富岡圏域における病院－在宅連携

「退院調整ルール」の手引き

（令和８年４月現在）

は じ め に

介護を必要とする患者が、退院の準備をする際に、『退院調整もれ』（病院からケアマネジャーに引き継ぎがなされないこと）により、必要な介護サービスの利用がすぐに受けられなかったり、相談等がきちんとできなかったりすることで、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。また、患者が入院したときに、家族等からケアマネジャーに入院した旨の連絡が行き届いていない場合もあります。

富岡圏域においては、管内４病院と１有床診療所（病院等）の退院調整担当者と管内居宅介護支援事業所及び管内市町村の地域包括支援センターに属するケアマネジャーが、平成２９年度に会議を開催し、検討・協議を行い、介護を必要とする患者が疾患を問わず管内のどの病院から入退院しても必要な介護サービスや相談ができ、安心して在宅へ戻ることができるよう医療（病院）と介護（ケアマネジャー）の連携をとりやすくし強化した支援ができるよう平成３０年１月に「富岡圏域退院調整ルール」を策定しました。

そして、平成３０年４月の介護保険制度改正に伴い、居宅介護支援の加算における見直しと共に、厚労省から標準様式例が示されたことから、連携及び加算において対応できるように平成３０年９月にメンテナンス会議（代表者会議）を開催。平成３１年２月に同全体会議を開催し様式の変更を決定、平成３１年４月より新様式で運用してきました。

その後、令和６年度に厚労省から新たに標準様式例の変更があり、令和７年３月にメンテナンス会議を開催したところ、既存の様式（富岡圏域版）と標準様式のいずれも使用可との結果になりました。適宜選び使用して下さい。

その他、居宅介護支援事業所や地域包括支援センター、病院相談窓口等の情報を必要時に更新しています。この手引きは、退院支援を行う病院のスタッフやケアマネジャーなど関係者に向けて作成したものです。

患者の退院後を地域全体で支えるため、関係者の皆様で内容を共有していただき、「富岡圏域退院調整ルール」の普及・活用にご協力いただきますようお願い申し上げます。

目　次

退院調整フロー図　・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・1

1【入院前にケアマネジャーがいない患者の場合】
（入院前に介護保険サービスを利用していなかった場合）・・・・・2
（1）入院時
（2）退院調整の開始
（3）在宅担当者への連絡
1）６５歳以上の患者の場合
2）４０歳以上６５歳未満の患者の場合
（4）退院前カンファレンス（1回目）
【短期入院者の場合】
※　介護保険申請の手続き方法
別表1「退院調整が必要な患者の基準」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・3
別表2「介護保険の対象となる疾病」（４０歳以上６５歳未満）

2【入院前にケアマネジャーがいる患者の場合】
（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）・・・・・・4
（1）入院時
（2）退院調整の開始
（3）退院前カンファレンス（1回目）
（4）退院前カンファレンス（2回目）
（5）退院時の共同指導・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・5
（6）退院時引継情報
（7）退院後
【短期入院者の場合】
【患者が転院する場合】

3　居宅介護支援事業所・地域包括支援センター　連絡先一覧・・・・・・・・・・・・・・6

4　退院調整におけるケアマネジャーの役割・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

5　ケアプラン作成の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・7

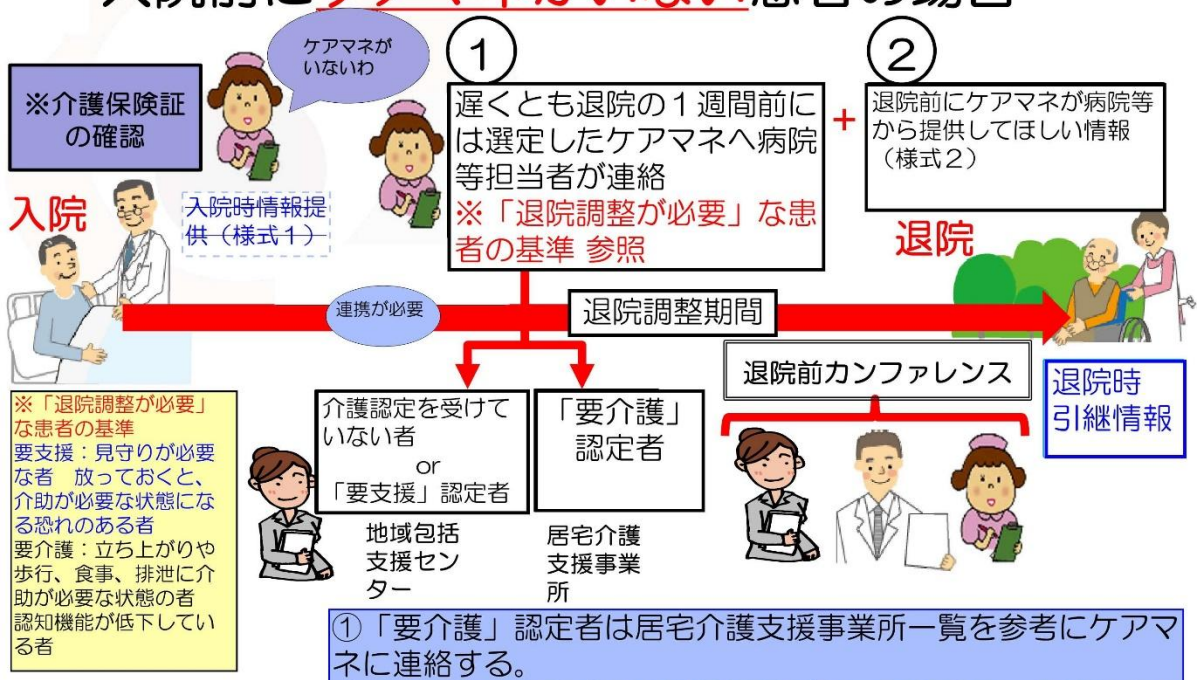
6　ケアマネジャーの業務・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・8～9

7　入退院調整のための病院等の相談窓口、病院の担当職員・・・・・・・・・・・・・・・１０

（様式1）入院時情報提供書（富岡圏域版）　・・・・・・・・・・・・・・・・１１～１２
（様式2）退院患者連絡票（富岡圏域版）　・・・・・・・・・・・・・・・・・１３～１４
【参考資料】退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例・・・・・・・・・・・１５

退院調整ルール

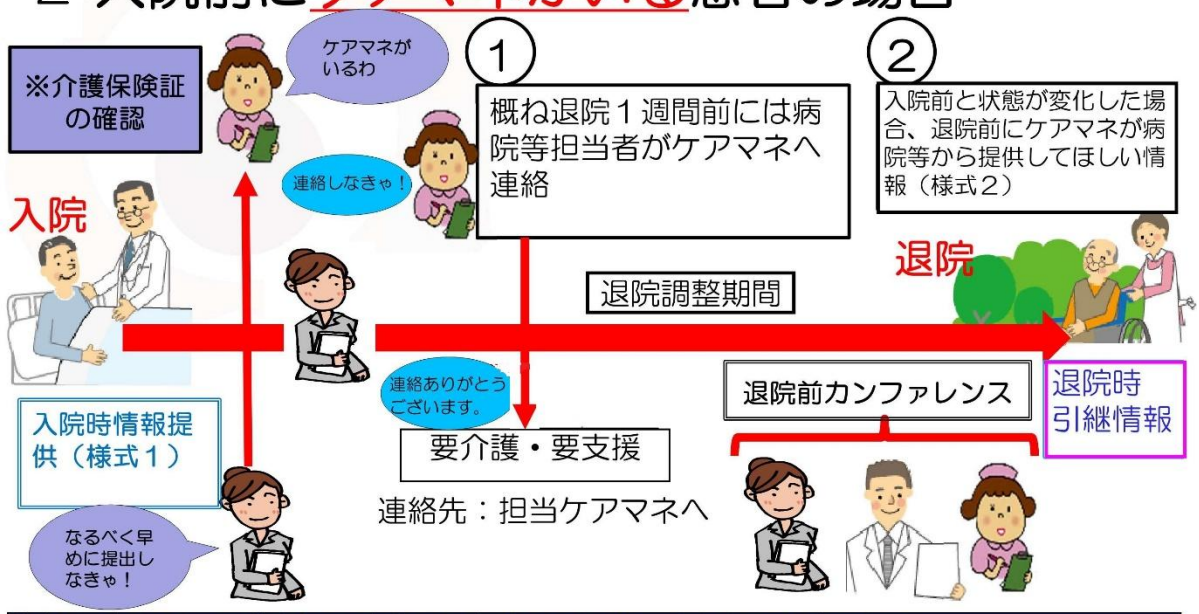
1　入院前にケアマネがいない患者の場合



①「要介護」認定者は居宅介護支援事業所一覧を参考にケアマネに連絡する。
②「要支援」認定者や「退院調整が必要な患者で、介護認定を受けていない者」は地域包括支援センターに連絡する。

退院調整ルール

2 入院前にケアマネがいる患者の場合



①病因・病状によって基準となる在院日数が異なることから、おおよその目安である。
・退院の見込みがたったらなるべく早期に。できれば退院前１週間程度。
②在宅担当者は連絡を受けたら、病院等担当者と連絡を取り合う。状況変化がある場合は、様式２を活用しケアプラン変更の必要性を判断する。
・病院等担当者と在宅担当者は、退院前カンファレンスについての確認や退院後の生活に向けた相談をする。

退院調整ルール１【入院前にケアマネジャーがいない患者の場合】
（入院前、介護保険サービスを利用していなかった場合）

（1）入院時

☆患者が入院してきたら、病院等では、介護保険証を確認する。

（2）退院調整の開始

病院等担当者は、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：「遅くとも１週間前」)を考慮して、退院調整を開始する。

なお、要介護認定前に退院となる見込みの場合は、上記申請からサービス利用（暫定ケアプランによる利用も含む）までの流れを本人・家族に病院等担当者が説明しておくこと。

（3）在宅担当者への連絡

病院等担当者は、下記①又は②に該当する患者が「在宅可能」と判断したら、**患者が退院する前に患者のお住まいの市町村地域包括支援センターに連絡を入れ、様式２を送付する。**

ただし、入院中に「要介護」に認定された者は、「居宅介護支援事業所・地域包括支援センター一覧」からサービス提供地域を参考にして選定した居宅介護支援事業所へ連絡する。

①６５歳以上の患者の場合

別表１「退院調整が必要な患者の基準」に基づき、患者のお住まいの市町村地域包括支援センターへ連絡する。

②４０歳以上６５歳未満の患者の場合

患者が別表２「介護保険の対象となる特定の疾病」に該当し、かつ、別表１「退院調整が必要な患者の基準」の（ア）または（イ）の基準に該当する場合

（4）退院前カンファレンス(1 回目)

①病院等担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報(別紙様式２：退院患者連絡票参照)を院内の関係者から収集し、連絡と同時に退院患者連絡票を在宅担当者（地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所等）に提供する。

②在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院等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病院等担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンス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。（例：退院後に入院中と食事内容が大きく変わるような場合は、管理栄養士による居宅療養管理指導の要否も検討される）

※新型コロナウイルス感染症下でのカンファレンスついては、Web 開催も含めて一定のルール＝目安を設けておくこと（現状、面会禁止の院内で本人、家族、関係者が集合するのは困難）。

※ 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（患者が介護保険の申請を希望する場合）

・申請は在宅担当者が代行可能

①６５歳以上の場合→家族等が介護保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

②４０歳以上６５歳未満の場合→家族等が医療保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

【短期入院者の場合】

入院期間が短期のため、退院調整に「遅くとも１週間」の期間が確保できない患者は、退院が決定したら直ちに、患者の住所地の**地域包括支援センターに連絡する**とともに様式２を送付する。

別表１「退院調整が必要な患者の基準」

（ア）退院調整が必要な患者

①「立ち上がり」「歩行」「食事」などに介助や見守りが必要な方

②「排泄」に介助や見守りが必要、あるいはポータブルトイレを使用中

③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

⇒ **「要介護」認定を受けている場合は居宅介護支援事業所一覧の（1）「要介護」認定者の事業所へ連絡**

（イ）それ以外で見逃してはいけない患者

④在宅では、独居か家族等の協力が見込めない状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助や見守りが必要な方

⑤（ ADL は自立でも）がん末期の方、新たに医療処置が追加された方

（例：膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引、褥瘡や傷の処置、インシュリンなど）

⇒ **「要介護」認定を受けている場合は居宅介護支援事業所一覧の（1）「要介護」認定者の事業所へ連絡**

（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

⇒ **「要介護」認定を受けている場合は居宅介護支援事業所一覧の（1）「要介護」認定者の事業所へ連絡**

別表２「介護保険の対象となる疾病（特定疾病）」（４０歳以上６５歳未満の者）

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

退院調整ルール２【入院前にケアマネジャーがいる患者の場合】
（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

（**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」と言う。)は、普段から家族に「入院したら電話を下さい」と依頼をしておき、在宅担当者の情報が病院へ伝わる工夫をしておく。入院の要否について、通所サービスの看護職員と訪問サービスの従業者の意見が異なり、家族が戸惑うような場面もある。ケアマネジャーには最終的な意思決定場面より前に、サービス担当者間の意見調整を図って家族とつなぐパイプ役が求められる。

■工夫■
- 医療保険証と介護保険証を一緒に保管し、介護保険証に担当ケアマネジャーの名刺を挟んでおき、入院時に介護保険証も一緒に病院等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。
- 介護保険証に担当する事業所の電話番号を利用者及び家族の同意を得て記入しておく。

②病棟看護・地域連携室の退院担当者（以下、「病院等担当者」と言う。）は、家族又は介護保険証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、病院等担当者は、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、病院等に入院時情報提供書(別紙様式１参照)を病院等が指定するＦＡＸに送信又は担当窓口に持参する。

■ＦＡＸ送信の留意点■
- 病院等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等へＦＡＸする。
- 病院等担当者は、ＦＡＸを受け取ったらその旨ケアマネジャーに電話連絡。
- 必要に応じてケアマネジャーは原本を病院等に郵送（基本的には入院時情報提供書にケアプランの写しを添付していただくと病院側としては入院診療業務が円滑に進む）

（**2**）退院調整の開始

病院等担当者は、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１週間」)を考慮して、在宅担当者に連絡する。

※　病院等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関係なく入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に連絡する。

（**3**）退院前カンファレンス(1 回目)

①病院等担当者は、入院前と状態変化がある場合、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(別紙様式２：退院患者連絡票参照）を院内の関係者から収集し、在宅担当者に提供する。
②病院等担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明する。
③病院等担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンス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)

病院等担当者と在宅担当者は、本人（家族）を交えて看護・リハビリ・栄養などと在宅での看護、リハビリなど必要なサービスとの引継ぎとして実施する。

※　詳細な実施方法は各病院等の指示によること（診療報酬算定要件を満たす必要があるため）

（5）退院時の共同指導【実施の要否は病院等担当者が決定する】

入院中の患者に対して、入院中の病院等の医師が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師、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病院等担当者は、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便日・入浴日、服薬内容：病院等様式（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

在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院等に提供する。

【短期入院者の場合】

入院期間が短期のため、退院調整に「概ね１週間」の期間が確保できない患者は、退院が決定したら直ちに、患者の担当**ケアマネジャーに連絡する**とともに**退院患者連絡票（様式２）**を送付する。

【患者が転院する場合】

ケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、入院時にケアマネジャーから提供のあった**入院時情報提供書（様式１）**を転院先の病院に引き継ぐようにしましょう。

3　居宅介護支援事業所・地域包括支援センター　連絡先一覧

（1）「要介護」認定者 ⇨ 居宅介護支援事業所

事業所名	所在地	電話番号	FAX	サービス提供地域
社会福祉法人富岡市社会福祉協議会	富岡市富岡 1439-1	0274-62-6222	0274-62-6223	富岡市
介護いろいろ相談処　福よか	富岡市富岡 1838-1 吉田アパート 4 号	0274-64-9306	0274-64-9306	富岡市・下仁田町
こうない医院居宅介護支援事業所	富岡市七日市 555-1	0274-62-3301	0274-62-3435	富岡市
富岡地域居宅介護支援事業所	富岡市七日市 643	0274-62-3000	0274-62-3166	富岡市・甘楽町・（他：要相談）
かやの木	富岡市内匠 448	0274-62-4387	0274-62-4391	富岡市・下仁田町・甘楽町
社会福祉法人大桐会天の間園	富岡市上高瀬 1390	0274-63-7774	0274-62-2925	富岡市・下仁田町・甘楽町
メリィたかせ居宅介護支援事業所	富岡市中高瀬 675	0274-64-9018	0274-64-9019	富岡市・下仁田町・甘楽町・（安中市・高崎市）
鏑泉苑居宅介護支援事業所	富岡市下高瀬 724	0274-62-0964	0274-62-0972	富岡市
あすなろ居宅介護支援事業所	富岡市田島 6-6	0274-63-6423	0274-67-7354	富岡市・下仁田町・甘楽町・（旧吉井町）
居宅介護支援事業所ふれあい	富岡市黒川 1380	0274-70-2020	0274-62-4558	富岡市
居宅介護支援事業所さとやま	富岡市上高尾 909-5	0274-67-7622	0274-67-7632	富岡市・下仁田町
JA 甘楽富岡ふれあい福祉サービス	富岡市下高尾 462-2	0274-63-6422	0274-62-3007	富岡市・甘楽町
介護老人保健施設こまち	富岡市相野田 469	0274-62-5811	0274-62-5813	富岡市・下仁田町・甘楽町・安中市・（旧吉井町）
介護老人保健施設ミドルホーム富岡居宅介護支援事業所	富岡市岡本 965	0274-64-3922	0274-64-4358	富岡市・下仁田町・甘楽町
ケアプランセンター　きこえ	富岡市曽木 96-3 ハイツフレンド富岡 204	0274-67-7175	0274-75-9424	富岡市・南牧村・甘楽町
妙義会居宅介護支援事業所	富岡市妙義町上高田 1208-2	0274-70-7202	0274-70-7201	富岡市・下仁田町・（近隣市町村も可）
ケアプラン優	甘楽郡下仁田町下仁田 159	0274-82-2058	0274-82-2058	下仁田町・富岡市・南牧村・甘楽町・高崎市
しもにたプラン	甘楽郡下仁田町下仁田 429-9	0274-82-3864	0274-82-2392	下仁田町・富岡市・南牧村・甘楽町
社会福祉法人下仁田町社会福祉協議会	甘楽郡下仁田町下仁田 427-5	0274-64-9535	0274-64-9536	下仁田町
あいらいふケアマネジメント	甘楽郡下仁田町吉崎 160-2	0274-82-2762	0274-82-5531	下仁田町・富岡市
ケアプランあいりす	甘楽郡下仁田町下小坂 218-8	0274-67-5007	0274-67-5007	下仁田町・富岡市・甘楽町
居宅介護支援事業所かぶらの里	甘楽郡下仁田町下小坂 877	0274-82-0222	0274-60-3000	下仁田町・富岡市
さわやかホーム	甘楽郡南牧村大日向 926	0274-87-2100	0274-87-2188	南牧村
甘楽町在宅介護支援センター・シルク	甘楽郡甘楽町白倉 1384-1	0274-60-4152	0274-74-7210	甘楽町・富岡市・下仁田町・高崎市
社会福祉法人甘楽町社会福祉協議会	甘楽郡甘楽町白倉 1395-1	0274-74-5700	0274-74-5760	甘楽町

（2）介護認定されていない者　及び「要支援」認定者 ⇨ 地域包括支援センター

事業所名	所在地	電話番号	FAX	サービス提供地域
富岡市地域包括支援センター	富岡市富岡 1460-1	0274-62-1511	0274-64-1294	富岡市
下仁田町地域包括支援センター	下仁田町下仁田 682	0274-82-2111	0274-82-5766	下仁田町
南牧村地域包括支援センター	南牧村大日向 1098	0274-87-2011	0274-87-3628	南牧村
甘楽町地域包括支援センター	甘楽町白倉 1395-1	0274-67-5182	0274-67-7066	甘楽町

（令和８年４月現在）

※FAX による患者情報の提供は、誤送信による個人情報漏洩の可能性が非常に高いので御注意ください

4　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。

※退院調整の報酬が得られるのは、在宅へ退院となり、ケアプランを作成し、居宅サービス等を利用した場合のみ（介護保険施設や転院先の紹介などはケアマネジャーの業務ではあるが、介護報酬（居宅介護支援費）の直接的な対象業務ではない。しかし、それら紹介業務も含めたケアマネジメントに要する費用を包括的に居宅介護支援費として給付しているので、正当な理由なく紹介業務を拒否することはできない。

5　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、「居宅介護支援（要介護者）」又は「介護予防支援（要支援者）」の契約手続きを行う。

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

介護サービス事業所（サービス担当者）を交えた病院との引継ぎ

⑥ サービス担当者会議

介護サービス事業所（サービス担当者）間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認

※新型コロナウイルス感染症の蔓延により Web 等も活用する（従来からケアマネジャーが欠席したサービス担当者に意見照会・回答を求める形式は認められている）

※コロナ感染症は令和５年５月８日に５類へ移行（インフルエンザと同等）となる

⑦ 退院　→　居宅サービス等の提供を開始

※詳しくは、「ケアマネジャーの業務」をご覧下さい。

6　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～在宅受け入れ可能になるまで☆

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）病院から退院患者連絡票の提供を受ける 4）家族とともに初回訪問の日程調整 *Check!* ・介護保険証の確認が出来れば早い。 ⇒未申請であれば、代行申請から支援が必要。 ・ケアマネジャーの標準担当件数(４４件)や事業所全体で減算となる担当件数が決まっているので時間が必要。 ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間がかかることも多い。	**目安は** **1日～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書、重要事項説明書、個人情報利用同意書について内容説明。同意を受けたら署名(捺印)を得て一部を交付 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) *Check!* ・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、本人の動きを自宅において作業療法士等が確認する必要もある。住宅改修等の事務手続きには１ヶ月程度を要する場合もあるので早めに確認しておきたい。	**目安は** **1日～2日間**

事務処理	1）市役所及び町村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・認定調査票の資料提供申請』 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 （利用票・提供票、介護保険証の写しなど） *Check!* ・事業所の営業日や営業時間、市役所・町村役場の開庁時間など、事前に確認しておくこと。 ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医の意見をいただくことが介護保険上の必須要件。 ⇒ケアプラン作成連絡票を活用するのが効率的だが、主治医との連絡調整や回答をいただくにも時間を要することに留意（催促を要することも多々ある）。	**目安は** **1日～2日間**
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・意見交換 2）ケアプラン(原案)を必要に応じて修正し、確定する。 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、2部に署名又は記名押印をいただき、そのうち1部を交付すること。 4）サービス担当者会議録の作成 5）サービス提供票の交付 *Check!* ・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意見照会して意見聴取が必要。 ⇒関わる事業所が多くなればなるほど、調整に時間がかかることに注意。 ・サービス提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインや押印が必要なので原則手渡しとなる。	**目安は** **1日～2日間**
（サービス事業者と利用者の契約） サービス利用を開始するにはここまでが必要		

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

＊上記の受付から契約等までの動きは全て、支援経過（第5表）として記録する必要があります。

7　入退院調整のための病院等の相談窓口、病院の担当職員

病院名	CM からの入院時情報（提供書）の提供先	CM への入院前・入院時・入院後の連絡者	退院調整を担当する病院の職員	退院後の介護サービス等について、CM と主に面談を行う者 （入院前に介護サービスの利用があった＝担当 CM がいる患者の場合）	退院後の介護サービス等について、本人・家族と主に面談を行う者 （入院前に介護サービスの利用がなかった＝担当 CM がいない患者の場合）	退院後の居宅介護支援事業所との契約を支援する者 （入院前に介護サービスの利用がなかった＝担当 CM がいない患者の場合）	契約した居宅介護支援事業所と連携する者 （入院前に介護サービスの利用がなかった＝担当 CM がいない患者の場合）
公立富岡総合病院	中央受付 平日 8:30 から 17:15 入院病棟（24 時間） 【FAX 送信先】 患者支援サービス課 入院病棟 MSW 担当宛 （0274-64-1406）	入院前、入院時 本人または家族 入院後 本人または家族に了承を得た MSW	退院日の調整を行うのは病棟 NS	MSW NS	MSW NS	MSW NS	MSW NS
公立七日市病院	入院病棟（24 時間） 【FAX 送信先】 医療連携担当 （0274-62-5211）	MSW 病棟 NS （退院支援リンク NS）		MSW 病棟 NS （退院支援リンク NS）	MSW	MSW	MSW 病棟 NS （退院支援リンク NS）
下仁田厚生病院	総合受付または 地域医療連携室 【FAX 送信先】 地域医療連携室 （0274-67-7888）	MSW 退院支援 NS	MSW 退院支援 NS	MSW 退院支援 NS	MSW 退院支援 NS	MSW 退院支援 NS	MSW 退院支援 NS
西毛病院	心理福祉課 平日 9:00～17:00 土曜 9:00～12:30 【FAX 送信先】 心理福祉課 （0274-64-3826）	MSW	MSW	MSW 病棟 NS	MSW CM	MSW CM	MSW CM

注１　MSW＝メディカルソーシャルワーカー

注２　CM＝ケアマネジャー（介護支援専門員）

※FAX による患者情報の提供は、誤送信による個人情報漏洩の可能性が非常に高いので御注意ください

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

入院時情報提供書（富岡圏域版）

医療機関 ⇐ 居宅介護支援事業所

医療機関名：　　事業所名:
ご担当者名：　　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、利用者情報（身体・生活機能など）の情報を送付します。是非ご活用ください。

1．利用者（患者）基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年齢	才	性別	男　女
		生年月日	明 大 昭　年　月　日生		
住所	〒	電話番号			
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（ 有 ・ 無 ）				
	特記事項（　　）				
入院時の要介護度	☐ 要支援（　　）　☐ 要介護（　　）　有効期限：　年　月　日～　年　月　日 ☐ 申請中（申請日　／　）　☐ 区分変更（申請日　／　）　☐ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立　☐ Ｊ１　☐ Ｊ２　☐ Ａ１　☐ Ａ２　☐ Ｂ１　☐ Ｂ２　☐ Ｃ１　☐ Ｃ２			☐ 医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立　☐ Ⅰ　☐ Ⅱａ　☐ Ⅱｂ　☐ Ⅲａ　☐ Ⅲｂ　☐ Ⅳ　☐ Ｍ			☐ ケアマネジャーの判断	
介護保険の所得による減額「負担限度額認定」	☐ 第１段階　☐ 第２段階　☐ 第３段階①　☐ 第３段階② ☐ 対象外　☐ 未申請　☐ 申請中			障害など認定	☐ なし ☐ あり（ 身体・精神・知的 ）
年金などの種類	☐ 国民年金　☐ 厚生年金　☐ 障害年金　☐ 生活保護　☐ その他（　　）				

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居　☐ 高齢者世帯　☐ 子と同居　☐ その他（　　） ＊ ☐ 日中独居				
主介護者氏名	（続柄：　・　才）	（ 同居 ・ 別居 ）		TEL	
キーパーソン	（続柄：　・　才）	連絡先	TEL:	TEL	
生活上の問題点	☐ 生活環境： ☐ 家族背景： ☐ 問題行動： ☐ そ の 他：				

3．本人／家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	☐ 同封の居宅サービス計画(1)参照

4．入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ☐ 居宅サービス計画書1.2.3表　☐ その他（　　）

5．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）

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	☐ 独居　☐ 高齢世帯　☐ 子と同居（家族構成員数　　名）　＊ ☐ 日中独居 ☐ その他
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（　　）
退院後の主介護者	☐ 本シート２に同じ　☐ 左記以外（氏名　　続柄　　・年齢
介護力＊	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部 ）　☐ 介護力は見込めない　☐ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い＊	☐ なし ☐ あり（　　）
特記事項	

6．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの要望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	☐ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 希望あり

＊＝診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連　　＝富岡圏域における追加項目

7．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		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□なし □あり（ ）
ADL	移　動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動（室内）	□杖 □歩行器 □車いす □その他
	移　乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動（屋外）	□杖 □歩行器 □車いす □その他
	更　衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立 / 見守り / 一部介助 / 全介助
	整　容	自立	見守り	一部介助	全介助		
	入　浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食　事	自立	見守り	一部介助	全介助		

食事内容	食事回数	（　　）回／日（朝　　時頃・昼　　時頃・夜　　時頃）		食事制限	□あり（　　）□なし □不明
	食事形態	□普通 □きざみ □嚥下障害食 □ミキサー □ゼリー食		摂食嚥下リハ2021	□0j □0t □1j □2-1 □2-2 □3 □4
	摂取方法	□経口 □経管栄養	水分とろみ：□なし □あり	水分制限	□あり（　　）□なし □不明
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯：□なし □あり（部分・総）
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭：□なし □あり

排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	尿意	□なし □あり	ポータブルトイレ	□なし □夜間 □常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	便意	□なし □あり	オムツ／パッド	□なし □夜間 □常時

睡眠の状態	良 / 不良（　　）	眠剤の使用	□なし □あり
喫煙	無 / 有　本くらい／日	飲酒	無 / 有　合くらい／日あたり

コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	□なし □あり（　　）
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	□なし □あり
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項：	
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難		
認知	物忘れ	問題なし	軽度	中度	重度	認知に対する特記事項：
	失見当	問題なし	軽度	中度	重度	
	問題行動	問題なし	軽度	中度	重度	

精神面における療養上の問題

□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 □その他（　　）

疾患歴*

□なし
□悪性腫瘍 □認知症 □急性呼吸器感染症 □脳血管障害 □骨折
□その他（　　）

入院歴*

最近半年間での入院：□なし □あり（理由：　　期間：H　年　月　日 ～ H　年　月　日）□不明

入院頻度：□頻度は高い／繰り返している □頻度は低いが、これまでにもある □今回が初めて

入院前に実施している医療処置*

□なし
□点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡
□尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール
□自己注射（　　） □その他（　　）

8．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	□なし □あり（　　）	居宅療養管理指導	□なし □あり（職種：　　）
薬剤管理	□自己管理 □他者による管理（・管理者：　　・管理方法：　　）		
服薬状況	□処方通り服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方が守られていない □服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9．かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名		電話番号	
医師名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	診察方法・頻度	□通院 □訪問診療 ・頻度＝（　　）回／月
通院方法	付き添い：□なし 続柄：／□あり 氏名：	移動方法	□自家用車 （□自分運転 □同乗）□乗り合いバス・タクシー／□タクシー □自転車 □その他：

＊＝診療報酬　退院支援加算1.2「退院困難な患者の要因」に関連　　＝富岡圏域における追加項目

退院患者連絡票（富岡圏域版）　（様式２）

記入日	令和　年　月　日		記入者	医療機関		
入院日	令和　年　月　日			職・氏名		
退院（予定）日	令和　年　月　日			職・氏名		

ケアマネジャー	事業所	
	氏名	

基本情報	（ふりがな）			要介護度
	利用者（患者）名			
	生年月日	年　月　日		
	年齢	歳	性別	☐ 男　☐ 女
	住所			
	固定電話番号		携帯電話番号	

連絡先	緊急連絡先	氏名	続柄	電話番号　（携帯電話優先）
	家族構成	同居の家族	子供の状況	
	キーパーソン	氏名	続柄	勤務先

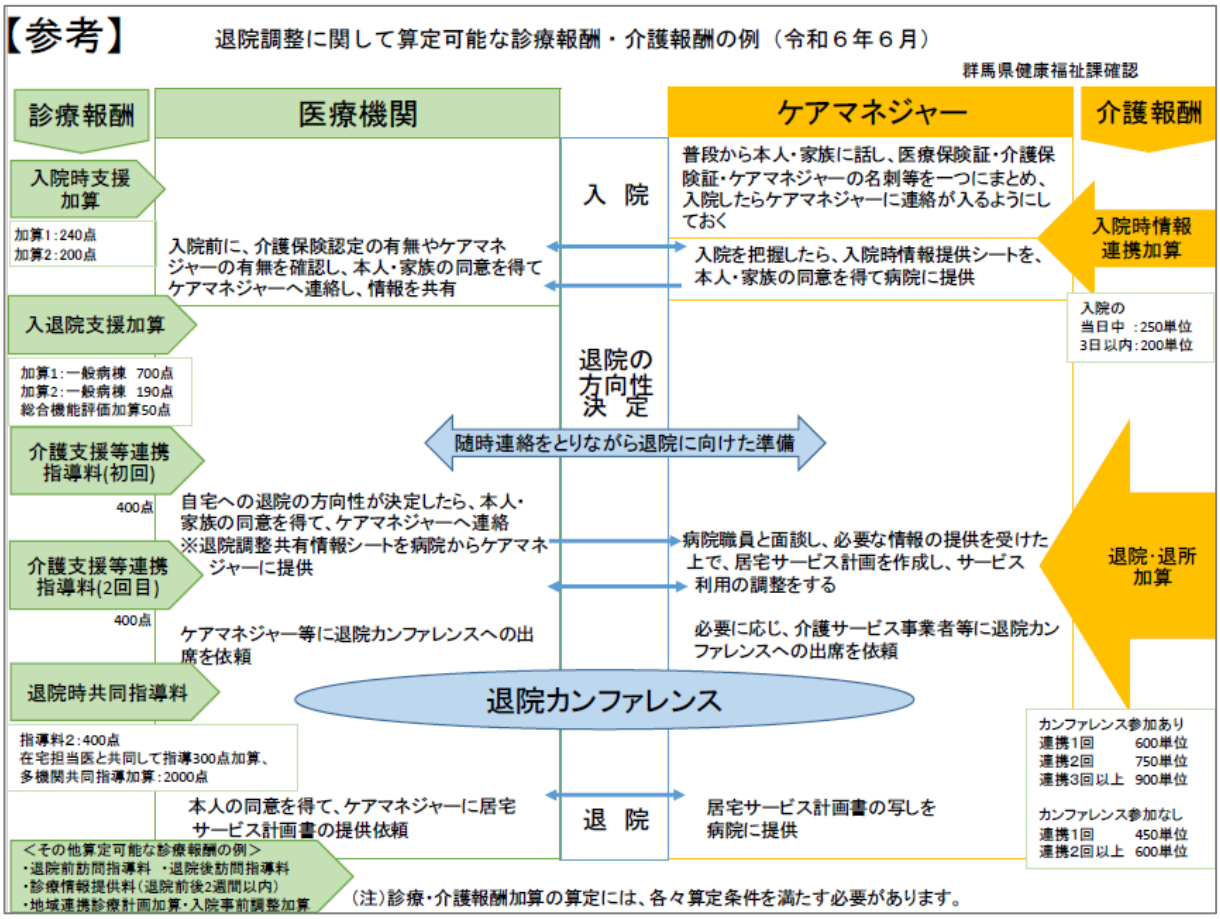
保険情報	医療保険	種類	社保：☐ 本人　☐ 家族	国保：☐ 本人	その他：☐
		限度区分	☐ 区分ア　☐ 区分イ　☐ 区分ウ　☐ 区分エ　☐ 区分オ ☐ 区分Ⅰ　☐ 区分Ⅱ　☐ 一般　☐ その他（　　）		
		福祉医療	☐ 無　☐ 有	認定日　年　月　日	
		特定医療	☐ 無　☐ 有	認定日　年　月　日	
		補足事項			

疾病情報	既往歴	
	入院経過	
	入院中　主治医	診療科　氏名
	退院後　主治医	医療機関名 診療科　氏名

医療管理	☐ なし	
	☐ あり　（チェックリストが添付されている場合は別紙参照）	
	☐ 点滴管理　☐ 中心静脈栄養　☐ 血液透析　☐ 疼痛管理　☐ ストーマ ☐ 酸素療法　☐ 気管切開　☐ 褥瘡処置　☐ カテーテル・ドレーン類 ☐ 喀痰吸引　☐ 経管栄養　☐ 吸入薬　☐ 外用薬　☐ インシュリン　単位 ☐ 服薬（薬品名：　　）	
	詳細	

動作・移動	寝具	☐ 標準　☐ 耐圧分散マット　☐ エアマット
	移動方法	☐ 自立歩行　☐ 杖歩行・歩行器　☐ 車椅子　（ ☐ 自走可能　☐ 自走不可 ）☐ ストレッチャー
	移動動作	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
	補装具	☐ 装具　☐ コルセット　☐ サポーター
	行動制限	☐ 身体拘束帯　☐ 手袋・ミトン　☐ センサー（　　）
	リハビリ	☐ 無　☐ 有　（ 運動制限　☐ 無　☐ 有 ）
	留意点	
コミュニケーション		☐ 言語障害　☐ 難聴（補聴器　☐ 有　☐ 無 ）　☐ 眼鏡

精神	精神状態	☐ 無	
		☐ 有	☐ 徘徊　☐ 幻覚　☐ 幻聴　☐ 異食　☐ 収集行動 ☐ 抵抗　☐ 暴言　☐ 暴力　☐ 不潔行為 ☐ 認知症　☐ 精神疾患（病名　　）
	睡眠状態	☐ 異常なし　☐ 昼夜睡眠　☐ 夜間覚醒（昼夜逆転）　☐ 不眠	
	留　意　点		
食事	食事方法	☐ 経口摂取　☐ 経管栄養　☐ 胃瘻　☐ 点滴	
	特記事項		
	摂取動作	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助	
	介助用具	☐ 無　☐ スプーン・フォーク　☐ 自助具	
	嚥下状況	☐ 良好　☐ 不良	
	咀嚼状況	☐ 良好　☐ 不良	
	主食形態	☐ 米飯　☐ おにぎり　☐ ミキサー　☐ ゼリー食 ☐ 全粥　☐ 7分粥　☐ 5分粥　☐ 3分粥	
	副食形態	☐ 普通　☐ 一口大きざみ　☐ きざみ　☐ ミキサー	
	食事摂取量	主食　　割　～　　割　　副食　　割　～　　割	
	飲　水	☐ 普通　☐ とろみ（弱）　☐ とろみ（強）	
	義　歯	☐ 無　☐ 有　（　☐ 総義歯　☐ 部分義歯　）	
	飲食制限	食　事	☐ 無　〇〇食　※制限食のカロリー、ナトリウム・タンパク質量等を記載 ☐ 有
		水　分	☐ 無　☐ 有　（　　ml/日）
	留　意　点		
衛生	排泄	排　尿	日中　　回　　夜間　　回
		排尿感覚	☐ 無　☐ 有
		排　便	回/日
		排便感覚	☐ 無　☐ 有
		便秘薬使用	☐ 無　☐ 有　（　☐ 内服薬　☐ 座薬　）
		最終排便日	月　　日
		介　助	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
		使用物品	☐ パット ☐ オムツ　（　☐ 常時　☐ 夜間　） ☐ リハビリパンツ　（　☐ 常時　☐ 夜間　） ☐ ポータブルトイレ　（　☐ 常時　☐ 夜間　） ☐ 尿　器　（　☐ 常時　☐ 夜間　） ☐ 便　器　（　☐ 常時　☐ 夜間　）
		留　意　点	
	保清	保　清	☐ 一般浴　☐ シャワー浴　☐ 機械浴　☐ 清拭
		更　衣	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
		最終保清日	月　　日
		口腔ケア	☐ 自立　☐ 見守り　☐ 一部介助　☐ 全介助
		留　意　点	
意思決定支援			
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）
群馬県健康福祉課確認
診療報酬
医療機関
ケアマネジャー
介護報酬
入院時支援加算
加算1：240点
加算2：200点
入院前に、介護保険認定の有無やケアマネジャーの有無を確認し、本人・家族の同意を得てケアマネジャーへ連絡し、情報を共有
入 院
普段から本人・家族に話し、医療保険証・介護保険証・ケアマネジャーの名刺等を一つにまとめ、入院したらケアマネジャーに連絡が入るようにしておく
入院を把握したら、入院時情報提供シートを、本人・家族の同意を得て病院に提供
入院時情報連携加算
入院の
当日中 ：250単位
3日以内：200単位
入退院支援加算
加算1：一般病棟 700点
加算2：一般病棟 190点
総合機能評価加算50点
退院の方向性決定
随時連絡をとりながら退院に向けた準備
介護支援等連携指導料(初回)
400点
自宅への退院の方向性が決定したら、本人・家族の同意を得て、ケアマネジャーへ連絡
※退院調整共有情報シートを病院からケアマネジャーに提供
介護支援等連携指導料(2回目)
400点
病院職員と面談し、必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、サービス利用の調整をする
退院・退所加算
ケアマネジャー等に退院カンファレンスへの出席を依頼
必要に応じ、介護サービス事業者等に退院カンファレンスへの出席を依頼
退院時共同指導料
退院カンファレンス
指導料2：400点
在宅担当医と共同して指導300点加算、
多機関共同指導加算：2000点
カンファレンス参加あり
連携1回 600単位
連携2回 750単位
連携3回以上 900単位
カンファレンス参加なし
連携1回 450単位
連携2回以上 600単位
本人の同意を得て、ケアマネジャーに居宅サービス計画書の提供依頼
退 院
居宅サービス計画書の写しを病院に提供
＜その他算定可能な診療報酬の例＞
・退院前訪問指導料 ・退院後訪問指導料
・診療情報提供料（退院前後2週間以内）
・地域連携診療計画加算・入院事前調整加算
（注）診療・介護報酬加算の算定には、各々算定条件を満たす必要があります。

＊＊＊＊＊　ご協力いただいた関係者　＊＊＊＊＊

甘楽富岡地域の居宅介護支援事業所及びケアマネジャー
公立富岡総合病院
公立七日市病院
下仁田厚生病院
西毛病院
細谷クリニック

富　岡　市
富岡市地域包括支援センター
下　仁　田　町
下仁田町地域包括支援センター
南　牧　村
南牧村地域包括支援センター
甘　楽　町
甘楽町地域包括支援センター

【問い合わせ先】
かぶら在宅療養ネットワークセンター（かぶらネット）
０２７４－６７－５５６６