

# 北空知地域入退院支援・調整ルール

## 《実 施 要 領》

令和3年12月

北空知地域医療介護確保推進協議会

この「入退院支援・調整ルール」は、高齢者等が要介護状態になる前からあらかじめ関係者間で準備をする等、病院関係者と在宅関係者が連携してルールを実践することで、在宅等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しています。

## 1 目的

この「入退院支援・調整ルール」は、医療と介護の関係者が連携して住民の方が住み慣れた地域で暮らし続けることが出来るよう支援するに当たって、必要な情報を共有するためのルールです。

病院関係者と在宅・施設関係者が連携してルールを実践し、引継ぎがなかったり不十分だったりしたために在宅や施設等での生活や療養に困る住民や家族をなくすことを目的としています。なお、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

## 2 共通事項

(1) 適用地域 北空知地域1市4町（深川市・妹背牛町・秩父別町・北竜町・沼田町）

(2) 運用開始時期 平成30年8月から試行（最終改定 令和3年12月）

(3) 支援の対象者

現在、北空知地域にお住まいで、近い将来も含めて自宅等（介護保険施設等も含む）で地域医療や介護保険サービス等を利用しながら住み慣れた地域で暮らしていきたいとお考えの当事者及びそのご家族

① 介護保険サービスを利用している方 ⇒ Aに該当

② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方 ⇒ Bに該当

③ 病院担当者が退院支援・調整が必要と判断した方 ⇒ Bに該当

※Bの場合については、対応が種々変化することが多いことから、今回は規定しないこととする。

(4) 支援の担当者

- 病院担当者

病院の病棟看護師、地域連携室（連携担当者）等

- ケアマネジャー（以降、「ケアマネ」と略す。）

居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護保険施設のケアマネ

- 介護サービスを提供する関係者

介護保険サービス事業所（訪問系・施設系）の職員、かかりつけ薬局、かかりつけ歯科医等

## 3 運用に関する留意事項

(1) この「入退院支援・調整ルール」は、医療と介護の関係者が連携して住民の方が住み慣れた地域で暮らし続けることが出来るよう支援するに当たって、必要な情報を共有するための基本的な流れを示したものです。情報共有の方法やカンファレンスの時期・回数等については、入院の内容や当事者の生活環境等に応じて、関係者で柔軟に調整を行ってください。

(2) 添付の「入院時情報提供シート」及び「退院支援情報共有シート」については、参考様式であり、各病院・事業所の既存のシートを活用していただいて構いませんが、必須事項の情報が漏れている場合は、追加して記載してください。

また、ルール自体の見直しは必要に応じて北空知地域医療介護確保推進協議会で行いますが、他圏域の病院等でルールを円滑に実践するための補足事項の追加等については柔軟に行ってください。

#### 4 運用にあたってのエチケット

##### すべての職種みなさんへ

1. お互いに思いやりをもち、ていねいな対応を心がけましょう
2. お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう
3. 他職種に連携をとるときにはどの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう
4. 名前はフルネームで伝えましょう
5. 担当者不在時の体制を整備しておきましょう
6. 専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう

##### 医師みなさんへ

7. かかりつけ医師は書類を早くきれいに、生活のことを含めて書きましょう

##### ケアマネジャーみなさんへ

8. 医療機関への訪問の前にアポイントメントをとりましょう
9. 退院前カンファレンスには、介護サービス事業所と在宅医、訪問看護ステーションなどできるだけ全ての関係者へ声をかけましょう

#### 5 改訂履歴

- ・平成30年8月 ..... 試行事業として策定
- ・令和3年11月 ..... 見直し実施

#### 4 北空知地域「入退院支援・調整ルール」

##### A 入院前にケアマネがいる（介護保険サービスを利用していた）場合

###### ① 【普段から】

| ケアマネジャー                                                                                                                                                                                                           | 病院（外来看護師等）                                                                                                                                                        |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 入院した際に医療機関と情報交換することの同意を得る<br><input type="checkbox"/> 「5つのお願い」シート（様式1）を渡しておく<br><input type="checkbox"/> 「救急あんしんカード」（様式2）の作成・情報更新支援<br><input type="checkbox"/> 「お薬手帳」カバーにケアマネの名刺を挟む（貼る） | <b>※近々入院が想定される患者・家族に対して</b><br><input type="checkbox"/> 診療科以外のかかりつけ医を確認<br><input type="checkbox"/> お薬手帳で薬内容、かかりつけ薬局を確認<br><input type="checkbox"/> 予約入院時、問診票を渡す。 |

※薬局ではケアマネの名刺を挟み込んだカバーごと「お薬手帳」を更新する。（直接手帳に貼付している場合は貼り替える。カバーが無い場合は利用を推奨する。）

###### ② 【入院決定から入院7日以内】

| ケアマネジャー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 病院（病棟看護師等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 本人・家族や医療機関から入院の情報を入手する<br><input type="checkbox"/> 利用している介護保険事業所への連絡<br><input type="checkbox"/> 入院医療機関から〔連絡相談窓口等を把握する〕<br><b>※深川市立病院は地域連携室</b><br><input type="checkbox"/> 「入院時情報提供書」を作成し情報提供する<br><b>※情報提供書については各事業所既存のものを活用。但し、不足している情報については、「追加してほしい情報提供項目」（様式3）を添付する。</b><br><b>※入院時情報連携加算（情報提供の手段（訪問・FAX・メールほか）に関係なく算定可：3日以内、4日以上7日以内）</b><br><input type="checkbox"/> 退院予定の連絡を依頼 | <b>※病棟看護師</b><br><input type="checkbox"/> 介護認定・ケアマネ・受けているサービスの確認<br><input type="checkbox"/> 本人・家族からケアマネ、訪問看護師に連絡するよう説明 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 入院診療計画書に記載されている病名</li> <li>➢ 推定される入院期間</li> </ul> <input type="checkbox"/> 介護認定有無・ケアマネ不明や入院連絡が行われていない場合は地域連携室に連絡 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 包括支援センターに確認し担当ケアマに連絡</li> </ul> <input type="checkbox"/> 本人・家族と退院支援について話し合い退院支援計画書を作成 <ul style="list-style-type: none"> <li>➢ 地域連携室に退院支援計画書を提出</li> </ul> <b>※入退院支援加算2（一般、療養、退院時）</b> |

③ 【病状安定、退院へ向ける時期】

| ケアマネジャー                                                                                                 | 病院（病棟看護師等）                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>□ 状態変化の確認<br/>※変化があるときはアセスメントの実施</p> <p>□ 退院の見込み・時期を確認<br/>※変化があるときは退院前カンファレンスの参加を要望しケアプラン（原案）作成</p> | <p>※病棟看護師</p> <p>□ 入院前の生活状況を基に現在の ADL と変化有無を確認と情報共有</p> <p>□ 本人・家族の意向を確認</p> <p>□ 退院へ向けた看護問題の整理、退院後の生活へ向けたケアへ移行</p> <p>□ 地域連携室と情報共有を行い、退院支援について相談</p> <p>□ 入院前と ADL 変化なく退院について問題がない場合はケアマネや訪問看護師に連絡するよう本人・家族に説明し、病院、連携室（市立病院）から退院先施設等へ連絡を行う</p> <p>➤ 退院時期</p> <p>➤ 現在の状況</p> <p>※介護支援連携指導料 1 回目</p> |

④ 【退院の見込みがいたら】

| ケアマネジャー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 病院（病棟看護師・外来看護師等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>※変化があるときは退院前カンファレンスに参加</p> <p>※サービス担当者会議の開催<br/>※ケアプランの提供<br/>※退院退所加算</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・カンファレンス参加なし <ul style="list-style-type: none"> <li>連携 1回</li> <li>連携 2回</li> </ul> </li> <li>・カンファレンス参加あり <ul style="list-style-type: none"> <li>連携 1回</li> <li>連携 2回</li> <li>連携 3回</li> </ul> </li> </ul> | <p>※退院前カンファレンスに該当</p> <p>大きな ADL の低下や医療処置の継続が必要となり、生活や介護サービスの見直しが必要、新規介護認定申請者、新規施設入所の方を対象に行っています。院内多職種カンファレンスは退院前カンファレンスに記載されている内容になります。</p> <p>□ 退院後の医療管理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 入院した医療機関 or かかりつけ医</li> <li>➤ 緊急対応を含めた訪問診療</li> <li>➤ 医療材料・衛生材料等の準備、調達</li> </ul> <p>□ 継続する医療処置・医療管理</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ 医療管理</li> <li>➤ 口腔管理</li> <li>➤ 薬剤管理</li> </ul> <p>□ 訪問看護によるサポート</p> <p>※ケアプランの入手<br/>※介護支援連携指導料 2 回目</p> |

⑤ 【退院後】

| ケアマネジャー                                           | 病院（病棟看護師・外来看護師等）                                                                       |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>※退院</p> <p>□ モニタリングの結果を電話等でフィードバック（1 ヶ月以内）</p> | <p>※退院</p> <p>□ モニタリング結果を入手<br/>※退院後訪問指導料（1 回につき）<br/>※ケアプランの見直し（必要時）<br/>※診療情報提供料</p> |

B 入院前にケアマネがない（介護保険サービスを利用していない）場合については、対応が種々変化することが多いことから今回は規定しないこととした。

様

## 利用者・ご家族の方へ 担当ケアマネジャーから「5つのお願い」

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願い致します。

### もしも、利用者さまが入院された場合は・・・、

- ① 病院へは「保険証/お薬手帳/介護保険証/救急あんしんカード」を持参して下さい
- ② 急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい  
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせ下さい
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい  
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

### 病院から何か説明があった場合は・・・、

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい  
(特に、「病状」や「退院のめど」)

### 家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院のめどが見えてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるように、ご家族からも病院にお願いして下さい

(名刺を貼るか下記の事項を記入しましょう!)

事業所名:

(

)

担当ケアマネジャー名:

(

)

連絡先:

(

)

# 救急あんしんカード

(令和 年 月 日作成)

この情報は、医療のために救急隊と搬送先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用することに同意します。

(署名：

※本人署名または氏名欄に押印してください  
※代理の場合は署名欄に氏名と続柄等を記載

|      |       |          |          |          |  |  |
|------|-------|----------|----------|----------|--|--|
| ふりがな |       | 生年<br>月日 | (大・昭・平)  |          |  |  |
| 氏名   | (男・女) |          | 年        | 月        |  |  |
| 住所   | 〒     |          | 自宅<br>電話 | 携帯<br>電話 |  |  |

|      |     |    |     |      |      |      |
|------|-----|----|-----|------|------|------|
| 緊急連絡 | 名 前 | 続柄 | 住 所 | 自宅電話 | 携帯電話 | 職場電話 |
|      |     |    |     |      |      |      |
|      |     |    |     |      |      |      |

|            |     |           |     |
|------------|-----|-----------|-----|
| かかりつけ      | 施設名 | 診療科及び主治医名 | 電 話 |
| 病 院<br>医 院 |     |           |     |
|            |     |           |     |
| 薬 局        |     |           |     |

|                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                            |
|--------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|
| 治療中の病名                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | ふ<br>だ<br>ん<br>飲<br>ん<br>で<br>い<br>る<br>薬 | ※薬の説明書をこのカードと一緒に保管しておきましょう |
| 手術した病気<br>(時期、病院名)       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                            |
| アレルギー<br>(薬・食物)          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                           |                            |
| 特記事項<br>(あてはまる<br>□に □を) | <input type="checkbox"/> 糖尿病です<br><input type="checkbox"/> エピペンを持っています<br><input type="checkbox"/> 人工透析をしています<br><input type="checkbox"/> 血が固まりにくくなる薬を飲んでます<br><input type="checkbox"/> その他(他の病気、家族の事情など)<br><div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 40px; margin-top: 5px;"></div> |                                           |                            |

介護認定のある方は記入して下さい

|                                                      |                     |                      |      |      |
|------------------------------------------------------|---------------------|----------------------|------|------|
| 【介護度等】<br>1.総合支援事業<br>2.要支援(1・2)<br>3.要介護(1・2・3・4・5) | ケアマネジャー             | 担当者名：<br>事業所名：(電話： ) |      |      |
|                                                      | 介護支援事業所             | 事業所名                 | 利用事業 | 電話番号 |
|                                                      |                     |                      |      |      |
|                                                      |                     |                      |      |      |
|                                                      | 市町名・保健所名( )：保健師名( ) |                      |      |      |

深川市・妹背牛町・秩父別町・北竜町・沼田町・深川地区消防組合・深川医師会

## 救急あんしんカードを活用しよう！

深川市と4町（妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町）では、深川地区消防組合および深川医師会と連携し「救急あんしんカード」の普及と活用に取り組んでいます。

普段から病歴や服薬などの救急診療に必要な情報を記入した「救急あんしんカード」を家庭内の冷蔵庫に保管しておく、救急時の救急隊員や搬送先の医療機関がその情報から救急搬送者の状況を把握することが容易となり、適切かつ迅速な救急措置などに役立てることができます。

救急時は初期の対応が非常に重要です。その後の救命に影響することが考えられますので、安心・安全のため「救急あんしんカード」を活用しましょう。

### ○対象者

一人暮らしの高齢者や救急搬送の可能性の高い持病があり、救急時に救急隊員や搬送先の医療機関に情報提供を希望される方。

## ○救急あんしんカードの保管方法

「救急あんしんカード」(申込者に配布)に自分の状況を記入して、無色透明の筒状の保管容器に入れて、冷蔵庫扉側のドアポケットに保管しておきます。

「救急あんしんカード」の他に、保険証のコピー、服薬説明書なども入れておくと安心です。

## ○保管マークの表示

救急隊員などに「救急あんしんカード」を保管していることが一目でわかるように、「保管マーク」（申込者に配布）の表示を冷蔵庫扉表面の最上部右側に貼ってください。

## ○救急時

冷蔵庫に「保管マーク」が表示されている場合のみ、救急隊員が冷蔵庫を開け、中に保管してある「救急あんしんカード」を取り出します。「保管マーク」が表示されていなかったり、見づらかった場合は、「救急あんしんカード」が保管されていないものと判断されますので、必ず所定の場所に「保管マーク」を貼ってください。

※「救急あんしんカード」に記載した内容は、年に1回以上は見直しをするようにしましょう。



## 救急あんしんカード (令和 年 月 日作成)

この情報は、医療のために救急隊と救急派遣医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入浴介護療養科と介護支援専門員等が活用するとともに活用します。

(患者のため) ※本人同意の上で医療機関に提供してください  
※家族の同意の上で医療機関に提出し医療機関が活用

|                                                                               |                                                                               |               |                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| 氏名<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 生年<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 性別<br>(大・中・小) | 住所<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |
| 氏名<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 生年<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> | 性別<br>(大・中・小) | 住所<br><div style="border: 1px solid black; height: 20px; width: 100%;"></div> |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|---|---|---|
|    |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |
|    |   |   |   |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

| 氏名 | 姓 | 姓 | 姓 |
|----|---|---|---|
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |
|    |   |   |   |

### ○申込方法

「救急あんしんカード」の活用を希望する方は、各市町の担当窓口に申し込みしてください。「救急あんしんカード」および「保管マーク」（市町によっては専用の「保管容器」の提供あり）を渡し、記入の仕方や保管方法を説明します。 ※市町に申し込みされないと消防署に登録されませんのでご注意ください。

(病院・診療所でカードを渡された場合も必ず各市町に申し込みください。)

### 《各市町の担当窓口》

- ・ 深川市健康・子ども課 (TEL26-2152) ・ 各支所    ・ 妹背牛町健康福祉課 (TEL32-2411)  
・ 秩父別町住民課 (TEL33-2111)    ・ 北童町住民課 (TEL34-2111)    ・ 沼田町保健福祉課 (TEL35-2120)

※お使いの情報提供様式に記載がない情報については、下記様式に記載して添付してください！

追加してほしい情報提供項目（ケアマネジャー ⇒ 医療機関）

病院 担当者 様 （記入日： / 入院日： ）

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）の情報を提供します。

|            |  |       |  |
|------------|--|-------|--|
| ふりがな       |  | 電話番号  |  |
| 担当ケアマネジャー名 |  |       |  |
| 居宅介護支援事業所名 |  | FAX番号 |  |

【担当ケアマネジャーから医療機関の方へのお願い】

☐ 退院が決まり次第、連絡をお願いします

☐ 退院前訪問指導を実施するときは、同行させてください

☐ 必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします

☐ その他[ ]

1. 利用者（患者）基本情報について

|                      |                                                                                                                           |                                                         |                                 |                                                       |   |    |
|----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------------------|---|----|
| ふりがな                 |                                                                                                                           | 生年月日                                                    | 明・大・昭・平                         | 年                                                     | 月 | 日生 |
| 患者氏名                 |                                                                                                                           | 年 齢                                                     | 歳                               | 性別                                                    | 男 | 女  |
| 住 所                  |                                                                                                                           |                                                         |                                 | 電話                                                    |   |    |
| 住環境<br>(施設も含む)       | <input type="checkbox"/> 戸建て                                                                                              | <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( ) 階                     | <input type="checkbox"/> エレベーター | <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 |   |    |
|                      | ※特記事項(使用している福祉用具や生活上の留意点や住環境で改善が必要なこと、施設の場合は在籍可能な期間)                                                                      |                                                         |                                 |                                                       |   |    |
| 入院時の要介護度             | <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input type="checkbox"/> 要介護( ) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 |                                                         |                                 |                                                       |   |    |
| 利用している介護保険サービスの内容と回数 | 例) デイサービス ○回／週、訪問看護 ○回／週、訪問介護 ○回／週等                                                                                       |                                                         |                                 |                                                       |   |    |
| 医学的管理の状況             | 例) 胃瘻・尿カテーテル・Cv等(カテーテル最終交換日、時間交換日、何cm挿入しているか等)                                                                            |                                                         |                                 |                                                       |   |    |
| 認知症状の有無等             | 認知症状                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし |                                 |                                                       |   |    |
|                      | 症 状                                                                                                                       | 例) 徘徊・せん妄                                               |                                 |                                                       |   |    |
|                      | 出現場面                                                                                                                      | 例) 日中眠っていて夜間に                                           |                                 |                                                       |   |    |
|                      | 対応方法                                                                                                                      | 例) 外に出ないように施設して落ち着くの待っている                               |                                 |                                                       |   |    |
| 生活リズム・日課・趣味          |                                                                                                                           |                                                         |                                 |                                                       |   |    |
| その他対応で注意が必要な事項       | 例) 耳の聞こえが悪いので会話するときは大きな声でゆっくりと話す                                                                                          |                                                         |                                 |                                                       |   |    |

2. 家族の情報について

|              |                                                         |                                                              |               |
|--------------|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|---------------|
| 家族構成<br>内服管理 | <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 | ジェノグラム (男□・女○:本人 <input type="checkbox"/> ◎:同居は■・●:死亡は／線を記載) | キーパーソン(連絡先順位) |
|              | (内服管理方法)                                                |                                                              | (氏名・住所・電話等)   |
|              |                                                         |                                                              |               |
| 主たる介護者       | (氏名・続柄・年齢)                                              |                                                              | (氏名・住所・電話等)   |
| 金銭的援助者       | (氏名・続柄・年齢)                                              |                                                              | (氏名・住所・電話等)   |
|              |                                                         |                                                              | 必ず記入してください！   |

3. リハビリに関する本人／家族の意向について※必ず具体的に記入してください

|                    |                            |
|--------------------|----------------------------|
| 自宅で生活続けるために        | 例)排泄が自立、食事が経口で普通食          |
| 自立できなければ在宅が困難になる事項 | 例)ベッドからトイレまで(約5m)の歩行、食事が自立 |
| 在宅で困っていること         | 例)玄関の段差、トイレでの移乗            |

4. 入院前のADL

|          |      |                      |     |      |     |                           |                    |
|----------|------|----------------------|-----|------|-----|---------------------------|--------------------|
| ADL      | 移動   | 自立                   | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 身長[ ]cm                   | 体重[ ]kg            |
|          | 移乗   | 自立                   | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 移動手段                      | 杖 歩行器 車いす その他      |
|          | 更衣   | 自立                   | 見守り | 一部介助 | 全介助 | 例)ベッドからトイレまで(約5m)を杖歩行していた |                    |
|          | 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 | 入浴方法                      | 自宅 デイサービス 訪問入浴 その他 |
|          | 食事   | 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    |
| 食事摂取困難な方 | 摂取量  | 朝: 時頃・昼: 時頃・夜: 時頃    |     |      |     | 例)主食はごはん茶碗に軽く1杯           |                    |
|          | 食事形態 | 普通 きざみ 嚥下障害食 ミキサー    |     |      |     |                           |                    |
|          | 摂取方法 | 経口 経管栄養 水分とろみ(あり・なし) |     |      |     | UDF等の食形態区分                |                    |

※UDF:ユニバーサルデザインフード。日本介護食品協議会が制定した規格で、「かたさ」や「粘度」の規格により分類された4つの区分を表示している。

| 区 分        |                            | 区分1 容易にかめる                                                                          | 区分2 歯ぐきでつぶせる                                                                        | 区分3 舌でつぶせる                                                                           | 区分4 かまなくてよい                                                                           |
|------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| かむ力の目安     |                            | かたいものや大きいものは<br>やや食べづらい                                                             | かたいものや大きいものは<br>食べづらい                                                               | 細かくてやわらかければ<br>食べられる                                                                 | 固形物は小さくても<br>食べづらい                                                                    |
| 飲み込む力の目安   |                            | 普通に飲み込める                                                                            | ものによっては<br>飲み込みづらいことがある                                                             | 水やお茶が<br>飲み込みづらいことがある                                                                | 水やお茶が<br>飲み込みづらい                                                                      |
| かたさの<br>目安 | ごはん                        | ごはん～やわらかごはん                                                                         | やわらかごはん～金がゆ                                                                         | 金がゆ                                                                                  | ペーストがゆ                                                                                |
|            | さかな                        | 焼き魚                                                                                 | 煮魚                                                                                  | 魚のほぐし煮（とろみあんかけ）                                                                      | 白身魚のうらごし                                                                              |
|            | たまご                        | 厚焼き卵                                                                                | だし巻き卵                                                                               | スクランブルエッグ                                                                            | やわらかい茶わん蒸し（具なし）                                                                       |
|            | 調理例<br>（ごはん）               |  |  |  |  |
| 物性規格       | かたさ上限値<br>N/m <sup>2</sup> | 5×10 <sup>3</sup>                                                                   | 5×10 <sup>3</sup>                                                                   | ゾル：1×10 <sup>4</sup><br>ゲル：2×10 <sup>4</sup>                                         | ゾル：3×10 <sup>3</sup><br>ゲル：5×10 <sup>3</sup>                                          |
|            | 粘度下限値<br>mPa・s             |                                                                                     |                                                                                     | ゾル：1500                                                                              | ゾル：1500                                                                               |



5. 今後の方向性(暮らす場所や延命処置など話し合ったことがあれば含めて※話合いがあれば必ず具体的に記入してください)

|               |                                                                                              |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|
| 本人の希望         | 例)どこで暮らしたいか(自宅・施設・子と同居・有料老人ホームなど)。口から物が食べられなくなったとき胃瘻や経鼻経管栄養など人工栄養法を受けたいか。(受けたくない医療措置等はあるかなど) |
| 家族の希望         | 例)在宅で過ごすために出来るようになってほしいこと。延命処置などについて本人と話し合ったことなど。                                            |
| 入院前のケアプランの方向性 | 例)ご本人・ご家族の希望に沿った在宅生活が送れるよう介護保険サービス(●●及び▲▲)の利用を勧めますなど                                         |



北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

| 現行                                                                                                                                                                       | 改正後                                                                                                                                                          | 備考                                                                   |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------|
| <p>(表紙)</p> <h1>北空知地域入退院支援・調整ルール</h1> <h2>《<u>試 行 事 業</u> 実 施 要 領》</h2> <p><u>平成30年 8月</u><br/>(最終改定 平成 年 月)</p> <p>北空知地域医療介護確保推進協議会</p> <div>この「入退院支援・調整ルール」は、(略)</div> | <p>(表紙)</p> <h1>北空知地域入退院支援・調整ルール</h1> <h2>《実 施 要 領》</h2> <p><u>令和3年12月</u></p> <p>北空知地域医療介護確保推進協議会</p> <div>この「入退院支援・調整ルール」は、(略)</div>                       | <p>・試行事業を見直し本実施とするため修正</p> <p>・本実施月を記載し最終改定は1ページ目「2 共通事項 (2)」に記載</p> |
| <p>(1 ページ目)</p> <p>1 目的 (略)</p> <p>2 共通事項</p> <p>(1) 適用地域 (略)</p> <p>(2) 運用開始時期 平成30年8月から試行 <u>(最終改定 平成 年 月)</u></p> <p>(3) 支援の対象者 (略)</p> <p>(4) 支援の担当者 (略)</p>         | <p>(1 ページ目)</p> <p>1 目的 (略)</p> <p>2 共通事項</p> <p>(1) (略)</p> <p>(2) 運用開始時期 平成30年8月から試行 <u>(最終改定 令和3年12月)</u></p> <p>(3) 支援の対象者 (略)</p> <p>(4) 支援の担当者 (略)</p> | <p>最終改定年月を追加</p>                                                     |

北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

| 3 運用に関する留意事項（略） | 3 運用に関する留意事項（略）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |
|-----------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
|                 | <p>(2ページ目)</p> <p><u>4 運用にあたってのエチケット</u></p> <p><u>すべての職種のみなさんへ</u></p> <p><u>1. お互いに思いやりをもち、ていねいな対応を心がけましょう</u></p> <p><u>2. お互いに日常的な情報交換を忘れずにしましょう</u></p> <p><u>3. 他職種に連携をとるときにはどの程度急ぐ用件か判断して連絡しましょう</u></p> <p><u>4. 名前はフルネームで伝えましょう</u></p> <p><u>5. 担当者不在時の体制を整備しておきましょう</u></p> <p><u>6. 専門用語は使わず、わかりやすい言葉を使いましょう</u></p> <p><u>医師のみなさんへ</u></p> <p><u>7. かかりつけ医師は書類を早くきれいに、生活のことを含めて書きましょう</u></p> <p><u>ケアマネジャーのみなさんへ</u></p> <p><u>8. 医療機関への訪問の前にアポイントメントをとりましょう</u></p> <p><u>9. 退院前カンファレンスには、介護サービス事業所と在宅医、訪問看護ステーションなどできるだけ全ての関係者へ声をかけましょう</u></p> <p><u>5 改訂履歴</u></p> <p><u>・平成30年8月.....試行事業として策定</u></p> <p><u>・令和3年11月.....見直し実施</u></p> | <p>横須賀市や新潟市を参考に運用していく上でのエチケットをルールに包含することとして追加</p> <p>改訂履歴を追加</p> |

# 北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

(2 ページ目)

## 4 北空知地域「入退院支援・調整ルール」

A 入院前にケアマネがいる（介護保険サービスを利用していた）場合

### ① 【普段から】

| ケアマネジャー | 病院（外来看護師等） |
|---------|------------|
| (略)     | (略)        |

※薬局ではケアマネの名刺を挟み込んだカバーごと「お薬手帳」を更新する。（直接手帳に貼付している場合は貼り替える）

### ② 【入院決定から入院7日以内】

| ケアマネジャー                                                                            | 病院（病棟看護師等）                                       |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (略)                                                       | ※病棟看護師                                           |
| <input type="checkbox"/> (略)                                                       | <input type="checkbox"/> (略)                     |
| <input type="checkbox"/> (略)                                                       | <input type="checkbox"/> (略)                     |
| <input type="checkbox"/> (略)                                                       | <input type="checkbox"/> (略)                     |
| ※入院時情報連携加算（情報提供の手段（訪問・FAX・メールほか）に関係なく：3日以内 <b>200 単位</b> 、4日以上7日以内 <b>100 単位</b> ） | ※入退院支援加算2（一般 <b>190 点</b> 、療養 <b>635 点</b> 、退院時） |
| <input type="checkbox"/> (略)                                                       |                                                  |

(3 ページ目)

## 4 北空知地域「入退院支援・調整ルール」

A 入院前にケアマネがいる（介護保険サービスを利用していた）場合

### ① 【普段から】

| ケアマネジャー | 病院（外来看護師等） |
|---------|------------|
| (略)     | (略)        |

※薬局ではケアマネの名刺を挟み込んだカバーごと「お薬手帳」を更新する。（直接手帳に貼付している場合は貼り替える。**カバーが無い場合は利用を推奨する。**）

### ② 【入院決定から入院7日以内】

| ケアマネジャー                                                          | 病院（病棟看護師等）                   |
|------------------------------------------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> (略)                                     | ※病棟看護師                       |
| <input type="checkbox"/> (略)                                     | <input type="checkbox"/> (略) |
| <input type="checkbox"/> (略)                                     | <input type="checkbox"/> (略) |
| <input type="checkbox"/> (略)                                     | <input type="checkbox"/> (略) |
| ※入院時情報連携加算（情報提供の手段（訪問・FAX・メールほか）に関係なく <b>算定可</b> ：3日以内、4日以上7日以内） | ※入退院支援加算2（一般、療養、退院時）         |
| <input type="checkbox"/> (略)                                     |                              |

・お薬手帳カバー普及促進のため追加

・「算定可」の文言追加  
・点数は報酬改定等で変更あることから削除（以下同様）

北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

(3 ページ目)

③ 【病状安定、退院へ向ける時期】

| ケアマネジャー | 病院（病棟看護師等）                                                                                                                                                                                          |
|---------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (略)     | <b>※病棟看護師</b><br><input type="checkbox"/> (5つ目の□まで略)<br><input type="checkbox"/> 入院前と ADL 変化なく退院について問題がない場合はケアマネや訪問看護師に連絡するよう本人・家族に説明<br>➤ 退院時期<br>➤ 現在の状況<br><b>※介護支援連携指導料 1 回目 <u>(400 点)</u></b> |

(4 ページ目)

③ 【病状安定、退院へ向ける時期】

| ケアマネジャー | 病院（病棟看護師等）                                                                                                                                                                                                               |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| (略)     | <b>※病棟看護師</b><br><input type="checkbox"/> (5つ目の□まで略)<br><input type="checkbox"/> 入院前と ADL 変化なく退院について問題がない場合はケアマネや訪問看護師に連絡するよう本人・家族に説明し、 <u>病院、連携室（市立病院）から退院先施設等へ連絡を行う</u><br>➤ 退院時期<br>➤ 現在の状況<br><b>※介護支援連携指導料 1 回目</b> |

・退院の連絡を家族だけでなく病院からも連絡することを追加

北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

(4ページ目)

④ 【院内多職種カンファレンス】

| ケアマネジャー                                                                                                                           | 病院（病棟看護師・外来看護師等）                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ※変化があるときは退院前カンファレンスに参加                                                                                                            | ※退院前カンファレンスに該当（略）<br>□（略）<br>□（略）<br>□（略）<br>※ケアプランの入手<br>※介護支援連携指導料 2回目（400点）<br>※退院<br>□ モニタリング結果を入手<br>※退院後訪問指導料（580点、1回につき）<br>※ケアプランの見直し（必要時）<br>※診療情報提供料（250点） |
| ※（4つ目の※まで略）<br>※退院退所加算<br>・カンファレンス参加なし<br>連携 1回 450単位<br>連携 2回 600単位<br>・カンファレンス参加あり<br>連携 1回 600単位<br>連携 2回 750単位<br>連携 3回 900単位 |                                                                                                                                                                      |
| ※退院<br>□ モニタリングの結果をフィードバック（1ヶ月以内）                                                                                                 |                                                                                                                                                                      |

(5ページ目)

④ 【退院の見込みがいたら】

| ケアマネジャー                                                                                                                                   | 病院（病棟看護師・外来看護師等）                                                         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|
| ※変化があるときは退院前カンファレンスに参加                                                                                                                    | ※退院前カンファレンスに該当（略）<br>□（略）<br>□（略）<br>□（略）<br>※ケアプランの入手<br>※介護支援連携指導料 2回目 |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 5px;"> <p>・カンファレンスは主に確認の場です。検討する場ではありませんので、事前の情報交換を密にし30分以内で行いましょう。</p> </div> |                                                                          |
| ※（4つ目の※まで略）<br>※退院退所加算<br>・カンファレンス参加なし<br>連携 1回<br>連携 2回<br>・カンファレンス参加あり<br>連携 1回<br>連携 2回<br>連携 3回                                       |                                                                          |

・他の項目に合わせた文言（時期）に変更

・カンファレンスに臨む注意書きを追加

・退院後について項目を⑤として新設し、④の内容を移行

北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                  |                                       |                                                                         |                                                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------|---------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| <div>⑤【退院後】</div> <table><tr><td>ケアマネジャー</td><td>病院（病棟看護師・外来看護師等）</td></tr><tr><td>※退院<br/>□ モニタリングの結果を電話等でフィードバック（1ヶ月以内）</td><td>※退院<br/>□ モニタリング結果を入手<br/>※退院後訪問指導料（1回につき）<br/>※ケアプランの見直し（必要時）<br/>※診療情報提供料</td></tr></table> <div>B（略）</div> | ケアマネジャー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 病院（病棟看護師・外来看護師等） | ※退院<br>□ モニタリングの結果を電話等でフィードバック（1ヶ月以内） | ※退院<br>□ モニタリング結果を入手<br>※退院後訪問指導料（1回につき）<br>※ケアプランの見直し（必要時）<br>※診療情報提供料 | <div>④から移行</div> <div>・病院からの情報をケアマネにフィードバックすることは有意義で、かつ書面でなくても良いので「電話等」を追加</div> |
| ケアマネジャー                                                                                                                                                                                                                                         | 病院（病棟看護師・外来看護師等）                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                  |                                       |                                                                         |                                                                                  |
| ※退院<br>□ モニタリングの結果を電話等でフィードバック（1ヶ月以内）                                                                                                                                                                                                           | ※退院<br>□ モニタリング結果を入手<br>※退院後訪問指導料（1回につき）<br>※ケアプランの見直し（必要時）<br>※診療情報提供料                                                                                                                                                                                                                                                            |                  |                                       |                                                                         |                                                                                  |
| <div>（5 ページ目）</div> <div>（様式 1）</div> <div>様</div> <div>利用者・ご家族の方へ<br/>担当ケアマネジャーから「5つのお願い」</div>                                                                                                                                                | <div>（6 ページ目）</div> <div>（様式 1）</div> <div>様</div> <div>利用者・ご家族の方へ<br/>担当ケアマネジャーから「5つのお願い」</div> <div>・修正なし</div>                                                                                                                                                                                                                  |                  |                                       |                                                                         |                                                                                  |
| <div>（6 ページ目）</div> <div>北空知地域入退院支援・調整ルール版（様式 2）</div> <div>救急あんしんカード</div> <div>（平成 年 月 日作成）</div> <div>この情報は、医療のために救急隊と搬送先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用します。</div>                                                            | <div>（7 ページ目）</div> <div>（様式 2）</div> <div>救急あんしんカード</div> <div>（令和 年 月 日作成）</div> <div>この情報は、医療のために救急隊と搬送先医療機関が活用するとともに、介護保険サービスのために、入院先医療機関と介護支援専門員等が活用することに同意します。</div> <div>（署名： ）</div> <div>※本人署名または氏名欄に押印してください<br/>※代理の場合は署名欄に氏名と続柄等を記載</div> <div>・ルール版が 1 市 4 町版として統一されたため削除</div> <div>・元号を修正</div> <div>・本人同意を明示</div> |                  |                                       |                                                                         |                                                                                  |

北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|--------------------------------|-----------|------|----------------------|------|-------|----------------------|--------------------------------|-----------|------|----------|------|---------|--|--------|--|----------------|--|-------|--|----------------------|--|----|---|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--|------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|-----|----|-----|------|------|------|------------------|---------|--|--|--|----|--|--------|--|-------|--|----|---|--|--------|-------|------|--|--------------------------|--|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|--|--|--|-------|----|-----------|-----|--|--|--|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|-----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--------|-------|--|--|--|--|--|--------------------|
| <table border="1"> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td rowspan="3">生<br/>年<br/>月<br/>日</td> <td colspan="2">(明・大・昭・平)</td> <td colspan="2">1.総合支援事業</td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="2" rowspan="2">年 月 日生</td> <td colspan="2">2.要支援<br/>(Ⅰ・Ⅱ)</td> </tr> <tr> <td>(男・女)</td> <td></td> <td colspan="2">3.要介護<br/>(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ)</td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒</td> <td></td> <td>自宅電話</td> <td></td> <td>携帯電話</td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                         |                      |                                |           |      |                      |      | ふりがな  |                      | 生<br>年<br>月<br>日               | (明・大・昭・平) |      | 1.総合支援事業 |      | 氏名      |  | 年 月 日生 |  | 2.要支援<br>(Ⅰ・Ⅱ) |  | (男・女) |  | 3.要介護<br>(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) |  | 住所 | 〒 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 自宅電話 |  | 携帯電話 |  | <table border="1"> <tr> <td>ふりがな</td> <td></td> <td rowspan="3">生<br/>年<br/>月<br/>日</td> <td colspan="2">(大・昭・平)</td> <td colspan="2" rowspan="3"></td> </tr> <tr> <td>氏名</td> <td></td> <td colspan="2" rowspan="2">年 月 日生</td> </tr> <tr> <td>(男・女)</td> <td></td> </tr> <tr> <td>住所</td> <td>〒</td> <td></td> <td>自宅電話</td> <td></td> <td>携帯電話</td> <td></td> </tr> </table> |  |       |     |    |     |      | ふりがな |      | 生<br>年<br>月<br>日 | (大・昭・平) |  |  |  | 氏名 |  | 年 月 日生 |  | (男・女) |  | 住所 | 〒 |  | 自宅電話   |       | 携帯電話 |  | ・元号を削除<br>・介護保険の項目を下部に整理 |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      | 生<br>年<br>月<br>日               | (明・大・昭・平) |      | 1.総合支援事業             |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                | 年 月 日生    |      | 2.要支援<br>(Ⅰ・Ⅱ)       |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                |           |      | 3.要介護<br>(Ⅰ・Ⅱ・Ⅲ・Ⅳ・Ⅴ) |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒                    |                                | 自宅電話      |      | 携帯電話                 |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| ふりがな                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                      | 生<br>年<br>月<br>日               | (大・昭・平)   |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 氏名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                      |                                | 年 月 日生    |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| (男・女)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 住所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 〒                    |                                | 自宅電話      |      | 携帯電話                 |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">緊急連絡先</td> <td>名 前</td> <td>続柄</td> <td>住 所</td> <td>自宅電話</td> <td>携帯電話</td> <td>職場電話</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      | 緊急連絡先 | 名 前                  | 続柄                             | 住 所       | 自宅電話 | 携帯電話     | 職場電話 |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   | <table border="1"> <tr> <td rowspan="3">緊急連絡先</td> <td>名 前</td> <td>続柄</td> <td>住 所</td> <td>自宅電話</td> <td>携帯電話</td> <td>職場電話</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 緊急連絡先 | 名 前 | 続柄 | 住 所 | 自宅電話 | 携帯電話 | 職場電話 |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 緊急連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 名 前                  | 続柄                             | 住 所       | 自宅電話 | 携帯電話                 | 職場電話 |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 緊急連絡先                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 名 前                  | 続柄                             | 住 所       | 自宅電話 | 携帯電話                 | 職場電話 |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| <table border="1"> <tr> <td>かかりつけ</td> <td>施設名・事業所名<br/>市町名・保健所名</td> <td>診療科及び主治医名<br/>ケアマネジャー名・<br/>保健師名</td> <td colspan="4">電 話</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">病 院 医 院</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>薬 局</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>介護支援事業所</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>担当保健師</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>治療中の病名</td> <td colspan="2">(以下略)</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> |                      |                                |           |      |                      |      | かかりつけ | 施設名・事業所名<br>市町名・保健所名 | 診療科及び主治医名<br>ケアマネジャー名・<br>保健師名 | 電 話       |      |          |      | 病 院 医 院 |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | 薬 局   |     |    |     |      |      |      | 介護支援事業所          |         |  |  |  |    |  | 担当保健師  |  |       |  |    |   |  | 治療中の病名 | (以下略) |      |  |                          |  |  | <table border="1"> <tr> <td>かかりつけ</td> <td>施設</td> <td>診療科及び主治医名</td> <td colspan="4">電 話</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">病 院 医 院</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td>薬 局</td> <td></td> <td></td> <td colspan="4"></td> </tr> <tr> <td colspan="7"></td> </tr> <tr> <td>治療中の病名</td> <td colspan="2">(以下略)</td> <td></td> <td colspan="3"></td> </tr> </table> |  |  |  |  |  |  | かかりつけ | 施設 | 診療科及び主治医名 | 電 話 |  |  |  | 病 院 医 院 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 薬 局 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 治療中の病名 | (以下略) |  |  |  |  |  | ・介護保険・保健師の項目を下部に整理 |
| かかりつけ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 施設名・事業所名<br>市町名・保健所名 | 診療科及び主治医名<br>ケアマネジャー名・<br>保健師名 | 電 話       |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 病 院 医 院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 薬 局                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 介護支援事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 担当保健師                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 治療中の病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (以下略)                |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| かかりつけ                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 施設                   | 診療科及び主治医名                      | 電 話       |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 病 院 医 院                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 薬 局                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                      |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |
| 治療中の病名                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | (以下略)                |                                |           |      |                      |      |       |                      |                                |           |      |          |      |         |  |        |  |                |  |       |  |                      |  |    |   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |      |  |      |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  |       |     |    |     |      |      |      |                  |         |  |  |  |    |  |        |  |       |  |    |   |  |        |       |      |  |                          |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |  |  |  |  |       |    |           |     |  |  |  |         |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |        |       |  |  |  |  |  |                    |

# 北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|------|--|----------|------|-------|----------------|-----|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|--|--|--|-----|-----------------------------|----------|------|----------------------------------------------------------------------------|-------------|--|--|----------------|-----|--|-------------------------------|
| <p>北空知地域医療介護確保推進協議会・深川市・妹背牛町・秩父別町・北竜町・沼田町</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <p>介護認定のある方は記入して下さい</p> <table><tr><td rowspan="4">【介護度等】<br/>1.総合支援事業<br/>2.要支援(1・2)<br/>3.要介護(1・2・3・4・5)</td><td>ケアマネジャー</td><td colspan="3">担当者名：_____<br/>事業所名：_____(電話：_____)</td></tr><tr><td rowspan="3">介護支援事業所</td><td>事業所名</td><td>利用事業</td><td>電話番号</td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td colspan="2"></td><td colspan="3">市町名・保健所名(_____)：保健師名(_____)</td></tr></table> <p>深川市・妹背牛町・秩父別町・北竜町・沼田町・<u>深川地区消防組合・深川医師会</u></p> | 【介護度等】<br>1.総合支援事業<br>2.要支援(1・2)<br>3.要介護(1・2・3・4・5) | ケアマネジャー                            | 担当者名：_____<br>事業所名：_____(電話：_____) |      |  | 介護支援事業所  | 事業所名 | 利用事業  | 電話番号           |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     | 市町名・保健所名(_____)：保健師名(_____) |          |      | <p>・介護保険・保健師の項目を集約し項目を追加</p> <p>・ルール版が1市4町版として統一されたため協議会名を削除し消防・医師会を追加</p> |             |  |  |                |     |  |                               |
| 【介護度等】<br>1.総合支援事業<br>2.要支援(1・2)<br>3.要介護(1・2・3・4・5)                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ケアマネジャー                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      | 担当者名：_____<br>事業所名：_____(電話：_____) |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 介護支援事業所                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                      | 事業所名                               | 利用事業                               | 電話番号 |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 市町名・保健所名(_____)：保健師名(_____)                          |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
| <p>(7ページ目)</p> <p>(様式3)</p> <p>※お使いの情報提供様式に記載がない情報については、下記様式に記載して添付してください！</p> <p>追加してほしい情報提供項目(ケアマネジャー⇒医療機関)</p> <p>(略)</p> <table><tr><td colspan="3">1. 利用者(患者)基本情報について</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">(略)</td></tr><tr><td>認知症状の有無等</td><td>認知症状</td><td>(以下略)</td></tr><tr><td>その他対応で注意が必要な事項</td><td colspan="2">(略)</td></tr></table> | 1. 利用者(患者)基本情報について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                      |                                    |                                    | (略)  |  | 認知症状の有無等 | 認知症状 | (以下略) | その他対応で注意が必要な事項 | (略) |  | <p>(9ページ目)</p> <p>(様式3)</p> <p>※お使いの情報提供様式に記載がない情報については、下記様式に記載して添付してください！</p> <p>追加してほしい情報提供項目(ケアマネジャー⇒医療機関)</p> <p>(略)</p> <table><tr><td colspan="3">1. 利用者(患者)基本情報について</td></tr><tr><td></td><td colspan="2">(略)</td></tr><tr><td>認知症状の有無等</td><td>認知症状</td><td>(以下略)</td></tr><tr><td>生活リズム・日課・趣味</td><td colspan="2"></td></tr><tr><td>その他対応で注意が必要な事項</td><td colspan="2">(略)</td></tr></table> | 1. 利用者(患者)基本情報について |  |  |  | (略) |                             | 認知症状の有無等 | 認知症状 | (以下略)                                                                      | 生活リズム・日課・趣味 |  |  | その他対応で注意が必要な事項 | (略) |  | <p>・本人の状況を把握するために必要な項目を追加</p> |
| 1. 利用者(患者)基本情報について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (略)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
| 認知症状の有無等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 認知症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (以下略)                                                |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
| その他対応で注意が必要な事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (略)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
| 1. 利用者(患者)基本情報について                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | (略)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
| 認知症状の有無等                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 認知症状                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (以下略)                                                |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
| 生活リズム・日課・趣味                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |
| その他対応で注意が必要な事項                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | (略)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                      |                                    |                                    |      |  |          |      |       |                |     |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                    |  |  |  |     |                             |          |      |                                                                            |             |  |  |                |     |  |                               |

# 北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

|                                       |                             |                                          |       |
|---------------------------------------|-----------------------------|------------------------------------------|-------|
| 2. 家族の情報について                          |                             |                                          |       |
| 家族構成<br>内服管理                          | <input type="checkbox"/> 独居 | ジェノグラム( 男□・女○:本人□・<br>◎:同居は■・●:死亡は／線を記載) | (以下略) |
|                                       | <input type="checkbox"/> 同居 |                                          | (略)   |
|                                       | (略)                         |                                          | (略)   |
|                                       | (略)                         |                                          | (略)   |
| 主たる介護者                                | (略)                         |                                          | (略)   |
| 金銭的援助者                                | (略)                         |                                          | (略)   |
| ( 8 ページ目)                             |                             |                                          |       |
| 3. リハビリに関する本人／家族の意向について(ケアプラン立案時)     |                             |                                          |       |
|                                       | (略)                         |                                          |       |
| (略)                                   |                             |                                          |       |
| 5. 今後の方向性(暮らす場所や延命処置など話し合ったことがあれば含めて) |                             |                                          |       |
| 本人の希望                                 | (略)                         |                                          |       |
| 家族の希望                                 | (略)                         |                                          |       |

| ( 9 ページ目) | | | |
| 北空知地域入退院支援・調整ルール試行事業実施要領付属資料(一般向けカード活用説明書) | | | |
| 救急あんしんカードを活用しよう！ | | | |

|                                                             |                                                      |                                          |     |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|------------------------------------------|-----|
| 2. 家族の情報について                                                |                                                      |                                          |     |
| 家族構成<br>内服管理                                                | <input type="checkbox"/> 独居                          | ジェノグラム( 男□・女○:本人□・<br>◎:同居は■・●:死亡は／線を記載) | (略) |
|                                                             | <input type="checkbox"/> 同居                          |                                          | (略) |
|                                                             | (略)                                                  |                                          | (略) |
|                                                             | (略)                                                  |                                          | (略) |
| 主たる介護者                                                      | (略)                                                  | 必ず記入してください！                              | (略) |
| 金銭的援助者                                                      | (略)                                                  |                                          | (略) |
| ( 1 0 ページ目)                                                 |                                                      |                                          |     |
| 3. リハビリに関する本人／家族の意向について※必ず具体的に記入してください                      |                                                      |                                          |     |
|                                                             | (略)                                                  |                                          |     |
| (略)                                                         |                                                      |                                          |     |
| 5. 今後の方向性(暮らす場所や延命処置など話し合ったことがあれば含めて※話合いがあれば必ず具体的に記入してください) |                                                      |                                          |     |
| 本人の希望                                                       | (略)                                                  |                                          |     |
| 家族の希望                                                       | (略)                                                  |                                          |     |
| 入院前のケアプランの方向性                                               | 例)ご本人・ご家族の希望に沿った在宅生活が送れるよう介護保険サービス(●●及び▲▲)の利用を勧めますなど |                                          |     |

| ( 8 ページ目) | | | |
| 救急あんしんカードを活用しよう！ | | | |

・記入漏れが散見されるため追加

・立案時から時間が経過し意向の変化もあるため文言を削除。また重要な項目であるため記入を促す文言を追加( 5. も同様に重要であるため追加)

・入院する前の本人・家族の意向を踏まえた方向性も重要であることから項目追加

・ルール版が 1 市 4 町版として統一されたため削除

北空知地域入退院支援・調整ルール実施要領 新旧対照表

深川市と4町（妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町）では、（以下略）

**○救急あんしんカードの保管方法**

「救急あんしんカード（黄色）」（申込者に配布）に自分の状況を記入して、無色透明の筒状の保管容器に入れて、冷蔵庫扉側のドアポケットに保管しておきます。

「救急あんしんカード」の他に、保険証のコピー、服薬説明書なども入れておくと安心です。

救急あんしんカード (平成 年 月 日 作成)

この情報を医療のために、救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。 (印)

|      |                |      |           |     |
|------|----------------|------|-----------|-----|
| 氏名   | (姓・名)          | 生年月日 | (西・大・中・小) | 血液型 |
| 住所   | 〒 市 区 町 丁目 番 号 |      |           |     |
| 電話番号 | 自宅             | 携帯   | FAX       |     |

|       |    |    |    |      |      |     |
|-------|----|----|----|------|------|-----|
| 緊急連絡先 | 氏名 | 性別 | 住所 | 自宅電話 | 携帯電話 | FAX |
| 緊急連絡先 |    |    |    |      |      |     |

かかりつけ病院・医師

治療中の病名 (医師、病院名)

アレルギー (薬・食物)

持病等 (おてはるもの)

・その他 (他の病名、家族の事情など)

※他の別冊もこのカードと一緒に保管しておきましょう。

深川市・深川保健所・深川医師会

救急あんしんカード（見本）

- 《各市町の担当窓口》
- ・ 深川市健康福祉課 (Tel26-2152) ・ 各支所
  - ・ 妹背牛町健康福祉課 (Tel32-2411)
  - ・ 秩父別町住民課 (Tel33-2111)
  - ・ 北竜町住民課 (Tel34-2111)
  - ・ 沼田町保健福祉課 (Tel35-2120)

深川市と4町（妹背牛町、秩父別町、北竜町、沼田町）では、（以下略）

**○救急あんしんカードの保管方法**

「救急あんしんカード」（申込者に配布）に自分の状況を記入して、無色透明の筒状の保管容器に入れて、冷蔵庫扉側のドアポケットに保管しておきます。

「救急あんしんカード」の他に、保険証のコピー、服薬説明書なども入れておくと安心です。

救急あんしんカード (平成 年 月 日 作成)

この情報を医療のために、救急隊と搬送先医療機関が活用することに同意します。 (印)

|      |                |      |           |     |
|------|----------------|------|-----------|-----|
| 氏名   | (姓・名)          | 生年月日 | (西・大・中・小) | 血液型 |
| 住所   | 〒 市 区 町 丁目 番 号 |      |           |     |
| 電話番号 | 自宅             | 携帯   | FAX       |     |

|       |    |    |    |      |      |     |
|-------|----|----|----|------|------|-----|
| 緊急連絡先 | 氏名 | 性別 | 住所 | 自宅電話 | 携帯電話 | FAX |
| 緊急連絡先 |    |    |    |      |      |     |

かかりつけ病院・医師

治療中の病名 (医師、病院名)

アレルギー (薬・食物)

持病等 (おてはるもの)

・その他 (他の病名、家族の事情など)

※他の別冊もこのカードと一緒に保管しておきましょう。

深川市・深川保健所・深川医師会

救急あんしんカード（見本）

- 《各市町の担当窓口》
- ・ 深川市健康・子ども課 (Tel26-2152) ・ 各支所
  - ・ 妹背牛町健康福祉課 (Tel32-2411)
  - ・ 秩父別町住民課 (Tel33-2111)
  - ・ 北竜町住民課 (Tel34-2111)
  - ・ 沼田町保健福祉課 (Tel35-2120)

- ・ 用紙の色は削除
- ・ ルール版が1市4町版として統一されたため削除
- ・ 課名を修正