

医療と介護の連携 「すぎなみガイドライン」

令和8年3月 改訂版

(初版 平成26年3月)

(改訂版 平成31年3月)



目 次

1. ガイドラインの位置づけ	1
2. よりよい連携のために	
(1) 在宅で療養	2
(2) 在宅から病院	5
(3) 病院から在宅	6
(4) 入退院支援の主な報酬等算定関連図	9
3. 杉並区共通様式の活用方法	10
○「医療⇄介護 連絡（照会）票」	
○「入院時情報提供書」	
○「退院・退所時情報提供書」	

1. ガイドラインの位置づけ

平成26年3月、杉並区在宅医療推進連絡協議会及びその下部組織である「連携作業部会」において議論を重ね、区民が住み慣れた地域で安心して在宅療養生活を送ることができるようにするのを目的に、医療・介護・福祉に携わる関係者、関係機関が相互の役割を理解し、協力して効果的に連携し、一体的に支援できることを目指し、医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」を作成した。

医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」制定後、診療・介護報酬の改定においては入退院支援に対する加算制度が見直され、連携の推進に対し報酬面からの充実も行われてきた。平成30年度の介護報酬の改定では、入院時情報提供書や退院・退所時情報記録書の標準様式が初めて示された。現在、杉並区ではケアマネタイムに代わり、災害時にも役立つ平時からの医療介護連携ツールとして、杉介ネット（すかいネット）活用促進を推奨している。

一方、平成27年度から始まった「在宅医療地域ケア会議」や多職種研修、病院主催の「みんなで考え、みんなで支える地域づくりの会」「杉並区ケアマネジャー協議会」等により、医療・介護関係者の顔の見える関係づくりは大きく前進している。

また、令和6年の診療報酬・介護報酬の同時改定は、地域完結型の医療介護提供体制の構築のために、更なる医療・介護の連携推進を求める改定となった。

以上を踏まえて、医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」を診療報酬・介護報酬改定の現状に合わせて改訂する。

なお、本ガイドラインは、対面・電話・文書の連携に加え、地域医療・介護連携を進めるためのICTツール（杉介ネット、MCS等）を、効果的な情報連携手段として推奨する。これらを入退院支援・日常連携・急変時対応において、本人・家族の同意のもとで積極的に活用していく。ICT活用は、診療・介護報酬の算定要件および個人情報保護に関する法令・指針等に適合させるものとし、障害・災害及びその他の事情等により利用困難な場合は、従来手段（持参・郵送・FAX・電話等）で代替する。

2. よりよい連携のために

(1)在宅で療養

ケアマネジャーの役割

①まず、かかりつけ医と関係づくり

- 日頃から顔が見える関係づくりに努め、医療面及び療養上の注意点等についてかかりつけ医に相談できるようにする。相談は面談、電話、杉介ネット、「医療⇄介護 連絡（照会）票」等により、状況に合わせて行う。
- 医療依存度が高いケースは、かかりつけ医にサービス担当者会議への参加を依頼する。
- 担当する在宅療養者の介護保険認定の更新・区分変更時には、かかりつけ医に意見書の作成に必要な情報を提供する。
- 原則、作成したケアプランをかかりつけ医に提供する（初回時、更新時、区分変更時）。

②情報の把握・提供・共有

- 介護保険制度に係る多職種・多機関等のコーディネーター役を担う。
- 把握した情報を、適切にケアプラン等に反映させる。
- 必要に応じて、随時各関係専門職へ情報提供し、共有する。
- 本人・家族の理解力や社会的な要因等により、情報伝達に支障があるケースの連携の際は、先にその事情について各機関に伝えた上で連携を図る。
- かかりつけ医以外の医師、歯科医師、薬剤師、訪問看護師、訪問リハビリなどが関わっている場合は、医療保険・介護保険どちらのサービスであっても、チームの一員としてサービス担当者会議への出席を依頼する。

③緊急時対応の体制構築

- 独居高齢者や認知症のある方、頼れる身寄りがない高齢者など注意を要するケースは、緊急非常時の体制を予め協議しておく。
- 入退院時、救急搬送時の対応を平時から協議し、チーム内で共有しておく。
- サービス担当者会議で、急変時、災害時等の連絡体制を協議し、チーム内で共有しておく。

④ICTの活用

- チーム連絡のICTツール（例：杉介ネット、MCS等）を本人・家族の同意の上で設定し、連絡先一覧・既読確認の運用を共有する。
- 服薬変更、バイタル変化、創部写真などは時刻入りで記録・共有する。
- 緊急時の連絡手順（ICT→電話→FAX等）をサービス担当者会議で合意し、書面化してチーム内で保持する。

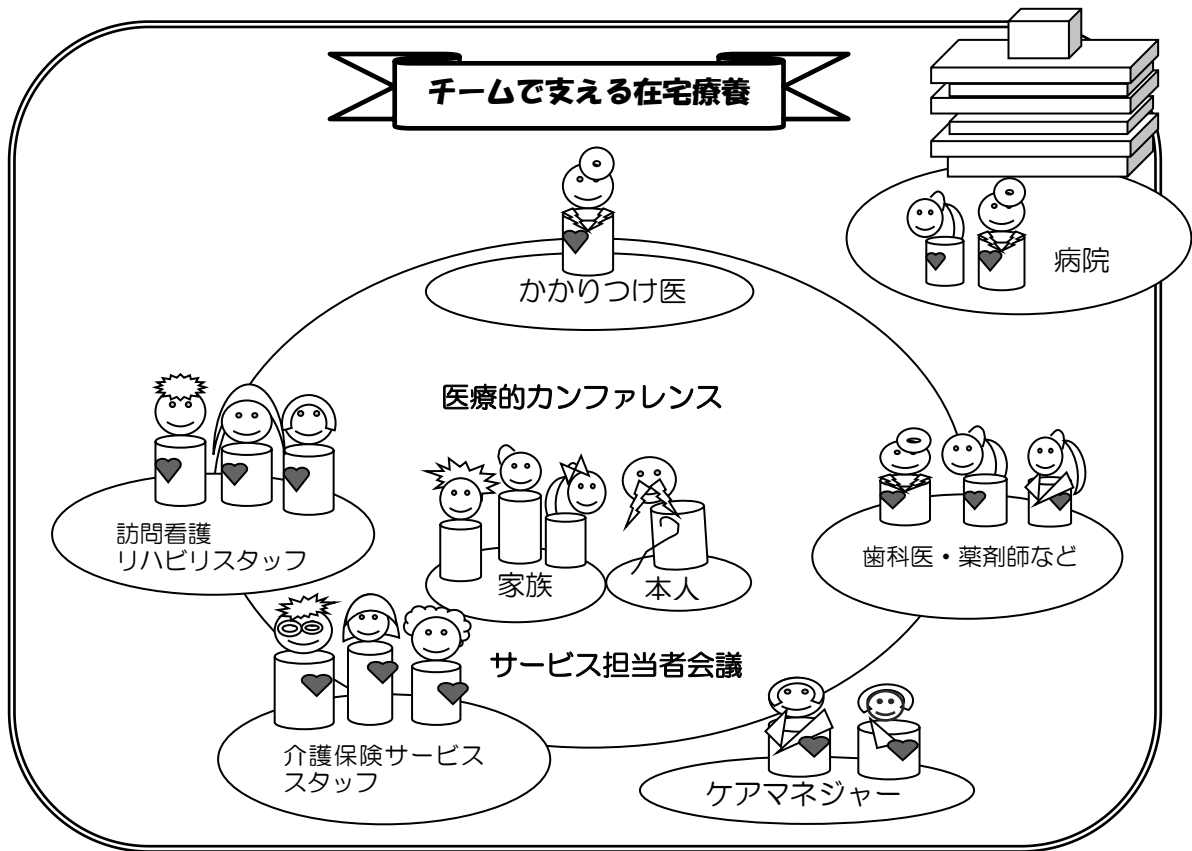
かかりつけ医の役割(病院外来の担当医を含む)

- かかりつけ医は医療の司令塔として、サービス担当者会議等に可能な限り出席する。
- サービス担当者会議等に出席できない場合は、かかりつけ医としての意見や指示をケアマネジャーに伝える。
- サービス担当者会議等欠席時の意見照会に対して、「医療⇄介護 連絡（照会）票」を使用して回答する場合は、原則として無料とする。
- 診療情報提供書の算定要件を備えた回答となる場合は、医療保険制度に則った運用とする（介護保険の居宅療養管理指導を算定している場合を除く）。
- 文書料や診療情報提供料が発生する場合は、当該情報を求めた者にその旨を事前に必ず通知する。
- 介護保険サービス利用に係わる様々な指示や意見照会について対応困難な場合、
 - ①地域診療所のかかりつけ医は、対応可能な別の医師を患者に紹介する。
 - ②病院外来の担当医は、地域診療所の医師もかかりつけ医にすること（2人主治医制）を積極的に勧める。
- リハビリ、訪問看護、入浴、通所、食事、水分量など、介護保険サービス利用時の留意事項について、具体的に示した主治医意見書を作成する。
- 在宅療養者の病状変化によるケアプランの変更を、ケアマネジャーに依頼する。
- かかりつけ医が必要と判断した場合は、ケアマネジャーへの連絡を行い、かかりつけ医が「在宅患者緊急時等カンファレンス」などを開催し、チームを主導する。
- 急変時や緊急時は、チーム内で共有した非常時対応の連絡体制に基づき対応する。
- ICT ツール（杉介ネット、MCS 等）の利用可否・対応可能な時間をケアマネジャーへ提示し、入退院支援や急変時の指示を可能な範囲で ICT 上に記録する。

医師・ケアマネジャー以外の専門職の役割

- サービス担当者会議等や退院前カンファレンスに可能な限り出席し、対応方法をチーム内で共有する。なお、退院前カンファレンス、退院前指導等へのケアマネジャー出席記録は制度上必要となるため、開催者は必ず開催後速やかに開催日時、場所、出席者、内容、決定した方針、退院日等の情報を紙またはデータでケアマネジャーに提出し、ケアマネジャーは在宅チームに必要な内容の共有を行う。（杉並区介護保険サービス事業者集団指導、厚生労働省介護保険最新情報参照）
- 急変時、かかりつけ医と直接やり取りできるかどうか、事前に確認する。
- 在宅療養者の日常生活上の変化があった場合には、速やかにケアマネジャーに連絡する。
- 急変時や緊急・災害時は、チーム内で共有した非常時対応の連絡体制に基づき対応する。
- 訪問時の観察所見（例：嚥下状況、褥瘡、住宅環境等）をテンプレート化して ICT ツール（杉介ネット、MCS 等）で共有し、ケアプラン反映を迅速化する。

在宅療養時の連携イメージ



「杉介ネット」の活用

○書類のやり取りや訪問など診療所との連携が必要な時に、診療所側が対応しやすい時間などを明確にすることで、診療所側と問い合わせ側同士の円滑な連携に結びつける「ケアマネタイム」を設けていたが、診療所との連携は杉介ネットを活用する方法に移行する。杉介ネットを利用していない診療所との連携は、従来通り電話、FAXや訪問を用いた方法とする。

医療機関のホームページ、ナビイ(厚生労働省医療情報ネット)等ウェブサイトの活用

○医療機関のホームページ、ナビイ(厚生労働省医療情報ネット)等ウェブサイトから診療時間を確認し、連絡する。

○ナビイ(厚生労働省医療情報ネット)ホームページ

<https://www.iryuu.teikyouseido.mhlw.go.jp/znk-web/juminkanja/S2300/initialize>

ナビイでは、医療機能の項目から在宅医療(訪問診療)を行う医療機関の検索も可能

(2)在宅から病院

ケアマネジャーの役割

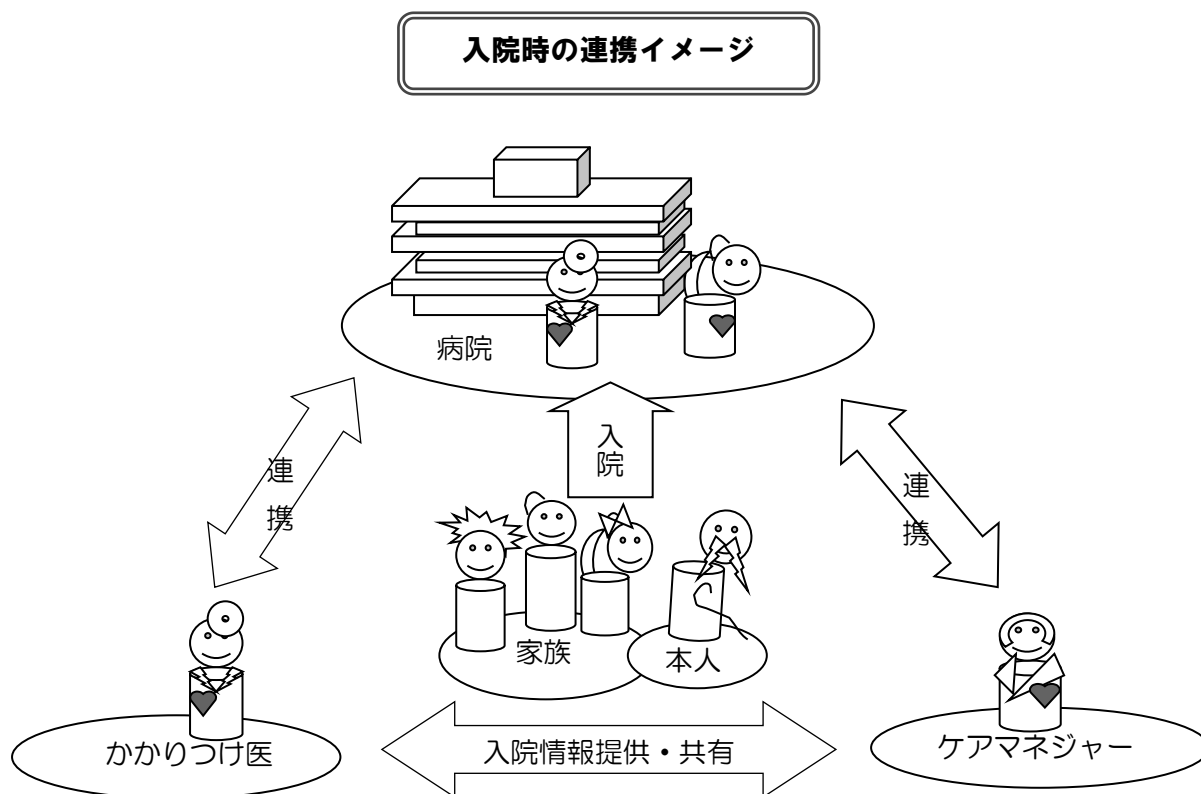
- 平時から病院が発信している情報等により、病院の体制、機能、連絡相談窓口を把握しておく。
- 「入院時情報提供書」を平時から確認し、入院時に必要となる情報を意識した上で本人・家族の意向についても変化がないか、定期的に確認し記載をしておくことが望ましい。
- 入院した連絡を受けた場合は、速やかに入院先の医療機関に連絡を取り、入院時連携を行う。求めに応じて直近のケアプラン、基本情報、情報提供書等を提供する。
- 入院が判明したら、入院時情報提供書等の要点（既往・服薬・ADL/IADL・意思表示等）をICT ツール（杉介ネット、MCS 等）で共有し、原本は病院の求めに応じて提出する。
- 入院したことをかかりつけ医等在宅チームへ連絡し、情報を共有する。
- かかりつけ医の協力のもと、入院中の本人の状況を確認できる体制を確保し、退院後自宅でのカンファレンス等の予定を調整する。

病院の役割

- 介護保険サービスの利用状況を確認し、担当するケアマネジャーが所属する居宅介護支援事業所、ケア 24 等に入院したことを速やかに連絡する。
- ケアマネジャーの作成した入院時情報提供書等を活用し、これまでの暮らし、入院までの経緯、在宅での支援状況等について情報収集する。
- 入院時スクリーニングの結果（退院支援必要度、家族支援の要否等）のサマリーを ICT ツール（杉介ネット、MCS 等）で共有し、ケアマネジャーと共に早期に日程調整する。
- 退院に向けた本人・家族の思いや意向、病状認識を確認する。
- 入院時カンファレンスには可能な限りケアマネジャーはじめ在宅支援チームに参加してもらい、退院時の状況、退院後のイメージを本人・家族、院内多職種、在宅チーム相互に共有する。

かかりつけ医の役割

- 診療所主導で入院した場合、速やかにケアマネジャーに入院の情報を提供する。
- 診療所主導の入院時は、紹介状の要点（併存疾患・禁忌・療養上の留意点）を ICT ツール（杉介ネット、MCS 等）で共有し、チーム内の情報不一致を最小化する。



(3) 病院から在宅

病院の役割

- 院内で退院までの大まかな日程や治療方針、退院時に想定される状況などを共有するとともに、ケアマネジャー等在宅チームへも速やかに情報提供を行う。
- 退院に向けた核心情報（処方一覧・医療処置・禁忌・連絡先・次回受診）のサマリーを退院前までに ICT ツール（杉介ネット、MCS 等）にて共有する。
- 本人・家族の理解力や社会的な要因等により、介護保険申請や退院後の支援が必要と予測されるケースについては、病院からケア 24 やケアマネジャーへ情報を伝える。
- 病院スタッフはケアマネジャーやケア 24 と協働し、本人・家族が退院後の生活・療養方針の検討・決定ができるよう意思決定支援を行う。
- 退院に向けたカンファレンスを開催し、ケアマネジャー等在宅チームと情報を共有し、退院後の療養生活に円滑に移行できるよう支援する。
- 退院前訪問指導、家屋調査、退院後訪問等を行う場合は、日程調整時からケアマネジャーへ声をかけ、共に自宅の様子を確認し、在宅での療養生活を想定した課題や支援策の検討を行う。
- 退院前カンファレンスを実施する場合は、院内多職種のほか、ケアマネジャーと共に日程調整、在宅チームへの出席を依頼し、退院後の生活のイメージを共有し、生活課題の検討、療養環境の準備・調整を行う。
- 退院に向け、「退院・退所時情報提供書」もしくはその内容について、ケアマネジャーへ伝える。

- 転院や施設入所となる場合も、かかりつけ医・ケアマネジャー等在宅チームにその旨連絡を入れる。
- 退院前カンファレンス、退院前指導等へのケアマネジャー出席記録は制度上必要となるため、開催者は必ず開催後速やかに開催日時、場所、出席者、内容、決定した方針、退院日等の情報を紙またはデータでケアマネジャーに提出し、ケアマネジャーは在宅チームに必要な内容の共有を行う。（杉並区介護保険サービス事業者集団指導、厚生労働省介護保険最新情報参照）

ケアマネジャーの役割

- 病院と連携を取り、退院までの大まかな日程を共有する。
- 退院前訪問指導が決まったら、出来るだけ同行する。
- 退院前カンファレンスに参加して欲しい関係職種とその内容を病院に伝え、事前に調整したサービス担当者等と一緒に出席する。
- 退院前カンファレンス、訪問指導等に参加・同行した場合には、病院側からその内容とともに参加したことがわかる書類を受け取り保管する。
- 退院前カンファレンスにケアプラン原案、または直近のケアプランを持参し、病院の協力のもと「退院・退所時情報提供書」を作成して、安全に在宅生活をスタートするための最終調整を行う。
- 退院前カンファレンスでの情報を共有した上で、退院後速やかに本人に必要なサービスについてサービス担当者会議等で確認する。
- かかりつけ医（介護保険主治医意見書記載医師を含む）に、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプラン原案について報告・相談する。
- 必要に応じて、かかりつけ歯科医、かかりつけ薬局の薬剤師等にも、退院前カンファレンスの内容や新しいケアプランについて報告・相談する。
- 転院、施設入所となる場合もあるので、病院と連絡を取り情報を収集し、かかりつけ医等在宅チームで共有する。

かかりつけ医の役割

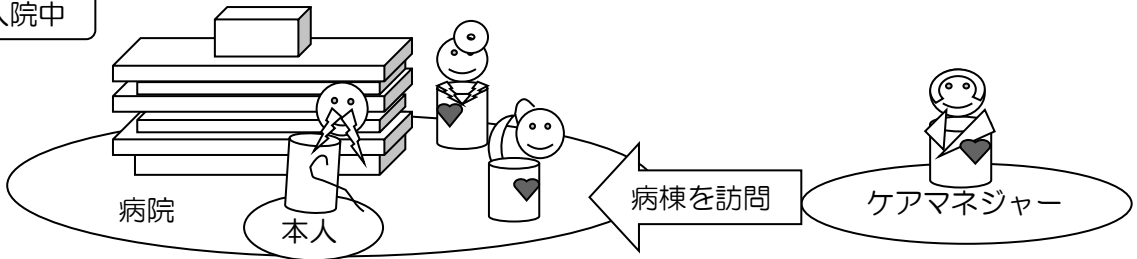
- 退院時カンファレンスには、可能な限り出席する。
- チームの一員として、ケアプラン作成に必要な医療情報等を提供する。
- 必要時には、病院と診療所の医師同士で連携を図る。

医師・ケアマネジャー以外の専門職の役割

- 退院時カンファレンス等には、可能な限り出席する。
- 退院時カンファレンス等での確認事項を、他機関の役割も含め共有する。
- 退院後の訪問看護やリハビリテーション提供に必要な情報を病院から聞き取る。
- ケアマネジャーとも積極的に情報共有する。
- 訪問看護・リハビリスタッフ等は、サービス提供開始前に必要な医療情報の受領（創部管理、リハビリ目標、リスク対応）についてICT ツール（杉介ネット、MCS 等）で確認し、初回所見を共有する。

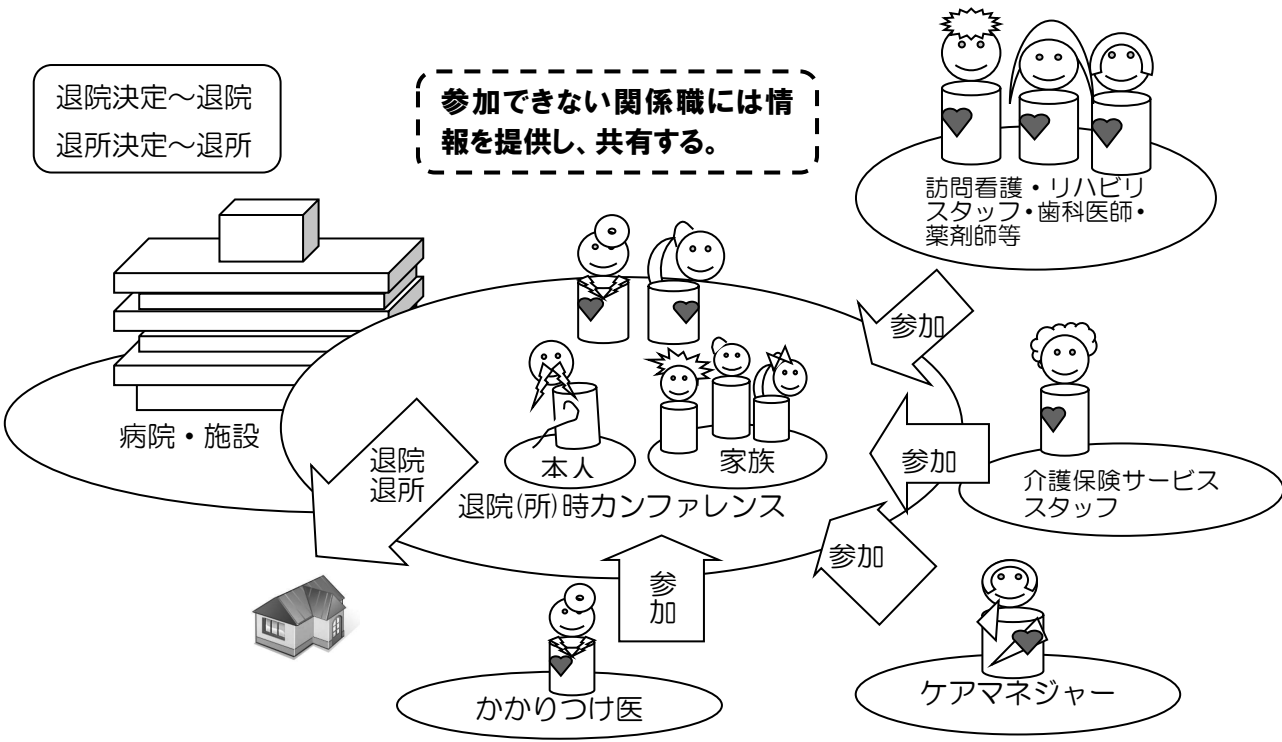
退院(所)時の連携イメージ

入院中

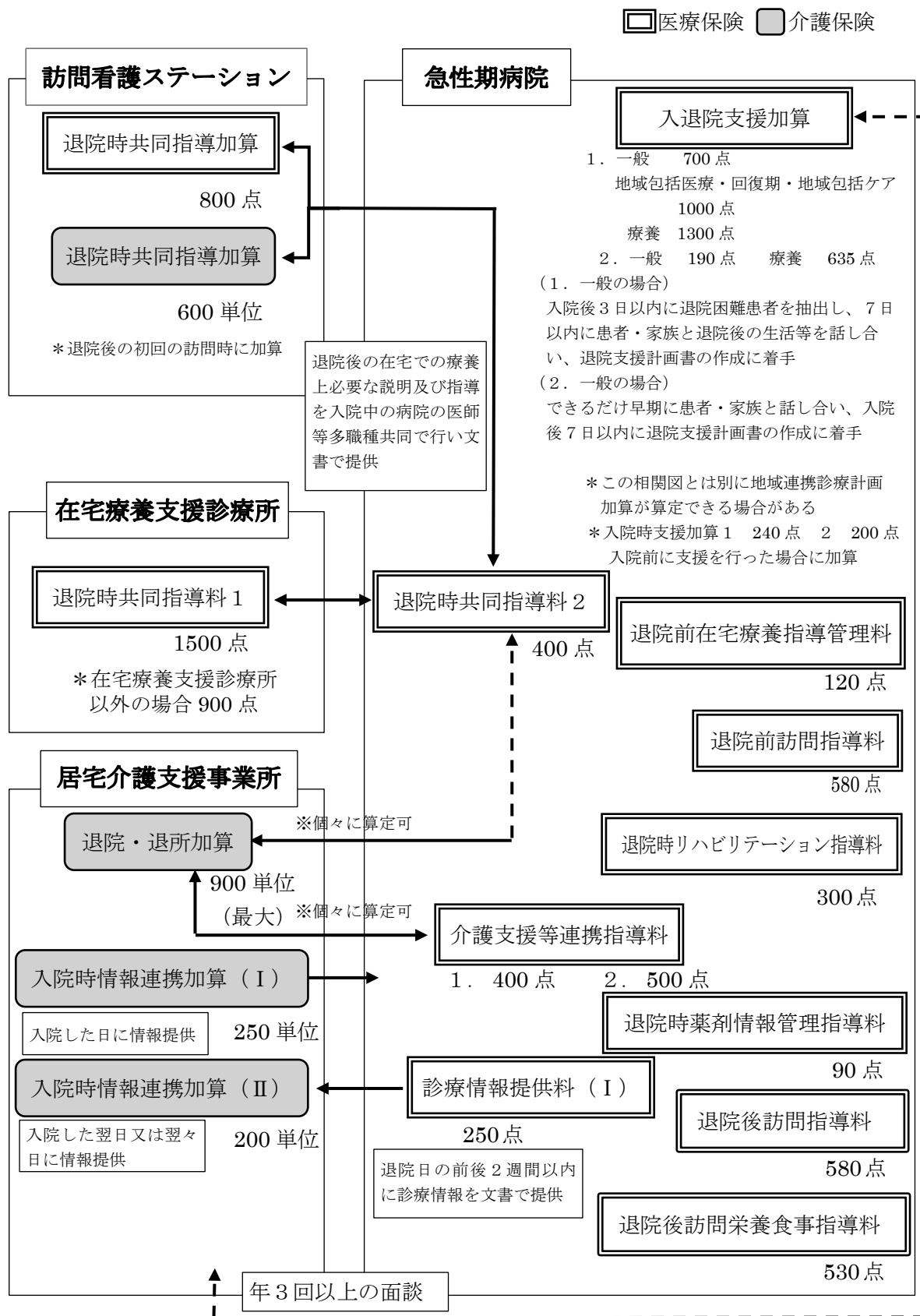


退院決定～退院
退所決定～退所

参加できない関係職には情報を提供し、共有する。



(4) 入退院支援の主な報酬等算定相関図



在宅医療・介護連携における診療報酬と介護報酬 平成30年10月
(関東信越厚生局 健康福祉部 地域包括ケア推進課) を更新

3. 杉並区共通様式の活用方法

杉並区共通様式は、他の独自の様式の使用を妨げるものではないが、特に支障がなければ、共通様式を利用する。

(1) 活用目的

よりよい連携を実践するツールとして作成した杉並区共通様式を活用することで、多職種・多機関の一層の連携強化と効率的な情報共有を目指し、よりよい在宅療養支援の実現を図る。

(2) 杉並区共通様式の名称・主な用途

①「医療⇄介護 連絡（照会）票」

- ・ケアマネジャーが担当になったことの自己紹介、近況報告、相談等
- ・介護保険認定の更新時期が近づいたことのお知らせ
- ・サービス担当者会議開催のお知らせや欠席時の意見の聴取
- ・軽度者への福祉用具貸与の意見書を求める際の送り状
- ・普段のかかりつけ医以外の専門科等を受診する際の情報提供
- ・在宅療養者の状態や環境の変化などについてケアマネジャーへの随時の報告など

②「入院時情報提供書」「退院・退所時情報提供書」*〔 〕内は〔記入者〕

「入院時情報提供書」

- 入院時情報連携として入院先の病院への情報提供〔ケアマネジャー〕
- 居宅サービスや施設サービス利用時の情報提供〔ケアマネジャー〕
- 入院時情報連携加算の確認書類として使用〔ケアマネジャー〕

「退院・退所時情報提供書」

- 退院時カンファレンス参加時や病院訪問時の聞き取り〔ケアマネジャー〕
- 退院時の医療側からケアマネジャーへの情報提供〔病院関係者〕
- 転院・入所時、医療側から転院先・施設への情報提供〔病院関係者〕
- 退院・退所加算の確認書類として使用〔ケアマネジャー〕
- 介護支援等連携指導料の確認資料として使用〔病院関係者〕

(3) 留意事項

- チーム内での情報のやり取りは、状況により適切な手段で対応する。杉並区共通様式はその中のひとつの手段として活用する。
- 病院・かかりつけ医とのやり取りには、場合により文書料や診療情報提供料などがかかることを、事前に家族・本人に説明する。

【個人情報に記載された杉並区共通様式の扱いについて】

①持参、本人・家族に託す、又は郵送でのやり取りを基本とする。
(郵送で返送が必要な場合は返信用封筒を同封する。)

②氏名の一部を伏字にする等個人情報特定回避の方策をとれば、FAX・メールなどでも可能。電話連絡をした上で送信する。

※その他、個人情報の保護及びその適正な取り扱いについては、「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイダンス」(個人情報保護委員会・厚生労働省平成29年4月14日通知、令和7年6月一部改正)に基づく。

ガイドライン作成協力団体・機関

(「杉並区在宅医療推進協議会 連携作業部会」平成26年3月)

杉並区医師会・区内病院(医師・看護師・相談員など)、杉並区歯科医師会、杉並区薬剤師会、杉並区訪問看護ステーション連絡会、通所リハビリテーション対応機関、訪問リハビリテーション対応機関、杉並区ケアマネジャー協議会、杉並区訪問介護事業者協議会、杉並区通所介護事業者連絡会、訪問入浴事業所、杉並区福祉用具貸与連絡会、地域包括支援センター(ケア24)、介護老人保健施設、ショートステイ対応施設、杉並区保健福祉部

杉並区 在宅医療・生活支援センター
〒167-0032 杉並区天沼3-19-16
ウェルファーム杉並複合施設棟3階
TEL: 03-5335-7317(直通)
FAX: 03-5335-7318

医療⇔介護 連絡（照会）票

事業所種別	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他	作成日	年	月	日
事業所名		事業所名			
TEL		事業所番号			
FAX		住所			
先生 あて		TEL		FAX	
		担当者名		添付文書 (本紙含む)	枚

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、先生からのご指示をいただきたく、ご連絡させていただきま
した。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご回答をお願いいたします。

◆利用者の情報

ふりがな		性別	生年月日			
氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日 () 歳
要介護度		申請状況		～		
住所		認定有効 期間				
		電話		-	-	

◆照会・質問者記載欄

返信希望の有無	<input type="checkbox"/> 返信願います	<input type="checkbox"/> 返信不要です
照会目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的所見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）における医学的所見 <input type="checkbox"/> サービスの導入・利用について	<input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催のお知らせ <input type="checkbox"/> その他
《内容》		
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きましては、		
<input type="checkbox"/> 今回、ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡させていただいております。【同意日： 年 月 日】		
<input type="checkbox"/> 契約時の同意に基づき、介護支援のために必要な手続きとして、ご連絡させていただいております。		

◆主治医・担当者記載欄

照会についての 連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします（日時： 月 日 時頃に来院ください） <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします（日時： 月 日 時頃に電話を ください・します） <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します ⇒ [<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 出席できません ()
《回答内容》	★サービス担当者会議欠席に伴う本連絡票でのご回答については、原則無料をお願いいたします。★
	年 月 日 () サイン

記載（入力）のポイント

医療⇄介護 連絡（照会）票

事業所種別	<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他
事業所名	宛先、発信元ともに特に職種を限定していません。診療所や病院へ送付の際は、ケアマネタイム、杉並区内病院の連携窓口を参照する。
TEL	
宛先に合わせて変更可能。	
先生 あて	

作成日 年 月 日

医療⇄介護という表記になっていますが、ケアマネ⇄医師のやり取り以外にも、訪看⇄ヘルパー、ケアマネ⇄歯科医師、訪看⇄薬剤師、ケアマネ⇄ヘルパーなど各職種間での連絡に使用可能です。

住所			
TEL		FAX	
担当者名		添付文書 (本紙含む)	枚

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、先生からのご指示をいただき、受信側が受けやすいよう必ず記入する。ただきま

先生からのご指示をいただき、受信側が受けやすいよう必ず記入する。ただきま

◆利用者の情報

ふりがな		性別		生年月日				
氏名		男・女	明・大・昭	年	月	日	()	歳
要介護度		申請状況		認定有効期間	~			
住所	個人情報の記載は必要最低限に。FAXを利用の際は個人情報特定されないよう工夫の上送信する。			電話		-		-

◆照会・質問者記載欄

返信希望の有無 返信願います 返信不要です

照会目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的所見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与（購入）における医学的所見 <input type="checkbox"/> サービスの導入・利用について	<input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等 <input type="checkbox"/> サービス担当者会議開催のお知らせ <input type="checkbox"/> その他
------	--	--

《内容》

質問時：聞きたい内容ははっきりと具体的に、手短かに記入する。

報告時：「いつ・どこで・だれが・なにを・どのように」がわかる内容で報告し、報告の目的もはっきりさせる。

会議開催の連絡、訪問日時のお伺いなど記載例も参考に活用してください。

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きましては、

今回、ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡させていただいております。【同意日： 年 月 日】

契約時の同意に基づき、介護支援のために必要な手続きとして、ご連絡させていただいております。

◆主治医・担当者記載欄

照会についての連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします（日時： 年 月 日 時頃に来院ください） <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします（日時： 年 月 日 時頃に電話をください・します） <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input type="checkbox"/> FAXで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します ⇒ [<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input type="checkbox"/> 出席できません ()
《回答内容》	★サービス担当者会議欠席に伴う本連絡票でのご回答については、原則無料をお願いいたします。★
介護保険サービス提供に関する医師の意見照会に回答する際は、分かりやすい表現での記入をお願いします。	
平成 年 月 日 () サイン	

記載(入力)例

医療⇄介護 連絡(照会)票

作成日 平成26年 4月 X日

事業所種別	<input checked="" type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 病院 <input type="checkbox"/> その他	事業所名	すぎなみケアプラン		
事業所名	すぎなみ内科クリニック	事業所番号	13715*****		
TEL	1122-3344	住所	阿佐谷南*****		
FAX	5566-7788	TEL	3333-****	FAX	同左
すぎ なみすけ 先生 あて		担当者名	すぎ なみこ	添付文書 (本紙含む)	1 枚

日頃より大変お世話になっております。下記の件について、先生からのご指示をいただきたく、ご連絡させていただきました。お忙しいところ誠に恐縮ですが、ご回答をお願いいたします。

◆利用者の情報

ふりがな				性別	生年月日				
氏名	杉●良●			男・女	明・大・昭	年	月	日	()歳
要介護度	要介護3	申請状況		認定有効期間	~		H26.9.4		
住所				電話		-		-	

◆照会・質問者記載欄

返信希望の有無	<input checked="" type="checkbox"/> 返信願います <input type="checkbox"/> 返信不要です	
照会目的	<input type="checkbox"/> ケアプラン作成時の医学的所見について <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与(購入)における医学的所見 <input type="checkbox"/> サービスの導入・利用について	<input type="checkbox"/> 利用者に関する報告等 <input checked="" type="checkbox"/> サービス担当者会議開催のお知らせ <input type="checkbox"/> その他
《内容》先ほど、受付の方にお電話にてお伝えしたケースです。 杉●良●様のサービス担当者会議を 日時：平成26年4月DD日(金) 17:30より 場所：杉●様宅にて開催。検討内容は添付資料の通りです。		
なお、ご出席難しい場合は下欄の《回答内容》に、デイサービス入浴時のバイタルの基準値(血圧、脈拍の上限値下限値)と体温(〇〇度以下)及び、その他の注意事項についてご指示ください。		
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きましては、 <input type="checkbox"/> 今回、ご本人・ご家族の同意を得て、ご連絡させていただいております。【同意日： 年 月 日】 <input checked="" type="checkbox"/> 契約時の同意に基づき、介護支援のために必要な手続きとして、ご連絡させていただいております。		

◆主治医・担当者記載欄

照会についての連絡方法	<input type="checkbox"/> 直接会ってお伝えします (日時： 月 日 時頃に来院ください) <input type="checkbox"/> 電話でお伝えします (日時： 月 日 時頃に電話をください・します) <input type="checkbox"/> 文書で回答します <input checked="" type="checkbox"/> FAXで回答します
サービス担当者会議に	<input type="checkbox"/> 出席します ⇒ [<input type="checkbox"/> 診療所 <input type="checkbox"/> 利用者宅 <input type="checkbox"/> 施設 <input type="checkbox"/> その他 ()] <input checked="" type="checkbox"/> 出席できません ()
《回答内容》 ★サービス担当者会議欠席に伴う本連絡票でのご回答については、原則無料をお願いいたします。★ 入浴について 立ち上がり時ふらつきがあるので、浴槽での転倒などに気をつけること。 血圧収縮期170以上または90以下 拡張期110以上は入浴不可。 心拍数 120以上または50以下 体温37.5度以上は入浴不可。 平成 26年 4月 X日 (主治医) すぎ なみすけ	

入院時情報提供書 <在宅版>

記入日： 年 月 日
 入院日： 年 月 日
 情報提供日： 年 月 日

詳細については、来院（来所）、お電話等にてご連絡いたします。

医療機関名：
 ご担当者名：

事業所名：
 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、____年__月__日時点の在宅生活における利用者情報（身体・生活機能など）を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について				
氏名	(フリガナ)	生年月日	西暦	年 月 日 生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () 有効期間： 年 月 日 ~ 年 月 日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> ____割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (身体・精神・知的)	
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 ()			
2. 家族構成/連絡先について				
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()			
主介護者氏名	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号	
意思決定支援者(代諾者)	(続柄・才)	(同居・別居)	電話番号	
3. 意思疎通について				
視力	<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"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である	
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
眼鏡	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
補聴器	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
4. 口腔・栄養について				
摂食方法	<input type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
摂食嚥下機能障害	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)	
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他 ()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他 ()	
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (<input type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
特記事項				
5. 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	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (職種：)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者による管理 (管理者： 管理方法：)			
服薬介助	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 (介助内容：) <input type="checkbox"/> 全介助			
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 <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
薬剤アレルギー	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	特記事項	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()	
6. かかりつけ医について				
かかりつけ医療機関 1		かかりつけ医療機関 2		
医師名		医師名		
かかりつけ医療機関 3		かかりつけ歯科医療機関		
医師名		歯科医師名		
かかりつけ薬局		訪問看護ステーション		
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報				
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること				
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している (最終実施日： 年 月) <input type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)			
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載				
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照 (書類名：)			
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族 (氏名： 続柄：) (氏名： 続柄：) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他 ()			
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※				
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容			

8. 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	<input type="checkbox"/> 右 upper limb	<input type="checkbox"/> 左 upper limb	<input type="checkbox"/> 右 lower limb	<input type="checkbox"/> 左 lower limb	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（部位・深度・大きさ等）			
褥瘡等への対応	<input type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション		<input type="checkbox"/> 体位変換（時間毎）	<input type="checkbox"/> その他（			<input type="checkbox"/> なし
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動（屋外）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動（屋内）	<input type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
認知機能の状況	みまもりの必要性：日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常にみまもりが必要である								
	見当識：現在の日付や場所等についての程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶：身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに（週1回程度）忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出せる <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	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 <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えれば使える <input type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
	過去半年間における入院 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（頻度： <input type="checkbox"/> 0回 <input type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上）（直近の入院理由： 期間：令和 年 月 日～令和 年 月 日）								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)～(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート（フェイスシート） <input type="checkbox"/> その他（ ペット飼育の有無： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし 特記事項：								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. 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）

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類（戸建て・集合住宅） _____階建て、 居室_____階、 エレベーター（ <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし） 特記事項：								
在宅生活に必要な要件									
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要（								
退院後の支援者	<input type="checkbox"/> 家族の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 支援は見込めない				<input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分・ <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない				
退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 本シート2に同じ		<input type="checkbox"/> 左記以外（氏名：			続柄：		年齢：	
家族や同居者等による虐待の疑い	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり（								
特記事項									

11. カンファレンス等について（ケアマネジャーからの希望）

「退院前カンファレンス」への参加	<input type="checkbox"/> 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	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望（								

入院時情報提供書 <在宅版>

記入日: 00年00月01日
 入院日: 00年00月01日
 情報提供日: 00年00月01日

詳細については、来院（来所）、お電話等にてご連絡いたします。

医療機関名: A病院
 ご担当者名: a相談員様



事業所名: ケアプラン・ウェルファーム
 ケアマネジャー氏名: 荻窪 太郎
 TEL: 00-0000-0000 FAX: 00-0000-0000

利用者(患者)/家族の同意に基づき、00年00月00日時点の在宅生活における利用者情報(身体・生活機能など)を送付します。是非ご活用下さい。

1. 利用者(患者)基本情報について				
氏名	(フリガナ) 杉並 花子 (スギナミ ハナコ)	生年月日	西暦	1940年 11月 10日生
入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (3) 有効期間: 令和7年9月1日 ~ 令和8年8月31日 <input type="checkbox"/> 申請中(申請日 /) <input type="checkbox"/> 区分変更(申請日 /) <input type="checkbox"/> 未申請			
障害高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input type="checkbox"/> A2 <input checked="" type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	認知症高齢者の日常生活自立度	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input type="checkbox"/> IIb <input checked="" type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	
介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	障害手帳の有無	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(身体・精神・知的)	
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()			
2. 家族構成/連絡先について				
世帯構成	<input type="checkbox"/> 独居 <input checked="" type="checkbox"/> 高齢者世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 <input type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他()			
主介護者氏名	杉並 杉太郎 (続柄 夫・83才)	(同居・別居)	電話番号	××-××××-××××
意思決定支援者(代話者)	千代田 並代 (続柄 長女・54才)	(同居・別居)	電話番号	××-△△△△-△△△△
3. 意思疎通について				
視力	<input checked="" 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"/> 会話に支障がない <input type="checkbox"/> 複雑な会話はできないが、普通に会話はできる <input checked="" type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 会話が成り立たないが、発語はある <input type="checkbox"/> 発語がなく、無言である	
聴力	<input type="checkbox"/> 問題なし <input checked="" type="checkbox"/> やや難あり <input type="checkbox"/> 困難			
眼鏡	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
補聴器	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
4. 口腔・栄養について				
摂食方法	<input checked="" type="checkbox"/> 経口 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 静脈栄養	食物アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
摂食嚥下機能障害	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	水分(とろみ)	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(<input type="checkbox"/> 薄い・ <input type="checkbox"/> 中間・ <input type="checkbox"/> 濃い)	
食形態(主食)	<input type="checkbox"/> 米飯 <input checked="" type="checkbox"/> 軟飯 <input type="checkbox"/> 全粥 <input type="checkbox"/> その他()	食形態(副食)	<input type="checkbox"/> 普通 <input checked="" type="checkbox"/> 軟菜 <input type="checkbox"/> その他()	
義歯使用	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(<input checked="" type="checkbox"/> 部分・ <input type="checkbox"/> 総)	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	<input checked="" type="checkbox"/> できる <input type="checkbox"/> できない	
歯の汚れ	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり	歯肉の腫れ、出血	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
特記事項				
5. 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	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり	居宅療養管理指導	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(職種:)	
薬剤管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者による管理(管理者: 夫 管理方法: 通所用バック内に保管 ⇒ 通所先へ持参)			
服薬介助	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助(介助内容:) <input type="checkbox"/> 全介助			
服薬状況	<input type="checkbox"/> 処方通り服用 <input checked="" 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 <input type="checkbox"/> 服薬拒否			
薬剤アレルギー	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	特記事項	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり()	
6. かかりつけ医について				
かかりつけ医療機関1	B診療所	かかりつけ医療機関2	C診療所	
医師名	b医師	医師名	c医師	
かかりつけ医療機関3		かかりつけ歯科医療機関	D歯科クリニック	
医師名		歯科医師名	d歯科医師	
かかりつけ薬局	E薬局	訪問看護ステーション	F訪問看護ステーション	
7. 人生の最終段階における医療・ケアに関する情報				
※本人の意思は変わりうるものであり、本記載が最新の意向を反映しているとは限らないため、常に最新の意向の確認が必要であることについて十分に留意すること				
意向の話し合い	<input type="checkbox"/> 本人・家族等との話し合いを実施している(最終実施日: 年 月) <input checked="" type="checkbox"/> 話し合いを実施していない (<input type="checkbox"/> 本人からの話し合いの希望がない <input type="checkbox"/> それ以外)			
※本人・家族等との話し合いを実施している場合のみ記載				
本人・家族の意向	<input type="checkbox"/> 下記をご参照ください <input type="checkbox"/> 別紙参照(書類名:)			
話し合いへの参加者	<input type="checkbox"/> 本人 <input type="checkbox"/> 家族(氏名: 続柄:) (氏名: 続柄:) <input type="checkbox"/> 医療・ケアチーム <input type="checkbox"/> その他()			
医療・ケアに関して本人または本人・家族等と医療・ケアチームで話し合った内容※				
その他	上記の他、人生の最終段階における医療・ケアに関する情報で医療機関と共有したい内容			

8. 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	<input type="checkbox"/> 右上肢	<input type="checkbox"/> 左上肢	<input type="checkbox"/> 右下肢	<input type="checkbox"/> 左下肢	褥瘡等の有無	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (部位・深度・大きさ等: 下記に添付)			
褥瘡等への対応	<input checked="" type="checkbox"/> エアーマット		<input type="checkbox"/> クッション	<input type="checkbox"/> 体位変換 (時間毎)	<input type="checkbox"/> その他 ()	<input type="checkbox"/> なし			
移乗	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	移動	<input type="checkbox"/> 自立	<input checked="" type="checkbox"/> 見守り	<input type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
移動 (屋外)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他	移動 (屋内)	<input checked="" type="checkbox"/> 杖	<input type="checkbox"/> 歩行器	<input type="checkbox"/> 車椅子	<input type="checkbox"/> その他
食事	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助	排泄	<input type="checkbox"/> 自立	<input type="checkbox"/> 見守り	<input checked="" type="checkbox"/> 一部介助	<input type="checkbox"/> 全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 ()								
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
認知機能の状況	みまもりの必要性: 日常生活で安全に過ごすためにどの程度ほかの人によるみまもりが必要か <input type="checkbox"/> 見守ってもらうことなく過ごすことができる <input type="checkbox"/> 1日1回様子を確認してもらえれば一人で過ごすことができる <input checked="" type="checkbox"/> 半日程度であれば見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 30分程度ならみまもってもらわなくても一人で過ごすことができる <input type="checkbox"/> 常のみまもりが必要である								
	見当識: 現在の日付や場所等についての程度認識できるか <input type="checkbox"/> 年月日はわかる <input checked="" type="checkbox"/> 年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる <input type="checkbox"/> 場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰かわかる <input type="checkbox"/> その場にいる人が誰かわからないが、自分の名前はわかる <input type="checkbox"/> 自分の名前がわからない								
	近時記憶: 身近なものを置いた場所を覚えているか <input type="checkbox"/> 常に覚えている <input type="checkbox"/> たまに (週1回程度) 忘れることがあるが、考えることで思い出せる <input checked="" type="checkbox"/> 思い出せないこともあるが、きっかけがあれば自分で思い出すこともある <input type="checkbox"/> きっかけがあっても、自分では置いた場所をほとんど思い出せない <input type="checkbox"/> 忘れたこと自体を認識していない								
	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 <input type="checkbox"/> 自由に操作できる <input type="checkbox"/> チャンネルの順送りなど普段している操作はできる <input type="checkbox"/> 操作間違いが多いが、操作方法を教えれば使える <input checked="" type="checkbox"/> リモコンを認識しているが、リモコンの使い方が全くわからない <input type="checkbox"/> リモコンが何をやるものかわからない								
過去半年間における入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり (頻度: <input type="checkbox"/> 0回 <input checked="" type="checkbox"/> 1回 <input type="checkbox"/> 2回以上) (直近の入院理由: 尿路感染症) 期間: 令和 6年 11月 10日 ~ 令和 6年 12月 4日)								

9. 入院前の生活における介護/医療の状況、本人の関心等

介護/医療の状況・本人の関心等	介護・医療サービスの利用状況、生活歴や趣味・嗜好等 同封の書類をご確認ください。 <input checked="" type="checkbox"/> 居宅サービス計画(1)~(3) <input type="checkbox"/> アセスメントシート (フェイスシート) <input type="checkbox"/> その他 () ペット飼育の有無: <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし 特記事項:								
-----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--

10. 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)

住環境 ※可能ならば「写真」などを添付	住居の種類 (<u>戸建て</u>) 集合住宅) _____階建て、 居室 _____階、 エレベーター (<input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし) 特記事項:								
在宅生活に必要な要件	介護者が必要								
世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input checked="" type="checkbox"/> 必要 (夫の体調)								
退院後の支援者	<input checked="" type="checkbox"/> 家族の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 家族以外の支援が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 支援は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や家族以外の支援者はいない								
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 本シート2と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名: _____ 続柄: _____ 年齢: _____)								
家族や同居者等による虐待の疑い	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり ()								
特記事項									

11. カンファレンス等について (ケアマネジャーからの希望)

「退院前カンファレンス」への参加	<input checked="" type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 (開催5日前までに連絡いただきたい。)								
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	<input type="checkbox"/> 希望あり 具体的な要望 ()								

退院・退所時情報提供書

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 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)					
	氏名	様	男・女	歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・ <input type="checkbox"/> 要介護 () <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 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)									
	入院・入所先	施設名			棟			室		
	今後の医学管理	医療機関名：				方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療			
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	①	②	③	疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()			
	移動手段	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項：)								
	排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ () (特記事項：)								
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず (特記事項：)								
	食事形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 水分トロミ <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項：)					UDF等の食形態区分			
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(時々・常に) (特記事項：)			義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総) (特記事項：)				
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 (特記事項：)				入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記事項：)				
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項：)								
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 () (特記事項：)					眠剤使用 <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記事項：)			
	認知・精神	<input type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項：)								

2. 課題認識のための情報

② 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <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 () (特記事項：)							
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <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 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項：)							
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 本人指導 <input type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習(ストレッチ含む) <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/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理(痛みコントロール) <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 () (特記事項：)							
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)					
	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり								

(様式改訂：令和8年3月) ※裏面に続く

③ 受 け 止 め / 意 向	本人への病名告知 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	キーパーソン (告知を受けた人) 続柄	()		
	<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				
症状・病状の予後・予測					
服薬管理等	薬剤名等	朝	昼	晩	夜
	(特記事項)				
退院に際しての日常生活の留意点 (心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見 (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)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等) について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件					
福祉用具	貸与・購入の必要性 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	導入方法 : <input type="checkbox"/> 貸与 <input type="checkbox"/> 購入			
	品目: <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (柵、介助バー、サイドテーブル等) <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (エアマット等の体圧分散マットレス、褥瘡予防用具) <input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 <input type="checkbox"/> その他 ()				
確認日 (提供者、職種)	カンファレンス参加者 (職種)、確認事項等				確認日 (確認者、職種)
____年 ____月 ____日 (提供者 _____) (職種 _____)					____年 ____月 ____日 (確認者 _____) (職種 _____)

※ 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。

(様式改訂：令和8年3月)

退院・退所時情報提供書

1. 基本情報・現在の状態 等

記入日： 00 年 00 月 00 日

属性	フリガナ	スギナミ ハナコ	性別	年齢	退院(所)時の要介護度 (<input type="checkbox"/> 要区分変更)			
	氏名	杉並 花子	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	78 歳	<input type="checkbox"/> 要支援 () ・ <input checked="" type="checkbox"/> 要介護(3) <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> なし			
入院(所)概要	・入院(所)日：H 31年 4月 1日 ・退院(所)予定日：H 31年 4月 22日							
	入院原因疾患(入所目的等)	尿路感染症の治療						
	入院・入所先	施設名 A病院			棟 302 室			
	今後の医学管理	医療機関名： B診療所			方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input checked="" type="checkbox"/> 訪問診療		
① 疾患と入院(所)中の状況	現在治療中の疾患	① 尿路感染症 ② 褥瘡 ③		疾患の状況	*番号記入	安定() 不安定()		
	移動手段	<input checked="" type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 杖 <input type="checkbox"/> 歩行器 <input type="checkbox"/> 車いす <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項： 歩行不安定により要見守り。手すり等使用。)						
	排泄方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input type="checkbox"/> オムツ <input type="checkbox"/> リハビリパンツ <input type="checkbox"/> パット <input checked="" type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブルトイレ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ () (特記事項： 日中夜間ともにリハビリパンツ使用)						
	入浴方法	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> シャワー浴 <input checked="" type="checkbox"/> 一般浴 <input type="checkbox"/> 機械浴 <input type="checkbox"/> 行わず (特記事項： 声かけ、一部介助)						
	食事形態	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 <input checked="" type="checkbox"/> 常食 <input type="checkbox"/> 刻み <input type="checkbox"/> ペースト <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 水分トロミ <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項：)				UDF等の食形態区分		
	嚥下機能(むせ)	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (時々・常に) (特記事項：)		義歯	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり(部分・総) (特記事項： 着脱、洗浄は要介助)			
	口腔清潔	<input checked="" type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良 (特記事項： 入院中は佳し、介助あり)			入院(所)中の使用： <input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> あり (特記事項：)			
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input checked="" type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助 (特記事項： 毎食後声かけ、見守りにて。)						
	睡眠	<input checked="" type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 () (特記事項：)				眠剤使用 <input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり (特記事項：)		
	認知・精神	<input checked="" type="checkbox"/> 認知機能低下 <input type="checkbox"/> せん妄 <input checked="" type="checkbox"/> 徘徊 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 攻撃性 <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項： 入院中であることを忘れる。「お父さんの夕食の支度があるから」と帰ろうとする。)						

2. 課題認識のための情報

② 退院後に必要な事柄	医療処置の内容	<input type="checkbox"/> なし <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"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経鼻栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input checked="" type="checkbox"/> 褥瘡 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 尿路ストーマ <input type="checkbox"/> 消化管ストーマ <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 () (特記事項： 褥瘡は軽度だが、治らずぶり返してきた。毎日のケアを要す。)					
	看護の視点	<input type="checkbox"/> なし <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 checked="" type="checkbox"/> 嚥下 <input checked="" type="checkbox"/> 口腔ケア <input checked="" type="checkbox"/> 清潔ケア <input type="checkbox"/> 血糖コントロール <input checked="" type="checkbox"/> 排泄 <input checked="" type="checkbox"/> 皮膚状態 <input 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 などにおける指導) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 () (特記事項：)					
	リハビリの視点	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 本人指導 <input checked="" type="checkbox"/> 家族指導 <input type="checkbox"/> 関節可動域練習 (ストレッチ含む) <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/立位等基本動作練習 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input checked="" type="checkbox"/> ADL練習 (歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習 (買い物、調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 (痛みコントロール) <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 () (特記事項：)					
	禁忌事項	(禁忌の有無)		(禁忌の内容/留意点)			
	<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり						

(様式改訂：令和8年3月) ※裏面に続く

③ 受け止め / 意向	本人への病名告知 : <input type="checkbox"/> あり <input checked="" type="checkbox"/> なし	キーパーソン (告知を受けた人) 続柄 千代田 並代 (娘)			
	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	病気になるのは知らない。 普通に生活したいがうまくいかない。悔しく、つらい様子みられる。 日や時間によって起き上がりにも苦勞する時がある。明け方に多い。			
	<本人> 退院後の生活に関する意向	「家に帰る。お父さんがいるし、お店のこともあるから。」とよく言っている。			
	<家族> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	夫-「どう手を貸したらいいかわからない。難しい病気だ。長年、丈夫だったのに越も度々出すし、どうなっているのか」等の発言が目立ち、病気の理解、介護等難しい面がある。 娘-「そうそう医者に連れていけない。」の発言があり、理解、協力する意思はあるが、限界がある。			
<家族> 退院後の生活に関する意向	夫-「家に帰ってもらって、平和に過ごしていければ」との意向はある。				
症状・病状の予後・予測	・尿路感染…抗生剤投与で治癒したが、今後も繰り返す可能性がある。 ・褥瘡…離床時間を増やし、清潔が保てなければ再発、悪化もあり得る。				
服薬管理等	薬剤名等	朝	昼	晩	夜
	内服薬「〇〇〇〇、〇〇〇〇」 塗布薬	1T 〇	1T (入浴後〇)	1T	〇
(特記事項)					
退院に際しての日常生活の留意点 (心身状況・環境等)	例) 医療機関からの見立て・意見 (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)、良くなっていく又はゆっくり落ちていく方向なのか 等) について、①疾患と入院中の状況、②本人・家族の受け止めや意向、③退院後に必要な事柄、④その他の観点から必要と思われる事項について記載する。 ・内服薬、塗布薬を処方通りに用いること。 ・離床時間を増やし、活動的に過ごす。 ・清潔を保ち、栄養・水分摂取に留意する。				
在宅復帰のために整えなければならない要件	・訪問看護、訪問介護の導入 ・外来より訪問診療の導入が望ましい。 ・排泄管理等清潔の確保				
福祉用具	貸与・購入の必要性 : <input checked="" type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし	導入方法 : <input checked="" type="checkbox"/> 貸与 <input type="checkbox"/> 購入			
	品目: <input type="checkbox"/> 特殊寝台 <input type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (柵、介助バー、サイドテーブル等) <input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台付属品 (エアマット等の体圧分散マットレス、褥瘡予防用具) <input type="checkbox"/> 車いす・車いす付属品 <input type="checkbox"/> その他 ()				
確認日 (提供者、職種)	カンファレンス参加者 (職種)、確認事項等				確認日 (確認者、職種)
<u>R7 年 12 月 15 日</u> (提供者 A病院外) (職種 医師外)	令和7年12月15日16時~17時A病院にて退院前カンファレンス実施 参加者 杉並花子(本人)、千代田並代(長女)a(Dr)、b(MSW)、c(NS)、d(PT)、e(OT)、 世田谷 確認事項 上記の内容、及び家族関係の変化に留意することを確認				<u>R7 年 12 月 15 日</u> (確認者 世田谷) (職種 ケアマネ)

※ 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。

(様式改訂: 令和8年3月)

医療と介護の連携「すぎなみガイドライン」

令和8年3月改訂版

編集・発行 杉並区 在宅医療・生活支援センター

〒167-0032 杉並区天沼3-19-16

ウェルファーム杉並複合施設棟3階

TEL (03) 5335-7317 (直通)

FAX (03) 5335-7318

☆ 杉並区公式ホームページで各様式がダウンロードできます。

<https://www.city.suginami.tokyo.jp/s041/1208.html>

二次元コードはこちらから👉

