山 梨 県 峡 東 地 域
医療と介護の連携の手引き

～入退院連携ルール～

令和８年１０月
（＊令和８年10月連絡窓口等更新）

山梨県看護協会峡東地区支部
山梨県介護支援専門員協会峡東支部
山梨県医療ソーシャルワーカー協会
山　　梨　　市
笛　　吹　　市
甲　　州　　市
山梨県峡東保健福祉事務所

目次

１　はじめに　P1～

２　入退院支援の流れ

（1）　入院前に担当ケアマネジャーがいる場合　P3～

（2）　入院前に担当ケアマネジャーがいない場合　P5～

（3）　入退院時の情報共有について
資料①入院時情報提供書（様式例）　P8～
資料②退院時情報提供書（様式例）　P13～

３　ICTの活用について　P14～

４　各関係機関の役割、連絡窓口・連絡方法　P15～
①医療機関
②居宅介護支援事業所
③訪問看護事業所
④各市地域包括支援センター・保健所
⑤各市在宅医療介護サポートセンター

５　検討会の開催について　P28～

６　参考資料について　P29～

１．はじめに

（1） 目的

入院患者が治療を終えて地域にもどる際、介護保険サービスを入院前から利用していた場合も、新たに利用する場合も、入院時から医療機関とケアマネジャー、地域包括支援センター等関係者が連絡を取り合い、スムーズな在宅移行ができるよう、円滑に連携をとっていく必要がある。

この手引きでは、そのために必要な情報共有や連携の手順等を「入退院連携ルール」として示してある。これらを、医療機関の看護師やソーシャルワーカー、地域のケアマネジャーや地域包括支援センター等の関係者が共有することで、峡東地域に在住する患者や介護サービス利用者が、安心・安全に暮らしていけることを目指し作成した。

（2） 対象地域/対象者

対象地域：山梨市・笛吹市・甲州市の峡東地域

対象者： 次のすべての状況に当てはまる方とする。

・峡東地域に住所がある方で、峡東地域の医療機関に入院した方

・峡東地域の居宅介護支援事業所 または 地域包括支援センターを利用している（する見込みのある）方

・介護保険サービスを利用している方 または 退院後介護保険サービス等を利用する（見込みのある）方

(3) 参加機関

連携機関一覧（P16～26）を参照。

医療機関、居宅介護支援事業所、訪問看護ステーション、行政機関（各市地域包括支援センター・峡東保健福祉事務所）

(4)留意事項

①この手引きは医療機関とケアマネジャーが連携し、患者（利用者）のスムーズな在宅移行を支援するための基本的な流れを示したものである。定めた日数や内容は「目安」であり、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する。

②個人情報の取り扱いについて
連携にあたり、個人情報の取扱には注意を払う。
厚生労働省から出されている「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱のためのガイダンス（平成29年4月14日、令和8年4月1日一部改正）
を参考にする。

③介護保険法における「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」算定の関係について
この手引きの連携ルールは、介護報酬である上記加算の算定と関連するものではない。
加算算定に必要な事項については、保険者に確認すること。

④この手引きにおいては、介護支援専門員を「ケアマネジャー」と表記する。

(5)手引きの作成および見直しの経過

これまで山梨県看護協会峡東地区支部と山梨県介護支援専門員協会峡東支部は、多職種連携を目的とした研修会を各々で開催したり、平成２３年度には山梨県看護協会峡東地区支部継続看護委員会「他職種との連携チーム」において、「受診、入院および相談の問い合わせ窓口担当部署の一覧表」を作成したりするなど連携強化に取り組んできた。

しかし、作成した窓口担当部署の一覧表が継続して活用されておらず、適切な時期に患者（利用者）の情報共有が出来ないなど連携上の課題が残っていた。

そこで、医療（看護職）と介護（ケアマネジャー）が更なる連携推進を目指すため、平成２９年度に「山梨県峡東地域　医療と介護の連携の手引き」を作成し、それ以降この手引きの活用と定着を目指し、検討会を年一回開催し見直しの必要性等の話し合いを行ってきた。

〈★令和４年度の見直し経過〉

令和４年度に手引き内容の大きな見直しを行った。この背景として、手引きを作成した年から５年経過したこと、令和２年以降「新型コロナウイルス感染症の世界的な流行」により生活様式が大きく変わり、私たち医療や介護の現場でも“感染対策”により患者支援の方法が変わってきたことが挙げられる。これら背景のもと、手引きの内容として新たに追加したいことや修正することなどを、令和３年度から令和４年度にかけて関係者で話し合い作成した。

〈★令和４年度の主な見直し内容〉

・医療と介護の連携の手引きのタイトルに、「入退院連携ルール」というサブタイトルをつける。
・「ケアマネジャーが決まっていない場合」の連携の流れについて記載。
・入院時、退院時に必要な情報を追加記載。
・ＩＣＴの活用に関するページ及び、各関係機関の状況を記載。
・医療機関の連携窓口をだけでなく、役割ごとに記載。

〈★令和7年度の主な見直し内容〉

・退院前カンファレンスへの参加を検討する職種（例）を追加。
・関係機関の連絡方法として、メールアドレスを追加。
※掲載を希望する事業所のみ

〈★令和8年度の主な見直し内容〉

・最新様式へ変更　入退院時情報提供書＜在宅版＞（P9）
モニタリングに係る情報連携シート（（P10 、P11 ）

(6)今後の手引きの見直し

毎年8月頃、運用状況の確認、評価、見直しのための検討会を行う。
なお、検討会の主催は、山梨県看護協会峡東地区支部と山梨県介護支援専門員協会峡東支部が交代で行う。（P28参照）
併せて、連携窓口一覧は更新した内容を、医療機関と事業所、行政機関に配布する。

２　入退院支援の流れ
（１）入院前に担当ケアマネジャーがいる場合

	医療機関	ケアマネジャー
入院前（在宅時）	・医療機関は、本人の担当ケアマネジャーの情報を把握する。	**〈日頃からの準備〉** ・担当ケアマネジャーが誰か、本人・家族がわかるようにする→担当する利用者にケアマネジャーの名刺を「医療保険証」や「介護保険証」に挟み入れておき、入院の際には持参するよう伝える。 ・利用者、家族に、入院したらケアマネジャーに連絡するよう伝えておく。
入院時	**〈入院時連絡〉** ・ケアマネジャーに入院したことを、原則３日以内に連絡する（入院したら相互に連絡をする）。 ・入院時点での入院期間の見込みを連絡する。 ※本人の状態等に明らかな変化があるときは、相互に連絡を取る。	**〈在宅時の情報提供〉** ※右ページ参照 ・入院を把握したら、原則として３日以内に「入院時情報提供書」を活用し、病院に情報提供する。 ・（必要があれば）ケアプランや住環境に関する写真等。
	～どちらか早い方が相手にアプローチする。情報連携は本人・家族の同意を前提。～	
入院中	**〈退院に向けた支援〉** **①入院中の患者情報を提供(説明)する。** →本人・家族への病状説明や受け止め方、今後の治療方針、本人・家族の生活に対する意向、ADL等 **②ＩC(インフォームドコンセント)や、院内カンファレンスを開催する際には、ケアマネジャーに連絡する。** **予後予測のもと、自立支援に向けたケアプランへの助言を！医療面、看護面での注意事項等を伝える。**	**〈患者情報の収集〉** ・入院中の患者情報を収集する。 ・病院への訪問やICTの活用等、工夫して行う。 ・IC(インフォームドコンセント)や院内カンファレンスに参加する(退院後の生活を見立てて、共有する)。 ・医療管理の必要性や、リハビリ内容、目標ADLの予後予測等も確認する。 ・家屋調査結果や本人のADLをもとに、必要に応じて区分変更を検討する。 **〈退院に向けた調整を開始〉** ・医療機関から退院見通しの連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、病院と調整する。
退院前	**〈患者の退院見込みを連絡〉** ・退院の見通しがついたら、ケアマネジャーに連絡する。	**〈ケアプランの原案を作成〉** ・予想される課題の整理、家屋調査結果の反映等に留意する。
	【入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施する】 ※退院前訪問が必要と認められた場合は、医療機関からケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは同行する。 ※本人や家族の意向を確認し、介護サービス、インフォーマルサービス等を調整する。 ※退院前カンファレンスの開催や参加をする。 ※本人の状況に応じ、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・保健師・栄養士・歯科衛生士・相談支援専門員・福祉用具専門相談員等関係機関の多職種との連携を視野に入れる。	
	・退院後訪問を実施する際には、ケアマネジャーに連絡する。 ・外来受診時の状況を必要に応じて、ケアマネジャーに連絡する。	**〈退院後の情報共有〉** ・医療機関（入院していた病棟の看護師もしくは連携室担当者まで）にケアプランや、退院後の生活状況をフィードバックする。また、必要時外来診療部門とも情報を共有する。

＜左ページの連携の流れの解説・ミニ知識＞

医療機関

○○さんが入院しました。
お互いに連絡を取りましょう！

入院時

・入院診療計画で、おおよその入院期間が分かったら、ケアマネジャーに次の内容を連絡しましょう。
　→「病名」「治療方針」「入院期間の目安」等
・入院中にケアマネジャーの訪問があったら、「入院後の状況、治療経過、退院予測」等の情報を共有しましょう。
・本人の状態に明らかな変化があるときは、相互に連絡を取り合いましょう。

退院時

・退院する見込みがついたところで、ケアマネジャーに連絡する。
・連携窓口担当者は、本人の退院が決まったら、ケアマネジャーと双方で、十分に退院前カンファレンスの必要性を確認し合いながら、調整を行いましょう。カンファレンスを開催しない場合でも、ケアマネジャーへの連絡は必ず行いましょう。
※退院時に共有したい情報を参考にする(P10)
・ケアマネジャーから入院中の状態を聞かれますので、整理しておきましょう。
→「○○さんは、近いうちに退院できそうです。」
→「退院前カンファレンスを開催しますので、入院中の状態等の情報共有はどのようにしましょうか。」

〈転院・転棟する場合〉

医療機関はケアマネジャーに転院(転棟)について連絡しましょう。
転院(転棟)先に対し、「入院時情報提供(担当ケアマネジャーの情報、入院情報提供書)を行いましょう。
担当ケアマネジャーに対し、転院(転棟)先、転院(転棟)日の情報提供を行いましょう！
医療機関、転院(転棟)先、ケアマネジャーが、お互い意識的に情報共有しましょう！

相互に連絡・連携！

ケアマネジャー

○○さんの担当ケアマネです。
今後連携をお願いします！

入院時

・「入院時情報提供」を、入院後、原則3日以内に行いましょう。
→「○○さんが入院したので、入院時情報提供書をお届けします。以降、連携をお願いします。おおよその入院期間が分かりましたら、連絡をお願いします。」等
・情報提供時、医療機関の連携窓口の方にまずはアポイントメントを取り、原則、訪問して書面で渡しましょう。
・訪問が難しい時、忙しい時でも、FAX等で必ず情報提供をしましょう。FAX送付の際は必ず電話連絡しましょう。
・家庭環境の状況等に明らかな変化がある時は相互に連絡を取りましょう。

〈転院・転棟する場合〉

転院が分かったら、ケアマネジャーからも担当の連絡を行いましょう。
医療機関、転院(転棟)先、ケアマネジャーが、お互い意識的に情報共有しましょう！

訪問前には必ずアポイントメントを取りましょう！

退院時

・病院等から連絡がなくても、家族等から退院と聞いたら、直ちに医療機関に連絡しましょう。
　→「○○さんの家族から退院すると聞いたのですが、カンファレンスは開催しますか。」
　→「○○さんの入院中の状況を教えて下さい。」
★退院調整に関する診療報酬や介護報酬があります。算定にあたっては、最新の算定要件・施設基準を確認してください。
★看護要約(サマリー)は、行われた看護の要約を記した書類で、看護職同士の連携を目的にしたツールです。
★アセスメントに必要な情報は自ら聞き取りましょう。

（２）入院前に担当ケアマネジャーがいない場合
～退院後、新たに介護保険サービスを利用する場合～

	医療機関	地域包括支援センター
入院中	**〈退院支援スクリーニング〉** ・退院支援スクリーニング等で、退院後に介護が必要となる可能性があるか選定する。 ↓ **〈介護保険申請の支援〉** ・スクリーニング等により、介護保険申請が必要となった患者・家族に、「介護保険申請の必要性」を説明し支援する。 **①患者・家族への説明** →退院時期の目安、介護保険サービスが必要な理由等 **②各市地域包括支援センターへの相談をすすめる。** →センターの場所や連絡先（P24）を案内する。 →（必要に応じて）医療機関から各市地域包括支援センターに連絡（相談）する。	**〈医療機関への対応〉** ・医療機関から連絡（相談）の概要を確認し、助言や支援方法の検討等を行う。 ・調整の進捗状況を医療機関に適宜連絡する。 → **〈患者・家族への対応〉** ・介護保険制度やサービスの説明および、申請の支援を行う。 ・必要に応じて、ケアマネジャー選定等の支援を行う。 ★介護申請の審査が行われ、要介護(要支援)認定区分および、担当ケアマネジャーが決定したあとの流れは、「（１）入院前に担当ケアマネジャーが決まっている場合」と同様。 ↓ **※認定前など、担当ケアマネジャー決定前は、地域包括支援センターとやりとりを継続する。** **地域包括支援センターから担当ケアマネジャーへ！**
	〈退院に向けた支援〉 **①入院中の患者情報を提供（説明）する。** →本人・家族の病状説明や受け止め方、今後の治療方針、本人・家族の生活に対する意向、ADL等。 **②患者家族へのインフォームドコンセントやカンファレンスを開催する際には、ケアマネジャー等に連絡する。** **予後予測のもと、自立支援に向けたケアプランへの助言を。医療面、看護面での注意事項を伝える。**	**〈患者情報の収集〉** ・入院中の患者情報を収集する。 ・病院への訪問やICTの活用等、工夫して行う。 ・ＩＣ（インフォームドコンセント）や院内カンファレンスに参加する（退院後の生活を見立てや、目標ＡＤＬの予後予測も確認）。 ・医療管理の必要性や、リハビリ内容、目標ＡＤＬの予後予測等も確認する。 **〈退院に向けた調整を開始〉** ・医療機関から退院見通しの連絡を受けたら、退院調整のための情報共有について、医療機関と調整する。
	〈患者の退院見込みを連絡〉 ・退院の見通しがついたら、ケアマネジャーに連絡する。	**〈ケアプランの原案を作成〉** ・予想される課題の整理、家屋調査結果の反映等。
退院前	**【入院中の患者情報を共有し、相互に協力して退院に向けた調整を実施する】** ・退院前訪問が必要と認められた場合は、医療機関からケアマネジャーに連絡し、ケアマネジャーは同行する。 ・本人や家族の意向を確認し、介護サービス、インフォーマルサービス等を調整する。 ・退院前カンファレンスの開催や参加をする。 ・本人の状況に応じ、医師・歯科医師・看護師・薬剤師・理学療法士・作業療法士・言語聴覚士・社会福祉士・保健師・栄養士・歯科衛生士・相談支援専門員・福祉用具専門相談員等関係機関の多職種との連携を視野に入れる。	
退院後	・退院後訪問を実施する際には、ケアマネジャーに連絡する。 ・外来受診時の状況を必要に応じて、ケアマネジャーに連絡する。	**〈退院後の情報共有〉** ・医療機関（入院していた病棟の看護師もしくは連携室担当者まで）にケアプランや、退院後の生活状況をフィードバックする。また、必要時外来診療部門とも情報を共有する。

＜左ページの連携の流れの解説・ミニ知識＞

医療機関

①退院調整が必要な支援対象者の選定
→入院時、退院支援スクリーニングシート等を用いて判断します。

②介護保険申請の支援
→本人・家族に、介護保険サービスについて情報提供し、各市の地域包括支援センターへの相談を勧めます。
→家族・本人への相談を勧めるタイミングが分からない場合は、各市地域包括支援センターに相談しましょう。

【知識】
要介護認定にあたり、本人の状態がある程度落ち着かないと、市町村は適切な認定調査ができません。また、地域包括支援センターには在宅医療に関わる様々な相談ができますので、活用してください。

必要に応じて…
終末期ターミナル等、急ぎのケースは通常ルートでなくあらかじめ居宅を選定しておく等、タイムリーな対応を！

★医療機関から各市地域包括支援センターに必ず連絡（相談）しましょう。
例えば・・・
「介護保険申請を勧める状態として適切か迷いがある」
「家族の理解が乏しいなど、介護保険申請等にスムーズにつながらない可能性がある」
「在宅移行に向けて困難な課題を抱えている」
「要介護か要支援か見込みが難しく、暫定での介護保険サービス利用が必要な場合」

・・・などの場合には、各市地域包括支援センターへ連絡し、本人の状況を伝え、介護サービスの申請・手続き方法や今後の支援方法（必要なサービス内容や担当ケアマネジャーのことなど）について相談しましょう。また、退院時に介護サービスが必要でない場合も、何かしらの社会的支援を要する事例は、地域包括支援センターに連絡してみましょう。

相互に連絡・連携！

地域包括支援センター

決まったらバトンタッチ

ケアマネジャー

〈患者・家族への対応〉
・介護サービスについての説明や申請の支援を行います。
・必要に応じ、ケアマネジャー選定等の支援を行います。

（医療機関への対応）
・医療機関からの相談に対し、助言や支援方法の検討等を行います。
・調整の進捗を医療機関に適宜連絡します。
・介護保険の申請に至らない場合など必要時、医療機関と連携して在宅生活を支援します。

→病院担当者や患者・家族と面談において、「病状、それぞれの意向」等を聞き取り、介護保険制度やサービス利用に関する説明、契約を行っていきます。

※認定前など、入院中に担当ケアマネジャーが決まっていない場合は、地域包括支援センター担当者と連携していきます。決定した場合でも、事例により必要な場合は、地域包括支援センター職員と担当ケアマネジャーが一緒に動く場合もあります。連携窓口が誰になるか確認をしましょう。

※ 介護保険申請が行われ、担当ケアマネジャーが決定した以降の流れは、「（１）入院前にケアマネジャーが決まっている場合」と同じ

★医療管理の必要性や、リハビリの内容、目標ＡＤＬの予後予測等を、病棟看護師や家族等から情報収集しましょう！

※要支援の場合は、地域包括支援センター（または委託を受けたケアマネジャー）、要介護の場合は、居宅介護支援事業所のケアマネジャーがマネジメントします。

（3） 入退院時の情報共有について

入院時に共有したい主な情報

入院時に、医療機関のスタッフが共有したい主な情報をまとめたものです。よりスムーズな情報共有が図れるよう、ケアマネジャー、地域包括支援センター等と医療機関が連携する際の参考にしてください。

〈本人・家族の意向〉

■本人の生活歴

■入院前の本人及び家族の生活や治療に対する意向

■ＡＣＰ/ＤＮＡＲ
※本人及び家族の終末期に対する意向も含む

〈医療の状況〉

■治療中の基礎疾患

■入院前に実施している医療処理

■内服薬

■かかりつけ医

〈本人の基本情報〉

■基本情報
プロフィール、住環境、介護度、障害手帳の有無等

■家族の状況
家族構成、主介護者、連絡先等
※家族関係：介護力、家族の関係性、その他特記事項等

■入院前の在宅での介護サービス利用状況

■今後の在宅生活の展望

・・・等

入院時情報提供書(次ページ以降)の項目を参考にしましょう！

ケアプランも一緒につけて、情報提供しましょう！

〈在宅で生活していた時の様子〉

■移動動作
独歩、杖歩行、車椅子使用の有無等

■食事
食事内容（治療食（塩分やカロリー制限等）、特別な食形態、嚥下の状況、水分制限等）、嚥下状況、食事方法（姿勢、特殊器具の使用）、介助方法等

■口腔ケア
口腔清潔の状況、ケア方法、介助方法等

■入浴
入浴方法（シャワーチェア、手すりの使用の有無、体を洗う動作、機械浴、寝浴等）介助方法、尿道カテーテルやストーマの処置等

■排泄
おむつ使用の有無、手すりの有無、移動方法、移動距離、衣類着脱動作、介助方法等

■認知・精神
認知機能の状態（せん妄、徘徊、焦燥・不穏、攻撃性等）、症状に対する対応等

別紙１

記入日：　　年　　月　　日
入院日：　　年　　月　　日
情報提供日：　　年　　月　　日

入院時情報提供書＜在宅版＞

医療機関名： ご担当者名：	⬅	事　業　所　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、＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿＿日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）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

氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	生年月日	西暦　　年　　月　　日生
入院時の要介護度	□ 要支援（　　）　□要介護（　　）　有効期間：　年　月　日 ～ 年　月　日 □ 申請中(申請日　／　)　□区分変更（申請日　／　）　□ 未申請		
障害高齢者の 日常生活自立度	□自立 □J１ □J２ □A１ □A２ □B１ □B２ □C１ □C２	認知症高齢者の 日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
介護保険の自己負担割合	□＿＿＿割　□ 不明	障害手帳の有無	□ なし　□ あり（ 身体・精神・知的 ）
年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他（　　）		

２．家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居　□高齢者世帯　□子と同居　□日中独居　□その他（　　）		
主介護者氏名	（続柄　・　才）（同居・別居）	電話番号	
意思決定支援者（代諾者）	（続柄　・　才）（同居・別居）	電話番号	

３．意思疎通について

視力	□問題なし　□やや難あり　□困難	意思疎通	□会話に支障がない □複雑な会話はできないが、普通に会話はできる □普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる □会話が成り立たないが、発語はある □発語がなく、無言である
聴力	□問題なし　□やや難あり　□困難		
眼鏡	□なし　□あり		
補聴器	□なし　□あり		

４．口腔・栄養について

摂食方法	□経口　□経管栄養　□静脈栄養	食物アレルギー	□なし　□あり（　　）
摂食嚥下機能障害	□なし　□あり	水分（とろみ）	□なし　□あり（ □薄い ・ □中間 ・ □濃い ）
食形態（主食）	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他（　　）	食形態（副食）	□普通　□軟菜　□その他（　　）
義歯使用	□なし　□あり （ □部分 ・ □総 ）	左右両方の奥歯で しっかりかみしめられる	□できる　□できない
歯の汚れ	□なし　□あり	歯肉の腫れ、出血	□なし　□あり（　　）
特記事項			

５．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	□ なし　□ あり	居宅療養管理指導	□ なし　□ あり（職種：　　）
薬剤管理	□ 自己管理　□ 他者による管理（管理者：　　管理方法：　　）		
服薬介助	□ 自立　□ 一部介助（介助内容：　　）　□ 全介助		
服薬状況	□ 処方通り服用　□ 時々飲み忘れ　□飲み忘れが多い、処方が守られていない　□服薬拒否		
薬剤アレルギー	□なし　□あり（　　）	特記事項	□なし　□あり（　　）

６．かかりつけ医について

かかりつけ医療機関１		かかりつけ医療機関２	
医師名		医師名	
かかりつけ医療機関３		かかりつけ歯科医療機関	
医師名		歯科医師名	
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション	

７．人生の最終段階における医療・ケアに関する情報
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること

意向の話し合い	□本人・家族等との話し合いを実施している（最終実施日：　年　月　） □話し合いを実施していない　（ □本人からの話し合いの希望がない　□それ以外 ）

※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載

本人・家族の意向	□下記をご参照ください　□別紙参照（ 書類名：　　）
話し合いへの参加者	□本人　□家族（氏名：　続柄：　）（氏名：　続柄：　） □医療・ケアチーム　□その他（　　）
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※	
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容

８．入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について

麻痺の状況	□右上肢	□左上肢	□右下肢	□左下肢	褥瘡等の有無	□なし □あり（部位・深度・大きさ等 ）			
褥瘡等への対応	□エアーマット	□クッション	□体位変換（ 時間毎）	□その他（ ）	□なし				
移乗	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	移動	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助
移動（屋外）	□杖	□歩行器	□車椅子	□その他	移動（屋内）	□杖	□歩行器	□車椅子	□その他
食事	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助	排泄	□自立	□見守り	□一部介助	□全介助

入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 □ アセスメントシート（フェイスシート） □その他（ ）
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	□なし □あり （ ）
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か □見守ってもらうことなく過ごすことができる □1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる □半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる □30分程度ならみまもってもらうことなく一人で過ごすことができる □常にみまもりが必要である
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか □年月日はわかる □年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる □場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる □その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる □自分の名前がわからない
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか □常に覚えている □たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる □思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある □きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない □忘れたこと自体を認識していない
	遂行能力：テレビ、エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか □自由に操作できる □チャンネルの順送りなど普段している操作はできる □操作間違いが多いが、操作方法を教えてもらえれば使える □リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない □リモコンが何をするものかわからない
過去半年間における入院	□なし □不明 □あり （頻度：□0回 □1回 □2回以上）（直近の入院理由： 期間： 年 月 日～ 年 月 日）

９．入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 □ 居宅サービス計画(1)～(3) □ アセスメントシート（フェイスシート） □その他（ ） ペット飼育の有無：□あり □なし 特記事項：

１０．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）

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（ □あり □なし ） 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	□ 不要 □必要（ ）
退院後の支援者	□ 家族の支援が見込める（ □十分 ・ □一部 ） □ 家族以外の支援が見込める（ □十分 ・ □一部 ） □ 支援は見込めない □ 家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	□ 本シート２に同じ □ 左記以外（氏名： 続柄： 年齢： ）
家族や同居者等による虐待の疑い	□なし □あり（ ）
特記事項	

１１．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」への参加	□ 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	□ 希望あり 具体的な要望（ ）

モニタリングに係る情報連携シート

別紙３

１．基本情報

↓白色のセルは居宅介護支援事業所が記入ください。↓オレンジ色のセルはサービス事業所が記入ください。

	居宅介護支援事業所	サービス事業所
フリガナ 利用者名		←利用者名を別途共有できる場合、利用者名は記入不要
事業所名		
記載者名		
記載者役職	介護支援専門員	
記載日		

２．ケアの実施状況・目標の達成状況　（本項目はサービス事業所が記入ください）

ケアの実施状況（具体の内容、ケアプラン通りに実施されているか、サービスの内容が適切か等）			
目標1	目標の内容		
	目標達成状況と状況 （該当する項目に○の上、自由記述）	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 （該当する項目に○の上、自由記述）	継続 見直し 中止	
目標2	目標の内容		
	目標達成状況と状況 （該当する項目に○の上、自由記述）	達成 一部達成 未達成	
	ケアの評価と根拠 （該当する項目に○の上、自由記述）	継続 見直し 中止	
特記事項			

３．ケアマネジャーとサービス事業所の情報連携

サービス事業所に確認してほしい項目（該当する項目をすべてチェック）

□利用しているサービス事業所の状況（満足度等）　□利用者の変化　□利用者・家族の要望　□家族の状況変化
□サービスの適正度　□新しい生活課題　□居宅サービス計画・個別援助計画変更の必要性　□健康状態
□ＡＤＬ　□ＩＡＤＬ　□認知機能や判断能力　□コミュニケーションにおける理解と表出の状況
□生活リズム　□排泄の状況　□清潔の保持に関する状況　□口腔内の状況　□食事摂取の状況
□ 社会との関わり　□家族等の状況　□居住環境　□その他留意すべき事項・状況

情報収集の観点（介護支援専門員が記載）	確認した事項（※介護支援専門員から依頼があった項目の他、変化や課題があった項目にはコメント記入ください） （該当する方に○） 変化	課題	具体的な内容
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	
	あり / なし	あり / なし	

特に確認したい事項・情報共有事項、総括

参考：課題分析標準項目について

「サービス事業所に確認してほしい項目」のうち、「ク　健康状態」～「ナ　その他留意すべき事項・状況」については、令和5年10月16日に発出された『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』（厚生労働省、老 認 発 1016 第 1 号）のうち、記載に対応しております。
以下、『「介護サービス計画書の様式及び課題分析標準項目の提示について」の一部改正について』の一部抜粋

課題分析（アセスメント）に関する項目

NO	標準項目名	項目の主な内容（例）
10	健康状態	利用者の健康状態及び心身の状況（身長、体重、BMI、血圧、既往歴、主傷病、症状、痛みの有無、褥そうの有無等）、受診に関する状況（かかりつけ医・かかりつけ歯科医の有無、その他の受診先、受診頻度、受診方法、受診時の同行者の有無等）、服薬に関する状況（かかりつけ薬局・かかりつけ薬剤師の有無、処方薬の有無、服薬している薬の種類、服薬の実施状況等）、自身の健康に対する理解や意識の状況について記載する項目
11	ADL	ADL（寝返り、起きあがり、座位保持、立位保持、立ち上がり、移乗、移動方法（杖や車椅子の利用有無等を含む）、歩行、階段昇降、食事、整容、更衣、入浴、トイレ動作等）に関する項目
12	IADL	IADL（調理、掃除、洗濯、買物、服薬管理、金銭管理、電話、交通機関の利用、車の運転等）に関する項目
13	認知機能や判断能力	日常の意思決定を行うための認知機能の程度、判断能力の状況、認知症と診断されている場合の中核症状及び行動・心理症状の状況（症状が見られる頻度や状況、背景になりうる要因等）に関する項目
14	コミュニケーションにおける理解と表出の状況	コミュニケーションの理解の状況、コミュニケーションの表出の状況（視覚、聴覚等の能力、言語・非言語における意思疎通）、コミュニケーション機器・方法等（対面以外のコミュニケーションツール（電話、PC、スマートフォン）も含む）に関する項目
15	生活リズム	１日及び１週間の生活リズム・過ごし方、日常的な活動の程度（活動の内容・時間、活動量等）、休息・睡眠の状況（リズム、睡眠の状況（中途覚醒、昼夜逆転等）等）に関する項目
16	排泄の状況	排泄の場所・方法、尿・便意の有無、失禁の状況等、後始末の状況等、排泄リズム（日中・夜間の頻度、タイミング等）、排泄内容（便秘や下痢の有無等）に関する項目
17	清潔の保持に関する状況	入浴や整容の状況、皮膚や爪の状況（皮膚や爪の清潔状況、皮膚や爪の異常の有無等）、寝具や衣類の状況（汚れの有無、交換頻度等）に関する項目
18	口腔内の状況	歯の状態（歯の本数、欠損している歯の有無等）、義歯の状況（義歯の有無、汚れ・破損の有無等）、かみ合わせの状態、口腔内の状態（歯の汚れ、舌苔・口臭の有無、口腔乾燥の程度、腫れ・出血の有無等）、口腔ケアの状況に関する項目
19	食事摂取の状況	食事摂取の状況（食形態、食事回数、食事の内容、食事量、栄養状態、水分量、食事の準備をする人等）、摂食嚥下機能の状態、必要な食事の量（栄養、水分量等）、食事制限の有無に関する項目
20	社会との関わり	家族等との関わり（家庭内での役割、家族等との関わりの状況（同居でない家族等との関わりを含む）等）、地域との関わり（参加意欲、現在の役割、参加している活動の内容等）、仕事との関わりに関する項目
21	家族等の状況	本人の日常生活あるいは意思決定に関わる家族等の状況（本人との関係、居住状況、年代、仕事の有無、情報共有方法等）、家族等による支援への参加状況（参加意思、現在の負担感、支援への参加による生活の課題等）、家族等について特に配慮すべき事項に関する項目
22	居住環境	日常生活を行う環境（浴室、トイレ、食事をとる場所、生活動線等）、居住環境においてリスクになりうる状況（危険個所の有無、整理や清掃の状況、室温の保持、こうした環境を維持するための機器等）、自宅周辺の環境やその利便性等について記載する項目
23	その他留意すべき事項・状況	利用者に関連して、特に留意すべき状況（虐待、経済的困窮、身寄りのない方、外国人の方、医療依存度が高い状況、看取り等）、その他生活に何らかの影響を及ぼす事項に関する項目

（3） 入退院時の情報共有について

退院時に共有したい主な情報

地域での生活を実現させるために、ケアマネジャーが退院時に確認したい主な情報項目とその内容例です。よりスムーズな情報共有が図れるよう、退院前カンファレンス、退院時の情報提供など、医療機関がケアマネジャーと連携する際に参考にしてください。

退院・退所情報記録書（次ページ）の項目を参考にしましょう！

〈入院概要〉

■病名
入院原因疾患（入院目的）、現在治療中の疾患等

■病状・治療経過
治療内容、バイタルサイン、症状・病状の予後・予測等

〈受け止め･意向〉

■本人の受け止め/意向

■家族の受け止め/意向

本人への病状告知（特にがん末期や医療依存度が高い方への告知内容）、病気・障害・後遺症等の受け止め方、退院後の生活に関する意向等

〈入院中の様子〉

■移動動作
独歩、杖歩行、車椅子使用の有無等

■食事
食事内容（治療食（塩分やカロリー制限等）、特別な食形態、嚥下の状況、水分制限等）、嚥下状況、食事方法（姿勢、特殊器具の使用等）、介助方法等

■口腔ケア
口腔清潔の状況、ケア方法、介助方法等

■入浴
入浴方法（シャワーチェア、手すりの使用の有無、体を洗う動作、機械浴、寝浴等）介助方法、尿道カテーテルやストーマの処置等

■排泄
おむつ使用の有無、手すりの有無、移動方法、移動距離、衣類着脱動作、介助方法等

■認知・精神
認知機能の状態（せん妄、徘徊、焦燥・不穏、攻撃性等）、症状に対する対応等

〈退院後に必要な事項〉

■退院後に必要な医療処置の内容と方法
点滴、酸素療法、喀痰吸引、人工呼吸器、胃瘻、褥瘡・創部・皮膚疾患などの処置、尿道カテーテル、ストーマ、排便コントロール等

■継続する必要がある看護の内容
バイタル測定、食事・清潔・排泄・皮膚状態等の管理、血糖コントロール、服薬指導、ターミナルケア、日常生活を送る上での留意点等

■継続する必要があるリハビリ内容
必要な訓練の内容、頻度、留意事項等

■医師の指示事項
禁忌事項、運動や入浴等の制限、在宅療養中の注意事項、介護サービス利用における意見等

■今後の医学管理
医療機関、受診方法（通院、訪問診療）、受診頻度、次回受診日等

■服薬管理方法
退院時処方、自己管理の場合の管理方法等

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（□　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：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	□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）：□なし　□あり （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。

３．医療機関、介護事業所等におけるICTの活用について

令和２年からの新型コロナウイルス感染症の流行により、これまで当たり前に行われてきた“患者の面会”や、全員が顔を合わせて行うカンファレンス等が、感染対策のため難しくなりました。特に、高齢者は重症化リスクも高く、患者や職員の感染を予防するだけなく施設内でのクラスターを避けるため、今も様々な感染対策がとられています。

感染対策により対面の接触（会話）や人の密集を避けるため、退院前に患者と面会することが難しく、カンファレンス等も時間制限や人数制限等をしながら、それぞれが工夫して入退院支援を行っています。このような中、普及してきたのがＩＣＴを活用した面会や会議の実施です。
オンラインミーティングシステムを活用したタブレットでの患者との面会、WEB会議などを各所でみられるようになりました。また、コロナの影響でオンライン診療の対応ができる医療機関も増えています。

連絡窓口一覧表（P16～P26）に、オンラインミーティングツールの使用可否を掲載していますので、ご活用ください。

▼使用例をいくつかあげてみました！

◆オンラインミーティングツールを活用した サービス担当者会議や入院患者との面会



例・・・ZOOM
Microsoft Teams
Skype　　・・・等



◆オンライン診療や電話診療



→医療情報ネットより、オンライン診療について検索出来ますので御活用ください

https://www.iryou.teikyouseido.mhlw.go.jp/



ＩＣＴとは、情報通信技術を意味する「Information and Communication Technology」の略称です。既に医療・介護・行政分野でも、これらの活用がコロナ禍だけでなく今後も進んでくると考えられるため、医療と介護の連携場面においても、活用していけると良いかと思います。もちろん、実際に会って話をすることが何より大切ですが、連携手段としてＩＣＴの活用状況等も各施設の状況を掲載していきますので、患者・家族への支援に活用ください。



４．　各関係機関の役割、連絡窓口・連絡方法

①医療機関

②居宅介護支援事業所

③訪問看護事業所

④各市地域包括支援センター・峡東保健福祉事務所

⑤各市在宅医療介護サポートセンター

◆上記①～⑤各機関の「名称、住所、連絡先、担当部署、メールアドレス、オンラインミーティングシステムの活用状況」を記載しています。

◆オンラインミーティングシステムについて、「ゲストとして参加ができる環境にあるか」「主催（ホスト）としてオンライン会議の開催ができるか」という2点について、可否の確認をしています。

◆この情報は更新日時点の情報になります。変わっている場合もありますので、詳細は各機関にお問い合わせ下さい。

東山梨(山梨市・甲州市) 医療機関一覧

番号	法人名 医療機関名	郵便番号 所在地住所	電話番号(連携窓口) FAX番号(連携窓口) メールアドレス	連携窓口部署名	オンラインミーティングシステムの活用状況 参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
1	公益財団法人　山梨厚生会 山梨厚生病院	405－0033 山梨市落合860	0553－23－1311 0553－23－0168 taiin@kosei.jp	総合サポートセンター	可	否
2	社会医療法人加納岩 加納岩総合病院	405－0018 山梨市上神内川1309	0553－22－2511 0553－23－1872 k-takabatake@kanoiwa-hospital.or.jp	入退院・受診支援課	可	可
3	社会医療法人加納岩 日下部記念病院	405－0018 山梨市上神内川1363	0553－22－0536 0553－22－0564 kusakabe-hp@kusakabe-hp.jp	外来課	可	否
4	公益財団法人山梨厚生会 塩山市民病院	404－0037 甲州市塩山 西広門田433－1	0553－32－5111 0553－32－5115 renkei@enzanhp.jp	地域連携室	可	否
5	公益財団法人山梨厚生会 甲州市立勝沼病院	409－1316 甲州市勝沼町勝沼950	0553－44－1166 0553－44－2906 katunumahp.nst@themis.ocn.ne.jp	看護師長	可	否
6	公益財団法人山梨厚生会 山梨市立牧丘病院	404－0013 山梨市牧丘町窪平302－2	0553－35－2055 0553－35－2055 soudan.makiokahp@gmail.com	医療福祉相談室	可	否

笛吹市　医療機関一覧

番号	法人名 医療機関名	郵便番号 所在地住所	電話番号(連携窓口) FAX番号(連携窓口) メールアドレス	連携窓口部署名	オンラインミーティングシステムの活用状況 参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
1	公益社団法人 山梨勤労者医療協会 石和共立病院	406－0035 笛吹市石和町広瀬623	055－263－3131(代表) 055－263－3160 13-renkei@s.yamanashi-min.jp	地域総合相談室	可	可
2	医療法人石和温泉病院 石和温泉病院	406－0023 笛吹市石和町八田330－5	055－263－0111 055－263－0260	医療相談室	可	否
3	医療法人銀門会 甲州リハビリテーション病院	406－0032 笛吹市石和町四日市場2031	055－262－3121 055―262―8190 koshu.sw@krg.ne.jp	患者支援センター	可	可
4	医療法人社団協友会 笛吹中央病院	406－0032 笛吹市石和町四日市場47－1	055－262－2186 055－262―2187	退院支援室	可	否
5	医療法人桃花会 一宮温泉病院	405－0077 笛吹市一宮町坪井1745	0553－47－3131(代表) 0553－47－3434(代表) renkeisitu@1nomiya.or.jp	地域医療連携室	可	可
6	社会医療法人加納岩 山梨リハビリテーション病院	406－0004 笛吹市春日居町小松855	0553－20―2102 0553－20－2103 msw@yamanashireha.jp	地域医療連携部	可	否
7	一般財団法人山梨整肢更生会 富士温泉病院	406－0004 笛吹市春日居町小松1177	0553－39－8227(直通) 0553－34－5325(直通) renkei2@fujionsen.jp	地域医療連携室	可	可
8	医療法人景雲会 春日居総合 リハビリテーション病院	406－0014 笛吹市春日居町国府436	0553－26－4126(代表) 0553－26－4127(直通) 0553－26－4366 0553－26－4137(直通) soudan4126@kasugai-reha.com	医療相談室	可	可

山梨市　居宅介護支援事業所一覧

番号	法人名 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号 FAX番号 メールアドレス	オンラインミーティングシステムの活用状況	
				参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
1	社会福祉法人 山梨県社会福祉事業団 サテライト桃源荘 居宅介護支援センター	405－0025 山梨市一町田中197	0553－21－7122 0553－21－7128	可	否
2	社会福祉法人　恵信福祉会 恵信山梨落合サポートセンター	405－0033 山梨市落合464－1	0553－39－8380 0553－39－8370 s-loger-7@keishin-f.or.jp	可	否
3	有限会社 松蔭ケアセンター 松蔭居宅介護支援事業所	405－0013 山梨市鴨居寺417－1	0553－22－8398 0553－22－2744 shoin1112@outlook.jp	可	否
4	株式会社　やさしい手甲府 やさしい手 山梨事業所	405－0018 山梨市上神内川1646 ステーションビル竹川2C	0553－21－7333 0553－21－7336 yamanashi2@yasashiite-kofu.co.jp	可	可
5	社会福祉法人　壽光会 居宅介護支援事業所 リアン	405－0007 山梨市七日市場710－1	0553－20－1088 0553－23－4333 liens2@jyukokai.jp	可	否
6	合同会社　榮眞堂 ケアプラン日和	405－0042 山梨市南1006－1	0553―88－9225 0553－22－2210 hfrtb58860@yahoo.co.jp	可	否
7	社会福祉法人　恵信福祉会 恵信山梨南サポートセンター	405－0042 山梨市南1335	0553－20－1711 0553－20－1712	可	否
8	社会福祉法人　壽光会 笛吹荘居宅介護支援事業所	405－0011 山梨市三ケ所144－1	0553－34－9090 0553－23－2337 fuefukisou@yahoo.co.jp	可	可
9	有限会社　山銀 つぼみ茶屋居宅介護支援 事業所	405－0024 山梨市歌田17－1	0553―34－5145 0553－34―5146 tsubomi.kyotaku.2023@gmail.com	可	否
10	一般社団法人　GENIAL まにまに	405－0005 山梨市小原東112－1 イーストヴィレッジ208	080－2085－9397 050－3164－7005 info@genial.work	可	可

山梨市　居宅介護支援事業所一覧

番号	番号 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号 FAX番号 メールアドレス	オンラインミーティングシステムの活用状況	
				参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
11	一般社団法人 Birdsong ケアプラン　ローズマリーの家	405－0007 山梨市七日市場314－4	080－4058－0207 050－3383－4228 careplan.rosemary@gmail.com	可	否
12	一般社団法人　Cantabile Hop	405―0018 山梨市上神内川1126－1 山エビル1階	080－8383－4630 050－3094－7457 cantabilehop@outlook.jp	可	否

笛吹市　居宅介護支援事業所一覧

番号	法人名 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号 FAX番号 メールアドレス	オンラインミーティングシステムの活用状況	
				参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
1	株式会社　木下の介護 応援家族　石和温泉リゾート	406－0024 笛吹市石和町川中島467－1	055－261－2977 055－261－2988 isawa@kinoshita-group.co.jp	可	否
2	株式会社　NAIKI 介護センター　パートナー	406－0032 笛吹市石和町四日市場27-3	055－261－8107 055－261－8106 partner.kyotaku@gmail.com	可	可
3	株式会社 山梨介護サービス 石和げんき園 指定居宅介護支援事業所	406－0043 笛吹市石和町河内182－1	055－225－5005 055－261－5255 genki-cm@cb.wakwak.com	可	可
4	社会福祉法人 やまなし勤労者福祉会 居宅介護支援事業所ほほえみ	406－0035 笛吹市石和町広瀬781	055－263－3133 055－263－3296 13-care@s.yamanashi-min.jp	可	可
5	社会福祉法人　壽ノ家 寿ノ家 指定居宅介護支援事業所	406－0032 笛吹市石和町四日市場2031	055－263－4100 055－263－4123 kotobuki_isawa03@icloud.com	可	否
6	医療法人　銀門会 甲州居宅介護支援事業所	406－0032 笛吹市石和町四日市場2031	055－262－0011 055－263－2250 koshu.cm@krg.ne.jp	可	可
7	株式会社　宗や そうや居宅介護支援事業所	406－0032 笛吹市石和町四日市場1626－1	055－270－1933 055－215－2702 souya3@mx6.nns.ne.jp	可	否
8	医療法人社団　協友会 笛吹おひさま 居宅介護支援事業所	406－0032 笛吹市石和町四日市場 2205番地4	080－2546－5885 055－263－2825 k-murakami@fch.or.jp	可	否
9	株式会社　えがお すずな居宅介護支援事業所	406－0028 笛吹市石和町駅前7-3 ラ・ルミエール101	090－9310－2551 055－225－5326 mikaya358@outlook.jp	可	否
10	有限会社　陽光 指定居宅介護支援事業所 サンライト	406－0004 笛吹市春日居町小松1013	0553－26－3621 0553－21－6022 sunlight@kasugai-house.com	可	否

笛吹市　居宅介護支援事業所一覧

番号	法人名 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号 FAX番号 メールアドレス	オンラインミーティングシステムの活用状況	
				参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
11	医療法人　銀門会 甲州居宅介護支援事業所 一宮事業所	405－0064 笛吹市一宮町塩田741－1	070－3953－0284 0553－47－6606 koshu.ichi.cm@krg.ne.jp	可	可
12	医療法人　桃花会 一宮温泉病院 居宅介護支援事業所	405－0077 笛吹市一宮町坪井1737－4	0553－20－5255 0553－20－5256 kyotaku@1nomiya.or.jp	可	否
13	株式会社　やさしい手甲府 やさしい手　笛吹事業所	405－0058 笛吹市一宮町小城300－1	0553－20－5332 0553－20－5331 fuefuki2@yasashiite-kofu.co.jp	可	可
14	株式会社　こもれび こもれび居宅介護支援事業所	406－0803 笛吹市御坂町井之上737－1	090－1128－0650 055－267－8088 komorebi.inoue@gmail.com	可	否
15	社会福祉法人　光珠福祉会 エール二之宮 居宅介護支援事業所	406－0807 笛吹市御坂町二之宮1966－2	055－261－5811 055－261－5812 yell@kojyu.or.jp	可	否
16	特定非営利活動法人 地域福祉サポート笛吹 絆　指定居宅介護支援事業所	406－0832 笛吹市八代町竹居1235－1	055－265－5138 055－265－5134 t-shimizu@kizuna.social	可	否
17	社会福祉法人 笛吹市社会福祉協議会 笛吹市社会福祉協議会 居宅介護支援事業所	406－0822 笛吹市八代町南917	055－265－5200 055－265－4488 kyotaku13@fuefuki-shakyo.or.jp	可	可
18	株式会社　キクコア ケアプランセンター八代南	406－0822 笛吹市八代町南3614－1	055－231－5028 055－231－5029 kikukoa.kaigo@gmail.com	可	否

甲州市　居宅介護支援事業所一覧

番号	法人名 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号 FAX番号 メールアドレス	オンラインミーティングシステムの活用状況	
				参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
1	医療法人　恵信会 恵信塩山サポートセンター	404－0042 甲州市塩山上於曽1195	0553－33－3205 0553－33－3207 i.w.b.t.l.y56@gmail.com	可	否
2	公益財団法人　山梨厚生会 ハートフル塩山 居宅介護支援センター	404－0037 甲州市塩山西広門田433－1 塩山市民病院内2F	0553－33－8102 0553－33－8100 kyotaku@heartfull-e.jp	可	否
3	社会福祉法人 甲州市社会福祉協議会 甲州市社会福祉協議会 ケアプランセンター	409－1304 甲州市勝沼町休息1867－2 勝沼健康福祉センター内	0553－39－9370 0553－39－8733	可	可
4	医療法人　賢和ゆたか会 介護支援センター　和叶	404－0044 甲州市塩山下塩後890－1	0553－33－5300 0553－33－5320 kaigosien.wakana@gmail.com	可	可
5	社会福祉法人　光風会 光風園指定居宅介護支援 事業所	404－0035 甲州市塩山西野原603	0553－33－8600 0553－33－7513 kyotakusien@koufuukai-yamanashi.or.jp	可	否
6	株式会社　やさしい手甲府 やさしい手 甲州事業所	409－1306 甲州市勝沼町山1110－1	0553－44－4115 0553－44－4117 kousyu2@yasashiite-kofu.co.jp	可	否
7	株式会社　NAS 藍	409－1306 甲州市勝沼町山898	0553－44－1681 0553－44－2780 ai1681@triton.ocn.ne.jp	可	否
8	株式会社　サンクシア サンクシア甲州 居宅介護支援事業所	404－0053 甲州市塩山小屋敷1589－1	0553－34－9161 0553－34－9162 thanksiakyotaku.koshu@gmail.com	可	否

山梨市・甲州市　訪問看護事業所一覧

番号	法人名 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号(連携窓口) FAX番号(連携窓口) メールアドレス	特記事項	オンラインミーティングシステムの活用状況 参加(ゲスト)の可否	 主催(ホスト)の可否
1	社会医療法人　加納岩 東山梨訪問看護ステーション	405－0018 山梨市上神内川1126－2 白緑ビル3階	0553－22－8894 0553－23－1713 higasi-st@kanoiwa-hospital.or.jp		可	否
2	your.c　medical　株式会社 ユアー訪問看護 リハビリステーション山梨市	405―0005 山梨市小原東111－1 イーストヤマナシ　103号室	0553―34―8592 0553―34―9184 m.seto@yourmedi.co.jp		可	否
3	株式会社ファーストナース 訪問看護ステーションあやめ甲州	405－0005 山梨市小原東111－1 イーストヤマナシ　105号室	0553－39－8666 0553－39－8667 kosyu_ayame@firstnurse.co.jp	精神科特化型	可	否
4	株式会社夢眠ホーム 訪問看護ステーション 夢眠やまなし	405－0006 山梨市小原西8－3	0553－23－6080 0553－23－6081 info-yamanashi@muminhome.jp	予防訪問看護受入不可	可	否
5	社会福祉法人 甲州市社会福祉協議会 甲州市社会福祉協議会 訪問看護ステーション	409－1304 甲州市勝沼町休息1867―2	0553－39－8470 0553－39－8733 hokan@koshushishakyo.or.jp		可	否
6	公益財団法人　山梨厚生会 ハートフル塩山 訪問看護ステーション	404－0037 甲州市塩山西広門田433―1	0553－33－8103 0553－33－8100 houmon@heartfull-e.jp		可	否
7	株式会社HCH 春風訪問看護ステーション	404―0041 甲州市塩山千野451-8	0553―39―8673 0553―39―8674 harukazest.871@gmail.com		可	可
8	株式会社N・フィールド 訪問看護ステーション デューン甲州	404－0042 甲州市塩山上於曽1871	0553－39－8670 0553－39－8671 koshu@nfield.co.jp	精神科特化型	可	可 (teamsのみ)

笛吹市　訪問看護事業所一覧

番号	法人名 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号(連携窓口) FAX番号(連携窓口) メールアドレス	特記事項	オンラインミーティングシステムの活用状況 参加(ゲスト)の可否	 主催(ホスト)の可否
1	医療法人　銀門会 甲州訪問看護ステーション	406―0032 笛吹市石和町四日市場2031	055－262－8011 055－263－2250 houmon@krg.ne.jp		可	否
2	医療法人桃花会 いちのみや訪問看護ステーション	405―0077 笛吹市一宮町坪井1737－4	0553－20－5255 0553－20－5256 1nomiya-houmon@1nomiya.or.jp		可	否
3	医療法人社団　協友会 笛吹訪問看護ステーションおひさま	406―0032 笛吹市石和町 四日市場47－1	055－263－2425 055－263－2825 houmon@fch.or.jp		可	可
4	社会福祉法人やまなし勤労者福祉会 訪問看護ステーションたんぽぽ	406―0806 笛吹市御坂町八千蔵538－1	055－263－0084 055－263－0584 tampopo@s.yamanashi-min.jp		可	否
5	社会福祉法人やまなし勤労者福祉会 訪問看護ステーションほほえみ	406―0035 笛吹市石和町広瀬781	055－261－1230 055－263－3296 hohoemi@s.yamanashi-min.jp		可	否
6	ナースウェーブ株式会社 あおぞら訪問看護リハビリテーション	406―0822 笛吹市八代町南3468－8	055－225－6133 055－225－6230 info@aozora-houkan.net		可	否
7	株式会社　ほぉむNs ほかほか訪問看護ステーション	406－0842 笛吹市境川町石橋1890	055－236－9171 055－236－9172 homens.main@gmail.com		可	否
8	株式会社VAULTER イスト訪問看護	406―0028 笛吹市石和町駅前7－3 ラ・ルミエール205	055―269―7340 055－269―7341 ist-ns@outlook.jp		可	否
9	株式会社　かたちケア まるさんかくしかく訪問看護ステーション	406―0021 笛吹市松本45－8	055―287―9575 055―278―9576 maru.sankaku.shikaku@yamanashi.email.ne.jp		可	否

笛吹市　訪問看護事業所一覧

番号	法人名 事業所名	郵便番号 所在地住所	電話番号(連携窓口) FAX番号(連携窓口) メールアドレス	特記事項	オンラインミーティングシステムの活用状況 参加(ゲスト)の可否	 主催(ホスト)の可否
10	株式会社　康臨丸 訪問看護ステーション和来　ふえふき	405―0076 笛吹市一宮町 竹原田1797－1	055－225－3768 055－225－3769 fuefuki@warai.life	精神科特化型	可	否
11	合同会社　and PEACE 訪問看護ステーション　はる	406―0802 笛吹市御坂町 金川原1249―1	055―225―6536 055―225―6537 houmon.haru@gmail.com	精神科特化型	可	否
12	株式会社夢眠ホーム 訪問看護ステーション夢眠いさわ	406―0021 笛吹市石和町松本416－1	055－287－6385 055－287－6386 office-isawa@muminhome.jp	予防訪問看護 受入不可	可	否
13	株式会社スタッフシュウエイ アクア笛吹訪問看護	406―0023 笛吹市石和町八田490－15	055－242－7177 055－242－7166 afi@syuei-g.biz	予防訪問看護 受入不可	可	否
14	一般社団法人　富士温泉病院 富士温泉病院　訪問看護部	406―0004 笛吹市石和町小松1177	0553－26－3411 0553－26－3412 0553－26－3574 houmonkango@fujionsen.jp	医療みなしのため他の医療機関からの受入不可	可	否

各市地域包括支援センター　一覧

名称 （管轄地域）	郵便番号 所在地住所	電話番号	FAX番号	オンラインミーティングシステムの活用状況	
				参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
山梨市地域包括支援センター （山梨市全域）	405－8501 山梨市小原西843	直通:0553－23－0294 代表:0553－22－1111	直通:0553－23－0294 （平日:8:30～17:15） 代表:0553－23－2800	可	可
笛吹市北部長寿包括支援センター （笛吹市:石和町・春日居町）	406-0031 笛吹市石和町市部800	055-261-1907	055-262-1276	可	可
笛吹市東部長寿包括支援センター （笛吹市:一宮町・御坂町）	405-0073 笛吹市一宮町末木807-6	0553-34-8221	0553-47-0040	可	可
笛吹市南部長寿包括支援センター （笛吹市:八代町・境川町・芦川町）	406-0822 笛吹市八代町南917	055-225-3368	055-265-3670	可	可
甲州市地域包括支援センター （甲州市全域）	404-8501 甲州市塩山上於曽1085-1	0553-32-5600	0553-20-6167	可	不可

峡東保健福祉事務所　関係課一覧

施設名称		郵便番号	住所	オンラインミーティングシステムの活用状況	
峡東保健福祉事務所(峡東保健所)		405－0003	山梨市下井尻126－1		
番号	担当課名(業務内容)	電話番号	FAX番号	参加(ゲスト)の可否	主催(ホスト)の可否
1	福祉課　長寿介護担当 (介護保険、地域包括ケア、高齢者福祉等)	直通:0553－20－2796	FAX①:0553－20－2754	可	可
2	健康支援課 (難病保健、在宅医療推進、看護業務等)	直通:0553－20－2753	FAX②:0553－20－2795		
3	地域保健課 (感染症対策、精神保健、救急医療等)	直通:0553－20－2752	※上記2つのどちらかへ		

各市在宅医療介護サポートセンター　一覧

山梨市「山梨市立牧丘病院」

・センターの機能：身近な医療と介護の相談対応・在宅医療関係者の連絡調整、入院や他科受診の相談調整、サービス内容の調整を訪問を含めて実施、医療・介護関係者の情報共有支援や研修　、市民への啓発活動
・概要(名称、住所、電話、FAX、利用時間等)
　名称：サポートやまなしし
　住所：山梨市牧丘町窪平302-2
　電話：0553-35-2055(FAX兼用)
　利用時間：平日午前8:30～午後5:00
　　※毎週火曜日の午前9時から12時：山梨市役所に相談窓口を開設
・センターの対象者：山梨市民及びその家族等、医療関係者および介護関係者
・相談や利用の方法：電話、市役所相談窓口は直接来所(予約不要)
・備考等：新型コロナウイルス感染症の感染予防対策のため、R4年6月から市役所相談窓口はオンライン対応(タブレットによるビデオ通話)

笛吹市「一宮温泉病院」

・センターの機能：市民が住み慣れた地域で在宅医療や在宅介護等が受けられるように、医療・介護関係者及び地域包括支援センター等からの相談に応じる。
・概要(名称、住所、電話、FAX、利用時間等)
　名称：笛吹市在宅医療・介護サポートセンター
　住所：笛吹市一宮町坪井1745
　電話：0553-34-5321(直通)　FAX：0553-47-3434
　受付時間：月曜日～金曜日　午前9時～午後5時(祝日・年末年始を除く)
・センターの対象者：市民に関わる医療・介護関係者
・相談や利用の方法：電話等による相談

甲州市「塩山市民病院」

・センターの機能：在宅医療と介護サービスを一体的に提供するため、医療・介護関係者の連携を支援、推進する。高齢になっても安心して暮らせる地域づくりを目指す。
・概要(名称、住所、電話、FAX、利用時間等)
　名称：甲州市在宅医療・介護サポートセンター
　住所：甲州市塩山西広門田433－1　塩山市民病院　地域連携室内
　電話 0553-32-5118(直通)　FAX 0553-32-5119
　利用時間　平日　午前8時30分～午後5時
・センターの対象者：在宅医療・介護関係者
・相談や利用の方法：在宅医療に関する相談対応(訪問診療や在宅サービス、退院調整等)、各種研修、市民への普及啓発などを行っている。

５．検討会の開催について

◆「峡東地区　医療と介護の連携における検討会」の開催は、原則年に１回（毎年８月頃）行い、本手引きの見直し及び、関係者間の情報交換や意見交換を行う。

◆なお、検討会は「山梨県看護協会峡東地区支部」「山梨県介護支援専門員協会峡東支部」「山梨県峡東保健福祉事務所」の３者が協働で行い、検討会の運営については、下記当番表に基づき行うものとする。

◆本手引きを修正した後は、関係機関あてデータを送付し、峡東保健福祉事務所ホームページ（山梨県公式ホームページ）上に最新の内容を掲載する。

2026年 （令和8年）	2027年 （令和9年）	2028年 （令和10年）	2029年 （令和11年）	2030年 （令和12年）	2031年 （令和13年）
看護協会 峡東地区支部	介護支援専門員 協会峡東支部	看護協会 峡東地区支部	介護支援専門員 協会峡東支部	看護協会 峡東地区支部	介護支援専門員 協会峡東支部
2032年 （令和14年）	2033年 （令和15年）	2034年 （令和16年）	2035年 （令和17年）	2036年 （令和18年）	2037年 （令和19年）
看護協会 峡東地区支部	介護支援専門員 協会峡東支部	看護協会 峡東地区支部	介護支援専門員 協会峡東支部	看護協会 峡東地区支部	介護支援専門員 協会峡東支部

６．参考資料について

(1)個人情報の取り扱い

◆「医療・介護関係事業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８年４月１日　改正）

◆「医療・介護関係事業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」に関するＱ＆Ａ（事例集）（平成２９年５月３０日（令和８年４月１日改正））

DL先：厚生労働省HP　　https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000027272.html

(2)「入院時情報提供書」「退院・退所情報記録書」

◆入院時情報連携加算に係る様式例→「入院時情報提供書＜在宅版＞」
モニタリングに係る情報連携シート
◆退院・退所加算に係る様式例→「退院・退所情報記録書」

DL先：厚生労働省HP　https://www.mhlw.go.jp/stf/newpage_38790.html

(3)医療と介護連携用語集

DL先：山梨県HP　　https://www.pref.yamanashi.jp/chouju/chiikihoukatukea.html

峡東地区　医療と介護の連携の手引き
ー入退院連携ルールー

平成２９年１０月作成
令和８年１０月一部改正

〈手引きの作成団体〉
山梨県看護協会峡東地区支部
山梨県介護支援専門員協会峡東支部
山梨県医療ソーシャルワーカー協会
山　　梨　　市
笛　　吹　　市
甲　　州　　市
山梨県峡東保健福祉事務所

（＊令和8年10月　連絡窓口等更新）