

市民と医療・介護連携のための
行田市
入退院調整手引き
第2.1版

行田市在宅医療・介護連携推進協議会
入退院調整部会

【事務局】

行田市健康福祉部高齢者福祉課

行田市機能強化型地域包括支援センター緑風苑

目次

- I. 作成の意義
- II. 入退院調整で退院時カンファレンスが必要な対象者
- III. 入退院調整のフロー
- IV. 地域生活（自宅又は施設）への入院から退院支援の手順
 - 1 退院時カンファレンスをする場合編
 - 2 退院時カンファレンスをしない場合編
 - 様式1. 入退院情報提供シート
 - 様式2. 退院時共同指導 退院時カンファレンス用
 - 様式3. 退院時地域連絡シート
- V. 入退院調整に関わる主な関係機関
 - 行田市地域包括支援センター
 - 市内居宅介護支援事業所
 - 市内入院可能医療機関
 - 介護保険証見本

行田市 入退院調整の手引き

I 作成の意義

退院の際に、医療機関からケアマネジャー（以下「ケアマネ」）や関係機関に退院支援や連絡がなされないことで、地域生活の支援が滞り、在宅や地域生活復帰に大きな不安を抱く患者、家族が多く見受けられます。

地域生活では、入院時の療養生活とは大きく異なり、患者（利用者本人）や家族の生活を支えていくために、多くの医療、福祉関係職種や機関（ケアマネ、訪問看護師、往診医、訪問介護、通所介護、訪問入浴、訪問リハビリ等）が関わることで、住み慣れた地域での生活を支えています。

現在、病院においても病床機能の分化が進み、早期の退院を促している状況があります。医療、福祉の支援が必要な方々の在宅復帰、地域生活への円滑な移行ができ、「住み慣れた地域で人生の最後まで」を支えていくためには、医療、介護の連携が必須であり、患者（利用者本人）の入退院時の連携は極めて重要です。

退院時に介護や福祉サービスが導入されず、病状の悪化、再発等をしたことから入退院を繰り返し、介護度が悪化したという実例もあります。

患者（利用者本人）や家族の地域生活を支援するための、円滑な介護サービスの導入と医療、介護関係者の連携が図れるようご理解とご協力をお願いいたします。

II 入退院調整で退院時カンファレンスが必要な対象者

以下の①かつ②、③、④のいずれかの要件を有する者

① 在宅生活中で医療や福祉サービスを利用中の方及び施設入所中の方、又は入院中で退院後も多職種による医療、福祉サービスの支援が必要な方（退院後、通院のみの方は除く）



かつ

② 介護保険サービスを現在利用している方か介護保険サービスの利用を希望する方
③ 病院担当者が退院支援を必要と判断した方（独居、キーパーソンがいない、継続的な医療が必要（がん末期や在宅酸素や吸引等）な方等）
④ 在宅復帰時、介護保険サービスや福祉サービスの導入が必要と判断され、患者（利用者本人）及び家族もサービス利用に理解、同意のある方。

IV. 地域生活（自宅又は施設）への入院から退院支援の手順

1. 退院時カンファレンスをする場合編

① 介護保険の要介護認定を受けている場合（介護保険証に記載あり）

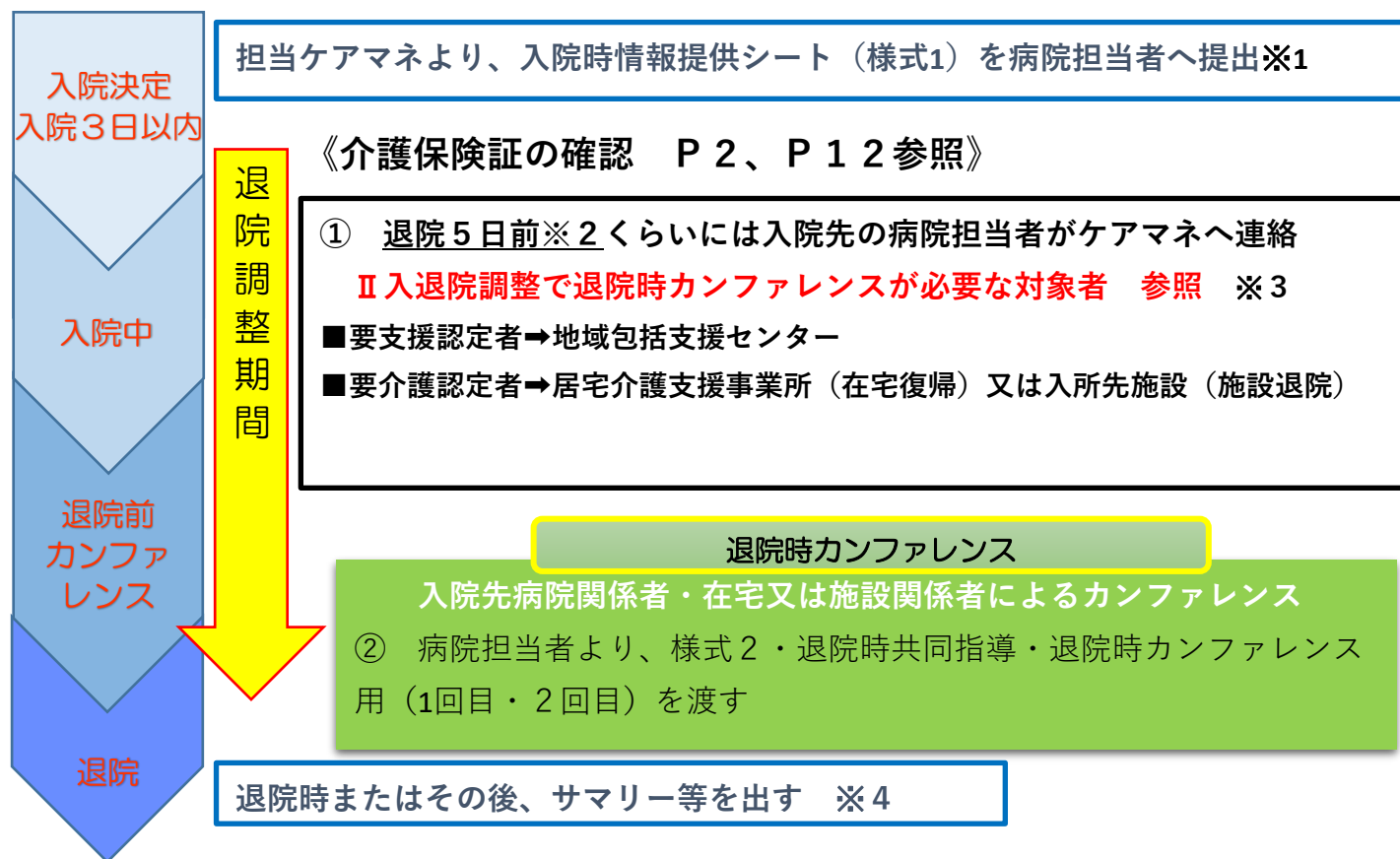
入院患者本人に担当ケアマネがいる、又は施設入所している患者の場合

(1) 入院時

ケアマネは、入院時情報提供書（別紙様式1 入院時情報提供シートを参照）を病院が指定するFAX番号又は担当、窓口を持参する。

(2) 退院支援の開始

病棟看護師や地域連携室の退院担当者（以下、病院担当者）は、退院支援に関する連絡を患者担当のケアマネに連絡する。



※1 入院時情報提供シートの提出がない場合は、入院1週間を目処に担当ケアマネに連絡。

※2 病因・病状によって基準となる在院日数は異なることから、おおよその目安である。

（退院の見込みがたつたらなるべく早期に。できれば退院前1週間程度。）

※3 入院時情報提供シートの提出があった者（必須）

※4 退院時共同指導 退院時カンファレンス用のシート（様式2）とサマリーの内容で重複している部分は、どちらかを使用するのも可能とする。

入院前に担当のケアマネがない患者の場合

地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所へ相談

病院担当者は、介護保険証に記載されている要介護認定の有無及び要介護度を確認した上で、下記の（ア）（イ）の例で支援を行う。

（ア）要支援認定者（要支援1及び2）、要支援者か要介護者か判断に迷う場合

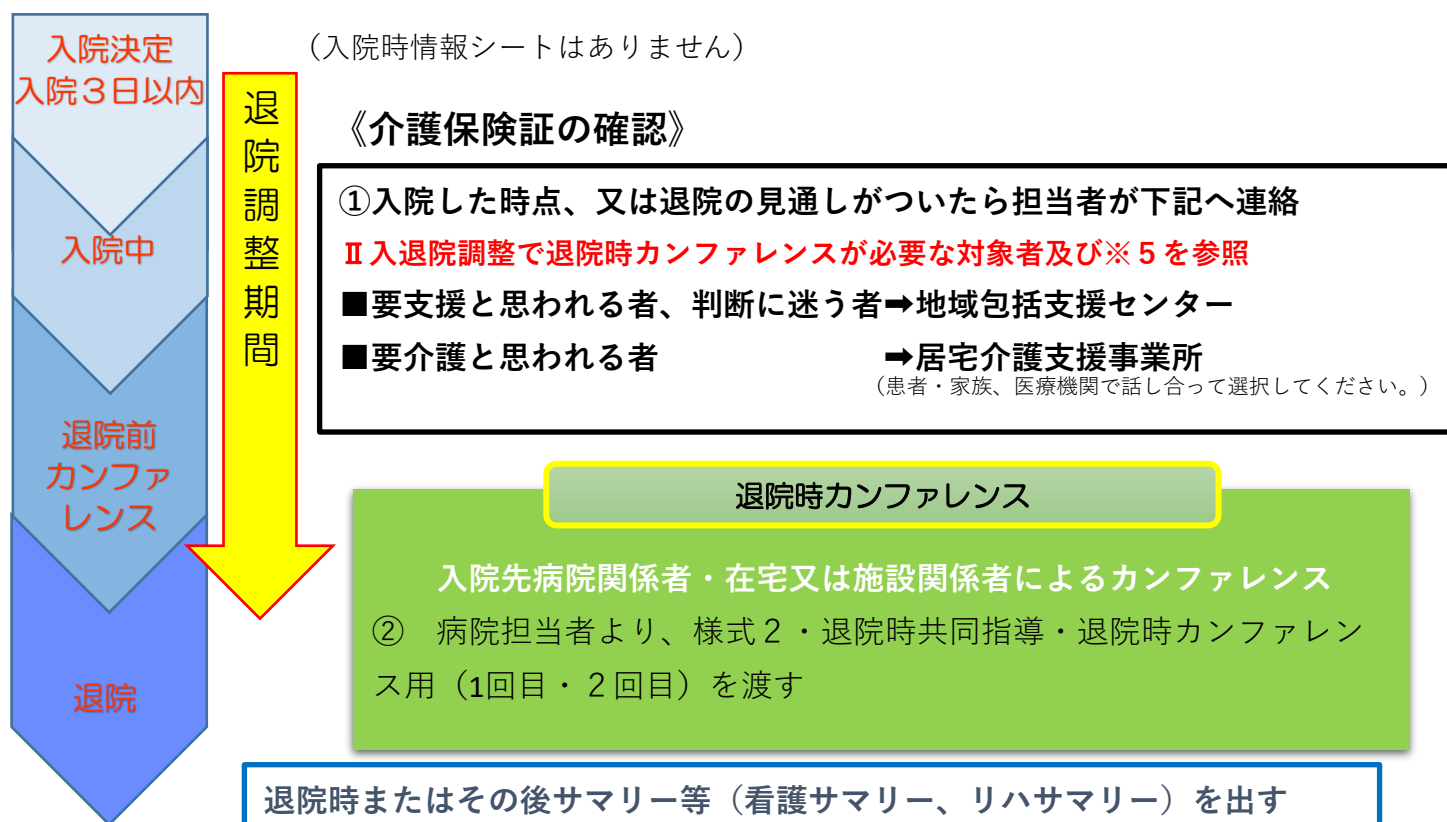
地域包括支援センターを紹介

退院支援が必要な要支援者に該当する患者は、住所地の担当の地域包括支援センターを紹介し、連絡をする。

（イ）要介護認定者（要介護1～5）

居宅介護支援事業所を紹介

退院支援が必要な要介護者に該当する患者は、居宅介護支援事業所を紹介し連絡する。



※5 その他退院時カンファレンスが必要な患者の参考

要支援：見守りが必要な者

放っておくと、介助が必要な状態になる恐れのある者

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者

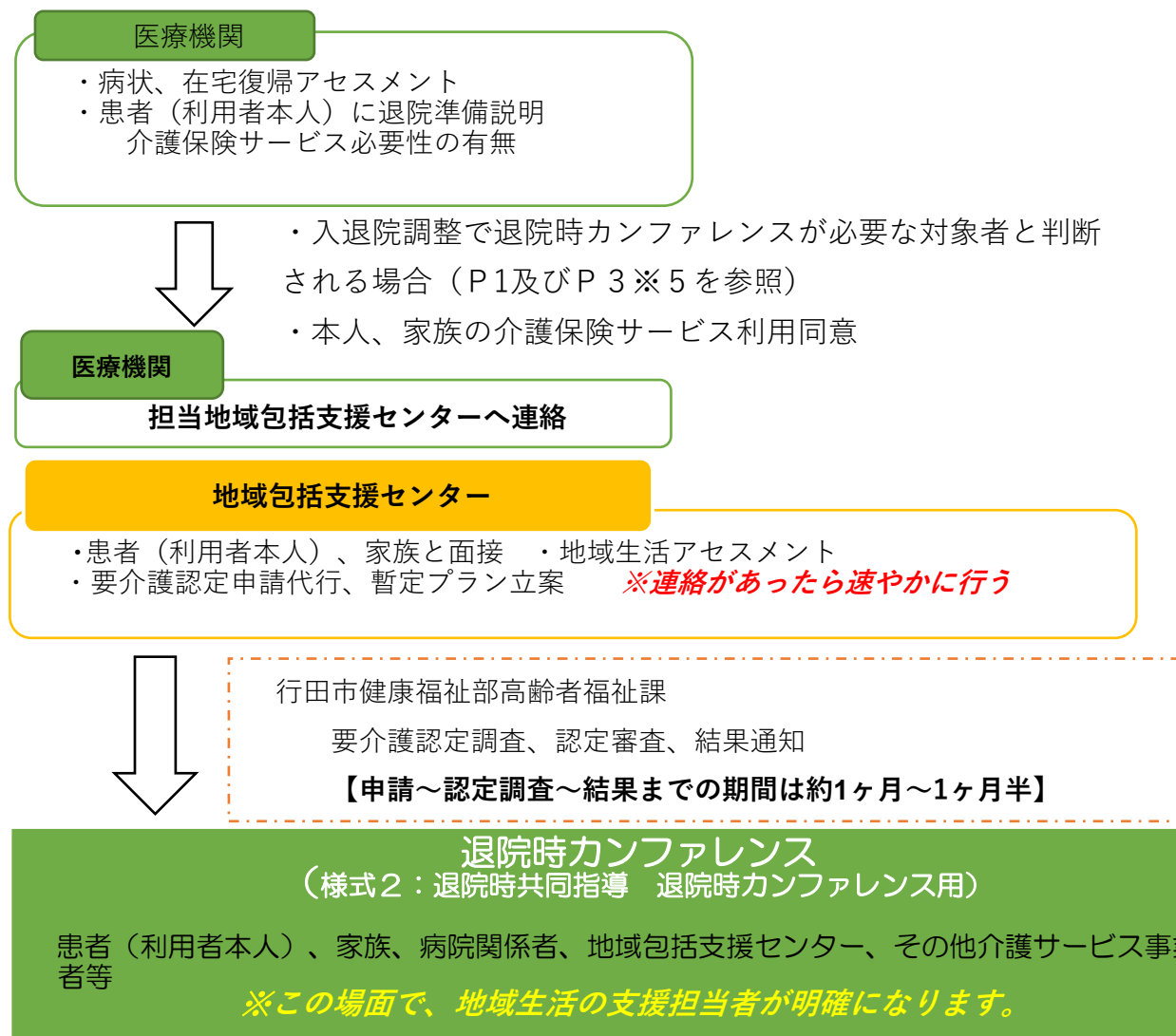
認知機能が低下している者

② 要介護認定を受けていない場合の退院時カンファレンス

要介護認定を受けていない場合は、退院時より初めて療養を伴う地域生活が開始されます。

病棟や地域連携室で、入退院調整で退院時カンファレンスが必要な対象者と判断される場合（P1及びP3※5を参照）は、患者（利用者本人）の**居住地（住所地）の担当地域包括支援センターへ連絡**します。その他の連絡先は、患者（利用者本人）、家族、病院内関係者が想定されます。

【地域生活の支援開始までの流れ】



患者（利用者本人）の退院の目途がついたら

医療機関

在宅支援の担当（地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所のケアマネ）へ連絡

- ① 様式2（退院時共同指導 退院時カンファレンス用）の内容変更がある場合は、電話連絡後、様式2を送付。
- ② 様式2に変更がない場合は退院の電話連絡後、退院サマリー等を出す。

2. 退院時カンファレンスをしない場合編

【患者の例】

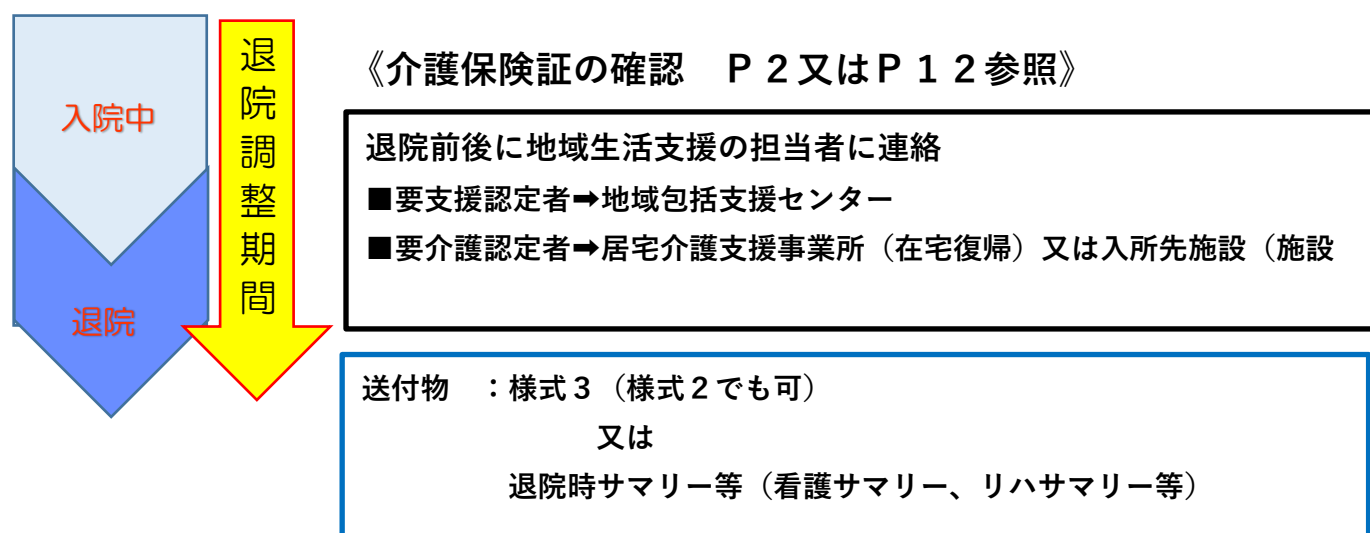
急性期の疾患で、入院期間が短く、退院後も入院前と同じ在宅サービス利用（サービス調整が不要）、本人や家族が自ら介護保険や福祉サービスの手続きができる場合等

① 介護保険の要介護認定を受けている場合 （介護保険証に記載あり）

入院患者本人に担当ケアマネがいる、又は施設入所している患者の場合

【退院支援の開始】

病棟看護師や地域連携室の退院担当者（以下、病院担当者）は、退院支援に関する連絡を患者担当のケアマネに連絡する。



入院前に担当のケアマネがいない患者の場合

◆地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所へ相談し、上記の流れで連絡

病院担当者は、介護保険証に記載されている要介護認定の有無及び要介護度を確認した上で、下記の（ア）（イ）の例で支援を行う。

（ア）要支援認定者（要支援1及び2）、要支援者か要介護か判断に迷う場合

地域包括支援センターを紹介

退院支援が必要な要支援者に該当する患者は、住所地の担当の地域包括支援センターを紹介し、連絡をする。

（イ）要介護認定者（要介護1~5）

居宅介護支援事業所を紹介

退院支援が必要な要介護者に該当する患者は、居宅介護支援事業所を紹介し連絡する。

様式1 入院時情報提供シート（介護事業所→医療機関）

病院・クリニック 御中										年 月 日									
事業所名								電話番号											
担当者名								FAX番号											
氏名						生年月日		明・大・昭 年 月 日				年齢	歳	性別	男・女				
現病・既往歴		(麻痺の状況)																	
緊急時連絡先	氏 名				住 所				続 柄		電話番号								
家族構成図 <small>主…主介護者 ☆…キーパーソン ○…女性 □…男性</small>				在宅主治医						かかりつけ薬局									
				要介護度		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 非該当 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日													
				特定疾患医療受給者証		<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無													
				障害者手帳		<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)				生活保護の受給		<input type="checkbox"/> 有 (担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無							
				サービス利用状況															
				<input type="checkbox"/> 訪問介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護 (回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (回/週) <input type="checkbox"/> 短期入所 (回/週) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(内容:) <input type="checkbox"/> 住宅改修(内容:) <input type="checkbox"/> その他 ()															
ADL		自立		見守り		一部介助		全介助		要支援は必要事項のみ記入									
移動方法		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用									
移乗方法		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
口腔清潔		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		義歯の使用: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()									
食 事		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養 主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 ミキサー (摂取量 割) 副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割) 水分摂取量: 1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 摂取方法 : <input type="checkbox"/> はし <input type="checkbox"/> スプーン <input type="checkbox"/> その他 () 嚥下・咀嚼状況(留意事項) ()									
更 衣		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>											
入 浴		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> 自宅(浴室) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系サービス <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 清拭									
排 泄		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		場所 : <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ									
服薬管理		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		服薬管理者: <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (続柄) <input type="checkbox"/> 医療・介護サービス事業者 (事業所名:)									
コミュニケーション能力		視力 : <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 難あり 聴力: <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 難あり 言語 : <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 難あり 眼鏡 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 補聴器 : <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 意思疎通 : <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 難あり																	
		療養上の問題 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 : <input type="checkbox"/> 認知症 (自立度等) <input type="checkbox"/> 幻視 幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他 () 同居家族の認知症の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度:)																	
		医療処置 <input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ (<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> その他 () 処理の頻度 () 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可																	
介護者の有・無		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()				入院時の介護指導の希望		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 :		理解の状況…… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分									
◆連絡事項・その他																			

(1回目・2回目)

氏名				生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日		年齢		歳	性別	男 ・ 女
面談日時		年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分					場所				
医療機関名及び連絡窓口		TEL					面談者				
入院の原因となった病名・状態像 その他の病名・事後予測											
入院期間		入 院 日： 年 月 日 ～ 退院（予定）日： 年 月 日				要介護度		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5			
入院中担当医						生活保護の 受給		<input type="checkbox"/> 有（担当CW： ） <input type="checkbox"/> 無			
ADL	自立	見 守 り	一 部 介 助	全 介 助	病棟での様子						
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用						
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用 ： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ）						
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 （ <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他（具体的に ） （内容指示： Kcal/日、 塩分制限 g/日、たんぱく制限 g/日） <input type="checkbox"/> 経管栄養（鼻・胃・腸） （内容： m l × 回） 主食： <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー （摂取量 割） 副食： <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー（ <input type="checkbox"/> とろみ付） <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ） むせ込み： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ） 食事場所： <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 食堂 （ <input type="checkbox"/> 車椅子上 <input type="checkbox"/> ベッド上 ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）						
栄養状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良	（ ） （身長 cm 体重 Kg BMI ）									
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ <input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 （ ） 血圧の制限： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有						
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 最終排便日（ 年 月 日 ） 排尿回数（ 回）排便回数（ 回）						
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
療養上の 問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ） 認知症： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ） 周辺症状： <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 特記事項： キーパーソン： <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 （ ） 連絡先： （ ） <input type="checkbox"/> その他 （ ）										
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ（人工肛門・人工膀胱） <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 家族での対応： <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可										
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA保菌（ <input type="checkbox"/> 発症：部位 <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部） <input type="checkbox"/> その他（ ）										

◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限（リハビリから確認）
◆看護を行っていて気になったこと（入院中のエピソード、家族と当事者の言動等）
◆本人、家族の退院に対する意向（患者と家族との意向の乖離）
◆その他

退院時カンファレンス参加者	
病院側	<input type="checkbox"/> MSW（ ） <input type="checkbox"/> PT（ ） <input type="checkbox"/> OT（ ） <input type="checkbox"/> 病棟NS（ ） <input type="checkbox"/> ST（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）
地域側	<input type="checkbox"/> 介護支援専門員（ ） <input type="checkbox"/> 地域包括支援センター（ ） <input type="checkbox"/> 訪問看護師（ ） <input type="checkbox"/> 診療所等看護師（ ） <input type="checkbox"/> その他（ ）

私は、上記の内容の説明を受けました。

年 月 日

利用者氏名 _____ 家族氏名 _____（続柄 ）

年 月 日

○△□○△□病院

病院担当者 _____

様式3 退院時地域連絡シート

送付先事業所名 ()

担当ケアマネ ()

氏名			生年 月日	明・大・昭・平 年 月 日	年齢	歳	性別	男 ・ 女
住所			面談日時	年 月 日 午前・午後 時 分～ 時 分				
医療機関名及び連絡窓口		TEL		生活保護の 受給		<input type="checkbox"/> 有 (担当CW :) <input type="checkbox"/> 無		
入院の原因となった病名・状態像 その他の病名・事後予測								
入院期間		入 院 日 : 年 月 日 ～ 退院 (予定) 日 : 年 月 日		要介護度		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5		
介護保険に係る サービス		<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 通所系 (通所介護・通所リハ・短期時間リハ) <input type="checkbox"/> 福祉用具 () <input type="checkbox"/> 短期入所 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設入所 <input type="checkbox"/> その他 ()						
ADL	自立	見守り	一部 介 助	全 介 助	病棟での様子			
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用			
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯の使用 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 ()			
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食) <input type="checkbox"/> その他 (具体的に (内容指示 : Kcal/日、 塩分制限 g/日、たんぱく制限 g/日)) <input type="checkbox"/> 経管栄養 (鼻・胃・腸) (内容 : ml × 回) 主食 : <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割) 副食 : <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー (<input type="checkbox"/> ところみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 アレルギー : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () むせ込み : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 食事場所 : <input type="checkbox"/> 自室 <input type="checkbox"/> 食堂 (<input type="checkbox"/> 車椅子上 <input type="checkbox"/> ベッド上) <input type="checkbox"/> その他 ()			
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他 () 血圧の制限 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ 最終排便日 (年 月 日) 排尿回数 (回) 排便回数 (回)			
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
療養上の 問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 認知症 : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 周辺症状 : <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意志疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 特記事項 : キーパーソン : <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (連絡先 :) <input type="checkbox"/> その他 ()							
医療処置	<input type="checkbox"/> パルーンカテーテル <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> ストマ (人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> レスビレーター <input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 人工透析 家族での対応 : <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可							
地域医療への紹介	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (医療機関名 :)							
訪問診療予定	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> (年 月 日 <input type="checkbox"/> 午前 <input type="checkbox"/> 午後 時)							
◆本人・家族の退院に対する意向 (患者と家族との意向の乖離)								

年 月 日

病院名 :

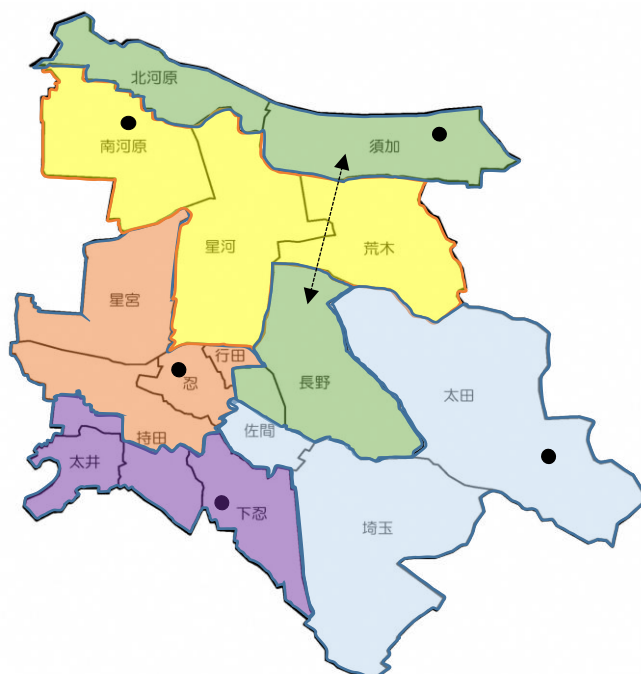
病院担当者 _____

V. 入退院調整に関わる主な関係機関

【地域包括支援センター】

(令和7年4月1日現在)

地域包括支援センター	住 所 T E L(048)	担当地区
機能強化型地域包括支援センター緑風苑	須加1563 557-3611	北河原、須加、長野、佐間の一部 (一旭、二旭、向町、緑町自治会)
地域包括支援センター緑風苑第二	南河原2611-2 501-8307	荒木、星河、南河原
地域包括支援センター壮幸会	下忍1162-14 552-1123	太井、下忍、持田の一部(持田五丁目・持田砂原・菊野台・持田西・三井砂原・三持田西部・前谷・棚田三丁目自治会)
地域包括支援センターふぁみいゆ	下須戸65-1 558-0088	太田、埼玉、佐間の一部(大町、一佐間、二佐間、神明、三間自治会)
地域包括支援センターほんまる	本丸18-3 578-7761	忍、行田、星宮、持田の一部(菅谷・一持田北・一持田南・県営持田団地・持田長町・二持田第一・二持田第二・二持田蔵場・三持田大宮口・三持田東部・駒形・西駒形自治会)



介護事業所の情報はホームページで紹介しています(二次元コードを読み取ってください)

【行田市内居宅介護支援事業所】

【介護事業所・生活関連情報検索(厚生労働省)】



【行田市内入院可能医療機関】

医 療 機 関 名	入退院調整担当・窓口	住 所	TEL（市外局番048）
石井クリニック	看護課	下忍1089-1	555-3519（代表）
行田総合病院	病床管理課	持田376	552-1111（代表）
行田中央総合病院	地域連携室	富士見町2-17-17	553-2060（直通）

【介護保険証見本】

要介護認定を受けている方は、このページの欄が印字されています。

[illegible]

担当のケアマネがいる場合、ケアマネの所属している事業所が印字されています。

第1版 平成30年10月
第2版 令和 5年 3月
第2.1版 令和 7年12月

【発行】

行田市在宅医療・介護連携推進協議会 入退院調整部会
行田市機能強化型地域包括支援センター緑風苑
行田市健康福祉部高齢者福祉課

行田市健康福祉部高齢者福祉課地域包括ケア担当

〒361-8601 行田市本丸2-5

☎ 048-556-1111（代）内線338

【URL】

https://www.city.gyoda.lg.jp/soshiki/kenkouhukushibu/koreisha_fukushi/gyomu/koreishafukushi/yobo_jigyo/1921.html