

# 利根沼田圏域

## 退院調整ルールの手引き

～医療と介護の切れ目のない連携をめざして～



令和3年3月 改定版

# 目 次

第1章 退院調整ルールの考え方	1
第2章 退院調整ルールの内容	
1 入院前から介護保険サービスを利用している場合	3
2 退院調整のフロー （入院前から介護保険サービスを利用している場合）	10
3 新たに介護保険サービスを利用する場合	11
4 退院調整のフロー （新たに介護保険サービスを利用する場合）	15
5 様 式	16
○ 入院時情報提供シート（様式1）	
○ 退院調整情報共有シート（様式2）	
第3章 関係機関連絡先	
1 病院の担当窓口	20
2 居宅介護支援事業所等	21
3 地域包括支援センター	23
4 市町村介護保険担当部署等	24

# 第1章 退院調整ルールのお考え方

## 1 背景

介護を必要とする患者が病院から退院する際に、病院とケアマネジャーの間の情報共有が不十分であったため、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、円滑に在宅生活へ移行できないケースが発生しています。

病院とケアマネジャーが、退院前から退院後の介護などについての調整を行ってれば、このようなことは避けられたかもしれません。

地域ぐるみで高齢者を支える地域包括ケアシステムの構築が求められるなか、医療と介護の連携推進は重要な課題となっています。

## 2 利根沼田圏域退院調整ルールとは

利根沼田圏域退院調整ルールは、患者が居宅へと退院する際に、必要となる介護サービスをタイムリーに受けられるよう病院とケアマネジャーが入院時から退院時まで情報を共有し、連携を深めるための利根沼田圏域内の仕組みです。

患者の居宅への退院に向けて、病院とケアマネジャーが連携するために、それぞれの役割や手順などを定めています。

## 3 利根沼田圏域退院調整ルールの性格

利根沼田圏域退院調整ルールは、病院とケアマネジャーが連携を深めるために期待される標準的な行動を定めたものであり、強制力を持つ規範ではありません。

ルールに定めた手順や日数などは、あくまで「標準的な例」と考え、個別の事情に応じ対応が必要な場合は、その都度、関係者の間で調整しましょう。

お互いの立場を尊重し、その時の状況によって取り組めることと取り組めないことがあるということを理解することが、医療と介護の連携に向けた第一歩です。

## 4 利根沼田圏域退院調整ルールを使用する機関

利根沼田圏域の病院、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所、小規模多機能型居宅介護施設が対象となります。

(令和3年4月1日現在における関係機関の一覧はP20～23のとおりです。)

## 5 退院調整ルールの対象者

次のいずれかに該当する者が対象となります。(要介護と要支援、いずれも対象となります。)

- ① 在宅で介護保険サービスを利用している者
- ② 退院後、新たに在宅で介護保険サービスを利用することが見込まれる者

## 6 個人情報の取扱い

医療と介護の連携推進のためには、関係者間の情報共有が不可欠ですが、個人情報の取扱いには細心の注意を払う必要があります。

一方で、個人情報の保護のみを優先し、関係者間の情報共有をおろそかにすると、結果的に患者の不利益につながる危険性もあります。

医療と介護の関係者において、関係する法令などを遵守しながら個人情報保護のため積極的に取り組んでいるということを前提としつつ、個人情報が利用される意義について患者・利用者等の理解を得ながら進めることが必要です。

医療と介護の関係者における個人情報の取扱いについては、個人情報保護委員会及び厚生労働省から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」が示されていますので、参考にしてください。

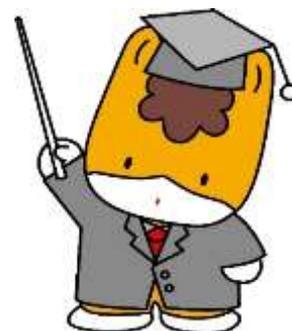
※ 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」は、厚生労働省のホームページから入手することができます。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

## 7 利根沼田圏域退院調整ルールへの運用

利根沼田圏域退院調整ルールの運用は、平成29年4月1日から開始します。

運用開始後は、定期的に運用状況を検証し、必要に応じてルールの見直しなどを行う予定です。



## 第2章 退院調整ルールの内容

利根沼田圏域退院調整ルールでは、①入院前から介護保険サービスを利用している場合（入院前にケアマネジャーが決まっている場合）と②新たに介護保険サービスを利用する場合（入院前にケアマネジャーが決まっていない場合）の2つに分けて、病院とケアマネジャーが講じるべき手順などを定めており、このマニュアルでは、病院やケアマネジャーに求められる標準的な行動を「アクション」と称し、時系列に並べています。

また、「アクション」に当たってのポイントや注意することなども併記していますので、参考にしてください。

### 1 入院前から介護保険サービスを利用している場合

（入院前にケアマネジャーが決まっている場合）

**【アクション1】 介護保険サービス利用者が入院したことを把握する。**

#### <行うこと>

- ケアマネジャーは、利用者の入院が分かったら、速やかに利用者が入院した病院の担当者に連絡する。
  - 病院の担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたかを確認し、利用していた場合は、速やかに担当のケアマネジャーに連絡する。
- ※ 病院とケアマネジャー、情報把握が早い方が相手にアプローチする。



#### <ポイント>

- 介護保険サービスの利用者が入院した事実を、ケアマネジャーと病院でなるべく早く共有しましょう。
- 病院とケアマネジャーの相互が、早期に事実を把握することで、早い段階から退院に向けたお互いの連携が進みます。

## <注意すること>

### ケアマネジャー

- ケアマネジャーは、日頃から利用者が入院したことが早期に伝わる工夫をしておきましょう。

#### (取組み例)

- 日頃から利用者や家族に「入院したら電話をください」と依頼しておく。
  - 利用者の自宅に、ケアマネジャーの連絡先を貼っておく。
  - 介護保険証にケアマネジャーの名刺を挟んでおき、入院時には介護保険証も一緒に病院に提示することを利用者や家族に依頼しておく。
  - 介護サービス事業所に、利用者の入院に気づいたら、ケアマネジャーに連絡するよう依頼しておく。
  - 利用者の病院等を把握しておく。
- また、利用者が入院した際は、病院に本人のADL等の情報を提供することを前もって説明しておき、同意を得ておきましょう。

### 病 院

- 病院は、患者や家族への聞き取り、介護保険証の有無などにより、要介護認定等を受けているかどうか把握しましょう。不明の場合には、市町村の地域包括支援センター（P23参照）に照会してください。



## 【アクション2】 病院に居宅での様子を情報提供する。

### <行うこと>

- ケアマネジャーは、利用者の入院を把握したら、「入院時情報提供シート」を作成し、病院へできる限り持参する。  
(持参が困難な場合は、FAX で「入院時情報提供シート」を病院に送付する。)
- 病院の担当者は、ケアマネジャーが病院を訪問した際は、患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報を伝える。



### <ポイント>

- ケアマネジャーが病院に居宅での様子を早期に伝えることにより、病院は退院に向けた支援をスムーズに行うことができます。
- ケアマネジャーは、病院を早期に訪問することで、利用者の退院支援に必要な情報の共有、病院との連絡をスムーズに行うことができます。

### <注意すること>

#### ケアマネジャー

- 病院を訪問する際は、なるべく事前に電話でアポイントを取りましょう。
- 「入院時情報提供シート」をFAXで送信する場合は、病院の指定する対応窓口へFAXを送る旨、まず電話で連絡し、保護すべき内容等を確認した上で送信しましょう。
- FAXでの情報提供は誤送信がないよう各事業所で十分注意してください。
- 病院の担当窓口と連絡先は、P20を参照してください。

#### 病 院

- ケアマネジャーから病院訪問の連絡があった場合には、積極的に対応しましょう。
- FAXを受け取ったら、その旨をケアマネジャーに電話で連絡しましょう。
- 入院時に伝えていた情報が、入院期間中に大きく変更になるような場合にはケアマネジャーに連絡をしましょう。

## 【アクション3】 ケアマネジャーに退院の見込みを連絡する。

### <行うこと>

- 病院は患者の病状が安定し、居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、その旨をケアマネジャーへ連絡する。
- 急性期の患者については、居宅への退院が可能であると判断でき次第、できる限り速やかにケアマネジャーへ連絡する。



### <ポイント>

- 病院の担当者が、居宅への退院予定時期を予めケアマネジャーに連絡することにより、ケアマネジャーは居宅での生活に向け準備を整えることが可能となり、患者はスムーズに居宅での生活へ移行することができます。

### <注意すること>

#### 病 院

- 病院の担当者からケアマネジャーへの連絡時期の目安は「退院予定日のおおむね10日前まで」としてはいますが、ケアプランの修正やサービス事業所との調整など、この間にケアマネジャーが行う業務を考慮すると、なるべく早い時期に連絡することが望まれます。

#### ケアマネジャー

- 病院の担当者が退院予定日を予測することが困難なケースもあります。「10日前まで」という期限は、あくまで標準的な目安と理解してください。
- ケアマネジャーも、入院時の病院訪問等で得た情報を基に入院期間を予測し、病院から退院見込みの連絡が来ない場合は、必要に応じて病院に確認をとってみましょう。

## 【アクション4】退院前のカンファレンスに参加する。

### <行うこと>

- 病院の担当者は、退院前にカンファレンスを行う場合は、ケアマネジャーに連絡し、日程調整等を行う。
- 病院が退院前のカンファレンスを行わない場合は、ケアマネジャーは退院前の面談等を病院に依頼する。
- 病院の担当者は、カンファレンスや面談までに、ケアマネジャーがケアプランの作成等に必要な情報（「退院調整情報共有シート」の内容）を、院内の関係者から収集しておく。
- ケアマネジャーは、カンファレンスや面談で「退院調整情報共有シート」を基に、情報収集を行う。



### <ポイント>

- 「退院調整情報共有シート」は、ケアマネジャーが必要とする定型的な情報をまとめたものに過ぎません。カンファレンス等で情報交換を行うことで、より実態に即した情報を収集することができ、今後の方針等について検討することが可能となります。
- カンファレンスや面談に参加することは、短期的には業務の負担になるかもしれませんが、病院とケアマネジャーが顔見知りになり、お互いが「顔の見える関係」になることで、中長期的には効果・効率的な業務の遂行が期待できます。

### <注意すること>

#### 病 院

- 退院前のカンファレンスの連絡は早めに行いましょう。またカンファレンスではケアマネジャーからの質問の機会なども設けるよう努めましょう。
- ケアマネジャーから退院前の面談等の依頼があった場合は、日程調整等に協力しましょう。

#### ケアマネジャー

- 病院から退院前のカンファレンスの実施について連絡を受けた場合は、なるべく積極的に参加しましょう。

## 【アクション5】 ケアマネジャーに退院日を連絡する。

### <行うこと>

- 病院担当者は、退院日が決定したら、速やかにケアマネジャーに連絡する。



### <ポイント>

- 退院日を病院から直接連絡をすることにより、ケアマネジャーが知らない間に利用者が退院していた、ということを防ぎます。

### <注意すること>

#### 病 院

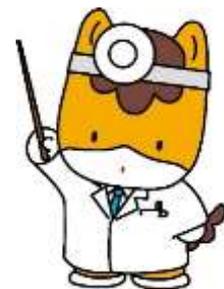
- 退院支援には時間が必要です。退院日が決まり次第、速やかに連絡しましょう。

#### ケアマネジャー

- 患者本人の希望などにより、退院日が急に決定することがあることを理解しておきましょう。

### ※ 転院時の連絡について

病院の担当者は、患者が転院することが決まったら、速やかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行ってください。



## 【アクション6】退院後もお互いに有用な情報は共有する。

### <行うこと>

- 病院担当者はケアマネジャーに看護サマリーを提供する。
- ケアマネジャーは
  - ① 新しくケアプランを作成した場合
  - ② その他、病院から依頼があった場合には、病院の担当者を通じて、主治医にケアプランを提供する。

### <注意すること>

病 院

ケアマネジャー

- 看護サマリーやケアプランを提供することを前もって説明しておき、本人の同意を得ておきましょう。



### <ポイント>

- 患者が退院しても、通院や状態の悪化による再入院など、病院との関係がなくなる訳ではありません。退院後も医療・介護のために有用と思われる情報はお互いに共有しましょう。

※ 看護サマリーやケアプランは、相手方から不要との意思表示があった場合は提供する必要はありません。



## 2 退院調整のフロー（入院前から介護保険サービスを利用している場合）

	ケアマネジャー	病 院
入院前	① 日頃から利用者が入院したことが早期に伝わる工夫をしておく。	
入院時	②-1 利用者の入院を把握したら、「入院時情報提供シート」を作成し、病院へできる限り持参する。 （持参が困難な場合は、FAXで送付）	②-2 患者が入院前に介護保険を利用していたか確認し、利用していた場合は、担当のケアマネジャーに連絡する。
退院見込み		③ ケアマネジャーが病院を訪問した際は患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報を伝える。
退院調整	⑦ カンファレンスに参加する。 〔病院が退院前のカンファレンスを行わない場合は、退院前の面談等を病院に依頼〕	④ 居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、ケアマネジャーへ連絡する。  〔急性期の患者は、居宅への退院が可能であると判断でき次第、速やかに連絡〕
退院決定	⑧ カンファレンスや面談で「退院調整情報共有シート」を基に、情報を収集する。	⑤ カンファレンスを行う場合は、ケアマネジャーに連絡し、日程を調整する。 ⑥ カンファレンスや面談までに、「退院調整情報共有シート」の情報を、院内の関係者から収集しておく。
退院後	⑩-1 病院の担当者を通じて、病院主治医にケアプランを提供する。	⑨ 退院日が決定したら、ケアマネジャーに連絡する。  ※ 患者が転院する場合は、ケアマネジャーに連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供する。
		⑩-2 ケアマネジャーに看護サマリーを提供する。

### 3 新たに介護保険サービスを利用する場合

(入院前にケアマネジャーが決まっていない場合)

#### 【アクション1】退院調整の必要性を判断する。

##### <行うこと>

- 病院の担当者は、患者の病状が安定したら、退院調整が必要か判断する。
- 退院調整の必要性は、次の2点で判断する。
  - ① 居宅への退院は可能か。
  - ② 介護保険の対象となるか（要介護又は要支援認定に該当するか）。



##### <ポイント>

- 退院調整のルールは、介護保険サービスの利用を前提とした仕組みであることから、介護保険の対象となるか否かの見極めは重要です。

##### <注意すること>

病 院

- 介護保険の対象になるかということや介護保険の申請のタイミングなど、判断に迷う場合は、市町村の地域包括支援センターに相談しましょう。
- また、介護保険の対象（要介護又は要支援認定に該当するか）については、次頁（P12）の「介護保険申請の目安」も参考にしてください。



## 介護保険申請の目安

### <65歳以上の患者の場合>

- 次の①～④までの1項目でも当てはまれば、要介護認定の可能性あります。
  - ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要
  - ② 食事に介助が必要
  - ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
  - ④ 日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状がある
  
- 次の⑤または⑥に当てはまれば、要支援認定の可能性あります。
  - ⑤ 居宅では、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
  - ⑥ (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

※ 判断に迷う場合や上記の項目には該当するが本人・家族が希望していない等、困ったときは、市町村の地域包括支援センターへ相談しましょう。

### <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」)で、かつ、上記①～⑥のいずれかに該当する場合

#### 【介護保険の対象となる疾病】

- 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

## 【アクション2】 介護保険申請やケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の選定を支援する。

### <行うこと>

- 病院の担当者は、退院調整が必要と判断した患者やその家族に、介護保険サービスを利用する意向があるか確認する。
- 介護保険サービスを利用する意向がある場合は、介護保険申請やケアマネジャー（居宅介護支援事業所）の選定を支援する。



### <ポイント>

- 身体機能等の状況から判断して、介護保険サービスの対象になると考えられる場合であっても、本人や家族がサービスの利用を希望しないケースもあります。
- 介護保険サービスを利用する意向がある場合、病院の担当者は、患者が退院後、円滑に介護保険サービスが利用できるよう、介護保険申請に関する支援を行います。（制度の内容や具体的な手続での不明な点は、市町村の介護保険担当部署や地域包括支援センターに相談するようアドバイスしましょう。）
- また、介護保険の申請は、本人や家族のほか、ケアマネジャー（居宅介護支援事業所）などが代行申請することも可能です。

### <注意すること>

#### 病 院

- 介護保険の申請やケアマネジャー選定の支援にあたっては、患者や家族の希望などを確認しながら進め、必要に応じて市町村の地域包括支援センターにも相談しましょう。



### 【アクション3】 ケアマネジャーが決定したことを連絡する。

#### <行うこと>

- ケアマネジャーは、患者の担当になることが決まったら、速やかに病院の担当者にその旨を連絡する。
- 病院の担当者は、患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報をケアマネジャーに伝える。



#### <ポイント>

- 介護の窓口となるケアマネジャーと病院の担当者が早期に連絡を取ることで、以降の連携がスムーズになります。

【アクション4】 ケアマネジャーに退院の見込みを連絡する。



【アクション5】 退院前のカンファレンスに参加する。



【アクション6】 ケアマネジャーに退院日を連絡する。



【アクション7】 退院後もお互いに有用な情報は共有する。

※ アクション4～7は『1 入院前から介護保険サービスを利用している場合』のアクション3～6と同様です。

#### 4 退院調整のフロー（新たに介護保険サービスを利用する場合）

	ケアマネジャー	病 院
退 院 見 込 み	④ 患者の担当になることが決まったら、速やかに病院の担当者にその旨を連絡する。	① 患者の病状が安定したら、退院調整が必要か判断する。 ② 退院調整が必要と判断した患者やその家族に、介護保険サービスを利用する意向があるか確認する。 ③ 介護保険サービスを利用する意向がある場合は、介護保険申請やケアマネジャーの選定を支援する。 ⑤ 患者の状態や入院期間の見込みなど、その時点における情報をケアマネジャーに伝える。 ⑥ 居宅への退院が可能と判断できる場合は、急性期の患者を除き、退院予定日のおおむね10日前までに、ケアマネジャーへ連絡する。 （急性期の患者は、居宅への退院が可能であると判断でき次第、速やかに連絡）
退 院 調 整	⑨ カンファレンスに参加する。 （病院が退院前のカンファレンスを行わない場合は、退院前の面談等を病院に依頼） ⑩ カンファレンスや面談で「退院調整情報共有シート」を基に、情報を収集する。	⑦ 退院前にカンファレンスを行う場合はケアマネジャーに連絡し、日程を調整する。 ⑧ カンファレンスや面談までに、「退院調整情報共有シート」の情報を、院内の関係者から収集しておく。
退 院 決 定		⑪ 退院日が決定したらケアマネジャーに連絡する。 ※ 患者が転院する場合は、ケアマネジャーに連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供する。
退 院 後	⑫-1 病院主治医にケアプランを提供する。	⑫-2 ケアマネジャーに看護サマリーを提供する。

# 5 様 式

(様式1)

NO. 1

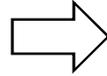
入院日 年 月 日

記入日 年 月 日

情報提供日 年 月 日

## 入院時情報提供シート (介護支援専門員⇒病院)

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	



医療機関名	
担当部署	
担当者名	
FAX番号	

ふりがな 氏名			生年月日	年	月	日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		
緊急時連絡先	優先順位	1	(ふりがな) 氏 名	住 所			続 柄	電話番号				
		2										
		3										
家族構成図			住 環 境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <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								
主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性			既往歴 (入院・通院歴)									
			かかりつけ医	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"/> 要介護 (区分: ) <input type="checkbox"/> 要支援 (区分: ) <input type="checkbox"/> 事業対象者								
			介護保険有効期限	年 月 日 から 年 月 日まで								
			障害者手帳の有無	<input type="checkbox"/> 有 ( 手帳 等級 ) <input type="checkbox"/> 無								
サービス利用状況												
<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週 ) [利用事業所名: ]												
<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( " ) [ " : ]												
<input type="checkbox"/> 通所介護 ( " ) [ " : ]												
<input type="checkbox"/> 通所リハビリ ( " ) [ " : ]												
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ( " ) [ " : ]												
<input type="checkbox"/> 短期入所 ( " ) [ " : ]												
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (内容: ) [利用事業所名: ]												
<input type="checkbox"/> 訪問型サービス ( 回/週 ) [利用事業所名: ]												
<input type="checkbox"/> 通所型サービス ( " ) [ " : ]												
<input type="checkbox"/> そ の 他 (内容: ) [利用事業所名: ]												

ADL	自立	見守り	一部介助	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"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用		
移 乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり（ <input type="checkbox"/> 可 ・ <input type="checkbox"/> 不可）		
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"/> 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（水分：とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無）		
	<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		
	食物アレルギー				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
	禁止食品				<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有（ ）		
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		
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"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ）		
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(処方薬)	薬物アレルギーの有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 有の場合の内容	
認知症	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	〔 〕		
療養上の問題	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<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（ ） 〕		
麻 痺	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	〔 〕			<input type="checkbox"/> 無	
聴力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	〔 〕			<input type="checkbox"/> 無	
視力障害	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	〔 〕			<input type="checkbox"/> 無	
興味・関心のあること							
医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡（位置： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）						
定期注射	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 有	〔 <input type="checkbox"/> リュープリン <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他（ ） 〕 【次 回】 年 月 日		
連絡事項・その他							

※ この情報を提供することについて、御本人または御家族から同意をいただいています。

## 退院調整情報共有シート

面談日時	年 月 日 ( )			面談場所		
面談者	病院担当者 :			情報提供元医療機関		
	ケアマネジャー :					
ふりがな 氏名	.....			生年月日	年 月 日 年齢 歳 性別 <input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	
入院の原因と なった病名				合併症		
既往歴				入院日		
				退院 予定日		
病院主治医				在宅 主治医		
緊急時 連絡先	氏名 (ふりがな)		住所		続柄	電話番号
	本人				本人	
<input type="radio"/> : キーパーソン ◆ : 主な介護者		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 ( 年 月 日申請 ) 有 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 要支援			区分変更	<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要	
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					
今後の治療 方針	治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など					
退院後の 受診医療機関	本院・在宅医・その他 ( )			次回受診予定 : 年 月 日		
ADL	自立	見守り	一部 介助	全 介助	病棟での様子	
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"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用 <input type="checkbox"/> 麻痺の有無 ( )	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	床からの立ち上がり ( 可 ・ 不可 )	
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"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<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 ( 摂取量 割 )	
	<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"/> あり <input type="checkbox"/> なし	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	食物アレルギー <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	禁止食品 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ( )	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [ <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 ( ) ]	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴中止のバイタル(基準) : 体温... _____ °C 脈拍... _____ /m 血圧... _____ / _____ mmHg	

ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子						
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"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> オムツ）						
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(処方薬)		薬物アレルギーの有無	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	有の場合の内容		
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（ ）						
医療状況	<input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 尿留置カテーテル <input type="checkbox"/> インシュリン <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 在宅人工呼吸器 <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡（位置： ） <input type="checkbox"/> その他（ ）										
定期注射	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> リュープリン <input type="checkbox"/> 骨粗鬆症 <input type="checkbox"/> その他（ ）					【次回】 年 月 日	
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無		<input type="checkbox"/> 有		有りの場合 ・指導した内容（ ） ・理解の状況 <input type="checkbox"/> 充分 <input type="checkbox"/> 不十分（問題点： ）						
感染症（保菌）	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> MRSA（検出部位： <input type="checkbox"/> 咽頭 <input type="checkbox"/> 鼻腔 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他（ ））										
リハビリ目標											
本人・家族が希望する福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療（かかりつけ医） <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）										
必要と思われる福祉サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハビリ <input type="checkbox"/> 訪問診療（かかりつけ医） <input type="checkbox"/> 宅配食 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> 移送車 <input type="checkbox"/> その他の介護用品（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）										
その他連絡事項											

### 第3章 関係機関連絡先

#### 1 病院の担当窓口

病院名	住所	入院情報提供シートの提出先		病状・入院期間等の相談窓口	カンファレンス等の窓口	退院調整情報共有シートの相談窓口	看護サマリーの相談窓口	ケアプランの提出先		その他、留意事項等
		部署名	T E L F A X					部署名	T E L F A X	
内田病院	〒378-0005 沼田市久屋原町 345-1	地域医療 連携室	0278-24-5329(直) 0278-23-1231(代) *直通混線時ご利用 0278-24-5359(直)	地域医療 連携室	同左	地域医療 連携室	病棟 看護師長	地域医療 連携室	0278-24-5329(直) 0278-23-1231(代) *直通混線時ご利用 0278-24-5359(直)	
上牧温泉病院	〒379-1311 利根郡みなかみ町 石倉198-2	地域連携室	0278-72-5858 0278-72-5888	病棟 看護師長	地域連携室	病棟 看護師長	同左	地域連携室	0278-72-5858 0278-72-5888	病棟看護師長が不在の場合、他の看護師が対応
月夜野病院	〒379-1308 利根郡みなかみ町 真庭316	地域連携室	0278-62-2011 0278-62-2013	地域連携室	同左	同左	同左	同左	0278-62-2011 0278-62-2013	
利根中央病院	〒378-0012 沼田市沼須町 910-1	総合支援 センター	0278-22-4321 0278-25-9801	病棟看護師長	総合支援 センター	同左	病棟 看護師長	総合支援 センター	0278-22-4321 0278-25-9801	
沼田脳神経外科 循環器科病院	〒378-0014 沼田市栄町8番地	地域連携課	0278-22-5052 0278-23-4199	地域連携課 又は病棟N S	地域連携課	地域連携課 又は病棟N S	病棟N S	地域連携課	0278-22-5052 0278-23-4199	
沼田病院	〒378-0051 沼田市長原町 1551-4	地域医療 連携室	0278-23-3972 0278-23-2157	病棟看護師	地域医療 連携室	同左	同左	同左	0278-23-3972 0278-23-2157	病棟への照会は13時半 ～16時にお願ひします。 午前や夕方以降は避けて ください
群馬パー入病院	〒378-0113 利根郡川場村生品 1861	地域連携室	0278-52-3708 0278-52-2238	病棟 看護師長	地域連携室	同左	病棟 看護科長	地域連携室	0278-52-3708 0278-52-2238	病棟への連絡・照会は午 後の時間帯にして頂きた い。

## 2 居宅介護支援事業所等（令和3年4月1日現在）

### （1）居宅介護支援事業所一覧（市町村別・五十音順）

#### ◆沼田市

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
内田居宅介護支援事業所	378-0005	沼田市久屋原町345-1	0278-23-7535 0278-22-8405
エールケアプランニング	378-0045	沼田市材木町1288-24	0278-25-4468 0278-25-4469
エムダブルエス日高沼田事業所	378-0031	沼田市薄根町3300-1	0278-30-2118 0278-30-2128
ききょうの里居宅介護支援事業所	378-0002	沼田市横塚町957-2	0278-23-8831 0278-23-8832
輝城会重度介護支援センター	378-0053	沼田市東原新町1442-7	0278-22-1040 0278-25-4307
在宅ケアセンターリズム	378-0061	沼田市岡谷町1077-2	0278-25-9090 0278-24-8553
角田居宅介護支援事業所	378-0051	沼田市上原町1555-3	① 0278-25-3359 ② 0278-22-3673 ①が繋がらない場合は② 0278-30-3150
特別養護老人ホーム花の苑ケアプランセンター	378-0015	沼田市戸鹿野町375-1	0278-22-8811 0278-22-8814
利根中央病院居宅介護支援事業所	378-0054	沼田市西原新町1864-2	0278-30-5160 0278-23-3798
沼田市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	378-0304	沼田市利根町大楊1085-3	0278-56-4606 0278-56-4600
訪問看護ステーションまつかぜ	378-0053	沼田市東原新町1549-1	0278-25-4401 0278-60-1663
パース居宅介護支援事業所	378-0004	沼田市下久屋町940-1	0278-30-2263 0278-30-2264
菜の花館園原居宅介護支援事業所	378-0324	沼田市利根町園原870	0278-56-9200 0278-56-9201
ケアプランセンターのっく	378-0054	沼田市西原新町1372-2 スカイハイツA-2	0278-25-8871 0278-25-8871

#### ◆片品村

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
桜花苑居宅介護支援事業所	378-0406	利根郡片品村摺淵340	0278-58-4010 0278-58-4015
片品村社会福祉協議会	378-0415	利根郡片品村鎌田4051-4	0278-58-4812 0278-58-3718

## ◆川場村

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
川場たやの家居宅介護支援事業所	378-0113	利根郡川場村生品1823-1	0278-52-3080 0278-52-3611
川場村社会福祉協議会	378-0101	利根郡川場村谷地3086-1	0278-50-1122 0278-50-1123
なましな居宅介護支援事業所	378-0113	利根郡川場村生品1103	0278-25-3375 0278-25-3361

## ◆昭和村

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
居宅介護支援事業所ゆずりは	379-1203	利根郡昭和村系井2276	0278-25-4526 0278-25-4527
昭和村社会福祉協議会昭和の里	379-1203	利根郡昭和村系井624	0278-30-2121 0278-24-5161
菜の花館居宅介護支援事業所	379-1203	利根郡昭和村系井1757-311	0278-30-3331 0278-30-3332

## ◆みなかみ町

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
月夜野病院総合介護センター	379-1308	利根郡みなかみ町真庭377-5	0278-20-2021 0278-20-2034
西嶺の郷居宅介護支援事業所	379-1415	利根郡みなかみ町西峰須川472-1	0278-64-2430 0278-64-9255
水上居宅介護支援事業所	379-1618	利根郡みなかみ町阿能川1059-1	0278-72-4524 0278-72-8435
みなかみ社協ケアプランセンター	379-1411	利根郡みなかみ町新巻301-1	0278-64-2366 0278-64-2318
やまぶきの苑	379-1311	利根郡みなかみ町石倉150-1	0278-72-8585 0278-72-8588
つくし居宅介護支援事業所	379-1308	利根郡みなかみ町真庭441	0278-25-8161 0278-25-8163

(2) 看護小規模多機能型居宅介護事業者

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
ナーシングケア本町通り	378-0047	沼田市上之町1149	0278-22-3355 0278-22-0808

(3) 小規模多機能型居宅介護事業者（市町村別・五十音順）

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
介護サポートかしょうの里	378-0072	沼田市中発知町1382-1	0278-23-9930 0278-50-4111
ここぶの家	378-0126	沼田市白沢町上古語父76-4	0278-53-4552 0278-53-4752
小規模多機能ホームいやしろ	378-0004	沼田市下久屋町285-2	0278-25-3180 0278-25-3190
小規模多機能ホーム恵の家	378-0012	沼田市沼須町750-2	0278-23-5578 0278-30-5020
特別養護老人ホーム花の苑 小規模多機能型居宅介護事業所	378-0015	沼田市戸鹿野町蕨平349-4	0278-25-9188 0278-25-9118
小規模多機能ホームゆずりは	379-1203	利根郡昭和村糸井840-5	0278-25-8431 0278-25-8432
小規模多機能月夜野の里	379-1308	利根郡みなかみ町真庭308-1	0278-25-3636 0278-25-3637

3 地域包括支援センター

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号 FAX番号
沼田市地域包括支援センター	378-8501	沼田市下之町888	0278-22-1112 0278-25-3127
片品村地域包括支援センター	378-0415	利根郡片品村鎌田3946	0278-58-4020 0278-58-4026
川場村地域包括支援センター	378-0101	利根郡川場村谷地2410-1	0278-50-1425 0278-50-1425
昭和村地域包括支援センター	379-1298	利根郡昭和村糸井388	0278-24-5111 0278-24-5254
みなかみ町地域包括支援センター	379-1313	利根郡みなかみ町月夜野118	0278-62-0540 0278-62-0083

#### 4 市町村等介護保険担当部署

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号
			FAX番号
沼田市健康福祉部介護高齢課	378-8501	沼田市下之町888	0278-23-2111 0278-25-3127
片品村役場保健福祉課	378-0498	利根郡片品村鎌田3967-3	0278-58-2115 0278-58-2110
川場村役場健康福祉課	378-0101	利根郡川場村谷地2390-2	0278-52-2111 0278-52-2333
昭和村役場保健福祉課	379-1298	利根郡昭和村糸井388	0278-24-5111 0278-24-5254
みなかみ町役場町民福祉課	379-1393	利根郡みなかみ町後閑318	0278-25-5012 0278-62-6610
利根沼田保健福祉事務所	378-0031	沼田市薄根町4412	0278-23-2185 0278-22-4479

#### 5 在宅医療・介護連携についての相談窓口

事業所名	郵便番号	所在地	電話番号
			FAX番号
ぬまたとね医療・介護連携相談室	378-0051	沼田市上原町1628-9 武井マンション101	0278-25-3671 0278-25-3672

MEMO



「利根沼田圏域退院調整ルールの手引き」は、利根沼田保健福祉事務所のホームページからダウンロードすることができます。

<編集発行>

利根沼田保健福祉事務所

〒378-0031 沼田市薄根町4412

TEL：0278-23-2185

FAX：0278-22-4479

E-mail：tonehofuku-kifukusi@pref.gunma.lg.jp

ホームページ

<http://www.pref.gunma.jp/07/m01210007.html>