

退院へ向けた気仙沼市立病院と 介護支援専門員との連携の手引き

平成27年11月

退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会

気仙沼市立病院

宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部

宮城県気仙沼保健福祉事務所

気仙沼市地域包括支援センター

目次

はじめに

I 連携の実際

- 1 連携の流れ p2
- 2 フローチャート各項目の留意事項 p14

II 情報連携ツール

- 1 入院時情報提供書 p17
- 2 入院時退院調整スクリーニングシート（病棟） p18
- 3 退院支援計画書（病棟） p19
- 4 退院支援計画書（指導書） p20
- 5 看護連絡票 p21

III 参考資料

- 1 連携に関する診療報酬・介護報酬 p23
- 2 相談窓口一覧（居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護保険施設等）
p33

はじめに

高齢化が急速に進行する中、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすことができるよう医療・介護・予防・生活支援・住まいが一体的に切れ目なく提供される地域包括ケアシステムの構築が進められており、その実現には、医療と介護の連携促進も重要な要素となってきます。

高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすためには、退院前から医療と介護が連携し、退院後も介護サービスを切れ目なく提供できる体制が大切となります。

そこで、気仙沼市立病院とケアマネジャー等の双方が、入院から退院までの業務の流れをお互いに理解し、退院後の生活が円滑に営めるよう共通認識を持ち、今後の連携体制や退院時の情報提供の内容を明らかにすることを目的に、「退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会」を設置し、検討を重ねてきました。

その結果、今後の連携体制や退院時に必要な情報提供内容が明確になったことから、連携体制のフローチャート、留意事項、情報連携ツール等を手引きとしてまとめました。

本手引きが、皆様にご活用いただくことで医療と介護の連携を深め、高齢者が住み慣れた地域で安心して暮らすための一助となれば幸いです。

平成27年11月

退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会

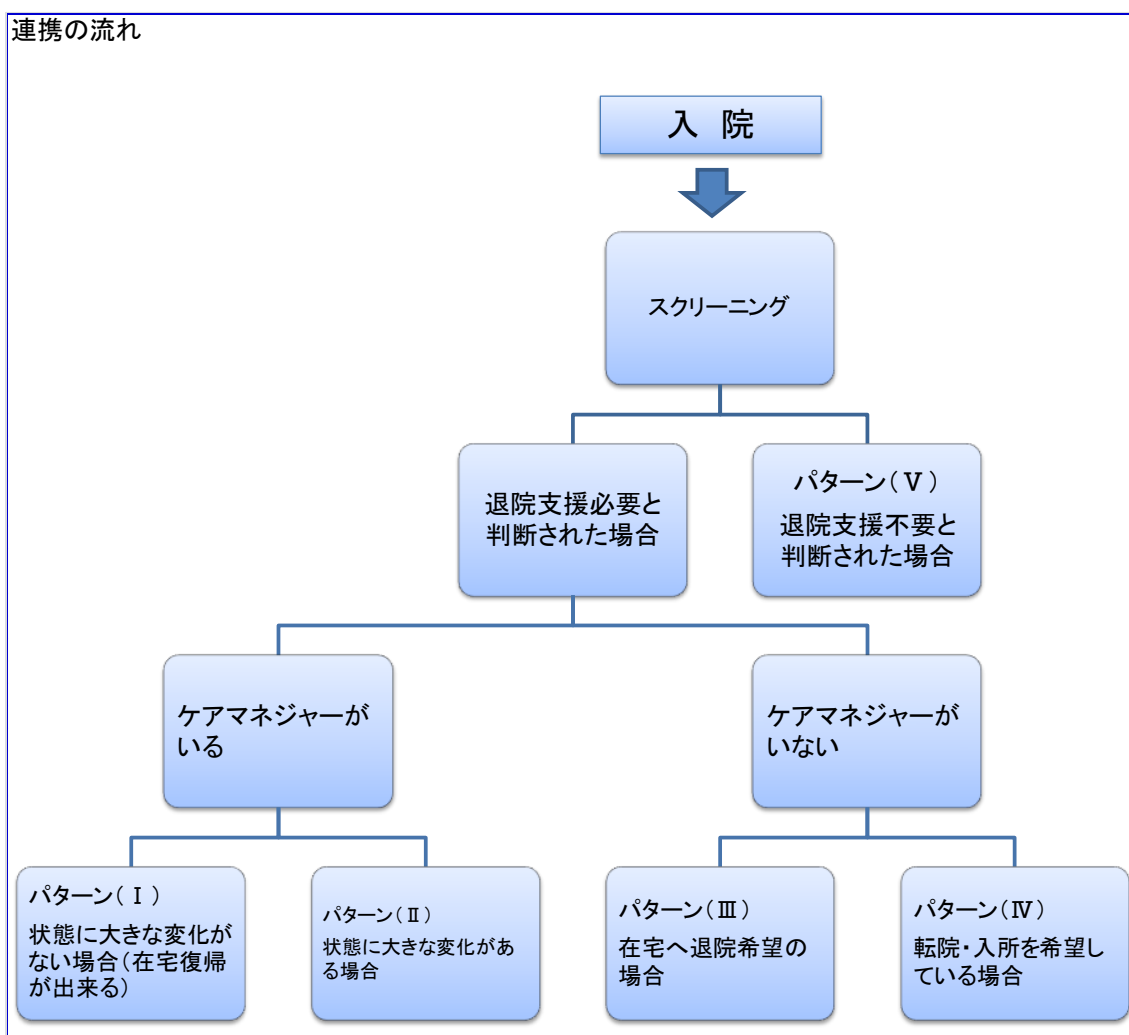
I 連携の実際

1 連携の流れ

入院から退院までの連携に関する5つの標準的な流れのフローチャートを作成したので、病院、ケアマネジャーそれぞれの一連の流れ・業務等を確認すること。なお、個々のケースにより、時間軸や業務の手順が変わる場合がある。

フローチャートの項目の留意事項は、p 14に記載しているので、併せて確認すること。

5つのフローチャートの想定は、下記のとおり。



(Ⅰ) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がない場合（在宅復帰が出来る場合）

【フローチャート 4ページ～5ページ】

- ・患者は、介護保険の認定を受けており、入院前、居宅介護支援事業所等とケアマネジメント業務の契約をして、介護サービスを利用していた。
- ・入院後、病棟でスクリーニングを行い、地域医療連携室で退院調整が必要と判断された。

(Ⅱ) ケアマネジャーがついていて、状態に変化がある場合

【フローチャート 6ページ～7ページ】

- ・患者は、介護保険の認定を受けており、入院前、居宅介護事業所等とケアマネジメント業務の契約をして、介護サービスを利用していた。
- ・入院後、病棟でスクリーニングを行い、地域医療連携室で退院調整が必要と判断された。
- ・ケアマネジャーのこれまでの状況把握から在宅復帰が見込めない場合や大きく状態が変化した、退院調整や退院後のサービス調整が苦慮されると想定される場合。

(Ⅲ) ケアマネジャーがついておらず、在宅へ退院希望の場合（新規）

【フローチャート 8ページ～9ページ】

- ・患者は、介護保険の認定を受けておらず、入院前に介護サービスを利用していかなかった。
- ・入院後、病棟でスクリーニングを行い、地域医療連携室で退院調整が必要と判断された。
- ・退院後、在宅へ退院希望をしており、在宅への退院が見込まれるもの。

(Ⅳ) ケアマネジャーがついておらず、転院・入所を希望している場合（新規）

【フローチャート 10ページ～11ページ】

- ・患者は、介護保険の認定を受けておらず、入院前に介護サービスを利用していかなかった。
- ・入院後、病棟でスクリーニングを行い、地域医療連携室で退院調整が必要と判断された。
- ・退院後、在宅へ退院することが難しく、転院・入所が想定されるもの。

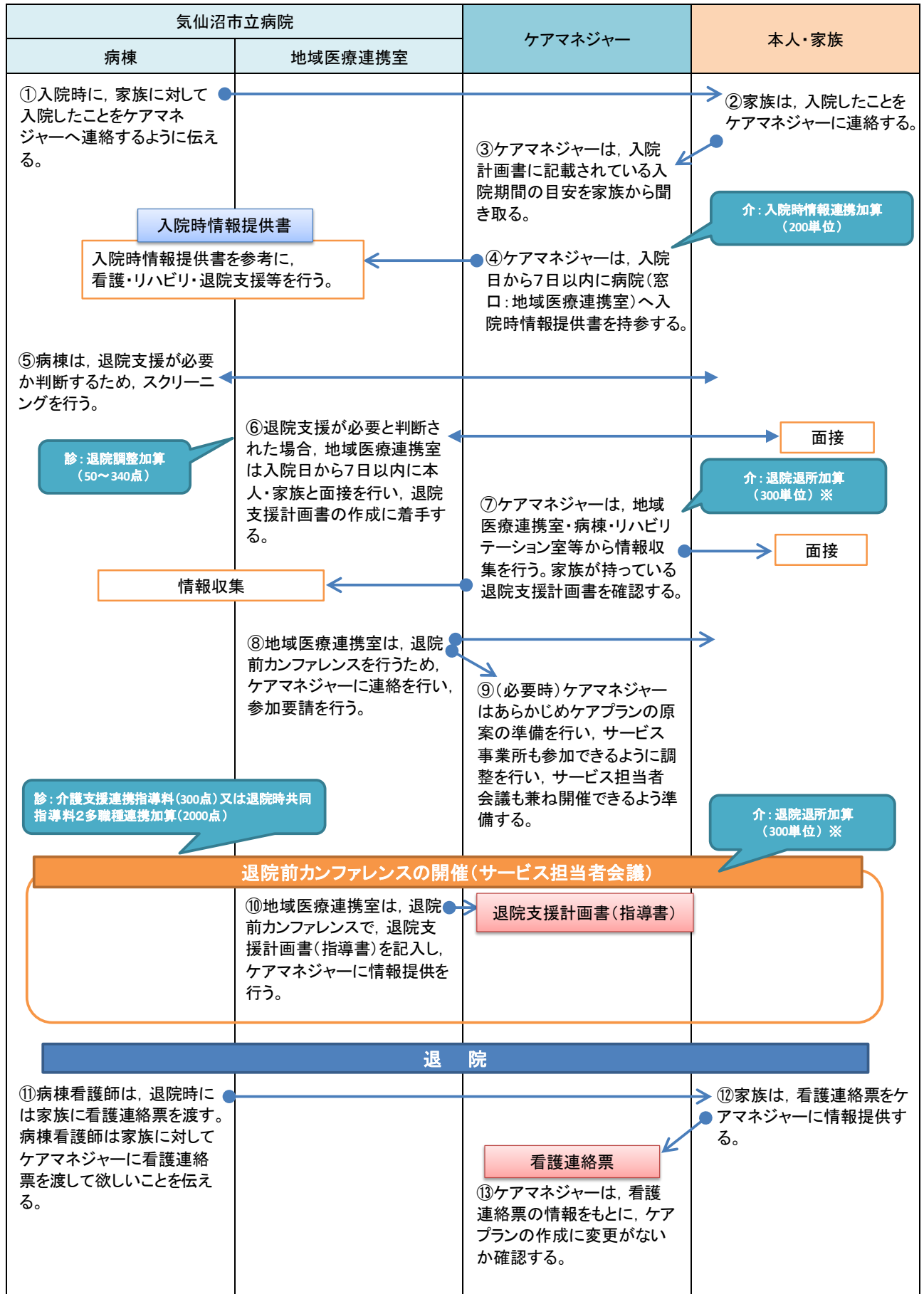
(Ⅴ) 退院調整がない場合

【フローチャート 11ページ～12ページ】

- ・患者は、介護保険の認定を受けており、入院前、居宅介護支援事業所等とケアマネジメント業務の契約をして、介護サービスを利用していた。
- ・入院後、病棟でスクリーニングを行い、地域医療連携室で退院調整が不要と判断された。

【連携体制】

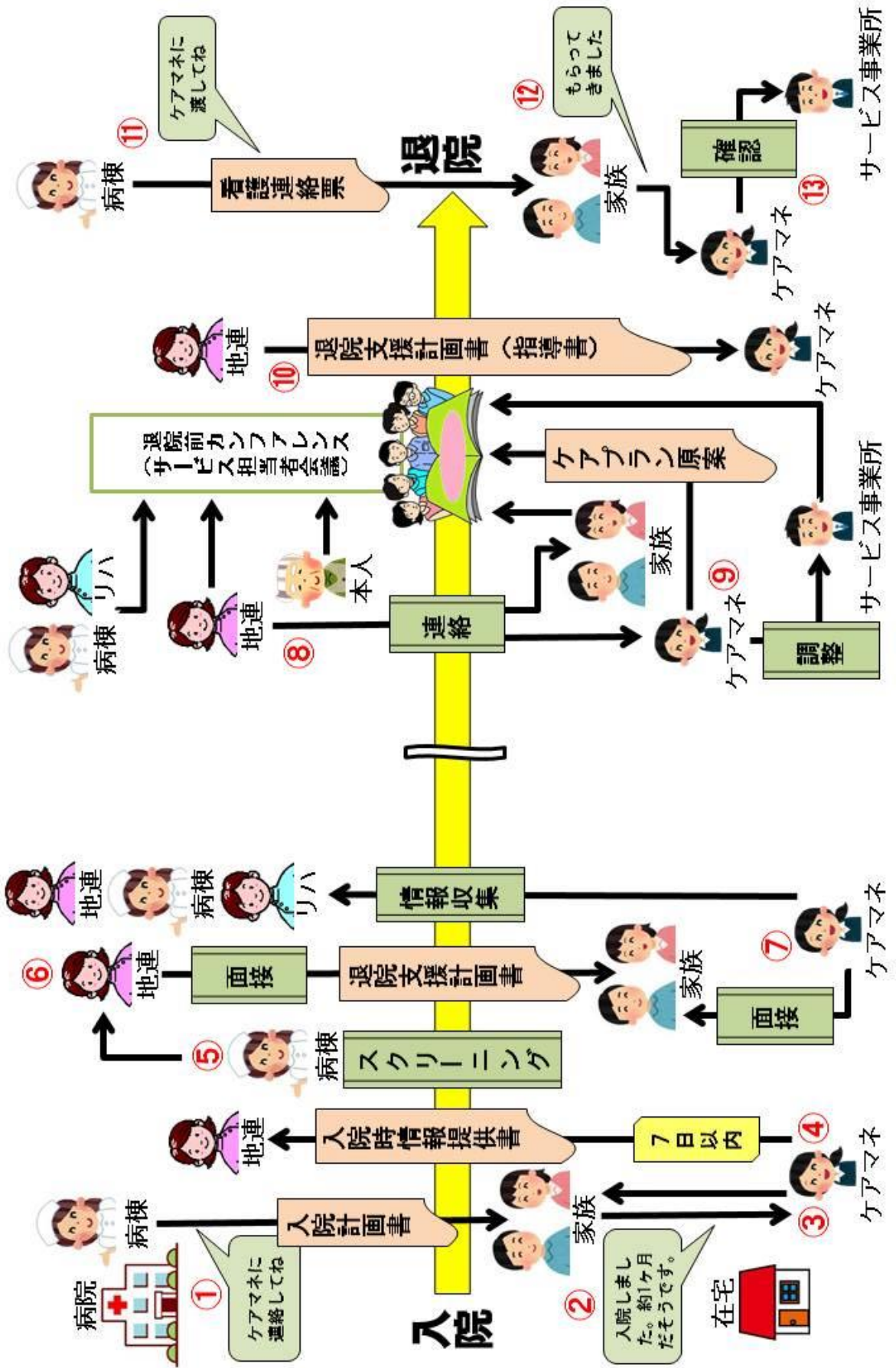
(I) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がない場合(在宅復帰ができる場合)



※退院退所加算は、利用者の退院に当たって、職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、院中につき3回を限度として算定できる。

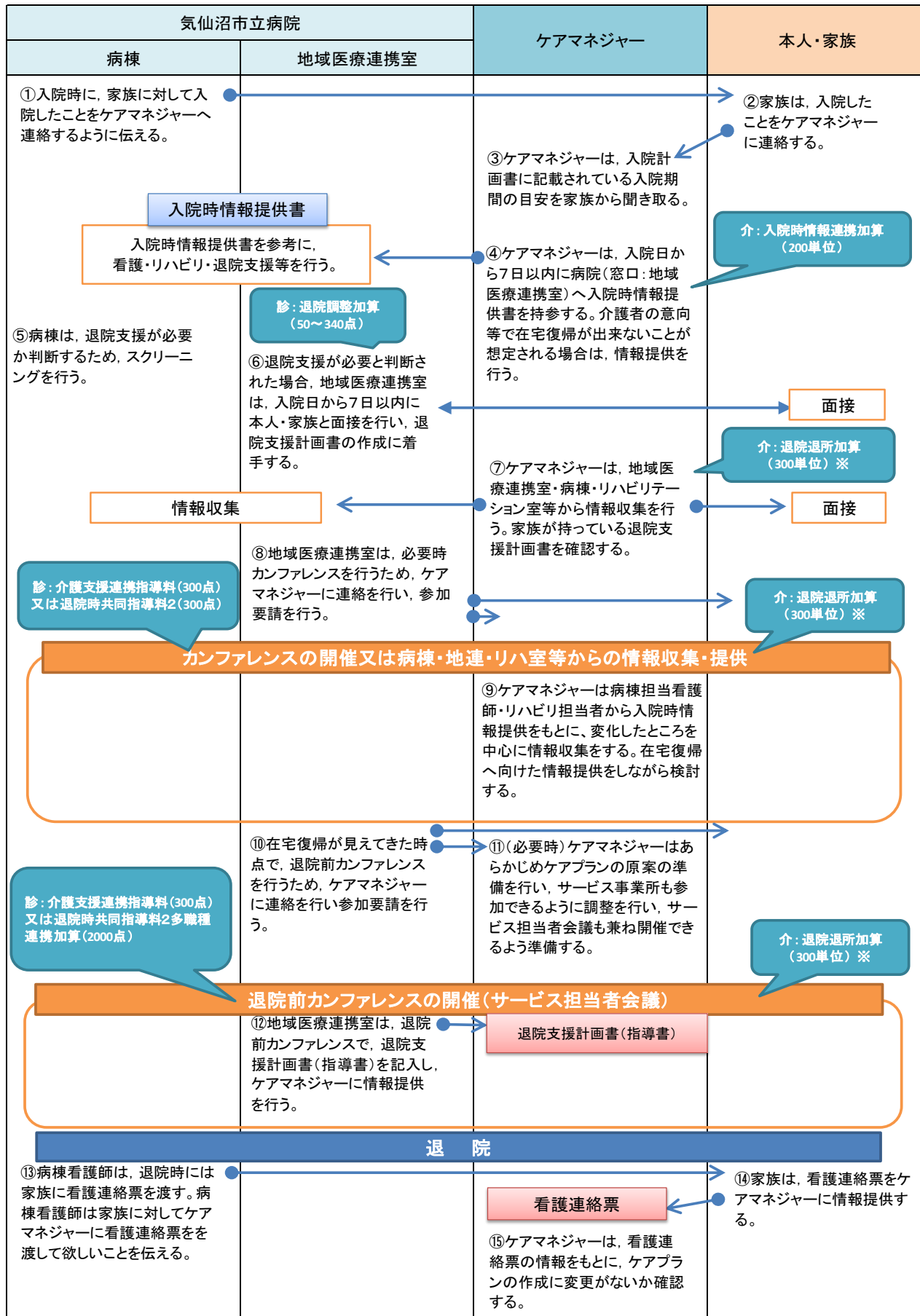
※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

(I) ケアマネージャーがついていて、状態に大きな変化がない場合



【連携体制】

(Ⅱ) ケアマネジャーがついていて、状態に大きな変化がある場合

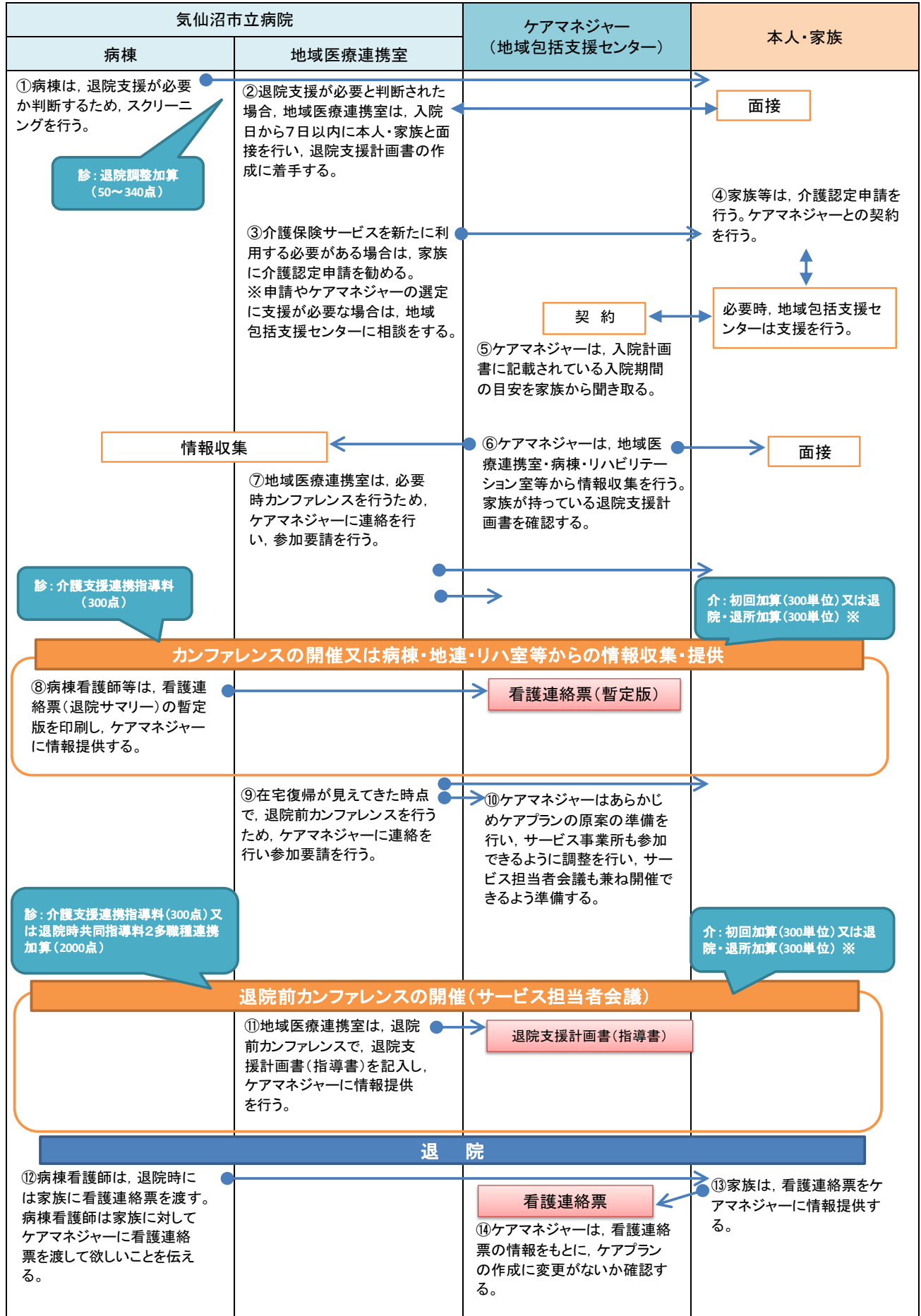


※退院退所加算は、利用者の退院に当たって、職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、院中につき3回を限度として算定できる。

※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

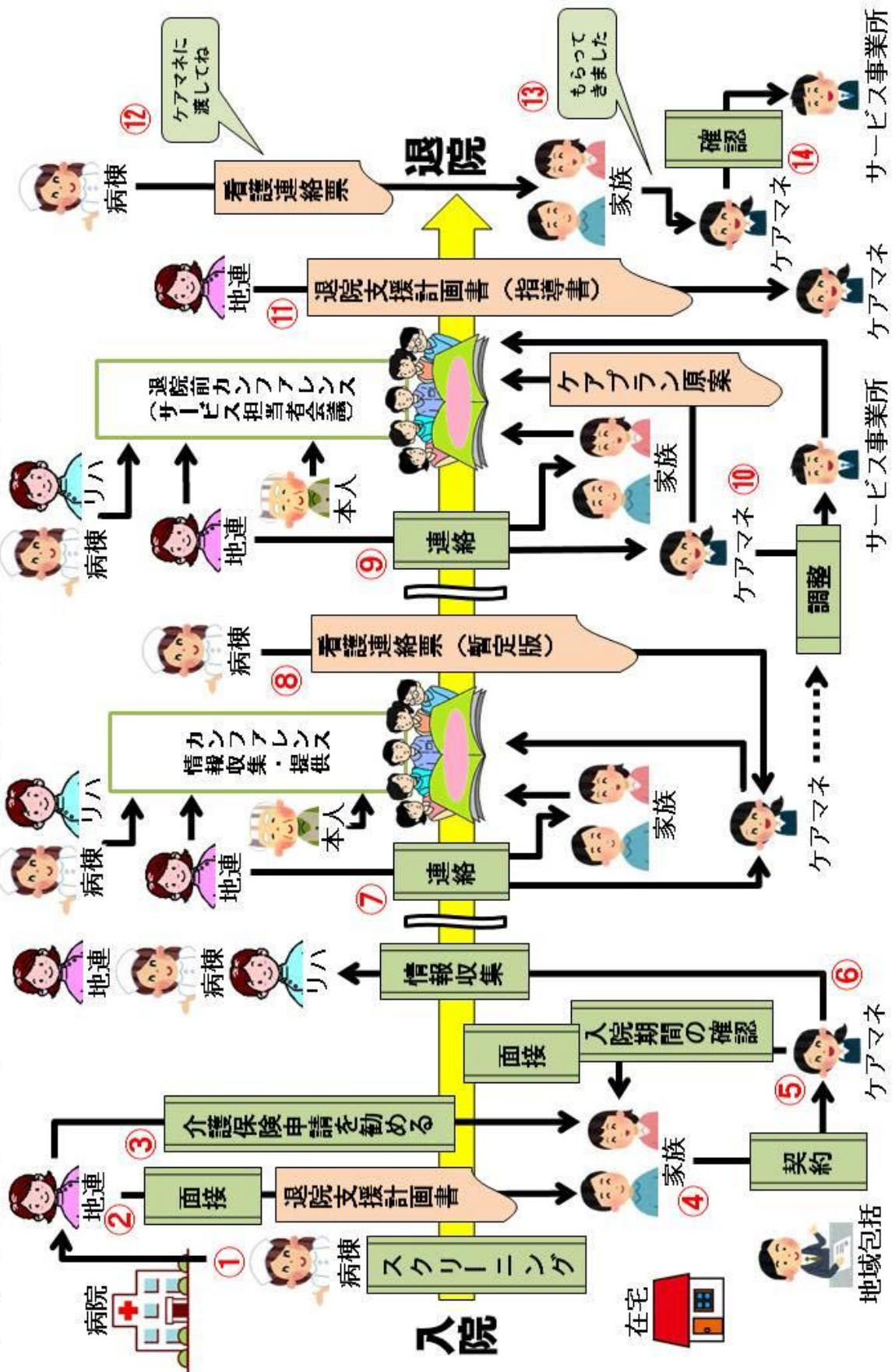
【連携体制】

(Ⅲ) ケアマネジャーがいておらず、在宅へ退院希望の場合(新規)



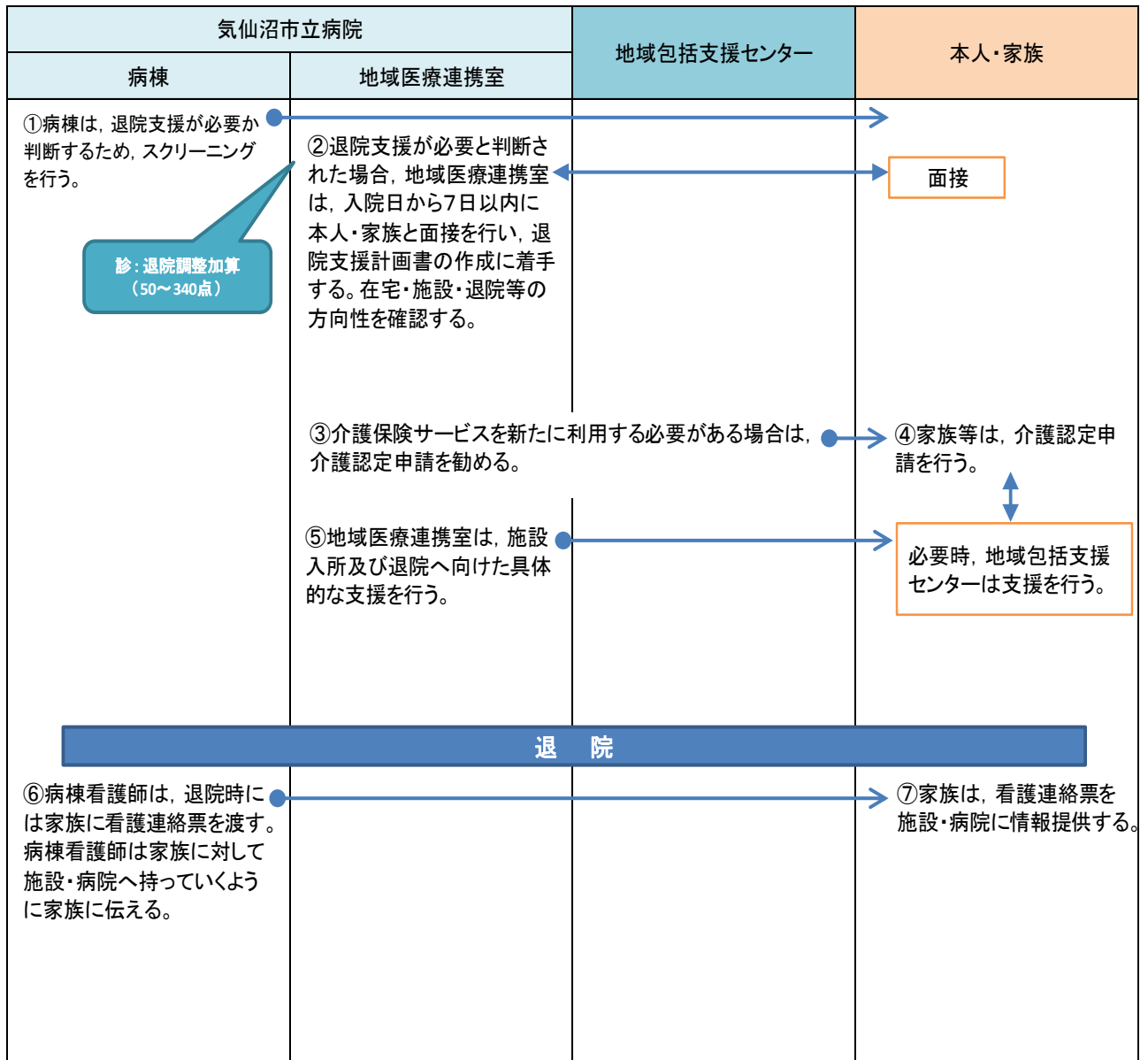
※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

(Ⅲ) ケアマネージャーがついておらず、在宅へ退院希望の場合（新規）



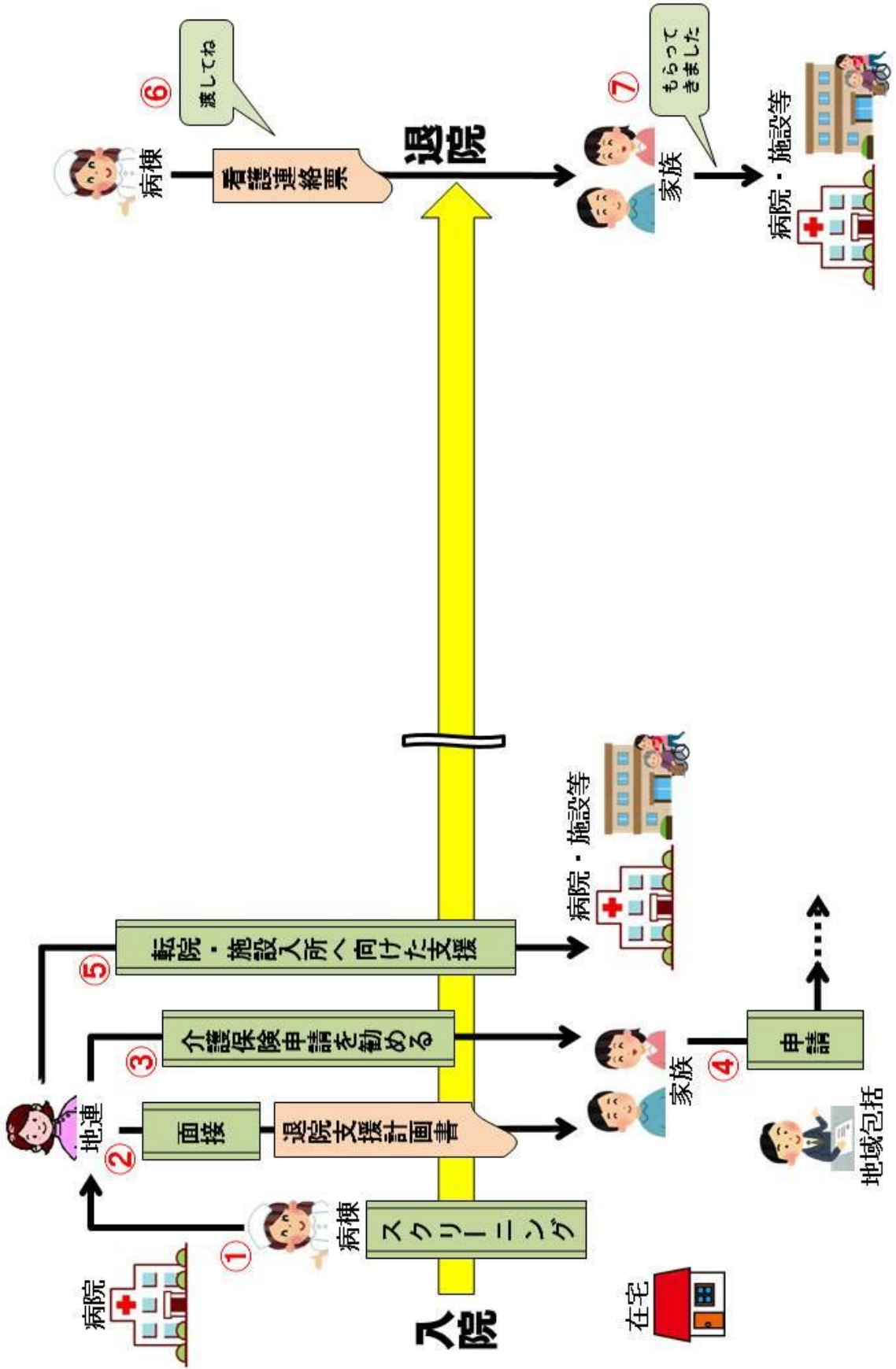
【連携体制】

(Ⅳ) ケアマネジャーがついておらず、転院・入所を希望している場合(新規)



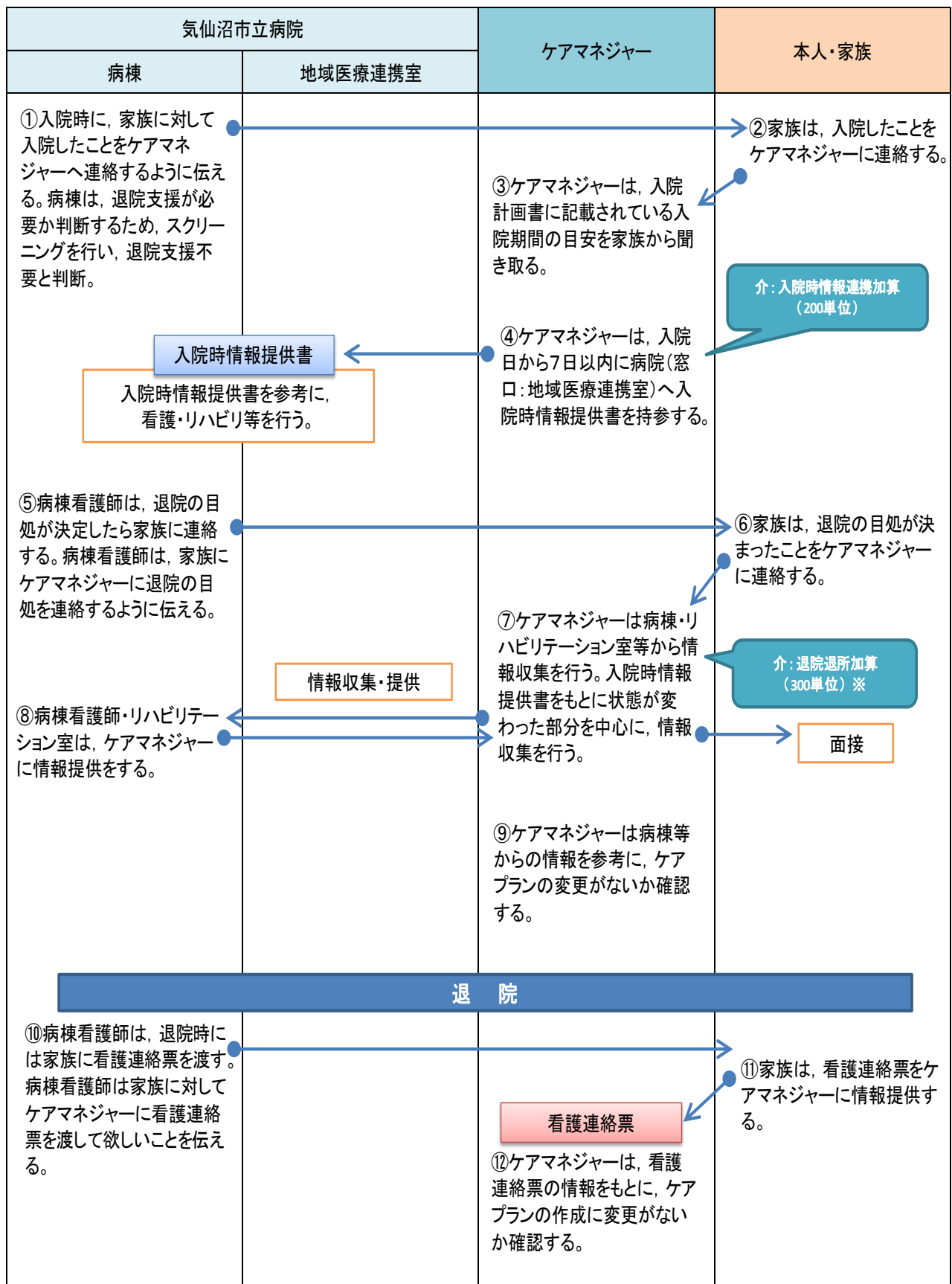
※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

(IV) ケアマネージャーがついておらず、転院・入所を希望している場合（新規）



【連携体制】

(V) ケアマネジャーがついているが、退院調整がない場合



※退院退所加算は、利用者の退院に当たって、職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に、入院中につき3回を限度として算定できる。

※このフローは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもあります。

2 フローチャート各項目の留意事項

フローチャート中の留意事項を記載したので、フローチャートと併せて確認すること。フローチャートは、標準的な流れを示したものであり、状況により変更になることもある。

【入院決定】

○入院時の介護保険情報の確認

医師が入院を決定すると入院手続きに入る。この過程で、介護保険証により介護保険の認定の有無や居宅介護支援事業所名等を確認する。

○病院からケアマネジャーへの入院連絡

原則、病院から担当ケアマネジャーに入院の連絡は行っていない。病院では、患者・家族等に対してケアマネジャーに入院したことを連絡するように説明しているので、担当ケアマネジャーは患者・家族から情報を得る。

【入院時情報提供書の提出】

○入院時情報提供書の提出

入院後、できるだけ早期に提出することが望ましい。病院としては、患者のこれまでの生活環境や介護サービスの利用状況等を把握して、退院に向けての支援体制を構築するため、入院前に介護サービスを利用していた全患者（要支援1～2の認定者も含む）について情報提供書の提出を希望している。

- ・情報提供書の提出先 : 気仙沼市立病院 地域医療連携室
原則持参とする。
連絡先 : 0 2 2 6 - 2 2 - 7 1 0 0 (代表)
(内線 : 3 1 5)
- ・駐車券の無料処理 : 対応する (地域医療連携室)

○特に連携が必要なケース

患者・家族が何らかの問題を抱えていたり、ケアマネジャー等が特に連携が必要と考える場合は、入院時情報提供書を提出時にその旨を地域医療連携室に伝える。

【退院調整】

○退院調整が行われるケース

ケアマネジャーから入院時情報提供書の提出があった患者すべてについて、退院調整が行われるわけではなく、入院後、病棟でスクリーニングを行い、地域医療連携室で退院調整が必要と判断された患者について退院調整が行われる。

【介護保険新規申請の勧奨】

病院は、介護保険の認定を受けておらず、退院に当たり、介護サービスの利用や介護施設への入所が考えられる場合は、患者に対し介護保険の新規申請を勧奨する。申請やケアマネジャーの選定に支援が必要な場合は、地域包括支援センターに連絡する。

・気仙沼市地域包括支援センター	0 2 2 6 - 2 2 - 6 6 0 0 (代)
・気仙沼市南部地域包括支援センター	0 2 2 6 - 3 1 - 1 0 5 2
・気仙沼市北部地域包括支援センター	0 2 2 6 - 2 5 - 9 7 5 5
・南三陸町地域包括支援センター	0 2 2 6 - 4 6 - 5 5 8 8

【暫定ケアマネジメント業務の相談・依頼への支援】

○ケアマネジメント業務の相談・依頼への支援

介護保険の認定結果が出るまでには、申請から1ヶ月程度かかる。退院の方向性が自宅退院となり、認定結果が出る前に介護サービスを利用しなければならない場合や退院後すぐに介護サービスを利用しなければならない場合は、病院は患者・家族等が、速やかにケアマネジメント業務の相談・依頼を行えるよう支援を行う。

介護認定申請やケアマネジャーの契約に支援が必要な方の場合は、地域包括支援センターに相談を行う。

○暫定ケアプランにより介護サービスを利用する場合のリスク

- ・手続きが煩雑になるリスク

ケアマネジメント業務は、要介護1～5の場合は患者が選択した居宅介護支援事業所のケアマネジャーが、要支援1～2の場合は、地域包括支援センターの職員が担当となり、利用者と契約を結び業務を行う。暫定ケアプランで介護サービスを利用する場合（認定結果が出る前にサービスを利用する場合）、見込んだ認定と異なる結果が出ると、ケアマネジメント業務の担当が変わるため、契約をやり直すことになる。

- ・金銭的リスク

暫定ケアプランで介護サービスを利用する場合、見込んだ要介護度と異なる結果が出ると、サービス内容によっては介護保険の適用を受けられず、利用料が全額自己負担となる可能性がある。このため、金銭的なリスクを伴うということをあらかじめ患者・家族に説明し、了解を得ておく必要がある。

【ケアマネジャー等による情報収集】

○退院の目安の把握

入院時の医師からの治療等の説明・入院計画書や退院支援計画書（病棟）等により、概ねの入院期間を把握できる。

○病棟看護師・リハビリテーション担当者からの情報収集

ケアマネジャーは、病院から提供される書面等の情報だけでなく、病棟看護師やリハビリテーション担当者等と面接を行い、情報を収集する姿勢も必要である。病棟やリハビリテーション室を訪問し、情報を収集する。

○入院時の情報提供書の活用

ケアマネジャーは、入院時に提出した入院時の情報提供書の控えを持参し、状態が変わったところを中心に病棟看護師等から情報収集を行う。

○看護連絡票

初めて介護サービスを利用する等、これまでケアマネジャーが関与していない方の場合は、病棟看護師は看護連絡票の暫定版をケアマネジャーに渡し、情報提供する。病院は退院時に、家族に対して看護連絡票を渡すので、ケアマネジャーは看護連絡票の情報をもとに、ケアプランの変更の必要性がないか確認する。

【退院前カンファレンス】

○カンファレンスの実施

新規の場合や大きく状態が変化し、退院調整や退院後のサービス調整が苦慮されると想定される場合等は、退院前カンファレンスだけではなく、事前にカンファレンスを実施することもある。病院側で、カンファレンスが不要と判断した場合でも、これまでの経緯等によりケアマネジャーがカンファレンスを必要と判断した時は、病院にカンファレンスの実施を依頼することが可能である。

なお、カンファレンスとは、会議の形式だけでなく、関係者同士でのその場での情報交換も含むものである。

○退院前カンファレンスへのケアマネジャーの出席要請

病院は、患者に担当ケアマネジャーがいる場合は、必ず出席要請する。退院前カンファレンスの際は、退院支援計画書（指導書）をケアマネジャーに情報提供する。

○ケアプラン原案の写しの提出・サービス担当者会議の開催（必要時）

退院にあたり、ケアプランの作成や変更が必要な場合、ケアマネジャーは可能であれば、退院前カンファレンス出席の際、ケアプランの原案の提出を行い、サービス担当者会議の開催も兼ねて実施する。

サービス担当者会議とは、ケアマネジャーがケアプランの作成のためにケアプランの原案に位置付けた指定居宅サービス等の担当者を招集して行う会議をいう。利用者の情報を共有するとともに、各サービスが共通の目標を達成するために具体的なサービス内容として何ができるかなどについて、サービス事業書等の専門的な見地からの意見を求め調整を図る。

II 情報連携ツール

1 入院時情報提供書（参考：入院時情報提供の手引き）

患者が入院した場合、ケアマネジャーは病院に入院時情報提供を行う。下記の入院時情報提供書は、気仙沼地区地域医療委員会気仙沼南三陸地域在宅医療福祉推進委員会の了解のもと、作成されたものである。事業所の独自の様式を作成している場合は、その様式を使用しても差し支えない。

フリガナ		性別	生年月日	<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> H				年	月	日	歳
本人氏名		様 <input type="checkbox"/> 男性 <input type="checkbox"/> 女性	日中の連絡先								
住所		緊急時連絡先 ①									
介護保険情報		要介護度 <input type="checkbox"/> 要支援 <input type="checkbox"/> 要介護 <input type="checkbox"/> 申請中 (<input type="checkbox"/> 新規 <input type="checkbox"/> 更新 <input type="checkbox"/> 区分変更 ⇒ 申請日 H 年 月 日)		被保険者番号							
障害認定等		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり【 <input type="checkbox"/> 身 <input type="checkbox"/> 精 <input type="checkbox"/> 療 (級・度 種)		<input type="checkbox"/> 特定疾患 <input type="checkbox"/> その他 () 障害名							
在宅生活への本人・家族の意向等		一日の過ごし方、社会参加の状況、外出頻度等									
生活歴 趣味 嗜好等		特記事項 (生活上の支障 困り事、課題等)									
在宅支援 体制 サービス 利用状況		<input type="checkbox"/> 訪問診療 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問歯科診療 (月 回) <input type="checkbox"/> 往診 <input type="checkbox"/> 居宅療養管理指導 <input type="checkbox"/> 医師 (月 回) <input type="checkbox"/> 歯科医師 (月 回) <input type="checkbox"/> 薬剤師 (月 回) <input type="checkbox"/> 管理栄養士 (月 回) <input type="checkbox"/> 歯科衛生士 (月 回) <input type="checkbox"/> 看護職員 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問看護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問リハ (月 回) <input type="checkbox"/> 通所リハ (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問介護 (月 回) <input type="checkbox"/> 訪問入浴 (月 回) <input type="checkbox"/> 通所介護 (月 回) <input type="checkbox"/> ショートステイ (月 日程度) <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 () <input type="checkbox"/> その他 ()									
既往歴 手術歴 治療経過 症状等		主治医		医療機関名		医師名		受診頻度			
		その他受診医療機関		かかりつけ歯科医院							
		かかりつけ調剤薬局		家族構成・介護者の情報				住環境に関する特記事項			
処方内容、服用している市販薬等		<input type="checkbox"/> 単身 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯		<input type="checkbox"/> 同居家族あり <input type="checkbox"/> 日中独居		<input type="checkbox"/> 一戸建て <input type="checkbox"/> アパート等		※障害となる環境 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
服薬状況・方法(粉砕・ゼリー等)		<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		一包化の必要性 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり							
アレルギー等		<input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()									
麻痺		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> その他 ()					
筋力低下		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 上肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> 下肢 (<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左)		<input type="checkbox"/> その他 ()					
関節可動域		<input type="checkbox"/> 制限なし <input type="checkbox"/> 制限等あり【 <input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足 <input type="checkbox"/> その他 ()】									
座位保持		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 自分の手で支えられればできる <input type="checkbox"/> 支えがあればできる <input type="checkbox"/> できない									
立上りの		<input type="checkbox"/> つかまらぬいである <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない									
歩行		<input type="checkbox"/> つかまらぬいである <input type="checkbox"/> 何かにつかまればできる <input type="checkbox"/> できない									
歩行		<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 四点杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 手すり <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 ()									
衣服着脱		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
入浴		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない【 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> その他 ()】									
洗身		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない									
排泄		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助【 方法 <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> リハビリパンツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜)									
		<input type="checkbox"/> オムツ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ (<input type="checkbox"/> 昼 <input type="checkbox"/> 夜) <input type="checkbox"/> 留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> その他 ()】									
食 事		<input type="checkbox"/> できる (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 見守り (<input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン) <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助									
		<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> やわらか食 <input type="checkbox"/> つぶせる食 <input type="checkbox"/> なめらか食 <input type="checkbox"/> ゼリー <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻 <input type="checkbox"/> その他 ()									
口腔の状況		<input type="checkbox"/> 自歯あり <input type="checkbox"/> 自歯なし <input type="checkbox"/> 総義歯 <input type="checkbox"/> 局部義歯									
口腔ケア		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 行っていない									
咀嚼・嚥下		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 常にむせる <input type="checkbox"/> その他 ()									
皮膚状態		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> 褥瘡あり () <input type="checkbox"/> 皮膚疾患あり ()									
視 力		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 判断不能【 <input type="checkbox"/> 眼鏡あり <input type="checkbox"/> 眼鏡なし】									
聴 力		<input type="checkbox"/> 日常生活に支障なし <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> 判断不能【 <input type="checkbox"/> 補聴器あり <input type="checkbox"/> 補聴器なし】									
言語障害等		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> やや聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 話せない									
会話の理解		<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不完全 <input type="checkbox"/> 出来ない									
認知症		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> BPSDなし <input type="checkbox"/> BPSDあり【 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 睡眠障害 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()】									
症状等()											
居宅介護支援事業所名/						担当者(作成者)名/					
作成日/平成 年 月 日						提供日/平成 年 月 日					
提供手段/ <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> メール <input type="checkbox"/> 面談【 場所/						情報提供先/ <input type="checkbox"/> その他 ()					

2 入院時退院調整スクリーニングシート（病棟）退院調整依頼票

病棟は、退院支援の必要性を判断するため、下記様式によりスクリーニングを行う。退院調整支援が必要と判断された場合、地域医療連携室に退院調整支援を依頼する。

		気仙沼市立病院地域医療連携室	
		入院時退院調整スクリーニングシート（病棟） 退院調整依頼票	
ID	患者氏名	主治医	
生年月日	病棟	入院年月日	
		スクリーニング日	
診断名			
年齢	歳		
患者家族状況	家族構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 2人 <input type="checkbox"/> 3人以上	
	介護力	<input type="checkbox"/> 介護力あり <input type="checkbox"/> 介護者が75歳以上の夫婦世帯 <input type="checkbox"/> 日中や夜間に独居の時間がある <input type="checkbox"/> 同居家族が病気や障害を持っている <input type="checkbox"/> 現時点において、自宅で介護をする意思がない又は介護する人がいない	
	退院支援の希望	<input type="checkbox"/> ない <input type="checkbox"/> ある	
入院前の場所	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他病院(病院名:) <input type="checkbox"/> 老健(施設名:) <input type="checkbox"/> 特養(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()		
	入院形態	<input type="checkbox"/> 1カ月以内の再入院・入院の繰り返し	
ADL	移動の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
	排泄の自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助	
コミュニケーション	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> 認知症(診断あり) <input type="checkbox"/> 記憶力/記憶力低下 <input type="checkbox"/> 理解力低下		
社会資源	介護保険	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不要または対象外 ケアマネ <input type="checkbox"/> いる <input type="checkbox"/> いない <input type="checkbox"/> 認定済 支援(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2) 介護(<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5) 事業所名: 担当者:	
	身体障害	<input type="checkbox"/> 未申請 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 不要または対象外 <input type="checkbox"/> 認定済(級)	
定期的医療処置の有無	<input type="checkbox"/> ない		
	<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 在宅IVH <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> 在宅酸素 <input type="checkbox"/> 経鼻・胃瘻管理 <input type="checkbox"/> 創(褥創含む)処置 <small>※該当するものにチェックしてください</small> <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> 膀胱留置カテーテル <input type="checkbox"/> ストーマケア <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> リハビリテーション <input type="checkbox"/> 服薬管理 <input type="checkbox"/> その他()		
希望退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 他病院(病院名:) <input type="checkbox"/> 老健(施設名:) <input type="checkbox"/> 特養(施設名:) <input type="checkbox"/> その他()		
	↓		
スクリーニングの結果	<input type="checkbox"/> 退院困難のリスクあり <input type="checkbox"/> 退院困難のリスクなし		
<p>※入院時は退院調整の必要がなかった場合でも、入院中にリスク発生の場合はご連絡ください。介入いたします。</p> <p>※面談の希望日がありましたら、ご連絡ください。</p> <p>尚、入院後7日以内に家族面談を行う必要がありますので、面談日の予約をお願いします。</p> <p>※転科・転棟、パス入院の場合はスクリーニング不要です。</p> <p>※ケモ入院、状態が悪い（DNR）、施設や他病院からの入院でまた戻れる場合等、問題なく退院できる場合、又は退院の見込みがない場合は病棟実施をお願いいたします。</p>			
↓			
退院調整の方法	<input type="checkbox"/> 病棟で実施 <input type="checkbox"/> 退院調整(地連)に連絡		
退院調整依頼日	月	日	記入者()
受付日	月	日	地域医療連携室(退院調整)
家族面談日(予定も含む)	月	日	() 午前・午後 時 分

3 退院支援計画書

退院支援が必要と判断され、地域医療連携室に退院支援を依頼があった場合は、地域医療連携室は、入院日から7日以内に本人・家族と面接を行い、退院支援計画書の作成に着手する。

気仙沼市立病院地域医療連携室												
退院支援計画書 (病棟)												
ID	主治医											
患者氏名	入院月日											
	計画日 年 月 日											
退院支援計画担当者	病棟 地域医療連携室											
<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td>病名</td> </tr> <tr> <td> 症状 1、意識レベル低下 2、終末期 3、麻痺 4、摂食・嚥下障害 5、低栄養 6、褥瘡 7、脱水 8、疼痛その他の苦痛症状 9、その他 </td> </tr> <tr> <td>入院中の治療方針</td> </tr> <tr> <td>入院期間/退院予定日</td> </tr> <tr> <td> 退院に際しての課題 <input type="checkbox"/>療養先について <input type="checkbox"/>介護について <input type="checkbox"/>医療処置について <input type="checkbox"/>療養費について <input type="checkbox"/>家族のことにについて <input type="checkbox"/>病状や症状について <input type="checkbox"/>その他 </td> </tr> <tr> <td>本人・家族の希望や不安なこと</td> </tr> <tr> <td> 退院の目標/退院時に期待される状態 <退院支援の目標> <input type="checkbox"/>退院後の療養先の選定 <input type="checkbox"/>在宅医療・ケアの整備 <input type="checkbox"/>その他 <支援の概要> <input type="checkbox"/>介護保険法について説明 <input type="checkbox"/>介護保険の申請法について説明 <input type="checkbox"/>その他 </td> </tr> <tr> <td> 予想される退院先 <input type="checkbox"/>自宅 <input type="checkbox"/>施設 () <input type="checkbox"/>病院 () </td> </tr> <tr> <td> 退院後に予想される社会福祉サービス <input type="checkbox"/>訪問診療 <input type="checkbox"/>デイサービス <input type="checkbox"/>施設サービス () <input type="checkbox"/>訪問看護 <input type="checkbox"/>デイケア <input type="checkbox"/>ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/>ショートステイ <input type="checkbox"/>ケアマネ あり <input type="checkbox"/>訪問入浴 <input type="checkbox"/>福祉用具 事業所名 <input type="checkbox"/>住宅改修 <input type="checkbox"/>その他 担当者名 </td> </tr> <tr> <td> 計画書の説明を受けた人 患者・家族 () その他の関係者 () </td> <td> 次回面談予定日 <input type="checkbox"/>病状みてから家族へ連絡 <input type="checkbox"/>面談予定 月 日 時 分 </td> </tr> </table>		病名	症状 1、意識レベル低下 2、終末期 3、麻痺 4、摂食・嚥下障害 5、低栄養 6、褥瘡 7、脱水 8、疼痛その他の苦痛症状 9、その他	入院中の治療方針	入院期間/退院予定日	退院に際しての課題 <input type="checkbox"/> 療養先について <input type="checkbox"/> 介護について <input type="checkbox"/> 医療処置について <input type="checkbox"/> 療養費について <input type="checkbox"/> 家族のことにについて <input type="checkbox"/> 病状や症状について <input type="checkbox"/> その他	本人・家族の希望や不安なこと	退院の目標/退院時に期待される状態 <退院支援の目標> <input type="checkbox"/> 退院後の療養先の選定 <input type="checkbox"/> 在宅医療・ケアの整備 <input type="checkbox"/> その他 <支援の概要> <input type="checkbox"/> 介護保険法について説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請法について説明 <input type="checkbox"/> その他	予想される退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 病院 ()	退院後に予想される社会福祉サービス <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 施設サービス () <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ケアマネ あり <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 事業所名 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 担当者名	計画書の説明を受けた人 患者・家族 () その他の関係者 ()	次回面談予定日 <input type="checkbox"/> 病状みてから家族へ連絡 <input type="checkbox"/> 面談予定 月 日 時 分
病名												
症状 1、意識レベル低下 2、終末期 3、麻痺 4、摂食・嚥下障害 5、低栄養 6、褥瘡 7、脱水 8、疼痛その他の苦痛症状 9、その他												
入院中の治療方針												
入院期間/退院予定日												
退院に際しての課題 <input type="checkbox"/> 療養先について <input type="checkbox"/> 介護について <input type="checkbox"/> 医療処置について <input type="checkbox"/> 療養費について <input type="checkbox"/> 家族のことにについて <input type="checkbox"/> 病状や症状について <input type="checkbox"/> その他												
本人・家族の希望や不安なこと												
退院の目標/退院時に期待される状態 <退院支援の目標> <input type="checkbox"/> 退院後の療養先の選定 <input type="checkbox"/> 在宅医療・ケアの整備 <input type="checkbox"/> その他 <支援の概要> <input type="checkbox"/> 介護保険法について説明 <input type="checkbox"/> 介護保険の申請法について説明 <input type="checkbox"/> その他												
予想される退院先 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 () <input type="checkbox"/> 病院 ()												
退院後に予想される社会福祉サービス <input type="checkbox"/> 訪問診療 <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> 施設サービス () <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> ケアマネ あり <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 福祉用具 事業所名 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 担当者名												
計画書の説明を受けた人 患者・家族 () その他の関係者 ()	次回面談予定日 <input type="checkbox"/> 病状みてから家族へ連絡 <input type="checkbox"/> 面談予定 月 日 時 分											

4 退院支援計画書（指導書）

地域医療連携室は、退院前カンファレンスで、退院支援計画書（指導書）を記入し、ケアマネジャーに情報提供を行う。

退院時共同指導料2 加算300 加算2000		介護連携指導料 1・2 回目	
ID 患者氏名		退院支援計画書(指導書)	
病棟(病室)		主治医	
		カンファレンス 年 月 日	
情報提供者	退院支援計画者	病棟:職名 氏名	地連:職名 氏名
職名	氏名	職名 氏名	職名 氏名
情報提供先	患者以外の相談者(家族・その他関係者)		
事業所名	職名	氏名	事業所名 職名 氏名
事業所名	職名	氏名	事業所名 職名 氏名
事業所名	職名	氏名	事業所名 職名 氏名
病名	症状 1、意識レベル低下 2、終末期 3、麻痺 4、摂食・嚥下障害 5、低栄養 6、褥瘡 7、脱水 8、疼痛その他の苦痛症状 9、その他		
医療処置	1、気管カニューレ 2、吸引 3、HOT 4、経管栄養(経鼻、PEG) 5、尿カテーテル 6、ストーマ 7、褥瘡処置 8、疼痛コントロール 9、リハビリ 10、その他		服薬状況 自立・一部介助・全介助 内服薬
日常生活動作			特記事項
食事	自立(セッティング)・一部介助・全介助 (ペースト きざみ 軟菜 粥 普通 経管栄養)		
口腔ケア	自立(セッティング)・一部介助・全介助		
起居・移動	自立・一部介助・全介助・座位保持可・起居不能		
歩行	自立・一部介助・全介助・補助具() 階段昇降()		
入浴	自立・一部介助・全介助・不可(シャワー・清拭)		
更衣	自立・一部介助・全介助		
排泄	自立・見守り・一部介助・全介助 おむつ(常時・夜間のみ) ポータブルトイレ		
精神状態	日中: 安定・不穏 夜間: 良眠・不穏		
退院先	<input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他		退院予定日 月 日 時
本人または家族の希望			退院目標/期待される状態
病院や介護支援専門員の考え			
退院に係る問題・課題/退院前までに調整が必要な内容			
退院の目標/退院後の支援内容		<input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具(ベッド・ベッド柵・車椅子・杖・歩行器 その他() <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 施設サービス() <input type="checkbox"/> グループホーム <input type="checkbox"/> その他	
<input type="checkbox"/> 訪問診療			
<input type="checkbox"/> 訪問看護			
<input type="checkbox"/> 訪問リハビリ			
<input type="checkbox"/> ホームヘルプサービス			
<input type="checkbox"/> 訪問入浴			
<input type="checkbox"/> デイサービス・デイケア			

5 看護連絡票（案）

看護連絡票は病棟看護師が作成し，退院時に家族に渡し情報提供をするもので，ケアマネジャー等は家族等から看護連絡票の提供を受け，ケアプラン作成の参考にしてください。

(1) 様式（表）

看護連絡票 ①	
情報提供先:	
患者氏名	性別 () 入院期間 H 年 月 日 ~ 月 日 主治医
生年月日	M T S H 年 月 日 (歳) 緊急連絡先 ① 氏名 続柄
住所	〒 - 緊急連絡先 ② 氏名 続柄
キーパーソン	続柄 () 氏名
疾病の状態	主病名
	主症状
	既往歴
	職業 <input type="checkbox"/> 無 (元) <input type="checkbox"/> 有 () 家族構成 担当ケアマネ 事業所名 介護度 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 未申請 日常生活自立度 臓器提供の意思 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明
感染症	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 [] 障害認定 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 () 級 <input type="checkbox"/> 申請中 [種類]
アレルギー	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 不明 [] 特定疾患 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 申請中 []
入院中の経過	
病気にする説明	本人
	家族
受け止め方	
処置内容	
問題点と引き継ぎ事項	

(裏)

看護連絡票 ②

患者氏名		性別 ()		生年月日	M T S H	年	月	日
		身長		CM	体重		Kg	
運動	歩行: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			直近VS	BT: °C	BP: /	mmHg	P: sPo2 %
	起き上がり: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			食事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	座位保持: <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				カロリー制限: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [Kcal]			
	補助具: <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 電動ベッド <input type="checkbox"/> 柵			養歯	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 粥 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ食			
	関節拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 肩 <input type="checkbox"/> 肘 <input type="checkbox"/> 股 <input type="checkbox"/> 膝 <input type="checkbox"/> 足]			摂取状況: <input type="checkbox"/> 多 <input type="checkbox"/> 普 <input type="checkbox"/> 少			
	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 上肢 [<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左] 下肢 [<input type="checkbox"/> 右 <input type="checkbox"/> 左]			<input type="checkbox"/> 経管栄養 [<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻]			
	特記事項:			特記事項:				
特記事項:			特記事項:					
呼吸・循環	<input type="checkbox"/> 在宅酸素療法 [流量 L/分]			嚥下	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 食事に時間がかかる <input type="checkbox"/> ムセ込み有			
	<input type="checkbox"/> MPPV []				特記事項:			
	<input type="checkbox"/> ペースメーカー []				口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
特記事項:			特記事項:					
認知症症状	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			整容	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	問題行動: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 不潔行動				特記事項:			
	<input type="checkbox"/> その他 []			入浴	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
特記事項:			入浴頻度: 回/週 [最終入浴日:]					
特記事項:			特記事項:					
会話理解	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できるが不完全 <input type="checkbox"/> できない			排泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
特記事項:			尿失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 便失禁: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有					
言語障害	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 便器			
	<input type="checkbox"/> やや聞きとりづらい <input type="checkbox"/> 聞き取りづらい <input type="checkbox"/> 話せない			<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 留置カテーテル				
視覚	日常生活への支障: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			尿路	<input type="checkbox"/> ウロストミー			
	<input type="checkbox"/> 弱視 <input type="checkbox"/> 全盲 <input type="checkbox"/> 判断不能 眼鏡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				<input type="checkbox"/> 人工透析			
	特記事項:			特記事項:				
聴覚	日常生活への支障: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			排便	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 人工肛門			
	<input type="checkbox"/> 難聴 <input type="checkbox"/> やや難聴 <input type="checkbox"/> 判断不能 補聴器: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有				特記事項:			
	特記事項:			特記事項:				
皮膚状態	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 [<input type="checkbox"/> 浮腫 <input type="checkbox"/> 褥瘡]			睡眠	<input type="checkbox"/> 良眠 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転			
	部位:				服薬: <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 常用 <input type="checkbox"/> 時々			
	程度:			特記事項:				
特記事項:			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				
特記事項:				特記事項:				
気仙沼市立病院				記載日		記載者		
〒988-0052 気仙沼市田中184番地				年 月 日				
TEL 0226-22-7100 (代)				看護師長				

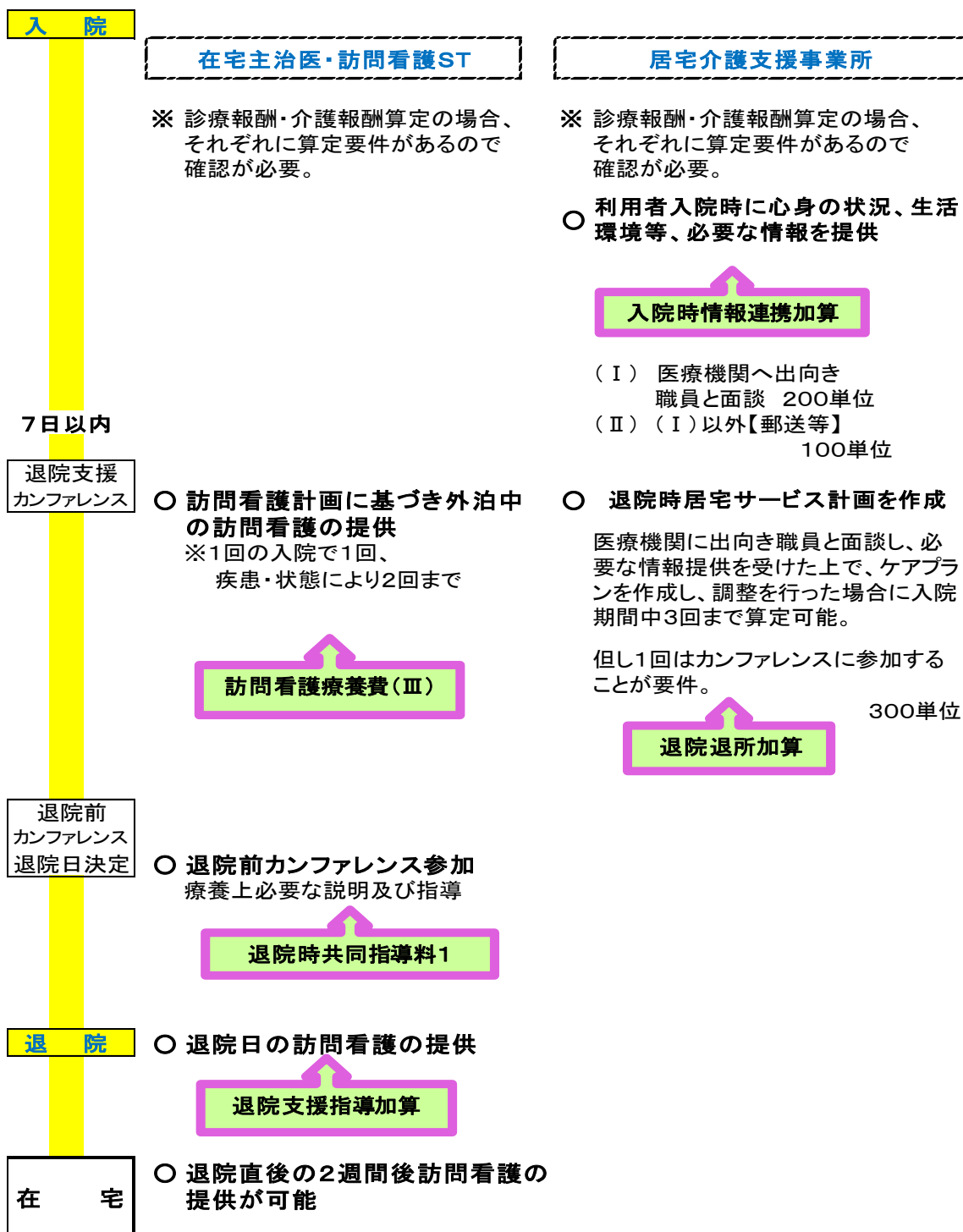
Ⅲ 参考資料

1 連携に関する診療報酬・介護報酬

診療報酬及び介護報酬について、医療と介護の連携に関する主な報酬は下記のとおり。

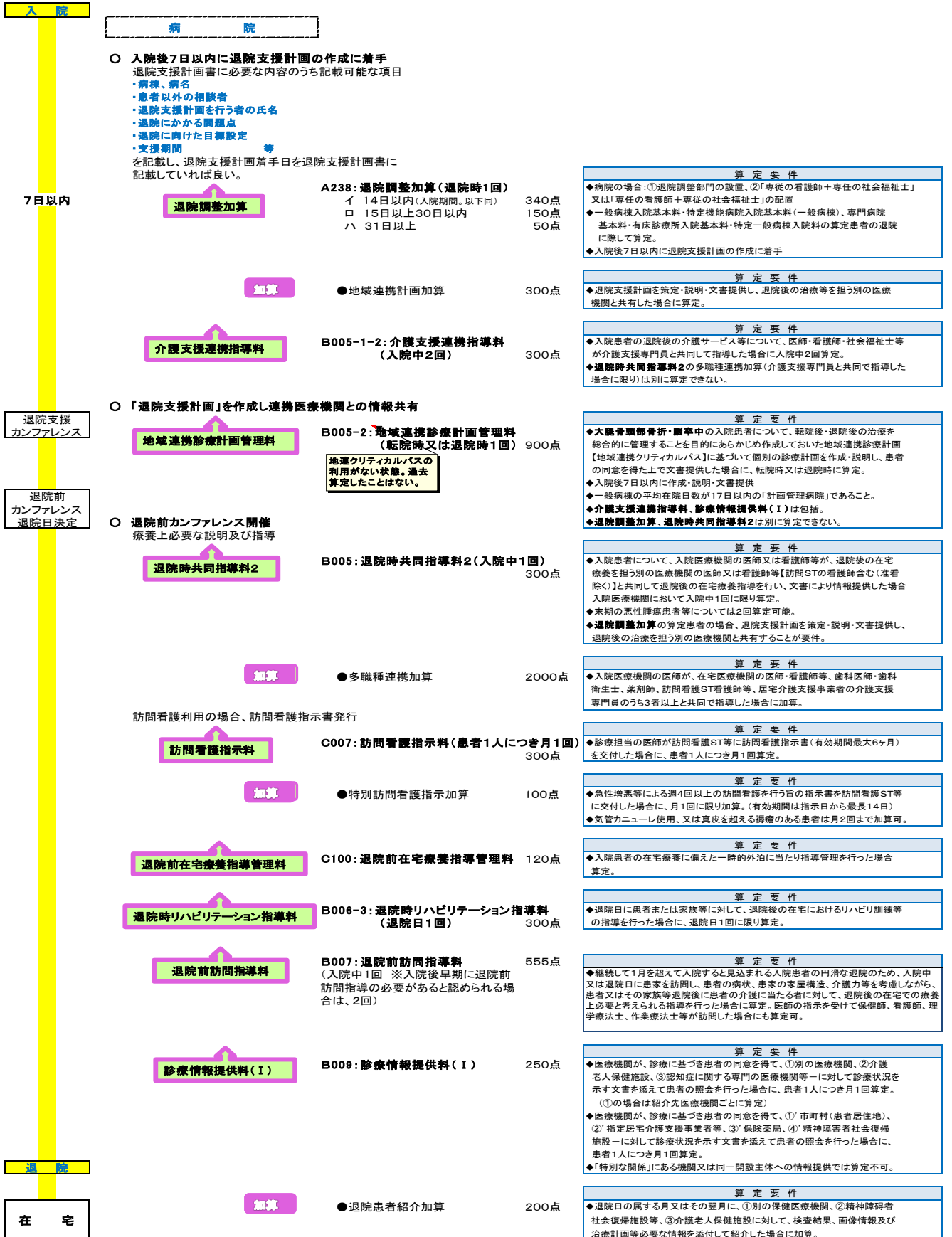
なお、平成27年4月1日時点の状況で作成しており、今後、報酬改定等に内容が変更される場合がある。

地域医療連携にかかる主な診療(介護)報酬

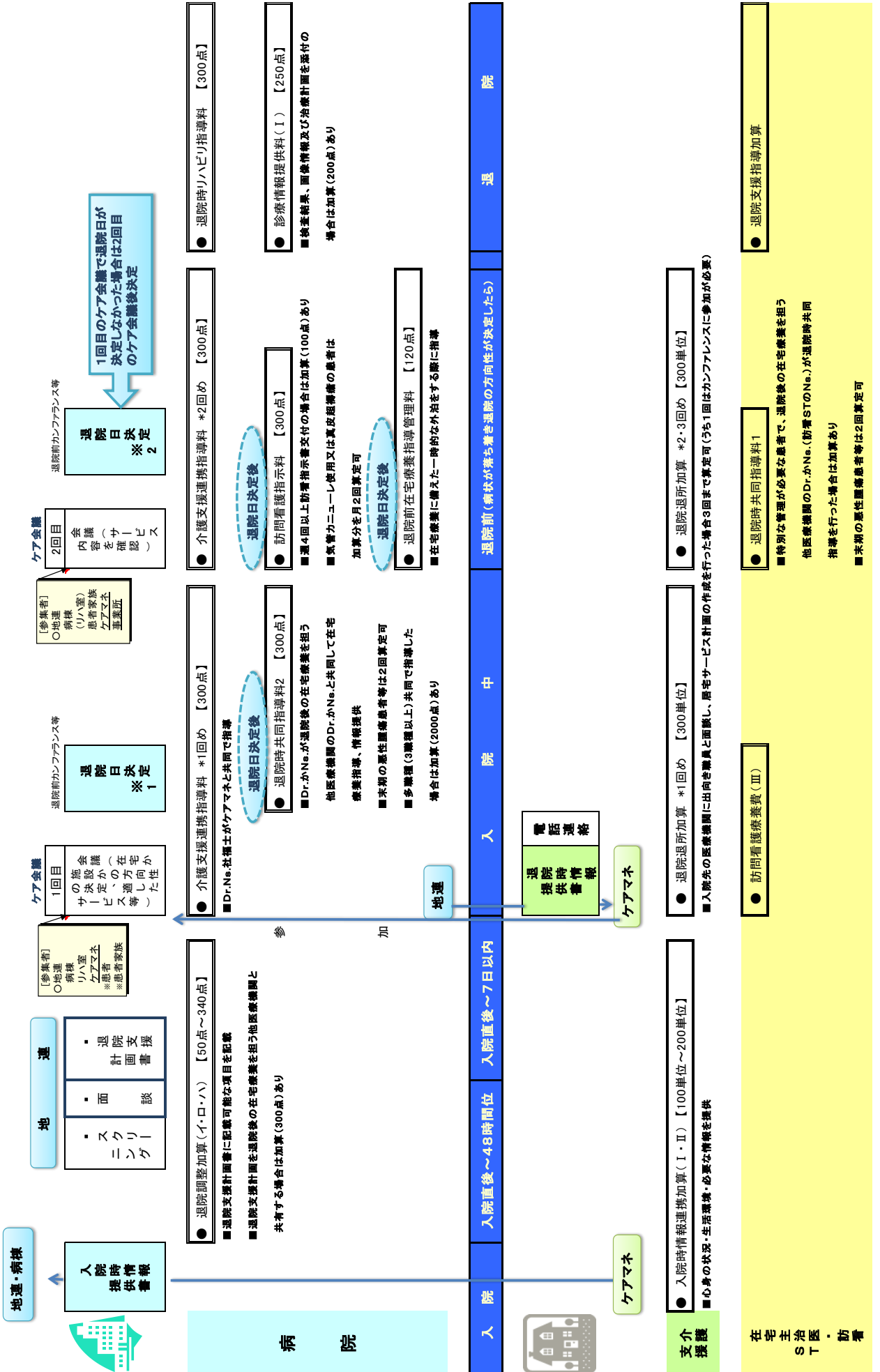


(1) 診療報酬

地域医療連携にかかる主な診療報酬



地域医療連携（退院支援）の主な診療・介護報酬フロー図



(2) 介護報酬

① 居宅介護支援事業所のケアマネジメント業務に対する報酬の加算

○入院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって、当該病院又は診療所の職員に対して、当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、利用者1人につき1月に1回を限度として所定単位数を加算する。なお、利用者が入院してから遅くとも7日以内に情報提供した場合に算定する。

「必要な情報」とは、当該利用者の心身状況（例えば疾患・病歴、認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成、生活歴、介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。

イ 入院時情報連携加算（Ⅰ） 200単位

病院又は診療所を訪問し、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。

ロ 入院時情報連携加算（Ⅱ） 100単位

イ以外の方法により、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。

○退院・退所加算 300単位/回

医療機関に入院していた者が退院し、その居宅で介護サービスを利用する場合において、当該利用者の退院に当たって、当該医療機関の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、ケアプランを作成し、介護サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。

ただし、3回算定することができるのは、そのうち1回について、入院中の担当医等との会議（カンファレンス）に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明を行った場合に限る。

また、同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定する。

なお、原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合に算定することとする。

「必要な情報」とは、厚生労働省が示す退院・退所加算に係る様式例「退院・退所情報記録書」が示されているので参考にすること。

退院・退所情報記録書			
情報収集先の医療機関・施設名			
電話番号			
面談日 平成 年 月 日		面談日 平成 年 月 日	
所属（職種）		所属（職種）	
<small>ふりがな</small> 利用者氏名 (男・女) 生年月日 (明・大・昭) 年 月 日 (歳) 入院期間 入院日 年 月 日 ~ 退院(予定)日 年 月 日 ・手術 有(手術名)・無			
要介護度 未申請・区分変更中・新規申請中・非該当 要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 認定日 年 月 日 有効期間 年 月 日 ~ 年 月 日			
疾病の状態	入院・入所中の状況		(特記事項)
	主病名 副病名 主症状 既往歴 服薬状況 無・有 (内服：介助されていない・一部介助・全介助)		(感染症、投薬の注意事項(薬剤名、薬剤の剤形、投与経路等)等)
特別な医療	点滴の管理 中心静脈栄養 透析 ストーマ(人工肛門)の処置 酸素療法 気管切開の処置 疼痛管理 経管栄養 褥瘡の処置 カテーテル 嚥痰吸引 その他()		(導入予定の医療系サービス等)
食事摂取	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 嚥下状況(良・不良) 咀嚼状況(良・不良) (ペースト・刻み・ソフト食・普通/経管栄養) ・制限 無・有(塩分・水分・その他())		(制限の内容等)
口腔清潔	介助されていない・一部介助・全介助		
移動	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 (見守り・手引き・杖・歩行器・ シルバーカー・車椅子・ストレッチャー)		(独自の方法・転倒危険・住宅改修の必要性等)
洗身	介助されていない・一部介助・全介助・不可・ 行っていない ・入浴の制限 無・有(シャワー・拭拭・その他)		
排泄	介助されていない・見守り等・一部介助・全介助 オムツ・リハビリパンツ(常時・夜間のみ)		(留置カテーテル等)
夜間の状態	良眠・不眠(状態：)		
認知・精神面	・認知症高齢者の日常生活自立度() ・精神状態(疾患) 無・有()		(認知症の原因疾患等)
リハビリ等	・リハビリテーション 無・有(頻度：) ・運動制限 無・有		(リハビリ・運動制限の内容、導入予定のサービス等)
療養上の留意する事項			
<small>※診療報酬の算定時共同指導料2の注3の対象となる会議(カンファレンス)に参加した場合は、本様式ではなく、当該会議(カンファレンス)の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について療養サービス計画等に記録すること。</small>			

※当該様式は当該加算の算定を担保するための標準様式例として提示するものであり、当該様式以外の様式等の使用を拘束する趣旨のものではない(上記通知なお書きより)

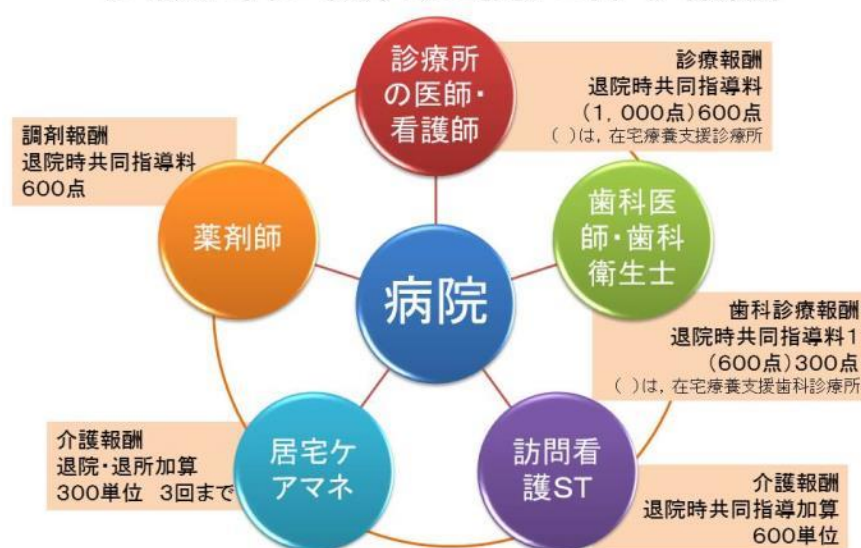
(3) 退院時多職種連携に伴う報酬

○退院前カンファレンスとは

退院する前に、患者・家族、医師、病棟看護師、地域医療連携室、リハビリテーション室スタッフ、ケアマネジャー、サービス事業所等が集まり、医療機関が主体となつて行う会議をいう。カンファレンスでは、患者の現況、患者・家族の意向確認、今後の支援方針の確認などを行う。

その際に退院前カンファレンスに参加する関係者の報酬についてまとめた。

退院時多職種連携に伴う報酬



- イ 診療所の医師・看護師 【診療報酬】 詳細は29ページ
退院時共同指導料 (1000点) 600点 ()は、在宅療養支援診療所
- ロ 歯科診療所の歯科医師・歯科衛生士 【歯科診療報酬】 詳細は30ページ
退院時共同指導料 (600点) 300点 ()は、在宅療養支援歯科診療所
- ハ 薬剤師 【調剤報酬】 詳細は31ページ
退院時共同指導料 600点
- ニ 訪問看護師 【介護報酬】 詳細は32ページ
退院時共同指導加算 600単位
- ホ ケアマネジャー 【介護報酬】 詳細は32ページ
退院・退所加算 300単位

入院中の医療機関でのケア会議等に参加する医療機関が算定できる診療報酬

加算	注意	通知
<p>B004 退院時共同指導料 1</p> <p>1 在宅療養支援診療所*1の場合 1,000点</p> <p>2 1以外の場合 600点</p> <p>*1 地域における退院後の患者に対する在宅療養の提供に主たる責任を有する診療所であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう。以下この表において同じ。</p>	<p>1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた看護師等が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回)に限り、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関において算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、所定点数に200点を加算する。</p> <p>3 区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A001に掲げる再診料、区分番号A002に掲げる外来診療料、区分番号B002に掲げる開放型病院共同指導料(Ⅰ)、区分番号C000に掲げる往診料又は区分番号C001に掲げる在宅患者訪問診療料は別に算定できない。</p>	<p>(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指示を受けた当該保険医療機関の看護師若しくは准看護師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回)に限り、それぞれの保険医療機関において算定するものである。ただし、当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の准看護師と当該患者が入院中の保険医療機関の准看護師が共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合には、それぞれの保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行うものであること。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。</p> <p>(3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。</p> <p>(4) 退院時共同指導料1の「1」は、在宅療養支援診療所の医師が当該患者に対して、その退院後に往診及び訪問看護により24時間対応できる体制等を確保し、在宅療養支援診療所において、24時間連絡を受ける医師又は看護職員の氏名、連絡先電話番号等、担当日、緊急時の注意事項等並びに往診担当医及び訪問看護担当者の氏名等について、文書により提供した場合に限り算定できる。</p> <p>(5) 当該患者が入院している保険医療機関(以下この区分において入院保険医療機関という。)と当該患者を紹介した保険医療機関(以下この区分において紹介元保険医療機関という。)とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。</p> <p>(6) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。</p> <p>(7) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回に限り算定できる。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者については当該入院中に2回に限り算定できる。</p> <p>(8) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医若しくは当該保険医の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が共同して行った場合に算定する。</p> <p>(9) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の保険医が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の保険医、看護師又は准看護師、保険医である歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士、保険薬局の保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師、理学療法士、作業療法士又は言語聴覚士若しくは介護支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。</p> <p>(10) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同一日に行う「注2」に規定する指導に係る費用及び介護支援連携指導料は「注3」に規定する加算に含まれ、別に算定できない。</p> <p>(11) 退院時共同指導料2を算定している保険医療機関が、当該患者について、区分番号「A238」退院調整加算を算定する場合、地域連携診療計画と同等の事項(当該医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項等)を当該患者及び家族に文書で説明し、退院後の治療等を担う他の保険医療機関や訪問看護ステーションと共有すること。</p>

**入院中の医療機関でのケア会議等に参加する医療機関が算定できる診療報酬
(歯科)**

加算	注意	通知
<p>B004 退院時共同指導料1</p> <p>1 在宅療養支援歯科診療所*1の場合 600点</p> <p>2 1以外の場合 300点</p> <p>*1 在宅等における療養を歯科医療面から支援する保険医療機関であって、別に厚生労働大臣が定める施設基準に適合しているものとして地方厚生局長等に届け出たものをいう(以下この表において同じ。)</p>	<p>1 保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後、在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師若しくは医師又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、1回を限度として算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回を限度として算定する。</p> <p>2 注1の場合において、当該患者が別に厚生労働大臣が定める特別な管理を要する状態等にあるときは、特別管理指導加算として、200点を所定点数に加算する。</p>	<p>(1) 退院時共同指導料1又は退院時共同指導料2は、保険医療機関に入院中の患者について、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う歯科医師の保険医療機関と連携する別の保険医療機関の歯科医師又はその指示を受けた歯科衛生士が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養を行う患者に対して、療養上必要な説明及び指導を、入院中の保険医療機関の歯科医師又は医師、看護師又は准看護師と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回(別に厚生労働大臣が定める疾患等の患者は2回)を限度として、それぞれの保険医療機関において算定する。</p> <p>ただし、当該患者の退院後の在宅療養において歯科医療を行う保険医療機関の歯科衛生士と当該患者が、入院中の保険医療機関の准看護師と共同して在宅での療養上必要な説明及び指導を行う場合は、歯科医療を担当する保険医療機関の歯科医師及び入院中の保険医療機関の医師又は看護師の指示を受けて行う。なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則4に定める入院期間が通算される入院をいう。</p> <p>(2) 退院時共同指導料は、患者の家族等退院後患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合も算定する。</p> <p>(3) 行った指導の内容等について、要点を診療録に記載するとともに、患者又はその家族等に提供した文書の写しを診療録に添付する。</p> <p>(4) 退院時共同指導料1の「1」は、在宅療養支援歯科診療所の歯科医師が当該患者に対して、在宅療養を担う保険医療機関との連携により、患者又はその家族等の求めに対して迅速な歯科訪問診療が可能な体制を確保し、当該担当者及び当該担当者と直接連絡がとれる連絡先電話番号、診療可能日等並びに緊急時の注意事項等について、事前に患者又はその家族等に対して説明の上、文書により提供した場合に算定する。</p> <p>(5) 退院時共同指導料1を算定した場合は、区分番号A000に掲げる初診料、区分番号A002に掲げる再診料及び区分番号B005に掲げる開放型病院共同指導料(I)は別に算定できない。</p> <p>ただし、当該指導を行った日に歯科訪問診療を行った場合は、この限りでない。</p> <p>(6) 当該患者が入院している保険医療機関と当該患者を紹介した保険医療機関とが特別の関係にある場合は、退院時共同指導料は算定できない。</p> <p>(7) 退院時共同指導料は、退院後に在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者は、対象とはならない。</p> <p>(8) 退院時共同指導料1の「注2」に規定する加算は、当該患者が厚生労働大臣の定める特別な管理を必要とする者であった場合、1人の患者に対して入院中1回を限度として算定する。ただし、厚生労働大臣が定める疾病等の患者は当該入院中2回を限度として算定する。</p> <p>(9) 退院時共同指導料2の「注1」は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師と地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の歯科医師又は医師若しくは当該歯科医師又は医師の指示を受けた看護師等又は当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師の指示を受けた訪問看護ステーションの看護師等(准看護師を除く。)が共同して行った場合に算定する。</p> <p>(10) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する加算は、退院後の在宅での療養上必要な説明及び指導を、当該患者が入院している保険医療機関の歯科医師が、地域において当該患者の退院後の在宅療養を担う保険医療機関の医師、看護師若しくは准看護師、歯科医師若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、理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士又は介護支援専門員のいずれかのうち3者以上と共同して行った場合に算定する。</p> <p>(11) 退院時共同指導料2の「注3」に規定する指導と同日に行う「注2」に規定する指導に係る費用は、「注3」に規定する加算に含まれ別に算定できない。</p> <p>(12) 退院時共同指導料2を算定している保険医療機関は、区分番号A227に掲げる退院調整加算を算定する場合、当該保険医療機関の退院基準、退院後に必要とされる診療、訪問看護等在宅で必要となる事項を当該患者及び家族に文書により説明し、これを当該患者の退院後の治療等を担う他の保険医療機関又は訪問看護ステーションと共有する。</p>

入院中の医療機関でのケア会議等に参加する医療機関が算定できる診療報酬
(調剤)

加算	注意	通知
<p>15-4 退院時共同指導料 600点</p>	<p>保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回に限り算定する。ただし、別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については、当該入院中2回に限り算定できる。</p> <p>別表第三の一の二 退院時共同指導料1及び退院時共同指導料2を二回算定できる疾病等の患者並びに重症者加算の状態等にある患者</p> <p>一 末期の悪性腫瘍の患者(在宅がん医療総合診療料を算定している患者を除く。)</p> <p>二 (1)であって、(2)又は(3)の状態である患者 (1) 在宅自己腹膜灌流指導管理、在宅血液透析指導管理、在宅酸素療法指導管理、在宅中心静脈栄養法指導管理、在宅成分栄養経管栄養法指導管理、在宅人工呼吸指導管理、在宅悪性腫瘍患者指導管理、在宅自己疼痛管理指導管理、在宅肺高血圧症患者指導管理又は在宅気管切開患者指導管理を受けている状態にある者 (2) ドレーンチューブ又は留置カテーテルを使用している状態 (3) 人工肛門又は人工膀胱を設置している状態</p> <p>三 在宅での療養を行っている患者であって、高度な指導管理を必要とするもの</p>	<p>(1) 退院時共同指導料は、保険医療機関に入院中の患者について、当該患者の退院後の訪問薬剤管理指導を担う保険薬局として当該患者が指定する保険薬局の保険薬剤師が、当該患者が入院している保険医療機関(以下「入院保険医療機関」という。)に赴いて、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養上必要な薬剤に関する説明及び指導を、入院保険医療機関の保険医又は看護師等と共同して行った上で、文書により情報提供した場合に、当該入院中1回(別に厚生労働大臣が定める疾病等の患者については2回)に限り算定できる。 なお、ここでいう入院とは、第1章第2部通則5に定める入院期間が通算される入院のことをいう。</p> <p>(2) 退院時共同指導料は、患者の家族等、退院後に患者の看護を担当する者に対して指導を行った場合にも算定できる。</p> <p>(3) 退院時共同指導料を算定する場合は、当該患者の薬剤服用歴の記録に、入院保険医療機関において当該患者に対して行った服薬指導等の要点を記載する。また、患者又はその家族等に提供した文書の写しを薬剤服用歴の記録に添付すること。</p> <p>(4) 退院時共同指導料は、退院後在宅での療養を行う患者が算定の対象となり、他の保険医療機関、社会福祉施設、介護老人保健施設、介護老人福祉施設に入院若しくは入所する患者又は死亡退院した患者については、対象とはならない。</p>

入院中の医療機関でのケア会議等に参加する介護保険事業所等が算定できる介護報酬

加算	算定基準	通知（老企第36号）
<p>訪問看護 定期巡回・随時対応型訪問 介護看護 看護小規模多機能型居宅介護</p> <p>退院時共同指導加算 600点</p>	<p>病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、指定訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く。）が退院時共同指導（当該者又はその看護に当たっている者に対して、病院、診療所又は介護老人保健施設の主治の医師その他の職員と共同し、在宅での療養上必要な指導を行い、その内容を文書により提供することをいう。）を行った後に、当該者の退院又は退所後に、当該者に対する初回の指定訪問看護を行った場合に、退院時共同指導加算として、当該退院又は退所につき1回（特別な管理必要とする利用者については、2回）に限り、所定単位数を加算する。ただし、二の初回加算を算定する場合は、退院時共同指導加算は算定しない。</p>	<p>(21) 退院時共同指導加算について</p> <p>① 退院時共同指導加算は、病院、診療所又は介護老人保健施設に入院中又は入所中の者が退院又は退所するに当たり、訪問看護ステーションの看護師等が、退院時共同指導を行った後に当該者の退院又は退所後、初回の訪問看護を実施した場合に、1人の利用者（利用者）に当該者の退院又は退所につき1回（厚生労働大臣が定める状態（利用者等告示第6号を参照のこと。）にある利用者）について、複数日に退院時共同指導を行った場合には2回）に限り、当該加算を算定できること。この場合の当該加算は、初回の訪問看護実施した日に算定すること。</p> <p>なお、当該加算を算定する月の前月に退院時共同指導を行っている場合においても算定できること。ている場合においても算定できること。</p> <p>② 2回の当該加算の算定が可能である利用者（①の厚生労働大臣が定める状態の者）に対して複数の訪問看護ステーション、定期巡回・随時対応型訪問介護看護事業所又は看護小規模多機能型居宅介護事業所が退院時共同指導を行う場合にあっては、1回ずつの算定も可能であること。</p> <p>③ 複数の訪問看護ステーション等が退院時共同指導を行う場合には、主治の医師の所属する保険医療機関又は介護老人保健施設に対し、他の訪問看護ステーション等における退院時共同指導の実施の有無について確認すること。</p> <p>④ 退院時共同指導加算を介護保険で請求した場合には、同月に定期巡回・随時対応型訪問介護看護及び看護小規模多機能型居宅介護を利用した場合の当該各サービスにおける退院時共同指導加算並びに同月に医療保険における訪問看護を利用した場合の当該訪問看護における当該加算は算定できないこと（②の場合を除く。）</p> <p>⑤ 退院時共同指導を行った場合は、その内容を訪問看護記録書に記録すること。</p>
<p>居宅介護支援</p> <p>退院・退所加算 300点</p>	<p>病院若しくは診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院又は退所（指定地域密着型サービスに要する費用の額の算定に関する基準（平成18年厚生労働省告示第126号）別表指定地域密着型サービス介護給付費単位数表の地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護のヨ又は指定施設サービス等に要する費用の額の算定に関する基準（平成12年厚生省告示第21号）別表指定施設サービス等介護給付費単位数表の介護福祉施設サービスのツの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合（同一の利用者について、当該居宅サービス及び地域密着型サービスの利用開始月に調整を行う場合に限る。）には、入院又は入所期間中につき3回を限度として所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、当該加算は算定しない。</p>	<p>13 退院・退所加算について</p> <p>(1) 病院若しくは診療所への入院又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設への入所をしていた者が退院又は退所（地域密着型介護老人福祉施設入所者生活介護又は介護福祉施設サービスの在宅・入所相互利用加算を算定する場合を除く。）し、その居宅において居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合において、当該利用者の退院又は退所に当たって、当該病院、診療所、地域密着型介護老人福祉施設又は介護保険施設の職員と面談を行い、利用者に関する必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合には、当該利用者の居宅サービス又は地域密着型サービスの利用開始月に所定単位数を加算する。ただし、初回加算を算定する場合は、算定しない。なお、利用者に関する必要な情報については、別途定めることとする。</p> <p>(2) 退院・退所加算については、入院又は入所期間中3回（医師等からの要請により退院に向けた調整を行うための面談に参加し、必要な情報を得た上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合を含む）まで算定することができる。</p> <p>ただし、3回算定することができるのは、そのうち1回について、入院中の担当医等との会議（カンファレンス）に参加して、退院後の在宅での療養上必要な説明（診療報酬の算定方法（平成26年厚生労働省告示第57号）別表第一医科診療報酬点数表の退院時共同指導料2の注3の対象となるもの）を行った上で、居宅サービス計画を作成し、居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合に限る。</p> <p>また、同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定する。</p> <p>なお、原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定することとする。</p> <p>また、上記にかかる会議（カンファレンス）に参加した場合は、(1)において別途定める様式ではなく、当該会議（カンファレンス）等の日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。</p>

2 相談窓口一覧（居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・介護保険施設等）

平成27年10月1日 現在

■ 居宅介護支援事業所

番号	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	社会福祉法人春圃会特別養護老人ホーム春圃苑	〒988-0331	気仙沼市本吉町中島358番地3	0226-42-3100	0226-42-3117
2	恵潮苑在宅介護支援センター	〒988-0066	気仙沼市東新城二丁目2番地3	0226-21-1223	0226-21-1224
3	恵風荘在宅介護支援センター	〒988-0141	気仙沼市松崎柳沢228番地68	0226-24-2820	0226-24-8022
4	老人保健施設リバーサイド春圃	〒988-0053	気仙沼市田中前二丁目1-8	0226-23-5323	0226-23-6575
5	キングスガーデン・ケアプランセンター	〒988-0203	気仙沼市岩月星谷64番地3	0226-26-1165	0226-26-1135
6	おおしまハーティケアセンター	〒988-0604	気仙沼市廻館55番地2	0226-26-2272	0226-26-2271
7	居宅介護支援センターリンデンバウムの杜	〒988-0066	気仙沼市東新城二丁目9番地1	0226-21-1162	0226-21-1164
8	ハック居宅介護支援センター	〒988-0056	気仙沼市上田中二丁目6番地4	0226-21-2820	0226-23-9369
9	あんしん館介護支援センター	〒988-0051	気仙沼市常楽203番地の2	0226-23-0823	0226-25-8141
10	みずなし介護センター ケアマネステーションまつかわ	〒988-0852	気仙沼市松川416番地1	0226-24-5458	0226-21-1480
11	榛さん館ケアプランセンター	〒988-0532	気仙沼市唐桑町石浜282番地3	0226-31-2051	0226-31-2052
12	土筆の里	〒988-0543	気仙沼市唐桑町小長根172番地1	0226-31-2036	0226-31-2133
13	ひなたぼっこ	〒986-0754	本吉郡南三陸町歌津字柝沢85番地34	0226-36-3460	0226-36-3955
14	はまなすの丘居宅介護支援事業所	〒988-0334	気仙沼市本吉町外尾25番地	0226-42-2915	0226-42-2916
15	ケアプランセンターぼらん	〒988-0829	気仙沼市新田4番地4エルドラド102	0226-22-6028	0226-25-9280
16	一景島在宅介護支援センター	〒988-0853	気仙沼市松川前154番地2	0226-25-3233	0226-25-3243
17	広域介護サービス気仙沼	〒988-0853	気仙沼市松川前121番地	0226-21-1088	0226-21-1089
18	南三陸居宅介護支援センター	〒988-0423	本吉郡南三陸町歌津字柝沢28番地1	0226-36-2955	0226-36-2959
19	津谷居宅介護支援事業所	〒988-0308	気仙沼市本吉町津谷松岡106番地	0226-31-1038	0226-31-1039
20	ケアプランセンター村伝	〒988-0226	気仙沼市長磯後沢82-3	0226-26-4125	0226-26-4124
21	太郎さん	〒988-0066	気仙沼市東新城二丁目10番地10シャングリラ東新城207号室	0226-22-4544	0226-22-4544
22	ほっとケア気仙沼	〒988-0063	気仙沼市四反田47番地3	0226-21-2050	0226-21-2051
23	居宅介護支援事業所山田大名の里	〒988-0344	気仙沼市本吉町宮内44番地23	0226-29-6475	0226-29-6243
24	ケアプランセンターきくや	〒988-0604	気仙沼市廻館108番地5	0226-28-2162	0226-28-2162
25	ケア相談センターひまわり	〒988-0826	気仙沼市百目木269番地1	0226-25-8442	0226-25-8443
26	ケアプランセンター桜	〒988-0865	気仙沼市早稲谷34番地10	0226-28-9065	0226-28-9066

■ 地域包括支援センター

NO	施設名称	郵便番号	施設所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	気仙沼市地域包括支援センター	〒988-8501	気仙沼市八日町一丁目1番1号	0226-22-6600	0226-25-1577
2	南三陸町地域包括支援センター	〒986-0753	本吉郡南三陸町志津川字沼田56番地2	0226-46-5588	0226-46-5225
3	気仙沼市北部地域包括支援センター	〒988-0132	気仙沼市唐桑町石浜282番地77	0226-26-9755	0226-31-2082
4	気仙沼市南部地域包括支援センター	〒988-0308	気仙沼市本吉町津谷松岡106番地	0226-31-1052	0226-31-1053

気仙沼管内 介護保険施設一覧

■ 指定介護老人福祉施設

NO	施設名称	郵便番号	施設所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	特別養護老人ホーム 恵風荘	〒988-0141	気仙沼市松崎柳沢228番地68	0226-24-2820	0226-24-8022
2	社会福祉法人春圃会特別養護老人ホーム 春圃苑	〒988-0331	気仙沼市本吉町中島358番地3	0226-42-3100	0226-42-3117
3	社会福祉法人旭浦会特別養護老人ホーム 慈恵園	〒986-0782	本吉郡南三陸町入谷字童子下159番地2	0226-46-6046	0226-46-6048
4	特別養護老人ホーム 恵潮苑	〒988-0066	気仙沼市東新城二丁目2番地3	0226-21-1221	0226-21-1224
5	特別養護老人ホーム 恵心寮	〒988-0851	気仙沼市下八瀬426番地8	0226-25-8727	0226-25-8726
6	特別養護老人ホーム キングス・タウン	〒988-0085	気仙沼市三日町三丁目1番1号	0226-24-3001	0226-24-3153
7	社会福祉法人憲心会特別養護老人ホーム唐桑園	〒988-0524	気仙沼市唐桑町只越346番地7	0226-29-6301	0226-29-6302
8	特別養護老人ホーム いこいの海・あらと	〒986-0714	本吉郡南三陸町志津川字蒲の沢190番地1	0226-46-1820	0226-46-1821

■ 介護老人保健施設

NO	施設名称	郵便番号	施設所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	老人保健施設リバーサイド春圃	〒988-0017	気仙沼市館山一丁目1番地43	0226-24-1732	0226-24-3510
2	医療法人社団晃和会老人保健施設リンデンバウムの杜	〒988-0066	気仙沼市東新城二丁目9番地1	0226-21-1162	0226-21-1164
3	医療法人医徳会歌津つつじ苑	〒988-0462	本吉郡南三陸町歌津字砂浜23番地59	0226-36-9233	0226-36-9231
4	介護老人保健施設ハイム・メアーズ	〒986-0717	本吉郡南三陸町志津川字袖浜255番地	0226-46-2772	0226-46-2773
5	介護老人保健施設はまなすの丘	〒988-0334	気仙沼市本吉町外尾25番地	0226-42-2915	0226-42-2916
6	医療機関併設型小規模介護老人保健施設リンデンヴィア	〒988-0066	気仙沼市東新城二丁目9番地1	0226-21-1160	0226-21-1165

■ 認知症対応型共同生活介護・介護予防認知症対応型共同生活介護事業所（グループホーム）

NO	事業所名称	郵便番号	事業所所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	星谷ランチ	〒988-0153	気仙沼市松崎面瀬17番地1	0226-25-7882	0226-23-8550
2	みずなしの丘	〒988-0168	気仙沼市赤岩水梨子97番地55	0226-24-7290	0226-24-7291
3	グループホーム桑の実	〒988-0551	気仙沼市唐桑町只越346番地19	0226-32-3822	0226-32-3822
4	グループホーム村伝	〒988-0084	気仙沼市八日町二丁目3番5号	0226-21-1344	0226-21-1345
5	グループホームぼらん	〒988-0053	気仙沼市田中前4丁目7番地3	0226-22-0308	0226-22-0308
6	グループホームリアスの杜	〒988-0362	気仙沼市本吉町寺要害45番地	0226-43-2801	0226-43-2810
7	グループホームぼらん気仙沼	〒988-0066	気仙沼市東新城一丁目3番地6	0226-29-6371	0226-29-6371
8	グループホームこころ	〒988-0851	気仙沼市下八瀬426番地8	0226-26-5835	0226-25-8726
9	認知症対応型共同生活介護グループホームはまゆり	〒986-0717	南三陸町志津川字袖浜255番地	0226-46-5881	0226-46-2773
10	グループホーム村伝さいち	〒988-0226	気仙沼市長磯後沢82番地3	0226-26-4123	0226-26-4124
11	グループホームボラーノの杜	〒988-0057	気仙沼市所沢201番地1	0226-22-0366	0226-22-0366
12	グループホーム村伝おもせ	〒988-0153	気仙沼市松崎面瀬66番地12	0226-21-1281	0226-21-1282
13	グループホームあんしん館	〒988-0141	宮城県気仙沼市松崎柳沢222番	0226-25-7503	0226-25-7813
14	グループホームリアスの丘	〒988-0423	本吉郡南三陸町歌津字榊沢122番地2	0226-36-3990	0226-36-3991
15	グループホームボラーノ	〒988-0053	気仙沼市田中前四丁目6番地5	0226-22-0086	0226-22-0086
16	グループホーム階上ランチ	〒988-0222	気仙沼市長磯船原66番地	0226-26-1327	0226-27-5901

■ 小規模多機能型居宅介護・介護予防小規模多機能型居宅介護事業所

NO	施設名	郵便番号	施設所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	小規模多機能ホーム南三陸	〒986-0726	本吉郡南三陸町志津川字磯の沢117番地49	0226-46-1306	0226-46-1307

■ 軽費老人ホーム(ケアハウス)

NO	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	南三陸キングスガーデン	〒988-0203	気仙沼市岩月星谷64番地3	0226-26-1111	0226-26-1135
2	ケアハウス・ソレイユの丘	〒988-0312	気仙沼市本吉町道外186番地1	0226-42-4551	0226-42-4071
3	ケアハウスみなみ	〒988-0012	気仙沼市栄町2番11号	0226-23-4872	0226-23-5003

■ 有料老人ホーム

番号	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	ファクシミリ番号
87	有料老人ホーム山田大名の里	〒988-0344	気仙沼市本吉町宮内44番地23	0226-29-6475	0226-29-6243
88	有料老人ホーム豊林の里	〒988-0374	気仙沼市本吉町角柄15-8	0226-25-8595	

■ サービス付き高齢者住宅

NO	事業所名	郵便番号	事業所所在地	電話番号	ファクシミリ番号
1	はなのみち楽楽館	〒988-0121	気仙沼市松崎萱139番地の1	0226-25-5433	0226-25-5422

退院へ向けた気仙沼市立病院と介護支援専門員の連携の手引き

初版 平成27年11月

発行者 退院へ向けた情報提供書・連携体制検討会

会議構成員 気仙沼市立病院 看護部 副看護部長 小松 由美
気仙沼市立病院 看護部 看護師長 熊谷 和恵
気仙沼市立病院 地域医療連携室 主查看護師 金澤 晴美
気仙沼市立病院 リハビリテーション室 技師長 中谷 ひろみ
気仙沼市立病院 医事課 主幹兼係長 小野寺 弘明
気仙沼市立病院 医事課 主幹 佐藤 夏子
宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部 副支部長 池田 良子
宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部 副支部長 小松 治
宮城県ケアマネジャー協会気仙沼支部 理事 尾形 伸二
気仙沼市地域包括支援センター 所長 尾形 直子

事務局 宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班 次長（班長）小野寺 敏広
宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班 技術主査 洞口 亮
宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班 技術主査 高橋 祥恵
宮城県気仙沼保健福祉事務所 成人・高齢班 技師 渡部 和馬