



高崎市
医療・介護関係者のための
情報共有に関する手引き

～質の高いケアを提供するために～



令和7年3月

【問い合わせ先】

高崎市役所長寿社会課（地域包括支援担当）

住所：群馬県高崎市高松町 35-1 電話：027-321-1319（直通）

Mail：choujyu@city.takasaki.gunma.jp

I.	在宅医療・介護連携にあたって	1
II.	ケアマネジャーがいる場合の連携（在宅療養時、入院時、退院時）	3
III.	ケアマネジャーがいない場合の連携（退院時）	6
IV.	様式集	9
	・ 様式 1 入院時情報提供書	
	・ 様式 2 退院・退所情報記録書	
	・ 様式 3 主治医・介護支援専門員連絡票	
	・ 様式 4 居宅サービス計画書／介護予防サービス・支援計画書送付書	
	・ 参考様式 個人情報使用同意書	
V.	高崎市医療介護連携相談センター一覧	18
	【参考】 退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例	18
	【別添資料 1】 居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・高齢者あんしんセンター連絡先一覧	
	【別添資料 2】 医療介護連携に関する病院相談窓口一覧	

I 在宅医療・介護連携にあたって

1. 手引き作成の背景

国の推計によると、65歳以上の高齢者人口は今後ますます増加し、2042年にピークを迎え、要介護認定率が高くなる75歳以上人口は2025年までに急増することが予測されています。このような中で、重度の要介護状態となっても自分らしい暮らしを、住み慣れた地域で人生の最後まで続けることができるよう、本人・家族の選択と心構えを基本として、医療・介護・予防・生活支援・住まいが包括的かつ継続的に提供される「地域包括ケアシステム」の構築が急務となっています。特に、医療と介護の両方を必要とする高齢者の生活を支援していくために、医療と介護が連携することは不可欠となっていますが、それぞれを支える保険制度が異なることなどにより、多職種間の相互の理解や情報共有が十分にできず、必ずしも円滑に連携がなされていないことが課題となっていました。そのため、国においては、在宅医療を推進するための拠点整備をはじめ、診療報酬の改定などの政策を実施し、平成26年の介護保険法改正で、市町村が実施する地域支援事業の包括的支援事業に「在宅医療・介護連携推進事業」を位置づけ、全国的に取り組むことになりました。そして、群馬県では、平成27年に国のモデル事業として「医療介護連携調整実証事業（退院調整ルール）」を開始し、平成29年度までに全県下で実施することになりました。

2. 高崎市の取り組み

平成28年10月 「医療介護連携推進における情報共有のあり方についての意見交換会」を実施

平成29年3月 情報共有に関するアンケートを実施

平成29年7月～ ガイドライン作成検討会議（※）6回開催

平成30年3月 ガイドライン完成

「高崎市医療・介護関係者のための情報共有に関するガイドライン説明会」を実施

平成30年4月 ガイドライン運用開始

平成31年3月 「高崎市医療・介護関係者のための情報共有に関するガイドライン検討会議」（※）を実施

令和元年6月 ガイドラインを「高崎市医療・介護関係者のための情報共有に関する手引き」として改訂

※参加者

医師、看護師、医療ソーシャルワーカー、事務担当者、介護支援専門員（以下ケアマネジャーとする）、高齢者あんしんセンターの各代表、高崎市医療介護連携相談センター、県地域包括ケア推進室担当者、市長寿社会課事業担当者

3. 手引き作成の目的

本人の状態の変化等に応じて、医療・介護関係者間で速やかな情報共有が行われることにより、医療と介護の両方を必要とする療養者が質の高いケアを受けながら療養生活を送ることを目的としています。

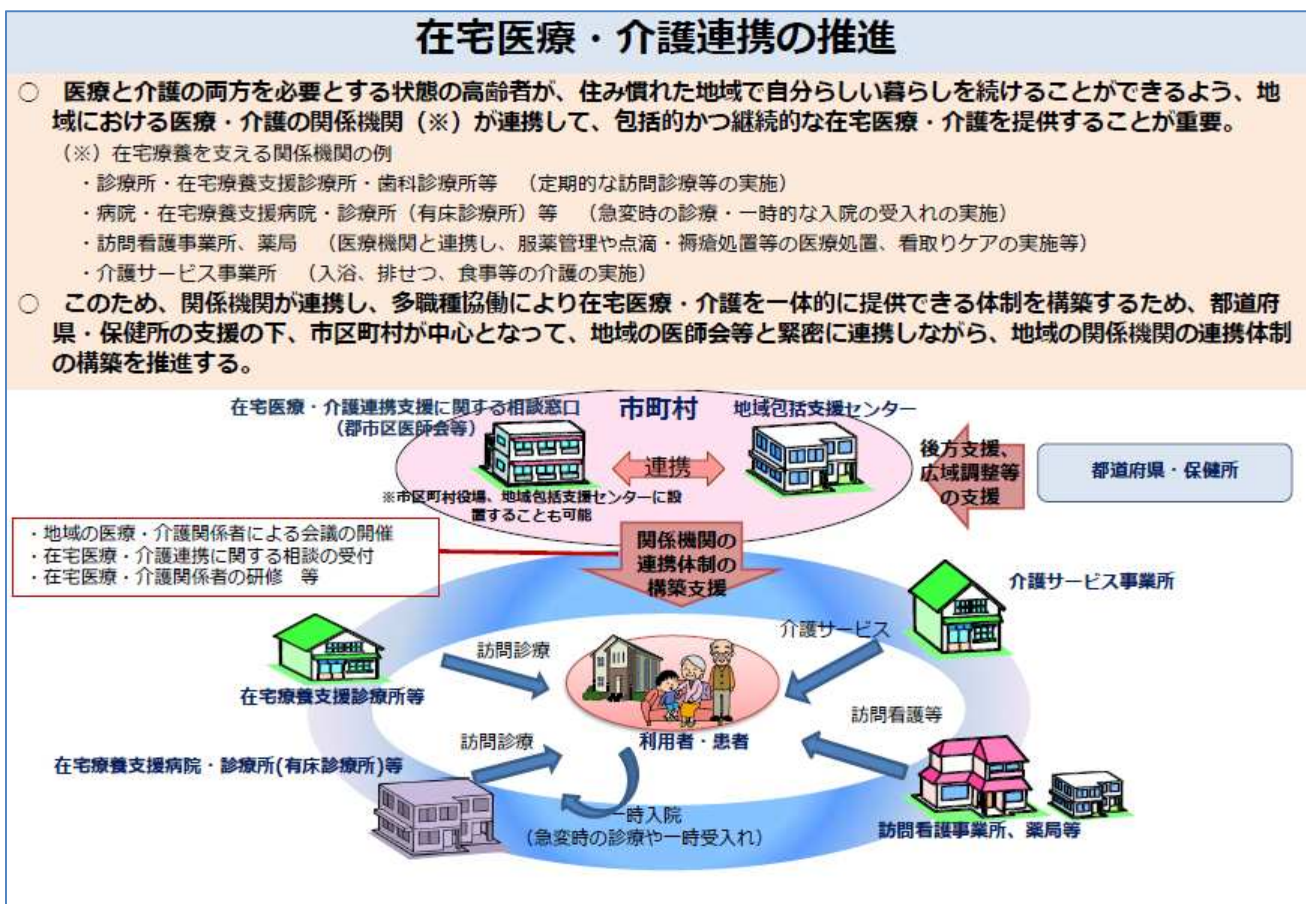
4. 医療介護連携の心構え

- ①療養者のための連携であり、支援にかかわる者は、療養生活に関する本人の希望を把握後、課題を明確にし、療養者の状況にあわせて連携しながら必要な支援を行うことが大切です。
- ②支援チームは皆が対等な関係です。支援にかかわる者は顔の見える関係づくりを基本として、忌憚のない意見交換ができる関係を構築することが重要です。

- ③取り扱う情報は特に注意が必要な情報であるため、本人や家族の同意を得ておくことが必要です。
- ※書面で同意を得る際、所属する組織において、独自の書式がない場合は、P.15～17「個人情報使用同意書」（参考様式）を参照。
- ※個人情報については、「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」（平成 29 年 4 月 14 日付け個情第 5 3 4 号・医政発 0 4 1 4 第 6 号・薬生発 0 4 1 4 第 1 号・老発 0 4 1 4 第 1 号）等に留意し、各自の責任において適正に取り扱う。

5. 手引き運用における留意点

- ①この手引きは、医療機関とケアマネジャーの連携をと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。手引きに定められた手順や日数などは「目安」と考え、個別の事情に応じた対応が必要な場合は、関係者間で適宜調整してください。
- ②手引きで定める様式は、医療関係者及びケアマネジャーの業務遂行に必要な全ての情報項目を網羅するものではありません。不足する情報がある場合は、本人・家族から聞き取るなどして情報収集を行ってください。



厚生労働省資料より

Ⅱ ケアマネジャーがいる場合の連携（在宅療養時、入院時、退院時）

この手引きで示す「ケアマネジャーがいる場合の連携」とは、担当ケアマネジャーがいる高崎市在住の療養者に対し、ケアマネジャーと医療機関が行う連絡・情報共有を指します。

各関係者の役割については、以下のとおりです。

	医療機関担当者（外来、訪問診療等）	ケアマネジャー
在宅療養時	<ul style="list-style-type: none"> ○日頃より担当ケアマネジャーを確認しておく。 ○ケアマネジャーに相談・連絡事項がある場合は、「主治医・介護支援専門員連絡票」（様式3）を用いて連絡を取り合う。 ○必要に応じケアプランの提出を依頼する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○新たに療養者を担当することになったら、主治医に伝える。 ○主治医に相談・連絡事項がある場合は、「主治医・介護支援専門員連絡票」（様式3）を用いて連絡を取り合う。 ○主治医へケアプランを情報提供する際は、「居宅サービス計画書／介護予防サービス・支援計画書送付書」（様式4）に、添付して原則持参する。 ○療養者が入院や入所系サービス利用により在宅療養を中止することが分かった場合や、退院・退所等により在宅でのサービス利用を再開する場合は、速やかに主治医へ連絡し、必要に応じて情報を提供する。
	<p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○日頃から療養者やその家族に対して、介護保険証や担当ケアマネジャーの名刺を健康保険証やお薬手帳等と一緒に保管し、必要な時に医療機関に提示できるようにしておく等の工夫点について伝えておく。 ○「主治医・介護支援専門員連絡票」（様式3）やケアプラン等の送付及び受け取りは原則手渡しとするが、状況に応じて適切な方法を医療機関と担当ケアマネジャーで相談する。個人情報の保護には細心の注意を払い、各自の責任において適正に取り扱うよう十分配慮する。 	

	医療機関担当者（入院先）	ケアマネジャー
入院時	<ul style="list-style-type: none"> ○ケアマネジャーが療養者の入院を把握できるように、療養者・家族に確認し、必要に応じて連絡する。 ○ケアマネジャーから、「入院時情報提供書」（様式1）を受け取り、不足している情報等はケアマネジャーより聞き取る。 	<ul style="list-style-type: none"> ○療養者が入院したことを把握したら、【別添資料2】医療介護連携に関する病院相談窓口一覧を確認し、「入院時情報提供書」（様式1）を、医療機関担当者（入院先）宛てに原則持参、または郵送する。
	<p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○原則として、全ての療養者について情報提供を行うが、入院に至る要因は様々であることから、ケアマネジャーと医療機関担当者（入院先）で連絡を取り合い、情報提供の必要性の有無を判断する。 ○「入院時情報提供書」（様式1）の送付及び受け取りにおいては、個人情報の保護に細心の注意を払い、各自の責任において適正に取り扱うよう十分配慮する。 	
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ○医師等により「在宅への退院が可能か」を判断する。 ○退院の見込みが立ちしだいケアマネジャーへ連絡し、情報共有の方法を決定する。 ケアマネジャーがサービス調整に必要な期間を考慮し、退院7～10日前までの連絡を目安とする。 ○「退院・退所情報記録書」（様式2）をケアマネジャーへ提供する。 	<ul style="list-style-type: none"> ○退院見込みの連絡を受け、情報共有の方法を決定する。 ○「退院・退所情報記録書」（様式2）を受け取り、不足している情報等は医療機関担当者（入院先）より聞き取る。
	<p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○情報共有の方法は、原則としてケアマネジャーが医療機関を訪れることとし、できるだけ早期に情報共有ができるよう医療機関担当者（入院先）とケアマネジャー間で調整する。 ○医療機関担当者（入院先）とケアマネジャーは、必要に応じて連絡を取り合い、退院前カンファレンスや退院時の共同指導の開催を検討し、情報共有の場として積極的に活用する。 	

	医療機関担当者（入院先）	ケアマネジャー
	<p>○退院日が決定したらケアマネジャーに連絡し、必要に応じケアプランの提出を依頼する。</p>	<p>○退院日の決定の連絡を受け、必要な情報があれば医療機関担当者（入院先）に確認する。</p> <p>○必要に応じ、ケアプランを「居宅サービス計画書／介護予防サービス・支援計画書送付書」（様式4）に添付して医療機関担当者（入院先）へ提供する。</p>
<p>【留意点】</p> <p>○医療機関担当者（入院先）は、ケアマネジャーから「入院時情報提供書」（様式1）の提供を受けているため、全ての療養者に対して退院調整を行う。</p> <p>○「退院・退所情報記録書」（様式2）の送付及び受け取りにおいては、個人情報の保護に細心の注意を払い、各自の責任において適正に取り扱うよう十分配慮する。</p>		

◆サービス担当者会議※への主治医の関わりについて

サービス担当者会議に主治医が参加することで、医学的観点から意見を得られ、サービス等担当者間で共有することができます。主治医とケアマネジャーは「主治医・介護支援専門員連絡票」（様式3）を積極的に活用して日頃の情報共有を行い、サービス担当者会議についての連絡を取り合しましょう。

サービス担当者会議に主治医が参加できない場合は、事前にケアマネジャーが主治医に意見を求め、会議の場で共有します。会議終了後は、会議の議事録やケアプランを主治医に提供するなどして情報共有を行きましょう。

※サービス担当者会議とは・・・

担当ケアマネジャーが作成したケアプラン原案の修正・確定等のために開催される会議で、厚生労働省の示す「指定居宅介護支援等の事業の人員及び運営に関する基準」に定められています。療養者及び家族、ケアプランの原案に位置づけたサービス等の担当者が参加し、療養者の状況等に関する情報を共有するとともに、ケアプランの原案の内容について専門的な見地からの意見を共有します。

Ⅲ ケアマネジャーがいない場合の連携（退院時）

この手引きで示す「ケアマネジャーがいない場合の連携」とは、担当ケアマネジャーがいない高崎市在住の療養者に対し、医療機関から在宅への退院調整が必要な場合に、ケアマネジャーと医療機関が行う連絡・情報共有を指します。

各関係者の役割については、以下のとおりです。

	医療機関担当者（入院先）	ケアマネジャー
退院時	<ul style="list-style-type: none"> ○医師等により「在宅への退院が可能か」を判断する。 ○【退院調整の必要な療養者の状態像の例（P.8）】を参考に退院調整の必要性を判断する。 ○退院調整が必要と判断された場合、ケアマネジャーがサービス調整に必要な期間（目安として退院 7～10 日前、新規利用の場合はさらに期間が必要）を考慮し、療養者・家族に対して介護保険の説明や申請支援等を行う。 ケアマネジャーの選定支援を行う場合は、【別添資料 1】居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護・高齢者あんしんセンター連絡先一覧を参照し、なるべく早い段階で担当ケアマネジャーが決定するよう、療養者、家族と調整をはかる。 ○退院の見込みが立ちしだいケアマネジャーへ連絡し、情報共有の方法を決定する。 ケアマネジャーがサービス調整に必要な期間を考慮し、退院 7～10 日前までの連絡を目安とする。 	<ul style="list-style-type: none"> ○医療機関担当者（入院先）等から、ケアマネジャーの担当選定についての相談や介護保険申請依頼を受けた場合は、相談に応じる。 ○退院見込みの連絡を受け、情報共有の方法を決定する。
<p>【留意点】</p> <ul style="list-style-type: none"> ○情報共有の方法は、原則としてケアマネジャーが医療機関を訪れることとし、できるだけ早期に情報共有ができるよう医療機関担当者（入院先）とケアマネジャー間で調整する。 ○医療機関担当者（入院先）とケアマネジャーは、必要に応じ連絡を取り合い、退院前カンファレンスや退院時の共同指導の開催を検討し、情報共有の場として積極的に活用する。 		

	医療機関担当者（入院先）	ケアマネジャー
	<p>○「退院・退所情報記録書」（様式 2）をケアマネジャーへ提供する。</p> <p>○退院日が決定したらケアマネジャーに連絡し、必要に応じケアプランの提出を依頼する。</p>	<p>○「退院・退所情報記録書」（様式 2）を受け取り、不足している情報等は医療機関担当者（入院先）より聞き取る。</p> <p>○退院日の決定の連絡を受け、必要な情報があれば医療機関担当者（入院先）に確認する。</p> <p>医療機関から求められた場合は、「居宅サービス計画書／介護予防サービス・支援計画書送付書」（様式 4）に添付して原則持参する。</p>
<p>【留意点】</p> <p>○「退院・退所情報記録書」（様式 2）の送付及び受け取りにおいては、個人情報の保護に細心の注意を払い、各自の責任において適正に取り扱うよう十分配慮する。</p>		
		<p>* 退院後の連携については、「Ⅱ ケアマネジャーがいる場合の連携（在宅療養時、入院時、退院時）」（P.3）を参照してください。</p>

◆手引きで使用している用語について

この手引きの文中で使用している用語の定義については、以下のとおりです。

療養者	ケアマネジャーにとっては、契約をしている本人。医療機関にとっては、通院または入院している患者本人。（ただし、各種様式の中では「本人」と表記している。）
医療機関	病院、一般診療所。
医療機関担当者	ケアマネジャーとの連携を行う各医療機関の担当者。
在宅	療養者の自宅を基本とし、グループホーム・特別養護老人ホーム・介護老人保健施設・介護療養型医療施設を除いた、療養者の生活の場所。
ケアマネジャー	居宅介護支援・小規模多機能型居宅介護・看護小規模多機能型居宅介護の事業所及び高齢者あんしんセンター（地域包括支援センター）に所属するケアマネジャー。

【退院調整の必要な療養者の状態像の例】

1) 65 歳以上の場合

◆退院調整が必要な療養者

- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
 - ②食事に介助が必要な方
 - ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
 - ④日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方
- ※ ①～④の 1 つでもあてはまる方

居宅介護支援事業所へ
連絡

◆上記以外で見逃してはいけない療養者

- ⑤在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
 - ⑥(ADL は自立でも) がん末期の方、新たに医療処置 (膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など) が追加された方
- ※ ⑤か⑥の 1 つでもあてはまる方

療養者の住所地の
高齢者あんしんセンターへ
連絡

※判断に迷った場合は、療養者の住所地の高齢者あんしんセンターへ連絡

2) 40 歳以上 65 歳未満の場合

下記の【介護保険の対象となる特定疾病 (40 歳以上 65 歳未満)】で、かつ、前述の 1) 65 歳以上の場合の ①～⑥に当てはまる場合

【介護保険の対象となる特定疾病 (40 歳以上 65 歳未満)】

- ①がん末期
- ②関節リウマチ
- ③筋萎縮性側索硬化症
- ④後縦靭帯骨化症
- ⑤骨折を伴う骨粗しょう症
- 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
- 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

- ①立ち上がりや歩行などに介助が必要な方
 - ②食事に介助が必要な方
 - ③排泄に介助が必要、あるいはポータブルトイレを使用中
 - ④日常生活に支障を来すような精神症状または認知症状のある方
- ※①～④の 1 つでもあてはまる方

居宅介護支援事業所へ
連絡

- ⑤在宅では、独居かそれに近い状態で、調理や掃除など身の回りの周辺動作に介助が必要な方
 - ⑥(ADL は自立でも) がん末期の方、新たに医療処置 (膀胱バルーンカテーテル留置、経管栄養、吸引など) が追加された方
- ※⑤か⑥の 1 つでもあてはまる方

療養者の住所地の
高齢者あんしんセンターへ
連絡

IV 様式集

◆様式 1	入院時情報提供書（表）（裏）	．．．．． 10
◆様式 2	退院・退所情報記録書	．．．．． 12
◆様式 3	主治医・介護支援専門員連絡票	．．．．． 13
◆様式 4	居宅サービス計画書／介護予防サービス・支援計画書送付書	．．．．． 14
◆参考様式	個人情報使用同意書：介護支援専門員用	．．．．． 15
◆参考様式	個人情報使用同意書：医療機関用	．．．．． 17

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

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、処方を守られていない <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 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分程度ならみまもらなくても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、操作方法を教えてもらえれば使える <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"/> 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 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 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()								

退院・退所情報記録書

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 ()				
	排泄方法	<input type="checkbox"/> トイレ <input type="checkbox"/> ポータブル <input type="checkbox"/> おむつ <input type="checkbox"/> カテーテル・パウチ ()				
	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				
	食事形態	<input type="checkbox"/> 普通 <input type="checkbox"/> 経管栄養 <input type="checkbox"/> その他 ()			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)	義歯	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり(部分・総)		
	口腔清潔	<input type="checkbox"/> 良 <input type="checkbox"/> 不良 <input type="checkbox"/> 著しく不良		入院(所)中の使用: <input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり		
	口腔ケア	<input type="checkbox"/> 自立 <input type="checkbox"/> 一部介助 <input type="checkbox"/> 全介助				
	睡眠	<input type="checkbox"/> 良好 <input type="checkbox"/> 不良 ()			眠剤使用	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり
	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 ()				
② 受け止め/意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知 : <input type="checkbox"/> あり <input type="checkbox"/> なし				
	<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 ()		
	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 ()		
	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 ()		
	禁忌事項	(禁忌の有無)	(禁忌の内容/留意点)	
症状・病状の予後・予測	<input type="checkbox"/> なし <input type="checkbox"/> あり			
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				
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。

主治医・介護支援専門員連絡票

事業所名 住 所 電 話 F A X 担当介護支援専門員		医療機関名 住 所 電 話 F A X 主治医
--	--	-------------------------------------

利用者の情報

利用者	ふりがな 氏名		性別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日 年齢	明・大・昭 年 月 日 () 歳
	現住所				電話番号	(携帯)
	認定 区分等	<input type="checkbox"/> 事業対象者 <input type="checkbox"/> 要支援 () <input type="checkbox"/> 要介護 () [認定期間] 年 月 日 ~ 年 月 日				
	≪現在の生活状況、本人・家族の希望、課題など≫ ※サービス利用状況含む					

ご本人（ご家族）の承諾を得て、ご連絡しております

介護支援専門員記載欄		医療機関記載欄	
記載日	年 月 日	記載日	年 月 日
<input type="checkbox"/>	ケアプラン作成にあたり、病状等についての確認事項など	<input type="checkbox"/>	ケアプラン作成にあたり、病状等についての確認事項など
<input type="checkbox"/>	医療系サービスの利用について	<input type="checkbox"/>	医療系サービスの利用について (<input type="checkbox"/> 訪問看護 <input type="checkbox"/> 訪問リハビリテーション <input type="checkbox"/> 通所リハビリテーション <input type="checkbox"/> 短期入所療養介護 <input type="checkbox"/> その他 ())
<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議についての連絡	<input type="checkbox"/>	サービス担当者会議についての連絡 サービス担当者会議への参加について (出席します・欠席します)
<input type="checkbox"/>	その他の相談・連絡事項	<input type="checkbox"/>	その他の相談・連絡事項
		医師名 (自署)	

年 月 日

〇〇 医院
 〇〇 〇〇 様

〇〇事業所
 〇〇 〇〇

居宅サービス計画書／介護予防サービス・支援計画書の送付について

日頃より、居宅介護支援事業所〇〇の活動にご理解・ご協力をいただきまして、厚くお礼申し上げます。

下記の利用者からの依頼を受け、居宅サービス計画書／介護予防サービス・支援計画書を作成いたしましたので、別紙のとおり報告させていただきます。なお、計画書の内容やサービス利用等につきましてご意見・ご助言がありましたら、ご連絡下さい。

今後ともどうぞよろしくお願ひ申し上げます。

記

利用者	氏名		生年月日	年 月 日 () 歳
	住所			

問い合わせ先 〇〇事業所： 所在地：〒 電話： — — 担当：
--

個人情報使用同意書

(居宅介護支援、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメント用)

私（利用者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

- (1) 利用者のための居宅サービス計画書、介護予防サービス・支援計画書の作成（変更）及びこれに沿った円滑なサービス提供のために実施されるサービス担当者会議、担当職員や事業者及び関係機関との連絡調整等において必要な場合
- (2) 介護保険施設等に入所することに伴う必要最低限度の情報の提供
- (3) 事故発生時における行政機関等への報告等に使用する場合
- (4) 法定研修等の実習生の受入れに使用する場合

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに居宅介護支援、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の居宅介護支援、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る。）

3 使用する期間

_____年 _____月 _____日から契約終了日まで

4 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

事業者（説明者） _____ 様

上記2に該当する関係者 様

利用者 _____ 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

代理人
(続柄： _____) _____ 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

※代理人を選任した場合は、上記に記載してください。

利用者家族
(続柄： _____) _____ 住所 _____

氏名 _____ 印 _____

個人情報使用同意書

私（患者及びその家族）の個人情報については、次に記載するところにより必要最小限の範囲内で使用することに同意します。

記

1 使用する目的

在宅療養時及び入退院時において、下記2に該当する関係者間で患者及びその家族の個人情報を共有し、患者の在宅療養生活を支援する。

2 使用する事業者の範囲

指定介護（予防）サービス事業者及び介護保険外サービス事業者の担当者、及び主治医や医療機関の担当者、並びに居宅介護支援、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な地域の行政機関や民生委員などの関係機関（団体）の担当者（利用者の居宅介護支援、介護予防支援及び介護予防ケアマネジメントに協力が必要な関係者に限る。）

3 条件

- (1) 個人情報の提供は必要最小限とし、提供にあたっては関係者以外の者に漏れることのないよう細心の注意を払うこと。
- (2) 緊急を要すると判断した場合は、必要最低限の個人情報を上記以外の者に提供することもある。その場合は、相手方に対して、関係者以外の者に漏れることのないよう厳重に注意を促すとともに、速やかに利用者に対して報告すること。
- (3) 個人情報を使用した会議、相手方、内容等の経過を記録しておくこと。

年 月 日

医療機関（説明者） _____ 様

上記2に該当する関係者 様

患者 住所 _____

氏名 _____ 印

代理人 住所 _____

(続柄：)

氏名 _____ 印

※代理人を選任した場合は、上記に記載してください。

患者家族 住所 _____

(続柄：)

氏名 _____ 印

V 高崎市医療介護連携相談センター一覧

医療と介護の両方を必要とする高齢者が、住み慣れた地域で自分らしい暮らしを続けられるよう、安心して切れ目のないサービスを受けるための、主に医療職と介護職の連携に関する相談窓口です。

(令和7年3月1日現在)

名称	高崎市医療介護連携相談センター 南大類	高崎市医療介護連携相談センター たかまつ
所在地	高崎市南大類町 200-2 高崎健康福祉大学訪問看護ステーション内	高崎市高松町 5 番地 2 8 高崎市総合保健センター3 階 (高崎市医師会事務局内)
電話番号	027-395-0102	027-329-6611
相談受付日時	(月) ~ (金) 9 時~17 時	(月) ~ (金) 9 時~17 時

【参考】

退院調整に関して算定可能な診療報酬・介護報酬の例 (令和6年6月)

群馬県健康福祉課確認

