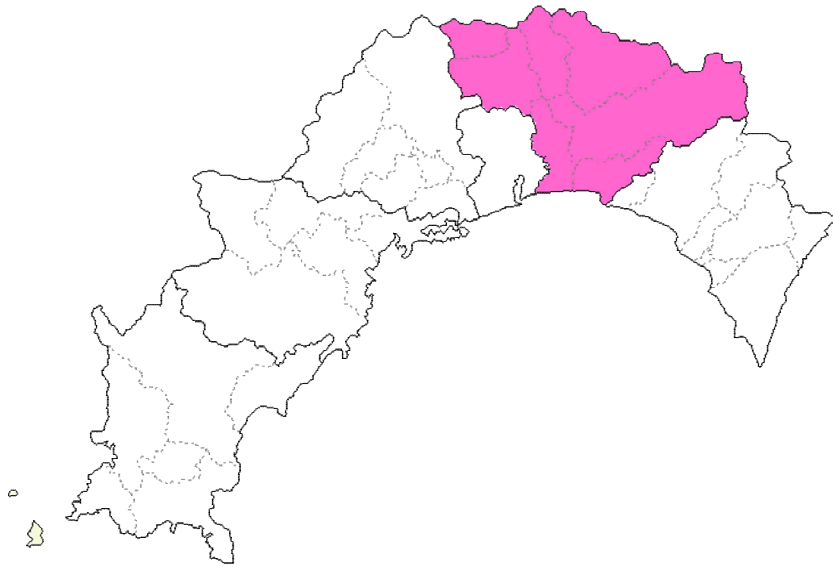


中央東圏域 多職種連携手引き

～住み慣れた地域で自分らしく幸せに暮らしたい～



平成30年6月

三市在宅医療・介護連携推進事業実施検討会
嶺北地域在宅医療・介護連携推進事業実施検討会

目 次

1	はじめに	1
2	多職種連携にあたって	2
3	入退院連絡の手順	5
4	連携に関わる診療報酬・介護報酬	6
5	障害福祉サービスと介護保険サービス	7
6	終わりに	8

《参考様式》

	入院時情報提供書	9
	退院時情報提供シート	11
	退院支援情報収集シート	12
	(記載例)入院時情報提供書	13
	(記載例)退院時情報提供シート	15
	(記載例)退院支援情報収集シート	16
	都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書	17
	情報伝達にかかる一覧表	18

《参考資料》

	行政関係窓口一覧	19
	医療機関窓口等一覧	20
	居宅介護支援事業所一覧	21

1 はじめに

私たちの中央東圏域7市町村では、「地域包括ケアシステム」の構築に向けて、関係各機関の協働のもと「住み慣れた地域で自分らしく暮らしたい」を目的として取り組みを進めています。

このたび、その目的達成のツールとして、「中央東圏域多職種連携手引き」を作成しました。

この手引きは、医療と介護の両方を必要とする高齢者等が安心して自宅や居宅で生活できるよう、医療・介護関係者が連携するために必要な事項等をまとめています。

この手引きを活用し、これからも患者・利用者、そしてその家族へのサービス・支援等が切れ目なく円滑に提供できるよう、各関係者の手引きとなることを願います。

中央東看護の会
高知県介護支援専門員連絡協議会中央東ブロック
一般社団法人土佐長岡郡医師会
一般社団法人香美郡医師会
三市在宅医療・介護連携推進事業実施検討会
嶺北地域在宅医療・介護連携推進事業実施検討会

2 多職種連携にあたって

■すべての職種のみなさんへ

・お互いの立場を理解しましょう。

職種により、関連する法律や、必要な情報が異なります。
お互いの専門性、職種を尊重し、仕事をしましょう。

・目的を常に意識し、共有しましょう。

連携は手段であって目的ではありません。常に目的を意識することを心がけ、関係者間で共有しましょう。

・連絡するときは緊急度に応じて連絡しましょう。

限られた時間の中で仕事をしています。急ぐ用件でなければ、余裕のある時に連絡を取り合いましょう。

また、ファックスを送るときは必ず受信を確認するとともに、情報の取り扱いに注意しましょう。

・不在時の体制を整備しましょう。

緊急時を含め、担当者が不在の場合の連絡体制を整えておきましょう。

・分かりやすい言葉での説明に努めましょう。

それぞれの職種以外の専門用語に慣れていない場合があるため、できるだけ分かりやすく説明するとともに、自分の職種以外の用語も理解するように努めましょう。

・困りごとは相談しましょう。

利用者のことや事業者間で困ったことがあれば、すぐに相談しましょう。一人で悩んでも解決しません。困りごとを共有し合うことも大切です。

■介護支援専門員（ケアマネジャー）のみなさんへ

- ・利用者が医療機関を受診した際にケアマネジャーが分かるよう、市町村が配布する「手帳カバー」に名刺を入れるようにしましょう。
- ・利用者が医療機関に入院する場合、利用者及びその家族に対し、ケアマネジャーの氏名や連絡先を病院等に伝えるよう説明をしましょう。
- ・利用者の急な入院に備え、「入院時情報提供書」を活用して、日頃から利用者の状況把握に努めるとともに、入院した場合、退院後に少しでも普段の生活にもどれるよう、「入院時情報提供書」を活用して、利用者の情報を医療機関に速やかに提供しましょう。
- ・入院中の利用者については、「退院時情報提供シート」等を活用して医療機関担当者と利用者に関する情報交換を行うとともに、退院後のケアプラン作成に生かしましょう。
また、退院後のケアプランを医療機関に提供しましょう。
- ・利用者の情報提供・情報収集にあたっては、個人情報であることを十分認識し、取扱いに注意しましょう。
- ・障がい福祉サービスを利用していた方が介護保険サービスを利用する場合は、障害福祉制度の相談支援専門員と連携を図りましょう。

■医療関係者のみなさんへ

- ・入院患者が介護認定を受けている場合は、担当のケアマネジャーを確認し、すぐに連絡しましょう。
また、ケアマネジャーが分からない場合は、地域包括支援センターに問い合わせましょう。
- ・入院患者に介護サービスが必要と思われるときは、退院が決まるまでに地域包括支援センターに連絡をしましょう。
- ・患者の退院が決まれば、担当のケアマネジャーにその旨を速やかに連絡しましょう。
- ・退院前カンファレンスを実施する場合は、ケアマネジャーが参加できるよう調整に

努めましょう。

- ・入院中や退院時には、患者の傷病の経過及び治療状況、また、必要と考える介護・福祉サービスやサービス利用に関する留意点等を「診療情報提供書」を活用してケアマネジャーに情報提供を行うなど、退院に向けた連携を図りましょう。
- ・患者の情報提供・情報収集にあたっては、個人情報であることを十分認識し、取扱いに注意しましょう。

■ その他の職種のみなさんへ

- ・利用者・患者のことで困ったことがあれば、「ケアマネジャー」、「かかりつけ医」、「医師会コーディネーター」、「地域包括支援センター」に相談しましょう。
- ・利用者の日常の生活動作に変化が見受けられた時など、身体状況等の変化に気づいた場合には、すぐにケアマネジャーにその旨を連絡しましょう。
- ・利用者やその家族の意向を踏まえ、公正中立なサービスが受けられるようにしましょう。


※ケアマネタイムとは（医療機関窓口等一覧に掲載）

医師から、業務中において比較的ケアマネジャーとの連絡が容易な時間帯を設定してもらい、その情報を記載した表をケアマネジャーに配布することで、ケアマネジャーから医師への連絡・相談に活用してもらうもの。



3 入退院連絡の手順

入院前に介護保険を利用していた場合 (ケアマネジャーが決まっている場合)

病 院	在 宅	ケ ア マ ネ ジ ャ ー
		入 院
◇入院時の連絡 ＊担当ケアマネジャーを確認し、入院したことを確認する。 (本人等からの聞き取り、介護保険証の確認)	◇病院への入院時情報提供書の提出 (7日以内に提出した場合、加算の算定可)	
◇退院が決まり、在宅への退院が可能な場合の連絡 ＊担当ケアマネジャーに連絡する。 (7営業日以上前、住宅改修が必要な場合は14営業日以上前)	退 院 支 援	◇利用者の状況把握及び在宅に向けた調整開始 ＊病院から退院予定日の連絡を受ける。 ＊利用者情報を共有する。
◇入院中の患者情報の共有及び退院前調整 ＊病院の担当者(看護師・MSW等)と患者、家族の意向を確認し、担当ケアマネジャーと共有する。 ＊退院前カンファレンスを開催する。		◇退院調整開始の面談及びサービスの調整 ＊退院前カンファレンスに参加する。 (退院・退所情報提供記録書の活用) ＊ケアプランを作成する。 ＊サービスの調整を行う。
	退 院 日 決 定	＊ サービス 担 当 者 会 議
◇退院日を担当ケアマネジャーに連絡 (診療情報提供書を活用)		
◇退院後の情報提供(サマリー)	退 院	◇病院の求めによりケアプランの(写)を提供
		

* 介護保険を初めて利用する場合は、住所地の地域包括支援センターに連絡してください。

4 連携に関わる診療報酬・介護報酬



【診療報酬加算(医療機関側)】

【介護報酬加算(居宅介護支援事業所側)】

入退院支援加算【施設基準】

入退院支援加算 1
一般 600 点
療養 1,200 点

入退院支援加算 2
一般 190 点
療養 635 点

(入退院支援加算 1 一般の場合)
入院後 3 日以内に退院支援の必要性を判断
7 日以内に退院支援計画の作成に着手

(新) 入院時支援加算 200 点
自宅等から入院する予定入院患者であること
入退院支援加算を算定する患者であること

介護支援等連携指導料(1 回目)

400 点
介護等サービスの利用見込みがついた段階で
導入可能な介護等サービスや要介護認定の申
請手続き等の情報を患者や医療関係者と共有

介護支援等連携指導料(2 回目)

400 点
退院前に、退院後に想定されるケアプラン等の
原案作成に資する情報の収集、退院後の外来診
療の見込み等を念頭においた指導を行う

退院時共同指導料 2

400 点
入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、
管理栄養士、理学療法士等又は社会福祉士が、入院
中の患者に対して、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当該患者の退
院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医もし
しくは当該保険医の指示を受けた看護師等と共同で
行ったうえで、文書により情報提供を行う

+2,000 点
入院中の保険医療機関の保険医が、退院後の在宅
療養を担う保険医療機関の保険医・看護師・保険
医である歯科医師もしくはその指示を受けた歯
科衛生士・保険薬剤師・訪問看護ステーションの
看護師等(准看護師を除く)、ケアマネのうち 3
者以上と共同で行った場合

診療情報提供料 (□)

250 点
入院患者については、指定居宅介護支援事業者等
に対して、退院の日の前後 2 週間以内の期間に診
療情報の提供を行った場合に算定。ただし、退院
前に算定する場合は介護支援等連携指導料を算
定した患者は算定できない

入院時情報連携加算

- (I) 200 単位
入院後 3 日以内に情報提供
 - (II) 100 単位
入院後 4 日以上 7 日以内に情報提供
- ※いずれも提供方法を問わない
(I) (II) の同時算定不可

退院・退所加算

利用者が退院又は退所に当たって、当該病院、診
療所等の職員と面談を行い、利用者に関する必要
な情報を受けた上で、居宅サービス計画を作成
し、居宅サービス又は地域密着サービスの利用に
関する調整を行った場合には、入院又は入所期間
中につき 1 回を限度として算定(初回加算を算定
する場合は当該加算は算定しない)

イ	退院・退所加算 (I) イ	450 単位
ロ	退院・退所加算 (I) ロ	600 単位
ハ	退院・退所加算 (II) イ	600 単位
ニ	退院・退所加算 (II) ロ	750 単位
ホ	退院・退所加算 (III)	900 単位

- ※退院・退所加算の基準
- イ 退院・退所加算 (I) イ
病院等職員から利用者に係る必要な情報提
供(カンファレンス以外)の方法により 1 回受けている
こと
 - ロ 退院・退所加算 (I) ロ
情報提供をカンファレンスより 1 回受けているこ
と
 - ハ 退院・退所加算 (II) イ
情報提供をカンファレンス以外の方法により 2 回以
上受けていること
 - ロ 退院・退所加算 (II) ロ
情報提供を 2 回受けており、うち 1 回はカン
ファレンスによること
 - ホ 退院・退所加算 (III)
情報提供を 3 回以上受けており、うち 1 回以
上はカンファレンスによること

ケアプラン写を診療録に添付

退院



※請求に当たっては、「指定居宅介護支援
に要する費用の額の算定に関する基準」
(平成十二年厚生省告示第二十号)、留意
事項通知(老企第 36 号第 3 の 12、13)を
参照ください。

※詳細な算定要件は医科点数表の解釈参照

5 障害福祉サービスと介護保険サービス

	～39歳	40～64歳	65歳
障害福祉サービス	<ul style="list-style-type: none"> 市町村の障害者（児）担当課に相談し申請 継続利用する場合は、1年に1回更新申請 <p>介護保険の第2号被保険者に該当すると見込まれる方は、40歳に到達する前に、担当の相談支援専門員と介護保険への移行について相談し、必要があれば申請準備を開始</p>	<ul style="list-style-type: none"> 継続利用する場合は、1年に1回更新申請 <p>※ 介護保険への移行について考え、早めに相談、準備</p> <ul style="list-style-type: none"> 第2号被保険者に該当する方は、介護保険に対応可能なサービス（訪問介護、通所介護等）があれば、相談支援専門員と相談し、介護保険を申請 介護保険利用可能な65歳を迎えようとする方は、上記同様、介護保険サービスへの移行について相談支援専門員と相談し、介護保険を申請 	<ul style="list-style-type: none"> 継続利用する場合は、1年に1回更新申請（ただし、就労支援や同行援護など介護保険に対応可能なサービスがない場合） <p>心身の状態の変化を見ながら、相談支援専門員と相談し、必要に応じて随時、介護保険を申請</p>
介護保険サービス	<ul style="list-style-type: none"> 介護保険の第2号被保険者に該当する方は、40歳の60日前（市町村によって異なる）から介護保険の申請が可能 <p>*第2号被保険者とは・・・ 40歳から64歳の医療保険加入者等で特定疾病がある方</p> <p>*特定疾病とは・・・ 関節リウマチ、認知症、がん、骨折を伴う骨粗鬆症、変形性関節症など</p>	<ul style="list-style-type: none"> 特定疾病があり、介護保険の第2号被保険者に該当する方は、介護保険の申請が可能 65歳の60日前（市町村によって異なる）から介護保険の申請が可能 65歳になる前に介護保険被保険者証が届く 誕生日の前日から利用可能 	<ul style="list-style-type: none"> 心身の状態に応じて、随時介護保険の申請が可能 <p>【申請から利用までの流れ】</p> <ol style="list-style-type: none"> 市町村に「要介護・要支援認定申請書」を提出 訪問調査、「主治医意見書」の作成・提出 介護認定の決定（認定結果の通知） 介護支援専門員とサービスの相談・調整 サービスの利用開始

*障害福祉サービスの手続き等に関しては、市の場合は福祉事務所、町村の場合は福祉担当課にお問い合わせください。

*介護保険サービスの手続き等に関しては、各市町村の介護保険窓口又は各地域包括支援センターにお問い合わせください。

【出典：相談支援事業所四つ葉 青木 悠氏】

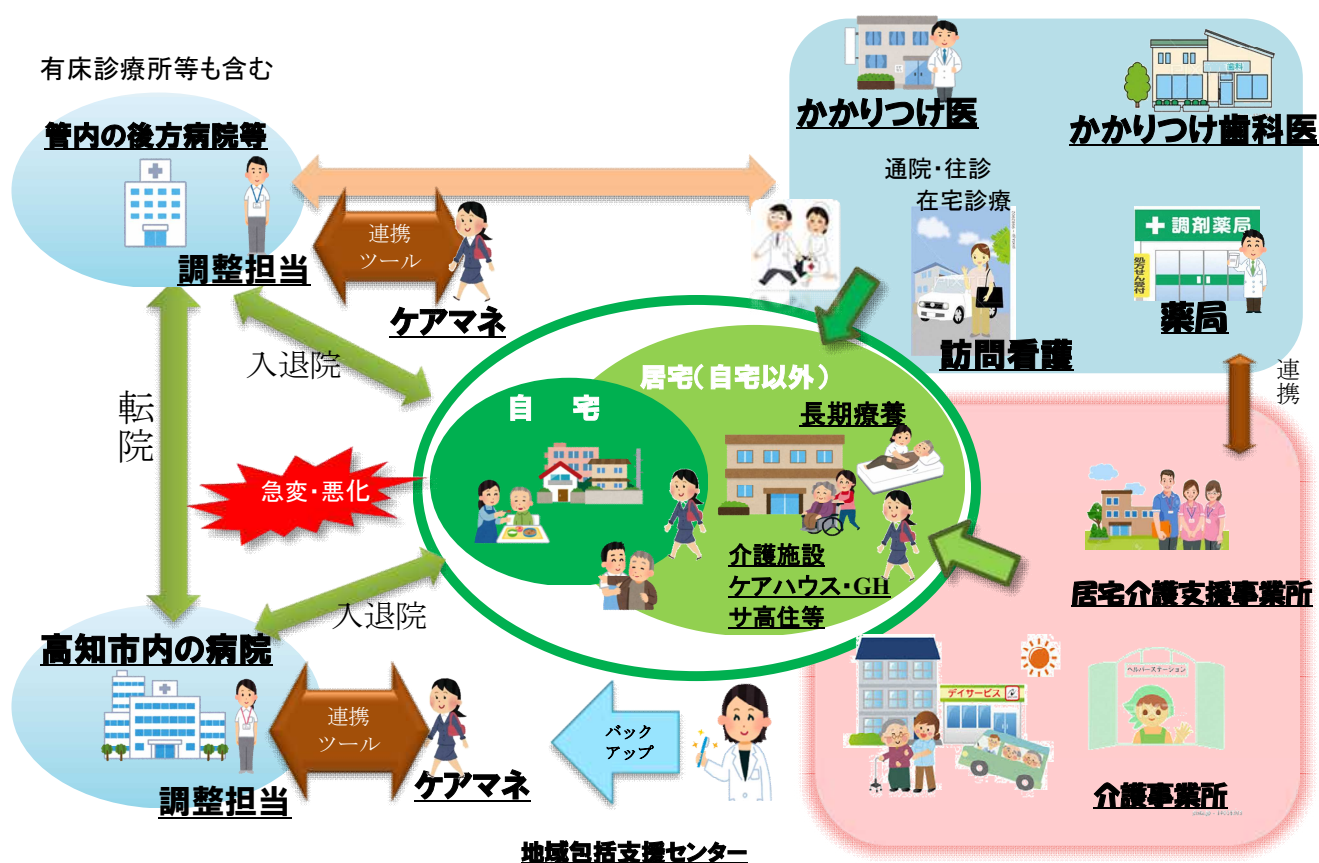
6 終わりに

平成30年4月から、介護保険法に規定する「在宅医療・介護連携推進事業」が完全実施となりました。

地域住民の思いを叶えるには、市町村事業である「地域包括ケア」と、県事業である「地域医療構想」を官民一体となり、多職種で切れ目なく連携していくことが重要になります。

医療・介護のサービス提供者と行政は、提供者の視点に偏りやすく、本人・家族の視点を忘れがちとなり、目的が手段化してしまうことがあります。

この手引きでは、医療・介護関係者が連携するために必要な事項をまとめていますが、「連携」は目的ではなく、「手段」であることを常に意識し、その人らしい暮らしを支える手引きとなることを願っています。



記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

入院時情報提供書

居宅介護支援事業所 医療機関

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 <small>※可能なば、「写真」などを添付</small>	住居の種類（戸建て・集合住宅）. ____階建て. 居室____階. エレベーター（有・無） 特記事項（ _____ ）				
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				<input type="checkbox"/> 医師の判断
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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<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"/> その他（ _____ ） <small>* <input type="checkbox"/> 日中独居</small>				
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	TEL	

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	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員数 ____ 名） * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（ _____ ）
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 ____ 続柄 ____ ・年齢 ____ ）
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部 ） <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 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*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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）

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

* = 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		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	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	自立	見守り	一部介助	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	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	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="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 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="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 ____本くらい/日		飲酒	無	有 ____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項：					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	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="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 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="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		
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

退院時情報提供シート（医療機関→ケアマネジャー）

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)					
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・ 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし					
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日									
	入院原因疾患(入所目的等)									
	入院・入所先	施設名			棟		室			
	今後の医学管理	医療機関名：				方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()			
	移手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()								
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ カテーテル・パウチ ()								
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず								
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()					UDF等の食形態区分			
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助								
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()					眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()								
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし								
	<本人> 退院後の生活に関する意向									
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方									
	<家族> 退院後の生活に関する意向									

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<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 ()							
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()							
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()							
	禁忌事項	(禁忌の有無)				(禁忌の内容/留意点)			
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
症状・病状の予後・予測									
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。							
在宅復帰のために整えなければならない要件									

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

退院支援情報収集シート（ケアマネジャー用）

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 年 月 日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)		
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・ <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし		
入院(所)概要	・入院(所)日：H 年 月 日 ・退院(所)予定日：H 年 月 日						
	入院原因疾患(入所目的等)						
	入院・入所先	施設名			棟 室		
	今後の医学管理	医療機関名：			方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()		
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()					
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ カテーテル・パウチ ()					
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず					
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()				UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助					
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 ()					
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし					
	<本人> 退院後の生活に関する意向						
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方						
	<家族> 退院後の生活に関する意向						

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<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 ()					
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()					
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)			
		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
症状・病状の予後・予測							
退院に際しての日常生活の障害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。					
在宅復帰のために整えなければならない要件							
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)					会議出席
1	年 月 日						無・有
2	年 月 日						無・有
3	年 月 日						無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

入院時情報提供書

居宅介護支援事業所  医療機関

医療機関名: ○○病院

事業所名: 居宅介護支援事業所○○

ご担当者名: 土佐 花子

ケアマネジャー氏名: 高知 太郎

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) ヤマダ イチロウ	年齢	80才	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
	山田 一郎	生年月日	明・大(昭) ○○年○月○日生		
住所	〒 ○○市○○町△△-△	電話番号	○○-○○○○		
住環境 ※可能な場合は、「写真」などを添付	住居の種類 (<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅) ・ <input type="checkbox"/> 階建て、居室 <input type="checkbox"/> 階、エレベーター(有 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/>) 特記事項 ()				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) 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 checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2 <input checked="" type="checkbox"/> 医師の判断				
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input checked="" type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断				
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 身体 <input type="checkbox"/> 精神・知的)		
年金などの種類	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他 () * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	山田 三郎 (続柄 長男・55才)	(同居・ <input checked="" type="checkbox"/> 別居)	TEL	○○-○○○○	
キーパーソン	山田 和子 (続柄 長男の嫁・53才)	連絡先	TEL: ○○-○○○○	TEL	○○-○○○○

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	自宅庭での畑作業
本人の生活歴	* 出身地、家族構成、家族の状況、日常生活の様子、既往歴、既往症等について記載
入院前の本人の生活に対する意向	長男家族にはできるだけ迷惑をかけたくないので、必要な介護サービスを使い自宅で一人暮らしを続けたい。 <input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	一人暮らしなので何かあったときがとて心配。緊急時の連絡体制をしっかりとってほしい。 <input checked="" type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> 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	身体の拘縮を防ぐための通所リハの活用 在宅生活における自宅の環境整備
退院後の世帯状況	<input checked="" type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()
世帯に対する配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄 ・ 年齢)
介護力*	<input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 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*	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
特記事項	長男夫婦は近隣に居住しているが就労で日中不在のため、介護力が不足している。本人は高齢による物忘れがあり、服薬忘れが時々ある。

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)

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

* = 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 checked="" type="radio"/> なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()
A D L	移動	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	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 checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他
	更衣	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助	起居動作	<input checked="" type="radio"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	整容	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助		
	入浴	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助		
	食事	自立	<input checked="" type="radio"/> 見守り	一部介助	全介助		
食事内容	食事回数	(3) 回/日 (朝 7 時頃 ・ 昼 12 時頃 ・ 夜 18 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 不明
	食事形態	<input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明
口腔	嚥下機能	むせない	<input checked="" type="radio"/> 時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (<input checked="" type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総)	
	口腔清潔	良	<input checked="" type="radio"/> 不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
排泄*	排尿	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
	排便	<input checked="" type="radio"/> 自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時
睡眠の状態		<input checked="" type="radio"/> 良	不良 ()		眠剤の使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
喫煙		<input checked="" type="radio"/> 無	有 _____本くらい/日		飲酒	<input checked="" type="radio"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 _____合くらい/日あたり	
コミュニケーション能力	視力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()	
	聴力	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	
	言語	<input checked="" type="radio"/> 問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項：		
	意思疎通	問題なし	<input checked="" type="radio"/> やや難あり	困難	難聴があり補聴器を使用しているが、少し大きめでゆっくり話せば理解される。		
精神面における療養上の問題		<input checked="" 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由： _____ 期間： H _____ 年 _____ 月 _____ 日 ~ H _____ 年 _____ 月 _____ 日) <input type="checkbox"/> 不明					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低い/これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*		<input checked="" 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="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種： _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理 (・管理者： 長男夫婦 ・管理方法： 自宅を訪れて毎日チェック)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" 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		
お薬に関する、特記事項	認知機能の低下による薬の飲み忘れを防ぐため、お薬カレンダーなどの対策が必要 かかりつけ薬局の薬剤師等との連携		

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	〇〇病院	電話番号	〇〇-〇〇〇〇
医師名	(フリガナ) 〇〇 〇〇	診察方法・頻度	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = (5) 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

記載例

退院時情報提供シート（医療機関→ケアマネジャー）

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日：〇〇年〇月〇〇日

属性	フリガナ 氏名	ヤマダ 伊のり 山田 一郎 様	性別 (男)・女	年齢 80 歳	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更) □要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2) □申請中 □なし	
入院(所)概要	入院(所)日	〇〇年〇月〇〇日		退院(所)予定日	〇〇年〇月〇〇日	
	入院原因疾患(入所目的等)	多発性脳梗塞				
	入院・入所先 今後の医学管理	施設名	〇〇病院 〇〇棟 〇〇〇室	医療機関名	〇〇病院	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①多発性脳梗塞 ②糖尿病 ③	疾患の状況	*番号記入	安定(〇〇〇) 不安定()	
	移動手段	□自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 □歩行者 □車いす □その他 ()				
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法	□自立 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず				
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 □経管栄養 □その他 ()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(時々・常に)	義歯	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	□良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 □著しく不良		入院(所)中の使用： <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり		
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 □一部介助 □全介助				
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 □不良 ()			眠剤使用	<input checked="" type="checkbox"/> なし □あり
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> その他 (服薬忘れ)				
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input checked="" type="checkbox"/> あり □なし 自分でできていたことができなくなっており、力が出なくなってきた。将来がとても不安な状態。				
	<本人> 退院後の生活に関する意向	限界まで自宅での生活を続けたい。施設には入りたくない。時々物忘れが出てきたのが心配なので、認知症状態にならないようにしたい。				
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	入院後急に力が出なくなってきた。食欲もあまりないようなので心配。リハビリをしたらよくなると思うので、リハビリをさせてあげたい。				
	<家族> 退院後の生活に関する意向	仕事を続けながら在宅で介護をしていきたい。一人でいる時間が長くなると認知症状が進行する恐れがあるので心配。				

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input checked="" type="checkbox"/> なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射 () □その他 ()	
	看護の視点	□なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 □服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他 ()	
	リハビリの視点	□なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 □家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 <input checked="" type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生装具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他 ()	
	禁忌事項	(禁忌の有無) <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり	(禁忌の内容/留意点)
症状・病状の予後・予測	今後も脳梗塞を繰り返す恐れあり。日々のバイタルチェックによる身体状況の観察を行う。		
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 近隣に居住する家族が就労中のため、病状急変時の対応について連絡体制をしっかりと整える必要がある。		
在宅復帰のために整えなければならない要件	通所リハの準備 自宅の環境整備、福祉用具の活用(立ち上がりアシスト)		

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

記載例

退院支援情報収集シート（ケアマネジャー用）

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日：〇〇年〇月〇日

属性	フリガナ 氏名	ヤマダ 一郎 山田 一郎 様	性別 (男)・女	年齢 80 歳	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更) □要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(2) □申請中 □なし
入院(所)概要	入院(所)日	〇〇年〇月〇日			
	退院(所)予定日	〇〇年〇月〇日			
	入院原因疾患(入所目的等)	多発性脳梗塞			
入院・入所先	施設名	〇〇病院 〇〇棟 〇〇〇室			
	今後の医学管理	医療機関名： 〇〇病院	方法	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 □訪問診療	
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①多発性脳梗塞 ②糖尿病 ③	疾患の状況	*番号記入	安定(〇〇〇) 不安定()
	移動手段	□自立 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 □歩行器 □車いす □その他()			
	排泄方法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ()			
	入浴方法	□自立 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず			
	食事形態	<input checked="" type="checkbox"/> 普通 □経管栄養 □その他()			UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(時々・常に)	義歯	□なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分・総)	
	口腔清潔	□良 <input checked="" type="checkbox"/> 不良 □著しく不良	入院(所)中の使用： <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり		
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 □一部介助 □全介助			
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 □不良()			眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし □あり
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> その他(服薬忘れ)			
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知： <input checked="" type="checkbox"/> あり □なし 自分でできていたことができなくなってきており、力がなくなってきた。将来がとても不安な状態。			
	<本人> 退院後の生活に関する意向	限界まで自宅での生活を続けたい。施設には入りたくない。時々物忘れが出てきたのが心配なので、認知症状にならないようにしたい。			
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	入院後急に力がなくなってきた。食欲もあまりないようなので心配。リハビリをしたらよくなると思うので、リハビリをさせてあげたい。			
	<家族> 退院後の生活に関する意向	仕事を続けながら在宅で介護をしていきたい。一人でいる時間が長くなると認知症状が進行する恐れがあるので心配。			

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input checked="" type="checkbox"/> なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()		
	看護の視点	□なし <input checked="" type="checkbox"/> 血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 □服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他()		
	リハビリの視点	□なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 □家族指導 <input checked="" type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input checked="" type="checkbox"/> 筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 <input checked="" type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/乗車等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生装具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他()		
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)	
		<input checked="" type="checkbox"/> なし □あり		
症状・病状の予後・予測		今後も脳梗塞を繰り返す恐れあり。日々のバイタルチェックによる身体状況の観察を行う。		
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)		例) 医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 近隣に居住する家族が就労中のため、病状急変時の対応について連絡体制をしっかりと整える必要がある。		
在宅復帰のために整えなければならない要件		通所リハの準備 自宅の環境整備、福祉用具の活用(立ち上がりアシスト)		
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席
①	〇年〇月〇日	医療ソーシャルワーカー(〇〇 〇〇)		無(有)
2	年 月 日			無・有
3	年 月 日			無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

都道府県が指定する指定居宅介護支援事業所等向け 診療情報提供書

平成 年 月 日

情報提供先事業所

担当 _____ 様

紹介元医療機関の所在地及び名称

電話番号

FAX 番号

医師氏名

印

患者氏名	性別	男 ・ 女		
	職業			
電話番号	生年月日	明治・大正・昭和 年 月 日生 ()歳		
患者住所				
情報提供の目的				
傷病名	生活機能低下の原因になっているもの			
	発症日： 昭和・平成 年 月 日 _____ 発症日： 昭和・平成 年 月 日 _____			
その他の傷病名				
傷病の経過及び治療状況				
診療形態	外来・訪問診療・入院	入院患者の場合	入院日：	年 月 日
			退院日：	年 月 日
必要と考える介護・福祉サービス又はサービス利用に際しての留意点等				

障害高齢者の生活自立度										
<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> J 1	<input type="checkbox"/> J 2	<input type="checkbox"/> A 1	<input type="checkbox"/> A 2	<input type="checkbox"/> B 1	<input type="checkbox"/> B 2	<input type="checkbox"/> C 1	<input type="checkbox"/> C 2		
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"/> II	<input type="checkbox"/> II a	<input type="checkbox"/> II b	<input type="checkbox"/> III	<input type="checkbox"/> III a	<input type="checkbox"/> III b	<input type="checkbox"/> IV	<input type="checkbox"/> M	

情報伝達にかかる一覧表

月日	科名	主な情報	職・氏名

行政関係窓口一覧

市町村	所管	所属	住所	電話	FAX
南国市	介護保険	長寿支援課介護保険係	南国市大浦甲2301	088-880-6556	088-863-1167
		地域包括支援センター	南国市日吉町2丁目3-28 南国市社会福祉センター内	088-804-6010	088-863-4445
	障害福祉	福祉事務所障害福祉係	南国市大浦甲2301	088-880-6566	088-863-1167
香南市	介護保険	高齢者介護課介護保険係	香南市野市町西野2706	0887-57-8510	0887-56-0576
		地域包括支援センター	香南市野市町西野2706	0887-57-8511	0887-56-0576
	障害保健福祉	福祉事務所	香南市野市町西野534-1 (のいちふれあいセンター内)	0887-57-8509	0887-56-1148
香美市	介護保険	健康介護支援課社会長寿班介護保険係	香美市土佐山田町宝町1-2-1	0887-52-9280	0887-53-4572
		健康介護支援課地域包括支援班地域包括支援係	香美市土佐山田町宝町1-2-1	0887-53-3127	0887-53-4572
	障害保健福祉	福祉事務所	香美市土佐山田町宝町1-2-1	0887-53-3117	0887-53-1094
本山市	介護保険	健康福祉課健康福祉班	長岡郡本山市600(保健福祉センター)	0887-70-1060	0887-70-1038
		地域包括支援センター	長岡郡本山市600(保健福祉センター)	0887-70-1060	0887-70-1038
	障害保健福祉	健康福祉課	長岡郡本山市600(保健福祉センター)	0887-70-1060	0887-70-1038
大豊町	介護保険	住民課介護保険班	長岡郡大豊町高須231	0887-72-0450	0887-72-0234
		地域包括支援センター	長岡郡大豊町高須231	0887-72-0450	0887-72-0234
	障害保健福祉	住民課福祉班	長岡郡大豊町高須231	0887-72-0450	0887-72-0234
土佐町	介護保険	健康福祉課福祉係	土佐郡土佐町土居206	0887-82-2333	0887-70-1312
		地域包括支援センター	土佐郡土佐町土居206	0887-82-2557	0887-70-1312
	障害保健福祉	健康福祉課福祉係	土佐郡土佐町土居206	0887-82-2333	0887-70-1312
大川村	介護保険	総務課	土佐郡大川村小松27-1	0887-84-2211	0887-84-2328
		地域包括支援センター	土佐郡大川村小松27-1	0887-84-2211	0887-84-2328
	障害保健福祉	総務課	土佐郡大川村小松27-1	0887-84-2211	0887-84-2328

医療機関窓口等一覧

医療機関名	市町村	診療科目	許可病床数			救急告知	人工透析	住所	TEL	入院担当部署	退院担当部署	ケアマネタム
			一般	療養	精神							
岡豊病院	南国市	内科/心療内科/精神科/リハビリテーション科/老年精神科		42	193	—	—	高知県南国市岡豊町小蓮689-1	088-866-2345	医療相談室 戸塚明希	医療相談室 戸塚明希	火～金 面談/13:10～16:00 電話/9:00～16:00 FAX/随時
北村病院	南国市	内科/リハビリテーション科/放射線科/消化器内科/循環器内科/腎臓内科/糖尿病/代謝内科/呼吸器内科/外科/血管外科		60		—	○	高知県南国市東崎336	088-864-2101	管理 北村一文	管理 北村一文	電話で事前に問い合わせ
高知大学医学部 附属病院	南国市	内科/精神科/小児科/整形外科/形成外科/脳神経外科/心臓血管外科/皮膚科/泌尿器科/産科/婦人科/眼科/耳鼻いんご科/放射線科/歯科/口腔外科/麻酔科/循環器内科/循環診断科/消化器外科/救急科/神経内科/リハビリテーション科/乳腺/内分泌外科	583	30	613	○	○	高知県南国市岡豊町小蓮185-1	TEL 088-880-2441 FAX 088-880-2774	地域医療連携室 鷹地和幸	地域医療連携室 鷹地和幸	
JA高知病院	南国市	内科/小児科/外科/整形外科/形成外科/皮膚科/泌尿器科/産婦人科/産科/眼科/耳鼻いんご科/リハビリテーション科/放射線科/麻酔科/呼吸器内科/消化器内科/循環器内科/腫瘍内科	178		178	○	○	高知県南国市明見字中野526-1	088-863-2181	地域連携室 桐田、川江	地域連携室 近藤、谷口、佐竹	月～土(土は午前のみ)/8:30～12:00 14:00～17:00 面談/随時
土佐希望の家	南国市	内科/小児科/リハビリテーション科	140		140	—	—	高知県南国市小籠107	088-863-2131	ソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	月～金/随時
南国病院	南国市	内科/精神科/神経内科/リハビリテーション科/放射線科/消化器内科	46	56	60	—	—	高知県南国市大浜甲479-3	088-864-3137	地域連携医療相談室 井河里佳	地域連携医療相談室 井河里佳	月～金/9:30～11:30
南国厚生病院	南国市	内科/呼吸器科/胃腸科/循環器科/外科/整形外科/リハビリテーション科	88		88	—	—	高知県南国市立田1180	088-863-3030	地域医療連携室 中平堂	地域医療連携室 中平堂	
南国中央病院	南国市	内科/外科/整形外科/脳神経外科/リハビリテーション科/循環器内科/消化器内科/呼吸器内科/糖尿病/内分泌代謝内科/腎臓内科	45	54	99	○	—	高知県南国市後免町3丁目1-27	088-864-0001	地域連携室 杉本美紀、畔地雄大、中村千 絵	地域連携室 杉本美紀、畔地雄大、中村千 絵	月～金/8:30～17:30
藤原病院	南国市	内科/消化器内科/循環器内科/外科/整形外科/脳神経外科/皮膚科/とう門科/眼科/リハビリテーション科/放射線科/麻酔科	117		117	—	—	高知県南国市大浦之985	088-863-1212	入院事務 大野、中山、杉原	入院事務 大野、中山、杉原	月～金/電話 9:00～11:00 面談 11:20～12:00 FAX/随時
野市中央病院	香南市	内科/小児科/外科/整形外科/脳神経外科/皮膚科/泌尿器科/眼科/リハビリテーション科/放射線科/循環器内科/胃腸内科/消化器外科	91	80	171	○	○	高知県香南市野市町東野555-18	0887-55-1101	地域連携部 入院院支援室 西岡隆子、正木奈美	地域連携部 入院院支援室 西岡隆子、山崎紀世	月～土/9:00～18:00
三合病院	香南市	内科/呼吸器科/消化器科/循環器科/リハビリテーション科/放射線科		60	60	—	—	高知県香南市野市町西野555-2	0887-56-0152	医療・介護相談室 阿佐節子	医療・介護相談室 阿佐節子	月～金 面談/14:00～15:00、 電話/15:00～16:00 FAX/随時
香長中央病院	香南市	内科/リハビリテーション科/放射線科/消化器内科		197	197	—	—	高知県香南市土佐山田町西本町 5丁目5-34	0887-53-5155	相談室 千谷須美子	相談室 千谷須美子	面談/月～金/9:00～17:00、 土/9:00～12:00
香北病院	香南市	内科/リハビリテーション科/消化器内科/循環器内科		90	90	—	—	高知県香南市香北町美良布1064-9	0887-59-2251	地域医療相談室 松本あゆみ	地域医療相談室 松本あゆみ	火・水・木/14:00～16:00
同仁病院	香南市	内科/心療内科/精神科/泌尿器科/リハビリテーション科/放射線科/老年精神科/消化器内科/内視鏡内科		38	214	—	—	高知県香南市土佐山田町百石町 2丁目5-20	0887-53-3155	医療相談室 ソーシャルワーカー	医療相談室 ソーシャルワーカー	電話かFAXで曜日差調整
間崎病院	香南市	内科/胃腸科		38	38	—	—	高知県香南市香北町赤野1979	0887-59-2202	事務 田村尚也	事務 田村尚也	診療時間内
大杉中央病院	大豊町	内科/神経内科/小児科/リハビリテーション科/放射線科/歯科/口腔外科/胃腸内科/循環器内科/呼吸器内科		92	92	—	—	高知県長岡郡大豊町中村大1497-1	0887-72-1003	院長 北野博一	看護部長 西村和子	月～金 9:00～17:00
早明浦病院	土佐町	内科/精神科/小児科/外科/整形外科/皮膚科/泌尿器科/眼科/耳鼻いんご科/リハビリテーション科/歯科/口腔外科		150	150	—	—	高知県土佐郡土佐町井1372	0887-82-0456	外来 地域医療連携室	地域医療連携室	月～土/午前 面談/10:00～17:00(土は12:00まで)
本山町立国保 嶺北中央病院	本山町	内科/リウマチ科/外科/整形外科/脳神経外科/泌尿器科/婦人科/リハビリテーション科/肛門科	55	44	99	○	○	高知県長岡郡本山町本山620	0887-76-2450	地域連携室 中越香、佐々木建仁	地域連携室 中越香、佐々木建仁	随時

居宅介護支援事業所一覧

平成30年10月31日現在

	事業所名	事業所住所	事業所電話	事業所FAX	介護支援専門員の員数
南国市	西田順天堂居宅介護支援事業所	南国市大楠甲1705	088-804-6770	088-804-6771	4
	藤寿会南国居宅介護支援事業所	南国市大楠乙1072-1	088-864-1755	088-863-5055	3
	土佐清風園居宅介護支援事業所	南国市岡豊町小籠359-1	088-863-3890	088-863-2689	3
	ニチイケアセンター南国	南国市大楠甲1640-38	088-878-2838	088-878-2848	1
	指定居宅介護支援事業所 富士屋ベターライフ	南国市後免町2丁目1-19	088-864-3799	088-864-2385	3
	居宅介護支援事業所「南国中央病院・夢の里」	南国市後免町3丁目1-27	088-878-6366	088-878-6368	5
	居宅介護支援事業所 JAみのり	南国市明見字八反田645-1	088-878-2221	088-878-2227	3
	在宅介護支援センターあかつき	南国市大楠甲1639-3	088-802-8201	088-802-8202	6
	居宅介護支援事業所ナースケア南国	南国市小籠853-6	088-802-5060	088-802-8687	1
香南市	居宅介護支援事業所 アニモのいち	香南市野市町西野2192-2	0887-56-5502	0887-56-2734	2
	ケアマネセンター白岩	香南市野市町東佐古727-2	0887-57-5211	0887-52-8737	1
	ケアプランセンター香南	香南市野市町本村1450	0887-50-1404	0887-50-1404	2
	ケアテラス モカ	香南市野市町東野338-2	0887-52-8278	0887-52-8274	2
	香南市社会福祉協議会居宅介護支援事業所	香南市吉川町吉原95	0887-57-7300	0887-57-7305	4
	ケアサポートきらら	香南市野市町大谷530	0887-56-0005	0887-56-3172	2
	ケアプランセンター 縁	香南市野市町西野584-1	0887-53-9002	0887-53-9003	1
	三宝荘居宅介護支援事業所	香南市野市町母代寺188	0887-57-8101	0887-57-8102	2
	ケアプランセンターはまゆう	香南市赤岡町1160-1	0887-55-2801	0887-55-2896	5
	居宅介護支援事業所 かがみ	香南市香我美町岸本ルノ丸328-174	0887-54-5555	0887-54-5679	2
	香美市	居宅介護支援事業所 いろは	香美市土佐山田町百石町1丁目6-24	0887-52-9866	0887-52-9867
医療法人 岩河会 指定居宅介護支援事業所 さくらケアプランセンター		香美市土佐山田町百石町2-1-50	0887-57-0900	0887-52-3939	2
香美市社協ケアプランセンターびらふ		香美市香北町蕪生野336-1	0887-59-2140	0887-59-3226	2
香美市社協ケアプランセンター八王子		香美市土佐山田町262-1	0887-53-5800	0887-53-5470	3
居宅介護支援事業所あさひ		香美市土佐山田町旭町4-2-6	0887-53-2666	0887-57-6334	3
ケアプランセンターあななう		香美市土佐山田町東本町1丁目3-20	0887-52-8174	0887-52-8176	2
居宅介護支援事業所 おおみたから		香美市香北町蕪生野338	0887-59-2563	0887-53-7706	2
指定居宅介護支援事業所 相談センターファミリア		香美市土佐山田町548	0887-53-5400	0887-53-0222	6
白寿荘居宅介護支援事業所		香美市香北町永野2152	0887-59-2287	0887-59-2326	1
ケアプランセンターあじさい		香美市香北町美良布1298	0887-59-2382	0887-59-3501	2
本山市	さわもと居宅介護支援事業所	長岡郡本山市町寺家13-4	0887-82-1126	050-3488-9824	2
	本山市居宅介護支援事業所	長岡郡本山市町本山600	0887-76-2307	0887-70-1038	1
大豊町	大豊町指定居宅介護支援事業所	長岡郡大豊町黒石345-7	0887-73-1200	0887-73-1044	3
	居宅 よさく	長岡郡大豊町大滝498-44	0887-74-0270	0887-74-0271	1
土佐町	嶺北総合介護サービス	土佐郡土佐町田井1372	0887-82-0422	0887-82-0421	3
	居宅介護支援事業所 常磐	土佐郡土佐町田井1377-29	0887-82-2741	0887-82-2743	1
大川村	大川村居宅介護支援事業所	土佐郡大川村小松78-6	0887-84-2361	0887-70-1815	1

中央東圏域多職種連携手引き（ver.1）

平成30年6月

*この手引きについてご意見等がある場合は、下記へお問い合わせください。

*この手引きは、修正、追加等の事由が発生した場合は、その都度見直し等を行います。

・南国市長寿支援課	電話：088-880-6556
・香南市高齢者介護課	電話：0887-57-8510
・香美市健康介護支援課	電話：0887-52-9280
・本山町健康福祉課	電話：0887-70-1060
・大豊町住民課	電話：0887-72-0450
・土佐町健康福祉課	電話：0887-82-2333
・大川村総務課	電話：0887-84-2211
・高知県中央東福祉保健所	電話：0887-53-0298
・土佐長岡郡医師会	電話：088-864-1056
・香美郡医師会	電話：0887-56-3371