

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3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
長野医療圏 医療機関連携窓口リスト	11～14ページ
在宅医療・介護連携支援センター・地域包括支援センター等連絡先 ...	15～16ページ
地域包括支援センター担当地区一覧	16～18ページ
様式2 入院時情報提供書	19ページ
様式3 退院時連携シート 1面	20ページ
退院時連携シート 2面	21ページ
〈参考〉長野市地区割図・あとがき	22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
	令和 8 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3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。会議は、**事前に検討すること・終了時間を決めて**おきましょう。

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す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。**

個人情報の取り扱いに十分な配慮を

情報提供いただいた書類（看護サマリー、情報提供書等）を、**発行者の許可なく第三者に提供することは控えましょう。**

<留意事項>

令和8年9月時点の加算算定要件を掲載しています。
加算算定要件については、診療報酬・介護報酬に関する最新の通知を確認してください。

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



退院支援への方向
・治療方針、退院
・患者・家族への
・院内多職種の力
・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

要介護認定の見直し(区分変更)が必要と考えられる場合
は、必ず申請前に担当ケアマネジャーに連絡・相談すること



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。



入院した日のうちに

- 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

- ・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

入院時情報連携加算(Ⅰ)算定要件

- ・入院日または入院前に情報提供を行う
- ・営業時間終了後または営業日以外の日に入院した場合は、入院日の翌日を含む

入院時情報連携加算(Ⅱ)算定要件

- ・入院した日の翌日または翌々日に情報提供を行う
- ・営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して3日目が営業日でない場合は、その翌日を含む

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。

性の検討
時期の確認
意向確認
ンファレンス
の作成

7日
以内

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

を開始
有

(1)算定要件



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)

介護支援等連携指導料2を算定する場合は
入院7日以内に担当ケアマネジャーと
連絡連携が必要となる

入院中

退院前

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)

・情報収集とカンファレンスの回数により、
退院・退所加算(Ⅰ)(Ⅱ)(Ⅲ)を選択する

- ・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～P14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）医療機関に出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。

入院中に要介護認定の変更申請（区分変更）が必要と考えられる場合は、申請前に必ず担当ケアマネジャーに連絡・相談しましょう。

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。

様式 1

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 _____

*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 (ケアマネジャー等 ⇒ 医師)

令和7年3月改訂 長野県医療と介護との連携検討会

多職種連携シート

令和 年 月 日

宛先	医療機関名	担当医	先生
----	-------	-----	----

発信元	事業所名	担当者	職種: 氏名:
	電話番号 FAX 番号	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、回答をお願いいたします。

*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・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、ご本人のために必要がありますのでご連絡いたします。

利用者	氏 名 生年月日	年 月 日生 (歳) 男・女	介護度	事業対象者 要支援1・2 要介護1・2・3・4・5 申請中 未申請
	住 所			
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 ()				

<サービス担当者会議における意見について>

サービス担当者会議における意見について、
伝えるべき情報を端的に記入しましょう。

<照会・相談内容等> ※照会・相談内容等について、☐ 返信をお願いします (月 日頃まで)
☐ 返信は不要です

- ・挨拶文は不要、聞きたいことを単刀直入に記す。
- ・5行ぐら이가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」記載例も参考に)

連絡方法並びに回答書(返信)

連絡方法	☐ 当連携シートで回答します
	☐ 直接会って話をします (日時 月 日 時頃お出でください)
	☐ 電話で話をします (日時 月 日 時頃電話をください)
	☐ 文書で回答します
	☐ メールで回答します
	☐ その他 () で回答します

<回答・助言等>

医療と介護との連携マニュアル ~ Ver.6 ~

長野県医療と介護との連携検討会 令和7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・何を希望したいのか 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

QRコードから様式1~6のダウンロード可



県マニュアル



県ホームページ
(様式ダウンロード可)

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

【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。

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	長野 市子	性別	男(女)
氏名		生年月日	S X X 年 X 月 X 日 (78 歳)
住所	電話		
住環境に関する特記：玄関や室内には段差が多い			
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	
		携帯電話	
		キーパーソン氏名	(続柄：三女)
		電話	
		携帯電話	
介護力等	☐ 日中独居 ☒ 日中高齢者世帯 ☐ サポートできる家族や支援者が不在 (夫が治療中) ☒ 家族が要介護状態、認知症である ☐ その他()		
かかりつけの医療機関	医療機関名	医師名	連絡先
	〇〇 病院	〇〇	
			紹介状 (有) 無 (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	☐ なし ☒ あり 3 年 12 月 1 日 ~ 3 年 12 月 15 日 ☒ 頻度は高い/繰り返している		
介護保険	認定内容	☒ 要介護(1) ☐ 要支援() ☐ 更新中 ☐ 区変中 ☐ 新規申請中	
	サービス利用状況	☐ 利用なし ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハビリ ☒ デイサービス	
		☐ デイケア ☒ ショートステイ ☐ 福祉用具貸与 ☐ 福祉用具購入 ☐ 住宅改修	
	介護保険の自己負担割合	☒ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割 ☐ 不明	
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		
A D L (入院前)	食事	自立・見守り・一部介助・全介助	(ベース・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 悪化・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(手びき)
	排泄	自立・見守り・一部介助・全介助	(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(有)手すり(無)有(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	
	麻痺	(無)・有(有) 拘縮 (無)・有(有)	
	認知症状	無(有)	
精神面	☐ 無 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☒ 妄想 ☐ 暴力・攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☒ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ セン妄 ☐ 不潔行為 ☐ その他() ☐ 不眠(薬の服用：無・有) ☐ アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)	能力コミュニケーション	視力 ☒ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 聴力 ☒ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難 言語 ☐ 問題なし ☒ やや難あり ☐ 困難 意思疎通 ☐ 問題なし ☒ やや難あり ☐ 困難
		服薬管理(入院前)	管理 ☐ 自己管理 ☒ 他者 ☐ その他 服薬状況 ☒ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い、処方を守られていない
		特記事項	
		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) 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。	
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。	
	本人の意向 夫や娘の支援を受けながら家で暮らしたい。 家族の意向 本人の意向に沿って自宅で生活できるようサービスを利用したい。		

■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 女	生年月日	年 月 日 (78 歳)
退院時の要介護度	☐ なし ☐ 申請中 ☒ 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	☒ 入院していた病院 ☒ 入院前のかかりつけ医() ☐ その他の医療機関()		受診方法 ☒ 通院 訪問診療 ☐ 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) ベースに肺癌があるため、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。		病状等の説明に対する本人・家族の反応・受け止め 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 ☐ 無 ☐ 有	禁忌の内容・留意点	
退院後に必要な事例	処置内容		在宅で継続するための要件
	☐ 無 ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡処置 ☐ ストーマ(尿路・消化管) ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 経腸栄養 ☒ 尿道カテーテル ☐ 痛みコントロール ☒ 排便コントロール ☐ 自己注射 ☐ 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
	☐ 無 ☐ 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) ☐ ターミナル ☐ その他()		全身状態の観察が必要
	☐ 無 ☐ 本人指導 ☒ 家族指導 ☐ 関節可動域練習 ☒ 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 ☐ 言語訓練 ☒ 摂食・嚥下訓練 ☒ ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗/他) ☐ IADL練習(買い物/調理/他) ☐ 疼痛管理 ☐ 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()		立位や足ふみの動作 継続が必要

■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。

■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。

ADL（退院時）	（退院後の状況・阻害要因）	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。		状況	支援内容等	見通し																																					
		<table border="1"> <tr> <td>食 事</td> <td>自立・見守り・<u>一部介助</u>・全介助 (ペース・<u>刻み</u>・ソフト食・普通・経管栄養)</td> </tr> <tr> <td>口腔ケア</td> <td>自立・見守り・<u>一部介助</u>・全介助</td> </tr> <tr> <td>義歯の使用</td> <td><u>無</u>・有</td> </tr> <tr> <td>嚥下機能</td> <td>むせる・<u>時々むせる</u>・無</td> </tr> <tr> <td>移 乗</td> <td>自立・見守り・<u>一部介助</u>・全介助</td> </tr> <tr> <td>移 動</td> <td>自立・見守り・<u>一部介助</u>・全介助</td> </tr> <tr> <td>移動手段</td> <td>杖・<u>車椅子</u>・シルバー・歩行器・ストレッチャー・その他()</td> </tr> <tr> <td>排 泄</td> <td>自立・見守り・一部介助・<u>全介助</u> (トイレ(洋・和)・トイレ・手すり・<u>おむつ</u>・<u>カテーテル等</u>)</td> </tr> <tr> <td>更 衣</td> <td>自立・見守り・<u>一部介助</u>・全介助</td> </tr> <tr> <td>入 浴</td> <td>自立・見守り・一部介助・<u>全介助</u></td> </tr> <tr> <td>整 容</td> <td>自立・見守り・<u>一部介助</u>・全介助</td> </tr> <tr> <td>麻 痺</td> <td><u>無</u>・有 拘 縮 <u>無</u>・有</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">能カコミ シ ユ ニ ョ ン</td> <td>視力 ☒問題なし ☐やや難あり ☐困難</td> </tr> <tr> <td>聴力 ☒問題なし ☐やや難あり ☐困難</td> </tr> <tr> <td>言語 ☐問題なし ☒やや難あり ☐困難</td> </tr> <tr> <td>意思疎通 ☐問題なし ☒やや難あり ☐困難</td> </tr> <tr> <td rowspan="4">精 神 面</td> <td>認知症状 <u>無</u>・<u>有</u></td> </tr> <tr> <td>☐無 ☐幻視・幻聴 ☐興奮 ☐焦燥・不穏 ☐妄想 ☐暴力/攻撃性 ☐介護への抵抗 ☐昼夜逆転 ☐徘徊 ☐危険行為 ☐せん妄 ☐不潔行為 ☐その他()</td> </tr> <tr> <td>☒不眠(薬の服用: <u>無</u>・<u>有</u>) ☐アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)</td> </tr> <tr> <td>服薬管理 管理 ☐自己管理 ☒他者 ☐その他 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</td> </tr> <tr> <td colspan="2">特記事項</td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>					食 事	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助 (ペース・ <u>刻み</u> ・ソフト食・普通・経管栄養)	口腔ケア	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助	義歯の使用	<u>無</u> ・有	嚥下機能	むせる・ <u>時々むせる</u> ・無	移 乗	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助	移 動	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助	移動手段	杖・ <u>車椅子</u> ・シルバー・歩行器・ストレッチャー・その他()	排 泄	自立・見守り・一部介助・ <u>全介助</u> (トイレ(洋・和)・トイレ・手すり・ <u>おむつ</u> ・ <u>カテーテル等</u>)	更 衣	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助	入 浴	自立・見守り・一部介助・ <u>全介助</u>	整 容	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助	麻 痺	<u>無</u> ・有 拘 縮 <u>無</u> ・有	能カコミ シ ユ ニ ョ ン	視力 ☒ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	聴力 ☒ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	言語 ☐ 問題なし ☒ やや難あり ☐ 困難	意思疎通 ☐ 問題なし ☒ やや難あり ☐ 困難	精 神 面	認知症状 <u>無</u> ・ <u>有</u>	☐ 無 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ せん妄 ☐ 不潔行為 ☐ その他()	☒ 不眠(薬の服用: <u>無</u> ・ <u>有</u>) ☐ 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 ☐ 自己管理 ☒ 他者 ☐ その他 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	特記事項		
食 事	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助 (ペース・ <u>刻み</u> ・ソフト食・普通・経管栄養)																																										
口腔ケア	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助																																										
義歯の使用	<u>無</u> ・有																																										
嚥下機能	むせる・ <u>時々むせる</u> ・無																																										
移 乗	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助																																										
移 動	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助																																										
移動手段	杖・ <u>車椅子</u> ・シルバー・歩行器・ストレッチャー・その他()																																										
排 泄	自立・見守り・一部介助・ <u>全介助</u> (トイレ(洋・和)・トイレ・手すり・ <u>おむつ</u> ・ <u>カテーテル等</u>)																																										
更 衣	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助																																										
入 浴	自立・見守り・一部介助・ <u>全介助</u>																																										
整 容	自立・見守り・ <u>一部介助</u> ・全介助																																										
麻 痺	<u>無</u> ・有 拘 縮 <u>無</u> ・有																																										
能カコミ シ ユ ニ ョ ン	視力 ☒ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難																																										
	聴力 ☒ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難																																										
	言語 ☐ 問題なし ☒ やや難あり ☐ 困難																																										
	意思疎通 ☐ 問題なし ☒ やや難あり ☐ 困難																																										
精 神 面	認知症状 <u>無</u> ・ <u>有</u>																																										
	☐ 無 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ せん妄 ☐ 不潔行為 ☐ その他()																																										
	☒ 不眠(薬の服用: <u>無</u> ・ <u>有</u>) ☐ 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 ☐ 自己管理 ☒ 他者 ☐ その他 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																																										
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。

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	☐ 医師() ☒ 看護師() ☒ リハ職() ☐ 歯科医師・歯科衛生士() ☒ MSW() ☐ ()	本人と面会 状況把握
		年 月 日	☐ 医師() ☒ 看護師() ☒ リハ職() ☐ 歯科医師・歯科衛生士() ☒ MSW() ☐ ()	退院前カンファ
		年 月 日	☐ 医師() ☐ 看護師() ☐ リハ職() ☐ 歯科医師・歯科衛生士() ☐ MSW() ☐ ()	

■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。

長野医療圏 医療機関連携窓口リスト (市町ごと・アイウエオ順)

(掲載の承諾が得られた医療機関のみ)

【長野市】

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
愛 和 病 院	担 当 部 署	医療連携室	医療連携室	医事課	医事課
	担 当 者	看護師 相談員	看護師 相談員	主治医意見書は清水 訪看指示書は渡辺	医事課へ お問い合わせください
	T E L / F A X	226-3863 音声ガイド③ / 226-7063	226-3863 音声ガイド③ / 226-7063	226-3863 音声ガイド① / 223-7168	226-3863 音声ガイド① / 223-7168
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	なし
	連 携 す る 多 職 種 へ の 要 望 (連 携 の 際 の 注 意 事 項 等)	がんの患者様の初診は完全予約制となります。 ご不明な点は医療連携室までお問い合わせください。			
朝日ながの病院	担 当 部 署	総看護師長	総看護師長	医事課	－
	担 当 者	総看護師長	総看護師長	介護保険担当	－
	T E L / F A X	215-8081 / 215-8202	215-8081 / 215-8202	215-8081 / 215-8202	－
	休日夜間の対応	なし	なし	－	－
上 松 病 院	担 当 部 署	外来または看護部長	地域連携室または看護部長	地域連携室	外 来
	担 当 者	－	－	－	－
	T E L / F A X	241-1628 / 259-0961	241-1628 / 259-0961	241-1628 / 259-0961	241-1628/259-0961
	休日夜間の対応	なし	なし	－	－
	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	担 当 部 署	外来 透析室	－	－	医事課
	担 当 者	看護師 (担当部署によります)	看護部長	担当事務	担当部署によります
	T E L / F A X	241-0631 / 259-1141	241-0631 / 259-1141	241-0631 / 259-1141	241-0631/259-1141
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	－
栗 田 病 院	担 当 部 署	地域連携室	地域連携室	地域連携室	地域連携室
	担 当 者	PSW	PSW	PSW	PSW
	T E L / F A X	224-3961 / 224-3971	224-3961 / 224-3971	224-3961 / 224-3971	224-3961/224-3971
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	なし
	連 携 す る 多 職 種 へ の 要 望 (連 携 の 際 の 注 意 事 項 等)	夜間休日、精神科措置入院などについては対応しています。			
小 島 病 院	担 当 部 署	①外来 ②医事課	地域医療連携室	医事課	医事課
	担 当 者	①外来師長 ②医事課主任	①連携室師長②連携室看護師	医事課主任	医事課主任
	T E L / F A X	217-3861 / 217-3821	①217-3866 ②217-3861 / 217-3821	217-3861 / 217-3821	217-3861/217-3821
	休日夜間の対応	－	－	－	－
	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	担 当 部 署	連携室	連携室	医事課	医事課
	担 当 者	相談担当看護師	相談担当看護師 SW	介護保険担当者	介護保険担当者
	T E L / F A X	241-6221 / 241-0262	241-6221 / 241-0262	241-6221 / 259-7022	241-6221/259-7022
	休日夜間の対応	看護師	なし	なし	なし
竹 重 病 院	担 当 部 署	事務部	医療福祉相談室	医療福祉相談室	事務部
	担 当 者	医療事務職員	MSW	MSW	医療事務職員
	T E L / F A X	234-1281 / 235-1365	234-1281 / 235-1365	234-1281 / 235-1365	234-1281/235-1365
	休日夜間の対応	病棟勤務の職員が 緊急の事項には対応	なし	なし	なし

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
田 中 病 院	担 当 部 署	外 来	看護部	事 務	看護部
	担 当 者	外来主任	師 長	事務長	師 長
	T E L / F A X	243-1263 / 259-0950	243-1263 / 259-0950	243-1263 / 259-0950	243-1263/259-0950
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	なし
鶴 賀 病 院	担 当 部 署	相談室	相談室	相談室	相談室
	担 当 者	PSW	PSW	PSW	PSW
	T E L / F A X	243-7600 / 259-0975	243-7600 / 259-0975	243-7600 / 259-0975	243-7600/259-0975
	休日夜間の対応	上記番号へ	なし	なし	なし
	連 携 す る 多 職 種 へ の 要 望 (連 携 の 際 の 注 意 事 項 等)	緊急時を除く病状等の相談、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	担 当 部 署	外 来	病 棟	事 務	事 務
	担 当 者	外来看護主任	看護師長	担当事務	担当事務
	T E L / F A X	284-8585 / 284-8589	284-8585 / 284-8589	284-8585 / 284-8589	284-8585/284-8589
	休日夜間の対応	なし	なし	－	－
長 野 県 立 総 合 リ ハ ビ リ テー ションセンター	担 当 部 署	地域連携課	地域連携課	受 付	－
	担 当 者	看護師	MSW・看護師	事務担当	－
	T E L / F A X	296-3953 / 296-3943	296-3953 / 296-3943	296-3953 / 296-3943	－
	休日夜間の対応	なし	なし	－	－
長 野 市 民 病 院	担 当 部 署	各科外来	地域医療連携室	医事課	医事課
	担 当 者	外来看護師	MSW・連携室看護師	介護保険等担当	介護保険等担当
	T E L / F A X	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	なし	なし	なし
	連 携 す る 多 職 種 へ の 要 望 (連 携 の 際 の 注 意 事 項 等)	連携に関する困りごとや相談については地域医療連携室までお願いします。			
長 野 赤 十 字 病 院	担 当 部 署	地域医療連携室	地域医療連携室	医師業務支援課	地域医療推進課
	担 当 者	連携室師長	看護師または MSW	主治医意見書・訪問看護指示書担当者	担当事務
	T E L / F A X	226-4131 / 224-1057	226-4131 / 224-1057	226-4134 / 224-1057	226-4131/224-1057
	休日夜間の対応	救急外来での対応	なし	なし	なし
長 野 中 央 病 院	担 当 部 署	かかりつけの方は各科外来 初診は受診相談	入退院支援センター	医師支援課	医師支援課
	担 当 者	外来看護師	担当 MSW 退院支援看護師	支援課職員	支援課職員
	T E L / F A X	234-3307 / 234-3390	234-3307 / 234-3390	234-3307 / 234-3362	234-3307/234-3362
	休日夜間の対応	救急外来での対応	なし	－	－
長 野 松 代 総 合 病 院	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
	担 当 者	MSW または看護師	MSW または看護師	MSW	MSW
	T E L / F A X	278-2031 / なし	278-2031 / 278-2053	278-2031 / 278-2053	278-2031/278-2053
	休日夜間の対応	救急外来での対応	なし	－	－
	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ください			

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
長野松代総合病院 附属穂病院	担 当 部 署	外来	事務	事務	事務
	担 当 者	看護師	MSW	MSW	MSW
	T E L / F A X	282-7111 / 282-7117			
	休日夜間の対応	なし	なし	－	－
東長野病院	担 当 部 署	地域医療連携室	地域医療連携室	医事	地域医療連携室
	担 当 者	MSW	MSW	事務担当者	MSW
	T E L / F A X	296-1111 / 296-1189	296-1111 / 296-1189	296-1111 / 296-1189	296-1111/296-1189
	休日夜間の対応	なし	なし	－	－
南長野医療センター 篠ノ井総合病院	担 当 部 署	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：地域医療連携課	地域医療連携課
	担 当 者	看護師または MSW	MSW	①担当事務 ② MSW	MSW
	T E L / F A X	292-2261 / 261-1063	292-2261 / 261-1063	292-2261 / 261-1063	292-2261/261-1063
	休日夜間の対応	救急外来	なし	－	－
	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	担 当 部 署	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
	担 当 者	看護師	MSW または看護師	－	－
	T E L / F A X	262-3111 / 262-3411	262-3111 / 262-3115	262-3115 / 262-3115	262-3115/262-3115
	休日夜間の対応	日当直看護師	なし	－	－
山田記念 朝日病院	担 当 部 署	外来	地域医療連携室	地域医療連携室	地域医療連携室
	担 当 者	看護師	看護師・MSW	MSW	MSW
	T E L / F A X	244-6411 / 244-5969	244-6411 (代表)・ 217-8501 (連携室) / 217-8502	217-8501 / 217-8502	217-8501 / 217-8502
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	FAX は 24h 受付可
	連 携 す る 多 職 種 へ の 要 望 (連 携 の 際 の 注 意 事 項 等) 上記の他、入院相談等ありましたら地域連携室までご連絡ください。				

【千曲市】

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
稲荷山医療福祉センター	担 当 部 署	医療相談室	医療相談室	医事課	各 科
	担 当 者	MSW	MSW	事務担当	外来看護師
	T E L / F A X	272-1459 / 273-5119	272-1459 / 273-5119	272-1435 / 273-5119	272-1435/273-5119
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	なし
上山田病院	担 当 部 署	地域医療連携室	地域医療連携室	医事課	地域医療連携室
	担 当 者	MSW または看護師	MSW または看護師	MSW または事務	MSW または事務
	T E L / F A X	276-7555 / 275-3218	276-7555 / 275-3218	276-7555 / 275-3218	276-7555/275-3218
	休日夜間の対応	なし	なし	－	－
千曲中央病院	担 当 部 署	地域医療連携室	医療相談室	医療相談室	医療相談室
	担 当 者	担当事務	MSW	MSW	MSW
	T E L / F A X	273-1212 / 274-1319	273-1212 / 274-1319	273-1212 / 274-1319	273-1212/274-1319
	休日夜間の対応	救急外来 273-1212	なし	なし	なし

【須坂市】

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
信州医療センター	担当部署	地域医療福祉連携室	地域医療福祉連携室	医事課	地域医療福祉連携室
	担当者	看護師	担当 MSW	医事課 介護保険担当者	外来担当 MSW
	TEL / FAX	246-6577 / 246-5530	246-5524 / 246-5530	245-1650 / 248-1233	246-5524/246-5530
	休日夜間の対応	救急外来 管理師長 TEL: 245-1650 FAX: 248-3240	なし	なし	なし
	連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)	担当部署のTELは部外秘のため支援者のみの共有でお願いしたい。			
轟病院	担当部署	外来	医療連携室	医事課	入院 医療連携室 / 外来 外来
	担当者	看護師	相談員	介護保険担当	入院 相談員 / 外来 看護師
	TEL / FAX	245-0126 / 245-5833	245-0126 / 245-5833	245-0126 / 245-5833	245-0126/245-5833
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	なし
	連携する多職種への要望 (連携の際の注意事項等)	平日 日中時間帯での対応となります。			

【小布施町】

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
新生病院	担当部署	予約センター	地域連携室	医事課	医事課
	担当者	日により担当者変更あり	各病棟担当者 ソーシャルワーカー 退院支援看護師	介護保険主治医意見書、指示書担当者	—
	TEL / FAX	247-2033 / なし	247-2033 / なし	247-2033 / なし	247-2033 代表 FAX247-4724 連携室直通 FAX 247-4738
	休日夜間の対応	日当直看護師	なし	—	—

【信濃町】

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
信越病院	担当部署	外来または地域医療連携室	地域医療連携室	医事係	地域医療連携室
	担当者	看護師	看護師または社会福祉士	介護保険担当	看護師または社会福祉士
	TEL / FAX	255-3100 / 219-3218	255-3100 / 219-3218	255-3100 / 255-2427	255-3100/219-3218
	休日夜間の対応	なし	なし	—	—

【飯綱町】

病院名		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・指示書の依頼窓口	多職種連携シートの送付窓口
飯綱町立 飯綱病院	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	地域医療連携室
	担当者	看護師・MSW	MSW	MSW	MSW
	TEL / FAX	253-2248 / 253-6973	253-2248 / 253-6973	253-2248 / 253-6973	253-2248/253-6973
	休日夜間の対応	なし	なし	なし	なし

在宅医療・介護連携支援センター（医療・介護関係者の相談窓口）

在宅医療・介護連携支援センターホームページ
<https://zaitakushien.nagano.jp>



施設名	所在地	電話番号
在宅医療・介護連携支援センター長野市民病院	富竹 1333 - 1	295-1191
在宅医療・介護連携支援センター篠ノ井総合病院	篠ノ井会 666 - 1	261-1031

地域包括支援センター

※ 担当地域の詳細は、P16 ～ P18 参照

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 (篠ノ井総合市民センター内)	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 / 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 (安茂里老人福祉センター内)	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

令和8年9月1日現在

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	長野市大岡在宅介護支援センター	大岡乙 254-1	266-2460	大岡
3	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8年9月1日現在

地域包括支援センター担当地区一覧

※地区割の図は P22 参照

令和8年9月1日現在

地域包括支援センター名	担当地区	住所名称（「大字」の表記は省略）
コンフォート にしつるが	第一	茂苧、西長野、西長野往生地、新諏訪一丁目、新諏訪二丁目、長野往生地、長野桜枝町、長野狐池、長野花咲町、長野横沢町、長野西町、長野上西之門町、長野西之門町、長野栄町、長野立町、長野若松町、長野旭町、長野長門町
		小鍋の一部（茂苧）
	第三	長野東後町、鶴賀権堂町、鶴賀田町、鶴賀東鶴賀町、鶴賀西鶴賀町、鶴賀緑町、鶴賀、鶴賀上千歳町、鶴賀南千歳町、鶴賀問御所町、南千歳一丁目、南千歳二丁目、東鶴賀町、居町、早苗町、柳町
		三輪の一部（柳町）
	第四	南長野諏訪町、南長野西後町、南長野県町、南長野妻科、南長野南県町、南長野新田町
		新諏訪一丁目の一部（妻科）
	第五	南長野北石堂町、南長野南石堂町、南長野末広町、中御所、中御所町四丁目、中御所一丁目、中御所二丁目、中御所三丁目、中御所四丁目、中御所五丁目
		南千歳一丁目の一部（末広町）
博愛の園	第二	長野伊勢町、長野横町、長野東之門町、長野岩石町、長野東町、長野元善町、長野大門町、長野字新町、長野箱清水、箱清水一丁目、箱清水二丁目、箱清水三丁目、上松、上松一丁目、上松二丁目、上松三丁目、上松四丁目、上松五丁目
		三輪の一部（三輪田町、淀ヶ橋）
		三輪五丁目の一部（淀ヶ橋）
		三輪六丁目の一部（淀ヶ橋、三輪田町）
		三輪七丁目の一部（淀ヶ橋）
		三輪八丁目の一部（上松）
	浅川	浅川東条、伺去、真光寺、浅川清水、浅川一ノ瀬、浅川畑山、中曽根、北郷、三ツ出、台ヶ窪、坂中、浅川西平、浅川福岡、浅川押田、浅川西条、浅川一丁目、浅川二丁目、浅川三丁目、浅川四丁目、浅川五丁目、神楽橋、屋敷田、門沢
	芋井	上ヶ屋、広瀬、入山、桜、鑑、泉平、富田
		門沢の一部（飯綱高原第2、第3）

地域包括支援センター名	担当地区	住所名称（「大字」の表記は省略）
芹田	芹田	若里、川合新田、稲葉、栗田、七瀬、若里一丁目、若里二丁目、若里三丁目、若里四丁目、若里五丁目、若里六丁目、若里七丁目、アークス
		鶴賀の一部（七瀬、七瀬南部、七瀬中町）
		中御所四丁目の一部（荒木）
		松岡一丁目の一部（日詰）
		松岡二丁目の一部（川合新田）
ニチイケア高田	古牧	高田、北条町、平林、平林一丁目、平林二丁目、南長池、西尾張部、東和田、西和田、西和田一丁目、西和田二丁目、南高田一丁目、南高田二丁目、若宮一丁目、若宮二丁目
		三輪の一部（荒屋）
		三輪一丁目の一部（荒屋）
		中越一丁目の一部（西和田）
ケアポート三輪	三輪	三輪一丁目、三輪二丁目、三輪三丁目、三輪四丁目、三輪五丁目、三輪六丁目、三輪七丁目、三輪八丁目、三輪九丁目、三輪十丁目
		上松四丁目の一部（上宇木）
		箱清水一丁目の一部（横山）
		桐原一丁目の一部（返目）
吉田	吉田	吉田一丁目、吉田二丁目、吉田三丁目、吉田四丁目、吉田五丁目、桐原一丁目、桐原二丁目、中越一丁目、中越二丁目
		三輪十丁目の一部（押鐘）
		南堀の一部（原町、西堀）
富竹の里	富竹	富竹、金箱、下駒沢、上駒沢、三才、西三才
	柳原	徳間の一部（駒沢新町第二団地）
	長沼	小島、柳原、村山
コンフォートきたながいけ	大豆島	大町、穂保、津野、赤沼
	朝陽	大豆島、風間、大豆島西沖、松岡一丁目、松岡二丁目
若槻ホーム	若槻	屋島、北長池、北尾張部、石渡、南堀、北堀、桜新町
		檀田、檀田一丁目、檀田二丁目、徳間、徳間一丁目、若槻団地、若槻西条、上野一丁目、上野二丁目、上野三丁目、田中、田子、吉、若槻西条、稲田一丁目、稲田二丁目、稲田三丁目、稲田四丁目
安茂里	安茂里	平柴、小柴見、安茂里、平柴台、宮沖、伊勢宮一丁目、伊勢宮二丁目、伊勢宮三丁目、安茂里小市一丁目、安茂里小市二丁目、安茂里小市三丁目、安茂里小市四丁目、差出南一丁目、差出南二丁目、差出南三丁目
	小田切	塩生甲、塩生乙、山田中、小鍋
	七二会	七二会甲、七二会乙、七二会丙、七二会丁、七二会戊、七二会己
篠ノ井総合病院	篠ノ井(中央)	篠ノ井布施五明、篠ノ井布施高田、篠ノ井御幣川、篠ノ井会
	篠ノ井(信里)	篠ノ井有旅、篠ノ井山布施
桜ホーム	篠ノ井(川柳)	篠ノ井二ツ柳、篠ノ井石川、みこと川
	篠ノ井(塩崎)	篠ノ井塩崎
	信更	信更町赤田、信更町田野口、信更町氷ノ田、信更町灰原、信更町高野、信更町田沢、信更町吉原、信更町今泉、信更町三水、信更町上尾、信更町涌池、信更町桜井、信更町宮平、信更町下平、信更町古藤、信更町安庭

地域包括支援センター名	担当地区	住所名称（「大字」の表記は省略）
やすらぎの園	篠ノ井 (横田)	篠ノ井横田
	篠ノ井 (合戦場)	合戦場一丁目、合戦場二丁目、合戦場三丁目
	篠ノ井 (東福寺)	東福寺、東犀南、篠ノ井小森
	篠ノ井 (西寺尾)	篠ノ井西寺尾、篠ノ井杵淵、神明
星のさと	篠ノ井 (共和)	篠ノ井小松原、篠ノ井岡田
	川中島	川中島町今井、川中島町原、川中島町御厨、川中島町今里、川中島町上氷鉋、川中島町四ツ屋、里島、金井田、三本柳西一丁目、三本柳西二丁目、三本柳西三丁目、川中島町今井原
長野松代総合病院	松代	松代町岩野、松代町清野、松代町松代、松代町東条、松代町豊栄、松代町西寺尾、松代町城北、松代町東寺尾、松代町柴、松代町小島田、松代町牧島、松代町大室、松代町西条、皆神台、松代温泉、松代町城東
ケアプラザわかほ	若穂	若穂綿内、若穂川田、若穂牛島、若穂保科
インターコート藤	更北 (青木島)	青木島町青木島甲、青木島町青木島乙、青木島一丁目、青木島町二丁目、青木島町三丁目、青木島町四丁目、丹波島一丁目、丹波島二丁目、丹波島三丁目、三本柳東一丁目、三本柳東二丁目、三本柳東三丁目、青木島町綱島、大橋南一丁目、大橋南二丁目、青木島町大塚
	更北 (真島)	真島町真島、真島町川合、市場
コスモス	更北 (小島田)	小島田町
	更北 (稲里)	稲里町中氷鉋、稲里町下氷鉋、稲里一丁目、稲里町田牧、下氷鉋一丁目、広田、稲里町中央一丁目、稲里町中央二丁目、稲里町中央三丁目、稲里町中央四丁目
豊野サブセンター	豊野	豊野町南郷、豊野町石、豊野町豊野、豊野町浅野、豊野町蟹沢、豊野町大倉、豊野町川谷
中部 (戸隠在宅介護支援センター)	戸隠	戸隠、戸隠豊岡、戸隠栃原、戸隠祖山
中部	鬼無里	鬼無里、鬼無里日影、鬼無里日下野
新町病院	信州新町	信州新町水内、信州新町上条、信州新町新町、信州新町里穂刈、信州新町山上条、信州新町越道、信州新町山穂刈、信州新町日原東、信州新町日原西、信州新町左右、信州新町信級、信州新町竹房、信州新町下市場、信州新町牧野島、信州新町牧田中、信州新町中牧、信州新町弘崎
新町病院 (在宅介護支援センターすめらぎ)	中条	中条日高、中条日下野、中条、中条御山里、中条住良木
新町病院 (大岡在宅介護支援センター)	大岡	大岡甲、大岡乙、大岡丙、大岡中牧、大岡弘崎

【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。

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
氏 名		女	年 月 日 (歳)
住 所			電 話
住環境に関する特記：			
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：)
		キーパーソン 氏 名	(続柄：)
	介護力等	☐ 日中独居 ☐ 日中高齢者世帯 ☐ サポートできる家族や支援者が不在 ☐ 家族が要介護状態、認知症である ☐ その他()	
かかりつけの医療機関	医 療 機 関 名	医 師 名	連 絡 先
最近半年間の入院 ☐ なし ☐ あり 年 月 日～ 年 月 日 ☐ 頻度は高い/繰り返している			
介護保険	認定内容	☐ 要介護 () ☐ 要支援 () ☐ 更新中 ☐ 区分変更中 ☐ 新規申請中	
	サービス利用状況	☐ 利用なし ☐ 訪問介護 ☐ 訪問看護 ☐ 訪問入浴 ☐ 訪問リハビリ ☐ デイサービス/デイケア ☐ ショートステイ ☐ 福祉用具貸与 ☐ 福祉用具購入 ☐ 住宅改修 ☐ 他()	
	介護保険の自己負担割合 ☐ 1割 ☐ 2割 ☐ 3割 ☐ 不明		
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	
A D L (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	
	麻 痺	無・有	拘 縮 無・有
	認知状況	認知状況 無・有 ☐ 無 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ せん妄 ☐ 不潔行為 ☐ その他() ☐ 不眠(薬の服用： 無・有) ☐ アルコールの問題 (飲酒量 1日あたり日本酒換算 合)	
精 神 面	能力	視力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難
	聴力	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	
	言語	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	
	意思疎通	☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 困難	
服薬管理(入院前)	管理	☐ 自己管理 ☐ 他者 ☐ その他	
	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	
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		
	家族の意向		

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 女	生年月日	年 月 日 (歳)
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	☐ 入院していた病院 ☐ 入院前のかかりつけ医()		受診 方法	通院・訪問診療
	☐ 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		
	☐ 無 ☐ 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	☐ 無 ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 褥瘡処置 ☐ ストーマ(尿路・消化管) ☐ 胃ろう ☐ 経管栄養 ☐ 経腸栄養 ☐ 尿道カテーテル ☐ 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	☐ 無 ☐ 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) ☐ ターミナル ☐ その他()		
	リ ハ ビ リ の 視 点	☐ 無 ☐ 本人指導 ☐ 家族指導 ☐ 関節可動域練習 ☐ 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 ☐ 言語訓練 ☐ 摂食・嚥下訓練 ☐ ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗/他) ☐ IADL練習(買い物/調理/他) ☐ 疼痛管理 ☐ 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()		

(退院後の課題・環境など因)	
----------------	--

		状 況		支援内容等	見通し			
A D L (退院時)	身 体 ・ 生 活 状 況	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	視 力			□問題なし □やや難あり □困難	
				聴 力			□問題なし □やや難あり □困難	
				言 語			□問題なし □やや難あり □困難	
		意思疎通		□問題なし □やや難あり □困難				
		精 神 面	認知症状	無・有				
			☐ 無 ☐ 幻視・幻聴 ☐ 興奮 ☐ 焦燥・不穏 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 危険行為 ☐ せん妄 ☐ 不潔行為 ☐ その他() ☐ 不眠(薬の服用： 無・有) ☐ 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			□自己管理 □他者 □その他	
	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	☐ 医師() ☐ 看護師() ☐ リハ職() ☐ 歯科医師・歯科衛生士() ☐ MSW() ☐ ()	
		年 月 日	☐ 医師() ☐ 看護師() ☐ リハ職() ☐ 歯科医師・歯科衛生士() ☐ MSW() ☐ ()	
		年 月 日	☐ 医師() ☐ 看護師() ☐ リハ職() ☐ 歯科医師・歯科衛生士() ☐ MSW() ☐ ()	

<参考>長野市地区割図



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/第3版:令和8年(2026年)9月発行

あとがき

地域包括ケアシステムのさらなる実現・深化には、市民の皆様が住み慣れた地域で安心して暮らし続けられるよう、医療と介護が切れ目なく提供される体制づくりが不可欠です。そのためには、医療・介護の関係機関が、それぞれの専門性を尊重しながら緊密に連携し、一人ひとりの生活を支えることが何より重要です。

平成30年4月に発行した本手引きは、入退院支援に携わる多職種の皆様の共通の指針として活用され、円滑な情報共有と連携の推進に寄与してまいりました。このたび、現場で寄せられた貴重なご意見やご要望を踏まえ、制度や実務の変化にも対応できるよう内容を見直し、第3版として改訂いたしました。

入退院は、患者さんやご家族にとって生活の転機となる大切な場面です。本手引きが、多職種間の相互理解を深め、より円滑な連携と質の高い支援につながることで、市民の皆様が安心して医療・介護を受けられる地域づくりの一助となることを切に願っております。

最後に、本手引きの改訂にあたり、多大なるご尽力をいただきました関係機関ならびに関係者の皆様に、心より感謝申し上げます。今後とも、地域の実情に即した在宅医療・介護連携の充実に向け、引き続きご理解とご協力を賜りますようお願い申し上げます。

令和8年9月 長野市在宅医療・介護連携推進会議
会長 小谷 素子（長野医師会常務理事）

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3版**

令和8（2026）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