

旭川市

入退院時の医療と介護の連携の手引

旭川市福祉保険部長寿社会課

令和2年3月発行

はじめに

医療と介護の両方を必要とする高齢者が増える中で、住み慣れた地域で、自分らしい暮らしを最期まで続けるためには、医療と介護を一体的に提供できるよう、医療・介護関係者の連携を推進することが求められています。そのためには、医療と介護の関係者が、お互いの立場を尊重した上で協力し合う体制の構築が必要となります。

しかしながら、業務が多忙な中、連携を図ることは決して容易なことではありません。

また、相手方に伝えたい情報、相手方に確認したい情報があったとしても、連携の方法が分からない、いつ、どのように連絡したらよいか分からない、場合によっては連絡をする必要性すら分からないといった状況もあったかもしれません。

そこで、医療と介護の関係者と検討を重ね、本手引を作成しました。

本手引では、お互いが気軽に連絡を取り合える関係になれることを目指して、まずはシンプルに、「気付いた方から連絡する」というルールづくりから始めることにしました。運用後も、必要に応じて関係者と検証・協議し、見直しを行ってまいります。

「いつまでも住み慣れた地域で安心して生活できる」旭川市になることを目指して、関係者の皆様がお互いに気持ちよく連携するために、手引を御一読いただけたら幸いです。

手引の作成に当たり、関係者の皆様からの多大なる御協力を賜り、感謝申し上げます。この手引が皆様の連携の一助となりますことを願っています。



< 目 次 >

入退院連携の手引について	1ページ
1 連携のルール	2ページ
2 連携に当たってのエチケット	3ページ
3 入退院支援の流れとポイント	
(1) 入院前に担当のケアマネジャーが決まっている場合	4～5ページ
(2) 入院前に担当のケアマネジャーが決まっていない場合	6～7ページ
4 「あさひかわ安心つながり手帳」とは	8ページ
5 連携ツール（標準様式）について	9～15ページ

<参考資料>

1 地域包括支援センターの名称及び担当圏域	17～18ページ
2 医療機関連携窓口の紹介	19～23ページ
3 入院時情報提供書	24～25ページ
4 退院時連携シート	26～27ページ
5 主治医とケアマネジャーの連絡票	28ページ
6 軽度者の福祉用具申請に係る連絡票	29ページ

入退院連携の手引について

1 手引の位置付け

この手引は、病院等と介護支援専門員（以下「ケアマネジャー」といいます。）の連携を図りやすくするための標準を定めたものであり、強制的な効力を持つものではありません。

手引に示しているルール、流れ、様式等は、飽くまでも「目安」となります。個別の事情に応じた対応が必要な場合がありますので、関係者間で入退院に向けた支援の流れを共有しておくことが重要です。

2 連携支援の対象者について

対象者は基本的に、退院後に介護保険サービスの利用を予定する旭川市在住の方とします。

- (1) 入院前に担当のケアマネジャーが決まっている場合
（入院前に介護保険サービスを利用していた方等）



4 ページ

- (2) 入院前に担当のケアマネジャーが決まっていない場合
（退院後に新たに介護保険サービスを利用する方等）



6 ページ



1 連携のルール

職種や立場、職場等の違いにより、関係する法律や制度、役割等も異なります。

お互いに気持ちよく仕事をするために、他の職種の専門性や役割等を理解し、思いやりを持った対応を心掛けましょう。

医療関係者は、病院等で患者に医療を提供することが仕事であり、治療することが優先です。患者の状態によっては一分一秒を争うような現場で働くこともあります。

午前中は業務多忙な病院が多いため、急ぎでない場合は、午後の連絡がよいでしょう。

ケアマネジャーは、在宅又は施設等で利用者が安心して生活できるよう、日常生活を支援することが仕事です。本人・家族をはじめ、様々な関係者と連絡調整を図りながら仕事をしています。

訪問等に出ていることも多いため、不在の時は、所属先と氏名、連絡先を対応者に伝え、折り返し連絡をもらえるよう依頼しましょう。

< 旭川市の基本ルール >

1 患者が入院する場合

次のいずれかについて、早く把握した方が相手方に連絡します。

(1) 病院等が担当ケアマネジャーを把握した場合

→病院等から担当ケアマネジャーに連絡

(2) 担当ケアマネジャーが入院を把握した場合

→担当ケアマネジャーから病院等に連絡

2 患者が退院する場合

在宅でのサービス調整等の期間を考慮し、退院予定日が決まり次第、速やかに病院等がケアマネジャーに連絡します。

※入院時の情報提供時に、病院等から退院時期の目安を確認していた場合は、その時期にケアマネジャーから病院等に連絡することも重要です。

2 連携に当たってのエチケット

連携に当たり、ルールは大切ですが、それ以上に大切なのはエチケットです。

第一印象で連携のしやすさは変わってきます。相手を思いやり、気持ちよく連携できるように、次のことを意識しましょう。

○お互いに思いやりを持ち、丁寧な対応を心掛けましょう

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理解し、思いやりを持って丁寧な対応を心掛けましょう。

お互いに非難をしないで気持ちよく仕事をしましょう。

専門用語を使わず、分かりやすい言葉で、ゆっくり、はっきり説明しましょう。

○時間を意識しましょう

用件の内容がどの程度急ぐ必要があるのかを判断して連絡を取ります。

時間は限られていることを意識し、用件を簡潔にまとめ、端的な話し方を意識しましょう。緊急時以外は、連絡する時間帯にも配慮が必要です。

相手が回答に要する時間も踏まえ、余裕を持った連絡を心掛けましょう。

○アポイントメントを取りましょう

病院等を訪問する場合は、必ず事前にアポイントメントを取りましょう。

急な訪問では、対応できないこともあります。

○名前をきちんと伝えましょう

自分の所属、名前を伝えます。

訪問する場合は、名札を着用する等、相手が名前を確認しやすいように配慮しましょう。

○担当者不在時の体制を整備しておきましょう

緊急時を含め、担当者不在時でも対応できるように体制を整えておきましょう。

○見やすい文字で、簡潔に書きましょう

文書を提供する場合は、見やすい文字で、一目で記載されている内容が分かるように要点を箇条書きにする等、簡潔に書く工夫をしましょう。

3 入退院支援の流れとポイント

(1) 入院前に担当のケアマネジャーが決まっている場合

	病院等	ケアマネジャー	ポイント
在宅 ↓		<p>①利用者の入院を早期に把握するための工夫</p> <p>○利用者には、入院の際には、医療保険証、介護保険被保険者証等と合わせて「あさひかわ安心つながり手帳」を持参し、病院の担当者に担当のケアマネジャーがいることをお知らせするよう、説明しておく</p> <p>○利用者・家族に、入院した場合は、ケアマネジャーに連絡をもらえよう伝えるよう伝えておく</p> <p>○予定入院の場合は、可能な限り、事前に病院等に情報提供しておく</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・「あさひかわ安心つながり手帳」(8ページ参照)を持っている人は、担当のケアマネジャーがいます ・手帳には、ケアマネジャーの氏名、利用しているサービス等が記載されており、連携相手を確認できます ・介護保険被保険者証には、担当の居宅介護支援事業所名が記載されています
入院 ↓	<p>②入院の連絡 本人・家族からの聞き取りや「あさひかわ安心つながり手帳」等から担当のケアマネジャーを把握し、原則として入院から3日以内に連絡する。</p>	<p>③入院時情報提供書の送付 入院を把握したら、情報提供書を作成し、原則として3日以内に病院等に提供する。 ※病院等に持参する場合は、事前に電話連絡する。</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・病院等によって連絡方法が異なりますので、連絡方法の確認をしましょう ・緊急入院の場合は、病院からの連絡がなければ、ケアマネジャーは入院を把握できないこともあります ・情報提供時に、入院日数の目安を確認できると、今後の計画が立てやすくなります

「病院等がケアマネジャーを把握」又は「ケアマネジャーが入院を把握」、どちらか早い方が相手方にアプローチしましょう。

<p>入院中</p> 		<p>(必要に応じて) 利用者の状況を確認するため、面会する</p> <ul style="list-style-type: none"> ○病院等から必要な情報を収集する (病状説明の同席等) ○退院後の生活を見据え、ケアプランの変更を検討する 	<ul style="list-style-type: none"> - 顔の見える関係づくりのため、ケアマネジャーは可能な限り、病院等に向いて情報収集を行います - 質問する時は、「はい/いいえ」で答えられるよう、簡潔な質問を心掛けましょう
<p>退院の調整</p> 	<p>④ 患者の退院見込みを連絡 在宅でのサービス調整等の期間を考慮し、退院予定日が決まり次第、速やかにケアマネジャーに連絡する。</p>	<p>⑤ 身体状況等の情報収集と退院に向けた調整</p> <ul style="list-style-type: none"> ○退院の時期、身体状況等の変化の有無、必要となりそうなサービスを確認する ○状況に応じて、ケアマネジャーが病院等に向いて情報収集を行う ○利用者と家族に意向を確認し、サービス調整、ケアプランの原案を作成する <p>※入院時に退院時期の目安を聞いていた場合は、ケアマネジャーからの連絡も重要です</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ケアマネジャーは、病院等からの情報提供の方法（電話、FAX等）は様々であることを理解しておきましょう - ケアマネジャーは、退院時には必要な情報を聞き取る姿勢で臨みましょう - 病院等で退院前カンファレンスを開催する場合は、ケアマネジャーの参加は有効な情報収集の方法の一つです
<p>退院</p> 			
<p>退院後</p> 	<p>⑦ (必要に応じて) 退院サマリーの提供</p>	<p>⑥ (必要に応じて) ケアプランの提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> - ケアマネジャーには、ケアプランの写しを主治医に提供する義務があります

※入院前に担当のケアマネジャーが決まっている場合は、要支援・要介護を問わず、引継ぎを行うようにしましょう。

(2) 入院前に担当のケアマネジャーが決まっていない場合

	病院等	ケアマネジャー 又は地域包括支援センター	ポイント
<p>入院</p> 	<p>①ケアマネジャーの確認 本人・家族等からの聞き取り，介護保険被保険者証等の確認により，要介護等認定の有無・担当のケアマネジャーがいないことを確認する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> 要介護等認定を受けていても，介護保険サービスを利用しておらず，担当のケアマネジャーがいない場合があります 担当のケアマネジャーがいる場合は，「あさひかわ安心つながり手帳」を持っています
<p>退院の見込み</p> 	<p>②退院調整の必要性の判断 入院後7日程度を目途に，退院調整の必要性を判断する。 必要な場合は，患者と家族の希望を基本とした上で，家族等による介護保険申請やケアマネジャーの選定を支援する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ケアマネジャーは，担当できる人数が決まっています 依頼を受けても，受け入れできない場合があります

	<ul style="list-style-type: none"> ・要介護が見込まれる場合 → 居宅介護支援事業所に連絡する ・要支援が見込まれる場合 又は判断に迷う場合 → 地域包括支援センターに連絡する <p>※居宅介護支援事業所等を紹介する場合は、可能な限りケアマネジャーに情報提供を行う。</p>	<p>③病院等からの連絡を受け、情報収集と退院に向けた調整開始</p> <p>○退院の時期、身体状況等の変化の有無、必要となりそうなサービスを確認する</p> <p>○状況に応じて、ケアマネジャーが病院等に出向いて情報収集を行う</p> <p>○利用者と家族に意向を確認し、サービス調整、ケアプランの原案を作成する</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・顔の見え関係づくりのため、ケアマネジャーは可能な限り、病院等に出向いて情報収集を行います ・ケアマネジャーは、病院等からの情報提供の方法（電話、FAX等）は様々であることを理解しておきましょう
<p>退院の調整</p> 	<p>④患者の退院見込みを連絡 退院の目的が立ったら、在宅等でのサービス調整等の期間を考慮し、速やかにケアマネジャーに連絡する。</p>		<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーは、退院時には必要な情報を聞き取る姿勢で臨みましょう
 <p>退 院</p>			
<p>退院後</p> 	<p>⑦（必要に応じて）退院サマリーの提供</p>	<p>⑥（必要に応じて）ケアプランの提供</p>	<ul style="list-style-type: none"> ・ケアマネジャーには、ケアプランの写しを主治医に提供する義務があります

4 「あさひかわ安心つながり手帳」とは

本市では、医療と介護の関係者が連携相手を把握することを目的に、平成30年9月から介護サービス等を利用されている高齢者に対し、担当のケアマネジャーが「あさひかわ安心つながり手帳」を配付する取組を開始しました。

手帳には、本人の緊急連絡先や担当のケアマネジャーの氏名等を記載する欄を設けており、この手帳を活用することで、医療機関は入院した患者に関わる連携相手を把握することができます。

1 手帳の目的

(1) 本人と関わりのある医療機関や介護事業所、緊急時の連絡先等に関する情報を記入することで医療・介護関係者が、連携相手を把握することを支援します。



(2) ビニールカバーのポケットに被保険者証、診察券、お薬手帳等を収納することにより、本人の利便性の向上に加え、医療・介護関係者の被保険者証等の確認が円滑になります。

※介護保険被保険者証でも担当の居宅介護支援事業所を確認できます



2 配付対象及び方法

旭川市に住民登録がある介護保険サービス利用者に、ケアマネジャー等が配付します。

3 連絡先の記入のお願いとラベルシールの活用について

基本的には本人又は家族が必要事項を記入することになっていますが、身体状況等により記入できない場合もあります。利用者が手帳を所持していることを確認し、連絡先が記入されていない場合には、本人又は家族に確認の上、医療関係者は手帳の5及び6ページに、ケアマネジャーは9ページに、連絡先等の記入に御協力をお願いいたします。

ラベルシールを活用することで、記入の負担を軽減することができます。

事業所名	
担当名	
電話番号	
事業所名	
担当名	
電話番号	()
事業所名	
担当名	
電話番号	()

【ラベル用紙の推奨サイズ】

- ・縦 33.9mm × 横 70mm
- ・縦 33.9mm × 横 66mm

※市のホームページからラベルシールの様式をダウンロードできます。

あさひかわ安心つながり手帳

検索



5 連携ツール（標準様式）について

連携ツール（標準様式）は、日常的に使える連携手段の一つです。

手引に掲載しているツールは、参考様式であり、既存の様式の使用を妨げるものではありません。必要に応じて御活用ください。

<連携ツールの活用に当たっての注意点>

- 1 記載例を参考に、端的に用件を記入するよう心掛けましょう。
- 2 FAX を利用する場合は、情報提供することについて、事前に相手方に電話で連絡をしましょう。
- 3 病院等に持参する場合も、事前に相手方に連絡し、アポイントメントを取りましょう。
- 4 退院時連携シートは、ケアマネジャーが病院等からの聞き取りを行い、記入することを前提としています。病院等に退院までに記入するよう求めることは避けましょう。

使用場面	連携ツール（標準様式）	使用方法	記載例
入院時	入院時情報提供書	ケアマネジャーから、病院等に提供	P10～P11
退院時	退院時連携シート	ケアマネジャーが病院等に出向き、情報を聞き取り、記入	P12～P13
その他	主治医とケアマネジャーの連絡票	医療系サービスを位置付ける時の医師の意見確認等	P14
	軽度者の福祉用具貸与に係る連絡票	軽度者の福祉用具申請に係る主治医の意見確認	P15

※その他の場面での参考様式は、入退院時の連携に直接関係するものではありませんが、医療と介護の関係者との検討の中で挙げられた意見を基に作成しています。

これらの様式の作成等に係る費用については、各病院等に御確認ください。

1 入院時情報提供書

入院時情報提供書（ケアマネジャー→医療機関）

記入日： R2年 1月 16日

入院日： R2年 1月 15日

情報提供日： R2年 1月 16日

記載例

医療機関名 <input type="checkbox"/> 〇〇病院	居宅介護支援事業所名 <input checked="" type="checkbox"/> △△居宅介護支援事業所
担当者名 ご担当者様	ケアマネジャー氏名 大雪 春子
	TEL 11-1111 FAX 11-1112

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)の情報を提供します。御活用下さい。

利用者(患者)基本情報	フリガナ	アサヒカワ ハナコ		生年月日	明・大・ <input checked="" type="checkbox"/> 15年 9月 8日		
	氏名	旭川 花子 様		性別	男・ <input checked="" type="checkbox"/> 女	年齢 (79) 歳	
	住所	〒070-8525 旭川市6条通9丁目1番2号		電話番号	0166-26-1111		
	住環境	住居の種類 (<input checked="" type="checkbox"/> 戸建て <input type="checkbox"/> 集合住宅) 階建て 居室 1 階 エレベーター (有 ・ 無)		特記事項 ()			
	日常生活自立度	障害高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> J1 <input type="checkbox"/> J2 <input type="checkbox"/> A1 <input checked="" type="checkbox"/> A2 <input type="checkbox"/> B1 <input type="checkbox"/> B2 <input type="checkbox"/> C1 <input type="checkbox"/> C2	<input checked="" type="checkbox"/> 医師の判断			
		認知症高齢者	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> IIa <input checked="" type="checkbox"/> IIb <input type="checkbox"/> IIIa <input type="checkbox"/> IIIb <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> ケアマネジャーの判断			
	障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体 (種 級) <input type="checkbox"/> 精神 (級) <input type="checkbox"/> 知的 (A ・ B)					
	経済状況	<input checked="" type="checkbox"/> 年金 [年金の種類 (国民) 年金] <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他 ()					
	家族構成/連絡先	<ul style="list-style-type: none"> ・キーパーソンに☆印 ・主介護者に※印 ・同居者を線で囲む 	氏名	続柄	年齢	TEL ・ 連絡先等	
			主介護者	山田 〇子	長女	54	日中は仕事のため、職場に連絡する 職場：〇〇 22-2222
キーパーソン			同上				
介護協力者			山田 〇郎	長女の夫	58		
備考欄		同居の家族が日中は仕事のため、利用者(患者)は日中独居です。					
退院後の世帯状況		<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居 (家族構成員 人) * <input checked="" type="checkbox"/> 日中独居 <input type="checkbox"/> その他 ()					
退院後の主介護者	<input checked="" type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外 (氏名 続柄 年齢)						
介護力*	<input checked="" type="checkbox"/> 介護力が見込める (<input type="checkbox"/> 十分 ・ <input checked="" type="checkbox"/> 一部) <input type="checkbox"/> 介護力は見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない						
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 別紙 (有 ・ 無)						
かかりつけ医	医療機関名	医師名	連絡先	受診方法	頻度	疾患名	
	<input type="checkbox"/> 〇〇病院	〇〇 〇〇 医師	12-3456	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	(1)回/月	アルツハイマー型認知症 糖尿病、骨粗鬆症	
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	()回/月		
疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input checked="" type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input checked="" type="checkbox"/> 骨折 <input checked="" type="checkbox"/> その他 ※特記事項 (平成20年から糖尿病。平成27年に自宅内で転倒し、大腿骨骨折。)						
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input checked="" type="checkbox"/> あり (理由:) (期間: H・R 年 月 日 ~ H・R 年 月 日)					
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input checked="" type="checkbox"/> 頻度は低い、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて					
入院前に実施している医療処置*	<input checked="" 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 ()						
介護保険	入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) <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					
	介護保険の自己負担割合	<input checked="" type="checkbox"/> 1割 <input type="checkbox"/> 不明	有効期間	平成30年 2月 1日 ~ 令和3年 1月 31日			
	入院前のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input checked="" type="checkbox"/> デイサービス/デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input checked="" type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他 () ※居宅サービス計画書 第1表・第2表・第3表の添付 (<input checked="" type="checkbox"/> 有 ・ 無)					

		状況				特記事項・支援内容等		
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()			【移動について】 補助具を使わなくても自立の場合は、杖／歩行器、車いす／その他のチェックは不要です。 また、補助具を利用することで自立する場合は、自立の項目と合わせて、使用する補助具にもチェックをしましょう。 その他をチェックした場合は、具体的な内容について、特記事項・支援内容等の欄に記載しましょう。		
	褥瘡の有無	なし	あり()					
	移動	起居動作	自立	見守り	一部介助			全介助
		移動(室内)	自立	見守り	一部介助			全介助
	移動(屋外)		杖	歩行器	車いす			その他
			自立	見守り	一部介助			全介助
	乗		杖	歩行器	車椅子			その他
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助			
	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			
	排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助		
		排便	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		
		オムツ/パッド	なし	夜間		常時		
	嚥下機能	むせない	時々むせる		常にむせる			
	口腔	義歯	なし	あり(部分・総)	口臭	なし	あり	
		口腔清潔	良	不良		著しく不良		
	食事	摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ	なし	あり	
		食事の摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		
食事の回数		(3)回/日 (朝7時・昼12時・夜19時)						
食事制限		不明	なし	あり()				
食事形態		普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー			
UDF等の食形態区分								
水分制限		不明	なし	あり()				
睡眠		良	不良()	眠剤の使用	なし	あり		
喫煙	なし	あり 本くらい/日						
飲酒	なし	あり 合くらい/日あたり						
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	補聴器	なし	あり		
	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				
精神面における療養上の問題	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	<input type="checkbox"/> なし <input checked="" type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input checked="" type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input checked="" type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他()						
服薬管理	居宅療養管理指導	なし	あり(職種:)					
	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者(同居の家族)						
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							
本人/家族の意向	趣味・興味・関心領域等	食べることが大好き。 以前は料理や裁縫が得意だったが、最近あまり行わない。 今はデイサービスに通うことが自分の役割だと感じている。				本人の生活歴		
	入院前の生活に対する意向 ※居宅サービス計画書 第1表参照							
本人	別紙参照	【入院前の生活に対する意向について】 居宅サービス計画書を添付しない場合は、本人等の意向を具体的に記載しましょう。						
家族	別紙参照							
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	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()							
世帯に対する配慮	<input checked="" type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要()							
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	<input type="checkbox"/> 希望あり		退院前訪問指導を実施する場合の同行		<input type="checkbox"/> 希望あり			
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()					

*＝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

2 退院時連携シート

記載例

記入日： R2年2月10日

退院時連携シート

居宅介護支援事業所： △△居宅介護支援事業所

介護支援専門員： 大雪 春子

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、ケアプラン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)。

入院先：□□病院

入院日： R2年1月15日

退院(予定)日： R2年2月17日

属性	フリガナ	アサヒカワ ハナコ		生年月日	明・大・ 昭 15年9月8日			
	氏名	旭川 花子 様		性別	男・ 女	年齢	(79 歳)	
	退院時の要介護度	□なし □要支援 () <input checked="" type="checkbox"/> 要介護 (1) □申請中 □区分変更						
入院概要	入院原因疾患	糖尿病による血糖コントロール不良のため						
	退院後の医療機関	<input checked="" type="checkbox"/> 入院していた病院 (次回受診日：令和2年3月2日)				受診方法	<input checked="" type="checkbox"/> 通院 □訪問診療	
		□入院前のかかりつけ医 (医療機関名：)					□通院 □訪問診療	
□その他の医療機関 (医療機関名：)				□通院 □訪問診療				
受け止め/意向	病気、障害、後遺症等の受け止め方			退院後の生活に関する意向				
	本人	本人への病名告知： <input checked="" type="checkbox"/> あり □なし 病気については理解されている。		本人	体調を整えて、自宅で穏やかに過ごしたい。			
家族			家族	日中、一人になる時間が長いので、不安なく生活できるように環境を整えていただけるとありがたい。				
退院後に必要な事柄	医療処置等			在宅復帰のために整えなければならない要件				
	医療処置	<input checked="" 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"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ (尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他 ()						
	看護の視点	<input type="checkbox"/> 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 checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> 認知機能・精神面 <input checked="" type="checkbox"/> 服薬指導 <input type="checkbox"/> 療養上の指導 (食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄など) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他 ()					訪問看護を導入し、血糖コントロール、認知機能の確認、服薬状況の確認を行う。	
	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 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居・立位等基本動作 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input 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 <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 ()					筋力の低下があるため、自宅で生活するためには、筋力をつける必要がある。 デイケア又はデイサービスでの運動が必要。	
	禁忌事項	禁忌の有無		禁忌の内容・留意点				
	<input checked="" type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有							
	症状・病状の予後・予測	認知機能の低下により、服薬や食事の管理に支援が必要となる						
	退院に際しての日常生活の阻害要因 (心身状況・環境等)	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)、良くなっている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。 約1か月間の入院により筋力が低下し、ふらつきがあるため、転倒のリスクが高い。また、自宅では一人になる時間が長く、間食が増えることが予測されるため、血糖コントロールに対する支援が必要。						

		状況				特記事項・支援内容等	
麻痺の状況		なし	あり ()			<p>入院時と同じく、1日1,600kcalの指示あり。</p> <p>【精神面】 入院中は、看護への抵抗や幻視等もなく、穏やかに過ごされていた。</p>	
褥瘡の有無		なし	あり ()				
現在治療中の疾患		1 アルツハイマー型認知症 2 糖尿病 3 骨粗鬆症					
疾患の状況※番号記入		安定 (1, 3)		不安定 (2)			
A D L	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助		
	移動 (室内)	自立	見守り	一部介助	全介助		
		杖	歩行器	車いす	その他		
	移動 (屋外)	自立	見守り	一部介助	全介助		
		杖	歩行器	車いす	その他		
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助		
	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	シャワー浴	一般浴	機械浴		行わず
	排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助		全介助
排便		自立	見守り	一部介助	全介助		
ポータブルトイレ		なし		夜間のみ	常時使用		
オムツ/パッド		なし		夜間のみ	常時使用		
食 事	摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ	なし、あり		
	食事の摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事制限	不明	なし	あり ()			
	食事形態	普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー		
	UDF等の食形態区分						
	水分制限	不明	なし	あり ()			
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)	入院中の使用	なし、あり		
	口腔清潔	良		不良	著しく不良		
睡眠		良	不良 ()	眠剤の使用	なし、あり		
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	補聴器	なし、あり		
	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		
精神面における療養上の問題		<input checked="" type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()					
服薬管理	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input checked="" type="checkbox"/> 他者 (病棟管理)					
	服薬状況	<input checked="" type="checkbox"/> 処方通り服用 <input type="checkbox"/> 時々飲み忘れ <input type="checkbox"/> 飲み忘れが多い、処方が守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
情 報 交 換	回目	聞き取り日 (面談日)			情報提供者の職種・氏名		メモ (面会、連絡先等)
	1	R2年2月14日	<input type="checkbox"/> 医師 <input checked="" type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハ職 <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 () 氏名 (旭 太郎)				面会

3 主治医とケアマネジャーの連絡票

令和 年 月 日	
<div style="background-color: #0070C0; color: white; padding: 5px; border-radius: 10px; display: inline-block;">記載例</div>	主治医とケアマネジャーの連絡票 (医療系サービスの導入に係る医師の意見照会)
○○ ○○	先生 御机下
事業所名 △△居宅介護支援事業所 担当者 大雪 春子 電話 11-1111 F A X 11-1112	
<利用者>	
氏名	旭川 花子 様
生年月日	明・大・ 昭 15年 9月 8日
導入又は継続に○をつける	
上記利用者様について、医療系サービスの（ 導入 ・継続）を検討しています。 つきましては、主治医の先生の御意見をお聞かせ願います。 なお、ケアマネジャーが必要と考える医療系サービス及び理由は次のとおりです。	
導入予定の医療系サービス	訪問看護
<必要と考える理由> 日中独居になる時間が多く、認知機能の低下もあるため、訪問看護による食事指導、服薬指導を受け、血糖コントロールを行うため。	
・挨拶文は不要 ・ケアマネがサービス利用を必要だと考える理由について、端的に記載する	
<医師回答欄>	
医療系サービスの必要性	有 ・ 無
必要なサービスは、次のとおりです。 ※必要な場合のみ□にチェックをお願いします。	
□	訪問看護
□	訪問リハビリ
□	通所リハビリ（デイケア）
□	居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士）
□	短期入所療養介護（老人保健施設・介護療養型医療施設）
<必要性を判断した理由>	
令和 年 月 日	
病院名・主治医氏名	

4 軽度者の福祉用具貸与に係る連絡票

記載例	令和 年 月 日		
軽度者の福祉用具申請に係る連絡票			
○○ ○○	先生 御机下		
事業所名 △△居宅介護支援事業所			
担当者 大雪 春子			
電話 11-1111 FAX 11-1112			
<p>次の利用者について、軽度者に係る福祉用具貸与の申請を行うことを検討しています。 つきましては、該当する状態像について主治医の先生の御意見をお聞かせください。</p>			
＜利用者＞			
氏名	旭川 花子 様	介護度	要介護1
	9月 8日	性別	男・ <input checked="" type="radio"/> 女
福祉用具の貸与予定の	貸与予定の種目にチェック		
	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者	該当する状態像にチェック
	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/> 日常的に起きあがり困難な者	
	<input checked="" type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input checked="" type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ、移動において全介助を必要としない者	
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ、移乗が全介助を必要とする者	
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
＜連絡事項＞			
現在の身体状況は、室内外共に移動時のふらつきが強く、起居動作も不安定なため、ベッドからの離床、立ち上がり、寝返り等において、手すりが必要な状態です。			
＜医師の右記＞			
・挨拶文は不要 ・ケアマネが福祉用具を必要だと考える理由や利用者の状況等について、端的に記載する			
<input type="checkbox"/> 車いす等	<input type="checkbox"/> 特殊寝台等	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に上記の状態像に該当する	
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止	<input type="checkbox"/> 体位変換器		
<input type="checkbox"/> 徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト		
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
<input type="checkbox"/> 車いす等	<input type="checkbox"/> 特殊寝台等	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる	
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止	<input type="checkbox"/> 体位変換器		
<input type="checkbox"/> 徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト		
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
<input type="checkbox"/> 車いす等	<input type="checkbox"/> 特殊寝台等	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から上記の状態像に該当すると判断できる	
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止	<input type="checkbox"/> 体位変換器		
<input type="checkbox"/> 徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト		
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
<input type="checkbox"/> 車いす等	<input type="checkbox"/> 特殊寝台等	上記状態像には該当しない	
<input type="checkbox"/> 床ずれ防止	<input type="checkbox"/> 体位変換器		
<input type="checkbox"/> 徘徊感知器	<input type="checkbox"/> 移動用リフト		
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置			
＜特記事項＞			
令和 年 月 日			
病院名・主治医氏名			

<参考資料>

- 1 地域包括支援センターの名称及び担当圏域 17～18 ページ
- 2 医療機関連携窓口の紹介 19～23 ページ
- 3 入院時情報提供書 24～25 ページ
- 4 退院時連携シート 26～27 ページ
- 5 主治医とケアマネジャーの連絡票 28 ページ
- 6 軽度者の福祉用具申請に係る連絡票 29 ページ

1 地域包括支援センターの名称及び担当圏域

1	名称	中央 地域包括支援センター
	所在地	旭川市1条通9丁目右7号 マルトクビル2階
	電話/FAX	(電話) 23-6022 / (FAX) 23-6033
	担当圏域	宮前1条1丁目, 宮前2条1・2丁目, 亀吉全域, 曙全域, 曙北全域, 常磐公園, 上常盤町全域, 中常盤町全域, 常盤通全域, 宮下通・1条通1～17丁目, 2条通～10条通全域, 11条通19～23丁目(11条通23丁目は朝日団地を除く。)及び2条西～9条西全域
2	名称	豊岡 地域包括支援センター
	所在地	旭川市豊岡3条3丁目5番10号 東部まちづくりセンター内
	電話/FAX	(電話) 35-2275 / (FAX) 35-2276
	担当圏域	11条通23丁目(朝日団地), 豊岡1・2条1～4丁目, 豊岡3条1～4丁目, 豊岡4・5条1～7丁目(豊岡4条5丁目は3～8番, 豊岡4条6丁目は2～8番), 豊岡6～13条1～9丁目, 豊岡14条3～9丁目(豊岡14条9丁目は1・2番), 豊岡15条4～8丁目(豊岡15条8丁目は1番)及び豊岡16条7丁目
3	名称	東旭川・千代田 地域包括支援センター
	所在地	旭川市東旭川北1条6丁目2番3号 東旭川支所内
	電話/FAX	(電話) 36-5577 / (FAX) 74-7220
	担当圏域	豊岡1・2条7～10丁目, 豊岡3条8～10丁目, 豊岡4・5条8～11丁目, 豊岡6～12条10・11丁目, 豊岡14条9丁目(3番), 豊岡15条8丁目(2～4番), 豊岡16条8丁目, 東光1～9条7～10丁目, 東光10～26条7～9丁目, 東光27条8・9丁目, 工業団地全域, 東旭川北・東旭川南全域及び東旭川町下兵村・上兵村・桜岡・瑞穂・倉沼・東桜岡・日ノ出・米原・豊田・旭正・共栄・忠別全域
4	名称	東光 地域包括支援センター
	所在地	旭川市東光5条2丁目2番6号 東部住民センター内
	電話/FAX	(電話) 76-6020 / (FAX) 76-5852
	担当圏域	宮前1条2～5丁目, 宮前2条3丁目, 宮下通18～26丁目, 1条通18～25丁目, 南各条通全域, 豊岡1～4条5・6丁目(豊岡4条5丁目は1, 2, 9～11番, 豊岡4条6丁目は1, 9～13番), 東光1～14条1～6丁目, 東光15条2～6丁目, 東光16条3～6丁目, 東光17・18条4～6丁目, 東光19～22条5・6丁目及び東光23条～25条6丁目
5	名称	新旭川・永山南 地域包括支援センター
	所在地	旭川市永山2条5丁目44番地
	電話/FAX	(電話) 40-3003 / (FAX) 40-3008
	担当圏域	金星町全域, 東全域, 新富全域, パルプ町全域, 新星町全域, 大雪通全域, 秋月全域, 流通団地全域, 永山1～10条1～10丁目, 永山11～14条全域及び永山町2～5丁目
6	名称	永山 地域包括支援センター
	所在地	旭川市永山3条19丁目4番15号 永山市民交流センター内
	電話/FAX	(電話) 40-2323 / (FAX) 40-2340
	担当圏域	永山1～6条11～24丁目, 永山7・8条11～21丁目, 永山9条11～16丁目, 永山10条11～15丁目, 永山北全域及び永山町6～16丁目

7	名称	末広・東鷹栖 地域包括支援センター
	所在地	旭川市東鷹栖4条3丁目636番地 東鷹栖地域センター内2階
	電話/FAX	(電話) 76-5065 / (FAX) 58-3002
	担当圏域	春光1条9丁目(14・15番), 春光5・6条9丁目(北斗町内会地区), 末広1~7条全域, 末広8条1~3丁目(末広8条2・3丁目は1番地), 末広東全域, 東鷹栖全域, 東鷹栖東全域, 緑台全域, 柏木全域及び東山全域
8	名称	春光・春光台 地域包括支援センター
	所在地	旭川市春光5条4丁目1番16号 北部住民センター内
	電話/FAX	(電話) 54-1165 / (FAX) 54-1101
	担当圏域	春光1・2条7~9丁目(春光1条9丁目は14・15番を除く。), 春光3条6~9丁目, 春光4~6条1~9丁目(春光5・6条9丁目は北斗町内会地区を除く。), 春光7条2・3・5~9丁目, 春光町全域, 春光台全域, 住吉全域, 花咲町4~7丁目(4丁目は2272番地)及び末広8条2~12丁目(2・3丁目は1番地を除く。)
9	名称	北星・旭星 地域包括支援センター
	所在地	旭川市川端町6条10丁目2番16号
	電話/FAX	(電話) 46-6500 / (FAX) 54-7580
	担当圏域	旭町全域, 大町全域, 本町全域, 緑町全域, 錦町全域, 北門町全域, 近文町全域, 川端町全域, 旭岡全域, 花咲町1~4丁目(4丁目は2272番地を除く。)及び字近文全域
10	名称	神居・江丹別 地域包括支援センター
	所在地	旭川市神居2条10丁目3番8号
	電話/FAX	(電話) 76-5511 / (FAX) 60-2266
	担当圏域	神居全域, 忠和全域, 神居町雨紛・共栄・御料・春志内・上雨紛・神岡・神華・神居古潭・西丘・台場・忠和・富岡・富沢・豊里全域, 高砂台全域, 台場全域, 台場東全域, 南が丘全域及び江丹別町共和・春日・清水・西里・拓北・中園・中央・富原・芳野・嵐山全域
11	名称	神楽・西神楽 地域包括支援センター
	所在地	緑が丘東3条1丁目10番30号 緑が丘地域活動センター内
	電話/FAX	(電話) 66-5351 / (FAX) 66-5352
	担当圏域	神楽全域, 神楽岡全域, 神楽岡公園, 旭神全域, 旭神町全域, 緑が丘全域, 緑が丘東全域, 緑が丘南全域, 西御料全域, 西神楽全域, 西神楽南全域, 西神楽北全域及び新開全域

～ 地域包括支援センター 利用案内 ～

- ☆ 開設日 月曜日 ～ 金曜日
(祝日, 12月30日～1月4日を除く。)
- ☆ 開設時間 午前9時 ～ 午後6時



2 医療機関連携窓口の紹介（あいうえお順）

掲載の承諾が得られた医療機関の令和元年12月1日時点の情報を掲載しています。

No.	病院名		通院時の情報提供等	入院時の情報提供等	主治医意見書
1	相川記念病院	担当部署	医療相談室		
		T E L	51-3421		
		F A X	53-0112		
		特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・初診予約～「完全予約制」予約は数か月待ち 急を要する場合は別途相談 ・アルコール依存症患者～専門治療プログラムあり 初診時は患者本人の断酒意思確認要 ・認知症疾患医療センター（53-8853）～北海道の指定施設 認知症の初診予約及び相談窓口 		
2	愛生病院	担当部署	医療相談室		
		T E L	34-3838		
		F A X	34-2867		
3	旭川医科大学病院	担当部署	地域医療連携室		医療支援課
		担当者	継続ケア/看護師		地域連携係
		T E L	69-3034		69-3010
		F A X	69-3060		69-3044
		特記事項	地域医療連携室の担当別問合せ先 地域連携係 69-3010 各種意見書、指示書等の書類手続き及び管理 継続ケア 69-3034 退院後の医療的処置・医療機器の管理支援、入院中の本人・家族からの病気や介護の相談、ケアマネや訪問看護からの療養上の相談 社会福祉係 69-3036 社会福祉制度の利用相談、経済的な相談、患者・家族の心理的相談		
4	旭川医療センター	担当部署	地域医療連携室		
		担当者	診療科毎の担当MSW		
		T E L	51-3161		
		F A X	51-3711		
		特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・物忘れ外来（毎週月曜日）は予約制 「物忘れ外来の予約希望」と代表電話に伝えていただくと、予約担当者が対応。 ・訪問診療、地域包括ケア病棟への入院相談は地域医療連携室が窓口 		
5	旭川圭泉会病院	担当部署	外来受付・外来看護師・医療相談室	医療相談室	内科外来
		T E L	36-1559		
		F A X	36-4193		
		特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・初診予約は「医療相談室」が窓口 ※かかりつけ医、精神科受診歴がある場合は、要紹介状 		
6	旭川厚生病院	担当部署	各科外来・総合相談センター	入院病棟・総合相談センター	文書管理センター
		T E L	33-7171		
		F A X	33-8202		
		特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・問合せ先不明の場合は「総合相談センター」へ連絡 ・「地域医療連携室」は医療機関からの受診・検査の予約対応のみ ・「緩和ケア病棟」への相談はMSWが窓口 		

No.	病院名		通院時の情報提供等	入院時の情報提供等	主治医意見書
7	旭川三愛病院	担当部署	相談室		医事課
		T E L	47-6666		
		F A X	47-6700		
		特記事項	相談・問合せに関する時間帯は 月～金 9:00～17:00, 土 9:00～12:00 となっております。 上記以外の御連絡は対応できない可能性があり、御迷惑をおかけいたしますので、御容赦ください。		
8	旭川十条病院	担当部署	外来看護師		医事課
		T E L	35-2111		
		F A X	35-2112		
9	旭川消化器肛門クリニック	担当部署	事務課		
		T E L	54-1788		
		F A X	54-2988	54-2980	
10	旭川赤十字病院	担当部署	入退院支援室		
		T E L	22-8111 内線3120	22-8111 内線1185	22-8111 内線3199
		F A X	22-8287		
		特記事項	問合せ先は上記のとおりですが、内容の詳細により各部門に取り継ぎいたします。		
11	旭川高砂台病院	担当部署	外来看護師	医療相談室 相談員	外来医事課・医療相談室
		T E L	61-5700		
		F A X	61-5089		
12	旭川脳神経外科 循環器内科病院	担当部署	医事課又は医療相談員	医療相談員又は病棟	医療相談員
		T E L	33-2311		
		F A X	35-5386		
13	旭川ペインクリニック病院	担当部署	事務		
		T E L	22-2003		
		F A X	23-8901		
14	旭川南病院	担当部署	無		
		T E L	65-2220		
		F A X	65-8100		
15	旭川リハビリテーション 病	担当部署	相談内容による	入院病棟詰所	医事課
		T E L	代表 65-0101 相談室 65-7001	65-0101	
		F A X	代表 65-1211 相談室 65-7061	65-1211	
16	及川医院	担当部署	院長		
		T E L	35-2661		
		F A X	35-2661		

No.	病院名		通院時の情報提供等	入院時の情報提供等	主治医意見書
17	大西病院	担当部署	社会医療課		
		T E L	26-2171		
		F A X	25-9260		
18	唐沢病院	担当部署	無		
		T E L	23-3165		
		F A X	22-2702		
		特記事項	担当部署はその時の状況により決めています		
19	木原循環器科内科医院	担当部署	受付(医事)		
		T E L	35-5555		
		F A X	35-0428		
20	北彩都病院	担当部署	地域医療連携室・医事課・外来 ・外来透析に関しては透析室	地域医療連携室・入院病棟	地域医療連携室
		T E L	26-6411		
		F A X	無	26-6417	
		特記事項	<ul style="list-style-type: none"> ・一般的な受診予約、変更等は医事課、外来へ ・外来透析に関しては、透析室へ ・他院への診療予約は各部署で行っているため返答、確認は発信元へ ・その他の相談、問合せは地域医療連携室へ 		
21	くにもと病院	担当部署	医療相談室・地域医療連携室		
		T E L	25-2241		
		F A X	23-1726		
22	佐久間病院	担当部署	地域連携室		
		T E L	22-1111		
		F A X	22-1120		
23	さとう整形外科胃腸科医院	担当部署	無		
		T E L	32-6322		
		F A X	32-6364		
24	佐野病院	担当部署	地域医療連携室		
		T E L	52-1221		
		F A X	52-1221		
25	市立旭川病院	担当部署	医療福祉相談室	退院支援室	医療福祉相談室
		T E L	24-3181 内線5302	24-3181 内線5372	24-3181 内線5302
		F A X	25-8370		
		特記事項	精神神経科に関する相談・問合せ先は、精神科相談員(PSW) 内線1259		
26	整形外科進藤病院	担当部署	医療相談室		
		T E L	31-1221		
		F A X	32-5404		

No.	病院名		通院時の情報提供等	入院時の情報提供等	主治医意見書
27	大雪病院	担当部署	外来看護師	各病棟	医事課
		T E L		48-6661	
		F A X		48-6112	
28	だてクリニック	担当部署		事務部	
		T E L		22-1515	
		F A X		22-1549	
		特記事項	・血液透析専門のクリニックです		
29	道北勤労者医療協会 一条通病院	担当部署	外来看護師	医療福祉課 MSW	外来看護師(入院中はMSW)
		T E L		34-2111	
		F A X		33-0052	
30	とくひろ整形外科クリニック	担当部署		事務部	
		T E L		37-8822	
		F A X		34-3101	
31	豊岡産科婦人科医院	担当部署		事務	
		T E L		31-6801	
		F A X		32-3347	
32	豊岡中央病院	担当部署	外来	医療福祉相談室	医事課
		T E L		32-8181	
		F A X		32-8192	
33	豊岡内科整形外科 クリニック	担当部署	事務 課長	看護師 師長	事務 課長
		T E L		35-0561	
		F A X		35-2135	
34	中島病院	担当部署		MSW	
		T E L		24-1211	
		F A X		23-4193	
35	なかの呼吸器科内科 クリニック	担当部署	無	無	受付事務
		T E L	34-1159	無	34-1159
		F A X			34-1144
		特記事項	・入院は睡眠時無呼吸の検査入院で(火・金)のみ一泊入院		
36	並木通りクリニック	担当部署		事務	
		T E L		59-7390	
		F A X		59-7391	
37	沼崎病院	担当部署		沼崎病院	
		T E L		23-2090	
		F A X		25-1053	

No.	病院名		通院時の情報提供等	入院時の情報提供等	主治医意見書
38	はらだ病院	担当部署	外来・医療福祉相談室	医療福祉相談室	医事課・医療福祉相談室
		T E L	23-2780		
		F A X	86-2765		
		特記事項	・血液内科あり		
39	東旭川病院	担当部署	外来	連携室	連携室
		T E L	36-2240		
		F A X	36-1891		
40	フクダクリニック	担当部署	看護師長		
		T E L	57-8810		
		F A X	57-9112		
41	藤井病院	担当部署	外来看護師		
		T E L	51-1412		
		F A X	51-1412		
42	松井眼科医院	担当部署	事務(受付)		
		T E L	23-4242		
		F A X	23-4250		
43	丸谷病院	担当部署	事務部		
		T E L	25-1111		
		F A X	26-8455		
44	メイプル病院	担当部署	受付事務	病棟	地域支援部
		T E L	22-7245		相談室 25-2611
		F A X	22-8542		
45	森山病院	担当部署	医療連携室		医事課
		T E L	22-4151		
		F A X	26-5798		
46	森山メモリアル病院	担当部署	医療相談室		事務・医療相談室
		T E L	代 表 55-2000 医療相談室 46-7272		
		F A X	55-5050		
47	山田眼科	担当部署	受付		
		T E L	31-6222		
		F A X	32-2891		
48	吉田病院	担当部署	医療相談課		
		T E L	25-9590		
		F A X	25-9590		
		特記事項	・入院相談は、医療連携室が窓口 TEL: 25-9661 FAX: 25-9661		

3 入院時情報提供書

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 担当者名	←	居宅介護支援事業所名 ケアマネジャー氏名
様		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）の情報を提供します。御活用下さい。

利用者（患者） 基本情報	フリガナ			生年月日	明・大・昭 年 月 日			
	氏名	様		性別	男・女	年齢	() 歳	
	住所	〒		電話番号				
	住環境	住居の種類（戸建て・集合住宅） _____ 階建て 居室 _____ 階 エレベーター（有・無）		特記事項（ _____ ）				
	日常生活自立度	障害高齢者	<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				□医師の判断	
		認知症高齢者	<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				□ケアマネジャーの判断	
	障害など認定	<input type="checkbox"/> 身体（種 級） <input type="checkbox"/> 精神（級） <input type="checkbox"/> 知的（A・B）						
	経済状況	<input type="checkbox"/> 年金〔年金の種類（ _____ ）年金〕 <input type="checkbox"/> 生活保護 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
家族構成／連絡先	・キーパーソンに☆印 ・主介護者に※印 ・同居者を線で囲む	氏名	続柄	年齢	TEL・連絡先等			
		主介護者						
		キパーソン						
		備考欄						
	退院後の世帯状況	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 独居 <input type="checkbox"/> 高齢世帯 <input type="checkbox"/> 子と同居（家族構成員 _____ 人） * <input type="checkbox"/> 日中独居						
	退院後の主介護者	<input type="checkbox"/> 上記と同じ <input type="checkbox"/> 左記以外（氏名 _____ 続柄 _____ 年齢 _____ ）						
	介護力*	<input type="checkbox"/> 介護力が見込める（ <input type="checkbox"/> 十分 <input type="checkbox"/> 一部） <input type="checkbox"/> 介護力が見込めない <input type="checkbox"/> 家族や支援者はいない						
	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 別紙（有・無）						
かかりつけ医	医療機関名	医師名	連絡先	受診方法	頻度	疾患名		
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	() 回/月			
				<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療	() 回/月			
	疾患歴*	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 悪性腫瘍 <input type="checkbox"/> 認知症 <input type="checkbox"/> 急性呼吸器感染症 <input type="checkbox"/> 脳血管障害 <input type="checkbox"/> 骨折 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
入院歴*	最近半年間での入院	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 不明 <input type="checkbox"/> あり（理由： _____ ）（期間：H・R 年 月 日～H・R 年 月 日）						
	入院頻度	<input type="checkbox"/> 頻度は高い/繰り返している <input type="checkbox"/> 頻度は低いが、これまでにもある <input type="checkbox"/> 今回が初めて						
	入院前に実施している医療処置*	<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（ _____ ）						
介護保険	入院時の要介護度	<input type="checkbox"/> 要支援（ _____ ） <input type="checkbox"/> 要介護（ _____ ） <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						
	介護保険の自己負担割合	<input type="checkbox"/> _____ 割 <input type="checkbox"/> 不明	有効期間	_____ 年 月 日 ～ _____ 年 月 日				
	入院前のサービス利用状況	<input type="checkbox"/> 利用なし <input type="checkbox"/> 訪問介護 <input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問入浴 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリ <input type="checkbox"/> デイサービス/デイケア <input type="checkbox"/> ショートステイ <input type="checkbox"/> 福祉用具貸与 <input type="checkbox"/> 福祉用具購入 <input type="checkbox"/> 住宅改修 <input type="checkbox"/> その他（ _____ ）						
	※居宅サービス計画書 第1表・第2表・第3表の添付（有・無）							

		状況				特記事項・支援内容等	
		麻痺の状況	なし	あり ()			
		褥瘡の有無	なし	あり ()			
A D L	移動	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
		移動(室内)	自立	見守り	一部介助	全介助	
	杖		歩行器	車いす	その他		
	移動	移動(屋外)	自立	見守り	一部介助	全介助	
			杖	歩行器	車いす	その他	
		移乗	自立	見守り	一部介助	全介助	
		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	
	排泄*	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	
		排便	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	
		オムツ/パッド	なし	夜間		常時	
	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)	口臭	なし	あり	
口腔清潔		良		不良	著しく不良		
食事	摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ	なし	あり	
	食事の摂取	自立	見守り	一部介助	全介助		
	食事の回数	()回/日 (朝 時・昼 時・夜 時)					
	食事制限	不明 なし あり()					
	食事形態	普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー		
	UDF等の食形態区分						
	水分制限	不明		なし	あり()		
	睡眠	良	不良()	眠剤の使用	なし	あり	
	喫煙	なし		あり 本くらい/日			
	飲酒	なし		あり 合くらい/日あたり			
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	補聴器	なし	あり	
	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		
精神面における療養上の問題	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()						
服薬管理	居宅療養管理指導	なし	あり (職種:)				
	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者()					
<input type="checkbox"/> 内服なし	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、処方を守られていない <input type="checkbox"/> 服薬拒否					
本人/家族の意向	趣味・興味・関心領域等					本人の生活歴	
	入院前の生活に対する意向 ※居宅サービス計画書 第1表参照						
	本人						
	家族						
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						
	世帯に対する配慮	<input type="checkbox"/> 不要 <input type="checkbox"/> 必要 ()					
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			<input type="checkbox"/> 希望あり		退院前訪問指導を実施する場合の同行 <input type="checkbox"/> 希望あり		
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 ()		

*=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

4 退院時連携シート

記入日： 年 月 日

退院時連携シート

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、ケアプラン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)。

入院先： 入院日： 年 月 日 退院(予定)日： 年 月 日

属性	フリガナ			生年月日	明・大・昭	年	月	日	
	氏名	様		性別	男・女	年齢	(歳)	
退院時の要介護度		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 要支援() <input type="checkbox"/> 要介護() <input type="checkbox"/> 申請中 <input type="checkbox"/> 区分変更							
入院概要	入院原因疾患								
	退院後の医療機関	<input type="checkbox"/> 入院していた病院(次回受診日：)		受診方法	<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療				
		<input type="checkbox"/> 入院前のかかりつけ医(医療機関名：)			<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療				
<input type="checkbox"/> その他の医療機関(医療機関名：)		<input type="checkbox"/> 通院 <input type="checkbox"/> 訪問診療							
受け止め/意向	病気、障害、後遺症等の受け止め方			退院後の生活に関する意向					
	本人	本人への病名告知： <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし			本人				
	家族				家族				
退院後に必要な事柄	医療処置等				在宅復帰のために整えなければならない要件				
	医療処置	<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"/> 褥瘡処置 <input type="checkbox"/> ストーマ(尿路・消化管) <input type="checkbox"/> 胃ろう <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> 経腸栄養 <input type="checkbox"/> 尿道カテーテル <input type="checkbox"/> 痛みコントロール <input type="checkbox"/> 排便コントロール <input type="checkbox"/> 自己注射 <input type="checkbox"/> その他()							
	看護の視点	<input type="checkbox"/> 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) <input type="checkbox"/> ターミナル <input type="checkbox"/> その他()							
	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 <input type="checkbox"/> 筋力増強練習 <input type="checkbox"/> バランス練習 <input type="checkbox"/> 麻痺・筋緊張改善練習 <input type="checkbox"/> 起居・立位等基本動作 <input type="checkbox"/> 言語訓練 <input type="checkbox"/> 摂食・嚥下訓練 <input type="checkbox"/> ADL練習(歩行/入浴/トイレ動作/移乗等) <input type="checkbox"/> IADL練習(買い物/調理等) <input type="checkbox"/> 疼痛管理 <input type="checkbox"/> 更生装具・福祉用具等管理 <input type="checkbox"/> 運動耐容能練習 <input type="checkbox"/> 地域活動支援 <input type="checkbox"/> 社会参加支援 <input type="checkbox"/> 就労支援 <input type="checkbox"/> その他()							
禁忌事項	禁忌の有無		禁忌の内容・留意点						
	<input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 有								
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)		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)、良くなっている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。							

		状況				特記事項・支援内容等	
		麻痺の状況	なし	あり ()			
		褥瘡の有無	なし	あり ()			
		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 ()		
A D L	移 動	起居動作	自立	見守り	一部介助	全介助	
		移動(室内)	自立	見守り	一部介助	全介助	
			杖	歩行器	車いす	その他	
		移動(屋外)	自立	見守り	一部介助	全介助	
	杖		歩行器	車いす	その他		
	移乗	自立	見守り	一部介助	全介助		
	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	シャワー浴	一般浴	機械浴	行わず	
	排 泄 *	排尿	自立	見守り	一部介助	全介助	
		排便	自立	見守り	一部介助	全介助	
		ポータブルトイレ	なし	夜間のみ	常時使用		
		オムツ/パッド	なし	夜間のみ	常時使用		
	食 事	摂取方法	経口	経管栄養	水分とろみ	なし	あり
食事の摂取		自立	見守り	一部介助	全介助		
食事制限		不明	なし	あり ()			
食事形態		普通	きざみ	嚥下障害食	ミキサー		
UDF等の食形態区分							
水分制限		不明	なし	あり ()			
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)	入院中の使用	なし	あり	
	口腔清潔	良	不良	著しく不良			
睡眠		良	不良 ()	眠剤の使用	なし	あり	
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	補聴器	なし	あり	
	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			
精神面における療養上の問題		<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> 幻視・幻聴 <input type="checkbox"/> 興奮 <input type="checkbox"/> 焦燥・不穏 <input type="checkbox"/> 妄想 <input type="checkbox"/> 暴力/攻撃性 <input type="checkbox"/> 介護への抵抗 <input type="checkbox"/> 不眠 <input type="checkbox"/> 昼夜逆転 <input type="checkbox"/> 徘徊 <input type="checkbox"/> 危険行為 <input type="checkbox"/> 不潔行為 <input type="checkbox"/> その他 ()					
服薬管理	管理	<input type="checkbox"/> 自己管理 <input type="checkbox"/> 他者 ()					
	服薬状況 <input type="checkbox"/> 内服なし	<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					
情 報 交 換	回目	聞き取り日 (面談日)	情報提供者の職種・氏名			メモ (面会, 連絡先等)	
		年 月 日	<input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> リハ職 <input type="checkbox"/> 歯科医師・歯科衛生士 <input type="checkbox"/> MSW <input type="checkbox"/> その他 () 氏名 ()				

5 主治医とケアマネジャー連絡票

令和 年 月 日

主治医とケアマネジャーの連絡票
(医療系サービスの導入に係る医師の意見照会)

先生 御机下

事業所名

担当者

電話

F A X

〈利用者〉

氏 名	様	介護度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性 別	男 ・ 女

上記利用者様について、医療系サービスの（導入・継続）を検討しています。
つきましては、主治医の先生の御意見をお聞かせ願います。

なお、ケアマネジャーが必要と考える医療系サービス及び理由は次のとおりです。

導入予定の医療系サービス	
〈必要と考える理由〉	

〈医師回答欄〉

医療系サービスの必要性	有 ・ 無
-------------	-------

必要なサービスは、次のとおりです。

※必要な場合のみ□に✓をお願いします。

<input type="checkbox"/>	訪問看護
<input type="checkbox"/>	訪問リハビリ
<input type="checkbox"/>	通所リハビリ（デイケア）
<input type="checkbox"/>	居宅療養管理指導（医師・歯科医師・薬剤師・管理栄養士・歯科衛生士）
<input type="checkbox"/>	短期入所療養介護（老人保健施設・介護療養型医療施設）

〈必要性を判断した理由〉

令和 年 月 日

病院名・主治医氏名

6 軽度者の福祉用具申請に係る連絡票

令和 年 月 日

軽度者の福祉用具申請に係る連絡票

先生 御机下

事業所名

担当者

電話

FAX

次の利用者について、軽度者に係る福祉用具貸与の申請を行うことを検討しています。
つきましては、該当する状態像について主治医の先生の御意見をお聞かせください。

<利用者>

氏名	様	介護度	
生年月日	明・大・昭 年 月 日	性別	男・女
貸与 予定の 福祉 用具	貸与種目	該当する状態像	
	<input type="checkbox"/> 車いす及び車いす付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に歩行が困難な者	
	<input type="checkbox"/> 特殊寝台及び特殊寝台付属品	<input type="checkbox"/> 日常的に起きあがり <input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 床ずれ防止用具	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 体位変換器	<input type="checkbox"/> 日常的に寝返りが困難な者	
	<input type="checkbox"/> 認知症老人徘徊感知機器	<input type="checkbox"/> 意思の伝達、介護者への反応、記憶・理解のいずれかに支障があり、かつ、移動において全介助を必要としない者	
	<input type="checkbox"/> 移動用リフト (つり具の部分を除く)	<input type="checkbox"/> 日常的に立ち上がりが困難な者 <input type="checkbox"/> 移乗が一部介助又は全介助を必要とする者	
<input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	<input type="checkbox"/> 排便が全介助を必要とし、かつ、移乗が全介助を必要とする者		
<連絡事項>			

<医師の所見>

右記の「状態像」に該当すると考える貸与種目に、✓をお願いします。

貸与種目	状態像
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	疾病その他の原因により、状態が変動しやすく、日によって又は時間によって、頻繁に上記の状態像に該当する
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	疾病その他の原因により、状態が急速に悪化し、短期間のうちに上記の状態像に該当するに至ることが確実に見込まれる
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	疾病その他の原因により、身体への重大な危険性又は症状の重篤化の回避等医学的判断から上記の状態像に該当すると判断できる
<input type="checkbox"/> 車いす等 <input type="checkbox"/> 特殊寝台等 <input type="checkbox"/> 床ずれ防止 <input type="checkbox"/> 体位変換器 <input type="checkbox"/> 徘徊感知器 <input type="checkbox"/> 移動用リフト <input type="checkbox"/> 自動排泄処理装置	上記状態像には該当しない
<特記事項>	

令和 年 月 日

病院名・主治医氏名