

例 示

個人情報使用同意書

私及びその家族の個人情報については、次の記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1. 使用する目的

事業者が、介護保険法及び関連の法令に従い、私が円滑に介護サービスを受けることができるようにサービス担当者会議、介護支援専門員とサービス提供事業者との連絡調整等において必要な場合。

また、在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報を医療機関、入所施設及び行政機関等から取得及び提供する必要がある場合。

2. 使用に当たっての条件

① 個人情報の提供は、1に記載する目的の範囲内で必要最低限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないように細心の注意を払うこと。

② 事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと。

3. 個人情報の内容

- ・ 氏名、住所、健康状態、家族状況その他一切の利用者や家族個人に関する情報
- ・ 認定調査票（概況調査・基本調査・特記事項）、主治医意見書、介護認定審査会における判定結果の意見（認定結果通知書）
- ・ 在宅で療養するあるいは在宅で療養する予定がある場合に、在宅医療・介護サービスを提供する事業所として、生命や身体の安全や健康維持のために知っておくべき医療情報
- ・ その他の情報

4. 使用する期間 契約日～契約満了日

年 月 日
 ○○○○事業者 ●●● 様

利用者 住 所 _____
 氏 名 _____ 印
 代筆者 氏 名 _____ 印
 家族の代表 住 所 _____
 氏 名 _____ 印

介護支援専門員⇒利用者本人・家族へ

「5つのお願い」シートについて

Point!

**ご家族を介して医療機関とのつながりが開始されることで、
より円滑な連携に役立ちます**

・入院リスクの高い利用者ご本人やご家族の方に、あらかじめお渡しして、日頃から入院に備えて心がけておいて頂きたいお願い事項を記したものです。

・これらの項目を認識して頂くことにより、ケアマネジャーにとっては、日頃なかなか連携がとりにくいような場合であっても、家族からケアマネジャーの要望を医療機関に伝えて頂くことによって、より円滑な関係づくりに役立ちます。

**利用者側にも日頃から心がけていただくことで、急な入院の場合でも、
必要な情報がすみやかに医療機関へつながります**

・ご本人やご家族に日頃から備えておいていただくことで、急な入院の場合でも医療機関側はすみやかに患者と担当ケアマネジャーの情報を入手できるようになります。

**全員に配付する必要はありませんが、「入院リスクが高い方」には
事前にお渡ししておきましょう**

・このシートは、必ずしも利用者全員に配付する必要はありません。入院リスクが高いと想定できる「入退院を繰り返している方」、また、かかりつけ医などの情報から「入院の危険性がある方」など、ケアマネジャーが必要と考える場合には、事前にお渡ししておきましょう。

・「医療機関との連携がとりにくい…」というような場合には、このシートを使って、ご本人やご家族の方を通じて、担当ケアマネジャーがいることを医療機関にあらかじめお知らせしておくことができます。

事業所名

担当ケアマネジャー名

連絡先

利用者・ご家族の方へ

担当ケアマネジャーから「5つのお願い」

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、担当ケアマネジャーから、以下の点についてお願いいたします。

＊もしも、利用者さまが入院された場合は…

- ① 病院へは、「保険証／お薬手帳／介護保険証」を持参して下さい。
- ② 入院する場合、転院する場合は、できるだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡を下さい。
- ③ 病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせ下さい。
(担当ケアマネジャーの「氏名」「事業所名」や「連絡先」などお伝えください)

＊病院から何か説明があった場合は…

- ④ 利用者さまが退院後、すみやかに自宅での療養生活が始められるよう準備を進めるために、「今、どんな状況か」を早めに知りたいので、病院からの説明内容は担当ケアマネジャーにも教えて下さい。
(特に、「病状」や「退院の目処」)

＊家に帰る準備をするために、病院にお願いして欲しいこと

- ⑤ 退院の目処がみえてきたら、担当ケアマネジャーを病院へ呼んで下さるように、ご家族からも病院にお願いして下さい。

入院時情報提供書

医療機関 ←

居宅介護支援事業所

医療機関名：

事業所名：

ご担当者名：

ケアマネジャー氏名：

TEL：

FAX：

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(フリガナ)	年齢	才	性別	男 女
		生年月日	明・大・昭・平	年 月 日	生
住所	〒	電話番号			
住環境 ※可能ならば、「写真」などを添付	住居の種類(戸建て・集合住宅) 階建て 居室 階 エレベーター(有・無) 特記事項()				
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	<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				<input type="checkbox"/> 医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <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				<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明		障害など認定	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	
年金などの種類	<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()				

2. 家族構成/連絡先について

世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> その他() * <input type="checkbox"/> 日中独居				
主介護者氏名	(続柄 ・ 才)	(同居・別居)	TEL		
キーパーソン	(続柄 ・ 才)	連絡先	TEL	TEL	

3. 本人/家族の意向について

本人の趣味・興味・関心領域等	
本人の生活歴	
入院前の本人の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 同封の居宅サービス計画(1)参照

4. 入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書1.2.3表 <input type="checkbox"/> その他()
-----------------	--

5. 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見)

在宅生活に必要な要件	
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居(家族構成員数 名) * <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ <input type="checkbox"/> 左記以外(氏名 続柄 ・ 年齢)
介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める(<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない
家族や同居者等による虐待の疑い*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()
特記事項	

6. カンファレンス等について(ケアマネジャーからの希望)

「院内の多職種カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり
「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 希望あり ・具体的な要望()
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2「退院困難な患者の要因」に関連

7. 身体・生活機能の状況/療養生活上の課題について

麻痺の状況		なし	軽度	中度	重度	褥瘡の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()			
A D L	移動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(屋外)	<input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他			
	更衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助
	整容	自立	見守り	一部介助	全介助					
	入浴	自立	見守り	一部介助	全介助					
	食事	自立	見守り	一部介助	全介助					
食事内容	食事回数	() 回/日 (朝 時頃 ・ 昼 時頃 ・ 夜 時頃)				食事制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> きざみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害食 <input type="checkbox"/> ミキサー				UDF等の食形態区分				
	摂取方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養		水分とろみ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分制限	<input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)				
	口腔清潔	良	不良	著しく不良	口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ/パッド	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 夜間 <input type="checkbox"/> 常時			
睡眠の状態		良	不良 ()		眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
喫煙		無	有 _____本くらい/日		飲酒	無	有 _____合くらい/日あたり			
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難	眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()				
	聴力	問題なし	やや難あり	困難	補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり				
	言語	問題なし	やや難あり	困難	コミュニケーションに関する特記事項:					
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難						
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <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"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <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"/> その他 ()								
疾患歴*		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他 ()								
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (理由: _____ 期間: _____年 月 日 ~ _____年 月 日) <input type="checkbox"/> 不明								
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて								
入院前に実施している医療処置*		<input type="checkbox"/> なし <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 () <input type="checkbox"/> その他 ()								

8. お薬について ※必要に応じて、「お薬手帳(コピー)」を添付

内服薬	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種: _____)
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者: _____ 管理方法: _____)		
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否		
お薬に関する、特記事項			

9. かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名	(フリガナ)	診察方法・頻度	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療 ・頻度 = () 回 / 月

* = 診療報酬 退院支援加算 1. 2 「退院困難な患者の要因」に関連

1. 基本情報・現在の状態 等

属性	フリガナ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (□ 要区分変更)		
	氏名	様 男・女	歳	□要支援()・要介護() □申請中 □なし		
入院(所)概要	・入院(所)日: 年 月 日		・退院(所)予定日: 年 月 日			
	入院原因疾患(入所目的等)					
	入院・入所先	施設名	棟	室		
	今後の医学管理	医療機関名:	方法	□通院 □訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① ② ③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()	
	移動手段	□自立 □杖 □歩行器 □車いす □その他()				
	排泄方法	□トイレ □ポータブル □おむつ カテーテル・パウチ()				
	入浴方法	□自立 □シャワー浴 □一般浴 □機械浴 □行わず				
	食事形態	□普通 □経管栄養 □その他()			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	□なし □あり(時々・常に)	義歯	□なし □あり(部分・総)		
	口腔清潔	□良 □不良 □著しく不良		入院(所)中の使用: □なし □あり		
	口腔ケア	□自立 □一部介助 □全介助				
	睡眠	□良好 □不良()			眠剤使用	□なし □あり
	認知・精神	□認知機能低下 □せん妄 □徘徊 □焦燥・不穏 □攻撃性 □その他()				
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知: □あり □なし				
	<本人> 退院後の生活に関する意向					
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方					
	<家族> 退院後の生活に関する意向					

2. 課題認識のための情報

③ 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	□なし □点滴 □酸素療法 □喀痰吸引 □気管切開 □胃ろう □経鼻栄養 □経腸栄養 □褥瘡 □尿道カテーテル □尿路ストーマ □消化管ストーマ □痛みコントロール □排便コントロール □自己注射() □その他()			
	看護の視点	□なし □血圧 □水分制限 □食事制限 □食形態 □嚥下 □口腔ケア □清潔ケア □血糖コントロール □排泄 □皮膚状態 □睡眠 □認知機能・精神面 □服薬指導 □療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導) □ターミナル □その他()			
	リハビリの視点	□なし □本人指導 □家族指導 □関節可動域練習(ストレッチ含む) □筋力増強練習 □バランス練習 □麻痺・筋緊張改善練習 □起居/立位等基本動作練習 □摂食・嚥下訓練 □言語訓練 □ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) □IADL練習(買い物、調理等) □疼痛管理(痛みコントロール) □更生装具・福祉用具等管理 □運動耐容能練習 □地域活動支援 □社会参加支援 □就労支援 □その他()			
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)		
症状・病状の予後・予測					
退院に際しての日常生活の阻害要因(心身状況・環境等)	例)医療機関からの見立て・意見(今後の見通し、急変の可能性や今後、どんなことが起こりうるか(合併症)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか等)について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件					
回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種(氏名)		会議出席	
1	年 月 日			無・有	
2	年 月 日			無・有	
3	年 月 日			無・有	

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

今後の生活の相談窓口について

お住まいの市町村では、退院後の介護、健康、生活に関する相談を受けつけています。まずは、ご本人若しくは家族の方がお住まいの相談窓口へ相談してください。

地域包括支援センターは、高齢者やそのご家族からの不安や心配ごとを相談できる身近な窓口です。

内容に応じて、総合的に高齢者の生活を支援するため、「退院後の生活に不安がある」「このまま暮らしていくのが難しい」など、相談の内容からご本人やご家族の希望を聞いて、**保健や福祉の専門職**と一緒に考えます。

また、認知症に関する相談等も行っていますので、心配なことはぜひご相談ください。

あなたのお住まいの地域の担当窓口は・・・

No.	お住まいの市町村	担当窓口	担当地域	電話番号	住 所
1	帯広市	地域包括支援センター 帯広市社会福祉協議会	西	0155-21-3292	帯広市公園東町3丁目 9番地1
2	帯広市	地域包括支援センター 帯広市社会福祉協議会 (北)	川北	0155-66-4535	帯広市西14条北1丁目 1番地18 アディ14 A-1
3	帯広市	地域包括支援センター 愛仁園	広陽・若葉	0155-49-2338	帯広市西16条南28丁目 2番地1
4	帯広市	地域包括支援センター 愛仁園(西)	西帯広・開 西	0155-61-1616	帯広市西24条南1丁目 33番地17
5	帯広市	地域包括支援センター 帯広至心寮(東)	東	0155-66-4613	帯広市東13条南6丁目 1番地23
6	帯広市	地域包括支援センター 帯広至心寮	鉄南	0155-24-1150	帯広市西5条南30丁目 19番地
7	帯広市	地域包括支援センター 帯広けいせい苑(南)	南	0155-67-8437	帯広市西5条南37丁目 1番7号
8	帯広市	地域包括支援センター 帯広けいせい苑	川西・大正	0155-53-4771	帯広市川西町西1線 47番地4
9	音更町	地域包括支援センター らんらん	音更中学校区 駒場中学校区	0155-67-7090	河東郡音更町柏寿台1 番地5
10	音更町	地域包括支援センター ほほえみ	共栄中学校区 下音更中学校 区の一部	0155-32-5151	河東郡音更町共栄台西 12丁目7番地7
11	音更町	地域包括支援センター ロータス音更	緑南中学校区 下音更中学校 区の一部	0155-67-7863	河東郡音更町中鈴蘭元 町2番地9

No.	お住まい の市町村	担当窓口	担当地域	電話番号	住 所
12	士幌町	士幌町 地域包括支援センター		01564-5-2188	河東郡士幌町字士幌西 2線 167 番地 総合福祉センター内
13	上士幌町	上士幌町 地域包括支援センター		01564-2-5555	河東郡上士幌町東 3 線 236ふれあいプラザ内
14	鹿追町	鹿追町 地域包括支援センター		0156-66-1311	河東郡鹿追町東 4 丁目 2 番地 1 トリムセンター内
15	新得町	新得町 地域包括支援センター		0156-64-0533	上川郡新得町 3 条南 3 丁目 5 番地なごみ内
16	清水町	清水町 地域包括支援センター		0156-69-2233	上川郡清水町南 3 条 2 丁目 1 番地 1 保健福祉センター内
17	芽室町	芽室町 地域包括支援センター あいあい		0155-66-8767	河西郡芽室町東 4 条 4 丁目 5-5 保健福祉センター内
18	中札内村	中札内村 地域包括支援センター		0155-67-2321	河西郡中札内村東 2 条 南 2 丁目 2 番地 保健センター内
19	更別村	更別村 地域包括支援センター		0155-53-3000	河西郡更別村字更別 190 番地 1 福祉の里総 合センター内
20	大樹町	大樹町 地域包括支援センター		01558-6-2200	広尾郡大樹町暁町 8 番 地 1 らいふ内
21	広尾町	広尾町 地域包括支援センター		01558-2-3370	広尾郡広尾町西 4 条 7 丁目 1 番地 1 広尾町役場内
22	幕別町	幕別町 ① 地域包括支援センター	幕別・札内	0155-54-3812	中川郡幕別町本町 130 番地 1 幕別町役場内
23	幕別町	幕別町 ② 地域包括支援センター	忠類	01558-8-2910	中川郡幕別町忠類白銀 町 384 番地 10 ふれあいセンター-福寿内
24	池田町	池田町 地域包括支援センター		015-572-2100	中川郡池田町字西 3 条 5 丁目 2 番地 保健センター内
25	豊頃町	豊頃町 地域包括支援センター		015-574-2214	中川郡豊頃町茂岩本町 125 番地豊頃町役場内
26	本別町	本別町 地域包括支援センター		0156-22-9222	中川郡本別町西美里別 6-15総合ケアセンター内
27	足寄町	足寄町 地域包括支援センター		0156-25-9200	足寄郡足寄町北 1 条 4 丁目 48-1 足寄町役場内
28	陸別町	陸別町 地域包括支援センター		0156-27-8001	足寄郡陸別町字陸別東 2 条 3 丁目 2 番地 保 健センター内
29	浦幌町	浦幌町 地域包括支援センター		015-576-5111	十勝郡浦幌町字北町 8 番地 1 保健福祉センター内

管内市町村「在宅医療・介護連携相談窓口」一覧

●在宅医療・介護連携相談窓口とは●

地域の医療・介護関係者や地域包括支援センターから、在宅医療・介護連携に関する相談等を受け付け、連携調整、情報提供等により、その対応を支援することを目的に、各市町村ごとに設置されている窓口です。

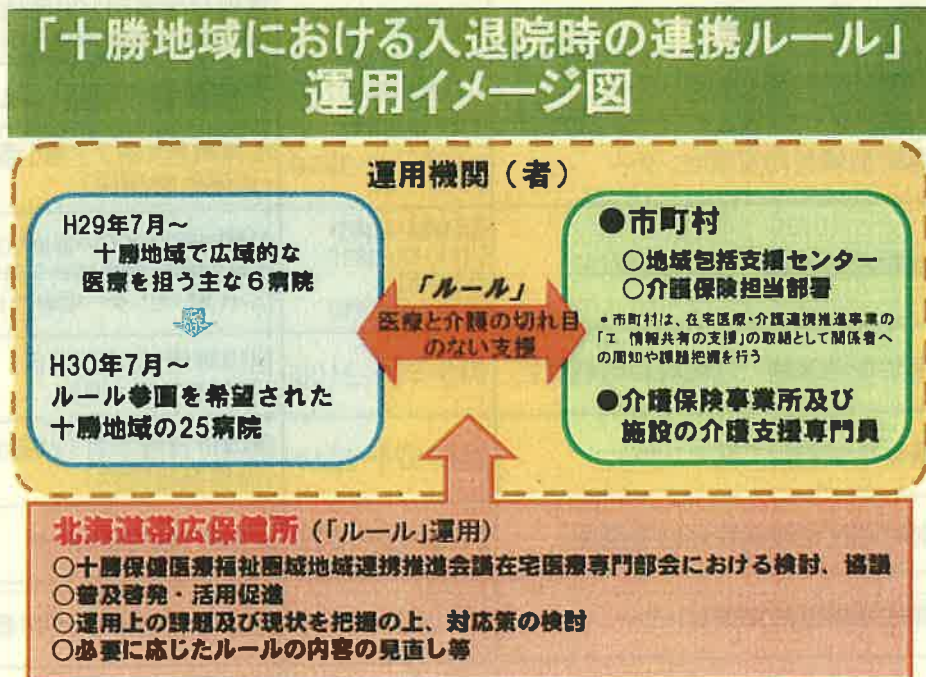
（在宅医療・介護連携推進事業の手引きVer.2より引用）

	市町村名	担当窓口の名称	電 話	住 所
1	帯広市	帯広市在宅医療・介護連携推進窓口	0155-65-4113	帯広市西5条南7丁目1番地 (地域福祉課)
2	音更町	音更町保健福祉部高齢者福祉課 包括支援係	0155-32-4567	音更町新通8丁目5番地 (保健センター内)
3	士幌町	士幌町在宅医療・介護連携支援室	01564-5-2106	士幌町字士幌西2線167番地 (士幌町国民健康保険病院内)
4	上士幌町	医療・介護連携ステーション	01564-7-7116	上士幌町字上士幌東3線240番地73 (老健かみしほろ内)
	上士幌町	上士幌町地域包括支援センター	01564-2-5555	上士幌町字上士幌東3線236番地
5	鹿追町	鹿追町地域包括支援センター	0156-66-1311	鹿追町東町4丁目2番地1
6	新得町	新得町地域包括支援センター	0156-64-0533	新得町3条南3丁目5
7	清水町	保健福祉課在宅支援係	0156-69-2233	清水町南3条2丁目1-1
8	芽室町	医療・介護連携相談窓口	0155-62-2811	芽室町東4条3丁目 (公立芽室病院地域連携室内)
9	中札内村	医療と介護の相談窓口	0155-52-2301	更別村字更別190番地1 (更別村国保診療所内)
10	更別村	医療と介護の相談窓口	0155-52-2301	更別村字更別190番地1 (更別村国保診療所内)
11	大樹町	大樹町地域包括支援センター	01558-6-2200	大樹町暁町8番地1(らいふ内)
12	広尾町	広尾町地域包括支援センター	01558-2-3370	広尾町西4条7丁目1番地1 (広尾町役場内)
13	幕別町	幕別町在宅医療・介護相談窓口	①【幕別・札内】 0155-54-3812 ②【忠類】 01558-8-2910	①幕別町本町130番地1(幕別町役場内) ②幕別町忠類白銀町384番地10 (ふれあいセンター福寿内)
14	池田町	池田町在宅医療・介護連携相談窓口	015-572-2100	池田町字西3条5丁目 (保健センター内)
15	豊頃町	豊頃町地域包括支援センター	015-574-2214	豊頃町茂岩本町125番地 (役場福祉課内)
16	本別町	本別町国民健康保険病院地域連携室	0156-22-2025	本別町西美里別6-8
17	足寄町	足寄町地域包括支援センター	0156-25-9200	足寄町北1条4丁目48番地1
18	陸別町	陸別町地域包括支援センター	0156-27-8001	陸別町東2条3丁目2
19	浦幌町	浦幌町地域包括支援センター	015-576-5111	浦幌町字北町8番地1(浦幌町保健福祉センター内)

【十勝地域における入退院時の連携ルール取組の経過】

- ・平成 28 年 7 月 検討ワーキング設置
- ・平成 28 年 9 月～11 月 検討ワーキング開催(3 回)
 - 「十勝地域における入退院時の連携ルール」作成
- ・平成 29 年 2 月 十勝保健医療福祉圏域連携推進会議在宅医療専門部会で検討し承認される
- ・平成 29 年 3 月 十勝保健医療福祉圏域連携推進会議で報告
- ・平成 29 年 6 月 連携状況調査実施(ルール運用前)
 - 〃 キックオフ会議(関係機関への説明会)実施
- ・平成 29 年 7 月 「十勝地域における入退院時の連携ルール」運用開始
- ・平成 30 年 1 月 意見交換会実施
- ・平成 30 年 5 月 運用病院拡大のため、管内全病院への説明会実施
- ・平成 30 年 6 月 連携状況調査実施(ルール運用後)
 - 〃 十勝保健医療福祉圏域連携推進会議在宅医療専門部会で改訂について検討し承認される
- ・平成 30 年 7 月 ルール改訂(運用病院拡大等)
- ・平成 31 年 1 月 意見交換会実施
- ・平成 31 年 4 月 「十勝地域における入退院時の連携ルール」検討ワーキング設置
- ・令和元年 5 月 検討ワーキング開催(2 回)
- ・令和元年 7 月 十勝保健医療福祉圏域連携推進会議在宅医療専門部会で改訂について検討し承認される
 - 〃 ルール改訂
- ・令和2年 7 月 十勝保健医療福祉圏域連携推進会議在宅医療専門部会で改訂について検討し承認される
 - 〃 ルール改訂
- ・令和2年 11 月 意見交換会実施

【「十勝地域における入退院時連携ルール」運用イメージ図】



平成28年度(2016年度)「十勝地域入退院時連携ルール」検討ワーキング構成員名簿

機 関 名	職 名	氏 名
JA北海道厚生連帯広厚生病院	看護部管理副部長(看護師)	滝田 典子
社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院	看護部主任(看護師)	大越 敬子
	医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)	田巻 憲史
	医療ソーシャルワーカー	秋葉 和昭
公益財団法人北海道医療団 帯広第一病院	医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)	板垣 祐太
社会医療法人北斗 北斗病院	係長(社会福祉士)	林 栄一
医療法人社団博愛会 開西病院	医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)	齊藤 寿大
	医療ソーシャルワーカー(社会福祉士)	鹿内 輔
	看護師	古川 恵
帯広市	地域包括支援センター担当主査(保健師)	城岡 佳奈
帯広市	主査	立花美津子
土幌町	主幹(保健師)	三島 裕子
中札内村	主査(保健師)	澤田 有希
幕別町	主査(保健師)	國安 瑞紀
足寄町	主任(社会福祉士)	寺本 圭佑
帯広市介護支援専門員連絡協議会	副会長(介護支援専門員)	佐藤 勇宏
事務局		
十勝総合振興局保健環境部保健行政室企画総務課	企画総務課長	佐々木 幸子
	主査(保健推進)	上出 渚
	主任保健師	菅原 洋子
	主任	宮部 恭子
	主任保健師	三上 由香里
	理療専門員	佐藤 美香
	専門員	安藤 寛子
	歯科衛生士	益山 かな
十勝総合振興局保健環境部社会福祉課	主査(保険運営)	三浦 真佐子

令和元年度(2019年度)「十勝地域における入退院時の連携ルール」検討ワーキング構成員名簿

機 関 名	職 名	氏 名
JA北海道厚生連帯広厚生病院	看護師	後藤 真澄
社会福祉法人北海道社会事業協会帯広病院	看護師	千葉 由江
医療法人博愛会開西病院	課長	外山 史教
公益財団法人北海道医療団帯広西病院	看護部長	金元 信子
十勝いけだ医療センター	医療ソーシャルワーカー	赤坂 順一
北海道訪問看護ステーション連絡協議会十勝支部	看護師	高田 緑
帯広市介護支援専門員連絡協議会	会長	渡辺 こづ江
	幹事	阿部 秀和
北海道医療ソーシャルワーカー協会東支部	理事	田巻 憲史
帯広市介護保険課(認定給付係)	係長	柴田 賢一
帯広市健康推進課	主任	横山 夏季
音更町地域包括支援センター	課長	堀田 昇
芽室町地域包括支援センター	課長補佐兼係長	塚田 直子
広尾町保健福祉課地域包括支援センター	主査	佐藤 寛光
幕別町住民福祉部保健課高齢者支援係	係長	國安 瑞紀
足寄町地域包括支援センター	主幹	中川 郁子
本別町地域包括支援センター	所長補佐	薩田 美幸
事務局		
十勝総合振興局保健環境部保健行政室企画総務課	企画総務課長	丹 賢一
	主査(保健推進)	本多 裕子
	主査(保健指導)	秋山 潮子
	指導主任保健師	土田 奈美
	主任保健師	岡崎 奈穂美
十勝総合振興局保健環境部社会福祉課	主査(保険運営)	及川 敏江

十勝保健医療福祉圏地域連携推進会議在宅医療専門部会委員

所 属	平成28年度	平成29年度	平成30年度	平成31年度/令和元年度	令和2年度	令和3年度	令和4年度	令和5年度
帯広市医師会	大江 徹	大江 徹	林 学	林 学	小林 光樹	小林 光樹	鎌田 裕樹	鎌田 裕樹
十勝医師会	山田 康介	山田 康介	山田 康介	山田 康介	山田 康介	山田 康介	山田 康介	山田 康介
十勝歯科医師会	増地 裕幸	大和田 三朗	大和田 三朗	中野 慎一	中野 慎一	海野 学	海野 学	今井 崇
北海道薬剤師会十勝支部	向平 尚弘	向平 尚弘	向平 尚弘	向平 尚弘	向平 尚弘	向平 尚弘	山脇 充善	山脇 充善
北海道看護協会十勝支部	滝田 典子	滝田 典子	山口 智子	室瀬 七重	吉持 裕子	佐藤 雅美	小山 典子	小山 典子
北海道訪問看護ステーション 連絡協議会十勝支部	高田 緑	高田 緑	高田 緑	高田 緑	馬場 梨花	馬場 梨花	荒 真希	荒 真希
北海道理学療法士会十勝支部	柳澤 秀明	柳澤 秀明	柳澤 秀明	柳澤 秀明	小岩 幹	小岩 幹	小岩 幹	早坂 恵輔
北海道作業療法士会十勝支部	野中 健二	野中 健二	川村 敦美	川村 敦美	川村 敦美	川村 敦美	川村 敦美	川村 敦美
帯広市介護支援専門員連絡協議 会	渡辺 こづ江	渡辺 こづ江	渡辺 こづ江	渡辺 こづ江	渡辺 こづ江	佐藤 勇宏	佐藤 勇宏	佐藤 勇宏
北海道医療ソーシャルワーカー協会東支 部	田巻 憲史	田巻 憲史	田巻 憲史	田巻 憲史	田巻 憲史	田巻 憲史	田巻 憲史	田巻 憲史
帯広市ヘルパーステーション 連絡協議会	関 圭子	野原 照子	野原 照子	野原 照子	野原 照子	野原 照子	野原 照子	野原 照子
十勝連携の会	高杉 美紀	小川 美紀	小川 美紀	外山 史教	外山 史教	外山 史教	外山 史教	外山 史教
北海道栄養士会十勝支部			木村 千恵里	木村 千恵里	木村 千恵里	木村 千恵里	川田 真裕美	川田 真裕美
十勝老人福祉施設協議会			高畑 訓子	高畑 訓子	澤村 三枝子	澤村 三枝子	澤村 三枝子	澤村 三枝子
老人保健施設十勝学習交流会香 環事務局			北畑 良子	北畑 良子	北畑 良子	北畑 良子	大石 織絵	大石 織絵
帯広市	野原 直美	野原 直美	野原 直美	野原 直美	家内 郁子	山下 真紀子	中山 宜子	藤本 百代
芽室町	塚田 直子	塚田 直子	塚田 直子	塚田 直子	塚田 直子	塚田 直子	柳澤 倫世	柳澤 倫世

【一、感謝の気持ちを込めてお礼状を書く】

- 1. 宛先 宛先 宛先 宛先 宛先
- 2. 宛先 宛先 宛先 宛先 宛先
- 3. 宛先 宛先 宛先 宛先 宛先
- 4. 宛先 宛先 宛先 宛先 宛先
- 5. 宛先 宛先 宛先 宛先 宛先
- 6. 宛先 宛先 宛先 宛先 宛先
- 7. 宛先 宛先 宛先 宛先 宛先

お礼状の書き方と例文を参考に、お礼状を書いてください。

お礼状の書き方と例文を参考に、お礼状を書いてください。



十勝地域における入退院時の連携ルール

平成 29 年 7 月 1 日 発行

平成 30 年 7 月 1 日 改訂

令和元年 7 月 18 日 改訂

令和 2 年 7 月 29 日 改訂

令和 3 年 11 月 5 日 改訂

令和 5 年 1 月 27 日 改訂

令和 5 年 7 月 改訂

発行 北海道帯広保健所企画総務課保健推進係

〒080-8588

帯広市東 3 条南 3 丁目 1 番地

TEL (0155)26-9010

FAX (0155)25-0863