

奈良市入退院連携マニュアル

—病院と地域の切れ目のない連携をめざして—

令和7年7月改訂版

奈良市

目次

1. 目的	1
2. 入退院調整ルールの基本	1
(1) ルールの参加・関係機関	1
(2) ルールの対象となる患者の基準	1
(3) ルールの位置づけ・見直し	1
3. 入退院調整ルールの内容	2
(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（要介護認定等を受けている）	2
(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（要介護認定等を受けていない）	4
(3) 退院調整が必要な患者の基準	5
(4) 個人情報の取り扱いについて	6
4. 病院の担当窓口一覧	7
5. 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧	11
6. 参考様式	12
(1) 受診・入院必携セット、連絡先カード	12
(2) 入院時情報提供書	13
(3) 退院・退所情報記録書	14
(4) 退院前カンファレンスシート	15
7. Q&A	16
8. 関係機関一覧	18

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、介護の必要な方が、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。

2. 入退院調整ルールの基本

(1) ルールの参加・関係機関（令和7年7月現在）

- ・病院：20 病院
- ・奈良市内居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所
- ・奈良市地域包括支援センター13 か所、奈良市基幹型地域包括支援センター
- ・奈良市訪問看護ステーション連絡会
- ・奈良市在宅医療・介護連携支援センター
- ・奈良市医師会
- ・奈良市長寿福祉課、介護福祉課

(2) ルールの対象となる患者の基準

次のいずれかに該当する方が、退院調整を行う必要があります。

①入院前にケアマネジャーが決まっている方

（入院前に介護保険サービスを利用していた方）・・・・・・・・P2～3 参照

※転院する又は施設に入所する場合（在宅復帰しない場合）

入院時情報提供書の提出があった病院は、転院・入所する旨をケアマネジャーに連絡する。且つ、その「入院時情報提供書」を複写し、転院先の病院又は入所先の施設へ引き継ぐ。

②入院前にケアマネジャーが決まっていない方

（退院後新たに介護保険サービスを利用する方）・・・・・・・・P4～5 参照

下記の項目に該当する患者は、上記のルールから除外する。

- ・短期入院や検査入院等で、状態変化がない場合
- ・化学療法等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

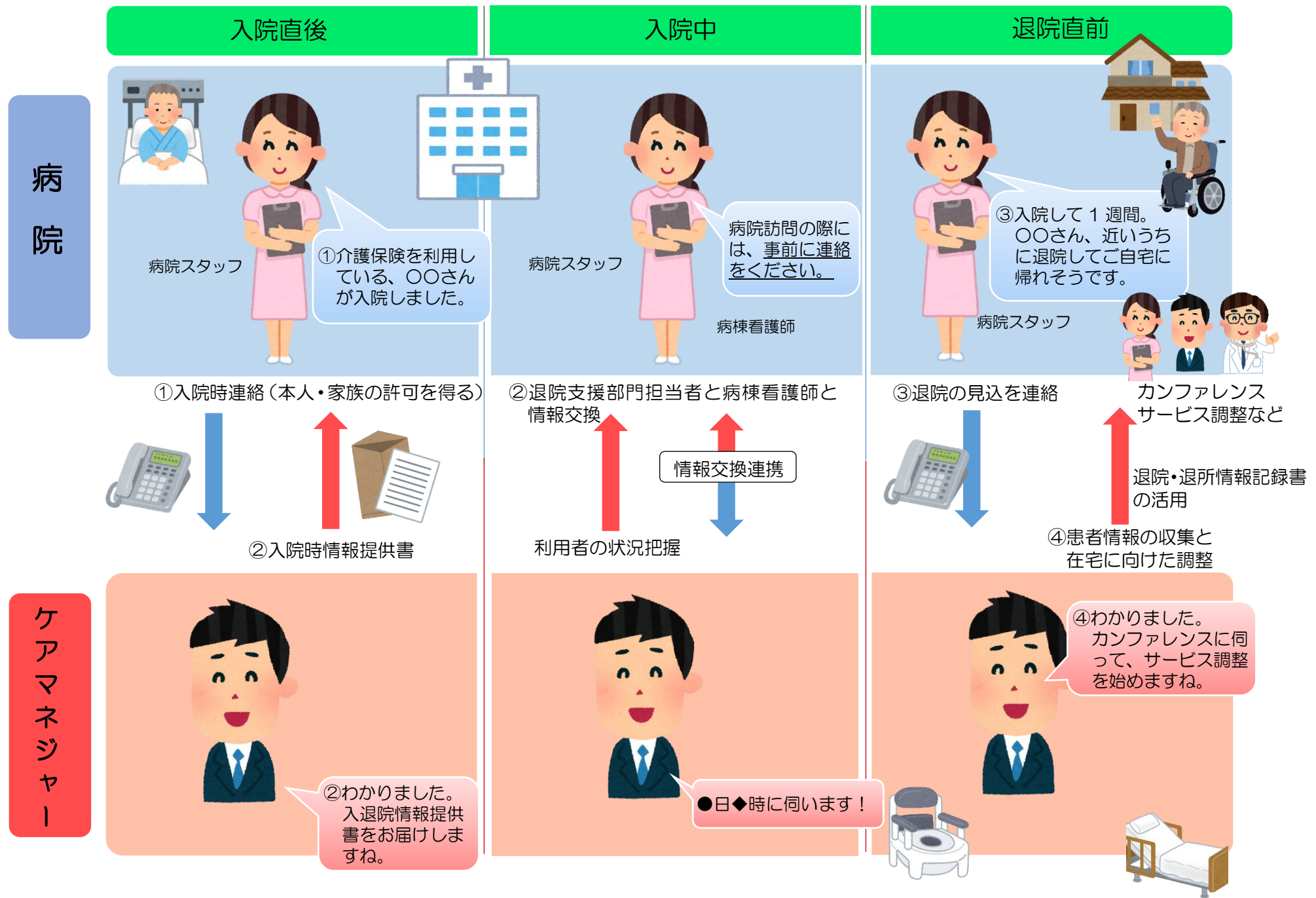
(3) ルールの位置づけ・見直し

奈良市入退院連携マニュアルは、病院とケアマネジャーの連携をとりやすくするための標準を定めた「ツール」であり、強制的な効力を持つものではありません。そのためルールに定めた日数などは、「目安」とし参考にしてください。個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整をお願いします。このマニュアル運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要があれば関係者間で協議の上、適宜見直しをしていきます。

3. 入退院調整ルールの内容

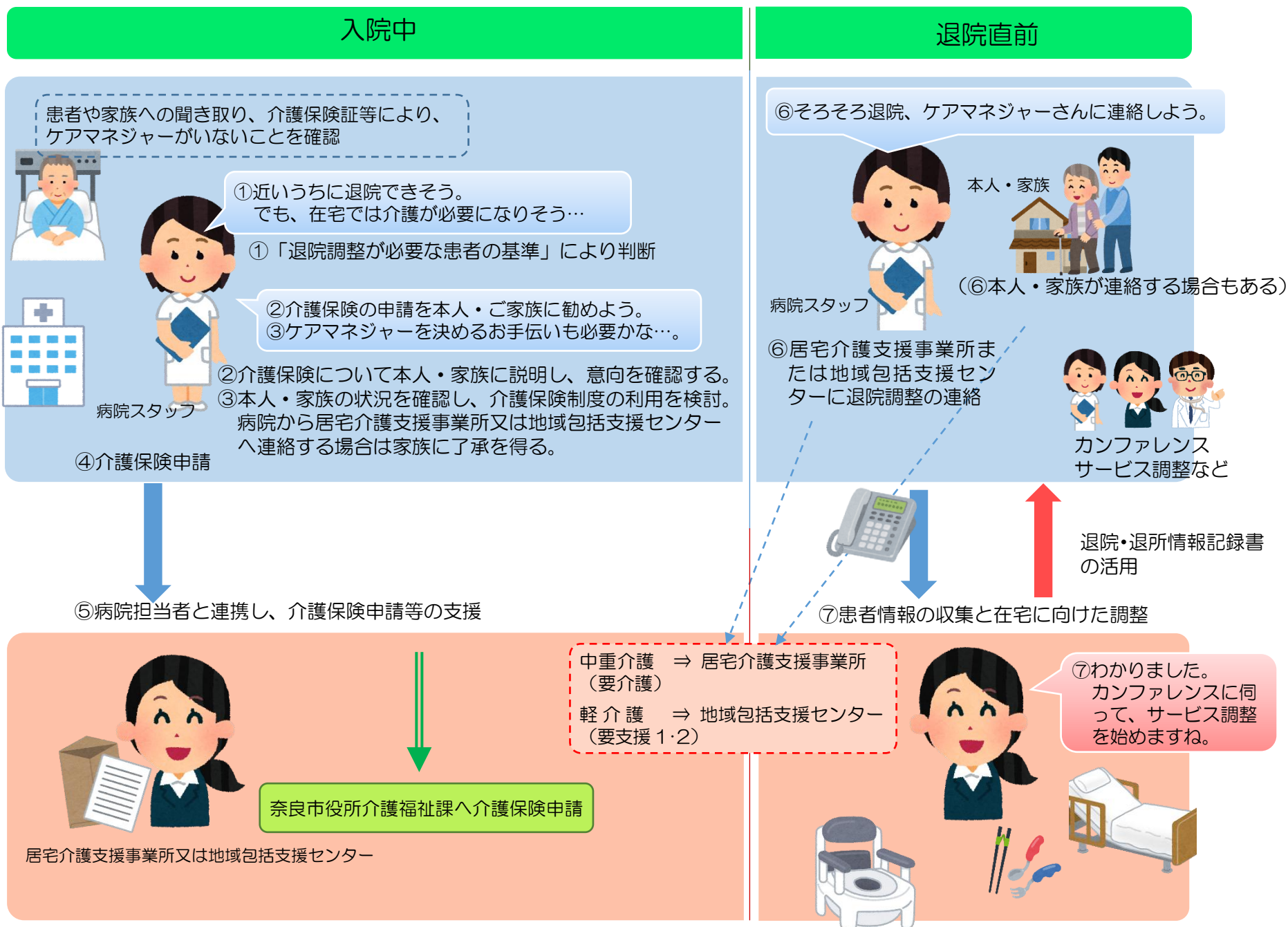
(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（要支援・要介護認定等を受けている）

2



入院直後～入院中		退院直前
入院の連絡（病院→ケアマネジャー）	入院時の情報提供（ケアマネジャー→病院）	退院の連絡について
・病院スタッフは、入院患者が介護保険を利用している場合、患者や家族にケアマネジャーを確認し、連携の許可を得たのち、ケアマネジャーへ入院したことを連絡する。家族からケアマネジャーへ連絡してもらう場合は、病院スタッフが、入院したことをケアマネジャーに連絡するように、家族へ伝える。 * <u>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。</u> ・ケアマネジャーが分からない場合は、奈良市役所介護福祉課へ問い合わせる（P18）。介護福祉課（給付係）は、成りすまし防止のため、折り返し電話対応により、<u>居宅介護支援事業所名のための情報提供とする。</u> ・病院スタッフがケアマネジャーを把握しやすいように、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■ ・利用者や家族に医療保険証や介護保険証等と一緒にケアマネジャーの名刺を保管していただく。一度名刺を渡していても、再度渡す。 ・p12「受診・入院必携セット」「連絡先カード」を利用者へ配布する。 ・利用者が常時目につくところ（電話の前、ベッドサイド等）に事業所名、ケアマネジャーの氏名、連絡先を貼っておく。（家族にもケアマネジャーの連絡先等を周知） ・入院するとき、何かあったときは、必ずケアマネジャーへ連絡することを利用者・家族に伝えておく。 ・ケアマネジャーや利用事業所等の連絡先、ケアプラン等の入ったファイルを作成し、それを利用者に渡し入院時に持参してもらうようにする。	・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、できるだけ速やかに「入院時情報提供書」（P13：参考様式）を病院スタッフ（P7～：病院担当窓口一覧）に情報提供する。 <u>FAXの場合：病院窓口へFAXする旨連絡をする。</u> <u>（個人情報消しておく）</u> <u>持参する場合：窓口は（P7～）病院の担当窓口一覧を確認する。</u> *介護予防の場合は、「利用者基本情報・介護予防サービス支援計画表」の情報提供でも可能とする。 ・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、事前に病院スタッフへ連絡のうえ訪問することが望ましい。 <u>病院とケアマネジャーの情報交換について</u> ・ケアマネジャーは、病院スタッフと連携を図り、入院中の利用者の状況把握に努める。 ・病院の入院時カンファレンス等に、ケアマネジャーの出席が「必要な場合」は、ケアマネジャーは「できるだけ」入院時カンファレンスや退院支援カンファレンスなどに参加する。 ・入院時情報提供書の『6.カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）』について希望ありにチェックがある場合、病院スタッフは、なるべくカンファレンス開催を検討する。	・病院スタッフは、患者の退院調整開始となった時点でケアマネジャーに連絡する。 ・急に退院となった場合は、病院スタッフは直ちにケアマネジャーへ連絡する。 ・下記の場合は、病院スタッフはできるだけ早くケアマネジャーへ連絡する。 - 住環境を考慮する必要がある方、 - 区分変更等が必要な方、 - 訪問診療・訪問歯科・訪問看護・薬局（薬の管理ができない）など医療的ケアが必要な方、 - 新しくサービスが必要な方、 - 入院前よりADLが下がっている方、 - 食事形態が変わっている方、 - 精神疾患のある方、 など ・病院スタッフは、患者の退院が決まった際、ケアマネジャーと双方で、十分に退院支援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。 ・ケアマネジャーは、病院スタッフから連絡を受け、退院支援カンファレンスや病院スタッフと情報交換を行う際、「退院・退所情報記録書」（P14：参考様式）を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。また、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） ・病院スタッフは、介護保険を利用する患者の看護サマリーを作成、もしくは電話連絡等での情報提供を行い、ケアマネジャーと情報を共有する。

(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（要支援・要介護認定を受けていない）



入院中		退院直前
退院調整が必要な患者について (病院→ 居宅介護支援事業所 又は地域包括支援センター)	介護保険申請等の支援	退院の連絡について(病院→ 居宅介護支援事業所 又は地域包括支援センター)
・病院スタッフは、「(3) 退院調整が必要な患者の基準」(下記)に基づき、適切な時期に居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター(以下、居宅又は包括)へ連絡をする。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、病院から居宅又は包括に事前に連絡することの了承を得ておく。家族から居宅又は包括へ連絡してもらう場合は、退院調整が必要なため居宅又は包括へ連絡してもらう旨を、病院スタッフが家族へ伝える。 ・また、患者・家族が介護保険の利用を拒否しているが、病院担当者として必要と判断する場合は、長寿福祉課(p18)へ連絡する。(0742-34-5439)	病院とケアマネジャーの情報交換について	・病院スタッフは、患者の退院調整開始となった時点で居宅又は包括に連絡する。 ・急に退院となった場合は、病院担当者は直ちに居宅又は包括へ連絡する。 ・以下の(3)退院調整が必要な患者の基準に該当する場合は、病院はできるだけ早く居宅又は包括へ連絡する。 ・居宅又は包括は、病院スタッフから退院調整開始について連絡を受けた場合は、退院支援カンファレンスや病院スタッフと情報交換を行う際、「退院・退所情報記録書」(P14: 参考様式)を活用し、入院中の利用者の情報把握に努める。また、居宅又は包括は、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) ・病院スタッフは、介護保険を利用する患者の看護サマリーを作成、もしくは電話連絡等での情報提供を行い、居宅又は包括と情報を共有する。
	・病院スタッフは、介護保険の利用が必要な患者の居住地の居宅又は包括(P18)と連携し、介護保険制度の説明、介護保険申請等の支援を行う。 ・居宅又は包括は、病院から入院患者の介護保険の利用に関する相談があった場合は、病院スタッフと連携のうえ、対象者の状況把握、介護保険申請等の支援を行う。 ・市の介護保険担当者は、入院患者の介護保険の申請を受け付けた場合は、認定調査を行い、退院後の円滑なサービス導入に努める。	

(3) 退院調整が必要な患者の基準(入退院支援加算『退院困難な要因を有している患者』参考)

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれかである	シ 入退院を繰り返している
イ 緊急入院である	ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態となることが見込まれる
ウ 要介護状態であるとの疑いがあるが要介護認定が未申請である又は要支援状態であるとの疑いがあるが要支援認定が未申請である	セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者	ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
オ 強度行動障害の状態の者	タ その他患者の状況から判断してアからソまでに準ずると認められる場合
カ 家族又は同居者から虐待を受けている又はその疑いがある	この項目に当てはまれば ⇒明らかに要介護の場合、かつ本人・家族と相談した上で判断できる場合は居宅介護支援事業所へ。 ⇒それ以外の場合は地域包括支援センターへ連絡。
キ 生活困窮者である	
ク 入院前に比べ ADL が低下し、退院後の生活様式の再編が必要である(必要と推測される)	
ケ 排泄に介助を要する	
コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない	
サ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要	

（４）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、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。また、地域包括支援センター、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（下記参照）、その目的や費用負担について、本人・家族に説明し同意を得た上で、適切な取り扱いを行う。

例示

居宅介護支援計画における個人情報使用同意書

私及びその家族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。

また、在宅の介護サービス調整のために、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必要がある場合。

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）
- ・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
- ・その他の情報

４．使用する期間 契約日～契約満了日

※ 医師から居宅介護支援事業所等に情報提供される際には、居宅療養管理指導費（介護予防を含む）または診療情報提供料の個人負担が生じることがあります。

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. 病院の担当窓口一覧（令和7年7月現在）

病院名	すでに介護保険を利用していた（ケアマネジャーが決まっている）場合						新たに介護保険を利用する （ケアマネジャーが決まっていない）場合			⑨外来患者の ケアプラン交付 の窓口	備考
	①ケアマネジャーからの入院時情報はどこに？		②ケアマネジャーへの 入院連絡	③入院中のケアマネ ジャーとの面談 主体者	④ケアマネジャーへの 退院連絡	⑤ケアマネジャーへの 転院連絡	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 保険申請について）	⑦介護保険申請対 象者について、包 括又は居宅へ連絡	⑧包括又は居宅へ 退院日を連絡		
	持参の場合	FAX・郵送の場合									
おかたに 病院	病棟 TEL：63-7700(代)	患者支援課 (FAX前に患者支援課へ ご連絡下さい) FAX：63-7706(直)	病棟	病棟看護師 患者支援課 （わからない 場合はSWへ）	病棟看護師	患者支援課	患者支援課	患者支援課	患者支援課	患者支援課	外来受付
	日時連絡：不必要	〒630-8141 南京終町1-25-1									
セ 国 奈 立 ン 病 タ 院 ー 機 医 構 療	入院病棟	地域医療連携室 平日8:30-17:15 FAX：45-4901	基本　ご家族 必要に応じ MSW	MSW	MSWもしくは 家族	基本　ご家族 必要に応じ MSW	MSW	MSW	MSW	地域医療連携室	
	日時連絡：不必要	〒630-8053 七条2-789									
五 条 山 病 院	連携室 平日・土曜9:30-17:00 TEL：44-1811	連携室 平日・土曜9:30-17:00 FAX：44-2499	精神保健福祉士	病棟看護師 精神保健福祉士	精神保健福祉士 もしくは家族	精神保健福祉士 もしくは家族	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	外来受付	
	日時連絡：必要	〒630-8044 六条西4-6-3									
済 生 会 奈 良 病 院	地域連携・医療相談室 平日9:00-17:00 TEL：36-1881	地域連携・医療相談室 FAX：36-1870	基本　ご家族 必要に応じ MSW	病棟看護師 およびMSW	基本　ご家族 必要に応じ MSW	基本　ご家族	必要に応じ MSW	適時対応	適時対応	外来受付	
	日時連絡：必要	〒630-8145 八条4-643									
沢 井 病 院	地域医療連携室 平日8:45-17:00 土曜日8:45-13:00 TEL：23-3556 FAX：93-5146	地域医療連携室 TEL：23-3556 FAX：93-5146	地域医療連携室 または 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室 または 病棟看護師	地域医療連携室 または 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 または 病棟看護師	地域医療連携室	
	日時連絡：不必要	〒630-8258 船橋町8									

病院名	すでに介護保険を利用していた（ケアマネジャーが決まっている）場合					新たに介護保険を利用する （ケアマネジャーが決まっていない）場合			⑨外来患者の ケアプラン交付 の窓口	備考	
	①ケアマネジャーからの入院時情報はどこに？		②ケアマネジャーへの入院連絡	③入院中のケアマネジャーとの面談主体者	④ケアマネジャーへの退院連絡	⑤ケアマネジャーへの転院連絡	⑥介護保険についての説明（介護保険利用意向の確認、介護保険申請について）	⑦介護保険申請対象者について、包括又は居宅へ連絡			⑧包括又は居宅へ退院日を連絡
	持参の場合	FAX・郵送の場合									
奈良県総合医療センター	病棟看護師（病棟が不明な場合は地連へ電話） 地域医療連携室 平日9:00-17:00 TEL：46-6001(代) 46-7999(地連)	地域医療連携室 平日9:00-17:00 FAX：46-7666	ご本人・ご家族 または 入退院支援室看護師 病棟看護師	ご本人・ご家族 または 病棟看護師	病棟看護師またはご家族へ依頼一部 地連医療連携室MSW 看護師が対応	病棟看護師またはご家族へ依頼一部 地連医療連携室MSW 看護師が対応	入退院支援室看護師 病棟看護師 または 地域医療連携室MSW 看護師が対応	入退院支援室看護師 病棟看護師 または 地域医療連携室MSW 看護師が対応	病棟看護師 または 地域医療連携室MSW 看護師が対応	診断書受付係 平日8:30～17:15 TEL：46-6001(代)	ケアマネジャーが決まっており、退院後の区変やケアプランの見直しが必要ない場合は、入院病棟で対応。プランの再調整、介護保険の申請など入院期間が長くなる場合は、ターミナル患者は除き、地域包括ケア病棟に転院依頼する場合が多い。
	日時連絡：必要	〒630-8581 七条西町2-897-5									
奈良病院小南	病院受付 終日 TEL：30-6668	地域連携室 終日 FAX：30-6661	病棟看護師 地域連携室	病棟看護師 地域連携室	病棟看護師 地域連携室	病棟看護師 地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	病院受付	地域連携室相談員 対応時間 平 日 9～17時 土曜日 9～13時 （休日を除く）
	日時連絡：必要	〒630-8145 八条5-437-8									
奈良西部病院	地域連携室 平日9:00-17:00 土曜9:00-13:00 TEL：77-2259(直)	地域連携室 平日9:00-17:00 土曜9:00-13:00 FAX：51-8722(直)	患者家族 難しい場合は 入院担当看護師 もしくは 地域連携室 担当者	入院担当看護師 もしくは 地域連携室 担当者	患者家族 難しい場合は 入院担当看護師 もしくは 地域連携室 担当者	患者家族	地域連携室 担当者	地域連携室 担当者	地域連携室 担当者	医事課担当者	
	日時連絡：必要	〒631-0061 三碓町2143-1									
奈良セントラル病院	地域医療連携室 平日8:30-17:15 TEL：93-8277	地域医療連携室 平日8:30-17:15 FAX：93-8288	地域医療連携室	病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	
	日時連絡：必要	〒631-0054 石木町800									
奈良東九条病院	地域医療連携室 平日9:00-17:00 TEL：61-1118	地域医療連携室 平日9:00-17:00 FAX：62-8707	病棟看護師 地域連携相談室 ご本人・ご家族	病棟看護師 地域医療連携室	病棟看護師 地域連携相談室 ご本人・ご家族	病棟看護師 地域連携相談室 ご本人・ご家族	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	受付	
	日時連絡：必要	〒630-8144 東九条町752									

病院名	すでに介護保険を利用していた（ケアマネジャーが決まっている）場合					新たに介護保険を利用する （ケアマネジャーが決まっていない）場合			⑨外来患者の ケアプラン交付 の窓口	備考	
	①ケアマネジャーからの入院時情報はどこに？		②ケアマネジャーへの入院連絡	③入院中のケアマネジャーとの面談主体者	④ケアマネジャーへの退院連絡	⑤ケアマネジャーへの転院連絡	⑥介護保険についての説明（介護保険利用意向の確認、介護保険申請について）	⑦介護保険申請対象者について、包括又は居宅へ連絡			⑧包括又は居宅へ退院日を連絡
	持参の場合	FAX・郵送の場合									
ならまちリハビリテーション病院	地域連携部 平日・8:30-17:15 TEL：20-2500	地域連携部 平日・8:30-17:15 FAX：20-7800	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	地域連携部	
	日時連絡：必要	〒630-8357 杉ヶ町57番1									
西奈良中央病院	入退院支援室 平日・土曜8:30-17:00 TEL：93-3972	入退院支援室 平日・土曜日 FAX：41-9182	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	入退院支援室	総合受付	
	日時連絡：必要	〒631-0022 鶴舞西町1-15									
西の京病院	患者支援センター 平日8:30-17:00 TEL：35-2219(直)	患者支援センター 平日8:30-17:00 FAX：35-2106	患者支援センター 病棟看護師	病棟看護師 患者支援センター	患者支援センター 病棟看護師	患者支援センター 病棟看護師	患者支援センター	患者支援センター	患者支援センター	患者支援センター	
	日時連絡：必要	〒630-8041 六条町102-1									
松倉病院	地域連携室 平日9:00-17:00 TEL：26-6941	地域連携室 平日9:00-17:00 FAX：26-2000	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	1階受付	
	日時連絡：必要	〒630-8314 川之上突抜町15									
吉田病院	地域連携相談室 平日9:00-17:00 TEL：45-4601	地域連携相談室 平日9:00-17:00 まずお電話下さい(左記) FAX：45-6846(一般) ：45-5376(精神)	ご本人・ご家族	病棟看護師 地域連携相談室	病棟看護師 地域連携相談室 ご本人・ご家族	ご本人・ご家族	地域連携相談室	地域連携相談室	病棟看護師 地域連携相談室 ご本人・ご家族	外来受付	
	日時連絡：不必要	〒631-0818 西大寺赤田町1-7-1									

※奈良県内の病院窓口一覧に関しては、奈良県地域包括ケア推進室ホームページ在宅医療・介護連携の推進 病院窓口一覧（エクセル）をご参照ください。

5. 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧

介護・診療報酬の算定に関して

< 介護報酬加算（ケアマネ側） >

入院時情報連携加算

- (Ⅰ) 250単位（入院日）
※入院日以前の情報提供を含む。
※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。
(Ⅱ) 200単位（入院日の翌々日以内）
※営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む。

退院退所加算

- ※入院中につき1回を限度
※「連携3回」を算定できるのは、うち1回以上は退院時カンファレンス等へ参加

	カンファレンス参加なし	カンファレンス参加あり
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回		900単位

入院

退院

< 診療報酬の算定（病院側） >

入退院支援加算

算定要件・施設基準により190～1300点

入院時支援加算

+200～240点

総合機能評価加算

+50点

介護支援等連携指導料

400点

介護支援等連携指導料

400点

退院時共同指導料

400点

+300点（入院医療機関医師と在宅主治医）
+2000点 多機関共同指導加算
（入院医療機関の医師又は看護師等が在宅主治医・看護師・歯科医師・歯科医師の指示を受けた歯科衛生士・保険薬剤師・訪問看護ステーションの看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・ケアマネジャー・相談支援専門員のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合）

ケアマネジャー又は相談支援専門員と連携をとりケアプラン等作成（入院中2回まで）

（注）介護・診療報酬の算定には、国の告示及び通知等による算定要件を満たす必要があります。

令和7年7月現在

6. 参考様式

(1) 受診・入院必携セット

奈良市長寿福祉課、奈良市在宅医療・介護連携支援センターのホームページ内に掲載しています。
受診・入院必携セットは、本人・家族が普段から受診・入院時に病院に持参するものを備えておくための啓発用ちらしです。ぜひご利用ください。

受診・入院必携セット

いざというときのために、普段から「受診・入院必携セット」を準備しておきましょう。

入退院のすすめ：ケアマネジャーへ連絡

- ◎入院したときは、ケアマネジャーになるべく早く連絡しましょう。
- ◎退院や別の病院へ転院の方針が決まったら、担当ケアマネジャーに連絡しましょう。

「受診・入院必携セット」：通院や入院する際、持っていきましょう。

- ① マイナンバーカード、資格確認証
- ② 限度額認定証(必要時)
- ③ 介護保険証・介護保険負担割合証
- ④ 連絡先カード、又はケアマネジャーの名刺
- ⑤ かかりつけ医療機関の診察券
- ⑥ お薬手帳



<ケアマネジャー>

事業所名 _____ 氏名 _____

所在地 _____

電話番号 _____

連絡先カード

名前 _____ 男 ・ 女
生年月日 明・大・昭・平 年 月 日

住所 _____
電話 _____

既往症 _____

かかりつけの
医療機関名 _____

医療機関名 _____

ケアマネジャー

事業所名 _____ 担当者名 _____

電話 _____

サービス提供事業所

事業所名 _____

事業所名 _____

事業所名 _____

緊急連絡先(※記入される場合は紛失されないように管理をお願い致します)

1.氏名 _____ 続柄 _____
電話 _____

2.氏名 _____ 続柄 _____
電話 _____

その他 _____

※ 連絡先カード

奈良市長寿福祉課、奈良市在宅医療・介護連携支援センターのホームページ内に掲載しています。緊急連絡先の記載については、本人・家族と相談して下さい。なお、記入される場合は紛失されないように管理をお願い致します。

奈良市長寿福祉課、奈良市在宅医療・介護連携支援センターのホームページ内に掲載しています。全て記入が出来なくても、連携の切り口としてご活用下さい。

13

(3) 退院・退所情報記録書

奈良市長寿福祉課、奈良市在宅医療・介護連携支援センターのホームページ内に掲載しています。ケアマネジャーが記入し保管する書式です。退院・退所支援の情報収集の際にご活用下さい。

1. 基本情報・現在の状態等									
退院・退所情報記録書									
属性	フリガナ	記入日： 年 月 日							
氏名	様	性別	年齢	退院(所)時の要介護程度 (□ 要区分変更)					
入院(所)	氏名	様	男 □ 女 □	歳	□ 要支援 () □ 要介護 ()	□ 申請中	□ なし		
入院(所)の概要	入院(所)日： 年 月 日	・退院(所)予定日： 年 月 日							
入院・入所先	施設名	棟		室					
今後の医学管理	医療機関名：								
特記事項									
① 疾患と入院(所)中の状況	①	②	③	疾患の状況 (番号記入)		安定 () 不安定 ()			
感染症	□ 無	□ 有 (治療)							
移動手段	□ 自立	□ 杖	□ 歩行器	□ 車いす	□ その他 ()				
排泄方法	□ トイレ	□ ポータブル	□ おむつ	□ カテーテル・パウチ ()					
入浴方法	□ 自立	□ シャワー浴	□ 一般浴	□ 機械浴	□ 行わず				
食事形態	□ 普通	□ 経管栄養	□ その他 ()						
嚥下機能 (むせ)	□ なし	□ あり (時々・常に)							
口腔清潔	□ 良	□ 不良	□ 著しく不良	□ あり (部分・総)		□ なし			
口腔ケア	□ 自立	□ 一部介助	□ 全介助	入院(所)中の使用：		□ あり	□ なし		
睡眠	□ 良好	□ 不良 ()	睡眠使用		□ あり	□ なし			
認知・精神	□ 認知機能低下	□ せん妄	□ 徘徊	□ 焦燥・不穏	□ 攻撃性	□ その他 ()			
特記事項									
② 受け止め/意向	本人への病名告知： □ あり □ なし								
＜本人＞病氣、障害、後遺症等の受け止め方									
＜本人＞退院後の生活に関する意向									
＜家族＞病氣、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									
自由記載欄									

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								
	□ なし	□ 点滴	□ 酸素療法	□ 喀痰吸引	□ 気管切開	□ 胃ろう	□ 経腸栄養	□ 経腸栄養	□ 経腸栄養
	□ 褥瘡	□ 尿管カテーテル	□ 尿管カテーテル	□ 尿管カテーテル	□ 尿管カテーテル	□ 尿管カテーテル	□ 尿管カテーテル	□ 尿管カテーテル	□ 尿管カテーテル
	□ 排便コントロール	□ 自己注射	□ その他 ()						
	看護の視点								
	□ なし	□ 血圧	□ 水分制限	□ 食事制限	□ 食形態	□ 嚥下	□ 口腔ケア	□ 清潔ケア	□ 清潔ケア
	□ 血糖コントロール	□ 排泄	□ 皮膚状態	□ 皮膚状態	□ 認知機能・精神面	□ 認知機能・精神面	□ 認知機能・精神面	□ 認知機能・精神面	□ 認知機能・精神面
	□ 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)	□ その他 ()							
	□ なし	□ 本人指導	□ 家族指導	□ 関節可動域練習 (ストレッチ含む)	□ 筋力増強練習	□ バランス練習	□ バランス練習	□ バランス練習	□ バランス練習
	□ 麻痺・筋緊張改善練習	□ 起居・立位等基本動作練習	□ 摂食・嚥下訓練	□ 摂食・嚥下訓練	□ 摂食・嚥下訓練	□ 摂食・嚥下訓練	□ 摂食・嚥下訓練	□ 摂食・嚥下訓練	□ 摂食・嚥下訓練
	□ ADL練習 (歩行・入浴・トイレ動作・移乗等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)	□ IADL練習 (買い物・調理等)
	□ 疼痛管理 (痛みコントロール)	□ 更生器具・福祉用具等管理	□ 運動耐容能練習	□ 運動耐容能練習	□ 運動耐容能練習	□ 運動耐容能練習	□ 運動耐容能練習	□ 運動耐容能練習	□ 運動耐容能練習
	□ 地域活動支援	□ 社会参加支援	□ 就業支援	□ その他 ()					
リハビリの視点									
禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)						
	□ なし	□ あり							
症状・病状の予測									
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、どんなことが起こるか (合併症)、良くなる又はよくな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	開始取り日	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。									

(4) 退院前カンファレンスシート

奈良市長寿福祉課、奈良市在宅医療・介護連携支援センターのホームページ内に掲載しています。退院支援の事前準備やカンファレンスの進行、支援者間での情報共有等にぜひご活用下さい。

退院前カンファレンスシート		年	月	日
患者氏名	病院名	病棟		
司会：MSW／看護師／ケアマネジャーなど適宜 ※所要時間を設定する				
自己紹介（司会から） 1. 現在までの経過と治療（主治医/看護師） 2. 今後の治療方針（主治医/看護師） 3. 在宅へ向けての希望と心配 本人： 家族：		⑨ 介護指導の内容 ⑩ 定時薬と頓用薬 5. 今後の生活へ向けての課題（在宅支援者） 6. 退院後の調整 ① 退院日時、退院後の受診 ② 退院後の医療物品の処方、管理 ③ 緊急連絡先や方法 ④ 退院時の送迎手段 7. 質疑応答、役割分担の確認 8. まとめ		
④ 移動と移乗、入院中のリハビリテーション ④ 入浴等の状況と頻度 ⑤ 睡眠、更衣、口腔ケア、その他 ⑥ 認知機能、精神面の状況 ⑦ 寝具、体位交換、皮膚トラブルの有無 ⑧ 行っている医療処置 内容： （操作、手技の習得） 本人：可・否 / 家族（ ）：可・否		※カンファレンスは、在宅生活までの最終確認です。事前に必要な情報を共有しておきましょう。		

～カンファレンスの心づもり～

ご本人、ご家族のみなさまへ

- *カンファレンスでは、退院後の生活に向けてシートの内容を参考に話し合いを行います。
- *ご本人、ご家族それぞれの希望や心配、聞きたいこと等を事前に整理し、相談しておきましょう。何を相談して良いかわからない場合、シートを参考にしてください。
- *カンファレンスでも、支援者間で共通理解を図るため、ご本人、ご家族の想いを改めてお伺いします。

病院スタッフのみなさまへ

- *このシートは、在宅支援者が知りたい情報をまとめたものです。決してこのシートに書き込んでお渡しいただくものではありません。
- *記載されている項目を参考に、在宅支援者に情報提供してください。
- *カンファレンスの際、専門用語を多用せず、わかりやすく伝えましょう。
- *カンファレンスができない場合も情報提供をお願いします。

在宅支援者のみなさまへ

- *カンファレンスに参加される際、このシートをご活用ください。病院から記入されたものが配布されるわけではありません。
 - *シートの内容を参考に、カンファレンスまでに事前に情報を整理しましょう。
- 奈良市入退院連携マニュアルの『退院・退所情報記録書』もご活用ください。

7. Q&A

Q①：他市の病院・ケアマネジャーと連携する際、入院時情報提供書や入退院調整ルールはどちらの圏域のルールに添うと良いか。

A①：奈良県内の入退院調整ルールにおける取り扱い方針（奈良県地域包括ケア推進室ホームページ「在宅医療・介護連携の推進」）より抜粋

- ・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（A 圏域の居宅は A 圏域の入院時情報提供書で良いとし、B 圏域の病院は B 圏域の入退院調整ルールに則って退院調整を行う）。

- ・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。

- ・「介護認定を受けているかどうか分からない、またはケアマネジャーが分からない場合」、圏域を越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。

※圏域外の連絡窓口については、奈良県地域包括ケア推進室ホームページ「在宅医療・介護連携の推進」掲載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。

Q②：入院を繰り返される方も入院時情報提供をした方が良いのか。

A②：マニュアルp1には、原則として『短期入院や検査入院等で、状態変化がない場合。化学療法等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』という除外項目があるが、状況に応じて病院と相談の上、提出の可否を決めて頂きたい。入院時情報連携加算の上限としては、利用者1人につき1月に1回を限度となっている（介護報酬：入院時情報連携加算参照）。

Q③：マニュアルp5『介護拒否の場合は長寿福祉課に連絡』とあるが、その後どのような対応になるのか。

A③：長寿福祉課から各圏域の包括へ連絡が入る。ケースバイケースで、その後必要各所へ連絡。場合によっては各包括から病院へ連絡し、方針を相談するなどの対応も考えられる。

Q④：以前は退院日の一週間前でないと介護保険の申請を受け付けてもらえず、退院2週間後以降でなければ調査を受けられなかったが、はやくできるようになったのか。

A④：現在は以下の条件のもと入院中の申請が可能となった。

- 1.サービスの利用を考えている。
- 2.病状が安定し、急性期状態ではない。
- 3.概ね1～2か月以内に退院の見込みがある。
- 4.主治医意見書の記載が可能で、医師もしくは医療相談員の確認が取れている。
- 5.認定調査の実施が可能な状態である（病院での調査可能）。

個人情報について

Q⑤：入院時情報提供書をFAXで送る際、「個人情報を消しておく（p3）」とあるが、どこまで個人情報を消すのか。

A⑤：個人情報が特定されないように配慮する。（例：名前、生年月日、住所、電話番号など）

Q⑥：（個人情報について）利用者様の病院へ訪問しても個人情報のため病室や病状を教えてもらえないことがあるが、どうしたら良いか。また、居宅が遠方のため電話でのやりとりしかできない場合はどうすれば良いか。

A⑥：病院と情報交換を行う場合は、事前に病院スタッフへ連絡のうえ訪問することが望ましい（マニュアルp3『入院時の情報提供』より）。電話では個人情報を伝えられないため面談で行うことが基本である。病院スタッフから、ケアマネジャーへの情報提供をすることを家族へ了承を得ておくことが望ましい。また、遠方の場合は、事業所名・担当者名を確認し、一旦電話を切り、折り返し事業所に連絡する。

退院・退所加算について

Q⑦：「カンファレンス参加あり」のカンファレンスとはどのようなものか。

A⑦：カンファレンス参加ありの場合のカンファレンスとは、入院医療機関等の退院時共同指導料の『多機関共同指導加算』の要件を満たすものに参加した場合となる。

Q⑧：「3 者以上と共同して指導を行った場合」の3 者とはどのようにカウントすれば良いか。

A⑧：「3 者」とは、算定する保険医療機関の関係者を除外したうえでの数。したがって、実際現場に集まるのは4 者以上（入院医療機関の医師・在宅療養担当医師等以外に、歯科医師、薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、ケアマネジャー等）となる。ただし、同一職種が2 者以上の場合は1 者と数える。また、同一事業所の違う職種（例えば訪問看護ステーションの看護師と理学療法士等）が参加することに関しては明記されていないためそれぞれ1 者として数えることは可能とのこと（国保連合会より）。ただし、訪問看護ステーションが算定できる「退院時共同加算」は、利用者様の退院または退所につき原則として1 回に限り加算となる。

Q⑨：ケアプランを持参した際の面談は退院退所加算に含まれるのか。また、カンファレンス以外の方法として電話でも可能か。

A⑨：ケアプランを持参しただけでは算定できない。ケアプランを持参し新しい情報を収集した上でケアプランを作成し直す場合は退院退所加算に含まれる。作成変更しない場合も、必要な情報を新たに聞き取り、退院・退所情報記録書もしくはそれに準ずるものに聞き取り記載している場合は算定できるが、本来の流れとしては必要な情報を先に聞き取りケアプランを渡すものである。また、カンファレンス以外の方法での算定は、電話ではなく面談での情報収集による。

Q⑩：マニュアルp13 退院・退院情報記録書はどのように活用すれば良いか。

A⑩：退院・退所加算のカンファレンス以外の方法にて、ケアマネジャーが病院スタッフから情報を聞き取る際に記録様式として活用して頂きたい。マニュアルp13 退院・退所情報記録書は厚生労働省にて推奨される様式に則り作成している。

関係機関一覧

(1) 在宅医療・介護連携支援センター

病院名	郵便番号	所在地	電話番号
奈良市在宅医療・介護連携支援センター	630-8031	奈良市柏木町 519-7 奈良市医師会館 3F	0742-33-5244

(2) 地域包括支援センター

事業所名	所在地	電話番号	地域活動単位である <u>小学校区</u>
若草地域包括支援センター	船橋町 2 番地	25-2345	鼓阪北、鼓阪、佐保
三笠地域包括支援センター	大宮町 2 丁目 3-10 106 号 東急ドエル奈良 1 階	33-6622	大宮、佐保川、椿井、大安寺西
春日・飛鳥地域包括支援センター	西木辻町 110-4	20-2516	済美、済美南、大安寺、飛鳥
都南地域包括支援センター	古市町 1327 番地 6 フォレストヒルズ奈良	50-2288	辰市、明治、東市、常解
北部地域包括支援センター	右京 1 丁目 3-4 サントウンプラザすずらん館 2 階	70-6777	ならやま、朱雀、左京、佐保台
平城地域包括支援センター	押熊町 397-1 梅守ハイツ 1 階	53-7757	平城西、平城
京西・都跡地域包括支援センター	六条 2 丁目 2-10	52-3010	伏見南、六条、都跡
伏見地域包括支援センター	西大寺新町 1-1-1 河辺ビル 1 階	36-1671	あやめ池、西大寺北、伏見
二名地域包括支援センター	鶴舞東町 1 番 20-2	43-1280	鶴舞、青和、二名、富雄北
登美ヶ丘地域包括支援センター	中登美ヶ丘 1-1994-3 D20-104	51-0012	東登美ヶ丘、登美ヶ丘
富雄東地域包括支援センター	大倭町 2-22	52-2051	三碓、富雄南
富雄西地域包括支援センター	鳥見町 4-3-1 富雄団地 4 9-1 O 1	44-6541	鳥見、富雄第三
東部地域包括支援センター	茗荷町 774-1	81-5720	田原、柳生、興東、都祁、月ヶ瀬
基幹型地域包括支援センター	奈良市二条大路南一丁目 1-1	34-4900	

(3) 奈良市 介護保険担当課

担当課	郵便番号	所在地	電話番号
【介護予防・日常生活支援総合事業、当マニュアルに関すること】 奈良市長寿福祉課	630-8580	奈良市二条大路南一丁目 1-1	0742-34-5439
【介護保険制度、居宅介護支援事業所に関すること】 奈良市介護福祉課	630-8580	奈良市二条大路南一丁目 1-1	0742-34-5422

小規模多機能型居宅介護支援事業所、居宅介護支援事業所については奈良市介護福祉課作成のホームページにてご確認ください。

平成 30 年 7 月 マニュアル策定
平成 30 年 10 月 参考様式改訂
平成 31 年 4 月 マニュアル・参考様式改訂
令和 2 年 7 月 マニュアル・参考様式改訂
令和 3 年 6 月 マニュアル改訂
令和 4 年 6 月 マニュアル・参考様式改訂
令和 5 年 6 月 マニュアル・参考様式改訂
令和 6 年 7 月 マニュアル・参考様式改訂
令和 7 年 7 月 マニュアル・参考様式改訂

奈良市 福祉部 長寿福祉課
奈良市二条大路南一丁目 1-1
TEL 0742-34-5439
FAX 0742-34-1161
ホームページ <http://www.city.nara.lg.jp>