

富士・東部地域

医療と介護の入退院連携ルール

第2版

富士吉田市

都留市

大月市

上野原市

道志村

西桂町

忍野村

山中湖村

鳴沢村

富士河口湖町

小菅村

丹波山村

令和4年5月

目次

1	ルールの基本	2
2	入退院連携ルール	4
	(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合 (入院前に介護保険サービスを利用していた場合)	4
	(2) 入院前にケアマネジャーがいない場合 (退院後新たに介護保険サービスを利用する場合)	7
	(参考) 入院時連携の概要図	8
	(参考) 退院時に共有したい情報	9
3	窓口一覧	
	(1) 病院	10
	(2) 有床診療所	11
	(3) 居宅介護支援事業所	12
	(4) 地域包括支援センター	17
4	参考資料リスト	18
	(参考) 「入院時情報提供書」	19
	(参考) 「退院・退所情報記録書」	21

1 ルールの基本

(1) はじめに

在宅医療・介護の連携推進については、医療法に係る「在宅医療の体制構築に係る指針」により体制整備が進められていましたが、地域包括ケアシステムの構築を推進するため、介護保険法においても地域支援事業（在宅医療・介護連携推進事業）に位置づけられ、市町村を主体として取り組むべき事業となりました。

そこで、富士・東部地域では、市町村が広域連携の必要な事項を検討するため、富士・東部保健福祉事務所が開催する市町村介護保険事業担当課長会議において、作業部会「医療と介護の連携に係る打合せ会」を設置しました。

作業部会では、医療と介護の連携の入退院の場面で生じている問題が多く指摘され、特に「病院によって連携体制や窓口が異なり、連絡先が分かりにくい」「病院からケアマネジャーに対し退院連絡がない、または遅いことがある」など窓口の明確化や連絡の要否の判断が課題であることが分かりました。

そこで、相互に連絡の取り合える「顔の見える関係」づくりが連携の重要な一歩であると見定め、本ルールでは、窓口の一覧を整備した上で、医療・介護の双方は相手からの連絡を待つのではなく「相互に連絡する」と明示して、自分から連絡する姿勢を持つことで、関係づくりを促しています。

以上により、各機関の連携が推進されて医療と介護がより一体的に提供できるようになることで、住民（患者）や家族の不安が軽減され、安心して在宅生活が送れるようになることを目的としています。

(2) ルールが想定する基本的なケースおよび位置づけ

基本的には、富士・東部地域の住民が、富士・東部地域の医療機関に入院し、退院後、在宅に戻るケースを想定しています。

このルールは、主に医療機関のスタッフとケアマネジャーの連携をとりやすくするための基本的な流れを「ルール」という言葉で示したものであり、強制的な効力を持つものではありません。個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。

(3) ルールを利用する主な関係機関

このルールは、富士・東部地域にある次の医療・介護関係機関が連携して利用します。

①病院・有床診療所 ②居宅介護支援事業所 ③地域包括支援センター

(4) ルールの対象となる方

対象者は、次のすべての状況に当てはまる方です。

- ・富士・東部地域に住所がある方で、富士・東部地域の医療機関に入院した方
- ・富士・東部地域の居宅介護支援事業所 または 地域包括支援センターを利用している方
- ・介護保険サービスを利用している方 または 退院後介護保険サービスを利用する方

(5) 個人情報の取り扱い

個人情報の扱いは、厚生労働省「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成29年4月14日）」（参考資料リスト）を参考にして、十分に留意してください。

※ 各機関はそれぞれ法令等を確認し、判断してください。

(6) ルールの見直し

ルール運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要に応じて関係者間で協議の上、適宜見直しをしていきます。

なお、ルールへの質問・要望等は所在の市町村介護保険担当課が窓口となります。

2 入退院連携ルール

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合（入院前に介護保険サービスを利用していた場合）

医療機関



〇〇さんが入院しました。お互いに連絡を取りましょう。

入院期間の見込みを連絡する。

- ・入院診療計画で、おおよその入院期間が分かったら、ケアマネジャーに連絡しましょう。
『入院期間は概ね〇〇日程度になります。』

本人の状態等に明らかな変化があるときは、ケアマネジャーに連絡する。

※転院(転棟)をする場合は、P.5を参照

退院する見込みが来たところで、ケアマネジャーに連絡する。

- ・連携窓口担当者は、本人の退院の見込みが来たら、ケアマネジャーと双方で、十分に退院前カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行いましょう。
- ・ケアマネジャーから入院中の状態を聞かれますので、整理しておきましょう。
『〇〇さんは、近いうちに退院できそうです。』
『退院前カンファレンスを開催しますので、参加をお願いします。／退院前カンファレンスは不要と思いますが、入院中の状態などの情報共有はどのようにしましょうか。』

在宅

入院時

相互に
連絡

入院中 ※転院・転棟時

退院時

相互に
連絡

退院後

ケアマネジャー

〇〇さんの担当ケアマネです。今後、連携をお願いします。



※訪問するときは必ずアポイントメントを取りましょう。

「入院時情報提供」を、入院後、おおむね3日、遅くとも7日以内を目安に行う。

- ・医療機関に連絡し、連携窓口の方にアポイントメントを取って訪問します。原則、書面で情報提供します。忙しいときでも、FAX等で必ず情報提供しましょう。
- ・参考様式「入院時情報提供書」（参考資料リスト）
『〇〇さんが入院したので、入院時情報提供書をお届けします。以降、連携をお願いします。おおよその入院期間が分かりましたら、連絡をお願いします。』

本人の家庭環境の状況等に明らかな変化があるときは、連絡する。

病院等から連絡がなくても、家族等から退院と聞いたら、直ちに医療機関に連絡する。

- ・病院等からの連絡を待たず、家族等から「退院」と聞いたら連携窓口連絡しましょう。
『〇〇さんの家族から退院すると聞いたのですが、カンファレンスは開催しますか。』
『〇〇さんの入院中の状況を教えてください。』

入院時の連携

ケアマネジャー は、「入院時情報提供」を、入院後、おおむね3日、遅くとも7日以内を目安に行う。

- 家族等から入院の情報を得たら、医療機関連携窓口に入院したことを連絡する。（入院したら相互に連絡）
- 「入院時情報提供」は早めに（おおむね3日、遅くとも7日以内を目安に）行う。
仮に、7日を過ぎてしまっても情報提供は必ず行う。
- 提供方法は、原則は訪問して渡す。訪問できないときはFAXも可とするが、
FAX送付の電話連絡は必ずする。
- 入院時情報提供の文書様式は任意で良いが、国は参考様式「入院時情報提供書」を示している。（参考資料P.19）
- 医療機関を訪問したら、退院に向け在宅時の課題・情報を共有する。

【連携の理由】入院後、医療機関では、入院診療計画や退院支援計画を作成します。ケアマネジャーの持つ在宅時の情報は、退院支援の必要性を検討する際などに、大変有効な情報となります。

【知識】実際の退院日は患者の状態によって変化しますので、退院見込み日より早くなったり、遅くなったりします。

訪問するときは必ずアポイントメントを取りましょう！

医療機関連携担当者もケアマネジャーからの情報を待っています。ですが、急に来院されても緊急の業務中だったり、他の方の対応をしているかもしれません。必ず、まず電話でアポイントメントをとりましょう。

医療機関 は、入院時点での入院期間の見込みを連絡する。

- ケアマネジャーの有無を確認し、担当ケアマネジャーに入院したことを連絡する。（入院したら相互に連絡）
- ケアマネジャーから訪問があったら、入院後の状況、治療経過、退院予測等の情報を共有する。

【連携の理由】ケアマネジャー（お退院見込み日を目指して、介護サービスの準備をします。

入院中の連携

医療機関 は、本人の状態等に明らかな変化があるときは、ケアマネジャーに連絡する。

- 本人・家族に、介護度の見直し、介護保険サービスの利用について、担当ケアマネジャーへの相談を勧める。

ケアマネジャー は、本人の家庭環境の状況等に明らかな変化があるときは、医療機関に連絡する。

※ 転院(転棟)をする場合

医療機関 は、転院(転棟)について連絡する。

- ・転院(転棟)先に対し
「入院時情報提供」(担当ケアマネジャーの情報、入院時情報提供書)を行いましょ。
- ・担当ケアマネジャーに対し
転院(転棟)先、転院(転棟)日の情報提供を行いましょ。

退院時の連携

医療機関 は、退院する直前の連絡ではサービス調整が間に合わない場合があるので、退院の見込みがいたらケアマネジャーに連絡する。

- 連携窓口担当者は、本人の退院が決まった際、ケアマネジャーと双方で、十分に退院前カンファレンスの必要性を確認し合いながら調整を行う。
- カンファレンスを開催しない場合でも、ケアマネジャーへの連絡は必ずする。
- 「退院時に共有したい情報」（P.9）を参考に情報を整理し、情報共有を行う。
- 退院前、退院時に情報共有ができなかった際は、退院後も入院中の情報については提供を行う。

【連携の理由】 ケアマネジャーは、在宅生活に向け必要な支援をアセスメントし、サービスを調整するために、入院中の状況等を確認する必要があります。

本人・家族にも分かる言葉を使いましょう！

関係者の誰にでも分かる用語の使用に努めましょう。また、ケアマネジャー・医療機関は、本人・家族を含め、お互いに良好な関係づくりを心がけ、分からない言葉は勇気を持って聞きましょう。

ケアマネジャー は、家族等から退院の情報を得たら、直ちに医療機関に連絡する。

- 医療機関からの連絡を待たずに、必要があれば相互に連絡できる関係づくりを心がける。
- ケアマネジャー自らがアセスメントに必要な情報を聞き取ることが基本。
- 退院時連携記録の文書様式は任意で良いが、国は参考様式「退院・退所情報記録書」を示している。（参考資料 P.21）
- 退院時、退院後に退院を知った際は、入院中の必要な情報を得るようにする。

【知識】 看護サマリーは、行われた看護の要約を記したもので、看護職同士の連携を目的としたツールです。

※ 退院後に施設入所となる患者の調整

医療機関 は、本人の入所について、入院時の担当ケアマネジャーに連絡をし、入所調整を行う。

- 必要に応じて、入院時の担当ケアマネジャーに連絡し、入所施設への情報提供の協力を得る。
- 必要に応じて、入院時の担当ケアマネジャーに相談する。

ケアマネジャー は、医療機関から入所の連絡を受け、必要に応じて、本人・家族の支援を行う。

- 医療機関と連携し、必要に応じて、入所施設へ本人の情報提供を行う。
- 医療機関の相談を受け、必要に応じて、本人・家族の支援を行う。

入所調整は医療機関が行いましょう！

医療機関は入院中の本人の様子を把握しているため、医療機関が入所調整を行うことが合理的だと考えられます。

必ず医療機関のみで調整をしなければならぬということではなく、必要時、入院時の担当ケアマネジャーに相談をしながら本人の支援を行いましょう。

(2) 入院前にケアマネジャーがいない場合（退院後新たに介護保険サービスを利用する場合）

退院支援スクリーニング等で介護が必要となる可能性があったら・・・

医療機関

本人・家族に、介護保険サービスについて情報提供し、地域包括支援センターへの相談を勧める

- ・ 家族・本人への相談を勧めるタイミングが分からない場合は、地域包括支援センターに相談しましょう。



必要に応じて、医療機関から地域包括支援センターに連絡(相談)する。

- ・ 介護保険申請を勧める状態として適切か迷いがある
 - ・ 家族の理解が乏しいなど、介護保険申請等にスムーズに繋がらない可能性がある
 - ・ 在宅移行に向けて困難な課題を抱えている
- などの場合には、地域包括支援センターへ連絡し、本人の状況を伝え、介護サービスの申請・手続き方法や今後の支援方法について相談しましょう。



※ 介護保険申請が行われ、担当ケアマネジャーが決定した以降の流れは、「(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ

【知識】 要介護認定にあたり、本人の状態がある程度落ち着かないと、市町村は適切な認定調査ができません。申請のタイミングは地域包括支援センターに相談しましょう。
また、地域包括支援センターには在宅医療に関わる様々な相談ができますので、活用してください。

在宅

入院時

相互に
連絡

退院時

退院後

地域包括支援センター



- (家族等に対し)
- ・ 介護サービスについての説明や申請の支援を行います。
 - ・ 必要に応じ、ケアマネジャー選定等の支援を行います。
- (医療機関に対し)
- ・ 医療機関からの相談に対し、助言や支援方法の検討等を行います。
 - ・ 調整の進捗を医療機関に適宜連絡します。
 - ・ 介護保険の申請に至らない場合など必要時、医療機関と連携して在宅生活を支援します。

ケアマネジャー



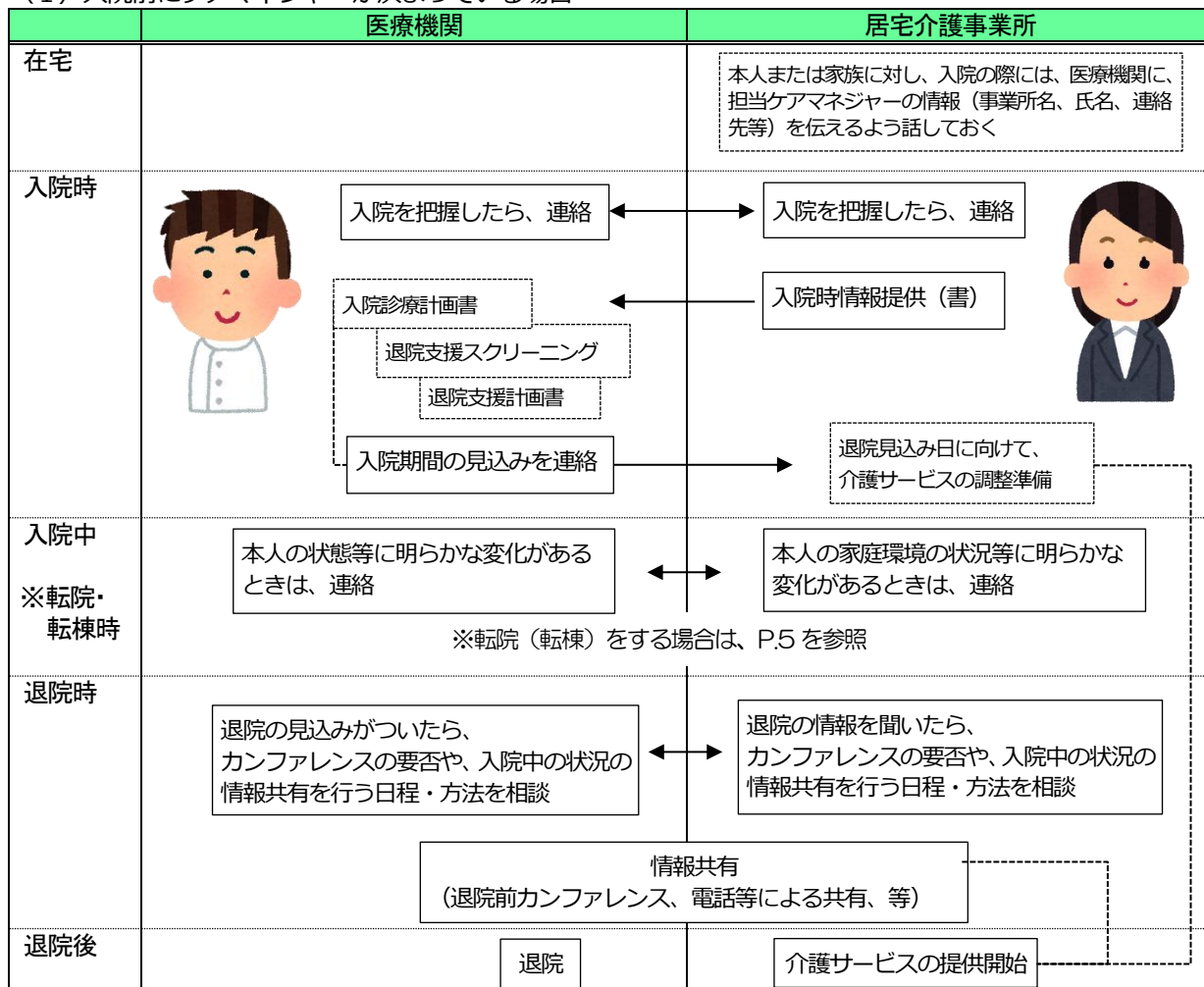
※ 介護保険申請が行われ、担当ケアマネジャーが決定した以降の流れは、「(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ

- ・ 要支援の場合は、地域包括支援センター（または委託を受けたケアマネジャー）がマネジメント

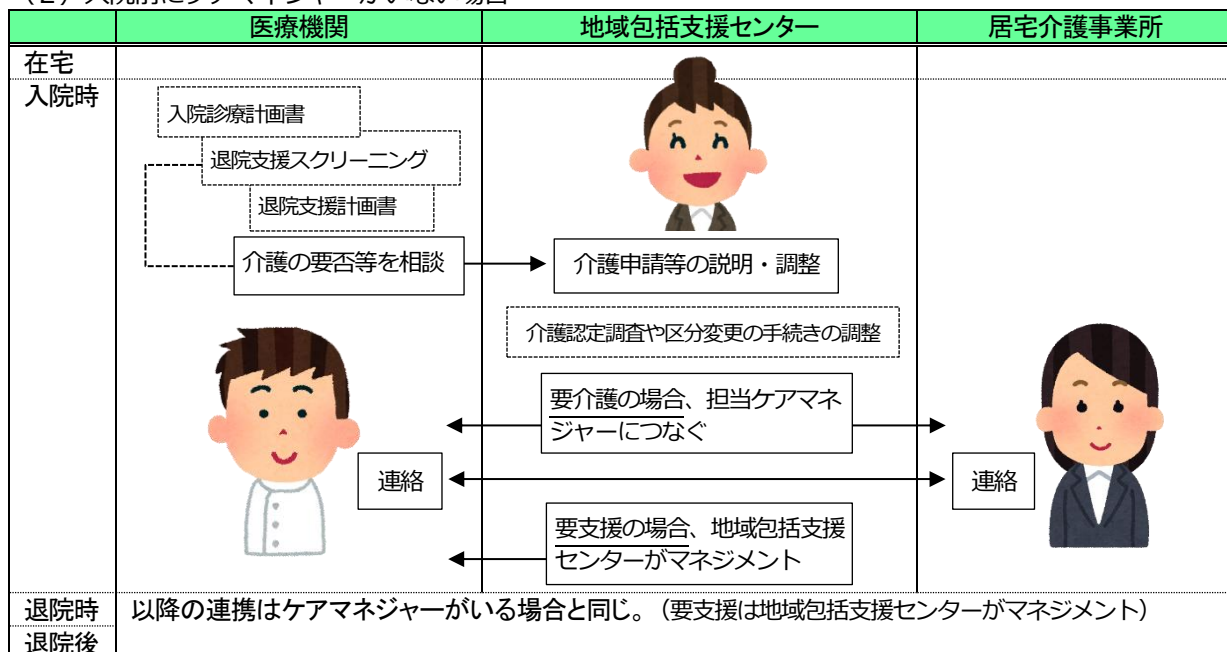
(参考)

入退院時連携の概要図

(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合



(2) 入院前にケアマネジャーがいない場合



(参考)

退院時に共有したい情報

地域での生活を実現させるために、ケアマネジャーが退院時に確認したい主な情報項目とその内容例です。よりスムーズな情報共有が図れるよう、退院前カンファレンス、退院時の情報提供など、医療機関がケアマネジャーと連携する際に参考にしてください。

【入院概要】

■病名

入院原因疾患（入院目的）、現在治療中の疾患、など

■病状・治療経過

治療内容、バイタルサイン、症状・病状の予後・予測、など

【受け止め・意向】

■本人の受け止め／意向 および 家族の受け止め／意向

本人への病状告知（特にがん末期や医療依存度が高い方への告知内容）、病気・障害・後遺症等の受け止め方、退院後の生活に関する意向、など

【入院中の様子】

■食事

食事内容（治療食（塩分やカロリー制限等）、特別な食形態、嚥下の状況、水分制限、など）、嚥下状況、食事方法（姿勢、特殊器具の使用、等）、介助方法、など

■口腔ケア

口腔清潔の状況、ケア方法、介助方法、など

■入浴

入浴方法（シャワーチェア、手すり使用の有無、体を洗う動作、機械浴、寝浴、等）、介助方法、尿道カテーテルやストーマの処置、など

■排泄

オムツ使用の有無、手すりの有無、移動方法、移動距離、衣類着脱動作、介助方法、など

■認知・精神

認知機能の状態（せん妄、徘徊、焦燥・不穏、攻撃性、等）、症状に対する対応、など

【退院後に必要な事項】

■退院後に必要な医療処置の内容と方法

点滴、酸素療法、喀痰吸引、人工呼吸器、胃ろう、褥瘡・創部・皮膚疾患などの処置、尿道カテーテル、ストーマ、排便コントロール、など

■継続する必要がある看護の内容

バイタル測定、食事・清潔・排泄・皮膚状態等の管理、血糖コントロール、服薬指導、ターミナルケア、日常生活を送る上での留意点、など

■継続する必要があるリハビリ内容

必要な訓練の内容、頻度、留意事項、など

■医師の指示事項

禁忌事項、運動や入浴等の制限、在宅療養中の注意事項、介護サービス利用における意見、など

■今後の医学管理

医療機関、受診方法（通院、訪問診療）、受診頻度、次回受診日、など

■服薬管理方法

退院時処方、自己管理の場合の管理方法、など

■在宅環境

住宅改修（手すり、スロープの設置等）の必要性、準備が必要な福祉用具 など

3 連携窓口一覧

(1) 病院

令和4年4月現在

病院名 代表電話番号	入院患者連携担当部署 (入退院支援関係) 直通電話/FAX	外来患者連携担当部署 (救急を含む受診) 直通電話/FAX	郵便番号/住所	備考 (連絡時間、体制、 他の連携部署など)	【窓口①】 入院時情報提 供書の提出	【窓口②】 主治医の意見等(医療 サービスの利用、軽度 者の福祉用具必要性)	【窓口③】 主治医へのケア プラン交付(医療 サービス利用者)	Web会議システム利用可否			
								Zoom	Skype	Teams	他
富士吉田市立病院 Tel: 555-22-4111	地域医療支援センター Tel:0555-22-4111 (内線3104) Fax:0555-22-4116	外来 Tel:0555-22-4111 (代) Fax:0555-22-6995 (代)	〒403-0032 富士吉田市上吉 田東7丁目11-1	※連絡時間 月～金(祝日 除く) 8:30～17:15 ※外来患者は各外来窓口 に連絡して下さい。	地域医療 支援センター	外来	外来	○	○	○	
山梨赤十字病院 Tel: 0555-72-2222	地域医療連携室 Tel: 0555-72-6800 Fax: 0555-72-6802	地域医療連携室 Tel: 0555-72-6800 ※救急受診は代表番号へお掛け ください。	〒401-0301 富士河口湖町船 津6663-1	※地域医療連携室への連 絡は平日の8:30～17:00 をお願いします。 ※救急受診は救急看護師 が対応します。代表番号 にご連絡下さい。	地域医療 連携室	地域医療 連携室	地域医療 連携室	○	×	×	
都留市立病院 Tel: 0554-45-1811	地域医療連携室 Tel: 0554-46-0070 Fax:0554-21-9100	外来 Tel: 0554-45-1811 (代) Fax:0554-45-1073 (代)	〒402-0056 都留市つる5丁 目1-55	※医事課担当は、代表番号 から、お呼び出しくださ い。	地域医療 連携室	医事課担当	医事課担当	○	×	×	
ツル虎ノ門外科・リ ハビリテーション 病院 Tel: 0554-45-8861	地域連携室 Tel: 0554-45-8861 Fax:0554-45-8876	受付窓口 Tel: 0554-45-8861 Fax:0554-45-8876	〒402-0005 都留市四日市場 188	※地域連携室：月～金 (8:30～17:30)	地域連携室	受付窓口	地域連携室	○	×	×	
回生堂病院 Tel: 0554-43-2291	医療相談室 Tel: 0554-43-2291 Fax:0554-43-5595	医療相談室 Tel: 0554-43-2291 Fax:0554-43-5595	〒402-0005 都留市四日市場 270		医療相談室	医療相談室	医療相談室	○	×	×	
大月市立中央病院 Tel: 0554-22-1251	医療連携室 Tel: 0554-23-6116 Fax:0554-56-8667	総合受付 Tel: 0554-22-1251 Fax:0554-56-8667	〒401-0015 大月市大月町花 咲1225	※病棟の確認は医療連携 室で確認してください。 ※病棟への電話は代表番 号をお願いします。	病棟 ※感染対策によりし ばらくの間は医療連 携室で対応	総合受付	総合受付	○			
上野原市立病院 Tel: 0554-62-5121	地域医療連携センター Tel: 0554-56-8814 Fax:0554-56-8834	総合受付 Tel: 0554-62-5121 Fax:0554-63-2469	〒409-0112 上野原市上野原 3504-3		地域医療 連携センター	地域医療 連携センター	地域医療 連携センター	○	×	×	
三生会病院 Tel: 0554-62-3355	地域医療連携課 Tel: 0554-62-3355 Fax:0554-63-3677	地域医療連携課 Tel: 0554-62-3355 Fax:0554-63-3677	〒409-0112 上野原市上野原 1185	※月～金(土・日・祝祭日 は除く) 8:30～16:00	地域医療 連携課	地域医療 連携課	地域医療 連携課	○	×	○	

(2) 有床診療所

令和4年4月現在

診療所名 代表電話番号	連携担当部署 直通電話／FAX	郵便番号／住所	Web会議システムの 利用の可否			備考
			Zoom	Skype	その他	
ことぶき診療所 Tel:0555-22-9011	Tel:0555-22-9011 Fax:0555-22-9012	〒403-0001 富士吉田市上暮地 5-8-16	○	×	○	必要に応じて対応できる 場合はなるべくします。
東桂メディカルクリニック Tel:0554-20-8010	Tel:0554-20-8010 Fax:0554-20-8203	〒402-0031 都留市十日市場 958-1	○	×	×	
武者医院 Tel:0554-23-1166	Tel:0554-23-1166 Fax:0554-23-3596	〒401-0013 大月市大月 1-15-18	×	×	×	
富士厚生クリニック Tel:0554-22-1450	Tel:0554-22-1450 Fax:0554-23-2540	〒401-0013 大月市大月 1-17-23	×	×	×	

(3) 居宅介護支援事業所（富士北麓地域、東部地域の順で並んでいます）

富士北麓地域

令和4年4月現在

	事業所名（富士北麓地域）	郵便番号／住所	電話番号	FAX	Web会議システム利用可否				備考
					Zoom	Skype	Teams	他	
1	ポプラの木介護センター	〒403-0007富士吉田市中曽根1丁目8-24	0555-22-6635	0555-22-6626	○	×	×		
2	ケアプランセンター平山の里	〒403-0003富士吉田市大明見2丁目44-26	0555-21-5212	0555-24-5800	○	×	×	ライン	
3	ケアマネ事務所 こたちちゃん	〒403-0007富士吉田市中曽根4丁目1-13	0555-28-6055	0555-28-6055	○	×	×		
4	ニチイケアセンター富士吉田	〒403-0005富士吉田市上吉田東7丁目17-22	0555-30-4103	0555-30-4105	×	×	○		
5	ピース介護支援事業所	〒403-0032富士吉田市上吉田東6丁目9-25	0555-24-6695	0555-24-6624	○		×		
6	指定居宅介護支援事業所なの花	〒403-0004富士吉田市下吉田7丁目13-18	0555-22-5394	0555-22-5846	○	×	×		
7	指定居宅介護支援事業所 芙蓉荘	〒403-0016富士吉田市松山1613	0555-22-5524	0555-24-7408	○	×	×		
8	指定居宅介護支援事業所「慶和荘」	〒403-0005富士吉田市上吉田字熊穴4584	0555-23-3000	0555-23-1001	○	×	×		
9	特別養護老人ホーム寿荘指定居宅介護支援事業所	〒403-0004富士吉田市下吉田9丁目9-10	0555-21-2940	0555-21-1162	○	○	×		
10	白樺荘指定居宅介護支援事業所	〒403-0006富士吉田市新屋1552-3	0555-24-4211	0555-24-4212	○	×	×		
11	訪問看護ステーション さくら 指定居宅介護支援事業所	〒403-0004富士吉田市下吉田4丁目21-50	0555-30-1227	0555-30-1228	○	○	○		
12	ケアマネ事務所のざわ	〒403-0019富士吉田市新町3丁目4-16	0555-23-1337	0555-23-1387	○	×	×		
13	居宅介護支援センター ゆう	〒403-0005富士吉田市上吉田東8丁目8-16	0555-24-3945	0555-24-3945	○	×	○		
14	ケアプランはづき	〒403-0032富士吉田市上吉田東1丁目1-32	0555-22-7555	0555-22-7522	○	×	×		

	事業所名（富士北麓地域）	郵便番号／住所	電話番号	FAX	Web会議システム利用可否				備考
					Zoom	Skype	Teams	他	
15	サンクシア居宅介護支援事業所	〒403-0013 富士吉田市緑ヶ丘2丁目7-16/ハイツマルビ502号室	0555-25-6807	0555-25-6808	○	×	×		
16	小規模多機能型居宅介護支援事業所 よってかせ	〒403-0004富士吉田市下吉田2丁目28-19	0555-21-2211	0555-21-2212	○	×	×		
17	小規模多機能型居宅介護支援事業所 しののめ	〒403-0002富士吉田市小明見3丁目3-14	0555-30-4005	0555-24-4995	○	×	×		
18	セントケア新西原	〒403-0017富士吉田市新西原4丁目13-46	0555-30-1000	0555-24-1006	○	×	×		
19	ケアプランつくし	〒403-0032富士吉田市上吉田東9丁目17-1	0555-25-7522	0555-23-7312	○	○	×		
20	居宅介護支援事業所 おりひめ	〒403-0005富士吉田市上吉田5410-1	0555-73-8552	0555-73-8553	○	×	×		
21	西桂地域福祉事業所 ぱいかも	〒403-0021 南都留郡西桂町下暮地915-7西桂町いきいき健康福祉センター	0555-25-3300	0555-25-6080	○	×	○		
22	忍野村社会福祉協議会 指定居宅介護支 援事業所	〒401-0511南都留郡忍野村忍草1445-1	0555-20-5020	0555-20-5021	○	×	×		
23	忍野ケアマネ事務所	〒401-0511南都留郡忍野村忍草200	0555-84-8222	0555-84-8222					R3.6 ～休 止
24	ケアプラン あい	〒401-0512南都留郡忍野村内野288-4	0555-84-3933	0555-28-4828	○	×	×		
25	社会福祉法人博友会 指定居宅介護支 援事業所	〒401-0502南都留郡山中湖村平野1450	0555-28-1400	0555-28-1411	○	×	×		
26	ケアプラン みらい	〒401-0501南都留郡山中湖村山中1433-1	0555-62-3323	0555-28-6600	○	×	×		
27	株式会社 ケアマネ事務所 坂本	〒401-0320南都留郡鳴沢村2354-1	0555-85-5111	0555-85-5112	○				
28	ふきのとう居宅介護支援事業所	〒401-0320南都留郡鳴沢村5855-1	0555-72-8402	0555-72-8403	○				

	事業所名（富士北麓地域）	郵便番号／住所	電話番号	FAX	Web会議システム利用可否				備考
					Zoom	Skype	Teams	他	
29	富士山荘指定居宅介護支援事業所	〒401-0320南都留郡鳴沢村5061	0555-85-3255	0555-85-3257	○				
30	オーク介護支援センター	〒401-0302南都留郡富士河口湖町小立4012-1	0555-83-5670	0555-83-5671	○				
31	カイ虎ノ門居宅介護支援センター	〒401-0301南都留郡富士河口湖町船津字桜休場6887	0555-72-6373	0555-73-3323	○				
32	ケアセンターこころ	〒401-0301南都留郡富士河口湖町船津1246-1	0555-73-3058	0555-73-2080	○				
33	指定介護支援事業所ケアプランまるやま	〒401-0310南都留郡富士河口湖町勝山1223-5	0555-83-2439	0555-28-7178	○				
34	富士河口湖町デイサービスセンターふれ愛	〒401-0302南都留郡富士河口湖町小立2487	0555-72-8514	0555-72-3606	○				
35	はるみさん家	〒401-0301南都留郡富士河口湖町船津1190-3	0555-72-0803	0555-72-0895	○				
36	セントケア河口湖	〒401-0301南都留郡富士河口湖町船津2091-2 SビルA号	0555-83-3551	0555-83-3552	○				

東部地域

令和4年4月現在

	事業所名（東部地域）	郵便番号／住所	電話番号	FAX	Web会議システム利用可否				備考
					Zoom	Skype	Teams	他	
37	きずな居宅介護支援事業所	〒402-0011都留市井倉298-8	0554-43-2112	0554-45-1830	○	×	×		
38	ツル虎ノ門居宅介護支援センター	〒402-0005都留市四日市場188	0554-45-8892	0554-45-8892	○	×	×		
39	よこぶき荘指定居宅介護支援事業所	〒402-0003都留市川茂328-4	0554-45-8686	0554-45-5056	○	×	×		
40	介護サービスゆりの里	〒402-0001都留市田野倉1431-1	0554-46-6006	0554-46-6007	○	×	×		
41	居宅介護支援センターあすなろ	〒402-0056都留市つる5丁目3-5	0554-46-6200	0554-46-6201	○	○	×		
42	ケアプランこわた	〒402-0032都留市鹿留2193	0554-45-7677	0554-45-7699	○	×	×		

	事業所名（東部地域）	郵便番号／住所	電話番号	FAX	Web会議システム利用可否				備考
					Zoom	Skype	Teams	他	
43	都留市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	〒402-0051都留市下谷2516-1	0554-45-2221	0554-46-5103	○	×	×		
44	居宅介護支援事業所 あゆみ	〒402-0031都留市十日市場74-6	0554-56-7600	0554-56-7600	○	×	×		
45	居宅介護支援センター 回生荘	〒402-0033都留市境36	0554-45-5211	0554-45-4551	○	×	×		
46	有限会社ケアサポート孫心	〒402-0004都留市古川渡125-1	0554-45-0111	0554-45-6161	○	×	×		
47	有限会社ファミリーケアサービス	〒402-0056都留市つる5丁目4-29	0554-43-7787	0554-43-7806	○	×	×		
48	株式会社 ケアプランわたなべ	〒402-0005都留市四日市場1024	0554-37-1058	0554-37-1058	○	×	×		
49	ツクイ都留四日市場	〒402-0005 四日市場1052-2	0554-46-6011	0554-46-6013	○	×	×		
50	クローバーケアサービスつる	〒402-0051 都留市下谷2441-1	0554-56-7710	0554-56-7677	○	○	○		
51	居宅介護支援事業所さるはし	〒409-0617大月市猿橋町殿上402-1	0554-20-1211	0554-20-1210	○	×	×		
52	介護プラン 「花さき」	〒401-0015大月市大月町花咲10	0554-23-2001	0554-22-2861	○	×	×		
53	ケアプラン いきがい	〒409-0618大月市猿橋町桂台1丁目100-1	0554-22-8888	0554-22-8889	○	×	×		
54	福祉工房	〒401-0013大月市大月2丁目12-30塩谷ビル1階	0554-30-1125	0554-20-1223	○	×	×		
55	介護ショップ さくら	〒401-0011大月市駒橋1丁目11-2	0554-30-1066	0554-30-1027	×	×	×		
56	クローバーケアサービス	〒401-0012大月市御太刀2丁目8-8 ラ・グランメール2階	0554-23-3888	0554-20-1377	○	×	×		
57	やざわ居宅介護支援事業所	〒401-0001大月市賑岡町畑倉967	0554-22-0212	0554-56-7075	×	×	×		
58	ケアサポートさくら	〒409-0112上野原市上野原7380-2	0554-63-5839	0554-63-5856	○	×	×		
59	みのりの里居宅介護支援事業所	〒409-0112上野原市上野原7806	0554-63-5800	0554-62-6006					休止中

	事業所名（東部地域）	郵便番号／住所	電話番号	FAX	Web会議システム利用可否				備考
					Zoom	Skype	Teams	他	
60	やすらぎ荘指定居宅介護支援事業所	〒409-0112上野原市上野原3446	0554-62-1101	0554-62-1103	○	×	×		
61	介護相談センターにんじん・上野原	〒409-0112上野原市上野原522	0554-62-6222	0554-62-6223	○	×	×		
62	居宅介護支援事業所 もっとらくっと	〒409-0132上野原市鶴川89	0554-63-3305	0554-63-3307	○	×	×		
63	山なし こあら 居宅介護支援事業所	〒409-0114上野原市鶴島589-4	0554-63-6337	0554-63-6347	○	○	×		
64	万年屋居宅介護支援事業所	〒409-0112上野原市上野原3237	0554-63-4170	0554-62-1090	○	×	×		
65	こつぶ本舗	〒409-0115上野原市松留22-4	0554-62-2860	0554-62-2861	○	×	×		
66	あい里	〒409-0126上野原市コモアしおつ1丁目41-1	0554-20-6001	0554-20-6115	×	×	×		
67	小菅村居宅介護支援事業所	〒409-0211北都留郡小菅村6027	0428-87-0431	0428-87-7175	○		○		
68	丹波山村社会福祉協議会	〒409-0300北都留郡丹波山村2901	0428-88-0480	0428-88-0481	○	×	×		

(4) 地域包括支援センター

令和4年4月現在

	センター名	郵便番号/住所	電話番号	FAX	Web会議システム利用可否				備考
					Zoom	Skype	Teams	他	
1	富士吉田市地域包括支援センター	〒403-8601富士吉田市下吉田6丁目1-1	0555-22-1111	0555-22-0823	○	×	○		
2	都留市地域包括支援センター	〒402-0051都留市下谷2516-1	0554-46-5114	0554-46-5119	○	×	×		
3	大月市地域包括支援センター	〒401-8601大月市大月2-6-20	0554-23-8034	0554-22-6422	○	×	○		
4	上野原市地域包括支援センター	〒409-0112上野原市上野原3163	0554-62-3128	0554-30-2041	○	×	×		
5	道志村地域包括支援センター	〒402-0209南都留郡道志村6181-1	0554-52-2113	0554-52-2572	○	×	×		
6	西桂町地域包括支援センター	〒403-0021南都留郡西桂町下暮地915-7	0555-25-4000	0555-25-3574	○	×	○		
7	忍野村地域包括支援センター	〒401-0511南都留郡忍野村忍草1445-1	0555-20-5211	0555-84-1036	○	×	×		
8	山中湖村地域包括支援センター	〒401-0595南都留郡山中湖村山中237-1	0555-62-9976	0555-62-9981	○	×	○		
9	鳴沢村地域包括支援センター	〒401-0398南都留郡鳴沢村1584	0555-85-3081	0555-85-2461	○				
10	富士河口湖町地域包括支援センター	〒401-0392南都留郡富士河口湖町船津1700	0555-72-6037	0555-72-6027	○				
11	小菅村地域包括支援センター	〒409-0211北都留郡小菅村6027	0428-87-0431	0428-87-7175	○		○		
12	丹波山村地域包括支援センター	〒409-0305北都留郡丹波山村890	0428-88-0211	0428-88-0207	○	×	×		

4 参考資料リスト

- (1) 「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス（平成 29 年 4 月 14 日通知、同年 5 月 30 日適用、令和 2 年 1 0 月 9 日改正）」

「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」に関する Q & A（事例集）（平成 29 年 5 月 30 日適用、令和 2 年 1 0 月 9 日改正）」

【入手方法】

厚生労働省 HP ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 雇用・労働 > 労働政策全般 > 個人情報保護 > 厚生労働分野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等

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

- (2) 「入院時情報提供書」「退院・退所情報記録書」

【入手方法】

厚生労働省 HP ホーム > 政策について > 分野別の政策一覧 > 福祉・介護 > 介護・高齢者福祉 > 介護職員・介護支援専門員

<https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000054119.html>

※ 連携の流れを把握する参考資料として添付（P. 19～P. 21）

- (3) 「医療と介護連携用語集」

【入手方法】

山梨県 HP トップ > 医療・健康・福祉 > 高齢者福祉 > 高齢者福祉その他 > 地域包括ケアの推進

<https://www.pref.yamanashi.jp/chouju/chiihoukatukea.html>

- (4) 「峡東地域 医療と介護の連携の手引き」

【入手方法】

山梨県 HP トップ > 組織から探す > 在宅医療・在宅療養（峡東保健福祉事務所）

<https://www.pref.yamanashi.jp/kt-hokenf/ganjouhou.html>

- (5) 「峡南地域入退院時の病院とケアマネジャー連携ルールの手引き」

【入手方法】

峡南在宅医療支援センタートップページ > 入退院時連携ルール

<https://kyonan-zaitaku.jp/publics/index/84>

- (6) 「中北圏域入退院連携ルール ～病院とケアマネジャー編～」

【入手方法】

山梨県 HP トップ > 組織から探す > 中北保健福祉事務所（中北保健所）

<https://www.pref.yamanashi.jp/ch-hokenf/>

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、 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		

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、処方を守られていない <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・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						
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						
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。

■ 市町村介護保険事業担当課長会議 構成機関

富士吉田市
都留市
大月市
上野原市
道志村
西桂町
忍野村
山中湖村
鳴沢村
富士河口湖町
小菅村
丹波山村
富士・東部保健福祉事務所

■ 作業部会「医療と介護の連携に係る打合せ会」構成機関（令和3年度改定時）
（市町村介護保険事業担当課長会議構成機関と、以下の医療機関、居宅介護支援事業所で構成）

富士吉田市立病院
都留市立病院
ツル虎ノ門外科・リハビリテーション病院
大月市立中央病院
上野原市立病院
山梨赤十字病院
特別養護老人ホーム寿荘指定居宅介護支援事業所
都留市社会福祉協議会居宅介護支援事業所
クローバーケアサービス
やすらぎ荘居宅介護支援事業所
介護相談センターにんじん・上野原
居宅介護支援事業所オーク介護支援センター

『富士・東部地域 医療と介護の入退院連携ルール』

市町村介護保険事業担当課長会議
（作業部会「医療と介護の連携に係る打合せ会」作成）
令和元年11月 策定
令和4年 5月 改訂