

医療と介護のための「入退院時連携シート」活用の手引き（新旧対照表）

新

旧

【表紙】

医療と介護の連携のための
「入退院時連携シート」**活用**の手引き
Ver.3

平成28年9月
(令和元年7月改訂)
(令和7年4月改訂)

留萌保健医療福祉圏域連携推進会議
在宅医療・ケア専門部会

【表紙】

医療と介護の連携のための
「入退院時連携シート」
Ver.2

平成28年9月
(令和元年7月改訂)

留萌保健医療福祉圏域連携推進会議
在宅医療・ケア専門部会

【本文】

1 はじめに

留萌圏域では、平成 26 年度から在宅医療とケアにかかる保健・医療・福祉の連携調整に関する事項を協議するため、留萌保健医療福祉圏域連携推進会議「在宅医療・ケア専門部会」を設置し、取り組みを進めています。

その中で、医療と介護の連携の際には、医療機関とケアマネジャーとの連携が不可欠であることから、医療と介護の連携を強化し、切れ目のない医療・介護サービス提供のための連携ツールとして、留萌南部地域（留萌市・増毛町・小平町）をモデルとして本シートを作成し、平成 30 年度からは留萌圏域全域での運用が開始されました。

留萌圏域で暮らす住民が安心して在宅療養できるよう、医療機関担当者、ケアマネジャーの皆さまがこの手引きを活用して、円滑に入退院支援をしていただけますと幸いです。

2 本ルールを利用する機関

留萌圏域の病院、有床診療所、市町村地域包括支援センター、居宅介護支援事業所

3 本シート活用の対象者

- (1) すでに介護認定を受けていて担当ケアマネジャーのいる留萌圏域の療養者で、管内の病院・有床診療所に入院した方
- (2) 入院中に介護保険を申請し、担当ケアマネジャーが決定した留萌圏域の方

※ 注 1) 検査入院など短期入院である場合や、一部診療科（産科・小児科・眼科）は、対象者から除きます。

4 シートの種類

シートは次の 2 種類です。フロー図（P 2）を参考にご活用ください。

(1) 入院時情報提供書

患者の入院時に、担当ケアマネジャーから病院等に送るシートです。

(2) 連絡情報シート

①入院前【ケアマネジャー記入用】

患者の入院時に、担当ケアマネジャーから病院等へ入院前の情報を提供するためのシートです。

担当ケアマネジャーは、上記「入院時情報提供書」と「連絡情報シート①」を入院の連絡を受けたら 48 時間以内を目処に記入し、入院先病院等へ送付します。

②退院について病棟で検討したとき【病棟記入用】

病院等で、退院準備期間（退院の目処がつく等、退院に向けて調整する時期）に、病棟から担当ケアマネジャーに情報を提供するためのシートです。

退院予定が決まったら、担当ケアマネジャーへできるだけ早急に連絡するとともに「連絡情報シート②」を記入し、担当ケアマネジャーへ送付します。

※ 注 2) 転院・転科する場合、本シートは患者の動きに合わせて転科・転院先へ原本を送付し、病棟では写しを保管してください。

【本文】

1 はじめに

留萌では、平成 26 年度から在宅医療とケアにかかる保健・医療・福祉の連携調整に関する事項を協議するため、留萌保健医療福祉圏域連携推進会議「在宅医療・ケア専門部会」を設置し、取り組みを進めています。

その中で、医療と介護の連携の際には、医療機関とケアマネジャーとの連携が不可欠であることから、医療と介護の連携を強化し、切れ目のない医療・介護サービス提供のためのツールとして、留萌南部地域（留萌市・増毛町・小平町）をモデルとして本シートを作成し、平成 30 年度からは留萌全域での運用が開始されました。

2 本シート活用の対象者

- (1) 介護保険を利用している留萌管内の療養者で、管内の病院・有床診療所に入院した方
- (2) 入院中に介護保険を申請し、担当ケアマネジャーが決定した留萌の方

※ 注 1) 検査入院など短期入院である場合や、一部診療科（産科・小児科・眼科）を除きます。

3 シートの種類

シートは次の 2 種類です。フロー図（P 2）を参考にご活用ください。

(1) 入院時情報提供書

患者の入院時に、担当ケアマネジャーから病院等に送るシートです。

(2) 情報連絡シート

①ケアマネジャー記入用

患者の入院時に、担当ケアマネジャーから病院等へ入院前の情報を提供するためのシートです。

②病棟記入用

病院等で、退院準備期間（退院の目処がつく等、退院に向けて調整する時期）に、病棟から担当ケアマネジャーに情報を提供するためのシートです。

【入院時情報提供書】

入院時情報提供書

(居宅介護支援事業所一病院・診療所)

(医療機関名)

情報提供日：令和 年 月 日
入院日：令和 年 月 日

様

事業所名
担当者
TEL /FAX

この度、入院(予定)された下記の方について、ご本人及びご家族の同意に基づき在宅での様子をお知らせいたしますので、参考にさせていただければ幸いです。ご不明な点等がございましたら、担当までご連絡ください。

また、退院が決まり次第、ご連絡・情報提供いただきますようお願いいたします。

1) 基本情報

フリガナ, 氏名, 住所, 定期通院先, 世帯状況, 経済状況, 家族状況, 住環境

2) 介護保険等情報

要介護度, 有効期間, サービスの種類, サービス内容, 利用頻度, 事業所名, 福祉用具貸与, その他のサービス

【入院時情報提供書】

入院時情報提供書

(居宅介護支援事業所一病院・診療所)

(医療機関名)

報告日：令和 年 月 日

様

事業所名
担当者
TEL /FAX

平素より大変お世話になり、お礼申し上げます。この度、入院(予定)された下記の方について、ご本人及びご家族の同意に基づき在宅での様子をお知らせいたしますので、参考にさせていただければ幸いです。ご不明な点等がございましたら、担当までご連絡ください。

また、退院が決まり次第、ご連絡・情報提供いただきますようお願いいたします。

1) 基本情報

フリガナ, 氏名, 住所, 世帯状況, 経済状況, 家族状況, 住環境

2) 介護保険等情報

要介護度, 有効期間, サービスの種類, サービス内容, 利用頻度, 事業所名, 福祉用具貸与, その他のサービス

【連絡情報シート】

連絡情報シート 患者氏名: (生年月日: 大・昭・平 年 月 日)

①入院前(入院前の安定した状態)【ケアマネジャー記入】 ②退院について病棟で検討した時【病棟記入】
作成年月日: 令和 年 月 日 作成年月日: 令和 年 月 日 担当医氏名
所属・氏名: 所属・氏名:
食事 自立 見守り 一部介助 全介助
嚥下機能 むせない 時々むせる 常にむせる
形態 常食 粥 軟菜食
きざみ食 ミキサー食 とろみ食
経鼻栄養 胃瘻 腸瘻 特別食()
排便 自立 見守り 一部介助 全介助
失禁 あり 時々 まれにあり なし
トイレ ポータブル(昼) ポータブル(夜)
カテーテル・人工肛門等 おむつ その他()
夜間睡眠 良好 不良 眠剤の服薬あり
上着の着脱 自立 見守り 一部介助 全介助
スボン・パンツの着脱 自立 見守り 一部介助 全介助
歩行 つかまらず可 なにかにつかまれば可 できない
移乗 自立 見守り 一部介助 全介助
杖 シルバーカー
歩行器 車椅子 その他()
入浴 自立 見守り 一部介助 全介助
入浴方法 浴槽 シャワー その他()
自歯 総義歯(上) 総義歯(下)
部分義歯(上) 部分義歯(下) 全歯喪失
口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助
その他()
確定診断 なし あり(診断名:)
短期記憶 問題なし 問題有り
意思決定 自立 やや困難 見守り必要 判断不可
幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言
暴行 徘徊 火の不始末 介護抵抗
不潔行為 異食行動 性的問題行動
その他()
服薬管理 自立 見守り 一部介助 全介助
金銭管理 自立 見守り 一部介助 全介助

看護・介護上の問題点、留意事項等
【看護の視点】
血圧 水分制限 食事制限 食形態 嚥下 口腔ケア
清潔ケア 血糖コントロール 排便 皮膚状態 睡眠
認知機能・精神面 服薬指導 療養上の指導 ターミナル
その他()

【担当ケアマネからの情報提供】
○日中の過ごし方
○本人の意向
○家族の意向
○その他特記事項(注意点等) 施設申込済または調整中

【医療機関からの情報提供】
○退院予定: 令和 年 月 日
○本人の意向
○家族の意向
【在宅療養に向けた課題認識のための情報】
本人の病状の理解がない 家族の病状の理解がない
疾患管理が必要 ADL低下で、新たなサービスの導入が必要
本人・家族と医療側の意向が不一致
自宅に戻れるか検討を要する 住環境整備が必要
新たな医療処置の導入が必要()
支援体制・介護体制が未整備
その他()
【リハビリの継続性】
あり(内容:)

【連絡情報シート】

連絡情報シート 患者氏名: (生年月日: 年 月 日)

①入院前(入院前の安定した状態)【ケアマネジャー記入】 ②退院について病棟で検討した時【病棟記入】
作成年月日: 令和 年 月 日 作成年月日: 令和 年 月 日
所属・氏名: 所属・氏名:

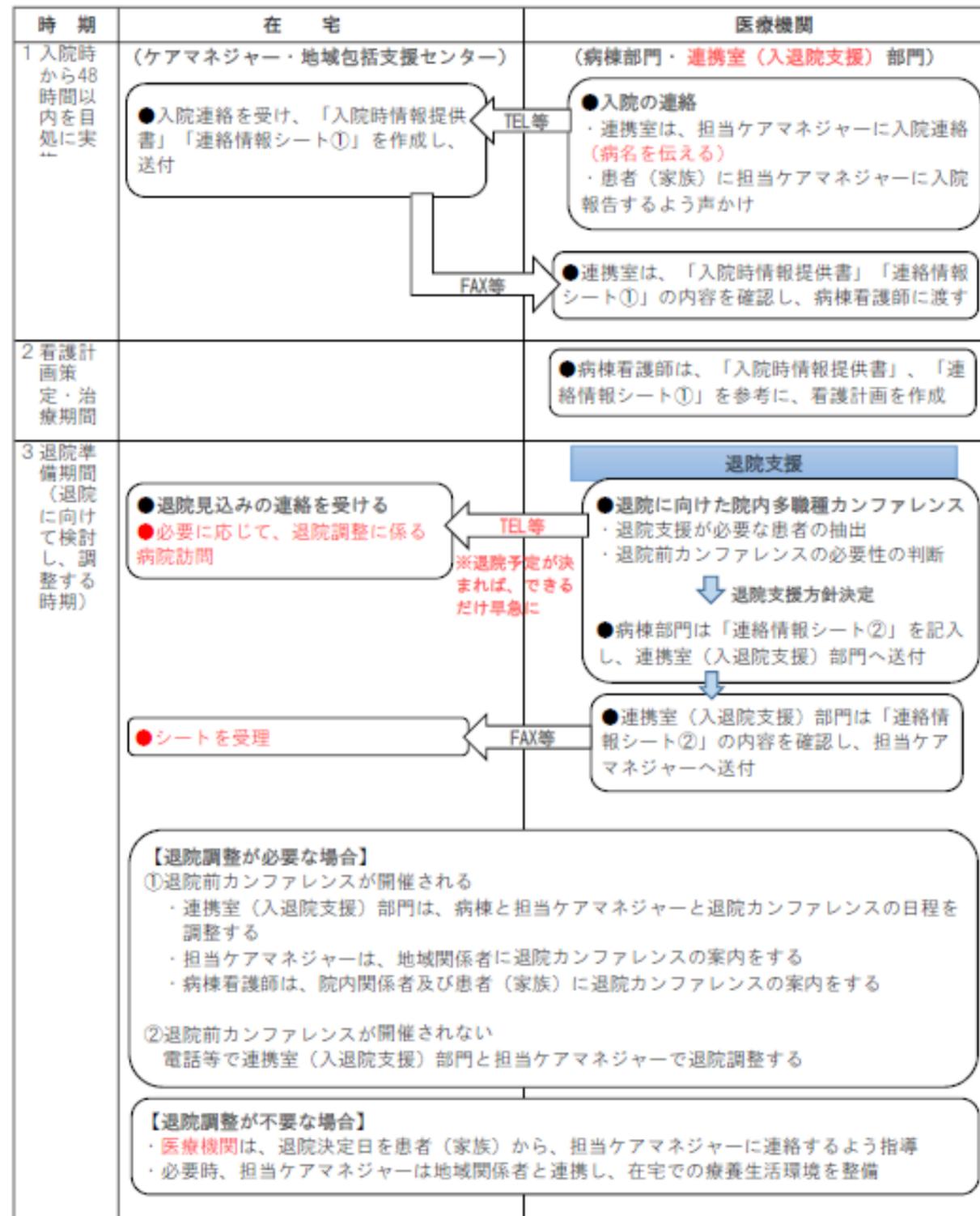
食事 自立 見守り 一部介助 全介助
嚥下機能 むせない 時々むせる 常にむせる
形態 常食 粥 軟菜食
きざみ食 ミキサー食 とろみ食
経鼻栄養 胃瘻 腸瘻 特別食()
排便 自立 見守り 一部介助 全介助
失禁 あり 時々 まれにあり なし
トイレ ポータブル(昼) ポータブル(夜)
カテーテル・人工肛門等 おむつ その他()
夜間睡眠 良好 不良 眠剤の服薬あり
上着の着脱 自立 見守り 一部介助 全介助
スボン・パンツの着脱 自立 見守り 一部介助 全介助
歩行 つかまらず可 なにかにつかまれば可 できない
移乗 自立 見守り 一部介助 全介助
杖 シルバーカー
歩行器 車椅子 その他()
入浴 自立 見守り 一部介助 全介助
入浴方法 浴槽 シャワー その他()
自歯 総義歯(上) 総義歯(下)
部分義歯(上) 部分義歯(下) 全歯喪失
口腔ケア 自立 見守り 一部介助 全介助
その他()
確定診断 なし あり(診断名:)
短期記憶 問題なし 問題有り
意思決定 自立 やや困難 見守り必要 判断不可
幻視・幻聴 妄想 昼夜逆転 暴言
暴行 徘徊 火の不始末 介護抵抗
不潔行為 異食行動 性的問題行動
その他()
服薬管理 自立 見守り 一部介助 全介助
金銭管理 自立 見守り 一部介助 全介助

看護・介護上の問題点、留意事項等
【看護の視点】
血圧 水分制限 食事制限 食形態 嚥下 口腔ケア
清潔ケア 血糖コントロール 排便 皮膚状態 睡眠
認知機能・精神面 服薬指導 療養上の指導 ターミナル
その他()

【担当ケアマネからの情報提供(本人・家族の意向等)】
【退院見込み】 無
有 ⇒退院時期: 退院場所:
【あてはまる項目にチェックをつけてください】
病状の理解がない 疾患管理が必要
支援体制・介護体制が未整備 住環境整備が必要
ADL低下で、新たなサービスが必要
本人・家族と医療側の意向が不一致
新たな医療処置の導入が必要
自宅に戻れるか検討を要する
その他()
【ケアマネとの退院調整の必要性】 無 有

【入退院支援・退院調整フロー図】

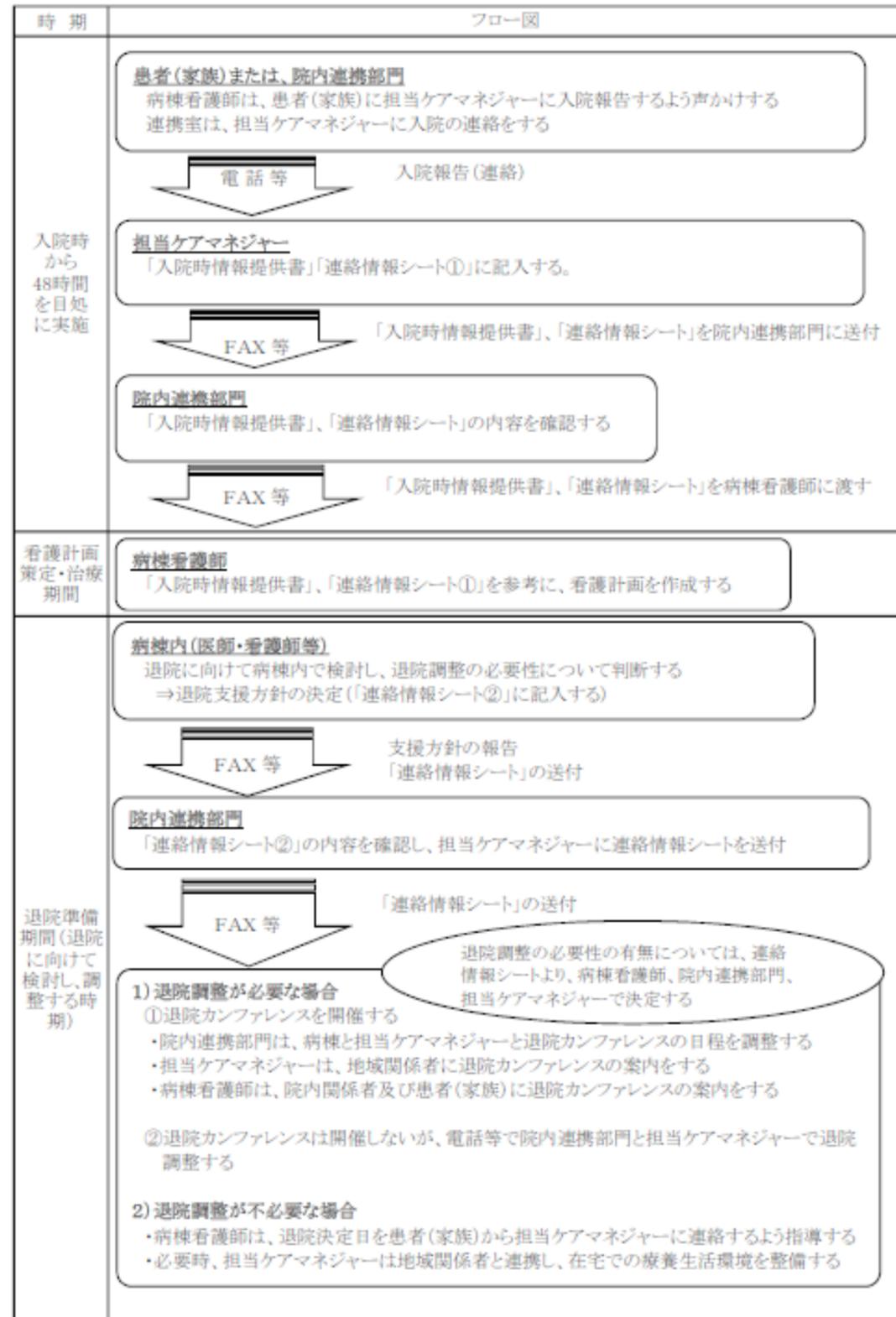
入退院支援・退院調整フロー図



※ 入院中に介護保険を申請し、担当ケアマネジャーが決定した場合については、上記フロー図の【3 退院準備期間】からの流れになります。
医療機関は、「連絡情報シート②」を記入し、連携室(入退院支援)部門を通して担当ケアマネジャーに患者情報を伝え、退院調整していきます。

【入退院支援・退院調整フロー図】

入退院支援・退院調整フロー図



※ 入院中に介護保険を申請し、担当ケアマネジャーが決定した場合については、上記フロー図の退院準備期間からの流れになります。病棟看護師は、「連絡情報シート②」を記入し、院内連携部門を通して担当ケアマネジャーに患者情報を伝え、退院調整していきます。