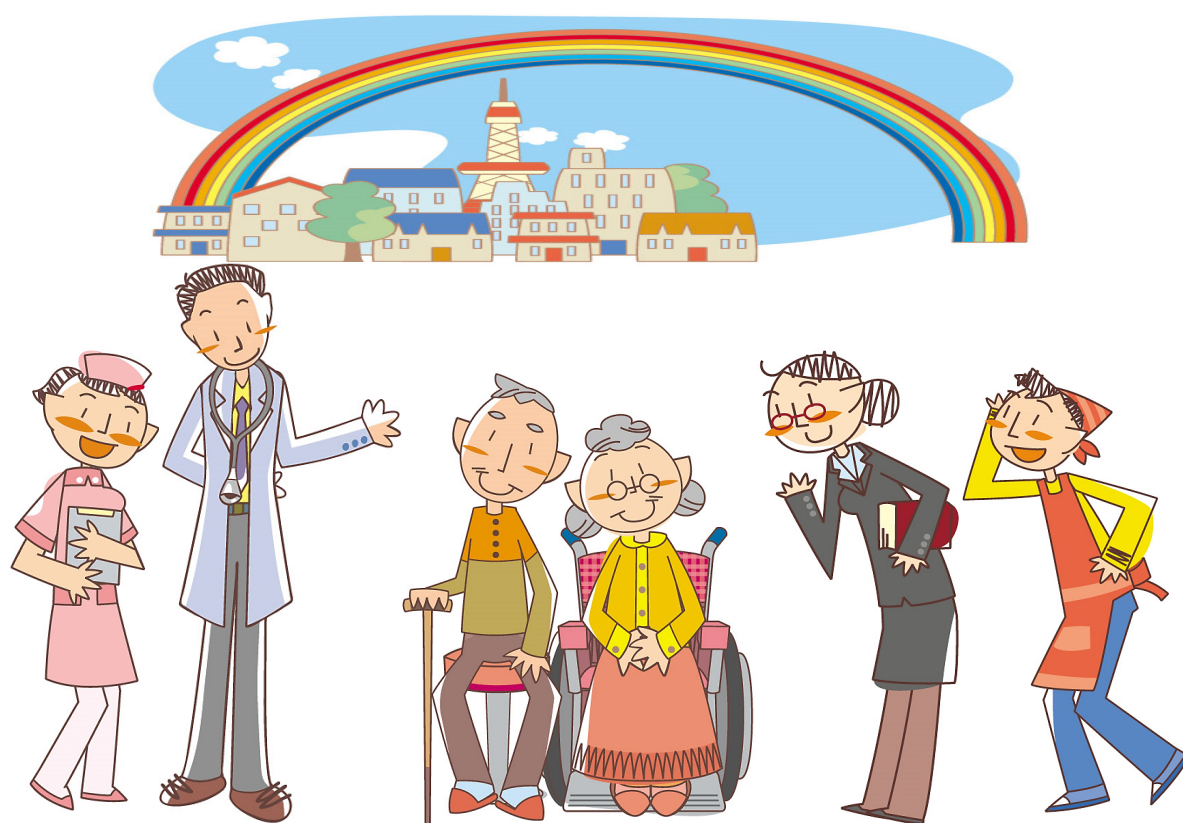


【安中地域版】

「退院調整ルール」の手引き

～病院から在宅へ 切れ目のないサービスの提供のために～



目次

■ 1	はじめに	1
■ 2	「退院調整ルール」の活用にあたって	1
■ 3	この手引きを使用する機関	1
■ 4	退院調整の手順	1
A	「入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」	2
	（入院前に介護保険のサービスを利用していた場合）	
	（1）在宅時	
	（2）入院時	
	（3）退院調整	
	（4）退院時の共同指導	
	（5）退院時引継情報	
	（6）退院後	
B	「入院前にケアマネジャーがいない患者の場合」	5
	（新たに介護保険のサービスを利用する場合）	
	退院調整	
■ 5	退院調整が必要な患者の基準	7
■ 6	退院調整におけるケアマネジャーの役割	8
■ 7	介護保険サービス利用の流れ	8
■ 8	ケアマネジャーの業務手順	9
■ 9	入退院調整のための病院相談窓口等一覧	11
■ 10	安中市内の居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所 ・地域包括支援センター 一覧	12
様式 1-1	入院時情報提供書 （入院時情報連携加算に係る様式例(R6 介護報酬改定版）	13
様式 1-2	利用者情報提供票	15
様式 2-1	退院・退所情報記録書	17
様式 2-2	退院調整共有情報シート	18
【参考 1】	要介護（要支援）認定申請の手続き方法	20
【参考 2】	事業対象者とは	20
【参考 3】	退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例(R6 年6月)	21

■ 1 はじめに

病院から在宅へ患者さんが退院する際には、必要なサービスを切れ目なく受けられるように、退院前から医療（病院）と介護（ケアマネジャー、地域包括支援センター）が連携することが求められています。

この手引きは、なるべく早い段階から医療と介護が連携をすることにより、患者さんが安心して退院後の生活を送れるよう支援することを目的としています。

この手引きに定める「退院調整ルール」の策定にあたっては、病院、ケアマネジャー、地域包括支援センター、群馬県等が、1年間協議を重ねました。関係者の皆さんでこのルールを実践し、退院支援がなかったことで、退院後に必要なサービスを受けられず患者さんや家族が困ってしまうことがないようにしていきましょう。

なお、この手引きは、よりよい連携を目指し、必要に応じて改訂することとします。

■ 2 「退院調整ルール」の活用にあたって

この手引きに定める「退院調整ルール」は、標準的な手続きを定めたものです。ルールに基づいた対応が困難なケースの場合には、関係者間で個別に調整を行ってください。

また、このルールに基づく医療・介護連携のための情報共有の際には、患者さん・利用者さんやその家族との信頼関係を大切にし、個人情報を利用されることの意義について理解を得ることが重要です。スムーズな医療・介護連携のためには情報の共有が欠かせませんが、個人情報の適正な取扱いについて十分配慮してください。

なお、厚生労働省 HP から「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン」※が示されていますので、参考にしてください。

※ <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

■ 3 この手引きを使用する機関

安中市内の病院（P 1 1）

安中市内の居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所・安中市地域包括支援センター
(P 1 2)

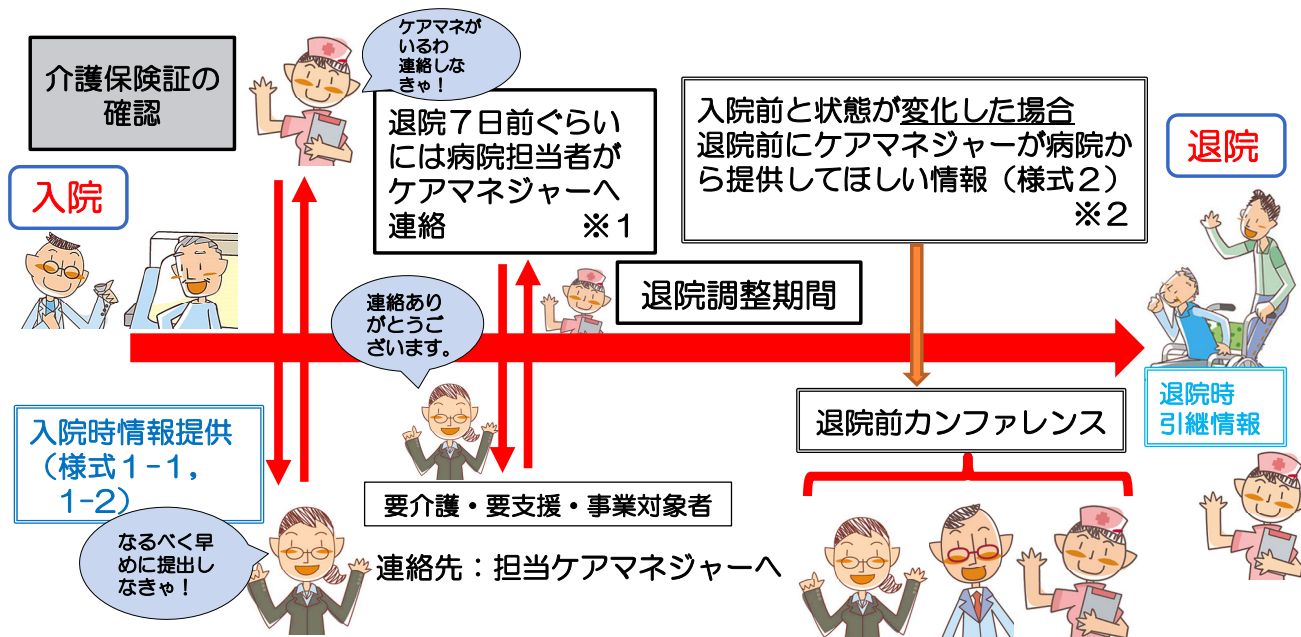
■ 4 退院調整の手順

ここでは、「入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」（入院前に介護保険のサービスを利用していた場合）と「入院前にケアマネジャーがいない患者の場合」（新たに介護保険のサービスを利用する場合）、それぞれについて退院調整の具体的な手順を定めています。病院では、患者さんが入院してきたら介護保険証の有無を確認してください。

A 「入院前にケアマネジャーがいる患者の場合」  P 2
(入院前に介護保険のサービスを利用していた場合)

B 「入院前にケアマネジャーがいない患者の場合」  P 5
(新たに介護保険のサービスを利用する場合)

A 入院前にケアマネジャーがいる患者の場合 (入院前に介護保険のサービスを利用していた場合)



- ※1 病因・病状によって基準となる在院日数が異なることから、おおよその目安である。
 ・退院の見込みがたったらなるべく早期に。できれば退院7日前ぐらいに。
 ※2 在宅担当者は連絡を受けたら、病院担当者と連絡を取り合う。状況変化がある場合は、様式2を活用しケアプラン変更の必要性を判断する。
 ・病院担当者と在宅担当者は、退院前カンファレンスについての確認や退院後の生活に向けた相談をする。

【具体的な手順】

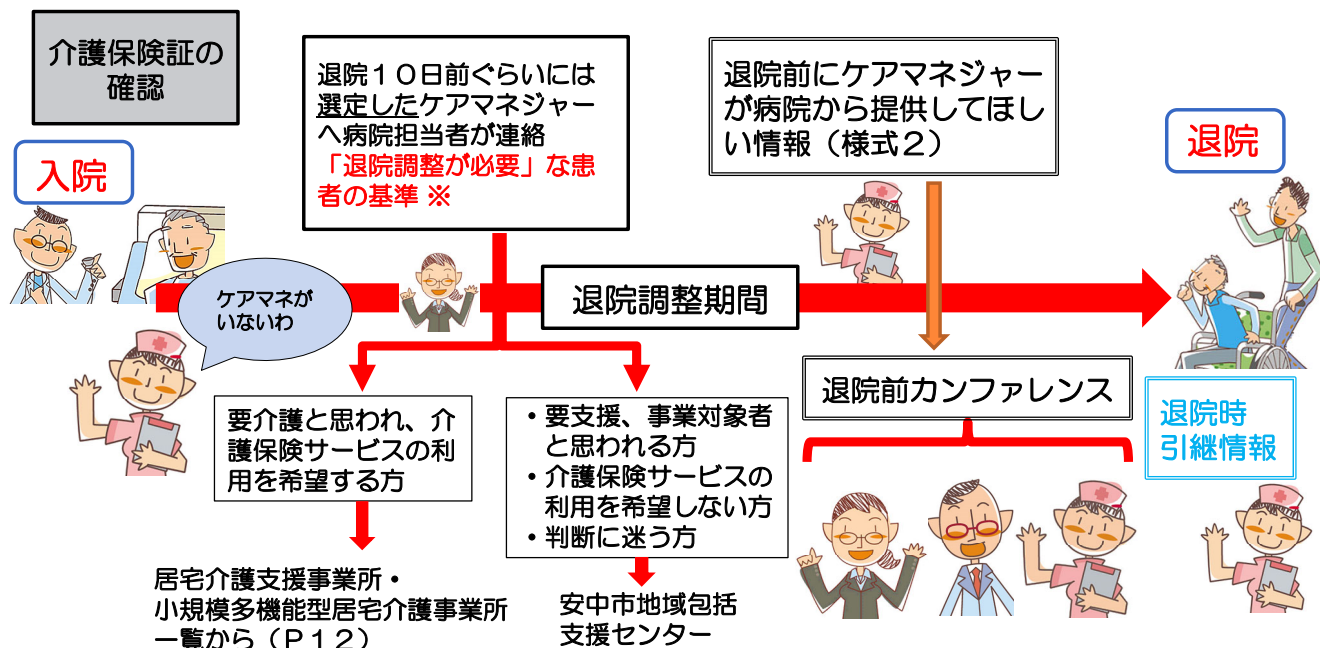
	病院担当者（病棟看護師 ・地域連携室の担当者）	在宅担当者（担当ケアマネジャー）
(1) 在宅時		○普段から本人・家族に「入院したら電話をください」と依頼をしておき、在宅担当者の情報が病院担当者に伝わる工夫をしておく。 例えばこんな工夫 ・医療保険証と介護保険証を一緒に保管し、介護保険証に担当ケアマネジャーの名刺を挟んでおき、入院時に介護保険証も一緒に病院に提示することをケアマネジャーから利用者及び家族に依頼する。 ・利用者及び家族の同意を得て、介護保険証に担当事業所名、電話番号を記入しておく。

	病院担当者（病棟看護師 ・地域連携室の担当者）	在宅担当者（担当ケアマネジャー）
（２）入院時	○本人・家族、介護保険証等から在宅担当者を確認し、本人・家族に在宅担当者あてに入院の連絡をするよう依頼する。 本人・家族が連絡困難な場合、病院担当者は、患者が入院した旨を在宅担当者に直接連絡する。	○本人の入院を把握したら、病院に 入院時情報提供書等（様式１－１ または１－２）を病院の担当窓口 に持参する。または病院の指定す るＦＡＸに送信する。
◎入院時の情報提供の留意点 入院時の情報提供をＦＡＸで送る場合は、病院担当者、在宅担当者双方がＦＡＸの送受信の確認を行うなど、個人情報の保護に十分注意する。		
（３）退院調整	○可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間「概ね７日間」を考慮して、在宅担当者に連絡する。 ※ 病院担当者から在宅担当者への連絡は、患者の状態に関係なく入院時情報提供元、介護保険証の記載事業所に連絡する。	○必要に応じて、病院側の「在宅可否」の判断に必要な情報を提供する。
◎退院情報の提供の目安は「退院７日前ぐらい」		
○在宅担当者がケアプラン修正に必要な情報（様式２－２：退院調整共有情報シート）を院内の関係者から収集し、在宅担当者に提供する。 ○面談時には在宅担当者に患者情報を説明する。		○病院担当者から送付された様式２－２（退院調整共有情報シート）を確認し、不足している情報等は病院担当者から聞き取る。
○病院担当者と在宅担当者は、必要に応じ直接連絡を取り合うなど、情報共有を図る。 ○病院担当者と在宅担当者は、退院前カンファレンスの必要性や回数などを検討する。 ○病院担当者と在宅担当者は、本人・家族を交えて病院の看護・リハビリ・栄養スタッフなどと在宅での看護、リハビリなど必要なサービス等との引継ぎを実施する。 ※ 詳細な実施方法は各病院の指示に基づく。		

	病院担当者（病棟看護師 ・地域連携室の担当者）	在宅担当者（担当ケアマネジャー）
（４）退院時の共同指導	○退院時の共同指導を必要と判断した場合は、診療報酬算定条件に基づき関係者と連絡調整を行い、共同指導を行う。	○病院担当者から退院時の共同指導の要請があった場合には、参加を検討する。
（５）退院時引継情報	○看護・介護の引継情報（看護サマリー等）を在宅担当者に提供するように努める。 ※ 引継情報例：最終排便日・入浴日、服薬内容等	○看護・介護の引継情報を病院担当者への聞き取り等により把握するように努める。
（６）退院後		○必要に応じ、退院後にケアプランの写しを病院担当者に提供する。



B 入院前にケアマネジャーがいない患者の場合 (新たに介護保険のサービスを利用する場合)



「退院調整が必要」な患者の基準の要介護に当てはまり、介護保険サービスの利用を希望していれば、ケアマネジャーを選定して連絡。

※「退院調整が必要」な患者の基準（P 7）

要介護：立ち上がりや歩行、食事、排泄に介助が必要な状態の方。認知機能が低下している方

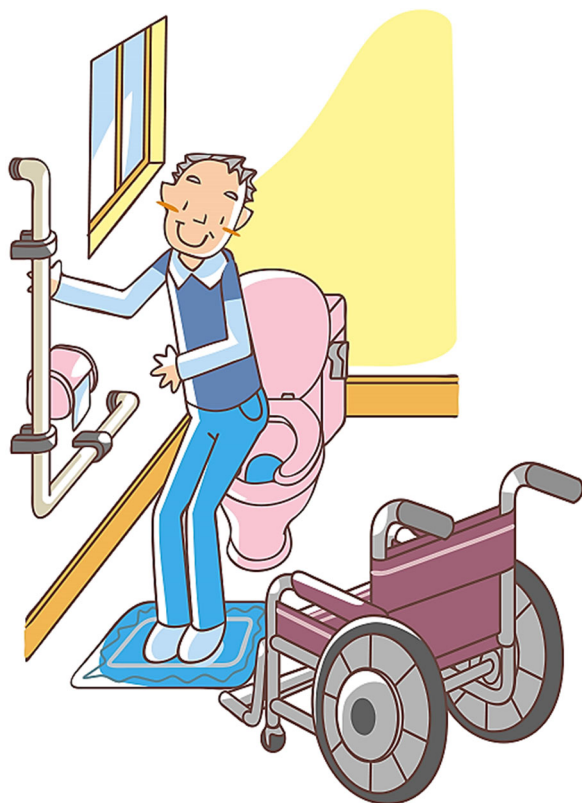
要支援・事業対象者：見守りが必要な方。放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある方

【具体的な手順】

	病院担当者（病棟看護師 ・地域連携室の担当者）	在宅担当者（担当ケアマネジャー）
退院調整	○本人又は家族等と要介護（要支援）認定の申請について相談する。 ○本人又は家族等と相談し、退院後の在宅担当者を選定する。 ○在宅可能と判断したら、可能な範囲で退院調整に必要な期間「概ね10日間」を考慮して、在宅担当者に連絡を入れ、退院調整を開始する。	
	◎退院情報の提供の目安は「退院10日前くらい」	
	※ 退院調整が必要な患者の基準はP 7 参照	

	病院担当者（病棟看護師 ・地域連携室の担当者）	在宅担当者（担当ケアマネジャー）
退院調整	○退院調整共有情報シート（様式2－2）を参考に院内の関係者から必要な情報を収集し、在宅担当者へ提供する。	○家族と連絡を取り、早急に病院担当者と面談の機会を作る。介護保険制度やサービスの利用に関する説明をし、退院後の生活に向けて調整を始める。
	○病院担当者と在宅担当者は、必要に応じ直接連絡を取り合うなど、情報共有を図る。 ○病院担当者と在宅担当者は、退院前カンファレンスの必要性や回数などを検討する。 ○病院担当者と在宅担当者は、本人・家族を交えて病院の看護・リハビリ・栄養スタッフなどと在宅での看護、リハビリなど必要なサービス等との引き継ぎを実施する。 ※ 詳細な実施方法は各病院の指示に基づく。	

※ 以降の流れは、**A** 入院前にケアマネジャーがいる患者の場合の「（４）退院時の共同指導」（P 4）以降と同じ。



■ 5 退院調整が必要な患者の基準

(1) 65歳以上の患者の場合（要介護認定されていない患者）

(ア) 退院調整が必要な患者

- ① 立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
- ② 食事に介助が必要な方
- ③ 排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中的の方
- ④ 日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方
⇒ 介護サービスの利用を希望していれば、居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所一覧の事業所へ連絡（P12参照）

(イ) 上記①から④以外で見逃してはいけない患者

- ⑤ 在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑥ (ADLは自立でも) がん末期の方、新たに医療処置（膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など）が追加された方
⇒ 安中市地域包括支援センターへ連絡（P12参照）

(ウ) 判断に迷った場合や上記（ア）・（イ）に該当するが本人・家族が介護保険サービスの利用を希望しなかった場合等

⇒ 安中市地域包括支援センターへ連絡（P12参照）

(2) 40歳以上65歳未満の患者の場合

患者が介護保険の対象となる特定の疾病（下記の介護保険の対象となる疾病参照）で、かつ、上記（1）の（ア）または（イ）の退院調整が必要な患者の基準であった場合

【介護保険の対象となる疾病】（40歳以上65歳未満）

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

■6 退院調整におけるケアマネジャーの役割

- 在宅（自宅、有料老人ホーム等）への退院の意思を持っている本人・家族に対し、相談、ケアプランの作成、退院後の生活に必要な介護保険サービス利用調整等の支援を入院中から行います。退院後に介護保険施設等へ入所する場合や転院する場合の支援は該当しません。
- 対象者は、要介護（要支援）認定を受けている方・見込みのある方、事業対象者※のうち、ケアマネジャーと契約が整った方です。
- 退院後、介護保険サービス利用となった場合に介護報酬の対象となります。（介護保険サービス利用とならない場合は報酬対象外）

※ 「事業対象者」については、P.20【参考2】を御覧ください。

■7 介護保険サービス利用の流れ

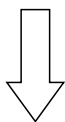
- ① 本人・家族・病院等からの相談、支援依頼
- ② 担当ケアマネジャーの選定
- ③ 初回訪問、面接（インテーク）
- ④ 契約締結（居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所）
- ⑤ アセスメント・病院からの聴き取り
- ⑥ 主治医、介護保険サービス事業所等との連絡調整
- ⑦ ケアプラン原案作成
- ⑧ サービス担当者会議の開催・病院との引継ぎ、ケアプランの確定
- ⑨ 契約締結（介護保険サービス事業所）
- ⑩ 退院・介護保険サービス利用開始

※詳しくは、「ケアマネジャーの業務手順」をご覧ください。

■ 8 ケアマネジャーの業務手順

☆病院から退院するケース：新規受付～サービス利用開始に至るまで☆

新規受付



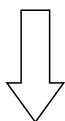
- 1) 病院または、家族から電話で依頼を受ける
- 2) 事業所内で担当者を決定
- 3) 初回訪問の日程調整

1日～
2日間

- ・ケアマネジャーの担当件数が決まっているので、担当者を決めるのにも時間が必要。
- ・家族が就労などで連絡がとれないことが多く、初回訪問まで時間が掛かることも多い。

check!

病棟に初回訪問 (インテーク・アセスメント)



- 1) 介護保険証等の確認
- 2) 本人又はその家族に対し、居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護についての重要事項及び契約内容を説明後に契約、個人情報の使用について説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部交付
- 3) 『居宅サービス計画作成依頼届け』の記載依頼。
- 4) 病棟から、本人の状態説明や退院後の生活についての助言など、情報提供を受ける
- 5) 基本情報聴取・アセスメント（課題分析）を実施
- 6) サービスの情報提供を行い、利用サービス（事業所）を決める。
- 7) 居宅へ訪問（家屋状況の確認）

3日～
4日間

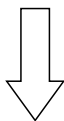
- ・アセスメントは、利用者の居宅を訪問し、利用者及び家族に面接しなければならない。
しかし、利用者が入院中であることなど物理的な理由がある場合は病院での実施も可能。
⇒必要に応じて、入院中は病院と居宅を訪問する。
- ・要介護認定申請中の場合は、退院時に認定がおりていないこともある。
- ・住宅改修などの可能性があれば、本人の動きを自宅で確認する必要があるため、退院時に住宅改修が完了していないこともある。

check!

事務処理

2日～
3日間

- 1) 市役所へ必要書類の提出
(居宅サービス計画作成依頼届、認定資料の開示依頼等)
- 2) 利用者台帳・基本情報の作成
- 3) アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成
- 4) サービス事業者との連絡調整
- 5) 主治医との連携
- 6) サービス担当者会議の開催調整と書類準備
(利用票・提供票、介護保険証の写しなど)



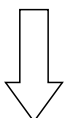
- ・事業所の営業日や市役所の開庁時間など、曜日や時間に制限がある。
- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医より意見を頂くことが必須。
⇒主治医との連絡調整にも時間を要する。

Check!
☑

サービス担当者会議 (ケアプランの確定)

1日間

- 1) サービス担当者会議の開催で情報共有
- 2) ケアプラン原案の修正・確定・同意
- 3) 本人又は家族へ書類を交付 (ケアプラン・利用票等)
- 4) サービス事業所へ書類を交付 (ケアプラン・提供票等)
- 5) 担当者会議録の作成



- ・担当者会議では、サービス担当者から専門的な見地からの意見を聴取しなければならない。欠席する事業所には事前に意見照会が必要。
⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間がかかる。
- ・本人、家族、サービス事業所に交付した証拠として、受領のサインが必要。

Check!
☑

サービス事業者との契約

ここまでできれば、退院後すぐにサービスを利用できます。

*当然のことながら、利用者は1人ではありません。他のケースも動いています。

*動きは全て、支援経過として記録する必要があります。

■ 9 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

R7年1月 赤字部分変更

病院名	すでに介護保険のサービスを利用していた(ケアマネジャーが付いている)場合					新たに介護保険のサービスを利用する場合		
	①ケアマネジャーからの入院時情報はどこに？	②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能？	③誰がケアマネジャーに電話をする？	④ケアマネジャーとの面談主は？	⑤誰がケアマネジャーに退院日を連絡する？	⑥誰が介護保険を説明する？	⑦誰がケアマネジャー契約の支援をする？	⑧誰が契約後のケアマネジャーと連絡をとる？
松井田病院	地域医療連携室 所在地: 安中市松井田町新堀1300-1 電話: 027-393-1301 FAX: 027-393-5421	× (Dr判断)	地域医療連携室 家族	地域医療連携室	地域医療連携室 家族	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
公立碓氷病院	地域連携室 所在地: 安中市原市1-9-10 電話: 027-385-8221 FAX: 027-385-4905	× (Dr判断)	地域連携室 家族	地域連携室 状態確認の場合は病棟師長	地域連携室 状況によって病棟師長 家族	地域連携室 または病棟師長	地域連携室	地域連携室 状況によって病棟師長
須藤病院	地域連携室 所在地: 安中市安中3532-5 電話: 027-382-3131 FAX: 027-382-6568	× (Dr判断)	家族 地域連携室	地域連携室 病棟Ns	家族 地域連携室	地域連携室 または 同法人居宅介護支援事業所	地域連携室	地域連携室
本多病院	相談室 * 来院の場合、相談室に電話 所在地: 安中市鷺宮205-1 電話: 027-382-1255 FAX: 027-382-7396	Drより退院許可後に退院調整に入るため、14日以内に在宅可能となれば、ケアマネと本人家族との日時調整で退院可。	相談室	相談室 状態確認の場合は病棟Ns	相談室	相談室	相談室	相談室
正田病院	連携室または、病棟 * 来院の場合、 病院へ 電話 所在地: 安中市安中1-16-32 電話: 027-382-1123 FAX: 027-382-5316	Ns判断で○	連携室 病棟Ns	連携室	連携室 病棟Ns	連携室	連携室	連携室

■ 10 安中市内の居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護事業所
・地域包括支援センター 一覧

◆居宅介護支援事業所

令和7年1月現在

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	ケアプランセンター ピース安中	安中市宿桐の木2180-2	027-380-5577	027-380-5587
2	居宅介護支援事業所 ふれ愛	安中市安中1-17-11	027-384-3236	027-384-3236
3	居宅介護支援事業所こかげ	安中市安中3-25-13	027-382-7281	027-382-2852
4	安中市居宅介護支援事業所	安中市原市1-9-10	027-385-1282	027-385-1282
5	ケアサポーター ほのか	安中市原市2-5-41-3	027-384-4148	027-384-4149
6	やまと	安中市原市3518	027-388-0071	027-388-0072
7	特別養護老人ホーム 明嶺荘	安中市嶺240	027-385-0003	027-385-0805
8	居宅介護支援事業所 昂(すばる)	安中市磯部1-7-36	027-384-4396	027-384-4396
9	居宅介護支援事業所 フレンズ	安中市鷺宮蔵畑205-1	027-382-8558	027-382-8557
10	居宅介護支援事業所 なゆた	安中市鷺宮389	027-382-8366	027-380-5833
11	居宅介護支援事業所 フォレスト	安中市岩井2423-3	027-382-7118	027-382-7118
12	居宅介護支援事業所 のどの荘	安中市野殿1599-1	027-382-7061	027-382-0198
13	居宅介護支援事業所 アースブリッジ	安中市板鼻3322-4	027-382-3635	027-382-3635
14	妙義会居宅介護支援事業所 あんなか	安中市秋間みのりが丘2538-1	027-382-7522	027-382-7523
15	安中市社会福祉協議会	安中市松井田町新堀245	027-393-3948	027-393-4414
16	松井田居宅介護支援事業所 せせらぎ	安中市松井田町新堀1300-1	027-393-2091	027-393-5421
17	松井田町在宅介護支援センター うすいの里	安中市松井田町高梨子1491-1	027-393-5858	027-393-5854

◆小規模多機能型居宅介護事業所

No.	事業所名称	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	小規模多機能ホーム ごうばら	安中市郷原2982-1	027-395-0150	027-395-0220
2	小規模多機能型居宅介護 ヤナセ	安中市築瀬194-6	027-380-6201	027-380-6202
3	小規模多機能ホーム くわのみ	安中市中野谷1854-2	027-385-1217	027-384-1219
4	小規模多機能の家 吉ヶ谷	安中市下秋間4484-1	027-395-0522	027-395-0521
5	小規模多機能型居宅介護 国衛の郷	安中市松井田町国衛56-1	027-393-0117	027-393-0777

◆地域包括支援センター

No.	センター名称	センターの所在地	電話番号	FAX番号
1	安中市地域包括支援センター(本庁)	安中市安中1-23-13	027-382-1111	027-380-5343
2	安中市地域包括支援センター(松井田支所)	安中市松井田町新堀245	027-382-1111	027-393-1093

【参考1】要介護（要支援）認定申請の手続き方法

（1）患者が65歳以上の場合

本人又は家族等が介護保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

（2）40歳以上65歳未満の場合

本人又は家族等が医療保険証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。

→ 対象者はP7の ■5（2）参照

※ 申請は在宅担当者が代行可能

【参考2】事業対象者とは

- 介護保険サービスを利用する場合には要介護（要支援）認定（以下「要介護認定等」）を受ける必要がありますが、介護予防・日常生活支援総合事業の開始に伴い、総合事業のサービスのみ利用する場合は、事業対象者と判定されれば要介護認定等を受けずに利用できるようになりました。
- 事業対象者は、65歳以上で要介護認定等を受けていない方のうち、『基本チェックリスト』により判定基準に該当し、介護保険証が発行された方です。
- 事業対象者は65歳以上の要支援1相当の方を対象としています。要介護相当の方や65歳未満の方は、要介護認定等を受けていただく必要があります。
- 要介護認定等は結果が出るまでに時間がかかりますが、事業対象者は地域包括支援センターにおいて本人に『基本チェックリスト』を実施していただくことで、その場で判定できます。
- 事業対象者は、総合事業に位置付けられる訪問型サービス（訪問介護）を週2回まで、通所型サービス（通所介護）を週1回まで利用できます。
それ以上の回数の利用を希望する方や、それ以外のサービス（通所リハビリや福祉用具貸与等）を希望する方は、要介護認定等を受ける必要があります。
- サービスを利用する場合は、要介護（要支援）認定者と同様にケアマネジャーがケアプラン作成等の一連の業務を実施する必要があります。
- 事業対象者には有効期間の定めはありません。

※ 事業対象者の判定等については、地域包括支援センターまでご相談ください。





＜退院調整ルール策定参加機関等＞

安中市内の病院

安中市内の居宅介護支援事業所

安中市内の小規模多機能型居宅介護事業所

安中市地域包括支援センター

群馬県

安中保健福祉事務所



（問い合わせ先）

安中市役所 保健福祉部高齢者支援課地域包括支援センター

０２７－３８２－１１１１（代表）

（医療介護連携室あんなか ホームページアドレス）

musubu-annaka.info ＊様式はこちらからダウンロードできます。

平成３０年３月 初版

令和 ５年２月 改訂（第２版）

令和 ７年１月 改訂（第３版）