

北信地域入退院医療・介護連携ルール

(案)

平成30年12月時点

平成 年 月

北信地域医療・介護連携関係者連絡会

目 次

1	はじめに	1
2	運用にあたっての留意事項	1
3	策定の経緯	1
4	北信地域入退院医療・介護連携ルールの標準的な流れとポイント	2
5	入退院における医療・介護の連携方法	
A	入院する前から介護保険サービスを利用している場合	3
B	入院する前は介護保険サービスを利用していなかったが、退院後に介護保険サービスの利用が具体的に見込まれる場合	9
C	退院後の介護保険サービスの利用は具体的に見込まれないが、地域による見守り支援等が必要と思われる場合	14
6	参考	
(1)	参考様式1 利用者情報提供書（介護支援専門員→入院先）	15
(2)	参考様式2 介護支援等連携指導書（退院時連携）	17
(3)	参考様式3 北信地区看護連絡票（兼看護サマリー）	18
(4)	別紙1 入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬	19
(5)	別紙2 関係機関連絡先一覧	21
ア	病院	21
イ	地域包括支援センター	21
ウ	居宅介護支援事業所	21
エ	訪問看護ステーション	23
(6)	介護（予防）情報連携連絡票（1号書式）	24
	（平成25年8月改訂 長野県医療と介護との連携検討会）	

北信地域医療・介護連携関係者連絡会

趣旨：北信地域において、地域の実情に応じた医療と介護の連携について、関係者により情報交換及び協議、検討を行う場として設置

構成団体：中高医師会、飯水医師会

北信総合病院、飯山赤十字病院、佐藤病院

北信圏域介護保険事業者連絡協議会、介護保険事業者

市町村、地域包括支援センター

北信保健福祉事務所（事務局）

1 はじめに

介護保険サービスを利用している方や退院後に介護保険サービスの利用が見込まれる方が安心して退院後の生活を送るためには、入退院の際必要な医療・介護サービスが切れ目なく提供されることが必要です。しかし、これまでは入院機能を有する医療機関（以下「入院医療機関」という。）と、居宅介護支援事業所等の介護支援専門員との連携において必要な情報を共有するための統一した仕組みが十分構築されていませんでした。そこで、入院医療機関と介護支援専門員等が情報共有し、円滑な連携を行うために、「北信地域入退院医療・介護連携ルール」を策定しました。

患者さんが退院後も安心して在宅での生活を続けられるよう地域全体で支えることを目的としていますので、運用へのご協力と積極的なご活用をお願いします。

なお、ルールの運用状況については、今後定期的に確認し、見直しを行います。

2 運用にあたっての留意事項

- (1) この「入退院医療・介護連携ルール」は、医療と介護の関係者が円滑に情報共有し、患者の在宅移行を支援するための連携に関する標準的な流れを示したものです。情報共有の方法や調整会議（カンファレンス）の名称・時期等は、各機関の実情に合わせて運用することを妨げるものではありません。個別の事情に応じて、関係者間で適宜協議しながら、弾力的にルールの運用を行ってください。
- (2) 様式については、北信地域の共通様式として作成しましたが、各機関の既存の様式の使用を妨げるものではありません。

3 策定の経緯

○岳南地域

- ・平成29年8月より市町、北信総合病院で現行ルールに関する検討を開始
- ・平成30年6月、北信地域全体における連携ルールへの移行を検討

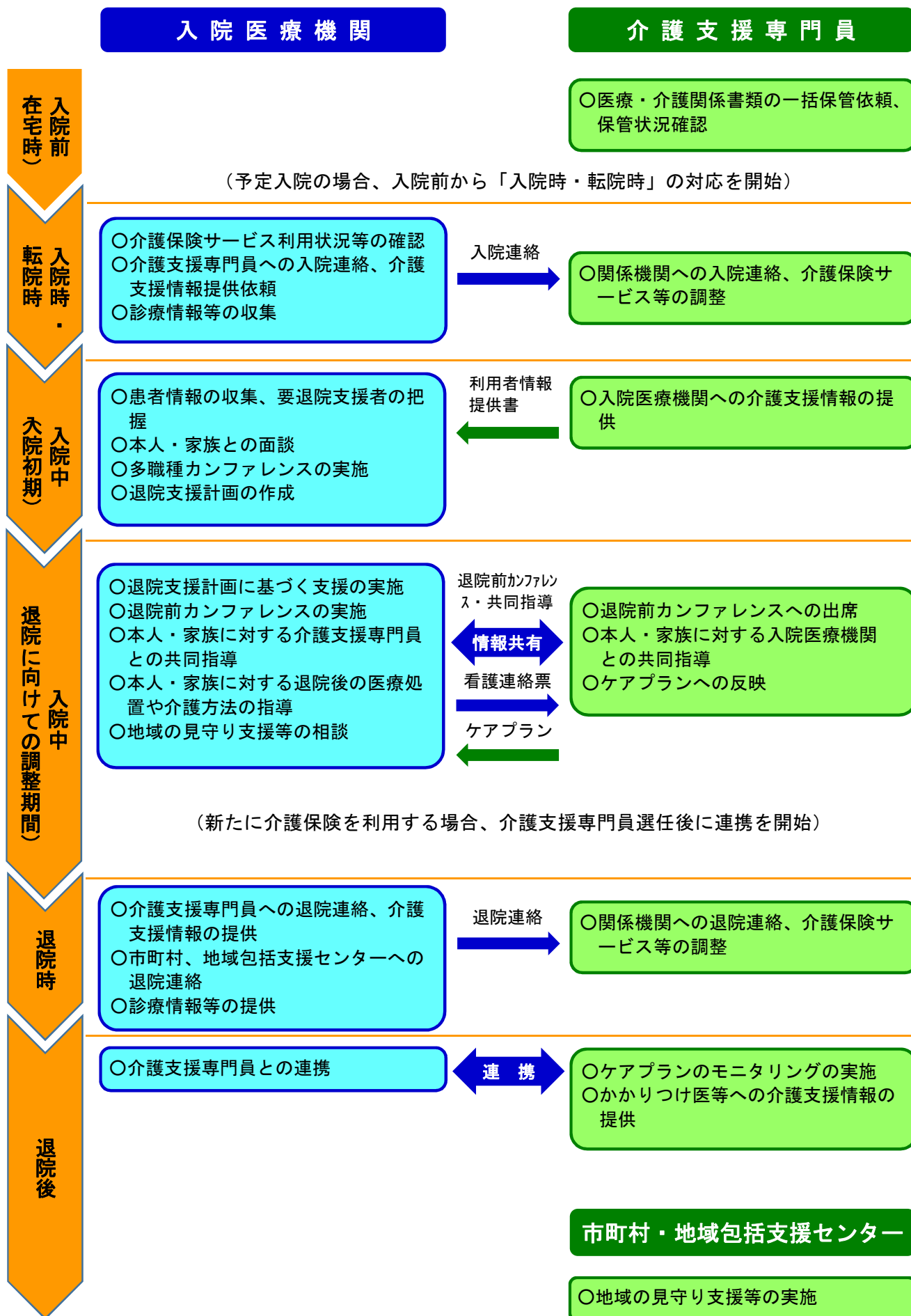
○岳北地域

- ・平成29年3月より「岳北地区、在宅医療を考える会」で入退院調整ルールを検討
- ・平成30年10月、「岳北地区、在宅医療を考える会」で入退院調整ルール確定
更に北信地域全体における連携ルールへの移行を検討

○北信地域全体

- ・平成30年8月より「北信地域医療・介護連携関係者連絡会」を立ち上げ、北信地域全体における連携ルールについて協議
(平成30年8月、10月、11月、12月、平成31年2月)

4 北信地域入退院医療・介護連携ルールの標準的な流れとポイント



5 入退院における医療・介護の連携方法

A 入院する前から介護保険サービスを利用している場合

- ★ 対象者は、原則として「要介護1以上の利用者」とするが、必要に応じて、要支援の利用者に関しても、情報提供等の連携をとる。

入院前（在宅時）

介護支援専門員

○ 医療・介護関係書類の一括保管依頼、保管状況確認

- 本人・家族に対し、医療・介護関係書類を一緒に保管し、入院の際、入院医療機関に提示するように依頼し、保管状況を定期的に確認する。

<医療・介護関係書類>

- ・ 健康保険被保険者証
- ・ 福祉医療費受給者証
- ・ かかりつけ医の診察券
- ・ お薬手帳
- ・ 介護保険被保険者証
- ・ 介護支援専門員連絡先
- ・ 身体障害者手帳
- ・ 精神障害者保健福祉手帳
- ・ 療育手帳
- ・ 限度額適用・標準負担額減額認定証

予定入院の場合

入院医療機関

○ 介護保険サービス利用状況等の確認

- 本人・家族に対し、医療・介護関係書類の提示を依頼し、介護保険サービスの利用状況、介護支援専門員の連絡先等を確認する。

○ 介護支援専門員への入院連絡、介護支援情報の提供依頼

- 介護保険サービスの利用者である場合は、入院が決まり次第、入院する旨を本人・家族を通じて又は直接、介護支援専門員に連絡し、介護支援情報の提供を依頼する。

○ 診療情報等の収集

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等から診療情報などを収集する。

介護支援専門員

○ 関係機関への入院連絡、介護保険サービス等の調整

- 利用者が入院することがわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。

入院時・転院時

入院医療機関

○ 介護保険サービス利用状況等の確認

- 本人・家族に対し、医療・介護関係書類の提示を依頼し、介護保険サービスの利用状況、介護支援専門員の連絡先等を確認する。

<医療・介護関係書類>

- ・ 健康保険被保険者証
- ・ 福祉医療費受給者証
- ・ かかりつけ医の診察券
- ・ お薬手帳
- ・ 介護保険被保険者証
- ・ 介護支援専門員連絡先
- ・ 身体障害者手帳
- ・ 精神障害者保健福祉手帳
- ・ 療育手帳
- ・ 限度額適用・標準負担額減額認定証

○ 介護支援専門員への入院連絡、介護支援情報提供依頼

- 介護保険サービスの利用者である場合は、入院した旨を本人・家族を通じて又は直接、介護支援専門員に連絡し、介護支援情報の提供を依頼する。

○ 診療情報等の収集

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等から診療情報などを収集する。

介護支援専門員

○ 関係機関への入院連絡、介護保険サービス等の調整

- 利用者が入院したことがわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。

入院中

入院初期

介護支援専門員

○ 入院医療機関への介護支援情報の提供

- 利用者情報提供書（参考様式1）等により入院医療機関へ介護支援情報を提供する。
 - ・ 入院後3日以内（入院時情報連携加算Ⅰ〔介護報酬〕）
 - ・ 入院後7日以内（入院時情報連携加算Ⅱ〔介護報酬〕）

入院医療機関

○ 患者情報の収集、要退院支援者の把握

- ・ 入院後3日以内（入退院支援加算1）
- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算2）

○ 本人・家族との面談

- ・ 一般病棟：入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ 療養病棟：入院後14日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 多職種カンファレンスの実施

- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 退院支援計画の作成

- ・ 入院後7日以内に作成に着手（入退院支援加算1、2）

※ 診療報酬、介護報酬については、入院医療機関・事業所の実情に応じて適用（以下同じ）。

退院に向けての調整期間

入院医療機関

○ 退院支援計画に基づく支援の実施

- 退院支援計画に沿った支援を実施し、退院時期等について適宜確認する。

○ 退院前カンファレンスの実施

- 関係者による退院前カンファレンスを開催し、退院後の方向性を決定する。

(退院時共同指導料2)

<退院前カンファレンス参加者> (必要に応じて)

- ・ 本人・家族
- ・ 入院先医療スタッフ
 - ・ 医師
 - ・ 看護師
 - ・ 薬剤師
 - ・ 管理栄養士
 - ・ 理学療法士
 - ・ 作業療法士
 - ・ 言語聴覚士
 - ・ 社会福祉士
- ・ 介護支援専門員
- ・ 介護サービス事業所
- ・ かかりつけ医
- ・ かかりつけ歯科医師
- ・ かかりつけ薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ その他

○ 本人・家族に対する介護支援専門員との共同指導

- 本人・家族に対し、介護支援専門員と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。
- 介護支援専門員との情報共有は、必要に応じて、介護支援等連携指導書(退院時連携)(参考様式2)等を活用する。
- 指導後、介護支援専門員に、その内容を反映したケアプランの写しの提出を依頼する。(以上、介護支援等連携指導料)

○ 本人・家族に対する退院後の医療処置や介護方法の指導

○ 地域の見守り支援等の相談

- 退院後、地域の見守り支援や高齢者虐待防止対応等が必要と思われる場合は、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

介護支援専門員

○ 退院前カンファレンスへの出席(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ 本人・家族に対する入院医療機関との共同指導

- 本人・家族に対し、入院医療機関と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ ケアプランへの反映

- 退院前カンファレンス及び入院医療機関との共同指導の内容をケアプランに反映させ(退院・退所加算〔介護報酬〕)、その写しを入院医療機関に提出する。
- 必要に応じて、介護保険サービスの調整、介護認定区分変更申請の支援を行う。

退院時

入院医療機関

○ 介護支援専門員への退院連絡、介護支援情報の提供

- 退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を介護支援専門員に連絡する。
- 退院時の患者の状況について、必要に応じて、本人・家族の了承を得た上で、介護支援等連携指導書（退院時連携）（参考様式2）、北信地区看護連絡票（兼看護サマリ）（参考様式3）等により介護支援情報を提供する。

○ 市町村、地域包括支援センターへの退院連絡

- 退院後の地域の見守り支援等について市町村又は地域包括支援センターに相談した場合は、退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに連絡する。

○ 診療情報等の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に診療情報などを提供する。

介護支援専門員

○ 関係機関への退院連絡、介護保険サービス等の調整

- 退院予定日がわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。
- かかりつけ医、かかりつけ薬局との連絡については、必要に応じて、介護（予防）情報連携連絡票（1号書式）（医療と介護との連携連絡票）（巻末参考）等を活用する。

退院後

入院医療機関

○ 介護支援専門員との連携

- 介護支援専門員と連絡をとり、必要に応じて、看護師等が利用者宅を訪問する等、連携を図る。

介護支援専門員

○ ケアプランのモニタリングの実施

- 退院後、早期に利用者宅を訪問し、ケアプランのモニタリングを行う。
- 必要に応じて、ケアプランの見直しを行い、介護保険サービスの調整、介護認定区分変更申請の支援を行う。

○ かかりつけ医等への介護支援情報の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に介護支援情報を提供する。

市町村・地域包括支援センター

○ 地域の見守り支援等の実施

- 退院後の地域の見守り支援等について相談があった場合は、必要な支援を行う。
 - ・ サービス事業所によるサービス提供
 - ・ インフォーマルサービス提供等
 - ・ 近所・民生委員等の見守り
 - ・ 高齢者虐待防止対応

B 入院する前は介護保険サービスを利用していなかったが、退院後に介護保険サービスの利用が具体的に見込まれる場合

入院中

入院初期

入院医療機関

○ 患者情報の収集、要退院支援者の把握

- ・ 入院後3日以内（入退院支援加算1）
- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算2）

○ 本人・家族との面談

- ・ 一般病棟：入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ 療養病棟：入院後14日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 多職種カンファレンスの実施

- ・ 入院後7日以内（入退院支援加算1）
- ・ できるだけ早期に（入退院支援加算2）

○ 退院支援計画の作成

- ・ 入院後7日以内に作成に着手（入退院支援加算1、2）

○ 診療情報等の収集

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等から診療情報などを収集する。

退院に向けての調整期間

入院医療機関

○ 退院支援計画に基づく支援の実施

- 退院支援計画に沿った支援を実施し、退院時期等について適宜確認する。

○ 退院前カンファレンスの実施

- 関係者による退院前カンファレンスを開催し、退院後の方向性を決定する。

(退院時共同指導料2)

〔退院前カンファレンス参加者〕 (必要に応じて)

- ・ 本人・家族
- ・ 入院先医療スタッフ
 - ・ 医師
 - ・ 管理栄養士
 - ・ 言語聴覚士
 - ・ かかりつけ医
 - ・ かかりつけ薬局
 - ・ 地域包括支援センター
- ・ 看護師
- ・ 理学療法士
- ・ 社会福祉士
- ・ かかりつけ歯科医師
- ・ 訪問看護事業所
- ・ その他
- ・ 薬剤師
- ・ 作業療法士

○ 本人・家族に対する退院後の医療処置や介護方法の指導

○ 介護認定申請の相談

- 退院後、介護保険サービスの利用が見込まれる場合は、介護認定申請について、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

○ 地域の見守り支援等の相談

- 退院後、地域の見守り支援や高齢者虐待防止対応等が必要と思われる場合は、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

市町村・地域包括支援センター

○ 介護認定申請等の支援

- 介護認定申請について相談があった場合は、介護認定申請及び介護支援専門員の選任について支援する。

介護支援専門員選任時

介護支援専門員

○ 入院医療機関への連絡

- 選任された旨を入院医療機関に連絡し、今後の連絡方法等について確認する。

介護支援専門員選任後

入院医療機関

○ 退院前カンファレンスの実施

- 関係者による退院前カンファレンスを開催し、退院後の方向性を決定する。

(退院時共同指導料2)

〔退院前カンファレンス参加者〕 (必要に応じて)

- ・ 本人・家族
- ・ 入院先医療スタッフ
 - ・ 医師
 - ・ 管理栄養士
 - ・ 言語聴覚士
 - ・ 看護師
 - ・ 理学療法士
 - ・ 社会福祉士
 - ・ 薬剤師
 - ・ 作業療法士
- ・ 介護支援専門員
- ・ 介護サービス事業所
- ・ かかりつけ医
- ・ かかりつけ歯科医師
- ・ かかりつけ薬局
- ・ 訪問看護事業所
- ・ 地域包括支援センター
- ・ その他

○ 本人・家族に対する介護支援専門員との共同指導

- 本人・家族に対し、介護支援専門員と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。
- 介護支援専門員との情報共有は、必要に応じて、介護支援等連携指導書(退院時連携)(参考様式2)等を活用する。
- 指導後、介護支援専門員に、その内容を反映した暫定ケアプランの写しの提出を依頼する。(以上、介護支援等連携指導料)

介護支援専門員

○ アセスメント、家屋調査の実施

- 本人の状況を確認するため、アセスメントを行うとともに、家屋調査が必要な場合、可能であれば入院医療機関と共同で行う。

○ 退院前カンファレンスへの出席(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ 本人・家族に対する入院医療機関との共同指導

- 本人・家族に対し、入院医療機関と共同して退院後の療養及び介護に関する指導を行う。(退院・退所加算〔介護報酬〕)

○ 暫定ケアプランの作成

- 退院前カンファレンス及び入院医療機関との共同指導の内容を踏まえ、暫定ケアプランを作成し(退院・退所加算〔介護報酬〕)、その写しを入院医療機関に提出する。

退院時

入院医療機関

○ 介護支援専門員への退院連絡、介護支援情報の提供

- 退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を介護支援専門員に連絡する。
- 退院時の患者の状況について、必要に応じて、本人・家族の了承を得た上で、介護支援等連携指導書（退院時連携）（参考様式2）、北信地区看護連絡票（兼看護サマリ）（参考様式3）等により介護支援情報を提供する。

○ 市町村、地域包括支援センターへの退院連絡

- 退院後の地域の見守り支援等について市町村又は地域包括支援センターに相談した場合は、退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに連絡する。

○ 診療情報等の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に診療情報などを提供する。

介護支援専門員

○ 関係機関への退院連絡、介護保険サービス等の調整

- 退院予定日がわかり次第、必要に応じて、介護サービス事業所、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等関係機関に連絡し、介護保険サービスなどの調整を行う。
- かかりつけ医、かかりつけ薬局との連絡については、必要に応じて、介護（予防）情報連携連絡票（1号書式）（医療と介護との連携連絡票）（巻末参考）等を活用する。

退院後

入院医療機関

○ 介護支援専門員との連携

- 介護支援専門員と連絡をとり、必要に応じて、看護師等が利用者宅を訪問する等、連携を図る。

介護支援専門員

○ 暫定ケアプランのモニタリングの実施

- 退院後、早期に利用者宅を訪問し、暫定ケアプランのモニタリングを行う。
- 必要に応じて、暫定ケアプランの見直しを行い、介護保険サービスの調整、介護認定区分変更申請の支援を行う。

○ ケアプランの確定

- 介護認定決定後、ケアプランを確定する。

○ かかりつけ医等への介護支援情報の提供

- 必要に応じて、かかりつけ医、かかりつけ薬局、訪問看護事業所等に介護支援情報を提供する。

市町村・地域包括支援センター

○ 地域の見守り支援等の実施

- 退院後の地域の見守り支援等について相談があった場合は、必要な支援を行う。
 - ・ サービス事業所によるサービス提供
 - ・ インフォーマルサービス提供等
 - ・ 近所・民生委員等の見守り
 - ・ 高齢者虐待防止対応

C 退院後の介護保険サービスの利用は具体的に見込まれないが、地域による

※ 介護認定申請の相談前までの流れは、Bの場合に同じ。

入院中（退院に向けての調整期間）

入院医療機関

○ 地域の見守り支援等の相談

- 退院後、地域の見守り支援や高齢者虐待防止対応等が必要と思われる場合は、本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに相談する。

退院時

入院医療機関

○ 市町村、地域包括支援センターへの退院連絡

- 退院予定日が決まり次第（できれば退院1週間前までに）、退院する旨を本人・家族を通じて又は直接、市町村又は地域包括支援センターに連絡する。

退院後

市町村・地域包括支援センター

○ 地域の見守り支援等の実施

- 退院後の地域の見守り支援等について相談があった場合は、必要な支援を行う。
 - ・ サービス事業所によるサービス提供
 - ・ インフォーマルサービス提供等
 - ・ 近所・民生委員等の見守り
 - ・ 高齢者虐待防止対応

関係者以外 (秘)

利用者情報提供書

宛先					作成日	年 月 日	
事業所					担当者		
利用者氏名	ふりがな			性別	生年月日	年 月 日	
				男・女		(歳)	
住所				電話		緊急連絡先	
家族等連絡先	氏名 (キーボードに◎印)	続柄	電話番号	携帯電話番号	居住地		
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者のみ <input type="checkbox"/> 家族と同居 (同居の家族:)						
家族介護の状況	支援可能な家族等 <input type="checkbox"/> 有 (主支援者:) <input type="checkbox"/> 無 主支援者の支援の状況 <input type="checkbox"/> ほぼ毎日 (日中・夜間) <input type="checkbox"/> 週 日程度 <input type="checkbox"/> 月 日程度 <input type="checkbox"/> 不定期 要介護状態、認知症の同居家族の有無 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 その他 ()						
介護保険	被保険者番号	保険者名			介護度		
	認定状況	<input type="checkbox"/> 認定 (年 月 日) <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中					
	有効期間	年 月 日 ~ 年 月 日		自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		
障害者手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 <input type="checkbox"/> 療育手帳						
年金等種類	<input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()						
主な傷病							
直近半年間の入院状況	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有 (年 月 日 ~ 年 月 日) <input type="checkbox"/> 頻度高い/繰り返し						
かかりつけ医療機関	医療機関名	医師名			電話番号		
	医療機関名	医師名			電話番号		
かかりつけ歯科医	医療機関名	歯科医師名			電話番号		
かかりつけ薬局	薬局名	薬剤師名			電話番号		
服薬 (服用薬はお薬手帳を参照)	管理	<input type="checkbox"/> 自己 <input type="checkbox"/> 他者 (管理者:) <input type="checkbox"/> その他 ()					
	服用	<input type="checkbox"/> 処方通り <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れ、処方不遵守が多い					
	特記事項						
身体状況	麻痺	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 無					
	拘縮	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢) <input type="checkbox"/> 無					
	視力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し見える <input type="checkbox"/> 全く見えない			眼鏡使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	聴力	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 少し聞こえる <input type="checkbox"/> 全く聞こえない			補聴器使用	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	言語	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや不明瞭 <input type="checkbox"/> かなり不明瞭			皮膚状態	湿疹 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
意思疎通	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			褥瘡 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無			

生 活 状 況	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			
		摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 腸ろう		
		調理方法	<input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 軟食 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> ミキサー <input type="checkbox"/> とろみ		
		嚥下障害	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> むせ <input type="checkbox"/> 飲みにくさ)	<input type="checkbox"/> 無	義 菌
	排 泄	<input type="checkbox"/> 排尿 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> ポータブル) <input type="checkbox"/> パルン (号)			
		<input type="checkbox"/> 排便 (<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 <input type="checkbox"/> コントロール要) <input type="checkbox"/> 人工肛門			
	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			
	更 衣	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	起臥床	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	歩 行	<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 乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
		移動手段	<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他 ()		
	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	タバコ	<input type="checkbox"/> 吸う <input type="checkbox"/> 吸わない	
飲 酒	<input type="checkbox"/> 飲む (<input type="checkbox"/> 毎日 <input type="checkbox"/> ときどき) [1回当たりの量：] <input type="checkbox"/> 飲まない				
居 住 環 境	住 居	<input type="checkbox"/> 自宅 (一戸建て・集合住宅) <input type="checkbox"/> 借家 (一戸建て・集合住宅) <input type="checkbox"/> 共同住居 <input type="checkbox"/> 施設			
	寢 室	<input type="checkbox"/> ベッド (<input type="checkbox"/> 一般 <input type="checkbox"/> 特殊)	<input type="checkbox"/> ふとん	専用居室 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	屋 内 環 境	段差 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 手すり (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 車いす移動 (<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可) 階段昇降 (<input type="checkbox"/> 要 <input type="checkbox"/> 不要)			
	浴室・ トイレ	<input type="checkbox"/> 一体 <input type="checkbox"/> 別々 浴室 [シャワー (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 段差 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 手すり (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)] トイレ [仕様 (<input type="checkbox"/> 洋式 <input type="checkbox"/> 和式) 段差 (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無) 手すり (<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)]			
障害高齢者 寝たきり度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2				
認知症度	<input type="checkbox"/> 正常 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M				
精神症状等	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 物忘れ <input type="checkbox"/> 失見当 <input type="checkbox"/> 失認 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 鬱 <input type="checkbox"/> 暴言・暴行 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> 異食行為 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> その他 () <input type="checkbox"/> 不眠 (薬の服用： <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無)				
生活の様子					
サービス 利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス <input type="checkbox"/> デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 ()				
備 考	人生会議 (ACP：アドバンス・ケア・プランニング) <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 不明				

介護支援等連携指導書（退院時連携）

患者ID： 氏名： 生年月日： 年 月 日

在宅における介護について、介護支援専門員等と連携・指導について指示します。

年 月 日 医師名： ㊞

介護サービスに関する説明や指導を受けることに同意します。

年 月 日 （患者・家族）氏名：

実施日： 年 月 日	入院日：
入院原因疾患： 主治医：	退院(予定)日：
退院後の医療機関 <input type="checkbox"/> 北信総合病院： <input type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医：	
<input type="checkbox"/> その他の医療機関：	

現 在 の 状 況		調整内容・指導内容		
医療処置	<input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 酸素療法 <input type="checkbox"/> 喀痰吸引 <input type="checkbox"/> 気管切開 <input type="checkbox"/> ドレーン類 <input type="checkbox"/> 人工呼吸器 <input type="checkbox"/> 自己注射（ ） <input type="checkbox"/> その他：			
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			
	形態 <input type="checkbox"/> 経口（形態： ） <input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> その他：			
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			
	義歯使用 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	嚥下機能 <input type="checkbox"/> むせる <input type="checkbox"/> 時々むせる <input type="checkbox"/> 無			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
移動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	移動手段 <input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 車イス <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> ストレッチャー <input type="checkbox"/> その他：			
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"/> トイレ <input type="checkbox"/> PTトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> 紙パンツ <input type="checkbox"/> 尿器			
	<input type="checkbox"/> ストマ <input type="checkbox"/> カテーテル等 <input type="checkbox"/> 腎瘻 <input type="checkbox"/> 膀胱瘻			
清潔	（更衣） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	（整容） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	（入浴） <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助			
	<input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 介助浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 清拭			
皮膚状態	褥瘡 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	創傷 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
コミュニケーション能力	視 力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
	聴 力 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
	意思疎通 <input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
精神面	認知症状 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
	<input type="checkbox"/> 無			
	<input type="checkbox"/> 幻覚・幻視 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> せん妄			
	<input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 暴力・攻撃性 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> その他： <input type="checkbox"/> 不穏 <input type="checkbox"/> 眠剤の使用			
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			
	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理			
特記事項				
参加者	院内		院外	
	院内		院外	

介護支援等連携指導 退院時共同指導 2 (+ 医師共同 + 3者共同)

北信地区看護連絡票（兼看護サマリー）

施設名 _____ → _____ 様

上記以外の施設への転用転送を禁じる

フリガナ 氏 名		生年月日	年 月 日	
住 所		キ-パ-ソン 及び連絡先	氏名 (続柄)	
病 名			TEL	
既往歴			携帯	
		介護保険	<input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 介護度	
		介護支援 専門員	事業所	担当者氏名
経 過 要 約		今 後 の 方 向 性		
		<input type="checkbox"/> 在宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 未定		
		申込み先:		
		かかりつけ医		
		日 常 生 活		
	麻 痺	<input type="checkbox"/> 有 (<input type="checkbox"/> 右上肢 <input type="checkbox"/> 左上肢 <input type="checkbox"/> 右下肢 <input type="checkbox"/> 左下肢)		
		<input type="checkbox"/> 無		
	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助		
		<input type="checkbox"/> 独歩 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> ストレッチャー		
リハビリ	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input type="checkbox"/> 可 <input type="checkbox"/> 不可		
		意思疎通	認知症状	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無
継 続 さ れ る 看 護 問 題		意思疎通	視力障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 聴力障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
		意思疎通	言語障害	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無
	食 事	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 介助 ()		
		嚥下障害 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無		
		食事形態		
		食事 (注入液) カロリー		
病 状 説 明 と 理 解		経管注入	<input type="checkbox"/> 経鼻 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 腸瘻	
		チューブ最終交換日	平成 年 月 日	
ご家族:	排 泄	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> ホ-タ-ルトイレ <input type="checkbox"/> 尿器 <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> 尿カテーテル		
		最終排便	平成 年 月 日	
		便秘対策		
		尿道カテーテル最終交換日	平成 年 月 日	
アレルギー	<input type="checkbox"/> 有 () <input type="checkbox"/> 無	尿道カテーテルのサイズ		
感 染 症	MRSA () 検査部位 ()	清 潔	<input type="checkbox"/> 清拭 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 特殊浴 介助 <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	
	その他 () 検査日 月 日		最終入浴日	平成 年 月 日
継 続 さ れ る 医 療 的 管 理 ・ 処 置 (処置名・方法・材料名)				
項 目	<input type="checkbox"/> 酸素 <input type="checkbox"/> 吸引 <input type="checkbox"/> インスリン <input type="checkbox"/> 呼吸器 <input type="checkbox"/> 点滴 <input type="checkbox"/> 胃瘻 <input type="checkbox"/> 内服薬管理 (薬剤内容については添付資料参照)			家族構成
(詳細は下欄へ)	褥瘡 <input type="checkbox"/> 有 (部位:) <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 点眼 等			
備考				
記載日	平成 年 月 日	病棟名	看護師	師長 印

情報提供日 年 月 日 患者又は家族名 _____ 印 (看護サマリー時は同意サイン不要)

連絡先(問い合わせ場所)

【参考資料】

入退院における連携・調整に関する診療報酬・介護報酬（平成30年 4 月改定後）（概要）

長野県北信保健福祉事務所調べ

※ ____は、平成30年 4 月診療報酬・介護報酬改定に伴うもの。詳細は改めて御確認を。

◆ 入院時に生活・介護情報を提供（《介護報酬》介護支援専門員）

- 入院時情報連携加算（Ⅰ）
 - ・入院後 3 日以内に情報提供（提供方法は問わない）：200 単位／月
- 入院時情報連携加算（Ⅱ）
 - ・入院後 7 日以内に情報提供（提供方法は問わない）：100 単位／月

◆ 入院時の対応（入院中の保険医療機関）

※ 入退院支援加算の対象である「退院困難な要因」に、虐待や生活困窮等により入院早期から福祉等の関係機関との連携が必要な状態及び小児における退院困難な場合を追加

○入院時支援加算【新設】

- ・外来において、入院中に行われる治療の説明、入院生活に関するオリエンテーション、持参薬の確認、褥瘡・栄養スクリーニング等を実施し、支援を行った場合：200 点（退院時 1 回）

<要件>

- ・自宅等（他の保険医療機関から転院する患者以外）から入院する予定入院患者であること。
- ・入退院支援加算を算定する患者であること。

○入退院支援加算 1【名称を退院支援加算から改称】

- ・一般病棟入院基本料等の場合：600 点
- ・療養病棟入院基本料等の場合：1,200 点

<要件>

- ・入院後 3 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出
- ・原則として、一般病棟は入院後 7 日以内に、療養病棟は14日以内に患者・家族と面談を行い、7 日以内に退院支援計画の作成に着手
- ・入院後 7 日以内に共同してカンファレンスを実施
- ・専従 1 名（看護師又は社会福祉士）・専任 1 名（看護師又は社会福祉士）
- ・退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2 病棟120床に 1 名以上）
- ・連携する医療機関等（20か所以上）の職員と定期的な面会を実施（年 3 回以上）
- ・介護支援専門員との連携実績

○入退院支援加算 2【名称を退院支援加算から改称】

- ・一般病棟入院基本料等の場合：190 点
- ・療養病棟入院基本料等の場合：635 点

<要件>

- ・入院後 7 日以内に退院困難な要因を有している患者を抽出
- ・できるだけ早期に患者・家族と面談し、7 日以内に退院支援計画の作成に着手
- ・できるだけ早期に共同してカンファレンスを実施
- ・専従 1 名（看護師又は社会福祉士）・専任 1 名（看護師又は社会福祉士）

○地域連携診療計画加算

- ・入退院支援加算適用病棟入院患者について、あらかじめ地域連携診療計画を作成し、退院時に当該計画及び診療情報を文書により提供した場合：300 点（退院時 1 回）
（地域連携診療計画加算を算定した場合は、退院時共同指導料 2 は別に算定できない。）

◆ 退院後の介護等に関する入院中の対応

○介護支援等連携指導料（入院中の保険医療機関）【名称を介護支援連携指導料から改称】

- ・ 400 点（入院中 2 回まで算定可）

<要件>

- ※ 注の見直しが行われ、対象サービスに障害福祉サービスを追加するとともに、連携対象職種に相談支援専門員を追加
- ・ 入院先の医療スタッフ（医師、看護師、社会福祉士等）が介護支援専門員又は相談支援専門員と共同して介護保険サービス又は障害福祉サービスを受ける上での医学的留意事項、療養上の留意事項等を共同して説明・指導
- ・ 介護支援専門員に、指導内容を踏まえたケアプランの写しの提供を求め、本人・家族に提供した文書の写しとともに、診療録に添付

○退院時共同指導料 1（退院後の在宅医療を担う保険医療機関）

- ・ 在宅療養支援診療所 1,500 点（特別な状態 200 点加算）、それ以外 900 点（入院中 1 回）

<要件>

- ※ 注 1 の見直しが行われ、退院後の在宅医療を担う医療スタッフの職種を追加
- ・ 入院中の患者について、退院後の在宅医療を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指導を受けた保健師、助産師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士が、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士と共同して説明・指導を行った上で、文書により情報提供した場合

○退院時共同指導料 2（入院中の保険医療機関）

- ・ 400 点（在宅担当医と共同 300 点、退院後の在宅医療を担う医療スタッフ等のいずれか 3 者以上と共同（多機関共同指導加算） 2,000 点をそれぞれ加算）（入院中 1 回）
- ・ 共同指導が行えなかった場合、自宅以外の場所に退院する患者の療養に必要な情報提供も算定可能

<要件>

- ※ 注 2 の見直しが行われ、退院後の在宅医療を担う医療スタッフの職種を追加
- ・ 入院中の患者について、入院中の保険医療機関の保険医、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士が、退院後の在宅医療を担う保険医療機関の保険医又は当該保険医の指導を受けた保健師、助産師、看護師等、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士又は社会福祉士と共同して説明・指導を行った上で、文書により情報提供した場合
- ※ 注 3 の見直しが行われ、退院後の在宅医療を担う医療スタッフ、介護支援専門員の他に相談支援専門員を追加
- ・ 保険医、看護師等、保険歯科医師、歯科衛生士、保険薬剤師、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、介護支援専門員若しくは指定特定相談事業者等の相談支援専門員のうちいずれか 3 者以上と共同して指導を行った場合（多機関共同指導加算）（多機関共同指導加算を算定した場合は、介護支援等連携指導料は別に算定できない。）

◆ 退院後の介護サービス支援の準備（《介護報酬》介護支援専門員）

○退院・退所加算

- ・ 入院中 3 回まで算定可、うち 1 回は医療機関でのカンファレンスに参加
- ・ 入院中の要介護者に対し、病院の職員と面談して情報を共有し、ケアプランに反映

連携回数	カンファレンス参加 無	カンファレンス参加 有
連携 1 回	450 単位	600 単位
連携 2 回	600 単位	750 単位
連携 3 回	×	900 単位

北信地域入退院時医療・介護連携ルール関係機関連絡先一覧

1 病院

(平成30年12月18日現在)

病院・診療所名	連携担当部署名等	電話番号	FAX番号	郵便番号/住所	備考
北信総合病院	入院時	(0269) 22-2151 (代表)	(0269) 22-2812	383-8505 中野市西一丁目5番63号	
	入院中	同上	同上	同上	
飯山赤十字病院	入院時	(0269) 62-4195 (内線2513)	(0269) 62-1982	389-2295 飯山市大字飯山226-1	
	入院中	同上	同上	同上	
佐藤病院	入院時	(0269) 38-3311	(0269) 38-3880	389-2102 中野市大字上今井601番地	
	入院中	同上	同上	同上	

2 地域包括支援センター

(平成30年12月18日現在)

センター名	担当地区	電話番号	FAX番号	郵便番号/住所	備考
中野市地域包括支援センター	中野市	(0269) 22-2111 ^(代) 24-1064 ^(代)	(0269) 22-2295	383-8614 中野市三好町1-3-19 中野市高齢者支援課内	
飯山市地域包括支援センター	飯山市	(0269) 62-3111	(0269) 62-3127	389-2292 飯山市大字飯山1110-1 飯山市民生部内	
山ノ内町地域包括支援センター	山ノ内町	(0269) 33-8412	(0269) 33-8413	381-0401 下高井郡山ノ内町大字平穩3371-2 山ノ内町地域福祉センター内	
木島平村地域包括支援センター	木島平村	(0269) 82-4771	(0269) 82-4121	389-2392 下高井郡木島平村大字往郷973-1 木島平村民生課内	
野沢温泉村地域包括支援センター	野沢温泉村	(0269) 85-4701	(0269) 85-4760	389-2592 下高井郡野沢温泉村大字豊郷9817 野沢温泉村民生課内	
栄村地域包括支援センター	栄村	(0269) 87-3301	(0269) 87-3308	389-2792 下水内郡栄村大字北信3433 栄村健康支援課内	

3 居宅介護支援事業所

(平成30年12月18日現在)

事業所名	サービス提供地域	電話番号	FAX番号	郵便番号/住所	備考
やわらぎの家 居宅介護支援事業所	中野市	(0269) 28-9012	(0269) 38-0061	383-0013 中野市中野291-2	
JAアップル居宅介護支援事業所	中野市	(0269) 26-6923	(0269) 38-0145	383-0015 中野市大字吉田519	
医療法人みゆき会 なかのケアプランセンター	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、小布施町、長野市、飯綱町、信濃町	(0269) 38-0667	(0269) 38-0668	383-0025 中野市三好町一丁目4-25 日野ビル2F	
北信総合病院	中野市	(0269) 23-2406	(0269) 23-3174	383-8505 中野市西一丁目5番63号	
中野市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	中野市	(0269) 24-0165	(0269) 23-1710	383-0042 中野市大字西条70番地1 中野市ふれあい福祉センター内	
ニチケアセンター中野若宮	中野市、飯山市、山ノ内町、小布施町	(0269) 24-7077	(0269) 24-7078	383-0064 中野市大字新井356-5	

事業所名	サービス提供地域	電話番号	FAX番号	郵便番号 / 住所	備考
しんしゅうなかの敬老園 居宅介護支援事業所	中野市	(0269) 24-6523	(0269) 26-6539	383-0021 中野市西一丁目6番2号	
居宅介護支援事業所えにし	中野市、山ノ内町 (志賀高原除く)	(0269) 24-6324	(0269) 24-6325	383-0064 中野市大字新井 361-1	
居宅介護支援事業所すまいる	中野市(豊田の一部を除く)、山ノ内町の一部、小布施町、長野市の一部、須坂市の一部	(0269) 38-0228	(0269) 24-6252	383-0034 中野市大字新野 59-1	
居宅介護支援事業所よろこび	中野市	(0269) 23-1718	(0269) 24-6768	383-0041 中野市大字岩船 227	
プランセンターちとせ 中野事業所	中野市	(0269) 38-0271	(0269) 33-0281	383-0012 中野市一本木 322-1	
医療法人くまき整形外科 リウマチ科クリニック	中野市、飯山市、山ノ内町	(0269) 23-1301	(0269) 23-1302	383-0012 中野市一本木 282-1	
在宅ケアセンター湯の花	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、小布施町、長野市	(0269) 38-1032	(0269) 22-4928	383-0065 中野市大字田麦 341-3	
居宅介護支援事業所みつわ	中野市、山ノ内町、小布施町	(0269) 38-8412	(0269) 26-1165	383-0043 中野市三ツ和 594-1	
ながでんハートネット居宅介護 支援中野	中野市、飯山市、山ノ内町	(0269) 38-0347	(0269) 23-1510	383-0021 中野市西 1-1-1	
居宅介護支援事業所 ひなたぼっこ	中野市	(0269) 38-1653	(0269) 38-1654	383-0015 中野市吉田 1249-1	
居宅介護支援事業所しなの928	中野市、飯山市、山ノ内町、小布施町、長野市	(0269) 38-1653	(0269) 38-1654	383-0015 中野市吉田 1249-1	休止中
飯山市社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	飯山市	(0269) 62-2915	(0269) 62-2920	389-2253 飯山市大字飯山 7355-4	
飯山市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所常盤	飯山市	(0269) 65-5800	(0269) 65-5801	389-2413 飯山市大字照里 1555番地 7	
北信州みゆき居宅介護支援センター	飯山市	(0269) 81-3011	(0269) 81-3012	389-2253 飯山市大字飯山 3567番地	
いいやま介護老人保健施設 みゆき居宅介護支援事業所	飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村	(0269) 81-3920	(0269) 81-3851	389-2232 飯山市大字下木島 9番地	
居宅介護支援事業所ゆりかご	飯山市	(0269) 81-3888	(0269) 81-3887	389-2255 飯山市大字静間 2900-2	
指定居宅介護支援事業所ちとせ	山ノ内町、中野市	(0269) 33-1648	(0269) 38-1787	381-0405 下高井郡山ノ内町大字夜間瀬 2506-1	
介護相談処やまぶき	山ノ内町、中野市	(0269) 31-1225	(0269) 38-0058	381-0404 下高井郡山ノ内町戸狩 376-3	
山ノ内町社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	山ノ内町	(0269) 33-1105	(0269) 33-8413	381-0401 下高井郡山ノ内町大字平穏 3371-2 山ノ内町地域福祉センター内	
居宅介護支援事業所ぬくもり	山ノ内町、中野市	(0269) 31-3511	(0269) 31-3511	381-0401 下高井郡山ノ内町大字平穏 4387-1	
いずみの介護相談	山ノ内町	(0269) 38-1030	(0269) 38-1035	381-0401 下高井郡山ノ内町大字平穏 4145	
居宅介護支援事業所たかやしろ	山ノ内町、中野市	(0269) 33-1992	(0269) 33-1995	381-0405 下高井郡山ノ内町大字夜間瀬 2449-2	
にこにこ居宅介護支援事業所	山ノ内町、中野市、長野市(豊野)	(0269) 33-0545	(0269) 31-1252	381-0401 下高井郡山ノ内町大字平穏 2926-33	

事業所名	サービス提供地域	電話番号	FAX番号	郵便番号 / 住所	備考
木島平村社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	木島平村	(0269) 82-4115	(0269) 82-4344	389-2302 下高井郡木島平村大字往郷 908-3	
野沢温泉の夢を結ぶ会	野沢温泉村	(0269) 85-2277	(0269) 85-2277	389-2502 下高井郡野沢温泉村大字豊郷 4399番地	
野沢温泉村老人福祉センター	野沢温泉村	(0269) 85-4348	(0269) 85-4762	389-2502 下高井郡野沢温泉村大字豊郷 9100-2	
栄村社会福祉協議会	栄村	(0269) 87-3450	(0269) 87-3455	389-2702 下水内郡栄村大字北信 3601番地1	

4 訪問看護ステーション

(平成30年8月30日現在)

事業所名	サービス提供地域	電話番号	FAX番号	郵便番号 / 住所	備考
訪問看護ステーションなかの	中野市	(0269) 23-2403	(0269) 23-3174	383-8505 中野市西一丁目5番63号	
訪問看護ステーションせせらぎ	中野市、飯山市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村	(0269) 23-2413	(0269) 23-2413	383-8505 中野市西一丁目5番63号	
訪問看護ステーションちとせ	中野市、山ノ内町	(0269) 38-0271	(0269) 33-0281	383-0012 中野市一本木 322-1	
飯山赤十字訪問看護ステーション	飯山市、中野市、山ノ内町、木島平村、野沢温泉村、栄村	(0269) 62-4195	(0269) 62-4449	389-2295 飯山市大字飯山 226-1	
訪問看護ステーションきたしなの	飯山市、木島平村、野沢温泉村、栄村	(0269) 65-5255	(0269) 65-5256	389-2322 飯山市大字瑞徳 4921番地	
訪問看護ステーションあいあい	飯山市、木島平村、中野市(岩井)	(0269) 62-3162	(0269) 62-1230	389-2253 飯山市大字飯山 2128-22	
訪問看護ステーションたかやしろ	山ノ内町、中野市	(0269) 33-1992	(0269) 33-1995	381-0405 下高井郡山ノ内町大字夜間瀬 2449-2	

介護（予防）情報連携連絡票（1号書式）

医療と介護との連携連絡票

平成 年 月 日

宛 先	医療機関・薬局の 名称及び所在地	発 信 元	介護事業所の 名称及び所在地
	電話番号		電話番号
	FAX番号		FAX番号
	職 名 医師・歯科医師・薬剤師		職 名
	氏 名 (宛)		氏 名 (発信)

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、ご都合の良い連絡方法等につきまして、FAXにて返信をお願い申し上げます。

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用 者	氏 名		介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
	住 所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女
		<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など <input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など <input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談 <input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶		
<利用者の照会・相談内容等> <div style="text-align: right;">担当者 職氏名 印</div>				

連絡方法等並びに回答書（返信）

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします（時間帯 月 日 時頃お出ください）
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします（時間帯 月 日 時頃お出ください）
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します
<医師・歯科医師・薬剤師からの回答・助言等> <div style="text-align: right;">平成 年 月 日 氏名 印</div>	

H25.8改訂 長野県医療と介護との連携検討会