

令和7年3月(第2版)

南和地域における 入退院連携マニュアル

病院と地域の切れ目のない連携により

“介護が必要になっても安心して住み続けられる南和地域”を目指して



五條市・吉野町・大淀町・下市町・黒滝村・天川村・野迫川村・十津川村
下北山村・上北山村・川上村・東吉野村・奈良県吉野保健所

目 次

1. 目 的	1
2. 対 象	1
3. 入退院調整ルール	1
(1) 退院調整が必要な患者の基準について	1
・「退院調整または情報提供が必要な患者の基準チェックシート」	2
① 既に介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）患者	3
② 要介護認定を受けていない（担当ケアマネジャーが決まっていない）患者	4
(2) ルールの流れⅠ：「 <u>既に要介護認定を受けている（担当ケアマネジャーが決まっている）</u> 」場合	5
① 入院の連絡（病院 → 担当ケアマネジャー）	5
② 入院時の情報提供（担当ケアマネジャー → 病院）	6
③ 病院と担当ケアマネジャーの情報交換	6
④ 退院の連絡について	6
(3) ルールの流れⅡ：「 <u>要介護認定を受けていない（ケアマネジャーが決まっていない）</u> 」場合	7
① 介護保険利用に向けた相談（病院 → 地域包括支援センター）	7
② 介護保険申請等の支援	7
③ 病院と地域包括支援センターの情報交換について	8
④ 退院の連絡について（病院 → 地域包括支援センター）	8
(4) 入院患者の介護認定の有無等が分からない場合	8
(5) 個人情報の取り扱いについて	9
4. 様式	
(1) 入院時情報提供書	10
(2) 退院調整情報共有書	12
5. 関係機関連絡先	
(1) 病院担当窓口一覧	14
(2) 南和地域関係機関一覧	16
6. 資料	
(1) 参考：連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧（令和6年度）	18
(2) ・障害高齢者の日常生活自立度（ねたきり度）判定基準	19
・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準	19
(3) 介護保険サービス等利用手続き	20
7. 奈良県内の入退院調整ルールにおける取り扱い方針	21

1. 目的

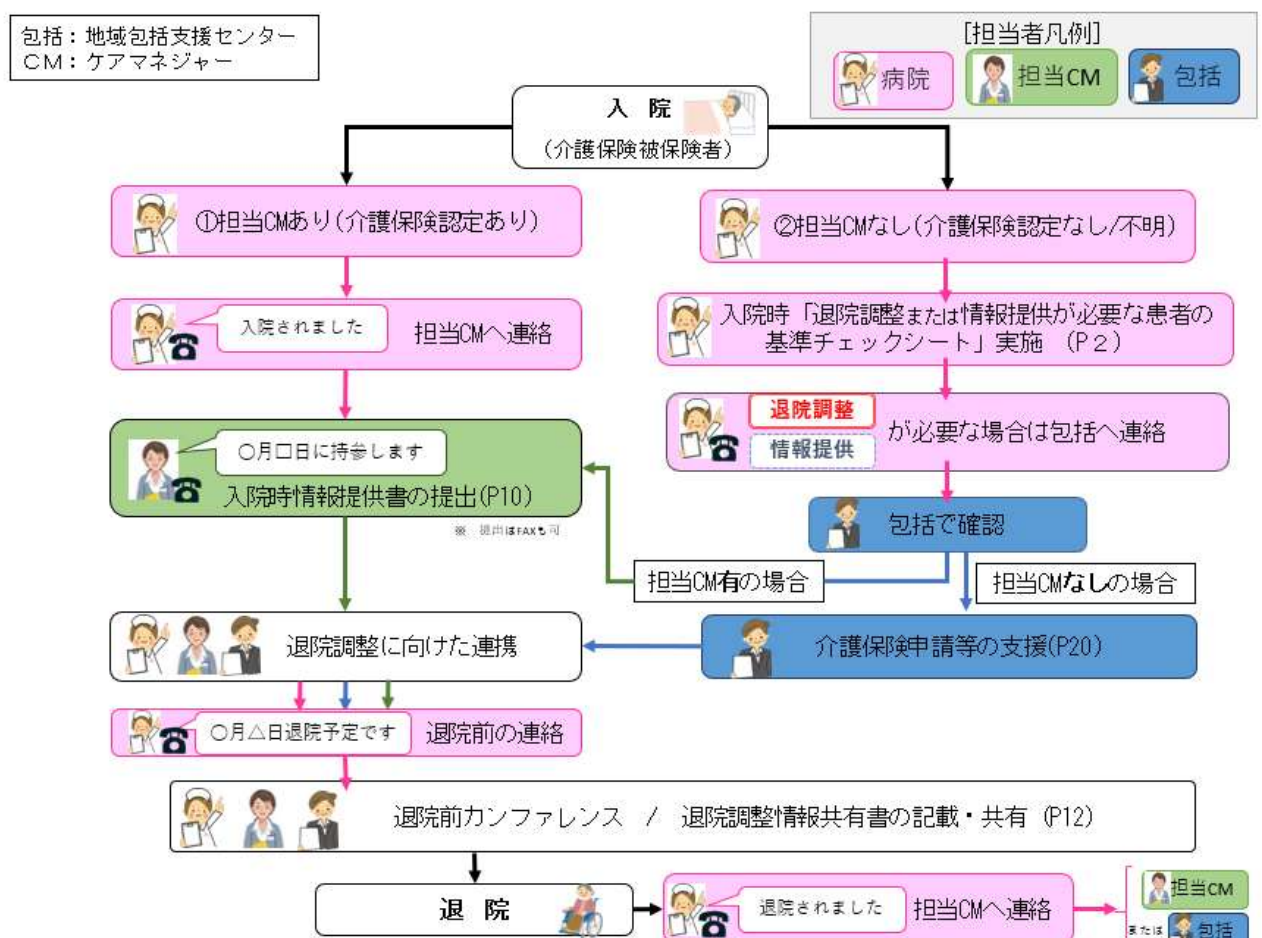
医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的に、入退院連携マニュアルを策定する。(このマニュアルは、病院とケアマネジャー間の入退院調整ルールを記載したものである。)

2. 対象 (令和7年1月現在)

- ・南和地域12市町村 (五條市、吉野町、大淀町、下市町、黒滝村、天川村、野迫川村、十津川村、下北山村、上北山村、川上村、東吉野村) の病院 (4カ所)
- ・市町村担当課および地域包括支援センター (12カ所)、小規模多機能型居宅介護事業所 (5カ所) 居宅介護支援事業所 (40カ所)

3. 入退院調整ルール

*概要 (フロー図)



(1) 退院調整が必要な患者の基準

- ・介護保険の被保険者 (1号被保険者 (65歳以上) または2号被保険者 (40~64歳の医療保険加入者) のうち、介護が必要な状態にある患者。(詳細はP20参照)
- ・病院担当者は、次ページの「退院調整または情報提供が必要な患者の基準チェックシート」に該当していることを確認し、ルールに沿って居宅介護支援事業所・地域包括支援センターへ連絡し、円滑な退院調整に向けて連携する。

※下記の項目に該当する患者は、退院調整ルールから除外する

- ・白内障等の短期入院や検査入院等 (概ね1週間以内) で、状態変化がない場合
- ・化学療法を目的として入退院を繰り返しているケースで、状態変化がない場合

退院調整または情報提供が必要な患者の基準チェックシート

■ 白内障等の短期入院や検査入院等(概ね1週間以内)で、状態が変化しない場合はこの対象から除外(連絡不要)

① 既に介護認定を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)患者

入院前からケアマネジャー、地域包括支援センターと契約している患者は、**要介護、要支援に関係なく引き継ぐ**

担当ケアマネジャーへ連絡

- ・地域包括支援センター
- ・居宅介護支援事業所 等

② まだ要介護認定を受けていない

または、認定を受けているが、担当ケアマネジャーが決まっていない患者

ADL・IADLの低下があり支援が必要

- 階段昇降が困難、5m程度の歩行が困難
- 排泄、立ち上がり、歩行に介助(杖(一本杖除く)や車いす等の使用含む)が必要
- 着脱、入浴、保清(口腔ケア)に 介助が必要
- 嚥下・咀嚼機能の低下
- 食事(調理含む)や水分に制限・介助が必要
- 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症(高次脳機能障害含む)
- ★住環境整備(住宅等の改修、福祉用具の準備)が必要
- ★退院時に車いすやストレッチャーが必要(自家用車で帰れない)

在宅での介護に支援が必要

- 独居か介護力が低い状態(現在の家庭環境(介護力)では、在宅で生活ができない)
(例:高齢者世帯、介護者が認知症、日中独居、調理できない、買い物ができない 等)

医療処置等が追加され支援が必要

ADLは自立でも、今回の入院で新たに以下の医療処置等が追加され在宅でも継続

- 在宅酸素 気管切開 吸引 胃ろう(経管栄養)
- 中心静脈栄養(ポート含む) ★がん末期で在宅を希望 服薬管理が出来ない
- ★訪問看護を新たに導入・調整の必要がある じよく瘡(部位:)

その他

- 同一疾患により、1ヶ月以内に再入院をした

「★」・・・サービス調整に時間を要するので**早めに連絡が欲しい項目**

介護力に不安がある

- 介護保険について相談したい
- 高齢者世帯(老老介護) 介護者が認知症 家族(キーパーソン等)が遠方・疎遠
- 独居(日中のみ独居も含む) 本人(家族/主介護者等)が身体・精神・知的障害等

以下の医療処置等が追加され、在宅生活に不安がある

- カテーテル(膀胱留置・導尿) ストーマ 透析 摘便・浣腸
- インスリン注射(血糖測定)を本人・家族が実施することに不安がある(介助が必要)
- その他の医療処置導入に関する不安がある()

◆入院後1~2週間時点で、「在宅への退院ができそう」と判断する基準

1. 病状がある程度安定した状態である
2. 在宅での生活が可能そうである(病院での治療に目途が立った状態)

入院期間が**2週間程度**の場合、**入院1週目で判断**
入院期間が**3週間程度**の場合、**入院2週目で判断**

(参考)重症度、医療・看護必要度に係る評価票「A項目」がなくなる頃が目安

南和地域における入退院連携マニュアル(2019.2)

退
院
調
整

情
報
提
供

地域包括支援センターへ連絡

1項目でも当てはまれば

(参考)重症度、医療・看護必要度に係る評価票

A	モニタリング及び処置等	0点	1点	2点	3点
1	創傷処置(褥瘡の処置を除く)	なし	あり	—	—
2	呼吸ケア(喀痰吸引のみの場合を除く)	なし	あり	—	—
3	注射薬剤3種類以上の管理(最大7日間)	なし	あり	—	—
4	シリンジポンプの管理	なし	あり	—	—
5	輸液や血液製剤の管理	なし	—	あり	—
6	専門的な治療・処置 (①抗悪性腫瘍剤の使用(注射剤のみ)、 ②抗悪性腫瘍剤の内服管理、 ③麻薬の使用(注射剤のみ)、 ④麻薬の内服、貼付、坐薬の管理、 ⑤放射線治療、 ⑥免疫抑制剤の管理(注射剤のみ)、 ⑦昇圧剤の使用(注射剤のみ)、 ⑧抗不整脈剤の使用(注射剤のみ)、 ⑨抗血栓側線薬の持続点滴の使用、 ⑩ドレナージの管理、 ⑪無菌治療室での治療)	—	—		あり
				あり	
					あり
				あり	
				あり	
					あり
					あり
				あり	
					あり
					あり
7	I:救急搬送後の入院(2日間) II:緊急に入院を必要とする状態(2日間)	なし	—	あり	—

B	患者の状態等	患者の状態			×	介助の実施	
		0点	1点	2点		0	1
8	寝返り	できる	何かにつかまればできる	できない		—	—
9	移乗	自立	一部介助	全介助		なし	あり
10	口腔清潔	自立	要介助	—		なし	あり
11	食事摂取	自立	一部介助	全介助		なし	あり
12	衣服の着脱	自立	一部介助	あり		なし	あり
13	診療・療養上の指示が通じる	はい	いいえ	—		—	—
14	危険行動	ない	—	ある		—	—

※B項目：7対1病棟は評価基準から除外

(出典：厚生労働省 令和6年度診療報酬改定の概要より)

① 既に介護認定を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)患者

① 既に介護認定を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)患者

入院前からケアマネジャー、
地域包括支援センターと
契約している患者は、
要介護、要支援に関係なく引き継ぐ

➡

担当ケアマネジャーへ連絡
・地域包括支援センター
・居宅介護支援事業所 等

・既に介護認定を受けており、担当ケアマネジャーが決まっている患者が入院した場合、病院担当者は要介護・要支援に関係なく担当ケアマネジャーへ連絡し退院調整に向けて連携する。

＜ 連携の合言葉 ＞

ルールの連絡をするときは・・・「**退院調整ルールの連絡です!**」から始めましょう!

病院担当者

退院調整ルールの連絡です!

□□病院△△病棟に〇〇さんが入院されました。退院に向けてよろしくお願ひします。

担当ケアマネジャーなど

退院調整ルールの連絡

ですね。ご連絡ありがとうございます。在宅での様子など情報共有します。退院に向けて調整等進めますので、引き続き連携をよろしくお願ひします!

② 要介護認定を受けていない（担当ケアマネジャーが決まっていない）患者

退院調整が必要

ADL・IADLの低下があり支援が必要

- 階段昇降が困難、5m程度の歩行が困難
- 排泄、立ち上がり、歩行に介助（杖（一本杖除く）や車いす等の使用含む）が必要
- 着脱、入浴、保清（口腔ケア）に 介助が必要
- 嚥下・咀嚼機能の低下
- 食事（調理含む）や水分に制限・介助が必要
- 日常生活に支障をきたすような症状がある認知症（高次脳機能障害含む）
- ★住環境整備（住宅等の改修、福祉用具の準備）が必要
- ★退院時に車いすやストレッチャーが必要（自家用車で帰れない）

在宅での介護に支援が必要

- 独居か介護力が低い状態（現在の家庭環境（介護力）では、在宅で生活ができない）
（例：高齢者世帯、介護者が認知症、日中独居、調理できない、買い物ができない 等）

医療処置等が追加され支援が必要

ADLは自立でも、今回の入院で新たに以下の医療処置等が追加され在宅でも継続

- 在宅酸素 気管切開 吸引 胃ろう（経管栄養）
- 中心静脈栄養（ポート含む） ★がん末期で在宅を希望 服薬管理が出来ない
- ★訪問看護を新たに導入・調整の必要がある じよく瘡（部位：_____）

その他

- 同一疾患により、1ヶ月以内に再入院をした

○退院調整が必要な場合・・・病院担当者は地域包括支援センターへ連絡し、退院調整を行う。

例）要介護認定を受けていない、または担当ケアマネジャーが決まっておらず、「退院調整が必要な患者の基準チェックシート（P2）」に該当する患者。

情報提供を行う

介護力に不安がある

- 介護保険について相談したい
- 高齢者世帯（老老介護） 介護者が認知症 家族（キーパーソン等）が遠方・疎遠
- 独居（日中のみ独居も含む） 本人（家族/主介護者等）が身体・精神・知的障害等

以下の医療処置等が追加され、在宅生活に不安がある

- カテーテル（膀胱留置・導尿） ストーマ 透析 摘便・浣腸
- インスリン注射（血糖測定）を本人・家族が実施することに不安がある（介助が必要）
- その他の医療処置導入に関する不安がある（_____）

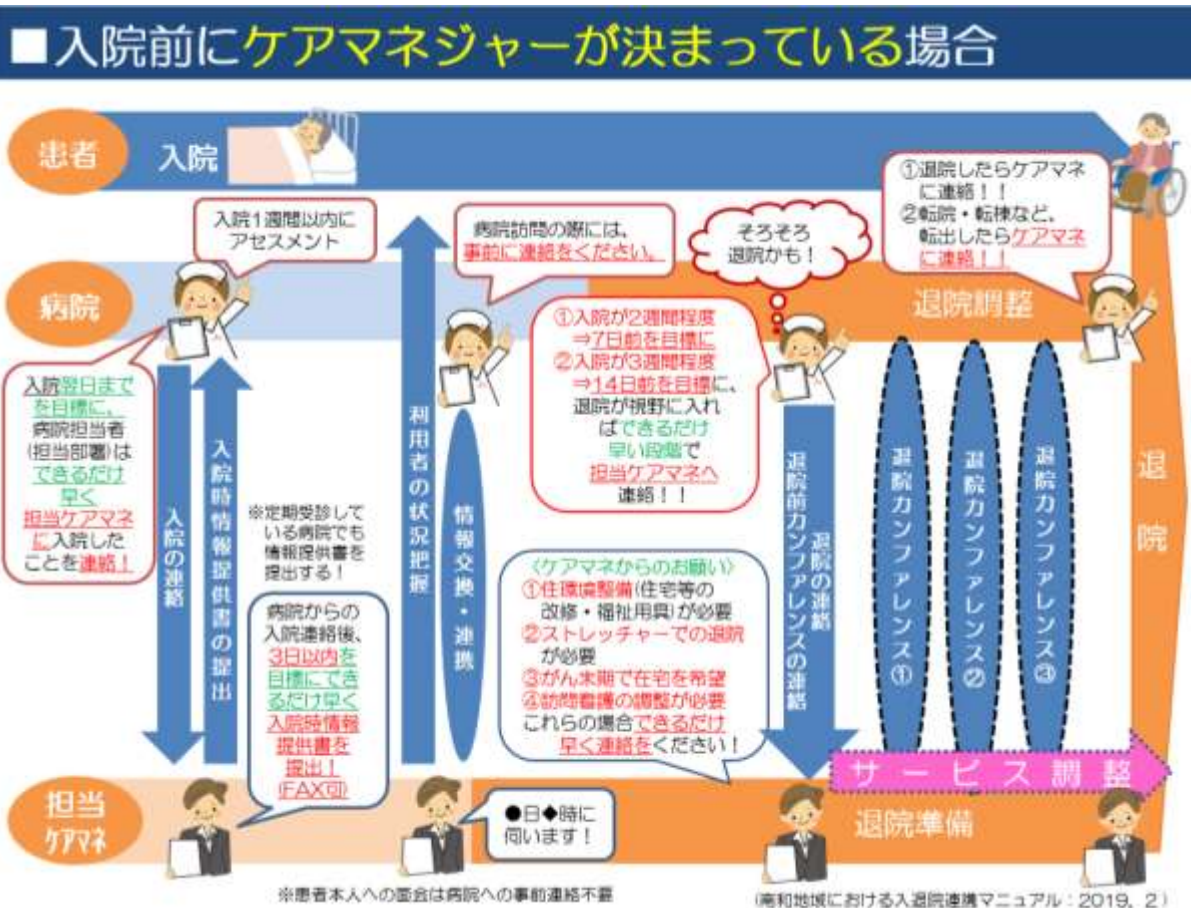
○情報提供を行う場合・・・病院担当者は地域包括支援センターへ情報提供し、必要に応じて退院調整を行う。

例）高齢者のみの世帯（老老介護）、主介護者が認知症である場合、独居（日中のみ独居も含む）など、今のところ在宅での介護は何とかなっているが、介護力に不安がある場合。

・今回の入院により新たに医療処置（膀胱留置カテーテル、自己導尿、人工肛門、膀胱ろう、経管栄養、インスリン自己注射、自己血糖測定等）が追加されたが、在宅で患者または介護者が医療処置等を実施することに不安がある場合。

※その他、介護保険制度に関する相談や、介護保険の利用について本人・家族の希望がある場合、また病院担当者として介護サービス利用の必要があると考えるが本人または家族がサービス利用を拒否している場合についても、本人に同意の上、地域包括支援センターへ連絡する。

(2) ルールの流れ I



①入院の連絡 (病院 → 担当ケアマネジャー)

- ・病院担当者は、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族に担当ケアマネジャーを確認のうえ、入院翌日までを目途にできるだけ早く担当ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。
※在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要があるため。
- ・担当ケアマネジャーがわからない場合は、「(4) 入院患者の介護認定の有無等がわからない場合 (P 8)」を参照する。
- ・病院担当者が担当ケアマネジャーを把握しやすいように、担当ケアマネジャーは日頃より下記のような工夫に努める。

工夫例

- ・診察券や医療保険証等と一緒に担当ケアマネジャーの名刺をいれておく。
- ・利用者に、入院した場合には、病院に必ずケアマネジャーの連絡先を伝えて欲しいとお願いする。
- ・本人、家族に日頃から入院したら連絡してもらおう伝えておく。
- ・日頃より、デイサービスや訪問介護などと連携し、情報共有する。

スムーズな退院調整のためのワンポイント



突然の入院に備えて・・・「入院時あんしんセット」を準備しよう!

- ① 健康保険証(マイナンバーカード等) ② 介護保険証・介護保険負担割合証 ③ 担当ケアマネジャーの名刺
④ かかりつけ医療機関の診察券 ⑤ おくすり手帳 ⑥ 限度額認定証



①



②



③



④



⑤



⑥

②入院時の情報提供 (担当ケアマネジャー → 病院)

- ・担当ケアマネジャーは、担当する利用者の入院を把握した場合は、3日以内を目標にできるだけ早く「入院時情報提供書」(P10)を病院担当者(P14:病院担当窓口一覧)に情報提供する。(外来に定期受診している病院に入院した場合でも「入院時情報提供書」を提出する)

*病院では、患者の入院後1週間程度で退院に向けてのアセスメント(評価)を行うため、1週間以内に在宅での情報が必要になるため。

- ・FAXの場合:病院窓口へFAXする旨電話連絡のこと(個人情報~~は消しておく~~)。必ず受け取りの確認を行い、個人情報を口頭で伝える。
 - ・持参する場合:事前に病院窓口へ訪問日時を伝える。
- ※このほか、退院前カンファレンスの開催、カンファレンスへの薬剤師参加の希望、リハビリ職による退院前の家屋評価のための訪問などに同行、などの希望がある場合には、情報提供書への記載だけでなく、口頭でも伝えるようにする。

③病院と担当ケアマネジャーの情報交換

- ・担当ケアマネジャーが、入院中に病院と情報交換を行う場合は、事前に病院担当者へ連絡のうえ、訪問することが望ましい。
- ・担当ケアマネジャーは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握に努める。

④退院の連絡について (病院 → 担当ケアマネジャー)

- ・病院担当者は、入院期間が2週間以上の場合には患者が退院する7日以上前を目標に、入院期間が3週間以上の場合には患者が退院する14日以上前を目標に、できるだけ早い段階で担当ケアマネジャーに退院調整開始について連絡する。
- *患者の状態や要望を反映した介護保険のサービス調整には、少なくとも7日は必要なため。
- ※病院担当者は、ケアマネジャーが、リハビリ職等が行う自宅等への訪問の同行を希望している場合は、ケアマネジャーへ連絡し可能な限り同行できるよう調整を行う。

<ケアマネからのお願い>

*以下の場合、その状況を把握されたらできるだけ早く連絡してください。

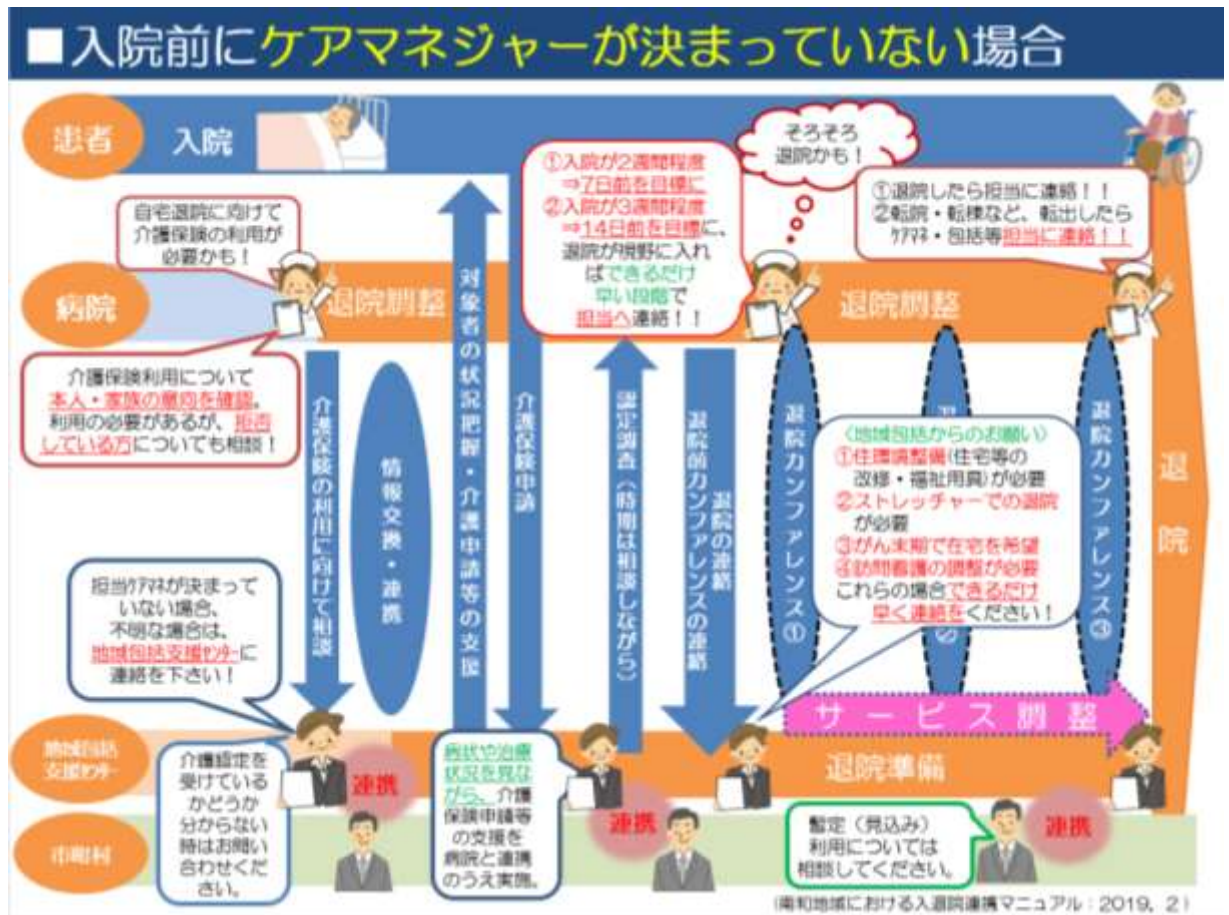
- ・住環境整備(住宅等の改修、福祉用具の準備)が必要な場合
- ・ストレッチャーでの退院が必要な場合
- ・がん末期で在宅を希望される場合
- ・訪問看護の調整が必要な場合
(既に訪問看護サービスを利用している方も、調整が必要な場合には連絡して下さい)
- ・急に退院日が決まった、退院となった場合

円滑な在宅生活復帰に向け、ご協力をお願いします!



- ・病院担当者は、患者の退院が決まった際、ケアマネジャーと双方で、十分に退院カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行う。
- ・担当ケアマネジャーは、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「退院調整情報共有書」(P12)を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。また、担当ケアマネジャーは、ケアプラン作成と併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。(家族の心理的支援等)
- ・退院カンファレンスで、かかりつけ医・次回受診日を確認しておく。
- ・病院担当者は、退院時にケアマネジャーに連絡する。また、転院(施設等への入所も含む)の場合も同様にケアマネジャーに連絡する。

(3) ルールの流れII



① 介護保険利用に向けた相談（病院 → 地域包括支援センター）

- ・病院担当者は、「退院調整が必要な患者の基準チェックシート」（P2）に該当していることを確認し、（P3）「（参考）医療・看護必要度 A 項目」がないことなどを参考に、適切な時期に地域包括支援センターに連絡をする。ただし、患者・家族に介護保険利用についての意向を確認のうえ、病院から地域包括支援センターに事前に連絡することの了承を得る。
- ・また、患者・家族が介護保険サービスの利用を拒否しているが病院担当者として介護保険サービス等の利用が必要と判断する場合は、本人の同意を確認の上、地域包括支援センターに連絡する。
*貧困・虐待・ネグレクトなどの背景がある可能性があるため

② 介護保険申請等の支援

- ・病院担当者は、患者の状態が安定し、自宅退院に向けて介護保険の利用が必要かもと判断したら、患者や家族と介護保険の利用についての意思を確認し、患者・家族に介護認定の申請を依頼する。その際、対象の地域包括支援センターと連携し、介護保険利用に向けた相談を行う。
- ・地域包括支援センターは、病院から入院患者の介護保険の利用にかかる相談があった場合は、病院担当者と連携のうえ、状況把握、介護保険申請等の支援を行う。

「介護保険の認定調査日程はいつ頃決まるの??」

20ページに説明が載っています

- ⇒ 患者やその家族が介護保険の利用の意志を持ち、介護保険申請を行われた場合、申請を受けてから概ね2週間以内に調査日程について連絡します。
（患者の状態やその時の申請状況等によって前後することがあります）
※認定審査には「主治医意見書」が必要ですのでご協力をお願いします。



③病院と地域包括支援センターの情報交換について

- ・地域包括支援センターが、入院中に病院と情報交換を行う場合、事前に病院担当者へ連絡のうえ訪問することが望ましい。
- ・地域包括支援センターは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の患者の状況把握に努める。

④退院の連絡について（病院 → 地域包括支援センター）

- ・病院担当者は、入院期間が2週間以上の場合には**患者が退院する7日以上前**を目標に、入院期間が3週間以上の場合には**患者が退院する14日以上前**を目標に、できるだけ早い段階で担当者（地域包括支援センターまたは、担当ケアマネジャーが決まった場合には担当ケアマネジャー）に退院調整開始について連絡する。

*患者の状態や要望を反映した介護保険サービス調整には少なくとも7日は必要な為。

<ケアマネからのお願い>

*以下の場合、その状況を把握されたらできるだけ早く連絡してください。

- ・住環境整備（住宅等の改修、福祉用具の準備）が必要な場合
- ・ストレッチャーでの退院が必要な場合
- ・がん末期で在宅を希望される場合
- ・訪問看護の調整が必要な場合
（既に訪問看護サービスを利用している方も、調整が必要な場合には連絡して下さい）
- ・急に退院日が決まった、退院となった場合

円滑な在宅生活復帰に向け、ご協力をお願いします！



- ・病院担当者は、患者の退院が決まった際、ケアマネジャーと双方で、十分に退院カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行う。
- ・担当者（地域包括支援センター等）は、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「退院調整情報共有書」（P12）を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。また、担当ケアマネジャーは、ケアプラン作成と併せて、病院が行う退院準備を可能な限り支援する。（家族の心理的支援等）
- ・退院カンファレンスで、**かかりつけ医・次回受診日を確認**しておく。
*介護認定で要介護と見込まれる場合、地域包括支援センターは患者・家族の意向を確認のうえ、居宅介護支援事業所と連携し、支援を行う。
- ・病院担当者は、**退院時にケアマネジャーに連絡**する。また、**転院**（施設等への入所も含む）の場合も同様に**ケアマネジャーに連絡**する。

（4）入院患者の介護認定の有無等が分からない場合（病院 → 地域包括支援センター）

- ・病院担当者は、患者や家族に確認しても入院患者の介護保険の利用が分からず、介護保険の利用が必要とされる場合は、地域包括支援センター（P16）へ問い合わせる。
- ・地域包括支援センターは、病院から電話で問い合わせがあった場合は、適切に情報交換を行う。

ご理解ご協力をお願いします！

※・地域包括支援センターでは個人情報保護の観点より電話での問い合わせについて、原則として回答できません。

- ・ただし回答が必要な場合には、電話いただいた担当者の所属と氏名を確認の上、一旦電話を切り、折り返しての連絡となります。



*退院調整または情報提供が必要な患者の基準チェックシートに基づく

「情報提供」への地域包括支援センターの対応について*

「介護力に不安がある」「医療処置等が追加され在宅での生活に不安がある」に該当する場合にも、病院担当者より地域包括支援センターへ連絡いただきますが、全てのケースにおいて直ちに対応するものではありません。

このマニュアルは「病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくり」を目的として作成しています。介護保険サービス利用の必要はないが何らかの支援が必要、という場合には個別での検討が必要になりますので、ルールとは切り離し、個別事例としてご相談ください。

(5) 個人情報の取り扱いについて

- ・医療介護の連携で必要な情報提供については、病院は、患者に対して院内掲示等で利用目的の周知を図る。
- ・地域包括支援センターや居宅介護支援事業所等は、利用者との契約時に個人情報の使用について包括同意をとるなど適切な取り扱いを行う。
- ・医療機関や入所施設等から医療情報等を取得及び提供する必要があることを同意書に記載しておく(下記例示参照)。

居宅介護支援計画における個人情報使用同意書		例示
私（利用者）及びその家族（主介護者等の氏名、連絡先を含む）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。		
記		
1. 使用する目的	事業者が、介護保険法及び関連の法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。 <u>また、在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報等を医療機関や入所施設等から取得または提供する必要がある場合。</u>	
2. 使用にあたっての条件	① 個人情報の提供は、1に記載する目的に範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。 ② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。	
3. 個人情報の内容	・氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人及び主介護者等に関する情報 ・認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書） ・ <u>在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合に、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報等</u> ・その他の情報	
4. 使用する期間	契約日	～ 契約満了日
	年	月 日
居宅介護事業者	●●●	様
	利用者	住所 _____
		氏名 _____ 印
	代筆者	氏名 _____ 印
	家族の代表	住所 _____
		氏名 _____ 印

4. 様式

(1) 入院時情報提供書 (オモテ)

(令和7年1月改正)

入院時情報提供書				
* FAXで情報提供する場合は個人情報消すこと。(「居住市町村」+イニシャルのみ記入)		(枚中 枚目)		
(FAX連絡時は必ず相手方の受信確認(受け取り担当者名含む)をすること!)		作成日: 年 月 日		
御中		入院日: 年 月 日		
※以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。		★サービス計画書の添付: <input type="checkbox"/> プルダウン選択		
基礎情報	ふりがな	性別	生年月日	
	氏名	TEL	年 月 日 (歳)	
	住所	家族構成		
	緊急連絡先	(氏名) 続柄() 電話	同居家族は○で囲む ★:キーパーソン ☆:主な介護者 ○:女性 □:男性	
		(氏名) 続柄() 電話	自宅: 携帯:	
	キーパーソン	自宅: 携帯:		
	要介護度	□ 同居 □ 別居		
	障害等認定	続柄 () (市町村 在住)		
	介護サービス利用状況	□ 要支援(□ 1・□ 2) □ 要介護(□ 1・□ 2・□ 3・□ 4・□ 5)		
		□ 総合事業対象者 申請中(□ 新規 □ 更新 □ 区分変更) → 申請日(月 日)		
経済状況(医療保険)	身障:□ 無・□ 有(種別:) 精神() 級 ・療育(□ 有(□ A □ B) □ 無) □ 原爆 □ 石綿(アスベスト) ・指定難病:□ 無 □ 有) → ()			
かかりつけ医等	□ 訪問介護(曜日) □ オムツ交換 □ 全身清拭 □ 訪問看護(曜日) □ 家事支援 □ その他 □ 訪問入浴(曜日) □ 住居改修(時期: 年頃)			
	□ 福祉用具貸与(内容:) □ 訪問リハ(曜日) □ 通所介護(曜日) □ 通所リハ(曜日) □ 短期入所 (回/月) □ その他(内容:)			
病歴・疾病	備考			
	主介護者() 続柄()			
住宅環境		備考欄(家族状況)		
□ 一戸建て □ 集合住宅 (階)		□ 日中独居(それに準ずる) □ 虐待の可能性あり		
段差(□ 有 □ 無) 寝具(□ 布団 □ ベッド)		□ 介護力が乏しい(老老介護・主介護者が認知症)		
トイレ(□ 和式 □ 洋式)				
エレベーター(□ 有 □ 無)				
住宅環境における注意点(課題)・改修内容等				
※箇条書きで記入する		例)・玄関に段差あり(50cm程度) 等		
主治医による病状の告知(がんを含む)				
告知の実施(□ 不明 □ 無 □ 有)				
□ 本人 □ その他()				
薬剤情報(薬剤名(効果等))		薬剤情報書の添付(□ 有 □ 無) ・抗結核菌薬(□ 不明 □ 無 □ 有) ・6種類以上薬を飲んでいる(□ はい □ いいえ)		

【注】入退院支援加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。
記載されている情報は作成日現在、ケアマネジャーが把握したものです。それ以降に変更となっている場合があります。

裏面に続きます

※入院時情報提供書は、ケアマネジャーが把握している範囲内で記載する。(未把握・不明等、その旨を記載)
FAX 送信する場合は、居住市町村+イニシャルのみ記入する。(例: 五條市在住 吉野さくら氏→五條市・Y.S)

(1) 入院時情報提供書 (ウラ)

		自立	見守り	一部 介助	全 介助	備考 (各項目について、普段の実施方法など把握していれば記載) (枚中 枚目)
移動	室内 屋外	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> シルバーカー ()
食事	摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・形態 (<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト) ・使用する食器 (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> 自助具) ・嚥下状態 (<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良)
	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 経管栄養 嗜好 () <input type="checkbox"/> 栄養指導 (内容:) 担当管理栄養士 ()
排泄	排尿	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル・オムツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ)
	排便	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 常時 <input type="checkbox"/> 夜間のみ) 失禁 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 時々有 <input type="checkbox"/> 常時有) 下剤使用 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) 洗腸 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) ()
口腔	ケア	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) → (<input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 <input type="checkbox"/> 全部) ()
	服薬	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自宅での服薬方法など () ()
	入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴不可 (<input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> 清拭) <input type="checkbox"/> 自宅(浴室) ・ <input type="checkbox"/> 訪問入浴 ・ <input type="checkbox"/> 通所系サービス 入浴時の注意点(血圧指示等) ()
	更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	掃除	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり () 座位保持 () 立ち上がり () 立位保持 () 寝返り () ()
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう・経管 <input type="checkbox"/> カテーテル(膀胱留置・導尿) <input type="checkbox"/> インスリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・ポート <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> じよく瘡(部位:) <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 摘便・洗腸 <input type="checkbox"/> その他 ()					
視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 視力低下あり 眼鏡 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 視野狭窄 <input type="checkbox"/> 視野欠損 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 不明		聴力		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 補聴器 (<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有) <input type="checkbox"/> 不明	
運動機能	麻痺: (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> その他 ()) 拘縮: (<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 肩関節 <input type="checkbox"/> 肘関節 <input type="checkbox"/> 股関節 <input type="checkbox"/> その他 ())					
言語 (発語状況)	<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> はっきりしない <input type="checkbox"/> 話せない 特記事項 ()		理解度 (受け答え)		<input type="checkbox"/> 支障なし <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> できない 特記事項 ()	
生活 パターン	(趣味・日課・特技など) 0時 6時 12時 15時 18時 24時					
認知・精神面	<input type="checkbox"/> 特記なし <input type="checkbox"/> 有り⇒ <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力)					
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				<input type="checkbox"/> 医師の判断 評価時期	
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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断	
その他(ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・医療上の注意点等) (身体面) (社会性) (精神面)						
本人の希望	<input type="checkbox"/> 少しでも早く在宅に帰りたい ・ <input type="checkbox"/> その他 ()					
情報提供事業所名	TEL		病院への情報提供日			
担当ケアマネジャー名	その他連絡先		年 月 日			
病院担当部署名	TEL/FAX	TEL	FAX			
病院担当者/申し送り(カンファレンス等)参加者 職・名						
★カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望) ※以下 <input checked="" type="checkbox"/> のカンファレンス等がありましたら参加希望しますのでご連絡下さい						
<input type="checkbox"/> 院内多職種カンファレンス出席希望 <input type="checkbox"/> 退院前カンファレンス出席希望		<input type="checkbox"/> リハ職が退院前家屋評価(訪問)を行う場合、同行を希望		<input type="checkbox"/> 退院前カンファレンスへの薬剤師出席希望		
		具体的な希望				
重 要 患者さんの退院・転院が決まった時点で、担当ケアマネジャー等に必ずご一報をお願いします。 (南和地域における入退院連携マニュアル 令和7年2月)						

※入院時情報提供書は、ケアマネジャーが把握している範囲内で記載する。(未把握・不明等、その旨を記載)

(2) 退院調整情報共有書 (オモテ)

退院調整情報共有書			
★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです			(枚中 枚目)
ふりがな			記入者所属事業所
氏名			記入者氏名
性別	生年月日		入院期間(予定)
男・女	明・大・昭 年 月 日(歳)		年 月 日 ~ 年 月 日(予定)
要介護度	・(未申請 ・ 区分変更中(年 月 日申請) ・ 新規申請中(年 月 日申請) ・ 非該当) ・要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 総合事業対象者 ・認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日		
疾病の状態	病院主治医	(科) (科)	在宅主治医 医療機関・主治医名 連絡先
	主病名		手術 無・有 (手術名:)
	副病名 合併症		感染症 無・有 ()
			アレルギー 無・有 ()
			既往歴
	薬剤情報	[薬剤情報書の添付:(有・無)] ・抗結核菌薬(無・有) 服薬内容、退院時処方(薬剤名・薬剤の剤形・投与経路等)	
	今後の見通し	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)、予後予測、今後の受診予定等 次回受診日: 月 日 (医療機関名:) 予約: 無・有 (時間:)	
	告知	告知: (未実施・実施 ⇒ <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 () 備考()	
	疾患についての説明内容	病院から患者・家族への説明内容/患者・家族の受け止め方/患者・家族の希望	
	特別な医療	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管 <input type="checkbox"/> カテーテル(膀胱留置・導尿) <input type="checkbox"/> インシュリン注射 <input type="checkbox"/> 血糖測定 <input type="checkbox"/> ストーマ <input type="checkbox"/> じょく瘡(部位:) 処置内容() <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養・ポート <input type="checkbox"/> 透析(実施施設所在地・施設名:) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(麻薬の使用: 無・有) <input type="checkbox"/> その他()	
リハビリ等	リハビリテーション(無・有)(PT・OT・ST) 頻度: 回/週 リハビリサマリーの添付:(有・無) 運動制限(無・有) / 運動制限の内容:() 麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他 <リハビリの内容・進捗状況> 退院後のリハビリ継続について (要・不要)		
退院指導の状況	備考		
(有・無)	理解度	本人: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:) 家族: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)	

(南和地域における入退院連携マニュアル 令和7年2月)

【注】入退院支援加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。

裏面に続きます

※退院調整情報共有書は、退院後の在宅生活を送るために必要な利用者の情報を収集・共有するためにケアマネジャー等が記載するアセスメント様式。

(2) 退院時情報共有書 (ウラ)

		自立	見守り	一部 介助	全 介助	備考 (枚中 枚目)	
移動		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 装具・補装具 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他()	
食事	摂取	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	・嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 形態:(普通・軟菜・刻み・ペースト・トミ) ・制限 (無・有) ⇒ 制限内容() 使用する食器 : (箸・スプーン・自助具)	
	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 栄養サポートチーム(NST)介入・評価 () <input type="checkbox"/> 栄養サマリー: サマリーがある場合、担当管理栄養士()	
排泄	排尿 (支障有り・支障無し)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ(常時・夜間のみ) リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・時々有・常時有) 下剤使用(無・有) 洗腸(無・有)	
	排便 (支障有り・支障無し)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(特記事項) ()	
口腔ケア		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯 (無・有) (上・下・全部) ()	
起居		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり() 座位保持() 立ち上がり() 立位保持() 寝返り() ()	
入浴 (洗身)		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身(不可・行っていない) 入浴制限(無・有) (シャワー・清拭・その他 ()) 入浴時の注意点(血圧指示等) (/ mmHg (以上・以下) の時は入浴禁 その他() ()	
更衣		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
睡眠		良眠・時に不眠・不眠				睡眠剤使用(無・有) 薬剤名:用法等()	
服薬管理		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 1日配薬 <input type="checkbox"/> 毎回配薬 <input type="checkbox"/> 一包化 <管理の状況>	
認知・ 精神面	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				評価時期	
	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					
	認知症の原因疾患 その他特記事項等						
精神状態	疾患	(無・有 ())					
		<input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 大声出す <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 その他()					
自由記載							
情報提供機関名 (医療機関・部署名)					TEL(内線)		
回目	カンファレンス・情報交換等 実施日				情報提供者(職・名前)		
回目	年	月	日()	職:	名:	職:	名:
	午前・午後	時	分 ~ 時 分	職:	名:	職:	名:
回目	年	月	日()	職:	名:	職:	名:
	午前・午後	時	分 ~ 時 分	職:	名:	職:	名:
回目	年	月	日()	職:	名:	職:	名:
	午前・午後	時	分 ~ 時 分	職:	名:	職:	名:
※ ケアマネジャーが本様式を用いて聞き取りを行う場合、1回目より同一様式を使用し、変更があった事項を書き足すことも可能であるが、 加筆部分が見えるようにすること。例) ペンの色を変える、コピーして使用 等							
(南和地域における入退院連携マニュアル 令和7年2月)							

※退院調整情報共有書は、退院後の在宅生活を送るために必要な利用者の情報を収集・共有するためにケアマネジャー等が記載するアセスメント様式。

5. 関係機関の連絡先
(1) 病院担当窓口一覧

(令和7年1月現在)

既に要介護認定受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)場合					
①ケアマネジャーからの入院時情報提供書の提出について					②ケアマネジャーへの入院連絡について
手渡しの場合 ※要事前連絡。当日は身分証着用	FAX・郵送の場合				
	平日	土曜日	日曜・祝日		
<p>南 南 奈 良 和 広 合 域 域 医 医 療 療 セ セン ター</p>	<p><平日> 入院している病棟 8:30~17:00 TEL 0747-54-5000(代表)</p> <p><土・日・祝日> *各入院病棟へ連絡の上、ご持参下さい。 *休日体制のため、質問や各種手続き等は緊急の場合を除き対応は困難 TEL 0747-54-5000(代表)</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0747-54-5074(直通) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 8:30~17:15 FAX受信は24時間可能 TEL 0747-54-5072 (地域医療連携室直通)</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0747-54-5074(直通) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0747-54-5074(直通) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能</p>	<p>・入院病棟看護師 ・地域医療連携室 看護師 ・地域医療連携室 MSW</p>
<p>南 和 五 広 條 域 病 医 院 療 企 業 団</p>	<p><平日> 入院している病棟 8:30~17:00 TEL 0747-22-1112(代表)</p> <p><土・日・祝日> *各入院病棟へ連絡の上、ご持参下さい。 *休日体制のため、質問や各種手続き等は緊急の場合を除き対応は困難 TEL 0747-22-1112(代表)</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0747-25-2860(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 8:30~17:15 FAX受信は24時間可能 TEL 0747-22-1112(代表) (代表→入院病棟看護師へ)</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0747-25-2860(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0747-25-2860(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能</p>	<p>・入院病棟看護師 ・地域医療連携室 看護師 ・地域医療連携室 MSW</p>
<p>南 和 吉 広 野 域 病 医 院 療 企 業 団</p>	<p><平日> 入院している病棟 8:30~17:00 TEL 0746-32-4321(代表)</p> <p><土・日・祝日> *各入院病棟へ連絡の上、ご持参下さい。 *休日体制のため、質問や各種手続き等は緊急の場合を除き対応は困難 TEL 0746-32-4321(代表)</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0746-32-5512(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 8:30~17:15 FAX受信は24時間可能 TEL 0746-32-4321(代表) (代表→地域医療連携室へ)</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0746-32-5512(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能</p>	<p>・部署: 地域医療連携室 FAX 0746-32-5512(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能</p>	<p>・入院病棟看護師 ・地域医療連携室 看護師 ・地域医療連携室 MSW</p>
<p>医 療 南 法 和 人 病 弘 院 仁 企 会</p>	<p><平日> 地域連携室 8:45~17:00 TEL 0747-54-5800(代表)</p> <p><土・日・祝日> *各入院病棟へ連絡の上、ご持参下さい。 *休日体制のため、質問や各種手続き等は緊急の場合を除き対応は困難 TEL 0747-54-5800(代表)</p>	<p>・部署: 地域連携室 FAX 0747-54-5700(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 8:45~17:00 FAX受信は24時間可能 ※ FAX前に電話連絡ください。 TEL 0747-54-5802 (地域連携室直通)</p>	<p>・部署: 地域連携室 FAX 0747-54-5700(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能 ※ FAX前の電話連絡は不要です。</p>	<p>・部署: 地域連携室 FAX 0747-54-5700(代表) ・FAX受け取り確認可能な時間帯 平日のみ ・FAX受信可能な時間帯 FAX受信は24時間可能 ※ FAX前の電話連絡は不要です。</p>	<p>・地域連携室</p>

<注意事項>

- ・入院時情報提供書を持参される場合には、事前に該当部署へご連絡をお願いします。
- ・病院へ来られる際には、身分証(名札等)を持参・着用してください。
- ・FAXにて情報送信される場合は、必ず個人の氏名を消し、氏名のイニシャル+居住地町村名のみを記入して送信してください。
患者氏名等の個人情報は、電話にてFAX到着の確認を行う際に伝えてください。

例)五條市在住の「吉野 さくら」氏が入院した場合 → 住所:「五條市」氏名:「 Y . S 」と記入する。

既に要介護認定を受けている(担当ケアマネジャーが決まっている)場合			入院前に要介護認定を受けていない(ケアマネジャーが決まっていない)場合		
③退院調整の期間(7日以上前(3週間以上の入院時は14日以上前)を目標)を残し、自宅退院の判断について	④ケアマネジャーへの退院連絡について	⑤ケアマネジャーとの面談の主体者	⑥介護保険についての説明(介護保険利用意向の確認、介護保険の申請)について	⑦介護保険申請対象者等の地域包括支援センターへの連絡について	⑧地域包括支援センターへ退院日連絡について
<p>・退院許可は主治医判断</p> <p>・急性期治療が終了して退院許可がでてから、五條・吉野病院へ転院後、在宅調整を行う場合あり</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>
<p>・退院許可は主治医判断</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>
<p>・退院許可は主治医判断</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>	<p>・入院病棟看護師</p> <p>・地域医療連携室</p> <p>看護師</p> <p>地域医療連携室</p> <p>MSW</p>
<p>・退院許可は主治医判断</p>	<p>・地域連携室</p>	<p>・地域連携室</p>	<p>・地域連携室</p>	<p>・地域連携室</p>	<p>・地域連携室</p>

(2) 南和地域関係機関一覧

(令和7年1月現在)

(病院)

所在地	担当課名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
大淀町	南和広域医療企業団 南奈良総合医療センター	638-8551	吉野郡大淀町大字福神8-1	0747-54-5000	0747-54-5020
五條市	南和広域医療企業団 五條病院	637-8511	五條市野原西5-2-59	0747-22-1112	0747-25-2860
吉野町	南和広域医療企業団 吉野病院	639-3114	吉野郡吉野町大字丹治130-1	0746-32-4321	0746-32-5512
大淀町	医療法人弘仁会 南和病院	638-0833	吉野郡大淀町大字福神1-181	0747-54-5800	0747-54-5700

(市町村介護保険担当課)

所在地	担当課名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
五條市	介護福祉課	637-8501	五條市岡口1-3-1	0747-22-4001	0747-25-0294
吉野町	長寿福祉課	639-3114	吉野郡吉野町丹治130-1	0746-32-8856	0746-32-4690
大淀町	福祉介護課	638-8501	吉野郡大淀町検垣本2090	0747-52-5530	0747-52-5505
下市町	健康福祉課	638-8510	吉野郡下市町大字下市1960	0747-68-9065	0747-52-0007
黒滝村	保健福祉課	638-0292	吉野郡黒滝村寺戸77	0747-62-2031	0747-62-2569
天川村	健康福祉課	638-0322	吉野郡天川村南日裏200番地	0747-63-9110	0747-63-9111
野迫川村	住民課	648-0392	吉野郡野迫川村北股84番地	0747-37-2101	0747-37-2107
十津川村	福祉事務所	637-1333	吉野郡十津川村大字小原225番地の1	0746-62-0901	0746-62-0580
下北山村	保健福祉課	639-3802	吉野郡下北山村浦向375番地	07468-6-0015	07468-6-0017
上北山村	保健福祉課	639-3701	吉野郡上北山村大字河合381	07468-3-0380	07468-2-0209
川上村	健康福祉課	639-3594	川上村大字迫1335-7	0746-52-0111	0746-52-0345
東吉野村	住民福祉課	633-2492	吉野郡東吉野村大字小川99	0746-42-0441	0746-42-1255

(地域包括支援センター)

所在地	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
五條市	五條市地域包括支援センター	637-8501	五條市岡口1-3-1	0747-25-2640	0747-25-2630
吉野町	吉野町地域包括支援センター	639-3114	吉野郡吉野町大字丹治130-1	0746-32-8856	0746-32-4690
大淀町	大淀町地域包括支援センター	638-8501	吉野郡大淀町検垣本2090	0747-52-7760	0747-52-7770
下市町	下市町地域包括支援センター	638-8510	吉野郡下市町大字下市1960	0747-68-9065	0747-52-0007
黒滝村	黒滝村地域包括支援センター	638-0251	吉野郡黒滝村大字寺戸187-2	0747-62-2850	0747-62-2270
天川村	天川村地域包括支援センター	638-0322	吉野郡天川村南日裏200番地	0747-63-9110	0747-63-9111
野迫川村	野迫川村地域包括支援センター	648-0305	吉野郡野迫川村大字北股84番地	0747-37-2101	0747-37-2107
十津川村	十津川村地域包括支援センター	637-1333	吉野郡十津川村大字小原225-1	0746-62-0001	0746-62-0580
下北山村	下北山村地域包括支援センター	639-3802	吉野郡下北山村大字浦向373	07468-6-9007	07468-6-9008
上北山村	上北山村地域包括支援センター	639-3701	吉野郡上北山村大字河合381	07468-3-0380	07468-2-0209
川上村	川上村地域包括支援センター	639-3594	吉野郡川上村大字迫1335-7	0746-52-0111	0746-52-0345
東吉野村	東吉野村地域包括支援センター	633-2492	吉野郡東吉野村大字小川99	0746-42-0441	0746-42-1255

(小規模多機能型居宅介護)

所在地	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
五條市	小規模多機能居宅介護支援事業所音和舎扇寿	637-0004	五條市今井5-68-1	0747-22-8000	0747-23-5000
五條市	小規模多機能ホームはるすの湯	637-0230	五條市西吉野町城戸430	0747-33-0170	0747-33-0222
天川村	小規模多機能型居宅介護施設もみじの里	638-0431	吉野郡天川村洞川410番地	0747-64-0180	0747-64-0180
東吉野村	あいの家多機能ホーム	633-2311	吉野郡東吉野村大字木津81-1	0746-44-0099	0746-44-0107
東吉野村	あいの家多機能ホームサテライト	633-2311	吉野郡東吉野村大字木津163	0746-44-9900	0746-44-9800

※事業所の名称・所在地・連絡先等に変更がある場合は、所在地の地域包括支援センターまでご連絡をお願いします。

(居宅介護支援)

所在地	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
五條市	介護老人保健施設ローズ	637-0071	五條市二見5-3-64	0747-22-5200	0747-22-5201
五條市	五條市社会福祉協議会	637-0043	五條市新町3-3-2	0747-24-4152	0747-24-4153
五條市	在宅支援事業所水輪	637-0036	五條市野原西3-3-41	0747-23-0660	0747-23-1186
五條市	MCパル	637-0004	五條市今井4-5-37	0747-25-2941	0747-25-3789
五條市	ワースリビング	637-0014	五條市住川町331-1	0747-24-3033	0747-24-3036
五條市	三寿福祉会友語苑	637-0014	五條市住川町1426	0747-26-1515	0747-23-0101
五條市	田園介護サービス	637-0029	五條市山田町299	0747-24-0661	0747-24-5266
五條市	ウェルネスケア	637-0071	五條市二見3-5-17	0747-22-8711	0747-22-8721
五條市	はるす・ケアプランサービス	637-0230	五條市西吉野町城戸430	0747-33-0055	0747-32-0550
五條市	ハートランド五條ケアプランセンター	637-0071	五條市二見5-3-63	0747-26-0005	0747-26-0008
五條市	居宅介護支援事業所音和舎彩羽	637-0042	五條市五條3-1-4	0747-23-0711	0747-23-0811
五條市	五條ケアプランセンター	637-0004	五條市今井4-1-1	0747-24-5500	0747-26-2801
五條市	ケアテックケアプランセンター	637-0004	五條市今井1-9-33	0747-32-8002	0747-26-2450
五條市	ケアプランセンターエリゼウエル	637-0024	五條市西吉野町滝389・390	0747-32-0101	0747-32-0105
吉野町	吉野町社会福祉協議会	639-3114	吉野郡吉野町丹治130-1	0746-32-1591	0746-32-1569
吉野町	はたホームケアサービス	639-3445	吉野郡吉野町櫛井494-1	0746-32-5329	0746-32-5347
吉野町	吉野たらちね居宅介護支援事業所	639-3111	吉野郡吉野町上市2135	0746-32-1131	0746-32-5826
吉野町	居宅介護支援事業所柳光	639-3325	吉野郡吉野町柳1395-1	0746-35-9294	0746-35-9295
吉野町	吉野三町村老人福祉施設	639-3445	吉野郡吉野町櫛井605-1	0746-32-8950	0746-32-8901
大淀町	大淀町社会福祉協議会	638-0821	吉野郡大淀町下刈1223	0747-53-0589	0747-54-2888
大淀町	南和病院介護支援センター	638-0833	吉野郡大淀町福神1-181	0747-54-5800	0747-54-5700
大淀町	居宅介護支援事業所ふくしま	639-3125	吉野郡大淀町北野14-6	0746-32-0105	0746-32-2035
大淀町	美吉野園居宅介護支援センター	638-0821	吉野郡大淀町下刈887-2桜ヶ丘コーポ1階	0747-55-4005	0747-55-9004
大淀町	ケアプランセンター吉野のあかり	639-3128	吉野郡大淀町比曾107-6	0746-34-5500	0746-34-5700
大淀町	ケアプランセンターみなみやまと	638-0811	吉野郡大淀町土田507-469	0747-64-8180	0747-64-8180
大淀町	ケアテック ケアプランセンター吉野	639-3125	吉野郡大淀町北野78-10	0746-34-3355	0746-34-3356
下市町	居宅介護支援事業所ふくにし	638-0045	吉野郡下市町新住155-1	0747-52-9966	0747-52-4964
下市町	下市町社会福祉協議会	638-0003	吉野郡下市町善城140-1	0747-54-2107	0747-52-9501
下市町	居宅介護支援センターユートピアセグラ	638-0001	吉野郡下市町阿知賀135	0747-54-2151	0747-54-2161
下市町	ケアプランセンター彩の里	638-0001	吉野郡下市町阿知賀1122-1	0747-52-0240	0747-52-0295
黒滝村	黒滝村社会福祉協議会	638-0251	吉野郡黒滝村寺戸187-2	0747-62-2850	0747-62-2270
天川村	ケアサポート まえひら	638-0301	吉野郡天川村川合306	080-8999-9957	0747-63-0756
野迫川村	野迫川村居宅介護支援事業所	648-0305	吉野郡野迫川村北股84	0747-37-2941	0747-37-2940
野迫川村	野迫川村社会福祉協議会	648-0305	吉野郡野迫川村北股84	0747-37-2941	0747-37-2940
十津川村	十津川村社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	637-1217	吉野郡十津川村大字風屋573	0746-67-0171	0746-64-0172
下北山村	下北山村社会福祉協議会	639-3802	吉野郡下北山村浦向371	07468-6-0360	07468-6-0970
上北山村	上北山村社会福祉協議会	639-3701	吉野郡上北山村河合381	07468-2-0129	07468-2-0133
川上村	川上村社会福祉協議会	639-3553	吉野郡川上村大字迫1374-2	0746-52-0294	0746-52-0295
東吉野村	妙代ケアセンター	633-2422	吉野郡東吉野村大字鷲家90	0746-42-0516	0746-42-0516

※事業所の名称・所在地・連絡先等に変更がある場合は、所在地の地域包括支援センターまでご連絡をお願いします。

6. 資料 (1) 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧 (令和6年度)



※詳細は厚生労働省ホームページの関係告示・通知等にてご確認ください。

介護報酬：https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

診療報酬：https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000188411_00045.html

(2)・障害高齢者の日常生活自立度(ねたきり度)判定基準

・認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

障害高齢者の日常生活自立度(ねたきり度)判定基準

生活自立	ランク J	何らかの障害等を有するが、日常生活はほぼ自立しており独力で外出する 1. 交通機関等を利用して外出する 2. 隣近所へなら外出する
準寝たきり	ランク A	屋内での生活は概ね自立しているが、介助なしには外出しない 1. 介助により外出し、日中はほとんどベッドから離れて生活する 2. 外出の頻度が少なく、日中も寝たり起きたりの生活をしている
寝たきり	ランク B	屋内での生活は何らかの介助を要し、日中もベッド上での生活が主体であるが、座位を保つ 1. 車いすに移乗し、食事、排泄はベッドから離れて行う 2. 介助により車いすに移乗する
	ランク C	1 日中ベッド上で過ごし、排泄、食事、着替において介助を要する 1. 自力で寝返りをうつ 2. 自力では寝返りもうてない

(平成3年11月18日 老健第102-2号 厚生省大臣官房老人保健福祉部長通知より)

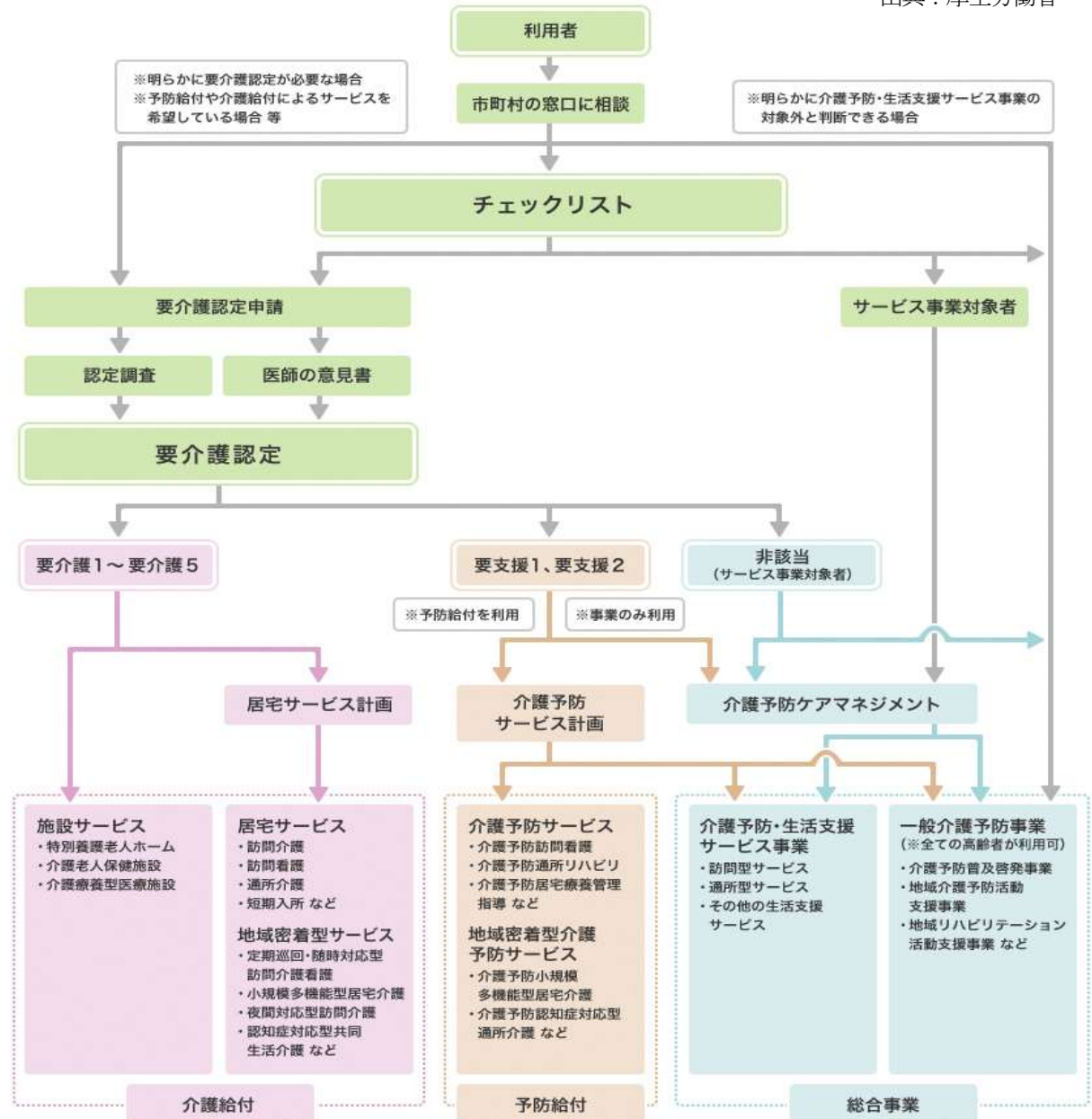
認知症高齢者の日常生活自立度判定基準

ランク	判定基準	見られる症状・行動の例
I	何らかの認知症を有するが、日常生活は家庭内および社会的にほぼ自立している。	
II	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが多少見られても、誰かが注意していれば自立できる。	
IIa	家庭外で上記IIの状態が見られる。	たびたび道に迷うとか、買物や事務、金銭管理などそれまでできたことにミスが目立つ等
IIb	家庭内で上記IIの状態が見られる。	服薬管理ができない、電話の対応や訪問者との対応など一人で留守番ができない等
III	日常生活に支障を来たすような症状・行動や意思疎通の困難さが見られ、介護を必要とする。	
IIIa	日中を中心として上記IIIの状態が見られる。	着替え、食事、排便、排尿が上手にできない、時間がかかる。やたらに物を口に入れる、物を拾い集める、徘徊、失禁、大声・奇声をあげる、火の不始末、不潔行為、性的異常行為等
IIIb	夜間を中心として上記IIIの状態が見られる。	ランクIIIaに同じ
IV	日常生活に支障をきたすような症状・行動や意思疎通の困難さが頻繁に見られ、常に介護を必要とする。	ランクIIIに同じ
M	著しい精神症状や周辺症状あるいは重篤な身体疾患が見られ、専門医療を必要とする。	せん妄、妄想、興奮、自傷・他害等の精神症状や精神症状に起因する問題行動が継続する状態等

(平成18年4月3日老発第0403003号「「認知症高齢者の生活自立度判定基準」の活用についての一部改正について」より)

(3) 介護保険サービス等利用手続き

出典：厚生労働省



- ・本人または家族が申請できない場合、地域包括支援センター、指定居宅介護支援事業者や介護保険施設に代行してもらうことも可能。
- ・認定調査日程は、原則として申請後2週間以内に連絡する。なお、患者の状態や申請の混雑状況等により、前後することがある。
- ・がん末期や急な退院など、至急で介護保険サービスを利用する必要がある場合には「暫定（見込み）利用」を認めているが、必要最小限の介護サービスとなる。また、万一「非該当」と認定された場合には、全額自己負担となる。
- ・認定調査は、原則として状態の予後が大きく変化する見込みがない時点での実施。

＜ 40～64歳の者が「第2号被保険者」として介護認定を受けることができる厚生労働大臣が定める16の特定疾病 ＞

- 1) がん（末期）
- 2) 関節リウマチ
- 3) 筋萎縮性側索硬化症（ALS）
- 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（アルツハイマー病、脳血管性認知症等）
- 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（ウェルナー症候群等）
- 11) 多系統萎縮症（シャイ・ドレーガー症候群等）
- 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（脳出血、脳梗塞等）
- 14) 閉塞性動脈硬化症
- 15) 慢性閉塞性肺疾患（肺気腫、慢性気管支炎等）
- 16) 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

7. 奈良県内の入退院調整ルールにおける取り扱い方針

奈良県では、医療と介護が連携を図ることにより、病院から地域へシームレスな在宅移行ができ、介護が必要な方が、安心して病院への入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的として、病院とケアマネジャーの入退院における引継手順をルール化した「入退院調整ルール」が各地域で策定されています。

平成30年度中には、奈良県内では36市町村・8圏域で策定される見込みであり、各圏域の病院とケアマネジャーが協議を重ねて、地域の実情に応じてルールを策定しているため、圏域ごとのルールに若干の違いがあります。

この取り扱い方針は、担当している患者・利用者が圏域を越えて入退院をする際に混乱が起きないように、奈良県内における基本的な対応方針を記載したものです。取り扱い方針に則ってルールを運用した場合でも、患者・利用者の入退院調整に不利益を生じる事例がありましたら、各圏域のルールの見直し協議等に事例を挙げていただきますようお願いいたします。

- ・圏域を越えて入退院調整を行う際においては、原則として当該医療機関や事業所が所属する策定圏域のルールに則って運用してください。
- ・圏域を越えて病院やケアマネジャー等から連絡があった場合、連絡のタイミングや方法に若干の違いがある点についてご理解していただき、対応をお願いします。その際、患者・利用者にとって具体的に不利益等が生じた場合には、その内容について各圏域のルールの見直し協議等に事例を挙げていただくとともに、県にもご報告願います。
- ・入院時情報提供書、退院調整情報共有書は、当該事業所及び地域包括支援センターが所属する圏域の様式を活用してもらって結構です。不足している情報があれば、病院とケアマネジャーが直接情報交換を行い、必要な情報を共有してください。
- ・入退院調整における相手方の連絡窓口は、別添の各圏域の病院窓口一覧及び地域包括支援センター一覧を確認し、連絡してください。（生駒市内の病院は圏域を越えて退院する患者の住所地付近の居宅介護支援事業所の情報が不足する場合、患者の住所地の地域包括支援センターにご相談ください。）
- ・「介護認定をうけているかどうか分からない、または担当ケアマネジャーが分からない場合」、圏域を超えて市町村介護保険担当課に連絡をする場合は、原則本人または家族が連絡し、能力的に困難な状況の人の場合は、本人または家族の了承を得たうえで、病院担当者が市町村介護保険課へ問い合わせてください。
- ・県では、県内全域でルールが策定されるよう取り組んでいきますが、当面の間ルール未策定地域の病院・ケアマネジャー等と連携する場合は、個別対応をお願いします。

引用元： 奈良県福祉医療部 医療・介護保険局 地域包括ケア推進室

「在宅医療・介護連携の推進」HP より (<http://www.pref.nara.jp/42284.htm>) H31.1.9 現在

南和地域における入退院連携マニュアル

企 画 五條市・吉野町・大淀町・下市町・黒滝村・天川村
野迫川村・十津川村・下北山村・上北山村・川上村
東吉野村・奈良県吉野保健所

発 行 奈良県吉野保健所健康増進課 地域保健第三係
〒638-0045 奈良県吉野郡下市町新住 1 5 - 3
TEL : 0747-52-0551 (代表) FAX : 0747-52-7259
URL <http://www.pref.nara.jp/44975.htm>

発行年月 平成 3 1 年 2 月 (第 1 版)
令和 7 年 3 月 (第 2 版)

※ 禁 無 断 転 載