

「今治圏域退院支援ルール」

1 目的

要介護・要支援状態の患者が、住み慣れた地域で安心して生活や療養ができるよう、医療機関から在宅等へ移行の準備をする際に、病院等（有床診療所を含む）担当者と在宅担当者が連携して必要な患者情報を引き継ぐことにより、スムーズな在宅移行を支援する（自宅での生活や療養に困る患者や家族をなくす）ことを目的とする。

2 共通事項

(1) 対象地域

今治圏域（今治市、上島町）

(2) 対象患者

自宅等から入院し自宅等へ退院する要介護・要支援状態の患者

(3) 担当者

○病院等担当者：地域医療連携室（連携担当者）、病棟看護師 等

○在宅担当者：居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は地域包括支援センターの担当者

3 退院支援ルール

(1) 入院前に介護保険サービスを利用していた場合

①入院時の情報提供

在宅担当者は、患者の入院が決まり次第「入院時情報提供シート」（様式1）を作成し、病院等担当者に患者情報を提供する（提供先は、別紙「窓口一覧表」を参照）。

なお、在宅担当者から患者情報の提供がない場合は、病院等担当者は、患者の在宅担当者へ入院を連絡し、患者情報の提供を依頼する。

〈在宅担当者の留意事項〉

介護保険証に在宅担当者の名刺を入れておく等、常に担当者が分かるようにしておく。

②退院調整の開始

病院等担当者は、退院支援に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所との調整）を考慮して、在宅担当者と退院調整開始面談（概ね退院前1週間）の日程などの調整を行う。

③退院前カンファレンス

在宅担当者は、病院等担当者から患者情報を収集（面談、FAX等）の上「退院調整共有情報シート」（様式2）を作成（又は病院等担当者が作成した同シートを確認）するとともに両者が共有する。

また、他職種によるカンファレンスや共同指導の実施については、病院等担当者と在宅担当で調整し病院が決定する。

④退院時・退院後の情報提供

病院等担当者は、在宅担当者に退院時サマリー（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日・服薬内容等）を提供する。

また、在宅担当者は、退院後にケアプラン等の写しを病院に提供する。

(2) 入院後に新たに介護保険サービスが必要な場合

①介護保険申請の支援

〔65歳以上の患者〕

病院等担当者は、患者の状態が次に該当する場合（患者・家族がサービス利用を希望するケース又は何らかのサービスが必要と判断したケース）は、家族などが市町の介護申請の窓口（別添：今治圏域市町介護申請窓口一覧）へ相談に行くよう説明する。

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障がある認知症の周辺症状等
- ・独居又は家族介護力が低い状態（老老介護、介護者に精神疾患がある、本人の認知症を認めない等）で服薬管理や調理、掃除など身の回りのことに介助が必要
- ・がん末期で介護サービスを利用する必要がある方
- ・新たに医療処置（痰吸引、胃ろう等）が追加・変更された方

〔40歳以上 65歳未満の患者〕

病院等担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病で上記に該当する状態の場合は、家族などが市町の介護申請の窓口（別添：今治圏域市町介護申請窓口一覧）へ相談に行くよう説明する。

②入院中に要介護又は要支援に認定された場合の在宅担当者の決定支援

患者が入院中に要介護又は要支援に認定され、在宅担当者の選定について支援を必要とする（患者の希望する在宅介護支援事業所の受け入れ枠がない等）場合、病院等担当者は、在宅介護支援事業所の空き状況や地域包括支援センターの管轄区域等を市町の担当課に問い合わせるなど、在宅担当者決定のための支援を行う。

③在宅担当者決定後の情報共有等

在宅担当者は、担当決定後速やかに病院等担当者へ連絡する。病院等担当者及び在宅担当者は、入院期間の見込みや患者の状態等について連携して情報共有に努める。

④退院調整の開始

⑤退院前カンファレンス

⑥退院時・退院後の情報提供



※「(1) 入院前に介護保険サービスを利用していた場合」と同じ

4 付属資料

- 退院支援ルール概要図
- 介護保険が適用される特定疾病（40歳～65歳未満の被保険者）
- 「入院時情報提供シート」（様式1）
- 「退院調整共有情報シート」（様式2）
- 今治圏域病院等の連絡窓口一覧
- 今治圏域地域包括支援センター一覧
- 今治圏域居宅介護支援事業所一覧
- 今治圏域市町介護申請窓口一覧

5 運用上の留意事項

- ① 患者の個人情報（様式1、様式2）を電子メール等で情報交換する場合は、各病院等及び事業所で情報セキュリティポリシー（「情報資産」を守るための情報セキュリティ対策を具体的にまとめた院内（所内）ルール）に基づき、情報流出防止対策を十分に行うこと。
- ② この「退院支援ルール」は、圏域内の医療と介護の担当者の意見をもとに、患者のスムーズな在宅移行のための基本的な情報共有ルールとしてまとめたものであり、現に運用がなされている病院等・事業所等の情報提供様式等の運用ルールを妨げるものではない。

《参考》

入院・退院時における主な診療報酬及び介護報酬

取扱注意

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

提出方法

- メール
- FAX
- 手渡し

年 月 日

記入・面談日時： 年 月 日 時 分

記入・面談場所： _____

確認欄

入院時情報提供シート

(様式1)

氏名				生年月日	明・大・昭	年	月	日	年齢	歳	性別				
住所	〒 _____							TEL							
								FAX							
事業所名						担当ケアマネ									
電話番号						FAX番号									
緊急時連絡先	氏名	住所			続柄		電話番号								
家族構成図				住環境		<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て 階) <input type="checkbox"/> エレベーター									
◎…本人	主…主介護者	☆…キーパーソン		在宅主治医		医療機関名：		医師名：		TEL					
○…女性	□…男性		通院歴・既往歴												
患者とのかかわり状況 生活歴 成年後見人制度利用の有無 〔 _____ 〕				障害者手帳		<input type="checkbox"/> 身体 (級) <input type="checkbox"/> 知的障害 <input type="checkbox"/> 精神障害 <input type="checkbox"/> 難病：									
				要介護度		<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1・2 <input type="checkbox"/> 要介護1・2・3・4・5									
				サービス利用状況											
				<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) 事業所名： _____											
				<input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) 事業所名： _____											
				<input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) 事業所名： _____											
				<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週) 事業所名： _____											
				<input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) 事業所名： _____											
				<input type="checkbox"/> 短期入所 (回/週) 事業所名： _____											
				<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容： _____) 事業所名： _____											
<input type="checkbox"/> その他 (_____)															
				経済状況		保険・年金等 (_____ 月額 万円) <input type="checkbox"/> 生活保護									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	介護方法 (要支援は必要事項のみ記入)										
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input type="checkbox"/> シルバーカー										
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)										
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> アレルギー (_____)										
					主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー 水分：とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有										
					副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (口とろみ付)										
嚥下状況： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良															
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>											
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅 (浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス										
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (口常時・口夜間のみ)										
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法： _____										
認知症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (_____)														
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (口幻想・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 難聴 (_____) <input type="checkbox"/> 視力障害 (_____) <input type="checkbox"/> 理解力 (_____) <input type="checkbox"/> その他 (_____)														
医療処置	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 (_____)														
性格・心身の状況															
病気に対する理解度・意識	本人：					家族：									
退院後の希望	<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 ⇒ 希望者： <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族														
介護者の生活状況															
連絡事項・その他															

(この情報を提供することについて、御本人又は御家族から同意をいただいています。)

取扱注意

提出方法

- メール
FAX
手渡し

※このシートは、患者様の個人情報を含んでいるので、適切に管理してください。

平成 年 月 日

1回目 記入面談日：平成 年 月 日

2回目 記入面談日：平成 年 月 日

確認欄

担当ケアマネ ()

退院調整共有情報シート

(様式2)

氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	
住所	〒					TEL			
						FAX			
入院の原因となった病名と主症状	手術 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
現病歴									
既往歴						入院日	平成 年 月 日		
						退院予定日	平成 年 月 日頃		
医療機関名	(TEL)		病院の連絡窓口 (所属)			記入者名 (面談者)			
病院主治医					在宅主治医				
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望									
介護保険	未申請・区分変更・新規申請中・非該当					認定日	平成 年 月 日		
	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5					有効期限			
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子について				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具 <input type="checkbox"/> シルバーカー				
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治癒食 (kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養				
					主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)				
					副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (口とろみ付) (摂取量 割)				
					水分摂取量：1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 嚥下状況： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 咀嚼状況： <input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭浴 <input type="checkbox"/> その他 ())				
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所： <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 常時・ <input type="checkbox"/> 夜間のみ)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬剤内容・投与方法：				
リハビリ等	リハビリ <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (頻度：) 運動制限 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()								
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他 ()								
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻想・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他 ())								
	認知症高齢者の日常生活自立度 () 精神状態 (疾患) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 認知症の原因疾患等 ()								
退院に際して必要なサービス	居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (内容：)								
	訪問看護 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 介護保険 <input type="checkbox"/> 医療保険) <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> 短期療養介護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ								
	<input type="checkbox"/> その他 ()								
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 有の場合、理解の状況は： <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 (問題点：)								
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA： <input type="checkbox"/> 保菌 <input type="checkbox"/> 発症 (部位： <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他								
退院後予想される問題・課題等 (医療処置、経済状況、移動に係る独自の方法、転倒危険、住宅改修の必要性等)									
備考欄									

[目的]

今治圏域の地域住民が安心して生活のできる医療介護連携を円滑に進めるため、「今治圏域退院支援ルール」(以下「ルール」という。)の定着と今治圏域の実情に応じた地域包括ケアシステムの構築を目指す。

1 「今治圏域退院支援ルール」の定着

今年度から本格運用を開始した「ルール」の定着を図るとともに、運用により判明した課題を踏まえ、より活用しやすく修正する。 ※今治市と協働実施

(1) 普及

- ア 概要・シート様式・市町介護申請窓口等を保健所のホームページに掲載(5/29)
- イ 関係団体等の会議で「ルール」について情報発信(介護支援専門員連絡協議会(9/26)等)

(2) 検証

- ア 病院、有床診療所、ケアマネジャーに運用状況をアンケート調査(事例調査を含む)(10月)
- イ ワーキンググループでアンケート結果の検討(1月)
- ウ 連携窓口担当者会議で結果を検証・評価し、「ルール」の修正(事例集を掲載)(2月)
- エ 修正した「ルール」の配布(3月)

(3) ワーキンググループ

- 時期：6月8日(第1回) 以後随時開催
- 内容：29年度の事業計画、構成員(保健分野の追加等)、「ルール」の検証方法 等

(4) 連携窓口担当者会議

- 時期：2月
- 内容：アンケート調査結果から「ルール」の量的質的検証、追加情報(在宅医療情報(2(1))、医療介護連携での注意事項(2(2)))について、交流会 等

2 地域包括ケアシステムの構築

退院後も在宅等で安心して生活ができるように、必要なサービスをタイムリーかつ一体的に提供する体制を関係団体と連携協力して構築する。

(1) 在宅医療介護等の支援情報の共有化 (関係団体を拡充し、支援の輪を強化)

- ア 医師会、歯科医師会、薬剤師会、理学療法士会等に取り組む趣旨を説明(6/15~7/4)
 - イ 関係団体に在宅支援の実態を把握するためのアンケート調査(8月25日締切)
 - ウ ワーキンググループに結果を報告(1月)
 - エ 連携担当者会議で結果を報告し、「ルール」に掲載(2月)
- ※今治市と協働実施(今治市はハンドブックを作成)

(2) 医療介護連携の注意事項

- 今治圏域介護支援専門員連絡協議会(アゼリア会)が保有する課題と医療機関の課題をまとめ(7~11月)で、Q&Aとし、「ルール」に掲載(2月)
- ※今治市と協働実施(今治市はハンドブックを作成)

(3) 多職種連携研修会

- 時 期：11月9日(木)18:30~20:00(予定)

内 容：○講演会

演 題 「保健・医療・福祉が一体となって取り組む地域包括ケアシステムの構築を目指して」(案)

講 師 美須賀病院 田中宏明院長(今治市医師会理事)

○パネルディスカッション

テマ 在宅医療の現状と今後の取組について(案)

パネラー 関係団体代表(コーディネーター：所長)(案)

参加者：保健・医療・福祉関係者

医療と介護の連携に関するアンケート実施要領

1 目的

平成 29 年度 4 月から「今治圏域退院支援ルール」の運用を開始し、切れ目のない療養支援を目指して取組を進めているが、「退院支援ルール」の運用状況に係る検証を行うことにより、病院等担当者と在宅担当者とが協議しつつ円滑な退院調整を行い、より充実した患者支援を可能とし、「退院支援ルール」の一層の普及定着を図るため、アンケート調査を実施することとする。

2 実施主体

今治保健所

3 対象

病院等担当者：地域医療連携室(連携担当者)、病棟看護師 等

在宅担当者：居宅介護支援事業所の介護支援専門員（ケアマネジャー）又は
地域包括支援センターの担当者

4 調査期間

「退院支援ルール」運用開始から半年後に当たる 9 月の 1 か月間。ただし、一部の項目については 4～9 月の 6 か月間とする。

5 調査内容

(1) 「退院支援ルール」について

(2) 医療と介護の連携について

6 調査記入上の留意点

病院等担当者用は看護部と相談の上、地域連携室にて記入する。地域連携室のない病院等は病棟看護師等が記入する。

在宅担当者用は、1 人が一枚ずつ記入する。

7 調査方法及び提出方法

郵送により送付し、F A Xにて今治保健所企画課へ 10 月 20 日(金)までに提出する。

8 集計・解析

保健所がアンケート結果の集計を行い、ワーキンググループで協議検討した上で、病院等とケアマネジャー連携窓口担当者会議において「退院支援ルール」の検証及び医療介護の連携について協議を行う。

今治保健所企画課 行(重松まで) FAX番号 0898-23-2531
 恐れ入りますが、10月20日(金)までに ファックスにて御回答ください。

医療と介護の連携に関するアンケート (医療機関)

医療機関名	連絡先	Tel
-------	-----	-----

ご記入者 (部署: _____ 職種: _____ 氏名: _____)

1 「今治圏域退院支援ルール」についてお聞きします。

(1) 「今治圏域退院支援ルール」(以下:「退院支援ルール」)を使用していますか?

はい いいえ

(2) 「はい」と回答された場合にお聞きします。(自由記載)

①「退院支援ルール」に基づいた入退院時の連携支援で、どのような支援ができにくいですか?
 (「退院支援ルール」概要図参照)

②「退院支援ルール」の改善点はどのようなことがありますか?

(3) 「いいえ」と回答された場合にお聞きします。

①「退院支援ルール」を使用しない理由はどのようなことがありますか?

(4) 退院時のサマリー提供と退院調整共有情報シートとの関連性についてお聞きします。

サマリーのみ提供 情報シートのみ利用 サマリーと情報シートの両方を活用

2 医療と介護の連携についてお聞きします。

(1) 患者が入院したことを介護支援専門員(以下:ケアマネ)に伝えてありますか? **複数回答可**

伝える前に入院時情報シートの提供があった 患者・家族から伝えてもらっている
病院から伝えている 何もしていない その他(_____)

(2) ケアマネとの連携について現在の状況を御記入ください。

I 平成29年9月1日～30日の間に入院した患者さんの状況について

① 介護保険の受給者数(介護認定を受けている患者)のうち、施設からの転院を除き、 入院前にケアマネが決まっていた患者数		人
② ①のケアマネが決まっていた入院患者のうち、ケアマネから情報提供があった患者数	ケアマネの来院:	人
	FAXのみ:	人
③ ②のうち、3日以内に情報提供があった患者数		人
④ この入院期間中に新たに要介護認定の申請をした(予定含む)患者数		人
⑤ ④の患者数のうち、ケアマネと退院に向けて調整ができた(調整中も含む)患者数		人

II 平成29年4月～9月の半年間のケアマネとの連携状況について

① 退院前カンファレンスについて病院等からケアマネへ連絡していますか?

最も多いケースに印を付してください。

している していない ケアマネから連絡 その他(_____)

② ケアマネとの入退院時の引継ぎ等がうまくいった事例や、退院調整ができなかった等困難事例を御記入ください。

御協力ありがとうございました。

医療と介護の連携に関するアンケート(ケアマネジャー)

事業所名:	連絡先 TEL:
-------	----------

1 「今治圏域退院支援ルール」についてお聞きします。

(1)「今治圏域退院支援ルール」(以下:「退院支援ルール」)を使用していますか？

はい いいえ

(2)「はい」と回答された場合にお聞きします。(自由記載)

①「退院支援ルール」に基づいた入退院時の連携支援で、どのような支援ができていくですか？ (「退院支援ルール」概要図参照)
②「退院支援ルール」の改善点はどのようなことがありますか？

(3)「いいえ」と回答された場合にお聞きします。

①「退院支援ルール」を使用しない理由はどのようなことがありますか？

2 医療と介護の連携についてお聞きします。

(1)平成 29 年9月中の担当患者数 (介護) 延 _____ 人
(予防) 延 _____ 人

(2)上記(1)のうち9月中に医療機関から退院した患者数 (介護) 延 _____ 人
(予防) 延 _____ 人

※上記(2)の患者数の内訳等を御記入ください。

利用者	退院された医療機関名	医療機関からの引き継ぎの連絡(注1)	介護保険申請の種別(注2)	介護・予防の区別
1		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
2		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
3		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
4		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
5		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
6		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
7		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
8		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
9		有・無	新規・給付管理中	介護・予防
10		有・無	新規・給付管理中	介護・予防

※注1. 引き継ぎには、退院前の多職種カンファレンス以外に、病院職員との簡単な面談を含めます。

※注2. サービスを使っていなくても、以前より担当している方は給付管理中としてください。

(3)上記(1)のうち、9月中に医療機関に入院した患者数 (介護) 延 _____ 人
(予防) 延 _____ 人

9月中に入院した患者のうち、医療機関に「入院時情報提供シート」を送った患者数
 (「入院情報提供シート」は独自のシートでも構いません。) (介護) 延 _____ 人
(予防) 延 _____ 人

(4)平成 29 年4月～9月の半年間の病院等との連携状況
 病院等との退院時の引継ぎ等がうまくいった事例や、困難だった事例を御記入ください。(できるだけ医療機関名も)

例)○△病院:入院時情報提供シートを持って行こうと電話したけれど、たらい回しにされた。結局連絡なしで退院。

※ ケアマネジャーお1人に1枚ずつ回答をお願いします。不足する場合はコピーをお願いいたします。
御協力ありがとうございました。

今治圏域地域包括ケアシステム構築に係る実態調査実施要領

1 目的

超高齢社会の進展に伴い、地域で生活する要介護高齢者が増加していく中、医療と介護の連携による効果的な取組が求められており、在宅医療、在宅歯科医療、訪問薬剤管理、訪問リハビリ等のニーズも高まっている。

そのため、在宅における診療、訪問の実態を把握し、今治圏域の地域包括ケアシステムの構築を進めていくための基礎資料とする。

2 実施主体

今治保健所
今治市

3 対象

医療機関(病院・診療所、歯科)・薬局・訪問看護ステーション(リハビリ)

4 調査期間

平成 29 年 8 月

5 調査内容

(1) 基本情報

(2) 医療と介護の連携について

- ・地域連携に関する相談窓口、担当者、連絡先
- ・在宅診療等の実態（実施状況）
- ・居宅介護支援専門員との連携、要望 等

(3) その他

6 調査方法及び提出方法

郵送により送付し、各医療機関及び各訪問看護ステーションは同封の封書にて今治市高齢介護課へ、各薬局は F A X にて今治保健所企画課へ、8 月 25 日 (金) までに提出する。

7 集計・解析

アンケート調査回収後、保健所及び市が協働して行う。

8 調査結果の公表について

- | | |
|---------------------------|----------------|
| (1) 今治保健所作成 「今治圏域退院支援ルール」 | } に掲載し、関係機関に配付 |
| (2) 今治市作成 「今治市医療機関等情報一覧表」 | |
| (3) 今治市作成 「認知症ケアパス」 | |

◎認知症関係

1 認知症の相談を行っていますか。	ア 認知症の相談を行っている イ 自院では行わず、専門医を紹介している ウ 該当する患者がいない
2 認知症の診断を行っていますか。	ア 認知症の診断を行っている イ 診断に必要な検査（画像診断等）を他院に依頼している ウ 自院で診断は行わず、専門医を紹介している エ 該当する患者がいない オ その他 []
3 認知症の治療を行っていますか。	ア 認知症の治療を行っている イ 診断は専門医に依頼し、その後の治療（経過観察・投薬）を受け付けている ウ 自院で治療は行わず、専門医を紹介している エ 該当する患者がいない オ その他 []

◎ 訪問リハビリ・医療と介護の連携

ここからはリハビリ職の方がお答えください

1 訪問でのリハビリを実施していますか？実施している場合はその職種を記入してください。	ア 実施している イ 実施していない 職種名 []
「ア 実施している」と回答された場合 (1) どのような患者さん宅へ訪問されていますか。 (2) 医療保険・介護保険それぞれ実績がありますか。 (平成 29 年 5 月分)	医療保険 自宅： _____ 件 居宅系施設： _____ 件 介護保険 自宅： _____ 件 居宅系施設： _____ 件
2 表面の地域医療連携に関する相談窓口とは別にリハビリ専用の窓口がありますか。(※)	ア ある イ ない 担当者名 職種 連絡先 (_____ - _____)
3 介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携は1年以内にありますか。	ア ある イ ない
「ア ある」と回答された場合 連携方法を記入してください。	ア リハビリの相談窓口を通じて ウ その他 [] イ 病院の相談窓口で一括
4 連携に関するケアマネジャーへの要望を記入ください。	

ありがとうございました。

別紙「連絡・相談の時間帯及び方法について」も御協力お願いします。

今治保健所企画課 行(重松まで) FAX番号 0898-23-2531
 恐れ入りますが、8月25日(金)までに 2枚ともファックスにて御回答ください。

今治圏域地域包括ケアシステム構築に係るアンケート(訪問薬剤管理)

記入日 年 月 日

記入者 職名() 氏名()

- ◇今治保健所作成「今治圏域退院支援ルール」への貴薬局の情報を掲載{(※)の項目}及び配付について
 1 同意する 2 同意しません
- ◇今治市作成「今治市医療機関等情報一覧表」への貴薬局の情報を掲載及び配付について
 1 同意する 2 同意しません
- ◇今治市作成「認知症ケアパス」への貴薬局の情報を掲載及び配付について
 1 同意する 2 同意しません

以下の質問に御回答ください。○をつけるか、()は御記入ください。

基本情報について

薬局名 (※)	所在地 (※)
---------	---------

医療と介護の連携について

1 地域医療連携に関する相談窓口又は在宅患者訪問担当者を設置していますか。(※)	ア 設置している イ 設置していない
「ア 設置している」と回答された場合 (※)	担当者名() 職種() 担当者名() 職種() 担当者名() 職種() 連絡先(- -) (※)
2 訪問薬剤管理に対応していますか。(※)	ア 対応している イ 対応していない ウ 今後予定がある
「ア 対応している」と回答された場合 (※)	(1) どのような患者さんを訪問薬剤管理の対象としていますか? [例] 移動困難な患者(ほゞ寝たきり状態) (2) 訪問薬剤管理の訪問先を○で囲んでください。(複数回答可) 居宅・居宅系施設、介護施設、その他() (3) 可能な訪問地域を教えてください。 []
3 一包化薬の調剤対応は可能ですか。(※)	ア 対応できる イ 対応できない
4 休日、夜間、深夜(22時～翌朝6時)対応が必要な場合対応できますか。(※)	休日 ア 対応できる イ 対応できない 夜間 ア 対応できる イ 対応できない 深夜 ア 対応できる イ 対応できない
5 訪問薬剤管理をする上で病院等や在宅支援関係者への要望はありますか。	
6 情報提供にあたっての留意事項等を教えてください。(※)	例)まず電話で相談してください。(〇時～〇時の間)

居宅介護支援専門員(ケアマネジャー)との連携は1年以内にありますか。	ア ある イ ない
------------------------------------	----------------

認知症関係について

認知症の方の治療への協力は可能ですか。	ア 可能 イ 要相談 ウ かかりつけのみ
---------------------	--------------------------------

ありがとうございました。別紙「連絡・相談の時間帯及び方法について」も御協力お願いします。

◎サービス提供に関すること

1 人員	看護師 常勤 名 非常勤 名 准看護師 常勤 名 非常勤 名 理学療法士 常勤 名 非常勤 名 作業療法士 常勤 名 非常勤 名 言語聴覚士 常勤 名 非常勤 名 その他 () 名
2 提供時間	月～金 土 祝日 日曜
3 休業日	
4 休業日・時間外の連絡体制	
5 24 時間対応	ア あり イ なし
6 急変時対応	ア あり イ なし
7 在宅看取り	ア あり イ なし
8 訪問可能エリア	
9 その他(PR)	

ありがとうございました。

別紙「連絡・相談の時間帯及び方法について」も御協力お願いします。