

## 7. 参考資料

### 関係病院一覧

(但馬圏域入退院支援運用ガイドラインが適用されるところ R7.5.1現在)

No.	病 院 名	郵便番号	所 在 地	電話	F A X	備考
1	公立豊岡病院組合立 豊岡病院	668-8501	豊岡市戸牧1094	0796-22-6111	22-0088	医療福祉相談室FAX 22-6135
2	公立豊岡病院組合立 豊岡病院出石医療センター	668-0263	豊岡市出石町福住1300	0796-52-2555	52-3811	
3	公立豊岡病院組合立 朝来医療センター	669-5267	朝来市和田山町法興寺392	079-672-3999	670-2223	
4	公立八鹿病院	667-0021	養父市八鹿町八鹿1878-1	079-662-5555	662-3134	
5	公立村岡病院	667-1311	香美町村岡区村岡3036-1	0796-94-0111	98-1341	
6	公立香住病院	669-6543	香美町香住区若松540	0796-36-1166	36-1897	
7	公立浜坂病院	669-6731	美方郡新温泉町二日市184-1	0796-82-1611	82-3203	
8	但馬病院	667-0023	養父市八鹿町上綱場155	079-662-2631	662-6682	
9	大植病院	679-3423	朝来市多々良木1514	079-678-1231	678-0881	

## 豊岡市 介護保険関係機関一覧

〔地域包括支援センター R7.10.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	豊岡地域包括支援センター	668-0046	豊岡市立野町12-12	0796-24-2409	24-9088	
2	城崎・竹野地域包括支援センター	669-6195	豊岡市城崎町桃島1057-1	0796-32-4599	32-2940	10/1修正
	城崎・竹野地域包括支援センター 竹野分室	669-6221	豊岡市竹野町須谷1478	0796-47-1425	47-1878	
3	日高地域包括支援センター	669-5305	豊岡市日高町祢布891-2	0796-42-0158	42-4731	
4	出石・但東地域包括支援センター	668-0263	豊岡市出石町福住1302	0796-52-7015	52-5716	
	出石・但東地域包括支援センター 但東分室	668-0311	豊岡市但東町出合433-1	0796-54-0515	54-0182	

〔居宅介護支援事業所 R7.10.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	J A たじま豊岡介護センター居宅介護支援事業所	668-0844	豊岡市土淵133-5	0796-24-2420	24-2362	
2	(株) こうのとりの介護サービス	668-0063	豊岡市正法寺573-5	0796-24-4600	24-4600	
3	居宅介護支援事業所 とよおかの里	668-0862	豊岡市香住1272	0796-26-0333	26-0334	
4	居宅介護支援事業所 ハートの木	668-0033	豊岡市中央町7-11	0796-22-3366	22-3339	
5	こうのとりの居宅支援センター	668-0054	豊岡市塩津町2-37	0796-24-7123	24-7130	
6	ケアプランセンター まんてん	668-0046	豊岡市立野町8-27	0796-21-9159	23-0002	
7	居宅介護支援事業所 美そら	668-0046	豊岡市立野町14-10	0796-34-6575	34-6526	
8	そうだん処 和音	668-0057	豊岡市弥栄町1-11	0796-23-3428	24-9092	
9	豊岡シルバーステイ 居宅介護支援事業所	668-0065	豊岡市戸牧1132-2	0796-26-8686	26-8677	
10	三つの花	668-0013	豊岡市中陰574-6	0796-23-2522	23-2522	
11	ひびき社会福祉士事務所	668-0025	豊岡市幸町13-15	0796-20-1141	20-3483	
12	ライフサポート ケアプランセンター	668-0084	豊岡市福田1296-1	0796-34-6625	34-6606	
13	ベンリー居宅介護支援事業所	668-0055	豊岡市昭和町1-17	0796-34-6760	24-8160	新規
14	(有) 豊岡ケアサービス	668-0871	豊岡市梶原350-5	0796-29-0081	29-0082	
15	居宅支援センター 楽々むら	669-6111	豊岡市城崎町楽々浦419-1	0796-32-0161	32-0171	
16	豊岡市社協 豊岡北ケアプランセンター	669-6221	豊岡市竹野町須谷1478	0796-47-1426	47-1878	
17	はまなす苑 居宅介護支援事業所	669-6221	豊岡市竹野町須谷433	0796-47-2200	47-2202	
18	福祉総合相談センター とこしえ	669-6227	豊岡市竹野町林710	0796-48-0100	48-0808	
19	ありがとう	669-5313	豊岡市日高町鶴岡289-1	0796-43-1060	43-1061	
20	こもれび介護相談所	669-5346	豊岡市日高町伊府371-1	0796-21-9105	21-9106	
21	ことぶき苑居宅介護支援事業所	669-5305	豊岡市日高町祢布1304	0796-42-6705	42-0517	
22	豊岡市社協 日高ケアプランセンター	669-5361	豊岡市日高町栗山468-1	0796-43-4500	43-4510	
23	ケアプランセンターやすらぎの里ひだか	669-5346	豊岡市日高町伊府707	0796-21-9141	43-4560	10/1 追加
24	出石荘居宅介護支援事業所	668-0263	豊岡市出石町福住1301	0796-52-6611	52-6612	
25	居宅介護相談室 但馬愛の園	668-0263	豊岡市出石町福住1313	0796-52-7035	52-7039	
26	豊岡市社協 出石・但東ケアプランセンター	668-0263	豊岡市出石町福住1302	0796-53-2899	52-5716	

〔小規模多機能型居宅介護 R7.10.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	特定非営利活動法人銀ちゃんの家	668-0021	豊岡市泉町7-30	0796-22-7110	24-0252	
	特定非営利活動法人銀ちゃんの家サテライト	668-0063	豊岡市正法寺480-4	0796-34-8410	34-8410	10/1追加
2	小規模多機能型施設 京町小路	668-0042	豊岡市京町5-21	0796-23-3850	24-8077	
3	豊岡市社協 地域福祉・生活支援拠点ぐるらん	669-5302	豊岡市日高町岩中50-4	0796-42-4700	42-4711	
4	小規模多機能型居宅介護事業所 円 (まどか)	668-0208	豊岡市出石町安良239-1	0796-53-2800	53-2801	
5	小規模多機能 但東愛の園	668-0323	豊岡市但東町小谷338-1	0796-20-1381	20-8618	

〔看護小規模多機能型居宅介護 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	看護小規模多機能型居宅介護事業所リガレッセ	669-5356	豊岡市日高町荒川310	0796-44-1500	44-1503	

※事業所の事情等により休止している場合があります。詳細については豊岡地域包括支援センター(☎0796-24-2409)へお問い合わせ下さい。

## 養父市 介護保険関係機関一覧

〔地域包括支援センター R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	養父市地域包括支援センター	667-8651	養父市八鹿町八鹿1675	079-662-6141	662-2601	
2	高齢者等総合相談センター ようか（養父市社会福祉協議会本部・八鹿支部内）	667-0022	養父市八鹿町下網場320	079-662-8080	662-0161	八鹿地区担当
3	高齢者等総合相談センター やぶ（養父市社会福祉協議会 養父支部内）	667-0101	養父市広谷251-1	079-661-9058	664-2181	養父地区担当
4	高齢者等総合相談センター おおや（養父市社会福祉協議会 大屋支部内）	667-0315	養父市大屋町加保678-1	079-669-1598	669-0093	大屋地区担当
5	高齢者等総合相談センター せきのみや（養父市社会福祉協議会 関宮支部内）	667-1105	養父市関宮193	079-667-3249	667-3351	関宮地区担当

〔居宅介護支援事業所 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	公立八鹿病院居宅介護支援事業所	667-8555	養父市八鹿町八鹿1878-1	079-662-5555	662-6113	
2	養父市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	667-0022	養父市八鹿町下網場320	079-662-0666	662-0667	
3	妙見荘居宅介護支援事業所	667-0032	養父市八鹿町小山307-1	079-662-7700	662-7625	
4	谷尾クリニック	667-0031	養父市八鹿町九鹿46-1	079-662-6211	662-5815	
5	KARUBE TREE×TREE かるべの郷居宅介護支援事業所	667-0115	養父市上箇153-1 やぶYタウン内	079-664-1006	664-1364	
6	井上医院介護支援室	667-0103	養父市浅野327-2	079-664-0055	664-1333	
7	真愛介護サービス	667-0131	養父市上野1060	079-664-2941	664-2940	
8	居宅介護支援事業所 はちぶせの里	667-1104	養父市尾崎1327	079-667-3107	667-3109	
9	えいる居宅介護支援センター	667-0322	養父市大屋町筏300	079-669-1838	669-1839	新規

〔小規模多機能型居宅介護 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	小規模多機能型居宅介護はちぶせの里ようか	667-0031	養父市八鹿町九鹿138	079-662-6662	662-6663	
2	小規模多機能型居宅介護Bene（ベーネ）	667-0103	養父市浅野276-2	079-663-4567	663-4566	

## 朝来市 介護保険関係機関一覧

〔地域包括支援センター R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	朝来市高年福祉課（朝来市地域包括支援センター） 朝来市社会福祉課（朝来市障害者基幹相談支援センター）	669-5292	朝来市和田山町東谷213-1	079-672-6125	672-4109	
2	生野地域包括支援センター	679-3301	朝来市生野町口銀谷747-3	079-670-5202	670-5446	生野地区担当
3	山東高齢者相談センター（緑風の郷内）	669-5123	朝来市山東町一品424	079-676-3411	676-3399	山東地区担当
4	和田山高齢者相談センター（さくらの苑内）	669-5252	朝来市和田山町竹田2486-10	079-674-0300	666-8882	和田山・竹田地区担当
5	和田山高齢者相談センター（朝来市社会福祉協議会内）	669-3431	朝来市新井73-1	079-677-2703	677-2707	糸井・大蔵・東河地区担当
6	朝来高齢者相談センター（あさがおホール内）	679-3431	朝来市新井148	079-677-1901	677-1988	朝来地区担当

〔居宅介護支援事業所 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	居宅介護支援事業所 日々青々	669-5202	朝来市和田山町東谷110-1	079-670-3325	672-5401	
2	緑風の郷居宅介護支援事業所	669-5123	朝来市山東町一品424	079-676-3411	676-3399	
3	緑風の郷和田山居宅介護支援事業所	669-5202	朝来市和田山町東谷213-120ルベールビルB号室	079-670-3220	670-3221	
4	朝来市社会福祉協議会いきいき介護センター	669-3431	朝来市新井73-1	079-677-2703	677-2706	
5	あさがおホール居宅介護支援事業所	679-3431	朝来市新井148	079-677-1901	677-1988	
6	いくの喜楽苑居宅介護支援事業所	679-3301	朝来市生野町口銀谷747-3	079-679-5454	670-5446	
7	さくらの苑居宅介護支援事業所	669-5252	朝来市和田山町竹田2486-10	079-674-0300	666-8882	
8	JAたじま南但介護センター	669-5251	朝来市和田山町栄町25-1	079-674-0200	674-0201	
9	居宅介護支援事業所 なごみの郷	669-5231	朝来市和田山町林垣80-2	079-666-8940	675-3771	
10	光里居宅介護支援事業所	669-5252	朝来市和田山町竹田203-2	079-666-8705	666-8074	

〔小規模多機能型居宅介護 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	ステーションROND0	669-5254	朝来市和田山町安井820-10	079-670-6010	670-6008	令和7年4月～ 運営休止中
2	ひなたぼっこ	679-3301	朝来市生野町口銀谷418-5	079-677-2705	679-2707	
3	宅老所えんや	679-3424	朝来市立野164-12	079-677-2705	679-2707	
4	おくらべ	669-5242	朝来市和田山町宮田187-6	079-677-2705	679-2707	
5	ひばり	669-5132	朝来市山東町溝黒123-2	079-677-2705	679-2707	

## 香美町 介護保険関係機関一覧

〔地域包括支援センター R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	備考
1	香美町地域包括支援センター（いきいき相談センター）	669-6592	香美町香住区香住870-1	0796-36-4004	36-4141	

〔居宅介護支援事業所 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	備考
1	居宅介護支援事業所 陽だまり	669-6544	香美町香住区香住666-4	0796-39-1177	39-1177	
2	香住病院居宅介護支援事業所「もくれん」	669-6543	香美町香住区若松540	0796-36-1167	36-1522	
3	香美町社会福祉協議会香住ふれ愛介護センター居宅介護支援事業所	669-6545	香美町香住区森31-1	0796-39-2626	36-1019	
4	居宅介護支援事業所しいの木荘	669-6545	香美町香住区森61-1	0796-36-3833	36-3841	
5	香美町社会福祉協議会村岡居宅介護支援事業所	667-1311	香美町村岡区村岡305-1	0796-98-1000	98-1477	
6	こぶしの里居宅介護支援事業所	667-1511	香美町小代区神水638	0796-97-2799	97-2967	
7	JAたじま浜坂介護センター	669-6741	新温泉町七釜678-2	0796-82-5401	82-5411	
8	福祉総合相談センター とこしえ	669-6227	豊岡市竹野町林710	0796-48-0100	48-0808	
9	はまなす苑 居宅介護支援事業所	669-6221	豊岡市竹野町須谷433	0796-47-2200	47-2202	

〔小規模多機能型居宅介護 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	備考
1	えがおの里	669-6671	香美町香住区余部1969-1	0796-34-0033	20-7480	

## 新温泉町 介護保険関係機関一覧

〔地域包括支援センター R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	新温泉町地域包括支援センター	669-6792	新温泉町浜坂2673-1	0796-82-5623	82-2970	

〔居宅介護支援事業所 R7.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	FAX	備考
1	JAたじま浜坂介護センター	669-6741	新温泉町七釜678-2	0796-82-5401	82-5411	
2	ゆむら指定居宅介護支援事業所	669-6808	新温泉町歌長字熊田600	0796-92-2520	92-1286	
3	古澤クリニック居宅介護支援事業所	669-6822	新温泉町細田209-2	0796-92-2600	92-2652	
4	新温泉町社会福祉協議会居宅介護支援事業所	669-6731	新温泉町二日市216-1	0796-82-1071	82-5079	
5	はまさか居宅介護支援事業所	669-6731	新温泉町二日市177	0796-83-2312	82-0980	

入院時情報提供書＜在宅版＞

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

医療機関名：  
ご担当者名：



事業所名：  
ケアマネジャー氏名：  
TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき、 年 月 日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年	月	日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( )    有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 / ) <input type="checkbox"/> 未申請					
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2		認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M		
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( 身体・精神・知的 )		
年金などの種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ( )					

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ( )				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才) (同居・別居)		電話番号		
意思決定支援者(代諾者)	(続柄 ・ 才) (同居・別居)		電話番号		

3. 意思疎通について

視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	意思疎通	<input type="checkbox"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		

4. 口腔・栄養について

摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 薄い ・ <input type="checkbox"/> 中間 ・ <input type="checkbox"/> 濃い )
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ( )	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ( )
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 総 )	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )
特記事項			

5. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： )
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法： )		
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容： ) <input type="checkbox"/> 全介助		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )

6. かかりつけ医について

かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報

※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月 日) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない ( <input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外 )
---------	---

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名： )		
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄： ) (氏名： 続柄： ) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ( )		
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※			
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容		

37

8. 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況	<input type="checkbox"/> 右 upper limb	<input type="checkbox"/> 左 upper limb	<input type="checkbox"/> 右 lower limb	<input type="checkbox"/> 左 lower limb	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）	<input type="checkbox"/> その他（）			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（）								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<div><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>あり</div> <div></div>								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <div><input type="checkbox"/>見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/>1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/>半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/>30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/>常にみまもりが必要である</div>								
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか <div><input type="checkbox"/>年月日はわかる <input type="checkbox"/>年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/>場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/>その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/>自分の名前がわからない</div>								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <div><input type="checkbox"/>常に覚えている <input type="checkbox"/>たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/>思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/>きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/>忘れたこと自体を認識していない</div>								
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか <div><input type="checkbox"/>自由に操作できる <input type="checkbox"/>チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/>操作間違いが多いが、操作方法を教えられれば使える <input type="checkbox"/>リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/>リモコンが何をやるものかわからない</div>								
過去半年間における入院	<div><input type="checkbox"/>なし <input type="checkbox"/>不明</div> <div><input type="checkbox"/>あり（頻度：<input type="checkbox"/>0回 <input type="checkbox"/>1回 <input type="checkbox"/>2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）</div>								
9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等									
介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（） ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：								
10. 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見）									
住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て。 居室 _____階。 エレベーター（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（）								
退院後の支援者	<div><input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める（<input type="checkbox"/>十分・<input type="checkbox"/>一部） <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める（<input type="checkbox"/>十分・<input type="checkbox"/>一部） <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない</div>								
退院後の主介護者	<div><input type="checkbox"/> 本シート2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名： 続柄： 年齢：）</div>								
家族や同居者等による虐待の疑い	<div><input type="checkbox"/>なし</div> <div><input type="checkbox"/>あり（）</div>								
特記事項									
11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）									
「退院前カンファレンス」への参加	<div><input type="checkbox"/> 希望あり</div> <div>具体的な要望（）</div>								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<div><input type="checkbox"/> 希望あり</div> <div>具体的な要望（）</div>								



# 看護情報提供用紙

作成日 年 月 日										公立		記入者		看護師長			
しめい氏名		生年月日				年齢		性別		家族構成・家族情報							
		年 月 日				歳		男									
住所		電話番号				固定		携帯		主な介護者							
						固定		携帯									
緊急連絡先		①		続柄		電話番号		固定		携帯							
		②		続柄		電話番号		固定		携帯							
介護保険		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護										事業所		担当ケアマネ			
		<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 認定調査日 年 月 日															
障害者手帳		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類										申請中		かかりつけ医			
日常生活自立度(寝たきり度)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2										病院・施設申込					
認知症高齢者の日常生活自立度		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										施設名					
入院期間		年 月 日 ~				年 月 日		入院科		科		主治医		次回診察日			
病名						既往歴											
入院中の経過																	
継続する看護上の問題点																	
病気や後遺症の受け止め/医療への意向等		本人						家族		聴取者						最終体重	
医療処置		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> 麻薬管理 <input type="checkbox"/> 酸素 L/h <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 経管栄養 経路 <input type="checkbox"/> 自己注射 ( ) <input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他										処置内容・カテーテル種類・投与量・交換日等					
感染症		<input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 部位 <input type="checkbox"/> ESB� 部位 <input type="checkbox"/> その他															
アレルギー		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬剤 <input type="checkbox"/> 食物 <input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他															
		自立		見守り		介助		一部		全		身体障害の有無他（有のみ記載）					
寝返り		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		麻痺		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		部位 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢	
移動・移乗		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		拘縮		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		部位 <input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左 <input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢	
口腔ケア		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		感覚		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 補聴器使用 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> その他	
食事摂取 食事形態		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		形態		<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 嚥下食 ( 食 )			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		制限		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 熱量 kcal/日 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 塩分 g <input type="checkbox"/> 水分 ml/日			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		嚥下障害		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ST介入有			
衣服の着脱		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>							
清潔		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		制限		<input type="checkbox"/> 有 方法 最終保清日 月 日			
診療療養上の指示が通る		<input type="checkbox"/>		はい		<input type="checkbox"/>		いいえ		<input type="checkbox"/>							
危険行動		<input type="checkbox"/>		無		<input type="checkbox"/>		有		<input type="checkbox"/>							
排泄		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		手段		<input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル		備考	
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		日中		<input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		夜間		<input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ			
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		最終排便		月 日 方法			
服薬管理		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		管理者					
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		眠剤		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			

(記載例)

看護情報提供用紙

作成日 2024 年 12 月 25 日										公立 朝来医療センター		記入者 津田		看護師長 津田				
しめい氏名	あさご たまさぶろう		生年月日			年齢		性別	家族構成・家族情報									
	朝来 玉三郎		昭和 15 年 12 月 31 日			84 歳		男	妻との2人暮らし									
住所	朝来市和田山町法興寺392番地 アールベルアンジェ205号			電話番号	固定 携帯	079-672-3999 090-1555-8888												
緊急連絡先	①	朝来 みよ子		続柄	妻	電話番号	固定 携帯	主な介護者 妻・長女										
	②	和田 とも子		続柄	長女	電話番号	固定 携帯											
介護保険	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 要支援 2 <input type="checkbox"/> 要介護										事業所	ハッピー老後						
	<input type="checkbox"/> 未申請 <input checked="" type="checkbox"/> 申請中 認定調査日 R6 年 12 月 10 日											担当ケアマネ 坂東 英治						
障害者手帳	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 種類										<input type="checkbox"/> 申請中		かかりつけ医		まほろば病院			
日常生活自立度(寝たきり度)	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input checked="" type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2										病院施設申込有無		有					
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M										施設名		〇〇病院					
入院期間	2024 年 9 月 30 日 ~ 2025 年 1 月 20 日					入院科	内 科		主治医	山田		次回診察日						
病名	脳梗塞		既往歴	糖尿病・糖尿病性網膜症・慢性腎不全							本院内科なし 糖尿内科2月2日9時							
入院中の経過	呂律障害と右麻痺あり、発症より時間経過が長く血栓溶解療法行えず、点滴・リハビリが開始となる。麻痺も入院時よりは回復しているものの肩まで挙上できる程度で指先については自動運動は行えない。呂律障害は改善傾向で、意思疎通も特に問題なし。入院前より持病の腎不全の進行もあり透析導入を考慮し、12月1日に右手にシャント作成行っている。糖尿については入院前よりインシュリン増量して投与継続中。食事量は毎食全量摂取可能																	
継続する看護上の問題点	右麻痺が生じており、ADL自立に向けたリハビリを行うが、なかなか進まず。右手の動きの回復がないことによりインシュリンの自己注射ができなくなり今後介助が必要。そのため意欲の低下も見られている。また持病の糖尿病悪化もあり、今後透析導入も必要。高齢でもあり通院等が困難なため今後の方針について検討が必要である。																	
病気や後遺症の受け止め/医療への意向等	本人	脳の血管が詰まっている							家族	聴取者	脳梗塞にて右麻痺あり。糖尿病の進行により透析導入も必要				最終体重			
															50 Kg			
医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 中心静脈 <input type="checkbox"/> PICC <input type="checkbox"/> 麻薬管理										処置内容・カテーテル種類・投与量・交換日等							
	<input type="checkbox"/> 酸素 L/h <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引										胃管交換 12月24日終了(14Fr固定 cm)							
感染症	<input checked="" type="checkbox"/> 経管栄養 経路 経鼻 <input type="checkbox"/> 自己注射 (インシュリン)										ノボラビッド 朝10単位皮下注							
	<input type="checkbox"/> 人工肛門 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> その他										右腕シャント造設あり							
アレルギー	<input type="checkbox"/> HBs <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> MRSA 部位										<input type="checkbox"/> ESB� 部位		<input type="checkbox"/> その他					
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 薬剤										<input checked="" type="checkbox"/> 食物 メロン		<input type="checkbox"/> 金属 <input type="checkbox"/> その他					
身体障害の有無他 (有のみ記載)	自立	自立	介助											麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	部位	<input checked="" type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左	
																	<input checked="" type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢	
寝返り	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>											拘縮	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
移動・移乗	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 手引き <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 老人車 <input type="checkbox"/> その他													<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢			
口腔ケア	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 部分										感覚	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	部位	<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左			
食事摂取 食事形態	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	形態 <input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下食 (きざみ 食)													<input type="checkbox"/> 上肢 <input type="checkbox"/> 下肢			
		制限 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 熱量 1600 kcal/日										<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 補聴器使用						
衣服の着脱	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 塩分 5 g <input checked="" type="checkbox"/> 水分 1000 ml/日										<input checked="" type="checkbox"/> 視覚 右半盲						
		嚥下障害 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> ST介入有										<input type="checkbox"/> その他						
清潔	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	制限 <input type="checkbox"/> 有 方法 その他										精神	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	<input type="checkbox"/> 幻覚・妄想 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転				
診療療養上の指示が通る	<input type="checkbox"/> はい <input checked="" type="checkbox"/> いいえ	指示が通る時と通らないときがある												<input type="checkbox"/> 大声が出る <input type="checkbox"/> 暴力・暴言				
危険行動	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有											<input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為						
排泄	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	手段 <input type="checkbox"/> 間欠導尿 <input checked="" type="checkbox"/> 留置カテーテル										備考 右不全麻痺。指先については軽く握れる程度。 今まで出来ていたこともできず、意欲低下の為 かベッドで横になっていることが多い						
		日中 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ																
服薬管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	夜間 <input type="checkbox"/> 誘導 <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input checked="" type="checkbox"/> オムツ																
		最終排便 12 月 10 日 方法 摘便																
服薬管理	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/>	管理者 妻																
		眠剤 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有																

## ■個人情報の取扱いについて

「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」

平成 29 年 4 月 14 日通知（令和 7 年 6 月 1 日最終改訂・令和 7 年 6 月 1 日施行）

（以下一部を抜粋）

### I 本ガイダンスの趣旨、目的、基本的考え方

#### 4.本ガイドラインの対象となる「個人情報」の範囲

法令上、「個人情報」とは、生存する個人に関する情報であり、個人情報取扱事業者の義務等の対象となるのは、生存する個人に関する情報に限定されている。本ガイダンスは、医療・介護関係事業者が保有する生存する個人に関する情報のうち、医療・介護関係の情報を対象とするものであり、また、診療録等の形態に整理されていない場合でも個人情報に該当する。

### IV 医療・介護関係事業者の義務等

#### 9.個人データの第3者提供について

##### （3）本人の同意が得られていると考える場合

- ①患者への医療の提供のために通常必要な範囲の利用目的について、院内掲示等で公表しておくことによりあらかじめ黙示の同意を得る場合

医療機関の受付等で、診療を希望する患者から個人情報を取得した場合、それらが患者自身の医療サービスの提供のために利用されることは明らかである。このため、院内掲示等により公表して、患者に提供する医療サービスに関する利用目的について患者から明示的に留保の意思表示がなければ、患者の黙示の同意があったものと考えられる。また、

- (7) 患者への医療の提供のため、他の医療機関等との連携を図ること
- (4) 患者への医療の提供のため、外部の医師等の意見・助言を求めること
- (9) 患者への医療の提供のため、他の医療機関等からの照会があった場合にこれに応じること
- (5) 患者への医療の提供に際して、家族等への病状の説明を行うこと

等が利用目的として特定されている場合は、これらについても患者の同意があったものと考えられる。

- ④介護関係事業者については、介護保険法に基づく指定基準において、サービス担当国会議等で利用者の個人情報を用いる場合には利用者の同意を、利用者の家族の個人情報を用いる場合には家族の同意を、あらかじめ文書により得ておかねばならないとされていることを踏まえ、事業所内への掲示によるのではなく、サービス利用開始時に適切に利用者から文書により同意を得ておくことが必要である。

介護保険を利用するには（患者様説明用）



介護が必要になった場合は、まずは「要介護認定の申請」をして、審査を受ける必要があります。介護が必要かどうか、介護が必要な場合はその度合いなどを決定し、その区分に応じた介護保険サービスなどを利用することができます。

市町に申請をして「要介護認定」を受けると、介護保険サービス・介護予防サービスが利用できます

介護保険を利用するためには、まず利用者（または家族）が、市町の介護保険担当窓口にて「要介護認定の申請」をする必要があります。

申請から認定通知までの流れは、右ページのとおりで。申請を受けて、介護が必要かどうか、介護がどのくらい必要かなど、利用者の心身の状態が審査され、「要介護1～5」「要支援1・2」「非該当」の要介護状態区分に認定されます。この要介護認定の区分に応じて、介護保険サービスあるいは介護予防サービスを利用できるようになります。

地域包括支援センターにご相談を

利用者が動くことができない、家族の時間の都合がつかないなどといった場合、地域包括支援センターでは「申請の代行」が可能です。また、介護保険の利用に関する支援や、介護・健康に関するさまざまな相談を受け付けています。わからないことがあれば、お住まいの市町の地域包括支援センターに相談してみてください。

【但馬の地域包括支援センター】

	名 称	〒	住 所	TEL	FAX
豊 岡 市	豊岡地域包括支援センター	668-0046	立野町12-12	0796-24-2409	0796-24-9088
	城崎・竹野地域包括支援センター	669-6195	城崎町桃島1057-1	0796-32-4599	0796-32-2940
	日高地域包括支援センター	669-5305	日高町祢布891-2	0796-42-0158	0796-42-4731
	出石・但東地域包括支援センター	668-0263	出石町福住1302	0796-52-7015	0796-52-5716
	城崎・竹野地域包括支援センター 竹野分室	669-6221	竹野町須谷1478	0796-47-1425	0796-47-1878
	出石・但東地域包括支援センター 但東分室	668-0311	但東町出合433-1	0796-54-0515	0796-54-0182
養 父 市	養父市地域包括支援センター	667-8651	八鹿町八鹿1675	079-662-6141	079-662-2601
	高齢者等総合相談センターようか	667-0022	八鹿町下細場320	079-662-8080	079-662-0161
	高齢者等総合相談センターやぶ	667-0101	広谷251-1	079-661-9058	079-664-2181
	高齢者等総合相談センターおおや	667-0315	大屋町加保678-1	079-669-1598	079-669-0093
	高齢者等総合相談センターせぎのみや	667-1105	関宮193	079-667-3249	079-667-3351
	朝来市地域包括支援センター	669-5292	和田山町東谷213-1	079-672-6125	079-672-4109
朝 来 市	生野地域包括支援センター	679-3301	生野町口銀谷747-3	079-670-5202	079-679-5446
	山東高齢者相談センター	669-5123	山東町一品424	079-676-3411	079-676-3399
	和田山高齢者相談センター (さくらの苑内)	669-5252	和田山町竹田2486-10	079-674-0300	079-666-8882
	和田山高齢者相談センター (朝来市社会福祉協議会内)	669-3431	新井73-1	079-677-2702	079-677-2706
	朝来高齢者相談センター	679-3431	新井148	079-677-1901	079-677-1988
	香美町地域包括支援センター (いざいき相談センター)	669-6592	香住区香住870-1	0796-36-4004	0796-36-4141
香 美 町					
新 温 泉 町	新温泉町地域包括支援センター	669-6792	浜坂2673-1	0796-82-5623	0796-82-2970

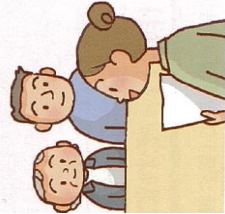
要介護認定の申請から通知まで

1 申 請



介護保険の利用を希望する人は、市町の担当窓口で「要介護認定の申請」をします。地域包括支援センターなどが申請を代行することもできます。

2 調査認定



市町の職員などが自宅を訪問して、利用希望者と家族に心身の状態などについて聞き取り調査を行います。また、希望者のかかりつけ医に、介護が必要となる傷病について「主治医の意見書」を作成してもらう必要があります。かかりつけ医がいらない場合には、市町が指定する医師の診断を受けることになります。

3 審査判定



調査結果を、コンピューター分析による一次判定を経て、保健、医療、福祉分野の専門家で構成される介護認定審査会による二次判定を行い、要介護状態区分（右下参照）を決定します。

4 認 定

「要介護1～5」「要支援1・2」「非該当」のいずれかに認定されます。

～要介護状態の区分～

5 認定通知

要介護状態区分が記載された認定結果通知書と介護保険証が送付されます。介護が必要ない状態と認定されると、介護保険サービスを受けられるようになります。

【要介護1～5】

介護保険の介護サービスが利用できます。介護保険サービスにより生活機能の維持・改善を図るのが適切な人。

【要支援1・2】

介護保険の介護予防サービスが利用できます。要介護状態が軽く、生活機能が改善する可能性の高い人。将来、介護が必要にならない様に、介護保サービス以外の地域にあるサービスを紹介することもあります。

【非該当】

地域支援事業により、サービスが受けられる場合もありますので、ご相談ください

※申請から認定までは約1ヶ月程度かかります。  
※ただし、認定通知までに暫定としてサービスを利用することは可能ですので、ご相談ください。  
（暫定プランの場合、正式な介護度のとの違いによっては、自己負担が生じることもあります）



## ■介護保険に関すること

### (1) 介護保険サービス利用が可能な対象者とは？

- ① **65 歳以上の人**で、日常生活において常に介護や支援が必要と認められた場合
- ② **40～64 歳以下の人**で、老化が原因とされる病気（特定疾病）で、介護や支援が必要と認められた場合

#### ★老化が原因とされる病気(特定疾病)とは…

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靱帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗鬆症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

### (2) ケアマネジャー（介護支援専門員）とは？



- ★2000 年 4 月から始まった「介護保険制度」において、要支援または要介護と認定された方が、一人ひとりの状況に合わせて自立した暮らしができるよう、支援する専門職です。
- ★福祉・医療・介護に関する幅広い専門的な知識をもち、ご本人やご家族の相談に応じるとともに、ケアプランを作成し、適切なサービスが利用できるよう支援します。

要介護認定に関する業務	ケアプランの作成	関係者との連絡調整
<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援・要介護認定に係る申請代行（新規・変更・更新時）</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・自立支援に資するケアマネジメント</li> <li>・本人、家族へのケアプラン説明と同意</li> <li>・サービス利用時の給付管理</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・主治医などの医療機関や、介護サービス事業所等との連携</li> <li>・ボランティア等の住民組織、民生委員等の近隣者とのネットワークづくり</li> <li>・地域包括支援センターや行政機関等との連携</li> </ul>

### （３）居宅介護支援事業所とは？



- ★居宅介護支援事業所は、市町村<sup>(※)</sup>の指定を受け、ケアマネジャーを配置しています。要介護認定申請の代行やケアプランの作成を担う機関となり、サービス提供機関と連絡・調整をします。（※）平成30年4月1日より変更



### （４）地域包括支援センターとは？

- ★地域包括支援センターは、高齢者を保健・医療・福祉・介護など様々な面から総合的に支援するための拠点となる機関です。

- ★保健師、主任ケアマネジャー、社会福祉士の３職種が配置されています。

- ★地域包括支援センターの機能は以下のとおり。

総合相談支援	権利擁護事業	包括的・継続的ケアマネジメント	介護予防ケアマネジメント
<ul style="list-style-type: none"> <li>・高齢者本人や家族などに対して総合的な相談・支援を行う。</li> <li>・行政機関、保健所、医療機関など必要なサービスにつなぐ。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「虐待」「消費者被害」「意思決定」や「金銭管理」等、高齢者の権利侵害に対して相談・支援を行う。</li> <li>・また、これらの事象が予防・早期発見されるよう、広報活動や研修会を開催する。</li> <li>・成年後見制度の紹介や、消費者被害などに対応する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・病状や場所が変わっても、適切な支援が受けられるよう医療・福祉・介護・地域・行政等の様々な機関のネットワークを構築する。</li> <li>・地域ケア会議を通じて、個別ニーズを、資源開発・政策形成につなげる。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>・要支援１・２と認定された方や支援や介護が必要となるおそれの高い方が自立して生活できるよう、生活相談やサービス調整など介護予防の支援をする。</li> </ul>

## ■病院に関すること



### (1) 医療ソーシャルワーカー（MSW）とは？

★保健医療機関において、社会福祉の立場から患者さんやその家族の方々の抱える経済的・心理的・社会的問題の解決、調整を援助し、社会復帰の促進を図る業務を行います。

★具体的な業務内容は以下のとおりです。

- ① 療養中の心理的・社会的問題の解決と調整援助
- ② 退院援助
- ③ 社会復帰援助
- ④ 受診・受療援助
- ⑤ 経済的問題の解決と調整援助
- ⑥ 地域活動

(P47 に紹介チラシがあります)

### (2) 地域連携室って何をするとところ？



★病気になって入院し、治療が終わると退院となります。

地域連携室は、入院中の病気の相談、医療費や介護保険の相談などから、退院後の転院先の調整や生活についての相談をうけるところです。

★病院によっては、「地域連携室」「地域医療連携室」「医療相談室」と、その名称は様々です。但馬圏域では、公立豊岡病院に「**医療福祉相談室**」、出石医療センター・公立八鹿病院・朝来医療センター・公立村岡病院・但馬病院・大植病院に「**地域医療連携室**」、公立香住病院・公立浜坂病院に「**地域連携室**」があります。

★看護師、社会福祉士、医療ソーシャルワーカー、精神保健福祉士などの医療や社会福祉制度の専門スタッフが配置されています。

### (3) 退院調整看護師とは？



- ★患者の退院調整を専門に行う看護師のことです。退院後も病気やケガ、障害などと向き合って生活していくことになる患者のサポートをするために、地域にある他の医療機関や介護施設、事業所などと連携しながら業務にあたります。
- ★退院調整業務における退院調整看護師と医療ソーシャルワーカーの役割は、その大部分が重なりますが、医療ソーシャルワーカーが「患者を社会的・生活面から支援する」ことに重点を置いているのに対して、退院調整看護師は「療養生活を行う上での退院在宅支援」を中心に行います。医療ソーシャルワーカーは、看護師よりも行政や保健・福祉に関する知識に明るく、看護師は、医療ソーシャルワーカーよりも医療・介護の知識に明るいいため、より適切な在宅看護・介護のアドバイスができる・・・といえるかもしれません。



# ご存知ですか？ 病院にソーシャルワーカーがいます Socialworker in Health Care

患者さま・ご家族が求める医療は体の治療だけではありません

体が不自由になっては困る  
(心身機能・身体構造)



日常生活でできないことが  
増えると困る (活動)

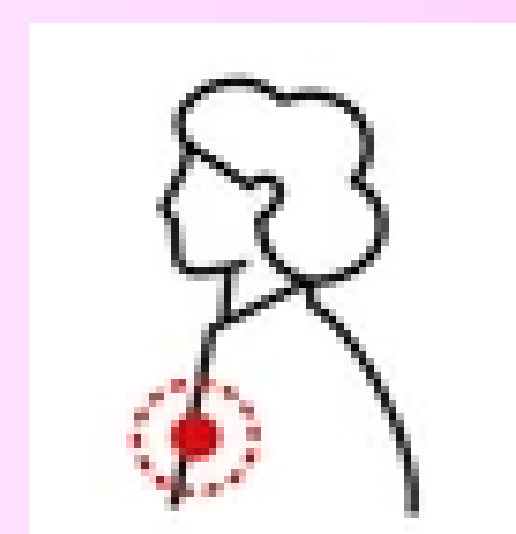


社会生活が  
できにくく  
なるとは困る  
(参加)



介護の負担など  
家族や周囲への負担や  
家の環境が心配 (環境因子)

私自身の気持ちを  
理解してほしい  
(個人因子)



病気になったらこんな心配も・・・  
だれに相談していいかわからないことに  
ソーシャルワーカーが相談にのっています



## 紹介・連携

病院の中で相談にのりきれない事柄については適切な機関や施設と連絡をとりあい、紹介します。  
私たちは、日ごろから相談機関や施設とのネットワークを構築しています。

## 通訳的役割

病院のスタッフとのやりとりが難しいと感じたら、通訳的な役割を果たします。

## 権利擁護的役割

みなさまの基本的な人権を尊重するために動きます。

## 患者さま・ご家族の

## お気持ちや立場の理解と共有

みなさまがどのような気持ちで、どのような状況に置かれているか、を病院のスタッフに伝え、チームでみなさんをサポートします。

ソーシャルワーカーの援助とは？

## ゆっくりと話を伺います (面接)

話し合う中から解決の糸口が見つかることがあります  
あなたの「こうしたい」「こうありたい」をお話ください



## 情報提供による サポート

さまざまな制度、しくみ、がどうなっているか、情報を集め、お伝えします。  
情報が手に入ると、どうしていくといいかが見えてくる可能性があります。

## 退院時のさまざまな援助を行います

退院時は、気持ちの準備、物の準備、サービスの準備など、さまざまな準備を必要とします

また、病院は機能分化し、病気が治るまでひとつの病院で過ごすことが難しくなりました。

ソーシャルワーカーは、退院援助として、以下のようなさまざまな相談をお受けしています。

退院のイメージづくり

状況に応じた退院先の選択肢の紹介 (病院や施設)

退院後のサービスの紹介 等

「ソーシャルワーカー室」「医療福祉相談室」「総合相談室」「患者支援センター」「地域連携室」等に所属し、病院を超えて連携し、皆さまを支えます  
秘密を守ります

公益社団法人 日本医療ソーシャルワーカー協会

mail: jaswhc@d3.dion.ne.jp

http://www.jaswhs.or.jp/



## ■連携にかかる診療報酬・介護報酬一覧 (2024年6月改定)



### 診療報酬加算 (病院)

【入院時支援加算1】 240 点  
 【入院時支援加算2】 200 点  
 患者情報の把握、介護福祉サービスの把握、褥瘡・栄養評価、薬剤確認、入院中の生活・治療の説明など

【入退院支援加算1】  
 一般病棟 700 点  
 療養病棟 1300 点  
 【入退院支援加算2】  
 一般病棟 190 点  
 療養病棟 635 点  
 【総合機能評価加算】 50 点

【介護支援連携指導】(初回) 400 点

【介護支援連携指導】(2 回目) 400 点

ケアマネジャーと連携をとり退院計画を作成する

【退院時共同指導1】  
 ・在宅療養支援診療所 1500 点  
 ・上記以外の場合 900 点  
 【退院時共同指導2】 400 点  
 入院医療機関と在宅医療機関の医師・看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士等もしくは社会福祉士による共同指導

※加算あり

【医師共同指導加算】 300 点

入院医療機関の医師と在宅担当医

【多機関共同指導加算】 2000 点

・入医療機関の医師又は看護師等と、在宅療養スタッフ3者以上

入院

### 介護報酬加算 (ケアマネジャー)



【居宅介護支援の提供開始時】  
 ※利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先医療機関に提供するように依頼することを義務づける(介護予防支援含む)

【入院時情報連携加算】(介護予防支援含まず)  
 (Ⅰ)入院した日のうちに情報提供 250 単位  
 (Ⅱ)入院後3日以内に情報提供 200 単位

※より迅速な情報連携の促進を評価。  
 (Ⅰ)は入院日以前の情報提供含む。  
 情報提供の方法は問わない

【退院・退所加算】(介護予防支援含まず)

	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・退所にあたり、医療機関等の職員と面接を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、ケアプランを作成し、居宅サービスの調整を行う。

・「連携3回」を算定できるのは、そのうち1回以上について、入院中の担当医等との会議(退院カンファレンス)に参加し、退院後の在宅での療養上必要な説明を行い、ケアプランを作成しサービスの調整を行った場合に限る。

退院

令和7年度但馬圏域 各病院の対応一覧表

MSW:医療ソーシャルワーカー Ns:看護師 PSW:精神保健福祉士

	ケアマネとの退院調整を担当する部署				すでに介護保険を利用している患者の場合				新たに介護保険を利用しそうな患者の場合			
	部署名	TEL	FAX	患者の入院をケアマネに連絡する人と連絡方法	入院時情報提供書類の持参先	入院時情報提供書類を提出する場合は事前に連絡の要と連絡先	入院時情報提供書類の送付先(FAX・郵送等)	②退院が見込める退院見込みをケアマネに連絡する人と連絡方法	③退院調整開始ケアマネとの情報交換の主体となる人	ケアマネに退院日を連絡する人と連絡方法	患者・家族に介護保険について説明する人	退院調整開始ケアマネとの契約を支援する人
公立豊岡病院	各病棟 医療福祉相談室	0796-22-6111	(医療福祉相談室) 0796-22-6135	●予定入院の場合: 入院サポーターまたは家族から連絡 ●緊急入院の場合: 病棟Nsが電話で連絡	入院病棟 各病棟のナース ステーションに声をかける。	事前連絡不要	●郵送:医療福祉相談室へ ●FAX:医療福祉相談室へ 平日8:30~17:00のみ対応 FAX:0796-22-6135 原本は郵送してください ●メール不可	原則病棟Nsが電話で連絡	病棟Ns・MSW	病棟Nsが電話で連絡	医療福祉相談室担当者	医療福祉相談室担当者
出石医療センター	病棟 地域医療連携室	(代) 0796-52-2555	(代) 0796-52-3811	病棟Ns又はMSWが電話で連絡	入院病棟	事前連絡不要	●郵送:地域医療連携室 ●FAX可 0796-52-3811 ●メール不可	地域医療連携室担当者か病棟Nsが電話で連絡	地域医療連携室担当者か病棟Ns	地域医療連携室担当者か病棟Ns	地域医療連携室担当者	地域医療連携室担当者か病棟Ns
朝来医療センター	各病棟 地域医療連携室	(地域医療連携室) 079-670-3555	(代) 079-670-2223	基本は病棟Nsが電話で連絡 複雑なケースについては地域医療連携室が担当	入院病棟 地域医療連携室	事前連絡不要 特別な連絡がある場合は事前に電話を 079-670-3555	●郵送:入院病棟 ●FAX可 079-670-2223 送信先の病棟を記入 ●メール不可	病棟Nsか地域医療連携室担当者が電話で連絡	病棟Nsか地域医療連携室担当者が電話で連絡	病棟Ns・地域医療連携室担当者	地域医療連携室担当者	地域医療連携室担当者
公立八鹿病院	各病棟 地域医療連携室	(代) 079-662-5555	(地域医療連携室) 079-662-3143	MSWが電話で連絡	地域医療連携室	事前連絡必要	●郵送:地域医療連携室 ●FAX可 079-662-3143 ●メール不可	MSWが電話で連絡	MSW	MSWが電話で連絡	MSW等	MSW
公立村岡病院	地域医療連携室 退院支援専従Ns	(代) 0796-94-0111	(代) 0796-98-1341	退院支援専従Nsが電話で連絡	地域医療連携室	事前連絡不要	●郵送:地域医療連携室 ●FAX可 0796-98-1341 宛先「地域医療連携室」 ●メール可 muraoka.renkei@herb.ocn.ne.jp (バズワードの設定を推奨)	退院支援専従Nsが電話で連絡	退院支援専従Ns	退院支援専従Nsが電話で連絡	退院支援専従Ns	退院支援専従Ns
公立香住病院	地域連携室	(代) 0796-36-1166	(代) 0796-36-1897	MSWが電話で連絡	地域連携室 (中村MSWあて)	事前連絡不要 特別な連絡がある場合は事前に電話を 0796-36-1166	●郵送:地域連携室 ●FAX可 079-662-1897 ●メール不可	MSWが電話で連絡	病棟Ns・MSW	MSWが電話で連絡	病棟Ns・MSW	MSWが看護師
公立浜坂病院	地域連携室	(代) 0796-82-1611	(専用) 0796-83-3755	地域連携室担当者が電話で連絡	入院病棟か地域連携室	事前連絡不要	●郵送:地域連携室 ●FAX可 0796-83-3755 ●メール不可	地域連携室担当者か病棟Nsが電話で連絡	地域連携室担当者か病棟Ns	地域連携室担当者か病棟Nsが電話で連絡	地域連携室担当者	地域連携室担当者
但馬病院	地域医療連携室 相談員	(代) 079-662-2631	(代) 079-662-6682	相談員が電話で連絡	担当の相談員あて持参	電話で要事前連絡 079-662-2631	●郵送:担当相談員あて ●FAX可 079-662-6682 ●メール不可	相談員が電話で連絡	相談員	相談員が電話で連絡	相談員	相談員
大植病院	地域医療連携室 PSW	(代) 079-678-1231	(代) 079-678-0881	PSWが電話で連絡	担当のPSWあて持参	電話で要事前連絡 079-678-1231	●郵送:担当PSWあて ●FAX可 079-678-0881 担当PSW名を記入 ●メール可 ohue.psw@shunjinkai.or.jp ※メール送付の際は、電話にて事前連絡のこと	PSWが電話で連絡	PSW	PSWが電話で連絡	PSW	PSW

**【事務局】**

**但馬県民局 豊岡健康福祉事務所 企画課**

〒668-0025 兵庫県豊岡市幸町7-11

tel : 0796(26)3655 fax : 0796(24)4410