

# 館林邑楽地域における 「退院調整ルール」の手引き (病院・在宅連携)



令和7年7月改訂版

# 目次

1. 手引きの作成にあたって	1
2. 手引きのねらい	1
3. 「退院調整ルール」（病院・在宅連携）の策定に向けた検討経過	1
4. 手引きを使用する機関	1
5. 退院調整の手順	
A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネジャーがいる患者の場合）	2
（1）入院時	
（2）退院調整の開始	
（3）退院前の情報提供（1回目）	
（4）退院前カンファレンス（2回目）	
（5）退院前の共同指導	
（6）退院時引継情報	
（7）退院後	
B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（入院前にケアマネジャーがない患者の場合）	4
（1）退院調整の開始	
（2）在宅担当者への連絡	
ア 65歳以上の患者の場合	
イ 40歳以上65歳未満の患者の場合	5
（3）退院前の情報提供（1回目）	
※ 介護保険申請の手続き方法	
6. 館林市・邑楽郡 指定居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センター 一覧	6
7. 退院調整におけるケアマネジャーの役割	8
8. ケアプラン作成の流れ	8
9. ケアマネジャーの業務	9
10. 入退院調整のための病院相談窓口等一覧	11
厚生労働省公表様式例 入院時情報提供書<在宅版>	12
館林邑楽地域様式2 退院調整共有情報シート	14
【参考資料】	
退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬一例	16

# 「退院調整ルール」（病院・在宅連携）の手引き（館林邑楽地域版）

## 1. 手引きの作成にあたって

医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

しかし、平成28年1月に実施した館林邑楽地域のケアマネジャーを対象とした「退院調整に関するアンケート調査」において、26.3%（要支援：64.3%、要介護：14.0%）の退院調整もれがあることがわかりました（平成27年12月1か月間の退院事例）。

このようなことから、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができる、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

また、本手引きは、よりよい連携を目指して必要時に改訂をします。

## 2. 手引きのねらい

退院支援がなかったために、退院後に困ったことになった患者や家族がいます。「退院調整ルール」を実践することによって困ったことになった事例をなくすことをねらいとしています。

## 3. 「退院調整ルール」（病院・在宅連携）の策定に向けた検討経過

- (1) 病院会議（1回）：H28年6月10日
- (2) ケアマネ会議（4回）：H28年7月20日、8月19日、11月17日、H29年1月18日
- (3) ケアマネ代表者会議（3回）：H28年9月14日、11月17日、H29年1月12日
- (4) 病院・ケアマネ合同会議（2回）：H28年10月19日、12月16日
- (5) 病院・ケアマネ全体会議（1回）：H29年2月20日

### ○参加者

- ・医療関係者：館林邑楽地域の全8病院の担当者
- ・介護事業者：館林邑楽地域の全60居宅介護支援事業所のケアマネジャー
- ・市町等：館林邑楽地域の1市5町、地域包括支援センターの担当者
- ・県関係：地域包括ケア推進室、館林保健福祉事務所の関係者

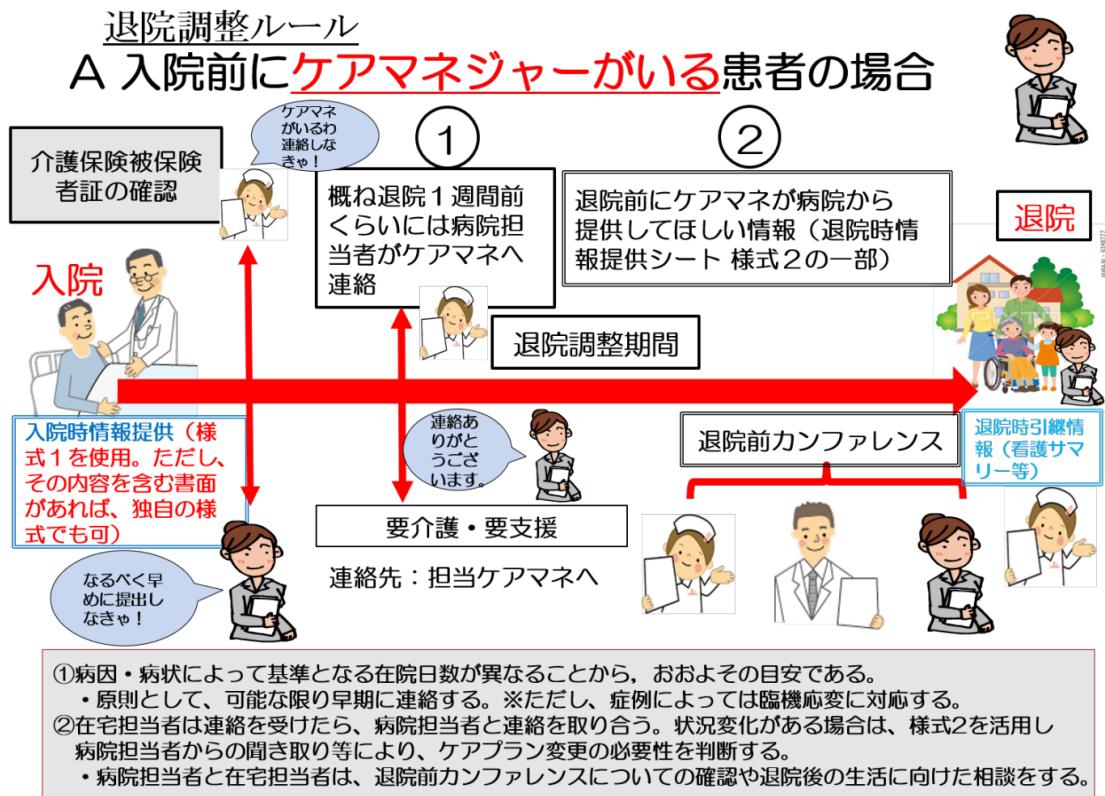
## 4. 手引きを使用する機関

群馬県館林邑楽地域（館林市、板倉町、明和町、千代田町、大泉町、邑楽町）の病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所

## 5. 退院調整の手順

☆患者が入院してから、病院では、介護保険被保険者証を確認する。

### A 【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネジャーがいる患者の場合）



#### (1) 入院時

① ケアマネジャー・地域包括支援センター(以下、在宅担当者)は、普段から家族に「入院したら電話をください」と依頼をしておき、在宅担当者の情報が伝わる工夫をしておく。

#### ■工夫■

- ・医療保険の被保険者証と介護保険被保険者証と一緒に保管し、介護保険被保険者証に担当ケアマネジャーの名刺を挟んでおき、入院時に介護保険被保険者証も一緒に病院に提示することをケアマネジャーから利用者及び家族に依頼する。

② 病棟看護・地域連携室の退院担当者(以下、病院担当者)は、家族又は介護保険被保険者証及びケアマネジャーの名刺から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼する。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡する。

③ 在宅担当者は本人の入院を把握したら、病院に入院時情報提供シート(様式1(ただし、自らの事務所で様式1と同様の内容の書面があれば、独自の様式を使用することも可とする。)に居宅サービス計画書の週間サービス計画表(3表)を添付して、病院が指定するFAXに送信又は担当窓口に持参する。

持参する場合は、2枚持参し、1枚は病院職員からサインをもらう。

#### ■FAX送信の留意点■

- ・病院の指定する対応窓口へFAXを送る旨電話連絡を入れ、保護すべき内容を確認し情報に確認した対応を施して病院へFAXする。
- ・病院担当者は、FAXを受け取ったらその旨ケアマネジャーに電話連絡する。
- ・必要に応じてケアマネジャーは原本を病院に郵送する。

## (2) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間:「概ね退院1週間前くらい」)を考慮して、在宅担当者に連絡する。

※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変更の可能性等に關係なく、入院時情報提供元、介護保険被保険者証の記載事業所か、名刺を預かったケアマネジャーに連絡する。

## (3) 退院前の情報提供(1回目)

① 病院担当者は、入院前にケアマネジャーがいる全ての患者の「氏名」「治療状況」を退院調整共有情報シート(様式2)に記入し在宅担当者に提供する。それ以外の欄は、必要があれば、在宅担当者が病院訪問等に病院担当者から聞き取りながらシートに記入する。

\* 「退院調整共有情報シート」提供には準備が必要なため、事前(受け取りの2～3日前)にケアマネジャーから病院担当者あてに連絡をする。

② 病院担当者は、在宅担当者が病院訪問時に患者情報を説明する。

③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前面談や、多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

## (4) 退院前カンファレンス(2回目)

病院担当者と在宅担当者は、本人(家族)を交えて、入院中の看護・リハビリ・栄養管理などと、在宅での看護・リハビリなど必要なサービスの引継ぎとして実施する。

※ 詳細な実施方法は各病院の指示に基づく。

## (5) 退院前の共同指導【実施の要否は病院担当者が決定する】

入院中の患者に対して、入院中の病院の医師又は看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師等、歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の薬剤師、訪問看護ステーションの看護師又は居宅介護支援事業者のケアマネジャーのうち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

## (6) 退院時引継情報

① 病院担当者は、看護・介護の引継情報(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排日・入浴日、服薬内容:病院様式(看護サマリー等)を在宅担当者に提供するよう努める。

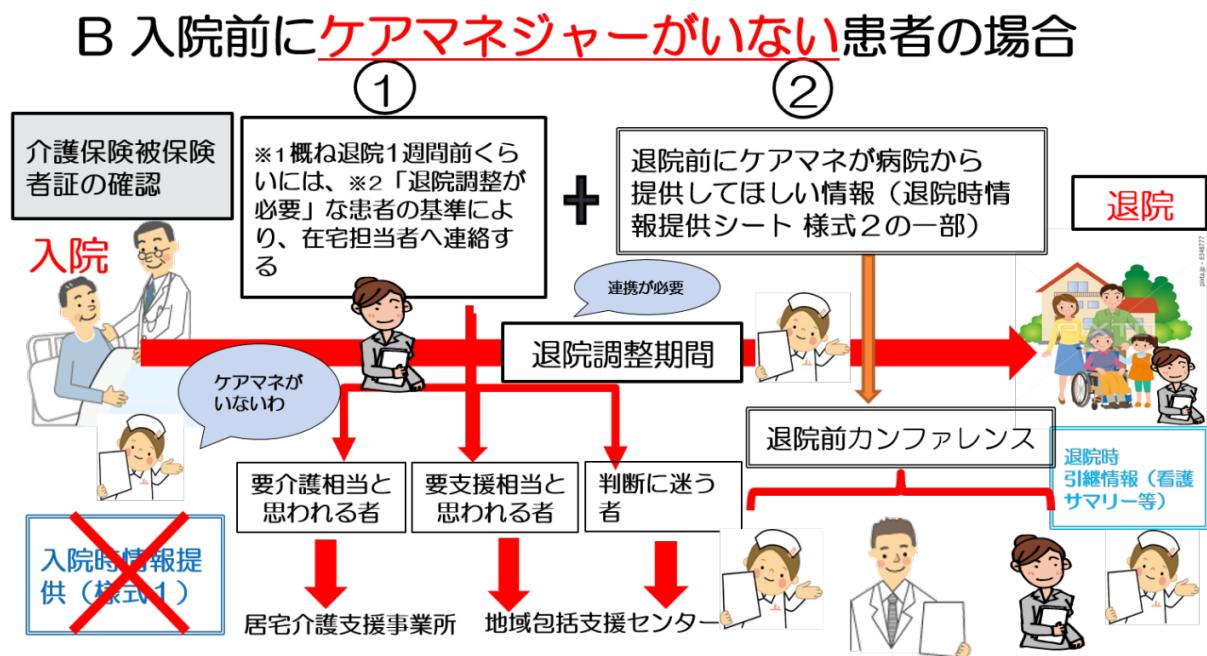
② 在宅担当者は、上記情報を把握するように努める。

## (7) 退院後

在宅担当者は必要時、退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

## B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（入院前にケアマネジャーがない患者の場合）

### 退院調整ルール



#### (1) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で退院調整に必要な期間（介護保険申請、暫定ケアプランの作成、サービス事業所との調整期間：「概ね退院前1週間」）を考慮して、退院調整を開始する。

#### (2) 在宅担当者への連絡

病院担当者は、「在宅可能」と判断したら、下記の基準により在宅担当者に連絡を入れる。在宅担当者に退院調整共有情報シート（様式2）を送付する。

#### 7 65歳以上の患者の場合

退院調整が必要な患者の基準（要介護認定されていない患者）

##### (ア) 退院調整が必要な患者（要介護相当）

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ④ 日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方

⇒居宅介護支援事業所一覧の事業所へ連絡（6, 7ページ参照）

##### (イ) それ以外で見逃してはいけない患者（要支援相当の一部）

- ① 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周辺動作に介助が必要な方
- ② (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、経管栄養吸引など）が追加された方

⇒居宅介護支援事業所一覧の地域包括支援センターへ連絡（7ページ参照）

##### (ウ) 迷った場合や上記ア・イに該当するが本人・家族が希望しなかった等、困ったとき

⇒地域包括支援センターへ連絡（7ページ参照）

#### イ 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で、かつ、前ページの(ア)または(イ)の退院調整が必要な患者の基準であった場合

#### 【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

- 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、大脑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

#### （3）退院前の情報提供（1回目）

- ① 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報（退院調整共有情報シートの一部：シートの冒頭から現在の治療状況まで）を院内の関係者から収集し、連絡と同時に退院調整共有情報シート（様式2）を在宅担当者に提供する。それ以外の欄は、必要があれば、在宅担当者が病院訪問等に病院担当者から聞き取りながらシートに記入する。
- ② 在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院担当者と面談の機会を作る。介護保険制度やサービスの利用に関する説明をし、退院後の生活に向けて調整を始める。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前面談や、多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

※ 以降の流れは、入院前に介護保険を利用していた場合の（4）以降と同じ。

#### 介護保険申請の手続き方法

介護保険の申請を希望する場合、以下の方法により手続きを行う。

##### ・患者が65歳以上の場合

→家族等が介護保険被保険者証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

##### 40歳以上65歳未満の場合

→家族等が医療保険の被保険者証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

※ 申請は在宅担当者が代行可能

## 6. 館林市・邑楽郡 指定居宅介護支援事業所、

小規模多機能型居宅介護事業所、地域包括支援センター 一覧

## ◆居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護事業所

館林市

令和7年6月1日

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	介護老人保健施設 虹の郷すわ居宅介護支援事業所	館林市諏訪町1509	0276-71-0123	0276-71-0125
2	クローバー荘居宅介護支援事業所	館林市田谷町1187-1	0276-77-2230	0276-77-2370
3	ケアセンターナーシング	館林市赤生田町1865-1	0276-75-3711	0276-75-3731
4	特別養護老人ホーム 東毛光生園居宅介護支援事業所	館林市成島町862-4	0276-75-6541	0276-75-6586
5	館林市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	館林市苗木町2452-1	0276-75-7111	0276-75-8111
6	フリージアケアプランセンター	館林市木戸町596-1	0276-72-3932	0276-74-5775
7	特別養護老人ホーム ヴィレージュ 居宅介護支援事業所	館林市岡野町335-1	0276-71-0783	0276-71-0811
8	館林記念病院 居宅介護支援事業所	館林市城町8-35-103	0276-73-2771	0276-72-0777
9	居宅介護支援事業所 新橋病院	館林市下三林町452	0276-80-2225	0276-80-2226
10	マイホーム四つ葉居宅介護支援事業所	館林市西本町6-21	0276-49-5715	0276-49-5716
11	いちご居宅介護支援事業所	館林市大手町6-38	0276-70-7227	0276-70-7227
12	居宅介護支援事業所あざみ	館林市大手町8-25	0276-80-2880	0276-80-2881
13	いこいの広場ひなた	館林市日向町737-1	0276-76-7160	0276-76-7260
14	多々良居宅介護支援事業所	館林市木戸町539	0276-55-4515	0276-72-1561
15	小曾根整形外科居宅介護支援事業所	館林市松沼町29-27	0276-72-8886	0276-72-0080
16	居宅介護支援事業所ちよだ	館林市富士見町8-21	0276-74-1993	0276-73-4248
17	ケアーズ館林西居宅介護支援事業所	館林市富士見町18-45	0276-55-3957	0276-55-3951
18	ケアプラン介護相談の喜楽	館林市北成島町1809-6	0276-55-0488	0276-57-8366
19	居宅介護支援事業所ほたる	館林市北成島町651-1	0276-55-2770	0276-55-2567
20	居宅介護支援事業所マツシマ	館林市本町1-2-10	0276-75-2255	0276-75-2269
21	ふじうらら	館林市富士原町1174-11	0276-78-2643	0276-51-1013
22	伊藤居宅介護支援事業所	館林市大島町517-3	0276-77-0369	0276-51-1600
23	一本松介護相談所	館林市緑町2-2-37半田店舗2階3号室	050-8884-6730	050-8884-6731
24	小規模多機能ホーム・アリス	館林市羽附町699	0276-72-8685	0276-75-6367
25	小規模多機能型居宅介護よろこび	館林市入ヶ谷町96-4	0276-72-8800	0276-72-8809
26	多機能ケアの喜楽	館林市北成島町1809-6	0276-55-3631	0276-55-3726

板倉町

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	ミモザ荘 居宅介護支援事業所	板倉町細谷217	0276-77-2552	0276-77-2553
2	社会福祉法人 板倉町社会福祉協議会 居宅介護支援センター	板倉町板倉3411-1417	0276-82-3961	0276-82-3971
3	サクラ居宅介護支援事業所	板倉町西岡新田163-1	0276-47-3056	0276-47-4976
4	小規模多機能型居宅介護事業所えがお	板倉町板倉3411-1417	0276-80-4165	0276-80-4166

明和町

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	居宅介護支援事業所 和の郷	明和町南大島253-1	0276-91-3012	0276-91-3015
2	社会福祉法人 明和町社会福祉協議会	明和町新里311-3	0276-84-5222	0276-84-4904
3	めいわCOMハウス居宅介護支援事業所	明和町大輪1768	0276-55-8058	0276-91-3200
4	とくめい介護相談所	明和町梅原1012-1	0276-57-6294	0276-57-6295
5	小規模多機能ホーム憩	明和町新里352	0276-91-3277	0276-91-3457

千代田町

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	ちよだCOMハウス居宅介護支援事業所	千代田町赤岩2114-2	0276-86-3111	0276-86-5111
2	あんしんケア居宅介護支援事業所	千代田町赤岩975	0276-86-8250	0276-70-5661
3	居宅介護支援事業所 みどりの風	千代田町瀬戸井386	0276-55-8454	0276-86-5019
4	こでまり居宅介護支援事業所	千代田町萱野1180-1	0276-86-9450	0276-86-9455
5	よしの居宅介護支援事業所	千代田町赤岩260-1リヴィエールA棟102	0276-57-6486	0276-57-6486
6	居宅介護支援事業所 真央	千代田町福島857-6	0276-78-3462	0276-51-1163
7	ケアプランセンター藤の花	千代田町上五箇833-1	050-8885-3020	050-8885-3021

大泉町

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	大泉町社会福祉協議会	大泉町吉田2465	0276-63-2294	0276-63-5528
2	大泉園居宅介護支援事業所	大泉町古海2001	0276-62-8862	0276-62-8855
3	いづみの里 居宅介護支援事業所	大泉町北小泉1-26-1	0276-20-0561	0276-20-3525
4	居宅介護支援事業所マゼンタ	大泉町住吉54-11	0276-63-8600	0276-63-8602
5	つどい支援事業所古海	大泉町古海273	0276-20-3006	0276-63-1735
6	ケアプランたちばな	大泉町寄木戸1638-2	0276-63-8515	0276-63-8550
7	フルハート	大泉町寄木戸1596-3	0276-61-0189	0276-61-0189
8	小規模多機能ハウスあさひ	大泉町朝日4-17-30	0276-20-1137	0276-20-1139

邑楽町

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	訪問看護ステーションかがやき	邑楽町篠塚3070-1	0276-70-2266	0276-70-2211
2	居宅介護支援センターほほえみ	邑楽町石打1454-1	0276-55-0067	0276-89-8341
3	ヴィラ居宅介護支援事業所	邑楽町赤堀8	0276-70-2240	0276-70-2241
4	社会福祉法人 邑楽町社会福祉協議会	邑楽町中野1341-1	0276-88-2408	0276-88-7620
5	邑楽町在宅介護支援センターやまつじ	邑楽町中野218-1	0276-80-9205	0276-80-9001
6	トータルケアサービス	邑楽町狸塚2550-1	0276-70-9515	0276-70-9516
7	つむぎの里居宅介護支援事業所	邑楽町中野2204-9	0276-91-8955	0276-91-8956
8	居宅介護支援事業所まがたまの里	邑楽町狸塚1040-1	0276-89-1033	0276-89-1088
9	家族の家ひわり館林居宅介護支援事業所	邑楽町中野2144ルミエールB201号室	0276-89-8135	0276-89-8177
10	小規模多機能ホームすずかけ	邑楽町中野5260-1	0276-91-8151	0276-91-8152
11	小規模多機能ホームはるかぜ	邑楽町赤堀9	0276-70-2555	0276-70-2554

◆地域包括支援センター

No.	センター名称・担当地域	センターの所在地	電話番号	FAX番号
1	高齢者あんしん相談センタークローバー荘 担当地域 館林の一部・郷谷・大島	館林市城町8-3.5 大名小路マンション102	0276-77-1165	0276-55-3565
2	高齢者あんしん相談センター新橋 担当地域 館林の一部・六郷の一部・三野谷	館林市下三林町452	0276-75-3013	0276-75-3014
3	高齢者あんしん相談センター東毛光生園 担当地域 館林の一部・多々良・渡瀬	館林市成島町862-4	0276-72-2060	0276-72-2062
4	高齢者あんしん相談センター社会福祉協議会 担当地域 館林の一部・赤羽・六郷の一部	館林市松原二丁目7-23 城沼パークハイツ101	0276-60-5670	0276-60-5671
5	板倉町地域包括支援センター 担当地域 町内全域	板倉町板倉2682-1	0276-82-6135	0276-82-3341
6	明和町地域包括支援センター 担当地域 町内全域	明和町新里250-1	0276-84-3111	0276-84-3114
7	千代田町地域包括支援センター 担当地域 町内全域	千代田町赤岩2119-5	0276-86-7000	0276-86-5400
8	大泉町地域包括支援センター 担当地域 町内全域	大泉町吉田2465	0276-63-2294	0276-63-5528
9	邑楽町地域包括支援センター 担当地域 町内全域	邑楽町中野2570-1	0276-80-9300	0276-50-1213

## 7. 退院調整におけるケアマネジャーの役割

対象者：介護（要支援）認定を受けている人・見込みの人、「総合事業」対象者

条件：本人・家族が在宅退院（自宅とは限らない）の意思を持っている人でケアマネジャー契約が整った人

業務：ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※ 退院調整の報酬を得るのは、要介護認定を受けている人で、在宅退院となりケアプランを作成し、サービス利用した場合のみ（介護保険施設、転院先の紹介などは規定された業務ではない。）

## 8. ケアプラン作成の流れ

① 契約・面談（本人・家族）

退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行う。

② 病院からの情報収集

身体機能の低下の状況、要因の分析、生活機能の予後予測

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 退院前カンファレンス

サービス事業所を交えた病院との引継ぎ

⑥ サービス担当者会議

サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認

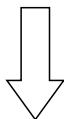
⑦ サービス提供開始（退院）

※詳しくは、「ケアマネジャーの業務」をご覧ください。

## 9. ケアマネジャーの業務

☆病院から退院するケース：新規受付～サービス利用開始に至るまで☆

### 居宅新規受付



1) 病院または、家族から電話で依頼を受ける

2) 事業所内で担当者を決定

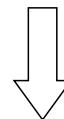
3) 初回訪問の日程調整

- ・介護保険証の確認が出来れば早い。  
⇒未申請であれば、代行申請から必要。
- ・ケアマネジャーの担当件数が決まっているので、担当者を決めるのにも時間が必要。
- ・家族が就労などで連絡がとれないことが多い、初回訪問まで時間が掛かることが多い。

1～2日間



### 病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント)



1) 介護保険証の確認

2) 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、署名押印を頂き一部配付

3) 『居宅サービス計画作成依頼届け』の記載依頼

4) 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける

5) 基本情報聴取・アセスメント(課題分析)を実施

6) サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める

7) 居宅へ訪問(家屋状況の確認)

- ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。

しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。

⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。

- ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。  
また、事務手続きには1ヶ月位かかる場合も。

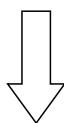
1～2日間



## 事務処理

- 1) 市役所又は町役場へ書類提出代行申請  
『居宅サービス計画作成依頼届け』  
『主治医意見書・認定調査票の資料開示申請』
- 2) 利用者台帳・基本情報の作成（パソコン入力）
- 3) アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成
- 4) 必要と思われるサービス事業者の調整
- 5) 主治医との連携
- 6) サービス担当者会議の開催調整と書類準備  
(ケアプラン・利用票・提供票、介護保険証の写しなど)

1～2日間



- ・事業所の営業日や役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言をいただくことが必修。  
⇒ケアプラン作成連絡票を活用するが、主治医との連絡調整にも時間を要する。

check!

## ケアプランの確定 (ケアプランの交付)

- 1) サービス担当者会議の開催で情報共有
- 2) ケアプランの修正・確定
- 3) ケアプラン・利用票について、利用者又は家族に説明し、同意を得たのち、署名押印をいただき一部を配付
- 4) 提供票の配付
- 5) サービス担当者会議録の作成

1～2日間

- ・サービス担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。  
欠席する事業所には事前に照会での意見聴取が必要。  
⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。
- ・提供票を事業所に配付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。

## (サービス事業者の 契約同行)

ここまで出来れば、退院後すぐに  
サービス利用出来ます。

\*当然のことながら、利用者は1人ではありません。他のケースも動いています。

\*動きは全て、支援経過として記録する必要があります。

## 10. 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

病院名	ケアマネジャーがいる場合 (すでに介護保険を利用している)			ケアマネジャーがない場合 (新たに介護保険を利用する場合)			
	①ケアマネジャーの入院時情報はどこに? (電話をしてから) 手渡しの場合	②誰が、ケアマネジャーに連絡をする?	③ケアマネジャーとの面談の主体は? する?	④誰が、ケアマネジャーと連絡する? する?	⑤誰が、介護保険を説明する?	⑥誰がケアマネジャー契約の支援をする? する?	⑦誰が契約後のケアマネジャーと連絡を取る?
公立館林厚生病院	平日 8:30～17:15 地域連携室 TEL:72-3140(代) 土、日、祝日 8:30～17:15 入院病棟 TEL:72-3140(代)	地域連携室 FAX:75-8635(直)	地域連携室 or 病棟Ns	地域連携室 or 病棟Ns	家族 と 地域連携室 or 病棟Ns	地域連携室 or 病棟Ns	地域連携室 or 病棟Ns
つじメンタル ホスピタル	病院外来受付 (相談課に事前に連絡) TEL:80-2111(代)	相談課 FAX:80-2550(直)	相談課 もしくは家族	相談課 もしくは家族	相談課 もしくは家族	相談課	相談課
館林記念病院	地域連携室 不在の場合は直接入院 病棟(TELなしでOK) 話を聞きたいときは事前 に地域連携室へ連絡 TEL:72-3155(代)	地域連携室 FAX:72-8834(直)	MSW・退院調整看護師 または 病棟看護師	MSW・退院調整看護師	MSW・退院調整看護師 または 病棟看護師	MSW・退院調整看護師 または 病棟看護師	MSW・退院調整看護師
新橋病院	メイン -地域医療連携室 TEL:75-3011(代) (休日・夜間等 西病棟 Ns)	・地域医療連携室 FAX:75-3119(直) (緊急性がある場合は 西病棟Ns)	メイン -地域医療連携室 (緊急性がある場合は 西病棟Ns)	・地域医療連携室 (緊急性がある場合は 西病棟Ns)	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
おうら病院	地域医療連携室 (事前連絡は必要なし) TEL:88-5678(代)	地域連携室 FAX:88-5992	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
慶友整形外科病院	患者総合支援室 TEL:49-9000(代) 72-6000	患者総合支援室 FAX:49-9001(代)	医療ソーシャルワーカー (医療ソーシャルワーカー)	医療ソーシャルワーカー or 病棟Ns	医療ソーシャルワーカー 医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー 医療ソーシャルワーカー	医療ソーシャルワーカー 医療ソーシャルワーカー
蜂谷病院	直接病棟へ電話して TEL:63-0888(代) 施設入所者について 入院時	病院後方事務 FAX:62-8218(代)	日替わりのリーダー	入院を受け持った人 日替わりのリーダー	病棟看護師	病棟看護師	日替わりの病棟看護 師または主任
明和セントラル病院	医療福祉相談室 TEL:84-1234(代)	医療福祉相談室 FAX:60-5348(直)	医療福祉相談室 または 病棟看護師	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	医療福祉相談室

## 入院時情報提供書&lt;在宅版&gt;

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

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、令和 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

フリガナ 氏名			生年月日		125 歳
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 ( 申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更 ( 申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請		有効期限： 令和 年 月 日 ~ 令和 年 月 日		
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 ( <input type="checkbox"/> 身体 · <input type="checkbox"/> 精神 · <input type="checkbox"/> 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) ( <input type="checkbox"/> 同居 · <input type="checkbox"/> 別居 )		電話番号		
意思決定支援者（代諾者）	(続柄 · 才) ( <input type="checkbox"/> 同居 · <input type="checkbox"/> 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、普通に会話はできる <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"/> 服用拒否		
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： 令和 年 月 日） <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（書籍名： )				
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"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	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 <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>										
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うことなく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ど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だかわかる	<input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、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"/> リモコンが何をす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 ( <input type="checkbox"/> 戸建て・ <input type="checkbox"/> 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に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 ( 氏名 : _____ 続柄 : _____ 年齢 : _____ 歳 )
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 ( )

記入日：年月日

提出日：年月日

## 退院調整共有情報シート

## 医療機関

医療機関名	
連絡窓口・担当者	
電話 / FAX	/

## → 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター

事業所名	
担当者氏名	
電話 / FAX	/

病院記入欄	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女											
	住所				電話番号 (自宅・携帯)														
	病院主治医	在宅主治医		記入日	年 月 日	記入者													
	入院の原因となった病名			入院日	年 月 日	身長	cm	体重	kg										
	緊急時連絡先	※ 氏名(ふりがな)	住 所			統 柄	電話番号(自宅・携帯)												
	※欄には ☆:キーパーソン 主:主介護者 としてください		世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(人世帯) <input type="checkbox"/> 敷地内に家族が居住 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他															
	入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> なし( <input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 [ 年 月 日 申請 ] ) <input type="checkbox"/> あり( <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 )			区分変更	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要													
既往歴 (医療処置は詳しく述べ)	※書き切れない場合は、別紙もしくはカンファレンス等で伝達します。																		
希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療(かかりつけ医) <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品( ) <input type="checkbox"/> その他( )																		
現在の治療状況	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、治療経過など																		
ケアマネ記入欄	ADL		自立	見守り	一部介助	全介助	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり											
	移動方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	車いす	<input type="checkbox"/> 杖使用	<input type="checkbox"/> 歩行器使用	<input type="checkbox"/> その他装具・補助具使用									
	移乗方法		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	口腔清潔		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	良	不良	義歯	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 部分	<input type="checkbox"/> 総	<input type="checkbox"/> 嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない	<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる			
	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"/> Kcal )	<input type="checkbox"/> 糖尿病食	<input type="checkbox"/> 高血圧食	<input type="checkbox"/> 腎臓病食	<input type="checkbox"/> その他	<input type="checkbox"/> 経管栄養	<input type="checkbox"/> 禁食					
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食	<input type="checkbox"/> 常食	<input type="checkbox"/> 全粥	<input type="checkbox"/> ミキサー	<input type="checkbox"/> ペースト								
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	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"/> ペースト	(摂取量)	割				
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分	摂取量: 1日 ml	とろみ剤使用	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり								
							禁止食品	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )										
	更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>													
	入浴		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有( <input type="checkbox"/> 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 type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブル	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> オムツ(パット 紙パンツ フラット)								
	服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	服薬内容( )												
	麻痺		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	( )												
	視力		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	眼鏡等		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり( )										
聴力		<input type="checkbox"/> 問題なし	<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	補聴器		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり											
生活上の問題		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 興奮	<input type="checkbox"/> 焦燥・不穏	<input type="checkbox"/> 妄想	<input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 不眠										
		<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<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"/> 褥瘡	<input type="checkbox"/> その他( )											
家族への介護指導		<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有																
感染症(保菌)		<input type="checkbox"/> HBV	<input type="checkbox"/> HCV	MRSA: 保菌(部位 <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡)			<input type="checkbox"/> アレルギー	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有										
その他( )				<input type="checkbox"/> 不明															
退院予定日		年 月 日( )																	
備考																			

## 記入方法

※入院時にケアマネジャーがいる場合・いない場合の  
留意点について、次ページ以降をご参照ください。

記入日： 年 月 日  
提出日： 年 月 日

## 退院調整共有情報シート

## 医療機関

医療機関名	
連絡窓口・担当者	
電話 / FAX	/

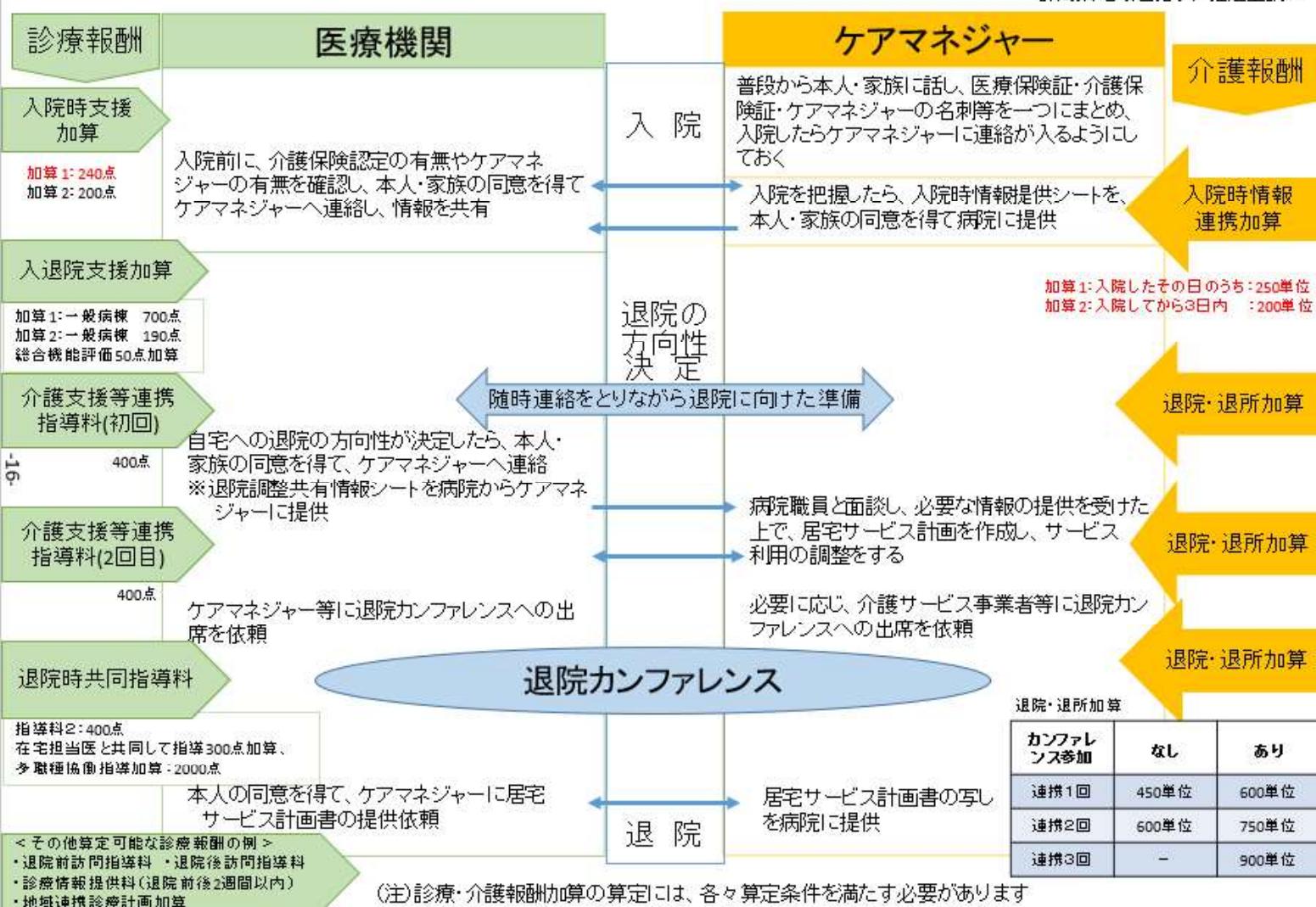
事業所名	
担当者氏名	
電話 / FAX	/

病院 記入欄	ふりがな 氏名	生年月日		年	月	日	年齢	歳	性別	□男 □女																																																																																																																																																																																																																																																																																																												
	住所																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
	病院主治医	在宅主治医																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	入院の原因となった病名			入院日																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
	緊急時 連絡先	※	氏名(ふりがな)	氏名を入力する とふりがなが自 動で入力されま す。		住 所	記入日・生年月 日を入力する と年齢が自動で入 力されます。	統 柄	電話番号(自宅・携帯)																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
		介護者等 主な介護者を選択 ☆:キーパーソン 主:主な介護者							必ず連絡がとれる番号																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
		※欄には ☆:キーパーソン 主:主介護者 としてください		世帯構成		□独居	□高齢世帯	□子と同居(人世帯)	□敷地内に家族が居住	□日中独居	□その他																																																																																																																																																																																																																																																																																																											
	入院時の 要介護度	□なし	□未申請	□申請中	[年 月 日 申請]	区分 変更	□要 □不要	年度、病名、かかった医療機 関、特記事項など																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	既往歴 (医療処置 は詳しく)	※書き切れない場合は、別紙もしくはカンファレンス等で伝達します。																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
	希望する福 祉サービス	□訪問介護	□訪問看護	□訪問入浴	□通所介護	□通所リハビリ	□訪問診療(かかりつけ医)	□宅配食	□ベッド	□エアーマット	□車いす	□ポータブルトイレ	□移送車																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
	□その他の介護用品( ) □その他( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
現在の 治療状況	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、治療経過など																																																																																																																																																																																																																																																																																																																					
<table border="1"> <tr> <td>ADL</td> <td>自立</td> <td>見守り</td> <td>一部介助</td> <td>全介助</td> <td>リハビリ目標 (リハビリから確認)</td> <td>制限事項</td> <td>□なし</td> <td>□あり</td> <td>チェック 該当の有無を選択 □該当なし □該当あり</td> </tr> <tr> <td>移動方法</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□車いす</td> <td>□杖使用</td> <td>□歩行器使用</td> <td>□その他装具・補助具使用</td> <td></td> </tr> <tr> <td>移乗方法</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>口腔清潔</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□良 □不良</td> <td>□義歯</td> <td>□なし</td> <td>□部分</td> <td>□総</td> <td>□嚥下機能</td> <td>□むせない</td> <td>□時々むせる</td> <td>□常にむせる</td> </tr> <tr> <td rowspan="3">食事</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□普通食</td> <td>□治療食(□Kcal)</td> <td>□糖尿病食</td> <td>□高血圧食</td> <td>□腎臓病食</td> <td>□その他</td> <td>□経管栄養</td> <td>□禁食</td> </tr> <tr> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□主食</td> <td>□常食</td> <td>□全粥</td> <td>□ミキサー</td> <td>□ペースト</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□副食</td> <td>□通常</td> <td>□一口大</td> <td>□刻み</td> <td>□極小刻み</td> <td>□ミキサー</td> <td>□ペースト</td> <td>(摂取量 割)</td> </tr> <tr> <td></td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□水分</td> <td>□摂取量:1日 ml</td> <td>□とろみ剤使用</td> <td>□なし</td> <td>□あり</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td>禁止食品</td> <td>□なし</td> <td>□あり( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>更衣</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>入浴</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>入浴の制限</td> <td>□無</td> <td>□有( □シャワー浴</td> <td>□清拭</td> <td>□その他( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>排泄</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>場所:</td> <td>□トイレ</td> <td>□ポータブル</td> <td>□尿器</td> <td>□オムツ(パット 紙パンツ フラット)</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>服薬管理</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>服薬内容( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>麻痺</td> <td>□なし</td> <td>□軽度</td> <td>□中度</td> <td>□重度</td> <td>( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>視力</td> <td>□問題なし</td> <td>□やや難あり</td> <td>□困難</td> <td></td> <td>眼鏡等</td> <td>□なし</td> <td>□あり( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>聴力</td> <td>□問題なし</td> <td>□やや難あり</td> <td>□困難</td> <td></td> <td>補聴器</td> <td>□なし</td> <td>□あり</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>生活上の 問題</td> <td>□なし</td> <td>□幻視・幻聴</td> <td>□興奮</td> <td>□焦燥・不穏</td> <td>□妄想</td> <td>□暴力・攻撃性</td> <td>□介護への抵抗</td> <td>□不眠</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>□昼夜逆転</td> <td>□徘徊</td> <td>□危険行為</td> <td>□不潔行為</td> <td>□意思疎通困難</td> <td>□その他( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>医療処置</td> <td>□バルーンカテーテル</td> <td>□ストマ</td> <td>□気管切開</td> <td>□喀痰吸引</td> <td>□胃ろう</td> <td>□褥瘡</td> <td>□その他( )</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>家族への介護指導</td> <td>□無</td> <td>□有</td> <td></td> </tr> <tr> <td>感染症(保菌)</td> <td>□HBV</td> <td>□HCV</td> <td>MRSA:保菌(部位</td> <td>□咽頭</td> <td>□鼻腔</td> <td>□褥瘡)</td> <td>アレルギー</td> <td>□無</td> <td>□有</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td></td> <td>□その他( )</td> <td></td> <td>□不明</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>退院予定日</td> <td colspan="2">年 月 日( )</td> <td colspan="9">退院後の留意事項、 退院後初回(予約)受診日など</td> </tr> <tr> <td>備考</td> <td colspan="10"></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>										ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項	□なし	□あり	チェック 該当の有無を選択 □該当なし □該当あり	移動方法	□	□	□	□	□車いす	□杖使用	□歩行器使用	□その他装具・補助具使用		移乗方法	□	□	□	□						口腔清潔	□	□	□	□	□良 □不良	□義歯	□なし	□部分	□総	□嚥下機能	□むせない	□時々むせる	□常にむせる	食事	□	□	□	□	□普通食	□治療食(□Kcal)	□糖尿病食	□高血圧食	□腎臓病食	□その他	□経管栄養	□禁食	□	□	□	□	□主食	□常食	□全粥	□ミキサー	□ペースト				□	□	□	□	□副食	□通常	□一口大	□刻み	□極小刻み	□ミキサー	□ペースト	(摂取量 割)		□	□	□	□	□水分	□摂取量:1日 ml	□とろみ剤使用	□なし	□あり									禁止食品	□なし	□あり( )						更衣	□	□	□	□									入浴	□	□	□	□	入浴の制限	□無	□有( □シャワー浴	□清拭	□その他( )				排泄	□	□	□	□	場所:	□トイレ	□ポータブル	□尿器	□オムツ(パット 紙パンツ フラット)				服薬管理	□	□	□	□	服薬内容( )								麻痺	□なし	□軽度	□中度	□重度	( )								視力	□問題なし	□やや難あり	□困難		眼鏡等	□なし	□あり( )						聴力	□問題なし	□やや難あり	□困難		補聴器	□なし	□あり						生活上の 問題	□なし	□幻視・幻聴	□興奮	□焦燥・不穏	□妄想	□暴力・攻撃性	□介護への抵抗	□不眠						□昼夜逆転	□徘徊	□危険行為	□不潔行為	□意思疎通困難	□その他( )							医療処置	□バルーンカテーテル	□ストマ	□気管切開	□喀痰吸引	□胃ろう	□褥瘡	□その他( )						家族への介護指導	□無	□有											感染症(保菌)	□HBV	□HCV	MRSA:保菌(部位	□咽頭	□鼻腔	□褥瘡)	アレルギー	□無	□有					□その他( )		□不明										退院予定日	年 月 日( )		退院後の留意事項、 退院後初回(予約)受診日など									備考												
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項	□なし	□あり	チェック 該当の有無を選択 □該当なし □該当あり																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
移動方法	□	□	□	□	□車いす	□杖使用	□歩行器使用	□その他装具・補助具使用																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
移乗方法	□	□	□	□																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
口腔清潔	□	□	□	□	□良 □不良	□義歯	□なし	□部分	□総	□嚥下機能	□むせない	□時々むせる	□常にむせる																																																																																																																																																																																																																																																																																																									
食事	□	□	□	□	□普通食	□治療食(□Kcal)	□糖尿病食	□高血圧食	□腎臓病食	□その他	□経管栄養	□禁食																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	□	□	□	□	□主食	□常食	□全粥	□ミキサー	□ペースト																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	□	□	□	□	□副食	□通常	□一口大	□刻み	□極小刻み	□ミキサー	□ペースト	(摂取量 割)																																																																																																																																																																																																																																																																																																										
	□	□	□	□	□水分	□摂取量:1日 ml	□とろみ剤使用	□なし	□あり																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
					禁止食品	□なし	□あり( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
更衣	□	□	□	□																																																																																																																																																																																																																																																																																																																		
入浴	□	□	□	□	入浴の制限	□無	□有( □シャワー浴	□清拭	□その他( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
排泄	□	□	□	□	場所:	□トイレ	□ポータブル	□尿器	□オムツ(パット 紙パンツ フラット)																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
服薬管理	□	□	□	□	服薬内容( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
麻痺	□なし	□軽度	□中度	□重度	( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																	
視力	□問題なし	□やや難あり	□困難		眼鏡等	□なし	□あり( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
聴力	□問題なし	□やや難あり	□困難		補聴器	□なし	□あり																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
生活上の 問題	□なし	□幻視・幻聴	□興奮	□焦燥・不穏	□妄想	□暴力・攻撃性	□介護への抵抗	□不眠																																																																																																																																																																																																																																																																																																														
	□昼夜逆転	□徘徊	□危険行為	□不潔行為	□意思疎通困難	□その他( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																																
医療処置	□バルーンカテーテル	□ストマ	□気管切開	□喀痰吸引	□胃ろう	□褥瘡	□その他( )																																																																																																																																																																																																																																																																																																															
家族への介護指導	□無	□有																																																																																																																																																																																																																																																																																																																				
感染症(保菌)	□HBV	□HCV	MRSA:保菌(部位	□咽頭	□鼻腔	□褥瘡)	アレルギー	□無	□有																																																																																																																																																																																																																																																																																																													
	□その他( )		□不明																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
退院予定日	年 月 日( )		退院後の留意事項、 退院後初回(予約)受診日など																																																																																																																																																																																																																																																																																																																			
備考																																																																																																																																																																																																																																																																																																																						

## 【参考】

### 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（令和6年6月）

群馬県地域包括ケア推進室調べ





館林市

高齢者あんしん相談センタークローバー荘

高齢者あんしん相談センター新橋

高齢者あんしん相談センター東毛光生園

高齢者あんしん相談センター社会福祉協議会

板倉町

板倉町地域包括支援センター

明和町

明和町地域包括支援センター

千代田町

千代田町地域包括支援センター

大泉町

大泉町地域包括支援センター

邑楽町

邑楽町地域包括支援センター

群馬県

館林保健福祉事務所

お問い合わせ 一般社団法人館林市邑楽郡医師会  
在宅医療介護連携相談センターたておう  
0276-55-0118  
<https://tatebayashioura.gunma.med.or.jp/tateou/>

平成29年 2月20日 初版

平成30年 4月 1日 改訂（第2版）

令和元年 5月 7日 改訂（第3版）

令和 7年 7月 1日 改訂（第4版）