

久留米版

# 退院調整ルールの手引き



平成30年3月  
久留米市

(平成31年3月 一部改変)

# はじめに

## 退院調整のための“医療機関とケアマネジャー間のルール”を策定

介護を必要とする患者が退院する際に、『退院調整もれ』（医療機関からケアマネジャーへ引き継ぎがなされないこと）によって、必要な介護サービスがすぐに利用できず、在宅生活への移行が円滑に調整できない場合があります。また、患者の入院した情報がケアマネジャーに行き届いていない場合もあります。

このようなことから、久留米市では、平成28年8月の1か月間の退院事例について、『退院調整に関するアンケート調査』を実施しました。その結果、市内における「退院調整もれ率」は、要介護認定者で20.2%、要支援認定者で38.5%でした。

そこで、久留米市内の医療機関関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター等、多くの関係者で検討を重ね、医療機関とケアマネジャーが連携を図りやすくするための「久留米版退院調整ルール」を策定しました。

この退院調整ルールは、退院支援を行う医療機関のスタッフやケアマネジャーなど関係者に向けて作成したものです。関係者が入院時から情報を共有することで、介護を必要とする患者が、疾患を問わず、久留米市内のどの医療機関から退院しても、気になることの相談や必要な介護福祉等のサービスが利用でき、安心して在宅に戻ることができることを目的としています。

在宅医療・介護連携を推進していく大きな柱の一つとして、久留米市では、この退院調整ルールを推進していきたいと思っています。患者の療養生活を地域全体で支えていくために、退院調整ルールの普及に、是非ご協力ください。

## 目次

1. ルールの基本	・・・ 3
(1) 久留米版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	・・・ 4
(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている患者の場合	
(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない患者の場合	
(3) 退院調整が必要な患者のめやす（要介護認定を受けていない患者）	
3. 円滑な退院調整にあたって（参考資料）	・・・ 9
(1) 病院の種類別平均在院日数とケアマネジャーがサービス調整に要する期間のめやす	
(2) 地域包括支援センターの業務	
(3) ケアマネジャーの業務及び役割	
(4) 退院調整におけるケアマネジャーの業務	
4. 在宅医療・介護連携センター一覧	・・・ 12
5. 個人情報の取り扱いについて	・・・ 13

## 1 ルールの基本

### (1) 久留米版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、久留米市内の医療機関とケアマネジャー間で、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、久留米市における連携の仕組みです。

連携を図っていく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。

このルールの運用は、平成30年5月から開始しています。

### (2) ルールを利用する主な関係機関

このルールは、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
- ②居宅介護支援事業所
- ③小規模多機能型居宅介護事業所
- ④看護小規模多機能型居宅介護事業所
- ⑤地域包括支援センター

### (3) ルールの対象となる患者

次のような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)

⇒要介護・要支援に関わらず、**すべての方が対象**となります。

#### ②入院前に担当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)

⇒『退院調整が必要な患者のめやす』(P. 8)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及び位置づけ

基本的には、久留米市内に居住する上記の退院調整ルール対象者が市内の医療機関に入院し、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、主に医療機関とケアマネジャーの連携をとりやすくするための『標準ツール』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等をめやすとし、個別の事情に応じた対応を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) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

入院期間は病床機能や患者の疾患などにより異なります。

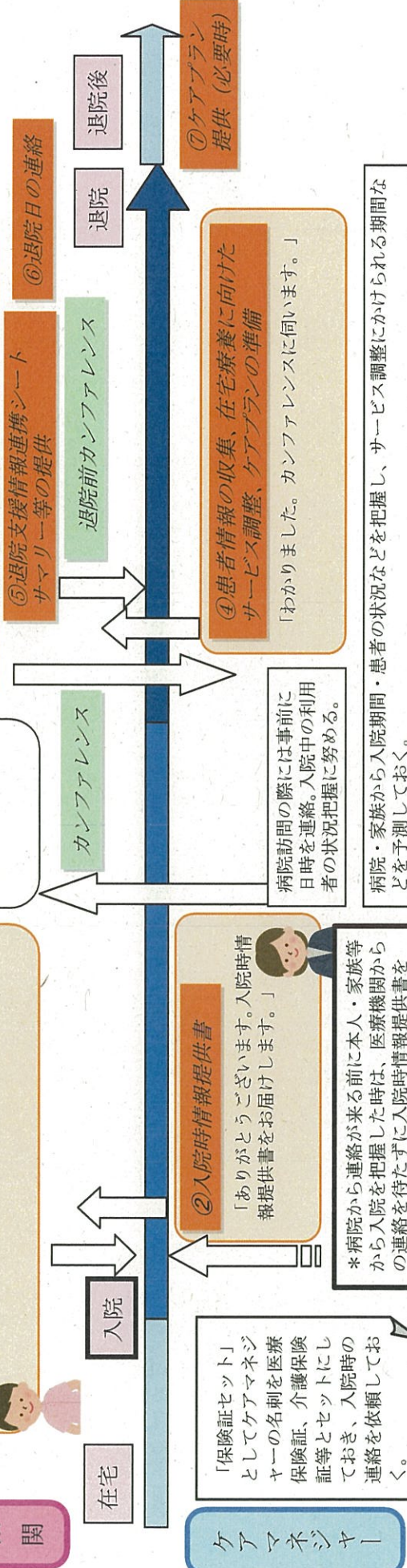
#### ①入院時連絡 入院時点での入院期間の見込み連絡

- \* 介護保険証や医療保険証等の「保険証セット」で担当ケアマネジャーを確認。「〇〇さんが入院しました。」
- \* 入院診療計画書などから入院時点の入院期間の見込みを伝える。「入院期間は概ね〇〇日程度になります。」

#### ③退院の見込みを連絡

- \* 退院の見込みをできるだけ早くケアマネジャーに伝える。
- 入院して〇週間。「〇〇さん、近いうちに退院して自宅に帰れそうです。」
- 回復期・地域包括ケア病床は退院予定日 2 週間前ごろまでに。
- 急性期で短期間の入院の場合は、治療方針が決まった段階など、退院の目処がたった時点で連絡。
- 退院困難な場合はその旨も連絡。

転院の場合は、担当ケアマネジャーの事業所名等を次の病院へ引継ぎ、ケアマネジャーにも連絡。



「保険証セット」  
としてケアマネジャーの名刺を医療保険証、介護保険証等とセットにし  
ておき、入院時の  
連絡を依頼してく。  
ケアマネジャー

②入院時情報提供書  
「ありがとうございます。入院時情報提供書をお届けします。」  
\* 病院から連絡が来る前に本人・家族等から入院を把握した時は、医療機関からの連絡を待たずに入院時情報提供書を  
提供。  
入退院調整のための  
病院相談窓口一覧（別紙）参照

カンファレンス  
病院訪問の際には事前  
に日時を連絡。入院中の  
利用者の状況把握に努める。

病院・家族から入院期間・患者の状況などを把握し、サービス調整にかけられる期間な  
どを予測しておく。

⑤退院支援情報連携シート  
サマリー等の提供  
退院前カンファレンス

④患者情報の収集、在宅療養に向けた  
サービス調整、ケアプランの準備  
「わかりました。カンファレンスに向います。」

⑥退院日の連絡  
退院  
退院後

⑦ケアプラン  
提供（必要時）

入院中は、介護保険サービス休止の手続きが必要になります。

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合(入院前に介護保険サービスを利用していた場合)

医療機関	在宅時	入院	退院の見込み	退院調整	退院
	<p>☆利用者の入院を早期把握するための普段からの取り組み</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・担当する利用者に、ケアマネジャーの名刺を医療保険証・介護保険証<sup>※1</sup>・かかりつけ医の診察券・お薬手帳などと一纏めに保管し、入院の際は「保険証セット」として持参するよう伝えておく。</li> <li>・利用者及び家族に、入院したらケアマネジャーに連絡するよう伝えておく。</li> </ul>	<p>①入院時連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・聞き取りや保険証セット(介護保険証、担当ケアマネジャーの名刺等)により担当ケアマネジャーを把握し、入院したことを速やかに連絡。</li> <li>・予想される入院期間の情報共有。</li> <li>・入院診療計画書に記載されている入院時での入院期間の情報を担当ケアマネジャーに伝える。</li> <li>・入院中、家屋調査を行う場合、ケアマネジャーに連絡。</li> </ul>	<p>③退院の見込みを連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院後、自宅への退院が可能と判断された場合、速やかにケアマネジャーに連絡。</li> <li>回復期・地域包括ケア病床は退院予定日の3週間～2週間前ごろまでに、急性期で短期間の入院の場合は、治療方針が決まった時点で退院の目処がたつた時点で連絡。</li> <li>退院困難な場合はその旨も連絡。転院の場合は担当ケアマネジャーの事業所名等を次の病院へ引き継ぎ、ケアマネジャーにも転院した事を連絡。</li> </ul>	<p>○入院中の患者情報を共有し、病院・ケアマネジャー相互に協力して退院にむけた調整を実施</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・退院前カンファレンスの開始、⑤退院支援情報連携シート、看護サマリー等退院時情報の提供。</li> <li>・病院担当者(看護師、MSW)とケアマネジャーの退院調整開始面談。</li> <li>・患者家族の意向を確認し、ケアプラン作成。</li> </ul>	<p>⑥退院日を連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医の許可した退院日をケアマネジャーに連絡。</li> </ul>
ケアマネジャー		<p>②入院時情報提供書の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院を把握したら情報提供書を作成し、速やかに病院へ提供。(原則として、電話連絡の上、持参する。)</li> </ul> <p>*病院から連絡が来る前に本人・家族等から入院を把握した時は、病院からの連絡を待たずに入院時情報提供書を提供。</p>	<p>④患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整を開始</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・入院期間中や、病院から退院見込みの連絡があったら、退院調整のため情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うかを病院と調整。</li> <li>・転院の場合は、転院先の病院と連絡、必要時、入院時情報提供書を提供。</li> </ul>		<p>必要に応じ、 ⑦ケアプランの提供</p>

※注 1 医療保険証・・・健康保険被保険者証、介護保険証・・・介護保険被保険者証をさす。

## (2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合（退院後新たに介護保険サービスを利用する場合）

入院期間は病床機能や患者さんの疾患などにより異なります。

患者や家族への聞き取り、介護保険証等により担当ケアマネジャーがいないことを確認。

①「退院調整が必要な患者のためやす」を参考に判断

\*「入院して1週間、近いうちに退院できそう。でも、在宅では介護が必要になりそう...。」

②介護保険について本人・家族に説明。申請を支援。本人・家族のケアマネジャー選定を支援

\*「介護保険の申請を本人・家族に勧めよう。」  
\*「ケアマネジャーを決める手伝いも必要かな...。」

③居宅介護支援事業所または地域包括支援センターに退院調整の連絡

\*「ケアマネジャーに連絡しよう！」

転院の場合は、担当ケアマネジャーの事業所名等を次の病院へ引継ぎ、ケアマネジャーにも連絡。

④退院の見込みを連絡

\*退院の見込みをできるだけ早くケアマネジャーに伝える。

入院して〇週間。「〇〇さん、近いうちに退院してご自宅に帰れそうです」

回復期・地域包括ケア病床は退院予定日2週間前ごろまでに、急性期は短期間の入院の場合は、治療方針が決まった段階など、退院の目処がたった時点で連絡。

⑥退院支援情報連携シート  
サマリー等の提供

⑦退院日の連絡

在宅

入院

退院

退院後

退院前カンファレンス

⑤患者情報の収集、在宅療養に向けたサービス調整（ケアプランの準備）

⑧ケアプラン提供（必要時）

連絡先

要介護(中重介護)⇒居宅介護支援事業所

要支援(軽介護)⇒地域包括支援センター

迷う場合(要支援の可能性がある場合)は、地域包括支援センターに連絡。

「ありがとうございます。サービス調整を始めます。」  
「カンファレンスにも伺います。」

病院・家族から入院期間を把握し、サービス調整にかけられる期間などを予測して準備しておく。

医療機関

ケアマネジャー

(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていけない場合（退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合）

	在宅時	入院	退院の見込み	退院調整	退院
医療機関		<p>ケアマネジャーの有無の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>聞き取りや保険証セット（介護保険証、医療保険証等）により、担当ケアマネジャーが決まっていけないことを確認。</li> </ul>	<p>①退院調整の必要性の判断</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院後、在宅への退院が可能と判断されたら、「退院調整が必要な患者のめやす」(P8)を参考に、退院調整が必要かどうかを判断。</li> <li>②患者・家族へ介護保険についての説明、申請の支援</li> <li>③患者・家族へ介護保険（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について説明し申請等を支援。</li> <li>④患者・家族のケアマネジャーの選定を支援</li> <li>⑤要介護(中重介護)⇒在宅介護支援事業所</li> <li>⑥要支援(軽介護)⇒地域包括支援センター（どちらから迷う場合（要支援の可能性がある場合）は、地域包括支援センターに連絡）</li> <li>⑦要介護状態だが居宅介護支援事業所の選定が困難な場合や、居宅介護支援か小規模多機能居宅介護か迷う場合など、必要に応じて地域包括支援センターに相談し支援。</li> <li>⑧退院の見込みを連絡</li> <li>⑨①により、退院調整が必要と判断された患者について、退院の見込みを、ケアマネジャーに連絡。</li> <li>⑩(回復期・地域包括ケア病床は退院予定日の3週間前～2週間前ごろまでに、急性期で短期間の入院の場合は、治療方針が決まった段階など、退院の目処がたった時点で連絡。退院困難となった場合はその旨も連絡。転院の場合は次の病院へ引き継ぐ。)</li> </ul>	<p>これ以降の流れは、前掲「(1)入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ。</p>	
ケアマネジャー			<p>⑪患者情報の収集と在宅への退院に向けた調整を開始</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>入院期間中や、病院から退院見込みの連絡があったら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うかを病院と調整。</li> </ul>		



### (3) 退院調整が必要な患者のめやす(要介護認定を受けていない患者)

入院前から居宅介護支援事業所又は地域包括支援センター等のケアマネジャーと契約している患者については、要介護・要支援の区分に関係なく必ず引継ぎを行います。ここではケアマネジャーがいない場合に退院調整が必要な患者のめやすを示しています。

#### 1 要介護認定を受けていないが、必ず退院調整が必要な患者(要介護と思われる患者)

- ① 立ち上がりや歩行に介助が必要
- ② 食事に介助が必要
- ③ 排泄に介助が必要又はポータブルトイレを使用中
- ④ 日常生活に支障を来すような症状がある認知症

#### 2 上記以外で見逃してはいけない患者(要支援と思われる患者)

- ⑤ 独居かそれに近い状況で、調理や掃除など身の回りのことに介助が必要
- ⑥ (ADLは自立でも)がん末期の方で在宅での支援を必要としている方
- ⑦ (ADLは自立でも)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

●診療報酬 退院支援加算1、2における「退院困難な患者の抽出要因」より抜粋  
(平成28年4月)

- 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こと
- 緊急入院であること
- 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こと(必要と推測されること)
- 排泄に介助を要すること
- 同居者の有無に関わらず、必要な介護を十分に提供できる状況にないこと
- 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要なこと
- 入退院を繰り返していること
- その他患者の状況から判断して、前述の項目に準ずると認められる場合

上記において

**1 要介護状態と推測される患者(必ず退院調整が必要な方)は、『居宅介護支援事業所』へ連絡してください。**

**2 それ以外の要支援状態と推測される患者については、『地域包括支援センター』へ連絡してください。**また、要介護状態であるが、居宅介護支援事業所の選定が困難な場合や、居宅介護支援事業所か小規模多機能型居宅介護事業所なのか判断に迷う場合も同様です。(1、2のどちらか迷う場合も)

\* 暫定プランの患者は、患者の状況を勘案しながら地域包括支援センターと居宅介護支援事業所と連携し支援します。

退院調整が必要かどうかについては、院内での動作に支障はないが、居宅の環境においては生活行動や動作に困難があると予測される者など、退院後の生活環境を考慮して検討しましょう。

家族がいても疾患がある等、介護力に乏しい場合で、調理・掃除・身の回りのこと、服薬管理などに支援が必要な方も、要支援と思われる患者として留意が必要です。

### 3 円滑な退院調整にあたって

(1) 病院の種類別平均在院日数とケアマネジャーがサービス調整に要する期間のめやす

#### <病院の種類別の平均在院日数(日数は患者の疾患などにより異なります。)>

平成25年度医療統計病院報告における病院の種類別の平均在院日数

【一般病院】

- ・一般病床 18.8日
- ・療養病床 172.1日
- ・精神病床 278.9日

また、病院の入院基本料における施設基準として、診療報酬上の要件の一つとして看護職員数に応じた平均在院日数が一部定められています。

例) 7対1入院基本料・・・一般病棟 看護配置 7:1、平均在院日数18日以内

10対1入院基本料・・・一般病棟 看護配置10:1、平均在院日数21日以内 など。

#### <ケアマネジャーがサービス調整に要する期間の目安>

- ・在宅サービス調整(サービス内容変更なし) 1週間
- ・在宅サービス調整(変更有) 2週間
- ・住宅改修調整 1か月

## (2) 地域包括支援センターの業務

地域包括支援センターは、高齢者が自分らしく住み慣れた地域で安心して暮らしていくために、介護、健康、虐待防止、権利擁護など、高齢者の日常に関する相談や支援を行う機関です。さまざまな相談に対応できるように、保健師・主任介護支援専門員・社会福祉士が配置されており、行政・介護サービス事業者・地域住民団体などと連携を図って、包括的なサポートを行います。

### ①さまざまな相談ごと（総合相談）

介護に関する相談や心配ごと、健康や福祉、医療や生活に関することなど、また、高齢者だけでなく、その家族、近隣に暮らす人の高齢者に関する相談も受けます。相談を受けた地域包括支援センターは、適切な機関につなぎ、つないだ後も支援をしていきます。

### ②介護や健康のこと（介護保険や介護予防）

介護予防・生活支援サービス事業対象者、予防給付の対象者の方に、本人や家族の希望や生活機能の状態などをふまえてケアプランなどを作成し、出来るだけ自立した日常生活を送ることが出来るように支援します。また、最近弱ってきた方へ、一般介護予防事業の紹介などを行います。

### ③権利を守ること（権利擁護）

高齢者の虐待防止やその対応、消費者被害の防止や対応を行います。

また、認知症などにより判断能力が衰えた方等に対し、財産管理のアドバイスや、成年後見制度の利用申し立ての支援なども行います。

### ④暮らしやすい地域のために（包括的・継続的ケアマネジメント）

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう、医療機関や行政、その他の関係機関との連携体制づくりを進めます。また、地域のケアマネジャーの役割が円滑に担えるよう支援を行い、質の高いサービス提供に努めます。

## (3) ケアマネジャーの業務及び役割

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方が、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、居宅サービス計画（ケアプラン）を作成する専門職をケアマネジャー（介護支援専門員）と言います。

介護が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、サービス事業者等と調整を行っています。

主な内容として

- ・ケアプランの作成
- ・介護サービス等の利用調整
- ・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 などがあります。

詳しくは、久留米市の「高齢者支援パンフレット」をご覧ください。

#### （４）退院調整におけるケアマネジャーの業務

##### ①居宅介護支援受付

病院又は家族等から電話で依頼受付後、事業所内で担当者を決定し訪問の日程を調整します。

##### ②病棟に訪問（インテーク・アセスメント）

本人又は家族や、病院等から利用者（患者）の基本情報を聴取し、アセスメントを実施した後、退院調整を行います。

- ・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りません。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です。
- ・住宅改修などの必要がある場合は、本人の生活動作を自宅で確認する必要があります。状況に応じて家屋調査に同行します。住宅改修の申請から着工・完了までには、約1か月かかります。

##### ③ケアマネジメントのプロセス

介護保険課へ書類提出代行申請を行います（必要時）。基本情報の作成、アセスメント・ケアプラン原案作成、サービス事業所調整、主治医連携、サービス担当者会議の開催等を行い、ケアプランの確定・交付後、サービス利用が開始されます。

- ・医療系サービスを計画に位置づける場合は、主治医から指示・助言を受けることが必須です。

## 7 在宅医療・介護連携センター 一覧

	名称	所在地	担当する地域	電話番号	FAX
1	在宅医療・介護 連携センター久留米	久留米市檜原町45 (久留米医師会内)	久留米市(田主丸町、北野町、 三瀧町、城島町を除く)	(0942) 34-4163	(0942) 31-1156
2	在宅医療・介護 連携センター小郡	小郡市上岩田1246番地 (小郡三井医師会内)	小郡市、大刀洗町、 久留米市北野町	(0942) 65-6448	(0942) 65-6449
3	在宅医療・介護 連携センター大川三瀧	大川市大字郷原482-24 (大川三瀧医師会内)	大川市、大木町、 久留米市三瀧町、城島町	(0944) 87-2611	(0944) 87-1153
4	在宅医療・介護 連携センター浮羽	うきは市吉井町347-17 (浮羽医師会内)	うきは市、 久留米市田主丸町	(0943) 75-8077	(0943) 75-3490

【開所時間】9：00～17：00(月～金) ただし、国民の祝日、年末年始及びお盆休み※(8/13～15)を除く。  
※上記3(在宅医療・介護連携センター大川三瀧)は、お盆休みは(8/14～16)です。

地域の医療・介護の連携を推進するための拠点として、市内の医師会に「在宅医療・介護連携センター」が、平成30年4月から設置しています。

具体的には、下記の内容に取り組みます。

### ●在宅医療に関する専門相談窓口

かかりつけ医や介護支援専門員といった、医療・介護等のサービス提供者からの在宅医療等に関する相談に対して、必要な情報提供、支援・調整を行います。

### ●多職種・多機関間の連携推進

地域の医療・介護等関係者が、お互いの業務の現状等を知り、自由に意見交換ができる関係づくりを行うことを目的とした多職種連携研修会等を開催します。

### ●医療・介護の人材育成及び市民への普及啓発

医療・介護の専門職等を対象とした、在宅医療・介護に関する研修会等の開催や市民を対象に、在宅医療・介護への理解を深めることを目的とした講演会等を開催します。

## 8 個人情報の取扱いについて

医療・介護関係者間の連携においても、個人情報の取扱には細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者に不利益となります。そこで、厚生労働省から出されている『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス』を参考にしてください。

●『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス』は、厚生労働省のホームページから入手できます。

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

### 《 退院調整ルールに関連するポイント 》

○医療機関は、院内（掲示板等）に「当院では、適切な医療・介護サービスのために、患者の個人情報をその患者が関係する医療・介護関係者に提供します。異論がある場合は申し出てください。」という内容の文書を掲示しておき、反対がなければ患者の関係する介護事業者や診療所に個人情報を提供してよい。

○介護事業者は、利用者との契約時に同意をもらうことで、利用者が関係する医療・介護事業者には個人情報を提供することができる。



◆ ご協力をいただいたみなさん ◆

久留米市内病院  
久留米市内居宅介護支援事業所  
久留米市内小規模多機能型居宅介護事業所  
久留米市内看護小規模多機能型居宅介護事業所  
一般社団法人 久留米医師会  
特定非営利活動法人 久留米市介護福祉サービス事業者協議会  
特定非営利活動法人 くるめ地域支援センター  
久留米市在宅医療・介護連携推進協議会 退院調整部会

問い合わせ先

久留米市健康福祉部保健所 健康推進課  
難病・在宅医療チーム  
TEL 0942-30-9729  
FAX 0942-30-9833

久留米市健康福祉部介護保険課  
計画・給付チーム  
TEL 0942-30-9036  
FAX 0942-36-6845



## 【別冊】

### 久留米版退院調整ルールに係る資料

1. 入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例
  - (1) 入院時情報提供書
  - (2) 退院支援情報連携シート
  - (3) 退院・退所情報記録書
2. 入退院調整のための病院相談窓口一覧
3. 久留米版退院調整ルールチラシ



# 1. 入院時情報連携加算及び退院・退所加算に係る様式例

記入日： 年 月 日  
 入院日： 年 月 日  
 情報提供日： 年 月 日

## 入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名： \_\_\_\_\_

事業所名： \_\_\_\_\_

ご担当者名： \_\_\_\_\_

ケアマネジャー氏名： \_\_\_\_\_

受理者署名(押印)欄 \_\_\_\_\_

TEL: \_\_\_\_\_ FAX: \_\_\_\_\_

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

### 1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男	女
		生年月日	明・大・昭	年	月	日生
住所	〒	電話番号				
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(有・無)					
入院時の要介護度	特記事項( )					
障害高齢者の日常生活自立度	<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					<input type="checkbox"/> 医師の判断
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"/> Ia <input type="checkbox"/> Ib <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M					<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ___割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<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"/> その他( ) * <input type="checkbox"/> 日中独居					
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	TEL			
キーパーソン	(続柄・才)	連絡先	TEL:	TEL		

### 3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

### 4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他( )
-----------------	--

### 5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他( )
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要( )
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄・年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める( <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部 ) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
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	

### 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)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「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( )

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

(H31.4.1~)

麻痺の状況	なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	□ なし □ あり ( )	
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	□ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他
	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	(ADLに関する特記事項)	
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助		
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助		
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助		

食事内容	食事回数	( ) 回/日 ( 朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃 )			食事制限	□ あり ( ) □ なし □ 不明	
	食事形態	□ 普通 □ きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー			UDF等の食形態区分		
	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養		水分とろみ	□ なし □ あり	水分制限	□ あり ( ) □ なし □ 不明

口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	□ なし □ あり( 部分 ・ 総 )	
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	□ なし □ あり	

排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし □ 夜間 □ 常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	□ なし □ 夜間 □ 常時

睡眠の状態	良	不良 ( )	眠剤の使用	□ なし □ あり	
喫煙	無	有 _____ 本くらい/日	飲酒	無	有 _____ 合くらい/日あたり

コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	□ なし □ あり ( )	
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	□ なし □ あり	
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:		
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難			

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

入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 理由: _____ 期間: _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ _____ 年 _____ 月 _____ 日 <input type="checkbox"/> 不明	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて	
------	-----------	--	------	--	--

入院前に実施している医療処置*	<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 ( )						
-----------------	--	--	--	--	--	--	--

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	□ なし □ あり ( )		居宅療養管理指導	□ なし □ あり (職種: )	
薬剤管理	□ 自己管理 □ 他者による管理 (管理者: )		・管理方法: )		
服薬状況	<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				
お薬に関する、特記事項					

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	□ 通院 □ 訪問診療 ・頻度 = ( ) 回 / 月

特記事項

\* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連 (改定: H31.3.8)

# 退院支援情報連携シート

【医療機関→居宅介護支援事業所】

医療機関名及び担当部署名： ( )

電話番号： ( )

※以下の情報に関し、ご不明な点がございましたらご連絡ください。

記入日： 年 月 日

患者情報	氏名		生年月日	年	月	日( 歳)
	住所	電話番号：				
キーパー ソン情報	氏名	続柄：				
	住所	電話番号：				

入院期間		年 月 日 ~ 年 月 日					
入院した病名 (主病名)							
カン ファ レン ス 出 席 者	入院して いる医療 機関	医師				OT	
		看護師				ST	
		MSW				管理栄養士	
		PT				薬剤師	
	在宅療養 にかかる 関係機関 ※	所属		氏名		職種	
退院後の受診予定等		(医療機関名)			(受診予定日)	年 月 日	
		(医療機関名)			(受診予定日)	年 月 日	

※ 介護報酬 退院・退所加算 (カンファレンスあり) に関連

## 【添付書類】

- 看護要約
- リハビリテーション情報提供書
- 食事情報提供書
- 薬剤情報提供書
- その他 ( )

## 【退院後の居宅サービス計画書 (ケアプラン) 情報提供依頼】

- 有
- 無

※居宅サービス計画書は、患者様の署名、捺印があるものの写しをお願いいたします。



## 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 ( ) ・ <input type="checkbox"/> 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	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			
	<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)	
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
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。

(改定：H31.3.8)





2. 入退院調整のための病院相談窓口一覧

(平成30年8月末現在)

	久留米医師会		
	1	2	3
病院名	医療法人 楠病院	医療法人日新会 久留米記念病院	医療法人コミュニテ風と虹 久留米厚生病院
全病床数(床)	48	160	69
病棟数(病棟)	2	3	2
一般病床(床)	18	0	24
回復期リハ病棟(床)	0	0	0
障害者病棟(床)	0	0	0
療養病床(医療)(床)	24	160	0
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)	包括病床6	0	45(急性期治療)
地域連携部門の有無	有	有	有
MSW(人)	1	2	4(PSW)
退院調整看護師(人)	0	1	0
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域医療介護連携室	地域医療連携室	精神保健福祉士(医療連携室はなし。直接病院代表に連絡)
TEL番号	0942-35-2725(代表)	0942-45-1811(代表)	0942-22-3980(代表)
FAX番号	0942-36-1318(代表)	0942-45-2705	0942-22-4204
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	上記名称	地域医療連携室	精神保健福祉士
TEL番号	0942-35-2725(代表)	0942-45-1811(代表)	0942-22-3980(代表)
FAX番号	0942-36-1318(代表)	0942-45-2705	0942-22-4204
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	上記連携室	外来受付	精神保健福祉士
TEL番号	0942-35-2725(代表)	0942-45-1811(代表)	0942-22-3980(代表)
受付時間等	月～金:9:00～18:00 それ以外は、受付にて	月～金 8:45～17:00 土:8:45～12:30	月～金 10:00～17:00
必要な手順	事前に電話をして、ご持参ください。	「〇月〇日入院の〇〇氏の情報提供書です」と言って、受付に渡してください。	事前に電話をして、ご持参ください。

	久留米医師会		
	4	5	6
病院名	独立行政法人地域医療機能推進機構 久留米総合病院	学校法人久留米大学 久留米大学医療センター	学校法人久留米大学 久留米大学病院
全病床数(床)	175(実働:154)	250	1025
病棟数(病棟)	3	5	24
一般病床(床)	146	170	972
回復期リハ病棟(床)	0	50	0
障害者病棟(床)	0	0	0
療養病床(医療)(床)	0	0	0
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)	8(地域包括ケア病床)	40(地域包括ケア病棟)	53(精神)
地域連携部門の有無	有	有	有
MSW(人)	2	3	7(MSW)1(PSW)
退院調整看護師(人)	0(看護師1名は健康支援を担当)	2	5(1名がん相談含む)
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域連携室	医療連携室	医療連携センター
TEL番号	0942-33-1211(代表)	0942-22-6582	0942-31-7903
FAX番号	0942-40-5866	0942-22-6583	0942-31-7716
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域連携室	医療連携室	医療連携センター
TEL番号	0942-33-1211(代表)	0942-22-6582	0942-31-7903
FAX番号	0942-40-5866	0942-22-6583	0942-31-7716
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	地域連携室	平日:医療連携室 土・日・祝・祭 各病棟	同上
TEL番号	0942-33-1211(代表)	平日:医療連携室 0942-22-6582 土・日・祝・祭 0942-22-6111(代表)	同上
受付時間等	月～金 8:30～17:15	平日(月～金) 医療連携室 8:30～17:00	月～金:8:30～17:00
必要な手順	事前に電話をして、ご持参ください。	事前に電話連絡を頂けると助かります。	事前に連絡して頂くと、担当者との調整がしやすいです。

	久留米医師会		
	7	8	9
病院名	医療法人いたの会 久留米中央病院	社会医療法人社団高野会 くるめ病院	医療法人 禅思会 久留米南病院
全病床数(床)	61	85	100
病棟数(病棟)	1	2	2
一般病床(床)	61	45	0
回復期リハ病棟(床)	0	0	0
障害者病棟(床)	0	0	0
療養病床(医療)(床)	0	0	100
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)	0	40(包括ケア病棟)	0
地域連携部門の有無	有	有	有
MSW(人)	1	1	1
退院調整看護師(人)	0	2	2
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域医療連携室	地域医療連携課	地域連携室
TEL番号	0942-35-1000(代表)	0942-41-0205(直)	0942-26-0100(代表)
FAX番号	0942-35-1001(代表)	0942-43-1517	0942-27-2210(代表)
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域医療連携室	地域医療連携課	地域連携室
TEL番号	0942-35-1000(代表)	0942-41-0205(直)	0942-26-0100(代表)
FAX番号	0942-35-1001(代表)	0942-43-1517	0942-27-2210(代表)
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	地域医療連携室(MSW)	地域医療連携課	地域連携室
TEL番号	0942-35-1000(代表)	0942-41-0205(直)	0942-26-0100(代表)
受付時間等	月～金:9:00～17:00 第1・第3土曜日:9:00～12:00	月～金:8:30～17:30 土:8:30～12:30 それ以降は別部署が対応可能	月～土 9:00～17:00
必要な手順	事前に連絡を頂きますと、担当患者様との面談も可能な限り調整いたします。	お待たせしてしまうことがありますので、事前に電話をして持参して頂いた方がよいです。	事前に電話をして持参してください。

	久留米医師会		
	10	11	12
病院名	医療法人かぶとやま会 久留米リハビリテーション病院	医療法人社団久英会 高良台リハビリテーション病院	社会医療法人天神会 古賀病院21
全病床数(床)	125	100	217
病棟数(病棟)	4	2	6
一般病床(床)	14	0	160
回復期リハ病棟(床)	52	100	43
障害者病棟(床)	0	0	0
療養病床(医療)(床)	37	0	0
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)	22	0	14(PCU)
地域連携部門の有無	有	有	有
MSW(人)	7	1	2
退院調整看護師(人)	0	1	1
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域医療連携室	リハケア部 2F・3F病棟	各病棟、連携室
TEL番号	0942-43-8033(代表)	0942-51-3838(代表)	0942-38-3333(代表)
FAX番号	0942-45-0388(代表)	0942-51-3535(代表)	0942-38-3324
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域医療連携室	入院された病棟	地域連携室
TEL番号	0942-43-8033(代表)	0942-51-3838(代表)	0942-38-3333(代表)
FAX番号	0942-45-0388(代表)	0942-51-3535(代表)	0942-38-3324
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	地域医療連携室	地域支援	地域連携室又は各病棟
TEL番号	0942-43-8033(代表)	代表 0942-51-3838(代表)	0942-38-3333(代表)
受付時間等	月～土:8:30～17:00	月～金 9:00～17:30 土 9:00～12:30	地域連携室:8:30～17:00(月～土)日、祭 休み 各病棟:13:30～19:30
必要な手順	事前に電話をして、ご持参ください。	可能であれば、事前に連絡をお願いします。	特にありません。

	久留米医師会		
	13	14	15
病院名	社会医療法人天神会 新古賀病院	社会医療法人雪の聖母会 聖マリア病院	社会医療法人 雪の聖母会 聖マリアヘルスケアセンター
全病床数(床)	242	1097	198
病棟数(病棟)	7	32(休床病棟含む)	4
一般病床(床)	242	931(休床含む)	0
回復期リハ病棟(床)	0	0	150
障害者病棟(床)	0	50	0
療養病床(医療)(床)	0	100(休床)	48
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)	0	16(休床)	0
地域連携部門の有無	有	有	有
MSW(人)	2	MSW15、PSW2(うち、資格所得者15名)	4
退院調整看護師(人)	3	9	1(前方連携NS)
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域医療連携室	患者支援部※当部署は連携推進部とは異なる部署になるのでご注意ください。	患者支援部
TEL番号	0942-38-2292	0942-35-3322(代表)(内線:2017)	0942-35-5522(代表)
FAX番号	0942-38-2294	0942-34-3018	0942-34-3306
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域医療連携室	患者支援部	患者支援部
TEL番号	0942-38-2292	0942-35-3322(代表)(内線:2017)	0942-35-5522(代表)
FAX番号	0942-38-2294	0942-34-3018	0942-34-3306
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	地域医療連携室、又は入院病棟	医療相談窓口 外来棟1階	聖マリアヘルスセンター 1F相談窓口
TEL番号	0942-38-2292	0942-35-3322(代表)(内線:2017)	0942-35-5522(代表)
受付時間等	月～土:8:30～17:00(日祭日は直接病棟か受付で対応)	月～土:8:30～17:00	月～土 8:30～17:00
必要な手順	事前に電話を入れていただければ、担当MSWが対応し、情報交換が出来ます。又、担当がない場合でも予定を立て、時間配分し易くなります。	可能な限り、面接にて情報交換を行いたいので、事前に電話連絡してご持参ください。	可能であれば、事前にご連絡頂ければ助かります。ご連絡がない場合でも対応させていただきます。

	久留米医師会		
	16	17	18
病院名	社会医療法人聖ルチア会 聖ルチア病院	医療法人篤の会 たなか病院	医療法人松風海 内藤病院
全病床数(床)	263	124	90
病棟数(病棟)	5	3	2
一般病床(床)		0	90(うち地域包括ケア病棟49床)
回復期リハ病棟(床)		0	0
障害者病棟(床)		0	0
療養病床(医療)(床)		17	0
療養病床(介護)(床)		0	0
その他(床)	263	57(精神) 50(精神療養)	0
地域連携部門の有無	有	有	有
MSW(人)	14(PSW)	2(PSW)	1
退院調整看護師(人)	0	0	2
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域医療連携室 各病棟担当のPSW	地域医療支援室	医療連携室、病棟
TEL番号	0942-33-1581(代表)	0942-43-7629(代表)	0942-32-1212(代表)
FAX番号	0942-33-1586(代表)	0942-43-2705	0942-37-0262(代表)
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域医療連携室	地域医療支援室	医療連携室
TEL番号	0942-33-1581(代表)	0942-43-7629(代表)	0942-32-1212(代表)
FAX番号	0942-33-1586(代表)	0942-43-2705	0942-37-0262(代表)
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	基本的には地域医療連携室 PSW	地域医療支援室	患者入院病棟 3・4F(一般病棟) 詰所4F 5・6F(地域包括ケア病棟) 詰所5F
TEL番号	0942-33-1581(代表)	0942-43-7629(代表)	0942-32-1212(代表)
受付時間等	月～土 9:00～17:00 (日・祝祭日以外)	月～金 8:30～17:00 土:8:30～12:00	曜日は関係なく 9:00～17:00 病棟に日勤帯の看護師がいるため対応可能
必要な手順	出来れば事前に連絡していただき、担当PSWへ直接手渡ししてください。不在時は事務受付に預けてください。	事前に電話をして、ご持参ください。	事前に医療連携へ電話をして入院病棟の確認し、病棟へご持参ください。医療連携時間外の場合は、直接病棟へ事前連絡をお願いします。

	久留米医師会		
	19	20	21
病院名	医療法人社団聖風園 半井病院	医療法人コミュニテ風と虹のぞえ総合心療病院	医療法人南溟会 博愛病院
全病床数(床)	112	150	59
病棟数(病棟)	2	3	1
一般病床(床)	0	0	0
回復期リハ病棟(床)	0	0	0
障害者病棟(床)	0	0	0
療養病床(医療)(床)	112	0	8
療養病床(介護)(床)	0	0	51
その他(床)	0	150(精神科救急病棟)	0
地域連携部門の有無	無	有	有
MSW(人)	0	4(PSW)	1
退院調整看護師(人)	0	0	0
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	看護部	病棟PSWまたは、地域連携室	連携室
TEL番号	0942-22-1308(代表)	0942-22-5311(代表)	0942-21-4857(代表)
FAX番号	0942-22-6723(代表)	0942-22-0879(代表)	0942-21-1759(代表)
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	看護部	病棟PSWまたは、地域連携室	連携室
TEL番号	0942-22-1308(代表)	0942-22-5311(代表)	0942-21-4857(代表)
FAX番号	0942-22-6723(代表)	0942-22-0879(代表)	0942-21-1759(代表)
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	本館 看護部長まで	地域連携室または、PSW	当院窓口(受付)
TEL番号	0942-22-1308(代表)	0942-22-5311(代表)	0942-21-4857(代表)
受付時間等	月～土:9:00～17:00	24時間 365日	月～金:9:00～17:30
必要な手順	事前に電話をしてご持参ください。	事前に連絡をしてご持参ください。	事前に電話連絡をして頂き、日時を決めてご持参ください。

	久留米医師会		
	22	23	24
病院名	医療法人福岡桜十字 花畑病院	医療法人 日高整形外科病院	医療法人社団堀川会 堀川病院
全病床数(床)	135	37	383
病棟数(病棟)	3	1	7
一般病床(床)	0	37	0
回復期リハ病棟(床)	0	0	0
障害者病棟(床)	30	0	0
療養病床(医療)(床)	105	0	55
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)		0	328(精神)
地域連携部門の有無	有	無	有
MSW(人)	2	0	8(PSW)
退院調整看護師(人)	0	1	0
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域医療連携室	病棟	PSW
TEL番号	0942-32-4565(代表)	0942-22-5700(代表)	0942-38-1200(代表)
FAX番号	0942-32-4530	0942-22-5704	0942-35-6187(代表)
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域医療連携室	外来	PSW
TEL番号	0942-32-4565(代表)	0942-22-5700(代表)	0942-38-1200(代表)
FAX番号	0942-32-4530	0942-22-5704	0942-35-6187(代表)
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	地域医療連携室	外来	外来受付
TEL番号	0942-32-4565(内線:203)	0942-22-5700(代表)	0942-38-1200(代表)
受付時間等	月～金:8:30～17:30	診療時間 月～金:9:00～18:00 土:9:00～13:00	月～金 8:30～17:00
必要な手順	事前に電話をして、ご持参ください。	特にありません。	事前に担当PSWに電話・相談してください。

	久留米医師会		
	25	26	27
病院名	医療法人松岡会 松岡病院	医療法人社団芳英会 宮の陣病院	医療法人弥生会 弥永協立病院
全病床数(床)	270	191	57
病棟数(病棟)	5	4	1
一般病床(床)	0	50	49
回復期リハ病棟(床)	0	0	0
障害者病棟(床)	0	0	0
療養病床(医療)(床)	52	91	0
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)	218	50	8
地域連携部門の有無	有	有	有
MSW(人)	4(PSW)	6(PSW)	1
退院調整看護師(人)	0	0	0
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域連携室	PSW室	地域連携室
TEL番号	0942-26-2151(代表)	0942-32-1808(代表)	0942-33-3152(代表)
FAX番号	0942-27-4332(代表)	0942-33-8862(代表)	0942-38-7445
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域連携室	PSW室	地域連携室
TEL番号	0942-26-2151(代表)	0942-32-1808(代表)	0942-33-3152(代表)
FAX番号	0942-27-4332(代表)	0942-33-8862(代表)	0942-38-7445
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	地域連携室	宮の陣病院 外来または病棟受付	地域連携室
TEL番号	0942-26-2151(代表)	0942-32-1808(代表)	0942-33-3152(代表)
受付時間等	月～土 10:00～16:00	月～土:9:00～17:00	月～金:9:30～17:30
必要な手順	事前に電話での連絡をお願いします。(担当者不在の場合もあるため)	事前に電話して日時調整のうえ、ご持参ください。	事前に電話連絡をお願いします。
	浮羽医師会		
	28	29	30
病院名	医療法人聖峰会 田主丸中央病院	医療法人 吉村病院	医療法人三井会 神代病院
全病床数(床)	343	50	100
病棟数(病棟)	9	1	3
一般病床(床)	137	0	42(うち地域包括ケア病床23床)
回復期リハ病棟(床)	47	0	33
障害者病棟(床)	41	0	0
療養病床(医療)(床)	25	50	25
療養病床(介護)(床)	0	0	0
その他(床)	93(精神科)	0	0
地域連携部門の有無	有		有
MSW(人)	5	0	4
退院調整看護師(人)	3	1	0
ケアマネジャーへの退院調整を担当する部署			
部署名	地域医療支援課	看護部	地域医療連携室
TEL番号	0943-72-3811	0943-72-3131(代表)	0942-78-3177(代表)
FAX番号	0943-72-3978	0943-73-3323	0942-78-3918
ケアマネジャーが入院時情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	地域医療支援課	看護部	地域医療連携室
TEL番号	0943-72-3811		0942-78-3177(代表)
FAX番号	0943-72-3978		0942-78-3918
ケアマネが入院時情報提供書を持参する際の持参先			
持参先	①入院先病棟 ②地域医療支援課	看護部長	①地域医療連携室:ソーシャルワーカー ②入院病棟:病棟師長・主任
TEL番号	0943-72-3811	0943-72-3131(代表)	0942-78-3177(代表)
受付時間等	原則:8:30～17:00 ※緊急時:時間制限なし	月～金:9:00～17:30 土:なし	平日 月～金:9:00～17:30 土曜:9:00～12:30
必要な手順	事前に電話を入れて、ご持参ください。	事前にお電話ください。	事前に連絡いただけると助かります。

大川三猪医師会			
	31	32	33
病院名	医療法人 十連病院	富田病院	医療法人白壽会 安本病院
全病床数(床)	63	71	135
病棟数(病棟)	1	2	3
一般病床(床)		26	地域包括ケア病床 48床
回復期リハ病棟(床)		0	42
障害者病棟(床)		0	0
療養病床(医療)(床)		45	45
療養病床(介護)(床)	63(うち8床は医療保険での入院可。介護認定が おりました時点で切り替える。)	0	0
その他(床)		0	0
地域連携部門の有無	なし	有	有
MSW(人)		2	1
退院調整看護師(人)		なし	3
ケアマネジャーへの 退院調整を担当する部署			
部署名	病棟ケアマネ 田中志津子	地域医療連携室	各病棟
TEL番号	0942-65-1133(代表)	0942-62-3121(代表)	0942-64-2032(代表)
FAX番号	0942-65-1344(代表)	0942-62-3560(直通)	0942-65-0614(代表)
ケアマネジャーが入院時 情報提供書をFAXする際の送り			
部署名	十連病院 病棟師長 田中孝子	地域医療連携室	地域連携
TEL番号	0942-65-1133(代表)	0942-62-3121(代表)	0942-64-2032(代表)
FAX番号	0942-65-1344(代表)	0942-62-3560(直通)	0942-65-0614(代表)
ケアマネが入院時情報提供書を持参 する際の持参先			
持参先	十連病院 病棟師長:田中孝子 ケアマネ:田中志津子	富田病院 地域医療連携室	入院先の病棟
TEL番号	0942-65-1133(代表)	0942-62-3121(代表)	0942-64-2032(代表)
受付時間等	月～土 9:30～17:30	9:00～18:00	10:00～17:00(月～土)
必要な手順	事前に電話連絡をしていただき、ご持参ください。	特にありません。不在時は受付へお預けください。	事前に電話をして頂き、ご持参ください。

# 皆さんが安心して退院できる地域を目指して 久留米版 退院調整ルール

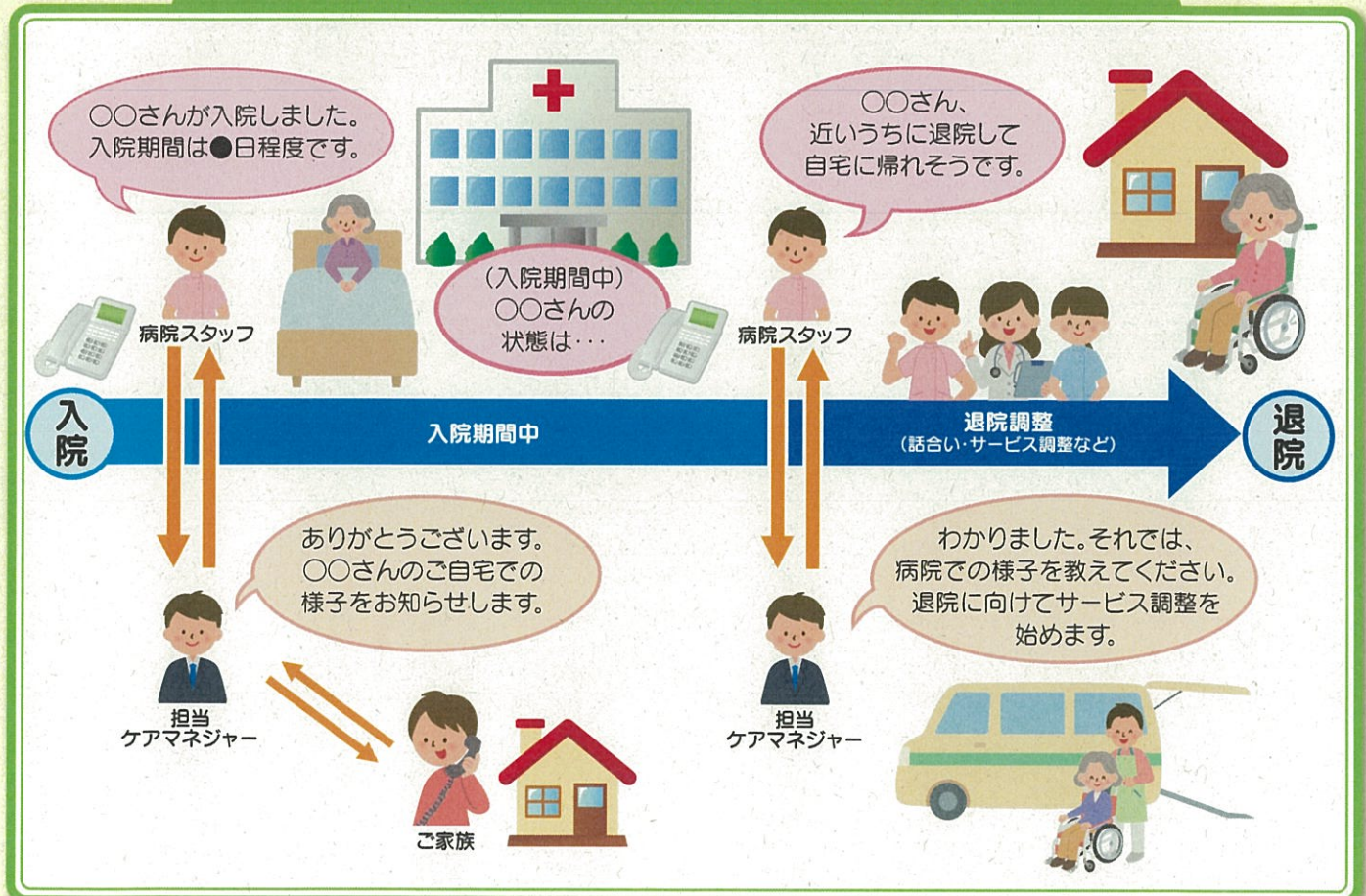
平成30年5月から運用開始

## 退院調整ルールとは…

患者さんが退院する際に、必要な介護サービスを切れ目なく受けられるよう、市内の病院とケアマネジャーが、入院時から情報を共有し、退院に向けたサービス調整を行うための、連携のしくみです。

## 退院調整ルールの流れ

(介護保険サービスを利用している方の場合)



○要介護認定を受けていない方についても、患者さんの状態によっては、介護保険サービスの利用手続きなど、病院とケアマネジャー等が連携して支援します。

# 皆さまへのお願い ご自宅への退院をスムーズに 進めるために大切なこと

患者さんの入院後、なるべく早く病院とケアマネジャーが連絡を取り合い、ご本人やご家族とともに相談することが大切です。皆さまには、以下のことについて、ご理解とご協力をお願いします。

## ① 入院したらケアマネジャーへ連絡

介護保険サービスを利用している方が入院した際は、患者さんやご家族の方は、なるべく早く、担当のケアマネジャーに連絡してください。

患者さんやご家族がケアマネジャーへの連絡をお忘れの場合がありますので、お知り合いの方や地域の方が入院されたときは、ケアマネジャーへ連絡をするよう声をかけてください。

## ② “保険証セット”の準備

万が一の入院に備えて、普段から「保険証セット」をご準備ください。(通院時にもご利用ください。)

- ① 医療保険証
- ② 介護保険証
- ③ お薬手帳
- ④ かかりつけ医療機関の診察券
- ⑤ 担当ケアマネジャーの名刺



急な入院で、ご家族がケアマネジャーに連絡できない場合などに、病院がケアマネジャーと連絡を取りやすくなります。

※① 医療保険証とは、健康保険被保険者証のこと ② 介護保険証とは、介護保険被保険者証のこと

## 久留米版退院調整ルールに関するお問い合わせ先

久留米市保健所 健康推進課(久留米市城南町15番地5)  
TEL:0942-30-9729 FAX:0942-30-9833  
Eメール:ho-kenko@city.kurume.fukuoka.jp

久留米市役所 介護保険課(久留米市城南町15番地3)  
TEL:0942-30-9036 FAX:0942-36-6845  
Eメール:kaigo@city.kurume.fukuoka.jp

※詳しくは、「久留米版退院調整ルールの手引き」をご覧ください。(久留米市のホームページにも掲載しております。)