

令和4年度 第1回 医療・介護・住まい部会 次第
(田川市地域包括ケアシステム推進協議会)

令和4年8月19日(金) 18:00～

田川市役所 4階 第2委員会室

1 開会

2 委員紹介

3 部会長挨拶

4 議事

- (1) 「医療と介護の情報共有の仕組みづくり」について・・・・・・・・〔別紙1、資料1〕
- (2) 「多職種連携のための場づくり」について・・・・・・・・〔別紙1、資料2〕
- (3) 「住宅のリフォーム・バリアフリー化の推進」について・・・・・・・・〔別紙1〕
- (4) 「高齢者向け賃貸住宅の供給促進及び施設等の整備」について・・〔別紙1、資料3〕
- (5) 関係機関・事業所の取り組み状況について・・・・・・・・〔資料4〕
- (6) その他

5 閉会

次回 令和5年2月頃開催予定

医療・介護・住まい部会の令和3年度実績及び令和4年度予定(計画)

◎ 高齢者が住み慣れた地域に必要な医療・介護サービスが受けられる。

事業の柱		在宅医療・介護の提供		高齢者の居住確保					
事業		医療と介護の情報共有の仕組みづくり		多職種連携のための場づくり		住宅のリフォーム・バリアフリー化の推進		高齢者向け賃貸住宅の供給促進及び施設等の整備	
担当課		保健福祉課福祉政策係 高齢障害課高齢介護係		高齢障害課高齢介護係		建築住宅課住宅政策係		高齢障害課高齢介護係 建築住宅課住宅政策係	
令和3年度 実績		<p>【保健福祉課】</p> <p>○地域医療構想について 厚生労働省が再検証対象医療機関である436医療機関の進捗を確認(R3.12) ・各調整会議で「見直す」か「現状維持」の結論に至った病院⇒175病院 見直しの合意内容(複数回答) ①病床機能の見直し⇒94病院 ②病床数の見直し⇒67病院 ③複数の病院を再編⇒24病院 ・コロナ対応などで合意に至っていない病院⇒237病院 ・既に急性期病床を廃止したなどで議論の対象外⇒24病院</p> <p>○医療と介護の連携について ・前年度、病院(田川市郡内の14院)を対象に実施した、本様式の活用等に関するアンケート結果を受けて、次の二点について検討した。 ①簡易版様式の見直し →田川市立病院の医療支援センター(患者相談室)に、様式内容の確認を依頼。 現時点での修正は不要との回答を得たため、当面は現様式のままとすることにした。 ②入院時の情報提供を行う施設、事業所等に対し、改めて入院時情報提供書(簡易版)の活用を依頼 →田川地区介護サービス事業所協議会会長から周知協力の申出あり。協議会参加施設への通知に様式の使用を依頼する内容を掲載してもらった。(実施済)</p> <p>【高齢障害課】</p> <p>○医療・介護関係者間の情報共有 ・とびうめネット活用推進に向けた情報提供(医師会) ・在宅療養のしおりの更新(医師会) ・入退院時連携マニュアルの更新(田川市郡)</p> <p>○入退院時等連携会議 ・コロナ禍のため未実施</p>		<p>【高齢障害課】</p> <p>○田川地区多職種連携 ・田川地区多職種連携研修会(医師会) R3.9.14「神戸市における新型コロナウイルス感染症の自宅療養・入院待機者への訪問看護の経験から」WEB研修 参加者:80人</p> <p>○ケアカフェたがわ ・R3.12.10 第1回「多職種協同による地域での看取りケア」WEB研修 参加者:29人 ・R4.3.4 第2回「事例で学ぶ臨床倫理(意思決定支援)」WEB研修 参加者:28人</p>		<p>【建築住宅課】</p> <p>○民間住宅リフォーム助成事業について ・民間住宅(個人)のバリアフリー改修助成事業は、計画が30件・助成額500万円に対して、実績が37件・助成額500万円であった。</p> <p>○市営住宅への取組みについて ・老朽化市営住宅の対象団地(日吉町・中央・新野上・平和)の住民に意向調査[建替・住替・継続居住]を実施した。 集計結果 [建替-80戸・住替-120戸・継続居住-15戸]</p>		<p>【高齢障害課】</p> <p>○施設等の現地調査 ・地域密着型サービス事業所において、新規指定及び指定更新(6年に1回)に係る現地調査の実施。 新型コロナウイルス感染予防のため更新の実地指導は原則行わず、広域連合本部による書面指導に変更して実施。 (更新対象事業所: 4件。うち入所系:グループホーム2件、認知症対応型通所介護2件(うち1件実地指導))</p> <p>○高齢者における介護施設等の利用状況調査 (令和3年12月1日現在)を実施。</p> <p>【建築住宅課】</p> <p>○市営住宅への取組みについて ・高齢者対応賃貸住宅に取り組みなければならない老朽化市営住宅について、県との共同で建替基本計画策定が完了した。</p>	
	令和4年度 実施概要		<p>【保健福祉課】</p> <p>○地域医療構想について ◎経過 厚生労働省は都道府県が策定した「公立・公的医療機関等の2025年の病床機能の具体的対応方針」について、構想に比べて現状追認との指摘があったことから、令和2年1月に都道府県に再検証等を通知し、医療機関を再編統合する場合には2年秋頃、それ以外は元年度中を基本として議論を進めるよう要請していた。 新型コロナウイルス感染症の影響で延期されていたが、令和4年度中に県から国へ報告を行うよう話が出ている状況である。(県聞き取り) ◎令和3年度第1回田川区域地域医療構想調整会議(R4.8.30オンライン開催予定) 8月30日の会議では、次の議題について検討する予定 ・2025年に向けた具体的対応方針の策定について ・病床が全て稼働していない病棟を有する医療機関への対応について ・外来機能報告について ・福岡県における在宅医療(訪問診療)の現状について 年2～3回の会議を予定しており、今後も検討を進めていくとのこと。(県聞き取り)</p> <p>○医療と介護の連携について ・施設から病院へ渡す入院時情報提供書(簡易版)の作成から周知までが、昨年度までに一通り完了した。 ・病院から施設への情報提供の現状について、施設側に参考意見を聞いたところ、病院によって情報量や連絡方法にバラツキがあるとのことだった。そこで、今年度の取組として、病院から施設へ渡す退院時情報提供書の様式作成について検討する。 ・各病院の意向を確認するためアンケートを実施する見込。</p> <p>【高齢障害課】</p> <p>○医療・介護関係者間の情報共有 ・とびうめネット活用推進に向けた情報提供(医師会) ・在宅療養のしおりの更新(医師会)</p> <p>○入退院時等連携会議 ・地域の医療・介護連携に関する事例検討、「入退院時連携マニュアル」の内容点検(変更・見直しなど)及び周知等行う予定。</p>		<p>【高齢障害課】</p> <p>○田川地区多職種連携 ・田川地区多職種連携研修会(医師会主催)予定</p> <p>○ケアカフェたがわ ・R4.9.16 第1回「コロナ禍において良かったこと、良くなかったこと」WEB研修予定 ・R4.12.9 第2回「事例で学ぶ臨床倫理(意思決定支援)」予定 ・R5.3.6 第3回「在宅での看取りについて」予定</p>		<p>【建築住宅課】</p> <p>○民間住宅リフォーム助成事業について ・民間住宅(個人)のバリアフリー改修助成事業は、30件・助成額500万円の予算計画である。また令和3年度改定した[田川市住宅マスタープラン]により、リフォーム・バリアフリー化施策の拡充にの取り組む予定である。</p> <p>○市営住宅への取組みについて ・老朽化市営住宅の対象団地(日吉町・中央・新野上・平和)の住民の継続居住希望者15戸の移転交渉おこなう予定である。 建替建設予定の向陽台団地(高層80戸・車いす対応平屋10戸)の集合住宅・集会所・浄化槽・宅地造成・道路・橋梁等の設計、及び造成工事をおこなう予定である</p>		<p>【高齢障害課】</p> <p>○施設等の現地調査 ・地域密着型サービス事業所において、新規指定及び指定更新(6年に1回)に係る現地調査を実施。 (更新対象事業所:6件。うち入所系:グループホーム2件(実施予定))</p> <p>○高齢者における介護施設等の利用状況調査 (令和4年12月1日現在)を実施予定。</p> <p>○施設整備の方針について ・介護保険施設の整備については、福岡県高齢者保健福祉計画の中で施設整備量を計画し、計画期間の3年間で整備している。本市については、今期計画(令和3年度～5年度)は整備予定なし。</p> <p>【建築住宅課】</p> <p>○市営住宅への取組みについて ・高齢者対応賃貸住宅に取り組みなければならない建替建設予定の向陽台団地(高層80戸・車いす対応平屋10戸)の集合住宅はスマートウェルネスを目指すため橋梁を設置する等生活動線の利便性を考慮して設計する予定である。</p>
事業報告		<p>【高齢障害課】</p> <p>・入退院時連携マニュアル(資料1)</p>		<p>【高齢障害課】</p> <p>○ケアカフェたがわ(資料2)</p>				<p>【高齢障害課】</p> <p>○介護保険施設等の入所率(平成30年度以降)、田川市の介護施設等に係る利用状況調査結果(令和3年12月1日現在)(資料3)</p>	

令和4年度
年度予定(計画)

入退院時連携マニュアル

～病院とケアマネジャーとの連携の基本的な進め方～

田 川 市 ・ 田 川 郡

も く じ

1	はじめに	1
2	目的	1
3	支援の対象者	1
4	留意事項	1
5	入退院時等連携フロー図	3
	・ 社会保険田川病院（田川市）	3
	・ 医療法人鷹ノ羽会 村上外科病院（田川市）	4
	・ 田川市立病院（田川市）	5
	・ 社会福祉法人柏芳会 田川新生病院（田川市）	6
	・ 医療法人和光会 一本松すずかけ病院（田川市）	7
	・ 医療法人社団 敬信会 大法山病院（田川市）	8
	・ 医療法人 昌和会 見立病院（田川市）	9
	・ 医療法人 新光園 英彦山病院（添田町）	10
	・ 糸田町立緑ヶ丘病院（糸田町）	11
	・ 医療法人 ひまわり会 長主病院（川崎町）	12
	・ 医療法人 古川病院（川崎町）	13
	・ 社会医療法人 療仕会 松本病院（川崎町）	14
	・ 地方独立行政法人 川崎町立病院（川崎町）	15
	・ 医療法人 上野病院（福智町）	16
	・ 医療法人 恵和会 田川慈恵病院（福智町）	17
6	連携の手順	18
	(1) 入院時の連携（入院前に介護保険サービスを利用していた人）	18
	(2) 入院中の連携	19
	(3) 退院前の連携	20
	(4) 退院時（退院後）の連携	21
	(5) 転院時の取り扱い	21
	各種様式	
	（入院時情報連携加算の様式）	22
	（退院・退所加算の様式）	23
	関係機関一覧表	
	（居宅介護支援事業所・地域包括支援センター）	24
	編集後記	26

1 はじめに

この「マニュアル」は、田川市郡と地域包括支援センターが医療と介護の連携推進のために作成したものです。

作成にあたっては、田川市地域包括支援センターが平成28年度から平成29年度にかけて田川市内の医療機関の入退院支援に係る看護師及びソーシャルワーカー、居宅介護支援事業所の主任ケアマネジャー等地域の医療と介護の関係者で検討を重ね作成した「入退院時連携マニュアル」を活用し、令和2年度から二次医療圏である田川郡の病院にご参加いただくことで、田川市郡の「マニュアル」として作成したものです。

なお、運用状況を関係者により定期的に検証し、必要な見直しを行っていきます。

2 目的

この「マニュアル」は、病院関係者及びケアマネジャー（地域包括支援センターを含む。以下同じ）の双方が、必要な情報を共有し連携するための手順で、要介護・要支援状態の患者（利用者）の入院から在宅への復帰を円滑にし、退院後も安心して在宅で生活や療養ができるようにすることを目的としています。

3 支援の対象者

田川市郡に所在する居宅介護支援事業所及び地域包括支援センターが支援に関わる介護保険被保険者、かつ以下に記載の医療機関を入院又は退院する患者（利用者）で、次の項目に該当する人

※社会保険田川病院、村上外科病院、田川市立病院、田川新生病院、

一本松すずかけ病院、大法山病院、見立病院、英彦山病院、糸田町立緑ヶ丘病院、

長主病院、古川病院、松本病院、川崎町立病院、上野病院、田川慈恵病院

- ・入院前に介護保険サービスを利用していた人
- ・退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する人
- ・病院担当者またはケアマネジャーが、退院支援の必要性があると判断した人

4 留意事項

- (1) この「マニュアル」は、患者（利用者）のスムーズな在宅移行を支援するにあたって必要な情報を共有するための基本的な流れを示したものです。情報共有の方法やカン

ファレンスの要否・時期・回数等については、入院の内容や患者（利用者）の生活環境等に応じて、病院担当者とケアマネジャーで協議し決定してください。

- (2) 病院担当者とケアマネジャーが共有する必要がある情報については、あらかじめ患者（利用者）及びその家族に利用目的等を説明し同意を得てください。なお、個人情報については特に注意をして適切に取り扱ってください。
- (3) 退院後に「在宅医療」の必要がある場合、病院担当者とケアマネジャーは、かかりつけ医との連携に配慮してください。

5 入退院時連携フロー図

田川市における入退院時等連携フロー図				
医療機関名		社会保険田川病院		電話番号
		〒826-8585 田川市上本町10-18		44-0460
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(地域医療支援センター) ソーシャルワーカー TEL 44-0460
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者		(地域医療支援センター) ソーシャルワーカー * FAXでの受付可 (要事前TEL)	
	ケアマネジャー	病院担当者		
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(地域医療支援センター) ソーシャルワーカー または (病棟) 師長・主任
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(地域医療支援センター) ソーシャルワーカー または (病棟) 師長・主任
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(地域医療支援センター) ソーシャルワーカー または (病棟) 師長・主任
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 師長・主任
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(地域医療支援センター) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		医療法人鷹ノ羽会 村上外科病院		電話番号
		〒825-0014 田川市魚町12-5		44-2828
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(病棟) 看護師
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(病棟) 主任
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(病棟) 主任
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(病棟) 主任
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 主任
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(病棟) 看護師
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		田川市立病院		電話番号
		〒825-8567 田川市楠1700-2		44-2100
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(病棟) 師長または担当看護師 TEL 44-2100
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(医療連携室) ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	(病棟) 師長または担当看護師 場合によっては (医療連携室) ソーシャルワーカー
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(病棟) 師長または担当看護師 場合によっては (医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(病棟) 師長または担当看護師 場合によっては (医療連携室) ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 師長または担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		社会福祉法人柏芳会 田川新生病院		電話番号
		〒825-0004 田川市夏吉3638		42-2323
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー TEL 42-2323
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名	医療法人和光会 一本松すずかけ病院			電話番号
	〒825-0004 田川市夏吉142			44-2150
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(病棟) 担当看護師
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー または (病棟) 担当看護師 * ケース担当制のため、 S W が付かない場合がある。
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー または (病棟) 担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(病棟) 担当看護師
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー または (病棟) 担当看護師
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名	医療法人社団 敬信会 大法山病院			電話番号
	〒826-0045 田川市猪国690			42-1929
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	担当看護師 担当ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		
	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	担当ソーシャルワーカー * F A Xでの受付可 (要事前 T E L)
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	担当看護師 担当ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	担当ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	担当看護師 担当ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	担当看護師 担当ソーシャルワーカー

医療機関名		医療法人 昌和会 見立病院		電話番号	
		〒826-0041 田川市弓削田3237		44-0924	
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口	
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認		
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡		(医療相談科) 病棟担当ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等	
	病院担当者		(病棟) 担当看護師 * F A Xでの受付可 (要事前 T E L)		
	ケアマネジャー	病院担当者			<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援		
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援		(医療相談科) 病棟担当ソーシャルワーカー 場合によっては (病棟) 看護師
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有		
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(医療相談科) 病棟担当ソーシャルワーカー 場合によっては (病棟) 看護師	
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(病棟) 看護師	
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 看護師	
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議		
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供		(医療相談科) 病棟担当ソーシャルワーカー

医療機関名		医療法人 新光園 英彦山病院		電話番号
		〒824-0603 田川郡添田町中元寺844-14		82-1300
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(医療連携相談室) ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(医療連携相談室) ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(医療連携相談室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(医療連携相談室) ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(医療連携相談室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(医療連携相談室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		糸田町立緑ヶ丘病院		電話番号
		〒822-1315 田川郡糸田町3187		26-0111
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(地域医療連携室) 看護師 TEL 26-0111
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(地域医療連携室) 看護師
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(地域医療連携室) 看護師 場合によっては (病棟) 師長または担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(地域医療連携室) 看護師 場合によっては (病棟) 師長または担当看護師
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 師長または担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(地域医療連携室) 看護師
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名	医療法人 ひまわり会 長主病院			電話番号
	〒827-0004 田川郡川崎町田原 1 1 2 1			7 2 - 7 3 8 3
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	事務長 TEL 7 2 - 7 3 8 3
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者		作業療法士 (要事前 TEL)	
	ケアマネジャー	病院担当者		
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	作業療法士
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	作業療法士
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	作業療法士
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	病棟看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	作業療法士
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		医療法人 古川病院		電話番号
		〒827-0002 田川郡川崎町池尻 2 9 6 - 1		4 4 - 0 3 6 7
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(病棟) 主任看護師または 担当看護師 TEL 44-0367
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	入退院連携看護師 または 当院ケアマネジャー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	病棟担当看護師 または 当院ケアマネジャー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	入退院連携看護師 及び 当院ケアマネジャー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	病棟担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	入退院連携看護師 または 当院ケアマネジャー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		社会医療法人 療社会 松本病院		電話番号
		〒827-0003 田川郡川崎町川崎1681-1		73-2138
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(地域連携室) 看護師または ソーシャルワーカー TEL 73-2138
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者		(地域連携室) 看護師または ソーシャルワーカー	
	ケアマネジャー	病院担当者		
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(地域連携室) 看護師または ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(地域連携室) 看護師または ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(地域連携室) 看護師または ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 師長または 主任看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(地域連携室) 看護師または ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		地方独立行政法人 川崎町立病院		電話番号
		〒827-0003 田川郡川崎町川崎2430-1		73-2171
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	(病棟) 師長または担当看護師
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 師長・担当看護師 場合によっては (地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	(地域医療連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		医療法人 上野病院		電話番号
		〒822-1102 田川郡福智町上野3420		28-2182
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		
	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	(病棟) 師長または担当看護師 場合によっては (地域連携室) ソーシャルワーカー
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> (必要時) 介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャーの契約支援	
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	(病棟) 師長または担当看護師 場合によっては (地域連携室) ソーシャルワーカー
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> (必要時) 退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> (必要時) 家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	(病棟) 師長または担当看護師 場合によっては (地域連携室) ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供依頼	(病棟) 師長または担当看護師 場合によっては (地域連携室) ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> (必要時) 看護サマリー提供	(病棟) 師長または担当看護師
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> (必要時) ケアプラン写し提供	

医療機関名		医療法人 恵和会 田川慈恵病院		電話番号
		〒822-1212 田川郡福智町弁城3552		22-1887
いつ	誰が	誰に	実施すること	ケアマネとの 連絡担当窓口
(1) 入院直後 (7日以内位)	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーを確認 介護保険証に記載してある事業所を確認	地域医療連携室 ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> 入院の連絡・把握 病院担当者と担当ケアマネジャーは、 支援対象者の入院がわかれば、 できるだけ早く相互に連絡	
	ケアマネジャー	病院担当者		<input type="checkbox"/> スクリーニングによる退院支援の対 象者選定 <input type="checkbox"/> 入院期間の見立て <input type="checkbox"/> 退院支援計画書の作成 等
	病院担当者			
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 入院時情報提供 在宅での様子等を情報提供	
(2) 入院中	病院担当者	本人・家族	<input type="checkbox"/> 病状説明・指導 <input type="checkbox"/> 退院先の意向確認 <input type="checkbox"/> （必要時）介護保険申請の説明 <input type="checkbox"/> （必要時）ケアマネジャーの契約支援	地域医療連携室 ソーシャルワーカー
	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> （必要時）ケアマネジャー契約支援	
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> 相互に連絡・情報共有	
(3) 退院前	病院担当者	本人・家族 ケアマネジャー 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> （必要時）退院前カンファ調整・開催 <input type="checkbox"/> （必要時）家屋調査の日時連絡 <input type="checkbox"/> 退院日連絡 <input type="checkbox"/> 転院時はケアマネジャーへ連絡	地域医療連携室 ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 病院スタッフ	<input type="checkbox"/> 面談等 <input type="checkbox"/> ケアプラン原案作成 <input type="checkbox"/> （必要時）看護サマリー提供依頼	地域医療連携室 ソーシャルワーカー
(4) 退院時	病院担当者	ケアマネジャー	<input type="checkbox"/> （必要時）看護サマリー提供	地域医療連携室 ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	本人・家族 在宅サービス 等	<input type="checkbox"/> サービス担当者会議	地域医療連携室 ソーシャルワーカー
	ケアマネジャー	病院担当者	<input type="checkbox"/> （必要時）ケアプラン写し提供	

6 連携の手順

(1) 入院時の連携（入院前に介護保険サービスを利用していた人）

ア 入院の連絡・把握

病院担当者

入院時、その患者に担当ケアマネジャーがいるかどうか介護保険被保険者証等で確認し、担当ケアマネジャーを把握できた場合は、担当ケアマネジャーに対して患者の入院について連絡する。

ケアマネジャー

在宅等で要支援・要介護認定を受けている利用者が入院したら、自分が担当ケアマネジャーであること（事業所名、氏名、電話番号等）を病院の連絡担当窓口連絡する。

〈ケアマネジャーとして日頃からのひと工夫〉

- ①ケアマネジャーの名刺を医療保険被保険者証と一緒に保管するよう利用者や家族に説明する（介護保険被保険者証も一緒に保管することが望ましい）
- ②利用者が入院したら（決まったら）ケアマネジャーに連絡する必要があることを利用者や家族に説明する

イ 入院時情報提供

ケアマネジャー

利用者が入院した場合、ケアマネジャーは事前に利用者又は家族の同意を得た上で、できる限り病院等へ訪問し、病院担当者に対して利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報を提供する（事前のアポイントを忘れずに）。

病院へ提供する情報は、国が示す入院時情報連携加算の様式例『入院時情報提供書』を参考とする。（様式は22ページに掲載）

なお、やむを得ず病院等へ訪問ができず上記以外の方法（ファックス等）で必要な情報を提供する場合には特に個人情報に十分な配慮をする。

病院担当者

ケアマネジャーからの情報提供がない場合、患者または家族の同意を得てケアマネジャーに情報提供を依頼する。

入院時、退院見込み時期がわかる場合は、ケアマネジャーに退院見込み時期を伝える。わからない場合は、わかった時点で速やかにケアマネジャーに連絡をする。

共 通

入院前に、在宅医療で関わっている「かかりつけ医」がいる場合は、必要に応じて「かかりつけ医」との連携に努める。また患者（利用者）が生活保護受給者の場合は、担当ケースワーカーに必要な連絡を行う。

(2) 入院中の連携

ア 入院前に介護保険サービスを利用していた患者（利用者）

共 通

患者（利用者）又は家族の同意を得たうえで患者（利用者）の状態等について随時情報交換する等各種情報を共有するとともに、退院後の生活を見据え「ケアプランの変更」又は「区分変更申請」の必要性を検討する。

イ 入院前に介護保険サービスを利用していない患者（利用者）

病院担当者

患者（介護保険被保険者に限る）が退院後に介護保険サービスの利用が必要であると判断した場合は、患者又は家族の意向を確認したうえで、患者の居住地の市町村役場もしくは地域包括支援センターに相談する旨を説明するとともに要介護（要支援）認定申請やケアマネジャー決定等介護保険制度に関する手続き等について支援する。

* 患者が 40 歳以上 64 歳以下（介護保険第 2 号被保険者）の場合、以下に記載の特定疾病（16 種類）であることが必要です。

〈特定疾病〉	*医療保険に加入していることが前提となります。
①がん末期	⑨脊柱管狭窄症
②筋萎縮性側索硬化症	⑩早老症
③後縦靭帯骨化症	⑪関節リウマチ
④骨折を伴う骨粗鬆症	⑫糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症 および糖尿病性網膜症
⑤多系統萎縮症	⑬脳血管疾患
⑥進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症およびパーキンソン病	⑭閉塞性動脈硬化症
⑦初老期における認知症	⑮慢性閉塞性肺疾患
⑧脊髄小脳変性症	⑯両側の膝関節または股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

ケアマネジャー

入院中の利用者を新規に担当する場合は、速やかに病院担当者と連絡を取り、利用者又は家族、病院担当者及びケアマネジャーの三者により今後の方針等について打ち合わせを行う。

(3) 退院前の連携

ア 退院前カンファレンス

病院担当者

患者が、退院後介護保険サービスを利用し在宅生活が可能であると判断した場合、ケアマネジャーが退院後の準備に必要な時間（ケアプラン作成、事業所との調整等）を考慮し、早めに「退院前カンファレンス」の日程をケアマネジャーに連絡する。

退院に向けてカンファレンスを開催し、病院スタッフと在宅生活に関わるスタッフ間で入院中の患者の経過、退院後の在宅生活での留意点、必要な支援などについて情報共有する（全員が理解しやすい表現に配慮する）。特にADLが著しく低下する場合は、ケアプランを大きく見直す必要があるため具体的・詳細な病状についての情報が必要となる。

入院前と状態変化がないと判断した場合であってもケアマネジャーと連携をはかり、退院前カンファレンスの必要性の検討及び在宅サービスを利用する際に必要な情報を提供する。

ケアマネジャー

退院前カンファレンスについて在宅生活に関わる事業者や担当者等に連絡し、できるだけ参加するように要請する。

退院前カンファレンスで得た情報は、あらかじめ検討したケアプラン（素案）に反映し、ケアプラン（原案）を作成し、必要なサービス提供体制を調整する。

また退院前カンファレンスが行われない場合であっても、利用者の退院にあたり病院担当者と面談を行い、居宅サービス計画作成に必要な情報を得る。

なお、必要な情報は国が示す退院・退所加算の様式例『退院・退所情報記録書』を参考とする。（様式は23ページに掲載）

共通

退院後に在宅医療の必要性がある場合、病院担当者とケアマネジャーは、かかりつけ医と退院時連携に努める。

病院担当者とケアマネジャーは、退院後の在宅復帰に向けて安心して療養できるように患者（利用者）または家族等に必要な説明を行い、関係者との調整に努める。

イ 退院日連絡

病院担当者

退院日が決定したら、ケアマネジャーに連絡する。（前記「退院前カンファレンス」時に退院日が決定している場合を除く）

(4) 退院時（退院後）の連携

病院担当者

患者（利用者）又はご家族の同意を得た上で、原則として看護・介護の引き継ぎ書（看護サマリー等）をケアマネジャーに提供する。

ケアマネジャー

退院後、速やかに担当者会議を開催しケアプラン原案を確定するとともに、原則としてケアプランの写しを病院担当者に提供する。

(5) 転院時の取り扱い

病院担当者は、患者（利用者）が他の病院へ転院することが決まった時点で、速やかにケアマネジャーに転院に関して連絡するとともに、転院先の病院に担当ケアマネジャー等の必要な情報を提供する。

入院時情報連携加算に係る様式例

入院時情報提供書
医療機関 ← 在宅介護支援事業所

記入日: 年 月 日
 入院日: 年 月 日
 情報提供日: 年 月 日

医療機関名: _____
 ご担当者名: _____
 ケアマネジャー氏名: _____ TEL: _____ FAX: _____
 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	_____
住所	_____
性別	男 女
年齢	_____
生年月日	_____
電話番号	_____
住居の種類(戸建て、集合住宅)、_____隣接、_____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"/> 要申請中(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
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
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 割 <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> 障害認定 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・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"/> 子ども同居 <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: _____
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"/> 医師の指示を遵守 (1)参照 <input type="checkbox"/> 医師の意向を尊重 (1)参照
入院前の家族の生活に対する意向	<input type="checkbox"/> 医師の意向を尊重 (1)参照 <input type="checkbox"/> 医師の意向を尊重 (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	<input type="checkbox"/> 居宅サービス計画書(1,2,3表) <input type="checkbox"/> その他 ()
5. 今後の在宅生活の意向について (ケアマネジャーとしての意見)	
在宅生活に必要な要件	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子ども同居 (家族構成員数) <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()
退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ()
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 必要 <input type="checkbox"/> 不要 ()
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2と同じ <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 <input type="checkbox"/> 希望なし
「退院前」カンファレンスへの参加	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり <input type="checkbox"/> 希望なし

* = 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 ()			
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			
移動	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	<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	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					
食事回数	() 回/日 (朝・昼・夜・時限)				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"/> きこみ <input type="checkbox"/> 嚥下障害 <input type="checkbox"/> ミキサー				UD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 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> あり () <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明			
嚥下機能	むせない 時々むせる 常にむせる				嚥下	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)			
口腔清潔	良 不長				口臭	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
排尿	自立 見守り 一部介助 全介助				ホータルトレ	<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 不長 ()				眠剤の使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
喫煙	無 有 本/日				飲酒	無 有 本/日			
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"/> 不安・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 抑鬱 <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"/> 慢性腫瘍 <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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 (理由:) 期間: H 年 月 日 ~ H 年 月 日								
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/これまでにない <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"/> 呼吸器吸引 <input type="checkbox"/> 尿管切開 <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"/> 尿管留置 <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <input type="checkbox"/> 胃腸管コントロール <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	_____ 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

※厚生労働省ホームページより (令和2年2月末現在)

退院・退所加算に係る様式例

退院・退所情報記録書

1. 基本情報・現在の状態 等						記入日: 年 月 日
属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)	
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 ()・要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし	
入院(所)概要	・入院(所)日: H 年 月 日 ・退院(所)予定日: H 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	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 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()
	移動手手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 ()				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()				UDF等の食形態区分
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良				入院(所)中の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()				眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> 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 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> 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	<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 ()				
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input type="checkbox"/> 食形態 <input type="checkbox"/> 嚥下 <input type="checkbox"/> 口腔ケア <input type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input type="checkbox"/> 睡眠 <input type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()				
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> 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。						

※厚生労働省ホームページより(令和2年2月末現在)

居宅介護支援事業所一覧(田川市)

令和4年2月1日現在

居宅介護支援事業所名	事業所住所	電話番号
有限会社 西日本在宅介護センター	田川市伊加利659番地	42-3162
社会福祉法人 田川市社会福祉協議会	田川市伊田2735番地の13 スマイルプラザ田川	49-1266
暖家の丘ケアプランサービス	田川市糺824番地20	44-6066
寿楽園居宅介護支援事業所	田川市伊加利2096番地	45-7704
明寿苑 ケアプランセンター	田川市川宮1569番地の2	090-3326-3966
マイハートケアプラン	田川市奈良2003-8	44-3897
岡部内科循環器科ケアプランセンター	田川市平松町13番6号	42-1344
有限会社田川メディカルサービス	田川市春日町3番2号	46-8220
JAたがわケアプランサービス	田川市奈良266番地	44-5645
めぐみの里 ケアプランサービス	田川市夏吉364番地	45-2409
有限会社 ケアプランセンター・わたなべ	田川市伊加利812番地の1	45-7326
ケアふれんど	田川市伊田5031番地	44-9543
ケアプラン柔	田川市川宮1411-72	42-6887
田川新生病院 ケアプランセンター	田川市夏吉3638番地	50-7111
ケアプラン つばさ	田川市桜町14の2番17号	49-1311
ことぶき園居宅介護支援事業所	田川市伊田431番地1	45-4141
ケアプランセンター和	田川市川宮1627番地7	42-8236
ケアプランサービス 優	田川市糺1916-9	23-0505
ケアプラン みそら	田川市川宮349番地6	85-8886
ケアプランセンターなのはな	田川市糺2195番地5	50-8700
まごころケアプランセンター	田川市伊田4862番7	42-8855
ケアプランサービスはるか	田川市伊田2820番地16	85-8864
合同会社ケアプランエフ	田川市夏吉194番地344(糸飛3の2組)	46-1815
ケアプランセンター伊加利	田川市伊加利1948番地25	49-0201
ケアプラン ライフ	田川市糺189番地1	46-3555
ムネケアプランセンター	田川市糺335-4	49-1238
ケアプラン こころ	田川市白鳥町9番17号	44-2416
すこやかケアプランサービス	田川市西本町4番49号 MKハイツ西本町3号	49-1635
未来ケアプラン	田川市伊田1516-1-2 MKハイツ上伊田 I MK-2	45-3102
ケアプランセンターあさがお	田川市伊加利2211番地14	85-9490
社会福祉支援センター 凜	田川市桜町1038番地3号	23-0659

※ 要支援(介護予防)の方は、田川市地域包括支援センターの職員がケアプランを作成しますので下記までご連絡ください。

介護予防支援事業所名	事業所住所	電話番号
田川市地域包括支援センター	田川市伊田2735番地の13 スマイルプラザ田川	42-9420

居宅介護支援事業所一覧(田川郡)

令和4年2月1日現在

居宅介護支援事業所名	事業所住所	電話番号
ケアプランプラザ あけぼの	田川郡香春町中津原1251番地1	32-2512
社会福祉法人香春町社会福祉協議会 香春町居宅介護支援事業所	田川郡香春町高野727番地 香春町地域福祉センター「香泉荘」	32-4616
千里ケアプランサービス	田川郡香春町中津原2296番地2	32-7556
サングリーンそえだヘルパーステーション	田川郡添田町庄1130	82-0100
ケアサービス まん	田川郡添田町庄1327番地の15	82-3318
ケアサポートینگ 祝	田川郡添田町庄2538番地の1	72-5533
ケアプランきもと	田川郡添田町添田783番地	82-4310
介護老人保健施設 レイクヴィラたざり	田川郡糸田町木実浦870番地3	47-6000
豊寿園ケアプランセンター	田川郡糸田町1704番地	26-2288
ケアプランセンターこのみ	田川郡糸田町920番地77	49-9800
あっとほーむ	田川郡糸田町中糸田2448-1	26-9200
ケアプラン菜の花	田川郡川崎町池尻531-1 KIビル2-A	44-0755
恵愛園 ケアプランセンター	田川郡川崎町川崎3205番1	72-7077
社会福祉法人 川崎町社会福祉協議会	田川郡川崎町田原804番地	72-5255
こばとケアプランサービス	田川郡川崎町田原字袋谷91番地9	72-7687
ケアプランサービス ひかり	田川郡川崎町川崎529-3	72-5085
アイリスケアプランセンター	田川郡川崎町池尻457-1	49-1123
はびねすケアプランサービス	田川郡川崎町川崎427番地	73-3235
ソレイユ介護福祉事務所	田川郡川崎町川崎1295-5	73-4220
ひよりケアプランサービス	田川郡川崎町池尻909番地11	42-3511
社会保険田川病院 ケアプランセンター	田川郡川崎町池尻595番地1	47-1071
株式会社よろこび	田川郡大任町大行事3090番地	41-8030
ケアプランセンターひまわり園	田川郡大任町今任原2397番地1	47-8803
せいらくえんライフステーション	田川郡赤村内田2233番地の1 特別養護老人ホーム 青楽園	62-3388
第二長寿園居宅介護支援サービスセンター	田川郡福智町金田1257番地2-1	22-0970
福智町社会福祉協議会	田川郡福智町金田1154-2 金田社会福祉センター内2階	22-7227
医療法人 赤池協同医院	田川郡福智町赤池543-3	48-5025
社会福祉法人菊陽会 恵苑 ケアプランセンター	田川郡福智町伊方4448番地10	22-6608
ケアプランサービスはな	田川郡福智町弁城3081番1	23-0221
ケアサービス ひまわり	田川郡福智町金田975番地2	090-2585-7533
ケアプランセンター いこい	田川郡福智町赤池129番地1	28-6688
福智町方城在宅介護支援センター	田川郡福智町弁城3557の1番地	22-6556
方城セントラルケアプラン	田川郡福智町伊方4451番地の2	22-7777

※ 要支援(介護予防)の方は、居住地の地域包括支援センターの職員がケアプランを作成しますので下記までご連絡ください。

介護予防支援事業所名	事業所住所	電話番号
香春町地域包括支援センター	田川郡香春町大字高野994番地	32-2855
添田町地域包括支援センター	田川郡添田町添田1247番地1	41-3888
糸田町地域包括支援センター	田川郡糸田町1971番地1	26-9090
川崎町地域包括支援センター	田川郡川崎町田原804番地	72-3155
大任町地域包括支援センター	田川郡大任町大行事3090番地	41-8060
赤村地域包括支援センター	田川郡赤村内田1188番地	62-3330
福智町地域包括支援センター	田川郡福智町金田1272番地1	22-9502

編集後記

本マニュアルの作成にあたっては、田川市地域包括支援センターが、介護支援専門員への調査により、「利用者の退院後の生活を支える際に医療機関との連携に課題を感じるケアマネジャーが少なくない」という実態を把握したことが発端でした。

そこで田川市では、田川市退院時等連携会議*を設置し、市内の医療ソーシャルワーカー・看護師等の病院スタッフと主任ケアマネジャー等で協議を重ね、初版の本マニュアルが完成しました。

入院から退院までの連携の基本的な流れを統一化し各病院の連携窓口を明確にした本マニュアルは、田川郡においても必要であるとの関係者の意見から、二次医療圏全域で活用できるものへと改編しました。

改編にあたり、田川市退院時等連携会議をはじめとする、多くの関係者の方にご協力いただきましたことに深く感謝申し上げます。

令和2年3月

本マニュアルについての経過

平成28年9月	田川市地域包括支援センターが田川市主任介護支援専門員会議でグループインタビュー調査を実施
平成29年3月	田川市退院時等連携会議を設置
平成30年3月	田川市により初版発行
令和元年11月	田川市退院時等連携会議ならびに田川地区市町村在宅医療介護連携推進事業担当課長会議で保健所から田川郡への拡大について提案
令和元年11月	田川市により第2版発行 居宅介護支援事業所一覧を更新
令和2年1月	令和元年度在宅医療・介護連携推進事業に係る意見交換会で改定案を協議
令和2年3月	田川市郡により第3版発行

〈事務局〉

田川市、田川市地域包括支援センター
香春町、香春町地域包括支援センター
添田町、添田町地域包括支援センター
糸田町、糸田町地域包括支援センター
川崎町、川崎町地域包括支援センター
大任町、大任町地域包括支援センター
赤 村、赤 村地域包括支援センター
福智町、福智町地域包括支援センター

* 田川市退院時等連携会議の参加関係機関

社会保険 田川病院、医療法人 鷹ノ羽会 村上外科病院、田川市立病院、社会福祉法人 柏芳会 田川新生病院、医療法人 和光会 一本松すずかけ病院、医療法人社団 敬信会 大法山病院、医療法人 昌和会 見立病院、暖家の丘ケアプランサービス、太陽シルバーサービス株式会社たいようケアセンター、ケアプラン つばさ、医療法人 恭和会 後野医院ケアプランサービス、福岡県田川保健福祉事務所

「入退院時連携マニュアル」

～病院とケアマネジャーとの連携の基本的な進め方～

平成 30 年 3 月 初版発行

令和元年 11 月 第 2 版発行

令和 2 年 3 月 第 3 版発行

令和 4 年 3 月 第 4 版発行

田川市 市民生活部 高齢障害課

〒825-8501 田川市中央町 1 番 1 号

電 話 : 0 9 4 7 - 8 5 - 7 1 2 9

F A X : 0 9 4 7 - 4 2 - 2 0 0 0

令和3年度 第2回

医療・介護・福祉従事者と地域住民をつなぐ

ケアカフェ[®]
Blending Communities

たがわ



ケア・カフェたがわは地域住民、医療者・介護者・福祉者との集まりです。顔の見える関係作りと自分の住んでいる地域の医療介護について意見交換しあいましょう。

テーマ 「カード方式事例検討で学ぶ臨床倫理」 ～多職種と住民を結ぶ共同意思決定～

講師 琉球大学病院 地域・国際医療部
臨床倫理士 金城 隆展 先生

（講師プロフィール）

平成 12 年米国ロマリダ大学大学院にて生命医療・臨床倫理学修士号、平成 20 年大阪府立大学大学院にて博士号。
ロマリダ大学クリスチャンバイオエシックスセンター運営管理人、大阪府立大学人間社会学部客員研究員、東京大学 大学医学系研究科特任研究員、琉球大学医学部非常勤講師、群馬大学非常勤講師を経て、現職。
専門は生命倫理、医療倫理、臨床倫理、医療倫理教育。ナラティヴを医療倫理に導入した「ナラティヴエシックス」を研究。

【開催日】 令和4年 3月 4日（金）18:30～21:00

【方法】 ZOOM 開催（申込時に頂いたメールアドレスに URL をお送りします）

【内容】 講義、グループワーク

【コメンテータ】 田川医師会 副会長 岡部 浩司 医師
福岡県立大学 看護学部 尾形 由起子 教授

【対象者】 医療介護にかかわる方 定員50名

【参加費】 無料

【申込方法】 メール又はファックス

【申込締切日】 令和4年 2月24日（木）

いろいろな
方々と
語り合いま
しょう



たがたん

●申し込み・問い合わせ

〒825-8501 田川市中央町 1-1 田川市高齢障害課 高齢介護係（花田 河野）

メールアドレス kourei@lg.city.tagawa.fukuoka.jp

☎ 0947-85-7129

FAX 0947-42-2000

主催 田川市

共催 福岡県立大学

令和3年度 第2回 ケア・カフェたがわ 参加申込書

*申し込みの際、職種、所属の御記入をお願いいたします。

*URL や資料等をお送りするので必ずメールアドレスの御記入をお願いします。

氏名・ふりがな	年齢	職種	所属名(経験年数)	電話番号
			(年)	☎
メールアドレス				
			(年)	☎
メールアドレス				
			(年)	☎
メールアドレス				

申込締切日 令和4年 2月24日(木)

※定員になり次第、締め切らせていただきます。
定員を超えた場合は、ご本人へご連絡いたします。

FAX 0947-42-2000
このまま FAX でお送りください

令和4年度 第1回

医療・介護・福祉従事者と地域住民をつなぐ

ケアカフェ[®]

Blending Community
Strengthening Community

たがわ



ケア・カフェたがわは、医療者・介護者・福祉者との集まりです。顔の見える関係作りと自分の住んでいる地域の医療介護について、意見交換しあいましょう。

【開催日】 令和4年9月16日（金）18:30～20:00

テーマ

「コロナ禍で面白くなかったこと・
良かったことを話しませんか？」

- 【方 法】 ZOOM 開催（申込時に頂いたメールアドレスに URL をお送りします）
【内 容】 グループワーク
【コメンテーター】 田川医師会 理事 松岡 修 医師
福岡県立大学 看護学部 尾形 由起子 教授
【対 象 者】 医療介護にかかわる方 定員30名
【参 加 費】 無料
【申 込 方 法】 メール又はファックス
【申 込 締 切 日】 令和4年8月31日(水)



●申し込み・問い合わせ

〒825-8501 田川市中央町 1-1 田川市高齢障害課 高齢介護係（花田 河野）

メールアドレス kourei@lg.city.tagawa.fukuoka.jp

☎ 0947-85-7129 FAX 0947-42-2000 主催 田川市
共催 福岡県立大学



たがたん

令和4年度 第1回 ケア・カフェたがわ 参加申込書

- * 申し込みの際、職種、所属の御記入をお願いいたします。
- * 資料等をお送りするので、必ずメールアドレスの御記入をお願いします。

ふりがな 氏名	職種	所属名	電話番号
			☎
メールアドレス (大きくはっきりと、 御記入をお願いします)			
			☎
メールアドレス (大きくはっきりと、 ご記入をお願いします)			
			☎
メールアドレス (大きくはっきりと、 ご記入をお願いします)			

申込締切日 令和4年 8月31日(水)

- ※定員になり次第、締め切らせていただきます。
定員を超えた場合は、ご本人へご連絡いたします。

FAX
0947- 42-2000
このままFAXで
お送りください

介護保険施設等（入所施設）の入所率

施設区分	平成30年12月1日現在				令和1年12月1日現在				令和2年12月1日現在				令和3年12月1日現在				備考
	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	
介護老人福祉施設 （特別養護老人ホーム） ※定員30人以上	4	260人	246人	94.6%	4	260人	255人	98.1%	4	260人	246人	94.6%	4	260人	249人	95.8%	
地域密着型介護老人福祉施設 （地域密着型特別養護老人ホーム） ※定員29人以下	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	
介護老人保健施設（老人保健施設）	3	280人	238人	85.0%	3	280人	247人	88.2%	3	280人	246人	87.9%	3	280人	234人	83.6%	
介護医療院	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	
介護療養型医療施設（療養型病床群等）	1	8人	8人	100.0%	1	8人	8人	100.0%	1	8人	8人	100.0%	1	8人	8人	100.0%	
認知症対応型共同生活介護 （グループホーム）	11	162人	149人	92.0%	11	162人	145人	89.5%	11	162人	143人	88.3%	11	162人	129人	79.6%	
養護老人ホーム	1	50人	39人	78.0%	1	50人	38人	76.0%	1	50人	37人	74.0%	1	50人	33人	66.0%	
軽費老人ホーム	1	30人	29人	96.7%	1	30人	30人	100.0%	1	30人	29人	96.7%	1	30人	29人	96.7%	
施設区分	平成30年12月1日現在				令和1年12月1日現在				令和2年12月1日現在				令和3年12月1日現在				備考
	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	市内施設数	定員数	入所人員	入所率	
有料老人ホーム	2	90人	89人	98.9%	2	90人	83人	92.2%	2	90人	89人	98.9%	2	90人	85人	94.4%	
住宅型	13	409人	381人	93.2%	16	446人	407人	91.3%	18	473人	420人	88.8%	19	491人	430人	87.6%	平成30年度13施設（409人） 令和1年度16施設（446人） 令和2年度18施設（473人） 令和3年度19施設（491人） （ ）は定員数
健康型	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	
サービス付き高齢者向け住宅	1	100人	96人	96.0%	1	100人	95人	95.0%	1	100人	98人	98.0%	1	100人	96人	96.0%	
高齢者向け優良賃貸住宅	4	216人	206人	95.4%	4	231人	204人	88.3%	4	226人	204人	90.3%	4	230人	210人	91.3%	
シルバーハウジング	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	0	-	-	-	

関係機関・事業所の取組状況（令和3年度実績）

◎ 高齢者が住み慣れた地域に必要な医療・介護サービスが受けられる。

機関名	取組	具体的な内容
田川医師会	・多職種連携について ・在宅医療に関する取組 ・その他	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・多職種連携協議会 ・田川地区在宅医療多職種連携研修会（オンライン形式で実施） ・退院時連携促進事業の研修会（コロナ禍で中止） ・施設看取り研修会（オンライン形式で実施） ・訪問看護ステーション等の連絡協議会及びとびうめネットを利用した多職種連携実施（コロナ禍で中止） <p>【在宅医療に関する取組】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療相談窓口の設置及び田川医師会ホームページ「在宅医療のしおりデータ」の更新 ・とびうめネット参加、説明会実施（コロナ禍で中止 個別に参加促進） ・地域医療構想、田川医療圏の策定（コロナ禍で中止） ・在宅医療講演会（コロナ禍で中止） ・同行訪問事業（コロナ禍で中止） ・休日での看取り輪番の取組み <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域住民公開講座（コロナ禍で中止） ・市町村出前講座（コロナ禍で中止） ・広域連合支部地域ケア連絡会に出席し連携を密にしている
福岡県介護支援専門員協会	・多職種連携について ・研修会等の開催・参加 ・その他	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・医療介護連携推進研修：Webにて全体研修開催 ・ケアカフェたがわ研修会：Webにて2回研修開催 ・田川地区難病対策協議会：中止 <p>【研修会等の開催・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・主任介護支援専門員フォローアップ研修会（5回シリーズ） ・田川地区介護サービス事業所協議会：1回研修会（Web 訪問看護専門部会との合同研修） <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅ケア座談会：中止
田川歯科医師会	・多職種連携について ・研修会等の開催・参加	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・お口のサポート講習会 オンライン ・口腔ケア定着促進事業 DVD配布 ・口腔ケア講習会 オンライン ・生活習慣病重症化予防連携会議 <p>【研修会等の開催・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・認知症等対応力向上講習会 オンライン ・医療的ケア児歯科医療講習会 オンライン ・障害児歯科医療講習会 オンライン
田川薬剤師会	・多職種連携について ・研修会等の開催・参加 ・その他	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアカフェ田川検討委員会への委員派遣と参加 ・田川地区在宅医療介護連携協議会への委員派遣と参加 <p>【研修会等の開催・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域包括ケアシステムに係る研修会の開催 ・ケアカフェ田川の全会員への周知 ・田川地区在宅医療多職種連携研修会、各ブロック別研修会の全会員への周知 ・トレーニングレポート集を作成し会員に周知 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・出前講座のできる体制作り ・VPCS(virtual pharmacy computer system)の多職種連携機能を作成し、紹介 ・薬と健康の週間に合わせ、薬局相談会の周知
田川地区訪問看護ステーション連絡協議会	・多職種連携について ・研修会等の開催・参加 ・その他	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> 各関係機関と連携を図っている ・ケアカフェ田川検討委員会（田川市主催） ・田川地区在宅医療介護連携協議会（田川医師会主催） ・田川地区介護サービス事業所協議会 <p>【研修会等の開催・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・「感染症対策」DVD回覧 ・福岡県訪問看護ステーション連携強化事業 ・田川地区在宅医療介護連携協議会 各ブロック会議（ZOOMリモート会議）
田川地区PTOTST連絡協議会	・多職種連携について ・研修会等の開催・参加	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアカフェたがわコアメンバーとして研修会協力 ・在宅医療介護連携推進協議会（上田川、中田川、下田川地区）定例会 への参加 <p>【研修会等の開催・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・ケアカフェ田川への参加 ・在宅医療介護連携推進協議会全体研修への参加 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・香春町公民館で介護予防教室の開催 ・田川市（大黒町公民館、古賀町公民館、中央団地4区公民館、下猪登公民館）介護予防教室の開催 ・田川市いきいき健康教室（猪位金3区） +D10:D11 ・市民団体（健康たーんと倶楽部）活動への助言、サポート
福岡県栄養士会	・多職種連携について ・研修会等の開催・参加 ・その他	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・福岡県栄養士会「栄養ケアステーション」を中心に実施 ・田川医師会との在宅医療・介護連携の会議及び研修会の参加 <p>【研修会等の開催・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・日本栄養士会主催研修会、福岡県栄養士会主催「生涯学習プログラム」にて研修実施 ・在宅訪問栄養食事指導のできる栄養士の育成を各支部で開催 <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・地域ケア会議等への参加 ・医療・介護・住まい部会への参加
田川保健福祉事務所	・多職種連携について ・研修会等の開催・参加 ・その他	<p>【多職種連携について】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・在宅医療介護連携協議会（医師会主催） ・ケアカフェ田川研修会（コアメンバー） <p>【研修会等の開催・参加】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・施設看取り研修会（医師会と共催） <p>【その他】</p> <ul style="list-style-type: none"> ・田川地域在宅医療支援センターの運営 ・市町村や関係専門職を対象とした在宅医療・介護連携に係る支援 ・高齢者施設への施設看取アンケート調査