

藤岡多野地域 在宅医療入退院 マニュアル

第二部

ケアマネ ⇄ 病院連携

令和7年2月発行

【目次】

第二部 く ケアマネ ⇄ 病院連携 〉

1. 本マニュアルを使用する機関	P. 1
2. 「在宅医療入退院マニュアル〈ケアマネ⇄病院連携〉」の策定に向けた検討・協議の経過	〃
3. 事務局	〃
4. 退院調整の手順（入退院マニュアル本編）	P. 2
A 【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）	〃
(1) 入院時	〃
(2) 退院調整の開始	P. 3
(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（必要があれば2回目）	〃
(5) 退院時の共同指導	〃
(6) 退院時引継情報	〃
(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】（入院前にケアマネがない患者の場合）	P. 4
(1) 退院調整の開始	〃
(2) 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	P. 5
(3) 退院前カンファレンス（1回目）	〃
※介護保険要介護（支援）認定申請の手続き方法	〃
5. 居宅介護支援事業所・地域包括支援センター 連絡先一覧	P. 6
6. 退院調整におけるケアマネジャーの業務	P. 7
7. 退院調整におけるケアマネジャーの役割	P. 9
8. ケアプラン作成の流れ	〃
様式 1-1 入院時情報提供シート（藤岡多野版）	P. 10
様式 1-2 入院時情報提供書〈在宅版〉（国の標準様式）	P. 13
様式 2 退院調整共有情報シート「退院・退所情報記録書」	P. 15
【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）	P. 16
入退院調整のための病院相談窓口等一覧	P. 17

藤岡多野地域 在宅医療入退院マニュアル

第二部 〈ケアマネ ⇄ 病院連携〉

1. 本マニュアルを使用する機関

藤岡多野地域（藤岡市、上野村、神流町）の病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

2. 「在宅医療入退院マニュアル〈ケアマネ⇄病院連携〉」の策定に向けた検討・協議の経過

令和4年度まで、群馬県藤岡保健福祉事務所が退院調整ルールの策定にあたっておりましたが、令和5年度より藤岡市、および医療介護連携センターふじおかが、医療・介護が必要な住民の退院及び入院に関して円滑な調整と連絡ができる体制を実現するため、藤岡市入退院実務担当者会議として、新たに検討と協議を開始し、藤岡保健福祉事務所、上野村、神流町をオブザーバーに迎え、藤岡多野地域の「入退院マニュアル」を策定することとなりました。

実施日	会議名称	実施場所	出席者
令和5年3月6日	令和4年度藤岡市入退院実務担当者会議	藤岡多野医師会館	24名
令和6年2月14日	令和5年度藤岡市入退院実務担当者会議	//	34名
令和7年2月21日	令和6年度藤岡市入退院実務担当者会議	//	39名

※参加者

- ・医療関係者 5病院の地域連携室担当者、看護部長、看護師長、事務担当者等
- ・介護事業者 藤岡多野地域居宅介護支援事業所のケアマネジャー代表
- ・藤岡保健福祉事務所の関係者
- ・オブザーバー 上野村、神流町、地域包括支援センターの担当者

3. 事務局

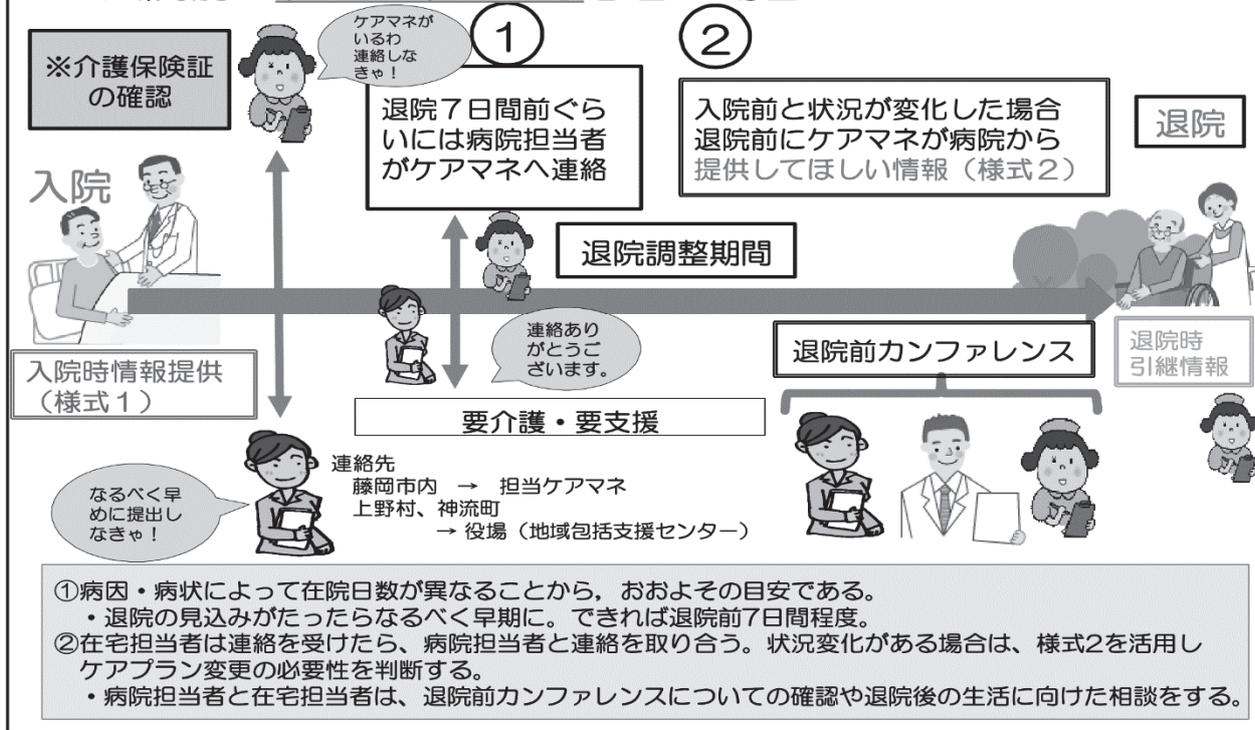
- ・藤岡市地域包括支援センター
- ・藤岡多野医師会 医療介護連携センターふじおか

4. 退院調整の手順（入退院マニュアル本編）

A 【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）

退院調整ルール ☆

A 入院前にケアマネがいる患者の場合



(I) 入院時 ☆ 患者が入院してきたら、病院では、介護保険証を確認する。

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「入院したら電話を下さい」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■

- ・健康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の名刺を挟んでおき、入院時に介護保険証も一緒に病院に提示することをケアマネ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、病院担当者)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(別紙様式 1-1)等[※]をできるだけ担当窓口を持参する。必要に応じて病院が指定するFAXに送信する。

■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、FAX番号を確認の上、送信する。
- ・病院担当者は、FAXを受け取ったらその旨ケアマネに電話連絡

※1: 国の標準様式である「入院時情報提供書」(別紙様式 1-2)を含む。

(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7日間」)を考慮して、在宅担当者に連絡する。

(3) 退院前カンファレンス(1回目)

- ①病院担当者は、入院前と状況が変化した場合、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報(別紙様式2:退院調整共有情報シート)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(必要があれば2回目)

病院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の指示に基づく。

(5) 退院時の共同指導【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介護支援専門員のうち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。

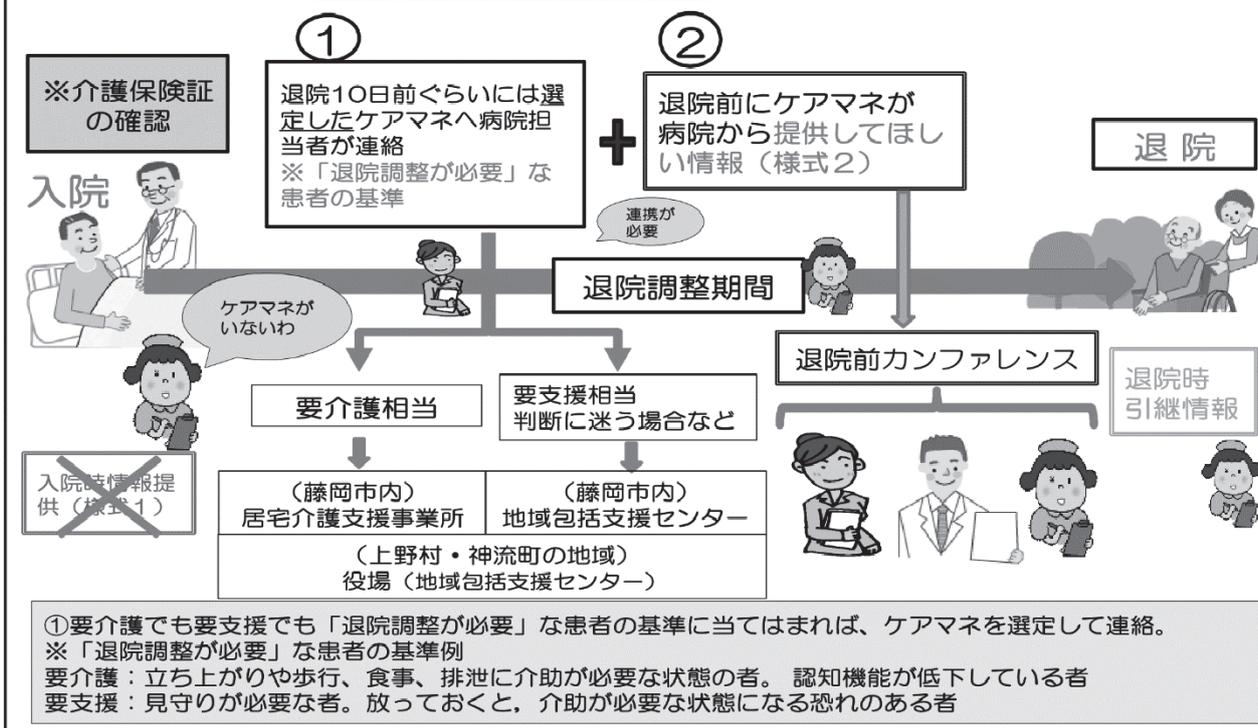
(6) 退院時引継情報

- 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便日・入浴日、服薬内容等)を在宅担当者に提供するように努める。
- 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】（入院前にケアマネがない患者の場合）

B 入院前にケアマネがない患者の場合



(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 10 日間」)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へ連絡を入れる。選定したケアマネに様式 2 を送付する。

1) 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）*****

I. 藤岡市内に居住する場合

(ア) 必ず退院調整が必要な患者（「要介護」相当）

- ①立ち上がりや歩行に介助が必要
- ②食事に介助が必要
- ③入浴や排泄に介助が必要
- ④日常生活に支障をきたすような精神症状または認知症状のある方
(さらに重度も含め、1項目でも当てはまれば、居宅支援事業所に連絡)

(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ことに介助が必要
- ②ADL は自立でも、ガン末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、口腔・機関内吸引等）が必要な方は、地域包括支援センターに連絡

(ウ) 迷った場合や、上記 (ア) (イ) に該当するが、本人・家族が希望しないなどの場合は地域包括支援センターへ連絡

Ⅱ. 神流町、上野村に居住する場合

(ア) 要介護相当の場合

(イ) 要支援相当の場合

(ウ) 判断に迷う場合は、居宅支援事業所にも連絡

◆ 基本的に、すべて病院から役場（地域包括支援センター）に連絡

2) 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

(3) 退院前カンファレンス（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（別紙様式2：退院調整共有情報シート）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を在宅担当者に提供する。
- 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。

※ 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。

※介護保険要介護（支援）認定申請の手続き方法

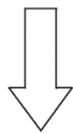
※要介護（支援）認定の申請を希望する場合、

- ・ 患者が65歳以上の場合は、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。
- ・ 40歳以上65歳未満の場合は、家族等が医療保険証等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（ケアマネ）が代行可能

6. 退院調整における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



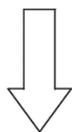
- 1) 病院または、家族から電話で依頼を受ける
- 2) 事業所内で担当者を決定
- 3) 病院から退院調整共有情報シートの提供を受ける
- 4) 家族とともに初回訪問の日程調整

目安は
1日～
2日間

- ・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く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。

Check!
👉

病棟に初回訪問 (インターク・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、署名捺印を頂き一部交付
- 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)

目安は
1日～
2日間

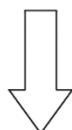
- ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。
しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。
⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。
- ・本人の状態像に変化があり、住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要がある。また、事務手続きには1ヶ月位かかるかも。

Check!
👉

事務処理

- 1) 市役所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)

目安は
1日～
2日間



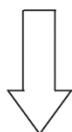
- ・事業所の営業日や市役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言を頂くことが必修。
⇒ケアプラン作成連絡票を活用するが、主治医との連絡調整にも時間を要する。



ケアプランの確定 (ケアプランの交付)

- 1) 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、署名捺印を頂き一部を交付
- 4) 担当者会議録の作成
- 5) 提供票の交付

目安は
1日～
2日間



- ・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。
- ・提供票を事業所に交付した証拠として、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

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、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。

7. 退院調整におけるケアマネジャーの役割

- (1) **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
- (2) **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契約が整った人
- (3) **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、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。

(様式1-1)

ケアマネ→病院

入院時情報提供シート

藤岡多野版

受付日時

作成者

受付方法

居宅サービス計画書の作成状況

利用者基本情報	フリガナ				性別		住所				
	氏名				行政区			避難場所			
					生年月日				0	歳	
	保険者	藤岡市			被保険者番号						
	申請日				要介護度等				審査会意見区分等		
	認定日				有効期間				～		
	ケアマネ	tel:	fax:		負担割合	1割		減免			
	医療保険	本人	後期高齢者		年金	厚生年金					
	生保の有無	無	受給者番号					負担者番号			
	その他の社会保障制度										
障害手帳	無			等級等			障害名等				
連絡先 緊急	フリガナ				続柄			住所			
	氏名							TEL			
家族等の状況	氏名	住所・電話番号			続柄	生年月日	年齢	同居	仕事		
							0				
							0				
							0				
これまでの生活							家族構成図・家族状況				
現在の状況							独居				
居住環境	家屋の形態		エレベーター		浴室		エアコン				
	ペット		手すり		危険個所		住宅改修の必要性				
								住宅見取り図			

(注)この情報を提供することについては、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

疾患・健康状態	既往歴・主病名							身長		体重	
								BMI		血圧	
								麻痺		痛み	
								褥瘡		感染症	
	※自身の健康に対する理解や意識										
日常生活自立度	日常生活自立度(障害)	認定時	医師調査票		現在(CM判定)		日常生活自立度(認知症)	認定時	医師調査票	現在(CM判定)	
服薬			受診状況	【かかりつけ医】				【受診頻度】			
	【かかりつけ薬局】			【かかりつけ歯科】				【受診方法】			
	【かかりつけ薬剤師】							【同行者】			
サービス利用状況											
A D L ・ I A D L	寝返り	つかまらないで可	起き上がり		座位保持						
	立位保持		立ち上がり		移乗						
	歩行	屋内		屋内使用器具		階段昇降					
		屋外		屋外使用器具							
	排泄	排泄場所		用具の使用							
		排尿動作		尿意		尿失禁					
		排便動作		便意		便失禁					
	※排泄頻度(日中・夜間)、下痢の有無等										
	入浴	入浴動作		入浴の状況		頻度					
	更衣・整容	衣類の着脱		衣類・寝具の状況		皮膚・皮膚の状態					
		爪切り		整髪		洗顔					
	特記、解決すべき課題等										
	調理		掃除		洗濯						
	買い物		金銭管理		服薬管理						
交通機関の利用		電話									
外出手段	<input type="checkbox"/> 車 (<input type="checkbox"/> 運転 <input type="checkbox"/> 同乗) <input type="checkbox"/> 徒歩 <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> バス <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> その他 ()										
特記、解決すべき課題等											

(注)この情報を提供することについては、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

心身状況	食事	摂取動作		食形態(主食)		食形態(副食)		
		食事回数		嚥下機能障害		水分とろみ		
		栄養状態		食事制限		水分制限		
	口腔	歯磨き		義歯の有無		歯の欠損		
		残存歯		口腔内の状況				
	睡眠	睡眠状況		眠剤服用		寝具		
	生活リズム	起床	: 朝食	: 昼食	: 夕食	: 就寝	:	
	特記、解決すべき課題等							
	認知機能・判断能力の状況	日常の意思決定		認知症の診断		原因疾患		
		中核症状	記憶障害		理解・判断力の低下		見当識障害	
			失語		失認		失行	
		行動・心理症状	被害的		作話		感情不安定	
			暴力		大声を出す		介護抵抗	
			一人で出たがる		収集癖		物や衣服を壊す	
			不潔行為		話がまとまらない		徘徊	
昼夜逆転		独り言・一人笑い		危険行為				
コミュニケーション	意思疎通		視力		眼鏡			
	聴力		補聴器		コミュニケーションツール			
社会との関わり	家庭内での役割		家族等との関わり		地域との関わり	仕事との関わり		
特記、解決すべき課題等								
本人の主訴・意向								
家族の主訴・意向								

※その他留意すべき事項・状況

虐待		経済的困窮		身寄りなし		外国人	
医療依存高い		看取り					
特記、解決すべき事項							

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 日）
	<input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人から話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外）

（注）この情報を提供することについては、ご本人またはご家族から同意をいただいています。

入院時情報提供書〈在宅版〉

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 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、_____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い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れば使える <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に同じ <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（）

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：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日								
	入院原因疾患(入所目的等)								
	入院・入所先	施設名			棟 室				
	今後の医学管理	医療機関名：			方法	□通院 □訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	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

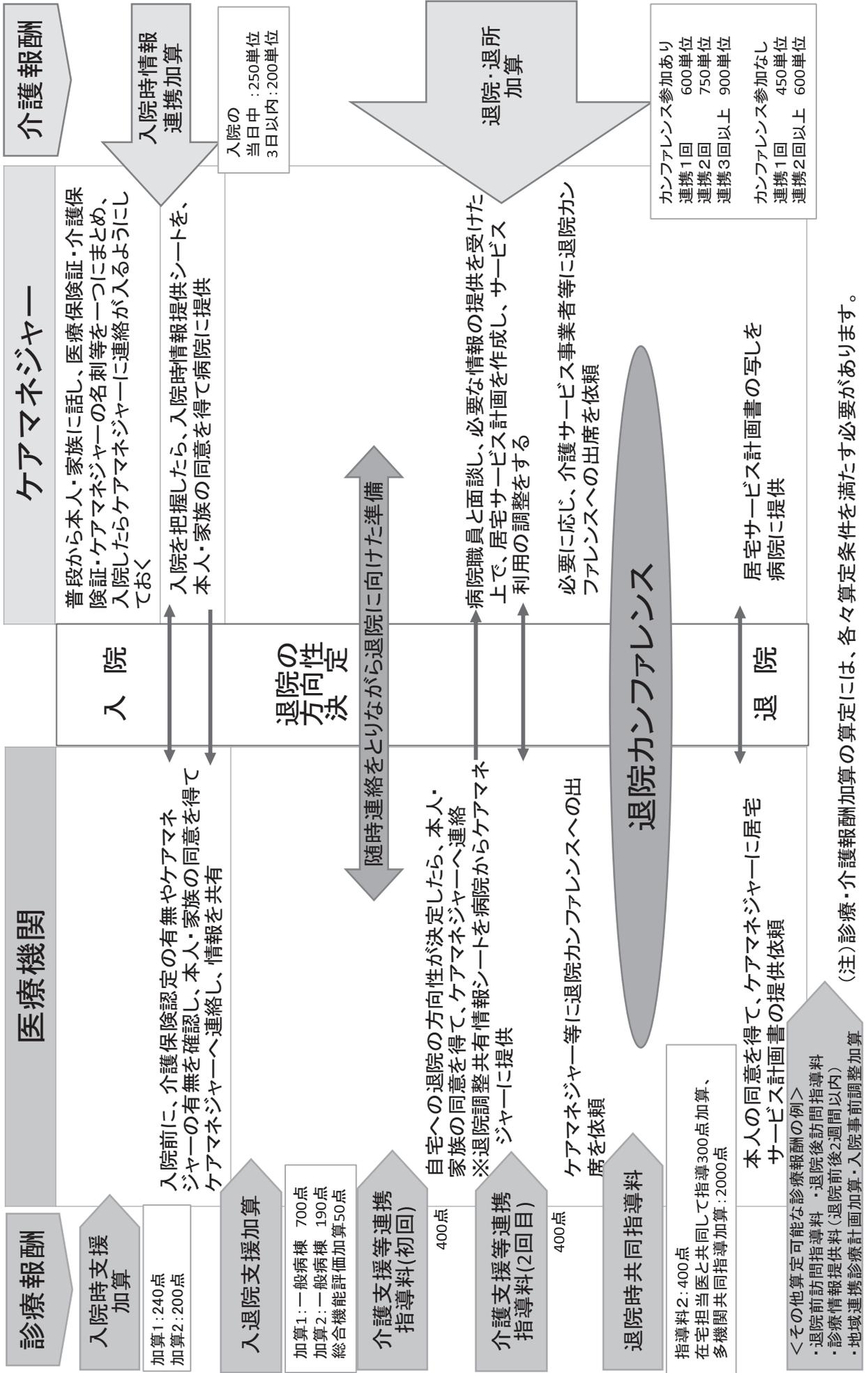
③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 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)		<small>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。</small>						
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。

【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



(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。

入退院調整のための病院相談窓口等一覧

病院名	すでに介護保険を利用していた (ケアマネが付いている) 場合		新たに介護保険を利用する場合				
	①ケアマネからの入院時情報はどこへ (電話をしてから) 手渡しの場合 ・担当窓口 ・電話番号	②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能? (判断するのは誰か) ケアマネ有: 7日 ケアマネ無: 10日	③誰がケアマネに電話をする?	④ケアマネとの面談主体は?	⑤誰がケアマネに退院日を連絡する?	⑥誰が介護保険を説明する?	⑦誰がケアマネ契約の支援をする?
公立藤岡総合病院	<ul style="list-style-type: none"> 患者支援センター 総合相談室 電話連絡後 (代表電話) 0274-22-3311 	<ul style="list-style-type: none"> ○ 本人 家族、多職種で総合的に判断するが、最終判断は医師が行う 	担当 SW 退院支援担当 Ns	担当 SW 退院支援担当 Ns 病棟 Ns	担当 SW 退院支援担当 Ns	担当 SW 退院支援担当 Ns	ご家族 担当 SW 退院支援担当 Ns
(医) 育生会 篠塚病院	<ul style="list-style-type: none"> 受付または地域連携室 (在宅介護支援センター内) 事前に連絡いただかなくても可 不在時、施錠しているので受付へ (代表電話) 0274-23-9261 	<ul style="list-style-type: none"> ○ (一般的には) 医師の判断 	<ul style="list-style-type: none"> ご家族 	(ご家族の同意の上で) <ul style="list-style-type: none"> 地域連携室 病棟看護師 	<ul style="list-style-type: none"> ご家族 	(選定に関わる情報提供については) <ul style="list-style-type: none"> 地域連携室 	<ul style="list-style-type: none"> ご家族 ※④と同様
(医) 和光会 光病院	<ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携室 又は病棟へ電話 (代表電話) 0274-24-1234 	<ul style="list-style-type: none"> ・ x Dr. が Ns、PT とのカンファレンスで判断 	<ul style="list-style-type: none"> ご家族 	(ご家族の同意の上で) <ul style="list-style-type: none"> 地域医療連携室 病棟看護師 	<ul style="list-style-type: none"> ご家族 地域医療連携室 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携室 	<ul style="list-style-type: none"> ご家族
(医) 社団三思会 くすの木病院	<ul style="list-style-type: none"> 患者支援センター 医療相談室 (2階 エレベーター前) 事前に連絡頂いた上で (代表電話) 0274-24-3111 	<ul style="list-style-type: none"> ・ x 基本的に Dr 判断 慢性期病棟 (回リハ、療養、包括) は Ns ご家族判断は○ 	<ul style="list-style-type: none"> 基本 ご家族 状況によって MSW 	MSW 必要に応じて Ns、RH スタッフ	<ul style="list-style-type: none"> 基本 ご家族 状況によって MSW 	MSW	<ul style="list-style-type: none"> 基本 ご家族 状況によって MSW
藤岡市 国民健康保険 鬼石病院	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携室 できれば事前連絡を (代表電話) 0274-52-3121 	<ul style="list-style-type: none"> △ Dr 判断による 	<ul style="list-style-type: none"> 基本 ご家族 状況によって MSW 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携室 必要に応じて病棟 Ns 	<ul style="list-style-type: none"> 基本 ご家族 状況によって MSW 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携室 	<ul style="list-style-type: none"> 地域連携室 (病棟 Ns)

藤岡多野地域 在宅医療入退院マニュアル
第二部 〈ケアマネ ⇄ 病院連携〉

〈発行 / 編集〉 令和 7 年 2 月
一般社団法人藤岡多野医師会
藤岡市地域包括支援センター
藤岡市入退院実務担当者会議

〈問い合わせ先〉 藤岡市地域包括支援センター
藤岡多野医師会 医療介護連携センターふじおか
〒375-0024 群馬県藤岡市藤岡 1860-1
TEL (0274)25-8586 FAX (0274)25-8587