

地域共生社会に向けた
西臼杵地域 医療・介護・福祉連携の
ためのルールブック
(ver.2)



令和5年11月

目次

○はじめに	1
○優先的に連絡調整を行う対象者の定義	2
入院時	
ルール① 「お互いに速やかな入院時の連絡に努める」	3
入院中	
ルール② 「入院期間の見込みや利用者の状態等について、 入院当初から連携して情報共有に努める」	3
退院時	
ルール③ 「カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する」	4
日頃から心掛けたいこと	
ルール④ 「担当者が利用者に対して心掛けること」	5
ルール⑤ 「医療機関と担当者は、情報共有を行う」	5
ルール⑥ 「入退院等支援の窓口を明確にする」	6
ルール⑦ 「医療・介護・福祉について積極的に学び合う」	6
《参考資料：関係機関窓口一覧》	
○病院	7
○診療所	8
○ケアマネジャーの所属する施設	9
○相談支援事業所	13
○養護老人ホーム	14
○地域包括支援センター	15
○市町村介護保険担当・保健所	15
《様式》	
○医療と介護、福祉の連携シート（入院用）	16
○医療と介護、福祉の連携シート（退院用）	18
○医療機関・ケアマネジャー・相談支援専門員等の情報交換票	20

はじめに

西臼杵地域は、高千穂町、日之影町、五ヶ瀬町の3町から構成される地域で、平成29年10月1日現在の高齢化率は40.2%であり、宮崎県平均の31.0%を約10%上回り、高齢化が進んでいます。

このような中、医療機関に入院した高齢者が、退院後に住み慣れた自宅等に戻る際に、適切な介護保険サービスを受けながら、地域での生活にスムーズに移行できるようにするためには、入院時からの医療と介護の連携が欠かせません。

平成29年度に西臼杵地域のケアマネジャーに対して、実施したアンケート調査「要介護・要支援者の退院調整等に関する調査」の結果では、退院調整連絡の有無について「無し」が16.3%、必要な情報の有無について「不十分」が22.5%、また、退院調整の方法では、「電話」が66.3%で一番多く、退院時カンファレンスの実施率は25.0%でした。

このようなことから、平成29年度時点では、医療と介護との間で連携について課題があることが明らかになりました。

このため、西臼杵地域では、平成30年度、医療機関・介護関係者との間で入退院等の調整ルールについて協議を重ねて来ましたが、その中で、入退院だけではなく、日頃から医療機関（診療所を含む）と介護関係者で情報共有を行いたいという意見が出てきました。

また、医療と介護に限らず、障害福祉サービスの相談支援専門員との連携も含めたルールにしたいという要望がありました。

このような意見を踏まえ、入退院時はもちろん、日頃における医療機関・ケアマネジャー・相談支援専門員等との情報共有が円滑に行われることを目的として、「地域共生社会に向けた西臼杵地域 医療・介護・福祉連携のためのルールブック」が作成されました。

関係者の方々の共通理解の下、西臼杵地域において医療・介護・福祉を必要とする住民の皆様が安心して地域で過ごしていけるような仕組みづくりの一つとして、ご活用いただければ幸いです。

平成31年3月に作成した本ルールブックは、令和2年度に改訂作業に着手しておりましたが、新型コロナウイルス感染症の流行に伴い保健所がその対応に追われ、3年間もの間、作業が頓挫しておりました。

令和5年度に改めて関係者から意見をいただき、本ルールブック（Ver.2）を作成しましたので、引き続きご活用ください。

優先的に連絡調整を行う 対象者の定義

- ① 入院前に担当ケアマネジャーが決まっている方
- ② 入院前に担当の相談支援専門員が決まっている方
- ③ 入院前にケアマネジャーが決まっていないうが、介護が必要になりそうな方
- ④ 入院前に相談支援専門員が決まっていないうが、障害福祉サービスが必要になりそうな方
- ⑤ 在宅療養中に医療・介護・福祉間での連絡調整が必要と判断される方
- ⑥ その他、本人・家族の退院後の生活に対する不安が大きい等、退院調整が必要と判断される方

ルール①：入院時

お互いに速やかな入院時の連絡に努める

医療機関

- ・ 入院時に担当するケアマネジャー又は相談支援専門員(以下、「担当者」という。)が決まっているか確認する。(介護保険証・障害福祉サービス受給者証・担当者の名刺等で確認する)
- ・ 介護認定・障害支援区分認定を受けており、その担当者もしくは事業所名を把握できた場合は、把握した時点で病名や入院期間の目安等を担当者又は事業所へ連絡する。
- ・ 入院の連絡を家族からも担当者にしてもらうよう声かけをする。
- ・ 担当者から、医療機関訪問の連絡があった時には、日時を調整する。
- ・ 不明な点は担当者に相談する。担当者が決まっていない場合には、地域包括支援センター、相談支援事業所、市町村等に相談する。

ケアマネジャー・相談支援専門員等

- ・ 利用者が入院したことを把握したら、把握後3日以内に自分が担当者であること(事業所名、連絡先)を医療機関へ連絡する。
- ・ さらに、入院後3日以内に、「様式1：医療と介護、福祉の連携シート(入院用)」を用いて医療機関へ情報提供する。
- ・ 医療機関スタッフと面会する時は、事前に連絡をとる。

ルール②：入院中

入院期間の見込みや利用者の状態等について、入院当初から連携して情報共有に努める

医療機関

- ・ 入院期間や病棟の変更、病状の変化等があった時は、担当者に連絡する。
- ・ 担当者より、入院中の利用者の情報提供を求められた場合には応じる。

ケアマネジャー・相談支援専門員等

- ・ できるだけ、医療機関に足を運び、入院中の利用者の状態等を把握する。
- ・ 必要に応じて、リハビリ中の本人との面会や栄養指導・服薬指導等に立会い、利用者の状況把握に努める。

ルール③：退院時

カンファレンス等で退院支援に必要な情報を共有する

医療機関

- 退院日時が決まり次第、担当者へ連絡する。
- 「様式2：医療と介護、福祉の連携シート(退院用)」は、入院当初から情報を整理して記載しておき、退院時に担当者に提供する。
- 担当者と話し合いのもと、退院前カンファレンスを開催する。
- 退院後のサービス見直し、ショートステイや施設入所等について、本人より希望がある場合には、3日以内に担当者へ連絡する。
- 退院後に支援が必要と思われる患者で、介護保険サービス、障害福祉サービスの申請を行っていない方については、地域包括支援センター、相談支援事業所、市町村等に相談する。
- 退院後の生活に対する不安がある場合は、地域包括支援センター、相談支援事業所、市町村等に相談する。
- 利用者が転院することが決まったら、速やかに担当者に連絡する。

ケアマネジャー・相談支援専門員等

- 退院前カンファレンスが開催される場合は参加する。

ルール④：日頃から心掛きたいこと

担当者が利用者に対して心掛けること

ケアマネジャー・相談支援専門員等

- ・ 初めて関わった際は、自分が担当者であることを明確にする。
- ・ 担当者の名刺（連絡先）を介護保険証、障害福祉サービス受給者証、医療保険証、お薬手帳等と一緒に保管してもらう。
- ・ 携帯電話に担当者の名前と連絡先を登録してもらう。
- ・ 入院したら担当者に連絡するよう伝える。
- ・ 歩行補助具などに、担当者の事業所名と電話番号を記載する。
- ・ 担当者の事業所名と担当者の連絡先を記載した用紙を目立つ場所（ベッド、居室、電話の所等）に掲示してもらう。

ルール⑤：日頃から心掛きたいこと

医療機関と担当者は、情報共有を行う

医療機関

- ・ 担当者より、「様式3：医療機関・ケアマネジャー・相談支援専門員等の情報交換票」の提出があった際には、3日以内に面接・電話・文書のいずれかの方法で回答する。

ケアマネジャー・相談支援専門員等

- ・ 入退院時に限らず、利用者について医療機関から情報が欲しい際には、「様式3：医療機関・ケアマネジャー・相談支援専門員等の情報交換票」を活用する。（国見ヶ丘病院は使用不可）また、当該様式を医療機関に渡す際には、原則、医療機関を訪問する。
- ・ 訪問が困難な場合には、郵送または個人情報を抜いた状態でFAXする。また、FAX送付の場合には、イニシャルでは個人が特定できないため、FAX後に医療機関に電話連絡する。

ルール⑥：日頃から心掛けたいこと

入退院等支援の窓口を明確にする

医療機関

- 入退院等支援に関しての担当者への連絡は「参考資料：関係機関窓口一覧」に記載されている連絡可能な時間帯等に行う。

ケアマネジャー・相談支援専門員等

- 入退院等支援に関して医療機関へ連絡する時には「参考資料：関係機関窓口一覧」に記載されている連絡可能な時間帯等に行う。

ルール⑦：日頃から心掛けたいこと

医療・介護・福祉について積極的に学び合う

医療機関

- 医療介護連携や介護保険制度、障害福祉サービスに係る研修会や勉強会に参加し、他職種への理解を深める。
- 介護保険サービス・障害福祉サービスについて分からないことは、担当者や地域包括支援センター、相談支援事業所、市町村等に確認する。

ケアマネジャー・相談支援専門員等

- 日頃から医療機関等に対して、介護・福祉制度や各種サービスについて情報発信を行う。

《参考資料：関係機関窓口一覧》

◆病院

(令和5年10月時点)

病院名	高千穂町国民健康保険病院	日之影町国民健康保険病院	五ヶ瀬町立国民健康保険病院	医療法人和敬会 国員ヶ丘病院
所在市町村	高千穂町	日之影町	五ヶ瀬町	高千穂町
所在地	〒882-1101 高千穂町大字三田井435-1	〒882-0401 日之影町大字七折9074番地3	〒882-1203 五ヶ瀬町大字三ヶ所2109番地1	〒882-1102 高千穂町大字押方1130
	部署名 地域連携室	地域連携室	連携室	地域連携課相談
入退院支援 担当窓口	73-1723 (連携室直通)	87-2021	73-5500 080-8440-2232 (連携室直通携帯)	72-3151
	FAX 73-1714 (連携室直通)	87-2023	73-5504	72-3153
連絡可能な日	月～金 (祝祭日土日不可)	平日	土・日・祝日 (年末年始を除く日)	月～金 (祝祭日土日不可)
連絡可能な時間帯	10:00～16:00	8:15～17:00	8:30～17:15	9:00～15:00

《参考資料：関係機関窓口一覧》

◆診療所

(令和5年10月時点)

診療所名	高千穂産婦人科診療所	佐藤医院	古賀医院
所在市町村	高千穂町	高千穂町	高千穂町
所在地	〒882-1101 高千穂町大字三田井1099番地14	〒882-1621 高千穂町大字岩戸72-1	〒882-1101 高千穂町大字三田井6170-1
	一般病棟（本院井上病院：延岡市）	事務	事務
相談窓口	電話 0982-21-5110 （※本院井上病院の連絡先）	73-2010	72-6178
	FAX 0982-21-6087 （※本院井上病院の連絡先）	74-8102	72-6186
連絡可能な日	月～金 （祝日、年末年始除く）	月～金 （第2・4金曜日除く）	月～土
連絡可能な時間帯	9：30～12：00 13：30～16：00	10:00～12:00	月～金 8：00～17：30 （12：00～13：30休憩） 土 8：00～12：00

《参考資料：関係機関窓口一覧》

◆ケアマネジャーの所属する施設（高千穂町）

（令和5年10月時点）

施設名	社会福祉法人 高千穂町社会福祉協議会	高千穂町在宅介護支援事業所	(株) サン・ルーム高千穂	介護医療院神楽苑
所在地	高千穂町	高千穂町	高千穂町	高千穂町
所在地	〒882-1101 高千穂町大字三田井750番地7	〒882-1101 高千穂町大字三田井435番地1 (高千穂町保健福祉総合センター 内)	〒882-1101 高千穂町大字三田井6186番地5	〒882-1102 高千穂町大字押方1130番地
入退院支援 担当窓口	部署名	居宅介護支援事業所	居宅介護	支援相談課
	電話	72-3717	72-2155	72-3210
	FAX	72-3683	72-2320	73-1082
連絡可能な日	月～金 (祝祭日、年末年始を除く)	月～金 (祝祭日、年末年始を除く)	月～土	月～土：可 (休みの時もある)
連絡可能な時間帯	8:30～17:15	8:30～17:15	8:00～17:00	8:00～17:00

《参考資料：関係機関窓口一覧》

◆ケアマネジャーの所属する施設（高千穂町）

（令和5年10月時点）

施設名	特別養護老人ホーム 雲居都荘	有料老人ホーム皇寿 (休止中)	グループホーム サクラ高千穂	グループホーム鶺鴒	ソーシャルサポート
所在地	高千穂町	高千穂町	高千穂町	高千穂町	高千穂町
所在地	〒882-1411 高千穂町大字上野17番地	〒882-1101 高千穂町大字三田井3380番地1	〒882-1101 高千穂町大字三田井3258番地2	〒882-1102 高千穂町大字押方1303番地4	〒882-1621 高千穂町大字岩戸115番地5
入退院支援 担当窓口	部署名	看護主任			
	電話	77-1034	73-1878	72-2384	76-1586
	FAX	77-1209	73-1881	72-2384	83-1587
連絡可能な日	年中無休 対応可	月～金	月～日 (担当者の勤務日が変則的であるため、勤務日であれば対応可)	月～金 (状況によっては土日也可能)	原則として 月～金
連絡可能な時間帯	8:30～17:30 (上記以外の時間帯は介護職で対応可)	8:30～17:30	8:30～17:30	8:30～17:30	原則として 8:30～17:30

《参考資料：関係機関窓口一覧》

◆ケアマネジャーの所属する施設（日之影町）

（令和5年10月時点）

施設名	日之影町社会福祉協議会	(株)サン・ルーム 西臼杵営業所	特別養護老人ホーム 青雲荘	グループホーム寿久の里	ケアサポートひだまり
所在市町村	日之影町	日之影町	日之影町	日之影町	日之影町
所在地	〒882-0401 日之影町大字七折8840 番地	〒882-0401 日之影町大字七折12190番 地1	〒882-0401 日之影町大字七折8826 番地	〒882-0301 日之影町大字七折1850 番地1	〒882-0401 日之影町大字七折2996 番地16
入退院支援 担当窓口	部署名	居宅介護支援事業所			
	電話	87-3006	73-7551	78-1013	87-2017
	FAX	87-3007	73-7552	78-1013	87-2017
連絡可能な日	月～金 居宅 土：当番番 日：生活支援ハウス→居宅	月～土 (12/31～1/3を除く)	月～金	特になし（3交替の為）	月～土
連絡可能な時間帯	8:15～17:00 (上記以外：支援ハウス対 応は不在有)	8:00～17:30	8:30～17:30	特になし（3交替の為）	8:00～17:00

◆ケアマネジャーの所属する施設（五ヶ瀬町）

（令和5年10月時点）

施設名	五ヶ瀬町社会福祉協議会	特別養護老人ホームごかせ荘	(有) 鶴嶋 グループホーム遊遊亭	ケアサポートひだまり（五ヶ瀬）
所在市町村	五ヶ瀬町	五ヶ瀬町	五ヶ瀬町	五ヶ瀬町
所在地	〒882-1203 五ヶ瀬町大字三ヶ所10725番地5	〒882-1203 五ヶ瀬町大字三ヶ所10725番地1	〒882-1202 五ヶ瀬町大字桑野内5364番地14	882-1201 五ヶ瀬町大字鞍岡5830番地1
入退院支援 担当窓口	部署名	居宅介護支援事業所		居宅介護支援事業所
	電話	82-1520	82-0267	83-2343
	FAX	82-0387	82-0267	83-2343
連絡可能な日	月～金 （祝日、年末年始除く）	月～日	月～日 （シフトにより不在時あり）	月～土 （年末年始を除く）
連絡可能な時間帯	8：30～17：00	7:00～19:00	9:00～17:00 （シフトにより不在時間帯あり）	8：00～17：00

◆相談支援事業所

(令和5年10月時点)

事業者名	高千穂町社会福祉協議会 障害者サポートセンター スマイルたちほ	日之影町社会福祉協議会 障がい者相談支援事業所	五ヶ瀬町障害児・者 相談サポートセンター
所在地	高千穂町 〒882-1101 高千穂町大字三田井750番地7	日之影町 〒882-0401 日之影町大字七折8840番地	五ヶ瀬町 〒882-1203 五ヶ瀬町大字三ヶ所10725番地5 (五ヶ瀬町社会福祉協議会内)
入退院支援担当 入退院支援担当 窓口	部署名	高千穂町社会福祉協議会障害者 サポートセンタースマイルたちほ	五ヶ瀬町障害児・者 相談サポートセンター
	電話	72-3717	82-1520
	FAX	72-3683	82-0387
連絡可能な日	月～金 (年末年始、祝祭日を除く)	月～日 (土：当番者) (日：支援ハウス対応又は不在有)	月～金 (祝日、年末年始除く)
連絡可能な時間帯	8:30～17:15	月～土 8:15～17:00 (上記以外：支援ハウス対応 又は不在有)	8:30～17:00

《参考資料：関係機関窓口一覧》

◆ 養護老人ホーム

(令和5年10月時点)

施設名	養護老人ホームときわ園	養護老人ホーム八戸清流園
所在市町村	高千穂町	日之影町
所在地	〒882-1413 高千穂町田原1071番地1	〒882-0301 日之影町大字七折1850番地1
	部署名 入退院支援 担当窓口	看護職員
	電話 73-3001	88-1111
	FAX 73-3002	88-1073
連絡可能な日	月～金 (祝祭日、年末年始を除く)	月～日
連絡可能な時間帯	8:30～17:15	8:30～17:30

◆地域包括支援センター

(令和5年10月時点)

名称	〒	所在地	電話	FAX
高千穂町地域包括支援センター	882-1101	高千穂町大字三田井435番地1	72-6900	73-1707
日之影町地域包括支援センター	882-0401	日之影町大字七折9074番地3	87-2741	73-7543
五ヶ瀬町地域包括支援センター	882-1203	五ヶ瀬町大字三ヶ所1670番地	82-1248	82-1722

◆市町村介護保険担当・保健所

所属名・係名	〒	所在地	電話	FAX
高千穂町保健福祉総合センター 介護保険係	882-1101	高千穂町大字三田井435番地1	73-1717	73-1707
日之影町保健センター 介護保険係	882-0401	日之影町大字七折9074番地3	87-2306	73-7543
五ヶ瀬町役場福祉課 介護保険グループ	882-1203	五ヶ瀬町大字三ヶ所1670番地	82-1702	82-1723
宮崎県高千穂保健所	882-1101	高千穂町大字三田井1086番地1	72-2168	72-4786

事業所名		医療機関名				
担当		担当				
フリガナ	性別 住 所			生年月日	年齢	
氏 名	様	<input type="checkbox"/> 男	TEL		年	
		<input type="checkbox"/> 女				月
かかりつけ医での状況 (入院までの経過など)						
既往歴						
家族	家族構成		世帯・介護の状況			
			主介護者	氏名	続柄	
			キーパーソン	氏名	続柄	
			世帯の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他 ()		
			緊急連絡先	① 氏名	優先 <input type="checkbox"/>	
		自宅		優先 <input type="checkbox"/>		
		特記事項	② 氏名	優先 <input type="checkbox"/>		
			自宅	優先 <input type="checkbox"/>		
生活歴	喫煙	飲酒	その他			
経済状況	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金 () <input type="checkbox"/> 障害年金 () <input type="checkbox"/> 生活保護					
	<input type="checkbox"/> 恩給・年給 () <input type="checkbox"/> 就労収入 () <input type="checkbox"/> その他 ()					
身体状況	測定日 (年 月 日)	身長 (cm)	体重 (kg)	BMI ()		
これまでのワクチン接種歴	コロナ () 回目 接種日 (年 月 日)		肺炎球菌 () 回目 接種日 (年 月 日)			
	インフルエンザ 接種日 (年 月 日)					
認知症症状 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 専門医受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 病院・主治医名 ()					
コミュニケーション	意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難					
	聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり					
	視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難					
その他の障害	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他 <input type="checkbox"/> 特記事項 ()					
自立度	障害高齢者の日常生活自立度 ()		認知症高齢者の日常生活自立度 ()			
要介護度・ 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 区分 ()					
	期間 (年 月 日 ~ 年 月 日) 手帳等 ()					
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に記入)					
介護サービス・ 障害福祉 サービス 利用状況	①訪問看護		②訪問介護		③訪問リハ	
	④通所介護		⑤訪問入浴		⑥通所リハ	
	⑦短期入所		⑧居宅療養管理指導		⑨認知症対応型共同生活介護	
	⑩福祉用具		⑪その他			
	番号 ()	内容 ()				
	番号 ()	内容 ()				
番号 ()	内容 ()					
番号 ()	内容 ()					
番号 ()	内容 ()					

(裏)

医療的処置	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 経管栄養
	なし	あり	<input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 () 詳細等 ()
処方・内服方法	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <形態> <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> オブラート <input type="checkbox"/> とろみ	
	自立	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> 処方箋等添付あり 特記事項等 ()
ADLの状況	自立	自立度等	特記事項・詳細
起居・座位・立位	<input type="checkbox"/>	寝返り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗・移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 段差注意 <input type="checkbox"/> 杖歩行 () <input type="checkbox"/> 歩行器 () <input type="checkbox"/> 車椅子 () <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> ベッド上(リクライニング移乗可) <input type="checkbox"/> その他 ()	
食事・栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 () (kcal) 塩分 (g) <input type="checkbox"/> 禁忌食あり () <input type="checkbox"/> 添付資料あり	
口腔	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯) 義歯の有無最終確認日 (年 月 日) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <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 排便コントロール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終排便日 (月 日) 量 ()	
入浴・保清	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> その他 ()	
衣類着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()	
睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬あり <input type="checkbox"/> その他 ()	
居住環境 (玄関、トイレ、浴室など)	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題あり ※問題ありの場合は以下に内容を記載ください。		
入院に際し、 ケアマネからの 連絡事項など (家族の介護力、 自宅・施設での生活 に向けた退院時の ゴール設定など)			

様式2 (表)

医療と介護、福祉の連携シート (退院用)

作成日

年

月

日

医療機関名 (記入者)		事業所名 (管理者)		⇒ 担当		
フリガナ	性別	住所	生年月日	年齢		
氏名	様	<input type="checkbox"/> 男	— —	年	歳	
		<input type="checkbox"/> 女				TEL
科別 主治医	科別 主治医	入院期間	年	月	日 ~ 年 月 日	
今回の主病名	主病名					
既往歴	<input type="checkbox"/> 入院時と同様					
退院までの経過 (入院中の様子など)						
家族	家族構成		世帯・介護の状況			
	<input type="checkbox"/> 入院時と同様		主介護者	氏名	続柄	
			キーパーソン	氏名	続柄	
			世帯の状況	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居 <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> その他()		
			緊急連絡先	① 氏名	自宅	優先 <input type="checkbox"/>
				携帯	優先 <input type="checkbox"/>	
		特記事項	② 氏名	自宅	優先 <input type="checkbox"/>	
			携帯	優先 <input type="checkbox"/>		
経済状況	<input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 遺族年金() <input type="checkbox"/> 障害年金() <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> 恩給・年給() 就労収入() その他()					
アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
身体状況	測定日(年 月 日) 身長(cm) 体重(kg) BMI()					
ワクチン接種	入院中のワクチン接種 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 種類() 接種日(年 月 日)					
これまでの ワクチン接種歴	コロナ()回目 接種日(年 月 日) 肺炎球菌()回目 接種日(年 月 日) インフルエンザ 接種日(年 月 日)					
皮膚疾患	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()					
認知症症状 高次脳機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 専門医受診歴 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 病院・主治医名 ()					
コミュニケーション	意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 聴力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 補聴器 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 視力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難					
その他障害	<input type="checkbox"/> 聴覚 <input type="checkbox"/> 視覚 <input type="checkbox"/> 言語 <input type="checkbox"/> その他 特記事項()					
自立度	障害高齢者の日常生活自立度() 認知症高齢者の日常生活自立度()					
要介護度・ 障害支援区分	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 非該当 期間(年 月 日 ~ 年 月 日) 手帳等()					
障害認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (具体的に記入)					
介護サービス・ 障害福祉 サービス 利用状況						

(裏)

医療的処置	なし	あり	<input type="checkbox"/> 透析 <input type="checkbox"/> ストーマの処置 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 痰吸引 <input type="checkbox"/> レスピレーター <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡の処置 <input type="checkbox"/> カテーテル <input type="checkbox"/> その他 () 詳細等 ()
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
処方・内服方法	自立	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <形態> <input type="checkbox"/> 粉碎 <input type="checkbox"/> オブラート <input type="checkbox"/> とろみ <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 処方箋等添付あり	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	特記事項等 ()
ADLの状況	自立	自立度等	特記事項・詳細
起居・座位・立位	<input type="checkbox"/>	寝返り <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 座位保持 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 立位 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
移乗・移動	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 段差注意 <input type="checkbox"/> 杖歩行 () <input type="checkbox"/> 歩行器 () <input type="checkbox"/> 車椅子 () <input type="checkbox"/> ベッド上 <input type="checkbox"/> ベット上(リクライニング移乗可) <input type="checkbox"/> その他 ()	
食事・栄養	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 食事形態 () (kcal) 塩分 (g) <input type="checkbox"/> 禁忌食あり () <input type="checkbox"/> 添付資料あり	
口腔	<input type="checkbox"/>	義歯 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分 <input type="checkbox"/> 総義歯) 義歯の有無最終確認日(年 月 日) 嚥下障害 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	
排泄	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 紙パンツ <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 排便コントロール <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 最終排便日 (月 日) 量 ()	
入浴・保清	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> シャワーのみ <input type="checkbox"/> その他 最終保清日 月 日	
衣類着脱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他 ()	
睡眠	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 入眠困難 <input type="checkbox"/> 中途覚醒 <input type="checkbox"/> 早朝覚醒 <input type="checkbox"/> 睡眠薬あり <input type="checkbox"/> その他 ()	
退院後の注意点 (急変時の対応や 日常生活の注意点 等)		緊急時病院連絡先 <input type="checkbox"/> 月 日開催の退院カンファレンスのとおり	
病気の理解 治療・ 在宅療養への希望等	本人	<input type="checkbox"/> 月 日開催の退院カンファレンスのとおり	
	家族	<input type="checkbox"/> 月 日開催の退院カンファレンスのとおり	
備考			

様式3

【西臼杵地域】医療機関・ケアマネジャー・相談支援専門員等の情報交換票

◎宛先
医療機関

名称: _____
職種: _____
氏名: _____
FAX番号: _____

◎発信元
介護予防支援事業所・居宅介護支援事業所
相談支援事業所

名称: _____
職種: _____
氏名: _____
電話番号: _____
FAX番号: _____

日頃より大変お世話になっております。
下記の件につき、ご返答をよろしくお願ひします。
お忙しいところ、誠に恐れ入りますが、ご都合の良い時にFAX等にて返信をお願い申し上げます。

●イニシャル: _____ 様(_____ 年 月 日生)について

連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン・サービス等利用計画作成にあたり、病状等についての指示・確認など
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医や看護師等の意見・相談など
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談
<相談内容等>	
記載者氏名: _____ 印	

返信

連絡方法並びに回答票

連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします → 日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時頃お越しください
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします → 日時: _____ 月 _____ 日 _____ 時頃電話ください
	<input type="checkbox"/> 下記の文書で回答します
<回答・助言等>	
_____ 年 _____ 月 _____ 日 _____ 記載者氏名 _____ 印	

**「地域共生社会に向けた 西臼杵地域
医療・介護・福祉連携のためのルールブック」(ver.2)**

◇発行

宮崎県長寿介護課 医療・介護連携推進室・宮崎県高千穂保健所・
高千穂町保健福祉総合センター・日之影町保健センター・五ヶ瀬町福祉課

◇問い合わせ先

宮崎県高千穂保健所 健康づくり課
(TEL)0982-72-2168
(FAX)0982-72-4786

高千穂町地域包括支援センター
(TEL)0982-72-6900
(FAX)0982-73-1707

日之影町地域包括支援センター
(TEL)0982-87-2741
(FAX)0982-73-7543

五ヶ瀬町地域包括支援センター
(TEL)0982-82-1248
(FAX)0982-82-1722

Ver1:平成31年3月
Ver2:令和5年11月