

宇和島圏域における 入退院時の支援ルール



(事務局：宇和島保健所)

目 次

1	目 的	1
2	ルールに携わる関係機関	1
3	入退院時の支援ルール	1
	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	
	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	
	
	3) 入院前に要介護認定を受けていない場合	
4	退院調整が必要な患者の基準	8
5	退院調整が必要な患者の基準（補足）	9
6	運用上の留意事項	10
7	情報共有シート	
	（様式1）入院時情報提供書	11
	（様式2）退院・退所情報記録書	13
	（様式3）脳卒中発症連絡票（病院→各市町）	14
8	宇和島圏域関係機関一覧	15
	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 脳卒中発症者連絡先	
	⑤ 居宅介護支援事業所	
	⑥ 訪問看護ステーション	
参考資料		
	参考資料1 介護サービスの利用の手続き	21
	参考資料2 介護保険が適用される特定疾病	22
	参考資料3 障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）	23
	参考資料4 認知症高齢者の日常生活自立度	24
9	引用・参考文献	25

宇和島圏域における入退院時の支援ルール

1 目的

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。

平成30年度に宇和島保健所において医療機関とケアマネジャー間の退院時連携の現状を把握するために、居宅介護支援事業所及び地域包括支援センター所属のケアマネジャーを対象としたアンケート調査を実施しました。

その結果、「退院調整の連絡もれがある」「どのような人を連絡すればいいのか判断に迷う」「本人・家族が伝えられると判断した」「連絡から退院するまでの日数が短い」「医療に対して敷居が高い」など連携に関する課題が明らかになりました。

これらを受けて、医療機関地域連携室、在宅のケアマネジャー、訪問看護ステーション、保健分野保健師等の代表、各市町地域包括支援センターの関係者で協議を行い、「宇和島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。

また、宇和島圏域は高血圧、脳卒中の発症率が高く、要介護となる原因疾患の中でも脳血管疾患の重症化、再発予防が、介護予防、重度化予防の喫緊の課題となっています。そこで、入退院時の支援ルールの中に、65歳未満の脳卒中発症者の退院の際は、医療機関から各市町の担当者に連絡するルールも加えることとし、連絡を受けた市町の保健師は再発予防、重度化予防に向けた支援を行うこととしました。

関係者が共通のルールを確認することで、経験等に関わらず一定ラインを保ちながらスムーズな連携を図り、退院時支援がなかったために困ったという事例を1例でもなくすことにより、住民が退院後も安心して地域で生活できることを目指します。

2 ルールに携わる関係機関

宇和島保健所管内の4市町（宇和島市・松野町・鬼北町・愛南町）に所在する医療機関（病院12）、居宅介護支援事業所、地域包括支援センター、保健分野保健師等とします。

3 入退院時の支援ルール

入退院時の支援ルールとは、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、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を参照

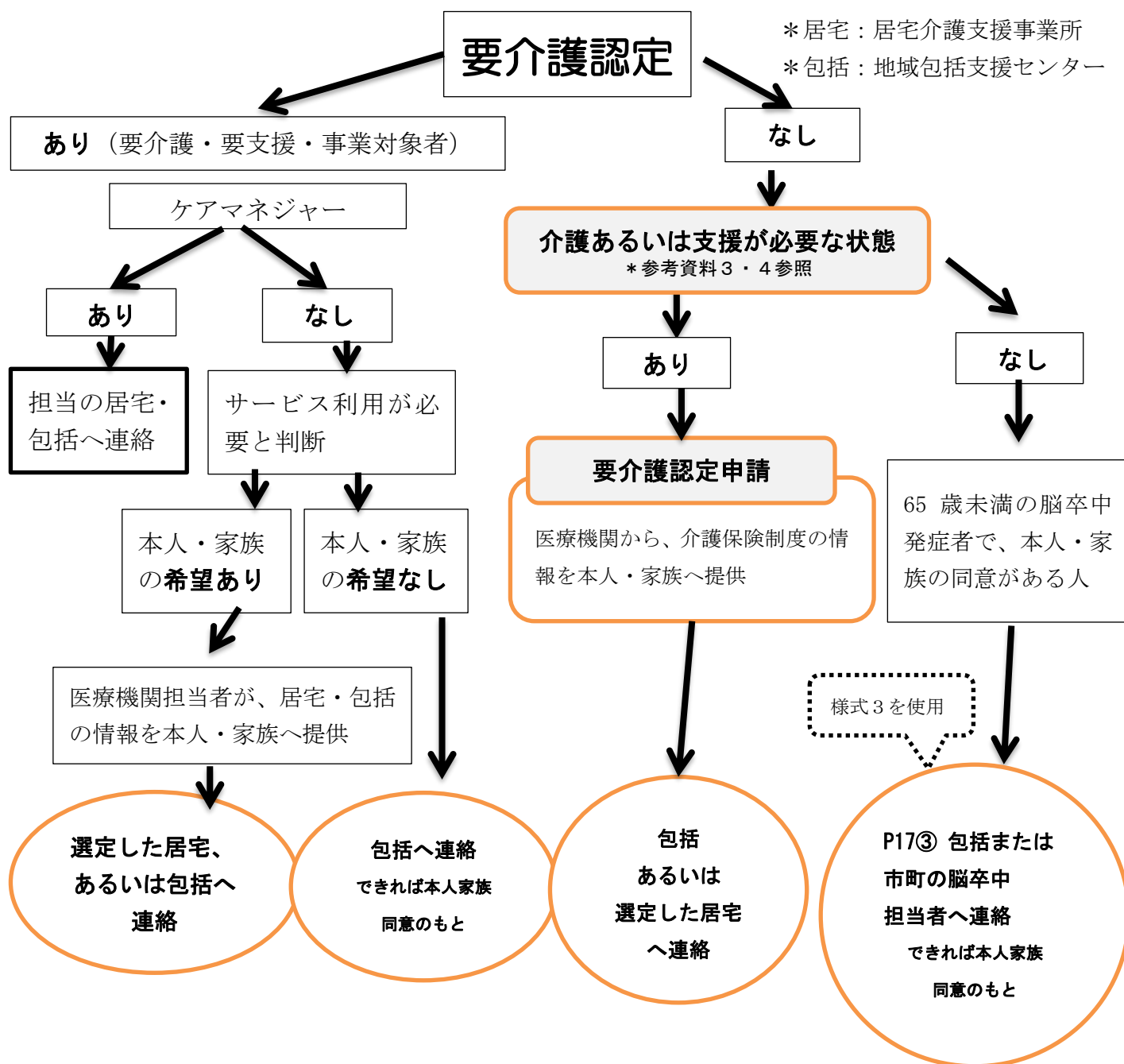
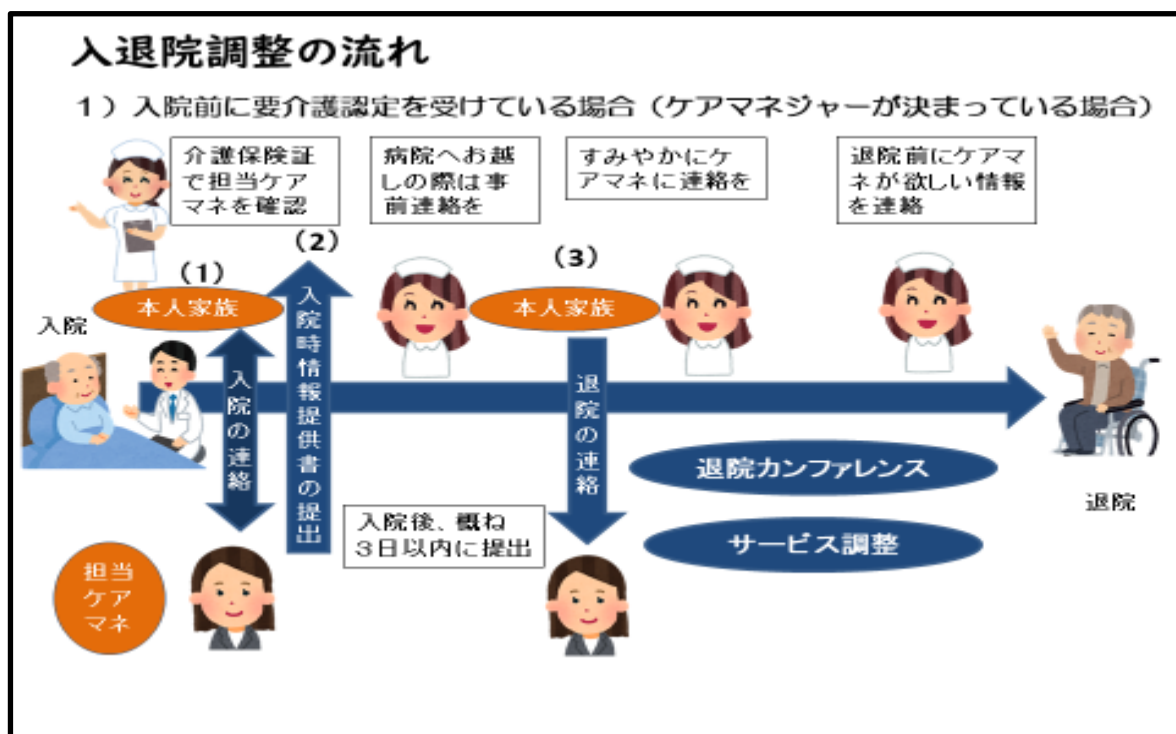


図1 介護保険の認定状況と入退院支援フロー図

【 要介護認定の確認 】

- まず、介護保険証を確認し、要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 (患者・家族または医療機関⇒ケアマネ、ケアマネ⇒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、患者・家族より担当ケアマネジャーへ入院した旨を連絡するよう促す。
- ・入院の事実については、医療機関、ケアマネジャー等、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 概ね3日以内に「様式1 入院時情報提供書」(※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。

*事前に「みさいやネット」に登録のある方については、ICTを活用する（宇和島市）

《注目：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・家族に次のことを伝えておく（声かけ、準備をしておく。）

- ・介護保険証やお薬手帳等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。

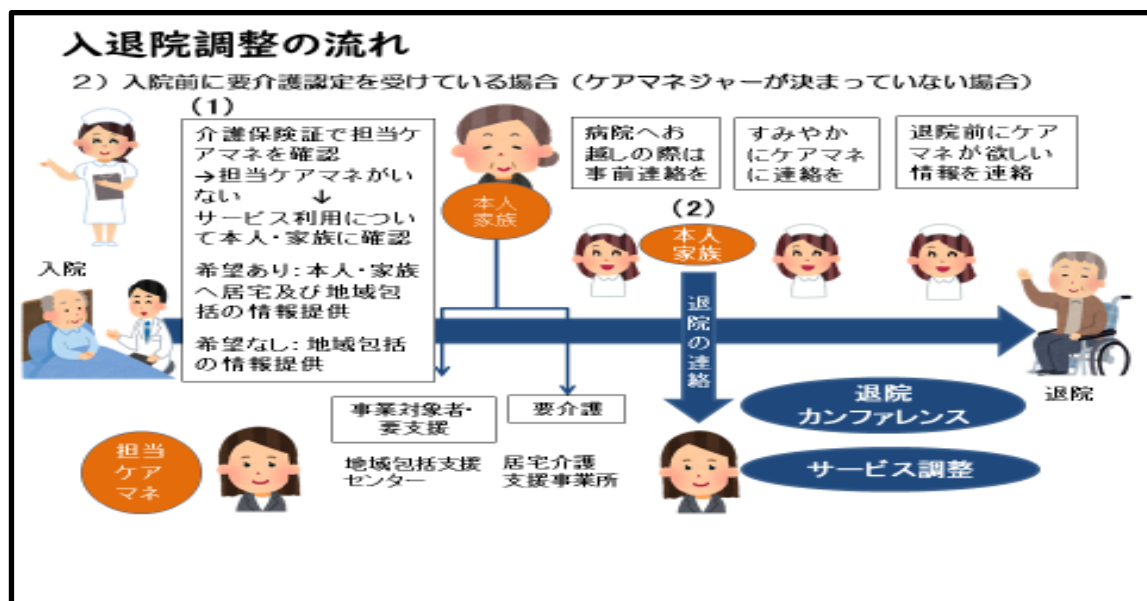
*医療機関担当者は、患者・家族に「ケアマネさんから名刺などもらっていないですか」等 お声かけください。

（3）退院の連絡

- ・退院が決定したらすみやかに、医療機関担当者は、本人・家族より、担当ケアマネジャーに退院予定日の連絡をするよう促す。また、医療機関担当者は「様式2 退院・退所情報記録書」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）の内容をケアマネに情報提供する。
 - *医療機関は、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）を考慮してください。
 - *転院の場合は、可能な限り「様式1 入院時情報提供書」（※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。
 - *様式2 退院・退所情報記録はケアマネジャーが記載します。
- ・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。

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。(P17-②、③参照)
- ・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

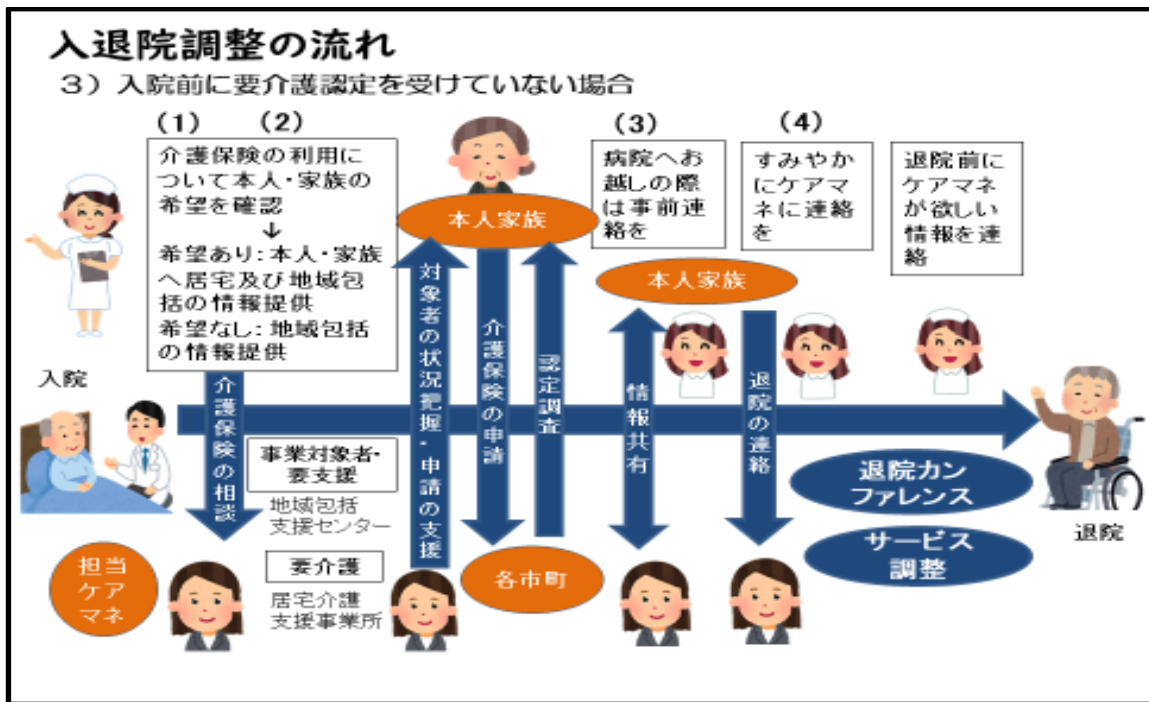
- ・退院が決定した場合はすみやかに、医療機関担当者は本人・家族より担当ケアマネジャー(上記(1)により決定したケアマネジャー)に退院予定日について連絡をするよう促す。また、医療機関担当者は「様式2 退院・退所情報記録書」(※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい)の内容をケアマネジャーに情報提供する。
- ・ケアマネジャーにとって退院時が初めての関わりになることから、退院前カンファレンス等を活用して、相互が情報を確認・共有することが望ましい。
 - *住宅改修や区分変更が必要な場合は、一定の期間が必要になります。
 - *急性期状態の区分変更は各市町介護保険担当課にご相談ください。
 - *様式2 退院・退所情報記録はケアマネジャーが記載します。

(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。(P17-②、③参照)
- ・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。

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「4 退院調整が必要な患者の基準」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本人・家族が直接地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等に相談が可能であれば優先し、難しい状況であれば医療機関より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、本人・家族、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それぞれ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け付けた場合は、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、すみやかに本人・家族、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

- ・退院予定日が決定したらすみやかに、医療機関担当者は、本人・家族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）に連絡をとるよう促す。
また、医療機関担当者は、「様式2 退院・退所情報記録書」（※既存の様式がある場合はそれを用いてもよい）の内容をケアマネジャーに情報提供する。
- ・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。
 - *様式2退院・退所情報記録はケアマネジャーが記載します。

(5) 脳卒中発症者の連絡体制

- ・各医療機関において、入院中の脳卒中発症者のうち、65歳未満で、退院の際に介護認定されていない人については、重度化予防、再発予防の観点から各市町の保健師に連絡する。

(脳卒中発症者連絡先等) (P17-④参照)

- ・連絡方法については、脳卒中発症者連絡票（病院→各市町）の内容に基づいて、電話で口頭連絡する。
- ・医療機関担当者は、市町への連絡に際し、「管内市町の脳卒中発症者への支援」チラシ（別紙）を参考にして、本人及び家族の同意を得るものとする。（口頭同意で可）
- ・連絡を受けた各市町保健師は、本人または家族に連絡をとり、再発予防に向けた個別支援を行う。

4 退院調整が必要な患者の基準

*P3 1)、P5 2)、P6 3)のそれぞれの場合に応じて、退院調整が必要な患者（要介護、要支援・事業対象者の一部の患者）について、下記を参考に確認し、地域の居宅介護支援事業所や地域包括支援センターへ連絡する。

■1 入院前に要介護認定を受けている場合

I 入院前にケアマネジャーが決まっている場合

在宅退院の場合、状態に関係なく引き継いでください。

「要介護」→ 居宅介護支援事業所へ連絡

「要支援」「事業対象者」 ①委託の場合 → 委託先の居宅介護支援事業所へ連絡
② ①以外は → 地域包括支援センターへ連絡

II ケアマネジャーが決まっていない場合

I) サービスの利用が必要と判断し、本人・家族も希望している場合

「要介護」→ 本人・家族が選んだ居宅介護支援事業所へ連絡

「要支援」→ 地域包括支援センターへ連絡

II) サービスの利用が必要と判断するが拒否している場合

「要支援」「要介護」 → 地域包括支援センターへ連絡（できれば本人・家族の同意のもと）

■2 入院前に要介護認定を受けていない場合

*介護保険申請の支援

- ・医療機関は、介護保険制度の説明を行い、介護保険申請を家族が行えるよう支援する。
- ・地域包括支援センターは、医療機関から相談があった場合は、担当者と連携しながら支援する。

I 必ず退院調整が必要な患者（要介護レベル）

障害高齢者の日常生活自立度：B1以上

認知高齢者の日常生活自立度：IIa以上

どちらかが当てはまれば

→ 家族が選んだ居宅介護支援事業所へ連絡

*利用の必要があるが拒否している場合



→ 地域包括支援センターへ連絡

II それ以外で見逃してはいけない患者（要支援レベルの一部）

障害高齢者の日常生活自立度：A2以下

認知高齢者の日常生活自立度：I以下

上記の場合で

*介護保険の利用に、本人・家族の希望がある

*利用の必要があるが拒否している

*独居または介護力が低い



→ 地域包括支援センターへ連絡
(本人・家族の同意のもと)

III 重症化・再発予防が必要な患者（非該当レベル）

○在宅で生活習慣の改善が必要な方

○65歳未満の脳卒中発症者

■3 要介護認定を受けているかいないか不明の場合

*各市町介護保険担当課に問い合わせ、情報を得て、■1、■2の対応をする。

入院後1～2週間時点で、「在宅退院ができそう」と判断する基準

I 病状が、ある程度、安定した状態である

II 家族等による、在宅での介護が可能そうである



*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。

5 退院調整が必要な患者の基準（補足）

P8 在宅への退院調整が必要な患者の基準に係る補足を挙げている。

■入院前に要介護認定を受けていない場合（要介護レベル、要支援レベルの一部の患者）は、P23、24 日常生活自立度を確認したうえで、以下状況を参考に判断する。

■ 入院前に要介護認定を受けている場合

I ケアマネジャーが決まっていない場合

（I）サービスの利用が必要と判断し、本人・家族も希望している場合

→医療機関の連携室に情報が届いていないケースもあり、また、家族が動いているかどうか不明などに対して、地域からの情報提供が必要。

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

I 必ず退院調整が必要な患者（要介護レベル）

65歳以上の方、又は、40～64歳の方で特定疾病がある方で以下の項目が1つでもあれば。

- 立ち上がりや歩行に介助が必要
 - ・住宅改修やベッドレンタルが必要
- 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
 - ・ポータブルトイレを一人で利用できる場合は認知機能にあまり問題無ければ要支援レベルと思われる
- 日常生活に支障を来すような症状がある認知症
 - ・精神状態が不安定な人
- 追加項目
 - ・入浴に介助が必要
 - ・胃瘻、ストマ、吸引、在宅酸素等医療処置のある人
 - ・住宅改修が必要
 - ・福祉用具が必要な方
 - ・重度身体障害、難病患者
 - ・服薬管理に介助が必要な方（管理ができないほどの認知症がある等の背景あり）

II それ以外で見逃してはいけない患者（要支援レベルの一部）

- 在宅では、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な方
 - ・服薬管理に介助が必要な方
 - ・MRSAや緑膿菌などの感染症
- （ADLは自立でも）がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置など）が追加された方
 - ・本人または家族が介護保険サービスを利用する意向がない場合（本人、家族の生き方に対する考え方や経済的な理由等）
 - ・介護サービスを受け入れ難い方
 - ・軽度でも認知症状があり、周囲の見守りが必要な方
 - ・生活は出来ても家屋、住環境に支障がある人

III 重症化・再発予防が必要な患者（非該当レベル）

- 在宅で生活習慣の改善が必要な方
- 65歳未満の脳卒中発症者

6 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。

入院時情報提供書 <在宅版>

医療機関名：
 ご担当者名：



事業所名：
 ケアマネジャー氏名：
 TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、____年__月__日時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について					
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月 日 生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()				
2. 家族構成/連絡先について					
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()				
主介護者氏名	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号			
意思決定支援者(代諾者)	(続柄・才) (同居・別居)	電話番号			
3. 意思疎通について					
視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話ができる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である		
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難				
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
4. 口腔・栄養について					
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)		
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()		
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない		
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
特記事項					
5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付					
内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)		
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法：)				
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助				
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否				
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()		
6. かかりつけ医について					
かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2			
医師名		医師名			
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関			
医師名		歯科医師名			
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション			
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報					
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること					
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)				
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載					
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)				
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()				
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※					
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容				

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper 肢	<input type="checkbox"/> 左 upper 肢	<input type="checkbox"/> 右 lower 肢	<input type="checkbox"/> 左 lower 肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換 (時間毎)		<input type="checkbox"/> その他 ()			<input type="checkbox"/> なし	
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動 (屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動 (屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についての程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
	過去半年間における入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり (頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)								
9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等									
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 () ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：								
10. 今後の在宅生活の展望について (ケアマネジャーとしての意見)									
住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類 (戸建て・集合住宅) _____階建て、 居室 _____階、 エレベーター (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()								
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名： _____ 続柄： _____ 年齢： _____)								
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
特記事項									
11. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)									
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()								

様式2 (*ケアマネが記載)

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日: 年 月 日

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

2. 課題認識のための情報

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

* 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

* 既存の様式を使用してもかまいません

様式3 (R4.3月変更)

脳卒中発症連絡票 (病院→各市町)

受理年月日： 年 月 日

医療機関名： 担当者：

受理者：

ふりがな 氏名			生年月日	年 月 日 (歳)
性別	男 ・ 女	住所	TEL ()	
生活状況 (職業等)		家族構成		
家族等連絡先 (続柄)				
氏名 ():				
氏名 ():				
病名： 脳出血 ・ 脳梗塞 ・ くも膜下出血 ・ ラクナ梗塞 ・ その他 ()				
入院日 令和 年 月 日 () 病棟 主治医 ()				
【入院に至った経緯】				
【入院中の経過】				
【退院時の状態 (病気の受け止め状況含む)】				
退院月日	年 月 日	通院		
次回受診日	年 月 日	医療機関名	(主治医：)	
再発予防 のための 指導内容				
市町から の連絡の 同意	有 ・ 無 (同意者： 本人 ・ 家族 ・ その他)			

8 宇和島圏域関係機関一覧

①医療機関

R8.4.1時点

	市立 宇和島病院	宇和島市立 吉田病院	宇和島市立 津島病院	JCHO 宇和島病院	宇和島 徳洲会病院	正光会 宇和島病院
住所	〒798-8510	〒799-3701	〒798-3393	〒798-0053	〒798-0003	〒798-0027
	宇和島市 御殿町1-1	宇和島市 吉田町北小路甲 217	宇和島市 津島町高田丙 15番地	宇和島市 賀古町2-1-37	宇和島市 住吉町2-6-24	宇和島市 柿原1280
電話	25-1111	52-0611	32-2011	22-5616	22-2811(代)	22-5622
FAX	26-6560(連携室)	52-3000	32-2493	23-3825	22-2920	24-1182
入院時	連携室	連携室	連携室	連携室	連携室	外来
入院時情報提供書	FAX 26-6560	FAX 代表	FAX 代表	FAX 23-3825	FAX 22-2920	FAX 代表
		52-3000	32-2493			24-1182
入院中	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族
	②病棟	②病棟	②病棟	②連携室	②連携室	②病棟
	③連携室			③病棟	③病棟	
退院時	①基本は家族	①家族	①家族	①基本は家族	①基本は家族	①基本は家族
	②ワーカーの介入が必要な場合は連携室 *退院後確認は病棟	②ワーカーの介入が必要な場合は担当	②ワーカーの介入が必要な場合は連携室	②連携室 ③病棟	②介入案件のみ 連携室 ③病棟	②病棟
主治医意見書の問い合わせ	医事課	外来	連携室	連携室	医事課	医事課
主治医への照会文書	各科外来	外来	連携室	連携室	医事課	外来
ケアプラン提出先	各科外来	各科外来	連携室	連携室	連携室	外来
初診予約						

①医療機関

R8.4.1時点

	鬼北町立 北宇和病院	旭川荘 南愛媛病院	愛媛県立 南宇和病院	鎌野病院	愛南町国保 一本松病院	西本病院
住所	〒798-1392	〒798-1393	〒798-4131	〒798-0051	〒798-4408	〒798-4110
	鬼北町 近永455-1	鬼北町 永野市1607番地	愛南町 城辺甲2433-1	宇和島市 広小路2-49	愛南町 一本松5056-2	愛南町 御荘平城4289-1
電話	45-3400	45-3711	0895-72-1231	24-6611	0895-84-2255	0895-73-2121
FAX	45-3284	45-3326	0895-72-5552	0895-28-6338	0895-84-3195	0895-70-1017
入院時	病棟	①病棟	連携室	病棟	病棟	事務
入院時情報提供書	FAX 45-3284	FAX 45-3326	FAX 72-1361	FAX 28-6338	FAX 84-3195	FAX 70-1017
入院中	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族	①状態確認は基本は家族
	②病棟	②連携担当	②連携室	②病棟	②病棟	②病棟
	③連携室が介入していれば連携室	③病棟	③病棟			
退院時	①家族	①基本は家族	①家族	①家族	①家族	①家族
	②病棟 ③連携室が介入していれば連携室	②連携担当 ③病棟	②連携室 ③病棟	②病棟	②病棟	②病棟
主治医意見書の問い合わせ	総務課 医療秘書	医事課	医事課	医事課	庶務	事務
主治医への照会文書	・提出先:総合受付 ・問い合わせ:総務課 医療秘書	連携担当	連携室	医事課	庶務	事務
	・緊急時:連携室					
ケアプラン提出先	・退院患者:連携室 ・外来患者:総合受付(担当医宛)	連携担当	連携室	医事課	病棟	事務
初診予約						

②市町 介護保険担当課

市 町	担当課	〒	住 所	電話番号	FAX番号
宇和島市	高齢者福祉課	798-8601	宇和島市曙町1番地	0895-24-1111	0895-24-1126
松野町	保健福祉課	798-2102	松野町大字延野々1406番地4	0895-42-0708	0895-42-1550
鬼北町	保健介護課 介護保険係	798-1395	鬼北町大字近永800番地1	0895-45-1111	0895-45-3618
愛南町	高齢者支援課	798-4196	愛南町城辺甲2420番地	0895-73-7125	0895-73-7009

③地域包括支援センター

センター名	〒	住 所	電話番号	FAX番号
宇和島市地域包括支援センター	798-8601	宇和島市曙町1番地	0895-49-7019	0895-24-1126
松野町地域包括支援センター	798-2102	松野町大字延野々1406番地4	0895-42-1933	0895-42-1550
鬼北町地域包括支援センター	798-1395	鬼北町大字近永800番地1	0895-45-1111	0895-45-3618
愛南町地域包括支援センター	798-4196	愛南町城辺甲2420番地	0895-72-7325	0895-73-7009

④脳卒中発症者連絡先

市 町	担当課	〒	住 所	電話番号	FAX番号
	担当者名				
宇和島市	高齢者福祉課 (地域包括支援センター)	798-8601	宇和島市曙町1番地	0895-49-7019	0895-24-1126
	保健師				
松野町	松野町役場保健福祉課	798-2102	松野町延野々1406番地4	0895-42-0708	0895-42-1550
	保健師				
鬼北町	鬼北町役場保健介護課	798-1395	鬼北町大字近永800番地1	0895-45-1115 (内線3114)	0895-45-3618
	保健係 保健師				
愛南町	愛南町役場保健福祉課	798-4196	愛南町城辺甲2420番地	0895-72-1212	0895-70-1777
	保健師				

⑤居宅介護支援事業所

R 8.4.1 時点

事業所名	〒	住所	電話番号	FAX番号
きくぞのケアパーク居宅介護支援事業所	798-0015	宇和島市和霊元町4丁目1番12号	0895-28-6631	0895-28-6632
社会福祉法人正和会指定居宅介護支援事業所 やすらぎの杜	798-0077	宇和島市保田甲1932番地2	0895-20-3175	0895-27-3612
有限会社 ケアセンター宇和島	798-0060	宇和島市丸之内二丁目1番7号	0895-22-0401	0895-22-0432
独立行政法人地域医療機能推進機構宇和島病院附属居宅介護支援センター	798-0053	宇和島市賀古町1丁目2番20号	0895-23-2626	0895-24-7118
ニチイケアセンターうわじま	798-0075	宇和島市川内甲978番地1	0895-20-0135	0895-20-0137
ラポール指定居宅介護支援事業所	798-0032	恵美須町1丁目4番23号	0895-20-0194	0895-20-0195
指定居宅介護支援事業所いこい	798-0015	宇和島市和霊元町2丁目3番9号	0895-22-0213	0895-22-0212
友愛	798-0078	宇和島市祝森甲3308-1	0895-27-0311	0895-27-0311
ラポール指定居宅介護支援事業所	798-0032	宇和島市恵美須町1丁目4番23号	0895-20-0194	0895-20-0195
指定居宅介護支援事業所いこい	798-0015	宇和島市和霊元町2丁目3番9号	0895-22-0213	0895-28-6010
友愛	798-0078	宇和島市祝森甲3308-1	090-7784-6792	0895-27-0311
ケアプランセンター パール	798-0003	宇和島市住吉町二丁目6番24号 宇和島徳洲会病院内	0895-22-3071	0895-22-3071
ケアサービスひばり	798-0068	宇和島市明倫町5丁目6番17号	0895-26-2226	0895-26-2232
宇和島市社会福祉協議会 宇和島介護保険事業所	798-0003	宇和島市住吉町一丁目6番16号 宇和島市総合福祉センター	0895-23-5708	0895-25-5012
宇和島市社会福祉協議会 吉田介護保険事業所	799-3703	宇和島市吉田町東小路甲58番地5 宇和島社会福祉協議会吉田支所	0895-52-3176	0895-52-3189
宇和島市社会福祉協議会 三間介護保険事業所	798-1113	宇和島市三間町迫目126番地 三間町保健福祉センター	0895-58-1051	0895-58-1054
宇和島市社会福祉協議会 津島介護保険事業所	798-3301	宇和島市津島町岩松甲471番地 津島保健センター	0895-20-8101	0895-32-2510
ケアプラン はたじ	798-3321	宇和島市津島町下畑地 甲1125番地1	0895-32-6263	0895-32-5223
指定居宅介護支援事業所 春風	798-0012	宇和島市和霊町1534番地3	0895-23-5649	0895-49-1599
居宅介護支援事業所 笑歩会宇和島	798-0077	宇和島市保田甲981番地1	0895-27-0552	0895-27-0553
指定居宅介護支援事業所 彩	798-0082	宇和島市長堀一丁目3番25号	0895-23-1694	0895-23-1694
サポート多恵	798-0061	宇和島市御殿町9番32号	0895-25-5279	0895-25-5279

⑤居宅介護支援事業所

R8.4.1 時点

事業所名	〒	住所	電話番号	FAX番号
ケアプラン ファースト	798-0037	宇和島市丸穂町4丁目1番27号	0895-22-6040	0895-28-7701
居宅介護支援事業所 ひまわり	798-0068	宇和島市明倫町5丁目5番13号明倫ビル2階	0895-24-0240	0895-24-0250
指定居宅介護支援事業所ことのは	798-0077	宇和島市保田甲775番地	0895-49-5114	0895-49-5114
ケアプランみかん	798-0012	宇和島市和霊町1867-2グリーンハイツⅡ103号	0895-49-4423	0895-49-4423
指定居宅介護支援事業所サンランド	799-3710	宇和島市吉田町立間尻727-1	0895-20-2711	0895-52-2225
介護センター津島指定居宅介護支援事業所	798-3362	宇和島市津島町北灘乙2041番地	0895-32-4359	0895-32-4259
居宅介護支援事業所いわむら	799-3704	宇和島市吉田町魚棚20番地3	0895-52-3111	0895-52-1416
ケアステーションますほ 指定居宅介護支援事業所	798-3302	宇和島市津島町高田甲2920-1	0895-20-8110	0895-20-8113
口羽指定居宅介護支援事業所	798-3302	宇和島市津島町高田丙547-1	0895-32-5023	0895-32-5198
指定居宅介護支援事業所あかね	799-3741	宇和島市吉田町白浦3番地2	0895-52-0203	0895-52-2004
松野町社会福祉協議会	798-2101	松野町大字松丸1661番地13	0895-42-0794	0895-20-5311
社会福祉法人 鬼北町社会福祉協議会	798-1341	鬼北町大字近永782番地	0895-45-3667	0895-45-3494
介護サービスゆう居宅介護支援事業所	798-1333	鬼北町大字永野市469番地	0895-45-0638	0895-45-0917
居宅介護支援事業所アシスト	798-1343	鬼北町近永1352番地	0895-45-2244	0895-45-2244
ケアプラン すみれ	798-1333	鬼北町大字永野市638-3プラザビル202号	0895-45-3355	0895-45-3356
居宅介護支援事業所つむぎ	798-1361	鬼北町大字国遠1052番地1	0895-49-2350	0895-45-0995
南宇和郡医師会居宅介護支援事業所	798-4110	愛南町御荘平城3605番地2	0895-73-2524	0895-73-0805
指定居宅介護支援事業所自在園	798-4405	愛南町満倉2301番地1	0895-73-1551	0895-72-3115
愛南町社協 居宅介護支援事業所	798-4101	愛南町御荘菊川1157	0895-73-7775	0895-74-0521
愛ミング・ケアセンター居宅介護支援事業所	798-4110	愛南町御荘平城658-1	0895-72-5705	0895-72-5717
有限会社梅田介護サービス 居宅介護支援事業所	798-4110	愛南町御荘平城2714番地	0895-73-1821	0895-73-9011
居宅介護事業所みしょう	798-4102	愛南町御荘平山846	0895-74-0111	0895-74-0113

⑥訪問看護ステーション

R8.4.1時点

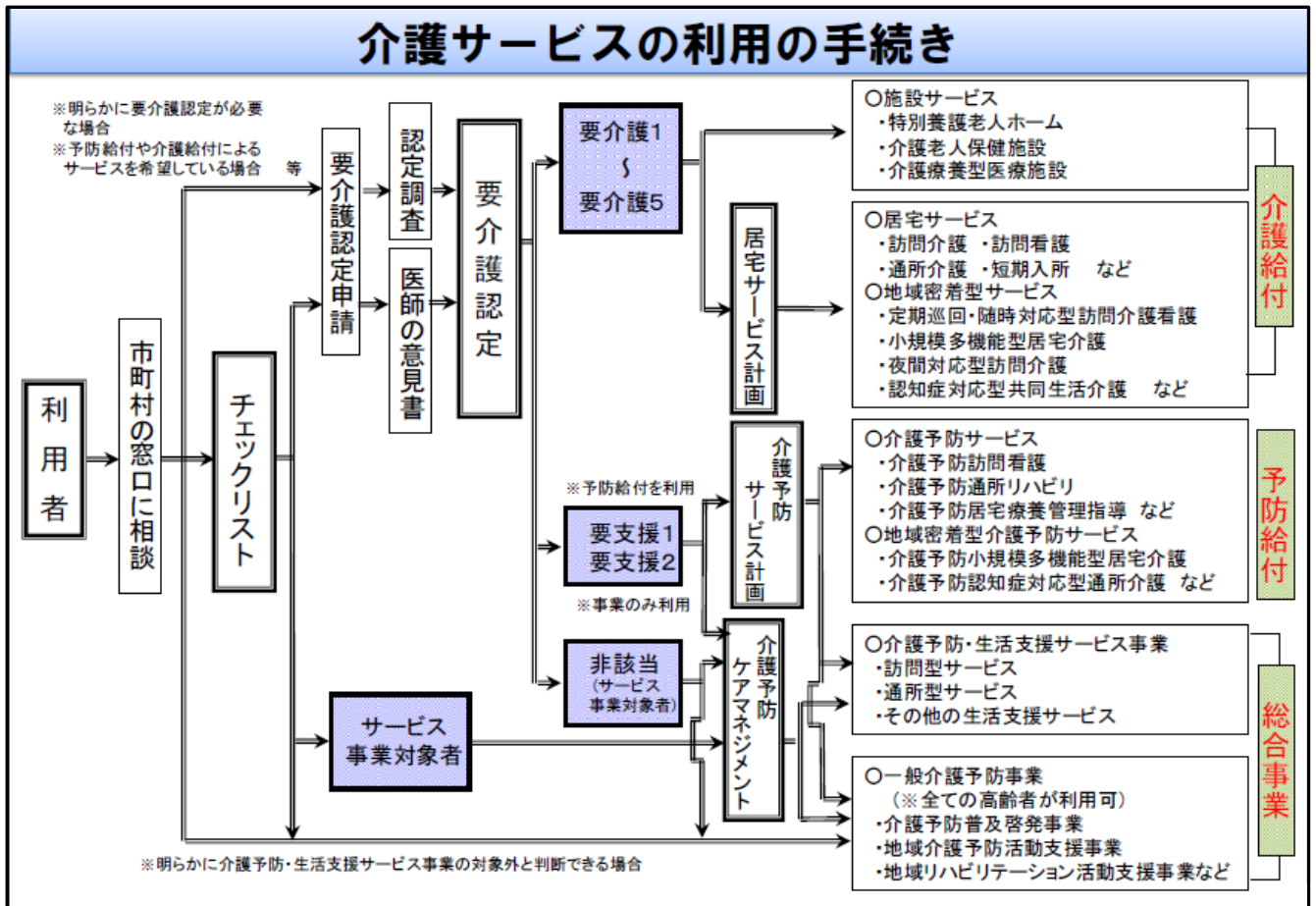
事業所名	〒	住所	電話番号	FAX番号
正光会訪問看護ステーション	798-0027	宇和島市柿原1280番地	0895-22-7839	0895-22-7839
指定訪問看護ステーションやすらぎの杜	798-0077	宇和島市保田甲1932番地2	0895-20-3176	0895-27-3612
訪問看護ステーションみずき	798-0075	宇和島市川内甲957番地4	0895-28-6185	0895-28-6186
愛ほっと訪問看護ステーション	798-0035	宇和島市新町1丁目1-14 アクティブモア本社ビル	0895-28-6566	0895-28-6567
訪問看護ステーションうわじま	798-0064	宇和島市佐伯町一丁目1番13号	0895-28-6861	0895-28-6862
訪問看護ステーションゆらり	798-0085	宇和島市宮下甲853番地1	0895-28-6810	0895-28-6772
訪問看護ステーションゆずりは	798-0078	宇和島市祝森甲3081番地1	0895-27-1874	0895-27-1873
独立行政法人地域医療機能推進機構 宇和島病院附属訪問看護ステーション	798-0053	宇和島市賀古町2丁目1-37	0895-68-0517	0895-68-0518
宇和島徳洲会訪問看護ステーション	798-0003	宇和島市住吉町二丁目6番24号	0895-22-5570	0895-22-5570
セントケア訪問看護ステーション宇和島	798-0022	宇和島市伊吹町甲1083-1 伊吹町玉井ビル201号	0895-23-6330	0895-20-1762
訪問看護ステーションここいろ	798-0060	宇和島市丸の内3丁目6-1	0895-28-6506	0895-28-6507
北宇和訪問看護ステーション	798-1392	鬼北町大字近永455番地1	0895-45-3721	0895-45-3722
希望の風 訪問看護ステーション	798-1364	鬼北町大字吉波455番地	0895-45-1210	0895-45-1211
南宇和郡医師会訪問看護ステーション	798-4121	愛南町御荘深泥703番地2	0895-73-1080	0895-73-1026
訪問看護ステーション笑む	798-4408	愛南町一本松3381-1	0895-84-2001 (代:松本クリニック)	0895-73-7150
訪問看護ステーションアロハ	798-4131	愛南町城辺甲2934番地	0895-70-1588	0895-70-1580
愛ほっと訪問看護ステーション愛なん	798-4110	愛南町御荘平城3261番地1	0895-73-7277	0895-73-7278



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 】

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 4 】

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。

9 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
- 2 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

脳卒中発症者への支援の御紹介

宇和島圏域は高血圧、脳卒中の発症率が高く、要介護となる原因疾患の中でも脳血管疾患の重症化、再発予防が、介護予防、重度化予防の喫緊の課題となっています。そこで、入退院時の支援ルールの中に、65歳未満の脳卒中発症者の退院の際は、医療機関から各市町の担当者に連絡するルールも加えることとし、連絡を受けた市町の保健師は再発予防、重度化予防に向けた支援を行うことになりました。

各市町の脳卒中発症者への支援を御紹介しますので参考にしてください。

【宇和島市】

(保険健康課)：保健師・管理栄養士が再発予防のポイントをお伝えし、退院後の生活で「取り組めること」を一緒に考えます。高血圧・糖尿病・脂質異常症等、脳卒中を引き起こした原因疾患が重症化しないように、食事や運動についてアドバイスします。

(地域包括支援センター)：介護のご心配の相談に応じます。訪問も可能です。また、経済面のご心配の相談を担当窓口につなぎます。



【松野町】

- 退院後、保健師（必要時、管理栄養士）が訪問し、再発予防リーフレットや家庭血圧の記録表をお渡しして、再発・重度化予防に向けた支援を行います。
- 必要に応じて地域包括支援センターと連携し、介護サービス等の紹介を行います。

【鬼北町】

- 退院後、保健師や栄養士等が家庭訪問し、再発予防や重症化予防に向けた支援を行います。
- 必要に応じて、お住いの地域で参加できる介護予防教室や、生活支援サービス等の紹介を行います。

【愛南町】

保健師・栄養士が脳卒中の再発予防や重症化予防のための相談に応じます。

- 退院後のご自宅での生活や、食事・運動等の相談を行います。
- 必要に応じ、地域包括支援センターと連携して介護サービスをご紹介します。

【脳卒中発症者連絡先】

R8.4.1 時点

市町	担当課	〒	住 所	電話番号	FAX 番号
	担当者名				
宇和島市	高齢者福祉課 (地域包括支援センター)	798-8601	宇和島市曙町 1 番地	0895-49-7019	0895-24-1126
	保健師				
松野町	松野町役場保健福祉課	798-2102	松野町大字延野々 1406 番地 4	0895-42-0708	0895-42-1550
	保健師				
鬼北町	鬼北町役場保健介護課	798-1395	鬼北町大字近永 800 番地 1	0895-45-1115 (内線 3114)	0895-45-3618
	保健係 保健師				
愛南町	愛南町役場保健福祉課	798-4196	愛南町城辺甲 2420 番地	0895-72-1212	0895-70-1777
	保健師				

令和2年度作成

R4.3月 一部改正（様式3）

R6.6月 関係機関一覧修正

R7.10月 関係機関一部修正

R8.4月 関係機関一部修正、別紙1修正

愛媛県宇和島保健所 企画課

住所 〒798-8511 愛媛県宇和島市天神町7番1号

電話 0895-22-5211（内線253）

Fax 0895-24-6806

