

病院と地域の協働アンケート

病院名 医療法人社団 功連会 南富山中川病院			代表電話 (076) 425 - 1780 連携室TEL () - FAX (076) 425-1730			記載者 中島		
			現状			特記事項 (課題・要望等)		
病院 窓口	連携室配置スタッフ		☐ 看護師 () 人 ☐ 社会福祉士 () 人 ☒ その他 (2) 人 (精神保健福祉士)			連携室はないが、連携室機能はある		
	地域のケア マネや包括 等からの 相談対応	入院中の 患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
		入院外の 患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
	連絡方法		☒ 電話 直通 (☐ あり ☒ なし) ☒ FAX ☒ 来院 時間外(土日含む)対応 ☐ あり () ☒ なし					
情報 共有	病院 ↓ ケアマネ 提供されているものと 提供時期の該当する ものに○印 (* 富山老人保健 福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時	ケアマネからの希望はほとんどないが、提供は可能	
			・病院からの連絡票*					希望時
			・看護サマリー					
			・リハサマリー					
			・栄養情報					
			・介護連携指導書					
			・その他 (高額医療費対象情報など)					
	ケアマネ ↓ 病院 必要なものに○印 (* 富山老人保健 福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時	必ずしも必要ではない	
			・フェースシート	○				
			・ケアプラン	○				
・お薬手帳(服薬情報)			○					
・家族関係・本人の思い								
・住環境等の写真								
・入院情報提供書*								
体制	緊急入院患者の連携室の関わり							
	退院時共同指導料の算定		☐ あり ☒ なし					
退院 支援	退院支援職員		☒ 配置あり ☒ 各病棟に配置 ☐ その他 () ☐ 配置なし (☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし)					
	退院支援職員の 活動の実際		ケアマネとの連絡・調整					
	退院時カン ファレンスの 主な参加者	病院内	☐ 医師 ☐ 看護師 ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ 栄養士 ☐ 薬剤師 ☐ 連携室 ☐ その他 ()			今のところ、実績なし		
		病院外	☐ 地域の医師 ☐ ケアマネ ☐ 包括 ☐ 看護師 ☐ ヘルパー ☐ 福祉用具 ☐ 薬剤師 ☐ PT・OT ☐ その他 ()					
連携	連携上の課題		入院が長期化した場合に退院時、ケアマネの協力が得られないことがある。					
	病院からケアマネ・包括に 求めること							
価値 観 共有	地域のケアマネや包括等 との医療・介護交流や研 修の機会		☒ あり (☐ 主催 年 回 / ☒ 他主催 年3回) ☐ なし			グループホーム協議会の研修会 などに参加		
	病院関係者とケアマネ、 訪問看護師等との在宅訪 問への同行		☐ あり (年 件 / 職種 :) ☒ なし					

病院と地域の協働アンケート

病院名 特定医療法人社団 三医会 三輪病院			代表電話 (076)428-1234			記載者			
			連携室TEL () - FAX() -			篠村			
				現状				特記事項 (課題・要望等)	
病院 窓口	連携室配置スタッフ		☐ 看護師 ()人 ☒ 社会福祉士 (4)人 ☒ その他 (3)人 (精神保健福祉士)						
	地域のケア マネや包括 等からの 相談対応	入院中の 患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()						
		入院外の 患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()						
	連絡方法		☒ 電話 直通(☐ あり ☒ なし) ☒ FAX ☒ 来院 時間外(土日含む)対応 ☒ あり (土曜日午前) ☐ なし						
情報共有	病院 ↓ ケアマネ 提供されているものと 提供時期の該当する ものに○印 (* 富山老人保健 福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時			
			・病院からの連絡票*						
			・看護サマリー			○			
			・リハサマリー			○			
			・栄養情報			必要に応じて			
			・介護連携指導書			○			
			・その他 (高額医療費対象情報など)						
	ケアマネ ↓ 病院 必要なものに○印 (* 富山老人保健 福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時			
			・フェースシート	○					
			・ケアプラン						
			・お薬手帳(服薬情報)	○					
			・家族関係・本人の思い	○					
			・住環境等の写真						
			・入院情報提供書*	○	○				
体制	緊急入院患者の連携室の関わり		連携室より主治医に確認し、受け入れの可否を相談している。						
	退院時共同指導料の算定		☐ あり ☒ なし						
退院支援	退院支援職員		☒ 配置あり ☐ 各病棟に配置 ☒ その他 (連携室) ☐ 配置なし (☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし)						
	退院支援職員の活動の実際								
	退院時カン ファレンスの 主な参加者	病院内	☒ 医師 ☒ 看護師 ☒ PT ☒ OT ☒ ST ☒ 栄養士 ☐ 薬剤師 ☒ 連携室 ☐ その他 ()						
		病院外	☐ 地域の医師 ☒ ケアマネ ☒ 包括 ☒ 看護師 ☒ ヘルパー ☒ 福祉用具 ☐ 薬剤師 ☐ PT・OT ☐ その他 ()						
連携	連携上の課題		いつでも相談していただけるよう関係を築いていきたい。						
	病院からケアマネ・包括に求めること		連絡を密にとり、情報を共有していきたい。						
価値観共有	地域のケアマネや包括等との医療・介護交流や研修の機会		☒ あり (☐ 主催 年 回 / ☒ 他主催 年3回) ☐ なし						
	病院関係者とケアマネ、訪問看護師等との在宅訪問への同行		☒ あり (年5件 / 職種 :) ☐ なし						

病院と地域の協働アンケート

病院名 医療法人社団 友愛病院会 友愛温泉病院			代表電話 (076) 469 - 5421 連携室TEL () - FAX (076) 469-5425			記載者 名苗(相談員)		
			現状			特記事項 (課題・要望等)		
病院窓口	連携室配置スタッフ		☒ 看護師 (1)人 ☒ 社会福祉士 (2)人 ☐ その他 ()人 ()					
	地域のケアマネや包括等からの相談対応	入院中の患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
		入院外の患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
	連絡方法		☒ 電話 直通(☐ あり ☒ なし) ☒ FAX ☐ 来院 時間外(土日含む)対応 ☐ あり () ☒ なし					
情報共有	病院 ↓ ケアマネ 提供されているものと提供時期の該当するものに○印 (* 富山老人保健福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時	依頼があった場合提供	
			・病院からの連絡票*					
			・看護サマリー			○		
			・リハサマリー			希望時		
			・栄養情報			希望時		
			・介護連携指導書					
			・その他 (高額医療費対象情報など)					
	ケアマネ ↓ 病院 必要なものに○印 (* 富山老人保健福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時	必ずしも必要ではない	
			・フェースシート	○				
			・ケアプラン	○				
			・お薬手帳(服薬情報)					
			・家族関係・本人の思い					
・住環境等の写真								
・入院情報提供書*								
体制	緊急入院患者の連携室の関わり		緊急での受け入れは困難					
	退院時共同指導料の算定		☐ あり ☒ なし					
退院支援	退院支援職員		☐ 配置あり ☐ 各病棟に配置 ☐ その他 () ☒ 配置なし (☐ 配置予定あり ☒ 配置予定なし)					
	退院支援職員の活動の実際							
	退院時カンファレンスの主な参加者	病院内	☐ 医師 ☒ 看護師 ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ 栄養士 ☐ 薬剤師 ☒ 連携室 ☐ その他 ()					
		病院外	☐ 地域の医師 ☒ ケアマネ ☐ 包括 ☐ 看護師 ☐ ヘルパー ☐ 福祉用具 ☐ 薬剤師 ☐ PT・OT ☐ その他 ()					
連携	連携上の課題							
	病院からケアマネ・包括に求めること							
価値観共有	地域のケアマネや包括等との医療・介護交流や研修の機会		☐ あり (☐ 主催 年 回 / ☐ 他主催 年 回) ☒ なし					
	病院関係者とケアマネ、訪問看護師等との在宅訪問への同行		☐ あり (年 件 / 職種 :) ☒ なし					

病院と地域の協働アンケート

病院名 医療法人財団 博仁会 横田病院			代表電話 (076) 425 - 2800			記載者		
			連携室TEL () - FAX(076)428-2809			松井		
			現状				特記事項 (課題・要望等)	
病院 窓口	連携室配置スタッフ		☒ 看護師 (1)人 ☐ 社会福祉士 ()人 ☐ その他 ()人 ()				看護部長兼任	
	地域のケア マネや包括 等からの 相談対応	入院中の 患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
		入院外の 患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
	連絡方法		☒ 電話 直通(☐ あり ☒ なし) ☒ FAX ☐ 来院 時間外(土日含む)対応 ☐ あり () ☒ なし				日曜日・祝日は休み。木・土曜日 午後もしも休みのことが多く、外来事 務に伝言可能。	
情報 共有	病院 ↓ ケアマネ 提供されているものと 提供時期の該当する ものに○印 (* 富山老人保健 福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時	ケアマネが来院し、連携を取ったと きに提供している。	
情報 共有	ケアマネ ↓ 病院 必要なものに○印 (* 富山老人保健 福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時	緊急でない限り、入院面談にて家 族から情報収集しているため、必 ずしも必要ではない。ただ、独居で キーパーソンがいない場合や緊急 時は情報があるとよい。	
体制	緊急入院患者の連携室の関わり		入院担当医と相談して受け入れを決めている。ベットコン ロールは連携室が行っている。					
	退院時共同指導料の算定		☐ あり ☒ なし					
退 院 支 援	退院支援職員		☐ 配置あり ☐ 各病棟に配置 ☐ その他 () ☒ 配置なし (☐ 配置予定あり ☒ 配置予定なし)					
	退院支援職員の 活動の実際							
	退院時カン ファレンスの 主な参加者	病院内	☒ 医師 ☒ 看護師 ☒ PT ☒ OT ☐ ST ☒ 栄養士 ☒ 薬剤師 ☒ 連携室 ☒ その他(看護補助者)				必要時、ケアマネに退院時サービス担 当者会議を開いていただき、サービス 事業者も含め連携している(サービス 担当者会議に病院スタッフが参加する 形をとっている、病院外にチェック はつけていない)	
病院外		☐ 地域の医師 ☐ ケアマネ ☐ 包括 ☐ 看護師 ☐ ヘルパー ☐ 福祉用具 ☐ 薬剤師 ☐ PT・OT ☐ その他()						
連 携	連携上の課題							
	病院からケアマネ・包括に 求めること		一般病棟では在院日数の縛りがあるため、入院診療計画書の入院期間など、ある程度把握しておいてほ しい。即、在宅が難しい時はショートステイをお願いすることもあり、協力してほしい。					
価 値 観 共 有	地域のケアマネや包括等 との医療・介護交流や研 修の機会		☐ あり (☐ 主催 年 回 / ☐ 他主催 年 回) ☒ なし					
	病院関係者とケアマネ、 訪問看護師等との在宅訪 問への同行		☒ あり (年3件程度 / 職種 : PT、OT) ☐ なし				住宅評価が必要な場合、行ってい る。同行する職種はケース・バイ・ ケース。	

病院と地域の協働アンケート

病院名 医療法人社団 藤聖会 富山西総合病院			代表電話 (076) 461 - 7700 連携室TEL (076)461-7730 FAX (076)461-7744			記載者 肥後		
			現状			特記事項 (課題・要望等)		
病院窓口	連携室配置スタッフ		■看護師 (3)人 ■社会福祉士 (6)人 ■その他 (1)人 (精神保健福祉士)					
	地域のケアマネや包括等からの相談対応	入院中の患者	■地域連携室 □病棟 □その他 ()					
		入院外の患者	■地域連携室 □病棟 □その他 ()					
	連絡方法		■電話 直通(■あり □なし) ■FAX ■来院 時間外(土日含む)対応 □あり () ■なし					
情報共有	病院 ↓ ケアマネ 提供されているものと提供時期の該当するものに○印 (* 富山老人保健福祉圏域リハ協作成)			入院時	入院中	退院時		
			・病院からの連絡票*		○			
			・看護サマリー				○	
			・リハサマリー				○	
			・栄養情報				希望時	
			・介護連携指導書		○			
			・その他 (高額医療費対象情報など)					
	ケアマネ ↓ 病院 必要なものに○印 (* 富山老人保健福祉圏域リハ協作成)			入院時	入院中	退院時		
			・フェースシート	○				
			・ケアプラン					
			・お薬手帳(服薬情報)	○				
			・家族関係・本人の思い	○				
			・住環境等の写真		○			
			・入院情報提供書*	○				
・ケアプラン原案				○				
・その他								
体制	緊急入院患者の連携室の関わり		ケアマネからまず連携室に連絡を入れてもらうが、入院に関してはケース・バイ・ケース。					
	退院時共同指導料の算定		■あり □なし					
退院支援	退院支援職員		■配置あり ■各病棟に配置 □その他 () □配置なし (□配置予定あり □配置予定なし)					
	退院支援職員の活動の実際		入院早期より介入、ケアマネとの連絡調整、カンファレンス開催など					
	退院時カンファレンスの主な参加者	病院内	■医師 ■看護師 ■PT ■OT ■ST ■栄養士 ■薬剤師 ■連携室 □その他 ()					
		病院外	□地域の医師 ■ケアマネ ■包括 ■看護師 ■ヘルパー ■福祉用具 □薬剤師 □PT・OT □その他 ()					
連携	連携上の課題		FAXでのやりとりではなく、実際に病院に足を運んでもらいたい。					
	病院からケアマネ・包括に求めること		早めの情報提供					
価値観共有	地域のケアマネや包括等との医療・介護交流や研修の機会		■あり (■主催 年3回 / □他主催 年 回) □なし					
	病院関係者とケアマネ、訪問看護師等との在宅訪問への同行		■あり (年 約30件 / 職種:PT、OT、社会福祉士、精神保健福祉士) □なし				同病院の訪問看護に同行	

病院と地域の協働アンケート

病院名 医療法人社団 藤聖会 富山西リハビリテーション病院			代表電話 (076) 461 - 5550 連携室TEL (076)461-7730 FAX (076)461-7744			記載者 伴(医療相談室)		
			現状			特記事項 (課題・要望等)		
病院窓口	連携室配置スタッフ		☒ 看護師 (2)人 ☒ 社会福祉士 (2)人 ☐ その他 ()人 ()					
	地域のケアマネや包括等からの相談対応	入院中の患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
		入院外の患者	☒ 地域連携室 ☐ 病棟 ☐ その他 ()					
	連絡方法		☒ 電話 直通(☐ あり ☒ なし) ☒ FAX ☒ 来院 時間外(土日含む)対応 ☐ あり () ☒ なし					
情報共有	病院 ↓ ケアマネ 提供されているものと提供時期の該当するものに○印 (* 富山老人保健福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時		
			・病院からの連絡票*					
			・看護サマリー			○		
			・リハサマリー			○		
			・栄養情報					
			・介護連携指導書					
			・その他 (高額医療費対象情報など)					
	ケアマネ ↓ 病院 必要なものに○印 (* 富山老人保健福祉圏域リハ協会作成)			入院時	入院中	退院時	住環境等の写真は、いただければありがたいです。	
			・フェースシート	○				
			・ケアプラン					
・お薬手帳(服薬情報)								
・家族関係・本人の思い			○					
・住環境等の写真			○					
・入院情報提供書*			○					
体制	緊急入院患者の連携室の関わり		緊急入院の対応なし					
	退院時共同指導料の算定		☐ あり ☒ なし					
退院支援	退院支援職員		☒ 配置あり ☒ 各病棟に配置 ☒ その他 (相談室) ☐ 配置なし (☐ 配置予定あり ☐ 配置予定なし)					
	退院支援職員の活動の実際							
	退院時カンファレンスの主な参加者	病院内	☒ 医師 ☒ 看護師 ☒ PT ☒ OT ☒ ST ☒ 栄養士 ☐ 薬剤師 ☒ 連携室 ☐ その他 ()					
		病院外	☐ 地域の医師 ☒ ケアマネ ☐ 包括 ☐ 看護師 ☐ ヘルパー ☒ 福祉用具 ☐ 薬剤師 ☐ PT・OT ☒ その他(利用予定サービスの担当者)					
連携	連携上の課題							
	病院からケアマネ・包括に求めること		家屋評価、カンファレンスへの参加(これまでも参加してくださっています)					
価値観共有	地域のケアマネや包括等との医療・介護交流や研修の機会		☒ あり (☐ 主催 年3回 / ☒ 他主催 年2回) ☐ なし					
	病院関係者とケアマネ、訪問看護師等との在宅訪問への同行		☒ あり (年約 件 / 職種 :) ☐ なし					

入院時情報提供書（地域包括支援センター・居宅介護支援事業所→医療機関）

報告日 年 月 日

病院地域医療連携室 様

下記の利用者の情報提供をいたします。（情報提供にあたっては本人及び家族の同意を得ております）

基本情報

フリガナ 氏 名		性別		生年 月 日	年 月 日（ 歳）
住 所		校区		電話	
世帯状況	☐ 単身 ☐ 高齢者世帯 ☐ 同居 家族（ ）				
主な介護者	（続柄 ）		連絡先		
キーパーソン	（続柄 ）		連絡先		
住環境	☐ 一戸建て ☐ アパート等 *障害となる環境 ☐ なし ☐ あり（ ）				
生活状況 家族状況					

介護保険情報

要介護度	要支援 1 2 要介護 1 2 3 4 5	有効期限	年 月 日まで
サービス 利用状況	☐ 訪問診療（月 回） ☐ 訪問看護（月 回） ☐ 訪問介護（月 回） ☐ 訪問リハ（月 回） ☐ 通所リハ（月 回） ☐ 通所介護（月 回） ☐ 短期入所（月 日程度） ☐ 訪問入浴（月 回） ☐ 福祉用具貸与（ ）		
障害認定	☐ なし ☐ 身障 ☐ 精神 ☐ 特定疾患 ☐ 療育 ☐ その他（ ）		

身体・精神状況

【特記事項】

食事 形態 嚥下機能	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	☐ 普通食 ☐ 粥・きざみ ☐ 経管 ☐ 胃ろう ☐ 特別食	
	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる	
排泄 方法	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	☐ トイレ ☐ ポータブル昼 ☐ ポータブル夜 ☐ おむつ	
移乗 移動（屋内）	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車イス	
夜間睡眠	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 眠剤の服用あり	
認知障害	☐ なし ☐ 認知力低下 ☐ 認知症（診断 ）	
問題行動	☐ なし ☐ 幻覚幻視妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言・暴行 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 抑うつ ☐ 介護への抵抗	

本人家族の思い等

地域包括支援センター名：

居宅支援事業所名：

担当ケアマネジャー名：

住所：

電話：

FAX：

*退院が決まり次第、担当者へご連絡をお願いします。

富山老人保健福祉圏地域リハビリテーション連絡協議会 H27.3 月作成

病院からの連絡票

様式 2

(地域包括支援センター・居宅介護支援事業所)

年 月 日

様

病院で決まった様式がない場合は、ケアプラン作成
依頼や退院時の情報提供等の連絡に活用ください。

下記入院患者様の情報提供をいたします。(情報提供にあたっては本人及び家族の同意を得ております)

①基本情報

ふりがな 氏 名		性別	男・女	生年月日	年 月 日 (歳)
住所					
世帯状況	☐ 単身 ☐ 高齢者世帯 ☐ 同居 家族 ()				
住環境	☐ 一戸建て ☐ アパート等 * 住宅改修 ☐ 不要 ☐ 必要 ()				
主な介護者	(続柄)	☐ 同居	☐ 別居	連絡先	
キーパーソン	(続柄)	☐ 同居	☐ 別居	連絡先	
本人・家族の 要望等					

②保険情報

介護認定	☐ 申請予定 ☐ 申請中 ☐ 要支援 () ☐ 要介護 ()	☐ 身障 ☐ 特定疾患
サービス利用 時の留意点		

③医療情報

入院日	年 月 日	退院予定日	年 月 日
入院診療科	担当医	病棟	
病 名 (既往歴)	()		
疾患について の留意点			
医療処置	☐ 吸引 ☐ 在宅酸素 ☐ 経管栄養 ☐ 気管切開 ☐ 創処置 ☐ 他 ()		
薬の管理	☐ 自立 ☐ 管理必要 ☐ 服薬介助必要 * 退院時の処方内容を添付		
継続加療先	☐ 当院外来 (科) ☐ 紹介 ()		

④身体・精神状況

【特記事項】

食事	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
形態	☐ 普通食 ☐ きざみ ☐ 経管 ☐ 胃瘻 ☐ その他	
嚥下機能	☐ 異常なし ☐ 時々むせあり ☐ 常にむせる	
排泄	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
方法	☐ トイレ ☐ ポータブル (昼) ☐ ポータブル (夜) ☐ おむつ	
移乗	☐ 自立 ☐ 見守り ☐ 一部介助 ☐ 全介助	
移動 (屋内)	☐ 独歩 ☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車椅子	
夜間睡眠	☐ 良好 ☐ 不良 ☐ 眠剤の服用あり	
認知障害	☐ なし ☐ 認知力低下 ☐ 認知症あり (診断)	
問題行動	☐ なし ☐ 幻覚幻視妄想 ☐ 昼夜逆転 ☐ 暴言・暴行 ☐ 徘徊 ☐ 不潔行為 ☐ 異食 ☐ 抑うつ ☐ 介護への抵抗	

医療機関名・所属:

退院支援者氏名: 職種:

住所:

電話: FAX: