

入退院支援ルール

この「入退院支援ルール」は、要支援・要介護状態にある患者が入退院するときに患者の情報を引き継ぐためのルールです。

ルールの実践により、在宅での生活や療養に困る患者や家族をなくすこと、医療と介護が相互に理解し、互いに成長し合う多職種連携を目指しています。

R7
更新版



深谷市 寄居町

目次

【ルール編】

目的・入退院支援の対象者・退院調整が必要な患者の目安	1
入退院支援ルールのポイント	2
入退院支援のフローチャート	4
〔参考〕入退院支援における連携に関する診療報酬および介護報酬	5
ルールを実践することで、私達が目指す多職種連携の姿	6
多職種連携・相互理解に向けたポイント	7
「退院前カンファレンスの進め方」	10
「これからも-退院後の相談窓口について-」	11
「入退院支援ルール」利用についてのQ & A	12

■ 参考様式 ■

様式 1	入院時情報提供書	1 4
	入院時情報提供書（記入例）	1 6
様式 2	退院時情報提供書	1 8
	退院時情報提供書（記入例）	2 0
様式 3	ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票	2 2

【情報編】

■ 関係機関の情報 ■

〔病院〕 地域の病院の連携窓口（深谷市・寄居町）	25
（資料）「医療との相談・連絡 事前整理シート」と「記入例」	28
〔リハ〕 リハビリ専門職がいる医療機関・介護サービス事業所等 一覧	30
〔訪問看護〕 訪問看護事業所 提供サービスの一覧（深谷市・寄居町）	34
〔歯科〕 車いす受診＆訪問診療に対応できる歯科の一覧表（深谷市・寄居町）	36
〔栄養〕 栄養食事指導をお考えの方へ	39
〔薬局〕 在宅に取り組む薬局の一覧表（深谷市・寄居町）	40
〔ケアマネ〕 居宅介護支援事業所一覧（深谷市・寄居町）	44
〔包括〕 大里広域地域包括支援センター一覧	46
〔拠点〕 埼玉県在宅医療連携拠点連絡先	48

■ 參考資料 ■

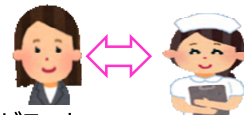
介護保険の要支援・要介護認定申請の流れと解説	50
介護保険申請の必要性・確認チェックリスト(担当ケアマネがない患者の場合)	52
（資料）「要介護認定の申請手続きのご案内」	53
ケアマネジャーの皆さまへお願い～急な入院に備えて日頃から準備を～	54
（資料）もしもの時に備えて「入院あんしんセット」を準備しましょう	55
ルールの運用に関する共通事項・協力機関・あとがき	56

1 目的

この「入退院支援ルール」は、要支援・要介護状態の患者（利用者）が、入院・退院の際に必要な医療・介護サービスを切れ目なく受けられるよう、病院関係者とケアマネジャーとがその情報を共有し、連携を深めるためのルールです。本ルールの実践により、在宅での生活や療養に困る患者（利用者）や家族をなくすこと、医療と介護が相互に理解し、互いに成長し合う多職種連携を目的としています。

【入退院支援ルールをまとめるにあたり、大切にしたこと】

1. 患者(利用者)は「地域に生活する人」と捉え、退院後はまた地域に帰ることを意識して関わること
「入退院支援の流れ」の図は、そのことをイメージしやすいようサイクル(円形)に示しました
2. 患者(利用者)情報を引き継ぐときは、ケアマネジャー⇔病院担当者のお互いが相手の必要とする情報を提供していくこと
3. 医療と介護の相互理解とスムーズな連携は、患者(利用者)への有益な支援につながる
4. 本ルールの実践により、「私たちが目指す多職種連携の姿」を示したこと



2 入退院支援の対象者

- ① 入院前に介護保険サービスを利用していた方（担当ケアマネジャーがいる方）
 - ② 退院後に新たに介護保険サービスの利用を希望する方（担当ケアマネジャーがいない方も含む）
 - ③ 病院担当者が、退院後の生活に向けた退院調整（退院前カンファレンス等）が必要と判断した方
- ※自宅等：自宅のほか、介護施設を除くケアハウス、高齢者住宅等



3 退院調整（退院前カンファレンス等）が必要な患者の目安

ア.退院調整が必要な患者 (要介護相当)	イ.左記以外で地域の見守り等が必要な患者 (要支援相当)
①立ち上がりや歩行に介助が必要 ②食事及び口腔ケアに介助が必要 ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレ使用中 ④日常生活に支障を来すような症状がある認知症 ⑤医療処置が必要な患者 (がん末期、感染症、褥瘡、在宅酸素等) ⑥入浴・更衣に介助が必要 ⑦内服管理に介助が必要 ⑧入退院を繰り返している ⑨入院前より日常生活に支障を来している ⑩福祉用具・住宅改修等環境整備が必要	①独居で調理や掃除などの身の回りのことに、介助が必要 ②家族はいるが、高齢や疾患等により介護力が乏しく、援助が必要 ③日常生活は、ほぼ自立しているがん患者などで、新たに医療処置が必要又は見込まれる ④日常生活は、ほぼ自立している認知症 ⑤65歳以上で精神・知的障害がある ⑥5種類以上の薬を内服していて、自己管理が難しい ⑦買い物や通院の支援が必要



1項目でも当てはまれば

居宅介護支援事業所に相談



地域包括支援センターに相談

(アカイで判断に迷う場合も含む)

4 入退院支援ルールのポイント

入院から退院までの経過における、入退院支援ルールのポイントは、以下の5つです。

- ①【医療機関】ケアマネジャーの把握と**入院の連絡**（入院あんしんセット等でケアマネジャーを把握）
- ②【ケアマネジャー→医療機関】担当者への「**入院時情報提供書**」の提出（**当日～3日以内**）
- ③【医療機関→ケアマネジャー】「**退院見込み**」の連絡
- ④【医療機関・ケアマネジャー等】**退院前カンファレンスの開催**（1週間前）
- ⑤【医療機関→ケアマネジャー】「**退院時情報提供書**」の提出

⑤退院時情報提供書の作成

ケアマネジャーに渡す



医療機関



ケアマネジャー

- ◆カンファレンスの助言を反映させ「ケアプラン」を作成する
- ◆病院からの情報を支援者で共有して、サービスを開始する

病院チームと在宅チームが参加

退院**1**週間前

④退院前カンファレンス

-退院後の生活課題の検討-



医療機関



ケアマネジャー

退院見込み

- ◆退院見込みの連絡が入第、状況確認の面会で、情報収集とアセスメントを行い、「ケアプラン原案」を作成する
- ◆カンファレンスで助言を受けたい内容を確認する
- ◆カンファレンスの参加者を、提案する

③退院の見込みが決まり次第

ケアマネジャーに連絡

→退院前カンファレンスの日程調整

★新しく訪問診療が必要になる場合は 在宅医療連携室(拠点)等に連絡して、訪問診療医の情報を収集し、患者・家族に提供する。



退院



主な関係機関



ケアマネジャー

医療機関



医療機関

入院



ケアマネジャー

① ケアマネジャーの把握と入院の連絡

(入院あんしんセット等でケアマネジャーを把握)

- ◆今後の生活に対する意向等を確認
- ◆退院困難な要因のある患者を判断
- ◆入院診療計画を立て、治療開始
退院支援の方向性検討

② 入院時情報提供書の提出

当日～3日以内

- ◆利用者の入院当日～3日以内に
医療機関の担当者に持参,またはMCS、
FAX、郵送等で送る
- ◆利用していた他のサービス事業所にも
入院の連絡をする
(訪問看護・訪問介護等)

退院後、介護が必要、または
ケアマネがない場合は、
担当の地域包括支援セン
ター、または居宅介護支援
事業所に相談する



地域包括支援センター
居宅介護支援事業所

入院中



ケアマネジャー



- ◆モニタリング
 - ・退院後の生活課題の把握
 - ・退院見込みや状況確認
 - ・患者・家族と面談する時は事前に
医療機関に連絡する
- ◆患者・家族の意向は病院スタッフと
情報共有する
- ◆必要に応じて、病状説明に同席
- ◆区分変更等の必要性を検討
- ◆退院後のケアプランを検討
- ◆退院までの大まかなスケジュールを
確認



医療機関

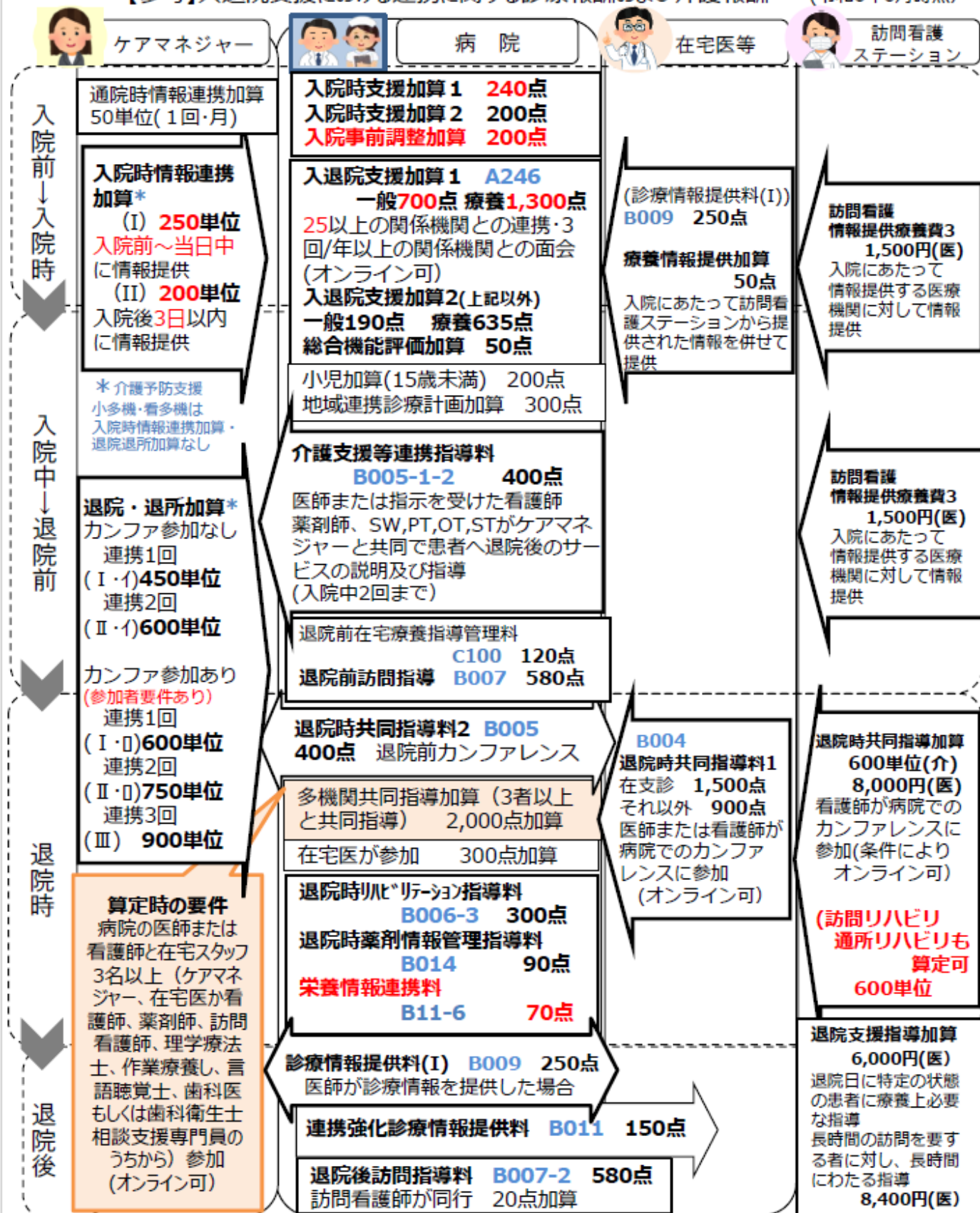
- ◆退院に向けた支援の開始
- ◆関係機関との情報共有
- ◆患者・家族への生活指導、療養指導
- ◆患者の状態変化に応じて
ケアマネジャーへ情報提供
- ◆外泊時の連絡等
- ★在宅復帰が難しい患者には、転院先や
入所施設等の調整

入退院支援のフローチャート

	医療機関	ケアマネジャー	かかりつけ 薬局・歯科	本人・家族 ケアマネあり ケアマネなし
日頃から		「入院時あんしんセット」の周知と名刺の配布 「入院時の連絡」を患者・家族に十分依頼	📍 本人・家族にお薬手帳と内服薬を一緒に保管することを説明	「入院時あんしんセット」の準備、キーパーソン決定
	入院時情報提供書(当日～3日以内)			
入院前↓入院時	「入院時あんしんセット」等で介護保険の認定状況やケアマネの有無を確認 ケアマネへ入院したことを連絡 不明の場合は家族に相談 入院時から退院後の生活を見据えた医療と看護	・利用していたサービス事業所や担当者へ入院の連絡 ・入院時情報提供書等を持参。またはMCS や郵送、FAXの場合は個人情報保護に留意 ケアマネは入院前の生活状況・家族介護状況など、必要な生活情報を伝えましょう	💊 服薬等の情報提供 🦷 入院先の歯科口腔外科に引き継ぎ	ケアマネに入院の連絡および、病院へ担当ケアマネの名前・事業所等を伝える  退院の生活で介護が必要になった時は、まず、市町の介護保険担当課又は担当の地域包括支援センター・居宅介護支援事業所へ相談し、介護申請をする 
入院中	ケアマネに入院中の様子や入院期間の見込み等を情報提供 電話でも可	・モニタリング ・事前にアボを取り患者や家族の意向を確認し担当スタッフと情報共有を図る	随時対応	病院から説明を受けたことは、ケアマネに伝える 退院後の生活への希望も、ケアマネに伝える
退院の見込み↓退院調整	退院見込み日を家族・ケアマネに連絡	病院・家族から連絡を受けたら、サービス事業所担当者にも連絡	随時対応	病院から連絡を受けたらケアマネに連絡 退院前カンファレンスの開催(できるだけ1週間前まで)・「カンファレンスの進め方」参照 【カンファレンス】 在宅への移行がスムーズにできるよう、病院チームと退院後の生活をサポートする在宅チーム(患者に応じて参加者は異なる)が情報共有、意見交換をおこないます。 病院から退院後の日常生活についての注意事項等の説明があったらケアマネに連絡する
退院時	「退院時情報提供書」の作成、ケアマネに渡す	次回受診日の確認 追加の確認事項	💊 服薬管理 アドバイス	次回受診日の確認
退院後	継続して受診する患者の場合は状態の変化をケアマネに情報提供	ケアプランを医療機関へ提供(必要に応じて)	📍 状況確認し問題あればケアマネに連絡 🦷 状況に応じて口腔ケア	かかりつけ歯科医がない場合は、 深谷寄居歯科医師会 在宅歯科医療拠点事務所 080-2085-8020 へ相談

【参考】入退院支援における連携に関する診療報酬および介護報酬

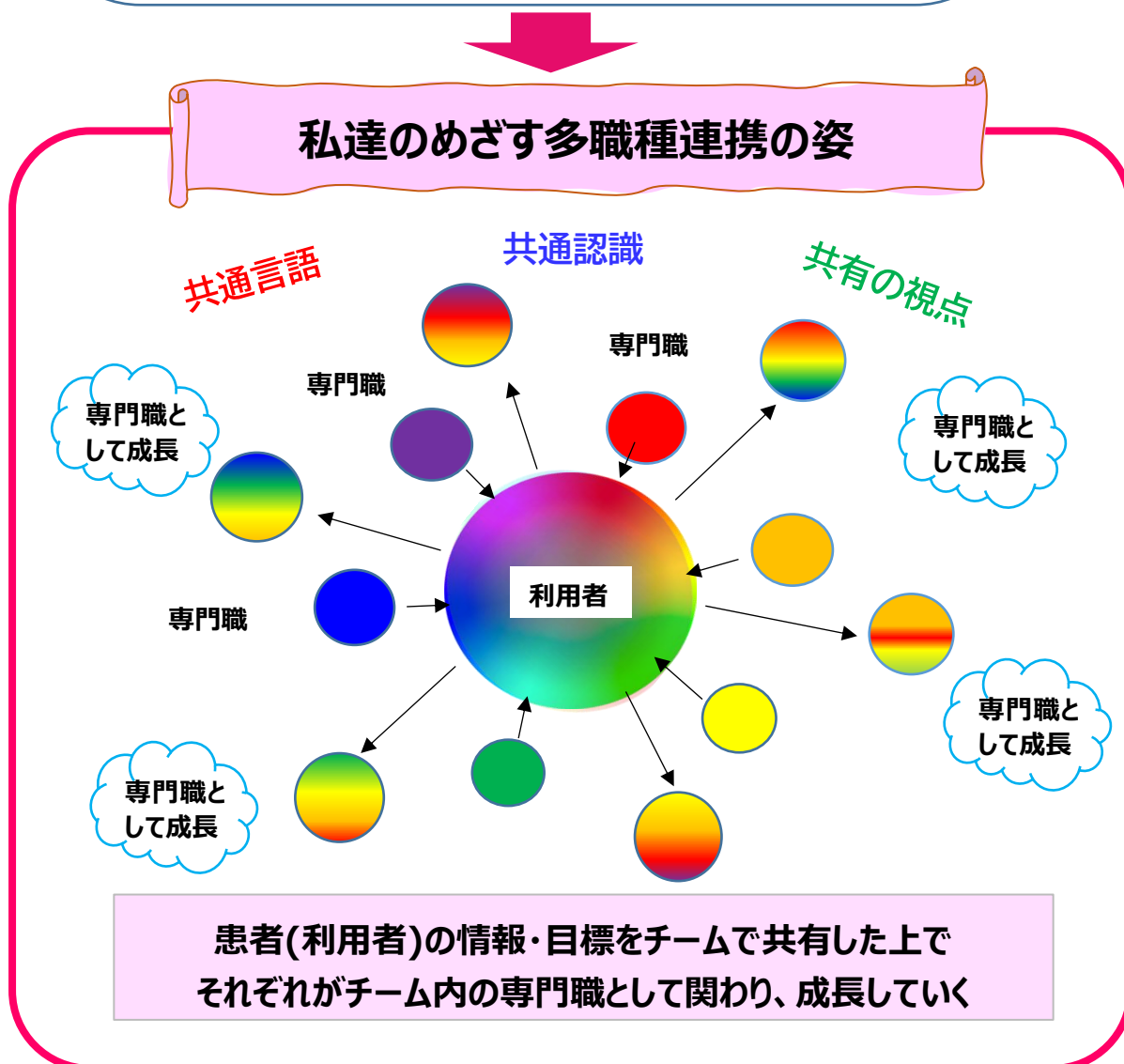
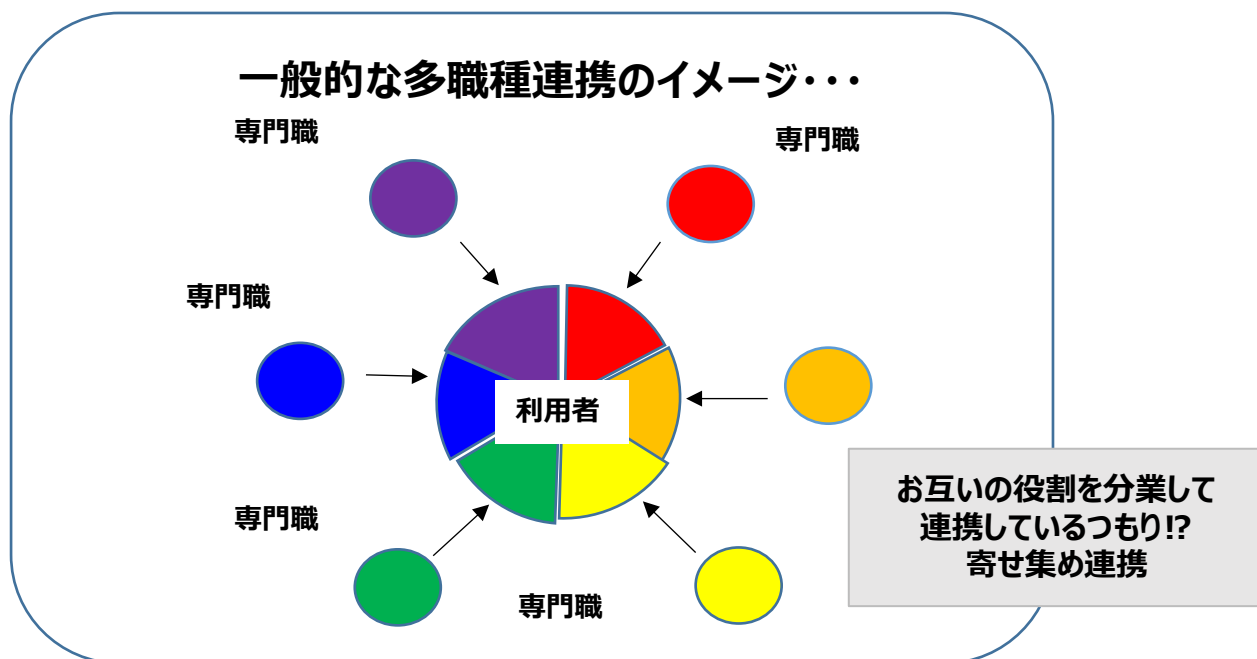
(令和6年6月時点)



主な関係報酬のみ掲載しています。算定にあたっては細心の算定要件・届出状況・施設基準等を確認してください

5 ルールを実践することで、私達が目指す多職種連携の姿

本ルールの実践により、分業で終わらせない、相互理解や相互の成長につながる連携を目指しています。



6 多職種連携・相互理解に向けたポイント

多職種連携は、言葉でいうほど簡単ではありません。かかわる前から「見えない壁」や「見えないヒエラルキー」の存在を、お互いを感じているようです。では、それらを乗り越える手立てはないのでしょうか？

多職種連携は、お互いが「それぞれの異なる専門性と役割を持っている」と認識することから始まります。そして、互いに歩み寄ることで、自分とは違う視点と解決策を持っているプロだと気づくでしょう。助け合える仲間や味方が増えることで日常における連携のみならず、入退院という緊急時の対応も、今よりスムーズになるのではないのでしょうか。

本ルール策定にご協力いただいたみなさまへのヒアリングやアンケート調査から得た結果をもとに、多職種の相互理解に向けたポイントをまとめました。地域の多職種が少しでもスムーズに連携できよう、お役立ていただければ幸いです。

すべての職種のみなさまへ



連携は、相手の専門性を認め、歩み寄ることから。互いに尊重し丁寧な対応を心がけましょう。

職種により、立場や制度、関連する法律、必要とする情報、共通言語が異なります。お互いの専門性や視点をたいせつに対応し、職種を越えた信頼関係を築いていきましょう。



医師（医療関係者）のみなさまへ



1 ケアマネジャーの多くは医療職でないため、医師との連携には緊張しています。

ケアマネジャーは「ケアプランを作成する」役割を持つ専門職です。そのため、かかりつけ医からの情報は欠かせません。ケアマネジャーからの連絡にはどうぞ話に耳を傾けていただき、専門用語は少なめに、丁寧な対応をお願いします。

2 介護認定に必要な「主治医意見書」、「様式3：医師とケアマネ連携・連絡票」はできるだけ早めにご記入し、ご回答ください。（様式3は電子データでの回答も可能です）

医師の情報がないと認定審査やケアプラン作成が遅くなり、患者さんはサービス利用が遅れます。

3 退院前カンファレンスは、できれば **1週間前まで**を目安に開催をお願いします。

退院後のケアプラン作成には時間がかかります。「明日、退院！」「ケアマネさん、あとはよろしく！」では困るので、退院の見込みが決まり次第、ケアマネジャーにも連絡をお願いします。

4 「退院前カンファレンスの進め方」に沿ってお話ください。【P10】

「病院」→「在宅」へ、短時間で効率よく情報を伝達するために、「退院前カンファレンスの進め方」をまとめました。進行は医療機関の担当者をお願いします。本人や家族への理解の確認や、ケアマネジャーからの質問タイムを設けていただけるよう配慮をお願いします。

最後に、今後に向けた合意形成を図ってください。

病院＆入退院支援スタッフのみなさまへ



1 患者が入院した時は、病院側からケアマネジャーに連絡してください。

「家族からの連絡」は、思った以上にケアマネジャーに届きません。入院時の情報提供や、退院前の準備につなげるために、お手数でも病院からケアマネジャーへ連絡をお願いします。

＊患者が持つ「入院あんしんセット」等で、担当ケアマネジャーの名前や連絡先をご確認ください。

2 ケアマネジャーが行う入院中の面談や、情報収集にご協力ください。

患者の入院中、ケアマネジャーから情報収集・共有の希望があった際には、できるだけ応じてください。みなさまとの顔の見える関係づくりになり、その後の円滑な支援につながります。

3 退院前カンファレンスは、できるだけ **1 週間前まで**を目安に開催してください。

退院調整が必要な患者（P 1 参照）には、退院前カンファレンスを開催してください。

カンファレンスの準備には時間がかかるため、退院の目途が立ち次第、ケアマネジャー日程の調整をお願いします。

4 「退院前カンファレンスの進め方」【P10】に沿って、**進行してください。**

患者は不安や緊張で、質問できないことが多くあります。ケアマネジャーも発言のタイミングなどに迷い、聞きたいことが聞けないことがあります。患者やケアマネジャーにお声がけいただき、カンファレンスが有意義な時間になるようご協力をお願いします。

5 介護保険の申請や区分変更は、患者・家族・ケアマネジャーと相談の上で進めてください。

介護保険は、患者の希望や病状などから、介護保険サービスの利用を前提に申請します。

介護保険サービス利用の必要性を感じた時は、チェックリスト（P52）を参考に、ケアマネジャーにご連絡ください。担当ケアマネジャーがいない場合は、患者の住所地を担当する大里広域地域包括支援センター（P 46.47）、または居宅介護支援事業所（P44.45）へご連絡ください。

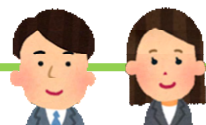
訪問看護ステーションのみなさまへ

1 医療保険で介入する時も、ケアマネジャーがいる患者の場合は日頃から連絡を取り合ってください。

2 退院前カンファレンスには、積極的にご参加ください。

退院後の生活について、ケアマネジャーと意見交換をお願いします。





1 利用者が入院したら、病院から連絡をもらえるよう準備をしましょう。

利用者はケアマネジャーの名前しか知らず、連絡先までわからない人もいます。

日頃から「入院あんしんセット」(P55)の準備を促し、名刺を数枚渡しておくなど、工夫しましょう。

2 「入院時情報提供書」はできるだけ病院担当者に直接渡し、顔合わせをしましょう。

病院担当者は、ケアマネジャーに病院に来てもらい、直接会って情報を得たいと思っています。

お互いに顔を知ること、その後の連携もスムーズになります。入院中、面会の前には病院担当者に挨拶してから利用者と面会しましょう。*「転院」の時も、転院先の病院担当者に渡しましょう。

3 病院の訪問に際しては、事前にアポイントメントを取りましょう。

病院では、アポイントメントのない訪問には対応できない場合があります。病院の適切な部署に連絡し、利用者(患者)の名前・訪問目的等を伝えて、事前に調整しましょう。

4 病院担当者と話をする時は、要件や結論から簡潔に伝えるようにしましょう。

「ケアマネの話は長い!? わかりにくい!?」と言われることがあります。相手に分かりやすく伝えるため「医療との連絡・相談 事前整理シート」(P28.29)も活用し、端的に伝えましょう。質問に対しては、結論から伝えるようにしましょう。緊張しないために、シミュレーションもおススメです。

5 退院時の ADL に関する情報は、できるだけ自分の目で確認しましょう。

入院生活における ADL の情報は、環境が異なる自宅での生活に活かせないことがあります。利用者の生活環境を詳しく把握しているケアマネジャーとして、直接確認しましょう。

6 退院前カンファレンスでは、必要な情報を確実に収集しましょう。

カンファレンスでは時間が限られています。確認したい点をまとめておきましょう。

「聴きづらい・言いづらい・怖い」と思わずに、利用者に適したケアプランを作成するために必要な情報を確実に収集しましょう。

退院後の連絡先についてまとめておくと、支援体制が明確になります。(P11「これからも」)

ケアマネジャーも専門職です。医療職とも対等に連携していくことが求められます。

7 医療機関へ情報提供を求める際には、利用者・家族の了承を得ておきましょう。

利用者や家族の了承がないと、病院は情報提供することは困難です。利用者や家族の了承を得て、医療機関にも伝えたくて、受診同行や病状説明・カンファレンスへ参加しましょう。



退院前カンファレンスの進め方

● 司会は病院側（入退院支援・退院調整担当者）が担当することを想定しています

1 主治医からの説明

★医療用語はできるだけ簡単な言葉に置き変えて説明してください！

- ☐ 今回の入院に至った病名、経過、現状
- ☐ 今後の見通し・予後など
- ☐ 今後の生活や介護サービス利用時の注意点

- 禁止事項
- 観察ポイント・医療機関へ受診すべきタイミング
- 介護保険サービスの利用を中止する目安や指標

* 介護保険サービス事業所にも伝えますので、入浴やリハビリ中止の判断基準や〇〇の状態であっても入浴はかまわない、など具体的に教えてください。



2 患者・家族の理解度を確認

「説明を聞いていただきましたが、〇〇さんやご家族がこれから自宅で過ごすうえで心配されていることを教えて下さい。」と声をかけてください。

* 患者・家族にとって医療用語は難しく、考えているうちに説明が進んでしまいます。緊張もしているので、「わからない」と声を発するタイミングがつかめないことが、多くあります。

3 ケアマネジャーからの質問タイム

「ケアマネジャーから確認事項がありますか？」と声をかけてください。

* ケアマネジャーが作成するケアプランは、医療情報・生活上の注意も含めて計画する必要があります。医療面のアセスメントがしやすいよう、確認の時間を取らせてください。

★ケアマネジャーは、あらかじめ確認事項をまとめておきましょう！

4 その他の職種からの確認タイム

★他の参加者へも声をかけてください。

5 方向性の確認・合意形成

* 司会の方が要点をまとめてください



これからも

—退院後の相談窓口について—



ご自宅に戻られた後も安心して過ごせるよう、私たちが支援していきます。

ケアマネジャー	事業所名	日中・平日/連絡先	夜間・休日/連絡先

かかりつけ医	診療所・クリニック名	日中・平日/連絡先	夜間・休日/連絡先

病院担当者	病院名	日中・平日/連絡先	夜間・休日/連絡先

	事業所名	日中・平日/連絡先	夜間・休日/連絡先

	事業所名	日中・平日/連絡先	夜間・休日/連絡先

お名前	間柄(キーパーソン等)	日中・平日/連絡先	夜間・休日/連絡先



これからも 私たちが
一緒に支援していきます！



7 「入退院支援ルール」利用についてのQ & A

Q.このルールは、退院する人全員に「退院前カンファレンス」（退院調整）を行うのですか？

A.在宅での介護サービスが必要でないかたには、必ずしも退院前カンファレンスの必要はありません。ケアマネジャーからの要望がある場合、または病院側で退院調整が必要と判断した場合に行ってください。（P. 1 参照）

Q.これまでも入退院の際に、病院とケアマネジャー間で情報提供などは行ってきたが、なぜ今「入退院支援ルール」が策定されたのですか？

A.病院・在宅関係者への実態調査の中で、双方の連絡や情報提供が不十分と感じる事例があることがわかりました。そこで入退院時の連絡や情報提供において関係者が共通の認識を持ち同じルールを運用することで、より円滑な連携を図り、患者（利用者）が安心して在宅生活が送れるように、ルールを策定しました。

Q.担当ケアマネジャーがいない人は、必ず新規に契約する必要がありますか？

A.在宅での介護保険サービス利用が必要でないかたには、必ずしもケアマネジャーを契約する必要はありません。

Q.退院前カンファレンスには、必ず専門職を入れる必要がありますか？

A.介護保険での加算要件には専門職の参加がありますが、柔軟な対応をしていただけたらと思います。

Q.入退院情報提供書等に、空欄ができてしまうのですが・・・。



A.空欄ができることを怖がらず、できる限りの情報を記載してください。また、相手が欲しい情報について記載するよう心がけてください。利用者が退院する際の支援に活かされやすくなります。

Q.入院したらすぐに、退院に備えて介護申請をする必要がありますか？

A.介護保険は、サービスを受ける時の心身の状態（介護度）により、単価や限度額が変わります。入院直後は退院時の状態との相違が大きくなりがちなので、退院が近づいて、退院時の心身状態が見えてきた時に申請をお願いします。結果が出るまでには、1 カ月以上かかりますが、申請さえ済ませておけば、結果が出る前でも暫定でサービスを利用することができます。

Q.短期間に入退院をくり返すかたや、検査入院した場合でも、入退院支援ルールの適応となりますか？

A.入院前・退院後で状態に変化がない場合は、病院担当者と担当ケアマネジャーと調整のうえ、どのように対応するか判断してください。双方の了承のもと、入院情報提供書・退院情報記録書等の書面は省略し、電話連絡などで情報共有する場合も考えられます。



参 考 様 式

入退院時におけるケアマネジャーと医療機関関係者との連絡・連携に用いる参考様式を掲載しました。ヒアリングやアンケート調査の結果をもとに、双方が本当に必要としている情報が提供できるよう検討したものですので、参考にしてください。

様式 1 入院時情報提供書 [ケアマネジャー→医療機関]
* 記入例

様式 2 退院時情報提供書 [医療機関→ケアマネジャー]
* 記入例

様式 3 ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票 [ケアマネジャー⇄医療機関]

ケアマネジャー→医療機関

入院時情報提供書

(R7更新版) 【様式1-1】

事業所名	
担当者名	
電話番号	
FAX番号	
記入日	



令和 年 月 日	
医療機関名	
ご担当者名	

利用者(患者)/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。

※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1 利用者(患者) 基本情報									
患者氏名	(フリガナ)				年齢	歳	性別		
					生年月日	明・大・昭			
住所					電話番号				
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☐ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2								
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M								
介護保険	介護度		介護保険の負担割合		障害者手帳		年金		
利用していた介護サービス		※同封の居宅サービス計画を参照							
2 家族構成・連絡先									
世帯構成	☐ 独居 ☐ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他() ☐ 日中独居								
主介護者	続柄()				☐ 同居 ☐ 別居 _{住所}	電話			
意思決定支援者	続柄()				☐ 同居 ☐ 別居 _{住所}	電話			
3 人生の最終段階における医療・ケアに関する意向やACP									
(本人の意向は変わる可能性があり、この内容が最新の意向であるとは限らないため、常に最新の意向確認に留意すること)									
本人の好きなこと・関心					生活歴				
本人の今後に対する意向	※同封の居宅サービス計画を参照								
家族の今後に対する意向	※同封の居宅サービス計画を参照								
意向の話合い	☐ 本人・家族等との話合いをしている * ☐ 話合いはしていない ☐ 本人からの話合いの希望がない								
*話し合った内容									
その他・特記事項									
4 かかりつけ医療機関・薬局・訪問看護ステーションについて									
かかりつけ医療機関名1					かかりつけ医療機関名2				
医師名					医師名				
かかりつけ薬局					訪問看護ステーション				
5 今後の在宅生活の展望について(ケアマネジャーとしての意見・要望)									
住環境	戸建て 集合住宅 居室 階: エレベーター有・無(特記:)								
在宅生活に必要な条件									
世帯に対する配慮	☐ 不要	特記事項							
	☐ 必要								
退院後の主介護者	☐ 入院前と同じ		☐ 左記以外		続柄			歳	
退院後の介護力・支援	☐ 介護力が見込める		☐ 十分	☐ 一部	☐ 介護力は見込めない		☐ 支援者はいない		
家族・同居者による虐待の疑い	☐ なし ☐ あり		詳細:						
ケアマネジャーとしての意見・思い									
	退院前カンファレンス	☐ 希望あり 具体的な要望:							

6 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について										
麻痺の状況		☐ 右上肢 ☐ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢				褥瘡		☐ なし ☐ あり:部位:		
褥瘡への対応		☐ エアマット ☐ クッション ☐ 体位交換 ☐ その他 ☐ 対応していない								
ADL ※選択肢 自立 見守り 一部介助 全介助	移動			全介助 の場合	室内	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他				
	移乗				室外	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他				
	食事			入浴			排泄			
食事・栄養 口腔状態	摂取方法	☐ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養				食物アレルギー		☐ なし ☐ あり		
	嚥下機能	☐ むせない ☐ 時々むせる ☐ 常にむせる				水分・とろみ		☐ なし ☐ あり ☐ 薄く ☐ 濃く		
	食形態	☐ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー				義歯		☐ なし ☐ あり ☐ 総義歯 ☐ 部分		
	両方の奥歯でのかみしめ		☐ できる ☐ できない		口腔の清潔		☐ 良 ☐ 不良 ☐ 不明			
夜間の睡眠状態		☐ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 問題あり				眠剤の使用		☐ なし ☐ 不眠時 ☐ 常時		
意思疎通	視力※			眼鏡	☐ なし ☐ あり		補聴器		☐ なし ☐ あり	
	聴力※			特記事項						
	☐ 会話に支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐ 会話は成り立たないが、発語はある ☐ 発語が無く、無言である									
ADL・IADLについての直近2週間以内の変化		☐ なし ☐ あり→								
認知機能の状態 (ブルダウンから選択)		・見守りの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度の見守りが必要か？								
		・見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか？								
		・近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか？								
		・遂行能力：テレビ・エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか？								
精神面における療養上の問題		☐ なし ☐ あり→								
		☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ その他()								
疾患歴		☐ なし ☐ あり→								
		☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☐ 脳血管疾患 ☐ 骨折 ☐ その他()								
過去半年間における入院		☐ なし ☐ 不明 ☐ あり (頻度: ☐ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回以上) 直近の入院理由: 期間: R 年 月 日 ~ 年 月 日 入院先:								
入院前に実施している医療処置		☐ なし ☐ あり→								
		☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 尿道カテーテル ☐ 消化管ストーマ ☐ 褥瘡処置 ☐ 痛みのコントロール(鎮痛剤の使用) ☐ 排便コントロール(下剤の使用) ☐ 自己注射 ☐ その他()								
7 お薬について ※必要に応じて「お薬手帳(コピー)」を添付										
内服薬	☐ なし ☐ あり		居宅療養管理指導		☐ なし ☐ あり 職種:					
薬剤管理	☐ 自己管理 ☐ 他者による管理		管理者		管理方法					
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☐ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い・処方が守られていない ☐ 服薬拒否									
薬物アレルギー	☐ なし ☐ あり:				薬に関する特記事項					

ケアマネジャー→医療機関		入院時情報提供書		記入例		【様式 1-1】	
事業所名	〇〇〇居宅介護支援事業所			令和●年●月●日			
担当者名	介護支援専門員 〇〇 〇〇			医療機関名 〇〇病院 御中			
電話番号	●●●●-●●●●-●●●●			ご担当者名 医療介護連携室 〇〇 〇〇 様			
FAX番号	●●●●-●●●●-●●●●						
記入日	令和●年●月●日						

利用者（患者）/家族の同意に基づき、利用者情報を送付します。
※太枠セルはプルダウンから選択できます。

1 利用者（患者）基本情報								
患者氏名	フリガナ フカヤ タロウ			年齢	78歳	性別	男	
	深谷 太郎			生年月日	明・大(昭) ●年●月●日			
住所	〒●●●-●●●● 〇〇市〇〇●●番地●			電話番号	●●●●-●●●●-●●●●			
障害高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☐ J1 ☐ J2 ☒ A1 ☐ A2 ☐ B1 ☐ B2 ☐ C1 ☐ C2							
認知症高齢者の日常生活自立度	☐ 自立 ☒ I ☐ IIa ☐ IIb ☐ IIIa ☐ IIIb ☐ IV ☐ M							
介護保険	介護度	要介護 1	介護保険の負担割合	1 割	障害者手帳	なし	年金	国民年金
利用していた介護サービス	デイケア週2回（火・金）			※同封の居宅サービス計画を参照				
2 家族構成・連絡先								
世帯構成	☐ 独居 ☒ 高齢者世帯 ☐ 子と同居 ☐ その他() ☐ 日中独居							
主介護者	深谷 花子 続柄(妻)			☒ 同居 ☐ 別居 住所	電話	●●●-●●●●-●●●●		
意思決定支援者	大里 英子 続柄(長女)			☐ 同居 ☒ 別居 住所 上尾	電	R6年～追加された情報です		
3 人生の最終段階における医療・ケアに関する意向やACP (本人の意向は変わる可能性があり、この内容が最新の意向であるとは限らないため、常に最新の意向確認に留意すること)								
本人の好きなこと・関心	ゴルフ 旅行			生活歴	会社員定年後、地域の役員を長年務め、最近はゆっくり過ごしていた			
本人の今後に対する意向	リハビリをして、好きなゴルフや旅行に行けるようになりたい			※同封の居宅サービス計画を参照				
家族の今後に対する意向	本人の考えに沿いたい。自宅で生活できるように介護サービスを利用したい			※同封の居宅サービス計画を参照				
意向の話合い	☒ 本人・家族等との話合いをしている * ☐ 話合いはしていない ☐ 本人からの話合いの希望がない							
*医療・ケアについて本人または家族と医療・ケアチームで話し合った内容	できるだけ家で生活したいので、脳梗塞を再発させないよう、生活面で注意したい。再発や麻痺などの障害が残った時は、リハビリのために施設に入ることも仕方がない。							
その他・特記事項	妻や意思決定支援者の長女とは話しているが、長男・次女とは話ができていない							
4 かかりつけ医療機関・薬局・訪問看護ステーションについて								
かかりつけ医療機関名 1	〇〇クリニック			かかりつけ医療機関名 2	△△医院			
医師名	〇〇 〇〇 医師			医師名	△△ △△ 医師			
かかりつけ薬局	なし			訪問看護ステーション	なし			
5 今後の在宅生活の展望について（ケアマネジャーとしての意見・要望）								
住 環 境	戸建て 集合住宅 居室 1 階： エレベーター有・無（特記： ）							
在宅生活に必要な条件	屋内の転倒危険因子の見直し。本人の回復状況。退院後の家族の介護負担の軽減。							
世帯に対する配慮	☐ 不要 ☒ 必要	特記事項 高齢世帯で近くに世話をしてくれる人がいない。妻は小柄で体力が無く、最近では物忘れもあるため見守りが必要						
退院後の主介護者	☒ 入院前と同じ ☐ 左記以外		続柄					
退院後の介護力・支援	☐ 介護力が見込める ☐ 十分 ☐ 一部 ☒ 介護力は見込めない ☐ 支援者はいない							
病院側が知りたい情報です できるだけご記入ください ケアマネジャーとしての 意見・思い	☐ あり→ 詳細 本人と長男の折り合いが悪い							
	地域の役員もおりて、これから妻と旅行にでも行こうという時に脳梗塞で倒れた。リハビリへの意欲もあり、デイケアで頑張ってきた。今回の入院では落ち込んでいるが、今後もリハビリと脳梗塞の再発を予防してできるだけ在宅での生活が続けられるよう支援したい。							
	退院前カンファレンス	☒ 希望あり 具体的な要望： 脳梗塞の再発予防について						

6 入院前の身体・生活機能の状況／療養生活上の課題について									
麻痺の状況		☒ 右上肢 ☒ 右下肢 ☐ 左上肢 ☐ 左下肢			褥瘡		☒ なし ☐ あり:部位:		
褥瘡への対応		☐ エアマット ☐ クッション ☐ 体位交換 ☐ その他 ☐ 対応していない							
ADL ※選択肢 自立 見守り 一部介助 全介助	移動	見守り		全介助	室内	☒ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	移乗	一部介助		の場合	室外	☒ 杖 ☒ 歩行器 ☐ 車いす ☐ その他			
	食事	見守り		入浴	一部介助		排泄	自立	
食事・栄養 口腔状態	摂取方法	☒ 経口 ☐ 経管栄養 ☐ 静脈栄養			食物アレルギー		☒ なし ☐ あり		
	嚥下機能	☐ むせない ☒ 時々むせる ☐ 常にむせる			水分・とろみ		☒ なし ☐ あり ☐ 薄く ☐ 濃く		
	食形態	☒ 普通 ☐ きざみ ☐ 嚥下障害食 ☐ ミキサー			義歯		☐ なし ☒ あり ☐ 総義歯 ☒ 部分		
	両方の奥歯でのかみしめ		☐ できる ☒ できない			口腔の清潔		☒ 良 ☐ 不良 ☐ 不明	
夜間の睡眠状態		☒ 問題なし ☐ やや難あり ☐ 問題あり			眠剤の使用		☐ なし ☒ 不眠時 ☐ 常時		
意思疎通	視力※	やや難あり		眼鏡	☐ なし ☒ あり		補聴器		☒ なし ☐ あり
	聴力※	やや難あり		特記事項	右からは聞こえにくい				
	☒ 会話に支障がない ☐ 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる ☐ 普通に会話はできないが、具体的な欲求を伝えることはできる ☐ 会話は成り立たないが、発語はある ☐ 発語が無く、無言である								
	ADL・IADLについての直近2週間以内の変化 ☐ なし ☒ あり→ この所、つまづくことが多かった								
認知機能の状態 (ブルダウンから選択)	・見守りの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度の見守りが必要か？								
	半日程度であれば、一人で過ごせる								
	・見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか？								
	年月日・場所・人がわかる（問題なし）								
	・近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか？								
	たまたま（週1回程度）忘れることはあるが、考えることで思い出せる								
	・遂行能力：テレビ・エアコン、電動ベッド等の電化製品を操作できるか？								
自由に操作できる									
精神面における療養上の問題		☒ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 暴力/攻撃性 ☐ 危険行為 ☐ 不潔行為 ☐ あり→ ☐ 介護への抵抗 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ その他()							
疾患歴		☐ なし ☒ あり→ ☐ 悪性腫瘍 ☐ 認知症 ☐ 急性呼吸器感染症 ☒ 脳血管疾患 ☐ 骨折 ☐ その他()							
過去半年間における入院		☐ なし ☐ 不明 ☒ あり（頻度： ☒ 1回 ☐ 2回 ☐ 3回以上） 直近の入院理由： ☒ 脳梗塞・軽度の右半身麻痺 期間：R ● 年 ● 月 ● 日～ ● 年 ● 月 ● 日 入院先： ☒ ●●総合病院							
入院前に実施している医療処置		☐ なし ☒ あり→ ☐ 点滴 ☐ 酸素療法 ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 尿道カテーテル ☐ 消化管ストーマ ☐ 褥瘡処置 ☐ 痛みのコントロール(鎮痛剤の使用) ☒ 排便コントロール(下剤の使用) ☐ 自己注射 ☐ その他()							
7 お薬について ※必要に応じて「お薬手帳（コピー）」を添付									
内服薬	☐ なし ☒ あり		居宅療養管理指導		☒ なし ☐ あり		職種：		
薬剤管理	☐ 自己管理 ☒ 他者による管理		管理者		妻		管理方法		服薬の声がけ
服薬状況	☐ 処方通り服用 ☒ 時々飲み忘れ ☐ 飲み忘れが多い・処方が守られていない ☐ 服薬拒否								
薬物アレルギー	☒ なし ☐ あり：				薬に関する特記事項 自分でも管理できるが、長年妻が管理してきた。 飲み忘れがないよう、合包してもらっている。				

送付先

事業所名

御中

令和

年

月

日

担当

ケアマネジャー

様

*太枠は、プルダウンにて選択入力ができます。

1 今回の入院概要と状況	患者氏名	フリガナ	性別		生年月日		年	月	日	
			退院時 介護認定		介護度		☐ 申請中 ☐ 未申請			
	入院・入所期間	入院日： 年 月 日 ~ 退院（予定）日： 年 月 日								
	入院原因疾患 （入院目的等）					主治医				
	入院中の経過									
	移動		☐ 杖 ☐ 歩行器 ☐ 車いす ☐ 装具・補助具				移乗			
	排泄		☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☐ パット ☐ リハビリパンツ ☐ オムツ ☐ パウチ等							
	入浴		入浴制限	☐ なし ☐ あり		方法	☐ シャワー浴 ☐ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭			
	食事形態	☐ 普通 ☐ きざみ食 ☐ 流動食 ☐ 経管栄養 ☐ その他					摂取			
	食事内容 （制限等）	☐ 普通食 ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ 貧血食 ☐ その他：								
	☐ なし ☐ あり→ カロリー kcal/日、 塩分 g/日、 蛋白 g/日									
嚥下機能	☐ なし ☐ 時々あり ☐ 常にあり		義歯	☐ なし ☐ 部分 ☐ 総義歯		入院中の 使用	☐ なし ☐ あり			
口腔ケア			口腔清潔	☐ 良 ☐ 不良 ☐ 著しく不良			治療・指導の必要性	☐ なし ☐ あり		
睡眠	☐ 良好 ☐ 不良		眠剤使用	☐ なし ☐ あり		服薬管理				
精神症状 認知症状	認知症状	☐ なし ☐ あり→								
	周辺症状	☐ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 不穏 ☐ 興奮 ☐ 暴力 ☐ 不潔行為 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 意思疎通困難								
2 本人や家族の受け止め・意向	病状説明の内容						本人への 病名告知	☐ あり ☐ なし		
	【本人】 病気・障害・後遺症 等の受け止め方									
	退院後の生活への 意向・要望									
	【家族他】 病気・障害・後遺症等 の受け止め方									
	退院後の生活への意 向・要望									
	入院中気になった エピソード、本人や 家族の言動									
キーパーソン	☐ なし ☐ あり		氏名			続柄	電話			
☐ 意思決定支援者			特記事項							

3 退 院 後 の 生 活 に 引 き 継 ぐ 課 題 と ア ド バ イ ス	感染症等	☐ なし ☐ あり:		
	継続する 医療処置	☐ なし ☐ あり 以下から選択		
		☐ 尿道カテーテル ☐ 褥瘡 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 排便調整 ☐ ストマ(人工肛門・人工膀胱) ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 酸素療法 ☐ 自己注射 ☐ 点滴 ☐ 腹膜透析 ☐ 人工透析 ☐ 痛みコントロール ☐ その他:		
	今後の見通し 病状の予後・予測 と注意点			
	看護の視点から	* 自宅や介護サービス提供時の観察ポイントや注意点等 (家族や専門職等に向けてご記入ください)		
	リハビリの視点から	* 自宅や介護サービス提供時の注意点・運動制限等 (家族やリハビリ専門職に向けてご記入ください)		
	その他の視点から			
禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容・留意点)		
	☐ なし ☐ あり→			
在宅復帰のために 整えなければならない 要件				
今後の医学管理 医療機関		医師名	☐ 通院 ☐ 訪問診療	

カンファレンス記録				
1	年 月 日	病院	☐ 医師 ☐ 病棟NS ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ MSW ☐ その他:	
		地域	☐ 医師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 地域包括支援センター ☐ PT ☐ OT ☐ 訪問看護: ☐ その他:	
2	年 月 日	病院	☐ 医師 ☐ 病棟NS ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ MSW ☐ その他:	
		地域	☐ 医師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 地域包括支援センター ☐ PT ☐ OT ☐ 訪問看護: ☐ その他:	

医療機関名

記入担当者

送付先 事業所名 ○○居宅介護支援事業所 御中 令和●年 ● 月 ● 日

担当 ケアマネジャー ○○ ○○ 様 *太枠は、プルダウンにて選択入力ができます。

1 今回の入院概要と状況	患者氏名	フリガナ フカヤ タロウ 深谷 太郎	性別 男	生年月日 昭和 ●年 ●月 ●日	退院時 介護認定	介護度 要介護1	☐ 申請中 ☐ 未申請
	入院・入所期間	入院日： 令和●年 ●月 ●日 ～ 退院（予定）日： 令和●年 ●月 ●日					
	入院原因疾患 （入院目的等）	脳梗塞（再発） 右半身麻痺 言語障害			主治医	澁澤 栄二	
	入院中の経過	自宅で倒れ呂律が回らない、右麻痺があり救急搬送。脳梗塞の再発と診断され治療開始。前回より麻痺は強くなり、軽度言語障害があるが意思疎通は可能な状態まで回復。外来通院とデイケアでのリハビリを継続する方向で退院となった。					
	移動	一部介助	☐ 杖 ☐ 歩行器 ☒ 車いす ☐ 装具・補助具	移乗	一部介助		
	排泄	一部介助	☐ トイレ ☐ ポータブル ☐ 尿器 ☒ パット ☒ リハビリパンツ ☐ オムツ ☐ パウチ等				
	入浴	一部介助	入浴制限 ☒ なし ☐ あり	方法 ☐ シャワー浴 ☒ 一般浴 ☐ 機械浴 ☐ 清拭			
	食事形態	☐ 普通 ☒ きざみ食 ☐ 流動食 ☐ 経管栄養 ☐ その他	摂取	一部介助			
	食事内容 （制限等）	☐ 普通食 ☐ 糖尿病食 ☐ 高血圧食 ☐ 腎臓病食 ☐ 貧血食 ☐ その他： 水分を取る ☐ なし ☒ あり→ カロリー kcal/日、塩分 8 g/日、蛋白 g/日					
	嚥下機能	☐ なし ☒ 時々あり ☐ 常にあり	義歯 ☐ なし ☒ 部分 ☐ 総義歯	入院中の 使用	☐ なし ☒ あり		
口腔ケア	一部介助	口腔清潔 ☐ 良 ☒ 不良 ☐ 著しく不良	治療・指導の必要性	☐ なし ☒ あり			
睡眠	☒ 良好 ☐ 不良	眠剤使用 ☐ なし ☒ あり	服薬管理	一部介助			
2 本人や家族の受け止め・意向	精神症状 認知症状	認知症状 ☐ なし ☒ あり→ 時々、場所がわからない等の見当識障害がある					
	周辺症状	☒ なし ☐ 幻視・幻聴 ☐ 妄想 ☐ 不穏 ☐ 興奮 ☐ 暴力 ☐ 不潔行為 ☐ 介護への抵抗 ☐ 不眠 ☐ 昼夜逆転 ☐ 徘徊 ☐ 意思疎通困難					
	病状説明の内容	脳梗塞を再発した。発見が早く、後遺症の右半身麻痺と言語障害は軽度だった。脳梗塞は再発しやすいので、食事や水分、服薬に注意が必要。在宅でもリハビリや言語訓練を頑張って欲しい。運動制限はとくにない。					
	【本人】 病気・障害・後遺症 等の受け止め方	初回の退院後、リハビリを頑張っていただけに脳梗塞の再発はショックだった。当初は落ち込んでいたが、現在は退院したらまたリハビリを頑張ろうと前向きになっている。					
	退院後の生活への 意向・要望	できるだけ自宅で生活したい。家族と旅行にも行きたい。ただ、もっと麻痺などが強くなれば妻や長女に迷惑をかけない様、施設に入ること仕方がない。					
	【家族他】 病気・障害・後遺症等 の受け止め方	脳梗塞の再発が心配。これからもっと重症になると、自分たちで介護できるのか心配。					
ACPにつながる情報です。入院中の情報を在宅に引き継いでください							
退院後の生活への 意向・要望	本人のやる気を尊重したい。食事についても気をつけたい。介護保険サービスを利用したい。						
入院中気になった エピソード、本人や 家族の言動	本人「妻の介護負担が増える。」 妻「自分も体力に自信がない。」 長女「育児と介護は大変だ。」 長男の面会はなかった						
キーパーソン	☐ なし ☒ あり	氏名 大里 英子	続柄 長女	電話 ●●●-●●●-●●●●			
☒ 意思決定支援者	特記事項						

3 退 院 後 の 生 活 に 引 き 継 ぐ 課 題 と ア ド バ イ ス	感染症等	☒ なし ☐ あり:						
	継続する医療処置	☒ なし ☐ あり 以下から選択 ☐ 尿道カテーテル ☐ 褥瘡 ☐ 胃ろう ☐ 経鼻栄養 ☐ 排便調整 ☐ ストマ(人工肛門・人工膀胱) ☐ 喀痰吸引 ☐ 気管切開 ☐ 酸素療法 ☐ 自己注射 ☐ 点滴 ☐ 腹膜透析 ☐ 人工透析 ☐ 痛みコントロール ☐ その他:						
	今後の見通し 病状の予後・予測 と注意点	再梗塞を繰り返す恐れがある。その都度、後遺症やADLが低下しやすい。 脳梗塞の症状に注意し、異常があればすぐに受診すること。 転倒に注意する 退院後の生活や介護サービス事業所の対応に必要な内容です。ご記入ください						
	看護の視点から	* 自宅や介護サービス提供時の観察ポイントや注意点等（家族や専門職等に向けてご記入ください） 退院後はデイクアで一般状態や脳梗塞の症状を観察してください。異常時は早めに受診を。 高齢者世帯のため、塩分制限や服薬が守られているか確認必要。 食事作りや服薬管理は大変なので、妻のサポートも必要と思われる。 ADL低下によっては介護保険の区分変更が必要と思われる。						
	リハビリの視点から	* 自宅や介護サービス提供時の注意点・運動制限等（家族やリハビリ専門職に向けてご記入ください） ○右半身麻痺悪化、下肢筋力低下、転倒の危険あり 運動メニュー添付 ○軽度言語障害あり、言語訓練の継続。 ○本人の希望である、家族旅行を目標にしてモチベーションを維持する。 ☒ リハビリサマリーあり 参照						
	その他の視点から	栄養士から、塩分制限食を作るポイントやメニューについてパンフレットを渡した。 内服薬は、合包の方が管理しやすい。						
	禁忌事項	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <th style="width: 30%;">（禁忌の有無）</th> <th style="width: 70%;">（禁忌の内容・留意点）</th> </tr> <tr> <td>☒なし ☐あり</td> <td></td> </tr> </table>			（禁忌の有無）	（禁忌の内容・留意点）	☒ なし ☐ あり	
	（禁忌の有無）	（禁忌の内容・留意点）						
☒ なし ☐ あり								
在宅復帰のために 整えなければならない 要件	妻を含めたサポート体制の整備。 脳梗塞の再発を早期に発見するため、デイクアでの状態観察も必要。食事指導。							
今後の医学管理 医療機関	●●● クリニック	医師名	●● ●● 医師 ☒ 通院 ☐ 訪問診療					

カンファレンス記録				
1	●年 ●月 ●日	病院	☒ 医師 ☒ 病棟NS ☒ PT ☐ OT ☐ ST ☐ MSW ☒ その他: 栄養士	
		地域	☐ 医師 ☒ 介護支援専門員 ☐ 地域包括支援センター ☐ PT ☐ OT ☐ 訪問看護: ☒ その他: デイクアPT	
2	年 月 日	病院	☐ 医師 ☐ 病棟NS ☐ PT ☐ OT ☐ ST ☐ MSW ☐ その他:	
		地域	☐ 医師 ☐ 介護支援専門員 ☐ 地域包括支援センター ☐ PT ☐ OT ☐ 訪問看護: ☐ その他:	

医療機関名 ●●●病院

記入担当者 看護師 ●●●●

ケアプラン作成のための医師とケアマネ連携・連絡票（介護保険）

【ケアマネ記入欄】

医療機関名 _____	御中 ←	事業所
主 治 医 _____		所在地
	先生 →	TEL _____ FAX _____
		ケアマネジャー _____

下記の利用者につきまして、主治医のご指導・ご意見を頂きたくお願い申し上げます。

尚、情報提供への利用者本人・家族の同意を、介護支援事業所及び介護支援専門員が頂いております。

氏 名		介護度	申請中： ☐ 新規 ☐ 更新 ☐ 区変 ☐ 要支援： ☐ 要介護：
住 所		電 話	
生年月日	和暦 年 月 日 (歳)	性別	
照会目的	☐ 医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・助言などについて		
	☐ 福祉用具貸与(購入)について、医師からの医学的意見について		
	☐ サービス担当者会議における医学的意見について		
	☐ 利用者の病状・日常生活における医学的意見・指示について		
	☐ その他：		
＜照会目的に対する相談・要望・意見等＞			

【医師記入欄】

*この連絡票の回答では、診療情報提供料の算定はできません

回答方法	☐ 電子データ(MCS等)で回答します	☐ FAXで回答します	☐ 取りに来てください
	☐ その他： _____		
照会目的・ 相談に対する 回 答 欄	サービス担当者会議に ☐ 参加 ☐ 欠席 します		

上記のとおり連絡いたします。

主治医：

令和 年 月 日