ケアマネジャー
医療連携ガイドライン

2019年　5月31日　作成
2020年　6月29日　改定
2022年10月01日　改定
2024年10月01日　改定
2026年10月01日　改訂

佐世保市在宅医療・介護連携協議会
佐世保市介護支援専門員連絡協議会



はじめに

佐世保市では、現在高齢化が進展しており、令和２(2020)年 10 月１日現在の高齢化率は 31.8%となっています。将来推計では、令和７(2025)年に高齢化率が、33.2%となる見込みであり、令和 22(2040)年にかけて、今後さらなに高齢化率の割合は上昇し、10 人に４人は 65 歳以上となることが予想されています。

このような社会において、自分が住み慣れた地域で自分らしい暮らしを人生の最後まで続けたいと願う高齢者や罹患者は年々増え続けています。

さらに、地域医療構想による地域包括ケアシステムの推進や病床機能の分化・転換などにより、今後ますます在宅医療の必要性は高まっていくと推測されます。

そのような中、医療と介護をつなぐ介護支援専門員(ケアマネジャー)の役割は、さらに重要になってきています。

特に近年の診療報酬及び介護報酬改定においても、入退院連携における加算等が強化され、入院時の早期介入が求められる等、今後の地域包括ケアシステムの構築にあたり、ケアマネジャーにはこれまで以上の役割が期待されていることが分かります。

しかしながら、医療制度に関して苦手意識を持っているケアマネジャーや、介護制度に関して認識が薄い医療機関等との連携など、関係性がうまく構築できていないところがあるのも現状です。

そこで、入退院時の連携や、入退院以外でも、日頃からの医療機関とケアマネジャーとの円滑で適切な連携体制を確立することを目的に、介護報酬改定に沿った加算書式等の定型化や連絡連携のためのツール、主治医意見書の依頼方法などを掲載したガイドラインを作成いたしました。

市民が住み慣れた地域で最後まで暮らし続けるため、医療機関とケアマネジャーの顔の見える関係性を構築し、円滑で適切な連携体制をとるための一助となるよう、皆様にご活用いただければ幸いです。

令和８(2026)年 10 月

佐世保市介護支援専門員連絡協議会

【本ガイドライン活用の対象職種及び事業所等】

■医療機関　■介護支援専門員(ケアマネジャー)　■医療ソーシャルワーカー
■地域包括支援センター　■在宅事業所を含む介護保険事業所



佐世保市在宅医療・介護連携協議会
佐世保市介護支援専門員連絡協議会

目 次

1. 在宅医療・介護連携の重要性 …… 1

2. わが街の在宅医療・介護連携の課題とその対策 …… 1～2
（1）ケアマネジャーと多職種連携の現状と目指すべき姿 …… 1
（2）ケアマネジャーと多職種連携の対策 …… 2

3. ケアマネジャーと医療・介護の連携イメージ図 …… 2
◆ 入退院連携に係る**介護報酬加算**算定の手順 …… 3
◆ 入退院連携に係る**診療報酬加算**算定の手順 …… 3
◆ 入退院連携に係る**診療報酬・介護報酬**の算定 …… 4
◆ 入院・退院支援の流れと算定のポイント …… 5

4. 医療と介護の連携の強化（医療介護連携に関連する加算） …… 6～12



（1）介護報酬
❶ 入院時情報連携加算 …… 6～7
❷ 退院・退所加算 …… 7～8
❸ ターミナルケアマネジメント加算 …… 9～10
❹ 緊急時等居宅カンファレンス加算 …… 10の1
❺ 通院時情報連携加算 …… 10の2



（2）診療報酬
❶ 入退院支援加算 …… 11
❷ 診療情報提供料（Ⅰ） …… 11
❸ 介護支援等連携指導料 …… 11
❹ 退院時共同指導料 …… 12
❺ 多機関共同指導加算 …… 12

5. 要介護認定申請を行う際の主治医との連携について …… 13
（1）主治医意見書の依頼方法について …… 13
（2）情報提供内容の統一化 …… 13
（3）認定結果の通知方法 …… 13

6. ケアマネジメントに伴う多職種間の連絡方法について …… 14
<様式集> …… 15～27
【様式1-1,1-2】入院時情報提供書<在宅版>・記入例 …… 16～19
【様式2】退院・退所情報記録書・記入例 …… 20～21
【様式3】主治医意見書依頼票・記入例 …… 22～23
【様式4】医師とケアマネジャーとの連絡票・記入例 …… 24～25
【様式5】多職種とケアマネジャーとの連絡票・記入例 …… 26～27
【様式6】歯科医師とケアマネジャーとの連絡票 …… 27の2
【様式7】薬剤師とケアマネジャーとの連絡票 …… 27の3
<事例集> …… 28～45
【事例1】筋骨格事例 …… 29～33
【事例2】看取り事例 …… 34～39
【事例3】脳血管疾患事例 …… 40～45

１．在宅医療・介護連携の重要性

在宅医療を推進していくうえで、医療と介護の連携は必要不可欠であり、病院から在宅へ移行する際の準備や緊急時の対応、看取りに至るまで、看護や介護が必要な本人はもちろん、そのご家族が安心して在宅療養を続けられるためには、多職種の緊密な連携が重要となってきます。

入院時の情報提供における問題として、現場のケアマネジャーからは医療関係者との「情報提供のための面談時間の調整が困難」「情報連携の手間が大変」という声がよく聞かれます。

とはいえ、効率的、効果的な情報共有を行うことは、利用者に対して必要な医療・介護サービスを提供するためには必要不可欠なことであります。

厚生労働省は、必要な情報を必要なタイミングで必要な職種に伝え、患者や利用者のケアや看護を切れ目無く実施し、その人が最期まで暮らし続けることができるようにするための体制づくりを地域で行っていくことを意図し、2018 年度の診療報酬・介護報酬改定において、入院時や退院時の医療と介護の連携における情報提供を評価しています。

２．わが街の在宅医療・介護連携の課題とその対策

(１)ケアマネジャーと多職種連携の現状と目指すべき姿

目の前にいる患者や利用者は、“その人らしい生活を最期まで送りつづけること”を願われています。

日々の生活の中でその人らしさを阻む要因をあらかじめ防いだり、既に生じている問題を解決できる体制を地域で作りあげることです。

しかしながら、「病院側の都合、医師の都合に合わせなければならず日程調整が困難」「医療者の介護に対する知識不足」「ケアマネジャーの医療に対する知識不足」「主治医とのコミュニケーションがうまくとれない」等の課題が挙げられています。

医学的な知識を医療職ほど持ち合わせていない場合、それぞれの立場において共有すべき情報の内容や伝達方法を必ずしも理解されている訳ではありません。お互いが、お互いの立場に立って情報共有し合うことが理想ですが、前述した通り、すぐには難しいのが現状のようです。

＜目指すべき姿＞

- ✿ ケアマネジャーが中心となって医療介護連携のコーディネーターを担うこと
- ✿ ケアマネジャーの医療に関する知識・経験の習得と医療職との緊密な連携
- ✿ ケアマネジャーの更なる質の向上
- ✿ 医療依存度が高い方などへの、ケアマネジャーと訪問看護との適切な連携
- ✿ 診療報酬、介護報酬における医療連携関連加算の知識の習得と実践（算定）
- ✿ 入退院支援などにおける病院とケアマネジャー間での患者情報の共有
- ✿ ケアマネジャーが病院・診療所を訪問してよい時間（ケアマネタイム）の設定や担当者と連絡を取りやすいツール開発などの環境整備

(２)ケアマネジャーと多職種連携の対策

これらの課題解決に向けては、医療機関とケアマネジャーの顔の見える関係となることで両者のギャップが少しでも埋まることとなり、切れ目のない移行により、市民が地域で安全・安心に暮らし続けることを実現できるよう、多職種連携専門部会にて協議し、ケアマネジャー医療連携ガイドライン作業部会を立ち上げ、**「ケアマネジャー医療連携ガイドライン」**を作成しましたのでご活用ください。

本ガイドラインには、入院時や退院時の連携の際に提供すべき情報が何であるかを様式として示し、その際に算定できる診療報酬や介護報酬についても掲載しております。

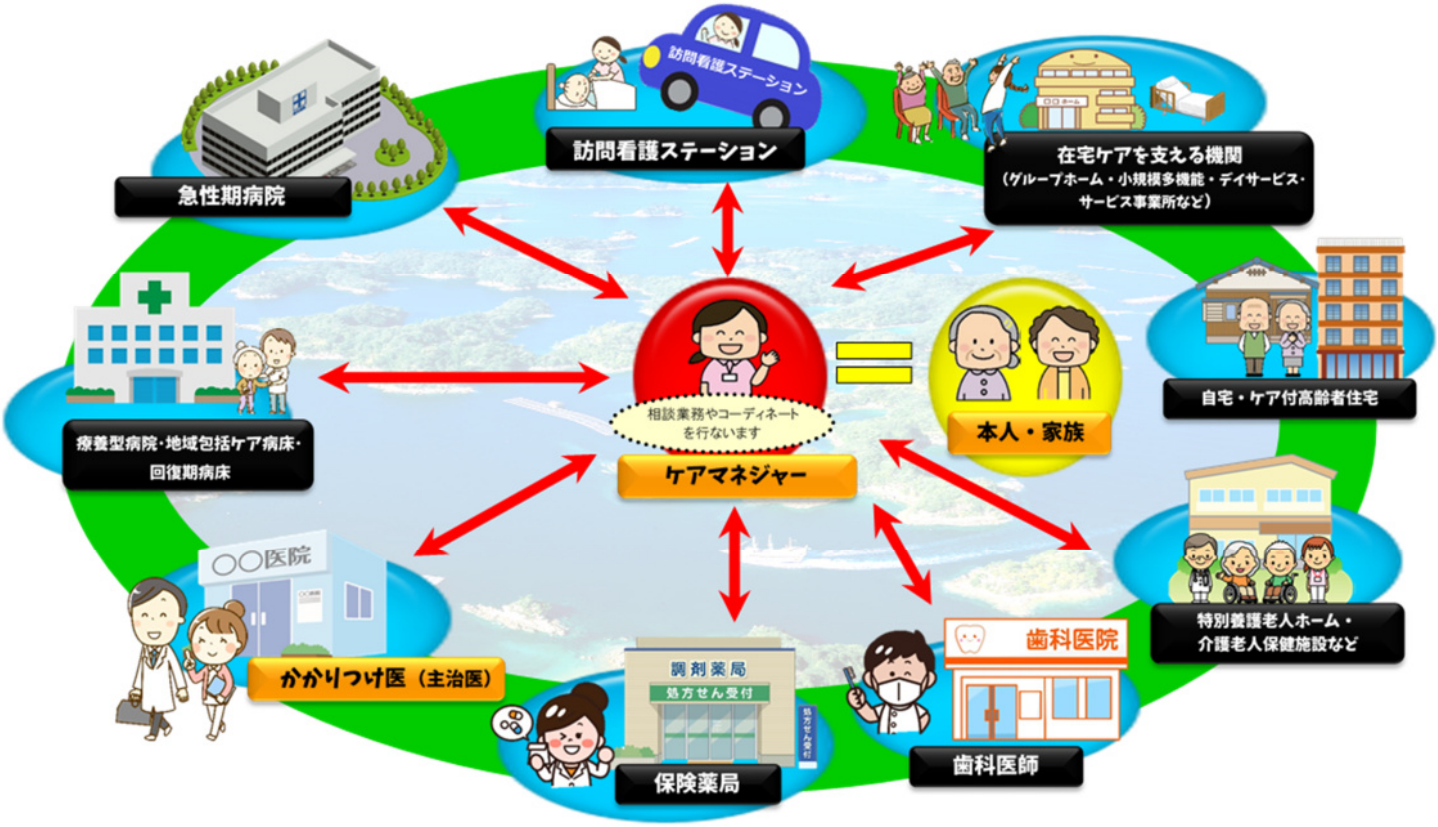
❖ケアマネジャー医療連携ガイドライン作業部会メンバー❖　平成 30 年 11 月 7 日現在

氏　名	所属　・　肩書き	職　種
薬王寺　宏平	佐世保市介護支援専門員連絡協議会　　顧問	主任介護支援専門員
田島　喜代子	佐世保市介護支援専門員連絡協議会　　委員	主任介護支援専門員
越 智　幸 代	長崎県訪問看護ｽﾃｰｼｮﾝ連絡協議会県北ﾌﾞﾛｯｸ　県北ﾌﾞﾛｯｸ長	訪問看護師
松元　美奈子	訪問看護ステーションふじわら　管理者	訪問看護師
園 田　康 訓	佐世保市地域包括支援センター代表（山澄地域包括支援センター長）	主任介護支援専門員
内 野　絹 子	佐世保市日宇地域包括支援センター　センター長	主任介護支援専門員
酒 井　基 成	佐世保市総合医療センター	社会福祉士
田渕　真理子	燿光リハビリテーション病院	社会福祉士

【事務局】

佐世保市医師会	佐世保市医療政策課	佐世保市長寿社会課	(株)NTTデータ経営研究所

３．ケアマネジャーと医療・介護の連携イメージ図



※利用者・家族の望む生活の実現に向けてケアマネジメントを実践いたします。

◆入退院連携に係る介護報酬加算算定の手順

入退院支援実践内容	退院支援の手順
導入期 ①入院時情報提供書を医療機関に提出 入院時情報連携加算 ※P6❶参照	①入院時情報提供書を入院医療機関の担当者（看護師・医療ソーシャルワーカー等）に提出 **・入院時情報連携加算（Ⅰ） 入院当日** **・入院時情報連携加算（Ⅱ） 入院３日以内** 病室訪問し、病状確認後、病院担当者にカンファレンスへの出席依頼と時間調整を実施
在宅準備期 ②病棟での退院支援カンファレンスに出席 退院退所加算（1回目） ※P7❷参照	②病棟カンファレンスに出席し、退院・退所情報記録書に聞き取った情報を記載。議事録については担当者会議録に記載する
退院移行期 ③病室を訪問し、治療状況の確認及び退院後のサービス調整について本人、家族と協議	③病室を訪問し、本人、家族と退院後のケアプラン作成のため、意向を確認後、サービスの調整を行う。サービス調整の進捗については病院担当者に報告する
在宅移行期 ④病棟での退院カンファレンスに出席 退院退所加算（2回目） ※P7❷参照	④退院カンファレンスに出席し、病院スタッフからの専門的見地からの意見を聴取する。現行のサービス利用の方向性を報告する。追加情報については退院・退所情報記録書に追記し、議事録については担当者会議録に記載する この場合、退院退所加算（Ⅱ）ロを算定 病院担当者より情報提供書を受け取り、その情報をもとに退院後の居宅サービス計画書を作成する 作成した居宅サービス計画書をもとにサービス担当者会議を開催し、本人・家族より同意を得る
生活期 ⑤退院	⑤退院の際に、退院後の居宅サービス計画書を病院担当者に提出する

◆入退院連携に係る診療報酬加算算定の手順

入退院支援実践内容	退院支援の手順
導入期 ①退院支援スクリーニングを実施 入院時支援加算	①退院支援スクリーニング票を用いて3日以内に退院支援困難な要因を抽出し、退院支援の必要性を判断
在宅準備期 ②病棟で退院支援カンファを実施 ・退院支援計画作成に着手	②退院支援カンファレンス ※病棟の看護師及び病棟に専任の退院支援職員並びに退院調整部門の看護師及び社会福祉士が共同してカンファレンスを実施 ※スクリーニングが終了次第、7日以内患者及び家族と病状や退院後の生活も含めた話し合いを実施
退院移行期 ③退院支援を開始 ・退院支援に向けた院内調整 ・本人・家族の意向を確認 ・退院支援計画を手直し ・・・・・等	③退院支援計画書（入院後7日以内に作成） ※実践内容の③、④のプロセスは、患者の状態の変化や介護者の都合等によって反復して行われる場合がある。
在宅移行期 ④退院カンファレンスの開始 ・ケアマネジャー、事業所と情報共有 ・具体的なサービス調整を開始 ・家庭訪問の実施 ・・・・・等 退院時共同指導料 介護支援等連携指導料 ※P12❹参照 ※P11の2❸参照	④指定居宅介護支援事業者への診療情報提供書を用いてケアマネジャーへの情報提供を実施する。 ※他、看護サマリー、リハビリテーションサマリー、栄養に関する情報提供書（食形態や必要なカロリー、摂取時の姿勢、水分量など）を活用する。 ④−2 ケアマネジャーは独自の退院時情報聴収シートを用意して聞き取りに来院する。
生活期 ⑤退院 入退院支援加算 ※P11❶参照	⑤地域連携クリニカルパス等の情報共有シートを活用し退院後のケア内容、経過などを把握する場合もあります。
⑥退院後のフォロー、情報共有	

◆入退院連携に係る診療報酬・介護報酬の算定

導入期
在宅準備期
退院移行期
在宅移行期
生活期

介護報酬算定<ケアマネ側>

入院時情報連携加算
※入院前に情報提供しても算定可能

（Ⅰ）250 単位/月　入院当日
（Ⅱ）200 単位/月　入院３日以内

退院退所加算
※入院又は入院期間中、連携回数に応じて算定可能。

退院退所加算	カンファレンス参加無	カンファレンス参加有
連携１回	450単位	600単位
連携２回	600単位	750単位
連携３回	×	900単位

利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等を主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことが義務化された。

ターミナルケアマネジメント加算
※P9❸参照　＋400単位/月

緊急時等居宅カンファレンス加算
※P10❹参照　１月に２回を限度 ＋200単位

入院

退院

診療報酬算定<病院側>

① 入院時支援加算Ⅰ　240 点
　入院時支援加算2　200 点
※入院前からも療養支援し退院困難な要因も抽出

総合評価加算　50 点

②退院支援計画書作成

③退院支援計画の遂行

介護支援等連携指導 初回
400点 介護支援専門員と連携して本人・家族に支援実施

④退院時共同指導（退院時カンファレンス）
退院時共同指導料１
１ 在宅療養支援診療所の場合 1,500点
２ １以外の場合 900点
退院時共同指導料２ 400点

介護支援等連携指導 2回目
400点

⑤入退院支援加算Ⅰ 算定
700点 ＋地域連携診療計画加算300点
（退院時１回）

退院後訪問指導料（１回につき）
訪問看護同行加算
580点 加算20点 入院医療機関を退院した日から起算して１月以内の期間に限り、５回を限度として算定する。ただし、退院日は除く。

引用　全国国民健康保険診療施設協議会「国診協版入退院支援の手引き」,「入退院支援の手順･フローチャート」https://www.kokushinkyo.or.jp/,（参照 2025-04-22）



◆入院・退院支援の流れと算定のポイント

医療機関

治療

入院診療計画を立てる。
治療開始



患者・家族への病状説明



治療終了
退院許可



※1
担当ケアマネジャーがいない場合
支援担当者が、患者・家族の意向を確認し、地域包括支援センター居宅支援事業所の紹介や必要な連絡調整を行なう。

診療情報提供



かかりつけ医

退院支援



◆ 入院前からの支援(入院予定患者)
・入院生活のオリエンテーション
・患者情報や服薬中の薬剤確認
・リスクアセスメントや退院支援スクリーニング等を事前に実施

入院時支援加算(1)(2)

3日以内

◆ 患者に関する情報収集
・入院前の生活状況
・家族状況
・継続している医療
・介護認定・介護サービス利用状況（ケアマネジャーの連絡先等を介護・健康保険被保険者証やお薬手帳等や本人・家族に確認する）※1
◆ 今後の生活に対する意向など

入退院支援加算(1)
退院困難な要因のある患者を抽出

7日以内

◆退院支援への方向性の検討
・治療方針、退院時期の確認
・患者、家族への意向確認
・院内多職種のカンファレンス
・退院支援計画書の作成
◆退院に向けた支援を開始
◆関係機関と情報共有



入退院支援加算(2)を算定する場合は7日以内に退院困難な要因のある患者を抽出し退院支援を開始

患者、家族への生活指導・療養指導　等

介護支援等連携指導料１・２（入院中２回まで）

退院時共同指導料１・２

多機関共同指導加算
退院時共同指導料２に対する加算

退院前カンファレンス開催





日頃からの支援
・入院前支援

導入期
（入院決定・入院直後３日以内）

在宅準備期
(入院７日以内)

退院移行期
（退院カンファレンス前）

在宅移行期
（退院カンファレンス）

生活期
（在宅）



入院 ――――――

４．医療と介護の連携の強化（医療介護連携に関連する加算）

（1）介護報酬



❶入院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所に入院するに当たって,当該病院又は診療所の職員に対して,当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報を提供した場合は、利用者１人につき１月に１回を限度として所定単位数を加算する。

◎入院時情報連携加算（Ⅰ）　250単位／月

※ 利用者が病院又は診療所に入院した日のうちに、病院等の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供している

※ 入院日以前の情報提供を含む（予定入院など）

※ 居宅介護支援事業所の営業時間終了後又は営業日以外の日に入院した場合入院日の翌日を含む

◎入院時情報連携加算（Ⅱ）　200単位／月

※ 利用者が病院又は診療所に入院した日の翌日又は翌々日に、病院等の職員に対して利用者に係る必要な情報を提供している

※ 居宅介護支援事業所の営業時間終了後に入院した場合であって、入院日から起算して３日目が当該居宅介護支援事業所の営業日でない場合はその翌日を含む

【内　容】

「必要な情報」とは、具体的には、当該利用者の入院日、心身の状況（例えば、疾患・病歴・認知症の有無や徘徊等の行動の有無など）、生活環境（例えば、家族構成・生活歴・介護者の介護方法や家族介護者の状況など）及びサービスの利用状況をいう。

また、情報提供を行った日時、場所（医療機関へ出向いた場合）、内容、提供手段（面　談、FAX等）等について居宅サービス計画書等（支援経過）に記録すること。

なお、情報提供の方法としては、居宅サービス計画書（1～3 表）の活用が考えられる。

◆【様式１】「入院時情報提供書<在宅版>」を参照

【連携における留意事項】

○ 直接、病院又は診療所に出向いて情報提供する場合は、病院においては医療ソーシャルワーカー、診療所においては看護師、事務職員等に説明する。

○ FAX等の通信媒体を活用する際は、情報提供の主旨を医療機関の職員に対して事前に説明を実施したうえで行う。またFAXを先方が受け取ったことについても確認し、その内容を居宅サービス計画書等（支援経過）に記録すること。

※FAX等を活用する場合は個人情報保護に細心の注意を払うこと。

○ 入院時情報連携加算については、出来るだけ病院、診療所に直接出向き、情報提供後、利用者の病状等の確認を実施すると共に、入院期間等について病院、診療所の職員より情報収集を行い、顔の見える関係性を構築し、退院後の円滑なサービス調整につなげる。



【関連する省令改正】

居宅介護支援の提供の開始に当たり、利用者等に対して、入院時に担当ケアマネジャーの氏名及び連絡先を入院先医療機関に提供するよう依頼することを義務づけた。
より実効性を高めるため、**日頃から介護支援専門員の連絡先等を、介護保険被保険者証や健康保険被保険者証・お薬手帳等と合わせて保管することを依頼しておくことが望ましい**。

【関連する診療報酬】

◇入院時支援加算

❷退院・退所加算

病院又は診療所に入院していた者又は地域密着型介護老人福祉施設若しくは介護保険施設に入所していた者が退院（所）し、居宅で居宅サービス又は地域密着型サービスを利用する場合、病院等の職員と面談を行い利用者の情報提供を受けた上で居宅サービス計画を作成し、サービス利用に関する調整を行った場合、（同一の利用者について居宅サービス利用開始月に調整を行う場合に限る）、区分に従い入院（所）期間中につき１回を限度として算定

◎退院退所加算（Ⅰ）イ　　450 単位／回
※病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンス以外の方法により１回受けている

◎退院退所加算（Ⅰ）ロ　　600単位／回
※病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンスにより１回受けている

◎退院退所加算（Ⅱ）イ　　600 単位／回
※病院等の職員から利用者の情報提供をカンファレンス以外の方法により２回以上受けている

◎退院退所加算（Ⅱ）ロ　　750 単位／回
※病院等の職員から利用者の情報提供を２回受けており、うち１回はカンファレンスによる

◎退院退所加算（Ⅲ）　　900 単位／回
※病院等の職員から利用者の情報提供を３回以上受けており、うち１回以上はカンファレンスによる

※ 病院等の職員とカンファレンスを行う際に、利用者又はその家族の同意を得た上でICTの活用（ビデオ会議など）をすることが出来る（令和２年４月以降）
※ 退院・退所後に福祉用具の貸与が見込まれる場合、必要に応じ福祉用具専門相談員や居宅サービスを提供する作業療法士等が参加する



【総 論】

○ 当該加算の医療・介護機関は、病院、有床診療所、地域密着型介護老人福祉施設、介護保険施設（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、介護医療院）からの退院、退所者が対象となる。

○ カンファレンスの考え方については、

❖ **病院又は診療所**

入院中の主治医又は看護師等が、退院後の在宅療養担当医療機関の医師もしくは看護師等、歯科医師もしくはその指示を受けた歯科衛生士、保険薬剤師、訪問看護ステーションの看護師等（准看護師を除く）、理学療法士、作業療法士もしくは言語聴覚士、介護支援専門員（又は相談支援専門員）のうちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合。

❖ **地域密着型介護老人福祉施設、介護老人福祉施設**

入所者への援助及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし施設側の従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

❖ **介護老人保健施設、介護医療院、介護療養型医療施設**

入所者への指導及び居宅介護支援事業者への情報提供等を行うにあたり実施された場合の会議。ただし施設側の従業者及び入所者又はその家族が参加するものに限る。

【算定時の留意事項】

○ 同一日に必要な情報の提供を複数回受けた場合又はカンファレンスに参加した場合でも、1回として算定する。

○ 原則として、退院・退所前に利用者に関する必要な情報を得ることが望ましいが、退院後7日以内に情報を得た場合には算定することとする。

○ カンファレンスに参加した場合は、その日時、開催場所、出席者、内容の要点等について居宅サービス計画等（支援経過）に記録し、利用者又は家族に提供した文書の写しを添付すること。

◆【様式2】「退院・退所情報記録書」を参照

【連携における留意事項】

○ 日頃より入院・入所中の病院・施設を訪問し、利用者の病状確認等を行い、頻回な病院・施設担当者との情報交換を実施することで、カンファレンス開催を依頼できるような関係性を築く。

※病院訪問の際は、病院担当者（MSW 等）に必ず事前にアポイントを入れる。

○ 病院・施設の担当者に在宅での環境や家族関係、介護力、利用者・家族の意向等を適切に伝達し、退院・退所に向けての利用者・家族の指導等の準備に協力する。

○ 病院・施設の担当者からの情報提供をもとに作成した居宅サービス計画書（1～3表）については、それぞれの担当者に必ず提出する。

【関連する診療報酬】

◇介護支援連携指導料、診療情報提供加算



❸ターミナルケアマネジメント加算

在宅で死亡した利用者に対して、終末期の医療やケアの方針に関する利用者又はその家族の意向を把握した上で、その死亡日及び死亡日前 14 日以内に 2 日以上、利用者の又はその家族の同意を得て、利用者の居宅を訪問し、利用者の心身状況等を記録し、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた居宅サービス事業者に提供した場合に所定単位数を加算する

◎ターミナルケアマネジメント加算　　400単位／月

【総 論】

○ 在宅で死亡した利用者の死亡月に加算する事とするが、利用者の居宅を最後に訪問した日の属する月と、利用者の死亡月が異なる場合には、死亡月に算定する。

○ 1人の利用者に対し、1カ所の居宅介護支援事業所に限り算定できる。なお、算定要件を満たす事業所が複数ある場合には、当該利用者が死亡日又はそれに最も近い日に利用した居宅サービスを位置付けた居宅サービス計画を作成した事業所が当該加算を算定する。

○ 当該加算を受けることについて利用者又はその家族が同意した時点以降は、次に掲げる事項を支援経過として居宅サービス計画等（支援経過）に記録する。

- ❖ 終末期の利用者の心身又は家族の状況の変化や環境の変化及びこれらに対して居宅介護支援事業者が行った支援についての記録。
- ❖ 利用者への支援にあたり、主治医及び居宅サービス計画に位置付けた指定居宅サービス事業者等と行った連絡調整に関する記録。

○ 当該利用者が、医師が一般に認められている医学的知見に基づき、回復の見込みがないと診断した者に該当することを確認した日及びその方法。

○ ターミナルマネジメントを受けている利用者が、死亡診断を目的として医療機関へ搬送され、24 時間以内に死亡が確認される場合等については、ターミナルマネジメント加算を算定できるものとする。

○ ターミナルマネジメントにあたっては、終末期における医療・ケアの方針に関する利用者又は家族の意向を把握する必要がある。また、その際には、厚生労働省「人生の最終段階における医療・ケアの決定プロセスに関するガイドライン」等を参考にしつつ、本人の意思を尊重した医療・ケアの方針が実施できるよう、多職種が連携し、本人及びその家族と必要な情報の共有等に努めること。

【連携における留意事項】

○ ターミナルケア対象者の新規申請については、主治医に対して要介護認定のシステムや状況について説明し、早期の主治医意見書の作成の依頼を行う。また要支援1～要介護1の認定者については、介護用ベッド等のレンタルが制限され、主治医より病状に関するコメントが必要となるため、適切な説明を行う。

○ 担当ケアマネジャーは、ターミナルケアマネジメントの内容や担当する分野等について、主治医に事前に説明を行う。

○ 緊急時の連絡方法や医療的な対応方法等について、訪問看護等を含め連絡連携網の作成を行う。

○ タイムリーな情報共有について、ICTシステムの活用や利用者宅への連絡ノートの配備等の手段を講じる。

○ 利用者、家族の心境の変化等について掴んだ情報は、必ず主治医に連絡し、主治医の終末期に対する意向確認の補助的役割を果たす。



【関連する省令改正】

著しい状態の変化を伴う末期の悪性腫瘍の利用者については、主治の医師等の助言を得ることを前提として、サービス担当者会議の招集を不要とすること等によりケアマネジメントプロセスを簡素化する。

◆主治医の助言を得るには【様式4】「医師とケアマネジャーとの連絡票」を活用

❹緊急時等居宅カンファレンス加算

病院又は診療所の求めにより、当該病院又は診療所の医師又は看護師等と共に利用者の居宅を訪問し、カンファレンスを行い、必要に応じて、当該利用者に必要な居宅サービス又は地域密着型サービスの利用に関する調整を行った場合。

◎緊急時等居宅カンファレンス加算　　200単位／月（2回まで）

【総　論】

○ 当該加算を算定する場合は、カンファレンスの実施日（指導した日が異なる場合は指導日もあわせて）、カンファレンスに参加した医療関係職種等の氏名及びそのカンファレンスの要点を居宅サービス計画に等に記載すること。

○ 当該カンファレンスは、利用者の病状が急変した場合や、医療機関における診療方針の大幅な変更等の必要が生じた場合に実施されるものであることから、利用者の状態像等が大きく変化していることが十分想定されるため、必要に応じて、速やかに居宅サービス計画を変更し、居宅サービス及び地域密着型サービスの調整を行うなど適切に対応すること。

【連携における留意事項】

○ 該加算におけるケアマネジメント機能を特に訪問診療を実施されている主治医に説明し、病状変化時等の対応策の協議等については気軽に連絡をいただけるよう依頼する。

○ 特にターミナルケアマネジメント加算の対象の方に連動する可能性が高いため、訪問診療の時間帯に自宅訪問し、積極的に主治医との情報交換の機会を増やすよう注力する。



❺通院時情報連携加算

利用者が病院又は診療所において医師又は歯科医師の診察を受けるときに介護支援専門員が同席し、医師又は歯科医師等に対して当該利用者の心身の状況や生活環境等の当該利用者に係る必要な情報の提供を行うと共に、医師又は歯科医師等から当該利用者に関する必要な情報の提供を受けた上で、居宅サービス計画に記録した場合。

◎通院時情報連携加算　　50単位／月（1 回まで）

【総　論】

当該加算は、利用者が医師又は歯科医師の診察を受ける際に同席し、医師又は歯科医師等に利用者の心身の状況や生活環境等の必要な情報提供を行い、医師又は歯科医師等から利用者に関する必要な情報提供を受けた上で、居宅サービス計画等に記録した場合に、算定を行うものである。なお、同席にあたっては、利用者の同意を得た上で、医師又は歯科医師等と連携を行うこと。

【連携における留意事項】

○ 通院に同行する際は、情報提供を行う内容や情報提供を受けたい内容等を予め整理する。

○ 受診前に連絡票等を活用し、受診日時並びに同席の目的、情報提供の内容や質問事項等　を書面にてメールまたは FAX 送信することで、診療時間等の効率化につながり、円滑な連携が図れる。

○ 情報提供を受けた内容については、支援経過等に記録し、必要に応じてサービス担当者会議等で情報共有を行う。

◆主治医との必要な連携には【様式4】「医師とケアマネジャーとの連絡票」を活用

【ケアプラン作成に係る「主治の医師等」の明確化】 ※通知改正

【概要】

退院後早期に介護保険のリハビリテーションを開始することを可能とする観点から、介護支援専門員が居宅サービス計画に通所リハビリテーション・訪問リハビリテーションを位置付ける際に意見を求めることとされている「主治の医師等」に、入院中の医療機関の医師を含むことを明確化する

○ 居宅介護支援等の具体的取扱方針に以下の規定を追加する

<指定居宅介護支援の具体的取扱方針>

- 訪問リハビリテーション、通所リハビリテーション等については、主治の医師等がその必要性を認めたものに限られるものであることから、介護支援専門員は、これらの医療サービスを居宅サービス計画に位置付ける場合にあっては主治の医師等の指示があることを確認しなければならない。
- このため、利用者がこれらの医療サービスを希望している場合その他必要な場合には、介護支援専門員は、あらかじめ、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めるとともに、主治の医師等とのより円滑な連携に資するよう、当該意見を踏まえて作成した居宅サービス計画については、意見を求めた主治の医師等に交付しなければならない
- なお、交付の方法については、対面のほか、郵送やメール等によることも差し支えない。
- また、ここで意見を求める「主治の医師等」については、要介護認定の申請のために主治医意見書を記載した医師に限定されないことに留意すること。
- 特に、訪問リハビリテーション及び通所リハビリテーションについては、医療機関からの退院患者において、退院後のリハビリテーションの早期開始を推進する観点から、入院中の医療機関の医師による意見を踏まえて、速やかに医療サービスを含む居宅サービス計画を作成することが望ましい。

(2) 診療報酬



❶入退院支援加算

◎ 入退院支援加算１　700点／退院時１回
◎ 入退院支援加算２　１90点／退院時１回

【対象者】

ア 悪性腫瘍、認知症又は誤嚥性肺炎等の急性呼吸器感染症のいずれか
イ 緊急入院
ウ 要介護認定若しくは要支援認定の疑いだが未申請、または現在の要介護・要支援の状態区分変更未申請（介護保険法施行令第2条各号に規定する特定疾病を有する 40 歳以上 65 歳未満の者及び 65 歳以上の者に限る。）
エ コミュニケーションに特別な技術が必要な障害を有する者
オ 強度行動障害の状態の者
カ 虐待を受けている又はその疑いがある
キ 生活困窮者
ク 入院前に比べADLが低下し、退院後の生活様式の再編が必要
ケ 排泄に介助を要する
コ 同居者の有無に関わらず、必要な養育又は介護を十分に提供できる状況にない
サ 退院後に医療処置(胃瘻等の経管栄養法を含む)が必要
シ 入退院を繰り返している
ス 入院治療を行っても長期的な低栄養状態になることが見込まれる
セ 家族に対する介助や介護等を日常的に行っている児童等である
ソ 児童等の家族から、介助や介護等を日常的に受けている
タ 患者家族や親族との連絡が困難
チ その他患者の状況から判断してアからタまでに準ずると認められる場合

【算定要件】

・３日以内に退院困難な患者を抽出
・７日以内に患者・家族と面接（療養病棟入院基本料等の場合は１４日以内、カンファレンス実施）
・専従１名（看護師又は社会福祉士）
・退院支援業務等に専従する職員を病棟に配置（2病棟に１名以上）
・連携する医療機関、介護機関等（25か所以上）の職員と年3回以上の頻度で対面又はリアルタイムでの画像を介したコミュニケーション（ビデオ通話）による面会、情報の共有等を実施
※ 連携する医療機関、介護機関等（25か所以上）については、急性期病棟を有する医療機関では、連携機関のうち １ 以上は保健医療機関であること。地域包括ケア病棟を有する医療機関では、連携機関のうち ５ 以上は介護サービス事業所及び障害福祉サービス事業所であること
・介護支援専門員との連携実績（算定対象病床数に0.１５を乗じた数）

❷診療情報提供料（Ⅰ）

◎ 診療情報提供料（Ⅰ）　250点／月１回

・紹介先保険医療機関ごと、居宅介護支援事業所に患者１人につき月１回。

❸介護支援等連携指導料



◎ 介護支援等連携指導料１　　400点／回（入院中2回限度）

- 対象患者：入院中の患者で、退院後により適切な介護サービスや障害福祉サービスの導入を希望し、同意を得た者。
- 実 施 者：医師または医師の指示を受けた看護師、社会福祉士、薬剤師、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士等の医療関係職種。
- 連携相手：介護支援専門員（ケアマネジャー）または相談支援専門員。
- 内　　容：患者の心身の状態を踏まえ、導入が望ましいサービスや地域で利用可能なサービスについて、ケアプラン等の作成につながる説明・指導を行う。

◎ 介護支援等連携指導料２　　500点／回（入院中2回限度）

- 対象患者：入退院支援加算１を届け出ている病棟に入院中の患者で、同意を得た者。
- 実 施 者：入退院支援および地域連携業務を担う部門の担当者。
- 連携相手：平時から連携体制を構築している介護支援専門員または相談支援専門員。
- 入院から原則７日以内の情報提供や、退院前７日までの連絡等を含む規程を作成・周知していること。
- 地域ケア会議や多職種連携会議等に出席し、担当者の連絡先を共有するなど、平時から連携体制を構築していること。

【１・２共通事項】

- 指導の要点を診療録等に記載し、提供を受けたケアプラン等の写しを診療録等に添付する。
- 当該医療機関に併設する介護保険施設等の介護支援専門員と共同指導を行った場合は算定不可。
- ビデオ通話機器を用いた実施も可能（ただし個人情報保護やガイドラインへの対応が必要）。
- 同一日に「退院時共同指導料２」の「他機関共同指導加算」の併算定は不可。

❹退院時共同指導料

◎ 退院時共同指導料1 ┬ 1.在宅療養支援診療所の場合　1,500点/入院中1回
　　└ 2.1以外の場合　900点/入院中1回

◎ 退院時共同指導料2　400点/入院中1回

・入院中の患者について、退院後の在宅療養を担う保険医もしくは保険医の指示を受けた看護師等※、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士が、患者の同意を得て、退院後の在宅での療養指導等を、入院中の保険医又は看護師等※、薬剤師、管理栄養士、理学療法士、作業療法士、言語聴覚士、社会福祉士と共同して指導を行い、文書により情報提供した場合。

【2020年改訂による変更点】(退院時共同指導料1、退院時共同指導料2)
・情報通信機器を用いた退院時共同指導の場合でも算定可能(原則は対面で行なう)
【2024 年改訂による変更点】(退院時共同指導料2)
・共同指導において患者が退院後に介護保険のリハビリの利用を予定している場合、介護保険の訪問・通所リハビリ事業所の医師、理学療法士等の参加を求めることが望ましい。

❺多機関共同指導加算

◎ 多機関共同指導加算　2,000点(退院時共同指導料2に対する加算)

・入院中の保険医療機関の保険医又は看護師等※が、以下の職種うちいずれか3者以上と共同して指導を行った場合。

- ♦ 在宅療養担当医療機関の保険医若しくは看護師等※
- ♦ 保険医である歯科医師若しくはその指示を受けた歯科衛生士
- ♦ 保険薬局の保険薬剤師
- ♦ 訪問看護ステーションの看護師等※(准看護師を除く)
- ♦ 理学療法士、作業療法士若しくは言語聴覚士
- ♦ 介護支援専門員又は相談支援専門員

※看護師等とは…上記❹❺において保健師、助産師、看護師、准看護師を指す

・介護支援等連携指導料と多機関共同指導加算の同時算定はできない。



5．要介護認定申請を行う際の主治医との連携について

（1）主治医意見書の依頼方法について

寝たきりや認知症などにより要支援状態、または要介護状態にあるかどうかを判断するため、市町村に要介護認定の申請を行う際に、申請書類のひとつとして主治医意見書が必要となる。

【主治医意見書依頼の際の手順】

① 初回申請、更新申請、区分変更申請に応じ、適宜に主治医意見書記入の依頼を行う。
② 【様式3】「主治医意見書依頼票」を添えて主治医意見書書類を主治医に届ける。
③ 依頼の際は、介護保険証のコピーを添付する（推奨）。
各医療機関の連絡先や担当者等については、ウェブサイト“かっちぇて”より【病院担当窓口リスト】を活用する。 ※“かっちぇて”の操作手順については P14 または最終ページを参照

◆【様式3】「主治医意見書依頼票」を活用

【連携における留意事項】

○ 事前に【様式4】「医師とケアマネジャーとの連絡票」を活用して、担当ケアマネジャーになったことの報告、今後の連絡方法等について確認を行っておく。
○ 初めて意見書を依頼する際には、主治医や医療ソーシャルワーカー等に事前に作成していただけるか確認を入れておく。

【その他医療連携に係る省令改正】

○ 利用者が医療系サービスの利用を希望している場合等は、利用者の同意を得て主治の医師等の意見を求めることとされているが、この意見を求めた主治の医師等に対してケアプランを交付することを義務づける。
○ 訪問介護事業所等から伝達された利用者の口腔に関する問題や服薬状況、モニタリング等の際にケアマネジャー自身が把握した利用者の状態等について、ケアマネジャーから主治の医師や歯科医師、薬剤師に必要な情報伝達を行うことを義務づける。

（2）情報提供内容の統一化

◆【様式3】「主治医意見書依頼票」を活用

（3）認定結果の通知方法

◆【様式4】「医師とケアマネジャーとの連絡票」を活用

【各医療機関の連絡先検索】

佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト
かっちぇて
https://www.sasebo-zaitaku.net/ 検索

※“かっちぇて”の操作手順については P14 または最終ページを参照

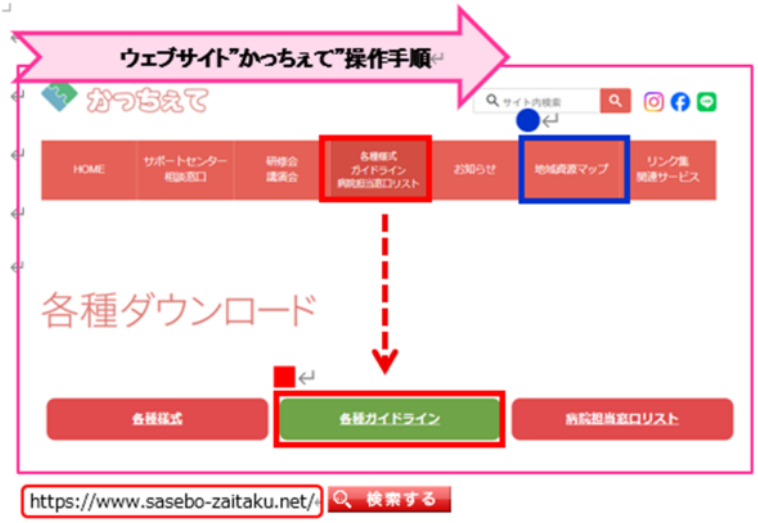
6．ケアマネジメントに伴う多職種間の連絡方法について

○ ケアマネジメントにおいて、サービス事業所や多職種間（医師との連絡調整は【様式４】「医師とケアマネジャーとの連絡票」を活用）との連携は必要不可欠となる。

○ 連絡調整の方法については、電話での口頭によるもの、FAX、メール等様々な方法があるが、相手に確実に伝わらないと利用者、家族に不利益を与え、ケアマネジメント業務にも支障をきたす結果となる。

○ 「言った」「言ってない」などの連絡ミスを起こさないためには、口頭での不確実方法の調整ではなく、FAX・メール等の手法で書面を用いた連絡調整を実施し、証跡を残すことでより確実な連携となる。
その一方で、個人情報保護に対する取り扱いの配慮や、漏洩防止については細心の注意を払うことが必須となる。

◆【様式5】「多職種とケアマネジャーとの連絡票」を活用



※本ガイドラインを改訂した場合は、"かっちぇて"にてお知らせいたします。

■様式のダウンロード方法：かっちぇて⇒各種様式ガイドライン⇒各種ガイドライン⇒選択
●事　業　所　検　索　方　法：かっちぇて⇒在宅医療地域資源マップより事業所検索をおこなう

【口腔に関する情報提供等(おロのチェックシート)について】

○ 長崎県歯科医師会作成の「おロのチェックシート」を活用する。

○ 「おロのチェックシート」とは、在宅や介護の現場で、口腔ケアの必要性や歯科受診の必要性について、ケアマネジャー等が簡単に聞き取りによりチェック出来るツールです。
主治医への情報提供や、ケアプラン作成、訪問歯科診療の申込等に活用する。

○ 長崎県歯科医師会→おロのチェックシート（利用マニュアル）を下記のURLより検索しダウンロード後使用する。

URL：http://www.nda.or.jp/mouthcheak より検索　ダウンロード



【その他医療連携に係る省令改正】

○ ヘルパー等から聞いた利用者の口腔に関する問題や服薬情報に加えて、モニタリングの際にケアマネが自ら把握した利用者の状態の変化などについて、必要に応じて主治医や歯科医師、薬剤師と共有しなければならない。

【本ガイドラインに関するお問い合わせ先】

佐世保市介護支援専門員連絡協議会　　担当：薬王寺
長崎県佐世保市大和町30
TEL（0956）34−8881　FAX（0956）34−8882
E-mail：k.yaku@hakujyujikai.or.jp



様　式　集

【様式１】入院時情報提供書<在宅版>……16～17

【様式１】入院時情報提供書<在宅版>の記入例……18～19

【様式2】退院・退所情報記録書……20

【様式2】退院・退所情報記録書の記入例……21

【様式3】主治医意見書依頼票……22

【様式3】主治医意見書依頼票の記入例……23

【様式4】医師とケアマネジャーとの連絡票……24

【様式4】医師とケアマネジャーとの連絡票の記入例……25

【様式5】多職種とケアマネジャーとの連絡票……26

【様式5】多職種とケアマネジャーとの連絡票の記入例……27

【様式6】歯科医師とケアマネジャーとの連絡票……27の2

【様式7】薬剤師とケアマネジャーとの連絡票……27の3

厚生労働省様式 別紙1

入院時情報提供書

【様式Ⅰ・Ⅰ-2】(ケアマネジャー→ 病院・診療所) ＜ 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：	事業所名：
ご担当者名：	ケアマネジャー氏名：
	TEL： FAX：

利用者(患者)／家族の同意に基づき 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

(フリガナ) 氏名		生年月日	西暦 年 月 日生 性別 □男 □女 □未回答
入院時の要介護度	□要支援（ ） □要介護（ ） 有効期間： 年 月 日～ 年 月 日 □申請中(申請日 /) □区分変更（申請日 / ） □未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	□自立 □J1 □J2 □A1 □A2 □B1 □B2 □C1 □C2	認知症高齢者の日常生活自立度	□自立 □Ⅰ □Ⅱa □Ⅱb □Ⅲa □Ⅲb □Ⅳ □M
介護保険の自己負担割合	□ ＿＿割 □不明	障害手帳の有無	□なし □あり（ □身体 □精神 □知的 ）
年金などの種類	□国民年金 □厚生年金 □障害年金 □生活保護 □その他（ ）		

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	□独居 □高齢者世帯 □子と同居 □日中独居 □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	□問題なし □やや難あり □困難	意思疎通	□会話に支障がない □複雑な会話はできないが、普通に会話はできる □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 □会話が成り立たないが、発語はある □発語がなく、無言である
聴力	□問題なし □やや難あり □困難		
眼鏡	□なし □あり		
補聴器	□なし □あり		

4．口腔・栄養について

摂食方法	□経口 □経管栄養 □静脈栄養	食物アレルギー	□なし □あり（ ）
摂食嚥下機能障害	□なし □あり	水分（とろみ）	□なし □あり(□薄い ・ □中間 ・ □濃い)
食形態（主食）	□米飯 □軟飯 □全粥 □その他（ ）	食形態（副食）	□普通 □軟菜 □その他（ ）
義歯使用	□なし □あり （□部分 ・ □総）	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	□できる □できない
歯の汚れ	□なし □あり	歯肉の腫れ、出血	□なし □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	□なし □あり	居宅療養管理指導	□なし □あり（職種 ）
薬剤管理	□自己管理 □他者による管理（管理者： 管理方法： ）		
服薬介助	□自立 □一部介助（介助内容： ） □全介助		
服薬状況	□処方通り服用 □時々飲み忘れ □飲み忘れが多い、処方が守られていない □服薬拒否		
薬剤アレルギー	□なし □あり( )	特記事項	□なし □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	□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 日） □話し合いを実施していない（□本人からの話し合いの希望がない □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	□下記をご参照ください □別紙参照（書類名： ）
話し合いへの参加者	□本人 □家族（氏名： 続柄： ）（氏名： 続柄： ） □医療・ケアチーム □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	□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢	褥瘡等の有無	□なし □あり(□部位□深度 □大きさ等)
褥瘡等への対応	□エアーマット □クッション □体位変換(____時間毎) □その他( ) □なし		
移乗	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	移動	□自立 □見守り □一部介助 □全介助
移動（屋外）	□杖 □歩行器 □車椅子 □その他	移動(屋内)	□杖 □歩行器 □車椅子 □その他
食事	□自立 □見守り □一部介助 □全介助	排泄	□自立 □見守り □一部介助 □全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。□アセスメントシート（フェイスシート） □その他( )		
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	□なし □あり		
認知機能の状況	見守りの必要性：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 □見守ってもらうことなく過ごすことができる □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 □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 □30分程度なら見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる □常に見守りが必要である		
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか □年月日はわかる □年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる □場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる □その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる □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 □常に覚えている □たまに(週1回程度)忘れることはあるが、考えることで思い出せる □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 □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 □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 □自由に操作できる □チャンネルの順送りなど普段している操作はできる □操作間違いは多いが、操作方法を教えてもらえれば使える □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 □リモコンが何をするものかわからない		
過去半年間における入院	□なし □不明 □あり(頻度： □0回 □1回 □2回以上)(直近の入院理由: 期間: ～		

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。□居宅サービス計画(1)～(３) □アセスメントシート(フェイスシート) □その他( ) ペット飼育の有無： □あり □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(□あり □なし) 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	□不要 □必要（ ）
退院後の支援者	□家族の支援が見込める(□十分・□一部) □家族以外の支援が見込める(□十分・□一部) □支援は見込めない □家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	□本シート2に同じ □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	□なし □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	□希望あり 具体的な要望（ ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	□希望あり 具体的な要望（ ）

厚生労働省様式　別紙1

【様式Ⅰ・Ⅰ-2】記入例（ケアマネジャー→ 病院・診療所）

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：○○○○病院 ご担当者名：○○　○○　様	事業所名：○○○ケアプランセンター ケアマネジャー氏名：○○　○○ TEL：　0956-12-1234　FAX：　0956-12-1234

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

(フリガナ) 氏名	サイカイ　ハシゾウ 西海　橋蔵	生年月日	西暦　1934　年　1　月　1　日生 性別 ☑男　☐女　☐未回答
入院時の要介護度	☐要支援（　）　☑要介護（1）　有効期間：○○○年　5　月　1　日～○○○年　4　月　30　日 ☐申請中(申請日　/　)　☐区分変更（申請日　/　）　☐未申請		
障害高齢者の日常生活自立度	☐自立　☐J1　☑J2　☐A1　☐A2　☐B1　☐B2　☐C1　☐C2	認知症高齢者の日常生活自立度	☑自立　☐Ⅰ　☐Ⅱa　☐Ⅱb　☐Ⅲa　☐Ⅲb　☐Ⅳ　☐M
介護保険の自己負担割合	☑　＿＿割　☐不明	障害手帳の有無	☑なし　☐あり（　☐身体　☐精神　☐知的）
年金などの種類	☑国民年金　☐厚生年金　☐障害年金　☐生活保護　☐その他（　）		

2．家族構成／連絡先について

世帯構成	☐独居　☑高齢者世帯　☐子と同居　☐日中独居　☐その他(　)		
主介護者氏名	○○　○○　（続柄　妻　・　80　才）☑同居　☐別居	電話番号	0956-○○-○○○○
意思決定支援者（代諾者）	○○　○○　（続柄　長女　・　52　才）☐同居　☑別居	電話番号	0956-○○-○○○○

3．意思疎通について

視力	☑問題なし　☐やや難あり　☐困難	意思疎通	☑会話に支障がない
聴力	☑問題なし　☐やや難あり　☐困難		☐複雑な会話はできないが、普通に会話はできる
眼鏡	☑なし　☐あり		☐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
補聴器	☑なし　☐あり		☐会話が成り立たないが、発語はある
			☐発語がなく、無言である

4．口腔・栄養について

摂食方法	☑経口　☐経管栄養　☐静脈栄養	食物アレルギー	☑なし　☐あり（　）
摂食嚥下機能障害	☑なし　☐あり	水分（とろみ）	☑なし　☐あり(☐薄い・☐中間・☐濃い)
食形態（主食）	☑米飯　☐軟飯　☐全粥　☐その他（　）	食形態（副食）	☑普通　☐軟菜　☐その他（　）
義歯使用	☐なし　☑あり　（☑部分・☐総）	左右両方の奥歯でしっかりかみしめられる	☑できる　☐できない
歯の汚れ	☐なし　☑あり	歯肉の腫れ、出血	☑なし　☐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	☐なし　☑あり	居宅療養管理指導	☑なし　☐あり（職種　）
薬剤管理	☐自己管理　☑他者による管理（管理者：　長女　管理方法：毎食分一緒に小さな皿に準備する　）		
服薬介助	☑自立　☐一部介助（介助内容：　）　☐全介助		
服薬状況	☑処方通り服用　☐時々飲み忘れ　☐飲み忘れが多い、処方が守られていない　☐服薬拒否		
薬剤アレルギー	☑なし　☐あり(　)	特記事項	☑なし　☐あり(　)

6．かかりつけ医について

かかりつけ医療機関1	○○○○内科医院	かかりつけ医療機関2	○○○○外科医院
医師名	○○　○○	医師名	○○　○○
かかりつけ医療機関3	○○○○皮膚科	かかりつけ歯科医療機関	○○○○歯科医院
医師名	○○　○○	歯科医師名	○○　○○
かかりつけ薬局	○○○○薬局	訪問看護ステーション	○○○○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	☑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○○日） ☐話し合いを実施していない　（☐本人からの話し合いの希望がない　☐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	☑下記をご参照ください　☐別紙参照（書類名：　）
話し合いへの参加者	☑本人　☑家族（氏名：　○○　○○　続柄：　長女　）（氏名：　○○　○○　続柄：　妻　） ☑医療・ケアチーム　☐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	□右上肢 □左上肢 □右下肢 □左下肢	褥瘡等の有無	☑なし □あり(□部位 □深度 □大きさ等)
褥瘡等への対応	□エアーマット □クッション □体位変換(＿＿時間毎) □その他( )		☑なし
移乗	☑自立 □見守り □一部介助 □全介助	移動	☑自立 □見守り □一部介助 □全介助
移動（屋外）	☑杖 □歩行器 □車椅子 □その他	移動(屋内)	□杖 □歩行器 □車椅子 ☑その他
食事	☑自立 □見守り □一部介助 □全介助	排泄	☑自立 □見守り □一部介助 □全介助
入院前のADL/IADL	同封の書類をご確認ください。☑アセスメントシート（フェイスシート） □その他( )		
ADL・IADLに関する直近2週間以内の変化	☑なし □あり		
認知機能の状況	見守りの必要性：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 ☑見守ってもらうことなく過ごすことができる □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 □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 □30分程度なら見守ってもらうことなく一人で過ごすことができる □常に見守りが必要である		
	見当識：現在の日付や場所等についてどの程度認識できるか ☑年月日はわかる □年月日はわからないが、現在いる場所の種類はわかる □場所の名称や種類はわからないが、その場にいる人が誰だかわかる □その場にいる人が誰だかわからないが、自分の名前はわかる □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 □常に覚えている ☑たまに(週1回程度)忘れることはあるが、考えることで思い出せる □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 □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 □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 □自由に操作できる ☑チャンネルの順送りなど普段している操作はできる □操作間違いは多いが、操作方法を教えてもらえれば使える □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 □リモコンが何をするものかわからない		
過去半年間における入院	☑なし □不明 □あり(頻度： □0回 □1回 □2回以上)(直近の入院理由: 期間: ～		

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。☑居宅サービス計画(1)～(３) □アセスメントシート(フェイスシート) □その他( ) ペット飼育の有無： □あり ☑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） ２ 階建て. 居室 １ 階. エレベーター(□あり ☑なし) 特記事項：
在宅生活に必要な要件	
世帯に対する配慮	☑不要 □必要（ ）
退院後の支援者	☑家族の支援が見込める(□十分・☑一部) □家族以外の支援が見込める(□十分・□一部) □支援は見込めない □家族や家族以外の支援者はいない
退院後の主介護者	☑本シート2に同じ □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	☑なし □あり （ ）
特記事項	同居の妻が身辺の世話を行なっている。

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	☑希望あり 具体的な要望（退院後の通所利用時の留意点・在宅生活上の指導 ）
「退院前訪問指導」を実施する場合の同行	☑希望あり 具体的な要望（ ）

様式2

退院・退所情報記録書

記載者　事業所名：＿＿＿＿＿＿＿＿　氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿

1．基本情報・現在の状態　等

記入日：

属性	フリガナ		性別	年齢	退院(所)時の要介護度　（ ☐ 要区分変更 ）	
	氏名	様		歳	☐ ｻｰﾋﾞｽ事業対象者　☐要支援(　　)　☐要介護（　　）☐申請中　☐なし	
入院（所）概要	入院(所)先		入院(所)日		退院(所)予定日	
	入院原因疾患(入所目的等)					
	今後の医学管理	医療機関名		方法	☐ 通院　☐ 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 ※左記番号記入	安　定（　　） 不安定（　　）
	移動手段	☐ 自立　☐ 杖　☐ 歩行器　☐ 車いす　☐ その他（　　）				
	排泄方法	☐ トイレ　☐ Pトイレ　☐ オムツ　☐ カテーテル ・ パウチ（　　）				
	入浴方法	☐ 自立　☐ シャワー浴　☐ 一般浴　☐ 機械浴　☐ 清拭のみ　☐ 行わず				
	食事形態	☐ 普通　☐ 経管栄養　☐ その他(　　)			UDF等の食形態区分	
	嚥下機能(むせ)	☐ なし　☐ 時々むせる　☐ 常にむせる	義歯	☐ なし　☐ あり（☐部分 ☐総）	入院(所)中の使用：☐ なし　☐ あり	
	口腔清潔	☐ 良　☐ 不良　☐ 著しく不良	口腔ケア	☐ 自立　☐ 一部介助　☐ 全介助		
	睡　眠	☐ 良好　☐ 不良（　　）	眠剤使用	☐ あり　☐ なし		
	認知・精神	☐ 認知機能低下　☐ せん妄　☐ 徘徊　☐ 焦燥・不穏　☐ 攻撃性　☐ その他(　　)				
②受け止め／意向	<本人> 病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知：☐ あり　☐ 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	☐ なし ☐ 点滴　☐ 酸素療法　☐ 喀痰吸引　☐ 気管切開　☐ 胃ろう　☐ 経鼻栄養　☐ 経腸栄養　☐ 褥瘡 ☐ 尿道カテーテル　☐ 尿路ストーマ　☐ 消化管ストーマ　☐ 痛みコントロール　☐ 排便コントロール　☐ 自己注射（　　） ☐ その他(　　)
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧　☐ 水分制限　☐ 食事制限　☐ 食形態　☐ 嚥下　☐ 口腔ケア　☐ 清潔ケア　☐ 血糖コントロール　☐ 排泄 ☐ 皮膚状態　☐ 睡眠　☐ 認知機能・精神面　☐ 服薬指導　☐ 療養上の指導（食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導） ☐ ターミナル　☐ その他(　　)
	リハビリの視点	☐ なし ☐ 本人指導　☐ 家族指導　☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む)　☐ 筋力増強練習　☐ バランス練習　☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☐ 起居／立位等基本動作練習　☐ 摂食・嚥下訓練　☐ 言語訓練　☐ ADL練習(歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL練習（買い物、調理等）　☐ 疼痛管理（痛みコントロール）　☐ 更生装具・福祉用具等管理　☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援　☐ 社会参加支援　☐ 就労支援　☐ その他　（　　）
	禁忌事項	（禁忌の有無）：☐ なし　☐ あり （禁忌の内容／留意点）
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			☐ 無　☐ 有
2			☐ 無　☐ 有
3			☐ 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。

厚生労働省　様式

様式2（記入例）

退院・退所情報記録書

記載者　事業所名：○○○○○○○○　氏名：○○　○○

1．基本情報・現在の状態　等　　記入日：○○　年　○月　○○日

属性	フリガナ	○○　○○	性別	年齢	退院(所)時の要介護度　（☐ 要区分変更 ）	
	氏名	○○　○○　様	男	91　歳	☐ ｻｰﾋﾞｽ事業対象者　☐要支援(　　)　☑要介護（ 4 ）☐申請中　☐なし	
入院（所）概要	入院(所)先	○○病院　○階　302室	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)	尿路感染症・神経因性膀胱				
	今後の医学管理	医療機関名　○○○クリニック	方法	☐　通院　☑　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　神経因性膀胱　③　廃用性症候群	疾患の状況 ※左記番号記入	安　定（　①　） 不安定（　②　③　）		
	移動手段	☐　自立　☐　杖　☐　歩行器　☑　車いす　☐ その他（　　）				
	排出方法	☑　トイレ　☑　Pトイレ　☐　オムツ　☑　カテーテル・パウチ　（ バルーンカテーテル留置　）				
	入浴方法	☐　自立　☑　シャワー浴　☐　一般浴　☐　機械浴　☐　清拭のみ　☐　行わず				
	食事形態	☑　普通　☐　経管栄養　☐　その他(　　)	UDF等の食形態区分	容易にかめる		
	嚥下機能(むせ)	☑　なし　☐　時々むせる　☐　常にむせる	義歯	☐　なし　☑　あり（☐ 部分　☑ 総）入院(所)中の使用：　☐　なし　☑　あり		
	口腔清潔	☑　良　☐　不良　☐　著しく不良	口腔ケア	☑　自立　☐　一部介助　☐　全介助		
	睡　眠	☑　良好　☐不良（　　）	眠剤使用	☑　なし　☐　あり		
	認知・精神	☐　認知機能低下　☐　せん妄　☐　徘徊　☐　焦燥・不穏　☐　攻撃性　☐　その他(　　)				
②受け止め／意向	＜本人＞病気、障害、後遺症等の受け止め方	本人への病名告知：　☑　あり　☐　なし 自宅での発熱後、入院。早めの退院を希望していたが、リハビリにより退院が延びた事での精神的な落ち込みで一時的に不安定となり、認知機能面の低下も見られた。				
	＜本人＞退院後の生活に関する意向	退院できたらひ孫と遊びたい。				
	＜家族＞病気、障害、後遺症等の受け止め方	下肢筋力が低下しているので、歩行や排せつ面の改善が必要。				
	＜家族＞退院後の生活に関する意向	ようやく本人の気持ちが少しづつ上向きになったので帰れる希望が出て、出来るだけ本人の気持ちに沿って快適に過ごせるようにしたい。				

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	☐ なし ☑ 点滴　☑ 酸素療法　☐ 喀痰吸引　☐ 気管切開　☐ 胃ろう　☐ 経鼻栄養　☐ 経腸栄養　☐ 褥瘡 ☑ 尿道カテーテル　☐ 尿路ストーマ　☐ 消化管ストーマ　☐ 痛みコントロール　☐ 排便コントロール　☐ 自己注射（　　） ☐ その他(　　)
	看護の視点	☐ なし ☐ 血圧　☐ 水分制限　☑ 食事制限　☐ 食形態　☐ 嚥下　☐ 口腔ケア　☐ 清潔ケア　☐ 血糖コントロール　☑ 排泄 ☐ 皮膚状態　☐ 睡眠　☐ 認知機能・精神面　☑ 服薬指導　☑ 療養上の指導（食事・水分・睡眠・清潔ケア・排泄 などにおける指導） ☐ ターミナル　☐ その他(　　)
	リハビリの視点	☐ なし ☑ 本人指導　☐ 家族指導　☐ 関節可動域練習(ストレッチ含む)　☑ 筋力増強練習　☐ バランス練習　☐ 麻痺・筋緊張改善練習 ☑ 起居／立位等基本動作練習　☐ 摂食・嚥下訓練　☐ 言語訓練　☑ ADL練習(歩行／入浴／トイレ動作／移乗等) ☐ IADL練習（買い物、調理等）　☐ 疼痛管理（痛みコントロール）　☐ 更生装具・福祉用具等管理　☐ 運動耐容能練習 ☐ 地域活動支援　☐ 社会参加支援　☐ 就労支援　☐ その他　（　　）
	禁忌事項	（禁忌の有無）：☑ なし　☐ あり　／　（禁忌の内容／留意点）
症状・病状の予後・予測		廃用性症候群により、移動の際に転倒の危険性がある。
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。 ①頻尿の為、1日5～6回の排尿介助を要する。②現状を充分に受け止め意欲的にリハビリに取り組んでいた。家に帰れるという希望が見え表情も良くなり、意欲的になった。③環境整備、自宅での入浴方法の検討、医療に関する緊急時の対応体制の整備。
在宅復帰のために整えなければならない要件		本人のトイレや居間への動線、起き上がりからトイレ動作の円滑化、医療に関する緊急時の体制整備、入浴方法。

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	ＭＳＷ○○○○氏　・　ＮＳ○○○○○氏　・　ＰＴ○○○○氏	☐ 無　☑ 有
2	○○年○月○○日	ＮＳ○○○○○氏	☑ 無　☐ 有
3	○○年○月○○日	ＭＳＷ○○○○氏　・　ＮＳ○○○○○氏　・　ＰＴ○○○○氏	☐ 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。　　厚生労働省　様式

【様式3】 (ケアマネジャー ➡ 医師)

主治医意見書依頼票

●送信日時:令和　　年　　月　　日(　)　　時　　分

◇宛　先	
医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

◆発信元	
事業所名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

日頃より、先生方にはお世話になっております。下記の対象者につきまして、主治医の意見書のご記入をお願い致します。
お忙しいところ恐縮ですが、出来上がりましたら、◆発信元までご連絡をお願い致します。

■利用者情報

ふりがな		TEL	－　　－
氏名		身長	cm　体重　kg
住所		生活状況	□独居 □子と同居（　　名）□高齢夫婦 □その他（　　）
生年月日	□大正□昭和□平成　　年　　月　　日（　　歳）	性別	□男　□女
介護度	□申請中(□更新 □変更) □初回 □要支援(□1 □2) □要介護(□1 □2 □3 □4 □5)	被保険者番号	
		有効期間	令和　年　月　日から 令和　年　月　日まで

利用中のサービス			他科受診の状況
□訪問看護　月__回	□訪問入浴　月__回	□短期入所療養介護　月__日	
□訪問介護　月__回	□訪問リハ　月__回	□短期入所生活介護　月__日	
□通所介護　月__回	□配食サービス　月__回	□施設入所中　月	
□通所リハ　月__回	□住宅改修	□福祉用具貸与　__品目	
□その他（　　）			

■情報提供　自立度

障害高齢者	□自立	□J1	□J2	□A1	□A2	□B1	□B2	□C1	□C2
認知症高齢者	□自立	□Ⅰ	□Ⅱa	□Ⅱb	□Ⅲa	□Ⅲb	□Ⅳ	□M	

■認知症における中核症状

短期記憶	□問題無し	□問題有り		
意思決定	□自立	□いくらか困難	□見守りが必要	□判断できない
伝達能力	□伝えられる	□いくらか困難	□具体的要求に限られる	□伝えられない

■認知症における周辺症状

□無し　□有り

□幻視・幻聴　□妄想　□昼夜逆転　□暴言　□暴行　□介護への抵抗　□徘徊
□火の不始末　□不潔行為　□異食行動　□性的問題行動　□その他（ その他情報　　）

■栄養や食事の状態

■その他特記事項

佐世保市在宅医療・介護連携事業 在宅医療・多職種連携推進専門部会

【様式3】記入例（ケアマネジャー ➡ 医師）

主治医意見書依頼票

●送信日時：令和　〇〇 年〇〇 月〇〇 日（ 〇 ）　〇〇 時 〇〇 分

◇宛　先	
医療機関名	〇〇〇〇医院
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇
TEL	0956−〇〇−〇〇〇〇
FAX	0956−〇〇−〇〇〇〇
E-mail	tukumo@xxx.xxx.com
氏名	九十九 島雄 先生 御机下

◆発信元	
事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇
TEL	0956−〇〇−〇〇〇〇
FAX	0956−〇〇−〇〇〇〇
E-mail	takeko@xxx.xxx.com
氏名	弓張 岳子

日頃より、先生方にはお世話になっております。下記の対象者につきまして、主治医の意見書のご記入をお願い致します。
お忙しいところ恐縮ですが、出来上がりましたら、◆発信元までご連絡をお願い致します。

■利用者情報

ふりがな	さいかい はしぞう	TEL	0956 − 00 − 0000
氏名	西海 橋蔵	身長	170 cm　体重 65 kg
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇	生活状況	☑独居 ☐子と同居（　名）☐高齢夫婦 ☐その他（　）
生年月日	☐大正 ☑昭和 ☐平成　〇〇年〇〇月〇〇日（ 〇〇 歳）	性別	☑男 ☐女
介護度	☐申請中（☐更新 ☐変更）☐初回 ☐要支援（☐1 ☐2） ☑要介護（☑1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5）	被保険者番号	1〇〇〇〇〇〇〇〇〇
		有効期間	令和〇〇 年〇〇 月〇〇 日から 令和〇〇 年〇〇 月〇〇 日まで

利用中のサービス						他科受診の状況
☐訪問看護	月 回	☐訪問入浴	月 回	☐短期入所療養介護	月 日	・〇〇整形外科（〇〇医師）週1回 ・〇〇〇〇歯科（〇〇医師）2週1回
☐訪問介護	月 回	☐訪問リハ	月 回	☐短期入所生活介護	月 日	
☑通所介護	月 4 回	☐配食サービス	月 回	☐施設入所中	月	
☐通所リハ	月 回	☐住宅改修		☐福祉用具貸与	品目	
☐その他（					）	

■情報提供　自立度

障害高齢者	☐自立	☐J1	☐J2	☑A1	☐A2	☐B1	☐B2	☐C1	☐C2
認知症高齢者	☐自立	☑Ⅰ	☐Ⅱa	☐Ⅱb	☐Ⅲa	☐Ⅲb	☐Ⅳ	☐M	

■認知症における中核症状

短期記憶	☑問題無し	☐問題有り		
意思決定	☐自立	☑いくらか困難	☐見守りが必要	☐判断できない
伝達能力	☑伝えられる	☐いくらか困難	☐具体的要求に限られる	☐伝えられない

■認知症における周辺症状

☑無し　☐有り

☐幻視・幻聴　☐妄想　☐昼夜逆転　☐暴言　☐暴行　☐介護への抵抗　☐徘徊
☐火の不始末　☐不潔行為　☐異食行動　☐性的問題行動　☐その他（ その他情報　）

■栄養や食事の状態

毎日3食摂取されており、栄養面は特に問題なし。現在義歯の調整のため歯科受診中です。

■その他特記事項

最近歩行や外出する機会も減り、両膝の疼痛を訴え自宅でも横になって過ごすことが増えたとのご相談がありました。話しかけても無気力なことが多く、素っ気ない返答をする傾向があります。

【様式4】 (ケアマネジャー ➡ 医師)

医師とケアマネジャーとの連絡票

●送信日時：令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分

◇宛　先	
医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

◆発信元	
事業所名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、☐相談　☐報告　☐連絡　☐返信　いたします。
お忙しいところ誠に恐縮ですが、連絡票について、☐回答をお願いします　☐回答は不要です
＊なお、今回の照会を行うこと及び情報提供いただくことにつきましては、
☐ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。（同意日：令和　　年　　月　　日）
☐ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

■利用者情報

ふりがな		介護度	☐申請中（☐更新　☐変更）
氏名			☐要支援（☐1　☐2）
住所			☐要介護（☐1　☐2　☐3　☐4　☐5）
		TEL	－　　－
生年月日	☐大正☐昭和☐平成　　年　　月　　日（　　歳）	性別	☐男　☐女

■連絡・照会内容

☐新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について
☐利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
☐サービス担当者会議における医学的意見について
☐福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について
☐医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など
☐担当ケアマネジャーになったご挨拶
☐その他（　　）

<照会・相談内容等>

◇連絡方法および回答（返信）※「回答が必要」とある場合は◆発信元へ回答ください。

■連絡方法など

☐直接会って話をします　（日時：　　月　　日　　時頃に来院ください）
☐電話で話をします　（日時：　　月　　日　　時頃に電話を ☐ください　☐します ）
☐文書で回答します　☐FAXで回答します　☐メールで回答します

■サービス担当者会議について

サービス担当者会議に、☐出席します（希望開催場所：　　）☐出席しません

<連絡・照会等に関するコメント>　☐特に意見はありません　☐下記のとおりです

回答日	令和　　年　　月　　日	医療機関名		医師名	

【様式4】（ケアマネジャー ➡ 医師）

医師とケアマネジャーとの連絡票

●送信日時：令和　〇〇 年〇〇 月〇〇 日（ 〇 ）　〇〇 時 〇〇 分

◇宛　先	
医療機関名	〇〇〇〇医院
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇
TEL	0956−〇〇−〇〇〇〇
FAX	0956−〇〇−〇〇〇〇
E-mail	tukumo@xxx.xxx.com
氏名	九十九　島雄　先生　御机下

◆発信元	
事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇
TEL	0956−〇〇−〇〇〇〇
FAX	0956−〇〇−〇〇〇〇
E-mail	takeko@xxx.xxx.com
氏名	弓張　岳子

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、☑相談 ☐報告 ☐連絡 ☐返信　いたします。
お忙しいところ誠に恐縮ですが、連絡票について、☑回答をお願いします ☐回答は不要です
＊なお、今回の照会を行うこと及び情報提供いただくことにつきましては、
☑ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。（同意日：令和　〇〇年〇〇月〇〇日）
☐ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

■利用者情報

ふりがな	さいかい　はしぞう	介護度	☐申請中（☐更新 ☐変更）
氏名	西海　橋蔵		☐要支援（☐1 ☐2 ）
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇		☑要介護（☑1 ☐2 ☐3 ☐4 ☐5）
		TEL	0956 − 00 − 0000

生年月日	☐大正☑昭和☐平成　〇〇年〇〇月〇〇日（ 〇〇 歳）	性別	☑男 ☐女

■連絡・照会内容

☑新規・更新・区分変更後のケアプラン作成時の医学的意見について
☐利用者の医療・看護・介護・症状の医学的意見・指示について
☐サービス担当者会議における医学的意見について
☐福祉用具貸与（購入）について、医師からの医学的意見について
☐医療系サービスを導入するにあたり、主治医の意見・相談など
☑担当ケアマネジャーになったご挨拶
☐その他（　　）

<照会・相談内容等>
いつもお世話になっております。西海橋蔵さんの担当ケアマネジャーの〇〇と申します。今回更新申請で要介護1の判定を受けられました。現在、週1回の通所介護を利用されておりますが、同居の娘様より、最近歩行する機会も減り、両膝の疼痛を訴え自宅でも横になって過ごすことが増えたとのご相談がありました。ご家族と協議したところ、リハビリと疼痛緩和を目的に通所リハビリのご利用を希望されております。つきましては、先生にリハビリの必要性と留意点等のご見解を頂戴したく存じます。

◇連絡方法および回答（返信）※「回答が必要」とある場合は◆発信元へ回答ください。

■連絡方法など

☐直接会って話をします（日時：　月　日　時頃に来院ください）
☑電話で話をします（日時：〇〇 月〇〇 日〇〇 時頃に電話を ☐ください ☑します ）
☐文書で回答します ☐FAXで回答します ☐メールで回答します

■サービス担当者会議について

サービス担当者会議に、☐出席します（希望開催場所：　　）☐出席しません

<連絡・照会等に関するコメント> ☐特に意見はありません ☐下記のとおりです

回答日	令和 〇〇年〇〇月〇〇日	医療機関名	〇〇病院	医師名	九十九　島雄

【様式5】（自由様式）

多職種とケアマネジャーとの連絡票

●送信日時：令和　　年　　月　　日（　）　　時　　分

◇宛　先	
事業所名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

◆発信元	
事業所名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、□相談　□報告　□連絡　□返信　いたします。
お忙しいところ誠に恐縮ですが、連絡票について、□回答をお願いします　□回答は不要です
＊なお、今回の照会を行うこと及び情報提供いただくことにつきましては、

□ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。（同意日：令和　　年　　月　　日）
□ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

■利用者情報

ふりがな		介護度	□申請中（□更新　□変更）　□なし □要支援（□1　□2）		
氏名			□要介護（□1　□2　□3　□4　□5）		
住所		TEL	－　　－		
生年月日	□大正□昭和□平成　　年　　月　　日（　　歳）		性別	□男　□女	

■連絡・照会内容

<照会・相談内容等>

添付資料	□有　□無	資料枚数	本紙を含めて　　枚	添付資料内容	

◇連絡方法および回答（返信）※「回答が必要」とある場合は◆発信元へ回答ください。

■連絡方法など

□直接会って話をします（日時：　　月　　日　　時頃にお越しください）
□電話で話をします　（日時：　　月　　日　　時頃に電話を　□ください　□します）
□文書で回答します　□FAXで回答します　□メールで回答します

<連絡・照会等に関するコメント>

回答日	令和　　年　　月　　日	医療機関名		医師名	

【様式5】記入例（自由様式）

多職種とケアマネジャーとの連絡票

●送信日時：令和　〇〇 年〇〇 月〇〇 日（ 〇 ）　〇〇 時 〇〇 分

◇宛　先	
事業所名	〇〇〇〇通所リハビリテーション事業所
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇
TEL	0956−〇〇−〇〇〇〇
FAX	0956−〇〇−〇〇〇〇
E-mail	tukumo@xxx.xxx.com
氏名	眼鏡　岩男　様

◆発信元	
事業所名	〇〇居宅介護支援事業所
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇
TEL	0956−〇〇−〇〇〇〇
FAX	0956−〇〇−〇〇〇〇
E-mail	takeko@xxx.xxx.com
氏名	弓張　岳子

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、☑相談 ☐報告 ☐連絡 ☐返信　いたします。
お忙しいところ誠に恐縮ですが、連絡票について、☑回答をお願いします ☐回答は不要です
＊なお、今回の照会を行うこと及び情報提供いただくことにつきましては、
☐ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。（同意日：令和　　年　　月　　日 ）
☑ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

■利用者情報

ふりがな	さいかい　はしぞう	介護度	☐申請中（☐更新 ☐変更）☐なし ☐要支援（☐1 ☐2 ） ☑要介護（☐1 ☑2 ☐3 ☐4 ☐5）
氏名	西海　橋蔵		
住所	佐世保市〇〇町〇〇-〇	TEL	0956 − 00 − 0000
生年月日	☐大正☑昭和☐平成　〇〇年〇〇月〇〇日（ 〇〇 歳）	性別	☑男 ☐女

■連絡・照会内容

<照会・相談内容等>
「新規利用者の体験利用のお願い」について

上記の方は現在通所介護を週1回ご利用されておりますが、ご家族がリハビリテーション目的でそちらの通所リハビリテーションのご利用を希望されております。
ご本人の意向確認のため、一度、見学体験をお願いします。
都合の日時を調整後、ご連絡いただければ幸いです。
宜しくお願い致します。
※ご本人の詳細につきましては、添付資料をご参照ください。

添付資料	☑有 ☐無	資料枚数	本紙を含めて 3 枚	添付資料内容	利用者情報書

◇連絡方法および回答（返信）※「回答が必要」とある場合は◆発信元へ回答ください。

■連絡方法など

☐直接会って話をします（日時：　　月　　日　　時頃にお越しください）
☐電話で話をします　（日時：　　月　　日　　時頃に電話を ☐ください ☐します ）
☐文書で回答します　☐FAXで回答します　☐メールで回答します

<連絡・照会等に関するコメント>

回答日	令和　　年　　月　　日	医療機関名		医師名	

【様式6】 (ケアマネジャー ➡ 歯科医師)

歯科医師とケアマネジャーとの連絡票

●送信日時:令和　　年　　月　　日(　)　　時　　分

◇宛　先	
医療機関名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

◆発信元	
事業所名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、 □相談 □報告 □連絡 □返信 いたします。
お忙しいところ誠に恐縮ですが、連絡票について、 □回答をお願いします □回答は不要です
＊なお、今回の照会を行うこと及び情報提供いただくことにつきましては、
□ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。(同意日:令和　　年　　月　　日)
□ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

■利用者情報

ふりがな		介護度	□申請中(□更新 □変更)
氏名			□要支援(□1 □2)
住所			□要介護(□1 □2 □3 □4 □5)
		TEL	－　　－
生年月日	□大正□昭和□平成　　年　　月　　日(　　歳)	性別	□男 □女

■連絡・照会内容

□口腔の衛生状態	□口臭がある	□歯肉から出血・はれがある	
	□食べかす・歯垢・歯石がある	□舌に汚れ(舌苔)がある	
□口腔の状態	□むし歯や根だけの歯がある	□歯が抜けたままになっている	
	□痛む歯や動く歯がある	□インプラントあり	
□入れ歯	□使いにくい (□壊れた □ゆるい □痛い □噛みにくい)		
	□入れ歯はあるが使っていない	□汚れている	
□食事の状況	□食事中にむせる・咳き込むことがある	□食べこぼすことがある	□痰がからむ
	□硬いものがかめない	□飲み込みにくい	□口が乾く

□担当ケアマネジャーになったご挨拶

□その他(　　)

<照会・相談内容等>

◇連絡方法および回答(返信) ※「回答が必要」とある場合は◆発信元へ回答ください。

■連絡方法など

□直接会って話をします (日時:　　月　　日　　時頃に来院ください)
□電話で話をします (日時:　　月　　日　　時頃に電話を □ください □します)
□文書で回答します □FAXで回答します □メールで回答します

■サービス担当者会議について

サービス担当者会議に、□出席します(希望開催場所:　　) □出席しません

<連絡・照会等に関するコメント> □特に意見はありません □下記のとおりです

回答日	令和　　年　　月　　日	医療機関名		医師名	

【様式7】(ケアマネジャー⇔　薬剤師)

薬剤師とケアマネジャーとの連絡票

●送信日時:令和　　年　　月　　日(　)　　時　　分

◇宛　先	
事業所名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

⇔

◆発信元	
事業所名	
住所	
TEL	
FAX	
E-mail	
氏名	

日頃より大変お世話になっております。下記の件につき、□相談　□報告　□連絡　□返信　いたします。
お忙しいところ誠に恐縮ですが、連絡票について、□回答をお願いします　□回答は不要です
＊なお、今回の照会を行うこと及び情報提供いただくことにつきましては、
□ご本人、ご家族の同意を得て、ご連絡いたします。(同意日:令和　　年　　月　　日)
□ご本人の心身状況から同意は得ておりませんが、ご本人の為に必要がありますのでご連絡いたします。

■利用者情報

ふりがな		介護度	□申請中(□更新 □変更) □要支援(□1 □2) □要介護(□1 □2 □3 □4 □5)
氏名			
住所		TEL	－　　－
生年月日	□大正□昭和□平成　　年　　月　　日(　　歳)	性別	□男　□女

■連絡・照会内容

□薬の飲み忘れ・飲み間違いがある　□服薬カレンダーを希望　□一包化を希望
□薬の量や回数を自分で調節している　□複数の医療機関を受診している
□薬の飲みにくさがある　□複数の薬局から調剤を受けている
□薬の理解ができない　□処方薬について患者(介護者)からの要望がある
□薬に対する不安や疑問を持っている　□処方薬について薬局(薬剤師)からの提案
□その他(　　)
□担当ケアマネジャーになったご挨拶

<照会・相談内容等>

◇連絡方法および回答(返信)　※「回答が必要」とある場合は◆発信元へ回答ください。

■連絡方法など

□直接会って話をします(日時:　　月　　日　　時頃にお越しください)
□電話で話をします　(日時:　　月　　日　　時頃に電話を□ください　□します)
□文書で回答します　□FAXで回答します　□メールで回答します

<連絡・照会等に関するコメント>　□特に意見はありません　□下記のとおりです

回答日	令和　　年　　月　　日	事業所名		職氏名	

事　例　集

■ 事例１：筋骨格事例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 29～33

■ 事例２：看取り事例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 34～39

■ 事例３：脳血管疾患事例 ・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・ 40～45

【事例概要】

在宅に居住している膝関節症術後の高齢者で、家族より介護保険認定申請の依頼を受け、主治医と連携を行い、認定申請及びサービス調整等を実施したケース

【事例概要】

入院中に医療ソーシャルワーカーより相談があった在宅復帰希望の胃癌末期の高齢者で、退院に際し介護保険認定申請及び多職種カンファレンス、住環境整備等を実施したケース

※入院中に認定が確定していないため、退院支援に関する加算は算定不可

【事例概要】

担当していた利用者が脳出血を発症し入院。入院時の情報提供から退院に向けた多職種カンファレンスへの参加、サービスの調整など、入院時から退院に至るまで診療報酬、介護報酬における関連加算を算定したケース

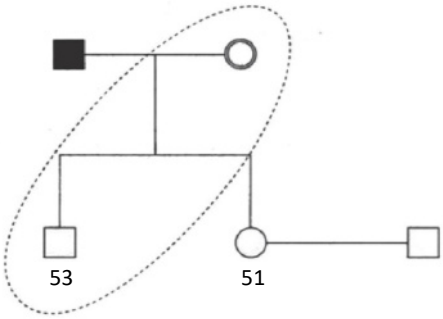
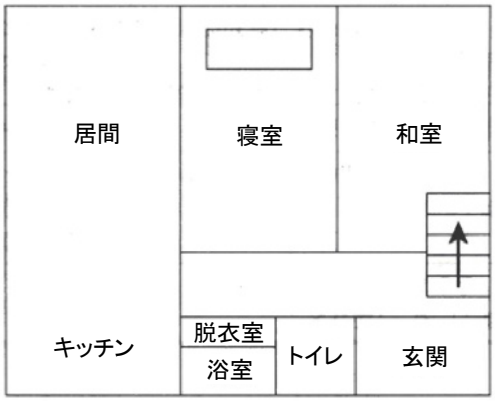
※なお、掲載している事例の氏名、心身状態等は、架空の設定であり実在しません。

事例1:筋骨格事例

基本情報に関する項目

受付日:平成 31年 2 月 1日（金）　　受付者:　介護支援専門員D

受付方法:電話

利用者氏名	大和（やまと） キク（きく）	性別	女性	生年月日	昭和11年8月11日　（ 82 歳）
住　　所	○市○町3丁目2番1号			電話番号	000(123)4567
主　　訴	[相談内容] 転倒しやすくなり、家事（買い物、掃除、洗濯等）ができなくなってきた。（長男、長女、本人） [本人・家族の要望] できる限り自分のことは自分でして、自宅で生活したい。 【同居している長男】 これまで家事はほとんど母に頼ってきたが、これからは洗濯、掃除、買い物など協力できるところはなるべく手伝いたい。 【近隣に住む長女】 母の希望どおり、できる限り自宅で生活できるように介護保険を利用したい。				
生活歴・生活状況	[生活歴] ・高校卒業後、一般事務として就職。24歳の時に結婚を機に退職し、専業主婦となり、2児をもうける。 ・水彩画を趣味としていたが、夫の介護が始まってから、中断したままになっている。 ・5歳年上の夫は10年前から認知症となり、自宅での介護の末、3年前に死亡。 ・夫が亡くなってから、閉じこもりぎみの生活である。			[家族状況]□:男性、○:女性　＊数字は年齢  長男（53歳、会社員）と二人暮らし。 夫と3年前に死別。長男は、仕事が忙しく、朝早く出勤し、夜遅く帰宅する。土日も出張が多い。 長女（51歳、専業主婦）が車で10分程度のところに住んでいる。	
病　　歴	[経過・病歴等] ・H26年に、両変形性膝関節症、変形性腰椎症、骨粗鬆症の診断を受ける。 ・夫と死別後、夫の介護疲れから、心身の不調等を訴える。 ・H30年に、膝の痛みで歩行困難となり、左人工膝関節置換術を受ける。 ・加齢による全身的な機能低下のため、この半年で歩行が困難な状況が悪化し、転倒しやすくなり、日常生活にも多くの障害が出てきた。			[主治医] ○○整形外科医院　○○医師 月1回受診	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度	A2		認知症高齢者の日常生活自立度	I
認定情報（申請後の情報）	要介護1　平成31年2月7日～平成32年2月29日 認定日　　平成31年3月7日（初回）		家屋状況	 	
課題分析（アセスメント）理由	介護保険の新規認定				
利用者の被保険者情報等	遺族年金　月額10万円 後期高齢者医療保険				
現在利用しているサービス	自費で訪問介護サービス（買い物、洗濯等）を週1回受けている。 ○○整形外科医院の外来を月1回利用。				

アセスメントに関する項目

課題分析標準項目	状　　態
健康状態	病名：両変形性膝関節症、変形性腰椎症、骨粗鬆症。 平成30年に左人工膝関節置換術を受ける。 内科疾患はない。 通院：Y整形外科医院に月1回通院 服薬：薬に関する情報が不明 麻痺：なし 関節の痛み：両膝に中程度 身長：145cm、体重：58.0kg、BMI：27.59（肥満傾向）
ＡＤＬ	食事：自立。 排せつ：歩行が不自由なので、念のために尿取りパッドを使用している、 交換は自立。便座への立ち座りが辛い。 入浴：一部介助（つま先が洗えない。浴槽の出入りが大変）。 更衣：自立。 移乗：自立。 移動：室内は伝い歩き、屋外はシルバーカー利用。転倒のリスクあり。 整容：自立。
ＩＡＤＬ	調理：自分で調理するときもあるが、週3日程度は弁当ですませている。 買物：普段はしていない（長男と自費ヘルパーが行っている）。月2回程度、 調子のよい時にはシルバーカーで近所に買い物に行くことはある。 掃除：掃除機は重たくて使えない。手の届く範囲はモップで掃除をしている。 洗濯：していない（長男が洗濯したものを、自費ヘルパーが取り込んでいる）。 金銭管理：自立。
認知	問題なし
コミュニケーションヨン能力	視力・聴力：問題なし 会話：問題なし
社会との関わり	閉じこもり傾向（夫が平成26年に亡くなってから、心身の不調を訴えるようになり、不活発な状態にある）。 かつては水彩画を描くために公園に出かけていた。
排尿・排便	尿意･便意あり
じょく瘡・皮膚の問題	問題なし。
口腔衛生	問題なし。
食事摂取	自立しているが、よくむせるので、ゆっくり摂食するようにしている。 水分摂取量は不明である。
行動・心理症状 (BPSD)	なし
介護力	同居している長男は仕事が忙しく、朝早く出勤し、夜遅く帰宅する。 土日も出張が多い。 長女（51歳、専業主婦）が車で10分の程度のところに住んでいる。
居住環境	持ち家、2階建て、自室は1階にあり、1階部分で生活をしている。 手すりはなく、玄関先に段差がある。
特別な状況	特になし。

主治医意見書

記入日：平成 31 年 2月 4日

申請者	（ふりがな）やまと　　きく 大和　キク 明・大（昭）　11年 8月 11日生　（ 82歳）	男・（女）	〒 〇市〇町3-2-1 連絡先　０００（１２３）４５６７

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに　☑同意する。 ☐同意しない。

医師氏名　〇〇医師
医療機関名　〇〇整形外科医院　　電話　０００（１２３）１２１２
医療機関所在地　〇市中央町1-1-1　　FAX　０００（１２３）１２１２

（1）最終診療日	平成 31年 1月 30日
（2）意見書作成回数	☑初回　☐2回目以上
（3）他科受診の有無	☐有　☑無 （有の場合）→☐内科 ☐精神科 ☐外科 ☐整形外科 ☐脳神経外科 ☐皮膚科 ☐泌尿器科 ☐婦人科 ☐眼科 ☐耳鼻咽喉科 ☐ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 ☐歯科 ☐その他（　　）

1．傷病に関する意見

（1）診断名 （特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1．に記入）及び発症年月日

1．両変形性膝関節症（左膝手術）	発症年月日	（昭和・（平成）　30年　5月　日頃）
2．変形性腰椎症　骨粗鬆症	発症年月日	（昭和・平成　　年　月　日頃）
3．	発症年月日	（昭和・平成　　年　月　日頃）

（2）症状としての安定性　☐安定　☑不安定　☐不明

（「不安定」とした場合、具体的な状況を記入）
物忘れが進行している

（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
〔最近（概ね6か月以内）介護に影響のあったもの　及び　特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕
両変形性膝関節症にて通院中。平成30年左人工膝関節置換術施行も歩行不安定。
認知症の夫の世話をしていたが、夫が亡くなってからは自宅から出ない生活となり不活発な状態。
家族と一緒に通院している。

2．特別な医療 （過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容	☐点滴の管理 ☐中心静脈栄養 ☐透析 ☐ストーマの処置 ☐酸素治療 ☐レスピレーター ☐気管切開の処置 ☐疼痛の看護 ☐経管栄養
特別な対応	☐モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等） ☐褥瘡の処置
失禁への対応	☐カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル 等）

3．心身の状態に関する意見

（1）日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度（寝たきり度）　☐自立 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☑A2 ☐B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2
・認知症高齢者の日常生活自立度　☐自立 ☑Ⅰ ☐Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M

（2）認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）
・短期記憶　☐問題なし ☑問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力　☑自立 ☐いくらか困難 ☐見守りが必要 ☐判断できない
・自分の意思の伝達能力　☑伝えられる ☐いくらか困難 ☐具体的要求に限られる ☐伝えられない

（3）認知症の周辺状況（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）
☑無　☐有　☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊
☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐性的問題行動 ☐その他（　　）

（4）その他の精神・神経症状
☑無　☐有　〔症状名：　　専門医受診の有無　☐有（　　）　☑無 〕

(5)身体の状態

利き腕 (☑右 ☐左)身長＝ 145 cm 体重＝ 58 kg (過去6か月の体重の変化 ☐増加 ☑維持 ☐減少)

☐四肢欠損	(部位:＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿)			
☐麻痺	☐右上肢	(程度: ☐軽 ☐中 ☐重)	☐左上肢	(程度: ☐軽 ☐中 ☐重)
	☐右下肢	(程度: ☐軽 ☐中 ☐重)	☐左下肢	(程度: ☐軽 ☐中 ☐重)
	☐その他	(部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)		
☐筋力の低下	(部位: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿程度: ☐軽 ☐中 ☐重)			
☐関節の拘縮	(部位: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿程度: ☐軽 ☐中 ☐重)			
☑関節の痛み	(部位: 両膝＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿程度: ☐軽 ☑中 ☐重)			
☐失調・不随意運動	・上肢 ☐右 ☐左	・下肢 ☐右 ☐左	・体幹 ☐右 ☐左	
☐褥瘡	(部位: ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿程度: ☐軽 ☐中 ☐重)			
☐その他の皮膚疾患	(部位: 程度: ☐軽 ☐中 ☐重)			

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1)移動

屋外歩行	☑自立	☐介助があればしている	☐していない
車いすの使用	☑用いていない	☐主に自分で操作している	☐主に他人が操作している
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	☐用いていない	☑屋外で使用	☑屋内で使用

(2)栄養・食生活

食事行為	☑自立ないし何とか自分で食べられる	☐全面介助
現在の栄養状態	☑良好	☐不良

→栄養・食生活上の留意点( )

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

☑尿失禁 ☑転倒・骨折 ☑移動能力の低下 ☐褥瘡 ☑心肺機能の低下 ☑閉じこもり ☑意欲低下 ☐徘徊
☐低栄養 ☑摂食・嚥下機能低下 ☐脱水 ☐易感染症 ☐がん等による疼痛 ☐その他( )

→対処方針 ( )

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☑期待できる ☐期待できない ☐不明

(5)医学的管理の必要性 (特に必要性の高い物には下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☐訪問診療	☑訪問看護	☐看護職員の訪問による相談・支援	☐訪問歯科診療
☐訪問薬剤管理指導	☑訪問リハビリテーション	☐短期入所療養介護	☐訪問歯科衛生指導
☐訪問栄養食事指導	☑通所リハビリテーション	☐その他の医療系サービス( )	

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧	☑特になし	☐あり( )	・移動	☐特になし	☑あり(転倒に注意)
・摂食	☑特になし	☐あり( )	・運動	☐特になし	☑あり(膝関節の負担に注意)
・嚥下	☑特になし	☐あり( )	・その他	( )	

(7)感染症の有無

☑無 ☐有 ( ) ☐不明

5. 特筆すべき事柄

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付しても結構です。)

夫の介護疲れから自宅に閉じこもり傾向となり、不活発な状態による廃用性の状態となっている。心身の状態の安定を考慮しながら介護でのお手伝いが必要。
また、骨粗鬆症や人工膝関節置換術後のため転倒には十分に気をつけるように。

支援経過

日時	対応形態	支援内容
平成31年2月1日	電話	長女より電話。昨年、膝関節術後より歩行時のふらつきがあり、時折転倒しているため介護保険の申請を行い、適切な介護サービスを利用したいとの連絡がある。申請のため訪問日時の調整を行う。
平成31年2月2日	自宅訪問	ご本人の心身状態の確認を行い、認定申請及び介護保険サービスの利用意向の確認を行う。介護保険内容の説明し申請書類記入後、主治医の確認を行う。申請後の流れを説明し、申請完了後、再度連絡する旨を伝える。
平成31年2月4日	○○整形外科	主治医である○○整形外科○○医師に主治医意見書の依頼に伺う。 **※【様式3】主治医意見書依頼票・主治医意見書・介護保険証を医療機関に提出**
平成31年2月7日	○○整形外科より電話連絡	主治医意見書が完成したとの連絡があり、○○整形外科に伺い、佐世保市窓口へ申請を行う。
	電話	長女へ連絡し本日介護保険申請が完了したことを伝え、1週間以内に認定調査員から訪問調査の連絡があるため、同席をお願いする。調査終了後の連絡をお願いし、認定までご本人に変化があった際はご相談いただくよう伝える。
平成31年2月13日	電話	長女より本日認定調査が終了したとの連絡あり。認定結果が届いたら連絡いただくよう依頼する。
平成31年3月11日	電話	長女より認定結果が要介護1で届いたとの連絡あり。明日訪問となる。
平成31年3月12日	自宅訪問	認定結果確認後、アセスメントを行う。下肢筋力の低下及び両膝関節痛の緩和を目的として通所リハビリの利用希望がある。本人も友人が通所リハビリを利用していることもあり、一緒に利用したいとの意向がある。○○通所リハビリ事業所と調整後、再度担当者と訪問することや主治医についてもリハビリ必要性や留意点等について見解を窺い診療情報提供書を依頼することを伝え、本人、長女より同意を得る。
	○○整形外科へ電話	病院担当者へ連絡し、本日の訪問時の本人、ご家族の意向を伝える。 **※【様式4】「医師とケアマネジャーとの連絡票」にて詳細を記載後、○○整形外科にメールする**
平成31年3月13日	○○整形外科より返信	**【様式4】「医師とケアマネジャーとの連絡票」**の返信があり、通所リハビリ利用の必要性とリハビリテーションに関する指示等を主治医よりいただく。事業所側に提出する診療情報提供書についても完成しているとの連絡があり、通所リハビリ事業所へ診療情報提供書の受け取り依頼と本人、家族の事業所見学及びサービス担当者会議の日程調整を行う。 **※【様式5】「多職種とケアマネジャーとの連絡票」を活用**
平成31年3月14日	事業所見学	本人、長女と共に事業所を見学する。本人の友人とも再会し、本人も利用したい意向を示される。
平成31年3月15日	自宅訪問	サービス担当者会議開催。3月18日より週2回（月・木）のご利用となる。居宅サービス計画書に同意を頂く。 **※【様式4】「医師とケアマネジャーとの連絡票」にて利用回数等や居宅サービス計画書を主治医に送付。**

事例 2:看取り事例

基本情報に関する項目

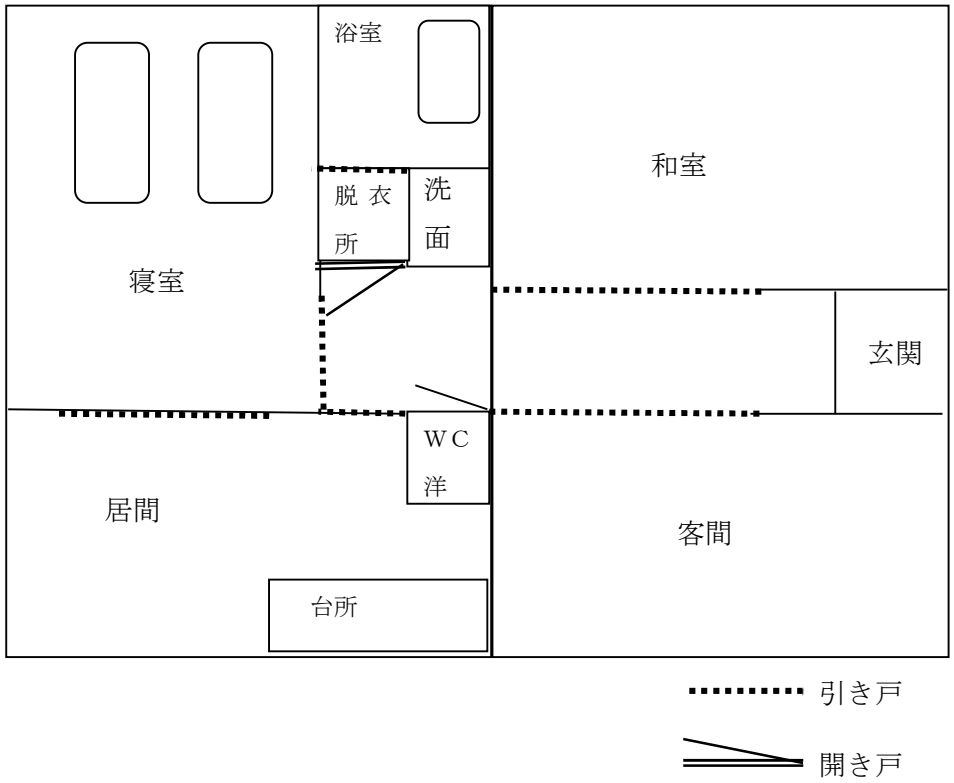
受付年月	平成３１年　２月　１日
受付担当者	Ａ居宅介護支援事業所
受付経路	Ｂ病院ソーシャルワーカーより入院中の退院調整にて依頼がある（３月１日退院予定）
氏名・性別・年齢	広田　ハツ　　女性　７６歳
家族状況	夫と二人暮らし 夫：７７歳、市役所を６０歳で定年退職し、病院の警備の仕事を５年ほど行い、その後は町内会長と民生委員をしている。 子供はいない。 兄（７８歳）、妹（７０歳）県外にいるが介護の協力は困難。
生活状況	夫とは職場（市役所）で出会い、勤務２年後に結婚し退職。結婚後はずっと専業主婦。夫は定年まで勤めた。子供に恵まれず、夫婦二人の生活を続けてきた。趣味の生け花を楽しみ、部屋に飾り、自宅でお弟子さんを１０人ほどとっていた。現住所には退職後に移り住んでいる。
保険・他法情報等	医療保険：後期高齢者医療 介護保険：要介護３
現在利用しているサービス	介護保険サービス、その他福祉サービスともに現在まで利用なし
障害高齢者の日常生活自立度	Ｂ２
認知症の日常生活自立度	Ⅰ
主訴	本人：「夫の母親の入院中の出来事（ガンで入院治療）から、自分の最後は自宅で延命処置せずに迎えたいと夫に希望を伝えています。思うように食べられませんが、自宅では好きなものを少しずつでも食べてゆっくりしたいです。このまま寝たきりになって夫に迷惑をかけるのが心配です。」 夫　：「妻の希望どおり自宅で介護し、最後を看取りたいと思っています。しかし、このまま衰弱し、この先どうなるのか不安です。性格も我慢強いので心配です。」
認定情報	要介護３（平成３１年２月７日～平成３２年２月２９日） 認定日　平成３１年３月７日 審査会意見　なし
課題分析理由	初回アセスメント　病院にて退院前カンファレンスに参加（２月１５日）

アセスメントに関する項目

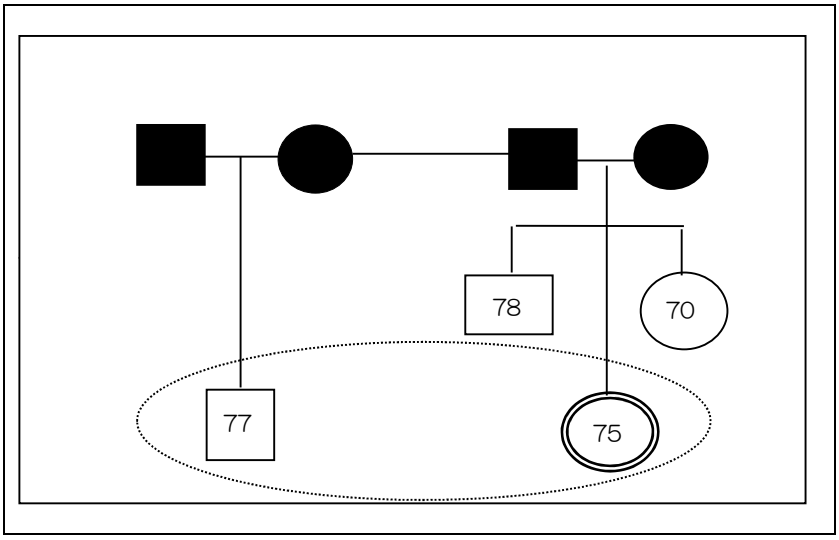
健康状態	病名：胃がん（リンパ節転移、骨転移） 経過：３０年１０月頃より食欲の低下がみられた。体重も５０ｋｇほどあったが減少が目立ち始め、お弟子さんより「痩せてきた」と心配されていた。 全身倦怠感が強くなり３１年１月１２日に受診しそのまま入院。診断の結果、胃がん・リンパ節転移・骨転移（骨盤）の状態であった。 手術での回復は難しく、本人より「抗がん剤は苦しいだけです。退院して自宅で生活します。」と望まれたため退院調整となる。 余命は長くて３．４ヶ月と本人・夫へ告知してある。 服薬：鎮痛剤薬（疼痛時）※現在痛みが増強しており、オピオイド（パッチ）開始。 睡眠剤（就寝時） 筋力低下：あり 拘　縮：なし その他：食欲低下（食事は多くて１/３程度)、倦怠感が強い 身長：１５０ｃｍ、体重：３９．０ｋｇ（６ヶ月内の体重減少あり）
本人のADL	・寝返り：できる。 ・起き上がり：手摺りを握ってできる。 ・立位：物を支えにできる。 ・座位：肘掛があると安定してできる。 ・歩行：調子が良いときは座ったりつかまったりして移動可。院内移動は車椅子。 ・更衣・整容：自立、自分のペースでゆっくりと。 ・入浴：介助（退院後は自宅で入浴希望） ・食事：自立、セッティングは必要
本人のIADL	・調理・買い物・掃除・洗濯：行っていない。 ・金銭管理：自立 ・服薬状況：セットすると自分でできる。
認知	他者への伝達、他者の理解等に問題はない。
ｺﾐﾆｭｹｰｼｮﾝ	視力：問題ない 聴力：耳がやや遠いが、会話に問題ない
社会との関わり	夫と共に社交的である。しかし、やせ細った姿は、他者、特にお弟子さんには見せたくないと考えている。
排尿・排便	尿意・便意あり。失禁はないが間に合わないときがあるので紙パンツ使用。入院中、トイレは居室の前にあり介助と伝い歩きで行かれている。夜間のみポータブル使用。
褥瘡・皮膚の問題	栄養状態が悪く、褥瘡のリスクが高い。
口腔衛生	一部義歯。歯磨きは自分でできているが、疲れるため十分に磨いていない。
食事摂取	自分で摂取。姿勢保持等のセッティングは必要。
問題行動	なし。

介護力	簡単な調理や家事は夫も行っていた。特に気になる疾患はなく過ごしてきた。 退職後は町内会長と民生委員をしており、活動的である。 その他、積極的に協力できる親族はいない。
居住環境	自宅は夫が退職後に購入。浴室やトイレには手すりがついている。 浴室の椅子は低めの一般的な椅子を使用している。 寝室あり。もともとベッドを利用。洋式トイレ。 玄関、廊下に手すりはなく、上がり框は２５ｃｍ程の段差がある。 団地内にコンビニエンスストアがあり歩いて５分程度。
特別な状況	特になし

住宅見取図



ジェノグラム



主治医意見書

市区町村コード　00000　　対象者番号　０００００００００００　　調査回目　　回
管理市町村コード　　医師番号　１０００００００００
申請日　　年　　月　　日　　記入日　平成　　年　　月　　日

申請者	（ふりがな）　ひろた　　はつ 広田　　ハツ 明・大・(昭)　○年　○月　○日生（ 75 歳）	男・(女)	〒　０００－０００００ 佐世保市○○町 連絡先　０００（ ００ ）　００００

上記の申請者に関する意見は以下のとおりです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに　☑同意する。　☐同意しない。

医師氏名　A
医療機関名　B 病院　　電話　0000（ 00 ）0000
医療機関所在地　○○○市○○町　　FAX　0000（ 00 ）0000

（1）最終診察日	平成　　年　　月　　日
（2）意見書作成回数	☑初回　☐２回目以上
（3）他科受診の有無	☑有　☐無 （有の場合）→☑内科 ☐精神科 ☐外科 ☐整形外科 ☐脳神経外科 ☐皮膚科 ☐泌尿器科 ☐婦人科 ☐眼科 ☐耳鼻咽喉科 ☐リハビリテーション科 ☐歯科 ☐その他（　　）

１．傷病に関する意見

（1）診断名（特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については１.に記入）及び発症年月日

１．　胃癌末期（リンパ節転移・骨転移）　発症年月日　（昭和・平成　３１　年　　１月　　１４日頃 ）
２．　発症年月日　（昭和・平成　　年　　月　　日頃 ）
３　　発症年月日　（昭和・平成　　年　　月　　日頃 ）

（2）症状としての安定性　☐ 安定　☑ 不安定　☐ 不明
（「不安定」とした場合、具体的な状況を記入）　病状進行傾向。予後不良

（3）生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
〔最近（概ね６か月以内）介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕

胃がんの末期(体力低下、食欲不振)
本人、家族の希望により自宅療養希望されている。廃用により入院前と比べ身体機能の低下あり。基本動作・ADL ともに介助を要する状態である。
投薬:ボルタレン座薬(疼痛時)　・オピオイド鎮痛薬(パッチ)　・　眠前服用(マイスリー)就寝時

２．特別な医療　（過去１４日間以内に受けた医療のすべてにチェック）

処置内容　☐点滴の管理　☐中心静脈栄養　☐透析　☐ストーマの処置　☐酸素療法
☐レスピレーター　☐気管切開の処置　☑疼痛の看護　☐経管栄養
特別な対応　☐モニター測定（血圧、心拍、酸素飽和度等）　☐褥瘡の処置
失禁への対応　☐カテーテル（コンドームカテーテル、留置カテーテル 等）

３．心身の状態に関する意見

（1）日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度)　☐自立　☐J1　☐J2　☐A1　☐A2　☐B1　☑B2　☐C1　☐C2
・認知症高齢者の日常生活自立度　☐自立　☑Ⅰ　☐Ⅱa　☐Ⅱb　☐Ⅲa　☐Ⅲb　☐Ⅳ　☐M

（2）認知症の中核症状（認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）
・短期記憶　☑問題なし　☐問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力　☑自立　☐いくらか困難　☐見守りが必要　☐判断できない
・自分の意思の伝達能力　☑伝えられる　☐いくらか困難　☐具体的要求に限られる　☐伝えられない

（3）認知症の周辺症状　（該当する項目全てチェック：認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む）
☑無　☐有 →　☐幻視・幻聴　☐妄想　☐昼夜逆転　☐暴言　☐暴行　☐介護への抵抗　☐徘徊
☐火の不始末　☐不潔行為　☐異食行動　☐性的問題行動　☐その他（　　）

（4）その他の精神・神経症状
☑無　☐有　〔症状名：　　専門医受診の有無 ☐有　（　　）☐無　〕

市区町村コード　00000　　対象者番号　０００００００００００

記入日　　年　　月　　日

（５）身体の状態

利き腕　（☑右 □左）　身長＝150,0 cm 体重＝39,0 kg（過去６か月の体重の変化　□ 増加 □維持　☑減少 ）

□四肢欠損　（部位：　　）

□麻痺　□右上肢（程度：□軽 □中 □重）　□左上肢（程度：□軽 □中 □重）

□右下肢（程度：□軽 □中 □重）　□左下肢（程度：□軽 □中 □重）

□その他（部位：　　程度：□軽 □中 □重）

☑筋力の低下　（部位：両下肢　　程度：☑軽　□中　□重）

□関節の拘縮　（部位：　　程度：□軽　□中　□重）

□関節の痛み　（部位：　　程度：□軽　□中　□重）

□失調・不随意運動　・上肢 □右　□左　　・下肢 □右　□左　　・体幹 □右　□左

□褥瘡　（部位：　　程度：□軽　□中　□重）

□その他の皮膚疾患（部位：　　程度：□軽　□中　□重）

４．生活機能とサービスに関する意見

（１）移動

屋外歩行	□自立	□介助があればしている	☑していない
車いすの使用	□用いていない	□主に自分で操作している	☑主に他人が操作している
歩行補助具･装具の使用(複数選択可)	☑用いていない	□屋外で使用	□屋内で使用

（２）栄養・食生活

食事行為	☑自立ないし何とか自分で食べられる	□全面介助
現在の栄養状態	□良好	☑不良

→　栄養･食生活上の留意点（　食べれるものを食べさせる　）

（３）現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 ☑転倒・骨折 ☑移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 □閉じこもり ☑意欲低下 □徘徊

☑低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 ☑易感染性 ☑がん等による疼痛 □その他（　）

→　対処方針（　）

（４）サービス利用による生活機能の維持･改善の見通し

☑期待できる　□期待できない　□不明

（５）医学的管理の必要性（特に必要性の高いものには下線を引いて下さい。予防給付により提供されるサービスを含みます。）

☑訪問診療	☑訪問看護	☑看護職員の訪問による相談・支援	□訪問歯科診療
☑訪問薬剤管理指導	□訪問リハビリテーション	□短期入所療養介護	□訪問歯科衛生指導
□訪問栄養食事指導	□通所リハビリテーション	□その他の医療系サービス（　）	

（６）サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧 ☑特になし □あり（　）	・移動 □特になし □あり（　転倒に注意　）
・摂食 □特になし ☑あり（１回あたりの食事量少ない）	・運動 ☑特になし □あり（　）
・嚥下 ☑特になし □あり（　）	・その他（　）

（７）感染症の有無（有の場合は具体的に記入して下さい）

☑無　□有（　）　□不明

５．特記すべき事項

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的な御意見等を記載してください。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。（情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。）

・退院後は、在宅生活継続のために継続的な訪問看護により ADL の維持を目指すことが必要
・疼痛の管理の為、定期受診の態勢を整えることが必要である。

要介護認定結果の情報提供を希望　☑する　□しない

事例 2:看取り事例

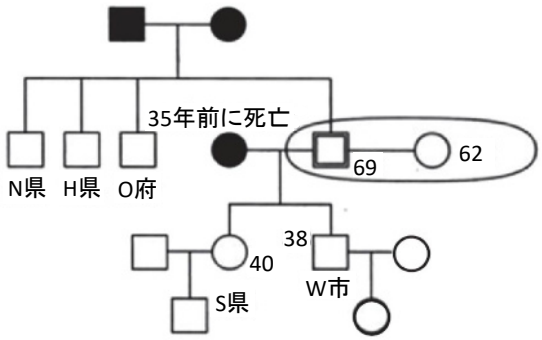
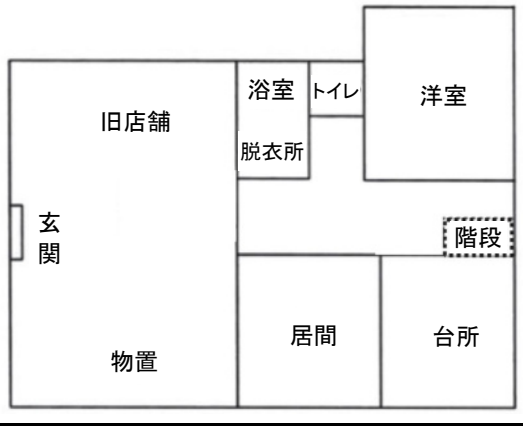
●事例の経緯

日付	対応内容	算定加算
2月1日	B病院の退院調整にかかわるMSWより電話がある。 入院中の広田さんについて情報提供あり。 広田さんは、自分の最期は自宅で延命治療をせずに死を迎えたいと、夫に以前から希望を伝えていた。 夫も希望どおりに自宅で介護し、最期を看取りたいとの思いがある。	※入院中に介護保険認定が確定していないため、加算算定が不可。
2月15日 病院訪問	初回の面接相談。 本人・夫・担当看護師・MSW面談。 介護支援専門員の業務内容を説明。 重要事項説明書、契約書の内容について説明し同意を得て署名・捺印を頂く。 本人、夫より入院に至った経緯、現在の状況、今後の意向を確認する。 病棟カンファレンスに出席する。 退院前に自宅訪問し在宅環境の確認が必要であることの了承を得る。 また、退院前にサービス担当者会議開催についても説明し了承を得る。 病棟担当看護師、退院調整に関わる看護師、MSWに退院前カンファレンスの日程を確認する。	
2月23日 病院訪問	退院前カンファレンスに出席。 参加メンバー、主治医、病棟看護師、MSW、管理栄養士、本人、家族、訪問看護師、福祉用具相談員、介護支援専門員、担当薬剤師。	
3月1日 病院訪問	退院される。 訪問看護師・福祉用具専門員が同行。 自宅の環境整備を確認する。	

事例3：脳血管疾患事例　基本情報に関する項目

受付日：平成31年2月1日（金）　　受付者　介護支援専門員B

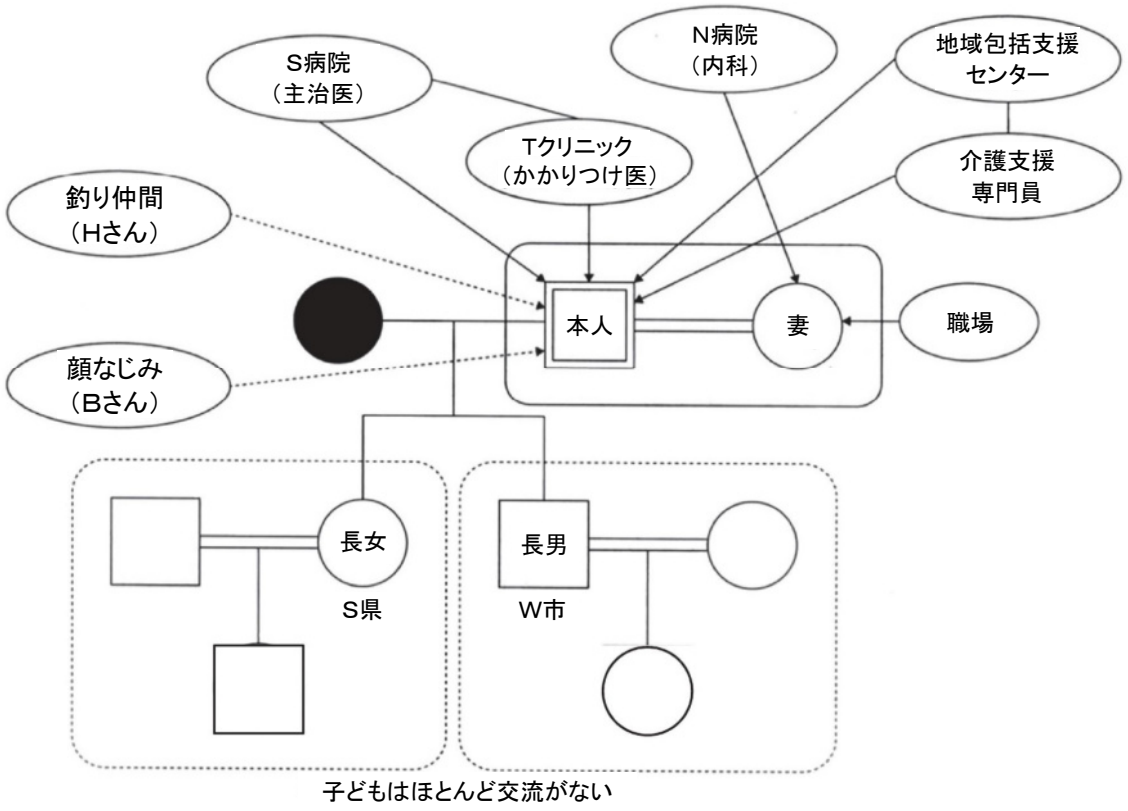
受付方法：電話：担当MSW

利用者氏名	くろかみ　すすむ 黒髪　進	性別	男性	生年月日	昭和23年6月10日　（70歳）
住　所	A市〇町3丁目2番1号			電話番号	000（123）4567
主　訴	[相談内容] 妻より、脳出血で入院中の夫の退院後の在宅生活の支援について相談あり。 [本人・家族の要望] 本人：退院してからも、お風呂に入りたい。 妻：移動できず、トイレが心配。				
生活歴・生活状況	[生活歴] A市に4人兄弟の長男として生まれる。 中学校を卒業後、県内の自転車店で働いていたが、25歳のときに、父親のけがを機会にA市に戻り、自転車店を開業する。 前妻と結婚し、長男と長女をもうけるが、35年程前に病気で前妻は他界する。 その後、現在の妻と再婚する。 自転車店をしながら、時々趣味の釣りに行くなどして過ごしていた。 現在は、自転車店を閉めており、妻が仕事をして家計を助けている。			[家族状況]口：男性、〇：女性　＊数字は年齢  妻との二人暮らし 前妻との間に子どもが2人いる。長男は隣市にいるが交流がない。 長女は遠方に嫁いでおり、月に1度程度様子をみにくる。 兄弟は、いずれも遠方におり、年に1～2回程度帰省する程度。	
病　歴	[経過・病歴等] 平成31年1月7日に脳出血（右片麻痺）発症、S病院に入院加療。数メートルであれば、つかまって歩くことができるようになり退院の予定。言語障害があり、病院では、リハビリに行く以外は病室のベッドで過ごすことが多い。 入院前から、要介護1の認定を受け通所リハビリ利用中であった。			[主治医] S病院　H・T [内服薬] 降圧剤	
日常生活自立度	障害高齢者の日常生活自立度		B1	認知症高齢者の日常生活自立度	Ⅱa
認定情報	要介護3　平成31年2月7日～令和2年2月29日 認定日　平成31年3月7日	家屋状況		 	
課題分析（アセスメント）理由	初回評価（退院の予定であり、サービス等の調整が必要である）				
利用者の被保険者情報等	老齢基礎年金　月額7.8万円 国民健康保険				
現在利用しているサービス	なし				

アセスメントに関する項目

課題分析標準項目	状　　態
健康状態	病名：脳出血（平成31年）、高血圧（平成24年）、両膝変形性膝関節炎（平成24年） 現在、Ｓ病院に31年1月から入院中、リハビリテーション実施中であるが、全身状態が安定しており、3月上旬退院予定 服薬：以前より高血圧症で服薬を続けている。 麻痺：右上肢・右下肢に中程度　　筋力の低下：両下肢に軽度 拘縮：右肩・右肘関節に軽度 関節の痛み：左肩に軽度、両膝に中度 身長：158cm、体重：52.0kg、BMI:20.83（6か月内の体重減少あり）
ＡＤＬ	立ち上がりや車いすへの乗り移りは何とかできるが、歩行は数メートルしかできず、車いすでの移動となっている。 入浴は介助入浴。トイレには職員に連れて行ってもらっている。トイレ内では、立位やズボンの上げ下ろしなど軽介助にて可能。 夜間はポータブルトイレ使用。 整容や歯磨きなどの行為がうまくできない。
ＩＡＤＬ	以前は、釣った魚を捌いたり、店の掃除をしたりしていたが、現在は家事の習慣がない。
認知	言語障害のため、正確な答ができない。 人の顔や場所などは覚えている様子。
コミュニケーション能力	言語障害のため、簡単な単語くらいしか話せない。ほとんどは「お一」というだけである。なかなか通じないとイライラすることがある。左手で何とか平仮名を書ける。 視力・聴力：問題なし。
社会との関わり	元々は自転車店を営んでおり客の対応もしていた。釣りに行くなどの交流は苦手ではなく、町内会へも出かけていたとのこと。 現在は、ベッド上からあまり出ることはない。
排尿・排便	移乗動作については一部介助で可能。日中はトイレ誘導で対応。 夜間はポータブルトイレにて排泄を実施。
じょく瘡・皮膚の問題	特に問題なし。
口腔衛生	自分から進んでやることはないが、左手に歯ブラシを持たせると磨くことはできる。
食事摂取	病院の柔らかめの食事を左手でフォークを使って食べている。 むせは見られない。よくこぼすため特殊な食器を使用している。
行動・心理症状 (BPSD)	
介護力	妻は62歳だが、間質性肺炎で通院している。仕事をしている。 介護に自信がないため、サービスを使いたいと思っている。
住環境	道路に面した一軒家。 以前、自転車店をしていたため、1階の奥に居住スペースがある。 トイレや浴室までの廊下が狭く、また、入口から数歩歩かなければ入ることができない。 以前は、2階に寝室があり、階段で上がり下がりしていた。
特別な状況	

◎エコマップ


S病院
（主治医）
N病院
（内科）
地域包括支援
センター
Tクリニック
（かかりつけ医）
介護支援
専門員
釣り仲間
（Hさん）
本人
妻
職場
顔なじみ
（Bさん）
長女
S県
長男
W市
子どもはほとんど交流がない

主治医意見書

記入日 平成31年 2月 1日

申請者	(ふりがな) くろかみ すすむ 黒髪 進 明・大・昭 23年 6月 10日生 (70歳)	(男)・女	〒 A市〇町3丁目2番1号 連絡先 000(123)4567

上記の申請者に関する意見は以下の通りです。
主治医として、本意見書が介護サービス計画作成に利用されることに ☑同意する。 ☐同意しない。

医師氏名	H・T		
医療機関名	S病院	電話	000(123)1212
医療機関所在地	〇市中央町1-1-1	FAX	000(123)1212

(1)最終診療日	平成31年 2月 1日
(2)意見書作成回数	☑初回 ☐2回目以上
(3)他科受診の有無	☑有 ☐無 (有の場合)→☑内科 ☐精神科 ☐外科 ☐整形外科 ☐脳神経外科 ☐皮膚科 ☐泌尿器科 ☐婦人科 ☐眼科 ☐耳鼻咽喉科 ☑ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ科 ☐歯科 ☐その他( )

1. 傷病に関する意見

(1)診断名 (特定疾病または生活機能低下の直接の原因となっている傷病名については1. に記入)及び発症年月日

1. 脳出血	発症年月日	(昭和・平成 31年 1月 7日頃)
2. 高血圧症	発症年月日	(昭和・平成 24年 月 日頃)
3. 変形性膝関節症	発症年月日	(昭和・平成 24年 月 日頃)

(2)症状としての安定性 ☑安定 ☐不安定 ☐不明

(「不安定」とした場合、具体的な状況を記入)

(3)生活機能低下の直接の原因となっている傷病または特定疾病の経過及び投薬内容を含む治療内容
〔最近(概ね6か月以内)介護に影響のあったもの 及び 特定疾病についてはその診断の根拠等について記入〕
平成24年頃から、高血圧症でTクリニックで加療。
平成31年1月7日早朝に意識障害があり、当病院緊急受診。脳出血(右片麻痺)により入院加療。
現在、降圧剤を使用し、全身状態は安定している。リハビリテーションを実施しており、短距離であれば歩行可能となる。

2. 特別な医療 (過去14日間以内に受けた医療のすべてにチェック)

処置内容	☐点滴の管理 ☐中心静脈栄養 ☐透析 ☐ストーマの処置 ☐酸素治療 ☐レスピレーター ☐気管切開の処置 ☐疼痛の看護 ☐経管栄養
特別な対応	☐モニター測定(血圧、心拍、酸素飽和度等) ☐褥瘡の処置
失禁への対応	☐カテーテル(コンドームカテーテル、留置カテーテル 等)

3. 心身の状態に関する意見

(1)日常生活の自立度等について
・障害高齢者の日常生活自立度(寝たきり度) ☐自立 ☐J1 ☐J2 ☐A1 ☐A2 ☑B1 ☐B2 ☐C1 ☐C2
・認知症高齢者の日常生活自立度 ☐自立 ☐Ⅰ ☑Ⅱa ☐Ⅱb ☐Ⅲa ☐Ⅲb ☐Ⅳ ☐M

(2)認知症の中核症状(認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
・短期記憶 ☐問題なし ☑問題あり
・日常の意思決定を行うための認知能力 ☐自立 ☑いくらか困難 ☐見守りが必要 ☐判断できない
・自分の意思の伝達能力 ☐伝えられる ☑いくらか困難 ☐具体的要求に限られる ☐伝えられない

(3)認知症の周辺状況(該当する項目全てチェック:認知症以外の疾患で同様の症状を認める場合を含む)
☑無 ☐有 ☐幻視・幻聴 ☐妄想 ☐昼夜逆転 ☐暴言 ☐暴行 ☐介護への抵抗 ☐徘徊
☐火の不始末 ☐不潔行為 ☐異食行動 ☐性的問題行動 ☐その他( )

(4)その他の精神・神経症状
☑ ☐有 〔症状名: 専門医受診の有無 ☐有( ) ☑無 〕

(5)身体の状態

利き腕 (☑右 □左) 身長＝ 158 cm 体重＝ 52 kg (過去6か月の体重の変化 □増加 □維持 ☑減少)

□四肢欠損 (部位:　　)

☑麻痺 ☑右上肢 (程度: □軽 ☑中 □重) □左上肢 (程度: □軽 □中 □重)

☑右下肢 (程度: □軽 ☑中 □重) □左下肢 (程度: □軽 □中 □重)

□その他 (部位:　　程度: □軽 □中 □重)

☑筋力の低下 (部位: 両下肢 程度: ☑軽 □中 □重)

☑関節の拘縮 (部位: 右肩・右肘関節 程度: ☑軽 □中 □重)

☑関節の痛み (部位: 左肩 両膝 程度: □軽☑ 中 □重)

□失調・不随意運動 ・上肢 □右 □左 ・下肢 □右 □左 ・体幹 □右 □左

□褥瘡 (部位:　　程度: □軽 □中 □重)

□その他の皮膚疾患 (部位:　　程度: □軽 □中 □重)

4. 生活機能とサービスに関する意見

(1)移動

屋外歩行	□自立	□介助があればしている	☑していない	
車いすの使用	□用いていない	☑主に自分で操作している	□主に他人が操作している	
歩行補助具・装具の使用(複数選択可)	□用いていない	□屋外で使用	☑屋内で使用	

(2)栄養・食生活

食事行為	☑自立ないし何とか自分で食べられる	□全面介助
現在の栄養状態	☑良好	□不良

→栄養・食生活上の留意点 (　　)

(3)現在あるかまたは今後発生の可能性の高い状態とその対処方針

□尿失禁 ☑転倒・骨折 ☑移動能力の低下 □褥瘡 □心肺機能の低下 ☑閉じこもり ☑意欲低下 □徘徊

□低栄養 □摂食・嚥下機能低下 □脱水 □易感染症 □がん等による疼痛 □その他(　　)

→対処方針 (住環境の整備・痛みのコントロール・見守り)

(4)サービス利用による生活機能の維持・改善の見通し

☑期待できる □期待できない □不明

(5)医学的管理の必要性 (特に必要性の高い物には下線を引いてください。予防給付により提供されるサービスを含みます。)

☑訪問診療	☑訪問看護	□看護職員の訪問による相談・支援	□訪問歯科診療
□訪問薬剤管理指導	☑訪問リハビリテーション	☑短期入所療養介護	□訪問歯科衛生指導
□訪問栄養食事指導	☑通所リハビリテーション	□その他の医療系サービス(　　)	

(6)サービス提供時における医学的観点からの留意事項

・血圧	□特になし	☑あり(降圧剤の内服　)	・移動	□特になし	☑あり(転倒に注意　)
・摂食	☑特になし	□あり(　　)	・運動	☑特になし	□あり(　　)
・嚥下	☑特になし	□あり(　　)	・その他	(　　)	

(7)感染症の有無

☑無 □有 (　　) □不明

5. 特筆すべき事柄

要介護認定及び介護サービス計画作成時に必要な医学的なご意見等を記載して下さい。なお、専門医等に別途意見を求めた場合はその内容、結果も記載して下さい。(情報提供書や身体障害者申請診断書の写し等を添付して頂いても結構です。)

・全身状態、ADLは安定しているが、介護者は仕事のため日中は不在となる。
・自宅が遠方のため、また自宅から出ることが困難なため外来リハは難しい状況。
・転倒のリスクもあるため、見守りが必要である。

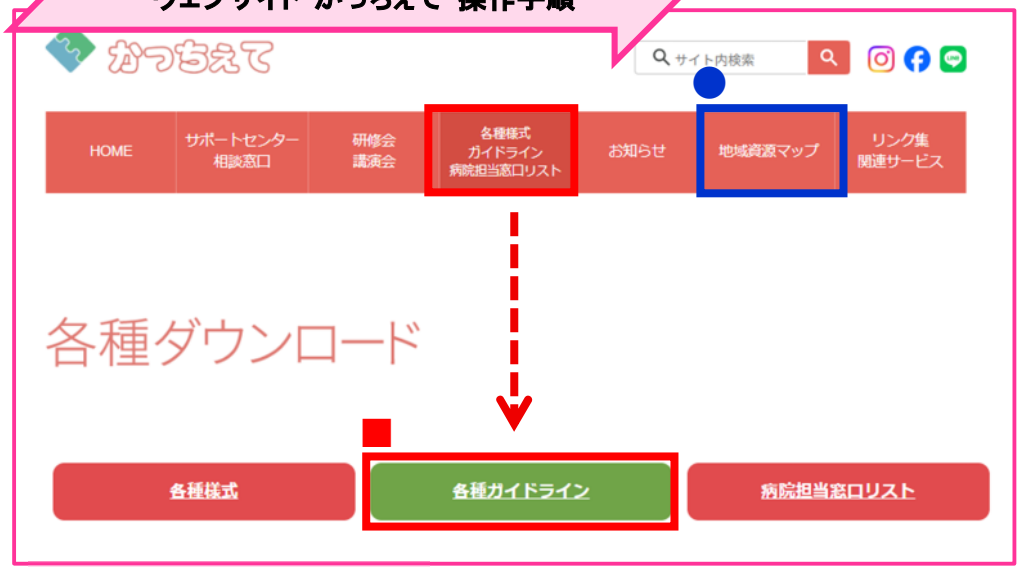
●事例の経緯

日付	対応内容	算定加算
１月９日 病院訪問	Ｓ病院より入院された情報が入る。 入院先へ伺いご本人、ご家族と面会し、病状確認後、担当ＭＳＷに状況の確認と在宅での情報を提供。	**【（１）介護報酬】** ❶入院時情報連携加算（Ⅰ） **※【様式１】** **入院時情報提供書＜在宅版＞を活用** **【（２）診療報酬】** ❶入退院支援加算１
１月１１日 カンファレンス	ご家族、Ｓ病院の主治医、担当ＭＳＷ、担当ＮＳ、担当ＰＴ、担当ＳＴ、ケアマネジャーが出席し、病状や退院後の生活も含めた話し合いを実施。	**【（１）介護報酬】** ❷退院･退所加算(Ⅰ)ロ **※【様式２】** **退院･退所情報記録書を活用** **【（２）診療報酬】** ❸介護支援等連携指導料 （初回）
２月２０日 自宅訪問	ご本人も同行し、Ｓ病院の担当ＯＴ、担当ＮＳ、担当ＭＳＷ、ケアマネジャーが自宅へ伺い、退院後の自宅での生活について、具体的に確認する。	
	ご本人、ご家族と退院後のケアプラン作成の為、意向を確認後、サービスの調整を行う。 サービス調整の進捗について担当ＭＳＷへ報告を行う。 退院後のサービス利用の為、診療情報提供書をＭＳＷに依頼する。	
２月２６日 カンファレンス	ご本人、ご家族、Ｓ病院からは主治医、担当ＭＳＷ、担当ＮＳ、担当ＰＴ、担当ＳＴが出席。退院後の支援を担当する機関からは、診療所の看護師、ケアマネジャー、訪問看護（ＮＳ）、通所リハビリ（ＰＴ）が出席。 退院後の在宅生活において、介護予防に向けた専門的見地からの意見を聴取し、現行のサービス利用の方向性を報告し、在宅生活においての医療、介護の両面からの指導をご本人、ご家族に共同で実施する。	**【（１）介護報酬】** ❷退院･退所加算（Ⅱ）ロ **※【様式２】** **退院･退所情報記録書を活用** **【（２）診療報酬】** ❸介護支援等連携指導料 （２回目） ❹退院時共同指導料２
	担当ＭＳＷより情報提供書を受け取り、ふまえて退院後の居宅サービス計画書を作成。 サービス担当者会議を開催し、ご本人、ご家族より同意を得る。	
３月４日 退院	退院の際に、退院後の居宅サービス計画書を担当ＭＳＷへ渡す。	

本ガイド及び各種様式等は「かっちぇて」よりダウンロードできます



ウェブサイト”かっちぇて”操作手順



※本ガイドラインを改訂した場合は、”かっちぇて”にてお知らせいたします。

https://www.sasebo-zaitaku.net/ 検索する

■様式のダウンロード方法：かっちぇて⇒各種様式ガイドライン⇒各種ガイドライン⇒選択

●事 業 所 検 索 方 法：かっちぇて⇒在宅医療地域資源マップより事業所検索をおこなう

【本ガイドラインに関するお問い合わせ先】

佐世保市介護支援専門員連絡協議会　　担当：藥王寺
長崎県佐世保市大和町３０
TEL（０９５６）３４－８８８１　　FAX（０９５６）３４－８８８２
E-mail：k.yaku@hakujyujikai.or.jp



【引用･参考･参照文献】

- 介護報酬の解釈1（単位数表編）平成 30 年 4 月版（社会保険研究所）
- 引用　全国国民健康保険診療施設協議会「国診協版入退院支援の手引き」,「入退院支援の手順･フローチャート」https://www.kokushinkyo.or.jp/,（参照 2025-04-22）
- 入退院時におけるケアマネジャー⇔医療機関　連携･情報収集の手引き、https://zaitakushien.nagano.jp/info/tebiki_all.pdf、/2018/04、2019/04/01
- ナレティPro、https://knowletv.jp/ika2?code=home/、2026/10/09/16

ケアマネジャー医療連携ガイドライン
２０１９年　５月３１日　初版発行

[監　修]
佐世保市介護支援専門員連絡協議会

[作成者・発行者]
佐世保市在宅医療・介護連携協議会（佐世保市医師会･佐世保市医療政策課･長寿社会課）
長崎県佐世保市常盤町 4-7　Tビル3F（佐世保市医師会内）
佐世保市在宅医療･介護連携サポートセンター
TEL：0956－22－5901　FAX：0956－22－5952
ホームページ：佐世保市在宅医療介護連携ウェブサイト「かっちぇて」
URL：https://www.sasebo-zaitaku.net/

8-修正-2026.10.1