

# 西宮市・芦屋市の 「退院調整ルール」の手引き

～地域の人々が望む暮らしを実現するために、  
病院・ケアマネジャーができること～



西宮市の花: さくら



芦屋市の花: 小葉の三つ葉ツツジ

平成 29 年 12 月(第 1 版)

兵庫県芦屋健康福祉事務所  
西宮市

# 目次

1 はじめに .....	1
2 退院調整ルールの基本 .....	1
(1) 退院調整ルールとは	
(2) 適用地域	
(3) 関係機関	
(4) 対象者	
(5) 留意事項	
3 退院調整ルールの内容 .....	3
(1) 入院前に担当ケアマネジャーがいる(介護保険利用あり)場合	
(2) 入院前に担当ケアマネジャーがいない(介護保険利用なし)場合	
(3) 退院調整が必要な患者の基準	
(4) 病院が「自宅への退院が可能」と判断する基準	
4 参考様式(連携シート) .....	5
活用方法	
(1) 入院時情報提供シート(様式1)	
(2) 情報連絡シート(様式2)	
5 病院担当窓口一覧 .....	10
6 居宅介護支援事業所一覧 .....	12
7 地域包括支援センター一覧 .....	20
8 在宅医療介護連携拠点一覧 .....	21
9 行政機関担当部署一覧 .....	22
参考資料	
(1) 退院調整に関する診療報酬・介護報酬 .....	23
(2) 40歳以上64歳以下で介護保険を利用できる方 .....	23
(3) 個人情報の取扱いについて .....	24

## 1 はじめに

介護を必要とする患者さんが、退院する際に、『退院調整もれ』（病院からケアマネジャーに退院調整の連絡がなく、引き継ぎがなされないこと）により、在宅サービスの準備が不十分なまま退院することで、必要な介護サービスを適時に受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。

西宮市・芦屋市における「退院調整もれ率」は、平成28年調査時点で、約49%でした。

そこで、介護を必要とする患者さんが、疾患や障害を問わず、西宮市・芦屋市のどの病院から退院しても、必要な介護サービスを適時に受けられ、安心して自宅へ戻ることができるように、西宮市・芦屋市内の病院関係者、ケアマネジャー、地域包括支援センター、行政など、多くの方々が約1年間、それぞれの役割や様式など協議を行い、退院調整ルールを策定しました。

この退院調整ルールを地域全体で運用し、病院とケアマネジャーの連携を強化していくことを、目的としています。

また、この手引きは、退院調整を行う病院のスタッフやケアマネジャーなどの関係者に向けて作成したものです。

患者さんの退院を地域全体で支えるため、関係者の皆様に内容を共有して頂き、退院調整ルールを普及・活用くださいますようお願い致します。

## 2 退院調整ルールの基本

### (1) 退院調整ルールとは

病院から退院後に、切れ目なく介護サービスを受けられるようにするため、病院とケアマネジャーが連携し、入院時から情報を共有し、退院に向けた連絡・調整を行うための仕組みです。

平成30年1月から運用を開始します。

### (2) 適用地域

西宮市・芦屋市

### (3) 関係機関

- ・病院
- ・居宅介護支援事業所
- ・地域包括支援センター
- ・西宮市・芦屋市の高齢者福祉・介護保険担当課

\* 関係機関一覧は10ページ以降に掲載しています。

#### (4) 対象者

①入院前に担当ケアマネジャーがいる方

→ 基本的には、要介護・要支援に関わらず、すべての方が対象となります。

②入院前に担当ケアマネジャーがいない方

→ 「退院調整が必要な患者の基準(5ページ)」を参考に、病院で退院調整が必要と判断された方が対象となります。

#### (5) 留意事項

①西宮市・芦屋市が想定する基本的なケース

基本的には西宮市・芦屋市にお住まいの退院調整ルール対象者が、当地域の病院に入院し、退院後、自宅に戻るケースを想定しています。

ただし、これ以外のケースについても、ルールを活用して頂いて差し支えありません。

②「退院調整ルール」の位置づけ

「退院調整ルール」は、病院とケアマネジャーの連携を取りやすくするための「ツール」であり、強制的な効力をもつものではありません。

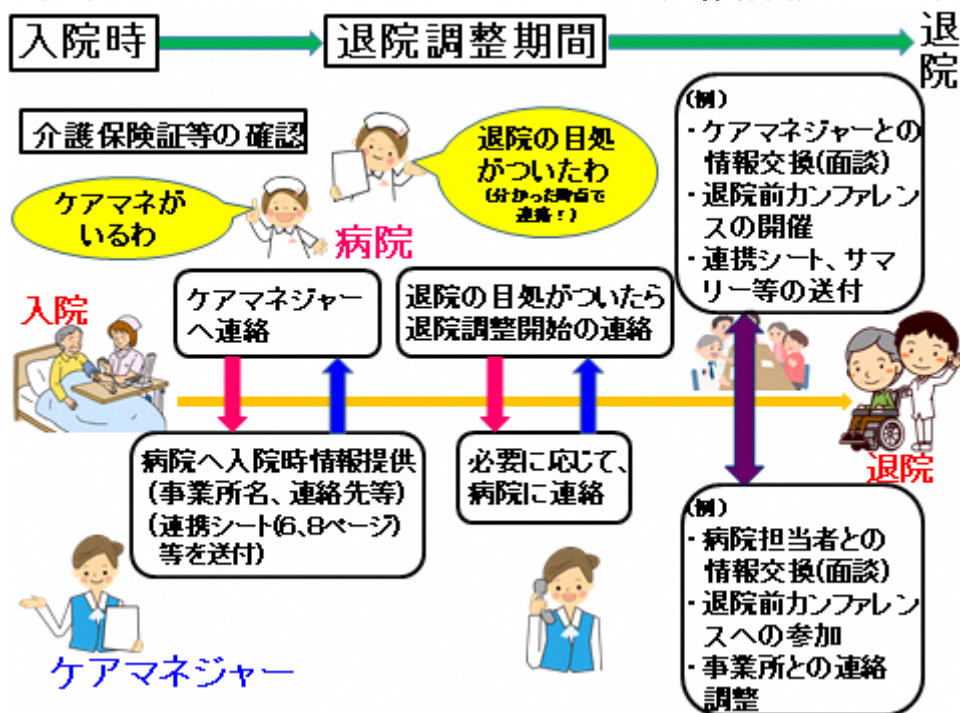
個別の事情に応じて、関係者間で適宜調整をお願いします。

③「退院調整ルール」の見直し

運用開始後、定期的(6ヶ月毎)に運用状況の確認・評価を行います。必要があれば、関係者で協議の上、より良いものとするための見直しを行います。

### 3 退院調整ルールの内容

#### (1) 入院前に担当ケアマネジャーがいる(介護保険利用あり)場合



#### ① 入院時の情報提供、ケアマネジャーの確認・連絡

- ・**病院**は、入院時にケアマネジャーがいるかを介護保険証等で確認(ア)し、担当ケアマネジャーを把握できた場合は、ケアマネジャーへ連絡する。担当ケアマネジャーの有無を確認できない場合は、市担当課に連絡する。
- ・**ケアマネジャー**は、要支援・要介護認定を受けている利用者が入院した場合は、まず自分が担当ケアマネジャー(事業所名、連絡先)であることを病院担当者(イ)へ連絡する。さらに、できるだけ全ての利用者について、既存の連携シート等を利用して病院へ情報提供する。
- ア. **ケアマネジャー**は、利用者の入院を早期に把握できるように、事前に下記の工夫をする。
  - ・利用者・家族に、ケアマネジャーの名刺等(連絡先)を介護保険証、医療保険証、お薬手帳等と一緒に保管するように伝える。
  - ・利用者・家族に、入院したらケアマネジャーに連絡するように伝える。
- イ. 「病院担当窓口一覧」(10ページ)を参考にする。

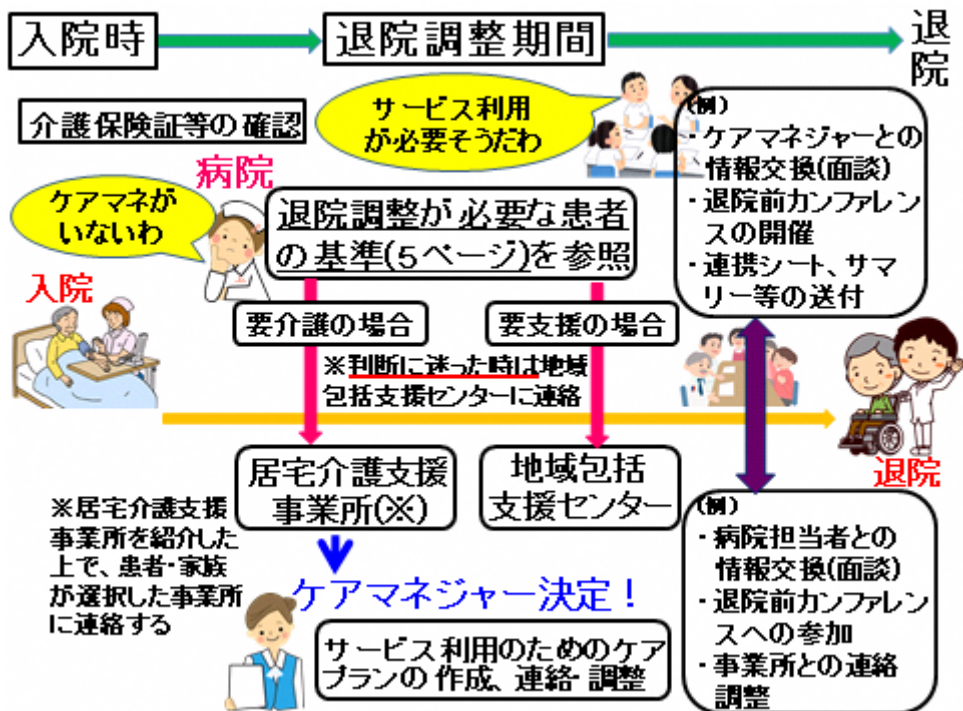
#### ② 退院調整のために、病院からケアマネジャーへ連絡するタイミング

- ・**病院**は、入院時連絡の際に、入院計画書等で退院見込み時期がわかる場合は、その時に(入院時連絡と合わせて)退院見込み時期を連絡する。入院時連絡の段階で退院見込み時期が不明な場合は、知り得た時点で連絡する。
- \* ただし、ケアマネジャーから問い合わせることもある。

#### ③ 退院調整開始の連絡

- ・**病院**は、退院の目処がついた時点で、担当ケアマネジャーに連絡し、必要時、退院前に連携シート等を渡す。間に合わなければ、取り急ぎ退院見込み時期のみを連絡する。

## (2) 入院前に担当ケアマネジャーがいない(介護保険利用なし)場合



### ☆ 退院調整が必要な場合

- ・病院は、患者・家族の了解を得て、下記のように対応する。
- ・介護認定がない方には介護保険の認定申請を勧めてください。

#### ① 要介護の場合

- ・居宅介護支援事業所を紹介した上で、患者・家族が選択した事業所に連絡 → ケアマネジャー決定!

#### ② 要支援の場合

- ・地域包括支援センターに連絡

#### ③ 判断に迷った場合

- ・地域包括支援センターに連絡

\* 退院調整が必要な患者の基準については、5ページを参照する。

\* ケアマネジャーが決定した後は、3ページの「(1)入院前に担当ケアマネジャーがいる場合」の「③退院調整開始の連絡」と同様に対応する。

### <退院調整ルールにおける共通事項>

- ・患者・利用者とは、在宅等から入院して在宅等へ退院する者とする。
- ・病院は、有床診療所を含む。

### (3) 退院調整が必要な患者の基準(入院前に担当ケアマネジャーがいない場合)

\* 退院調整が必要かどうか迷う場合は、下記を参考にして下さい。

#### ① **必ず退院調整が必要な患者**(介護認定で、要介護の可能性あり)

- ・立ち上がりや歩行に介助が必要
- ・食事に介助が必要
- ・排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
- ・日常生活に支障を来すような症状がある認知症、幻覚・妄想等

1項目でも当てはまれば、介護申請したら ⇒ 地域包括支援センターへ  
介護認定後は ⇒ ケアマネジャーへ 連絡

#### ② **上記以外で見逃してはいけない患者**(介護認定で、要支援の可能性あり)

- ・在宅では、独居または家族介護力が低い状態で、調理や掃除など身の回りのことや服薬管理に介助が必要な方
- ・ADLは自立していても、がん末期の方、新たに医療処置(膀胱カテーテル留置など)が追加された方
- ・床からの立ち上がりが困難な方や住環境の調整が必要な方

⇒ 地域包括支援センターへ連絡

### (4) 病院が「自宅へ退院が可能」と判断する基準 (原則、下記①～③のいずれも該当している場合)

- ① 病状が、ある程度、安定した状態である。
- ② 家族等による、在宅での介護が可能そうである。
- ③ 本人が、在宅生活に戻りたいという意向がある。

\* 入院期間が2週間程度の場合、入院1週目で判断  
入院期間が3週間程度の場合、入院2週目で判断

## 4 参考様式(連携シート)

活用方法

様式1:「入院時情報提供シート」(6ページ)

様式2:「情報交換シート」(8ページ)

☆ 入院時: ケアマネジャー → 病院 への連絡  
様式1と様式2の左半分(入院前の状態)

☆ 退院前: 病院 → ケアマネジャー への連絡  
様式2の右半分(退院に向けて)

上記の「連携シート」は、参考様式です。病院や事業所等で既存の様式がある場合は、そちらに記入いただき、抜けている項目のみ「連携シート」を活用して下さい。(記入例は、7、9ページです。)

# (1)様式1:入院時情報提供シート;原本

様式1:2017年12月:入院時情報提供シート(ケアマネジャー⇒病院)

**病院** **御中** 西暦 年 月 日

事業所名		担当ケアマネジャー	
所在地		電話/FAX	

ふりがな氏名	<input type="checkbox"/> 明治 <input type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 西暦	年 月 日	年齢	歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	TEL/FAX:		携帯電話:			

緊急時連絡先	ふりがな氏名	年齢	電話番号 (携帯推奨)	連絡しやすい時間帯	同居/別居	備考欄
①					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
②					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	
③					<input type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	

世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 ( )
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入 ( )

在宅主治医	医療機関名: _____ 電話: _____ 医師名: _____ 診療科: _____	<b>家族構成図</b> <small>【人物】○:女性 □:男性 ※本人は2重 ※死の場合は黒塗り          【特記事項】主:主介護者 次:キーパーソン ※人物の横に記入          【同居関係】円で囲む</small>
既往歴	(入院歴・通院歴・治療や手術の状況等)  ※感染症 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: _____) <input type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( )	

かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	介護者の状況等
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input type="checkbox"/> 集合住宅 ( ) <input type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 施設入所中 ( ) 道路～自室までの階段や段差 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有: 移動/外出に障害となる環境 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(続柄: _____) <input type="checkbox"/> その他( )	
麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	
視/聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有:	<input type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 補聴器
要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援 ( ) <input type="checkbox"/> 要介護 ( ) <input type="checkbox"/> 総合事業対象者	
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳	
申込中の施設	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )	

サービス利用状況			
<input type="checkbox"/> 訪問介護 ( 回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問看護 ( 回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ ( 回/週)	<input type="checkbox"/> 訪問入浴 ( 回/週)
<input type="checkbox"/> 通所介護 ( 回/週)	<input type="checkbox"/> 通所リハビリ ( 回/週)	<input type="checkbox"/> 短期入所 ( 回/週)( )	
<input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 ( )	<input type="checkbox"/> 住宅改修 ( )		
<input type="checkbox"/> その他のサービス利用:種類/頻度等 ( )			

<b>特記事項/その他(日中の状態(日中独居)、入院までの経過、興味・関心のあること等)</b>

【別紙】: 無 有 (情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)



# 様式 1: 入院時情報提供シート; 記入例

様式 1: 2017年12月: 入院時情報提供シート(ケアマネジャー ⇒ 病院)

## 西宮〇〇病院

## 御中

西暦 2017 年 10 月 17 日

事業所名	〇〇居宅介護支援事業所	担当ケアマネジャー	芦屋 宮子
所在地	西宮市〇〇町	電話/FAX	×××-△△△△/△△△-×××

ふりがな氏名	やまかわ たにお 山川谷男	<input type="checkbox"/> 明治 <input checked="" type="checkbox"/> 昭和 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 西暦	7 年 8 月 30 日	年齢	85 歳	性別	<input checked="" type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
現住所	西宮市〇〇町115-35 芦屋マンション1102号室			TEL/FAX: 0798-△△-×××××	携帯電話: 無し		
緊急時連絡先	ふりがな氏名	年齢	電話番号(携帯推奨)	連絡しやすい時間帯	同居/別居	備考欄	
	① やまかわ うみこ 山川海子	83	△△-×××××	10~14時	<input checked="" type="checkbox"/> 同 <input type="checkbox"/> 別	要支援2	
	② やまかわ たろう 山川太郎	63	090-×△△×-△△△△	19時以降	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	長男・近隣在住	
	③ やまかわ もとこ 山川桃子	60	090-××××-△△△△	15時以降	<input type="checkbox"/> 同 <input checked="" type="checkbox"/> 別	長男嫁	
世帯状況	<input type="checkbox"/> 単身世帯 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> その他の世帯 ( )						
経済状況	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input checked="" type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他の収入 ( )						
在宅主治医	医療機関名: 芦屋診療所	電話: 〇〇-1234	家族構成図				
	医師名: 芦屋 徳次郎	診療科: 内科(循環器科)	<p>【人物】○: 女性 □: 男性 ※本人は22歳 ※死亡の場合は黒塗り 【特記事項】主: 主介護者 次: キーパーソン ※本人の横に記入 【同居関係】円: 同居</p>				
既往歴	(入院歴・通院歴・治療や手術の状況等) 20年前くらいより高血圧指摘され内服治療中 72歳 白内障手術 75歳 房室ブロックの為ペースメーカー装着 80歳 前立腺肥大で内服中 ※感染症 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )						
医療処置	<input type="checkbox"/> バルーンカテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 褥瘡(部位: ) <input checked="" type="checkbox"/> ペースメーカー <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> その他( )						
かかりつけ薬局	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(みやっこ薬局)						介護者の状況等
住環境	<input type="checkbox"/> 一戸建 <input checked="" type="checkbox"/> 集合住宅 (13階建て 10階) <input checked="" type="checkbox"/> エレベーター <input type="checkbox"/> 施設入所中 ( ) 道路~自室までの階段や段差 <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 道路と歩道の段差あり 移動/外出に障害となる環境 <input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )						妻と二人暮らしである。妻も高齢の為長男又は長男嫁が毎日訪問している。 妻 要支援2 妻と共にデイサービス利用中 長女は岐阜県在住で、年2回ほど帰省する。
金銭管理	<input type="checkbox"/> 本人 <input checked="" type="checkbox"/> 家族(続柄: 妻) <input type="checkbox"/> その他( )						
麻痺	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )						
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有(サバなどの青魚)						
視/聴覚障害	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有: 難聴あるが補聴器は使用せず・老眼鏡使用中						<input checked="" type="checkbox"/> 眼鏡 <input type="checkbox"/> 補聴器
要介護度	<input type="checkbox"/> 非該当 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援( ) <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 総合事業対象者						
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳						
申込中の施設	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有( )						
サービス利用状況							
<input checked="" type="checkbox"/> 訪問介護 (2回/週) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ (回/週) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (回/週)							
<input checked="" type="checkbox"/> 通所介護 (1回/週) <input type="checkbox"/> 通所リハビリ (回/週) <input checked="" type="checkbox"/> 短期入所 (回/週) (1回/2~3月)							
<input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 (四点杖・電動ベッド) <input checked="" type="checkbox"/> 住宅改修 (廊下に手すり設置)							
<input checked="" type="checkbox"/> その他のサービス利用: 種類/頻度等 (配食サービス2回/週)							
特記事項/その他(日中の状態(日中独居)、入院までの経過、興味・関心のあること等)							
数か月前から少しずつ食事量減少していたが、元気にデイサービスに通っていた。数日前より元気が無くなってきたと妻がヘルパーに話していた。10/16の13時に、ヘルパーが訪問して声をかけると、ベッドで臥床しており目は開けるが返事をせず、朝から食事もしていないとのことであった。ヘルパーが妻にかかりつけ医に相談した方がいいとアドバイスし、妻が芦屋先生に相談。芦屋先生より救急車を呼ぶように言われ、救急車を要請。西宮総合病院に入院となる。 普段は、 <input type="checkbox"/> 数少ないが穏やかな性格でひ孫が遊びに来ることを楽しみにしている。最後まで自宅で過ごしたいと話していたこともあった。							

【別紙】: 無 有 (情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

## (2)様式2: 情報交換シート; 原本

様式2: 2017年12月: 情報交換シート(ケアマネジャー ⇄ 病院)

患者氏名: (生年月日:  明治  大正  昭和  西暦 年 月 日)

		①入院前の状態【ケアマネジャー記入】	②退院に向けて【病棟記入】
		作成年月日: 西暦 年 月 日 所属/氏名:	作成年月日: 西暦 年 月 日 所属/氏名:
食事	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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	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	<input type="checkbox"/> むせない <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる
	形態	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食
	その他	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食( )	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食( )
	介護状況や指導内容		
排泄	排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	失禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし
	方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> カテーテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> カテーテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他( )
	介護状況		
睡眠	夜間睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり
着脱	上着の着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	ズボン・パンツの着脱	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	介護状況		
移動	歩行	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない
	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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法(屋内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )
	介護状況		
清潔	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	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他( )
	口腔状態	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 総義歯(上) <input type="checkbox"/> 総義歯(下) <input type="checkbox"/> 部分義歯(上) <input type="checkbox"/> 部分義歯(下) <input type="checkbox"/> 全歯喪失	<input type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 総義歯(上) <input type="checkbox"/> 総義歯(下) <input type="checkbox"/> 部分義歯(上) <input type="checkbox"/> 部分義歯(下) <input type="checkbox"/> 全歯喪失
	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 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 自立 <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( )
	介護状況		
認知機能	確定診断	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名: )	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名: )
	短期記憶	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り
	意思決定	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断不可	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断不可
	周辺症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )
	介護の時間・頻度他		
	その他		
その他	服薬管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	金銭管理	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
その他	特記事項		
		* 担当ケアマネからの情報提供(本人・家族の意向等)	* 退院時期: <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> * 退院場所: * 病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の受け止め方、患者・家族の今後の希望:
			* リハビリからの情報提供:
			* MSWからの情報提供:
		【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有

(情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

# 様式2: 情報交換シート; 記入例

様式2: 2017年12月: 情報交換シート(ケアマネジャー ⇄ 病院)

患者氏名: 山川 谷男

(生年月日:  明治  大正  昭和  西暦 7 年 8 月 30 日)

		①入院前の状態(ケアマネジャー記入)	②退院に向けて(病棟記入)
		作成年月日: 西暦 2017 年 10 月 17 日 所属/氏名: ○○居宅介護支援事業所 芦屋 宮子	作成年月日: 西暦 2017 年 11 月 6 日 所属/氏名: 西宮○口病院 内科病棟 西宮 芦美
食 事	食 事	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	嚥下機能	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる	<input type="checkbox"/> むせない <input checked="" type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる
	形 態	<input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食	<input type="checkbox"/> 常食 <input checked="" type="checkbox"/> 粥 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜食 <input type="checkbox"/> きざみ食 <input type="checkbox"/> ミキサー食 <input type="checkbox"/> とろみ食
	その他	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食( )	<input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> 特別食( )
排 泄	介護状況や 指導内容		食量少ないため、高カロリーゼリーやメイバランス飲料 などを利用し、効率的に栄養が取れる方法が必要
	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	失 禁	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 時々 <input checked="" type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし	<input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> 時々 <input type="checkbox"/> まれにあり <input type="checkbox"/> なし
	方 法	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> カテテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他( )	<input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル(昼) <input checked="" type="checkbox"/> ポータブル(夜) <input type="checkbox"/> カテテル・人工肛門等 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> その他( )
介護状況		夜間はふらつきがあるため、オムツと尿器を併用。 リハビリパンツ使用中	
睡 眠	夜間睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input checked="" type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 <input checked="" type="checkbox"/> 眠剤の服薬あり
	着 脱	上着の着脱 ズボン・パンツ の着脱	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <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	介護状況		袖通しやズボンの上げ下げに介助が必要
	歩 行	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input checked="" type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない	<input type="checkbox"/> つかまらず可 <input checked="" type="checkbox"/> なにかにつかまれば可 <input type="checkbox"/> できない
	移 乗	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	方法(屋内)	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input checked="" type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 独歩 <input checked="" type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> シルバーカー <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> その他( )
介護状況		日中は杖歩行で見守りでも問題ないが、 長距離と夜間は車いす使用。	
清 潔	入 浴	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input checked="" type="checkbox"/> 全介助
	入浴方法	<input checked="" type="checkbox"/> 浴槽 <input type="checkbox"/> シャワー <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 浴槽 <input checked="" type="checkbox"/> シャワー <input checked="" type="checkbox"/> その他( )
	口腔状態	<input checked="" type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 総義歯(上) <input type="checkbox"/> 総義歯(下) <input checked="" type="checkbox"/> 部分義歯(上) <input checked="" type="checkbox"/> 部分義歯(下) <input type="checkbox"/> 全歯喪失	<input checked="" type="checkbox"/> 自歯 <input type="checkbox"/> 総義歯(上) <input type="checkbox"/> 総義歯(下) <input checked="" type="checkbox"/> 部分義歯(上) <input checked="" type="checkbox"/> 部分義歯(下) <input type="checkbox"/> 全歯喪失
	口腔ケア	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <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( )	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> その他( )
介護状況		洗髪や背部の洗体は介助必要。セッティングすると歯磨き するが不十分。	
認 知 機 能	確定診断	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名: )	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(診断名: )
	短期記憶	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 問題有り	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> 問題有り
	意思決定	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断不可	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> やや困難 <input type="checkbox"/> 見守り必要 <input type="checkbox"/> 判断不可
	周辺症状	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )	<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴言 <input type="checkbox"/> 暴行 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 火の不始末 <input type="checkbox"/> 介護抵抗 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行動 <input type="checkbox"/> 性的問題行動 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> その他( )
介護の手 間・頻度他		短期記憶に問題あり、伝えたことを覚えていなかったり、同じ話をし たりするが、生活にはほぼ問題ない。	
そ の 他	服薬管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
	金銭管理	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助
特記事項		短期記憶に問題あるため内服管理は今後も見守り必要。 金銭管理は不明	
そ の 他	特記事項	* 担当ケアマネからの情報提供(本人・家族の意向等) 以前積極的な延命処置は希望しないと話されたこともあったが、 現在は確認していない。妻の介護疲れがあるが、長男夫婦 の協力もあり、在宅生活が維持できている。出来るだけ 在宅生活を続けたいとの希望あり。 妻や他の家族も了承している。	* 退院時期: 11月中 * 退院場所: 自宅 * 病院からの患者・家族への病状の説明内容と患者・家族の 受け止め方、患者・家族の今後の希望: 主治医: 加齢による食少量低下と脱水で入院。脱水が改善したら退 院しましょう。積極的な延命処置希望せず。 * リハビリからの情報提供: リハビリサマリー参照 多少下肢筋力の低下がみられ、リハビリを行いました。 退院後も下肢筋力が落ちない様に積極的に動いてください。 * MSWからの情報提供: 在宅医や訪問看護師には連絡しています。
	【別紙】:	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	【別紙】: <input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有 診療情報提供書・看護サマリーあり

(情報を提供することについて、ご本人またはご家族から同意をいただいています。)

## 5 病院担当窓口一覧

### (1)西宮市

病院名	すでに介護保険を利用していた(CMが付いている)場合			
	①CMからの入院時情報はどこに？		②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能？	③CMに面談の電話をする部署
	(電話をしてから)手渡しの場合	FAXの場合		
1 有馬病院	心理医療相談室 TEL(078-904-0721)	心理医療相談室 FAX(078-904-3186)	×(Dr判断)	家族 心理医療相談室
2 上ヶ原病院	地域連携室 TEL(0798-51-1561)	地域連携室 TEL(0798-52-7306)	Dr判断で可	地域連携室又は病棟Ns
3 熊野病院	TEL(0798-52-3221)	看護部長 FAX(0798-52-3269)	×	看護部長 家族
4 笹生病院	医療連携室 TEL0798-37-3131(直通)	医療連携室 0798-37-3132(直通)	Dr判断 状況による	医療連携室 家族
5 仁明会病院	地域連携室 TEL(0798-74-3506)	地域連携室 FAX(0798-74-3506)	×(Dr判断)	地域連携室 家族
6 谷向病院	地域連携室 TEL(0798-33-0345)(代表)	地域連携室 FAX(0798-33-1702)	×(Dr 判断)	病棟Ns 地域連携室
7 三好病院	地域医療連携室 TEL(0798-31-0633)(直通)	地域医療連携室 FAX(0798-31-0668)(直通)	×(Dr 判断)	病棟Ns 地域医療連携室 家族
8 明和病院	原則はFAXか手渡しをお願いいたします。 TEL(0798-47-1563)	地域医療・福祉相談室に FAX(0798-47-1832)	原則退院許可はDr判断 日程調整は病棟師長	ケースによって 地域医療・福祉相談室 病棟Ns 家族
9 協和マリナホスピタル	地域連携室 TEL(0798-32-1112)	地域連携室 Fax(0798-32-1222)	○(Dr判断で可)	地域連携室
10 高田上谷病院	地域連携室 TEL(078-903-6268)	地域連携室 Fax(078-903-6269)	Dr判断 家族希望	地域連携室
11 西宮回生病院	地域医療連携室 TEL(0798-33-0601)	病院代表FAX (0798-22-9920)	主治医判断	病棟Ns もしくは 地域連携室
12 西宮協立リハビリテーション病院	総合支援課 TEL(0798-75-3000)(代表)	総合支援課 直通 FAX(0798-75-3550)	○	MSW(総合支援課)・家族
13 西宮協立脳神経外科病院	「医療と福祉の相談窓口」内 医療福祉相談室(MSW) ※地域連携室ではありません 代表TEL(0798-33-2211) 直通TEL(0798-32-3271)	医療福祉相談室(MSW) 直通FAX(0798-32-3275)	Drに要相談。 期間は状況による。	MSW
14 西宮敬愛会病院	地域連携室 MSW TEL(0798-64-0231)	地域連携室 MSW FAX(0798-64-0256)	Drおよび看護管理者	①地域連携室 ②家族
15 西宮市立中央病院	地域連携室 TEL(0798-64-1540)	地域連携室 FAX(0798-67-4896)	DrかNs	病棟Ns 地域連携室
16 西宮渡辺心臓・血管センター	地域連携室 TEL(0798-36-1884)	地域連携室 代表FAX(0798-36-1199)	×(Dr判断)	地域連携室
17 西宮渡辺病院	地域連携室 TEL(0798-74-2665)	地域連携室 FAX(0798-74-2880)	理由による 基本的にはDr判断	MSW Ns 家族
18 布谷整形外科病院	地域連携室 TEL(0798-46-7770)	地域連携室 Fax(0798-46-7785)	原則Dr判断	地域連携室
19 北摂中央病院	地域連携室 TEL(0797-84-8281)	地域連携室 代表FAX(0797-84-8292)	×(Dr 判断)	地域連携室
20 兵庫医科大学病院	医療支援センター又は病棟(連携室に事前アホを) TEL(0798-45-6033)	医療支援センター 代表FAX(0798-45-6207)	△できるときとできないときがある	家族 状況に応じて (医療支援センター又は病棟)
21 兵庫県立西宮病院	地域医療連携センターに事前アホ TEL(0798-34-5151)	地域医療連携センター FAX(0798-34-4436)	○基本的にそうしているが、どうしてもやむを得ないこともある	・病棟 ・地域医療連携センター ・家族

### (2)芦屋市

病院名	すでに介護保険を利用していた(CMが付いている)場合			
	①CMからの入院時情報はどこに？		②退院調整の期間を残し、在宅判断は可能？	③CMに面談の電話をする部署
	(電話をしてから)手渡しの場合	FAXの場合		
1 芦屋セントマリア病院	地域医療又は病棟 TEL(0797-23-1771)	地域医療 FAX(0797-23-1447)	×(Dr判断)問い合わせ可	地域医療
2 市立芦屋病院	地域連携室 TEL(0797-31-2156)	地域連携室 FAX(0797-22-3319)	○ 本人、家族の意思 Dr.Ns、RH等検討	地域連携室 本人 家族
3 医療法人 昭主会南芦屋浜病院	地域連携室 TEL(0797-25-7143)	地域連携室 FAX(0797-26-6360)	病棟カンファレンス (Dr.Ns、コメディカル)	地域連携室・家族

④CMとの面談 主体は？	⑤退院日を連絡する部署	⑥誰が介護保険を説明する？	新たに介護保険を利用する場合	
			⑦誰がCM契約の 支援をする？	⑧契約後のCMと連絡をとる部署
心理医療相談室 病状については病棟Ns又はDr	心理医療相談室	心理医療相談室	心理医療相談室	心理医療相談室 家族
地域連携室又は病棟Ns	地域連携室又は病棟Ns	地域連携室	地域連携室	地域連携室
看護部長 病棟Ns	家族	看護部長 (CM)	看護部長 (CM)	看護部長 (CM)
医療連携室 病棟Ns	医療連携室 家族	医療連携室 病棟Ns	医療連携室	医療連携室
担当PSW(相談員)	担当PSW 家族	担当PSW	担当PSW	担当PSW
病棟Ns	病棟Ns 地域連携室	病棟課長 地域連携室	病棟Ns 地域連携室	病棟Ns 地域連携室
病棟Ns	病棟Ns 地域医療連携室 家族	CM(介護病棟師長) 病棟Ns 地域医療連携室	CM(介護病棟師長) 病棟Ns 地域医療連携室	病棟Ns 地域医療連携室
ケースによって 地域医療・福祉相談室か 病棟Ns	ケースによって 本人・家族、地域 医療・福祉相談室か病棟Ns	病棟Ns又は地域医療・福祉相談室	サービス調整はほとんど暫定とな るため、地域包括支援センターへ 地域医療・福祉相談室から連絡	地域医療・福祉相談室
MSW	MSW 家族	地域連携室	地域連携室	地域連携室
地域連携室 状態確認の場合は病棟Ns	地域連携室 家族	地域連携室	地域連携室	地域連携室
病棟Ns MSW	地域連携室	病棟Ns 地域連携室	地域連携室	地域連携室
MSW(総合支援課)状態確認は病 棟Nsの場合もあり	MSW(総合支援課)	MSW(総合支援課)	MSW(総合支援課)	MSW(総合支援課)
家族・看護師・MSW・セラピスト 等	MSW	MSW	MSW	MSW
病棟Ns 地域連携室MSW	病棟Ns 地域連携室MSW	病棟Ns 地域連携室MSW	地域連携室	地域連携室
病棟Ns 地域連携室	家族 病棟	地域連携室 病棟Ns	地域連携室	地域連携室 病棟Ns
地域連携室又は病棟Ns	地域連携室 家族	①地域連携室 ②病棟Ns	地域連携室	地域連携室
MSW Ns	地域連携室 病棟	基本的にMSW 場合によりNs	MSW	地域連携室
地域連携室 状態確認の場合は病棟Ns	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
地域連携室と病棟Ns	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
病棟	家族 状況に応じて (医療支援センター又は病棟)	医療支援センター、又は病棟Ns	病棟Ns又は医療支援センター	病棟Ns又は医療支援センター
・地域医療連携センター ・病棟 ケースバイケースです	地域医療連携センターの介入があ れば地域医療連携センター 他	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

④CMとの面談 主体は？	⑤退院日を連絡する部署	⑥誰が介護保険を説明する？	新たに介護保険を利用する場合	
			⑦誰がCM契約の 支援をする？	⑧契約後のCMと連絡をとる部署
地域医療(手技・内服は病棟Ns)	地域医療	地域医療	地域医療	地域医療
地域連携室	地域連携室 本人 家族	地域連携室	地域連携室	地域連携室
病棟Ns、地域連携室	地域連携室・家族 (状況に応じて病棟Ns)	地域連携室	地域連携室	地域連携室

※平成 29 年 12 月現在

