

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6年11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	22
(1) 介護保険サービス等利用手続き	22
(2) 連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧	23
(3) 居宅介護支援事業所一覧	24
(4) 地域包括支援センター一覧	26
7. 関係機関一覧	27

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との間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6年11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（7ヶ所）、居宅介護支援事業所（28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（P24～25）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（P26）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 要介護認定を受けているかどうか分からない場合は…

【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。

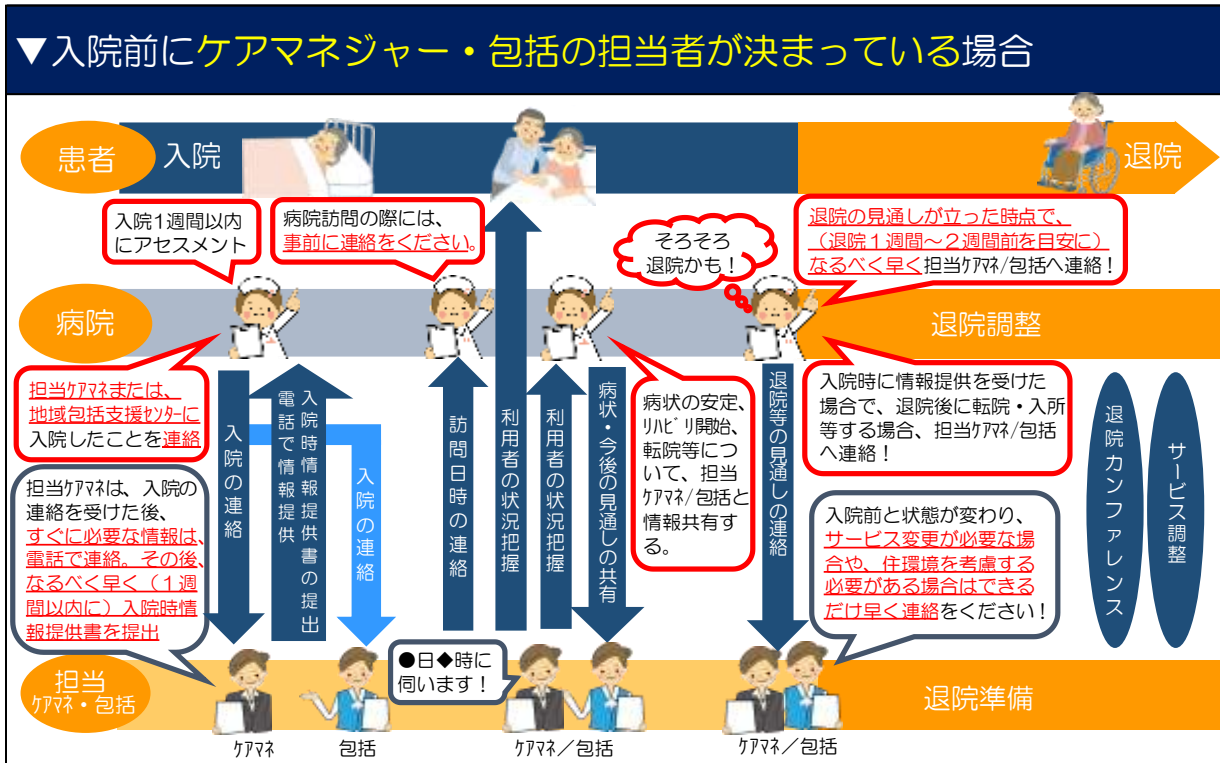
※2 本人・家族等の状況により、介護サービス等の利用が必要な場合

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】(P2)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」（P15：参考様式）を病院担当者（P13：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、P23：連携に関わる診療報酬・介護報酬一覧及び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。

FAXの場合：病院窓口へFAXする旨を、電話連絡すること。（個人情報は消しておく）
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」（P17：参考様式）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」（P20：参考様式）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)

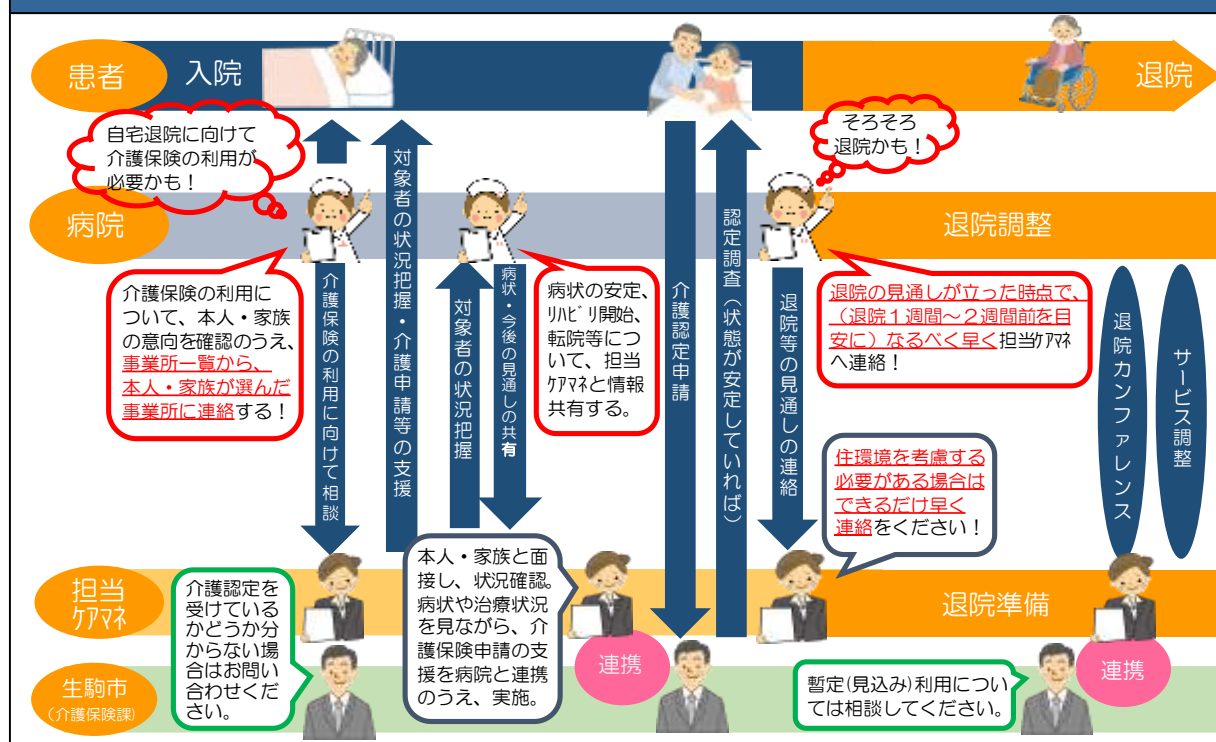
※2 本人・家族等の状況により、介護サービス等の利用が必要な場合(P1)を参照する。

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)※3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」(P24~25)から本人・家族が選択した事

※3 「6. 参考資料(1) 介護保険サービス等利用手続き」(P22) 参照

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（P26）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い）場合」の「◆それ以外で見逃してはいけない患者」（P9）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（P26）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」（P17：参考様式）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」（P20：参考様式）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

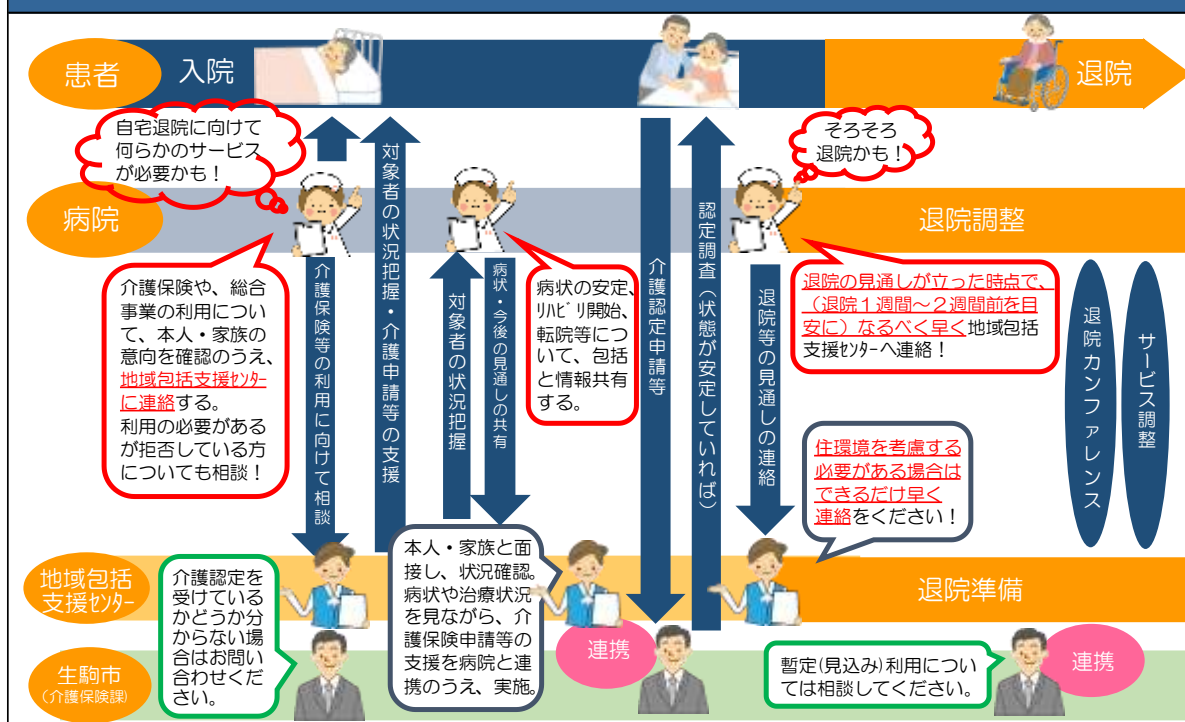
※2 本人・家族等の状況により、介護サービス等の利用が必要な場合（P1）を参照する。

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）※4 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（P26）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」（P22）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」(P18：参考様式)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6年11月現在）

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時情報の受け取り先	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介護保険についての説明対応者(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	
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 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 FAX・郵送の場合
	入院病棟 【土曜・日曜・祝日】 面会時間内 (14:00~16:00)									
	日時連絡:要									
	TEL:0743-72-1723 (直通) 地域医療連携室									
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 【全日】8:30~17:00 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-77-0880 FAX:0743-77-0898 住所:生駒市乙田町1248-1 入院病棟	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 患者相談窓口 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 【平日】9:00~16:00 【土曜】9:00~12:30 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-77-0880 FAX:0743-77-0898	患者支援センター 【平日】9:00~16:00 【土曜】9:00~12:30 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-77-0880 FAX:0743-77-0898
	日時連絡:要									
	TEL:0743-77-0880 入院病棟									
	TEL:0743-77-0880 入院病棟									
阪奈中央病院	地域医療連携室 【平日】8:45~17:00 【土曜】8:45~13:00 【日曜・祝日】入院病棟	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	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・郵送の場合
	日時連絡:不要									
	TEL:0743-74-8650(直通) TEL:0743-74-8649									
	TEL:0743-74-8660(代表)									

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を受け取り先	②担当ケアマネへの入院連絡担当者					⑤介護保険について の説明対応者(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
白庭病院	持参の場合	FAX・郵送の場合							FAX・郵送の場合
	地域医療連携室 (退院支援担当) 【平日】9:00~17:00 【土曜】9:00~12:00 受付 【日曜・祝日】9:00~17:00	地域医療連携室 (退院支援担当) 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~12:00							【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~12:00
	日時連絡:要 TEL:0743-70-0022(代表)	FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-70-0022(代表) FAX:0743-79-1777 住所:生駒市白庭台6丁目10番1号					退院支援担当	退院支援担当	地域医療連携室 退院支援担当
							退院支援担当	退院支援担当	FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-70-0022(代表) FAX:0743-79-1777
東生駒病院	持参の場合	FAX・郵送の場合							
	地域医療連携室 (平日)8:40~17:20 【土曜】8:40~12:30 日時連絡:要 TEL:0743-75-0011	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 FAX・郵送の前に送信連絡:要 TEL:0743-75-0011 FAX:0743-74-7293 住所:生駒市辻町4-1					地域医療連携室 *各病棟の担当者が対応	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】8:40~17:20 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 *日程調査等 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 *各病棟の担当者が対応	地域医療連携室	地域医療連携室
倉病院	持参の場合	FAX・郵送の場合							
	地域医療連携室 (平日)8:30~17:00 【土曜】8:30~13:00 日時連絡:要 TEL:0743-73-4888	地域医療連携室 【平日】8:30~17:00 【土曜】8:30~13:00 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	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	地域医療連携室
							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 病棟看護師

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																	
緊急連絡先		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		(☐ 外来通院 / ☐ 訪問診療)		医療機関・主治医名		連絡先		(☐ 外来通院 / ☐ 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()									
介護サービス 利用状況		☐ 訪問介護(回/週)		☐ 訪問入浴(回/週)		☐ 通所介護(回/週)		☐ 通所リハ(回/週)		☐ 訪問リハ(回/週)		☐ 訪問看護(回/週)		☐ 短期入所(回/週)		☐ 福祉用具貸与(内容:)		☐ その他(内容:)	
食事		自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助 ☐		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・自助具		外出 ☐ ☐ ☐ ☐		調理 ☐ ☐ ☐ ☐		買物 ☐ ☐ ☐ ☐		洗濯 ☐ ☐ ☐ ☐		掃除 ☐ ☐ ☐ ☐		金銭管理 ☐ ☐ ☐ ☐			
口腔清潔		☐ ☐ ☐ ☐		義歯(無・有)(上・下・全部)															
移動		☐ ☐ ☐ ☐		杖 歩行器 車椅子 シルバーカー															
移乗		☐ ☐ ☐ ☐																	
起居		☐ ☐ ☐ ☐																	
入浴		☐ ☐ ☐ ☐		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				視力		普通・視力低下あり・眼鏡(無・有) 視野狭窄・視野欠損・全盲									
更衣		☐ ☐ ☐ ☐						聴力		普通・やや難聴・難聴・補聴器(無・有)									
排泄		☐ ☐ ☐ ☐		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) 浣腸(無・有)				言語		支障なし・はっきりしない・話せない									
服薬管理		☐ ☐ ☐ ☐		自己管理の状況				理解		支障なし・やや困難・できない									
睡眠		☐ ☐ ☐ ☐						睡眠		良眠・時に不眠・不眠(時間) 睡眠剤使用(無・有)									
医療処置		☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 膀胱留置カテーテル						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									
		☐ ストマ ☐ 褥瘡(部位:) ☐ その他()						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、国の通知等に関する算定条件を満たす必要があります。

入院時情報提供書（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				
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	☐ 酸素 ☐ 吸引 ☐ 気管切開 ☐ 経管栄養 ☐ 胃瘻 ☐ カテーテル(膀胱留置・導尿) ☐ ストマ ☐ 褥瘡 ☐ 点滴 ☐ 中心静脈栄養 ☐ 透析 ☐ 疼痛管理 ☐ その他()									
退院指導の状況	☐ 無 ☐ 有 *有の場合				<内容>(誰に指導したか) 本人: ☐ 十分 ☐ 不十分(問題点:) 理解度 家族: ☐ 十分 ☐ 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	☐	☐	☐	☐	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	☐	☐	☐	☐	義歯(無・有)(上・下・全部)					
移動	☐	☐	☐	☐	☐ 手引き ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ シルバーカー ☐ 車いす ☐ ストレッチャー ☐ 装具・補装具 ☐ その他()					
移乗	☐	☐	☐	☐						
起居	☐	☐	☐	☐	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)	☐	☐	☐	☐	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	☐	☐	☐	☐						
排泄	☐	☐	☐	☐	トイレ・ポータブルトイレ・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	☐	☐	☐	☐	1回配薬・1日配薬		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				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		☐ 一人暮らし ☐ 高齢者のみ ☐ その他：		障がい高齢者 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		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		☐ はい ☐ 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		☐ はい： 日/週 ☐ ほとんどとらない ☐ その他：				
	牛乳・乳製品をとっていますか		☐ はい： 日/週 ☐ ほとんどとらない ☐ その他：				
	野菜をとっていますか		☐ はい： 日/週 ☐ ほとんどとらない ☐ その他：				
7	1日にとる水分について		総摂取量		☐ 500cc未満 ☐ 500～1000cc ☐ 1000cc以上		
	内訳：		☐ お茶 cc ☐ 水 cc ☐ 汁物 cc ☐ その他 cc				
	飲酒		☐ あり () 日/週： () を () ml ・ 合		☐ なし		
	喫煙		☐ あり () 本/日：		☐ なし		
8	トイレが間に合わず、失敗することはありますか		☐ はい (パット ・ リハパン ・ 失禁パンツ ・ なし)		☐ いいえ		
	排尿	昼間 回 / 夜間 回	利尿剤服用		☐ あり： ☐ なし		
	排便	日に1回	下剤服用		☐ あり： ☐ なし		
9	眠れなくなるこ／睡眠薬を内服		☐ あり (回/週 使用：)		☐ なし		
10	何でもしっかり噛んで食べられますか		☐ はい ☐ いいえ：				
	義歯について		☐ あり： 総入れ歯 (上 ・ 下) / 部分入れ歯 (上 ・ 下)		☐ なし		
	1日に1回以上の歯磨きや義歯の掃除		☐ はい ☐ いいえ 歯科受診 ☐ あり 回/月		☐ 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		☐ あり ☐ なし				
2	立ち上がるときの支え		☐ あり ☐ なし				
3	歩行時の支え 屋内		☐ あり ☐ なし				
	屋外 (15分)		☐ あり ☐ なし				
4	一人で洗身していますか		☐ している ☐ していない				
5	一人で浴槽をまたぐこと		☐ している ☐ していない				
6	運動について医師からの制限		☐ あり ☐ なし				
7	ほか、医師からの注意		☐ あり ☐ なし				

生駒市版 二次アセスメントシート（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： ☐ 掃除機かけ ☐ 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） ☐ 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				☐ 電車 最寄駅：																			
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																					
	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																								
	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																						
5	☐ 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> </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> </tr> </table> （コメント： ）				1	2	3	機能	☐	☐	☐	活動	☐	☐	☐	参加	☐	☐	☐	交流	☐	☐	☐
	1	2	3																						
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 (依頼状)

依頼状（総合事業・予防給付）

令和 年 月 日

様

〔担当者〕

事業所名

氏 名

電 話

F A X

介護サービス等に係る診療情報提供書等について

時下、貴殿におかれましてはますますご清祥のこととお喜び申し上げます。

さて、私どもは生駒市の指導により、介護予防サービス計画（ケアプラン）作成の際には主治医の先生方に「居宅介護・介護予防指示書」もしくは、「診療情報提供書」の作成をお願いし、医学的な留意事項を十分に配慮し、利用者の自立支援、重度化防止およびリスク管理を行っております。

つきましては、下記の利用者のサービス利用にあたり、医学的な留意事項等の情報を別添の様式にてご教示いただきますようお願いいたします。

ご多忙中恐れ入りますが、 月 日までに返信いただきますようお願いいたします。

なお、診療情報提供書等につきましては、利用者の自己負担がかかることを本人及び家族に説明を行い、同意を得たうえで依頼をいたしておりますことを申し添えます。

記

氏 名		生年月日	☐ 明治 ☐ 大正 ☐ 昭和 年 月 日						
要介護度		☐ 申請中	☐ 事業対象者※	☐ 要支援 1	☐ 要支援 2				
有効期間		年 月 日 ～ 年 月 日							
利用開始日		年 月 日							
サービス内容		予定回数	基本チェックリスト（実施日： 年 月 日）						
総合事業	☐ パワーアップPLUS教室 （通所型サービスC・訪問型サービスC）	/週	社会生活	運動	低栄養	口腔	閉じこもり	認知機能	うつ
	☐ パワーアップ教室（通所型サービスC）	/週							
	☐ 転倒予防教室（通所型サービスC）	/週	* 本人・家族の意向、希望サービス 等 ☐ 有 ☐ 無 （有の場合の具体的な内容）						
	☐ 介護予防通所介護相当サービス 選択メニュー ☐ 運動 ☐ 栄養 ☐ 口腔	/週							
	☐ 通所型サービスA 選択メニュー ☐ 運動 ☐ 栄養 ☐ 口腔	/週							
	☐ 介護予防訪問介護相当サービス	/週							
	☐ その他（ ）								
予防給付	☐ リハビリテーション（予防デイクア） 選択メニュー ☐ 運動 ☐ 栄養 ☐ 口腔	/週	* 医師への指示依頼内容						
	☐ 介護予防福祉用具貸与								
	☐ 特定介護予防福祉用具販売								
	☐ 介護予防訪問入浴介護	/週							
	☐ 介護予防訪問リハビリテーション	/週							
	☐ 介護予防訪問看護	/週							
	☐ 介護予防短期入所（予防ショートステイ）	/月							
☐ 介護予防住宅改修									
☐ その他（ ）									

※要支援者に相当する状態像であり、総合事業のみ利用する者

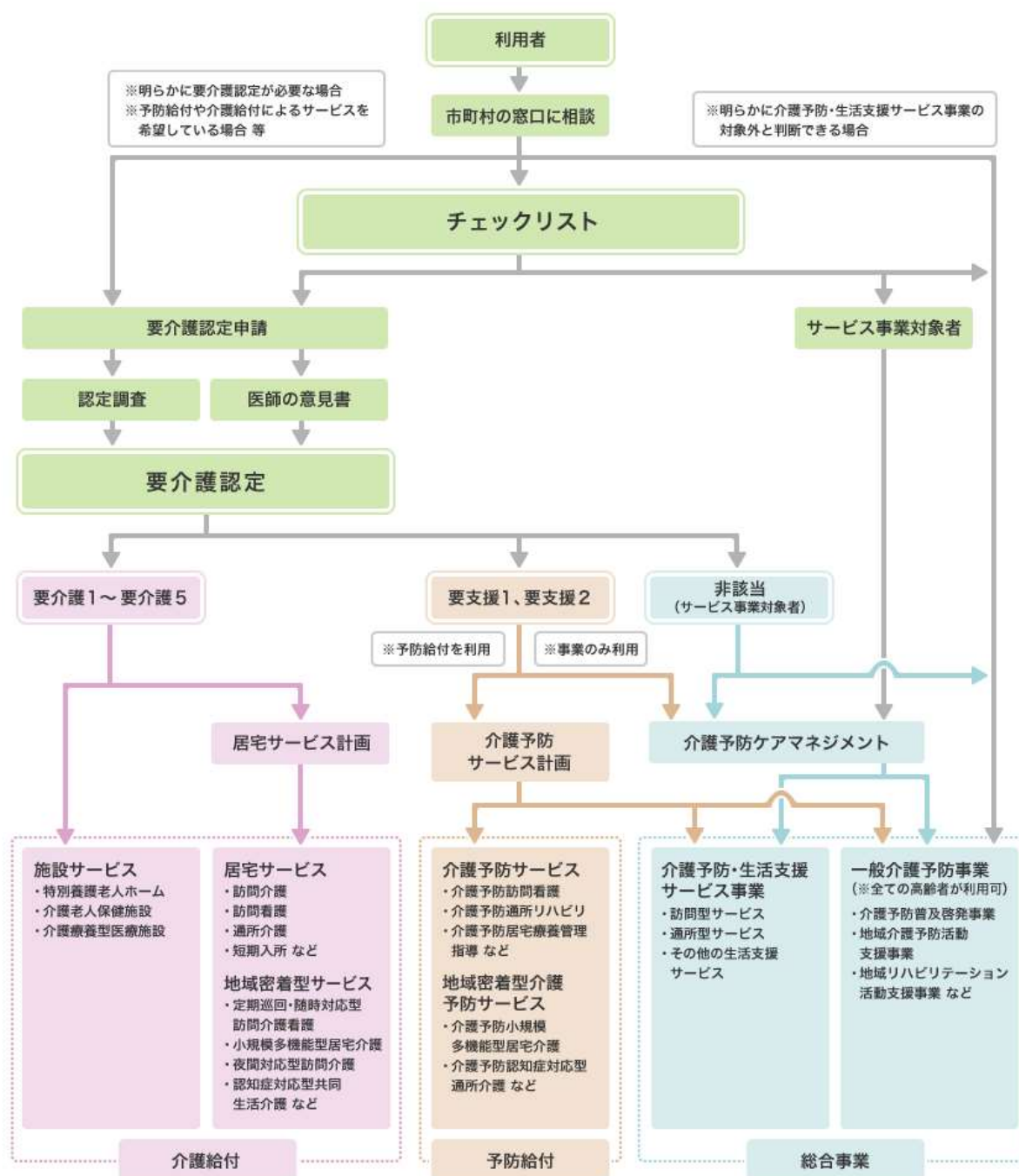
月 日までに返信をお願いします。

居宅介護・介護予防指示書／診療情報提供書

☐ 居宅介護・介護予防指示書		年 月 日
☐ 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		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 訪問診療（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 ☐ 安定 ☐ 不安定 ☐ 不明 ☐ 悪化		
発生の可能性が高い病態 ☐ 転倒・骨折 ☐ 尿失禁 ☐ 移動能力の低下 ☐ 心肺機能の低下 ☐ 閉じこもり		
☐ 痛み ☐ 低栄養 ☐ 摂食・嚥下障害 ☐ 脱水 ☐ 徘徊 ☐ 褥瘡		
☐ 嚥下性肺炎 ☐ 腸閉塞 ☐ 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○) 自立 ・ J1 ・ J2 ・ A1 ・ A2 ・ B1 ・ B2 ・ C		認知症高齢者の日常生活自立度(該当するものに○) 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 ☐ 通所リハビリテーション ☐ 訪問リハビリテーション ☐ 訪問看護 ☐ 訪問診療		
☐ 訪問栄養食事指導 ☐ 訪問薬剤管理指導 ☐ 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 ☐ 特になし ☐ 確認が必要 ☐ 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 ☐ 特になし ☐ 転倒に注意 ☐ 移動時見守りが必要 ☐ 移動時介助が必要		
☐ 移動時間に制限有り（ 分以内） ☐ 施設の車両移送に耐えられる		
食事の形態について ☐ 特になし ☐ (流動食・きざみ食・軟食) ☐ カロリー制限 無・有（ kcal／日）		
水分摂取(嚥下)について ☐ 特になし ☐ 見守り ☐ 介助 ☐ トロミ等が必要 ☐ 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 ()		
※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		
☐ 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()		
☐ 運動可能な血圧の上限（ / mmHg） ☐ 運動可能な最大心拍数 回／分		
☐ 運動への参加 1. 可 ・ 2. 否 ()		
☐ 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 ☐ 禁止 ☐ リハビリテーションをすすめて良い		
内容 ☐ 可動域制限 無・有（ ）		
☐ 疼痛 無・有（ 箇所： ）		
☐ 他動運動は禁止 ☐ 自動運動 ・ 他動運動		
☐ 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事等も含む)		

6. 参考資料

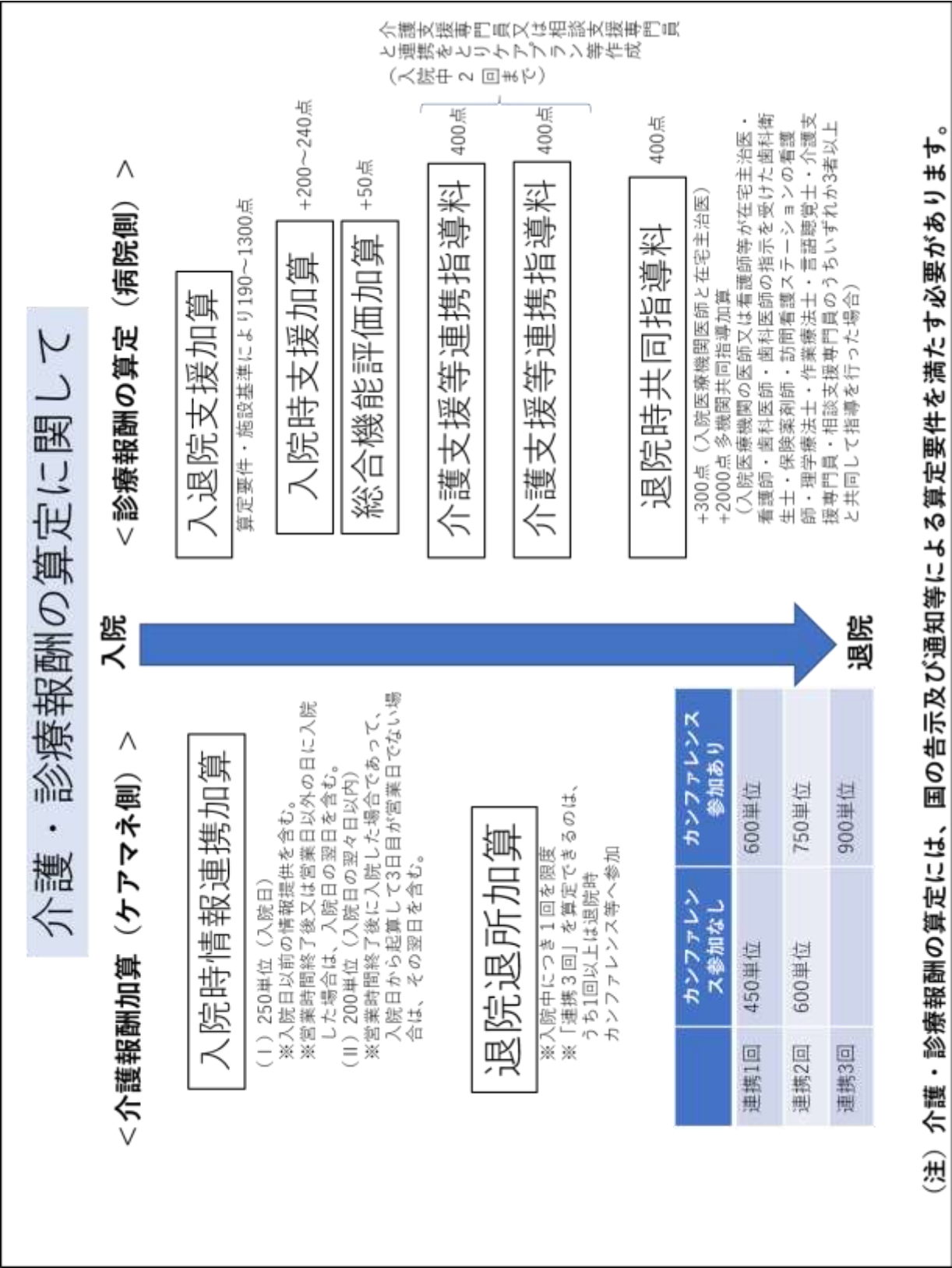
(1) 介護保険サービス等利用手続き



(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



(3) 居宅介護支援事業所一覧

※令和6年11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」等でご確認ください。

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
2	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	0743-74-3333
3	株式会社桜の家	宅老サロン桜の家	630-0133	奈良県生駒市あすか野南1-2-2	0743-79-9950
4	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
5	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
6	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	奈良県生駒市儀口町444-1	0743-73-9418
7	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	0743-76-2266
8	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
9	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
10	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
11	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
12	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
13	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	奈良県生駒市儀口町1069番地1	0743-84-8201
14	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
15	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
16 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
17 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
18 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
19 2970901423	株式会社愛来る	愛来る居宅介護支援事業所	630-0245	奈良県生駒市北新町4-56	0743-75-3282
20 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
21 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
22 2970901720	株式会社PLAYZ	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
23 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
24 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	0743-70-0055
25 2970901993	一般社団法人 社会福祉士事務所 Bright	居宅介護支援事業所ブライト	630-0223	奈良県生駒市小瀬町34-5-202	0743-61-5075
26 2970902009	こころ株式会社	アリス居宅介護支援事業所	630-0212	奈良県生駒市辻町10-2ビハーラ東生駒302	0743-72-1719
27 2970902025	一般社団法人ai・ai	アイ・アイ介護相談	630-0243	奈良県生駒市俵口町694-1	0743-99-2789
28 2970902033	合同会社 YHY 絆	居宅介護支援事業所 伝心	630-0262	奈良県生駒市緑ヶ丘1426-92	0743-61-5161

(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 (認知症地域支援推進員による無料相談 : 0743-72-0687)
生駒市メディカル北地域包括支援センター	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 (認知症地域支援推進員による無料相談 : 0743-71-3522)
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) (認知症地域支援推進員による無料相談 : 0743-74-8665)
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 (認知症地域支援推進員による無料相談 : 0743-74-8665)
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 (認知症地域支援推進員による無料相談 : 0743-74-8665)
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、軽井沢町、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 (認知症地域支援推進員による無料相談 : 0743-74-8665)
生駒市メディカル南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	壱分町、さつき台、小瀬町、南山手台、東山町、萩の台、乙田町、翠光台 (認知症地域支援推進員による無料相談 : 0743-74-8665)

7. 関係機関一覧

※令和6年11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」等でご確認ください。

■病院

	病院名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	オンライン対応
1	生駒市立病院	630-0213	生駒市東生駒1-6-2	0743-72-1111 (代表)	P13参照	面会、カンファレンス、 リハビリ見学、 入院・入所面接
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 (代表)	P13参照	カンファレンス
3	医療法人和幸会 阪奈中央病院	630-0243	生駒市俣口町741	0743-74-8660 (代表)	P13参照	×
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 (代表)	P14参照	カンファレンス
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 (代表)	P14参照	面会、 カンファレンス
6	医療法人学芳会 倉病院	630-0256	生駒市本町1-7	0743-73-4888 (代表)	P14参照	検討中

■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	FAX番号	オンライン対応
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番地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	生駒市俣口町413	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	生駒市メディカル南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	○
7	生駒市メディカル北地域包括支援センター	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	FAX番号	オンライン対応
1	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	0743-74-2511	○
2	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	0743-74-3333	0743-74-3610	○
3	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	0743-79-0587	—
4	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	0743-71-8086	○
5	有限会社ゆりの会	630-0101	奈良県生駒市高山町8075	0743-70-1014	0743-70-1015	○
6	医療法人和幸会 阪奈中央ケアプランセンター	630-0243	奈良県生駒市俣口町444-1	0743-73-9418	0743-73-9447	○
7	居宅介護支援センター延寿	630-0223	奈良県生駒市小瀬町1100	0743-76-2266	0743-76-2260	○
8	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	0743-71-8868	○
9	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	0743-75-1146	○
10	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	0743-76-7700	○
11	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	0743-71-2083	○

※オンライン対応は、事前予約制となります。また、対応可能な曜日・時間が限られていますので、事業所へ連絡の上、ご相談いただきますようお願いいたします。

	事業所名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号	オンライン対応
12	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	○
13	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	○
14	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	○
15	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	○
16	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	0743-79-0085	—
17	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	○
18	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	—
19	愛来る居宅介護支援事業所	630-0245	奈良県生駒市北新町4-56	0743-75-3282	—	○
20	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	○
21	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	×
22	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	○
23	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	○
24	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	0743-70-0055	0743-70-0056	○
25	居宅介護支援事業所ブライト	630-0223	奈良県生駒市小瀬町34-5-202	0743-61-5075	0743-61-5560	—
26	アリス居宅介護支援事業所	630-0212	奈良県生駒市辻町10-2ビハール東生駒302	0743-72-1719	0743-61-5130	○
27	アイ・アイ介護相談	630-0243	奈良県生駒市俵口町694-1	0743-99-2789	0743-99-2833	—
28	居宅介護支援業所 伝心	630-0262	奈良県生駒市緑ヶ丘1426-92	0743-61-5161	0743-61-5162	—

■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	FAX番号	オンライン対応
1	あすならホーム東生駒	630-0215	奈良県生駒市東菜畑1-298メゾン東生駒1F	0743-72-1165	0743-72-1168	○
2	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	検討予定
3	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	○
4	小規模多機能ホーム 彩・生駒	630-0135	奈良県生駒市南田原町454-1	0743-78-8808	0743-78-8809	×

■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	FAX番号	オンライン対応
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	○

※オンライン対応は、事前予約制となります。また、対応可能な曜日・時間が限られていますので、事業所へ連絡の上、ご相談いただきますようお願いします。

■生駒市

	担当課名	郵便番号	所在地	電話番号	FAX番号
1	生駒市 福祉部 地域包括ケア推進課	630-0288	生駒市東新町8-38	0743-74-1111	0743-72-1275
2	生駒市 福祉部 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 子育て健康部 地域医療課	630-0288	生駒市東新町8-38	0743-74-1111	0743-72-2561

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
令和6年11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) 生駒市子育て健康部地域医療課

生駒市東新町8-38

TEL: 0743-74-1111

FAX: 0743-72-2561