退院支援ルール Q&A

ルールについて

Q1 急な（退院まで2，3日）退院があり、サービスの調整や担当者会議が開催できないなど困る時があります。

A1
- 病院の機能により異なりますが、第2段階、第3段階が入院当日から7日以内には行われます。
- すでにケアマネジャーとして担当していた方の場合は、第2段階の時点で、退院支援計画等の情報を収集し退院に向けた支援を開始する必要があります。
- ケアマネジャー等がついておらず、第4段階で在宅支援となった時には、病院は早急に新規でケアマネジャー等への情報提供をしますが、退院までの期日が迫っている場合は病院とケアマネジャー等が連携を密にする、お互いの協力が必要です。

Q2 短期間（1～3日程度）の入院時は情報提供は必要でしょうか。

A2
- 検査・抗がん剤治療等必要のない場合もありますが、白内障の手術など退院後に向けた連携を必要とするケースもあります。連携シート等のやり取りが発生しない場合も、必要に応じて連絡し合うなどの連携が必要です。

Q3 入院の曜日が金曜日の夕方であると、土日が入り3日以内に情報提供することが大変な時があります。

A3
- 入院時情報連携加算の算定の要件としては、夜間、土日祝日等であっても起算日は入院した当日になりますが、P5②入院時の連絡に「ケアマネジャーは**可能な限り入院3日目までに「入院時情報提供シート」等**により病院担当者に利用者の情報を提供する。」こととしてあります。3日以内の情報提供ができなかった場合でもできるだけ速やかに連携を図りましょう。情報の提供手段は問わないとされています。
- 入院時情報連携加算算定の場合、情報提供を行った日時、内容、提供手段（電話・FAX・面談等）について居宅サービス計画等に記録します。

Q4 退院後のケアプランの受け渡しについて、退院後に変更の可能性もあるなど、どのようなタイミングで渡せばよいですか。

A4
- P6⑨参照。ケアマネジャーは原則として、退院前に**ケアプラン原案**（第4段階での情報共有をもとに作成、暫定でも可）を病院に提供することとします。

Q5 退院カンファレンスはどのようなケースで行われるのでしょうか。

A5
- P6⑦参照。原則的にはすべて開催であるが、やむを得ない理由で開催できない場合は、病院担当者、ケアマネジャーをはじめとする在宅支援関係者の綿密な連携を図る必要があります。

Q6 居宅支援の加算で退院退所のカンファレンス有りについて、退院時共同指導料の算定をしているかどうかが不明な為、算定できません。

A6
- P11・P13参照。退院時共同指導料の算定については、病院とケアマネジャーと調整し、病院は退院時共同指導書（カンファレンスシート）等を交付してください。回復期・地域包括病棟（床）においては、病院は算定できませんが、在宅側の算定のため、交付をお願いします。

Q7 退院カンファレンスとサービス担当者会議は別々に開催しなくてはいけないのでしょうか。

A7
- 退院に際して、**病院主催**の退院カンファレンスと同時に**ケアマネジャー主催**のサービス担当者会議を開催することは可能です。P6⑧の通り、退院カンファレンス後にしっかりとサービス担当者会議としての位置づけをすることが必要となります。病院は退院時共同指導書（カンファレンスシート）を、ケアマネジャーはサービス担当者会議の記録を作成します。

窓口・連携について

Q8 病棟看護師（退院支援看護師）からと相談室（医療ソーシャルワーカー）からと連絡が入る場合があり、どちらを主体としてご連絡するといいか迷う事があります。

A8
- 各病院の窓口参照。個別のケースによって、その後のスムーズな連携に向けての主連携先の確認などが必要です。

情報シートの内容について

Q9 入院時連携シート、内容等の記入欄が不足し、記載できません。

A9
- より詳しい内容は、裏面や別紙等を活用し、面談等での情報共有を図っていきましょう。

西濃医療圏 退院支援ルール

本ルールは令和元年度岐阜県から委託された西濃医学会（大垣市医師会、海津市医師会、養老郡医師会、不破郡医師会、安八郡医師会、揖斐郡医師会）が、退院支援ルール策定事業のために招集した西濃医療圏退院支援ルール策定委員会において策定されたものです。
なお、診療報酬加算については、令和2年4月改定予定のものを掲載しています。

令和２年３月

目 次

●**退院支援ルールA** …… 3
ケアマネジャー・地域包括支援センター等の関わりがある方

●**退院支援ルールB** …… 7
ケアマネジャー・地域包括支援センター等の関わりがない方

●**入退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬加算** …… 10

●**入院時情報提供シート** …… 14

●**看護サマリー** …… 15

●**退院時共同指導書**（カンファレンスシート） …… 17

●**各病院の窓口** …… 18

●**居宅介護支援事業所一覧** …… 19

●**地域包括支援センター一覧** …… 21

●**退院支援ルールQ&A** …… 23

●本ルールは施行当初は以下の11施設において運用されますが、
将来的には西濃医療圏の主な病院にて運用される予定です。

大垣市民病院	大垣徳洲会病院	
大垣中央病院	金森病院	名和病院
馬渕病院	海津市医師会病院	西美濃厚生病院
博愛会病院	揖斐厚生病院	新生病院

目 的

この退院支援ルールは西濃医療圏域の主たる病院に入院し、退院時に何らかのケアを必要とする（障がいがある、癌末期、医療機器を要する等）患者が在宅療養（施設を含む）へ移行する際に、かかりつけ医、ケアマネジャー（以後地域包括支援センター担当職員を含む）、訪問看護師等に迅速、着実に引き継ぐために策定されたものです。入院時点から退院前カンファレンスを経て、退院後までの情報共有ルールを策定し、地域内で多職種が連携して共有・周知することにより、スムーズな在宅移行と、在宅医療を推進・均てん化することが目的です。

本ルールの対象者

退院支援が必要だと判断された方

A ケアマネジャー・地域包括支援センター等の関わりがある方

B ケアマネジャー・地域包括支援センター等の関わりがない方

留意事項

本ルールは病院関係者と在宅医療・介護担当者が連携して、患者が入院治療から在宅療養へスムーズに移行するため、退院後の患者の生活の質を落とさないための基本的な流れを示したものであります。担当者は各患者の事情、施設の事情を鑑み、情報共有の方法、退院支援のための指導、退院前カンファレンスの開催等は調整して決定してください。

また、添付した入院時情報提供シート、看護サマリー、退院時共同指導書（カンファレンスシート）等は参考様式であり、各病院、事業所の既存様式の使用を妨げるものではありません。既存様式がない場合や、今後改訂する際の参考にしてください。

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、個人情報の取扱い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ことにより、互いの連携が円滑に行われなければ、結果的に患者・利用者に不利益を及ぼすことになります。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い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い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。

※居宅介護支援事業者は、利用者との契約時に契約書や重要事項説明等で関係機関との情報連携について同意が取れているか確認のうえ、必要に応じて個人情報の使用について、適切な取扱いを行ってください。

退院支援ルール A　ケアマネジャー・地域包括支援センター等の 関わりがある方

	病院（機能は18ページ参照）	ケアマネジャー・地域包括支援センター	かかりつけ医・訪問看護ステーション	家 族 等
第1段階 **入院時スクリーニング**	退院支援職員は退院支援スクリーニングを行い、退院困難患者の抽出を行う（入院当日～3日以内）※1 介護保険の有無を確認 ケアマネジャーに入院の連絡を入れる	入院時情報提供書を作成し病院へ訪問又はFAXで提供（入院3日以内遅くとも7日以内）	診療情報提供書・看護サマリーの提出	健康保険証・介護保険証・負担割合証・お薬手帳・各種医療券および手帳の提示 担当ケアマネジャーおよびその連絡先を伝える 病状説明を受ける
第2段階 **初期アセスメント** ●情報収集 ●問題点の抽出 **退院後の支援内容の検討**	病棟において、患者及び家族と病状や退院後の生活を含めた話し合いを行い、退院支援計画書を作成（入院当日～7日以内）	病院の担当者（看護師もしくは医療ソーシャルワーカー）に電話もしくは訪問し情報収集 ▼ 必要に応じて家族への病状説明に同席		
第3段階 **カンファレンス** ●患者・家族面接 ●院内・外の連携調整	カンファレンスの実施（入院当日～7日以内） ▼ 患者・家族面談			
第4段階 **退院前の合同カンファレンス** ●各担当の情報交換、役割分担 ●在宅サービスの検討、退院準備 ●患者・家族のケア ●物品準備 ●地域との最終調整	医療機関への転院・施設入所 ▼ 情報提供 ▼ 申込 ▼ 病院・施設職員との面談 ▼ 判定会議	病院担当者等から情報収集 ▼ 今後予測される課題を抽出 要介護者→区分変更検討 ▼ （回復期の場合） 家屋調査（ケアマネジャー・リハビリ担当者同席） ▼ ケアプラン原案作成	訪問依頼 ⇒情報収集と情報共有 支援内容につき打合わせ 必要に応じて面談	介護保険・区分変更の申請 ▼ （回復期の場合） 家屋調査立ち合い ▼ 医療的ケア等の指導を受ける
	在宅支援 ▼ 情報提供 ▼ （回復期の場合） 家屋調査 （ケアマネジャー・リハビリ担当者同席）	**退院前カンファレンス・サービス担当者会議参加**		
	カンファレンスシート作成	退院後のサービス利用に向けて準備・調整	訪問看護指示書依頼 （入院先の病院または在宅医）	
第5段階 **退院後の支援** ●関連書類対応 ●外来・通院患者、家族へのフォロー ●外来・地域との連携	転院先・入所決定	看護サマリー等入手 病院へのケアプランの提供	訪問看護指示書・看護サマリー等入手 訪問看護サービス開始 退院時、自宅での受け入れ同行(必要時) 本人・家族への医療的ケア等、指導 （必要に応じて見学）	退院
	看護サマリー等発行 退院	**多職種連携でのサービス提供** 医師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー・訪問看護・サービス提供事業所等		

※1：回復期・地域包括ケア病棟（床）・療養型は日数のしばりはない。

① 入院前の支援

- 入退院支援加算を算定する患者が予定入院する場合は、入院前に外来にて、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下の内容を含む支援を行い、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立てる。
- 介護保険証の有無の確認
- 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
- 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
- 褥瘡に関する危険因子の評価
- 栄養状態の評価
- 服薬中の薬剤・お薬手帳の確認
- 退院困難な要因の有無の評価
- 入院中に行われる治療・検査の説明
- 入院生活の説明

退院困難な要因（下記のいずれかに該当する場合）

- 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
- 要介護認定が未申請であること
- 虐待を受けている又はその疑いがあること
- 医療保険未加入又は生活困窮者であること
- 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
- 排泄に介助を要すること

② 入院時の連絡

- 病院担当者は、患者が入院前に介護保険サービスを利用していたことを確認したら、すみやかに患者を担当しているケアマネジャーに入院の連絡を入れる。
- ケアマネジャーは、利用者（要介護・要支援とも）の入院が分かったら、すみやかに（可能な限り入院3日目までに）「入院時情報提供シート」等により病院担当者に利用者の情報を提供する。
- 病院担当者とケアマネジャーは、お互いにすみやかな入院時の連絡に努める。
- 情報提供する際は、個人情報の保護に十分留意し、細心の注意を払う。
- ファックスやメールでやり取りする場合は先方が受け取ったことを確認し、居宅サービス計画等に記録すること。

病院担当者が患者のケアマネジャーを確認する方法

- 入院時の本人・家族への聞き取り、介護保険証等の確認

ケアマネジャーが利用者の入院に早く気付くための工夫

- 利用者の介護保険証・負担割合証・健康保険証にケアマネジャーの名刺を挟んでおく
- 利用者に介護保険証・負担割合証を健康保険証と一緒に保管するよう勧める
- 本人、家族に入院が決まったらケアマネジャーに伝えるよう説明しておく
- 介護サービス事業所に利用者の入院に気付いたらケアマネジャーに連絡するよう依頼しておく
- 契約時には患者あるいは家族に個人情報の扱いについて説明をし、承諾書を取る

③ 入院中の連携

- 病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、入院日から退院日まで連携して情報共有に努める。

④ 退院支援開始の連絡

- 病院担当者は、患者が在宅等へ退院できると判断できれば、ケアマネジャーが退院準備に必要な期間（ケアプランの作成、各事業所との調整等の期間）を考慮して、入院時情報提供があったケアマネジャーに退院支援開始を連絡する。

⑤ 退院前調整

- 病院担当者は退院支援に必要な情報を退院前カンファレンスまでにケアマネジャー他退院後に係る多職種と共有する（「看護サマリー」は情報共有のツールとして活用する）。
- 看護サマリーは必要な部分を埋める。必要に応じて、主治医からの情報提供書を添える。
- ケアマネジャーは退院日までに訪問看護、訪問介護、通所介護、住宅改修や福祉用具の貸与など在宅療養の環境整備の支援をする。

⑥ 退院前訪問指導

- 入院期間が1ヶ月を超えると見込まれる患者に対しては、可能であれば病院担当者は患者の外泊などに合わせて退院前に患家を訪れ在宅療養に備えるための指導を行う。その際、必要であればケアマネジャーや訪問看護師とともに訪問し、指導する。

⑦ 退院前カンファレンス

- 担当者は、患者が在宅等へ退院できると判断できた時点で、速やかに退院前カンファレンスを開催する。本ルールの対象者に対しては原則すべてカンファレンスを開く努力をする。なお、やむを得ない理由でカンファレンスが開催できない場合は、病院担当者はケアマネジャーと、退院後の支援について綿密に打ち合わせを行い、その他の在宅を担当する職種にもなるべく早い時期に情報提供をする。
- カンファレンスのメンバーは各患者の疾患、病状により、連携するケアマネジャーと協議して決定する。

参加を検討すべきメンバー

患者、家族、病院主治医、在宅かかりつけ医、かかりつけ歯科医、病棟看護師、訪問看護師、病院薬剤師、病院リハビリ担当者、かかりつけ薬局薬剤師、訪問リハビリ担当者、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー、病院栄養士、訪問介護員、施設担当者、福祉用具担当者、福祉関係者

病状により特に招集すべきメンバー

A 在宅医療に移行する患者
病院主治医、在宅かかりつけ医、在宅かかりつけ歯科医、病棟看護師、訪問看護師、医療ソーシャルワーカー、ケアマネジャー

B 麻薬を使用している患者や、中心静脈栄養が必要な患者
上記Aに加えて病院薬剤師、かかりつけ薬局薬剤師

C 脳血管疾患、神経疾患、外傷等で障がいのある患者
上記A、Bに加えて病院リハビリ担当者、在宅リハビリ担当者、福祉用具担当者

D 独居患者、家族の介護力が弱い患者
上記A、B、Cに加えて訪問介護員

E 施設入所予定者や居宅サービスの利用予定者
上記Aに加えて施設担当者

- カンファレンス開催時間は上記メンバーがおおむね参加できる時間帯で調整する。
- カンファレンスはできるだけ1時間以内で行う。
- カンファレンスの内容は当日参加できなかった退院後に関わる職種には書面「退院時共同指導書、介護支援等連携指導書（カンファレンスシート）」で情報提供する。

⑧ サービス担当者会議

- サービス担当者会議はケアマネジャーが主催となる会議で平成11年厚生省令第38号第13条の9で開催が定められている。
- 各分野サービス機関の専門家がケアプラン原案について専門職として検討、協議等をする会議であり、ここで言うサービスとは医療、介護の専門職が提供するケアのことである。
- サービス担当者会議は退院前カンファレンスの情報に基づき開催されることで切れ目のないサービス提供に繋げて行く。ケアマネジャーを介し、利用者と家族、そして各サービス機関がケアについて共通の理解を持ち、互いの連携をスムーズにすることが目的である。

⑨ 退院時・退院後の情報提供

- 病院担当者は、看護サマリー（退院後に想定される看護・介護の問題や最終排便日・入浴日、服薬内容等）をケアマネジャー、訪問看護師に提供する。
- ケアマネジャーは、原則として患者の退院前にケアプラン原案を病院に提供する。
- 病院担当者（病院主治医の指示を受けた看護師、保健師、助産師等）は必要に応じて訪問看護師とともに退院後の患家を訪れ、退院後の状態を把握し、在宅での療養についてアドバイスをする。

転院時の連絡

- 病院担当者は、患者が転院することが決まったら、すみやかにケアマネジャーに転院の連絡を入れるとともに、転院先の病院に患者の担当ケアマネジャーについて情報提供を行う

退院支援ルール B　ケアマネジャー・地域包括支援センター等の 関わりがない方

	病院（機能は18ページ参照）	ケアマネジャー・地域包括支援センター	かかりつけ医・訪問看護ステーション	家 族 等
第1段階 **入院時スクリーニング**	退院支援職員は退院支援スクリーニングを行い退院困難患者の抽出を行う（入院当日～3日以内）※1 介護保険の有無を確認		診療情報提供書・看護サマリーの提出	健康保険証・介護保険証・お薬手帳 各種医療券および手帳提出 病状説明を受ける
第2段階 **初期アセスメント** ●情報収集 ●問題点の抽出 **退院後の支援内容の検討**	病棟において、患者及び家族と病状や退院後の生活を含めた話し合いを行い、退院支援計画書を作成（入院当日～7日以内）			
第3段階 **カンファレンス** ●患者・家族面接 ●院内・外の連携調整	カンファレンスの実施（入院当日～7日以内） ▼ 患者・家族面談			
第4段階 **退院前の合同カンファレンス** ●各担当の情報交換、役割分担 ●在宅サービスの検討、退院準備 ●患者・家族のケア ●物品準備 ●地域との最終調整	医療機関への転院・施設入所 ▼ 情報提供 ▼ 介護申請 （施設入所で介護申請未の場合） ▼ 申込 ▼ 病院・施設職員との面談 ▼ 判定会議	在宅支援（ケアマネジャー・地域包括等の紹介） ▼ 介護申請（申請未の場合） ▼ 情報提供 ▼ （回復期の場合） 家屋調査 （ケアマネジャー・リハビリ担当者同席）	相談受付 病院担当者からケアマネジャーの依頼・承諾※2 病院担当者等から情報収集 ▼ 今後予測される課題を抽出 介護申請・認定の有無 未申請⇒申請手続き 要介護者⇒区分変更検討 ▼ 必要に応じて家族への病状説明に同席 ▼ （回復期の場合）家屋調査 （ケアマネジャー・リハビリ担当者同席） ▼ ケアプラン原案作成	訪問依頼 ⇒情報収集と情報共有 支援内容につき打合わせ 必要に応じて面談	在宅支援の場合、ケアマネジャー等との相談 病院担当者もしくはケアマネジャーより介護申請の提案 ▼ 介護認定・区分変更の申請 （居宅介護支援依頼） 居宅サービス計画作成依頼 届出書等の提出 ▼ （回復期の場合） 家屋調査立ち合い ▼ 医療的ケア等の指導を受ける
	退院前カンファレンス・サービス担当者会議参加			
	カンファレンスシート作成	退院後のサービス利用に向けて準備・調整	訪問看護指示書依頼 （入院先の病院または在宅医）	
第5段階 **退院後の支援** ●関連書類対応 ●外来・通院患者、家族へのフォロー ●外来・地域との連携	看護サマリー等発行 退院	看護サマリー等入手 病院へのケアプランの提供	訪問看護指示書・看護サマリー等入手 訪問看護サービス開始 退院時、自宅での受け入れ同行(必要時) 本人・家族への医療的ケア、指導 (必要に応じて見学)	退院
	転院先・入所決定	**多職種連携でのサービス提供** 医師・歯科医師・薬剤師・ケアマネジャー・訪問看護・サービス提供事業所等		

※1：回復期・地域包括ケア病棟（床）・療養型は日数のしばりはない。
※2：エリアによっては地域包括へ依頼する。

❶ 入院前の支援

- ケアマネジャーとの関わりがなくても、本人・家族に確認し、いれば連絡する。
- 介護保険申請がなければ、サービスを必要とする場合に申請する。

❷ 介護保険申請の支援

《 65歳以上の患者 》

- 病院担当者は、患者が介護保険サービスの利用を希望する場合や、病院担当者が退院支援を必要と判断した場合は、家族などに居住地の市町役場または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。あるいは、病院担当者が地域包括支援センターに直接連絡し、支援を要請する。

《 40歳以上 65歳未満の患者 》

- 病院担当者は、患者が介護保険の対象となる特定の疾病で上記の状態であった場合は、家族などに居住地の市町役場または地域包括支援センターに介護保険サービスの利用について相談に行くよう説明する。あるいは、病院担当者が地域包括支援センターに直接連絡し、支援を要請する。

❸ 担当ケアマネジャーの連絡、入院中の連携

- ケアマネジャーは、入院患者の担当になることが決まれば、すみやかに病院担当者に連絡を入れる。
- 病院担当者とケアマネジャーは、入院期間の見込みや患者の状態等について、連携して情報共有に努める。

❹ 退院支援開始の連絡

❺ 退院前調整

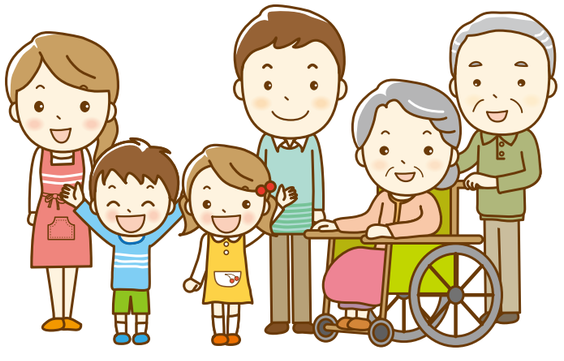
❻ 退院前訪問指導

❼ 退院前カンファレンス

❽ サービス担当者会議

❾ 退院時・退院後の情報提供

Ⓐ ケアマネジャー・地域包括支援センター等の関わりがある方と同じ



入退院支援にかかる診療報酬及び介護報酬加算 （令和2年4月 改定予定）

❶ 診療報酬加算

病　院

入院時支援加算

イ　230点
ロ　200点
入院前の支援状況に応じて

総合機能評価加算

50点

介護支援連携指導1回目

400点
介護支援専門員と連携して本人・家族に支援実施

退院時共同指導料2

400点
（追加加算）
300点（入院医療機関医師と在宅主治医）
2000点
（入院医療機関の医師又は看護師、在宅主治医または看護師、歯科医師、歯科医師の指示を受けた歯科衛生士、保険薬剤師、訪問看護ステーション看護師、介護支援専門員のうち3者以上カンファレンスに出席）※注　（P11、P23 Q&A6参照）

介護支援連携指導2回目

400点
介護支援専門員と連携して本人・家族に支援実施

入退院支援加算1

600点または1200点

入退院支援加算2

190点または635点
+地域連携診療計画加算300点（退院時1回）
+地域連携診療計画加算50点

退院後訪問指導料（1回につき）
訪問看護同行加算

580点　加算20点
入院医療機関を退院した日から加算して1月以内の期間に限り、5回を限度として算定する。ただし、退院日は除く

入 院

退 院

❷ 診療・介護報酬加算〈在宅側〉

居宅介護支援事業所

入院時情報連携加算

（Ⅰ）200単位（3日以内）
（Ⅱ）100単位（4日以上7日以内）

退院・退所加算

入院又は入院期間中、連携回数に応じて算定可能

	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
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

退院時共同指導料2の要件（※注）を満たすもの
（P13、P23 Q&A6参照）

在宅療養支援診療所

退院時共同指導料1

1500点
*在宅療養支援診療所以外の場合900点

訪問看護ステーション側

退院時共同指導加算

退院後の初回の訪問時に加算
600単位

① 診療報酬加算〈病院〉

（令和2年4月　改定予定）

イ　入院時支援加算1
230点

ロ　入院時支援加算2
200点

入院が決まった患者に対し、入院中の治療や入院生活に係る計画に備え、入院前に以下のアからクまで(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を実施し、その内容を踏まえ、入院中の看護や栄養管理等に係る療養支援の計画を立て、患者及び入院予定先の病棟職員と共有した場合に算定する。入院前にアからク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)までを全て実施して療養支援の計画書(以下「療養支援計画書」という。)を作成した場合は入院時支援加算1を、患者の病態等によりア～クまでの全ては実施できず、ア、イ及びク(イについては、患者が要介護又は要支援状態の場合のみ)を含む一部の項目を実施して療養支援計画書を作成した場合は入院時支援加算2を算定する。

ア 身体的・社会的・精神的背景を含めた患者情報の把握
イ 入院前に利用していた介護サービス又は福祉サービスの把握
ウ 褥瘡に関する危険因子の評価
エ 栄養状態の評価
オ 服薬中の薬剤の確認
カ 退院困難な要因の有無の評価
キ 入院中に行われる治療・検査の説明
ク 入院生活の説明

入院時支援加算を算定するに当たって、作成した療養支援計画書を、患者の入院前に入院予定先の病棟職員に共有すること。また、当該計画書については、入院前又は入院日に患者又はその家族等に説明を行い交付するとともに、診療録に添付又は記載すること。
患者の栄養状態の評価や服薬中の薬剤の確認に当たっては、必要に応じて、管理栄養士や薬剤師等の関係職種と十分に連携を図ること。

総合機能評価加算
50点

介護保険法施行令第2条各号に規定する疾病を有する40歳以上65歳未満である者及び65歳以上である者について、身体機能や退院後に必要となりうる介護サービス等について総合的に評価を行った上で当該評価の結果を入院中の診療や適切な退院支援に活用する取組を評価するものである。
患者の病状の安定が見込まれた後できるだけ早期に、患者の基本的な日常生活能力、認知機能、意欲等について総合的な評価(以下「総合的な機能評価」という。)を行った上で、結果を踏まえて入退院支援を行った場合に算定する。
総合的な機能評価の結果については、患者及びその家族に説明するとともに、説明内容を診療録に記載又は添付すること。

介護支援等連携指導料
400点

当該保険医療機関に入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、医師又は医師の指示を受けた看護師、社会福祉士等が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して、患者の心身の状態等を踏まえて導入が望ましい介護サービス又は障害福祉サービス等や退院後に利用可能な介護サービス又は障害福祉サービス等について説明及び指導を行った場合に、当該入院中2回に限り算定する。

退院時共同指導料2
400点

1：保険医療機関に入院中の患者について、当該保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、入院中の患者に対して、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該患者が入院している保険医療機関において、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は在宅療養担当医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)と1回以上、共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

2：上記1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医及び在宅療養担当医療機関の保険医が共同して指導を行った場合に、300点を所定点数に加算する。ただ し、下記3に規定する加算を算定する場合は、算定できない。

3：上記1の場合において、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等が、在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等、保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士、介護支援専門員又は相談支援専門員のうちいずれか3者以上※と共同して指導を行った場合に、多機関共同指導加算として、2,000点を所定点数に加算する。

※「3者」とは、算定する医療機関の関係者を除した数。実際には4者以上となり、同一職種が2名以上の場合は1名と数える。

入退院支援加算1
600点または1200点

厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ：退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するものに対して入退院支援を行った場合。

ロ：連携する他の保険医療機関において当該加算を算定した患者の転院(1回の転院に限る。)を受け入れ、当該患者に対して入退院支援を行った場合。

入退院支援加算2
190点または635点

厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、退院困難な要因を有する入院中の患者であって、在宅での療養を希望するものに対して、入退院支援を行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

地域連携診療計画加算
300点

厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出た保険医療機関が、次に掲げる入退院支援のいずれかを行った場合に、退院時1回に限り、所定点数に加算する。

イ：当該保険医療機関において入退院支援加算の届出を行っている病棟に入院している患者(あらかじめ地域連携診療計画を作成し、当該計画に係る疾患の治療等を担う他の保険医療機関又は介護サービス事業者等と共有するとともに、当該患者の同意を得た上で、入院時に当該計画に基づく当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。)について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関又は介護サービス事業者等に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。

ロ：他の保険医療機関からの転院(1回の転院に限る。)患者(当該他の保険医療機関において当該加算を算定したものであって、当該患者の同意を得た上で、入院時にあらかじめ作成した地域連携診療計画に基づき当該患者の診療計画を作成及び説明し、文書により提供したものに限る。)について、退院時又は転院時に当該他の保険医療機関に当該患者に係る診療情報を文書により提供した場合。

退院前訪問指導料
580点

入院期間が1月を超えると見込まれる患者の円滑な退院のため、患家を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、退院後の在宅での療養上の指導を行った場合に、当該入院中1回(入院後早期に退院前訪問指導の必要があると認められる場合は、2回)に限り算定する。

退院後訪問指導料
580点

1：当該保険医療機関が、保険医療機関を退院した別に厚生労働大臣が定める状態の患者の地域における円滑な在宅療養への移行及び在宅療養の継続のため、患家等を訪問し、当該患者又はその家族等に対して、在宅での療養上の指導を行った場合に、当該患者が退院した日から起算して1月(退院日を除く。)を限度として、5回に限り算定する。

2：在宅療養を担う訪問看護ステーション又は他の保険医療機関の保健師、助産師、看護師又は准看護師と同行し、必要な指導を行った場合には、訪問看護同行加算として、退院後1回に限り、20点を所定点数に加算する。

主な関係報酬のみを掲載しています。
また、算定にあたっては、最新の算定要件・施設基準を確認してください。

② 診療・介護報酬加算〈在宅側〉（介護予防支援の場合は対象とならない）

入院時情報連携加算（居宅介護支援事業所）

利用者が医療機関に入院するに当たって、医療機関の職員に対して利用者の心身の状況や生活環境等の利用者に係る必要な情報を利用者が入院してから3日ないし7日以内に情報提供した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。

入院時情報連携加算（Ⅰ）　200単位／月

- 入院してから3日以内に情報提供していること(提供方法は問わない)

入院時情報連携加算（Ⅱ）　100単位／月

- 入院してから4日以上7日以内に情報提供していること(提供方法は問わない)

退院・退所加算（居宅介護支援事業所）

医療機関や介護保険施設等を退院又は退所し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、退院又は退所に当たって、医療機関や介護保険施設等の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に入院又は入所期間中に1回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は算定しない。

カンファレンス参加なし　（Ⅰ）イ〈1回〉450単位　（Ⅱ）イ〈2回〉600単位
カンファレンス参加あり※　（Ⅰ）ロ〈1回〉600単位　（Ⅱ）ロ〈2回〉750単位　（Ⅲ）〈3回〉900単位

※カンファレンス参加ありの介護報酬算定については、医療機関が退院時共同指導料2の注3の要件を満たし診療報酬を算定している必要がある。

退院時共同指導料1 1500点（在宅療養支援診療所）

保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関（以下「在宅療養担当医療機関」）の保険医又は当該保険医の指示を受けた保健師、助産師、看護師、准看護師（以下「 看護師等」）、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士が、当該患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士若しくは社会福祉士と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り、在宅療養担当医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、在宅療養担当医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関の保険医又は看護師等と1回以上共同して行う場合は、当該入院中2回に限り算定できる。

退院時共同指導加算 600単位（訪問看護ステーション）

病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が、退院時共同指導（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所、介護老人保健施設又は介護医療院の主治の医師その他の従事者と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合に、当該退院又は退所につき1回（特別な管理を必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、介護保険の初回加算（300単位/月）を算定する場合は、算定しない。

- 退院指導を行った同月又は前月の退院指導後に退院した場合に初回の訪問看護に加算する（退院2月以上前の退院時共同指導は算定できない）。
- 看護師等（准看護師除く）が行った指導等は訪問看護の記録書に記録する。
- 医療保険において退院時共同指導加算を算定する場合は算定できない。

入院時情報提供シート

介護支援専門員 ⇒ 病院

病院名		記入日　年　月　日／情報提供日　年　月　日	
事業所名		電話番号	
担当者名		FAX番号	

ふりがな 氏名		生年月日	□明 □大 □昭 □平 年　月　日	年齢	歳	性別	□男 □女
住所	〒			電話番号			
緊急時連絡先	氏名	住所		続柄	電話番号		
		〒					
		〒					

家族構成図 主‥主介護者　☆‥キーパーソン　○‥女性　□‥男性	かかりつけ医	医療機関名		電話番号
		医師名		□通院　□訪問診療
	かかりつけ歯科医	医療機関名		電話番号
		歯科医師名		
	かかりつけ薬局	薬局名		電話番号

既往歴・病歴	要介護度　□申請中　□区分変更中　□要支援（　）　□要介護（　）　□未申請 有効期間（　年　月　日 ～　年　月　日）
障害者手帳　□無　□有（　級） 特定疾患医療受給者証　□無　□有	サービス利用状況・サービス事業所名（　）
生活歴（職歴、趣味等）	□訪問介護（　回/週）（　）　□訪問リハ（　回/週）（　） □訪問看護（　回/週、うち医療保険　回/週）（　） □通所介護（　回/週）（　）　□通所リハ（　回/週）（　） □短期入所（　回/月）（　）　□施設入所（　） □福祉用具貸与（内容:　）　□その他（　）

	自立	見守り	一部介助	全介助	
ADL					
移動方法	□	□	□	□	□車いす　□杖使用　□歩行器使用　□装具使用　介護タクシー:□要　□不要
口腔内	□	□	□	□	義歯:□有(□適　□不適)　□無　嚥下障害:□有　□無　口腔清掃:□良　□悪
食事	□	□	□	□	□普通食　□治療食(□糖尿病食　□高血圧食　□腎臓病食　□その他(　食) 主食:□米飯□軟飯□全粥□その他(　)水分:とろみ剤使用□あり□なし 副食:□常菜□軟菜□嚥下調整食(コード □0j□0t□1j□2-1□2-2□3□4) □食事形態連携一覧参照※
更衣	□	□	□	□	
入浴	□	□	□	□	□自宅(□浴槽　□シャワーのみ)　□訪問入浴　□通所系サービス　□清拭のみ
排泄	□	□	□	□	□トイレ　□ポータブル　□尿器　□リハビリパンツ　□オムツ(□日常　□夜間のみ)
服薬管理	□	□	□	□	薬物アレルギー　□有　薬剤名(　)　□無
日常生活自立度					□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C2
認知症	□無　□有				□Ⅰ　□Ⅱa　□Ⅱb　□Ⅲa　□Ⅲb　□Ⅳ　□M　特記事項(　)
療養上の問題	□無　□有				□幻視・幻聴　□興奮　□不穏　□妄想　□暴力　□介護への抵抗　□昼夜逆転 □不眠　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□意思疎通困難　□その他(　)
医療処置					□在宅酸素療法　□喀痰吸引　□気管切開　□胃ろう　□経管栄養　□中心静脈栄養　□尿道カテーテル □人工肛門　□褥瘡　□自己注射(　)　□その他(　)
家族の介護力					□独居　□日中独居　□高齢世帯　□サポートできる家族や支援者が不在 □家族が要介護状態/認知症である　□その他(　)
特記事項	(患者の性格・嗜好、家族の関わり、経済的問題、住宅環境、ADLの追記、等)				

この情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。　この情報は、　年　月　日現在のものです。
※大垣市医師会ホームページ掲載

看護サマリー

作成年月日　　年　　月　　日

病院　担当看護師様

■基本情報

ふりがな		年齢	性別	生年月日	電話番号
氏名		歳	□男 □女	□明 □大 □昭 □平 年 月 日	
住所	〒			家族構成	
キーパーソン					
氏名		続柄			
緊急連絡先					
① 氏名 / 電話番号		続柄			
② 氏名 / 電話番号		続柄			
公費負担等認定情報	□生活保護 □身障 □知的 □精神 級 □特定疾患（ ）				

■医療および身体情報

感染症	□なし □Wa □HBs □HCV □MRSA □その他（ ）	身長	cm
体重	kg		
アレルギー	□なし □あり（ ）	血液型	□A □B □O □AB Rh（ ＋ － ）

	年齢	疾患名	治療内容	現況		内容
既往歴					内服薬	管理者（ ）
現病歴						
疾患の理解	医師からの説明内容　主治医（ ） DNRの同意：□なし □あり（□挿管 □酸素投与 □心臓マッサージ □点滴）					
	本人の思い		家族の思い			
看護問題（継続する問題点）	#1 ： #2 ： #3 ： #4 ：					
最終バイタル	KT：　℃　P：　/分（整・不整）　BP：　/　mmHg			最終交換日		/　（Ba・NG・その他）

	項目	現在の状況
身体状況	障害高齢者の生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2
	認知症高齢者の生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
	意識レベル	GCS：　JCS：
	麻痺	□なし □あり（部位： ）
	言語障害	□なし □あり（特記： ）
	嚥下障害	□なし □あり（特記： ）
	視力障害	□なし □あり（ □左・□右 ）
	聴力障害	□なし □あり（ □左・□右 ）
	補助具の使用	□眼鏡 □コンタクト □補聴器 □義歯（ □上 □下 ） □杖 □歩行器 □押し車 □装具（ ） □車椅子
医療処置		□自己注射 □自己腹膜還流 □中心静脈栄養（器械の使用：□あり □なし） □経管栄養法（□経鼻 □胃ろう □腸ろう） □人工呼吸器管理 □在宅酸素療法（HOT） □吸引 □吸入 □気管切開部管理 □疼痛管理（器械の使用：□あり □なし） □自己導尿 □膀胱カテーテル留置 □人工肛門管理 □人工膀胱管理 □褥瘡等皮膚処置 □ドレナージ管理 □その他（ ）
ADL	食事	□自立 □一部介助 □全介助 形態（ ） □トロミ（ □有 □無 ）
	排泄	□トイレ（昼・夜） □ポータブル（昼・夜） □オムツ（昼・夜） 排尿回数 /日 最終排便 月 日 下剤 □有（ ） □無
	入浴	□不可（最終清拭： 月 日） □自立 □自宅介助浴 □施設入浴 □訪問入浴（最終入浴 月 日）
	移動	□歩行（ □独歩 □杖 □歩行器 ） □車椅子（ □自走 □介助 ） □ストレッチャー
	睡眠	□良 □不良 眠剤 □有（ ） □無
	意思伝達方法	□口頭 □筆談 □ジェスチャー
	認知症	□中核症状（ ） □周辺症状（ ）
介護保険		□未申請 □認定済 □申請中 □変更中 / 要支援 □1 □2 / 要介護 □1 □2 □3 □4 □5 / 認定期間 年 月 日～ 年 月 日
居宅介護支援事業所	事業所名	TEL：　－　－ / FAX：　－　－ / 担当介護支援専門員 様
利用中の社会資源（名称）	訪問	□看護（ 回/週） □介護（ 回/週） □入浴（ 回/週） □リハビリ（ 回/週）
	入所	□特養（ ） □老健（ ） □グループホーム（ ）
	短期入所	□特養（ ） □老健（ ） □その他（ ）
	通所	□デイサービス（ 回/週 ） □デイケア（ 回/週 ）
	レンタル	□ベッド □車椅子（□普通・□リクライニング） □除圧マット □その他（ ）
住居		□一戸建て（ F） □一戸建て借家（ F） □アパート・マンション（ F） 住宅改修 □有 □無
備考		

作成機関名　　管理者　　作成者氏名

退院時共同指導書（カンファレンスシート）

当院用／他機関用／患者様用

1. 日 時：令和　　年　　月　　日（　　）／時 間　　：　　～　　：
2. 場 所：
3. 内 容：入院中の情報の共有化と退院後の生活についての検討

患者ID		患者氏名	様
生年月日	明治・大正・昭和・平成　　年　　月　　日（　　歳　　ヶ月）		
住　所	〒		
主病名			
実施、対応者 （敬称略）	院　外	院　内	
	ご家族：	主治医	
	在宅医：	病棟看護師：	
	訪問看護師：	MSW：	
	ケアマネジャー：	その他病院職員：	
	その他（職種）：		
入院日：　　年　　月　　日　／　退院予定日：　　年　　月　　日			
検討項目 及び流れ	（1）入院中の病状経過と退院後の注意事項～主治医より～ （2）病棟看護師より ① バイタルサイン、一般状態 ② 日常生活援助 （3）利用予定のサービス内容について ① サービス内容 ② その他 （4）他機関より （5）決定事項等 （6）ご家族より		
指導内容	（患者様への注意事項等）		
退院後の 移送・物品			

記入者名（職種　　）：

各病院の窓口

令和2年3月現在

病院機能	病院名	担当部署名	住 所	TEL・FAX・E-Mail	対応時間
A B	大垣市民病院	よろず相談・ 地域連携課	〒503-8502 大垣市南頬町4丁目86番地	TEL　0584-81-3341（内線6173） FAX　0584-77-0859 E-Mail　yorozu@omh.ogaki.gifu.jp	月～金 8:30～17:15
B C D	大垣徳洲会病院	地域医療連携室	〒503-0015 大垣市林町6丁目85番地1	TEL　0584-77-6166 FAX　0584-77-6185 E-Mail　chiiki-renkei@ogaki.tokushukai.or.jp	月～金 8:30～17:00
C D	大垣中央病院	病棟	〒503-0025 大垣市見取町4丁目2番地	TEL　0584-73-0377（内線527） FAX　0584-74-7577 E-Mail　byoutou@oogakichuou.com	月～土 8:30～17:30
D	金森病院	病棟	〒503-0034 大垣市荒尾町58番地	TEL　0584-91-3331 FAX　0584-91-3203	平日 9:00～16:00
D	名和病院	医事課	〒503-0893 大垣市藤江町6丁目50番地	TEL　0584-78-3111 FAX　0584-81-3383 E-Mail　nw.hos.jimu@sweet.ocn.ne.jp	月～土 8:30～16:00
D	馬渕病院	看護部	〒503-0857 大垣市美和町1831番地	TEL　0584-75-2288 FAX　0584-75-5069 E-Mail　sp8w4569@oboe.ocn.ne.jp	月～土 9:00～18:00
C	海津市医師会病院	地域連携室	〒503-0628 海津市海津町 福江656番地16	TEL　0584-53-7111 FAX　0584-53-7128 E-Mail　kaizuhp@po.mirai.ne.jp	月～金 8:30～17:00
B C D	西美濃厚生病院	地域医療連携 相談室	〒503-1394 養老郡養老町押越986番地	TEL　0584-32-2099 FAX　0584-32-3884 E-Mail　renkei@nishimino.gfkosei.or.jp	月～金 8:30～17:15
B C D	博愛会病院	医療福祉相談室	〒503-2121 不破郡垂井町2210番地の42	TEL　0584-23-1251 FAX　0584-23-1233 E-MAIL　iji@hakuaikai.jp	月～金 8:30～17:30
B C D	揖斐厚生病院	地域医療福祉 連携センター	〒501-0696 揖斐郡揖斐川町 三輪2547番地4	TEL　0585-21-1159 FAX　0585-21-1117 E-Mail　ibi.soudan@gfkosei.or.jp	月～金 8:30～17:15
C D	新生病院	地域医療福祉 連携室	〒503-2417 揖斐郡池田町 本郷1551番地の1	TEL　0585-45-3161（内線103） FAX　0585-45-3255 E-Mail　shinsei3@octn.jp	月～金 9:00～17:00 土 9:00～13:00

注：時間外の対応については、各病院に確認してください。

病院機能

A	高度急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、診療密度が高い医療を提供する機能
B	急性期	急性期の患者に対し、状態の早期安定化に向けて、医療を提供する機能
C	回復期	急性期を経過した患者への在宅復帰に向けた医療やリハビリテーションを提供する機能 特に、急性期を経過した脳血管疾患や大腿骨頸部骨折等の患者に対し、ADLの向上や在宅復帰を目的としたリハビリテーションを集中に提供する機能（回復期リハビリテーション機能）
D	慢性期	長期にわたり療養が必要な患者を入院させる機能 長期にわたり療養が必要な重度の障害者（重度の意識障害者を含む）、筋ジストロフィー患者又は難病患者等を入院させる機能

居宅介護支援事業所一覧

令和2年3月 現在

大垣市

No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
1	キク	〒503-0886 大垣市郭町東2丁目85番地	0584-78-2524	0584-78-2630
2	ケアセンターくつろぎ	〒503-0922 大垣市馬場町80番地	0584-73-9265	0584-73-9267
3	大垣在宅介護支援相談所	〒503-0918 大垣市西崎町2丁目70番地	0584-78-9047	0584-78-9046
4	老人保健施設西濃在宅介護支援センター	〒503-0893 大垣市藤江町6丁目3番地1	0584-73-4007	0584-78-6160
5	岐阜県柔道整復師協同組合 鹿野居宅介護支援事業所	〒503-0878 大垣市竹島町122番地	0584-78-3773	0584-76-5192
6	(株)新生メディカル ケアマネジメントセンター	〒503-0864 大垣市南頬町1丁目98番地1　リトルシャトー3	0584-75-3317	0584-75-3372
7	ケアプラン あかつき	〒503-0858 大垣市世安町1丁目45番地1	0584-77-5155	0584-77-5156
8	(医)徳洲会 大垣徳洲会介護センター	〒503-0015 大垣市林町6丁目85番地1	0584-77-6168	0584-77-6131
9	在宅介護支援センター静風	〒503-0024 大垣市宿地町1008番地4	0584-82-7271	0584-82-6010
10	ケアサポート アミターユス	〒503-0023 大垣市笠木町386番地1　メディカルシェアハウス　アミターバ内	0584-93-1082	0584-93-1083
11	菫居宅介護支援事業所	〒503-0931 大垣市本今3丁目77番地	0584-87-1333	0584-87-1331
12	友和苑在宅介護支援センター	〒503-0962 大垣市入方3丁目70番地1	0584-88-2522	0584-88-1577
13	ケアプランセンター楽笑	〒503-0963 大垣市西大外羽1丁目178番地1	0584-71-8541	0584-71-8542
14	サットヴァの園 在宅介護支援センター 居宅介護支援事業所	〒503-0965 大垣市多芸島1丁目127番地1	0584-88-1775	0584-88-0670
15	大橋ケアサービス	〒503-0824 大垣市旭町3丁目10番地　旭ビル1F	0584-75-3429	0584-75-3485
16	居宅介護支援事業所 おおがきの憩	〒503-0854 大垣市築捨町3丁目67番	0584-89-7150	0584-89-7151
17	ロータス ケアプランセンター	〒503-0852 大垣市禾森町4丁目36番地　コンフォート302号室	0584-77-2663	0584-77-2664
18	居宅介護支援事業所ハーブ	〒503-0856 大垣市新田町2丁目24番地1	0584-88-1325	0584-88-0312
19	大東在宅介護支援センター	〒503-0835 大垣市東前1丁目79番地	0584-82-2812	0584-82-2881
20	大垣市お勝山在宅介護支援センター	〒503-0031 大垣市牧野町2丁目150番地1　お勝山ふれあいセンター	0584-71-2252	0584-71-4191
21	居宅介護支援事業所　いずみ	〒503-0986 大垣市中曽根町494番地	0584-93-3331	0584-93-0272
22	アルファンケア	〒503-0986 大垣市中曽根町622番地	0584-91-8476	0584-91-8484
23	しずさと介護支援センター	〒503-0981 大垣市桧町1452番地	0584-93-1171	0584-93-1151
24	ケアプランセンター綾郷	〒503-0984 大垣市綾野1丁目2627番地	0584-93-0080	0584-93-0082
25	ケアサポート・柚子	〒503-0934 大垣市外渕2丁目79番地	0584-87-1915	0584-87-1918
26	あいあい居宅介護支援事業所	〒503-0947 大垣市浅草3丁目91番地	0584-87-1488	0584-87-1489
27	居宅介護支援事業所よすが	〒503-0947 大垣市浅草3丁目121番地1	0584-84-2360	0584-84-2370
28	介護相談所浅葱	〒503-0841 大垣市平町243番地2	0584-71-7664	0584-71-7663
29	居宅介護支援事業所 しんめい	〒503-0019 大垣市北方町2丁目70番地1	0584-78-3135	0584-78-2975
30	ケアプラン暖	〒503-0012 大垣市三津屋町5丁目4番地2	0584-71-7620	0584-71-7615
31	中野町居宅介護支援事業所	〒503-0022 大垣市中野町3丁目19番地11	0584-76-1536	0584-73-0384
32	(有)にしみのサービス	〒503-0022 大垣市中野町3丁目43番地	0584-74-7824	0584-74-7824
33	居宅介護支援事業所 ケアプラン伊吹	〒503-0017 大垣市中川町1丁目14番地4	0584-84-9988	0584-84-9988
34	ゆたかケアプランセンター中川	〒503-0017 大垣市中川町2丁目1053番地3	0584-47-8486	0584-47-8487
35	大垣市中川在宅介護支援センター	〒503-0017 大垣市中川町4丁目668番地1　中川ふれあいセンター	0584-82-8850	0584-82-8866
36	大垣ケアサービス	〒503-0015 大垣市林町8丁目53番地	0584-73-8668	0584-73-8627
37	ニチイケアセンター和合	〒503-0005 大垣市和合本町1丁目893番地	0584-83-0020	0584-83-0024
38	はやかわケアマネジメントセンター	〒503-0802 大垣市東町2丁目136番地1	0584-83-3883	0584-71-8881
39	居宅介護支援事業所サンヴェール大垣	〒503-0802 大垣市東町4丁目43番地2	0584-81-2215	0584-77-7058
40	大垣市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	〒503-0807 大垣市今宿5丁目1番地4　在宅福祉サービスステーション	0584-75-3308	0584-75-3394
41	エム・ケー・プラン有限会社	〒503-0808 大垣市三塚町1032番地1	0584-83-2091	0584-83-2092
42	墨俣介護支援センター	〒503-0811 大垣市波須1丁目131番地	0584-82-8448	0584-47-6656
43	せいぶ居宅介護支援事業所	〒503-0996 大垣市島町249番地1	0584-93-2970	0584-93-2971
44	プランニングアスカ	〒503-2206 大垣市赤坂新町1丁目2222番地1	0584-72-1144	0584-71-3452
45	介護支援センターけあ・わーくす大垣	〒503-2207 大垣市枝郷5丁目42番地	0584-72-0730	0584-93-0207
46	ハートサービス	〒503-2223 大垣市矢道町1丁目23番地	0584-93-0810	0584-93-0811
47	J・スパック介護サービス	〒503-2223 大垣市矢道町2丁目175番地2	0584-93-0482	0584-93-0483
48	大垣市社会福祉協議会 上石津居宅介護支援事業所	〒503-1602 大垣市上石津町牧田4690番地2　大垣市上石津デイサービスセンター内	0584-48-0061	0584-46-3308

海津市

No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
1	長寿の里・南濃居宅介護支援事業所	〒503-0403 海津市南濃町志津719番地1	0584-58-0294	0584-58-0296
2	ケアセンターおがわ居宅介護支援事業所	〒503-0411 海津市南濃町駒野469番地1	0584-55-1970	0584-55-1971
3	海津市ケアマネジメントセンター	〒503-0411 海津市南濃町駒野827番地1 南濃総合福祉会館ゆとりの森内	0584-55-0903	0584-55-1990
4	よもぎサポート	〒503-0532 海津市南濃町太田681番地	0584-59-0010	0584-59-0212
5	オレンジ・サポート	〒503-0643 海津市海津町札野545番地1	0584-52-0182	0584-53-2626
6	ケアプランセンター和みの郷	〒503-0312 海津市海津町草場字村前71番地	0584-53-3970	0584-53-3971
7	海津市サンリバーはつらつ在宅介護支援センター	〒503-0628 海津市海津町福江656番地2	0584-54-5370	0584-54-5571
8	岐阜県柔道整復師協同組合 角田居宅介護支援事業所	〒503-0321 海津市平田町今尾38番地3	0584-66-2160	0584-66-2160
9	ケアプランセンター 天の花	〒503-0311 海津市平田町仏師川461番地	0584-65-1087	0584-66-5056

養老町

No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
1	介護相談センターかがやき	〒503-1324 養老郡養老町大跡77番地	0584-34-3951	0584-34-3937
2	介護相談所　空	〒503-1261 養老郡養老町鷲巣821番地6	0584-76-5378	0584-76-5379
3	居宅介護支援事業所くるみ	〒503-1304 養老郡養老町飯田429番地1	0584-34-3808	0584-34-3830
4	岐阜・西濃医療センター西美濃厚生病院居宅介護支援事業所	〒503-1394 養老郡養老町押越986番地	0584-32-1161	0584-33-0278
5	ケアプランおぐら	〒503-1262 養老郡養老町小倉474番地	0584-47-6677	0584-47-6700
6	たかのケアプランセンター	〒503-1302 養老郡養老町大坪239番地1	0584-33-2205	0584-33-2203
7	白鶴荘ケアプランセンター	〒503-1253 養老郡養老町柏尾463番地1	0584-32-1211	0584-34-3677
8	船戸クリニックケアプランセンター天の星	〒503-1382 養老郡養老町船附1354番地1	0584-36-0070	0584-36-0155
9	有限会社こすもすケアセンター	〒503-1277 養老郡養老町有尾39番地	0584-33-2137	0584-33-2138

垂井町

No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
1	いぶき苑居宅介護支援事業所	〒503-2107 不破郡垂井町岩手4538番地	0584-47-7100	0584-22-5294
2	垂井町在宅介護支援センター	〒503-2113 不破郡垂井町清水1丁目139番地	0584-23-4658	0584-23-4698
3	垂井町社会福祉協議会	〒503-2121 不破郡垂井町1305番地の2	0584-23-3335	0584-22-2714
4	けあぷらん南西	〒503-2113 不破郡垂井町清水1丁目126番地	0584-23-3988	0584-71-8815

関ケ原町

No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
1	居宅介護支援事業所 SKC-Plan	〒503-1512 不破郡関ケ原町大字関ケ原字東野3441番地の4	0584-47-5870	0584-47-5855
2	関ケ原町在宅支援センター	〒503-1514 不破郡関ケ原町大字関ケ原2490番地の29	0584-43-3152	0584-41-0087

安八郡広域連合

No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
1	神戸町社会福祉協議会居宅支援事業所	〒503-2324 安八郡神戸町八条258番地の2	0584-28-1025	0584-28-1022
2	神戸在宅ケアサービス	〒503-2325 安八郡神戸町大字加納116番地の2	0584-27-8844	0584-27-1717
3	みどりの郷介護支援センター	〒503-2306 安八郡神戸町大字北一色14番地	0584-27-8803	0584-27-9041
4	ケアマネステーションわのうち	〒503-0204 安八郡輪之内町四郷2537番地の1	0584-69-5150	0584-69-5156
5	あんぱちケアマネセンター	〒503-1005 安八郡安八町南今ケ渕400番地	0584-47-7704	0584-64-5775

揖斐広域連合

No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
1	岐阜・西濃医療センター揖斐厚生病院居宅介護支援事業所	〒501-0696 揖斐郡揖斐川町三輪2547番地4	0585-21-1111	0585-21-1112
2	在宅介護支援センター山びこの郷	〒501-0702 揖斐郡揖斐川町東津汲877番地の1	0585-54-2231	0585-54-2235
3	JAいび川訪問介護ステーション	〒501-0619 揖斐郡揖斐川町三輪中新田2439番地の1	0585-23-0155	0585-21-3052
4	揖斐川町社協春日居宅介護支援事業所	〒503-2502 揖斐郡揖斐川町春日六合3420番地	0585-58-0008	0585-58-0037
5	揖斐川町社協谷汲居宅介護支援事業所	〒501-1314 揖斐郡揖斐川町谷汲名礼265番地43	0585-56-3700	0585-56-0078
6	居宅介護支援事業所かりやど	〒501-0625 揖斐郡揖斐川町黒田419番地3	0585-22-5511	0585-22-0044
7	居宅介護支援事業所IB(アイビー)	〒501-0614 揖斐郡揖斐川町長良657番地1	0585-22-0122	0585-22-0132
8	尚和園居宅介護支援事業所	〒501-0615 揖斐郡揖斐川町清水77番地	0585-23-1000	0585-23-1003
9	居宅介護支援事業所西美濃さくら苑	〒503-2403 揖斐郡池田町田中5番地の1	0585-45-9631	0585-45-0262
10	株式会社新生メディカル池田営業所	〒503-2417 揖斐郡池田町本郷1531番地の1	0585-45-9577	0585-45-9782

揖斐広域連合				
No.	事業所名	住 所	TEL	FAX
11	池田町社協介護予防センター	〒503-2417 揖斐郡池田町本郷1628番地の2	0585-45-8123	0585-45-9604
12	サンビレッジケアマネジメントセンター(Ⅱ)	〒503-2417 揖斐郡池田町本郷1501番地	0585-35-5077	0585-35-5088
13	大野町在宅介護支援センターつつじの里	〒501-0513 揖斐郡大野町大字大野80番地	0585-34-3772	0585-34-3773
14	プラザ21おおの居宅介護支援事業所	〒501-0553 揖斐郡大野町大字南方字二度桜191番地	0585-35-2977	0585-35-0033
15	居宅介護支援事業所なごみ	〒501-0555 揖斐郡大野町大字公郷79番地	0585-32-4462	0585-32-4808
16	居宅介護支援事業所まほろば	〒501-0553 揖斐郡大野町大字南方字石ノ上356番地1	0585-35-0058	0585-35-0085
17	小森内科居宅介護支援事業所	〒501-0521 揖斐郡大野町大字黒野645番地1	0585-36-0100	0585-36-0011
18	ぎふ愛の里居宅介護支援事業所	〒501-0513 揖斐郡大野町大字大野字上城東742番地14	0585-35-7717	0585-35-7718
19	ケアプランセンター　ラポール	〒501-0513 揖斐郡大野町大字大野924番地1	0585-36-1771	0585-36-1772

地域包括支援センター一覧

令和2年3月 現在

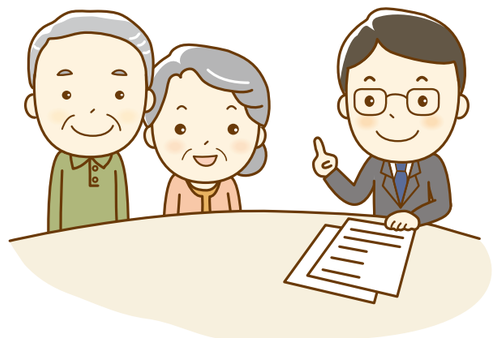
大垣市				
No.	センター名	住 所	TEL・FAX・E-Mail	担当地区
1	大垣市地域包括支援センター	〒503-8601 大垣市丸の内２丁目 29 番地 （大垣市役所高齢介護課内） ※4/1 以降は高齢福祉課に変更となります	TEL 0584-82-1166 FAX 0584-81-6221 E-Mail koureikaigoka@city.ogaki.lg.jp	安井・川並・洲本・浅草
2	地域包括支援センター 大垣市社会福祉協議会	〒503-0922 大垣市馬場町 124 番地 （大垣市総合福祉会館内）	TEL 0584-77-2255 FAX 0584-77-5511 E-Mail houkatsu@ogakishakyo.or.jp	興文・東・西・南
3				南杭瀬・静里・綾里・荒崎・日新
4		〒503-0807 大垣市今宿５丁目1番地４ （在宅福祉サービスステーション内）	TEL 0584-84-7111 FAX 0584-77-3362	和合・三城・墨俣
5		〒503-1602 大垣市上石津町牧田 4780 番地 （上石津老人福祉センター悠楽苑内）	TEL 0584-48-0068 FAX 0584-46-3302	上石津
6	大垣市地域包括支援センター お勝山	〒503-0031 大垣市牧野町２丁目150番地１ （お勝山ふれあいセンター内）	TEL 0584-71-5536 FAX 0584-71-5181	宇留生・赤坂・青墓
7	大垣市地域包括支援センター 中川ふれあい	〒503-0017 大垣市中川町４丁目668番地１ （中川ふれあいセンター内）	TEL 0584-82-1701 FAX 0584-82-1702	北・中川

海津市				
No.	センター名	住 所	TEL・FAX・E-Mail	担当地区
1	海津市地域包括支援センター	〒503-0695 海津市海津町高須 515 番地	TEL 0584-53-3030 FAX 0584-53-0443 E-Mail koreikaigo@city.kaizu.lg.jp	海津市

養老町				
No.	センター名	住 所	TEL・FAX・E-Mail	担当地区
1	養老町地域包括支援センター	〒503-1251 養老郡養老町石畑 523 番地	TEL 0584-33-0270 FAX 0584-33-0275 E-Mail houkatu@town.yoro.gifu.jp	養老町

垂井町				
No.	センター名	住所	TEL・FAX・E-Mail	担当地区
1	垂井町地域包括支援センター	〒503-2193 不破郡垂井町宮代 2957 番地の 11	TEL 0584-22-1151 FAX 0584-22-5180 E-Mail kenkou@town.tarui.lg.jp	垂井町

関ケ原町				
No.	センター名	住所	TEL・FAX・E-Mail	担当地区
1	関ケ原町地域包括支援センター	〒503-1514 不破郡関ケ原町大字関ケ原 2490 番地の 29	TEL 0584-43-3201 FAX 0584-43-3204	関ケ原町

安八郡広域連合				
No.	センター名	住所	TEL・FAX・E-Mail	担当地区
1	神戸町地域包括支援センター	〒503-2392 安八郡神戸町神戸 1111 番地	TEL 0584-27-1158 FAX 0584-27-8443	神戸町
2	輪之内町地域包括支援センター	〒503-0292 安八郡輪之内町四郷 2530 番地の1	TEL 0584-69-3128(役場福祉課) FAX 0584-68-2766 E-Mail houkatsu@town.wanouchi.lg.jp	輪之内町
3	安八町地域包括支援センター	〒503-0198 安八郡安八町氷取 161 番地	TEL 0584-64-7104 FAX 0584-64-5014	安八町

揖斐広域連合				
No.	センター名	住所	TEL・FAX・E-Mail	担当地区
1	揖斐川町地域包括支援センター	〒501-0603 揖斐郡揖斐町三輪 133 番地	TEL 0585-23-1341 FAX 0585-22-4496 E-Mail kenkoufukushi@town.ibigawa.gifu.jp	揖斐川町
2	大野町地域包括支援センター	〒501-0592 揖斐郡大野町大字大野 80 番地	TEL 0585-34-1111 FAX 0585-34-2110 E-Mail hokatsu@town-ono.jp	大野町
3	池田町地域包括支援センター	〒503-2417 揖斐郡池田町本郷 1628 番地の 2 （池田町福祉センター内）	TEL 0585-45-8123 FAX 0585-45-9604 E-Mail houkatu@town.gifu-ikeda.lg.jp	池田町