

# 都城北諸県医療圏における 安心入退院ルールブック ( Ver.3 )



令和元年 11 月

## 目 次

○ルール1の目的	1
○ルール2の基本	2
ルール1 「協力医療機関窓口一覧を積極的に活用しよう。」	4
ルール2 「研修会等を通じ、医療・介護について、互いに学び合おう。」	5
ルール3 「入院時は、連絡を取り合おう。」 ・ケアマネが決まっている場合 ・ケアマネが決まっていない場合	6
ルール4 「医療機関・ケアマネは連絡を取り合い、互いに積極的に情報共有しよう。」	12
ルール5 「退院前カンファレンスは連絡しよう。」	13
ルール6 「退院に向けての情報共有を積極的にしよう。」	14
【資料及び様式】	
○資料1 協力医療機関窓口一覧	15
○様式1 入院時情報提供シート	25
○様式2 退院時情報共有シート	27
○資料2 退院調整情報共有項目	29
○資料3 都城北諸県医療圏安心入退院ルールブック フロー図（概要版）	30

## ルールの目的

今後 2025 年までに団塊の世代が 75 歳以上となり、都城北諸県医療圏においても疾病や要介護状態にある高齢者が大幅に増加することが見込まれています。

そのような中、医療機関を退院し在宅で生活する方が増えることが予想されます。

介護を必要とする患者(利用者)さんが、退院の準備をする際に「退院調整もれ」(医療機関からケアマネジャー(以下、ケアマネという)に引き継ぎがなされないこと)により、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。

都城北諸県医療圏において平成 29 年9月に実施した調査(医療機関回答率 68.7%)によると、入院時に介護保険証を確認している医療機関の割合は、63.6%でした。このうち、退院時にケアマネに情報提供をされていない割合は 28.3%でした。

また、入院時にケアマネから医療機関に情報提供をされていなかった割合は 62.2%でした。

そこで、都城北諸県医療圏内の医療機関関係者、ケアマネ、都城市北諸県郡医師会、都城市、三股町、県長寿介護課、都城保健所など多くの関係者が約 1 年間、検討・協議を行い、医療機関とケアマネが連携をとりやすくするための「都城北諸県医療圏安心入退院ルール」を策定しました。

なお、この「都城北諸県医療圏安心入退院ルール」という名称は、合同会議出席者全員で決定しました。

この「**都城北諸県医療圏安心入退院ルール**」は、介護を必要とする患者(利用者)さんが、疾患を問わず、都城北諸県医療圏のどの医療機関から退院しても、必要な介護サービスがタイムリーに受けられ、安心して在宅に戻ることができるよう、医療と介護が連携を強化し支援していくことを、目的としており、地域全体で運用する必要があります。

この「**都城北諸県医療圏安心入退院ルールブック**」は、入退院支援を行う医療機関のスタッフやケアマネなど関係者に向けて作成したものです。

患者(利用者)さんの入退院を地域全体で支えるため、関係者のみなさまで内容を共有していただくとともに、ルールの普及・活用に、ご協力くださるようお願いします。

## ルールの基本

### (1) 都城北諸県医療圏安心入退院ルールとは

患者(利用者)さんが退院する際に、必要な介護サービスをタイムリーに受けられるよう、医療機関とケアマネが、患者(利用者)さんが入院したときから情報を共有し、退院に向けてカンファレンスやサービス調整などを行うための、都城北諸県医療圏内の連携の仕組みです。患者(利用者)さんの退院に向けて、医療機関とケアマネが連携をとるためのそれぞれの役割や使用する様式などを定めています。

平成30年4月から運用を開始しています。

### (2) 都城北諸県医療圏の範囲

都城市、北諸県郡三股町

### (3) 都城北諸県医療圏安心入退院ルール策定にかかる参加関係機関

(令和元年11月現在)

- ①病 院
- ②診療所
- ③居宅介護支援事業所
- ④地域包括支援センター
- ⑤訪問看護ステーション
- ⑥小規模多機能型居宅介護支援事業所
- ⑦都城市北諸県郡医師会
- ⑧都城市介護保険課
- ⑨三股町高齢者支援課
- ⑩県長寿介護課
- ⑪都城保健所

◎参加されていない医療機関・施設等には、今後も参加していただけるよう呼びかけていきます。

#### (4) 都城北諸県医療圏安心入退院ルール的位置づけ

都城北諸県医療圏安心入退院ルールは、医療機関とケアマネの連携をとりやすくするための「標準」を定めたルールであり、強制力を持つものではありません。

ルールに定めた日数などは、「目安」として考えていただき、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。

#### (5) 都城北諸県医療圏安心入退院ルールの見直し

都城北諸県医療圏安心入退院ルールは、運用後、定期的に運用状況の確認、評価を行い、必要があれば関係者間で協議の上、適宜見直しをしていきます。

#### (6) 個人情報の取扱いについて

医療・介護関係者間の連携においても、個人情報の取扱いには細心の注意を払わなければなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者(利用者)さんに不利益となってしまいます。そこで、厚生労働省から出されている『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』を参考にしてください。

★ 『医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン』は、厚生労働省のホームページから入手できます。

## ルール 1

協力医療機関窓口一覧を積極的に活用しよう。

### 注目!

協力医療機関窓口一覧を活用することで、ケアマネはどこへ連絡をとればよいのかが明確になり、連絡調整のための負担を減らすことができます。

#### 取組むこと

##### ○ケアマネ

- ・協力医療機関窓口一覧に記載されている窓口や曜日、時間帯を守ろう。

##### ○医療機関

- ・協力医療機関窓口一覧に記載されている曜日や時間帯及び連絡体制を院内で共有しよう。
- ・窓口担当者が不在の場合の対応について、院内で話し合っておこう。

##### ○医師会

- ・協力医療機関窓口一覧を、広く周知しよう。

##### ○行政

- ・協力医療機関窓口一覧を、広く周知しよう。

【参考】都城北諸県医療圏安心入退院ルール 協力医療機関窓口一覧 資料 1

## ルール 2

研修会等を通じ、医療・介護について、互いに学び合おう。

### 注目!

医療分野・介護分野を互いに学びあうことで、認識のずれがなくなり、患者(利用者)さんのスムーズな在宅移行への一助となります。

### 取組むこと

#### ○ケアマネ

- ・資質向上のため、各分野の研修会・勉強会にたくさんの方が積極的に参加しよう。
- ・医師会・行政と連携し、医療機関向けの研修会・勉強会を定期的で開催しよう。

#### ○医療機関

- ・医療介護連携にかかる研修会・勉強会を定期的で開催し、スキルアップを図ろう。
- ・介護保険分野にかかる研修会・勉強会に参加しよう。

#### ○医師会

- ・医療機関・行政と連携しながら、医療介護連携にかかる研修会・勉強会を定期的で開催し、圏域全体のレベルアップを図ろう。
- ・医療介護連携にかかる研修会・勉強会を実施する際には、周知しよう。

#### ○行政

- ・医師会・ケアマネと連携しながら、医療介護連携にかかる研修会・勉強会を定期的で開催し、圏域全体のレベルアップを図ろう。
- ・医療介護連携にかかる研修会・勉強会を実施する際には、周知しよう。

## ルール 3

入院時は、連絡を取り合おう。

〈ケアマネが決まっている場合〉

**注目!**

医療機関とケアマネが入院初期から連絡を取り合うことで、在宅療養の支援に繋がります。

### 取組むこと

#### ○ケアマネ

- ・日頃から本人や家族に、入院したら担当ケアマネに連絡してもらおうよう伝えておこう。
- ・お薬手帳や医療保険証、介護保険証とケアマネジャーの情報（名刺）を一緒にしておいてもらおう。
- ・本人や家族に、受診時は医療保険証と介護保険証を一緒にみせるよう、声かけをしよう。
- ・訪問する前に医療機関の担当窓口等に、事前に連絡しよう。
- ・入院後3日以内に訪問もしくは電話で、入院初期の情報や入院前ADL等の情報交換をしよう。※
- ・入院後7日以内に入院時情報提供シートを提出しよう。※  
※は、介護報酬加算（ケアマネ側）の対象となります（詳細は最新の報酬通知を参照ください）

【参考】入院時情報共有シート 様式 1

※「入院時情報提供シート」は標準様式ですので、既存の書式を使用することを妨げるものではありません。

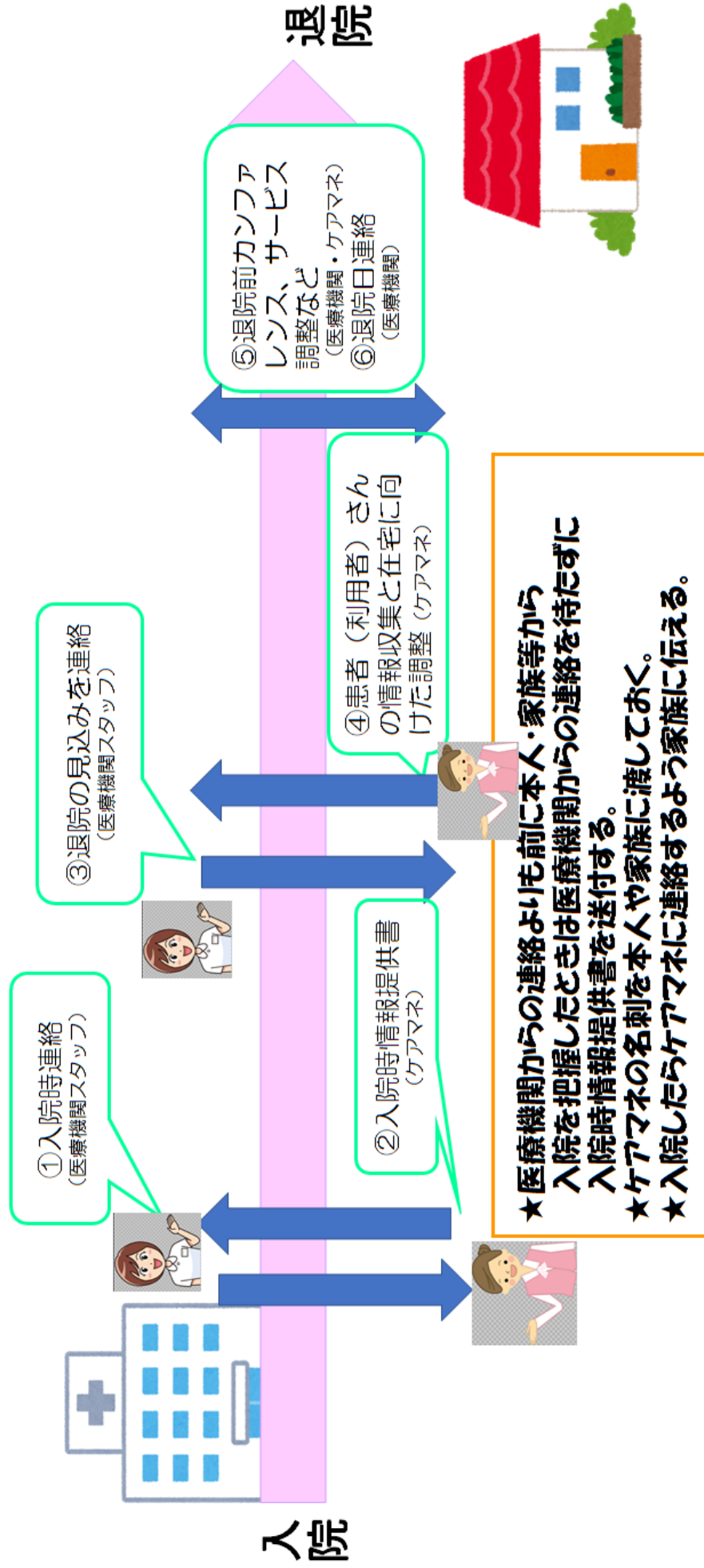
#### ○医療機関






- ・医療機関の窓口に『医療機関介護サービス事業所(地区別一覧表)』を置いておこう。
- ・介護保険の認定を受けているかどうか、介護保険証を確認しよう。
- ・受付では、医療保険証と介護保険証をコピーしよう。
- ・介護保険証がない場合、都城市介護保険課包括ケア担当又は三股町高齢者支援課に居宅介護支援事業所等を確認しよう。
- ・ケアマネを確認したら、医療機関からケアマネに連絡しよう。または、家族にケアマネに連絡するよう呼びかけよう。



# 都城北諸県医療圏安心入退院ルールの内容

## (1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合



	医療機関	ケアマネジャー（ケアマネ）
在宅時 	※予約入院の場合は、入院が決まり次第ケアマネに連絡する。	<ul style="list-style-type: none"> <li>◇利用者の入院を早期に把握するための普段からの工夫</li> <li>○担当する利用者に、ケアマネの名刺を、「医療保険証」・「介護保険証」・「かかりつけ医の診察券」・「お薬手帳」と一緒に保管し、持参するように伝えておく。</li> <li>○利用者・家族に、入院したらケアマネに連絡するよう伝えておく。</li> </ul>
入院 	①入院時連絡 ○聞き取りや介護保険証、医療保険証により担当ケアマネを把握し、入院したことを、原則として7日以内に連絡	②入院時情報提供シートの送付 ○入院を把握したら入院時情報提供シートを作成し、原則として7日以内に医療機関に提供(原則として電話連絡の上持参する)
退院の見込 	③患者の退院見込を連絡 ○退院可能と判断されたら、原則として退院予定日の1～2週間前までに、ケアマネジャー連絡	④利用者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始 ○医療機関から退院見込みの連絡があったら、退院調整のための利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、医療機関と調整する。
退院調整 	⑤入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施 ○医療機関担当者（看護師・MSW）とケアマネの退院調整開始面談 ○退院前カンファレンスの開催 ○退院時情報の提供 など	○患者や家族の意向を確認し、介護サービスを調整
退院日決定 	⑥退院日を連絡 ○退院日をケアマネに連絡	
退院後	⑦サマリーの提供（必要に応じ）	⑧ケアプランの提供（必要に応じ）

「医療機関がケアマネを把握」又は「ケアマネが入院を把握」、どちらか早いほうが相手にアプローチ

## ルール 3

入院時は、連絡を取り合おう。

〈ケアマネが決まっていない場合〉

**注目!**

医療機関とケアマネが連絡を取り合うことで、在宅療養の支援に繋がります。

取組むこと

### ○ケアマネ

### ○医療機関

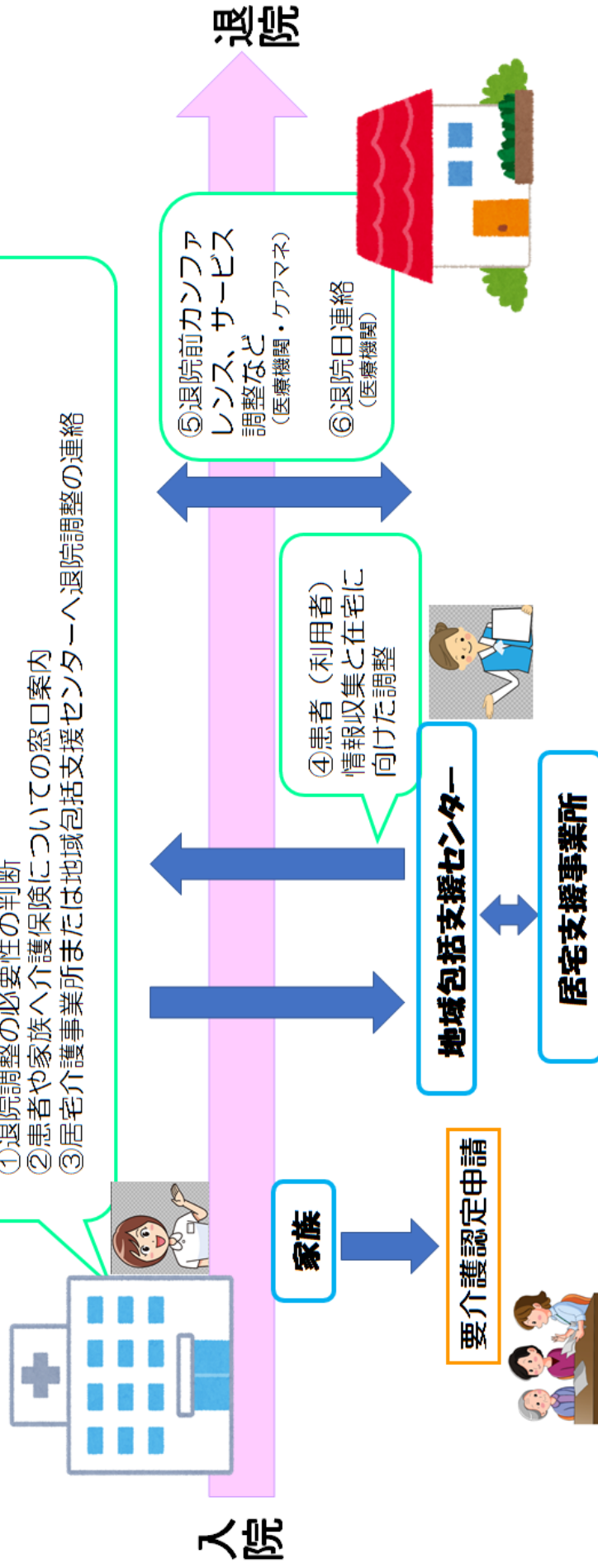
- ・介護についての相談や申請、介護保険サービスの利用をした事があるか等を確認しよう。
- ・入院時に介護保険を利用しているのか、本人又は家族に確認しよう。
- ・家族構成やキーパーソンになる人、その連絡先を確認しよう。
- ・住所を確認し、居住地区の地域包括支援センターへの情報提供と情報収集等を行おう。
- ・主治医に今後の状態（回復時の程度）について確認しよう。
- ・介護保険が必要と判断された場合、介護保険の申請・手続きについて、本人・家族へ説明しよう。



# 都城北諸県医療圏安心入退院ルールの内容

## (2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

【患者さんや家族等への聞き取りにより担当ケアマネがないことを確認】

- ①退院調整の必要性の判断
- ②患者や家族へ介護保険についての窓口案内
- ③居宅介護事業所または地域包括支援センターへ退院調整の連絡



	医療機関	ケアマネジャー（ケアマネ）
入院 	<p>◇ 患者・家族への聞き取りや、介護保険証、担当ケアマネの名刺の有無等により、担当ケアマネが決まっていなことを確認する。            ＊要介護認定を受けているかどうかかわからない場合は、市町村介護保険担当課に問い合わせる。</p>	
退院の見込 	<p>①退院調整の必要性の判断            （退院可能だが、在宅での支援が必要。）            ②患者家族へ介護保険についての窓口案内            ○①により、退院調整（介護保険の利用）が必要と判断された患者や家族に対し、地域包括支援センター等が介護保険の説明をし、申請等を支援する。            （必要に応じ、市町村介護保険担当課と地域包括支援センターは、相談・調整しケアマネジャーの選定を支援する。）            ③患者の退院の見込みを連絡            ○①により退院調整が必要と判断された患者について、退院見込みを、原則として退院予定の1～2週間前までに、地域包括支援センター又は②で選定したケアマネに連絡する。</p>	<p>④利用者情報の収集と在宅への退院に向けた調整開始            ○ 医療機関から退院の見込みの連絡があったら、退院調整のため利用者情報の共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、医療機関と調整する。</p>
退院調整	以降の流れは、前掲『(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合』の⑤以降と同じ	
退院日決定		
退院後		

## ルール 4

医療機関・ケアマネは連絡を取り合い、互いに積極的に情報共有しよう。

### 注目!

介護保険サービスが必要と思われる患者が、退院後、適切な時期から確実に必要なサービスを受けられるよう、情報共有します。

### 取り組むこと

#### ○ケアマネ

- ・入院が分かり次第、まずは医療機関に連絡し、最新の基本情報を伝えよう。
- ・電話だけで対応しないで、なるべく医療機関に出向いて、情報共有をしよう。
- ・原則入院後7日以内に、医療機関に情報提供しよう。
- ・医療機関を訪問する際は、協力医療機関窓口一覧で連絡可能な時間帯を確認し、アポイントを取ろう。

#### ○医療機関

- ・介護保険証を確認しよう。
- ・介護保険証にある居宅介護支援事業所等(ケアマネ)に連絡しよう。
- ・原則入院後7日以内に、ケアマネに連絡しよう。
- ・退院、転院となった場合、早めにケアマネに連絡しよう。
- ・患者の状況変化に合わせて、地域包括支援センター又は居宅介護支援事業所に連絡し、患者(利用者)の状況を共有しよう。

## ルール 5

### 退院前カンファレンスは連絡しよう。

※ここでいう「退院前カンファレンス」とは、例示として

- ①ケアマネがケアプランの作成・修正に必要な情報を得る場
- ②本人や家族及び多職種を交えた在宅での看護、リハなどのサービスとの引き継ぎの場
- ③入院患者の担当医師が、在宅医療を担う医師、看護師、歯科医師、薬剤師等およびケアマネ等と共同して指導をする場などをいいます。

※上記①～③は、診療報酬及び介護報酬加算の対象となります（詳細は最新の報酬通知を参照ください）。

**注目!**

ケアマネは退院前カンファレンスに参加し、情報収集や情報交換を行うことにより、在宅療養に向けての退院支援や必要なサービス等、今後の方針について検討することができます。

#### 取組むこと

### ○ケアマネ

- ・連絡する医療機関の相談窓口を確認しよう。
- ・家族から退院予定等の情報を確認しよう。
- ・カンファレンス前に、本人や家族の意向を確認しよう。（退院に向けてのアセスメントをしよう）
- ・退院前カンファレンスに参加できない場合は、看護サマリーの提供依頼や医療機関スタッフから情報を得よう。
- ・退院後の在宅サービスが医師の指示等が必要となるのか、在宅サービス内容を確認しよう。（必要な書類を依頼しよう）

### ○医療機関

- ・症状が安定した時点で、ケアマネに連絡をし、両者で退院後の方向性を検討しよう。
- ・在宅生活が困難な場合は、ケアマネに連絡しよう。
- ・主治医から退院の指示がでた時点で、ケアマネや家族に連絡しよう。
- ・住宅改修が必要な場合は、ケアマネに連絡しよう。
- ・退院の1～2週間前には、ケアマネに連絡しよう。

## ルール 6

退院に向けての情報共有を積極的にしよう。

### 注目!

医療機関及びケアマネは、なるべく早く双方で連絡を取り合うことで、退院直前の連絡や、「知らない間に退院していた」ということを防ぐことができます。

#### 取組むこと

### ○ケアマネ

- ・退院日の概ね 1 週間前には、退院時情報共有シート等による情報提供を依頼しよう。
- ・退院時は、次回受診日を確認しよう。

### ○医療機関

- ・入院診療計画書等で伝えていた情報が、入院期間中に変更となった場合は、速やかにケアマネに連絡しよう。
- ・在宅に戻ったときの注意点などが分かるように、できるだけ早めに退院時情報共有シート等を作成しよう。

【参考】退院時情報共有シート 様式 2  
退院調整情報共有項目 資料 2

※「退院時情報共有シート」は標準様式ですので、既存の書式を使用することを妨げるものではありません。



## 都城北諸県医療圏安心入退院ルール 協力医療機関窓口一覧

NO	地区	名称
1	姫城・中郷地区	飯田整形外科クリニック
2		飯田病院
3		共立医院
4		倉内整形外科病院
5		坂元医院
6		橋病院
7		藤元上町病院
8		藤元病院
9		藤元総合病院
10		ライフクリニック
11		宮永病院
12		宗正病院
13		吉松病院
14		横山病院
15	妻ヶ丘・小松原地区	有馬医院
16		三州病院
17		速見泌尿器科医院
18		柳田病院
19		城南病院
20		西浦病院
21		花房泌尿器科医院
22		都城新生病院
23	五十市・横市地区	久保原田中医院
24		永田病院
25		森山内科・脳神経外科
26	祝吉・沖水地区	有川呼吸器内科医院
27		池之上整形外科
28		都城明生病院
29		国立病院機構都城医療センター
30		小牧病院
31		戸嶋病院
32		原田医院
33		福島外科胃腸科医院
34		ベテスダクリニック
35		都城市郡医師会病院
36		メディカルシティ東部病院
37	志和池・庄内・西岳地区	仮屋医院
38		庄内医院
39	山之口・高城地区	大岐医院
40		志々目医院
41		政所医院
42		吉見病院
43	山田・高崎地区	隅病院
44	三股町地区	大悟病院
45		とまり内科外科胃腸科医院

\* 掲載に同意した医療機関のみ表記 (令和元年11月末現在)

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	1	2	3	4	5	
医療機関名 (フリガナ)	イダセイケイゲカ クリニック	イリヨウホウジン コウジンカイ イダビョウイン	イリヨウホウジン セイワカイ キョウリツイン	イリヨウホウジン サンセイカイ クラウチセイケイゲカ ビョウイン	サカモトイン	
医療機関名	飯田整形外科 クリニック	医療法人 幸仁会 飯田病院	医療法人 清和会 共立医院	医療法人三省会 倉内整形外科病院	坂元医院	
所在地	〒885-0072 都城市上町10街区17号	〒885-0072 都城市上町9-10	〒885-0051 都城市蔵原町9街区24号	〒885-0072 都城市上町16-6	〒889-0079 都城市牟田町12-8	
地区名 (自治区名)	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	
代表電話	46-5115	22-0563	22-0213	22-1252	22-0360	
代表ファックス	46-5116	25-9333	46-8940	25-2646	25-4390	
診療科	整形外科、リハビリ科、 リハビリテーション科	整形外科、麻酔科、 リハビリテーション科	内科、胃腸科、呼吸器科	整形外科、リハビリテーション 科、麻酔科、リハビリ科	内科、胃腸科	
往診の有無	無	無	有	無	有	
医療連携室の有無	無	無	無	無	無	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名		病棟	看護部	看護部	
	担当職名	師長、副師長 又は 看護師	①総看護師長(神野) ②主任(横山)	病棟 市之坪	看護師長 病棟副師長	看護師長
	直通電話	46-5115	22-0563	22-0213	22-4498	22-0360
	直通 ファックス	46-5116	25-9333	46-8940	22-4498	25-4390
連絡可能 な 時間帯	AM	8:00~12:00	9:00~12:00	8:30~12:00	8:30~12:30	9:00~12:00
	曜日	日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く	日・祝日除く	第2・3土曜日・日・ 祝日除く
	PM	14:00~18:00	14:00~17:00	14:00~17:00	13:30~17:30	14:00~17:00
	曜日	火・木・土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	木・日・祝日除く	金曜・第2・3土曜・日・ 祝日除く
〔特記事項欄・備考〕 医療介護連携に関し て伝えたいことを記 入してください。		※火・木午後は医師が手 術に入るため				

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	6	7	8	9	10	
医療機関名 (フリガナ)	イリョウホウジン シャダンタチバナカイ タチバナビヨウイン	フジモトカミマチ ビヨウイン	フジモト ビヨウイン	フジモトソウゴウ ビヨウイン	ライフクリニック	
医療機関名	医療法人 社団 橘会 橘病院	藤元上町病院	藤元病院	藤元総合病院	ライフクリニック	
所在地	〒885-0071 都城市中町15街区24号	〒885-0072 都城市上町10街区24号	〒885-0055 都城市早鈴町17街区4号	〒885-0055 都城市早鈴町17街区1号	〒885-0044 都城市安久町6337番地2	
地区名 (自治区名)	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	
代表電話	23-7236	23-4000	25-1315	22-1717	39-2525	
代表ファックス	25-5975	23-2549	25-2473	25-3950	39-2594	
診療科	整形外科	内科、リハビリテーション科、 糖尿病・代謝内科、 放射線科、呼吸器内科、 内分泌内科、循環器内 科、神経内科	精神科、心療内科	内科、神経内科、循環器内科、 消化器内科、腎臓内科、呼吸器 内科、外科、脳神経外科、心臓 血管外科、乳腺外科、整形外 科、皮膚科、泌尿器科、耳鼻咽 喉科、歯科口腔外科、矯正歯 科、眼科、放射線科、放射線治 療科、在宅療養科、物忘れ外 来、リハビリテーション科、麻酔科、内 視鏡外科、血液内科、精神科	内科、精神科、 リハビリテーション科、歯科	
往診の有無	無	無	無	有	有	
医療連携室の有無	無	有	有	有	無 (「グループ」の地域連携と連携)	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名	看護部	看護部 地域連携室	医療福祉相談室	医療福祉相談室	病棟
	担当職名	入院:外来師長 退院:病棟師長	入院:師長 退院:地域連携室	医療相談員主任 (精神保健福祉士・ 社会福祉士)	主任 (社会福祉士)	病棟看護師
	直通電話	23-7236	23-4000	無	22-1717	39-2525
	直通 ファックス	25-5975	23-2549	無	22-6601	39-2594
連絡可能 な 時間帯	AM	9:00~12:00	8:30~12:30	8:00~12:00	8:00~12:00	8:30~12:00
	曜日	土・日・祝日除く	日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日、8月14日15 日、12月30日31日、 1月1日2日3日除く	土・日除く
	PM	13:00~16:00	14:00~17:30	13:00~17:00	13:00~17:00	14:00~17:15
	曜日	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日、8月14日15 日、12月30日31日、 1月1日2日3日除く	土・日除く
〔 特記事項欄・備考 〕 医療介護連携に関し て伝えたいことを記 入してください。						

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	11	12	13	14	15	
医療機関名 (フリガナ)	イリヨウホウジン カイセイカイ ミヤナガビョウイン	ムネマサ ビョウイン	イリヨウホウジン メイセイカイ ヨシマツビョウイン	イリヨウホウジン ジンアイカイ ヨコヤマビョウイン	アリマイイン	
医療機関名	医療法人 魁成会 宮永病院	宗正病院	医療法人 明成会 吉松病院	医療法人 仁愛会 横山病院	有馬医院	
所在地	〒885-0077 都城市松元町15-10	〒885-0075 都城市八幡町15街区3号	〒885-0051 都城市蔵原町5街区29号	〒885-0083 都城市都島町506	〒885-0042 都城市上長飯町48号1番地	
地区名 (自治区名)	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	姫城・中郷地区	妻ヶ丘・小松原地区	
代表電話	22-2015	22-4380	25-1500	22-2806	23-2610	
代表ファックス	22-7117	45-0505	23-6463	25-6361	22-3726	
診療科	内科、外科、胃腸科、消化器科、肛門科、リハビリテーション科、リウマチ科、皮膚科、放射線科、呼吸器科	外科、内科、胃腸科、整形外科、乳腺外科、甲状腺外科	外科、整形外科、胃腸科、肛門科、内科、麻酔科、リハビリテーション科	泌尿器科、大腸外科、内視鏡外科、消化器科	内科、小児科	
往診の有無	無	無	無	無	有	
医療連携室の有無	有	有	無	無	無	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名	地域医療連携室 医療介護相談室	地域連携室	2F病棟	看護部	
	担当職名	森慎吾(医療相談員)	看護師長 医事主任	新坂英樹	中川副師長	有馬政輝(医師)
	直通電話	無		25-1500	22-2806	23-2610
	直通 ファックス	無		23-6463	25-6361	22-3726
連絡可能 な 時間帯	AM	9:00～12:30	8:30～12:00	不可	無	9:00～12:00
	曜日	日・祝日除く	日・祝日除く		無	月～土 (日・祝日除く)
	PM	13:30～17:30	14:00～17:00	14:00～17:00	13:00～16:00	13:30～18:00
	曜日	土・日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く	木・土・日・祝日除く	月～金 (土・日・祝日除く)
〔 特記事項欄・備考 〕 医療介護連携に関し て伝えたいことを記 入してください。	※入退院調整相談窓口について…入転院相談に関しては地域医療連携室が主に対応。一般病棟における退院調整等は病棟看護師長(山下看護師長)を主に実施。※連絡可能な時間帯について…カフスや面談等により、上記時間帯に必ず連絡が取れるとは限らない。※お盆(8/13～8/15)・年末年始(12/30～1/3)は休診。		新坂不在の場合は、病棟主任高橋へ			

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	16	17	18	19	20	
医療機関名 (フリガナ)	イリョウホウジン リンセイカイ サンシュウビョウウイン	ハヤミヒニョウキカ ナイカイイン	イリョウホウジン ヨシュウカイ ヤナギタバョウウイン	イリョウホウジン ケイジンカイ ジョウナンビョウウイン	イリョウホウジン コウセイカイ ニシウラビョウウイン	
医療機関名	医療法人 倫生会 三州病院	速見泌尿器科・内科医院	医療法人 与州会 柳田病院	医療法人 啓仁会 城南病院	医療法人 弘征会 西浦病院	
所在地	〒885-0037 都城市花繰町3街区14号	〒885-0033 都城市妻ヶ丘町4009-5	〒885-0052 都城市東町10街区17号	〒885-0026 都城市大王町30-5	〒885-0036 都城市広原町6号12番地	
地区名 (自治区名)	妻ヶ丘・小松原地区	妻ヶ丘・小松原地区	妻ヶ丘・小松原地区	妻ヶ丘・小松原地区	妻ヶ丘・小松原地区	
代表電話	22-0230	24-8344	22-4850	23-2844	25-1119	
代表ファックス	22-0309	24-8341	21-1988	26-1997	22-8057	
診療科	胃腸科、肛門外科、循環器内科、呼吸器内科、呼吸器外科、放射線科、内科、外科、麻酔科、整形外科	内科、泌尿器科	脳神経外科、外科、小児科、内科、胃腸科、神経科、放射線科、リハビリテーション科	呼吸器内科、リハビリ科、内科、消化器内科、循環器内科、放射線科、リハビリテーション科	内科	
往診の有無	要相談	有	無	有	無	
医療連携室の有無	無	無	有	有	無	
入退院調整 相談窓口	担当部署名	看護部	病棟	医療連携室	医療社会事業部	看護室
	担当職名	黒川瑠渚	看護師長	桑迫瑛恵(看護師)	原口栄一郎(MSW) 宮内浩二(看護師)	北岩えり子(看護師長)
	直通電話	22-0230	24-8344	22-4850	23-2844	25-1119
	直通ファックス	22-0309	24-8341	21-1988	26-1997	22-8057
連絡可能な 時間帯	AM	8:30~12:00	8:30~12:30	9:00~12:00	8:30~12:30	9:00~12:00
	曜日	月曜日~土曜日	土・日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く
	PM	14:00~18:00	15:00~17:00	13:00~18:00	13:30~17:30	14:00~17:00
	曜日	月曜日~金曜日	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く
(特記事項欄・備考) 医療介護連携に関して伝えたいことを記入してください。				急ぎの場合は、時間外でも対応致します。		

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	21	22	23	24	25	
医療機関名 (フリガナ)	ハナフサヒニョウ キカイイン	ミヤコノジョウシンセイ ビョウイン	クボバルタナカイイン	ナガタビョウイン	モリヤマナイカ ノウシンケイゲカ	
医療機関名	花房泌尿器科医院	都城新生病院	久保原田中医院	永田病院	森山内科 脳神経外科	
所在地	〒885-0024 都城市北原町1641-2	〒885-0093 都城市志比田町3782	〒885-0086 都城市久保原町13街区1 号	〒885-0084 都城市五十町5173番地	〒885-0082 都城市南鷹尾町24-20	
地区名 (自治区名)	妻ヶ丘・小松原地区	妻ヶ丘・小松原地区	五十市・横市地区	五十市・横市地区	五十市・横市地区	
代表電話	25-1177	22-0280	22-7700	23-2863	21-5000	
代表ファックス	25-2325	25-1958	22-7701	23-2238	21-5010	
診療科	泌尿器科	精神科、心療内科、内科	内科、胃腸科、小児科	精神科、心療内科、内科	一般内科、消化器科、透 析科、脳外科、リハビリテ ーション科	
往診の有無	有	無	有	無	有	
医療連携室の有無	無	有	無	無	無	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名	病棟	リハビリカー室	院内病棟	PSW室	外来
	担当職名	坂元恵子	精神保健福祉士	院内看護師	PSW室長 (精神保健福祉士)	外来課長
	直通電話	25-1177(代表と同じ)	無	22-7700	無	直通なし (代表21-5000)
	直通 ファックス	25-2325(代表と同じ)	無	22-7701	無	直通なし (代表21-5010)
連絡可能 な 時間帯	AM	8:30~12:00	8:30~12:00	9:00~12:00	9:00~12:00	8:30~12:00
	曜日	土・日・祝日除く	日・祝日除く	日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く
	PM	14:00~17:00	13:00~17:00	14:00~17:00	14:00~17:00	12:00~17:00
	曜日	木・土・日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く
〔 特記事項欄・備考 〕 医療介護連携に関し て伝えたいことを記 入してください。			まずは、お電話にてご相 談ください。		お気軽にご相談下さい。 相談窓口の外来課長不在 時でも対応可。	

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	26	27	28	29	30	
医療機関名 (フリガナ)	アリカワコキウキ ナイカイイン	イケノウエ セイケイゲカ	イリヨウホウジン シャダンセイリツカイ ミヤコノジョウ メイセイビョウイン	ドクツキョウセキウジン コクビョウイン ミヤコジョウリョウセンター	コマキビョウイン	
医療機関名	有川呼吸器内科医院	池之上整形外科	医療法人社団正立会 都城明生病院	独立行政法人国立病院機 構都城医療センター	小牧病院	
所在地	〒885-0012 都城市上川東1丁目27号 6番地1	〒885-0012 都城市上川東2-6-2	〒885-0001 都城市金田町2263	〒885-0014 都城市祝吉町5033番地1	〒885-0035 都城市立野町5-5-1	
地区名 (自治区名)	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	
代表電話	24-6677	23-2311	38-1120	23-4111	24-1212	
代表ファックス	24-6760	26-1785	38-6065	24-3864	26-2285	
診療科	呼吸器内科、アレルギー科	整形外科、リウマチ科、 リハビリテーション科	内科、放射線科、呼吸器 科、循環器科、アレルギー 科、消化器内科(胃腸内 科)、心療内科、リハビリテ ーション科、泌尿器科	内科、呼吸器内科、循環器内 科、消化器内科、小児科、外 科、整形外科、呼吸器外科、 消化器外科、リウマチ科、泌 尿器科、産婦人科、耳鼻いん ごう科、放射線科、麻酔科、 脳神経外科(休診中)、皮膚 科、眼科(休診中)、リハビ リテーション科、歯科口腔外 科	整形外科、内科、 リハビリテーション科	
往診の有無	無	無	有	無	無	
医療連携室の有無	無	無	有	有	無	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名	病棟	看護部	医療連携室	地域医療連携室	医療支援部
	担当職名	神宮浩行(看護師)	病棟看護師または安楽	園田春美 (相談員)	地域医療連携室係長 (看護師)	メディカルソーシャル ワーカー(MSW)
	直通電話	無	23-2311	無	0120-411-329	24-1212
	直通 ファックス	無	26-1785	無	26-1893	26-2285
連絡可能 な 時間帯	AM	9:00~12:00	8:30~12:30	8:30~12:00	8:30~12:00	9:00~12:00
	曜日	土・日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く
	PM	14:00~17:00	14:00~18:00	14:00~17:00	12:00~17:15	14:00~17:00
	曜日	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く
〔特記事項欄・備考〕 医療介護連携に関して伝えたいことを記入してください。					在宅サービスを受けている 患者さん、ケアマネー ジャーがいらっしゃる患者 さんが入院されたらできる だけ早期に連携を図りたい と思います。直接来院して いただき情報交換、共有を させていただきたいと思い ますので、ご協力をお願い 致します。	患者様、ご家族の意向に 添った調整相談に努めま す。

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	31	32	33	34	35	
医療機関名 (フリガナ)	イリヨウホウジン ケイワカイ トシマピョウイン	イリヨウホウジン シャダンケンセイカイ ハラダイイン	イリヨウホウジンシャダ ン フクシマゲカイチョ ウカイイン	ベテスタ・クリニック	ミヤコノジョウシグン イシカイピョウイン	
医療機関名	医療法人 敬和会 戸嶋病院	医療法人 社団 健成会 原田医院	医療法人社団 福島外科胃腸科医院	ベテスタ・クリニック	都城市市 医師会病院	
所在地	〒885-0018 都城市郡元1丁目9番地5	〒885-0013 都城市郡元町3245番地	〒885-0004 都城市都北町6430番地	〒885-0017 都城市年見町23号12番	〒885-0002 都城市太郎坊町1364番 地1	
地区名 (自治区名)	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	祝吉・沖水地区	
代表電話	22-1437	26-3330	38-1633	22-1700	36-8300	
代表ファックス	22-6937	26-3338	38-1620	22-1693	38-1220	
診療科	内科、神経内科	内科、外科、小児科、消 化器科、循環器科、呼吸 器科	外科・胃腸科・肛門科・ 眼科・整形外科・リハビ リテーション科	循環器内科、一般内科	内科、循環器内科、呼吸 器内科、外科、脳神経外 科、小児科、放射線科、 麻酔科、形成外科、整形 外科、救急科、リハビリテ ーション科	
往診の有無	有	有	無	無	無	
医療連携室の有無	有	無	無	無	有	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名	地域連携室	事務部	看護部	①看護部 ②在宅支援部	地域医療連携室
	担当職名	連携室長(薬剤師) 連携室員(看護師・相談員)	事務	看護師	①師長 ②介護支援専門員	室長(看護師)
	直通電話	無	病院代表電話	38-1633	直通なし	36-8210
	直通 ファックス	無	病院代表ファックス	38-1620	直通なし	36-8511
連絡可能 な 時間帯	AM	8:30～12:30		9:00～12:30	9:00～12:00	(平日)8:30～12:00 (土曜)8:30～11:00
	曜日	土・日・祝日除く		日・祝日除く	土・日・祝日除く	日・祝日除く
	PM	12:30～17:30	電話)14:00～17:00 FAX)随時可	14:00～17:00	13:00～17:00	13:00～16:00
	曜日	土・日・祝日除く	電話)月・火・木・金 FAX)随時可	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く
〔特記事項欄・備考〕 医療介護連携に関して伝えたいことを記入してください。					入院については、医師が 直接対応となります。 入退院調整相談窓口は、 退院支援のみとなります。	



都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	36	37	38	39	40	
医療機関名 (フリガナ)	メディカルシティ トウブビョウイン	イリョウホウジン シャダン カリヤイン	イリョウホウジン カイセイカイ ショウナイイン	イリョウホウジン ギョクセンカイ オオギイン	イリョウホウジン シシメイイン	
医療機関名	メディカルシティ 東部病院	医療法人 社団 仮屋医院	医療法人 海誠会 庄内医院	医療法人 玉扇会 大岐医院	医療法人志々目医院	
所在地	〒885-0035 都城市立野町3633-1	〒885-1103 都城市上水流町2348	〒885-0114 都城市庄内町8610番地	〒889-1802 都城市山之口町花木 2567番地3	〒889-1802 都城市山之口町花木 1999-2	
地区名 (自治区名)	祝吉・沖水地区	志和池・庄内・西岳地区	志和池・庄内・西岳地区	山之口・高城地区	山之口・高城地区	
代表電話	22-2240	36-0521	37-0522	57-2025	57-2004	
代表ファックス	25-8646	36-2911	37-0523	57-3150	57-4867	
診療科	一般内科、循環器内科、 消化器内科、外科、消化 器外科、腎臓内科、整形 外科	内科、小児科、循環器内 科、消化器内科、リウマ チ科	内科、外科、胃腸科、消 化器内科	内科、胃腸科、外科	内科・小児科・放射線科	
往診の有無	無	有	有	有	有	
医療連携室の有無	有	無	無	無	無	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名	地域医療連携室		外来	病棟 ナースステーション	
	担当職名	看護師長 医療ソーシャルワーカー	原口(外来看護師)	病棟:横山真理子 外来:新島ノブ子	病棟看護師 (師長又は副師長)	志々目栄一(院長)
	直通電話	無(代表へ)		37-0522	直通なし 代表番号を使用	57-2004
	直通 ファックス	51-4757		37-0523	直通なし 代表番号を使用	57-4867
連絡可能 な 時間帯	AM	8:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:00	8:30~12:30	9:00~12:00
	曜日	土・日・祝日除く	土曜午後・日 祝日除く	土曜日午前中 (日・祝日除く)	日・祝日除く	日・祝日除く
	PM	12:00~17:30	13:30~17:00	14:00~17:00	14:00~17:30	13:30~18:00
	曜日	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土曜日の午後・日・祝日 除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く
(特記事項欄・備考) 医療介護連携に関し て伝えたいことを記 入してください。						

都城北諸県医療圏 協力医療機関窓口一覧表

令和元年11月30日現在

No.	41	42	43	44	45	
医療機関名 (フリガナ)	イリヨウホウジン ソウリンカイ マドコロイイン	ヨシミビョウイン	スミビョウイン	ダイゴビョウイン	イリヨウホウジン シャダンハウスイカイ トマリナイカゲカイチヨ ウカイイン	
医療機関名	医療法人 爽林会 政所医院	吉見病院	隅病院	大悟病院	医療法人 社団 白水会 とまり内科外科 胃腸科医院	
所在地	〒885-1202 都城市高城町穂満坊 3213-1	〒885-1202 都城市高城町穂満坊 457-1	〒889-4505 都城市高崎町大牟田 1204番地	〒889-1911 三股町大字長田1270	〒889-1903 三股町稗田47番地 5	
地区名 (自治区名)	山之口・高城地区	山之口・高城地区	山田・高崎地区	三股町地区	三股町地区	
代表電話	58-2171	58-2335	62-1100	52-5800	52-1135	
代表ファックス	58-2815	58-4267	62-1110	52-5573	52-7849	
診療科	内科、小児科	内科、外科、整形外科、 胃腸科、リハビリテーション科、 呼吸器科、循環器科、麻 酔科	内科、胃腸科	精神科、内科、神経科	内科、外科、胃腸内科 (内視鏡)、糖尿病内科、 内分泌内科	
往診の有無	有	無	時間帯による	要相談	有	
医療連携室の有無	有	無	無	有	無	
入退院 調整 相談窓口	担当部署名	医療連携室	患者支援・入退院 調整部門	事務	医療福祉相談室	
	担当職名	二見高子(准看護師)	看護師長 社会福祉士	隅弘美(事務長)	医療福祉相談員(精神保 健福祉士・社会福祉士)	看護師主任
	直通電話	58-2171	無	62-1100	無	52-1135
	直通 ファックス	58-2815	無	62-1110	無	
連絡可能 な 時間帯	AM	9:00~12:00	9:00~12:00	9:00~12:30	8:00~12:00	8:30~12:30
	曜日	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	日・祝日除く	土・日・祝日除く	日・祝日除く
	PM	14:00~17:00	14:00~17:00	14:00~17:00	13:00~17:00	13:30~17:30
	曜日	木・土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く	土・日・祝日除く
<p>〔特記事項欄・備考〕</p> <p>医療介護連携に関し て伝えたいことを記 入してください。</p>						

# 入院時情報提供シート（居宅介護支援事業所 ⇒ 医療機関）

様式 1

記入日： 年 月 日      入院日： 年 月 日      情報提供日： 年 月 日

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	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
		生年月日	明・大・昭	年	月 日生
住所	〒	電話番号			
住環境 <small>※可能ならば、「写真」などを添付</small>	住居の種類 <input type="checkbox"/> 戸建て・ <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( ) 階建て 居室 ( ) 階 エレベーター <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 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		
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)	<input type="checkbox"/> 同居 <input type="checkbox"/> 別居	TEL		
キーパーソン	(続柄 ・ 才)	連絡先	TEL		
成年後見人	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )				
緊急時連絡先 (優先順位)		氏名	住所	続柄	TEL
	1.				
	2.				
	3.				

## 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"/> 高齢者世帯 <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 ・具体的な要望 ( )
「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 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関する

**7. 身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について**

麻痺の状況		<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> 軽度	<input type="checkbox"/> 中度	<input type="checkbox"/> 重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり ( )		
A D L	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車いす	<input type="checkbox"/> その他
	更衣	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	起居動作	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
	整容	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
	入浴	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	浴室	<input type="checkbox"/> あり	<input type="checkbox"/> なし		
	食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	入浴制限	<input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり		
食事内容	食事回数	( ) 回/日 朝: 時ごろ 昼: 時ごろ 夜: 時ごろ								
	食事制限	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 糖尿病食 Kcal <input type="checkbox"/> 高血圧食 <input type="checkbox"/> 腎臓病食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ( ) )								
	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				U D F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	
	自助具	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		その他特記						
口腔	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない		<input type="checkbox"/> 時々むせる	<input type="checkbox"/> 常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( <input type="checkbox"/> 総 <input type="checkbox"/> 部分 ・ <input type="checkbox"/> 上 <input type="checkbox"/> 下 )			
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良		<input type="checkbox"/> 不良	<input type="checkbox"/> 著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助					
排泄*	排尿	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排便	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 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				オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	尿器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				バルーン	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
睡眠の状態	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良				眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 本くらい/日				飲酒	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 合くらい/日あたり				
アレルギー	<input type="checkbox"/> 食品 ( ) <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )									
コミュニケーション能力	視力	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ( )			
	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			
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 困難	コミュニケーションに関する特記事項:				
	意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし		<input type="checkbox"/> やや難あり	<input type="checkbox"/> 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: 年 月 日 ~ 年 月 日)								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 不明 <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 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

退院時情報共有シート

記入日 年 月 日

担当者氏名：

担当者の連絡先（所属）：

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□要区分変更)		
	氏名	様	男・女	歳	□要支援( )・要介護( ) □申請中 □なし		
	住所						
入院(所)概要	期間	・入院(所)日： 年 月 日 ・退院(所)予定日： 年 月 日					
	入院原因疾患(入所目的等)	合併症：					
	既往歴						
	入院・入所先	施設名：		主治医：		棟 室	
	今後の医学管理	医療機関名：		主治医：		方法 □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	②	③	疾患の状況 *番号記入	安定( ) 不安定( )	
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他( )					
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □尿器 □おむつ □カテーテル・パウチ( )					
		ストマ：□なし □あり( ) 膀胱ろう□なし □あり( ) 最終排便( 月 日)					
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □清拭 □行わず 最終日( 月 日)					
	起居動作	□自立 □見守り □一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助					
		寝返り：□可 □不可 起き上がり：□可 □不可 立ち上がり：□可 □不可					
		座位保持：□可 □不可 立位保持：□可 □不可 歩行：□可 □不可					
	食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助				UDF等の食形態区分	
	食事形態	□普通食 □経管栄養 □糖尿病食( kcal) □高血圧食 □腎臓病食 □その他( )					
		主食：□米飯 □粥(全・五分) □ミキサー(とろみ付き：なし・あり) 平均摂取量( 割程度)					
		副食：□通常 □一口大 □刻み □ミキサー(とろみ付き：なし・あり) 平均摂取量( 割程度)					
		水分摂取制限：なし・あり(1日 ml) ・ とろみ剤使用：なし・あり					
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)			義歯	□なし □あり(部分・総)(上・下)	
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良				入院(所)中の使用：□なし □あり	
口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助						
更衣	□自立 □見守り □一部介助 □全介助						
睡眠	□良好 □不良( )				眠剤使用 □なし □あり		
認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他( )						
② 受け止め/意向	医療機関から本人・家族への病状の説明内容						
	今後の治療方針等	(治療方針・受診計画・訪問看護への指示内容など)					
	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知：□あり □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 ( )			
	医療処置の方法	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 家族 (具体的に: )			
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 点滴 <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 checked="" 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 ( )		
			療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(下記に○) 幻視・幻聴・興奮・不穏・妄想・暴力・介護への抵抗・昼夜逆転・不眠・徘徊・不潔行為・危険行為・思疎通困難・その他( )	
			薬物治療	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 内容 ( )	
	服薬		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 服薬管理している人 ( )		
	アレルギー		<input type="checkbox"/> 食品 ( ) <input type="checkbox"/> 薬 ( ) <input type="checkbox"/> その他 ( )		
	感染症	<input type="checkbox"/> MRSA保菌 (部位: 痰・血液・尿・創部・鼻腔) <input type="checkbox"/> HBV <input type="checkbox"/> HCV <input type="checkbox"/> 疥癬 <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			
	退去後の住居	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設(施設名: ) <input type="checkbox"/> その他( )			
	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					

3. その他

経済状況	<input type="checkbox"/> 年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他( ) 金銭管理 <input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> その他 ( )		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者夫婦世帯 <input type="checkbox"/> その他( ) キーパーソン ( )		
介護力	主介護者 ( ) 主介護者以外の支援者 ( ) 介護の指導 ( なし・あり ) 理解の状況 <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 不十分 問題 ( )		
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。

## 退院調整情報共有項目

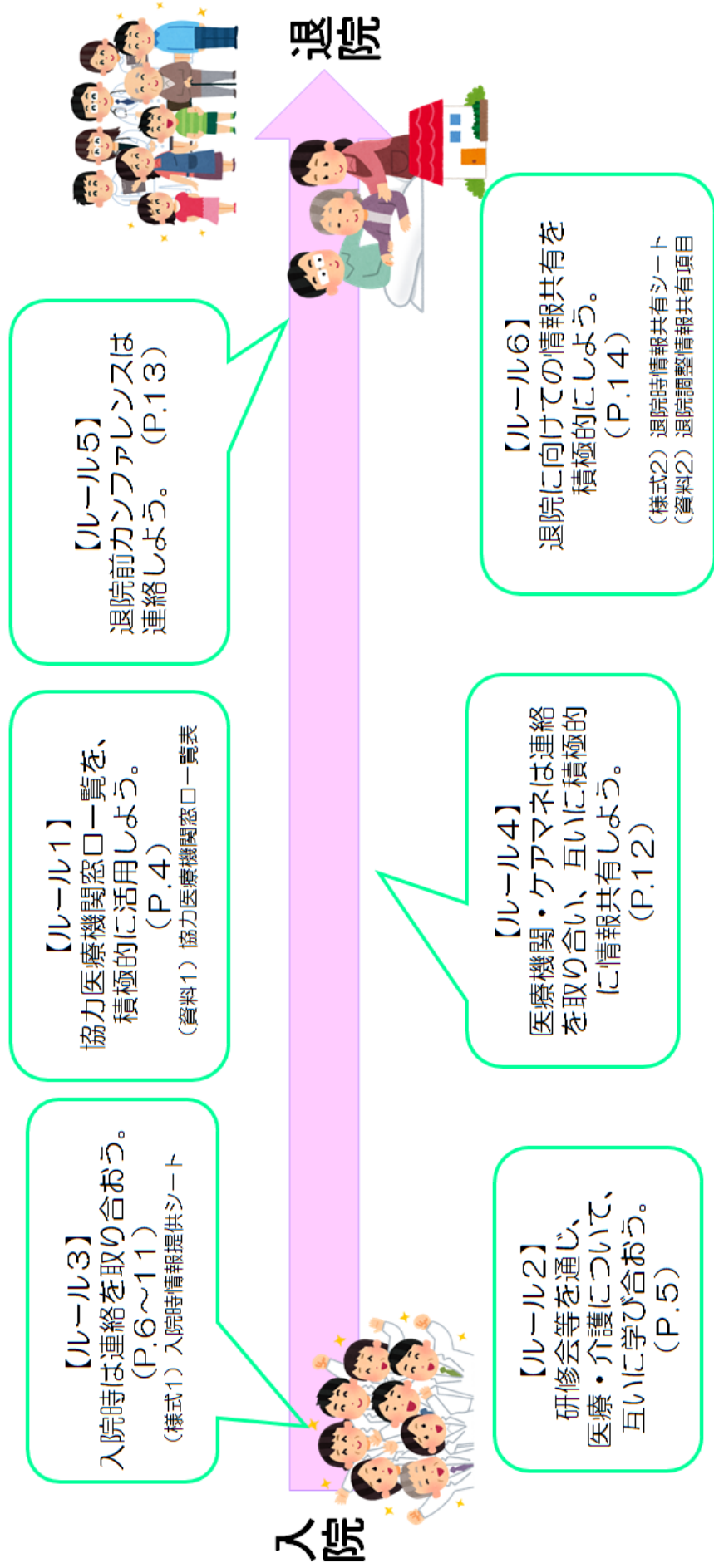
医療機関とケアマネジャーが情報共有する項目と、その項目を様式化した様式2は、前のページにあります。  
都城市、三股町、都城市北諸県郡医師会、都城保健所、県庁の各ホームページからダウンロードできます。

## 退院調整共有情報（退院に向けて共有したい項目とその理由）

共有したい情報		その理由
本人	医療に関すること	
	診断名・合併症・既往歴	・指定難病など医療費助成制度等を活用できる情報があるか確認する必要がある。
	今回の入院の理由	・入院の背景を知り、これまでの服薬等の病状の問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで在宅に戻った際、病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。
	病院からの「病状の説明内容」と本人・家族の「受け止め方」「今後の希望」	・「家に帰る」ことだけを目標とするのではなく、本人が「家でどの様子を過ごしていきたいのか」を目標として支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。
	今後の治療	
	治療内容	・病気の再発防止のための受診と管理を行う必要がある。
	受診の必要性	・必要に応じて同行する。
	リハビリの必要性や内容	・どの程度の内容で、誰が指導するのか（介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無） ・適正なリハビリの方法を知り安全に行えるようにする。
	薬物治療の内容	・在宅でのADLに影響を及ぼすため（副作用がでるのか） ・在宅での管理できる投薬内容が確認する必要がある。 ・食事との組み合わせで支障がでるものがないか確認する必要がある。
	訪問看護への情報	・身体状況とその対応についてチームで共有する必要がある。
	医療処置	
	内容・方法	・事故防止のための正しい処置を確認する。 ・適切な処置や管理の体制を整える必要がある。
	生活上の指示	
	食事制限（形態・水分）	・病状のコントロールに影響するため必要（ADLと関連する）
	活動制限	・利用するサービスに制限が出てくる場合がある。
	ADL等	
	移動方法・入浴・更衣・排泄・食事摂取・嚥下	・本人がどこまでできるのか、介助の必要性の有無 ・これまでのサービスから変更の必要があるか判断する。 ・住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性を確認する。
	療養上の問題	
	服薬管理	・服薬管理ができるのか、介助が必要なのか。
	理解力	・どの程度の理解力があるのか。治療や介護の同意が可能なか知る。
	周辺状況の有無	・家族の介護負担に大きく影響する。あればその時の対応の仕方などを知る。
	感染症	
	感染症の有無	・感染症の有無によりサービスの利用に支障がでる場合がある。
	経済状況	
	制度利用の有無	・サービス利用等について各制度の担当と連携する必要があるため。
	金銭管理	・本人以外の方が管理する場合、費用が発生する際の相談をする必要が出てくる。 ・経済的な負担が疑われる場合の対応に配慮が必要になってくる場合がある。
家族	世帯構成	・家族状況・血縁者の存在の確認
	主介護者や介護力	・ヘルパー利用の必要性及び支援の内容、時間が変わる。
	様々な場面でのキーパーソン	・（経済）在宅サービスの利用において、負担可能な範囲を確認する必要がある。 ・（様々な方針決定）家族内の意見が異なることが多い。窓口となる方を決める。
	緊急連絡先	・在宅での急変時、サービス中のアクシデント等の際に対応を仰ぐ。
	家族の支援状況・思い	・在宅療養の長期化、看取りを視野に入れて支援する必要が出てくる。 ・同居家族がいる場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある。
	家族以外の支援者	・支援できる家族がいない場合、生活保護、様々な決定支援等を支える必要がある。 ・金銭管理、契約等に関する支援者がいる場合、連携の為に把握する必要がある。



## 都城北諸県医療圏安心入退院ルールブック フロー図(概要版)







## 都城北諸県医療圏における安心入退院ルールブック (Ver.3)

発行：宮崎県長寿介護課・宮崎県都城保健所・都城市介護保険課  
三股町高齢者支援課・都城市北諸県郡医師会

お問合せ：都城保健所 健康づくり課健康管理担当

〒885-0012 都城市上川東3-14-3

電話 (0986) 23-4504

FAX (0986) 23-0551

都城市 介護保険課

〒885-8555 都城市姫城町6-21

電話 (0986) 23-2685

FAX (0986) 23-2143

三股町 高齢者支援課

〒889-1995 三股町五本松1-1

電話 (0986) 52-8634

FAX (0986) 52-9069

Ver.1：平成30年3月

Ver.2：平成31年3月

Ver.3：令和元年11月