

渋川圏域における病院－在宅連携
「退院調整ルール」の手引き

2025年/令和7年5月

目 次

1. 本手引きの作成にあたって……………	1
2. 本手引きのねらい	
3. 本手引きを使用する機関	
4. 様式の一部改訂について	
5. 退院調整の手順	
A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）……	2
(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【実施の可否は病院担当者が決定する】	
(6) 退院時引継情報	
(7) 退院後	
B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】……………	4
(入院前にケアマネがいない患者の場合)	
(1) 退院調整の開始	
(2) 在宅担当者への連絡	
1) 65歳以上の患者の場合	
2) 40歳以上65歳未満の患者の場合	
(3) 退院前カンファレンス(1回目)	
※ 介護保険申請の手続き方法	
6. 退院調整におけるケアマネジャーの役割……………	6
7. ケアプラン作成の流れ	
8. ケアマネジャーの業務……………	7
● 様式集……………	9
・入院時情報提供書　【様式1－1】	
・入院時の情報提供連絡票【様式1－2】	
・退院・退所情報記録書【様式2】	
【別添資料】	
・居宅介護支援事業所、地域包括支援センター連絡先一覧	
・入退院調整のための病院窓口等一覧	
・退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例	

病院-在宅連携「退院調整ルール」の手引き（渋川圏域版）

1. 本手引きの作成にあたって

医療機関から在宅へ患者が退院するに際しては、「退院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができること」が求められています。

しかし、平成 27 年 5 月に実施した渋川地区のケアマネジャーを対象とした「退院調整に関するアンケート調査」において、40.0%（要支援：25.0%、要介護：43.5%）の退院調整もれがあることがわかりました（平成 27 年 4 月 1 か月間の退院事例）。

このようなことから、本手引きは、医療と介護の連携を図ることで、より充実した患者支援ができ、円滑な在宅への移行を図ることを目的としています。

また、本手引きは、よりよい連携を目指して必要時に改訂をします。

2. 本手引きのねらい

退院支援がなかったために、退院後困ったことになった患者さんや家族がいます。

そのような事例を 1 例でもなくすために、みんなで連携して「退院調整ルール」を実践しましょう。



3. 本手引きを使用する機関

群馬県渋川圏域（渋川市、榛東村、吉岡町）の病院（小児医療センター除く）、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

4. 様式の改訂について（2025 年/令和 7 年 5 月版）

以下について、修正いたしました。

- ① 入院時情報提供シートについて、国の標準様式「入院時情報提供書＜在宅版＞」に変更
- ② 入院時の情報提供連絡票「利用者の生年月日」の欄を西暦に修正
- ③ 退院調整共有情報シートについて、国の標準様式「退院・退所情報記録書」に変更し、送付者と送付先記載欄、「退院（所）時の要介護度」の欄に総合事業対象者を追加
- ④ 手引き P 3（5）「退院時の共同指導」文中、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士を追加
- ⑤ 手引き P 8 「8. ケアマネジャーの業務③事務処理」文中「市役所」を「市町村役場」へ変更
- ⑥ 手引き P 8 「8. ケアマネジャーの業務④ケアプランの確定（ケアプランの交付）3」文中「署名捺印を頂き一部を交付」を「署名又は捺印を頂き一部を交付」へ変更
- ⑦ 様式の変更に伴い、別冊「渋川圏域における病院—在宅連携「退院調整ルール」に関する Q & A」を変更

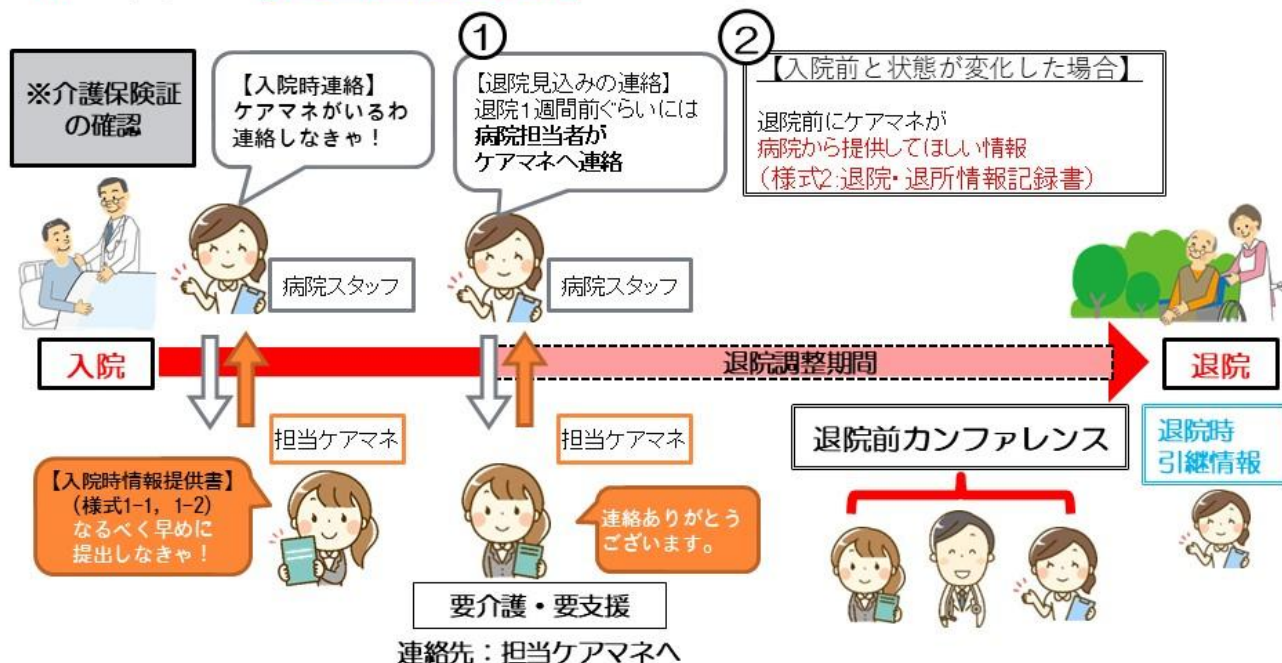
5. 退院調整の手順

☆患者が入院してきたら、病院では、介護保険証を確認する。

A【入院前に介護保険を利用していた場合】（ケアマネがいる患者の場合）

退院調整ルール

A 入院前にケアマネがいる患者の場合



- 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)は、普段から家族に「入院したら電話を下さい」と依頼をしておき、在宅担当者の情報が伝わる工夫をしておく。

■工夫■

- ・健康保険証と介護保険証を一緒に保管し、介護保険証に担当ケアマネの名刺を挟んでおき、入院時に介護保険証も一緒に病院に提示することをケアマネから利用者及び家族に依頼する。
- ・介護保険証に担当する事業所の電話番号を利用者及び家族の同意を得て記入しておく。

- ② 病棟看護・地域連携室の退院担当者(以下、病院担当者)は、家族又は介護保険証から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼する。本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡する。

- ③在宅担当者は本人の入院を把握したら、病院に入院時情報提供書(別紙様式 1-1、1-2 参照)を病院が指定する F A X に送信又は担当窓口を持参する。

■FAX送信の留意点■

- ・病院の指定する対応窓口へ F A X 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へ F A X する。
- ・病院担当者は、F A X を受け取ったらその旨ケアマネに電話連絡
- ・必要に応じてケアマネは原本を病院に郵送

(2) 退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間(ケアプランの修正、サービス事業所との調整期間：「概ね 1 週間」)を考慮して、在宅担当者に連絡する。

※病院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・退所情報記録書参照)を院内の関係者から収集し、在宅担当者に提供する。
- ②病院担当者は、面談時に在宅担当者に患者情報を説明する。
- ③病院担当者とは在宅担当者は、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。

(4) 退院前カンファレンス(2 回目)

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

※詳細な実施方法は各病院の指示に基づく。

(5) 退院時の共同指導【実施の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又は看護師等が、在宅療養を担う医療機関の医師若しくは看護師等、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等又は理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、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：病院様式(看護サマリー等)を在宅担当者に提供するように努める。
- ②在宅担当者は、上記情報を把握するように努める。

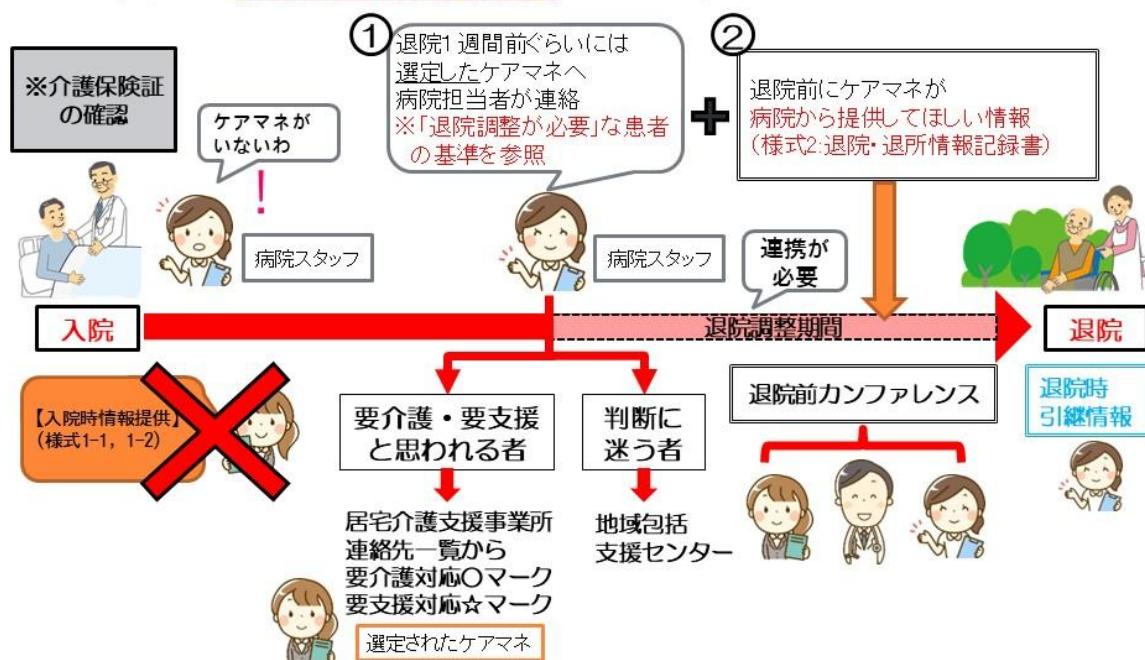
(7) 退院後

在宅担当者は退院後にケアプランの写しを病院に提供する。

B【入院後、新たに介護保険を利用する場合】（入院前にケアマネがない患者の場合）

退院調整ルール

B 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

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

（１）退院調整の開始

病院担当者は、可能な範囲で退院調整に必要な期間（介護保険申請、暫定ケアプランの作成、サービス事業所との調整期間：「概ね１週間」）を考慮して、退院調整を開始する。

（２）在宅担当者への連絡

病院担当者は、「在宅可能」と判断したら、下記の基準により在宅担当者へ連絡を入れる。選定したケアマネに様式２を送付する。

１）６５歳以上の患者の場合

退院調整が必要な患者の基準（要介護認定されていない患者）

（ア）退院調整が必要な患者

- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ②食事に介助が必要な方
- 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のある方

⇒ 居宅介護支援事業所一覧の ○（要介護）の事業所へ連絡（別添資料参照）

（イ）それ以外で見逃してはいけない患者

- ⑤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
- 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）が追加された方

⇒ 居宅介護支援事業所一覧の ☆（要支援）の事業所へ連絡（別添資料参照）

（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（別添資料参照）

2) 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で、かつ、前ページの（ア）または（イ）の退院調整が必要な患者の基準であった場合

【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靱帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

（3）退院前カンファレンス（1回目）

- ① 病院担当者は、在宅担当者がケアプラン作成に必要な情報（別紙様式2：退院・退所情報記録書参照）を院内の関係者から収集し、連絡と同時に在宅担当者に提供する。
- ② 在宅担当者は、家族と連絡を取り、早急に病院担当者と面談の機会を作る。介護保険制度やサービスの利用に関する説明をし、退院後の生活に向けて調整を始める。
- ③ 病院担当者と在宅担当者は、退院前に追加の退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認する。

※ 以降の流れは、入院前に介護保険を利用していた場合の（4）以降と同じ。

※ 介護保険申請の手続き方法

介護保険の申請を希望する場合、

患者が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。

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。

・申請は在宅担当者が代行可能

6. 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・申請中の人・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）

7. 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

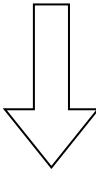
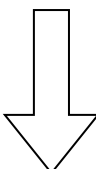
⑦サービス提供開始（退院）

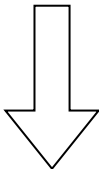

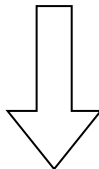



※詳しくは、「8. ケアマネジャーの業務」をご覧ください。

8. 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>①居宅新規受付</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・退所情報記録書の提供を受ける 4) 家族とともに初回訪問の日程調整 <div style="border: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; 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="color: red; text-align: right;">Check! 👉</p>	<p>目安は 1～2日間</p>
<p>②病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント)</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: 1px solid black; border-radius: 15px; padding: 10px; 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="color: red; text-align: right;">Check! 👉</p>	<p>目安は 1～2日間</p>

<p>③ 事務処理</p> 	<ol style="list-style-type: none"> 1) 市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) <div data-bbox="512 633 1235 916" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・事業所の営業日や市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。 </div> <p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">Check! </p>	<p>目安は 1～2日間</p>
<p>④ケアプランの確定 (ケアプランの交付)</p>  <p>(サービス事業者の 契約)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 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、署名又は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 <div data-bbox="512 1305 1235 1646" style="border: 1px solid black; border-radius: 10px; padding: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・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。 </div> <p style="text-align: right; color: red; font-weight: bold;">Check! </p>	<p>目安は 1～2日間</p>

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。

様 式 集

【様式 1-1】入院時情報提供書＜在宅版＞……………	10
【様式 1-2】入院時の情報提供連絡票……………	13
【様式 2】退院・退所情報記録書……………	14

様式については渋川地区在宅医療介護連携支援センターホームページよりダウンロードが可能です。（エクセル/PDFデータ）

URL <https://renkei-shibukawa.secure.force.com>

渋川地区在宅医療介護連携支援センター

検 索



入院時情報提供書〈在宅版〉

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

医療機関名：
 ご担当者名：

事業所名：
 ケアマネジャー氏名：
 TEL： FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、____年____月____日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M			
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)			
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	電話番号
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	電話番号

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話が支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1	かかりつけ医療機関 2
医師名	医師名
かかりつけ医療機関 3	かかりつけ歯科医療機関
医師名	歯科医師名
かかりつけ薬局	訪問看護ステーション

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日： 年 ）
	<input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない（ <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 ）

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照（書類名： ）
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他（ ）
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等 ）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット <input type="checkbox"/> クッション <input type="checkbox"/> 体位変換（ 時間毎） <input type="checkbox"/> その他（ ） <input type="checkbox"/> なし					
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他			
食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（ ）					
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div>					
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である					
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない					
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない					
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない					
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）					

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・ 本人の関心等	<p>介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等</p> <p>同封の書類をご確認ください。□ 居宅サービス計画(1)～(3) □ アセスメントシート（フェイスシート） □ その他（ ）</p> <p>ペット飼育の有無：□あり □なし</p> <p>特記事項：</p>
---------------------	--

10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）

<p>住環境</p> <p>※可能ならば「写真」などを添付</p>	<p>住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て。 居室_____階。 エレベーター（<input type="checkbox"/>あり <input type="checkbox"/>なし）</p> <p>特記事項：</p>
<p>在宅生活に必要な要件</p>	
<p>世帯に対する配慮</p>	<p><input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ _____ ）</p>
<p>退院後の支援者</p>	<p><input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める（<input type="checkbox"/>十分・<input type="checkbox"/>一部） <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める（<input type="checkbox"/>十分・<input type="checkbox"/>一部）</p> <p><input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない</p>
<p>退院後の主介護者</p>	<p><input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名： _____ 続柄： _____ 年齢： _____）</p>
<p>家族や同居者等による虐待の疑い</p>	<p><input type="checkbox"/> なし</p> <p><input type="checkbox"/> あり（ _____ ）</p>
<p>特記事項</p>	

1 1. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（ ）

情報提供日: 20 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: (男・女)

■利用者生年月日 西暦 年 月 日生

■ 入院時の情報については、別添「入院時情報提供書」のとおりです。

■ 情報提供方法(☐面談 ・ ☐FAX、郵送等)

通信欄

受理日: 20 年 月 日

受理者氏名

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

※入院時情報連携加算Ⅰ・・・250単位 入院時情報連携加算Ⅱ・・・200単位

2025年5月改訂版

退院・退所情報記録書

事業所名： 担当ケアマネジャー氏名 <div style="text-align: right; margin-top: 20px;">様</div>		医療機関名： 連絡窓口・担当者名 <div style="display: flex; justify-content: space-between; margin-top: 20px;"> TEL: FAX: </div>
---	--	--

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護 () <input type="checkbox"/> 総合事業対象者 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院 (所) 概要	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日					
	入院原因疾患 (入所目的等)					
	入院・入所先 施設名 棟 室					
	今後の医学管理 医療機関名： 方法 <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療					
① 疾患 と 入院 (所) 中 の 状 況	現在治療中の疾患 ① ② ③		疾患の 状況	*左 番号 記入	安定 () 不安定 ()	
	移動手段		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()			
	排泄方法		<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()			
	入浴方法		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず			
	食事形態		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()		UDF等の食形態区分	
	嚥下機能 (むせ)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	睡眠		<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()		眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神		<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()			
② 受 け 止 め / 意 向	＜本人＞ 病気、障害、後遺 症等の受け止め方		本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	＜本人＞ 退院後の生活に 関する意向					
	＜家族＞ 病気、障害、後遺 症等の受け止め方					
	＜家族＞ 退院後の生活に 関する意向					

2. 課題認識のための情報

③ 退 院 後 に 必 要 な 事 柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導（食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導） <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習（ストレッチ含む） <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居／立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等） <input type="checkbox"/> IADL練習（買い物、調理等） <input type="checkbox"/> 疼痛管理（痛みコントロール） <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他（ ）		
	禁忌事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	<div>（禁忌の有無）</div> <div>（禁忌の内容／留意点）</div>	
症状・病状の 予後・予測				
退院に際しての日常生活の 阻害要因 (心身状況・環境等)		例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等)について、 ①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、 ③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。		
在宅復帰のために 整えなければならない要件				
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種（氏名）		会議出席
1	年 月 日			無・有
2	年 月 日			無・有
3	年 月 日			無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

渋川地区退院調整ルール運用部会
渋川市／渋川市地域包括支援センター
榛東村／榛東村地域包括支援センター
吉岡町／吉岡町地域包括支援センター

《編集発行》

渋川地区在宅医療介護連携支援センター

〒377-0008 渋川市渋川1760-1 渋川ほっとプラザ2階

URL <https://renkei-shibukawa.secure.force.com>

この手引きは上記URLの連携支援センターホームページから
ダウンロードできます。トップページ＞多職種連携の部屋＞
渋川圏域における病院－在宅連携「退院調整ルール」の手引き