

# 生駒市入退院調整マニュアル

---

—病院と地域の切れ目のない連携をめざして—

令和3年4月

生 駒 市

生駒市医療介護連携ネットワーク協議会

在宅医療介護推進部会



## 目 次

1. 目 的	1
2. 対 象	1
3. 入退院調整ルール	1
(1) 退院調整が必要な患者の基準	1
(2) 入院前に要介護認定等を受けている(ケアマネジャー・包括の担当者が決まっている)場合	3
① 入退院調整の流れ	3
② 入院の連絡(本人・家族/病院→担当ケアマネジャー/地域包括支援センター担当者)	3
③ 入院時の情報提供(担当ケアマネジャー/地域包括支援センター担当者→病院)	4
④ 病院と担当ケアマネジャー等の情報交換について	4
⑤ 退院の連絡(病院→担当ケアマネジャー/地域包括支援センター担当者)	5
(3) 入院前に要介護認定等を受けている(ケアマネジャー・包括の担当者が決まっていない)場合	5
(4) 入院前に要介護認定等を受けていない(ケアマネジャー・包括の担当者が決まっていない)場合	6
◆ 必ず退院調整が必要な患者(要介護に該当すると思われる患者)	6
① 入退院調整の流れ	6
② 介護保険(介護給付)の利用に向けた相談(病院→居宅介護支援事業所)	6
③ 入院中に担当ケアマネジャーが決定した場合の病院と担当ケアマネジャーの情報共有について	7
④ 要介護認定等申請の支援	7
⑤ 退院の連絡(病院→担当ケアマネジャー)	7
◆ それ以外で見逃してはいけない患者	9
① 入退院調整の流れ	9
② 介護保険(予防給付・総合事業)の利用に向けた相談(病院→地域包括支援センター)	9
③ 病院と地域包括支援センター担当者の情報交換について	10
④ 要介護認定等申請の支援	10
⑤ 退院の連絡(病院→地域包括支援センター担当者)	10
(5) 個人情報の取り扱いについて	12
4. 病院担当窓口一覧	13
5. 参考様式	15
(1) 入院時情報提供書	15
(2) 退院調整情報共有書	17
(3) 生駒市版 二次アセスメントシート	18
(4) 居宅介護・介護予防指示書/診療情報提供書	20
6. 参考資料	21
(1) 介護保険サービス等利用手続き	21
(2) 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧	22
(3) 居宅介護支援事業所一覧	23
(4) 地域包括支援センター一覧	25
7. 関係機関一覧	26

## 1. 目的

医療と介護が連携を図ることにより、地域から病院、病院から地域へとシームレスな移行ができ、介護が必要な方が、安心して入退院と在宅療養ができる環境づくりを目的に、入退院調整マニュアルを策定する。(このマニュアルは、病院とケアマネジャー等の中の入退院調整のルールを記載したものである。)

## 2. 対象 (令和元年10月1日現在)

生駒市内の病院(6ヶ所)、地域包括支援センター(6ヶ所)、居宅介護支援事業所(30ヶ所)、小規模多機能型居宅介護サービス(4ヶ所)、看護小規模多機能型居宅介護サービス(1ヶ所)

## 3. 入退院調整ルール

### (1) 退院調整が必要な患者の基準

#### ◆退院調整が必要な患者の基準

※1 介護認定を受けているかどうか分からない場合は・・・  
生駒市介護保険課(0743-74-1111)へ連絡

#### ●既に要介護認定等を受けている患者

・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は、要支援、要介護に関係なく引き継ぐ。

●担当ケアマネジャー等へ連絡  
・地域包括支援センター  
・居宅介護支援事業所 等

P3へ

#### ●要介護認定等を受けていない患者 ※2 本人・家族等の状況により、介護サービス等の利用が必要な場合

##### 1. 必ず退院調整が必要な患者(要介護に該当すると思われる患者)

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・着脱、入浴に介助が必要
- ・排泄に介助が必要
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症(高次脳機能障害含む)

1項目でも当てはまれば

●居宅介護支援事業所へ連絡  
事業所一覧(P22~23)から、本人・家族が選択した事業所に連絡

P6へ

##### 2. それ以外で見逃してはいけない患者

- ・在宅では、独居かそれに近い(介護力が低い)状態で、調理や掃除など身の回りのことに支援が必要な方

●地域包括支援センターへ連絡  
患者の住所地を担当する地域包括支援センター(P24)に連絡

P9へ

### 【除外ケース】

- ・短期入院や検査入院等で、状態変化がない場合
- ・化学療法を目的として入退院を繰り返しているケースで、大幅な状態変化がない場合

上記のいずれかに該当する場合は、このルールから除外する。

\*除外ケースであった場合でも、病院または在宅の担当者が、退院調整を必要と判断したケースは、病院担当者と担当ケアマネジャーや地域包括支援センター担当者と協議する。

**※1 【要介護認定等の有無が分からない場合】**

- ・介護認定状況の市への問い合わせは、原則本人または家族が行う。ただし、能力的に困難な状況の人の場合は、本人または家族の了承を得たうえで、病院担当者が生駒市介護保険課へ問い合わせる。
- ・生駒市介護保険課は、電話で病院担当者から問い合わせがあった場合は、個人情報保護の観点から、一旦電話を切ってかけ直し、要介護認定等の有無について病院担当者へ情報提供する。

**【要介護認定等を受けているが担当ケアマネジャーや地域包括支援センター担当者が分からない場合】**

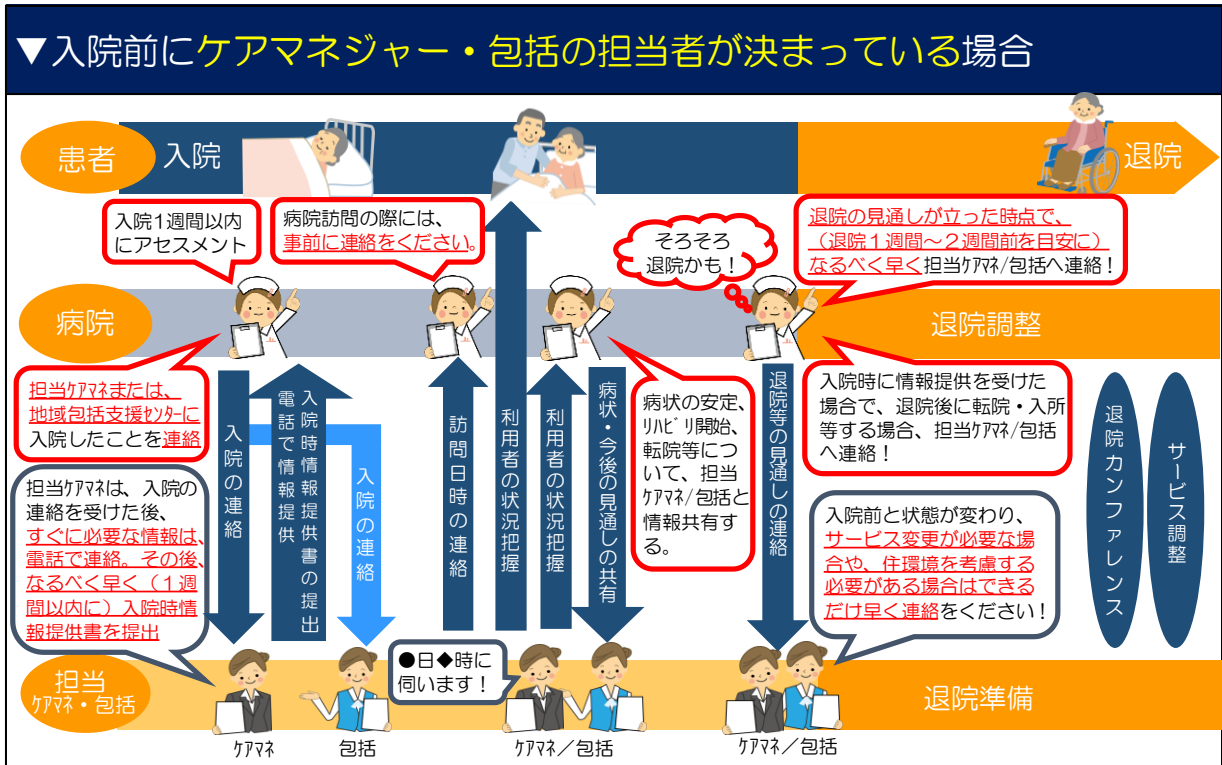
- ・担当ケアマネジャーや地域包括支援センター担当者（以下、「担当ケアマネジャー等」という）を確認するための市への問い合わせは、原則本人または家族が行う。ただし、能力的に困難な状況の人の場合は、本人または家族の了承を得たうえで、担当ケアマネジャー等の確認について、病院担当者が生駒市介護保険課へ問い合わせる。
- ・生駒市介護保険課は、問い合わせの内容を確認のうえ、担当ケアマネジャー等へ利用者が入院したことの情報提供を行い、担当ケアマネジャー等から病院担当者へ、問い合わせのあった患者の担当である旨を連絡する。

- ※2 要介護認定等を受けていない患者で、退院調整が必要な患者の基準に該当する場合であっても、一概に要介護認定等の申請をするように勧めるのではなく、病院担当者は、本人や家族と介護サービス等の利用の必要性について相談し、本人や家族の意向を確認しながら退院調整を行う。**

(2) 入院前に要介護認定等を受けている（ケアマネジャー・包括の担当者が決まっている）場合

① 入退院調整の流れ

●既に要介護認定等を受けている患者



② 入院の連絡（本人・家族／病院→担当ケアマネジャー／地域包括支援センター担当者）

・病院担当者は、患者が介護保険サービス等を利用している場合、本人・家族に担当ケアマネジャーまたは地域包括支援センター担当者を確認のうえ、本人・家族から\*担当ケアマネジャー等へ入院したことを連絡するよう依頼する。本人・家族が連絡することが困難な場合は、本人・家族の同意を得たうえで、病院担当者が直接\*担当ケアマネジャー等へ連絡する。

★ 在宅で介護サービスを利用している場合、入院により介護サービスを直ちに停止する必要があるため。

- ・\*担当ケアマネジャー等が分からない場合は、【要介護認定等を受けているが担当ケアマネジャーや地域包括支援センター担当者が分からない場合】（P 2）を参照のこと。
- ・\*担当ケアマネジャー等は、本人・家族が病院担当者に\*担当ケアマネジャー等を伝えやすいように、日頃より次のような工夫をしておく。

\*担当ケアマネジャー等：担当ケアマネジャーや地域包括支援センター担当者

#### ■工夫例■

- ・医療保険証や介護保険証、お薬手帳などと一緒に\*担当ケアマネジャー等の名刺を保管しておくよう本人・家族に伝えておく。
- ・本人・家族が常時目につくところ（電話の前、ベッドサイド等）に事業所名、\*担当ケアマネジャー等の氏名、連絡先を貼っておくよう伝えておく。家族にも\*担当ケアマネジャー等の連絡先等を周知する。
- ・入院するときや、急な外出・外泊等、サービスの調整が必要になるようなときは、必ず\*担当ケアマネジャー等へ連絡することを本人・家族に伝えておく。
- ・介護サービス事業所と日頃から情報の連携に努め、入院時やサービスの調整が必要なときに連絡が入るようにしておく。
- ・\*担当ケアマネジャー等や利用事業所等の連絡先、ケアプラン等の入ったものをファイルなどにまとめ、それを本人・家族が入院時に持参できるように準備しておく。

### ③ 入院時の情報提供（担当ケアマネジャー／地域包括支援センター担当者→病院）

- ・\*担当ケアマネジャー等は、担当する利用者の入院を把握した場合は、すぐに伝えておく必要がある情報（緊急連絡先、キーパーソン、認知症の状況等）について速やかに電話で連絡する。なお、\*担当ケアマネジャー等は、本人・家族の同意の条件等を確認のうえ、個人情報保護の観点から適切に情報提供を行うこと。
- ・その後、担当ケアマネジャーは、なるべく早く（1週間以内に）「入院時情報提供書」（P 1 4：参考様式）を病院担当者（P 1 3：病院担当窓口一覧）に情報提供する。（入院時の情報提供に関する加算の要件については、別途通知等で確認すること）

**注** 入院時情報提供書の様式については、必ずしもこの参考様式を使用する必要はない。

- ★ 病院では、患者の入院後1週間程度で退院に向けてのアセスメント（評価）を行うため、おおよそ1週間以内に在宅での情報が必要。

F A Xの場合：病院窓口へF A Xする旨を、電話連絡すること。（個人情報消しておく）  
持参する場合：事前に病院窓口へ訪問日時を伝えること。

### ④ 病院と\*担当ケアマネジャー等の情報交換について

- ・\*担当ケアマネジャー等が、入院中に病院と情報交換を行う場合は、事前に病院担当者へ連絡のうえ訪問することが望ましい。
- ・\*担当ケアマネジャー等は、病院担当者と連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握に努める。
- ・病院担当者は、入院時に\*担当ケアマネジャー等から得た情報を病棟内で共有し、入院中の生活や退院に向けての調整に活用するよう努める。

\*担当ケアマネジャー等：担当ケアマネジャーや地域包括支援センター担当者

### ⑤ 退院の連絡（病院→担当ケアマネジャー／地域包括支援センター担当者）

- ・病院担当者は、退院の見通しが立ったことを本人・家族に伝える際には、本人・家族からも\*担当ケアマネジャー等にその旨を連絡するように依頼する。
- ・病院担当者は、退院の見通しが立った時点で、（退院1週間～2週間前を目安に）なるべく早く\*担当ケアマネジャー等に退院調整開始についての連絡を行う。
  - ★ 患者の心身の状態像や意向を反映した介護保険のサービス調整には、1週間～2週間程度は必要。
- ・入院前に比べて患者の状態が変化するなど、サービス変更が必要な場合や、住環境を考慮する必要がある場合は、病院担当者ではできるだけ早く\*担当ケアマネジャー等へ連絡する。
- ・急に退院となった場合は、本人・家族の同意を得たうえで、病院担当者は直ちに\*担当ケアマネジャー等へ連絡する。
- ・病院担当者は、患者の退院が決まった際、\*担当ケアマネジャー等と、十分に退院カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行う。
- ・\*担当ケアマネジャー等は、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、必要に応じて「退院調整情報共有書」（P16：参考様式）を活用し、入院中の利用者の様子を把握し、退院後の生活に配慮が必要な事項の情報収集に努める。また、\*担当ケアマネジャー等は、ケアプラン等の変更が必要かどうかの判断を行う。
- ・病院担当者は、患者の退院後の生活に向け、医療的なケアや健康管理面で、地域での暮らしを継続するために必要な情報を\*担当ケアマネジャー等の知識や理解度に応じて説明と情報提供を行う。
- ・\*担当ケアマネジャー等は、ケアプラン等の大幅な変更が必要となる場合は、新たに「居宅介護・介護予防指示書／診療情報提供書」（P19：参考様式）が必要となるため、その目的や費用負担について本人・家族に説明し同意を得たうえで、病院担当者に文書の提出を依頼する。
- ・病院担当者は、入院時に\*担当ケアマネジャー等から情報提供を受けた患者が、退院後に別の病院に転院する場合や施設に入所する場合は、本人・家族からその旨を\*担当ケアマネジャー等に連絡するよう依頼する。本人・家族が連絡することが困難な場合は、本人・家族に同意を得たうえで、病院担当者が直接\*担当ケアマネジャー等へ連絡する。

### （3）入院前に要介護認定等を受けている（ケアマネジャー・包括の担当者が決まっていない）場合

入院前に要介護認定等を受けていたが、入院前に\*担当ケアマネジャー等が決まっていない患者については、「（4）入院前に要介護認定等を受けていない（ケアマネジャー・包括の担当者が決まっていない）場合」の「◆必ず退院調整が必要な患者（要介護に該当すると思われる患者）」（P6）のルールに沿って調整を行う。

\*担当ケアマネジャー等：担当ケアマネジャーや地域包括支援センター担当者



(4) 入院前に要介護認定等を受けていない(ケアマネジャー・包括の担当者が決まっていない) 場合

◆ 必ず退院調整が必要な患者(要介護に該当すると思われる患者)

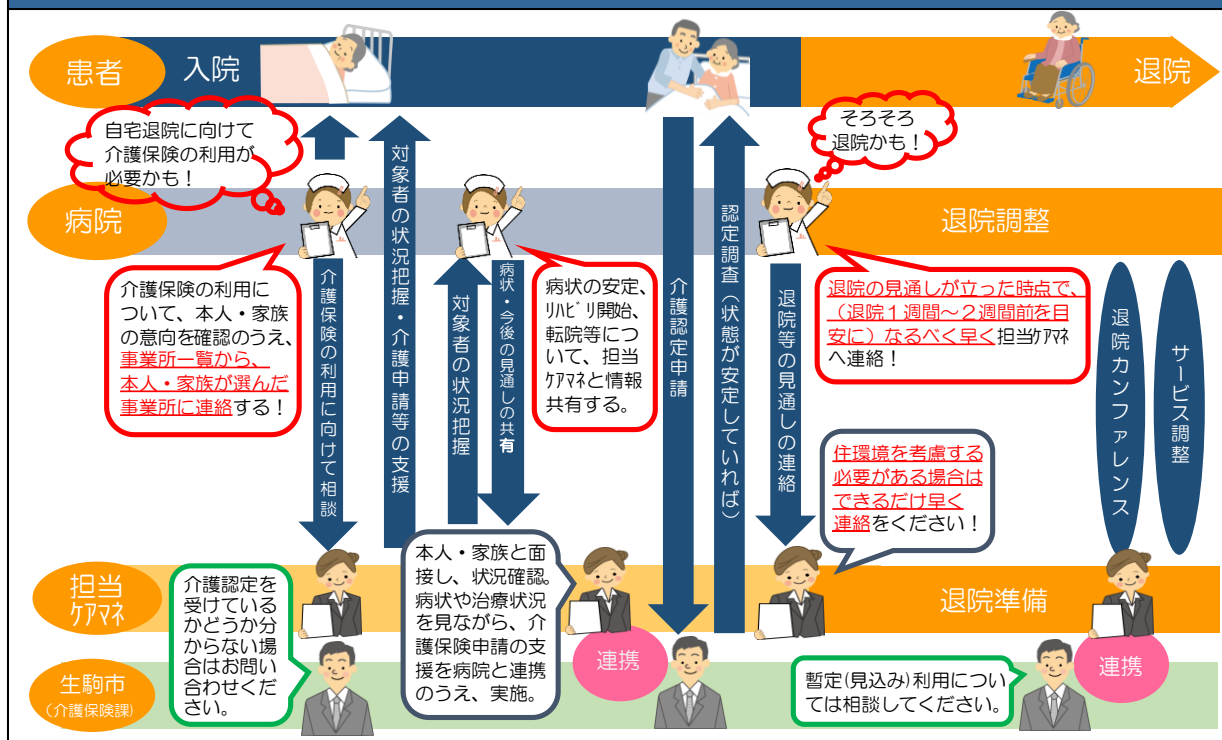
※2 本人・家族等の状況により、介護サービス等の利用が必要な場合(P2)を参照する。

① 入退院調整の流れ

● 要介護認定等を受けていない患者

▼ 入院前にケアマネジャー・包括の担当者が決まっていない場合

⇒ 必ず退院調整が必要な患者(要介護に該当すると思われる患者)



② 介護保険(介護給付)※31の利用に向けた相談(病院→居宅介護支援事業所)

- ・ 病院担当者は、入院時のアセスメントの結果、要支援・要介護認定の申請をはじめ、介護サービス等の利用に関する退院調整が必要と判断された患者が、「(1) 退院調整が必要な患者の基準」(P1)の「1. 必ず退院調整が必要な患者(要介護に該当すると思われる患者)」に該当するかどうかを判断する。
- ・ 「1. 必ず退院調整が必要な患者(要介護に該当すると思われる患者)」に該当する場合、本人・家族に要介護認定等の申請を依頼し、今後、介護サービスを担っていく居宅介護支援事業所を選定し、相談を行うよう助言する。本人・家族が要介護認定等の申請や相談を行うことが困難と判断する場合は、事前に病院から居宅介護支援事業所に連絡することの了承を得たうえで、「居宅介護支援事業所一覧」(P22~23)から本人・家族が選択し

※3 「6. 参考資料(1) 介護保険サービス等利用手続き」(P20)参照

た事業所に介護保険（介護給付）の利用に向けて相談の連絡をする。

- ・また、本人・家族に介護保険の利用の意向がない場合においても、病院担当者として介護保険（介護給付）の利用が望ましいと判断する場合は、その根拠を整理して、本人・家族に説明し、同意を得たうえで患者の住所地を担当する地域包括支援センター（P 24）へ相談する。

★ セルフネグレクトを含む高齢者虐待の疑いのある場合は、患者の住所地を担当する地域包括支援センターもしくは生駒市地域包括ケア推進課へ連絡し、適切に対応する。

- ・地域包括支援センターとの相談の結果、地域包括支援センターが支援を担当する場合は、「(4) 入院前に要介護認定等を受けていない（ケアマネジャー・包括の担当者が決まっていな）場合」の「◆それ以外で見逃してはいけない患者」（P 9）のルールに沿って調整を行う。

### ③ 入院中に担当ケアマネジャーが決定した場合の病院と担当ケアマネジャーの情報共有について

- ・入院中に居宅介護支援事業所等のケアマネジャーが暫定で決定し、病院担当者と情報共有を行う場合は、事前に病院担当者へ連絡のうえ訪問することが望ましい。
- ・入院中に暫定で関わることになった居宅介護支援事業所等のケアマネジャーは、病院担当者と連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握に努め、退院後の生活に向けた準備を整えていく。
- ・同様に病院担当者も患者の退院後の生活に向けて、必要な環境調整に努める。

### ④ 要介護認定等申請の支援

- ・本人・家族が要介護認定等の申請をすることができる場合は、病院担当者は、本人・家族に申請をするよう依頼する。本人・家族が申請することが困難な場合は、病院担当者は、本人・家族が選択した居宅介護支援事業所等のケアマネジャーと連携し、介護保険制度の説明、要介護認定等申請の代行申請への支援を行う。
- ・病院担当者との相談の結果、要介護認定等の申請が不要と判断される場合や、地域包括支援センターが担当したほうが良いと判断される場合などにおいては、居宅介護支援事業所等のケアマネジャーは、必要に応じて患者の住所地を担当する地域包括支援センター（P 24）にも連絡する。

### ⑤ 退院の連絡（病院→担当ケアマネジャー）

- ・病院担当者は、退院の見通しが立ったことを本人・家族に伝える際には、本人・家族からも担当ケアマネジャーにその旨を連絡するように依頼する。
- ・病院担当者は、退院の見通しが立った時点で、（退院1週間～2週間前を目安に）退院調整が必要と判断される患者については、本人・家族の同意を得たうえで、なるべく早く担当ケアマネジャーに退院調整開始についての連絡を行う。

★ 患者の心身の状態像や意向を反映した介護保険のサービス調整には、1週間～2週間程度

は必要。

- 住環境を考慮する必要がある場合は、病院担当者はできるだけ早く担当ケアマネジャーへ連絡する。
- 急に退院となった場合は、本人・家族の同意を得たうえで、病院担当者は直ちに担当ケアマネジャーへ連絡する。
- 病院担当者は、患者の退院が決まった際、担当ケアマネジャーと、十分に退院カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行う。
- 担当ケアマネジャーは、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、必要に応じて「退院調整情報共有書」(P 16 : 参考様式)を活用し、入院中の利用者の様子を把握し、退院後の生活に配慮が必要な事項の情報収集に努める。
- 病院担当者は、患者の退院後の生活に向け、医療的なケアや健康管理面で、地域での暮らしを継続するために必要な情報を担当ケアマネジャーの知識や理解度に応じて説明と情報提供を行う。
- 担当ケアマネジャーは、ケアプランの作成にあたり、「居宅介護・介護予防指示書／診療情報提供書」(P 19 : 参考様式)を必要とする場合は、その目的や費用負担について本人・家族に説明し同意を得たうえで、病院担当者に文書の提出を依頼する。

◆ それ以外で見逃してはいけない患者

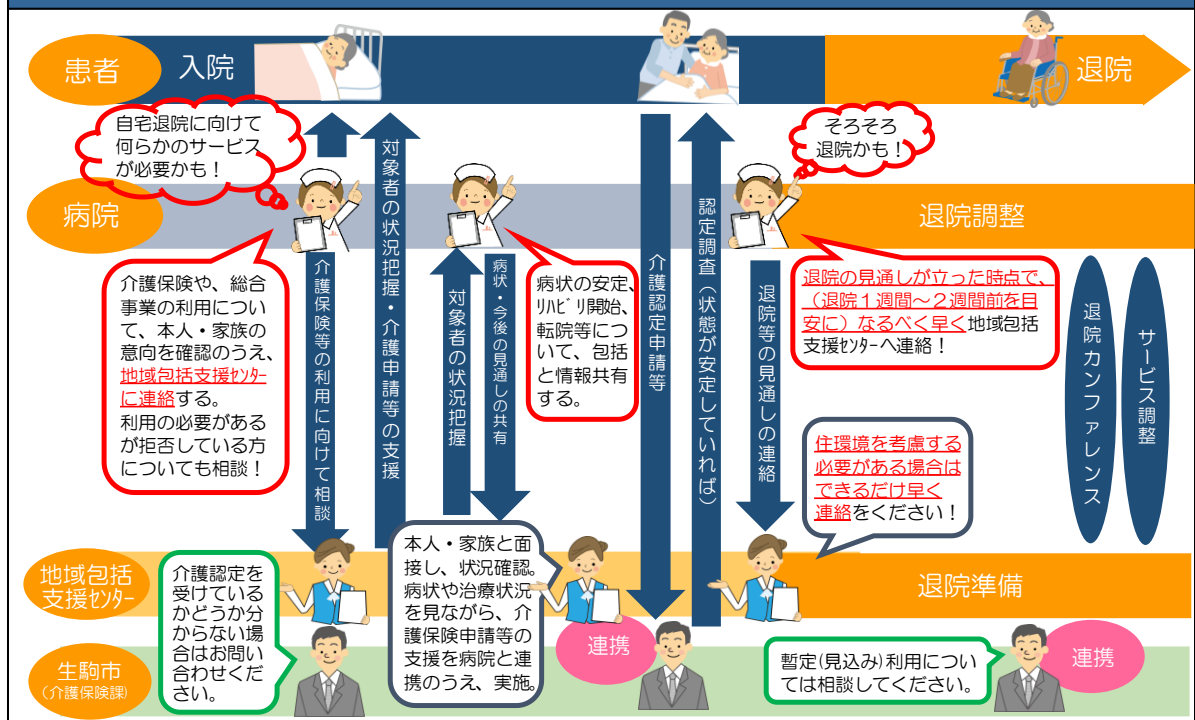
※2 本人・家族等の状況により、介護サービス等の利用が必要な場合（P2）を参照する。

① 入退院調整の流れ

● 要介護認定等を受けていない患者

▼入院前にケアマネジャー・包括の担当者が決まっていない場合

⇒それ以外で見逃してはいけない患者



② 介護保険（予防給付・総合事業）※42の利用に向けた相談（病院→地域包括支援センター）

- ・病院担当者は、入院時のアセスメントの結果、退院調整が必要と判断された患者が、「(1) 退院調整が必要な患者の基準」(P1)の「2. それ以外で見逃してはいけない患者」に該当するかどうかを判断する。
- ・「2. それ以外で見逃してはいけない患者」に該当する場合、本人・家族に介護保険（予防給付・総合事業）の利用についての意向を確認し、本人・家族から住所地を担当する地域包括支援センター（P24）に連絡してもらう。本人・家族が連絡することが困難な場合は、事前に病院担当者から患者の住所地を担当する地域包括支援センターに連絡することの了承を得たうえで、地域包括支援センターに介護保険（予防給付・総合事業）の利用に向けて相談の連絡をする。
- ・また、本人・家族に介護保険（予防給付・総合事業）の利用の意向がない場合においても、

※4 「6. 参考資料（1）介護保険サービス等利用手続き」（P20）参照

病院担当者として介護保険（予防給付・総合事業）の利用が望ましいと判断する場合は、本人・家族の同意を得たうえで、地域包括支援センターへ相談する。

★ セルフネグレクトを含む高齢者虐待の疑いのある場合は、患者の住所地を担当する地域包括支援センターもしくは生駒市地域包括ケア推進課へ連絡し、適切に対応する。

### ③ 病院と地域包括支援センター担当者の情報交換について

- ・地域包括支援センターの担当者が、入院中に病院担当者と情報交換を行う場合は、事前に病院担当者へ連絡のうえ訪問することが望ましい。
- ・地域包括支援センターの担当者は、病院担当者と連携を図りながら、入院中の利用者の状況把握に努める。
- ・同様に病院担当者も患者の退院後の生活に向けて、必要な環境調整に努める。

### ④ 要介護認定等申請の支援

- ・病院担当者は、地域包括支援センターの担当者と連携し、介護保険制度や総合事業についての説明等を行う。
- ・地域包括支援センターの担当者は、病院から患者の介護保険（予防給付・総合事業）の利用にかかる相談があった場合は、病院担当者と連携のうえ、利用者の状況把握、要介護認定等申請の必要性の有無や、基本チェックリスト等において対応可能かどうかを判断しながら支援を行う。
- ・相談の結果、要介護に該当すると判断される場合や、居宅介護支援事業所等が担当したほうが良いと判断される場合などにおいては、地域包括支援センターの担当者は、必要に応じて本人・家族の同意を得たうえで、居宅介護支援事業所等に連絡し、引き継ぐ。ただし、その場合は、居宅介護支援事業所の選択は本人・家族が行う。

### ⑤ 退院の連絡（病院→地域包括支援センター担当者）

- ・病院担当者は、退院の見通しが立ったことを本人・家族に伝える際には、本人・家族からも地域包括支援センター担当者にその旨を連絡するように依頼する。
- ・病院担当者は、退院の見通しが立った時点で、（退院1週間～2週間前を目安に）退院調整が必要と判断される患者については、本人・家族の同意を得たうえでなるべく早く地域包括支援センターの担当者に退院調整開始についての連絡を行う。
  - ★ 患者の心身の状態像や意向を反映した介護保険のサービス調整には、1週間～2週間程度は必要。
- ・住環境を考慮する必要がある場合は、病院担当者とはできるだけ早く地域包括支援センターの担当者へ連絡する。
- ・急に退院となった場合は、本人・家族の同意を得たうえで病院担当者は直ちに地域包括支援センターの担当者へ連絡する。
- ・病院担当者は、患者の退院が決まった際、地域包括支援センターの担当者と、退院カンフ

ァレンスの必要性を十分に確認し合いながら、調整を行う。

- 地域包括支援センターの担当者は、病院担当者から連絡を受け、退院カンファレンスや病院担当者と情報交換を行う際、「生駒市版 二次アセスメントシート」(P 17 : 参考様式)を活用し、入院中の利用者の様子を把握し、退院後の生活に配慮が必要な事項の情報収集に努める。

## (5) 個人情報の取り扱いについて

医療介護の連携で必要な情報提供について、病院は患者に対して院内掲示等で利用目的の周知を図る。また、地域包括支援センター、居宅介護支援事業所等は利用者との契約時に契約書や重要事項説明書等で関係機関との情報連携について同意がとれているかどうかを確認のうえ、必要に応じて、下記の例示を参考に個人情報の使用について、適切な取り扱いを行う。

例示

### 居宅介護支援計画における個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

#### 1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び関連の法令に従い、私の居宅サービス計画に基づき、指定居宅サービス等を円滑に実施するために行うサービス担当者会議等において必要な場合。

また、在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供する必要がある場合。

#### 2. 使用にあたっての条件

①個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと。

②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

#### 3. 個人情報の内容

- ・氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合に、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ・その他の情報

#### 4. 使用する期間 契約日～契約満了日

年 月 日

居宅介護支援事業者 ●●● 様

利用者	住所	_____
	氏名	_____ 印
代筆者	氏名	_____ 印
家族の代表	住所	_____
	氏名	_____ 印

#### 4. 病院担当窓口一覧

病院担当窓口一覧（令和3年4月現在）

病院名	すでに介護保険を利用して入院情報の受け取り先		ケアマネが決まっている場合				新たに介護保険を利用する(ケアマネが決まっている場合)			外来患者の診療情報提供書の窓口 持参の場合	FAX・郵送の場合
	①ケアマネからの入院情報を受け取り先 持参の場合	FAX・郵送の場合	②担当ケアマネへの入院連絡対応者	③入院中の担当ケアマネとの面談主体者	④担当ケアマネへの退院連絡対応者	⑤介護保険について説明対応者(介護保険利用意向の確認、介護保険申請について)	⑥介護保険申請対象者について、包括又は居宅への連絡対応者	⑦包括又は居宅への退院日の連絡対応者			
生駒市立病院	地域医療連携室 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~12:30	地域医療連携室 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:30~17:00	地域医療連携室 外来・救急外来 看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	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 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:30~17:00
	入院病棟 【日曜・祝日】8:30~17:00 日時連絡:要	FAX・郵送の前に送信連絡:不要 TEL:0743-72-1111 FAX:0743-72-1738(直通) 住所:生駒市東生駒1丁目 6番2号		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	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	FAX・郵送の前に送信連絡:不要 TEL:0743-72-1111 FAX:0743-72-1738(直通)
近畿大学奈良病院	入院病棟 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~12:00 【日曜・祝日】受取不可	患者支援センター 【平日】8:30~17:00 【全日】8:30~17:00	病棟看護師 患者支援センター	病棟看護師 患者支援センター	病棟看護師 患者支援センター	病棟看護師 患者支援センター	患者支援センター 退院支援担当 病棟看護師	患者支援センター 退院支援担当 病棟看護師	患者支援センター 退院支援担当 病棟看護師	患者支援センター 【平日】9:00~16:00 【土曜】9:00~12:45	患者支援センター 【平日】9:00~16:00 【土曜】9:00~12:45
	入院病棟 日時連絡:要 TEL:0743-77-0880	FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-77-0880 FAX:0743-77-0902 住所:生駒市乙田町1248-1	病棟看護師	病棟看護師 患者支援センター	病棟看護師 患者支援センター	患者支援センター 入院センター看護師	患者支援センター 退院支援担当 病棟看護師	患者支援センター 退院支援担当 病棟看護師	患者支援センター 退院支援担当 病棟看護師	各診療 窓口	FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-77-0880 FAX:0743-77-0902
阪奈中央病院	地域医療連携室 【平日】8:45~17:00 (月・木)8:45~17:00 【土曜】8:45~12:00	地域医療連携室 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:45~17:00 【土曜】8:45~12:00	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	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 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:45~17:00 【土曜】8:45~13:00	地域医療連携室 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:45~17:00 【土曜】8:45~13:00
	日時連絡:不要 TEL:0743-74-8650(直通) TEL:0743-74-8649(代表)	FAX・郵送の前に送信連絡:不要 TEL:0743-74-8650 FAX:0743-74-8649 住所:生駒市樋口町741番地	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	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 受付 ※指示書 依頼等の 預かり窓口は受付のみ	FAX・郵送の前に送信連絡:不要 TEL:0743-74-8650 FAX:0743-74-8649



病院名	すでに介護保険を利用していた(ケアマネが決まっている)場合		新たに介護保険を利用する(ケアマネが決まっていない)場合				外来患者の診療情報提供書の窓口		
	①ケアマネからの入院情報の受け取り先	②担当ケアマネへの入院連絡担当者	③入院中の担当ケアマネとの面談主体者	④担当ケアマネへの退院連絡対応者	⑤介護保険について説明対応者(介護保険利用意向の確認、介護保険申請について)	⑥介護保険申請対象者について、包括又は居宅への連絡対応者	⑦包括又は居宅への退院日の連絡対応者	持参の場合	FAX・郵送の場合
白旗病院	地域連携室 (退院支援担当) 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~12:00	地域連携室 (退院支援担当) 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~12:00	退院支援担当	退院支援担当	退院支援担当	退院支援担当	退院支援担当	地域連携室	【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~12:00
	入院病棟 【日曜・祝日】8:30~17:00	退院支援担当	退院支援担当	退院支援担当	退院支援担当	退院支援担当	退院支援担当	地域連携室	FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-70-0022(代表) FAX:0743-70-0023(代表) 住所:生駒市白旗台6丁目10番1号
東生駒病院	地域医療連携室 【平日】8:40~17:20 【土曜】8:40~12:30	地域医療連携室 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:40~17:20	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:20~17:20	地域医療連携室 FAXは24時間受取可 *受取連絡 【平日】8:20~17:20
	日時連絡:要 TEL:0743-75-0011	FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-75-0011 FAX:0743-74-7293 住所:生駒市江町4-1	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-75-0011 FAX:0743-74-7293	地域医療連携室 【全日】 FAXは24時間受取可 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-73-4888 FAX:0743-74-2624
倉病院	地域医療連携室 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~13:00	地域医療連携室 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~13:00	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室	【全日】 FAXは24時間受取可 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-73-4888 FAX:0743-74-2624
	日時連絡:要 TEL:0743-73-4888	FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-73-4888 FAX:0743-74-2624 住所:生駒市本町1-7	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	地域医療連携室 病棟看護師	総合受付 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-73-4888 FAX:0743-74-2624

## 5. 参考様式

### (1) 入院時情報提供書 (表面)

入院時情報提供書		*FAXで情報提供する場合は個人情報をご消すこと。									
病院 (提出先部署) 御中		事業所名									
		TEL									
		FAX									
		担当者									
		作成日:	年 月 日								
		入院日:	年 月 日								
以下の情報は本人及びご家族の同意に基づいて提供しています。		★サービス計画書の添付(有・無)									
ふりがな		性別	生年月日								
氏名		男・女	明・大・昭 年 月 日 ( 歳)								
住所	TEL	家族構成 同居家族は○で囲む 【★:キーパーソン ☆:主な介護者 ○:女性 □:男性】									
緊急連絡先	続柄( ) TEL 自宅 携帯										
	続柄( ) TEL 自宅 携帯										
住宅環境	一戸建て・集合住宅( 階)・エレベーター(有・無) 段差(有・無) 寝具(布団・ベッド) トイレ(和式・洋式)										
経済状況	年金(有 )・無 その他( ) 生活保護(担当ケースワーカー: )										
要介護度	要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 申請中(新規・更新・区分変更) 有効期間: 年 月 日～ 年 月 日 [被保険者番号: ]										
障害等認定	身障(種別: / )級・精神( )級・療育(有(A・B)・無)・原爆・指定難病( )										
かかりつけ医	( <input type="checkbox"/> 外来通院 / <input type="checkbox"/> 訪問診療) 医療機関・主治医名 連絡先										
病歴・疾病 服薬状況	既往歴・治療状況 感染症: 無・有( ) アレルギー: 無・有( ) [薬剤情報]・薬剤情報書の添付(有・無)・裏面記載(有・無)										
介護サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所介護( 回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハ( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハ( 回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護( 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"/> その他(内容: )										
	自立	見守り	一部介助	全介助	備考		自立	見守り	一部介助	全介助	備考
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・トモ 経管栄養 箸・スプーン・自動具	外出	<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(無・有)(上・下・全部)	調理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	杖 歩行器 車椅子 シルバーカー	買い物	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		洗濯	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		掃除	<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"/>	入浴不可(シャワー・清拭) 自宅(浴室)・訪問入浴・通所系サービス	金銭管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		視力	普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視野欠損・全盲				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ポータルトイレ・尿器・カテーテル オムツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・時々有・常時有) 下剤使用(無・有) 洗腸(無・有)	聴力	普通・やや難聴・難聴・補聴器(無・有)				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	自己管理の状況	言語	支障なし・はっきりしない・話せない				
医療処置	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル					理解	支障なし・やや困難・できない				
	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: ) <input type="checkbox"/> その他( )					睡眠	良眠・時に不眠・不眠( 時間) 睡眠剤使用(無・有)				
						認知・精神面	徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力				
						運動機能	麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他				

【注】入院時情報連携加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。


(裏面)

病歴・疾病・服薬状況
その他(ご本人の性格・望む暮らし・心身状況・生活環境・習慣・介護力・医療上の注意点等)

(2) 退院調整情報共有書

退院調整情報共有書										
★ケアマネジャーが面談やカンファレンスで収集した情報をまとめるシートです。										
ふりがな				性別	生年月日					
氏名				男・女	明・大・昭 年 月 日( 歳)					
住所	TEL			入院期間(予定)						
				年 月 日 ~ 年 月 日(予定)						
要介護度	(未申請・区分変更中・新規申請中・非該当) 要支援(1・2) 要介護(1・2・3・4・5) 認定日: 年 月 日 有効期間: 年 月 日 ~ 年 月 日									
病院主治医	( 科)			在宅主治医	医療機関・主治医名 連絡先					
疾病の状態	主病名				手術	無・有(手術名: )				
	副病名				既往歴					
	主症状									
	合併症									
服薬状況	服薬内容、退院時処方(薬剤名・薬剤の剤形・投与経路等)									
今後の見通し	今後の病状、治療の見通し(進行する疾患であれば期間の予測等)、次回受診予定、通院頻度等									
疾患についての説明内容	病院から患者・家族への説明内容/患者・家族の受け止め方/患者・家族の希望									
特別な医療	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> カテーテル(膀胱留置・導尿) <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈栄養 <input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> その他( )									
退院指導の状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 *有の場合			<内容>(誰に指導したか)			本人: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点: ) 理解度 家族: <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点: )			
	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子/在宅での留意点					
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	嚥下状態(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) 普通・軟菜・刻み・ペースト・経管栄養 箸・スプーン・自助具 制限(無・有) 制限内容(塩分・水分・その他( ))					
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	義歯(無・有)(上・下・全部)					
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行者 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> 装具・補装具 <input type="checkbox"/> その他( )					
移乗	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
起居	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	起き上がり(可・不可) 座位保持(可・不可) 立ち上がり(可・不可) 立位保持(可・不可) 寝返り(可・不可)					
入浴(洗身)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	洗身(不可・行っていない) 入浴制限(無・有)(シャワー・清拭・その他( )) 入浴時の留意点:					
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>						
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	トイレ・ホータルトイレ・尿器・膀胱留置カテーテル・オムツ(常時・夜間のみ)・リハビリパンツ(常時・夜間のみ) 失禁(無・有) 下剤使用(無・有) 洗腸(無・有)					
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1回配薬・1日記薬		睡眠	良眠・時に不眠・不眠( 時間) 睡眠剤使用(無・有)		
認知・精神面	認知症高齢者の日常生活自立度(自立・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ)				認知症の原因疾患: 精神状態(疾患)(無・有( )) 徘徊 介護への抵抗 焦燥・不穏 攻撃性 意思疎通困難 幻視・幻聴 昼夜逆転 大声を出す 妄想 暴力					
リハビリ等	リハビリテーション(無・有( PT/OT/ST )) 頻度: 回/週 / 運動制限(無・有) / リハビリ・運動制限の内容: 麻痺: なし・右上肢・左上肢・右下肢・左下肢・その他 / 拘縮: なし・肩関節・肘関節・股関節・膝関節・その他									
療養上注意する事項										
情報提供機関名				TEL						
面談日時	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分			TEL			面談者(所属・氏名)			
	年 月 日 / 午前・午後 時 分 ~ 時 分									
【注】退院・退所加算の算定には、国の通知等に拠る算定条件を満たす必要があります。										

(3) 生駒市版 二次アセスメントシート (表面)

生駒市版 二次アセスメントシート								
記入日		年 月 日		担当:				
ふりがな		生年月日		年 月 日		日常生活自立度		
氏名		世帯構成		<input type="checkbox"/> 一人暮らし <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> その他:		<input type="checkbox"/> 障がい高齢者 <input type="checkbox"/> 認知症高齢者		
住所		生駒市		電話				
●主訴				●家族の状況・意向				
I. 健康状態								
1	現病や既往歴	医療機関名	受診頻度	服薬状況 (合計 種類)	発症や入院時期			
医療リハ: 回/月				マッサージや整骨院: 回/月				
2	お薬手帳を利用していますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ	3	平常時の血圧:		/ mmHg	
4	痛み	部位・程度・場面・対処		できない・困っていること		いつごろから		
5	しびれ							
6	肉類、卵、魚介類等のタンパク質をとっていますか		<input type="checkbox"/> はい: 日/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他:					
	牛乳・乳製品をとっていますか		<input type="checkbox"/> はい: 日/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他:					
	野菜をとっていますか		<input type="checkbox"/> はい: 日/週 <input type="checkbox"/> ほとんどとらない <input type="checkbox"/> その他:					
7	1日にとる水分について		総摂取量 <input type="checkbox"/> 500cc未満 <input type="checkbox"/> 500~1000cc <input type="checkbox"/> 1000cc以上					
	内訳: <input type="checkbox"/> お茶 cc <input type="checkbox"/> 水 cc <input type="checkbox"/> 汁物 cc <input type="checkbox"/> その他 cc :							
	飲酒 <input type="checkbox"/> あり ( )日/週: ( )を( ) ml ・ 合		<input type="checkbox"/> なし					
	喫煙 <input type="checkbox"/> あり ( )本/日:		<input type="checkbox"/> なし					
8	トイレが間に合わず、失敗することはありますか		<input type="checkbox"/> はい ( バット ・ リハパン ・ 失禁パンツ ・ なし ) <input type="checkbox"/> いいえ					
	排尿	昼間 回 / 夜間 回	利尿剤服用		<input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし			
	排便	日に1回	下剤服用		<input type="checkbox"/> あり: <input type="checkbox"/> なし			
9	眠れなくなる事/睡眠薬を内服		<input type="checkbox"/> あり ( 回/週 使用: ) <input type="checkbox"/> なし					
10	何でもしっかり噛んで食べられますか		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ:					
	義歯について		<input type="checkbox"/> あり: 総入れ歯 ( 上 ・ 下 ) / 部分入れ歯 ( 上 ・ 下 ) <input type="checkbox"/> なし					
	1日に1回以上の歯磨きや義歯の掃除		<input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ   歯科受診 <input type="checkbox"/> あり 回/月 <input type="checkbox"/> なし					
II. ADL				用具や工夫、理由や状態		いつごろから		
1	起き上がるときの支え	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
2	立ち上がるときの支え	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
3	歩行時の支え	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
		屋内	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
		屋外 (15分)	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
4	一人で洗身していますか	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない						
5	一人で浴槽をまたぐこと	<input type="checkbox"/> している <input type="checkbox"/> していない						
6	運動について医師からの制限	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						
7	ほか、医師からの注意	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし						

(裏面)

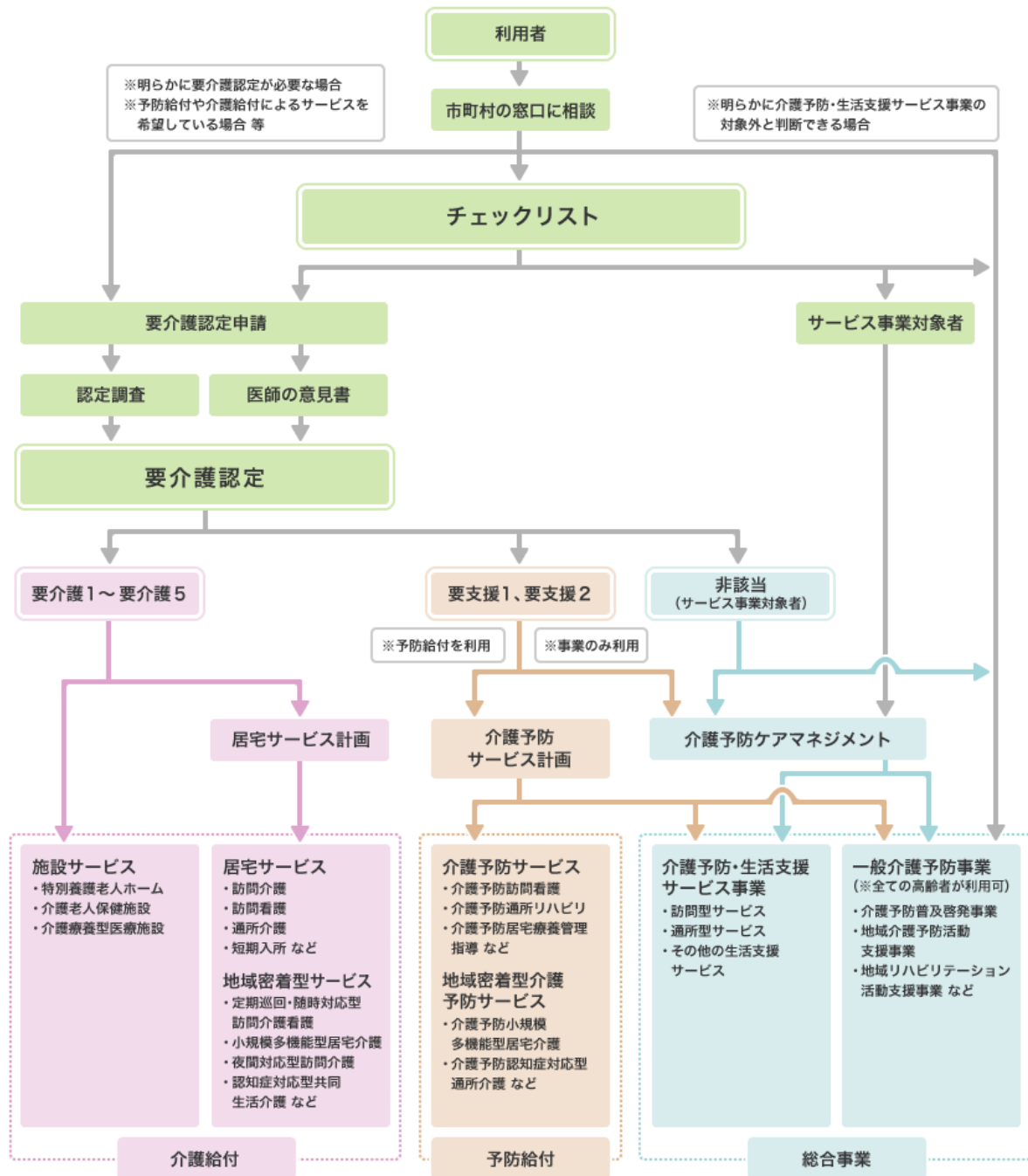
Ⅲ. 日常生活について (IADL)		※本人がしていること していない場合は誰がしているか？		特記事項	いつごろから																					
1	炊事 □ している ・ □ していない	□ 炊飯 □ 簡単な食事の用意 □ ガス (IH) 調理器使用 □ 温め □ 配膳 □ 下膳 □ 食器洗い	□ 配偶者 □ 子 □ 他：																							
2	掃除 □ している ・ □ していない	□ 自室のみ □ トイレ □ 風呂場 □ 他： □ 掃除機がけ □ モップ	□ 配偶者 □ 子 □ 他：																							
3	洗濯 □ している ・ □ していない	□ 洗濯機の操作 □ 洗濯物を干す □ 取り込む □ たたむ □ 整理する	□ 配偶者 □ 子 □ 他：																							
4	ごみ 出し □ している ・ □ していない	□ 分別する □ まとめる □ 集積所まで運ぶ： 一部 ・ 全部	□ 配偶者 □ 子 □ 他：																							
5	買い物 □ している ・ □ していない	□ 買うものを決める □ 注文配達 □ 荷物を持って帰る □ 荷物は配達便を利用する	□ 配偶者 □ 子 □ 他：																							
6	金銭 管理 □ している ・ □ していない	□ 全て管理 □ こづかい程度のみ管理 □ 銀行に行く／出入金	□ 配偶者 □ 子 □ 他：																							
7	薬の 管理 □ している ・ □ していない	□ 自己管理： 分包 ・ 一包 □ 飲み忘れ： 有 ・ 無 □ 声かけ： 有 ・ 無 □ 拒否	□ 配偶者 □ 子 □ 他：																							
8	通院 買い物 外出の 手段	□ バス 最寄バス停： (バス停まで 分程度) □ 電車 最寄駅： □ 徒歩 □ 自転車 □ バイク □ 車運転 □ タクシー □ その他： □ 家族等送迎 (頻度)： 回/月程度																								
Ⅳ. 社会生活 ・ 環境					いつごろから																					
1	何かしらの役割がありますか	家庭内：	地域：																							
2	現在、地域で参加しているものはありますか	□ はい：	□ いいえ																							
	また、以前参加していたものはありますか	□ はい：	□ いいえ																							
3	再開したいこと、やってみたいこと等ありますか	□ はい：	□ いいえ																							
4	困ったときに助けてくれる人はいますか	□ はい：	□ いいえ																							
4	家族との交流状況																									
	近隣、知人、友人との交流状況																									
5	自宅や周囲の環境で不自由なところや不安に感じるところ	□ 玄関 □ 廊下 □ 台所 □ 屋内階段や段差 □ 物干場 □ トイレ □ 風呂場 □ 敷地内階段や段差 □ 周囲の急坂 □ バス停や駅が遠い □ 買物できる場がない □ 集会所や公民館が遠い □ その他：																								
Ⅴ. 認知やうつ ※今までと変わった様子、あてはまるもの					いつごろから																					
1	□ いつも「あれがない」「これがない」と探している	5	□ 味付けを間違ってしまう																							
2	□ 約束の時間や場所を間違える	6	□ リモコンや携帯電話の操作がわからない																							
3	□ 部屋が片付かなくなってきた	7	□ 化粧や服装、入浴することに無頓着になってきた																							
4	□ 同じ食材がたくさんある	8	□ 「忘れた」ことがわからないことがある																							
Ⅵ. その他																										
1	今後、ご自身はどのようにになりたいですか	□ 今より元気になりたい □ 今を維持したい □ わからない																								
	自身のためにしていること、心がけていること	□ あり：	□ なし																							
●特記事項 自立度～ <特に留意！>		●支援者の見立て (向上する見込みに対して現状を3段階評価)																								
		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>1</td> <td>2</td> <td>3</td> <td rowspan="4">コメント：</td> </tr> <tr> <td>機能</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td>活動</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td>参加</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> </tr> <tr> <td>交流</td> <td>□</td> <td>□</td> <td>□</td> <td></td> </tr> </table>				1	2	3	コメント：	機能	□	□	□	活動	□	□	□	参加	□	□	□	交流	□	□	□	
	1	2	3	コメント：																						
機能	□	□	□																							
活動	□	□	□																							
参加	□	□	□																							
交流	□	□	□																							

(4) 居宅介護・介護予防指示書／診療情報提供書

<input type="checkbox"/> 居宅介護・介護予防指示書 <span style="float: right;">年 月 日</span>	
<input type="checkbox"/> 診療情報提供書 (どちらかにチェックして下さい。)	
【 介護サービス・総合事業/利用目的(該当するものに○) : 在宅 ・ 通所 ・ 短期入所 ・ 入所 】	
介護提供事業者・生駒市長 殿	医療機関名 担当医氏名
利用者氏名	生年月日 M・T・S 年 月 日 性別 男・女
利用者住所	電話番号
診療形態	1 外来 (定期・不定期)      2 訪問診察 (第 曜日・第 曜日・不定期) 3 入院 年 月 日より      4 その他 ( )
病名 1	病名 2
病名 3	病名 4
治療内容(投薬内容含む)	
病態の安定性 <input type="checkbox"/> 安定 <input type="checkbox"/> 不安定 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 悪化 <b>発生の可能性が高い病態</b> <input type="checkbox"/> 転倒・骨折 <input type="checkbox"/> 尿失禁 <input type="checkbox"/> 移動能力の低下 <input type="checkbox"/> 心肺機能の低下 <input type="checkbox"/> 閉じこもり <input type="checkbox"/> 痛み <input type="checkbox"/> 低栄養 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下障害 <input type="checkbox"/> 脱水 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 嚥下性肺炎 <input type="checkbox"/> 腸閉塞 <input type="checkbox"/> 癌等による疼痛	
障がい高齢者の日常生活自立度(該当するものに○)	認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○)
自立・J1・J2・A1・A2・B1・B2・C	自立・I・IIa・IIb・IIIa・IIIb・IV・M
サービス利用における生活機能の維持・改善の見通し      1 期待できる      2 期待できない 医学的管理の必要性 <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問診察 <input type="checkbox"/> 訪問栄養食事指導 <input type="checkbox"/> 訪問薬剤管理指導 <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 サービス提供時における医学的観点からの留意事項 内服治療薬及び外用薬について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 確認が必要 <input type="checkbox"/> 管理が必要 血圧について      入浴可能な身体状況 血圧:    /    mmHg以下、    /    mmHg以上 平常コントロール値 (    /    mmHg)      体温 (    ℃) 移動について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 転倒に注意 <input type="checkbox"/> 移動時見守りが必要 <input type="checkbox"/> 移動時介助が必要 <input type="checkbox"/> 移動時間に制限有り (    分以内) <input type="checkbox"/> 施設の車両移送に耐えられる 食事の形態について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 流動食・きざみ食・軟食 <input type="checkbox"/> カロリー制限 無・有(    kcal/日) 水分摂取(嚥下)について <input type="checkbox"/> 特になし <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> トロミ等が必要 <input type="checkbox"/> 水分制限 無・有(    cc/日) 認知症に関して、理解及び記憶・問題行動についての留意事項 ( )	
<b>※運動器の機能向上やリハビリテーション施行について実施する上での留意事項</b>	
<input type="checkbox"/> 安静時心電図      1.正常範囲    2. 調律異常    3. 心肥大    4. 刺激伝導異常    5. 虚血性変化 6. その他( )	
<input type="checkbox"/> 運動可能な血圧の上限 (    /    mmHg) <input type="checkbox"/> 運動可能な最大心拍数      回/分	
<input type="checkbox"/> 運動への参加      1. 可・2.否 ( )	
<input type="checkbox"/> リハビリテーション施行について (時間的制限 有・無 約 分まで)	
実施 <input type="checkbox"/> 禁止 <input type="checkbox"/> リハビリテーションをすすめて良い	
内容 <input type="checkbox"/> 可動域制限      無・有 ( )	
<input type="checkbox"/> 疼痛      無・有 (箇所: )	
<input type="checkbox"/> 他動運動は禁止 <input type="checkbox"/> 自動運動・他動運動	
<input type="checkbox"/> メンタルリハビリ (音楽療法・作業療法)	
その他留意事項:	
その他、介護サービス・総合事業利用に関する意見(栄養機能改善や、口腔機能向上に関すること等も含む)	

## 6. 参考資料

### (1) 介護保険サービス等利用手続き



(出典：厚生労働省)

※介護給付・・・居宅介護支援事業所担当  
 予防給付、総合事業・・・地域包括支援センター担当



(2) 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧

## 介護・診療報酬の算定に関して

<介護報酬加算（ケアマネ側）>

### 入院時情報連携加算

- (1) 200単位（入院後3日以内）
- (2) 100単位（入院後7日以内）

「連携3回」を算定できるのは、  
うち1日以上は退院時  
カンファレンス等へ参加

### 退院退所加算

### 退院退所加算

### 退院退所加算

入院中につき1回を限度

	カンファレンス 参加なし	カンファレンス 参加あり
連携1回	450単位	600単位
連携2回	600単位	750単位
連携3回		900単位

<診療報酬の算定（病院側）>

### 入退院支援加算

算定要件・償還率により190～1200点

### 入院時支援加算

+200～230点

### 総合機能評価加算

+50点

### 介護支援等連携指導料

400点

### 介護支援等連携指導料

400点

### 退院時共同指導料

400点

+300点（入院医療機関医師と在宅主治医）

+2000点（多量共同指導100回）

（入院医療機関の医師又は看護師が在宅主治医・  
看護師、歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科歯  
生士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支  
援士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、介護支  
援士、相談支援専門職のうちいずれか3名以上  
と共同して指導を行った場合）

介護支援専門員又は相談支援専門員  
と連携をとりケアプランを作成  
（入院中2回まで）

入院



退院

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

(注2) 地域包括支援センターには、介護報酬加算の算定はありません。

(R.2. 6. 24 奈良県から情報提供)

### (3) 居宅介護支援事業所一覧

※ 令和3年4月1日現在の情報です。事業所等は、奈良県介護保険課のホームページまたは、生駒市ホームページ内にある「医療・介護・介護予防情報ナビ」でご確認ください。

事業所番号	法人名	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号
1	社会医療法人平和会	社会医療法人平和会いこま駅前クリニック	630-0256	奈良県生駒市本町7-10	0743-71-7222
2	ビクリー株式会社	アリス薬局	630-0212	奈良県生駒市辻町10-2ビハーラ東生駒302	0743-72-1719
3	社会福祉法人宝山寺福祉事業団	梅寿荘在宅介護支援センター	630-0257	奈良県生駒市元町2-14-8	0743-74-6811
4	社会福祉法人生駒市社会福祉協議会	社会福祉法人生駒市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	630-0245	奈良県生駒市北新町3-1	0743-74-3328
5	株式会社椀の家	宅老サロン椀の家	630-0133	奈良県生駒市あすか野南1-2-2	0743-79-9950
6	医療法人社団松下会	医療法人社団松下会 東生駒病院居宅介護支援事業所	630-0212	奈良県生駒市辻町4-1	0743-71-8085
7	有限会社ゆりの会	有限会社ゆりの会	630-0101	奈良県生駒市高山町8075	0743-70-1014
8	医療法人和幸会	医療法人和幸会阪奈中央ケアプランセンター	630-0243	奈良県生駒市俵口町444-1	0743-73-9418
9	社会福祉法人宝山寺福祉事業団	居宅介護支援センター延寿	630-0223	奈良県生駒市小瀬町1100	0743-76-2269
10	株式会社日本ユニケア	ハーモニー・ケアプランセンター	630-0258	奈良県生駒市東新町4-20石丸ビル2階	0743-71-8858
11	社会福祉法人協同福祉会	あすならホーム菜畑	630-0263	奈良県生駒市中菜畑2丁目1129-1	0743-75-1141
12	株式会社ライフケア創合研究所	いこいの家ケアプランセンター	630-0243	奈良県生駒市俵口町814-1 ハイネス生駒302号	0743-70-8301
13	一般財団法人生駒メディカルセンター	一般財団法人生駒メディカルセンター 居宅介護支援事業所	630-0223	奈良県生駒市小瀬町324-2	0743-76-3400
14	社会福祉法人晋栄福祉会	高山ちどりケアマネジメント	630-0101	奈良県生駒市高山町8030番地	0743-70-1832
15	社会福祉法人長命荘	フォレスト居宅介護支援事業所	630-0142	奈良県生駒市北田原町2429番地4	0743-78-1677
16	有限会社吉田興産	たわらぐち居宅介護支援センター	630-0243	奈良県生駒市俵口町1069番地1	0743-84-8201
17	合同会社大生グループ	大生介護支援センター	630-0243	奈良県生駒市俵口町694番地4	0743-75-3113
18	医療法人和幸会	医療法人和幸会阪奈中央サンミットケアプラ ンセンター	630-0255	奈良県生駒市山崎新町2-18-102	0743-85-5526
19	株式会社創生	そうせいケアプランセンター	630-0224	奈良県生駒市萩の台4-4-1	0743-76-2085

事業所番号	法人名	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号
20	2970901241 合同会社コウヨウ	介護保険のケアプランパートナー	630-0122	奈良県生駒市真弓4-12-14	0743-79-0085
21	2970901316 社会福祉法人晋栄福祉会	萩の台ちどりケアマネジメント	630-0224	奈良県生駒市萩の台3-1-8	0743-76-2211
22	2970901365 株式会社アイユウ	愛友ケア居宅介護支援センター	630-0135	奈良県生駒市南田原町1036-1	0743-75-1477
23	2970901373 合同会社かけはし	かけはし居宅介護支援事業所	630-0101	奈良県生駒市高山町7782-1	0743-20-4501
24	2970901423 株式会社愛来る	愛来る居宅介護支援事業所	630-0244	奈良県生駒市東松ヶ丘2-8森下ビル	0743-73-5157
25	2970901431 合同会社いずみ	いずみケアプラン	630-0223	奈良県生駒市小瀬町134-1	0743-85-7258
26	2970901555 株式会社隆幸	ケアプランセンター阪奈	630-0243	奈良県生駒市俵口町710	0743-71-8111
27	2970901720 株式会社PLAYZ	ケアプランセンターーく	630-0225	奈良県生駒市東山町433-5	0743-77-7007
28	2970901753 合同会社ゆう	ゆうケアプランセンター	630-0131	奈良県生駒市上町1392番地	0743-85-6795
29	2970901779 医療法人あすか会	あすかケアプランセンター	630-0121	奈良県生駒市北大和1丁目23番地10	0743-70-0056
30	2970901795 株式会社パワーロイ	リライズ総合福祉事務所	630-0142	奈良県生駒市北田原町1132-37	0743-79-5767
31	2970901811 有限会社伊藤企画	ケアプランセンターけやき	630-0251	奈良県生駒市谷田町890番地の11伊藤企画ビル3階	0743-85-6787

(4) 地域包括支援センター一覧

名称	電話番号／所在地	担当地域
生駒市フォレスト地域包括支援センター	TEL:0743-78-4888 FAX:0743-78-1640 生駒市北田原町2429-4	高山町、ひかりが丘、北田原町、西白庭台、鹿畑町、美鹿の台、鹿ノ台東、鹿ノ台西、鹿ノ台南、鹿ノ台北
生駒市阪奈中央地域包括支援センター	TEL:0743-73-9448 FAX:0743-73-9447 生駒市俵口町444-1	南田原町、喜里が丘、生駒台南、生駒台北、新生駒台、松美台、俵口町の一部(阪奈道路以北)
生駒市東生駒地域包括支援センター	TEL:0743-75-3367 FAX:0743-71-8086 生駒市辻町53	辻町、小明町、谷田町、桜ヶ丘
生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター	TEL:0743-73-7272 FAX:0743-74-3610 生駒市北新町3-1	北新町、俵口町の一部(阪奈道路以南)、東松ヶ丘、西松ヶ丘、光陽台
生駒市梅寿荘地域包括支援センター	TEL:0743-74-8134 FAX:0743-71-8122 生駒市西旭ヶ丘12-3	山崎町、東旭ヶ丘、西旭ヶ丘、新旭ヶ丘、東新町、山崎新町、本町、元町、仲之町、門前町、榎井沢町、東生駒、東生駒月見町、東菜畑、中菜畑、西菜畑町、菜畑町、緑ヶ丘、萩原町、藤尾町、西畑町、鬼取町、小倉寺町、大門町、有里町、小平尾町、青山台
生駒市メディカル地域包括支援センター	TEL:0743-77-7766 FAX:0743-76-7700 生駒市小瀬町324-2	菅分町、さつき台、小瀬町、南山手台、東山町、萩の台、乙田町、翠光台
生駒市メディカル地域包括支援センター(支所)	TEL:0743-71-3500 FAX:0743-71-1151 生駒市あすか野北2丁目12-13	上町、白庭台、真弓、真弓南、あすか野南、あすか野北、あすか台、北大和、上町台

## 7. 関係機関一覧

※ 令和3年4月1日現在の情報です。事業所等は、奈良県介護保険課のホームページでご確認ください。

### ■病院

	病院名	郵便番号	所在地	電話番号	F A X 番号
1	生駒市立病院	630-0213	生駒市東生駒1-6-2	0743-72-1111	0743-72-1738
2	近畿大学医学部奈良病院	630-0293	生駒市乙田町1248-1	0743-77-0880	0743-77-0902
3	医療法人和幸会 阪奈中央病院	630-0243	生駒市俵口町741	0743-74-8660	0743-74-8690
4	医療法人社団松下会 白庭病院	630-0136	生駒市白庭台6-10-1	0743-70-0022	0743-70-0023
5	医療法人社団松下会 東生駒病院	630-0212	生駒市辻町4-1	0743-75-0011	0743-74-7293
6	医療法人学芳会 倉病院	630-0256	生駒市本町1-7	0743-73-4888	0743-74-2624

### ■地域包括支援センター

	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	F A X 番号
1	生駒市フォレスト地域包括支援センター	630-0142	生駒市北田原町2429-4	0743-78-4888	0743-78-1640
2	生駒市阪奈中央地域包括支援センター	630-0243	生駒市俵口町444-1	0743-73-9448	0743-73-9447
3	生駒市東生駒地域包括支援センター	630-0212	生駒市辻町53	0743-75-3367	0743-71-8086
4	生駒市社会福祉協議会地域包括支援センター	630-0245	生駒市北新町3-1	0743-73-7272	0743-74-3610
5	生駒市梅寿荘地域包括支援センター	630-0261	生駒市西旭ヶ丘12-3	0743-74-8134	0743-71-8122
6	生駒市メディカル地域包括支援センター	630-0223	生駒市小瀬町324-2	0743-77-7766	0743-76-7700
	生駒市メディカル地域包括支援センター（支所）	630-0134	生駒市あすか野北2丁目12-13	0743-71-3500	0743-71-1151

### ■居宅介護支援事業所

	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	F A X 番号
1	社会医療法人平和会いこま駅前クリニック	630-0256	奈良県生駒市本町7-10	0743-71-7222	0743-71-7222
2	アリス薬局	630-0212	奈良県生駒市辻町10-2ビハール東生駒302	0743-72-1719	0743-72-1719
3	梅寿荘在宅介護支援センター	630-0257	奈良県生駒市元町2-14-8	0743-74-6811	0743-74-6811
4	社会福祉法人生駒市社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	630-0245	奈良県生駒市北新町3-1	0743-74-3328	0743-74-3328
5	宅老サロン椀の家	630-0133	奈良県生駒市あすか野南1-2-2	0743-79-9950	0743-79-9950
6	医療法人社団松下会東生駒病院居宅介護支援事業所	630-0212	奈良県生駒市辻町4-1	0743-71-8085	0743-71-8085
7	有限会社ゆりの会	630-0101	奈良県生駒市高山町8075	0743-70-1014	0743-70-1014
8	医療法人和幸会阪奈中央ケアプランセンター	630-0243	奈良県生駒市俵口町444-1	0743-73-9418	0743-73-9418
9	居宅介護支援センター延寿	630-0223	奈良県生駒市小瀬町1100	0743-76-2269	0743-76-2269
10	ハーモニー・ケアプランセンター	630-0258	奈良県生駒市東新町4-20石丸ビル2階	0743-71-8858	0743-71-8858
11	あすならホーム菜畑	630-0263	奈良県生駒市中菜畑2丁目1129-1	0743-75-1141	0743-75-1141
12	いこいの家ケアプランセンター	630-0243	奈良県生駒市俵口町814-1 ハynes生駒302号	0743-70-8301	0743-70-8301
13	一般財団法人生駒メディカルセンター居宅介護支援事業所	630-0223	奈良県生駒市小瀬町324-2	0743-76-3400	0743-76-3400
14	高山ちどりケアマネジメント	630-0101	奈良県生駒市高山町8030番地	0743-70-1832	0743-70-1832

	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	F A X 番号
15	フォレスト居宅介護支援事業所	630-0142	奈良県生駒市北田原町2429番地4	0743-78-1677	0743-78-1640
16	たわらぐち居宅介護支援センター	630-0243	奈良県生駒市俵口町1069番地1	0743-84-8201	0743-84-8202
17	大生介護支援センター	630-0243	奈良県生駒市俵口町694番地4	0743-75-3113	0743-74-3399
18	医療法人和幸会 阪奈中央サンミットケアプランセンター	630-0255	奈良県生駒市山崎新町2-18-102	0743-85-5526	0743-85-5529
19	そうせいケアプランセンター	630-0224	奈良県生駒市萩の台4-4-1	0743-76-2085	0743-76-2060
20	介護保険のケアプランパートナー	630-0122	奈良県生駒市真弓4-12-14	0743-79-0085	0743-20-7851
21	萩の台ちどりケアマネジメント	630-0224	奈良県生駒市萩の台3-1-8	0743-76-2211	0743-76-2550
22	愛友ケア居宅介護支援センター	630-0135	奈良県生駒市南田原町1036-1	0743-75-1477	0743-75-7007
23	かけはし居宅介護支援事業所	630-0101	奈良県生駒市高山町7782-1	0743-20-4501	0743-20-4501
24	愛来る居宅介護支援事業所	630-0244	奈良県生駒市東松ヶ丘2-8森下ビル	0743-73-5157	0743-84-5157
25	いずみケアプラン	630-0223	奈良県生駒市小瀬町134-1	0743-85-7258	0743-85-7259
26	ケアプランセンター阪奈	630-0243	奈良県生駒市俵口町710	0743-71-8111	0743-71-8113
27	ケアプランセンターるーく	630-0225	奈良県生駒市東山町433-5	0743-77-7007	0743-77-7002
28	ゆうケアプランセンター	630-0131	奈良県生駒市上町1392番地	0743-85-6795	0743-85-6796
29	あすかケアプランセンター	630-0121	奈良県生駒市北大和1丁目23番地10	0743-70-0056	0743-70-0056
30	リライズ総合福祉事務所	630-0142	奈良県生駒市北田原町1132-37	0743-79-5767	0743-79-5768
31	ケアプランセンターけやき	630-0251	奈良県生駒市谷田町890番地の11 伊藤企画ビル3階	0743-85-6787	0743-85-6787

### ■小規模多機能型居宅介護サービス

	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	F A X 番号
1	あすならホーム東生駒	630-0215	奈良県生駒市東葉畑1-298メゾン東生駒1F	0743-72-1165	0743-72-1168
2	フレンド倶楽部生駒	630-0263	奈良県生駒市中葉畑2-1117	0743-71-7221	0743-71-7221
3	小規模多機能型居宅介護ゆりの会「小明」	630-0201	奈良県生駒市小明町723-1	0743-85-4423	0743-85-4424
4	小規模多機能いこいの家26	630-0131	奈良県生駒市上町1082-1	0743-72-6750	0743-72-6756

### ■看護小規模多機能型居宅介護サービス

	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	F A X 番号
1	看護小規模多機能ホーム ハビリス鶏邑	630-0131	奈良県生駒市上町2番地1	0743-70-1600	0743-70-1601

### ■生駒市

	担当課名	郵便番号	所在地	電話番号	F A X 番号
1	生駒市 福祉健康部 地域包括ケア推進課	630-0288	生駒市東新町8-38	0743-74-1111	0743-75-4879
2	生駒市 福祉健康部 介護保険課	630-0288	生駒市東新町8-38	0743-74-1111	0743-72-1320
3	生駒市 福祉健康部 地域医療課	630-0288	生駒市東新町8-38	0743-74-1111	0743-75-6826

平成30年4月 マニュアル策定  
令和 元年8月 マニュアル改訂  
令和 3年4月 マニュアル改訂

生駒市  
生駒市医療介護連携ネットワーク協議会 在宅医療介護推進部会  
(事務局) 生駒市福祉健康部地域医療課  
生駒市東新町8-38  
TEL : 0743-74-1111  
FAX : 0743-75-6826