

奄美大島・喜界島

入退院時連携の情報共有ルールの手引き

Ageing in Place の実現を目指して
～ 患者さんの退院を地域全体で支えるために ～

令和5年4月

奄美大島・喜界島在宅医療・介護連携推進事業運営委員会

<目次>

1	「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」策定の目的	1
2	「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の基本	2
	(1) 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」とは	
	(2) 奄美大島・喜界島の範囲	
	(3) ルールの参加機関	
	(4) ルールの対象となる患者・利用者	
	(5) ルールの位置づけ	
	(6) ルールの見直し	
3	「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の内容	4
	(1) 入院前にケアマネジャーが決まっている場合	
	(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合	
	(3) 病院・有床診療所が、在宅への退院が可能かどうか判断する基準	
	(4) 入退院情報共有のフロー図	
4	介護保険の概要	7
	○ 介護保険制度について	
	○ 介護サービス利用までの流れ	
	○ 個人情報の取扱いについて	
5	参考様式	9
	(1) ケアマネジャーが必要と感じている情報	
	(2) 入院時情報共有シート（入院・入所時情報連携シート（様式①））	
	(3) 退院時情報共有シート	
6	奄美大島・喜界島 関係機関連絡先一覧	13
	(1) 病院・有床診療所の担当窓口一覧（令和5年6月更新）	
	(2) 居宅介護支援事業所一覧（令和5年6月更新）	
	(3) 小規模多機能型居宅介護事業所一覧	
	(4) 地域包括支援センター一覧	
7	「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の策定経過	19
8	「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の策定後経過	23
9	「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」に関する 相談窓口・お問い合わせ先	26

1 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」策定の目的

退院調整のための「病院」と「ケアマネジャー」間のルールを策定

介護を必要とする患者・利用者が、退院の準備をする際に、病院からケアマネジャーへの引き継ぎ（情報共有）がされないことにより、必要な介護サービスがタイムリーに受けられず、在宅生活へ円滑に移行できない場合があります。

入院前にケアマネジャーが決まっている患者・利用者で、退院の準備をする際に病院からの引き継ぎがあった割合を奄美大島・喜界島において調査した結果、平成29年12月時点で、85.3%と他地域と比較して高く、医療と介護の連携は既に一定程度図られている地域と言えますが、逆に1割以上の患者・利用者は病院からの引き継ぎがなく、退院後困ったことになった事例があることも分かりました。

さらに連携の強化を図り、入退院時の情報共有がなかったために困ったことになった患者・利用者や家族を1例でもなくすという共通認識のもと、奄美大島・喜界島の病院職員とケアマネジャーが連携をとりやすくするために、連携の仕組みを地域全体で共有し、見える化した「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」を策定しました。

策定過程においては、奄美大島・喜界島の病院職員、ケアマネジャー、関係団体、大島郡医師会（在宅医療連携支援センター）、地域包括支援センター、市町村、名瀬保健所など、多くの方々が、複数回にわたり検討・協議を行いました。

この情報共有ルールを地域全体で運用し、介護を必要とする患者・利用者が、疾患を問わず、奄美大島・喜界島のどの病院から退院しても、必要なサービスがタイムリーに受けられ、安心して在宅に戻ることができるよう、医療（病院）と介護（ケアマネジャー・地域包括支援センター）が連携強化を図り、支援していくことをルールの目的としています。

この手引きは、退院調整を行う病院職員やケアマネジャーなど関係者に向けて作成したものです。

患者・利用者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いただき、情報共有ルールの普及・活用に、ご協力くださいますようお願いいたします。

2 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の基本

(1) 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」とは

患者・利用者が退院する際に、必要な介護保険サービスをタイムリーに受けられることができるよう、病院・有床診療所とケアマネジャーが、患者・利用者の入院時から情報を共有し、退院に向けて、カンファレンスやサービス調整などを行うための、奄美大島・喜界島の連携のしくみです。

患者・利用者の退院に向けて、病院・有床診療所とケアマネジャーが連携をとるためのそれぞれの役割などを定めています。

このルールは、令和2年6月から病院での入退院時に活用するため運用を開始しましたが、令和3年4月から有床診療所も参加となりました。

(2) 奄美大島・喜界島の範囲

(奄美医療圏のうち、名瀬保健所管内6市町村)

奄美市、大和村、宇検村、瀬戸内町、龍郷町、喜界町

(3) ルールの参加機関

- ① 病院・有床診療所
- ② 居宅介護支援事業所
- ③ 小規模多機能型居宅介護事業所
- ④ 地域包括支援センター
- ⑤ 市町村高齢者福祉・介護保険担当課

(4) ルールの対象となる患者・利用者

- ① 入院前にケアマネジャーが決まっている方
※検査入院や短期間の入院で、入院前後の変化が少ない方等については、病院・有床診療所の職員とケアマネジャーでルール適用の要否を協議する。
- ② 入院前にケアマネジャーが決まっていない方
⇒ 退院後、新たに介護（予防）サービスを利用する方
※「退院調整が必要な患者の基準（別表1）」により、病院・有床診療所が、退院調整が必要と判断した方が対象

別表1「退院調整が必要な患者の基準」(入院前にケアマネジャーが決まっていない場合)

1 必ず退院調整が必要な患者(要介護レベル)

- * 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, また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等

2 上記以外で, 見逃してはいけない患者(要支援レベルの一部)

- * 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は自立でも) がん末期の方, 新たに医療処置(膀胱バルーンカテーテルの留置, 経管栄養, 吸引など)が追加された方

退院調整ルール策定マニュアルより抜粋(都道府県医療介護連携調整実証事業アドバイザー組織作成)

(5) ルールの位置づけ

「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」は, 病院・有床診療所とケアマネジャーの連携を取りやすくするための標準を定めた「ツール」であり, 強制的な効力を持つものではありません。

ルールに定めた日数などは, 「目安」と考えていただき, 個別の事情に応じた対応が必要な場合は, 関係者間で適宜調整してください。

また, 入退院時の必要な情報を共有するために, 参考様式を掲載しましたが, 各病院・有床診療所, 居宅支援事業所等の既存の様式の使用を妨げるものではありません。

「退院時」様式は, 今回のルール策定過程において, ケアマネジャーの意見を参考に作成しましたが, 「入院時」様式は, ケアマネあまき作成の様式を掲載しています。


(6) ルールの見直し

「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」は, 運用後, 定期的な運用状況の確認, 評価を行い, 必要があれば関係者間で協議の上, 適宜見直しを行います。

3 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の内容



※ 3（4）入退院時の情報共有のフロー図（P6）を参照

（1）入院前にケアマネジャーが決まっている場合

	病院・有床診療所職員	ケアマネジャー
在宅時 ↓		<p>◆ 利用者の入院に早く気づくための工夫</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当する利用者に、ケアマネジャーの名前を「医療保険証、介護保険証、お薬手帳等」と一緒に保管するよう勧める。 ・ 入院したらケアマネジャーに連絡するよう利用者・家族に伝えておく。
入院 ↓	<p>① 介護保険証の確認</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアマネジャーが分からない場合は、患者の住所地の地域包括支援センター（P18）へ問い合わせる。 <p>② 入院時の連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 担当ケアマネジャーを確認し、入院したことを速やかに連絡する。 	<p>③ 入院時情報の提供</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院を把握したら、入院時情報共有シートを作成し、速やかに（3日または7日以内に）病院・有床診療所へ提供する。 （原則として、電話連絡の上、持参またはFAX） ※ 遠方の場合は、電話・FAXを活用
	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">どちらか早い方が相手にアプローチする</div>	
	 <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">※ この時、お互いに連携相手をしっかり確認</div>	
退院の見込 ↓	<p>④ 退院の見込みを連絡</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 入院後 10 日～2週間程度を目途に「在宅への退院が可能かどうか」を判断する。 ・ 可能と判断されたら、速やかにケアマネジャーへ連絡する。 <p><i>※転院する場合：ケアマネジャーに連絡。転院先へは担当ケアマネジャーを伝える。</i></p>	<p>④を受け、情報収集と退院に向けた調整開始</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・有床診療所から退院見込の連絡があったら、退院調整のための情報共有について、いつ、どこで、どんな方法で行うのか、病院・有床診療所と調整する。
退院調整 ↓	<p>⑤ 必要に応じて、入院中の情報共有を行ない、退院調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 病院・有床診療所の職員は、退院調整に必要な情報を院内の関係者から収集する。 ・ カンファレンスは、退院までの準備期間を想定し余裕をもって開催するよう努める。（必要に応じた開催回数） ・ カンファレンスの日程調整は、できるだけ1週間前までに行う。 ・ 病院・有床診療所の職員とケアマネジャーは、カンファレンス等で退院調整に必要な情報や患者・利用者、家族の意向等を共有する。 （「退院時情報共有シート」等のツールを活用） ・ ケアマネジャーは、ケアプラン作成、介護サービスの調整等を行う。 	
退院日決定 ↓	<p>⑥ 退院</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ 事前に主治医の許可した退院日をケアマネジャーに連絡する。 	
退院時 退院後	<p>⑦ 各種サマリーの提供（必要に応じ）</p>	<p>⑧ 退院後の情報提供（必要に応じ）</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ ケアプランの提供 ・ 退院後の生活について情報提供

(2) 入院前にケアマネジャーが決まっていない場合

⇒ 退院後、新たに介護（予防）サービスを利用する方

	病院・有床診療所職員	地域包括支援センター
入院 	① 介護保険証の確認，要介護認定の有無の確認 ・ 要介護認定を受けているかどうか分からない場合，患者の住所地の地域包括支援センター（P18）へ問い合わせる。 なお，個人情報の取り扱いには，十分注意。 ※ 要介護認定を受けていても，介護サービスを利用しておらず，ケアマネジャーが決まっていない場合もあります。	○ 病院・有床診療所からの問い合わせに対応する。 ・ 介護認定の有無や要介護認定を受けている場合，契約している居宅介護支援事業所を伝える。
退院の見込 	○ 退院調整の必要性の判断 ・ 入院後 10 日～2 週間程度を目途に「在宅への退院が可能かどうか」を判断する。 ・ 「退院調整が必要な患者の基準」に基づき，退院調整が必要かどうかを判断する。 ◎ 退院調整が必要と判断され，ケアマネジャーがない場合，地域包括支援センターと相談	○ 病院・有床診療所からの相談に対応する。 ・ 要介護認定申請が必要な場合は，患者や家族等に介護保険制度の説明を行い，申請を支援する。 ・ 申請はしないが，何らかの支援が必要な場合は，総合事業や訪問等の支援につなげる。 ○ 新規申請があった場合は，患者の状態に応じて，早めにケアマネジャーへ連絡するよう努める。
		ケアマネジャー
		○ 担当ケアマネジャーが決まったら，速やかに病院・有床診療所の職員に連絡を入れる。
退院調整	※ 以降の流れは，（1）ケアマネジャーが決まっている場合と同じ。	
退院日決定		
退院時 退院後		

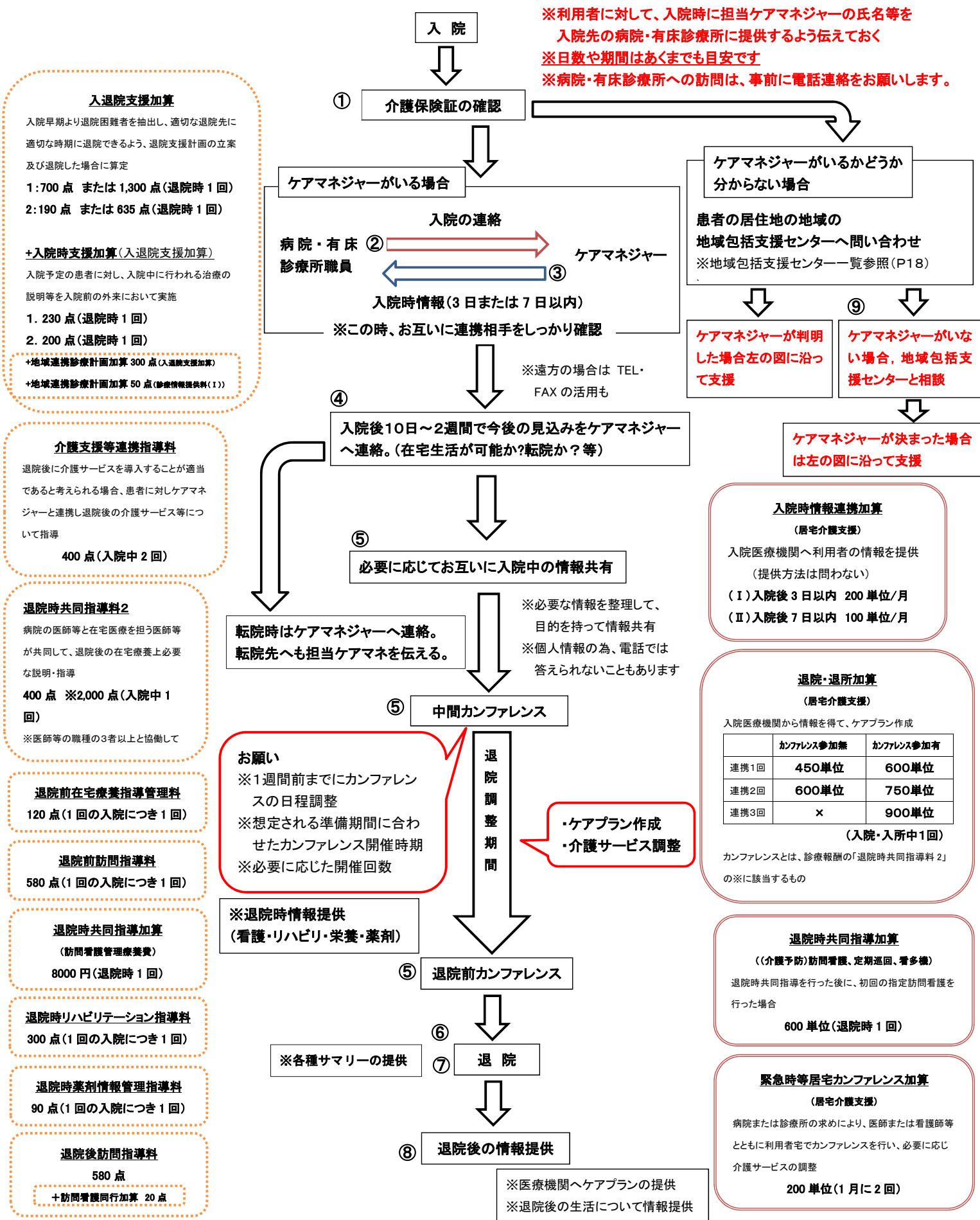
(3) 病院・有床診療所が，在宅への退院が可能かどうか判断する基準

病院・有床診療所の職員が，患者・家族等の意向を踏まえ，入院後 10 日から 2 週間を目途に，次の基準により「在宅への退院が可能かどうか」を判断します。ケアマネジャーに「退院の見込」を連絡する目安となります。

◇ 「在宅への退院ができそう」と判断する基準

- 1 病状がある程度安定した状態である。
- 2 在宅での介護が可能そうである。

(4) 「入退院情報共有のフロー図」



※利用者に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名等を入院先の病院・有床診療所に提供するように伝えておく
 ※日数や期間はあくまでも目安です
 ※病院・有床診療所への訪問は、事前に電話連絡をお願いします。

入退院支援加算
 入院早期より退院困難者を抽出し、適切な退院先に適切な時期に退院できるよう、退院支援計画の立案及び退院した場合に算定
 1:700点 または 1,300点(退院時1回)
 2:190点 または 635点(退院時1回)

+入院時支援加算(入退院支援加算)
 入院予定の患者に対し、入院中に行われる治療の説明等を入院前の外来において実施
 1. 230点(退院時1回)
 2. 200点(退院時1回)

+地域連携診療計画加算 300点(入退院支援加算)
 +地域連携診療計画加算 50点(診療情報提供料(1))

介護支援等連携指導料
 退院後に介護サービスを導入することが適当であると考えられる場合、患者に対しケアマネジャーと連携し退院後の介護サービス等について指導
 400点(入院中2回)

退院時共同指導料2
 病院の医師等と在宅医療を担う医師等が共同して、退院後の在宅療養に必要な説明・指導
 400点 ※2,000点(入院中1回)
 ※医師等の職種が3者以上と協働して

退院前在宅療養指導管理料
 120点(1回の入院につき1回)

退院前訪問指導料
 580点(1回の入院につき1回)

退院時共同指導加算(訪問看護管理療養費)
 8000円(退院時1回)

退院時リハビリテーション指導料
 300点(1回の入院につき1回)

退院時薬剤情報管理指導料
 90点(1回の入院につき1回)

退院後訪問指導料
 580点
 +訪問看護同行加算 20点

お願い
 ※1週間前までにカンファレンスの日程調整
 ※想定される準備期間に合わせたカンファレンス開催時期
 ※必要に応じた開催回数

※退院時情報提供(看護・リハビリ・栄養・薬剤)

※各種サマリーの提供

※必要な情報を整理して、目的を持って情報共有
 ※個人情報の為、電話では答えられないこともあります

※医療機関へケアプランの提供
 ※退院後の生活について情報提供

ケアマネジャーがいるかどうか分からない場合
 患者の居住地の地域の地域包括支援センターへ問い合わせ
 ※地域包括支援センター一覧参照(P18)

⑨ ケアマネジャーが判明した場合左の図に沿って支援
 ケアマネジャーがいない場合、地域包括支援センターと相談

ケアマネジャーが決まった場合は左の図に沿って支援

入院時情報連携加算(居宅介護支援)
 入院医療機関へ利用者の情報を提供(提供方法は問わない)
 (I)入院後3日以内 200単位/月
 (II)入院後7日以内 100単位/月

退院・退所加算(居宅介護支援)
 入院医療機関から情報を得て、ケアプラン作成

	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

(入院・入所中1回)
 カンファレンスとは、診療報酬の「退院時共同指導料2」の※に該当するもの

退院時共同指導加算
 ((介護予防)訪問看護、定期巡回、看多機)
 退院時共同指導を行った後に、初回の指定訪問看護を行った場合
 600単位(退院時1回)

緊急時等居宅カンファレンス加算(居宅介護支援)
 病院または診療所の求めにより、医師または看護師等とともに利用者宅でカンファレンスを行い、必要に応じ介護サービスの調整
 200単位(1月に2回)

《診療報酬の加算》
 (令和4年4月改定を参考)

※算定に当たっては、各病院・有床診療所、各事業所で最新の算定要件・施設基準を確認してください。

《介護報酬の加算》
 (令和3年4月改定を参考)

4. 介護保険の概要

参考資料

○ 介護保険制度について

1 介護保険制度とは

介護保険制度は、平成 12 年 4 月からスタートしました。

居住地の市町村（保険者）が制度を運用しています。

40 歳以上の人は、被保険者として介護保険に加入できます。

65 歳以上の人は、市町村が実施する要介護認定において介護が必要と認定された場合、いつでもサービスを受けることができます。

また、40 歳から 64 歳までの人は、介護保険の対象となる特定疾病により介護が必要と認定された場合は、介護サービスを受けることができます。

2 介護保険サービスの対象者

(1) 65 歳以上の人（第 1 号被保険者）

寝たきりや認知症などにより、介護を必要とする状態（要介護状態）になったり、家事や身支度等、日常生活に支援が必要な状態（要支援状態）になった場合

(2) 40 歳から 64 歳までの人（第 2 号被保険者）

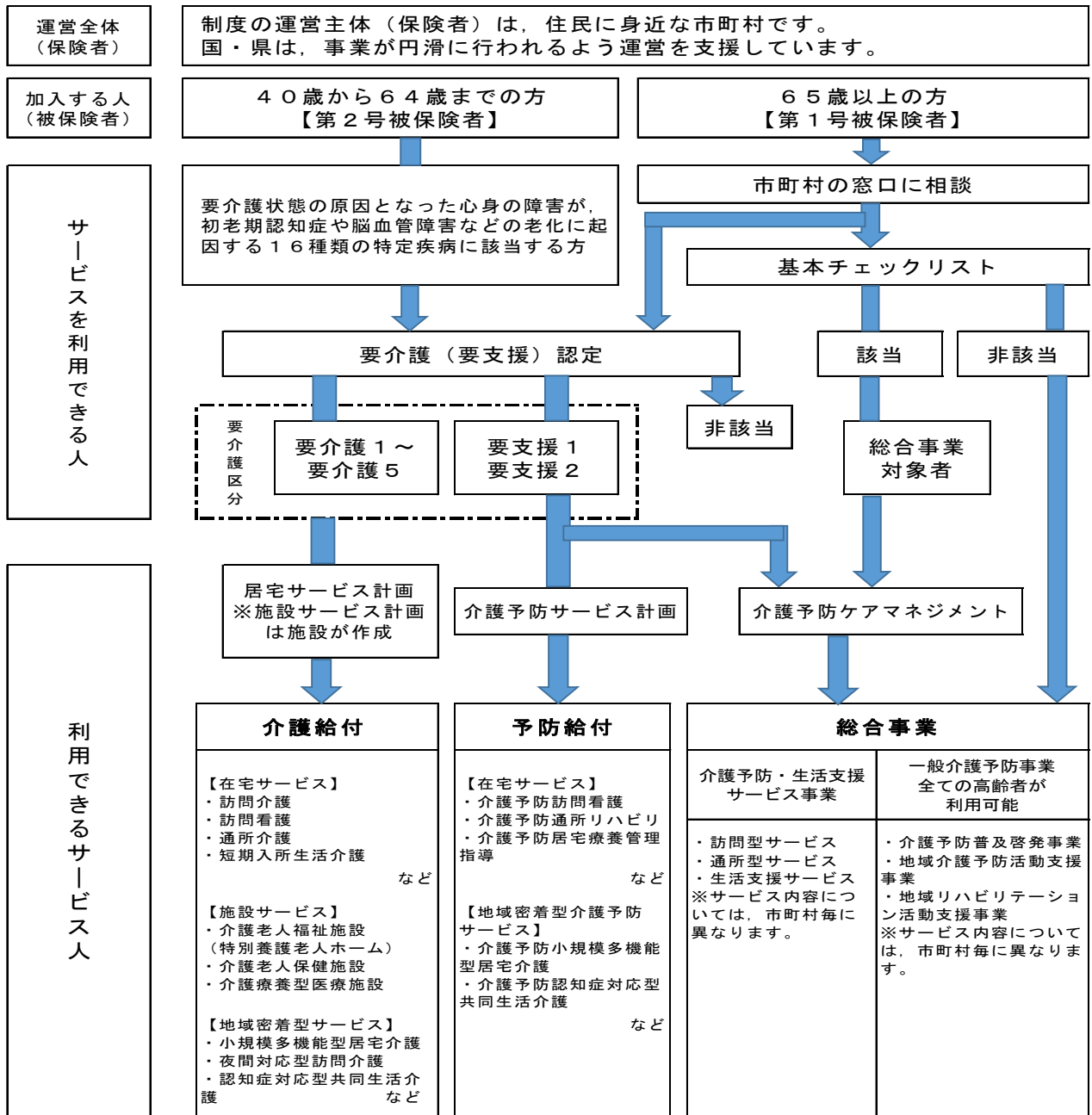
初老期の認知症，脳血管疾患など老化が原因とされる病気（※特定疾病）により，要介護状態や要支援状態になった場合

※ 特定疾病

- ① がん末期
- ② 関節リウマチ
- ③ 筋萎縮性側索硬化症
- ④ 後縦靭帯骨化症
- ⑤ 骨折を伴う骨粗しょう症
- ⑥ 初老期における認知症
- ⑦ 進行性核上性麻痺，大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
- ⑧ 脊髄小脳変性症
- ⑨ 脊柱管狭窄症
- ⑩ 早老症
- ⑪ 多系統萎縮症
- ⑫ 糖尿病性神経障害，糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症
- ⑬ 脳血管疾患
- ⑭ 閉塞性動脈硬化症
- ⑮ 慢性閉塞性肺疾患
- ⑯ 両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

○ 介護サービス利用までの流れ

①介護保険のあらまし ◆平成29年度4月から開始した総合事業の流れを含みます◆



○ 個人情報の取扱について

医療・介護関係者間の連携においても、個人情報の取扱には細心の注意を払わなくてはなりません。しかし、個人情報保護を優先するあまり、互いの連携がうまくいかないのでは、結果的に患者の不利益となります。そこで、厚生労働省から出されている「医療・介護関係者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(平成29年4月14日(令和5年3月一部改正))を参考にしてください。



こちらの厚生労働省のホームページから入手できます。

<http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html>

5. 参考様式

(1) ケアマネジャーが必要と感じている情報

(2) 入院時情報共有シート（入院・入所時情報連携シート（様式①））

(3) 退院時情報共有シート

ケアマネジャーが必要と感じている情報

項目		情報	理由
患者・病 本院か ら・家 族の説 明とい い	説明内容	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族それぞれへの説明内容、看取りの希望、余命 本人への告知の有無 告知をした医師の名前と時期 入院中の家族への説明 	<ul style="list-style-type: none"> 「家に帰る」ことだけを目指にするのではなく、本人が「家でどのように過ごしていきたいのか」を目標にして支援をする。本人の意思が明確でないと、家族や支援者も混乱することが多い。また、このことについて入院中に本人、病棟スタッフと共有し退院に向けて準備していくことが重要である。 在宅療養・看取りを視野に支援する必要が出てくる
	退院に対する意向	<ul style="list-style-type: none"> 本人・家族の退院に対する意向（患者と家族との意向にズレがないか等） 本人・家族の治療の意向や、病気や治療に対する理解度 本人が望む自宅や地域で暮らす生活のイメージ 本人・家族の今後の希望 等 	
A D L	ADL	<ul style="list-style-type: none"> 食事、入浴、歩行状態（普段は車椅子なのか、ベッド周囲は歩いたりしているなど細かい場面でのADLの状況、排泄の状況） 入院前と現状のADL低下 排泄の状態（ポータブルトイレで可能か、おむつ使用なのか？日中と夜間の違い等） 最終排便 最終入浴 	<ul style="list-style-type: none"> 本人がどこまでできるのか、介助の必要性を知る これまでのサービスから変更の必要があるか判断する 住環境の整備のため、住宅改修・福祉用具の導入の必要性を確認する（病状によっては軽度認定でも必要な福祉用具を検討する必要があるため） 利用するサービスに制限が出てくる場合がある
	家屋調査	<ul style="list-style-type: none"> 家屋調査の実施と家屋調査報告書（アセスメント内容） 	
	食事	<ul style="list-style-type: none"> 食事について（形態や治療食なのか、形態が変わった理由等） 食事に対する指導内容（塩分、カロリー、蛋白等） 食事など入院前と変化した点 	<ul style="list-style-type: none"> 病状のコントロールに影響するため必要（ADLと関連する）
	服薬管理	<ul style="list-style-type: none"> 処方内容（入院中、薬の変更の可能性があるため） 入院前と入院後に薬が変わっている時の薬情報 内服の方法 薬の副作用（特に気をつけるもの） 薬の管理方法（本人で行えそうか。カレンダー方式などで管理が必要か？等） 退院時の処方された薬の量（日数） 服薬に対する本人の必要性の認識 	<ul style="list-style-type: none"> 在宅でのADLに影響を及ぼすため（副作用がでるのか） 在宅で管理できる投薬内容か確認する必要がある 食事との組み合わせで支障がでるものがないか確認する必要がある 服薬管理ができるのか、介助が必要なのか 薬の回数や量が増えると在宅に戻り一人で管理、服薬できない人がいるので、早めに内服情報を知りたい 次の受診日を把握するため
療養上の 問題・医 療処置	入院中の治療内容	<ul style="list-style-type: none"> 診断名・入院期間 検査データなど病態について 治療内容（どんな治療をして結果がどうだったか） 症状に関する注意・事項等、症状の経過 	<ul style="list-style-type: none"> 事故防止のための正しい処置を確認する 適切な処置や管理の体制を整える必要がある どの程度の理解力があるのか、治療や介護の同意が可能か知る 家族の介護負担に大きく影響する。あればそのときの対処の仕方などを知る
	在宅での注意事項	<ul style="list-style-type: none"> 次回診察日。 利用者の病状の変化で注意すべき点 退院後、どういう状態の場合受診が必要か 退院後の在宅生活における注意点 	
	認知機能	<ul style="list-style-type: none"> 認知機能（認知機能の低下、入院中の夜間の状況、せん妄、不穏などの異変がなかったか？） 精神状況（拘禁症状、うつなど） 	
	家族の介護力	<ul style="list-style-type: none"> キーパーソン 家族の介護力 面会はあったか（主な面会者） 	<ul style="list-style-type: none"> ヘルパー利用の必要性および支援の内容、時間が変わる 同居家族がいる場合は、日中独居等でもサービス導入に関して十分に検討する必要がある
リ ハ ビ リ	入院中の状況	<ul style="list-style-type: none"> リハビリの内容（内容や頻度） 本人のリハビリへの参加状況やリハビリへの意欲 可動域制限 	<ul style="list-style-type: none"> どの程度の内容で、誰が指導するのか（介護保険サービスによるリハビリの必要性の有無） 適正なリハビリの方法を知り安全に行えるようにする リハビリの状況（どこまでの回復が望めるか、それによって準備するもの変わる） リハビリの取り組み情報や退院までのリハビリのゴール、在宅復帰後のリハビリのゴールについて知りたい 退院後にリハビリを導入する際、入院中に関わったりリハ職からの専門的な助言が欲しい
	見通し等	<ul style="list-style-type: none"> リハビリ目標や回復の見通し リハビリは自宅でも行った方が良いのか リハビリ介入の有無、内容、ADL状況等リハ職の取り組み方針 （退院後）住宅改修の必要性 	
	退院後	<ul style="list-style-type: none"> 自宅でできるリハビリメニュー 運動制限や禁忌事項 	
気 看 が 護 か 上 り の	入院中の病状変化	<ul style="list-style-type: none"> 入院中の病状の変化等 	<ul style="list-style-type: none"> 入院の背景を知り、これまでの服薬等の病状の管理に問題がなかったか、生活環境に転倒等のリスクとなる要因がなかったかを確認することで在宅に戻った際、病状の悪化や再入院を防ぐ対応をする。

入院・入所時 情報連携シート(様式①)

令和 年 月 日

入院(入所)先施設名:
地域医療連携室 御中

事業所名:
ケアマネジャー名:
電話番号:

利用者	年 月 日	様 歳	性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女
住所			電話	
家族状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 同居 () 主介護者名: キーパーソン: 関係: 連絡先:			
経済状況等	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他			
手帳所持	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (傷病名: 障害程度:) <input type="checkbox"/> 療育手帳 (障害程度:) <input type="checkbox"/> 精神障害者保健福祉手帳 (障害等級:)			

入院・入所前の状況

疾病の状況	主治医							
	既往歴							
	認知症	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	入院時等せん妄歴	<input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	特記: 本人が安心できるケアや環境整備等			
ADL	食事	方法:	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	<input type="checkbox"/> その他		
		主食:	<input type="checkbox"/> ご飯	<input type="checkbox"/> 粥				
		副菜:	<input type="checkbox"/> 普通	<input type="checkbox"/> キザミ	<input type="checkbox"/> 軟菜	<input type="checkbox"/> トロミ	<input type="checkbox"/> パースト	<input type="checkbox"/> 経管栄養 ()
	嚥下:	<input type="checkbox"/> むせ込まない	<input type="checkbox"/> むせ込みやすい					
ADL	排泄	用具:	<input type="checkbox"/> 箸	<input type="checkbox"/> スプーン	<input type="checkbox"/> その他 ()	アレルギー <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> ある ()		
		場所:	<input type="checkbox"/> トイレ	<input type="checkbox"/> ポータブルトイレ				
		使用物品	<input type="checkbox"/> オムツ(サイズ: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL)	<input type="checkbox"/> リハビリパンツ (サイズ: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LL)	<input type="checkbox"/> パット	<input type="checkbox"/> 尿器	<input type="checkbox"/> その他 ()	
ADL	移動	排泄の時間帯	<input type="checkbox"/> 起床時	<input type="checkbox"/> 朝食前	<input type="checkbox"/> 朝食後	<input type="checkbox"/> 昼食前	<input type="checkbox"/> 昼食後	
		<input type="checkbox"/> 夕食前	<input type="checkbox"/> 夕食後	<input type="checkbox"/> 寝る前	<input type="checkbox"/> その他 ()			
要介護認定	有効期間	年	月	日	~	年	月	日
介護サービス利用状況	月	火	水	木	金	土	日	
サービスで特に力を入れているところや支援方針、課題など								

※この連絡票は、介護サービス利用者様及びその家族様に対し、個人情報の使用ならびに医療機関との情報交換に関する説明を行い、文章にて同意を頂いた上で使用しております。

退院時情報共有シート

記載日: 令和 年 月 日

記入担当者:

氏名	性別 男 女	生年月日 <input type="checkbox"/> 大正 <input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日	住所
緊急連絡先 (★キーパーソン)	氏名	続柄	住所・電話
入院の状況	令和 年 月 日入院 診断名: 予後予測:		
退院見込	令和 年 月 日退院見込 特記事項:		
介護認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 総合事業 <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 要支援1 <input type="checkbox"/> 要支援2 <input type="checkbox"/> 要介護1 <input type="checkbox"/> 要介護2 <input type="checkbox"/> 要介護3 <input type="checkbox"/> 要介護4 <input type="checkbox"/> 要介護5		有効期限 年 月 日まで
認知症状	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 被害妄想 <input type="checkbox"/> 幻視 <input type="checkbox"/> 幻覚 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 物忘れ ()		認知度ランク <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
	認知症による入院生活上の困りごと		
利用している介護サービス	<input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 通所介護 <input type="checkbox"/> 通所リハ <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 福祉用具レンタル () <input type="checkbox"/> 宅配給食 <input type="checkbox"/> その他		
福祉手帳	<input type="checkbox"/> 身体障害者手帳 (級) <input type="checkbox"/> 療育手帳 ()		
経済状況	<input type="checkbox"/> 厚生年金 <input type="checkbox"/> 共済年金 <input type="checkbox"/> 国民年金 <input type="checkbox"/> 障害年金 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()		
本人の思いや家族の意向	・生活歴、趣味、仕事歴等		
	・本人の生活に対する意向、希望 ※看取りの場所 <input type="checkbox"/> 自宅 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> 未確認		
	・本人への病名の告知の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	・本人への予後の告知の有無 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	・急変時本人の延命治療の意向 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	《なし、ありの理由》		
A D L の 状 況	移 動	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 見守り <input type="checkbox"/> 腕を支えるなど一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 杖歩行 <input type="checkbox"/> 車椅子 <input type="checkbox"/> 歩行器使用 <input type="checkbox"/> 装具等使用	
	食 事	<input type="checkbox"/> 普通食 <input type="checkbox"/> 刻み食 <input type="checkbox"/> トロミ食 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 箸 <input type="checkbox"/> スプーン	
	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"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> その他 ()	
現 状 に つ い て の 特 記 事 項	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"/> 着脱衣可 <input type="checkbox"/> 着脱衣一部介助 <input type="checkbox"/> 着脱衣不可	
	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"/> 自分の歯 <input type="checkbox"/> 義歯 <input type="checkbox"/> その他 ()	
	コミュニケーション能力	<input type="checkbox"/> 意思疎通が可能 <input type="checkbox"/> 耳で話す可能 <input type="checkbox"/> 難聴のため耳元で大声で話す必要あり <input type="checkbox"/> 言語障害等	
リハビリテーション	リハビリテーションの実施 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし リハビリテーションに対する意欲 <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし		屋内・屋外での違い等 日中と夜間の違い等 禁忌事項・回復の見通し等
《現病歴》		《既往歴》	
かかりつけ医療機関()		かかりつけ歯科医院()	
かかりつけ薬局()			
※主治医からのケアマネへの指示・連絡事項		※内服薬 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ※内服管理能力 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 備考()	

6. 奄美大島・喜界島 関係機関連絡先一覧

(1) 病院・有床診療所の担当窓口一覧

(2) 居宅介護支援事業所一覧

(3) 小規模多機能型居宅介護事業所一覧

(4) 地域包括支援センター一覧

No.	病院名 (50音順)	住所	入院前に担当ケアマネジャーが決まっている場合				入院時に担当ケアマネジャーが決まっている場合 (新たに介護保険を検討する場合)				ケアマネジャー や地域包括支援 センターが状態 を確認する部署 (人)	ケアマネジャー や地域包括支援 センターがリハ ビリ状況につい て確認する部署 (人)
			ケアマネジャーが入院時に連絡をする部署(人) 対応可能な時間帯	入院時情報提供書提出先 持参する場合 ※必ず事前連絡 すること	ケアマネジャー に連絡する部署 (人)	退院カンファレン スや退院日をケア マネジャーに連絡 する部署(人)	病院が本人や家 族に介護保険の 説明など支援す る部署(人)	病院が地域包括 支援センターや ケアマネジャー に連絡する部署 (人)	地域包括支援セ ンターからの問 い合わせに対応 する部署(人)			
6	笠利病院	〒894-0512 奄美市笠利町中金久 120番地	部署：医事課 担当 小田(不在 時→病棟) TEL:0997-55-2222(代表) FAX:0997-63-1018 (月～金)8:30～17:00	部署：医事課 担当 小田 3階→鳥森 4階→光 不在時→小田	部署：医事課 担当 小田	部署：医事課 担当 小田	部署：医事課 担当 小田	部署：医事課 担当 小田	部署：病棟	部署：リハビリ		
7	喜界徳洲会病院	〒891-6202 大島郡喜界町湾 315番地	部署：地域医療連携室 TEL:0997-65-1100(代表) FAX:0997-65-1385 (月～金)8:30～17:00 (土) 8:30～12:00 (日・祝) 休み	部署：地域医療連携 携室	部署：地域医療連 携室	部署：地域医療連携 室	部署：地域医療連 携室	部署：地域医療連 携室	部署：地域医療連 携室	部署：地域医療連 携室		
8	瀬戸内徳洲会病院	〒894-1507 瀬戸内町古仁屋字 トンキャン原1358-1	部署：地域連携室 TEL:0997-73-1111(代表) FAX:0997-73-1114 (月～金)9:00～17:00 (土)9:00～12:30 (日・祝)休み	部署：地域連携室	部署：地域連携室	部署：地域連携室	部署：地域連携室	部署：地域連携室	部署：病棟リー ダー	部署：病棟リー ダーまたは、担当 セラピスト		
9	名瀬徳洲会病院	〒894-0061 奄美市名瀬朝日町 28番地1	部署：病棟師長 TEL:0997-54-2222(代表) FAX:0997-57-6164(代表) (月～金)9:00～17:00 (土)9:00～12:30 (日・祝)休み	部署：連携室 TEL:0997-57- 6326(直通) FAX:0997-57- 6164(直通) (月～金)9:00～ 17:00 (土)9:00～12:30 (日・祝)休み	部署：入退院支援 部門(各病棟の退 院支援担当者) ・2階、3西：中島 ・HCU、3東：師玉 ・4東、5階：川上 ・4西：石川	部署：入退院支援部 門(各病棟の退院支 援担当者) ※左記に同じ	部署：入退院支援部 門(各病棟の退院支 援担当者) ※左記に同じ	部署：入退院支援部 門(各病棟の退院支 援担当者) ※左記に同じ	部署： ①入退院支援部門 (各病棟の退院支 援担当者) ※左記に同じ	部署： ①入退院支援部門 (各病棟の退院支 援担当者) ※左記に同じ	部署 ①入退院支援部門 (各病棟の退院支 援担当者) ※左記に同じ	部署 ①入退院支援部門 (各病棟の退院支 援担当者) ※左記に同じ

【有床診療所一覧】

* お互い不在時には伝言がつたわるようにしましよ

No	有床診療所名 (50音順)	住所	入院前に担当ケアマネジャーが決まっている場合				入院時に担当ケアマネジャーが決まっている場合 (新たに介護保険を検討する場合)				ケアマネジャー や地域包括支援 センターが状態 を確認する部署 (人)	ケアマネジャー や地域包括支援 センターがリハ ビリ状況につい て確認する部署 (人)
			ケアマネジャー が入院時に連 絡をする部署(人) 対応可能な時間帯	入院時情報提供書提出先	ケアマネジャー に連絡する部署 (人)	退院カンファレン スや退院日をケア マネジャーに連絡 する部署(人)	有床診療所が本 人や家族に介護 保険の説明など 支援する部署 (人)	有床診療所が地 域包括支援セン ターやケアマネ ジャーに連絡す る部署(人)	地域包括支援セ ンターからの問 い合わせに対応 する部署(人)			
1	朝沼クリニック	〒894-0017 奄美市名瀬石橋町7-1	部署：病棟 TEL:0997-55-1555(代表) FAX:0997-55-1556(代表) (月～土)8:30～18:00 (日・祝)休み	部署：病棟 担当：市川 ※不在の場合は 中馬・宮原へ	部署：病棟 担当：市川 ※不在の場合は 中馬・宮原へ	部署：病棟 担当：市川 ※不在の場合は 中馬・宮原へ	部署：病棟 担当：市川 ※不在の場合は 中馬・宮原へ	部署：病棟 担当：市川 ※不在の場合は 中馬・宮原へ	部署：病棟 担当：市川 ※不在の場合は 中馬・宮原へ	部署：病棟 担当：市川 ※不在の場合は 中馬・宮原へ	ケアマネジャー や地域包括支援 センターが状態 を確認する部署 (人)	ケアマネジャー や地域包括支援 センターがリハ ビリ状況につい て確認する部署 (人)
2	いづはら医院	〒894-1503 大島郡瀬戸内町古仁屋 大湊7	部署：病棟 TEL:0997-72-3307(代表) FAX:0997-72-4534(代表) (月～金)9:00～18:00 (土)9:00～12:00 (日・祝)休み	部署：事務 (宛先に「病棟へ」 と記入)	①病棟クラーク ②病棟師長 ③病棟リーダー	①病棟クラーク ②病棟師長 ③病棟リーダー	①病棟クラーク ②病棟師長 ③病棟リーダー	①病棟クラーク ②病棟師長 ③病棟リーダー	①病棟クラーク ②病棟師長 ③病棟リーダー	病棟 ※必要に応じて各 部署へつなぐ	病棟 ※必要に応じて各 部署へつなぐ	病棟 ※必要に応じて各 部署へつなぐ
3	記念クリニック奄美	〒894-0504 奄美市笠利町節田 1450-1	担当：押川(不在の場合は当日リ ダー) TEL:0997-55-2271 FAX:0997-55-2272 (月～土)9:00～17:30 (日・祝)休み	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ	担当：押川 ※不在の場合は当 日リーダーへ
4	和光整形外科クリニック	〒894-0007 奄美市名瀬和光町 18-19	部署：病棟 TEL:0997-57-7071 FAX:0997-54-1900 (月～金)9:00～18:00 ※12:00～14:00除く (土・日・祝)休み	部署：看護師長	部署：看護師長	部署：看護師長	部署：看護師長	部署：看護師長	部署：看護師長	部署：看護師長	部署：看護師長	部署：理学療法士 (担当 吉田)

(2) 奄美大島・喜界島 居宅介護支援事業所一覧

令和5年6月1日現在

《奄美市》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	笠利ケアプランセンター	0997-55-2222	0997-63-2617	894-0512	奄美市笠利町中金久120
2	居宅介護支援事業所 奄美中央病院	0997-54-4443	0997-53-3543	894-0036	奄美市名瀬長浜町8-7
3	芦穂の里在宅介護支援センター	0997-54-6006	0997-54-6002	894-0351	奄美市名瀬芦花部1470番地
4	奄美佳南園在宅介護支援センター	0997-54-2099	0997-53-4563	894-0015	奄美市名瀬真名津町3番19号1F
5	めぐみの園 在宅介護支援センター	0997-54-9961	0997-54-9962	894-0772	奄美市名瀬西仲勝1221
6	在宅介護支援センター 住用の園	0997-56-2101	0997-69-5353	894-1116	奄美市住用町摺勝字俊勝袋451番3
7	わんわん支援ネット	0997-55-1911	0997-55-1912	894-0023	奄美市名瀬永田町4番15号
8	大島郡医師会居宅介護支援事業所	0997-54-8113	0997-54-8115	894-0046	奄美市名瀬小宿字苗代田3411番地
9	居宅介護支援事業所 たちがみ	0997-63-1001	0997-55-2272	894-0504	奄美市笠利町節田大湊1450-1
10	居宅介護支援事業所なんり	0997-57-7740	0997-57-7741	894-0042	奄美市名瀬朝仁町22-11
11	奄美市社協居宅介護支援事業所	(代表) 0997-52-7601	0997-53-5172	894-0036	奄美市名瀬長浜町5番6号
		(笠利) 0997-63-2529	0997-63-2521	894-0502	奄美市笠利町万屋1255番地1
12	居宅介護支援事業所ハピネス浦上	0997-57-7555	0997-57-7577	894-0008	奄美市名瀬浦上字緑1105番地
13	指定居宅介護支援事業所つばさ	0997-69-3811	0997-53-5054	894-0006	奄美市名瀬小浜町30番6号
14	シダマ調剤薬局	0997-52-5787	0997-53-2862	894-0025	奄美市名瀬幸町20番17号
15	ケアサービスてて	0997-63-1115	0997-63-1115	894-0626	奄美市笠利町屋仁1番地2
16	居宅介護支援事業所しおさい	0997-57-6552	0997-57-6553	894-0042	奄美市名瀬朝仁町2番10号
17	きずな	0997-55-0051	0997-53-2002	894-0044	奄美市名瀬浜里町49番地
18	名瀬徳洲会介護センター	0997-54-2295	0997-57-6164	894-0061	奄美市名瀬朝日町28番地1
19	指定居宅介護支援事業所なら	0997-53-0382	0997-69-3117	894-0022	奄美市名瀬久里町10番7号
20	居宅介護支援事業所ゆい	0997-58-8201	0997-63-2585	894-0507	奄美市笠利町喜瀬2431番地7
21	居宅介護支援事業所わかば	0997-53-7038	0997-53-7039	894-0068	奄美市名瀬浦上町56番地24
22	笠寿園居宅介護支援事業所	0997-63-0488	0997-63-2232	894-0504	奄美市笠利町節田1590
23	むかいクリニック	0997-58-5552	0997-58-5553	894-0006	奄美市名瀬小浜町24番7号
24	居宅介護支援事業所 ひより	0997-69-3091	0997-69-3092	894-0041	奄美市名瀬朝仁新町35番23号
25	居宅介護支援事業所 こころ	0997-69-3905		894-0068	奄美市名瀬浦上町31番地8
26	居宅介護支援事業所ほほえみ	0997-54-3456	0997-69-3670	894-0062	奄美市名瀬有屋町29-31
27	居宅介護支援事業所ライフぴあ	0997-58-8140	0997-58-8136	894-0007	奄美市名瀬和光町5番地12

《大和村》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	社会福祉法人 大和村社会福祉協議会 指定居宅介護支援事業所	0997-58-3434	0997-58-3575	894-3211	大和村戸円1882番地3

《宇検村》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	やけうちの里 指定居宅介護支援事業所	0997-67-2295	0997-67-2296	894-3301	大島郡宇検村湯湾2937-87
2	居宅介護支援事業所虹の園	0997-67-2289	0997-67-2324	894-3304	宇検村須古字美長良2番地4

《瀬戸内町》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	生協在宅サービスセンター せとうち	0997-72-2822	0997-72-2598	894-1505	瀬戸内町古仁屋松江16-4
2	社会福祉法人 聖母会 奄美の園指定居宅 介護支援事業所	0997-72-4090	0997-72-4513	894-1508	瀬戸内町古仁屋1283-27
3	社会福祉法人 瀬戸内町社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	0997-72-4144	0997-72-4145	894-1506	瀬戸内町古仁屋宇船津16番地1
4	加計呂麻園 指定居宅介護支援事業所	0997-76-0808	0997-76-0833	894-2236	瀬戸内町伊子茂187-1
5	医療法人徳洲会 瀬戸内徳洲会介護セン ター	0997-73-1111	0997-73-1113	894-1507	瀬戸内町古仁屋トンキャン原1358番地1
6	医療法人馨和会いづはら医院 居宅介護支 援事業所みちしるべ	0997-73-7171	0997-73-7172	894-1503	瀬戸内町古仁屋下間原3-1

《龍郷町》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	龍郷在宅介護支援センター	0997-62-5030	0997-62-5801	894-0104	龍郷町浦561番地
2	社会福祉法人 龍郷町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	0997-62-5124	0997-62-5120	894-0102	龍郷町瀬留967
3	ライフアシスト和月	0997-69-4763	0997-69-4764	894-0104	龍郷町浦字ヲフニ1068番3

《喜界町》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	社会福祉法人 喜界町社会福祉協議会指定居宅介護支援事業所	0997-55-3032	0997-65-0405	891-6201	喜界町赤連22番地
2	ひまわり介護支援事業所	0997-65-1832	0997-65-1832	891-6202	喜界町湾33番地
3	医療法人徳洲会 喜界徳洲会介護センター	0997-65-1817	0997-65-1223	891-6202	喜界町湾字前金久315

(3) 奄美大島・喜界島 小規模多機能型居宅介護事業所一覧

《奄美市》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	あおぞら小規模多機能事業所	0997-69-3633	0997-53-2862	894-0025	奄美市名瀬幸町20番17号2階
2	小規模多機能ホーム家族の家かさり	0997-63-9711	0997-63-9717	894-0623	奄美市笠利町辺留37番地1

《瀬戸内町》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	小規模多機能型居宅介護支援事業所 ルリカケス	0997-74-0160	0997-74-0161	894-1851	瀬戸内町久慈539-1
2	小規模多機能ホームほこらしや	0997-73-2717	0997-73-2718	894-2143	瀬戸内町渡連136番地
3	小規模多機能ホームおやこ	0997-73-3500	0997-73-3510	894-2402	瀬戸内町薩川243番地

《龍郷町》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	小規模多機能 ひなた	0997-58-8601	0997-58-8603	894-0102	龍郷町瀬留297番地1

《喜界町》

	指定事業所	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	小規模多機能ホーム十五夜	0997-55-3939	0997-55-3938	891-6216	喜界町坂嶺2059

(4) 奄美大島・喜界島 地域包括支援センター一覧

	名称	電話番号	FAX番号	郵便番号	所在地
1	名瀬地域包括支援センター	0997-52-1111	0997-57-6252	894-8555	奄美市名瀬幸町25-8
2	住用地域包括支援センター	0997-69-2111	0997-69-2121	894-1292	奄美市住用町西仲間111
3	笠利地域包括支援センター	0997-63-2299	0997-63-2184	894-0512	奄美市笠利町中金久45
4	大和村地域包括支援センター	0997-57-2218	0997-57-2161	894-3192	大和村大和浜100
5	宇検村地域包括支援センター	0997-67-2070	0997-67-2262	894-3301	宇検村湯湾915
6	瀬戸内町地域包括支援センター	0997-72-1153	0997-72-1120	894-1592	瀬戸内町古仁屋船津23
7	加計呂麻園地域包括支援センター	0997-73-2062	0997-76-0833	894-2236	瀬戸内町伊子茂187-1
8	龍郷町地域包括支援センター	0997-62-3111	0997-62-2535	894-0192	龍郷町浦110
9	喜界町地域包括支援センター	0997-65-3522	0997-65-3523	891-6292	喜界町湾1746

7. 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の策定経過

【平成 29 年度からこれまで取り組んだこと】

切れ目のない在宅医療介護を推進するため、入院時から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えることができるために、どのような情報共有が図られたらよいのかについて関係機関情報共有検討チームで検討した。

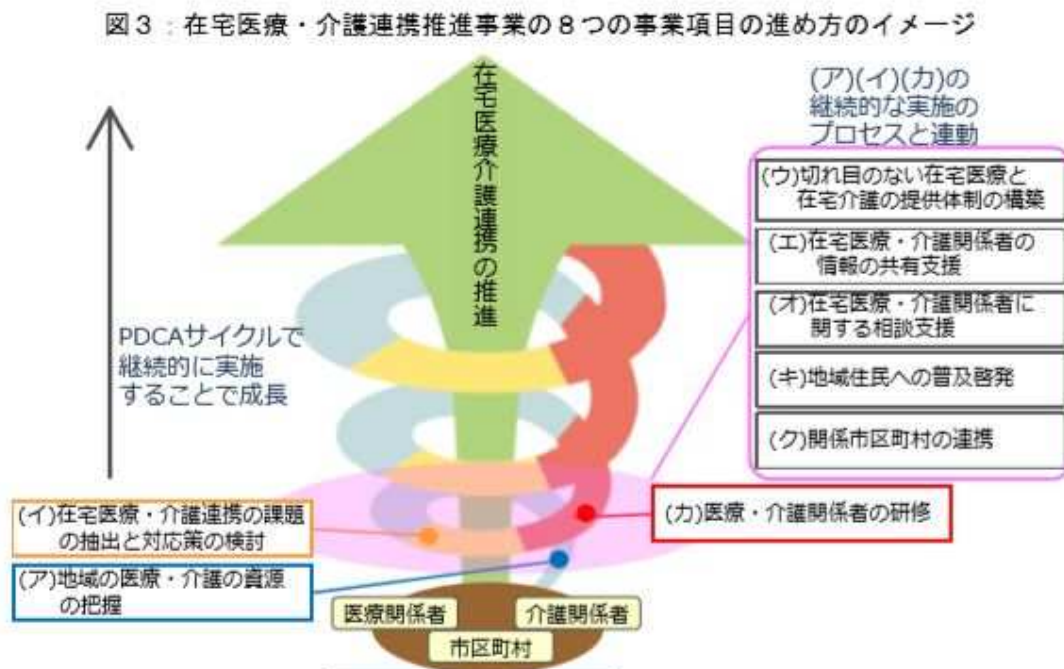
※関係機関情報共有検討チームとは

目的：在宅医療・介護連携推進事業における「「エ」医療・介護関係者の情報共有」を支援する

チーム員：名瀬地域包括支援センター・龍郷町地域包括支援センター
宇検村地域包括支援センター・瀬戸内町地域包括支援センター
名瀬保健所・在宅医療連携支援センター

チーム会議：平成 29 年度 7 回開催（現在の状況把握を優先的に実施）
平成 30 年度 12 回開催（調査結果の説明会に向けて）
令和元年度 11 回開催（具体的な情報共有の方法について）

（参考）



富士通総研「地域の実情に応じた在宅医療・介護連携を推進するための多職種研修プログラムによる調査研究事業」報告書の一部改変（平成 27 年度老人保健健康増進等事業）

○平成 29 年度

- ・「入退院時における情報の引き継ぎ」に関するアンケート調査」の実施
（平成 29 年 12 月 1 日現在）
 - ①入退院に関してどのような連携が図られているのか実態を把握
 - ②介護支援専門員協議会作成の連携シートがどの程度利用されているか把握
 調査対象：居宅介護支援事業所（43 か所）・小規模多機能型居宅介護支援事業所（6 か所）・地域包括支援センター（9 か所）に所属している奄美大島と喜界島におけるすべての介護支援専門員（ケアマネジャー）
回収率：100%（117 人/117 人中）

○平成 30 年度

- ・奄美市内の病院（連携室等）中心に、入退院時の連携や困りごとについて聞き取り調査（平成 30 年 8 月）
調査対象：奄美中央病院・大島郡医師会病院・県立大島病院・名瀬徳洲会病院の退院支援担当者
- ・第 1 回奄美大島・喜界島在宅医療介護連携推進に係る情報共有検討会
日時：平成 31 年 2 月 13 日（火）14 時～16 時
場所：奄美病院デイケア棟 2 階
対象：奄美大島並びに喜界島における居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属するケアマネジャー
内容：「入退院における情報の引き継ぎ」に関するアンケート調査の結果をもとに「退院支援」の場面における課題等について意見交換
参加：78 名
- ・地域包括ケアシステム構築のための看護関係者連絡会（主催：名瀬保健所）
日時：平成 31 年 2 月 21 日（木）14 時～16 時
場所：名瀬保健所 2 階母子栄養指導室
対象：病院の総看護師長・市町村の保健師等
参加：36 名

○令和元年度

- 第2回奄美大島・喜界島在宅医療介護連携推進に係る情報共有検討会
日時：令和元年5月21日（火）14時～16時
場所：奄美病院デイケア棟2階
対象：奄美大島並びに喜界島における居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属するケアマネジャー
内容：「第1回奄美大島・喜界島在宅医療・介護連携推進に係る情報共有検討会」の内容を振り返り、入退院時における医療機関との情報共有に関する意見交換
参加：62名

- 喜界町ケアマネジャー連絡会（主催：喜界町地域包括支援センター）
日時：令和元年6月14日（金）15時～16時25分
場所：喜界町役場コミュニティーセンター内研修室
対象：喜界町における居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所・地域包括支援センター・グループホーム・介護療養型医療施設・特別養護老人ホーム・有料老人ホームに所属するケアマネジャー
参加：15名

- 第3回奄美大島・喜界島在宅医療介護連携推進に係る情報共有検討会
日時：令和元年7月24日（水）14時～16時予定
場所：奄美病院デイケア棟2階
対象：奄美大島並びに喜界島における居宅介護支援事業所・小規模多機能型居宅介護支援事業所・地域包括支援センターに所属するケアマネジャー
内容：入退院をスムーズにするための「情報共有ルール」についての意見交換
参加：56名

- 第4回奄美大島・喜界島在宅医療介護連携推進に係る情報共有検討会
日時：令和元年10月16日（水）17時30分～19時
場所：県立大島病院2階講堂
対象：奄美大島並びに喜界島における病院に所属する入退院に関わる担当の方々
内容：入退院をスムーズにするための「情報共有ルール」についての意見交換
参加：40名

・第5回奄美大島・喜界島在宅医療介護連携推進に係る情報共有検討会

日時：令和2年1月10日（金）18時～19時30分

場所：大島支庁4階会議室

対象：名瀬保健所管内の市町村から推薦されたケアマネジャー及び病院に
所属する入退院に関わる看護師・社会福祉士等

内容：入退院をスムーズにするための「情報共有ルール」(案)についての
意見交換

参加：38名

8. 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」策定後経過

○令和2年度

- ・「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルールの運用開始について、新型コロナウイルス感染拡大の事態を受け、運用開始について、当初予定の令和2年4月1日を6月1日へ変更し、書面にて御案内、御協力を依頼運用開始について（依頼）の文書と「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール手引き」を発送

発送日：令和2年5月20日（運用開始：令和2年6月1日）

送付先：名瀬保健所管内の病院（9か所）、居宅介護支援事業所（44か所）
小規模多機能介護事業所（6か所）、地域包括支援センター（9か所）
- ・第6回奄美大島・喜界島在宅医療介護連携推進に係る情報共有検討会

日時：令和2年10月30日（金）18時30分～19時30分

場所：三儀山体育館

対象：名瀬保健所管内の居宅介護支援事業所、小規模多機能介護事業所、地域包括支援センターの各事業所代表のケアマネジャー1名及び病院に所属する入退院に関わる看護師・社会福祉士等

内容：「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の運用後の検証と今後の見直しに向けた意見交換

参加：49名
- ・「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」に関するアンケートの実施（令和2年12月1日現在）

目的：定期的に「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の運用状況の確認を行い、次年度のバージョンアップに向けその評価と見直しを行うため

調査対象：名瀬保健所管内の病院（9か所）、居宅介護支援事業所（43か所）・小規模多機能型居宅介護支援事業所（6か所）・地域包括支援センター（9か所）に所属しているすべてのケアマネジャー）

回収率：100%
- ・名瀬保健所管内の有床診療所（4か所）へ令和3年度からのルール参加依頼
- ・「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」に関するアンケート（令和2年12月1日現在）の結果報告（市町村単位）

○令和3年度

- 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルールの手引き（令和3年4月）作成し、参加機関へ発送
発送日：令和3年6月30日
送付先：名瀬保健所管内の病院（9か所）、有床診療所（4か所）、居宅介護支援事業所（44か所）、小規模多機能介護事業所（6か所）、地域包括支援センター（9か所）
- 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」に関するアンケートの実施（令和3年10月1日現在）
 - 目的：定期的に「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の運用状況の確認を行い、次年度のバージョンアップに向けその評価と見直しを行うため
 - 調査対象：名瀬保健所管内の病院（9か所）、有床診療所（4か所）、居宅介護支援事業所（43か所）・小規模多機能型居宅介護支援事業所（6か所）・地域包括支援センター（9か所）に所属しているすべてのケアマネジャー
 - 回収率：100%

○令和4年度

- 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」に関するアンケート（令和3年10月1日現在）結果報告（市町村単位）
- 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルールの手引き」（令和4年4月）作成し、参加機関へ発送
発送日：令和4年7月19日
送付先：名瀬保健所管内の病院（9か所）、有床診療所（4か所）、居宅介護支援事業所（43か所）、小規模多機能介護事業所（7か所）、地域包括支援センター（9か所）

- 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」に関するアンケートの実施（令和4年11月1日現在）

目 的：定期的に「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」の運用状況の確認を行い、次年度のバージョンアップに向けその評価と見直しを行うため

調査対象：名瀬保健所管内の病院（9か所）、有床診療所（4か所）、居宅介護支援事業所（43か所）・小規模多機能型居宅介護支援事業所（7か所）・地域包括支援センター（9か所）に所属しているすべてのケアマネジャー

回収率：病院・有床診療所 100% / ケアマネジャー 88.7%

9. 「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」に関する

相談窓口・お問い合わせ先

	名称	電話番号	FAX 番号
1	名瀬地域包括支援センター	0997-52-1111	0997-57-6252
2	住用地域包括支援センター	0997-69-2111	0997-69-2121
3	笠利地域包括支援センター	0997-63-2299	0997-63-2184
4	大和村地域包括支援センター	0997-57-2218	0997-57-2161
5	宇検村地域包括支援センター	0997-67-2070	0997-67-2262
6	瀬戸内町地域包括支援センター	0997-72-1153	0997-72-1120
7	加計呂麻園地域包括支援センター	0997-73-2062	0997-76-0833
8	龍郷町地域包括支援センター	0997-62-3111	0997-62-2535
9	喜界町地域包括支援センター	0997-65-3522	0997-65-3523
10	大島郡医師会在宅医療連携支援センター	0997-55-6381	0997-55-6375
11	大島支庁保健福祉環境部（名瀬保健所） 健康企画課	0997-52-5411	0997-53-7874

※「奄美大島・喜界島 入退院時連携の情報共有ルール」は以下のホームページよりダウンロード可能です。

- 鹿児島県大島支庁ホームページ
<https://www.pref.kagoshima.jp/aa02/chiiki/oshima/kenko/index.html>
- つむぐネット
<http://www.amami-tsumugu.net/>
- ケアマネあまき
(NPO 法人 鹿児島県介護支援専門員協議会奄美大島・喜界島支部)
<https://keamaneamaki.com/>

(参考)

奄美大島・喜界島在宅医療介護連携推進事業運営委員会（構成団体）

1. 名瀬地域包括支援センター
2. 住用地域包括支援センター
3. 笠利地域包括支援センター
4. 大和村地域包括支援センター
5. 宇検村地域包括支援センター
6. 瀬戸内町地域包括支援センター
7. 加計呂麻園地域包括支援センター
8. 龍郷町地域包括支援センター
9. 喜界町地域包括支援センター
10. 名瀬保健所
11. 大島郡医師会（在宅医療連携支援センター）