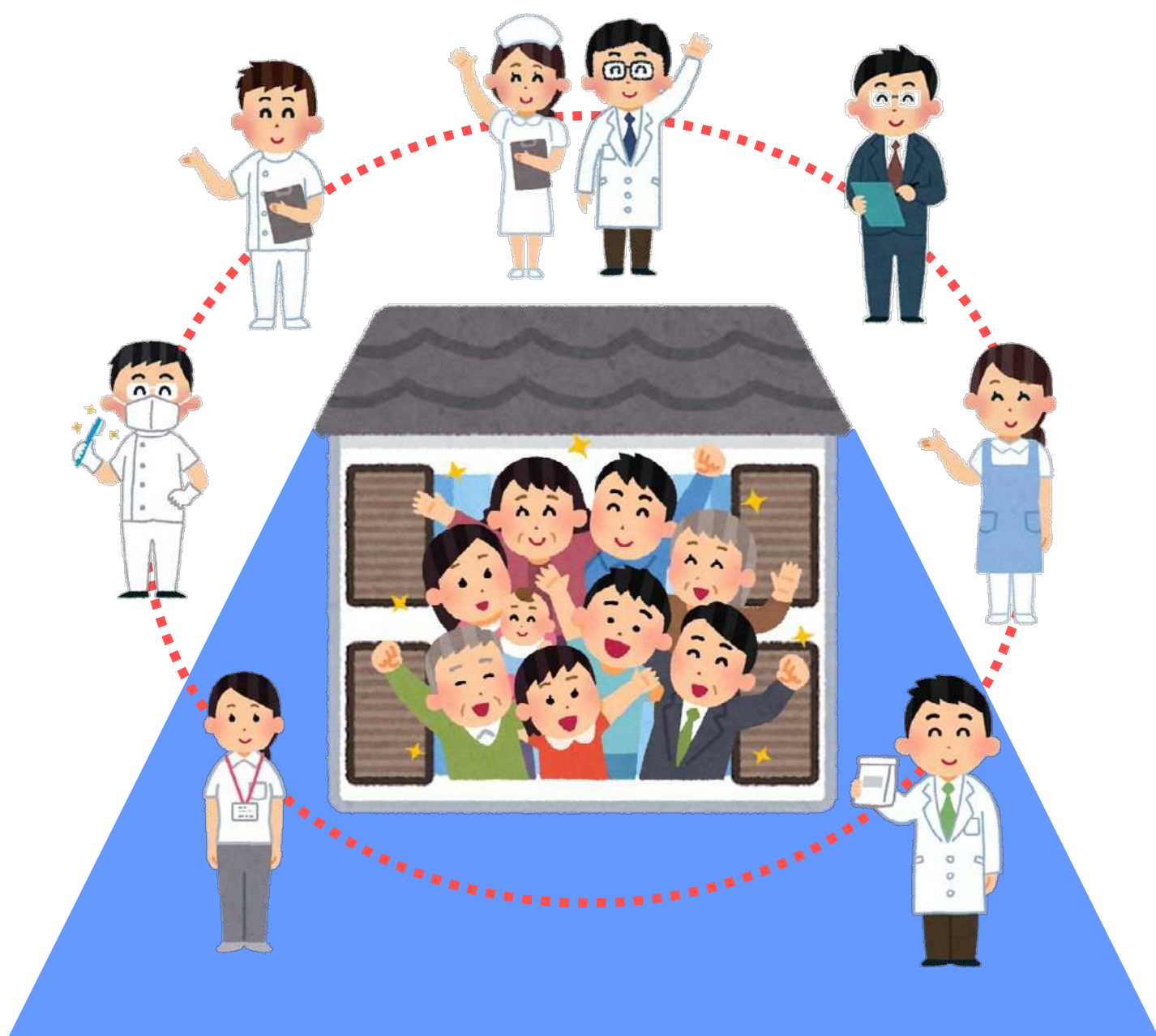


入退院支援ガイドライン

富士圏域医療と介護の 情報連携の手引き



令和7年3月

静岡県富士健康福祉センター
(富士保健所)

目 次

はじめに	1
1 入退院支援の流れ	
①担当ケアマネジャーがいる場合	2
②担当ケアマネジャーがいない場合	7
2 各種様式例	
様式 1－1 入院時情報提供書(様式例)	10
(出典：厚生労働省)	
様式 1－2 在宅介護情報提供書(富士宮市共通様式)	12
(出典：富士宮市介護保険事業者連絡協議会居宅介護支援部会)	
様式 2 退院前カンファレンスシート	14
(出典：富士市在宅医療と介護の連携体制推進会議)	
様式 3 看護及び栄養管理等に関する情報の様式例	16
(出典：厚生労働省)	
様式 4 コミュニケーション・食事に関する報告書	19
(出典：静岡県言語聴覚士会)	
様式 5－1 主治医とケアマネジャーの連絡票(富士宮市共通様式)	21
(出典：富士宮市介護保険事業者連絡協議会居宅介護支援部会)	
様式 5－2 医療と介護の連携シート(富士市共通様式)	22
(出典：富士市介護支援専門員連絡協議会)	
3 関係機関窓口一覧	
①病院各種窓口	24
②地域包括支援センター	28
③介護認定申請窓口	29
④在宅医療・介護連携支援窓口	29

はじめに

高齢者等が医療や介護が必要な状態になっても、できるだけ住み慣れた地域で、安心して自分らしい暮らしを最期まで続けることができるように、医療と介護が連携した切れ目のないサービスを受けられる体制(地域包括ケアシステム)づくりが求められています。

特に、入院患者が退院してこれまでの生活に円滑に戻るためには、地域において医療と介護に携わる関係者が相互に理解を深め、個々の患者の状況に合わせて柔軟に連携し、支援することが必要です。

入退院支援については、各病院や各市のルールに基づき実施されていますが、同一圏域内において、多職種が円滑に情報の漏れなく患者・家族への支援ができるよう「入退院支援ガイドライン・富士圏域医療と介護の情報連携の手引き」を作成することとしました。

運用に当たって

「入退院支援ガイドライン・富士圏域医療と介護の情報連携の手引き」は、医療機関担当者と在宅療養に関わる支援者が、入退院に関する情報連携をスムーズかつ確実にを行うための基本的な流れやポイントを示したものです。

医療機関担当者と在宅療養に関わる支援者が共通のルールに則り連携することで、患者や家族が入退院時の医療と介護の連携不足により在宅での生活や療養に困ることなく、安心して在宅生活を迎えられるようにすることを目指しています。

ただし、各機関での取組みを妨げるものではありません。既存の取組みで十分に連携がとれている場合はその取組みを継続していただき、うまくいかない・困っている部分があれば問題を解消するためのツールとしてご利用ください。

今後、この圏域で基本的な部分は共通して広げていきたいと思っています。

* 巻末に関係機関の窓口一覧表を掲載していますが、変更がありましたら、当センターまで御連絡ください。

お互いの役割を『知って』『つないで』よりよい支援を！

生きがいと健康づくりイメージキャラクター
ちゃっぴー静岡県



1 入退院支援の流れ

①担当ケアマネジャーがいる場合

(1)入院前 【ケアマネジャー】

○利用者の入院を早期に把握するための工夫

- ・利用者が入院する必要性が生じた場合には、ケアマネジャーの氏名及び連絡先を入院先に伝えられるように事前の準備を依頼する。
- ・入院の際は入院セットとして（「ケアマネジャーの名刺」「医療保険証」「介護保険証」「かかりつけ医の診察券」「お薬手帳」等）持参すること、担当のケアマネジャーの氏名・連絡先を必ず当該病院又は診療所に伝えるように説明する。

(2)入院時 【病院】

- ・各病院で決められたスクリーニング方法により、退院支援が必要とされる患者を抽出する。
- ・「担当ケアマネジャーは誰か？」を患者・家族に確認する。
- ・これまで出来ていた自宅での生活動作や生活環境、介護保険の認定の有無を確認する。
- ・退院支援カンファレンスにより、退院支援の必要性を詳細に検討する。

【ケアマネジャー】

- ・利用者の入院を把握したら、速やかに病院に情報提供書等（参考：様式1-1（p10～11）、様式1-2（p12～13）のどちらか1つ）を用いて、利用者の心身状況や生活環境等の必要な情報を提供する。
- ・情報提供時、退院見込み時期の連絡も併せて依頼する。

入院時情報連携加算（Ⅰ） 250 単位／月

利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※入院日以前の情報提供を含む。

※営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む。

入院時情報連携加算（Ⅱ） 200 単位／月

利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、当該病院又は診療所の職員に対して当該利用者に係る必要な情報を提供していること。

※営業終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合はその翌日を含む。

病院へ情報提供するときや病院からの情報提供に当たっては、利用者・家族の同意を得ておくようにする。

i 各病院書類提出先：p24～27 参照

確実な情報連携を行うためのポイント

- ケアマネジャーは、速やかに書面での情報提供をするほか、**依頼事項を直接病院担当者に伝える**など、その後の連携がスムーズにできるよう心がけましょう。
- 病院は、**ケアマネジャーからの依頼事項を記録に残してスタッフ間で共有**するなど、依頼事項を漏らさないよう工夫しましょう。

患者さんの状態に変化がなくても、退院後のサービス再開やケアプランの調整等のため、ケアマネジャーは入院後の様子や退院の見込み時期の情報が必要です。



(3)入院中 【病院】

- ・入院期間の見込みや患者の状態等について、入院中からケアマネジャーとの情報共有に努める。

【ケアマネジャー】

- ・入院中の利用者の状態について、積極的に情報収集を行う。
- ・退院後の生活をしっかりイメージすることができるよう、利用者・家族等と話し合いに努める。

確実な情報連携を行うためのポイント

- 病院は、**今後の見通しがはっきりしない患者さんについて、その状況を退院支援部門と共有し、ケアマネジャーに現状を伝えるなど退院支援から漏れないように注意**しましょう。

明らかに ADL が低下するなど、目に見えて大きな変化のある患者さんに比べ、変化が少ない患者さんは退院支援から漏れてしまう場合があります。生活を支える視点に立って、必要な支援ができるよう心掛けましょう。



- ケアマネジャーは、**できるだけ病院と連絡を取り合い、入院中の患者さんの様子を確認**することも大切です。その時は**病院スタッフとも情報共有**しましょう。

患者の「生活」をイメージ

「治療」の場から「生活」の場へと患者が移ることの意味合いを共通理解し、『**生活を支える**』という視点に立って考えましょう。
→p5 下に記載の「こんなこと・・・ない？」を参照ください。



ここが大事！

患者の意思決定を継続的に支援

患者本人と家族への適切な情報提供により、病院側の都合ではなく、**患者側の立場からその主体的な意思決定を支援**していきましょう。

→患者・家族は、医師から病状や治療方針についての説明を「はい」と返事をして聞いていても、その内容を理解しているとは限りません。理解できていなくても、医師に「分かりません」と言えず、質問もできない方もいます。患者・家族が病状や治療方針についてきちんと理解できないことで、在宅に戻ったあと、「病院から見放された…」などと感じてしまう患者・家族もいるようです。医師の説明時にはできるだけ看護師も同席し、説明を十分に理解できているか確認をしましょう。

(4)退院準備 【病院】

- ・退院予定日が分かり次第、ケアマネジャーへ連絡する。在宅移行期間を考慮し、退院の予定が立ったらなるべく早く連絡する(退院予定日のケアマネジャーへの連絡については、患者・家族等に依頼をしても良い)。
- ・患者・家族から退院後の生活について確認し、退院後予測される問題等の対応について検討する。
- ・家族指導を行う場合は、内容により訪問看護師、ケアマネジャー等の同席を依頼する。

【ケアマネジャー】

- ・病院又は患者・家族から退院予定日の連絡を受けたら、退院準備を始める。

【ケアマネジャー・訪問看護師】

- ・家族指導等の実施の連絡があった場合は積極的に同席する。
- ・利用者・家族が指導内容を十分に理解できているかに留意する。

(5)退院調整 【病院】

(退院前

カンファレンス)

- ・院内調整後、日程をケアマネジャーに連絡する。
- ・退院前カンファレンスシート(様式2(p14))に沿って参加者に情報提供し共有するため、必要な情報収集を行い準備する。

【ケアマネジャー】

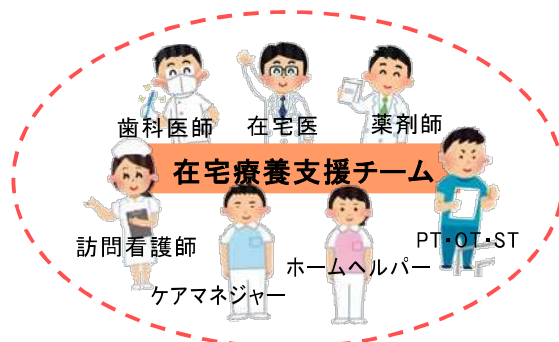
- ・退院前カンファレンスについて連絡を受けたら必要に応じて介護サービス事業所等へ声をかける。
- ・退院後に福祉用具の貸与が見込まれる場合にあっては、必要に応じ、福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等からも情報を収集し、居宅サービス計画書を作成する。
- ・利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画書を作成する。

【共通】

- ・退院前カンファレンスシート(様式2(p14))を参考に情報を確認する。

確実な情報連携を行うためのポイント

- カンファレンスシートを使用することで、確認すべき情報の漏れを防ぎ、効率的にカンファレンスが実施できます。



▶▶▶退院前カンファレンスには、

- ・入院中の医療機関の医師又は看護師等、
- ・在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師等、
- ・歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、
- ・保険薬局の薬剤師、
- ・訪問看護ステーションの看護師等、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、
- ・介護支援専門員又は相談支援専門員

のうち必要とされる者等が参加する。

(6)退院時

【病院】

- ・必要に応じて情報提供書(診療情報提供書、看護サマリー、栄養情報提供書(栄養サマリー)、リハビリ関係連絡票、薬剤情報提供書など(様式3、4(p16~20))を活用し、関係者に情報提供する。

【ケアマネジャー】

- ・病院からの情報を退院時情報記録書等で集約し、関係者と情報共有するよう努める。

※退院・退所についてカンファレンス等必要な要件を満たすと、介護報酬加算あり。

(7)退院後

【在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー】

- ・入院中に退院支援を受けていない利用者については、必要に応じ入院中の経過等の情報提供を病院に求める。
- ・在宅療養中に困ったことなどは病院に情報提供する。
- ・病院の求めに応じて、居宅サービス計画書の写しを提供する。

【病院】

- ・地域からフィードバックされた情報は院内で共有・検討し、今後の支援に役立てる。

 各病院問合せ先：p24~27 参照

こんなこと・・・ない？

①病院と自宅の環境の違いに対する調整がされずに退院した事例

病院では車いす移動、排泄は自立していたが、自宅ではベッドがなく布団で寝ることになった。しかし、床からの立ち上がりができないので、トイレに行けず失禁状態になった。家族がおむつ交換を続け疲弊していたのを民生委員が把握した・・・

生活を支える視点でアセスメントはできていたかな・・・

退院前に関係者で調整できていれば・・・



①担当ケアマネジャーがいる場合・フロー図

	病院	在宅
入院時	□スクリーニングにより退院支援が必要とされる患者を抽出。 □担当ケアマネジャーを確認。 □退院支援カンファレンスにより、退院支援の必要性を詳細に検討する。 □ケアマネジャーから退院見込み時期の連絡等について依頼があった場合は、記録に残しスタッフ間で共有する。 ポイント! MEMO 退院後のサービス再開やケアプランの調整等のため、ケアマネジャーは入院後の経過や退院の見込みの情報がが必要です。	〈ケアマネジャー〉 □入院を把握したら速やかに病院へ情報提供 【方法】書類持参又は郵送・FAX・メールなど 【様式】富士宮市：在宅介護情報提供書(市共通様式) 富士市：事業所毎の様式 【提出先】各病院窓口(p24～27) □情報提供時、退院見込み時期の連絡も併せて依頼する。 ポイント! MEMO 依頼事項は直接病院担当者に伝え、その後の連携がスムーズにできるよう心がけましょう。
入院中 ・ 退院準備	□入院期間の見込みや患者の状態等について、ケアマネジャーとの情報共有に努める。 □退院予定日がわかり次第、ケアマネジャーへ連絡(退院の予定が立ったらなるべく早く！連絡は、患者・家族等に依頼しても良い。) □今後の見通しがつかない場合もその状況を退院支援部門と共有、ケアマネジャーへ連絡し退院支援から漏れないよう注意する。 □患者・家族と退院後の生活について確認し、退院後予測される問題の対応について検討する。 □家族指導等を行う場合、内容により訪問看護師、ケアマネジャー等に声をかける。 ポイント! MEMO 変化が少ない患者さんは退院支援から漏れてしまう場合があります。生活を支える視点に立って、必要な支援ができるよう心掛けましょう。	〈ケアマネジャー〉 □入院中の利用者の状態について、できるだけ病院と連絡を取り合うなど、積極的に情報収集を行う。 □退院後の生活を具体的にイメージすることができるよう、利用者・家族等との十分な話し合いに努める。 □病院又は利用者・家族等から退院予定日の連絡を受けたら、退院準備を始める。 〈訪問看護師・ケアマネジャー〉 □家族指導等の実施の連絡があった場合は積極的に同席する。 □利用者・家族等が指導内容を十分に理解できているかに留意する。 ポイント! MEMO 入院中の利用者や病院担当者と直接会うことで退院時の調整を円滑に行うことができます。
退院前 カンファレンス	□退院前カンファレンスシート(p14)に基づき、情報共有を行う。 MEMO カンファレンスシートを使用することで、確認すべき情報の漏れを防ぎ、効率的にカンファレンスを実施できます！	
退院後	□在宅療養支援者から入院中の経過等について問合せがあった場合は情報提供する。 □地域からフィードバックされた情報は院内で共有・検討し、今後の支援に役立てる。	〈在宅医、訪問看護師、ケアマネジャー等〉 □入院中に退院支援を受けていない患者について必要に応じ入院中の経過等の情報を求める。 □在宅療養での困りごとは病院に情報提供する。 □サービス担当者会議等によるサービス利用に関する調整を行う。

②担当ケアマネジャーがない場合

(1)入院時

【病院】

- ・介護認定を受けているかを患者・家族等に確認する。
- ・各病院で決められたスクリーニング方法により、退院支援が必要とされる患者を抽出する。
- ・退院支援カンファレンスにより、退院支援や介護保険サービス等の利用の必要性について詳細に検討する。

(2)介護保険申請とサービス利用の支援

【病院】

- ・患者が退院後に介護サービスを希望する場合、又は病院担当者が介護保険サービスの利用が必要と判断した場合、患者・家族に介護保険の説明をする。
- ・居住地を管轄する地域包括支援センター(p28)に相談に行くよう指導する。
- ・家族が相談に行けない場合等、介護保険の代行申請の必要な場合は、その後の支援も含めて、地域包括支援センター(p28)に連絡を入れ、今後の支援についても依頼する。

【家族】

- ・地域包括支援センター(p28)に相談に行く。

【地域包括支援センター】

- ・相談に訪れた家族に対し、制度の説明や家族の状況に合わせたサービス利用について説明する。

(3)担当ケアマネジャー決定後

①担当ケアマネジャーがいる場合 と同様



担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に引き継ぐ

こんなこと・・・ない？

②退院後、生活機能の低下を近隣住民が発見した事例



- ・高齢者2人世帯。老老介護。
- ・退院時に病院から療養指導を受けたらしいが、理解できないまま退院。
日常生活に支障をきたす状態になってから近隣住民が気づき、地域包括支援センターに相談が入った・・・

②担当ケアマネジャーがいない場合・フロー図

	病院	在宅
入院時	☐ 介護認定の有無を確認する。 ☐ スクリーニングにより退院支援が必要とされる患者を抽出。 ☐ 退院支援カンファレンスにより退院支援や介護保険サービス等の利用の必要性について詳細に検討する。	
介護保険申請支援	☐ 患者・家族に介護保険の説明をする。 ☐ 居住地を管轄する地域包括支援センターに相談に行くよう指導する。 ＊家族がいない場合など、代行申請が必要な場合は、地域包括支援センターに連絡を入れ、今後の支援についても依頼する。 i 地域包括支援センター一覧表 p28	〈家族〉 ☐ 地域包括支援センターに相談に行く。 〈ケアマネジャー〉 ☐ 担当者が決まったら病院へ連絡。 〈地域包括支援センター〉 ☐ 担当ケアマネジャーが決まらない者についてはその後の支援を引き継ぐ。
	 MEMO 家族がいる場合は、家族が主体的に動けるよう、しっかりと説明し十分に理解できているか確認しながら丁寧に対応しましょう！	
担当ケアマネ決定後	①担当ケアマネジャーがいる場合 と同様 ※担当ケアマネジャーが決定しない者については、その後の支援を地域包括支援センター・居宅介護支援事業所等に引き継ぐ。	

2 各種樣式例

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)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）				
入院時の要介護度	☐ 要支援（ ） ☐ 要介護（ ） 有効期間： 年 月 日 ～ 年 月 日 ☐ 申請中(申請日 /) ☐ 区分変更(申請日 /) ☐ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2				☐ 医師の判断 ☐ ケアマネジャーの判断
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M				
介護保険の自己負担割合	☐ ____割 ☐ 不明	障害など認定	☐ なし ☐ あり（身体・精神・知的）		
年金などの種類	☐ 国民年金 ☐ 厚生年金 ☐ 障害年金 ☐ 生活保護 ☐ その他()				

2. 家族構成／連絡先について

世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他（ ） ＊ ☐ 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	☐ 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	☐ 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。 ☐ 居宅サービス計画書 1.2.3表 ☐ 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	☐ 独居 ☐ 高齢世帯 ☐ 子と同居（家族構成員数 名） ＊ ☐ 日中独居 ☐ その他（ ）
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☐ 必要（ ）
退院後の主介護者	☐ 本シート 2 に同じ ☐ 左記以外（氏名 続柄 ・ 年齢 ）
介護力*	☐ 介護力が見込める（ ☐ 十分 ・ ☐ 一部 ） ☐ 介護力は見込めない ☐ 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*	☐ なし ☐ 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	☐ 希望あり	
「退院前カンファレンス」への参加	☐ 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	☐ 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	☐ なし ☐ あり ()			
A D L	移 動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	移 乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 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	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明			
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養		水分とろみ	☐ なし ☐ あり	水分制限	☐ あり () ☐ なし ☐ 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	☐ なし ☐ あり(部分 ・ 総)			
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	☐ なし ☐ 夜間 ☐ 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	☐ なし ☐ 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	☐ なし ☐ あり ()			
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	☐ なし ☐ 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		☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ その他 ()								
疾患歴*		☐ なし ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管障害 ☐ 骨折 ☐ その他 ()								
入院 歴 *	最近半年間での入院	☐ なし ☐ あり (理由： _____ 期間： H 年 月 日 ~ H 年 月 日) ☐ 不明								
	入院頻度	☐ 頻度は高い/繰り返している ☐ 頻度は低いが、これまでもある ☐ 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		☐ なし ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル ☐ 尿路ストーマ ☐ 消化管ストーマ ☐ 痛みコントロール ☐ 排便コントロール ☐ 自己注射 () ☐ その他 ()								
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	☐ なし ☐ あり ()				居宅療養管理指導	☐ なし ☐ あり (職種： _____)				
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理 (・管理者： _____ ・管理方法： _____)									
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方が守られていない ☐ 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	☐ 通院 ☐ 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

在宅介護情報提供書

居宅介護支援事業所 - 医療機関
介護保険事業所主治医・入院用
介護保険事業所

御中

記入日

フリガナ					性別	生年月日				
氏 名	様							〇 歳		
住 所					電話	0544 - -				
主介護者	様				続柄	TEL	0544 - -			
						携帯	090 - -			
緊急連絡先	様				続柄	TEL	0544 - -			
						携帯	090 - -			
生活状況					家族状況 (家族構成図)					
介護度										
有効期間	～					身長	cm	体重	kg	
障害高齢者 日常生活自立度		認知症高齢者 日常生活自立度		身体障害者手帳	☐ 有	☐ 無	身体障害者重度医療助成券			
				種級			☐ 有	☐ 無		
介護サービス 利用状況										
病名					処方薬					
					特別な 医療					
身体状況	麻痺	☐ 有	☐ 無		特記事項					
	歩行	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助						☐ 全介助
	歩行補助具	☐ 無	☐ 車いす	☐ 歩行器						☐ 杖
	食事	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助						☐ 全介助
	食事形態	☐ 普通食	☐ その他 ()							
	排泄	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助						☐ 全介助
	排泄方法	☐ トイレ	☐ ポータブル	☐ おむつ						
	入浴	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助						☐ 全介助
	更衣	☐ 自立	☐ 見守り	☐ 一部介助						☐ 全介助
	睡眠	☐ 良眠	☐ 不眠							
	認知症	☐ 有	☐ 無							
	視力									
	聴力									

事業所名			担当介護支援専門員		
住 所			TEL	(0544) -	FAX (0544) -

※ この在宅介護情報提供は、利用者・家族の同意を得て行なわれています。

医療機関名			主治医	先生	
医療機関住所			TEL	0544	- -
			FAX	0544	- -
主治医からの 注意事項				感染症の有無	
				□ 無 □ 有 ()	
他科受診の状況			住宅の見取り図		
住居					
住宅	□ 一戸建て □ 集合住宅 () ()				
居室	□ 洋室 □ 和室 □ 1階 □ 2階 ()				
寝室	□ 布団	ベッド □ 固定 □ 自動 ()			
浴室	段差 □ 有 □ 無 ()				
トイレ	段差 □ 有 □ 無 ()				
玄関	段差 □ 有 □ 無 ()				
駐車場	□ 有 □ 無 ()				
住宅改修	□ 有 □ 無 ()				
その他	(日常的に使用する福祉用具等)				
経済状況			介護保険負担限度額認定	□ 有 □ 無	
			社会福祉法人利用負担額減免	□ 有 □ 無	
介護者の 状況					
本人の希望					
家族の希望					
介護支援専門員より事業所への伝達事項					

様 退院前カンファレンスシート

病院

病棟

年

月

日

司会: ケアマネジャー/MSW/退院調整NSなど適宜

☆自己紹介 2分(時間は目安です)

1. 現在までの経過と治療(病棟主治医または
看護師が説明。事前記載不要) 3分

2. 入院中のADLとケア

(看護師が説明。事前記載不要) 5分

① 移動と移乗、入院中のリハビリテーション

② 食事の内容と食事介助の方法

③ 排泄

④ 寝具と体位交換、皮膚トラブルの有無

⑤ 入院中の入浴・保清の方法と頻度

⑥ 睡眠・更衣・口腔ケア・義歯の有無・その他

⑦ 認知機能・精神面

⑧ 退院後の主治医・継続医療

⑨ 行っている医療処置

□必要な医療器具・福祉機器はあるか

また、使い方は習得できているか

□自宅に帰ってから使用する消耗品などはあるか

⑩ 介護指導の内容と計画

□介護方法・介助方法は習得できているか

□主な介護者はだれか

⑪ 定時薬と頓用薬

□現在使用している薬

3. 本人・家族の希望と心配 3分

4. 特別配慮する点(有・無)

5. 質疑 5分

6. 支援の方向性 5分

7. ケアの調整 5分

①退院日

□退院後に利用する医療・介護の事業所は
退院日を知っているか

②退院後の日程

③緊急連絡先や方法等

□患者や家族は体調が変わった時の緊急
連絡先を知っているか

□退院時に必要な書類

8. まとめ 2分

富士市退院前カンファレンスシートの活用について

- ◇ このシートは、患者様が病院から退院して、スムーズな在宅療養生活をスタートさせることができるように、次の二つの視点から作成した多職種連携ツールです。
 - ①病院スタッフから在宅療養支援スタッフへ必要な情報が漏れなく提供される。
 - ②在宅療養支援スタッフが情報を共有することができる。
- ◇ 退院前カンファレンスでこのシートをご利用いただくと次のような効果が期待できます。
 - ①在宅療養支援スタッフは、在宅療養スタートにあたり、必要な情報を忘れずに病院から聴いてくることができる。(聴き忘れ、確認漏れが減る。)
 - ②多職種が、この同じシートをもっていると、カンファレンスがスムーズに進む。
 - ③病院スタッフは、在宅療養支援スタッフに伝える内容の準備ができる。
 - ④未経験スタッフも、このシート活用でカンファレンスをイメージできる。

病院スタッフのみなさまへ

- ◇ このカンファレンスシートは、在宅療養支援スタッフが知りたい情報をまとめたものです。
事前に記載する必要はありません。このシートの記載項目に沿って、情報提供をしてください。
- ◇ また、カンファレンスができない場合には、記載項目のうち、**口印を付した項目（２－⑨⑩⑪、７－①③）について、確認**し情報提供していただくと助かります。

在宅医療と介護の連携スタッフのみなさまへ

- ◇ 退院前カンファレンスに参加される場合に、このカンファレンスシートをご活用ください。
必ず使わなければならないシートではありません。活用は自由です。
- ◇ これは、みなさんが病院から入手する情報に漏れないようにするためのチェックシートです。記入したものが病院から配布されるわけではありません。

このカンファレンスシートが関係職種のみなさまの連携のために少しでもお役に立つことを願っています。ご意見がありましたら、下記までお寄せください。

企画・作成 富士市在宅医療と介護の連携体制推進会議

事務担当 富士市福祉部高齢者支援課

〒417-8601 富士市永田町1丁目100番地

TEL 0545-55-2916 FAX 0545-55-2920

E-mail ho-koureishien@div.city.fuji.shizuoka.jp

R6.4月改訂

年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（1）

患者氏名（ふりがな）			性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日： 年 月 日		退院（予定）日： 年 月 日			
主たる傷病名						
主な既往歴	☐ 診療情報提供書参照		アレルギー	☐ 薬剤（ ） ☐ 食物（ ） ☐ その他（ ）		
入院中の経過	☐ 診療情報提供書参照					
継続する 看護上の問題等						
ケア時の具体的 な方法や留意点						
病状等の説明 内容と受け止め	医師の説明					
	患者					
	家族					
患者・家族の 今後の希望・目 標や、大切にしてい ること	患者					
	家族					
家族構成 （同居者の有無、 キーパーソン等）			緊急連絡先（氏名・続柄・連絡先）			
			① ②			
介護者等の状況	介護者（ ） 協力者（ ） 対応可能な時間： ☐ 24 時間 ☐ 日中のみ ☐ 夜間のみ ☐ 独居・介護者や協力者がいない					
日常生活自立度	J1・J2・A1・A2・B1・B2・C1・C2					
認知症自立度	正常・Ⅰ・Ⅱa・Ⅱb・Ⅲa・Ⅲb・Ⅳ・Ⅴ					
社会資源	要介護 認定	☐ 申請中 要支援状態区分（ ☐ 1 ☐ 2） 要介護状態区分（ ☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5）				
	介護支援専門員／ 訪問看護ステーション／ 訪問診療医療機関					
	障害手帳		☐ 有（ ）			
生活等の状況	清潔	入浴： ☐ 自立 ☐ 一部介助（介助方法： ） ☐ 全介助（ ☐ シャワー浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭 最終： 月 日） 口腔ケア： ☐ 自立 ☐ 部分介助（介助方法： ） ☐ 全介助 更衣： ☐ 自立 ☐ 部分介助（介助方法： ） ☐ 全介助				
	活動	座位： ☐ 自立 ☐ 部分介助（介助方法： ） ☐ 全介助				

		移乗： ☐ 自立 ☐ 部分介助（介助方法： ☐ 全介助 移動： ☐ 自立 ☐ 部分介助（介助方法： ☐ 全介助 方法： ☐ T杖・松葉杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子 ☐ 車椅子自走 ☐ ストレッチャー
	排泄	☐ 自立 ☐ 部分介助（介助方法： ☐ 全介助 方法： ☐ トイレ ☐ ポータブルトイレ ☐ 尿器 ☐ 便器 ☐ ベット ☐ オムツ ☐ 自己導尿 排泄機能障害： ☐ 尿意がない ☐ 尿失禁 ☐ 便意がない ☐ 便失禁 排泄回数：（ ）日に（ ）回 最終排便： 月 日
	食事	介助方法：
	睡眠	☐ 特記事項なし ☐ その他（ ）
	精神状態	☐ 特記事項なし ☐ 抑うつ ☐ せん妄 ☐ その他（ ） ☐ 認知症（症状、行動等： ）
	運動機能障害	☐ 麻痺：（ ☐ 右上肢 ☐ 左上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左下肢） ☐ 言語障害：（ ☐ 構音障害 ☐ 失語症） ☐ 視力障害：（ ☐ 右 ☐ 左） ☐ 聴力障害：（ ☐ 右 ☐ 左） 補聴器使用（ ☐ 有 ☐ 無）
	安全対策	方法
医療処置・挿入物等の状況	☐ 点滴投与経路	☐ PICC（末梢挿入型中心静脈カテーテル） ☐ CVC（中心静脈カテーテル） ☐ 末梢静脈ライン ☐ 静注 CV ポート 挿入部位： サイズ： 最終交換日： 月 日 最終ロック日： 交換頻度：
	☐ 経管栄養	☐ 経鼻 ☐ 胃瘻 ☐ 腸瘻 ☐ その他（ ） サイズ： Fr cm 挿入日： 月 日 最終交換日： 月 日 交換頻度：
	☐ 膀胱留置カテーテル	種類： サイズ： Fr 固定水 ml 最終交換日： 月 日 交換頻度：
	☐ 透析	週 回 シェント： ☐ 有（部位 ）
	☐ 呼吸管理	☐ 吸引 回数： ☐ 酸素療法（ ☐ 経鼻 ☐ マスク ☐ その他 ） 酸素設定： ☐ 気管切開：気管内チューブ mm 最終交換日： 月 日 交換頻度： ☐ 人工呼吸器 設定、モード
	☐ 創傷処置	☐ 褥瘡 部位・深度・大きさ等： ケア方法： ☐ 手術創 部位 ケア方法：
	☐ ストーマ処置	種類： サイズ： 最終交換日： 月 日 交換頻度：
服薬管理		☐ 自立 ☐ 要確認・見守り ☐ 一部介助（方法： ） 他院処方薬： ☐ 有 ☐ 無
その他		

（記入者氏名）

（照会先）

年 月 日

看護及び栄養管理等に関する情報（２）

患者氏名（ふりがな）		性別		生年月日	年 月 日
入退院日	入院日： 年 月 日	退院（予定）日：	年 月 日		

（太枠：必須記入）

栄養管理に関する情報	栄養管理・栄養指導等の経過										
	栄養管理上の注意点と課題										
	栄養評価	評価日	年 月 日		過去（ ）週間の体重変化			増加・変化なし・減少（ kg %）			
		身体計測	体重	kg	測定日（ / ）	BMI	kg/m ²	下腿周囲長	cm・不明	握力	kg・不明
		身体所見	食欲低下	無・有・不明（ ）			消化器症状	無・有（嘔気・嘔吐・下痢・便秘）・不明			
			味覚障害	無・有・不明（ ）			褥 瘡	無・有（部位等 ）・不明			
			浮 腫	無・有（胸水・腹水・下肢）・不明			その他				
			嚥下障害	無 ・ 有		特記事項					
		咀嚼障害	無 ・ 有								
		検査・その他	過去1か月以内 Alb 値・測定なし（ ） g/dl			その他					
		1日栄養量	エネルギー			たんぱく質		食塩	水分	その他	
		必要栄養量	（ ） kcal/標準体重kg			（ ） kcal/標準体重kg		g	ml		
	（ ） kcal/現体重kg			（ ） kcal/現体重kg							
	摂取栄養量	（ ） kcal/標準体重kg			（ ） kcal/標準体重kg		g	ml			
		（ ） kcal/現体重kg			（ ） kcal/現体重kg						
	栄養補給法	経口・経腸（経口・経鼻・胃瘻・腸瘻）・静脈					食事回数：	回/日	朝・昼・夕・その他（ ）		
	退院時食事内容	食種	一般食・特別食（ ）・その他（ ）								
		食事形態	主食種類	朝	米飯・軟飯・全粥・その他（ ）				量		g/食
				昼	米飯・軟飯・全粥・その他（ ）						g/食
				夕	米飯・軟飯・全粥・その他（ ）						g/食
副食形態			常菜・軟菜・その他（ ） *）事由記載：例 ペースト								
嚥下調整食		不要・必要		コード（嚥下調整食の場合は必須）		0j・0t・1j・2-1・2-2・3・4					
とろみ調整食品の使用		無・有	種類（製品名）		使用量（gまたは包）		とろみの濃度				
							薄い/中間/濃い				
その他影響する問題点		無・有									
禁止食品		食物アレルギー	無・有		乳・乳製品・卵・小麦・そば・落花生・えび・かに・青魚・大豆 その他・詳細（ ）						
	禁止食品（治療、服薬、宗教上などによる事項）										
退院時栄養設定の詳細	栄養量	補給量	エネルギー	たんぱく質（アミノ酸）	脂質	炭水化物（糖質）	食塩	水分	その他		
		経口(食事)	kcal	g	g	g	g	ml			
		経 腸	kcal	g	g	g	g	ml			
		静 脈	kcal	g	g	g	g	ml			
		経口飲水						ml			
		合 計	kcal	g	g	g	g	ml			
		（現体重当たり）	kcal/kg	g/kg				ml			
	経腸栄養詳細	種類	朝：		昼：		夕：				
		量	朝： ml		昼： ml		夕： ml				
		投与経路	経口・経鼻・胃瘻・腸瘻・その他（ ）								
		投与速度	朝： ml/h		昼： ml/h		夕： ml/h				
		追加水分	朝： ml		昼： ml		夕： ml				
	静脈栄養詳細	種類・量									
		投与経路	末梢・中心静脈								
	備考										

【記入上の注意】

- 1 必要がある場合には、続紙に記載して添付すること
- 2 地域連携診療計画に添付すること

（記入者氏名）

（照会先）

コミュニケーション・食事に関する報告書

患者 様（ 歳）の当院における経過をご報告申し上げます。

【診断名】

【発症年月日】

【入院期間】

【障害名】 失語症（有・無） 構音障害（有・無） 摂食・嚥下障害（有・無）
（その他 ）

1. コミュニケーションについて

【発話： 様の話すことばが聞き手に】

1：全部分かる 2：時々分からない言葉がある 3：話の内容を知っていれば分かる
4：時々分かる言葉がある 5：全然分からない

【理解：相手の話すことばを 様は】

1：全部分かる 2：身近な話題なら分かる 3：ほとんど分からない

<ご本人が使う意思伝達手段>

☐ 発話（単語・短文・文章） ☐ 書字（文字を書いて伝える） ☐ 描画（絵を伝える）

☐ コミュニケーションボード（絵や単語が書いてある用紙を指さす）

☐ うなずきや首振りなどの応答

☐ その他（ ）

コメント：

<ご本人への有効な言葉の伝え方>

☐ ジェスチャー・表情をつけて伝える ☐ 漢字単語を見せながら伝える

☐ 短い言葉で伝える ☐ 自然な口調は変えないでゆっくり伝える

☐ 要点を箇条書きにして伝える

コメント：

<その他>

・認知症（有・無）

コメント：

・家族指導（有・無）

コメント：

・今後の取り組みについて

コメント：

2. 摂食・嚥下について

- ・飲み込みに問題 [有(嚥下障害による問題・認知障害による問題) ・無]
- ・食事中的ムセ [有・無]
- ・肺炎の既往 [あり () 回・無し]

<口腔内の状態>

- ・口腔内の汚れや乾燥 (有・無)
- ・義歯 (有・無)

コメント：

<食事をする時の体位>

車椅子座位・ベッド上ギャッジ () 度・その他 ()

コメント：

<現在の食事形態>

[普通食・きざみ食・プリン食・ミキサー食・経管栄養 (経鼻経管栄養・胃瘻) ・その他 ()]

コメント：

<水分摂取>

[水分・ゼリー・とろみ (有・無)]
(とろみの粘度：飲むヨーグルト状・蜂蜜状・マヨネーズ状)

コメント：

<食事動作>

[自立・一部介助・全介助] (はし使用・スプーン使用) その他 ()

食事時間 約 () 分 食欲[有・無] 食事摂取量 ()

コメント：

<食べさせ方の留意点>

・一口量 (ティースプーン程度・普通)

コメント：

ご不明な点がございましたら、担当までご連絡下さいますようお願い致します。

年 月 日

所属

T E L

F A X

言語聴覚士

主治医とケアマネジャーの連絡票

令和 年 月 日

医療機関名

主治医氏名 先生

T E L

F A X

事業所名

ケアマネジャー氏名

T E L

F A X

いつも大変お世話になっております。

下記の患者様の担当のケアマネジャーをしております。よろしくお願いいたします。

患者様の担当をさせていただく上で先生のご意見を伺いたく連絡をさせていただきました。

お忙しいところ申し訳ございませんが、ご返答いただきますようお願いいたします。

フリガナ		性別	生年月日	要介護度
氏 名				申請中
住 所	富士宮市			要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5

① ケアマネジャーより

(相談内容)

② 医師より

- ☐ 直接会います（時間帯は 時～ 時頃）
- ☐ 外来受診時に同席願います
- ☐ 訪問診察時に同席願います
- ☐ 電話をください（時間帯は 時～ 時頃）
- ☐ この連絡票に記入し返送します（記入日： 年 月 日）

医療と介護の連携シート

令和 年 月 日

発信元	事業所名	宛先	医療機関名
	T E L		T E L
	F A X		F A X
	氏 名		医 師 先生

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご確認をお願い致します。

利用者	氏 名		介護度	申請中・要支援（１・２）・事業対象者 要介護（１・２・３・４・５）
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生（ 歳）	男 ・ 女	

◆ケアマネジャーからの送信内容

☐ サービス利用の必要性について ☐ 病状・状態の変化等のご報告 ☐ サービス担当者会議参加の依頼 ☐ その他（ ）	
(ケアマネジャーからの連絡・報告内容)	
依頼内容	☐ 確認ください ☐ 月 日までに返信ください ☐ その他（ ）

◆医師より返信内容

< サービス利用の必要性について > ※●の付いているサービスの必要性について確認をお願い致します。

(予防) 訪問看護 (あり・なし)	(予防) 通所リハビリテーション (あり・なし)
(予防) 訪問リハビリテーション (あり・なし)	(予防) 短期入所療養介護(ショートステイ) (あり・なし)
軽度者の福祉用具貸与(いぐ) (あり・なし)	定期巡回型介護看護 (あり・なし)
(疾病名:)	居宅療養管理指導 () (あり・なし)
項 目 ()	居宅療養管理指導 () (あり・なし)
	その他 () (あり・なし)
【ご意見や留意点等ございましたら下空欄にご記入をお願いします】	
ケアマネジャーへの 返信内容	☐ 確認しました ☐ 受診同行願います ☐ 電話をください ☐ サービス担当者会議に参加します ☐ その他（ ）

3 關係機關窓口一覽

①病院各種窓口

病院名	入院時		入院中・退院前		退院後	その他の介護保険関係書類		
	入院時情報提供書の提出先	入院中の患者の病状・退院見込み時期に関する問合せ	入院中の患者の病状・退院見込み時期に関する問合せ	退院前カンファレンスに関する問合せ		ケアプランの提出先	主治医とケアマネジャーの連絡票の提出先 (富士宮市内様式)p21 (富士宮市内様式)p22	主治医意見書作成のための問診票の提出先
富士宮市立病院 TEL:0544-27-3151 FAX: (入院中)0544-27-3225 (外来患者)0544-27-3192	地域医療連携室 (担当:看護師、MSW)	病棟 (担当:看護師)	病棟、地域医療連携室 (担当:看護師、MSW)	外来 (担当:看護師、MSW)	地域医療連携室 (担当:看護師、MSW)	地域医療連携室	(入院中)地域医療連携室 (外来患者)外来	医事課 (担当:書類係)
	・持参、郵送、FAX		※地域医療連携室介入の患者は地域医療連携室が対応する場合あり		※退院1週間以内の内容は病棟	・持参、郵送、FAX	・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXの場合は事前に電話	・持参、郵送
富士心身リハビリテーション研究所 附属病院 TEL:0544-26-8101 FAX:0544-26-1409	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	外来 (担当:外来看護師)	(入院中)相談室 (外来患者)外来	(入院中)相談室 (外来患者)外来	事務室 (担当:受付)
	・持参、郵送、FAX					・持参、郵送、FAX	・持参、郵送、FAX	・持参、郵送、FAX
富士脳障害研究所 附属病院 TEL:0544-23-5155 FAX:0544-29-7041④ 地域連携室直通 FAX:0544-29-7250⑥	地域連携室 (担当:MSW)	地域連携室 (担当:MSW・看護師)	地域連携室 (担当:MSW・看護師)	地域連携室 (担当:MSW・看護師)	地域連携室 (担当:MSW・看護師)	外来受付 (担当:事務)	①入院中:地域連携室 ②外来:外来受付	外来受付 (担当:事務)
	・持参、郵送、FAX、シズ ケアかけはし					・持参、郵送	①持参、郵送、FAX⑥ ②持参、郵送、FAX④ ※①のみ郵送、FAXは事前に電話	・持参、郵送
フジヤマ病院 TEL:0544-54-1211 医療相談室直通 FAX:0544-54-0051	医療相談室 (担当:MSW)	医療相談室 (担当:MSW・看護師)	医療相談室 (担当:MSW・看護師)	医療相談室 (担当:MSW・看護師)	医療相談室 (担当:MSW・看護師)	医療相談室 (担当:MSW)	医療相談室 (担当:MSW)	医事課 (担当:事務)
	・持参、郵送、FAX					・持参、郵送、FAX	・持参、郵送、FAX	・持参、郵送
南富士病院 TEL:0544-26-5197 FAX:0544-23-1280	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	相談室 (担当:MHSW)	事務部 (担当:事務職員)
	・持参、郵送、FAX ※事前に電話					・持参、郵送、FAX ※事前に電話	・持参、郵送、FAX ※事前に電話	・持参、郵送 ※事前に電話

病院名	入院時		入院中・退院前		退院後	その他の介護保険関係書類		
	入院時情報提供書の提出先	入院中の患者の病状・退院見込み時期に関する問合せ	入院中の患者の病状・退院見込み時期に関する問合せ	退院前カンファレンスに関する問合せ		ケアプランの提出先	主治医とケアマネジャーの連絡票の提出先 (富士宮市内様式)p21 (富士宮市内様式)p22	主治意見書作成のための問診票の提出先
共立蒲原総合病院 TEL:0545-81-2211 地域医療支援室直通 TEL:0545-81-5577 FAX:0545-81-5578	地域医療支援室 (担当:MSW・看護師) ・持参、FAX ※FAXは事前に電話	地域医療支援室 (担当:MSW)	地域医療支援室 (担当:MSW)	地域医療支援室 (担当:MSW)	地域医療支援室 (担当:看護師・MSW)	地域医療支援室 (担当:MSW・看護師) ・持参、郵送、FAX ※FAXは事前に電話	地域医療連携室 (担当:MSW) ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	医事課 (担当:書類受付) ・持参
	地域医療連携室 (担当:事務) ・持参、郵送、FAX	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:事務) ・持参、郵送、FAX	地域医療連携室 (担当:事務) ・持参、郵送、FAX	医事課 (担当:介護担当) ・持参、郵送
富士市立中央病院 TEL:0545-62-1131 地域医療連携センター直通 FAX:0545-53-3708	地域医療連携室 (担当:事務) ・持参、郵送、FAX	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW)	地域医療連携室 (担当:事務) ・持参、郵送、FAX	地域医療連携室 (担当:事務) ・持参、郵送、FAX	医事課 (担当:介護担当) ・持参、郵送
	事務 (担当:医事職員) ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	看護部 (担当:看護師)	看護部 (担当:看護師)	看護部 (担当:看護師)	看護部 (担当:看護師)	事務 (担当:医事職員) ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	事務 (担当:医事職員) ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	事務 (担当:医事職員) ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話
大富士病院 TEL:0545-35-0024 FAX:0545-35-0028	医療福祉相談室 (担当:担当MHSW) ・持参、郵送、FAX ※持参は受付へ	医療福祉相談室 (担当:担当MHSW)	医療福祉相談室 (担当:担当MHSW)	医療福祉相談室 (担当:担当MHSW)	医療福祉相談室 (担当:担当MHSW)	医療福祉相談室 (担当:担当MHSW) ・持参、郵送、FAX ※持参は受付へ	医療福祉相談室 (担当:担当MHSW) ・持参、郵送、FAX ※持参は受付へ	事務所 ・持参、郵送、FAX ※持参は受付へ ※郵送、FAXは医療福祉相談室へ
	地域医療連携室 (担当:看護師・MSW) ・持参、FAX	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室 (担当:MSW) ・持参、郵送、FAX	地域医療連携室 (担当:MSW) ・持参、郵送、FAX	医事課 (担当:受付) ・持参、郵送

富士市

病院名	入院時		入院中・退院前		退院後	その他の介護保険関係書類		
	入院時情報提供書の提出先	入院中の患者の病状・退院見込み時期に関する問合せ	退院前カンファレンスに関する問合せ	退院後の患者に関する情報照会 ・在宅で困ったことに関する相談	ケアプランの提出先	主治医とケアマネジャーの連絡票の提出先 (富士宮市内様式)p21 (富士宮市内様式)p22	主治医意見書作成のための問診票の提出先	
湖山リハビリテーション病院 TEL:0545-36-2000 FAX:0545-36-2570	地域連携室 (担当:MSW) ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	病棟、地域連携室 (担当:看護師・MSW) ※病状、退院時期ともに一度地域連携室へ電話	地域連携室 (担当:MSW)	地域連携室 (担当:MSW)	地域連携室 (担当:MSW) ・持参、郵送、FAX	地域連携室 (担当:MSW)	医事課 (担当:医事職員)	
	地域医療連携室 (担当:MSW、看護師) ・持参、郵送、FAX ※事前に電話	地域医療連携室 (担当:MSW、看護師) ※DrからのICを希望される場合は家族の同意・同席の下調整します。	地域医療連携室 (担当:MSW、看護師)	地域医療連携室 (担当:MSW、看護師)	地域医療連携室 (担当:MSW) ・持参、郵送、FAX ※持参、郵送は事前に電話	地域医療連携室 (担当:MSW)	医事課	
新富士病院 TEL:0545-36-2211 FAX:0545-36-2343	※患者、家族から当院への受診、入院希望等あれば事前にケアマネジャーから連絡がほしいです。							
	医療相談室 ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医事課	医療相談室 ・持参、郵送、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	医事課	
聖隷富士病院 TEL:0545-52-0780 FAX:0545-52-0752	地域医療連携室 (担当:看護師、MSW) ・郵送、持参、FAX ※郵送、FAXは事前に電話	病棟 (担当:看護師) ※ファーストコンタクトは地域医療連携室	入退院支援室 (担当:看護師、MSW)	入退院支援室 (担当:看護師、MSW)	入退院支援室 (担当:看護師、MSW) 持参、郵送、FAX	医事課 (担当:書類係)	医事課 (担当:書類係)	
	病棟 (担当:看護師)	病棟 (担当:看護師、MHSW)	病棟 (担当:看護師、MHSW)	外来又は医療相談課 (担当:MHSW)	主治医 ・郵送	事務課 (担当:外来担当)	事務課 (担当:意見書担当)	
鷹岡病院 TEL:0545-71-3370 FAX:0545-71-0853	・持参					・持参、郵送、FAX	・持参、郵送、FAX	

病院名	入院時		入院中・退院前		退院後	その他の介護保険関係書類		
	入院時 情報提供書の 提出先	入院中の患者の病状・退 院見込み時期に関する 問合せ	退院前カンファレンスに 関する問合せ	退院後の患者に関する 情報照会 在宅で困ったことに関す る相談	ケアプランの提出先	主治医とケアマネジャーの 連絡票の提出先 (富士宮市内様式)p21 (富士宮市内様式)p22	主治医意見書作成のため の問診票の提出先	
富士いざいぎ病院 TEL:0545-73-1919 医療福祉相談室直通 TEL:0545-73-1929 FAX:0545-73-1917	医療福祉相談室 (担当:MSW)	医療福祉相談室 (担当:MSW)	医療福祉相談室 (担当:MSW)	医療福祉相談室 (担当:MSW)	(入院中)医療福祉相談室 (外来患者)医事課	(入院中)医療福祉相談室 (外来患者)医事課	(入院中)医療福祉相談室 (外来患者)医事課	
	・持参、郵送、FAX、シズ ケアかけはし				・持参、郵送	・郵送、持参	・郵送、持参	
富士整形外科病院 TEL:0545-51-3751 FAX:0545-51-1540	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室、病棟 (担当:MSW、看護師)	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室 (担当:MSW)	地域医療連携室 (担当:MSW)	医事課 (担当:受付)	
	・持参、郵送 ※持参は事前に電話			※病棟、医事課等に対応 する場合もあり	・持参、郵送、FAX ※持参、FAXは医事課へ	・持参、郵送、FAX ※事前に電話	・持参	

②地域包括支援センター(介護・福祉・医療の相談窓口)

	名称	担当地区	住所	電話番号
富士宮市	富士宮市地域包括支援センター(直営)	日の出・瑞穂・大和・咲花・阿幸地・富士見ヶ丘・源道寺(富士宮市全域)	富士宮市弓沢町150(富士宮市役所内)	0544-22-1591
	北部地域包括支援センター	猪之頭・上井出・芝山・人穴・麓・根原・富士丘・北山1～4・山宮1～4・内野・狩宿・半野・原・上条上・上条下・下条上・下条下・精進川上・精進川下・馬見塚	富士宮市上井出1285-1(特別養護老人ホームしらいと内)	0544-54-1092
	富士根地域包括支援センター	栗倉1～4・舟久保・村山1～3・栗倉南・上小泉・大岩1～3・杉田1～6・小泉1～6	富士宮市小泉1854-3(障がい者福祉センター小泉敷地内)	0544-21-3611
	南部地域包括支援センター	常磐・浅間・神田・木の花・城山・高嶺・宮本・琴平・三園平・二の宮・ひばりが丘・神田川・黒田・星山1・貫戸・山本・高原・高原1～2・田中	富士宮市星山1058(特別養護老人ホーム星の郷内)	0544-23-3328
	中部地域包括支援センター(サブセンター)	万野1～4・万野希望・宮原1・外神東・淀師・淀橋・大中里・青木・青木平・外神・宮原	富士宮市淀川町35-15(デイサービスセンターいちばん星内)	0544-29-7808
	西部地域包括支援センター	神立・松山・羽衣・貴船・神賀・福地・野中1～4・星山2・安居山第1～2・沼久保・西山・大久保・長貫・上羽鮒・下羽鮒・稗久保・香葉台・大鹿窪・猫沢・明光台・上柚野・下柚野・鳥並・上稲子・下稲子・内房第1～4	富士宮市大鹿窪143-1(特別養護老人ホーム百恵の郷内)	0544-67-0001

	名称	担当地区	住所	電話番号
富士市	富士市高齢者地域包括支援センター(直営)	富士市全域	富士市永田町1-100(富士市役所4階北側)	0545-55-2951
	富士市東部地域包括支援センター	須津・浮島・元吉原	富士市増川新町12-1	0545-39-1300
	富士市吉原中部地域包括支援センター	神戸・富士見台・原田・吉永・吉永北	富士市比奈1481-2	0545-39-2700
	富士市北部地域包括支援センター	大淵・青葉台・広見	富士市一色218-10	0545-23-0303
	富士市鷹岡地域包括支援センター	鷹岡・天間・丘	富士市久沢475-1	0545-30-7062
	富士市吉原西部地域包括支援センター	今泉・吉原・伝法	富士市国久保1-11-36	0545-30-8324
	富士市富士北部地域包括支援センター	岩松・岩松北・富士駅北・富士北	富士市本市場新田24-5	0545-66-0115
	富士市富士南部地域包括支援センター	富士駅南・富士南・田子浦	富士市横割本町2-17	0545-65-8839
	富士市富士川地域包括支援センター	富士川・松野	富士市岩淵137-1	0545-81-4820

③介護認定申請窓口

市名	課名	住所	電話番号
富士宮市	高齢介護支援課	富士宮市弓沢町150	0544-22-1474
富士市	介護保険課	富士市永田町1-100	0545-55-2765

④在宅医療・介護連携支援窓口

医療・介護関係者や地域包括支援センター等からの在宅医療・介護に関する相談窓口

市名	配置先	住所	電話番号
富士宮市	高齢介護支援課	富士宮市弓沢町150	0544-27-5511
富士市	高齢者支援課	富士市永田町1-100	0545-55-2916

令和2年1月 初版発行
令和7年3月 改訂版発行
静岡県富士健康福祉センター(富士保健所)福祉課
〒416-0906
静岡県富士市本市場 441-1
電話番号：0545-65-2639
FAX 番号：0545-65-2288
E-mail：kffuji-fukushi@pref.shizuoka.lg.jp