

入退院時における

ケアマネジャー



医療機関

連携・情報収集の手引き

「住み慣れた地域で最期まで暮らすこと」そのためには、環境を整えていくことが必要です。入退院時の医療と介護の情報のやり取りを円滑に進めることも一つの方法です。

在宅医療を選択したいという市民が、安心して在宅医療を受け、介護サービスを利用できることを目指します。

目次

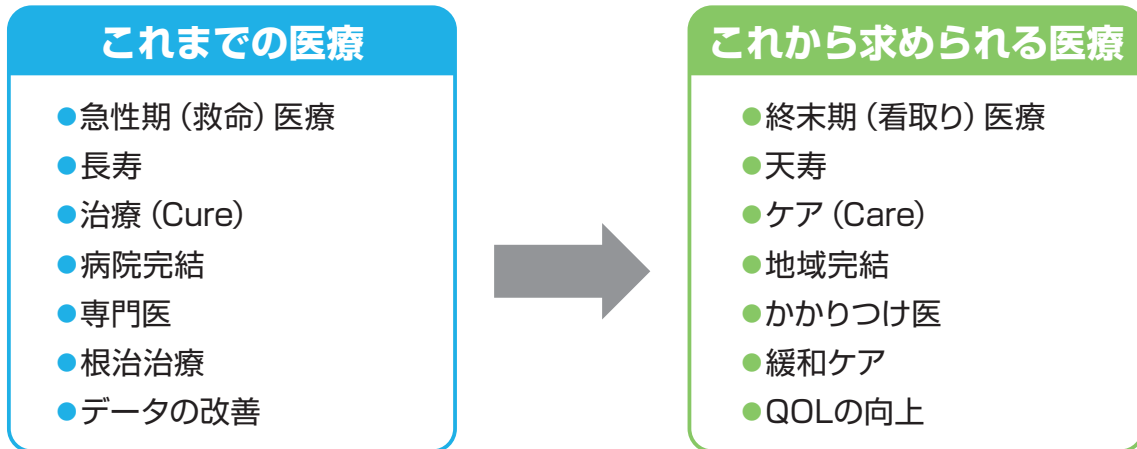
背景、本手引きについて	1 ページ
連携にあたってのエチケット	2 ページ
入退院支援の流れとポイント	3、4 ページ
ケアマネジャーの皆様へ 医療機関のスタッフへ	5 ページ
様式1 利用者と家族の方へ「5つのお願い」シート、個人情報使用同意書	6 ページ
普段の連携に使える「医療と介護との連携連絡票」	7 ページ
入院時情報提供書（記入例とポイント）	8 ページ
退院時連携シート（記入例とポイント）	9、10 ページ
医療機関連携窓口リスト	11、12、13 ページ
地域包括支援センター一覧	14 ページ
入院時情報提供書（blank）	15 ページ
様式2 退院時連携シート 1面	16 ページ
様式3 退院時連携シート 2面	17 ページ
この手引き作成に携わった方々・あとがき	18 ページ

発行 長野市

企画 長野市在宅医療・介護連携推進会議

背景

超高齢社会・多死社会では、医療に求められる役割が変化しています。



従来のように病院や施設に依存した医療・介護サービスは、提供し続けられなくなる可能性が高く、治せない病気・障害とともに暮らす人や医療依存度が高い状態のまま退院し、在宅療養を選択する人が多くなっていくことが想定されます。

引用/私たちの街で最期まで(編集・発行 日本在宅ケアアライアンス)

本手引きについて

経 過	平成27年度	在宅医療・介護連携推進事業が介護保険法の地域支援事業に位置付けられる。 医療・介護関係者が参画する「長野市在宅医療・介護連携推進会議」での検討開始。
	平成28年度	医療・介護連携の拠点として、「長野市在宅医療・介護連携支援センター」を設置。 業務を通じて連携に関する課題を収集。 「在宅から医療機関へ、また医療機関から在宅への入退院時の支援において医療と介護の連携に課題を感じている」との声が多く聞かれる。 ↓ 「退院時の連携促進」を優先課題とする。 具体策を検討するワーキンググループを立ち上げる。
	平成29年度	居宅介護支援事業所及び入院病床を持つ医療機関にアンケート調査 ↓ ワーキンググループにおいて検討を重ね、 入退院時の連携のための書式を作成。

本手引きは、入退院に際して、医療機関のスタッフと居宅介護支援事業所の介護支援専門員など介護に係るスタッフが、迅速に情報交換を図れるよう作成したものです。

「地域・在宅⇔入院」の情報共有を円滑に進めることで、在宅医療・介護サービスの利用者とその家族が切れ目なくケアが受けられるようにしていくことが必要です。

この様式の作成に当たっては、平成30年の介護報酬・診療報酬改定を考慮しました。大いに役立てていただければ幸いです。

連携にあたってのエチケット

連携は、心配り（思いやり・歩み寄り・対話）から

退院支援は、入院時(前)から始まっています。そして退院後の連携も大切です。「緊急時の信頼関係」は、普段のコミュニケーション、顔の見える関係づくりから築かれるものです。

ケアマネジャーは対象者の **日常** を、医療機関は **非日常** を支えています。

時間を意識しよう

その用事は、急がなければならないことですか？ どの程度急ぐ必要があるのか判断して連絡を取ります。

皆さん多忙です。電話でも、面接でも、会議でも**時間は限られている**ことを意識しましょう。

あなたの名前をきちんと伝えましょう

自分の事業所、名前（フルネーム）を伝えます。名札を着用するなど、**相手が名前を確認しやすいように配慮**しましょう。

ケアマネジャーが、病院に出向くときには、服装にも注意を。

身だしなみを大切に。

お互いの視点を大切に

お互いの立場や役割、専門性を理解することが大切です。 思いやりを持ってコンタクトを取りましょう。患者（利用者）のために何を伝えるべきか、相手はどんな情報がほしいのかを考えて伝えます。

電話でのマナーを守ります

用件を簡潔に伝えるため、あらかじめ内容をまとめて連絡を取りましょう。 言葉遣いなど一般的なマナーを守ることはもちろん大切。連絡をする時間にも配慮します。時は金なり！

わかり易く伝えよう

専門用語は使わず、わかりやすく伝えます。話すときにはゆっくり、はっきりと説明を。文章もダラダラ長いものは、好まれません。箇条書きに記載するなど工夫しましょう。

担当者が不在でも対応できる体制を

緊急時、担当者が不在でも対応できるように体制を整えておきましょう。

あなたの職場内のコミュニケーションも大切に。

入退院支援の流れとポイント

医療機関側の動き

治療



入院診療計画を立てる。
治療開始

患者・家族への

病状説明

治療終了、退院許可

退院支援



- 患者に関する情報収集
 - ・入院前の生活状況
 - ・家族状況
 - ・継続している医療
 - ・介護認定・介護サービス利用状況※1
- 今後の生活に対する意向等

3日以内

退院困難な要因のある患者を抽出

入退院支援加算(1)算定要件

入退院支援加算(2)を算定する場合には7日以内に退院困難な要因のある患者を抽出し退院支援を開始

- 退院支援への方向
 - ・治療方針、退院
 - ・患者・家族への
 - ・院内多職種のか
 - ・退院支援計画書

退院に向けた支援
関係機関と情報共

入退院支援加算

- 性の検討
時期の確認
意向確認
ンファレンス
の作成

を開始
有

(1)算定要件

7日以内

患者・家族への生活指導・療養指導等



退院前カンファレンス開催

課題確認
情報共有

介護支援等連携指導料(入院中2回まで)

診療情報提供



かかりつけ医

予定入院の場合には入院前から生活状況等の情報収集を行っています。



入院

入院直後～3日以内

入院中

退院前

退院



ケアマネジャーの動き

日頃から

- ・利用者・家族へ入院となったらすぐに連絡をもらうように伝えておく。
- ・医療機関の連携窓口を確認しておく。

退院支援が必要な方が予定で入院する場合には、入院前に入院時情報提供書を提供しましょう。

3日以内

- 入院時情報提供書を医療機関へ持参又は送る。
 - ・入院前の生活状況
 - ・継続している医療
 - ・利用者・家族の思い
 - ・ケアマネジャーの評価等

入院時情報連携加算(1)算定要件

入院時情報連携加算(2)を算定する場合には7日以内に入院時情報提供書を医療機関へ持参又は送る。

- ・利用者の状況確認の為に面会を行う。
- ・医療機関より情報収集
- ・必要に応じて病状説明に同席
- ・退院後の生活を見据えてケアプランの変更を検討
- ・要介護度区分変更の必要性を検討

- ・収集した情報を踏まえ、利用者・家族をアセスメントする。
- ・退院後の生活を意識した生活課題を検討する。
- ・在宅移行時のケアプランの原案を作成する。
- ・退院前カンファレンスでの確認事項を整理。

退院・退所加算(入院中3回まで)

- ・サービス担当者会議の開催
- ・ケアプランの確定
- ・ケアプランのモニタリング
- ・医療機関へ在宅での様子を伝える。

※1
●担当ケアマネジャーがいない場合
支援担当者が患者・家族の意向を確認し、地域包括支援センターや居宅介護支援事業所の紹介や必要な連絡調整を行う。

ケアマネジャーの皆様へ

1 入院前の準備

- ・医療機関への情報提供に備え、利用者の状況を把握しておく必要があります。
- ・6ページのシートを使用して、利用者（家族）からケアマネジャーに連絡が入るように説明しておきます。併せて、医療機関等からの情報取得及び提供のため、個人情報使用について説明し、同意を得ておきましょう。

2 入退院時における支援プロセスを意識し、連携を取る

医療機関は、情報提供を待っています。

- P11～13の一覧を参考に連絡を取り、担当スタッフ、訪問のタイミングなどを確認
- 入院時情報提供書、退院時連携シート、他ケアプラン等の提供
- 退院前カンファレンスの開催、退院予定等の情報提供の依頼
- かかりつけ医へ入院について連絡

医療機関との情報交換時に留意したいこと

普段からの連携が大事です。質問が長いと「何が聞きたいのかわからない」と言われます。「イエス」「ノー」で回答できる内容にするなど簡潔に質問することをお勧めします。

一人で判断せず、医療機関スタッフ（専門職）の助言や職場の同僚に助言をもらうなどしましょう。

出来るだけ（必須のこともあります）医療機関に向いて情報収集しましょう。



医療機関からの情報提供の方法は、様々であることを理解しておきましょう。入院時に「退院時連携シート」を渡して、ほしい情報を伝えておき、退院時には、聞き取る姿勢で臨みます。

医療機関の入退院に関わるスタッフへ

1 介護保険について、知識を得ておきましょう



ケアマネジャーは、医療機関のスタッフに介護保険について正しく知ってほしいと思っています。

退院しても、すぐに介護サービスが利用できるわけではありません。施設入所のためには調整の時間を必要とします。本人、ご家族に対して、「あなたの介護度は〇〇くらい」という不確かな情報提供は、禁物です。医師・看護師の一言には、大きな影響力があります。

2 退院時には、スムーズな情報提供を

在宅のケアスタッフへの引継ぎが円滑に進むことは、患者（利用者）のサービス利用の際の利便性や安心感を高めることにつながります。

ケアマネジャーの必要としている情報を提供できるよう準備しておきましょう。

3 ケアマネジャーへの連絡はなるべく早く

退院の目途が立ち次第、（退院日が不確定でも）ケアマネジャーに一報を。カンファレンスの日程がいつ頃になるか知らせてもらえると、予定が組みやすくなります。

4 地域包括支援センターをご利用ください

要介護者か要支援者か迷う場合は、対象者のお住まいの地区を担当する地域包括支援センターにご相談ください。

利用者・ご家族の方へ

利用者の方に、切れ目のないケアサービスを提供し、安心した療養生活を送って頂くために、以下の点についてお願い致します。

もしも利用者が入院された場合は…

- ①病院へは「保険証 / お薬手帳 / 介護保険証」を持参してください。
- ②急な入院の場合、出来るだけ早く、担当ケアマネジャーに連絡をください。
また、あらかじめ入院の予定が決まっている場合は、事前にお知らせください。
- ③病院へは「担当ケアマネジャー」がいることをお知らせください。
(担当ケアマネジャーの「氏名」や「連絡先」など)

病院から何か説明があった場合は…

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

家に帰る準備をするために病院にお願いして欲しいこと

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

個人情報使用同意書

1 使用する目的

在宅の介護サービス調整のために、必要な医療情報を医療機関や入所施設等から取得及び提供する。

2 使用にあたっての条件

- ①個人情報の提供は、1 に記載する目的の範囲内で必要最小限に留め、情報提供の際には関係者以外には決して漏れることのないよう細心の注意を払うこと
- ②事業者は、個人情報を使用した会議、相手方、内容等について記録しておくこと

3 個人情報の内容

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

平成 年 月 日

利用者又は代理人 氏名 _____ 印

※説明者はこのシートを一部コピーして、利用者（又は代理人）へお渡しください。

普段の連携に使える「医療と介護との連携連絡票」

連携の1つの手段です。上手に使いスムーズに連携をとりましょう。

2 介護（予防）情報連携連絡票（1号書式）

医療と介護との連携連絡票

平成 年 月 日

宛先	医療機関・薬局 の名称及び所在地 電話番号 FAX 番号 職 名 医師・歯科医師・薬剤師 氏 名	発信元	介護事業所の名称 及び 所在地 電話番号 FAX 番号 職 名 氏 名
			(発信)

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき先生と連絡をとりたいと思います。お忙しいところ誠に恐れ入りますが、ご都合の良い連絡方法等につきまして、FAXにて返信をお願い申し上げます

*なお、この照会を行うこと及び先生から情報提供いただくことについては、

- ご本人の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 平成 年 月 日
- ご本人の心身状況から同意は得られておりませんが、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

※1
同意を得なくても良いわけではありません。同意を得られるように説明をしましょう。

利用者	氏 名		介護度	要支援 1・2 要介護 1・2・3・4・5 申請中
	住 所		TEL	
	生年月日	明・大・昭 年 月 日生 (歳)		男 ・ 女
連絡内容	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成にあたり、病状等についての指示・確認など			
	<input type="checkbox"/> 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など			
	<input type="checkbox"/> 利用者の下記状況についての相談			
	<input type="checkbox"/> 担当ケアマネジャーになった挨拶			
<利用者の照会・相談内容等>				
<ul style="list-style-type: none"> ・挨拶文は不要、聞きたいことを単刀直入に記す。 ・5行位が目安、それ以上になるときは別の手段で。(あくまで連携のきっかけです。) ・「Yes」「No」で答えられるような質問。 ・見てもらうことが大切。読みやすい文章で記載を。(下記「医療と介護との連携マニュアル」記入例も参考に) 				
			担当者 職氏名	印

連絡方法等並びに回答書（返信）

連絡方法等	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします (時間帯 月 日 時頃お出でください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします (時間帯 月 日 時頃電話をください)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します
<医師・歯科医師・薬剤師からの回答・助言等>	
平成 年 月 日 氏名 印	

H25.8月改訂 長野県医療と介護との連携検討会

医療と介護との連携マニュアルより

●記入のポイント●

忙しい中でのやり取りになります。

医師・歯科医師・薬剤師に何を相談したいのか、何を伝えたいのか、何をお願いしたいのか明確に記入をしていきましょう。

記入例①「本人がデイサービスに行かずに家族が困っています。ケアマネジャーとしても必要と感じます。先生から助めて頂きたく相談しました。」

②「内服が守られていないようです。先生から本人ご家族に助言お願いしたくご相談しました。」

③「血圧が最近常に180以上あります。デイサービスでの入浴は可能ですか？」

入院時情報提供書（記入例とポイント）

入院時情報提供書（ケアマネジャー→医療機関）

入院日 年 月 日

医療機関名 病院

居宅介護支援事業所：

介護支援専門員：

問い合わせ先：電話 FAX

退院前カンファレンスへの参加希望 有 無

ふりがな 氏名	長野 市子 様	性別	男 <input type="checkbox"/> 女 <input checked="" type="checkbox"/>	生年月日	S X X 年 X 月 X 日 (78 歳)	
住所	住環境に関する特記：玄関や室内には段差が多い			電話		
家族構成・状況	独居・夫婦のみ・その他 (3人暮らし) キーパーソンに★印	主介護者 氏名	(続柄：夫)	電話		
		キーパーソン 氏名	(続柄：三女)	電話		
		介護力等	<input type="checkbox"/> 日中独居 <input checked="" type="checkbox"/> 日中高齢者世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input checked="" type="checkbox"/> 家族が要介護状態、認知症である (夫が治療中) <input type="checkbox"/> その他()			
かかりつけの医療機関	医療機関名	医師名	連絡先	紹介状	受診方法	
	〇〇 病院	〇〇		<input checked="" type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無	<input checked="" type="checkbox"/> 通院)訪問診療	
				有・無	通院・訪問診療	
				有・無	通院・訪問診療	
最近半年間の入院	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり 29年12月1日～29年12月15日 <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している					
介護保険	認定内容	<input checked="" type="checkbox"/> 要介護(1) <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中				
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス/デイケア <input checked="" type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 他()				
年金などの種類	<input checked="" 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					
A D L (入院前)	食事	自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・一部介助・全介助	(ペース・ <input checked="" type="checkbox"/> 刻み・ソフト食・普通・経管栄養)			
	口腔ケア	自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・一部介助・全介助	義歯の使用	無・有		
	移動	自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・一部介助・全介助	嚥下機能	<input checked="" type="checkbox"/> むせる・時々むせる・無		
	移動	自立・ <input checked="" type="checkbox"/> 見守り・一部介助・全介助	移動手段	杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー・ <input checked="" type="checkbox"/> その他(手びき)		
	排泄	自立・見守り・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・全介助	(トイレ)洋和・トイレ・手すり・ <input checked="" type="checkbox"/> おむつ・カテテル等)			
	住環境	寝室【 <input checked="" type="checkbox"/> ベッド】 <input checked="" type="checkbox"/> 一般家具 特殊寝台・布団 浴室【 <input checked="" type="checkbox"/> 段差(無) <input type="checkbox"/> 手すり(無) <input checked="" type="checkbox"/> 有】				
	清潔	更衣	自立・見守り・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・全介助	整容	自立・見守り・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・全介助	
	入浴	自立・見守り・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助・全介助				
	精神面	麻痺	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	拘縮	<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 有	
		認知症状	無・ <input checked="" type="checkbox"/> 有			
精神面		<input type="checkbox"/> 無 <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input checked="" type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input checked="" type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不眠(薬の服用：無・有) <input type="checkbox"/> アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)				
服薬管理(入院前)		<input type="checkbox"/> 管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者 <input type="checkbox"/> その他 <input checked="" 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、処方を守られていない				
入院前	本人の趣味 関心ごと、家での役割など	手先が器用で編みものが得意。 今は夫の話し相手。			今後の生活展望について、ケアマネジャーとしての意見 (在宅生活に必要な要件、その他特記事項)	
	在宅生活について 本人の意向 家族の意向	夫自身の治療のため入院が必要で介護力も低下しています。娘は協力的で可能な限り自宅での生活を希望していますが一時的に入所等の利用も必要かと考えています。			夫自身の治療のため入院が必要で介護力も低下しています。娘は協力的で可能な限り自宅での生活を希望していますが一時的に入所等の利用も必要かと考えています。	

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】
退院が決まり次第、連絡をお願いします。必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。

■住環境
必要に応じて「住宅の写真」なども添付します。

■食形態
(固さ、調理法など)

■かかりつけ歯科医
と連携して普段から情報を得ておくことを意識しておきましょう。

■お薬に関する特記事項
必要に応じて内服薬以外の薬剤に関する情報なども記載してください。(貼付剤/パッチなど)
・お薬手帳のコピーも良いでしょう。

■本人の趣味
本人の「強み」に焦点をあてた情報を提供しましょう。

■ケアマネジャーとして
利用者の在宅生活継続が可能となる状況を考慮し記載します。

入院前の利用者の状況を客観的な視点で一番把握しているのは、「担当ケアマネジャー」です。

退院時連携シート（記入例とポイント）

退院時連携シート（医療機関→ケアマネジャー）

入院日 _____ 年 月 日

退院(予定)日 _____ 年 月 日

居宅介護支援事業所： _____

介護支援専門員： _____

留意事項

- ①このシートは、ケアマネジャーが医療機関から情報を得て記入し、課題整理総括表の作成に反映するものです。
- ②医療機関は、ケアマネジャーの聞き取りを想定し、準備しておきます。（事前の記入が可能であれば記入）
- ③このシートを使って、退院前カンファレンスで情報共有できるように医療機関側もケアマネジャー側も準備しておきましょう。

ふりがな 氏名		男 <input checked="" type="checkbox"/> 女	生年月日	年 月 日（78歳）
退院時の要介護度	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input checked="" type="checkbox"/> 要 区分変更			
入院原因疾患	誤えん性肺炎、すい癌			
退院後の医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 入院していた病院 <input checked="" type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医()		受診方法	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 訪問診療 <input type="checkbox"/> 通院・訪問診療
医療機関(医師)からの見立て・変化の可能性についての説明 (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)、良くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など)		病状等の説明に対する本人・家族の反応・受け止め		
ベースに膵癌があるため、今後は急変の可能性もある。食事量の低下や体力の低下が予想される。飲み込みが悪くなっており誤えん性肺炎を繰り返すおそれあり。		本人	病状は家族にしてくれればよいと言っている。	
		家族	病状が進行していくことは、理解している。延命治療の希望はない。	
禁忌事項	禁忌の有無	禁忌の内容・留意点		
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有			
退院後に必要な事柄	処置内容		在宅で継続するための要件	
	医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <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"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ(尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()	自然排尿が困難 時々浣腸が必要 尿カテの交換が必要	
	看護の視点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 血圧 <input type="checkbox"/> 水分制限 <input type="checkbox"/> 食事制限 <input checked="" type="checkbox"/> 食形態 <input checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input type="checkbox"/> 皮膚状態 <input checked="" type="checkbox"/> 睡眠 <input checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input type="checkbox"/> 服薬指導 <input checked="" type="checkbox"/> 療養上の指導(食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄など) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()	全身状態の観察が必要	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗/他) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物/調理/他) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <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()	立位や足ぶみの動作 継続が必要	

- 各項目で聞き取った内容は、課題整理の覚え書きとして記録します。
- 看護の視点でターミナルにチェックが付いた場合は、「訪問看護」につなげることを意識しましょう。
- 訪問看護の必要性は病状により変化しやすいものです。退院後もアセスメントを十分に行いケアプランを見直していきましょう。
- リハビリにつなげる視点でも情報収集しましょう。

■医師はどのような説明をしているのかを、そのまま記録します。
また、その説明に対する本人、家族の反応を「発した言葉」で記載することも良いでしょう。

ケアマネジャーはどのような情報がほしいのか、あらかじめ医療機関に伝えておきましょう。

(退院後の状況・環境要因)	<p>入院後、筋力が低下している。</p> <p>体調や気分により、日によって動作に波があるため、家族の声がけやデイサービスの折に動いてもらうようにする。夫も持病があり、三女も多忙のため自宅生活も厳しい状況。</p>
---------------	--

■「退院後の課題・阻害要因」を整理した上で各項目の「状況」「支援内容」「見通し」につなげていきます。

状況		支援内容等	見通し	
A D L (退院時)	食事	自立・見守り・ 一部介助 ・全介助 (ペース) 刻み ・ソフト食・普通・経管栄養	水分にはトロミをつける。	
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		
	義歯の使用	無 ・有		
	嚥下機能	むせる・ 時々むせる ・無	動作訓練。	
	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		
	移動手段	杖・ 車椅子 ・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー・その他()		
	排泄	自立・見守り・一部介助・ 全介助 (トイレ(洋・和)・トイレ・手すり・ おむつ ・ カテテル等)		
	更衣	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		
	清潔	整容	自立・見守り・ 一部介助 ・全介助	
	麻痺	無 ・有 拘縮 無 ・有	認知機能の維持のため程よい刺激を。	
	能力	視力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
	コミュニケーション	聴力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
	言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難		
意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
精神面	認知症状 無 ・ 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() <input checked="" type="checkbox"/> 不眠(薬の服用: 無 ・有) <input type="checkbox"/> アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)	家族に服薬指導		
服薬管理	管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者 <input type="checkbox"/> その他			
服薬状況	<input checked="" 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、処方を守られていない			
服薬無	特記事項			

■見通しはおおよその「到達可能なレベル」とその「期間」について検討して記載します。

回目	聞き取り日(面談日)	情報提供者名・職種	メモ(本人との面会、連絡先等)
1	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input checked="" type="checkbox"/> 看護師() <input checked="" type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input checked="" type="checkbox"/> MSW() <input type="checkbox"/> ()	本人と面会 状況把握
2	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input checked="" type="checkbox"/> 看護師() <input checked="" type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input checked="" type="checkbox">MSW() <input type="checkbox"/>() </input>	退院前カンファ
	年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input type="checkbox">MSW() <input type="checkbox"/>() </input>	

■情報交換した日、誰と話したかなど記入しておきます。
メモ欄には、本人との面会の有無や今後の担当者連絡先など記載します。

※医療機関は、退院時カンファレンス(介護支援等連携指導料など)にも活用いただけます。

※「入院時情報提供書」及び「退院時連携シート」の記載注意事項は、(株)日本能率協会総合研究所作成の「入退院時におけるケアマネジャーの医療機関等との連携・情報収集の手引き」を元に作成しております。

医療機関連携窓口リスト（アイウエオ順）

病院名	医師への連絡・相談方法		病状等に関する相談	受診に関する相談	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書連携連絡票等の依頼窓口	その他の相談窓口	
愛和病院	方法	電話	担当部署	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医療連携室	事務部
	備考		担当者	MSW	MSW	退院調整看護師	MSW	事務長
		TEL/FAX	226-3863 223-7168	226-3863 223-7168	226-3863 223-7168	226-3863 223-7168	226-3863 223-7168	226-3863 223-7168
		休日夜間の対応	無	無	無	無	無	無
朝日ながの病院	方法	電話・文書FAX	担当部署	外来患者は各科外来 入院患者は病棟	総看護師長	総看護師長	医事課	
	備考		担当者	看護師	総看護師長	総看護師長	介護保険担当	
		TEL/FAX	215-8081 215-8202	215-8081 215-8202	215-8081 215-8202	215-8081 215-8202	215-8081 215-8202	
		休日夜間の対応	無	無	無	無	無	無
朝日病院	方法	電話・文書FAX	担当部署	外来・病棟 (入院患者)	外来・地域連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
	備考		担当者	看護師	看護師	社会福祉士	社会福祉士	社会福祉士
		TEL/FAX	244-6411 244-5969	244-6411 244-5969	244-6411 244-5969	217-8501 217-8502	217-8501 217-8502	217-8501 217-8502
		休日夜間の対応	病棟（救急外来対応）	病棟（救急外来対応）	無	無	無	無
		連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)	連携連絡票等で医師に意見や指示を求める場合は、FAXだけでなく地域連携室にTELを頂いた方が、よりスムーズに連携できると思います。					
上松病院	方法	文書FAX	担当部署	外来・病棟（入院患者）	外来又は看護師長	PSW又は看護師長	PSW	看護師長
	備考		担当者	看護師	外来看護師又は看護部長	PSW又は看護部長	PSW	看護師長
		TEL/FAX	241-1628 259-0961	241-1628 259-0961	241-1628 259-0961	241-1628 259-0961	241-1628 259-0961	241-1628 259-0961
		休日夜間の対応	無	無	無	無	無	無
		連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)	判断に迷うケースはまずは看護部長までお問い合わせください。					
北野病院	方法	文書FAX・文書郵送	担当部署	無	無	無	医事	
	備考		担当者	看護師（内容によります）	看護師（内容によります）	看護部長	担当事務	
		TEL/FAX	241-0631 259-1141	241-0631 259-1141	241-0631 259-1141	241-0631 259-1141	241-0631 259-1141	
		休日夜間の対応	無	無	無	無	無	無
栗田病院	方法	電話・文書FAX・文書郵送	担当部署	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
	備考		担当者					
		TEL/FAX	224-3961 224-3971	224-3961 224-3971	224-3961 224-3971	224-3961 224-3971	224-3961 224-3971	224-3961 224-3971
		休日夜間の対応	無	無	無	無	無	無
小島病院	方法	電話・文書FAX・文書郵送	担当部署	外来・病棟	外来	地域連携室	事務	ショート/居宅/訪問
	備考		担当者	外来師長 病棟師長	外来師長	連携室師長	事務主任	相談員/ケアマネジャー/訪問看護師
		TEL/FAX	217-3861 217-3821	217-3861 217-3821	217-3861 217-3821	217-3861 217-3821	217-3861 217-3821	TEL217-3864/217-3865/217-3866
		休日夜間の対応	無	無	無	無	無	無
		連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)	連携に関しての困りごと、課題に関しては連携室まで御連絡下さい。					
小林脳神経外科病院	方法	文書FAX	担当部署	連携室	連携室	連携室	医事課	連携室
	備考		担当者	相談担当	相談担当	相談担当	介護保険担当者	相談担当
		TEL/FAX	241-6221 241-0262	241-6221 241-0262	241-6221 241-0262	241-6221 241-0262	241-6221 241-0262	241-6221 241-0262
		休日夜間の対応	無	無	無	無	無	無
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)	平日9時～17時の対応となります。							

病院名	医師への連絡・相談方法		病状等に関する相談	受診に関する相談	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書連携連絡票等の依頼窓口	その他の相談窓口	
小林病院	方法	文書FAX・文書郵送	担当部署 看護部	看護部	看護部	事務部	看護部	
	備考		担当者	総看護師長	総看護師長	総看護師長	事務担当者	総看護師長
			TEL/FAX	226-7880 224-8657	226-7880 224-8657	226-7880 224-8657	226-7880 224-8657	226-7880 224-8657
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
竹重病院	方法	電話・文書FAX・文書郵送・面談	担当部署 医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	医療相談室	
	備考		担当者	MSW	MSW	MSW	MSW	MSW
			TEL/FAX	234-1281 235-1365	234-1281 235-1365	234-1281 235-1365	234-1281 235-1365	234-1281 235-1365
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
連携する多職種への要望(連携の際の注意事項等)	経済状況等も事前に分かれば教えてほしい							
田中病院	方法	文書FAX	担当部署 外来患者は各科外来入院患者は病棟	外来	看護部	医事課	看護部	
	備考		担当者	看護師	看護師	師長	介護保険担当	師長
			TEL/FAX	243-1263 259-0950	243-1263 259-0950	243-1263 259-0950	243-1263 259-0950	243-1263 259-0950
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
鶴賀病院	方法	文書FAX	担当部署 相談室	相談室	相談室	相談室	相談室	
	備考		担当者	PSW	PSW	PSW	PSW	PSW
			TEL/FAX	243-7600 259-0975	243-7600 259-0975	243-7600 259-0975	243-7600 259-0975	243-7600 259-0975
			休日夜間の対応	上記番号に連絡して下さい	上記番号に連絡して下さい	無	-	-
連携する多職種への要望(連携の際の注意事項等)	病状等の相談(緊急時を除く)・受診相談(初診相談)は、平日(月～金)日中時間帯での対応となります。							
豊野病院	方法	文書FAX	担当部署 看護科	看護科	看護科または医療福祉相談室	事務センター	医療福祉相談室	
	備考	医師への連絡・相談は連携連絡票を活用下さい。	担当者	外来患者は外来看護師入院患者は病棟看護師	外来看護師	看護科長または医療福祉相談員	医事・保険請求担当者	医療福祉相談員
			TEL/FAX	257-2470 257-4486	257-2470 257-4486	257-2470 257-4486	257-2470 257-4486	257-2470 257-4486
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
ナカジマ外科病院	方法	文書FAX	担当部署 外来担当は外来入院患者は看護師長	外来	病棟	事務	連携窓口	
	備考		担当者	外来看護主任/看護師長	外来看護主任	看護師長	担当事務	看護師長
			TEL/FAX	284-8585 284-8589	284-8585 284-8589	284-8585 284-8589	284-8585 284-8589	284-8585 284-8589
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
長野県立総合リハビリテーションセンター	方法	文書FAX	担当部署 外来患者は各科外来入院患者は病棟	更生相談室	更生相談室	受付	更生相談室	
	備考		担当者	看護師	看護師	MSW	事務担当	MSWまたは看護師
			TEL/FAX	296-3953 296-3943	296-3953 295-0716	296-3953 295-0716	296-3953 296-3943	296-3953 295-0716
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
長野市民病院	方法	文書FAX	担当部署 外来患者は各科外来入院患者は地域医療連携室	各科外来	地域医療連携室	医事課	地域医療連携室	
	備考	医師への連絡・相談は連携連絡票を活用下さい。	担当者	外来看護師/MSW・連携室看護師	外来看護師	MSW・連携室看護師	介護保険担当	MSW・連携室看護師
			TEL/FAX	295-1199 295-1152	295-1199 295-1152	295-1199 295-1152	295-1199 295-1152	295-1199 295-1152
			休日夜間の対応	救急外来での対応	救急外来での対応	無	-	-
長野赤十字病院	方法	文書FAX	担当部署 地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	医師業務支援課 地域医療連携室	地域医療連携室	
	備考	医師への連絡・相談は連携連絡票を活用下さい。	担当者	看護師	看護師	看護師またはMSW	介護保険指示書担当者/事務(連携連絡票)	MSWまたは看護師
			TEL/FAX	226-4131 224-1057	226-4131 224-1057	226-4131 224-1057	226-4131 224-1057	226-4131 224-1057
			休日夜間の対応	無	救急外来での対応	無	-	-

病院名	医師への連絡・相談方法			病状等に関する相談	受診に関する相談	退院調整・担当者会議等に関する連絡・相談窓口	介護保険主治医意見書・指示書連携連絡票等の依頼窓口	その他の相談窓口
長野中央病院	方法	電話・文書FAX	担当部署	地域連携室	地域連携室	医療福祉相談室	医師支援課	医療福祉相談室
	備考	地域連携室へ	担当者	地域連携看護師	地域連携看護師	病棟担当MSW	支援課職員	MSW(その時いるもので対応)
			TEL/FAX	234-3345 234-3236	234-3345 234-3236	234-3211(代) 234-3390(直)	234-3211(代) 234-3362	234-3211(代) 234-3390(直)
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
長野松代合病院	方法	文書FAX	担当部署	地域医療連携課	地域医療連携課	地域医療連携課	地域医療連携課	地域医療連携課
	備考	医師への連絡・相談は連携連絡票を活用下さい。	担当者	MSWまたは看護師	MSWまたは看護師	MSWまたは看護師	MSW	MSWまたは看護師
			TEL/FAX	278-2031 -	278-2031 -	278-2031 278-9167	278-2031 278-9167	278-2031 278-9167
			休日夜間の対応	無	救急外来での対応	無	-	-
連携する多職種への要望(連携の際の注意事項等)		連携に関するお問い合わせは、地域医療連携課へご連絡下さい。						
東口病院	方法	電話・文書FAX	担当部署	外来患者は各科外来 入院患者は病棟	外来	病棟	事務	事務
	備考	自院の患者のみ対応可	担当者	総看護師長又は看護師	総看護師長又は看護師	看護師	事務担当者	
			TEL/FAX	227-0700 224-8654	227-0700 224-8654	227-0700 224-8654	227-0700 224-8654	227-0700 224-8654
			休日夜間の対応	病棟	病棟	無	-	-
東長野病院	方法	文書FAX	担当部署	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室	事務部企画課医事	地域医療連携室
	備考	まずはFAXを送信して下さい。各担当者から連絡します。	担当者	MSW	MSW	MSW	事務担当者	MSW
			TEL/FAX	296-1111 296-1189	296-1111 296-1189	296-1111 296-1189	296-1111 296-1189	296-1111 296-1189
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
東和田病院	方法	文書FAX・文書郵送・面談	担当部署	外来	外来	外来	外来	
	備考	連携連絡票中心で(関係確立後は電話も可)	担当者	連携担当看護師	連携担当看護師	連携担当看護師	連携担当看護師	総看護師長
			TEL/FAX	243-4895 259-0960	243-4895 259-0960	243-4895 259-0960	243-4895 259-0960	243-4895 259-0960
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
南長野医療センター 篠ノ井総合病院	方法	文書FAX	担当部署	地域医療連携課	地域医療連携課	地域医療連携課	①主治医意見書：医療秘書課 ②指示書・連絡票：地域医療連携課	地域医療連携課
	備考	連携連絡票にて	担当者	師長又はMSW	師長又はMSW	MSW	①担当事務 ②MSW	MSW
			TEL/FAX	292-2261 261-1063	292-2261 261-1063	292-2261 261-1063	292-2261 261-1063	292-2261 261-1063
			休日夜間の対応	日当直看護師	救急外来	無	-	-
連携する多職種への要望(連携の際の注意事項等)		誰に相談したらよいかわからない場合は、地域医療連携課MSWまでご連絡下さい。						
南長野医療センター 新町病院	方法	文書FAX	担当部署	外来患者は各科外来 入院患者は病棟	各科外来	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
	備考	医師への連絡・相談は連携連絡票を活用下さい。	担当者	看護師	看護師	MSWまたは看護師		MSWまたは看護師
			TEL/FAX	262-3111 262-3411	262-3111 262-3411	262-3115 262-3115	262-3115 262-3115	262-3115 262-3115
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
若穂病院	方法	文書FAX	担当部署	外来患者は外来 入院患者は病棟師長	外来	事務	事務	
	備考	医師への連絡・相談は連携連絡票を活用下さい。	担当者	看護師	看護師	MSW	MSW	
			TEL/FAX	282-7111 282-7117	282-7111 282-7117	282-7111 282-7117	282-7111 282-7117	
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-

地域包括支援センター

No.	施設名	所在地	電話番号	担当地域
1	長野市 中部 地域包括支援センター	鶴賀緑町1613(長野市役所内)	224-7174	戸隠・鬼無里
2	長野市 中部 地域包括支援センター 篠ノ井支所駐在	篠ノ井御幣川281-1	292-3358	篠ノ井 (横田・合戦場・東福寺・西寺尾)
3	長野市地域包括支援センター 博愛の園	浅川東条295-5	256-6530	第二・浅川・芋井
4	長野市地域包括支援センター ケアポート三輪	三輪5丁目43-20	235-2215	三輪
5	長野市地域包括支援センター 安茂里	安茂里1775	226-3895	安茂里・小田切・七二会
6	長野市地域包括支援センター コンフォートきたながいけ	北長池935	254-5250	大豆島・朝陽
7	長野市地域包括支援センター コスモス	小島田町449	284-2166	更北
8	長野市地域包括支援センター ケアプラザわかほ	若穂川田1830	282-1631	若穂
9	長野市地域包括支援センター ニチイケア高田	高田1031-1	269-0666	古牧
10	長野市地域包括支援センター 星のさと	篠ノ井小松原2359-25	261-1588	川中島・篠ノ井 (共和)
11	長野市地域包括支援センター 若槻ホーム	上野1-1462-1	296-3303	若槻
12	長野市地域包括支援センター 芹田	栗田732-1	217-5650	芹田
13	長野市地域包括支援センター 豊野(サブセンター)	豊野町豊野655-5	219-2607	豊野
14	長野市地域包括支援センター 富竹の里	富竹1621	295-7780	古里・柳原・長沼
15	長野市地域包括支援センター 吉田	吉田3丁目22-41 ノルテナがの1F	266-0567	吉田
16	長野市地域包括支援センター コンフォートにしつるが	鶴賀西鶴賀町1484-5	219-3510	第一・第三・第四・第五
17	長野市地域包括支援センター 桜ホーム	篠ノ井二ツ柳1432-3	290-1155	篠ノ井 (川柳・塩崎) ・信更
18	長野市在宅介護支援センター 長野松代総合病院	松代町松代183	278-2058	松代
19	長野市在宅介護支援センター 篠ノ井総合病院	篠ノ井会666-1	261-1062	篠ノ井 (中央・信里)
20	長野市在宅介護支援センター 新町病院	信州新町上条137	291-2305	信州新町・中条・大岡

在宅介護支援センター

No.	施設名	所在地	電話番号	担当地域
1	長野市在宅介護支援センター インターコート藤	青木島町綱島782-6	284-6215	更北 (青木島・真島)
2	長野市在宅介護支援センター やすらぎの園	篠ノ井杵淵213-4	293-6160	篠ノ井 (横田・合戦場・東福寺・西寺尾)
3	長野市 戸隠 在宅介護支援センター	戸隠豊岡1384	254-2745	戸隠
4	長野市 鬼無里 在宅介護支援センター	鬼無里160-3	256-2962	鬼無里
5	長野市 大岡 在宅介護支援センター	大岡乙254-1	266-2460	大岡
6	長野市在宅介護支援センター すめらぎ	中条住良木8291-1	268-3301	中条

平成30年4月1日現在

様式2 入院時情報提供書 (ケアマネジャー→医療機関)

入院日 年 月 日

医療機関名 病院

居宅介護支援事業所:

介護支援専門員:

問い合わせ先: 電話

FAX

退院前カンファレンスへの参加希望 有・無

ふりがな	様	男	生年月日	年	月	日 (歳)
氏名	様	女				
住所	住環境に関する特記:					電話
家族構成・状況	同居・夫婦のみ・その他 (人暮らし) キーパーソンに★印	主介護者	氏名	(続柄:)	電話	
		キーパーソン	氏名	(続柄:)	電話	
	介護力等	<input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> 日中高齢者世帯 <input type="checkbox"/> サポートできる家族や支援者が不在 <input type="checkbox"/> 家族が要介護状態、認知症である <input type="checkbox"/> その他()				
かかりつけの医療機関	医療機関名	医師名	連絡先	紹介状	受診方法	
				有・無	通院・訪問診療	
				有・無	通院・訪問診療	
最近半年間の入院		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している				
介護保険	認定内容	<input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 更新中 <input type="checkbox"/> 区分変更中 <input type="checkbox"/> 新規申請中				
	サービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> 他()				
	介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 2割 <input type="checkbox"/> 3割 <input type="checkbox"/> 不明				
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				
ADL (入院前)	食事	自立・見守り・一部介助・全介助		(ペ-スト・刻み・ソフト食・普通・経管栄養)		
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		義歯の使用	無・有	
				嚥下機能	むせる・時々むせる・無	
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助		移動手段	杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー・その他()	
	移動	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		(ML(洋・和)・PML・手すり・おむつ・カテ-テル等)		
	住環境	寝室【ベッド(一般家具・特殊寝台)・布団】			浴室【段差(無・有) 手すり(無・有)】	
	清潔	更衣	自立・見守り・一部介助・全介助		整容	自立・見守り・一部介助・全介助
		入浴	自立・見守り・一部介助・全介助			
	生活状況	麻痺	無・有	拘縮	無・有	能力
精神面		認知症状	無・有		聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
		<input type="checkbox"/> 無			言語	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
		<input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏			意思疎通	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
		<input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗			服薬管理(入院前)	管理 <input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者 <input type="checkbox"/> その他
	<input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄			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"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()			服薬無	<input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない	
	<input type="checkbox"/> 不眠(薬の服用: 無・有)			特記事項		
	<input type="checkbox"/> アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)					
入院前	本人の趣味 関心ごと、家での役割など	今後の生活展望について、ケアマネジャーとしての意見 (在宅生活に必要な要件、その他特記事項)				
	本人の意向					
	家族の意向					

【担当ケアマネジャーより、医療機関の方へお願い】

退院が決まり次第、連絡をお願いします。必要に応じて、退院時の情報提供をお願いします。

居宅介護支援事業所：

介護支援専門員：

留意事項

- ①このシートは、ケアマネジャーが医療機関から情報を得て記入し、課題整理総括表の作成に反映するものです。
- ②医療機関は、ケアマネジャーの聞き取りを想定し、準備しておきます。(事前の記入が可能であれば記入)
- ③このシートを使って、退院前カンファレンスで情報共有できるように医療機関側もケアマネジャー側も準備しておきましょう。

ふりがな		男	生年月日	年 月 日 (歳)
氏名		女		

退院時の要介護度 なし 申請中 要 区分変更

入院原因疾患

退院後の医療機関	<input type="checkbox"/> 入院していた病院 <input type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医()	受診方法	通院・訪問診療
	<input type="checkbox"/> その他の医療機関()		通院・訪問診療

医療機関(医師)からの見立て・変化の可能性についての説明 (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)、良くなっていく方向か、ゆっくり落ちていく方向なのか など)	病状等の説明に対する本人・家族の反応・受け止め
	本人
	家族

禁忌事項	禁忌の有無	禁忌の内容・留意点
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	

		処置内容	在宅で継続するための要件
退院後に必要な事柄	医療処置	<input type="checkbox"/> 無 <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"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ(尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <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"/> 無 <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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()	
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 <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 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗/他) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物/調理/他) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <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()	

(退院後の状況・阻害要因)	
---------------	--

	状 況	支援内容等	見通し	
ADL (退院時)	食 事	自立・見守り・一部介助・全介助 (ペ-スト・刻み・ソフト食・普通・経管栄養)		
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助		
	義歯の使用	無・有		
	嚥下機能	むせる・時々むせる・無		
	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		
	移動手段	杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・ストレッチャー・その他()		
	排 泄	自立・見守り・一部介助・全介助 (トイレ(洋・和)・トイレ・手すり・おむつ・カテテル等)		
	清 潔	更 衣		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
		整 容		自立・見守り・一部介助・全介助
	麻 痺	無・有 拘 縮 無・有		
	能 力 状 況	視 力		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
		聴 力		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
		言 語		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
		意思疎通		<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難
	精 神 面	認知症状		無・有
		<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他() <input type="checkbox"/> 不眠(薬の服用： 無・有) <input type="checkbox"/> アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)		
	服薬管理	管理		<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者 <input type="checkbox"/> その他
		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
服薬無	特記事項			

情報交換の履歴	回 目	聞き取り日 (面談日)	情報提供者名・職種	メモ (本人との面会、連絡先等)
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input type="checkbox"/> MSW() <input type="checkbox"/> ()	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input type="checkbox"/> MSW() <input type="checkbox"/> ()	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師() <input type="checkbox"/> 看護師() <input type="checkbox"/> リハ職() <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士() <input type="checkbox"/> MSW() <input type="checkbox"/> ()	

長野市在宅医療・介護連携推進会議 名簿（敬称略）

所属団体	会員氏名
長野市医師会	宮澤 政彦（会長）
更級医師会	島田 明 酒井 治正
上水内医師会	清水 慎介
須高医師会	下鳥 正博
長野市歯科医師会	澤口 通洋
更級歯科医師会	山崎 康憲
上水内郡歯科医師会	青沼 秀明
埴科歯科医師会	伊豫田 浩毅
長野市薬剤師会	原 澄
更埴薬剤師会	飯島 美雪
長野市訪問看護ステーション （長野県訪問看護ステーション連絡協議会）	小島 まゆみ
長野県看護協会	酒井 京子
長野圏域介護保険事業者連絡協議会	増山 幸一
長野県介護支援専門員協会	川相 香子
長野市在宅医療・介護連携支援センター（長野市民病院）	西本 洋（兼ワーキンググループ委員）

退院支援・在宅移行支援ワーキンググループ 名簿（敬称略）

所属機関	委員氏名	備考
磯村クリニック	磯村 高之	長野市医師会
訪問看護ステーションとよの	福澤 尚実	長野市訪問看護ステーション
長野赤十字病院 医療社会事業課	東福寺由起子	
長野中央病院 医療福祉相談室	桜沢 篤志	
栗田病院 地域連携室	外山 明子	
居宅介護支援事業所 かえで	五嶋 恵美	長野県介護支援専門員協会
居宅介護支援事業所若槻ホーム	小林 和也	
医療法人コスモス 連携室	田中 剛	
長野市地域包括支援センター富竹の里	松田 淑子	
長野市在宅医療・介護連携支援センター（篠ノ井総合病院）	坂口 ひろみ	

あしがき

在宅医療・介護の体制の充実なくしては、地域包括ケアシステム推進は実現しません。

市民が安心して在宅で療養するためには、医療と介護の連携が円滑に行われることが必要です。今回お示した書式と本手引きの作成の過程は、一つの多職種連携の形と言えます。今後も医療介護の枠を超えて意見交換していくことが必要です。

この作成と手引き作成に携わっていただいた関係機関の皆様へ感謝申し上げます。

平成30年4月 長野市在宅医療・介護連携推進会議

会長 宮澤 政彦（長野市医師会長）

在宅医療・介護連携推進事業

**入退院時におけるケアマネジャー⇔医療機関
連携・情報収集の手引き**

2018年4月発行

企画 長野市在宅医療・介護連携推進会議
発行 長 野 市
〒380-8512 長野市大字鶴賀緑町1613番地
電話 026-224-7174 FAX 026-224-8574