

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 第2版

「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 医療機関の入退院に関わるスタッフへ	… 5ページ
様式1 利用者・ご家族の方へ、個人情報使用同意書	… 6ページ
日頃の連携に使える「多職種連携シート」	… 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・在宅介護支援センター一覧	… 14ページ
様式2 入院時情報提供書	… 15ページ
様式3 退院時連携シート 1面	… 16ページ
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関係機関・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。

これまでの医療

- 急性期（救命）医療
- 長寿
- 治療（Cure）
- 病院完結
- 専門医
- 根治治療
- データの改善

これから求められる医療

- 終末期（看取り）医療
- 天寿
- ケア（Care）
- 地域完結
- かかりつけ医
- 緩和ケア
- QOLの向上

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、在宅医療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	在宅医療・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」を優先課題とし、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実施。 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。
	平成30年度	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 初版発行 手引きに関する説明会開催。
令和4年度	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 第2版発行	

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。

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。思いやりをも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

要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!

わかりやすく伝えよう

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。

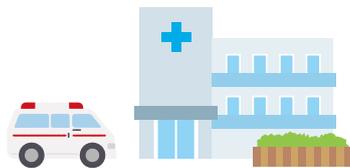
担当者が不在でも対応できる体制を

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

医療機関側の動き

治療



入院治療計画を立てる。
治療開始

患者・家族への

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

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

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、入院前に入院時連携シートを提供しましょう。



入院時情報提供書を医療機関へ持参または送る。

- ・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

3日以内

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4日以上7日以内に入院時連携シートを医療機関へ持参または送る。

- ・利用者の状況確認のために面会を行う。
- ・医療機関により情報収集
- ・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



流れとポイント



病状説明



治療終了、退院許可

※1
●担当ケアマネジャーがない場合
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。

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

7日
以内

(1)算定要件

患者・家族への生活指導・療養指導 等



診療情報提供



かかりつけ医

退院前カンファレンス開催

課題確認
情報共有



介護支援連携指導料(入院中2回まで)



退院



- ・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。



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ことが必要です。
- ・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、連携を取ることに

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「何を聞きたいのかわからない。」と言われる。「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。

できるだけ（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

要介護者が要支援者が迷う場合は、対象者のお住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いただくために、以下の点についてお願いいたします。

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、できるだけ早く、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ほしいこと

- 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の調整のために、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、多職種連携シート
- ・ 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

年 月 日

利用者または代理人 氏名 _____ 印

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

日頃の連携に使える「多職種連携シート」

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。

様式1(ケアマネジャー ⇒ 医師)

多 職 種 連 携 シ ー ト

令和 年 月 日

宛先	医療機関名	発信元	医療機関・事業所名
	氏名		担当者
	電話番号		電話番号
	FAX番号		FAX番号
	E-mail		E-mail

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、回答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をいただくことについては、

- ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。 同意した日 令和 年 月 日
- ご本人・ご家族から同意は得られておりませんが、ご本人のため必要がありますのでご連絡いたします。

*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しましょう。

利用者	氏名	介護度	事業対象者 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 (歳)	男・女

- 照会目的
- 新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の意見について
- 利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
- サービス担当者会議における意見について
- 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
- 利用者の下記状況についての相談
- 担当ケアマネジャーになった挨拶
- その他()

<利用者の照会・相談内容等>

- ・挨拶文は不要、聞きたいことを単刀直入に記す。
- ・5行ぐらいが目安、それ以上になるときは別的手段で。(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」記載例も参考に)

担当者 職氏名 印

連絡方法及び回答書(返信)

連絡方法	<input type="checkbox"/> 当連携シートで回答します
	<input type="checkbox"/> 直接会って話をします(日時 月 日 時頃おいでください)
	<input type="checkbox"/> 電話で話をします(日時 月 日 時頃電話をください)
	<input type="checkbox"/> 文書で回答します
	<input type="checkbox"/> メールで回答します

<回答・助言等>

令和 年 月 日 医師 印

H31.3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～ Ver.5 ～ 平成 31 年3月発刊より

●記入のポイント●

忙しい中でのやり取りになります。

・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 明確に記入しましょう

*マニュアル Ver. 5から「医療と介護の連携連絡票」は「多職種連携シート」様式1～6に変更されています。

<https://www.pref.nagano.lg.jp/kaigo-shien/documents/documents/iryou-kaigo-renkei1.html> 参照

*上記のURLから「多職種連携シート」様式1～6(ワード)がダウンロードできます。ご利用ください。

入院時情報提供書(記入例とポイント)

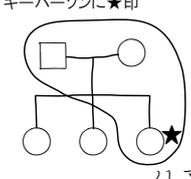
入院時情報提供書(ケアマネジャー→医療機関)

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 男 (女)		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 (夫が治療中) <input checked="" 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	
	〇〇病院	〇〇		(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 3年12月1日~ 3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"/> 区変中 <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				
	介護保険の自己負担割合	<input checked="" 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 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・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)			
	口腔ケア	自立・見守り・一部介助・全介助	義歯の使用	無・有		
	移乗	自立・見守り・一部介助・全介助	嚥下機能	〇せせり・時々むせる・無		
	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(手びき)		
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	住環境	(トイレ)洋和)・PMレ・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	入浴	自立・見守り・一部介助・全介助		
	麻痺	(無)・有) 拘縮 (無)・有)	能カ	視力 <input checked="" 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)	聴力	<input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
		<input type="checkbox"/> 無 <input 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)	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		
服薬管理(入院前)			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		
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	夫や娘の支援を受けながら家で暮らしたい。		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。		
	家族の意向	本人の意向に沿って自宅で生活できるようにサービスを利用したい。				

「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、課題整理給付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="radio"/> 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() <input type="checkbox"/> その他の医療機関()	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	
ペースに腫瘍があるため、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 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有	禁忌の内容・留意点	
退院後に必要な事項	医療処置	処置内容 <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()	在宅で継続するための要件 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()	立位や足ふみの動作 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。

(退院後の課題・阻害要因など)	入院後、筋力が低下している。 体調や気分により、日によって動作に波があるため、家族の声か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。		
	ADL(退院時)	身体・生活状況	見通し
状況		支援内容等	見通し
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		
移乗	自立・見守り・ 一部介助 ・全介助	動作訓練。	
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)	定期的に尿カテの交換が必要。	
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	視力 <input checked="" type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難 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	認知機能の維持のため程よい刺激を。	
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)		
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、処方が守られていない	家族に服薬指導	
服薬無	特記事項		

■「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」につなげていきましょう。

■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)
	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 checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>本人と面会
状況把握</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td><input type="/> 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 checkbox"="" type="checkbox/>()</td> <td>退院前カンファ</td> </tr> <tr> <td></td> <td>年 月 日</td> <td><input type="/> 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 222="" 630="" 796="" 820"="" data-label="Text" type="checkbox/>()</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> </div> <div data-bbox="/> <p>■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。</p>	

※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	入退院調整・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・文書 FAX	担当部署	医療連携室	医療連携室	医療連携室	医事課	医療連携室
	備考		担当者	医療連携室看護師・相談員	医療連携室看護師・相談員	医療連携室看護師・相談員	医事課担当者	医療連携室看護師・相談員
			TEL/FAX	226-3863 226-7063 (直)	226-3863 226-7063 (直)	226-3863 226-7063 (直)	226-3863 223-7168	226-3863 226-7063 (直)
			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)	訪問診療は地域によって対応出来ない場合がありますので、事前にお問い合わせ下さい。						
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	-
			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)	今後の治療に対し、家族の意向確認をきちんとして頂きたい。						
上松病院	方法	文書 FAX	担当部署	外来・病棟 (入院患者)	外来又は看護部長	看護部長又はソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	看護部長
	備考		担当者	看護師	外来看護師又は看護部長	看護部長又はソーシャルワーカー	ソーシャルワーカー	看護部長
			TEL/FAX	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	-	-
	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	看護部	看護部	看護部	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	-
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
	栗田病院	方法	電話・文書 FAX、 郵送・面談	担当部署	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	PSW	PSW	PSW	PSW	PSW
			TEL/FAX	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	-	-
小島病院		方法	電話・文書 FAX・ 文書郵送	担当部署	地域医療連携室/ 外来	医事課 / 外来	地域医療連携室	医事課
	備考		担当者	連携室長・看護師/ 主任看護師	医事課主任 / 外来看護師	連携室長・看護師	担当事務職員	地域連携室担当・ 相談員 / ケアマネジャー
			TEL/FAX	217-3861 217-3821	217-3861 217-3821	217-3861 217-3821	217-3861 217-3821	217-3864 217-3865 217-3866
			休日夜間の対応	無	無	無	-	-
	小林脳神経外科病院	方法	文書 FAX	担当部署	地域連携室	地域連携室	地域連携室	医事課
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 259-7022	241-6221 241-0262
			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)		平日9時～17時の対応となります。						
小林病院	方法	文書 FAX	担当部署	看護部	看護部	-	看護部	-
	備考		担当者	師長または主任	師長または主任	-	師長または主任	-
			TEL/FAX	226-7880 224-8657	226-7880 224-8657	-	226-7880 224-8657	-
			休日夜間の対応	無	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	入退院調整・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
竹重病院	方法	電話・文書 FAX、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
	備考		担当者	MSW	MSW	MSW	MSW
			TEL/FAX	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
	備考		担当者	看護師	看護師	師長	介護保険担当
			TEL/FAX	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	-
連携する多職種への要望(連携の際の注意事項等)							
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
	備考		担当者	PSW	PSW	PSW	PSW
			TEL/FAX	243-7600 259-0975	243-7600 259-0975	243-7600 259-0975	243-7600 259-0975
			休日夜間の対応	上記番号に連絡下さい	上記番号に連絡下さい	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。					
ナカジマ 外科病院	方法	文書 FAX	担当部署	外来患者は外来 入院患者は看護師長	外来	病棟	事務
	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
			TEL/FAX	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	-
連携する多職種への要望(連携の際の注意事項等)		連携窓口					
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	地域連携課	地域連携課	地域連携課	受付
	備考		担当者	看護師	看護師	看護師・MSW	事務担当
			TEL/FAX	296-3953 296-3943	296-3953 296-3943	296-3953 296-3943	296-3953 296-3943
			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)		更生相談室					
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
	備考	医師への連絡・相談は多職種連携シートを活用下さい。	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
			TEL/FAX	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	-
連携する多職種への要望(連携の際の注意事項等)		MSW・ 連携室看護師					
長野赤十字病院	方法	文書 FAX	担当部署	-	かかりつけの方は 各科外来 初診は受診相談	地域医療連携室	医師業務支援課 / 地域医療連携室
	備考	医師への連絡・相談は多職種連携シートを活用下さい。	担当者	-	看護師	看護師または MSW	介護保険指示書担当者 / 事務 (多職種連携シート)
			TEL/FAX	-	226-4131 224-1057	226-4131 224-1057	226-4131 224-1057
			休日夜間の対応	-	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)		MSW または 看護師					
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	退院支援センター (医療福祉相談室)	医師支援課
	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
			TEL/FAX	234-3345 234-3236	234-3345 234-3236	234-3211 (代) 234-3390 (直)	234-3211 (代) 234-3362
			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)		退院支援センター (医療福祉相談室)					

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	入退院調整・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	
長野松代 総合病院	方法	文書 FAX、 文書郵送	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・相談は多職種連携シートをご活用ください。回答が必要な場合は返信用封筒を同封願います。	担当者	看護師または MSW	看護師または MSW	看護師または MSW	担当 MSW	看護師または MSW
			TEL/FAX	278-2031 278-9167	278-2031 278-9167	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	外来患者は外来 入院患者は病棟	看護部	看護部	事務	事務・看護部
	備考	自院の患者のみ 対応可	担当者	看護師	外来看護師	病棟師長・看護師	事務担当者	事務担当者・ 看護師
			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	無	無	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、郵送・ 面談	担当部署	外来	外来	外来	外来	
	備考	多職種連携シート 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				-	-
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	多職種連携シート にて	担当者	師長又は MSW	師長又は MSW	MSW	①担当事務 ② MSW	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	外来患者は外来 入院患者は病棟	各科外来	地域連携室	地域連携室	地域医携室
	備考	医師への連絡・相 談は多職種連携 シートを活用下 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	-	-
山田記念 朝日病院	方法	電話・文書 FAX	担当部署	外来患者は外来 入院患者は病棟	外来	地域連携室	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	MSW・看護師	MSW	MSW
			TEL/FAX	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	無	無	無	-	-
連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)		当日緊急の受診・入院相談は外来へご連絡下さい。						
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	多職種連携シート をご活用下さい	担当者	看護師	看護師	MSW	外来患者は事務、 入院患者は 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
	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	
2	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
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 芹田	栗田 732-1	217-5650	芹田
5	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
6	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
7	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
8	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
9	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
10	長野市地域包括支援センター 若槻ホーム	上野 1 丁目 1462-1	296-3303	若槻
11	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
12	長野市地域包括支援センター 篠ノ井総合病院	篠ノ井会 666-1	261-1062	篠ノ井 (中央・信里)
13	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
14	長野市地域包括支援センター やすらぎの園	篠ノ井杵淵 213-4	214-6133	篠ノ井 (横田・合戦場・東福寺・西寺尾)
15	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)
16	長野市地域包括支援センター 長野松代総合病院	松代町松代 183	278-2058	松代
17	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
18	長野市地域包括支援センター 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)
19	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 (小島田・稲里)
20	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
21	長野市地域包括支援センター 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 戸隠 在宅介護支援センター	戸隠豊岡 1384	254-2745	戸隠
2	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
3	長野市 大岡 在宅介護支援センター	大岡乙 254-1	266-2460	大岡
4	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

令和4年7月1日現在

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

【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、連絡をお願いいたします。必要に応じて、退院時の情報提供をお願いいたします。

ふりがな	氏名	様	男 女	生年月日	年 月 日 (歳)	
住所	住環境に関する特記:				電話	
家族構成・状況	独居・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 携帯電話	
		キーパーソン	氏名	(続柄:)	電話 携帯電話	
		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"/> 区変中 <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 <input type="checkbox"/> 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				
	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 杖・車椅子・シルバーカー・歩行器・		
	移動	自立・見守り・一部介助・全介助		手段 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)・PTトイレ・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 コミュニケーション 服薬管理(入院前) 服薬状況 特記事項
認知症状		無・有		視力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難	
		精神面	<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)		聴力	
			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		
			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			
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)				
	在宅生活に ついて 本人の 意向					
	家族の 意向					

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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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			
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 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()		

(退院後の課題・(阻害要因)など)	
-------------------	--

		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 (ペース・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	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
		シ ョ ン	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"/> ()	

この手引き作成に携わった関係機関

長野市在宅医療・介護連携推進会議

所属団体
長野市医師会
更級医師会
上水内医師会
須高医師会
長野市歯科医師会
更級歯科医師会
上水内郡歯科医師会
埴科歯科医師会
長野市薬剤師会
更埴薬剤師会
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)
長野県看護協会
長野圏域介護保険事業者連絡協議会
長野県介護支援専門員協会
長野市在宅医療・介護連携支援センター

入退院時における ケアマネジャー⇄医療機関 情報収集の手引き

初版	平成30年(2018年)4月発行
第2版	令和4年(2022年)9月発行

あとがき

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の深化・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。平成30年4月にお示しした本手引きは、入退院時における多職種連携の一つの形として活用されています。引き続き、第2版を活用していただき、医療と介護の連携が、円滑に行われることを期待します。本手引きの作成に携わっていただいた関係機関の皆様にご感謝申し上げます。

令和4年9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
第2版**

2022年9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：026-224-7935 FAX：026-224-8574

E-mail：houkatsucare@city.nagano.lg.jp