入退院時連携ガイドライン

～切れ目のない医療と介護の連携をめざして～

目 次

本ガイドラインについて …… 1
入退院支援の流れとポイント …… 2
連携にあたってのマナー・エチケット …… 3
「通院・入院時あんしんセット」 …… 5
診療報酬・介護報酬 …… 6
入院時情報提供書（記入例） …… 7
退院・退所情報記録書（記入例） …… 9

〈参考様式〉

様式1 入院のご報告（医療機関⇒ケアマネジャー） …… 10
様式2 日程のご連絡（医療機関⇒ケアマネジャー） …… 11
様式3 主治医・介護支援専門員連絡票（ケアマネジャー⇒主治医） … 12
様式4 入院時の情報提供連絡票（ケアマネジャー⇒医療機関） …… 13
様式5 入院時情報提供書（ケアマネジャー⇒医療機関） …… 14
様式6 退院・退所情報記録書（医療機関⇒ケアマネジャー） …… 16

〈参考資料〉

介護保険の概要 …… 17
１６特定疾患 …… 18
病院機能と入院期間 …… 19
介護保険施設におけるリハ職の配置と専門領域 …… 20
ガイドライン作成に携わった関係機関・あとがき …… 21



飯能市 「夢馬」

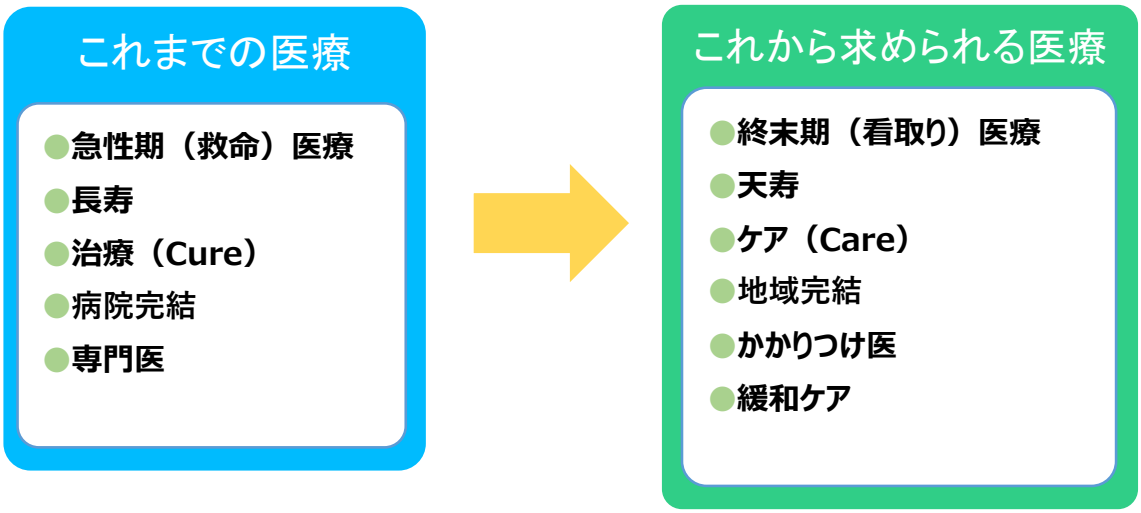
飯 能 市 ・ 日 高 市



日高市 「くりっかー・くりっぴー」

本ガイドラインについて

≪背景≫



現在の超高齢社会・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、在宅生活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）

患者さんの在宅生活を支えるためには、「入院前から医療と介護が連携し、退院後の生活や療養を支えること」が求められています。

本ガイドラインは、患者さんが入退院する際に必要な医療と介護サービスを切れ目なく受けられるよう、医療機関とケアマネジャーが入院前から情報を共有し、退院に向けてのカンファレンスやサービス調整・引継ぎなどを円滑に行うために作成したものです。

関係者の皆様で本ガイドラインの運用を共有していただき、普及・活用にご協力くださいますようお願いいたします。

入退院支援の流れとポイント

※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』**や居宅介護支援事務所の紹介や必要な連絡調整をする

医療機関の動き

治療 ▶ 退院支援

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

3日以内

■患者に関する情報収集
・入院前の生活・家族状況・継続している医療
・ケアマネジャーの把握（通院・入院時あんしんセットの確認）
・介護認定・介護サービスの利用状況※1（右上に記載）
■今後の生活に対する意向等
■退院困難な要因のある患者を抽出
●医療ニーズが高い　●明らかなADLの低下
●介護力が弱い　●日常生活に支障のある認知症
●入退院を繰り返している　●生活が困窮している
●家族から虐待を受けている又は疑いがある

予定入院の場合は入院前から生活状況等を情報収集

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

7日以内

■退院支援の方向性の検討
・治療方針、退院時期の確認
・患者・家族への面談にて意向確認（療養病棟の場合は14日以内可）
・院内多職種のカンファレンス
・退院支援計画書の作成
■退院に向けた支援を開始
■関係機関と情報共有

入退院支援加算(1)算定要件

入退院支援加算(2)の場合は、退院支援職員の配置や連携する医療機関との定期的な面会、CMとの連携実績の要件を満たす必要はない

■患者・家族への生活指導・療養指導等

・退院やカンファレンスが決まったら、ケアマネジャー・関係各所に連絡
・外泊時も忘れずにケアマネジャーに連絡

課題確認・情報共有

■退院前カンファレンスの開催
・入院中のADL
・認知機能・精神面
・行っている医療処置
・介護指導の内容
・本人・家族の希望と心配
・退院後、直ぐに状態変化があった時の対応方法

診療情報提供書 ▶ かかりつけ医

看護情報提供書をケアマネジャー・訪問看護師に提供（患者・家族へ依頼も可）

継続受診者で状態の変化や受診中断があった場合は、ケアマネジャーに情報提供する

介護支援等連携指導料（入院中2回まで）

入院 ▶ 入院直後　～　３日以内 ▶ 入院中 ▶ 退院前 ▶ 退院 ▶ 退院後

連携

ケアマネジャーの動き

■日頃の準備
・利用者・家族へ入院時にはすぐに連絡するよう伝えておく（通院・入院時あんしんセットの活用）
・医療機関の連絡窓口を確認しておく

3日以内

■入院時情報提供書を医療機関へ提供
・入院前の生活状況（世帯、家族の状況）
・継続している医療
・利用者・家族の思い
・ケアプラン
・ケアマネジャーの評価　等

■状況確認のための面会
・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
・要介護区分変更の必要性を検討

■ケアプランの原案作成
・収集した情報を踏まえ、利用者・家族をアセスメント
・退院後の生活を意識した生活課題を検討
・**退院・退所前カンファレンス出席者** ※2
●介護・看護サービス　●かかりつけ医　●歯科医師
●薬剤師　●医療系サービス等に対して参加を依頼

・サービスの担当者会議
・**ケアプランの確定**
※3・ケアプランのモニタリングをする

医療機関へモニタリング結果をフィードバックする

入院時情報連携加算(Ⅰ)算定要件

退院支援が必要な方の予定入院の場合、入院前に入院時情報提供書を提供

入院時情報連携加算(Ⅱ)を算定する場合には7日以内に医療機関に情報提供

退院・退所加算(3回まで)

※2
●留意点
・退院前・退所前カンファレンスの算定要件が異なる
・カンファレンスは、日時、開催場所、出席者、内容等を記録に残し、居宅サービス計画書を作成し文書を交付
・退院・退所加算は初回加算と重複しての算定は不可

※3
●ケアプランは、利用者（家族）、かかりつけ医、居宅サービス事業所病院、歯科、薬局等に情報提供する

連携にあたってのマナー・エチケット

～連携は、心くばりから始まります～

退院支援は、入院時（前）から始まっており、退院後の連携も非常に大切です。
「緊急時の信頼関係」は、普段のコミュニケーション、顔のみえる関係づくりによって築かれていくものです。

全ての職種のみなさまへ

①　お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心がけましょう

職種により立場、制度、関連する法律、必要な情報が異なります。お互いの専門性や各職種の立場を、思いやりをもって理解し、丁寧な対応を心がけましょう。

②　お互いの視点を大切に、わかりやすく簡潔に相手に伝えましょう

相手が必要としている情報をなるべく専門用語を使わずに提供しましょう。

③　他の職種と連携を取る時にはどの程度急ぐ用件か相手に伝えましょう

④　担当者が不在でも対応できる体制を整えておきましょう

医師のみなさまへ

① ケアマネジャーは医師を頼りにしています

ケアマネジャーは患者・家族にとって身近な存在であり、生活状況などを把握しています。その情報や要件を簡潔にまとめ、受診同行・文書・電話・MCS等で伝えるよう努めています。その際には、ケアマネジャーの話に耳を傾けていただくようお願いします。

② 介護サービスに必要な書類は、できるだけ早く作成を心がけましょう

介護サービスに必要な書類を早く作成していただくことで、患者が早く介護サービスを利用することができます。また、生活上の制限などの指示事項も記載すると介護サービス事業所の参考になり円滑な支援に繋がります。

病院スタッフのみなさまへ

①　退院日の目途を早めにケアマネジャーに知らせましょう

ケアマネジャーは、退院前カンファレンスに参加するにあたり、「ケアプラン原案」を作成し、退院前カンファレンス時に持参し、報告事項や確認事項について意見を求めます。
退院前カンファレンスの準備に時間がかかるため、退院日の目途を早めにケアマネジャーへ知らせましょう。

②　地域包括支援センターをご利用ください

要介護か要支援か迷う場合は患者さんのお住まいの地区を担当する地域包括支援センターへ相談しましょう。

ケアマネジャーのみなさまへ

①　入院前の準備をしましょう

・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。
・5ページの「通院・入院時あんしんセット」を使用して、利用者（家族）からケアマネジャーへ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りましょう

・医療機関に連絡を取る場合は、必ず事前に電話をし、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、ケアプラン、興味関心チェックシート、住環境に関する写真等の提供
・患者・家族への病状説明に同席、退院前カンファレンス開催の連絡、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

③ 医療機関からの看護情報提供書は利用者に渡さないようにしましょう

④ 退院時カンファレンスの内容などを介護サービス事業所、必要があれば、訪問看護・歯科・薬局等と情報共有しましょう

＊＊医療機関との情報交換時に留意したいこと＊＊

・質問は、「イエス」「ノー」で回答できる内容にするなど簡潔にしましょう。
・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いましょう。
・できるだけ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。

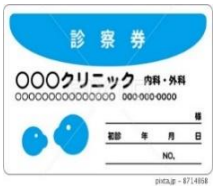
「通院・入院時あんしんセット」

お名前

担当ケアマネジャー名
事業所名
電話番号

ご家族の連絡先

お名前　　続柄（　　）
電話番号

マイナ保険証 資格確認書	介護保険証	おくすり手帳	かかりつけ医の 診察券	ケアマネジャーの 名刺	私の意思表示 ノート
				居宅介護支援 事業所名 ケアマネジャー名	

下記にチェックをしましょう。

〇通院及び入院時は、「通院・入院時あんしんセット」を
病院担当者にご提示ください。

〇入院したら
・早めにケアマネジャーにご連絡ください。
・病院の担当者にケアマネジャー名をお伝えください。

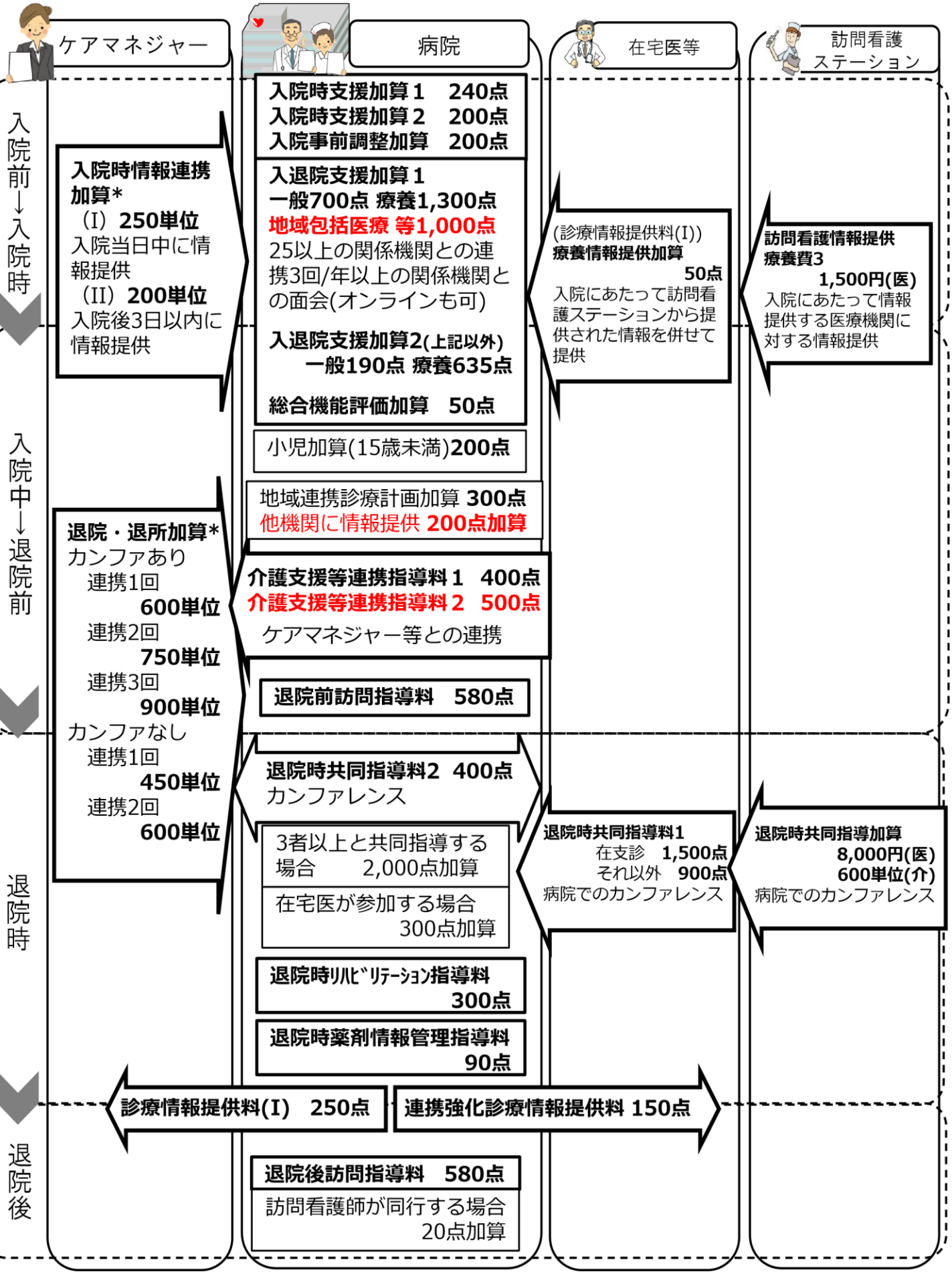
〇退院予定や転院が決まりましたら、ケアマネジャーにご連絡ください。

〇宜しければ、医師からの病状説明の際に同席させて頂きます。
ケアマネジャーにご連絡ください。

「通院・入院時あんしんセット」の他に、
ご自身で必要と思われるものを一緒に入れておきましょう。

＜[参考]入退院支援にかかる診療報酬および介護報酬＞　（令和８年６月時点）

主な関係報酬のみを掲載しています。また、算定にあたっては最新の算定要件・施設基準を確認してください。



*介護予防支援、小多機、看多機においては「入院時情報連携加算」「退院・退所加算」なし

【様式5-1】

入院時情報提供書

ケアマネジャー → 医療機関

記入日：　年　月　日
入院日：　年　月　日
情報提供日：　年　月　日

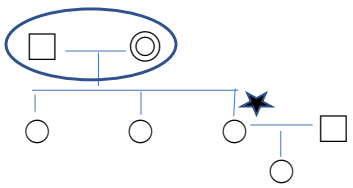
医療機関名：　　事業所名：
ご担当者名：　　様　　ケアマネジャー氏名：
ＴＥＬ：　　FAX：

利用者(患者)・家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。

1．利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年齢	80　才	性別	男　(女)
	埼　玉　花　子	生年月日	S ○　年　○　月　○　日		
住所	〒35○－○○○○ ○○市□□町○○○○－○○			電話番号	042-□□□-□□□□
住環境 ●必要に応じ写真添付	■ 戸建て　□集合住宅＿＿＿階建て　＿＿＿階			エレベーター	□あり　■なし
	特記事項（　玄関や室内には段差が多い　）				
入院時の要介護度	□ 要支援（　　）　■要介護（ 1 ）有効期間：20○○年 ○月 ○日 ～ 20○○ 年 ○月 ○ 日 □ 申請中(申請日　／　)　□区分変更（申請日　／　）　□ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□A1　■ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2				□医師の判断
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立　■ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M				■ケアマネジャーの判断
介護保険の自己負担割合	■ 1 割　□ 不明	障害など認定	□ なし　□ あり（ 身体・精神・知的 ）		
＊年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他(　　)				

2．家族構成／連絡先／在宅生活の展望について

世帯構成	□独居　■高齢者世帯　□その他（　人暮らし） キーパーソンには★ 	主介護者氏名	埼　玉　太　郎　　続柄（ 夫 ） ■同居　□別居　TEL：
		キーパーソン	○　○　○　○　　続柄（ 三女 ） □同居　■別居　TEL：
		退院後の世帯状況	■入院前と同じ □その他
		その他	家族・同居者等による虐待の疑い　□あり　■なし 世帯に対する配慮 昼間は高齢者世帯である。娘夫婦は多忙であるが、予定が分かれば協力的である。
＊介護力	■介護力が見込める（ □十分　■一部 ）　□介護力は見込めない　□家族や支援者はいない		

3．かかりつけ医について

かかりつけ医機関名	○　○　クリニック	電話番号	
医師名	○　○　○　○	診察方法	■通院　□ 訪問診療
		頻度	（　2　）回 ／ 月

4．本人／家族の意向について

事前意思表明書の有無	□あり　□なし
本人の趣味・関心役割等	●本人の強みに焦点をあてた情報 料理が得意である。家事全般を担っている。
本人の意向	● 同封の居宅サービス計画（１）参照 自宅で家族と過ごしたい
家族の意向	● 同封の居宅サービス計画（１）参照 本人の意向に沿ってあげたい。

5．入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	同封の書類をご確認ください。 ■居宅サービス計画書1.2.3表　□その他（　　）

＊＝診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連

6．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□希望なし ■希望あり	具体的な要望： 月曜日以外を希望
「退院前カンファレンス」への参加	□希望なし ■希望あり	具体的な要望：
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□希望なし ■希望あり	具体的な要望： 日にちが決まったらすぐに知らせてください。

7．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		■なし □あり（程度：				褥瘡の有無	■ なし □ あり（ ）
ADL	移　動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	■ 杖 □ 歩行器 □ 車いす □ その他
	移　乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室外)	□ 杖 □ 歩行器 ■車いす □ その他
	更　衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	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
食事内容	食　事	自立	見守り	一部介助	全介助	食事制限	□ あり（ ）■ なし □不明
	食事回数	（ ）回／日 （時間：				水分制限	□ あり（ ）■ なし □不明
	食事形態	□ 普通 □きざみ □ 嚥下障害食 □ ミキサー				水分とろみ	□ なし ■あり
	摂取方法	□ 経口 □ 経管栄養	固さ･調理法など（ ）				
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	□ なし □ あり（ 部分 ・ 総 ）
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	□ なし □ あり
	●かかりつけ**歯科医**と連携し普段から情報を得ておきましょう。						
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし ■ 夜間 □常時
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ／パッド	□ なし ■夜間 □常時
睡眠の状態						眠剤の使用	なし □ あり
喫煙		□なし □有あり＿＿＿本くらい／日				**飲酒**	□なし □あり（飲酒量： ＿＿＿合くらい/日）
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	□ なし □ あり（ ）
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	□ なし □ あり
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項： ゆっくり話す	
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難			
精神面における療養上の問題		□なし □幻視･幻聴 □興奮 □焦燥･不穏 □妄想 □暴力/攻撃性 ■介護への抵抗 □不眠 □昼夜逆転 □徘徊 □危険行為 □不潔行為 □その他（ ）					
＊疾患歴		□なし □認知症 □急性呼吸器感染症 □脳血管障害 ■骨折 □悪性腫瘍 □その他（ ）					
＊入院歴	最近半年間での入院	□なし □不明 ■あり （理由：肺炎 期間：R〇〇年〇月〇日 ～ R〇〇年〇月〇日）					
	入院頻度	□ 頻度は高く繰り返している □■頻度は低いが、これまでにもある □ 今回が初めて					
＊入院前に実施している医療処置		■ なし □ 点滴 □ 酸素 □ 吸引 □ 気管切開 □ 経管栄養 □ 褥瘡 □ 自己注射（ ） □ 尿道カテーテル □ 尿路ストーマ □ 人工肛門 □ 疼痛管理 □ 排便コントロール □ その他（ ）					

8．お薬について　●必要に応じて、お薬手帳のコピーを添付する

内服薬	□ なし	居宅療養管理指導	■なし □ あり （職種： ）
	■ あり（ おくすり手帳参照 ）	内服以外の貼付剤等： ロキソニンテープ	
薬剤管理	□ 自己管理 ■一部介助 □ 全介助 （管理者： 夫	･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		
お薬に関する特記事項	かかりつけ薬局 □なし ■あり （薬局名： 〇 〇 薬局 ）		

9．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）

在宅生活に必要な要件	●利用者の在宅生活が可能となる状況を考慮して記載 サービスを活用し自宅で過ごせるよう調整する。介護力に限界があるので、レスパイト入院も活用していく。

＊＝診療報酬 退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書　　医療機関 ⟶ ケアマネジャー　　【様式6】

1．基本情報・現在の状態　等　　記入日：　　年　　月　　日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度（□ 要区分変更）
	氏名	埼 玉　花 子	男 ○女	○○歳	□要支援（　）・■要介護(2)　□申請中　□なし
入院（所）概要	・入院(所)日：　○○年　○月　○日		・ 退院(所)予定日：　○○年　○月　○日		
	入院原因疾患(入所目的等)	誤嚥性肺炎			
	入院・入所先	施設名：　○　○　○　○		○ 棟	○ 室
	退院後の医療機関	医療機関名：　○　○　○　○		方法	□通院　□訪問診療
状況 ①疾患と入院（所）中の状	現在治療中の疾患	誤嚥性肺炎　肺癌	疾患の状況	□　安定　□　不安定 その他（ 急変の可能性あり ）	
	移動手段	□自立　□杖　□歩行器　■車いす　□その他（　）			
	排泄方法	□トイレ　■「ポータブル　□おむつ　カテーテル・パウチ（　）			
	入浴方法	□自立　□シャワー浴　□一般浴　□機械浴　■行わず			
	食事形態	□普通　□経管栄養　■その他（　きざみ　）			
	嚥下機能（むせ）	□なし　■あり（時々・常に）	義歯	□ なし　■ あり(部分 ・ 総)	
	口腔清潔	□良　■不良　□著しく不良		入院(所)中の使用：　□なし　■あり	
	口腔ケア	□自立　■一部介助　□全介助			
	睡　眠	■良好　□不良（　）	眠剤使用	■なし　□あり	
	認知・精神	■認知機能低下　□せん妄　□徘徊　□焦燥・不穏　□攻撃性　□その他（　）			
②受け止め/意向	<本人>病気、障害、後遺症等の受け止め方 誤嚥性肺炎は改善したが、肺癌が進行し、在宅酸素が必要になることや痛みが出てくることも理解している。		<本人>退院後の生活に関する意向 最期まで自宅で過ごしたい。		
	<家族>　病気、障害、後遺症等の受け止め方 再発の可能性や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。自宅で看取るか迷っている。		<家族>退院後の生活に関する意向 本人の希望通りにしてあげたい。		

2．課題認識のための情報

③退院（所）後に必要な事柄	医療処置の内容	■なし　□あり（下記をチェック）
		□点滴　□酸素療法　□喀痰吸引　□気管切開　□胃ろう　□経鼻栄養　□経腸栄養
		□褥瘡　□尿道カテーテル　□尿路ストーマ　□消化管ストーマ　□痛みコントロール
		□排便コントロール　□自己注射（　）　□その他（　）
	看護の視点	□なし　■あり（下記をチェック）
		□血圧　□水分制限　□食事制限　□食形態　■嚥下　■口腔ケア　□清潔ケア
		□血糖コントロール　□排泄　□皮膚状態　□睡眠　□認知機能・精神面　□服薬指導
		□療養上の指導（食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導）　□ターミナル
		□その他（　）
	リハビリの視点	□なし　■あり（下記をチェック）
		□本人指導　□家族指導　■関節可動域練習（ｽﾄﾚｯﾁ含む）　□筋力増強練習　□バランス練習
		□麻痺・筋緊張改善練習　■起居／立位等基本動作練習　□摂食・嚥下訓練　□言語訓練
		■ADL練習（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等）　□IADL練習（買い物、調理等）
		□疼痛管理（痛みコントロール）　□更生装具・福祉用具等管理　□運動耐容能練習
		□地域活動支援　□社会参加支援　□就労支援　□その他（　）
	禁忌事項	■なし　□あり　内容：（　）
	症状・病状の予後・予測	体力の低下があり、誤嚥性肺炎再発のリスクが高い。肺癌も進行しており、今後、在宅酸素、疼痛管理が必要となる。
退院に際しての日常生活の阻害要因（心身状況・環境等）		夫が高齢で持病があり、介護力に問題がある。
在宅復帰のために整えなければならない要件		医療処置の見極めをして、かかりつけ医と情報共有していく。

回目	聞き取り日		会議出席
1	○○年　○月　○日	看護師　○　○　○　○	無・○有
2	年　月　日		無・有
3	年　月　日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

参　考　様　式

医療機関 ⟹ ケアマネジャー

年　　月　　日

入院のご報告

事業所名：

担当者名：　　様

医療機関名：

部署：

担当者名：

TEL：

FAX：

平素より、大変お世話になっております。
下記の患者様が当院に入院されましたのでご報告いたします。

患者名：　　様

生年月日：　　年　　月　　日　（　　歳）

入院日　：　　年　　月　　日

入院理由：

主治医　：　　（　　科）

現在の治療：　□点滴　□酸素　□吸引　□心電図モニター　□人工呼吸器
□尿道留置カテーテル　□インスリン注射　□疼痛緩和吸引
□褥瘡処置　□創傷処置　□中心静脈カテーテル留置　□血液透析(緊急・定期)
□ストーマ管理　□気管切開管理
□その他　（　　）

障害高齢者日常生活自立度：□自立　□J1　□J2　□A1　□A2　□B1　□B2　□C1　□C２

認知症高齢者日常生活自立度：□正常　□Ⅰ　□Ⅱａ　□Ⅱｂ　□Ⅲａ　□Ⅲｂ　□Ⅳ　□M

食事　□禁食　□むせ込みあり　□介助を要する(一部・全介助)　□経管栄養

排泄　□おむつ　□ポータブルトイレ使用（自立・介助）　□トイレ歩行

意思の疎通　□問題なし　□簡単な会話　□困難

推定される入院期間：　約　　日間

ご本人・ご家族の意向：（　　）

■ 入院時の情報提供をお願いします。

■ 介護保険の申請（新規・区分変更）が予想されます。

【通信欄】

・現時点での情報ですので、状況が変わることがあります。

・カンファレンスの際は、改めてご連絡させていただきます。

・ご不明な点がありましたらお問い合わせください。

・その他（　　）

医療機関 ⟹ ケアマネジャー

年　　月　　日

日程のご連絡

事業所名

担当者名　　様

医療機関名：

部署：

担当者名：

TEL：

FAX：

平素よりお世話になっております。

当院に入院された　　様についてご連絡いたします。

日程：　　月　　日（　）　　時　　分 ～

場所：

上記の日程にて

・病状説明
・退院カンファレンス
・退院前の自宅訪問(家屋調査)

を行います

ご都合がつくようでしたらＦＡＸ返信の上、ご参加ください。また、「ケアプラン」がありましたら事前にＦＡＸにてお送りいただくか、当日ご持参いただけると大変助かります。

【参加の連絡】　※不参加の場合はご連絡不要です。

事業所名　：

お 名 前　：

ご連絡先　：

＊ケアプランの添付　（　あり　枚数＿＿＿枚　・　なし　）

【様式3】

ケアマネジャー ⟹ 主治医

主治医・介護支援専門員連絡票（依頼票）

年　　月　　日

医療機関名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

医　師：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿先生

事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

担当者名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

TEL：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

FAX：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

平素よりお世話になっております。利用者(患者)様に適切な介護サービスを提供できますよう、必要な情報提供や助言をお願いいたします。今回は、以下の用件でご連絡させていただきましたのでご回答をお願いいたします。

※この度のご相談や情報提供についてはご本人から同意をいただいております。

ケアマネジャー記入欄

利用者（患者）	ふりがな	生　年　月　日	年齢
	氏名　　様	年　　月　　日	
	住　所		
	要介護度	申請中　非該当　要支援１・２　要介護　１　２　３　４　５	
	認定期間	年　　月　　日 ～　　年　　月　　日	

連絡の目的	□　①担当ケアマネジャーとなったことのご挨拶
	□　②介護認定申請のご連絡　　⇒主治医意見書の記入をよろしくお願いします。
	□　新規　□更新　□区分変更（理由.　　）
	□　③ケアプラン作成（新規・更新・区分変更）のご相談
	□　④ご相談したいことがあります。
	□　⑤作成したケアプランの情報提供　⇒添付書類をご確認ください。
	□　⑥その他、連絡等
添付書類	□ケアプラン　□利用者情報　□その他（　　）
回答の要否	□　回答をお願いします　　□　特に必要ありません
連絡内容 相談または	

【主治医記入欄】

主治医意見・要望	１．意見・要望（　なし・　あり　）　２．説明を希望（➥対応方法をご記入ください）
対応方法	①相談方法：　□電話　□訪問　□FAX　□郵送　□その他（　　） ②希望する日時：　　月　　日（　　）　　時頃 ③その他：

【様式4】

ケアマネジャー ⟹ 医療機関

年　　月　　日

入院時の情報提供連絡票

(医療機関名)

ご担当者　様

(事業所名)

(担当ケアマネジャー)

TEL：

FAX：

平素よりお世話になっております。
下記の利用者について、情報提供いたしますので、ご査収のほどお願いいたします。

利用者名：　　様

入院時の情報については、別紙のとおりです。

送付枚数：　A４　　枚(本票を含む)

【通信欄】

【様式5-1】

入院時情報提供書　　ケアマネジャー ⇒ 医療機関

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

医療機関名：　　事業所名：
ご担当者名：　　ケアマネジャー氏名：
ＴＥＬ：　　FAX：

利用者(患者)・家族の同意に基づき、利用者情報(身体・生活機能など)の情報を送付します。

1．利用者(患者)基本情報について

患者氏名	(ﾌﾘｶﾞﾅ)	年齢	才	性別	男　女
		生年月日	年　月　日		
住所	〒		電話番号		
住環境 ●必要に応じ写真添付	□ 戸建て　□集合住宅＿＿階建て ＿＿階		エレベーター	□あり　□なし	
	特記事項（　　）				
入院時の要介護度	□ 要支援（　　）　□要介護（　　）　有効期間：　年　月　日 ～ 年　月　日 □ 申請中(申請日　／　)　□区分変更（申請日　／　）　□ 未申請				
障害高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ J1　□ J2　□ A1　□ A2　□ B1　□ B2　□ C1　□ C2			□医師の判断	
認知症高齢者の日常生活自立度	□ 自立　□ Ⅰ　□ Ⅱa　□ Ⅱb　□ Ⅲa　□ Ⅲb　□ Ⅳ　□ M			□ケアマネジャーの判断	
介護保険の自己負担割合	□＿＿割　□ 不明	障害など認定	□ なし　□ あり（ 身体・精神・知的 ）		
＊年金などの種類	□ 国民年金　□ 厚生年金　□ 障害年金　□ 生活保護　□ その他(　　)				

2．家族構成／連絡先／在宅生活の展望について

世帯構成	□独居　□高齢者世帯　□その他（　人暮らし） キーパーソンには★	主介護者氏名	続柄（　　） □同居　□別居　TEL：
		キーパーソン	続柄（　　） □同居　□別居　TEL：
		退院後の世帯状況	□入院前と同じ □その他
		その他	・家族・同居者等による虐待の疑い　□あり　□なし ・世帯に対する配慮
＊介護力	□介護力が見込める（ □十分　□一部 ）　□介護力は見込めない　□家族や支援者はいない		

3．かかりつけ医について

かかりつけ医機関名		電話番号	
医師名		診察方法	□通院　□ 訪問診療
		頻度	（　　）回 ／ 月

4．本人／家族の意向について

事前意思表明書	□あり　□なし
本人の趣味・関心・役割等	●本人の強みに焦点をあてた情報
本人の意向	●同封の居宅サービス計画（1）参照
家族の意向	●同封の居宅サービス計画（1）参照

5．入院前の介護サービスの利用状況について

入院前の介護サービスの利用状況	**同封の書類をご確認ください。** **□居宅サービス計画書1.2.3表　□その他（　　）**

＊＝診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連

6．カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「院内の多職種カンファレンス」への参加	□希望なし　□希望あり　具体的な要望：
「退院前カンファレンス」への参加	□希望なし　□希望あり　具体的な要望：
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□希望なし　□希望あり　具体的な要望：

7．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		□なし □あり（程度：				褥瘡の有無	□ なし　□ あり（　　）		
ADL	移　動	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室内)	□ 杖　□ 歩行器　□ 車いす　□ その他		
	移　乗	自立	見守り	一部介助	全介助	移動(室外)	□ 杖　□ 歩行器　□ 車いす　□ その他		
	更　衣	自立	見守り	一部介助	全介助	起居動作	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
食事内容	食　事	自立	見守り	一部介助	全介助	食事制限	□ あり（　　）□ なし　□不明		
	食事回数	（　）回／日　（時間：				水分制限	□ あり（　　）□ なし　□不明		
	食事形態	□ 普通　□きざみ　□ 嚥下障害食　□ ミキサー				水分とろみ	□ なし　□ あり		
	摂取方法	□ 経口　□ 経管栄養　　固さ・調理法など（　　）							
口腔	嚥下機能	むせない	時々むせる	常にむせる		義歯	□ なし　□ あり（ 部分 ・ 総 ）		
	口腔清潔	良	不良	著しく不良		口臭	□ なし　□ あり		
	●かかりつけ**歯科医**と連携し普段から情報を得ておきましょう。								
排泄	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	ポータブルトイレ	□ なし　□ 夜間　□常時		
	排便	自立	見守り	一部介助	全介助	オムツ／パッド	□ なし　□ 夜間　□常時		
睡眠の状態						眠剤の使用	□ なし　□ あり		
喫煙		□なし　□有あり_____本くらい／日				**飲酒**	□なし　□あり（飲酒量：　_____合くらい/日）		
コミュニケーション能力	視力	問題なし	やや難あり	困難		眼鏡	□ なし　□ あり（　　）		
	聴力	問題なし	やや難あり	困難		補聴器	□ なし　□ あり		
	言語	問題なし	やや難あり	困難		コミュニケーションに関する特記事項：			
	意思疎通	問題なし	やや難あり	困難					
精神面における療養上の問題		□なし　□幻視・幻聴　□興奮　□焦燥・不穏　□妄想　□暴力/攻撃性　□介護への抵抗　□不眠 □昼夜逆転　□徘徊　□危険行為　□不潔行為　□その他（　　）							
＊疾患歴		□なし　□認知症　□急性呼吸器感染症　□脳血管障害　□骨折　□悪性腫瘍 □その他（　　）							
＊入院歴	最近半年間での入院	□なし　□不明　□あり（理由：　　期間：　　～　　）							
	入院頻度	□ 頻度は高く繰り返している　□ 頻度は低いが、これまでにもある　□ 今回が初めて							
＊入院前に実施している医療処置		□ なし　□ 点滴　□ 酸素　□ 吸引　□ 気管切開　□ 経管栄養　□ 褥瘡 □ 自己注射（　　）　□ 尿道カテーテル　□ 尿路ストーマ　□ 人工肛門　□ 疼痛管理 □ 排便コントロール　□ その他（　　）							

8．お薬について　●必要に応じて、お薬手帳のコピーを添付する

内服薬	□ なし	居宅療養管理指導	□ なし □ あり　（職種：　　）
	□ あり（　　）　内服以外の貼付剤等：		
薬剤管理	□ 自己管理　□一部介助　□ 全介助　（・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		
お薬に関する特記事項	かかりつけ薬局　□なし　□あり　（薬局名：　　）		

9．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）

在宅生活に必要な要件	●利用者の在宅生活が可能となる状況を考慮して記載

＊＝診療報酬　退院支援加算１．２「退院困難な患者の要因」に関連

退院・退所情報記録書　　医療機関 ⟶ ケアマネジャー　　【様式6】

1．基本情報・現在の状態　等　　記入日:　　年　　月　　日

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度（□ 要区分変更）
	氏名	様	男 ・ 女	歳	□要支援（　）・要介護(　)　□申請中　□なし
入院（所）概要		・入院(所)日：R　　年　　月　　日　・ 退院(所)予定日：　　年　　月　　日			
	入院原因疾患（入所目的等）				
	入院・入所先	施設名			
	退院後の医療機関	医療機関名：		方法	□通院　□訪問診療
状況 ①疾患と入院（所）中の状	現在治療中の疾患		疾患の状況	安定（　　）　不安定（　　）	
	移動手段	□自立　□杖　□歩行器　□車いす　□その他（　　）			
	排泄方法	□トイレ　□ポータブル　□おむつ　カテーテル・パウチ（　　）			
	入浴方法	□自立　□シャワー浴　□一般浴　□機械浴　□行わず			
	食事形態	□普通　□経管栄養　□その他（　　）			
	嚥下機能（むせ）	□なし　□あり（時々・常に）	義歯	□ なし　□ あり(部分 ・ 総)	
	口腔清潔	□良　□不良　□著しく不良		入院(所)中の使用：　□なし　□ あり	
	口腔ケア	□自立　□一部介助　□全介助			
	睡　眠	□良好　□不良（　　）	眠剤使用	□なし　□あり	
	認知・精神	□認知機能低下　□せん妄　□徘徊　□焦燥・不穏　□攻撃性　□その他（　　）			
②受け止め/意向	＜本人＞病気、障害、後遺症等の受け止め方		＜本人＞退院後の生活に関する意向		
	＜家族＞　病気、障害、後遺症等の受け止め方		＜家族＞退院後の生活に関する意向		

2．課題認識のための情報

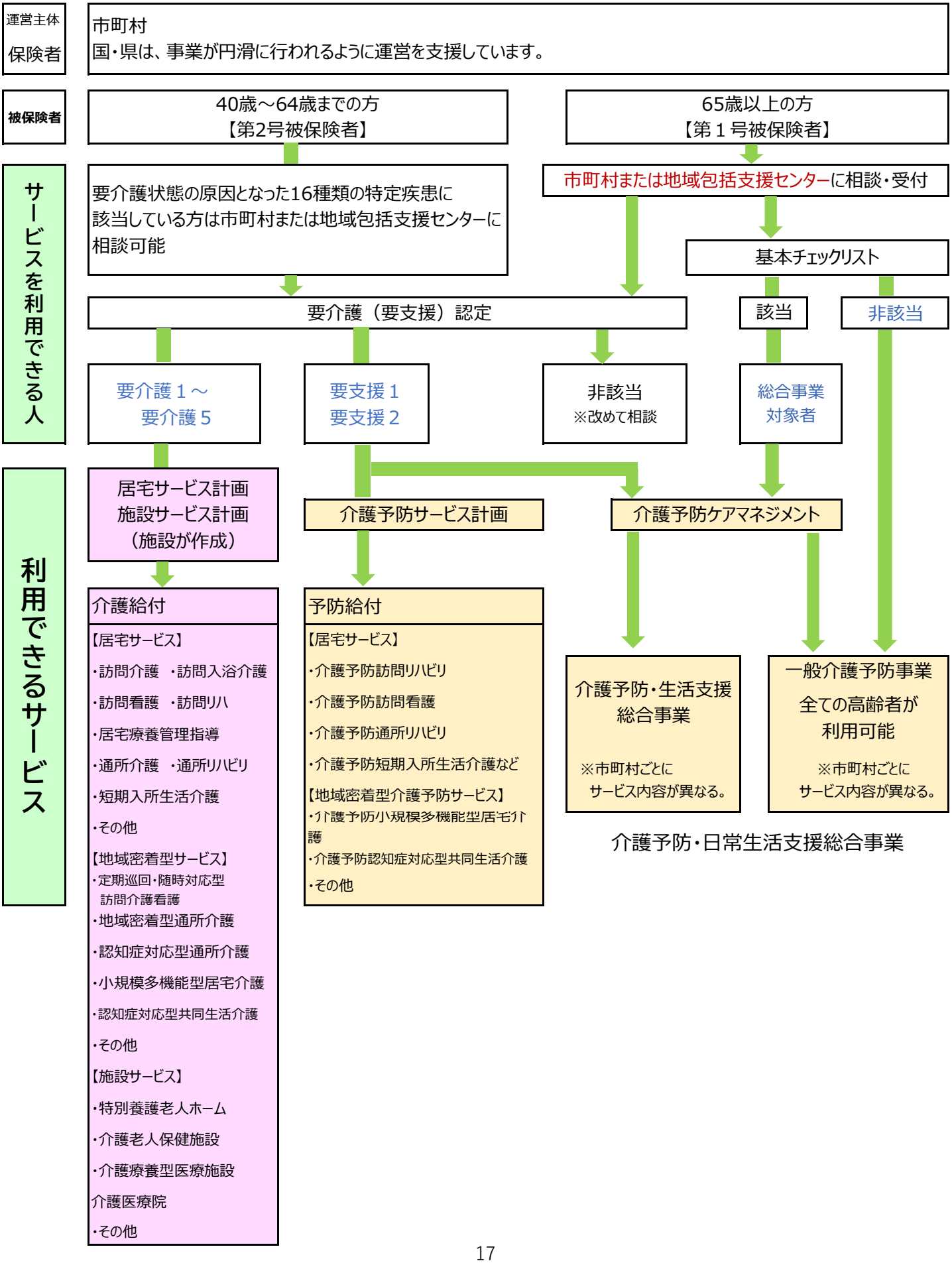
③退院（所）後に必要な事柄	医療処置の内容	□なし　□あり（下記をチェック）
		□点滴　□酸素療法　□喀痰吸引　□気管切開　□胃ろう　□経鼻栄養　□経腸栄養
		□褥瘡　□尿道カテーテル　□尿路ストーマ　□消化管ストーマ　□痛みコントロール
		□排便コントロール　□自己注射（　　）　□その他（　　）
	看護の視点	□なし　□あり（下記をチェック）
		□血圧　□水分制限　□食事制限　□食形態　□嚥下　□ 口腔ケア　□清潔ケア
		□血糖コントロール　□排泄　□皮膚状態　□睡眠　□認知機能・精神面　□服薬指導
		□療養上の指導（食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導）　□ターミナル
		□その他（　　）
	リハビリの視点	□なし　□あり（下記をチェック）
		□本人指導　□家族指導　□関節可動域練習（ｽﾄﾚｯﾁ含む）　□筋力増強練習　□バランス練習
		□麻痺・筋緊張改善練習　□起居／立位等基本動作練習　□摂食・嚥下訓練　□言語訓練
		□ADL練習（歩行／入浴／トイレ動作／移乗等）　□IADL練習（買い物、調理等）
		□疼痛管理（痛みコントロール）　□更生装具・福祉用具等管理　□運動耐容能練習
		□地域活動支援　□社会参加支援　□就労支援　□その他（　　）
	禁忌事項	□なし　□あり　内容：（　　）
	症状・病状の予後・予測	
退院に際しての日常生活の阻害要因（心身状況・環境等）		
在宅復帰のために整えなければならない要件		

回目	聞き取り日	情報提供を受けた職種（氏名）	会議出席
1	年　月　日		無・有
2	年　月　日		無・有
3	年　月　日		無・有

※ 課題分析にあたっては、必要に応じて課題整理総括表の活用も考えられる。

参　考　資　料

□介護保険の概要（イメージ図）



□40歳以上65歳未満の患者で介護保険の対象となる16の特定疾病

特定疾病とは

特定疾病とは、心身の病的加齢現象との医学的関係があると考えられる疾病であって次のいずれの要件をも満たすものについて総合的に勘案し、加齢に伴って生ずる心身の変化に起因し要介護状態の原因である心身の障害を生じさせると認められる疾病である。

１） 65歳以上の高齢者に多く発生しているが、40歳以上65歳未満の年齢層においても発生が認められる等、罹患率や有病率（類似の指標を含む。）等について加齢との関係が認められる疾病であって、その医学的概念を明確に定義できるもの

２） 3～6か月以上継続して要介護状態又は要支援状態となる割合が高いと考えられる疾病

（介護保険法施行令第二条）

1．がん（医師が一般に認められている医学的知見に基づき回復の見込みがない状態に至ったと判断したものに限る。）
2．関節リウマチ
3．筋萎縮性側索硬化症
4．後縦靱帯骨化症
5．骨折を伴う骨粗鬆症
6．初老期における認知症
7．進行性核上性麻痺、大脳皮質基底核変性症及びパーキンソン病
8．脊髄小脳変性症
9．脊柱管狭窄症
10．早老症
11．多系統萎縮症
12．糖尿病性神経障害、糖尿病性腎症及び糖尿病性網膜症脳血管疾患
13．脳血管疾患
14．閉塞性動脈硬化症
15．慢性閉塞性肺疾患
16．両側の膝関節又は股関節に著しい変形を伴う変形性関節症

□リハビリ専門職との連携

◍病院・施設の種類とリハビリ専門職について

※リハビリ（以下、「リハ」と言う。）

施設の種類	施設の特徴		リハ職の配置状況	補足事項
急性期病院	看護師比率が高く、平均在院日数が極めて短い。	リハも急性期を担う。その後、継承者のみ在宅に復帰し、それ以外は回復期か療養型病院への転院が多い。	リハ職がいるところがほとんどだが、在宅復帰の際は介護サービスとの連携が重要	7 ： 1病棟 10 ： 1病棟
地域包括ケア病棟	急性期に比べ看護師比率は低く在院日数は60日が限度	入院費の計算が通常とは異なり地域包括ケア病棟入院料を算定する。	病院の診療科によって、リハ職の配置が異なる。	13 ： 1病棟
回復期リハ病院 (病棟)	回復リハ病棟を有する。 リハ適応患者のみ対応	発症から入院までの期間が定められているが、本格的なリハを行い、在宅復帰率も評価される。	リハ職が十分に揃っている。在宅復帰や療養型病院への転院が多く、ケアマネとの関りが大きくなる。	適応のあるリハ患者のみが入院可能
医療療養型病棟	継続した療養が必要な方	医療療養型のリハは、発症から経過が長くなるため、診療報酬上、リハが算定できる期間が短いか限定的	先の理由により、リハスタッフが十分でないところも多い。	他の病棟や外来、通所リハ機能が併設されているか否かに留意する。
診療所	在宅における医療機能	通院リハや通所リハなどに力を入れている所もある。	リハ機能があるか否かによって専門職の配置は異なる。	リハに特化した診療所もある。
訪問看護ステーション	在宅における看護を提供	主治医の訪問看護指示書に基づき、看護を提供する事業所	リハ職を配置しているところとそうでないところがある。	病院や診療所の併設に留意する。 医療保険と介護保険の両方が適応

◍回復リハビリテーション病棟の算定可能疾患と入院期間

疾患名	病棟に入院できる期間
脳血管疾患、脊髄損傷、頭部外傷、クモ膜下出血のシャント手術後、脳腫瘍、脳炎、急性脳症、脊髄炎、多発性神経炎、多発性硬化症、腕神経叢損傷等の発症後若しくは手術後の状態又は義肢装着訓練を要する状態	150日
高次脳機能障害を伴った重症脳血管障害、重度の頚髄損傷及び頭部外傷を含む多部位外傷	180日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の骨折又は二肢以上の多発骨折の発症後又は手術後の状態	90日
外科手術又は肺炎等の治療時の安静により廃用症候群を有しており、手術又は発症後の状態	90日
大腿骨、骨盤、脊椎、股関節若しくは膝関節の神経、筋又は靭帯損傷後の状態	60日
股関節又は膝関節の置換術後の状態	90日

（社）回復リハビリテーション病棟協会のHPより

※すべての疾患・障害が適応ではなく限定的であり、あくまでも回復の可能性のあるものに限られる。

よって、パーキンソン病や関節リウマチなどは、原則、利用できない。

※2020年度診療報酬改定により、各疾患の「発症から入院までの期間」の定めが削除されました。

□介護保険施設のリハ職の配置

PT（理学療法士）OT（作業療法士）ST（言語聴覚士）

施設の種類	施設の特徴	リハ職の配置状況	補足事項
介護老人福祉施設	原則、要介護３以上の方が入所 医療ニーズの低い方をケア（生活の場）	法令上配置の必要はなし	PT，OTを配置しているところもある。
介護老人保健施設	要介護１以上の方が入所 主に在宅復帰を目標として、入所によるケアを行う。リハビリニーズが高い。	PT・OTは配置。通所リハビリ機能を有している施設では、通所にも配置	STを配置しているところもある。
介護医療院 介護療養型医療施設	要介護1～5の方が入所。医療ニーズの高い要介護者に対し、継続的な医療支援と介護を提供 （介護療養型医療施設は2023年度に廃止予定）	PT・OTは配置。通所リハビリ機能を有している施設では、通所にも配置	介護医療院は2018年4月から制度化 介護療養型医療施設は2023年度中に廃止予定
介護療養型老人保健施設	医療ニーズの高い要介護者に対し、介護を提供。介護老人保健施設と同様の機能を持つ。	PT・OTは配置。通所リハビリ機能を有している施設では、通所にも配置	療養病床から転換した老健施設（※所沢にはなし）
通所リハビリテーション 事業	在宅の利用者に対して、医学的管理とリハビリを提供	PT・OTは必要数配置。診療所併設では、PT・OTが常勤でなくても可	PT・OT・ST の配置状況は事業所により異なる。
訪問リハビリテーション 事業	医療機関ないし老人保健施設のリハ部門の中に設置していることが多い。	PT・OTは必要数配置	在宅リハビリの要 医療保険と介護保険の双方が可能。事業所数が少ない。
通所介護事業所	介護を主に提供するが、リハビリ機能のある施設もある。	PT・OTの配置必要なし	リハビリ専門職の配置について確認を要する。

□リハビリ職の専門領域

サービス内容	PT	OT	ST
運動機能の評価	◎	◎	×
歩行・異動能力の評価と治療	◎	○	×
上肢機能の評価と治療	○	◎	×
ADL・IADLの評価と指導	◎	◎	△
作業能力の評価と治療	△	◎	×
精神機能・認知機能の評価と治療	△	◎	◎
呼吸・循環器機能の評価と治療	◎	△	×
福祉用具の適用と住宅改修のアドバイス	◎	◎	×
自助具の製作、アドバイス	△	◎	△
補装具・義肢の適応、アドバイス	◎（下肢・体幹）	◎(上肢)	△
体力向上・介護予防	◎	○	×
言語・コミュニケーション機能の評価と治療	△	△	◎
摂食嚥下機能の評価と治療	○	○	◎

あとがき

超高齢社会を迎え、在宅医療の必要性がより一層求められる中で、地域包括ケアシステムの更なる構築は急務であると言えます。

そして、市民が安心して在宅療養を行うためには、医療と介護の円滑な連携が非常に重要となります。

医療・介護の枠を超え、気軽に意見交換できる環境を整えていくためのツー ルとして、本ガイドラインを活用して頂ければ幸いです。

在宅医療連携拠点はんのう

行政機関

■ 飯能市介護福祉課

〒357-8501 飯能市大字双柳1番地の1

TEL：042-973-2111（代）FAX：042-986-5073

■ 日高市長寿いきがい課

〒350-1292 日高市大字南平沢1021番地

TEL：042-989-2111（代）FAX：042-985-4444

問 合 せ

■ 在宅医療連携拠点はんのう

（飯能市・日高市共通）

〒357-0021 飯能市大字双柳371番地13

飯能市総合福祉センター２Ｆ

TEL：042-978-5791　FAX：042-978-5891

E-mail：zaitaku-hanno@chic.ocn.ne.jp

令和２年11月作成

令和4年6月更新

（本冊子は所沢市作成版に準拠し、飯能市・日高市において作成しました。）