



切れ目のない在宅サービスの提供のために

平成30年10月

第3版

太田地域在宅医療・介護連携推進協議会

目 次

太田地域退院調整ルール試行版策定にあたって	…	1
1 退院調整ルールの目的	…	2
2 ルールの適用範囲	…	2
3 ルールの手引き利用者	…	2
4 ルールの対象者	…	2
5 退院調整の手順について		
【入院前に介護保険を利用していた場合】		
入院前にケアマネがいる患者	…	3
【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いない患者の場合	…	8
6 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)	…	12
7 太田市内居宅介護支援事業所・地域包括支援センター連絡先一覧	…	13
8 入退院調整のための病院相談窓口等一覧	…	20
9 要介護認定等の確認方法について	…	22
10 ケアマネジャーの選定について	…	23
11 介護保険の申請方法と流れについて	…	22
12 情報提供様式について	…	25
(参考)		
■ケアマネジャーの業務	…	35
■退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例	…	38

太田地域退院調整ルール策定にあたって

世界保健機関が平成30年に発表した世界保健統計（2018）によると、日本の平均寿命は、84.2歳（世界第1位）、健康寿命74.8歳（世界第2位）の長寿国となっています。

しかしながら、これからの日本は、若い世代が減り、2025年には団塊の世代が75歳を迎え、高齢者を支える仕組みづくりが重要となっており、このことについては、太田市も例外ではありません。

太田市が3年に1度、高齢者施策の基礎となる「太田市高齢者福祉計画・介護保険事業計画」を策定しておりますが、実施した市民アンケートによると、48.5%の方が住み慣れた自宅での介護を希望しております。

このような中、医療と介護のニーズを併せ持つ高齢者が、在宅療養を希望した時、地域で安心して自分らしい生活を送れるようにするためには、どのような体制を整えればよいかを考えるため、平成27年12月に太田地域在宅医療・介護連携推進協議会を設立いたしました。退院調整ルールは、この推進協議会の検討部会で、医師、市内医療機関の入退院調整担当者、ケアマネジャー、地域包括支援センター、訪問看護師などの多職種で協議をし、作成いたしました。

群馬県では、渋川地域を皮切りに、県内全圏域で、各地域の関係者のコンセンサスを得たルールを策定しております。

太田市では、平成29年4月から1年間試行を行い、平成30年度より、本格実施いたします。高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らし続けることができる地域づくりのためには、このルールを生かした医療・介護関係者の協力が欠かせません。このルールにご理解いただき、今後とも医療及び介護保険運営にご協力をお願いいたします。

1 退院調整ルール

退院調整ルールは、病院から在宅へ戻る際に、病院の入退院調整担当者とケアマネジャーが顔の見える関係づくりと情報交換のルールを定めることにより、利用者が切れ目のない在宅サービスの提供を受けられるよう取り決めます。

退院準備の際に、病院からケアマネジャーに引き継ぎがなされないこと（退院調整漏れ）で、必要な介護サービスが導入されず、介護度が悪化したという実例があります。

このルールを通して、円滑な介護サービスの導入と医療、介護関係者の連携が図れるよう皆様のご理解とご協力をお願いいたします。

2 ルールの適用範囲

太田市内の病院、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護支援事業所、地域包括支援センター

3 ルールの手引き利用者

- 病院の入退院調整担当者（病棟看護師、ソーシャルワーカー、地域連携室等）
- ケアマネジャー
- 小規模多機能型居宅介護の入退所担当者

4 ルールの対象者

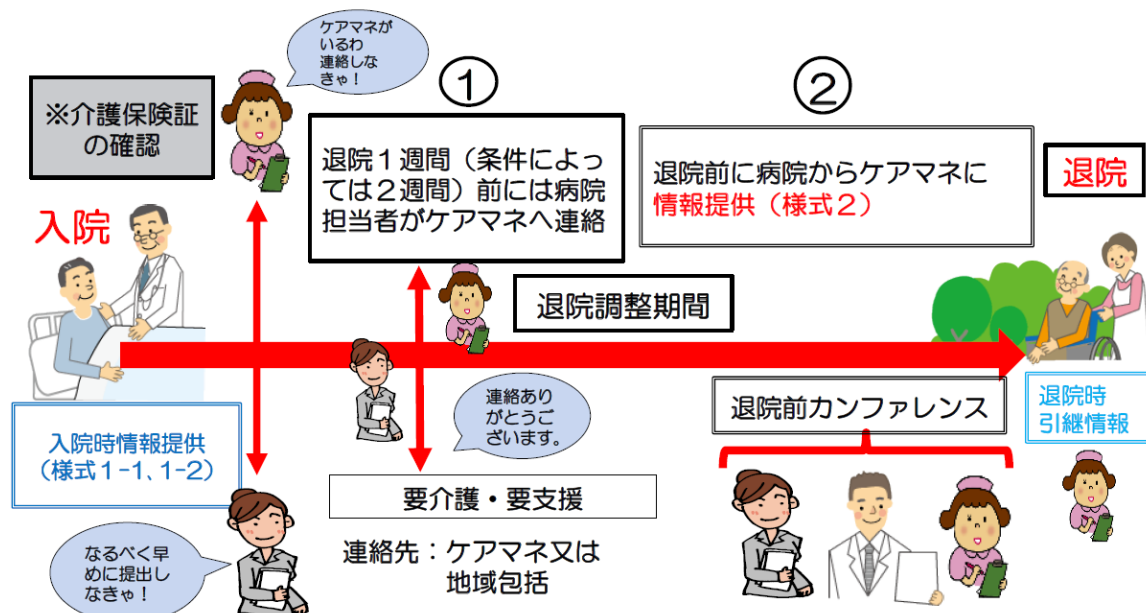
病院に入院し、在宅へ退院する患者で介護保険サービスを利用していたり、今後利用する予定のあるもの。

（このルール上で在宅とは、自宅、小規模多機能、高齢者住宅、ケアハウス等を言います）

5 退院調整の手順について

A 【入院前に介護保険を利用していた場合】

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、概ねの目安である。

- ・住宅環境の整備、医療系サービスの導入、複数の福祉用具を利用する場合には、概ね2週間前に連絡する。
- ・入院予定期間が予測されるものは、病院からケアマネに期間を連絡する。

②在宅担当者は連絡を受けたら、病院担当者と連絡を取り合い、退院調整共有情報シート（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。

■【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入退院調整の流れ

	病院 (病棟看護師・入退院調整担当者)		ケアマネ、小規模多機能、地域包括支援センター (在宅担当者)
1		普段から	<p>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。</p> <p>工夫 ケアマネから次のお願いをしておく</p> <p>①介護保険証と健康保険証とともに介護保険証に担当ケアマネの名刺を挟んで一緒に保管してもらう</p> <p>②入院時、①のセットを病院に提示するように利用者及び家族に依頼する。</p> <div data-bbox="1357 788 1906 1007" style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; text-align: center;"> <p>介護保険証 ケアマネジャーの名刺 健康保険証</p> </div>
2	<p>入院時連絡</p> <p>①ア又はイの対応をする</p> <p>ア) 本人又は家族からの聞き取りや介護保険証から在宅担当者を確認し、本人、家族から連絡するよう依頼する。</p> <p>チェック 要介護認定等の確認方法 (P22)</p> <p>イ) 本人、家族が連絡困難な場合、入院した旨を</p>	入院時	<p>入院時情報提供シートの送付</p> <p>○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、1-2参照)を病院が指定するFAXに送信又は担当窓口を持参する。</p> <p>チェック 入退院調整のための病院相談窓口一覧 (P20-21)</p> <p>ポイント できる限り速やかに情報提供を行う</p>

病院が在宅担当者に直接連絡する。

- ②入院予定期間が予測されるものは、在宅担当者にその期間を連絡する。

注意 FAX送信の留意点をチェック

情報提供を行う際のFAX送信の留意点

- ①病院の指定する対応窓口へFAXを送る旨、電話連絡を入れる。保護すべき内容を確認し、情報の保護対応等を施して病院へFAXする。
- ②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する。
- ③必要に応じてケアマネは、原本を病院に郵送する。

3 退院時連絡

可能な範囲で概ね1週間を考慮して、在宅担当者に連絡する

※概ね1週間とは、ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間に要する期間です

ポイント 次の場合は、概ね2週間前に連絡する。

- 住宅環境の整備が必要
- 医療系サービスの導入が必要
- 複数の福祉用具利用の場合

※在宅担当者への連絡は、要支援から要介護への変

退院調整

- 病院から退院予定の連絡有り
- 在宅退院に向けた準備開始

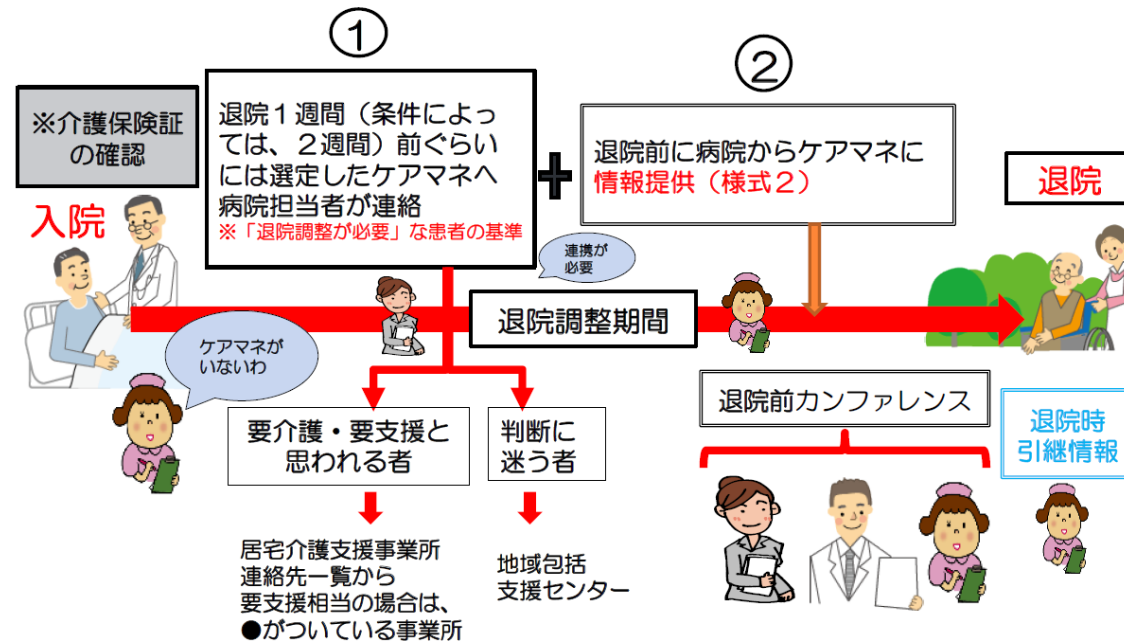
A 入院前にケアマネがいる場合

	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。		
4	<p>退院前カンファレンス（1回目）</p> <p>○病院担当者は、在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報（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。</p> <p>ポイント 入退院を繰り返す方や入院前と症状等の変化がない場合 →病院と在宅担当者とで相談の上、必要に応じて情報提供を行う。</p> <p>○面談時に在宅担当者に患者情報を説明 ○在宅担当者と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</p>	カンファレンス①	<p>○退院調整共有情報シートの受領や病院担当者との面談</p> <p>○病院担当者と退院前に、追加の退院前カンファレンスや多職種の退院前カンファレンスの必要性などを確認</p> <p>○患者や家族の意向を確認し、介護サービスの調整を行う。</p>
5	<p>退院前カンファレンス（2回目）</p> <p>○病院担当者と在宅担当者は、本人や家族を交えて看護・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。</p>	カンファレンス②	<p>○病院の指示に従い、カンファレンスに参加する</p>

6	<p>実施の要否は病院担当者が決定する</p> <p>入院中の患者に対して、入院中の病院の医師等が、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うち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。</p>	共同 指導 退 院 時 の	<p>○病院の指示に従い、必要に応じて退院時の共同指導に参加する。</p>
7	<p>退院時引継情報</p> <p>○病院担当者は、看護サマリー等を在宅担当者に提供するよう努める。</p>	退 院 時	<p>○在宅担当者は、必要に応じ病院から看護サマリー等の提供を受け、利用者の状況を把握するように努める。</p> <p>○必要に応じケアプランの写しを病院に提供</p>

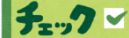

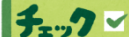
B 【入院後新たに介護保険を利用する場合】

入院前にケアマネがない患者の場合



- ①要介護でも要支援でも「退院調整が必要」な患者の基準に当てはまれば、ケアマネを選定して連絡。
※「退院調整が必要」な患者の基準例（P12）
- ②在宅担当者は連絡を受けたら、病院担当者や本人、家族と連絡を取り、退院調整共有情報シート（様式2）を活用しケアプラン作成や退院後の生活に向けた調整する。
- ・病院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。

■【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

	病院 (病棟看護師・入退院調整担当者)		ケアマネ、小規模多機能、地域包括支援センター (在宅担当者)
1	<p>入院時に介護保険証を確認 ○本人や家族の聞き取り又は介護保険証から在宅担当者を確認する。  要介護認定等の確認方法 (P22)</p>	入院時 退院調整	
2	<p>退院時連絡 可能な範囲で概ね1週間を考慮して、在宅担当者に連絡する ※概ね1週間とは、ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間に要する期間です  次の場合は、概ね2週間前に連絡する。 ○住宅環境の整備が必要 ○医療系サービスの導入が必要 ○複数の福祉用具利用の場合</p>		
3	<p>在宅担当者への連絡 ①本人又は家族の意向を確認し、病院において「在宅可能」の判断を行う。 ②退院調整が必要な患者の基準 (P12) により在宅担当者へ連絡  ケアマネジャーの選定方法 (P23)</p>		<p>○病院側から連絡を受ける ○在宅退院に向けた準備開始</p>

B ケアマネがない場合

	③介護保険についての説明、申請の支援		
4	退院前カンファレンス（1回目） ○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、在宅担当者に連絡と同時に退院調整共有情報シートを提供する。 ○在宅担当者と退院前に、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。	カンファレンス①	○在宅担当者は、本人や家族と連絡を取り、病院担当者と面談の機会を作る。 ○退院調整共有情報シートを病院側から受け取る ○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。 ○病院担当者と退院前に、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。
5	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、本人や家族を交えて看護・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。	カンファレンス②	○病院の指示に従い、カンファレンスに参加する
6	実施の可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等が、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うち、いずれか3者以上と共同して指導を行う。	共同指導 退院時の	○病院の指示に従い、必要に応じて退院時の共同指導に参加する。

7	<p>退院時引継情報</p> <p>○病院担当者は、看護サマリー等を在宅担当者に提供するよう努める。</p>	<p>退院時</p>	<p>○在宅担当者は、必要に応じ病院から看護サマリー等の提供を受け、利用者の状況を把握するように努める。</p> <p>○必要に応じ、ケアプランの写しを病院に提供</p>
---	---	-------------------	---

6 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）

Bの場合でケアマネジャーがいない場合は、次の基準に従い退院調整が必要かどうかを判断します。

(ア) 退院調整が必要な患者 《要介護相当》

- 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- 食事に介助が必要な方
- 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- 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へ連絡（P13-16 参照）

(イ) それ以外で見逃してはいけない患者 《要支援相当》

- 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
- (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要支援欄に●がついている事業所へ連絡（P13-16 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（P18 参照）



40歳以上65歳未満の方の介護保険利用について

介護保険は、40歳以上であれば利用することが可能ですが、65歳未満の患者の場合は、特定の疾病に該当している必要があります。

下記の疾病に該当しているかどうかを確認した上で、上記の基準に従い判断してください。

【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

- がん末期 ■関節リウマチ ■筋萎縮性側索硬化症 ■後縦靭帯骨化症
- 骨折を伴う骨粗しょう症 ■初老期における認知症
- 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
- 脊髄小脳変性症 ■脊柱管狭窄症 ■早老症 ■多系統萎縮症
- 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- 脳血管疾患 ■閉塞性動脈硬化症 ■慢性閉塞性肺疾患
- 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

7 居宅介護支援事業所・小規模多機能・地域包括支援センター連絡先一覧

太田市内の居宅介護支援事業所 連絡先一覧（平成30年5月2日現在）



●太田・鳥之郷地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
SUBARU健康保険組合 太田記念病院居宅介護支援事業所	大島町 455 番地の 1	0276-55-2330	●
おひさま介護サービス太田	八幡町 11 番 20 号 八幡ハイツ 1 階	0276-25-6660	●
ケアサポートすまいる	西本町 68-19 花ービル 2 階	0276-32-6020	●
ケアプランこもりや	鳥山町 887 番地 7	0276-55-2288	●
本島介護センター	西本町 10 番 10 号	0276-22-8771	●
鶴生田園居宅介護支援事業所	鶴生田町 1970 番地 53 号	0276-25-6107	●
ゆうあいリハビリ支援センター	鳥山中町 813-13	0276-55-1118	●

●九合・休泊地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
アースサポート太田新井	新井町 520 番地 18	0276-47-2200	●
あずみ苑グランデ太田	内ヶ島町 971 番地 1	0276-60-1421	●
アローズ・ケアサポート	内ヶ島町 1480 番地の 1	0276-46-5190	—
オハナサポート	飯田町 1278 番地 大沢第 5 ビル 2 階	0276-55-2855	●
介護支援センター高原園	太田市龍舞町 410 番地 2	0276-49-4597	●
居宅介護支援事業所ななみ	東矢島町 910 番地 1	0276-38-3900	●
城山病院居宅介護支援事業所	飯塚町 1 番地	0276-46-8001	●
高砂荘居宅介護支援事業所	飯塚町 973 番地 1	0276-49-2323	●
居宅介護支援事業所 マゼンタ太田	飯塚町 558-1 大沢コーポ 104 号室	0276-60-5490	●

太田市居宅介護支援事業所一覧①

あすプラスケア居宅介護支援事業所	飯田町 1077 番地 4	0276-55-4277	●
------------------	---------------	--------------	---

● 沢野地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
あじさい介護センター	末広町 559-27	0276-30-5251	●
居宅介護支援センターまなび	細谷町 1543 番地 12	0276-61-3835	●
支援センターほりえ	高林北町 1178 番地 1	0276-38-6688	●
太田南ケアセンターそよ風	南矢島町 723-1	0276-30-5500	●
居宅介護支援事業所 はびねすプラン	西新町 23 番地 2	0276-33-8811	●
居宅介護支援事業所 ワタナベケアマネジメント	西新町 84 番地 22	0276-32-0990	—
居宅介護支援センターまごころ	細谷町 1769 番地 3	0276-50-1913	●
株式会社ケア・コスモス 太田支店	細谷町 1343-1	0276-55-1703	●
ことのは居宅介護	末広町 566-25	0276-55-3320	●
サニーライフ群馬 居宅介護支援事業所	高林南町 808-6	0276-55-3600	—
有限会社タカギ・ファーマシー たんぼぼ調剤薬局	高林東町 1695 番地	0276-38-6011	—
みづほの里居宅介護支援事業所	牛沢町 156 番地 1 号	0276-38-3740	●

● 韮川地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
エムダブルエス 日高太田デイトレセンター	台之郷町 275 番地 1	0276-57-6881	●
介護支援センター石原	石原町 927	0276-45-4912	●
ケアプランセンター にらがわの里	上小林町 1465 番地 1 号	0276-25-5670	●
社会福祉法人至誠会清風園	熊野町 38 番地の 81	0276-22-2613	●
ひまわり介護サービス太田	台之郷町 307 番地	0276-60-2940	●

太田市居宅介護支援事業所一覧②

ケアプランセンター 紡	東金井町 939	0276-52-8326	●
-------------	----------	--------------	---

●強戸・毛里田地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
太田いずみの里 居宅介護支援事業所	東今泉町 686 番地	0276-20-2884	●
居宅介護支援事業所ライフ	西長岡町 89	0276-37-5427	●
居宅介護支援事業所悠悠	天良町 121 番地の 3	0276-20-5826	●
ケアプランセンターふる里	只上町 1319-6	0276-37-8892	●
ケアマネステーション 利楽	高瀬町 219 番地 5	0284-70-8000	●
ゆう愛居宅介護支援事業所	寺井町 565	0276-37-3001	●
ケアプランセンターりんごの花	西長岡町 840	0276-55-2979	●

●宝泉地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
支援センターふじあく	藤阿久町 345 番地	0276-20-6541	●
居宅介護支援事業所 太田はびりす	由良町 607	0276-55-8787	●
ケアプランセンターコスモス	西野谷町 95-1	0276-32-7531	●
さくらの里居宅介護支援事業所	中根町 295 番地 1	0276-40-4642	●
別所ケアセンターそよ風	別所町 322-1	0276-20-6388	●
ゆらの里居宅介護支援事業所	由良町 104-7	0276-55-1717	●

●尾島地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
介護相談処かさはら	世良田町 956 番地	0276-52-5852	●
居宅介護支援事業所こまち	岩松町 137 番地 6	0276-56-4923	●

太田市居宅介護支援事業所一覧③

ケアサービス尾島	亀岡町 420 番地 2 号	0276-60-7725	●
清和荘居宅介護支援事業所	亀岡町 280 番地	0276-52-3386	●
とうもうケアセンター	安養寺町 30 番地 1	0276-52-6555	●

●新田地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
社会福祉法人愛光会 愛光園居宅介護支援事業所	新田上江田町 1513-1	0276-56-7222	●
居宅介護支援事業所ぐるっぺ	新田市野井町 479 番 4	0276-55-6701	●
居宅介護支援センター きざきの郷	新田中江田町 58 番地 1	0276-55-6009	●
居宅介護支援センター ほたるの里	新田大根町 266-3	0276-57-5290	●
ケアサービス綿打	新田上田中町 784-1	0276-60-8883	●
ケアマネステーション ファミリー	新田木崎町 1758-8	0276-56-5571	●

●藪塚地区

事業所名	所在地	電話番号	要支援
イムスやぶづかロイヤルケアセ ンター居宅介護支援事業所	大原町 531-3	0277-78-3494	●
居宅介護支援事業所アルプス	藪塚町 4149-3	0277-79-0200	●
居宅介護支援事業所親孝行の里	藪塚町 3922 番地	0277-78-1060	●
居宅介護支援事業所孫の手	大原町 156 番地 3	0277-79-0620	●
有限会社ゆの里	藪塚町 159 番地	0277-78-2712	●

太田市居宅介護支援事業所一覧④

※要支援対応の居宅介護支援事業所は、地域包括支援センターと契約を行っている事業所となります。

小規模多機能型居宅介護支援事業所 連絡先一覧

●太田・鳥之郷地区

事業所名	住所	電話番号
小規模多機能ホームしずるな	浜町 54-10	0276-57-8074

●沢野地区

事業所名	住所	電話番号
小規模多機能型居宅介護事業所ひなぎく	富沢町 393-1	0276-38-0228
小規模多機能型居宅介護施設のむら陽光園	古戸町 957-1	0276-55-5539

●葦川地区

事業所名	住所	電話番号
小規模多機能ホームひまわり	台之郷町 307	0276-60-2942
小規模多機能ホームひまわりⅡ	台之郷町 308-2	0276-60-2942

●強戸・毛里田地区

事業所名	住所	電話番号
小規模多機能ホームゆう愛	寺井町 565	0276-37-8344

●宝泉地区

事業所名	住所	電話番号
さくらの里小規模多機能型居宅介護施設	上田島町 155	0276-31-3723
ケアタウンコスモス	西野谷町 95-1	0276-33-8020

●新田地区

事業所名	住所	電話番号
新田ほほえみの家	新田中江田町 1126-2	0276-56-8070
小規模多機能型居宅介護わたぼうし	新田大根町 266-3	0276-60-9777
希望の郷	新田上江田町 1147-1	0276-20-8010

●藪塚地区

事業所名	住所	電話番号
小規模多機能型居宅介護アルプス	藪塚町 4149-3	0277-79-0200



太田市内の地域包括支援センター連絡先一覧

地域包括支援センターは、お住まいのご住所で担当が分かれています。住所別圏域一覧から担当包括を確認のうえ、お問い合わせください。

圏域	地域包括支援センター名	電話番号
1	太田・鳥之郷地域包括支援センター	0276-60-4901
2	九合・休泊地域包括支援センター	0276-60-4902
3	沢野地域包括支援センター	0276-60-4903
4	葦川地域包括支援センター	0276-60-4904
5	強戸・毛里田地域包括支援センター	0276-60-4905
6	宝泉地域包括支援センター	0276-55-1541
7	尾島地域包括支援センター	0276-60-4907
8	新田地域包括支援センター	0276-60-4908
9	藪塚地域包括支援センター	0276-60-4909

■住所別圏域一覧 町名のあとの番号は、担当する圏域の番号となります

あ行							
阿久津町	7	新井町	2	安養寺町	7	飯田町	2
飯塚町	2	石原町	4	石橋町	5	泉町	6
市場町	5	出塚町	7	岩瀬川町	3	岩松町	7
植木野町	4	牛沢町	3	内ヶ島町	2	大久保町	9
大島町	1	大館町	7	大原町	9	大鷲町	5
沖野町	6	沖之郷町	2	押切町	7	尾島町	7

か行							
粕川町	7	金山町	1	上強戸町	5	上小林町	4
上田島町	6	亀岡町	7	北金井町	5	清原町	5
熊野町	4	小角田町	7	小舞木町	2	強戸町	5

さ行							
下小林町	2	下田島町	6	下浜田町	3	新道町	6
城西町	1	末広町	3	菅塩町	5	すすかけ町	7
世良田町	7						

た行							
太子町	7	高瀬町	5	高林北町	3	高林寿町	3
高林西町	3	高林東町	3	高林南町	3	宝町	6
只上町	5	台之郷町	4	鶴生田町	1	寺井町	5
天良町	5	徳川町	7	富沢町	3	富若町	5
鳥山町	1	鳥山上町	1	鳥山下町	1	鳥山中町	1

な行							
中根町	6	長手町	1	成塚町	5	新島町	2
新野町	1	西新町	※	西長岡町	5	西野谷町	6
西本町	1	西矢島町	2	新田赤堀町	8	新田市町	8
新田市野井町	8	新田市野倉町	8	新田大町	8	新田大根町	8
新田金井町	8	新田嘉祢町	8	新田上江田町	8	新田上田中町	8
新田上中町	8	新田木崎町	8	新田小金井町	8	新田小金町	8
新田権右衛門町	8	新田下江田町	8	新田下田中町	8	新田反町町	8
新田高尾町	8	新田多村新田町	8	新田溜池町	8	新田天良町	8
新田中江田町	8	新田菽町	8	新田花香塚町	8	新田早川町	8
新田瑞木町	8	新田村田町	8				

※西新町 行政区が細谷、米沢地区は、3圏域。中根、東田島地区は、6圏域

は行							
八幡町	1	浜町	※	原宿町	5	東今泉町	5
東金井町	4	東新町	※	東長岡町	4	東別所町	2
東本町	1	東矢島町	2	備前島町	7	福沢町	3
藤阿久町	6	藤久良町	6	二ツ小屋町	7	古戸町	3
別所町	6	細谷町	3	堀口町	7	本町	1

※浜町 行政区が浜町1区～3区は、1圏域。飯田町地区は、2圏域

※東新町 行政区が植木野地区は、4圏域。只上町2区、市場町1区、市場町2区、富若地区は、5圏域

ま行							
前小屋町	7	前島町	7	丸山町	5	緑町	5
南ヶ丘町	7	南矢島町	3	武蔵島町	7	茂木町	2

や行							
八重笠町	2	安良岡町	4	矢田堀町	5	矢場新町	4
矢場町	4	藪塚町	9	山之神町	9	由良町	6
吉沢町	5	米沢町	3	寄合町	9		

ら行					
龍舞町	2	六千石町	9	脇屋町	6

8 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

(平成30年10月2日現在)

病院名	代表電話番号	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に? (電話をしてから手渡しの場合)	FAXの場合	②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能?	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?	⑧誰が契約後のケアマネと連絡をとる?
太田記念病院	0276-55-2200	患者支援センター 平日8:30~17:00 土曜日8:30~12:00	患者支援センター FAX:0276-55-2382	多職種カンファレンスの判断	家族又は本人 ※本人、家族が困難な場合、看護師又は医療ソーシャルワーカー	看護師又は医療ソーシャルワーカー	看護師又は医療ソーシャルワーカー	看護師又は医療ソーシャルワーカー	看護師又は医療ソーシャルワーカー	⑦で関った担当者
本島総合病院	0276-22-7131	医療福祉相談室 相談員不在の場合は各病棟NS	医療福祉相談室 FAX:0276-22-3100	Dr、Nsで判断	・医療福祉相談室相談員 ・病棟Ns又はご家族	・相談員が介入している場合は相談員と病棟Ns ・相談員が介入していない場合は病棟Ns	・医療福祉相談室相談員 ・病棟Ns又はご家族	医療福祉相談室相談員	医療福祉相談室相談員	・医療福祉相談室相談員 ・病棟Ns又はご家族
武蔵野病院	0276-45-9221	地域医療連携室	連携室 FAX:0276-45-9218	可能	連携室のPSW	・連携室のPSW ・医師、Ns	連携室又はNs	連携室のPSW	連携室のPSW	連携室のPSW
三枚橋病院	0276-26-7511	医療福祉課 病棟担当PSW (事前情報は) 地域医療連携室	同左 FAX 0276-26-7510	可能	担当PSW 家族	・担当PSW又は担当看護師 ・家族	・担当PSW ・家族	担当PSWより概要説明→申請働きかけ、援助(制度詳細説明は市町村窓口あるいは担当ケアマネージャー)	担当PSW 契約は家族(本人)	担当PSW、家族 (退院後は地域医療連携室)
堀江病院	0276-38-1215	退院調整部門	FAX :0276-38-5298	可能 (病状により不可の場合もあり)	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW
宏愛会第一病院	0277-78-1555	地域連携室	代表FAX: 0277-78-1570	可能	MSW	MSW 病棟Ns	MSW	MSW 病棟Ns	MSW	MSW

病院名	代表電話番号	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に？ (電話をしてから) 手渡しの場合	FAXの場合	②退院調整の期間を 残し、在宅判断は 可能？	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？	⑧誰が契約後のケア マネと連絡をとる？
イムス太田 中央総合病院	0276-37-2378	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 (MSW) FAX:0276-37-3101	Dr判断で可能	医療福祉相談室 MSW	・医療福祉相談室MSW ・退院支援室Ns	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW	医療福祉相談室 MSW
城山病院	0276-46-0311	MSW→病棟師長、主任	代表FAX: 0276-48-0105 (MSW)	医師 看護師	MSW 病棟看護師	MSW 病棟看護師	MSW 病棟看護師	MSW 病棟看護師	MSW	MSW 病棟看護師
東毛敬愛病院	0276-26-1793	病棟師長 (不在時は、精神保健福 祉士まで)	代表FAX: 0276-55-1400	Dr判断で可能	病棟師長 (不在時は、精神保健福 祉士から連絡)	病棟師長 (不在時は、精神保健福 祉士から連絡)	病棟師長 (不在時は、精神保健 福祉士から連絡)	病棟師長 (不在時は、精神保健 福祉士から説明)	病棟師長 (不在時は、精神保健 福祉士より支援)	病棟師長 (不在時は、精神保健 福祉士より連絡)
富士ヶ丘病院	0276-22-1281	MSW(受付へ)	FAX 0276-22-2616 MSW	Dr判断で可能	MSW	MSW 入院病棟主任Ns	MSW	MSW	MSW	MSW
群馬県立 がんセンター	0276-38-0771	病棟看護師長	FAX:0276-60-0870	病棟 DrとNs	家族又は相談員	相談員 病棟Ns	家族又は相談員	相談員	相談員	相談員
山口外科病院	0276-31-3561	病棟看護師 (2Fナースセンター)	FAX:0276-31-3540	可能	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師

9 要介護認定等の確認方法について

患者が要介護認定を受けているのか、担当ケアマネジャーがいるかどうかについては、ご本人又はご家族に聞き取りをするか、介護保険証で確認します。

ポイント 介護保険証で要介護認定等の確認方法は？

要介護状態区分等	要介護3
認定年月日 (事業対象者の場合は、基本チェックリスト実施日)	平成29年2月7日
認定の有効期間	平成29年2月7日 ~ 平成30年2月28日
居宅サービス等 1月当たり	26,931単位
(うち種類支給限度基準額)	サービスの種類 種類支給限度基準額
認定審査会の意見及びサービスの種類の指定	

②介護度が記入されていれば認定済

①有効期間内か確認

- 適用年月日、届出年月日が新しい日付になっている欄に書かれている事業所が直近の担当事業所になる。
- 介護認定を受けていても、ケアマネが決まっていない場合もある。

給付制限	内容	期間
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
		開始年月日 終了年月日
居宅介護支援事業者若しくは介護予防支援事業者及びその事業所の名称又は地域包括支援	太田介護センター	適用開始年月日 平成28年4月15日 届出年月日
	ケアプランセンター元気一番	適用開始年月日 平成26年5月9日 届出年月日
	太田市地域包括支援センター	適用開始年月日 平成24年9月26日 届出年月日
介護保険施設等	種類	入所等 年月日
	名称	入所等 年月日
	種類	入所等 年月日
	名称	入所等 年月日

要介護認定が確認できない場合



本人や家族等に聞き取りしたり、介護保険証で確認できない場合は、市役所に問い合わせてください。
なお、要介護度については、本人、家族でないと確認できません。

10 ケアマネジャーの選定について

○ケアマネジャーがいない場合は、本人や家族に居宅介護支援事業所を選んでいただくことになります。

チェック 太田市内居宅介護支援事業所・地域包括支援センター連絡先一覧 (P13)

○市役所では、ケアマネジャーの事業所（居宅介護支援事業所）の一覧をお渡ししております。

○**要支援相当の場合**は、地域包括支援センターにご連絡いただいてもご相談を受けることができます。



11 介護保険の申請方法と流れについて

1 申請について

○本人、家族等が太田市役所の介護保険窓口で申請
本人、家族等が申請できない場合は、ケアマネジャーか
地域包括支援センターが代行申請することも可能



2 申請に必要なもの

○対象年齢に応じて介護保険証か健康保険証を持参
○介護保険証は、65歳になると市から郵送している。
見当たらない場合は、窓口にてその旨をお伝えください。
（ご家族で申請される場合は、運転免許証などの身分証明が必要）
○主治医意見書を市から依頼するため、主治医のフルネームと病院名を確認

65歳以上の方

介護保険被保険者証	
番号	
住所	フリガナ
氏名	
生年月日	昭和・大正・昭和 年 月 日 男・女
交付年月日	年 月 日
保険者番号	1 0 2 0 5 3
市区町村	群馬県太田市役所 2番35号 太田市 電話 (0276) 47-1111

介護保険証

40歳~64歳の方



健康保険証

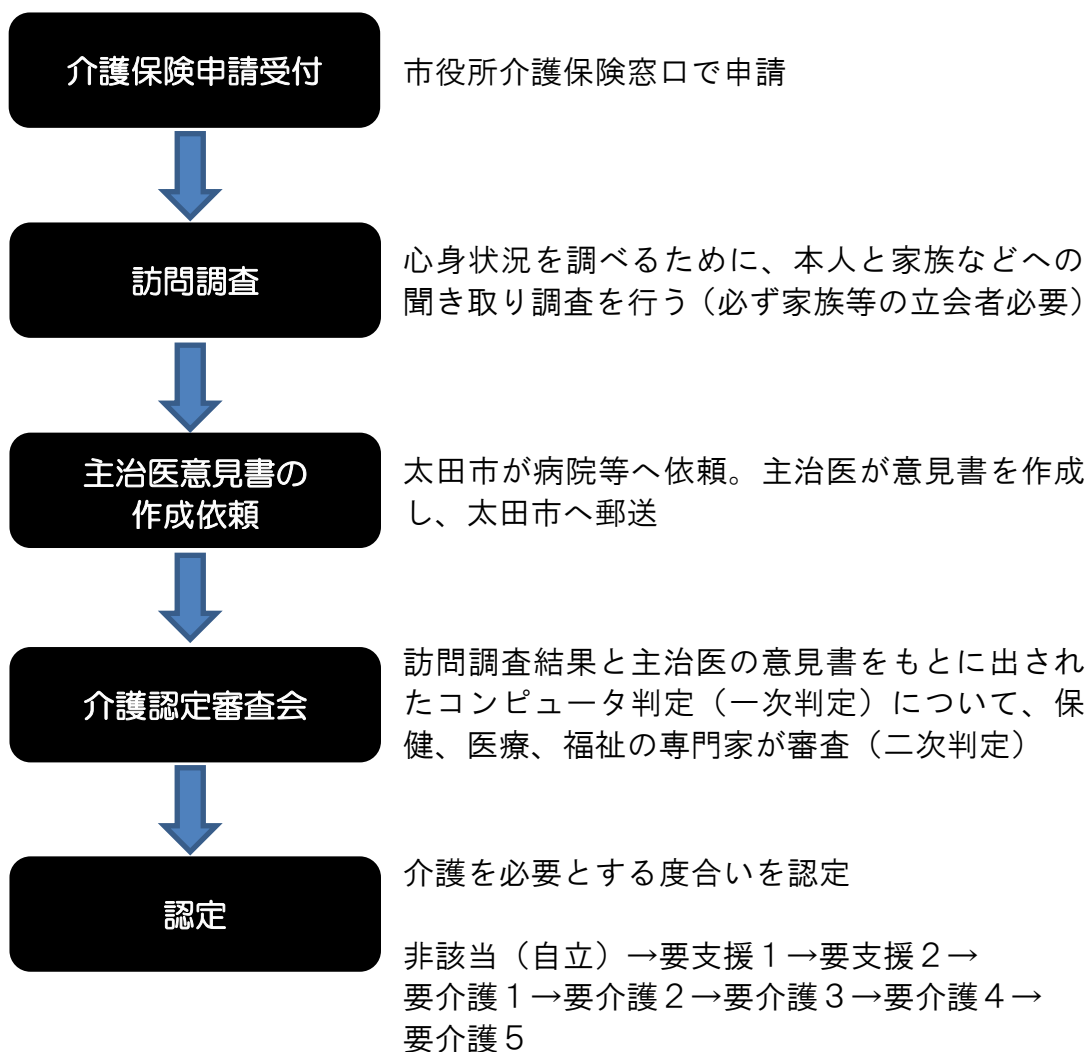


主治医の
フルネーム



病院名

3 申請後から介護認定までの流れについて



※申請から認定までおよそ1ヶ月かかります

12 情報提供様式について

情報提供様式は、太田市役所長寿あんしん課のホームページに公開しています。

■入院時情報提供シート(様式1-1)

利用者が入院した際に、ケアマネジャーが病院へ情報を提供する際に使用する様式

様式1-1 (居宅介護支援事業所 ⇒ 病院)

H30年度版

入院時情報提供シート

記入日:平成 年 月 日

入院日:平成 年 月 日

事業所名		担当者名	
事業所住所		電話/FAX	

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています
退院日が決まりましたらお早めにご連絡ください

(ふりがな) 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			
生年月日	年 月 日	年齢	歳

緊急時連絡先 ※キーパーソン欄は、○をつけてください

キーパーソン	(ふりがな) 氏名	住所	続柄	電話番号

家族構成図 主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性 ●家族関係等の状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 介護に協力的 <input type="checkbox"/> 介護力あり <input type="checkbox"/> その他 () ●自宅退院の条件	住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(階建て 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	在宅主治医	医療機関名 () TEL:
	要介護度	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護
	経済状況 (金銭管理の状況)	
	介護負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割
	負担限度	<input type="checkbox"/> 第1 <input type="checkbox"/> 第2 <input type="checkbox"/> 第3 <input type="checkbox"/> 第4 <input type="checkbox"/> 未申請
	金銭管理	
	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> その他()	
	障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 等級)
	関係機関	
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	

1/2

【入院時情報提供シート】

サービス利用状況					
サービス名	利用頻度		事業者名		<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 内容: <input type="checkbox"/> 住宅改修 内容: <input type="checkbox"/> その他(内容:)
ADL	自立	見守り	介一助部	全介助	要支援は必要事項のみ記入
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他)
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 <input type="checkbox"/> 米飯 <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"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> アレルギー等禁止食
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分 とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし
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"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス 入浴方法 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 (<input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> フラット) 失禁 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <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"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他 ()				
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
聴力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
視力障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				
興味・関心のあること					
既往歴(入院歴・通院歴) ※書き切れない場合は、別紙もしくはカンファレンス等での伝達も可能。					
連絡事項・その他 *アレルギー *日中の状態(日中独居など)					

■入院時の情報提供連絡票(様式1-2)

ケアマネジャーが病院へ「入院時情報提供シート(様式1-1)」を送付する際の表紙

様式1-2

H30年度版

平成	年	月	日
入院時の情報提供連絡票			
【医療機関名】			

様			

【居宅介護支援事業者名】			

【担当者名】			

TEL:			

FAX:			

平素より、大変お世話になっております。 下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。			
■利用者名: _____ ()			
■入院時の情報については、別途「入院時情報提供シート」のとおりです。			
■情報提供方法 (<input type="checkbox"/> 面談 ・ <input type="checkbox"/> FAX、郵送等)			
通信欄			
受理日: _____ 平成 年 月 日			
受理者氏名 _____			

※FAX、郵送等で情報提供を受けた病院は、居宅介護支援事業所あてに電話を入れるか、または、受理日・受理者氏名を記載の上、FAX返信願います。

※入院時情報連携加算Ⅰ(入院後3日以内)・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ(入院後7日以内)・・・100単位

■退院調整共有情報シート(様式2)

退院調整の際に、病院がケアマネジャーへ患者の情報提供をする際に使用する様式

様式2(病院 → 居宅介護支援事業所)

H30年度版

【 _____ → _____ 担当 _____ 様】

病院名

居宅介護支援事業所名

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者	-		電話/FAX	/	
(ふりがな) 氏名				性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	年	月	日	年齢	歳
住所	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様		電話番号	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様	
記入日	平成	年	月	日	記入者
病院主治医			在宅主治医		
入院の原因となった病名					
入院日	平成	年	月	日	身長
					cm
					体重
					kg
退院(予定)日	平成	年	月	日	
緊急時連絡先	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様 <input type="checkbox"/> キーパーソン <input type="checkbox"/> 主な介護者 を太枠内に記入				
	(ふりがな) 氏名	住所	続柄	電話番号	
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(_____ 人)				
介護認定	無(<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(_____ 平成年月日 申請)			区分 変更	<input type="checkbox"/> 要
	有(<input type="checkbox"/> 要支援 _____ <input type="checkbox"/> 要介護 _____)				<input type="checkbox"/> 不要
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の伝達も可				
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"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <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"/> その他介護用品(_____) <input type="checkbox"/> その他(_____)				
	●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				
現在の 治療状況	●医師からの在宅助言、留意点、今後の治療方針について				

ADL	自立	見守り	介一助部	全介助	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺()	
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"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)	
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食 <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"/>	<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	
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"/>	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 (<input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> フラット) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
生活上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <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()					
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					
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他()					
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護者の健康状況		例:老老介護、介護力、ネグレクト		
感染症(保菌)	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <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"/> その他()					アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備考						
退院時提供予定書類	<input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> リハビリテーションに関する書類 <input type="checkbox"/> 在宅主治医への情報					

■記入例

【様式1-2 入院時の情報提供連絡票】

様式1-2

H30年度版

平成 30 年 9 月 27 日

入院時の情報提供連絡票

【医療機関名】

おおた病院

入退院調整担当者

山崎

様

【居宅介護支援事業者名】

居宅介護支援事業所 おおた

【担当者名】

太田 一郎

TEL: 0276-47-1111

FAX: 0276-47-1889

平素より、大変お世話になっております。

下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

■利用者名: 新田 花子 (女)

■入院時の情報については、別途「入院時情報提供シート」とおりです。

■情報提供方法 (面談 ・ FAX、郵送等)

通信欄

いつもお世話様になります。ご利用者様の情報を送付させていただきます。
ご利用者様の変化等ありましたら、ご連絡ください。後日、ご様子をお伺いいたします。

情報提供を受けた病院
は、届いた旨をケアマネ
へ電話連絡するか、
受理日、受理者氏名を
記入し、FAX送信する。

受理日: 平成 年 月 日

受理者氏名

※FAX、郵送等で情報提供を受けた病院は、居宅介護支援事業所あてに電話を入れるか、
または、受理日・受理者氏名を記載の上、FAX返信願います。

※入院時情報連携加算Ⅰ(入院後3日以内)・・・200単位 入院時情報連携加算Ⅱ(入院後7日以内)・・・100単位

【様式1-1 入院時情報提供シート】

様式1-1 (居宅介護支援事業所 → 病院)

H30年度版

入院時情報提供シート

記入日:平成 30 年 9 月 27 日

入院日:平成 30 年 9 月 25 日

事業所名	居宅介護支援事業所 おおた	担当者名	太田 一郎
事業所住所	太田市浜町2番35号	電話/FAX	0276-47-1111 / 0276-47-1889

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています
退院日が決まりましたらお早めにご連絡ください

(ふりがな) 氏名	おおた はなこ 新田 花子	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input checked="" type="checkbox"/> 女
住所	太田市南町45-35		
生年月日	S 3 年 10 月 5 日	年齢	89 歳

緊急時連絡先 ※キーパーソン欄は、○をつけてください

キーパーソン	(ふりがな) 氏名	住所	続柄	電話番号
<input type="checkbox"/>	にった かなこ 新田 加奈子	太田市新田金山町35番地	長女	0276-00-1234
<input type="checkbox"/>				
<input type="checkbox"/>				

家族構成図	
<p>主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性</p> <p>●家族関係等の状況 <input type="checkbox"/> 良好 <input checked="" type="checkbox"/> 介護に協力的 <input type="checkbox"/> 介護力あり <input checked="" type="checkbox"/> その他 (長女に対する拒否あり)</p> <p>●自宅退院の条件 長女との関係性、移動方法の変化によっては、介護サービスの見直しが必要なため、要相談</p>	<p>住環境 <input checked="" type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅(1 階建て 1 階) エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input checked="" type="checkbox"/> 無</p> <p>在宅主治医 医療機関名 (おおたクリニック) TEL: 0276-11-1234</p> <p>要介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <u>3</u></p> <p>経済状況 (金銭管理の状況)</p> <p>介護負担割合 <input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割</p> <p>負担限度 <input type="checkbox"/> 第1 <input type="checkbox"/> 第2 <input checked="" type="checkbox"/> 第3 <input type="checkbox"/> 第4 <input type="checkbox"/> 未申請</p> <p>金銭管理 <input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 成年後見人 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 日常生活自立支援事業 <input type="checkbox"/> その他()</p> <p>障害者手帳 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (手帳 等級)</p> <p>関係機関 太田市社会福祉協議会</p> <p>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 checked="" type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M</p>

本人がどういう状態の場合に
自宅退院可能か？

ケアマネ以外で、かかわりをもっている機関
(例)社協、障がい者相談支援センターなど

サービス利用状況						
サービス名	利用頻度		事業者名		<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 内容： 特殊寝台、歩行器、4点杖 <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 内容： 和式から洋式への変更 <input type="checkbox"/> その他(内容：)	
訪問看護	2回/週		訪問看護ステーション おおた			
通所介護	2回/週		おおたリハビリステーション			
ADL	自立	見守り	介一助	全介助	要支援は必要事項のみ記入	
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input checked="" type="checkbox"/> 歩行器使用 <input checked="" type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input type="checkbox"/> 部分)	
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病 <input type="checkbox"/> 高血圧 <input type="checkbox"/> 腎臓病 <input type="checkbox"/> その他)	
食事	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 主食 <input checked="" type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 副食 <input type="checkbox"/> 通常 <input checked="" 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"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> アレルギー等禁止食	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 水分 <input type="checkbox"/> とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	長女が準備し、部分的に介助する	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 入浴方法 <input checked="" type="checkbox"/> 一般浴	
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ (<input checked="" type="checkbox"/> パナソニック) <input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 無失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 尿漏れ	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 失禁 <input type="checkbox"/> 無失禁 <input checked="" type="checkbox"/> 尿漏れ	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	長女が管理しているが、内服薬の服用を拒否している。	
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴	<input type="checkbox"/> 興奮	<input checked="" type="checkbox"/> 不穏	<input type="checkbox"/> 妄想
	<input type="checkbox"/> 暴力	<input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転	<input type="checkbox"/> 不眠	<input type="checkbox"/> 徘徊	
	<input type="checkbox"/> 危険行為	<input type="checkbox"/> 不潔行為	<input checked="" type="checkbox"/> 意思疎通困難	<input type="checkbox"/> その他()		
医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 気管切開	<input type="checkbox"/> 喀痰吸引	<input type="checkbox"/> 吸入	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療養	
	<input type="checkbox"/> 人工呼吸器	<input type="checkbox"/> 中心静脈栄養	<input type="checkbox"/> 経鼻胃管	<input type="checkbox"/> 胃ろう	<input type="checkbox"/> 腸ろう	
	<input type="checkbox"/> ストマ	<input type="checkbox"/> 自己導尿	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル	<input type="checkbox"/> 血液透析		
	<input type="checkbox"/> 腹膜透析	<input type="checkbox"/> インスリン自己注射	<input type="checkbox"/> 疼痛管理	<input type="checkbox"/> 創処置		
	<input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:)		<input type="checkbox"/> その他()			
麻痺	<input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 有 (右上下肢に軽度麻痺)
聴力障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()				
視力障害	<input checked="" type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 ()				
興味・関心のあること	テレビ鑑賞(将棋)、最近無気力で意欲低下有					
既往歴(入院歴・通院歴)	※書き切れない場合は、別紙もしくはカンファレンス等での伝達も可能。 H25 脳内出血 H26 脳梗塞、頭位めまい症					
連絡事項・その他	*アレルギー *日中の状態(日中独居など) 長女は、朝と夕方に実家へ出向き、全面的な介護を行っているが、最近介護者に対する拒否も多い。					

○服薬内容は、お薬手帳を参考に
○本人が管理できない場合は、
誰が管理しているかを記入

【退院調整共有情報シート（様式2）】

様式2(病院 → 居宅介護支援事業所)

H30 改定版

【 おおた病院 → 居宅介護支援事業所 おおた 担当 太田 一郎 様】

病院名

居宅介護支援事業所名

退院調整共有情報シート

連絡窓口・担当者	入退院調整担当者・山崎	電話/FAX	0276-11-1234/0276-12-3456	
(ふりがな) 氏名	おおた たろう 太田 太郎		性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
生年月日	S 2 年 6 月 20 日		年齢	91 歳
住所	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様 太田市北町58-23	電話番号	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様 0276-77-7856	
記入日	平成 30年 9月 26日	記入者	山崎	
病院主治医	野口	在宅主治医	おおたクリニック	
入院の原因となった病名	一過性脳虚血発作			
入院日	平成 30年 8月 23日	身長	140 cm	体重 44 kg
退院(予定)日	平成 30年 10月 12日			
緊急時連絡先	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供と同様		○:キーパーソン ◆:主な介護者 を太枠内に記入	
	(ふりがな) 氏名	住所	続柄	電話番号
○	おおた はなこ 太田 花子	太田市東町58-23	次女	0276-77-7856
	おおた しんじ 太田 信二	太田市西町1458	長男	0276-55-5678
家族構成	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居(人)			
介護認定	無(<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中(平成年月日 申請)) 有(<input type="checkbox"/> 要支援 <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 <u>3</u>)		区分 変更	<input type="checkbox"/> 要 <input checked="" type="checkbox"/> 不要
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の伝達も可 ○高血圧 10年以上前(にらがわクリニック) ○認知症 81歳(当院) ○右大腿骨転子部骨折 85歳(当院) ○一過性脳虚血発作(当院入院)			
希望する 福祉サービス	<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハ <input type="checkbox"/> 通所介護 <input checked="" type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> 短期入所 <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 checked="" type="checkbox"/> その他介護用品(手すり、歩行器) <input checked="" type="checkbox"/> その他(住宅改修:玄関先にスロープ設置)			
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 症状が安定すれば、自宅での生活を希望されています。 ●医師からの在宅助言、留意点、今後の治療方針について 脳外科への受診を予定しております。自宅での生活を希望されていますが、急変の可能性もあるため、フォローできる体制が必要です。			

○ケアマネジャーから提出のあった入院時情報提供と同様の場合は、省略可能(□にレを入れる)

ADL	自立	見守り	介助一部	全介助	リハビリ目標 (リハビリから確認)	制限事項 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺()	
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 義歯 (<input type="checkbox"/> 全義歯 <input checked="" type="checkbox"/> 部分)	
食 事	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 禁食 <input checked="" type="checkbox"/> 治療食 <input checked="" type="checkbox"/> 1200 Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input checked="" type="checkbox"/> その他(減塩やわらか)	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	主食 <input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> ペースト 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 8 割)	
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	水分摂取量:1日	
更 衣	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	制限: <input checked="" type="checkbox"/> 無	
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 紙オムツ <input type="checkbox"/> フラット) 失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 便失禁	
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	看護師管理	
生活上の問題	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <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()					
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 checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					
医療処置	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 吸入 <input type="checkbox"/> 在宅酸素療養 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 経鼻胃管 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 自己導尿 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 腹膜透析 <input type="checkbox"/> インスリン自己注射 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 創処置 <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位:) <input type="checkbox"/> その他()					
家族への介護指導	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	介護者の健康状況		例: 老老介護、介護力、ネグレクト		
感染症(保菌)	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明 <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"/> その他()					アレルギー <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有
備考	食事: 副食やわらかを提供					
退院時提供予定書類	<input type="checkbox"/> 看護サマリー <input type="checkbox"/> リハビリテーションに関する書類 <input type="checkbox"/> 在宅主治医への情報					

○服薬内容は、お薬手帳を参考に
○本人が管理できない場合は、
誰が管理しているかを記入

退院時に提供を予定している書類があれば、チェックを行う

参考

■ケアマネジャーの業務の流れ



病院から退院するケース

= 新規受付から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

チェック

- 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

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』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

チェック

○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。

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』
『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)

チェック

○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。

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) 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

チェック

○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。

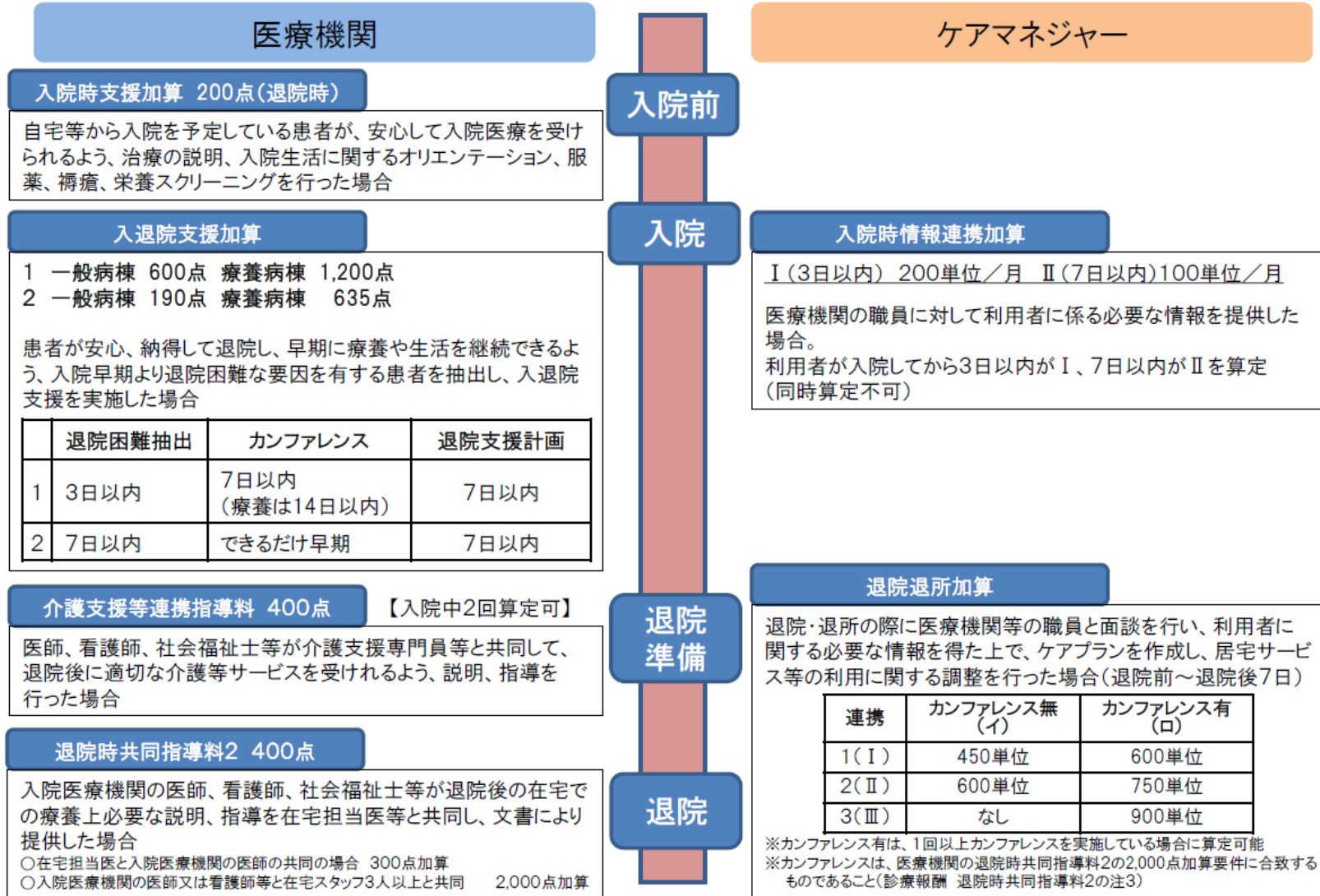
○提供票を事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要なので原則手渡ししている。

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

【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（平成30年4月現在）

※算定の際は、算定条件を必ずご確認ください



■ 制定・改廃履歴表

版数	制定・改廃 年月日	改訂ページ	改訂内容
第1版	H29.2.20		新規制定
第2版	H29.3.27	13 ページ	高砂荘居宅介護支援事業所の住所、電話番号訂正
		24 ページ 28 ページ 29 ページ	認知症高齢者の日常生活自立度の誤りⅡ、Ⅲを削除
第3版	H30.10.10	1 ページ	文言変更
		13～16 ページ	連絡先一覧の更新
		17 ページ	小規模多機能型居宅介護事業所の一覧追加
		25～26 ページ	入院時情報提供シートの変更
		28～29 ページ	退院調整共有情報シートの変更
		30～34 ページ	記入例の変更
		38 ページ	診療報酬・介護報酬の例の更新

太田地域在宅医療・介護連携推進協議会

太田市役所 長寿あんしん課

太田市浜町2番35号

TEL：0276-47-1856

FAX：0276-47-1889

太田保健福祉事務所 企画福祉課

TEL：0276-31-8241

FAX：0276-31-8349



太田市在宅医療介護連携センター

太田市飯田町818番地

TEL：0276-61-3228

FAX：0276-61-3229