

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場所 R6.5.1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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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	669-6101	豊岡市城崎町湯島625-9	0796-32-4599	32-2940	
	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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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 えがお	668-0852	豊岡市江本396-1-101	0796-24-7013	24-6154	
4	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	
5	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	
6	こうのとり居宅支援センター	668-0054	豊岡市塩津町2-37	0796-24-7123	24-7130	
7	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	
8	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	
9	そうだん処 和音	668-0057	豊岡市弥栄町1-11	0796-23-3428	24-9092	
10	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	
11	但馬居宅介護支援事業所	668-0011	豊岡市上陰225-1	0796-34-8889	34-6702	
12	三つの花	668-0013	豊岡市中陰574-6	0796-23-2522	23-2522	
13	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	
14	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	
15	(有) コメット	668-0016	豊岡市宮島139-1	0796-29-0188	23-8866	
16	(有) 豊岡ケアサービス	668-0871	豊岡市梶原350-5	0796-29-0081	29-0082	
17	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	
18	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	
19	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	
20	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	
21	ありがとう	669-5313	豊岡市日高町鶴岡289-1	0796-43-1060	43-1061	
22	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	
23	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	
24	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	
25	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	
26	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	
27	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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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	
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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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市高年介護課(☎0796-29-0055)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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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	高齢者相談センター ようか（かるべの郷ドリームスペース内）	667-0021	養父市八鹿町八鹿1576	079-662-8787	662-1515	八鹿地区担当
3	高齢者相談センター やぶ（KARUBE TREE×TREE内）	667-0115	養父市上箇153-1	079-664-1006	664-1364	養父地区担当
4	高齢者相談センター 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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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	介護支援室 咲くやこの花	667-0105	養父市左近山519	079-666-8180	666-8951	新設

〔小規模多機能型居宅介護 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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 R6.5.1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 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	朝来市特別養護老人ホーム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 生野保健センター内	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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	備考
1	ステーションRONDO	669-5254	朝来市和田山町安井820-10	079-670-6010	670-6008	
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 R6.5.1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	36-4004	

〔居宅介護支援事業所 R6.5.1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 R6.5.1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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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 R6.5.1現在〕

No.	事業所名	郵便番号	所在地	電話	F A X	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

令和 年 月 日

事業所名

TEL

記入者

氏名	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女		<input type="checkbox"/> 明 <input type="checkbox"/> 大 <input type="checkbox"/> 昭 <input type="checkbox"/> 平	年	月	日生	才
住所	豊岡市			電話			
最終入退院 月日と医療 機関名	平成 年 月 日 ~ 平成 年 月 日		() 病院 ・ 医療センター ・ 診療所等				
医療機関	かかりつけ医 ()		他科の医療機関 ()				
	かかりつけ歯科医 ()		かかりつけ薬局 ()				
身障者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有		級				
介護保険	<input type="radio"/> 無 <input type="radio"/> 申請中 <input type="radio"/> 事業対象者 要支 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 要介 <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> 4 <input type="radio"/> 5						
	事業所・介護支援専門員等 ()						
入院前の サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 訪問診療(回/月)		<input type="checkbox"/> 訪問看護(事業所名:)		(回/週)		
	<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス (回/週)		<input type="checkbox"/> 訪問入浴サービス (回/週)				
	<input type="checkbox"/> デイサービス (回/週)		<input type="checkbox"/> デイケア (回/週)		<input type="checkbox"/> ショートステイ (回/月)		
	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ~訪看含む(事業所名:)		(回/週)		<input type="checkbox"/> 住宅改修など		
	<input type="checkbox"/> 福祉用具購入()		<input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル(電動ベッド・エアーマット・歩行補助具・車椅子など)				
その他	家族の不安について 具体的内容 ()						
住居環境	<input type="checkbox"/> 一戸建て (階)		<input type="checkbox"/> 集合住宅(サ高住含む)		階・エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	<input type="checkbox"/> 所有物件 <input type="checkbox"/> 賃貸物件 <input type="checkbox"/> 社宅 <input type="checkbox"/> その他 ()						
(入院前の 住居)	廊下幅 <input type="checkbox"/> 広い <input type="checkbox"/> 狭い		廊下手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	玄関段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		階段手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
住居)	専用居室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		寝具 <input type="checkbox"/> 寝具 <input type="checkbox"/> ベッド <input type="checkbox"/> 電動ベッド				
	浴室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		浴室手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		浴室内段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
	トイレ <input type="checkbox"/> 和式 <input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ		トイレ手すり <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				
	洗浄便座 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		トイレまでの段差 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無				

入院前のADLの状況					伝えたい事	
動作	寝がえり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る	<input type="checkbox"/> できない		
	起きあがり	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る	<input type="checkbox"/> できない		
	座位保持	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 支えてもらえば出来る	<input type="checkbox"/> できない		
	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	
	歩行	<input type="checkbox"/> できる	<input type="checkbox"/> 何かにつかまれば出来る	<input type="checkbox"/> できない		
	補助具	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 老人車		
		<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> 電動車椅子	<input type="checkbox"/> 他()		
栄養	栄養摂取	<input type="checkbox"/> 経口摂取	<input type="checkbox"/> 経管栄養(経鼻・胃ろう)			
	食事制限・回数	<input type="checkbox"/> 制限無	<input type="checkbox"/> 制限有()			
	義歯の有無	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	有の場合 部分義歯 <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/>		
排泄	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> PTイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> その他	
	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> PTイレ	<input type="checkbox"/> オムツ	<input type="checkbox"/> その他	
清潔・更衣	入浴等	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 清拭	<input type="checkbox"/> 特浴	<input type="checkbox"/> 訪問入浴	
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助		
	衣服の着脱	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	
認知	物忘れ	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有	本人自覚 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有		
	問題行動	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 徘徊	<input type="checkbox"/> 介護抵抗	<input type="checkbox"/> その他	
	内服管理	<input type="checkbox"/> 本人	<input type="checkbox"/> 家族	<input type="checkbox"/> 訪問看護	<input type="checkbox"/> その他	
睡眠	<input type="checkbox"/> 良好	<input type="checkbox"/> 不眠	眠剤 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
コミュニケーション	意思の疎通	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> ほぼ自立	<input type="checkbox"/> 日常的困難	<input type="checkbox"/> できない	
	言語障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
	視力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
	聴力障害	<input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 有			
外出	外出頻度	週2回以上	週1回	月2~3回	ない	
	外出目的	サービス利用	通院	趣味	その他	
家族構成 (同居は○で囲む)			介護力及び介護状況等詳細			
キーパーソン()TEL() 主な介護者()TEL()			同意欄			上記内容の情報提供について了解します。
						年 月 日
			氏名(代理者名)() 続柄()			

入院時連携シート

作成日	令和 年 月 日
-----	----------

居宅介護支援事業所	
担当者	
電話	

※チェックボックスは黒く塗りつぶし

氏名		<input type="checkbox"/> 男・ <input type="checkbox"/> 女	生年月日	昭和25年4月1日	年齢	73			
住所	〒 667- 電話 079 ()								
家族構成	<input type="checkbox"/> 独居・ <input type="checkbox"/> 高齢者世帯・ <input type="checkbox"/> 同居世帯(主な同居者:)・ <input type="checkbox"/> その他()								
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	続柄	住所	電話					
かかりつけ医	医療機関名		医師名		受診方法				
					<input type="checkbox"/> 往診・ <input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 往診・ <input type="checkbox"/> 通院				
要介護認定	<input type="checkbox"/> 申請中・ <input type="checkbox"/> 要支援()・ <input type="checkbox"/> 要介護()			要介護等 認定期間	令和 年 月 日 から				
障害者手帳等	<input type="checkbox"/> 無・ <input type="checkbox"/> 有()				令和 年 月 日 まで				
ADL	自立	見守り	一部 介助	全介 助	詳しい状況		備考		
移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車いす(<input type="checkbox"/> リクライニング) <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 装具・補助具				
食事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	むせ: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 誤嚥性肺炎の既往: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食事内容:主食 <input type="checkbox"/> ごはん <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 :副食 <input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ソフト <input type="checkbox"/> みじん <input type="checkbox"/> ミキサー				
入浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 自宅(<input type="checkbox"/> 入浴 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭) <input type="checkbox"/> 通所サービス利用(<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 <input type="checkbox"/> 清拭)				
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> バルン留置				
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 上衣 <input type="checkbox"/> ズボン・パンツ <input type="checkbox"/> 靴下 <input type="checkbox"/> ボタン				
整容(口腔を含む)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> 部分義歯 <input type="checkbox"/> 差し歯				
介護保険 サービス	<サービス事業所・サービス種別・頻度・曜日 等>								
介護保険外 サービス インフォーマル 支援	<サービス事業所・サービス種別・頻度・曜日 等>								
ケアマネジャーが 把握している特 別な状況	<家族関係・経済・環境・精神状態・周辺症状等>								
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	
カンファレンス の希望	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(理由:)								

入院時連携シート

作成日	令和3年 4月 1日	居宅介護支援事業所	養父在宅支援居宅介護支援事業所
		担当者	養父 一郎
		電話	〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇

※チェックボックスは黒く塗りつぶし

氏名	養父 太郎		■男・□女	生年月日	昭和25年4月1日	年齢	73
住所	〒667-0021 養父市八鹿町八鹿1675		最低2名は記入できるように、		電話 079 (〇〇〇) 〇〇〇〇		
家族構成	□独居・■高齢者世帯		同居世帯(主な同居者:)・□その他()				
緊急連絡先 (キーパーソン)	氏名	続柄	住所		電話		
	養父 次郎	長男	神戸市灘区〇〇〇〇		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
	養父 花子	長女	福知山市〇〇〇〇		〇〇〇-〇〇〇-〇〇〇〇		
かかりつけ医	医療機関名		医師名		受診方法		
	養父診療所		〇〇〇〇		■往診・□通院		
	養父病院		〇〇〇〇		□往診・■通院		
要介護認定	□申請中・□要支援()・■要介護(4)			要介護等 認定期間	令和 年 月 日 から		
障害者手帳等	□無・■有(下肢機能障害 1種1級)				令和 年 月 日 まで		
ADL	自立	見守り	一部 介助	全介助	詳しい状況		備考
移動	□	□	□	■	□独歩 □杖 ■車いす(□リクライニング) □歩行器 □装具・補助具		・今年に入ってから2回喉に詰まらせたことがある。 ・皮膚が弱く、少しの衝撃で内出血を起こす。 左記のチェック以外、特記すべき状況について記入し
食事	□	□	■	□	むせ: □無 ■有 誤嚥性肺炎の既往: □無 ■有 アレルギー: □無 ■有(蕎麦、卵) 食事内容: 主食 □ごはん ■粥 □ミキサー □経鼻 □胃瘻 : 副食 □普通 ■きざみ □ソフト □みじん □ミキサー		
入浴	□	□	□	■	□自宅(□入浴 □シャワー浴 □清拭) ■通所サービス利用(□一般浴 ■特殊浴 □清拭)		
排泄	□	□	□	■	□トイレ □ポータブル □尿器 ■オムツ □バルン留置		
更衣	□	□	□	■	□上衣 ■ズボン・パンツ ■靴下 ■ボタン		
整容(口腔を含む)	□	□	□	■	■義歯 □部分義歯 □差し歯		
介護保険サービス	<サービス事業所・サービス種別・頻度・曜日 等> デイサービスセンター〇〇〇 月水金 ヘルパーステーション〇〇〇 火木土日の朝夕のオムツ交換 訪問看護ステーション〇〇〇 火木 〇〇〇福祉用具貸与事業所 特殊寝台、特殊寝台付属品、車椅子				サービスの利用状況について記入ください。特別な事情がある場合は、その旨も		
介護保険外サービス インフォーマル支援	<サービス事業所・サービス種別・頻度・曜日 等> 緊急通報システム 訪問理美容 月1回 近隣の方のごみ捨て 週1回				配食サービス、近隣の支援など、介護保		
ケアマネジャーが把握している特別な状況	<家族関係・経済・環境・精神状態・周辺症状等> 長男は仕事があるため中々帰っては来れないが、電話相談はできる。長女はうつ病を発症しており、キーパーソンにはなりにくい。 近所に弟さんがおられ、気にしてくれている。(養父市八鹿町〇〇 TEL:〇〇〇-〇〇〇〇) 年金暮らしであるが、夫婦とも厚生年金のため、生活は問題なし。 車椅子で移動できるよう住宅改修は実施済み。 認知症はない						精神疾患や周辺症状、家族関係の不和など、ケアマネジャーが日ごろ支援をしている中で、困難に感じている事柄について記入ください。
障害高齢者の日常生活自立度	□自立	□J1	□J2	□A1	□A2	■B1	□B2
認知症高齢者の日常生活自立度	■自立	□I	□IIa	□IIb	□IIIa	□IIIb	□IV
カンファレンスの希望	□無 ■有(理由:)						

朝来市情報共有提供書 (2012年10月施行)

作成日	令和 年 月 日	事業所	
		担当者	

氏名		様	アセスメント理由	新規・更新・変更・入院・退院
生年月日	年 月 日生 () 歳			
住所	〒 TEL			
緊急連絡先	氏名	住所	電 話	
	続柄 ()			
	続柄 ()			
要介護認定		被保険者番号		
障害・医療・年金・生保		要介護認定期間	～	
日常生活自立度		認知症自立度		
医療機関 主治医 受診状況				

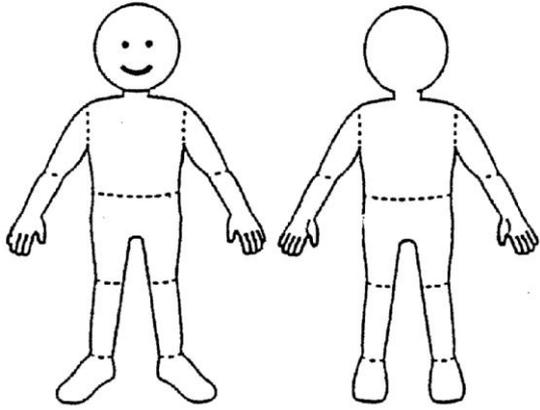
家 族 状 況

氏名	年齢	続柄	家族構成図・介護力

サービス利用状況

介護保険サービス	
介護保険外サービス インフォーマル支援	

特別な状況・経済状態 (ケアマネジャーとしての課題)

日々の生活動作について		<p>(正面) (背面)</p> 
移 動	自立・一部介助・全介助	
食事・口腔	自立・一部介助・全介助	
排 泄	自立・一部介助・全介助	
入 浴	自立・一部介助・全介助	
		健康について (病気・処置・床ずれなど)
更 衣	自立・一部介助・全介助	
家事について (調理・洗濯・掃除・買い物など)		認知、会話、生活全般の管理について
生活について (生活暦・外出の機会・役割など)		住環境等
楽しみについて (趣味・嗜好など)		本人、家族の思い、希望について

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名： _____ 事業所名： _____
ご担当者名： _____ 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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	○男 ○女
		生年月日	明・大・昭 ○ ○ ○	年 月 日生	
住所	〒		電話番号		
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 ILバーター (○ 有 ○ 無)				
入院時の 要介護度	○ 要支援 () ○ 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 ○ 申請中 (申請日： /) □ 区分変更 (申請日： /) ○ 未申請				
障がい高齢者の 日常生活自立度	○ 自立 ○ J1 ○ J2 ○ A1 ○ A2 ○ B1 ○ B2 ○ C1 ○ C2			□ 医師の判断	
認知症高齢者の 日常生活自立度	○ 自立 ○ I ○ IIa ○ IIb ○ IIIa ○ IIIb ○ IV ○ M			□ ケアマネジャーの判断	
介護保険の 自己負担割合	○ _ 割 ○ 不明	障害など認定	○ なし ○ あり (□ 身体 □ 精神 □ 知的)		
年金などの種類	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他 ()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	○ 独居 ○ 高齢者世帯 ○ 子と同居 ○ その他 () * □ 日中独居				
主介護者氏名	(続柄 . 才)		○ 同居 ○ 別居	TEL	
キーパーソン	(続柄 . 才)		連絡先		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	
入院前の家族の 生活に対する意向	

4. 入院前の介護サービスの利用状況について ※同封の書類をご確認ください。

入院前の介護 サービスの利用状況	□ 居宅サービス計画書3表 □ その他 ()
---------------------	-------------------------

5. 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)

在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	○ 独居 ○ 高齢世帯 ○ 子と同居 (家族構成員数： _ 名) * □ 日中独居 ○ その他 ()
世帯に対する配慮	○ 不用 ○ 必要 ()
退院後の主介護者	○ 本シート2に同じ ○ 左記以外 (氏名： 続柄： 年齢：)
介護力*	○ 介護力が見込める (□ 十分 □ 一部) ○ 介護力は見込めない ○ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による 虐待の疑い*	○ なし ○ あり ()
特記事項	

6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望) ※希望ありの場合チェック

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり ・具体的な要望 ()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□ 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 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="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 中度	<input type="radio"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()	
A D L	移動	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	移乗	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他	
	更衣	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	起居動作	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助	
	整容	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助			
	入浴	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助			
	食事	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助			
食事内容	食事回数	回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限	<input type="radio"/> あり () <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分		
	摂取方法	<input type="radio"/> 経口	<input type="radio"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	水分制限	<input type="radio"/> あり () <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明	
□ 口腔	嚥下機能	<input checked="" type="radio"/> むせない	<input type="radio"/> 時々むせる	<input type="radio"/> 常にむせる	義歯	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)		
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり		
排泄*	排尿	<input checked="" type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 夜間 <input type="radio"/> 常時	
	排便	<input type="radio"/> 自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 夜間 <input type="radio"/> 常時	
睡眠の状態		<input type="radio"/> 良	<input checked="" type="radio"/> 不良 ()			眠剤の使用	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
喫煙		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	本くらい/日			飲酒	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 合くらい/日あたり
コミュニケーション能力	視力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難		眼鏡	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()	
	聴力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input checked="" type="radio"/> 困難		補聴器	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
	言語	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難		コミュニケーションに関する特記事項		
	意思疎通	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難				
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()						
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()						
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (理由:) 期間: 年 月 日~ 年 月 日						
	入院頻度	<input type="radio"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="radio"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="radio"/> 今回が初めて						
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()						

8. 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="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="radio"/> 自己管理 <input type="radio"/> 他者による管理 (・管理者:) (・管理方法:)		
服薬状況	<input type="radio"/> 処方通り服用 <input type="radio"/> 時々飲み忘れ <input type="radio"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="radio"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回/月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

入院時情報提供書

医療機関 ← 居宅介護支援事業所

医療機関名： _____ 事業所名： _____
 ご担当者名： _____ 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、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	○男 ○女
		生年月日	明・大・昭 ○ ○ ○	年 月 日生	
住所	〒		電話番号		
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 ILバーター (○ 有 ○ 無)				
入院時の 要介護度	○ 要支援 () ○ 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 ○ 申請中 (申請日： /) □ 区分変更 (申請日： /) ○ 未申請				
障がい高齢者の 日常生活自立度	○ 自立 ○ J1 ○ J2 ○ A1 ○ A2 ○ B1 ○ B2 ○ C1 ○ C2			□ 医師の判断	
認知症高齢者の 日常生活自立度	○ 自立 ○ I ○ IIa ○ IIb ○ IIIa ○ IIIb ○ IV ○ M			□ ケアマネジャーの判断	
介護保険の 自己負担割合	○ _ 割 ○ 不明	障害など認定	○ なし ○ あり (□ 身体 □ 精神 □ 知的)		
年金などの種類	□ 国民年金 □ 厚生年金 □ 障害年金 □ 生活保護 □ その他 ()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	○ 独居 ○ 高齢者世帯 ○ 子と同居 ○ その他 () * □ 日中独居				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)		○ 同居 ○ 別居	TEL	
キーパーソン	(続柄 ・ 才)		連絡先		

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・ 関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の 生活に対する意向	
入院前の家族の 生活に対する意向	

4. 入院前の介護サービスの利用状況について ※同封の書類をご確認ください。

入院前の介護 サービスの利用状況	□ 居宅サービス計画書3表 □ その他 ()
---------------------	-------------------------

5. 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)

在宅生活に 必要な要件	
退院後の世帯状況	○ 独居 ○ 高齢世帯 ○ 子と同居 (家族構成員数： _ 名) * □ 日中独居 ○ その他 ()
世帯に対する配慮	○ 不用 ○ 必要 ()
退院後の主介護者	○ 本シート2に同じ ○ 左記以外 (氏名： 続柄： 年齢：)
介護力*	○ 介護力が見込める (□ 十分 □ 一部) ○ 介護力は見込めない ○ 家族や支援者はいない
家族や同居者等による 虐待の疑い*	○ なし ○ あり ()
特記事項	

6. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望) ※希望ありの場合チェック

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□ 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	□ 希望あり ・具体的な要望 ()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□ 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 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="radio"/> なし	<input type="radio"/> 軽度	<input type="radio"/> 中度	<input type="radio"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()
A D L	移動	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	起居動作	<input type="radio"/> 自立 <input type="radio"/> 見守り <input type="radio"/> 一部介助 <input type="radio"/> 全介助
	整容	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
	入浴	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
	食事	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助		
食事内容	食事回数	回/日 (朝 時頃・昼 時頃・夜 時頃)				食事制限	<input type="radio"/> あり () <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分	
	摂取方法	<input type="radio"/> 経口	<input type="radio"/> 経管栄養	水分とろみ	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	水分制限	<input type="radio"/> あり () <input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 不明
口腔	嚥下機能	<input type="radio"/> むせない	<input type="radio"/> 時々むせる	<input type="radio"/> 常にむせる	義歯	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	
	口腔清潔	<input checked="" type="radio"/> 良	<input type="radio"/> 不良	<input type="radio"/> 著しく不良	口臭	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり	
排泄*	排尿	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input type="radio"/> 一部介助	<input checked="" type="radio"/> 全介助	ポータブルトイレ	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 夜間 <input type="radio"/> 常時
	排便	<input type="radio"/> 自立	<input type="radio"/> 見守り	<input checked="" type="radio"/> 一部介助	<input type="radio"/> 全介助	オムツ/パッド	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> 夜間 <input type="radio"/> 常時
睡眠の状態		<input type="radio"/> 良	<input checked="" type="radio"/> 不良 ()			眠剤の使用	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
喫煙		<input type="radio"/> 無	<input type="radio"/> 有	本くらい/日		飲酒	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり 合くらい/日あたり
コミュニケーション能力	視力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難		眼鏡	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()
	聴力	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難		補聴器	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり
	言語	<input type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input checked="" type="radio"/> 困難		コミュニケーションに関する特記事項	
	意思疎通	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	<input type="radio"/> やや難あり	<input type="radio"/> 困難			
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()					
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ()					
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="radio"/> なし <input checked="" type="radio"/> あり (理由: 期間: 年 月 日~ 年 月 日)					
	入院頻度	<input type="radio"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="radio"/> 頻度は低いが、これまでもある <input checked="" type="radio"/> 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()					

8. 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="radio"/> なし <input type="radio"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="radio"/> なし <input type="radio"/> あり (職種:)
薬剤管理	<input type="radio"/> 自己管理 <input type="radio"/> 他者による管理 (・管理者: ・管理方法:)		
服薬状況	<input type="radio"/> 処方通り服用 <input type="radio"/> 時々飲み忘れ <input type="radio"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="radio"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回/月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

【参考】退院調整情報共有シート(案)

担当ケアマネ()

氏名			生年月日	明・大・昭 年 月 日		年齢	歳	性別	男・女
面談日時	平成 年 月 日() 午前・午後 時 分～ 時 分				場所				
医療機関名及び連絡窓口(所属)	()			電話			面談者(職種)		
入院の原因となった病名・状態像					合併症				
入院期間	入院日:	年 月 日	退院(予定)日:	年 月 日	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			
特定疾患医療受給者証	<input type="checkbox"/> 有(疾患名:) <input type="checkbox"/> 無		障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 知的 <input type="checkbox"/> 精神 (程度:)		生活保護の受給	<input type="checkbox"/> 有(担当CW名:) <input type="checkbox"/> 無		
病院主治医				在宅主治医					
病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望									
ADL	自立	見守り	一部介助	全介助	病棟での様子				
移動方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> 杖使用 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具・補助具使用				
移乗方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
口腔清潔	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
食 事	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 治療食 (<input type="checkbox"/> Kcal <input type="checkbox"/> 糖尿病食 <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> その他) <input type="checkbox"/> 経管栄養				
					主食: <input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> ミキサー (摂取量 割)				
					副食: <input type="checkbox"/> 通常 <input type="checkbox"/> 一口大 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> 極小刻み <input type="checkbox"/> ミキサー(口とろみ付) <input type="checkbox"/> ソフト食 (摂取量 割)				
					水分摂取量:1日 ml とろみ剤使用 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
					アレルギー: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有() 食への意欲: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				
更衣	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
入 浴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	入浴の制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> その他()				
排 泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	場所: <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> オムツ				
服薬管理	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	薬の種類() 薬の変更: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有()				
療養上の問題	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 意思疎通困難 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 認知(程度:) 同居家族の認知症の有無: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(程度:) キーパーソン: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(連絡先:) <input type="checkbox"/> その他() 予後予測()								
医療処置	<input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ(人工肛門・人工膀胱) <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> じょくそう <input type="checkbox"/> その他() 処理の頻度() 家族での対応: <input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可								
家族の介護力	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(留意点等)								
家族への介護指導	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:理解の状況… <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分(問題点:)								
感染症	<input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV MRSA:保菌 <input type="checkbox"/> 発症(部位: <input type="checkbox"/> 痰 <input type="checkbox"/> 血液 <input type="checkbox"/> 尿 <input type="checkbox"/> 創部) <input type="checkbox"/> その他								
病気に対する危険予測									
緊急時の対応	処置の方法: 連絡先: 搬送先:								
かかりつけ医の変更	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有(病院名: 医師名:)								
◆リハビリ目標及び内容、頻度、運動制限(リハビリから確認):									
◆看護を行っていて気になったこと(入院中のエピソード、家族と当事者間の言動等)									
◆本人、家族の退院に対する意向(患者と家族との意向の乖離)									
◆連絡事項・その他									

※退院調整時に、ケアマネジャーが必要としている情報をシートにしているものです。病院内やケアマネジャーと情報を共有する際にご活用ください。

■ 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ドライン」
平成 16 年 12 月 24 日（平成 18 年 4 月 21 日改正・平成 22 年 9 月 17 日改正）

以下、一部を抜粋する。

I 本ガイドラインの趣旨、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。本ガイドラインは、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。

II 用語の定義等

4.本人の同意

医療機関等については、患者に適切な医療サービスを提供する目的のために、当該医療機関等において、通常必要と考えられる個人情報の利用範囲を施設内への掲示（院内掲示）により明らかにしておき、患者側から特段明確な反対・留保の意思表示がない場合には、これらの範囲内での個人情報の利用について同意が得られているものと考えられる。

III 医療・介護関係事業者の義務等

5. 個人データの第三者提供/（3）本人の同意が得られていると考えられる場合

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、サービス担当者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なければならないことを踏まえ、事業所内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」を受けることで、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で「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す。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	669-6101	城崎町湯島 625-9	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
	高齢者相談センターようか	667-0021	八鹿町八鹿 1576	079-662-8787	
	高齢者相談センターやぶ	667-0115	上箇 153-1	079-664-1006	
	高齢者相談センターおおや	667-0315	大屋町加保 678-1	079-669-1598	
	高齢者相談センターせきのみや	667-1105	関宮 193	079-667-3249	
朝来市	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
	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	香美町地域包括支援センター (いぎいき相談センター)	669-6592	香住区香住 870-1	0796-36-4004	0796-36-4004
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。

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。

～要介護状態の区分～

【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。

【非該当】

地域支援事業により、サービスを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。

■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 後縦靭帯骨化症
- 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"> 要支援・要介護認定に係る申請代行（新規・変更・更新時） 	<ul style="list-style-type: none"> 自立支援に資するケアマネジメント 本人、家族へのケアプラン説明と同意 サービス利用時の給付管理 	<ul style="list-style-type: none"> 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 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 地域包括支援センターや行政機関等との連携

(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^(※)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"> 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。 行政機関、保健所、医療機関など必要なサービスにつなぐ。 	<ul style="list-style-type: none"> 「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。 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。 成年後見制度の紹介や、消費者被害などに対応する。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。 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。 	<ul style="list-style-type: none"> 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。

■ 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

(P54 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「患者を社会的な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
なっては困る
(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)

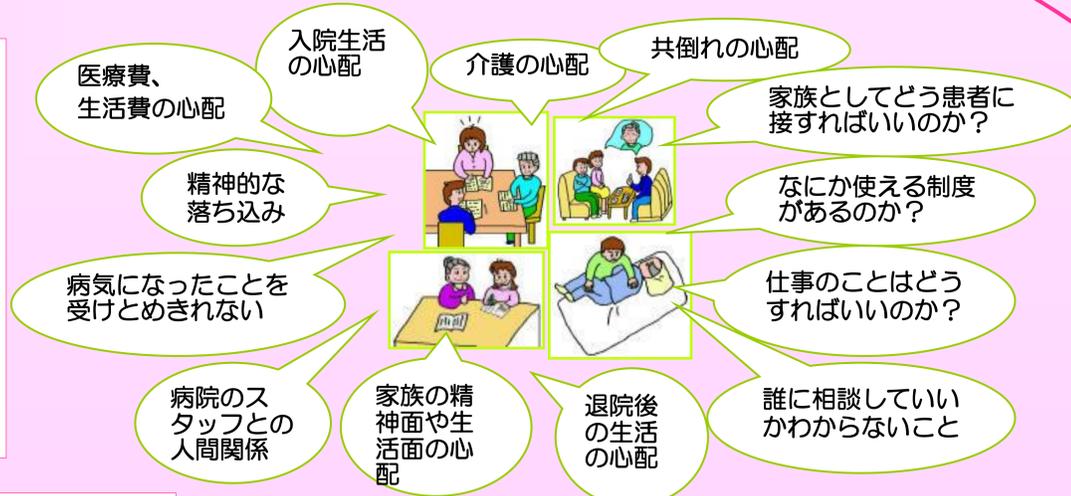


病気になったらこんな心配も・・・
だれに相談していいかわからないことに
ソーシャルワーカーが相談にのっています



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。



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。

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



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



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。

入院

退院

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 (MHSW):
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				
				①患者が入院			②退院が見込める		③退院調整開始	退院調整開始				
	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	入院時情報提供書の持参先	入院時情報提供書を持参する場合の事前連絡の可否と連絡先	入院時情報提供書の送付先 (FAX・郵送等)	退院見込みをケアマネに連絡する人と連絡方法	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	ケアマネとの契約を支援する人	契約後のケアマネとやりとりする人	
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:入院サポートセン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	ケアマネとの情報交換の主体となる人	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	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か病棟Ns	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	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	MSW	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 (パス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	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 0796-36-1897 ●メール不可	MSWが電話で連絡	病棟Ns・MSW	MSWが電話連絡	病棟Ns・MSW	MSWか看護師	MSW	MSW
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 病棟Ns	地域連携室担当者	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 MHSW	(代) 079-662-2631	(代) 079-662-6682	MHSWが電話で連絡	担当のMHSWあて持参	電話で要事前連絡 079-662-2631	●郵送:担当MHSWあて ●FAX可 079-662-6682 ●メール不可	MHSWが電話で連絡	MHSW	MHSWが電話で連絡	MHSW	MHSW	MHSW	MHSW
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@shunjin- kai.or.jp	PSWが電話で連絡	PSW	PSWが電話で連絡	PSW	PSW	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