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8年10月改訂版

奈良市

目次

▶　入退院連携に関する基本事項・・・・・・・・・・　１

▶　入退院連携　対象者判断フロー・・・・・・・・・　２

▶　入退院調整ルール・・・・・・・・・・・・・・・・　3-4

▶　入退院調整ルール　解説・・・・・・・・・・・・　5-6

▶　介護・診療報酬の算定に関して・・・・・・・・・　7-8

▶　病院担当窓口一覧・・・・・・・・・・・・・・・・　9-１６

▶　参考様式（１）受診・入院必携セット・・・・・・　１７-１８

（２）入院時情報提供書・・・・・・・・　１９-２０

（３）退院・退所情報記録書・・・・・・　２１-２２

（４）退院前カンファレンスシート・・・　２３-２４

（５）わたしの気持ち応援シート・・・・　２５-２６

▶　個人情報取り扱いについて　・・・・・・・・・・・２７

▶　関係機関一覧・・・・・・・・・・・・・・・・・・　２９-３２

▶　奈良県内の入退院調整における取り扱い方針・・・・３３

参考様式（１）～（５）用紙印刷・ダウンロードは、
〇奈良市ホームページ長寿福祉課＞奈良市在宅医療・介護連携支援センター＞入退院連携マニュアル
のページ内にあります。
〇奈良市医師会ホームページ＞奈良市在宅医療・介護連携支援センター＞各種パンフレット様式
にも掲載しています。

入退院連携に関する基本事項

【目的】

病院の医療スタッフと在宅医療・介護関係者が相互に連携し、入院時から退院後の在宅療養まで切れ目のない支援体制を構築することで、要支援・要介護状態にある方や退院後の支援が必要な方が、安心して入退院および在宅療養を継続できる環境づくりを推進することを目的とする。

また、多職種が必要な情報を適切に共有し、患者・利用者の生活背景や療養上の課題を踏まえた支援を行うことで、病院から地域への円滑な移行を実現することを目指す。

【支援担当、関係機関】

- 病院：２１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

【対象となる方】

①入院前に介護保険サービスを利用されていた方（ケアマネジャーが決まっている方）

②退院後に新規で介護保険サービスが必要となる方（ケアマネジャーが決まっていない方）

③その他支援が必要だと思われる方（判断の目安：下記の「退院調整が必要な患者の基準」参考）

退院調整が必要な患者の基準

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
イ　緊急入院である
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若しく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又は現に認定を受けている要介護状態区分若しくは要支援状態区分以外の区分に該当する疑いがあるが変更の申請がされていない
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
オ　強度行動障害の状態の者
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
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
シ　入退院を繰り返している
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
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
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
タ　患者の意思決定支援や退院後の生活に向けた調整を行うにあたって、家族や親族との連絡が困難である
チ　その他患者の状況から判断してアからタまでに準ずると認められる場合

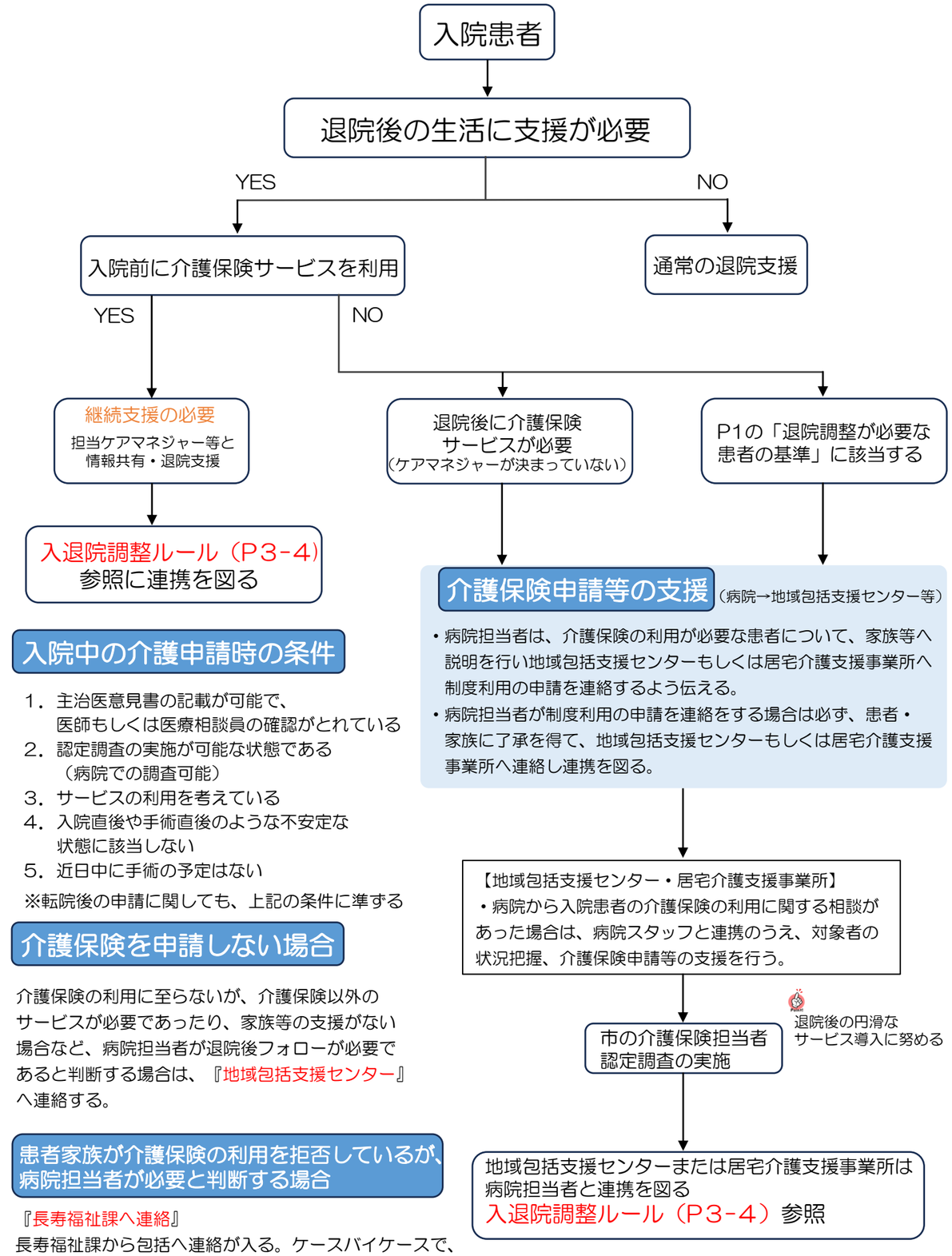
除外ケース：短期入院や検査入院等で、状態変化がない場合。化学療法等を目的として入退院を繰り返しているケースで状態変化がない場合。

【位置づけ・見直しについて】

奈良市入退院連携マニュアルは、病院関係者とケアマネジャーをはじめとする医療・介護関係者が円滑に連携を図るための標準的な手順や情報共有の方法を定めた「連携ツール」です。なお、本マニュアルに定める連携の時期や日数等については、あくまで標準的な「目安」であり、法的な拘束力や強制力を持つものではありません。患者・利用者の状態や生活環境、各機関の状況等に応じて、関係者間で適宜協議・調整を行い、柔軟に対応してください。

また、本マニュアルの運用開始後は、定期的に運用状況の確認・評価を行い、より効果的な医療・介護連携につながるよう、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜内容の見直しを行います。

入退院連携　対象者判断フロー



入院中の介護申請時の条件

1．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とれている
2．認定調査の実施が可能な状態である（病院での調査可能）
3．サービスの利用を考えている
4．入院直後や手術直後のような不安定な状態に該当しない
5．近日中に手術の予定はない

※転院後の申請に関しても、上記の条件に準ずる

介護保険を申請しない場合

介護保険の利用に至らないが、介護保険以外のサービスが必要であったり、家族等の支援がない場合など、病院担当者が退院後フォローが必要であると判断する場合は、『地域包括支援センター』へ連絡する。

患者家族が介護保険の利用を拒否しているが、病院担当者が必要と判断する場合

『長寿福祉課へ連絡』

長寿福祉課から包括へ連絡が入る。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。

入退院調整ルール

入退院支援加算1、介護支援等連携指導料の要件をもとに作成

市役所担当窓口
・担当ケアマネジャーが分からない場合：介護福祉課給付係→成りすまし対策のため、折り返し電話対応にて事業所名のみ情報提供
・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が必要と判断する場合：長寿福祉課

介護保険未申請・ケアマネジャーが決まっていない場合
介護保険について本人・家族に説明し意向を確認。
介護保険利用を検討する場合は本人・家族に了承を得た後に
地域包括支援センターまたは居宅介護支援事業所へ連絡、連携を図る。

病院

入退院支援部門

・在宅チームとの連携窓口を地域に周知
・地域資源の把握



情報共有

外来部門

・外来通院中の患者の在宅療養状況の把握
・入院にならないためのリスク管理
・在宅チームと日頃から情報共有する

院内多職種チーム　病棟部門　入退院支援部門

退院後の生活再構築の必要性を検討
本人・家族・院内多職種・在宅チームと共有

退　院　支　援

在宅チームとの協働

入院から7日以内
入院時カンファレンス
（退院支援計画立案のためのカンファレンス）

院内多職種カンファレンス

退院前訪問指導

退院後訪問指導

入院から3日以内
退院支援が必要な人を抽出する（スクリーニング）

意思決定支援カンファレンス

退院前カンファレンス
☆『退院前カンファレンスシート』の活用

Point!
転院・施設入所時も情報を引き継ぎましょう
・転院・施設入所する旨をケアマネジャーへ連絡
・「入院時情報提供書」は、複写し、転院先の病院または入所施設へ引き継ぎましょう

入院から3日以内
入院連絡
本人・家族の了承を得て速やかに担当ケアマネジャーへ連絡、または家族へ連絡を依頼

Point!
退院後の安定した在宅療養を目指し支援しましょう。
・本人、家族の病状認識や思いや希望を把握する
・退院時の病状やADLを予測する

退院が見込まれる7日前まで
退院日連絡
退院見込みがわかればその時点で早めに在宅チームへ連絡

平時からの連携体制構築

在宅　情報共有　**入院時**　入院連絡　入院時情報提供書　情報収集　診療情報提供書　カンファレンス内容等の情報提供　情報収集　退院支援の情報提供　**退院調整**　退院連絡　診療情報提供書　看護サマリー等必要書類提供　**退院**　ケアプラン提出　**在宅**

在宅

地域包括支援センター・居宅ケアマネジャー　在宅医・看護・介護・福祉等関係者

情報共有

入退院後もその人らしい暮らしを継続できるようチームが協働

・病院の連絡相談窓口、地域資源の把握
・利用者が病院に通院している場合は、生活情報を外来部門に伝える
・利用者の状態について起こり得る変化や入院の可能性等のリスクを把握（かかりつけ医との連携）

Point!
緊急時や入院に備える、日頃から思いを聞き、言葉を交わすことが大切です
希望する暮らし方、どのような治療・最期を望むかについて、本人家族と話し合い、在宅チームで共有しましょう
☆『わたしの未来ノート』等の活用

情報提供書の提出
☆『入院時情報提供書』を用いて速やかに病院へ情報提供
必要に応じてケアプラン等も提供
（※病院担当窓口一覧参照）

※介護予防の場合「利用者基本情報・介護予防サービス支援計画書」の情報提供でも可能

主治医の診療情報提供書
主治医は診療情報提供書を作成し、速やかに病院医師へ情報提供・連携行う

訪問看護師は主治医に対し文章にて情報提供を行う

在宅に向けた課題把握のための情報収集・連携

・退院後の生活課題、退院後に必要となる医療処置や管理について情報収集する
☆『退院・退所情報記録書』等を参考

・介護区分の変更やケアプラン変更が必要ないか早期に把握する



課題分析
↓
ケアプラン第2表（原案）作成

情報共有相談

退院支援を協働

カンファレンス参加

☆『退院前カンファレンスシート』を活用し、事前に情報を整理しカンファレンスに参加

必要に応じてサービス担当者会議

サービス調整

ケアプラン完成

家族支援

病状観察リスク管理

療養継続支援

Point!
特別訪問看護指示書の活用
退院直後で合併症や再入院のリスクが高い場合は、多職種で情報を共有し、早期に支援体制を整える。
主治医から特別訪問看護指示書が発行された際には、これを活用して集中的な訪問看護を行い、状態悪化の早期発見と再入院予防を図る。
また、家族の不安や介護負担を軽減し、在宅療養の継続を支援する。

在宅での生活状況を共有

入退院調整ルール　解説

病院

入退院支援部門

【地域資源の把握】
・在宅チームとの連携窓口や病院機能を地域に周知するとともに、地域資源を把握しておきましょう。

Point! 奈良市在宅つながりMAP、奈良市病診連携MAPも活用しましょう

外来部門

【多職種・関係機関との情報共有・連携】
・外来部門は、在宅療養で気を付けることなどをケアマネジャーに情報提供行い、療養状況を本人や家族、在宅チームから把握するなど情報共有を行いましょう。
・治療経過や本人・家族の思いを院内で共有しましょう。

院内多職種チーム

【入院連絡、情報収集】
・本人・家族への聞き取りや在宅チームから提供される**情報提供書などを活用**し、これまでの暮らし、入院までの経緯、入院となった背景、本人・家族の思いや希望、病状認識、在宅での支援状況等について情報収集しましょう。

病棟部門

【スクリーニング】
・退院支援が必要かどうかを判断。
患者・家族の意向をしっかりと確認したうえで、多職種で共有し退院困難となりえる要因や課題を早期に把握。必要な支援の方向性を検討する

入退院支援部門

【入院時カンファレンス、退院支援計画】
・7日以内に関係職種が参加し、入院時カンファレンスを行い退院支援計画の作成に着手する。
カンファレンス内容を関係職種と共有し必要な連携を図る。ケアマネやかかりつけ医、訪問看護師と情報共有を行う。

Point! 在宅支援者へ必要な情報を提供し、連携を進める際は事前に本人および家族の了承を得ておきましょう。

【退院前カンファレンス】
・退院後も継続される医療処置がある場合は、訪問看護師や退院後のかかりつけ医、訪問診療医にカンファレンス出席依頼を行う。連携を図り情報共有を行うことで切れ目のない療養が行えるよう引き継ぐ。
・退院前カンファレンスが開催できない場合は、オンライン会議や電話、文章等を用いて情報提供・連携を行いましょう。
退院後の支援内容について協議を行うことが大切です。
「退院前カンファレンスシート」の活用　→　参考様式（P23-24）

Point! 【カンファレンスが必要な事例】
・医療処置や医療ケア、医療機器の管理が必要な患者
・難病や終末期で自宅での看取りを望まれている方
・心身機能の低下
・療養環境や介護環境の問題、社会的な課題がある方

【退院日連絡】
・退院の見込みが分かった時点で、早めに（7日前まで）、在宅チームへ情報提供しましょう。

【退院前訪問指導】
・実施する場合は、ケアマネジャーへ連絡し共に自宅の様子を確認し在宅での環境を想定したリハビリや療養環境調整を検討しましょう。福祉用具の導入を検討している場合は、福祉用具専門相談員の方とも連携し同行しましょう。

【退院時の情報提供】
・退院後に患者が利用される在宅サービス宛に看護サマリー作成しそれぞれに情報提供を行う。

【退院後訪問】
・退院指導が適切であったか、準備した医療材料などの不備はなかったか確認しましょう。

在宅

在宅 → 入院時 → 退院調整 → 退院 → 在宅

・地域包括支援センター ・居宅ケアマネジャー

【病状についての情報共有と把握】
・入退院を繰り返す疾患について（心不全や生活習慣病、誤嚥性肺炎、尿路感染症など）については、どのような変化が起こりうるかをかかりつけ医や訪問看護師等に聞き在宅チームで共有しておきましょう。

【緊急時や入院に備える】
①入院時情報提供書（案）を作成しておきましょう
②本人・家族・病院などから入院情報が入る工夫

Point! マイナンバーカード・介護保険証・担当ケアマネジャーの名刺をセット保管
『受診・入院必携セット』『連絡先カード』活用
→参考様式（P17-18）

在宅医・看護・介護 福祉等 関係者

【手続きや管理ができない場合に備える】
・身寄りのない独居高齢者の方など、在宅療養中から本人と話し合い、思いを踏まえ支援内容を整理し支援者間でも共有しましょう。

Point! 『私の気持ち応援シート』活用
→参考様式（P25-26）

【入院時情報提供書にて情報提供】
・入院、退院後も本人らしい暮らしを継続できるよう速やか（3日以内）に情報提供を行いましょう。
☆提出先は病院担当窓口一覧参照（P9-16）

注）入院時情報提供書をFAXで送る際は、個人情報を消し、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）

・入院時情報提供の際に、ケアマネジャーとしての要望事項などを伝えましょう
→入院時カンファレンスの同席希望や退院前カンファレンスの開催希望、家族関係などについての共有事項など

【入院について在宅チームで共有する】
・ケアマネはかかりつけ医、在宅チームに情報提供を行い、スムーズな退院支援へ移行できるよう連携を図りましょう。

退院までのおおまかな日程を在宅チームで共有しましょう

【課題分析・ケアプラン原案作成】
・本人、家族の意思を確認して入院時カンファレンス等の情報をもとにケアプラン原案を作成しましょう。
・入院中の利用者の情報把握に努めましょう。
「退院・退所情報記録書」の活用　→　参考様式（P21-22）

【退院前カンファレンス】
・事前の情報収集より作成したケアプラン原案をもとに調整したサービス担当者と一緒にカンファレンスに参加しましょう。
「退院前カンファレンスシート」の活用　→　参考様式（P23-24）

Point! 入院先との情報交換は、個人情報保護の観点から、事前連絡のうえ可能な範囲で訪問し、対面で行うことを基本とします。
電話での個人情報に関する照会には回答できないため、原則、面談で確認をしましょう。
訪問や面談が難しい場合には、成りすまし防止のため、折り返しの連絡で対応する場合があります。
これらの点を踏まえ、適切に情報交換しましょう。

【退院前訪問】
・退院前訪問が決まったら、できるだけ同行しましょう。
在宅での生活の実際を病院職員の方に知っていただく機会です。再入院予防の観点からも動作確認や環境調整を一緒に行いましょう。

【在宅サービス調整・サービス担当者会議】
・退院時には、本人の状態にあった適切なサービスがサービス提供事業者から提供されるよう調整しましょう。

【ケアプラン提出】
・ケアマネジャーは、利用者が退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。
・退院後の状況をフィードバックすることで、病院も退院支援の振り返りなどが可能となり、今後の退院支援の改善にもつながります。



参考資料

介護・診療報酬の算定に関して

令和8年8月改正

介護報酬（ケアマネジャー）

居宅介護支援費
対象者：要介護1以上

入院時情報連携加算
（Ⅰ）入院日当日：250単位
（入院日以前の情報提供含む）
（Ⅱ）入院後翌日～翌々日：200単位
※Ⅰ・Ⅱともに1か月に1回の算定
※Ⅰ・Ⅱを同月に両方算定不可
※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日を翌日を含む。

退院・退所加算
（カンファレンス参加なし）
（Ⅰ）イ：450単位（連携1回）
ロ：600単位（連携2回）

（カンファレンス参加あり）※1回以上参加
（Ⅱ）ロ：600単位（連携1回）
ロ：750単位（連携2回）
ロ：900単位（連携3回）
※入院中につき1回を限りいずれかを算定
※初回加算を算定する場合は算定不可

通院時情報連携加算　50単位／月
利用者の受診に同席し、医師と情報連携を行った場合

緊急時等居宅カンファレンス加算
200単位（月2回限度）
医療機関の求めで、医師・訪問看護師等と居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要な居宅サービス等の調整を行った場合

ターミナルケアマネジメント加算
400単位
死亡日および前14日以内に2回以上居宅訪問の上、状況記録等を行い主治医やサービス事業者に提供した場合。（24時間連絡ができる体制が必要）

診療報酬（入院医療機関）

在宅

入院事前調整加算
障害などにより特別な支援が必要な患者が安心して入院できるよう、病院が入院前に本人・家族・福祉事業者らと話し合い、ケアの準備や計画を整えたことに対する評価

入院

入院時支援加算
予定入院の患者に対して入院前から心身の状況や生活環境などの情報を収集し、療養支援計画書を作成して病棟へ共有・説明を行う取り組みを評価

退院支援スクリーニング　**入退院支援加算**
・患者情報の把握　・退院支援計画書作成
・関係職種でカンファレンス

総合機能評価加算
高齢者等の総合的機能評価し、その結果を踏まえて、入退院支援を行った場合に加算

退院調整

介護支援等連携指導料　（入院中2回）
・介護支援等連携指導料1　400点
・介護支援等連携指導料2　500点

退院時共同指導料2　400点
（条件に応じて以下を加算）
医師共同指導加算：300点
多機関共同指導加算：2,000点

退院前訪問指導料　580点
（入院中1回、入院早期に訪問指導の必要性があると認められた場合は2回算定可）

退院

入退院支援加算1
一般病棟：700点　地域包括医療・回復期リハ・地域包括ケア病棟：1,000点
療養病棟：1,300点
入退院支援加算2
一般病棟：190点　療養病棟：635点
入退院支援加算3　1,200点
（条件に応じて以下を加算）
地域連携診療計画加算：300点
小児加算：200点
入院時支援加算1：240点
入院時支援加算2：200点
総合機能評価加算：50点

在宅

診療情報提供書（Ⅰ）　250点

退院後訪問指導料　580点
退院した日から1月（退院日を除く）を限度に5回まで
訪問看護同行加算　＋50点（退院後1回）

＜**多機関共同指導加算　参加要件**＞
※在宅側はいずれか３者以上
病院：医師又は看護師
在宅：医師もしくは看護師、歯科医師もしくは歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの保健師・助産師・看護師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士、介護支援専門員または相談支援専門員

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

病院担当窓口一覧

基本情報			在宅療養期（外来通院中）		ケアマネジャーが決まっている場合					ケアマネジャーが決まっていない場合		備考
					入院時	入院中		退院・転院調整		退院調整		
病院名	連絡先	対応可能な曜日・時間	外来患者の連携窓口	外来患者のケアプラン受取窓口	入院時情報提供書の受取窓口	担当ケアマネへの入院連絡	担当ケアマネとの面談主体者	担当ケアマネへの退院連絡	担当ケアマネへの転院連絡	介護保険申請対象者の対応（説明・包括等への連絡）	包括又は居宅への退院連絡	
おかたに病院	患者支援課 TEL：63-7700(代) FAX：63-7706(直) 〒630-8141 南京終町1-25-1	平日 9:00-17:00 土曜日 9:00-12:00	外来受付	外来受付	【持参】 病棟 (連絡不要) 【FAX・郵送】 患者支援課 (FAX前にTEL必要)	病棟	病棟看護師 患者支援課 (わからない場合はMSWへ)	病棟看護師	患者支援課	患者支援課	患者支援課	
国立病院機構 奈良医療センター	地域医療連携室 TEL：45-4591(代) 45-1563(直) FAX：45-4901 〒630-8053 七条2-789	平日 8:30-17:15		地域医療連携室	【持参】 入院病棟 (連絡不要) 【FAX・郵送】 地域医療連携室	入院支援センター 看護師 必要に応じ MSW	看護師 MSW	看護師 MSW	看護師 MSW	看護師 MSW	看護師 MSW	
五条山病院	地域医療連携室 TEL：44-1811(代) 44-2411(直) FAX：44-2499 〒630-8044 六条西4-6-3	平日・土曜 9:30-17:00		外来受付	【持参】 地域医療連携室 (連絡必要) 【FAX・郵送】 地域医療連携室	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	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	
済生会奈良病院	地域連携室・ 地域福祉支援室 TEL：36-1881(代) FAX：36-1870(直) 〒630-8145 八条4-643	平日 9:00-17:15 土曜 9:00-12:30 (第1.3.5土曜)	外来受付	外来受付	【持参】 地域連携室・ 地域福祉支援室 (連絡不要) 【FAX・郵送】 地域連携室・ 地域福祉支援室	家族および 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	家族および 必要に応じ MSW	MSW	適時対応	
沢井病院	地域医療連携室 TEL：23-3556(直) FAX：93-5146(直) 〒630-8258 船橋町8	平日 8:45-17:00 土曜日 8:45-13:00	地域医療連携室	地域医療連携室	【持参】 地域医療連携室 (連絡不要) 【FAX・郵送】 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	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 または 病棟看護師	

基本情報			在宅療養期（外来通院中）		ケアマネジャーが決まっている場合					ケアマネジャーが決まっていない場合		備考
					入院時	入院中		退院・転院調整		退院調整		
病院名	連絡先	対応可能な曜日・時間	外来患者の連携窓口	外来患者のケアプラン受取窓口	入院時情報提供書の受取窓口	担当ケアマネへの入院連絡	担当ケアマネとの面談主体者	担当ケアマネへの退院連絡	担当ケアマネへの転院連絡	介護保険申請対象者の対応（説明・包括等への連絡）	包括又は居宅への退院連絡	
市立奈良病院	入退院支援窓口 TEL：24-1266(直) FAX：24-1259(直) 〒630-8305 東紀寺町1-50-1	平日 8:30-17:00		地域医療連携課	【持参】 入退院支援窓口 (連絡不要) 【FAX】 地域医療連携課 【郵送】 入退院支援窓口	退院支援の場合 ⇒担当MSW 入院前支援の場合 ⇒入院前支援 看護師	担当MSW または 入院前支援 看護師	担当MSW または 病棟看護師	本人・ご家族 担当MSW	担当MSW	本人・ご家族 担当MSW	
高の原中央病院	地域医療連携センター TEL：71-1030(代) FAX：71-0088(直) 〒631-0805 右京1-3-3	平日 13:00-16:00	外来看護師	総合受付(医事課書類担当者) 持参または郵送 FAXは対応不可	【持参】 地域医療連携センター (連絡不要) 【FAX・郵送】 地域医療連携センター	病棟看護師 もしくは 地域医療連携センター	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師	病棟看護師 もしくは 地域医療連携センターの看護師またはSW	地域医療連携センターの看護師またはSW	※患者情報をお聞きになりたい場合、各窓口で身分証明書をご提示いただく場合がございますので、ご持参ください。(介護支援専門員証、免許証等) ※面会制限をしております。事前にご連絡お願いします。
登美ヶ丘リハビリテーション病院	地域連携部 TEL：48-2600(直) FAX：48-2601(直) 〒631-0003 中登美ヶ丘6-12-2	平日・土曜 8:30-17:15		地域連携部	【持参】 地域連携部 (連絡必要) 【FAX・郵送】 地域連携部	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	
奈良春日病院	地域医療連携室 TEL：24-4771(代) FAX：20-0872(直) 〒630-8425 鹿野園町1212-1	平日 8:50-17:00 土曜 8:50-13:00	病院代表 TEL:24-4771	総合受付	【持参】 地域医療連携室 (連絡必要) 【FAX・郵送】 地域医療連携室	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	時間外での持参の場合は、事前に連絡お願いします。
奈良県総合医療センター	地域医療連携室 TEL：46-6001(代) 46-7999(直) FAX：46-7666(直) 〒630-8581 七条西町2-897-5	平日 9:00-17:00	なし	診断書受付係 平日 8:30〜17:15	【持参】 病棟看護師 （病棟が不明な場合は地連へ連絡） 【FAX・郵送】 地域医療連携室	ご本人・ご家族 または 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	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	ケアマネが決まっており、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。

基本情報			在宅療養期（外来通院中）		ケアマネジャーが決まっている場合					ケアマネジャーが決まっていない場合		備考
					入院時	入院中		退院・転院調整		退院調整		
病院名	連絡先	対応可能な 曜日・時間	外来患者の 連携窓口	外来患者の ケアプラン 受取窓口	入院時情報提供書の 受取窓口	担当ケアマネ への入院連絡	担当ケアマネ との面談主体者	担当ケアマネ への退院連絡	担当ケアマネ への転院連絡	介護保険申請対 象者の対応 （説明・包括等 への連絡）	包括又は居宅への 退院連絡	
奈良小南病院	地域連携室 TEL：30-6668(代) 94-6663(直) FAX：30-6661(代) 〒630-8145 八条5-437-8	平日 9-17時 土曜日 9～13時 （休日を除く）	地域連携室	病院受付	【持参】 病院受付 (連絡必要） 【FAX・郵送】 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	病棟看護師 地域連携室	地域連携室	地域連携室	
奈良西部病院	地域連携室 TEL：77-2259(直) FAX：51-8722(直) 〒631-0061 三碓町2143-1	平日 9:00-17:00 土曜 9:00-13:00	地域連携室	医事課担当者	【持参】 地域連携室 (連絡必要) 【FAX・郵送】 地域連携室	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	
奈良セントラル病院	地域医療連携室 TEL：93-8277(直) FAX：93-8288(直) 〒631-0054 石木町800	平日 8:30-17:15		地域医療連携室	【持参】 地域医療連携室 (連絡必要) 【FAX・郵送】 地域医療連携室	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	
奈良東九条病院	地域医療連携室 TEL：61-1118(代) FAX：62-8707(代) 〒630-8144 東九条町752	平日 9:00-17:00	地域医療連携・ 入退院支援室	受付	【持参】 地域医療連携・ 入退院支援室 (連絡必要) 【FAX・郵送】 地域医療連携・ 入退院支援室	病棟看護師 地域医療連携・ 入退院支援室 ご本人・ご家族	病棟看護師 地域医療連携・ 入退院支援室	病棟看護師 地域医療連携・ 入退院支援室 ご本人・ご家族	病棟看護師 地域医療連携・ 入退院支援室 ご本人・ご家族	地域医療連携・ 入退院支援室	地域医療連携・ 入退院支援室	
ならまちリハビリテーション病院	地域連携部 TEL：20-2500(直) FAX：20-7800(代) 〒630-8357 杉ヶ町57番1	平日 8:30-17:15	地域連携部	地域連携部	【持参】 地域連携部 (連絡必要) 【FAX・郵送】 地域連携部	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	担当MSW	

基本情報			在宅療養期（外来通院中）		ケアマネジャーが決まっている場合					ケアマネジャーが決まっていない場合		備考
					入院時	入院中		退院・転院調整		退院調整		
病院名	連絡先	対応可能な曜日・時間	外来患者の連携窓口	外来患者のケアプラン受取窓口	入院時情報提供書の受取窓口	担当ケアマネへの入院連絡	担当ケアマネとの面談主体者	担当ケアマネへの退院連絡	担当ケアマネへの転院連絡	介護保険申請対象者の対応（説明・包括等への連絡）	包括又は居宅への退院連絡	
西奈良中央病院	入退院支援室 TEL：93-3987 FAX：41-9182 地域連携室 TEL：93-3972 FAX：41-9182 〒631-0022 鶴舞西町1-15	平日 8:40-17:00	患者相談窓口 または 地域連携室	医事課	【持参】 入退院支援室 (連絡必要) 【FAX・郵送】 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	
西の京病院	患者支援センター TEL：35-2219(直) FAX：35-2106(直) 〒630-8041 六条町102-1	平日 8:30-17:00	患者支援センター	患者支援センター	【持参】 患者支援センター (連絡必要) 【FAX・郵送】 患者支援センター	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	
松倉病院	地域連携室 TEL：26-6941(代) FAX：26-2000(直) 〒630-8314 川之上突抜町15	平日 9:00-17:00	地域連携室	1階受付	【持参】 地域連携室 (連絡必要) 【FAX・郵送】 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	
吉田病院	地域連携相談室 TEL：45-4601(代) FAX：45-6846(一般) 45-5376(精神) 〒631-0818 西大寺赤田町1-7-1	平日 9:00-17:00	地域連携相談室	外来受付	【持参】 地域連携相談室 (連絡不要) 【FAX・郵送】 地域連携相談室 (FAX前にTEL必要)	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	病棟看護師 地域連携相談室 ご本人・ご家族	

参考様式（1）受診・入院必携セット

受診・入院必携セットは、本人および家族が、受診や入院の際に病院へ持参すべき物品を日頃から備えておくための啓発用ちらしです。 必要な情報を整理し、急な受診時にも慌てず対応できるよう作成しています。 ぜひご活用ください。

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

緊急連絡先の記載にあたっては、本人および家族と十分に相談し、内容を確認したうえで記入してください。
また、記入後は紛失防止の観点から、介護保険被保険者証等と併せて適切に保管していただくよう、本人・家族へ周知願います。

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

既住症

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

参考様式（２）入院時情報提供書

介護保険サービスを利用している方が入院した際に、担当介護支援専門員が、普段の生活状況や心身の状態等を医療機関へ伝えるための書類です。入院初期から医療と介護が連携し、円滑な退院支援につなげることを目的としています。
すべての項目を記入できなくても、連携の一助としてご活用ください。

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	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	西暦　　年　　月　　日生
入院時の要介護度	□要支援（　　）　□要介護（　　）　有効期間：　年　月　日 ～ 年　月　日 □申請中(申請日　／　)　□区分変更（申請日　／　）　□未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J１ □J２ □A１ □A２ □B１ □B２ □C１ □C２	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
介護保険の自己負担割合	□＿＿＿割　□不明	障害手帳の有無	□なし　□あり（身体・精神・知的）
年金などの種類	□国民年金　□厚生年金　□障害年金　□生活保護　□その他（　　）		

２．家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居　□高齢者世帯　□子と同居　□日中独居　□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	□問題なし　□やや難あり　□困難	意思疎通	□会話に支障がない □複雑な会話はできないが、普通に会話はできる □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 □会話が成り立たないが、発語はある □発語がなく、無言である
聴力	□問題なし　□やや難あり　□困難		
眼鏡	□なし　□あり		
補聴器	□なし　□あり		

４．口腔・栄養について

摂食方法	□経口　□経管栄養　□静脈栄養	食物アレルギー	□なし　□あり（　　）
摂食嚥下機能障害	□なし　□あり	水分（とろみ）	□なし　□あり（□薄い・□中間・□濃い）
食形態（主食）	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他（　　）	食形態（副食）	□普通　□軟菜　□その他（　　）
義歯使用	□なし　□あり（□部分・□総）	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	□できる　□できない
歯の汚れ	□なし　□あり	歯肉の腫れ、出血	□なし　□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	□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：　　）		
服薬介助	□自立　□一部介助（介助内容：　　）　□全介助		
服薬状況	□処方通り服用　□時々飲み忘れ　□飲み忘れ多い、処方守られていない　□服薬拒否		
薬剤アレルギー	□なし　□あり（　　）	特記事項	□なし　□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	□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：　年　） □話し合いを実施していない　（□本人からの話し合いの希望がない　□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	□下記をご参照ください　□別紙参照（書類名：　　）
話し合いへの参加者	□本人　□家族（氏名：　続柄：　）（氏名：　続柄：　） □医療・ケアチーム　□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

摂食嚥下機能障害	□なし　□あり	水分（とろみ）	□なし　□あり（□薄い・□中間・□濃い）
食形態（主食）	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他（　　）	食形態（副食）	□普通　□軟菜　□その他（　　）
義歯使用	□なし　□あり（□部分・□総）	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	□できる　□できない
歯の汚れ	□なし　□あり	歯肉の腫れ、出血	□なし　□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	□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：　　）		
服薬介助	□自立　□一部介助（介助内容：　　）　□全介助		
服薬状況	□処方通り服用　□時々飲み忘れ　□飲み忘れ多い、処方守られていない　□服薬拒否		
薬剤アレルギー	□なし　□あり（　　）	特記事項	□なし　□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	□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：　年　） □話し合いを実施していない　（□本人からの話し合いの希望がない　□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	□下記をご参照ください　□別紙参照（書類名：　　）
話し合いへの参加者	□本人　□家族（氏名：　続柄：　）（氏名：　続柄：　） □医療・ケアチーム　□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	□右上肢	□左上肢	□右下肢	□左下肢	褥瘡等の有無	□なし □あり（部位・深度・大きさ等　　）			
褥瘡等への対応	□エアーマット	□クッション	□体位変換（　時間毎）	□その他（　　）	□なし				
移乗	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	移動	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
移動（屋外）	□杖	□歩行器	□車椅子	□その他	移動（屋内）	□杖	□歩行器	□車椅子	□その他
食事	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	排泄	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助

入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。　□アセスメントシート（フェイスシート）　□その他（　　）
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	□なし　□あり
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 □見守ってもらうことなく過ごすことができる　□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 □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　□30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる □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 □年月日はわかる　□年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる □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　□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 □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 □常に覚えている　□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 □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　□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 □忘れたこと自体を認識していない

参考様式（３）退院・退所情報記録書

退院後に在宅生活へ戻る方の支援を行う際、介護支援専門員が必要とする情報を整理するための用紙です。 介護支援専門員は、カンファレンスや看護サマリー等から得た情報を基にアセスメントを行い、本記録書を用いて状況を整理します。 医療機関と介護支援専門員が双方で確認することで、退院支援と在宅移行の連携が円滑に進みますので、ぜひご活用ください。

退院・退所情報記録書

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	□要支援(　) □要介護(　) □申請中 □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	□ 訪問診療 □ 通院	
	特記事項				
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（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	義歯	□ 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（　）	眠剤使用	□ 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＞病気、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				
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　□ 経鼻栄養　□ 経腸栄養 □ 褥瘡　□ 尿道カテーテル　□ 尿路ストーマ　□ 消化管ストーマ　□ 痛みコントロール □ 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 □ 血糖コントロール　□ 排泄　□ 睡眠　□ 皮膚状態　□ 認知機能・精神面　□ 服薬指導 □ 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）　□ ターミナル □ その他（　）
	リハビリの視点	□ 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 □ 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　□ 言語訓練 □ ADL練習(歩行／入浴／トイレ動作／移乗等)　□ IADL練習(買い物、調理等) □ 疼痛管理（痛みコントロール）　□ 更生装具・福祉用具等管理　□ 運動耐容能練習 □ 地域活動支援　□ 社会参加支援 □ 就労支援　□ その他（　）
	禁忌事項	（禁忌の有無）：□ なし　□ あり （禁忌の内容／留意点）
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。

参考様式（４）退院前カンファレンスシート

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：

4．入院中の状況、在宅での注意点
① 食事の内容と食事介助の方法

② 排泄状況（自立、一部介助、オムツ等）

③ 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

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

退院時の準備物（受け渡し方法の確認）
□ 診療情報提供書
□ 看護サマリー
□ リハビリサマリー
□ 栄養サマリー
□ 訪問看護指示書
□ 特別訪問看護指示書
□ 退院時処方
□ 次回受診

～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

＊本シートは、カンファレンスに参加される際にご活用いただくためのものです。病院から記入済みの様式が配布されるものではありません。
＊カンファレンスは、単なる情報共有の場ではなく、退院後の生活を見据えて支援内容を具体化する場です。 事前に情報を整理し、「どのような支援が想定されるか」「何を確認しておくべきか」という仮説を持って臨みましょう。
＊それぞれの専門職の視点から気づいた点を持ち寄ることで、より具体的で実効性のある支援につながります。
＊なお、介護支援専門員の皆さまにおかれましては、「適切なケアマネジメント手法」に示されている基本ケアおよび疾患別ケアの視点を参考に整理していただくことも有効です。支援の抜け漏れを防ぎ、検討の質を高めることにつながります。
＊奈良市入退院連携マニュアル「退院・退所情報記録書」も併せてご活用ください。

※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。

参考様式（５）私の気持ち応援シート

わたしの気持ち応援シート～奈良市版～

支援者のみなさまへ

＊ このシートは、もしも医療や介護が必要になった時、手続きや管理ができない場合に備え、支援者が本人と話し合いながら、本人の思いを踏まえ、支援内容を整理し、本人や支援者間で共有するためのツールです。

＊ 支援者として指名記載があっても、法的拘束力はなく、強制を強いるものではありません。支援者の負担が偏りなく、分け合えるようチームで協力しましょう。

＊ すべての項目を記入していただく必要はありません。本人の状態や信頼関係に合わせて段階的に使ってみましょう。

＊ 内容の変更があれば、その都度更新しましょう。

＊この用紙の取り扱いには十分に気をつけましょう。

<どのような方に…>

・身寄りのない人
・家族や親族の支援を受けることが難しい人
・ADLや認知機能の低下などで在宅生活を継続するために整理する必要がある場合　など

	確認をする人	聞き取り・活用のタイミング	保管方法
病院側	・医療ソーシャルワーカー ・入退院支援看護師 ・外来看護師 ・医師　など	・入院でADLや認知機能の低下など状態が変化した時 ・退院支援時 ・外来通院時 など	＜本人＞ ・原本をマイナンバーカードや保険証と一緒に保管 ＜支援者＞ ・カルテや利用者記録に反映 ・コピーを綴る ・奈良あんしんネットで共有

	確認をする人	聞き取り・活用のタイミング	保管方法
在宅側	・ケアマネジャー ・地域包括支援センター ・訪問看護師 ・生保ケースワーカー ・施設職員　など	・ケアマネジメント開始時のアセスメント（インテーク） ・状態が落ち着いている時期に、数回に分けて ・退院後 ・転所時 ・担当変更や担当者会議の節目　など	＜本人＞ ・原本をマイナンバーカードや保険証と一緒に保管 ＜支援者＞ ・カルテや利用者記録に反映 ・コピーを綴る ・奈良あんしんネットで共有

様　**わたしの気持ち応援シート～奈良市版～**

もしも医療や介護が必要になった時、手続きや管理ができない場合に備え、
どなたに支援してもらいたいか、支援者に思いを伝えましょう。

＜わたしの思いや心配事＞

＜支援してほしい人＞

氏　名	関 係 ・ 所 属	連 絡 先 ・ TEL	支援者の同意
			あり・なし
			あり・なし
			あり・なし

支援内容		支援してほしい人
サービス等の利用に関すること	制度やサービスについて説明を聞き、利用手続きをサポート □介護･福祉サービス □(　　)	
支払いやお金の管理	□本人と一緒に支払い方法を確認し、支払いに関する手続きの支援 □社会制度を利用する □(　　)	
医療機関受診や入院等に関すること	医療機関受診の付き添いや入院時の手続き等をサポート □医療機関受診の付き添い　□入院時の手続き □(　　)	
病院や施設で必要な物品の準備	入院中や施設入所の際に必要な物品の購入や準備の協力 □物品の準備、買い物等 □(　　)	
入院入所する場合等の自宅の管理	本人が長期で自宅を空ける場合等の手続きや管理 □電気･ガス･水道　□郵便物　□ペットのお世話 □(　　)	
退院、退所に関すること	退院、退所時の手続き等をサポート □退院･退所の付き添い　□退院･退所の手続き □(　　)	
亡くなった後の葬儀や財産等に関すること	万一亡くなられた際のご遺体･遺品の引き取り、葬儀･納骨の連絡調整等 □(　　)	

必要に応じて関係機関や事業所に本シートに記載された内容が情報提供されることに同意します。

作成年月日：　　年　　月　　日　（ 次回見直し時期：　　年　　月 ）

本人署名：

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などは利用者との契約時に個人情報に使用について
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うえで、
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

関係機関一覧

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、奈良市ホームページ『介護サービス事業所一覧』にてご確認ください。

（１）病院

病院名	郵便番号	所在地	電話番号
おかたに病院	630-8141	南京終町1-25-1	63-7700（代）
国立病院機構　奈良医療センター	630-8053	七条2-789	45-4591（代）
五条山病院	630-8044	六条西町4-6-3	44-1811（代）
済生会奈良病院	630-8145	八条4-643	36-1881（代）
沢井病院	630-8258	船橋町8	23-3086（代）
市立奈良病院	630-8305	東紀寺町1-50-1	24-1252（代）
高の原中央病院	631-0805	右京1-3-3	71-1030（代）
登美ヶ丘リハビリテーション病院	631-0003	中登美ヶ丘6-12-2	45-6800（代）
奈良春日病院	630-8425	鹿野園町1212-1	24-4771（代）
奈良県総合医療センター	630-8581	七条西町2-897-5	46-6001（代）
奈良小南病院	630-8145	八条5-437-8	30-6668（代）
奈良西部病院	631-0061	三碓町2143-1	51-8700（代）
奈良セントラル病院	631-0054	石木町800	93-8520（代）
奈良東九条病院	630-8144	東九条町752	61-1118（代）
ならまちリハビリテーション病院	630-8357	杉ヶ丘57-1	20-3700（代）
西奈良中央病院	631-0022	鶴舞西町1-15	43-3333（代）
西の京病院	630-8041	六条町102-1	35-1121（代）
松倉病院	630-8314	川之上突抜町15	26-6941（代）
吉田病院	631-0818	西大寺赤田町1-7-1	45-4601（代）
バルツァ・ゴーデル	630-8425	鹿野園町1000-1	21-7111（代）
東大寺福祉療育病院	630-8211	雑司町406-1	22-5577（代）

（２）地域包括支援センター

事業所名	所在地	電話番号	FAX	地域活動単位である小学校区
若草地域包括支援センター	船橋町2番地	25-2345	25-2346	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	30-6380	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	20-2517	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	61-2299	辰市、明治、東市、帯解
北部地域包括支援センター	右京1丁目3-4　サンタウンプラザすずらん館2階	70-6777	70-6778	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	53-7758	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	48-7234	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	36-1673	あやめ池（学園南以外）、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	43-1281	鶴舞、清和、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	51-0013	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	46-2012	三碓、富雄南、あやめ池（学園南）
富雄西地域包括支援センター	鳥見町4-3-1　富雄団地49-101	44-6541	44-6542	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	81-5721	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１丁目1-1	34-4598	34-1161	

（３）在宅医療・介護連携支援センター

施設名称	郵便番号	所在地	電話番号	FAX
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	33-5244	33-5230

（４）奈良市　担当課

担当課	郵便番号	所在地	電話番号	FAX
【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1丁目１－１	34-5439	34-1161
【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1丁目１－１	34-5422	

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事により、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、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は、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会議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わからない、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。

● 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。

奈良県地域包括ケア　ホームページより引用

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
令和　８年１０月 マニュアル改訂

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