

# 在宅医療・介護ネットワークの手引き

新川医療圏 入退院支援ルール



とやま地域包括  
ケアシステム

富山県新川厚生センター

平成 28 年 5 月

(平成 30 年 6 月改定)



## はじめに

近年、高齢化が急速に進行しており、新川地域でも高齢化率が県内でも高い状況です。高齢者は慢性疾患等により受療している方が多く、また、障害や認知症などにより、要介護状態となる方の割合も高くなることから、医療と介護の両方を必要とすることが多くなります。

現在、国、県及び市町村が協力し、団塊の世代が75歳以上となる2025年を目途に医療と介護の両方を必要とする状態となっても、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最期まで続けることができるよう、住まい、医療、介護、生活支援等が一体的に提供される地域包括ケアシステムの構築を進めています。

新川医療圏内においても、高齢者の入退院が市町を超えて広域化しており、医療と介護の両方を必要とする方が増加しています。そのような方のQOLの維持向上を図るため、タイムリーでスムーズな医療と介護の連携が必要であることから、新川医療圏における医療機関の退院調整にかかるネットワーク体制をまとめ、さらに、退院調整を行う場合のルールや連携のためのツールを平成28年5月に作成しました。

このたび、平成30年度診療報酬及び介護報酬の同時改定に伴い、平成30年6月改定版を作成しましたので、本手引きを広く活用していただければ幸いです。

最後に本冊子をまとめるにあたり、ご理解とご協力をいただきました関係者の皆様に厚くお礼申し上げます。

平成30年6月

富山県新川厚生センター

## 目 次

1 入退院支援を行う患者とは(患者基準) .....	1
2 入院から退院までの地域から病院への連絡 .....	2
3 退院に向けて病院から地域への連絡	
1)担当ケアマネジャーがいる場合 .....	3
2)介護認定を受けていない場合、担当ケアマネジャーがいない場合 .....	4
4 入退院支援にかかるネットワーク体制について(医療機関連携窓口一覧)	5

### (参考資料)

ケアマネジャーから病院へ(参考様式1) .....	7
病院からケアマネジャーへ(参考様式2) .....	9
地域連携窓口一覧 .....	11

## 1 入退院支援を行う患者とは(患者基準)

下記の1)及び2)の条件が当てはまる退院患者について、連絡や調整を行う。

### 1) 「在宅へ退院ができる患者」の基準

- (1) 患者の病状がある程度安定し、退院できる状態
- (2) 必要な介護支援があれば在宅で生活できる状態

### 2) 「入退院支援が必要な患者」の基準

#### 《身体的・精神的な項目》

##### (1) 医学管理が必要

医療処置(人工呼吸、経管栄養、吸引など)が必要  
訪問診療、訪問看護、訪問リハビリが必要  
終末期、看取りが必要

##### (2) 入院前に比べADLが低下

立ち上がりや歩行などに介助が必要  
食事に介助が必要  
排泄に介助が必要  
入浴に介助が必要

##### (3) 退院後介護サービスの利用が必要

##### (4) 精神面での問題あり

(理解力低下 認知症による周辺症状 うつ病 等)

#### 《環境的な項目》

##### (1) 独居

##### (2) 高齢者のみ世帯

##### (3) 介護上の問題

日中一人である  
家族の介護力不足  
家族の理解がない

##### (4) 経済的な問題

(医療保険未加入者又は生活困窮者であること 等)

##### (5) 虐待を受けている又はその疑いがあること

## 2 入院から退院までの地域から病院への連絡



入院

本人・家族・  
医療機関の役割：  
担当ケアマネジャー  
へ入院の連絡

～平素から本人・家族に対して～

- ・ 担当ケアマネジャーの名前と事業所名、連絡先を伝えておきましょう。
- ・ 入院した場合、担当ケアマネジャーへの連絡と、担当ケアマネジャーがいることを病院職員等に伝えることを依頼しておきましょう。
- ・ 入院時には、医療機関へ介護の状況等について情報提供を行う必要があることを説明し、個人情報の使用について同意を得ておきましょう。

ケアマネジャーは、介護保険被保険者証  
に名刺を挟みましょう



担当ケアマネジャーの役割：

**病院への情報提供**

(入院後7日以内 (できれば入院後3日以内))

方法 病院訪問・FAX・電話

様式 **入院時情報提供書** (参考様式1) 7ページ

\* 介護報酬 \* 入院時情報連携加算 等

病院窓口 **医療機関連携窓口一覧** (5、6ページ)

医療機関の役割：

**院内初期カンファ  
レンスの実施**

入院時アセスメントとケア  
マネジャーからの情報提  
供などにより、退院後の  
見通し等を検討

担当ケアマネジャーの役割：

**退院前カンファレンスに参加**

情報を共有し解決すべき課題の検討を行い、サービス  
調整に活用する。

\* 介護報酬 \* 退院・退所加算 等

**院内面接支援**

・ 入院中に要介護・要支援状態で退院調整が必要な患者  
(患者基準)には、介護保険の説明と申請を支援

・ ケアマネジャーから訪問看護ステーションや介護サービス  
事業所へ情報を提供する。

・ 医療保険未加入者又は生活困窮者や、虐待を受けている  
又はその疑いがある場合は、適宜、関係機関に連絡する。

・ 必要時、サービス担当者会議(個別ケア会議)を開催し、  
情報共有とサービス内容等支援方法の検討を行う。

医療機関の役割：

**退院の事前連絡**

**退院時情報提供**

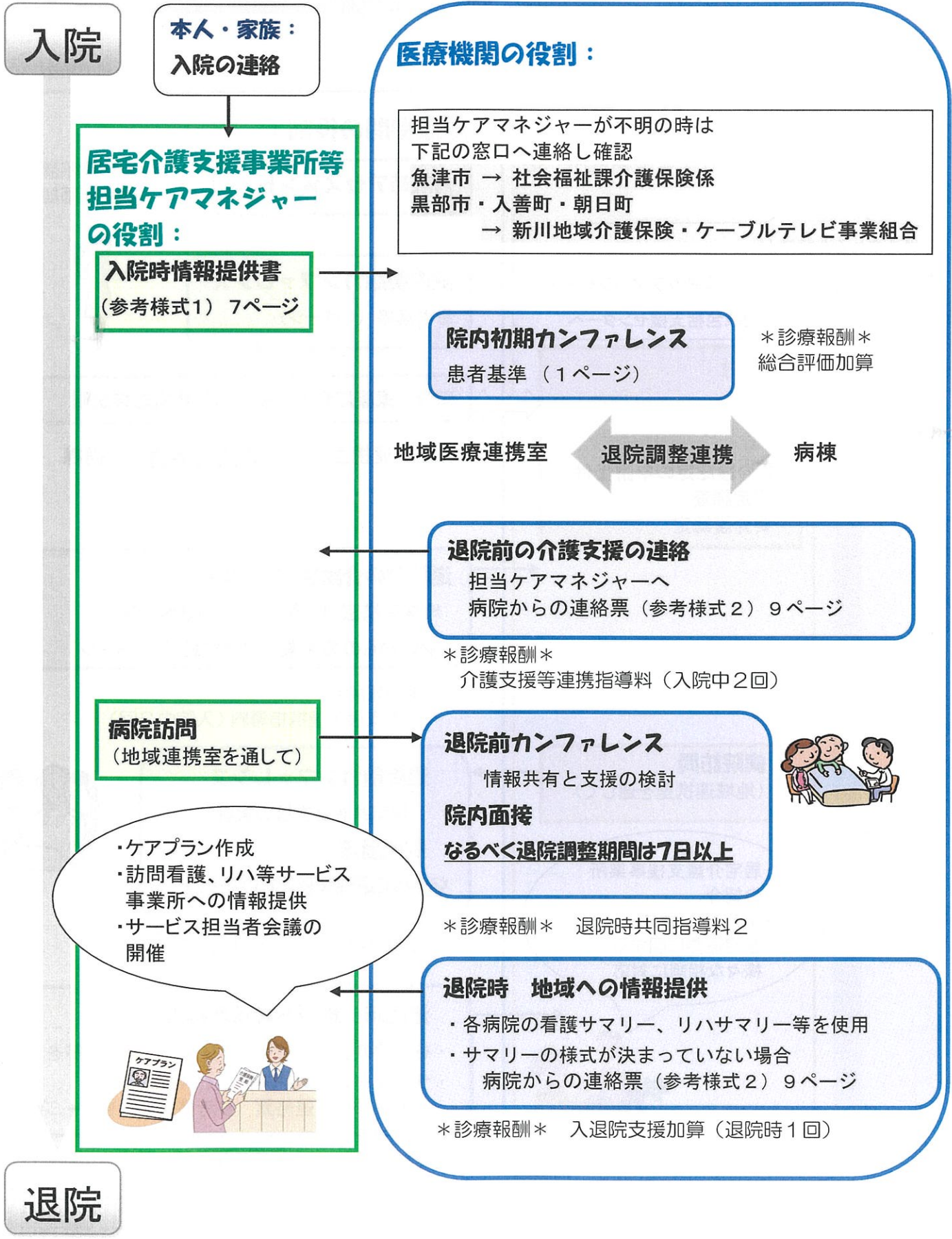
看護サマリー、  
リハサマリー等

退院



### 3 退院に向けて病院から地域への連絡

#### 1) 担当ケアマネジャーがいる場合



2) 介護認定を受けていない場合  
担当ケアマネジャーがいない場合

入院

地域包括支援センター  
(居宅介護支援事業所)の  
役割:

見込まれる介護度が  
要介護→居宅介護支援事業所ケアマネジャーへ  
要支援(迷う場合)→地域包括支援センターへ

市町村  
介護保険担当課等の  
役割:

要介護認定の申請受付  
認定調査  
要介護認定

病院訪問  
(地域連携室を通して)

- ・居宅介護支援事業所の紹介
- ・ケアプラン作成
- ・在宅療養に関する様々な相談に対応



医療機関の役割:

入院時アセスメント

\*診療報酬\*  
総合評価加算

院内初期カンファレンス

患者基準 (1ページ)



患者・家族に介護保険の申請手続きの説明

地域医療連携室 ← 退院調整連携 → 病棟

退院前の介護支援の連絡

地域連携窓口一覧 (11~13ページ)  
病院からの連絡票 (参考様式2) 9ページ

\*診療報酬\*  
介護支援等連携指導料(入院中2回)

退院前カンファレンス

情報共有と支援の検討

院内面接

なるべく退院調整期間7日以上

\*診療報酬\* 退院時共同指導料2



退院時 地域への情報提供

- ・各病院の看護サマリー リハサマリー 等を使用
- ・サマリーの様式が決まっていない場合  
病院からの連絡票 (参考様式2) 9ページ

\*診療報酬\* 入退院支援加算(退院時1回)

退院



4 入退院支援にかかるネットワーク体制について(医療機関連携窓口一覧)

平成30年6月1日現在  
(平成30年9月1日一部修正)

病院名	住所	連絡先 (電話、FAX)	入院時		退院時(ケアマネジャーがいる場合)					退院時(ケアマネジャーがいない場合)		
			ケアマネジャーからの 情報提供書を受け取る担当	ケアマネジャーからの 情報提供がない場合に要請担当	入院7~10日目までに「在宅可能」かどうかの判断は可能か?	入院中(必要時)にケアマネジャーに連絡する担当	ケアマネジャーと面談する担当	退院日が決まったら、ケアマネジャーに連絡する担当	退院前カンファレンスを調整をする担当	家族へ介護保険について説明する担当	ケアマネジャーとの契約を支援する担当	契約したケアマネジャーに連絡する担当
1 黒部市民病院	938-8502 黒部市三日市1108-1	地域医療連携室 TEL 56-7230 FAX 54-2981	地域医療連携室担当者	地域医療連携室担当者 (病棟看護師から要請があった場合)	ケースに応じて可能な場合もある	地域医療連携室担当者	地域医療連携室担当者 病棟看護師 リハビリスタッフ	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	地域医療連携室担当者
2 富山労災病院	937-0042 魚津市六郎丸992	地域医療連携室 TEL 22-1354(直通) FAX 0120-935-631	地域医療連携室	地域医療連携室 (病棟看護師から要請があった場合)	可能 (7日目までにアセスメント・スクリーニング及び退院支援計画書作成)	MSW がん相談員 病棟看護師 本人、家族	MSW がん相談員 病棟看護師 リハビリスタッフ等 必要に応じて多職種で対応	家族(原則) MSW がん相談員 病棟看護師	MSW がん相談員 ケアマネジャー	MSW がん相談員 病棟看護師	MSW がん相談員 病棟看護師	家族 MSW がん相談員 病棟看護師
3 あさひ総合病院	939-0798 朝日町泊 477	地域医療連携室 TEL 83-1138(直通) FAX 83-1176	地域医療連携室	地域医療連携室	ケースバイケース	地域医療連携室 スタッフ	地域医療連携室 スタッフ 担当看護師	地域医療連携室 スタッフ	地域医療連携室 スタッフ	地域医療連携室 スタッフ	地域医療連携室 スタッフ	地域医療連携室 スタッフ
4 坂東病院	939-0743 朝日町道下900	地域医療支援部 TEL 83-2299(代) FAX 82-0879	地域医療支援部	地域医療支援部	可能	地域医療支援部	地域医療支援部	地域医療支援部	地域医療支援部	地域医療支援部	地域医療支援部	地域医療支援部
5 坂本記念病院	939-0626 入善町入膳3345-2	地域連携室 TEL 72-5555(代) FAX 74-2012	総師長 地域連携室	総師長 地域連携室	主治医が判断	総師長 看護師長	病棟看護師 総師長 地域連携室	病棟師長 総師長	総師長 地域連携室	病棟看護師 病棟師長 総師長	病棟師長 総師長	病棟師長 総師長
6 丸川病院	939-0624 入善町青島396-1	地域連携室 TEL 72-5150 FAX 32-3112	地域連携室 病棟看護師	地域連携室	ケースに応じて可能	地域連携室	地域連携室 (必要時)病棟看護師 リハビリスタッフ 医師	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
7 池田リハビリテーション病院	938-0801 黒部市荻生821	地域連携室 TEL 54-5400(代) FAX 54-3921	地域連携室	地域連携室	ケースに応じて可能	相談員 社会福祉士	相談員 社会福祉士 病棟看護師 リハビリスタッフ(必要時)	相談員 社会福祉士	相談員 社会福祉士	相談員 社会福祉士	相談員 社会福祉士	相談員 社会福祉士

病院名	住所	連絡先 (電話、FAX)	入院時		退院時(ケアマネジャーがいる場合)					退院時(ケアマネジャーがいない場合)		
			ケアマネジャーからの 情報提供書を受け取る担当	ケアマネジャーからの 情報提供がない場合に要請担当	入院7~10日目までに「在宅可能」かどうかの判断は可能か?	入院中(必要時)にケアマネジャーに連絡する担当	ケアマネジャーと面談する担当	退院日が決まったら、ケアマネジャーに連絡する担当	退院前カンファレンスを調整をする担当	家族へ介護保険について説明する担当	ケアマネジャーとの契約を支援する担当	契約したケアマネジャーに連絡する担当
8 深川病院	937-0012 魚津市東尾崎 3484-1	連携室 TEL 31-6200(代) FAX 31-6203	連携室	連携室	状況に応じて	連携室	連携室 病棟看護師	連携室	連携室	連携室	連携室	連携室
9 新川病院	937-0851 魚津市住吉 236	入退院相談窓口 TEL 24-3800 FAX 24-5055	入退院相談窓口	病棟看護師長	不可能	総看護師長 又は病棟ケアマネジャー	総看護師長 又は病棟ケアマネジャー	総看護師長 又は病棟ケアマネジャー	総看護師長 又は病棟ケアマネジャー	ケアマネジャー	ケアマネジャー	ケアマネジャー
10 魚津病院	937-0806 魚津市友道 789	相談員 TEL 24-7671(代) FAX 24-7157	相談員 病棟師長(土日)	相談員 病棟師長	主治医が判断	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員
11 桜井病院	938-0801 黒部市荻生 6675-5	地域医療連携室 TEL 54-1800 FAX 54-4001	入院前:相談員 入院後:病棟主任看護師	相談員	医師及び看護師で判断	病棟主任看護師 相談員	病棟主任看護師 相談員	相談員	相談員	相談員	相談員	相談員
12 黒部温泉病院	938-0047 黒部市窪野 929	社会福祉士 TEL 52-4655(代) FAX 52-4714	社会福祉士	社会福祉士	主治医が判断	社会福祉士	社会福祉士 看護師長又は 看護主任	社会福祉士	社会福祉士	社会福祉士	社会福祉士	社会福祉士
13 魚津緑ヶ丘病院	937-0807 魚津市大光寺 287	地域連携室 TEL 22-1567 FAX 22-3137	地域連携室	地域連携室	状況に応じて	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士
14 魚津神経サナトリウム	937-0017 魚津市江口 1784-1	医療福祉相談室 TEL 22-3486(代) FAX 22-8660	医療福祉相談室	医療福祉相談室	状況に応じて	精神保健福祉士	精神保健福祉士 担当看護師	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士	精神保健福祉士

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

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)の基本情報について

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 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( ) * <input type="checkbox"/> 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	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	
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

\* = 診療報酬 入退院支援加算 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/、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(白紙)」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	(カカナ)	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 入退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書

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 <input type="checkbox"/> 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)		
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
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。				
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。



地域連携窓口一覧

《居宅介護支援事業所》

(平成30年4月1日現在)

	市町名	事業所名	申請(開設)者名	郵便番号	事業所住所	事業所電話	状態
1	魚津市	深川病院指定居宅介護支援事業所	医療法人深川病院	937-0012	魚津市東尾崎3484番1	0765-31-6200	
2		魚津市社協指定居宅介護支援事業所	社会福祉法人魚津市社会福祉協議会	937-0801	魚津市新金屋二丁目13番26号	0765-23-0030	
3		魚津市在宅介護支援センター	社会福祉法人新川老人福祉会	937-0805	魚津市本江2236番地2	0765-24-8484	
4		ケアプランニング浦田	医療法人社団ホスピー	937-0814	魚津市石垣389番地	0765-23-6366	
5		魚津老健ふれあい支援事業所	医療法人社団七徳会	937-0806	魚津市友道777番地	0765-24-7617	
6		新川老健居宅支援事業所	医療法人社団福寿会	937-0851	魚津市住吉236番地	0765-24-3800	
7		パティオしらゆり	八光エステイト有限公司	937-0805	魚津市本江1090番地	0765-25-0333	
8		あんどの里居宅介護支援事業所	社会福祉法人 海望福祉会	937-0061	魚津市仏田3468番地	0765-22-8808	
9		居宅介護支援事業所かがやき魚津	有限会社ブルーム	937-0805	魚津市本江3354番地	0765-23-4318	
10		タカラ福祉企画居宅介護支援事業所	有限会社タカラ福祉企画	937-0055	魚津市中央通り2丁目2-25	0765-23-9333	
11	黒部市	黒部市民病院	黒部市	938-8502	黒部市三日市1108-1	0765-54-2211	
12		黒部市介護老人保健施設カリエール	黒部市	938-0035	黒部市牧野693番地	0765-54-2213	
13		黒部市社会福祉協議会ケアセンター	社会福祉法人黒部市社会福祉協議会	938-0022	黒部市金屋464-1	0765-57-1099	
14		越之湖在宅介護支援センター	社会福祉法人緑寿会	938-0041	黒部市堀切1002番地	0765-57-3513	
15		医療法人社団平成会桜井病院	医療法人社団平成会桜井病院	938-0801	黒部市菰生6675番地の5	0765-54-1800	
16		医療法人社団一志会 池田リハビリテーション病院	医療法人社団一志会	938-0801	黒部市菰生821番地	0765-54-5400	
17		むらおかクリニック 介護サポートてまりの丘	医療法人社団亮之会	938-0061	黒部市生地神区370	0765-56-5177	
18		ケアサポートきらり	特定非営利活動法人 ケアマネジメントかがやき	938-0061	黒部市生地神区495番地3	0765-57-5066	
19		つばき苑居宅介護支援事業所	社会福祉法人黒部笑福学園	938-0001	黒部市荒俣4378番地	0765-57-3087	
20		居宅介護支援センター真成	有限会社真成	938-0037	黒部市新牧野34 ユアーズビル黒部B棟	0765-57-3070	
21		越路さくら在宅介護支援センター	社会福祉法人緑寿会	938-0801	黒部市菰生7120番地2	0765-32-5138	
22		しばんぼの里在宅介護支援センター	アイ福祉サポート株式会社	938-0082	黒部市生地芦区34	0765-32-4481	
23		居宅介護支援センター 優悠	有限会社隠居くらぶ	938-0045	黒部市田家新738番地1	0765-32-5702	
24		介護相談所さいおう	宗教法人西往寺	938-0059	黒部市石田6924	0765-55-4488	休止
25		かいごの窓口	Eisac株式会社	938-0027	黒部市中新31-3	0765-52-3458	
26		宇奈月在宅介護支援センター	社会福祉法人宇奈月福祉会	938-0861	黒部市宇奈月町下立37番地	0765-65-1448	

27		JAみな穂ケアセンターはびねす	みな穂農業協同組合	939-0642	下新川郡入善町上野798番地1	0765-74-1852	
28		舟見寿楽苑在宅介護支援センター	社会福祉法人舟見寿楽苑	938-0103	下新川郡入善町舟見1664番地	0765-78-1935	
29		入善町社会福祉協議会 居宅介護支援事業所ほほえみ	社会福祉法人入善町社会福祉協議会	939-0642	下新川郡入善町上野2793番地1	0765-74-2591	
30		入善老人保健施設こぶしの庭 居宅介護支援事業所	医療法人社団藤聖会	939-0623	下新川郡入善町小杉64番地	0765-78-2500	
31	入 善 町	在宅介護支援センターおあしす新川	社会福祉法人おあしす新川	939-0642	下新川郡入善町上野2803番地	0765-74-2755	
32		特定非営利活動法人パートナー	特定非営利活動法人パートナー	939-0642	下新川郡入善町上野1672番地	0765-74-2072	
33		特定非営利活動法人 ケアマネジメント結	特定非営利活動法人ケアマネジメント結	939-0627	下新川郡入善町櫛山49-8	0765-72-1610	
34		居宅介護支援事業所 木ここち	特定非営利活動法人木ここち	939-0624	下新川郡入善町青島402番地7	0765-74-2295	
35		縁	合同会社 縁	939-0674	下新川郡入善町吉原791番地	0765-74-2112	
36			特別養護老人ホーム有磯苑	社会福祉法人有磯会	939-0741	下新川郡朝日町泊555番地	0765-82-2880
37	朝 日 町	朝日町在宅介護支援センター	朝日町	939-0741	下新川郡朝日町泊555番地	0765-83-0303	
38		ケアサポートつむぎ	合同会社ケアサポートつむぎ	939-0744	下新川郡朝日町平柳301-4	0765-32-3822	



《地域包括支援センター》

(平成30年4月現在)

保険者		地域包括支援センターの名称	郵便番号	住 所	電話番号 ( )は代表電話 FAX番号	担当区域名
魚津市	1	魚津市 地域包括支援センター	〒937-8555	魚津市釈迦堂1-10-1	0765-23-1294 0765-23-1073	魚津市全域
新川 地域 介護 保険 組合	1	黒部市 地域包括支援センター	〒938-8555	黒部市三日市1301番地	0765-54-5002 0765-54-5003	生地・石田・村椿・大布施・三日市
	2	黒部市東部 地域包括支援センター	〒938-0862	黒部市宇奈月町浦山2111番地	0765-65-1165 0765-65-9533	田家・前沢・菟生・若栗・東布施・宇奈月温泉・内山・音沢・愛本・下立・浦山
	3	入善町 地域包括支援センター	〒939-0642	下新川郡入善町上野2803	(0765-74-1073) (0765-74-1083)	入善町全域
	4	朝日町 地域包括支援センター	〒939-0793	下新川郡朝日町道下1133	(0765-83-1100) (0765-83-1103)	朝日町全域

《市町村》

(平成30年4月現在)

	市町名	郵便番号	住 所	電話番号 ( )は代表電話 FAX番号
1	魚津市社会福祉課	〒937-8555	魚津市釈迦堂1-10-1	0765-23-1007 0765-23-1055
2	黒部市福祉課	〒938-8555	黒部市三日市1301	0765-54-2502 0765-54-4115
3	入善町保険福祉課	〒939-0693	入善町入膳3255	0765-72-1100 0765-74-0067
4	朝日町健康課	〒939-0793	朝日町道下1133	0765-83-1100 0765-83-1109
5	新川地域介護保険・ケーブルテレビ事業組合	〒938-0036	黒部市北新199	0765-57-3303 0765-57-3305

《厚生センター》

(平成30年4月現在)

	厚生センター名	郵便番号	住 所	電話番号 ( )は代表電話 FAX番号
1	富山県新川厚生センター	〒938-0025	黒部市堀切新343	(0765-52-1224) 0765-52-4440
2	富山県新川厚生センター 魚津支所	〒937-0805	魚津市本江1397	(0765-24-0359) 0765-24-9220

