入退院支援ルール

この「入退院支援ルール」は、要支援・要介護状態にある患者が入退院するときに患者の情報を引き継ぐためのルールです。
ルールの実践により、在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすこと、医療と介護が相互に理解し、互いに成長し合う多職種連携を目指しています。

R7
更新版



熊谷市　深谷市　寄居町

■■■■■■■■■■■■■■■■■■ 目 次 ■■■■■■■■■■■■■■■■■■

〈ルール編〉

目的・入退院支援の対象者・退院調整が必要な患者の目安 ・・・・・・・・・・・・・・・・・ 1
入退院支援ルールのポイント ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 2
入退院支援のフローチャート ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 4
［参考］入退院支援における連携に関する診療報酬および介護報酬 ・・・・・・・・・・ 5
ルールを実践することで、私達が目指す多職種連携の姿 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 6
多職種連携・相互理解に向けたポイント・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 7
「退院前カンファレンスの進め方」 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １０
「これからも-退院後の相談窓口について-」・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １１
「入退院支援ルール」利用についてのＱ＆Ａ ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １２

■参考様式■

様式１ 入院時情報提供書 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １４
入院時情報提供書（記入例）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １６
様式２ 退院時情報提供書 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ １８
退院時情報提供書（記入例）・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２０
様式３ ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２２

■参考資料■

介護保険の要支援・要介護認定申請の流れ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２４
介護保険申請の必要性・確認チェックリスト(担当ケアマネがいない患者の場合)・・・・・・・ ２６
患者に介護申請を促すときに、病院にお願いしたいこと・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２７
ケアマネジャーの皆さまへお願いー急な入院に備えて日頃から準備をー・・・・・・・・・・・・・・ ２８
個人情報使用に関する同意書・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ２９
もしもの時に備えて「入院あんしんセット」を準備しましょう・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３０
運用に関する共通事項・協力機関・あとがき・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ ３１

１　目　的

この「入退院支援ルール」は、要支援・要介護状態の患者（利用者）が、入院・退院の際に必要な医療・介護サービスを切れ目なく受けられるよう、病院関係者とケアマネジャーとがその情報を共有し、連携を深めるためのルールです。本ルールの実践により、在宅での生活や療養に困る患者（利用者）や家族をなくすこと、医療と介護が相互に理解し、互いに成長し合う多職種連携を目的としています。

【入退院支援ルールをまとめるにあたり、大切にしたこと】

１．患者(利用者)は「地域に生活する人」と捉え、退院後はまた地域に帰ることを意識して関わること
　「入退院支援の流れ」の図は、そのことをイメージしやすいようサイクル(円形)に示しました
２．患者(利用者)情報を引き継ぐときは、ケアマネジャー⇔病院担当者のお互いが
　相手の必要とする情報を提供していくこと
３．医療と介護の相互理解とスムーズな連携は、患者(利用者)への有益な支援につながること
４．本ルールの実践により、「私たちが目指す多職種連携の姿」を示したこと



２　入退院支援の対象者

自宅等※から入院し、自宅等へ退院する患者(利用者)で、下記の①～③のいずれかに該当するかた

① 入院前に介護保険サービスを利用していたかた（担当ケアマネジャーがいるかた）
② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望するかた（担当ケアマネジャーがいない方も含む）
③ 病院担当者が、退院後の生活に向けた退院調整（退院前カンファレンス等）が必要と判断したかた

※自宅等：自宅のほか、介護施設を除くケアハウス、高齢者住宅等

３　退院調整(退院前カンファレンス等)が必要な患者の目安

ア.退院調整が必要な患者（要介護相当）	**イ.左記以外で地域の見守り等が必要な患者（要支援相当）**
①立ち上がりや歩行に介助が必要 ②食事及び口腔ケアに介助が必要 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症状がある認知症 ⑤医療処置が必要な患者 （がん末期、感染症、褥そう、在宅酸素等） ⑥入浴・更衣に介助が必要 ⑦内服管理に介助が必要 ⑧入退院を繰り返している ⑨入院前より日常生活に支障を来している ⑩福祉用具・住宅改修等環境整備が必要	①独居で調理や掃除などの身の回りのことに、介助が必要 ②家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要 ③日常生活は、ほぼ自立しているがん患者などで、新たに医療処置が必要又は見込まれる ④日常生活は、ほぼ自立している認知症 ⑤65 歳以上で精神・知的障害がある ⑥５種類以上の薬を内服していて、自己管理が難しい ⑦買い物や通院の支援が必要

１項目でも当てはまれば
居宅介護支援事業所に相談

地域包括支援センターに相談
（アカイで判断に迷う場合も含む）

４　入退院支援ルールのポイント

入院から退院までの経過における、入退院支援ルールのポイントは、以下の５つです。

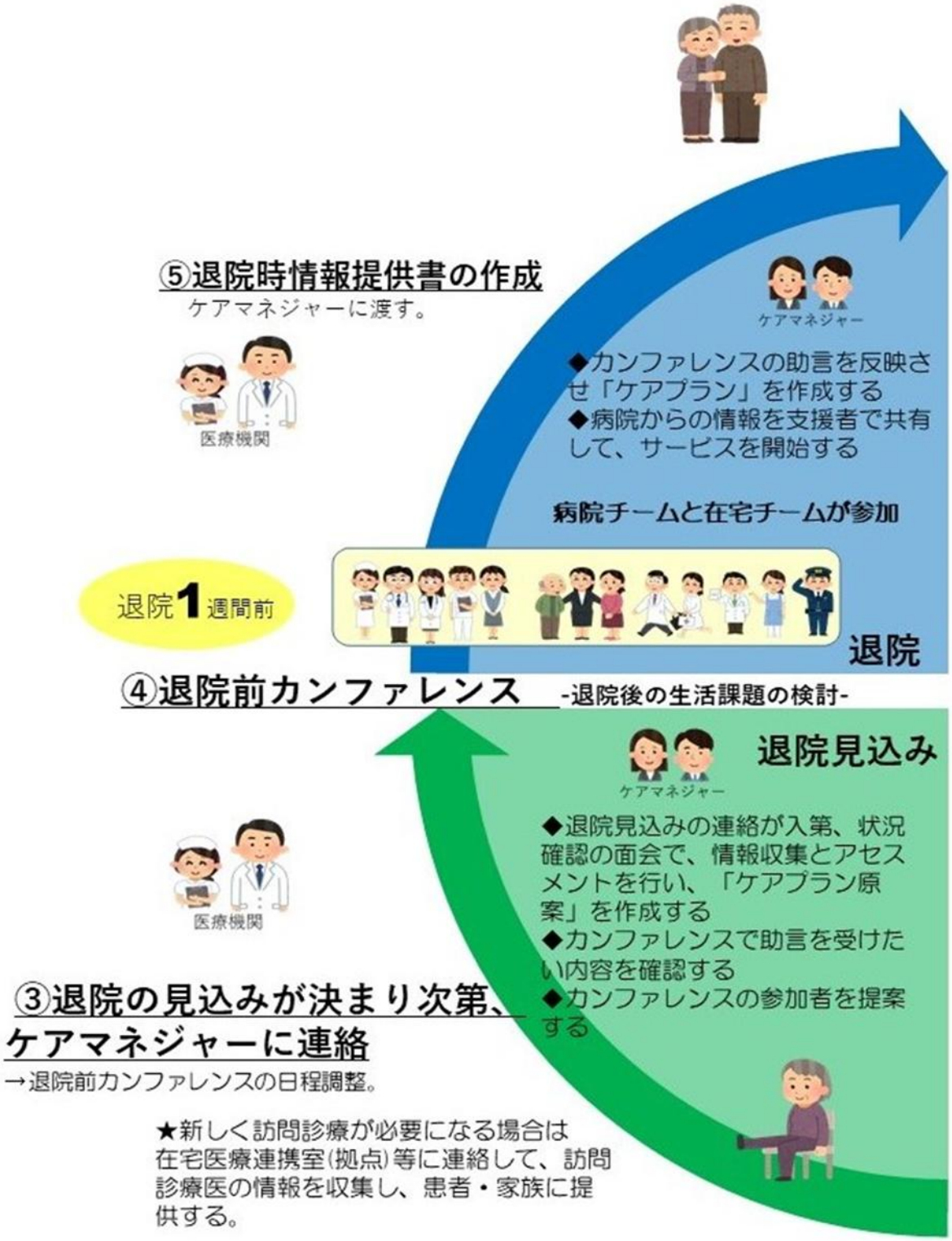
①【医療機関】ケアマネジャーの把握と**入院の連絡**（入院あんしんセット等でケアマネジャーを把握）

②【ケアマネジャー➡医療機関】担当者への**「入院時情報提供書」の提出**(当日～3 日以内)

③【医療機関➡ケアマネジャー】**「退院見込み」の連絡**

④【医療機関・ケアマネジャー等】**退院前カンファレンスの開催**（1 週間前）

⑤【医療機関➡ケアマネジャー】**「退院時情報提供書」の提出**



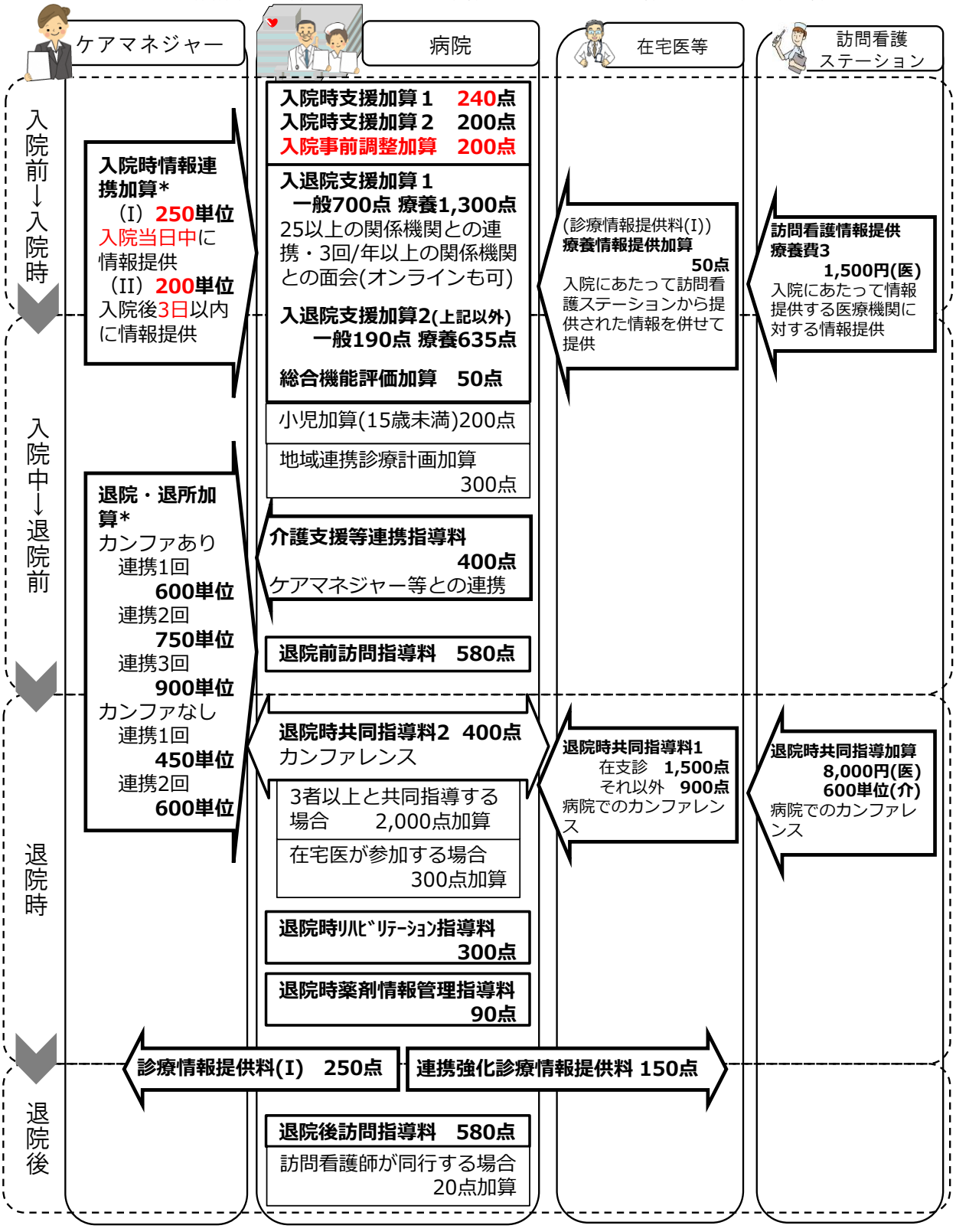

主な関係機関
ケアマネジャー
医療機関
医療機関
ケアマネジャー
①ケアマネジャーの把握と入院の連絡
（入院あんしんセット等でケアマネジャーを把握）
◆今後の生活に対する意向等を確認
◆退院困難な要因のある患者を判断
◆入院診療計画を立て、治療開始
退院支援の方向性検討
②入院時情報提供書の提出
◆利用者の当日～３日以内に医療機関の担当者に持参か、郵送、MCS、FAX等で送る
◆利用していた他のサービス事業所にも入院の連絡をする（訪問看護・訪問介護等）
3日以内
入院
退院後、介護が必要、またはケアマネがいない場合は、担当の地域包括支援センター、または居宅介護支援事業所に相談する
入院中
ケアマネジャー
◆モニタリング
・退院後の生活課題の把握
・退院見込みや状況確認
・患者・家族と面談する時は事　前に医療機関に連絡する
◆患者・家族の意向は病院スタッフと情報共有する
◆必要に応じて、病状説明に同席
◆区分変更等の必要性を検討
◆退院後のケアプランを検討
◆退院までの大まかなスケジュールを確認
地域包括支援センター
居宅介護支援事業所
医療機関
◆退院に向けた支援の開始
◆関係機関との情報共有
◆患者・家族への生活指導、療養指導
◆患者の状態変化に応じた、ケアマネジャーへ情報提供
◆外泊時の連絡等
★在宅復帰が難しい患者には、転院先や入所施設等の調整

入退院支援のフローチャート

	医療機関	ケアマネジャー	かかりつけ 薬局・歯科	本人・家族 ケアマネあり	本人・家族 ケアマネなし
日頃から		「入院時あんしんセット」の周知と名刺の配布 「入院時の連絡」を患者･家族に十分依頼	本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明	「入院時あんしんセット」の準備、キーパーソン決定	
	入院時情報提供書（当日～３日以内）				
入院前→入院時	「入院時あんしんセット」等で介護保険の認定状況やケアマネの有無を確認 **ケアマネへ入院したことを連絡** 不明の場合は家族に相談 **入院時から退院後の生活を見据えた医療と看護**	・利用していたサービス事業所や担当者へ入院の連絡 ・**入院時情報提供書**等を持参。またはMCSや郵送、FAXの場合は個人情報保護に留意 ケアマネは入院前の生活状況･家族介護状況など、必要な生活情報を伝えましょう	服薬等の情報提供 入院先の歯科口腔外科に引継ぎ	**ケアマネに入院の連絡および、病院へ担当ケアマネの名前･事業所等を伝える**	**退院の生活で介護が必要になった時は、まず、市町の介護保険担当課又は担当の地域包括支援センター･居宅介護支援事業所へ相談し、介護申請をする**
入院中	ケアマネに入院中の様子や入院期間の見込み等を情報提供 電話でも可	・モニタリング ・事前にアポを取り患者や家族の意向確認し担当スタッフと情報共有を図る	随時対応	病院から説明を受けたことは、ケアマネに伝える 退院後の生活への希望も、ケアマネに伝える	
退院の見込み→退院調整	退院見込み日を家族・ケアマネに連絡	病院・家族から連絡を受けたら、サービス事業所担当者にも連絡	随時対応	病院から連絡を受けたらケアマネに連絡	
	退院前カンファレンスの開催（できるだけ１週間前まで）･「カンファレンスの進め方」参照				
	【カンファレンス】 在宅への移行がスムーズにできるよう、病院チームと退院後の生活をサポートする在宅チーム（患者に応じて参加者は異なる）が情報共有、意見交換をおこないます。			病院から退院後の日常生活についての注意事項等の説明があったらケアマネに連絡する	
退院時	**「退院時情報提供書」**の作成、ケアマネに渡す	次回受診日の確認 追加の確認事項	服薬管理アドバイス	次回受診日の確認	
退院後	継続して受診する患者の場合は状態の変化をケアマネに情報提供	ケアプランを医療機関へ提供（必要に応じて）	状況確認し問題あればケアマネに連絡 状況に応じて口腔ケア	かかりつけ歯科医がない場合は、在宅歯科医療推進窓口地域拠点･支援窓口へ相談	

＜[参考]入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬＞　　（令和７年１１月時点）

主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。

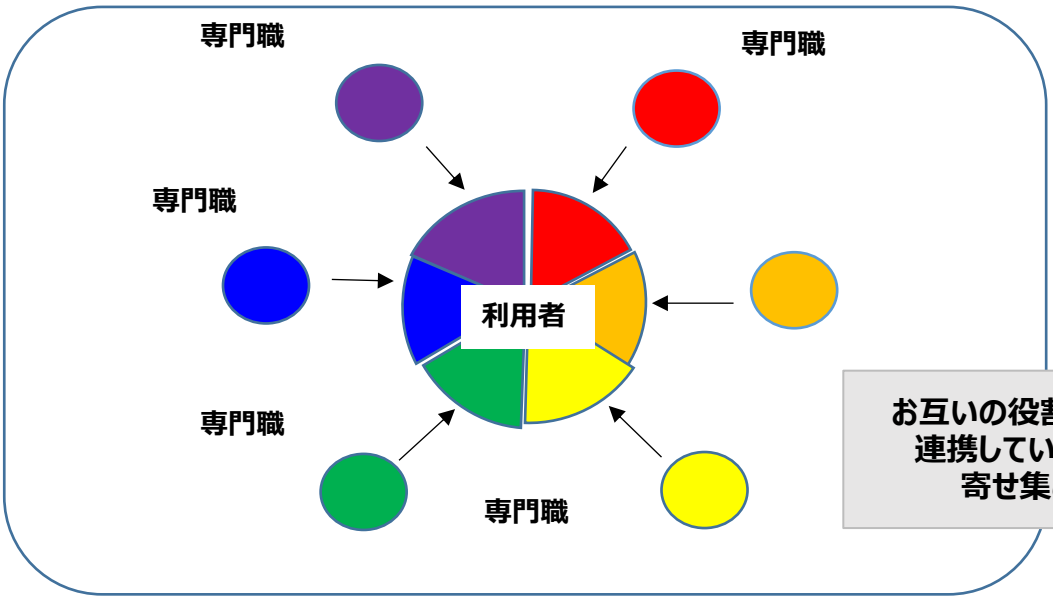


*介護予防支援、小多機、看多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

5　ルールを実践することで、私達が目指す多職種連携の姿

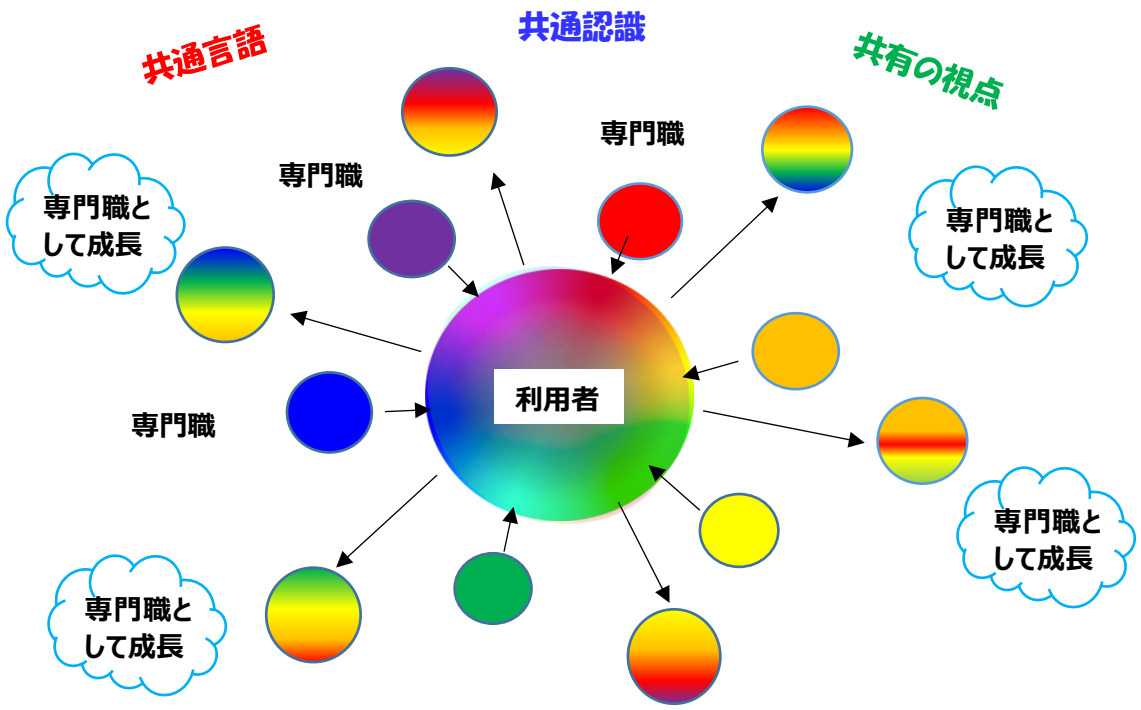
本ルールの実践により、分業で終わらせない、相互理解や相互の成長につながる連携を目指しています。

一般的な多職種連携のイメージ・・・



お互いの役割を分業して
連携しているつもり!?
寄せ集め連携

私達のめざす多職種連携の姿



患者(利用者)の情報・目標をチームで共有した上で
それぞれがチーム内の専門職として関わり、成長していく

６　多職種連携・相互理解に向けたポイント

多職種連携は、言葉でいうほど簡単ではありません。かかわる前から「見えない壁」や「見えないヒエラルキー」の存在を、お互いに感じているようです。では、それらを乗り越える手立てはないのでしょうか？

多職種連携は、お互いが「それぞれの異なる専門性と役割を持っている」と認識することから始まります。そして、互いに歩み寄ることで、自分とは違う視点と解決策を持っているプロだと気づくでしょう。助け合える仲間や味方が増えることで　日常における連携のみならず、入退院という緊急時の対応も、今よりスムーズになるのではないでしょうか。

本ルール策定にご協力いただいたみなさまへのヒアリングやアンケート調査から得た結果をもとに、多職種の相互理解に向けたポイントをまとめました。地域の多職種が少しでもスムーズに連携できよう、お役立ていただければ幸いです。

すべての職種のみなさまへ

連携は、相手の専門性を認め、歩み寄ることから。互いに尊重し丁寧な対応を心がけましょう。

職種により、立場や制度、関連する法律、必要とする情報、共通言語が異なります。お互いの専門性や視点をたいせつに対応し、職種を越えた信頼関係を築いていきましょう。



医師（医療関係者）のみなさまへ

1　ケアマネジャーの多くは医療職でないため、医師との連携には緊張しています。

ケアマネジャーは「ケアプランを作成する」役割を持つ専門職です。そのため、かかりつけ医からの情報は欠かせません。ケアマネジャーからの連絡にはどうぞ話に耳を傾けていただき、専門用語は少なめに、丁寧な対応をお願いします。

2　退院前カンファレンスは、できれば１週間前までを目安に開催をお願いします。

退院後のケアプランの作成には、時間がかかります。「明日、退院！」「あとはケアマネさん、よろしく！」では困るので、退院の見込みが決まり次第、ケアマネジャーにも連絡をお願いします。

3　「退院前カンファレンスの進め方」に沿ってお話ください。【P10】

「病院」➔「在宅」へ、短時間で効率よく情報を伝達するために、「退院前カンファレンスの進め方」をまとめました。進行は医療機関の担当者にお願いします。本人や家族への理解の確認や、ケアマネジャーからの質問タイムを設けていただけるよう配慮をお願いします。



病院＆入退院支援スタッフのみなさまへ



1　患者が入院した時は、病院側からケアマネジャーに連絡してください。

「家族からの連絡」は、思った以上にケアマネジャーに届きません。入院時の情報提供や、退院前の準備につなげるために、お手数でも病院からケアマネジャーへ連絡をお願いします。

＊患者が持つ「入院あんしんセット」等で、担当ケアマネジャーの名前や連絡先をご確認ください。

2　ケアマネジャーが行う入院中の面談や、情報収集にご協力ください。

患者の入院中、ケアマネジャーから情報収集・共有の希望があった際には、できるだけ応じてください。みなさまとの顔の見える関係づくりになり、その後の円滑な支援につながります。

3　退院前カンファレンスは、できるだけ 1 週間前までを目安に開催してください。

退院調整が必要な患者（P１参照）には、退院前カンファレンスを開催してください。

カンファレンスの準備には時間がかかるため、退院の目途が立ち次第、ケアマネジャー日程の調整をお願いします。

4　「退院前カンファレンスの進め方」【P10】に沿って、進行してください。

患者は不安や緊張で、質問できないことが多くあります。ケアマネジャーも発言のタイミングなどに迷い、聞きたいことが聞けないことがあります。患者やケアマネジャーにお声がけいただき、カンファレンスが有意義な時間になるようご協力をお願いします。

5　介護保険の申請や区分変更は、患者・家族・ケアマネジャーと相談の上で進めてください。

介護保険は、患者の希望や病状などから、介護保険サービスの利用を前提に申請します。

介護保険サービス利用の必要性を感じた時は、ケアマネジャーにご連絡ください。担当ケアマネジャーがいない場合は、患者の住所地を担当する大里広域地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へご連絡ください。

訪問看護ステーションのみなさまへ

1　医療保険で介入する時も、ケアマネジャーがいる患者の場合は日頃から連絡を取り合ってください。



2　退院前カンファレンスには、積極的にご参加ください。

退院後の生活について、ケアマネジャーと意見交換をお願いします。

ケアマネジャーのみなさまへ



1　利用者が入院したら、病院から連絡をもらえるよう準備をしましょう。

利用者はケアマネジャーの名前しか知らず、連絡先までわからない人もいます。
日頃から「入院あんしんセット」（P30）の準備を促し、名刺を数枚渡しておくなど、工夫しましょう。

2　「入院時情報提供書」はできるだけ病院担当者に直接渡し、顔合わせをしましょう。

病院担当者は、ケアマネジャーに病院に来てもらい、直接会って情報を得たいと思っています。
お互いに顔を知ることで、その後の連携もスムーズになります。入院中、面会の前には病院担当者に挨拶してから利用者と面会しましょう。**＊「転院」の時も、転院先の病院担当者に渡しましょう。**

3　病院の訪問に際しては、事前にアポイントメントを取りましょう。

病院では、アポイントメントのない訪問には対応できない場合があります。病院の適切な部署に連絡し、利用者（患者）の名前・訪問目的等を伝えて、事前に調整しましょう。

4　病院担当者と話をする時は、要件や結論から簡潔に伝えるようにしましょう。

「ケアマネさんの話は長い!?　趣旨がわかりにくい!?」と言われることがあります。
相手に分かりやすく伝えるために、自分が伝えたいことは端的に伝えましょう。質問に対しては、結論から伝えるようにしましょう。余分な緊張をしないために、シミュレーションもおススメです。

5　退院時の ADL に関する情報は、できるだけ自分の目で確認しましょう。

入院生活における ADL の情報は、環境が異なる自宅での生活に活かせないことがあります。
利用者の生活環境を詳しく把握しているケアマネジャーとして、直接確認しましょう。



6　退院前カンファレンスでは、必要な情報を確実に収集しましょう。

カンファレンスでは時間が限られています。確認したい点をまとめておきましょう。
「聴きづらい・言いづらい・怖い」と思わずに、利用者に適したケアプランを作成するために必要な情報を確実に収集しましょう。
退院後の連絡先についてまとめておくと、支援体制が明確になります。(P１１「これからも」)
ケアマネジャーも専門職です。医療職とも対等に連携していくことが求められます。

7　医療機関へ情報提供を求める際には、利用者・家族の了承を得ておきましょう。

利用者や家族の了承がないと、病院は情報提供することは困難です。利用者や家族の了承を得て、医療機関にも伝えたうえで、受診同行や病状説明・カンファレンスへ参加しましょう。

退院前カンファレンスの進め方

●司会は病院側（入退院支援・退院調整担当者）が担当することを想定しています

1　主治医からの説明

★医療用語はできるだけ簡単な言葉に置き変えて説明してください！

- □ 今回の入院に至った病名、経過、現状
- □ 今後の見通し・予後など
- □ 今後の生活や介護サービス利用時の注意点
  - ●禁止事項
  - ●観察ポイント・医療機関へ受診すべきタイミング
  - ●介護保険サービスの利用を中止する目安や指標



＊介護保険サービス事業所にも伝えますので、入浴やリハビリ中止の判断基準や○○の状態であっても入浴はかまわない、など具体的に教えてください。

2　患者・家族の理解度を確認

「説明を聞いていただきましたが、○○さんやご家族がこれから自宅で過ごすうえで心配されていることを教えて下さい。」と声をかけてください。

＊患者・家族にとって医療用語は難しく、考えているうちに説明が進んでしまいます。緊張もしているので、「わからない」と声を発するタイミングがつかめないことが、多くあります。

3　ケアマネジャーからの質問タイム

「ケアマネジャーから確認事項がありますか？」と声をかけてください。

＊ケアマネジャーが作成するケアプランは、医療情報・生活上の注意も含めて計画する必要があります。医療面のアセスメントがしやすいよう、確認の時間を取らせてください。

★ケアマネジャーは、あらかじめ確認事項をまとめておきましょう！

4　その他の職種からの確認タイム

★他の参加者へも声をかけてください。



5　方向性の確認・合意形成

＊司会の方が要点をまとめてください

これからも

―退院後の相談窓口について―



ご自宅に戻られた後も安心して過ごせるよう、私たちが支援していきます。

ケアマネジャー	事業所名	日中･平日/連絡先	夜間･休日/連絡先

かかりつけ医	診療所・クリニック名	日中･平日/連絡先	夜間･休日/連絡先

病院担当者	病院名	日中･平日/連絡先	夜間･休日/連絡先

	事業所名	日中･平日/連絡先	夜間･休日/連絡先

	事業所名	日中･平日/連絡先	夜間･休日/連絡先

お名前	間柄(キーパーソン等)	日中･平日/連絡先	夜間･休日/連絡先



これからも　私たちが
一緒に支援していきます！



7　「入退院支援ルール」利用についてのQ＆A

Q.このルールは、退院する人全員に「退院前カンファレンス」（退院調整）を行うのですか？

A.在宅での介護サービスが必要でないかたには、必ずしも退院前カンファレンスの必要はありません。ケアマネジャーからの要望がある場合、または病院側で退院調整が必要と判断した場合に行ってください。（P. 1 参照）

Q.これまでも入退院の際に、病院とケアマネジャー間で情報提供などは行ってきたが、なぜ今「入退院支援ルール」が策定されたのですか？

A.病院・在宅関係者への実態調査の中で、双方の連絡や情報提供が不十分と感じる事例があることがわかりました。そこで入退院時の連絡や情報提供において関係者が共通の認識を持ち同じルールを運用することで、より円滑な連携を図り、患者（利用者）が安心して在宅生活が送れるように、ルールを策定しました。

Q.担当ケアマネジャーがいない人は、必ず新規に契約する必要がありますか？

A.在宅での介護保険サービス利用が必要でないかたには、必ずしもケアマネジャーを契約する必要はありません。

Q.退院前カンファレンスには、必ず専門職を入れる必要がありますか？

A.介護保険での加算要件には専門職の参加がありますが、柔軟な対応をしていただけたらと思います。

Q.入退院情報提供書等に、空欄ができてしまうのですが・・・。



A.空欄ができることを怖がらず、できる限りの情報を記載してください。

Q.入院したらすぐに、退院に備えて介護申請をする必要がありますか？

A.介護保険は、サービスを受ける時の心身の状態（介護度）により、単価や限度額が変わります。入院直後は退院時の状態との相違が大きくなりがちなので、退院が近づいて、退院時の心身状態が見えてきた時に申請をお願いします。結果が出るまでには、1 カ月以上かかりますが、申請さえ済ませておけば、結果が出る前でも暫定でサービスを利用することができます。

Q.短期間に入退院をくり返すかたや、検査入院した場合でも、入退院支援ルールの適応となりますか？

A.入院前・退院後で状態に変化がない場合は、病院担当者と担当ケアマネジャーと調整のうえ、どのように対応するか判断してください。双方の了承のもと、入院情報提供書・退院情報記録書等の書面は省略し、電話連絡などで情報共有する場合も考えられます。



参 考 様 式

入退院時におけるケアマネジャーと医療機関関係者との連絡・連携に用いる参考様式を掲載しました。ヒアリングやアンケート調査の結果をもとに、双方が本当に必要としている情報が提供できるよう検討したものですので、参考にしてください。

様式１　入院時情報提供書　　［ケアマネジャー➔医療機関］

様式２　退院時情報提供書　　［医療機関➔ケアマネジャー］

様式３　ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票　［ケアマネジャー⇔医療機関］

ケアマネジャー➔医療機関

入院時情報提供書

【様式１-１】

事業所名	
担当者名	
電話番号	
ＦＡＸ番号	
記入日	

令和　　年　　月　　日	
医療機関名	
ご担当者名	

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1　基本情報

患者氏名	（フリガナ）		年齢	歳	性別	
			生年月日	明・大・昭		
住所			電話番号			
住環境	戸建て（　　）集合住宅：　階：エレベーター有・無（特記：　　）					
日常生活自立度	判断	☐ 医師	障害高齢者 ☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2			
		☐ ｹｱﾏﾈ	認知症高齢者 ☐ 自立 ☐ Ⅰ ☐ Ⅱa ☐ Ⅱb ☐ Ⅲa ☐ Ⅲb ☐ Ⅳ ☐ M			
介護保険	介護度		HDS-R	点	月　日	障害者手帳
年金	☐ 国民年金　☐ 厚生年金　☐ 障害年金　☐ 生活保護　☑ その他（　　）					

2　家族構成・連絡先

世帯構成	☐ 独居　☐ 高齢者世帯　☐ 子と同居　☐ その他（　　）　☐ 日中独居					
主介護者		続柄		☐ 同居　☐ 別居 住所	電話	
キーパーソン		続柄		☐ 同居　☐ 別居 住所	電話	
その他		続柄		☐ 同居　☐ 別居 住所	電話	

3　本人・家族の意向について

本人	趣味･関心	
	生活歴	
本人の生活に対する意向		※同封の居宅サービス計画を参照
家族の生活に対する意向		※同封の居宅サービス計画を参照

4　入院前の介護サービスの利用状況について

※同封の居宅サービス計画を参照

5　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）

在宅生活に必要な条件					
退院後の世帯状況	☐ 独居　☐ 高齢者世帯　☐ 子と同居（家族構成員数　　名）　☐ 日中独居				
	☐ その他				
世帯に対する配慮	☐ 不要	特記事項			
	☐ 必要				
退院後の主介護者	☐ 入院前と同じ	☐ 左記以外	続柄		歳
介護力＊	☐ 介護力が見込める	☐ 十分　☐ 一部	☐ 介護力は見込めない	☐ 支援者はいない	
家族や同居者等による虐待の疑い	☐ なし　☐ あり　詳細：				
ケアマネジャーとしての意見・思い					
	退院前カンファレンス	☐ 希望あり　具体的な要望：			

6　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	☐なし ☐あり:部位:		
ADL ※選択肢 （自立　見守り 一部介助 全介助）	移動		全介助の場合	室内	☐杖 ☐歩行器 ☐車いす ☐その他		
	移乗			室外	☐杖 ☐歩行器 ☐車いす ☐その他		
	更衣		食事		特記事項		
	整容		排尿				
	入浴		排便				
食事内容	回数	回/日	食形態区分	☐かまなくてもよい ☐舌でつぶせる ☐歯茎でつぶせる ☐容易にかめる			
	形態	☐普通 ☐きざみ ☐嚥下障害食 ☐ミキサー		口腔の清潔	☐良 ☐不良 ☐不明		
	摂取方法	☐経口 ☐経管栄養		水分制限	☐あり ☐なし ☐不明		
口腔	嚥下機能	☐むせない ☐時々むせる ☐常にむせる		義歯	☐なし ☐あり（部分・一部）		
夜間睡眠の状態		☐問題なし ☐やや難あり ☐問題あり		眠剤の使用	☐夜間 ☐常時		
コミュニケーション能力 ※プルダウン	視力		眼鏡	☐なし ☐あり	補聴器	☐なし ☐あり	
	聴力		コニュニケーションに関する特記事項				
	言語						
	意思疎通						
精神面における療養上の問題		☐なし	☐あり ☐幻視・幻聴 ☐興奮 ☐焦燥・不穏 ☐妄想 ☐暴力/攻撃性 ☐介護への抵抗 ☐不眠 ☐昼夜逆転 ☐徘徊 ☐危険行為 ☐不潔行為 ☐その他（　　）				
疾患歴		☐なし	☐あり ☐悪性腫瘍 ☐認知症 ☐急性呼吸器感染症 ☐脳血管疾患 ☐骨折 ☐その他（　　）				
入院歴	最近半年	☐なし ☐あり　理由：		期間：	☐不明		
	入院頻度	☐頻度は高い/繰り返している ☐頻度は低いがこれまでにもある ☐今回が初めて					
入院前に実施している医療処置		☐なし	☐あり ☐点滴 ☐酸素療法 ☐喀痰吸引 ☐気管切開 ☐胃ろう ☐経鼻栄養 ☐尿道カテーテル ☐消化管ストーマ ☐褥瘡処置 ☐痛みのコントロール（鎮痛剤の使用） ☐排便コントロール（下剤の使用） ☐自己注射 ☐その他（　　）				

7　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	☐なし ☐あり	居宅療養管理指導	☐なし ☐あり	職　種	
薬剤管理	☐自己管理	☐他者による管理	管理者	管理方法	
服薬状況	☐処方通り服用 ☐時々飲み忘れ ☐飲み忘れが多い/処方が守られていない ☐服薬拒否				
	特記事項				

8　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	☐通院	回/月
			☐訪問診療	回/月

ケアマネジャー➔医療機関

入院時情報提供書

記入例

【様式１-１】

事業所名	○○○居宅介護支援事業所
担当者名	介護支援専門員　○○　○○
電話番号	●●●-●●●-●●●●
ＦＡＸ番号	●●●-●●●-●●●●
記入日	令和●年●月●日

令和●年●月●日

医療機関名	○○病院　　御中
ご担当者名	医療介護連携室　○○　○○　様

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1　基本情報

患者氏名	フリガナ　オオサト　タロウ			年齢	７８歳	性別	男
	大里　太郎			生年月日	明・大・昭	●年●月●日	
住所	〒●●●－●●●●　○○市○○●●番地●			電話番号	●●●-●●●-●●●●		
住環境	戸建て（　平屋　）集合住宅：　階：エレベーター有・無（特記：　）						
日常生活自立度	判断	☑医師	障害高齢者 ☑自立 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☑B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2				
		☐ケアマネ	認知症高齢者 ☑自立 ☐Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M				
介護保険	介護度	要支援１	HDS-R	29　点	●月●日	障害者手帳	なし
年金	☑国民年金 ☐厚生年金 ☐障害年金 ☐生活保護 ☐その他（　）						

2　家族構成・連絡先

世帯構成	☐独居 ☑高齢者世帯 ☐子と同居 ☐その他（　） ☐日中独居					
主介護者	大里Ａ子	続柄	妻	☑同居 ☐別居 住所	電話	●●●-●●●-●●●●
キーパーソン	埼玉Ｂ子	続柄	長女	☐同居 ☑別居 住所 大宮	電話	●●●-●●●●-●●●●
その他		続柄		☐同居 ☐別居 住所	電話	

3　本人・家族の意向について

本人	趣味・関心	旅行、カラオケ
	生活歴	地域の役員を長年務め、最近は役職をおりて自宅でゆっくりしていた。
本人の生活に対する意向	家族の支援を受けながら自宅で暮らしたい。	※同封の居宅サービス計画を参照
家族の生活に対する意向	本人の考えに沿いたい。自宅で生活できるように介護サービスを利用したい。	※同封の居宅サービス計画を参照

4　入院前の介護サービスの利用状況について

デイサービス週１回（水）　※同封の居宅サービス計画を参照

5　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）

在宅生活に必要な条件	屋内の転倒危険因子の見直し。本人の回復状況。退院後の家族の介護負担の軽減。				
退院後の世帯状況	☐独居 ☑高齢者世帯 ☐子と同居（家族構成員数　名） ☐日中独居				
	☐その他				
世帯に対する配慮	☐不要	特記事項			
	☑必要	高齢者世帯のため、これまで以上に見守りが必要となる。			
退院後の主介護者	☑入院前と同じ	☐左記以外	続柄	妻	７８歳
介護力＊	☐介護力が見込める	☐十分 ☐一部	☑介護力は見込めない	☐支援者はいない	
家族や同居者等による虐待の疑い	☑なし ☐あり　詳細：				
ケアマネジャーとしての意見・思い	**病院側が知りたい情報です。できるだけご記入ください**				
	高齢者と言っても年齢はまだ７０代であり、本人の意欲もあるため、地域での生活を支援していきたい。				
	退院前カンファレンス	☑希望あり　具体的な要望：	本人の回復度、生活の中の注意事項の確認		

6　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	☑なし ☐あり:部位:	
ADL ※選択肢（自立　見守り　一部介助　全介助）	移動	自立	全介助の場合	室内	☐杖 ☐歩行器 ☐車いす ☐その他	
	移乗	自立		室外	☐杖 ☐歩行器 ☐車いす ☐その他	
	更衣	自立	食事	自立	特記事項	
	整容	自立	排尿	自立		
	入浴	自立	排便	自立		
食事内容	回数	3回/日	食形態区分	☐かまなくてもよい ☐舌でつぶせる ☐歯茎でつぶせる ☑容易にかめる		
	形態	☑普通 ☐きざみ ☐嚥下障害食 ☐ミキサー		口腔の清潔	☑良 ☐不良 ☐不明	
	摂取方法	☑経口 ☐経管栄養		水分制限	☐あり ☑なし ☐不明	
口腔	嚥下機能	☑むせない ☐時々むせる ☐常にむせる		義歯	☐なし ☑あり(部分・一部)	
夜間睡眠の状態		☑問題なし ☐やや難あり ☐問題あり		眠剤の使用	☐夜間 ☐常時	
コミュニケーション能力 ※プルダウン	視力	問題なし	眼鏡	☑なし ☐あり	補聴器	☑なし ☐あり
	聴力	問題なし	コニュニケーションに関する特記事項			
	言語	問題なし				
	意思疎通	問題なし				

精神面における療養上の問題	☑なし	☐あり ☐幻視・幻聴 ☐興奮 ☐焦燥・不穏 ☐妄想 ☐暴力/攻撃性 ☐介護への抵抗 ☐不眠 ☐昼夜逆転 ☐徘徊 ☐危険行為 ☐不潔行為 ☐その他（　　）
疾患歴	☑なし	☐あり ☐悪性腫瘍 ☐認知症 ☐急性呼吸器感染症 ☐脳血管疾患 ☐骨折 ☐その他（　　）

入院歴	最近半年	☑なし ☐あり　理由：　期間：　☐不明
	入院頻度	☐頻度は高い/繰り返している ☐頻度は低いがこれまでにもある ☐今回が初めて
入院前に実施している医療処置	☑なし	☐あり ☐点滴 ☐酸素療法 ☐喀痰吸引 ☐気管切開 ☐胃ろう ☐経鼻栄養 ☐尿道カテーテル ☐消化管ストーマ ☐褥瘡処置 ☐痛みのコントロール（鎮痛剤の使用） ☐排便コントロール（下剤の使用） ☐自己注射 ☐その他（　　）

7　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	☐なし ☑あり	居宅療養管理指導	☑なし ☐あり	職　種	
薬剤管理	☐自己管理	☑他者による管理	管理者：妻	管理方法	服薬を促す声がけ
服薬状況	☐処方通り服用	☑時々飲み忘れ	☐飲み忘れが多い/処方が守られていない	☐服薬拒否	
	特記事項	自分でも服薬管理はできるが、長年、妻が管理をしていた習慣がある。			

8　かかりつけ医について

かかりつけ医療機関名	○○クリニック	電話番号	●●●-●●●-●●●●
医師名	フリガナ　○○　○○○○ ○○　○○　医師	診察方法 頻度	☑通院 1回/月 ☐訪問診療 回/月

医療機関➔ケアマネジャー

退院時情報提供書

【様式２-１】

送付先
事業所名　　御中　　令和　　年　　月　　日

担当
ケアマネジャー　　様

＊太枠は、プルダウンにて選択入力ができます。

患者氏名		フリガナ		性別		生年月日	年　月　日
				退院時介護認定		介護度	☐申請中 ☐未申請
1 今回の入院概要と状況	入院・入所期間	入院日：　年　月　日　～　退院（予定）日：　年　月　日					
	入院疾患・目的					主治医	
	入院中の経過						
	移動		☐車いす ☐杖使用 ☐歩行器使用 ☐装具・補助具使用				
	移乗		更衣		口腔清潔		
	食事		☐普通食	☐治療食 ☐糖尿病食 ☐高血圧食 ☐腎臓病食			
			内容指示	（　kcal/日）（塩分　g/日）（たんぱく制限　g/日）			
	排泄		☐トイレ ☐ポータブル ☐尿器 ☐オムツ ☐パット ☐リハビリパンツ				
	入浴		入浴制限	☐なし ☐あり	種類	☐浴槽 ☐シャワー浴 ☐清拭 ☐その他	
	睡　眠	☐良好 ☐不良	眠剤使用	☐なし ☐あり	服薬管理		
	精神症状 認知症状	☐なし	認知症状	☐なし ☐あり			
		周辺症状	☐幻視・幻聴 ☐興奮 ☐不穏 ☐妄想 ☐暴力 ☐不眠 ☐介護への抵抗 ☐昼夜逆転 ☐不潔行為 ☐意思疎通困難 ☐徘徊				
2 本人や家族の受け止め・意向	【本人】病気・障害・状態等の受け止め方	本人への病名の告知	☐あり ☐なし				
	退院後の生活への意向・要望						
	【家族他】病気・障害・状態等の受け止め方						
	退院後の生活への意向・要望						
	入院中気になったエピソード、本人や家族の言動						
	キーパーソン	☐なし ☐あり	氏名		続柄	電話	
		特記事項					

３退院後の生活に引き継ぐ課題とアドバイス	継続する医療処置	□なし　□あり 以下から選択 □バルーンカテーテル　□褥瘡　□喀痰吸引　□気管切開　□酸素 □経鼻栄養　□胃ろう　□中心静脈栄養　□ストマ（人工肛門・人工膀胱） □人工透析　□その他（　　）
	感染症等	□なし　□あり（　　）
	今後の見通し 予後・合併症・ 急変の可能性等	
	看護の視点から	＊自宅や介護サービス提供時の観察ポイントや注意点等
	リハビリの視点から	＊自宅や介護サービス提供時の注意点・運動制限等 □リハビリサマリーあり
	他の視点から □栄養士 □薬剤師	
	今後の医療機関名	□通院　□訪問診療

カンファレンス記録			
1	年　月　日	病院	□医師　□病棟NS　□PT　□OT　□ST □MSW　□その他（　　）
		地域	□医師　□介護支援専門員　□地域包括支援センター　□PT　□OT □訪問看護（　　）　□その他（　　）
2	年　月　日	病院	□医師　□病棟NS　□PT　□OT　□ST □MSW　□その他（　　）
		地域	□医師　□介護支援専門員　□地域包括支援センター　□PT　□OT □訪問看護（　　）　□その他（　　）

医療機関名

記入担当者

医療機関➔ケアマネジャー

退院時情報提供書　記入例　【様式２-１】

送付先
事業所名　○○居宅介護支援事業所　御中

担当
ケアマネジャー　○○　○○　様

令和●年　●　月　●　日

＊太枠はプルダウンにて入力内容が選択できます。

※選択肢：男　女

※選択肢
明治　大正　昭和　平成

患者氏名	フリガナ　オオサト　タロウ 大里　太郎	性別	男	生年月日	昭和	●年　●月　●日	
		退院時介護認定		介護度	要支援１	☐申請中 ☐未申請	

1今回の入院概要と状況	入院・入所期間	入院日：　令和●年　●月　●日　～　退院（予定）日：　令和●年　●月　●日					
	入院疾患・目的	左大腿骨頸部骨折			主治医	澁澤　栄二	
	入院中の経過	当初は疼痛と慣れない生活にいら立ちがあったが、手術後は回復経過とともに落ち着き、病棟での問題はなかった。手術後の経過は良好である。下筋力の低下がある。					
	移動	一部介助	☐車いす	☐杖使用	☐歩行器使用	☐装具・補助具使用	
	移乗	見守り	更衣	見守り	口腔清潔	一部介助	
	食事	自立	☐普通食	☐治療食	☐糖尿病食	☐高血圧食	☑腎臓病食
			内容指示	（　kcal/日）（塩分　g/日）（たんぱく制限　g/日）			
	排泄	見守り	☐トイレ	☐ポータブル	☐尿器	☐オムツ	☐パット　☐リハビリパンツ
	入浴	一部介助	入浴制限	☐なし　☐あり	種類	☐浴槽　☐シャワー浴　☐清拭　☐その他	
	睡　眠	☑良好　☐不良	眠剤使用	☑なし　☐あり	服薬管理	一部介助	
	精神症状 認知症状	☑なし	認知症状	☐なし　☐あり			
		周辺症状	☐幻視・幻聴	☐興奮	☐不穏	☐妄想	☐暴力　☐不眠
			☐介護への抵抗	☐昼夜逆転	☐不潔行為	☐意思疎通困難	☐徘徊

2本人や家族の受け止め・意向	【本人】病気・障害・状態等の受け止め方	本人への病名の告知	☐あり　☐なし			
		骨折前より、行動制限があるが受け入れている。 退院を楽しみにしているが、妻に負担をかけるのではないかと心配している。				
	退院後の生活への意向・要望	できるだけ、妻や長女に負担をかけたくない。				
	【家族他】病気・障害・状態等の受け止め方	自分たちに介護ができるか心配である。				
	退院後の生活への意向・要望	本人のやる気を尊重したい。家に引きこもらないようにしてほしい。介護保険の利用。				
	入院中気になったエピソード、本人や家族の言動	本人「妻の介護負担が増える。」、妻「自分も体力に自信がない。」 長女「育児と介護は大変だ。」				
	キーパーソン	☐なし　☑あり	氏名	埼玉　Ａ子	続柄 長女	電話 ●●●-●●●-●●●●
		特記事項	妻は高齢で自身のことで精一杯。市内に住む長女が支援を行う意思あり。			

ACPにつながる情報です。できるだけご記入ください

3 退院後の生活に引き継ぐ課題とアドバイス	継続する医療処置	☑なし　☐あり　以下から選択 ☐バルーンカテーテル　☐褥瘡　☐喀痰吸引　☐気管切開　☐酸素 ☐経鼻栄養　☐胃ろう　☐中心静脈栄養　☐ストマ（人工肛門・人工膀胱） ☐人工透析　☑その他（　　）
	感染症等	☑なし　☐あり（　　）
	今後の見通し 予後・合併症・急変の可能性等	○行動制限あり。 過度にかかる股関節の体重負荷に気を付ける。○分以上の歩行注意。 ○転倒注意。 **今後の生活に向けて必要な項目ですので、ご記入お願いします！**
	看護の視点から	＊自宅や介護サービス提供時の観察ポイントや注意点等 ○排泄は動作、移動に時間がかかるため、トイレの誘導やタイミングを知る。 ★退院後に予想される体調の変化や、気を付けること等、どのようなことでもご助言ください。
	リハビリの視点から	＊自宅や介護サービス提供時の注意点・運動制限等 ○下肢筋力低下　運動メニュー添付 ○過度の行動制限は、本人の生活の楽しみを奪う。初めは車いすを使用し、体力の回復とともに生活範囲を広げていく。 ☐リハビリサマリーあり ★身体状況の情報は、退院後の生活行動に大きく関係します。 ★ケアプラン作成にあたり、できること、できないこと、気を付けること等、どのようなことでもご助言ください。
	他の視点から ☐栄養士 ☐薬剤師	○医療相談室から 入院中に介護保険の申請を行った。
	今後の医療機関名	○○○クリニック　☑通院　☐訪問診療

カンファレンス記録			
1	●年　●月　●日	病院	☑医師　☑病棟NS　☑PT　☐OT　☐ST ☑MSW　☐その他（　　）
		地域	☐医師　☑介護支援専門員　☐地域包括支援センター　☐PT　☐OT ☑訪問看護（　　）　☐その他（　　）
2	年　月　日	病院	☐医師　☐病棟NS　☐PT　☐OT　☐ST ☐MSW　☐その他（　　）
		地域	☐医師　☐介護支援専門員　☐地域包括支援センター　☐PT　☐OT ☐訪問看護（　　）　☐その他（　　）

医療機関名　●●●病院

記入担当者　看護師　●●●●

【様式３】

令和　　年　　月　　日

ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票（介護保険）

【ケアマネ記入欄】

医療機関名 御中 主　治　医　　先生	⇦ ⇨	事業所 所在地 TEL　　FAX ケアマネジャー

下記の利用者につきまして、主治医のご指導・ご意見を頂きたくお願い申し上げます。
尚、情報提供への利用者本人･家族の同意を、介護支援事業所及び介護支援専門員が頂いております。

氏　名		介護度	申請中 ・要支援 １　２ 要介護 １　２　３　４　５
住　所		電　話	
生年月日	明　大　昭　　年　　月　　日　（　　歳）　　男 ・ 女		
照会目的	☐ 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・助言などについて		
	☐ 福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について		
	☐ サービス担当者会議における医学的意見について		
	☐ 利用者の病状・日常生活における医学的意見・指示について		
	☐ その他（　　）		
＜相談・意見内容等＞			

【医師記入欄】　　**＊この連絡票での回答は、診療情報提供料の算定はできません**

回答方法	☐	FAXで回答します。	☐	取りに来てください。	
	☐	郵送します。	☐	その他	
照会目的 相談に対する 回　答　欄	サービス担当者会議に　☐ 参加　☐ 欠席				

上記のとおり連絡いたします。

令和　　年　　月　　日

主治医:
（署名）

参 考 資 料

入退院時の連携は、介護保険で関わるケアマネジャーと、医療保険で関わる医療従事者が歩み寄るのですから、それ自体がそもそも難しいことです。

そこで、お互いを少しでも理解していただけるよう、医療従事者向けの介護保険情報、ケアマネジャー向けの医療機関情報等を掲載しました。自分の職種以外の所も参考にしてください。

医療と介護関係者が良好
な支援につながります。相互理解を深め、協力・連携の輪(和)を広げていきましょう。

介護保険の要支援・要介護認定申請の流れ

申請に必要なもの

※申請書は市町の窓口または大里広域市町村組合のホームページ等でダウンロードすることもできます。



認定申請書


介護保険証
（40～64歳は医療保険証）



主治医、医療機関の名称や所在地がわかるもの
（診察券など）

1 各市町の窓口で申請をしましょう

イメージ図

窓口で申請した後、要介護(要支援)度は、以下のように決まります。

申請時に指定された医師へ意見書記載を依頼

2 主治医に意見書を求めます（主治医意見書）

意見書作成



3 心身の状況などを調査します（認定調査票）



介護認定調査員がご自宅などを訪問し、対象のかたの心身の状態や、日中の生活、家族・居住環境などについて聞き取りを行います。
※調査は広域職員のほか、委託先の介護サービス事業所が行うことがあります。

4 コンピューターによる判定（一次判定）

5 介護認定審査会※による審査判定（二次判定）

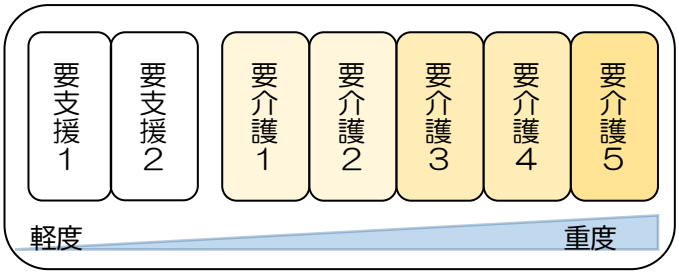
非該当

認定

※介護認定審査会の委員は、保健・医療・福祉に関する専門職ら、５人で構成されています。

自　立

※介護保険のサービスは受けられませんが、市や町で行っている地域支援事業(介護予防教室等)のサービスを受けることができます。



6 認定結果のお知らせ

※おおよそ 40 日後に郵送でお知らせします。

介護保険の要支援･要介護認定申請のながれ：解説

手　順	医療機関から案内するときの注意点
「要介護（要支援）認定申請書」の提出 	本人、家族及び支援者（ケアマネジャー等）が申請します。申請窓口は、各市町の窓口（下の表参照）で行うことができます。申請書は、大里広域市町村圏組合や市町のホームページからダウンロードすることもできます。 申請窓口では、家族等から主治医に、介護認定の申請について相談するようお伝えしています。（介護認定の際には、主治医の意見書の記載依頼先として、申請書に「主治医の氏名と医療機関名」を記載する欄があります。）また、「介護保険　主治医意見書問診票」を主治医に提出する必要がある場合もあります。（問診票が必要かどうかは、主治医の所属する医療機関等により異なります。）
認定調査 **主治医意見書の受領** 	認定調査は、要介護認定を受ける本人に対して実施します。基本的には、家族か、現在の状況をよくご存じの関係者に調査の立ち合いをお願いしています。また、認定調査は、**入院中や、手術等が控えている場合には、病状が安定してからの申請をおすすめしています。** 主治医意見書は、大里広域市町村圏組合から、申請時に主治医に指定された医師へ直接送付します。 申請者に意見書の依頼に関する書類をお預けすることはありません。
認定審査会の開催	大里広域市町村圏組合において、医師や看護師、介護福祉士等で構成される認定審査会が開催され、要介護（要支援）の認定が決定します。
要介護（要支援）認定 	要介護（要支援）認定の結果通知は、審査会の翌日以降に、本人の住所や指定された送付先へ送られます。 内容を確認していただき、介護サービス利用に向けて、大里広域地域包括支援センターかケアマネジャーと調整してください。

●本人や家族が、申請しやすい窓口をお伝え下さい

介護保険事業窓口	連絡先
大里広域市町村圏組合　介護保険課	048-501-1330
熊谷介護保険事務所（熊谷市役所　長寿いきがい課内）	048-524-1402
大里介護保険事務所（熊谷市大里行政センター　市民福祉係）	0493-39-4804
妻沼介護保険事務所（熊谷市妻沼行政センター　福祉係）	048-588-1323
江南介護保険事務所（熊谷市江南行政センター　市民福祉係）	048-536-1529
深谷介護保険事務所（深谷市役所　長寿福祉課内）	048-574-8544
岡部介護保険事務所（深谷市岡部総合支所岡部　市民生活課内）	048-585-2214
川本介護保険事務所（深谷市川本総合支所川本　市民生活課内）	048-583-2532
深谷市花園総合支所（花園　市民生活課内）	048-584-1121
寄居介護保険事務所（寄居町役場　福祉課内）	048-581-7718

介護保険申請の必要性・確認チェックリスト（担当ケアマネがいない患者の場合）

チェック項目	該当	参考
・立ち上がりや歩行に介助が必要ですか？		要介護相当
・食事及び口腔ケアに介助が必要ですか？		
・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用していますか？		
・入浴・更衣に介助が必要ですか？		
・入院前より、日常生活に支障をきたしていますか？（ＡＤＬの低下等）		
・福祉用具や住宅改修等の環境整備が必要ですか？		
・日常生活に支障をきたすような認知症状がありますか？		
・内服薬の管理に介助が必要ですか？		
・入退院を繰り返していますか？		
・医療処置が必要な患者（がん末期・感染症・褥瘡・在宅酸素等）ですか？		
・独居で調理や掃除などの身の回りのことに、介護が必要ですか？		要支援相当
・買い物や通院の支援が必要ですか？		
・家族の高齢や疾患などにより介護力が乏しく、援助・支援が必要ですか？		
・日常生活はほぼ自立しているが、認知症である		
・65 歳以上で精神・知的障害がある		
・5 種類以上の薬を内服していて、自己管理が難しい状態である		
・現在、日常生活はほぼ自立しているが、今後新たな医療処置が必要・または見込まれますか？（がん患者や進行性疾患患者等）		
・栄養指導・食事療法・体重管理が必要ですか？		共通
・虐待（身体的・心理的・経済的・性的・ネグレクト）の疑いがありますか？		
・生活困窮者である		

参考：「埼玉県入退院支援ルール　標準例」

入院患者に介護保険の申請を検討する際は、こちらのチェックリストをご活用ください。
担当ケアマネジャーが決まっていない患者で、1 項目でも該当した場合は、まずは患者の住所地を担当する大里広域地域包括支援センターや居宅介護支援事業所にご相談ください。



●40 歳以上で６５歳未満の患者で、介護保険の対象となる 16 の特定疾病●

1.がん
(医師が一般的に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る)
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.骨折を伴う骨粗鬆症
6.初老期における認知症
7.進行性核上性麻痺、大脳皮質基底膜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.糖尿病性神経障害性、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症脳血管疾患
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

介護保険法施行令第２条

患者に介護申請を促すときに、病院にお願いしたいこと

要介護（要支援）の申請窓口で確認される内容

- 主治医には、介護保険の申請をすることを話して、了承を得ていますか？
- 主治医の名前と、医療機関はどこですか？
- 申請者が本人以外の場合、どなたが申請しますか？
- 訪問調査を受ける場所は決まっていますか？（病院？　施設？　自宅？）
- 訪問調査の日程調整は、誰とすれば良いですか？
  （職員の○○さん、家族の○○さんなど）
- サービス利用の緊急性がありますか？
  （ガン末期の診断を受けており、サービスを早急に利用する可能性）





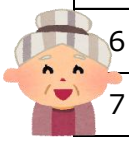
聞いてない・・・

病院から「介護保険の申請して下さい！」と促しただけでは、患者・家族は申請窓口での確認事項に答えられないことがあります。二度手間や、申請が遅れてしまわないよう、病院からは次の内容をお伝えください。



病院から患者・家族に要介護（要支援）認定申請を促す場合の必要事項チェックリスト

1	主治医の氏名(フルネーム）を伝えたか？	YES　NO
2	訪問調査を受ける予定の場所を伝えたか？ 例：病院・施設・自宅等	YES　NO
3	訪問調査の日程調整をするための連絡先となる方を決めたか？ 例：病院職員の誰が対応するか　家族の誰が対応するか	YES　NO
4	「介護保険主治医意見書問診票」が必要か、不要かを伝えたか？ ※病院で必要な場合は、申請時に申請者に渡します	YES　NO
5	サービス利用の緊急性があるかを伝えたか？ ※がん末期の診断がある場合は、緊急対応の対象となります	YES　NO
6	退院日や退院予定日を伝えたか？	YES　NO
7	退院後の生活において、必要なサービスや本人・家族の希望を確認したか？	YES　NO



ケアマネジャーの皆さまへお願い　－急な入院に備えて日頃から準備を－

予期しない入院にも慌てず対応できるよう、日頃からケアマネジャーの皆さまにお願いしたいポイントです。
利用者や家族にとって身近な存在である皆さまから、利用者・家族にお伝えいただきたい点をまとめました。

日頃の関わりでお願いしたいこと



1　担当ケアマネジャーの名前を覚えてもらう(伝えてもらう)ための工夫

入院時、医療機関は患者（利用者）に担当ケアマネジャーがいるか気にかけていますが、利用者・家族は担当ケアマネジャーの名前・連絡先を伝えられないこともあります。そんなときに備えて、ケアマネジャーの名刺を本人用・家族用・予備用として、複数枚渡しておくことをお勧めします。

入院した際は、予備の名刺を病院に渡してもらうことで、病院⇔ケアマネジャーの連携がスムーズになります。

2　個人情報の使用に関する同意を得ておきましょう

利用者との契約時に十分に説明し、必ず同意書を取り交わしましょう。また必要時はできるだけ声がけし、その都度許可を取るようにしましょう。同意書の書式例を、P２９に掲載しました。参考にしてください。

3　医療機関の連絡相談窓口の把握

医療機関によって、連絡相談窓口（担当者）が異なりますので、各居宅介護支援事業所に配布しました入退院支援ルールのＰ25～27 の「地域の病院の連携窓口」を活用ください。

4　ＡＣＰの意識を持ち、利用者の思いや希望に耳を傾けましょう

いざという時に利用者が望む医療や介護を受けられるよう、利用者が自分の思いを伝えられるうちに話を聞いておきましょう。意思表示ノートやエンディングノートを活用するのもおすすめです。
（※詳しくは、お住まいの市町、在宅医療連携室にお問い合わせください。）





ケアマネジャーから患者(利用者)・家族に伝えていただきたいこと

1　「入院あんしんセット」の準備

通院や急な入院に備えて、日頃から「入院あんしんセット」をひとまとめにして準備しておくよう伝えてください。
利用者向けの「入院あんしんセット」のお知らせ（Ｐ30）を掲載しましたので、活用してください。

2　入院予定・入院する(した)際には、家族からケアマネジャーにも連絡を！

予定入院の場合や入院することが決まった時、緊急入院の際はできるだけ早めにケアマネジャーに連絡をしてもらうよう、あらかじめ利用者・家族に依頼しておきましょう。 また、病院からケアマネジャーに連絡があることも説明し「病院が勝手にケアマネジャーに連絡した！」とならないよう、同意を取っておきましょう。入院時から病院とケアマネジャーが連絡・連携することは、在宅復帰に向けた準備が円滑にすすむことを説明してください。

参考書式

個人情報使用に関する同意書

1　使用する目的

在宅の介護サービス調整にあたり、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供するため。

2　使用にあたっての条件

①個人情報の提供は、１に記載する目的の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）、入院時情報提供書、退院時情報提供書、医療と介護との連携連絡票
・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、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命・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
・その他の情報

年　　月　　日

利用者または代理人　氏名　　㊞

（代理人の場合、本人との続柄：　　）

住民のみなさまへ

もしもの時に備えて・・・

「入院あんしんセット」を準備しましょう！



＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿様

事業所：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
担当ｹｱﾏﾈｼﾞｬｰ：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿
連絡先：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

○ 通院や急な入院に備えて、**「入院あんしんセット」**を
１つのケースやバッグなどにまとめて準備しておきましょう。

○ 通院、入院した時は「入院あんしんセット」から　必要なものを
病院の担当者に見せてください。

○ 「入院」になった時や「退院」「転院」が決まった時は、
できるだけ早めに担当のケアマネジャーに連絡してください。
ケアマネジャーが病院へ連絡することもあります。



※このほかに家族の連絡先など、自分で必要と思う
大切なものを一緒に入れておきましょう。

本ルールの運用に関する共通事項

1　適応地域
　熊谷市　・　深谷市　・　寄居町



2　運用開始
　令和３年　７月

3　入退院支援の担当者
・病院担当者：病院（有床診療所を含む）の病棟看護師、地域連携室（連携担当者）専門職等
・ケアマネジャー：居宅介護支援事業所、地域包括支援センター
・患者にかかわる、地域の多職種

協力機関

・熊谷市医師会　・深谷寄居医師会　・熊谷市歯科医師会　・深谷寄居歯科医師会
・熊谷薬剤師会　・深谷市薬剤師会　・寄居薬剤師会　・深谷市薬剤師会在宅相談窓口
・深谷寄居地区在宅歯科医療推進窓口地域拠点
・埼玉県理学療法士会熊谷エリア・深谷本庄エリア
・埼玉県地域リハビリテーションケアサポートセンター北部圏域
・特定非営利活動法人オレンジステーション(日本栄養士会　認定栄養ステーション)
・大里広域地域包括支援センター　・熊谷市介護支援専門員連絡協議会
・深谷市介護支援専門員連絡協議会　・よりいケアマネの会
・熊谷市、深谷市、寄居町の訪問看護ステーション
・熊谷市、深谷市、寄居町の病院のＭＳＷ等
・熊谷保健所

あとがき

今後、在宅での療養生活を続けていくためには、病院と地域をつなぐ円滑な「①入退院支援」「②多職種協働による日常の療養生活の支援」「③急変時の対応」「④患者が望む場所での看取り」の体制整備が必要であり、本ルールの策定もその一環です。

医療と介護の関係者が同じルールを活用することで歩み寄り、相互理解と今後の多職種連携がより一層深まっていくことを願っています。

本ルールの作成にご協力いただいた、関係機関の皆様に心より感謝申し上げます。

入退院支援ルール　令和３年７月発行
令和７年１１月更新

■企画・発行■

熊谷市役所長寿いきがい課　〒360-8601　埼玉県熊谷市宮町二丁目 47 番地 1
深谷市役所長寿福祉課　〒366-8501　埼玉県深谷市仲町 11 番 1 号
寄居町役場福祉課　〒369-1292　埼玉県大里郡寄居町大字寄居 1180 番地 1
熊谷市在宅医療支援センター　〒360-0012　埼玉県熊谷市上之 3854　熊谷生協病院内
深谷寄居在宅医療連携室　〒366-0033　埼玉県深谷市国済寺 319 番地 3