 概 要 医療と介護に携わる関係者を対象に、先進的な取り組みを行っている医師による講演会を行った。

3 事業の効果

(1) 各分野での連携拡大

- ・ 医師にケアマネからの相談、連絡が入りやすくなった
- ・ 地域包括支援センターから歯科医師会に口腔ケアの勉強会の依頼があった
- ・ 歯科医師会に在宅医療に関する特別委員会が設置されることになった
- ・ 薬局、ケアマネージャー、地域包括の相互の相談、連絡が増えた

(2) 共通認識、ノウハウの共有の拡大

- ・ 多職種の考え方や援助方法を学び、在宅医療の重要性・必要性を認識した
- ・ 地域資源の把握、理解ができた
- ・ 職員の悩みの軽減（バーンアウトの予防）が図れた。

平成27年度在宅医療推進委員会の活動状況について

1 ワーキンググループ会議の開催状況

在宅医療地域リーダー、歯科医師会、薬剤師会、病院関係者、包括支援センター職員等が出席し、事業実施計画の検討や課題の整理などを行った。

今年度回数 (通算回数)	開催日	出席 者数	主な協議（報告）内容
1 (12)	H27. 4.20	15人	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療・介護連携推進事業担当者会議の報告 ・大北歯科医師会在宅医療・介護連携委員会発足について ・平成27年度活動方針について ・第5回多職種ネットワーク会議について ・在宅医療推進の住民啓発について
2 (13)	H27. 5.28	23人	<ul style="list-style-type: none"> ・第5回多職種ネットワーク会議について ・在宅ケアに向けた退院調整ルール策定支援事業について ・第3回看護医療職ネットワーク会議について ・住民啓発について
3 (14)	H27. 6.29	22人	<ul style="list-style-type: none"> ・第5回多職種ネットワーク会議について ・「北アルプスの介護保険」の発行について ・在宅歯科訪問診療について ・在宅ケアに向けた退院調整ルール策定支援事業について ・第3回看護医療職ネットワーク会議について ・住民啓発について
4 (15)	H27. 7.27	20人	<ul style="list-style-type: none"> ・在宅歯科診療について ・第3回看護医療職ネットワーク会議について ・第5回多職種ネットワーク会議について ・今後の取組について
5 (16)	H27. 8.31	25人	<ul style="list-style-type: none"> ・第3回看護医療ネットワーク会議報告 ・在宅医療啓発事業について ・出席者団体からの報告 ・今後の在宅医療推進への取組について
6 (17)	H27. 9.28	25人	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでのネットワーク会議での課題について (取組成果、今後の課題整理及び課題解決の取組み) ・第4回看護医療職ネットワーク会議について ・今年度第6回多職種ネットワーク会議について ・今年度第7回多職種ネットワーク会議について(講演会)
7 (18)	H27.10.27	24人	<ul style="list-style-type: none"> ・これまでのネットワーク会議での課題について ・第4回看護医療職ネットワーク会議について ・第6回多職種ネットワーク会議について ・第7回多職種ネットワーク会議について(講演会等) ・来年度の取組について
8 (19)	H27.11.30	18人	<ul style="list-style-type: none"> ・第4回看護医療職ネットワーク会議について ・第6回多職種ネットワーク会議について ・第7回多職種ネットワーク会議について(講演会等) ・各会より(薬剤師会等)
9 (20)	H27.12.25	23人	<ul style="list-style-type: none"> ・第6回多職種ネットワーク会議について ・第7回多職種ネットワーク会議について(講演会等) ・各会より(歯科医師会等)
10 (21)	H28. 1.18	19人	<ul style="list-style-type: none"> ・第6回多職種ネットワーク会議について ・第7回多職種ネットワーク会議について(講演会等) ・在宅医療・介護関係者の情報共有の支援について
11 (22)	H28. 2.10	21人	<ul style="list-style-type: none"> ・第6回多職種ネットワーク会議について(まとめ) ・第7回多職種ネットワーク会議について(講演会等) ・平成27年度事業について ・平成28年度事業について
12 (23)	H28. 3. 7	24人	<ul style="list-style-type: none"> ・第7回多職種ネットワーク会議について(まとめ) ・平成27年度事業について ・平成28年度事業について

2 事業実施状況

(1) 多職種連携ネットワーク会議

1) 第5回(通算)

- ① 日時 平成27年7月4日(土) 13:30～16:00
- ② 場所 白馬村農業体験実習館
- ③ 参加者 在宅医療に関わる多職種79名
〔医師7名、歯科医師9名、薬剤師9名、医療関係9名
ケアマネ・施設相談員等19名、医師会事務局2名
行政(地域包括支援センター含む)24名〕
- ④ 概要 認知症独居高齢者に対する「服薬管理ができるための、多職種間の情報共有の方法」について、グループに分かれてディスカッションを行い、その課題とその解決に向けた取り組みの検討を行った。

2) 第6回(通算)

- ① 日時 平成28年1月23日(土) 13:30～16:00
- ② 場所 市立大町総合病院 南棟1階 講堂
- ③ 参加者 在宅医療に関わる多職種124名
〔医師9名、歯科医師13名、薬剤師6名、
看護師23名、歯科衛生士12名、相談員・SW8名
介護支援専門員16名、介護員・ヘルパー9名
行政(地域包括支援センター)・その他専門職28名〕
- ④ 概要 口腔ケアについて、管内の歯科医、歯科衛生士を講師に、口腔の機能や歯科関係制度等の学習会を行い、「人生最後の食事が一番好きなものがおいしく食べられるために出来る支援は何か」をテーマに、12グループに分かれてディスカッションを行い、その支援に向けた取り組みの検討を行った。

3) 第7回(通算)

- ① 日時 平成28年2月20日(土) 13:30～16:30
- ② 場所 JA大北アプロード 3階レインボーホール
- ③ 参加者 在宅医療に関わる多職種99名
〔医師6名、歯科医師4名、薬剤師3名、
医療機関関係職員15名、介護事業所等63名〕
- ④ 概要 個人情報について、弁護士による基調講演や管内従事者のシンポジウムを通じて、情報の取扱いの正しい知識を学び、多職種間での情報共有を図り、学んだことを職場に持ち帰り患者や利用者の支援に繋げた。

(2) 看護医療職ネットワーク会議

1) 第3回

- ① 日時 平成27年7月30日(木) 18:00～20:00
- ② 会場 北アルプス医療センターあづみ病院会議室
- ③ 参加者 介護、福祉の事業所で働く看護職及び医療関係者84名
- ④ 概要 「退院支援をスムーズに行うために 病院と在宅の看護がつながる医療と介護の課題を考える」をテーマに、グループに分かれ、「『退院』と言われて困ることを個人ワーク、グループワークを実施し、他所(人)の状況や課題についての認識を深めた。

2) 第4回

- ① 日時 平成27年12月10日(木) 18:00～20:00
- ② 会場 白馬村保健福祉ふれあいセンター学習室
- ③ 参加者 介護、福祉の事業所で働く看護職及び医療関係者61名
- ④ 概要 「通所介護事業所における排便コントロールの為に支援について」の話題提供後、「『浣腸に頼らない排便コントロールのために必要な支援』～工夫できること、実践できること～を個人ワーク、グループワークを実施し、他所(人)の状況や取組みについての認識を深め今後の支援に繋げた。

3 これまでの事業の効果

(1) 各分野での連携拡大 顔の見える関係づくりの支援、情報提供

- ・多職種で「顔の見える関係」が進んでいる。
- ・薬剤師会から相談可能時間等の一覧配布。
- ・薬剤師の在宅訪問件数が増加。
- ・薬局に福祉関係者が気軽に相談できるようになった。
- ・地域連携室を窓口とした薬剤師会、病院、開業医の連携が進んでいる。
- ・総合病院と開業医や診療所との円滑な情報共有。
- ・各市町村でも住民への普及啓発活動の実施。

(2) 共通様式統一、連携システム強化 新たな対応

- ・在宅歯科訪問診療のフローチャート、マッチングシートができ、在宅医療介護連携委員会の地区担当歯科医師配置。
- ・市立大町総合病院ではお薬手帳の持参をお願いする掲示開始。
- ・介護施設利用時の診断書様式が統一化された。

平成 28 年度大北地域在宅医療推進委員会活動報告

1 平成 28 年度在宅医療推進委員会開催状況

大北地域包括医療協議会理事・幹事会に併せて開催した。

- ① 日 時 平成 29 年 3 月 27 日 (月) 理事・幹事会終了後
- ② 場 所 大北医師会館
- ③ 協議事項 ・平成 28 年度在宅医療ワーキンググループ活動状況について
・平成 29 年度の事業について

2 平成 28 年度ワーキンググループ会議開催状況

在宅医療地域リーダー、歯科医師会、薬剤師会、包括支援センター職員等ほか、病院の医師等が出席し、課題の整理や事業の実施計画の検討等を行った。

今年度回数 (通算回数)	開催日	出席 者数	主な協議 (報告) 内容
1 (24)	H28. 4.12	20 人	<ul style="list-style-type: none"> ・ワーキンググループ会議の体制について ・平成 28 年度の活動について ・各会より (三師会等)
2 (25)	H28. 5.30	21 人	<ul style="list-style-type: none"> ・市町村等介護保険担当者会議について ・地域医療構想について ・平成 28 年度の具体的なテーマ、実施方針について ・各会より (三師会等)
3 (26)	H28. 6.24	16 人	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 28 年度の具体的なテーマ、実施方針について ・各会より (三師会等)
4 (27)	H28. 7.25	21 人	<ul style="list-style-type: none"> ・平成 28 年度多職種ネットワーク会議等について ・各会より (三師会等)
5 (28)	H28. 8.30	24 人	<ul style="list-style-type: none"> ○平成 28 年度多職種ネットワーク会議等について ・各会場での開催 (詳細) について ・入退院調整ルールの目標点 (成果) について ・在宅医療・介護連携の取組状況について ○各会より (三師会等)
6 (29)	H28. 9.26	19 人	<ul style="list-style-type: none"> ○平成 28 年度多職種ネットワーク会議等について ・各会場での開催 (詳細) について ○各会より (三師会等) ・大町保健福祉事務所より (地域医療構想について他)
7 (30)	H28.10.26	17 人	<ul style="list-style-type: none"> ○平成 28 年度多職種ネットワーク会議等について ・各会場での開催 (詳細) について ○各会より (三師会等) ・大町保健福祉事務所より (入退院調整ルールの目標点 (成果) について)

今年度回数 (通算回数)	開催日	出席 者数	主な協議（報告）内容
8 (31)	H28.11.28	19人	○平成28年度多職種ネットワーク会議等について ・各会場での開催内容（詳細確認）について ○各会より（三師会等）
9 (32)	H28.12.26	14人	○平成28年度多職種ネットワーク会議等について ・第1回多職種ネットワーク会議の反省・検証について ・市立大町総合病院での開催内容（詳細確認）について ○各会より（三師会等）
10 (33)	H29. 2.27	21人	○平成28年度多職種ネットワーク会議等について ・第2回多職種ネットワーク会議の反省・検証について ・今後の入退院調整ルールの策定予定について ○各会より（三師会等）
11 (34)	H29. 3.13	19人	・今後の入退院調整ルールの策定について ・各会より（三師会等）

3 事業実施状況

(1) 多職種連携ネットワーク会議

1) 第8回（通算）

① 日 時 平成28年12月3日（土）13:30～16:30

② 場 所 北アルプス医療センターあづみ病院 7階 やまなみホール

③ 参加者 在宅医療に関わる多職種125名

〔 医師5名、歯科医師6名、薬剤師13名、看護師30名
SW・相談員7名、介護支援専門員30名、医師会事務局2名
行政（地域包括支援センター含む）23名、その他専門職9名 〕

④ 概 要 入退院の支援の在り方について、「入院時から始まる退院支援」を大きなテーマとし、2事例報告と「入退院支援の日頃の課題」、「課題解決策」について、ワークショップ（グループに分かれてディスカッション）を実施。

2) 第9回（通算）

① 日 時 平成29年1月28日（土）13:30～16:30

② 場 所 市立大町総合病院 南棟1階 講堂

③ 参加者 在宅医療に関わる多職種100名

〔 医師1名、歯科医師8名、薬剤師9名、
看護師36名、相談員・SW7名
介護支援専門員16名、介護員・ヘルパー1名
行政（地域包括支援センター）・その他専門職22名 〕

④ 概 要 「その人の望む暮らしをつなぐために私たちがすべき事」～理想の連携（情報共有）について考える～をテーマとし、3事例報告と前回のネットワークを踏まえつつワークショップを実施。

4 事業の効果（2回の会議でのアンケートより）

- 多職種で「顔の見える関係」が進んでいる。
- 互いの職種業務が深く理解できるとともに、連携の必要性を学べた。
- 【入退院調整ルールについて】
 - ・ 各々の職種間の情報共有により、各々の忙しさ・ストレスの軽減にひいては患者さんの為になる。クランケサービスに即取り組めるメリット。
 - ・ 統一書式による情報支援が重要。誰がいつ何を行うか明確になっていれば 理解しやすい。
 - ・ 家族・本人が混乱しなくて済む。退院後の在宅での生活が重要であり、各医療及び介護関係者の情報共有が大切。

5 平成 29 年度事業について

（1）大北地域在宅医療推進委員会及びワーキンググループ会議

- 大北地域在宅医療推進委員会は必要に応じ開催、在宅医療に関し協議。
- ワーキング会議は北アルプス広域連合とも調整の上、地域課題の検討のため随時開催。
- 今年度の重点課題として関係各機関とも連携の上、入退院調整ルール策定及び 29 年度内の運用開始を目指す。
- 入退院調整ルール策定のためのワーキング会議は本年度既に 3 回開催（4.24、5.29、6.26）、ワーキンググループ会議としての素案策定中。
- 素案確定後、関係各団体へ意見照会を行った上、次回ワーキンググループ会議（8.21 開催予定）で原案を確定予定。
- その後、在宅医療推進委員会及び包括医療協議会への報告を経て施行。

（2）多職種ネットワーク会議

- 北アルプス広域連合、市町村等と協力の上、事業計画に参画する。

改訂履歴

版 数	発行日	改訂内容
第1版	2017年10月	初版発行
第2版	2018年12月	入退院時支援ルール記載内容を修正 様式集 様式6-1入院時情報提供書を追加 様式6-1退院時情報提供書を追加

大北地域入退院時支援ルール

～ 患者さんのスムーズな退院後生活への移行のためのマニュアル ～



発行 北アルプス広域連合 (平成31年1月)