

松山圏域における
入・退院時の支援ルールの手引き
(案)

平成●●年●月

愛媛県中予保健所

目次

I	背景	1
II	目的	1
III	ルールに携わる関係機関	1
IV	入・退院支援ルール	2
1	入院前に要介護認定を受けている（ケアマネジャーが決まっている）場合	3
2	入院前に要介護認定を受けている（ケアマネジャーが決まっていない）場合	5
3	入院前に要介護認定を受けていない場合	6
V	運用上の留意事項	8
VI	病院担当一覧	9
VII	情報共有シート	
	（様式1）入院時情報提供シート	10
	（様式2）退院調整共有情報	12
VIII	松山圏域関係機関一覧	14
1	医療機関	
2	市町介護保険担当課	
3	地域包括支援センター	
4	居宅介護支援事業所	
IX	参考資料	
	参考資料1 介護サービスの利用の手続き	15
	参考資料2 介護保険が適用される特定疾病	16
	参考資料3 退院調整が必要な患者の基準	17
	参考資料4 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	18
	参考資料5 認知症高齢者の日常生活自立度	19
X	引用・参考文献	20

松山圏域における入・退院時の支援ルール

I 背景

疾病を抱えても、自宅等の住み慣れた生活の場で療養しながら、自分らしい生活を続けるためには、地域における医療・介護の関係機関が連携し、包括的かつ継続的な在宅医療・介護サービスを提供できる体制が必要です。

また、医療と介護の連携はいくつもの場面で行われますが、入・退院時における医療と介護の連携は、在宅での療養生活が必要となる患者（利用者）の療養生活を継続する上で最初の場面であり、この連携を円滑に進めるためには、病院職員とケアマネジャーの入・退院時の連絡・情報共有が重要となります。

松山構想区域地域医療構想においては、二次医療圏を単位として必要な医療資源を確保し、入院患者を住み慣れた地域に帰す「医療の縦の流れ」の中で在宅医療・介護連携のための多職種協働体制を推進していくこととされております。

一方、市町が主体となる地域包括ケアでは、住み慣れた地域へ戻ってきた患者に、医療の質を保ちながら必要な介護を地域全体でサポートする「横の連携」が重要であり、市町を超えて圏域全体の連携が必要な医療・介護連携については当所の役割であると考えました。

そこで、松山構想区域地域医療構想調整会議に「地域包括ケア推進部会」を設置し、部会の下に実務者で構成するワーキングチームを置き、病院職員とケアマネジャーが活用する「松山圏域における入・退院時の支援ルール」を策定することになりました。

II 目的

「松山圏域における入・退院時の支援ルール」をきっかけとして、病院職員とケアマネジャーの連携を促進することにより、積極的治療は終わったものの、日常生活に介護を必要とする状態で退院しなければならない高齢者が、円滑に在宅療養生活へ移行し安心して地域で生活できることを目指します。

III ルールに携わる関係機関

松山圏域の6市町（松山市、伊予市、東温市、久万高原町、松前町、砥部町）に所在する医療機関、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護、地域包括支援センターとします。

IV 入・退院支援ルール

入・退院支援ルールとは、要介護・要支援状態等の患者が病院への入院、居宅への退院の際に、病院職員（以下、医療機関担当者）とケアマネジャーの間で、患者についての必要な情報を確実に引き継ぐためのルール（手順）のことです。

ルールの運用は、既に要介護認定等を受けているか否か、ケアマネジャーが決まっているか否かによって異なります。

「図1 介護保険の認定状況と入・退院支援フロー図」で確認し、患者の状況に応じて、1・2・3の記載に従って支援を行ってください。

要介護認定等の対象者は、65歳以上の方、40歳から64歳の方で特定疾病*を持つ方です。

入院時は、介護保険証を確認しましょう！！

*特定疾病は参考資料2（P16）を参照

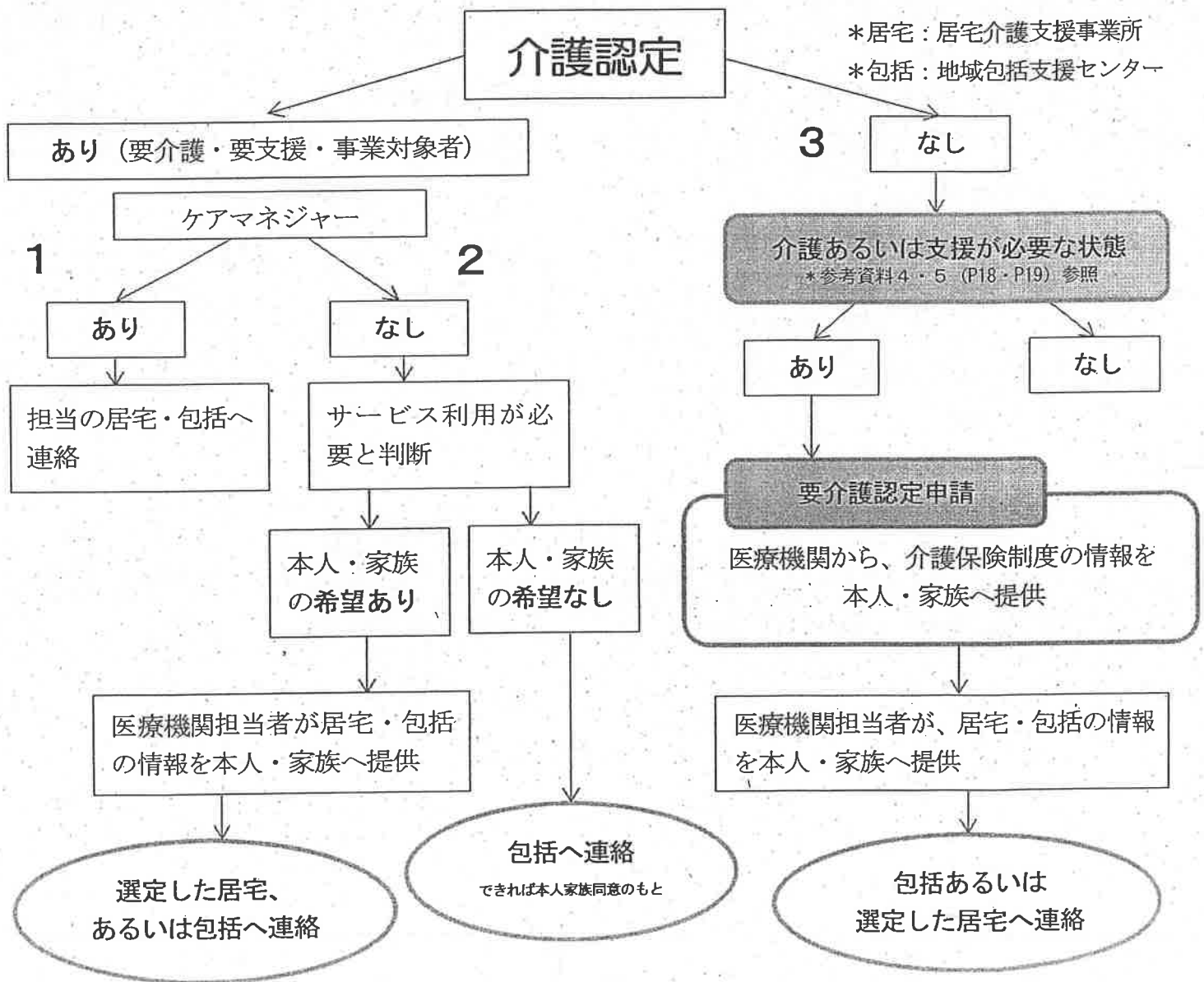


図1 介護保険の認定状況と入・退院支援フロー図

【 介護認定の確認 】

- まず、介護保険証を確認し、介護認定を受けているか否か、有効期間を確認します。
- 次に、担当のケアマネジャーが決まっているかを確認します。

1 入院前に要介護認定を受けている場合（ケアマネジャーが決まっている場合）

(1) 入院の連絡（医療機関→ケアマネジャーまたは、ケアマネジャー→医療機関）

- ・医療機関担当者は、患者・家族に担当ケアマネジャーを確認して、担当ケアマネジャーへ入院した旨を連絡する。
- ・入院の事実については、早く把握した側が連絡する。
*在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要があります。

(2) 入院時の情報提供

- ・ケアマネジャーは、入院後原則 3 日以内に「様式1 入院時情報提供シート」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）を持参もしくは郵送・FAX する。
（注）FAX する場合は誤送信に注意する等個人情報の取扱いに留意のこと。
*情報提供に当たっては、患者・家族の同意を得てください。
- ・入退院の多い患者や検査等短期入院の場合は、入院時の連絡の際に情報提供が必要であるか否かについて相互が確認し、不要な場合を除き原則、ケアマネジャーは医療機関担当者への情報提供を行う。

《メモ：ケアマネジャーの利用者への説明義務化（平成 30 年度改正）》

- ・ケアマネジャーは日頃から患者・家族に、
 - ・介護保険証と一緒にケアマネジャーの名刺等を入れておく。
 - ・介護保険証と医療保険証をセットにしておく。
 - ・入院等の際には連絡してほしいこと。
- について、声掛けを行う。

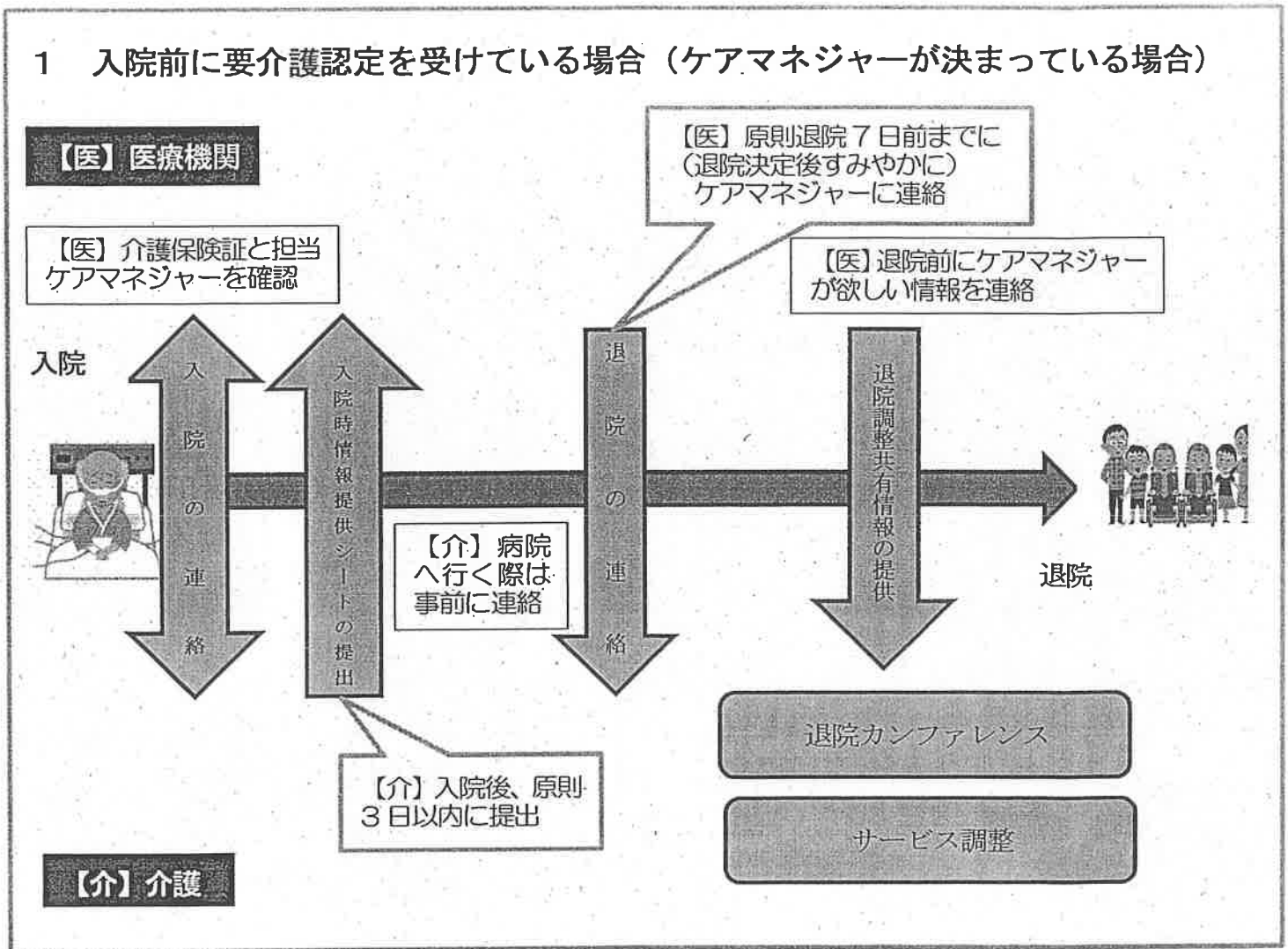
*医療機関担当者は、患者・家族に「ケアマネさんから名刺などもらっていないですか」等お声掛けください。

(3) 退院の連絡

- ・医療機関担当者は、退院支援に必要な期間（ケアプランの修正、サービス事業所の調整等）を考慮して、患者が退院する原則 7 日前までに（退院が決定した場合はすみやかに）、担当ケアマネジャーに退院予定日の連絡をする。また、「様式2 退院調整共有情報」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）を用いて情報を提供する。
- ・転院の場合は、可能な限り「様式1 入院時情報提供シート」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）の写し（コピー）を転院先への書類として添付をお願いします。
- ・退院前カンファレンス等を活用して、相互が情報を確認・共有することが望ましい。
*住宅改修が必要な場合は、一定の期間が必要になります。
*区分変更が必要と思われる場合は、担当ケアマネジャーと相談してください。

(4) 入退院調整の流れ

1 入院前に要介護認定を受けている場合（ケアマネジャーが決まっている場合）



2 入院前に要介護認定を受けている場合(ケアマネジャーが決まっていない場合)

(※) 担当ケアマネジャーはいないが、退院後に介護サービスが必要と判断した場合

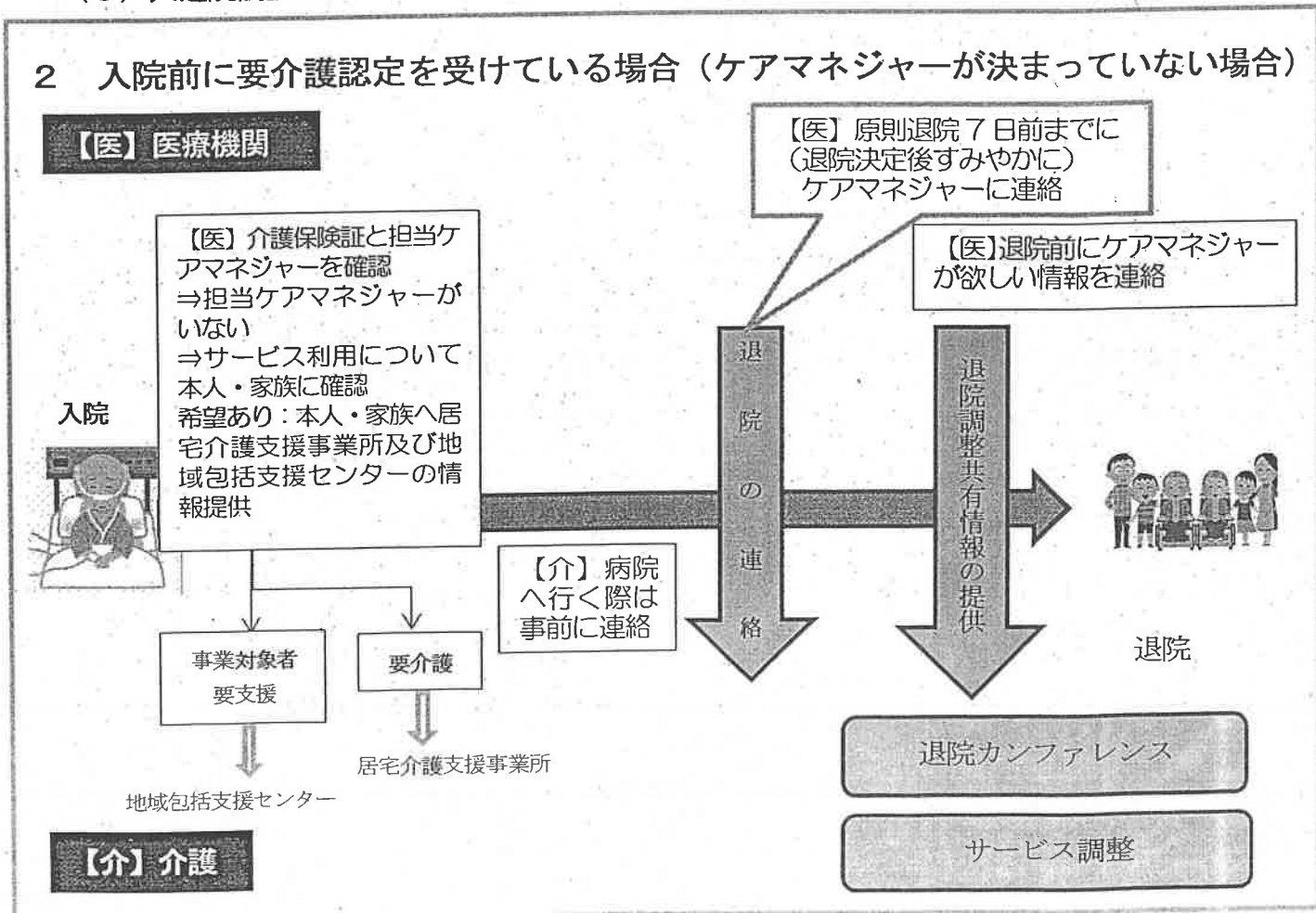
(1) 介護サービスの必要性の判断と利用に当たっての支援

- ・医療機関担当者は、介護サービスの利用が必要であると判断した場合は、本人・家族に介護サービスについて説明する。
- ・本人・家族が介護サービスの利用を希望する場合は、居宅介護支援事業所または地域包括支援センターの相談窓口等の情報提供を行う。
- ・本人・家族が介護サービスの利用を希望しない場合は、相談窓口として地域包括支援センターを紹介し、本人・家族の同意のもと地域包括支援センターへ連絡する。

(2) 退院の連絡

- ・医療機関担当者は、患者が退院する原則 7 日前までに（退院が決定した場合はすみやかに）、担当ケアマネジャー（上記 (1) により決定したケアマネジャー）に退院予定日について連絡をする。また、「様式2 退院調整共有情報」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）を用いて情報を提供する。
 - ・ケアマネジャーにとって退院時が初めての関わりになることから、退院前カンファレンス等を活用して、相互が情報を確認・共有することが望ましい。
- *住宅改修や区分変更が必要な場合は、一定の期間が必要になります。

(3) 入退院調整の流れ



3 入院前に要介護認定を受けていない場合

(1) 退院調整の必要性の判断

- ・医療機関担当者は、退院調整が必要な患者について「参考資料3 退院調整が必要な患者の基準」(P17)を参考にし、あてはまる場合は本人・家族の意向を確認した上で、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談する。
- ・相談を受けた地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は対応に努める。

(2) 要介護認定申請等の支援

- ・医療機関担当者は、介護保険サービスの利用が必要な患者に対して、介護保険制度の説明や要介護認定申請等の支援を行う。
- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は、医療機関から入院患者の介護保険の利用にかかる相談があった場合は、医療機関担当者と連携しながら支援を行う。
- ・市町介護保険担当者は、入院患者の要介護認定申請を受付けた場合は、認定調査を行い、退院後の円滑なサービス導入に努める。

(3) 担当ケアマネジャーの決定支援

- ・患者の希望する居宅介護支援事業所の受け入れ枠がない等、担当ケアマネジャーの選定について支援を必要とする場合、医療機関担当者は、地域包括支援センターや市町介護保険担当課に連絡する等の支援を行う。
- ・ケアマネジャーは、担当することが決定した場合、すみやかに医療機関担当者に連絡する。また、医療機関担当者と担当ケアマネジャーは、患者の状態や入院期間の見込み等について情報共有に努める。

(4) 退院の連絡

- ・医療機関担当者は、患者が退院する原則 7 日前までに担当ケアマネジャー(担当ケアマネジャーが決定していない場合は地域包括支援センター等)に退院予定日について連絡をする。また、「様式2 退院調整共有情報」(※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい)を用いて情報を提供する。
- ・ケアマネジャーにとって退院時が初めての関わりになることから、退院前カンファレンス等を活用して、相互が情報を確認・共有することが望ましい。
*新規認定者の場合は、手続きが多いため早めの連絡が必要です。

(5) 退院調整の流れ

3 入院前に要介護認定を受けていない場合

【医】医療機関

入院

【医】介護保険の利用について本人・家族の希望を確認
希望あり：本人・家族へ居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターへの情報提供

【医】原則退院7日前までに(退院決定後すみやかに)ケアマネジャーに連絡

【医】退院前にケアマネジャーが欲しい情報を連絡



本人・家族

介護保険の相談

対象者の状況把握・申請の支援

要介護認定の申請

認定調査

情報共有

退院の連絡

退院調整共有情報の提供



退院

地域包括支援センター

各市町

退院カンファレンス

サービス調整

【介】病院へ行く際は事前に連絡

【介】介護

V 運用上の留意事項

- 1 患者の個人情報（様式1及び様式2）を電子メール等で情報交換する場合は、各医療機関及び事業所における情報セキュリティ対策に基づき、情報の流出防止対策を十分に行うこと。
- 2 この「入・退院時の支援ルール」は、現に運用がなされている医療機関及び事業所等の情報提供様式等の運用ルールを妨げるものではありません。



(平成30年〇月〇日現在)

VI 病院担当一覧

NO	所在地	医療機関名	●来院時の事前連絡の方法		☆すでに介護保険を利用していた(ケアマネがついている)場合			★新たに介護保険を利用する場合										
			電話の場合 FAXの場合 その他の場合	(電話してから)手渡しの場合 ・部署名 ・電話番号	FAXの場合 ・部署名 ・FAX番号	①ケアマネからの入院時情報は、どこへ提出したらよいか	②入院した時点で退院調整予定を伝えることができるか	③誰がケアマネに連絡するか	④ケアマネとの面談の主体は誰か	⑤誰がケアマネに退院日を連絡するか	⑥誰が介護保険を説明するか	⑦誰がケアマネ契約の支援をするか	⑧誰が契約後のケアマネと連絡をとるか					
1																		
2																		
3																		

(※)内容に変更があった場合は、愛媛県中予保健所まで連絡をお願いします。

VII 情報共有シート(様式1)
入院時情報提供シート

記入日:平成 年 月 日
入院日:平成 年 月 日
情報提供日:平成 年 月 日

事業所名		担当者名	
電話番号		FAX番号	
フリガナ 氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
緊急時連絡先	氏名	住所	続柄 電話番号
	①		
	②		
家族構成図 主・主介護者 ☆キーパーソン ○女性 □男性 ☆キーパーソン:決定権のある人		経済状況 年金(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 収入(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 課税の状況(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 公費負担(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 生活保護受給(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)	
		住環境 <input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 (階建て、階)エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
		かかりつけ医 医療機名: 医師名: Ⅱ:	
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 要介護2・ <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5 (有効期限: ○○年 ○○月 ○○日 ~ ○○年 ○○月 ○○日)		
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ(回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(回/月) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与() <input type="checkbox"/> その他()		
施設の申し込み		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 施設名:	
現病歴	既往歴		
	アレルギー		<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> IIa・ <input type="checkbox"/> IIb、 <input type="checkbox"/> IIIa・ <input type="checkbox"/> IIIb、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M 指定難病受給者証:(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)		
入院に至るまでの病状変化や経過			
生活状況			
本人の性格、気質			
服薬状況	お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) (H 年 月 日 時点) 状況:		
ADL	自立	見守り	一部介助
要支援は必要事項のみ記入			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		頻度
医療処置	<input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他()		
その他身体状況			
【本人の生活への意向】			
【在宅生活の目安】			

* この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。
* 既存の様式を活用しても構いません。

VII 情報共有シート(様式1)
入院時情報提供シート

記入日:平成〇〇年〇〇月〇〇日
入院日:平成〇〇年〇〇月〇〇日
情報提供日:平成〇〇年〇〇月〇〇日

記載例

事業所名	介護事業所〇〇〇〇	担当者名	〇〇 〇〇		
電話番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	FAX番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		
ふりがな 氏名	えひめ たろう 愛媛 太郎	生年月日	<input type="checkbox"/> 明・ <input checked="" type="checkbox"/> 大・ <input checked="" type="checkbox"/> 昭 〇年〇〇月〇〇日		
		年齢	75 歳		
		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女		
緊急時連絡先	氏名(ふりがな)	住所	続柄		
	① 愛媛 花子 (えひめ はなこ)	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇	妻		
	② 愛媛 次郎 (えひめ じろう)	〇〇市〇〇町〇丁目〇-〇	長男		
③					
家族構成図 主・主介護者 ☆キーパーソン ○・女性 □・男性 ☆キーパーソン:決定権のある人		経済状況	年金(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有 厚生年金) 収入(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 課税の状況(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 公費負担(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 生活保護受給(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)		
		住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 (5階建て 3階)エレベーター <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		かかりつけ医	医療機名: 〇〇〇〇医院 医師名: 〇〇 〇〇先生 TEL: (〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		
要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援1・ <input type="checkbox"/> 要支援2 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護1・ <input type="checkbox"/> 要介護2・ <input type="checkbox"/> 要介護3・ <input type="checkbox"/> 要介護4・ <input type="checkbox"/> 要介護5 (有効期限: 〇〇年 〇〇月 〇〇日 ~ 〇〇年 〇〇月 〇〇日)				
サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護(〇 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護(〇 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護(〇 回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハビリ(2 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ(〇 回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所(〇 回/月) <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与(ベッド) <input type="checkbox"/> その他()				
施設の申し込み		<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 施設名:			
現病歴	40歳頃から高血圧、糖尿病。55歳から治療開始・現在治療中(高血圧:内服、糖尿病:インスリン注射(妻))。脳梗塞後遺症。		既往歴 70歳脳梗塞 アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:		
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input checked="" type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input checked="" type="checkbox"/> II a・ <input type="checkbox"/> II b、 <input type="checkbox"/> III a・ <input type="checkbox"/> III b、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M 指定難病受給者証:(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有)				
入院に至るまでの病状変化や経過	1週間前から頭痛あり。〇/〇朝食中に箸を落として、ろれつが回らなくなり、救急車で〇〇病院に入院した。				
生活状況	20歳頃から飲酒(日本酒 4合/日)、喫煙(20本/日)。現在も飲酒、喫煙をやめる気はない。デイケアでは喫煙できないと不満の様子。入浴は、デイケアに行った時に入っている。時々、デイケアでトラブルがある。日常生活は、妻に全面依存しており、妻は夫がデイケアに行っている時に休めるくらい。				
本人の性格、気質	短気で頑固。言い出したら聞かない。気に入らないことがあると妻にあたる。				
服薬状況	お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) (H〇〇年〇〇月〇〇日 時点) 状況: お薬の管理は、妻がしている。夫婦ともに飲み忘れることがある。調子がいい時は自己中断することもあり、妻は夫に強く言うことができない。 高血圧の薬(〇〇〇〇)				
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
食事	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他)
					主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー とろみ剤使用: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 副食: <input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(<input type="checkbox"/> とろみ付)
更衣	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input checked="" type="checkbox"/> 通所系サービス
排泄	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ 回数:排尿(5)回/日 排便(1)回/2日
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 飲み忘れ <input checked="" type="checkbox"/> 自己判断による中止
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()				頻度 興奮: 数回/日
医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じよくそう <input type="checkbox"/> その他()				
その他身体状況	上下左片マヒ(軽度)				
【本人の生活への意向】 ・本人は妻の介助を受けながらの在宅生活を希望している。 ・好きなこと(お酒・たばこ)をやめてまで長生きしたくないと言っている。 【在宅生活の目安】 ・本人が希望する在宅生活には、屋内の杖歩行が困難な場合は住宅改修が必要です。					

*この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。
*既存の様式を活用しても構いません。

VII 情報共有シート(様式2)
退院調整共有情報

記入日:平成 年 月 日
退院予定日:平成 年 月 日

医療機関名		担当者名	
電話番号		FAX番号	
フリガナ氏名	生年月日	明・大・昭 年 月 日	年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女
入院期間	平成 年 月 日()~平成 年 月 日()(予定)		キーパーソン氏名: 続柄: TEL:
要介護度	介護認定(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 申請中(<input type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 更新・ <input type="checkbox"/> 区分変更)		退院後の連絡先
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> IIa・ <input type="checkbox"/> IIb、 <input type="checkbox"/> IIIa・ <input type="checkbox"/> IIIb、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M		入院の原因となった病名
現在治療中の病名			アレルギー <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:
病院主治医	()科	かかりつけ医	
服薬状況	退院時処方(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) → お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 服薬の留意事項(*新たに処方された薬や増量となった薬があればお書きください):		
入院中の様子	日中・夜間の様子: 体重(入院時 / ()kg 最終測定 / ()kg) 身長(/ ()cm)		
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望			
ADL	自立	監視	介助
入院前と変更のあった事項、退院後の在宅生活に影響があるもの			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
移動方法	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
口腔清潔	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
食事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食(<input type="checkbox"/> 糖尿病食: Kcal <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) (摂取量 割) 水分制限 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有		
入浴	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()		
排泄	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ() 排尿:昼 回・夜 回 排便: 回/日		
その他身体状況			
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他()		
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> インスリン(回数: 回/日) <input type="checkbox"/> その他()		
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 内容: 理解度: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 問題点:		
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他()		
リハビリ目標(リハビリから確認):			
今後の治療予定	次回受診予定日(平成 年 月 日)		
退院後のサービス関連	サービス希望(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 変更や追加の必要性(<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有) 介護サービス利用(特に通所系)にあたっての医療上の注意点(再開時期の目安):		
在宅生活における留意事項			

*この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。
*既存の様式を活用しても構いません。

退院調整共有情報

記載例

記入日:平成〇〇年〇〇月〇〇日
退院予定日:平成〇〇年〇〇月〇〇日

医療機関名	〇〇〇〇病院		担当者名	〇〇 〇〇	
電話番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇		FAX番号	(〇〇〇) 〇〇-〇〇〇〇	
ふりがな氏名	えひめ 愛媛	たろう 太郎	生年月日	〇明・〇大・〇昭 〇年〇〇月〇〇日	年齢 75歳 性別 男・女
入院期間	平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日(金)~平成 〇〇年 〇〇月 〇〇日(水)(予定)		退院後の連絡先	キーパーソン 氏名: 愛媛 次郎 続柄: 長男 TEL: 〇〇〇-〇〇〇〇-〇〇〇〇 仕事中は電話に出ることができないため、着信を残しておくとかけ直してくれる。	
要介護度	介護認定(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 申請中(<input type="checkbox"/> 新規・ <input type="checkbox"/> 更新・ <input type="checkbox"/> 区分変更)		入院の原因となった病気	脳梗塞(再発)	
障害等認定・自立度	身体・精神・療育手帳(<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 級) 障害高齢者自立度: <input type="checkbox"/> J、 <input type="checkbox"/> A1・ <input type="checkbox"/> A2、 <input checked="" type="checkbox"/> B1・ <input type="checkbox"/> B2、 <input type="checkbox"/> C1・ <input type="checkbox"/> C2 認知症高齢者自立度: <input type="checkbox"/> I、 <input type="checkbox"/> IIa・ <input checked="" type="checkbox"/> IIb、 <input type="checkbox"/> IIIa・ <input type="checkbox"/> IIIb、 <input type="checkbox"/> IV、 <input type="checkbox"/> M		アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有 禁忌事項:	
現在治療中の病気	高血圧、糖尿病		病院主治医	(脳神経外科) 〇〇 〇〇 先生 かかりつけ医 〇〇クリニック 〇〇 〇〇先生	
服薬状況	退院時処方(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) → お薬手帳(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 服薬の留意事項(*新たに処方された薬や増量となった薬があればお書きください): 飲み忘れに注意してください。インスリンの単位数が変わります。				
入院中の様子	日中・夜間の様子: 夜間は眠れず、不安になることがあります。不眠の場合は服薬により睡眠確保しています。 体重(入院時 〇/〇 (90)kg 最終測定 〇/〇 (85)kg) 身長(〇/〇 (165)cm)				
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望 脳梗塞の再発のため、左片マヒが中度にまで進みました。4点杖歩行を訓練中ですが実用ではありません。日常は車いす移動です。お薬はきちんと飲んでください。 ⇒本人は動きにくくなったことにショックを受けています。妻は介護不安が強くなっています。自宅での生活を希望されていますが、入院前より介護が必要であると言っています。長男は自宅でのリハビリを希望しています。					
ADL	自立	支援	介助	全介助	入院前と変更のあった事項、退院後の在宅生活に影響があるもの
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用: <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input checked="" type="checkbox"/> 治療食(<input checked="" type="checkbox"/> 糖尿病食: 1,600Kcal <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 9 割) 副食: <input checked="" type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) (摂取量 9 割) 水分制限 <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有: 1日 ml とろみ剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input checked="" type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他())
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input checked="" type="checkbox"/> オムツ(夜間のみリハビリパンツ) 排尿: 昼5回・夜1回 排便: 1回/2日
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
その他身体状況	上下左片マヒ(中度)				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・ <input type="checkbox"/> 幻聴 <input checked="" type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input checked="" type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> その他())				
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> IVH <input type="checkbox"/> じょくそう <input checked="" type="checkbox"/> インスリン(回数: 1 回/日) <input type="checkbox"/> その他())				
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(内容: 糖尿病食、転倒防止のための介助方法) 理解度: <input type="checkbox"/> 十分 <input checked="" type="checkbox"/> 不十分 問題点: ・妻は体格が小さく、腰痛もあるため夫を支える方法を説明しても上手くできない。 ・糖尿病食の説明をしたが、本人の味付けへのこだわりが強いため妻は不安である。				
感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA <input type="checkbox"/> その他())				
リハビリ目標(リハビリから確認): 左側の関節の拘縮予防。室内歩行時の4点杖歩行の安定。室内歩行を安定させ自宅トイレの利用を目指す。					
今後の治療予定	確実な服薬とリハビリ 次回受診予定日(平成〇〇年〇〇月〇〇日)				
退院後のサービス関連	サービス希望(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 変更や追加の必要性(<input type="checkbox"/> 無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有) 介護サービス利用(特に通所系)にあたっての医療上の注意点(再開時期の目安): 病状管理のために訪問看護の利用を検討してはどうか。室内歩行の確立のために訪問リハビリが望ましい。				
在宅生活における留意事項 ・ 以前のように自分の体が動くと思いき、バランスを崩したりするので、転倒に気をつけてください。 ・ 確実な服薬による体調管理が必要です。 ・ 不眠が続くと自分の体の状態を悲観して、いらだちや暴言で妻を困らせたり、昼夜逆転する場合があります。不眠の場合は、早めに眠剤を服用してください。					

* この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。
* 既存の様式を活用しても構いません。

Ⅷ 松山圏域関係機関一覧

1 医療機関

病院	郵便番号	住所	電話番号	FAX
松山圏域 53				

2 市町 介護保険担当課

市町	郵便番号	住所	電話番号	FAX

3 地域包括支援センター

地域包括支援センター	郵便番号	住所	電話番号	FAX
松山市 11(内基幹型1)				
伊予市 1				
東温市 1				
久万高原町 1				
松前町 1				
砥部町 1				

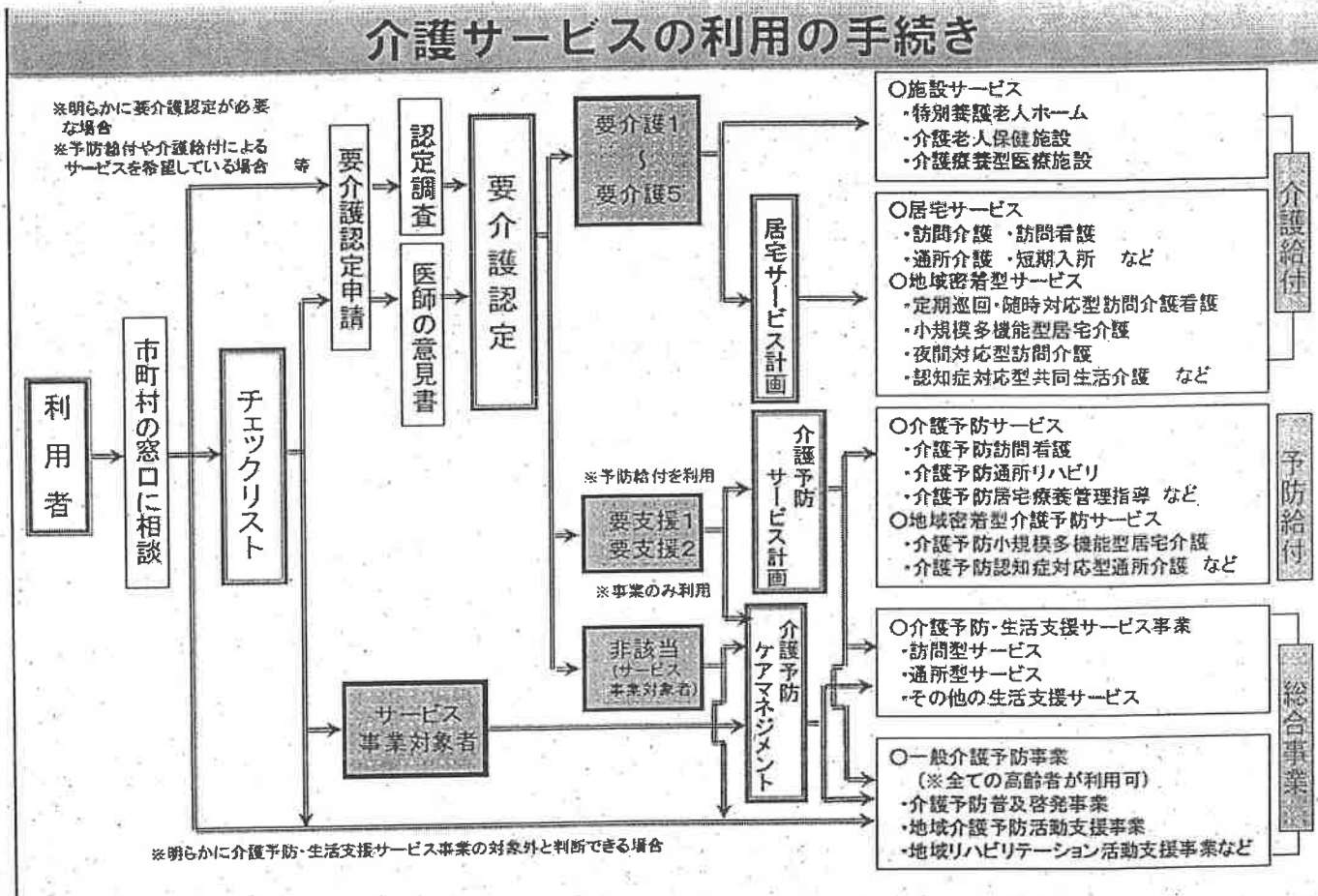
4 居宅介護支援事業所

事業所	郵便番号	住所	電話番号	FAX
松山市 220 伊予市 11 東温市 11 久万高原町 5 松前町 7				

IX 参考資料

【参考資料1】

介護サービスの利用の手続き



(出典) 厚生労働省ホームページ「公的介護保険制度の現状と今後の役割」

(※) 要介護認定結果は原則、申請から30日以内に通知があります。

(※) 詳しくは市町介護保険担当課にお問い合わせください。

【参考資料2】

介護保険が適用される特定疾病（40歳から65歳未満の被保険者）

介護保険法の総則（第7条第3項第2号）において介護保険の要介護者は、「要介護状態にある40歳以上65歳未満の者であって、その要介護状態の原因である身体上または精神上的の障害が加齢に伴って生ずる心身の変化に起因する疾病であって政令で定めるもの（以下「特定疾病」という。）によって生じたものであるもの」と定義されています。

【特定疾病の16疾病】

- 1 がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断するものに限る。）
- 2 関節リウマチ
- 3 筋萎縮性側索硬化症
- 4 後縦靭帯骨化症
- 5 骨折を伴う骨粗鬆症
- 6 初老期における認知症（法第5条の2に規定する認知症：脳血管疾患、アルツハイマー病その他の要因に基づく脳の器質的な変化により日常生活に支障が生じる程度にまで記憶機能及びその他の認知機能が低下した状態をいう。）
- 7 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- 8 脊髄小脳変性症
- 9 脊柱管狭窄症
- 10 早老症
- 11 多系統萎縮症
- 12 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 13 脳血管疾患
- 14 閉塞性動脈硬化症
- 15 慢性閉塞性肺疾患
- 16 両側の膝関節又は股関節に著しい変性を伴う変形性関節症

【参考資料3】

退院調整が必要な患者の基準

— 退院調整が必要と思われる状態 —

【身体関係】

- ADLの低下
 - ・立ち上がりや移動に介助が必要
 - ・食事に介助が必要
 - ・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 日常生活に支障を来すような症状がある認知症
- 医療処置が必要あるいは新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置など）が追加された
- がん末期 等

【環境関係】

- 独居または家族介護力が低い状態で、調理、掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要
- 虐待の疑いがある
- 身寄りがなく金銭管理ができない
- 経済的に困っている
- 住環境に問題がある 等

*平均在院日数が2週間程度の場合、入院1週目で、
平均在院日数が3週間程度の場合、入院2週目で判断してください。

⇒ 地域包括支援センターまたは選定した居宅介護支援事業所へ連絡

*要介護認定申請がない、介護サービス利用がない等気がかりな場合は地域包括支援センターへ連絡してください。

【 参考資料 4 】

障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する。 1、交通機関等を利用して外出する。 2、隣近所へなら外出する。
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない。 1、介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活している。 2、外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている。
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッドでの生活が主体であるが、座位を保つ。 1、車いすに移乗し、食事、排せつはベッドから離れて行う。 2、介助により車いすに移乗する。
	ランク C	一日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する。 1、自力で寝返りをうつ。 2、自力では、寝返りもうてない。

*判定に当たっては、補装具や自助具等の器具を使用した状態であっても差し支えない。

【 参考資料 5 】

認知症高齢者の日常生活自立度

ランク	判断基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内及び社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来すような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
II a	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等。
II b	家庭内でも上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番が出来ない等。
III	日常生活に支障をきすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
III a	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声を上げる、火の不始末、不潔行為、性的異常行動等。
III b	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIII aに同じ。
IV	日常生活に支障をきすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ。
M	著しい精神症状や問題行動あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等。

X 引用・参考文献

- 1 株式会社日本能率協会総合研究所. 平成27年度高齢者リハビリテーションの機能強化事業都道府県医療介護連携調整実証事業 報告書 資料編:二次医療圏等のコーディネーター組織の担当者向け退院調整ルール策定マニュアル. 平成28年3月
- 2 今治保健所・今治圏域退院支援ルール. 平成30年3月
- 3 八幡浜保健所..八幡浜保健所管内（八幡浜・大洲医療圏域）における退院支援ルールの手引き. 平成30年3月

平成●●年●月●日作成

愛媛県中予保健所 企画課

住所 〒790-8502 愛媛県松山市北持田町 132 番地

電話 089-909-8755

Fax 089-931-8455

公式ホームページ

