

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

平成30年4月策定

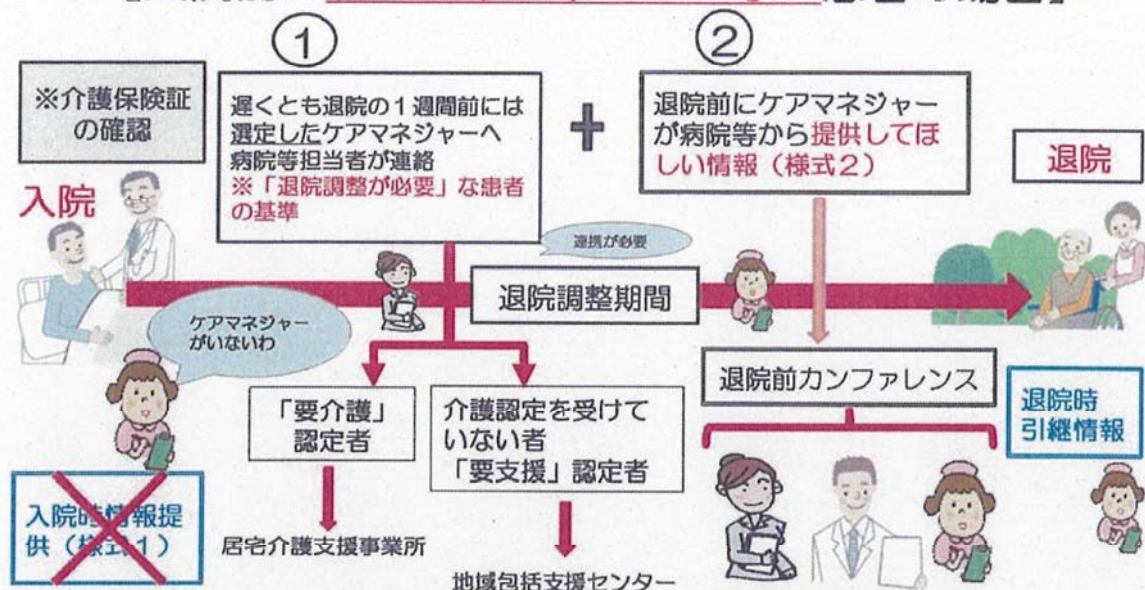
平成31年3月改訂

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】	
(入院後、新たに介護保険を利用する場合)	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	
(6) 退院時引継情報	5
(7) 退院後	
【短期入院者の場合】	
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相談窓口等一覧	10
(様式1) 入院時情報提供書(富岡圏域版)	11
(様式2) 退院患者連絡票(富岡圏域版)	13

退院調整ルール

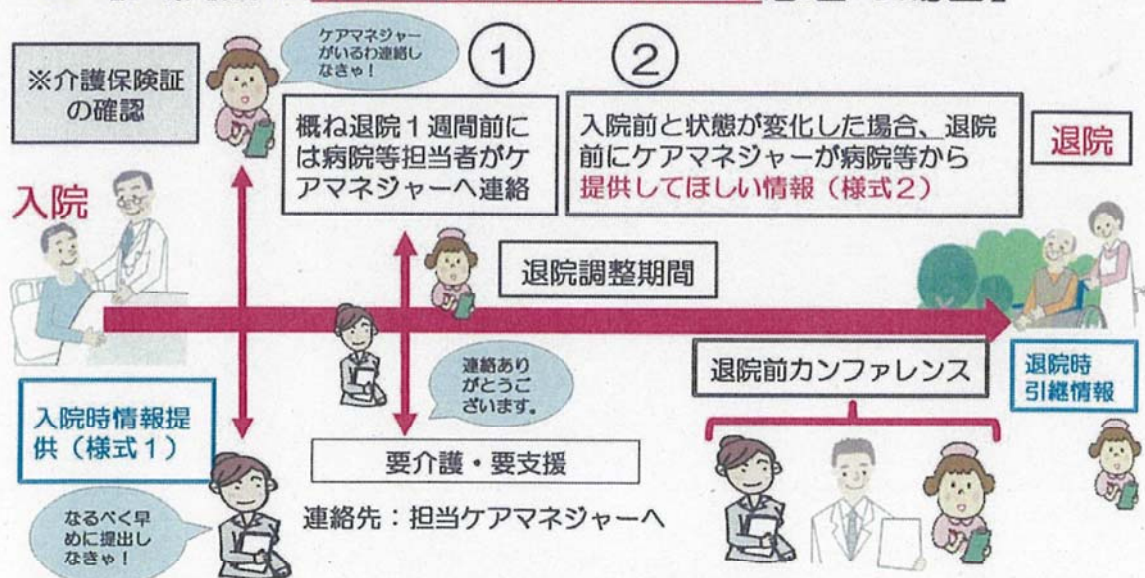
1 【入院前にケアマネジャーがいない患者の場合】



- 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ジャーに連絡する。
 「要支援」認定者や「退院調整が必要」な患者の基準に当てはまれば、地域包括支援センターに連絡する。
 要介護：立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の者。認知機能が低下している者
 要支援：見守りが必要な者。放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある者

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】



- 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。

1 【入院前にケアマネジャーがいない患者の場合】

(入院後、新たに介護保険を利用する場合)

(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。

(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。

① 65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。

② 40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:退院調整共有情報シート参照)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病院等担当者とは在宅担当者は、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

① 65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。

② 40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」(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

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シート(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を持参する。

■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

(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:退院調整共有情報シート参照)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基づく。

(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。

(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、患者の担当介護支援専門員に連絡するとともに様式2を送付する。

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	サービス提供地域
株式会社細谷 尚久居宅介護支援事業所	富岡市富岡297	0274-63-5558	富岡市・下仁田町 甘楽町
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	富岡市
さざんか居宅介護支援事業所	富岡市富岡1081	0274-67-1200	富岡市・甘楽町
居宅介護支援事業所みやび	富岡市七日市524-4	0274-63-5941	富岡市・甘楽町
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	富岡市・下仁田町 甘楽町
富岡地域居宅介護支援事業所	富岡市七日市643	0274-62-3000	富岡市・甘楽町 (他：要相談)
かやの木	富岡市内匠448	0274-62-4387	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	富岡市・下仁田町 南牧村・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	富岡市
鏡泉苑居宅介護支援事業所	富岡市下高瀬724	0274-62-0964	富岡市・下仁田町 甘楽町
居宅介護支援事業所ぬきさき	富岡市一ノ宮1745-1	0274-70-2211	富岡市・下仁田町 甘楽町
あすなる居宅介護支援事業所	富岡市田島6-6	0274-63-6423	富岡市・下仁田町 南牧村・甘楽町
居宅介護支援事業所ふれあい	富岡市黒川1380	0274-70-2020	富岡市・下仁田町 南牧村・甘楽町
居宅介護支援事業所さとやま	富岡市上高尾909-5	0274-67-7622	富岡市・下仁田町 甘楽町
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	富岡市・下仁田町 甘楽町
老人保健施設こまち	富岡市相野田469	0274-62-5811	富岡市・下仁田町 甘楽町
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	富岡市・下仁田町 甘楽町
居宅介護支援事業所みこと	富岡市南後箇332-9	0274-63-6701	富岡市・下仁田町 甘楽町
居宅介護支援事業所みょうぎ	富岡市妙義町上高田653	0274-64-9855	富岡市
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	富岡市・下仁田町
するすみ居宅介護支援事業所	富岡市妙義町下高田1887-1	0274-67-1300	富岡市・下仁田町 甘楽町
ケアプラン優	甘楽郡下仁田町下仁田159	0274-82-2058	富岡市・下仁田町 南牧村・甘楽町
しもにたプラン	甘楽郡下仁田町下仁田429-9	0274-82-3864	富岡市・下仁田町 南牧村・甘楽町
社会福祉法人下仁田町社会福祉協議会	甘楽郡下仁田町中小坂608	0274-82-5491	下仁田町
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	下仁田町
ケアプランこもれび	甘楽郡下仁田町馬山5913-1	0274-67-5965	富岡市・下仁田町
さわやかホーム	甘楽郡南牧村大日向926	0274-87-2100	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	0274-60-4151	富岡市・下仁田町 南牧村・甘楽町
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	甘楽町
居宅介護支援事業所ののはな	甘楽郡甘楽町福島560-6	0274-74-5752	富岡市・甘楽町
居宅介護支援事業所たんぼぼ	甘楽郡甘楽町上野308	0274-67-7220	富岡市・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	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	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	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	南牧村
甘楽町地域包括支援センター	甘楽町小幡161-1	0274-74-3131	甘楽町

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)

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、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。

6 ケアマネジャーの業務

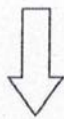
☆病院から退院するケース：新規受付～在宅受け入れ可能になるまで☆

<p>居宅新規受付</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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 <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・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く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。 </div> <p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">Check!</p>	<p>目安は 1日～ 2日間</p>
<p>病棟に初回訪問 (インタビュー・アセスメント)</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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) <div style="border: 2px dashed black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 </div> <p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">Check!</p>	<p>目安は 1日～ 2日間</p>

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)

目安は
1日～
2日間



・事業所の営業日や市役所・町村役場の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。

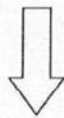
・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より助言を頂くことが必修。
⇒ケアプラン作成連絡票を活用するが、主治医との連絡調整にも時間を要する。

Check!
☺

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。

Check!
☺

(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 入退院調整のための病院等相談窓口等一覧

病院名	ケアマネからの入院時情報はどこに？		入院前に介護保険を利用していた(ケアマネがいる)人の場合						
	手渡しの場合 ※専前連絡	FAXの場合	退院調整の期間を渡し、 在宅判断は可能？	誰がケアマネに 電話をする？	ケアマネとの面談 主体は？	誰がケアマネに退院日 を連絡する？	入院前に介護保険を 説明する？	誰がケアマネ契約の 支援をする？	誰が契約後のケアマ ネと連絡をとる？
公立 富岡総合病院	中央受付 平日08:30～17:15 入院病棟 24時間	地域医療連携課 入院病棟MSW担 当あて 0274-64-1406	退院許可を出すのは Dr 退院日の調整をして決 定するのはNs ※ベッドの空き具合に もよる	「入院時」 「入院前」 本人・家族 「入院後」 本人家族に了承を得 て担当病棟MSWまた はNs	MSW Ns	MSW 家族 Ns	MSW Ns	MSW	MSW
公立 七日市病院	各病棟	医療連携担当 0274-62-5211	退院許可はDr	MSW 病棟Ns (退院支援リンクナース)	MSW 病棟Ns (退院支援リンクナース)	MSW 病棟Ns (退院支援リンクナース)	MSW 病棟Ns (退院支援リンクナース)	MSW MSWが相談を受 け、説明する	MSW MSW 病棟Ns (退院支援リンクナース)
下田 厚生病院	MSW武井 対応ができない場合 「総合受付」又は 「2F地域医療支援室」 まで	地域・医療支援室 (直通) 0274-67-7888	概ね可能と思われる	MSW 病棟Ns	MSW 病棟Ns	MSW 病棟Ns	MSW MSWが概要を説 明する 詳細については担 当して頂けるCMよ り説明を依頼する	MSW MSW 病棟Ns	MSW MSW 病棟Ns
西毛病院	心理福祉課 平日:09:00～17:00 土曜:09:00～12:30	心理福祉課 0274-64-3826	Dr判断	病棟SW	SW 病棟Ns	SW	SW CM	SW CM	SW CM

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：
 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、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	(フリガナ)	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 ※可能な限り「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）					
入院時の要介護度	特記事項（_____）					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 要支援) <input type="checkbox"/> 要介護) 有効期限： 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					<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症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					<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 認定済み <input checked="" type="checkbox"/> 更新申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 変更申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 障害など認定 <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"/> その他（_____） * <input type="checkbox"/> 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	<input checked="" type="checkbox"/> 生活環境： <input checked="" type="checkbox"/> 家族背景： <input checked="" type="checkbox"/> 問題行動： <input checked="" type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 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。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他（_____）
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の願望について（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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 _____ 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（_____）
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 _____）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望あり
「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

* = 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口	<input type="checkbox"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	尿意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	便意	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時	
睡眠の状態	良	不良 ()			眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙	無	有	本くらゐ/日		飲酒	無	有	合くらゐ/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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<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"/> その他 ()									
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()									
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(理由: 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*	<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 ()									

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	<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		
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	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = ()回/月
通院方法	<input type="checkbox"/> なし 続柄: 付き添い <input type="checkbox"/> あり 氏名:	移動方法	<input type="checkbox"/> 自家用車 (<input type="checkbox"/> 自分運転 <input type="checkbox"/> 同乗) <input type="checkbox"/> 乗り合いバス・タクシー <input type="checkbox"/> タクシー <input type="checkbox"/> 自転車 <input type="checkbox"/> 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	平成	年	月	日			
入院日	平成	年	月	日	記入者	医療機関	
退院(予定)日	平成	年	月	日		職・氏名	
						職・氏名	
ケアマネジャー	事業所						
	氏名						
基本情報	(ふりがな)						
	利用者(患者)名						
	生年月日		年 月 日				
	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 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	被保険者	氏名	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族				
	限度区分	<input type="checkbox"/> 区分ア	<input type="checkbox"/> 区分イ	<input type="checkbox"/> 区分ウ	<input type="checkbox"/> 区分エ	<input type="checkbox"/> 区分オ	
	福祉医療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	認定日			年 月 日
	特定医療	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 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	氏名				
医療管理	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (チェックリストが添付されている場合は別紙参照)						
	<input type="checkbox"/> 点滴管理 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 血液透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> カテーテル・ドレーン類 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 吸入薬 <input type="checkbox"/> 外用薬 <input type="checkbox"/> インシュリン 単位) <input type="checkbox"/> 服薬(薬品名:						
動作・移動	詳細						
	寝具	<input type="checkbox"/> 標準	<input type="checkbox"/> 耐圧分散マット	<input type="checkbox"/> エアマット			
	移動方法	<input type="checkbox"/> 自立歩行	<input type="checkbox"/> 杖歩行・歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子 (<input type="checkbox"/> 自走可能 <input type="checkbox"/> 自走不可)			
	移動動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	補装具	<input type="checkbox"/> 装具	<input type="checkbox"/> コルセット	<input type="checkbox"/> サポーター			
	行動制限	<input type="checkbox"/> 身体拘束帯	<input type="checkbox"/> 手袋・ミトン	<input type="checkbox"/> センサー ()			
リハビリ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有 (運動制限	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有)			
留意点							
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 言語障害 <input type="checkbox"/> 難聴(補聴器 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) <input type="checkbox"/> 眼鏡						

精神	精神状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 幻聴 <input type="checkbox"/> 異食 <input type="checkbox"/> 収集行動 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 抵抗 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 精神疾患（病名							
	睡眠状態	<input type="checkbox"/> 異常なし <input type="checkbox"/> 昼夜睡眠 <input type="checkbox"/> 夜間覚醒（昼夜逆転） <input type="checkbox"/> 不眠							
	留意点								
食事	食事方法	<input type="checkbox"/> 経口摂取 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 点滴 特記事項							
	摂取動作	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助							
	介助用具	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> スプーン・フォーク <input type="checkbox"/> 自助具							
	嚥下状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良							
	咀嚼状況	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良							
	主食形態	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> おにぎり <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> 7分粥 <input type="checkbox"/> 5分粥 <input type="checkbox"/> 3分粥							
	副食形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 一口大きざみ <input type="checkbox"/> ざみ <input type="checkbox"/> ミキサー							
	食事摂取量	主食 割 ~ 割 副食 割 ~ 割							
	飲水	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> とろみ（弱） <input type="checkbox"/> とろみ（強）							
	義歯	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 ）							
	飲食制限	食 事	<input type="checkbox"/> 無 ○○食 ※制限食のカロリー、ナトリウム・タンパク質量等を記載 <input type="checkbox"/> 有						
		水 分	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ml/日）						
	留意点								
衛生	排 尿	日 中		回		夜 間		回	
	排尿感覚	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有					
	排 便			回/日					
	排便感覚	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有					
	便秘薬使用	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有（		<input type="checkbox"/> 内服薬		<input type="checkbox"/> 座薬）	
	最終排便日	月		日					
	介 助	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	
	使用物品	<input type="checkbox"/> バット							
		<input type="checkbox"/> オムツ		（		<input type="checkbox"/> 常時		<input type="checkbox"/> 夜間）	
		<input type="checkbox"/> リハビリパンツ		（		<input type="checkbox"/> 常時		<input type="checkbox"/> 夜間）	
		<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ		（		<input type="checkbox"/> 常時		<input type="checkbox"/> 夜間）	
		<input type="checkbox"/> 尿 器		（		<input type="checkbox"/> 常時		<input type="checkbox"/> 夜間）	
	<input type="checkbox"/> 便 器		（		<input type="checkbox"/> 常時		<input type="checkbox"/> 夜間）		
	留意点								
保清	保 清	<input type="checkbox"/> 一般浴		<input type="checkbox"/> シャワー浴		<input type="checkbox"/> 機械浴		<input type="checkbox"/> 清拭	
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	
	最終保清日	月		日					
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立		<input type="checkbox"/> 見守り		<input type="checkbox"/> 一部介助		<input type="checkbox"/> 全介助	
	留意点								
意思決定支援									
備考									

***** 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】

群馬県富岡保健福祉事務所

0274-62-1541