

県北地区 在宅療養に係る 入退院支援の手順書（第2版）

～病院と地域の切れ目のない

支援・連携をめざして～



平成 31（2019）年 4 月作成

令和 5（2023）年 3 月改訂

栃木県県北健康福祉センター

目 次

1 目的	1
2 共通事項	1
3 運用に関する留意事項	2
4 入退院支援・調整の手順	3
A 入院前に介護サービスを利用していた場合	
B 入院前に介護サービスを利用していない場合	
5 入退院支援対象者スクリーニングの目安	5
6 転院時の連携	5
7 介護保険サービス等の調整	6
(1) 介護保険申請の支援	
(2) 介護保険サービス申請から介護認定までの流れ	
(3) ケアプラン作成からサービス提供開始までの流れ	
(4) その他	
8 病院の連絡窓口一覧	9
9 地域包括支援センター一覧	14
10 市町介護保険担当窓口一覧	15
11 参考資料	16
(1) 入退院共通連携シート様式	
(2) 関係機関情報	

1 目的

この「入退院支援手順書」は、要介護・要支援状態の患者が、自宅などから病院に入院する際、又は病院から自宅などへ退院する際に、病院の担当者とケアマネジャーが着実にその情報を共有するためのルールです。病院関係者と在宅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。

なお、適宜、関係者に運用状況を確認し、必要な見直しを行っていきます。

2 共通事項

(1) 適用地域

県北保健医療圏

(大田原市・矢板市・那須塩原市・さくら市・那須烏山市・塩谷町・高根沢町・那須町・那珂川町)

(2) 運用開始時期

令和元(2019)年6月

(3) ルールを使用した支援の対象者

自宅等(※)から病院に入院、又は病院から自宅等へ退院する方(利用者)で、下記①～③のいずれかに該当する方

- ① 入院前に介護保険サービスを利用していた方
- 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
- ③ 病院担当者が退院支援が必要と判断した方

※「自宅等」とは、自宅のほか、介護施設を除く、サービス付き高齢者住宅、小規模多機能施設、特別養護老人ホーム、有料老人ホーム等をいいます。

(4) ルール利用者

- ・病院の入退院支援・調整担当者
- ・ケアマネジャー(居宅介護支援事業所・地域包括支援センター等)

3 運用に関する留意事項

- (1) この「入退院支援手順書」は、患者の在宅移行にあたり、医療と介護の関係者が連携して支援を行うために必要な情報共有の基本的な流れを例示したものです。情報共有の方法やカンファレンスの要否・時期・回数等については、入院の内容や患者の生活環境等に応じて、病院担当者とケアマネジャーで調整の上、決定してください。
- (2) 添付の「入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）」及び「入退院共通連携シート（医療機関→在宅・施設）」は参考様式であり、各市町や病院、事業所等の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、様式の見直しをする際の参考として活用してください。
- (3) 患者が、「入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）」が提出された医療機関から別の医療機関に転院する場合、「入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）」も転院先医療機関に引き継いでください。

4 入退院支援・調整の手順

【A 入院前に介護サービスを利用していた場合】

病院担当者の役割		ケアマネジャーの役割
	在宅療養	<ul style="list-style-type: none"> ■ 普段から家族に、入院したらケアマネジャーに連絡をするように依頼しておく ■ 利用者に対し、健康保険証と介護被保険者証を一緒に保管し、ケアマネジャーの名刺も一緒にしておくよう伝える（担当ケアマネジャーの名前がすぐ分かるように） ■ ケアマネジャーと病院とで利用者の情報を共有することについて、利用者及び家族に了解を得ておく ■ 利用者が入院した場合はケアマネジャーに連絡するよう介護サービス事業所に依頼しておく
<ul style="list-style-type: none"> ■ 担当ケアマネジャーの氏名を確認 ■ 本人・家族に、入院したことをケアマネジャーに連絡するよう説明する ■ 患者が入院したことをケアマネジャーに連絡するよう努める ■ ケアマネジャーから提出された「入退院共通連携シート」を参考に患者の入院前の生活を把握する <div style="border: 2px solid blue; border-radius: 15px; padding: 10px; margin-top: 10px;"> <p>院内カンファレンス</p> <ul style="list-style-type: none"> ★ 概ね7日以内に、関係する院内専門職等で実施 ★ 退院調整スクリーニングや退院支援計画の検討 ★ リハビリや訪問看護、介護保険サービスの利用、優先度の検討 </div> <ul style="list-style-type: none"> ■ 入院期間の見込みや患者の状態等について、入院時からケアマネジャーと連携して情報共有に努める 	入院	<ul style="list-style-type: none"> ■ 利用者の入院が分かったら速やかに入退院共通連携シートを作成し、病院に情報提供する また、その前後に適時、病院担当者に連絡を入れる（担当ケアマネジャーが誰か、連携シートが届いたかの確認等） ※できる限り早急（3日以内）に
	入院時の連絡	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院期間の見込みや患者の状態について、入院時から連携して情報共有に努める（できるだけ顔つなぎをする） ■ 退院調整に必要な事項（家族の介護力や意向等）に変化が生じた場合は、速やかに病院担当者に情報提供する ■ 退院の目処がいたら連絡をもらえるよう依頼する
<ul style="list-style-type: none"> ■ 患者の治療が終了し、治療の方向性が決定した時点で、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、病院担当者がケアマネジャーに連絡をする 	入院中の連携	<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院期間の見込みや患者の状態について、入院時から連携して情報共有に努める
<ul style="list-style-type: none"> ■ 入院前の生活状況と現状を再評価し、状況に応じて退院支援内容等を検討、修正する ■ 退院前カンファレンスの設定（院内関係者とケアマネジャーに声をかけ、参加者について調整する） ■ ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要な情報（入退院共通連携シートや看護サマリー等の内容）を準備する 	退院支援開始の連絡	<ul style="list-style-type: none"> ■ 退院前カンファレンスの参加者について、医療機関と協力して調整する
<ul style="list-style-type: none"> ■ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで調整し、病院担当者が決定する ■ 訪問診療、訪問看護が必要な場合は、医師、訪問看護ステーションと連携する 	退院前調整	<ul style="list-style-type: none"> ■ 退院時文書（入退院共通連携シートや看護サマリー等）での情報提供を依頼
<ul style="list-style-type: none"> ■ 追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで調整し、病院担当者が決定する ■ 訪問診療、訪問看護が必要な場合は、医師、訪問看護ステーションと連携する 	退院	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス担当者会議の設定
<ul style="list-style-type: none"> ■ 必要に応じて、継続受診者で状態の変化・受診中断があった場合等はケアマネジャーに連絡する 	退院時の情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ■ サービス担当者会議の設定
<ul style="list-style-type: none"> ■ 必要に応じて、継続受診者で状態の変化・受診中断があった場合等はケアマネジャーに連絡する 	退院後の情報提供	<ul style="list-style-type: none"> ■ 原則として、患者の退院後にケアプランの写しを病院に提出する ■ 主治医へケアプランの写しを提出する（医療系サービスを位置づけた場合）

退院前カンファレンス（又は病院担当者とケアマネジャーとの面談）

- ★ 退院後の生活、支援について関係職種でカンファレンスを実施（概ね退院予定の1～2週間前に実施）
- ★ 本人、家族等の意向、思いを確認し共有する
- ★ 病状、ADL、今後予測される課題等について情報共有
- ★ サービス、支援内容、配慮が必要な点について検討

サービス担当者会議

- ★ 本人・家族及び在宅支援に関わる関係職種が参加し、支援内容を共有する

【B 入院前に介護サービスを利用していない場合】

病院担当者の役割		ケアマネジャー・ 地域包括支援センターの役割
<p>院内カンファレンス</p> <ul style="list-style-type: none"> ★概ね7日以内に、関係する院内専門職等で実施 ★退院調整スクリーニングや退院支援計画の検討 ★リハビリや訪問看護、介護保険サービスの利用、優先度の検討 <p>■患者が介護保険サービスの利用を希望する場合や、病院担当者が介護保険サービス等の利用が必要と判断した場合は、家族等に居住地の市町役場または地域包括支援センターに介護サービスの利用について相談に行くように説明する</p>	<p>在宅療養</p> <p>入院</p> <p>介護保険申請の支援</p>	<p>■家族や病院から相談・連絡を受けた地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所は、概要を確認し、介護保険申請を支援する</p>
<p>■入院期間の見込みや患者の状態について、連携して情報共有に努める</p> <p>■ケアマネの病院訪問があれば情報提供をおこなう 「入院理由と経過」「家族や支援者の状況」等</p> <p>■入院中に患者・家族・ケアマネジャーの顔合わせを調整する</p>	<p>入院中の連携</p>	<p>■入院患者の担当になることが決まれば、速やかに病院担当者に連絡をいれる</p> <p>■入院期間の見込みや患者の状態について、入院時から連携して情報共有に努める</p> <p>■退院調整に必要な事項（家族の介護力や意向等）に変化が生じた場合は、速やかに病院担当者に情報提供する</p> <p>■退院の目処がいたら連絡をもらえるよう依頼する</p>
<p>■患者の治療が終了し、治療の方向性が決定した時点で、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、事業所との調整等の期間）を考慮して、病院担当者がケアマネジャーに連絡をする</p> <p>■ケアマネジャーの訪問があれば情報提供をおこなう 「在宅に向けて課題と考えられること」等</p>	<p>退院支援開始の連絡</p>	<p>■入院期間の見込みや患者の状態について、入院時から連携して情報共有に努める</p>
<p>■入院前の生活状況と現状を再評価し、状況に応じて退院支援内容等を検討、修正する</p> <p>■退院前カンファレンスの設定（院内関係者とケアマネジャーに声をかけ、参加者について調整する）</p> <p>■ケアマネジャーがケアプラン作成等に必要情報（入退院共通連携シートや看護サマリー等の内容）を準備する</p>	<p>退院前の調整</p>	<p>■退院前カンファレンスの参加者について、医療機関と協力して調整する</p>
<p>退院前カンファレンス（又は病院担当者とケアマネジャーとの面談）</p> <ul style="list-style-type: none"> ★退院後の生活、支援について関係職種でカンファレンスを実施（概ね退院予定の1～2週間前に実施） ★本人、家族等の意向、思いを確認し共有する ★病状、ADL、今後予測される課題等について情報共有 ★サービス、支援内容、配慮が必要な点について検討 		
<p>■追加のカンファレンスや退院時共同指導の実施の要否については、病院担当者とケアマネジャーで調整し、病院担当者が決定する</p> <p>■訪問診療、訪問看護が必要な場合は、医師、訪問看護ステーションと連携する</p>	<p>退院</p>	<p>■退院時文書（入退院共通連携シートや看護サマリー等）での情報提供を依頼</p>
<p>■病院担当者は、入退院共通連携シートや看護サマリー等（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等）をケアマネジャーに提供する</p>	<p>退院時の情報提供</p>	<p>■サービス担当者会議の設定</p>
<p>サービス担当者会議</p> <ul style="list-style-type: none"> ★本人・家族及び在宅支援に関わる関係職種が参加し、支援内容を共有する 		
<p>■必要に応じて、継続受診者で状態の変化・受診中断があった場合等はケアマネジャーに連絡する</p>	<p>退院後の情報提供</p>	<p>■原則として、患者の退院後にケアプランの写しを病院に提出する</p> <p>■主治医へケアプランの写しを提出する（医療系サービスを位置づけた場合）</p>

5 入退院支援対象者スクリーニングの目安

所属において、退院支援対象者のスクリーニングシート等がない場合は、下記を目安を参考に支援の必要性を判断してください。

〈退院困難な要因〉 ＊入退院支援加算の必須項目

- ① 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかである
- ② 緊急入院である
- ③ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請である（65歳以上の者、40～64歳の特定疾病の者）
- ④ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある
- ⑤ 生活困窮者である
- ⑥ 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要である
- ⑦ 排泄に介助を要する
- ⑧ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
- ⑨ 退院後に医療処置が必要である
- ⑩ 入退院を繰り返している
- ⑪ 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれる
- ⑫ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
- ⑬ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
- ⑭ その他患者の状況から判断して①～⑬までに準ずると認められる場合

6 転院時の連携

患者や家族と相談の結果、転院することが決まった場合は、病院担当者が速やかにケアマネジャーに転院の連絡を入れてください。

また、転院先の病院は、患者の担当ケアマネジャーへの情報提供を行い、支援の流れが途切れないようにしてください。

連絡をもらったケアマネジャーは、転院先の病院へ入退院共通連携シート等を提出してください。（元の病院からの提供も可能）

7 介護保険サービス等の調整

(1) 介護保険申請の支援

ケアマネジャーがいない場合、下記の目安を参考に介護保険申請の必要性を判断してください。

〈介護保険申請の目安〉

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
 - ② 食事に介助が必要
 - ③ 排泄に介助が必要、またはポータブルトイレを使用中
 - ④ 認知症の周辺症状や全般的な理解の低下がある
 - ⑤ 在宅では独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
 - ⑥ ADLは自立でもがん末期で介護保険サービス利用が必要
 - ⑦ (ADLは自立でも)新たに医療処置(経管栄養、吸引など)が追加された
- ※介護認定の結果が出るまでに約1か月を要する
※利用するサービスの調整に時間がかかることがある

◆家族等が申請できる方

《65歳以上の方：原因を問わず介護が必要になったとき》

介護保険被保険者証を持って、居住する市町役場の介護保険担当窓口又は地域包括支援センター等に認定申請に行く。

《40歳以上64歳以下の方：特定疾病が原因で介護が必要になったとき》

健康保険証を持って、居住する市町役場の介護保険担当窓口又は地域包括支援センター等に認定申請に行く。

〈介護保険の対象となる特定疾病〉

- ① がん末期 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 骨折を伴う骨粗しょう症 ⑥ 初老期における認知症
- 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形を伴う変形性関節症

◆家族等が申請できない方

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所等へ連絡し、代行申請を依頼する。

(2) 介護保険サービス申請から介護認定までの流れ

申請の相談

各市町役場や地域包括支援センターで、本人の状況や希望するサービス等を伝えます。

- ・要介護認定が必要なサービスを希望する方
- ・初めて介護サービスを利用する方
- ・利用するサービスを検討している方
- ・40～64歳の方（2号被保険者）

- ・介護予防のデイ・ヘルパー（総合事業）の利用を希望する方
- ※状態により要介護認定申請の場合あり

要介護認定の申請

認定調査

本人がいる場所に調査員が訪問する

主治医意見書

主治医に意見書の記入を依頼する

認定審査会

認定（申請から認定まで約30日）

基本チェックリスト

25の質問項目で日常生活に必要な機能が低下していないかを調べます。
基本チェックリストを実施し、該当すればサービスを利用できます。

非該当

該当

非該当

要介護

要介護1～5



要支援

要支援1・2



総合事業対象者



介護サービス
ヘルパー・訪問看護・
訪問リハ・
デイ・デイケア・
ショートステイ・
介護保険施設入所

介護予防のデイ・ヘルパーのサービス（総合事業）

介護予防サービス
デイ・ヘルパー以外
のサービス

一般介護予防事業
お住まいを管轄する地
域包括支援センターへ
ご相談ください。

福祉用具のレンタル・福祉用具購入費の支給
住宅改修費の支給

※ 上記以外にも、65歳以上の高齢者向け、ひとり暮らし高齢者及び高齢者のみ世帯に対してのサービスがあります。

(3) ケアプラン作成からサービス提供開始までの流れ

ケアマネジャーは下記の流れでケアプランを作成し、介護保険サービスを調整します。

- ①病院からの情報収集：身体機能の状態把握、要因の分析、生活機能の予後予測
- ②退院前カンファレンス：多職種で共有すべき情報を分かりやすく提供する
(必要があれば、サービス利用事業所等支援者の同席を調整する)
- ③ケアプラン原案作成：自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定
- ④サービス事業所との調整：事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供
- ⑤退院
- ⑥サービス担当者会議：本人、家族、利用者に関わるサービス機関の担当者を
集め、ケアプラン・介護サービスの内容を検討する
- ⑦サービス提供開始

(4) その他

〈介護予防・生活支援サービス事業について〉

平成 29 年 4 月から、全市町で「新しい介護予防・日常生活支援総合事業」が始まりました。従来の「介護予防通所介護」「介護予防訪問介護」相当のサービス等は、要支援の認定者だけでなく、要支援になるおそれのある人も対象になることがありますので、退院後に介護予防や生活支援が必要と思われる患者には、介護保険窓口または地域包括支援センターに相談するよう助言してください。

[内容]

・訪問型／通所型サービス

従来の事業者による介護予防訪問介護／介護予防通所介護相当のサービスに加え、NPO等による掃除・洗濯やゴミ出し、交流の場等安価なサービスも選択可能

・生活支援サービス、介護予防ケアマネジメント

※サービスの利用方法や内容は市町毎に異なります。詳しくは各市町介護保険窓口または地域包括支援センターにお問い合わせください。

8 病院の連絡窓口一覧

病院名		1	2	3	4
		那須赤十字病院	那須中央病院	室井病院	佐藤病院
住所		〒324-8685 大田原市中田原 1061-4	〒324-0036 大田原市下石上 1453	〒324-0042 大田原市末広 1-2-5	〒329-2131 矢板市土屋18
窓口名称		地域医療福祉連携課 患者サポートセンター 退院支援係	医療相談室・ 地域医療連携室	地域医療相談室	リハビリテーション課
連絡先		電話 0287-23-9777	電話 0287-29-2121	電話 0287-23-6622	電話 0287-43-0758
		Fax 0287-23-9991	Fax 0287-29-2152	Fax 0287-23-7825	Fax 0287-43-4570
		Mail renkeika@nasu.jrc.or.jp	Mail msw@nasuchuoh-hospital.jp		
		連絡の取りやすい時間帯 (祝日等の休診日は除く)	8:30~16:45(月~金) 8:30~12:30(土)第1・3	9:00~17:00(月~金) 9:00~15:00(土)	9:00~16:00(月~金) 9:00~11:00(土)
入院時情報提供書の提出方法	持参 (提出先)	○ (地域医療福祉連携課 退院支援係)	○ (医療相談室・地域医療 連携室)	○ (受付窓口)	○ (受付窓口)
	郵送 (送付先)	○ (地域医療福祉連携課 退院支援係)	○ (地域医療連携室 担当MSW宛て)	○ (地域医療相談室)	○ (担当ケースワーカー)
	Fax	○ ※送付先に原本を必ず 郵送すること	○	△ ※地域医療相談室に電 話で問い合わせること	
	電子メール				
	その他				
連携内容	院内退院 計画調整	○	○	○	○
	在宅医療 調整	○	○		○
	他医療機関紹 介・逆紹介	○	○	○	○
	他医療機関診 療支援	○	○	○	○
	介護保険 調整	○	○	○	○
	地域連携 ハコ調整	○			
退院支援に 関わる 職種・人数	医師1 看護師・保健師4 MSW7 事務7	看護師1 MSW2	PSW3	PSW7	

病院名		5	6	7	8
		国際医療福祉 大学塩谷病院	矢板南病院	菅間記念病院	黒磯病院
住所		〒329-2145 矢板市富田77	〒329-1574 矢板市乙畑1735-9	〒325-0046 那須塩原市大黒町2-5	〒325-0045 那須塩原市高砂町3-5
窓口名称		地域医療連携室	連携室	地域医療連携部	
連絡先		電話 0287-44-2722	電話 0287-48-2555	電話 0287-62-1567	電話 0287-62-0961
		Fax 0287-43-4788	Fax 0287-48-0612	Fax 0287-62-3441	
		Mail shioya- renkei@iuhw.ac.jp	Mail ymb- renkei@road.ocn.ne.jp	Mail renkei@hakuai.or.jp	
		連絡の取りやすい時間帯 (祝日等の休診日は除く)	8:30~17:30(月~土)	8:45~17:00(月~土)	8:30~17:30(月~土)
入院時情報提供書の提出方法	持参 (提出先)	○ (病棟) ※予め地域医療連携室 に連絡すること	○ (連携室)	○ (連携室又は病棟) ※看護師と直接話した い場合は病棟へ	○ (受付窓口)
	郵送 (送付先)		○ (連携室)	○ ※事前に連携室に電話 すること	○ (受付窓口)
	Fax	○ ※送付先に必ず電話す ること	○	○ ※事前に連携室に電話 すること	○ (受付窓口)
	電子メール				
	その他				
連携内容	院内退院 計画調整	○	○	○	○
	在宅医療 調整	○		○	○
	他医療機関紹 介・逆紹介	○	○	○	○
	他医療機関診 療支援	○	○	○	○
	介護保険 調整	○		○	○
	地域連携 ハコ調整	○		○	
退院支援に 関わる 職種・人数	看護師1 MSW3	看護師3	看護師・保健師1 MSW3 事務1	医師1 看護師1 事務1	

		9	10	11	12
病院名		国際医療福祉 大学病院	栃木県医師会 塩原温泉病院	那須脳神経外科病院	福島整形外科病院
住所		〒329-2763 那須塩原市井口537-3	〒329-2921 那須塩原市塩原1333	〒325-0014 那須塩原市野間 453-14	〒325-0044 那須塩原市弥生町1-10
窓口名称		地域医療連携室 医療相談室	医療連携課	地域連携医療相談室	
連絡先		電話 0287-38-2798	電話 0287-32-4112	電話 0287-62-5500	電話 0287-62-0805
		Fax 0287-38-2787	Fax 0287-31-1280	Fax 0287-62-5505	Fax 0287-63-1703
		Mail renkei-is- iuhwhp@iuhw.ac.jp		Mail renkei@houshoukai. r.jp または h.gunji@houshoukai. or.jp	
		連絡の取りやす い時間帯 (祝日等の休診日は除 く)	9:00~17:00(月~土)	9:00~17:00(月~金)	8:30~17:30(月~土)
入院時 情報提供書 の提出方法	持参 (提出先)	○ (各病棟) ※病棟が不明な場合は 地域医療連携室相談員	○ (医療連携課)	○ (地域連携医療相談室)	○ (受付窓口)
	郵送 (送付先)		○ ※事前に連携室に電話 すること		
	Fax	△ ※原則持参だが困難な 場合はFax対応可。必ず 電話で連絡すること。	○ ※事前に連携室に電話 すること		
	電子メール				
	その他				
連携 内容	院内退院 計画調整	○	○	○	○
	在宅医療 調整	○	○	○	
	他医療機関紹 介・逆紹介	○	○	○	○
	他医療機関診 療支援	○	○	○	○
	介護保険 調整	○	○	○	○
	地域連携 ハコ調整	○	○	○	
退院支援に 関わる 職種・人数	看護師4 MSW6	看護師1 MSW5	看護師1 MSW3		

病院名		13	14	15	16
		氏家病院	黒須病院	烏山台病院	南那須地区 広域行政事務組合立 那須南病院
住所		〒329-1326 さくら市向河原4095	〒329-1395 さくら市氏家2650	〒321-0605 那須烏山市滝田 1868-18	〒321-0621 那須烏山市中央 3-2-13
窓口名称		医療相談課	病診連携室	医療福祉相談 地域連携室	医療福祉相談・ 医療連携室
連絡先		電話 028-682-2911	電話 028-681-5551	電話 0287-82-2739	電話 0287-84-3492
		Fax 028-682-9190	Fax 028-681-2188	Fax 0287-82-2762	Fax 0287-84-3498
			Mail byo_renkei@kurosuhospital.jp		Mail h_soumuka@minaminasukouiki.jp
		連絡の取りやすい時間帯 (祝日等の休診日は除く)	9:00~17:00(月~土)	9:00~17:30(月~土)	9:30~16:30(月~土)
入院時情報提供書の提出方法	持参 (提出先)	○ (受付窓口)	○ (各病棟の看護師)	○ (受付窓口) ※医療福祉相談地域連携室に引き継がれる	○ (医療福祉相談・医療連携室)
	郵送 (送付先)	○ ※事前に医療相談課へ電話連絡すること	○ (病診連携室)	○ (医療福祉相談地域連携室又は各担当精神保健福祉士)	○ (医療福祉相談・医療連携室)
	Fax	○ ※事前に医療相談課へ電話連絡すること	○ (病診連携室)	○ (医療福祉相談地域連携室又は各担当精神保健福祉士)	○ (医療福祉相談・医療連携室)
	電子メール				
	その他				
連携内容	院内退院計画調整	○	○	○	○
	在宅医療調整	○	○	○	○
	他医療機関紹介・逆紹介	○	○	○	○
	他医療機関診療支援	○	○	○	○
	介護保険調整	○	○	○	○
	地域連携ハブ調整	○			
退院支援に関わる職種・人数		PSW5	看護師2 MSW2 事務2	医師1 看護師1 PSW3	医師1 看護師4 MSW1 事務1

病院名	17	18	19	20	
	菅又病院	高根沢中央病院	那須高原病院	高野病院	
住所	〒329-1207 高根沢町花岡2351	〒329-1232 高根沢町光陽台 3-16-1	〒325-0001 那須町高久甲375	〒324-0613 那珂川町馬頭2068	
窓口名称	医療介護連携室		地域医療連携室		
連絡先	電話 028-676-0311	電話 028-675-1133	電話(代) 0287-63-5511	電話 0287-92-2520	
	Fax 028-676-2399	Fax 028-675-8666	Fax(代) 0287-63-0904	Fax 0287-92-2225	
連絡の取りやすい時間帯 (祝日等の休診日は除く)	9:00~17:00(月~金)	9:00~17:30(月~水・金土) 9:00~12:00(木)	8:45~16:45(月~土)	8:30~17:00(月~金)	
入院時情報提供書の提出方法	持参 (提出先)	○ (事務課)	○ (医事課) ※休日等の場合はナースステーション	○ (受付窓口)	○ (受付窓口)
	郵送 (送付先)	○ (事務課)	○ (医事課)	○ (受付窓口)	○ (受付窓口)
	Fax	○ (事務課)	○ (医事課)	○ (受付窓口)	○ (受付窓口)
	電子メール				
	その他				
連携内容	院内退院 計画調整	○		○	
	在宅医療 調整	○			○
	他医療機関紹 介・逆紹介	○	○	○	○
	他医療機関診 療支援	○		○	
	介護保険 調整	○	○	○	○
	地域連携 ハズ調整				
退院支援に 関わる 職種・人数	看護師1 介護支援専門員1	医師1 看護師1 事務1	PSW4	医師1 看護師1 事務1	

9 地域包括支援センター一覧

	センター名	住所	電話番号	担当地域
大田原市	中央地域包括支援センター	大田原市浅香3丁目3578番地747	0287-20-1001	大田原・紫塚・金田北・金田南地区
	西部地域包括支援センター	大田原市浅香3丁目3578番地747	0287-20-2710	西原・親園・野崎・佐久山地区
	東部地域包括支援センター	大田原市黒羽田町848番地	0287-53-1880	湯津上・黒羽・川西・両郷・須賀川地区
矢板市	地域包括支援センターやしお	矢板市平野1362番地12	0287-47-5577	泉地区・矢板地区西部の行政区
	地域包括支援センターすえひろ	矢板市末広町45番地3	0287-47-7005	片岡地区、矢板地区東部の行政区
那須塩原市	基幹型地域包括支援センター	那須塩原市共壑社108番地2	0287-62-7327	各地域包括支援センターの総合調整・後方支援
	地域包括支援センター寿山荘	那須塩原市住吉町5番10号	0287-62-9655	黒磯公民館区、厚崎公民館区の一部
	地域包括支援センター秋桜の家	那須塩原市大原間83番地	0287-65-2972	東那須野公民館区
	地域包括支援センターあぐり	那須塩原市鍋掛1416番地3	0287-73-2550	豊浦公民館区、厚崎公民館区の一部
	稲村いたむろ地域包括支援センター	那須塩原市東原166番地	0287-60-3361	稲村公民館区、高林公民館区
	地域包括支援センターさちの森	那須塩原市野間453番地23	0287-60-1333	鍋掛公民館区
	地域包括支援センターとちのみ	那須塩原市井口533番地20	0287-37-1683	西那須野東部地区
	西那須野西部地域包括支援センター	那須塩原市上赤田238番地658	0287-37-8183	西那須野西部地区
	しおばら地域包括支援センター	那須塩原市下田野282番地6	0287-35-3745	塩原地区全域
さくら市	さくら市地域包括支援センターエリム	さくら市鍛冶ヶ沢57番地1	028-681-1150	氏家地区の下記以外の地区
	さくら市地域包括支援センター而今	さくら市下河戸1942番地2	028-685-3294	喜連川全域、押上、長久保、蒲須坂、松島、箱森新田、松山新田
那須烏山市	地域包括支援センターからすやま	那須烏山市南2丁目2番3号	0287-82-7272	烏山地区
	地域包括支援センターみなみなす	那須烏山市田野倉85番地1	0287-83-8760	南那須地区
塩谷町	塩谷町地域包括支援センター	塩谷郡塩谷町玉生741番地	0287-47-5173	塩谷町内全域
高根沢町	高根沢西地域包括支援センター	塩谷郡高根沢町宝積寺2240番地1	028-680-3503	阿久津中学校区
	高根沢東地域包括支援センター	塩谷郡高根沢町花岡2158番地10	028-676-0148	北高根沢中学校区
那須町	那須町地域包括支援センター（高原）	那須郡那須町高久甲4301番地（松子1）	0287-73-8881	高原地域
	那須町地域包括支援センター（那須）	那須郡那須町寺子乙2566番地1	0287-71-1138	那須・芦野・伊王野地域
那珂川町	那珂川町地域包括支援センター	那須郡那珂川町馬頭555番地	0287-92-1125	那珂川町内全域

10 市町介護保険担当窓口一覧

市町名	担当窓口	住所	連絡先
大田原市	高齢者幸福課 介護サービス係	〒324-8641 大田原市本町 1-4-1	0287- 23-8927
矢板市	高齢対策課 介護保険担当	〒329-2192 矢板市本町 5 番 4 号	0287- 43-3896
那須塩原市	高齢福祉課 介護認定係	〒325-8501 那須塩原市共墾社 108 番地 2	0287- 62-7113
さくら市	高齢課 介護保険係	〒329-1392 さくら市氏家 2771 番地	028- 681-1155
那須烏山市	健康福祉課 介護保険グループ	〒321-0526 那須烏山市田野倉 85-1	0287- 88-7115
塩谷町	高齢者支援課 介護保険担当	〒329-2292 塩谷町大字玉生 741	0287- 47-5173
高根沢町	健康福祉課 高齢者・介護係	〒329-1292 高根沢町大字石末 2053 番地	028- 675-8105
那須町	保健福祉課 介護保険係	〒329-3292 那須町大字寺子丙 3-13	0287- 72-6910
那珂川町	健康福祉課 高齢福祉係	〒324-0692 那珂川町馬頭 555	0287- 92-1119

1 1 参考資料

(1) 入退院共通連携シート様式

入退院時において、病院とケアマネジャーが情報共有していくために、栃木県看護協会・とちぎケアマネジャー協会・栃木医療社会事業協会で作成した様式です。

既存の様式がない場合や、様式の見直しをする際等の参考としてください。

■入退院共通連携シート（在宅・施設→医療機関）

■入退院共通連携シート（医療機関→在宅・施設）

（参考）・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）

・褥瘡の判定（DESIGN-R）

*シートの様式等は、栃木県看護協会のホームページからダウンロードできます。

<https://www.t-kango.or.jp/sheet.html>



様

氏名		男性 ・ 女性	生年月日		年齢	歳
住所		TEL		申請中【 新規 ・ 更新 ・ 変更 】	事業対象者	
緊急連絡先	氏名: (続柄:)	TEL	要介護度	要支援 1 ・ 2 要介護 1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5		
	氏名: (続柄:)	TEL		有効期間【令和1年10月10日～ 令和1年10月10日】		
家族構成	主な介護者	氏名: (続柄:)	本人の意向			
	家屋状況	(戸建て ・ 集合住宅) ()階建 居室()階 エレベーター(有・無)	家族の意向			
			年金の種類		国民 ・ 厚生 ・ 共済 ・ 身障	
既往歴	かかりつけ医療機関	かかりつけ医には情報提供することを伝える		主治医		
	障害者認定の有無	認定 (なし ・ あり)	障害高齢者の日常生活自立度		自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C1 ・ C2	
生活歴		身体 ()級 精神 ()級 知的 ()級	認知症高齢者の日常生活自立度		自立 ・ I ・ II a ・ II b ・ III a ・ III b ・ IV ・ M	
	在宅生活に必要な条件	(ケアマネージャーとしての意見)		虐待の可能性の有無		無 ・ 有
				入院前の介護サービスの利用状況: (居宅サービス計画書3表添付)		

入院前の状況			具体的状況・その他特記事項		
栄養	食事	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	形態	主食 : 常食 ・ 粥 ・ ペースト			
		副食 : 普通 ・ ソフト食 ・ 刻み ・ ペースト			
		とろみ : なし ・ あり ()			
方法	経口 ・ 経管栄養 (鼻腔 ・ 胃ろう ・ 腸ろう) ・ 輸液 嚥下 : 良 ・ 不良 咀嚼状況 : 良 ・ 不良				
排泄	排尿	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	尿意 : あり ・ なし		
	排便	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	便意 : あり ・ なし		
	失禁	なし ・ あり ()			
	方法	トイレ ・ ポータブルトイレ ・ 尿器 ・ おむつ ・ カテーテル等			
入浴	清潔	自立 ・ 一部介助 ・ 全介助 ・ 行っていない			
	方法	一般浴 ・ シャワー浴 ・ 機械浴 ・ 清拭			
移動	歩行	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助	麻痺の有無 : なし ・ あり ()		
	移乗	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助			
	方法	独歩 ・ 杖 ・ シルバーカー ・ 歩行器 ・ 車椅子 ・ ストレッチャー			
夜間の状態	睡眠	良眠 ・ 不眠 (状態)			
	睡眠薬	なし ・ とときどき ・ 常用			
認知精神面	認知症状 : なし ・ あり	【中核症状】 <input type="checkbox"/> 記憶障害 <input type="checkbox"/> 見当識障害 <input type="checkbox"/> 知能(判断・理解)障害 <input type="checkbox"/> 実行機能障害			
	専門医への受診 : なし ・ あり ()	()			
	精神状態(疾患) : なし ・ あり ()	【周辺症状】 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 攻撃的行動 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 ()			
コミュニケーション	会話 : 可 ・ やや困難 ・ 不可能 ()	聴覚 : 支障なし ・ 支障あり ()			
		視覚 : 支障なし ・ 支障あり ()			
褥瘡	なし ・ あり (部位)	体圧分散マット : 使用していた ・ 使用していなかった			
口腔清潔	自立 ・ 見守り ・ 一部介助 ・ 全介助 義歯の有無 : なし ・ あり				
医療的処置	<input type="checkbox"/> 処置あり <input type="checkbox"/> 処置なし <input type="checkbox"/> インスリン注射 (内容 : 回数 / 日 自己注射 可 ・ 不可) <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> その他 ()				
その他連絡事項	その他、連絡事項がある際に記入する				

お願い : カンファレンスの際は、参加させていただきたいのでご連絡ください。また、退院時には可能な限り、入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)を使用しての情報提供をお願いします。薬剤情報は別途添付してください。

事業所名 :

連絡先 : TEL

FAX

担当ケアマネジャー :

入退院共通連携シート(医療機関→在宅・施設)

様

作成日:

氏名		性別		生年月日		年齢		
入院期間	~		要介護度	未申請	再申請中	新規申請中	非該当	
病名			要支援	1	2	要介護	1 2 3 4 5	
			身長	cm		体重	kg	
入院中の経過								
家族構成			既往歴		(本人)病気の捉え方と在宅療養に関する意向			
キーパーソン:					コミュニケーション 不可 可能			
連絡先:					ツール 言語 筆談 ジェスチャー 他			
					(家族)病気の捉え方と在宅療養に関する意向			
入院中の状況				在宅療養上の留意事項				
栄養	食事	自立 見守り 一部介助 全介助			食事内容: 一般食 特別食 ()			
	食形態	主食(常食 粥 ペースト)			Kcal g			
		副食(普通 ソフト食 刻み ペースト)			禁止食品:			
	方法	経口 経管栄養(鼻腔 胃ろう 腸ろう) 輸液			経管栄養の内容・量等:			
排泄	排尿	自立 見守り 一部介助 全介助			カテーテル:(尿道 膀胱ろう 腎ろう)			
	排便	自立 見守り 一部介助 全介助			導尿: 時間毎			
	失禁	なし あり ()			サイズ: Fr 最終交換日:			
	方法	トイレ ポータブルトイレ おむつ カテーテル等			排便状況:(回1日) 排便コントロール: 不要 要			
入浴	清潔	自立 一部介助 全介助 行っていない			オムツ・リハビリパンツ:(常時 夜間のみ)			
	方法	一般浴 シャワー浴 機械浴 清拭			入浴の制限: なし あり			
移動	方法	独歩 杖 シルバーカー 歩行器 車椅子 ストレッチャー			体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上中止			
	歩行	自立 見守り 一部介助 全介助			リハビリの内容:			
	移乗	自立 見守り 一部介助 全介助			運動制限: なし あり ()			
夜間の状態	不眠	良眠 不眠 (状態:)			不眠時対応:			
	睡眠薬	なし ときどき 常用						
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立 I IIa IIb IIIa IIIb IV M			認知症状: 記憶障害 幻覚/妄想 昼夜逆転 介護への抵抗				
	障害高齢者の日常生活自立度: 自立 J1 J2 A1 A2 B1 B2 C1 C2			暴言/暴力 不潔行為 徘徊 その他				
褥瘡*	精神状態(疾患): なし あり ()							
	d	e	s	i	g	n	p	体圧分散マット: 不要 要 マットの種類: ()
	d	e	s	i	g	n	p	体位変換: 不要 要 ()時間毎
口腔清潔	自立 見守り 一部介助 全介助			口腔の痛み: なし あり ()				
				義歯: なし あり ()				
感染症の有無	なし あり ()			退院後必要な福祉用具				
医療的処置の有無	なし インスリン注射(自己注射: 可 不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器							
	あり 非侵襲的人工呼吸器(使用状況: 常時 夜間のみ 昼のみ) 中心静脈栄養							
	喀痰吸引 (回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理							
その他								

情報提供元の医療機関名:

* 別紙判定基準参照

所属:

記載者氏名:

責任者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆):

記入マニュアル

作成日 平成 年 月 日

氏名	性別	年齢
入院期間	要介護度	未申請・再申請中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5
病名	身長	体重
入院中の経過:		
家族構成	既往歴	(本人)病気のとらえ方と在宅療養に関する意向 コミュニケーション(不・可) ツール(言語・筆談・ジェスチャー・他) (家族)病気のとらえ方と在宅療養に関する意向
キーパーソン:		
連絡先:		
入院中の状況		在宅療養上の留意事項
栄養	食事	自立・見守り・一部介助・全介助 食事内容: 一般食・特別食() 主食(常食・粥・ペースト) Kcal g 副食(普通・ソフト食・刻み・ペースト) とろみ: なし・あり() 方法 経口・経管栄養(鼻腔・胃ろう・腸ろう)・輸液 嚥下: 良・不良 咀嚼状況: 良・不良
	排泄	カテーテル:(尿道・膀胱ろう・腎ろう) 導尿: 時間毎 サイズ: Fr 最終交換日 排便状況:(日1回) 排便コントロール: 不要・要 失禁 なし・あり() 便秘薬使用状況: オムツ・リハビリパンツ:(常時・夜間のみ)
	入浴	清潔 自立・一部介助・全介助・行っていない 方法 一般浴・シャワー浴・機械浴・清拭 体温:(度)以上中止 血圧:(mmHg)以上・(mmHg)以下中止
移動	歩行	自立・見守り・一部介助・全介助 リハビリの内容:
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助 運動制限: なし・あり()
夜間の状態	不眠 良眠・不眠(状態:) 睡眠薬 なし・ときどき・常用 不眠時対応:	
認知精神面*	認知症高齢者の日常生活自立度: 自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M 認知症状: 記憶障害・幻覚/妄想・昼夜逆転・介護への抵抗・ 障害高齢者の日常生活自立度: 自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2 暴言/暴力/不潔行為/徘徊/その他 精神状態(疾患): なし・あり()	
褥瘡*	部位 Id Ie Is Ij Ig In Ip 部位 Id Ie Is Ij Ig In Ip 部位 Id Ie Is Ij Ig In Ip	体圧分散マット: 不要・要 マットの種類:() 体位変換: 不要・要
口腔清潔	自立・見守り・一部介助・全介助	口腔の痛み: なし・あり() 義歯: なし・あり()
感染症の有無	なし・あり()	退院後必要な福祉用具
医療的処置の有無	なし あり	インスリン注射:(自己注射: 可・不可 回数: 回) 在宅酸素 人工呼吸器 非浸襲的人工呼吸器:(使用状況: 常時・夜間のみ・昼のみ) 中心静脈栄養 喀痰吸引(回数: 回) 気管切開カニューレ挿入 人工肛門 疼痛管理
その他		

記載時の注意点など

出来る限り、略語は使わず記載する。

特にがん終末期や予後不良状態の方の退院は次のようなことも記載する。①医師からどのような病状説明がされているか ②最期の時の迎え方 ③退院後の通院先

家族構成は図にて表現する。
○女性 □男性(本人は二重表記) 死亡は●■ 同居は囲む

家族背景も気になることは記載する。
例) 日中独居 別居の子供たちの住居区 介護力など

入院中の状況で、「一部介助」の場合は、どの程度の介助を要するのか言葉で表現する。スペースもしくは、下記のその他へ記載

嚥下状態や痰がある場合は排痰の状況など記載する。
例) 吸引回数や時間帯 自己喀出の有無など

最終排便日を記載する。
胃ろうの次回交換日などを記載する。

退院後の入浴サービスの利用時に参考になるため、医師に確認す

リハビリ継続が望ましい時は、リハビリスタッフにも情報提供書作成を依頼する。

添付資料を参考に記入する。

医療的処置について、ここだけで情報提供が困難な場合は別紙に詳細記入する。(看護サマリーなど)

その他に今後在宅介護時に役に立つと思われる情報を記載する。

患者情報を有効的に活用し共有するために、このシートのみでは不十分と思われる場合は、看護サマ

情報提供元の医療機関名: ○○病院

所属

記載者氏名:

私は「入退院共通連携シート」の目的について説明を受け理解した上で利用することに同意します。

署名(代筆): ○△ △○

記載者と受持ち看護師が異なる場合は、受持ち看護師名も記載する。

責任者氏名:

認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	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たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰もが注意していれば自立できる。	
IIa	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
IIb	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できない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする	
IIIa	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、排尿が上手に出来ない、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、奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障を来たすような症状・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	著しい精神症状や周辺症状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、他害など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など。

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用

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	<p>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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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	<p>室内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出していない</p> <ol style="list-style-type: none"> 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する 2. 外出の頻度は少なく、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	<p>室内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位は保つ</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. 車椅子に移乗し、食事、排泄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	<p>1 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</p> <ol style="list-style-type: none"> 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助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

「認知症の日常生活自立度判定基準」の活用について（平成18年4月3日老発第0403003号）厚生省老人保健福祉局通知より引用

DESIGN-R

Depth 深さ 創内の一番深い部分で評価し、改善に伴い創底が浅くなった場合、これと相応の深さとして評価する					
d	0	皮膚損傷・発赤なし	D	3	皮下組織までの損傷
	1	持続する発赤		4	皮下組織を超える損傷
	2	真皮までの損傷		5	関節腔、体腔に至る損傷または、深さ判定が不能の場合
				U	深さ判定が不能の場合
Exudate 浸出液					
e	0	なし	E	6	多量:1日2回のドレッシング交換を要する
	1	少量:毎日のドレッシング交換を要しない			
	3	中等量:1日1回のドレッシング交換を要する			
Size 大きさ 皮膚損傷範囲を測定:【長径(cm)×長径と直交する最大径(cm)】*3					
s	0	皮膚損傷なし	S	15	100以上
	3	4未満			
	6	4以上 16未満			
	8	16以上 36未満			
	9	36以上 64未満			
	12	64以上 100未満			
Inflammation/infection 炎症/感染					
i	0	局所の炎症兆候なし	I	3	局所の明らかな感染徴候あり(炎症兆候、膿、悪臭など)
	1	局所の炎症兆候あり(創周囲の発赤、腫脹、熱感、疼痛)		9	全身的影響あり(発熱など)
Granulation tissue 肉芽組織					
g	0	治癒あるいは創が浅いため肉芽形成の評価ができない	G	4	良性肉芽が、創面の10%以上50%未満を占める
	1	良性肉芽が創面の90%以上を占める		5	良性肉芽が、創面の10%未満を占める
	3	良性肉芽が創面の50%以上90%未満を占める		6	良性肉芽が全く形成されていない
Necrotic tissue 壊死組織 混在している場合は全体的に多い病態をもって評価する					
n	0	壊死組織なし	N	3	柔らかい壊死組織あり
				6	硬く厚い密着した壊死組織あり
Pocket ポケット 毎回同じ体位で、ポケット全周(潰瘍面も含め)【長径(cm)×短径*1(cm)】から潰瘍の大きさを差し引いたもの					
p	0	ポケットなし	P	6	4未満
				9	4以上 16未満
				12	16以上 36未満
				24	36以上

部位 [仙骨部、坐骨部、大転子部、踵骨部、その他]

合計*2

*1 : “短径”とは“長径と直交する最大径”である

*2 : 深さ(Depth:d.D)の得点は合計には加えない

*3 : 持続する発赤の場合も皮膚損傷に準じて評価する

日本褥瘡学会/2013 引用

(2) 関係機関等情報

①介護保険サービス事業所

- 居宅介護支援事業所
- 訪問看護ステーション 他

*栃木県ホームページに一覧が掲載されています。

<https://www.pref.tochigi.lg.jp/e03/itiran.html>



*最新の情報は、各市町の担当窓口で確認してください。

②在宅医療関係機関

- 在宅療養支援診療所
- 在宅療養支援病院

*栃木県ホームページに一覧が掲載されています。

(在宅医療のご案内)

https://www.pref.tochigi.lg.jp/e02/zaitakuiryou_hp.html



*最新の情報であることを確認の上ご利用ください。

③とちぎ医療情報ネット

- 診療所、歯科診療所、薬局等について検索できます。

<http://www.qq.pref.tochigi.lg.jp/>

