

【桐生・みどり地区】

退院調整ルールの手引き

～病院から在宅へ 医療と介護の連携を目指して～



令和 7 年 3 月(改訂版)

はじめに

介護を必要とする患者が、入退院をする際に医療と介護が連携し、特に退院後在宅等での生活が安心して過ごせるよう環境を整えることが求められています。

そのため、病院関係者と介護支援専門員(以下「ケアマネジャー」という)の連携が円滑に進められることが重要であり、平成28年度に在宅医療介護連携センターきりゅうが中心となり、桐生市・みどり市・地域包括支援センター・病院関係者・ケアマネジャーの協力を得ながら「入退院情報提供シート」を作成しました。

そのシートを原案に平成29年度には桐生保健福祉事務所が中心となり、同様に桐生市・みどり市・地域包括支援センター・病院関係者・ケアマネジャー・在宅医療介護連携センターきりゅう等関係団体と10回程度協議を重ね、平成30年2月には『桐生地域退院調整ルールの手引き』を策定しました。

策定しましたルールは地域全体で運用し、介護を必要とする患者が、疾患を問わずどの病院に係る入退院でも必要な療養・介護サービスが受けられ、安心して在宅に戻ることができるよう、医療と介護の連携を強化していくことをルール策定の目的としています。

そして平成30年4月の介護保険制度改正に伴い、居宅介護支援の加算における見直しとともに、国標準様式例が示されたことから、連携及び加算の対応ができるよう病院やケアマネジャー等の全体会議を平成31年2月に開催し、意見交換・情報共有を行って、参考様式を見直しました。

令和3年度より当該事業は、群馬県から市町村へ事業移管され、桐生市及びみどり市が主体となり事業を実施することとなりました。令和3年度については、新型コロナウイルス感染症の影響により大規模の会議を開催することが困難であったため、アンケート調査を実施し、メンテナンス会議の書面開催に代えさせていただきました。

以降は、「退院調整ルール情報交換会(令和4年度)*1」と「退院調整ルール及び医療と介護の連携に関するアンケート(令和5年度)」を各年で実施しています。

*1 令和4年度はコロナ禍対策として Zoom ミーティングを使用したオンライン形式で開催しました。

関係者の皆様で内容を共有していただき『桐生・みどり地域退院調整ルール』の普及・活用にご協力いただきますようお願い申し上げます。

目 次

1	ルールの基本	1
	(1)桐生・みどり地域退院調整ルールとは	
	(2)ルールを利用する主な関係機関	
	(3)ルールの対象となる患者	
	(4)ルールが想定する基本的なケース・位置づけ	
	(5)ルールの見直し	
2	ルールの内容	2
	(1)入院前にケアマネジャーがいる患者の場合	
	(2)入院前にケアマネジャーがいない患者の場合(退院調整が必要な患者)	
	(3)退院調整が必要な患者の基準(入院前にケアマネジャーが決まっていない場合)	
	(4)介護保険申請の手続き方法	
	(5)地域包括支援センターの業務	
	(6)ケアマネジャーの業務及び役割	
	(7)ケアプラン作成の流れ	
	(8)ケアマネジャーの業務手順	
3	様式	12
	(1)入院時情報提供書(様式1)	
	(2)退院・退所情報記録書(様式2)	
4	桐生市・みどり市指定居宅介護支援事業所&地域包括支援センター 一覧	15
	・指定居宅介護支援事業所	
	・地域包括支援センター	
5	入退院調整のための病院相談窓口等一覧	19
6	その他<退院調整ルール策定経過>	20

1 ルールの基本

(1) 桐生・みどり地域退院調整ルールとは

患者が退院する際に、必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、桐生市・みどり市内の病院とケアマネジャーが、患者が入院した時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための連携の仕組みです。そのため、この手引きでは、病院とケアマネジャーが連携をとるための、それぞれの役割や使用する様式などを定めています。

(2) ルールを利用する主な関係機関

このルールは、両市内にある次の医療・介護関係機関が連携して利用します。

- ① 病院・診療所
- ② 居宅介護支援事業所
- ③ 地域包括支援センター
- ④ 桐生市・みどり市
- ⑤ 在宅医療介護連携センターきりゅう

(3) ルールの対象となる患者

次の内容に該当する方が、退院調整を必要としています。

① 入院前に担当ケアマネジャーがいる患者

(入院前に介護保険サービスを利用していた方)

⇒要介護・要支援に関わらず、すべて対象となります。

② 入院前に担当ケアマネジャーがいない患者

(退院後、新たに介護保険サービスを利用する方)

⇒『退院調整が必要な患者の基準』(P. 6)により、病院が、退院調整が必要と判断した方が対象となります。

(4) ルールが想定する基本的なケース・位置づけ

基本的には、桐生市・みどり市内にお住まいの退院調整ルール対象者が、市内の病院に入院し、退院後、在宅に戻るケースを想定しています。

このルールは、主に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。

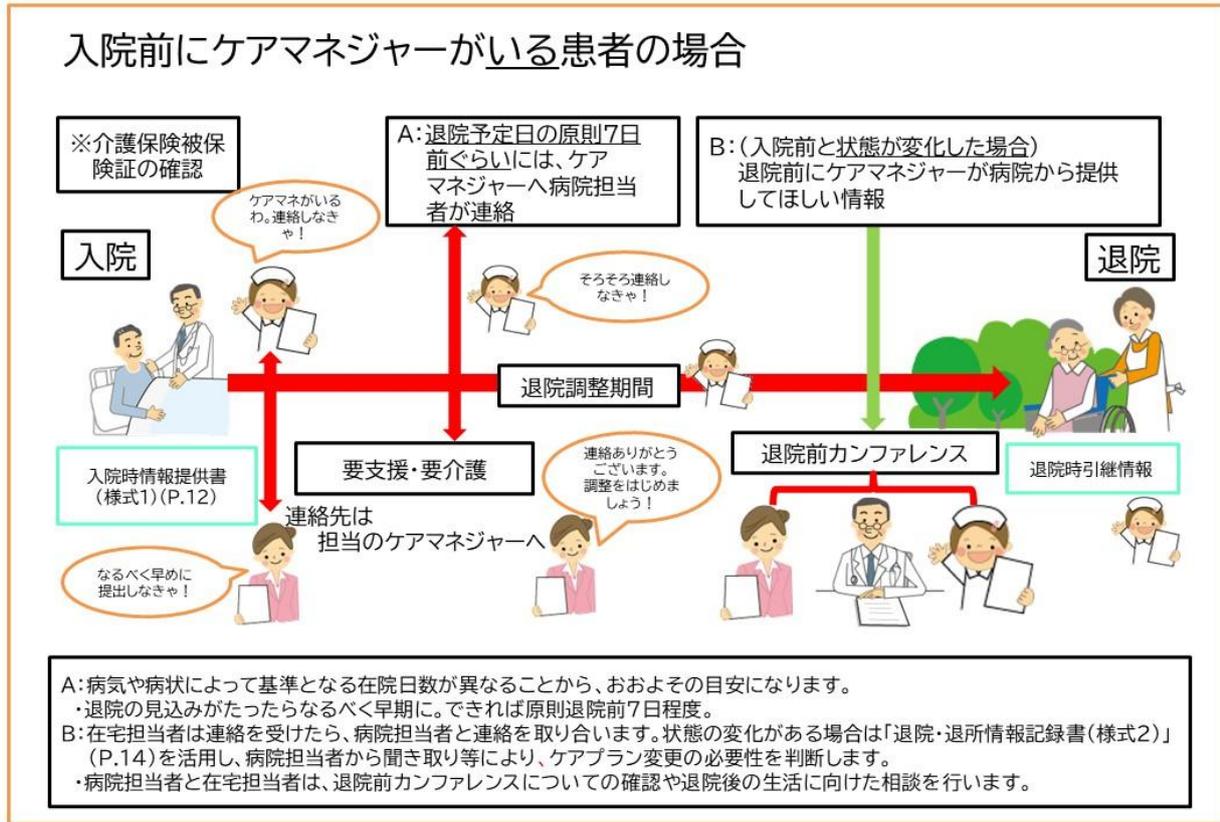
ルールに定めた日数などは、「目安」と考えていただき、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

(5) ルールの見直し

ルール運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しをしていきます。

2 ルールの内容

(1)【入院前に介護保険を利用していた場合】



	病院	↓ ケアマネジャー
在宅時 ↓		①利用者の入院を早期に把握するために普段から工夫を！！ (例)利用者や家族にお願いしておくこと ・担当ケアマネジャーの名刺を、『健康保険被保険者証』、『介護保険被保険者証』、『お薬手帳』などと一緒に保管し入院の際には、必要な物のセットとして持参するように。 ・入院したら担当ケアマネジャーに連絡するように など
入院 ↓	②入院時連絡 ・聞き取りや介護保険被保険者証、医療保険証等により担当ケアマネジャーを把握 →入院したことを連絡(本人・家族から連絡することもあり)	③「入院時情報提供書(様式1)」(P.12)の提出 ・病院に情報提供
「病院がケアマネジャーを把握」又は「ケアマネジャーが入院を把握」、どちらか早いほうから連絡！		
退院見込 ↓	④患者の退院見込みがたつたことを連絡 ・「在宅への退院が可能かどうか」を判断 ・可能と判断されたら、担当ケアマネジャーに連絡(本人・家族から連絡することもあり) (退院予定日の原則7日前)	⑤患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ・病院から退院見込みの連絡 →退院調整のための利用者情報の共有について、病院と調整 ・「退院・退所情報記録書(様式2)」(P.14)の作成等
退院調整 ↓	⑥入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施 ・病院担当者(看護師・MSW等)と担当ケアマネジャーの退院調整開始面談 ・患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整 ・退院前カンファレンスの開催 ・「退院・退所情報記録書(様式2)」(P.14)の提供(看護サマリーの提供) など ※詳細な実施方法は各病院に確認して進めます	
退院日決定 ↓	⑦退院日を連絡 ・主治医の許可した退院日を担当ケアマネジャーに連絡	
退院後		⑧ケアプランの提供(提供を受ける側が利用者から同意を得たら)

入院前から、担当ケアマネジャーがいる患者については、要介護・要支援を問わず、必ず引継ぎを行います。

1)在宅時

- ① ケアマネジャー及び地域包括支援センター(以下「在宅担当者」)は、普段から利用者や家族に「入院したら電話をください。」と伝えておき、在宅担当者の情報が伝わるように工夫しておきます。

・健康保険被保険者証、介護保険被保険者証、福祉医療受給者証やお薬手帳などと一緒に保管し、できれば、担当ケアマネジャーの名刺や家族等の連絡先等を挟んでおき(安心セットという)、入院時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伝えておく。
・安心セットは、基本的には「原本」を推奨しますが、紛失の心配がある場合は「写し」を入れておく。

2)入院

- ② 病棟看護・地域連携室の退院担当者(以下「病院担当者」)は、家族又は介護保険被保険者証等から在宅担当者を確認し、本人・家族から在宅担当者に連絡するよう依頼します。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します。
- ③ 在宅担当者は、本人の入院を把握したら、病院に連絡して「入院時情報提供書(様式1)」(P.12)を作成し、病院に提供します。

3)退院見込

- ④ 病院担当者は、医師等により「在宅への退院がいつ可能かどうか」を判断し、患者の退院見込みがたったら、可能な範囲で在宅担当者の退院調整に必要な期間(原則、7日前)を考慮して連絡をします。
- ⑤ 在宅担当者は、病院から退院の見込みがたつたという連絡があった場合、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

4)退院調整

- ⑥ 病院担当者と在宅担当者は、入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施します。

【情報確認方法】

- ア 在宅担当者は、入院前と状態が変化した場合、ケアプランの作成・修正に必要な情報「退院・退所情報記録書(様式2)」(P.14)を病院内の関係者から聞き取りをし、記入します。
- イ 在宅担当者は病院担当者との面談時に患者情報の提供を受けます。特に、医療や治療に関する内容については、病院担当者の協力を得て、記入して頂くことも可能です。
- ウ 病院担当者と在宅担当者は、退院の目途がたったら、退院前カンファレンスや多職種での退院前カンファレンスの必要性などを確認し、必要に応じて出席します。
- エ 病院担当者と在宅担当者は、本人や家族を交えて看護・リハビリ・栄養・介護などの在宅での必要なサービスの引継ぎを実施します。

※詳細な実施方法は各病院の指示に基づきます。

- オ 病院担当者は、「退院・退所情報記録書(様式2)」(P.14)の項目を参考にしながら、看護・介護の引継情報(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等)を在宅担当者に提供します。なお、情報が把握できる病院様式(看護サマリー等)の提供としてもかまいません。

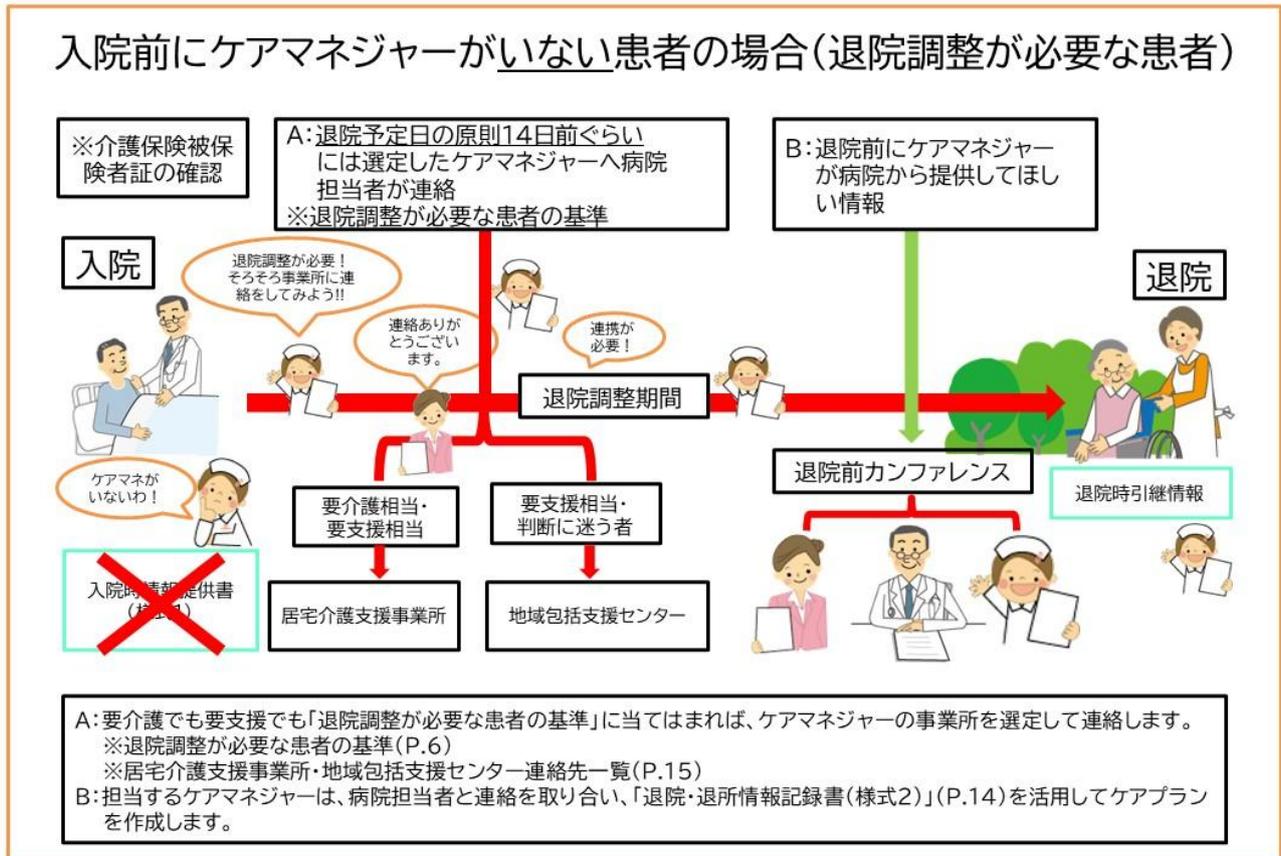
5)退院日決定

- ⑦ 病院担当者は、主治医の許可した退院日を在宅担当者に連絡します。

6)退院後

- ⑧ 在宅担当者は、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。(利用者の同意を得る)

(2)【入院後、新たに介護保険を利用する場合】



	病院	ケアマネジャー
入院 ↓	①患者・家族への聞き取り →介護保険被保険者証、担当ケアマネジャーの名刺の有無等により担当ケアマネジャーが決まっていないことを確認	
退院の見込 ↓	②退院調整の必要性の判断 ・「在宅への退院が可能かどうか」を判断 →「退院調整が必要な患者の基準」(P.6)や「40歳以上65歳未満の患者の場合」(P.7)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断 ・可能な範囲で退院調整に必要な期間(退院予定日の原則14日前)を考慮して調整を開始 ③患者・家族への介護保険についての説明、申請の支援 ・②により、退院調整(介護保険の利用)が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明をして申請等を支援 ④ケアマネジャーの選定を支援 ・必要に応じ、事業所連絡一覧(P.15)から事業所を選定するための相談や調整の支援を行い、ケアマネジャーの選定を促す 【要介護】⇒居宅介護支援事業所 【要支援・判断に迷う】⇒患者の住所地の地域包括支援センター ⑤患者の退院見込みを連絡 ・②により、退院調整が必要とされた患者について、退院の見込みを④で選定したケアマネジャーに連絡(あるいは本人・家族から連絡)(退院予定日の原則14日前)	⑥患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ・病院から退院見込みの連絡 →退院調整のための利用者情報の共有について、病院と調整
退院調整		
退院日決定	以降の流れは、前掲『入院前にケアマネジャーがいる患者の場合』(P.2)の⑤以降と同じ	
退院後		

1)入院

- ① 病院担当者は、本人や家族への聞き取りにより、介護保険被保険者証やケアマネジャー及び地域包括支援センターの名刺の有無等を確認し、在宅担当者がいないことを確認します。

2)退院見込

- ② 病院担当者は、医師等により「在宅への退院がいつ頃可能かどうか」を判断します。
 - ア 「退院調整が必要な患者の基準」(P.6)や「40歳以上65歳未満の患者の場合」(P.7)に基づき、退院調整が必要かどうかを判断します。
 - イ 退院調整が必要と判断した場合、可能な範囲で調整に必要な期間(原則14日前)を考慮して患者や家族への支援、在宅担当者の選定のため早めに調整を始めます。
- ③ 病院担当者は、介護保険を利用するため、退院調整が必要と判断された患者や家族に介護保険の説明を行い、申請等を支援します。(ケアマネジャーが代行申請することも可能です。)
- ④ 病院担当者は、在宅担当者の選定を支援するため、必要に応じて事業所連絡先一覧(P.15)から事業所を選定するための相談や調整の支援を行います。
 - ウ 退院調整が必要とされた患者は、在宅担当者を選定するため次のところに連絡します。
 - 【要介護・要支援者】は、事業所連絡先一覧(P.15)から選定した居宅介護支援事業所へ
 - 【要支援・判断に迷う】は、患者の住所地の地域包括支援センターへ(P.18)
- ⑤ 病院担当者は、患者の退院見込みがたったら、在宅担当者の退院調整に必要な期間(原則14日前)を考慮して連絡します。
- ⑥ 在宅担当者は、病院から退院の見込みがたつたという連絡があった場合、利用者情報の共有について、いつ、どこで、どのような方法で実施するかを病院と調整を始めます。

以降の流れは、『入院前にケアマネジャーがいる患者の場合』(P.2)の「退院調整」以降と同じです。

3)退院調整

- ⑦ 病院担当者と在宅担当者は、入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施します。

【情報確認方法】

- ア 在宅担当者は、入院前と状態が変化した場合、ケアプランの作成に必要な情報「退院・退所情報記録書(様式2)」(P.14)を病院内の関係者から聞き取り、記入します。
- イ 在宅担当者は、病院担当者との面談時に患者情報の提供を受けます。特に、医療や治療に関する内容については、病院担当者の協力を得て、記入して頂くことも可能です。
- ウ 病院担当者と在宅担当者は、退院の目的がたったら退院前カンファレンスや多職種での退院カンファレンスの必要性などを確認し、必要に応じて出席します。
- エ 病院担当者と在宅担当者は、本人や家族を交えて看護・リハビリ・栄養・介護などと在宅での必要なサービスの引継ぎを実施します。
※詳細な実施方法は各病院の指示に基づきます。
- オ 病院担当者は、「退院・退所情報記録書(様式2)」(P.14)の項目を参考にしながら、看護・介護の引継情報等(退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日、入浴日、服薬内容等)を在宅担当者に提供にします。なお、情報が把握できる病院様式(看護サマリー等)の提供としてもかまいません。

4)退院日決定

- ⑧ 病院担当者は、主治医の許可した退院日を在宅担当者に連絡します。

5)退院後

- ⑨ 在宅担当者は、ケアプランの写しを病院担当者に提供します。(利用者の同意が得られたら)

(3)退院調整が必要な患者の基準(入院前にケアマネジャーが決まっていない場合)

入院前に担当ケアマネジャーが決まっていない患者については、次の基準により退院調整が必要かどうかを判断します。

①65歳以上の患者の場合

【前提】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については、要介護・要支援には関係なく担当者へ引継ぎをしてもらいます。

1 退院調整が必要な患者(要介護認定に該当しそうな者)

- 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 排泄に介助が必要な方
- ④ 入浴の一連の動作に介助が必要な方
- ⑤ 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
⇒ 居宅介護支援事業所へ連絡(P.15～P.17 参照)

2 それ以外で見逃してはいけない患者(要支援認定に該当しそうな者)

- ⑥ 独居や老々介護で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
- ⑦ がん末期や処置等で、医療的管理が必要な方
- ⑧ 権利擁護・生活保護・難病・身障者など、他の医療・福祉・行政等と連携が必要な方
⇒ 居宅介護支援事業所(P.15～P.17 参照)
患者の住所地の地域包括支援センターへ連絡(P.18 参照)

3 判断に迷った場合

- ⇒ 患者の住所地の地域包括支援センターへ連絡(P.18 参照)

②40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、前ページの1又は2の「退院調整が必要な患者の基準」に当てはまる場合

【前提】

介護保険の対象となる疾病

- 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
- 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

(4)介護保険申請の手続き方法

介護保険の申請を希望する場合

- ① 患者が65歳以上の場合→家族等が介護保険被保険者証等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→家族等が健康保険被保険者証をもって市町村の担当課へ手続きに行く。
- ③ 申請は在宅担当者が代行可

(5)地域包括支援センターの業務

高齢者のみなさんが、住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、さまざまな面から総合的に支えていくための相談機関で、桐生市では市内8ヶ所、みどり市では3ヶ所設置されています。

① 総合相談《さまざまな相談に対応します》

高齢者やその家族等の相談を受け、適切なサービスにつなげます。

相談の内容によってサービス、制度に関する情報提供や、関係機関への紹介をします。

② 介護予防ケアマネジメント《自立した生活ができるように支援します》

介護保険で「要支援1、2」と判定された方や総合事業の対象となる方(介護予防・生活支援サービス事業対象者)一人ひとりに合わせた介護予防プランを作成し、自立した日常生活が送れるように支援します。また、介護予防サービス等が利用できるよう連絡調整を行います。

③ 包括的・継続的マネジメント《さまざまな方面から皆様を支えます》

高齢者が、適切なサービスを利用できるように、地域の関係者などと、常に協力していきます。

また、地域のケアマネジャーが円滑に仕事ができるよう支援し、より暮らしやすい地域にするため関係機関と協力していきます。

④ 権利擁護《権利・尊厳を守ります》

高齢者虐待の防止やその対応、消費者被害の防止やその対応を行います。

また、認知症等による財産管理の問題などアドバイスを行います。

(6)ケアマネジャーの業務及び役割

① 業務

平成12年(2000年)4月から始まった「介護保険制度」において、要支援又は要介護と認定された人が、自立支援や課題解決に向けた適切な介護サービス等を受けられるようにするために、介護サービス計画(ケアプラン)の作成や介護給付管理、サービス事業者との調整が主な業務内容です。

介護を必要な方の状況や家族がどんなことに困っているのかを理解し、計画を立て、必要なサービス等を受けられるように、サービス事業者等へ手配を行っています。

主な内容として

- ・ケアプラン(介護計画)の作成
- ・サービス担当者会議
- ・介護サービス等の利用調整・サービス担当者会議の主催
- ・医療機関・主治医との連携
- ・毎月1回以上の利用者宅訪問(モニタリング)
- ・給付管理(介護保険請求)業務 など

② 役割《退院調整》

対象者:要介護(要支援)認定を受けている人・見込みの人、

総合事業のサービスを受ける人(介護予防・生活支援サービス事業対象者)

条件:本人・家族が在宅退院(自宅とは限らない)の意思を持っている人でケアマネジャーと契約が整った人

業務:ケアプランを策定し適正なサービスの提供の支援を行うこと。

※退院調整の報酬を得るのは、在宅退院となりケアプランを作成し、サービス利用した場合のみ

(7)ケアプラン作成の流れ

① 契約・面談(本人・家族)

退院後の住居、家族支援の状況確認、本人・家族の生活上の課題・ニーズの把握をしながら、契約の手続きを行う。

② 病院からの情報収集

身体機能の低下の状況と原因の分析、生活機能の今後の見込み

③ 退院前カンファレンス

サービス事業所を交えた病院との引継ぎ

④ ケアプラン原案作成

自立支援、課題解決に向け必要なサービスを想定

⑤ サービス事業所との調整・サービス担当者会議

事業所の選定、事業所へ利用者情報の提供

⑥ サービス事業所間で目標・課題を共有、事業所の役割分担を確認

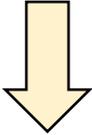
⑦ サービス提供開始(退院)

※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☆

居宅新規受付



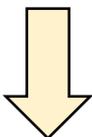
- 1) 病院または、家族から電話で依頼を受ける
- 2) 事業所内で担当者を決定
- 3) 初回訪問の日程調整

・介護保険被保険者証の確認が出来れば早い。
⇒未申請であれば、代行申請から必要。
・ケアマネ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!
☺

居宅新規受付から病棟に初回訪問まで入れて1～2日間(実働)

病棟に初回訪問
(インターク・アセスメント)



- 1) 介護保険被保険者証の確認
- 2) 本人又はその家族に対し、居宅介護支援についての契約及び重要事項の説明、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) サービス事業者の情報提供を行い、サービス選択を求める
- 7) 居宅へ訪問(家屋状況の確認)

・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。
⇒入院中は、病院と居宅の訪問が必要になる。
・本人の状態像に変化があり、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。
また、事務手続きには1ヶ月位かかるかも。

Check!
☺

<p>事務処理</p> <p style="text-align: center;">↓</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1)市役所へ書類提出代行申請 『居宅サービス計画作成依頼届け』 『主治医意見書・認定調査票の資料提供申請』 2)利用者台帳・基本情報の作成(パソコン入力) 3)アセスメントをもとに、ケアプラン原案を作成 4)必要と思われるサービス事業者の調整 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、介護保険被保険者証の写しなど) <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・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、サービス利用前に主治医より助言を頂くことが必須。 ⇒主治医との連絡調整にも時間を要する。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>2～3日(実働) 主治医意見書が出ているという条件で。</p> </div>
<p>ケアプランの確定 (ケアプランの交付)</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1)担当者会議の開催で情報共有 2)ケアプランの修正・確定 3)ケアプラン・利用票について、利用者又は家族に説明し、同意を得たのち、署名捺印を頂き一部を交付 4)担当者会議録の作成 5)提供票の交付 <div style="border: 2px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <ul style="list-style-type: none"> ・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照会での意見聴取が必要。 ⇒事業所が多くなればなるほど、調整に時間が掛かる。 </div>	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>1～2日間(実働)</p> </div>
<p>(サービス事業者の契約同行)</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin-top: 10px;"> <p>ここまで出来れば、退院後すぐにサービス利用出来ます。</p> </div>		

Check!
☝

*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。

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	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請					
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	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			
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)			
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					

2. 家族構成／連絡先について

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

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法：)		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部位・深度・大きさ等)			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット	<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換(時間毎)		<input type="checkbox"/> その他()	<input type="checkbox"/> なし			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動(屋内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり(頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上)(直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日)								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート(フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他() ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. 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)

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅) _____階建て、 居室_____階、 エレベーター(<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()								
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める(<input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名： 続柄： 年齢：)								
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()								
特記事項									

11. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望()								

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 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)				
	氏名	様 男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし				
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療		
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()	
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()					UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)				義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良					入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助						
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()					眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()						
② 受け止め/意向	＜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							

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()					
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)			
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						
退院に際しての日常生活の障害要因(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。

4 桐生市・みどり市 指定居宅介護支援事業所 & 地域包括支援センター一覧

(R7.1月現在)

◆指定居宅介護支援事業所

No	市	事業所名称	郵便番号	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
1	桐生市	アイリスケアプランセンター	376-0001	群馬県桐生市菱町1-993-10	0277-46-8200	0277-46-8201
2	桐生市	介護支援事業所 ポピー	376-0001	群馬県桐生市菱町1-3006-1	0277-47-5210	0277-47-5209
3	桐生市	山育会ケアプランセンター	376-0001	群馬県桐生市菱町3-2068-10	0277-30-3670	0277-30-3675
4	桐生市	有限会社菜の花ケアサービス	376-0002	群馬県桐生市境野町1-1138	0277-20-6111	0277-20-6112
5	桐生市	プランニングA	376-0002	群馬県桐生市境野町7-49-5	0277-22-8003	0277-44-6446
6	桐生市	社会福祉法人桐生市社会福祉協議会	376-0006	群馬県桐生市新宿3-3-19	0277-30-3210	0277-30-3220
7	桐生市	菱風園居宅介護支援事業所	376-0007	群馬県桐生市浜松町1-3-3	0277-46-7109	0277-20-7210
8	桐生市	コープケアプランあいおい居宅介護支援	376-0011	群馬県桐生市相生町1-113-1	0277-55-5501	0277-55-5503
9	桐生市	桐生ケアセンターそよ風	376-0011	群馬県桐生市相生町1-160-1	0277-70-6821	0277-70-6822
10	桐生市	ケアプランセンターココロ	376-0011	群馬県桐生市相生町2-261-3	0277-55-5422	0277-55-5224
11	桐生市	桐生協立居宅介護センター	376-0011	群馬県桐生市相生町2-554-7	0277-53-3912	0277-52-0885
12	桐生市	居宅介護支援事業所みらい	376-0011	群馬県桐生市相生町2-617-4	0277-32-6310	0277-46-7734
13	桐生市	縁	376-0011	群馬県桐生市相生町2-669-1	0277-46-6860	0277-46-6861
14	桐生市	グリーンライフ桐生ケアプランセンター	376-0011	群馬県桐生市相生町3-172-9	0277-70-6061	0277-40-2530
15	桐生市	居宅介護支援事業所LiNK	376-0011	群馬県桐生市相生町5-384-1 パレス8 201号室	0277-46-6784	0277-46-6785
16	桐生市	居宅介護支援事業所ピーチ	376-0042	群馬県桐生市堤町3丁目11-18 アロマメゾン102	0277-47-6722	0277-47-6723
17	桐生市	のぞみの苑	376-0011	群馬県桐生市相生町5-493	0277-54-9539	0277-54-9531
18	桐生市	居宅介護支援事業所サンホープケアプランセンターきりゅう	376-0011	群馬県桐生市相生町5-2086-13	0277-70-6288	0277-70-6289
19	桐生市	介護支援ふたば	376-0013	群馬県桐生市広沢町1-2643-1	0277-54-8902	0277-54-8907
20	桐生市	医療法人 武井内科医院	376-0013	群馬県桐生市広沢町1-2684	0277-53-6060	0277-52-4455
21	桐生市	居宅介護支援センター希望	376-0013	群馬県桐生市広沢町1-2725-1	0277-46-7382	0277-55-5335
22	桐生市	医療法人社団三思会居宅介護支援事業所クラフトーホー	376-0013	群馬県桐生市広沢町2-3248-1	0277-55-5862	0277-55-5861
23	桐生市	さくらんぼ居宅介護支援事業所	376-0013	群馬県桐生市広沢町3-4020-1	0277-32-3167	0277-32-3166
24	桐生市	社会福祉法人邦知会ハーモニー広沢	376-0013	群馬県桐生市広沢町6-332-1	0277-53-1113	0277-53-1125
25	桐生市	やまぐちライフプラン彩ーiRodori	376-0013	群馬県桐生市広沢町6-355	0277-40-2181	0277-40-2183
26	桐生市	ケアプランセンターかのん	376-0013	群馬県桐生市広沢町6-838-43	0277-46-8520	0277-46-8521
27	桐生市	桐生整形外科病院内居宅介護支援事業部	376-0011	群馬県桐生市相生町1-253-1	0277-40-2600	0277-40-2606
28	桐生市	介護保険プラン・桐生	376-0011	群馬県桐生市相生町1-251-1	0277-46-9950	0277-46-9968
29	桐生市	居宅介護支援事業所きりゅう	376-0027	群馬県桐生市元宿町18-2	0277-47-2506	0277-32-5757
30	桐生市	居宅介護支援事業所 えがとど	376-0031	群馬県桐生市本町6-27-1	0277-32-5820	0277-32-5823
31	桐生市	きらぼし	376-0041	群馬県桐生市川内町3-339-1	0277-32-5112	0277-32-5113

4 桐生市・みどり市 指定居宅介護支援事業所 & 地域包括支援センター一覧

(R7.1月現在)

◆指定居宅介護支援事業所

No	市	事業所名称	郵便番号	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
32	桐生市	みのりケアマネジメント	376-0041	群馬県桐生市川内町2-73-5	0277-65-9597	
33	桐生市	ふれあい苑	376-0041	群馬県桐生市川内町5-26-1	0277-20-3770	0277-20-3771
34	桐生市	ケアプラン瑞希	376-0041	群馬県桐生市川内町5-333-7	0277-46-7859	0277-46-7859
35	桐生市	岩下病院ケアサポートエーデルワイス	376-0031	群馬県桐生市宮本町4-319	0277-46-7680	0277-46-7685
36	桐生市	居宅介護支援事業所シニアの杜・桐生	376-0056	群馬県桐生市宮本町1-12-38	0277-22-7722	0277-22-7723
37	桐生市	ケアプランセンター瀬々らぎの里	376-0601	群馬県桐生市梅田町1-724-1	0277-32-2122	0277-32-2123
38	桐生市	ケアプランセンターびいどろ	376-0601	群馬県桐生市梅田町1-228-5 アキヤママンション103号室	0277-47-6330	0277-47-6330
39	桐生市	居宅介護支援センター梅の郷	376-0601	群馬県桐生市梅田町4-1774-4	0277-20-5057	0277-32-2761
40	桐生市	居宅介護支援事業所ローズヴィレッジ	376-0121	群馬県桐生市新里町新川584-3	0277-74-2005	0277-74-2006
41	桐生市	居宅介護支援事業所アール	376-0121	群馬県桐生市新里町新川1167-1	0277-74-8188	0277-74-8077
42	桐生市	ケアプランセンターげんき・倶楽部	376-0121	群馬県桐生市新里町新川1312	0277-70-2220	0277-70-2221
43	桐生市	居宅介護支援事業所にいさと	376-0121	群馬県桐生市新里町新川2488	0277-74-1175	0277-74-1164
44	桐生市	居宅介護支援事業所OHANA	376-0121	群馬県桐生市新里町新川2036-54	0277-46-7616	0277-46-7626
45	桐生市	クローバー	376-0121	群馬県桐生市新里町新川3456-30	0277-32-3876	0277-32-3876
46	桐生市	社会福祉法人奏和会しみずの里	376-0144	群馬県桐生市黒保根町下田沢2565-1	0277-96-3388	0277-96-3389
47	桐生市	居宅介護支援事業所 はやぶさ	376-0011	群馬県桐生市相生町3-174-22	0277-65-5559	0277-40-3033
48	桐生市	ケアプランぬくもり	376-0023	群馬県桐生市錦町2-10-26 錦町ATビル2F-B	0277-46-6855	0277-46-3930
49	桐生市	ケア・コスモスプラン	376-0011	群馬県桐生市相生町2-35-3	0277-46-6521	0277-46-6512
50	桐生市	ケアマネホーム みもぎ	376-0042	群馬県桐生市堤町1-8-27	0277-32-4225	
51	桐生市	介護支援センターヒロミ	376-0001	群馬県桐生市菱町3-2107-5	0277-46-8782	0277-46-8783
52	桐生市	ケアプランセンターニシキチョウ	376-0023	群馬県桐生市錦町1-9-35	0277-47-6866	0277-47-6867
53	桐生市	居宅介護支援事業所スイレン	376-0023	群馬県桐生市錦町2-4-27	0277-66-9091	
54	桐生市	ケアプラン花あかり	376-0121	群馬県桐生市新里町新川715-11 ファミリアイマイE号室	0277-51-3124	0277-51-4506
55	みどり市	みどり市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	376-0101	群馬県みどり市大間々町大間々1511	0277-72-1157	0277-72-4053
56	みどり市	ケアアシスト知音	376-0101	群馬県みどり市大間々町大間々1716-7	0277-30-7323	0277-30-7323
57	みどり市	ケアプランセンターいずみ	379-2312	群馬県みどり市笠懸町久宮299-8	0277-76-6557	0277-76-6515
58	みどり市	居宅介護支援センタークレイン東邦	379-2311	群馬県みどり市笠懸町阿左美3276-5	0277-46-9998	0277-46-9801
59	みどり市	アリスプラン	376-0101	群馬県みどり市大間々町大間々675-2 ターミナスAKAGI-103	0277-47-7011	0277-47-7012
60	みどり市	ケアプランセンターさいとうさんち	379-2311	群馬県みどり市笠懸町阿左美497-7	0277-76-7924	0277-32-4539
61	みどり市	居宅介護支援事業所塩原	376-0115	群馬県みどり市大間々町塩原204-7	0277-73-6681	0277-73-6682
62	みどり市	かさかけの里	379-2313	群馬県みどり市笠懸町鹿3033-1	0277-40-5168	0277-77-0115

4 桐生市・みどり市 指定居宅介護支援事業所 & 地域包括支援センター一覧

(R7.1月現在)

◆指定居宅介護支援事業所

No	市	事業所名称	郵便番号	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
63	みどり市	居宅介護支援事業所サンホープケアプランセンターかさかけ	379-2311	群馬県みどり市笠懸町阿左美574-3	0277-76-1120	0277-76-1132
64	みどり市	たんぼぼ介護センター	379-2313	群馬県みどり市笠懸町鹿3133-7	0277-30-8787	0277-30-8770
65	みどり市	ケアプランセンターカサガケ	379-2311	群馬県みどり市笠懸町阿左美1058	0277-30-5277	0277-30-5278
66	みどり市	オアシス介護センター	379-2311	群馬県みどり市笠懸町阿左美3375-7	0277-77-2470	0277-76-5110
67	みどり市	プランタン介護支援事業所	376-0102	群馬県みどり市大間々町桐原1570-498	0277-72-0212	0277-72-0215
68	みどり市	サニーヒル居宅介護支援事業所	376-0102	群馬県みどり市大間々町桐原1476-1	0277-72-1811	0277-72-1820
69	みどり市	共生會グループ元助	376-0101	群馬県みどり市大間々町大間々1914-5	0277-70-1556	0277-70-1552
70	みどり市	ケアプランセンター旭ヶ丘	379-2313	群馬県みどり市笠懸町鹿4265-3 ローズガーデンIA号室	090-1250-2821	0277-46-8376
71	みどり市	Happy Start	379-2311	群馬県みどり市笠懸町阿左美1814-8	0277-46-8671	0277-46-8672
72	みどり市	水平線	376-0102	群馬県みどり市大間々町桐原220-3	0277-32-3169	0277-32-3169
73						
74						
75						

4 桐生市・みどり市 指定居宅介護支援事業所 & 地域包括支援センター一覧

(R7.4月現在)

◆地域包括支援センター

	市	事業所名称	郵便番号	事業所の所在地	電話番号	FAX番号
	桐生市	桐生市地域包括支援センター 山育会	376-0053	桐生市東久方町2丁目4-33	0277-46-6066	0277-46-6067
担当地区	1区(本町1丁目~3丁目、横山町)、2区(本町4丁目~6丁目)、9区(永楽町、小曾根町、宮本町)、10区(東久方町、西久方町、天神町、平井町)、14区(梅田町)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター 社協	376-0006	桐生市新宿3丁目3-19	0277-46-4411	0277-46-4166
担当地区	3区(稻荷町、錦町、織姫町、美原町、清瀬町)、4区(新宿、三吉町、小梅町、琴平町)、5区(浜松町)、8区(未広町、宮前町、堤町、巴町、元宿町)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター 菱風園	376-0001	桐生市菱町1丁目3016-1	0277-32-3321	0277-47-4676
担当地区	6区(仲町、川岸町、泉町、東町、高砂町、旭町)、7区(東)、17区(菱町)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター ユートピア広沢	376-0013	桐生市広沢町6丁目307-3	0277-53-1114	0277-53-1160
担当地区	11区(境野町)、13区(広沢4丁目~7丁目、広沢町間ノ島)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター 思いやり	376-0041	桐生市川内町1丁目361-2	0277-32-5889	0277-32-5353
担当地区	16区(川内町)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター 思いやり黒保根	376-0141	桐生市黒保根町水沼562-3	0277-46-8847	0277-46-8848
担当地区	22区(黒保根町)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター にいさと	376-0121	桐生市新里町新川2488	0277-74-3032	0277-74-1164
担当地区	19区・20区・21区(新里町)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター のぞみの苑	376-0011	桐生市相生町5丁目493	0277-54-9537	0277-54-9531
担当地区	15区(相生町1丁目一部、相生町2丁目一部、相生町3丁目~5丁目)					
	桐生市	桐生市地域包括支援センター 双葉苑	376-0013	桐生市広沢町1丁目2643-1	0277-54-8906	0277-54-8910
担当地区	12区(広沢町1丁目~3丁目、桜木町一部)、18区(相生町1丁目一部、相生町2丁目一部、桜木町一部)					
	みどり市	みどり市地域包括支援センター 笠懸	379-2311	みどり市笠懸町阿左美1567-2	0277-47-7551	0277-47-7555
担当地区	笠懸町					
	みどり市	みどり市地域包括支援センター 大間々	376-0101	みどり市大間々町大間々1511	0277-47-7552	0277-47-7556
担当地区	大間々町					
	みどり市	みどり市地域包括支援センター 東	376-0307	みどり市東町花輪114-3	0277-47-7553	0277-47-7557
担当地区	東町					

5 入退院調整のための病院相談窓口等一覧

病院名	ケアマネがいる場合 (すでに介護保険を利用している場合)				ケアマネがいない場合 (新たに介護保険を利用する場合)			
	①ケアマネの入院時情報はどこに？		②退院調整の開始にあたり誰が、ケアマネに電話連絡をする？	③ケアマネとの面談の主体は？	④誰が、ケアマネに退院日を連絡する？	⑤誰が、患者(家族)に介護保険を説明する？	⑥誰が、ケアマネとの契約を支援する？	⑦誰が、契約後のケアマネと連絡を取る？
	(電話をしてから) 手渡しの場合	F A Xの場合						
桐生厚生総合病院	地域医療連携室 担当 ※ 当相談員(NSW又は退院調整Ns) 連携室に事前アポを下さい TEL:0277-44-7150	地域医療連携室 FAX:0277-20-8174	地域医療連携室(担当相談員)又は家族	地域医療連携室(担当相談員)	地域医療連携室(担当相談員)又は家族	地域医療連携室(担当相談員)又は病棟Ns	地域医療連携室(担当相談員)	地域医療連携室(担当相談員)
岸病院	地域連携室(担当MHSW 不在時は他のMHSWが対応します) 表TEL:0277-54-8949	地域連携室 直通FAX:0277-54-8954	地域連携室(担当MHSW)	地域連携室(担当MHSW) 病棟Ns	地域連携室(担当MHSW)	地域連携室(担当MHSW)	地域連携室(担当MHSW)	地域連携室(担当MHSW)
岩下病院	・できたら病院代表にTELしてMSWに事前にアポを MSW不在時または都合で早急に届けたい場合は受付にMSWに渡すよう伝えてほしい 代表TEL:0277-22-0151	MSW 代表FAX:0277-40-1186	医師 看護師 MSW 本人 家族	MSW	看護師 MSW 本人 家族	医師 看護師 MSW	MSW	MSW
両毛整肢療護園	看護課 TEL:0277-54-1182	看護課 FAX:0277-53-7003	看護師長	看護師長又は病棟Ns	看護師長又は病棟Ns	看護師長	看護師長	看護師長
高木病院	地域医療連携室 MSW TEL:0277-53-7711	地域医療連携室 FAX:0277-54-0570	地域医療連携室 MSW	地域医療連携室 MSW	地域医療連携室 MSW	地域医療連携室 MSW	地域医療連携室 MSW	地域医療連携室 MSW
大和病院	MSW(事前にアポを) TEL:0277-45-1551	MSW FAX:0277-45-1552	MSW 家族	MSW	MSW 家族	MSW	MSW	MSW
東邦病院	地域連携室 0277-76-1027	地域連携室 0277-76-1028	相談担当もしくは家族	相談担当	相談担当もしくは家族	相談担当	相談担当	相談担当
恵愛堂病院	地域医療連携室 担当MSW (受け渡しのみであれば事前連絡は不要ですが、直接受け取りサインや伝達事項がある場合は、担当者に御連絡くださると助かります。) TEL:0277-73-2212	地域医療連携室 代表FAX:0277-73-0725	病棟担当のMSWまたはご家族	病棟担当のMSWまたは病棟看護師	病棟担当のMSWまたはご家族	病棟担当のMSWまたは看護師	病棟担当MSW	病棟担当MSW
桐生整形外科病院	地域医療連携室または受付 TEL:0277-40-2600 FAX:0277-52-1250	(左記同様NO.) 地域医療連携室	地域医療連携室 病棟Ns 家族	内容によって… 地域医療連携室 病棟Ns	地域医療連携室 病棟Ns 家族	地域医療連携室 居宅介護支援事業部(当院1F)	地域医療連携室 居宅介護支援事業部(当院1F)	地域医療連携室 病棟Ns 家族
みどり病院	地域連携室(連携室に事前連絡をいただいただけとありがたいです。) TEL:0277-76-1183	①地域連携室 FAX番号:0277-76-1116	②地域連携室	③地域連携室 状態確認の場合は病棟看護師	④地域連携室	⑤地域連携室	⑥地域連携室	⑦地域連携室
日新病院	地域医療連携室 TEL:0277-30-3671	地域医療連携室 FAX:0277-30-3661	地域医療連携室	地域医療連携室 状態確認の場合は病棟NS	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

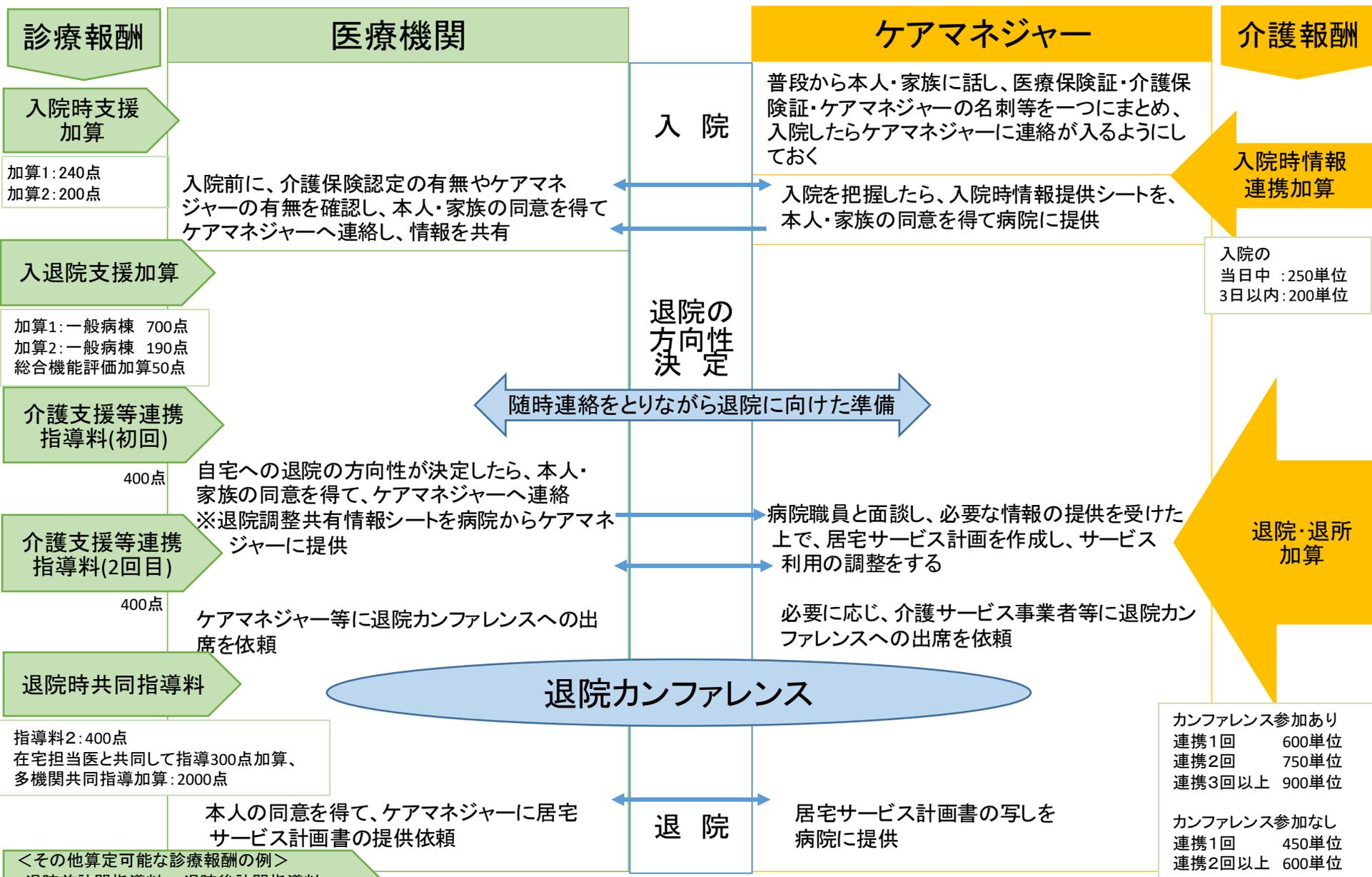
6 その他〈退院調整ルール策定経過〉

年月日	会議名	内容	参加者		
			MSW等 看護部長	代表 ケアマネ	ケアマネ
H29.6.20	桐生地域病院会議	医療介護連携調整実証事業説明 顔合わせ	○		
H29.7.6	病院会議	退院調整状況の把握(H27.12調査結果説明) 退院調整ルール作成の必要性の確認 病院の退院調整の現状と課題抽出	○		
H29.7.19	ケアマネ会議①	医療介護連携調整実証事業説明 退院調整ルール原案作成			○
H29.8.31	ケアマネ会議②	退院調整ルール原案作成		○	○
H29.9.15	ケアマネ代表者会議①	退院調整ルール原案まとめ 病院・病院ケアマネ会議準備		○	
H29.10.25	病院・ケアマネ合同会議①	退院調整ルール原案の検討	○	○	
H29.11.27	ケアマネ会議③ ケアマネ代表者会議②	退院調整ルール原案の修正 病院・ケアマネ会議準備		○	○
H29.12.22	病院・ケアマネ合同会議②	退院調整ルール原案の検討	○	○	
H30.1.18	ケアマネ代表者会議③	退院調整ルール最終案まとめ 情報提供シート最終案まとめ		○	
H30.2.22	病院・ケアマネ全体会議	退院調整ルールの完成 開始日決定	○	○	○
H31.2.20	病院・ケアマネ全体会議	退院調整ルールの様式の見直し			
R3.9月	メンテナンス会議 (書面開催)	退院調整ルール及び医療介護連携に関するアンケート 病院相談窓口等アンケート 介護支援専門員実態把握アンケート			
R5.3.13	退院調整ルール情報交換会	退院調整ルール等アンケート(R3実施)結果報告 グループワーク(情報交換)(テーマ:課題、今後の方針)			
R6.2月	退院調整ルールアンケート	退院調整ルール及び医療介護連携に関するアンケート 病院相談窓口等アンケート 介護支援専門員実態把握アンケート			
R7.3.14	退院調整ルール情報交換会	退院調整状況調査結果報告 退院調整ルール等アンケート(R5実施)結果報告 グループワーク(情報交換)(テーマ:入退院調整で重要なことはないか等)			

【参考】

退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例（令和6年6月）

群馬県健康福祉課確認



(注) 診療・介護報酬加算の算定には、各々算定条件を満たす必要があります。

— ご協力をいただいた皆様 —

桐生・みどり市内の病院

桐生・みどり市内の指定居宅介護支援事業所

桐生市地域包括支援センター

みどり市地域包括支援センター

群馬県／桐生保健福祉事務所

桐生市

みどり市

問い合わせ先:在宅医療介護連携センターきりゅう

TEL 0277-32-5222

FAX 0277-32-5223

E-Mail info@renkei-kiryu.org

令和7年3月