



川西市・猪名川町 入退院支援の手引き



川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携推進協議会

目次

1. 手引き作成の背景	P 2
2. 手引きの目的	P 2
3. 手引きの対象	P 3
4. 運用にあたっての留意事項	P 3
適応範囲・用語解説	P 3
5. 川西市・猪名川町入退院支援の手引き工程表	P 5
6. 川西市・猪名川町入退院支援の手引き運用方法	
1) 在宅療養期	P 6
2) 入院時～入院初期	P 8
3) 入院初期に行う在宅チーム同席での病状説明（IC）の実施	P 11
4) 退院準備期：退院前カンファレンス前	P 13
5) 退院前カンファレンス	P 16
6) 退院～在宅療養	P 17
7. 参考資料	
1) 入退院時連携に関する診療報酬・介護報酬	P 20
2) 対象者への説明 ～『入院から退院まで』～	
病院とケアマネジャーはこのように繋がっています	P 21
3) 情報共有シート（参考）	P 22
4) 関係機関等一覧	
① 病院の担当窓口	P 25
② 居宅介護支援事業所	P 30
③ 地域包括支援センター	P 31
④ 行政機関（市町村、県）担当部署	P 31
5) 要介護認定手続きの流れ	P 33
6) ケアプラン作成の流れ	P 35

1. 手引き作成の背景

将来推計によると2040年に高齢者人口がピークを迎えるとされ、さらに単身世帯の高齢者や認知症を有する高齢者数の増加も見込まれています。高齢者は加齢に伴い、慢性疾患による受療が多い、複数の疾病にかかりやすい、要介護の発生率が高い、認知症の発生率が高い等の特徴を有しており、医療と介護の両方を必要とすることが多くなっています。そして、もし入院になった場合、入院中に起こる心身機能の変化によって入院前と同じ生活を送ることが難しくなる場合も少なくありません。

たとえ入院したとしても、できるだけ医療と介護の両方を必要とする状態の高齢者が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けられるよう、切れ目なく地域の医療や介護サービスが提供されることが必要です。その過程において重要となるのは、地域の関係団体が連携して包括的かつ継続的な在宅医療と介護を一体的に提供して、本人の意思を尊重した支援を行うことが求められます。

このため、在宅医療・介護の関係団体が連携し、多職種協働により一体的に提供できる体制を構築するため都道府県や保健所の支援の下、市区町村が中心となって地域の医師会等と緊密に連携することが重要です。そして、地域包括ケアの理念のもと、医療・介護の連携が推進され、入退院支援は単なる病院からの引継ぎではなく、医療・介護の円滑な連携を目指した包括的な支援提供へとその意味が発展しています。

川西市・猪名川町においても高齢化が顕著であり、昨今は在宅医療が推進され医療ニーズが高い状態でも在宅療養へ移行できるようになり、地域の医療・ケアは多様化、複雑化しています。今後さらに質が高くかつ効率的な入退院支援が求められると考えられ、職種や組織にとどまることなく連携し、包括的な支援提供を行うことが不可欠となります。

このような背景の下、川西市・猪名川町の医療・介護の連携を推進するため、平成27年に「川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携推進協議会」を設立し、情報共有や効果的な在宅医療・介護の提供方法及び提供体制の充実に向けて継続的に協議・検討を行い、平成29年には在宅医療サービスの調整拠点として、川西市医師会医療会館に「川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携支援センター」を設置しました。

本手引きは、川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携推進協議会の取り組みの1つとして、切れ目のない在宅医療と在宅介護の提供体制を構築するため、要支援・要介護の患者が入院または退院するための準備の際、病院とケアマネジャー等在宅チーム間で着実に引き継ぐための手引きが必要であることから、地域の医療と介護の関係者が意見を出し合い、集約して共通の手引きとしてとりまとめたものです。

2. 手引きの目的

すべての人が住み慣れた地域で療養などを受けながら暮らし続けることができる社会を実現していくために、地域全体で『治す医療』から『生活を支える医療』への転換を図り、本人の気持ちを最大限に尊重し、医療と介護が連携の上、本人の人生や暮らしが継続できるような入退院支援を行うことが必要です。

『生活を支える医療』のための入退院支援をする上では、病院から日常生活に戻るにはどう優先順位をつけ、そのために何をすべきなのかを考える視点が必要です。入院期間に予測されることを、患者・家族、病院、在宅チームで、継続した医療・ケアが提供できるよう双方向で協力しなくてはなりません。特に高齢化率が高い川西市・猪名川町での在宅療養を支えるためには、病院と在宅チームで、本人の医療に関する情報と生活に関する情報を共有し連携を図ることがとても重要になります。

本手引きでは、入院時は「家に帰って生活するために医療を受ける」ことを、退院後は「疾患の再発予防・重度化予防を図りながら、安心・安全に在宅療養を継続すること」をめざすために、本人の地域や自宅での生活を見据えて病院と在宅チームが具体的にどのように情報を収集・共有していき、双方がどのようなプロセスを経て入退院支援を実施しているのかを互いに理解し協働して支援を行えるようになることを目的としています。

3. 手引きの対象

本手引きでは、平均在院日数が短く、最も迅速な対応が求められる急性期病院への入退院を想定し、ケアマネジャーや在宅チームが関わっている要介護（支援）認定者が、入院そして退院となり在宅生活の再構築を図る際の支援の流れを示しています。

今までケアマネジャーが関わっていなかったが入院に伴う身体・精神状態の変化で退院後支援が必要となる方、または、急性期病院以外の病院や施設であっても、退院・退所までの基本的な流れや必要とする情報は共通するところが多いと思われるため、本手引きでまとめた視点や考え方などを参考としてください。

4. 運用にあたっての留意事項

適用範囲 川西市 猪名川町

用語解説

在宅チームとは？

ケアマネジャー、かかりつけ医、歯科医、薬剤師、訪問看護師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、栄養士、訪問介護・通所介護・短期入所・福祉用具等の在宅療養を支える医療・介護関係者

※ ケアマネジャーは在宅チームメンバーだが、文中では在宅チームとは別に表しています。

入退院支援とは？

病院と在宅チームが、日ごろから体制を整えておくとともに、地域に帰り、その人らしい暮らしを送るために入院早期から退院に至るまで連携・協働して支援を行うこと

意思決定支援とは？

入退院支援の過程において、医療の選択や、これからの療養方法・療養場所の選択ができるように支援すること

退院困難な要因とは？

- 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こと
- イ) 緊急入院であること
- ウ) 要介護認定が未申請であること
- エ) 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こと
- オ) 生活困窮者であること
- カ) 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こと
- キ) 排泄に介助を要する事
- ク) 同居者の有無に関わらず、必要な養育または介護を十分に提供できる状況にないこと
- ケ) 退院後に医療処置（胃瘻などの経管栄養法を含む）が必要なこと
- コ) 入退院を繰り返していること
- サ) その他患者の状況から判断してアからコまでに準ずると認められる場合

入院時カンファレンスとは？

退院支援計画を立案するために開かれるカンファレンス（急性期病院においては、入院から概ね７日以内に行われる）

退院前カンファレンスとは？

本人の退院後の生活において予想される課題を検討し、療養環境の準備・調整を行うために開かれるカンファレンス

ACP（アドバンス・ケア・プランニング）とは？

もしものときのために、望む医療やケアについて事前に自身の考えを示し、ご自身、家族、医療従事者と繰り返し話し合い、共有する取り組み

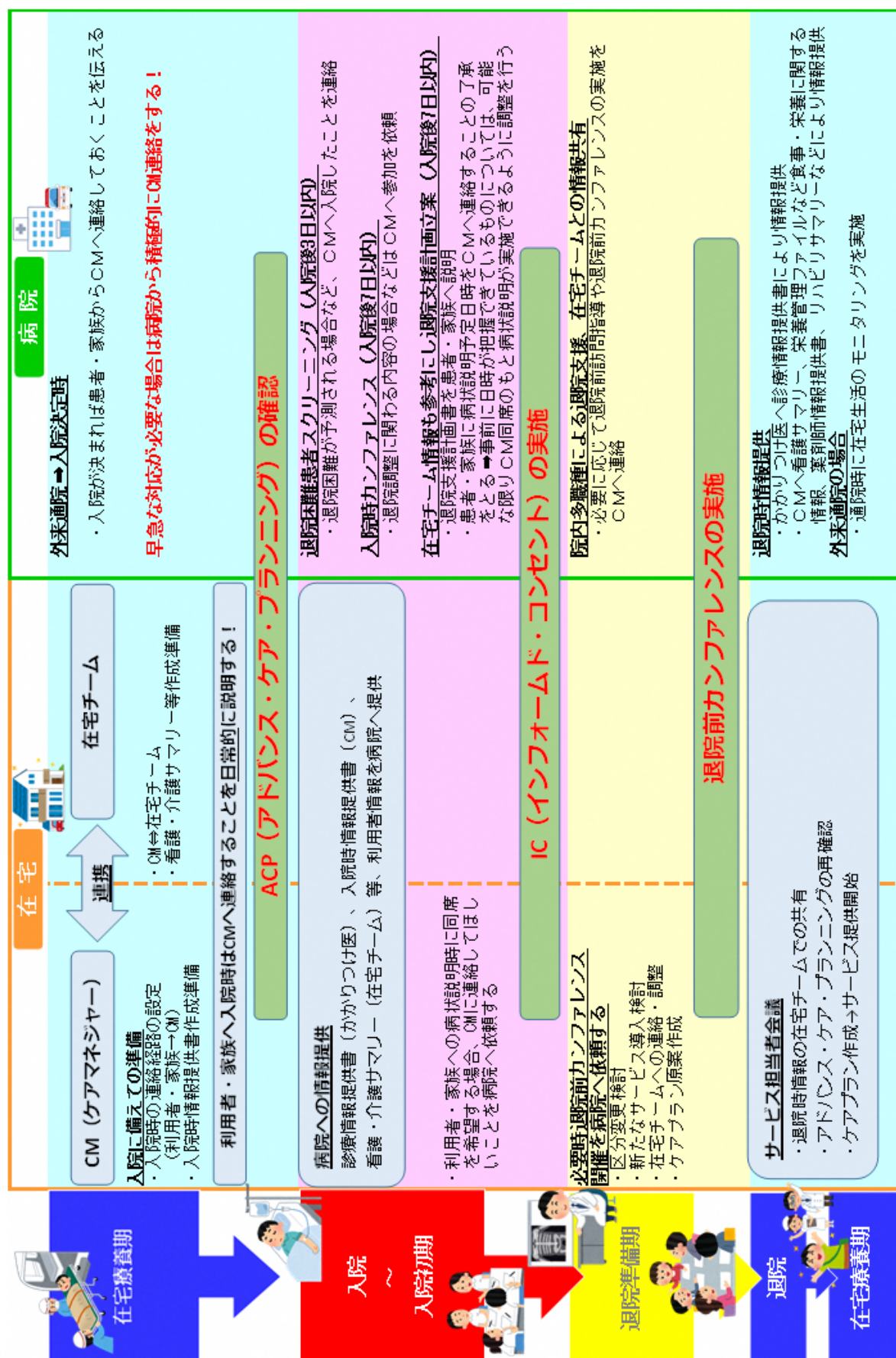
IC（インフォームド・コンセント）とは？

医師が患者に対して診療の目的や内容を充分説明し、患者の同意・納得を得た上で治療にあたること

入退院支援の手引き内「コラム」とは？ 専門職からの「連携のコツ」を記載

5. 川西市・猪名川町入退院支援の手引き工程表

川西市・猪名川町 入退院支援の手引き工程表



6. 川西市・猪名川町

入退院支援の手引き運用方法

1) 在宅療養期

目 的

入院時に速やかに対応できるよう日頃から備え、日々の関わりの中でACPの確認をしておく。

<日頃から備えておくこと>

- 地域資源を把握し、在宅チーム・病院の連携体制を整えておく。
- 日頃から入院のリスクを意識し、状況を把握、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておく。
- 普段から在宅療養が安定するよう、予防的に環境を整える。

在 宅



ケアマネジャー

① 入院に備えての準備

入院時の連絡経路の設定

日常的に「入院時はケアマネジャーに連絡する」ことを本人・家族に説明しておきましょう。

また、在宅チーム・病院等からも入院情報が入るよう工夫しておきましょう。そして、入院になってもケアマネジャーが病院と情報共有することを、本人・家族に予め了解を取っておきましょう

- ☛ ケアマネジャーは、本人や家族に対し、入院時に担当ケアマネジャーの事業所名・氏名等を病院に提供するよう依頼することが義務付けられています。

入院時情報提供書などの準備

入院後、3日以内に病院へ情報提供が必要なため、日ごろから入院のリスクを意識し、状況を把握、本人・家族を含む在宅チーム内で共有しておき、緊急入院にも対応できるよう入院時情報提供書（P21・22参照）の準備をしておきましょう。

特に入院を繰り返す疾患（癌、心不全・糖尿病等の生活習慣病、誤嚥性肺炎、尿路感染症等）については、どういう変化が起こりうるかをかかりつけ医や訪問看護師等に聞き、在宅チームで共有し、普段から在宅療養が安定するよう予防的に環境を整えましょう。直接ケアに関わる職種には、こういった変化が起こり得るか悪化のサイン等について伝え、変化に気づいたら、かかりつけ医や訪問看護師に連絡

し、そのことをケアマネジャーにも連絡をするよう在宅チーム内で話し合っておきましょう。

② ACPの確認

どのような生活を送りたいのか、病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、かかりつけ医も含め本人・家族と話し合ったり、何気ない会話の中で意思を確認したりしながら、本人らしさを理解し在宅チーム間で共有して関わしましょう。

在宅チーム

① 入院に備えての準備

診療情報提供書、看護・介護サマリー等作成準備（CM⇄在宅チーム）入院時、ケアマネジャーもしくは病院から情報提供を求められる可能性があります。心づもりをしておきましょう。

② 入院時の連絡経路の伝達

本人・家族へ、入院時は速やかにケアマネジャーへ連絡することを日常的に伝えておきましょう。また、ケアマネジャーより先に入院情報を得た場合、速やかに伝達しましょう。

③ ACPの確認

日頃から、希望する暮らし方や病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合うなど、意思を確認し、ケアマネジャー・在宅チーム間で共有しておきましょう。

コラム

【 訪問看護師 】

普段の状態を知り、少しでもわずかな変化に気づき、早期に対処することは大切です。体調の良い時から、定期的に訪問看護師に状態を観察してもらい、相談できる関係性を築く事も大切です。

病 院



① 入院決定時の確認内容と連絡経路

入院になることを、本人・家族からケアマネジャーに連絡するよう説明し、早急な対応が必要な場合は、病院からも積極的に連絡を取りましょう。特に予約入院時には、外来看護師は、本人・家族や在宅チームからの情報で在宅での療養状況を把握し、身体的・精神的変化が予め予測できる場合には、病院から入院前の段階で在宅チームと情報交換し、入院時には病棟看護師とも情報共有ができるようにしましょう。

例) ・病院医師 ⇄ かかりつけ医での診療情報提供書のやりとり

・病院看護師 ⇄ ケアマネジャー、介護度、サービス利用状況の確認

② ACPの確認

ケアマネジャーなど在宅チームから提供された、治療経過、在宅での生活状況や背景、本人・家族の思いなどのACPに関わる情報も院内でしっかりと共有しましょう。

2) 入院～入院初期

目的

在宅チームと病院で退院支援を速やかに開始し、本人・家族を支える協働体制を作る。

<協働して行うこと>

- 入院時にケアマネジャーや在宅チームが病院へ情報提供する内容（本人の病歴、生活歴や住環境等）を踏まえ、病院では本人が入院前にどんな生活をしてきたのかをまず知り、医学的情報から入院前との変化を予測してサポートの必要性を判断する。
- 入院前の暮らしから、入院し、治療を受けたことで、何か変化は起こるのか、入院前から何か不安や問題はなかったかを、本人・家族、病院・在宅チームで考え、退院支援が必要かどうかの認識を共有する。
- ICにケアマネジャーや在宅チームが参加できるように調整する

在宅



ケアマネジャー

① 病院への情報提供

在宅チームの利用者情報提供と情報共有（入院後概ね3日以内）

入院したという情報を得たら、各病院にあわせた病院の連絡相談窓口・訪問のタイミング等について確認（P25～：病院の担当窓口参照）し、予め用意していた「入院時情報提供書」を微修正し、速やか（入院後3日以内）に情報提供しましょう。

- ☛ 入院時情報提供書は、病院の治療方針決定や退院支援計画立案に必要な情報です。生活歴、本人の思い、療養環境、経済状況などの把握は、退院後の本人の生活をイメージする上で有用です。

② IC時の同席を依頼する

本人・家族へIC時の同席を依頼する

本人・家族に「ICへの同席を希望するので、日程が決まれば連絡をしてほしい」と伝えておきましょう。本人・家族が在宅生活を送る上での“思い”や、入院前の生活の状態を、病院にしっかり伝えられるようサポートしましょう。

病院へIC時の同席を依頼する

病院へ入院時情報提供する際に、ケアマネジャーとしてIC同席を希望しましょう。また、退院支援の情報提供（看護サマリーなど）、退院前カンファレンス開催や退院前訪問指導実施の際の連絡、退院予定の連絡が欲しい時には、そのことを伝えておきましょう。

本人・家族が、在宅生活を送る上での“思い”や入院前の生活の状態を、病院に伝えることが困難な場合は、ケアマネジャーは代弁者として本人・家族の思いや連携に必要な情報を病院に伝えましょう。

③ 入院について、在宅チームで共有する

在宅チームへ入院したことを知らせましょう。ケアマネジャーが同席した病状説明時の内容を踏まえて、入院につながる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、振り返りを行いましょう。

コラム

【 ケアマネジャー 】

ご入院された時は速やかに連絡してくださいね。ケアマネジャーは「入院時情報提供書」を作成し、在宅生活のご様子や、ご本人・ご家族の生活の意向を早期に病院に伝達します。ご入院中であってもご本人らしい治療方針の決定や退院後の生活決定をサポートします。

在宅チーム

① 在宅チームの利用者情報提供と情報共有（入院後概ね3日以内）

訪問看護師は「看護情報提供書（訪問看護サマリー）」、居宅療養管理指導をしている薬剤師は「薬剤情報や服薬方法等の情報」、他の在宅チームは「介護サマリー」などの利用者情報を提供しましょう。また、入院になったことを、かかりつけ医等在宅チームで共有しましょう。

コラム

【 薬剤師 】

本人・家族の生活状況などわかると服薬方法や管理方法について助言することができ、また在宅チーム内で薬の効果や副作用を共有することにより、ご本人の症状緩和につなげることができます。他科受診の薬剤についてもかかりつけ薬局・病院薬剤部と連携し薬剤情報を集約し、減薬についての提案も可能になります。

② 病院への情報提供

診療情報提供書（かかりつけ医）、看護・介護サマリー（在宅チーム）等、利用者情報を病院へ提供しましょう。

③ 入院について、在宅チームで共有する

ケアマネジャーが得た病状説明の内容を踏まえて、入院につながる病状管理や生活支援上の課題がなかったか、振り返りを行いましょう。

コラム

【 訪問看護師 】

本人や家族が大切に思っていたことや、自宅での状況が具体的にイメージできるよう、病院との連携を図ります。



① 退院困難患者スクリーニング（入院後３日以内）

医師と入院目的・治療方針、現時点での退院時の見通しを確認・共有し、退院困難な要因や退院支援の必要性について考えましょう。退院困難が予測される場合には、ケアマネジャーへ入院したことを連絡し、情報提供を依頼しましょう。

本人・家族、在宅チームからの情報をもとに、入院に伴う身体的・精神的変化の予測、入院前からあった不安や問題を、本人・家族、病院、ケアマネジャー・在宅チームで考え、退院支援が必要かどうかの認識を共有しましょう。

② 入院時カンファレンス（入院後７日以内）

退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認しましょう。入院の目的や病状等から退院時の状態（病状やＡＤＬ）を予測し、退院後の暮らしについて本人・家族・在宅チームと共有しましょう。退院調整に関わる内容の場合など必要時には、在宅チームにも同席を依頼しましょう。

③ 在宅チームの情報も参考にし「退院支援計画」の立案（入院後７日以内）

病院が退院支援に取り組むに当たって、入院前の在宅生活の状態を理解することは重要です。本人・家族の状況、入院前のＡＤＬやＩＡＤＬ、生活状況、またどんな生活を送りたいかといった本人の意向等を早期に確認し、退院後の生活をイメージするために在宅チームからの情報提供内容を共有しましょう。

在宅チームから得た情報をもとに、より具体的な生活場面をイメージし、退院後の生活の再構築が必要かなど、退院に向けた医療・看護上の課題、生活・ケア上の課題をアセスメントし、退院支援を計画した「退院支援計画書」を本人・家族に説明しましょう。

コラム

【 リハビリ 】

私たちは安全で楽な動作を獲得できるよう訓練を実施するだけでなく、出来るだけ『自分らしく生き生きとした生活』に戻れるようにサポートしていきたいと考えています。そのため、情報収集の中には体の機能や動作能力、家屋情報だけでなく、病前どのように一日を過ごしておられたか、大切にされていたことや楽しみにされていたことは何か、など『人となり』についてもお聞きすることがあります。そうすることで、ご本人が出来るようになりたいこと（目標）が明確になり、ご本人やご家族、病院・在宅チームが同じ目標に向かって進むことが出来ます。差支えない範囲で結構ですので情報収集の際にはご協力よろしくお願いいた

④ ＩＣ時の同席を本人・家族・ケアマネジャーに依頼する

医師からのＩＣ設定時には、本人・家族に在宅チーム同席の了承を得て、事前に日時が把握できているものについては、可能な限りケアマネジャー同席のもとＩＣが実施できるようにケアマネジャーに連絡・日程調整をしましょう。ＩＣ時には、本人・家族が医師からの説明を理解し、受け止めながら、今後のことを在宅チームと一緒に考えることができるようにしましょう。

3) 入院初期に行う在宅チーム同席での病状説明(IC)の実

施

目 的

支援の方向性を明らかにし、退院後の療養場所・療養方法について、本人にとって最善の選択ができるよう病院・在宅チームで協働し意思決定支援を行う。

<協働して行うこと>

入院初期の IC に在宅チームが同席することで、病院、在宅チーム双方が本人の価値観を共有し、同じ方向性で最善の選択になるように支援する。

在 宅



病 院



① 支援の方向性を明らかにする

ケアマネジャーや在宅チームも一緒に IC 時の、ディスカッションに加わることで、病院が必要としている情報や「入院時情報提供書」で伝え切れていない情報をその場で共有することができます。そのため、治療方針、病状の変化、入院期間、退院日の目安、病気や症状による生活への影響の有無、退院後に新たに必要となる事柄（医療処置、看護、リハビリ（ADL/IADL）、介護区分変更やケアプランの変更の必要性について等、退院に向けたスケジュールが本人・家族もイメージしやすくなります。また、病院の多職種から必要な情報を直接得ることができ、在宅での療養生活における課題解決に向けた支援の方向性の検討ができます。

コラム

【 MSW 】

急性期病院の場合、平均在院日数は約 2 週間程度です。病状・検査結果などをふまえ今後の方向性を検討する病状説明（IC）は入院 1 週間以内に行われることが多いです。その機会を逃さず、病院とケアマネジャー・在宅チームと協働しま

コラム

【 リハビリ 】

身体や知的・精神の機能が動作にどのように影響しているかを評価していきます。改善の可能性に関しては病前の心身機能や生活動作能力を踏まえて予測を立てていきます。訓練の内容としては低下している部分へのアプローチに加え、残存能力も強化し、今後の生活に活かしていけるよう伸ばせる部分にもしっかりとアプローチしていきます。また、他職種と情報を共有し、訓練で出来るようになった動作を実際の生活場面（病棟生活）でも行ってもらい、より実用的な動作に近づけていきます。

具体的には

①身体機能（筋力や体力、関節の動きなど）の評価・訓練

- ③日常生活動作（歩く・車椅子に乗る・食事・着替え・トイレ動作・入浴など）の評価・訓練
- ④日常関連動作（仕事・趣味・家事動作など）の評価・訓練
- ⑤嚥下機能（飲み込み、食べやすい食事の形態など）の評価・訓練
- ⑥コミュニケーション能力（発声、会話など）の評価・訓練
- ⑦安全に楽に動作が行える手すり等の環境調整や福祉用具の選定
- ⑧カンファレンスによる他職種（医師・看護師・相談員など）との情報共有

② 意思決定支援

本人・家族は、入院に伴う体調の悪化や精神的な落ち込みにより、意思決定能力が弱くなりがちです。病状説明や退院に向けた本人・家族の思いや意向を確認する場面に、これまでの暮らしぶりや価値観を知っている在宅チームが同席することで、本人は「思い」が伝えやすくなります。在宅チームは、本人が在宅生活を送る上での「思い」や、入院前の生活の状態を病院にしっかり伝えられるようサポートし、意思決定支援をしましょう。病院も、その「思い」を尊重し、本人にとって最善の選択ができるよう意思決定支援をしていきましょう。

※ ICにケアマネジャー・在宅チームが参加できない場合 ※

ケアマネジャーは、どのようなIC内容であったか本人・家族、必要時は各病院担当窓口一覧に沿って担当者から情報収集を行いましょう。

4) 退院準備期：退院前カンファレンス前

目 的

病院・在宅チームが協働し、退院に向けて必要な医療・介護体制を整える。

<協働して行うこと>

退院後の生活イメージを共有し、生活課題を検討、療養環境の準備・調整ができるように準備しましょう。

在 宅



ケアマネジャー

① 退院前カンファレンス開催を依頼・調整する（必要時）

退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種とその内容を病院に伝え、区分変更や新たなサービス導入の必要性の有無を検討しましょう。事前に調整したサービス担当者等と退院前カンファレンスと一緒に出席できるよう調整しましょう。

② ケアプラン原案作成

本人・家族の意思を確認し「ケアプラン原案」を作成しましょう。課題分析やケアプラン原案作成にあたっては、かかりつけ医や調整したサービスに応じて訪問看護師、リハビリ職、薬剤師、栄養士、介護職等、多職種の意見を聞いてみましょう。また、退院前訪問指導の予定や退院の見込みなども把握しましょう。退院前訪問指導が決まればできるだけ同行しましょう。

特に退院直後は、再発・重度化予防のために、訪問看護やリハビリ職に適切に連携することが必要です。

コラム

【 ケアマネジャー 】

退院後、医療面等で注意すべき点など、在宅チームで共有し、改めて在宅生活を支援させていただきます。入院前と状態変化がある場合は、新しい課題に対して適切な対応を検討していきます。

③ ケアプラン原案に基づき最終調整

本人・家族、病院、ケアマネジャーと退院後のイメージを共有し、安心して在宅生活をスタートするために、最終調整を行いましょう。

（必要に応じて、サービス担当者会議を退院前カンファレンスと同時に開催することもあり。）

在宅チーム

退院前カンファレンス参加依頼があれば、可能な限り参加できるよう調整し各職種として確認すべき項目を退院前カンファレンスに向け、予めケアマネジャーに確認しておきましょう。

病 院



① 院内多職種による退院支援

在宅療養を安全に継続するためには、身体状況にあわせた環境・ケアの整備を行う必要があります。中・長期的な病状やADLの変化を予測し、院内多職種（医師・看護師・薬剤師・栄養士・リハビリ職など）の専門的視点を統合し検討しましょう。また、通院継続が可能か、在宅医療に移行するかも検討しましょう。特に退院直後は、再発・重度化予防のために、訪問看護やリハビリ職に適切に連携することが必要です。

② 在宅チームとの情報共有

退院後も継続が必要な医療管理やケアについては、できる限りシンプルなものに変更し、在宅チームと相談しながら、本人・家族の生活パターンや介護力を考慮し実施可能か評価しましょう。また、可能な範囲で本人・家族に合わせたセルフケアの確立をめざし、入院中から在宅での方法に切り替えて行い、病院側から積極的に退院後の留意事項等について伝えケアマネジャー・在宅チームと共有しましょう。

コラム

【 管理栄養士 】

入退院を繰り返す人は食生活に課題があることがあります。特に糖尿・腎臓病などの慢性疾患、また嚥下障がいがある人はこの機会に見直してみましょう。課題分析には食事内容・食事時間・調理担当者の情報が必要です。デイサービス等利用中の食事・間食についても把握しましょう。聞き取りの他に献立表や栄養量を示したものがあれば役立ちます。

コラム

【 MSW 】

退院直後は特別訪問看護指示書（2週間のみ）が介護保険とは別に医療保険で交付できます。介護保険では利用限度額がありますが、医療保険になるとケアマネジャーが介護サービスを切り崩さなくて済むため利用しやすくなります。特に、肺炎や尿路感染での抗生剤点滴、肺炎後の脱水・食事状況の把握と対策、骨折・脳梗塞後の環境調整を伴うリハビリ目的、褥瘡処置など、病気の悪化や病院退院時に利用可能な特別訪問看護指示書については、入院の回数の減少や退院後の短期再入院を減らす効果がありますので、積極的な利用をお勧めしましょう。

③ 退院前カンファレンス・退院前訪問指導の検討

退院前カンファレンス

退院前カンファレンスを実施する場合は、参加する院内多職種やケアマネジャー・在宅チームへ、カンファレンスの目的と検討内容を伝え出席を依頼しましょう。

ケアマネジャーと共に院内・院外の多職種で退院後の生活イメージを共有し、生活課題を検討、療養環境の準備・調整ができるように準備しましょう。

退院前訪問指導

院前訪問指導を行う場合は、必ずケアマネジャーへ連絡し可能な限りケアマネジャーが同行できる日程で調整しましょう。共に自宅の様子を確認し、在宅での環境を想定したリハビリ等の自立支援や療養環境の調整を検討しましょう。

コラム

【 リハビリ 】

事前に頂いた家屋情報をもとに院内で動作訓練や環境調整を検討し、退院前訪問指導では実際に動作を行ってもらい安全性を確認していきます。実際にご自宅に伺うと構造上、検討していた部分に手すりを付けることが出来なかったり、出来ると判断していた動作が出来ないなど想定外のこともあります。なるべくそのようなことが起きないように出来るだけたくさんのパターンを用意し、ご本人・ご家族が納得できる生活が送れるようにしていきます。

5) 退院前カンファレンス

目 的

退院前の最終的な本人・家族の状況について共有し、在宅療養に向けた準備・調整を行う。

<協働して行うこと>

- 本人・家族、ケアマネジャー・在宅チーム、病院が、本人の希望する退院後の暮らしを意識した生活課題を検討し、在宅療養に向けた環境の準備、調整となる退院前カンファレンスを行う。
- 入院を繰り返しやすい疾患や医療管理が継続する場合は、医療・看護サービスにつなぎ、必要に応じて直接専門職同士の情報共有が出来るよう調整す

在 宅



ケアマネジャー

退院前カンファレンスに、必要に応じケアプラン原案を持参し、在宅チームが考える生活課題と課題解決のイメージを病院と共有し、安全に在宅生活をスタートするために最終調整をしましょう。

在宅チーム

ケアプラン原案を参考に各職種としての課題・調整内容を確認しましょう。

病 院



本人・家族へ在宅療養に向けた最終的な指導や説明を行い在宅チームと共有しましょう。退院にあたり必要な書類や医療材料、物品などの最終確認をしましょう。

【 管理栄養士 】

慢性疾患の食事療法、咀嚼・嚥下困難による嚥下障がいのある安全な食事提供は継続することがとても大切です。病気への理解が不足していたり、食事療法が困難な環境の場合は栄養士に相談して下さい。住み慣れた暮らしの中で無理なく続けられるように支援し

コラム

【 リハビリ 】

退院前カンファレンス時や情報提供では入院中の経過や最終的な日常生活動作能力（リスクなど）をお伝えします。また、退院後の在宅生活で課題があるのか、課題があるのであればその課題に対してリハビリの専門的な関わりが必要かお伝えします。

退院後リハビリを継続していく場合には、入院中と同様に目標を立てて実施していきます。最終的な目標は『自分らしく生き生きとした生活を送る』ことですので、退院後のリハビリも目標に対しての経過や達成度の確認を行いながら、地域の資源（自治体のつどいの場など）の活用を視野に入れた在宅生活に繋げていきます。

コラム

6) 退院～在宅療養期

目 的

病院から在宅チームへつなぎ、安心して在宅療養がスタートできるよう支援し、再発・重度化を予防するための支援を行う。

<協働して行うこと>

本人の状態・希望に応じた支援がされているか、健康状態を維持するための療養環境が整備されているかについて確認する。

在 宅



ケアマネジャー

① サービス担当者会議の開催

ケアプラン作成→サービス提供開始

在宅チームで退院前カンファレンス内容や退院時情報を共有した上で、本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意し、本人の状態にあった適切なサービスがサービス提供事業所から提供されるようケアプラン作成をしましょう（P 24 参照）。

退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、かかりつけ医、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師（居宅療養管理指導）等にも、会議参加を依頼し、参加できなかった場合には、会議の内容や新しいケアプランについて報告しましょう。

病院へケアプランを提出するとともに、モニタリング結果をフィードバックしましょう。

症状悪化時の連絡経路の確認

サービス担当者会議時、退院にあたり再入院を繰り返す要因やリスクの注意点がある場合は、特に直接ケアに関わるかかりつけ医や訪問看護師、在宅チームにどういう変化が異常の早期発見につながるのかを共有し、在宅療養が安定するよう予防的に環境を整えましょう。

変化に気づいたら、かかりつけ医や訪問看護師に連絡し、そのことをケアマネジャーにも連絡をする連絡経路を在宅チーム内で話し合い確認しておきましょう。

② ACPの再確認

入院を経て再度、本人が今後どのような生活を送りたいのか、再発・重症化した際にはどのような治療、最期を望むのか等について、かかりつけ医も含め本人・家族と話し合い、意思を再確認し本人らしさを理解し在宅チームで共有して関わりましょう。

在宅チーム

① サービス担当者会議で退院前カンファレンスでの情報を共有

本人に必要なサービスについてサービス担当者会議で合意しましょう。

② ACPの再確認

日頃から、希望する暮らし方や病気になった際にはどのような治療、最期を望むのか等について、本人・家族と話し合うなど、意思を再確認し、在宅チームで共有しておきましょう。

③ 暮らしの安定を図るサービスの提供

本人の退院時の状態にあったサービス提供により、健康状態を整え、暮らしの安定を本人・家族とも協働して図りましょう。本人の状態の変化があれば、ケアマネジャーへ速やかに報告し、サービス内容の検討を行いましょう。

コラム

【 訪問看護師 】

退院前カンファレンスでは、病院での状況を知るとともに、治療が継続して自宅でも受けられるように一緒に考えていきます。退院後は、本人だけでなく、家族を含め、チームで協働し支援します。

病 院



① 退院時情報提供

退院後、切れ目なく必要な医療・介護サービスが受けられるよう、退院直前までの全身状態や処置内容、指導状況等を在宅チームへ伝えとともに、必要書類を渡しましょう。退院前カンファレンスを実施した場合は、ケアマネジャーに病院へケアプランの提出を依頼しましょう。

＜必要な退院時情報書類の例＞

- ・ かかりつけ医：診療情報提供書
- ・ ケアマネジャー：看護サマリー、在宅サービスについての意見書
- ・ 訪問看護師：看護サマリー、訪問看護指示書・特別訪問看護指示書
- ・ 薬剤師：退院時薬剤情報提供書
- ・ リハビリ担当者：リハビリサマリー
- ・ 栄養士：栄養管理ファイルなど食事・栄養に関する情報

コラム

【 管理栄養士 】

嚥下障がいとは、食べ物や飲み物を上手に飲み込めない状態のことです。低栄養や脱水、誤嚥性肺炎などの原因になります。入院中の食事は調理方法などを工夫して誤嚥せずに飲み込みやすいように調整していますが、形態やとろみ具合は個人の嚥下機能によって違ってきます。退院後、安全な食生活を送るために適正な食形態を把握することはとても大切です。困ったときは栄養士に相談して下さい。

② モニタリング

退院後訪問指導

退院後訪問指導が実施される場合、退院指導が適切であったか、準備した医療材料等の不備はなかったか、本人の状態に応じた支援がされているか、健康状態を維持するための療養環境が整備されているかについて確認し、在宅チームとも共有しましょう。

外来受診時や在宅チームからのフィードバック

外来受診時や退院後訪問指導時の情報と、在宅チームから退院後の生活の様子についてフィードバックを受けた情報を院内で共有し、退院支援について振り返りましょう。

7 参考資料

1) 入退院時連携に関する診療報酬・介護報酬

介護報酬

《居宅介護支援基準》

居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名などを入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務付け

入院時情報連携加算（居宅介護支援費）

入院医療機関へ利用者の情報を提供（提供方法は問わない）

（Ⅰ）入院日 250 単位/月

退院・退所加算（居宅介護支援費）

（入院・入所中 1 回）

入院医療機関から情報を得てケアプラン作成

	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

カンファレンスとは、診療報酬の『退院時共同指導料 2』の※に該当するもの

退院時共同指導加算

（（介護予防）訪問看護、定期巡回、看多機）

：600 単位（退院時 1 回）

退院時共同指導を行った後に初回の指定訪問看護を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算（居宅介護支援費）

200 単位（1 月に 2 回）

病院又は診療所の求めにより、医師又は看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整

診療報酬

入退院支援加算（退院時 1 回）

1：700 点 または 1,300 点（退院時 1 回）

2：190 点 または 635 点（退院時 1 回）

3：1,200 点

入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう退院支援計画の立案及び退院した場合に算定

＋入院時支援加算（入退院支援加算）（退院時 1 回）

1：240 点

2：200 点

入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明などを入院前の外来において実施

＋地域連携診療計画加算：300 点（入退院支援加算）

＋地域連携診療計画加算：50 点（診療情報提供料Ⅰ）

介護支援等連携指導料：400 点（入院中 2 回）

退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービスなどについて指導

退院時共同指導料 2：400 点 ※2,000 点（入院中 1 回）

病院長の医師等と在宅療養を担う医師などが共同して退院後の在宅療養上必要な説明・指導

※医師等の職種の 3 者以上と共同して指導を行う場合

退院前在宅療養指導管理料：120 点（外泊の初回 1 階に限り）

退院前訪問指導料：580 点（1 回の入院につき 1 回）

退院時共同指導加算（訪問看護管理療養費）

8,000 円（退院時 1 回 別表 7 又は別表 8 の対象者）

退院時リハビリテーション指導料：300 点（退院時 1 回）

退院時薬剤情報管理指導料：90 点（退院時 1 回）

退院支援指導加算：6,000 円（長時間の場合は 8,400 円） （別表第 7、8、退院日の訪問看護が必要と認められた者）

退院後訪問指導料：580 点

（退院日から起算して 1 月を限度として 5 回に限り算定）
＋訪問看護同行加算（退院後 1 回に限り）：20 点

入院前

入院時

入院中

退院時

退院後

2) 対象者への説明 ～『入院から退院まで』～

『入院から退院まで』 病院とケアマネジャーは3つの相談でこのように繋がっています！



3) 情報共有シート (参考)

あくまでも参考様式で、下記の使用方法を想定しています。各市町村や病院・事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用ください。

記入日: 年 月 日
入院日: 年 月 日
情報提供日: 年 月 日

入院時情報提供書

医療機関

居宅介護支援事業所

医療機関名:

事業所名:

ご担当者名:

ケアマネジャー氏名:

TEL:

FAX:

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について									
患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女			
		生年月日	明・大・昭	年	月	日	生		
住所	〒	電話番号							
住環境 ※可能な場合は「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) 特記事項 ()								
入院時の要介護度	☐ 要支援 () ☐ 要介護 () 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請								
障害高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2						□医師の判断		
認知症高齢者の 日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M						□ケアマネジャーの判断		
介護保険の 自己負担割合	☐ 割 ☐ 不明		障害など認定		☐ なし ☐ あり (身体・精神・知的)				
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他()								
2. 家族構成/連絡先について									
世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他 () * ☐ 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	☐ 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	☐ 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。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表 ☐ その他 ()								
5. 今後の在宅生活の意向について (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	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 (家族構成員数 名) * ☐ 日中独居 ☐ その他 ()								
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要 ()								
退院後の主介護者	☐ 本シート2に同じ ☐ 左記以外 (氏名 続柄・年齢)								
介護力*	☐ 介護力が見込める (☐ 十分 ☐ 一部) ☐ 介護力は見込めない ☐ 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*	☐ なし ☐ 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	☐ 希望あり								
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 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

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	☐ なし ☐ あり ()				
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他				
	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 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	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明				
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				UDF等の食形態区分					
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養		水分とろみ		☐ なし ☐ あり	水分制限	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明			
口腔	嚥下機能	むせない		時々むせる		常にむせる		義歯		☐ なし ☐ あり(部分・総)	
	口腔清潔	良		不良		著しく不良		口臭		☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド		☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()			眠剤の使用		☐ なし ☐ あり			
喫煙		無	有 () 本/日			飲酒		無	有 () 合/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		☐ なし ☐ あり ()	
	聴力	問題なし		やや難あり		困難		補聴器		☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他 ()									
疾患歴*		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他 ()									
入院歴*	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり (理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) ☐ 不明									
	入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返している ☐ 頻度は低い/これまでもある ☐ 今回が初めて									
入院前に実施している医療処置*		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ 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	☐ なし ☐ あり ()					居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり (職種:)				
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (・管理者: ・管理方法:)										
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 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	(フリガナ)					診察方法・頻度	☐ 通院 ☐ 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

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等の食事形態区分				
	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	☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射() □その他()		
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧 ☐ 水分制限 ☐ 食事制限 ☐ 食形態 ☐ 嚥下 ☐ 口腔ケア ☐ 清潔ケア ☐ 血糖コントロール ☐ 排泄 ☐ 皮膚状態 ☐ 睡眠 ☐ 認知機能・精神面 ☐ 服薬指導 ☐ 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) ☐ ターミナル ☐ その他()		
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む) ☐ 筋力増強練習 ☐ バランス練習 ☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居/立位等基本動作練習 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ 言語訓練 ☐ ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) ☐ IADL練習(買い物、調理等) ☐ 疼痛管理(痛みコントロール) ☐ 更生器具・福祉用具等管理 ☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援 ☐ 社会参加支援 ☐ 就労支援 ☐ 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		☐ なし ☐ あり		
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。

4) 関係機関等一覧

① 病院の担当窓口 (令和7年3月現在)

病院名	川西市立総合医療センター
所在地	〒666-0017 川西市火打1丁目4番1号
病棟種別	一般急性期
訪問による入院時の情報提供	入院病棟 TEL 0570-01-8199(ナビダイヤル) 代表電話にお電話いただき「〇〇様のケアマネジャーであるが、担当看護師をお願いしたい」と伝えていただくと病棟ナースステーションにつながりますので、再度〇〇様のケアマネジャーであること、入院時の情報提供のために担当看護師と会いたい旨を伝え、都合のいい日時を相談して決定して下さい。
訪問以外による入院時の情報提供	地域医療連携課 TEL 072-789-8194(直通) FAX 072-789-8193(直通) 事前に患者支援センターにお電話でお知らせいただいてから、入院時の情報提供書をFAX送信して下さい。患者支援センターより患者様の入院病棟へ届けます。
ICや退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	入院病棟 TEL 0570-01-8199(ナビダイヤル) 患者様の状況により、病棟看護師・入退院支援看護師・医療ソーシャルワーカーのいずれかで対応しています。まずは入院病棟の看護師にお問い合わせをお願いします。
退院後(在宅療養中)の主治医との情報交換	医事課書類担当 TEL 0570-01-8199(ナビダイヤル) FAX 072-789-8196(代表) 必ず事前に電話相談の上、送信して下さい。主治医へ届け、返信いたします。主治医の勤務状況や業務都合により、返信までにある程度日数がかかる可能性のあることをご了承下さい。

病院名	自衛隊阪神病院
所在地	〒666-0024 川西市久代4丁目1番50号
病棟種別	一般急性期
訪問による入院時の情報提供	地域連携班 TEL 072-758-8440(直通) 地域連携班に事前にお電話いただき、「担当の患者様名、訪問目的、希望日時」をお知らせ下さい。病棟と調整し、お返事をいたします。また家族の方に訪問目的をお伝え下さい。地域連携班：平日 8:30~17:00
訪問以外による入院時の情報提供	地域連携班 TEL 072-758-8440(直通) FAX 072-758-8802(直通)

	地域連携班に事前にお電話いただき、FAX か郵送でお願いいたします。 FAX は 24 時間受付可能です。
I C や退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	地域連携班 TEL 072-758-8440(直通) MSW・病棟と連携し対応させていただきます。まずはお問い合わせをお願いいたします。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	地域連携班 TEL 072-758-8440(直通) FAX 072-758-8802(直通) 地域連携班に事前にお電話いただき、「患者様名、担当医、外来・入院、聴取したい内容、希望日時をお伝え下さい。担当医と調整し連絡をいたします。地域連携班：平日 8:30～17:00

病院名	医療法人晋真会 ベリタス病院
所在地	〒666-0125 川西市新田 1 丁目 2 番 23 号
病棟種別	一般急性期、地域包括ケア
訪問による入院時の情報提供	入院病棟 TEL 072-793-7890(代表) 連絡は入院先の病棟へお願いします。なお、情報提供に時間のかかる場合には、事前に代表番号にお電話いただき病棟へ予約を取られた上でご来院下さい。
訪問以外による入院時の情報提供	入院病棟 TEL 072-793-7890(代表) FAX 072-793-0900(代表) 事前連絡の上、地域医療連携室へ FAX 送信して下さい。
I C や退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	入院病棟 TEL 072-793-7890(代表) 患者様の状況により、病棟担当の看護師やMSWが対応しています。まずはお問い合わせをお願いします。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	医療秘書課・文書担当 TEL 072-793-7890(代表) FAX 072-793-0900(代表) 当院では、外来の患者様を含め、文書のためのやり取りであれば医療秘書課（文書担当）が担当をしていますので文書担当者宛に FAX 送信・郵送して下さい。なお、入院中の患者様については、病棟看護師、MSW、医療秘書課（文書担当）が対応しています。

病院名	正愛病院
所在地	〒666-0024 川西市久代 2 丁目 5 番 34 号
病棟種別	一般急性期、地域包括ケア、医療療養
訪問による入院時の情報提供	地域医療連携室 TEL 072-758-5821(代表) 代表電話にお電話いただき、「〇〇さんのケアマネジャーであるが、一般病棟のMSWをお願いしたい」と伝えていただくと地域医療連携室につながりますので、再度〇〇さんのケアマネジャーであること、入院時の面談に来られる日程等を伝え、ご相談下さい。

訪問以外による入院時の情報提供	地域医療連携室 TEL 072-758-5821(代表) FAX 072-758-5392(代表) 地域医療連携室に事前にお電話でお知らせいただいてから、入院時情報提供書を FAX 送信して下さい。地域医療連携室より入院病棟に届けます。
I C や退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	地域医療連携室 TEL 072-758-5821(代表) 必要に応じて、MSWより電話連絡をさせていただきます。また、ケアマネジャーよりご連絡いただきましたら、可能な限り調整させていただきます。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	地域医療連携室 TEL 072-758-5821(代表) FAX 072-758-5392(代表) 地域医療連携室に事前に電話してから、主治医に聞きたいこと、伝えたいことについて FAX を送信して下さい。様式は任意ですが、必ず患者様のお名前と主治医名、担当ケアマネジャー名、電話番号・FAX 番号を記載して下さい。後日、地域医療連携室より返信します。

病院名	医療法人協和会 第二協立病院
所在地	〒666-0033 川西市栄町 5 番 28 号
病棟種別	回復期リハビリ、障害者施設等、緩和ケア
訪問による入院時の情報提供	地域医療連携室 TEL 072-758-1149(直通) 072-758-1123(代表) 代表電話または地域医療連携室の直通電話へかけて頂き、MSW、入退院支援看護師につないでもらって下さい。突然の来院は面談中等でお会いできない可能性があるため事前にご連絡お願い致します。 地域医療連携室：月～金（8：30～17：00）、土（8：30～12：30）
訪問以外による入院時の情報提供	地域医療連携室 TEL 072-758-1149(直通) 072-758-1123(代表) FAX 072-789-4008(直通) 072-758-1124(代表) MSW、入退院支援看護師にお電話をお願いします。
I C や退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	地域医療連携室 TEL 072-758-1149(直通) 072-758-1123(代表) FAX 072-789-4008(直通) 072-758-1124(代表) 必要に合わせてMSWより電話連絡をさせていただきます。また、ケアマネジャーより必要と判断された場合は、担当MSWにご連絡下さい。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	地域医療連携室 TEL 072-758-1149(直通) 072-758-1123(代表) FAX 072-789-4008(直通) 072-758-1124(代表) 確認事項を FAX 送信していただければ主治医へつなぎます。 緊急時はMSWへ直接ご連絡下さい。

病院名	医療法人協和会 協立記念病院
所在地	〒666-0121 川西市平野 1 丁目 39 番 1 号
病棟種別	回復期リハビリ、地域包括ケア、障害者施設等、医療療養、緩和ケア

訪問による入院時の情報提供	地域医療連携室 TEL 072-792-1301(代表) 来院前に地域医療連携室にお電話下さい。「入院時の情報提供のため来院したい」とお伝え下さい。
訪問以外による入院時の情報提供	地域医療連携室 TEL 072-792-1301(代表) FAX 072-792-3891(直通) 事前に地域医療連携室にお電話の上、情報提供書を直通 FAX072-792-3891 へお願いします。郵送も「地域医療連携室」宛でお願いします。
I Cや退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	地域医療連携室 TEL 072-792-1301(代表) 地域医療連携室の担当MSWにご連絡下さい。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	地域医療連携室 TEL 072-792-1301(代表) FAX 072-792-3891(直通) まずは地域医療連携室にご連絡下さい。問い合わせ事項をFAXで送信していただける場合は、連携室直通FAXに送信して下さい。

病院名	医療法人せいふう会 川西リハビリテーション病院
所在地	〒666-0117 川西市東畦野5丁目18-1
病棟種別	回復期リハビリテーション病棟、障害者施設等一般病棟
訪問による入院時の情報提供	地域連携部 TEL 072-795-0200(直通) FAX:072-795-6322 事前に地域連携部へご連絡ください。（急な来院は対応できない可能性がありますので事前連絡をお願いいたします。）
訪問以外による入院時の情報提供	地域連携部 TEL 072-795-0200(直通) FAX:072-795-6322 地域連携部へ一度ご連絡頂いた上で、入院時情報提供書をFAX送信下さい。
I Cや退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	地域連携部 TEL 072-795-0200(直通) FAX:072-795-6322) 必要に応じて担当MSWからご連絡させていただきます。 連絡が必要な場合は、担当MSWまでご連絡ください。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	地域連携部 TEL 072-795-0200(直通) FAX:072-795-6322) 地域連携部に事前に電話連絡をお願い致します。依頼内容についての文書を作成いただき、FAXを送信して下さい。様式は任意です。 必ず患者様の氏名、主治医名、担当ケアマネジャー名と連絡先・FAX番号を記載して下さい。地域連携部から主治医に確認し返信致します。

病院名	医療法人社団衿正会 生駒病院
所在地	〒666-0252 猪名川町広根字九十九番地
病棟種別	地域包括ケア、医療療養、介護医療院
訪問による入院時の情報提供	医療福祉連携部 TEL 072-766-0172(代表)

	まず、医療福祉連携部の MSW にお電話下さい。ケアマネジャーの所属事務所、名前、受持利用者の名前と訪問目的をお伝え下さい。MSW にて調整の後、改めて連絡させていただきます。
訪問以外による入院時の情報提供	<u>医療福祉連携部 TEL 072-766-0172(代表) FAX 072-767-2295(直通)</u> まず医療福祉連携部の MSW にお電話下さい。ケアマネジャーの所属事業所、名前、受持利用者の名前と情報提供を FAX する旨をお伝え下さい。医療福祉連携部（の MSW）から入院病棟へ届けます。
I C や退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	<u>医療福祉連携部 TEL 072-766-0172(代表)</u> 医療福祉連携部の退院調整看護師より、必要に応じて電話連絡させて頂き、日程や介護サービスなどの調整をさせていただきます。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	<u>医療福祉連携部 TEL 072-766-0172(代表) FAX 072-767-2295(直通)</u> 医療福祉連携部へお電話下さい。ケアマネジャーの所属事業所、名前、受持利用者の名前と主治医との情報交換をしたい旨お申し出下さい。情報交換の意図が確認できれば、医師へ情報提供等を依頼し、改めてケアマネジャーに連絡させていただきます。

病院名	九十九記念病院
所在地	〒666-0033 川西市栄町 10 番 4 号
病棟種別	医療療養、介護医療院
訪問による入院時の情報提供	<u>地域医療連携室 TEL 072-759-9020(代表)</u> 地域医療連携室へ事前にご連絡いただき、受付にて入退院支援看護師若しくは MSW へお声かけください。
訪問以外による入院時の情報提供	<u>地域医療連携室 TEL 072-759-9020(代表) FAX 072-744-0825(事務所)</u> 地域医療連携室へ事前にご連絡いただき、FAX や郵送をお願い致します。
I C や退院前カンファレンス、退院調整に関する連絡	<u>地域医療連携室 TEL 072-759-9020(代表)</u> 地域医療連携室の入退院支援看護師までご連絡ください。
退院後（在宅療養中）の主治医との情報交換	<u>外来 TEL 072-759-9020(代表) FAX 072-755-6562(受付)</u> 外来看護師までご連絡ください。FAX による情報交換をご希望の際にも事前にご連絡をお願いいたします。

② 居宅介護支援事業所 (令和7年4月末現在)

【川西市】

事業所名	所在地	電話番号
居宅介護支援事業所フルライフケア川西	久代 4-5-3	072-756-8030
あいな清和苑居宅支援センター	久代 6-1-98	072-767-1112
ハピネス川西居宅介護支援事業所	加茂 3-13-26	072-755-3313
介護支援センターあいでる	下加茂 1-5-20	072-743-9145
有限会社たお	栄根 2-24-7	072-758-2548
木村メディカルケアセンター	小花 1-6-18 2F	072-757-6007
あんずケアプランセンター	小花 1-12-16	072-758-7615
ケアプランみんと	栄根 2-22-5-302	072-743-9148
プラスワンケアサポート株式会社	栄町 25-1 アステ川西 5 階	072-757-1234
ほっとあんしんケアセンター	美園町 1-26	072-757-2456
ニチイケアセンター川西	中央町 3-2 川西北ビル 5F	072-740-3591
協立ケアプランセンター	中央町 15-27	072-757-7830
ケアプランセンターゆきだるま	丸の内町 2-1 NTT 川西別館 1 階	072-744-5145
なのはな	花屋敷 1-1-19 フロス 11 階	072-744-2277
ミヤケ薬局居宅介護支援事業所	出在家町 1-6 タキイビル 2 階	072-740-3011
三栄ケアプランセンター	西多田 2-2-8	072-792-9916
湯々館居宅介護支援事業所	西多田字平井田筋 5	072-793-1650
ベリタスケアプランセンター	新田 1-2-23 ベリタス病院内	072-793-7551
ケアプランセンターわたあめ	平野 3-21-15	072-769-5553
ケアプランステーションこころけやき坂	けやき坂 2-62-22	072-790-6600
清和苑介護支援センター	清和台東 2-4-32	072-799-6200
たんぽぽ介護舎ケアマネジメント	緑台 7-8-8 移瀬ガーデンハイツ 904	072-792-3040
ケアプランセンターよつば	向陽台 1-3-10	072-703-1237
花音	向陽台 2-2-5	072-746-2500
ハートケアプランセンター	向陽台 3-5-90	072-790-1233
ケアワークス六華	水明台 1-4-33	072-793-9465
ミモザケアプランセンター	水明台 4-2-25	072-792-3152
ケアライフたなばた	清流台 7-17	072-741-1297
アップルケアプランセンター川西北	東畦野 2-5-10-401	072-769-8828
ケアプランセンターかなえ	東畦野 6-1-32	072-764-9855
ケアプランセンターもみじ	笹部 1-3-21	072-791-5501
介護の窓口 里の風	見野 2-8-18 (2 階)	072-767-1109
ケアプランセンターあさがお	山下町 11-3	072-714-2254
れもんケアプランセンター	一庫 3-7-20	072-703-1390

ケアプランセンターさつき	丸山台 1-2-115	072-714-2207
さぎそう園居宅介護支援事業所	丸山台 3-5-6	072-790-4056

【猪名川町】

事業所名	所在地	電話番号
居宅介護支援事業所 せいふう猪名川	北田原字屏風岳 3	072-766-0023
ひまわりケアプランセンター	柏梨田字ハザマ 188-11	072-765-1564
オアシス猪名川居宅介護支援事業所	柏梨田字前ヶ谷 157-1	072-766-8802
ケアプラン観月（かんげつ）	若葉 1-2-6 三栄パークタウンビル 1 階	072-776-0057
タウンサポート	若葉 1-39-1 パークプラザ A 棟	072-767-7033
わかばケアプランセンター	若葉 2-50 パークハウス猪名川壱番街 B-304	072-766-7525
コスモスケアプランセンター	若葉 2-30-3	080-4162-7582
ケアプランかがやき	若葉 2-41-2	072-767-2131
武田ケアマネージオフィス	若葉 2-50 B-103	072-765-2190
ケアプランセンターみずき	広根字九十九 8	072-767-3888
居宅介護支援事業所天河草子（てんがそうし）	伏見台 1-1-70	072-765-2225
玻璃（はり）居宅介護支援事業所	伏見台 1-1-40	072-744-0221
ケアプランのどか	伏見台 5-1-71	072-766-3111
ケアプラン心音	伏見台 4-3-55	072-747-9162

③ 地域包括支援センター

【川西市】

事業所名	所在地	電話番号
川西南地域包括支援センター	加茂 3 丁目 13-26	072-755-3315
川西地域包括支援センター	中央町 15-27	072-755-1041
明峰地域包括支援センター	西多田字平井田筋 5	072-793-2703
多田地域包括支援センター	平野 2 丁目 11-5	072-790-1301
清和台地域包括支援センター	清和台東 2 丁目 4-32	072-799-6800
緑台地域包括支援センター	水明台 1 丁目 1-198	072-792-6055
東谷地域包括支援センター	丸山台 3 丁目 5-6	072-790-4055

【猪名川町】

事業所名	所在地	電話番号
清陵中学校区 地域包括支援センター（基幹型）	北田原字南山 14-2	072-764-5812
猪名川中学校区 地域包括支援センター	柏梨田字前ヶ谷 157-10	072-766-8801

④ 行政機関担当部署

【川西市】

名称	内容	電話番号
介護保険課	介護保険	072-740-1148
地域福祉課	成年後見制度、生活困窮者相談・就労支援、日常生活支援事業（緊急通報システムなど）	072-740-1172
障害福祉課	障害福祉	072-740-1178
生活安全課 （消費生活センター）	各種市民相談（弁護士法律相談など） ※対象は川西市内に在住・在勤の方に限ります。	072-740-1333
生活支援課	生活保護	072-740-1173
中央地域包括支援センター （基幹型）	高齢者総合相談、権利擁護業務、介護予防事業、認知症施策など	072-755-7581

【猪名川町】

名称	内容	電話番号
生活部保険課	介護保険、高額療養費（国保・後期高齢）	072-766-0001
生活部福祉課	生活保護（生活困窮者相談）、住宅改造助成、緊急通報システム、GPS 貸与、障害福祉	072-766-0001

【川西市・猪名川町】

名称	内容	電話番号
川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携支援センター (医療・介護専門職の相談窓口)	在宅医療・介護連携に関する専門職への相談支援	072-755-4100
	地域の医療・介護サービス等の資源の把握	
	医療・介護関係者の情報共有（つながりノート）	
	医療・介護関係者の研修（在宅塾）	
	地域住民への普及啓発（つながりノート連絡会）	

5) 要介護認定手続きの流れ

【介護保険】

介護保険制度は、加齢に伴う疾病などにより要介護状態となっても、自立した日常生活を営むことができるよう、高齢者の介護を社会全体で支えるための制度です。

【介護保険の認定】

介護認定は次の要領で行われます。

① 申請 ⇒ ② 訪問調査 ⇒ ③ 審査判定 ⇒ ④ 結果通知

① 申請（本人または家族が窓口申請します）

※ 指定居宅介護支援事業者に代行してもらうこともできます。

(1) 対象

【第一号被保険者】（65歳以上の人）

・寝たきりや認知症などで入浴、排せつ、食事など日常生活において介護が必要な人

・家事や身支度などの日常生活に支援が必要な人

【第二号被保険者】（40歳～64歳までの人）

・加齢に伴う次の16種類の特定疾病により介護や支援が必要となった人

がん末期/関節リウマチ/筋萎縮性側索硬化症/後縦靱帯骨化症/骨折を伴う骨粗しょう症/初老期における認知症/パーキンソン病関連疾病/脊髄小脳変性症/脊柱管狭窄症/早老症/多系統萎縮症/糖尿病性神経障害・糖尿病性腎症および糖尿病性網膜症/脳血管疾患/閉塞性動脈硬化症/慢性閉塞性肺疾患/両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

(2) 申請の種類

・新規申請

・更新申請

⇒ 要介護または要支援認定を受けられた人は認定の有効期限がありますので、更新手続きが必要です。

受付期間：認定有効期限の60日前から更新手続きが可能です。

認定の有効期限は介護保険被保険者証でお確かめください。

・区分変更申請

⇒ 身体状態が大きく変化した場合には区分変更の申請をすることができます。

(3) 申請方法

所定の用紙に必要事項を記入し、介護保険被保険者証を添えて川西市介護保険課または猪名川町保険課に申請してください。

必要なもの：介護保険被保険者証

医療保険証（40歳～64歳までの人）

② 訪問調査

市や町の職員や、市や町が委託した介護支援専門員（ケアマネジャー）が家庭を訪問し、訪問調査票に基づき、心身の状況などについて聞き取り調査をします。あわせて、市や町が主治医に意見書の提出を依頼します。

③ 審査判定

・一次判定

訪問調査で作成した訪問調査票によりコンピュータ処理を行い、どの程度の介護時間が必要かを推計します。

・二次判定

一次判定の結果と訪問調査時に聞き取った特記事項、主治医の意見書をもとに、『介護認定審査会』で審査を行い、要介護状態区分を判定します。

※『介護認定審査会』は、医療・保健・福祉に関する専門家5人程度で構成されています。

④ 結果通知

判定に基づいて町が要介護状態区分を認定し、通知します。認定結果が出るまで申請日から約1カ月かかりますので、ご了承ください。

判定に不服がある場合は、『兵庫県介護保険審査会』に不服申し立てができます。

6) ケアプラン作成の流れ

【介護サービスの利用】

介護保険のサービスは、利用するサービスの種類や内容を定めた介護サービス計画（ケアプラン）をあらかじめ作成し、これに基づいて利用します。通常は居宅介護支援事業所などに所属している介護支援専門員（ケアマネジャー）にケアプランの作成を依頼します。

① 要介護1～5と認定された人

ケアプラン作成依頼

居宅介護支援事業所を選び、ケアプランの作成を依頼します。



川西市介護保険課または猪名川町保険課へ届出

ケアプラン作成を居宅介護支援事業所へ依頼したことを川西市介護保険課または猪名川町保険課に届出をします。



ケアプラン作成

ケアマネジャーがご本人の心身の状況や環境、生活歴などの把握を行い、課題を分析しケアプランを作成します。



介護サービス利用

介護サービス事業者と契約し、ケアプランに基づいた介護サービスを利用します。

② 要支援1・2と認定された人

川西市または猪名川町の地域包括支援センターがケアプランを作成します。

※ 地域包括支援センターから居宅介護支援事業所への委託も可能です。

詳しくは地域包括支援センターまでお問い合わせください。

ケアプラン作成依頼

地域包括支援センターへ申し込み、ケアプランの作成を依頼します。



川西市介護保険課または猪名川町保険課へ届出

ケアプラン作成を地域包括支援センターへ依頼したことを川西市介護保険課または猪名川町保険課に届出をします。



ケアプラン作成

保健師などが本人や家族との話し合いにより、心身の状況や環境、生活歴などの把握を行い、課題を分析しケアプランを作成します。



介護予防サービス利用

介護予防サービス事業者と契約し、ケアプランに基づいて介護予防サービスを利用します。

川西市・猪名川町入退院支援の手引き策定作業部会委員名簿

手引きの作成にあたっては、川西市・猪名川町 在宅医療・介護連携推進協議会に策定作業部会を設置し、在宅多職種関係者と連携して策定作業を行いました。

団体名（順不同）
川西市薬剤師会
兵庫県訪問看護ステーション連絡協議会 阪神北ブロック
阪神北圏域リハビリテーション支援センター
川西地区給食研究会
川西・猪名川病院連携会
兵庫県介護支援専門員協会 川西猪名川支部
猪名川町介護保険サービス事業所連絡会
川西市中央地域包括支援センター
猪名川町清陵中学校区地域包括支援センター
川西市介護保険課
猪名川町福祉課（現 保険課）

【参考文献】

本手引きを作成するにあたり、参考とさせていただいた主な文献は以下のとおりです。

- 大阪府入退院支援の手引き（平成30年3月）大阪府
- 福井県入退院支援ルール（平成30年4月改訂版）福井県入退院支援ルール検討会
- 福島県北圏域医療圏「退院調整ルール」の手引き（平成28年11月）福島県県北保健福祉事務所、福島市・二本松市・伊達市・本宮市・桑折町・国見町・川俣町・大玉村
- 東近江保健医療圏域における病院とケアマネジャーの入退院支援の手引き＜第2版＞（平成29年3月）東近江圏域退院支援ルール評価検討会
- 人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン（平成30年3月改訂版）厚生労働省

【改定履歴】

平成31年3月 初版
 令和3年12月 改定
 令和7年 6月 改定